



UNIVERSITAS INDONESIA

**MODEL “PELATIHAN PEDULI DUKUN BAYI” UNTUK
MENINGKATKAN POTENSI SEBAGAI *AGENT OF CHANGE*
PELAKSANAAN INISIASI MENYUSU DINI
DI KABUPATEN BOGOR**

DISERTASI

**EVI MARTHA
NPM: 0706222920**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
DEPOK
DESEMBER 2011**



UNIVERSITAS INDONESIA

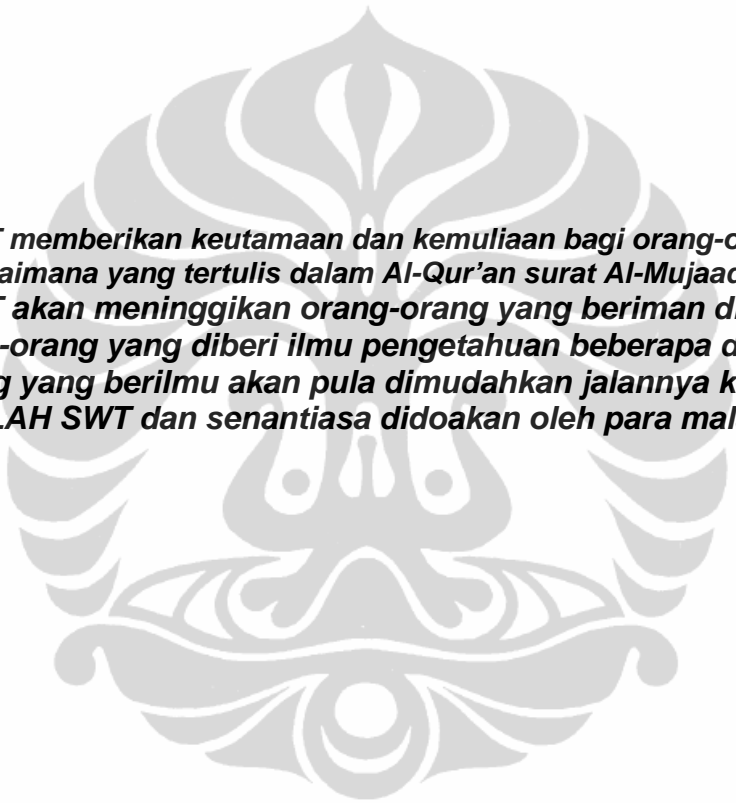
**MODEL “PELATIHAN PEDULI DUKUN BAYI” UNTUK
MENINGKATKAN POTENSI SEBAGAI *AGENT OF CHANGE*
PELAKSANAAN INISIASI MENYUSU DINI
DI KABUPATEN BOGOR**

DISERTASI

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Doktor
Dalam Ilmu Kesehatan Masyarakat pada Universitas Indonesia
di bawah pimpinan Rektor Universitas Indonesia
Prof.Dr.der Soz. Gumilar Rusliwa Somantri
Untuk dipertahankan dihadapan Senat Akademik Universitas Indonesia
Pada hari Rabu, tanggal 14 Desember 2011, pukul 10.00 wib

**EVI MARTHA
NPM: 0706222920**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
DEPOK
DESEMBER 2011**



ALLAH SWT memberikan keutamaan dan kemuliaan bagi orang-orang yang berilmu sebagaimana yang tertulis dalam Al-Qur'an surat Al-Mujaadilah ayat 11: "ALLAH SWT akan meninggikan orang-orang yang beriman diantaramu dan orang-orang yang diberi ilmu pengetahuan beberapa derajat" Orang-orang yang berilmu akan pula dimudahkan jalannya ke syurga oleh ALLAH SWT dan senantiasa didoakan oleh para malaikat.

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Evi Martha

NPM : 0706222920

Tanda Tangan : 

Tanggal : 14 Desember 2011





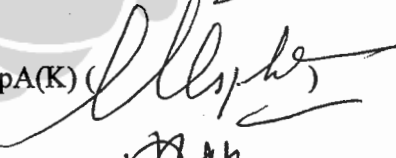


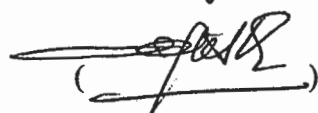
HALAMAN PENGESAHAN

Disertasi ini diajukan oleh :
Nama : Evi Martha
NPM : 0706222920

Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Judul Disertasi : **MODEL "PELATIHAN PEDULI DUKUN BAYI" UNTUK MENINGKATKAN POTENSI SEBAGAI AGENT OF CHANGE PELAKSANAAN INISIASI MENYUSU DINI DI KABUPATEN BOGOR**

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

DEWAN PENGUJI

Promotor : Prof. dr. Hadi Pratomo, MPH. Dr. PH ()
Kopromotor : dr. Kemal N. Siregar, SKM, MA, Ph.D ()
Ketua : Prof. Dr. Meutia F. Swasono Hatta ()
Tim Penguji : Prof. Dr. dra. Sudarti Kresno, SKM, MA. ()
Anggota : Prof. dr. Rulina Suradi, SpA (K) IBCLC ()
: Prof. (EM) Dr. Anna Alisyahbana, dr.SpA(K) ()
: Dr. dr. Dwi Susilowati, IBCLC, SpGK ()
: dr. Endang L. Achadi, MPH, Dr.PH ()
: dr. Agustin Kusumayati, MSc, Ph.D ()

Ditetapkan di : Depok
Tanggal : 14 Desember 2011

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat ALLAH SWT, karena atas segala rahmat, karunia dan kemudahan NYA, penulis dapat menyelesaikan disertasi ini. Di dalam menyelesaikan disertasi ini penulis telah banyak mendapatkan bantuan dari berbagai pihak. Pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih yang tidak terhingga kepada Prof. dr. Hadi Pratomo, MPH. Dr. PH. selaku promotor yang telah meluangkan waktu dan penuh kesabaran membimbing penulis mulai dari penyusunan proposal sampai pada tahap akhir penulisan disertasi ini.

Ucapan terima kasih yang tidak terhingga juga disampaikan kepada dr. Kemal N. Siregar, SKM, MPA, Ph.D sebagai ko-promotor, diantara kesibukan waktunya tetap meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan dan pemikiran-pemikiran dari sisi pandang yang lebih luas untuk penyempurnaan disertasi ini

Kepada yang terhormat Prof. Dr. Meutia F. Swasono Hatta, terima kasih yang mendalam disampaikan atas kesediaannya sebagai ko-promotor dan di sela-sela kesibukannya tetap menyediakan waktu untuk diskusi dan memberikan “warna” pada cara pandang penulis dalam menuangkan hasil penulisan disertasi ini.

Rasa terima kasih dan hormat yang tinggi, penulis sampaikan kepada Prof. Dr. dra. Sudarti Kresno, SKM, MA yang sudah berkenan sebagai Ketua Tim Penguji, beliau juga ikut mendorong penulis mengangkat dukun bayi untuk topik disertasi dan memberikan ide IMD (Inisiasi Menyusu Dini) sebagai materi pelatihan yang akan diberikan pada dukun bayi, serta kesediaan beliau memberikan masukan untuk perbaikan disertasi ini.

Terimakasih yang tidak terhingga kepada yang terhormat Prof. Dr. Rulina Suradi, SpA(K) IBCLC, atas kesediaannya sebagai salah seorang tim penguji, dari beliau, penulis mendapatkan masukan dan bimbingan yang sangat berharga terutama tentang IMD

Kepada yang terhormat Prof. (EM) Dr. Anna Alisyahbana, dr, SpA(K) rasa terima kasih yang tidak terhingga disampaikan atas kesediaannya meluangkan waktu diantara kesibukannya yang tidak sedikit, datang secara khusus dari Bandung ke Depok sebagai salah seorang tim penguji, memberikan masukan yang berharga. Beliau juga menjadi salah satu sumber inspirasi untuk mengangkat persoalan dukun bayi menjadi disertasi penulis.

Ucapan terima kasih yang mendalam disampaikan kepada Yth Dr. dr. Dwi Susilowati, IBCLC, SpGK sebagai salah seorang tim penguji yang dengan lemah lembut memberikan masukan dan perbaikan secara detail untuk penyempurnaan disertasi ini.

Terima kasih yang tidak terhingga juga disampaikan kepada Dr. Endang L. Achadi, MPH, Dr. PH yang selama ini telah banyak mengenalkan masalah kesehatan ibu dan bayi di Indonesia, melalui proses inilah timbul pemikiran yang semakin mengkrystal tentang persoalan dukun bayi di Indonesia, khususnya di daerah Provinsi Banten dan

Provinsi Jawa Barat. Selain itu juga sudah membantu mencarikan jalan keluar untuk kelancaran pelaksanaan penelitian disertasi ini.

Rasa terimakasih yang dalam juga disampaikan kepada dr. Agustin Kusumayati, MSc, Ph.D sebagai salah seorang penguji yang dengan senang hati menyediakan waktu untuk memberikan bimbingan, masukan dan saran-saran yang tegas, lugas dan jelas.

Terima kasih kami haturkan juga kepada Prof. Dr. Der Soz Gumilar Rusliwa Sumantri selaku Rektor Universitas Indonesia, Dr. drs Tri Krianto, MKM selaku Manajer Riset dan Pendidikan FKM UI, Prof. dr. Hasbullah Thabrany, MPH. Dr.PH selaku Dekan FKM UI pada waktu awal penulis menempuh pendidikan doktor, dan Drs. Bambang Wispriyono, Ph.D sebagai Dekan FKM UI saat sekarang, yang sudah memberikan kesempatan pada penulis untuk menempuh jenjang pendidikan ini dengan fasilitas beasiswa dari BPPS dan Fakultas, serta tidak bosan-bosannya memberikan dorongan, semangat untuk menyelesaikan pendidikan ini. Begitu juga terimakasih yang tidak terhingga disampaikan kepada seluruh staf pengajar dan staf administrasi program doktor FKM-UI, yang telah berjasa memberikan bimbingan dan kemudahan dalam menempuh pendidikan program doktor ini.

Kepada Dr. drg. Ella Nurlaela Hadi, Mkes selaku ketua Departemen PKIP saya haturkan terimakasih yang tidak terhingga karena menjadi tempat diskusi bila mengalami kesulitan. Begitu juga kepada bapak dan ibu serta teman-teman Departemen PKIP, Prof Dr. Soekijo notoatmodjo, SKM, M.Com H., dr, Zarfiel Tafal, MPH, dr. Zulazmi Mamdy, MPH, dr. Adi Sasongko, MA, drs. Anwar Hassan, MPH, drs. Teng Soegilar, Dr. dra. Rita Damayanti, MSPH, Dr. Dian Ayubi, SKM, MQIH, dra. C. Endah Wuryaningsih, MKes, dra. Rina Anggorodi, MSi, Dien Anshari, S.Sos, MSi, yang sudah ikut menyemangati dan mendorong penulis untuk menyelesaikan pendidikan ini. Terimakasih yang tulus disampai kepada staf administrasi Departemen PKIP, Lia, Sofi dan Ismail, serta Daryono yang sudah banyak membantu dalam hal disain media untuk penelitian. Terimakasih juga kepada Ka Perpustakaan FKM UI ibu Endang beserta stafnya yang sudah memberikan kemudahan dalam proses mengumpulkan literatur.

Ucapan terimakasih yang tidak terhingga penulis sampaikan kepada dr. Asri Adisasmita, MPH, Ph.D sebagai tempat penulis berdiskusi ketika awal ide dan konsep penelitian ini terbentuk, kepada Solita Sarwono, MPH, Ph.D. yang ikut memberikan masukan ketika pembuatan proposal awal, juga kepada Dr. dr. Sabarinah Prasetyo, MSc, tempat penulis berdiskusi tentang pengolahan data, serta Adang Bachtiar, dr. MPH, DSc. yang sudah memberikan semangat dan pemikiran yang inovatif dan kepada Dr. Ir. Judhiastuty Februhartanty, MSc terimakasih juga disampaikan atas diskusi dan masukannya untuk penyempurnaan disertasi ini.

Kepada teman-teman program doktor IKM angkatan 2007/2008, seperti mbak Curie, mbak Erlin mbak Ambar, pak Candra, pak Dede, pak Yusuf, pak Joko, pak Sri Handono, mas Muttaqin, mas Tanto, mas Dadan, penulis menyampaikan terimakasih atas kebersamaan dan kekompakan kita selama pendidikan, bersama dalam duka dan suka.

Khusus kepada Pak Sandi dan Besral, terimakasih yang tidak terhingga atas pemikiran, diskusi, saran dalam hal pengolahan dan analisa data.

Ucapan terimakasih penulis sampaikan kepada Ponny Natalia yang ikut membantu mengumpulkan literatur, kemudian kepada Rai sita, Febi, Lingga, Rita Zahara dan Putri yang terlibat dalam pengumpulan data dilapangan, Tiara Amelia, Nurul Narulitasari, Bob Alfiandi, yang selalu memberikan dorongan dan semangat, Bimo Adi Trimulyo yang siap untuk mengantarkan tim peneliti melakukan kunjungan dari rumah-ke rumah dengan sepeda motornya, dan khusus untuk Miranty yang membantu penulis mulai dari awal sampai akhir penelitian, menemani penulis dalam suka dan duka, tiada kata yang sepadan diucapkan untuk membalas kebaikan yang sudah diberikan.

Terimakasih juga disampaikan kepada Kepala Dinkes Kab Bogor, yang sudah memberikan izin dilakukannya penelitian ini di wilayah Kab Bogor. Selanjutnya terimakasih kepada Kepala Puskesmas UPT dan UPF Kecamatan Ciampea serta Kepala Puskesmas UPT dan UPF Kecamatan Ciseeng, Bidan-bidan di desa-nya serta yang tidak kalah penting adalah para dukun bayi yang bermukim di kedua Kecamatan ini yang sudah bersedia dan bekerjasama dengan baik dalam penelitian ini.

Terimakasih yang tidak terhingga penulis sampaikan kepada Mama (almarhumah) Nurkhayanis, Papa (Rustian Said), dan Tante (Marianis), Mama Zaidar, Ibu Asmaniar, Tante Ita dan Om Ujang, atas doa dan dorongannya yang tidak putus-putus dan mengingatkan agar penulis dapat menjalankan tugas dan tanggung jawab dengan baik dan selalu berpijak di jalan NYA. Kepada kakak (Meylita) dan adik (Didi Aryadi) serta kakak ipar uda Mukhlis, uni Evi, Mas Budi, adik ipar Venny, Ides, Fauzan, sepupu Andy, Lina, keponakan, Ruri, Rangga, Emil, Yudo, Rimo, Divy, penulis mengucapkan terimakasih atas perhatian, dorongan, doa dan semangat agar penulis bisa menyelesaikan disertasi ini.

Kepada suami tercinta Zulfiandy Harfam dan anakku tersayang Rifqi Harvi Rasyid terimakasih yang sangat dalam atas pengertian, kesabaran, perhatian dan kasih sayang yang selama ini diberikan. Kalian tidak lelah memberikan semangat ketika penulis mengalami masalah dan jenuh dalam menyelesaikan pendidikan doktor ini. Semoga ALLAH SWT selalu memberikan rahmat, kekuatan dan yang terbaik buat kita semua.

Akhir kata, kepada semua pihak yang telah banyak membantu tetapi tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, penulis mengucapkan terimakasih yang tiada terhingga, semoga segala usaha dan doa yang tiada putus yang dipanjatkan, kelak akan mendapatkan ganjaran kemuliaan dan keberkahan dari Allah SWT.

Depok 14 Desember 2011

Evi Martha

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

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

Nama : Evi Martha
NPM : 0706222920
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis Karya : Disertasi

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

**Model “Pelatihan Peduli Dukun Bayi” Untuk Meningkatkan Potensi Sebagai
Agent Of Change Pelaksanaan Inisiasi Menyusu Dini
Di Kabupaten Bogor**

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 mempublikasikan tugas akhir saya selama mencantumkan nama saya sebagai penulis / pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 14 Desember 2011

Yang Menyatakan



(Evi Martha)

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Evi Martha
NPM : 0706222920
Mahasiswa Program : Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat
Tahun Akademik : 2007/2008

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

**Model “Pelatihan Peduli Dukun Bayi” Untuk Meningkatkan Potensi Sebagai
Agent Of Change Pelaksanaan Inisiasi Menyusu Dini
Di Kabupaten Bogor**

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, 14 Desember 2011



Evi Martha

ABSTRAK

Nama : Evi Martha
Program Studi : Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat
Judul : Model Pelatihan Peduli Dukun Bayi untuk Meningkatkan Potensi Sebagai *Agent of Change* Pelaksanaan Inisiasi Menyusu Dini di Kabupaten Bogor

xxv + 264 halaman + 26 tabel + 7 grafik + 14 gambar

Sebagian persalinan di Indonesia masih ditolong oleh dukun bayi, hal ini disebabkan karena terbatasnya tenaga kesehatan yang ada, kebiasaan, adat, dan faktor ekonomi yang membuat masyarakat masih memilih dukun bayi, sementara salah satu penyebab kematian bayi adalah pertolongan yang dilakukan oleh tenaga tidak terampil (dukun bayi). Mempertimbangkan masih kuatnya keberadaan dukun bayi di tengah masyarakat, perlu mengalihperan mereka dari penolong persalinan menjadi "*agent of change*" sebagai penyampai pesan-pesan kesehatan. Dalam studi ini penyampaian pesan kesehatan difokuskan pada Inisiasi Menyusu Dini (IMD) yang bila dilakukan bisa mengurangi kematian pada bayi. Agar dukun bayi dapat menjalankan perannya sebagai *agent of change* perlu diberikan pembinaan dalam bentuk pelatihan yang memperhatikan latar belakang dan kemampuan dukun bayi dengan model pelatihan yang disebut "Pelatihan Peduli Dukun Bayi".

Tujuan penelitian ini untuk mengetahui efek model "Pelatihan Peduli Dukun Bayi" dalam upaya meningkatkan Pengetahuan, Sikap dan Praktik dukun bayi untuk berpotensi sebagai "*agent of change*" dalam pelaksanaan IMD pada ibu hamil dan melahirkan di Kabupaten Bogor, Indonesia. Penelitian ini menggunakan metoda penelitian kuantitatif dan kualitatif. Pada penelitian kuantitatif menggunakan disain kuasi eksperimen dengan sampel 53 orang dukun bayi untuk kelompok intervensi dan 53 orang dukun bayi untuk kelompok kontrol. Analisa data dilakukan untuk melihat perubahan sebelum dan sesudah intervensi-pelatihan dan membandingkan hasil pengukuran pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol. Kemudian untuk melihat hubungan variabel independen dan dependen menggunakan uji regresi logistik. Pada penelitian kualitatif menggunakan *Rapid Assessment Procedure* dengan analisa tema.

Hasil penelitian menunjukkan peningkatan Pengetahuan, Sikap, Praktik Promosi IMD pada dukun bayi setelah mereka mendapatkan pelatihan. Faktor dominan yang mempengaruhi Pengetahuan, Sikap, Praktik dalam Pelaksanaan IMD adalah Pelatihan Peduli Dukun Bayi tentang IMD, sedangkan faktor dominan yang mempengaruhi Praktik IMD oleh dukun bayi terhadap pasiennya adalah Banyaknya Jumlah Pasien Dukun Bayi. Temuan kuantitatif ini didukung oleh temuan kualitatif melalui ungkapan-ungkapan yang menggambarkan rasa senang dan beruntung karena dengan mengikuti pelatihan ini selain mendapat pengetahuan, mereka juga melihat dan merasakan secara langsung manfaat IMD. Di sisi lain setelah pelatihan sebagai

pembuktian bahwa model Pelatihan Peduli Dukun Bayi diterima dan diterapkan oleh dukun bayi, lebih dari setengah pasien dukun bayi mempunyai Pengetahuan yang baik, Sikap yang positif, dan sudah melakukan IMD saat melahirkan atas anjuran dukun bayi. Dengan demikian dukun bayi terbukti bisa dilatih sebagai “*agent of change*” dalam pelaksanaan IMD

Mengingat keberhasilan penelitian ini, hendaknya ada kebijakan untuk mengadopsi dan menggunakan metoda Pelatihan Peduli Dukun Bayi dalam pelaksanaan IMD untuk Kabupaten lain yang keadaan social ekonomi dan budayanya lebih kurang sama. Memanfaatkan sumber daya lokal setempat sebagai “*agent of change*” merupakan upaya yang strategis dan efisien, untuk itu dalam pelaksanaannya perlu diintegrasikan ke dalam sistem atau mekanisme yang sudah ada, sehingga lebih mudah pelaksanaannya dan relatif tidak membutuhkan biaya dan waktu tambahan.

Kata kunci : dukun bayi, model pelatihan, inisiasi menyusu dini
Kepustakaan : 130 (1976-2011)



ABSTRACT

Name : Evi Martha
Study Program : Public Health Doctorate Program
Title : Traditional Birth Attendant Training Model to Improve Their Potentials as *Agent of Change* in Early Initiation of Breastfeeding Care in Bogor District

xxv + 264 pages + 26 tables + 7 charts + 14 figures

Most deliveries in Indonesia are still attended by TBA. Limited number of health providers, traditions, customs, and economic factors have encouraged people to prefer traditional birth attendant, despite the facts that the infant death is related to deliveries helped by the unskilled health providers such as TBA. Considering the strong presence of the traditional birth attendant in the community, it is necessary to transform their role from just attending deliveries to become an "agent of change" to deliver health messages. In this dissertation, the message is focused on Early Initiation of Breastfeeding (EIBF) that could reduce infant deaths. Guidance for TBA in their role as agent of change requires a training, referred as the "TBA-friendly Training" model.

This study is aimed to determine the impact of "TBA-friendly Training" model on the traditional birth attendants' knowledge, attitude and practice to enhance their role as "agent of change" in the EIBF practice among pregnant and laboring women in Bogor Regency, Indonesia. Quantitative and qualitative research approaches were used in the study. The quantitative approach used quasi-experimental design involving 53 TBAs as sample for the intervention and another 53 for the control group. Data were analyzed to see the difference the Knowledge, Attitude and Practice of the TBAs before and after the training and to compare result between the intervention and control groups. Logistic regression was used to see the relationship between independent and dependent variables. At the same time, the qualitative approach using Rapid Assessment Procedure was used to provide explanation.

The study found better EIBF Knowledge, Attitude and Promotion of practices among TBAs after the training. The most dominant variable affecting EIBF Knowledge, Attitude, and Practices is the training, while the dominant factor affecting the TBAs practice on EIBF promotion is the large number of clients the TBA's have. These findings are supported by the qualitative findings through reported expressions, that TBAs are happy and feel fortunate being trained, because the TBAs did not only obtained more knowledge, but also saw and felt the direct benefits of EIBF. In the other side, after the training it is found that more than a half of the clients of TBA have good Knowledge, Attitude and Practice EIBF, meaning that the TBA is able to apply the skills trained and to make them as "agent of change" to promote EIBF practice.

Given the promising findings of this study, there should be a policy to adopt and use such a "TBA-friendly Training" model for EIBF implementation for other districts that have similar socioeconomic and cultural situation. Utilizing the local resources as "agent of change" is a strategic and efficient effort, and by integrating it into the existing system or mechanism will facilitate implementation and require no additional cost and time.

Keywords : traditional birth attendants, training model, early initiation of breastfeeding

Reference : 130 (1976-2011)



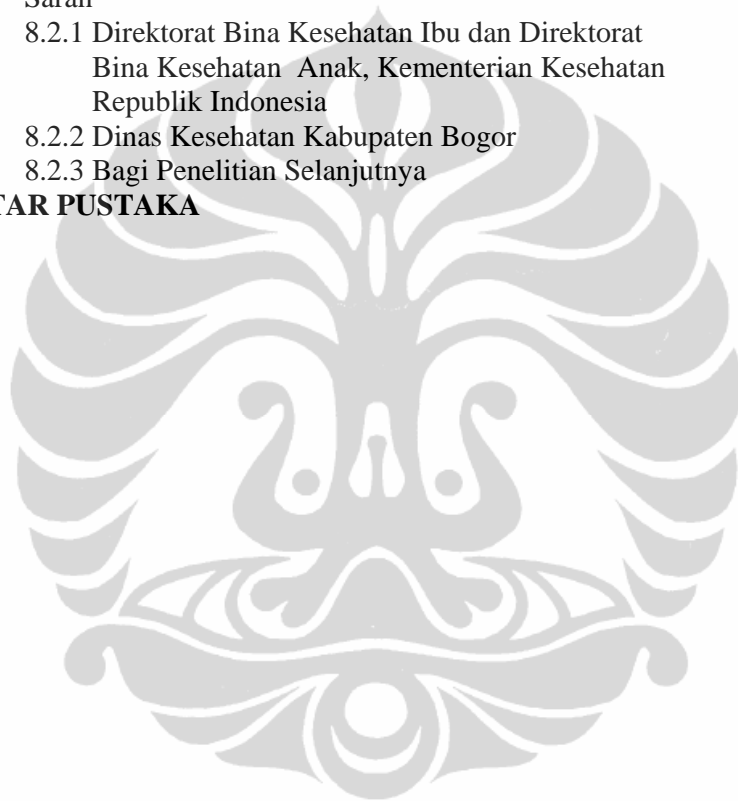
DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
UCAPAN TERIMA KASIH	iv
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vii
SURAT PERNYATAAN	viii
ABSTRAK	ix
ABSTRACK	xi
DAFTAR ISI	xiii
DAFTAR TABEL	xvii
DAFTAR GAMBAR	xx
DAFTAR GRAFIK	xxi
DAFTAR ISTILAH	xxii
DAFTAR SINGKATAN	xxiii
DAFTAR LAMPIRAN	xxv
1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	10
1.3 Pertanyaan Penelitian	11
1.4 Tujuan Penelitian	11
1.5 Manfaat Penelitian	12
1.6 Ruang Lingkup Penelitian	13
2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Dukun Bayi	15
2.1.1 Pengertian Dukun Bayi	15
2.1.2 Profil Dukun Bayi	15
2.1.3 Peranan Dukun Bayi	17
2.1.4 Kemitraan Bidan dan Dukun Bayi	23
2.2 Dukun Bayi Sebagai “Agent of Change”	25
2.2.1 Pengertian “Agent of Change”	25
2.2.2 Karakteristik “Agent of Change”	26
2.2.3 Peran “Change Agent”	27
2.2.4 Faktor Keberhasilan “Change Agent”	28
2.2.5 Potensi Dukun Bayi Sebagai “Agent of Change” (Pemberdayaan)	29
2.3 Pelatihan Dukun Bayi	30
2.3.1 Pelatihan	30
2.3.2 Metode Belajar Orang Dewasa	54
2.3.3 Pelatihan Dukun Bayi	56
2.3.4 Penelitian Tentang Pelatihan Dukun Bayi	59
2.4 Teori Perilaku dan Perubahan Perilaku Kesehatan	70
2.4.1 Perilaku Kesehatan	70
2.4.2 Model Perubahan Perilaku Kesehatan	73

	Halaman
2.5	Inisiasi Menyusu Dini (IMD) 82
2.5.1	Manfaat IMD 84
2.5.2	Pelaksanaan IMD 88
2.5.3	Beberapa Penelitian tentang IMD 93
3	KERANGKA KONSEP, ALUR PENELITIAN, DAN KERANGKA KERJA
3.1	Kerangka Konsep 98
3.2	Hipotesis 100
3.3	Definisi Operasional 101
3.4	Kerangka Kerja 104
4	METODOLOGI
4.1	Lokasi dan Waktu Penelitian 108
4.1.1	Lokasi Penelitian 108
4.1.2	Waktu Penelitian 108
4.2	Disain Penelitian 108
4.3	Penelitian Kuantitatif 109
4.3.1	Populasi Penelitian 111
4.3.2	Pemilihan Daerah Intervensi dan Kontrol 111
4.3.3	Sampel Penelitian 111
4.3.4	Pengumpulan Data 115
4.3.5	Instrumen Penelitian 115
4.3.6	Pengolahan Data 119
4.3.7	Analisis Data 120
4.4	Penelitian Kualitatif 122
4.4.1	Jenis Informan, Cara Pengumpulan Data 124
4.4.2	Instrumen 125
4.4.3	Pengolahan dan Analisis Data 126
5	PENGEMBANGAN MODEL DAN MODUL PELATIHAN DUKUN BAYI
5.1	Training of Trainee (TOT) 128
5.2	Preliminary Study (Penelitian Pendahuluan) 128
5.3	Membuat Modul Pelatihan 131
5.4	Uji Coba dan Model Pelatihan Peduli Dukun Bayi 132
5.5	Uji Coba Kuesioner Sebagai Uji Validitas dan Realibilitas 134
5.6	Pelaksanaan Penelitian Model Pelatihan Peduli Dukun Bayi Mengenai IMD 141
5.6.1	Pelaksanaan Model Pelatihan Peduli Dukun Bayi di Daerah Intervensi 141
5.6.2	Pendampingan Terhadap Dukun Bayi 154
5.6.3	Pengamatan Terhadap Pelaksanaan IMD oleh Dukun Bayi 155
5.6.4	Konfirmasi (Kroscek) Informasi IMD ke Pasien Dukun Bayi (Ibu Hamil dan Ibu Melahirkan) 156

	Halaman
5.6.5 Pengukuran Variabel Penelitian (Materi Pelatihan IMD) yang Ketiga	157
5.6.6 Pelaksanaan Pengukuran <i>Pre – Test</i> dan <i>Post – Test</i> Dukun Bayi di Daerah Kontrol	157
6 HASIL PENELITIAN	
6.1 Profil Responden	158
6.1.1 Profil Demografi Dukun Bayi	158
6.1.2 Profil Riwayat Pekerjaan Dukun Bayi	160
6.1.3 Profil Pengetahuan, Sikap, Praktik Promosi dan Pelaksanaan IMD Dukun Bayi Sebelum Intervensi Pelatihan Dukun Bayi	162
6.1.4 Kemitraan Bidan di Desa dengan Dukun Bayi	163
6.1.5 Jumlah Pasien yang Melakukan IMD Selama Intervensi	171
6.1.6 Kepercayaan yang Dapat Menghambat Pelaksanaan IMD	173
6.2 Pengaruh Intervensi Terhadap Pengetahuan, Sikap, Praktik Promosi dan Pelaksanaan IMD oleh Dukun Bayi	178
6.2.1 Pengaruh Intervensi Terhadap Pengetahuan IMD Dukun Bayi tentang IMD	178
6.2.2 Pengaruh Intervensi Terhadap Sikap IMD Dukun Bayi tentang IMD	187
6.2.3 Pengaruh Intervensi Terhadap Praktik Promosi IMD Oleh Dukun Bayi	193
6.2.4 Pengaruh Intervensi Terhadap Praktik IMD Oleh Dukun Bayi	204
6.5 Profil Pasien Dukun Bayi	215
7 PEMBAHASAN	
7.1 Keterbatasan Penelitian	225
7.2 Efek Intervensi Pelatihan terhadap Pengetahuan, Sikap, dan Praktik Dukun Bayi	226
7.2.1 Efek Intervensi terhadap Pengetahuan IMD Dukun Bayi	227
7.2.2 Efek Intervensi terhadap Sikap Dukun Bayi dalam Hal IMD	231
7.2.3 Efek Intervensi terhadap Praktik Promosi IMD oleh Dukun Bayi	235
7.2.4 Efek Intervensi terhadap Praktik IMD oleh Dukun Bayi	240
7.3 Peran Dukun Bayi sebagai <i>Agent of Change</i>	243

7.4	Kelebihan dan Hal yang Perlu Diperhatikan dalam Melaksanakan Model Intervensi Pelatihan Peduli Dukun Bayi	246
7.4.1	Kelebihan Model Intervensi Pelatihan Peduli Dukun Bayi	246
7.4.2	Hal yang Perlu Diperhatikan dalam Pelaksanaan Model Intervensi Pelatihan Dukun Bayi	249
8	SIMPULAN & SARAN	
8.1	Simpulan	251
8.2	Saran	252
8.2.1	Direktorat Bina Kesehatan Ibu dan Direktorat Bina Kesehatan Anak, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia	252
8.2.2	Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor	252
8.2.3	Bagi Penelitian Selanjutnya	253
9	DAFTAR PUSTAKA	254

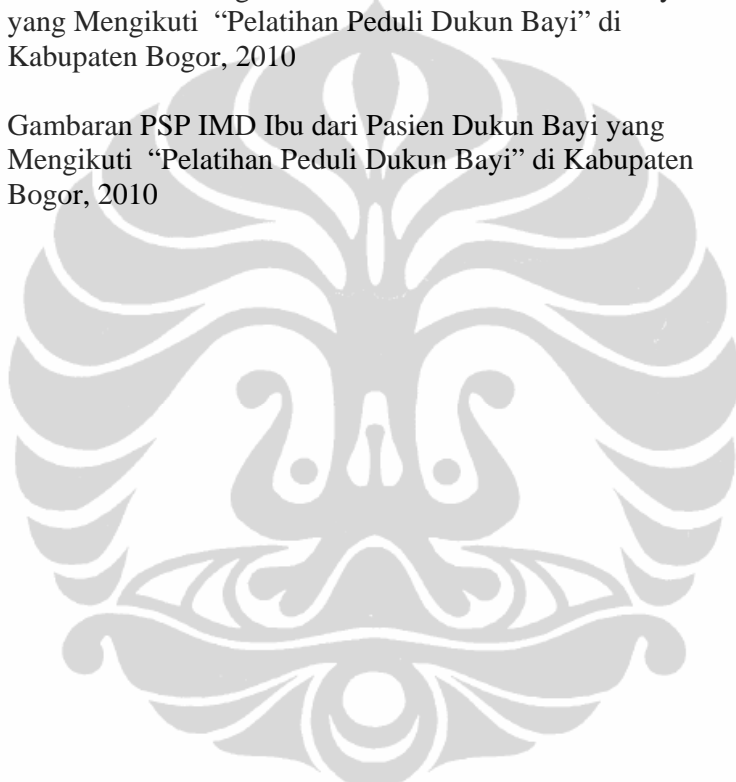


DAFTAR TABEL

		Halaman
Tabel 2.1	Lima Urutan Perilaku Bayi Saat Menyusu Pertama Kali	92
Tabel 4.1	Perhitungan Besar Sampel Minimal dari Beberapa Penelitian Model Pelatihan Dukun Bayi	113
Tabel 4.2	Kuesioner Penelitian Model Pelatihan Peduli Dukun Bayi untuk Meningkatkan Potensi Sebagai “Agent of Change” Pelaksanaan IMD	116
Tabel 4.3	Jenis Informan dan Metoda Pengumpulan Data di Daerah Intervensi dan Kontrol	125
Tabel 5.1	Tanggal Pembuatan dan Revisi Modul Pelatihan IMD untuk dukun bayi	131
Tabel 5.2	Validitas dan Realibilitas Uji Coba Kuesioner di Kabupaten Bogor, 2010	135
Tabel 5.3	Pelatihan Tahap 1 Berdasarkan Asal Wilayah, Jumlah, Waktu, dan Tempat Pelaksanaan Pelatihan IMD Untuk Dukun Bayi	143
Tabel 5.4	Pelatihan Tahap 2 Berdasarkan Asal Wilayah, Jumlah, Waktu, dan tempat Pelaksanaan Pelatihan IMD Untuk Dukun Bayi	152
Tabel 6.1	Profil Demografi Dukun Bayi pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Kabupaten Bogor, 2010	160
Tabel 6.2	Profil Riwayat Pekerjaan Sebagai Dukun Bayi Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Kabupaten Bogor, 2010	161
Tabel 6.3	Profil Pengetahuan , Sikap, Praktik Promosi dan Pelaksanaan IMD Dukun Bayi Sebelum “Pelatihan Peduli Dukun Bayi” di Kabupaten, tahun 2010	163
Tabel 6.4	Perbedaan Kemitraan Bidan di Desa dengan Dukun Bayi Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Kabupaten, tahun 2010	165
Tabel 6.5	Perbedaan Jumlah Pasien IMD Dukun Bayi Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Kabupaten Bogor, 2010	173
Tabel 6.6	Perbedaan Kepercayaan yang Diketahui Dukun Bayi dapat Menghambat Pelaksanaan IMD pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Kabupaten Bogor, 2010	175
Tabel 6.7	Perbedaan dan Efek “Pelatihan Peduli Dukun Bayi” terhadap Pengetahuan Dukun Bayi di Kabupaten Bogor, 2010	180
Tabel 6.8	Variabel yang Diikutsertakan dalam Analisa Regresi	184

	Logistik Ganda untuk Mengetahui Faktor yang Berhubungan dengan Pengetahuan Dukun Bayi tentang IMD	
Tabel 6.9	Tahapan Analisis Regresi Logistik Ganda dalam Seleksi Variabel yang Berhubungan dengan Pengetahuan Dukun Bayi tentang IMD	184
Tabel 6.10	Pengaruh “Pelatihan Peduli Dukun Bayi” Terhadap Pengetahuan Dukun Bayi Tentang IMD di Kabupaten Bogor, 2010	185
Tabel 6.11	Perbedaan dan Efek “Pelatihan Peduli Dukun Bayi” Terhadap Sikap Dukun Bayi Dalam IMD di Kabupaten Bogor, 2010	189
Tabel 6.12	Variabel yang Diikutsertakan dalam Analisis Regresi Logistik Ganda untuk Mengetahui Faktor yang Berhubungan dengan Sikap Dukun Bayi dalam IMD	192
Tabel 6.13	Tahapan Analisis Regresi Logistik Ganda dalam Seleksi Variabel yang Berhubungan dengan Sikap Dukun Bayi dalam IMD	192
Tabel 6.14	Pengaruh “Pelatihan Peduli Dukun Bayi” Terhadap Sikap Dukun Bayi Tentang IMD di Kabupaten Bogor, 2010	193
Tabel 6.15	Perbedaan dan Efek “Pelatihan Peduli Dukun Bayi” Terhadap Praktik Promosi IMD Oleh Dukun Bayi di Kabupaten Bogor, 2010	195
Tabel 6.16	Variabel yang Diikutsertakan dalam Analisa Regresi Logistik Ganda untuk Mengetahui Faktor yang Berhubungan dengan Praktik Promosi Dukun Bayi dalam IMD	202
Tabel 6.17	Tahapan Analisis Regresi Logistik Ganda dalam Seleksi Variabel yang Berhubungan dengan Praktik Promosi Dukun Bayi dalam IMD	203
Tabel 6.18	Pengaruh “Pelatihan Peduli Dukun Bayi” Terhadap Praktik Promosi IMD Oleh Dukun Bayi Di Kabupaten Bogor, 2010	203
Tabel 6.19	Perbedaan dan Efek ‘Pelatihan Peduli Dukun Bayi’ Terhadap Praktik Dukun Bayi dalam IMD di Kabupaten Bogor, 2010	206
Tabel 6.20	Variabel yang Diikutsertakan dalam Analisa Regresi Logistik Ganda untuk Mengetahui Faktor yang Berhubungan dengan Praktik IMD oleh Dukun Bayi	213
Tabel 6.21	Tahapan Analisis Regresi Logistik Ganda dalam Seleksi Variabel yang Berhubungan dengan Praktik IMD Oleh Dukun bayi	213

Tabel 6.22	Pengaruh “Pelatihan Peduli Dukun Bayi” Terhadap Praktik Praktik IMD Oleh Dukun bayi Di Kabupaten Bogor, 2010	214
Tabel 6.23	Profil Pasien dari Dukun Bayi yang Mengikuti “Pelatihan Peduli Dukun Bayi” di Kabupaten Bogor, 2010	215
Tabel 6.24	Kebiasaan Periksa Kehamilan dari Pasien Dukun Bayi Yang Mengikuti “Pelatihan Peduli Dukun Bayi” di Kabupaten Bogor, 2010	216
Tabel 6.25	Pemilihan Penolong Persalinan oleh Pasien Dukun Bayi yang Mengikuti “Pelatihan Peduli Dukun Bayi” di Kabupaten Bogor, 2010	218
Tabel 6.26	Gambaran PSP IMD Ibu dari Pasien Dukun Bayi yang Mengikuti “Pelatihan Peduli Dukun Bayi” di Kabupaten Bogor, 2010	219



DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Peranan Dukun Bayi untuk Menurunkan AKI dan AKB	18
Gambar 2.2 Model Untuk Pengembangan Peranan Dukun Bayi (Komponen Pendidikan, Konseling, dan Pelayanan)	22
Gambar 2.3 Lima Komponen Pelatihan	36
Gambar 2.4 Determinan Perilaku Menurut Green (2005)	72
Gambar 2.5 Theory Reasoned Action and Theory of Planned Behaviour (Fishbein & Ajzen, 1975)	73
Gambar 2.6 Social Cognitive Theory (Bandura, 2001)	74
Gambar 2.7 The Stage of Change Model, After Prochaska & DiClemente 1984	79
Gambar 2.8 Stages of The Precaution Adoption Process	80
Gambar 2.9 Interdependence Model of Social Influence and Interpersonal Communication	82
Gambar 3.1 Determinan Perilaku	98
Gambar 3.2 Kerangka Konsep	99
Gambar 3.3 Alur Penelitian Model Pelatihan Peduli Dukun Bayi untuk Meningkatkan Potensi Sebagai “Agent of Change” Pelaksanaan IMD	103
Gambar 3.4 Kerangka Kerja Penelitian Model Pelatihan Peduli Dukun Bayi untuk Meningkatkan Potensi Sebagai “Agent of Change” Pelaksanaan IMD	107
Gambar 4.1 Disain Kuasi Eksperimen dalam Penelitian Model Pelatihan Peduli Dukun Bayi untuk Meningkatkan Potensi Sebagai “Agent of Change” Pelaksanaan IMD	110

DAFTAR GRAFIK

Grafik 6.1	Peningkatan Kemitraan Bidan di Desa dengan Dukun Bayi Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Di Kabupaten Bogor, 2010	165
Grafik 6.2	Peningkatan Jumlah Pasien Dukun Bayi yang Melakukan IMD Selama Intervensi di Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Kabupaten Bogor, 2010	173
Grafik 6.3	Peningkatan Kepercayaan yang Dapat Menghambat Pelaksanaan IMD Selama Intervensi di Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Kabupaten Bogor, 2010	174
Grafik 6.4	Peningkatan Pengetahuan Dukun Bayi tentang IMD Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Kabupaten Bogor, 2010	179
Grafik 6.5	Peningkatan Sikap Dukun Bayi Tentang IMD di Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Kabupaten Bogor, 2010	187
Grafik 6.6	Peningkatan Praktik Promosi IMD oleh Dukun Bayi di Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Kabupaten Bogor, 2010	194
Grafik 6.7	Peningkatan Praktik IMD oleh Dukun Bayi di Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Kabupaten Bogor, 2010	204

DAFTAR ISTILAH



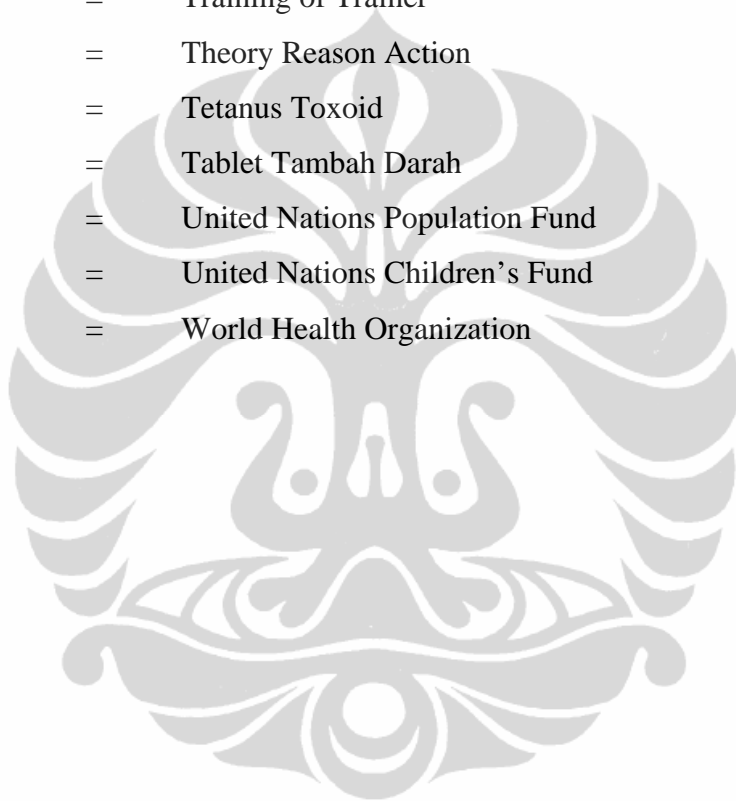
Acute otitis media	=	Radang Telinga Akut
Lochia	=	Cairan vagina yang keluar setelah melahirkan
Neonatal	=	Bayi 0-28 hari
Post natal	=	Setelah persalinan
Obstetri	=	Ilmu kebidanan
Suaka	=	Perjanjian kesediaan dukun bayi menolong persalinan
Kili – kili	=	Verniks
Bali – bali	=	Ari – ari
Bayi di dada didada	=	Orok ditangkupkeun/ditangkurepkeun/ditamplokeun
Nojer – nojer	=	Menendang
Nunda ibak / Nunda Adus	=	Tunda mandi
Babaran	=	Melahirkan
Ci / Cai Susu Ibu	=	Air Susu Ibu
Ci susuna seuseur	=	Air susunya banyak

DAFTAR SINGKATAN



ACPA	=	American College Personnel Association
AKB	=	Angka Kematian Bayi
AKI	=	Angka Kematian Ibu
ANC	=	Antenatal Care
ASEAN	=	Association of South East Asean Nation
ASI	=	Air Susu Ibu
BBL	=	Bayi Baru Lahir
BBLR	=	Berat Bayi Lahir Rendah
BFHI	=	Baby Friendly Hospital Initiative
BPPN	=	Badan Perencanaan Pembangunan Nasional
COPE	=	Client-Oriented, Provider-Efficient
Depkes	=	Departement Kesehatan
DKT	=	Diskusi Kelompok Terarah
ECI	=	Early Childhood Initiative
FGD	=	Focus Group Discussion
HBM	=	Health Belief Model
IBI	=	Ikatan Bidan Indonesia
IMD	=	Inisiasi Menyusu Dini
KB	=	Keluarga Berencana
KIA	=	Kesehatan Ibu dan Anak
LSM	=	Lembaga Swadaya Masyarakat
MDGs	=	Millenium Development Goals
MNH	=	Maternal Neonatal Health
OR	=	Odd Ratio
PAHO	=	Pan American Health Organization
Polindes	=	Pondok Bersalin desa
PTT	=	Pegawai Tidak Tetap
PSP	=	Pengetahuan Sikap dan Perilaku

Puskesmas	=	Pusat Kesehatan Masyarakat
RAP	=	Rapid Assessment Procedure
Riskesdas	=	Riset Kesehatan Dasar
RS	=	Rumah Sakit
RSSIB	=	Rumah Sakit Sayang Ibu Bayi
SDKI	=	Survei Demografi Kesehatan Indonesia
TOT	=	Training of Trainer
TRA	=	Theory Reason Action
TT	=	Tetanus Toxoid
TTD	=	Tablet Tambah Darah
UNFPA	=	United Nations Population Fund
UNICEF	=	United Nations Children's Fund
WHO	=	World Health Organization



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Surat Keterangan Lolos Prosedur Etik Penelitian
- Lampiran 2 Jadwal Uji Coba Kegiatan Paket Pelatihan Peduli Dukun Bayi
- Lampiran 3 Jadwal Kegiatan Paket Pelatihan Peduli Dukun Bayi
- Lampiran 4 Kuesioner Pengukuran Pengetahuan, Sikap, Praktik Promosi dan Pelaksanaan IMD Dukun Bayi
- Lampiran 5 Lembar Konfirmasi Pengetahuan, Sikap, Praktik Pelaksanaan IMD Ibu Hamil / Melahirkan, Praktik Promosi & Pelaksanaan IMD Dukun Bayi
- Lampiran 6 Instrumen Kualitatif
- Lampiran 7 Lembar Pendampingan
- Lampiran 8 Peta Lokasi Penelitian
- Lampiran 9 Ringkasan Kurikulum Pelatihan Peduli Dukun Bayi
- Lampiran 10 Jadwal Pelaksanaan Pelatihan dan Pendampingan
- Lampiran 11 Daftar Riwayat Hidup

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia telah mengalami penurunan yang signifikan dalam beberapa dekade terakhir, yaitu dari 128 per 1000 kelahiran hidup tahun 1960 menjadi 47 per 1000 kelahiran hidup (BPS 2000). Namun angka ini masih terhitung tinggi dibandingkan dengan AKB negara-negara anggota ASEAN, yaitu 4,6 kali lebih tinggi dari Malaysia, 1,8 kali lebih tinggi dari Thailand dan 1,3 kali lebih tinggi dari Filipina (Widjojo dkk 2004).

Berdasarkan Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2002-2003 AKB nasional sebanyak 35 per 1000 kelahiran hidup. Terdapat kesenjangan Angka Kematian Bayi antar provinsi dengan variasi yang sangat besar yaitu provinsi Nusa Tenggara Barat yang mencapai 103 per 1000 kelahiran hidup (tertinggi), sedangkan Propinsi D.I. Yogyakarta mencapai 23 per 1000 kelahiran hidup (terendah). Dibandingkan dengan hasil SDKI tahun 2007 terjadi sedikit penurunan AKB secara Nasional 34 per 1000 kelahiran hidup, sedangkan provinsi yang tertinggi AKB nya adalah Sulawesi Barat sebanyak 74 per 1000 kelahiran hidup dan paling rendah D.I. Yogyakarta sebanyak 19 per 1000 kelahiran hidup.

Jumlah kematian *neonatal*, yaitu kematian bayi 0-28 hari, tercatat mencapai 181 kematian. Bila dibandingkan dengan seluruh kematian *neonatal* ini, kematian bayi *neonatal* dini (0-6 hari) sebesar 78,5% (Risksdas 2008). Sebagian besar kematian *neonatal* tersebut terjadi pada minggu pertama kehidupannya yang disebabkan oleh status kesehatan dan gizi ibu yang sangat rendah serta praktik perawatan *neonatal* yang tidak adekuat (WHO 2004). Rendahnya status kesehatan ibu dan praktik perawatan *neonatal* yang tidak adekuat dapat disebabkan karena masih banyak negara yang tidak mempunyai akses pelayanan kesehatan sehingga bergantung pada Dukun bayi dan tabib tradisional untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang mereka butuhkan. Di negara dengan kondisi seperti ini dukun bayi terlatih dapat berperan dalam meningkatkan kesehatan ibu dan anak (UNFPA 1996).

Di sepanjang sejarah, dukun bayi menjadi sumber daya manusia utama bagi para wanita selama persalinan. Peran dukun bayi bervariasi dalam tingkat dan jenis kegiatannya serta melewati lintas budaya dan waktu. Bahkan saat ini dukun bayi masih membantu sebagian besar persalinan yang terjadi di daerah terpencil di negara-negara berkembang (Okolocha et al. 1998; Osubor et al. 2006; Stanton et al. 2007; Bergstorm 2001).

Menurut data SDKI tahun 1997 di Indonesia dari 10.692 persalinan yang dilakukan di rumah, lebih dari setengahnya (53%) ditangani oleh dukun bayi, 40% ditangani tenaga kesehatan (dokter, perawat, bidan), dan 7% oleh keluarga atau teman (Thind & Banerjee 2004). Hal serupa terjadi di negara-negara berkembang lainnya seperti Guatemala, di mana sebagian besar persalinan ditolong oleh dukun bayi (*comadrona*) yang tiap daerahnya rata-rata memiliki satu atau dua orang dukun bayi (Walsh 2006). Selanjutnya menurut Okafor (2000) persentase pemanfaatan tempat pelayanan persalinan di Nigeria antara lain oleh dukun (32,6%), klinik bersalin (30,3%), rumah (16,1%), rumah sakit (14,7%), dan gereja (6,3%).

Perkembangan terbaru di Indonesia, menurut data SDKI 2007 terjadi peningkatan jumlah persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan menjadi 73%, tetapi angka ini masih jauh dari target yang ditetapkan oleh Depkes yaitu 90% pada tahun 2010. Menurut Riskesdas (2010) 55,4 % persalinan terjadi di fasilitas kesehatan, 43,2 % melahirkan di rumah. Ibu hamil yang melahirkan di rumah, 51,9% ditolong oleh bidan, 40,2 % oleh dukun bayi. Bila dilihat berdasarkan Provinsi, penolong persalinan oleh tenaga kesehatan yang terendah adalah di Sulawesi Tenggara (8,7%), dan tertinggi di DI Yogyakarta (94,5%). Terdapat kesenjangan yang sangat lebar persentase ibu yang melahirkan di fasilitas kesehatan antara perkotaan dan perdesaan (74,9% versus 35,2%).

Salah satu penyebab masih tingginya persalinan ditolong oleh dukun bayi di Indonesia adalah karena jumlah keberadaan bidan di desa masih sangat kurang. Rasio bidan dengan penduduk adalah 27,3 bidan per 100.000 penduduk sedangkan rasio yang diharapkan dapat tercapai pada tahun 2010 adalah 100 bidan per 100.000 penduduk. Daerah Banten dan Jawa Barat merupakan daerah yang paling kecil, yaitu

8,9 dan 9,3 per 100.000 penduduk, (BPPN 2007). Selain itu, masalah kebiasaan, budaya dan faktor ekonomi juga menjadi penyebab masyarakat memilih dukun bayi sebagai penolong persalinan.

Hasil studi yang dilakukan oleh Mukherjee (2006) menjelaskan beberapa alasan ibu memilih dukun bayi sebagai penolong persalinan di 8 daerah di Indonesia antara lain; (1) Dukun bayi selalu ada pada saat kapan saja dibutuhkan, sedangkan bidan jarang berada di pos persalinan desa (polindes) lokal atau puskesmas pembantu (pustu); (2) Dukun bayi bertempat tinggal dekat dengan pemukiman penduduk sedangkan Puskesmas berada jauh sekali dari pemukiman penduduk dan memerlukan pengangkutan mahal untuk menuju puskesmas; (3) Biaya untuk membayar jasa dukun bayi lebih rendah daripada bidan. jasa dukun bayi biasanya dibayar antara Rp 1.000 sampai dengan Rp 5.000 per kunjungan atau hanya dengan beras dan kelapa, sedangkan pembayaran bidan tiga sampai lima kali dari yang dibayarkan kepada dukun bayi; (4) Dukun bayi mengetahui bagaimana cara merubah posisi janin sungsang atau melintang (kepala tidak pada posisi yang tepat); (5) Dukun bayi dianggap lebih berpengalaman karena sudah membantu kelahiran banyak bayi sehat di masa lalu; (6) Dukun bayi lebih dipercaya dan umumnya dikenal masyarakat.

Peranan dukun bayi dalam masyarakat juga mencerminkan budaya dan struktur sosial masyarakat. Dukun bayi memiliki peran yang berarti saat berbicara mengenai budaya, empati dan dukungan psikososial saat persalinan dengan manfaat yang penting bagi ibu dan bayi baru lahir (Bergstorm & Gordburn 2001). Peranan dukun bayi yang mencerminkan budaya dan struktur sosial ini menjadikan mereka sangat berperan dalam pemeliharaan kesehatan ibu dan sebagai kepanjangan tangan dari sistem pelayanan kesehatan ibu dan anak di perdesaan yang sangat banyak dijumpai di daerah perdesaan (Okubagzhi 1988).

Dukun bayi di perdesaan biasanya juga berperan sebagai; (1) edukator, konselor, tabib; (2) melindungi kehamilan dari gangguan roh jahat; (3) meramu jamu-jamuan untuk mempermudah proses kelahiran; (4) membersihkan dan mengubur plasenta; (5) sumber informasi pelayanan kesehatan bagi ibu dan keluarga; (6)

mendampingi ibu selama proses melahirkan dan nifas; membantu pekerjaan rumah tangga di tempat ibu yang melahirkan; (7) menjembatani masyarakat dengan sistem kesehatan formal; (8) mendampingi atau mengantarkan ibu ke fasilitas kesehatan formal. (Mathole et al. 2005; Syamala 2004; UNFPA 1996). Pendampingan tersebut berlangsung sampai bayi berumur 2 tahunan. Namun pendampingan yang sifatnya rutin sekitar 7 hingga 10 hari pasca melahirkan (Wikipedia 2007).

Hal senada juga diungkapkan oleh Syamala (2004) bahwa peran dukun bayi tetap diperlukan dalam sistem pelayanan kesehatan karena sebagian besar persalinan masih ditangani oleh dukun bayi meskipun tenaga kesehatan telah tersedia di daerah perdesaan. Selain itu, dukun bayi juga berperan dalam memberikan motivasi selama kehamilan, persalinan, dan masa nifas sehingga ibu merasa mendapat dukungan psikologis dan menjadi lebih tenang pada saat melahirkan. Pemberian dukungan psikologis ini yang seringkali tidak bisa dilakukan oleh bidan.

Hasil penelitian Morse (2003) mengungkapkan pelatihan tambahan mengenai manajemen stres ibu nifas secara substansi dan statistik tidak memberikan dampak ($p > 0,05$), artinya petugas kesehatan (bidan di desa dan perawat) yang telah memperoleh pelatihan manajemen stres bagi ibu nifas belum mampu memenuhi kebutuhan sosiopsikologis ibu nifas. Kondisi ini membuat ibu tetap memerlukan dukun bayi untuk memberikan dukungan sosial psikologis selama kehamilan, persalinan, dan masa nifasnya (Syamala 2004). Dukun bayi juga memberikan nasihat dan dukungan spiritual kepada ibu karena memiliki kemampuan untuk memberikan doa dalam mengatasi kesulitan persalinan.

Kemampuan dukun bayi untuk memberi dukungan psikologi, psikososial, spiritual dan tentunya ketrampilan yang dimiliki dalam menolong persalinan, merawat kehamilan, perawatan *post partum* menyebabkan dukun bayi memiliki posisi sebagai orang yang dihormati atau disegani dan bisa mempengaruhi masyarakat. Dukun bayi menginformasikan dan membantu wanita-wanita dan keluarganya untuk bersiap menghadapi kelahiran (mnh.jhpiego.org 2004) karenanya, dukun bayi memiliki peran yang cukup penting dan sangat berpengaruh di dalam masyarakat terutama berkaitan dengan kualitas kesehatan ibu dan bayi.

Pentingnya peranan dan pengaruh dukun bayi juga diakui oleh Program *Maternal dan Neonatal Health* (MNH) terutama pada penyediaan jasa tambahan, bantuan praktis, pendidikan dan konseling untuk ibu-ibu (mnh.jhpiego.org 2004). Hal yang sama juga disadari oleh WHO, yang sejak tahun 1970 sampai dengan 1990 telah melakukan pelatihan terhadap dukun bayi sebagai salah satu strategi untuk mengurangi AKI dan AKB (Sibley 2008). Selain itu juga agar dukun bayi dapat menjalankan peranannya dalam membantu perawatan kehamilan, kelahiran dan masa nifas sesuai dengan prinsip-prinsip kesehatan, diharapkan juga dukun bayi dapat membantu tenaga kesehatan, khususnya untuk daerah yang jauh dari pelayanan kesehatan. Namun demikian berdasarkan hasil penelitian di beberapa negara tentang dampak pelatihan dukun bayi, ternyata ada yang gagal dan tidak berhasil menurunkan AKI dan AKB.

Gagalnya strategi untuk mengurangi AKI dan AKB dengan melatih dukun bayi disebabkan oleh banyak hal, seperti kurangnya persiapan dan kajian tentang karakteristik, sosial-budaya dukun, metoda dan materi pelatihan yang tidak sesuai, kurangnya monitoring evaluasi selama dan setelah pelatihan (Kruske & Barclay 2004).

Pelatihan dukun bayi juga tidak berpengaruh terhadap peningkatan rujukan ibu hamil dan bersalin kepada tenaga kesehatan, hal ini disinyalir karena sikap petugas kesehatan tidak menyenangkan, persaingan kemampuan antara dukun bayi dengan bidan di desa, rasa takut ibu dan keluarga untuk dirujuk, sulitnya sarana transportasi dan ketersediaan fasilitas rujukan (Mathole et al. 2005).

Pelatihan Dukun bayi yang pernah dilakukan di Guatemala tahun 2001 ternyata hanya membawa sedikit perubahan AKI (Walsh 2006). Pelatihan ini dilakukan oleh pemerintah dan LSM setempat, tujuannya adalah untuk meningkatkan kompetensi para dukun dalam menolong persalinan, namun belum ada batasan yang jelas tentang keterampilan dasar yang harus dimiliki oleh seorang dukun bayi terlatih. Hal tersebut menyebabkan terjadinya tumpang tindih tugas antara dukun bayi dengan tenaga kesehatan. Pelatihan ini juga belum membahas

mengenai evaluasi dari hasil pelatihan dukun bayi terhadap praktek dukun bayi itu sendiri

Masalah lainnya, meskipun dukun bayi memiliki pengetahuan, sikap, dan ketrampilan dalam mengidentifikasi risiko dan memiliki keinginan merujuk ibu ke pelayanan kesehatan formal, tugas dukun bayi terlebih dulu harus meyakinkan ibu, suami, dan anggota keluarga lainnya. Begitu juga dengan jarak tempuh ke fasilitas pelayanan kesehatan cukup jauh. Kondisi tersebut membuat ibu tertunda memperoleh pelayanan kesehatan yang adekuat (Haarsager 2008).

Selanjutnya Kruske & Barclay (2004) menambahkan beberapa hal yang membuat pelatihan dukun bayi seolah-olah tidak efektif dalam meningkatkan derajat KIA; (a) Indikator keberhasilan hanya berdasarkan AKI, padahal AKI dipengaruhi oleh banyak faktor seperti kemiskinan, status gender, dan terbatasnya akses transportasi; (b) Kurang memperhatikan rendahnya pendidikan dan kemampuan baca tulis dukun bayi dalam menerima materi pelatihan; (c) Topik komunikasi antara dukun bayi dengan masyarakat yang dilayani kurang atau belum dimuat dalam kurikulum pelatihan. Kurikulum pelatihan lebih banyak memuat hal yang bersifat teknis pertolongan persalinan; (d) Kebijakan KIA yang cenderung mengutamakan faktor teknis medis (ilmiah) dan mendiskreditkan faktor sosial budaya dalam pelayanan KIA membuat dukun bayi dianggap sebagai kaum *marginal* dalam sistem pelayanan kesehatan. Sebaliknya persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan-pun belum menunjukkan dampaknya terhadap penurunan AKI; (e) Sikap petugas kesehatan juga berpengaruh terhadap dukun bayi yang merujuk ibu hamil atau bersalin. Petugas kesehatan khususnya bidan cenderung bersikap superior terhadap dukun bayi dan menganggap dukun bayi lebih inferior, padahal dukun bayi memiliki kemampuan atau keterampilan pertolongan persalinan secara tradisional yang tidak dimiliki bidan, bahkan masyarakat cenderung lebih percaya pada kemampuan dukun bayi daripada bidan.

Namun demikian, penelitian Jokhio (2005) menemukan pelatihan dukun bayi berpengaruh secara signifikan terhadap penurunan kematian perinatal OR 0,7; 95% CI 0,59-0,82. Pelatihan dukun bayi yang berfokus pada perawatan ibu nifas dan

neonatal berdampak ($p < 0.001$) pada penurunan angka kematian *neonatal* di daerah rural Pakistan sebesar 16 per 1000 kelahiran hidup (Bhutta et al. 2008).

Di lain pihak, menurut Sibley & Sipe (2004), pelatihan dukun bayi berhubungan secara signifikan dengan peningkatan pengetahuan, sikap, perilaku, dan nasihat dukun bayi terlatih dibandingkan dengan dukun bayi tidak terlatih. Perubahan perilaku dan pemberian nasihat oleh dukun bayi terlatih berdampak terhadap kesehatan *neonatal*. Pelatihan dukun bayi juga berhubungan secara signifikan dengan penurunan angka kematian *neonatal*, dan kematian karena asfiksia, tetapi keterbatasan kualitas studi dalam meta analisis membuat hubungan sebab akibat sulit diukur. Okubagzhi (1988) juga menemukan jika terjadi perbaikan indikator pelayanan kesehatan ibu dan anak setelah dilakukan pelatihan dukun bayi maka terjadi perubahan perilaku dukun bayi dalam memberikan pelayanan pertolongan persalinan, perawatan ibu dan bayi.

Dukun bayi dapat memberikan kekuatan psikologis kepada ibu yang seringkali tidak bisa dilakukan oleh bidan; memiliki peran yang sangat berarti saat berbicara mengenai kompetensi budaya, empati dan dukungan psikososial karena mencerminkan budaya dan struktur sosial masyarakat serta memiliki posisi sebagai orang yang dihormati atau disegani dan bisa mempengaruhi masyarakat (mnh.jhpiego.org 2004; Morse 2003; Okubagzhi 1988; Syamala 2004), dengan latar belakang yang demikian maka dukun bayi dapat dijadikan sebagai “*agent of change*” (Stevenson 2008).

Dukun bayi dapat dijadikan sebagai *agent of change* karena dalam melaksanakan peranannya sudah mengandung kriteria *agent of change* seperti sabar, memiliki rasa empati yang tinggi, mampu melakukan komunikasi sesuai dengan budaya dan latar belakang keluarga ibu, serta ikut terlibat langsung saat proses perawatan ibu dan bayi dengan melakukan pendampingan dan pendekatan yang persuasif serta memiliki posisi yang dihormati dan disegani. Dukun bayi dengan kriteria yang telah disebutkan di atas diharapkan dapat mendorong, memberikan dukungan, dan mempengaruhi ibu dalam merubah perilakunya.

Selanjutnya berbicara mengenai AKB, salah satu cara untuk menurunkannya adalah melalui Inisiasi Menyusu Dini atau disingkat IMD (PAHO 2007). IMD adalah proses bayi menyusu segera setelah dilahirkan, dimana bayi dibiarkan mencari puting susu ibunya sendiri atau bayi tidak disodorkan ke puting susu ibu (Tjahyo & Paramita 2008).

Studi di Ghana membuktikan bahwa semua penyebab angka kesakitan dan kematian bayi baru lahir sebanyak 22 % dapat diturunkan dengan IMD. Studi di Ghana juga menunjukkan bahwa risiko bayi baru lahir yang diberikan IMD dan Air Susu Ibu (ASI) eksklusif akan lebih rendah 4 kali mengalami kematian. Studi pada responden yang memberikan makanan tambahan sebelum bayi berusia 3 bulan di daerah perdesaan negara Gambia berhubungan dengan kematian neonatal serta menaikkan OR menjadi 3,4 kali (Edmond 2006; PAHO 2007). Oleh sebab itu, IMD sangat penting untuk dilakukan karena memiliki manfaat yang langsung didapat dan dalam jangka panjang dapat menurunkan AKI (PAHO 2007).

IMD yang dilakukan dalam waktu 1 jam segera setelah bayi dilahirkan langsung memberikan manfaat untuk keselamatan bayi dalam kehidupan pertamanya. Manfaat IMD dapat langsung dirasakan serta memberikan keselamatan bayi karena saat melakukan IMD maka dapat dipastikan bayi baru lahir mendapatkan kolostrum yang sering dianggap sebagai “Imunisasi Pertama”. Kolostrum dianggap sebagai imunisasi pertama, karena mengandung banyak zat yang penting untuk pertahanan tubuh (baik yang *secretory and cell-mediated*), agen anti - mikroba dan agen anti - *inflammatori*, Vitamin A, serta semua perlindungan yang dibutuhkan untuk pertahanan bayi baru lahir dari infeksi dalam jangka waktu segera maupun jangka panjang (PAHO 2007).

Studi dari negara berkembang menunjukkan bahwa bayi baru lahir yang tidak melakukan IMD berisiko 6 sampai 10 kali untuk mengalami kematian pada bulan pertama kehidupannya dibandingkan yang melakukan IMD. Selain itu ditemukan risiko kematian bayi usia 9 sampai 12 bulan meningkat 40% jika tidak disusui sedangkan bayi berusia di bawah dua bulan maka angka kematiannya meningkat menjadi 48%. (WHO 2000; WHO 2009).

Praktik IMD selain memberikan manfaat langsung yang mencegah kematian dan kesakitan bayi baru lahir juga berhubungan langsung dengan lama waktu pemberian ASI dan ASI eksklusif. IMD juga memberikan manfaat jangka panjang bagi bayi, yaitu menurunkan risiko bayi mengalami *Acute otitis media*, gangguan saluran pencernaan yang tidak spesifik, obesitas, sindrome kematian mendadak pada bayi (*Sudden Infant Death Syndrome*), dan meningkatkan perkembangan motorik bayi (PAHO 2007).

Pemerintah Indonesia mendukung kebijakan WHO dan *Unicef* yang merekomendasikan IMD sebagai tindakan penyelamatan kehidupan, karena IMD dapat menyelamatkan 22% dari bayi yang meninggal sebelum usia satu tahun. Menyusui satu jam pertama kehidupan yang diawali dengan kontak kulit antara ibu dan bayi dinyatakan sebagai indikator *global*. Hal ini merupakan hal baru bagi Indonesia, (Tjahyo & Paramita 2008).

Sehubungan dengan keberhasilan IMD sangat berpengaruh secara signifikan terhadap keberhasilan pemberian ASI dan ASI Eksklusif, oleh karenanya, IMD sebagai program yang baru dipromosikan oleh pemerintah menjadi salah satu hal yang perlu disebarluaskan informasinya melalui peningkatan pemberdayaan masyarakat, salah satunya adalah dengan memanfaatkan keberadaan dukun bayi sebagai pihak yang cukup berperan dalam perawatan neonatal, selain itu dukun bayi di daerah rural/perdesaan secara budaya merupakan orang yang paling dekat dengan ibu dan masyarakat.

Berbicara mengenai keikutsertaan dukun bayi dalam hal IMD, sudah tertuang didalam Pedoman Kemitraan Bidan di Desa dengan Dukun diterbitkan tahun 2008, yang berisi tentang peranan dukun bayi dalam menangani bayi baru lahir (Depkes 2008), namun demikian bagaimana pelaksanaannya di masyarakat belum ada data dan informasinya.

Berdasarkan uraian di atas, merupakan suatu kondisi yang ideal bila dukun bayi dilatih menjadi "*agent of change*" khususnya dalam hal IMD dengan tujuan agar dukun bayi dapat mempengaruhi ibu untuk mau melakukan IMD ketika bayinya lahir. Selanjutnya belajar dari ketidakberhasilan pelatihan dukun bayi yang pernah

dilakukan selama tahun 1970 sampai dengan 1990, maka perlu adanya suatu perbaikan dalam desain atau pun metode pelatihan Dukun bayi. Metode pelatihan dukun bayi sebaiknya memperhatikan dan menyesuaikan dengan karakteristik, latar belakang sosial-budaya dan kemampuan dukun bayi. Jika metode pelatihan telah disesuaikan, maka diharapkan dukun bayi merasa nyaman dan dapat menyerap materi dengan baik dan mudah, serta kemudian dapat menerapkannya di masyarakat. Hal lain yang juga penting, yaitu dilakukannya monitoring evaluasi, pendampingan dan pelatihan ulang agar hasil pelatihan benar-benar diadopsi dan diterapkan serta bisa berkelanjutan. Pelatihan yang seperti ini disebut sebagai “Pelatihan Peduli Dukun bayi”.

Penelitian ini dilakukan di Kabupaten Bogor, dengan beberapa alasan antara lain Kabupaten Bogor memiliki jumlah penduduk terbanyak dibandingkan dengan Kabupaten lainnya yang ada di Provinsi Jawa Barat yaitu 4.316.236 jiwa, memiliki 40 Kecamatan (Profil Kesehatan Jabar 2007). Berdasarkan laporan puskesmas cakupan persalinan oleh nakes (tenaga kesehatan) sebesar 67,2%, masih relatif jauh dari target tahun 2010 sebanyak 90%. Sementara ibu yang melahirkan ditolong oleh dukun bayi masih cukup besar yaitu 26,7% pada tahun 2008 meningkat dibandingkan pada tahun 2007 sebanyak 18,8% (Profil Kesehatan Kabupaten Bogor 2008). Selanjutnya jumlah total bidan yang dimiliki sebanyak 606 orang diantaranya sebanyak 405 bidan di desa, lebih kurang 82% bidan ini sudah tinggal di desa. Sementara itu jumlah total Dukun bayi yang ada di Kabupaten Bogor sebanyak 1.696 orang, dengan demikian ratio bidan di desa dibandingkan dengan dukun bayi sekitar 1: 4 (Dinkes Kabupaten Bogor 2009).

1.2 Rumusan Masalah

Strategi pengurangan AKI dan AKB dapat dilakukan dengan memanfaatkan peranan dukun bayi sebagai *agent of change*. Dukun bayi yang dapat berperan sebagai *agent of change* diharapkan dapat menginspirasi, memberikan dukungan serta mempengaruhi ibu hamil untuk mau melakukan praktek IMD ketika melahirkan.

Agar dukun bayi dapat menjalankan perannya sebagai *agent of change* untuk mempengaruhi ibu dalam praktek IMD, perlu diberikan pembinaan dalam bentuk pelatihan. WHO telah mengadakan pelatihan untuk dukun bayi agar kualitas dukun bayi meningkat sehingga dapat menurunkan AKI dan AKB selama tahun 1970-1990 (WHO 1992), namun kenyataannya belum berhasil.

Mengingat belum adanya studi tentang pelatihan bagi dukun bayi yang memperhatikan dan menyesuaikan dengan karakteristik, latar belakang budaya dan kemampuan dukun bayi, maka diperlukan pengembangan riset lebih lanjut dengan membuat model “Pelatihan Peduli Dukun bayi” yang berfokus kepada peran dukun bayi sebagai “*agent of change*” dalam pelaksanaan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan mengetahui bagaimana efek dari model ini terhadap perubahan Pengetahuan, Sikap dan Praktik dukun bayi.

1.3 Pertanyaan Penelitian

Apakah model “pelatihan peduli dukun bayi” mempunyai efek meningkatkan Pengetahuan, Sikap dan Praktik dukun bayi yang berpotensi sebagai “*agent of change*” dalam pelaksanaan IMD pada ibu hamil dan melahirkan di Kabupaten Bogor?

1.4 Tujuan

1.4.1 Tujuan Umum

Mengetahui efek model “pelatihan peduli dukun bayi” dalam upaya meningkatkan Pengetahuan, Sikap dan Praktik dukun bayi yang berpotensi sebagai “*agent of change*” dalam pelaksanaan IMD pada ibu hamil dan melahirkan di Kabupaten Bogor.

1.4.2 Tujuan Khusus

- 1) Teridentifikasinya model pelatihan dukun bayi yang mempertimbangkan latar belakang karakteristik dan kemampuan dukun bayi

- 2) Menganalisa efek “model pelatihan peduli dukun bayi” terhadap peningkatan Pengetahuan, Sikap dan Praktik dukun bayi dalam melaksanakan IMD
- 3). Menganalisa faktor penentu Pengetahuan, Sikap, Praktik Promosi IMD dan Pelaksanaan IMD dukun bayi
- 4). Menilai tingkat Pengetahuan, Sikap, Praktik pasien dukun bayi (ibu) terhadap IMD dan alasan mereka melakukan IMD.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Bagi Kementerian Kesehatan dan Dinas Kesehatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan masukan dan pertimbangan bagi Direktorat Bina Kesehatan Anak dan Dinas Kesehatan:

- 1). Kebijakan untuk memanfaatkan sumber daya lokal (dalam hal ini dukun bayi) sebagai suatu upaya yang strategis dalam membantu mensosialisasikan IMD kepada ibu.
- 2). Penyampaian pesan-pesan kesehatan khususnya IMD oleh dukun bayi merupakan salah satu bentuk upaya dalam mendukung tindakan promotif.
- 3). Memperkuat dan mempertajam kemitraan antara bidan di desa dan dukun bayi dalam pembagian tugas yang jelas seperti; dukun bayi menyampaikan pesan-pesan IMD dan memotivasi ibu-ibu hamil dan ibu melahirkan untuk mau melakukan IMD sedangkan bidan di desa dalam proses pertolongan persalinan
- 4). Hasil pemberdayaan dukun bayi dapat menjadi investasi yang berarti dan akan berlanjut karena dukun bayi merupakan penduduk setempat dan kecil kemungkinan untuk pindah atau berhenti menjadi dukun bayi.
- 5). Model pemberdayaan ini bisa dipakai dengan memodifikasi dan menyesuaikannya untuk program lain yang berkaitan dengan penyelamatan bayi baru lahir (seperti; Pengenalan tanda bahaya, Pemberian makanan tambahan, KB, ASI eksklusif dll), mengingat peranan dukun bayi sangat dekat dengan kelompok ibu hamil dan melahirkan.

1.5.2 Bagi Keilmuan Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku

Untuk pengembangan keilmuan Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku, antara lain:

- 1). Salah satu sarana untuk mempelajari dan mengetahui terjadinya proses perubahan perilaku pada dukun bayi khususnya dalam hal sosialisasi IMD pada ibu hamil dan melahirkan.
- 2). Upaya penggalian kearifan lokal, bisa menjadi potensi untuk dikembangkan dalam pembahasan keilmuan Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku

1.5.3 Bagi Masyarakat (Dukun bayi, Ibu dan Bayi)

- 1). Memberikan posisi dan peranan yang jelas pada dukun bayi yaitu sebagai penyampai pesan-pesan kesehatan khususnya dalam hal IMD serta sebagai motivator pada ibu hamil dan melahirkan
- 2). Kelompok ibu dan bayi menjadi lebih mudah dalam mengakses pesan kesehatan khususnya IMD melalui dukun bayi, karena dukun bayi memang tinggal di sekitar mereka sementara jumlah tenaga kesehatan yang ada di desa masih relatif terbatas.

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian tentang pemberdayaan dukun bayi sebagai “*agent of change*” untuk pelaksanaan IMD oleh ibu hamil dan melahirkan di masyarakat dilakukan di Kabupaten Bogor dengan disain kuasi eksperimen. Dalam penelitian ini dilakukan intervensi berupa pelatihan pada dukun bayi mengenai IMD di daerah intervensi kemudian dibandingkan dengan daerah kontrol.

Pelatihan IMD ini menggunakan modul yang dibuat dan dirancang khusus untuk kelompok sasaran yang mempunyai keterbatasan dalam membaca dan menulis. Metoda penyampaian materi menggunakan beberapa alat bantu seperti video, buku saku yang berisi gambar-gambar tentang IMD, *vignette* (sketsa cerita bergambar), *story telling* (metoda bercerita). Selain itu setelah pelatihan, dilakukan pendampingan sebanyak 2 kali dengan tujuan untuk mengetahui sampai sejauh mana

pemahaman dan praktik dukun bayi setelah mendapatkan pelatihan serta mengoreksi atau mengingatkan dukun bayi untuk melakukan IMD dengan baik dan benar.

Studi ini menggunakan dua metoda yaitu kuantitatif dan kualitatif. Metode kuantitatif merupakan metode utama sedangkan metode kualitatif digunakan untuk melengkapi dan mendapatkan penjelasan secara mendalam tentang penelitian ini. Pengumpulan data kuantitatif melalui pengukuran PSP dukun bayi yang dilakukan sebanyak 5 kali yang terdiri dari *pre-test – post test 1*, *pre test – post test 2* serta pengukuran ke 3, kemudian untuk mengetahui bagaimana hasil implementasi pelatihan terhadap dukun bayi ini dilakukan *cross check* (konfirmasi) dengan ibu hamil dan ibu melahirkan yang menjadi pasien dukun bayi yang mendapatkan pelatihan. Data kualitatif diperlukan untuk memperoleh informasi secara mendalam terhadap tanggapan dukun bayi tentang IMD, pelaksanaan dan hambatan yang ditemui. Data tersebut dikumpulkan melalui *Focus Group Discussion* (FGD) atau Diskusi Kelompok Terarah, Wawancara Mendalam dan Observasi terhadap dukun bayi.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Dukun Bayi

2.1.1 Pengertian Dukun Bayi

Dukun bayi tradisional oleh WHO-UNFPA-UNICEF secara bersama dinyatakan sebagai seseorang yang membantu seorang ibu pada saat melahirkan yang keterampilannya diperoleh melalui magang dengan dukun bayi tradisional lainnya atau diperoleh karena keturunan. Definisi ini juga berlaku untuk istilah dukun bayi keluarga. Dukun bayi keluarga adalah dukun bayi yang telah diminta untuk membantu persalinan di suatu keluarga (WHO 1992). Dukun bayi keluarga inilah yang menjadi salah satu tenaga kesehatan informal di kebanyakan daerah rural Nigeria (Izugabara 2003).

Koentjaraningrat (1992) dalam Salham et al. (2006) mendefinisikan dukun bayi sebagai pemberi pertolongan pada waktu kelahiran maupun dalam hal yang berhubungan dengan pertolongan kelahiran, seperti memandikan bayi, upacara menginjak tanah, dan upacara adat serimonial lainnya. Pada kelahiran anak, dukun bayi biasanya adalah seorang wanita tua yang sudah berpengalaman, membantu melahirkan dan memimpin upacara yang bersangkutan paut dengan kelahiran itu.

Selain dukun bayi tradisional juga dikenal dukun bayi terlatih. Dukun bayi terlatih merupakan dukun bayi yang pernah mengikuti kursus dengan tenaga kesehatan terlatih selama satu bulan atau lebih untuk meningkatkan kemampuannya. Jika dukun bayi mengikuti pelatihan selama enam bulan atau satu tahun maka biasanya dipekerjakan sebagai tenaga kesehatan primer serta masih menjalankan perannya mendampingi ibu melakukan persalinan selayaknya peran dukun bayi (WHO 1992).

2.1.2 Profil Dukun Bayi

Secara umum, dukun bayi yang ada di Indonesia biasanya seorang perempuan yang sudah mengalami *menopause*, pendidikan formal kurang sehingga banyak yang buta huruf tetapi ahli membuat ramuan dengan berbagai mantra, berasal dari daerah setempat sehingga sangat mengenal ibu yang dibantunya, berbicara dengan bahasa

yang sama dan mempunyai kepercayaan kesehatan serta tingkah laku yang sama dengan masyarakat setempat (WHO 1992; Alisjahbana 1993; UNFPA 1996; Wikipedia.org 2007).

1) *Proses Menjadi Dukun Bayi*

Kebanyakan yang menjadi dukun bayi di suatu masyarakat adalah perempuan yang pernah bekerja serta mendampingi ibunya, teman perempuannya, atau dukun bayi lainnya (Syamala 2004). Selanjutnya Jordan (1989) dalam Saravanan (2008) juga menjelaskan bahwa proses menjadi dukun bayi merupakan proses yang alami dari seorang perempuan muda setelah bekerja pada dukun bayi dalam jangka waktu yang lama. Seperti pengalaman MB, seorang dukun bayi di Kecamatan Cisompet Kabupaten Garut. MB berusia 47 tahun yang mengakui mewarisi kemampuan sebagai dukun bayi setelah sering mendampingi mertuanya membantu persalinan sejak tujuh tahun lalu.

Dukun bayi juga bisa tetangga atau sanak keluarga. Diketahui, sepertiga dari jumlah dukun bayi mempunyai hubungan keluarga dengan yang melahirkan (mnh.jhpiego.org 2004).

2) *Sumber Keterampilan Dukun Bayi*

Banyak dukun bayi yang mempelajari serta mendapatkan keterampilannya untuk menolong persalinan melalui pengalaman, yaitu dengan observasi dan meniru (Kruske dan Barclay, 2004). Kedua cara tersebut biasanya diimplementasikan dengan magang pada dukun pendahulunya sebelum melakukan praktik sendiri (wikipedia.org 2006; Mathole 2005). Seperti yang disebutkan dalam hasil penelitian yang dilakukan Izugabara (2003) bahwa ada 9 dukun bayi di Nigeria yang mempelajari keterampilannya dengan magang pada ibunya, 3 dukun bayi magang pada ibu mertua-nya, dan 1 orang dukun bayi yang magang pada temannya. Walaupun ada beberapa diantara dukun bayi yang mempelajari sendiri keterampilan mereka dalam menolong persalinan sehingga tidak memiliki sertifikat atau ijin praktik (wikipedia.org 2006).

Ada juga yang menganggap bahwa keterampilan yang dimiliki dukun bayi berasal dari dunia gaib. Seperti yang ditemukan Mathole (2005) bahwa keterampilan

yang dimiliki sebagian dukun bayi berasal dari kekuatan supranatural yang dimiliki mereka secara turun temurun. Keterampilan tersebut berguna untuk melindungi kehamilan seorang ibu dari bahaya gaib, terutama pada masa trisemester pertama. Keterampilan yang dimiliki dukun bayi untuk menolong bisa juga diperoleh melalui mimpi atau petunjuk-petunjuk yang mereka yakini berasal dari Tuhan (Martha 2006; Walsh 2006).

3) *Pekerjaan sebagai Dukun bayi*

Pada umumnya, pekerjaan sebagai dukun bayi merupakan pekerjaan sampingan karena keuntungan yang diperoleh dari membantu persalinan sangat sedikit (Singh 2004 dalam Saravanan 2008). Dukun bayi bisa dipanggil kapan saja serta pemanfaatan jasanya dapat dibayar berupa uang atau barang secara tunai ataupun angsuran sesuai kemampuan keluarga. Biasanya, dukun bayi yang merupakan tetangga atau sanak keluarga dari ibu yang bersalin maka mereka tidak akan mengharapkan imbalan uang dari pekerjaannya dan hanya membantu untuk kelahiran (mnh.jhpiego.org 2004).

Dukun bayi juga biasanya membantu dengan tujuan kebajikan serta tidak mengharapkan untuk dibayar tetapi boleh menerima satu hadiah sebagai tanda dari penghargaan (mnh.jhpiego.org 2004). Untuk sebagian besar dukun bayi, menolong orang adalah kewajiban sehingga tujuan mendapat imbalan setimpal bukanlah motivasi mendasar. Hal ini dapat terjadi karena didasari oleh adanya kesadaran bahwa ilmu yang diwarisi dari orangtua atau keturunan, atau mendapat kemampuan menolong melalui mimpi, harus diamalkan dengan ikhlas tanpa mempertimbangkan nilai ekonomisnya (Martha 2006).

2.1.3 Peranan Dukun bayi

Sampai saat ini dukun bayi masih mempunyai peranan yang penting dalam menolong persalinan terutama di daerah perdesaan. Sudah menjadi pengetahuan umum banyaknya ibu memilih bersalin dengan dukun bayi karena faktor ekonomi, kurangnya pendidikan, ketersediaan tenaga kesehatan yang masih kurang, jauhnya jarak ke pelayanan kesehatan. Namun demikian, hal yang tidak kalah penting banyaknya ibu yang bersalin dengan dukun bayi juga karena dukun bayi telah praktik

memelihara kesehatan ibu dan anak sejak sebelum tenaga kesehatan formal datang serta memulai praktiknya di perdesaan. Adanya dukun bayi sejak tenaga kesehatan formal belum praktik di desa membuat mereka menjadi lebih dipercaya sehingga dukun bayi memiliki posisi sebagai bagian integral dari sistem kesehatan primer serta berperan sebagai kepanjangan tangan sistem kesehatan ibu dan anak di perdesaan (Okubagzhi 1988; Nyanzi 2007). Oleh sebab itu, Syamala (2004) menyatakan bahwa peran dukun bayi tetap diperlukan dalam sistem pelayanan kesehatan karena sebagian besar persalinan masih ditangani oleh dukun bayi meskipun tenaga kesehatan telah tersedia di daerah perdesaan yang pada akhirnya dapat ikut berperan serta dalam program penurunan AKI dan AKB.

Sebuah penelitian prospektif di Nigeria juga memperlihatkan keberhasilan peran dukun bayi untuk menurunkan AKI setelah 75 dukun bayi diberi pelatihan. Angka kematian ibu di negara tersebut turun sebanyak 50% (dari 30 ibu menjadi 15 ibu yang meninggal) dalam jangka waktu 3 tahun setelah pelatihan (Brennan 1989 dalam Brouwere 2001). Berbagai peran pelayanan yang dapat dilakukan oleh dukun bayi dalam upaya kesehatan ibu dan anak untuk menurunkan AKI dan AKB, oleh Darmstadt et al. (2005) dikelompokkan menjadi tiga hal pokok perawatan, yaitu perawatan kehamilan, perawatan persalinan, dan perawatan nifas. Ketiga hal pokok perawatan dapat digambarkan sebagai berikut:

Gambar 2.1 Peranan Dukun bayi untuk Menurunkan AKI dan AKB

Kehamilan	Persalinan	Nifas > 24 jam pertama
<p>Secara Umum</p> <p>Mempromosikan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antenatal care • Tetanus Toxoid • Menyusui • Pencarian pelayanan kesehatan (<i>Care – seeking</i>) • Kualitas pelayanan kesehatan (<i>Quality clinical care</i>) <p>Situasional</p> <p><i>Intermittent presumptive treatment (IPT)</i> untuk malaria</p>	<p>Secara Umum</p> <p>Menyediakan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Persalinan yang aman • Pencegahan transmisi HIV dari ibu ke anak • Menyusui <p>Pencarian pelayanan kesehatan (<i>Care – seeking</i>)</p>	<p>Secara Umum</p> <p>Mempromosikan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kebersihan pemotongan tali pusat • Menyusui • Pencarian pelayanan kesehatan (<i>Care – seeking</i>) <p>Menyediakan :</p> <p>Manajemen ARI (<i>Acute Respiratory Infection</i>)</p>

Sumber: Darmstadt dalam Sibley, L. & Sipe, TA, 2004 *Transition to Skilled Birth Attendants*.

1) *Perawatan Kehamilan*

Tahap awal peranannya dalam merawat kehamilan ibu, dukun bayi sebaiknya dapat mengenali tanda kehamilan sehingga dapat mengetahui kehamilan seorang wanita yang belum mengetahui keadaannya secara dini (Depkes RI 1994).

Setelah mengetahui seorang wanita hamil maka dukun bayi biasanya berusaha untuk merawat kesehatan ibu hamil. Sewaktu melakukan perawatan tersebut sebenarnya seorang dukun bayi dapat berperan sebagai pemberi nasihat atau mempromosikan berbagai macam pesan kesehatan (Darmstadt et al. 2005). Seperti penemuan Mathole (2005) yang mengadakan penelitian kualitatif dengan pengumpulan datanya melalui Fokus Grup Diskusi (FGD) dan wawancara mendalam pada dukun bayi, ibu dan suami di Zimbabwe. Penelitian tersebut menyebutkan dukun bayi di daerah perdesaan Zimbabwe berperan sebagai “Guru” bagi masyarakat atau tabib. Nasehat maupun promosi kesehatan yang dapat diberikan dukun bayi kepada ibu hamil bisa mengenai *Antenatal Care*, *Tetanus Toxoid* (TT), dan berbagai aspek ASI eksklusif, pencarian pelayanan kesehatan, dan agar ibu hamil menyadari bahwa ia mempunyai hak untuk mendapatkan kualitas pelayanan kesehatan yang memadai (Darmstadt et al. 2005).

Dukun bayi selain berperan sebagai guru, juga sebaiknya dapat meyakinkan para ibu hamil untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang terbaik dan mempelajari mengenai cara memelihara kesehatan ibu dan anak (Petterson dalam Bisika 2008). Pada saat mempromosikan dan meyakinkan pesan kesehatan, dukun bayi juga mempunyai peranan untuk mendistribusikan tablet besi dan tablet malaria jika diperlukan serta mendapatkan imunisasi (Bisika 2008)

Pada saat masa ibu hamil, sebenarnya dukun bayi tidak hanya berperan sebagai pemberi nasihat atau mempromosikan pesan kesehatan tetapi ikut membantu pelaksanaan tugas harian ibu jika sedang tidak dalam kondisi kurang sehat seperti membersihkan rumah, memasak, dan menjaga rumah ibu hamil (Syamala 2004). Mathole (2005) juga menyebutkan bahwa dukun bayi di Zimbabwe juga berperan sebagai pelindung kehamilan dari gangguan roh jahat dengan kekuatan supranatural

dan doa, peramu minuman jamu untuk mempermudah proses kelahiran, serta meramal kondisi ibu saat melahirkan.

Peranan dukun bayi pada masa perawatan kehamilan juga mengenali tanda terjadinya komplikasi yang kemudian merujuknya ke fasilitas kesehatan yang peralatan obstetriknya lebih lengkap. Keberhasilan peran dukun bayi tersebut terlihat di wilayah peri-urban di Brazil (Janovitz et al. 1988 dalam Brouwere 2001; Petterson dalam Bisika 2008).

2) *Perawatan Persalinan (1 sampai 24 jam pertama)*

Tahap kedua dalam perawatan kesehatan ibu dan anak adalah merawat ibu dan anak saat ibu melakukan persalinan. Dukun bayi diharapkan dapat melakukan perannya dalam perawatan persalinan atau kelahiran selama 1 sampai 24 jam pertama. Peran dukun bayi biasanya mulai dari mengenal tanda dan menolong persalinan yang aman atau menolong persalinan menggunakan *dukun kit* secara baik. Selain itu, dukun bayi juga harus bisa mengenali tanda kelainan maupun komplikasi yang terjadi saat persalinan kemudian merujuknya ke tenaga kesehatan yang terlatih seperti bidan atau dokter (Depkes RI 1994).

Peranan dukun bayi di Pradesh seperti yang ditemukan Syamala (2004) adalah memberikan dukungan agar ibu menyusui serta menganjurkan imunisasi bagi bayi. Brouwere (2001) dan Darmstadt et al. (2005) mengemukakan peranan dukun bayi terlatih dalam perawatan persalinan adalah menjamin persalinan ibu yang bersih dan aman, mencegah praktik persalinan yang membahayakan nyawa ibu dan bayi, mengenali tanda terjadinya komplikasi dan merujuk ibu ke fasilitas kesehatan yang peralatannya lebih lengkap. Pada masa persalinan ini, dukun bayi juga memberikan dukungan sosial psikologis sehingga ibu menjadi lebih tenang pada saat melahirkan (Syamala 2004). Untuk periode persalinan ini dalam buku pedoman kemitraan antara bidan di desa dengan dukun bayi yang diterbitkan Depkes (2008) juga disebutkan bahwa dukun bayi ikut mendampingi ibu dalam IMD.

Sedangkan Mathole (2005) mengadakan penelitian dengan desain penelitian kualitatif yang dipadukan dengan desain penelitian etnografi di Zimbabwe

menyebutkan, dukun bayi lah yang berperan membersihkan maupun mengubur plasenta.

3) *Perawatan Pada Masa Nifas (Persalinan > 24 jam)*

Peran dukun bayi yang terakhir adalah melakukan perawatan pada masa nifas atau 24 jam pertama setelah persalinan. Dalam perannya ini, dukun bayi lebih mengutamakan bayi secara tidak langsung (Depkes 1994).

Dukun bayi diharapkan dapat melakukan beberapa kegiatan perawatan nifas seperti penanganan bayi baru lahir dengan baik. Kegiatan perawatan nifas meliputi pemotongan tali pusat, kemudian merawat, memandikan bayi, mengurut serta ikut memelihara bayi sampai beberapa hari. Pendampingan tersebut biasanya selama 7 sampai 10 hari (Depkes 1994). Seperti yang terjadi di Pradesh, dukun bayi berperan sebagai seseorang yang bersedia memandikan ibu dan bayi pada hari ketiga, kelima, dan ketujuh berdasarkan permintaan keluarga; mengobservasi *lochia* dan memberikan perawatan perinatal (Syamala 2004).

Dukun bayi juga dapat menimbang bayi yang baru lahir dan merujuknya jika mempunyai berat badan kurang dari 2,5 kg kemudian memberikan dukungan emosi agar ibu menyusui serta menganjurkan imunisasi bagi bayi di Posyandu (Depkes 1994, Syamala 2004). Dukun bayi selain memberikan dukungan emosi serta nasihat kesehatan juga membantu membersihkan rumah, memasak, dan menjaga rumah ibu melahirkan.

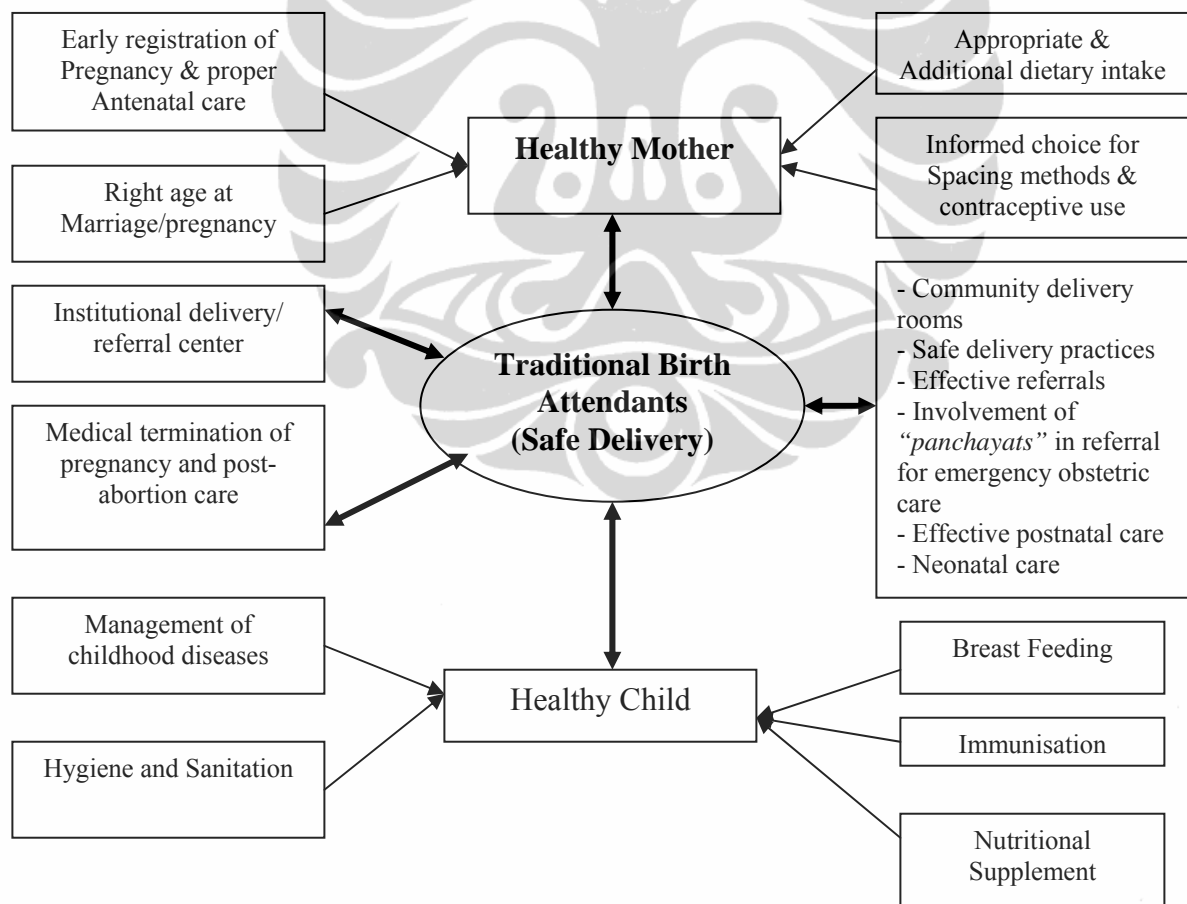
Selanjutnya Krasovek & Anderson (1991) dalam Bergstrom (2001) menyatakan bahwa peran dukun bayi antara lain;

1. Menyediakan dan membantu persalinan yang aman
2. Mencegah praktik persalinan yang dapat membahayakan kesehatan maupun kehidupan ibu dan anak
3. Mengenali tanda komplikasi kehamilan yang berbahaya serta merujuk ibu hamil tersebut ke pemberi pelayanan *obstetri* yang lebih memadai
4. Mempromosikan atau memberikan nasihat pada ibu mengenai perawatan kehamilan, perawatan antenatal dan *postnatal*.

