



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS UPAYA PENURUNAN ANGKA KEMATIAN IBU
DAN BAYI MELALUI PELAKSANAAN REVOLUSI KIA
DI KABUPATEN ALOR PROVINSI NTT
TAHUN 2012**

SKRIPSI

**ISTONIA HERMOLINDA WAANG
NPM 1006820266**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT
DEPOK
JUNI 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS UPAYAN PENURUNAN ANGKA KEMATIAN IBU
DAN BAYI MELALUI PELAKSANAAN REVOLUSI KIA
DI KABUPATEN ALOR PROVINSI NTT
TAHUN 2012**

SKRIPSI

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT**

**ISTONIA HERMOLINDA WAANG
NPM 1006820266**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT
DEPOK
JUNI 2012**

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Istonia Hermolinda Waang
NPM : 1006820266
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Peminatan : Kebidanan Komunitas
Angkatan : 2010
Jenjang : Sarjana

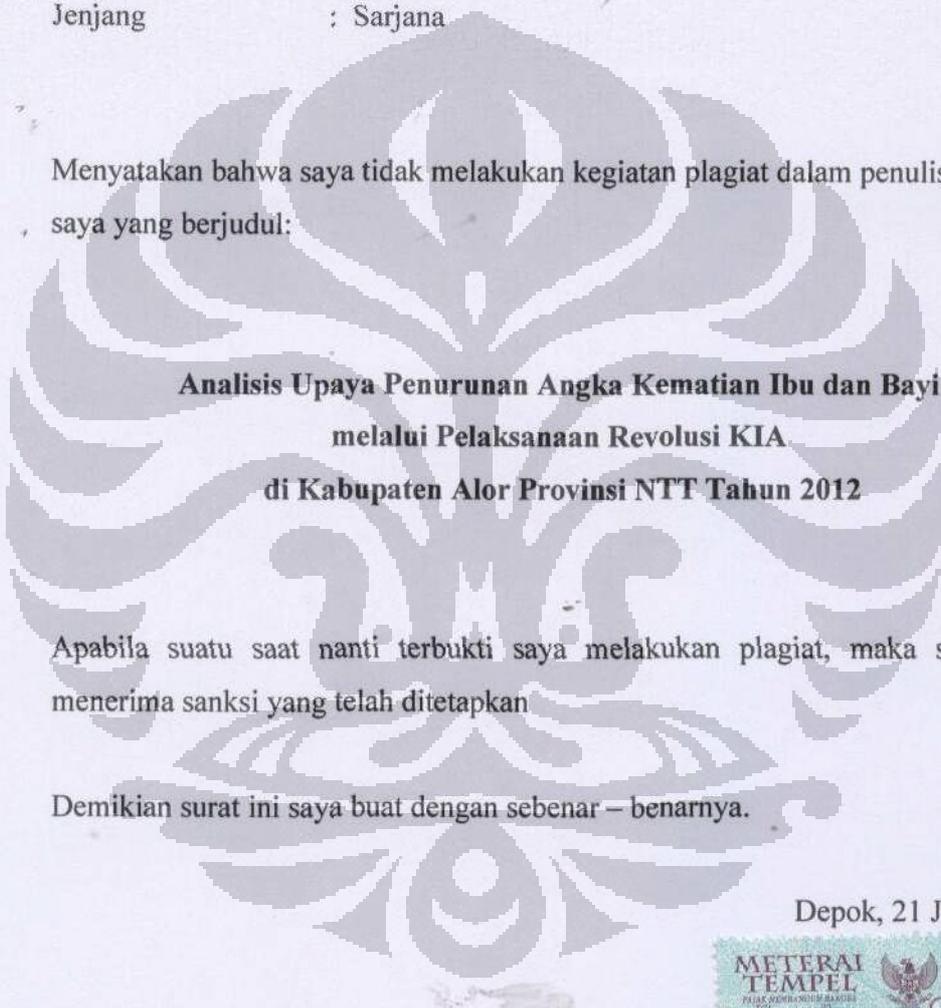
Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan skripsi saya yang berjudul:

**Analisis Upaya Penurunan Angka Kematian Ibu dan Bayi
melalui Pelaksanaan Revolusi KIA
di Kabupaten Alor Provinsi NTT Tahun 2012**

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

Demikian surat ini saya buat dengan sebenar – benarnya.

Depok, 21 Juni 2012



METERAI
TEMPEL
Pajak dan Retensi Akademi
TGL
6B137ABF017472034
ENAM RIBU RUPIAH
6000 DJP
(Istonia Hermolinda Waang)

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Istonia Hermolinda Waang
NPM : 1006820266
Tanda Tangan : 
Tanggal : 21 Juni 2012



HALAMAN PENGESAHAN

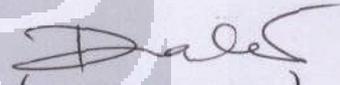
Skripsi ini diajukan oleh :

Nama : Istonia Hermolinda Waang
NPM : 1006820266
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Judul Skripsi : Analisis Upaya Penurunan Angka Kematian Ibu dan Bayi melalui Pelaksanaan Revolusi KIA di Kabupaten Alor provinsi NTT

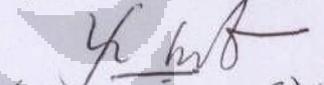
Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM) pada Program Studi Sarjana Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

DEWAN PENGUJI

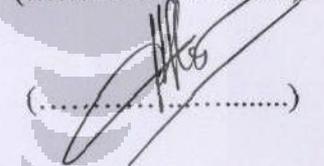
Pembimbing : Dr.Ir Diah M. Utari, M.Kes


(.....)

Penguji : Ir. Trini Sudiarti, M.Si


(.....)

Penguji : Adhi Dharmawan Tato, SKM, MPH


(.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 21 Juni 2012

KATA PENGANTAR

Hanya ungkapan syukur dan pujian yang dapat diberikan kepada Tuhan Yang Maha Esa oleh karena atas bimbingan dan penyertaan-Nya sehingga penyusunan skripsi dengan judul Analisa Upaya Penurunan Angka kematian Ibu dan Bayi melalui Pelaksanaan Revolusi KIA di Kabupaten Alor, Provinsi NTT Tahun 2012 dapat diselesaikan. Skripsi ini merupakan salah satu persyaratan akademik dalam menyelesaikan Program Sarjana Kesehatan Masyarakat, Peminatan Kebidanan Komunitas Universitas Indonesia.

Pada kesempatan ini dengan tulus ikhlas, saya mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyelesaian skripsi ini, khususnya kepada:

1. Dr. Ir. Diah M. Utari, M.Kes selaku pembimbing saya yang telah banyak memberikan masukan, pikiran, waktunya sehingga skripsi ini dapat terselesaikan
2. Adhi Dharmawan, SKM, MPH selaku penguji dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia yang telah memberikan masukan, kritikan dan saran demi penyempurnaan skripsi ini
3. Ir. Trini Sudiarti, M.Si selaku penguji dari FKM UI yang dengan teliti mengoreksi, memberikan masukan yang sangat bermanfaat untuk penyempurnaan skripsi ini
4. Seluruh pimpinan dan staf pengajar FKM UI yang telah memberikan ilmu dan bimbingannya
5. Pimpinan dan staf Dinas Kesehatan Kabupaten Alor yang telah menjadi informan dan yang sudah memfasilitasi penelitian ini
6. Sebastian Sede, SKM selaku kepala Puskesmas Mebung yang telah membantu penulis selama penelitian
7. Fransiska Thali, selaku kepala Puskesmas Kabir yang telah membantu penulis selama penelitian
8. Ayahanda Welhelmus Yohanis Waang (Alm.) dan Ibunda Belandina Waang serta Mertuaku Susana Nakmofa, Kak Reni, Om cha, Echi, Meri, Acha, Kak Debes, Kak Elis, Kak Harming, Kak Ester, Kak Tera, Devi, Afril, Mone,

Adiputra, Alvin dan Weni dan Batistuta yang selalu memberikan dukungan dana, doa dan menjadi inspirator di saat kuliah dan menyelesaikan skripsi ini. Akhirnya “ *Onie Berhasil* “

9. Pak Muhtar Bidan Lina, Bidan Nebda, Bidan Kristin, Bidan Tirsya yang selalu setia membantu penulis selama penelitian ini, *Good Luck*
10. Teman – temanku seangkatan Bidkom 2010 yang selalu menyemangati penulis.
11. Akhirnya kupersembahkan karya ini kepada Suamiku tercinta, Pdt. Marthinus Neno Nakmofa, STh yang selalu sabar dan setia memberikan support dan merelakan saya melanjutkan pendidikan ini meski baru saja menikah, akhirnya “ *Mama Berhasil*”

Harapan penulis, Tuhan yang punya kendali atas hidup ini akan selalu memberikan kemudahan, kebaikan agar tetap terus melangkah mencapai apa yang dicita – citakan bersama.

Penulis menyadari skripsi ini jauh dari kesempurnaan sehingga kritik dan saran yang bersifat membangun, penulis sangat harapkan demi penyempurnaan skripsi ini dan pada masa yang akan datang. Demikian skripsi ini dibuat semoga dapat bermanfaat bagi para pembaca.

Depok, 21 Juni 2012

Penulis

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

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

Nama : Istonia Heromlinda Waang
NPM : 1006820266
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Peminatan : Kebidanan Komunitas
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis Karya : Skripsi

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

Analisa Upaya Penurunan Angka Kematian Ibu dan Bayi melalui Pelaksanaan Revolusi KIA di Kabupaten Alor Provinsi NTT Tahun 2012

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

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 21 Juni 2012

Yang Menyatakan



(Istonia Hermolinda Waang)

RIWAYAT HIDUP PENULIS

Nama Lengkap : Istonia Hermolinda Waang
Tempat / Tanggal Lahir : Tamalabang, 4 Pebruari 1980
Alamat Rumah : Gang Gembira No.1 Belakang Ruko Rukun Jaya
RT 008 RW 003 Kelurahan Fontein, Kecamatan
Kota Raja, Kota Madya Kupang NTT
Agama : Protestan
Nomer Telepon : 082124225092 / 085239245426
Email : oniewaang@yahoo.co.id

Pendidikan Formal

1985 – 1986 Taman Kanak – Kanak Pertiwi – Tamalabang
1986 – 1992 Sekolah Dasar Gereja Masehi Injili di Timor Tamalabang
1992 – 1995 Sekolah Menengah Pertama Negeri Tamalabang
1995 – 1998 Sekolah Perawat Kesehatan Depkes Kupang
1998 – 1999 Program Pendidikan Bidan A Depkes Kupang
2006 – 2008 D III Kebidanan Politeknik Kesehatan Makassar
2010 – 2012 Peminatan Kebidanan Komunitas Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Indonesia

Pekerjaan

1999 – 2002 Bidan Desa Lekom Puskesmas Tamalabang
2002 - 2006 Bidan Desa Mawar Puskesmas Tamalabang
2008 – 2009 Bidan Koordinator Puskesmas Bakalang
2010 - sekarang Staf Dinas Kesehatan Kabupaten Alor

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Program Studi : S1 Ekstensi Kesehatan Masyarakat

Skripsi, Juni 2012

ISTONIA HERMOLINDA WAANG, NPM 10020266

Analisis Upaya Penurunan Angka Kematian Ibu dan Bayi melalui Pelaksanaan Revolusi KIA di Kabupaten Alor Provinsi NTT Tahun 2012

xviii + 100 halaman + 28 tabel + 5 gambar + 8 lampiran

ABSTRAK

Salah satu penyebab kematian ibu adalah persalinan yang masih ditolong dukun di rumah. Kabupaten Alor merupakan penyumbang kematian ibu di Provinsi NTT, yaitu 17/ 4005 KH dengan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan yang rendah yaitu, 59,8% (Risikesdas,2010). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran umum pelaksanaan Revolusi KIA di Kabupaten Alor tahun 2012. Revolusi KIA adalah upaya percepatan penurunan kematian ibu dan bayi baru lahir melalui persalinan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan yang memadai

Penelitian ini menggunakan dua (2) metode penelitian yaitu kuantitatif dan kualitatif. Penelitian kuantitatif dengan desain *cross sectional* terhadap 116 ibu yang mempunyai bayi 0 – 12 bulan, yang dihitung sesuai dengan rumus uji hipotesis beda dua proporsi dan sampel yang dipilih secara acak sederhana, sedangkan metode kualitatif menggunakan teknik wawancara mendalam kepada kepala dinas kesehatan, kepala bidang kesehatan keluarga, kepala puskesmas, bidan coordinator dan dukun yang berasal dari Puskesmas Mebung dan Kabir. Kedua puskesmas dipilih secara *purposive* dari 21 puskesmas di Kabupaten Alor. Hasil penelitian menunjukkan 56% ibu melahirkan ditolong tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan, 44 % masih ditolong dukun di rumah. Hasil penelitian kualitatif menunjukkan bahwa masih kurangnya jumlah bidan, kurangnya kemitraan bidan dengan dukun, pemanfaatan rumah tunggu dan menggunakan leaflet yang dibuat peneliti.

Kata kunci: Persalinan, Kematian Ibu Dan Bayi, Revolusi KIA

Daftar Pustaka: 70 (1980 – 2012)

FACULTY OF PUBLIC HEALTH
Bachelor Degree of Public Health

Thesis, June 2012

ISTONIA HERMOLINDA WAANG, NPM 10020266
The Analisis Efforts to Decrease Of Maternal And Infant Mortality Through the
MCH Revolution Implementation In Alor District NTT in 2012

xviii + 100 pages + 28 Table + 5 picture + 8 attachments

ABSTRACT

One cause of maternal death is the labor that helped by a traditional birth attendant still at home. Alor is a contributor to maternal mortality in NTT, which is 17/4005 KH with childbirth by skilled health coverage is low, 59.8% (Riskasdas, 2010). This study goals to find an overview of the implementation of the MCH Revolution in Alor regency in 2012. MCH Revolution is accelerating efforts to decrease maternal and newborn health through the delivery by health personnel in health facilities are satisfy. This study uses two (2) method, namely quantitative and qualitative research. Quantitative research with cross sectional design of the 116 mothers who had babies 0-12 months, which is calculated according to the formula test two different hypotheses and the proportion of randomly selected samples simple, while the qualitative method using in-depth interview techniques to the health department, the head of the health sector family, head clinic, midwife coordinator and traditional midwives from Mebung and Kabir health centers purposively selected from 21 health centers in the district of Alor. The results showed 56% of mothers give birth assisted health workers in health facilities, 44% are still being helped by a traditional birth attendant in the house. The results of qualitative research indicates that there is still trouble of midwives, lack of midwives and the traditional birth attendant partnership, the use of waiting home increases safe deliveries and use the leaflets are made of researchers.

Key words: Delivery, Maternal and Infant Mortality, MCH Revolution
Reference : 70 (1980 - 2012)

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
SURAT PERNYATAAN	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	vii
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI	vii
RIWAYAT HIDUP	viii
ABSTRAK	ix
ABSTRACT	x
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR GAMBAR	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
DAFTAR SINGKATAN	xviii
BAB 1. PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Pertanyaan Penelitian	4
1.4 Tujuan Penelitian	5
1. Tujuan Umum	5
2. Tujuan Khusus	5
1.5 Manfaat Penelitian	5
1.6 Ruang Lingkup	5
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Persalinan	7
2.2 Revolusi KIA.....	11
2.3 Kemitraan Bidan dan Dukun	18
2.4 Faktor – faktor internal dan eksternal ibu yang mempengaruhi pemilihan penolong dan tempat persalinan	25
2.5 Berbagai Faktor yang Menyebabkan Tingginya AKI	30
2.6 Sulitnya Penurunan AKI di Negara – Negara Berkembang....	31
2.7 Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan	31
2.8 Kerangka Teori.....	38
BAB 3. KERANGKA KONSEP, DEFINISI OPERASIONAL DAN HIPOTESIS	
3.1 Kerangka Konsep	39
3.2 Definisi Operasional.....	40
3.3 Hipotesis	44

BAB 4. METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian	45
4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian	45
4.3 Populasi Dan Sampel Penelitian	45
4.4 Teknik Pengumpulan Data	47
4.5 Tehnik Pengolahan Data	48
4.6 Analisa Data	48
4.6.1 Analisis Univariat	49
4.6.2 Analisis Bivariat	49
4.6.3 Analisis Kualitatif.....	49