5. Jika diperlukan dukun bayi juga dapat berperan untuk ikut memberikan intervensi pada kesehatan anak dan ibu maupun keluarga dengan mempromosikan imunisasi pada anak atau menghitung antropometri ibu hamil dalam rangka manajemen malnutrisi ibu hamil

Selanjutnya berikut adalah model pengembangan peran dukun bayi mulai dari komponen pendidikan, konseling dan pelayanan yang dilakukan di India (IPPF 2001). Pada bagan di bawah terlihat bahwa peranan dukun bayi tidak hanya sebagai pemberi pertolongan persalinan yang aman tetapi juga memberikan penyuluhan (pendidikan), nasehat (konseling) serta pelayanan agar ibu dan bayi menjadi sehat.

Gambar 2.2 Model Untuk Pengembangan Peranan Dukun bayi (Komponen Pendidikan, Konseling dan Pelayanan)



Sumber: FPAI's SFC Project dalam IPPF tahun 2001, *Expanding the Role of Traditional Birth Attendants*

2.1.4 Kemitraan Bidan dan Dukun bayi

Tujuan utama menempatkan bidan di desa adalah meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dengan menurunkan AKI, AKB, dan angka kelahiran serta meningkatkan kesadaran masyarakat untuk berperilaku hidup sehat (Salham et al. 2006). Namun jumlah bidan di desa masih belum mencukupi kebutuhan sehingga ibu hamil yang akan melahirkan tetap berhubungan dengan dukun bayi pada saat bersalin (Thind 2004). Peran bidan di desa dibutuhkan dalam persalinan. Bidan di desa sangat berperan pada saat terjadi komplikasi persalinan atau penyembuhan atas berbagai penyakit yang dialami oleh seorang ibu hamil (Salham et al. 2006). Oleh karena itu, diperlukan kerjasama atau yang sering disebut kemitraan antara dukun bayi dengan bidan di desa dalam persalinan.

Kemitraan merupakan kerjasama formal antar individu, kelompok atau organisasi untuk mencapai suatu tujuan yang disepakati bersama (Salham et al. 2006). Dalam mencapai tujuan tersebut diperlukan kesepakatan mengenai komitmen dan harapan serta peninjauan kembali mengenai risiko maupun keuntungan yang diperoleh dari kesepakatan yang telah dibuat.

Konsep kemitraan yang dimaksudkan oleh Salham et al. (2006) merupakan kerjasama antara bidan di desa dengan dukun bayi sewaktu membantu persalinan. Saat bermitra terjadi kesepakatan komitmen dan harapan yang akan dicapai serta kerjasama saat menghadapi risiko atau keuntungan yang diperoleh dengan prinsip persamaan (*equity*), keterbukaan (*transparansi*) dan saling menguntungkan (*mutual benefit*).

Konsep kemitraan antara bidan di desa dengan dukun bayi seperti yang diungkap sebelumnya juga dihadapkan hambatan (Kalangie 1987 dan Foster 1969 dalam Salham et al. 2006). Hambatan kemitraan antara dukun bayi dengan bidan di desa yang ditemukan pada penelitian Salham et al. (2006) antara lain belum adanya pembagian tugas yang jelas antara dukun bayi karena bidan sebatas memberi bimbingan cara persalinan yang aman; bidan yang ada di desa adalah Bidan PTT sehingga usianya masih muda, kurang pengalaman serta tidak menguasai budaya maupun bahasa daerah masyarakat setempat.

Berdasarkan kondisi tersebut di atas maka Depkes tahun 2008 menerbitkan buku Pedoman Kemitraan Bidan dengan dukun bayi. Di dalam buku tersebut tercantum pengertian Kemitraan Bidan dengan dukun bayi yaitu suatu bentuk kerjasama bidan dengan dukun yang saling menguntungkan dengan prinsip keterbukaan, kesetaraan dan kepercayaan dalam upaya untuk menyelamatkan ibu dan bayi. Kemitraan ini menempatkan bidan sebagai penolong persalinan dan mengalihfungsikan dukun dari penolong persalinan menjadi mitra dalam merawat ibu dan bayi pada masa nifas yang berdasarkan kesepakatan yang telah dibuat antara bidan dengan dukun serta melibatkan seluruh unsur/elemen masyarakat yang ada.

Selanjutnya juga dijelaskan peran bidan dengan dukun dalam pelaksanaan kemitraan mulai dari periode kehamilan, persalinan dan nifas. ***Pada periode kehamilan peran dukun antara lain***; Memotivasi ibu hamil untuk periksa ke bidan; Mengantar ibu hamil yang tidak mau periksa ke bidan; Membantu bidan pada saat pemeriksaan ibu hamil; Melakukan penyuluhan pada ibu hamil dan keluarga tentang tanda-tanda (persalinan, tanda bahaya, kesehatan dan gizi perencanaan persalinan); Memotivasi ibu hamil dan keluarga tentang KB setelah melahirkan; Persalinan di Bidan waktu menjelang taksiran partus; Melakukan ritual keagamaan; Memotivasi bila rujukan diperlukan serta Melaporkan ke bidan apabila ada ibu hamil baru (Depkes 2008). Berdasarkan uraian di atas belum disinggung peran dukun bayi dalam hal IMD, sebetulnya untuk pelaksanaan IMD pada saat melahirkan idealnya sudah harus diawali dengan penjelasan atau penyuluhan semasa ibu hamil, sehingga relatif lebih mudah untuk mengajak atau menganjurkan ibu untuk IMD ketika dia melahirkan.

Pada periode persalinan peranan dukun antara lain; Mengantarkan calon ibu bersalin ke Bidan; Mengingatkan keluarga menyiapkan alat transportasi; Mempersiapkan sarana prasarana persalinan aman; Mendampingi ibu pada saat persalinan; Membantu Bidan pada saat proses persalinan; Melakukan ritual keagamaan; Membantu bidan dalam perawatan bayi baru lahir; Membantu ibu dalam inisiasi menyusui dini kurang dari 1 jam; Memotivasi rujukan bila diperlukan; Membantu bidan membersihkan ibu, tempat dan alat setelah persalinan (Depkes

2008). Untuk periode persalinan ini dalam buku pedoman yang diterbitkan Depkes sudah tercantum peran dukun agar membantu ibu dalam IMD. Hal ini merupakan suatu hal yang memang diharapkan dapat dilakukan oleh dukun bayi. Pelaksanaannya tentu akan lebih mudah bila dukun bayi sudah mulai mengenalkan IMD dan manfaatnya ketika ibu masih hamil dan tentunya bila dukun bayi sudah dilatih IMD sebelumnya.

2.2 Dukun bayi Sebagai “Agent Of Change”

2.2.1 Pengertian “Agent of Change”

Menurut kamus bahasa, *Change Agent* adalah “Seseorang yang dapat merubah perilaku masyarakat atau sistem organisasi dalam mencapai keadaan atau aktualisasi diri yang lebih baik.”. Biasanya seorang *agent of change* memiliki tujuan dan keinginan untuk merubah keadaan yang kemudian direalisasikan dengan berbagai kegiatan. Kegiatan tersebut memungkinkan masyarakat untuk melakukan sesuatu yang di luar kebiasaan atau mencari tujuan hidup (*perspective on life*) yang lebih baik (Stevenson 2008).

Menurut Arrata 2007, *Change Agent* adalah seseorang yang memimpin serta memiliki keberanian untuk melakukan perubahan yang diluar kebiasaan dengan tetap memperhatikan budaya yang ada sebelumnya. Biasanya seorang *change agent*, baik lelaki maupun perempuan; fokus, memimpin, dan mengarahkan sekelilingnya untuk melakukan perubahan. Mereka secara langsung maupun tidak langsung selalu mengimplementasikan dan melatih orang lain mengenai prosedur yang baru, serta menjadi contoh (*role model*) dari perubahan yang menjadi tujuan akhirnya serta menunjukkan bahwa perubahan yang dilakukan membawa pada kondisi yang lebih baik.

Selanjutnya Mc.Calman dan Paton dalam Blewett (2003) mendefinisikan *Change Agent* adalah seseorang yang dapat memfasilitasi perubahan jika proses perubahan di suatu bidang tertentu tersebut dibutuhkan. Seorang *change agent* bisa berasal dari dalam atau luar suatu organisasi yang memiliki 3 ciri kepribadian yang harus ada, yaitu; (1) “rasa empati yang alami” pada orang yang terlibat dalam proses

perubahan; (2) “memiliki keterampilan menganalisis” dan; (3) “memahami sesuatu, dan memiliki pengalaman mengenai bidang yang dirubah” sehingga *change agent* dapat berbagi pengalamannya dengan orang yang terlibat dalam proses perubahan.

Ketiga kepribadian yang harus dimiliki *change agent* tergantung pada situasi organisasi yang akan dirubah terutama jika orang yang terlibat proses perubahan membutuhkan seseorang yang dapat membantu serta membimbing mereka mengatasi dan menemukan penyelesaian masalah yang sulit. Bagaimanapun, *change agent* bertugas untuk mengumpulkan cara agar perubahan yang ingin diadakan dapat tercapai dengan membimbing orang yang terlibat proses perubahan menemukan dan menyelesaikan masalahnya.

Beberapa sumber menegaskan bahwa sebaiknya *change agent* adalah orang yang berasal dari suatu organisasi tersebut (*internal change agent*) serta memiliki posisi yang dihargai oleh orang lain sebab seorang *change agent* harus dapat mengkolaborasikan seluruh bagian yang akan terlibat dalam proses perubahan. Pada praktiknya, suatu organisasi dapat menggunakan *internal* atau *external change agent* maupun mengkombinasikan keduanya. Penggunaan tersebut bergantung pada kebutuhan organisasi.

Merujuk pada Buchanan dan Boddy (1992) dalam Blewett (2003) bahwa *change agent* harus memiliki sosok yang jelas dan dikenal tetapi agar berhasil sebagai *change agent* juga sebaiknya tidak terlalu menonjol atau samar – samar. Kemampuan *change agent* untuk berkomunikasi dan dapat menciptakan komunikasi yang baik merupakan kunci sukses dan efektif menjadi *change agent*.

2.2.2 Karakteristik “Agent of Change”

Menurut ACPA (*American College Personnel Association*) 2008, *Change agent* juga memiliki; Naluri pada fungsi dan hubungan antar sistem, Komitmen untuk mencari solusi dari masalah yang ada di masyarakat, Kemampuan berpolitik, Integritas, Keberanian.

Kemudian Ulrich (1997) menguatkan bahwa sebagai *Change Agent* hendaknya memiliki beberapa kemampuan, seperti;

a. Mengidentifikasi Masalah

Change agent dapat memahami situasi yang ada serta kebutuhan dari suatu organisasi dengan masyarakat sehingga memahami yang menjadi permasalahan, cara penanggulangan, serta menganalisis dampak jangka panjang dan pendek dari penanggulangan maupun masalah tersebut.

b. Membangun Hubungan dengan Masyarakat

Change agent mampu memperlihatkan hubungan kerjasama dengan masyarakat atau orang lain yang dapat dipertanggung jawabkan serta mendukung hasil atau perubahan yang diinginkan.

c. Memastikan Visi atau Tujuan Terpenuhi

Change agent dapat menginterpretasikan harapan dan motivasi dari organisasi maupun masyarakat melalui pernyataan visi.

d. Menyelesaikan Masalah

Change agent sebaiknya merekomendasikan penyelesaian masalah dengan menggunakan nalurinya untuk mengenali masalah.

e. Mengimplementasikan Rencana dan Mencapai Tujuan untuk Membuat Perubahan

Perubahan pada suatu organisasi atau masyarakat yang berhasil dilakukan oleh *change agent* dapat dipengaruhi oleh strategi yang benar serta perubahan kebudayaan yang tepat. Oleh sebab itu, rencana implementasi merupakan rencana dari *change agent* untuk fungsi dan manajemen masyarakat atau organisasi.

2.2.3 Peran "Change Agent"

Berbicara mengenai Peran *Change Agent*, menurut Roger (2007), terdapat 7 hal:

- 1) Mengembangkan kebutuhan untuk melakukan perubahan
- 2) Memastikan terjadinya pertukaran informasi; Orang yang terlibat proses perubahan harus sudah menerima *change agent* sebelum inovasi dilakukan oleh *change agent*

- 3) Mendiagnosa masalah; Harus dapat memahami permasalahan dengan melihat dari prespektif orang yang akan terlibat proses perubahan
- 4) Mengubah keinginan menjadi aksi
 - a. Memotivasi orang yang terlibat proses perubahan agar tertarik dengan perubahan
 - b. Menerima dan melaksanakan pendapat dari *early adopter* untuk menggerakkan *peer networks*
- 5) Menjaga adopsi perubahan tetap berlanjut & mencegah terputusnya adopsi tersebut.
- 6) Membantu orang yang pertama kali terlibat dengan perubahan menjadi *change agent* dilingkungannya
- 7) Menguatkan prespektif dan pemberdayaan

2.2.4 Faktor Keberhasilan "Change Agent"

Roger (2007) menguraikan faktor yang mempengaruhi keberhasilan *Change Agent*:

- 1) Upaya *Change Agent*
Secara umum, keberhasilan adopsi atau perubahan yang dilakukan oleh sasaran sangat dipengaruhi oleh seberapa besar usaha *change agent* untuk mengajak sasaran untuk melakukan perubahan.
- 2) Tujuan Sasaran Perubahan
Secara umum, keberhasilan adopsi perubahan yang dilakukan *change agent* dapat sesuai dengan yang menjadi orientasi dari sasaran perubahan daripada yang menjadi orientasi *change agent*.
3. Cocok dengan Kebutuhan Sasaran Perubahan
Seorang *change agent* seharusnya menyadari kebutuhan dari sasaran perubahan serta mengadaptasi program perubahan yang sesuai dengan sasaran perubahan. *Change agent* harus memperhatikan kebutuhan agar jika perubahan berhasil diadaptasi maka perubahan tersebut akan terus berlanjut.

4. Rasa Empati dari *change agent*

Rasa empati yang dimiliki oleh *change agent* menyebabkan rasa pengertian antara *change agent* dengan sasaran sehingga dapat menjaga hubungan baik dalam proses perubahan.

Dilihat dari media kampanye, ada empat elemen yang mempengaruhi keberhasilan kampanye oleh *Change Agent* yaitu pemanfaatan penelitian mengenai keinginan sasaran agar pesan yang disampaikan dalam kampanye dapat diterima dengan baik, rancangan tujuan kampanye yang spesifik yang disesuaikan dengan segmen sasaran, pengelompokan sasaran dalam satu kelompok kecil yang homogen, merancang pesan kampanye di media masa sehingga terjalin komunikasi interpersonal antara *change agent* dengan sasaran perubahan.

2.2.5 Potensi Dukun Bayi sebagai “Agent of Change” (Pemberdayaan)

Dukun bayi saat menjalankan perannya dalam perawatan kehamilan, persalinan, dan nifas serta kemitraan bersama bidan seringkali melakukan hal yang tidak dapat dilakukan oleh bidan seperti memberikan dukungan sosial psikologis dan kesabaran yang tinggi. Dukungan psikologis tersebut membuat ibu menjadi lebih tenang pada saat persalinan (Syamala 2004; mnh.jhpiego.org 2004; Darmstadt et al. 2005).

Sewaktu melakukan perawatan, sebenarnya seorang dukun bayi dapat berperan mempromosikan berbagai macam pesan kesehatan (Darmstadt et al. 2005). Seperti penemuan Mathole (2005) yang mengadakan penelitian di Zimbabwe bahwa dukun bayi berperan sebagai “Guru” bagi masyarakat atau tabib. Peranan dukun bayi di Pradesh seperti yang ditemukan Syamala (2004) adalah memberikan dukungan agar ibu menyusui serta menganjurkan imunisasi bagi bayi. Selanjutnya Krasovek & Anderson (1991) dalam Bergstorm (2001) menyatakan bahwa dukun bayi dapat memberikan intervensi pada kesehatan anak dan ibu maupun keluarga dengan mempromosikan imunisasi pada anak.

Peran dukun bayi menjadi lebih terlihat saat berbicara mengenai budaya, empati dan dukungan psikososial. Hal tersebut terjadi karena mencerminkan budaya

dan struktur sosial masyarakat; serta memiliki posisi sebagai orang yang dihormati atau disegani dan bisa mempengaruhi masyarakat (mnh.jhpiego.org 2004, Morse 2003, Okubagzhi 1988 dan Syamala 2004).

Latar belakang yang demikian maka dukun bayi dalam menjalankan perannya seiring dengan kemitraannya bersama bidan dapat dijadikan sebagai “*agent of change*”. Dukun bayi dapat dijadikan “*agent of change*” karena dalam melaksanakan peranannya sudah mengandung kriteria *agent of change* seperti sabar, memiliki rasa empati yang tinggi, mampu berkomunikasi sesuai dengan budaya dan latar belakang keluarga ibu, serta ikut terlibat langsung saat proses perawatan ibu dan bayi dengan melakukan pendampingan dan pendekatan yang persuasif serta memiliki posisi yang dihormati dan disegani (Stevenson 2008). Seperti yang ditegaskan dari beberapa sumber bahwa sebaiknya *change agent* adalah orang yang berasal dari suatu organisasi tersebut (*internal change agent*) serta memiliki posisi yang dihargai oleh orang lain sebab seorang *change agent* harus dapat mengkolaborasikan seluruh bagian yang akan terlibat dalam proses perubahan (Blewett 2000). Dukun bayi dengan kriteria yang telah disebutkan di atas diharapkan dapat mendorong, memberikan dukungan, dan mempengaruhi ibu dalam melaksanakan hal yang dianjurkan padanya (Stevenson 2008).

2.3 Pelatihan Dukun bayi

2.3.1 Pelatihan

Pelatihan merupakan proses pembelajaran dari rangkaian program perubahan perilaku. Pelatihan tersebut melibatkan pengetahuan sehingga pengetahuan seseorang akan meningkat serta menjadi lebih waspada terhadap aturan dan prosedur. Jika pengetahuan dan kewaspadaan meningkat maka perilakunya juga akan sesuai dengan aturan dan prosedur yang kemudian mempengaruhi perubahan yang positif terhadap pengetahuan, sikap, dan praktek (Kalra & Bhatia 2008). Selanjutnya pelatihan merupakan suatu kegiatan yang menambah dan meningkatkan kemampuan seseorang agar memiliki keterampilan yang lebih baik dari sebelumnya. Dalam kegiatan

tersebut biasanya terjadi transfer pengetahuan, keterampilan, perilaku, dan sikap dalam mengerjakan suatu kemampuan yang spesifik (UMFDA 2002)

Pelatihan adalah proses yang terus berulang atau tidak akan pernah berakhir. Pelatihan dapat diberikan pada seseorang sebagai pengenalan maupun untuk penyegaran atau pengulangan kembali dari materi pelatihan. Pelatihan yang diberikan kepada seseorang sebagai pengenalan materi pelatihan biasanya diberikan pada seseorang yang sama sekali belum mengerti mengenai materi pelatihan disebut “*Induction Training*”. Setelah *induction training*, seseorang dalam jangka waktu tertentu biasanya membutuhkan pelatihan ulang untuk menyegarkan kembali pengetahuannya serta mampu menggunakan metode dan materi yang terdahulu maupun yang baru disampaikan dalam pelatihan ulang dengan lebih baik lagi (Kalra & Bhatia 2008).

Setiap pelatihan memiliki harapan yang positif. Secara filosofis, harapan yang ingin dicapai dari suatu pelatihan adalah adanya perubahan perilaku dari peserta pelatihan seperti penambahan pengetahuan yang dari tidak tahu menjadi tahu, keterampilan melakukan suatu pekerjaan dengan lebih sempurna, sikap kerja yang menjadi berorientasi pada hari esok yang lebih baik. (Munir 2004).

Proses pembelajaran agar dapat mempengaruhi perubahan perilaku yang positif melibatkan waktu, usaha, dan biaya sehingga dalam merancang suatu pelatihan harus sangat berhati-hati. Tujuan dan kebutuhan pelatihan diidentifikasi dengan jelas serta memilih metode pelatihan yang tepat serta sesuai dengan tujuan dan kebutuhan diadakannya pelatihan (Kalra & Bhatia 2008).

Selanjutnya menurut yang bersangkutan, ada dua metode yang sering dipakai sewaktu mengadakan pelatihan, yaitu metode “*on-the-job training*” dan “*off-the-job training*”. Metode *on-the-job training* merupakan metode yang paling hemat dan efisien karena peserta pelatihan ikut terlibat langsung dan waktu yang digunakan untuk pelatihan relatif tidak lama. Teknik pengajaran yang termasuk dalam metode *on-the-job training* adalah teknik pengajaran *coaching* yaitu teknik pengajaran yang menerapkan sistem belajar mandiri dan teknik pengajaran *rotation* atau rotasi yang menerapkan perputaran tugas kerja peserta pelatihan.

Metode pelatihan berikutnya adalah metode *off-the-job training*. Metode pelatihan dimana peserta pelatihan menerima materi secara pasif karena tidak terlibat secara langsung seperti metode sebelumnya. Teknik pengajaran dalam metode *off-the-job training* meliputi teknik pengajaran konferensi, pemutaran film, simulasi, studi kasus, magang, dan *role play*. Seluruh teknik pengajaran dalam metode *off-the-job training* mempunyai kesamaan, yaitu menggunakan alat bantu audio visual dan peserta pelatihan mendapatkan pengetahuan secara pasif.

Dalam suatu pelatihan, baik pelatihan yang bersifat "*on-the-job training*" dan "*off-the-job training*", memiliki 2 pelaku pelatihan. Dua pelaku itu adalah pelatih dan peserta pelatihan. Pelatih dapat meliputi pelatih tambahan, pelatih dari universitas, pegawai pemerintahan, maupun konsultan. Sementara, peserta pelatihan adalah orang yang diharapkan nantinya memiliki pengetahuan, sikap, keterampilan, dan praktik yang lebih baik. Sebagai contoh, akan diadakan Pelatihan *Food Safety* maka yang menjadi trainer dapat dari pegawai pemerintahan sedangkan peserta pelatihan adalah orang yang bertanggung jawab dalam produksi dan pengolahan buah maupun sayuran seperti petani atau industri makanan (UMFDA 2002).

Munir (2002) menjelaskan pelatihan dikatakan efektif bila mampu menghasilkan perubahan yang bermakna bagi peserta latih, artinya setelah kembali ke tempat kerjanya semula mereka mampu mengaplikasikan pengetahuan dan keterampilan yang ia peroleh saat pelatihan dan jika diperlukan mampu memodifikasinya sesuai dengan kebutuhan. Selanjutnya agar pelatihan berjalan efektif, ada faktor yang harus dilengkapi. Menurut Elder (1994), faktor tersebut antara lain:

1. Instruksi

Instruksi merupakan metode pengajaran tradisional. Disebut pengajaran tradisional sebab materi atau pengetahuan yang ingin ditransfer oleh pelatih hanya dideskripsikan secara verbal. Pada umumnya, informasi tambahan atau cara alternatif yang lebih efektif akan diberikan pada saat mempraktikkan pengetahuan baru tersebut. Oleh karenanya pada fase pelatihan yang

menggunakan instruksi sebaiknya pelatih dapat mengembangkan deskripsi yang jelas dan rasional mengenai materi yang sedang diajar.

2. *Permodelan*

Permodelan berfungsi memperjelas instruksi yang diberikan selama pelatihan. Inovasi permodelan terbaru adalah rekaman video dan suara yang secara tidak langsung menganjurkan untuk menggunakan sekelompok masyarakat untuk memperlihatkan suatu intervensi. Dalam rekaman video dan suara diperlihatkan sekelompok masyarakat atau seseorang yang mempraktikkan perilaku yang diharapkan, kemudian peserta pelatihan dimotivasi untuk meniru perilaku tersebut. Webster – Stratton (1981) dalam Elder (1994) menyebutkan agar rekaman video dan suara efektif jika mengikuti pedoman berikut;

- a. Untuk memudahkan proses koping dan identifikasi maka peserta pelatihan diberitahu bahwa individu atau sekelompok masyarakat yang ada di dalam rekaman video memiliki masalah yang sama dengan mereka serta memiliki kesamaan identitas. Oleh sebab itu, tokoh yang ada di rekaman video sebaiknya memiliki karakteristik yang cocok dengan peserta pelatihan.
- b. Sekelompok masyarakat yang ada di rekaman video menunjukkan perilaku yang diharapkan secara tepat.
- c. Rekaman video dan suara sebaiknya beberapa dihentikan pemutarannya untuk memberikan waktu bagi peserta pelatihan menemukan perilaku yang tepat dan mendiskusikan kemungkinan perilaku tersebut diterapkan dalam hidup keseharian mereka.

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi keefektifan permodelan dalam pelatihan, yaitu:

- a. Faktor yang Mendukung Penerimaan dan Daya Ingat

- Karakteristik Peserta Pelatihan

Karakteristik peserta pelatihan dapat berupa kesamaan jenis kelamin, umur, suku dan sikap; nama baik dari peserta pelatihan dalam lingkungan

sekitarnya; kemampuan peserta pelatihan; sikap sosial seseorang (*interpersonal warmth*); serta kemampuan peserta pelatihan menerima suatu materi dan nilai baru.

- Karakteristik pelatih

Karakteristik dari pelatih juga mendukung pelatihan menjadi efektif. Karakter yang dibutuhkan dari pelatih adalah orang yang memiliki kapasitas untuk memproses, memahami, dan menyampaikan pengetahuan kepada peserta pelatihan; memiliki kemampuan mengatasi segala macam yang dapat terjadi selama pelatihan; dan memiliki tingkat toleransi kelelahan yang tinggi maupun rendah.

- Karakteristik Media Permodelan

Beberapa karakteristik yang harus diperhatikan dalam permodelan yaitu : permodelan menggunakan simbol atau model nyata; permodelan yang digunakan lebih dari satu; menggunakan model koping atau *mastery*; penggunaan permodelan dengan tingkat kesulitan yang rendah sampai tinggi dalam berbagai situasi; dan hasil ujicoba permodelan yang akan digunakan.

b. Faktor yang mendukung Tampilan Permodelan

- Faktor yang memotivasi Tampilan Permodelan

Meliputi insentif untuk sekelompok masyarakat yang menjadi model; kemampuan mencegah respons negatif dari peserta pelatihan yang menyaksikan tampilan permodelan tersebut; dan dukungan langsung dari pelatih.

- Faktor yang mempengaruhi Kualitas dari Tampilan Permodelan

Kualitas tampilan permodelan tergantung pada uji coba dan umpan baliknya serta partisipasi dari permodelan.

- Proses transfer dan pandangan secara umum dari Tampilan Permodelan

Meliputi kesamaan pengaturan situasi pelatihan dengan keadaan sehari – hari; praktikum yang diulang beberapa kali; insentif untuk aplikasi

perilaku yang diharapkan dalam situasi sehari – hari peserta pelatihan; dan penggunaan situasi yang bervariasi dalam pelatihan.

3. *Praktik*

Fase praktik dalam pelatihan disebut metode bermain peran. Dalam fase ini, pelatih bekerjasama dengan peserta pelatihan melakukan metode bermain peran dengan membuat situasi dan masalah yang paling mirip dan sering ditemui peserta pelatihan dalam keseharian.

4. *Umpan Balik dan pendukungnya*

Umpan balik selama pelatihan berlangsung harus benar – benar diberikan karena perilaku yang tepat dilakukan peserta pelatihan, bukan karena seseorang. Pendukung yang berhubungan dengan umpan balik biasanya berbentuk verbal tetapi juga bisa berupa bingkisan.

5. *Pekerjaan Tambahan*

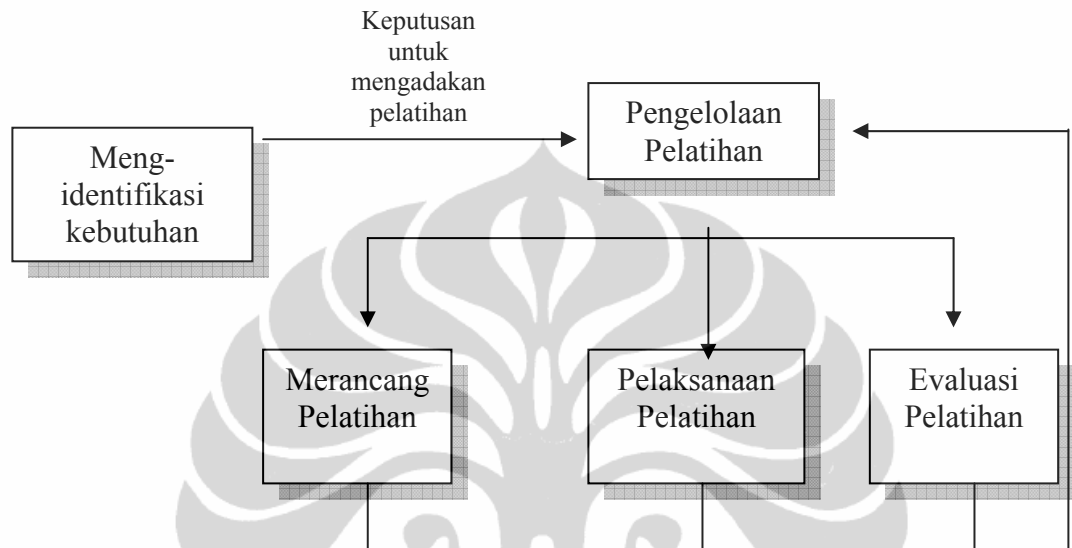
Pekerjaan tambahan diberikan untuk memastikan bahan pengetahuan atau informasi yang diperoleh selama pelatihan digunakan di lingkungan peserta pelatihan. Hal ini juga merupakan sumber utama dari umpan balik mengenai metode yang digunakan dan kemampuan pelatih men-*transfer* informasi selama pelatihan.

Selain faktor yang harus dipenuhi menurut Elder (1994), suatu pelatihan dapat menjadi efektif jika peserta pelatihan memiliki motivasi. Seperti yang dijelaskan oleh Knowles et al. (1998) dalam UMFDA (2002) bahwa motivasi dalam mempelajari sesuatu sangat penting ada dan mempengaruhi penerimaan serta proses belajar para peserta di semua bentuk pelatihan. Penelitian membuktikan orang sangat optimal memahami yang dipelajarinya ketika ia termotivasi untuk mempelajari pengetahuan. Peserta pelatihan dapat termotivasi mempelajari jika mereka merasa:

1. Melalui belajar, peserta pelatihan dapat memuaskan kebutuhan atau yang mereka inginkan.
2. Dengan mengikuti pelatihan, mereka dapat memperoleh rasa percaya diri atau memperoleh cara yang bermanfaat untuk membuat kehidupan disekitarnya (dirinya, keluarga, masyarakat sekitar) menjadi lebih baik.

Menurut Sullivan dalam Training Works (USAID 2003) ada 5 hal yang mesti diperhatikan dalam pelatihan yaitu;

Gambar 2.3 Lima Komponen Pelatihan



Sumber: USAID, 2003, *Training Works*. Published by: JHPIEGO. Baltimore – Maryland, USA (p.4)

1) **Identifikasi Kebutuhan Pelatihan**

Tujuannya adalah untuk mengidentifikasi *gap* atau masalah yang ada dan menentukan intervensi yang paling sesuai. Tahapannya antara lain; temukan tujuan yang diinginkan, uraikan tujuan yang akan diraih, lakukan analisis hingga ke akar masalah sehingga bisa ditemukan *gap* yang ada, tentukan intervensi yang paling sesuai. Informasi dari tahapan ini, akan sangat penting dalam mendesain, melakukan, dan mengevaluasi pelatihan.

Hal yang sama juga dijelaskan oleh (Swanson et al. 1997 dalam UMFDA 2002), bahwa salah satu tahapan perencanaan pelatihan yang terpenting dan aspek yang sering ditinjau adalah tahap indentifikasi kebutuhan pelatihan. Identifikasi kebutuhan pelatihan merupakan langkah pertama untuk mengadakan pelatihan dan pengembangan program (Miller & Osinski 1996). Tujuannya adalah untuk mengidentifikasi *gap* atau masalah yang ada dan menentukan intervensi yang paling sesuai dengan kebutuhan pelatihan (Swanson et al. 1997 dalam UMFDA 2002).

Identifikasi kebutuhan biasanya dilakukan oleh pelatih dan ia harus melakukannya secara hati – hati. Identifikasi tersebut dapat membantu pelatih untuk menentukan kriteria peserta pelatihan yang akan mengikuti pelatihan dengan tepat, merancang pelatihan sesuai kebutuhan dan menetapkan metoda yang efektif bagi mereka (USAID 2003). Hal tersebut menandakan suatu pelatihan sebaiknya fokus dan dapat menguraikan tujuan pelatihan yang tepat guna (Swanson et al. 1997 dalam UMFDA 2002).

Secara rinci Sullivan dalam USAID (2003) menguraikan tahapan identifikasi kebutuhan pelatihan sebagai berikut:

- Menentukan keterampilan atau perilaku baru yang diharapkan akan dilakukan oleh peserta setelah mengikuti pelatihan.
- Menganalisa keterampilan peserta pelatihan yang menjadi perilaku saat ini atau sebelum mengikuti pelatihan. Pada saat melakukan tahap ini, sebaiknya pelatih fokus pada perilaku individu atau sekelompok. Jika menemukan perbedaan antara perilaku yang diharapkan dengan yang dilakukan saat ini maka hal itu yang disebut dengan “masalah” atau *gap*.
- Melakukan analisis hingga ke akar masalah sehingga ditemukan sebab perbedaan antara perilaku yang diharapkan dengan perilaku saat ini . Informasi yang diperlukan dalam tahap ini dapat diperoleh dengan mengumpulkan info dari berbagai sumber yang terkait dengan perilaku yang diharapkan. Misalnya ingin mengetahui permasalahan di pelayanan kesehatan (yankes) maka info dapat diperoleh dari pengguna fasilitas pelayanan kesesehatan, fasilitator, maupun tokoh masyarakat.
- Tentukan intervensi yang paling sesuai untuk meningkatkan serta memperbaiki perilaku. Jika penyebab dari perilaku yang tidak baik adalah kurangnya pengetahuan dan keterampilan maka pelatihan adalah intervensi yang tepat.

Informasi dari tahapan ini sangat penting dalam tahap selanjutnya, yaitu tahap mendesain, melakukan, dan mengevaluasi pelatihan.

2) *Manajemen pelatihan (Pengelolaan Pelatihan)*

Setelah memperoleh informasi pada tahap identifikasi kebutuhan pelatihan, tahap selanjutnya adalah mengolah informasi tersebut untuk merancang, melaksanakan dan mengevaluasi pelatihan. Agar pengelolaan informasi berjalan efektif di semua tahap pelatihan, maka pelatih harus memahami segala informasi dan rekomendasi yang telah diperoleh. Berikut adalah tahapan dalam Pengelolaan Pelatihan:

- **Merencanakan, Mencari dan Mendapatkan Sumber Daya Untuk Mencapai Tujuan Pelatihan**
Yang menjadi prioritas dalam tahap ini, setelah dipastikan akan dilakukan pelatihan, adalah membuat Anggaran Biaya untuk semua keperluan pelatihan, mulai dari biaya merancang, melaksanakan, dan evaluasi. Biaya yang dianggarkan kurang lebih terdiri dari biaya perdiem, fasilitas, transportasi tim pelatih dan peserta, media pelatihan (termasuk biaya pembuatan media audiovisual), peralatan, dan persediaan kebutuhan lainnya. Setelah selesai membuat anggaran keuangan maka selanjutnya memastikan sumber dana pelatihan. Dengan demikian dapat disimpulkan dalam tahap ini yang diperlukan antara lain: Membuat anggaran biaya dari semua keperluan pelatihan; Mencari dana untuk mendukung anggaran biaya; Mengawasi penggunaan biaya agar sesuai anggaran biaya pelatihan
- **Menyeleksi Tim yang Merancang Pelatihan**
Sebuah pelatihan akan sukses jika dirancang dengan baik. Rancangan pelatihan yang baik tentu saja dipengaruhi oleh tim perancang pelatihan yang juga baik. Oleh karenanya, tim perancang bertugas merancang perencanaan, materi, dan media pelatihan. Agar tim perencana dapat merancang pelatihan dengan baik mereka membutuhkan dan harus memahami informasi yang menjadi masalah peserta pelatihan, jenis pengetahuan dan keterampilan yang dibutuhkan untuk menyelesaikan masalah tersebut. Pada akhirnya mereka juga harus mengetahui seberapa dana yang disediakan untuk melaksanakan pelatihan yang sesuai untuk menyelesaikan masalah peserta pelatihan atau

dalam kata lain mencapai tujuan pelatihan. Idealnya, sebuah tim perancang pelatihan terdiri dari pelatih, manajer pelatihan, perancang materi pelatihan, supervisor, pengevaluasi pelatihan, atau lainnya. Jadi 1 orang bertanggung jawab untuk 1 tugas. Jika memungkinkan beberapa anggota dari tim perancang pelatihan juga termasuk dalam tim pelaksana pelatihan. Jika tidak memungkinkan maka orang yang termasuk dalam tim pelaksana pelatihan harus paham dan mengenali rancangan pelatihan sebelum pelatihan dilaksanakan.

- **Menyusun Strategi Evaluasi dan Monitoring**
Adalah sesuatu yang penting untuk membandingkan perilaku yang diharapkan dengan kenyataan secara terus menerus. Tujuannya mengetahui dan menetapkan perubahan apa saja yang sudah terjadi. Selain itu juga untuk mengetahui sejauh mana pelatihan mempengaruhi perilaku secara individual dan masyarakat. Informasi yang diperoleh pada saat evaluasi dapat mengidentifikasi kembali perubahan rancangan dan pelaksanaan pelatihan yang diperlukan.
Media yang perlu dikembangkan dan diperhatikan Tim Evaluasi yaitu: a) Media evaluasi dari tujuan pelatihan, misalnya dengan kuesioner evaluasi pelatihan dan wawancara; b) Media pendampingan dan evaluasi perilaku peserta pelatihan di lingkungan setelah mengikuti pelatihan, dapat menggunakan daftar tilik perilaku atau pendampingan; c) Media yang mengidentifikasi hambatan peserta pelatihan dalam mengaplikasikan pengetahuan dan perilaku barunya di lingkungan, misalnya menggunakan lembar “Rencana Tindak Lanjut”.
- **Mengelola Keperluan Logistik Pelatihan**
Kegiatan dalam pengelolaan logistik pelatihan (tetapi tidak terbatas) sebagai berikut: a) Mengirimkan kurikulum dan tujuan pelatihan kepada tim pelatih dan peserta sebelum pelatihan dimulai; b) Mempersiapkan lokasi pelatihan dengan mengunjungi dan mengecek keperluan logistiknya (konsumsi, kemudahan transportasi, dll) bersama tim pelaksana pelatihan; c) Membuat

materi dan media pelatihan, termasuk media audiovisual; d) Menyiapkan biaya pelatihan; e) Berkoordinasi dengan tim pelaksana pelatihan

- Mensosialisasikan Pelatihan kepada Peserta dan Tim Pelatih

Setelah keperluan logistik terpenuhi maka tim pelaksana dan tim yang merancang pelatihan sebaiknya bertemu untuk saling berbagi mengenai situasi lokasi dan pengetahuan peserta pelatihan. Manfaatnya agar tim pelaksana pelatihan memiliki gambaran mengenai pelatihan yang akan mereka selenggarakan dan pengetahuan serta keterampilan baru yang harus dikuasai peserta latih.

- Mengadakan Tindak Lanjut Bagi Peserta Pelatihan Setelah Kembali ke Lingkungannya

Sebenarnya sangat penting untuk melakukan tindak lanjut setelah pelatihan, akan tetapi tahap ini sering terlupakan pada pelatihan. Tindak lanjut dapat dilakukan dengan pendampingan yang berupa kegiatan kunjungan ke peserta oleh pelatih. Dalam kegiatan pendampingan tersebut dapat membantu mengetahui pengetahuan dan keterampilan baru yang dipelajari selama pelatihan telah menjadi bagian dari praktik di kehidupan kesehariannya atau belum. Pada saat kunjungan pendampingan juga dapat diperoleh dan diketahui hambatan apa saja dalam mengaplikasikan pengetahuan dan keterampilan barunya. Kegiatan dalam kunjungan pendampingan meliputi observasi, membimbing, memberikan alternatif pemecahan masalah, menganalisa kemajuan peserta latih, dan identifikasi masalah yang timbul dalam penerapan materi pelatihan. Kegiatan pendampingan menjadi efektif jika tim pendamping maupun pelatih aktif berpartisipasi dalam mendampingi peserta latih dan terjadi interaksi antara tim pendamping / pelatih dengan peserta latih.

Hal yang sama juga dikemukakan oleh Sullivan (USAID 2003), bahwa dalam pengelolaan pelatihan perlu memperhatikan beberapa hal berikut; Pastikan bahwa sudah tidak ada *gap*/masalah yang ada, Merencanakan dan mengatur sumber daya agar tujuan dapat tercapai, Pilih tim yang akan mendesain pelatihan, Buat strategi monitoring dan evaluasi, Rencanakan kebutuhan pelatihan (logistik), Komunikasi

dengan siswa dan supervisi sebelum pelatihan dimulai, Sediakan *follow up* bagi siswa dan supervisi setelah pelatihan.

3) *Desain Pelatihan (Merancang Pelatihan)*

Ada beberapa langkah dalam merancang pelatihan agar efektif dan dapat memberikan perubahan pengetahuan serta keterampilan peserta latih. Langkahnya terdiri dari :

- Verifikasi ulang *gap* yang ada dan tujuan dari pelatihan
Yang perlu dilakukan dalam verifikasi ulang sebagai berikut: a) Menggunakan informasi yang diperoleh saat identifikasi kebutuhan pelatihan sebagai bahan referensi dalam merancang pelatihan; b) Gambarkan perubahan perilaku yang ingin dicapai dalam pelatihan; c) Menuliskan secara jelas tujuan dan pelatihan; d) Menghubungkan antara perubahan perilaku yang diharapkan dengan tujuan yang ingin dicapai
- Mengumpulkan Informasi tentang latar belakang peserta pelatihan, identifikasi pengetahuan, keterampilan, yang mereka butuhkan
Berbagai informasi yang perlu dikumpulkan meliputi: a) Budaya, pengetahuan, sikap, dan praktik dari materi pelatihan saat sebelum diberi pelatihan; b) Latar belakang pendidikan seperti kemampuan membaca, menulis, serta bahasa yang digunakan sehari – hari; c) Pekerjaan peserta pelatihan; d) Lokasi pekerjaan saat ini dan selanjutnya; e) Motivasi dan insentif yang dapat menggairahkan pelatihan; f) Hubungan kerja antara peserta pelatihan dengan pekerja di sekitarnya; g) Kebijakan dan panduan kerja nasional; h) Sistem kerja yang ada sebelum pelatihan; i) Tipe dan jenis fasilitas kerja dari peserta pelatihan
- Identifikasi materi pelatihan dari sumber referensi yang ada
Mengidentifikasi, mengkaji, dan mengadaptasi sumber referensi materi pelatihan dapat membantu penyusunan materi pelatihan dan biasanya dapat menghemat waktu yang diperlukan untuk merancang pelatihan. Beberapa contoh sumber referensi yang dapat digunakan adalah buku pedoman, buku literatur, video, atau pengalaman ahli.

- **Membuat Tujuan Pelatihan**

Tujuan pelatihan sebaiknya jelas dan dapat diukur, sesuai dengan rancangan, pelaksanaan, dan evaluasi pelatihan. Misalnya tujuan berdasarkan pengetahuan, sikap, dan praktik peserta pelatihan. Yang dimaksud dengan tujuan sebaiknya jelas adalah peserta pelatihan mengerti perubahan apa yang harus mereka capai dan praktik yang baik. Sebagai contoh tujuan, “Setelah mengikuti pelatihan, peserta pelatihan dapat memberikan konsultasi keluarga berencana berdasarkan lembar ceklis konsultasi”.

- **Mengembangkan Rencana Pelatihan**

Perencanaan pelatihan yang baik adalah dasar dari kesuksesan pelatihan. Komponen dasar pelatihan yang harus dipersiapkan dengan baik adalah silabus, jadwal, dan garis besar pelatihan. a) Silabus Pelatihan agar sesuai dengan perubahan yang diharapkan maka harus sesuai dengan tujuan pelatihan, tujuan pembelajaran setiap materi, kriteria peserta pelatihan, kriteria evaluasi, anjuran dari peserta pelatihan yang diberikan sebelum, saat, dan setelah pelatihan; b) Jadwal Pelatihan terkait dengan jumlah hari yang diperlukan selama melaksanakan pelatihan, serta deskripsi secara umum kegiatan per-hari-nya; c) Garis Besar Pelatihan pelatihan mendeskripsikan apa saja yang harus disampaikan dan diajarkan tim pelatih di setiap sesi pelatihan. Jika pelatihan yang sama akan diberikan di tempat lain yang berbeda atau oleh tim pelatih yang lain maka garis besar pelatihan dapat memastikan penyelenggaraan pelatihan sesuai standar.

Menurut Suaedy (2011), ketika merancang pelatihan, khususnya silabus, juga direncanakan metoda yang akan digunakan. Ada pun jenis metode pelatihan yang biasa digunakan:

- a. Metode Ceramah**

Metode ceramah biasa dikenal dengan metode kuliah atau tutorial. Metode ini salah satu cara belajarnya dengan ucapan atau verbal sehingga sering terjadi komunikasi searah. Oleh karena untuk menutupi kekurangan tersebut, sebaiknya metode ceramah dipadukan dengan metode tanya jawab.

Kelebihannya, metode ceramah akan lebih efisien diterapkan pada kegiatan belajar yang melibatkan peserta dalam jumlah banyak sedangkan waktu yang tersedia kurang mencukupi.

b. Metode Tanya jawab

Tujuan dari metode tanya jawab untuk menumbuhkan sikap, mengembangkan pengetahuan, dan melatih peserta berkomunikasi verbal dan mengukur tingkat pemahaman terhadap materi pelatihan yang diterima selama pelatihan berlangsung. Cara pelaksanaan dari metode ini dengan memberikan pertanyaan kepada peserta atau sebaliknya.

c. Metode Diskusi Kelompok

Dalam metode diskusi terjadi pertukaran maupun penyatuan pemikiran 2 orang atau lebih yang bertujuan memecahkan topik permasalahan. Sebenarnya, metode ini lebih cocok diterapkan pada kegiatan belajar dengan peserta yang jumlahnya sedikit. Kelebihan metode diskusi adalah sebagai media berinteraksi dalam memecahkan suatu permasalahan dan mengembangkan kepercayaan diri.

d. Metode Latihan

Jika dalam pelatihan menginginkan peningkatan ketrampilan, kemampuan olah vokal, dan kemampuan berpikir, maka dapat dicapai dengan metode pelatihan dan praktek. Misalnya untuk melatih kemampuan verbal dapat dilakukan dengan latihan presentasi, diskusi atau lainnya.

e. Studi Kasus

Metode studi kasus juga dikenal dengan nama metode *Problem Solving*. Metode ini sangat efektif untuk memperdalam pengetahuan serta kemampuan menganalisa kemudian mencari penyelesaian suatu kasus. Selain itu, metode studi kasus mengajak peserta pelatihan menumbuhkan kepekaan dan kreatifitas peserta memecahkan suatu kasus

f. Curah Pendapat

Bagian terpenting dari metode curah pendapat adalah mengetahui pemikiran peserta pelatihan yang sebenarnya dan mengembangkan kreatifitas mereka untuk mengungkapkan pendapat agar dipahami lainnya..

g. Seminar

Pada umumnya saat metode seminar dilakukan dilengkapi dengan suatu makalah. Peserta pelatihan membahas isi makalah yang merupakan permasalahan, mengambil kesimpulan, lalu memecahkan permasalahan secara bersama.

h. Simulasi

Simulasi seringkali dikombinasi dengan metode belajar ceramah. Tujuannya memberikan contoh keterampilan dari kasus yang dikehendaki. Caranya dengan melakukan permainan yang berkaitan dengan isi masteri atau keterampilan yang ingin dikuasai peserta.

i. Bermain Peran

Bermain peran sangat cocok diterapkan saat ingin menggambarkan karakter dari suatu tokoh tertentu. Tujuannya supaya peserta dapat memahami serta menjiwai karakter tersebut. Oleh karenanya, cara metode bermain peran biasanya peserta pelatihan memerankan kembali tokoh yang dimaksud.

j. Demonstrasi

Demonstrasi adalah cara penyajian materi dengan memperagakan suatu kegiatan di depan para peserta pelatihan. Biasanya metode ini dikombinasikan dengan metode ceramah dan tanya jawab.

k. Praktek kerja lapangan (PKL) atau Observasi Lapangan

Pada saat peserta pelatihan melakukan observasi lapangan, mereka dapat membandingkan pengetahuan yang diperoleh selama pelatihan dengan kenyataan di lapangan. Caranya dengan mengunjungi langsung tempat kegiatan yang diceritakan dalam materi pelatihan.

1. Tugas Baca

Metode baca dilakukan dengan memberikan tugas membaca literatur yang sesuai dengan materi pelatihan. Tujuannya agar peserta pelatihan mendalami materi pelatihan dan dapat membaca cepat dalam waktu singkat.

- **Mengembangkan Media Pelatihan**

Saat mengembangkan media pelatihan tentu mempertimbangkan kemampuan dan informasi yang ada pada saat identifikasi kebutuhan. Jika merasa kurang memahami materi yang diberikan saat pelatihan maka sebaiknya materi dibuat dengan mengadaptasi berbagai sumber literatur. Beberapa literatur yang dapat digunakan adalah pedoman yang digunakan secara nasional maupun internasional. Setelah mengembangkan materi pelatihan kemudian mengembangkan media audiovisual. Isi yang disajikan media audiovisual harus mewakili serta mendukung materi pelatihan yang diberikan agar terjadi kesesuaian dan memperjelas maksud dari materi pelatihan.

Media lainnya yang perlu dikembangkan adalah Buku Pedoman Peserta Pelatihan dan Modul Pelatihan. Buku pedoman tersebut berisi silabus, jadwal, studi kasus, gambaran metoda permainan, lembar rencana tindak lanjut.

- **Mengembangkan Instrumen Evaluasi**

Diadakannya evaluasi bertujuan menganalisa peserta pelatihan telah mengalami perubahan perilaku yang diharapkan dan pelatih yakin bahwa tujuan pelatihan telah dicapai. Beberapa cara evaluasi pengetahuan yang dapat digunakan adalah kuesioner dengan pilihan ganda, kuesioner dengan pertanyaan terbuka, wawancara mendalam, ataupun laporan tertulis. Sementara pendekatan untuk evaluasi keterampilan dengan metode bermain peran yang dilakukan peserta saat pelatihan kemudian diobservasi menggunakan lembar ceklis. Cara lainnya dengan mengobservasi saat mereka sedang mengaplikasikan pengetahuan barunya. Evaluasi sikap dapat dilakukan selama evaluasi keterampilan.

4) *Pelaksanaan Pelatihan*

Pada saat pelaksanaan pelatihan tentunya ada beberapa hal yang perlu diperhatikan. Hal yang perlu diperhatikan meliputi:

- **Membangun dan Mempertahankan Kredibilitas**

Pelatih yang terlihat kredibel atau ahli dengan pengetahuan dan keterampilan yang diajarkan dapat menginspirasi serta mendorong peserta pelatihan untuk memahami dan terus belajar. Membangun kredibilitas dapat dengan menunjukkan kemampuan melatih yang kuat, menjelaskan materi dan tujuan pelatihan dengan jelas. Oleh karena itu hal yang sebaiknya dilakukan: a) Datang yang paling awal ke lokasi pelatihan setiap hari, terutama pada hari pertama pelatihan; b) Sambut peserta pelatihan ketika datang, terutama saat hari pertama pelatihan; c) Mengingat nama peserta pelatihan secepatnya; d) Menjelaskan metode pelatihan dengan jelas dan bersemangat; e) Ajak peserta untuk bertanya jika tidak mengerti; f) Merujuk pada pengalaman pribadi secara rendah hati jika ada studi kasus; g) Menjadi model sikap dan perilaku yang positif terkait tujuan pelatihan dan pembelajaran; h) Menjelaskan peraturan, tanggungjawab, tujuan pembelajaran, harapan, dan norma belajar dengan jelas; i) Memberikan kesempatan bagi peserta pelatihan untuk berbagi pengalamannya; j) Menghargai dan membangun pengetahuan maupun keterampilan peserta pelatihan.

- **Menciptakan Pelatihan yang Dua Arah dan Diwarnai Kerjasama**

Pelatihan yang efektif artinya peserta pelatihan adalah rekan dalam proses belajar dan secara aktif terlibat mempelajari pengetahuan dan keterampilan baru. Untuk membangun kerjasama seperti itu diperlukan kepekaan terhadap keragaman sosial budaya. Langkah yang perlu dilakukan pelatih untuk menciptakan pelatihan yang dua arah dan penuh kerjasama sebagai berikut: a) Menyesuaikan gaya berkomunikasi dengan kebutuhan peserta pelatihan berdasarkan observasi terhadap kehidupan keseharian mereka; b) Melakukan interaksi dengan peserta, menanyakan pertanyaan terkait pelatihan, menggunakan humor yang tepat untuk pencairan; c)

Mengendalikan permasalahan dengan bijak; d) Menyesuaikan dan mematuhi norma yang berlaku di lokasi pelatihan; e) Selalu tepat waktu.

- **Menciptakan Suasana Belajar yang Nyaman dan Aman**

Pentingnya menciptakan suasana belajar nyaman dan aman adalah agar peserta mau mengemukakan ide, mau belajar dari yang lain, lebih mengeksplor pengetahuan baru, dan nyaman untuk merubah perilaku mereka. Yang dapat dilakukan agar tercipta suasana belajar yang nyaman dan aman: a) Memberikan respon yang sopan walaupun untuk pertanyaan yang polos; b) Menggunakan pendekatan belajar yang bervariasi. Misalnya mengkombinasi metode bermain peran, studi kasus, simulasi, kompetisi dalam 1 pelatihan; c) Mempertahankan kolaborasi antara pelatih dan peserta; d) Hargai jawaban maupun pandangan yang berbeda dari setiap orang yang hadir dalam pelatihan, jangan mengecilkan peserta latih maupun pelatih lainnya, serta memberikan umpan balik yang sesuai dengan budaya setempat serta dengan cara yang dapat mereka terima; e) Dorong peserta pelatihan untuk menerapkan perilaku maupun pengetahuan yang baru mereka terima; f) Kelola orang dan perilaku yang memberikan pengaruh negatif; g) Bantu peserta pelatihan untuk merasa nyaman sewaktu mempelajari perilaku baru; h) Berikan kesempatan pada peserta untuk menjawab pertanyaan yang diberikan oleh temannya; i) Berikan kesempatan pada peserta pelatihan untuk menyimpulkan maksud dari pelatihan kepada temannya; j) Berikan balasan yang menyenangkan jika ada kemajuan sekecil apapun yang ditunjukkan oleh peserta pelatihan; k) Ciptakan suasana yang menyenangkan sewaktu melakukan sesuatu

- **Berikan Umpan Balik yang Mendukung**

Dalam pelatihan yang baik, ada kesempatan bagi peserta pelatihan untuk bertanya, memberikan komentar, berbagi sesuatu yang menjadi perhatiannya, dan mendapat umpan balik atas partisipasi mereka. Pelatih yang ahli dalam pelatihan dapat menciptakan suasana dimana peserta termotivasi bertanya serta menjawab sendiri pertanyaan yang diberikan oleh temannya. Hal ini membantu peserta pelatihan mengerti kebutuhan belajar dengan sendirinya, menyerap pengetahuan baru, mengaplikasi keterampilan baru, dan membantu peserta lainnya untuk belajar.

Langkah yang dapat dilakukan pelatih sebagai berikut: a) Berikan umpan balik yang positif secara berkelanjutan jika mereka menunjukkan kemajuan yang positif; b) Ikuti kemajuan peserta selama pelatihan, berikan petunjuk, umpan balik yang spesifik untuk mendorong perubahan yang positif dan membenarkan informasi yang kurang tepat; c) Validasi pertanyaan peserta pelatihan, umpan balik, dan perhatian; d) Dengarkan dengan hati – hati mengenai umpan balik dari kesan peserta pelatihan selama mengikuti pelatihan; e) Tambahkan anjuran pelatih terhadap umpan balik yang diberikan peserta mengenai kesan mereka terhadap pelatihan untuk meningkatkan kualitas pelatihan, menemukan kebutuhan pelatihan, dan perubahan apa saja yang harus dilakukan.

- **Berkomunikasi dan Presentasi yang Efektif**

Komunikasi oral maupun tertulis yang dilakukan oleh pelatih sebaiknya langsung dan tidak bertele – tele. Tanyakan pemahaman peserta dengan menanyakan kembali materi pelatihan dan menyimpulkannya. Peserta tentu akan menggunakan gaya bahasa dan istilah yang sesuai dengan latar belakang budaya mereka. Hal seperti ini juga yang membantu pelatih untuk mempelajari dan mengerti bagaimana cara berkomunikasi yang baik dengan peserta. Oleh karenanya, hal yang dilakukan pelatih agar komunikasi berjalan efektif: a) Menggunakan komunikasi verbal dan non verbal yang sesuai dengan budaya setempat; b) Memberikan instruksi yang jelas; c) Menggunakan media komunikasi yang bervariasi dan tepat untuk mendukung komunikasi sesuai budaya setempat. Contohnya menggunakan lembar *flipcharts*; d) Menanyakan pengalaman peserta pelatihan terkait materi pelatihan; e) Menjelaskan konsep dan prosedur dengan jelas; f) Menggunakan suara, gestur tubuh, ketenangan, gerakan, memberikan jarak, dan peralatan yang tepat; g) Lemparkan pertanyaan dan bangun interaksi terhadap pertanyaan diantara peserta pelatihan; h) Gunakan humor atau anekdot sesuai dengan latar belakang budaya peserta pelatihan

- **Gunakan Fasilitas dengan Efektif**

Penggunaan fasilitas yang efektif membantu penciptaan suasana belajar yang efektif juga. Caranya dapat dengan: a) Menggunakan teknik fasilitas yang bervariasi;

b) Bantu peserta pelatihan membedakan fakta dengan pendapat; c) Simpulkan pengalaman belajar pelatihan

- Menyediakan Kesempatan Mempraktikkan Pengetahuan dan Keterampilan Baru

Peserta harus memiliki kesempatan untuk mempraktikkan seluruh materi yang diperoleh saat pelatihan di situasi nyata. Yang dapat dilakukan pelatih dalam tahap ini adalah: a) Memastikan peserta pelatihan mempraktikkan keterampilan dan pengetahuan barunya dengan tepat di situasi nyata. Dapat dengan metode bermain peran, permainan, atau studi kasus; b) Memberikan kesempatan peserta untuk berlatih sebelum melakukan metode bermain peran; c) Hubungkan materi yang diterima dan situasi kenyataan dengan menerjunkan mereka ke lokasi nyata, misalnya klinik praktik; d) Bantu peserta pelatihan membuat rencana tindak lanjut

- Monitor proses pelatihan, dan membuat penyesuaian bila diperlukan

Monitoring proses pelatihan sangat diperlukan agar dapat terciptakan suasana belajar yang diinginkan peserta pelatihan. Jika suasana belajar tercipta dengan baik maka proses belajar pesertapun menjadi mudah. Peran dari pelatih dalam tahap ini sebagai berikut: a) Kelola lingkungan fisik yang mendukung peserta pelatihan dapat menerapkan tujuan pembelajaran; b) Menyiapkan peralatan yang diperlukan untuk media audiovisual dan memiliki rencana cadangan jika terjadi sesuatu; c) Modifikasi media untuk mengakomodir kebutuhan belajar peserta yang sesuai dengan kehidupan nyata; d) Observasi perilaku individu dan kelompok; e) Berinteraksi dengan peserta pelatihan saat jam istirahat dan mengumpulkan berbagai informasi yang diperlukan saat monitoring

5) *Evaluasi Pelatihan*

Ketika melakukan evaluasi pelatihan, diperlukan instrumen untuk mengukur kepuasan peserta agar dapat membantu peningkatan kualitas dan menemukan kesesuaian antara kebutuhan peserta dengan pelatihan yang dilaksanakan. Para peserta dapat mendiskusikan pelaksanaan pelatihan di kelompok kecil atau mengisi lembar evaluasi. Jika menggunakan lembar evaluasi maka kebanyakan isian dari lembar evaluasi berupa skala dan pertanyaan terbuka mengenai materi dan kegiatan

pelatihan, kesan mengenai pelatih, dan suasana belajar. Dalam lembar evaluasi diberikan juga pertanyaan yang menanyakan bagian dari pelatihan yang membantu dan hambatan yang ditemui selama mengikuti pelatihan, serta relevansi antara materi pelatihan dengan pekerjaan mereka. Proses evaluasi yang dilakukan menunjukkan bahwa komitmen dari pelatih, tim perancang pelatihan, dan pelatihan memang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan peserta pelatihan. Selanjutnya dalam evaluasi dilakukan pengenalan terhadap beberapa hal sebagai berikut:

- Mengetahui peserta telah mencapai tujuan pembelajaran dengan cara menskoring pengetahuan di lembar evaluasi
- Melakukan penilaian kemampuan, sehingga dapat diketahui apakah partisipan telah mengetahui tujuan dari pelatihan
- Meningkatkan pelatihan lebih baik lagi, informasi yang diperoleh dari penilaian pengetahuan dan kemampuan
- Monitor dan evaluasi praktik dari materi pelatihan di situasi nyata. Caranya dengan pendampingan dan kunjungan ke tempat kerja mereka. Saat melakukan kunjungan, evaluator mengobservasi dan mendampingi peserta dengan menggunakan lembar evaluasi yang sama dengan saat pelatihan.
- Melihat keefektifan dari pelatihan sebagai sebuah intervensi untuk meningkatkan tujuan

Cara lainnya untuk mengevaluasi suatu pelatihan dapat menggunakan model 4 tingkat (*level*) yang dikembangkan oleh Donald Kirkpatrick di akhir tahun 1950-an. Model 4 tingkat terdiri dari tingkat 1 (respon), tingkat 2 (pembelajaran), tingkat 3 (perilaku), dan tingkat 4 (hasil akhir). Informasi yang ingin diperoleh pada tingkat 1 (respon) adalah “respon peserta terhadap pelatihan yang diikutinya”, tingkat 2 mengenai “seberapa besar peningkatan pengetahuan, sikap, dan praktik peserta pelatihan”, tingkat 3 tentang “perubahan perilaku peserta pelatihan saat menerapkan materi yang diterima selama pelatihan di kehidupan kesehariannya”, dan tingkat 4 mengetahui tentang “manfaat yang diperoleh suatu organisasi dari pelatihan”. Setiap informasi yang diperoleh tersebut akan menjadi dasar informasi di tingkat selanjutnya, yang pada akhirnya diperoleh informasi yang berurutan. Rangkaian

informasi tersebut mewakili pengukuran efektifitas pelatihan (Kirkpatrick, 1976). Berikut penjelasan dari evaluasi 4 tingkat Kirk Patrick :

Evaluasi Tingkat 1 (Respon)

Tujuan dari evaluasi tingkat 1 adalah mencari respon peserta terhadap pelatihan yang mereka ikuti. Saat evaluasi peserta menjawab pertanyaan yang berkenaan dengan persepsi mereka selama pelatihan. Sebagai contoh, peserta pelatihan menjawab pertanyaan dengan bercerita mengenai persepsi tentang proses selama pelatihan dan apakah materi pelatihan sesuai dengan kebutuhan mereka dalam kesehariannya. Respon yang diberikan peserta terhadap pelatihan inilah yang memiliki konsekuensi penting. Konsekuensi penting pada tingkat berikutnya, yaitu tingkat 2 - pembelajaran. Walaupun respon yang diberikan peserta saat tingkat 1-nya positif tidak menjamin respon pada tingkat pembelajaran menjadi positif. Metode evaluasi yang dapat digunakan pada tingkat 1 adalah: Kuesioner evaluasi pelatihan, Komentar dari peserta yang disampaikan secara informal, Fokus grup diskusi yang dilakukan oleh peserta pelatihan.

Evaluasi Tingkat 2 (Pembelajaran)

Pengukuran yang dilakukan pada tingkat 2, selain mengukur kepuasan peserta pelatihan, juga mengevaluasi seberapa besar perubahan pengetahuan, sikap, dan praktik mereka. Metode pengukurannya dapat secara formal maupun informal, serta penilaian pribadi dari pelatih dan tim pelatih. Cara pelaksanaannya dengan mengukur skor sebelum (*pre test*) dan sesudah (*post test*) peserta mengikuti pelatihan. Dengan cara skoring pun dapat ditentukan kuantitas pembelajaran yang berhasil diraih peserta selama mengikuti pelatihan.

Evaluasi Tingkat 3 (Perilaku)

Bagi pelatih, pada evaluasi tingkat 3 ini yang menjadi evaluasi terpenting karena merupakan evaluasi efektifitas program yang sebenarnya. Pada tingkat 3, dilakukan dengan mengevaluasi perilaku yang diadopsi peserta pelatihan di kehidupan sehari – hari sehingga menjawab pertanyaan, “Apakah peserta memiliki kemampuan, pengetahuan, dan sikap yang diterima selama pelatihan telah diterapkan dalam kehidupan sebenarnya?”.

Dalam memutuskan waktu evaluasi, seberapa sering dilakukan, dan metode yang digunakan untuk evaluasi dalam evaluasi tingkat 3 sebaiknya diputuskan dengan tepat agar dapat memprediksi waktu peserta mengubah perilaku dengan sebenarnya serta memperoleh informasi yang tepat mengenainya.

Evaluasi Tingkat 4 (Hasil Akhir)

Yang sering digarisbawahi saat evaluasi tingkat 4 adalah mengukur keberhasilan dalam mencapai tujuan program pelatihan. Caranya dapat dengan mengukur angka kematian bayi, angka pelaksanaan praktik dari materi pelatihan dan lainnya. Keberhasilan yang diukur inilah yang akan menjadi alasan untuk tetap dilangsungkannya pelatihan jika dilihat dari prespektif organisasi walaupun informasi diperoleh tidak dicari secara khusus.

Beberapa metode yang biasa digunakan pada tingkat 4 adalah laporan keuangan, inspeksi kualitas atau observasi, dan wawancara. Sementara sumber data yang dapat digunakan adalah berkas laporan kuantitatif, catatan pekerjaan wawancara dengan peserta maupun masyarakat, lembar daftar tilik, observasi langsung, kuesioner, dan diskusi kelompok.

Selanjutnya menurut Best (1998), untuk meningkatkan efektifitas pelatihan, tergantung pada banyak faktor: siapa yang dilatih, dimana, topik apa yang dipelajari, bagaimana cara penyampaian informasi, proses *follow up*, dan pengukuran *output* dan *outcome* pelatihan. Pelatihan sebaiknya diawali dengan pemahaman kapabilitas peserta, kebutuhan dan kondisi lingkungan di mana mereka sehari-hari berada. Salah satu teknik analisis kebutuhan terhadap pelatihan adalah COPE (*Client-Oriented, Provider-Efficient*). Setiap peserta atau anggota komunitas yang akan direkrut untuk pelatihan diminta untuk mengisi kuesioner analisis kebutuhan pelatihan. Strategi ini menekankan pelatihan di tempat kerja lebih baik daripada harus membawa peserta keluar atau ke tempat lain yang asing baginya. Namun pelatihan di tempat lain juga ada manfaatnya untuk memberikan suasana baru yang menyenangkan bagi peserta.

Best (1998) menambahkan bahwa pendekatan pelatihan dalam tim dengan melibatkan anggota masyarakat dari komunitas lokal sebagai peserta pelatihan akan memberikan manfaat yang lebih besar dalam penyebaran informasi dibandingkan jika

melatih beberapa profesional kesehatan yang jumlah dan keberadaannya di komunitas selalu terbatas. Keterbatasan ini tentu saja menghambat percepatan penyebaran informasi kepada masyarakat sebagai objek dan subjek program kesehatan. Beberapa teknik pelatihan: a) pendekatan interaktif (bermain peran, studi kasus, diskusi kelompok, dll); b) belajar dengan model/manekin; c) *training of trainer*, dll. Teknik pelatihan dengan pendekatan interaktif dapat menimbulkan suasana menyenangkan dan tidak bosan, sehingga mempermudah peserta memahami informasi yang disampaikan. Pendekatan interaktif bermanfaat untuk mengetahui sudut pandang dan nilai yang dianut seseorang, yang seringkali menjadi hambatan bagi pelayanan kesehatan. Pengembangan pelatihan dengan pendekatan interaktif:

- Interaksi harus berfokus pada perilaku yang ingin diubah atau topik utama pelatihan.
- Peserta diberikan kesempatan untuk mempraktekkan perubahan perilaku, menerima *feedback* dan kembali mempraktikkan perubahan perilaku.
- Bersifat fleksibel, jika satu metode kurang berjalan dengan baik dapat segera menggunakan teknik/metode yang lain.
- Jika mungkin, libatkan tokoh masyarakat atau pimpinan fasilitas kesehatan dalam proses pelatihan
- Pelatihan konseling selalu berorientasi pada klien. Sebagai contoh, bermain peran memberikan pengalaman pada peserta tentang apa yang dirasakannya jika harus menanyakan pertanyaan yang bersifat sangat pribadi.
- Untuk pelatihan ketrampilan klinik sebaiknya menggunakan alat peraga atau manekin. sehingga peserta merasa seolah-olah berada di tempat yang sebenarnya atau sedang menangani pasien.

Kemudian untuk evaluasi pelatihan dilakukan dengan cara: membandingkan skor ketrampilan antara sebelum dan sesudah pelatihan; menanyakan pada peserta apakah cukup puas dengan pelatihan yang sudah dijalani; analisis perubahan perilaku atau praktik peserta saat berada pada kondisi sesungguhnya; melakukan wawancara, observasi, dll. Mengenai pemeliharaan kualitas ketrampilan (keberlanjutan

perubahan perilaku) dapat dilakukan dengan cara: a) pelatihan penyegaran; b) *follow up* pelatihan.

2.3.2 Metode Belajar Orang Dewasa

Proses belajar orang dewasa tentunya berbeda dengan anak. Proses belajar pada anak lebih menekankan pengumpulan pengetahuan yang sebanyak – banyaknya sedangkan orang dewasa menghendaki kemandirian dan tidak diperlakukan seperti anak. Sebagai contoh, orang dewasa lebih menyukai belajar yang melibatkan dirinya seperti bermain peran dibandingkan metode ceramah saja.

Dalam pembelajaran orang dewasa juga diperlukan banyak metode yang diterapkan. Banyaknya metode yang diterapkan mendorong orang dewasa menata dan melengkapi pengalaman yang telah diperolehnya dengan pengalaman atau pengetahuan baru. Kombinasi metode pembelajaran misalnya melalui latihan keterampilan, wawancara, dan tanya jawab dapat memberikan pengalaman baru pada orang dewasa (Asmin 2000).

Kombinasi metode belajar orang dewasa yang baik diperkirakan melibatkan 1% indera perasa, 1,5% indera peraba, 3,5% indera penciuman, 11% indera pendengar, dan 83% indera penglihatan (Lunandi 1987). Sejalan dengan kombinasi metode belajar orang tersebut, metode akan efektif jika peserta pelatihan dapat berbicara dan mendengar. Menjadi lebih efektif jika dapat melihat, serta semakin efektif jika dapat mempraktikkan (Asmin 2000).

Menurut Vella (2002), ada 12 prinsip dasar Pembelajaran Orang Dewasa yang efektif:

- 1). “*Need Assesment*”, Mencari tahu apa yang benar-benar cocok dengan kebutuhan dan situasi sasaran.
- 2). “*Safety*”, Memperhatikan lingkungan yang kondusif untuk belajar, baik dari segi materi maupun situasi atau suasana belajar
- 3). “*Sound Relationship*”, Antara pengajar dengan yang diajar ataupun antar sesama yang diajarkan.

4. “*Sequence*”, Isi dan penguatan (*reinforcement*), *Sequence* berarti memprogramkan pengetahuan, keterampilan dan sikap dari hal yang sederhana ke hal yang kompleks dan dari kelompok kecil ke individu.
5. “*Praxis*” (*Greek Word*), Bertindak baik lewat refleksi ataupun belajar sambil melakukan
6. “*Respect for learners as decision makers*”, Peserta sebagai pengambil keputusan.
7. “*Ideas, feelings, and actions*”, Aspek kognitif, afektif, dan psikomotor dari pembelajaran
8. “*Immediacy*” dari pembelajaran, Memperlihatkan manfaat dari pembelajaran.
9. “*Clear Roles and Role Development*”, Diperlukan komunikasi untuk memperjelas, peranan dari pengajar dan pihak yang diajarkan.
10. “*Teamwork*”, Penggunaan kelompok kecil
11. “*Engagement*”, Belajar merupakan sebuah proses partisipasi.
12. “*Accountability*”, Desain dari kursus, harus dapat dipertanggungjawabkan oleh pengajar (apa yang harus diajarkan; keterampilan yang akan diajarkan dapat terlihat dalam diri pengajar; sikap yang akan diajarkan dapat terlihat dalam diri pengajar).

Keefektifan metode belajar orang dewasa dapat tercapai bilamana pelatuhnya tidak telalu menguasai pembicaraan di kelas, mendengarkan, dan menerima gagasan dan menjawab pertanyaan dari orang dewasa yang menjadi peserta pelatihan. Disamping itu, juga menjadi efektif dan aktif jika mereka merasa dilibatkan dalam kegiatan belajar terutama ikut memberi sumbangan ide dan gagasan yang membuat mereka merasa memiliki harga diri diantara sesama peserta pelatihan. Oleh karena itu, sangat penting menghargai segala pendapat, perasaan, pikiran, gagasan, serta sistem norma para peserta pelatihan. Sikap yang meremehkan atau menyampingkan harga diri orang dewasa yang menjadi peserta pelatihan hanya akan menghentikan gairah belajarnya. Kesimpulannya, metode belajar orang dewasa akan lebih baik jika pendapat dan sistem nilainya dihormati daripada pelatih terus memberikan teorinya sendiri (Asmin 2000).

Selanjutnya ditambahkan suasana belajar yang efektif memerlukan fasilitas yang mendorong peserta pelatihan agar mau mencoba pengetahuan dan keterampilan yang baru diperoleh, berani tampil beda, serta mampu berlaku dengan sikap baru. Jika terjadi kesalahan maupun kekeliruan dianggap sebagai bagian yang wajar dari proses belajar. Berikut adalah beberapa hal yang perlu diperhatikan orang dewasa dalam situasi belajar agar mau mengadopsi perilaku dan pengetahuan baru:

1. Proses belajar merupakan suatu proses pengalaman yang ingin dilakukan oleh setiap individu serta berkewajiban memotivasi untuk memperoleh pengetahuan yang lebih banyak lagi
2. Setiap orang dewasa dapat belajar efektif jika mampu menemukan manfaat belajar untuk pribadi maupun lingkungan, terutama keluarga
3. Adanya penghargaan terhadap budaya dan metode berpikir tradisional yang sukar diubah dapat menciptakan proses belajar yang kondusif
4. Proses belajar orang dewasa itu unik dan khusus yang bersifat individual. Maksudnya setiap orang dewasa memiliki strategi sendiri untuk mempelajari dan menemukan pemecahan masalah
5. Faktor pengalaman masa lampau sangat berpengaruh pada setiap tindakan masa kini. Maka dengan itu akan lebih baik digali dan ditumbuhkan ke arah yang lebih bermanfaat

Dengan demikian dapat dikatakan belajar merupakan proses transformasi ilmu pengetahuan dan intelektualitas orang dewasa (Asmin 2000)

2.3.3 Pelatihan Dukun bayi

Seperti yang dijelaskan sebelumnya posisi dan peranan dukun bayi dalam masyarakat sangat cocok untuk pekerjaan perawatan kesehatan ibu dan bayi. Selain mendampingi pada saat kelahiran, dukun bayi juga menyediakan perawatan sebelum dan sesudah kelahiran, nasihat tentang gizi dan menyusui, serta beberapa perawatan bayi lainnya. Dengan pelatihan yang tepat, dukun bayi berada dalam posisi strategis untuk menyediakan layanan yang sistematis untuk kesehatan ibu dan anak dan juga informasi untuk keluarga berencana (McElroy and Townsend 1996).

Pelatihan yang diadakan untuk dukun bayi memiliki tujuan yang direfleksikan secara global dalam pernyataan bersama oleh WHO, UNICEF, dan UNFPA tahun 1992. Disebutkan bahwa tujuan umum dari pelatihan dukun bayi di berbagai negara berkembang adalah untuk menurunkan Angka Kematian serta Kesakitan Ibu dan Anak. Dalam pernyataan bersama juga dinyatakan tujuan khusus yang diantaranya meningkatkan kemitraan antara tenaga kesehatan modern dengan tradisional serta meningkatkan kemampuan, pemahaman kesehatan ibu dan anak, serta kualitas dukun bayi.

Menurut Cabral dkk, 1992, beberapa hal berikut harus diperhatikan dalam melakukan pelatihan dukun bayi, antara lain;

- a) Seleksi dukun bayi untuk dilatih dilihat dari motivasi, penghargaan masyarakat, umur, tidak buta huruf, hal ini dapat dipertimbangkan berdasarkan jumlah dukun bayi yang ada,
- b) Seleksi pelatih dan supervisi, jumlah bidan yang terlatih, menguasai bahasa daerah, berpengalaman dalam melatih orang yang buta huruf, memiliki motivasi sebagai supervisi dukun bayi,
- c) Identifikasi kebutuhan pelatihan
Pelatihan yang akan dilakukan tidak membuat dukun bayi berperan dalam seluruh lingkaran maternal. Pemilihan topik sangat tergantung pada masalah yang ada
- d) Merancang perencanaan
Menyangkut kebijakan yang berhubungan dengan pelatihan, kurikulum, jumlah pelatih, jumlah pelatihan yang diadakan, lokasi, waktu, lama, dan dana,
- e) Merencanakan dan mengorganisasikan sumber daya, terutama dalam masalah pendanaan, serta orang yang akan melatih termasuk metode dan perlengkapan yang digunakan,
- f) Mengadaptasi dan mengembangkan materi pelatihan, fokus utama pada seleksi konsep dan keterampilan. Hindari pelatihan yang monoton, selingi dengan perubahan metode atau istirahat singkat,

- g) Melakukan pelatihan dukun bayi,
- h) Supervisi, dilakukan oleh pelatih sehingga bisa menilai apa yang telah diajarkan, beberapa masalah yang mungkin muncul
 - Pelatih dari awal tidak diberikan tugas itu
 - Fasilitas pelatihan tidak menunjang
 - Pelatih sibuk dengan hal yang lain
 - Pelatih tidak tahu mengenai *job description* nya atau tidak mau menganggap itu sebagai tanggung jawabnya
 - Alasan lain, rendahnya moral, sakit, masalah pribadi
- i) Dukungan dan manajemen program,
- j) Monitor dan evaluasi dampak pelatihan.

Sementara itu menurut Lankester (2002), hal-hal yang perlu diperhatikan agar program pelatihan dukun bayi berhasil dan efektif, antara lain;

- a). Pelaksanaan pelatihan dukun bayi suatu yang diperlukan; antara lain dengan menumbuhkan kesadaran dukun bayi terhadap terjadinya kematian ibu dan bayi
- b). Hubungan dukun bayi dengan masyarakat hendaknya jelas, karena peranan dukun bayi setelah dilatih berbeda dengan sebelumnya, dan sepakat dalam hal cara pembayaran dan pemberian penghargaan
- c). Diperlukannya pelatihan yang tepat, seperti bentuk pelatihan yang interaktif, mengingat banyak dukun bayi yang buta huruf
- d). Perlunya dukungan dari staf kesehatan terhadap dukun bayi
- e). Supervisi secara rutin terhadap dukun bayi yang dilatih merupakan suatu hal yang penting, setidaknya 1 kali dalam 1 bulan atau 3 bulan dukun bayi yang dilatih dikunjungi, hal ini akan membuat mereka merasa didukung dan didorong
- f). Diperlukan pelatihan yang berkelanjutan untuk memperbaharui pengetahuan
- g). Pelatihan untuk peningkatan kemampuan dukun bayi merupakan suatu hal yang bermanfaat, namun demikian banyak dukun bayi yang menemukan kesulitan dalam belajar karena faktor umur

2.3.4 Penelitian tentang Pelatihan Dukun Bayi

Penelitian yang dilakukan Bhutta (2008) tentang Implementasi pelayanan perinatal berbasis masyarakat di daerah pedesaan Pakistan, menunjukkan bahwa pelatihan pada *Local Health Worker* dan dukun bayi dengan fokus materi perawatan esensial ibu dan bayi baru lahir membuat terjadinya penurunan pada kelompok intervensi untuk *still birth rate* (dari 65,9 menjadi 43,1 per 1000 kelahiran hidup; $p < 0,001$) dan *neonatal mortality rate* (57,3 turun menjadi 41,3 per 1000 kelahiran hidup; $p < 0,001$); Proporsi persalinan di rumah mengalami penurunan dari 79% menjadi 65%; dan terjadinya peningkatan frekuensi pada kelompok intervensi seperti Pemberian Kolostrum (75,7%) dan IMD (66,%) dibandingkan dengan daerah kontrol (39,7% dan 21,1%). Berdasarkan hasil intervensi yang dilakukan Bhutta maka dapat disimpulkan pendekatan intervensi perawatan neonatal berbasis pemberdayaan masyarakat dapat memberikan dampak yang signifikan terhadap perbaikan indikator derajat kesehatan neonatus.

Penelitian lain yang hampir senada yang dilakukan oleh Bang (1999) yaitu intervensi pelayanan neonatal berbasis rumah tangga terhadap angka kematian neonatal di daerah rural India melalui pelatihan untuk kader kesehatan. Hasilnya praktek perawatan neonatal berbasis rumah tangga, termasuk manajemen sepsis mampu menurunkan kematian *neonatus* dan bayi sebesar hampir 50%nya pada daerah studi dengan karakteristik prevalensi gizi buruk tinggi, sebagian besar penduduk buta huruf, dan termasuk kategori pedesaan. Oleh karena itu, intervensi ini cocok diterapkan di negara berkembang dengan karakteristik yang serupa dengan daerah studi.

Mattews (1995) melakukan evaluasi program pelatihan dukun bayi dengan metode *pictorial* dalam mengenali kondisi berisiko pada ibu hamil dan bersalin. Hasilnya 70% dukun bayi mampu menggunakan dan mengenali simbol-simbol dalam piktograf, hal ini mungkin karena piktograf dikembangkan sesuai dengan simbol-simbol yang dikenal oleh masyarakat setempat, sesuai dengan sosial budaya dan selain itu juga dilakukan beberapa kali uji coba sebelum piktograf digunakan dalam pelatihan. Berdasarkan keadaan ini disimpulkan bahwa program ini bermanfaat

untuk meningkatkan kewaspadaan dukun bayi terhadap risiko bahaya kehamilan dan dapat dilibatkan dalam pendekatan sosial budaya kesehatan masyarakat, dimana peran mereka dapat ditingkatkan pada perawatan ibu nifas dan bayi baru lahir.

Jokhio et al. (2005) dalam penelitiannya membuat dua kelompok, yaitu kelompok intervensi dan kontrol. Kelompok intervensi terdiri dari 565 orang dukun bayi yang dilatih kemudian diminta untuk melakukan kunjungan ibu hamil minimal 3 kali (bulan 3,6,9) untuk memeriksa adanya gangguan kehamilan. Pada daerah intervensi juga disediakan tim konselor dari tenaga kesehatan. Sedangkan dukun bayi pada kelompok kontrol tidak dilatih serta tidak ada tim konselor dari tenaga kesehatan. Ditemukan jumlah kematian ibu pada kelompok intervensi dibanding kelompok kontrol adalah 27 : 34 dengan *mortality rates* 268 : 360 per 100.000 kelahiran hidup (OR 0,74; 95% CI 0,45-1,23). Maka dapat disimpulkan pelatihan dukun bayi dan integrasinya kedalam sistem pelayanan kesehatan formal cukup efektif untuk menurunkan angka kematian perinatal serta model pelatihan ini dapat mendorong peningkatan derajat kesehatan perinatal dan maternal di negara-negara berkembang.

Gericke et al. (2003) dalam penelitiannya yang berjudul '*Feasibility of Scaling-up Interventions : The Role of Intervention Design*'. memperlihatkan intervensi berupa pelatihan bagi dukun bayi sebaiknya menggunakan kurikulum yang terstandarisasi dan dijamin kualitasnya oleh supervisor pelatihan, pelatihan disertai dengan ketersediaan lingkungan yang mendukung sehingga dukun bayi dapat mempraktikkan perilaku sesuai dengan materi pelatihan (misalnya vit A, TTD, peralatan, dan obat-obatan). Selanjutnya diperlukannya pelatihan penyegaran setelah dilakukannya pelatihan utama atau intervensi. Pelatihan ini sebaiknya berbasis rumah tangga sehingga diperlukan kerjasama antara dukun bayi dengan tenaga kesehatan dan sistem pelayanan kesehatan formal lainnya. Gericke et al. (2003) menyimpulkan pelatihan dukun bayi memberikan dampak signifikan pada penurunan AKI dan AKB, serta pelatihan dukun bayi harus didukung oleh kemitraan dengan sektor kesehatan formal, dukungan, supervisi, dan pendampingan tenaga kesehatan pada dukun bayi.

Ross (1986) mereview efektivitas pelatihan dukun bayi dalam menurunkan angka kejadian tetanus neonatorum dengan judul '*Does Training TBA prevent neonatal tetanus?*'. Dalam review tersebut, Ross menyimpulkan pelatihan dukun bayi tidak begitu berpengaruh terhadap penurunan angka kejadian tetanus neonatorum dibandingkan dengan vaksinasi TT pada ibu hamil. Akan tetapi, jika pelatihan dukun bayi tetap dilakukan maka dalam pelatihan tersebut bertujuan meningkatkan peran dukun bayi sebagai penyampai pesan kesehatan dan mempengaruhi ibu agar mau divaksinasi tetanus. Ross juga menambahkan bahwa vaksinasi tetanus lebih efektif dari segi biaya untuk menurunkan dan mencegah kejadian tetanus neonatorum sehingga peranan dukun bayi terlatih perlu ditingkatkan lagi.

Okubagzhi (1988) dalam penelitiannya bertujuan untuk mengetahui dampak pelatihan dukun bayi terlatih terhadap perbaikan indikator pelayanan kesehatan ibu dan anak di daerah Gondar Ethiopia menunjukkan bahwa adanya perbaikan indikator pelayanan kesehatan ibu dan anak setelah dilakukan pelatihan untuk dukun bayi. Indikatornya berupa perubahan perilaku dukun bayi terlatih dalam memberikan pelayanan pertolongan persalinan, perawatan ibu dan bayi. Okubagzhi (1988) juga merekomendasikan pelatihan dukun bayi diikuti pendampingan pasca pelatihan serta desain pelatihan yang telah disesuaikan dengan budaya setempat.

Foster et al. 2004 dalam final report, *A Midwifery Model for Training Traditional Midwives in Guatemala : A report from the field* mengemukakan efektivitas hasil pelatihan dan pencapaian tujuan pelatihan dukun bayi adalah karakteristik dan kurikulum pelatihan dukun bayi. Program pelatihan antara bidan dan dukun bayi yang dilaporkan dalam *final report* di Guatemala ini terdiri dari pertemuan sebanyak 6 jam setiap bulan dengan total waktu yang diperlukan selama pelatihan adalah lebih dari 150 jam. Pelatihan dukun bayi ini di pusat kesehatan ibu dan anak Guatemala. Pusat kesehatan ibu dan anak yang menjadi tempat pelatihan dukun bayi adalah semacam klinik bersalin namun didesain sesuai dengan rumah tradisional setempat sehingga ibu atau dukun bayi tidak merasa asing jika berkunjung. Tenaga kesehatan lainnya selalu siap di klinik ini untuk membantu dukun bayi jika mengalami kesulitan.

Pelatihan di Guatemala menggunakan metode ceramah, *audiovisual aids*, diskusi partisipasi, dan demonstrasi serta pemberian *bidan kit* kemudian dukun bayi diberikan tugas rumah, *pretest* dan *posttest* serta kurikulum pelatihan yang berkaitan dengan manajemen perawatan kehamilan, persalinan, dan bayi baru lahir yang normal; gizi, ASI eksklusif, KB, infeksi saluran reproduksi, dan STI maka peran dukun bayi lebih ditekankan sebagai seorang figur bagi masyarakat. Peran dukun bayi sebagai figur masyarakat yang menjadi agen perubahan dan penyampai informasi maupun teknologi kesehatan, memfasilitasi dan memberdayakan masyarakat dalam peningkatan derajat kesehatan ibu, anak, dan keluarga. dukun bayi juga berperan sebagai jembatan komunikasi antara masyarakat dengan pelayanan kesehatan. Pelatihan ini juga menggali informasi dari dukun bayi agar diperoleh kombinasi antara sistem kesehatan dengan praktek budaya yang menguntungkan kesehatan.

Metode pelatihan dukun bayi yang digunakan di Guatemala memiliki 3 keistimewaan, yaitu 1) mengakui dan menghormati keberadaan dukun bayi dengan keterampilannya, 2) dukun bayi dianggap sebagai mitra bidan atau hubungan bidan dengan dukun bayi bukan sebagai atasan dan bawahan. Hubungan sebagai mitra meningkatkan kualitas dan komunikasi dalam kerjasama lebih akrab dan hangat, 3) melakukan tindak lanjut berupa kontak yang berkesinambungan antara dukun bayi dan bidan setelah pelatihan, terpusat di klinik kesehatan ibu. Selanjutnya kendala yang ditemui dalam monitoring dan evaluasi adalah dukun bayi yang buta huruf serta monitoring dan evaluasi masih menggunakan *form* tertulis yang harus diisi oleh dukun bayi tersebut. Foster dalam laporan akhirnya merekomendasi penelitian lebih lanjut mengenai pengembangan bentuk evaluasi pelatihan, penelitian untuk melihat perbedaan rata-rata rujukan ibu dengan komplikasi antara dukun bayi terlatih dan tidak terlatih.

Walraven (1999) dalam *'The Role of (Traditional) birth attendants with midwifery skills in the reduction of maternal mortality'* mengulas beberapa topik dalam jurnal yang berkaitan dengan kesehatan ibu dan anak. Menurutnya, di daerah perdesaan dengan sumber daya kesehatan yang masih rendah sangat tidak bijak jika pemerintah mengabaikan peran dukun bayi dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak

sehingga diperlukan pelatihan untuk dukun bayi. Walvaren (1999) juga menyimpulkan bahwa pelatihan dukun bayi merupakan solusi jangka pendek untuk menangani masalah KIA di perdesaan sedangkan pemerataan dan peningkatan persalinan yang ditangani tenaga kesehatan merupakan solusi jangka panjangnya. Solusi jangka pendek tersebut dilakukan untuk mengatasi permasalahan KIA sehingga pemerataan tenaga kesehatan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan dipedesaan tercapai secara optimal.

Evaluation Findings Office of Oversight and Evaluation merupakan evaluasi kebijakan *safe motherhood initiatives* berdasarkan hasil temuan dan pelaksanaan di tingkat global yang evaluasinya dilakukan oleh UNFPA (1996) dengan metoda kualitatif. Berdasarkan evaluasi tersebut terhadap semua pelaksanaan program, nampak bahwa kualitas dan cakupan pelayanan kesehatan ibu dan anak mengalami peningkatan seiring dengan diselenggarakannya pelatihan dukun bayi. Pembuat kebijakan dan manajer program juga mengungkapkan bahwa keberadaan dukun bayi terlatih sangat mendukung beberapa hal dalam KIA seperti meningkatkan perawatan prenatal, meningkatkan penggunaan alat kontrasepsi, dan menurunkan angka kejadian tetanus pada neonatal. Namun ketiadaan data dasar dan metode yang sistematis untuk mengumpulkan data hasil implementasi program membuat dampak pelatihan dukun bayi terhadap peningkatan derajat KIA sulit diukur.

Evaluasi menunjukkan pelatihan dukun bayi yang diselenggarakan oleh UNFPA juga dinilai lebih bersifat vertikal dan berfokus pada aktivitas pelatihan saja serta kurang berfokus pada tindak lanjut untuk mendukung supervisi dan evaluasi terhadap perubahan dan kelanggengan perilaku dukun bayi setelah pelatihan. Sebagian besar program pelatihan dukun bayi juga belum melakukan analisis kebutuhan kurikulum yang sesuai dengan kemampuan dukun bayi dan terlalu kompleks serta terlalu luas sehingga sulit dipahami oleh dukun bayi yang sebagian besar buta huruf dan berusia tua.

UNFPA juga mengemukakan bahwa pelatihan dukun bayi dapat terus dikembangkan dengan penekanan pada pengalihan peran dukun dari menolong persalinan menjadi memberikan informasi atau nasihat yang berkaitan dengan

kesehatan kepada ibu dan keluarga; mempromosikan dan mendistribusikan berbagai metode KB, membantu mendistribusikan oralit dan tablet tambah darah, merujuk ibu hamil, bersalin, dan nifas ke pelayanan kesehatan formal, dan mendorong masyarakat khususnya ibu-ibu agar mau mengimunisasikan anaknya di fasilitas kesehatan terdekat.

Selain pengembangan pelatihan dukun bayi, UNPFA melakukan peningkatan kualitas pelatihan dukun bayi melalui analisis terhadap kepercayaan masyarakat setempat dan praktik pertolongan persalinan yang biasa dilakukan dukun bayi dengan tujuan memantapkan kesesuaian materi pelatihan, mengoptimalkan penerimaan dukun bayi dan masyarakat terhadap perubahan perilaku, memilih metode pelatihan yang berkesinambungan, serta memilih metode evaluasi hasil dan dampak pelatihan yang relevan dan aplikatif.

Pada akhirnya, evaluasi UNPFA menyimpulkan bahwa program pelatihan dukun bayi sebaiknya tetap dilaksanakan terutama di daerah perdesaan yang sebagian besar persalinannya masih ditangani dukun bayi, dimana akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan ibu dan anak yang adekuat masih sangat terbatas atau sulit.

Rodgers et al. (2004) melakukan penelitian dengan desain studi kuantitatif pada dukun bayi yang telah menyelesaikan pelatihan. Metode pelatihan yang digunakan merupakan kurikulum pelatihan dipelajari dalam waktu kurang lebih 4 hari, menggunakan teknik belajar interaktif, praktik sebagai aplikasi langsung materi, orientasi berupa kunjungan dukun bayi ke fasilitas kesehatan setempat dan berkenalan dan berkomunikasi langsung dengan dokter kebidanan dan bidan, serta tindak lanjut setelah pelatihan berupa pertemuan rutin sebagai bentuk umpan balik dari dukun bayi kepada petugas kesehatan.

Dukun bayi tersebut diwawancara kembali 26 bulan setelah pelatihan, kemudian dibandingkan dengan dukun bayi tidak terlatih dari desa yang lain. Hal yang dibandingkan antara lain pengetahuan *obstetri*, praktik rujukan, dan kehadiran dalam pertemuan rutin bulanan. Hasil wawancara menunjukkan penerimaan yang baik dan persisten terhadap kurikulum pelatihan yang berkaitan dengan identifikasi kehamilan berisiko, dan manajemen persalinan gawat darurat, terjadi peningkatan

praktik rujukan dari dukun bayi ke fasilitas pelayanan kesehatan formal, dan peningkatan kehadiran dalam pertemuan rutin bulanan, dibandingkan dukun bayi tidak terlatih (kelompok kontrol). Berdasarkan hasil penelitian maka Rodgers (2004) menyimpulkan metode ini terbukti meningkatkan pengetahuan dan praktik rujukan yang lebih besar dan langgeng dibandingkan pada dukun bayi tidak terlatih.

WHO (1998) membahas pentingnya persalinan yang ditolong tenaga kesehatan terampil dan menyimpulkan bahwa pelatihan dukun bayi bukanlah untuk menggantikan keberadaan tenaga kesehatan di perdesaan namun sebagai pelengkap dan sebagai bentuk solusi jangka pendek masalah KIA di perdesaan sementara secara jangka panjang diupayakan seluruh persalinan dapat ditangani oleh tenaga kesehatan terampil. Kurikulum pelatihan untuk bidan di desa seringkali tidak diperbaharui sehingga peningkatan kuantitas pelatihan seringkali tidak diikuti dengan peningkatan kualitas tenaga bidan di desa. Selain itu bidan di desa juga kurang memiliki kemampuan secara sosial budaya.

Asghar (1999) dalam tinjauan mengenai peran dukun bayi terlatih dalam penanganan komplikasi *obstetri* menyatakan pelatihan dukun bayi dapat menurunkan AKI dan komplikasi *obstetri* dengan biaya rendah dan memanfaatkan sumber daya yang tersedia khususnya di daerah perdesaan. Pelatihan dukun bayi di daerah perdesaan biasanya menggunakan sumber daya yang tersedia di masyarakat dengan 1) melatih ketrampilan dukun bayi dalam meningkatkan tindakan pertolongan persalinan yang aman, seperti menjaga kebersihan, khususnya mencuci tangan dan prosedur pemotongan tali pusat yang aman; 2) menyerahkan peran pertolongan persalinan kepada bidan di desa; 3) merawat ibu sebelum, saat, dan paska melahirkan; 4) mengidentifikasi dan merujuk ibu berisiko; 5) tidak lagi mempraktikkan tindakan tradisional yang berbahaya bagi ibu dan anak tetapi lebih berperan dalam memberikan kekuatan psikososial kepada ibu. Dalam pelaksanaan pelatihan dukun bayi juga ditemui kendala yang dihadapi seperti ketiadaan sistem supervisi terhadap dukun terlatih, sistem pelatihan yang berkelanjutan, terbatasnya sumber daya berupa peralatan seperti alat pemotong tali pusat (*bidan kit*), serta dokter dan bidan yang tidak memiliki hubungan atau kerjasama yang baik dengan dukun bayi.

Saat ini dukun bayi tidak boleh dilatih tentang pelayanan *obstetri* dasar namun merupakan ide yang baik jika dukun bayi tetap dilatih dalam beberapa aspek tertentu yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan *obstetri* dasar. Aspek tersebut misalnya identifikasi kasus anemia pada ibu hamil dengan pengamatan pada warna kulit (pucat), membantu mendistribusikan tablet tambah darah dan vitamin bagi ibu hamil, memberikan nasihat atau petunjuk makanan bergizi pada ibu hamil.

Asghar (1999) menyimpulkan dukun bayi merupakan sumber daya untuk menurunkan komplikasi *obstetri* terutama di negara berkembang. Agar efektif dukun bayi perlu dilatih dan dihargai keberadaannya oleh tenaga kesehatan. Keberadaan sarana transportasi dan akses yang adekuat terhadap fasilitas pelayanan kesehatan merupakan bagian penting dari strategi pendekatan ini. Sistem kesehatan masyarakat dan rumah sakit juga harus bekerjasama dalam sebuah kemitraan dengan dukun bayi dalam menurunkan AKI dan AKB di negara berkembang. Upaya yang terisolasi pada satu aspek saja sangat tidak efektif untuk mencapai tujuan tersebut.

Sibley et al. (2004) melakukan *meta analisis* terhadap 60 studi antara tahun 1971-1999 dari 24 negara dan tiga provinsi untuk merangkum dan menganalisis beberapa studi yang berkaitan dengan efektivitas pelatihan dukun bayi. Meta analisis Sibley menunjukkan pelatihan dukun bayi berhubungan secara signifikan dengan peningkatan pengetahuan, sikap, perilaku, dan nasihat yang diberikan dukun bayi terlatih pada ibu dibandingkan dengan dukun bayi tidak terlatih. Pelatihan dukun bayi juga berhubungan secara signifikan dengan penurunan angka kematian neonatal, dan kematian karena asfiksia. Hasil analisis juga menunjukkan bahwa pelatihan dukun bayi efektif dari segi indikator pengukuran dampaknya.

Menurut WHO (2004), tugas tenaga kesehatan terampil yang berkaitan dengan dukun bayi terlatih adalah melakukan supervisi terhadap dukun bayi terlatih agar tidak melakukan tindakan berbahaya selama menangani kehamilan, persalinan, dan nifas, serta penanganan dan perawatan bayi baru lahir, serta menjamin agar semua dukun bayi terlatih menjadi dukun bayi yang terlatih dengan batasan peran yang jelas antara tenaga kesehatan dan dukun bayi terlatih.

Dalam 'Making Pregnancy Safer : the critical role of the skilled attendant A joint statement by WHO, ICM, and FIGO' (WHO 2004), juga menyimpulkan berbagai hasil penelitian menunjukkan bahwa pelatihan dukun bayi tidak memberikan kontribusi positif bagi penurunan AKI. Ketidakberhasilan pelatihan dukun bayi terhadap AKI lebih disebabkan karena kegagalan pelaksana program menjalin kerjasama antara dukun bayi dengan sistem pelayanan kesehatan. Selain itu dukun bayi tidak bekerja dalam kondisi lingkungan yang mendukung, yaitu kerjasama sebagai satu tim dengan penyedia pelayanan kesehatan primer, sekunder dan tersier, disertai supervisi dan ketersediaan fasilitas pelayanan rujukan.

Hunt et al. (2002) dalam penelitiannya yang menggunakan desain penelitian kualitatif dan kuantitatif bertujuan memahami perilaku ibu di negara berkembang, salah satunya di Chiapas- India, dalam memilih pertolongan persalinan. Hasil penelitian kuantitatif menunjukkan bahwa variabel biaya dan akses terhadap fasilitas kesehatan secara statistik (analisis bivariat) tidak berhubungan dengan keputusan ibu memilih tenaga penolong persalinan. dukun bayi yang ditemui oleh Hunt di lokasi penelitiannya juga tidak semuanya mau dibayar saat memberikan pelayanan. Alasan mereka tidak mau dibayar karena mereka menolong persalinan hanya untuk menjaga kelanggengan komunitas, sehingga mungkin tidak ada hubungan antara kelanggengan praktek dukun bayi dengan masalah uang.

Hunt et al. (2002) juga mengemukakan dalam penelitiannya bahwa ada beberapa hal yang menjadi alasan mengapa sebagian besar ibu di Chiapas – India lebih suka ditolong oleh dukun bayi saat melahirkan. Alasan tersebut antara lain karena bersalin dengan dukun bayi tidak ada biaya tambahan seperti misalnya biaya transportasi, dengan dukun bayi ibu dapat bersalin di rumah sehingga dapat menentukan posisi melahirkan yang mereka inginkan serta dukun bayi bisa melakukan teknik yang dipercaya bisa mempercepat kelahiran bayi maupun meramu herbal dan obat-obatan tradisional yang bisa menolong ibu mengurangi rasa sakit kemudian melakukan tindak lanjut setelah kelahiran, kepada ibu dan bayi. Alasan yang terakhir, jika melahirkan dengan dukun bayi, keluarga boleh ikut serta

membantu dan menguatkan ibu (misalnya menyiapkan teh, memegang ibu saat mengedan, dan memberikan kekuatan psikologis kepada ibu).

Tujuan program pelatihan dukun bayi di negara berkembang yang dipublikasikan di *Midfery Today* (2002) adalah bukan untuk menggantikan bidan dengan dukun bayi namun untuk membentuk jalinan kemitraan yang saling menghargai keberadaan dukun bayi terlatih maupun bidan serta memadukan jenis pelayanan tradisional dan modern. Kemitraan antara bidan dan dukun bayi yang terjadi tersebut memungkinkan pelaksanaan pelayanan kebidanan berbasis fakta serta memperkuat sistem pelayanan KIA dengan tujuan meningkatkan persalinan yang aman namun tetap menjaga nilai-nilai budaya yang terdapat dalam proses kehamilan dan persalinan.

Goodburn et al. (2000) menemukan persentase antara dukun bayi terlatih yang mempraktekkan persalinan yang bersih dan aman lebih besar dibandingkan dukun bayi tidak terlatih dan tidak ada perbedaan kejadian infeksi *postpartum* antara persalinan yang ditangani dukun bayi terlatih dan tidak terlatih. Sedangkan, berdasarkan regresi logistik model menunjukkan bahwa pelatihan dukun bayi dan persalinan yang bersih dan aman tidak berpengaruh terhadap infeksi *postpartum*. Faktor yang signifikan terhadap kejadian infeksi *postpartum* antara lain infeksi yang sudah terjadi sebelum masa *postpartum*, persalinan lama, dan pemeriksaan dalam tanpa menggunakan sarung tangan.

Kruske et al. (2004) mengkaji literatur mengenai kebijakan *safe motherhood* yang mengutamakan persalinan oleh tenaga kesehatan namun cenderung mengabaikan peran dukun bayi. Berdasarkan kajian literatur yang dilakukan Kruske maka disimpulkan beberapa hal yang membuat pelatihan dukun bayi seolah-olah tidak efektif dalam meningkatkan derajat KIA karena indikator keberhasilan hanya berdasarkan AKI padahal AKI dipengaruhi oleh banyak faktor (faktor kemiskinan, status gender, dan terbatasnya akses transportasi), rendahnya pendidikan dan kemampuan baca tulis dukun bayi dalam menerima materi pelatihan, topik komunikasi antara dukun bayi dengan masyarakat yang dilayani kurang/belum dimuat dalam kurikulum serta lebih banyak memuat hal yang bersifat teknis

pertolongan persalinan, kebijakan KIA yang cenderung mengutamakan faktor teknis medis (ilmiah) dan mendiskreditkan faktor sosial budaya dalam pelayanan KIA.

Kruske et al. (2004) juga mengungkapkan bahwa kendala upaya peningkatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan adalah perlunya sumber daya yang besar untuk insentif dll dalam rangka mendatangkan bidan agar mau melayani di daerah perdesaan, lulusan pendidikan bidan kurang matang dalam hal bahasa dan budaya setempat sehingga seringkali mengalami kesulitan dalam menyesuaikan diri dengan masyarakat di perdesaan, dan petugas kesehatan yang dinilai tidak ramah dalam memberikan pelayanan, waktu tunggu terlalu lama, faktor pengalaman, umur, dan jenis kelamin petugas kesehatan.

Pada akhirnya, Kruske menyimpulkan kebijakan kesehatan ibu dan anak sebaiknya tidak melihat dari satu sudut pandang kesehatan saja dan mengabaikan faktor sosial budaya yang sebenarnya berkontribusi cukup besar dalam keberhasilan upaya KIA. Upaya pengenalan faktor sosial budaya lokal dan mengoptimalkan peran dukun bayi perlu dilakukan untuk mendukung suksesnya program pemerintah.

Di Indonesia, Alisjahbana (1993) mengadakan studi intervensi dimana dukun bayi dilatih agar mampu mengenali risiko yang dialami ibu hamil dan memutuskan tindakan yang tepat untuk menanganinya. Pendekatan yang digunakan dalam studi intervensi ini dengan konsep dasar pelatihan, kelompok intervensi diberi pelatihan sedangkan kelompok kontrol tidak diberi pelatihan. Kelompok ibu yang diukur adalah ibu yang mendapat pelayanan dari dukun bayi terlatih, dukun bayi konvensional (dukun bayi yang tidak diintervensi dengan pelatihan), dan lainnya (bidan dan dokter). Pengukuran pengaruh dan dampak pelatihan pada dukun dilakukan terhadap ibu, karena wilayah kerja dukun bayi tidak terbatas (berdasarkan wilayah administrasi, bila dukun populer maka dukun bayi akan mengunjungi ibu atau didatangi oleh ibu yang berasal dari daerah lain untuk melahirkan). Pengukuran pada kelompok intervensi menggunakan “Kartu Ibu dan Anak”, “Skala Berat Badan Berwarna”, dan “Pedoman Tindakan Penanganan Masalah”. Hasil penelitian ini menemukan bahwa jumlah ibu yang berisiko tinggi pada periode *antepartum*, bayi baru lahir (*immediate neonatal*), dan *early neonatal period*, lebih rendah di kelompok

intervensi jika dibandingkan dengan kelompok kontrol. Pada kelompok dukun bayi terlatih ditemukan lebih banyak ibu yang berisiko tinggi pada saat bersalin, *postpartum*, dan *late neonatal period* daripada kelompok dukun yang tidak diberi pelatihan tetapi perbedaannya tidak bermakna. Pada kelompok dukun bayi terlatih juga didapatkan jumlah rujukan dan kerelaan untuk dirujuk yang tinggi saat periode *antepartum* dibandingkan kelompok dukun tidak terlatih.

2.4 Teori Perilaku dan Perubahan Perilaku Kesehatan

2.4.1 Perilaku Kesehatan

Perilaku kesehatan dapat diartikan sebagai suatu atribut dari seseorang yang meliputi kepercayaan, harapan, motivasi, norma, persepsi, termasuk yang mempengaruhi keadaan emosional lainnya; perilaku yang terlihat, tindakan, dan kebiasaan yang berhubungan dengan upaya untuk memelihara dan meningkatkan status kesehatannya (Gochman 1988).

Tipe perilaku kesehatan menurut Sarafino (2006): perilaku sehat (memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan), perilaku sakit (merasa tidak sehat dan berusaha melakukan tindakan pengobatan), dan perilaku peran sakit (upaya yang dilakukan seseorang agar segera sembuh dari penyakitnya). Hal serupa diungkapkan oleh Karl & Cobb (1966) dalam Glanz, Rimer, & Lewis (2002), Notoatmodjo (2007) dan Gochman (1988).

Perilaku kesehatan tidak hanya berbicara tentang pemulihan kesehatan secara klinis atau fisiologis. Perilaku kesehatan memiliki lingkup yang lebih luas termasuk analisis perilaku dan perubahan perilaku yang berhubungan dengan pemulihan dan pemeliharaan kesehatan serta upaya peningkatan derajat kesehatan. Perilaku kesehatan mencakup tindakan yang dapat diobservasi (*overt behaviour*) dan perilaku yang tidak bisa diobservasi langsung (*covert behaviour*), berkaitan dengan aspek kognitif dan afektif misalnya pengetahuan, persepsi dan sikap (Gochman 1988). Berikut adalah beberapa teori perilaku yang menjadi referensi dalam tulisan ini

1) *Determinan Perilaku (Green, 2005)*

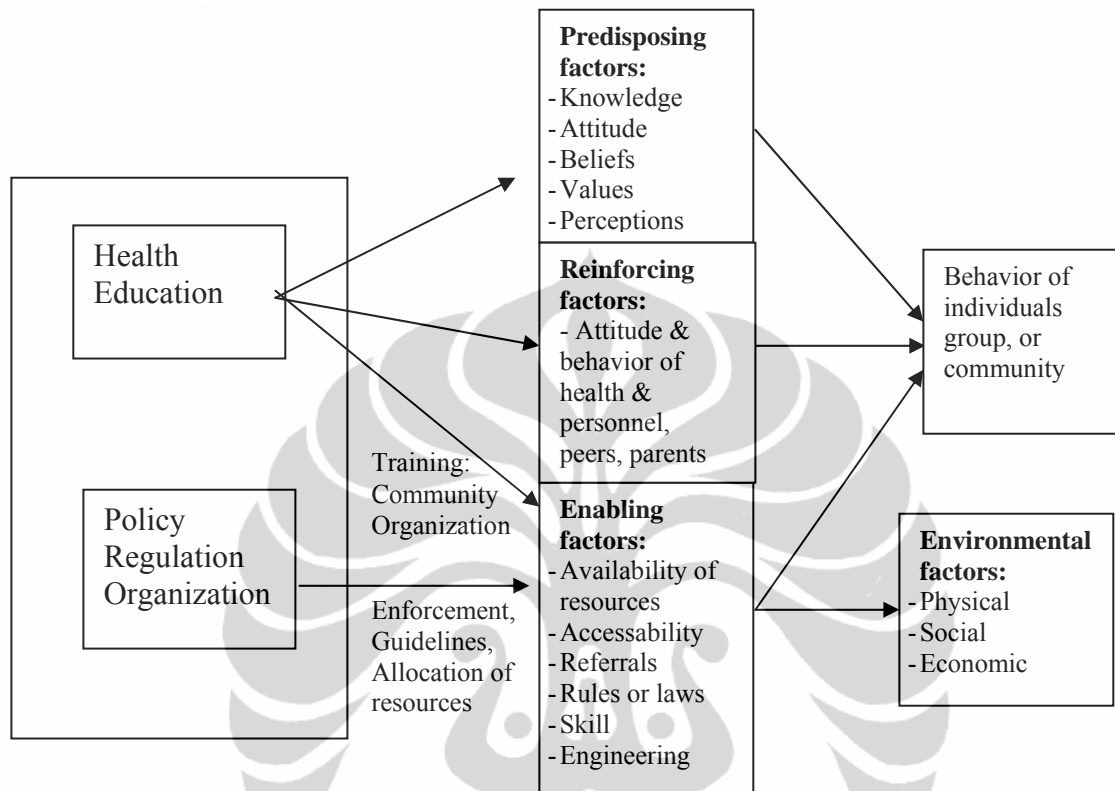
Di dalam komponen Precede dapat dikelompokkan 3 faktor perubahan perilaku yaitu *predisposing* (predisposisi), *enabling* (pemungkin), dan *reinforcing* (penguat). *Faktor predisposing* didalamnya termasuk pengetahuan, persepsi, sikap, kepercayaan, nilai seseorang atau masyarakat, dan persepsi yang memfasilitasi atau menghambat untuk suatu perubahan. *Enabling factors* (faktor pemungkin) adalah keterampilan, sumber-sumber daya, atau penghambat yang bisa membantu atau merintangi perubahan perilaku yang diinginkan demikian pula perubahan lingkungan. *Reinforcing* (faktor penguat), adalah penghargaan yang diterima dan umpan balik yang diterima dari/karena mengikuti suatu adopsi yang dapat mendorong atau menghambat kelanjutan suatu perilaku. Perilaku penguat menghasilkan gaya hidup yang pada gilirannya mempengaruhi lingkungan melalui norma-norma sosial, advokasi politis, permintaan konsumen atau tindakan kumulatif.

Faktor-faktor tersebut mempengaruhi perilaku secara bersamaan dan memberikan kontribusi pengaruhnya masing-masing, tidak ada yang berdiri sendiri. Antara faktor satu dengan yang lain saling mempengaruhi, karena perilaku adalah sebuah fenomena *multifacet*.

Secara umum ketiga faktor tersebut harus tersedia untuk mendorong seseorang berperilaku tertentu, namun ada pengecualian pada orang yang memiliki motivasi yang tinggi ada yang bisa mengatasi keterbatasan sumber daya, serta tidak mempedulikan imbalan yang diterimanya.

Program yang bertujuan untuk mengubah perilaku harus memperhatikan ketiga faktor ini. Program yang hanya menyediakan informasi untuk meningkatkan pengetahuan dan kesadaran (faktor predisposisi) namun tidak memperhatikan pengaruh faktor pemungkin dan penguat memiliki kemungkinan sangat besar untuk gagal, kecuali program dilakukan pada masyarakat yang sudah memiliki sumber daya dan sistem imbalan yang baik. Model determinan perilaku menurut Green dapat digambarkan sebagai berikut:

Gambar 2.4 Determinan Perilaku Menurut Green (2005)



Sumber : Green, L. W., & Kreuter, M. W., 2005, *Health Program Planning, An Educational and Ecological Approach 4th Ed*, Boston, Mc. Graw Hill

2). ***Teori Reasoned-Action & Planned Behaviour (Fishbein & Ajzen, 1975)***

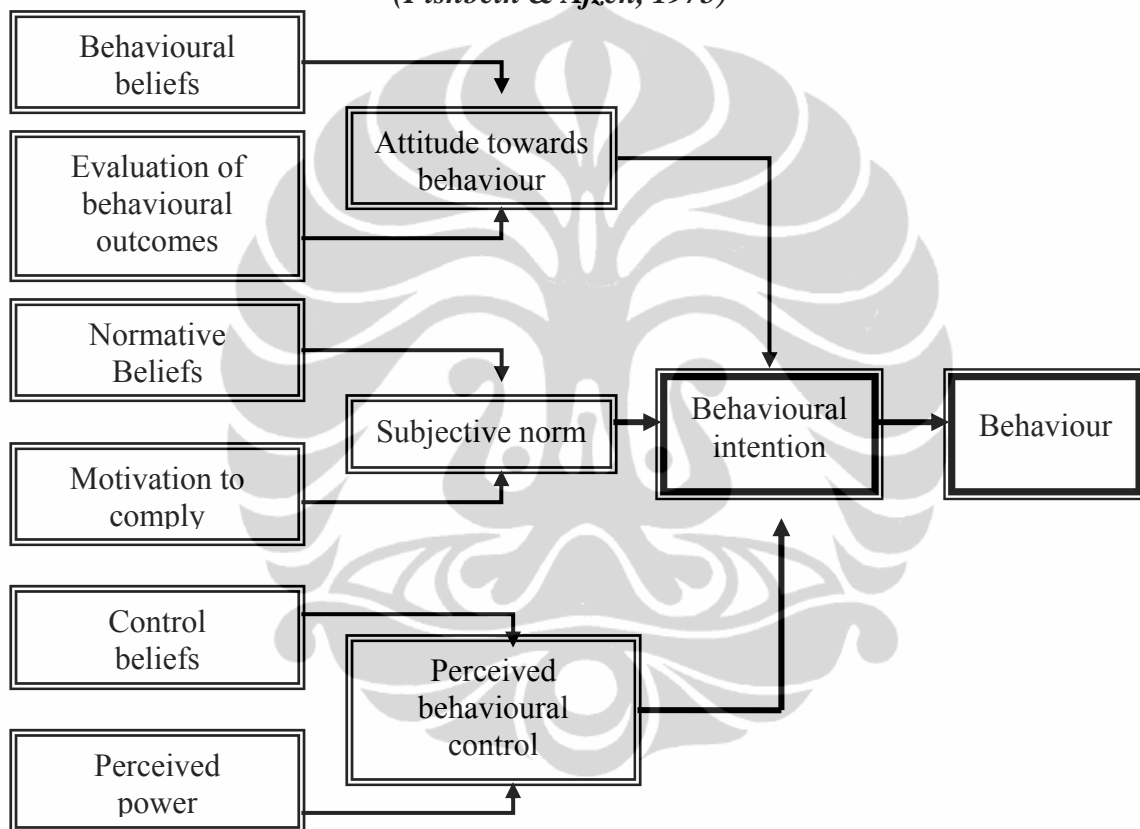
Teori *Reasoned – Action* (TRA) mengasumsikan bahwa ada beberapa alasan yang melatarbelakangi motivasi seseorang untuk berperilaku tertentu. Alasan-alasan ini dibentuk oleh sikap dan norma individu, apakah keyakinan yang dimiliki dinilai rasional, logis, atau benar sesuai dengan standar. Teori ini dapat digunakan untuk menggali hal-hal yang melatarbelakangi tindakan seseorang dengan cara mengidentifikasi, mengukur, dan mengkombinasikan keyakinan yang dimiliki individu atau kelompok, beserta alasan-alasan yang memotivasi perilaku tersebut.

Teori *Planned behaviour* merupakan pengembangan dari TRA dan merupakan kesatuan dengan TRA. Jadi, TRA tidak digunakan secara independen. Menurut Ajzen, seseorang akan berupaya untuk berperilaku tertentu jika dia merasa

dia mampu mempraktikkan perilaku. Kendali perilaku bersama-sama dengan sikap dan norma berpengaruh terhadap niatnya. Kendali perilaku adalah perasaan seseorang terhadap kemudahan atau hambatan yang dihadapi jika berperilaku tertentu.

Teori *Reasoned – Action* dan Teori *Planned behaviour* yang merupakan pengembangan serta kesatuan dengan TRA dapat digambarkan sebagai berikut:

Gambar 2.5 Theory of Reasoned Action and Theory of Planned Behaviour (Fishbein & Ajzen, 1975)



Sumber : Glanz, K., Rimer, B.K., & Lewis, F.M., editors, 2002, *Health Behaviour and Health Education, Theory, Research, and Practice*, 3rd ed. p. 68

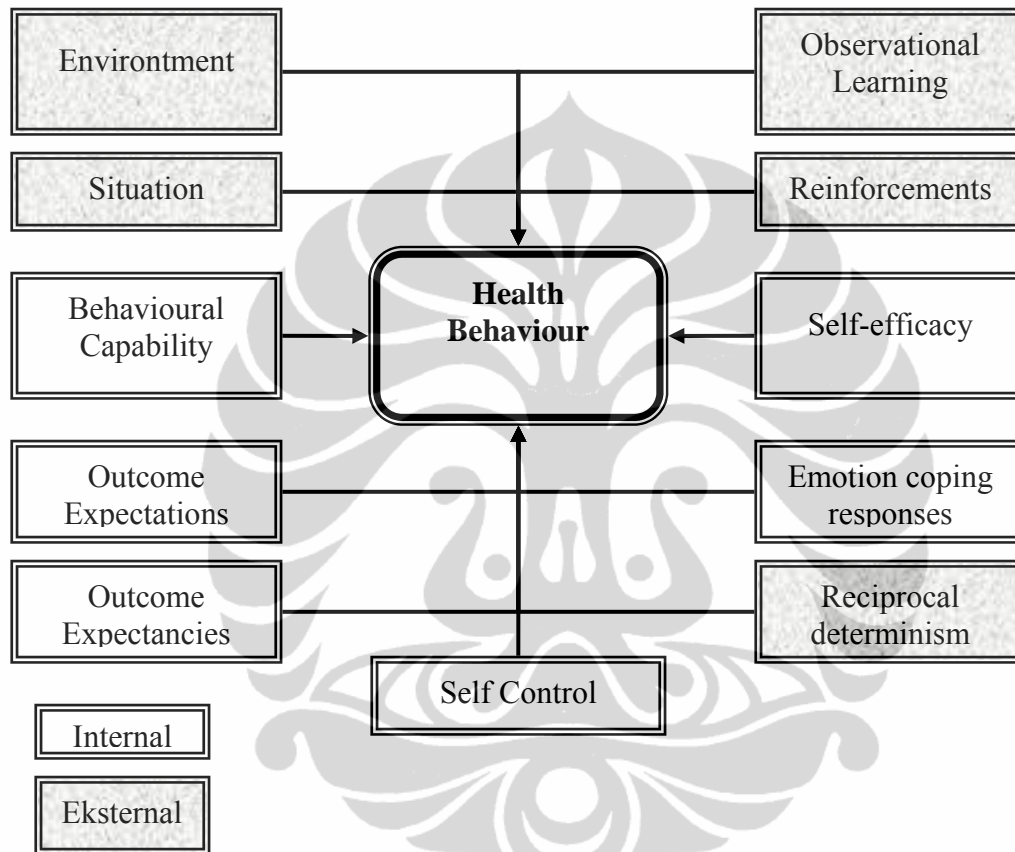
2.4.2 Model Perubahan Perilaku Kesehatan

Model perubahan perilaku kesehatan antara lain adalah model *Social Cognitive Theory*, *Stages of Change Model*, *Theory Diffusi and Inovasi*, serta *Interdependence Model of Social Influence and Interpersonal Communication*.

1. *Social Cognitive Theory (Bandura, 2001)*

Model perubahan perilaku *Social Cognitive Theory* dapat digambarkan sebagai berikut:

Gambar 2.6 Social Cognitive Theory (Bandura, 2001)



Sumber : Glanz, K., Rimer, B.K., & Lewis, F.M., editors, 2002, *Health Behaviour and Health Education, Theory, Research, and Practice*, 3rd ed.

Menurut Bandura (2001) dalam Glanz, Rimer, & Lewis (2002) terdapat 11 (sebelas) faktor yang mempengaruhi perubahan perilaku individu, yakni faktor : 1) lingkungan (*enviromtment*), 2) situasi (*situation*); 3) kapabilitas yang berkaitan dengan perilaku (*behavioural capability*); 4) dampak yang diharapkan dari perilaku (*outcome expectations*); 5) penilaian terhadap dampak perilaku (*outcome expectancies*); 6) kendali diri (*self-control*); 7) pembelajaran observasi (*observational learning*); 8) faktor penguat (*reinforcements*); 9) *Self efficacy*; 10) Respon koping

emosi (*emotional coping responses*); 11) proses umpan balik (*reciprocal determinism*).

1) *Environment and Situation*

Environment (faktor lingkungan) adalah faktor-faktor yang berasal dari luar individu, baik berupa lingkungan sosial (anggota keluarga; teman sebaya, atau rekan kerja dalam sebuah kelompok, dll) maupun lingkungan fisik (luas dan suhu ruangan; ketersediaan makanan, dll). Situasi adalah faktor lingkungan yang bersifat kognitif atau mental, terbentuk dari persepsi individu terhadap kondisi lingkungan (misalnya persepsi terhadap tempat, waktu, penampilan, aktivitas, partisipan, dan peran individu dalam kondisi tersebut).

2) *Behavioural Capability*

Adalah pengetahuan (tentang perilaku) dan ketrampilan (cara melakukan perilaku) yang dimiliki individu berkaitan dengan perilaku tertentu. Menurut Bandura (2001), agar mampu melakukan perilaku tertentu individu harus terlebih dahulu mengetahui apa (pengetahuan) dan bagaimana (skill) melakukan perilaku tersebut.

3) *Outcome Expectation*

Adalah persepsi individu terhadap akibat yang timbul jika berperilaku tertentu. Misalnya seorang remaja merokok karena menganggap bahwa merokok itu bisa membuatnya menjadi lebih disukai teman-teman, lebih keren, lebih seksi, dsb. Atau sebaliknya seorang remaja tidak merokok karena menganggap rokok dapat berbahaya bagi kesehatannya. *Outcome expectation* terbentuk melalui empat cara yakni : 1) pengalaman sebelumnya dengan situasi yang sama (*performance attainment*); 2) melihat pengalaman orang lain dengan situasi yang sama dengan yang dihadapinya (*vicarious experience*); 3) mendengar informasi yang berkaitan dengan perilaku tertentu dari orang lain atau persuasi sosial (iklan); 4) hasil respon fisik dan emosional terhadap perilaku.

4) *Outcome Expectancies*

Adalah penilaian (positif atau negatif) individu terhadap akibat perilaku. Misalnya seorang remaja menganggap bahwa banyak mengkonsumsi sayur-sayuran akan meningkatkan kesehatannya namun tetap tidak mau makan sayur karena menilai

sayur tidak enak (*outcome expectancie*-nya terhadap manfaat mengkonsumsi sayur negatif).

5) *Self Control*

Adalah otonomi atau kebebasan individu dalam menetapkan tindakan-tindakan yang akan dilakukan untuk mencapai tujuan. *Self control* yang positif memperbesar kesempatan individu dalam pengambilan keputusan (berkaitan dengan perilaku tertentu), memonitor tindakannya, menetapkan tujuan yang ingin dicapai, mengatasi kendala, dan memberikan *reward* pada diri sendiri atas keberhasilan melakukan perubahan perilaku.

6) *Observasional Learning*

Adalah proses dimana individu melihat dan mempelajari secara langsung contoh tindakan, pengalaman, dan faktor penguat orang lain yang berkaitan dengan perilaku yang sedang dipelajarinya. Proses ini disebut juga dengan *vicarious experiences*. Proses ini menjelaskan mengapa orang-orang dalam satu keluarga cenderung memiliki pola perilaku yang sama. Anak-anak mengobservasi perilaku orang tuanya ketika mereka makan, minum, merokok, atau menggunakan/tidak menggunakan sabuk pengaman. Seorang remaja yang ingin berhenti merokok perlu penguatan melalui pengalaman remaja lain yang sudah berhasil berhenti merokok namun tetap memperoleh citra yang baik di hadapan teman-temannya.

7) *Reinforcement*

Faktor penguat adalah respon (*reward*) terhadap individu karena berperilaku tertentu. *Reinforcement* dapat bersifat positif atau negatif. *Reinforcement* positif dapat mendorong individu berperilaku positif (misalnya berhenti merokok), *reinforcement* negatif dapat mendorong individu berperilaku negatif (misalnya tetap merokok karena merokok dapat menghilangkan stress, rasa sakit, dll.)

8) *Self-efficacy*

Adalah keyakinan individu tentang kemampuannya untuk melakukan perubahan perilaku dan kemampuan mengatasi hambatan selama proses perubahan perilaku tersebut. Bandura mengungkapkan pentingnya *self-efficacy* dalam perubahan perilaku

karena *self-efficacy* menentukan besarnya upaya perubahan perilaku individu, kualitas dan kelanggengan perubahan perilaku.

Menurut Strecher (1986) ada beberapa strategi membangun self efikasi yang tinggi terhadap perilaku yakni : 1) menggunakan model (*reference*, individu lain) yang sudah berhasil melakukan perubahan perilaku; 2) melakukan persuasi secara verbal untuk meyakinkan individu bahwa dia mampu melakukan perubahan perilaku; 3) memberikan informasi yang adekuat berkaitan dengan perubahan perilaku yang diinginkan, termasuk keuntungan dan kerugian jika melakukan/tidak melakukan perubahan perilaku.

9) *Emotional Coping Responses*

Adalah strategi atau teknik yang digunakan individu untuk mengatasi stimulus emosional. Bandura mengungkapkan bahwa respon emosi seringkali menghambat proses perubahan perilaku. Stimulus tertentu dapat menimbulkan ancaman dan upaya pertahanan diri individu secara emosional. Strategi coping yang baik akan mengurangi rasa takut dan ancaman yang ditimbulkan akibat perubahan perilaku. Moos (1976) dalam Glanz, Rimer, & Lewis (2002) terdapat beberapa strategi *coping*, yakni : 1) pertahanan secara psikologis (penolakan, penekanan); 2) teknik kognitif (mengkaji permasalahan); 3) teknik manajemen *stress* (*ice breaker*, *games*, dll); dan 4) upaya pemecahan masalah (klarifikasi, identifikasi, seleksi, dan implementasi pemecahan masalah). Strategi ini dapat diterapkan dalam berbagai metode pelatihan.

10) *Reciprocal Determinism*

Adalah interaksi dinamis antara individu, perilaku, dan lingkungan yang membentuk perilaku. Perilaku tidak hanya terbentuk karena adanya interaksi antara individu dan lingkungannya, demikian pula lingkungan tidak hanya terbentuk akibat interaksi individu dengan perilaku. Ketiga unsur tersebut saling mempengaruhi secara timbal balik.

2 *The Stages of Change Model*

Terdapat enam tahap perubahan perilaku manusia menurut *The stages of change model*, yakni (Prochaska et al. 2002).

1) Prekontemplasi (*precontemplation*)

Adalah tahap dimana individu belum/tidak mau melakukan perubahan perilaku dalam 6 bulan berikutnya. Tahap ini terjadi karena : 1) individu belum pernah/tidak memperoleh informasi yang cukup berkaitan dengan perilaku; 2) individu telah beberapa kali mencoba mempraktikkan perilaku namun tidak berhasil. Ciri tahapan ini adalah individu enggan diajak berkomunikasi tentang perilakunya yang berisiko. Individu pada tahapan ini disebut dengan “kelompok yang sulit diubah” (*hard to reach*).

2) Kontemplasi (*contemplation*)

Adalah tahap di mana individu berniat untuk melakukan perubahan perilaku dalam enam bulan ke depan. Pada tahap ini individu : 1) lebih tanggap terhadap informasi dan konsekuensi jika tidak melakukan perubahan perilaku; 2) masih melakukan evaluasi manfaat dan kerugian yang diperoleh jika melakukan/tidak melakukan perubahan perilaku; 3) seringkali mengalami kebimbangan dalam mempertimbangkan untung-rugi perubahan perilaku; pertimbangan untung-rugi seringkali menunda individu segera melakukan perubahan perilaku.

3) Preparasi (*preparation*)

Adalah tahap dimana individu berniat segera melakukan perubahan perilaku dalam satu bulan ke depan. Pada tahap ini individu memiliki rencana untuk mengikuti kelas edukasi kesehatan, berkonsultasi dengan konselor, berbicara dengan tenaga kesehatan, mengumpulkan informasi dari berbagai buku, atau mempelajari pendekatan perubahan perilaku mandiri, dan siap berperan serta aktif dalam program kesehatan untuk perubahan perilaku.

4) Tindakan (*action*)

Tahap dimana individu telah melakukan perubahan perilaku dalam enam bulan terakhir.

5) *Maintenance*

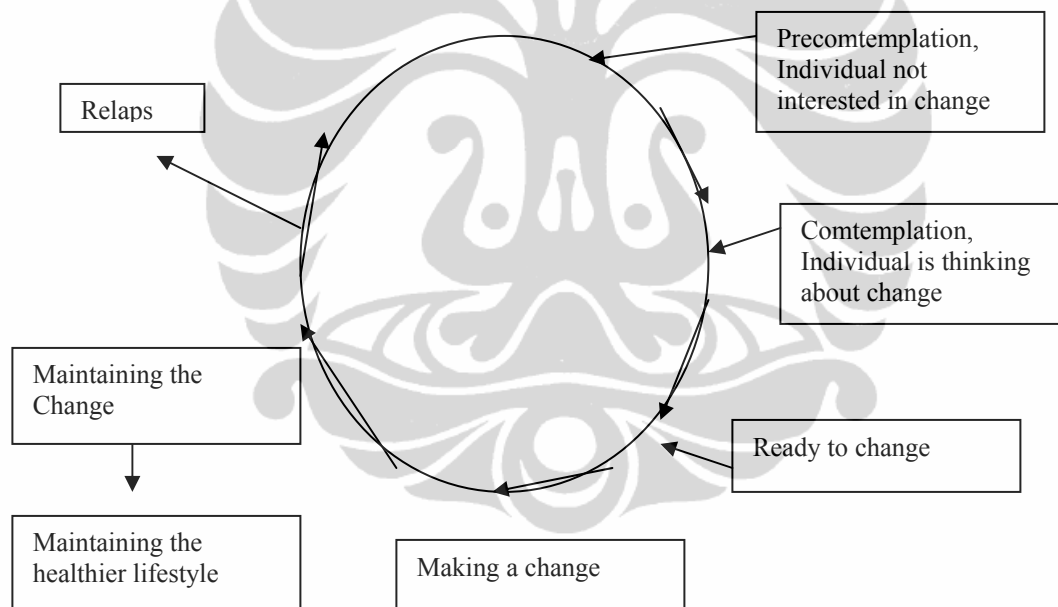
Adalah tahap dimana individu berupaya mempertahankan perubahan perilaku agar tidak *drop out* atau kembali ke perilaku semula selama 6 bulan sampai 5 tahun

setelah tahap *action*. Pada tahap ini individu semakin merasa yakin bahwa dia mampu mempertahankan perubahan perilaku tersebut.

6) *Termination*

Adalah tahapan dimana individu telah berhasil melakukan dan mempertahankan kelanggengan perubahan perilaku, seolah-olah tidak pernah bertindak seperti sebelum perubahan perilaku terjadi. Meskipun terjadi tekanan, masalah, atau depresi individu tetap tidak akan kembali ke perilaku semula. Tahapan ini sangat ekstrim dan sulit dicapai sebagian individu, sehingga tahap ini tidak diukur dalam berbagai penelitian perubahan perilaku.

Gambar 2.7 *The Stages of Change Model, After Prochaska & DiClemente 1984*



Sumber : Naidoo, Jennie and Willis, Jane, *Health Promotion Foundations for Practice, Second Edition, 2000, Elsevier Limited*

3. *Teori Difusi Inovasi*

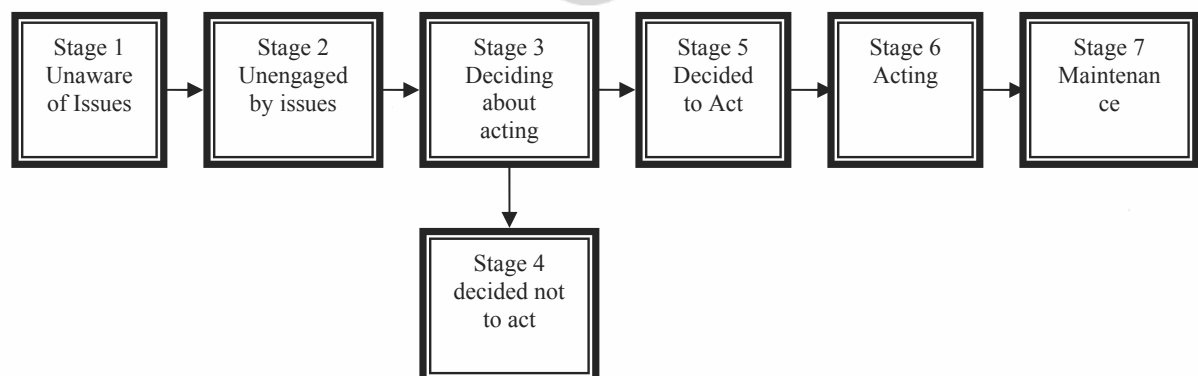
Rogers (1983) dalam Glanz, Rimer, & Lewis (2002) mendefinisikan inovasi sebagai “*an idea, practice or object that is perceived as new by an individual or other unit of adoption*”. Sedangkan difusi adalah “*the process by which an innovation is communicated through certain channels over time among the members of a social*

system with the aim being to maximize the exposure and reach of innovations, strategies, or programs". Dalam konsep difusi dan inovasi, masyarakat sebagai bagian dari sistem didorong untuk berperan lebih dominan dalam identifikasi masalah, pengembangan inovasi dan penyediaan informasi, serta melakukan umpan balik terhadap isi, desain, dan tampilan inovasi.

Menurut Rogers, terjadinya adopsi berlangsung melalui 4 tahapan yaitu : 1) *knowledge* (pengetahuan); 2) *persuasion* (persuasi); 3) *decision* (keputusan); 4) *confirmation* (konfirmasi). Pada tahap *knowledge* kelompok sasaran memperoleh informasi tentang sebuah inovasi, baik melalui perantaraan media massa maupun komunikasi interpersonal. Setelah mendengar dan mengetahui informasi ini, pada tahap *persuasion* terbentuklah sikap terhadap inovasi tersebut yang bisa bersifat positif (menyukai) atau negatif (tidak menyukai). Selanjutnya kelompok sasaran akan mengambil keputusan (*decision*) apakah dia akan mengadopsi inovasi tersebut (*adoption*) atau tidak (*rejection*). Setelah pengambilan keputusan tersebut maka tahap selanjutnya adalah *confirmation* dimana kelompok sasaran bisa menilai apakah keputusan yang telah diambil sebelumnya akan tetap dilanjutkan (*continue adoption*) atau selanjutnya ditolak (*later rejection*).

Menurut Weinstein & Sandman (1992) dalam Glanz, Rimer, & Lewis (2002) proses adopsi melewati beberapa tahap sebagai berikut:

Gambar 2.8 Stages of The Precaution Adoption Process



Sumber : Glanz, K., Rimer, B.K., & Lewis, F.M., editors, 2002, *Health Behaviour and Health Education, Theory, Research, and Practice*, 3rd ed. (p.125)

4. *Interdependence Model of Social Influence and Interpersonal Communication (Kelley & Thibaut, 1978)*

Teori interdependensi merupakan teori pada ranah sosial psikologis yang menjelaskan bahwa proses komunikasi berdampak pada perubahan perilaku melalui sebuah proses interaksi (Kelley & Thibaut 1978 dalam Glanz, Rimer, & Lewis 2002). Teori ini sebagai dasar untuk memahami pengaruh sosial dan komunikasi interpersonal terhadap perilaku yang berkaitan dengan kesehatan.

Teori ini merupakan pengembangan dari *Social Exchange Theory* yang berfokus pada biaya dan imbalan yang diterima individu dalam proses berinteraksi. Interaksi sosial menggambarkan berbagai jenis hubungan individu satu dengan individu lain atau dengan kelompok dan merupakan proses fundamental untuk mengubah perilaku kesehatan. Interaksi ini terjadi melalui komunikasi interpersonal. Interaksi dan komunikasi dapat terjadi pada hubungan kerjasama baik formal maupun informal. Hubungan formal mengacu pada hubungan antara dokter dan pasiennya, ahli kesehatan masyarakat dengan masyarakat sasaran. hubungan kerjasama informal misalnya antara suami istri, teman, orang tua dan anak (Lewis, DeVellis, & Sleath 2002).

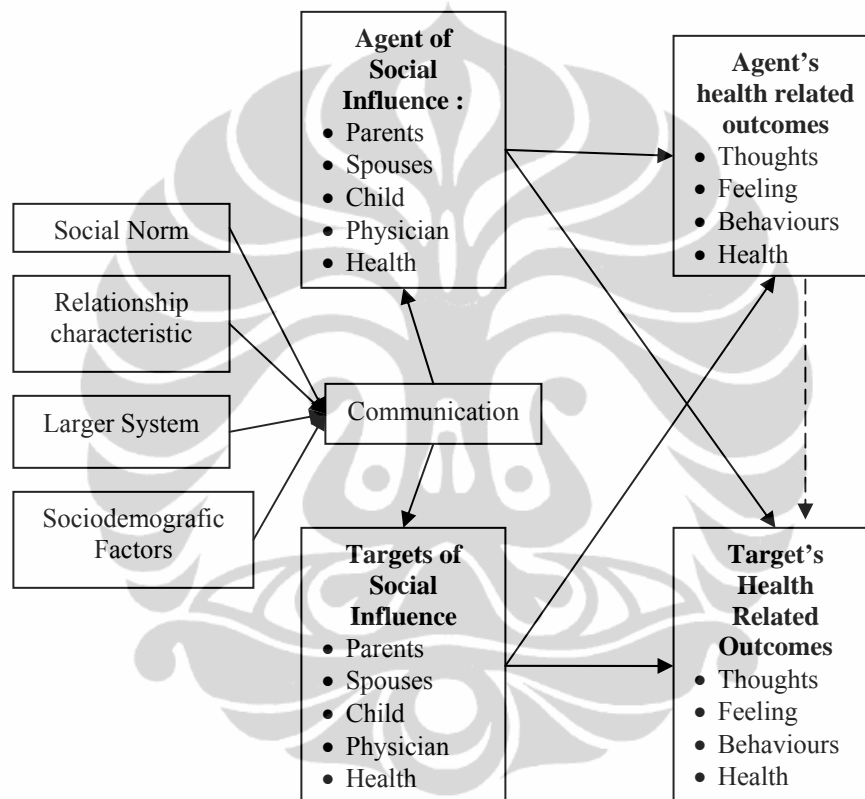
Pemahaman mengenai hubungan interaksi dan komunikasi dengan perilaku kesehatan sangat penting bagi profesi kesehatan masyarakat dan pendidik kesehatan. Manfaatnya adalah (Lewis, DeVellis, & Sleath 2002):

- a) Meningkatkan efektivitas intervensi untuk perubahan perilaku kesehatan.
- b) Konsep dan model interaksi dan komunikasi dapat digunakan sebagai alat pengambilan keputusan, penyusunan program, dan menciptakan lingkungan yang memungkinkan pasien berinteraksi dengan baik dengan petugas kesehatan.
- c) Meningkatkan efektivitas intervensi perubahan perilaku melalui pendampingan rekan kerja (formal dan informal) dalam proses perubahan perilaku kesehatan.

Pengaruh sosial dan komunikasi sangat efektif dalam mengubah perilaku kesehatan melalui suatu hubungan yang didasari dengan kepercayaan, respek, pembagian kekuasaan dan pengambilan keputusan. Menurut konsep pemberdayaan masyarakat dan pendidikan kesehatan, program akan lebih efektif jika masyarakat

lebih dilibatkan dalam perencanaan program untuk mengubah perilaku mereka. Konsep interdependensi sangat penting untuk mengkaji bagian mana dari perilaku yang dipengaruhi oleh interaksi seseorang dengan orang lain, dan yang mana yang dipengaruhi oleh karakteristik personalnya sendiri (Lewis, DeVellis, & Sleath 2002).

Gambar 2.9 Interdependence Model of Social Influence and Interpersonal Communication



Sumber :Glanz, K., Rimer, B.K., & Lewis, F.M., editors, 2002, *Health Behaviour and Health Education, Theory, Research, and Practice*, 3rd ed. (p.245)

2.5 Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Menurut Roesli (2008) Inisiasi Menyusu Dini (IMD) adalah permulaan bayi manusia yang menyusu dengan kemampuannya sendiri, jika dibiarkan melakukan kontak kulit dengan ibunya paling tidak satu jam segera setelah lahir. Cara bayi melakukan IMD dinamakan *The Breast Crawl* atau merangkak mencari payudara.

Menurut WHO-UNICEF (2003) IMD merupakan praktek pemberian ASI pada bayi baru lahir segera dalam jangka waktu 30 menit sampai dengan satu jam setelah dilahirkan. Praktek pemberian ASI tersebut dapat memberikan rasa aman pada bayi, membantu perkembangan psikis serta merangsang hubungan ibu dan anak.

Tjahjo dan Paramita (2008) menjelaskan IMD adalah proses membiarkan bayi dengan nalurnya sendiri dapat menyusu segera dalam satu jam pertama setelah lahir, bersamaan dengan kontak kulit antara bayi dan kulit bayi. Bayi dibiarkan setidaknya satu jam di dada ibu, sampai dia menyusu sendiri.

Yngve dan Sjostrom dalam Cahyono (2009), inisiasi atau permulaan dan durasi waktu menyusui baik eksklusif ataupun parsial dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti; demografis, psikososial, pelayanan kesehatan, masyarakat serta kebijakan publik yang dalam beberapa kasus dapat dikontrol maupun yang tidak dapat dikontrol.

Gupta (2007), mengatakan inisiasi menyusui dini dalam satu jam kelahiran adalah satu dari 10 langkah sukses menyusui menurut BFHI (*Baby Friendly Hospital Initiative*) yang diluncurkan tahun 1992. Tahap 4, “Bantu ibu melakukan inisiasi menyusui dini setengah jam setelah melahirkan”. Edmond (2007) menjelaskan inisiasi menyusui dini adalah tentang menyusui dimulai pada tahap pertama kehidupan.

Di Indonesia, praktik inisiasi menyusui dini belum banyak dilakukan. Umumnya, setelah lahir, bayi dibersihkan dan dipisahkan dari ibu. Padahal keberhasilan inisiasi menyusui dini berpengaruh pada pemberian ASI eksklusif lebih lama. Faktanya di Indonesia sekitar 8% ibu memberikan ASI eksklusif selama 6 bulan dan hanya 4% bayi yang disusui ibunya dalam waktu satu jam pertama setelah dilahirkan. Diperkirakan sekitar 30.000 kematian bayi baru lahir (<28hari) dapat dicegah dengan inisiasi menyusui dini. Dan bila praktik menyusui pada satu jam pertama diterapkan di dunia, diperkirakan dapat menyelamatkan nyawa satu juta bayi.

Berdasarkan data di Departemen Kesehatan, dalam tahun 2006 tercatat 149 rumah sakit (RS) melaksanakan program Rumah Sakit Sayang Ibu Bayi (RSSIB). Program ini mencakup pelayanan asuhan antenatal (pra melahirkan), pertolongan persalinan sesuai standar, pelayanan nifas (pasca melahirkan), rawat gabung ibu dan

bayi, pemberian ASI eksklusif, pelayanan KB, dan imunisasi. Sampai Juli 2007 baru 19 RS melaksanakan kebijakan program inisiasi menyusui dini. Depkes juga telah mengirim surat edaran agar seluruh RS melaksanakan program inisiasi menyusui dini.

Tidak hanya itu, organisasi Ikatan Bidan Indonesia (IBI) juga turut berperan. IBI memiliki standarisasi pelayanan pertolongan persalinan yaitu melaksanakan inisiasi menyusui dini dan ASI eksklusif 6 bulan. Anggota IBI tidak boleh mempromosikan susu formula untuk usia kurang atau sama dengan 6 bulan. Di tempat praktik, tidak boleh ada gambar promosi, maupun kaleng susu formula. Dengan inisiasi menyusui dini dan pemberian ASI eksklusif 6 bulan diharapkan angka kematian bayi akibat penyakit infeksi jauh berkurang, angka bayi kurang gizi juga berkurang, dan lahirlah generasi yang tumbuh sehat dan cerdas.

Pemerintah Indonesia dan WHO/UNICEF sudah mencanangkan IMD sebagai salah satu upaya memaksimalkan pemberian ASI eksklusif. Inisiasi Menyusui Dini (IMD) harus disosialisasikan secara benar dan luas, sebagai bagian dari manajemen laktasi yang relatif baru, sosialisasi ini tidak hanya kepada kalangan medis tetapi juga masyarakat. Pencanangan IMD ini hadir sebagai salah satu bagian dari rangkaian kampanye “Pekan ASI Sedunia” tahun 2007 yang mengambil tema “*Breastfeeding in the 1st Hour Save One Million Babies*” (WHO 1991).

2.5.1 Manfaat IMD

PAHO (2007) menyatakan bahwa manfaat IMD pada neonatus atau bayi baru lahir dan keberlanjutan hidup anak (*child survival*) telah dianalisis dengan menggunakan data Angka Kematian Bayi dari 42 negara. Hasil analisis menunjukkan bahwa kegagalan IMD menyumbang 90% jumlah kematian anak tahun 2000. IMD dengan waktu 1 jam segera setelah dilahirkan sangat penting untuk keselamatan bayi untuk kehidupan pertamanya. IMD juga berhubungan dengan kelangsungan perilaku menyusui dalam jangka panjang serta sangat berhubungan positif dengan nutrisi dan status kesehatan jangka panjang dari ibu dan bayinya. Sedangkan studi intervensi membuktikan bahwa pemberian ASI eksklusif pada 6 bulan pertama yang dilanjutkan sampai 11 bulan kehidupan pertama merupakan satu-satunya yang efektif untuk

mencegah kematian anak. Berikut adalah manfaat yang diperoleh jika melakukan IMD (PAHO 2007):

Manfaat IMD untuk Bayi

IMD dapat memastikan bahwa neonatal mendapatkan kolostrum yang sering dianggap sebagai “Imunisasi Pertama”. Kolostrum dianggap sebagai imunisasi pertama karena mengandung banyak zat yang penting untuk pertahanan tubuh (baik yang *secretory and cell-mediated*), agen anti - mikroba dan agen anti - *inflammatory*, Vitamin A, serta semua perlindungan yang dibutuhkan untuk pertahanan neonatal dari infeksi dalam jangka waktu segera maupun jangka panjang (PAHO 2007).

Studi dari negara berkembang menunjukkan bahwa neonatus yang tidak melakukan IMD berisiko 6 sampai 10 kali untuk mengalami kematian pada bulan pertama kehidupannya dibandingkan yang melakukan IMD. Selain itu ditemukan risiko kematian bayi usia 9 sampai 12 bulan meningkat 40% jika tidak disusui, sedangkan bayi berusia di bawah dua bulan maka angka kematiannya meningkat menjadi 48% (WHO 2000; WHO 2009).

Studi di Ghana (Afrika) membuktikan bahwa IMD dapat menurunkan semua penyebab angka kesakitan dan kematian neonatal sebanyak 22 %. Studi di Ghana juga menunjukkan bahwa risiko neonatal yang diberikan IMD dan ASI eksklusif akan lebih rendah 4 kali untuk mengalami kematian. Studi pada responden yang memberikan makanan tambahan saat memberikan ASI eksklusif di daerah perdesaan negara Gambia berhubungan dengan kematian neonatal serta menaikkan OR menjadi 3,4 kali (Edmond 2006; PAHO 2007).

Pada akhirnya, IMD dan pemberian ASI eksklusif juga mencegah kehilangan darah *gastrointestinal* klinis dan sub klinis yang disebabkan karena pendarahan (biasanya disebabkan oleh susu formula) yang berdampak negatif pada status kesehatan bayi atau neonatal, terutama status zat besi-nya. IMD juga akan sangat membantu keberlangsungan pemberian ASI eksklusif dan lama menyusui (Tjahjo dan Paramitha 2008).

Singkatnya, manfaat IMD pada bayi adalah sebagai berikut (PAHO 2007):

(1) Mencegah kematian dan kesakitan bayi baru lahir (*neonatus*) dan bayi (*infant*); (2) IMD berhubungan langsung dengan lama waktu pemberian ASI; (3) IMD sangat berhubungan dengan pemberian ASI eksklusif;

1) Menurunkan risiko bayi mengalami: *Acute otitis media*, Gangguan saluran pencernaan yang tidak spesifik, Infeksi berat pada saluran pernafasan bawah saat berada di Rumah Sakit (*Hospitalization for severe lower respiratory-tract infections*), *Atopic dermatitis*, Obesitas, Diabetes tipe 1 dan 2, Leukemia pada anak, Sindrome kematian mendadak pada bayi (*Sudden Infant Death Syndrome*), *Necrotizing enterocolitis*

2) Meningkatkan perkembangan motorik

Manfaat IMD Untuk Ibu

Saat *neonatal* mulai menghisap puting susu Ibu maka hormon *endogenous oksitoksin* dilepaskan kemudian merangsang kontraksi rahim sehingga perdarahan setelah melahirkan cepat berhenti. *Atonia uteri* adalah penyebab utama dari *postpartum hemorrhage*. *Postpartum hemorrhage* adalah penyebab utama yang menyumbang sekitar 25 % kematian ibu di seluruh dunia. Tidak menyusui atau berhenti menyusui juga menunjukkan ada hubungan dengan depresi setelah melahirkan. Akan tetapi, hubungan ini masih harus diteliti lebih lanjut (PAHO 2007). Untuk manfaat IMD Jangka Panjang bagi ibu antara lain:

- 1) Pemberian ASI menyebabkan *Lactational amenorrhea* selanjutnya membantu penundaan kehamilan
- 2) Menurunkan risiko ibu menderita Diabetes tipe 2, kanker ovarium, dan kanker payudara
- 3) Mempercepat turunnya berat badan ibu

Selanjutnya manfaat kontak kulit antara ibu - bayi (Tjahjo & Paramita 2008):

- a. Dada ibu menghangatkan bayi dengan tepat sehingga dapat mengurangi risiko bayi mengalami hipotermi yang merupakan salah satu penyebab kematian bayi baru lahir

- b. Kontak kulit antara ibu dengan bayi membuat perasaan keduanya menjadi lebih tenang sehingga membantu pernapasan dan detak jantung bayi baru lahir menjadi lebih stabil.
 - c. Pada saat bayi baru lahir mencari puting susu ibu, bayi tersebut biasanya menjilati kulit ibu sehingga bayi menelan bakteri yang berasal dari kulit ibu. Penelanan bakteri yang ada di kulit ibu dapat membantu bayi membentuk daya tahan tubuh untuk menyaingi bakteri berbahaya di usus.
 - d. Bayi baru lahir dapat dipastikan mendapat kolostrum atau cairan ASI pertama sehingga bayi mendapat antibodi dan zat penting lainnya yang terdapat di dalam kolostrum. Perolehan zat yang terkandung dalam kolostrum dapat membantu ketahanan bayi terhadap infeksi dan kelangsungan bayi
 - e. Bayi yang mendapat kesempatan kontak kulit ibu dengan bayi dapat dipastikan mendapat kesempatan untuk melakukan IMD sehingga dapat mempengaruhi keberhasilan dalam proses menyusui secara eksklusif
- 4). Memulai menyusui dini akan:
- Mengurangi 22% kematian bayi berusia 28 hari ke bawah
 - Meningkatkan keberhasilan menyusui secara eksklusif dan lamanya bayi disusui
 - Merangsang produksi ASI
 - Memperkuat refleks menghisap bayi. Refleks menghisap awal pada bayi paling kuat dalam beberapa jam pertama setelah lahir

Durasi melakukan kontak kulit Ibu dan Bayi (Kroeger 2004), menunjukkan rata – rata waktu melakukan kontak kulit antara ibu dengan bayi adalah antara 49 menit sampai 55 menit setelah kelahiran. Selanjutnya Fakta penting ketika kontak kulit antara ibu dengan bayi antara lain:

- Kontak kulit antara ibu dengan bayi memperpanjang lama waktu menyusui dan meningkatkan hubungan kasih sayang ibu dengan anaknya
- Pada saat bayi melakukan kontak kulit dengan ibu kemudian menghisap puting susu ibu maka peghisapan tersebut dapat mempengaruhi hormon gastrointestinal bayi. Hormon tersebut merangsang *villi* yang ada di usus halus untuk tumbuh dan terjadi peningkatan daya absorpsi nutrisinya.
- Sebaiknya puting susu ibu belum dibilas atau belum terkena bahan kimia pada saat melakukan kontak kulit antara ibu dengan bayi karena bayi akan lebih memilih dan mendekati payudara puting susu ibu yang belum dibilas. Jika, bayi tidak mau mendekati puting susu ibu maka usaha untuk IMD pun gagal
- Kontak kulit ibu dengan bayi menyebabkan rasa aman pada bayi dan mengurangi rasa sakit yang dialami ibu setelah melahirkan

Selanjutnya IMD merupakan salah satu upaya dalam penurunan AKB untuk pencapaian *Millenium Development Goals* (MDGs), dimana sekitar 40% kematian balita terjadi pada satu bulan pertama kehidupan bayi. IMD dapat mengurangi 22% kematian bayi 28 hari berarti IMD mengurangi kematian balita sebanyak 8,8% (Roesli 2008).

2.5.2 Pelaksanaan IMD

Menurut Tjahjo dan Paramita (2008), jika bayi baru lahir segera dikeringkan dan diletakkan di perut ibunya sehingga terjadi kontak kulit antara ibu dengan bayi maka bayi tersebut akan melalui tahapan perilaku atau *Pre-Feeding Behaviour* sebagai berikut:

- 1). Tahap istirahat dan siaga. Selama 30 menit pertamanya, bayi akan berada dalam kondisi istirahat dan siaga karena bayi masih menyesuaikan peralihan dari keadaan di dalam dengan keadaan di luar kandungan. Pada tahap ini juga

akan timbul rasa aman yang merupakan dasar pertumbuhan bayi dalam suasana aman.

- 2). Tahap kedua membutuhkan waktu sekitar 30 sampai 40 menit dengan mengeluarkan suara, gerakan mulut seperti minum, mencium, dan menjilati tangan. Gerakan tersebut bertujuan mencari dan merasakan air ketuban yang masih melekat di tangannya. Bau ini sesuai dengan bau cairan yang dikeluarkan oleh payudara ibu sehingga akan membimbing bayi untuk menemukan payudara dan puting susu.
- 3). Tahap mengeluarkan air liur karena menyadari di sekitarnya ada makanan.
- 4). Tahap bergerak ke arah payudara. Pada tahap ini, bayi akan bergerak merangkak ke arah payudara serta *aerola* yang menjadi sasaran. Selain merangkak, bayi juga menekan kakinya ke dada ibu, menoleh ke kanan dan kiri, serta menyentuh atau meremas daerah puting susu dengan tangannya.
- 5). Tahap menyusu. Pada tahap terakhir, bayi akan menemukan, menjilat, mengulum, membuka mulutnya dengan lebar, melekatkannya ke mulut puting susu ibu dengan baik kemudian menyusu.

Selanjutnya menurut Depkes (2008) langkah-langkah IMD adalah sebagai berikut:

Langkah 1: Lahirkan, lakukan penilaian pada bayi, keringkan

- 1) Saat bayi lahir: catat waktu kelahiran
- 2) Kemudian letakkan bayi di perut bawah ibu
- 3) Nilai bayi apakah diperlukan resusitasi atau tidak (2 detik)
- 4) Bila tidak perlu resusitasi, keringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya dengan halus tanpa membersihkan verniks. Verniks akan membantu menghangatkan tubuh bayi. Setelah kering, selimuti bayi dengan kain kering untuk menunggu 2 menit sebelum tali pusat di klem
- 5) Hindari mengeringkan tangan bayi. Bau cairan *amnion* pada tangan bayi juga membantunya mencari puting ibunya yang berbau sama

- 6) Lendir cukup dilap dengan kain bersih. Pengisapan lendir di dalam mulut atau hidung bayi dapat merusak selaput lendir dan meningkatkan risiko infeksi pernafasan
- 7) Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal) kemudian suntikkan Intramuskular 10 UI (*International Unit*) oksitosin pada ibu. Jaga bayi tetap hangat.

Langkah 2: Lakukan kontak kulit dengan kulit selama paling sedikit satu jam

- 1) Setelah tali pusat dipotong dan diikat, letakkan bayi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada ibu. Kepala bayi harus berada di antara payudara ibu, tapi lebih rendah dari puting
- 2) Kemudian selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi
- 3) Biarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam. Mintalah ibu untuk memeluk dan membelai bayinya. Bila perlu letakkan bantal di bawah kepala ibu untuk mempermudah kontak visual antara ibu dan bayi. Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan IMD dalam waktu 30-60 menit
- 4) Hindari membasuh atau menyeka payudara ibu sebelum bayi menyusu
- 5) Selama kontak kulit ke kulit tersebut, lanjutkan dengan langkah Manajemen Aktif Kala 3 persalinan.

Langkah 3: Biarkan bayi mencari dan menemukan puting ibu dan mulai

Menyusu

- 1) Biarkan bayi mencari dan menemukan puting dan mulai menyusu
- 2) Anjurkan ibu dan orang lainnya untuk tidak menginterupsi upaya bayi untuk menyusu misalnya, memindahkan bayi dari satu payudara ke payudara lainnya. Menyusu pertama biasanya berlangsung sekitar 10-15 menit. Bayi cukup menyusu dari satu payudara.

- 3) Menunda semua asuhan BBL lahir normal lainnya hingga bayi selesai menyusui. Tunda memandikan bayi 6-24 jam setelah bayi lahir untuk mencegah terjadinya hipotermia
- 4) Usahakan tetap menempatkan ibu dan bayi di ruang bersalin hingga bayi selesai menyusui
- 5) Segera setelah BBL selesai menghisap, bayi akan berhenti menelan dan melepaskan puting. Bayi dan ibu akan merasa ngantuk. Bayi kemudian diselimuti dengan kain bersih, lalu lakukan penimbangan dan pengukuran bayi, mengoleskan salep antibiotika pada mata bayi dan memberikan suntikan vitamin K1
 - a). Jika bayi belum melakukan IMD dalam waktu 1 jam, posisikan bayi lebih dekat dengan puting ibu dan biarkan kontak kulit dengan kulit selama 30-60 menit berikutnya
 - b). Jika bayi masih belum melakukan IMD dalam waktu 2 jam, pindahkan ibu ke ruang pemulihan dengan bayi tetap di dada ibu. Lanjutkan asuhan BBL (pemberian antibiotika salep mata dan vitamin K1) dan kemudian kembalikan bayi kepada ibu untuk menyusui
- 6) Kenakan pakaian pada bayi atau tetap diselimuti untuk menjaga kehangatannya. Tetap tutupi kepala bayi dengan topi selama beberapa hari pertama. Bila suatu saat kaki bayi terasa dingin saat disentuh, buka pakaiannya kemudian telungkupkan kembali di dada ibu sampai bayi hangat kembali
- 7) Satu jam kemudian, berikan bayi suntikan hepatitis B pertama
- 8) Lalu tempatkan ibu dan bayi di ruangan yang sama. Letakkan kembali bayi dekat dengan ibu sehingga mudah terjangkau dan bayi bisa menyusui sesering keinginannya.

Tabel 2.1 Lima Urutan Perilaku Bayi Saat Menyusu Pertama Kali

Langkah	Perilaku yang teramati	Perilaku waktu
1	Bayi beristirahat dan melihat	30 menit pertama
2	Bayi mulai mendecakkan bibir dan membawa jarinya ke mulut	30-60 menit setelah lahir dengan kontak kulit dengan kulit terus menerus tanpa terputus
3.	Bayi mengeluarkan air liur	
4	Bayi menendang, menggerakkan kaki, bahu, lengan dan badannya ke arah dada ibu dengan mengandalkan indra penciumannya	
5	Bayi melekatkan mulutnya ke puting ibu	

Sumber : Tjahjo & Paramita, 2008

Sedangkan beberapa praktek IMD yang kurang tepat (Roesli 2008), antara lain:

- 1) Bayi diletakkan di perut ibu yang dialasi kain kering saat baru lahir.
- 2) Bayi segera dikeringkan dengan kain kemudian tali pusat dipotong lalu diikat.
- 3) Bayi langsung dibedong atau dibungkus dengan selimut bayi kemudian diletakkan di dada untuk beberapa lama (10 – 15 menit) atau sampai tenaga kesehatan menjahit *perineum*.
- 4) Bayi diangkat dan disusukan pada ibu dengan cara memasukkan puting susu ibu.
- 5) Kemudian, bayi dibawa ke kamar transisi.

Selanjutnya beberapa hal penting yang mesti diperhatikan dalam pelaksanaan

IMD menurut Roesli (2008), Tjahjo & Paramita (2008):

- 1) Dianjurkan suami atau keluarga ibu mendampingi ibu saat persalinan.
- 2) Dalam proses melahirkan, ibu disarankan untuk mengurangi atau tidak menggunakan obat kimiawi.
- 3) Para petugas kesehatan yang membantu proses kelahiran akan melakukan kegiatan penanganan kelahiran seperti biasanya.
- 4) Setelah lahir, sebaiknya bayi cepat dikeringkan seperlunya tanpa menghilangkan *vernix* (kulit putih-lemak) karena *vernix* ini dapat membuat kulit bayi merasa nyaman dan bayi tidak kedinginan.

- 5) Bayi kemudian ditengkurapkan di dada atau perut ibu dengan kulit bayi melekat pada kulit ibu. Untuk mencegah kedinginan maka kepala bayi dapat dipakaikan topi dan atau tubuhnya beserta ibu diselimuti selimut.
- 6) Bayi yang ditengkurapkan dibiarkan mencari sendiri puting susu ibunya.
- 7) Saat bayi mencari puting susu maka ibu didukung dan dibantu mengenali perilaku bayi sebelum menyusui.
- 8) Bayi dibiarkan tetap dalam posisi kulit bersentuhan dengan kulit ibu sampai proses menyusui pertama selesai.
- 9) Setelah menyusui pertama maka bayi baru dipisahkan untuk ditimbang, diukur, dicap, diberi vitamin K, dan tetes mata.
- 10) Ibu dan neonatus sebaiknya tetap bersama dan dirawat gabung.

Ditambahkan bahwa persalinan dengan operasi *caesar*, IMD tetap dapat dilakukan, walaupun tidak dengan standar pada persalinan yang umum karena ibu diberikan anestesi. Akan tetapi jika ibu diberikan anestesi *spinal* atau *epidural* maka ibu masih dalam keadaan sadar sehingga dapat tetap memberikan respon pada bayi, kemudian melakukan IMD di kamar operasi. Sedangkan jika dilakukan anestesi umum maka IMD dapat dilakukan di ruang pulih saat ibu sudah dapat *merespons* walaupun masih mengantuk dalam pengaruh obat bius sementara menunggu ibu sadar maka ayah dapat menggantikan ibu untuk memberikan kontak kulit dengan bayi.

2.5.3 Beberapa Penelitian Tentang IMD

Inisiasi menyusui dini telah banyak diteliti di berbagai negara dan instansi. Berikut beberapa penelitian mengenai IMD:

Dr. Lennart dan bidan Margareta (1990) dalam Roesli (2008) melakukan penelitian pada 72 pasangan ibu – bayi baru lahir yang kemudian menjadi dua kelompok, yaitu lahir normal dengan tindakan (obat – obatan). Bayi yang lahir normal dibagi lagi menjadi kelompok yang segera diberikan kepada ibunya dan langsung dipisahkan dengan ibunya. Hasilnya adalah sebagai berikut:

- a. Bayi yang lahir normal kemudian segera diberikan pada ibunya dengan diletakkan di dada ibu serta melakukan kontak kulit maka bayi pada usia 20 menit mulai merangkak ke arah payudara dan dalam 50 menit dapat menyusu dengan baik.
- b. Bayi yang lahir normal serta langsung dipisahkan dari ibunya untuk dibersihkan, ditimbang, dan diukur ternyata ditemukan 50% bayi tidak menyusu sendiri.
- c. Bayi yang lahir dengan tindakan tetapi segera diletakkan di dada ibu dengan kontak kulit ke kulit, hasilnya tidak semua bayi dapat menyusu sendiri. Yang mencapai payudara ibunya pun umumnya menyusu dengan lemah.
- d. Bayi yang lahir dengan tindakan serta langsung dipisahkan dari ibunya maka tidak ada satu pun yang dapat menyusu sendiri.
- e. Kemampuan bayi merangkak mencari payudara bertahan selama beberapa minggu.
- f. Pada bayi yang melakukan IMD kemudian baru dipisah setelah berhenti menyusu jika 10 jam kemudian diletakkan kembali di bawah payudara maka bayi akan tetap dapat menyusu dengan baik.

SeSose dan CIBA *foundation* (1978) dalam Roesli (2008) melakukan penelitian mengenai hubungan antara saat kontak kulit pertama kali yang dilakukan ibu dan anaknya dengan lama menyusui. Ditemukan pada bayi yang melakukan menyusu dini dengan meletakkan bayi dengan kontak kulit ke kulit paling tidak satu jam maka saat usia 6 bulan dan 1 tahun ada 59% dan 38% yang masih menyusu sedangkan bayi yang tidak mendapat kesempatan menyusu dini maka saat usia yang sama hanya 29% dan 8% yang masih menyusu. Hal yang sama juga dikemukakan oleh Fika dan Syafiq (2003) kemungkinan bayi yang melakukan IMD akan delapan kali lebih berhasil mendapatkan ASI Eksklusif. Edmond (2006) mengemukakan hasil penelitiannya di Ghana, pada 11.000 bayi dengan judul “Menunda Permulaan/Inisiasi Menyusu Dini Meningkatkan Kematian Bayi” yang hasilnya sebagai berikut:

- a. Jika bayi diberi kesempatan melakukan kontak kulit dengan ibu selama setidaknya 1 jam maka 22% nyawa bayi di bawah 28 hari dapat diselamatkan

- b. Jika melakukan penyusuan pertama saat usia bayi antara 2 sampai 24 jam pertama maka hanya 16 % bayi usia di bawah 28 hari dapat diselamatkan.

Penelitian mengenai hubungan pola menyusui dengan berat bayi lahir rendah (BBLR) pada bayi yang baru lahir di Nepal dilakukan oleh Luke et al. (2008). Penelitian ini melibatkan 22.838 bayi baru lahir yang pada saat penelitian ditemukan ada 297 bayi mengalami kematian antara 48 jam sampai dengan hari ke-28 setelah lahir.

Dalam penelitian tersebut terlihat kecenderungan jika terjadi penundaan pelaksanaan IMD dan pemberian ASI eksklusif pada bayi baru lahir maka risiko mengalami kematian akan meningkat jika dibandingkan yang melakukan IMD dan diberi ASI eksklusif. Oleh karena itu, ditemukan bahwa semakin lama penundaan waktu untuk disusui maka risiko kematian juga meningkat menjadi 2,56 kali lebih tinggi dibanding yang disusui saat 1 jam setelah lahir (95% CI = 0,96 – 6,85). Sementara, bayi baru lahir yang pelaksanaan IMD-nya tertunda ≥ 24 jam juga lebih berisiko 1,74 kali mengalami kematian dibandingkan yang pelaksanaan IMD-nya tidak tertunda (<24 jam setelah kelahiran). Luke et al. (2008) menyimpulkan bahwa program promosi menyusui di masyarakat seharusnya menjadi prioritas dengan menekankan pada praktik IMD sehingga lama menyusui dan masa ASI eksklusif semakin panjang.

Penelitian yang dilakukan oleh Wright et al. 2006 berlokasi di daerah perkotaan Kerajaan Inggris, bertujuan untuk menginvestigasi faktor yang paling berpengaruh pada lama menyusui sehingga dukungan yang diberikan pada ibu menyusui dapat berhasil. Penelitian ini melibatkan 923 orang tua yang dalam masa melahirkan serta dikelompokkan berdasarkan keadaan geografinya kemudian dijadikan responden setelah melahirkan.

Wright menemukan bahwa separuh (50%) dari responden melakukan IMD kemudian bayi yang diukur dengan instrumen "*Townsend Score quintile*" serta dikelompokkan dalam kelompok skoring tinggi memiliki peluang 3 kali untuk melakukan IMD dan 5 kali untuk tetap disusui pada usia 4 bulan dibanding kelompok dengan skoring rendah ($p < 0,001$). Selain itu, ada 334 bayi (75%) yang melakukan

IMD. Dari 334 bayi tersebut menunjukkan 163 bayi (49%) ditaruh di dada ibu dalam 30 menit setelah lahir tetapi 135 bayi (40%) harus menunggu ≥ 1 jam.

Leger (2008) melakukan penelitian dengan judul “*Effects of Prenatal Nutritional Intervention Program On Initiation and Duration Breastfeeding*” di Kanada dengan desain studi prospektif. Penelitian melibatkan ibu hamil yang sehat serta berpartisipasi dalam program ECI (*Early Childhood Initiative*). Paling tidak ada 33 ibu hamil yang menjadi responden pada setiap kunjungan dari Maret 2002 sampai April 2004. Pada penelitian tersebut dikemukakan ada 62,5% ibu yang melakukan IMD. Ditemukan juga bahwa kursus prenatal ($p = 0,011$), jumlah kali melahirkan ($p = 0,002$), dan keinginan menyusui pada umur kehamilan 36 minggu ($p = 0,0002$), berhubungan positif dengan IMD.

Dalam penelitiannya yang berjudul ‘*Intention or Experience? Predictors of Continued Breastfeeding*’ DiGirolamo, Ann et al. (2005) bertujuan membuktikan pengaruh faktor keinginan untuk menyusui sebelum melahirkan dan pengalaman IMD pada praktik IMD serta durasi menyusui. Penelitian ini merupakan survei longitudinal pada ibu hamil dan ibu yang baru melahirkan. Berdasarkan analisis statistik deskriptif ditemukan 62,5 % ibu tidak melakukan IMD atau menghentikan pemberian ASI saat mencapai 10 minggu serta mayoritas ibu yang melakukan IMD atau menyusui menunjukkan sikap yang positif dan merasa nyaman saat menyusui.

Sementara, berdasarkan hasil analisis *Chi Square* antara keinginan menyusui dengan IMD dengan mengontrol variabel demografi dapat disimpulkan ibu yang tidak berkeinginan menyusui atau berencana berhenti menyusui ≤ 2 bulan maka tidak melakukan IMD dibandingkan ibu yang berencana menyusui ≥ 12 bulan. Kesimpulan tersebut menandakan bahwa semakin pendek periode menyusui yang diinginkan ibu maka risiko untuk tidak melakukan IMD juga semakin tinggi.

Pada akhirnya, DiGirolamo (2005) berdasarkan hasil penelitiannya menyimpulkan keinginan sebelum melahirkan untuk tidak melakukan IMD atau lebih cepat berhenti menyusui merupakan faktor risiko yang signifikan untuk praktik IMD dan durasi menyusui. Penelitian ini menggunakan dasar teori “*Reasoned Action*”

untuk memprediksi praktik IMD tetapi tetap harus memperhatikan atau melibatkan variabel pengalaman IMD saat membuat prediksi kelanjutan praktik menyusui.



BAB III KERANGKA KONSEP, ALUR PENELITIAN, DAN KERANGKA KERJA

3.1 Kerangka Konsep

Berdasarkan tinjauan pustaka, maka kerangka konsep penelitian ini merujuk pada model Determinan Perilaku oleh Green (2005) yang menjelaskan 3 faktor yang mempengaruhi perilaku individu yaitu faktor predisposisi, pemungkin dan penguat. Untuk penelitian ini faktor predisposisi terdiri dari pengetahuan, persepsi, sikap, kepercayaan, faktor pemungkin antara lain jumlah pasien dan kemitraan bidan desa dengan dukun bayi serta faktor penguat yaitu sikap dan perilaku orang yang berpengaruh dalam hal ini pendampingan dan pelatihan ulang. Program yang bertujuan untuk mengubah perilaku harus memperhatikan ketiga faktor ini.

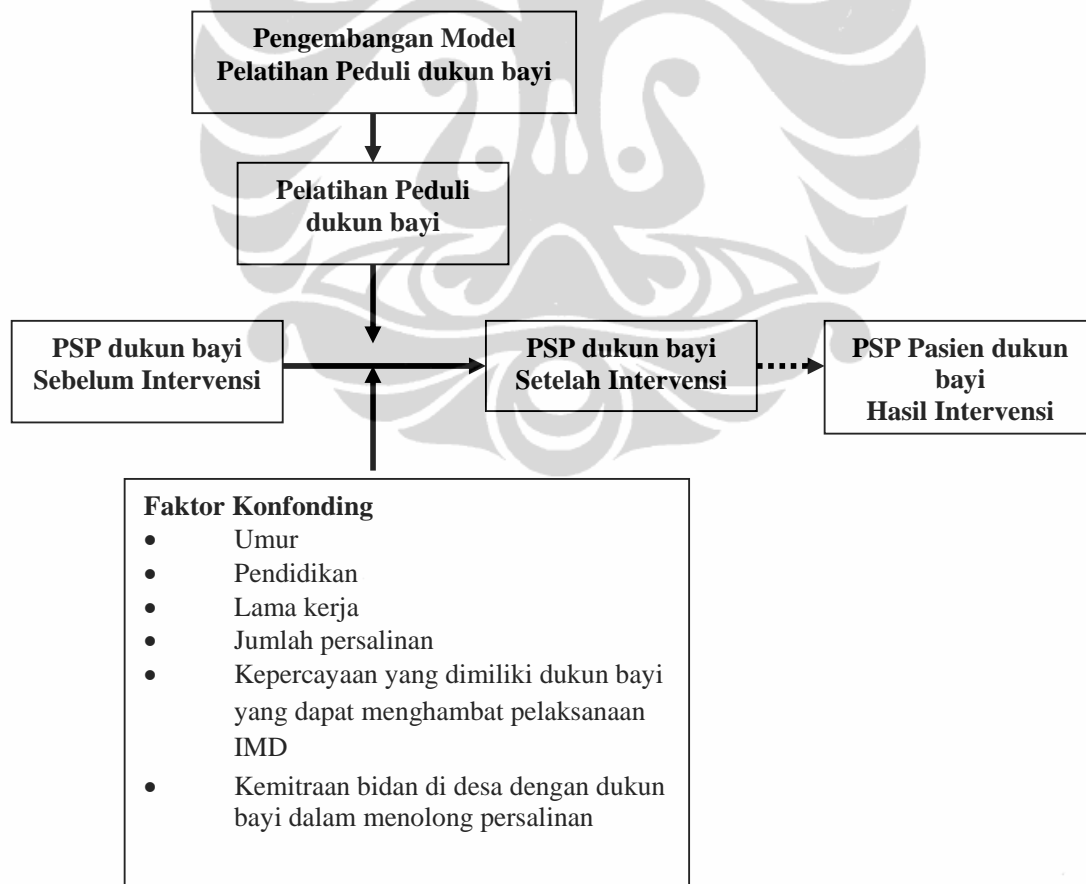
Penelitian ini juga merujuk pada *Theory Reasoned-Action* (Fishbein & Ajzen 1975). Teori ini dapat digunakan untuk menggali hal-hal yang melatarbelakangi tindakan seseorang dengan cara mengidentifikasi, mengukur, dan mengkombinasikan keyakinan yang dimiliki individu atau kelompok, beserta alasan-alasan yang memotivasi seseorang berperilaku tertentu. Selain itu juga mengacu pada teori interdependensi (Kelley & Thibaut 1978 dalam Glanz, Rimer, & Lewis 2002) yang menjelaskan bahwa proses komunikasi berdampak pada perubahan perilaku. Selanjutnya Rogers (1983) dalam Glanz, Rimer, & Lewis (2002) menjelaskan bahwa diadopsinya sebuah perilaku melalui 4 tahapan yaitu 1) *knowledge* (pengetahuan); 2) *persuasion* (persuasi); 3) *decision* (keputusan); 4) *confirmation* (konfirmasi).

Terkait dengan upaya untuk merubah perilaku dukun bayi sebagai *agent of change*, maka diperlukan pelatihan. Perubahan perilaku dukun bayi yang diharapkan disini adalah dalam hal mempromosikan dan pelaksanaan IMD. Kenapa IMD? Karena seperti yang dijelaskan sebelumnya bayi yang dilahirkan dengan melakukan IMD bisa mengurangi resiko terjadinya kematian pada bayi. Selanjutnya mengingat dan mempertimbangkan latar belakang kemampuan dukun bayi maka untuk modul dan metoda pelatihan dirancang secara khusus dan disesuaikan dengan kemampuan sasaran.

Model dan modul pelatihan peduli dukun bayi yang dibuat kemudian diuji coba dan direvisi sebelum digunakan untuk pelatihan. Selanjutnya pelatihan dilakukan untuk kelompok dukun bayi yang diintervensi saja sedangkan kelompok kontrol tidak dilakukan kegiatan apapun, dengan tujuan melihat sampai sejauh mana pengaruh/efek pelatihan peduli dukun bayi terhadap perubahan perilaku dukun bayi dibandingkan dengan kelompok dukun bayi yang tidak diberi pelatihan. Namun demikian untuk etika penelitian, pelatihan yang sama dilakukan pada kelompok kontrol setelah penelitian selesai. Selanjutnya sebelum intervensi dilakukan perlu diidentifikasi dan diperhatikan faktor apa saja yang dapat mempengaruhi pelatihan maupun PSP dukun bayi.

Berdasarkan uraian di atas maka kerangka konsep penelitian ini adalah sebagai berikut:

Gambar 3.2 Kerangka Konsep



Keunikan disain pelatihan ini adalah sebuah intervensi yang mengandung 2 komponen yaitu komponen pelatihan dan komponen *reinforcing* (penguat) dalam bentuk pendampingan yaitu kunjungan ulang serta pelatihan ke 2. Hal ini dapat dikatakan sebagai upaya bantuan teknis dengan cara membantu mengingatkan dukun bayi kembali tentang materi IMD yang sudah diberikan sebelumnya. Upaya ini merupakan bagian dari paket pelatihan dukun bayi, sehingga tidak menjadi variabel penguat tersendiri. Berikut adalah komponen keseluruhan penelitian antara lain:

- Subjek dari penelitian “Model Pelatihan Peduli dukun bayi” sebagai *Agent of Change* terhadap Pelaksanaan IMD adalah Pengetahuan, Sikap, dan Praktik (PSP) dukun bayi terhadap pelaksanaan IMD.
- Intervensi terhadap dukun bayi dalam bentuk pelatihan tentang IMD dengan metoda pemutaran filem IMD, sketsa cerita bergambar, metoda bercerita, bermain peran, testimoni, buku saku, ceramah, diskusi, simulasi, pendampingan serta pelatihan ulang. Sebelum pelaksanaan pelatihan terlebih dahulu dilakukan pengembangan model pelatihan peduli dukun bayi.
- Faktor konfounding terdiri dari; umur, pendidikan, lama kerja dan jumlah persalinan yang pernah dilakukan oleh dukun bayi, kemitraan bidan di desa dengan dukun bayi dalam menolong persalinan, jumlah pasien dukun bayi selama intervensi dan kepercayaan yang menghambat IMD.
- PSP pasien dukun bayi yang terdiri dari ibu hamil dan ibu melahirkan yang menjadi pasien dukun bayi.

3.2 Hipotesis

Berdasarkan model kerangka konsep maka hipotesis dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

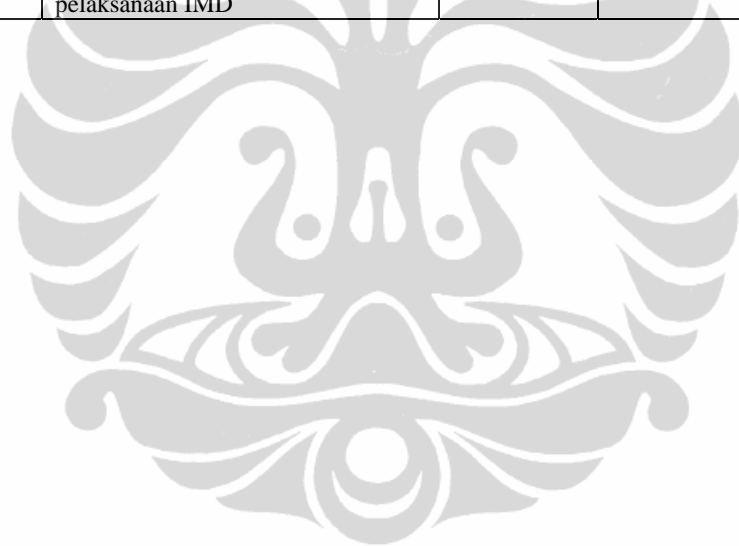
Model pelatihan peduli dukun bayi mempunyai efek meningkatkan Pengetahuan, Sikap dan Praktik (PSP) dukun bayi untuk berpotensi sebagai Agent of Change dalam pelaksanaan IMD.

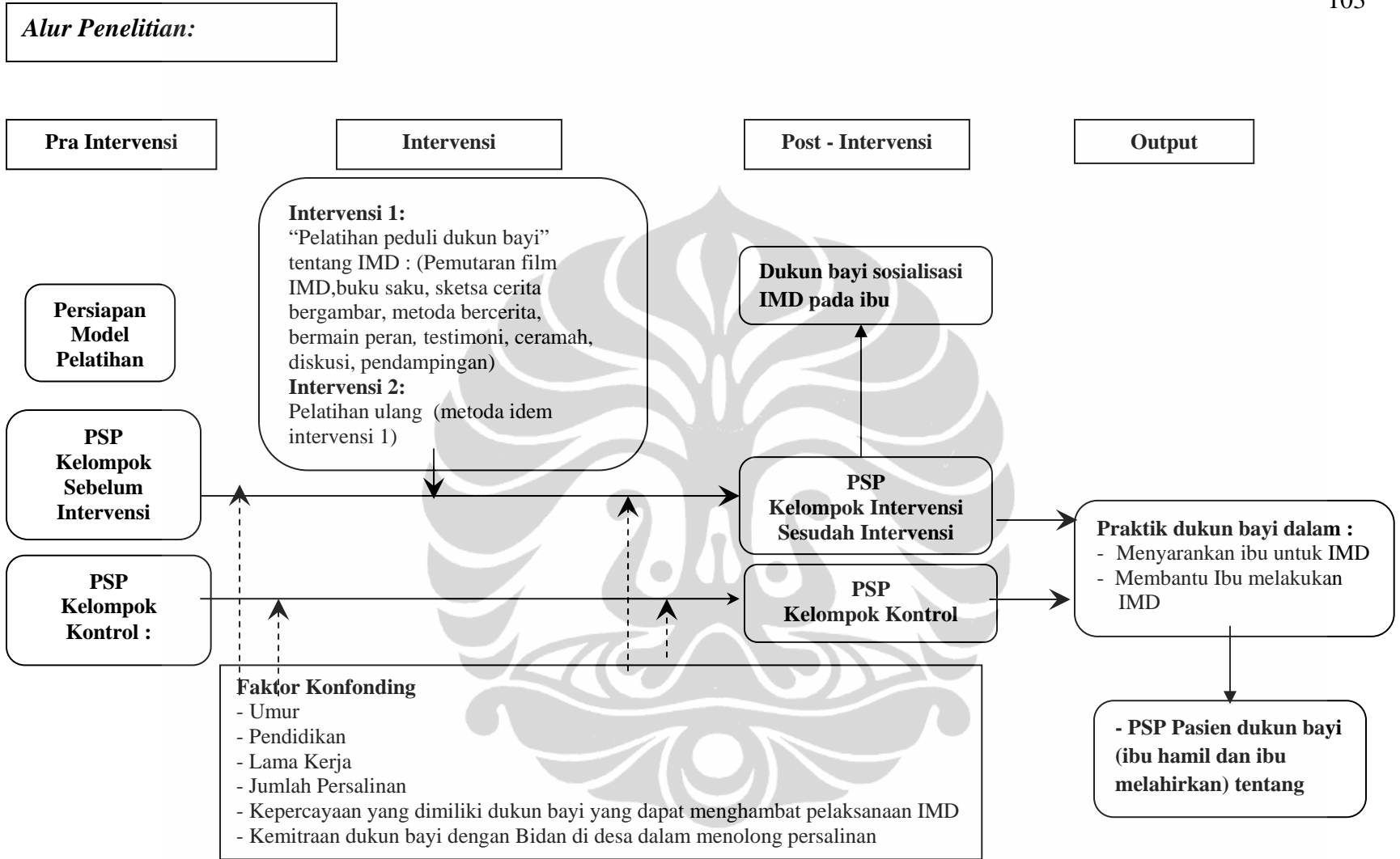
3.3 Definisi Operasional

Adapun definisi operasional dari komponen penelitian yang ada di kerangka konsep adalah sebagai berikut:

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1. Pengetahuan dukun bayi tentang IMD	Hal-hal yang diketahui dukun bayi tentang IMD, yang diperoleh melalui observasi atau pengamatan dengan alat indranya. Dalam penelitian ini pengetahuan dukun bayi mengenai hal-hal yang berkaitan dengan IMD mencakup; pengertian, manfaat, cara melakukan IMD, kepercayaan yang dimiliki dukun bayi yang dapat menghambat IMD	Wawancara Kuesioner 10 pertanyaan	Jumlah skor pengetahuan dukun bayi terhadap IMD (Skor 0 sampai dengan 10)	Rasio
2. Sikap dukun bayi terhadap IMD	Penilaian atau kecenderungan dukun bayi untuk bertindak atau berperilaku, yang berkaitan dengan IMD yang meliputi; Manfaat, Pelaksanaan IMD	Wawancara Kuesioner 5 pertanyaan	Jumlah skor sikap dukun bayi terhadap IMD (Skor 0 sampai dengan 5)	Rasio
3. Praktik dukun bayi Dalam mem Promosikan IMD	Penilaian terhadap pelaksanaan promosi IMD, meliputi: pengertian, kepercayaan, manfaat IMD untuk ibu hamil dan melahirkan oleh dukun bayi	Wawancara Kuesioner 4 pertanyaan	Jumlah skor praktik promosi IMD oleh dukun bayi (Skor 0 sampai dengan 4)	Rasio
4. Praktik dukun bayi dalam Melaksanakan IMD	Penilaian terhadap dilakukannya IMD dalam perawatan bayi baru lahir oleh dukun bayi	Wawancara Kuesioner 3 pertanyaan	Jumlah skor praktik IMD oleh dukun bayi (Skor 0 sampai dengan 3)	Rasio
5. Intervensi	Digunakannya modul untuk pelatih dan dilakukannya metoda "pelatihan peduli dukun bayi" tentang IMD sebanyak 2 kali dengan memperhatikan karakteristik dan kemampuan dukun bayi. Metoda penyampaian dengan cara: ceramah, diskusi, pemutaran filem IMD, sketsa cerita bergambar, metoda bercerita, bermain peran, testimoni, buku saku, simulasi, pendampingan 2 kali dalam 3 bulan, serta pelatihan ulang.	Diberi intervensi Tidak diberi intervensi	1. Intervensi 0. Tidak diberi intervensi (kontrol)	Ordinal
6. Umur Dukun bayi	Jumlah tahun lahir dukun bayi yang dihitung berdasarkan dari data tahun lahir yang ada di KTP/KK sampai dengan wawancara dilakukan	Wawancara Kuesioner (profil dukun bayi)	Jumlah tahun	Rasio
7. Lama Kerja	Jumlah tahun menjalani pekerjaan sebagai dukun bayi	Wawancara Kuesioner (profil dukun bayi)	Jumlah tahun	Rasio
8. Jumlah persalinan	Banyaknya persalinan yang ditolong oleh dukun bayi secara sendiri	Wawancara Kuesioner	Jumlah persalinan	Rasio

	maupun bersama dengan Bidan selama 1 bulan terakhir	(profil dukun bayi)		
9. Kemitraan dukun bayi dan Bidan di desa	Penilaian mengenai pengetahuan, sikap, dan praktik dukun bayi terhadap kerjasama antara dukun bayi dengan Bidan di Desa dalam menolong persalinan, disertai dengan adanya pembagian tugas yang sudah disepakati antara ke duanya	Wawancara Kuesioner 11 pertanyaan	Jumlah skor kemitraan dukun bayi dengan bidan di desa (Skor 0 sampai dengan 11)	Rasio
10. Jumlah pasien dukun bayi selama intervensi	Jumlah ibu hamil dan melahirkan yang menjadi pasien semenjak dukun bayi menjalani intervensi IMD sampai dengan pengukuran terakhir dilakukan	Wawancara Kuesioner	Jumlah ibu hamil dan melahirkan yang jadi pasien dukun bayi (yang didata)	Rasio
11.Kepercayaan yang menghambat IMD	Paham dan nilai yang dimiliki dukun bayi tentang perawatan bayi baru lahir berdasarkan keyakinan yang dimiliki, baik secara turun temurun maupun pengalaman yang diperoleh yang bisa menghambat pelaksanaan IMD	Wawancara Kuesioner	Jumlah skor kepercayaan yang dapat menghambat IMD	Rasio





Gambar 3.3
Alur Penelitian Model Pelatihan Peduli Dukun Bayi untuk Meningkatkan Potensi Sebagai "Agent of Change" Pelaksanaan IMD

3.4 Kerangka Kerja

Penelitian ini diawali dengan persiapan antara lain melakukan studi awal mengenai profil dukun bayi, pola perawatan ibu hamil, dan pelaksanaan kemitraan antara dukun bayi dengan bidan desa yang ada. Studi awal dilakukan dengan metoda kualitatif. Berdasarkan hasil studi awal dilakukan TOT (*Training of Trainer*) mengenai IMD. Kemudian dilakukan pengambilan sampel dengan cara 2 tahap. Tahap pertama adalah mengelompokkan lokasi atau kecamatan menjadi kelompok intervensi atau kontrol. Tahap kedua yaitu memilih secara random dukun bayi yang akan menerima perlakuan sesuai kriteria inklusi dan eksklusi. Sebelum pelaksanaan intervensi terlebih dahulu dilakukan uji coba kuesioner dan uji coba pelatihan pada beberapa dukun bayi yang karakteristiknya sama dengan dukun bayi di daerah penelitian.

Setelah persiapan selesai, dilanjutkan dengan intervensi atau perlakuan yang pertama. Kelompok intervensi pada perlakuan pertama diberi pelatihan dukun bayi mengenai IMD dengan menggunakan metoda “peduli dukun bayi”, yaitu metoda yang disesuaikan dengan latar belakang dukun bayi yaitu dengan menggunakan berbagai cara seperti; pemutaran film, ceramah, diskusi, bermain peran, simulasi, menceritakan kembali pengalaman praktik IMD bagi yang sudah, dan metoda bercerita dengan menggunakan lembar sketsa cerita bergambar tentang IMD. Setelah pelaksanaan pelatihan, setiap peserta pelatihan (dukun bayi) diberi 1 buah CD tentang IMD yang sudah di sulih suara dengan bahasa daerah setempat (bahasa Sunda) dan 2 buah buku saku yaitu tentang “Proses IMD” dan “Manfaat IMD”. Sementara itu untuk kelompok kontrol tidak diberikan pelatihan (intervensi) apapun. Sebelum dan sesudah intervensi yang pertama, dukun bayi baik di kelompok intervensi dan kontrol akan diukur pengetahuan, sikap, dan praktik (PSP) mereka melalui *pre-test* dan *post-test*. Pengukuran pada tahap ini disebut pengukuran ke satu.

Selanjutnya, setelah mendapatkan pelatihan, dukun bayi pada kelompok intervensi ini diharapkan menerapkan pengetahuan mengenai IMD yang sudah didapatkan selama pelatihan ke masyarakat, khususnya pada ibu hamil yang

melakukan perawatan kehamilan ke dukun bayi. Pada kesempatan tersebut mereka menyampaikan materi IMD yang sudah diperoleh selama pelatihan.

Pada akhir bulan pertama, dilakukan pendampingan terhadap dukun bayi dalam mempraktekkan materi yang telah diberikan dalam pelatihan. Saat pendampingan, setiap dukun bayi dikunjungi ke rumahnya dengan membawa lembar pendampingan yang menjadi pedoman pendampingan. Dalam pertemuan tersebut, dukun bayi terlebih dahulu diminta untuk menceritakan pengalamannya selama promosi IMD pada ibu hamil dan praktik IMD pada ibu bersalin, baik yang bersama bidan maupun sendiri, sambil mencocokkan dengan lembar pendampingan. Berdasarkan dari cerita dan pencocokan tersebut dapat disimpulkan apa saja yang menjadi kekurangan dari dukun bayi. Selanjutnya, sambil mengobrol santai, dengan santun dan ramah serta tidak menggurui, peneliti mengajak dukun bayi untuk memperbaiki praktik promosi dan pelaksanaan IMD serta mengingatkan kembali pengetahuan IMD maupun kemitraan yang terlupakan oleh dukun bayi. Selama pendampingan ini peneliti juga menggunakan buku saku yang sudah diberikan sebelumnya ke dukun bayi. Sementara, dukun bayi di kelompok kontrol tidak dilakukan pendampingan.