BAB 5. HASIL ANALISIS

5.1 Gambaran Umum Wilayah Penelitian.....	50
5.2 Pelaksanaan Penelitian	51
5.3 Hasil Analisis Univariat	51
5.4 Hasil Analisis Bivariat	59
5.4.1 Hubungan Umur dengan Pemilihan Penolong dan Tempat Persalinan	59
5.4.2 Hubungan Pendidikan dengan Pemilihan Penolong dan Tempat Persalinan	59
5.4.3 Hubungan Pengetahuan dengan Pemilihan Penolong dan Tempat Persalinan	60
5.4.4 Hubungan Pekerjaan dengan Pemilihan Penolong dan Tempat Persalinan.....	60
5.4.5 Hubungan Paritas dengan Pemilihan Penolong dan Tempat Persalinan.....	61
5.4.6 Hubungan Jarak dengan Pemilihan Penolong dan Tempat Persalinan.....	62
5.4.7 Hubungan Riwayat ANC dengan Pemilihan Penolong dan Tempat Persalinan.....	62
5.4.8 Hubungan Dukungan Suami dengan Pemilihan Penolong dan Tempat Persalinan.....	63
5.4.9 Rekapitulasi Analisis Bivariat	64
5.5. Hasil Penelitian Kualitatif	65
5.5.1 Tenaga Kesehatan	65
5.5.1.1 Sumber Daya manusia.....	65
5.5.1.2 Kemitraan Bidan dengan dukun	69
5.5.1.3 Rumah Tunggu	72
5.5.1.4 Anggaran	74
5.5.2 Dukun	76

BAB 6. PEMBAHASAN

6.1 Keterbatasan Penelitian	80
6.2 Pembahasan Hasil Penelitian Kuantitatif	80
6.2.1 Pemilihan Penolong dan Tempat Persalinan	80
6.2.2 Hubungan Umur dengan Pemilihan Penolong dan Tempat Persalinan	82
6.2.3 Hubungan Pendidikan dengan Pemilihan Penolong dan Tempat Persalinan	83
6.2.4 Hubungan Pengetahuan dengan Pemilihan Penolong dan Tempat Persalinan	84
6.2.5 Hubungan Pekerjaan dengan Pemilihan Penolong dan Tempat Persalinan	85
6.2.6 Hubungan Paritas dengan Pemilihan Penolong dan Tempat Persalinan	86
6.2.7 Hubungan Jarak dengan Pemilihan Penolong dan Tempat Persalinan	87
6.2.8 Hubungan Riwayat ANC dengan Pemilihan Penolong dan Tempat Persalinan	87
6.2.9 Hubungan Dukungan Suami dengan Pemilihan Penolong dan Tempat Persalinan	88
6.3 Pembahasan Hasil Penelitian Kualitatif	89
6.3.1 Sumber Daya Manusia.....	89
6.3.2 Kemitraan Bidan dan Dukun.....	90
6.3.3 Rumah Tunggu.....	92
6.3.4 Anggaran Kesehatan	92

BAB 7. KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan	95
7.2 Saran	96

DAFTAR PUSTAKA

Lampiran

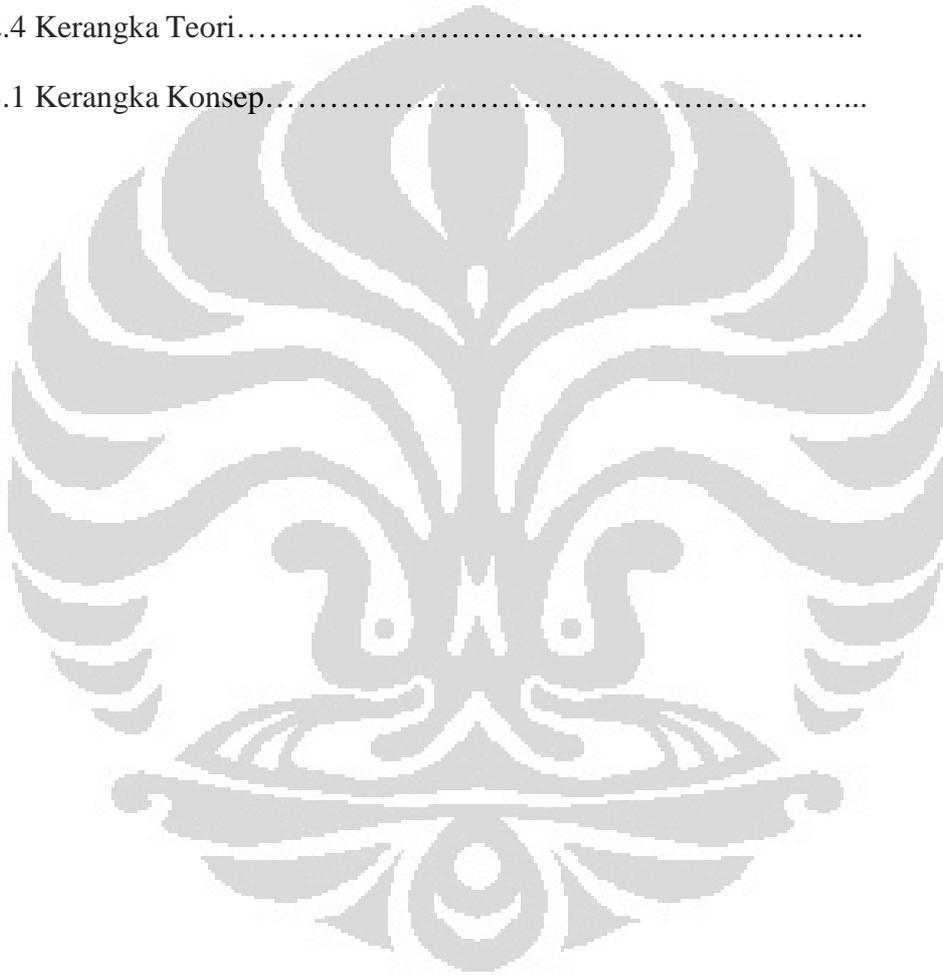
DAFTAR TABEL

Daftar Tabel	Halaman
Tabel 2.1 Target Cakupan Revolusi KIA	12
Tabel 2.2 Peran Bidan dan Dukun	20
Tabel 3.1 Kerangka Konsep	40
Tabel 3.2 Definisi Operasional	40
Tabel 4.1 Data Peneliti Sebelumnya	46
Tabel 5.1 Data Kependudukan Dan Pendidikan Terendah	50
Tabel 5.2 Data Sarana Kesehatan dan Ketenagaan	50
Tabel 5.3 Data Pelayanan Kesehatan Dan Kematian Ibu Dan Bayi	50
Tabel 5.4 Distribusi Ibu berdasarkan Pemilihan Penolong dan Tempat Persalinan	52
Tabel 5.5 Distribusi Ibu berdasarkan Umur	53
Tabel 5.6 Distribusi Ibu berdasarkan Pendidikan	54
Tabel 5.7 Distribusi Ibu berdasarkan Pengetahuan	55
Tabel 5.8 Distribusi Ibu berdasarkan Pekerjaan	55
Tabel 5.9 Distribusi Ibu berdasarkan Paritas	56
Tabel 5.10 Distribusi Ibu berdasarkan Jarak ke Fasilitas Kesehatan	56
Tabel 5.11 Distribusi Ibu berdasarkan Riwayat ANC	57
Tabel 5.12 Distribusi Ibu berdasarkan Dukungan Suami dan Keluarga	58
Tabel 5.13 Rekapitulasi Hasil Analisis Univariat	58
Tabel 5.14 Distribusi Hubungan Umur dengan Pemilihan Penolong Dan Tempat Persalinan	59
Tabel 5.15 Distribusi Hubungan Pendidikan dengan Pemilihan Penolong dan Tempat Persalinan	60
Tabel 5.16 Distribusi Hubungan Pengetahuan dengan Pemilihan Penolong Dan tempat Persalinan	60

Tabel 5.17 Distribusi Hubungan Pekerjaan dengan Pemilihan Penolong dan Tempat Persalinan	61
Tabel 5.18 Distribusi Hubungan Paritas dengan Pemilihan Penolong dan Tempat Persalinan	61
Tabel 5.19 Distribusi Hubungan Jarak dengan Pemilihan Penolong dan tempat Persalinan	62
Tabel 5.20 Distibusi Hubungan Riwayat ANC dengan Pemilihan Penolong dan Tempat Persalinan	63
Tabel 5.21 Distribusi Hubungan Dukungan Suami dengan Pemilihan Penolong dan Tempat Persalinan	63
Tabel 5.22 Rekapitulasi Hasil Analisis Bivariat	64
Tabel 5.23 Gambaran Karakteristik Informan Tenaga Kesehatan	65
Tabel 5.24 Gambaran Karakteristik Dukun	76