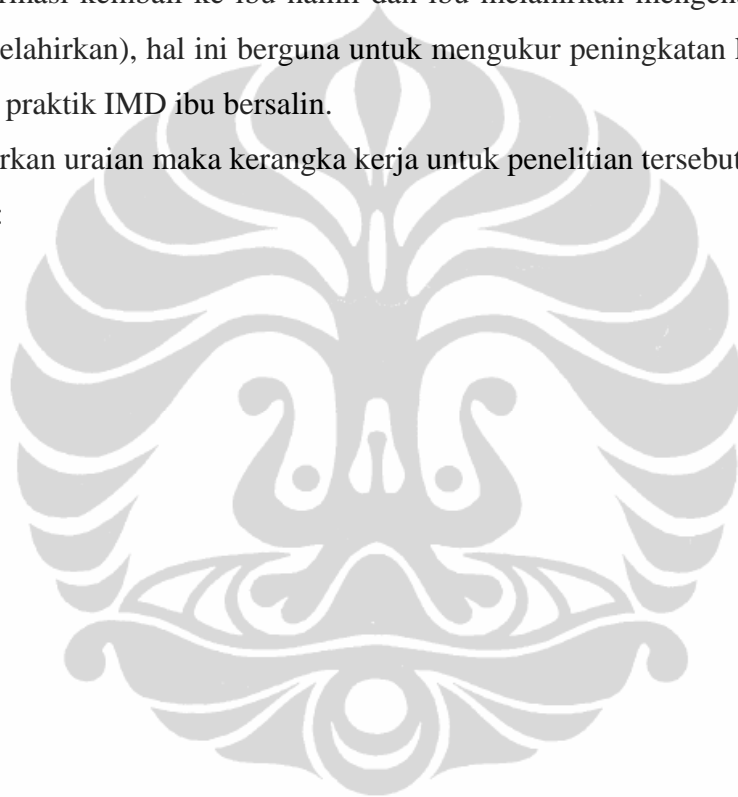
Pendampingan bulan kedua tidak jauh berbeda dengan pendampingan bulan pertama. Perbedaannya pada pertemuan bulan ke dua dilakukan lagi pelatihan (metoda dan materinya sama dengan pelatihan yang pertama). Pelatihan ulang ini hanya dilakukan khusus untuk kelompok intervensi sedangkan kelompok kontrol tidak diberikan pelatihan ulang. Pelatihan ulang tersebut bertujuan untuk mengingatkan kembali materi yang pernah diberikan serta meningkatkan kemampuan dukun bayi sewaktu menyarankan ibu untuk melaksanakan IMD serta menambah pengetahuan dan pengalaman melalui “sharing” cerita dengan dukun bayi-dukun bayi yang lain. Pada pelatihan ulang juga dilakukan kembali penilaian kedua terhadap pengetahuan, sikap, praktik (PSP 2) dukun bayi mengenai IMD. Penilaian ke dua disebut juga dengan pengukuran ke dua.

Seperti pada akhir bulan pertama dan setelah pelatihan maka dilakukan pendampingan yang kedua. Kegiatan dalam pendampingan kedua sebenarnya tidak

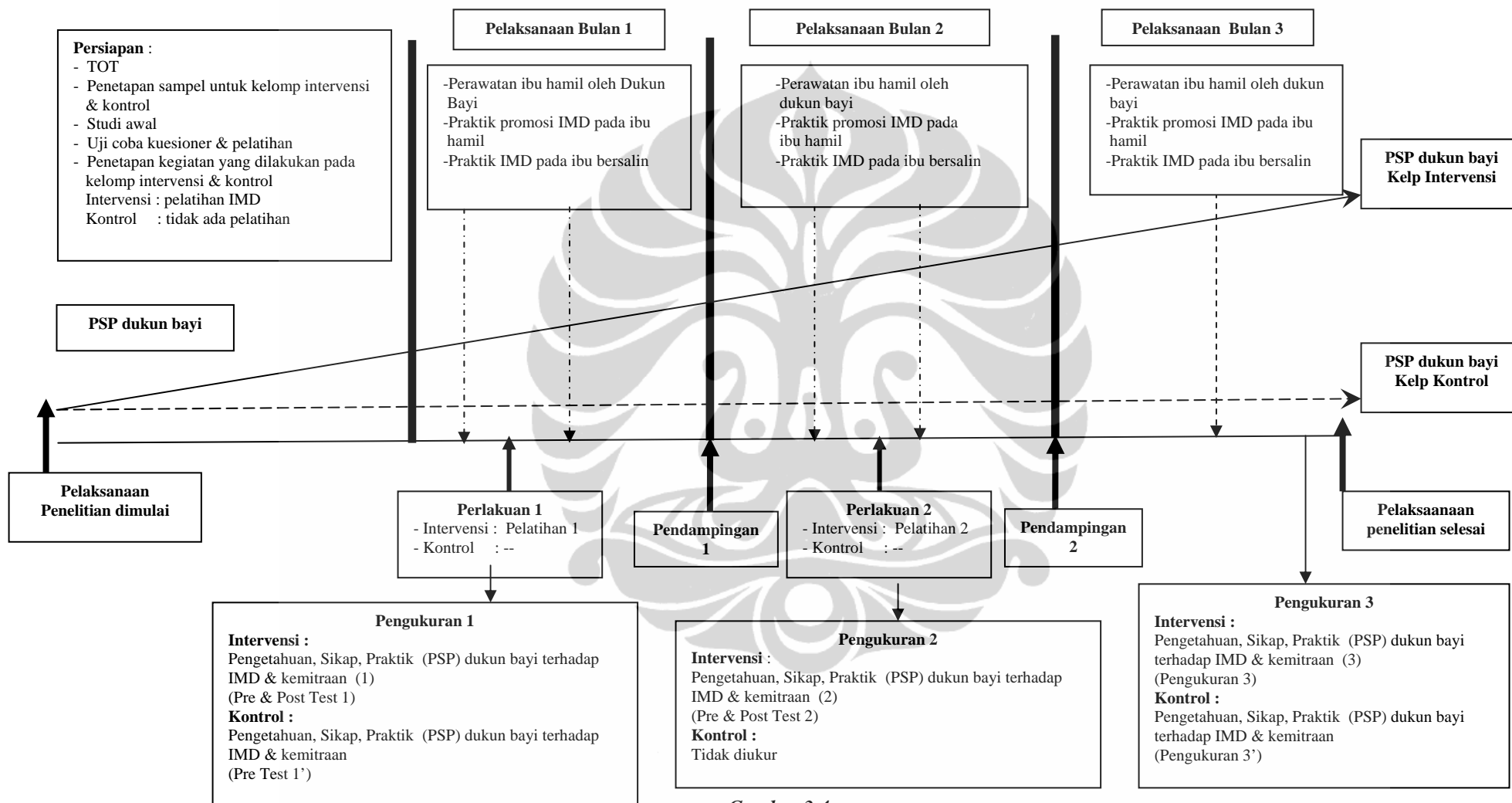
jauh berbeda dengan pedampingan pertama, yaitu mendatangi rumah setiap dukun bayi kemudian mengobrol santai sambil mengingat materi IMD yang telah diberikan dan dipraktikkan sambil menggali kesan mereka saat praktik IMD.

Selanjutnya pertemuan bulan ketiga juga tidak berbeda dengan pertemuan pada bulan pertama. Pada akhir pertemuan bulan ketiga dilakukan penilaian yang ketiga sehingga diperoleh pengetahuan, sikap, praktik (PSP 3) dukun bayi mengenai IMD dan konfirmasi kembali ke ibu hamil dan ibu melahirkan mengenai IMD (bila ada ibu yang melahirkan), hal ini berguna untuk mengukur peningkatan keterampilan dukun bayi dan praktik IMD ibu bersalin.

Berdasarkan uraian maka kerangka kerja untuk penelitian tersebut adalah sebagai berikut:



Kerangka Kerja Penelitian:



Gambar 3.4
Kerangka Kerja Penelitian Model Pelatihan Peduli Dukun Bayi untuk Meningkatkan Potensi Sebagai “Agent of Change” Pelaksanaan IMD

BAB IV

METODOLOGI

4.1 Lokasi dan Waktu Penelitian

4.1.1 Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Kabupaten Bogor. Pemilihan kecamatan di Kabupaten Bogor yang dijadikan lokasi intervensi dan kontrol penelitian dilakukan secara *purposive*, dengan langkah sebagai berikut:

- 1) Mengidentifikasi jumlah dukun bayi yang ada di masing-masing wilayah kerja Puskesmas;
- 2) Memilih 2 wilayah yang jumlah dukun bayinya terbanyak;
- 3) Mengidentifikasi banyaknya jumlah pertolongan persalinan oleh dukun bayi di kedua wilayah;
- 4) Memastikan ke dua wilayah ini memiliki kondisi sosial-ekonomi-budaya yang relatif sama. Dalam proses pemilihan wilayah ini juga dilakukan diskusi dengan pihak Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor serta observasi langsung ke lokasi.
- 5) Berdasarkan langkah tersebut di atas, terpilih Kecamatan Ciampea sebagai lokasi intervensi dan Kecamatan Ciseeng untuk lokasi kontrol penelitian. Antara ke dua Kecamatan ini dibatasi oleh 3 Kecamatan lain yaitu; Kecamatan Cibungbulan, Kecamatan Ranca Bungur dan Kecamatan Kemang.

4.1.2 Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan lebih kurang enam bulan dimulai pada bulan Februari 2010 sampai dengan Agustus 2010.

4.2 Disain Penelitian

Penelitian ini dilakukan dengan dua pendekatan, yaitu kuantitatif dan kualitatif. Penelitian kuantitatif menggunakan disain “Kuasi Eksperimen” yang merupakan penelitian utama. Untuk mendukung dan memperoleh penjelasan yang

lebih mendalam mengenai hasil penelitian kuantitatif dilakukan penelitian kualitatif. Desain penelitian kualitatif yang dipergunakan adalah "*Rapid Assesment Procedure*" (RAP).

4.3 Penelitian Kuantitatif

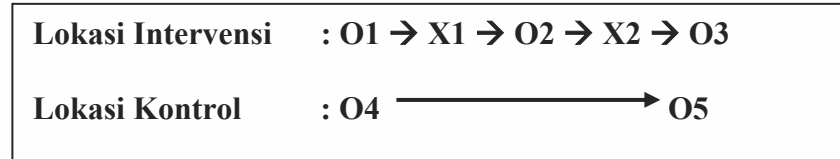
Desain penelitian kuantitatif yang dipakai adalah kuasi eksperimen. Kuasi eksperimen biasanya digunakan dalam satu penelitian jika seleksi awal dan randomisasi populasi sulit untuk dilakukan. Kesimpulannya bahwa kuasi eksperimen akan memberikan satu hasil yang representatif dibandingkan dengan desain penelitian yang bukan metoda eksperimen, sehingga bisa diterapkan untuk populasi lain. (Shuttleworth 2008, Rothman & Greenland 1998).

Kuasi eksperimen umumnya dikenal sebagai eksperimen semu, yaitu desain penelitian yang sengaja mengalokasikan berbagai tingkat variabel independen tertentu kepada subyek penelitian atau dengan kata lain subyek penelitian tersebut diberikan intervensi menggunakan metode tertentu sedemikian rupa sehingga diperoleh situasi penelitian yang terkontrol. Diperolehnya situasi penelitian yang terkontrol ini mendekati situasi yang dapat diharapkan dari eksperimen murni (Murti 1997).

Subyek dalam penelitian ini dikelompokkan di dua lokasi, yaitu lokasi intervensi dan kontrol. Pada lokasi intervensi ada sekelompok dukun bayi yang diberikan intervensi berupa pelatihan dan menggunakan beberapa metoda seperti pemutaran film mengenai IMD, sketsa cerita bergambar, metoda bercerita, bermain peran, testimoni, ceramah, diskusi, pemberian buku saku dan pendampingan, kemudian dilakukannya pelatihan maupun pemutaran film IMD ulang. Sementara, pada lokasi kontrol tidak ada intervensi atau perlakuan apa-pun. Pada kedua kelompok tersebut dilakukan *pre* dan *post test* dengan materi yang sama.

Pada uraian sebelumnya disebutkan adanya lokasi yang diintervensi, lokasi kontrol serta *pre* dan *post test* maka dapat disimpulkan penelitian menggunakan desain penelitian kuasi eksperimen jenis "*rancangan sebelum dan sesudah intervensi*

dengan kelompok kontrol". Berikut adalah gambaran desain penelitian kuantitatif kuasi eksperimen tersebut:



Keterangan:

- O1 : PSP dukun bayi sebelum intervensi
- O2 : PSP dukun bayi setelah intervensi 1 dan sebelum intervensi 2
- O3 : PSP dukun bayi setelah intervensi 2
- X1 : Pelatihan Pertama (Intervensi): Pemutaran Filem, sketsa cerita bergambar, metoda bercerita, bermain peran, testimoni, ceramah, diskusi, pemberian buku saku dan pendampingan,
- X2 : Pelatihan Ulang dan pendampingan (Intervensi 2)
- O4, O5 : PSP dukun bayi di daerah Kontrol sebelum dan setelah periode kontrol

Gambar 4.1
Desain Kuasi Eksperimen dalam Penelitian Model Pelatihan
Peduli dukun bayi untuk Meningkatkan Potensi Sebagai
"Agent of Change" Pelaksanaan IMD

Desain penelitian kuantitatif Kuasi Eksperimen juga tidak terlepas dari kemungkinan mengalami bias, khususnya bias kontaminasi. Bias kontaminasi terjadi ketika dukun bayi yang termasuk dalam kelompok kontrol secara sengaja atau tidak sengaja terpengaruh oleh kelompok intervensi.

Strategi untuk mengatasi bias kontaminasi adalah dengan memilih dukun bayi yang dijadikan responden berasal dari lokasi yang relatif berjauhan atau berasal dari wilayah kerja puskesmas yang berbeda. Jika berasal dari wilayah kerja puskesmas yang berbeda dan relatif berjauhan diharapkan dukun bayi yang terpilih menjadi responden di kelompok intervensi dan kontrol tidak saling bertemu sehingga tidak terjadi pertukaran informasi.

4.3.1 Populasi Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah semua dukun bayi yang berada di Kabupaten Bogor pada saat penelitian berlangsung tahun 2010.

4.3.2 Pemilihan Daerah Intervensi dan Kontrol

Penelitian Model Pelatihan Peduli dukun bayi mengenai IMD dilaksanakan di dua daerah penelitian, yaitu di daerah Intervensi dan daerah Kontrol. Kecamatan yang terpilih menjadi daerah Intervensi adalah Kecamatan Ciampea dan daerah Kontrol adalah Kecamatan Ciseeng. Keduanya dipilih secara purposif dengan mempertimbangkan jumlah dukun bayi yang ada, jumlah pertolongan persalinan oleh dukun bayi, serta kecamatan yang memiliki kemiripan kondisi sosial ekonomi dan budaya (antara daerah Intervensi dan Kontrol).

Proses pemilihan kecamatan ini juga melibatkan petugas Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor dalam memberikan pendapat dan pandangan. Sebelum keputusan diambil untuk memilih Kecamatan Ciampea dan Kecamatan Ciseeng, terlebih dahulu dilakukan kunjungan dan observasi ke beberapa Kecamatan lain yang sempat menjadi calon daerah penelitian yaitu Kecamatan Jonggol, Kecamatan Caringin, Kecamatan Pamijahan. Jadi total daerah yang diobservasi ada 6 kecamatan, termasuk kecamatan yang menjadi daerah intervensi, kontrol, dan uji coba.

4.3.3 Sampel Penelitian

Unit sampel dalam penelitian adalah dukun bayi sehingga dukun bayi yang akan dijadikan responden maupun peserta pelatihan adalah dukun bayi yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.

1. Kriteria Sampel

Dukun bayi yang menjadi responden atau peserta pelatihan adalah dukun bayi yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Kriteria inklusi adalah kriteria bagi dukun bayi yang dijadikan responden sedangkan kriteria eksklusi yaitu kriteria dukun bayi yang tidak dijadikan responden di lokasi penelitian. Berikut adalah kriteria inklusi dan eksklusi:

Kriteria Inklusi:

- a. Dukun bayi berjenis kelamin perempuan.
- b. Dukun bayi yang berumur antara 35 sampai 70 tahun. Dipilih umur 35 sampai dengan 70 tahun karena pada umumnya dukun bayi yang ada di lokasi penelitian biasanya berumur antara 35 -70 tahun, sedangkan dukun bayi yang berusia di atas 70 tahun kebanyakan sudah tidak terlalu aktif dan relatif sulit untuk dilatih karena keterbatasan fisik dan lain sebagainya.
- c. Dukun bayi bertempat tinggal minimal selama 1 tahun di lokasi penelitian, karena selama jangka waktu tersebut dukun bayi sudah dikenal cukup baik oleh masyarakat.
- d. Bersedia menjadi responden dalam penelitian.
- e. Bersedia mengikuti pelatihan dukun bayi yang diadakan dalam penelitian.

Kriteria Eksklusi:

- a. Dukun bayi yang memiliki keterbatasan fisik dan gangguan pendengaran.
- b. Dukun bayi yang masih magang pada dukun bayi sebelumnya, karena bila masih magang, dukun bayi masih dalam tahap belajar sehingga belum banyak dipilih oleh masyarakat.
- c. Pernah mengikuti pelatihan mengenai IMD.

2. Besar Sampel

Jumlah atau besar sampel minimal yang dibutuhkan dalam penelitian dihitung dengan persamaan sampel untuk uji hipotesis dengan satu proporsi pada uji satu sisi sebab hipotesis dari penelitian untuk menganalisis efek pelatihan dukun bayi dengan disain khusus yaitu pelatihan peduli dukun bayi yang memperhatikan karakteristik dan menggunakan berbagai metoda seperti: pemutaran filem, sketsa cerita bergambar, metoda bercerita, bermain peran, testimoni, ceramah, diskusi, pemberian buku saku dan pendampingan dan pelatihan ulang. Maka formula yang digunakan untuk menentukan jumlah minimal sebagai berikut (Lemeshow et al. 1997):

$$n_1 = n_2 = \frac{\left(Z_{1-\alpha} \sqrt{2P(1-P)} + Z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1)} + P_2(1-P_2) \right)^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Dimana :

- n_1 : Jumlah dukun bayi yang dibutuhkan di lokasi intervensi sehingga menerima pelatihan dukun bayi dengan disain yang disesuaikan dengan latar belakang mereka dan menggunakan beberapa metoda (pemutaran filem mengenai IMD, sketsa cerita bergambar, metoda bercerita, bermain peran, testimoni, ceramah, diskusi, pemberian buku saku dan pendampingan), serta pelatihan ulang.
- n_2 : Jumlah dukun bayi yang dibutuhkan di lokasi kontrol dan tidak menerima intervensi apapun.
- $Z_{1-\alpha}$: Derajat kemaknaan α pada 95% (1,64)
- $Z_{1-\beta}$: Derajat kemaknaan β pada 80% (0,84)
- P : Proporsi total
- Dimana :
- P_1 : Proporsi faktor konfonding dukun bayi saat pre-test (sebelum dilatih dari penelitian terdahulu)
- P_2 : Proporsi faktor konfonding dukun bayi saat post-test (sesudah dilatih dari penelitian terdahulu)
- $P_1 - P_2$: Perbedaan proporsi minimal yang dianggap bermakna = 10 % = 0,1

Setelah diketahui P_1 dan P_2 maka dapat dihitung jumlah atau besar sampel minimal yang dibutuhkan di lokasi intervensi dan kontrol dengan menggunakan formula (1). Hasil perhitungan formula 1 disajikan pada tabel berikut :

Tabel 4.1
Perhitungan Besar Sampel Minimal dari Beberapa Penelitian
Model Pelatihan Dukun Bayi

Variabel	$Z_{1-\alpha}$	$Z_{1-\beta}$	P_1	P_2	$(P_1 - P_2)$	n	(n+10%)	Sumber	Tahun
Pengetahuan dukun bayi	95 %	80 %	0,64	0,06	0,10	27	30	Sibley	2004
Sikap dukun bayi	95 %	80 %	0,56	0,15	0,10	16	18	Sibley	2004
Perilaku dukun bayi	95 %	80 %	0,64	0,06	0,10	8	9	Sibley	2004
Pengetahuan KB dukun bayi	95 %	80 %	0,42	0,68	0,10	45	50	Okugbazi	1988
Praktek imunisasi dukun bayi	95%	80%	0,30	0,55	0,10	48	52	Okugbazi	1988

Perhitungan dari beberapa penelitian model pelatihan dukun bayi, diperoleh jumlah minimal sampel terbanyak adalah 48 orang dukun bayi. Dengan demikian dibutuhkan sebanyak 48 dukun bayi untuk setiap lokasi atau kelompok (48 untuk kelompok kontrol dan 48 untuk kelompok intervensi). Kemudian untukantisipasi tidak ada respon atau tidak ikut berpartisipasi dari responden atau ketidaklengkapan saat pengumpulan data maka jumlah sampel minimal ditambah 10% sehingga jumlah sampel yang dibutuhkan di masing – masing kelompok intervensi dan kontrol penelitian sebanyak 52 dukun bayi.

3. Cara pengambilan Sampel

Pengambilan sampel dilakukan secara purposif dengan langkah sebagai berikut:

- 1) Menentukan populasi studi yaitu seluruh dukun bayi yang ada di 2 lokasi penelitian yang sudah dipilih atau ditentukan menjadi lokasi intervensi (Kecamatan Ciampea) dan lokasi kontrol (Kecamatan Ciseeng).
- 2) Mengidentifikasi populasi dukun bayi yang ada di 2 lokasi penelitian tersebut (intervensi kecamatan Ciampea sebanyak 63 dan kontrol kecamatan Ciseeng sebanyak 67 orang).
- 3) Setelah diperoleh jumlah dukun bayi, selanjutnya diidentifikasi sesuai kriteria inklusi dan eksklusi, maka didapatkan pada masing-masing lokasi (intervensi dan kontrol) dukun bayi yang memenuhi kriteria inklusi sebanyak masing-masing 53 orang. Daftar dukun bayi ini (kerangka sampel) rencananya akan dipilih secara acak, namun karena jumlah dukun bayi yang ada sangat terbatas hanya 53 orang, maka semua dukun bayi tersebut dipilih sebagai sampel. Jumlah ini telah memenuhi jumlah sampel minimum yaitu 52 responden.

4.3.4 Pengumpulan Data

1) Data Sekunder

Data sekunder berupa gambaran umum lokasi penelitian, profil tenaga kesehatan, profil kesehatan ibu dan anak, serta data-data yang terkait lainnya yang dapat mendukung penelitian diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor, Puskesmas maupun institusi lainnya yang ada di Kecamatan Ciampea dan Ciseeng, Kabupaten Bogor, Propinsi Jawa Barat.

2) Data Primer

Data primer yang diperoleh adalah data mengenai Umur, Lama kerja, Jumlah persalinan, Kemitraan dukun bayi dengan Bidan di desa dalam menolong persalinan, Jumlah pasien dukun bayi selama intervensi, Kepercayaan yang menghambat IMD, Pengetahuan dan Sikap dukun bayi tentang IMD sebelum intervensi maupun Pengetahuan, Sikap, dan Praktik dukun bayi tentang IMD setelah intervensi diukur dengan menggunakan kuesioner *pre-test* dan *post-test*. Selanjutnya Pengetahuan, Sikap, dan Praktik dukun bayi tentang IMD akan diukur kembali pada saat akhir bulan kesatu, dua, dan tiga menggunakan kuesioner yang sama.

Data primer lainnya adalah data mengenai konfirmasi Pengetahuan, Sikap, dan Praktik saat dukun bayi menyarankan IMD pada pasiennya yaitu saat merawat ibu hamil dan membantu serta mendampingi ibu melahirkan. Data primer tersebut diukur dengan kuesioner konfirmasi pada ibu hamil atau kuesioner konfirmasi ibu melahirkan.

4.3.5 Instrumen Penelitian

1) Kuesioner

Instrumen yang digunakan sewaktu pengumpulan data primer adalah kuesioner *pre-post test*, kuesioner yang sama juga digunakan untuk pengukuran 2 dan ke 3, kemudian ada juga kuesioner (lembar kroscek/ konfirmasi) untuk ibu hamil dan ibu melahirkan yang menjadi pasien dukun bayi.

Kuesioner berisi pertanyaan mengenai Umur, Lama kerja, Jumlah persalinan, Kemitraan dukun bayi dengan Bidan di desa dalam menolong persalinan, Jumlah

pasien dukun bayi selama intervensi, Kepercayaan yang menghambat IMD, Pengetahuan dan Sikap dukun bayi tentang IMD sebelum intervensi maupun Pengetahuan, Sikap, dan Praktik dukun bayi tentang IMD setelah intervensi. Berikut adalah rincian isi dari masing – masing kuesioner:

Tabel 4.2
Kuesioner Penelitian Model Pelatihan Peduli Dukun Bayi Untuk Meningkatkan Potensi Sebagai "Agent of Change" Pelaksanaan IMD

Isi Kuesioner	Jumlah Pernyataan
Kuesioner Pre-Post Test Pelatihan dukun bayi	
I. Data Pribadi	12
II. Inisiasi Menyusu Dini (IMD)	
a. Pengetahuan	10
b. Sikap	5
c. Praktik Promosi dan Pelaksanaan IMD oleh Paraji	7
III. Kemitraan Paraji dengan Bidan Desa	
a. Pengetahuan	3
b. Sikap	9
c. Praktik Kemitraan Paraji-Bidan Desa	5
Jumlah	51
Kuesioner Kroscek Pasien dukun bayi	
I. Data Pribadi	15
II. Pendapat Ibu tentang dukun bayi	6
III. Pengetahuan IMD	10
IV. Sikap Ibu Tentang IMD	5
V. Praktek IMD oleh dukun bayi	26
VI. Kemitraan Bidan dengan dukun bayi	2
Jumlah	64

Kuesioner untuk dukun bayi dirancang sedemikian rupa mengingat pada umumnya mereka tidak bisa baca dan tulis, oleh sebab itu pertanyaan dibacakan atau dijelaskan pada dukun bayi. dukun bayi dipersilahkan untuk menjawab atau memilih jawaban yang disediakan tanpa paksaan atau dengan kata lain sesuai dengan keinginan mereka.

Setiap pilihan jawaban diberi skala atau skor yang terdiri dari skor 0 atau 1. Skor menunjukkan tingkat pemahaman Pengetahuan, Sikap, dan Praktik dukun bayi terhadap pertanyaan yang terdapat di kuesioner.

Pemilihan skor 0 atau 1 mempunyai tujuan agar dukun bayi tegas dalam menyatakan Pengetahuan, Sikap, dan Praktik serta menghindari kecenderungan Pengetahuan, Sikap, dan Praktik yang berada di tengah atau ragu – ragu. (Mueller, 1986).

Cara skoring berdasarkan pilihan pernyataan dari dukun bayi. Misalnya, 51 pernyataan pada Kuesioner *Pre-Post Test* dukun bayi merupakan pernyataan mengenai Pengetahuan, Sikap, dan Praktik IMD oleh dukun bayi saat menyarankan IMD kepada ibu hamil yang diukur dalam kuesioner dengan skor terendah (0) jika dukun bayi memilih jawaban salah, skor 0 diberikan jika dukun bayi memilih jawaban tidak tahu, dan skor 1 jika dukun bayi memilih jawaban benar. Kemudian untuk mengetahui hasil skoring dari Pengetahuan, Sikap, dan Praktik IMD oleh dukun bayi maka skor yang menjadi pilihan dukun bayi dijumlah total yang disebut dengan skor total.

Hasil skoring total tersebut yang akan diolah. Semakin tinggi skor yang diperoleh dukun bayi maka semakin baik Pengetahuan, Sikap, dan Praktik dalam menyarankan IMD kepada ibu hamil dan ibu melahirkan. Demikian sebaliknya, jika skor total yang diperoleh dukun bayi semakin rendah maka semakin rendah juga Pengetahuan, Sikap, dan Praktik dari dukun bayi sewaktu menyarankan IMD kepada ibu hamil dan ibu melahirkan

Setelah didapatkan skor total kemudian dikelompokkan sesuai definisi operasional. Untuk hasil kuesioner variabel yang skala pengukurannya rasio serta memerlukan pengelompokkan data maka dilakukan pengecekan normalitas data terlebih dahulu dengan menggunakan uji *Kolmogorov – Smirnov*. Jika distribusi data tidak normal maka untuk pengelompokkannya menggunakan nilai ukuran tengah (*cut of point*) median sedangkan jika distribusi data normal maka dalam pengelompokkannya dengan nilai ukuran tengah rata-rata (*mean*).

2) Uji Coba Kuesioner

Sebelum pelatihan dan pengumpulan data dilakukan, terlebih dahulu dilakukan uji coba pelatihan serta uji coba kuesioner dengan tujuan agar validitas dan reliabilitas instrumen dan perangkat materi pelatihan terjaga. Uji coba pelatihan dilakukan di salah satu Kecamatan yang ada di Kab. Bogor yaitu Kecamatan Kemang yang keadaan sosial budaya-nya relatif sama dengan daerah penelitian (Kecamatan Ciampea dan Kecamatan Ciseeng).

Uji validitas adalah uji untuk mengetahui suatu instrumen dapat mengukur sesuatu yang ingin diukur (variabel) dengan tepat. Uji realibilitas adalah uji untuk mengetahui suatu instrumen yang digunakan saat pengambilan data menggunakan instrumen yang sah dan akurat (Mueller 1986). Selanjutnya, data yang diperoleh sewaktu uji validitas dan reliabilitas diolah menggunakan program komputer. Berikut adalah langkah uji validitas dan reabilitas yang dilakukan:

- 1) Menyebarkan kuesioner uji coba pada dukun bayi atau kelompok responden di Kecamatan Kemang, Kabupaten Bogor. Daerah ini dipilih karena memiliki keadaan sosial budaya atau kemiripan karakteristik dengan dukun bayi yang ada di Kecamatan Ciampea (lokasi intervensi) dan Kecamatan Ciseeng (lokasi kontrol) Kabupaten Bogor.
- 2) Setelah didapatkan data dari kuesioner uji coba maka data tersebut diolah dengan program komputer.
- 3) Menganalisis hasil pengolahan data berdasarkan dua kaidah yang dimulai dengan menguji validitas kuesioner baru dilanjutkan dengan uji reabilitas.

Cara Analisis Uji Validitas

Membandingkan nilai r tabel dengan r hitung yang merupakan hasil pengolahan data di komputer:

- 1) Menentukan nilai r tabel
 Nilai r tabel dilihat dari tabel r dengan menggunakan formula $df = n - 2$, dimana n adalah jumlah pertanyaan yang diuji. Misalnya ada 29 pernyataan mengenai pengetahuan dukun bayi tentang IMD di kuesioner dukun bayi yang diuji. Maka nilai n adalah 29 sehingga diperoleh nilai df -nya adalah 27 yang

berasal dari perhitungan $29 - 2$. Selanjut, melihat tabel r pada tingkat kemaknaan 5 %. Yang kemudian didapat r tabel-nya adalah 0,867.

- 2) Menentukan nilai r hitung (hasil pengolahan data)
 Nilai r hitung dilihat pada kolom ” *Corected item – total correlation*” pada lembar hasil pengolahan data dengan program komputer.
- 3) Keputusan:
 Membandingkan masing – masing r hitung dan r tabel untuk setiap pertanyaan. Sebagai dasar pengambilan keputusannya adalah bila r hitung $>$ r tabel maka pertanyaan kuesioner dinyatakan valid.

Cara Analisis Uji Reabilitas

Analisis uji reabilitas adalah dengan membandingkan nilai r tabel dengan nilai r hitung seperti pada uji validitas. Nilai r hitung-nya adalah **nilai *alpha croncbach*** yang ada di lembar hasil pengolahan data.

Keputusan : Jika r *alpha croncbach* $>$ r tabel maka pernyataan reliabel.

3) Uji Coba Pelatihan

Uji coba pelatihan sangat diperlukan untuk mengetahui apakah modul, metoda yang digunakan tepat dan mudah untuk dilaksanakan, selain itu juga untuk mengidentifikasi hambatan-hambatan yang ditemukan. Uji coba pelatihan ini persis dilakukan seperti saat pelatihan yang sesungguhnya, sehingga juga bisa melihat dan mengetahui reaksi peserta terhadap metoda pengajaran, kurikulum dan modul yang digunakan.

Tempat pelaksanaan uji coba pelatihan dilakukan sama dengan daerah uji coba instrument yaitu di Kecamatan Kemang, Kabupaten Bogor yang kondisi sosial ekonominya relatif sama dengan daerah penelitian. Selanjutnya berdasarkan hasil uji coba ini maka segera dilakukan perbaikan pada modul, kurikulum, lama waktu pelatihan dan metoda untuk dipakai pada pelatihan yang sebenarnya.

4.3.6 Pengolahan Data

Pengolahan data kuantitatif akan diolah dengan perangkat lunak statistik dengan tahapan sebagai berikut:

- 1) Editing
Pada saat editing dilakukan pemeriksaan kelengkapan pengisian lembar kuesioner, kesalahan pengisian, kejelasan makna, relevansi jawaban, dan keseragaman pengukuran.
- 2) Koding
Dalam tahap koding dilakukan kegiatan mengklasifikasikan dan pengkodean hasil kuesioner yang bertujuan memudahkan proses selanjutnya
- 3) Skoring
Pemberian skor bertujuan untuk memberikan nilai pada masing – masing kuesioner. Setelah diberikan nilai kemudian dilakukan penjumlahan hasil skoring.
- 4) Entri
Setelah editing, koding dan skoring, dilakukan proses entri data. Proses entri data merupakan kegiatan memasukkan data hasil penelitian menggunakan fasilitas komputer
- 5) Tabulasi Data
Tahap terakhir pengolahan data adalah tabulasi data yang mengelompokkan data hasil penelitian kemudian disajikan dalam bentuk tabel untuk memudahkan analisis data.

4.3.7 Analisis Data

Data kuantitatif yang telah diperoleh akan dianalisis secara univariat, bivariat dan multivariat dengan menggunakan perangkat lunak dengan tahapan:

1) Analisis Univariat

Analisis univariat untuk variabel Pengetahuan – Sikap - Praktik Promosi dukun bayi Mengenai IMD, Praktik dukun bayi Melaksanakan IMD, Kemitraan dukun bayi dengan Bidan di Desa, Jumlah Pasien, dan Kepercayaan yang dapat menghambat IMD disajikan dengan menggunakan grafik.

Tahap awal dari analisis univariat melakukan *cleaning data* kemudian mengetahui distribusi kenormalan data dari variabel tersebut. Distribusi kenormalan data dianalisis dengan melihat nilai dari *Kolmogorov-Smirnov test*. Variabel dengan skala kontinyu akan disajikan dalam bentuk grafik dengan rerata atau median.

2) Analisis Bivariat

Analisis bivariat bertujuan mengetahui perbedaan suatu variabel. Analisis bivariat yang digunakan adalah t berpasangan dan tidak berpasangan. Uji t berpasangan bertujuan melihat perbedaan hasil variabel pengetahuan, sikap, praktik pelaksanaan dan promosi IMD; umur, lama kerja, jumlah persalinan, kemitraan dukun bayi dengan bidan di desa dalam menolong persalinan, jumlah pasien dukun bayi selama intervensi dan kepercayaan yang menghambat IMD saat *pre - post test* pelatihan, sementara uji t tidak berpasangan bertujuan membandingkan variabel tersebut antara kelompok intervensi dengan kontrol.

Sebelum uji bivariat t berpasangan dan tidak berpasangan dilakukan, terlebih dahulu dilakukan uji kenormalan dari data variabel. Jika data tetap tidak normal ($p \text{ value} < 0,050$) walaupun telah dilakukan transformasi data dengan cara dikuadratkan, diakar, dan Log 10 maka uji bivariat dilakukan menjadi uji non parametrik.

Uji non parametrik yang setara dengan uji t berpasangan menggunakan Uji *Wilcoxon* dan uji non parametrik yang setara dengan uji t tidak berpasangan adalah Uji *Mann Whitney*. Pengambilan keputusan dari hasil uji tersebut jika $p \text{ value} < 0,050$ maka ada perbedaan signifikan antara *pre - post test* atau kelompok intervensi dengan kontrol.

3) Analisis Multivariat

Analisis multivariat dilakukan untuk melihat perubahan segera dari variabel umur, lama menjadi dukun bayi, jumlah membantu persalinan dalam 1 bulan terakhir, kemitraan dengan bidan di desa, jumlah pasien, dan kepercayaan yang dapat menghambat IMD terhadap perubahan Pengetahuan, Sikap dan Praktik dukun bayi dalam menyarankan dan membantu proses IMD sebelum dan sesudah diberi perlakuan (model pelatihan peduli dukun bayi). Seperti yang telah disebutkan sebelumnya, terdapat beberapa variabel independen yang akan dianalisis dengan

variabel dependen yaitu variabel Pengetahuan, Sikap, dan Praktik (PSP) dukun bayi dalam menyarankan dan membantu proses IMD yang bersifat katagorik. Oleh karenanya, perubahan dari PSP dukun bayi dalam menyarankan dan membantu proses IMD sebelum dan sesudah perlakuan menggunakan uji regresi logistik.

Langkah yang dilakukan dalam uji regresi logistik ganda sebagai berikut:

- 1). Melakukan analisis bivariat antara variabel independen yang terdiri dari variabel konfounding, perlakuan (kelompok dukun bayi intervensi dan kontrol) dengan variabel PSP dukun bayi menyarankan dan membantu proses IMD. Jika nilai p dari hasil uji bivariat $< 0,25$ maka variabel independen dapat ikut dianalisa dalam model multivariat tetapi jika nilai $p > 0,25$ dan dianggap penting secara substansi maka tetap dapat ikut dianalisa dalam model multivariat.
- 2). Langkah kedua memilih variabel konfounding, perlakuan (kelompok dukun bayi intervensi dan kontrol) yang berhubungan signifikan dengan variabel PSP dukun bayi menyarankan dan membantu proses IMD. Caranya dengan memasukkan atau mengeluarkan variabel yang lolos dalam tahap sebelumnya ke dalam proses pengolahan data selanjutnya. Dari hasil pengolahan data tersebut jika ada nominal nilai p terbesar maka variabel yang memiliki nilai p terbesar tersebut dikeluarkan dari pengolahan begitu seterusnya.

Selanjutnya untuk mengetahui seberapa besar efek pelatihan dan pendampingan terhadap Pengetahuan, Sikap, Praktik Promosi dan Praktik IMD selama intervensi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol digunakan rumus sebagai berikut:

<p>Efek Intervensi Pelatihan dan Pendampingan: $\frac{(\text{rata-rata pengukuran akhir}) - (\text{rata-rata pre-test I})}{(\text{rata-rata pre-test I})} \times 100 \%$</p>

4.4 Penelitian Kualitatif

Menurut Bogdan dan Taylor- dalam Maleong, (1990), metodologi kualitatif sebagai prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata

tertulis atau lisan dari orang-orang dan perilaku yang dapat diamati. Pendekatan ini diarahkan pada latar dan individu tersebut secara utuh. Metode kualitatif adalah suatu metode yang menyelidiki fenomena sosial dan budaya untuk membuat gambaran secara kompleks, meneliti kata-kata, tingkah laku dan juga makna dari sudut pandangan responden, semua ini dilakukan pada situasi yang alami. Hal ini bertujuan untuk memahami fenomena secara menyeluruh untuk menghasilkan analisis holistik dan data deskriptif. Pendekatan ini berorientasi pada proses dan menempatkan peneliti sebagai instrumen utama dalam mengumpulkan dan menginterpretasikan data. (Faisal 1990).

Menurut Scrimshaw (1992), RAP (*Rapid Assessment Procedure*) adalah suatu pendekatan atau pengkajian secara kualitatif yang dapat dilakukan secara cepat (berkisar 1-2 bulan) mengenai perilaku yang berhubungan dengan kesehatan. Melalui RAP ini juga bisa dilakukan untuk pemahaman keberhasilan, masalah-masalah yang dihadapi dalam pelaksanaan program-program kesehatan. Peneliti sosial lain yang tidak memiliki latar belakang antropologi yang mendalam bisa melakukan RAP.

Penggunaan metode kualitatif dalam penelitian ini menggunakan pendekatan RAP, adapun tujuan penelitian kualitatif disini untuk memperoleh informasi mendalam tentang :

- 1). Pengalaman dukun bayi paska pelatihan dalam menyampaikan pesan kesehatan kepada ibu tentang neonatus dan ibu nifas
- 2). Sikap dukun bayi terhadap pendampingan selama dua bulan paska pelatihan
- 3). Persepsi dukun bayi terhadap metode pelatihan
- 4). Persepsi ibu dan keluarga terhadap penjelasan atau penyuluhan tentang IMD yang dilakukan oleh dukun bayi
- 5). Alasan ibu dan keluarga untuk mau atau tidak mau menerima dan menerapkan konsep IMD

Penelitian kualitatif ini menggunakan 3 metode pokok sebagai alat pengumpulan data, yaitu Diskusi Kelompok Terarah, Wawancara Mendalam dan Observasi. Ketiga metode tersebut digunakan karena mampu memperoleh informasi secara menyeluruh dan mendalam mengenai segala hal yang berkaitan dengan

Pelatihan dukun bayi dan pelaksanaan IMD oleh dukun bayi, ibu hamil dan ibu yang baru melahirkan di masyarakat.

4.4.1 Jenis Informan, Cara Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan Diskusi Kelompok Terarah (DKT), Wawancara Mendalam (WM) dan Observasi. Diskusi Kelompok Terarah adalah suatu diskusi yang dilakukan terhadap sekelompok orang (lebih kurang 6 – 12 orang) dan mempunyai karakteristik yang homogen (dengan kriteria yang sudah ditetapkan sebelumnya). Diskusi dipandu oleh seorang fasilitator dengan menggunakan pedoman diskusi semi terstruktur, pelaksanaan diskusi dibantu oleh seorang pencatat dan direkam dengan menggunakan alat perekam suara agar tidak ada informasi yang tertinggal. Penggunaan alat perekam ini atas seizin peserta diskusi.

Menurut Barbour dan Kitzinger (2001), FGD atau DKT adalah sekelompok orang yang berdiskusi mengenai isu atau topik tertentu. Diskusi dipimpin oleh seorang moderator yang mendorong peserta untuk mengemukakan pendapat, berkomentar satu dengan yang lainnya. Krueger dan Casey (2000) mengatakan bahwa DKT adalah sebuah kelompok khusus dalam hal tujuan, ukuran, komposisi dan prosedur-prosedur. Tujuan sebuah DKT adalah mendengarkan dan mengumpulkan informasi. Pesertanya diseleksi karena mereka mempunyai karakteristik tertentu yang sama dan berhubungan dengan topik DKT. Selanjutnya Menurut Willms, D dalam Faisal (1990) Tujuan dari Diskusi Kelompok Terarah ialah untuk mengetahui persepsi, pendapat, gagasan, dan ide sekelompok orang mengenai suatu hal.

Adapun jenis Informan di dalam Diskusi Kelompok Terarah ialah Bidan di Desa dan dukun bayi. Kegiatan Diskusi Kelompok Terarah (DKT) dilakukan di daerah intervensi untuk mengetahui respon atau tanggapan informan terhadap IMD dan pelaksanaannya. DKT dilakukan sebanyak 3 kelompok dukun bayi dan 3 kelompok bidan desa.

Selanjutnya, wawancara mendalam ialah temu muka langsung antara peneliti dengan subjek penelitian, dalam rangka memahami pandangan subyek penelitian

mengenai hidupnya, pengalamannya, ataupun situasi social sebagaimana diungkapkan dalam bahasanya sendiri, (Taylor and Bogdan 1984). Wawancara mendalam ini dilakukan oleh seorang pewawancara (peneliti) yang sudah menguasai topik atau hal yang akan ditanyakan dengan menggunakan pedoman wawancara mendalam semi terstruktur. Agar tidak ada informasi yang terlewatkan maka wawancara mendalam direkam dengan menggunakan alat perekam suara, setelah sebelumnya meminta izin terlebih dahulu. Wawancara Mendalam dilakukan kepada Kepala Puskesmas dan Bidan Koordinator.

Observasi adalah satu cara yang sangat efektif mengenali apa yang dilakukan oleh orang dalam konteks khusus, rutinitas dan pola interaksi kehidupan sehari-hari mereka. Dalam pelayanan kemanusiaan, metoda penelitian *observational* dapat memberikan satu pemahaman apa yang terjadi antara penyedia layanan serta pengguna, atau di dalam keluarga, sebuah komite, satu bangsal atau unit residensial, satu organisasi atau satu komunitas besar (Darlington 2002).

Dalam penelitian ini observasi dilakukan ketika dukun bayi memberikan pelayanan atau penjelasan tentang IMD pada ibu-ibu hamil yang jadi “pasien”nya. Berikut adalah tabel rincian informan penelitian ini:

Tabel 4.3 Jenis Informan dan Metoda Pengumpulan Data di Daerah Intervensi dan Kontrol

Keterangan	Diskusi Kelompok Terarah	Wawancara Mendalam	Observasi
Kelompok dukun bayi	√		√
Klp Bidan di Desa	√		
Kepala Puskesmas		√	
Bidan Koordinator		√	

4.4.2 Instrumen

Instrumen penelitian dalam penelitian kualitatif adalah peneliti/ pewawancara sendiri, namun agar pertanyaan bisa teridentifikasi dengan baik, pewawancara dilengkapi dengan pedoman wawancara yang sifatnya semi terstruktur baik pada Diskusi Kelompok Terarah dan juga Wawancara Mendalam. Instrumen ini menjadi

patokan bagi pewawancara untuk menggali informasi ke informan. Walaupun pewawancara menggunakan suatu instrumen yang sudah disusun sedemikian rupa, namun pewawancara diberi keleluasaan untuk menggali dan mengembangkan pertanyaan sedalam mungkin pada informan, asal tetap bertujuan pada pedoman yang hendak dicapai. Untuk mendapatkan kesesuaian antara informasi yang digali dengan bentuk pertanyaan dalam instrumen, maka terlebih dahulu dilakukan kegiatan uji coba.

4.4.3 Pengolahan dan Analisis Data

Semua data Kualitatif dari kegiatan Diskusi Kelompok Terarah (DKT) dan Wawancara Mendalam (WM) direkam dengan menggunakan alat perekam suara. Data ini kemudian dibuat transkrip (dipindahkan ke dalam bentuk tertulis). Selanjutnya, hasil transkrip data di *cleaning* terlebih dahulu, yaitu memeriksa ulang kesesuaian antara hasil transkrip dengan isi rekaman di dalam kaset dan catatan wawancara yang bertujuan untuk akurasi data.

Setelah semua transkrip di-*cleaning*, data diolah dengan menggunakan *software NVivo version 2.0* sebagai alat bantu. Penggunaan *Software Nvivo version 2.0* ini bertujuan untuk meminimalisir subjektivitas peneliti, dengan melihat secara detail, menyeluruh, dan utuh dari data yang diperoleh. Kerangka Analisis berbentuk “*three node structure*” di dalam *NVivo version 2.0* berdasarkan informasi utuh dari seluruh informan yang telah dipilah secara mendetail ke dalam sub topik/tema yang muncul dan disesuaikan dengan tujuan penelitian (Gibbs 2004). Triangulasi data dan sumber juga dilakukan untuk menjaga validitas data. Menurut Maleong (1990), Triangulasi adalah teknik pemeriksaan keabsahan data yang memanfaatkan sesuatu yang lain di luar data itu untuk keperluan pengecekan atau sebagai pembanding terhadap data itu. Teknik triangulasi yang paling banyak digunakan ialah pemeriksaan melalui sumber lainnya.

Selanjutnya dilakukan analisis data dengan menggunakan analisis tema. Analisis tema merupakan proses mengkode informasi, yang dapat menghasilkan daftar tema atau indikator yang kompleks, kualifikasi yang biasanya terkait dengan tema itu, atau hal-hal diantara atau gabungan dari yang telah disebutkan. Tema

tersebut secara minimal mendeskripsikan fenomena, dan secara maksimal memungkinkan interpretasi fenomena. Suatu tema dapat diidentifikasi pada tingkat termanifestasi (*manifest level*), yakni yang secara langsung dapat terlihat. Suatu tema juga dapat ditemukan pada tingkat laten (*latent level*), tidak secara eksplisit terlihat, tetapi mendasari atau membayangi (*underlying the phenomenon*). Tema-tema dapat diperoleh secara induktif dari informasi mentah, atau diperoleh secara deduktif dari teori atau penelitian-penelitian sebelumnya. (Boyatzis 1998 dalam Poerwandari, 2005).

Penggunaan analisis tema dilakukan untuk - menemukan “pola” yang pihak lain tidak melihatnya secara jelas. Pola atau tema tampil seolah secara acak dalam tumpukan informasi yang tersedia. Setelah menemukan pola (*‘seeing’*), kemudian akan mengklasifikasikan atau meng’*encode*’ pola tersebut (*‘seeing as’*) dengan memberi label, definisi atau deskripsi. (Boyatzis 1998 dalam Poerwandari 2005).

Bila dilihat dari segi alur (Miles et al. 1992), kegiatan analisis tema terdiri dari 3 alur yang terjadi secara bersamaan yaitu: reduksi data, penyajian data, penarikan kesimpulan/verifikasi.

- Reduksi data adalah; suatu proses pemilihan, pemusatan perhatian pada penyederhanaan, pengabstrakan dan transformasi data ”kasar” yang muncul dari catatan-catatan tertulis dilapangan. Reduksi data berlangsung terus menerus selama penulisan berlangsung.
- Penyajian data adalah; sekumpulan informasi tersusun yang memberi kemungkinan adanya penarikan kesimpulan dan pengambilan tindakan.
- Kesimpulan/verifikasi; adalah mencari arti, mencatat keteraturan, pola-pola, penjelasan, konfigurasi-konfigurasi yang mungkin, alur sebab akibat. Kesimpulan ”final” mungkin tidak muncul sampai pengumpulan data berakhir, tergantung pada besarnya kumpulan-kumpulan catatan lapangan, pengkodeannya, penyimpanan, dan metoda pencarian ulang yang digunakan, kecakapan peneliti.

BAB V

PENGEMBANGAN MODEL DAN MODUL PELATIHAN DUKUN BAYI

Sebelum pelaksanaan pelatihan dan penelitian tentang model pelatihan peduli dukun bayi dilakukan beberapa tahap kegiatan antara lain:

5.1 *Training Of Trainer (TOT)*

TOT adalah suatu kegiatan pelatihan yang ditujukan untuk sejumlah (kecil) peserta tentang suatu topik/hal, dengan harapan peserta yang mengikuti TOT ini dapat menerapkan pengetahuan dan keterampilan yang diperoleh ke kelompok yang dituju atau kelompok yang relatif lebih besar. TOT dilakukan dengan tujuan agar pelaksanaan dan penyelenggaraan pelatihan dukun bayi berlangsung dengan baik dan sesuai dengan yang diharapkan. TOT yang dilakukan meliputi bagaimana penyelenggaraan dan pelaksanaan pelatihan untuk sasaran masyarakat yang berpendidikan terbatas (buta huruf). TOT dilakukan dengan bimbingan sebuah LSM (Lembaga Swadaya Masyarakat) yang sudah biasa mengembangkan metoda pendidikan untuk masyarakat yang berpendidikan terbatas. Pelaksanaan TOT berlangsung selama 3 hari (tanggal 15-17 Februari 2010) dengan beberapa topik antara lain; Pengetahuan, Sikap, dan Ketrampilan; Pendidikan Orang Dewasa; Merencanakan Kegiatan Belajar; Mengembangkan Metode dan Alat Bantu. Salah satu materi TOT yang cukup penting adalah Mengembangkan Metode dan Alat Bantu yaitu mendisain suatu modul, metode, dan alat bantu untuk pelatihan.

TOT ini sangat membantu peneliti dalam membuat dan merancang modul yang tepat dengan sasaran. Di samping itu, melalui TOT diperoleh ide atau saran untuk menggunakan metoda yang tepat dengan sasaran yang pada umumnya sudah tua, tidak bisa membaca dan menulis, secara psikologis merasa senior dan berpengalaman.

5.2 *Preliminary Study (Penelitian Pendahuluan)*

Penelitian pendahuluan dilakukan dengan tujuan untuk mendapatkan gambaran tentang daerah penelitian, kondisi pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak

(KIA) di puskesmas, karakteristik dukun bayi, bentuk kemitraan antara bidan di desa dengan dukun bayi, dan permasalahan-permasalahannya. Hasil penelitian pendahuluan ini digunakan sebagai dasar untuk melangkah ke penelitian utama, disamping memudahkan peneliti dalam memahami dan mendalami area, permasalahan dan sasaran yang diteliti.

Beberapa kegiatan yang dilakukan dalam penelitian pendahuluan ini, baik di daerah intervensi maupun daerah kontrol, antara lain; mengumpulkan profil kecamatan, melakukan kunjungan awal ke puskesmas, mengumpulkan data sekunder seperti profil Puskesmas, gambaran umum daerah, peranan dukun bayi, jumlah dukun bayi dan mengikuti kegiatan puskesmas yang berhubungan dengan dukun bayi, serta hal lain yang terkait.

Berdasarkan temuan pendahuluan diketahui bahwa puskesmas di daerah intervensi sedang merencanakan penggalangan kemitraan bidan desa dengan dukun bayi kembali secara formal dengan lintas sektor. Kemitraan bidan desa dengan dukun bayi di daerah intervensi sebetulnya sudah ada sejak lama, namun tidak berjalan dengan baik. Berdasarkan kondisi tersebut maka pihak puskesmas dengan dukungan dana dari Dinkes Bogor mencanangkan kembali kemitraan bidan desa dengan dukun bayi dengan melibatkan pihak lintas sektor. Harapannya kemitraan bidan desa dengan dukun bayi ini dapat berjalan lebih baik.

Bersamaan dengan kesempatan sosialisasi kemitraan oleh pihak Puskesmas, dilakukan juga identifikasi atau pengenalan awal tentang dukun bayi, seperti mengetahui data karakteristik mereka, lama menjadi dukun bayi, berapa banyak pasien yang ditolong, alamat tempat tinggal dan lain-lainnya. Pada kesempatan ini juga dilakukan seleksi untuk memilih dukun bayi yang akan jadi responden berdasarkan kriteria inklusi yang telah ditetapkan. Setelah perkenalan dilanjutkan dengan kunjungan ke rumah dukun bayi dan pendekatan yang lebih lanjut, serta meminta kesediaan mereka untuk mau menjadi responden dalam penelitian.

Dukun bayi yang menjadi responden dalam penelitian ini adalah sekelompok wanita yang usianya rata – rata di atas 40 tahun serta memang dikenal sebagai dukun bayi oleh masyarakat setempat. Wanita yang menjadi dukun bayi pada umumnya

memiliki keluarga atau kerabat yang juga dukun bayi. Misalnya ibu, nenek, bibi atau saudara perempuannya.

Sebagaimana biasa ditempat lain, dukun bayi di daerah intervensi (Kecamatan Ciampea) juga memiliki beberapa ketentuan sebelum dan saat menolong persalinan. Pada saat upacara/ritual/peringatan 7 bulan usia kehamilan, bila ibu ingin melahirkan dengan seorang dukun bayi, dia harus meminta kesediaan dukun bayi yang menjadi pilihannya untuk menolong persalinan nantinya. Meminta kesediaan ini disebut juga dengan istilah “suaka”, yang artinya secara adat ibu hamil dan keluarga meminta kesediaan dukun bayi untuk menolong persalinan ibu. “Suaka” ini ditandai dengan pemberian makanan atau kain kepada dukun bayi yang dipilih. Berdasarkan permintaan tersebut, biasanya dukun bayi akan mengingat, memperhatikan dan mulai melakukan pemeriksaan dan pengurutan sampai saat melahirkan. Secara adat dengan adanya “suaka” ini menandakan bahwa dukun bayi dan ibu sudah terikat dalam satu kesepakatan yang secara moral akan dipatuhi, karena apabila dilanggar seperti bila si ibu tiba-tiba bersalin dengan dukun lain, maka ibu dan keluarga akan merasa malu karena dibicarakan oleh dukun tersebut dan masyarakat.

Bila sudah tiba saatnya melahirkan, salah satu keluarga dari ibu hamil yang akan melahirkan menjemput dukun bayi ke rumahnya untuk dibawa ke tempat ibu yang akan melahirkan. Biasanya yang menjemput dukun bayi adalah suami atau ayah dari ibu melahirkan. Namun ada dukun bayi yang memang langsung membantu persalinan sendiri dan meminta keluarga untuk menjemput bidan atau keluarga ibu yang berinisiatif untuk memanggil bidan. Ada juga dukun bayi yang langsung membawa ibu melahirkan ke tempat praktik bidan agar melahirkan di fasilitas kesehatan. Jika dukun bayi membantu persalinan dengan bidan maka umumnya yang benar-benar membantu persalinan adalah bidan sedangkan dukun bayi membantu bidan dan merawat ibu sesudah melahirkan dan bayinya.

Berikut beberapa istilah lokal yang terkait dengan pelaksanaan IMD yang sempat diidentifikasi yaitu: 1) vernix (lemak tipis berwarna putih yang melekat pada badan bayi sesaat bayi lahir dari rahim ibunya) disebut dengan istilah “kili-kili”; 2) ari-ari disebut dengan istilah “bali-bali”; 3) bayi di taruh di dada disebut dengan

“orok na ditangkepkeun”, “ditangkurepkeun”, “ditamplokkeun” di dada; 4) menendang disebut juga “nojer-nojer”; 5) tunda mandi disebut juga nunda ibak atau nunda adus; 6) melahirkan disebut “babaran”; 7) air susu ibu disebut juga “ci atau cai susu ibu na”; 8) air susunya banyak; “ci susuna seueur”

5.3 Membuat Modul Pelatihan

Pembuatan modul pelatihan dilakukan bersamaan (paralel) waktunya dengan kegiatan penelitian pendahuluan. Pembuatan modul ini dilakukan sebanyak 5 kali revisi mulai dari pembuatan Modul 1 tanggal 4 Maret 2010, kemudian revisi ke 2 tanggal 9 Maret 2010, revisi Modul ke 3 tanggal 22 Maret 2010. Setelah mengikuti TOT dilakukan kembali revisi Modul ke 4 tanggal 5 April 2010 dan revisi terakhir tanggal 21 April 2010. Perbaikan atau revisi modul 1 – 3 lebih kearah revisi bahasa, jumlah materi dan waktu pelaksanaan.

Tabel 5.1 Tanggal Pembuatan dan Revisi Modul Pelatihan IMD untuk dukun bayi

Pembuatan Modul Pelatihan IMD	Tanggal Pembuatan dan Revisi
Modul 1	4 Maret 2010
Revisi 2	9 Maret 2010
Revisi 3	22 Maret 2010
Revisi 4	5 April 2010
Revisi terakhir 5	21 April 2010

Setelah mengikuti TOT dan berdasarkan masukan, dilakukan kembali revisi yang cukup mendasar seperti materi komunikasi dihilangkan karena dirasakan tidak begitu perlu mengingat para dukun bayi justru memiliki kemampuan komunikasi yang natural dan kuat, terutama dalam hal pendekatan dengan para ibu, sebagai penggantinya ditambah dengan memperdalam sesi tentang IMD.

Setelah dilakukan revisi terakhir, modul yang final terdiri dari 7 sesi antara lain; (1) Perkenalan dan Penjelasan Tujuan Pelatihan; (2) Pengalaman Merawat Bayi, Apa itu IMD dan Manfaatnya; (3) Proses IMD; (4) Review hari 1; (5) Simulasi

Pelaksanaan IMD; (6) Review hari ke 2; (7) Kepercayaan yang dapat Menghambat IMD; (8) Kemitraan dalam Pelaksanaan IMD; (9) Rencana Tindak Lanjut; (10) Penutupan. Masing-masing sesi diuraikan ke dalam bentuk; Tujuan belajar yang berisi tentang butir-butir harapan terhadap dukun bayi setelah mengikuti sesi tersebut; Bentuk kegiatan berisi tentang bentuk dan jenis kegiatan yang dilaksanakan pada sesi tersebut; Waktu pelaksanaan, adalah lama waktu yang dibutuhkan untuk pelaksanaan sesi yang dimaksud; Metoda berisi tentang butir-butir cara dan langkah-langkah yang dilakukan pada sesi tersebut; serta Alat dan bahan yang digunakan yaitu peralatan atau alat bantu yang diperlukan agar pelatihan berjalan dengan baik dan lancar.

Sedangkan untuk model pendekatan atau penyampaian materi dalam pelatihan ini menggunakan istilah “peduli dukun bayi” artinya materi yang disampaikan menggunakan media atau cara yang disesuaikan dengan kemampuan dukun bayi, karena dukun bayi pada umumnya tidak bisa membaca dan menulis, namun dengan cara ini diharapkan mereka bisa menangkap dan mengerti materi yang diberikan. Adapun metoda dan alatnya antara lain; pemutaran filem IMD, sketsa cerita bergambar, metoda bercerita, bermain peran, testimoni, buku saku, ceramah, diskusi, simulasi, pendampingan serta pelatihan ulang. Lama pelatihan berlangsung 2 hari dengan masing – masing lama jam belajarnya 4 jam. Dengan demikian modul final yang digunakan jauh lebih sederhana dan materi yang disajikan-pun lebih sedikit, ringkas dan padat.

5.4. Uji Coba Modul dan Model Pelatihan Peduli Dukun Bayi

Sebelum Modul dan Model Pelatihan Peduli Dukun Bayi yang telah disusun dipergunakan di daerah intervensi, terlebih dahulu dilakukan uji coba. Uji coba dilakukan di Kecamatan Kemang, Kabupaten Bogor, Provinsi Jawa Barat. Puskesmas UPT Kemang dipilih dengan pertimbangan bahwa wilayah kerja puskesmas ini memiliki karakteristik dukun bayi dan sosial ekonomi budaya yang relatif sama dengan keadaan di daerah kontrol dan intervensi.

Ujicoba modul dan model pelatihan dilakukan pada bulan Mei 2010 bertujuan untuk menguji modul dan model pelatihan apakah sudah sesuai dengan kebutuhan

dukun bayi atau tidak. Jika tidak sesuai dengan kebutuhan dukun bayi maka modul dan model-nya diperbaiki agar saat dipakai di daerah intervensi mendapatkan hasil yang maksimal.

Uji coba modul dan model pelatihan peduli dukun bayi diikuti oleh 22 orang dukun bayi yang terpilih dan diselenggarakan selama 2 hari. Kegiatan yang dilakukan sesuai dengan urutan kegiatan yang ada di Modul. Pada hari pertama, dukun bayi yang mengikuti uji coba sudah tiba di Puskesmas sejak pukul. 8.00 WIB. Bahkan ada yang datang pukul 7.15 WIB. Mereka terlihat malu – malu namun menunjukkan antusias untuk mengikuti pertemuan. Pelatihan hari pertama diawali dengan *pre-test* kemudian perkenalan dan pencairan suasana. Setelah pencairan dan perkenalan dilanjutkan dengan pemberian materi IMD melalui metode ceramah, pemutaran filem IMD, simulasi, dan diskusi kelompok. Diakhir uji coba hari pertama, fasilitator dan peserta pelatihan secara bersama mengkaji isi materi. Selain mengkaji materi, juga membahas kekurangan dan kelebihan dari kegiatan yang dilakukan pada hari tersebut. Awalnya para peserta terlihat malu menyampaikan pendapatnya tetapi setelah diberitahu bahwa pendapat mereka sangat penting dan tidak akan mempengaruhi posisi mereka di masyarakat, membuat mereka menjadi lebih santai dan terbuka dalam memberikan masukan dan pendapat. Menurut mereka, kegiatan pada hari pertama yang paling menarik adalah saat simulasi IMD dan menonton filem IMD yang suaranya sudah disulih ke dalam Bahasa Sunda sehingga mereka lebih memahami isi filem. Sementara yang membuat mereka tidak nyaman adalah jumlah pertanyaan di lembar *pre-test* yang relatif banyak (63 pertanyaan). Uji coba hari pertama dimulai jam 9.00 WIB selesai jam 13.00 WIB.

Uji coba hari kedua adalah menyampaikan materi mengenai kemitraan dan mengulangi kembali materi IMD. Metoda yang digunakan adalah bercerita dengan menggunakan sketsa cerita bergambar dan diskusi kelompok. Pada akhir hari kedua, para peserta menjalani *post – test* dengan menggunakan kuesioner yang sama dengan *pre test*. Uji coba hari kedua dimulai jam 9.00 WIB selesai jam 12.00 WIB.

Secara umum, uji coba modul dan model pelatihan peduli dukun bayi ini berjalan lancar dan para dukun bayi terlihat sangat antusias dan bersemangat

mengikuti setiap kegiatan yang dilakukan. Alasan mereka sangat antusias karena mereka sudah lama tidak ada pertemuan (lebih kurang 5 tahun). Adanya pertemuan ini membuat mereka bisa lebih saling mengenal dengan dukun bayi dari desa lain, dan yang paling penting mereka senang mendapatkan wawasan baru sehingga dapat lebih membantu masyarakat disekitarnya terutama ibu hamil dan melahirkan. Paling tidak mereka merasa bisa ikut mengajak dan memberi informasi kepada ibu hamil untuk melakukan IMD saat bayinya baru lahir.

Untuk uji validitas kuesioner dilakukan bersamaan pada saat uji coba modul dan model pelatihan dalam bentuk uji coba mengisi kuesioner *pre* dan *post test*.

5.5 Uji Coba Kuesioner sebagai Uji Validitas dan Reliabilitas

Untuk mengukur perubahan skor Pengetahuan, Sikap, dan Praktik IMD dukun bayi dan kemitraan dukun bayi dengan bidan di desa sebelum dan sesudah pelatihan di daerah penelitian intervensi dan kontrol digunakan kuesioner. Kuesioner tersebut diuji terlebih dahulu dengan uji validitas dan realibilitas.

Uji validitas dan realibilitas penting dilakukan dengan tujuan agar kuesioner yang digunakan adalah kuesioner yang sahih, akurat, dan reliabel. Yang dimaksud akurat agar kuesioner tepat dalam mengukur variabel dalam penelitian ini sedangkan reliabel agar sewaktu kuesioner dipergunakan kembali mengukur variabel yang sama akan tetap konsisten. Oleh karenanya, jika kuesioner tersebut sahih, akurat, dan reliabel maka skor yang diperoleh saat pengukuran juga menjadi akurat dan reliabel sehingga dapat dipertanggungjawabkan.

Uji validitas dan reliabilitas kuesioner dilakukan sebanyak 2 kali di Puskesmas Kemang, Kecamatan Kemang, Kabupaten Bogor dengan tujuan mencari populasi yang relatif representatif dengan populasi penelitian sebenarnya. Sementara uji validitas dan reliabilitas yang pertama disebarkan kepada 22 dukun bayi dan yang kedua disebarkan kepada 5 dukun bayi.

Setelah terkumpul skor hasil pengukuran dari kuesioner yang diuji, selanjutnya diolah menggunakan program komputer dengan tujuan mengetahui pertanyaan mana saja yang valid dan reliabel. Jika pertanyaannya valid dan reliabel

maka pertanyaan tersebut digunakan di kuesioner akan tetapi jika pertanyaan tidak valid dan reliabel maka pertanyaan tersebut dihilangkan dari kuesioner. Pertanyaan yang tidak valid dapat tetap dipertahankan jika berhubungan secara substansi dan dapat memberikan informasi yang penting, namun sebelumnya dilakukan revisi kalimat agar pertanyaan lebih mudah dimengerti.

Tabel 5.2 Validitas & Reliabilitas Uji Coba Kuesioner di Kabupaten Bogor, 2010

Variabel	df	Alpha Cronbach	r tabel	Jml Pertanyaan	Jml pertanyaan yang Valid & reliabel	Jml Pertanyaan Akhir
Pengetahuan IMD						
Uji Coba 1 (n = 22)	20	0,757	0,423	9	6	11
Uji Coba 2 (n = 5)	3	0,904	0,878	11	11	10
Sikap IMD						
Uji Coba 1 (n = 22)	20	0,736	0,423	6	4	4
Uji Coba 2 (n = 5)	3	1,000	0,878	4	4	5
Praktik IMD						
Uji Coba 1 (n = 22)	20	0,643	0,423	12	5	5
Uji Coba 2 (n = 5)	3	0,750	0,878	5	4	7
Pengetahuan Kemitraan						
Uji Coba 1 (n = 22)	20	0,638	0,423	6	3	3
Uji Coba 2 (n = 5)	3	3,000	0,878	3	3	3
Sikap Kemitraan						
Uji Coba 1 (n = 22)	20	0,495	0,423	5	3	3
Uji Coba 2 (n = 5)	3	0,214	0,878	3	2	3
Praktik Kemitraan						
Uji Coba 1 (n = 22)	20	0,682	0,423	6	4	4
Uji Coba 2 (n = 5)	3	4,000	0,878	4	3	5

1). Variabel Pengetahuan Dukun Bayi Mengenai Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Uji validitas dan realibilitas kuesioner 1, pertanyaan mengenai pengetahuan IMD terdiri dari 9 pernyataan. Setelah dilakukan uji validitas disimpulkan 3 pernyataan yang tidak valid dan 6 pernyataan yang valid (nilai $r > r$ tabel 0,423

dengan derajat bebas 20). Dari pengolahan data juga diperoleh nilai *Alpha Cronbach* ($0,757 > r$ tabel $0,423$ dengan derajat bebas 20). Artinya dari 6 pertanyaan yang dinyatakan valid, juga reliabel. Berdasarkan hasil maka ada 6 pernyataan yang dipertahankan dan 3 pernyataan tidak valid yang seharusnya tidak disertakan kembali. Akan tetapi, 3 pernyataan tersebut kembali digunakan karena substansinya termasuk penting untuk mengetahui pengetahuan mengenai manfaat dan kepercayaan yang dapat menghambat IMD. Pertanyaan variabel pengetahuan IMD juga ditambah 2 pertanyaan dengan tujuan sebagai pertanyaan penyaring apakah responden pernah mengetahui IMD atau tidak. Akhirnya, total pertanyaan untuk variabel pengetahuan setelah uji validitas dan reliabilitas ke-1 adalah 11 pernyataan.

Selanjutnya dilakukan uji validitas dan realibilitas yang ke dua dengan jumlah pertanyaannya 11. Hasilnya, ada 9 pernyataan yang valid dan 2 yang tidak valid. Dari 9 pernyataan itu, ada 7 pernyataan yang nilai r hitung-nya lebih besar dari r tabel ($0,878$) dengan derajat kebebasannya 3, dan 2 pertanyaan yang dinyatakan valid karena memiliki 2 batang pada penggambaran histogramnya. Dari pengolahan data juga diperoleh nilai *Alpha Cronbach* sebesar $0,904$ (lebih besar dari $0,878$). Artinya 9 pernyataan dinyatakan valid, juga reliabel. Berhubung 2 pernyataan tidak valid dianggap penting untuk mengukur pengetahuan dukun bayi mengenai IMD maka pernyataan tersebut tetap dipertahankan di dalam kuesioner. Selain itu, diputuskan juga pernyataan mengenai "tendangan bayi saat melakukan IMD dapat mengganggu ibunya atau tidak" dipindahkan ke bagian sikap dukun bayi mengenai IMD. Keputusan tersebut diambil karena pernyataan ini merupakan pernyataan sikap. Akhirnya, total pertanyaan untuk variabel pengetahuan setelah uji validitas dan reliabilitas ke-2 berjumlah 10 pertanyaan.

Pilihan jawaban dari setiap pertanyaan terdiri dari 3 pilihan, yaitu pilihan benar, salah, dan tidak tahu. Untuk setiap responden yang menjawab dengan tepat pertanyaan akan diberi skor 1 sedangkan jika tidak tepat diberi skor 0 (nol). Jumlah skor tertingginya 10 dan skor terendahnya 0 (nol).

2). Variabel Sikap Dukun Bayi Mengenai Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Pernyataan mengenai Sikap dukun bayi terhadap IMD sebelum dilakukan uji validitas dan reliabilitas ke-satu berjumlah 6 pernyataan. Setelah dilakukan pengolahan data diperoleh 4 pernyataan yang valid dan 2 pernyataan tidak valid (nilai r hitung $<$ r tabel (0,423) dengan $df = 20$). Selanjutnya, pernyataan yang tidak valid diputuskan tidak diikutsertakan kembali. Hasil akhirnya, jumlah pernyataan kuesioner bagian variabel sikap dukun bayi mengenai IMD adalah 4 pernyataan. Selain diperoleh nilai r , juga diperoleh nilai *Alpha Cronbach* sebesar 0,736. Dikarenakan nilai *Alpha Cronbach* yang diperoleh lebih besar dari 0,423 maka diartikan 4 pernyataan valid juga reliabel.

Langkah selanjutnya dilakukan uji validitas dan realibilitas kedua mengenai Sikap dukun bayi terhadap IMD dengan jumlah pernyataannya 4. Disimpulkan keseluruhan pernyataan tetap valid (r hitung $>$ r tabel (0,878) dengan derajat bebas 3). Pada uji validitas dan realibilitas kuesioner juga diperoleh nilai *Alpha Cronbach* sebesar 1,000. Dikarenakan nilainya $>$ r tabel dengan df 3 (0,878) maka 4 pertanyaan yang dinyatakan valid juga reliabel. Pada akhirnya, jumlah pernyataan mengenai sikap adalah 5 pernyataan karena ditambah dengan 1 pernyataan yang tadinya di bagian Pengetahuan IMD.

Pilihan jawaban dari setiap pertanyaan terdiri dari 3 pilihan, yaitu pilihan setuju, tidak setuju, dan ragu - ragu. Kemudian, Jika responden memilih setuju untuk pernyataan yang bersifat positif maka diberi skor 1 sedangkan jika menjawab tidak setuju atau ragu diberi skor 0 (nol). Sementara untuk pernyataan yang bersifat negatif kemudian disetujui atau ragu maka diberi skor 0 (nol) dan jika memilih tidak setuju maka diberi skor 1. Oleh karenanya skor tertinggi menjadi 5 dan skor terendahnya 0.

3). Variabel Praktik Dukun Bayi Membantu Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Bagian dari kuesioner tentang praktik dukun bayi membantu proses IMD sebelum dilakukan uji validitas dan reliabilitas ke satu berjumlah 12 pernyataan. Setelah dilakukan uji validitas dan reliabilitas, ada 5 pernyataan yang valid (r hitung $>$ r tabel (0,423) dengan df 20) dan 7 pernyataan yang tidak valid. Pada pengolahan

datanya juga diperoleh nilai *Alpha Cronbach* sebesar 0,643. Dikarenakan nilainya lebih besar dari *r* tabel (0,423) maka disimpulkan 5 pertanyaan valid, juga pertanyaan yang reliabel. Selanjutnya, pernyataan yang dianggap valid tetap berada di kuesioner sementara yang tidak valid dihilangkan dari kuesioner. Akhirnya, seluruh pernyataan kuesioner mengenai variabel praktik dukun bayi membantu IMD pada uji validitas dan realibilitas kesatu adalah 5 pertanyaan.

Kemudian dilakukan uji validitas dan reliabilitas yang ke dua. Berdasarkan uji tersebut, disimpulkan 4 pernyataan valid dan 1 pernyataan tidak valid (*r* hitung < *r* tabel (0,878) dengan *df* 3). Selain itu juga diperoleh nilai *Alpha Cronbach* sebesar 0,750 (nilai *Alpha Cronbach* < *r* tabel (0,878) dengan *df* 3). Artinya 4 pertanyaan yang dinyatakan valid hanya dapat digunakan pada daerah penelitian saja. Selanjutnya, pernyataan yang dianggap tidak valid tetap berada di kuesioner karena dianggap substansinya penting dalam mengukur praktik dukun bayi membantu proses IMD. Pada tahap ini juga diputuskan menambah 2 pernyataan lagi sebagai penyaring responden pernah melayani ibu hamil atau melahirkan dan membantu proses IMD selama periode penelitian. Akhirnya, total pernyataan Variabel Praktik dukun bayi membantu proses IMD dalam kuesioner sebanyak 7 pertanyaan.

Setiap pertanyaan dalam variabel praktik dukun bayi membantu proses IMD bermakna positif dan diberi skor berdasarkan salah satu pilihan dari 2 pilihan yang tertulis di kuesioner. Setiap pilihan "Ya" diberi skor 1 sedangkan pilihan "Tidak" diberi skor 0 dan sebaliknya untuk pernyataan yang bersifat negatif.

4). Variabel Pengetahuan, Sikap dan Praktik Dukun Bayi tentang Kemitraan Dukun Bayi dengan Bidan di Desa

- **Variabel Pengetahuan Dukun Bayi Mengenai Kemitraan dengan Bidan di Desa**

Bagian dari kuesioner mengenai "Pengetahuan dukun bayi tentang Kemitraan dengan Bidan di Desa" pada awalnya sebanyak 6 pertanyaan. Setelah dilakukan uji validitas dan reliabilitas kesatu disimpulkan 3 pertanyaan valid (*r* hitung > *r* tabel (0,423) dengan *df* 20) dan 3 pertanyaan yang tidak valid. Pada uji validitas dan realibilitas kuesioner juga diperoleh nilai *Alpha Cronbach* sebesar 0,638 (> *r* tabel

(0,423) dengan df 20. Berdasarkan hasil tersebut disimpulkan 3 pertanyaan valid juga reliabel. Selanjutnya, pertanyaan yang dianggap valid tetap dipertahankan sementara yang tidak valid dihilangkan dari kuesioner. Artinya, pertanyaan variabel tersebut dalam kuesioner setelah uji validitas dan realibilitas 1 berjumlah 3 pertanyaan.

Jumlah pernyataan kuesioner mengenai "Pengetahuan dukun bayi tentang Kemitraan dengan Bidan di Desa" setelah uji coba yang pertama sebanyak 3 pertanyaan. Setelah dilakukan ujicoba yang kedua dengan kembali menguji validitas dan reliabilitasnya, ternyata 3 pertanyaan tersebut tetap valid (r hitung $>$ nilai r tabel (0,878) dengan df 3). Selain itu juga diperoleh nilai *Alpha Cronbach* sebesar 3,000 maka disimpulkan 3 pernyataan yang valid juga reliabel (*Alpha Cronbach* $>$ r tabel (0,878) df 3). Pada akhirnya, jumlah pertanyaan untuk variabel tersebut sebanyak 3 pertanyaan.

Pilihan jawaban dari setiap pertanyaan terdiri dari 3 pilihan, yaitu pilihan benar, salah, dan tidak tahu. Kemudian, setiap responden yang menjawab dengan tepat pertanyaan akan diberi skor 1 sedangkan jika tidak tepat diberi skor 0 (nol). Jumlah skor tertingginya 3 dan skor terendahnya 0 (nol).

- **Variabel Sikap Dukun Bayi Mengenai Kemitraan dengan Bidan di Desa**

Bagian dari kuesioner yang menyatakan Sikap dukun bayi Mengenai Kemitraan dengan Bidan di Desa sebelum dilakukan uji validitas dan reliabilitas berjumlah 5 pernyataan. Setelah dilakukan uji validitas pertama ternyata ada 3 pernyataan valid (r hitung $>$ r tabel (0,423) dengan df 20) dan tetap diikutsertakan, sedangkan 2 pernyataan lainnya tidak dipertahankan karena dianggap tidak valid. Dalam tahap ini juga didapatkan nilai *Alpha Cronbach* sebesar 0,495 (nilai *Alpha Cronbach* $>$ dari r tabel 0,423). Artinya 3 pernyataan yang disimpulkan valid juga reliabel.

Selanjutnya, ketiga pernyataan tersebut kembali diuji validitas dan realibilitas yang kedua. Dari uji tersebut disimpulkan 2 pernyataan valid dan 1 pernyataan tidak valid. Pernyataan yang tidak valid tetap diikutsertakan kembali karena alasan

substansinya penting. Hasil akhirnya, jumlah pernyataan kuesioner bagian variabel sikap dukun bayi Mengenai Kemitraan dengan Bidan di Desa tetap 3 pernyataan. Dalam uji ini, selain diperoleh nilai r juga diperoleh nilai *Alpha Cronbach* sebesar 0,214 (nilai *Alpha Cronbach* < r tabel (0,878) dengan df 3) maka dapat diartikan 3 pertanyaan untuk mengukur sikap dukun bayi terhadap kemitraan dengan bidan di desa yang dinyatakan valid hanya dapat dipergunakan di daerah penelitian.

Setiap pernyataan sikap dukun bayi Mengenai Kemitraan dengan Bidan diberi skor berdasarkan salah satu pilihan dari 3 pilihan yang disediakan. Tiga pilihan tersebut terdiri dari pilihan setuju, tidak setuju, dan ragu. Selanjutnya, jika responden memilih setuju untuk pernyataan yang bersifat positif maka diberi skor 1 sedangkan jika menjawab tidak setuju atau ragu diberi skor 0 (nol) dan sebaliknya untuk pernyataan bersifat negatif.

- **Variabel Praktik dukun bayi Mengenai Kemitraan dengan Bidan di Desa**

Bagian dari kuesioner tentang praktik dukun bayi mengenai praktik kemitraan dengan bidan di desa sebelum dilakukan uji validitas dan reliabilitas ke satu berjumlah 6 pernyataan. Setelah dilakukan uji validitas dan reliabilitas dan pengolahan data, ada 4 pernyataan yang disimpulkan valid (r hitung > r tabel (0,423) dengan df 20) dan 2 pernyataan tidak valid. Selain diperoleh nilai r , dalam uji validitas dan realibilitas kuesioner juga diperoleh nilai *Alpha Cronbach* sebesar 0,682. Dikarenakan nilai *Alpha Cronbach* > r tabel (0,423) maka diartikan 4 pernyataan valid juga pernyataan yang reliabel. Selanjutnya, pernyataan yang dianggap valid tetap berada di kuesioner.

Empat pernyataan praktik kemitraan dengan bidan di desa yang dinyatakan valid dan reliabel dalam uji validitas kesatu kembali diuji untuk yang kedua kalinya. Kesimpulannya, ada 3 pernyataan yang disimpulkan valid (r hitung > nilai r tabel (0,878) dengan df 3) dan 1 pernyataan tidak valid. Dalam uji tersebut juga diperoleh nilai *Alpha Cronbach*, yaitu 4,000. Dikarenakan nilai *Alpha Cronbach* > r tabel (0,878) maka dapat diartikan 3 pertanyaan yang dinyatakan valid juga pernyataan yang reliabel. Pada tahap ini juga diputuskan pernyataan tidak valid tetap dipertahankan di kuesioner karena penting secara substansi dan menambah 1

pertanyaan dengan tujuan menyaring dukun bayi mana saja yang pernah bermitra dengan bidan di desa. Pada akhirnya terdapat 4 pernyataan di kuesioner bagian praktik kemitraan dukun bayi dengan bidan di desa.

Sesuai dengan pernyataan dalam kuesioner sebelumnya, pernyataan yang ada di variabel kemitraan dukun bayi dengan bidan di desa bersifat positif dan negatif serta diberi skor berdasarkan salah satu pilihan dari 2 pilihan yang disediakan. Pilihan terdiri dari "Ya" dan "Tidak". Jika responden memberi jawaban "Ya" pada setiap pernyataan positif maka diberi skor 1 sedangkan pilihan "Tidak" diberi skor 0 dan sebaliknya untuk pernyataan negatif.

Pada awalnya pilihan jawaban yang disediakan menggunakan ilustrasi yang mewakili maksud dari pilihan jawaban tetapi untuk selanjutnya Ilustrasi dihapus karena ternyata gambar tersebut tidak banyak membantu dan sedikit membuat bingung responden, dan pertanyaan diajukan ke responden dengan cara wawancara satu per-satu.

5.6 Pelaksanaan Penelitian Model Pelatihan Peduli Dukun Bayi Mengenai IMD

Pelaksanaan penelitian ini terdiri dari beberapa kegiatan, yaitu Pelaksanaan Pelatihan Peduli dukun bayi di daerah intervensi, Pendampingan Terhadap dukun bayi, Pengamatan terhadap Pelaksanaan IMD oleh dukun bayi, Konfirmasi Informasi IMD ke Pasien dukun bayi (Ibu Hamil dan Ibu Melahirkan), Pengukuran Variabel Penelitian (Materi Pelatihan IMD) yang Ketiga, Pelaksanaan Pengukuran *Pre-test* dan *Post-test* dukun bayi di Daerah Kontrol

5.6.1 Pelaksanaan Model Pelatihan Peduli Dukun Bayi di Daerah Intervensi

Kelompok dukun bayi yang berada di Kecamatan yang terpilih sebagai daerah intervensi (Kecamatan Ciampea, Kabupaten Bogor, Provinsi Jawa Barat) mendapatkan perlakuan yang lengkap dibandingkan daerah kontrol (Kecamatan Ciseeng, Kabupaten Bogor, Provinsi Jawa Barat) yang sama sekali tidak diberi

perlakuan apapun. Bentuk intervensi yang diberikan pada kelompok dukun bayi di daerah intervensi meliputi Pelatihan Peduli dukun bayi, Pendampingan, dan Pemberian alat bantu seperti buku saku dan CD filem IMD.

Sebelum pelaksanaan pelatihan, terlebih dahulu peneliti melakukan kunjungan ke masing-masing rumah dukun bayi (*yang data-nya sudah diperoleh ketika preliminary study*) untuk meminta kesediaan mereka menjadi responden dan peserta pelatihan. Setelah mendapatkan persetujuan dan *inform consent* dari masing-masing dukun bayi, kemudian mereka diundang sesuai dengan jadwal yang sudah disusun dan disepakati dengan pihak puskesmas. Undangan pelatihan untuk dukun bayi ini juga diketahui dan ditandatangani oleh kepala puskesmas dan disetujui oleh Lurah setempat.

Agar pelaksanaan model pelatihan ini juga dapat diketahui dan kemudian diharapkan dapat diteruskan oleh pihak puskesmas, maka selama pelatihan diikuti dan didampingi oleh petugas puskesmas UPT dan petugas puskesmas UPF setempat. Bahkan sebelum pelaksanaan, pelatihan dibuka dan diberi sambutan oleh petugas puskesmas dan bapak Lurah.

Dukun bayi yang bersedia menjadi responden sekaligus peserta Pelatihan Peduli dukun bayi sebanyak 53 orang (sesuai dengan sampel penelitian). Jumlah dukun bayi ini relatif besar untuk jadi satu kelompok pelatihan, berdasarkan teori, jumlah peserta pelatihan dalam 1 kelompok dianggap efektif dan efisien bila berkisar antara 13-16 orang. Oleh sebab itu dukun bayi ini dibagi atas 4 kelompok berdasarkan wilayah puskesmas agar memudahkan dalam pelaksanaan pelatihan, pendampingan dan monitoring evaluasi. Kelompok 1 yaitu dukun bayi yang berada di wilayah Puskesmas UPT Ciampea sebanyak 13 orang, kelompok 2 sebanyak 18 orang dukun bayi di Wilayah Puskesmas UPF Ciampea Udik, kelompok 3 sebanyak 10 orang dukun bayi di Puskesmas UPF Cihideung Udik, dan kelompok ke-4 merupakan dukun bayi yang berada di Puskesmas UPF Pasir sebanyak 12 orang.

Pada 4 kelompok tersebut, pelatihan peduli dukun bayi dilakukan 2 tahap. Pelatihan yang pertama merupakan pelatihan yang bertujuan mengenalkan, mengasah

potensi dukun bayi sebagai *change agent* dalam hal IMD, sedangkan tahap kedua pelatihan lebih bersifat mengingatkan materi yang diberikan pada pelatihan pertama.

Tabel 5.3 Pelatihan Tahap 1 Berdasarkan Asal Wilayah, Jumlah, Waktu dan Tempat Pelaksanaan Pelatihan IMD untuk Dukun Bayi

Wilayah asal dukun bayi	Jumlah peserta pelatihan (hari 1)	Jumlah peserta pelatihan (hari 2)	Waktu Pelaksanaan	Tempat Pelaksanaan
Wilayah Puskesmas UPT Ciampea	13 orang	12 orang	8-9 Juni 2010	Puskesmas Ciampea
Wilayah Puskesmas UPF Ciampea Udik	18 orang	13 orang	11-12 Juni 2010	Balai Desa Ciampea Udik
Wilayah Puskesmas UPF Pasir	12 orang	12 orang	15-16 Juni 2010	Puskesmas Pasir
Wilayah Puskesmas UPF Cihideung Udik	10 orang	9 orang	17-18 Juni 2010	Balai Desa Cihideung Udik
Jumlah	53 orang	46 orang		

1) Pelatihan Tahap Pertama

Pelatihan tahap pertama dilakukan pada masing-masing kelompok selama 2 hari. Pelatihan diselenggarakan ada yang di aula Balai Desa di wilayah setempat dan di aula Puskesmas. Untuk kelompok dukun bayi di wilayah Puskesmas UPT Ciampea pelatihan dilakukan di aula Puskesmas UPT Ciampea, dilaksanakan tanggal 8 s/d 9 Juni 2010; untuk kelompok dukun bayi di wilayah Puskesmas UPF Ciampea Udik dilakukan di Balai desa Ciampea Udik, tanggal 11 s/d 12 Juni 2010; untuk kelompok dukun bayi yang ada di wilayah Puskesmas UPF Cihideung Udik dilakukan di Balai desa Cihideung Udik pada tanggal 17 s/d 18 Juni 2010; dan untuk kelompok dukun bayi di wilayah Puskesmas UPF Pasir dilakukan di aula Puskesmas UPF Pasir pada tanggal 15 s/d 16 Juni 2010.

Selama pelaksanaan pelatihan ada beberapa peserta yang tidak hadir. Pada kelompok dukun bayi ke-1 (Puskemas UPT Ciampea), seluruh dukun bayi yang

diundang hadir saat pelatihan hari pertama sedangkan pada hari kedua hanya 1 orang yang tidak hadir karena sakit. Pada kelompok dukun bayi ke 2 (Puskesmas UPF Ciampea Udik) seluruh dukun bayi (18 orang) datang pada hari pertama pelatihan, namun pada hari kedua ada 5 orang dukun bayi yang tidak hadir. Alasan ketidakhadiran mereka antara lain sakit dan pada saat yang sama harus menolong persalinan ibu. Sementara di kelompok 3, pada hari pertama pelatihan dihadiri oleh semua (10 orang) peserta pelatihan tetapi pada hari kedua ada 1 dukun bayi yang tidak hadir karena sedang menolong ibu melahirkan. dukun bayi yang tidak hadir tersebut mengirim anaknya sebagai wakil dirinya selama pelatihan hari kedua. Selanjutnya pada kelompok 4, semua (12 orang) semua dukun bayi hadir pelatihan pada hari pertama maupun hari ke dua.

Untuk dukun bayi yang tidak hadir pada hari kedua, diberikan pelatihan secara personal dengan cara mengunjungi mereka satu per-satu ke rumahnya. Hal ini dilakukan agar mereka tidak tertinggal dalam hal materi dan keterampilan. Pelatihan personal ini dilakukan dengan menggunakan metoda dan alat bantu yang sama dengan pelatihan ketika dalam kelompok, seperti film IMD yang diputar di laptop, metoda bercerita, tanya jawab dan diskusi.

Kegiatan pelatihan yang dilakukan selama 2 hari secara rinci adalah sebagai berikut:

Pelatihan Hari 1

a) Perkenalan dan Pencairan, serta Penjelasan Tujuan Pelatihan

Agar suasana pelatihan tidak kaku dan canggung, sebelum pemberian materi utama, dilakukan beberapa upaya mencairkan suasana, antara lain; setiap dukun bayi diminta untuk bercerita tentang beberapa hal seperti berapa banyak ibu hamil yang menjadi pasiennya dalam 1 bulan terakhir, bagaimana pengalaman sewaktu menolong persalinan, kerjasama dengan bidan di desa, dan cara merawat bayi baru lahir. Melalui cara ini diharapkan antara satu dukun bayi dengan dukun bayi yang lain tambah kenal dan bisa saling berbagi pengalaman. Setelah saling bercerita,

selanjutnya fasilitator menjelaskan maksud dari pelatihan peduli dukun bayi yang sedang mereka ikuti.

b) Pre-test

Tujuan *pre-test* materi sebelum pelatihan dilakukan, untuk mengetahui dan mengukur kemampuan dukun bayi sebelum pelatihan, selanjutnya pengetahuan ini nanti dibandingkan dengan pengukuran selama penelitian.

Materi *pre-test* yang ditanyakan meliputi hal-hal yang diajarkan dalam pelatihan. Mengingat hampir semua dukun bayi tidak bisa membaca dan menulis, maka pelaksanaan *pre-test* dengan cara mewawancarai satu persatu dukun bayi yang menjadi peserta pelatihan.

c) Pemberian Materi IMD

Pemberian materi IMD pada hari pertama dilakukan dengan menggunakan beberapa metoda dan media seperti Ceramah, Pemutaran filem IMD, Diskusi kelompok, serta Simulasi.

- **Ceramah**

Ceramah dan penjelasan tentang IMD (pengertian, manfaat, kepercayaan yang dapat menghambat proses IMD, praktik promosi dan pelaksanaan IMD, serta kemitraan) diberikan di awal pelatihan. Ceramah dan penjelasan ini diberikan sebagai pengantar sebelum mengetahui dan lebih paham tentang IMD melalui pemutaran filem IMD serta menggunakan bahasa yang mudah, istilah yang biasa digunakan sehari – hari seperti istilah lemak putih yang menyelimuti bayi baru lahir disebut "*kili – kili*". Pada ceramah ini juga diselipkan pesan agar para dukun bayi setelah mendapatkan materi IMD dapat segera menyampaikan dan mengajak ibu hamil dan juga masyarakat di sekitar untuk mendukung dan berpartisipasi dalam melaksanakan IMD.

- **Filem IMD**

Filem IMD yang digunakan ada 3 buah. Filem IMD 1 adalah filem IMD yang dibuat oleh *Unicef* untuk bidan, filem ini kemudian diedit dan disesuaikan agar cocok untuk dukun bayi, bagian-bagian yang terkait dengan pertolongan persalinan secara teknis medis dihilangkan, sehingga yang tertinggal adalah proses IMD yang mesti

dilakukan ketika bayi sudah berada diluar rahim ibu. Bentuk modifikasi filem ini berupa penjelasan awal dibuka oleh seorang bidan di desa (bidan ini merupakan bidan yang bekerja diluar kecamatan/daerah penelitian), kemudian dilanjutkan dengan penjelasan tentang IMD sampai pada penutupan. Semua penjelasan menggunakan bahasa lokal setempat yaitu bahasa Sunda.

Filem IMD 2 adalah filem IMD yang dibuat oleh lembaga *Driya Media* untuk kader, filem ini tidak terlalu banyak di edit, tetapi ditambahkan dengan testimoni (cerita pengalaman pribadi) dari seorang dukun bayi teladan yang berasal dari kecamatan lain. Hal ini dianggap perlu dengan asumsi bila yang menyampaikan cerita juga seorang dukun bayi tentu akan "dilihat", dianggap sebagai bagian dari "komunitas" sendiri yang lebih mudah untuk diikuti atau dicontoh, selain itu diharapkan juga akan memotivasi para dukun bayi untuk mau mengikutinya. Filem ini juga di sulih suara ke dalam bahasa lokal setempat (Sunda), mengingat semua dukun bayi menggunakan bahasa sunda sebagai bahasa sehari-hari mereka.

Filem IMD 3, adalah filem IMD yang berasal dari "India", filem ini berisi tentang seorang ibu yang sedang melakukan IMD. Filem ini sengaja diputarkan untuk memberi informasi kepada dukun bayi bahwa upaya IMD ini dilakukan juga oleh ibu-ibu yang berasal dari negara lain (diluar Indonesia), sehingga lebih menimbulkan keyakinan pada mereka bahwa manfaat IMD betul-betul suatu yang nyata dan diakui secara dunia internasional. Filem ini tidak disulih suara karena memang filem ini tidak ada narasi aslinya kecuali hanya berisi gambar bagaimana seorang ibu dari daerah tersebut sedang melakukan upaya IMD setelah melahirkan.

- **Diskusi Kelompok**

Setelah materi diberikan melalui Ceramah dan Pemutaran Filem IMD, selanjutnya dilakukan diskusi kelompok. Peserta dibagi atas tiga kelompok, masing-masing kelompok diminta untuk mendiskusikan apa itu pengertian IMD, syarat IMD, manfaat IMD, hal yang tidak boleh dilakukan ketika IMD, tahap-tahap pelaksanaan IMD dan lain-lain. Setelah diskusi kelompok, wakil dari masing-masing kelompok diminta untuk menceritakan hasil diskusinya dan ditanggapi oleh kelompok lainnya. Harapannya dengan cara diskusi ini mereka bisa mengingat kembali materi IMD

secara lengkap dan sistematis, karena melalui diskusi, mereka saling mengingatkan dan melengkapi pengetahuan dan ingatan mereka satu dengan yang lainnya.

- **Simulasi IMD**

Setelah menonton filem IMD dan berdiskusi dengan dukun bayi, selanjutnya dilakukan simulasi pelaksanaan IMD diantara sesama dukun bayi dengan menggunakan boneka. Pada simulasi ini, salah seorang peserta pelatihan diminta berperan sebagai ibu yang akan melahirkan, dan bila ada bidan saat pelatihan diminta untuk berperan sebagai bidan, tetapi bila tidak ada, salah satu fasilitator berperan sebagai bidan, kemudian salah satu peserta pelatihan yang lain berperan sebagai dukun bayi. Mereka ini (yang terdiri dari ibu yang akan melahirkan, bidan, dukun bayi) diminta untuk melakukan proses IMD. Gunanya supaya ketika praktek yang sebenarnya para peserta pelatihan sudah mendapatkan gambaran yang lebih nyata karena dilaksanakan secara langsung. Sementara itu peserta pelatihan yang lain berperan sebagai pengamat dan kemudian memberikan masukan atau pendapat ketika diskusi tentang pelaksanaan simulasi.

- **Tinjauan (*review*) di Akhir Hari Pertama Pelatihan Peduli Dukun bayi Tahap 1**

Sebelum pelatihan hari pertama selesai terlebih dahulu dilakukan tinjauan untuk memastikan kembali materi yang sudah diberikan dimengerti oleh peserta pelatihan. Caranya dengan meminta peserta menyebutkan dan menjelaskan pengertian IMD, manfaat IMD, syaratnya, tahap atau proses pelaksanaan IMD, jangka waktu pelaksanaan IMD dll.

Pelatihan Hari Ke Dua

a) **Tinjauan Materi dan Kegiatan Hari Kesatu Pelatihan Peduli Dukun Bayi Tahap Pertama**

Sebelum pelatihan hari ke dua dimulai, kembali dilakukan tinjauan hasil pelatihan hari pertama, tujuannya adalah untuk mengetahui apakah peserta pelatihan masih dapat mengingat kembali hal atau materi yang sudah diberikan sebelumnya.

Caranya sama dengan tinjauan hari pertama yaitu dengan menyebutkan hal-hal yang berkaitan dengan materi yang sudah diberikan.

b) Berbagi Pengalaman tentang Praktik Promosi IMD oleh dukun bayi

Setelah sesi tinjauan, peserta diminta untuk berbagi pengalaman atau bercerita tentang promosi atau penyuluhan IMD setelah kemaren mereka mendapatkan materi. Dari 4 kelompok pelatihan dukun bayi, sebagian besar dukun bayi di setiap kelompok langsung mempraktekkan promosi dan penyuluhan tentang IMD pada ibu hamil yang ditemui, paling tidak pada tetangga, dan keluarganya sendiri, bahkan tanpa disangka, diantaranya ada yang langsung mempraktekkan IMD karena kebetulan pada malamnya mereka harus membantu persalinan.

Tujuan dari cerita pengalaman langsung ini untuk diceritakan kembali di kelas pelatihan adalah untuk memotivasi peserta dukun bayi yang lainnya, sehingga terpacu untuk melakukan hal yang sama. Selain itu juga semakin menambah keyakinan para peserta dukun bayi akan manfaat pelaksanaan IMD, dan menghapus keragu-raguan mereka untuk melakukannya. Menurut pengakuan yang mempraktekkan langsung, apa yang dilihat di video IMD persis dengan praktek atau keadaan yang sebenarnya. Pada sesi ini juga sekalian dibahas hambatan yang mereka temui ketika praktek langsung dan sekaligus mendiskusikan jalan keluarnya.

c) Metoda Bercerita dengan Menggunakan *Vignette* (gambar)

Untuk menjelaskan materi mengenai tabu atau larangan serta kebiasaan yang sudah berlangsung lama dan dipercaya oleh masyarakat tidak mudah dengan menggunakan ceramah saja. Oleh sebab itu dalam pelatihan ini menggunakan metoda bercerita disertai dengan gambar, dengan harapan melalui cerita yang disertai dengan gambar akan lebih mudah diikuti dan dimengerti oleh peserta dukun bayi.

d). Video Filem IMD

Pada hari kedua pelatihan, diputarkan kembali ketiga film IMD yang telah diputar dihari sebelumnya. Tujuan dari pemutaran kembali adalah mengulang visualisasi manfaat dan tahapan IMD sehingga lebih teringat lagi oleh para dukun bayi. Selain itu, peserta pelatihan (dukun bayi) terlihat lebih mudah paham dan

mengingat tahapan dan manfaat IMD jika melihat secara langsung prosesnya sambil dijelaskan.

e) **Diskusi Kelompok**

Diskusi kelompok kembali digelar pada hari kedua setelah dukun bayi mendengar cerita pengalaman dari dukun bayi yang lain serta setelah menonton video filem IMD. Peserta kembali dibagi atas tiga sampai lima kelompok. Setiap kelompok diminta untuk mendiskusikan pengertian IMD, syarat IMD, manfaat IMD, hal yang tidak boleh dilakukan ketika IMD, tahap-tahap pelaksanaan IMD dll. Setelah diskusi kelompok, wakil dari masing-masing kelompok diminta untuk menceritakan hasil diskusinya dan ditanggapi oleh kelompok lainnya. Harapannya dengan cara diskusi ini mereka bisa mengingat kembali materi IMD secara lengkap dan sistematis, karena melalui diskusi, mereka saling mengingatkan dan melengkapi pengetahuan dan ingatan mereka satu dengan yang lainnya.

f) **Rencana Tindak Lanjut**

Sebelum pemberian materi ditutup, semua peserta pelatihan (dukun bayi) diminta untuk mendiskusikan rencana tindak lanjutnya secara sederhana yang nantinya akan dilaksanakan setelah pelatihan. Pada umumnya, seluruh dukun bayi yang mengikuti pelatihan setuju untuk mempromosikan IMD pada setiap ibu hamil yang datang kepadanya maupun orang disekitarnya dengan menggunakan media buku saku serta filem IMD dan mempraktikkannya saat membantu persalinan. Selanjutnya kepada mereka disampaikan bahwa fasilitator akan mengunjungi mereka satu persatu dalam waktu 2 minggu yang akan datang untuk “silaturahmi” dan “ngobrol-ngobrol” tentang promosi dan pelaksanaan IMD yang sudah dilakukan. Maksud “silaturahmi” dan “ngobrol” disini adalah untuk monitoring dan evaluasi hal apa saja yang ditemukan ketika mereka promosi dan praktek IMD, termasuk hambatan atau masalahnya. Ditambahkan pelatihan untuk pemantapan akan dilakukan kembali lebih kurang 1 bulan setelah pelatihan yang pertama ini.

g) **Post-test**

Tujuan dilakukannya *post-test* untuk mengetahui dan mengukur kemampuan dukun bayi setelah pelatihan diberikan, selanjutnya hasil pengukuran ini

dibandingkan dengan pengukuran *pre-test* dan selama penelitian. Materi *post-test* yang ditanyakan meliputi materi yang telah diajarkan dalam pelatihan. Seperti pada saat *pre – test* dan mengingat hampir semua dukun bayi tidak bisa membaca dan menulis, maka pelaksanaan *pre-test* dengan cara mewawancarai satu persatu dukun bayi yang menjadi peserta pelatihan. Berdasarkan perbandingan hasil *pre-test* dan *post-test* dapat diketahui terjadinya peningkatan atau penurunan pengetahuan dan praktek dukun bayi dalam hal IMD.

Selama pelaksanaan pelatihan peduli dukun bayi tahap pertama, hampir seluruh peserta terlihat tertarik dan bersemangat mengikuti seluruh kegiatan, terutama saat menonton video filem IMD, melakukan simulasi, dan menceritakan pengalaman pertama mereka melakukan IMD. Ada beberapa yang pada awalnya terlihat pendiam dan malu – malu tetapi pada akhirnya ikut serta dalam kegiatan karena fasilitator dan dukun bayi lainnya selalu mengajaknya untuk berperan serta. Banyak dari mereka juga mengajukan pertanyaan tanpa malu-malu karena ingin lebih memahami materi pelatihan, terutama mengenai tahap pelaksanaan IMD. Bahkan ada dukun bayi yang sedang sakit kepala tetapi tetap datang mengikuti pelatihan selama 2 hari walaupun harus datang dengan ”koyo” yang menempel di kedua samping kepalanya. Alasan mereka sangat bersemangat mengikuti pelatihan karena sudah lama tidak ada pertemuan sehingga dengan adanya kesempatan ini membuat mereka bisa lebih saling mengenal antara sesama dukun bayi, dan yang paling penting mereka senang mendapatkan wawasan baru.

Di hari terakhir pelatihan tahap pertama ini, setiap dukun bayi menerima cenderamata berupa 1 CD filem IMD (filem IMD yang sama yang digunakan untuk pelatihan), 1 buku saku manfaat IMD dan 1 buku saku tahapan IMD. Cenderamata tersebut bertujuan untuk terus dipergunakan jika dukun bayi ingin mempelajari kembali materi pelatihan serta 1 buah tas dapat dimanfaatkan lagi untuk keperluan mereka. Beberapa para dukun bayi sering menggunakan CD dan buku saku IMD sebagai media promosi IMD mereka pada ibu hamil atau warga yang ada disekitarnya. Buku saku IMD yang diberikan pada dukun bayi hampir 80% berisi gambar dan foto-foto, mengingat hampir semua dukun bayi tidak bisa membaca dan

menulis, sehingga melalui gambar diharapkan mereka dapat terus ingat dan mengerti tentang proses dan manfaat IMD. Sementara itu tulisan yang berupa penjelasan singkat bisa untuk orang yang ada disekitar dukun bayi (ibu hamil, ibu melahirkan, anak, saudara dan tetangga) yang tidak buta huruf untuk bisa mengerti dan memahami IMD walaupun tidak ikut pelatihan IMD.

Pada akhir pelatihan peduli dukun bayi tahap 1 ditemui dukun bayi yang keluar (*drop out*) sebanyak 2 orang, dukun bayi yang pertama keluar karena sakit sehingga mengundurkan diri dan selanjutnya yang bersangkutan memang tidak memberi pelayanan lagi, dukun bayi yang kedua pindah ke rumah anaknya yang berada di luar Kabupaten Bogor. Dengan demikian kedua dukun bayi ini tidak dapat berperan sebagai *change agent*. Setelah mereka dipastikan keluar selanjutnya dicari pengganti yang tinggal di daerah yang sama. Kedua pengganti tersebut diberi pelatihan dengan materi dan metode yang sama dan dilakukan secara *personal* dengan mendatangi mereka langsung ke rumahnya masing-masing.

2) **Pelatihan Tahap Kedua (Satu Bulan Setelah Pelatihan 1)**

Pelatihan tahap ke dua bertujuan untuk penyegaran, memperkuat dan memantapkan pengetahuan dan kemampuan dukun bayi dalam hal IMD. Materi yang diberikan sama dengan pelatihan tahap pertama, tapi diberikan secara ringkas dan ditambah dengan berbagi pengalaman dan diskusi selama mempromosikan dan mempraktekkan IMD. Oleh sebab itu, pelatihan tahap ke dua ini dilakukan 1 hari. Jarak waktu pelaksanaan pelatihan ke 2 dengan yang ke-1 adalah 1 bulan dan tempat pelaksanaan pelatihan ditempat yang sama dengan pelatihan tahap pertama. Pelaksanaan Pelatihan Peduli dukun bayi tahap 2 untuk kelompok 1 pada tanggal 5 Juli 2010, kelompok 2 pada tanggal 6 Juli 2010, kelompok 3 pada tanggal 12 Juli 2010, dan kelompok 4 pada tanggal 13 Juli 2010.

Total dari peserta pelatihan yang tidak datang pada pelatihan yang ke dua sebanyak 13 dukun bayi. Ketigabelas dukun bayi yang tidak hadir berasal dari kelompok 1 (kelompok Puskesmas UPF Ciampea), kelompok 2 (kelompok Puskesmas UPF Ciampea Udik), kelompok 3 (kelompok Puskesmas UPF Cihideung

Udik) sebanyak masing – masing 4 dukun bayi dan 1 dukun bayi yang berasal kelompok 4 (kelompok Puskesmas UPF Pasir). Alasan mereka tidak bisa hadir disebabkan sedang menolong ibu melahirkan, sedang mengurus pemakaman anaknya yang meninggal pada hari pelatihan, dan sedang pergi keluar Kabupaten Bogor. Untuk mereka ini juga dilakukan kunjungan khusus langsung ke rumahnya dan pelatihan dilakukan secara *personal*.

Tabel 5.4 Pelatihan Tahap 2 Berdasarkan Asal Wilayah, Jumlah, Waktu dan Tempat Pelaksanaan Pelatihan IMD untuk Dukun Bayi

Wilayah asal Dukun Bayi	Jumlah Peserta Pelatihan	Waktu Pelaksanaan	Tempat Pelaksanaan
Wilayah Puskesmas UPT Ciampea	9 orang	5 Juli 2010	Puskesmas Ciampea
Wilayah Puskesmas UPF Ciampea Udik	14 orang	6 Juli 2010	Balai Desa Ciampea Udik
Wilayah Puskesmas UPF Pasir	8 orang	12 Juli 2010	Puskesmas Pasir
Wilayah Puskesmas UPF Cihideung Udik	9 orang	13 Juli 2010	Balai Desa Cihideung Udik
Jumlah	40 orang		

Kegiatan pelatihan peduli dukun bayi tahap kedua antara lain :

a) *Pre-test*

Tujuan dilakukannya *pre-test* materi sebelum pelatihan tahap ke dua untuk mengetahui, mengukur pengetahuan kemampuan dukun bayi setelah selang waktu lebih kurang 1 bulan setelah pelatihan tahap pertama. Selanjutnya pengetahuan ini nanti dibandingkan dengan pengukuran sebelumnya dan selama penelitian. Materi *pre-test* yang ditanyakan sama dengan materi *pre-test* dan *post-test* sebelumnya (tahap 1) yaitu meliputi hal-hal yang akan diajarkan dalam pelatihan. Mengingat hampir semua dukun bayi tidak bisa membaca dan menulis, maka pelaksanaan *pre-test* ke 2 ini sama dengan metoda *pre-test* pertama yaitu dengan cara mewawancarai satu persatu dukun bayi yang menjadi peserta pelatihan.

b) Berbagi Pengalaman (*Sharing*) tentang Praktik Promosi dan Praktik Pelaksanaan IMD oleh Dukun Bayi

Setelah *pre-test 2*, peserta diminta untuk berbagi pengalaman secara bergantian ketika melakukan promosi atau penyuluhan IMD maupun mempraktikkan tahapan IMD. Peserta mengungkapkan pengalamannya dengan antusias, semangat disertai dengan rasa takjub karena pengalaman yang mereka alami persis sama dengan film yang mereka lihat ketika pelatihan, termasuk reaksi dari ibu dan bayi selama proses IMD. Salah satu contoh, ketika bayi bergerak merangkak menuju puting susu ibu, bayi mengeluarkan air liur dan menjilat-jilat tangannya sendiri, ari-ari yang keluar sendiri dari rahim ibu tanpa harus memijat dan mendorong perut ibu, pengalaman ASI ibu yang lebih mudah keluar apabila dilakukan IMD dan beberapa pengalaman lainnya.

Peserta juga menceritakan cara melakukan promosi IMD kepada ibu hamil dan masyarakat di sekitarnya, selain bercerita secara langsung mereka juga memperlihatkan buku dan video film IMD yang ada pada mereka ke ibu hamil dan sasaran penyuluhan dengan tujuan agar keterangan dan penjelasan dapat diperoleh secara lebih lengkap dan menyeluruh. Melalui sesi berbagi pengalaman ini dapat diketahui bahwa sebagian besar dukun bayi ini sudah melakukan promosi IMD baik pada ibu hamil ataupun warga yang ada di sekelilingnya dan beberapa sudah mulai melakukan praktik IMD pada ibu melahirkan.

Tujuan dari cerita pengalaman langsung ini ditampilkan di kelas pelatihan adalah untuk memotivasi peserta dukun bayi yang lainnya, sehingga terpacu juga untuk melakukan hal yang sama. Selain itu juga semakin menambah keyakinan para peserta dukun bayi akan manfaat pelaksanaan IMD ini, dan menghapus keraguan mereka untuk melakukannya. Pada sesi ini juga dibahas hambatan yang mereka temui ketika praktek langsung dan sekaligus mendiskusikan jalan keluarnya.

Setelah para dukun bayi selesai menceritakan pengalaman dan mengemukakan pendapatnya, fasilitator memberi penjelasan kembali tentang materi IMD dan memperbaiki jika ada proses IMD yang kurang tepat pada saat praktik IMD,

seperti ada dukun bayi yang tidak memotong tali pusat bayi baru lahir ketika menaruhnya di perut ibu.

c) Pemutaran Filem IMD dan Pembahasan Buku Saku IMD (Manfaat dan Tahapan IMD)

Untuk melengkapi penjelasan dan perbaikan terhadap praktik IMD oleh dukun bayi maka ketiga filem IMD yang pernah diperlihatkan saat pelatihan tahap 1 diputar kembali. Tujuan dari pemutaran kembali filem ini adalah agar manfaat dan tahapan IMD lebih teringat lagi oleh para dukun bayi. Selain itu, dukun bayi bisa lebih mudah memahami dan mengingat tahapan dan manfaat IMD jika melihat secara langsung melalui visualisasi. Penjelasan pemutaran filem menjadi lengkap saat membahas dan berdiskusi mengenai isi buku saku IMD (Manfaat dan Tahapan IMD).

d) *Post-test*

Tujuan dilakukannya *post-test* ke 2 hampir sama dengan tujuan *post-test* 1, yaitu untuk mengetahui dan mengukur kemampuan dukun bayi setelah pelatihan. Selanjutnya, hasil pengukuran ini dibandingkan dengan pengukuran dengan *pre-test* sebelumnya dan selama penelitian. Materi *post-test* 2 yang ditanyakan sama dengan materi yang diberikan pada saat *pre-test* dan *post-test* 1 yaitu materi yang telah diajarkan dalam pelatihan. Seperti pada saat *pre - test*, pelaksanaan *post-test* juga sama, yaitu dengan cara mewawancarai satu persatu dukun bayi yang menjadi peserta pelatihan. Berdasarkan perbandingan hasil *pre-test* dan *post-test* dapat diketahui terjadinya peningkatan atau penurunan pengetahuan dan praktek dukun bayi dalam hal IMD.

5.6.2 Pendampingan Terhadap Dukun Bayi

Pendampingan terhadap dukun bayi dilakukan dalam bentuk kunjungan rumah ke 53 dukun bayi yang menjadi responden dan peserta pelatihan peduli dukun bayi. Pendampingan dilakukan 2 kali selama penelitian (dalam kurun waktu lebih kurang 3 bulan), yaitu 2 minggu setelah pelatihan 1 dan kemudian 2 minggu setelah pelatihan ke 2.

Pendampingan terhadap dukun bayi yang dilakukan selama periode intervensi bertujuan mengetahui kondisi pengetahuan dan sikap dukun bayi mengenai IMD setelah dukun bayi memperoleh pelatihan. Melalui pendampingan ini juga bisa diketahui bagaimana pelaksanaan promosi dan praktik saat mereka membantu proses IMD pada ibu melahirkan. Selain itu, juga dapat diperoleh dan diketahui hambatan apa saja yang mereka temui dalam mengaplikasikan pengetahuan dan keterampilan barunya lalu memberikan alternatif pemecahan hambatannya.

Selain itu, melalui pendampingan ini juga bisa diketahui bagaimana pelaksanaan promosi dan praktik saat mereka membantu proses IMD pada ibu melahirkan.

Pendampingan ini dilakukan dengan menggunakan *form* yang sudah disiapkan sedemikian rupa, berbentuk daftar tilik yang berisi butir-butir pertanyaan yang berkaitan dengan materi yang diperoleh ketika pelatihan serta mengukur apa saja yang harus dikonfirmasi dengan dukun bayi mengenai pengetahuan dan pelaksanaan IMD. Jika ada butir yang belum diceritakan atau dikonfirmasi maka pendamping menanyakannya secara langsung pada dukun bayi. Selanjutnya, pendamping memberi penyuluhan dan penjelasan untuk pengetahuan dan praktek IMD yang masih belum tepat. Untuk melengkapi penyuluhan, pendamping juga membawa buku saku IMD.

5.6.3 Pengamatan terhadap Pelaksanaan IMD oleh Dukun Bayi

Untuk mengetahui praktik atau implementasi pelaksanaan IMD oleh dukun bayi dilakukan observasi atau pengamatan secara langsung, tetapi ternyata tidak mudah untuk dilaksanakan karena waktu/kapan ibu melahirkan, tidak bisa diprediksi secara tepat serta faktor jarak tempat tinggal. Namun demikian pengamatan tetap diusahakan dengan cara meminta dukun bayi dan bidan di desa yang menolong persalinan untuk menghubungi atau memberitahu peneliti dan tim bila sewaktu-waktu ada ibu yang akan melahirkan, bila hal ini tidak memungkinkan karena faktor waktu, upaya yang dilakukan adalah dengan meminta kesediaan bidan untuk merekam atau pengambilan gambar pelaksanaan IMD oleh dukun bayi ketika mereka menolong

persalinan bersama dengan menggunakan kamera yang ada di telepon seluler, karena keterbatasan tersedianya kamera video.

Upaya pengamatan ini ternyata memang tidak mudah, karena beberapa kali gagal disebabkan waktu melahirkan tidak sesuai dengan waktu yang diperkirakan, namun demikian sempat dilakukan 3 kali pengamatan pelaksanaan IMD dan sekaligus pengambilan gambar oleh bidan di desa, tetapi hasilnya kurang maksimal karena keterbatasan alat yang digunakan dan sudut pengambilan yang kurang pas, akibatnya gambar kurang jelas dan kurang fokus. Namun demikian adanya gambar filem ibu yang melakukan IMD dengan bantuan dukun bayi sudah dapat menjadi bukti bahwa pelatihan IMD pada dukun bayi sudah dipraktekkan oleh dukun bayi bersama dengan bidan di desa.

5.6.4 Konfirmasi (Kroscek) Informasi IMD ke Pasien Dukun Bayi (Ibu Hamil dan Ibu Melahirkan)

Untuk lebih mengetahui dan meyakinkan apakah hasil pelatihan IMD pada dukun bayi sudah diterapkan pada ibu hamil atau ibu melahirkan yang menjadi pasien dukun bayi, maka dilakukan kunjungan ke ibu hamil dan ibu melahirkan. Sebelum kunjungan, terlebih dahulu dilakukan identifikasi atau mencatat alamat dan siapa saja ibu hamil dan ibu yang sudah melahirkan yang menjadi pasien dukun bayi setelah dukun bayi mendapatkan pelatihan IMD. Berdasarkan alamat tersebut pasien dukun bayi ini dikunjungi satu persatu. Setiap dukun mempunyai jumlah pasien yang bervariasi satu dengan yang lainnya, berkisar antara 2-8 orang per-bulan, rata-rata pasien yang dikunjungi antara 2-4 per-dukun bayi.

Kunjungan ke pasien dukun bayi ini dilakukan tanpa mengikutsertakan dukun bayi untuk menghindari bias. Ketika kunjungan tersebut dilakukan diajukan beberapa pertanyaan secara kuantitatif mengenai IMD yang dipromosikan dan dilakukan oleh dukun bayi.

5.6.5 Pengukuran Variabel Penelitian (Materi Pelatihan IMD) yang Ketiga

Pada akhir periode penelitian dilakukan pengukuran pengetahuan, sikap, dan praktik dari setiap variabel penelitian. Tujuan pengukuran ini untuk mengetahui dan mengukur kemampuan dukun bayi setelah pelatihan dan pendampingan diberikan. Materi pengukuran terakhir ini sama isinya dengan materi pengukuran sebelumnya dan cara pengukurannya-pun sama. Selanjutnya hasil pengukuran ini dibandingkan dengan pengukuran sebelumnya selama penelitian.

5.6.6 Pelaksanaan Pengukuran *Pre-test* dan *Post-test* Dukun Bayi di Daerah Kontrol

Jumlah dukun bayi yang menjadi responden di daerah kontrol juga berjumlah 53 orang seperti halnya jumlah dukun bayi di daerah intervensi. Kelimapoluh tiga dukun bayi ini terdiri dari 20 orang yang tinggal di wilayah kerja Puskesmas UPF Cibeteung Udik dan 33 orang yang berada di wilayah kerja Puskesmas UPF Ciseeng.

Berbeda halnya dengan daerah intervensi yang diberi pelatihan, untuk daerah kontrol tidak dilakukan pelatihan, kecuali kegiatan pengumpulan data sebanyak 2 kali. Pengumpulan data pertama dilakukan pada awal penelitian dalam bentuk pengukuran *pre - 1[^]* dan pengumpulan data ke dua pada akhir penelitian dalam bentuk pengukuran *pre - 3[^]*. Alat ukur atau kuesioner yang digunakan sama dengan kuesioner di daerah intervensi. Jadi dengan demikian hanya 2 kali pengukuran di daerah kontrol. Pengukuran pertama (*pre - 1[^]*) dilakukan pada Bulan Mei 2010 dan pengukuran kedua (*pre - 3[^]*) diukur pada Bulan September 2010.

Tujuan pengukuran *pre* dan *pos test* di daerah kontrol untuk mengukur seberapa besar perubahan pengetahuan, sikap, praktik promosi dan pelaksanaan IMD dukun bayi di daerah kontrol selama penelitian.

Setelah pengukuran selesai dilakukan, sebagai etika penelitian maka dukun bayi di daerah kontrol diberikan materi pelatihan peduli dukun bayi dan cenderamata (buku saku IMD dan CD filem IMD) seperti yang juga diberikan di daerah intervensi. Bentuk kegiatannya berupa ceramah, pemutaran film IMD, bercerita dengan media gambar, tanya jawab, diskusi dan simulasi.

BAB VI HASIL PENELITIAN

6.1 Profil Responden

Gambaran tentang profil responden dapat dibagi atas 2 bagian yaitu profil dukun bayi dan profil pasien dukun bayi. Untuk gambaran profil dukun bayi terdiri dari 6 hal yaitu; (1) Profil Demografi dukun bayi; (2) Riwayat Pekerjaan dukun bayi; (3) PSP dukun bayi; (4) Kemitraan; (5) Jumlah Persalinan dan (6) Kepercayaan yang dimiliki dukun bayi yang dapat menghambat pelaksanaan IMD. Untuk profil pasien dukun bayi terdiri dari 2 hal yaitu; Profil ibu sedang hamil dan ibu sudah melahirkan serta Riwayat pemeriksaan kesehatan ibu selama penelitian berlangsung.

6.1.1 Profil Demografi dukun bayi

Umur dukun bayi di daerah intervensi dikelompokkan < 51 tahun dan ≥ 51 tahun. Sebaran umur dukun bayi di daerah intervensi dan kontrol hampir berimbang yaitu ≥ 51 tahun (69,8 %) dengan yang < 51 tahun (30,2 %) untuk daerah intervensi, dan ≥ 51 tahun (50,9%) dan yang < 51 tahun (49,1%) untuk daerah kontrol. Ketika dilakukan uji kesetaraan tidak ada beda (uji p value 0,089) antara umur dukun bayi di daerah intervensi dan daerah kontrol.

Secara umum tingkat pendidikan dukun bayi di daerah intervensi dan kontrol rendah, karena sebagian besar tidak sekolah dan tidak tamat SD dan tidak satupun dukun bayi yang berpendidikan Sekolah Menengah. Apabila dilihat berdasarkan kelompok pendidikan terlihat ada perbedaan tingkat pendidikan dukun bayi antara daerah intervensi dan kontrol. Di daerah intervensi cukup banyak dukun bayi yang berpendidikan tidak tamat SD/sederajat (50,9%), sedangkan di daerah kontrol 26,4%, sebaliknya di daerah kontrol lebih banyak (64,2%) yang tidak sekolah dibandingkan di daerah intervensi (34%). Untuk uji kesetaraan memang ada beda antara pendidikan dukun bayi di daerah intervensi dengan daerah kontrol, uji p value 0,008. Berhubung tingkat pendidikan dukun bayi tidak setara di daerah kontrol dan

intervensi maka selanjutnya akan dikontrol dengan cara diikutertakan dalam analisa multivariat.

Disamping pekerjaan sebagai dukun bayi, sebagian kecil dukun bayi di daerah intervensi maupun di daerah kontrol memiliki pekerjaan lain seperti petani, pedagang dan lainnya, namun demikian yang paling banyak berstatus sebagai ibu rumah tangga saja hampir sama antara daerah intervensi (73,6%) dan daerah kontrol (62,3%). Ketika dilakukan uji kesetaraan terlihat tidak ada perbedaan antara pekerjaan dukun bayi daerah intervensi dan daerah kontrol dengan p value 0,096.

Dukun bayi di daerah intervensi dan daerah kontrol juga memberikan pelayanan lain selain menangani ibu hamil dan persalinan bayi. Jenis pelayanan lain yang diberikan bervariasi seperti tukang pijat bayi, ibu hamil, ibu nifas, pijat kesehatan untuk orang dewasa baik laki-laki maupun perempuan, pijat untuk patah tulang, terkilir, serta melakukan upacara 7 bulanan, serta membuat ramuan untuk ibu yang baru melahirkan. Di daerah intervensi lebih dari setengah dukun bayi (58,5%) dan begitu juga di daerah kontrol (56,6%) melakukan ≤ 3 jenis pelayanan, sedangkan sisanya (41,5%) untuk dukun bayi di daerah intervensi dan 43,4% dukun bayi di daerah kontrol melakukan > 3 jenis pelayanan. Untuk uji kesetaraan tidak ada perbedaan antara pelayanan lain yang dilakukan oleh dukun bayi di daerah intervensi maupun daerah kontrol, p value= 0,37.

Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 6.1 Profil Demografi Dukun Bayi pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Kabupaten Bogor, 2010

Variabel	Intervensi (53) (Ciampea)		Kontrol (53) (Ciseeng)		p value Uji Kesetaraan
	Mean/Median Min-Max				
Usia (tahun)	Mean/Median	57,74 / 58,00		53,19 / 51,00	
	Min-Max	35 - 75		30 - 70	
Pendididikan		n	%	n	%
	< 51 thn	16	30,2 %	26	49,1 %
	≥ 51 thn	37	69,8 %	27	50,9 %
	Tidak sekolah	18	34,0 %	34	64,2 %
Pekerjaan selain dukun bayi	Tidak tamat SD / sederajat	27	50,9 %	14	26,4 %
	Tamat SD / Sederajat	8	15,1 %	5	9,4 %
Jenis Pelayanan Lain	Petani	3	5,7 %	7	13,2 %
	Pedagang	6	11,3 %	2	3,8 %
	Ibu Rumah Tangga	39	73,6 %	33	62,3 %
	Lainnya	5	9,4 %	11	20,8 %
Jenis Pelayanan Lain	Mean/Median	4,49 / 4,00		8,47 / 4,00	
	Min-Max	0 - 20		0 - 101	
		n	%	n	%
	Jenis pelayanan lain ≤ 3	31	58,5 %	30	56,6 %
	n	%	n	%	
Jenis pelayanan lain > 3	22	41,5 %	23	43,4 %	

6.1.2 Profil Riwayat Pekerjaan Dukun Bayi

Untuk profil riwayat pekerjaan dukun bayi digambarkan pada tabel berikut, terdiri dari: Asal ilmu yang diperoleh oleh dukun bayi, Jumlah ibu hamil yang diperiksa per bulan, Jumlah persalinan dalam satu bulan serta Lama jadi dukun bayi

Tabel 6.2 Profil Riwayat Pekerjaan Dukun Bayi pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Kabupaten Bogor, 2010

Variabel	Intervensi (53) (Ciampea)		Kontrol (53) (Ciseeng)		p value Uji Kesetaraan	
	n	%	n	%		
Asal ilmu menjadi dukun bayi	Turunan	45	84,9 %	48	90,6 %	0,607
	Lewat mimpi	1	1,9 %	-	-	
	Belajar sendiri	3	5,7 %	3	5,7 %	
Jumlah Ibu Hamil	Magang	4	7,5 %	2	3,0 %	0,825
	Mean / Median	3,62 / 3,00		3,70 / 3,00		
	Min – Max	0 - 20		0 - 15		
Periksa / Bulan	Jumlah Ibu hamil periksa \leq 3 orang	32	60,4 %	29	54,7 %	0,088
	Jumlah Ibu hamil periksa $>$ 3 orang	21	39,6 %	24	45,3 %	
	Mean / Median	3,42 / 3,00		3,89 / 4,00		
Jumlah persalinan / bulan	Min – Max	0 - 3		1 - 12		0,083
	Jumlah persalinan \leq 3 orang	32	60,4 %	25	47,2 %	
	Jumlah persalinan $>$ 3 orang	21	39,6 %	28	52,8 %	
Lama Jadi dukun bayi	Mean / Median	17,91 / 15,00		14,17 / 10,00		0,083
	Min – Max	1 - 50		1 - 50		
	Lama jadi dukun bayi \leq 10 tahun	20	37,7 %	28	52,8 %	
	Lama jadi dukun bayi $>$ 10 tahun	33	62,3 %	25	47,2 %	

Hampir semua dukun bayi di daerah intervensi (84,9%) dan kontrol (90,6%) mendapatkan ilmu sebagai dukun bayi secara turun temurun, baik secara langsung melalui orang tua, ataupun kerabat terdekatnya. Sedangkan sisanya (di bawah 10%) ada yang melalui magang dan belajar sendiri. Hasil uji kesetaraan tentang asal ilmu ketika menjadi dukun bayi antara dukun bayi di daerah intervensi maupun daerah kontrol tidak ada perbedaan secara statistik (p value = 0,607).

Jumlah ibu hamil yang periksa ke dukun bayi per bulan di daerah intervensi dengan daerah kontrol dapat dikelompokkan atas \leq 3 orang dan $>$ 3 orang. Berdasarkan data terlihat jumlah ibu hamil yang periksa ke dukun bayi per bulan yang \leq 3 orang di daerah intervensi lebih banyak (60,4%) dibandingkan dengan daerah kontrol (54,7%). Untuk jumlah ibu hamil yang periksa $>$ 3 orang untuk

daerah intervensi justru lebih sedikit (39,6%) dibandingkan dengan daerah kontrol (45,3%). Namun hasil uji kesetaraan untuk jumlah ibu hamil periksa per bulan, tidak ada perbedaan secara statistik antara daerah intervensi dan daerah kontrol (p value = 0,825).

Jumlah dukun bayi yang menangani persalinan per bulan di daerah intervensi dengan daerah kontrol dapat dikelompokkan atas ≤ 3 orang dan > 3 orang. Untuk daerah intervensi sebanyak 60,4% dukun bayi menangani ≤ 3 orang ibu melahirkan dan di daerah kontrol lebih banyak yaitu 73,6%. Sedangkan jumlah dukun bayi yang menangani persalinan per-bulan > 3 sebanyak 39,6% di daerah Intervensi lebih banyak dari daerah kontrol (26,4%). Untuk uji kesetaraan antara jumlah persalinan yang ditangani oleh dukun bayi antara daerah intervensi dan daerah kontrol tidak ada perbedaan secara statistik (p value = 0,088).

Untuk lama jadi dukun bayi antara daerah intervensi dan daerah kontrol dikelompokkan ≤ 10 tahun dan > 10 tahun. Di daerah kontrol yang jadi dukun bayi selama ≤ 10 tahun sebanyak 52,8% dan di daerah intervensi sebanyak 37,7%, dan yang > 10 tahun untuk daerah kontrol sebanyak 47,2 % dan daerah intervensi sebanyak 62,3%. Hasil uji kesetaraan antara lama jadi dukun bayi di daerah intervensi dan kontrol tidak ada perbedaan secara statistik antara ke dua daerah tersebut (p value =0,083).

6.1.3 Profil Pengetahuan, Sikap, Praktik Promosi dan Pelaksanaan IMD oleh dukun bayi Sebelum Intervensi Pelatihan Dukun Bayi

Untuk mengetahui Pengetahuan, Sikap, Praktik Promosi dan Pelaksanaan IMD oleh dukun bayi sebelum intervensi pelatihan dukun bayi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol dilakukan uji *Mann Whitney*, hasilnya terlihat seperti dalam tabel berikut:

Tabel 6.3 Profil Pengetahuan, Sikap, Praktik Promosi & Pelaksanaan IMD Dukun Bayi Sebelum “Pelatihan Peduli dukun bayi” di Kabupaten Bogor, 2010

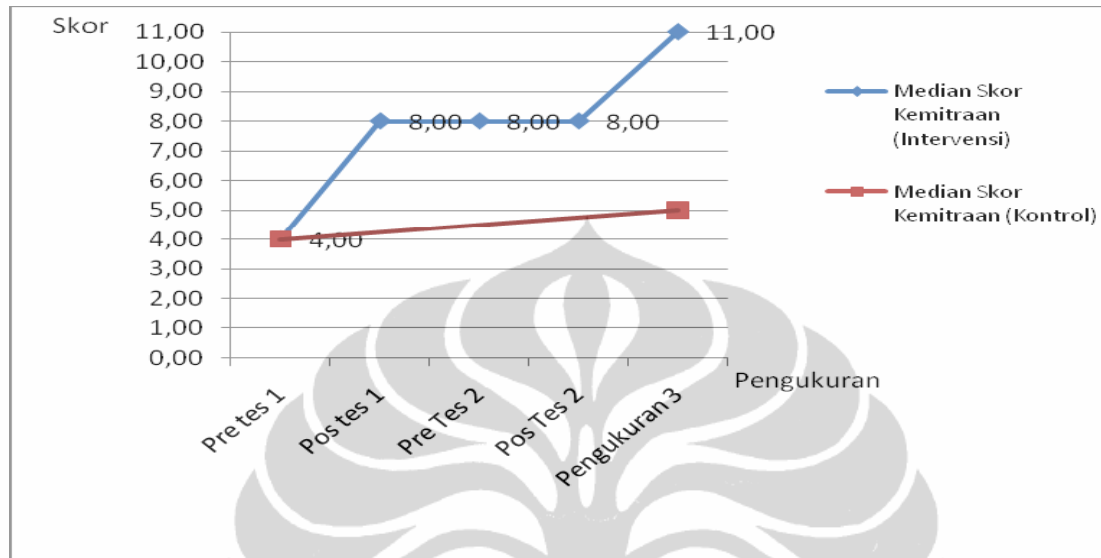
Variabel		Intervensi (53) (Ciampea)	Kontrol (53) (Ciseeng)	p value Uji Kesetaraan
Pengetahuan dukun bayi terhadap IMD	Mean/Median	1,81 / 1,00	1,81 / 1,00	0,324
	Min-Max	0 - 9	0 - 6	
Sikap dukun bayi Terhadap IMD	Mean/Median	0,83 / 0,00	1,49 / 0,00	0,199
	Min-Max	0 - 5	0 - 5	
Praktik Promosi IMD oleh dukun bayi	Mean/Median	1,26 / 1,00	1,55 / 1,00	0,567
	Min-Max	0 - 3	1 - 4	
Praktik Pelaksanaan IMD oleh dukun bayi	Mean/Median	0,08 / 0,00	0,08 / 0,00	1,000
	Min-Max	0 - 1	0	

Hasil tabel di atas terlihat tidak ada beda ($p \text{ value} > 0,05$) antara daerah intervensi dengan daerah kontrol sebelum penelitian dengan rincian p value sebagai berikut; Pengetahuan ($p \text{ value} = 0,324$), Sikap ($p \text{ value} = 0,199$), Praktik Promosi ($p \text{ value} = 0,567$) dan Praktik Pelaksanaan IMD ($p \text{ value} = 1,000$).

6.1.4 Kemitraan Bidan di Desa dengan Dukun Bayi

Skor kemitraan responden sebelum pelatihan di daerah intervensi dan kontrol mempunyai skor yang sama (nilai tengah median adalah 4,0). Setelah pelatihan pertama (*post test 1*), terjadi peningkatan skor (nilai tengah median menjadi 8,0) dan nilai ini konsisten bertahan sampai selesai pelatihan kedua (*post test 2*) kemudian skornya meningkat menjadi 11,0 pada pengukuran 3 setelah tiga bulan kemudian. Untuk daerah kontrol juga terjadi peningkatan nilai tengah menjadi 5,0 ketika dilakukan pengukuran 3.

Grafik 6.1 Peningkatan Kemitraan Bidan di Desa dengan Dukun Bayi pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Kabupaten Bogor, 2010



Keterangan Grafik :

Variabel	Intervensi (Ciampea)		Kontrol (Ciseeng)	
	Mean / Median	Min-Max	Mean / Median	Min-Max
Kemitraan				
Pre Tes 1	4,45/4,00	0 – 10	5,04/4,00	1-11
Pos Tes 1	7,66/8,00	3 – 11		
Pre Tes 2	8,43/8,00	3 – 11		
Pos Tes 2	8,43/8,00	3 – 11		
Pengukuran 3	9,11/11,00	4 – 11	5,87/5,00	3-11

Untuk mengetahui perbedaan kemitraan antara bidan di desa dengan dukun bayi sebelum dan sesudah pelatihan dan pendampingan di daerah intervensi, dilakukan uji *Wilcoxon*. Hasil uji bermakna ditunjukkan ketika sebelum dengan sesudah pelatihan pertama (*pre test 1-post test 1*), sebelum pelatihan pertama dengan sesudah pelatihan kedua (*pre test 1 – post test 2*), sebelum pelatihan pertama dengan pengukuran akhir (*pre test 1 – pengukuran 3*), karena nilai *p value* < 0,05. Dengan demikian dapat dikatakan kemitraan antara bidan di desa dengan dukun bayi dalam pelaksanaan IMD meningkat bermakna ketika diukur pada ke 3 pengukuran tersebut di atas, seperti terlihat pada tabel berikut.

Tabel 6.4 Perbedaan Kemitraan Bidan di Desa dengan Dukun Bayi pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol “di Kabupaten Bogor, 2010

Variabel	p value
KEMITRAAN	
Intervensi	
Pre 1 – Pos 1	0,000
Pre 1 – Pos 2	0,000
Pre 1 – Pengukuran 3	0,000
Kontrol	
Pre Tes1 [^] - Pengukuran 3 [^]	0,025
Intervensi - Kontrol	
Pre Tes 1 - Pre Tes 1 [^]	0,216
Pengukuran3 – Pengukuran 3 [^]	0,000

Ket: [^] = daerah kontrol

Pada awal intervensi, kedua kelompok adalah homogen, artinya skor kemitraan daerah intervensi dan kontrol adalah sama, nilai tengah median 4,0 dan hasil uji *Mann Whitney pre test I- pre tes I[^]* terlihat tidak bermakna (p value= 0,216). Kemudian, selama intervensi terjadi kenaikan skor kemitraan, baik pada kelompok intervensi maupun pada kelompok kontrol. Namun, peningkatan skor kemitraan pada kelompok intervensi jauh lebih besar dibandingkan dengan kelompok kontrol. Pada pengukuran 3 (kelompok intervensi) dan pengukuran 3[^] (kelompok kontrol) terdapat perbedaan yang bermakna (p value= 0,000). Hal ini membuktikan pemberian intervensi mempunyai dampak yang berarti terhadap kemitraan dukun bayi dengan Bidan di Desa.

Hasil temuan kualitatif setelah dilakukannya intervensi menunjukkan hasil yang mendukung pelaksanaan kemitraan antara bidan di desa dengan dukun bayi dalam pelaksanaan IMD. Peranan dukun bayi dalam kemitraan mulai dari menjaga bayi selama IMD, membantu bidan di desa, sampai dengan pelaksanaan IMD itu sendiri.

Tanya: siapa yang sudah IMD dengan bidan?

8*: kalau ada yang lahir ”mak tolong elap bayinya, trus ditaruh di dada ibu, sama emak dijagain, udah satu jam, mak yang pakein baju (fgd=focus group discussion dukun bayi PKM Ciampea).

Tanya: bidan2 umumnya sudah tahu bahwa mak sudah mendapatkan pelatihan IMD, bagaimana respon atau tanggapan mereka?

6: bayi lahir dari rahimnya dibantu oleh bidan, setelah itu bayinya dikasih ke mak untuk dibantu di IMD, bidan nya bilang mak tolong di

IMD-kan , sebelumnya dilap dulu, terus nanti mak yang nungguin selama 1 jam.

- 8: *kalau mak sama bidan U, kalau ada ibu yang melahirkan, dibantu oleh bidan, kemudian bidannya bilang mak tolong lap nanti tarok di dada ibunya...ditarok 1 jam, mak yang jagain, nanti setelah 1 jam ama mak diambil lagi dirapiin ama mak, dipakaain baju..dibedong...setelah dirapiin nanti kalau dia nangis dikasih lagi ke ibunya (fgd dukun bayi PKM Ciampea Udik).*

Tanya:pembagian kerja dengan bidan ?

- 5: *ngurusin bayi setelah proses persalinan, paraji yang melakukan IMD kemudian paraji mengurus ibunya setelah IMD selesai (fgd dukun bayi PKM Ciampea Udik).*

Keterangan * : Nomor pada kutipan di atas, adalah nomor/kode peserta FGD

Terjadinya kemitraan bidan di desa dengan dukun bayi juga diungkapkan oleh bidan di desa, salah seorang bidan di desa menjelaskan bahwa walaupun sudah ada perawat yang membantunya tetap saja bidan di desa yang bersangkutan meminta bantuan dengan dukun bayi dengan alasan sudah merasa dekat dan terbiasa

Tanya:Kalau ibu X sendiri pernah bareng paraji kalau melahirkan?

Jawab: Oh sering saya kalau ada suster aja saya minta bantuan paraji buat bantuin saya untuk asisten la yah, karena sudah biasa dengan dia (wm=wawancara mendalam bidan di desa PKM Ciampea Udik)

Berdasarkan kutipan di atas terlihat bahwa kemitraan antara bidan di desa dengan dukun bayi sudah berjalan dengan baik, dimana bidan berperan sebagai yang menolong persalinan sedangkan dukun bayi berperan mengurus bayi begitu lahir dan melakukan IMD terhadap ibu. Namun ada juga bentuk kemitraan bidan dengan dukun bayi dimana dukun bayi tidak ikut serta dalam proses persalinan tetapi hanya diminta untuk menyuci kain “kotor” setelah melahirkan.

“..iya kan, bekas lahirannya suruh dibawa pulang kan, dicuci sama saya, gitu...”

“..di Bu A juga sama, misalnya kan “Mak mau nyuci”, ditanya eta, ditanya heula. Kalo bantu nyuci kan dibayar, jigow (25) kayaknya, jigow (25) dibayarna.Dibayarnya juga gak melalui Bu A, asistenna langsung yang bayar. (fgd dukun bayi PKM Ciampea).

Dari segi tanggapan terhadap adanya kemitraan, pada umumnya dukun bayi mempunyai tanggapan yang positif karena dengan bekerjasama dengan bidan

memberikan rasa aman bagi dukun bayi dan beban pekerjaanpun di bagi ber dua dengan bidan.

"..sebelum ada kemitraan mah, biasa-biasa ajah. Tapi mah lebih enak sekarang, udah ada kemitraan, udah sama. Jadi satu sama bidan, jadi urang gak kuatir lagi.." (fgd dukun bayi PKM Cihideung Udik).

Tanya: Respon bermitra dengan bidan

2: *senang, merasa jadi ringan karena bagi2 kerja dengan bidan (fgd dukun bayi PKM Ciampea Udik).*

Dalam pelaksanaan kemitraan, ditemukan beberapa kendala seperti; adanya masalah dalam hal pembayaran dari sisi pandang dukun bayi, kurangnya penghargaan dari bidan di desa terhadap dukun bayi.

"..ada yang ngerti ada yang enggak. Sayah mah dikasih dua puluh, heuheuh. Bu I kamari masihan dua lima. Bidan Y mah tara ngasih, saya juga.."

"..paling oge dua lima, dua puluh. Tapi nukamari iji henteu (tapi yang kemarin satu enggak). Kalo di Bu E, Bu E mah ngasihna gocap wae (50 terus)..." (fgd dukun bayi PKM Cihideung Udik).

"..Tapi maaf ya, bukan kita ngomongin, ada yang gitu sampe saya dari pagi belum minum, belum makan, sampe sore lagi, sampe malam lagi belum makan apa-apa. Aya nu teu ngarti (ada yang gak ngerti). Gini, cai-cai herang atuh nya (air-air putih aja gitu ya), kopi ke, da meuni henteu (sampe gak sama sekali)..." (fgd dukun bayi PKM Cihideung Udik).

Untuk kesepakatan kemitraan, bila bidan di desa dengan dukun bayi menolong persalinan bersama, maka bidan di desa akan membagi hasil yang diterima dengan dukun bayi sejumlah uang yang telah ditentukan yaitu Rp. 50.000,-, Dari kutipan di atas tergambar bahwa bidan di desa tidak mematuhi kesepakatan tersebut dengan hanya memberikan setengahnya (Rp. 25.000,-). Tambahan pula menurut informan dukun bayi masih ada bidan di desa yang tidak memberikan perhatian seperti tidak memberikan minum dan makan selama proses kerjasama, hal ini menggambarkan kurangnya penghargaan yang diberikan oleh bidan di desa kepada dukun bayi sebagai pihak yang bermitra. Selain itu dukun bayi juga merasa bahwa kerjasama yang ada di antara mereka tidak berjalan seimbang, menurut dukun bayi pekerjaan yang dilakukan oleh mereka lebih berat dibandingkan dengan bidan di desa yang hanya bekerja ketika proses bayi keluar dari rahim ibu

“..paraji yang capek, bidan Cuma kerja hanya sampai bayi keluar dan potong ari2, paraji lebih banyak kerja, dari awal persalinan sampai nebersihin sisa persalinan..” (fgd dukun bayi PKM Ciampea Udik)

Tidak terlaksananya kemitraan antar bidan di desa dengan dukun bayi, menurut dukun bayi bukan karena kendala dalam hal kemitraan tetapi karena memang faktor ibu (pasien) yang memang lebih memilih bersalin dengan dukun bayi saja, dengan alasan “takut dijahit” dan karena tidak ada biaya bila melahirkan dengan bidan di desa, walaupun menurut dukun bayi sudah dijelaskan bahwa saat ini bisa menggunakan Jamkesmas atau SKTM.

“..mak nolong sendiri, gak pake bidan. Abis orangnya gak mau pake bidan. Takut katanya takut dijait. Kalo anak ketiga mah gak bakalan dijait pan (kan) yah. Ah katanya kalo di bidan suka dijait yah. Ya kalo sobek, kalo gak sobek buat apaan kata saya teh gitu. Saya mah gak pake jarum gitu. Udah gitu aja yang tadi juga gak lama da cuman ada 15 menit, pas keluar bali..”. (fgd dukun bayi PKM Ciampea).

“..ya dia lahiran sama mak, enggak mau sama bidan karena tidak ada biaya, walaupun saya udah ngomong, biarin kalo gak punya biaya ada Jamkesmas, ada SKSTM gitu. Kamu jangan takut yang penting kita ditolong sama bu bidan gitu. Biarin deh gak punya yang penting selamat lah. Tapi Alhamdulillah sehat dua-duanya bu, gak kungsi (pernah) ku bidan gitu..” (fgd dukun bayi PKM Ciampea).

Dari kutipan di atas terlihat bahwa dukun bayi juga bisa menyampaikan informasi tentang asuransi kesehatan (Jamkesmas, SKTM) pada ibu.

Ditemukan juga dukun bayi yang tidak terlalu peduli dengan biaya yang diterimanya dari bidan di desa:

“..kalo saya sih terserah aja deh, ga dikasih ya gak apa-apa. Kalo dulu mah suka ga ngasih, tapi sekarang mah bidannya ngasih. Ada yang gitu...” (fgd dukun bayi PKM Cihideung Udik).

Sebaliknya ada juga dukun bayi yang perhatian dengan uang jasa yang di beri oleh bidan di desa sehingga hal tersebut menjadi tolok ukur buat yang bersangkutan dalam menjalin kemitraan:

“..kalo saya emang senengnya bidan A karena dia sesuai dengan keinginan saya, karena dia baik, kadang-kadang bidan yang lain saya enggak pernah dikasih duit (fgd dukun bayi PKM Pasir).

Selanjutnya harapan untuk kemitraan, para dukun bayi berharap hendaknya bidan di desa ramah dan menghargai dukun bayi, saling pengertian, serta bisa bekerjasama dengan baik:

"..maunya yang enak nya kaya Bu T, ramah. Sama kita ramah, emak seandainya mau minum, mak tiah sini dong. Saya mau tidur, kalo ada pa-apa, ini, ini, enak, sama hati kitanya juga enak..." (fgd dukun bayi PKM Cihideung Udik).

"..menghargai kita, iya... kalo jauh-jauh, kalo malem-malem. Kalo jeung bidan mah ya lamun tos ngalahirkeun (ya kalo udah melahirkan), kopi udah ada di situ, kuehnya ada. Lamun teu aya oge ngagoreng (kalo gak ada juga ngegoreng aj)...hehehe. Bu A juga begitu, ramah eta mah bener..." (fgd dukun bayi PKM Cihideung Udik).

"..adanya saling pengertian.." (fgd dukun bayi PKM Ciampea Udik)

"..pengennya sama-sama saja, bareng2, ke bidan juga ke paraji juga.. jadi sama-sama enak, jadi tidak melalaikan paraji.." (fgd dukun bayi PKM Ciampea).

Harapan yang lain hendaknya bidan di desa tidak memberikan "cap" bahwa dukun bayi hanya mempunyai keterampilan dari segi kebatinan saja, mereka menginginkan adanya rasa kebersamaan dan penghargaan dari bidan di desa terhadap profesi sebagai dukun bayi. Penghargaan ini penting karena membuat mereka memiliki rasa kebersamaan dalam bekerjasama.

"..ya.. bilang nya paraji itu cuma bisa kebatinan doang, ya ALLAH jangan gitu dong..bareng2 aja, sama2 enak, jadi tidak melalaikan paraji, bersama jadi senang semua.." (fgd dukun bayi PKM Ciampea).

Tanya:maunya mak gimana bidan ini?

3: *ya harus nya sama-sama, jadi gak menyepelkan paraji*

8: *suka ada yang menyepelkan, katanya cuma punya ilmu kebatinan (fgd dukun bayi PKM Ciampea).*

Berbicara tentang persepsi bidan di desa terhadap dukun bayi bervariasi, ada yang sangat positif namun ada juga yang negatif dan apatis terhadap dukun bayi. Untuk yang positif menganggap dukun bayi sebagai teman atau rekanan dan berpendapat dukun bayi tidak perlu disingkirkan, karena dengan semakin baiknya

pendidikan masyarakat akan membuat masyarakat dengan sendirinya akan memilih pilihannya untuk pertolongan persalinannya, dengan demikian dukun bayi lambat laun akan hilang dengan sendirinya, selain itu kemitraan yang berjalan dengan baik akan membantu mengatasi masalah yang dihadapi.

“..menurut saya paraji itu malah untuk dijadikan teman yah untuk rekanan lah. Menurut saya pribadi karena hubungan saya baik dengan paraji jadi tidak perlu disingkirkan biarkan saja secara alami mereka akan berkurang dan mereka akan berfikir “oh ini bukan jamannya saya lagi dan pola pikir masyarakat pun sudah berubah untuk pergi ke bidan” jadi menurut saya waktunya itu akan ada. Yah buat saya pribadi paraji itu tidak perlu disingkirin dengan kemitraan pun saya rasa sudah mulai cukup. Asalkan bidan dan paraji itu berhubungan terus dengan baik, paraji juga akan mengerti dan masyarakat sekarang pun sudah terbuka dan bisa melihat darimana hal ini. Kan informasi juga sudah terbuka malah saya rasa masyarakat dengan sendirinya akan mengerti..” (wm bidan di desa, PKM Ciampea).

Sementara itu bidan di desa yang berpandangan negatif menganggap dukun bayi sulit diberitahu, diatur, hal ini timbul karena berdasarkan pengalamannya yang menemukan dukun bayi yang balik mengatur bidan di desa, sehingga bidan di desa tersebut merasa lebih nyaman untuk bekerja sendiri, namun demikian bidan di desa ini tetap menganggap dukun bayi sebagai orang tua yang perlu dihormati

“..kalau saya lebih merasa nyaman sendiri, bukannya sombong bu jadi justru mereka yang ngatur kita, jadi paraji itu ngatur kita sesuai pengalaman contohnya, “nih giniin dulu”, kata parajinya, saya jawab “mak tenang biarin aja dulu, emak mah nanti kalau lahir tinggal diserahkan ke emak bayinya”, namun demikian mereka tetap lebih tua dan saya juga telah mengajak mereka jadi yakin yakin aja, paling gak jagalah perasaan parajinya..” (wm bidan di desa PKM Pasir)

Selanjutnya untuk keberlangsungan kemitraan antara bidan di desa dengan dukun bayi, menurut informan bidan di desa, pihak institusi dalam hal ini puskesmas hendaknya memfasilitasi melalui pertemuan reguler di puskesmas. Namun menurut mereka yang lebih penting hendaknya setiap bidan di desa melakukan pendekatan secara lebih proaktif terhadap dukun bayi dan menyadari dengan adanya kedekatan ini akan menguntungkan buat mereka dalam menjalankan tugasnya.

“..kalau menurut saya pendekatannya per-bidan, sebenarnya rapat kecil itu sangat merepotkan karena harus meluangkan waktu jadi kalau saya lebih baik per bidan. Pendekatan seperti itu tidak rugi kok.., malah memudahkan kita dalam menjalankan tugas...” (wm bidan di desa PKM Ciampea Udik)

Ditambahkan oleh informan Kepala Puskesmas untuk keberlangsungan kemitraan ini hendaknya pembinaan juga dilakukan terhadap bidan di desa, tidak hanya dukun bayinya saja.

“..keberhasilan kemitraan dilihat dari hubungan bidan dengan parajinya, memang sih seharusnya bidannya juga harus dibina, jadi bukan hanya parajinya saja..” (wm Ka PKM Ciampea Udik)

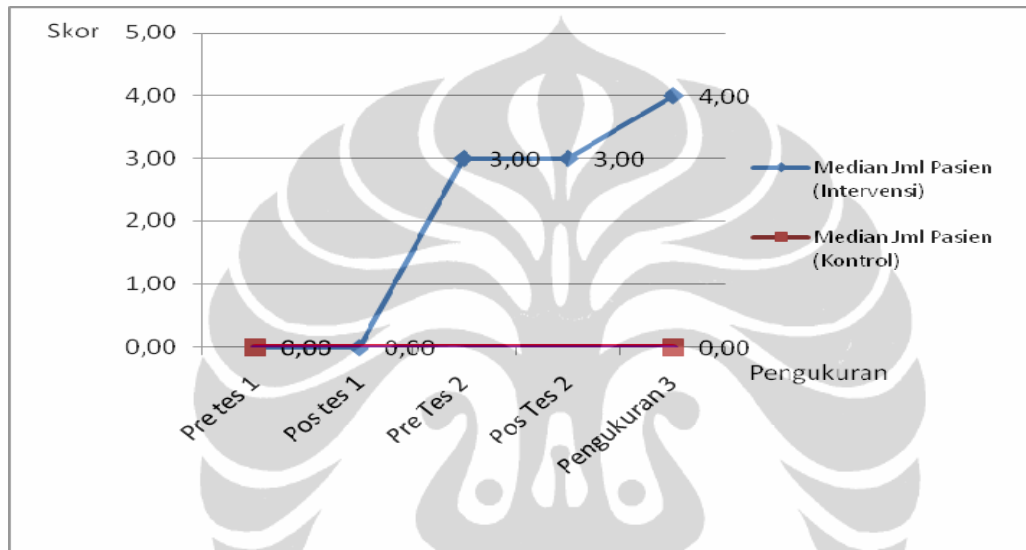
Menurut informan Kepala Puskesmas dan bidan di desa sebelum tahun 2005 masih ada dana untuk pembinaan dukun bayi, namun setelah itu tidak ada lagi dengan alasan tidak bolehnya melakukan pembinaan terhadap dukun bayi, tetapi diganti dengan sistem kemitraan. Kondisi ini mempengaruhi terhadap perencanaan anggaran di puskesmas, dimana mata anggaran untuk pembinaan dukun bayi dihilangkan. Sementara itu untuk kemitraan boleh dikatakan hampir tidak ada biaya khusus karena pelaksanaannya diserahkan untuk dilakukan oleh masing-masing bidan di desa dengan para dukun bayinya (dianggap sebagai bagian dari tugas dan tanggung jawab bidan di desa). Dengan kondisi seperti ini membuat kemitraan antara bidan di desa dengan dukun bayi sangat tergantung pada profil, karakteristik bidan di desa-nya, sehingga kondisi kemitraan di setiap desa berbeda-beda.

6.1.5 Jumlah Pasien yang Melakukan IMD Selama Intervensi

Seperti yang terlihat pada grafik berikut, sebelum pelatihan di daerah intervensi dan kontrol tidak ditemukan dukun bayi yang melakukan IMD pada pasiennya. Namun, setelah dilakukan pelatihan jumlah pasien dukun bayi yang melakukan IMD di daerah intervensi terus meningkat. Setelah jeda waktu (lebih kurang 1 bulan) mereka sempat mempromosikan dan mempraktikkan tahap IMD, ketika pengukuran *pre test 2* diperoleh jumlah pasien yang melakukan IMD dengan median 3 orang ibu. Jumlah ini tetap hingga pengukuran *post test 2* kemudian meningkat lagi hingga mencapai jumlah pasien dengan median 4 orang ibu pada

pengukuran akhir. Sedangkan di daerah kontrol sama sekali tidak ada perubahan (tidak ada pasien atau ibu hamil yang diberi penyuluhan IMD maupun dibantu melakukan proses IMD saat melahirkan).

Grafik 6.2 Peningkatan Jumlah Pasien Dukun Bayi yang Melakukan IMD Selama Intervensi pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Kabupaten Bogor, 2010



Keterangan Grafik :

Variabel	Intervensi		Kontrol	
	Mean / Median	Min–Max	Mean / Median	Min–Max
Jumlah Pasien Selama Intervensi				
Pre Tes 1	0,00/0,00	0 – 0	0,00/0,00	0 - 0
Pos Tes 1	0,60/0,00	0 – 3		
Pre Tes 2	5,06/3,00	0 – 21		
Pos Tes 2	5,06/3,00	0 – 21		
Pengukuran 3	4,64/4,00	0 – 16	1,49/0,00	0 - 10

Untuk mengetahui perbedaan Jumlah pasien dukun bayi yang melakukan IMD ketika sebelum dan sesudah pelatihan dan pendampingan di daerah intervensi, dilakukan uji *Wilcoxon*. Hasil uji sebelum dengan sesudah pelatihan pertama (*pre test 1-post test 1*), sebelum pelatihan pertama dengan sesudah pelatihan kedua (*pre test 1 – post test 2*), dan sebelum pelatihan pertama dengan pengukuran akhir (*pre test 1 – pengukuran 3*) menunjukkan nilai bermakna, karena $p \text{ value} < 0,05$. Dengan demikian dapat dikatakan jumlah pasien yang melakukan IMD meningkat bermakna

ketika diukur pada ke 3 pengukuran data tersebut di atas, seperti terlihat pada tabel berikut.

Tabel 6.5 Perbedaan Jumlah Pasien Dukun Bayi yang di IMD pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Kabupaten Bogor, 2010

Variabel	p value
JUMLAH PASIEN	
Intervensi	
Pre 1 – Pos 1	0,000
Pre 1 – Pos 2	0,000
Pre 1 – Pengukuran 3	0,000
Kontrol	
Pre Tes1 [^] - Pengukuran 3 [^]	0,003
Intervensi - Kontrol	
Pre Tes 1 - Pre Tes 1 [^]	1,000
Pengukuran3 – Pengukuran 3 [^]	0,000

Ket: [^] = daerah kontrol

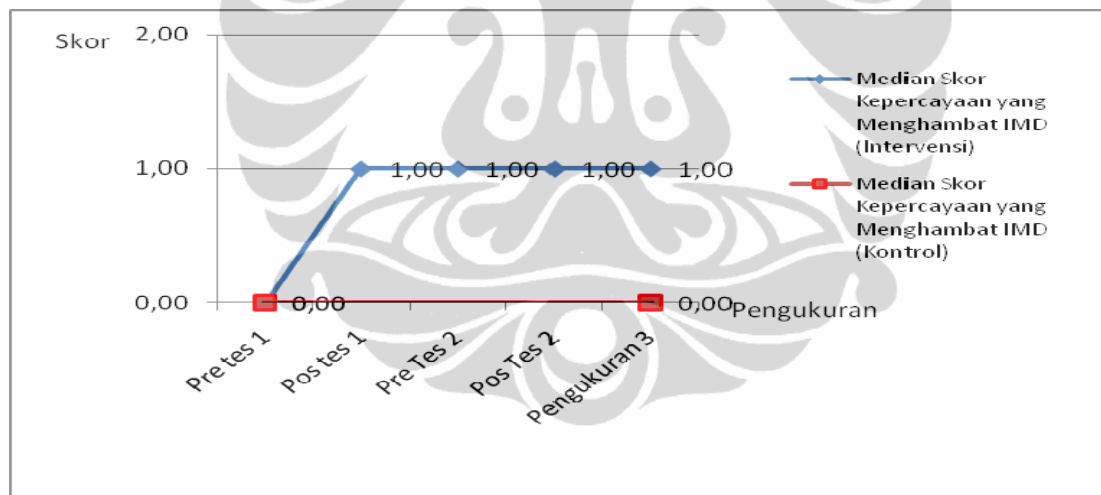
Pada awal intervensi, kedua kelompok adalah homogen, artinya skor jumlah pasien dukun bayi yang IMD di daerah intervensi dan kontrol adalah sama (tidak ada pasien atau ibu hamil yang diberi penyuluhan IMD) dan hasil uji *Mann Whitney pre test 1-pre tes 1[^]* terlihat tidak bermakna (p value = 1,00). Kemudian setelah intervensi terjadi kenaikan skor jumlah pasien dukun bayi pada kelompok intervensi menjadi 4,0 pada pengukuran 3, tidak demikian halnya dengan kelompok kontrol tidak ada perubahan sama sekali terhadap jumlah pasien yang di IMD mulai dari pre test 1[^] sampai dengan pengukuran 3[^] nilai tengah median 0,0. Selanjutnya untuk perbandingan jumlah pasien yang di IMD di daerah intervensi dan kontrol untuk pengukuran 3 (intervensi) dan pengukuran 3[^] (kontrol) hasilnya bermakna (p value = 0,000). Hal ini membuktikan pemberian intervensi mempunyai dampak yang signifikan terhadap jumlah pasien yang di IMD.

6.1.6 Kepercayaan yang dapat Menghambat Pelaksanaan IMD

Kepercayaan yang dimaksud disini adalah kepercayaan yang diketahui oleh dukun bayi yang dapat menghambat pelaksanaan IMD. Hasil *pre test* (sebelum

pelatihan pertama) tentang kepercayaan dukun bayi yang bisa menghambat pelaksanaan IMD seperti pemberian madu, pemberian “minyak kletik” serta memandikan bayi baru lahir menunjukkan nilai tengah median yang sama (0,0) antara kelompok dukun bayi di daerah intervensi dan daerah kontrol. Pada kelompok intervensi, kepercayaan ini kemudian berubah cukup tajam setelah pelatihan pertama (nilai median skor menjadi 1,0), dan kemudian stabil sampai pada pengukuran akhir (pengukuran 3). Berbeda halnya dengan kelompok kontrol, hasil pengukuran terhadap kepercayaan yang dapat menghambat pelaksanaan IMD mulai dari hasil *pre test* 1 (sebelum pelatihan pertama di daerah intervensi) sampai dengan pengukuran 3 tetap sama (0,0).

Grafik 6.3 Peningkatan Kepercayaan yang Diketahui Dukun Bayi dapat Menghambat IMD pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Kabupaten Bogor, 2010



Keterangan Grafik :

Variabel	Intervensi		Kontrol	
	Mean / Median	Min–Max	Mean / Median	Min–Max
Kepercayaan Yang Dapat Menghambat IMD				
Pre Tes 1	0,23/0,00	0 – 1	0,18/0,00	0 - 1
Pos Tes 1	0,95/1,00	0 – 1		
Pre Tes 2	0,99/1,00	1 – 1		
Pos Tes 2	0,98/1,00	0 – 1		
Pengukuran 3	0,99/1,00	1 – 1	0,13/0,00	0 - 1

Untuk mengetahui perbedaan kepercayaan yang diketahui dukun bayi bisa menghambat pelaksanaan IMD diantara kelompok dukun bayi yang di intervensi dilakukan uji *Wilcoxon*. Hasil uji pengukuran sebelum dengan sesudah pelatihan pertama (*pre test 1 – post test 1*), sebelum pelatihan pertama dengan sesudah pelatihan ke 2 (*pre test 1 – post test 2*), sebelum pelatihan pertama dengan pengukuran akhir (*pre test 1 – pengukuran 3*) menunjukkan nilai bermakna, karena p value nya $< 0,05$. Dengan demikian dapat dikatakan kepercayaan yang diketahui dukun bayi dapat menghambat pelaksanaan IMD meningkat secara bermakna pada ke 3 pengukuran data tersebut.

Tabel 6.6 Perbedaan Kepercayaan yang Diketahui Dukun Bayi dapat Menghambat Pelaksanaan IMD pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Kabupaten Bogor, 2010

Variabel	p value
KEPERCAYAAN YANG DAPAT MENGHAMBAT IMD	
Intervensi	
Pre 1 – Pos 1	0,000
Pre 1 – Pos 2	0,000
Pre 1 – Pengukuran 3	0,000
Kontrol	
Pre Tes1 [^] - Pengukuran 3 [^]	0,450
Intervensi - Kontrol	
Pre Tes 1 - Pre Tes 1 [^]	0,911
Pengukuran3 – Pengukuran 3 [^]	0,000

Ket: [^] = daerah kontrol

Pada awal intervensi, kedua kelompok adalah homogen, artinya skor kepercayaan dukun bayi di daerah intervensi dan kontrol adalah sama, nilai tengah median 0,0 dan hasil uji *Mann Whitney pre test 1- pre tes 1[^]* terlihat tidak bermakna (p value= 0,450). Kemudian setelah dilakukan intervensi, terjadi kenaikan skor kepercayaan dan kemudian stabil sampai pada pengukuran 3. Tidak demikian halnya dengan kelompok kontrol, tidak ada perubahan sama sekali mulai dari *pre test 1[^]* sampai dengan pengukuran 3[^] nilai tengah median tetap 0,0. Selanjutnya untuk perbandingan kepercayaan yang dimiliki dukun bayi yang dapat menghambat pelaksanaan IMD di daerah intervensi dan kontrol untuk pengukuran 3 (intervensi)

dan pengukuran 3[^] (kontrol) hasilnya bermakna (p value = 0,000). Hal ini membuktikan pemberian intervensi mempunyai dampak yang signifikan terhadap kepercayaan yang dimiliki dukun bayi terhadap hal-hal yang dapat menghambat pelaksanaan IMD.

Hasil temuan kuantitatif tentang kepercayaan yang diketahui dukun bayi yang dapat menghambat pelaksanaan IMD tersebut di atas, di dukung oleh temuan kualitatif. Hasil temuan kualitatif menunjukkan bahwa para dukun bayi sudah tidak menggunakan madu, dan minyak “kletik” pada bayi yang baru lahir, begitu juga bayi yang baru lahir menurut para dukun bayi ini tidak boleh langsung dimandikan, umumnya mereka tahu bahwa bayi baru boleh dimandikan 6 jam setelah bayi dilahirkan, agar bayi tidak kedinginan:

“..gak boleh dikasih madu sekarang ..” (fgd dukun bayi PKM Cihideung Udik)

“..ya..gak boleh kasih madu, teh manis, kasih kopi..” (fgd dukun bayi PKM Ciampea)

“..sekarang sudah tidak lagi, dulu ya.. dikasih madu dan kopi untuk mengeluarkan lendir di mulut bayi..” (fgd dukun bayi PKM ciampea udik)

“..gak boleh sekarang mah, teu kengeng ayeuna mah (gak boleh sekarang mah)..” (fgd dukun bayi PKM Pasir).

Penjelasan bahwa pemberian madu sekarang ini tidak boleh, dilakukan oleh dukun bayi dengan berbagai cara, selain dengan memberi tahu melalui ajakan dan himbauan, ada juga dukun bayi yang memberikan penjelasan dengan sedikit mengancam dengan menunjukkan “posisinya”, sehingga diharapkan pasiennya dapat mengikuti sarannya, seperti yang terlihat dalam kutipan berikut:

“..kan hangat bila dengan ibunya.. daripada dikasih madu daripada nanti sakit, 'o...sekarang gitu ya mak?' Kata ibunya.. 'ya..kata saya, awas ya jangan dikasih apa-apa..', saya bilang aja, kalau mau pengen tahu dari saya, mau ikuti saya, jangan dikasih madu, jangan dikasih kopi, sekarang tidak boleh ..” (fgd dukun bayi PKM ciampea).

Selain langsung memberikan penyuluhan manfaat dan hal-hal yang bisa membatalkan IMD ke pasiennya (ibu hamil dan ibu yang melahirkan), dukun bayi juga berhadapan dengan protes keluarga yang selama ini sudah terbiasa dengan hal-hal yang dilakukan di dalam keluarga, seperti pemberian madu pada bayi yang baru

lahir. Namun demikian dukun bayi berhasil memberikan penjelasan bahwa saat sekarang pemberian madu pada bayi baru lahir sudah tidak diperbolehkan karena bisa membatalkan IMD, selain itu bayi baru lahir tidak akan lapar karena sudah dibekali ”makanan” dari dalam perut ibunya.

”..Pasti ada protes aja sih yang sudah IMD itu. Kan ada yang udah anak ke 2 ke 3 biasa dikasih madu ribut tuh keluarganya cari madu anaknya gak mau diem kata saya dibilangin sekarang mah gak usah dikasih madu biarpun begitu juga orok mah gak lapar, mikirnya didalem perut tuh, segitu lamanya dikasih kita gak papa. Baru tuh gak boleh, jadi takut ada apa-apa entar. Alhamdulillah terus aja belajar disusuin gitu, Alhamdulillah tapi sekarang banyak yang ngedengerin gitu kan dulu mah pan ribut..” (wm dukun bayi-PKM Pasir).

Pemahaman dukun bayi cukup baik dalam hal kepercayaan yang dapat menghambat pelaksanaan IMD, terlihat ketika dukun bayi menjelaskan bila bayi tetap menangis disarankan untuk diberikan air susu ibunya saja dan tidak boleh diberi makanan lain seperti madu dan pisang sampai bayi berumur 5 bulan, terlihat dalam kutipan berikut;

“..gak boleh dikasih madu, makan, kasih minyak, udah aja. ‘Kalo nangis gimana?’ Nangis namanya anak kecil nangis, boleh ditetein aja ama emaknya. Soalnya gak boleh dikasih madu, apalagi kalo kasih pisang gak boleh, selama dia sampe 5 bulan. Turutin aja..” (fgd dukun bayi – PKM Pasir)

Hal lain yang menarik yang muncul dari dukun bayi dalam hal kepercayaan ini adalah timbulnya keyakinan bahwa dengan IMD bayi akan sehat dan cerdas, selain itu dukun bayi pun mengikuti perkembangan pengetahuan dan menganggap dirinya modern dan “mengikuti jaman”;

“..sekarang kalau melahirkan harus di IMD dulu supaya sehat, supaya cepat menemukan puting susu ibunya saja begitu. Tidak bisa langsung dimandikan dielap dahulu saja, enam jam baru dimandikan supaya bayinya sehat, cerdas, kan sekarang modern kita harus mengikuti jaman..” (fgd dukun bayi PKM Ciampea Udik)

6.2 Pengaruh Intervensi terhadap Pengetahuan, Sikap, Praktik Promosi dan Pelaksanaan IMD oleh Dukun Bayi

Sebelum melihat pengaruh intervensi pelatihan peduli dukun bayi terhadap pengetahuan, sikap, praktik promosi dan pelaksanaan IMD oleh mereka, terlebih dahulu dilakukan uji beda dan melihat bagaimana efek pelatihan yang diberikan terhadap masing-masing PSP dukun bayi tersebut.

6.2.1. Pengaruh Intervensi terhadap Pengetahuan dukun bayi tentang IMD

Berdasarkan temuan kuantitatif dan kualitatif, tidak seorangpun dukun bayi di daerah intervensi maupun daerah kontrol mengetahui IMD secara tepat dan benar, hal ini mungkin disebabkan karena mereka memang belum terpapar dengan IMD, selain itu secara adat dan budaya di masyarakat tidak ditemukan kebiasaan masyarakat yang sama dengan IMD.

“..zaman dulu belum ada IMD, bayi begitu lahir langsung dimandiin aja, dipakai lebu (abu), kunyit, pada puser bayi, tapi sekarang sudah tidak lagi, sekarang pakainya betadin atau alkohol..” (fgd dukun bayi PKM Ciampea).

T: *dulu apakah ada kebiasaan bayi ditengkurepin?*

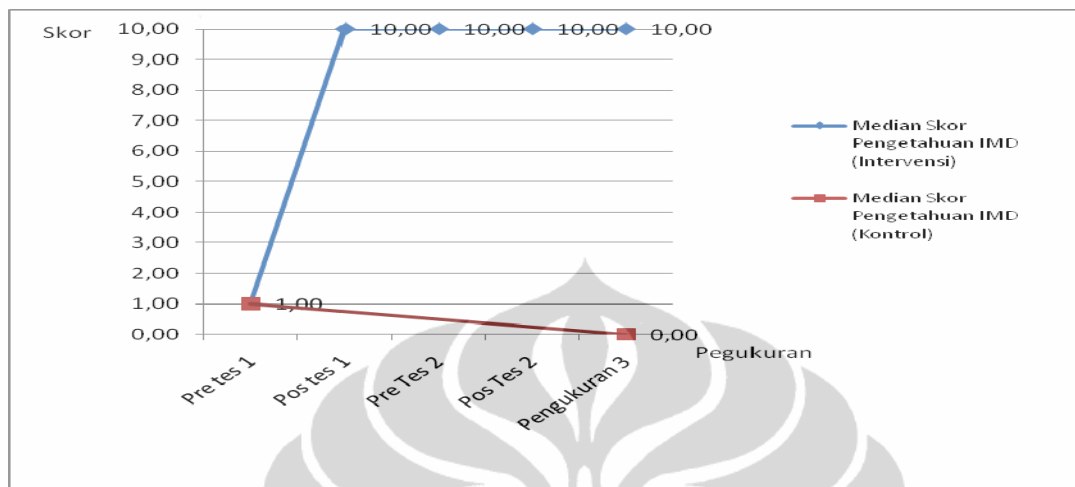
4: *gak ada*

2: *dulu mah dimandiin bayi aja pake air dingin (fgd dukun bayi PKM Ciampe Udik).*

Keterangan T*= Tanya
4, 2 = nomor/kode informan

Oleh sebab itu tidak ada istilah yang spesifik atau khusus untuk IMD. Pada umumnya mereka memberikan istilah dengan bahasa daerah ketika bayi di dekapkan atau diletakkan di perut atau di dada ibu. Istilah yang diberikan antara lain; *ditanglokkeun heula, ditangkurepin, ditangkurebkeun, ditangkubkeun, dipeluk di hawa urang.*

Grafik 6.4 Peningkatan Pengetahuan Dukun Bayi tentang IMD Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Kabupaten Bogor, 2010



Keterangan Grafik:

Variabel	Intervensi		Kontrol	
	Mean / Median	Min – Max	Mean / Median	Min – Max
Pengetahuan				
Pre Tes 1	1,81/1,00	0 – 9	1,81/1,00	0 – 0
Pos Tes 1	9,57/10,00	4 – 10		
Pre Tes 2	9,34/10,00	5 – 10		
Pos Tes 2	9,72/10,00	6 – 10		
Pengukuran 3	9,49/10,00	5 – 10	1,30/0,00	0 – 0

Pada awal intervensi, kedua kelompok adalah homogen, artinya skor pengetahuan antara daerah intervensi dan kontrol adalah sama, nilai tengah median 1,0 dan hasil uji *Mann Whitney pre test 1- pre tes 1* terlihat tidak bermakna (p value= 0,324). Kemudian, pada kelompok intervensi terjadi kenaikan skor pengetahuan, hasil pengukuran *post test 1* setelah pelatihan meningkat tajam mencapai nilai 10,0. Selanjutnya sebelum pelatihan ke 2, dilakukan *pre-test* ke 2, diperoleh nilai median yang sama 10,0 begitu juga ketika dilakukan pengukuran setelah pelatihan kedua (*post test 2*) diperoleh nilai median yang sama 10,0 dan juga saat pengukuran akhir atau pengukuran ke 3, nilai yang diperoleh tetap 10,0. Sedangkan pada kelompok kontrol terjadi penurunan skor pengetahuan. Selanjutnya, ketika dibandingkan hasil pengukuran 3 dan pengukuran 3[^] terdapat perbedaan yang

bermakna (p value= 0,000). Hal ini membuktikan pemberian intervensi mempunyai dampak yang signifikan terhadap peningkatan pengetahuan dukun bayi.

Berikut adalah tabel hasil uji beda terhadap pengetahuan dukun bayi sebelum dan sesudah dilakukan intervensi baik di daerah intervensi sendiri maupun perbandingan antara daerah intervensi dan kontrol serta efek pelatihan terhadap pengetahuan dukun bayi dalam hal IMD

Tabel 6.7 Perbedaan dan Efek “Pelatihan Peduli Dukun Bayi” terhadap Pengetahuan Dukun Bayi di Kabupaten Bogor, 2010

Variabel	p value	Efek (Δ)	
		Inter-vensi (%)	Kontrol (%)
PENGETAHUAN			
Intervensi			
Pre 1 – Pos 1	0,000		
Pre 1 – Pos 2	0,000		
Pre 1 – Pengukuran 3	0,000		
Kontrol			
Pre Tes1 [^] - Pengukuran 3 [^]	0,044		
Intervensi - Kontrol			
Pre Tes 1 – Pre Tes 1 [^]	0,324		
Pengukuran3 – Pengukuran 3 [^]	0,000		
Efek Pelatihan			
Efek training & pendampingan 1		416,02	
Efek training & pendampingan 2		1,61	
Efek intervensi		424,31	-28,18

Hasil uji beda terhadap pengetahuan dukun bayi mengenai IMD di daerah intervensi menunjukkan hasil yang bermakna untuk uji *pre test 1 – post test 1* (sebelum dengan sesudah pelatihan 1), *pre test 1- post test 2* (sebelum pelatihan 1 dengan sesudah pelatihan 2), dan *pre test 1 – pengukuran 3* (sebelum pelatihan 1 dengan pengukuran akhir) karena p value < 0,05. Dengan kata lain, pengetahuan dukun bayi meningkat bermakna pada ke 3 pengukuran data tersebut. Secara rinci efek/pengaruh peningkatan pengetahuan dukun bayi setelah mengikuti pelatihan dan pendampingan adalah sebagai berikut; hasil efek pelatihan 1 dan pendampingan 1 terhadap pengetahuan IMD dukun bayi sebanyak 416,02 % lebih baik dibandingkan

dengan dukun bayi pada saat belum mendapatkan pelatihan. Untuk efek pelatihan 2 dan pendampingan 2 pada pengetahuan IMD mempunyai efek 1,61% lebih baik dibandingkan dengan dukun bayi yang mendapatkan pelatihan 1 dan pendampingan 1. Relatif sedikitnya persentase (%) efek pelatihan 2 dan pendampingan 2 karena pengukurannya dibandingkan dengan pelatihan 1 dan pendampingan 1, dimana dukun bayi sudah terpapar dan mempunyai pengetahuan tentang materi IMD yang diujikan. Selanjutnya untuk efek pelatihan dan pendampingan secara keseluruhan terhadap pengetahuan dukun bayi dalam hal IMD sebanyak 424,31% lebih baik dibandingkan dengan dukun bayi pada saat belum mendapatkan pelatihan dan pendampingan IMD.

Hasil uji beda untuk pengetahuan dukun bayi tentang IMD di daerah kontrol antara Pre 1[^] - Pengukuran 3[^], menunjukkan hasil yang signifikan p value=0,044. Sementara uji beda antara pengetahuan daerah intervensi dan kontrol (*Mann Whitney*) pada uji *pre test 1- pre tes 1[^]* terlihat tidak bermakna p value= 0,324, berbeda halnya dengan pengukuran 3 dan pengukuran 3[^] bermakna dengan p value=0,000.

Peningkatan pengetahuan responden di daerah intervensi dapat juga dijelaskan dengan temuan hasil kualitatif dimana umumnya dukun bayi mengetahui manfaat IMD antara lain; untuk kesehatan ibu dan bayi, mengurangi perdarahan, mengurangi rasa sakit ketika melahirkan, dapat menghangatkan bayi karena kulit bayi dengan kulit ibunya bersentuhan.

“..memperlancar dan mempermudah keluar tali ari-ari nya, mengurangi pendarahan, mengurangi rasa sakit, karena kulit bayi dan kulit ibunya ketemu bayi jadi hangat..” (fgd dukun bayi pkm Ciampea).

“..kesehatan ibunya, kesehatan bayinya, menjaga pendarahan, biar cepet-cepet ari-arinya keluar, biar cepet keluar air tetanya subur, ngurangi sakit, bayinya biar gak kedinginan sama mandiri..” (fgd dukun bayi PKM Pasir).

“..memang beda bu, kalau IMD air teteknya langsung ada, kalau tidak IMD, baru ada setelah 3 hari..” (fgd dukun bayi PKM Ciampea Udik).

Manfaat lain yang diketahui oleh dukun bayi dengan IMD membuat air susu ibu menjadi banyak, bayi menjadi lebih mandiri. Selain itu menurut dukun bayi tendangan kaki bayi pada perut ibu akan menstimulasi ari-ari ibu untuk lebih cepat keluar.

“..kakinya nendang-nendang perut ibunya supaya cepat keluar bali-balinya dan benar bali-nya jadi cepat keluar, ya dan mengurangi sakit pada ibunya..” (fgd dukun bayi PKM Cihideung Udik).

Manfaat yang juga bisa diperoleh dari IMD, menurut dukun bayi, bayi akan menjadi lebih mandiri, pintar, cerdas, selain itu juga dukun bayi yang menganjurkan dan melakukan IMD dianggap dukun bayi yang modern dan mengikuti perkembangan ilmu kesehatan.

“..supaya bayinya mandiri, cepat pintar, cerdas..” (fgd dukun bayi PKM Ciampea)

“..jadi modern sekarang mah, jadi dikasih tau gitu..” (fgd dukun bayi PKM Pasir)

“..paraji jadi modern mengikuti perkembangan kesehatan..” (fgd dukun bayi PKM Ciampea Udik)

Selain manfaat di atas dukun bayi menambahkan bahwa dengan IMD bisa untuk menjaga kekebalan tubuh bayi.

“..satu untuk menjaga kekebalan tubuhnya, supaya pintar, cerdas, supaya cepat keluar air susunya, mengurangi rasa nyeri pada ibunya, mengurangi perdarahan sedikit..” (fgd dukun bayi PKM Ciampea Udik).

“..manfaat ke bayinya jadinya untuk mencapai puting susunya supaya dia untuk pengebalan, jadi mengemut..” (fgd dukun bayi PKM Pasir).

Manfaat lain menurut dukun bayi, adalah adanya perasaan tenang bila bayi yang ditolong melakukan IMD, karena biasanya bayi yang lahir dengan IMD, dengan sendirinya ari-ari akan cepat keluar, sehingga dukun bayi tidak perlu kuatir dan was was serta tidak perlu lagi mendorong atau memancing ari-ari untuk keluar.

“..aya (ada) manfaatna (manfaatnya) atuh (dong) leuwih (lebih) enak IMD atuh (dong) leuwih (lebih) tenang, balina cepat, ari (kalau) di IMD cepet balina keluar..” (fgd dukun bayi PKM Ciampea Udik).

Para dukun bayi juga mengetahui hal-hal yang mesti diperhatikan sebelum bayi di telengkupkan di badan ibu, antara lain tidak semua bagian bayi di seka (dilap), lama waktu pelaksanaan IMD dan dalam jangka waktu tersebut bayi tidak boleh diangkat dari dada ibu:

“..cuma dielap-elap mukanya aja ma palanya tangannya juga enggak, perutnya sedikit sama punggung..” (fgd dukun bayi – PKM Pasir).

Tanya : kenapa gak dibersihhi tangannya mak?

2 : supaya ieu (ini), ieuna (ininya) ka (ke) ambe (cium) ieuna (ininya), bau-bau na (nya)

Selain itu menurut para dukun bayi, ibu yang melakukan IMD juga tidak merasa terganggu ketika bayi menendang-nendang perut ibunya, bayi juga tidak merasa lapar karena bayi akan mendapatkan air susu ibunya, dan bayi tidak akan kedinginan karena selama IMD bayi diberi selimut.

Tanya : itu tuh untuk supaya ibu ama bayinya sehat ya mak ya...kalo itu ngerepotin ibunya gak kalo di IMD?

3 : enggak, enggak ngerepotin

Tanya : kalo sejam membuat bayinya lapar gak mak?

3 : enggak, enggak lapar neng

Tanya : kedinginan teu?

3 : enggak kedinginan pan disimbutin (diselimutin) jeung (sama) ketemu kulit bayi ama kulit ibunya

Tanya : kalo dia nendang-nendang ganggu ibunya gak?

3 : enggak, supaya keluar itu ari ibunya (fgd dukun bayi – PKM Pasir)

Tanya : mak ya itu ditangkubkan berapa lama mak?

3 : satu jam

Tanya : boleh diangkat gak mak bayinya?

3 : boleh diangkat saja, udah sajam

Tanya : kalo sebelum sejam?

3 : henteu (enggak), henteu (enggak) diangkat (fgd dukun bayi – PKM Pasir)

Selanjutnya untuk melihat variabel apa saja yang berpengaruh terhadap dukun bayi dalam meningkatkan potensi sebagai “agent of change” dalam melaksanakan IMD dilakukan uji multivariat. Variabel independen yang dapat dilanjutkan sampai analisis multivariat jika p value $< 0,25$. Namun bila p value $> 0,25$ dapat tetap diikutkan dalam analisa berikutnya jika variabel tersebut dianggap penting secara substansi.

Tabel 6.8 Variabel yang Diikutsertakan dalam Analisa Regresi Logistik Ganda untuk Mengetahui Faktor yang Berhubungan dengan Pengetahuan Dukun Bayi tentang IMD

No	Variabel	-2 Log-Likelihood	G	p value	Kesimpulan
1	Paket pelatihan dan pendampingan	56.724	90.223	0.000	Ikut serta
2	Umur dukun bayi	145.581	1.366	0.243	Ikut serta
3	Lama Kerja	145.090	1.857	0.173	Ikut serta
4	Jumlah Persalinan/bulan	110.871	36.076	0.000	Ikut serta
5	Kemitraan	118.104	28.843	0.000	Ikut serta
6	Jumlah pasien	117.890	29.057	0.000	Ikut serta
7	Mitos	56.756	90.191	0.000	Ikut serta
8	Pendidikan	137.051	9.896	0.007	Ikut serta

Kemudian dilakukan pemilihan variabel independen yang berhubungan signifikan dengan variabel dependen, dengan cara memasukkan variabel yang lolos dalam tahap sebelumnya ke dalam proses pengolahan data selanjutnya. Dari hasil pengolahan data tersebut jika ada variabel yang p-value > 0,05 maka variabel tersebut dikeluarkan dari pengolahan, satu per satu mulai dari p-value terbesar, begitu seterusnya. Tabel berikut menggambarkan urutan variabel yang dikeluarkan dari model karena nilai p-nya > 0,05.

Tabel 6.9 Tahapan Analisis Regresi Logistik Ganda dalam Seleksi Variabel yang Berhubungan dengan Pengetahuan Dukun Bayi tentang IMD

Tahap	Variabel	B	RR	p	95 % CI	Kesimpulan
1	Pendidikan			0,901		Dikeluarkan
	Pnddkn(1)	-0,198	0,821	0,678	0,322 – 2,088	
	Pnddkn(2)	-0,086	0,917	0,849	0,377 – 2,333	
2	Jumlah Persalinan	0,072	1,074	0,853	0,504 – 2,290	Dikeluarkan
3	Lama menjadi dukun bayi	0,107	1,113	0,739	0,593 – 2,092	Dikeluarkan
4	Umur	0,093	1,098	0,743	0,628 – 1,919	Dikeluarkan
5	Kemitraan	-0,219	0,803	0,562	0,383 – 1,685	Dikeluarkan
6	Jumlah pasien	0,249	1,283	0,428	0,693 – 2,374	Dikeluarkan
7	Kepercayaan yang menghambat IMD	0,976	2,654	0,028	1,111 – 6,343	Tetap dalam model
8	Pelatihan Peduli dukun bayi	1,826	6,212	0,002	1,908 – 20,229	Tetap dalam model

Berdasarkan hasil di atas terlihat ada 2 variabel yang dianggap mempengaruhi yaitu Pelatihan Peduli Dukun Bayi dan Kepercayaan yang menghambat pelaksanaan IMD. Berdasarkan hasil multivariat di atas, maka variabel-variabel yang berpengaruh terhadap pengetahuan dukun bayi dalam melaksanakan IMD hanyalah variabel intervensi Pelatihan Peduli dukun bayi dan Kepercayaan yang dapat menghambat pelaksanaan IMD, seperti pada tabel berikut.

Tabel 6.10 Pengaruh “Pelatihan Peduli Dukun Bayi” terhadap Pengetahuan Dukun Bayi tentang IMD di Kabupaten Bogor, 2010

Variabel	B	p	RR	95 % CI
Intervensi (Pelatihan dan Pendampingan)	1,826	0,002	6,212	1,908 – 20,229
Kepercayaan yang menghambat IMD	0,976	0,028	2,654	1,111 – 6,343

Hasil analisa menunjukkan RR sebesar 6,212 untuk intervensi, yang artinya dukun bayi yang mendapat intervensi Pelatihan dan Pendampingan berpeluang 6,212 kali memiliki Pengetahuan IMD yang baik dibandingkan dengan dukun bayi yang tidak mendapat intervensi Pelatihan dan Pendampingan, setelah dikontrol dengan variabel Kepercayaan yang dapat menghambat IMD.

Variabel Kepercayaan yang dapat menghambat IMD menunjukkan RR sebesar 2,654, artinya dukun bayi yang memiliki Kepercayaan baik hal-hal yang dapat menghambat IMD berpeluang 2,654 kali memiliki Pengetahuan IMD yang baik dibandingkan dengan dukun bayi yang tidak memiliki Kepercayaan yang dapat menghambat IMD setelah dikontrol dengan Pelatihan, Pendampingan.

Selanjutnya variabel yang paling dominan mempengaruhi pengetahuan dukun bayi adalah Pelatihan dan Pendampingan karena nilai Exp (B) variabel tersebut (6,212) > nilai Exp (B) variabel Kepercayaan yang dapat menghambat IMD (2,654).

Terkait dengan tanggapan para dukun bayi tentang metoda atau cara penyampaian pelatihan, dapat dikatakan semua dukun bayi mengatakan mudah, selain itu juga materi disampaikan dengan pelan, satu persatu serta berulang, menggunakan bahasa Indonesia kemudian diterjemahkan ke dalam bahasa daerah (Sunda) setempat.

“..penyampaian IMD nya pelan2 jadi mudah dimengerti..”
 “..allhamdulillah dapat ilmu pengetahuan, ada pembaharuan..” (fgd dukun bayi PKM Cihideung Udik)

Tanya: Bagaimana pendapat mak, tentang cara pemberian pelatihan IMD beberapa waktu lalu?, kan ada lihat video, ada buku, lewat cerita, praktek...

Semua: mudah dimengerti, jelas

8: ibu-ibu hamil itu saya kasih lihat buku itu dikasih lihat cd-nya, disetel, pada senang (fgd dukun bayi PKM Ciampea)

Tanya: kalau belajar seperti ini bagaimana?

Semua: lebih enak dan suka.. karena ada video, ada bukunya.. dan juga prakteknya...

8: ada juga yang takut lihat video itu karena ada gambar bayi yang lehernya terbelit tali pusar, karenanya video itu kayaknya khusus buat saya aja..karna ada juga yang takut

6: tapi kalau di tempat saya tidak masalah, kebanyakan suka dan pengen tahu melihatnya (fgd dukun bayi PKM Ciampea)

Tanya: Cara memperkenalkan IMD selama ini dimengerti atau tidak?

semua: mudah dimengerti sehingga paraji bisa langsung mempraktekkan (fgd dukun bayi PKM Ciampea Udik)

Tanya: waktu emak ikut pelatihan kemarin maksudnya diajari IMD itu perasaannya gimana mak?

3: gampang Alhamdulillah, mengerti (fgd dukun bayi PKM Pasir)

Selanjutnya ketika ditanya bagian mana dari metoda yang diberikan yang paling disukai oleh dukun bayi, pada umumnya menjawab semua metoda disukai, namun demikian yang paling disukai adalah ketika praktik bersama.

Tanya: waktu kita pelatihan beberapa waktu yang lalu, menurut mak-mak bagian mana yang paling mak sukai?

6: semua mak suka

7: waktu prakteknya

4: lihat filemnya

3: semua senang

1,2,3: praktek bareng (fgd dukun bayi PKM Ciampea)

Tanya: nah diantara cara-cara belajar seperti itu yang mana emak paling suka, bisa beda-beda apakah filmnya, apa prakteknya, apakah ini bukunya?

jawab: kalo saya orangnya gampang lupa, suka liat bukunya (mak O), dari film (Mak A), dari prakteknya (mak Ii), kalo bukunya juga suka kalo film emak gak punya cd-nya liat-liat aja bukunya (mak It)

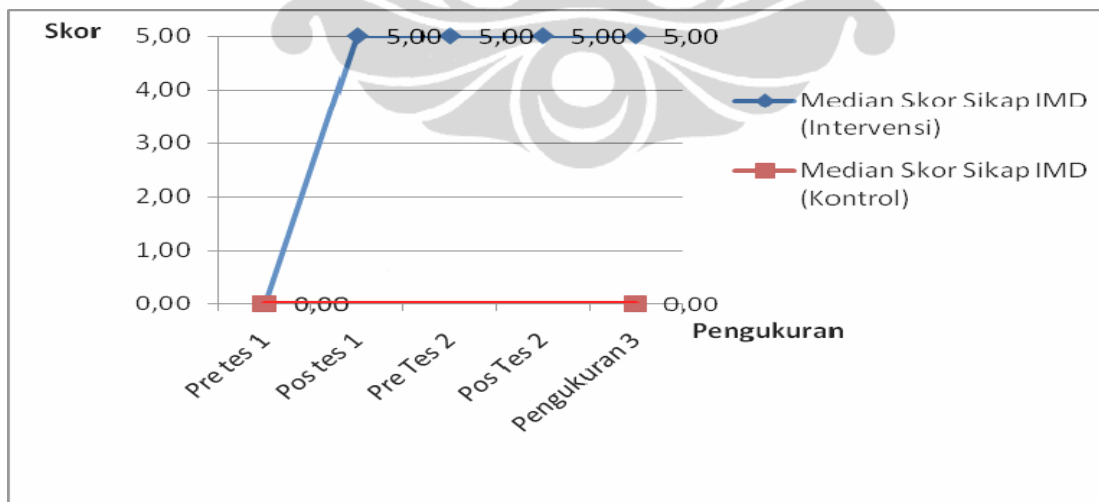
Tanya:kalo mak A seneng yang mana?

4: *kalo udah ngeliat dina kaset, anak-anak juga demen liatnya (fgd dukun bayi PKM Pasir)*

6.2.2 Pengaruh Intervensi terhadap Sikap Dukun Bayi tentang IMD

Untuk grafik sikap terhadap IMD hasil pengukuran sebelum pelatihan pertama (*pre-test 1*) pada kelompok dukun bayi di daerah intervensi dan kontrol memiliki nilai skor yang sama (nilai tengah median adalah 0,0). Namun, ketika dilakukan pengukuran *post test 1* (setelah pelatihan pertama) di daerah intervensi terlihat peningkatan skor (nilai tengah median menjadi 5,0) dan nilai ini konsisten bertahan sampai pada pengukuran ke 3 setelah tiga bulan kemudian. Berbeda dengan hasil pengukuran akhir di daerah kontrol nilai skor tidak ada perubahan antara sebelum pelatihan sampai dengan pengukuran 3, yaitu tetap 0,0.