DAFTAR GAMBAR

Nomor Gambar	Halaman
2.1 Alur Rujukan ibu hamil.....	16
2.2 Model Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan.....	33
2.3 Teori Lawrence Green	35
2.4 Kerangka Teori.....	38
3.1 Kerangka Konsep.....	40



LAMPIRAN – LAMPIRAN

Lampiran 1 : Surat izin penelitian dari Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia Untuk Dinas Kesehatan Kabupaten Alor

Lampiran 2 : Surat izin penelitian dari dinas kesehatan ke tempat penelitian

Lampiran 3: Lembar Persetujuan sebagai Responden

Lampiran 4: Kuesioner Penelitian

Lampiran 5: Pedoman Wawancara Mendalam

Lampiran 6: Hasil out put SPSS

Lampiran 7: Leaflet

Lampiran 8: Matriks Wawancara Mendalam

DAFTAR SINGKATAN

1. ABPK : Alat bantu Pengambilan Keputusan
2. APN : Asuhan Persalinan Normal
3. AKI : Angka Kematian Ibu
4. AKB : Angka Kematian Bayi
5. ANC : Ante Natal Care
6. BBLR : Berat Bayi Lahir Rendah
7. BPD : Badan Permusyawaratan Desa
8. BOK : Bantuan Operasional Kegiatan
9. CBR : Crude Birth Rate
10. DAK : Dana Alokasi Khusus
11. DEKON : Dekonsentrasi
12. DTSPS-KIBBLA : Distric Team Problem Solving Kesehatan Ibu, Bayi Baru Lahir dan anak
13. FGD : Focus Group Discusion
14. JAMPERSAL : Jaminan Persalinan
15. KB : Keluarga Berencana
16. KIA : Kesehatan Ibu Dan Anak
17. KP-Ibu : Kelompok Pendukung Ibu
18. MPS : Making Pregnancy Safer
19. Perdes : Peraturan Desa
20. PNPM : Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat
21. POA : Planning of Action
22. PONED : Pelayanan Obstetri Neonatal Emergency Dasar
23. PONEK : Pelayanan Obstetri Neonatal Emergency Komprehensif
24. PPGDON : Program Pelayanan Gawat Darurat Obstetri Neonatal
25. SOP : Standar Operating Prosedure
26. SDKI : Survei Demografi Kesehatan Indonesia
27. TT : Tetanus Toxoid

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan merupakan strategi untuk mengatasi masalah kesehatan ibu di Indonesia oleh karena tenaga kesehatan memiliki pengetahuan, keterampilan, alat dan prosedur tetap yang dapat digunakan untuk memberikan pelayanan yang berkualitas dalam mencegah kesakitan dan kematian ibu (Depkes, 2007).

Angka kematian ibu (AKI) merupakan salah satu indikator untuk melihat derajat kesehatan perempuan karena kematian ibu mengakibatkan negara kehilangan sejumlah tenaga produktif, meningkatnya tingkat morbiditas dan mortalitas anak. WHO memperkirakan lebih dari 585.000 ibu meninggal pertahun saat hamil, proses persalinan dan aborsi yang tidak aman akibat kehamilan yang tidak diinginkan (Depkes 2008).

Berdasarkan Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI, 2007) AKI 228/100.000 KH. Hal ini yang menyebabkan AKI menjadi salah satu target yang telah ditentukan dalam tujuan *Millenium Development Goals* (MDG's) pada tujuan ke – 5 yaitu mengurangi 75 % resiko kematian atau menurunkan AKI dari 228 / 100.000 KH menjadi 102 /100.000 KH di tahun 2015. Salah satu cara yang paling efektif untuk menurunkan angka kematian ibu adalah dengan meningkatkan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih di fasilitas kesehatan (Depkes RI, 2010).

Masalah persalinan oleh tenaga non kesehatan masih merupakan masalah kesehatan ibu dan anak (KIA) di seluruh dunia terutama di negara – negara berkembang. Sebagai contoh di Afrika, sekitar 39 % per tahun, persalinan di tolong oleh tenaga non kesehatan yang disebabkan oleh masih rendahnya melek huruf pada wanita sehingga sulit dalam pengambilan keputusan. Sementara itu di Indonesia, proporsi persalinan oleh tenaga non kesehatan di rumah adalah 28 % - 64 % dan sebagian besar dipicu oleh masyarakat yang tidak memiliki akses pelayanan kesehatan atau karena faktor jarak yang jauh, persebaran penduduk, sosial budaya, kemiskinan dan jumlah tenaga kesehatan yang belum memadai,

sehingga ibu di daerah terpencil seringkali menggunakan dukun, suami atau keluarga sebagai penolong persalinan (Depkes RI, 2010).

Berbagai upaya telah dilakukan pemerintah dalam menangani masalah kematian ibu, diantaranya melalui pelayanan kesehatan ibu agar setiap ibu hamil dapat melalui kehamilan dan persalinannya dengan selamat melalui program *safe motherhood* atau upaya peningkatan kesejahteraan dan keselamatan ibu. Strategi yang diluncurkan adalah MPS (*Making Pregnancy Safer*) untuk mempercepat penurunan AKI melalui empat pilar yaitu: program keluarga berencana (KB), akses terhadap pelayanan antenatal, persalinan yang bersih dan aman dan pelayanan obstetri esensial.

Hasil Survei di Indonesia, AKI telah menunjukkan penurunan yang disebabkan oleh meningkatnya cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih yaitu dari 66,7 persen pada tahun 2002 menjadi 77,34 persen pada tahun 2009 (Susenas). Angka tersebut terus meningkat menjadi 82,3 persen pada tahun 2010 (Risikesdas,2010). Meskipun terjadi penurunan namun AKI di Indonesia masih relatif tinggi jika dibandingkan dengan negara tetangga seperti Singapura, Malaysia, Thailand (Depkes, 2010).

AKI dan AKB di Provinsi NTT sangat tinggi jika dibandingkan dengan AKI Nasional. Menurut data suskesnas tahun 2004, AKI (per 100.000 KH) di NTT dibandingkan AKI Nasional adalah 554 : 228 dan AKB (per 1000 KH) 62 : 52, dan berdasarkan data SDKI tahun 2007, AKI 306 : 228 sedangkan AKB 57 : 34. Salah satu penyebabnya adalah masih tingginya cakupan persalinan di rumah yaitu 77,7 % (Risikesdas,2007).

Berbagai upaya telah dilakukan namun tidak ada penurunan AKI dan AKB yang bermakna sehingga sejak tahun 2006, Dinas Kesehatan Provinsi NTT membuat suatu gebrakan yang dinamakan Revolusi KIA yaitu upaya penurunan AKI dan AKB melalui pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih di fasilitas kesehatan memadai. Telah ada peraturan Gubernur NTT nomor 42 tentang Revolusi KIA. Revolusi KIA.

Salah satu strategi dalam Revolusi KIA untuk mendekatkan pelayanan kesehatan pada masyarakat yaitu adanya rumah tunggu bersalin bagi ibu bersalin terutama yang berisiko tinggi atau tinggal jauh dari fasilitas kesehatan karena

hampir sebagian daerah memiliki keterbatasan infra struktur dan kondisi geografis yang sulit, mengakibatkan terlambatnya penanganan masalah kesehatan dan berujung kematian karena banyaknya komplikasi yang terjadi pada saat persalinan yang tidak bisa diprediksi saat hamil (Dinkes, 2009).

Revolusi KIA diharapkan semua ibu dapat melahirkan ditolong tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan sehingga cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan meningkat. Berdasarkan laporan profil Dinas Kesehatan Provinsi NTT tahun 2010 menunjukkan bahwa konversi AKI / 100.000 dan konversi AKB /1000 mengalami fluktuasi dari tahun 2008 sampai 2010 mengikuti fluktuasi cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan baik di fasilitas kesehatan maupun di rumah, yaitu pada tahun 2008 (AKI = (247), AKB (12,8), persalinan oleh tenaga kesehatan 79,1%), tahun 2009 (AKI = (302), AKB (13,1), persalinan oleh tenaga kesehatan 76%) dan pada tahun 2010 (AKI (270), AKB (12,2) persalinan oleh tenaga kesehatan 75,7 %). Laporan KIA Dinas Kesehatan Provinsi NTT tahun 2011 cakupan persalinan 78,43 %, persalinan di fasilitas kesehatan 22,89 %, kematian ibu 208 / 93531 KH dan AKB 9,1 / 1000 KH (Dinkes, 2012). Hal ini membuktikan bahwa terdapat korelasi antara AKI, AKB dengan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan, yaitu semakin tingginya cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan semakin rendah AKI (Depkes RI, 2009).