Grafik 6.5 Peningkatan Sikap Dukun Bayi tentang IMD Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Kabupaten Bogor, 2010



Keterangan: Grafik

Variabel	Intervensi		Kontrol	
	Mean / Median	Min – Max	Mean / Median	Min – Max
Sikap				
Pre Tes 1	0,83/0,00	0 – 5	1,49/0,00	0 – 5
Pos Tes 1	4,77/5,00	0 – 5		
Pre Tes 2	4,87/5,00	1 – 4		
Pos Tes 2	4,92/5,00	2 – 5		
Pengukuran 3	4,94/5,00	3 – 5	1,00/0,00	0 – 5

Selanjutnya hasil uji beda sikap dukun bayi terhadap IMD di daerah intervensi menunjukkan hasil yang bermakna saat sebelum dengan sesudah pelatihan yang pertama (*pre test 1 – post test 1*), sebelum pelatihan pertama dengan sesudah pelatihan kedua (*pre test 1- post test 2*), dan sebelum pelatihan 1 dengan pengukuran akhir (*pre test 1 – pengukuran 3*). Ketiga uji tersebut disimpulkan bermakna karena p value dari hasil pengolahan data $< 0,05$. Dengan kata lain, sikap dukun bayi terhadap IMD meningkat bermakna ketika diukur pada ke 3 pengukuran data tersebut. Secara rinci peningkatan efek pelatihan 1 dan pendampingan 1 terhadap sikap positif dukun bayi dalam hal IMD sebanyak 486,75% lebih baik dibandingkan dengan sikap dukun bayi pada saat belum mendapatkan pelatihan 1 dan pendampingan 1 tentang IMD. Untuk efek pelatihan 2 dan pendampingan 2 pada sikap mempunyai efek 1,44% lebih baik dibandingkan dengan dukun bayi yang mendapatkan pelatihan 1 dan pendampingan 1. Selanjutnya untuk efek intervensi pelatihan dan pendampingan secara keseluruhan terhadap sikap positif dukun bayi dalam hal IMD sebanyak 495,18% lebih baik dibandingkan dengan dukun bayi pada saat belum mendapatkan pelatihan dan pendampingan tentang IMD, seperti terlihat pada tabel berikut:

Tabel 6.11 Perbedaan dan Efek “Pelatihan Peduli dukun bayi” terhadap Sikap Dukun Bayi dalam IMD di Kabupaten Bogor, 2010

Variabel	p value	Efek (Δ)	
		Inter-vensi (%)	Kontrol (%)
SIKAP			
Intervensi			
Pre 1 – Pos 1	0,000		
Pre 1 – Pos 2	0,000		
Pre 1 – Pengukuran 3	0,000		
Kontrol			
Pre Tes1 [^] - Pengukuran 3 [^]	0,130		
Intervensi - Kontrol			
Pre Tes 1 - Pre Tes 1 [^]	0,199		
Pengukuran3 – Pengukuran 3 [^]	0,000		
Efek Pelatihan			
Efek training & pendampingan 1		486,75	
Efek training & pendampingan 2		1,44	
Efek intervensi		495,18	-32,89

Hasil kualitatif juga menunjukkan setelah mendapat pelatihan IMD, dukun bayi mempunyai sikap yang positif terhadap IMD seperti; mereka merasa lebih tenang dengan adanya IMD, percaya bahwa pengetahuan IMD yang diberikan pasti ada manfaat dan kegunaanya,

“..enak deh pokoknya, tenang..” (fgd dukun bayi PKM Cihideung Udik)

“..ah tenang aja biasa. Kita justru pengen mencoba, apakah lebih benar apa enggak gitu. Kan gak mungkin kita kalo ada ajaran gini gak benar gitu. Kita coba gitu. Alhamdulillah semua selamat. Oh benar gitu. Oh berarti ini ada gunanya emang benar gitu. Langsung itu juga cerita sama si eneng ada yang lahiran begitu. Begitu benar itu, ada maknanya gitu, ada manfaatnya, benar ini gak bohong Alhamdulillah...” (fgd dukun bayi PKM Ciampea)

Sikap positif dukun bayi juga ditunjukkan dengan membandingkan ketika dulu pasien mereka (ibu) melakukan IMD dengan yang tidak melakukan IMD. Sikap positif ini timbul karena melihat manfaat dan bukti yang sesuai (baik) dengan yang dijelaskan ketika pelatihan IMD, seperti; dengan IMD, air susu ibu lebih mudah keluar dan lebih banyak, bayi terlihat lebih sehat dan lincah, bayi diberi susu lain tidak mau, mereka juga merasa lebih “santai” dan tenang;

Tanya: bagaimana perbandingan menolong persalinan yang ada IMD dengan yang tidak ada IMD?

Semua: ya ada bedanya

- 2: *sebelum ada IMD kadang-kadang bayi dimandikan*
- 7: *setelah IMD bayi cepat sehat dan gemuk*
- 6: *sebelum IMD bayi tidak langsung disusui, air susu susah keluar setelah di IMD bayi langsung di susui dan air susu cepat keluar*
- 1: *sebelum IMD, bayi lahir malam tetap saja bayi dimandikan*
- 7: *sehat bayi dan ibunya, air susu banyak*
- 2: *setelah IMD bayi tidak langsung dimandikan, ditunggu dulu, sebelum IMD ibu harus diurut dulu agar air susunya cepat keluar*
- 3: *ya bayi jadi gembil pipinya, jadi pertumbuhannya cepat naik*
- 5: *baru umur 15 hari sudah cepat gede, udah kayak bayi 2 bulan*
- 4: *dikasih susu yang lain tidak mau. (fgd dukun bayi PKM Ciampea)*

Tanya: beda ada IMD atau tidak

- 1: *sebelum IMD bayi tidak langsung disusui, air susu susah keluar Setelah IMD bayi langsung disusui dan air susu cepat keluar*
- 3: *bayi jadi sehat, lincah setelah IMD*
- 1: *sebelum IMD kalau lahir malam, tetap saja bayi dimandikan*
- 4: *setelah IMD sehat bayi dan ibunya air susu banyak*
- 3: *setelah IMD bayi dimandikan ditunggu dulu, tidak langsung dimandikan*
- 2: *Sebelum IMD ibu harus diurut dulu agar air susu cepat keluar (fgd dukun bayi PKM Ciampea Udik)*

Sikap positif juga muncul karena materi pelatihan yang diterima mudah dipraktekkan dan selain itu juga manfaatnya bisa mereka buktikan. Hal lain juga ketika pelaksanaan IMD mereka merasa relatif lebih santai dalam penanganan ibu dan bayi lahir misalnya membersihkan ibu dan bayi tidak perlu buru-buru dilakukan, walaupun yang buru-buru dilakukan adalah dalam pelaksanaan IMD.

“..mudah dipraktekkan dan sudah terbukti manfaatnya..” (fgd dukun bayi PKM Ciampea Udik)

“..bagus malah, santai lagi, sehat. Kalo dulu mah kayak diudag-udag insyaallah sekarang mah santai. kalo dulu sesudah keluar bali itu cepet itu, harus cepet ibunya harus buat mandi anaknya tapi sekarang kan istirahat dulu didekap dulu jadi lebih tenang, sekarang mah santai aja..” (fgd dukun bayi PKM Pasir).

- 1: *kalau dulu bayi baru lahir kita tidak terlalu ambil pusing bayinya mau menyusui atau tidak, tapi sekarang dengan adanya IMD kan harus*

- buru2 disusui sama ibunya, jadi susu ibunya cepat keluar dan bayinya terlihat sehat..dan ibunya juga terlihat sehat*
- 3: *ya saya lihat kalau tidak IMD, susu ibu itu baru keluar 3 hari, kalau Imd jadinya langsung keluar..*
- 1: *kalau dulu sebelum ada IMD, bayinya habis dipotong (tali ari2nya) langsung dimandiiin..dikasih kunyit dan minyak, kalau sekarang kan tidak boleh sejak IMD..*
- 2: *ya..dulu juga tengah malam lahir juga kita mandiiin, kalau sekarang lahirnya malam, paginya aja kita mandiiin (fgd dukun bayi PKM Ciampea Udik)*

Hal lain yang mendorong timbulnya sikap positif pada dukun bayi adalah adanya buku saku yang bisa digunakan dukun bayi ketika memberikan penyuluhan dan penjelasan tentang IMD ke dukun bayi

- 3: *dan kita juga kasih tahu ke ibunya dan keluarganya, kalau tidak percaya kita kasih lihat bukunya..*

Selain itu dukun bayi memperlihatkan sikap yang mendukung dan siap untuk pelaksanaan IMD;

Tanya: apakah ada mak yang ragu-ragu untuk melakukan IMD

- 5: *tidak ragu-ragu, kalau ragu-ragu artinya takut... jadi paraji kan..mesti siap (fgd dukun bayi PKM Cihideung Udik).*

“..karena ada buktinya bagus jadi mereka mau ngikutin..” (fgd dukun bayi PKM Ciampea).

Hasil uji beda untuk sikap dukun bayi tentang IMD di daerah kontrol antara *Pre test I[^]* - Pengukuran 3[^], menunjukkan hasil tidak bermakna p value = 0,130. Sementara untuk perbandingan sikap antara kelompok intervensi dan kontrol pada uji *pre test I- pre tes I[^]* terlihat tidak bermakna p value= 0,199, berbeda hal nya dengan pengukuran 3 dan pengukuran 3[^] bermakna dengan p value=0,000.

Selanjutnya untuk melihat variabel apa saja yang berpengaruh terhadap sikap dukun bayi dalam meningkatkan potensi sebagai “agent of change” pelaksanaan IMD dilakukan uji multivariat untuk semua variabel yang p value nya < 0,25, namun bila variabel tersebut dianggap penting dan p value nya > 0,25 tetap dianalisis dengan alasan substansi. Berikut semua variabel yang dianalisa dan kesimpulannya

Tabel 6.12 Variabel yang Diikutsertakan dalam Analisis Regresi Logistik Ganda untuk Mengetahui Faktor yang Berhubungan dengan Sikap Dukun Bayi dalam IMD

Variabel	-2 Log-Likelihood	G	p value	Kesimpulan
Pelatihan Peduli dukun bayi	70,557	76,352	0,000	Ikut serta
Umur dukun bayi	145,018	1,892	0,169	Ikut serta
Lama menjadi dukun bayi	143,077	3,833	0,050	Ikut serta
Jumlah Persalinan / bulan	113,271	33,638	0,000	Ikut serta
Kemitraan	110,833	36,076	0,000	Ikut serta
Jumlah pasien	119,860	27,049	0,000	Ikut serta
Kepercayaan yang dapat menghambat IMD	70,521	76,388	0,000	Ikut serta
Pendidikan	8,671	8,671	0,013	Ikut serta

Berdasarkan hasil uji yang dilakukan maka berikut adalah urutan variabel yang dikeluarkan dari pengolahan data karena nominal nilai p-nya terbesar

Tabel 6.13 Tahapan Analisis Regresi Logistik Ganda dalam Seleksi Variabel yang Berhubungan dengan Sikap Dukun Bayi dalam IMD

Tahap	Variabel	B	RR	P	95 % CI	Kesimpulan
1	Umur	-0,003	0,997	0,870	0,963 – 1,032	Dikeluarkan
2	Jumlah Persalinan	0,095	1,099	0,813	0,502 – 2,404	Dikeluarkan
3	Kemitraan	0,117	1,124	0,771	0,511 – 2,469	Dikeluarkan
4	Pendidikan			0,763		Dikeluarkan
	Pendidikan (1)	-0,313	0,731	0,490	0,300 – 1,781	
	Pendidikan (2)	-0,155	0,856	0,720	0,366 – 2,004	
5	Lama menjadi dukun bayi	0,163	1,177	0,562	0,678 – 2,043	Dikeluarkan
6	Jumlah Pasien	0,256	1,292	0,410	0,702 – 2,379	Dikeluarkan
7	Kepercayaan yang dapat menghambat IMD	0,879	2,407	0,038	1,052 – 5,511	Tetap dalam model
8	Pelatihan Peduli dukun bayi	1,468	4,339	0,005	1,559 – 12,076	Tetap dalam model

Berdasarkan hasil uji di atas, maka tabel berikut memperlihatkan variabel yang paling berpengaruh terhadap sikap dukun bayi dalam melaksanakan IMD

Tabel 6.14 Pengaruh “Pelatihan Peduli dukun bayi” terhadap Sikap Dukun Bayi dalam IMD di Kabupaten Bogor, 2010

Variabel	B	P	RR	95 % CI
Pelatihan dan Pendampingan	1,468	0,005	4,339	1,559 – 12,076
Kepercayaan yang menghambat pelaksanaan IMD	0,879	0,038	2,407	1,052 – 5,511

Tabel di atas menunjukkan variabel yang paling berpengaruh terhadap Sikap IMD dukun bayi adalah Pelatihan serta pendampingan; dan Kepercayaan yang menghambat pelaksanaan IMD. Sedangkan variabel lainnya sebagai konfonding. Variabel Pelatihan dan Pendampingan menunjukkan RR sebesar 4,339, yang artinya dukun bayi yang mengikuti pelatihan dan pendampingan memiliki peluang 4,339 kali untuk memiliki sikap IMD yang baik dibandingkan dengan dukun bayi yang tidak mengikuti pelatihan dan pendampingan IMD setelah dikontrol variabel kepercayaan.

Variabel Kepercayaan yang menghambat IMD menunjukkan RR sebesar 2,407, artinya kepercayaan yang menghambat IMD dukun bayi-nya baik akan mempunyai peluang sebanyak 2,407 kali untuk memiliki sikap IMD yang baik dibandingkan dengan dukun bayi yang kepercayaan yang menghambat IMD-nya kurang setelah dikontrol variabel paket pelatihan dan pendampingan

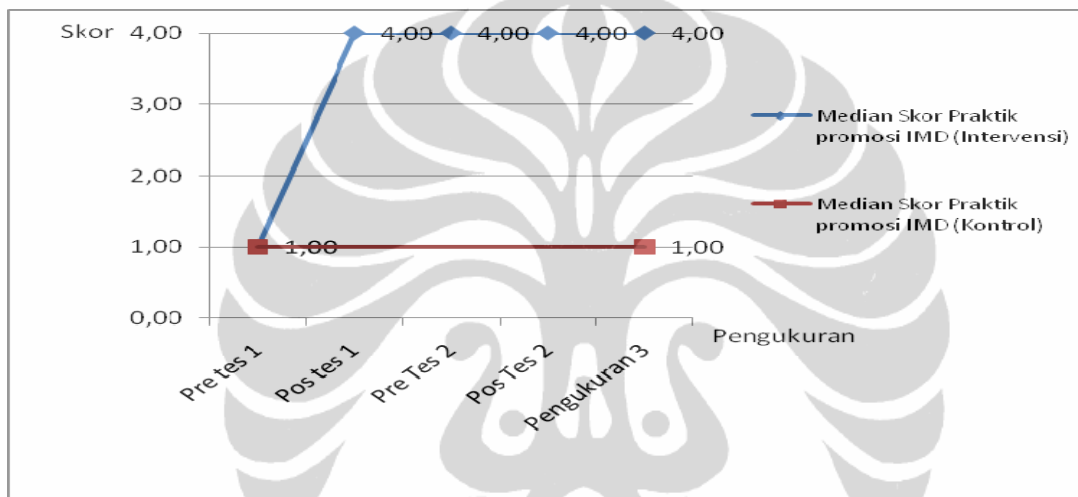
Selanjutnya variabel yang paling dominan mempengaruhi Sikap dukun bayi adalah Pelatihan dan pendampingan karena karena nilai $\text{Exp (B) - nya } (4,339) > \text{Exp (B) Kepercayaan yang menghambat IMD paket pelatihan dan pendampingan } (2,407)$.

6.2.3 Pengaruh Intervensi terhadap Praktik Promosi IMD oleh Dukun Bayi

Pada awal intervensi, kedua kelompok adalah homogen, artinya skor praktik promosi IMD oleh dukun bayi antara daerah intervensi dan kontrol adalah sama, nilai tengah median 1,0 dan hasil uji *Mann Whitney pre test 1- pre tes 1[^]* terlihat tidak bermakna ($p \text{ value} = 0,567$). Kemudian, pada kelompok intervensi terjadi kenaikan skor pengetahuan, hasil pengukuran *post test 1* nilai tengah median menjadi 4,0. Hal ini terjadi karena adanya kesempatan dukun bayi untuk mempromosikan IMD ke

lingkungan disekitar rumah dan keluarganya begitu selesai mengikuti pelatihan pada hari pertama. Nilai ini bertahan pada pengukuran *pre - post test 2* (sebelum dan sesudah pelatihan kedua). Sementara hasil pengukuran pada kelompok dukun di daerah kontrol tidak ada perubahan sejak dari pengukuran pertama hingga yang akhir, hasilnya tetap 1,0

Grafik 6.6 Peningkatan Praktik Promosi IMD oleh Dukun Bayi pada Kelompok Intervensi dan Kelompok di Kabupaten Bogor, 2010



Keterangan Grafik

Variabel	Intervensi		Kontrol	
	Mean / Median	Min – Max	Mean / Median	Min – Max
Praktik Promosi				
Pre Tes 1	1,26/1,00	0 – 3	1,55/1,00	1 - 4
Pos Tes 1	1,92/4,00	0 – 4		
Pre Tes 2	3,72/4,00	0 – 4		
Pos Tes 2	3,74/4,00	0 – 4		
Pengukuran 3	3,70/4,00	0 – 4	1,51/1,00	0 - 4

Selanjutnya untuk hasil uji beda praktik promosi IMD oleh dukun bayi di daerah intervensi menunjukkan hasil yang bermakna pada saat sebelum dengan sesudah pelatihan kesatu (*pre test 1 – post test 1*), sebelum pelatihan kesatu dengan sesudah pelatihan kedua (*pre test 1 – post test 2*), sebelum pelatihan satu dengan pengukuran akhir (*pre test 1-pengukuran 3*), p value < 0,05. Dengan kata lain, praktik promosi IMD oleh dukun bayi ketika diukur ke 3 uji pengolahan data tersebut

meningkat bermakna. Secara rinci peningkatan atau efek pelatihan 1 dan pendamping 1 terhadap praktik promosi IMD oleh dukun bayi sebanyak 195,24% lebih baik dibandingkan dengan dukun bayi pada saat belum mendapatkan pelatihan 1 dan pendampingan 1. Untuk efek pelatihan 2 dan pendampingan 2 pada praktik promosi IMD mempunyai efek -0,54%, berarti dapat dikatakan tidak ada efek terhadap pelatihan 2 dan pendampingan 2 dalam hal praktik promosi IMD. Untuk efek intervensi pelatihan dan pendampingan secara keseluruhan terhadap praktik promosi IMD oleh dukun bayi sebanyak 193,65% lebih baik dibandingkan pada saat dukun bayi belum mendapatkan pelatihan dan pendampingan tentang IMD.

Hasil uji beda untuk praktik promosi dukun bayi tentang IMD di daerah kontrol antara *Pre test 1* - Pengukuran 3[^], menunjukkan hasil tidak bermakna p value = 0,934. Sementara untuk perbandingan sikap daerah intervensi dan kontrol pada uji *pre test 1 - pre tes 1* terlihat tidak bermakna p value= 0,567, berbeda halnya dengan pengukuran 3 dan pengukuran 3[^] bermakna dengan p value=0,000.

Tabel 6.15 Perbedaan dan Efek “Pelatihan Peduli Dukun Bayi” terhadap Praktik Promosi IMD oleh Dukun Bayi di Kabupaten Bogor, 2010

Variabel	p value	Efek (Δ)	
		Intervensi (%)	Kontrol (%)
PRAKTIK PROMOSI			
Intervensi			
Pre 1 – Pos 1	0,009		
Pre 1 – Pos 2	0,000		
Pre 1 – Pengukuran 3	0,000		
Kontrol			
Pre Tes1 [^] - Pengukuran 3 [^]	0,934		
Intervensi - Kontrol			
Pre Tes 1 - Pre Tes 1 [^]	0,567		
Pengukuran3 – Pengukuran 3 [^]	0,000		
Efek Pelatihan			
Efek training & pendampingan 1		195,24	
Efek training & pendampingan 2		-0,54	
Efek intervensi		193,65	-2,58

Hasil temuan kualitatif di daerah intervensi juga mendukung temuan kuantitatif, dukun bayi yang sudah diberi pelatihan, pendampingan pada umumnya

sudah melakukan praktik promosi IMD ke keluarga, tetangga disekitar tempat tinggal dan juga ke pasien mereka masing-masing. Cara promosi dilakukan dengan berbagai variasi seperti; menjelaskan secara langsung dengan bercerita, meminjamkan buku saku IMD serta meminjamkan dan memutar cd filem IMD, disertai dengan cara membujuk bahkan kadang-kadang agak sedikit mengancam agar pasiennya mau untuk melaksanakan IMD:

“..diterangkeun (diterangkan) ku (sama) emak, dibawa tah (tuh) CD dipasangkeun (dipasangkan) da manehna bogaeun (karena dia punya)..” (fgd dukun bayi PKM Ciampea Udik)

“..ya pada pinjem buku dan cd nya, jadi saya kasih pinjem aja..” (fgd dukun bayi PKM Ciampea)

“..dicaritakeun..neng, ayeuna mah neng supaya eneng ulah pendarahan ceuk emak teh nya ieu orok ditangkolokeun didieu supaya ari panerina cepet-cepet keluar tali ari-arina. Ayeuna di IMD teh neng kieu, wayahna kesel saetik ge ulah sesah anak emak ge..Mi, kesel atuh geus cangkeul, kieu keneh wae didieu, sabar, ceuk emak teh yang penting selamat. (diceritakan neng, sekarang mah neng supaya jangan pendarahan kata emak ini bayi ditangkubkan disini supaya yang belakangnya cepet keluar tali ari-arinya. Sekarang mah di IMD tuh begini neng, sabar kesel sedikit juga jangan susah anak emak juga, Mi, kesel dong udah capek, begini terus aja..disini..sabar, kata emak tuh yang penting selamat..” (fgd dukun bayi PKM Pasir)

“..ibunya suka mengeluh pegel, saya bilang tidak apa-apa Cuma sebentar, bayinya di elus-elus aja supaya tenang..” (fgd dukun bayi PKM Cihideung Udik)

Dari kutipan di atas terlihat bahwa upaya yang dilakukan oleh dukun bayi dalam mempromosikan IMD cukup maksimal, seperti menggunakan filem atau CD, kemudian ditambahkan dengan penjelasan bahwa dengan IMD akan membuat ari-ari akan cepat keluar, selain dukun bayi juga membujuk ibu agar bersabar selama pelaksanaan IMD. Upaya untuk membujuk dan menenangkan pasien, sudah menjadi bagian dari tugas promosi yang dilakukan oleh dukun bayi.

Selanjutnya anjuran untuk melaksanakan promosi atau penyuluhan tentang materi yang diterima ketika pelatihan IMD kepada pasien dukun bayi, pada umumnya sudah dilakukan oleh mereka seperti terlihat dalam kutipan berikut:

“..sama saya ada 12 orang ibu hamil yang periksa, sudah saya jelaskan tentang IMD..” (fgd dukun bayi PKM Ciampea)

Tanya: Setelah mak dilatih IMD kepada siapa saja mak menjelaskan IMD ini?

Semua: ibu hamil, ibu yang akan melahirkan, ibu rumah tangga

6: bu sekarang kan begini-begini..kalau ada yang hamil supaya ikut IMD ini

Ada juga yang menganggap geli..

1: kalau mak indun sih jelaskan, jangan geli...sekarang kan ada perubahan ya..IMD ini manfaat nya banyak..jadi sebaiknya diikuti aja (fgd dukun bayi PKM Ciampea).

Selanjutnya cara penjelasan yang dilakukan oleh dukun bayi bervariasi antara satu dukun bayi dengan dukun bayi yang lain; ada yang menjelaskan pelaksanaan IMD secara berurutan, menggunakan media yang diberikan (CD filem IMD, buku saku) kemudian ada yang menjelaskan manfaatnya, ada juga yang memotivasi dengan menceritakan bahwa cucu presiden juga melakukan IMD.

T : selanjutnya mak iti..mak jelasin ke ibu hamil kumaha?

4 : Mak ceuk (kata) teh Neng kalo lahir sekarang mah ada ilmu baru gitu, kenapa mak ilmu baru kata dia. IMD gitu, udah lahir dia itu cepet dielap pake elap kering, ai (kalau) tanganna jangan, teras ditaplokeun kana dadana (terus ditangkubkan ke dadanya), itu si bayi teh berusaha menjilat-jilat kulit ibunya gitu. Ke (nanti) dia itu mudah, ngemut-ngemut tangan dia sendiri bayinya, terus itu ketemu sama pentil eh puting susunya laju (terus) dikenyo, emak mah can nampa encan, masih mararuda (pada muda) hamilnya juga 1 bulan, 3 bulan gitu. Ambeh naon ceunah mah (supaya apa katanya)? Ambeh sehat, kuat, selamat, bahagia (supaya sehat, kuat, selamat, bahagia). Nanti ibunya anget, bayinya anget lagi gitu, sehat sejahtera gitu. (fgd dukun bayi PKM Ciampea Udik).

“..diterangkeun (diterangkan) ku (sama) emak, dibawa tah (tuh) CD dipasangkeun (dipasangkan) da manehna bogaeun (karena dia punya)..” (fgd dukun bayi PKM Ciampea Udik).

”..mak jelaskan sekarang kan begitu kalau lahiran (IMD), cucu presiden juga dibegitukan kata emak. Sekarang mah parajinya modern neng (fgd dukun bayi PKM Pasir).

Menurut dukun bayi, tanggapan pasien mereka setelah mendengarkan penjelasan atau penyuluhan IMD yang diberikan pada umumnya menurut dan mengikuti apa yang disarankan oleh dukun bayi.

“..kalau saya jelasinnya, neng, nanti kalau lahiran imd aja, supaya perdarahannya tidak banyak, tidak terlalu sakit ketika melahirkan, lancar... o gitu kata ibunya..biasanya ibunya nurut aja apa kata saya..” (fgd dukun bayi PKM Ciampea).

“..kalau saya menjelaskan ke ibunya pakai buku, supaya dibaca oleh ibunya agar percaya ”neng kalau nggak percaya ni, baca ada bukunya..”, ”o ya ya..mak..” (fgd dukun bayi PKM Cihideung Udik).

“..Pasti emak kasih tau. Jangankan diomongin, bukunya dianjurkan (dianjurkan) sekarang gitu, udah pasti itu. Tapi Alhamdulillah di IMD gak ada yang protes, diem aja, yang penting dia mikirnya selamat gitu...” (fgd dukun bayi PKM Cihideung Udik).

Namun demikian ada juga keluarga dari pasien yang menanyakan metoda atau cara IMD, hal ini mungkin karena metoda IMD memang relatif baru dikenalkan ke masyarakat.

Tanya: bagaimana tanggapan pasiennya mak J?

2: *gak apa2, Cuma ibunya aja suka nanya kok sekarang seperti begini..? ya saya jelaskan aja..kalau tidak percaya juga bisa tanya sama bidan ai (swasta)..gitu aja mak kasih tahunya. (fgd dukun bayi PKM Ciampea).*

“..kalau saya jelasinnya, neng, nanti kalau lahiran imd aja, supaya perdarahannya tidak banyak, tidak terlalu sakit ketika melahirkan, lancar... o gitu kata ibunya.. biasanya ibunya nurut aja apa kata saya..” (fgd dukun bayi PKM Ciampea).

Selanjutnya menurut para dukun bayi, hampir tidak ada keluarga yang menolak ketika diberikan penjelasan tentang IMD, hal ini mungkin karena dukun bayi juga menjelaskan dengan menggunakan buku saku serta dengan “sedikit ancaman” bila tidak mengikuti saran yang diberikan oleh dukun bayi:

Tanya: Apakah ada keluarga yang menolak?

6: *gak ada neng, kan ada buktinya*

5: *kalau gak percaya suka ditunjukkan bukunya*

7: *kalau dikasih nanti tidak kaget (fgd dukun bayi PKM Ciampea)*

“..kalo gitu harus nurutin, kalo gak nurutin udah saya tinggal enggak mau tolongin gitu. Iya-iya dia mau terus dia lahir langsung saya gunting itu dulu terus dielap dikit doang, langsung ditengkurepin disitu dia ketawa ketawa diazanin kakanya baru 7 tahun, gampang banget, kan gak dimandiin, kata saya jangan mandi dulu nanti jam 10 baru ibunya mandi nanti anaknya nanti saya kesini lagi mandi gitu, sekarang mah gak boleh dimandiin...” (fgd dukun bayi PKM Pasir).

Berdasarkan kondisi di atas, bahwa keluarga juga sering ikut serta dalam mempengaruhi dan mengurus ibu, maka promosi tentang IMD ini juga dilakukan oleh dukun bayi ke orang tua dan keluarga dari ibu yang melahirkan supaya keluarga juga tidak kaget.

Tanya:bagaimana pendapat mak-mak terhadap ibu dari ibu yang melahirkan ?, apakah perlu juga dijelaskan tentang IMD?

Semua:perlu

Semua:karena sering yang mengatur anaknya yang melahirkan itu ya..ibunya..

7: kadang-kadang ibunya itu yang menyuruh menyiapkan air agar bayi dimandikan, atau agar bayi diberi madu. Saya jelasin aja ke ibunya bahwa sekarang bayi yang baru lahir tidak dimandikan lagi..cukup di-lap doang..

Semua: jadi ya..kita jelaskan juga ke ibunya..biasanya mereka sih nurut aja..ama kita

5: saya juga jelaskan gini..jangan kaget ya..sekarang kalau melahirkan ada model baru..supaya bayi dan ibunya sehat. (fgd dukun bayi PKM Ciampea)

Tanya:kalau ibunya ibu hamil, apakah perlu dijelaskan juga tentang IMD?

3: harus dikasih tahu, harus ke ibunya juga

5: kalau anak lahir, jangan kaget yah, ini model baru, jadi kumaha ema ayeuna mah. (fgd dukun bayi PKM Cihideung Udik).

“..ibu hamil, keluarganya juga ada, kalo keluarganya gak itu takutnya gak nerima,nanti rewel..” (fgd dukun bayi PKM Pasir).

Namun demikian ada juga dukun bayi yang tidak memberi tahu keluarga dengan harapan keluarga akan tahu dengan sendirinya:

“..kalau saya, diam aja ya..lihatin aja..ntar udah beres juga tahu sendiri..” (fgd dukun bayi PKM Ciampea).

Selain itu dukun bayi juga berusaha mengatasi komplek dari keluarga dan membujuk keluarga dengan cara memberikan pengertian bahwa manfaat IMD sangat besar, bayi jadi mandiri, pintar, sehat. Untuk lebih meyakinkan, dukun bayi akan meminta keluarga ibu untuk membaca buku saku IMD:

Tanya: bagaimana cara mak mengatasi komplek keluarga pasien terhadap IMD?

- 6: *dijelaskan sampai pasien menurut*
7: *diberitahukan di awal tentang IMD*

Tanya: Bila keluarga minta bayi untuk dikasih madu bagaimana?

- 5: *diberi pengertian kepada keluarga agar ikut proses IMD (fgd dukun bayi PKM Cihideung Udik).*

“..Mak, lila amat ieu? (Mak, lama amat ini). Oh nunggu satu jam pan (kan) ini nunggu pengen anaknya pinter, pengen anaknya mandiri ku saya digituin aja kalo dia seandainya keluarganya risih, suruh baca aja sono peraturan bukunya kan ada...” (fgd dukun bayi PKM Pasir).

“..sekarang mah harus di IMD, caranya gimana? Si jabang bayi udah lahir dielapin, dipotong puser, langsung didekapkan ke ibunya, kalo enggak percaya saya mah liat aja bukunya, saya mah dikasih aja bukunya..” (fgd dukun bayi PKM Pasir).

Sementara itu untuk tanggapan yang berlawanan terhadap pelaksanaan IMD, menurut dukun bayi relatif bisa dihadapi dan diatasi oleh mereka, hal ini terjadi karena karakter dukun bayi yang memang mempunyai “kharisma” atau posisi di masyarakat, sehingga mereka mempunyai keyakinan bahwa masyarakat akan patuh dan menurut dengan apa yang mereka sarankan, selain itu juga disertai dengan upaya membujuk, memberi keyakinan dan rasa aman pada masyarakat yang dalam hal ini adalah ibu dan keluarga yang melakukan IMD.

Tanya: tapi ada yang bandel gak?

- 3: *ada juga sih, tapi nurut aja sama emak, sekarang mah sama emak otiuh juga harus nurut, dulu nih waktu belum ada IMD, abis lahirin mamanya mandi padahal itu udah pengalaman dibawa mandi langsung pingsan itu di kamar mandi, sekarang mah enggak, wiladah, sekarang mah udah canggih (fgd dukun bayi PKM Pasir).*

Tanya: *Bagaimana cara mengatasi ibu/nenek yang ngotot agar bayinya dimandiin atau diberi madu?*

2: *kalau mak, pasiennya nurut ama mak, apa kata mak aja (fgd dukun bayi PKM Ciampea Udik).*

“..ada juga yang nanggapin begini ”kok sekarang lahirannya lama ya?”.. saya jawab apanya yang lama?, lahirannya udah, Cuma bayinya ditengkurepin di dada ibunya, nunggu sampai 1 jam, supaya bayinya bisa mencapai puting susu ibu, bergerak-gerak di dada ibunya, bayinya jadi cepat pintar, cerdas dan bayi bisa merasakan kehangatan tubuh ibunya, baru dia percaya...” (fgd dukun bayi PKM Cihideung Udik).

2: *ada juga keluarga yang takut-takut..tapi saya tenangin ”udah diam tidak usah kuatir, percaya aja sama saya..ini udah beres”*

1: *ya kuatir jatuh... (fgd dukun bayi PKM Ciampea Udik).*

Selanjutnya menurut para dukun bayi, mereka merasa terdorong untuk mempromosikan IMD dengan berbagai alasan; karena merupakan “amanah” setelah mendapatkan pengetahuan merasa wajib untuk menyampaikan ke orang lain, karena merasa pengetahuan tentang IMD memang bermanfaat, meringankan pekerjaan sebagai dukun bayi, membuat mereka merasa “modern” karena mengikuti perkembangan pengetahuan:

6: *karena sudah dapat pengetahuan ya..mesti dipraktekkan..*

7: *untuk menambah pengalaman*

Semua: karena bermanfaat ibu hamil dan keluarganya

3: *saya juga jelaskan ke suaminya tentang IMD ini, karena bermanfaat untuk isterinya*

6: *karena ada amanah setelah kita dapat pelatihan, jadi mesti disampaikan*

4: *banyak manfaat dan meringankan kita*

3: *kita jadi paraji modern*

5: *meringankan pekerjaan paraji*

1: *sekarang kan paraji jadi modern, biar tua2 juga bisa modern*

2: *banyak manfaatnya, paraji juga jadi modern (fgd dukun bayi PKM Ciampea).*

Penjelasan tentang IMD ini menurut dukun bayi akan dilakukan terus dengan alasan ilmu pengetahuan yang didapat tersebut dianggap wajib untuk disampaikan, apalagi bila dikaitkan dengan keyakinan bahwa pesan tersebut merupakan “amanah” dan dianggap “berat” sehingga mesti disampaikan.

Tanya: Menurut mak, sampai kapan mak akan menjelaskan IMD ini?

semua: sampai seterusnya..

Tanya: mengapa mak mau menyampaikan pesan IMD ini kepada ibu2?

5: karena berat, ini pesan dari ibu, jadi amanah harus dijalani

6: ya mesti dilaksanakan (fgd dukun bayi PKM Ciampea)

Namun ada juga dukun bayi yang belum menjelaskan IMD karena faktor jarak dan jarang ketemu dengan ibu hamil.

Tanya : tapi mak tos (sudah) jelasin samemehna (sebelumnya) ngalahirkeunana (melahirkannya) tos (sudah) jelaskeun (menjelaskan) IMD?

2 : jarang ketemu sih, jauh. Jadi teu acan (belum), tapi ayeuna (sekarang) mah karak (baru) aya (ada) nu (yang) hiji (satu) tah dicitukeun (dibegitukan) ku (sama) emak, teu aya deui (gak ada lagi), duka deh (enggak tau deh) (fgd dukun bayi PKM Ciampea Udik).

“..kadang yang deket-deket mah udah, kalo yang lain-lain sih enggak, karena saya gak bisa ngeliling karena saya banyak kerjaan..” (fgd dukun bayi PKM Pasir).

Selanjutnya untuk mengetahui variabel apa yang berpengaruh terhadap Praktik Promosi IMD dukun bayi dilakukan uji multivariat terhadap variabel yang p value nya $< 0,25$, namun demikian bila ada variabel yang p value nya $> 0,25$ dapat tetap diikuti dalam analisa berikutnya bila secara substansi dianggap penting. Berikut adalah semua variabel yang diikuti-sertakan dalam analisa.

Tabel 6.16 Variabel yang Diikutsertakan dalam Analisa Regresi Logistik Ganda untuk Mengetahui Faktor yang Berhubungan dengan Praktik Promosi Dukun Bayi dalam IMD

Variabel	-2 Log-Likelihood	G	p value	Kesimpulan
Paket pelatihan dan pendampingan	82,495	62,598	0,000	Ikut serta
Umur dukun bayi	144,648	0,445	0,505	TIDAK Ikut serta
Lama Kerja	0,007	0,701	0,403	TIDAK Ikut serta
Jumlah Persalinan / bulan	110,280	34,812	0,000	Ikut serta
Kemitraan	113,212	31,880	0,000	Ikut serta
Jumlah pasien	111,288	33,805	0,000	Ikut serta
Kepercayaan yang menghambat IMD	93,709	1,384	0,000	Ikut serta
Pendidikan	137,412	7,681	0,021	Ikut serta

Berdasarkan hasil uji yang dilakukan maka berikut adalah urutan variabel yang dikeluarkan dari pengolahan data karena nominal nilai p-nya terbesar

Tabel 6.17 Tahapan Analisis Regresi Logistik Ganda dalam Seleksi Variabel yang Berhubungan dengan Praktik Promosi Dukun Bayi dalam IMD

Tahapan	Variabel	B	RR	p	95 % CI	Kesimpulan
1	Pendidikan			0,819		Dikeluarkan
	Pendidikan (1)	0,232	1,261	0,623	0,500 – 3,179	
	Pendidikan (2)	0,299	1,349	0,528	0,533 – 3,413	
2	Kemitraan	0,086	1,090	0,818	0,524 – 2,267	Dikeluarkan
3	Jumlah Persalinan / bulan	0,122	1,129	0,751	0,533 – 2,391	Dikeluarkan
4	Kepercayaan yang dapat menghambat IMD	0,466	1,593	0,180	0,806 – 3,148	Dikeluarkan
5	Jumlah Pasien	0,416	1,515	0,183	0,822 – 2,794	Dikeluarkan
6	Pelatihan Peduli dukun bayi	1,494	4,455	0,000	2,316 – 8,566	Tetap dalam model

Selanjutnya berdasarkan hasil di atas dapat disimpulkan variabel yang berpengaruh adalah variabel Pelatihan serta pendampingan seperti terlihat pada tabel berikut:

Tabel 6.18 Pengaruh “Pelatihan Peduli Dukun Bayi” terhadap Praktik Promosi IMD oleh Dukun Bayi di Kabupaten Bogor, 2010

Variabel	B	p	RR	95 % CI
Pelatihan dan Pendampingan	1,494	0,000	4,455	2,316 – 8,566

Variabel Pelatihan dan pendampingan menunjukkan RR sebesar 4,455, yang artinya dukun bayi yang mengikuti paket pelatihan dan pendampingan memiliki peluang 4,455 kali untuk memiliki praktik promosi IMD yang baik dibandingkan dengan dukun bayi yang tidak mengikuti pelatihan dan pendampingan IMD.

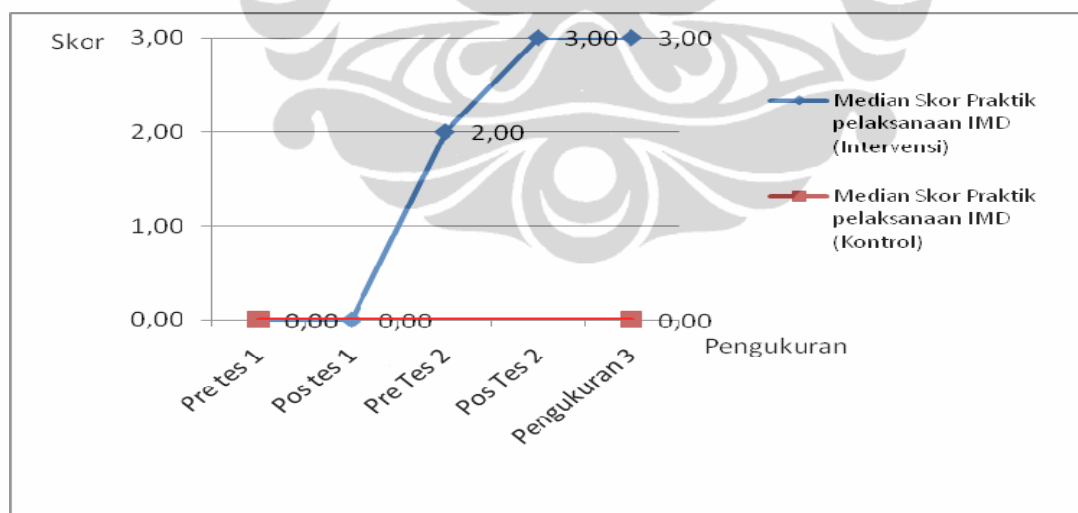
Variabel yang paling dominan mempengaruhi praktik promosi dukun bayi adalah Paket pelatihan dan pendampingan karena nilai Exp (B) – nya (4,455).

6.2.4 Pengaruh Interwensti terhadap Praktik IMD oleh Dukun Bayi

Grafik praktik IMD menunjukkan saat *pre test* 1 atau awal penelitian di kedua daerah penelitian memiliki kesamaan dengan nilai median 0,00. Artinya, belum ada dukun bayi yang pernah melakukan praktik IMD, begitu juga pada saat *post test* yang pertama, di kelompok intervensi belum ada peningkatan nilai karena tidak adanya kesempatan untuk mempraktikkan IMD disebabkan belum ditemukannya pasien (ibu) yang melahirkan untuk bisa praktik IMD. Pengukuran selanjutnya yang merupakan *pre-test* 2 (sebelum pelatihan kedua) terlihat ada peningkatan nilai praktik IMD dengan nilai median 2,00 lalu meningkat kembali menjadi 3,00 dan stabil sampai dengan pengukuran terakhir (pengukuran ke 3).

Berbeda halnya di daerah kontrol, ketika dilakukan pengukuran terakhir juga belum ada dukun bayi yang melakukan praktik IMD.

Grafik 6.7 Peningkatan Praktik IMD oleh Dukun Bayi pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Kabupaten Bogor, 2010



Keterangan: Grafik

Variabel	Intervensi		Kontrol	
	Mean / Median	Min - Max	Mean / Median	Min - Max
Praktik IMD				
Pre Tes 1	0,08/0,00	0 – 1	0,08/0,00	0 – 1
Pos Tes 1	0,11/0,00	0 – 3		
Pre Tes 2	1,58/2,00	0 – 3		
Pos Tes 2	1,66/3,00	0 – 3		
Pengukuran 3	2,23/3,00	0 – 3	0,25/0,00	0 - 2

Berdasarkan uji beda, diperoleh hasil pengukuran sebelum pelatihan pertama dan sesudah pelatihan pertama (*pre test 1 – post test 1*) tidak bermakna $p=0,914$, sedangkan untuk pengukuran sebelum pelatihan pertama dengan sesudah pelatihan kedua (*pre test 1-post test 2*), serta sebelum pelatihan pertama dengan pengukuran akhir (*pre test 1-pengukuran 3*), bermakna karena $p \text{ value} < 0,05$. Dengan demikian dapat dikatakan, praktik IMD oleh dukun bayi meningkat bermakna ketika diukur pada *pre test 1 – post tes 2* dan *pre test 1 – pengukuran 3*, dan tidak terjadi peningkatan bermakna ketika diukur pada *pre test 1 – post test 1*. Secara rinci peningkatan atau efek pelatihan 1 dan pendampingan terhadap praktik IMD oleh dukun bayi sebanyak 1.875% lebih baik dibandingkan pada saat dukun bayi belum mendapatkan pelatihan 1 dan pendampingan 1. Untuk efek pelatihan 2 dan pendampingan 2 pada praktik IMD mempunyai efek sebanyak 41,14% lebih baik dibandingkan dari dukun bayi yang mendapatkan pelatihan 1 dan pendampingan 1. Selanjutnya untuk efek intervensi pelatihan dan pendampingan secara keseluruhan terhadap praktik IMD oleh dukun bayi sebanyak 2.687,50% lebih baik dibandingkan pada saat dukun bayi belum mendapatkan pelatihan dan pendampingan tentang IMD.

Selanjutnya hasil uji beda untuk praktik IMD oleh dukun bayi di daerah kontrol antara *Pre test 1^ - Pengukuran 3^*, menunjukkan hasil bermakna $p \text{ value}=0,029$. Sementara untuk perbandingan praktik IMD daerah intervensi dan kontrol pada uji *Wilcoxon, pre test 1- pre tes 1^* terlihat tidak bermakna $p \text{ value} =$

1,000, berbeda halnya dengan pengukuran 3 dan pengukuran 3[^] bermakna dengan p value=0,000.

Tabel 6.19 Perbedaan dan Efek “Pelatihan Peduli Dukun Bayi” terhadap Praktik Dukun Bayi dalam IMD di Kabupaten Bogor, 2010

Variabel	p value	Efek (Δ)	
		Intervensi (%)	Kontrol (%)
PRAKTIK IMD			
Intervensi			
Pre 1 – Pos 1	0,914		
Pre 1 – Pos 2	0,000		
Pre 1 – Pengukuran 3	0,000		
Kontrol			
Pre Tes1 [^] - Pengukuran 3 [^]	0,029		
Intervensi - Kontrol			
Pre Tes 1 – Pre Tes 1 [^]	1,000		
Pengukuran3 – Pengukuran 3 [^]	0,000		
Efek Pelatihan			
Efek training & pendampingan 1		1875,00	
Efek training & pendampingan 2		41,14	
Efek intervensi		2687,50	212,50

Hasil penelitian kualitatif menjelaskan temuan hasil kuantitatif, dimana pada umumnya dukun bayi sudah melaksanakan IMD dengan benar, antara lain; begitu bayi lahir, setelah tali pusat di potong selanjutnya badan dan kepala bayi (kecuali tangan) di seka (dibersihkan) dengan handuk bersih, kemudian bayi di taruh di perut atau dada ibu selama 1 jam. Selama bayi di perut dan di dada ibu, bayi akan menendang-nendang dan bergerak mencari puting susu ibu.

Tanya: *Terus sekarang kalau ada bayi yang lahir dan mak ikut menolongnya apa yang mak lakukan?*

Semua: *ya kita lakukan imd*

7 : *sama saya ada 12 orang ibu hamil yang periksa, sudah saya jelaskan tentang IMD*

6 : *ya pada pinjem buku dan cd nya, jadi saya kasih pinjem aja. (fgd dukun bayi pkm Ciampea).*

“..kalau mak sudah nerapin, kemaren begitu bayinya keluar, mak- lap, kemudian ditengkurepin didada ibunya supaya bayinya cari puting susu

ibunya, dan kakinya nendang-nendang perut ibunya supaya cepat keluar bali-balinya dan benar bali-nya jadi cepat keluar, dan mengurangi sakit pada ibunya..” (fgd dukun bayi pkm Cihideung Udik).

“ada sejam deh. Kita udah itu mah udah ditengkolokin (ditangkubkan) dina (di) dadanya yang penting pake simut (selimut) yang biar anget gitu, jadi kulitnya menyentuh kulit ibu, cuman diatasnya pake simbut (selimut), pake topi. Biar sama-sama anget kan kulit bayi gitu...” (fgd dukun bayi pkm Ciampea).

“..tos kaluar, tos dipotong dielap ari emak ditangkolokeun sajam, tunggu dulu tah nya. Tos dielap udah sajam diangkatnya mandina genep jam karak mandiin gitu yah. (IMD, sudah keluar, sudah dipotong dielap kalau emak ditangkubkan sejam, tunggu dulu tuh ya. Sudah dielap sudah sejam diangkat mandinya enam jam baru dimandikan gitu yah) ..”

Selanjutnya salah seorang informan dukun bayi menjelaskan bahwa dia sudah 3 kali melakukan IMD dengan bidan di desanya, dalam pelaksanaan IMD tersebut dukun bayi sudah melakukan prosedur pelaksanaan IMD seperti menyeka badan bayi kecuali bagian tangannya sebelum menaruh bayi di dada ibu, dan lamanya pelaksanaan IMD berlangsung 1 jam dan bayi baru dibersihkan atau dimandikan 6 jam kemudian.

Tanya : mak tos sabaraha kali nga IMD? (mak sudah berapa kali meng-IMD)

1 : nga IMD? Entos IMD tilu orang sama bidan N. (meng-IMD? Sudah tiga orang sama bidan nadia) (fgd dukun bayi PKM ciampea udik)

Tanya :IMD, kumaha (bagaimana) pandangan emak ka (ke) IMD teh (tuh)? Emak caritakeun (emak ceritakan)?

2 : kemarin puser dipotong, dielap semua tangannya jangan ditamplokeun (ditangkubkan) ka (ke) ibunya, nojer-nojer (nendang-nendang), udah sejam udah, abis 6 jam baru mandi

Tanya : bayinya sampe ketemu tete?

2 : ketemu iya (fgd dukun bayi PKM ciampea udik)

Kemudian dukun bayi juga menceritakan hal-hal yang dialami ketika proses IMD sedang berlangsung, setelah bayi ditaruh di dada ibu, bayi menjilat jarinya dan kemudian kaki bayi menendang perut ibu dan kepala bayi bergerak menuju ke puting susu ibu, diceritakan juga adanya kekuatiran ibu bila bayi jatuh ketika proses IMD berlangsung, namun dukun bayi berusaha menenangkan dengan jalan meminta ibu

supaya memegang badan bayi agar bayi tidak jatuh. dukun bayi juga menjelaskan IMD berlangsung selama 1 jam.

“..Bayinya mah kecil gak gege-gede cuma dua kilo setengah, tapi pinter di IMD sama emak yah, terus ngemotin ini, jari, terus palanya (kepalanya) gini-ginian kata ibunya katanya “Mak moal jatuh tangannya? (Mak enggak jatuh tangannya?)” Moal!(enggak). Digitsuinkan dipegang sama enengnya. Mak digini-giniin berapa jam kata emak satu jam jangan kurang gitu. Emak katanya kok sekarang mah diginiin? Ama suami ieu supaya pinter bayina, ibunya supaya sehat, moal (enggak) mual kadinginan ceuk (kata) emak teh kitunya. Teras nenekna, riweuh (repot) nenekna. Oh ayeuna mah dikieukeunnya jamanna kitu. Ieu teh IMD mak, dicitukeun ku abdi tehnya (ini tuh IMD mak, dibegitukan sama saya tuh ya). Eta ceunah kakina nojer-nojer perut emakna ceunah kitu ceuk manehna (itu katanya kakinya nendang-nendang perut ibunya katanya gitu kata dianya)...” (fgd dukun bayi PKM Cihideung Udik).

“..Itu ibu takut, takut jatuh ibu anak saya, dipegang bageur (baik) kan emak ngambil selimut, biar dia anget. Diambil selimut ama emak, diselimutin kitu neng, langsung dia dicari langsung dikemol-kemol (kenyot-kenyot) ku (sama) manehna (dianya). Ibu, naon (apa) eta (itu) khasiatna (khasiatnya)? Ieu IMD neng, teras piwarang anu nang kubkeun kieu-kieu piwarang dicarioskeun ka eneng, ulah takut ceuk emak teh, dicepeng kitu (ini IMD neng, terus disuruh menangkubkan begini-begini disuruh dibilangin ke eneng, jangan takut kata emak, dipegang gitu). Sabaraha lamina Mak I? Sajam ceuk emak kitu. Pan terus manehna ieu tah tali ari-ari teu acan kaluar neng, langsung dikemol laju kaluar, teu lami neng langsung kaluar tah nya.(berapa lama Mak I? Sejam kata emak begitu. Kan terus dia inih uh tali ari-ari belum keluar neng, langsung dikengyot terus keluar, belum lama neng langsung keluar tuh ya) (fgd dukun bayi PKM Ciampea).

dukun bayi juga menemani ibu selama proses melahirkan sembari menghibur pasiennya;

*“..kan sambil diomongin mak yang ngelahirinnya seandainya kalo dia merem, jangan merem nih liatin tuh cakep yah beginilah begitulah
“..tunggu sama ibunya, engga ditinggal sendiri (fgd dukun bayi PKM Pasir).*

Salah seorang dukun bayi menjelaskan bahwa dia pernah dengar dan tahu tentang IMD dari bidan praktek swasta, namun yang bersangkutan belum tahu hal tersebut sudah benar atau bukan IMD dan yang bersangkutan belum paham

kegunaannya untuk apa dan waktu pelaksanaan menurutnya hanya beberapa menit saja..

“..Sebetulnya dulu mak sudah pernah lakukan juga dengan bidan ai, Cuma mak gak tahu itu namanya IMD, kalau mak dulu lakukan dengan bidan ai sebentar saja paling 10-15 menit saja, tidak sampai 1 jam..” (fgd dukun bayi PKM Ciampea)

Ada juga dukun bayi yang mengaku pelaksanaan IMD yang dilakukannya hanya lebih kurang 30 menit saja karena beberapa alasan seperti; ibu bayi yang merasa risi dan geli, dan tidak cukup 1 jam karena udah ketemu puting susu ibu.

“..yang sejam mah waktu itu waktu pertengahan, tapina (tapinya) dia enggak mau pada muntah-muntah geli gitu mah, jadi yang sejam belum pernah, abis paling lama 30 menit aja..” (fgd dukun bayi PKM Pasir).

“..Pinter ceumah kitu, teras cacalangapan kitunya teu ayaan tea, hayu weh dietakeun dikenyotan tah sampe ngan 30 menit henteu bisa satu jam da mules tea perutna (pinter katanya gitu, terus mangap-mangap gitu gak ada air susu-, terus saja dikenyot sampai 30 menit gak bisa satu jam karena perutnya mules). Mak 30 menit Mak tong sajam, ieu cangkeul kitu, kata emak sakedap deui ieu Mung, dikitukeun emaknya, moal-moal cangkeul ceuk emak teh kitu (Mak 30 menit Mak jangan sejam, ini, ini pegal gitu, kata emak sebentar lagi ini Mung, dibegitukan si ibunya, enggak, enggak pegal kata emak begitu). Mak mah disareng ku suamina sebelumna ge ama emak udah dikasih buku itu ya (Mak mah bersamaan dengan suaminya sebelumnya jusa emak udah kasih buku tiu ya). (fgd dukun bayi PKM Cihideung Udik).

“..kadang2 belum 1 jam bila sudah ketemu tetek ibunya ya..udah aja.. selesai IMD nya.. ”ya..udah aja mak IMD nya..” (fgd dukun bayi PKM Ciampea Udik).

Sementara itu ada beberapa dukun bayi yang belum melaksanakan IMD karena semenjak mendapatkan pelatihan IMD sampai dengan pengumpulan data dilakukan belum melayani pertolongan persalinan, karena pasiennya masih dalam kondisi hamil dan belum melahirkan, namun demikian penjelasan atau penyuluhan tentang IMD sudah dilakukan oleh yang bersangkutan pada pasien-pasiennya tersebut:

“..sami wae bu haji oge teu acan nyepengan anu ngalahirkeun neng, sabarang sakola. Ari ngawartosan entos ka sadayana oge, anu 7 anu 8 kitu, nya tos ngartos. Manfaat hayang sehat ka bayi, hayang cepet, eta kitu IMD,

dipasihan buku. Tah kumaha ceunah ai IMD? Tos lahir bayi mah dipotong puser, dielap, tamplokeun, supaya milari pentil susu, diangetin badanna disebutna eta anu modern ayeuna. Can anggo ibu mah nembe diwartosan hungkul, tah sakitu neng.

(sama saja bu haji juga belum memegang yang melahirkan neng, semenjak sekolah/pelatihan. Kalau memberitahu sudah ke semua juga, yang 7 yang 8 gitu, sudah mengerti. Manfaat mau sehat ke bayinya, mau cepet itu IMD, diberikan buku. Terus bagaimana katanya kalau IMD? Sesudah lahir bayi dipotong puser, dielap, ditangkubkan, supaya mencari puting susu, dihangatkan badannya disebutnya itu yang modern sekarang. Belum memakai ibu mah baru dikasihtahu saja, segitu saja neng)..” (fgd dukun bayi PKM Ciampea Udik).

“..sami abdi oge teu acan aya, can meraktekkeun, nembe ayeuna karak aya ge anu 8 tapi dicarioskeun mah entos tah ayeuna mah mun ngalahirkeun kudu di IMD heula supaya sehat, supaya buru-buru manggih pentil susu ibuna we kitu. Teu bisa langsung dipandikeun, dielap we heula, 6 jam kakarak dimandikeun supaya bayina sehat, cerdas, pan ayeuna mah modern urang kudu ngikuti jaman. Ayeuna pan sakola kitunya. Neng kitu ai mandi diurut-urut jadi bayi teh heunteu hese neang puting susu ibu teh.

(Sama saya juga belum ada, belum mempraktikkan, baru sekarang baru ada juga yang 8 tapi dikasihtahu sudah sekarang kalau melahirkan harus di IMD dulu supaya sehat, supaya cepat menemukan puting susu ibunya saja begitu. Tidak bisa langsung dimandikan dielap dahulu saja, enam jam baru dimandikan supaya bayinya sehat, cerdas, kan sekarang modern kita harus mengikuti jaman. Sekarang kan sekolah begitu ya. Neng begitu kalau mandi diurut-urut jadi bayi tidak susah mencari puting susu ibu)..” (fgd dukun bayi PKM Ciampea Udik).

Ditemukan salah seorang dukun bayi tidak bisa melaksanakan IMD karena ketika dipanggil bayi lahir secara “kebresetan” (bayi lahir sendiri tanpa bantuan bidan maupun dukun bayi). Ketika itu bayi lahir hanya dibantu oleh neneknya. Kondisi bayi pada saat ditemui oleh dukun bayi tali pusarnya masih tersambung dengan plasenta, sementara ibu bayi sudah bersih dan mandi setelah melahirkan, sehingga dukun bayi tidak bisa lagi melakukan IMD, dukun bayi datang untuk memotong tali pusar bayi dan membersihkan bayi.

“..tadi jam 3 tah kemaren. Itu mah ditampanin sama neneknya. Neneknya lagi nginep tuh yah. Neneknya tuh maranin emak udah beres terus ibunya lagi mandi sama emak. Sehat gak ini udah mandi ibunya digituin. Terus bayinya mah digeletakin aja. Barang gitu, kita gak IMD in neng abisnya udah mandi

ini gimana gitu. Tapinya udah diberesin sama ema terus dia ditetein, dua-duanya keberesetan semua

Tanya : itu ditolong neneknya ya?

6 : *iya ditolong neneknya, neneknya lagi nginep*

Tanya : yang potong puser neneknya?

6 : *enggak, yang motong puser emak cuma nampanin gini katanya neneknya lagi nginep tuh ya keberesetan.*

Tanya : tapi kalo potong tali puser udah mandi gimana itu?

6 : *ibunya udah mandi, dedenya mah belon, ama emak dipotong aje.*

Tanya : oh berarti udah keluar balinya?

6 : *ya, udah semua keberesetankan (fgd dukun bayi PKM Ciampea)*

Dalam pelaksanaan IMD ditemukan hambatan yang bervariasi seperti payudara yang ukurannya dianggap kecil, merasa tidak “betah”, geli, risi namun demikian setelah dijelaskan mereka mau juga mengikuti anjuran dukun bayi.

“..ada juga pasien yang pas di imd, air susu tidak keluar karena susunya kecil (fgd dukun bayi PKM Ciampea).

Tanya: bagaimana tanggapan ibu2nya tentang IMD

4: *ada juga yang tidak mau merasa tidak betah*

2: *yang risi ada juga tapi kalau sudah dijelaskan mau ikut anjuran mak*

3: *kalau saya pasien saya bilang ”gimana mak aja-lah” (fgd dukun bayi PKM Ciampea Udik).*

“..ibunya saja yang kadang-kadang merasa geli, karena banyak kotoran masih melekat pada bayinya..” (fgd dukun bayi PKM Cihideung Udik).

“..hambatannya cuma protes dari keluarganya doang, kita sih gak ada malah. Tapi kalo emang baru gugup kebayang-bayang baru satu mah, tapi dua tiga mah enggak tapi kalo bersatu sama bidan enggak. Kalo ama bidan lega, gak pikiran gitu ya. Coba kalo sendiri tengah malem repot dipikir-pikir...” (fgd dukun bayi PKM Pasir).

Hambatan juga dirasakan oleh beberapa dukun bayi ketika terpaksa menolong sendiri, khususnya dalam penanganan plasenta saat proses melahirkan, karena adanya kepercayaan tali pusar bayi baru boleh dipotong setelah plasenta keluar, apabila plasenta masih di dalam rahim ibu dan tali pusar bayi dipotong kemungkinan sisa tali plasenta akan masuk kembali ke dalam jalan lahir (rahim ibu) sehingga sulit untuk mengeluarkan plasenta, hal ini bisa membahayakan si ibu. Oleh sebab itu biasanya

mereka ini menunggu plasenta keluar kemudian baru memotong tali pusar dan selanjutnya melakukan IMD.

Tanya: Dari tahap2 pelaksanaan IMD yang menurut mak sulit pada bagian yang mana?

6,8,3: *kalau mak ketika sibayi keluar, mak kepinggirin dulu bayinya tunggu dulu si bali2nya keluar kemudian dipotong tali pusarnya setelah itu baru si bayi di lap dan ditengkurepin di dada ibunya, kalau langsung dipotong tali pusarnya kuatir tali dan ari2nya lari ke dalam ketempat bayi.. jadi kita tunggu aja ari2nya keluar dulu baru di imd (fgd dukun bayi PKM Ciampea).*

“..kalau saya bali-nya mesti keluar dulu baru saya potong tali pusarnya, takut talinya lari ke tempat bayi, banyak yang dulu gitu.. kalau udah beres gitu kan enak dan tenang.. yang takut kalau yang ”belakangan” (ari2) lagi ke tempat bayi..” (fgd dukun bayi PKM Ciampea Udik).

Dari sisi kemudahan, menurut dukun bayi mereka tidak perlu lagi menyiapkan beberapa ramuan untuk bayi, dan persiapan melahirkan, sehingga hal ini meringankan pekerjaan mereka

Tanya: kalau mudahnya?

4: *sekarang gak repot*

5: *neng, sekarang ada IMD jadi ringanan, tidak bikin kuning kunyit lagi, tidak bikin minyak*

8: *sekarang gak usah bikin air hangat, bak, paling nyuci aja. Kadang-kadang keluarga suka tanya, mau disiapin air hangat buat mandi, saya bilang sekarang tidak usah.., karena tidak boleh dimandiin.. ”mau disediakan bak?” kata keluarganya, saya bilang tidak usah..paling untuk nyuci2 aja*

6: *paling saya bilang siapin celemek aja biar tidak kecipratan.. (fgd dukun bayi PKM Ciampea)*

Selain itu juga mereka merasa tidak ada hambatan yang berarti ketika melaksanakan IMD.

Tanya : hambatanana naon mak? (hambatannya apa mak?) Aya teu? (ada tidak?) Kasusahanana dina meraktekkeun IMD teh? (kesulitan dalam mempraktekkan IMD tuh?)

3 : *henteu, henteu aya.(enggak, enggak ada) (fgd dukun bayi PKM Ciampea Udik)*

Tanya: aya kakurangan teu mak lamun di IMD, kira-kira repot teu? (ada kekurangan gak mak kalau di IMD, kira-kira repot gak?)

4: *henteu, teu repot neng (enggak, gak repot neng) (fgd dukun bayi PKM Pasir)*

Selanjutnya untuk melihat variabel yang paling berpengaruh dalam praktik IMD dilakukan uji multivariat dengan menganalisa semua variabel-variabel yang nilai p value nya $< 0,25$, namun bila ada variabel yang p value nya $> 0,25$ bisa tetap diikutkan dalam uji dengan alasan secara substansi penting.

Tabel 6.20 Variabel yang Diikutsertakan dalam Analisa Regresi Logistik Ganda untuk Mengetahui Faktor yang Berhubungan dengan Praktik IMD oleh Dukun Bayi

No	Variabel	-2 Log-Likelihood	G	p value	Kesimpulan
1	Paket pelatihan dan pendampingan	113,185	33,611	0,000	Ikut serta
2	Umur dukun bayi	0,169	0,169	0,681	TIDAK Ikut serta
3	Lama Kerja	146,764	0,032	0,857	TIDAK Ikut serta
4	Jumlah Persalinan / bulan	86,303	60,493	0,000	Ikut serta
5	Kemitraan	102,425	44,371	0,000	Ikut serta
6	Jumlah pasien	45,678	101,118	0,000	Ikut serta
7	Mitos	120,197	26,599	0,000	Ikut serta
8	Pendidikan	132,704	14,092	0,000	Ikut serta

Berdasarkan hasil uji yang dilakukan maka berikut adalah urutan variabel yang dikeluarkan dari pengolahan data karena nominal nilai p-nya terbesar.

Tabel 6.21 Tahapan Analisis Regresi Logistik Ganda dalam Seleksi Variabel yang Berhubungan dengan Praktik IMD oleh Dukun Bayi

Tahapan	Variabel	B	RR	p	95 % CI	Kesimpulan
1	Pendidikan			0,919		Dikeluarkan
	Pendidikan (1)	-0,092	0,912	0,870	0,303 – 2,747	
	Pendidikan (2)	0,036	1,037	0,948	0,351 – 3,065	
2	Kemitraan	0,144	1,155	0,734	0,502 – 2,655	Dikeluarkan
3	Jumlah persalinan/bulan	0,264	1,302	0,587	0,503 – 3,371	Dikeluarkan
4	Kepercayaan yang dapat menghambat IMD	0,241	1,272	0,468	0,664 – 2,440	Dikeluarkan
5	Pelatihan Peduli dukun bayi	0,300	1,350	0,405	0,666 – 2,733	Tetap dalam model
6	Jumlah pasien	2,463	11,743	0,000	3,989 – 34,567	Tetap dalam model

Selanjutnya berdasarkan hasil uji tersebut di atas maka variabel yang paling berpengaruh terhadap Praktik IMD seperti terlihat dalam tabel berikut:

Tabel 6.22 Pengaruh “Pelatihan Peduli Dukun Bayi” terhadap Praktik IMD oleh Dukun Bayi di Kabupaten Bogor, 2010

Variabel	B	p	RR	95 % CI
Paket Pelatihan dan Pendampingan	0,300	0,405	1,350	0,666 – 2,733
Jumlah Pasien selama Intervensi	2,463	0,000	11,743	3,989 – 34,567

Pada tabel di atas terlihat variabel yang paling berpengaruh terhadap Praktik IMD oleh dukun bayi adalah Jumlah pasien selama intervensi, walaupun variabel Paket pelatihan, pendampingan sebenarnya tidak berpengaruh secara signifikan ketika pengolahan data tetapi tetap diikutsertakan selama pengolahan data karena alasan substansial.

Hasil analisa menunjukkan RR sebesar 11,743 untuk jumlah pasien selama intervensi, artinya dukun bayi yang jumlah pasiennya > 3 orang akan mempunyai peluang sebanyak 11,743 kali untuk melakukan Praktik IMD yang baik dibandingkan dukun bayi yang jumlah pasiennya ≤ 3 orang setelah dikontrol variabel paket pelatihan, pendampingan. Dengan demikian maka variabel yang paling dominan mempengaruhi praktik IMD oleh dukun bayi adalah yang jumlah pasien karena nilai $\text{Exp (B) - nya (11,743) > Exp (B) pelatihan dan pendampingan (1,350)}$.

Hasil kualitatif juga mendukung bahwa dukun bayi bisa menjadi pihak yang menyampaikan pesan ke masyarakat, hal ini diungkapkan sendiri secara langsung oleh dukun bayi:

“..Itu apalagi suaminya, udah dikasih tau suaminya, kan kata bidan, ada dokter, sama pak camat, ibu-ibu paraji katanya. Kalo misalnya punya pasien baru 3 bulan apa 4 bulan, ibu-ibu mesti penyuluhan sama ibu-ibu hamil sama bapaknya, mesti ditabung sehari 2 ribu katanya nih kata dokter, terus bapaknya yang suka ngerokok, kurangin, jangan sampai terus ngerokok, biarin dia yang kerja buat lahir nanti. Jangan sampai nanti gak punya duit apa-apa gitu yah. Udah dikasih tau tuh ama emak tuh, tapi ngarti dah

sekarang Alhamdulillah. Itu ya IMD juga ya udah tau...” (fgd dukun bayi PKM Ciampea).

”..’iya emak nurutin emak yang penting sehat, selamat’.. gitu bilangny...” (fgd dukun bayi PKM Ciampea).

6.5 Profil Pasien Dukun Bayi

Untuk mengetahui apakah hasil pelatihan IMD yang diberikan pada dukun bayi sampai atau tidak ke ibu hamil, setelah satu bulan pelatihan dilakukan pendataan setiap pasien dukun bayi. Dari seluruh dukun bayi di daerah intervensi (53 orang) diperoleh 77 pasien dukun bayi yang terdiri dari ibu masih hamil dan ibu yang sudah melahirkan. Setiap dukun bayi didata 1-3 pasien ibu. Berikut adalah gambaran/profil pasien dukun bayi:

Tabel 6.23 Profil Pasien Dukun Bayi yang Mengikuti “Pelatihan Peduli Dukun Bayi” di Kabupaten Bogor, 2010

Variabel	Mean / Median	Min - Max	n	%
Usia Ibu	27,09 / 26,00	15 - 41		
Usia ≤ 26 tahun			39	50,60
Usia > 26 tahun			38	49,40
Pendidikan Ibu				
Tidak sekolah			0	0,00
Tidak tamat SD / Sederajat			9	11,70
Tamat SD / Sederajat			29	37,70
Tidak tamat SMP / Sederajat			9	11,70
Tamat SMP / Sederajat			20	26,00
Tidak tamat SMA/ Sederajat			2	2,60
Tamat SMA/ Sederajat			7	9,10
Lainnya			1	1,30
Pekerjaan Ibu				
Ibu Rumah Tangga			64	83,10
Pedagang			5	6,50
Buruh			2	2,60
Karyawan swasta			2	2,60
Lainnya			4	5,20

Umur pasien dukun bayi (ibu) rata-rata 27 tahun, pendidikan ibu terbanyak (37,70%) adalah tamat SD kemudian diikuti dengan tamat SMP (26,00%) dan tidak tamat SD dan tidak tamat SMP masing-masingnya 11,70%. Sedangkan pekerjaan ibu, hampir semuanya (83,10%) adalah sebagai ibu rumah tangga. Berikut adalah

informasi tentang kebiasaan periksa kehamilan dan persalinan pada pasien dukun bayi:

Tabel 6.24 Kebiasaan Periksa Kehamilan Pasien Dukun Bayi yang Mengikuti “Pelatihan Peduli Dukun Bayi” di Kabupaten Bogor, 2010

Variabel	n	%
Keadaan Ibu		
Masih Hamil	46	59,70
Sudah melahirkan	31	40,30
Total	77	100,00
Frekuensi ke dukun bayi Selama Hamil		
1 kali	39	50,60
2 – 4 kali	8	10,40
Tidak tentu	25	32,50
Tidak pernah	5	6,50
Total	77	100,00
Periksa kehamilan pada dukun bayi		
Bidan	11	14,30
Bidan dukun bayi dan Bidan	55	71,40
Total	77	100,00
Alasan Periksa Kehamilan pada dukun bayi (n=11)		
Anjuran orang tua	1	9,09
Kebiasaan & murah	2	18,18
Lebih nyaman & percaya	1	9,09
Mau dipijat	4	36,36
Rumah dekat dgn dukun bayi	3	27,27
Total	11	100,00
Alasan Periksa Kehamilan pada Bidan (n=55)		
Agar bayi sehat	8	14,54
Anjuran dukun bayi	2	3,64
Anjuran suami	1	1,82
Anjuran teman	1	1,82
Bidan lebih pintar	1	1,82
Dekat dengan rumah bidan	4	7,27
Diberi vitamin	13	23,64
Lebih aman	14	25,45
Pusing dan mual	2	3,64
Untuk mendapatkan info kesehatan ibu dan anak	11	20,00
Total	55	100,00
Alasan Periksa Kehamilan pada Bidan dan dukun bayi (n=11)		
Lebih nyaman dengan keduanya	6	54,54
Bidan untuk mendapat yankes, dukun bayi untuk pijat posisi bayi	5	45,45
Total	11	100,00

Dari keseluruhan (77 orang) responden pasien dukun bayi, pada saat pengumpulan data dilakukan lebih dari setengah (59,70%) dalam keadaan masih hamil dan sisanya (40,30%) sudah melahirkan. Frekuensi mereka memeriksakan diri sewaktu hamil paling banyak (50,60%) 1 kali, kemudian disusul dengan jumlah waktu yang tidak tentu (32,50%). Untuk periksa kesehatan selama kehamilan lebih dari setengah (71,40%) memeriksa kehamilan ke bidan, sisanya ke dukun bayi dan bidan masing-masingnya (14,30%). Selanjutnya alasan memeriksakan ke bidan secara berturut-turut paling banyak (25,45%) karena merasa lebih aman, kemudian diberi vitamin (23,64%) dan untuk mendapatkan info kesehatan ibu dan anak (20,00%). Sedangkan alasan periksa kehamilan ke dukun bayi yang paling banyak (36,36%) karena untuk di pijat, kemudian karena rumah dekat dengan dukun bayi (27,27%) serta karena kebiasaan dan murah (18,18%). Selanjutnya alasan periksa kehamilan pada bidan dan dukun bayi karena lebih nyaman dengan keduanya (54,54%), dan sisanya (45,45%) karena ke bidan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan serta pijatan dukun bayi.

Selanjutnya tabel berikut memperlihatkan tentang pemilihan penolong persalinan. Untuk pemilihan penolong persalinan oleh ibu, lebih dari sebagian (58,44%) memilih dukun bayi, kemudian dukun bayi dan bidan (28,57%) sementara yang bidan saja relatif sangat kecil (3,90%) dan ada 9,10% ibu yang masih belum tahu kelak nanti mau melahirkan dengan siapa.

Dari seluruh ibu yang memilih dukun bayi saja sebagai penolong persalinan yang paling banyak (31,11%) dengan alasan murah, kemudian secara berturut-turut karena lebih nyaman dan percaya (22,22%), karena rumah dekat dengan dukun bayi (13,33%) karena kebiasaan dan hubungan keluarga masing-masingnya 11,11%. Untuk ibu yang memilih melahirkan dengan bidan serta dukun bayi, alasan terbanyak karena lebih tenang jika ditolong berdua (45,45%), dan bidan karena adanya komplikasi (27,27%). Sementara ibu yang memilih bidan saja beralasan karena lebih merasa tenang, lebih bersih dan supaya selamat dan terjamin masing-masingnya 33,33%. Khusus untuk ibu yang belum menentukan pilihan dengan siapa akan melahirkan

mempunyai alasan terbanyak (42,86%) tergantung pada kondisi saat akan melahirkan, pendapat bahwa antara bidan dan dukun bayi sama saja (28,75%).

Tabel 6.25 Pemilihan Penolong Persalinan oleh Pasien Dukun Bayi yang Mengikuti “Pelatihan Peduli Dukun Bayi” di Kabupaten Bogor, 2010

Variabel	n	%
Penolong Persalinan		
dukun bayi	45	58,44
Bidan	3	3,90
dukun bayi & Bidan	22	28,57
Belum tahu	7	9,10
Total	77	100,00
Alasan Melahirkan dengan dukun bayi (n=45)		
Hubungan keluarga	5	11,11
Ingin melahirkan di rumah	4	8,89
Kebiasaan	5	11,11
Lebih nyaman & percaya	10	22,22
Murah	14	31,11
Rumah dekat dengan dukun bayi	6	13,33
Setelah melahirkan tidak mau dijahit	1	2,22
Total	45	100,00
Alasan Melahirkan dengan Bidan (n=3)		
Lebih bersih	1	33,33
Lebih merasa tenang	1	33,33
Supaya selamat & terjamin	1	33,33
Total	3	100,00
Alasan Melahirkan dengan Bidan – dukun bayi (n=22)		
Kemitraan bidan dengan dukun bayi	2	9,09
Agar selamat saat melahirkan	2	9,09
Anjuran dukun bayi	1	4,55
dukun bayi tidak mau menolong sendiri	1	4,55
Lebih tenang jika ditolong berdua	10	45,45
Memanggil bidan karena ada komplikasi	6	27,27
Total	22	100,00
Alasan Belum Tahu siapa yang membantu saat (n=7)		
Melahirkan		
Belum memutuskan	1	14,28
Bidan & dukun bayi sama saja	2	28,57
Mau melahirkan di Sukabumi	1	14,28
Tergantung kondisi saat mau melahirkan	3	42,86
Total	7	100,00

Tabel berikut adalah gambaran PSP ibu-ibu yang menjadi pasien dukun bayi tentang IMD

Tabel 6.26 Gambaran PSP IMD Ibu dari Pasien Dukun Bayi yang Mengikuti “Pelatihan Peduli Dukun Bayi” di Kabupaten Bogor, 2010

Variabel	Mean / Median	Min - Max	Kategori f	%
PENGETAHUAN PASIEN DUKUN BAYI TENTANG IMD	4,38 / 4,00	0 – 10		
Pengetahuan Baik (Skor \geq 4,00)			46	59,70
Pengetahuan Buruk (Skor $<$ 4,00)			31	40,30
SIKAP PASIEN DUKUN BAYI TENTANG IMD	3,05 / 4,00	0 – 5		
Sikap Positif (Skor \geq 4,00)			41	53,20
Sikap Negatif (Skor $<$ 4,00)			36	46,80
PRAKTIK PASIEN DUKUN BAYI DALAM IMD				
• PADA BUMIL / RENCANA IMD (N = 46)				
Berencana IMD			31	67,40
Tidak berencana / Belum memutuskan akan IMD			15	32,60
<i>Alasan Rencana Praktik IMD Bumil (n = 31)</i>				
Agar daya tahan tubuh bayi kuat			6	19,35
Agar bayi dan ibu sehat			14	45,16
Ingin mencoba			6	19,35
Lainnya			5	16,13
<i>Alasan Rencana TIDAK / BELUM MEMUTUSKAN IMD Bumil (n = 15)</i>				
Tidak mengerti IMD			4	26,67
Belum yakin manfaat IMD			1	6,67
Kuatir terjadi hal buruk			8	53,33
Lainnya			2	13,33
• PADA BUFAS (N = 31)				
Melahirkan dgn IMD			24	77,40
Melahirkan tdk dengan IMD			7	22,60
<i>Alasan melahirkan dengan IMD (n = 24)</i>				
Memberi yang terbaik untuk anak			1	4,20
Agar daya tahan tubuh bayi kuat			5	20,80
Agar ibu & bayi sehat			9	37,50
Menuruti anjuran dukun bayi			9	37,50
<i>Alasan Melahirkan TIDAK IMD (n = 7)</i>				
Tidak tahu IMD			3	42,90
Bidan melarang karena ibu diinfus			1	14,29
Dilarang orang tua karena kuatir ari masuk ke dalam rahim lagi			1	14,29
Orang tua menyuruh ibu segera mandi			1	14,29
Melahirkan di Bidan Swasta			1	14,29
<i>Orang Pertama yang Menganjurkan IMD (n=24)</i>				
dukun bayi			22	91,70
Bidan / dokter			2	8,30
KEPERCAYAAN YANG DAPAT MENGHAMBAT IMD (N =77)	0,97 / 1,00	0,00 – 2,00		

Kepercayaan IMD Baik (Skor \geq 1,00)	41	53,2
Kepercayaan IMD Buruk (Skor $<$ 1,00)	36	46,8

Berdasarkan tabel di atas terlihat pengetahuan dan sikap pasien dukun bayi dalam hal IMD lebih dari setengah (59,70%) dikategorikan pengetahuan baik dan sikap baik terhadap IMD (53,20%). Sementara itu untuk praktik IMD dibagi atas 2 bagian, praktik yang dilakukan oleh pasien dukun bayi yang sedang hamil (pada saat penelitian sedang dilakukan pasien dukun bayi dalam keadaan hamil) yang jumlah seluruhnya sebanyak 46 orang dan pasien dukun bayi yang melahirkan setelah dukun bayi mendapatkan pelatihan (antara 0-2 bulan) sebanyak 31 orang.

Bentuk praktik pada ibu hamil dilihat dari segi adanya rencana untuk melakukan IMD bila kelak melahirkan yaitu sebanyak 67,4%, sisanya (32,60%) sebaliknya tidak berencana atau belum memutuskan akan IMD atau tidak. Selanjutnya praktik pada ibu nifas yaitu ibu yang melahirkan setelah dukun bayi mendapatkan pelatihan, sebanyak 77,40% melahirkan dengan IMD dan sisanya (22,60%) melahirkan tidak dengan IMD. Selanjutnya dari seluruh pasien dukun bayi yang melahirkan dengan IMD hampir semuanya (91,70%) mengatakan orang yang pertama menganjurkan IMD adalah dukun bayi, sedangkan sisanya (8,30%) dianjurkan oleh bidan atau dokter. Untuk kepercayaan yang dapat menghambat pelaksanaan IMD, lebih dari setengah pasien dukun bayi (53,2%) mempunyai kepercayaan yang baik terhadap hal-hal yang dapat menghambat pelaksanaan IMD.

Berikut beberapa rangkaian cerita yang diperoleh dari beberapa pasien dukun bayi tentang penyuluhan, ajakan dan praktik IMD yang dilakukan oleh dukun bayi terhadap pasiennya

dukun bayi R, UPF Puskesmas Pasir

dukun bayi (mak) R mengetahui tentang pengertian, manfaat dan kepercayaan yang dapat menghambat IMD. Begitupula mengenai sikapnya terhadap IMD yang secara keseluruhan positif. Mak R sudah memberikan pelayanan pijat baik untuk yang hamil dan juga pijat untuk orang dewasa. Dirinya menyatakan sudah menjelaskan IMD kepada ibu hamil baik mengenai pengertian IMD, dan kepercayaan yang dapat menghambat IMD. Setelah mendapatkan pelatihan IMD yang kedua, mak R sudah praktik sebanyak satu kali yaitu terhadap menantunya. Jika diberi kesempatan, dirinya lebih menyukai (setuju) bekerjasama dengan bidan dalam membantu proses kelahiran, karena selain itu mak R menuturkan sudah tidak berani jika membantu proses melahirkan sendirian tanpa bidan.

Ibu melahirkan: N (26 tahun) – Pasien dukun bayi R

Ibu N melahirkan anak pertama dan kini usianya sudah dua bulan. Proses kelahiran dibantu oleh bidan dan dukun bayi. Ibu N merupakan menantu dari dukun bayi ybs. Ibu ini lebih sering memeriksakan kehamilan kepada bidan karena bidan menurutnya memiliki obat dan lebih bersih. Namun demikian, ketika melahirkan ibu dibantu oleh dukun bayi dan bidan.

Pengetahuan terhadap IMD pertama kali diketahui ibu dari dukun bayi karena selain hubungan kekerabatan juga karena rumah mereka berdekatan. Pengetahuan IMD mengenai pengertian IMD, manfaat (pendarahan dan menghangatkan bayi) dan kepercayaan yang dapat menghambat IMD (pemberian madu dan minyak kelapa) cukup baik. Akan tetapi ibu tidak tahu tentang manfaat IMD (ari-ari cepat keluar), selama IMD tidak boleh diangkat dan cairan (amnion) tangan tidak boleh dibersihkan.

Sikap ibu terhadap IMD secara keseluruhan setuju (praktik IMD membuat bayi dan ibu sehat, tidak merepotkan ibu, tidak membuat kelaparan, tidak membuat kedinginan dan tendangan tidak mengganggu ibu). Penjelasan tentang pengertian IMD, manfaat dan kepercayaan yang dapat menghambat IMD menurut ibu sudah disampaikan oleh dukun bayi baik melalui cerita dan juga buku saku. Ditambahkan menurutnya, dukun bayi sudah menganjurkan untuk melakukan IMD ketika melahirkan.

dukun bayi J, UPF PKM Ciampea

Ibu Melahirkan: Ibu DS (15 tahun) – Pasien dukun bayi J

Ibu DS adalah pasien dukun bayi J di Ciampea yang juga tetangganya satu kampung. Pada saat wawancara, Ibu D sudah melahirkan anak pertamanya yang baru berusia 14 hari. Saat masih hamil, kehamilannya sering diperiksakan kepada Bidan A atas anjuran dukun bayi J.

Pendapat Ibu Tentang dukun bayi

Ibu D memilih dukun bayi J atas anjuran keluarganya, hal ini karena usia Ibu D yang masih sangat muda, yaitu 15 tahun sehingga ia mengikuti saja anjuran keluarganya. Walaupun, keluarganya menganjurkan proses kelahiran anak pertama Ibu dengan dukun bayi J tetapi Ibu D melahirkan juga dibantu oleh Bidan A dan dukun bayi J. Hal ini terjadi karena dukun bayi J menganjurkan setiap kelahiran ibu sebaiknya dibantu bidan.

Pengetahuan Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Pengetahuan IMD Ibu D secara umum kurang karena Ibu D hanya mampu menyebutkan definisi IMD. Walaupun pertama kali mengetahui IMD dari dukun bayi J, Ibu D tidak ingat mengenai manfaat, tetapi paham bayi yang baru lahir tidak diberi madu dan dioles minyak dan pelaksanaan IMD selama 1 jam.

Sikap tentang IMD

Ibu D yang sudah mempraktikkan proses IMD sewaktu melahirkan merasa tidak kerepotan dan menyetujui jika IMD karena membuat bayi dan ibu sehat. Akan tetapi, Ibu D masih ragu bayinya kelaparan dan kedinginan.

Praktik IMD oleh dukun bayi

Selama Ibu D hamil, ia mengaku pernah diceritakan mengenai IMD, terutama mengenai manfaat IMD bagi ibu dan bayinya, kebiasaan bayi yang langsung dimandikan dan diberi madu adalah kebiasaan yang tidak benar serta dianjurkan untuk melakukan IMD oleh dukun bayi. Kemudian sebelum melahirkan ia diberikan buku saku IMD (prosesnya) untuk dibaca sambil dijelaskan kembali mengenai proses IMD yang akan berlangsung selama 1 jam dan bayinya tidak boleh diangkat jika proses IMD belum selesai, bayi baru lahir tidak boleh langsung dimandikan dan tidak boleh diberi madu. Menurutnya dijelaskan juga tentang manfaat IMD tetapi lupa.

Menurut Ibu D, ia bersedia melakukan IMD ketika melahirkan karena menuruti anjuran dari dukun bayi. dukun bayi J juga yang menjadi orang pertama yang menganjurkan untuk IMD tetapi sayangnya Ibu D tidak sempat memperhatikan proses pelaksanaan IMD sehingga tidak tahu bagaimana pelaksanaan proses IMD yang sebenarnya. Walaupun ibu D tidak sempat memperhatikan proses IMD tetapi ia sempat memperhatikan kerjasama antara dukun bayi dengan bidan A sewaktu membantunya melahirkan. Dari pengamatannya, dukun bayi dan bidan A terlihat bekerjasama dengan baik.

dukun bayi: Mak Nyai, UPF Puskesmas Ciampea Udik

Pemahaman Mak nyai tentang IMD sudah baik, hanya mengalami kesulitan pada saat ditanyakan manfaat IMD bagi dukun bayi sendiri. Mak Nyai sudah melaksanakan IMD dengan bekerjasama dengan Bidan E, juga pernah melakukan IMD seorang diri disebabkan kondisi persalinan pada saat itu lancar dan bayi sudah keluar sebelum bidan datang. Namun demikian ketika persalinan mudah dilakukan, sepertinya kemungkinan besar Mak Nyai tidak akan melibatkan bidan.

Ibu Hamil (8 bulan) NH usia 23 – Pasien dukun bayi Mak Nyai

Ibu N hanya melibatkan dukun bayi pada saat melakukan ritual 7 bulanan. Memilih jasa dukun bayi karena sudah percaya dengan kemampuan mereka. Persalinan dengan melibatkan bantuan dukun bayi ini menurut ibu N merupakan kebiasaan masyarakat setempat, dan ibu N menggunakan jasa dukun bayi dengan alasan mengikuti kebiasaan masyarakat setempat. Ibu N tidak mengetahui istilah IMD, namun pernah melihat bayi yang ditaruh di dada ibu. Ybs mengetahui bahwa dengan melakukan IMD akan membantu ari-ari cepat keluar. Ibu N mendapatkan pengetahuan tersebut dari bidan dan dukun bayi. Selain itu, ibu N juga mengetahui bahwa pemberian madu tidak boleh dilakukan. Menurutnya, dukun bayi memberitahu mengenai IMD dengan cara bercerita saja.

Ibu N bersedia untuk di-IMD pada saat proses persalinan nanti karena pada dasarnya Yangbersangkutan menuruti saja cara dukun bayi membantu persalinan.

Ibu Hamil (7 bulan) NY usia 18 tahun-Pasien dukun bayi Mak Nyai

Ibu NY ini merupakan menantu Mak Nyai, namun jarang membicarakan mengenai kehamilannya kepada Mak Nyai. Ibu NY lebih sering melakukan pemeriksaan kandungan kepada bidan karena informasi kesehatan yang di dapat lebih jelas. Namun demikian Ibu NY berencana akan melakukan persalinan dengan bantuan mertuanya sendiri (Mak Nyai), namun sampai sejauh ini mak nyai belum pernah membicarakan IMD kepada menantunya, padahal menantunya tinggal serumah dengan Mak Nyai.

dukun bayi A, UPF Puskesmas Pasir

dukun bayi A sudah memiliki pengetahuan, sikap dan praktik IMD yang baik dalam bentuk penyuluhan. Selain membantu melahirkan dukun bayi juga memberikan pelayanan pijat baik untuk yang hamil dan juga pijat untuk orang dewasa. dukun bayi menyatakan sudah menjelaskan tentang IMD kepada ibu hamil baik mengenai pengertian IMD, dan kepercayaan yang dapat menghambat IMD. Selama pengumpulan informasi menurut yang bersangkutan belum melakukan praktik IMD sama sekali karena pasiennya masih dalam keadaan hamil muda. dukun bayi ini mengeluh mengenai kerja sama dengan bidan yang tidak berjalan lancar. Menurutnya dirinya dipanggil ketika proses melahirkan sudah selesai dan hanya disuruh untuk membersihkan bekas melahirkan dan juga memandikan bayi.

Ibu hamil Y usia 38 tahun – Pasien dukun bayi A

Ibu Y hamil anak ke empat dengan usia kandungan sembilan bulan. Anak pertama hingga ketiga dilahirkan dengan bantuan dukun bayi A. Alasan utama menggunakan jasa dukun bayi karena tidak keburu memanggil bidan. Selain itu juga lebih tenang dengan dukun bayi karena selalu diberikan doa-doa. Namun demikian, selama kehamilan ini dukun bayi lebih sering memeriksakan kehamilan ke bidan karena memiliki obat untuk mual. Walau begitu, pasien tetap berencana jika melahirkan menggunakan jasa dukun bayi dengan alasan biaya yang cukup murah.

Pengetahuan ibu Y mengenai IMD dalam hal pengertian terhadap IMD dan kepercayaan yang dapat menghambat IMD (pemberian madu dan minyak kelapa) cukup baik, namun tidak untuk manfaat IMD (ari-ari cepat keluar, pencegahan pendarahan dan menghangatkan bayi) juga pada pelaksanaan IMD (mengangkat bayi selama proses IMD dan cairan *amnion* (air ketuban yang melekat di tangan) tidak dibersihkan).

Sikap ibu terhadap IMD secara keseluruhan setuju (praktik IMD membuat bayi dan ibu sehat, tidak merepotkan ibu, tidak membuat kelaparan, tidak membuat kedinginan dan tendangan tidak mengganggu ibu). Selanjutnya ibu mengatakan bahwa dukun bayi sudah menjelaskan pengertian IMD melalui cerita, buku saku dan juga film (CD). Begitu pula mengenai manfaat, kepercayaan yang dapat menghambat IMD namun yang bersangkutan mengaku lupa rinciannya.



BAB VII PEMBAHASAN

7.1. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini mempunyai beberapa keterbatasan, yaitu:

1. Pengukuran dilakukan sebanyak 5 kali yaitu *pre-test 1*, *post test 1*, *pre test 2*, *post test 2* dan pengukuran 3, dengan menggunakan kuesioner (pertanyaan) yang sama, sehingga kemungkinan menyebabkan responden menjadi jenuh terutama untuk pertanyaan Pengetahuan dan Sikap. Namun demikian hal ini sudah diatasi dengan memodifikasi cara bertanya sehingga tidak membuat responden merasa seperti menghafal. Cara bertanya dilakukan dengan meminta responden bercerita tentang pengetahuan dan bagaimana sikap mereka terhadap IMD, kemudian jawaban responden dipindahkan ke kuesioner yang sudah ada.
2. Adanya perbedaan bahasa yang digunakan oleh dukun bayi dengan peneliti. Sebagian dukun bayi dalam kesehariannya lebih sering menggunakan Bahasa Sunda, sementara peneliti menggunakan Bahasa Indonesia. Perbedaan bahasa ini diatasi dengan menggunakan orang yang bisa menerjemahkan dari bahasa lokal ke bahasa Indonesia pada saat pelatihan, diskusi dan juga pengumpulan data.
3. Sulitnya melakukan pengamatan terhadap pelaksanaan IMD yang dilakukan oleh dukun bayi ketika membantu proses melahirkan. Kesulitan karena kejadian melahirkan merupakan peristiwa yang tidak bisa diprediksi secara tepat waktu. Untuk mengatasi hal ini dilakukan konfirmasi ke ibu yang menjadi pasien dukun bayi, selain itu juga meminta kesediaan bidan di desa yang menolong persalinan bersama dengan dukun untuk merekam gambar pelaksanaan IMD oleh dukun bayi tersebut. Namun karena rekaman dilakukan secara “amatiran”, hasil rekaman gambar tidak jelas.
4. Relatif sulitnya mencari rumah pasien dukun bayi (ibu hamil atau ibu melahirkan yang menjadi pasien dukun bayi) untuk konfirmasi. Ketika dilakukan identifikasi alamat rumah pasien, pada umumnya dukun bayi hanya

menyebutkan nama desa dan perkiraan tempat tinggal saja, karena biasanya dukun bayi tidak tahu alamat rumah pasiennya, Ketidaktahuan alamat rumah pasien dukun bayi ini karena bila dukun bayi memberikan pelayanan pada pasien biasanya dijemput oleh keluarga pasien tersebut. Untuk mengatasi hal ini peneliti mencari informasi sendiri dengan berpatokan pada nama desa, nama pasien dan suami serta perkiraan lainnya (seperti mesjid, jembatan dll). Selain itu dibantu dengan bertanya ke orang yang dianggap tahu seperti tukang ojek, penjaga warung, masyarakat setempat. Kondisi ini mempengaruhi pada lamanya jangka waktu pengumpulan data.

7.2 Efek Intervensi Pelatihan terhadap Pengetahuan Sikap dan Praktik Dukun Bayi

Salah satu tujuan dilakukannya pelatihan dan pendampingan IMD terhadap dukun bayi adalah untuk meningkatkan potensi dukun bayi sebagai sumber daya lokal yang ada di desa untuk bisa dimanfaatkan dalam meningkatkan kesehatan ibu dan bayi. Selain itu agar program dapat terus berlanjut, dukun bayi merupakan pilihan yang cukup tepat, karena dukun bayi merupakan bagian dari budaya dan masyarakat dan hampir tidak ada dukun bayi yang berhenti sebagai dukun bayi, sehingga “*investasi*” program kesehatan yang dilakukan melalui dukun bayi tidak akan sia-sia. Menurut Best (1998) pendekatan pelatihan dengan melibatkan anggota masyarakat dari komunitas lokal sebagai peserta pelatihan akan memberikan manfaat yang lebih besar dalam penyebaran informasi dibandingkan jika melatih beberapa profesional kesehatan yang jumlah dan keberadaannya di komunitas selalu terbatas. Keterbatasan ini tentu saja menghambat percepatan penyebaran informasi kepada masyarakat sebagai objek dan subjek program kesehatan.

Selanjutnya untuk meningkatkan efektifitas pelatihan, tergantung pada banyak faktor: siapa yang dilatih, dimana, topik apa yang dipelajari, bagaimana cara penyampaian informasi, proses tindak lanjut, dan pengukuran *output* dan *outcome* pelatihan. Pelatihan sebaiknya diawali dengan pemahaman kapabilitas peserta, kebutuhan dan kondisi lingkungan di mana mereka sehari-hari berada. Salah satu

teknik analisis kebutuhan terhadap pelatihan adalah COPE (*Client-Oriented, Provider-Efficient*) (Best 1998).

Agar proses pembelajaran dalam pelatihan dapat mempengaruhi perubahan perilaku yang positif memperhatikan waktu, usaha, dan biaya sehingga dalam merancang suatu pelatihan harus sangat berhati-hati. Tujuan dan kebutuhan pelatihan diidentifikasi dengan jelas serta memilih metode pelatihan yang tepat serta sesuai dengan tujuan dan kebutuhan diadakannya pelatihan. Selain itu pelatihan merupakan proses pembelajaran dari rangkaian program perubahan perilaku. Pelatihan tersebut melibatkan pengetahuan terhadap sesuatu sehingga pengetahuan seseorang akan meningkat serta menjadi lebih waspada misalnya terhadap aturan dan prosedur. Jika pengetahuan dan kewaspadaan meningkat maka perilakunya juga akan sesuai dengan aturan dan prosedur yang kemudian mempengaruhi perubahan yang positif terhadap pengetahuan, sikap, dan praktek (Kalra & Bhatia 2008).

Untuk evaluasi pelatihan biasanya dilakukan dengan cara: membandingkan skor ketrampilan antara sebelum dan sesudah pelatihan; menanyakan pada peserta apakah cukup puas dengan pelatihan yang sudah dijalani; analisis perubahan perilaku atau praktik peserta saat berada pada kondisi sesungguhnya; melakukan wawancara, observasi, dll. Mengenai pemeliharaan kualitas ketrampilan (keberlanjutan perubahan perilaku) dapat dilakukan dengan cara : a) pelatihan penyegaran; b) tindak lanjut pelatihan (Best 1998).