Menurut Jakir (2007) menyatakan bahwa analisis penolong persalinan penting karena salah satu indikator proses yang penting dalam program *safe motherhood* adalah melihat seberapa banyak persalinan yang dapat ditangani oleh tenaga kesehatan, namun ternyata masih adanya persalinan yang ditolong oleh tenaga non kesehatan meskipun ibu hamil melakukan pemeriksaan *antenatal* di bidan. Hal ini didukung oleh Murbiyanti (2011) bahwa ibu lebih percaya kepada dukun dibandingkan dengan bidan selain itu juga ternyata jumlah dukun lebih banyak dari jumlah bidan sehingga diperlukannya kemitraan antara bidan dan dukun untuk meningkatkan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan.

Kabupaten Alor merupakan kabupaten yang terdiri dari beberapa pulau sehingga sulit diakses secara geografi dan menjadi penyumbang terbesar kasus kematian ibu di Provinsi NTT pada tahun 2010, yaitu 17 orang / 4005 KH karena dari 21 kabupaten/kota di Propinsi NTT, cakupan persalinan oleh tenaga

kesehatan paling rendah yaitu 59,8 % meskipun di beberapa puskesmas terjadi peningkatan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan yang signifikan, namun pada tahun 2011 cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan menunjukkan trend naik menjadi 77,17 % dan persalinan di fasilitas kesehatan 51,1 % (target Provinsi NTT 70 % di tahun 2011) dan terdapat 13 kasus kematian dari 3744 kelahiran hidup. Ini menunjukkan bahwa dari 21 puskesmas yang ada di Kabupaten Alor, tidak semua menyumbang kasus kematian.

Puskesmas Mebung dan Kabir merupakan puskesmas yang mampu melakukan pelayanan obstetri neonatal emergensi dasar (PONED) dan merupakan *center* pelaksanaan Revolusi KIA di Kabupaten Alor, sehingga peneliti tertarik untuk menganalisis pelaksanaan Revolusi KIA di kedua puskesmas tersebut.

1.2 Perumusan Masalah

Puskesmas Kabir di pulau pantar dengan tenaga yang terbatas dan akses yang sulit namun cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan (82,67%), presentase persalinan di fasilitas kesehatan (75,6%), tidak ada kasus kematian ibu, terdapat 1 kematian bayi, sedangkan Puskesmas Mebung dekat pusat kota kalabahi dengan akses yang mudah cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan (59,14%), persalinan di fasilitas kesehatan 58,7%), tidak ada kasus kematian ibu namun terdapat 12 kematian bayi (Dinkes,2012).

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan maka masalah dalam penelitian ini adalah belum diketahuinya gambaran pelaksanaan dan faktor – faktor yang mendukung pelaksanaan Revolusi KIA dalam rangka menurunkan AKI dan AKB di Puskesmas Mebung dan Kabir Kabupaten Alor tahun 2012.

1.3 Pertanyaan Penilaian

Bagaimana pelaksanaan Revolusi KIA di Puskesmas Kabir dan Mebung dengan dilihat dari faktor *predisposing, enabling dan reinforcing* tahun 2012?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Mengetahui gambaran umum pelaksanaan Revolusi KIA di Puskesmas Mebung dan Kabir, Kabupaten Alor, Provinsi NTT tahun 2012.

1.4.2 Tujuan Khusus

- 1 Mengetahui gambaran faktor *predisposing*, *enabling* dan *reinforcing* terhadap pemilihan penolong dan tempat persalinan
- 2 Mengetahui hubungan faktor- faktor *predisposing* : umur, pendidikan, pengetahuan, paritas, pekerjaan dengan pemilihan penolong dan tempat persalinan
- 3 Mengetahui hubungan faktor *enabling* : jarak rumah ke fasilitas kesehatan dan riwayat ANC dengan pemilihan penolong dan tempat persalinan
- 4 Mengetahui hubungan faktor *reinforcing* : dukungan suami dan keluarga dengan pemilihan penolong dan tempat persalinan
- 5 Mengetahui kondisi dan pengaruh (sumber daya manusia, rumah tinggal, kemitraan bidan dan dukun serta anggaran) terhadap pelaksanaan Revolusi KIA

1.5 Manfaat Penelitian

1. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Alor untuk menyusun intervensi bagi penentu kebijakan dalam mendukung Revolusi KIA di Kabupaten Alor.
2. Dapat dijadikan sebagai acuan bagi puskesmas lain dalam menerapkan Revolusi KIA sebagai bahan informasi dalam mengevaluasi pelaksanaan Revolusi KIA di Kabupaten Alor semenjak adanya Pergub NTT No.42 tahun 2009 dan Perbup Alor No.12 / 2011
3. Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan untuk pengembangan khasanah ilmu pengetahuan dan bahan informasi untuk penelitian selanjutnya.

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif untuk melihat hubungan umur, pendidikan, pengetahuan, pekerjaan, paritas, jarak rumah ke

fasilitas, riwayat ANC dan dukungan suami dan keluarga dengan pemilihan penolong dan tempat persalinan dan secara kualitatif untuk mengetahui kondisi dan pengaruh tenaga kesehatan, fasilitas rumah tunggu, kemitraan bidan dengan dukun, anggaran terhadap pelaksanaan Revolusi KIA di Kabupaten Alor Provinsi NTT Tahun 2012.

Penelitian dilaksanakan di 2 Puskesmas PONED yaitu Mebung dan Kabir sejak bulan April sampai Mei 2012, melalui wawancara langsung menggunakan kuesioner dan telaan dokumen buku KIA ibu hamil pada ibu yang mempunyai bayi usia 0 – 12 bulan untuk memperoleh data kuantitatif kemudian dianalisa secara kualitatif dengan melakukan wawancara mendalam menggunakan panduan wawancara mendalam kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Alor, kepala bidang kesehatan keluarga (kesga), kepala puskesmas, bidan koordinator puskesmas perwakilan 1 dukun yang berada di wilayah kerja 2 puskesmas yang menjadi tempat penelitian. Data yang digunakan adalah primer dan sekunder.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Persalinan

2.1.1 Pengertian

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus ke dunia luar (Prawirohardjo,2002), yang merupakan suatu proses yang alamiah, peristiwa normal, namun apabila tidak dikelola dengan tepat, dapat berubah menjadi abnormal (PP IBI, 2006).

Persalinan merupakan proses pengeluaran hasil konsepsi usia kehamilan lebih dari 36 minggu sampai dengan 42 minggu dari dalam uterus melalui organ reproduksi wanita yaitu vagina ke dunia luar. Persalinan normal, bila bayi lahir dengan presentasi belakang kepala tanpa memakai alat pertolongan istimewa serta tidak melukai ibu dan bayi dan pada umumnya berlangsung dalam waktu kurang dari 24 jam.

2.1.2 Pertolongan Persalinan

Persalinan membutuhkan usaha total ibu secara fisik dan emosional karena itu dukungan moral dan upaya untuk menimbulkan rasa nyaman bagi ibu bersalin sangatlah penting. Ibu mungkin berada dalam tahapan persalinan dan kondisi yang berbeda – beda satu sama lain, sehingga kebutuhan masing – masing pun berbeda.

a. Prinsip dasar persalinan yang bersih

- 1) Bersih tangan penolong
- 2) Bersih daerah perineum
- 3) Jalan lahir tidak tersentuh oleh sesuatu yang tidak bersih
- 4) Bersih alat dan tempat melahirkan
- 5) Memotong tali pusat menggunakan alat yang bersih

b. Penolong dan Tempat Persalinan

Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008 mengatakan bahwa pelayanan pertolongan persalinan dapat dibedakan menjadi dua yaitu : Tenaga profesional yang terdiri dari dokter spesialis kebidanan, dokter umum, Perawat bidan dan tenaga non profesional adalah dukun bayi baik yang terlatih maupun tidak terlatih. Pelayanan persalinan dapat dilakukan di rumah sakit, puskesmas,

rumah bersalin, pondok bersalin desa (Polindes), pos kesehatan desa (Poskesdes) maupun di rumah penduduk.