7.2.1 Efek Intervensi terhadap Pengetahuan IMD dukun bayi

Pengetahuan IMD dukun bayi di daerah intervensi antara pengukuran diawal (*pre test 1*) dengan akhir penelitian (pengukuran 3) ternyata menunjukkan peningkatan yang bermakna (Nilai p value < 0,05). Hal ini menggambarkan metoda “Pelatihan Peduli dukun bayi” secara bermakna dapat meningkatkan pengetahuan para dukun bayi. Peningkatan pengetahuan ini didukung dengan perhitungan efek “Paket Pelatihan Peduli dukun bayi” terhadap responden yaitu sebanyak 424,31%. Dengan demikian dapat dikatakan Pengetahuan IMD dukun bayi setelah mengikuti “Paket Pelatihan Peduli dukun bayi” meningkat 424,31% dibandingkan sebelumnya.

Sementara, Pengetahuan IMD dukun bayi tentang IMD di daerah kontrol juga menunjukkan perbedaan bermakna (Nilai p value $0,04 < 0,05$) diawal (*pre test I*[^]) dengan akhir penelitian (pengukuran 3[^]). Perbedaan ini dapat dijelaskan dengan memperhatikan perbedaan rata-rata skor pengetahuannya, yaitu 1,81 menjadi 1,30 di akhir penelitian. Artinya perbedaan yang terjadi adalah adanya penurunan rata-rata skor Pengetahuan IMD dukun bayi di daerah kontrol. Penurunan juga terlihat saat pengukuran efek antara awal dengan akhir penelitian sebanyak $-28,18\%$. Dengan demikian dapat dikatakan pengetahuan IMD kelompok dukun bayi daerah kontrol di akhir penelitian menurun $-28,18\%$ dibanding awal penelitian. Berdasarkan penjelasan sebelumnya, maka dapat disimpulkan bahwa Pengetahuan IMD dukun bayi di daerah yang tidak mengikuti “Pelatihan Peduli dukun bayi” berubah tetapi perubahan yang terjadi adalah penurunan, hal ini mungkin karena dukun bayi yang berada di daerah kontrol selama penelitian tidak mendapatkan informasi secara khusus mengenai IMD.

Hasil dari penelitian yang dilakukan di 2 kecamatan Kabupaten Bogor sebagai daerah kontrol dan intervensi, menunjukkan adanya perbedaan bermakna Pengetahuan IMD antara kelompok dukun bayi yang mengikuti dengan yang tidak mengikuti “Pelatihan Peduli dukun bayi” (Nilai p value $0,000 < 0,050$). Hasil tersebut sama dengan meta analisis yang dilakukan oleh Sibley (2004) yang menyimpulkan pelatihan dukun bayi berhubungan secara signifikan dengan peningkatan pengetahuan, sikap, perilaku, dan nasihat yang diberikan dukun bayi terlatih pada ibu dibandingkan dengan dukun bayi tidak terlatih.

Selanjutnya, penelitian ini juga menunjukkan adanya perbedaan Pengetahuan IMD dukun bayi di daerah intervensi dan kontrol selama 3 bulan intervensi dilakukan. Pengetahuan tersebut dipengaruhi oleh “Pelatihan Peduli Dukun Bayi dan Kepercayaan yang menghambat IMD”. Variabel yang sangat mempengaruhi adalah “Pelatihan Peduli Dukun Bayi” karena memiliki nilai Exp B (6,212) lebih besar dari “Kepercayaan yang menghambat IMD” (2,654). Nilai RR sebesar 6,212 artinya dukun bayi yang mengikuti “Pelatihan Peduli Dukun Bayi” berpeluang 6,212 kali memiliki pengetahuan IMD lebih baik dibandingkan dengan dukun bayi kelompok

yang tidak mengikuti pelatihan tersebut. Dengan demikian berdasarkan hasil ini, dapat disimpulkan bahwa Pengetahuan IMD dukun bayi dipengaruhi oleh “Pelatihan Peduli Dukun Bayi”.

Hasil serupa juga dikemukakan oleh Okubagzhi (1988) dalam penelitiannya yang bertujuan mengetahui dampak pelatihan dukun bayi terlatih terhadap perbaikan indikator pelayanan kesehatan ibu dan anak di daerah Gondar Ethiopia. Hasilnya ada perbaikan indikator pelayanan kesehatan ibu dan anak setelah dilakukan pelatihan untuk dukun bayi. Indikatornya berupa perubahan perilaku dukun bayi terlatih dalam memberikan pelayanan pertolongan persalinan, perawatan ibu dan bayi. Okubagzhi juga merekomendasikan pelatihan dukun bayi diikuti pendampingan pasca pelatihan serta desain pelatihan yang telah disesuaikan dengan budaya setempat. Anjuran untuk pendampingan ini terbukti benar, karena paket Pelatihan Peduli dukun bayi yang dilakukan juga menerapkan pendampingan sebanyak 2 kali. Selain itu metoda yang digunakan dalam “Pelatihan Peduli dukun bayi” memperhatikan latar belakang dan kemampuan dukun bayi seperti materi yang disampaikan tidak dalam bentuk baca tulis karena hampir semua dukun bayi tidak bisa membaca dan menulis.

Agar proses pelatihan menarik, digunakan metoda yang komprehensif, dimana dalam satu paket pelatihan terdiri dari beberapa metoda yang dikombinasi seperti; pemutaran video tentang IMD, buku saku tentang IMD, sketsa cerita bergambar, metoda bercerita, diskusi kelompok, simulasi dan *testimoni*. Hal yang sama juga dikemukakan oleh Best (1998) bahwa untuk paket pelatihan ada beberapa teknik pelatihan seperti: a) pendekatan interaktif (bermain peran, studi kasus, diskusi kelompok, dll); b) belajar dengan model/manekin; c) *training of trainer*, dll. Teknik pelatihan dengan pendekatan interaktif dapat menimbulkan suasana menyenangkan dan tidak bosan, sehingga mempermudah peserta memahami informasi yang disampaikan. Pendekatan interaktif bermanfaat untuk mengetahui sudut pandang dan nilai yang dianut seseorang, yang seringkali menjadi hambatan bagi pelayanan kesehatan. Hal ini juga terbukti ketika metoda pelatihan tersebut diterapkan ke dukun bayi, mereka terlihat sangat antusias, karena dengan cara tersebut mendorong dukun

bayi untuk interaktif dan berpartisipasi, sehingga proses belajar tidak berlangsung satu arah.

Selanjutnya pelatihan dengan pendekatan interaktif menurut Best (1998);

- Interaksi harus berfokus pada perilaku yang ingin diubah atau topik utama pelatihan.
- Peserta diberikan kesempatan untuk mempraktekkan perubahan perilaku, menerima umpan balik dan kembali mempraktikkan perubahan perilaku.
- Bersifat terbuka, jika satu metode kurang berjalan dengan baik dapat segera menggunakan teknik/metode yang lain.
- Jika mungkin, libatkan tokoh masyarakat atau pimpinan fasilitas kesehatan dalam proses pelatihan

Hal lain yang cukup penting dalam penyelenggaraan pelatihan adalah betul-betul memahami karakteristik dukun bayi yang dilatih, apabila hal ini dilakukan dengan tepat maka hasil pelatihan juga akan maksimal, Foster (2004) menjelaskan metoda pelatihan dukun bayi yang digunakan di Guatemala, memiliki 3 keistimewaan, yaitu 1) mengakui dan menghormati keberadaan dukun bayi dengan keterampilannya, 2) dukun bayi dianggap sebagai mitra bidan atau hubungan bidan dengan dukun bayi bukan sebagai atasan dan bawahan. Hubungan sebagai mitra meningkatkan kualitas dan komunikasi dalam kerjasama lebih akrab dan hangat, 3) melakukan tindak lanjut berupa kontak yang berkesinambungan antara dukun bayi dan bidan setelah pelatihan, terpusat di klinik kesehatan ibu.

Gericke et al. (2003) dalam penelitiannya memperlihatkan intervensi berupa pelatihan bagi dukun bayi sebaiknya menggunakan kurikulum yang terstandarisasi dan dijamin kualitasnya oleh supervisor pelatihan, disertai dengan ketersediaan lingkungan yang mendukung sehingga dukun bayi dapat mempraktikkan perilaku sesuai dengan materi pelatihan (misalnya vitamin A, Tablet Tambah Darah, peralatan, dan obat-obatan).

Untuk negara Indonesia penggunaan kurikulum yang terstandar untuk pelatihan dukun bayi belum diterapkan karena memang belum ada kurikulum terstandar tersebut, bila dilihat lebih ke belakang, ketetapan atau ketentuan untuk

boleh atau tidak boleh melakukan pelatihan dukun bayi saja masih menjadi bahan perdebatan antara satu petugas/instansi kesehatan dengan petugas/instansi kesehatan lainnya. Ditemukan petugas atau instansi puskesmas yang masih peduli dengan dukun bayi dan melakukan pendekatan dan “pengayoman” pada dukun bayi dalam bentuk informal, namun demikian masih saja belum ada kesepakatan hal apa yang bisa dilakukan untuk dukun bayi, kecuali upaya membangun kemitraan yang pada umumnya sifatnya masih “supervisual”. Ditemukan juga tidak sedikit petugas/instansi kesehatan yang tidak peduli dengan dukun bayi, karena menganggap dukun bayi sulit untuk di bina dan diberi pengetahuan. Menurut kelompok ini, relatif sulit untuk memberi pelatihan atau penambahan pengetahuan kepada dukun bayi, karena factor pendidikan yang rendah, secara fisik sudah tua (terbatas dalam kemampuan tertentu), serta “keras kepala”, (merasa yang paling benar karena sudah berpengalaman). Namun demikian pendapat ini sudah terbukti tidak benar karena dengan pendekatan Model Pelatihan Peduli dukun bayi dalam pelaksanaan IMD terbukti meningkatkan pengetahuan dukun bayi secara bermakna, hal ini didukung dengan metoda pemberian materi dan media yang digunakan bisa diterima dan sesuai dengan kondisi dan situasi mereka.

7.2.2 Efek Intervensi terhadap Sikap Dukun Bayi dalam Hal IMD

Menurut Rogers (1983) dalam Glanz, Rimer, & Lewis (2002) pada teori Difusi Inovasi, setelah mendengar dan mengetahui informasi, di tahap *persuasion* terbentuklah sikap terhadap inovasi tersebut yang bisa bersifat positif (menyukai) atau negatif (tidak menyukai).

Pada penelitian ini, dukun bayi yang berada di daerah intervensi diberikan paket “Pelatihan Peduli dukun bayi” dimana mereka mendengarkan, menonton film IMD, melakukan simulasi, dan memperoleh informasi mengenai IMD. Setelah dilakukan pengukuran ternyata diperoleh Sikap IMD dukun bayi di daerah intervensi antara pengukuran diawal (*pre test 1*) dengan akhir penelitian (pengukuran 3) menunjukkan hasil yang berbeda bermakna (Nilai p value < 0,05). Perbedaan ini dapat dilihat dengan adanya peningkatan rata-rata skor Sikap IMD, yaitu 0,83 diawal

penelitian menjadi 4,94 di akhir penelitian. Peningkatan sikap didukung dengan perhitungan efek “Pelatihan Peduli dukun bayi” sebanyak 495,18%. Dengan demikian dapat dikatakan Sikap IMD dukun bayi setelah mengikuti pelatihan dan pendampingan meningkat positif 495,18% dibandingkan sebelumnya. Sesuai dengan Rogers (1983) dalam Glanz, Rimer, & Lewis (2002) pada teori Difusi Inovasi yang telah disebutkan sebelumnya, para dukun bayi setelah mendengar dan mengetahui informasi, di tahap *persuasion* membentuk sikap yang positif terhadap IMD.

Jika sikap dukun bayi di daerah intervensi menunjukkan perubahan yang positif maka yang terjadi di daerah kontrol adalah sebaliknya. Sikap dukun bayi di daerah kontrol tidak mengalami perubahan atau perbedaan yang positif maupun negatif sejak awal hingga akhir penelitian (Nilai p value $0,130 > 0,050$). Sikap yang tidak mengalami perubahan ini dapat terjadi karena dukun bayi di daerah kontrol tidak mendapatkan perlakuan yang sama dengan dukun bayi di daerah intervensi sehingga mereka tidak mendapatkan kesempatan untuk memperoleh informasi dan mendapat pengetahuan mengenai IMD.

Pengukuran sikap IMD dukun bayi pada kelompok kontrol untuk uji diawal penelitian (*pre test I*[^]) – dan di akhir penelitian (pengukuran 3[^]) menunjukkan hasil tidak berbeda bermakna (p value = 0,130). Berdasarkan hasil pengukuran efek antara *pre test I*[^] dengan pengukuran 3[^], hasilnya –32,89%. Dengan demikian dapat dikatakan sikap IMD kelompok dukun bayi di daerah kontrol menurun sebanyak –32,89%. Terjadinya penurunan ini disebabkan karena dukun bayi di kelompok kontrol sama sekali tidak mendapatkan pelatihan dan pendampingan tentang IMD.

Untuk perbandingan sikap antara kelompok dukun bayi yang mendapatkan “Pelatihan Peduli dukun bayi” dengan yang tidak mendapatkan “Pelatihan Peduli dukun bayi” bermakna (p value=0,000). Artinya ada perbedaan bermakna dalam hal sikap IMD antara kelompok dukun bayi di daerah intervensi dibandingkan dengan kelompok dukun bayi di daerah kontrol.

Penelitian ini juga menunjukkan adanya perbedaan Sikap dukun bayi dalam hal IMD di daerah intervensi dan kontrol selama 3 bulan intervensi dilakukan. Sikap dipengaruhi oleh Pelatihan & pendampingan dan Kepercayaan yang menghambat

pelaksanaan IMD. Variabel yang paling dominan adalah Pelatihan dan Pendampingan {Exp (B) 4,339 > nilai Exp (B) Kepercayaan yang menghambat IMD 2,407. Nilai RR untuk Pelatihan dan Pendampingan sebesar 4,339, artinya dukun bayi yang mengikuti Pelatihan dan Pendampingan berpeluang 4,339 kali memiliki sikap yang positif terhadap IMD dibandingkan dengan dukun bayi yang tidak ikut Pelatihan dan Pendampingan. Berdasarkan hasil ini dapat disimpulkan bahwa Sikap dukun bayi dalam hal IMD dipengaruhi oleh Pelatihan dan Pendampingan.

Pada pelatihan peduli dukun bayi, diberikan informasi dengan bahasa sederhana, memberikan contoh yang ada dalam kehidupan sehari-hari sehingga cara ini bisa selaras dengan logika mereka. Di daerah penelitian ada 3 kepercayaan yang sudah menjadi kebiasaan yang dilakukan oleh masyarakat yang bisa mempengaruhi atau membuat pelaksanaan IMD menjadi batal yaitu; 1). Kebiasaan memberi madu pada bibir bayi begitu bayi lahir dengan beberapa alasan seperti; “sunnah Rasullullah” merupakan suatu perbuatan baik yang dilakukan oleh Nabi Muhammad S.A.W, bila dilaksanakan akan mendapat pahala, dipercaya kelak bayi menjadi pintar, mempunyai tutur kata yang baik dan lemah lembut, membuat bibir bayi jadi bagus dan halus; 2). Kebiasaan segera memandikan bayi begitu bayi lahir dengan alasan; bayi yang baru lahir amis, banyak lendir dan kotor, supaya bersih segera dimandikan, agar cepat rapih dan bersih; 3). Kebiasaan melumuri badan bayi dengan “minyak kletik” (minyak kelapa yang dibuat sendiri secara tradisional) tujuannya untuk menghilangkan lemak-lemak putih yang melekat pada badan bayi begitu bayi lahir bisa hilang, karena kalau dengan air saja biasanya tidak bisa hilang.

Salah satu dari ke 3 hal tersebut di atas apabila dilakukan akan membatalkan pelaksanaan IMD. Seperti yang sudah diketahui syarat untuk pelaksanaan IMD, begitu bayi lahir setelah tali pusarnya dipotong dan bagian badan dan kepala (kecuali tangan) dikeringkan harus langsung segera ditelungkupkan di perut ibu. Apabila salah satu atau ke 3 hal tersebut di atas dilakukan maka manfaat IMD tidak akan diperoleh oleh ibu maupun bayi.

Mengingat kebiasaan tersebut di atas sudah menjadi bagian dari kepercayaan masyarakat tidak terkecuali dukun bayi, bahkan dilaksanakan oleh dukun bayi itu

sendiri, maka penjelasan ke 3 hal tersebut di atas harus dilakukan secara benar, rasional dan setahap demi setahap ke mereka. Seperti 1). Pemberian madu pada bibir bayi baru lahir akan membatalkan program ASI eksklusif, “madu memang baik” tetapi bisa menyebabkan bayi “infeksi” karena tidak ada yang menjamin madu tersebut steril, selain itu bau dan rasa madu akan membuat bayi menjadi bingung dalam mencari puting susu ibu karena sudah “tercemar” dengan rasa dan bau madu. 2). Segera memandikan bayi yang baru lahir, bisa menyebabkan bayi menjadi kedinginan (hipotermi), walaupun bayi dimandikan dengan menggunakan air hangat, karena suhu bayi didalam perut ibu berbeda dengan ketika diluar perut ibu. Oleh sebab itu bayi membutuhkan waktu untuk menyesuaikan diri (lebih kurang 6 jam setelah lahir baru boleh dimandikan), bila bayi dimandikan akan menghilangkan bau/cairan serta *vernix* (lemak putih) yang bisa menuntun bayi untuk mencapai puting susu ibu ketika proses IMD. 3). Melumuri badan bayi dengan minyak “kletik” juga akan menghilangkan bau/cairan/*vernix* yang menuntun bayi untuk mencapai puting susu ibu ketika proses IMD.

Agar ke tiga kebiasaan tersebut tidak dilakukan lagi, penjelasan disampaikan melalui 3 cerita (melalui sketsa cerita bergambar) yang disesuaikan. Di dalam cerita tersebut menggambarkan kebiasaan yang berlaku di suatu masyarakat dalam hal melahirkan dan tokohnya terdiri dari ibu yang baru melahirkan, orang tua, nenek, suami, dukun bayi. Melalui cerita ini diperoleh proses belajar dengan merujuk pada kebiasaan yang mereka lakukan sehari-hari, sehingga diperoleh umpan balik bahwa hal yang dilakukan selama ini tidak boleh karena dapat merugikan ibu dan bayi.

Berdasarkan pengalaman di atas jelas terlihat bahwa proses komunikasi merupakan bagian penting untuk bisa mempengaruhi dukun bayi merubah perilakunya. Kelley & Thibaut (1978) dalam Glanz, Rimer, & Lewis, (2002) menjelaskan pada ranah sosial psikologis, proses komunikasi berdampak pada perubahan perilaku melalui sebuah proses interaksi Teori ini sebagai dasar untuk memahami pengaruh sosial dan komunikasi interpersonal terhadap perilaku yang berkaitan dengan kesehatan.

Interaksi sosial menggambarkan berbagai jenis hubungan individu satu dengan individu lain atau dengan kelompok dan merupakan proses fundamental untuk mengubah perilaku kesehatan. Interaksi ini terjadi melalui komunikasi interpersonal. Interaksi dan komunikasi dapat terjadi pada hubungan kerjasama baik formal maupun informal (Lewis, DeVellis, & Sleath 2002).

Kemudian ditambahkan bahwa pengaruh sosial dan komunikasi sangat efektif dalam mengubah perilaku kesehatan melalui suatu hubungan yang didasari dengan kepercayaan, respek, pembagian kekuasaan dan pengambilan keputusan. Menurut konsep pemberdayaan masyarakat dan pendidikan kesehatan, program akan lebih efektif jika masyarakat lebih dilibatkan dalam perencanaan program untuk mengubah perilaku mereka. Konsep interdependensi sangat penting untuk mengkaji bagian mana dari perilaku yang dipengaruhi oleh interaksi seseorang dengan orang lain, dan yang mana yang dipengaruhi oleh karakteristik personalnya sendiri (Lewis, DeVellis, & Sleath 2002).

7.2.3 Efek Intervensi terhadap Praktik Promosi IMD oleh Dukun Bayi

Dukun bayi di beberapa negara sudah berperan mempromosikan atau memberikan nasihat pada ibu mengenai perawatan kehamilan, *antenatal* dan *postnatal* (Krasovek & Anderson (1991) dalam Bergstrom 2001). Seperti halnya yang dilakukan dalam penelitian ini, dukun bayi kelompok intervensi diharapkan mempromosikan IMD kepada ibu hamil setelah mengikuti Pelatihan Peduli Dukun Bayi sehingga ibu memiliki pengetahuan mengenai definisi, manfaat, pelaksanaan dan kepercayaan IMD yang pada akhirnya ibu hamil mau dan berencana melakukan IMD saat melahirkan. Sementara dukun bayi di kelompok kontrol karena tidak mengikuti Pelatihan Peduli Dukun Bayi kemungkinan besar tidak melakukan promosi IMD pada ibu hamil.

Hasil pengukuran sebelum (*pre-test 1*) dan (pengukuran 3) mengenai praktik promosi IMD oleh dukun bayi di daerah yang diberi Pelatihan Peduli Dukun Bayi menunjukkan perbedaan yang bermakna (Nilai p value < 0,05). Perbedaan yang dimaksud adalah adanya perbaikan praktik promosi IMD oleh dukun bayi yang

terlihat dengan peningkatan rata – rata skor Praktik Promosi IMD dari 1,26 menjadi 3,70 yang diukur melalui kuesioner. Peningkatan praktik promosi IMD juga didukung dengan perhitungan efek intervensi Pelatihan Peduli Dukun Bayi terhadap Praktik Promosi IMD yaitu sebanyak 193,65%, dengan demikian dapat dikatakan praktik promosi IMD dukun bayi setelah mengikuti ”Pelatihan Peduli Dukun Bayi” meningkat sebanyak 193,65% dibandingkan sebelum dukun bayi mendapatkan pelatihan.

Sebaliknya, praktik promosi oleh dukun bayi di daerah kontrol tidak menunjukkan perubahan ke arah peningkatan, tidak seperti di kelompok intervensi yang dukun bayinya mengalami perubahan ke arah peningkatan dalam mempromosikan IMD. Perubahan praktik promosi IMD di kelompok kontrol ditunjukkan oleh analisa statistik yang hasilnya tidak berbeda bermakna (Nilai p value $0,934 > 0,050$) dan pengukuran efek antara *pre test I* dengan pengukuran *3* yang hasilnya – 2,58%. Artinya praktik promosi IMD kelompok dukun bayi di daerah kontrol justru menurun sebanyak – 2,58%.

Untuk perbandingan praktik promosi antara kelompok dukun bayi yang mendapatkan “Pelatihan Peduli Dukun Bayi” dengan kelompok dukun bayi yang tidak mendapatkan paket pelatihan, hasilnya bermakna (p value=0,000). Artinya ada perbedaan bermakna dalam hal praktik promosi IMD antara kelompok dukun bayi di daerah intervensi dibandingkan dengan kelompok dukun bayi di daerah kontrol.

Praktik promosi IMD hanya dipengaruhi oleh “Pelatihan Peduli Dukun Bayi” dengan nilai {Exp (B) 4,455. Nilai RR untuk Pelatihan dan pendampingan sebesar 4,455 artinya dukun bayi yang mengikuti “Pelatihan Peduli Dukun Bayi” berpeluang sebanyak 4,455 memiliki praktik promosi IMD lebih baik dibandingkan dengan kelompok dukun yang tidak mengikuti Pelatihan.

Untuk praktik promosi yang dilakukan oleh dukun bayi menurut Krasovek & Anderson (1991) dalam Bergstrom, (2001) merupakan salah satu dari sekian banyak peran dukun bayi;

1. Menyediakan dan membantu persalinan yang aman
2. Mencegah praktik persalinan yang dapat membahayakan kesehatan maupun kehidupan ibu dan anak
3. Mengenali tanda komplikasi kehamilan yang berbahaya serta merujuk ibu hamil tersebut ke pemberi pelayanan kesehatan *obstetric* yang lebih memadai
4. *Mempromosikan atau memberikan nasihat pada ibu mengenai perawatan kehamilan, perawatan antenatal dan postnatal.*
5. Jika diperlukan dukun bayi juga dapat berperan untuk ikut memberikan intervensi pada kesehatan anak dan ibu maupun keluarga dengan mempromosikan imunisasi pada anak atau menghitung antropometri ibu hamil dalam rangka manajemen malnutrisi ibu hamil.

Sementara itu menurut IPPF (*International Planned Parenthood Federation*), 2001 beberapa alasan mengapa dukun bayi sangat baik ditempatkan untuk mempromosikan kesehatan reproduksi;

- a). Mereka dapat mempromosikan kesehatan seksual dan reproduksi pada masyarakat biasa
- b). Mereka dihormati dan memiliki status dalam masyarakat
- c). Ibu dan keluarga memiliki kepercayaan kepada dukun bayi dan mencari bantuan pada mereka, meskipun ketika mereka berhasil dengan petugas kesehatan profesional
- d). Dukun bayi bisa memberikan pelayanan yang berkesinambungan
- e). Berhubung mereka hidup di desa, mereka bisa mengunjungi pasiennya setiap saat, siang ataupun malam
- f). Dukun bayi dapat menawarkan pelayanan dengan biaya terjangkau
- g). Mereka berada dalam posisi untuk dapat mengangkat isu-isu sensitif (bisa dipercaya) seperti masalah aborsi .

Selain itu sewaktu melakukan perawatan, seorang dukun bayi dapat berperan sebagai pemberi nasihat atau mempromosikan berbagai macam pesan kesehatan (Darmstadt et al. 2005). Seperti penemuan Mathole (2005) di Zimbabwe bahwa dukun bayi berperan sebagai “Guru” bagi masyarakat atau tabib. Peranan dukun bayi

di Pradesh seperti yang ditemukan Syamala (2004) adalah memberikan dukungan agar ibu menyusui serta menganjurkan imunisasi bagi bayi.

Dukun bayi selain berperan sebagai guru, juga sebaiknya dapat meyakinkan para ibu hamil untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang terbaik dan mempelajari mengenai cara memelihara kesehatan ibu dan anak (Pettersson dalam Bisika 2008). Pada saat mempromosikan dan meyakinkan pesan kesehatan, dukun bayi juga mempunyai peranan untuk mendistribusikan tablet besi dan tablet malaria jika diperlukan serta mendapatkan imunisasi (Bisika 2008).

Untuk mendukung peran dukun bayi di Indonesia, tahun 2008 Depkes RI menerbitkan buku Pedoman Kemitraan Bidan dengan dukun bayi, dimana salah satu peran dukun bayi adalah melakukan penyuluhan pada ibu hamil dan keluarga ketika periode kehamilan, namun peran dukun bayi ini belum berjalan sesuai dengan yang diharapkan karena keterbatasan kemampuan dukun bayi dalam memberikan materi pengetahuan kesehatan ibu dan anak yang sesuai dengan prinsip kesehatan, serta sangat kecilnya kesempatan dukun bayi untuk mendapatkan pengetahuan tersebut dari lembaga dan petugas kesehatan, hal ini ditandai dengan sudah tidak adanya pelatihan atau pertemuan dengan dukun bayi semenjak lebih kurang 5 tahun terakhir, sehingga dukun bayi “jalan sendiri” dalam memberikan pelayanan kesehatan pada ibu dan bayi, walaupun mendapat bimbingan secara personal dari bidan di desa sangat jarang dan tergantung pada niat dan kemauan bidan di desa yang bersangkutan.

Menurut Walraven (1999), di daerah perdesaan dengan sumber daya kesehatan yang masih rendah sangat tidak bijak jika pemerintah mengabaikan peran dukun bayi dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak sehingga diperlukan pelatihan untuk dukun bayi. Walvaren juga menyimpulkan bahwa pelatihan dukun bayi merupakan solusi jangka pendek untuk menangani masalah KIA di perdesaan sedangkan pemerataan dan peningkatan persalinan yang ditangani tenaga kesehatan merupakan solusi jangka panjangnya. Menurut WHO (1998) bahwa pelatihan dukun bayi bukanlah untuk menggantikan keberadaan tenaga kesehatan di perdesaan namun sebagai pelengkap dan sebagai bentuk solusi jangka pendek masalah KIA di

perdesaan sementara secara jangka panjang diupayakan seluruh persalinan dapat ditangani oleh tenaga kesehatan terampil.

Begitu juga hasil publikasi tentang pelatihan dukun bayi di *Midwifery Today* (2002) bahwa pelatihan dukun bayi bukan untuk menggantikan, kerjasama bidan dengan dukun bayi untuk membentuk jalinan kemitraan yang saling menghargai keberadaan dukun bayi terlatih maupun bidan serta memadukan jenis pelayanan tradisional dan modern. Kemitraan antara bidan dan dukun bayi yang terjadi tersebut memungkinkan pelaksanaan pelayanan kebidanan berbasis fakta serta memperkuat sistem pelayanan KIA dengan tujuan meningkatkan persalinan yang aman namun tetap menjaga nilai-nilai budaya yang terdapat dalam proses kehamilan dan persalinan.

UNFPA (1996) juga mengemukakan bahwa pelatihan dukun bayi dapat terus dikembangkan dengan penekanan pada pengalihan peran dukun dari menolong persalinan menjadi memberikan informasi atau nasihat yang berkaitan dengan kesehatan kepada ibu dan keluarga; mempromosikan dan mendistribusikan berbagai metode KB; membantu mendistribusikan oralit dan tablet tambah darah, merujuk ibu hamil, bersalin, dan nifas ke pelayanan kesehatan formal; dan mendorong masyarakat khususnya ibu-ibu agar mau mengimunitasikan anaknya di fasilitas kesehatan terdekat.

Asghar (1999) dalam kajian mengenai peran dukun bayi terlatih dalam penanganan komplikasi *obstetri* menyatakan pelatihan dukun bayi dapat menurunkan AKI dan komplikasi *obstetri* dengan biaya rendah dan memanfaatkan sumber daya yang tersedia khususnya di daerah perdesaan. Dalam pelaksanaan pelatihan dukun bayi juga ditemui kendala yang dihadapi seperti ketiadaan sistem supervisi terhadap dukun terlatih, sistem pelatihan yang berkelanjutan, terbatasnya sumber daya berupa peralatan seperti alat pemotong tali pusat (*bidan kit*), serta dokter dan bidan yang tidak memiliki hubungan atau kerjasama yang baik dengan dukun bayi.

Terkait dengan pelatihan, seperti yang sudah dijelaskan sebelumnya di kedua daerah penelitian (intervensi dan kontrol) sebelum penelitian dilakukan tidak ada pelatihan dukun bayi, oleh sebab itu juga selama ini tidak ada supervisi terhadap hasil

pelatihan. Untuk model paket pelatihan peduli dukun bayi dilakukan supervisi dalam bentuk pendampingan, yang dilaksanakan 2 kali selama pelatihan yaitu setelah pelatihan pertama dan kemudian setelah pelatihan ke dua. Kegiatan pendampingan ini bertujuan untuk mengingatkan kembali bila ada bagian-bagian penting dari PSP yang terlupakan, mendiskusikan hal-hal yang ditanyakan oleh dukun bayi serta mengetahui PSP IMD dukun bayi setelah pelatihan. Selanjutnya bentuk pendampingan ini bisa dilanjutkan oleh bidan di desa setempat ketika bidan di desa ke desa sembari mengunjungi ibu hamil dan melahirkan, ketika pelaksanaan posyandu atau ketika melakukan pertolongan bersalin bersama.

Berdasarkan temuan kualitatif diperoleh informasi, adanya pelatihan peduli dukun bayi dalam hal IMD membuat kelompok dukun bayi yang diintervensi sangat antusias dan semangat untuk menyampaikan pengetahuan IMD yang mereka peroleh kepada ibu-ibu yang menjadi pasiennya, terbukti dari semua pasien dukun bayi yang dilatih, sebanyak 71,40 % mengetahui tentang IMD dari dukun bayinya, dan dari semua pasien dukun bayi yang dilatih yang melakukan IMD, hampir semuanya (91,70%) mengatakan dukun bayi adalah orang pertama yang menganjurkan mereka untuk IMD.

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan, bahwa dukun bayi setelah mendapatkan pengetahuan mengenai IMD dalam Pelatihan Peduli Dukun Bayi, dapat dan bersedia menyampaikan pesan IMD kepada ibu. Hal yang sama disampaikan oleh Darmstadt et al. 2005; Mathole 2005; Krasovek & Anderson dalam Bergstrom 2001 bahwa dukun bayi merupakan pemberi nasihat, promotor kesehatan, maupun “Guru” bagi masyarakat. Jika diperlukan pun dukun bayi dapat memberikan intervensi pada kesehatan anak dan ibu maupun keluarga, seperti dukun bayi mempromosikan imunisasi untuk anak dan menyarankan ibu hamil untuk memakan makanan bergizi.

7.2.4 Efek Intervensi terhadap Praktik IMD oleh Dukun Bayi

Salah satu peran dukun bayi dalam kemitraannya dengan bidan di desa, yaitu membantu bidan dalam perawatan bayi baru lahir dan membantu ibu melakukan IMD

selama kurang lebih dari 1 jam (Depkes 2008), dengan demikian dapat dikatakan secara eksplisit pemerintah telah mengakui keterlibatan dukun bayi khususnya membantu ibu dalam IMD. Namun demikian dalam kenyataannya, keterlibatan dukun bayi dalam hal IMD ini masih belum terlaksana, salah satu sebab karena belum difasilitasi secara baik. Oleh sebab itu pemberian pelatihan IMD pada dukun bayi merupakan suatu gagasan yang tepat, apalagi bila dilakukan dengan cara dan metoda yang disesuaikan dengan latar belakang dan kemampuan dukun bayi.

Setelah pelatihan peduli dukun bayi dilaksanakan, selanjutnya dilakukan pengukuran terhadap Praktik IMD oleh dukun bayi. Hasil pengukuran di daerah intervensi untuk *pre test 1* dengan pengukuran akhir penelitian (pengukuran 3) menunjukkan perbedaan bermakna ($p \text{ value} < 0,05$). Hal ini menggambarkan metoda “Pelatihan Peduli dukun bayi” secara bermakna dapat meningkatkan praktik IMD para dukun bayi. Bila dilihat dari rata-rata skor praktik IMD yaitu 0,08 diawal pelatihan dan menjadi 2,23 di akhir pelatihan. Peningkatan praktik ini didukung juga dengan perhitungan efek “Pelatihan Peduli dukun bayi” terhadap responden sebanyak 2.687,50%. Dengan demikian dapat dikatakan Praktik IMD dukun bayi meningkat 2.687,50% dibandingkan dengan sebelum mendapatkan pelatihan.

Sementara, Praktik IMD dukun bayi pada daerah kontrol untuk uji diawal penelitian (*pre test 1*) – dan di akhir penelitian (pengukuran 3) menunjukkan hasil bermakna ($p \text{ value } 0,029 < 0,05$). Bila diperhatikan rata-rata skor praktik IMD yaitu 0,08 di awal pelatihan dan menjadi 0,25 setelah pelatihan, dengan hasil pengukuran efek antara *pre test 1* dengan pengukuran 3, sebanyak 212,50%. Peningkatan yang terjadi relatif kecil dibandingkan dengan peningkatan bila dukun bayi diberikan Paket Pelatihan Peduli dukun bayi 2.687,50%. Terjadinya peningkatan ini di daerah kontrol bisa disebabkan, dukun bayi di kelompok kontrol terpapar dengan informasi tentang IMD melalui media, atau ketika melakukan praktik persalinan bersama dengan bidan di desa yang melakukan IMD. Dengan demikian dapat dikatakan dengan model pelatihan peduli dukun bayi tentang IMD meningkatkan potensi dukun bayi dalam hal melakukan Praktik IMD sebanyak 2.687,50% untuk daerah intervensi dan sebanyak 212,50% kali untuk daerah kontrol.

Hasil penelitian yang hampir sama ditemukan Bhutta (2008) yaitu Implementasi pelayanan perinatal berbasis masyarakat di daerah pedesaan Pakistan, menunjukkan bahwa pelatihan pada *Local Health Worker* dan dukun bayi dengan fokus materi perawatan esensial ibu dan bayi baru lahir membuat terjadinya peningkatan frekuensi pada kelompok intervensi seperti Pemberian Kolostrum (75,7%) dan IMD (66,%) dibandingkan dengan daerah kontrol (39,7% dan 21,1%).

Begitu juga dengan hasil penelitian Rodgers (2004) menunjukkan hasil yang serupa yaitu penerimaan yang baik dan persisten terhadap kurikulum pelatihan yang berkaitan dengan identifikasi kehamilan berisiko, dan manajemen persalinan gawat darurat meningkatkan praktik rujukan dari dukun bayi terlatih ke fasilitas pelayanan kesehatan formal dibandingkan dukun bayi tidak terlatih dan juga hasil penelitian Goodburn et al. (2000) yang menunjukkan persentase antara dukun bayi terlatih yang mempraktekkan persalinan *higienis* lebih besar dibandingkan dukun bayi tidak terlatih.

Walaupun Praktik IMD dukun bayi dikelompok intervensi dan kontrol mengalami peningkatan tetapi jika keduanya dianalisis bersama maka akan ada perbedaan bermakna antara Praktik IMD dukun bayi yang mendapatkan dengan yang tidak mendapat “Pelatihan Peduli dukun bayi” (nilai $p < 0,00 < 0,05$).

Perbedaan praktik tersebut juga dikemukakan oleh penelitian yang dilakukan oleh Jokhio et al. (2005). Penelitiannya membuat dua kelompok, yaitu kelompok intervensi dan kontrol. Kelompok intervensi terdiri dari 565 orang dukun bayi yang dilatih kemudian diminta untuk melakukan kunjungan ibu hamil minimal 3 kali (bulan 3,6,9) untuk memeriksa adanya gangguan kehamilan. Pada daerah intervensi juga disediakan tim konselor dari tenaga kesehatan. Sedangkan dukun bayi pada kelompok kontrol tidak dilatih serta tidak ada tim konselor dari tenaga kesehatan. Pada akhirnya, ditemukan jumlah kematian ibu pada kelompok intervensi dibanding kelompok kontrol adalah 27 : 34 dengan *mortality rates* 268 : 360 per 100.000 kelahiran hidup (OR 0,74; 95% CI 0,45-1,23). Maka dapat disimpulkan pelatihan dukun bayi dan integrasinya kedalam sistem pelayanan kesehatan formal cukup efektif untuk menurunkan angka kematian perinatal serta model pelatihan ini dapat

mendorong peningkatan derajat kesehatan perinatal dan maternal di negara-negara berkembang.

Selanjutnya dalam penelitian peduli dukun bayi ini ditemukan bahwa Praktik IMD sangat dipengaruhi oleh "Pelatihan Peduli dukun bayi" serta Jumlah Pasien selama intervensi. Yang paling dominan adalah Jumlah pasien selama intervensi Exp (B) 11,743 > Pelatihan dan pendampingan Exp (B) 1,350, artinya dukun bayi dengan jumlah pasien > 3 selama intervensi berpeluang sebanyak 11,743 kali melakukan praktik IMD. Terkait juga jumlah pasien, berdasarkan hasil konfirmasi kepada ibu (pasien dukun bayi) terhadap praktik IMD oleh dukun bayi yang sudah dilatih IMD di daerah intervensi terdapat sebanyak 77,40% yang melakukan IMD, hal ini menggambarkan bahwa relatif cukup banyak pasien dukun bayi (ibu) yang sudah melakukan praktik IMD. Sementara itu hampir semua pasien dukun bayi yang melakukan IMD (91,70%) mengatakan dukun bayi merupakan orang pertama yang menganjurkan mereka untuk IMD. Selanjutnya dengan banyaknya jumlah pasien dukun bayi membuat semakin besar pula kesempatan dukun bayi melakukan IMD. Dengan mempraktikkan IMD, dukun bayi melihat sendiri secara langsung manfaat IMD hal ini akan mempengaruhi motivasi mereka untuk terus melakukan IMD.

7.3 Peran Dukun Bayi sebagai *Agent of Change*

Dukun bayi dalam melakukan kegiatannya menyampaikan pesan kesehatan atau melakukan perannya dalam promosi IMD kepada ibu hamil dan masyarakat, tanpa sadar sudah berperan sebagai *change agent*. dukun bayi yang merupakan seorang *change agent* memastikan terjadinya pertukaran informasi atau pengetahuan mengenai IMD kemudian menjaga agar ibu hamil dan masyarakat tetap memahami pengetahuan IMD dan kemudian mengadopsi serta mencegah terputusnya adopsi tersebut (Roger 2007). Keberhasilan dukun bayi sebagai *change agent* dikarenakan kemampuan mereka yang dapat mempengaruhi serta meyakinkan para ibu hamil untuk memperoleh dan mempelajari cara perawatan bayi baru lahir yang baik (Pettersen dalam Bisika 2008). Selain itu, dukun bayi juga memiliki rasa empati terhadap ibu hamil yang sudah seharusnya dimiliki oleh *change agent*. Rasa empati

ini menyebabkan adanya pengertian antara ibu hamil dengan dukun bayi yang pada akhirnya terjadi hubungan baik dalam proses ibu hamil mempelajari kemudian memahami pengetahuan IMD yang diberikan dukun bayi kepadanya (Roger 2007).

Selanjutnya dengan pemberian informasi mengenai kemitraan yang berisi mengenai peran dukun bayi dan bidan di desa diharapkan merangsang praktik promosi IMD meningkat dan terjaga keberlanjutannya. Oleh karenanya pelatihan dukun bayi terus dikembangkan dengan mengekspos pada pengalihan peran dukun bayi dari menolong persalinan menjadi pemberi nasihat, mempromosikan, serta mendorong kegiatan yang berkaitan dengan kesehatan kepada ibu dan keluarga (UNFPA 1996). Dalam pengalihan peran tersebut mengisyaratkan kepada dukun bayi bahwa mereka tidak terancam kehilangan peran dalam perawatan kesehatan ibu dan anak tetapi tetap memegang peranan penting. Jika rasa was-was menghilang maka dukun bayi akan lebih bersemangat menjadi *change agent* dengan terus memberi nasihat dan memastikan pertukaran informasi tentang IMD dan mendorong ibu hamil melakukan IMD saat nanti melahirkan.

Materi yang digunakan dalam pelatihan untuk merangsang praktik promosi IMD dalam perannya sebagai *change agent* diberikan dalam materi kemitraan. Materi disampaikan dengan cara bercerita menggunakan media sketsa cerita bergambar dan diskusi kelompok, menekankan bahwa dukun bayi bukanlah untuk menggantikan keberadaan tenaga kesehatan di perdesaan namun sebagai pelengkap yang dapat memberikan pesan kesehatan seperti informasi tentang IMD sementara persalinan tetap ditangani oleh bidan (WHO 1998).

Menurut IPPF (2001), Asosiasi Keluarga Berencana India (*Family Planning Associations India*) mengakui bahwa dukun bayi adalah anggota masyarakat yang dihormati dan keluarga berkonsultasi untuk berbagai masalah *antenatal* dan *post natal*. Sama hal dengan Asosiasi Keluarga Berencana Pakistan, di India juga berusaha memperluas peranan dukun bayi dengan pelatihan dan mendukung mereka di area selain pertolongan persalinan, seperti aborsi yang aman dan keluarga berencana.

Berdasarkan hasil dan pembahasan tentang efek model pelatihan peduli dukun bayi untuk meningkatkan potensi sebagai “*agent of change*” dapat dilihat bahwa PSP dukun bayi di kelompok intervensi meningkat bermakna dibandingkan dengan dukun bayi di kelompok kontrol. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa dukun bayi di daerah intervensi dapat menjadi “*agent of change*” dalam pelaksanaan IMD, terbukti dari hasil konfirmasi yang dilakukan pada ibu-ibu yang pasien dukun bayi seperti hampir semua pasien dukun bayi (81,80%) tahu tentang IMD, sebagian besarnya (71,40%) mengetahui tentang IMD dari dukun bayi, sebanyak 77,40% pasien dukun bayi sudah praktik IMD ketika melahirkan. Dari seluruh pasien dukun bayi yang praktik IMD sebagian besarnya (88,89) menuruti apa yang disarankan oleh dukun bayi, dan hampir semuanya (91,70%) mengatakan dukun bayi adalah orang pertama yang menganjurkan IMD.

Hal unik yang ada pada dukun bayi adalah karakteristik dan peran dukun bayi di masyarakat antara lain sebagai tokoh masyarakat, mempunyai pengaruh dan kemampuan untuk melakukan perubahan namun tetap memperhatikan faktor sosial budaya setempat yang merupakan salah satu syarat untuk menjadi “*agent of change*”. Hal ini sesuai dengan pendapat yang dikemukakan oleh Stevenson (2008) bahwa dukun bayi dapat dijadikan “*agent of change*” karena dalam melaksanakan peranannya sudah mengandung kriteria *agent of change* seperti sabar, memiliki rasa empati yang tinggi, mampu berkomunikasi sesuai dengan budaya dan latar belakang keluarga ibu, serta ikut terlibat langsung saat proses perawatan ibu dan bayi dengan melakukan pendampingan dan pendekatan yang persuasif serta memiliki posisi yang dihormati dan disegani.

Arrata 2007, menjelaskan *Change Agent* adalah seseorang yang memimpin serta memiliki keberanian untuk melakukan perubahan yang diluar kebiasaan dengan tetap memperhatikan budaya yang ada sebelumnya. Biasanya seorang *change agent*, baik lelaki maupun perempuan; fokus, memimpin, dan mengarahkan sekelilingnya untuk melakukan perubahan.

Peran dukun bayi lebih ditekankan sebagai seorang figur bagi masyarakat. Peran dukun bayi sebagai figur masyarakat yang menjadi agen perubahan dan

penyampai informasi maupun teknologi kesehatan, memfasilitasi dan memberdayakan masyarakat dalam peningkatan derajat kesehatan ibu, anak, dan keluarga. dukun bayi juga berperan sebagai jembatan komunikasi antara masyarakat dengan pelayanan kesehatan. Pelatihan ini juga menggali informasi dari dukun bayi agar diperoleh kombinasi antara sistem kesehatan dengan praktek budaya yang menguntungkan kesehatan (Foster 2004)

Selain itu peran dukun bayi menjadi lebih terlihat saat berbicara mengenai budaya, empati dan dukungan psikososial. Hal tersebut terjadi karena mencerminkan budaya dan struktur sosial masyarakat; serta memiliki posisi sebagai orang yang dihormati atau disegani dan bisa mempengaruhi masyarakat (mnh.jhpiego.org 2004; Morse 2003; Okubagzhi 1988; Syamala 2004).

Selanjutnya dijelaskan bahwa sebaiknya *change agent* adalah orang yang berasal dari suatu organisasi tersebut (*internal change agent*) serta memiliki posisi yang dihargai oleh orang lain sebab seorang *change agent* harus dapat mengkolaborasikan seluruh bagian yang akan terlibat dalam proses perubahan (Blewett 2000). Berdasarkan dari hal yang dikemukakan di atas, maka dengan demikian dukun bayi sebagai bagian dari masyarakat dan budaya merupakan personal yang tepat untuk diangkat menjadi *agent of change*.

7.4 Kelebihan dan Hal yang Perlu Diperhatikan dalam Melaksanakan Model Intervensi Pelatihan Peduli Dukun Bayi

Setiap disain pelatihan tentunya mempunyai kelebihan dan kekurangan, berikut akan dibahas masing-masingnya untuk diidentifikasi dan sebagai bahan untuk pembelajaran ke depan

7.4.1 Kelebihan Model Intervensi Pelatihan Peduli Dukun Bayi

Mengingat sasaran pelatihan ini unik pada umumnya berumur sudah tua (lebih dari 40 tahun), hampir semuanya buta huruf dan mempunyai posisi cukup penting di masyarakat, maka pelatihan dirancang secara khusus dengan memperhatikan dan

mempertimbangkan faktor-faktor yang disebutkan tadi. Model pelatihan ini disebut juga dengan Model Pelatihan Peduli dukun bayi.

Dalam pelaksanaan pelatihan, dukun bayi yang menjadi peserta pelatihan dibagi atas 4 kelompok, setiap kelompok terdiri dari 14-16 orang, jumlah ini dianggap jumlah yang ideal untuk satu kelompok pelatihan, dimana sesama peserta pelatihan dan juga antara peserta pelatihan dengan fasilitator bisa saling berinteraksi secara efektif.

Untuk materi pelatihan terdiri dari Pengetahuan, Sikap, Praktik promosi dan Praktik IMD yang berisi prinsip-prinsip dasar saja agar jumlah materi yang diberikan tidak terlalu banyak namun tetap memperhatikan hal-hal penting yang harus diketahui dan dilaksanakan ketika IMD, hal ini penting mengingat kemampuan daya ingat sasaran (dukun bayi) yang relatif terbatas. Untuk metoda pelatihan menggunakan pendekatan yang interaktif dan partisipatif seperti; diskusi kelompok, tanya jawab, membahas kasus, simulasi, testimoni, sedangkan untuk media yang dipakai adalah media yang tidak memerlukan keterampilan menulis dan membaca, terdiri dari beberapa jenis seperti; video tentang IMD yang sudah disulih suara ke bahasa daerah setempat, buku saku tentang IMD, sketsa cerita bergambar, metoda bercerita dll.

Materi disampaikan sedikit demi sedikit kemudian dilakukan pengulangan kembali sehingga memudahkan peserta untuk menerima dan mengingatnya. Setiap sebelum pemberian materi dan penutupan, dilakukan kajian dalam bentuk tanya jawab dan diskusi, fungsinya untuk membantu peserta mengingat kembali materi-materi yang sudah diberikan.

Selain itu juga dilakukan pelatihan ulang dan pendampingan yang merupakan bagian dari paket pelatihan peduli dukun bayi. Pendampingan dilakukan terhadap setiap dukun bayi dan sebanyak 2 kali, yaitu 2 minggu setelah pelatihan pertama dan ke dua dilakukan. Pendampingan dilakukan dengan menggunakan daftar isian yang dibuat khusus, gunanya untuk mengetahui materi apa saja yang masih diingat atau tidak diingat oleh dukun bayi. Berdasarkan hasil tersebut kemudian diberikan penjelasan dan kemudian mengingatkan kembali hal-hal yang terlupa oleh dukun

bayi. Hasilnya cukup efektif untuk membantu mengingat dan menguatkan pengetahuan dan sikap mereka tentang IMD.

Selanjutnya bentuk komunikasi yang digunakan juga dua arah, lebih pada menjalin komunikasi yang seimbang, tidak menyalahkan, menampung aspirasi, pendapat, pengalaman dan praktik yang mereka lakukan. Apabila teridentifikasi praktik yang dilakukan tersebut bisa membahayakan ibu kemudian diberikan penjelasan dengan menggunakan rasional dan logika, sehingga mereka merasa tidak terpojokkan.

Pelatihan dengan pendekatan seperti yang telah dilakukan, terbukti meningkatkan PSP dukun bayi, salah satu hal penting yang dirasakan adalah dengan pendekatan tersebut membuat dukun bayi merasa dilibatkan, dihargai, dianggap, diayomi, mereka merasa sangat senang ketika dikunjungi (pada waktu pendampingan),

Untuk membuktikan kelebihan dari model pelatihan peduli dukun bayi ini dilakukan konfirmasi terhadap pasien dukun bayi yang terdiri ibu hamil, baik yang masih dalam kehamilan masih muda maupun yang sudah tua. Hasilnya sebagian besar dari pasien dukun bayi ini bersedia dan sudah melakukan praktik IMD atas anjuran dukun bayi.

Selanjutnya agar pelatihan peduli dukun bayi ini berlanjut, ketika pelaksanaan pelatihan mengikutsertakan bidan di desa dan tokoh masyarakat setempat. Diharapkan dengan keikutsertaan bidan di desa, pelatihan peduli dukun bayi ini bisa dipraktikkan oleh mereka sendiri ke dukun bayi lainnya, bahkan bila memungkinkan bentuk atau model pelatihan dukun bayi ini bisa dikembangkan atau diaplikasikan dengan materi lain selain IMD seperti; Imunisasi, program KB, tetanus *neonatorum* dan program lainnya. Sementara itu dengan keikutsertaan tokoh masyarakat (pihak desa/kelurahan) diharapkan mereka akan ikut memantau hasil pelaksanaan pelatihan di masyarakat dan ikut membantu mensosialisasikannya ke masyarakat secara lebih luas.

Sementara itu di India (IPPF 2001) setelah pelatihan, dukun diberi sebuah tas berisi kit persalinan sekali pakai dan kain sari. Hal ini berfungsi sebagai simbol

martabat dan identitas, dan juga meningkatkan harga diri seorang dukun bayi dan rasa tanggungjawab dikalangan masyarakat.

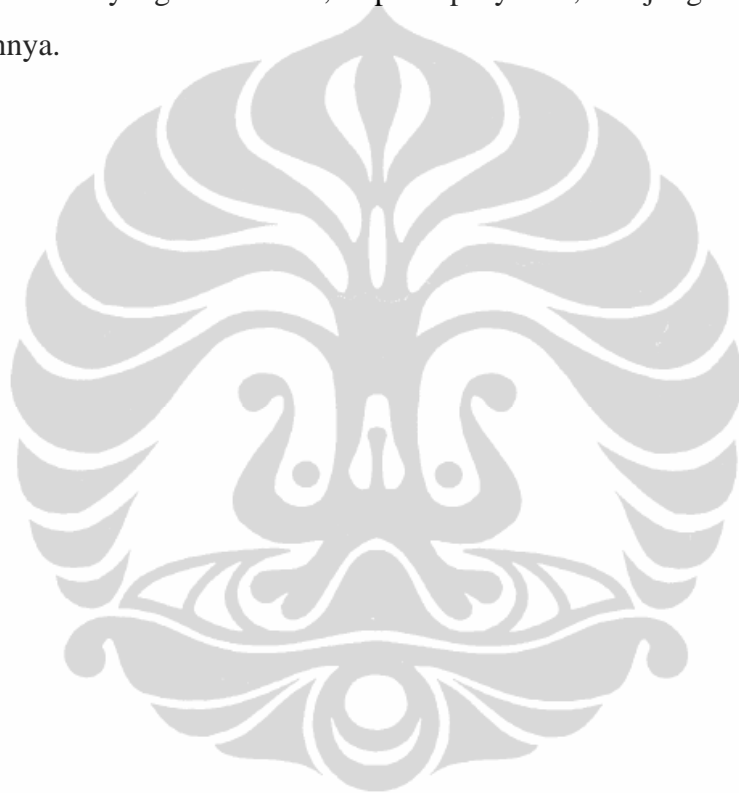
7.4.2 Hal yang Perlu diperhatikan dalam Pelaksanaan Model Intervensi Pelatihan Peduli Dukun Bayi

Model pelatihan ini menggunakan pendekatan partisipasi aktif peserta, oleh sebab itu diperlukan fasilitator/pihak yang benar-benar serius untuk ikut serta memperhatikan jalannya pelatihan dan mengidentifikasi hal-hal yang tidak cocok dan tidak sesuai atau yang bisa menghambat kelancaran pelatihan. Pada umumnya pelaksana pelatihan (fasilitator) sering luput memperhatikan dan mengikuti perkembangan pelaksanaan pelatihan, sehingga membiarkan peserta dalam kondisi "apa adanya". Hal ini disebabkan oleh beberapa hal, seperti jumlah panitia penyelenggara (pihak yang melaksanakan pelatihan) relatif sedikit, kurangnya kemampuan fasilitator dalam melakukan komunikasi yang baik, kurang memperhatikan perlunya menggunakan bahasa daerah/lokal setempat untuk memudahkan dan melancarkan komunikasi dengan peserta pelatihan.

Selain itu untuk proses pendampingan setelah pelatihan memerlukan orang yang bisa berkomunikasi baik dengan dukun bayi, serta dibutuhkan waktu yang relatif cukup untuk mengunjungi satu persatu dukun bayi yang dilatih. Mengatasi hal ini bisa menggunakan tenaga bidan di desa yang ada ditempat, selanjutnya untuk pendampingan bisa dilakukan melalui pertemuan-pertemuan yang sudah ada selama ini antara bidan dengan dukun seperti di posyandu, puskesmas, pengajian, dll, apabila belum, pihak bidan hendaknya mulai menyusun jadwal pertemuan secara rutin dengan dukunnya masing-masing.

Menggunakan model Pelatihan Peduli Dukun Bayi secara lengkap dan komprehensif seperti yang dilakukan memerlukan beberapa hal yang mesti diperhatikan seperti; pihak puskesmas yang akan melakukan pelatihan sebelumnya mesti menganggarkan dana khusus, namun demikian dana yang diperlukan relatif tidak besar, seperti biaya untuk TOT singkat untuk bidan, transportasi dan konsumsi untuk dukun selama pelatihan, tempat pelatihan yang tidak terlalu jauh dari

pemukiman dukun bayi, selain itu juga mesti menyediakan waktu yang cukup untuk pelatihan. Bagian dari pelatihan yang penting adalah pendampingan yang mesti dilakukan setelah pelatihan untuk menjaga pengetahuan yang diperoleh tetap stabil dan dukun bayi tetap termotivasi untuk pelaksanaan IMD. Oleh sebab itu pihak puskesmas hendaknya membuat rencana dana dan waktu untuk pelatihan dengan baik, sedangkan untuk kegiatan pendampingan bisa secara terintegrasi dengan kegiatan-kegiatan lain yang sudah ada, seperti posyandu, kunjungan rumah, dan kesempatan lainnya.



BAB VIII SIMPULAN DAN SARAN

8.1 Simpulan

- 1). Ditemukannya model pelatihan dukun bayi dengan konsep pendekatan “Pelatihan Peduli Dukun Bayi dalam Pelaksanaan IMD”, yaitu pelatihan menggunakan metoda yang memperhatikan latarbelakang karakteristik dukun bayi seperti: menyesuaikan metoda pelatihan dengan kemampuan dukun bayi, menggunakan bahasa lokal setempat, menggunakan media yang bervariasi (buku saku, pemutaran filem tentang IMD), penyampaian materi dilakukan secara interaktif dengan metoda yang beragam (ceramah, tanya jawab, diskusi, bermain peran, testimoni), serta dilakukannya pendampingan setelah pelatihan diberikan.
- 2). Menggunakan model Pelatihan Peduli Dukun Bayi terbukti mempunyai efek terhadap peningkatan Pengetahuan (424,31%), Sikap (495,18%), Praktik Promosi (193,65%) dan Praktik IMD (2.687,50%) oleh dukun bayi.
- 3). Faktor paling dominan yang mempengaruhi Pengetahuan, Sikap, Praktik Promosi Dukun Bayi dalam Pelaksanaan IMD adalah “Pelatihan Peduli Dukun Bayi tentang IMD”. Hal ini menggambarkan bahwa Model Pelatihan Peduli Dukun Bayi dalam Pelaksanaan IMD sebagai faktor yang perlu dipertimbangkan untuk dipilih sebagai Model Pelatihan dukun bayi dalam Pelaksanaan IMD. Untuk faktor yang dominan mempengaruhi Pelaksanaan IMD oleh Dukun Bayi adalah Jumlah Pasien Dukun Bayi.
- 4) Sebagai pembuktian bahwa model Pelatihan Peduli Dukun Bayi diterima dan diterapkan oleh dukun bayi, lebih dari setengah (59,70%) pasien dukun bayi (ibu hamil dan ibu melahirkan) mempunyai Pengetahuan IMD yang baik, (53,20%) memiliki sikap yang positif dan lebih tiga-perempatnya (77,40%) saat melahirkan sudah melakukan IMD dengan alasan yang terbanyak karena menuruti anjuran dukun bayi dan agar ibu, bayi sehat. Untuk ibu hamil sebanyak 67,40% sudah berencana untuk melakukan IMD bila melahirkan, dengan alasan hampir setengahnya (45,16%) agar ibu dan bayi menjadi sehat.

- 5). Berdasarkan hasil dan pembahasan penelitian, maka model Pelatihan Peduli Dukun Bayi terbukti mempunyai efek meningkatkan Pengetahuan, Sikap, Praktik Dukun Bayi untuk berpotensi sebagai *agent of change* dalam pelaksanaan IMD, dengan demikian hipotesa penelitian terbukti

8.2. Saran

8.2.1 *Direktorat Bina Kesehatan Ibu dan Direktorat Bina Kesehatan Anak, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*

1. Hasil penelitian ini menunjukkan adanya pengaruh “Pelatihan Peduli Dukun Bayi” dalam merubah Pengetahuan, Sikap, Praktik Promosi dan Pelaksanaan IMD pada dukun bayi. Oleh sebab itu, disarankan mempertimbangkan adanya kebijakan untuk replikasi Model Pelatihan Peduli Dukun Bayi ini ke Kabupaten lain dengan mempertimbangkan kesamaan sosial budaya setempat.
2. Sehubungan dengan relatif kecilnya kemungkinan dukun bayi “*drop out*” sebagai dukun bayi, maka “*investasi*” pengetahuan dan keterampilan yang diberikan pada dukun bayi tidak akan sia-sia dan dukun bayi bisa dimanfaatkan secara maksimal sebagai bagian dari tim kesehatan yang berasal dari masyarakat dan budaya setempat.

8.2.2 *Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor*

1. Mengadakan *Training of Trainer* “Pelatihan Peduli dukun bayi” terhadap pihak puskesmas (bidan koordinator dan bidan di desa) agar selanjutnya bisa melakukan pelatihan terhadap dukun bayi yang berada di wilayah kerjanya masing-masing.
2. Melakukan sosialisasi ke staf internal terkait di tingkat Dinkes dan staf Puskesmas tentang potensi dukun bayi sebagai “*agent of change*” dalam membantu kesehatan ibu dan bayi. Dengan kata lain melalui dukun bayi terbukti dimungkinkan untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan ke masyarakat, khususnya ibu hamil, ibu melahirkan dan ibu bayi-balita.

Sosialisasi dapat dilakukan melalui pertemuan-pertemuan rutin yang sudah ada selama ini.

3. Pendampingan setelah pelatihan merupakan bagian penting dalam pembinaan dukun bayi. Oleh sebab itu, perlu merancang pelaksanaan pendampingan dukun bayi yang terintegrasi dengan program atau kegiatan bidan di desa, sehingga tidak diperlukan dana atau waktu yang khusus untuk melakukan pendampingan.

8.2.3 *Bagi Penelitian Selanjutnya*

1. Penelitian ini membuktikan terjadinya peningkatan Pengetahuan, Sikap, Praktik Promosi dan Praktik Dukun Bayi dalam pelaksanaan IMD, serta Pengetahuan, Sikap dan Praktik IMD oleh pasien dukun bayi hasilnya juga relatif baik. Oleh sebab itu, perlu dilakukan penelitian lain untuk mengetahui keberlanjutan PSP dukun bayi dalam pelaksanaan IMD setelah 6 bulan sampai 1 tahun pengukuran terakhir dilaksanakan, dan kemudian dilakukan konfirmasi kembali ke pasien mereka.
2. Perlu penelitian lebih lanjut untuk memantau status kesehatan bayi dari pasien dukun bayi yang sudah melakukan IMD, untuk mengetahui dampak dari pelaksanaan IMD yang sudah dilakukan.

DAFTAR PUSTAKA

- ACPA 2008, *Change Agent Abilities Required to Help Create a Sustainable Future*. Tersedia di: <<http://www.myacpa.org/>> [10 April 2009]
- Alisjahbana, A 1993, *The Implementation of the Risk Approach on Pregnancy Outcome by Traditional Birth Attendants, The Tanjungsari Study in West-Java, Indonesia*, Disertation.
- Arrata, Phillipe, Despierre, Arnaud & Kumra, Gautama 2007, *Building an Effective Change Agent Team*, McKinsey & Company, Singapore
- Asghar, Rana Jawad 1999 , ‘Obstetric complications and role of Traditional Birth Attendants in Developing Countries’, *Journal of College of Physicians and Surgeons Pakistan*, Vol. 9, no. 1, pp. 55-57
- Asmin 2000, *Konsep dan Metode Pembelajaran Untuk Orang Dewasa*. Tersedia di: <[http://file.upi.edu/Direktori/FIP/JUR. PEND. LUAR SEKOLAH/195109141975011-AYI OLIM/andragogi PDF2.pdf](http://file.upi.edu/Direktori/FIP/JUR._PEND._LUAR_SEKOLAH/195109141975011-AYI_OLIM/andragogi_PDF2.pdf)> [9 September 2011]
- Badan Pusat Statistik Indonesia (BPS) and Macro International 2008, *Indonesia Demographic and Health Survey 2010*, CALVERTON, Maryland, USA
- Badan Pusat Statistik Indonesia (BPS) and Macro International 2007, *Indonesia Demographic and Health Survey 2008*, CALVERTON, Maryland, USA
- Bang, Abhay T, Bang, Rani A, Baitule, Sanjay B., Reddy, M Hanimi & Deshmukh, Mahesh D 1999, ‘Effect of Home-Based neonatal Care and management of Sepsis on Neonatal Mortality : Field Trial in Rural India’, *The Lancet*, vol. 354, no. 4, pp 1955-61
- Barbour, Rosaline S & Kitzinger 2001, *Developing Focus Group Research, Politics, Theory and Practice*, Sage Publications Ltd, London
- Barnett, Vic 2002, *Sample Surve Priciples and Methods*, Oxford University Press Inc., 198 Madison Avenue, New York .
- Bergstorm, Staffan & Gordburn, Elizabeth 2001, ‘The Role of Traditional Birth Attendants in the Reduction of Maternal Mortality’. *Health Policy and Planning*, Vol. 15, no. 4, pp. 394 - 399
- Best, K 1998, ‘Training Involves Many Factors : Assessing Needs, evaluating the putcomes and maintaining skills are among important considerations’, *Network : Fall*, vol. 19, no 1

- Bhutta, ZA, Memon, ZA, Soofi, Sajid, Salat, MS, Cousens, Simon & Martines, Jose 2008, 'Implementing Community Based Perinatal Care : Results from a pilot study in rural Pakistan', *Bulletin of The WHO*, vol 86, pp. 452-459
- Bisika, Thomas 2008, 'The Effectiveness of The TBA Programme in Reducing Maternal Mortality and Morbidity in Malawi', *East African Journal of Public Health*, Vol 5, No. 2.
- Blewett, VL 2000, *Workers changing work: the influence of worker power; a longitudinal case study analysis of workplace change at Moving Metals Limited*, Thesis, The University of Adelaide, Australia. Tersedia di: <<http://thesis.library.adelaide.edu.au/uploads/approved/adt-SUA20030815.104708/public/05chapter4.pdf>> [7 September 2008]
- BPPN 2007, *Angka Kematian Ibu, Rancang Bangun Percepatan Penurunan AKI untuk Mencapai Sasaran MDG*, Indonesia
- Brouwere, Vincent & Lerberghe, Wim 2001, *Safe Motherhood Strategies: a Review of the Evidence*, *Studies in Health Services Organization & Policy*, 17, ITG Press, Belgium
- Cabral, Meena, Kamal, Imtiaz, Kumar, Vijay, Mehra, Leila 1992, *A Guide For Master Trainers Program of maternal and child health and family planning division of family health*, WHO perss, Geneva
- Cabral, Meena, Cabral, Imtiaz, Kumar, Vijay, Mehra, Leila 1992, *Program of maternal and child health and family planning division of family health*, WHO, Geneva
- Care, URC, CHS 2007, *Infant and Young Child Feeding Counselling, A Community-Focused Approach, Trainer's Guide*, Kenya.
- Calhoun, Judith G, Rowney, Rosemarie, Eng Emilie, & Hoffman, Yael 2005, 'Competency Mapping and Analysis for Public Health Preparedness Training Initiatives', *Public Health Reports*, supplement 1, vol. 120
- Cahyono, Rudi 2009, *Determinan Pemberian ASI Dini dan Eksklusif Berdasarkan Data SDKI 2007*, Thesis, Fakultas Pascasarjana Program Kajian Kependudukan dan Ketenagakerjaan, Univ. Indonesia, Depok
- Catholic Relief Services, 2004, *Modul Training, Training Plan For TBA and Maternal AIDES*, Child Survival Collaborations and Resources Group (Core), USAID.
- Darmstadt GL, Bhutta ZA, Cousens S, Adam T, Walker N, de Bernis L 2005, 'Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save? ', *Lancet Neonatal Survival Steering Team*, Vol 365, pp. 977 – 88

- Darlington, Yyvon 2002, *Qualitative Research in practice Stories From the Field*, Allen & Unwin, Crows Nest NSW 2065, Australia
- Depkes 2002, *Survei Kesehatan Rumah Tangga 2002. Badan Penelitian dan Pengembangan Depkes RI*, Depkes RI, Jakarta
- Depkes 1994, *Pedoman Supervisi Dukun Bayi*, Depkes RI, Jakarta
- Depkes 2001, *Rencana Strategi Nasional, Making Pregnancy Safer (MPS), di Indonesia 2001-2010*, Depkes RI, Jakarta
- Depkes 2008, *Pedoman Kemitraan Bidan dengan Dukun*, Depkes RI, Jakarta
- Depkes 2008, *Profil Kesehatan Indonesia 2007*, Depkes RI, Jakarta
- Depkes 2008, *Pelatihan Klinik, Asuhan Persalinan Normal (Asuhan Esensial, Pencegahan dan Penanggulangan Segera Komplikasi Persalinan dan Bayi Baru Lahir Revisi 2008*, Depkes RI, Jakarta
- Depkes 2008, *Panduan Pelatihan Komunikasi Perubahan Perilaku, Bagi Fasilitator, Narasumber, Peserta dan Penyelenggara untuk Mempromosikan Kesehatan Ibu, Bayi Baru Lahir dan Anak*, Depkes RI, Jakarta
- DiGirolamo, Ann, Thompson, Nancy, Martorell, Reynaldo, Fein, Sara, & Grummer – Strawn, Laurence 2005, 'Intention or Experience? Predictors of Continued Breastfeeding', *Health Education and Behavior Journal*, Vol. 32, no. 2, pp 208 – 226
- Edmond, Karen. M 2006, 'Delayed Breastfeeding Initiation Increases Risk of Neonatal Mortality', *Official Journal of The American Academic of Pediatrics*, Vol. 32, no. 2, pp 208 – 226
- Edmond, Karen, Kirkwood, Betty R, Amenga, Seeba-Etego, Owusu, Seth- Agyei 2007, 'Effect of early infant feeding practices on infection-specific neonatal mortality: an investigation of the causal links with observational data from rural Ghana', *The American Journal Clinical Nutrition*, Vol. 86, pp 1126-1131
- Elder et al. 1994, *Motivating Health Behaviour*. Delmar Publisher Inc. Albany, New York
- Ezzy, Douglas 2002, *Qualitative Analysis, Practice and Innovation*, SRM Production Service, SDN, BHD, Malaysia
- Faisal, Sanapiah 1990, *Penelitian Kualitatif, Dasar-dasar dan Aplikasi*, Yayasan Asih, Asuh Asuh, Malang

- Foster, Jennifer, Anderson, Angela, Houston, Jennifer, Simkins, Maya Doe, 2004, 'A Midwifery Model for Training Traditional Midwives in Guatemala : A report from the field', www.midwivesformidwives.org [15 April 2009]
- Gericke, Christian A, Kurowski, Christoph, Ranson, M Kent & Mills, Anne, 2003, *Feasibility of Scaling-up Interventions: The Role of Intervention Design*, Disease Control Priorities Project, Working Paper No 13 Department of Health Care Management – Technische Universitat Berlin, Germany
- Glanz, K., Rimer, B.K., & Lewis, F.M (ed.) 2002, *Health Behaviour and Health Education, Theory, Research, and Practice, 3rd ed.* San Francisco, Jossey Bass
- Gibbs, Graham R 2004, *Qualitative Data Analysis, Exploration with Nvivo*, The Cronwell Press, Trowbridge, Wiltshire
- Gochman, D.S 1988, *Health Behaviour, Emerging Research Perspectives*, Plenum Press, New York
- Goodburn, Elizabeth, Chowdhury, Mushtaque, Gazi, Rukhsana, Marshal, Tom & Graham, Wendy 2000, 'Training Traditional birth attendants in clean delivery does not prevent postpartum infection', *Health Policy and Planning*, vol. 15, no. 4, pp. 394-399,
- Green, L.W, & Kreuter, M.W 2005, *Health Program Planning an Educational and Ecological Approach 4th Ed*, Mc. Graw Hill, Boston
- Gupta, Arun 2007, *Initiating breastfeeding within one hour of birth: A scientific brief*, WABA (World Alliance for Breastfeeding Action)
- Haarsager, Mary RN 2008, 'Training Traditional Birth Attendants in Southern Sudan', *Creative Nursing*, vol. 14, no. 4, pp. 178-181
- Hunt, Linda M, Glantz, NM & Halperin, DC 2002, 'Childbirth Care-seeking Behaviour in Chiapas', *Health Care for Women International*, vol. 23, pp. 98-118
- Laporan Perkembangan Pencapaian MDGs 2004, Jakarta, Indonesia
- Izugabara & Ukwayi 2003, 'The Clientele of Traditional Birth Homes in Rural Southeastern Nigeria', *Health Care for Women International*, vol. 24, pp. 177-192
- IPPF 2001, *Expanding the Role of Traditional Birth Attendants, Experiences from South Asia*, IPPF Regent's College, Inner Circle, Regent's Park, London

- Janz, N.K, Champion, V.L, & Stretcher, V.J 2002, 'The Health Belief Model' dalam *Health Behaviour and Health Education, Theory, Research, and Practice*, 3rd ed., Glanz, Jossey-Bass, San Francisco
- Jhpiego 2004, *The Traditional Birth Attendant: Linking Communities and Services Traditional birth attendants meet a vital community need by supporting women throughout pregnancy, childbirth and the postpartum period*, www.mnhjpiego.org [20 Januari 2009]
- Jokhio, Abdul Hakeem, Winter, Heather R. & Cheng, Kar Keung 2005, 'An Intervention Involving Traditional Birth Attendants and Perinatal and Maternal Mortality in Pakistan', *The New England Journal of Medicine*, Vol. 352, no. 20, pp. 2091 - 2100
- Kalra & Bhatia 2008, *Training - Concept & Methods*, School of Management Ansal Institute of Technology. Tersedia di: www.indianmba.com/Faculty_Column/FC797/fc797.html [16 Agustus 2009]
- Kirkpatrick, D 1976, Evaluation of training dalam *Training and Development Handbook*, R.L. Craig (ed.), McGraw Hill, New York.
- Kroeger, Mary 2004, *Impacts of Birthing Practices on Breastfeeding. Protecting the Mother and Baby Continuum*. Jones and Barlett Publisher, Massachusetts
- Krueger, Richard A. & Casey, Mary Anne 2000, *Focus Group 3rd Edition: A Practical Guide for Applied Research*, Sage Publications Inc, California
- Kruske, Sue & Barclay, Lesly 2004, 'Effect of Shifting Policies on Traditional Birth Attendant Training', *The American College of Nurse-Midwives*, vol. 49, no. 4, pp. 306 - 311
- Lankester, Ted 2002, *Setting Up Community Health Programmes, A Practical Manual For Use in Developing Countries, Second Edition*, Macmillan Publisher Limited and David Gifford 2000, Malaysia
- Lameshow, Stanley, Hosmer Jr, David W., Klar Janelle, Lwanga, Stephen K. 1997, *Besar Sampel Dalam Penelitian Kesehatan*, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta
- Leger, Gisele 2008. 'Effects of Prenatal Nutritional Intervention Program On Initiation and Duration Breastfeeding', *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, vol. 69, no. 2. Diakses dari: ProQuest Health and Medical Complete [9 April 2009]

- Lewis, M.A, DeVellis, B.M, & Sleath, B 2002, 'Social Influence and Interpersonal Communication in Health Behaviour', dalam *Health Behaviour and Health Education*, ed Glanz, Jossey-Bass, San Fransisco, pp. 240-260
- Linkages 2002, *Melahirkan, Memulai Pemberian ASI dan Tujuh Hari Pertama Setelah Melahirkan*, Academy for Educational, Washington DC
- Lunandi, AG 1987, *Pendidikan orang dewasa*, Gramedia, Jakarta
- Maleong, Lexy 1990, *Metodologi Penelitian Kualitatif*, PT Remaja Rosdakarya, Bandung
- Martha, Evi 2006, *Peranan dan Posisi Paraji di Masyarakat Studi di Kabupaten Pandeglang dan Serang*, Laporan Kualitatif tidak dipublikasi
- Mathole, Thubelihle, Lindmark, Gunilla & Ahlberg, Beith Maina 2005, 'Competing knowledge claims in the Provision of Antenatal care : A qualitative study of Traditional Birth Attendants in Rural Zimbabwe', *Health care for Women International*, vol. 26, pp. 937-956
- Mattews, M.K, Walley, R.L., Ward, A., Akpaidam, M., Williams, P., & Umoh, A. 1995, 'Training traditional birth attendants in Nigeria - The pictorial methods', *World Health Forum*, vol. 16, no. 31 pp. 409-414
- McElroy, Ann and Townsend, K, Patricia 1996, *Medical Anthropology in Ecological Perspective Third Edition*, Westview Press, A Division of Harper Collins Publishers, Inc, The United States of America
- Miles, Matthew B et al. 1992, *Analisis Data Kualitatif (edisi terjemahan)*, Penerbit Universitas Indonesia, Salemba, Jakarta
- Montano & Kasprzyk 2002, 'The Theory of Reasoned Action and The Theory of Planned Behaviour', dalam *Health Behaviour and Health Education*, ed. Glanz, Rimer, & Lewis, Jossey-Bass, San Francisco
- Morse, C 2003, 'Improving the post natal outcomes of new mothers', *Journal of Advanced Nursing*, vol 45, no. 5, pp. 465-474
- Mueller, Daniel, J 1986, *Mengukur Sikap Sosial Edisi Bahasa Indonesia: Pegangan Untuk Peneliti dan Praktisi*, Penerbit Bumi Aksara, Jakarta.
- Muhadjir 1990, *Metodologi Penelitian Kualitatif, Telaah Positivistik, Rasionalistik, Phenomenologik Realisme Metaphisik*, PN Rakesarasin, Yogyakarta
- Mukherjee, Nilanjana 2006, *Voices of the Poor: Making Services Work for the Poor in Indonesia*, The World Bank, East Asia and Pacific Region

- Mullany, Luke C, Katz, Joanne, Li, YM, Khattry, SK, LeClerq, Darmstad, GL, & Tielsch, JM 2008, 'Breast – Feeding Patterns, Time to Initiation, and Mortality Risk among Newborns in Nepal', *The Journal of Nutrition*, vol. 138, no. 3, pp. 599 - 603
- Munir 2004. *Pengkajian Kebutuhan Pelatihan*, Bapelkes Cilandak, Jakarta
- Murti, Bhisma 1997, *Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi*, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta
- Naidoo & Wills 2000, *Health Promotion Foundations for Practice Second Edition*, Elsevier, Philadelphia, USA
- Notoatmodjo, S 2007, *Promosi Kesehatan & Ilmu Perilaku*, Rineka Cipta, Jakarta
- Nyanzi, Stella, Manneh, Hawah, Walraven, Gijs 2007, 'Traditional Birth Attendants in Rural Gambia: Beyond Health to Social Cohesion', *African Journal of Reproductive Health*, vol. 11, no. 1, pp. 43-56
- Okafor, Chinyelu B, 2000, 'Folklore Linked to Pregnancy and Birth in Nigeria', *Western Journal of Nursing Research*, vol. 22, no. 2, pp. 189-202
- Okolocha, C, Chiwuzie, Jasper, Braimoh, Suleiman, Unuigbo, Jacob, Olumeko, Patience 1998, Socio Cultural Factors in Maternal Morbidity and Mortality: a Study of a Semi-Urban Community in Southern Nigeria, *J. Epidemiology Community Health*, vol. 52, pp. 293-297
- Okubagzhi, Gebre Selassie 1988, 'Fulfilling the potential of traditional birth attendants', *World Health Forum*, vol. 9
- Osubor, K.M., Fatusi, Adesegun O & Chiwuzie, J.C. 2006, 'Maternal Health-Seeking Behaviour and Associated Factors in a Rural Nigerian Community', *Maternal and Child Health Journal*, vol. 10, no. 2, pp. 159-169
- PAHO 2007, *Beyond Survival : Integrated Delivery Care Practices For Long Term Maternal and Infant Nutrition*, Health and Development, WHO. tersedia di:
<http://www.paho.org/English/AD/FCH/CA/CA_beyond_survival.pdf> [3 April 2009]
- Poerwandari, Kristi E 2005, *Pendekatan Kualitatif untuk Penelitian Perilaku Manusia edisi ketiga*, LPSP3 UI, Jakarta.

- Prochaska, J.O, Redding, C.A & Evers, K.E 2002, 'The Transtheoretical Model and Stages of Change' dalam *Health Behaviour and Health Education, Theory, Research, and Practice, 3rd ed*, eds Glanz, K, Rimer, BK & Lewis, FM, Jossey Bass, San Francisco, pp. 99-116
- Profil Kesehatan Jabar 2007, Jawa Barat - Indonesia
- Profil Kesehatan Kabupaten Bogor 2008, Jawa Barat - Indonesia
- Riskesdas 2008, *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar, Indonesia-Tahun 2007*, Depkes RI, Jakarta
- Rodgers, Kevin A, Little, Malaika & Nelson, Sara 2004, 'Outcomes of Training Traditional Birth Attendants in Rural Honduras: Comparison with a Control Group', *Journal of Health and Population in Developing Countries*. Tersedia di: <<http://www.jhpd.unc.edu/>> [10 Mai 2009]
- Roesli, U 2008, *Inisiasi Menyusui Dini Plus ASI Eksklusif*, Pustaka Bunda gramedia, Jakarta
- Roger 2007, *Change agent definition – Change Agents Provide a Communication Link Between a Resource System with Some Kind of Expertise and a Client System*. tersedia di: <www.olc.edu/~jolson/MethodsIII/Class> [15 Agustus 2009]
- Ross, David.A 1986, 'Does Training TBA Prevent Neonatal Tetanus?', *Health Policy and Planning*, vol. 1, no. 2, pp. 89-98
- Salham, Munir, Baan, Ferry, Arianto, Mansyur, Nurhayati & Pageno, Isbon 2006, *Kemitraan Bidan dengan Dukun Bayi dalam Rangka Alih Peran Pertolongan Persalinan*, Dinkes Prov Sulawesi Tengah, Palu
- Sarafino, EP 2006, *Health Psychology : Biosychosocial Interaction, Fifth Ed*, John Wiley & Sons, United States of America
- Sibley, Lynn & Sipe, Theresa Ann 2003, 'What can a meta-analysis tell us about traditional birth attendant training and pregnancy outcomes?', *Midwifery*, Vol. 20, pp. 51-60. Tersedia di: <www.elsevier.com/locate/midw> [23 Agustus 2009]
- Sibley, Lynn & Sipe, Theresa Ann 2004, 'Transition to Skilled Birth Attendant: Is there a Future Role For Trained Traditional Birth Attendants?', *J Health Popul Nut*, Vol. 24, no. 4, pp. 472-478
- Sibley, Lynn, Sipe, Theresa Ann & Brown, CM 2008, *Traditional Birth Attendant training for improving health behaviours and pregnancy outcomes (Review)*, Wiley Pub.Ltd, USA

- Scrimshaw, Nevin S & Gleason, Gary R 1996, *Rapid Assessment Procedure, Qualitative Methodologies for Planning and Evaluation of Health Related Programmes*, International Nutrition Foundation for Developing Countries, Boston
- SKRT 2004. *Survei Kesehatan Rumah Tangga 2004*, Badan Penelitian dan Pengembangan Depkes RI, Depkes RI, Jakarta
- Suaedy, 2011. *Penerapan Berbagai Metode Pembelajaran Dalam Kegiatan Diklat*. Tersedia di:
 <<http://bdksurabaya.kemenag.go.id/file/dokumen/PENERAPANBERBAGAIMETODEPEMBELAJARANDALAMKEGIATANDIKLAT.pdf>>
 [9 September 2011]
- Stanton, Chyntia, Blanc, Ann K, Croft, Trevor & Choi, Yoonjoung 2007, 'Skilled care at birth in the developing world : progress to date and strategies for expanding coverage', *Journal of Biosocial and Science*, vol. 39, pp. 109-120
- Stemler, Steve 2001, *An overview of content analysis. Practical Assessment, Research & Evaluation*. Tersedia di :
 <<http://PAREonline.net/getvn.asp?v=7&n=17>> [20 Agustus 2009]
- Stevenson, Dennis 2008, *What is a "Change Agent"*. Tersedia di: <<http://original-thinking.com/what-is-a-change-agent-23764>> [22 Agustus 2009]
- Syamala, TS 2004, 'Do Health Worker Female and Traditional Birth Attendant Equipped to Provide Health Care in Tribal Areas? Evidence from Tribal Andhra Pradesh', *Kamla-Raj*, vol 2, no. 2, pp. 119-124
- Taylor, SJ & Bogdan, R 1998, *Introduction to Qualitative Research Methods, 3rd ed*, John Wiley & Son, New York.
- Thind, Amardeep & Banerjee, Kaberi 2004, 'Home Deliveries in Indonesia : Who Provides Assistance ?', *Journal of Community Health*, vol. 29, no. 4, pp. 285 - 303
- Tim Puslitjaknov 2008, *Metode Penelitian Pengembangan*, Pusat Penelitian Kebijakan dan Inovasi Pendidikan Badan Penelitian dan Pengembangan Departemen Pendidikan Nasional, Jakarta
- Tjahjo, Nur & Paramita, Rahadian P 2008, *Paket Modul Kegiatan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI Eksklusif 6 Bulan*, USAID – Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.
- Ulrich, David 1997, *Agent Role (Human Resources Champions)*. Tersedia di: Harvard Business School Press [24 Agustus 2009]

- UMFDA 2002, *Developing an Effective Training Course*, University of Maryland. Symons Hall, Maryland
- UNFPA 1996, *Issue 7 Desember; Support to Traditional Birth Attendants*, UNFPA, New York, NY 10017
- USAID 2003, *Training Works*. Published by : JHPIEGO. Baltimore – Maryland, USA
- Vella, Jane 2002, *Learning to Listen, learning to Teach: The power of dialogue in Education Adults*, Published By Jossey-Bass, Inc., Publisher, c 1994
Spring 2002, Odessa College Noel Center ESOL Program
- Walraven, Gijs & Weeks, Andrew 1999, 'Editorial : The Role of (Traditional) birth attendants with midwifery skills in the reduction of maternal mortality', *Topical Medicine and International Health*, vol. 4, no. 8, pp. 527-529
- Walsh, Linda V 2006, 'Beliefs and Rituals in Traditional Birth Attendant Practice in Guatemala', *Journal of Transcultural Nursing*, vol. 17, pp. 148-154
- WHO 1991, *Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding. The Special Role of Maternity Services*, WHO Perss, Geneva
- WHO 1992, *Traditional Birth Attendants: A Joint WHO/UNICEF/UNFPA statement*, WHO Perss, Geneva
- WHO 2000, *Effect of Breastfeeding on Infant and Child Mortality Due to Infectious Disease in Less Developed Countries A Pooled Analysis*. The Lancet 355:415-5
- WHO 2003, *Working with Individuals, Families and Communities to Improve Maternal and Newborn Health*, WHO Perss, Geneva
- WHO – UNICEF 2003, *Protecting, Promoting, and Supporting Breastfeeding, The Special Role of Maternity Service*, WHO Perss, Geneva
- WHO 2004, *Pregnancy, Childbirth, Postpartum, and newborn Care: A Guide for Essential Practice*, WHO Perss, Geneva
- WHO 2009, *Infant and Young Child Feeding. Model Chapter fot Textbooks for Medical Students and Allied Health Professionals*. WHO Press, Geneva.
Tersedia di :
<http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597494_eng.pdf>
[4 April 2009]

Widjojo, Prasetyono, Loetan, Syahrial, Simatupang, Delthy S. 2004, *Indonesia Laporan Perkembangan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium (Millennium Development Goals)*

Wikipedia 2007, *Dukun Bayi*. Tersedia di:

<http://id.wikipedia.org/wiki/dukun_bayi> [15 Januari 2009]

Wikipedia. 2006, *Traditional Birth Attendant*. Tersedia di:

<http://en.wikipedia.org/wiki/traditional_birth_attendant> [19 Agustus 2006]

Wright, Charlotte M, Parkinson, Kathryn & Scott, Jane 2006, 'Breast – Feeding in UK urban context : who breast –feeds, how long and does it matter ?', *Public Health Nutrition*, Vol. 9, No. 6, pp. 686 – 691



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

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

KOMISI AHLI RISET DAN ETIK RISET
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT UNIVERSITAS INDONESIA

SURAT KETERANGAN

Nomor: 13 /H2.F10/PPM.00/2010

telah menelaah usulan dan protokol penelitian di bawah ini, Komisi Ahli Riset dan Etik Riset Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, menyatakan bahwa penelitian dengan judul :

Model Pelatihan pada Dukun Bayi sebagai 'Agent of Change' Pelaksanaan IMD (Inisiasi Menyusu Dini) di Kabupaten Bogor"

Lokasi Penelitian : Kabupaten Bogor
Waktu Penelitian : Maret – Juni 2010
Responden/Subyek : Dukun bayi
Penelitian
Peneliti Utama : Dra. Evi Martha, M.Kes

Telah melalui prosedur kaji etik dan dinyatakan layak untuk dilaksanakan

Demikianlah surat keterangan lolos kaji etik ini dibuat untuk diketahui dan dimaklumi oleh yang berkepentingan.

Depok, 02 Maret 2010

Sekretaris,



Prof. Dr. dr. Sudijanto Kamso, SKM

NIP 194704271974041001

**JADWAL UJI COBA PELATIHAN IMD DUKUN BAYI
DI KECAMATAN KEMANG, KAB. BOGOR**

JAM (WIB)	HARI 1	HARI 2
08.00 – 09.30	Session 1 <ul style="list-style-type: none"> • Perkenalan antara : Fasilitator dengan dukun bayi Dukun Bayi dengan Dukun Bayi • Pencairan • Games • Pre Test • Penjelasan tujuan pelatihan 	Session 4 <ul style="list-style-type: none"> • Review hari 1 : <ul style="list-style-type: none"> - Pengetahuan - Manfaat - Proses • Metoda : Dukun menceritakan kembali
09.30 – 09.45	COFEE BREAK	
09.45 – 11.45	Session 2 <ul style="list-style-type: none"> • Pengetahuan IMD Metoda : Story telling, menggunakan Vignett (Gambar), Pemutaran filem • Manfaat IMD untuk ibu dan bayi Metoda : Story telling, menggunakan Vignett (Gambar), Pemutaran filem 	Session 5 <ul style="list-style-type: none"> • Rasionalisasi Mitos yang berhubungan dengan IMD • Metoda : Diskusi
11.45 – 12.45	ISHOMA	
12.45 – 14.15	Session 3 <ul style="list-style-type: none"> • Proses IMD Metoda : Story telling, menggunakan Vignett (Gambar), Pemutaran filem 	Session 6 <ul style="list-style-type: none"> • Kemitraan bidan desa dan dukun bayi yang berhubungan dengan IMD • Metoda : Success Story kemitraan – IMD • Post Test
14.15 – 14.45	EVALUASI HARIAN	EVALUASI AKHIR Penutupan

**JADWAL PELATIHAN IMD PARAJI
DI PUSKESMAS KECAMATAN CIAMPEA,
KAB. BOGOR**

Hari 1

JAM (WIB)	HARI 1
09.00 – 10.30	Session 1 <ul style="list-style-type: none"> • Perkenalan antara : Fasilitator dengan paraji Paraji dengan Paraji • Pencairan • Games • Pre Test • Penjelasan tujuan pelatihan
10.30 – 10.45	Istirahat
10.45 – 12.00	Session 2 <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi pengalaman/kebiasaan paraji merawat bayi Metode : Paraji bercerita • Pengetahuan IMD Metoda : Pemutaran filem IMD (pendek) dan diskusi • Manfaat IMD untuk ibu dan bayi Metoda : Pemutaran filem IMD (pendek) dan diskusi
12.00 – 13.00	
13.00 – 14.00	Session 3 <ul style="list-style-type: none"> • Proses IMD Metoda : Diskusi dan Pemutaran Filem IMD (panjang)
14.00 – 14.15	EVALUASI HARIAN

Hari 2

JAM (WIB)	HARI 2
09.00-09.15	Session 4 <ul style="list-style-type: none"> • Review hari 1 : - Pengetahuan - Manfaat - Proses Metoda : Dukun menceritakan kembali
09.15 – 10.30	Session 5 <ul style="list-style-type: none"> • Simulasi IMD Metoda : Praktik IMD dengan boneka oleh peserta Dan diskusi • Mitos dan Rasionalisasi Mitos yang berhubungan dengan IMD Metoda : Story telling & diskusi
10.30 – 10.45	Istirahat
10.45 – 12.00	Session 6 <ul style="list-style-type: none"> • Kemitraan bidan desa dan paraji yang berhubungan dengan IMD Metoda : Success Story kemitraan – IMD
12.00 -13.00	ISHOMA
13.00 -14.00	RTL dan Post test
14.00-14.15	EVALUASI AKHIR Penutupan



Program Doktoral
Ilmu Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kesehatan
Masyarakat
Universitas Indonesia

**Model Pelatihan pada Paraji sebagai
“Agent of Change” Pelaksanaan IMD
(Inisiasi Menyusu Dini)
di Kabupaten Bogor**

**LEMBAR
PRE/POST
– TEST**

Pelatihan IMD untuk paraji bertujuan untuk meningkatkan Pengetahuan, Sikap dan Praktek paraji dalam hal IMD.

Untuk mengetahui peningkatan Pengetahuan, Sikap dan Praktek paraji dalam hal IMD sangat bergantung pada informasi yang didapat dari lembar pre/post-test ini. Untuk itu dalam pengisian pre/post-test ini harap dilakukan dengan sejujurnya dan apa adanya.

Jawaban yang diberikan dalam pre/post-test hanya digunakan untuk melihat peningkatan Pengetahuan, Sikap dan Praktek, serta tidak mempengaruhi penilaian dalam kehidupan sehari – hari ibu. Ibu berhak untuk menolak menjawab lembar pre/post-test bila tidak menginginkannya.

Petunjuk Pengisian Lembar Pre/Post – Test

Pernyataan di bawah ini adalah mengenai kemitraan paraji dengan bidan desa dan inisiasi menyusu dini (IMD).

- Pernyataan akan dibacakan oleh fasilitator sementara peserta pelatihan mendengarkan dengan seksama
- Setelah itu peserta diminta untuk **memilih salah 1 kolom ATAU menjawab dari 3 kolom pilihan** yang tersedia di setiap pernyataan.
- Beri tanda (**X**) pada kolom pilihan yang tersedia sebagai pilihan
- Keterangan
 - Pilihan dengan angka 1 : Pernyataan benar / Setuju
 - ➔ Pernyataan dilakukan atau pernyataan sesuai dengan pendapat saya
 - Pilihan dengan angka 0 : Pernyataan salah / Tidak setuju
 - ➔ Pernyataan kadang dilakukan atau pernyataan tidak sesuai dengan pendapat saya
 - Pilihan dengan angka 0 : Saya tidak tahu / Saya ragu-ragu
 - ➔ Pernyataan tidak dilakukan atau saya tidak yakin dengan pernyataan
- Jika peserta pelatihan ingin mengubah pilihan maka hapus atau tanda pada pilihan sebelumnya
- Jangan mengosongkan pilihan pada setiap pernyataan di lembar pre/post-test

LEMBAR PERSETUJUAN WAWANCARA KUESIONER

Perkenalkan nama sayadari Kami sedang melakukan studi tentang pembinaan dukun bayi dalam bentuk pelatihan mengenai IMD (Inisiasi Menyusu Dini), dengan tujuan untuk meningkatkan Pengetahuan, Sikap dan Praktek dukun bayi dalam hal IMD.

Kami meminta kesediaan ibu/bapak secara sukarela untuk menjadi responden dalam studi ini. Hasil dari studi ini sangat tergantung pada informasi yang didapat dari ibu/bapak sebagai responden. Untuk itu kami berharap ibu/bapak dapat berpartisipasi dengan mengemukakan pendapat, pikiran dan perasaannya dengan sejujurnya dan apa adanya. Jawaban yang diberikan sangat penting untuk studi ini. Jawaban yang diberikan tidak mempengaruhi penilaian dalam kehidupan ibu/bapak sehari-hari. Ibu/bapak berhak untuk menolak menjawab pertanyaan atau tidak bersedia sebagai responden bila tidak menginginkannya. Tidak ada resiko atau keuntungan langsung bagi ibu/bapak untuk berpartisipasi dalam studi ini. Kami hanya memberikan cenderamata sebagai penghargaan atas kesediaan ibu/bapak untuk diwawancarai

Mohon ibu/bapak menandatangani form di bagian bawah ini bila ibu/bapak setuju sebagai responden atau sumber informasi:

Apakah bapak/ibu bersedia untuk menjawab pertanyaan sekarang ?

1. Ya
2. Tidak, (Tidak dijadikan sebagai responden)

Apakah bapak/ibu bersedia kami hubungi kembali dan bersedia menjawab beberapa pertanyaan lagi ?

1. Ya
2. Tidak, (tidak dijadikan sebagai responden)

Apabila ibu/bapak mempunyai pertanyaan dapat menghubungi :

Evi Martha, HP. 08159707688 (Fakultas Kesehatan Masyarakat, UI, Depok)

”Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan, bahwa saya telah membaca/ mendengarkan pernyataan di atas, dan saya setuju untuk berpartisipasi dalam studi ini..”

Tanggal :.....

Tanda tangan responden :.....

(Apabila responden tidak bisa tanda tangan atau tidak bersedia tanda tangan, dapat diwakilkan oleh saksi atau kesediaan responden dalam bentuk verbal)

Tanda tangan enumerator :.....

Nama enumerator :.....

I. Data Pribadi Peserta Pelatihan

1. Nama :
2. Umur : Tahun
3. Alamat rumah :
4. Pendidikan :

1. Tidak sekolah
2. SD tidak tamat
3. SD tamat dan sederajat
4. SLTP tidak tamat
5. SLTP tamat dan sederajat
6. SLTA tidak tamat
7. SLTA tamat dan sederajat
8. Lainnya.....