Pemilihan penolong persalinan merupakan salah satu hak reproduksi perorangan. Hak Reproduksi perorangan dapat diartikan bahwa setiap orang baik laki – laki maupun perempuan (tanpa memandang perbedaan kelas social, suku, umur, agama dan lain – lain) mempunyai hak yang sama untuk memutuskan secara bebas dan bertanggung jawab (kepada diri sendiri, keluarga dan masyarakat) mengenai jumlah anak, jarak antar anak, serta menentukan waktu kelahiran anak dan di mana akan melahirkan (Depkes, 2010).

Menurut Misbah (2000) pertolongan persalinan merupakan pelayanan kesehatan, artinya masyarakat mencari pelayanan yang diinginkan untuk kesehatannya dan pencarian tersebut dapat ke tenaga kesehatan maupun non kesehatan karena persalinan merupakan saat khusus sekaligus kritis dalam kehamilan untuk ibu dan keluarga dengan baik

Dalam program KIA setiap persalinan hendaknya oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan namun kenyataannya di daerah terpencil masih banyak juga penolong persalinan yang berasal dari keluarga ataupun dari masyarakat yang dipercaya dapat menolong persalinan (www.beranda.pojok.co.cc, 2010). Penolong persalinan perlu memantau keadaan ibu dan janin untuk mewaspadaai secara dini terjadinya komplikasi dan juga berkewajiban untuk memberikan dukungan moril dan rasa nyaman kepada ibu yang sedang bersalin (Depkes,2003).

Tenaga yang dapat memberikan pertolongan persalinan dapat dibedakan menjadi:

a. Tenaga Kesehatan Profesional

Tenaga kesehatan professional terdiri dari dokter spesialis kebidanan, dokter umum, bidan, perawat bidan dan pembantu bidan.

1) Dokter spesialis kebidanan dan kandungan

Dokter ahli kebidanan adalah dokter umum yang telah lulus mengikuti pendidikan ahli di bidang ilmu kebidanan. Selain berperan memberikan pelayanan spesialistik, dapat juga berperan sebagai pembina jaminan kualitas pelayanan dan tenaga pelatih. Sebagai ahli dalam *obstetric gynecology*, mereka juga berperan sebagai advokator di daerahnya.

Keberadaan mereka sangat diharapkan karena tanpa mereka rumah sakit sulit member pelayanan *obstetric* dan *neonatal emergency* secara *komprehensif* (PONEK) sehingga diperlukan pemerataan penempatan dokter spesialis kebidanan dan kandungan di rumah sakit kabupaten / kota, diharapkan 1 rumah sakit mempunyai 1 orang dokter spesialis. Perbandingannya adalah 1 : 200.000 penduduk (Depkes RI, 2002).

2) Dokter umum

Dokter merupakan tenaga kesehatan yang menyelesaikan semua masalah kesehatan yang dihadapi pasien, tanpa memandang jenis penyakit, organologi, usia dan jenis kelamin dengan menggunakan prinsip pelayanan yang efektif dan efisien serta menjunjung tinggi tanggung jawab profesional, hukum, etika dan moral. Pelayanan yang diselenggarakannya sebatas kompetensi dasar kedokteran yang diperolohnya selama pendidikan kedokteran dasar berdasarkan indikator Indonesia Sehat 2010, rasio dokter umum adalah 40 : 100.000 penduduk.

3) Bidan

Bidan adalah seseorang yang telah menyelesaikan program pendidikan bidan yang diakui oleh negara serta memperoleh kualifikasi dan diberi izin untuk menjalankan praktek kebidanan di negeri ini. Bidan harus mampu memberikan supervisi, asuhan, dan memberikan nasehat yang dibutuhkan kepada wanita selama hamil, persalinan dan paska persalinan (*post partum period*), memimpin persalinan atas tanggung jawab sendiri serta asuhan pada bayi baru lahir dan anak. Menurut indikator Indonesia sehat 2010, rasio bidan terhadap jumlah penduduk adalah 100 orang per 100.000 penduduk.

4) Perawat

Perawat atau Nurse berasal dari bahasa latin yaitu dari kata *Nutrix* yang berarti merawat atau memelihara. Perawat adalah profesi yang difokuskan pada perawatan individu, keluarga, dan masyarakat sehingga mereka dapat mencapai, mempertahankan, atau memulihkan kesehatan yang optimal dan kualitas hidup dari lahir sampai mati yang bekerja secara independen sebagai

bagian dari sebuah tim untuk menilai, merencanakan, menerapkan dan mengevaluasi perawatan.

b. Tenaga Bukan Profesional

Dukun bayi menurut WHO dalam Karjatin, 2001 : “ A traditional birth attendant is a person (usually a woman) who assist to mother at child birth and who initially acquires her skill delivering babies by her selfor by working with traditional birt attendant.”

Dukun bayi adalah seorang wanita atau pria yang membantu menolong persalinan. Ciri – ciri dukun bayi pada umumnya adalah relative berusia tua, amat dihormati dan bersifat turun temurun. Dukun bayi memiliki teknik penyembuhan, memijat dan menggunakan ramuan – ramuan obat tradisional dan juga sangat dekat dengan masyarakat, komunikatif, sabar dan biayanya murah bahkan kadang tanpa biaya. Mereka sebagai penolong persalinan yang lebih dipercayai oleh masyarakat karena merupakan bagian dari kebudayaan sosial di mana masyarakat berada.

Sejak tahun 1998 program pelatihan dukun bayi di Indonesia dihentikan (Jakir, 2007) namun secara sosial budaya, dukun bayi masih memiliki peran penting untuk kepentingan pendidikan dan promosi kesehatan. Keberadaan dukun bayi sebenarnya menguntungkan petugas kesehatan karena dukun dapat membantu memberikan dukungan secara psikologis kepada ibu selama kehamilan, persalinan dan nifas serta menjembatani ibu dengan fasilitas kesehatan formal. Dukun bayi sangat mengenal situasi dan kondisi wilayah serta kebudayaan dan sistem yang berlaku pada masyarakat tersebut dibandingkan dengan petugas kesehatan. Dukun bayi bahkan dapat mempengaruhi sebagian besar keputusan para ibu untuk menggunakan atau tidak menggunakan pelayanan kesehatan.

2.1.3 Cakupan Persalinan oleh tenaga kesehatan

Dengan indikator ini dapat diperkirakan proporsi persalinan yang ditangani oleh tenaga kesehatan dan ini menggambarkan kemampuan manajemen program KIA dalam pertolongan persalinan secara professional. Rumus yang digunakan sebagai berikut :

$$\frac{\text{Jumlah persalinan oleh tenaga kesehatan}}{\text{Jumlah seluruh sasaran persalinan dalam satu tahun}} \times 100 \%$$

Jumlah sasaran ibu bersalin dalam 1 tahun dihitung berdasarkan jumlah perkiraan (angka proyeksi) ibu bersalin dalam satu wilayah tertentu dengan menggunakan rumus : Jumlah sasaran ibu bersalin dalam 1 tahun = angka kelahiran kasar (*Crude Birth Rate/CBR*) x 1,05 x jumlah penduduk di wilayah tersebut (Depkes RI, 2009).

2.2 Revolusi KIA

2.2.1 Pengertian

Revolusi KIA adalah salah satu bentuk upaya percepatan penurunan kematian ibu melahirkan dan bayi baru lahir dengan cara-cara yang luar biasa melalui persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan yang terlatih pada fasilitas pelayanan kesehatan yang memadai (Dinkes, 2009).

Fasilitas kesehatan yang memadai adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang siap memberikan pelayanan 24 jam serta memenuhi standar dari setiap aspek, yaitu : aspek sumber daya manusia, aspek peralatan, aspek obat, bahan dan perbekalan kesehatan, aspek bangunan, aspek sistim (termasuk *Standar Operating Procedure/SOP*, prosedur tetap / protap dan sistim rujukan, serta aspek penganggaran. Fasilitas kesehatan yang dimaksudkan disini adalah puskesmas rawat inap yang sudah memenuhi standar sebagai puskesmas PONEC dan rumah sakit yang mampu memberikan pelayanan obstetrik neonatal emergensi komperhensif (RS PONEK) yaitu Rumah sakit yang mampu memberikan pelayanan PONEC, transfusi darah dan bedah sesar serta pelayanan neonatal secara intensif dan menerima rujukan dari tenaga kesehatan atau fasilitas kesehatan lainnya ditingkat desa dan masyarakat atau rumah sakit lainnya (Dinkes, 2009).

2.2.2 Tujuan

- a. Tujuan Program Revolusi KIA.