5. Sudah berapa lama menjadi paraji :Tahun

6. Asal ilmu menjadi Paraji :

1. Turunan
2. Lewat mimpi
3. Belajar sendiri
4. Magang

7. Jml persalinan / Bulan :

8. Jml ibu yang periksa hamil/Bulan :

9. Bermitra dengan Bidan :

10. Pekerjaan Selain Sebagai Paraji :

1. Petani
2. Pedagang
3. Buruh
4. Ibu rumah tangga
5. Lainnya :

11. Pelayanan lainnya :

12. Jumlah pelayanan lain / Bulan :

I. Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

A. Pengetahuan IMD oleh Paraji

1. Apakah ibu pernah mendengar istilah Inisiasi Menyusu Dini (IMD) ?
 0. Ya
 1. Tidak
2. Apakah Ibu pernah mendengar atau melihat bayi yang baru lahir yang langsung ditaruh di dada ibunya ?
 0. Ya
 1. **Tidak, Jika tidak langsung ke nomor 23, 24, 28, 29**

Pengertian IMD

Cara Bertanya :

*(Berdasarkan jawaban nomor 2 (ya) kemudian tanyakan): “Menurut paraji, IMD itu seperti apa ?”
(Responden dapat dikatakan menjawab BENAR bila menjawab 3 point berikut, bila tidak maka dikategorikan jawabannya salah)*

3. Inisiasi menyusu dini (IMD) adalah (1) proses segera meletakkan bayi di perut ibu untuk menyusu sendiri setelah dilahirkan sampai (2) menemukan (3) kemudian menghisap puting susu ibu

1 Benar

0 Salah

0 Tidak tahu

Manfaat IMD

Cara bertanya :

“Menurut paraji, manfaat IMD itu apa saja ?”

➔ Jika belum menyebutkan jawaban dibawah maka pertanyaan dibawah ditanyakan kembali

4. Praktik IMD membantu ari-ari bayi cepat keluar

1 Benar

0 Salah

0 Tidak tahu

5. Bayi yang baru lahir jika ditaruh di dada ibu dapat menghangatkan bayi

1 Benar

0 Salah

0 Tidak tahu

6. Paraji yang melakukan IMD pada ibu melahirkan, adalah orang yang pintar, modern – maju, dan baik

1 Benar

0 Salah

0 Tidak tahu

Pelaksanaan IMD

Cara bertanya :

Menurut paraji, waktu menolong bayi habis melahirkan (proses IMD) itu bagaimana ?

➔ Jika belum menyebutkan jawaban dibawah maka pertanyaan dibawah ditanyakan kembali

7. (*) Bayi boleh diangkat ketika sedang IMD

0 Benar

1 Salah

0 Tidak tahu

8. Kulit putih (kili-kili) yang ada di tangan bayi baru lahir sengaja tidak dibersihkan

Cara bertanya :

Bagian badan bayi apa saja yang dibersihkan ?

1 Benar

0 Salah

0 Tidak tahu

Mitos

Cara bertanya :

Paraji, biasanya kalau bayi baru lahir diapakan ?

➔ Jika belum menyebutkan jawaban dibawah maka pertanyaan dibawah ditanyakan kembali

9. (*) Bayi yang baru lahir sebaiknya langsung diberi madu

0 Benar

1 Salah

0 Tidak tahu

10. (*) Bayi yang baru lahir harus dioles minyak kelapa untuk menghilangkan lemak (kili) yang ada dibadan dan tangannya

0 Benar

1 Salah

0 Tidak tahu

B. Sikap Paraji Mengenai IMD

11. Inisiasi menyusui dini (IMD) bisa membuat ibu dan bayi sehat

Cara bertanya :

Menurut paraji, IMD bisa membuat ibu dan bayi jadi sehat ?

1 | Setuju

0 | Tidak Setuju

0 | Ragu-ragu

12. (*) Praktik IMD merepotkan ibu yang melahirkan

Cara bertanya :

Bisa merepotkan ibu yang melahirkan ?

0 | Setuju

1 | Tidak Setuju

1 | Ragu-ragu

13. (*) Praktik IMD membuat bayi kelaparan

Cara bertanya :

Bisa membuat bayi kelaparan ?

0 | Setuju

1 | Tidak Setuju

0 | Ragu-ragu

14. Bayi yang sedang melakukan IMD tidak akan kedinginan

Cara bertanya :

Bisa menghangatkan tubuh bayi ?

1 | Setuju

0 | Tidak Setuju

0 | Ragu-ragu

15. (*) Tendangan kaki bayi di perut ibu waktu merayap mencari puting susu dapat mengganggu ibu

Cara bertanya :

Apakah waktu bayi ditaruh di dada ibu lalu bergerak menendang, menurut paraji gerakan tendangan bayi bisa mengganggu ibunya ?

0 | Setuju

1 | Tidak Setuju

0 | Ragu - ragu

C. Praktik Promosi dan Pelaksanaan IMD oleh Paraji

16. Apakah Paraji sudah memberikan pelayanan ibu hamil (Pijat, Upacara 7 Bulan dll) atau bertemu orang lain ?

2. Ya

0. Tidak

Sebab :

a. Sakit

b. Tidak berminat memberikan pelayanan

c. Tidak ada ibu hamil yang datang (Tidak ada pasien)

d. Lainnya :

.....
.....

Pertanyaan dilanjutkan ke no 23

Pengertian IMD

17. Paraji menjelaskan tentang IMD kepada ibu hamil yang dilayani atau orang lain

1 Ya

0 Tidak

Cara bertanya :

Apakah paraji pernah bercerita tentang IMD pada ibu yang ibu layani ?

Cerita apa saja (untuk menjawab pertanyaan mitos (no 18) dan manfaat IMD (19)

Mitos IMD

18. Paraji menjelaskan kebiasaan segera memandikan bayi yang baru lahir tidak benar

1 Ya

0 Tidak

Cara bertanya :

Tanyakan kebiasaan paraji sewaktu merawat bayi baru lahir -> tunda mandi atau tdak ?

Bila sudah tunda mandi apakah pernah menceritakan mitos tunda mandi

Manfaat IMD

Cara bertanya :

Apakah paraji pernah bercerita manfaat IMD ?

19. Paraji menceritakan manfaat IMD bagi ibu dan bayinya

1	Ya
---	----

0	tidak
---	-------

Pelaksanaan IMD

20. Apakah paraji sudah praktik IMD ?

1. Ya,

..... kali

Pertanyaan dilanjutkan ke no 21

0. Tidak

Sebab :

- a. Sakit
- b. Tidak berminat memberikan pelayanan
- c. Tidak ada ibu hamil yang datang
- d. Lainnya :

.....
.....

Pertanyaan dilanjutkan ke no 23

Cara bertanya :

Paraji biasanya kalau melakukan IMD bagaimana ?

21. Paraji mengeringkan kili - kili yang melekat di badan bayi, kecuali yang ada di tangannya

1	Ya
---	----

0	Tidak
---	-------

22. Paraji segera meletakkan bayi di dada ibu setelah dikeringkan

1	Ya
---	----

0	Tidak
---	-------

II. Kemitraan Paraji dengan Bidan Desa

A. Pengetahuan Paraji Mengenai Kemitraan Paraji dengan Bidan Desa

Pengertian Kemitraan Paraji dengan Bidan Desa

Pertanyaan pendahuluan :

*Paraji sudah pernah kerja bareng dengan bidan sewaktu membatu ibu melahirkan ?
Jika ya, menurut paraji, apa tugas paraji dan bidan ?*

23. Tugas paraji dalam kemitraan dengan bidan di desa adalah merawat ibu dan bayi berdasarkan kesepakatan bersama

1 Benar

0 Salah

0 Tidak tahu

Peranan Paraji

24. (*) Tugas paraji adalah menerima bayi keluar dari rahim ibu

0 Benar

1 Salah

0 Tidak tahu

25. Cara bertanya :

- *Siapa yang menjaga bayi jika sudah ditaruh di dada ibu ?*
- *Apa tujuan menjaga bayi ?*

Paraji sebaiknya menjaga bayi agar tidak diangkat sewaktu melakukan IMD

1 Benar

0 Salah

0 Tidak tahu

B. Sikap Paraji Mengenai Kemitraan Paraji dengan Bidan Desa

Cara bertanya sikap :

Gunakan permisalan "kalau paraji lain.... Atau menurut orang lain ... lalu paraji setuju dengan orang lain atau tidak ?"

Pengertian Kemitraan Paraji dengan Bidan Desa

26. Paraji bersedia bekerja sama dengan bidan di desa untuk penyuluhan IMD

1 Setuju

0 Tidak setuju

0 Ragu - ragu

Peranan Paraji

27. Paraji sebaiknya mengajak ibu hamil melakukan IMD saat melahirkan

1 Setuju

0 Tidak setuju

0 Ragu - ragu

28. Pada saat paraji membantu ibu melahirkan bersama bidan maka bidan yang menerima bayi dari rahim ibu

1 Setuju

0 Tidak setuju

0 Ragu - ragu

C. Praktik Kemitraan Paraji dengan Bidan Desa oleh Paraji

29. Apakah paraji pernah menolong ibu melahirkan bersama Bidan ?

0. Tidak

Sebab :

- a. Bidan sakit
- b. Tidak berminat bermitra dengan bidan
- c. Bidan tidak bisa datang ke rumah ibu melahirkan
- d. Lainnya :

.....
.....

Pertanyaan selesai

1. Ya

- Jika *belum praktik IMD* dilanjutkan ke pertanyaan no 30 dan selesai
- Jika *sudah praktik IMD* dilanjutkan ke pertanyaan no 30 sampai selesai

Pengertian Kemitraan Paraji dengan Bidan Desa

30. Paraji bekerjasama dengan bidan dalam merawat kesehatan ibu dan bayi

1 Ya

0 Tidak

Peranan Paraji

31. Meletakkan bayi di dada ibu sewaktu proses IMD bisa dilakukan oleh bidan atau paraji

1 Ya

0 Tidak

32. Sewaktu bayi baru lahir maka bidan desa yang memotong ari – ari kemudian paraji yang mengelap badan bayi

1 Ya

0 Tidak

33. Jika bidan sibuk, paraji tetap menemani ibu dan bayi yang sedang melakukan IMD sampai dengan selesai

1 Ya

0 Tidak

Nomor :

Paraji :

UPF :



**Program Doktoral
Ilmu Kesehatan
Masyarakat
Fakultas Kesehatan
Masyarakat
Universitas Indonesia**

**Model “Pelatihan Peduli Dukun
Bayi” Untuk Meningkatkan
Potensinya Sebagai
Agent Of Change
Pelaksanaan IMD
(Inisiasi Menyusu Dini)
Di Kabupaten Bogor**

**LEMBAR
KROSCEK/KONFIRMASI
IBU HAMIL/
IBU MELAHIRKAN**

Penelitian ini tentang pembinaan paraji dalam bentuk pelatihan mengenai IMD, dengan tujuan untuk meningkatkan Pengetahuan, Sikap dan Perilaku paraji dalam hal IMD

Hasil dari penelitian ini akan sangat bergantung pada informasi yang didapat dari lembar kroscek/konfirmasi ini. Untuk itu dalam pengisian lembar kroscek/konfirmasi ini mohon dilakukan dengan sejujurnya dan apa adanya. Jawaban yang diberikan dalam lembar kroscek/konfirmasi hanya digunakan untuk penelitian serta tidak mempengaruhi penilaian dalam kehidupan sehari – hari ibu. Ibu berhak untuk menolak menjawab lembar kroscek/konfirmasi ini bila tidak menginginkannya.

Petunjuk Pengisian Kuesioner

- Pernyataan di bawah ini adalah mengenai pendapat, pengetahuan, sikap, dan praktik inisiasi menyusu dini (IMD) oleh ibu hamil atau melahirkan yang pernah mendapat pelayanan dari paraji
- Bacalah kalimat di kolom pernyataan dengan hati hati
- Setelah membaca kemudian pilih salah 1 kolom yang paling sesuai dengan ibu dari 3 kolom yang tersedia di setiap pernyataan
- Beri tanda (**X**) pada kolom pilihan yang tersedia sebagai pilihan
- Keterangan pilihan yang ada di kolom pilihan :
 - Pilihan dengan angka 1 (Benar/ Setuju) :
→ Pernyataan dilakukan atau pernyataan sesuai dengan pendapat saya
 - Pilihan dengan angka 0 (Salah/Tidak setuju) :
→ Pernyataan kadang dilakukan atau pernyataan tidak sesuai dengan pendapat saya
 - Pihan dengan angka 0 (Tidak / Ragu – ragu) :
→ Pernyataan tidak dilakukan atau saya tidak yakin dengan pernyataan
- Jika ibu ingin mengubah pilihan maka hapus atau tanda pada pilihan sebelumnya
- Jangan mengosongkan pilihan pada setiap pernyataan di lembar kroscek/konfirmasi

LEMBAR PERSETUJUAN WAWANCARA KUESIONER

Perkenalkan nama sayadari Kami sedang melakukan studi tentang pembinaan dukun bayi dalam bentuk pelatihan mengenai IMD (Inisiasi Menyusu Dini), dengan tujuan untuk meningkatkan Pengetahuan, Sikap dan Praktek dukun bayi dalam hal IMD.

Kami meminta kesediaan ibu/bapak secara sukarela untuk menjadi responden dalam studi ini. Hasil dari studi ini sangat tergantung pada informasi yang didapat dari ibu/bapak sebagai responden. Untuk itu kami berharap ibu/bapak dapat berpartisipasi dengan mengemukakan pendapat, pikiran dan perasaannya dengan sejujurnya dan apa adanya. Jawaban yang diberikan sangat penting untuk studi ini. Jawaban yang diberikan tidak mempengaruhi penilaian dalam kehidupan ibu/bapak sehari-hari. Ibu/bapak berhak untuk menolak menjawab pertanyaan atau tidak bersedia sebagai responden bila tidak menginginkannya. Tidak ada resiko atau keuntungan langsung bagi ibu/bapak untuk berpartisipasi dalam studi ini. Kami hanya memberikan cenderamata sebagai penghargaan atas kesediaan ibu/bapak untuk diwawancarai

Mohon ibu/bapak menandatangani form di bagian bawah ini bila ibu/bapak setuju sebagai responden atau sumber informasi:

Apakah bapak/ibu bersedia untuk menjawab pertanyaan sekarang ?

1. Ya
2. Tidak, (Tidak dijadikan sebagai responden)

Apakah bapak/ibu bersedia kami hubungi kembali dan bersedia menjawab beberapa pertanyaan lagi ?

1. Ya
2. Tidak, (tidak dijadikan sebagai responden)

Apabila ibu/bapak mempunyai pertanyaan dapat menghubungi :
Evi Martha, HP. 08159707688 (Fakultas Kesehatan Masyarakat, UI, Depok)

"Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan, bahwa saya telah membaca/ mendengarkan pernyataan di atas, dan saya setuju untuk berpartisipasi dalam studi ini.."

Tanggal :

Tanda tangan responden :

(Apabila responden tidak bisa tanda tangan atau tidak bersedia tanda tangan, dapat diwakilkan oleh saksi atau kesediaan responden dalam bentuk verbal)

Tanda tangan enumerator :

Nama enumerator :

I. Karakteristik ibu

Nama Ibu (Istri) :

Alamat :

Usia : Tahun

Pendidikan

1. Tidak sekolah
2. Tidak tamat SD atau sederajat (Kelas ...)
3. Tamat SD atau sederajat
4. Tidak tamat SMP atau sederajat (Kelas)
5. Tamat SMP atau sederajat
6. Tidak tamat SMA atau sederajat (Kelas)
7. Tamat SMA atau sederajat
8. Perguruan Tinggi
9. Lainnya

Pekerjaan

1. Ibu rumah tangga
2. Pedagang
3. Petani
4. Buruh
5. Karyawan swasta
6. PNS
7. Lainnya :

Nama Bapak (suami) :

Usia : Tahun

Pendidikan

1. Tidak sekolah
2. Tidak tamat SD atau sederajat (Kelas ...)
3. Tamat SD atau sederajat
4. Tidak tamat SMP atau sederajat (Kelas)
5. Tamat SMP atau sederajat
6. Tidak tamat SMA atau sederajat (Kelas)
7. Tamat SMA atau sederajat
8. Perguruan Tinggi
9. Lainnya

Pekerjaan

1. Pedagang
2. Petani
3. Buruh
4. Karyawan swasta
5. PNS
6. Lainnya :

Kadaan ibu

1. Hamil Bulan
2. Sudah melahirkan
 - a. Tanggal :
(..... hari atau bulan yang lalu)

Jumlah anak yang lahir dibantu paraji : orang

Jumlah anak yang lahir dibantu paraji dan bidan : orang

Pasien dari Paraji :

UPF :

Nama Bidan (Jika pernah memeriksakan kehamilan / melahirkan ke bidan) :

II. Pendapat Ibu Tentang Paraji

1. Apa **alasan utama** ibu masih memilih pelayanan dari paraji tersebut ?
 - a. Lebih tenang jika dengan paraji
 - b. Puas dengan pelayanan paraji
 - c. Biaya pelayanan paraji lebih murah
 - d. Anjuran keluarga (orang tua, saudara, suami, lainnya)
 - e. Kebiasaan
 - f. Percaya dan yakin pada paraji
 - g. Lainnya,
2. Kapan terakhir kalinya ibu mendatangi paraji ?
 - a. \leq 7 hari yang lalu
 - b. 8 sampai 14 hari yang lalu
 - c. \geq 15 hari yang lalu
3. Biasanya berapa kali ibu mendatangi paraji dalam satu bulan ketika sedang hamil ?
 - a. 1 kali
 - b. 2 sampai 4 kali
4. Biasanya dimana ibu mendapatkan pelayanan dari paraji ?
 - a. Rumah sendiri
 - b. Rumah paraji
 - c. Acara di RT atau desa
 - d. Lainnya,
5. Ibu **lebih sering** memilih **memeriksakan kehamilan** kepada siapa ?
 - a. Paraji
Alasan :
 - b. Bidan
Alasan :

.....

.....

c. Paraji dan Bidan
Alasan :
.....

d. Belum tahu
Alasan :
.....

6. ***Ibu hamil*** : Ibu, rencananya lebih memilih ***melahirkan*** dibantu siapa ?
Ibu Melahirkan : Ibu ketika ***melahirkan*** lebih memilih dibantu siapa ?

a. Paraji
Alasan :

b. Bidan
Alasan :

c. Paraji dan Bidan
Alasan :

d. Belum tahu
Alasan :

.....

III. Pengetahuan IMD

1. Apakah ibu mengetahui istilah Inisiasi Menyusu Dini (IMD) ?
 0. Tidak
 1. Ya
 - Darimana ibu ***pertama*** mengetahuinya ?
 - a. Paraji
 - b. Bidan di desa
 - c. Media berita (televisi, koran, majalah, radio)
 - d. Saudara
 - e. Teman / tetangga
 - f. Lainnya,

2. Apakah Ibu mengetahui, mendengar atau melihat bayi yang baru lahir yang langsung ditaruh di dada ibunya ?

0. Tidak, pertanyaan selesai

1. Ya

Darimana ibu mengetahuinya ?

- a. Paraji
- b. Bidan di desa
- c. Media berita (televisi, koran, majalah, radio)
- d. Saudara
- e. Teman / tetangga
- f. Lainnya,

No	Pertanyaan	Jawaban		
		Benar (1)	Salah (0)	Tidak Tahu (0)
Pengertian IMD				
3.	Inisiasi menyusui dini (IMD) adalah (1) proses segera meletakkan bayi di perut ibu untuk menyusui sendiri setelah dilahirkan sampai (2) menemukan (3) kemudian menghisap puting susu ibu			
Manfaat IMD				
4.	Praktik IMD membantu ari-ari bayi cepat keluar			
5.	Praktik IMD mencegah perdarahan pada ibu yang melahirkan			
6.	Bayi yang baru lahir jika ditaruh di dada ibu dapat menghangatkan bayi			
Pelaksanaan IMD				
7.	Bayi tidak boleh diangkat ketika proses IMD masih berlangsung			
8.	Kulit putih (kili-kili) yang ada di tangan bayi baru lahir tidak dibersihkan			
Mitos				
9.	Bayi baru lahir <i>tidak</i> langsung diberi madu			
10.	Bayi yang baru lahir <i>tidak</i> dioles minyak kelapa untuk menghilangkan lemak (kili) yang menempel di seluruh badan			

IV. Sikap Ibu Tentang IMD

No	Pertanyaan	Jawaban		
		Setuju (1)	Tidak Setuju (0)	Ragu (0)
11.	Inisiasi menyusui dini (IMD) bisa membuat ibu dan bayi sehat			
12.	Praktik IMD <i>tidak</i> merepotkan ibu yang melahirkan			
13.	Praktik IMD <i>tidak</i> membuat bayi kelaparan			
14.	Bayi yang sedang melakukan IMD <i>tidak</i> akan kedinginan			

15.	Tendangan kaki bayi di perut ibu waktu merayap mencari puting susu <i>tidak</i> mengganggu ibu			
-----	---	--	--	--

V. Praktik IMD Oleh Paraji

No	Pertanyaan	Jawaban	
		Ya (1)	Tidak (0)
Pengertian IMD			
16.	Apakah ibu pernah diceritakan atau dijelaskan mengenai IMD oleh paraji ? a. Jika Ya , pertanyaan dilanjutkan ke nomor 18 dst b. Jika Tidak , pertanyaan dilanjutkan ke nomor 22 dst		
17.	Bagaimana paraji menjelaskan IMD ? a. Bercerita saja b. Hanya menyuruh ibu membaca buku saku IMD c. Hanya menyuruh ibu menonton filem/CD IMD d. Bercerita dengan media buku saku IMD e. Bercerita dengan media filem/CD IMD f. Bercerita dengan media buku saku IMD dan filem / CD IMD g. Kombinasi lainnya		
Manfaat IMD			
18.	Paraji pernah menceritakan manfaat IMD bagi ibu dan bayi kepada ibu		
Mitos			
19.	Paraji menjelaskan kebiasaan segera memandikan bayi yang baru lahir adalah tidak benar		
20.	Paraji menjelaskan bahwa bayi baru lahir tidak boleh diberi madu		
Rencana IMD			
21.	Paraji menganjurkan ibu untuk melakukan IMD sewaktu melahirkan Pertanyaan Ibu Melahirkan dilanjutkan ke nomor 24 dst		
22.	Apakah ibu bersedia melakukan IMD sewaktu melahirkan ? a. Jika Ya, Alasan utamanya : - Praktik IMD membuat daya tahan tubuh bayi menjadi kuat - Agar proses menyusui jadi lebih mudah - Membuat bayi dan ibu sehat - Ingin memberi yang terbaik untuk anak - Lainnya, b. Jika Tidak, Alasan utamanya : - Ibu merasa risih, geli, aneh ada bayi baru lahir belum bersih ditaruh di badan ibu - Ibu tidak mau bayinya kelaparan jadi lebih baik langsung disusui - Ibu tidak tahu IMD - Ibu tidak mau praktik IMD - Ibu memang tidak mau menyusui bayi - Praktik IMD itu merepotkan dan lama		

	<ul style="list-style-type: none"> - Tidak biasa - Lainnya : <p>c. Belum tahu <i>Alasan utamanya :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu tidak mengerti IMD - Ibu belum yakin manfaat IMD - Kwatir terjadi sesuatu yang buruk - Belum pernah lihat praktik IMD secara langsung - Belum ada dukungan dari keluarga atau suami - Lainnya, 		
Pelaksanaan IMD			
23.	Paraji menjelaskan proses IMD akan berlangsung selama 1 jam		
24.	Paraji menjelaskan bahwa bayi yang sedang IMD tidak boleh diangkat dari dada ibu selama 1 jam atau selama proses IMD masih berlangsung		
	Pertanyaan Ibu Hamil Selesai Pertanyaan Ibu Melahirkan dilanjutkan ke nomor 25 dst		
Sebelum Proses Melahirkan			
25.	Paraji menjelaskan kembali mengenai IMD		
26.	Paraji menjelaskan kembali manfaat IMD bagi ibu dan bayi		
27.	Paraji menjelaskan kembali kebiasaan segera memandikan bayi yang baru lahir adalah tidak benar		
28.	Paraji menjelaskan kembali bahwa bayi baru lahir tidak boleh diberi madu		
29.	Paraji menjelaskan kembali bahwa bayi baru lahirnya sebaiknya tidak diolesi minyak untuk menghilangkan kili – kili di badan bayi		
30.	Paraji menjelaskan proses IMD akan berlangsung selama 1 jam		
31.	Paraji menjelaskan bahwa bayi yang sedang IMD tidak boleh diangkat dari dada ibu selama 1 jam atau ketika proses IMD masih berlangsung		
Saat Proses Melahirkan			
32.	<p>Apakah ibu melakukan IMD sewaktu melahirkan ?</p> <p>a. Jika Ya, pertanyaan dilanjutkan ke nomor 35 dst <i>Alasan utamanya :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Praktik IMD membuat daya tahan tubuh bayi menjadi kuat - Agar proses menyusui jadi lebih mudah - Membuat bayi dan ibu sehat - Ingin memberi yang terbaik untuk anak - Lainnya, <p>b. Jika Tidak, pertanyaan dilanjutkan ke nomor 45 <i>Alasan utamanya :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu merasa risih, geli, aneh ada bayi baru lahir ditaruh di badannya - Ibu tidak mau bayinya kelaparan jadi lebih baik langsung disusui - Saya tidak tahu IMD - Saya tidak mau praktik IMD - Saya memang tidak mau menyusui bayi - Praktik IMD itu merepotkan dan lama 		

	- Tidak biasa Lainnya :		
33.	Siapa yang pertama menganjurkan ibu untuk IMD ? a. Paraji b. Keluarga c. Bidan atau dokter d. Teman atau tetangga e. Keinginan sendiri		
34.	Apakah ibu sempat memperhatikan proses pelaksanaan IMD ? a. Jika Ya , pertanyaan dilanjutkan ke nomor 37 dst b. Jika Tidak , pertanyaan dilanjutkan ke nomor 45 dst		
35.	Begitu bayi ibu keluar dan setelah tali pusar dipotong oleh bidan, paraji menerima bayi dan mengeringkan kili – kili kecuali yang di tangan bayi		
36.	Setelah badan bayi dilap, paraji atau bidan langsung menaruhnya di dada atau perut ibu		
37.	Paraji atau bidan menaruh badan dan kepala bayi diantara payudara tapi tidak lebih tinggi dari puting susu ibu		
38.	Paraji atau bidan menyelimuti badan dan kepala bayi supaya tidak kedinginan tapi membiarkan tangan bayi terbuka atau diluar selimut		
39.	Paraji atau bidan menemani ibu selama proses bayi mencapai puting susu ibu		
40.	Paraji atau bidan membiarkan bayi mencari sendiri puting susu ibu		
41.	Perasaan apa yang paling ibu rasakan ketika sedang melakukan IMD ? a. Senang dan bahagia b. Merasa lebih dekat dengan bayinya c. Menjadi lebih yakin bayi mendapat kolostrum d. Rasa sakit setelah melahirkan berkurang e. Kerepotan f. Merasa terpaksa g. Merasa kesal Lainnya,		

VI. Kemitraan Paraji dan Bidan Desa

No	Pertanyaan	Jawaban	
		Ya (1)	Tidak (0)
42.	Ibu sewaktu melahirkan dibantu oleh siapa ? 0. Paraji saja Pertanyaan selesai 1. Bidan dan Paraji, Pertanyaan dilanjutkan ke nomor ke 46		
43.	Paraji dan bidan terlihat saling membantu sewaktu praktik IMD Pertanyaan Selesai		



Program Doktorat
Ilmu Kesehatan
Masyarakat
Fakultas Kesehatan
Masyarakat
Universitas Indonesia

**MODEL PELATIHAN PADA
DUKUN BAYI SEBAGAI "AGENT
OF CHANGE" DALAM
PELAKSANAKAN INISIASI
MENYUSU DINI (IMD) Di
KABUPATEN BOGOR**

**INSTRUMENT
KUALITATIF**

**Pedoman FGD
DUKUN BAYI**

Perkenalkan nama sayadari Saya sedang melakukan studi tentang pembinaan dukun bayi dalam bentuk pelatihan mengenai IMD, dengan tujuan untuk meningkatkan Pengetahuan, Sikap dan Perilaku dukun bayi dalam hal IMD.

Kami meminta kesediaan ibu/bapak secara sukarela untuk menjadi informan dalam studi ini. Hasil dari studi ini sangat tergantung pada informasi yang didapat dari ibu/bapak sebagai informan. Untuk itu diharapkan ibu/bapak dapat berpartisipasi dengan mengemukakan pendapat, pikiran dan perasaannya dengan sejujurnya dan apa adanya. Tidak ada penilaian (salah atau benar) terhadap jawaban yang diberikan, Jawaban yang diberikan sangat penting untuk penelitian ini. Jawaban yang diberikan tidak mempengaruhi penilaian dalam kehidupan ibu/bapak sehari-hari. Ibu/bapak berhak untuk menolak menjawab pertanyaan atau tidak bersedia sebagai informan bila tidak menginginkannya.

Mohon ibu/bapak menandatangani form di bagian bawah ini bila ibu/bapak setuju sebagai informan atau sumber informasi:

Tertanda,
Peneliti

Bogor,Agustus, 2010

Dra. Evi Martha, MKes
Hp: 08159707688
Dept PKIP, Fak Kesehatan Masyarakat
Univ. Indonesia, Depok

Nama
(Bila informan tidak bisa/tidak bersedia
tanda-tangan,dapat diwakili oleh saksi
atau kesediaan secara verbal)

Tata Cara Diskusi:

- Diskusi berlangsung antara 60-90 menit
- Diskusi dipandu oleh seorang moderator/fasilitator
- Moderator/fasilitator akan mengajukan pertanyaan pada peserta diskusi dan peserta diskusi bisa menjawab pertanyaan secara bergantian
- Jalannya diskusi dicatat oleh notulen (pencatat)
- Agar tidak ada informasi yang luput, maka diskusi direkam dengan alat perekam. Perekaman ini hanya sebagai cara untuk back up data (minta izin direkam)
- Identitas ibu-ibu akan dirahasiakan
- Data yang diperoleh digunakan hanya untuk penelitian ini saja
- Bila ibu merasa kurang nyaman selama diskusi bisa minta izin untuk keluar atau tidak mengikuti jalannya diskusi

Data Karakteristik Dukun Bayi

No	Nama	Umur	Bisa baca/tdk (Pendidikan)	Lama jd Dukun	Jml pasien/bln	Plthn yg pernah diikuti	Alamat	Wil Puskesmas	Bermitra dgn bidan?

Pertanyaan:

Pengetahuan dan Pendapat tentang IMD

1. Bisa ibu ceritakan apa saja yang ibu ketahui tentang IMD?
2. Bagaimana pendapat ibu tentang IMD?
3. Menurut ibu apa manfaatnya IMD? Menurut ibu apa pentingnya IMD ini?
4. Bagaimana pendapat ibu bila ibu melahirkan tidak melakukan IMD?
5. Menurut ibu apa kekurangan IMD?
6. Bagaimana pendapat ibu bila IMD dikaitkan dengan budaya, kebiasaan dan kepercayaan selama ini? (probe: bayi harus segera dimandikan, bayi diberi madu, bayi diberi ramu-ramuan dll)
7. Menurut ibu sebaiknya istilah IMD ini sudah tepat atau bagaimana untuk daerah ini?... menurut ibu sebaiknya bagaimana untuk penggunaan istilah ini? (probe: perlu istilah lokal/spesifik daerah tersebut)
8. Setelah ibu mengetahui tentang IMD, apakah secara budaya pernah ada tindakan atau hal yang sama/mirip di daerah ini dengan IMD?, bila ada, bisa tolong ibu jelaskan dan ceritakan?

Pendapat tentang pelatihan IMD

1. Apa pendapat ibu dengan adanya pelatihan IMD untuk dukun bayi?
2. Bisa ibu ceritakan bagaimana perasaan ibu ketika mengikuti pelatihan tersebut?
3. Bagaimana kesan-kesan ibu tentang pelatihan tersebut? (probe: pengajarnya, metoda, suasananya, pelajaran/materi yang diberikan?)
4. Bagian mana yang ibu sukai dalam pelatihan tersebut?
5. Bagaimana mana yang ibu tidak sukai dalam pelatihan tersebut?
6. Bagaimana pendapat ibu tentang penerapan dari hasil pelatihan IMD ini? (probe: suatu hal yang susah atau mudah)

Sosialisasi IMD pada Ibu hamil dan keluarganya

1. Bisa ibu ceritakan setelah ibu mengikuti pelatihan beberapa waktu lalu, hal apa saja yang ibu lakukan? (probe: ketika ibu memberikan pelayanan pada ibu hamil atau ketika ibu ketemu dengan ibu2 lainnya). Apa alasan ibu melakukan hal tersebut?
2. Apa yang mendorong atau membuat ibu mau memberikan penjelasan tentang IMD pada ibu hamil atau ibu yang akan melahirkan?

3. Bisa ceritakan sudah berapa kali ibu memberikan penjelasan atau menceritakan tentang IMD pada ibu hamil dan keluarganya? Apa alasan ibu melakukan hal tersebut?.
4. Bila ibu belum atau tidak selalu melakukan penjelasan atau cerita tentang IMD pada ibu hamil (pasien ibu), bisakah ibu menceritakan apa alasannya?
5. Bila ibu sudah pernah memberikan penjelasan/cerita pada ibu hamil tentang IMD, bagaimana cara ibu memberikan penjelasan?/cerita?
6. Hal apa saja yang ibu jelaskan?
7. Bagaimana tanggapan para ibu hamil tersebut?, bagaimana pula tanggapan keluarganya?
8. Kesulitan apa yang ibu temui ketika memberikan penjelasan tersebut ?, Bagaimana mengatasinya?
9. Menurut pengamatan dan perkiraan ibu, dari seluruh pasien ibu, kira2 berapa banyak yang setuju dengan IMD ini?, Hal apa yang menurut ibu menyebabkan mereka tidak setuju dengan IMD ini?, dan hal apa saja yang membuat para ibu setuju dengan IMD?

Pelaksanaan IMD

1. Bisa ceritakan bagaimana pengalaman ibu ketika menerapkan IMD pada ibu yang melahirkan?
2. Bagaimana penerapan tahap-tahap yang sudah pernah diajarkan pada waktu pelatihan? (probe: mulai dari awal sampai akhir)
3. Bagian mana dari tahap-tahap tersebut yang menurut ibu sulit dilakukan? (probe: ceritakan kira-kira kesulitannya dalam pelaksanaan IMD)? bagaimana sebaiknya menurut ibu?
4. Bagaimana tanggapan para ibu melahirkan tersebut tentang pelaksanaan IMD? (probe: mengikuti dengan mudah, ragu-ragu, tidak mau dlsbnya)
5. Berdasarkan pengalaman ibu sampai saat ini, berapa banyak pasien ibu yang mau melakukan IMD?. Menurut ibu apa yang membuat mereka mau melakukannya? Dan hal apa yang membuat mereka enggan/tidak mau melakukannya?
6. Menurut ibu, hal apa yang mesti/penting diperhatikan dalam pelaksanaan IMD ini ?

Kerjasama Bidan Desa dan Dukun Bayi

1. Bagaimana pendapat ibu dengan bidan desa di daerah ini?
2. Bagaimana kerjasama antara bidan di desa dengan dukun bayi? (probe: pada waktu persalinan, bagaimana pembagian tugasnya?)
3. Bagaimana hambatan yang ditemui dalam kerjasama tersebut?
4. Bagaimana pendapat ibu tentang kerjasama bidan desa dan dukun bayi dalam hal IMD? (probe: bagaimana cara penentuan dan pembagian kerjasama dalam hal pelaksanaan IMD antara bidan desa dengan dukun bayi?)
5. Hambatan2 apa saja yang ditemui khusus untuk kerjasama dalam hal IMD?
6. Menurut ibu sebaiknya bagaimana?



**Program Doktorat
Ilmu Kesehatan
Masyarakat
Fakultas Kesehatan
Masyarakat
Universitas Indonesia**

**MODEL PELATIHAN PADA
DUKUN BAYI SEBAGAI "AGENT
OF CHANGE" DALAM
PELAKSANAKAN INISIASI
MENYUSU DINI (IMD) DI
KABUPATEN BOGOR**

**INSTRUMENT
KUALITATIF**

**Pedoman
Wawancara
Mendalam**

**KEPALA
PUSKESMAS**

Perkenalkan nama sayadari Saya sedang melakukan studi tentang pembinaan dukun bayi dalam bentuk pelatihan mengenai IMD, dengan tujuan untuk meningkatkan Pengetahuan, Sikap dan Perilaku dukun bayi dalam hal IMD.

Kami meminta kesediaan ibu/bapak secara sukarela untuk menjadi informan dalam studi ini. Hasil dari studi ini sangat tergantung pada informasi yang didapat dari ibu/bapak sebagai informan. Untuk itu diharapkan ibu/bapak dapat berpartisipasi dengan mengemukakan pendapat, pikiran dan perasaannya dengan sejujurnya dan apa adanya. Tidak ada penilaian (salah atau benar) terhadap jawaban yang diberikan, Jawaban yang diberikan sangat penting untuk penelitian ini. Jawaban yang diberikan tidak mempengaruhi penilaian dalam kehidupan ibu/bapak sehari-hari. Ibu/bapak berhak untuk menolak menjawab pertanyaan atau tidak bersedia sebagai informan bila tidak menginginkannya.

Mohon ibu/bapak menandatangani form di bagian bawah ini bila ibu/bapak setuju sebagai informan atau sumber informasi:

Tertanda,
Peneliti

Bogor,Agustus, 2010

Dra. Evi Martha, MKes
Hp: 08159707688
Dept PKIP, Fak Kesehatan Masyarakat
Univ. Indonesia, Depok

Nama
(Bila informan tidak bisa/tidak bersedia
tanda-tangan,dapat diwakili oleh saksi
atau kesediaan secara verbal)

Tata Cara Diskusi:

- Diskusi berlangsung antara 60 menit
- Diskusi dipandu oleh Interviewer
- Agar tidak ada informasi yang luput, maka diskusi direkam dengan alat perekam. Perekaman ini hanya sebagai cara untuk back up data (minta izin direkam)
- Identitas ibu-ibu akan dirahasiakan
- Data yang diperoleh digunakan hanya untuk penelitian ini saja
- Bila ibu merasa kurang nyaman selama diskusi bisa minta izin untuk keluar atau tidak mengikuti jalannya diskusi

Data Karakteristik

Nama:

Umur:

Pendidikan:

Lama menjadi Kepala Puskesmas:

Pelatihan yang pernah diikuti:

Alamat/Puskesmas:

Pertanyaan:

UMUM:

1. Berapa desa di wilayah kerja bapak/ibu?
2. Berapa staf puskesmas disini?, berapa bidan desa yang bapak/ibu miliki?
3. Bagaimana kualifikasi staf puskesmas disini?, khusus untuk bidan desa berapa yang masih D1 dan berapa yang sudah D3?
4. Bagaimana pengembangan staf puskesmas disini?, khususnya untuk bidan desa hal apa saja yang dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan mereka?
5. Bagaimana kesempatan dan frekuensi pelatihan untuk bidan desa?
6. Khusus untuk IMD, apakah staf puskesmas bapak/ibu sudah ada yang dilatih?. Bila ada berapa orang?, Bila belum, mengapa?

Pelaksanaan IMD

1. Setahu bapak/ibu bagaimana praktek/pelaksanaan IMD di wilayah kerja ibu? (probe: bila sudah dilaksanakan secara penuh, kadang-kadang atau belum apa alasannya?)
2. Setahu bapak/ibu bagaimana tanggapan bidan-bidan ketika penerapan IMD ini dilakukan?
3. Bagaimana tanggapan masyarakat khususnya ibu-ibu hamil di wilayah kerja ibu terhadap IMD?
4. Bagaimana pendapat bapak/ibu sendiri sebagai Kepala Puskesmas?
5. Hambatan atau kesulitan apa saja yang ditemui ketika melaksanakan IMD?
6. Menurut bapak/ibu bagaimana cara ibu mengatasinya?

Pendapat tentang pelatihan untuk dukun bayi

1. Sepengetahuan bapak/ibu, "pelatihan" atau pendampingan apa saja yang pernah diberikan pada dukun bayi?
2. Bagaimana bentuk "pelatihan" atau pendampingan tersebut diberikan selama ini?
3. Bagaimana cara "pelatihan" atau pendampingan tersebut diberikan?
4. Kapan saja diberikan?, Dimana tempatnya?, Berapa lama?, Siapa saja yang terlibat?
5. Bagaimana bentuk evaluasinya?, frekuensinya?, siapa yang melakukan?
6. Hal apa saja yang bapak/ibu ketahui tentang adanya pelatihan IMD untuk dukun bayi?
7. Apa pendapat bapak/ibu dengan adanya pelatihan IMD untuk dukun bayi?
8. Menurut bapak/ibu bagaimana manfaatnya pelatihan IMD untuk dukun bayi tersebut pada ibu dan masyarakat?
9. Menurut bapak/ibu bagaimana dampaknya bagi puskesmas ini?

Kerjasama Bidan Desa dan Dukun Bayi

1. Berapa banyak dukun bayi ada di wilayah kerja bapak/ibu?
2. Berapa banyak bidan desa di wilayah kerja bapak/ibu?
3. Bagaimana pendapat bapak/ibu tentang dukun bayi di daerah ini?
4. Bagaimana pendapat bapak/ibu tentang bidan-bidan desa yang ada di wilayah kerja bapak/ibu
5. Setelah pengesahan kerjasama bidan desa dan dukun bayi beberapa waktu lalu, menurut bapak/ibu bagaimana kerjasama diantara mereka (bidan di desa dengan dukun bayi?)
6. Bagaimana hambatan yang ditemui dalam kerjasama tersebut?
7. Menurut ibu sebaiknya bagaimana?

Apa saran ibu tentang peranan dukun bayi dalam membantu penerapan IMD di masyarakat?



Program Doktor
Ilmu Kesehatan
Masyarakat
Fakultas Kesehatan
Masyarakat
Universitas Indonesia

**MODEL PELATIHAN PADA
DUKUN BAYI SEBAGAI "AGENT
OF CHANGE" DALAM
PELAKSANAKAN INISIASI
MENYUSU DINI (IMD) Di
KABUPATEN BOGOR**

**INSTRUMENT
KUALITATIF**

**Pedoman FGD/
Diskusi Kel
Bidan di Desa**

Perkenalkan nama sayadari Kami sedang melakukan studi tentang pembinaan dukun bayi dalam bentuk pelatihan mengenai IMD, dengan tujuan untuk meningkatkan Pengetahuan, Sikap dan Perilaku dukun bayi dalam hal IMD.

Kami meminta kesediaan ibu/bapak secara sukarela untuk menjadi informan dalam studi ini. Hasil dari studi ini sangat tergantung pada informasi yang didapat dari ibu/bapak sebagai informan. Untuk itu diharapkan ibu/bapak dapat berpartisipasi dengan mengemukakan pendapat, pikiran dan perasaannya dengan sejujurnya dan apa adanya. Tidak ada penilaian (salah atau benar) terhadap jawaban yang diberikan, Jawaban yang diberikan sangat penting untuk penelitian ini. Jawaban yang diberikan tidak mempengaruhi penilaian dalam kehidupan ibu/bapak sehari-hari. Ibu/bapak berhak untuk menolak menjawab pertanyaan atau tidak bersedia sebagai informan bila tidak menginginkannya.

Mohon ibu/bapak menandatangani form di bagian bawah ini bila ibu/bapak setuju sebagai informan atau sumber informasi:

Tertanda,
Peneliti

Bogor,Maret, 2010

Dra. Evi Martha, MKes
Hp: 08159707688
Dept PKIP, Fak Kesehatan Masyarakat
Univ. Indonesia, Depok

Nama
(Bila informan tidak bisa/tidak bersedia
tanda-tangan,dapat diwakili oleh saksi
atau kesediaan secara verbal)

Tata Cara Diskusi:

- Diskusi berlangsung antara 60-90 menit
- Diskusi dipandu oleh seorang moderator/fasilitator
- Moderator/fasilitator akan mengajukan pertanyaan pada peserta diskusi dan peserta diskusi bisa menjawab pertanyaan secara bergantian
- Jalannya diskusi dicatat oleh notulen (pencatat)
- Agar tidak ada informasi yang luput, maka diskusi direkam dengan alat perekam. Perekaman ini hanya sebagai cara untuk back up data (minta izin untuk direkam)
- Identitas ibu-ibu akan dirahasiakan
- Data yang diperoleh digunakan hanya untuk penelitian ini saja
Bila ibu merasa kurang nyaman selama diskusi bisa minta izin untuk keluar atau tidak mengikuti jalannya diskusi

Data Karakteristik Bidan di Desa

No	Nama	Umur	Pendidikan	Lama jd Bidan desa	Jml pasien/bln	Plthn yg pernah diikuti	Alamat	Wil Puskesmas

Pertanyaan:

Pengetahuan dan Pendapat tentang IMD

1. Bisa ibu ceritakan apa saja yang ibu ketahui tentang IMD? (probe: kapan ibu mengetahui IMD pertama kali?, dari siapa?)
2. Apakah ibu pernah mendapat pelatihan IMD?, Bila ya, kapan? Dan hal apa saja yang dipelajari?
3. Setahu ibu berapa banyak nakes di puskesmas ibu yang sudah dilatih IMD?
4. Menurut ibu apa manfaatnya IMD? Menurut ibu apa pentingnya IMD ini?
5. Bagaimana pendapat ibu bila ibu melahirkan tidak melakukan IMD?
6. Menurut ibu apa kekurangan IMD?
7. Menurut ibu sebaiknya istilah IMD ini sudah tepat atau bagaimana untuk daerah ini?... menurut ibu sebaiknya bagaimana untuk penggunaan istilah ini? (probe: perlu istilah lokal/spesifik daerah tersebut)

Pelaksanaan IMD

1. Sejak kapan IMD diterapkan di wilayah kerja ibu?
2. Bagaimana cara sosialisasi IMD di puskesmas ibu?, kepada siapa saja sosialisasi ini dilakukan?
3. Bila ke ibu-ibu sejak kapan sosialisasi atau penyuluhan IMD ini dilakukan?
4. Bagaimana praktek/pelaksanaan IMD dalam pertolongan persalinan yang ibu lakukan? (probe: bila sudah dilaksanakan secara penuh, kadang-kadang atau belum apa alasannya?)
5. Bisa ceritakan bagaimana pengalaman ibu pertama kali menerapkan pelaksanaan IMD ?
6. Bagaimana tanggapan ibu yang melahirkan ketika ibu terapkan IMD padanya?
7. Bagaimana pendapat ibu sendiri sebagai bidan?
8. Hambatan atau kesulitan apa saja yang ibu temui ketika melaksanakan IMD?
9. Bagaimana cara ibu mengatasinya?

Pendapat tentang pelatihan untuk dukun bayi

1. Sepengetahuan ibu, ”pelatihan” atau pendampingan apa saja yang pernah diberikan pada dukun bayi?
2. Bagaimana bentuk ”pelatihan” atau pendampingan tersebut diberikan selama ini?
3. Bagaimana cara ”pelatihan” atau pendampingan tersebut diberikan?
4. Kapan saja diberikan?, Dimana tempatnya?, Berapa lama?, Siapa saja yang terlibat?
5. Bagaimana bentuk evaluasinya?, frekuensinya?, siapa yang melakukan?
6. Hal apa saja yang ibu ketahui tentang adanya pelatihan IMD untuk dukun bayi?
7. Apa pendapat ibu dengan adanya pelatihan IMD untuk dukun bayi?
8. Menurut ibu bagaimana manfaatnya pelatihan IMD untuk dukun bayi tersebut pada ibu dan masyarakat?
9. Apakah ibu pernah menolong persalinan bersama dukun bayi yang sudah dilatih IMD dan apa pendapat ibu tentang dukun bayi tersebut? Khususnya dalam penerapan IMD)
10. Menurut ibu bagaimana dampaknya bagi pekerjaan ibu sendiri?

Kerjasama Bidan Desa dan Dukun Bayi

1. Berapa banyak dukun bayi ada di wilayah kerja ibu?
2. Bagaimana pendapat ibu tentang dukun bayi di daerah ini?
3. Bagaimana kerjasama antara bidan di desa dengan dukun bayi? (probe: pada waktu persalinan, bagaimana pembagian tugasnya?)
4. Bagaimana hambatan yang ditemui dalam kerjasama tersebut?
5. Bagaimana pendapat ibu tentang kerjasama bidan desa dan dukun bayi dalam hal IMD? (probe: bagaimana cara penentuan dan pembagian kerjasama dalam hal pelaksanaan IMD antara bidan desa dengan dukun bayi)
6. Hambatan2 apa saja yang ditemui khusus untuk kerjasama dalam hal IMD?
7. Menurut ibu sebaiknya bagaimana?

Bagaimana perhatian Puskesmas (Kepala Puskesmas) terhadap dukun bayi ini?
Bagaimana perhatian Puskesmas (Kepala Puskesmas) dalam hal pengembangan staf puskesmas? (khususnya bidan desa)?

Apa saran ibu tentang peranan dukun bayi dalam membantu penerapan IMD di masyarakat?

LEMBAR PENDAMPINGAN (MENTORING)

Praktik Promosi IMD Kepada Ibu Hamil / Ibu Melahirkan oleh Paraji

1. Nama Paraji :
2. Alamat rumah :/Upf:.....
3. Tanggal Pendampingan :
4. Nama Pendamping :

I. PENGETAHUAN PARAJI

No.	Aspek Yang Dilihat	Ya	Tidak	Catt: Bila Tidak
Pengertian IMD				
1.	Paraji sudah mengetahui apa yang dimaksud IMD <i>(Catt untuk pendamping: Inisiasi menyusui dini adalah proses segera meletakkan bayi di perut ibu untuk menyusui sendiri setelah dilahirkan sampai menemukan kemudian menghisap puting susu ibunya)</i>			
Manfaat IMD				
	Aspek Yang Dilihat	Ya	Tidak	Catt: Bila Tidak
2.	Paraji menceritakan manfaat IMD bagi ibu dan bayinya			
	Catt untuk pendamping: Manfaat untuk IBU: 1). Membantu ari-ari cepat keluar 2). Mengurangi perdarahan 3). Mengurangi rasa sakit setelah melahirkan			
	Manfaat untuk BAYI: 1). Menghangatkan bayi 2). ASI cepat keluar 3). Bayi jadi sehat dan mandiri			

	Manfaat untuk PARAJI: Paraji maju (modern) mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan			
Pelaksanaan IMD				
	Aspek Yang Dilihat	Ya	Tidak	Catt: Bila Tidak
3	Paraji tahu bahwa selama pelaksanaan IMD (1 jam), bayi tidak boleh diangkat kemudian disusukan pada ibu dengan cara memasukkan puting susu ibu ke mulut bayi <i>(Catt untuk pendamping: Selama proses IMD/1 jam, bayi tidak boleh diangkat, dipindahkan atau disusukan secara langsung ke ibunya)</i>			
4	Paraji tahu bahwa kulit putih (kili-kili) yang ada di tangan bayi baru lahir tidak boleh dibersihkan <i>(Catt: untuk pendamping: kulit putih (kili-kili) yang ada di tangan bayi baru lahir tidak boleh dibersihkan, karena kili-kili ini berfungsi menuntun bayi ke arah puting susu ibu)</i>			
5	Paraji tahu bahwa bayi yang baru lahir tidak boleh diberi madu <i>(Catt: untuk pendamping: bila bayi baru lahir diberi madu, akan membuat proses IMD terhambat karena bisa mempengaruhi bayi dalam mengenali rasa ASI dari ibu, selain itu madu tidak cocok untuk perut bayi yang baru lahir, proses asi eksklusif juga tidak bisa terlaksana)</i>			
6	Paraji tahu bahwa bayi yang baru lahir tidak boleh diolesi minyak kelapa (minyak kletik) <i>(Catt: untuk pendamping: bila bayi baru lahir diolesi minyak kelapa (kletik), akan membuat proses IMD terhambat karena minyak kletik akan menghilangkan kulit putih (kili2) terutama yang ditangan bayi. Hilangnya kili-kili ini bisa membuat bayi kesulitan dalam mencapai puting susu ibu, selain itu aroma minyak kletik bisa mempengaruhi bayi dalam mencapai puting susu ibu)</i>			

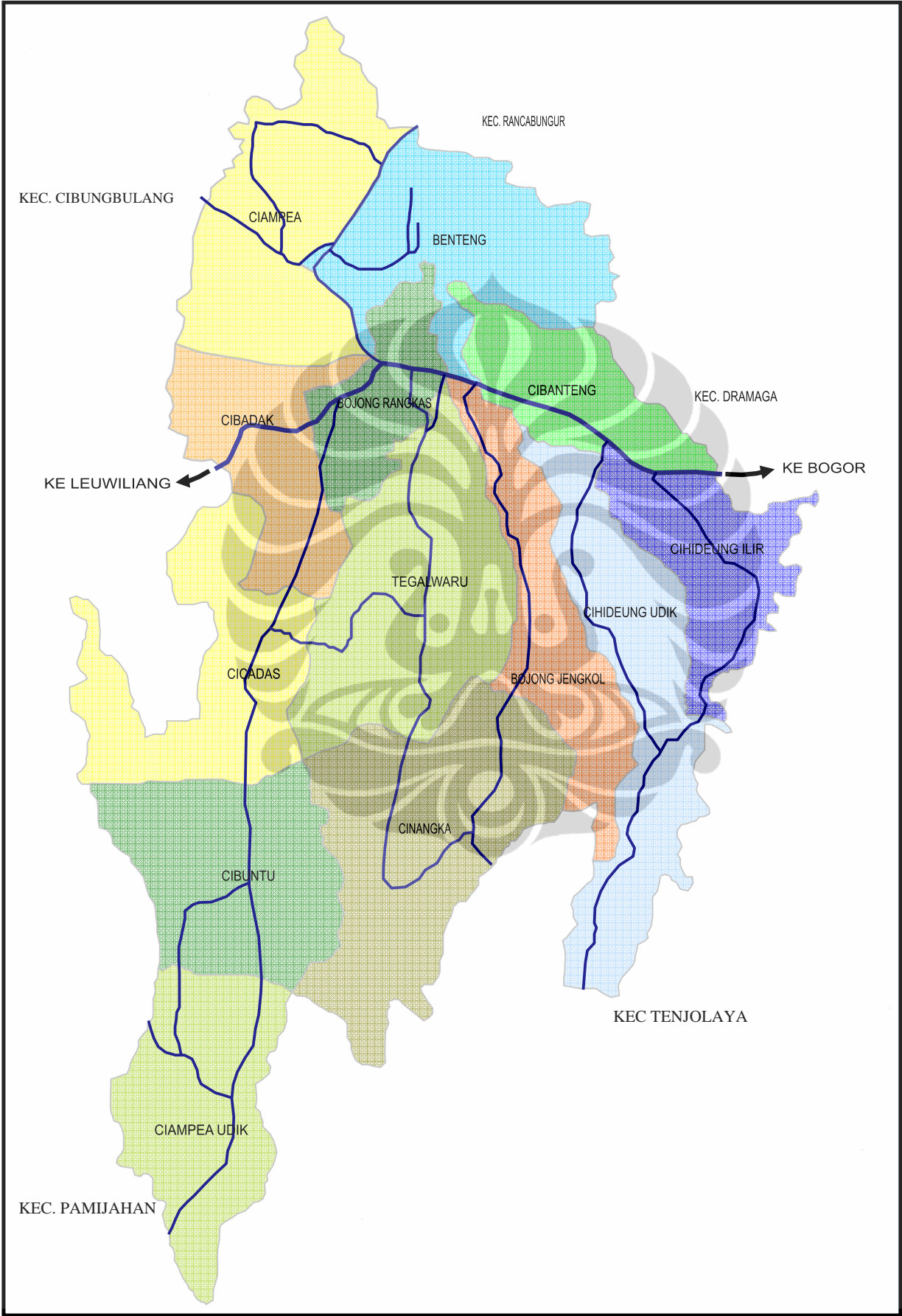
II	SIKAP PARAJI	Ya	Tidak	Catt: Bila Tidak
7	Paraji <i>setuju</i> bahwa IMD bisa membuat ibu dan bayi jadi sehat			
8	Paraji <i>tidak setuju</i> bila IMD merepotkan ibu yang melahirkan			
9	Paraji <i>tidak setuju</i> praktik IMD membuat bayi kelaparan			
10	Paraji <i>setuju</i> bila bayi yang sedang IMD tidak akan kedinginan			
11	Paraji <i>tidak setuju</i> bila tendangan kaki bayi di perut ibu ketika merayap/merangkak mencari puting susu dapat mengganggu ibu			
III	PRAKTIK PROMOSI DAN PELAKSANAAN IMD	Ya	Tidak	Catt: Bila Tidak
12	Paraji sudah melakukan penjelasan tentang IMD kepada ibu hamil dan ibu melahirkan yang dilayaninya			
13	Paraji sudah menjelaskan bahwa kebiasaan segera memandikan bayi yang baru lahir tidak benar			
14	Paraji sudah menceritakan ke ibu hamil dan ibu melahirkan tentang manfaat IMD untuk ibu dan bayi			

	KEMITRAAN BIDAN DENGAN PARAJI	Ya	Tidak	Catt: Bila Tidak
15	Paraji menjelaskan/memperagakan tahap-tahap pelaksanaan IMD adalah mengeringkan kili-kili yang melekat di badan bayi, kecuali yang ada ditangan			
16	Paraji segera meletakkan bayi di dada ibu setelah dikeringkan			
17	Paraji tahu bahwa tugasnya dalam kemitraan dengan bidan di desa adalah merawat ibu dan bayi berdasarkan kesepakatan bersama			
18	Paraji tahu bahwa peranan paraji adalah menerima bayi keluar dari rahim ibu (*)			
19	Salah satu peranan paraji adalah menjaga agar bayi tidak diangkat sewaktu proses IMD sedang berlangsung			
20	Paraji setuju untuk bekerjasama dengan bidan di desa dalam penyuluhan dan pelaksanaan IMD			
21	Paraji setuju perannya adalah mengajak ibu hamil untuk melakukan IMD saat melahirkan			
22	Paraji setuju yang menerima bayi dari rahim ibu adalah bidan			
23	Paraji dan bidan sudah bekerjasama dalam merawat kesehatan ibu dan bayi			

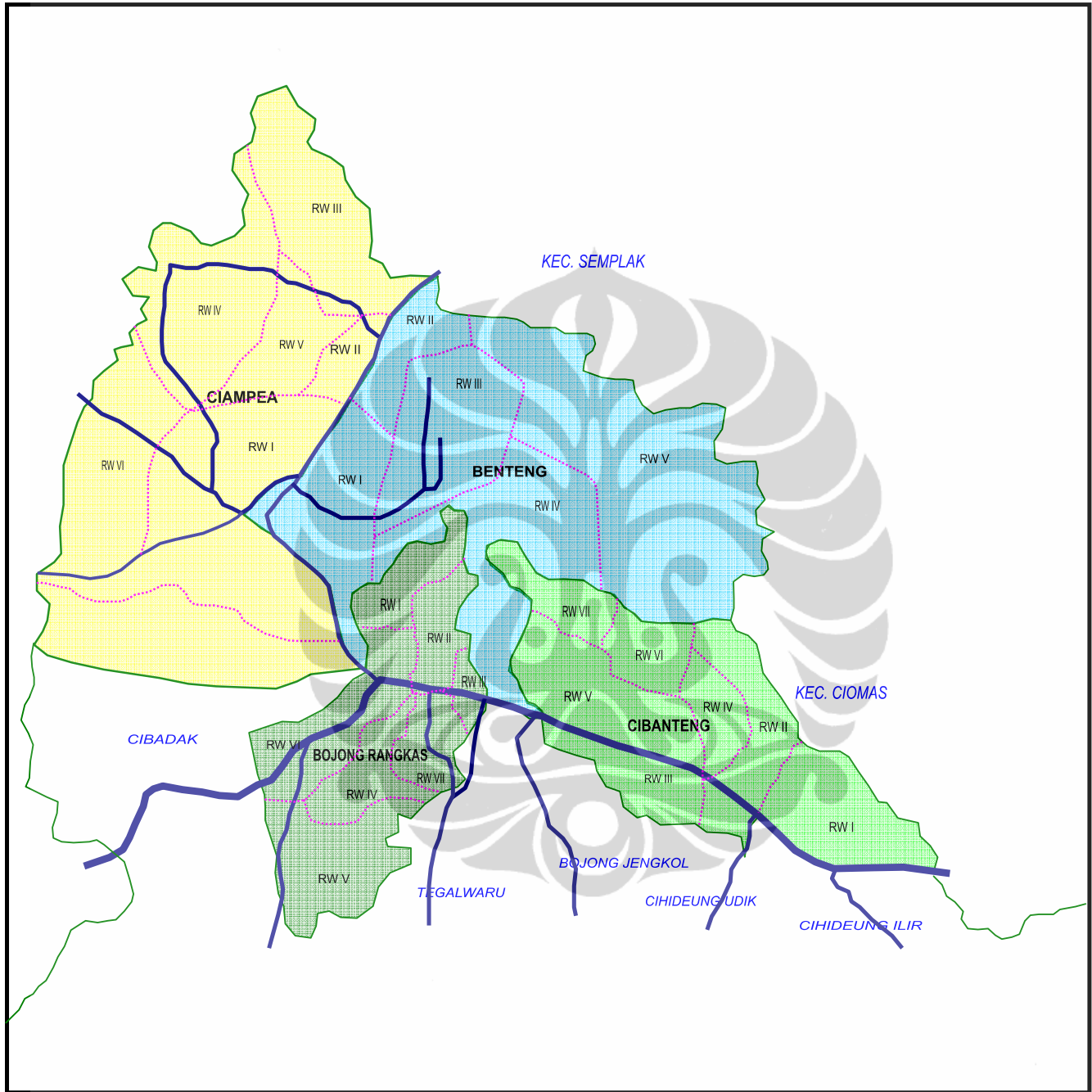
	KEMITRAAN BIDAN DENGAN PARAJI	Ya	Tidak	Catt: Bila Tidak
24	Paraji atau bidan bisa meletakkan bayi di dada ibu untuk proses IMD			
25	Paraji bertugas mengelap badan bayi, sedangkan bidan bertugas memotong tali ari2			
26	Paraji tetap menemami ibu dan bayi yang sedang melakukan IMD sampai selesai			

Kesimpulan:

PETA WILAYAH UPT PUSKESMAS KECAMATAN CIAMPEA

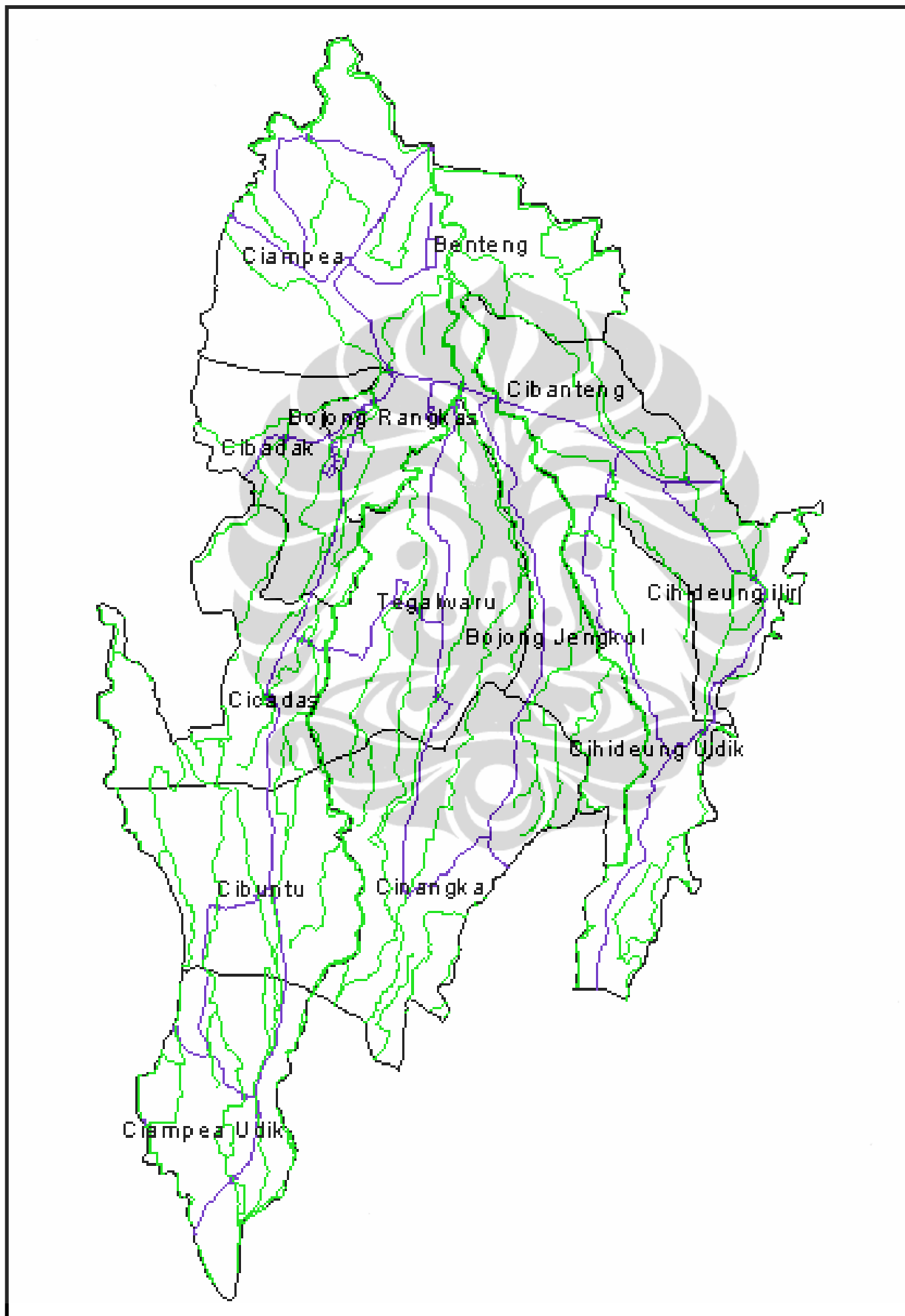


PETA WILAYAH UPF PUSKESMAS CIAMPEA

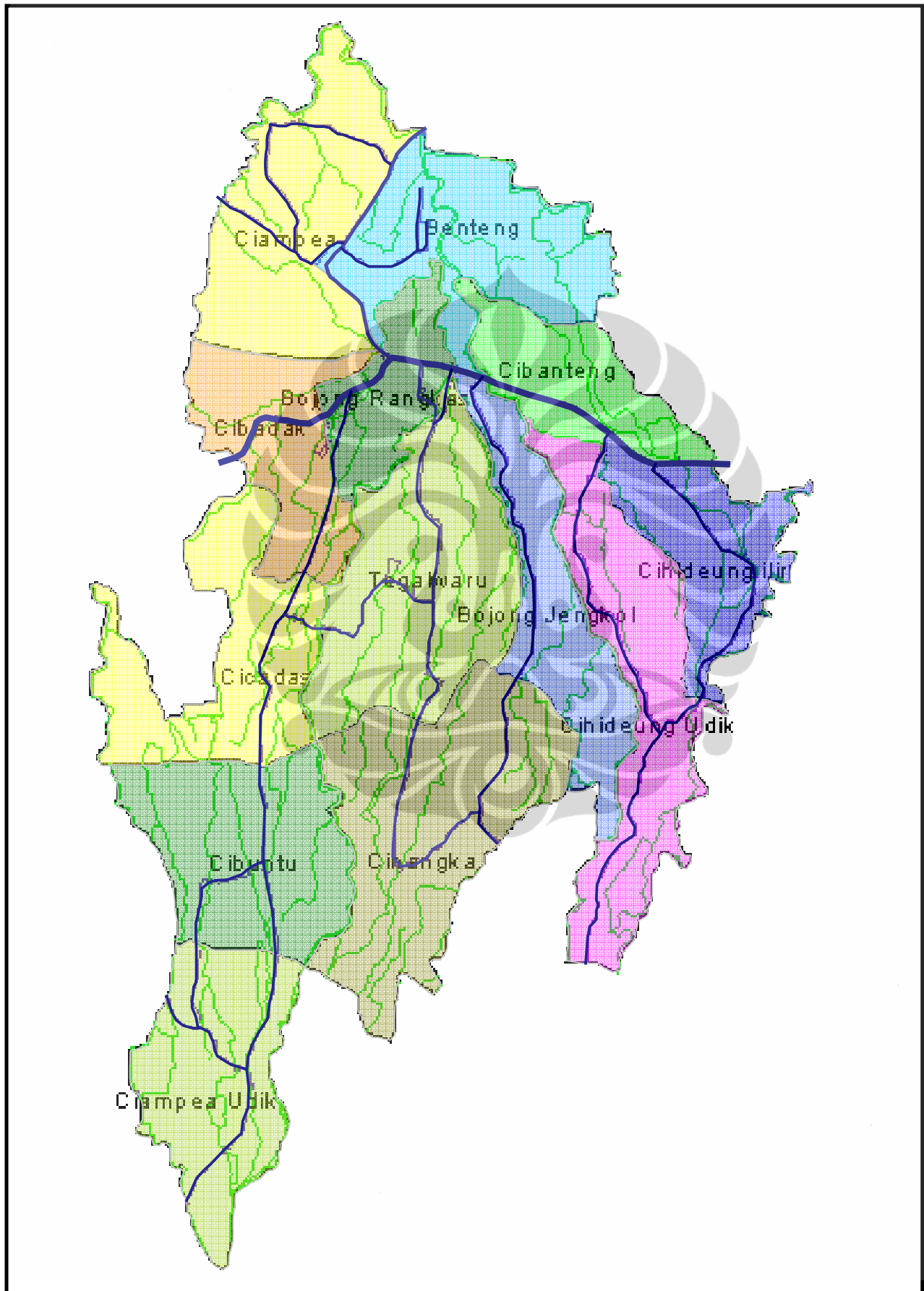


NO	D E S A	Penduduk	Bumil	Bulin	Buteki	Bufas / Neo	Bayi	Balita	5-14 thn	15-44 thn	45-64 thn	> 65 thn
1	Benteng	9.453	264	259	491	253	246	851	1.705	5.198	1.240	316
2	BojongRangkas	12.030	337	330	626	323	312	1.083	2.170	6.438	1.572	402
3	Ciampea	9.755	273	267	507	261	254	878	1.760	5.258	1.276	326
4	Cibanteng	11.571	324	317	601	310	301	1.041	2.087	6.198	1.510	387
Total		42.809	1.198	1.173	2.225	1.147	1.113	3.853	7.722	23.092	5.598	1.431

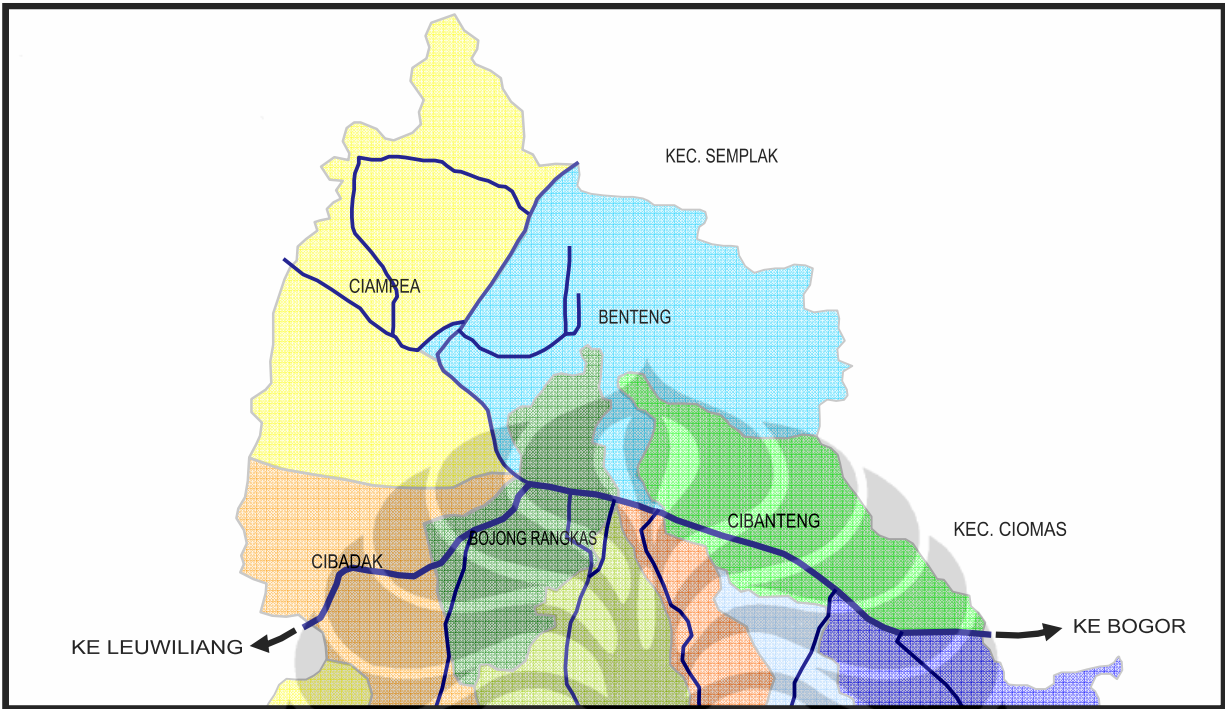
PETA WILAYAH KECAMATAN CIAMPEA



PETA WILAYAH KECAMATAN CIAMPEA



PETA WILAYAH UPTD PUSKESMAS KECAMATAN CIAMPEA



**RINGKASAN KEGIATAN MODEL PELATIHAN PEDULI DUKUN BAYI
UNTUK MENINGKATKAN POTENSINYA SEBAGAI “AGENT OF CHANGE”
PELAKSANAAN IMD DI KABUPATEN BOGOR**

Session dan Materi Pembelajaran	Isi Materi Pembelajaran	Metoda dan Media Pembelajaran	Tujuan Pembelajaran
1. <i>Perkenalan, Pencairan, Tujuan Pelatihan, dan Pre Test</i>	Perkenalan antara fasilitator dengan peserta dan antar peserta	<ul style="list-style-type: none"> - Perkenalan dengan permainan kiriman bunga <p><i>Media :</i> Tape, Lagu Tradisional Sunda, Bunga</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Peserta dapat mengenal fasilitator - Peserta dapat mengenal peserta lain dalam pelatihan
	Penjelasan tujuan pelatihan	<ul style="list-style-type: none"> - Penjelasan dan Diskusi - Games ringan : nyanyi bersama sambil bertepuk tangan, dll - Gambar ibu serta bayi sehat dan kurang sehat 	<ul style="list-style-type: none"> - Peserta dapat mengutarakan tujuan pelatihan - Peserta dapat menyepakati tujuan pelatihan
	Pre Test	<p><i>Metoda :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Fasilitator bertanya secara langsung dengan menggunakan form pre-test - Dilakukan satu per-satu <p><i>Media :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Lembar pre test - Pulpen atau pensil - Penghapus pensil 	<ul style="list-style-type: none"> - Peserta dapat menjawab pertanyaan yang diajukan oleh fasilitator
2. <i>Pengalaman dukun bayi Merawat Bayi, Apa itu, dan Manfaat IMD?</i> <i>(Catt: gali informasi tentang IMD)</i>	Pengalaman dukun bayi sewaktu menolong persalinan dan merawat bayi baru lahir	<p><i>Metoda:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Dukun bayi bercerita tentang pengalamannya - Minta 3 dukun bayi untuk cerita dan yang lain menambahkan 	<ul style="list-style-type: none"> - Peserta dapat menguraikan pengalamannya ketika menolong persalinan - Peserta dapat membedakan pengalaman antar satu peserta dengan peserta yang lain
	<p><i>Pengetahuan IMD :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Definisi IMD (bahasa lokal) - Lama IMD adalah sampai bayi berhasil menemukan puting ibu untuk menyusui 	<p><i>Metode :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pemutaran filem IMD 1 - Diskusi - Games ringan <p><i>Media :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Gambar atau foto ibu dan yang sedang melakukan IMD - Filem IMD 1 Bagian dari bayi dilahirkan sampai berhasil menemukan 	<ul style="list-style-type: none"> - Peserta mampu menjelaskan definisi IMD - Peserta mampu menyebutkan waktu yang diperlukan untuk IMD - Peserta mau menerima IMD sesuai dengan istilah yang digunakan di tempat tsb

			kemudian menghisap puting ibunya	
		<p>→ Manfaat IMD untuk ibu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hisapan bayi dapat merangsang rahim untuk memberhentikan perdarahan setelah ibu melahirkan 2. Mempercepat keluarnya plasenta/ari-ari 3. Mengurangi rasa sakit setelah melahirkan 	<p>Metoda:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pemutaran filem IMD 1 - Diskusi <p>Media :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Filem IMD 1 	<ul style="list-style-type: none"> - Peserta mau menyebutkan minimal 2 manfaat IMD bagi ibu - Peserta memahami manfaat IMD bagi ibu - Peserta membenarkan manfaat IMD - Peserta dapat mengelompokkan manfaat IMD untuk ibu dan bayi - Peserta ikut serta secara aktif dalam diskusi mengenai manfaat IMD
		<p>→ Manfaat IMD untuk bayi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengurangi resiko bayi mengalami hipotermi (dada ibu hangat) 2. Kemungkinan besar bayi mendapat kolostrum 3. Mengurangi 22% kematian bayi usia < 28 hari 4. Bayi tidak IMD berisiko 6 sampai 10 kali mengalami kematian pada bulan kesatu (WHO,2009) 5. Merangsang produksi ASI 	<p>Metoda:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Games ringan - Pemutaran filem IMD 1 - Diskusi <p>Media :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Filem IMD 1 	<ul style="list-style-type: none"> - Peserta dapat menyebutkan minimal 3 manfaat IMD bagi bayi - Peserta dapat membedakan manfaat IMD untuk ibu dengan bayi - Peserta dapat menyimpulkan hubungan IMD dengan kolostrum - Peserta membenarkan manfaat IMD - Peserta ikut serta secara aktif dalam diskusi mengenai manfaat IMD
		<p>→ Manfaat bagi dukun bayi yang membantu persalinan dengan IMD :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Orang yang membantu persalinan dengan IMD adalah orang modern 2. IMD merupakan suatu hal yang bernilai tinggi 	<p>Metoda :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Filem tentang testimoni Dukun bayi - Diskusi <p>Media :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Filem testimoni dukun bayi 	<ul style="list-style-type: none"> - Peserta menyatakan pendapat bahwa seorang yang membantu persalinan dengan IMD adalah orang yang modern - Peserta menyatakan pendapat bahwa IMD adalah sesuatu yang bernilai tinggi
3.	Proses IMD	<p>Urutan proses IMD :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bayi lahir 2. Badan bayi dibersihkan dengan handuk kecuali tangan 3. Tali pusat dipotong dan diikat 4. Bayi ditengkurapkan di dada ibu tetapi lebih rendah dari puting ibu 5. Bayi dalam fase istirahat (diberi selimut dan topi agar tidak kedinginan) 6. Bayi mendecakkan bibir, mencium dan menjilat jari 	<p>Metoda:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Simulasi urutan proses IMD - Diskusi - Games ringan <p>Media :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pemutaran filem IMD 2 - Diskusi tentang urutan proses IMD dan menjelaskan ke kelompok lain - Flip chart - Spidol 	<ul style="list-style-type: none"> - Peserta dapat menyebutkan urutan proses IMD dengan benar - Peserta dapat menyusun daftar urutan proses IMD - Peserta memberikan tanggapan tentang urutan proses IMD - Peserta membenarkan urutan proses IMD

		<p>tangannya</p> <ol style="list-style-type: none"> Bayi menendang, menggerakkan kaki, bahu, lengan, dan badannya ke arah payudara ibu Bayi melekatkan mulutnya ke puting ibu 		
		<p>Alasan pada setiap urutan IMD :</p> <ol style="list-style-type: none"> Alasan bayi baru lahir tidak segera dimandikan Alasan tangan bayi tidak dibersihkan saat badan bayi dilap dengan handuk Alasan bayi ditengkurapkan di dada ibu tapi lebih rendah dari payudara ibu Alasan bayi diberi selimut dan topi Alasan bayi mencium dan menjilati jari tangan bayi 	<p>Metoda:</p> <p>Diskusi dan filem IMD</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Peserta dapat menyebutkan minimal 3 alasan dari setiap urutan proses IMD - Peserta dapat menjelaskan minimal 3 alasan dari urutan proses IMD - Peserta membenarkan alasan dari setiap proses IMD
4	Review hari 1	Pengetahuan, Manfaat, Proses IMD :	<p>Metoda:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diskusi <p>Media :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Papan Flip Chart - Spidol 	<ul style="list-style-type: none"> - Peserta dapat menyimpulkan pengertian IMD sesuai dengan materi yang telah disampaikan pada sesi sebelumnya. - Peserta dapat menyebutkan manfaat IMD - Peserta dapat menyebutkan urutan proses IMD
5	Simulasi	<p>Proses IMD :</p> <ol style="list-style-type: none"> Bayi lahir Badan bayi dibersihkan dengan handuk kecuali tangan Tali pusat dipotong dan diikat Bayi ditengkurapkan di dada ibu tetapi lebih rendah dari puting ibu Bayi dalam fase istirahat (diberi selimut dan topi agar tidak kedinginan) Bayi mendecakkan bibir, mencium dan menjilat jari tangannya Bayi menendang, menggerakkan kaki, bahu, lengan, dan badannya ke arah payudara ibu Bayi melekatkan mulutnya ke puting ibu 	<p>Metoda</p> <ul style="list-style-type: none"> - Praktik pelaksanaan IMD - Diskusi <p>Media:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Boneka - Handuk kecil - Selimut kecil dan topi bayi - Relawan yang mau jadi model ibu yang melakukan IMD <p>- Pemutaran filem IMD 2 (untuk konfirmasi urutan proses IMD)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Peserta dapat memperlihatkan urutan proses IMD - Peserta dapat menggunakan media yang ada pada simulasi yang disiapkan fasilitator

6	Review hari ke 2	Proses IMD dan alasan serta perawatan bayi baru lahir yang berhubungan dengan IMD	<p>Metoda:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diskusi <p>Media :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Flip chart - Spidol 	<ul style="list-style-type: none"> - Peserta dapat menyebutkan kembali urutan proses IMD - Peserta dapat menyebutkan dan menjelaskan minimal 3 alasan dari setiap proses IMD - Peserta dapat menyebutkan salah satu perawatan bayi baru lahir yang berhubungan dengan IMD dan alasan tunda mandi
7	Kepercayaan yang dapat menghambat pelaksanaan IMD	<p>Kepercayaan yang dapat menghambat IMD :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bayi baru lahir menangis karena lapar 2. Pemberian madu saat bayi baru lahir 3. Bayi baru lahir bau amis dan tidak bersih 4. Kebiasaan mengoleskan minyak kelapa begitu bayi lahir untuk menghilangkan lemak di badan bayi 	<p>Metoda:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Story telling - Diskusi <p>Media :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cerita bergambar (vignette) tentang 3 kepercayaan yang dapat menghambat pelaksanaan IMD 	<ul style="list-style-type: none"> - Peserta dapat mengutarakan kepercayaan yang berhubungan dengan IMD - Peserta dapat mengutarakan alasan dari kepercayaan tersebut
		<p>Rasionalisasi Kepercayaan yang dapat menghambat IMD</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sebab bayi menangis setelah dilahirkan 2. Pemberian madu saat bayi baru lahir 3. Bayi baru lahir bau amis dan tidak bersih 4. Mengoleskan minyak kelapa pada bayi yang baru lahir 	<p>Metoda:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ceramah <p>Media :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Flip chart - Spidol 	<ul style="list-style-type: none"> - Peserta dapat membedakan antara kepercayaan yang berhubungan dengan IMD dan faktanya - Peserta dapat memberikan contoh tentang kepercayaan yang dapat menghambat pelaksanaan IMD dan fakta yang berhubungan dengan IMD
8.	Kemitraan	<p>Pembagian peranan Bidan di Desa dan Dukun bayi saat persalinan dengan IMD :</p> <p>1. Peran Bidan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memandu persalinan - Menyambut bayi keluar dari rahim ibu kemudian memotong tali pusar bayi dan diserahkan kepada dukun - Setelah dukun menerima bayi dari bidan kemudian dibersihkan dengan handuk kering (kecuali bagian telapak dan punggung tangan) dan ditaruh di perut ibu. <p>2. Peran Dukun bayi :</p> <p>Saat Ibu Hamil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memotivasi ibu hamil untuk melaksanakan IMD saat melahirkan 	<p>Metoda:</p> <p><i>Success story</i> kemitraan mengenai IMD</p> <p>Media:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gambar : Gambar (1) : dukun bayi sedang memotivasi ibu hamil Gambar (2) : bidan di desa sedang membantu ibu melahirkan dengan dukun bayi di sebelahnya. Gambar (3) : Dukun bayi mendukung pelaksanaan IMD pada saat ibu melahirkan - Naskah cerita : - Peran dukun bayi memotivasi ibu hamil - Peran bidan di desa membantu ibu melahirkan, dukun bayi 	<ul style="list-style-type: none"> - Peserta dapat menguraikan peranan dukun bayi atau bidan di desa dalam membantu persalinan dengan IMD - Peserta dapat menerima peranan dukun bayi dan bidan di desa dalam membantu persalinan dengan IMD

		<p>Saat Ibu Melahirkan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menerima bayi dari bidan untuk dikeringkan badannya dengan handuk bersih, kecuali bagian telapak dan punggung tangan - Menelungkupkan bayi di perut ibu (yang tali pusarnya sudah dipotong oleh bidan) - Memotivasi ibu dan keluarga yang menunggu ibu melahirkan untuk melaksanakan IMD - Menemani ibu saat pelaksanaan IMD - Menjaga bayi agar tidak jatuh saat melaksanakan IMD <p>Menjaga agar bayi tidak diangkat dari perut ibu saat sedang melakukan proses IMD</p>	<p>hanya membantu saja</p> <ul style="list-style-type: none"> - Peran dukun bayi saat membantu pelaksanaan IMD saat ibu melahirkan 	
9.	Rencana Tindak Lanjut Dan Post Test	<p>Kesepakatan dan komitmen bersama untuk promosi dan praktik IMD kepada masyarakat terutama ibu hamil dan ibu melahirkan</p>	<p>Metoda</p> <ul style="list-style-type: none"> - diskusi - kesepakatan 	<p>Peserta sepakat berkomitmen untuk promosi dan praktik IMD kepada masyarakat terutama ibu hamil dan ibu melahirkan</p>
		<p>Post test</p>	<p>Metoda :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fasilitator bertanya secara langsung dengan menggunakan form post-test - Dilakukan satu per-satu <p>Media :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lembar post-test - Pulpen atau pensil - Penghapus pensil 	<p>Peserta dapat menjawab pertanyaan yang diajukan oleh fasilitator</p>
10.	Penutupan		<p>Ucapan terimakasih atas partisipasi para dukun bayi sebagai peserta pelatihan dan kembali mengingatkan komitmen mereka untuk senantiasa mengajak dan mempraktekkan IMD pada ibu hamil dan melahirkan</p>	

**JADWAL TRAINING & MENTORING IMD
PARAJI PUSKESMAS CIAMPEA
KEC CIAMPEA, KAB BOGOR, TAHUN 2010**

UPF	JUNI				JULI				AGUSTUS			
	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4
	(6 - 9)	(13 - 19)	(20 - 26)	(27 - 3)	(4 - 10)	(11 - 17)	(18 - 24)	(25 - 31)	(1 - 7)	(8 - 14)	(15 - 21)	(22 - 28)
<i>Ciampea</i>	T1 & Peng 1 (8,9)		M1 22		T2 & Peng 2 5		M2		Peng 3			
<i>Ciampea Udik</i>	T1 & Peng 1 (11,12)		M1 23		T2 & Peng 2 6		M2		Peng 3			
<i>Cihideung Udik</i>		T1 & Peng 1 (17, 18)		M1		T2&Peng 2 12		M2		Peng 3		
<i>Pasir</i>		T1&Peng 1 (15, 16)		M1		T2&Peng 2 13		M2		Peng 3		

Keterangan :

T1 & Peng 1 : Training 1 dan Pengukuran PSP 1

T2 & Peng 2 : Training 2 dan Pengukuran PSP 2

Peng 3 : Pengukuran 3

M1 : Mentoring 1

M2 : Mentoring 2

M3 : Mentoring 3

CURRICULUM VITAE

Personal Data

Name : Evi Martha
Place and Date of Birth : Sijunjung, March 31, 1963
Religion : Moslem
Professional Expertise : Lecturer and Researcher
Home Address : Blok C VII nomor 19, Komplek Telaga Golf
Sawangan 16519, Jabar Indonesia
Phone: +622177882066
Office Address : Faculty of Public Health, University of
Indonesia,
Depok, Indonesia 16424
Phone : (021) 7863475; (021) 7863502
E-mail Address : evimarta@yahoo.com;
evimarta@gmail.com

Formal Education

2007 – present : Program Doctoral at Faculty of Public Health,
University of Indonesia, Depok
1994-1996 : Post Graduate of Public Health, University of
Indonesia, Depok
1982-1987 : Graduate in Sociology, Andalas University,
Padang, West Sumatera

Structural Occupation

1999 – present : Member of Reproductive Health Group at Faculty
of Public Health, University of Indonesia
1997 – 2000 : Member of finance committee at Faculty of Public
Health, University of Indonesia
1997-1998 : Chairman of PBL (Field Experience Studies),
Faculty of Public Health, University of Indonesia
1996 – 1999 : Secretary Department of Health Education and
Behavioral Science, Faculty of Public Health,
University of Indonesia
1996 – present : Member of working group on Quality Assurance in
Faculty of Public Health, University of Indonesia

Professional Organization :

2007 – present : Vice of Chairman of Positive Deviance Research
Center, Faculty of Public Health, University of
Indonesia
1999 – present : Member of PPKMI (The Indonesian Health
Education and Health Promotion Society)
1992 – present : Member of the Association of Public Health Experts
1992 – present : Member of Alumni of Faculty of Public Health,
University of Indonesia.

- 1992 – present : Member of Reproduction Study Club, Faculty of Public Health, University of Indonesia, Depok
- 1989 – 1990 : Secretary Center for Women Study of Andalas University, Padang, West Sumatera

Training & Workshop (Last 10 Years)

- 2010 :
1st Regional Positive Deviance Forum, From Villages to Hospitals: Success Stories Against All Odds, PDRC, Le Meridien Nirwana Golf & Spa Resort Bali, Indonesia, January 19-21
- 2009 :
1. Participant of Bi-regional Consultation on the Application of Socio-Cultural Approaches to Accelerate the Achievement of MDGs 4 and 5, WHO, Bali 11 – 13 August
2. Participant of Proposal Development Workshop in Reproductive Health Areas, June 22nd -26th, Faculty of Medicine, AirLangga University, East Java
3. Participant of BBLR Management with Kangaroo Method, Perinasia, Jakarta 9th – 11th May
- 2008 :
Participant of International Course on Monitoring & Evaluation of Maternal and Neonatal Health Program, Center for Family Welfare, Faculty of Public Health, Univ of Indonesia, 30th June – 16th July
- 2007 :
1. Trainer of Introduction to QSR NVIVO 2, Workshop Qualitative Data Analysis Software 8th September, for Department of Sociology, Faculty of Social Politic, Univ of Andalas, West Sumatera.
2. Participant of TOT Positive Deviance, April 16-28- 2007, Save the Children, Sukabumi, West Jawa
3. Trainer of Introduction to QSR NVIVO 2, Workshop Qualitative Data Analysis Software 15-16 February 2007, Center for Family Welfare, Faculty of Public Health, Univ. of Indonesia
- 2006 :
1. Participant of XVIII FIGO World Congress of Gynecology and Obstetrics Organized by the International Federation of Gynecology and Obstetrics in collaboration with the Obstetrical & Gynecological Society of Malaysia, 5th – 10th November 2006, Kuala Lumpur, Malaysia
2. Delegate of the 12th Annual Qualitative Health Research Conference Program, April 2-5, 2006, Westin Hotel, Edmonton, Alberta, Canada
- 2005 :
1. Participant of The Two Days Introduction to QSR NVIVO 2, Workshop Qualitative Data Analysis Software. 6-7 September 2005, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, UK.

2. Participant of the 10th Anniversary Conference A SYMPOSIUM ON WOMEN'S HEALTH: "MEASUREMENT MATTERS" 9th – 10th May 2005, Kings College, Aberdeen, Scotland, University of Aberdeen
- 2003 :
1. Trainer of Group Dynamic for provider of Public Health Service in East Jakarta, September, 2003
 2. Co-Trainer of In Country Training-Drug Information Training IASTP II in Nusa Tenggara Timur (7-11 July 2003) and Makassar (21-25 July 2003)
 3. Participant of Short Course Drug Surveillance and Social Research in Victoria University, Melbourne, Australia, 14 April-11 June 2003
 4. Participant of Pre-Departure Training Program, Indonesia-Australia Specialized Training Project Phase II, Victoria University of Technology, Melbourne and Burnett Centre, Melbourne, 13 January to 11 April 2003

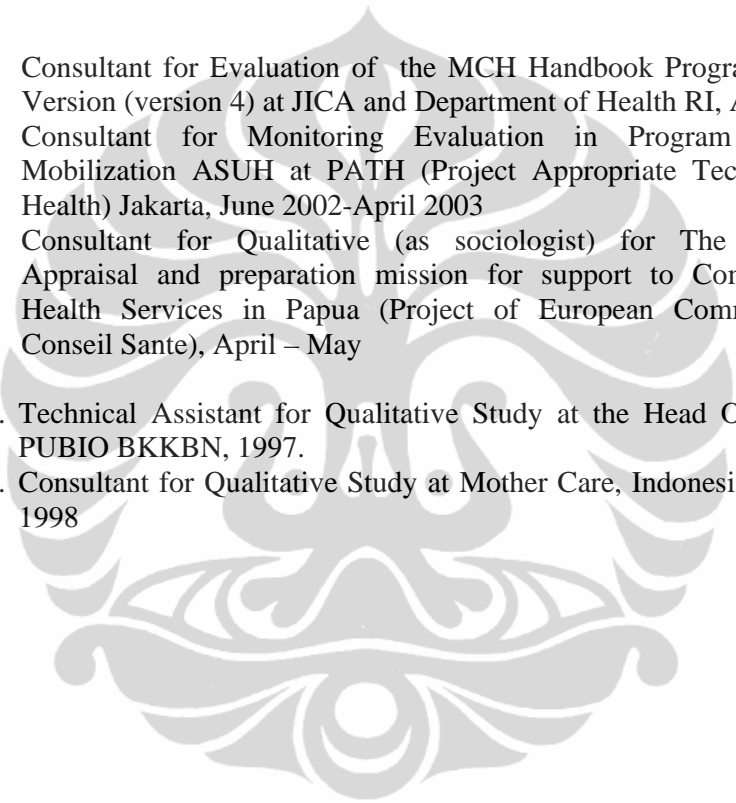
Research Experience (Last 10 Years)

- 2011 :
- Qualitative Study about Health Insurance in Indonesia: A Stakeholder Accountability Review of the Jamkesmas program, at 2 Provinces (West Jawa and North Sumatera)
- 2010 :
- Qualitative Study about evaluation PPM/ISTC at 5 Provinces in Indonesia, July
- 2009 :
- Qualitative Study Report Study Of Health Impact Post Kelud Eruption In East Java, April
- 2008 :
- Reporting and Recording Maternal Death Based on Community, Qualitative Study at Sanggau District, Province of West Kalimantan,
- 2007 :
- Family and Children Affected by HIV and AIDS in Indonesia (Study at 7 Provinces), Collaboration between The Center for Health Research University of Indonesia and Unicef,
- 2006 :
- Exploring Midwives and Community Perceptions of Barriers and Facilitators to Provision and Uptake of Bidan di Desa Care in the Community Serang and Pandeglang District
- 2005 :
1. Informant's Opinion on Data Collection Methods Through Interview and Self Administered (SA) Questionnaire during the Sampling at Service Site Survey using Sisterhood, Immpact Indonesia Project
 2. Study of Facilitators and Barriers of Maternal Mortality Reporting and Recording in the District Hospital of Serang and Pandeglang, Immpact Indonesia Project

- 2004 :
Facilitators and Barriers on Reporting and Recording Maternal Death By Community, Qualitative Study at Serang and Pandeglang District
- 2003 :
Knowledge, Perception and Attitude Senior High School on Drug Abuse (Study at Senior High School, East Jakarta), Collaboration between Public Health Faculty and BNN RI
- 2002 :
 1. Qualitative analysis : Breast Feeding Practice and Social Mobilization Assessment for IEC material development. ASUH Program – East Java - PATH Indonesia, December
 2. Evaluation of Health Program for Workers, Collaborative by PKBI and Global Alliance, November
 3. Study Qualitative on Mothers Perception and Knowledge Regarding New Hand Book for Mothers about Child Health, Collaborative by JICA and Ministry of Health
 4. Study Qualitative on Community Perception and Social Culture in Fight Against Hemorrhagic Fever in Lubang Buaya District, Collaborative by Sudinkes Jakarta Timur and Faculty of Public Health University of Indonesia
 5. Study Qualitative for Strategy Development of Iodine Deficiency Disorder Eradication Intensification in Cirebon and Indramayu District Project, West Java, Collaborative by Faculty of Public Health University of Indonesia and PEMDA Jabar
 6. The Important Social Culture Aspect In Health Improvement at Papua Province, Collaboration between European Commission with Health Department
- 2001 :
 1. Analysis of Private Primary Care Facilities Satisfaction Toward PT. AKSES Indonesia Services in KC DKI Jakarta and Surakarta, Middle Java Area, Collaborative by “Kelompok Kerja Perumasakitan”, Faculty of Medicine University of Indonesia and PT. ASKES Indonesia
 2. Collected data, analyze and report writing Qualitative Evaluation of the Social Safety Net in Health Program (Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan/JPS-BK) in South East Sulawesi and South Sulawesi, British Council/ADB, Jakarta
 3. Sentinel Site Survey for Delivery of Service under ADB Monitoring and Evaluation the Social Protection Sector Development Project, Indonesia, July

Consulting Experience (Last 10 Years)

- 2010 :
 1. Consultant for Qualitative Study about Maternal and Neonatal Health Care System Strengthening in West Java Province, area “Adequate Referral net work dan Adequate quality of care”, Maret –Agustus

- 
2. Consultant for Qualitative Study about evaluation PPM/ISTC in 5 Provinces in Indonesia, January-May 2010
- 2007 :
LAR (Local Action Researcher) for Governance and Citizenship Award, Program by World Vision International, Indonesia, January 2007 – 2008
- 2003 :
Senior Research Scientist in Qualitative Study, IMMPACT Indonesia, (Initiative for Maternal Mortality Programmed Assessment) August 2003 – 2006
- 2002 :
1. Consultant for Evaluation of the MCH Handbook Program New Version (version 4) at JICA and Department of Health RI, August
2. Consultant for Monitoring Evaluation in Program Social Mobilization ASUH at PATH (Project Appropriate Technology Health) Jakarta, June 2002-April 2003
3. Consultant for Qualitative (as sociologist) for The Project Appraisal and preparation mission for support to Community Health Services in Papua (Project of European Commission-Conseil Sante), April – May
- 1997 :
1. Technical Assistant for Qualitative Study at the Head Office of PUBIO BKKBN, 1997.
2. Consultant for Qualitative Study at Mother Care, Indonesia, 1997-1998