Tujuan umum : Tercapainya percepatan penurunan kematian ibu melahirkan dan kematian bayi baru lahir melalui persalinan di fasilitas kesehatan yang memadai.

Tujuan Khusus

1. Tersedianya data sasaran ibu hamil, ibu melahirkan, dan bayi baru lahir di setiap desa.
2. Tersedianya Puskesmas PONED dan Rumah Sakit PONEK di Kabupaten / Kota.
3. Tersusunnya sistim pelayanan dasar, esensial dan emergensi (Obstetri Neonatal) bagi ibu hamil, ibu melahirkan, dan ibu nifas serta bayi baru lahir.
4. Terselenggaranya sistim pelayanan dasar, esensial, dan emergensi (Obstetri Neonatal) bagi ibu hamil, ibu melahirkan, dan ibu nifas serta bayi baru lahir.
5. Terselenggaranya sistim rujukan obstetri neonatal yang baik bagi ibu hamil, ibu melahirkan, ibu nifas dan bayi baru lahir.
6. Terselenggaranya persalinan yang selamat di fasilitas kesehatan yang memadai.
7. Menurunnya angka kematian ibu dan angka kematian bayi baru lahir setiap tahun sesuai target dinas kesehatan propinsi, yaitu :

Tabel 2.1 Target cakupan Revolusi KIA

No	Tahun	Salin di fasilitas (%)	Salin Nakes (%)	AKI 100.000 KH	AKB 1000 KH
1	2011	70 %	92	197	37
2	2012	80%	94	176	32
3	2013	90 %	96	153	27

Sumber: Pedoman Revolusi KIA di Propinsi NTT (Dinkes NTT,2009)

8. Meningkatnya peran aktif masyarakat dalam upaya penurunan kematian ibu dan bayi baru lahir.

2.2.3 Sasaran Program Revolusi KIA;

Semua ibu hamil, ibu bersalin, dan ibu nifas serta bayi baru lahir yang ada di Propinsi Nusa Tenggara Timur

2.2.4 Motto Revolusi KIA :

“ Datang Satu Pulang Dua Lebih Juga Boleh, Tidak Boleh Satu, Apalagi Nol”.

2.2.5 Kebijakan Operasional

1. Penanganan persalinan adalah pertolongan persalinan yang terjadi di tingkat pelayanan primer
2. Tingkat pelayanan kesehatan primer hanya diperbolehkan menangani persalinan normal, sedangkan persalinan dengan resiko tinggi harus dirujuk
3. Setiap terjadi kelainan persalinan segera dikonsultasikan kepada dokter ahli kecuali dalam keadaan gawat darurat
4. Pasien dalam keadaan darurat segera dirujuk ke Puskesmas rawat inap / Rumah sakit terdekat dengan disertai pemberian pertolongan pertama terlebih dahulu.

2.2.6 Peran dan Fungsi Program Revolusi KIA

Ada dua sisi yang harus diintervensi didalam pelaksanaan Revolusi KIA yaitu :

1. Pemerintah / swasta pada sebagai penyedia pelayanan atau fasilitas kesehatan berperan untuk merubah kondisi sebelum revolusi menjadi kondisi sebagai berikut:
 - a) Menolong di fasilitas pelayanan kesehatan yang memadai
 - b) Merujuk pasien pada saat yang tepat, petugas Kesehatan melakukan identifikasi kasus risiko tinggi pada semua ibu hamil dan dapat merujuk tepat waktu ke Puskesmas PONED / RS PONEK
 - c) Bekerja sesuai standar yang berpedoman pada standar pelayanan kebidanan yang telah ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
2. Masyarakat sebagai pihak yang membutuhkan pelayanan kesehatan berperan merubah kondisi sebelum Revolusi KIA menjadi kondisi:
 - a) Melahirkan pada fasilitas pelayanan kesehatan yang memadai yaitu di Puskesmas PONED atau Rumah Sakit PONEK.
 - b) Bagi ibu hamil yang mempunyai tempat tinggal jauh dari sarana pelayanan kesehatan, dianjurkan 1- 2 minggu sebelum tafsiran persalinan sudah menginap di rumah tunggu puskesmas untuk menunggu proses kelahirannya.
 - c) Mendorong atau berupaya untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang optimal.

2.2.7 Strategi Revolusi KIA

a. Peningkatan mutu pelayanan (*Supply side*)

Dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan dan jangkauan pelayanan kesehatan diharapkan agar semua ibu hamil berada sedekat mungkin pada sarana pelayanan kesehatan, baik pelayanan kesehatan dasar maupun pelayanan rujukan. Untuk itu dikembangkan tiga sistim peningkatan mutu yaitu

- 1) Membangun rumah tunggu di semua puskesmas PONEK / RS PONEK yang terdiri dari Standard minimal 1 Kamar Pasien;1 Ruang Keluarga: (1 Ruang Pria;1 Ruang Wanita); 1 Dapur, 3 Kamar Mandi
- 2) Puskesmas PONEK dan RS PONEK menyiapkan pelayanan kesehatan yang bermutu pada umumnya dan secara khusus pelayanan pertolongan persalinan dan bayi baru lahir selama 24 jam per hari dan pelayanan kedaruratan kebidanan serta bayi baru lahir 24 jam / hari di RS PONEK
- 3) Sistim Rujukan Yang Memadai; memantapkan kualitas rujukan kegawat daruratan kebidanan serta bayi baru lahir.

b. Pemberdayaan Masyarakat (*Demand Side*)

Untuk mencapai hasil yang maksimal diperlukan peningkatan kesadaran masyarakat, penggerakan/pengorganisasian, peran serta aktif masyarakat di tingkat desa (kader, dukun, tokoh agama, tokoh masyarakat, organisasi kemasyarakatan lainnya) serta dukungan pemangku kepentingan dan aparat pemerintah setempat sesuai dengan peran masing-masing antara lain :

- 1) Tingkat keluarga : Memberdayakan keluarga (suami, isteri, anak) melalui pendekatan komunikasi, informasi, dan edukasi, temuwicara serta kunjungan rumah.
- 2) Tingkat Masyarakat : Memberdayakan kader posyandu, kader dasa wisma, Sub PPKBD (pembantu penyuluh keluarga berencana desa) untuk mendata sasaran ibu hamil, ibu melahirkan, ibu nifas, ibu menyusui, bayi baru lahir serta pasangan usia subur (PUS).
- 3) Tingkat Desa atau Kelurahan: Memberdayakan kepala desa/lurah, Badan Permusyawaratan Desa/Kelurahan (BPD/Lurah), tim pemberdayaan dan kesejahteraan keluarga (PKK) melalui penetapan peraturan desa/kelurahan

tentang kewajiban semua Ibu hamil untuk melahirkan di fasilitas kesehatan yang memadai.

- 4) Tingkat Kecamatan : Meningkatkan penggalangan kemitraan dalam pembangunan kesehatan di wilayah kerja kecamatan dengan memberikan arahan dan supervisi ke desa/kelurahan untuk menjamin terselenggaranya sistem pelayanan kesehatan desa/kelurahan
- 5) Tingkat Kabupaten : Menyediakan alokasi anggaran , adanya peraturan bupati atau walikota
- 6) Tingkat Provinsi : Memberikan arahan serta bimbingan dan supervisi terhadap pelaksanaan kebijakan pelayanan kesehatan di kabupaten/kota.

2.2.8 Tata laksana

A. Pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Puskesmas PONED harus memenuhi kriteria:

1. Puskesmas dengan sarana pertolongan persalinan dengan tempat perawatan / puskesmas rawat inap dan siap 24 jam
2. Mempunyai fungsi sebagai pusat rujukan antara bagi penduduk yang tercakup oleh puskesmas termasuk penduduk di luar wilayah puskesmas PONED
3. Jarak tempuh dari lokasi pemukiman sasaran pelayanan dasar puskesmas biasa ke puskesmas mampu PONED paling lama 1 jam dengan transport umum setempat, mengingat waktu pertolongan hanya 2 jam untuk kasus perdarahan.
4. Jumlah dan tenaga kesehatan yang dapat memberikan pelayanan kebidanan dan neonatal dan telah dilatih PONED minimal 3 orang yang tinggal di sekitar lokasi puskesmas PONED, yaitu seorang dokter umum, seorang bidan dan seorang perawat.
5. Jumlah dan jenis sarana kesehatan yang perlu tersedia minimal : alat dan obat kebidanan, buku pedoman teknis dan manajerial serta ruangan dan tempat persalinan dengan luas ruangan minimal Luas minimal 3 x 3 Ventilasi dan penerangan yang memenuhi syarat, suasana aseptik, tempat tidur minimal 2 yang dapat digunakan untuk melaksanakan tindakan, tersedianya air bersih, WC dan kamar mandi
6. Mampu memberikan pelayanan: Preeklamsi, eklamsi, perdarahan, sepsis, sepsis neonatorum, asfiksia, kejang, ikterus, hipoglikemia, hipotermi, tetanus

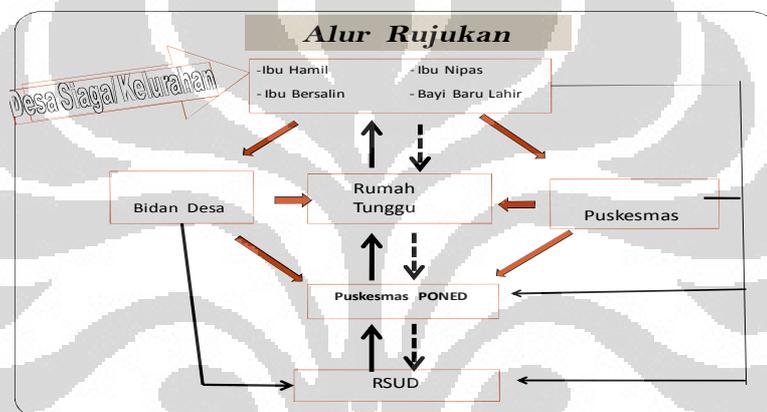
Neonatorum, Trauma lahir, Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), sindrom gangguan pernapasan dan kelainan congenital

B. Penanggung jawab Puskesmas PONEC adalah dokter umum

C. Alur Pelayanan di Puskesmas PONEC

Setiap kasus normal maupun emergensi yang datang ke Puskesmas PONEC harus **“langsung di tangani”** baru pengurusan administrasi. Pelayanan gawat darurat obstetric dan neonatal yang diberikan harus mengikuti protap

D. Mekanisme Rujukan: Rujukan yang dilakukan baik langsung dari masyarakat maupun dari tenaga kesehatan



Gambar 2.1 Alur Rujukan Ibu Hamil

E. Kerjasama Puskesmas PONEC

Pada lokasi yang berbatasan dengan kabupaten/kota lain, perlu dilakukan kerjasama yang difasilitasi oleh provinsi melalui :

1. Pengaturan pelayanan ibu hamil, melahirkan, nifas dan ibu menyusui serta bayi baru lahir
2. Pengaturan pertemuan rutin antara kepala dinas kesehatan kabupaten/kota, Puskesmas PONEC dan rumah sakit PONEK
3. Review Maternal Perinatal baik secara social maupun klinis
4. On the Job training secara berkala (6 bulan atau 1 tahun) bagi para dokter, bidan dan perawat
5. Mengirimkan laporan secara rutin ke dinas kesehatan kabupaten/kota tembusan disampaikan kepada bupati/walikota setiap bulan.

2.2.9 Pendanaan

A. Sumber Dana

Dana untuk pelayanan pertolongan persalinan serta penanganan komplikasi baik obstetrik maupun neonatal serta rujukan ke RS PONEK bersumber dari APBN (BOK, Dekon, DAK), APBD provinsi, APBD kabupaten/kota, external agency, dana masyarakat, askes, jamkesmas, PNPM (program nasional pemberdayaan masyarakat), bantuan kerja sama dengan pihak lain resmi tidak mengikat.

B. Alokasi Dana

1. Persalinan normal

Alokasi dana ditetapkan dengan keputusan Bupati yang disesuaikan dengan kebutuhan Puskesmas dan Rumah sakit dalam pemberian pelayanan terhadap ibu melahirkan.

2. Persalinan dengan Komplikasi

3. Biaya rujukan ibu hamil dari rumah ke fasilitas kesehatan bersama pengantar kesehatan dan keluarga pasien pergi – pulang ditanggung oleh pemerintah serta anggaran lain yang mengikat.

4. Khusus bagi ibu hamil yang jauh dapat tinggal di rumah tunggu yaitu ibu hamil normal beserta 1 orang keluarganya dan 1 bidan ditanggung 2 hari sebelum melahirkan dan 2 hari sesudah melahirkan. Bagi ibu hamil dengan komplikasi datang 2 minggu sebelum melahirkan dan 1 minggu pasca melahirkan.

5. Dana pengganti transport dukun yang mengantar ibu hamil ke puskesmas ditanggung oleh pemerintah serta anggaran lain yang mengikat

6. Biaya Operasional dan manajemen Puskesmas PONEK dan RS PONEK

7. Biaya untuk transportasi Donor darah dibebankan kepada pemerintah daerah serta anggaran lain yang tidak mengikat.

2.2.10 Pembinaan

Tujuan pembinaan adalah untuk meningkatkan kemampuan para pelaksana PONEK dan RS PONEK. Aspek teknis medis yang dibina adalah kemampuan/keterampilan dan kepatuhan pelaksana PONEK dan PONEK sehingga dapat berperan dalam Revolusi KIA.

Pelaksanaan dan Kegiatan Program Revolusi KIA di Kabupaten Alor

a. Dinas Kesehatan

1. Melakukan sosialisasi Revolusi KIA kepada pihak pemerintah setempat yaitu: bupati, DPRD, Lintas Sektor dan lintas program hasilnya telah terbit peraturan Bupati Alor Nomor 12 tahun 2011
2. Melakukan advokasi kepada pihak pengambil keputusan untuk alokasi dana
3. Membangun rumah tunggu di 6 puskesmas rawat inap yaitu : Puskesmas Mebung, Puskesmas Moru, Puskesmas Apui, Puskesmas Kabir, Puskesmas Buraga dan Puskesmas Maritaing.
4. Mengalokasikan dana kemitraan dukun sebagai pengganti dana transportasi dukun bersalin dalam merujuk atau mengantar ibu hamil
5. Penguatan Puskesmas PONEK dan RS PONEK antara lain : Penguasaan sarana Prasarana, Obat-obatan dan Penguatan SDM seperti pelatihan tenaga bidan dan dokter dalam penanganan persalinan dan kegawat daruratan kebidanan seperti : pelatihan asuhan persalinan normal (APN), pelatihan penanganan obstetri neonatal emergensi dasar (PONEK), Pelatihan PPGDON, manajemen BBLR, penanganan resusitasi bayi baru lahir.
6. Membuat kebijakan kepala dinas kesehatan sebagai tindak lanjut Peraturan Gubernur tentang Revolusi KIA.
7. Bekerja sama dengan pihak RSUD Kalabahi untuk menyiapkan RSUD sebagai Pusat Rujukan (PONEK) dengan dokter residen Obstetri dan ginekologi yang berasal dari RSUP Wahidin Sudirohusodo - Makassar

b. Tingkat Puskesmas

1. Melakukan Sosialisasi kepada Pemerintah Kecamatan, pemerintah desa / kelurahan, dan semua pihak yang terkait
2. Bersama dengan pihak kecamatan untuk membuat kebijakan yang berpihak kepada Ibu hamil dan bayinya.

2.3 Kemitraan bidan dan dukun

2.3.1 Pengertian

Kemitraan bidan dengan dukun adalah 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.

2.3.2 Kebijakan

1. Setiap ibu bersalin dan bayi baru lahir memperoleh pelayanan dan pertolongan oleh tenaga kesehatan yang kompeten dalam pertolongan persalinan
2. Kemitraan bidan dengan dukun dilaksanakan untuk meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir oleh tenaga kesehatan.
3. Seluruh dukun yang ada dilibatkan dalam satu bentuk kerjasama yang menguntungkan antara bidan dengan dukun dalam bentuk kemitraan

2.3.3 Mekanisme Kerja

Kemitraan bidan dengan dukun dalam upaya meningkatkan program kesehatan ibu dan anak diperlukan suatu mekanisme pelaksanaan kemitraan yang jelas dengan langkah – langkah sebagai berikut :

1. Inventarisasi semua bidan dengan dukun
2. Menyamakan persepsi antara peran bidan dengan dukun
3. Menetapkan peran dan tanggung jawab bidan dengan dukun sesuai dengan lingkungan dan kemampuannya.
4. Membuat kesepakatan tertulis tentang peran dan tugas bidan dengan dukun diketahui oleh kepala desa/lurah ataupun tokoh masyarakat.
5. Menyusun rencana kerja kegiatan kemitraan dengan menetapkan pembagian tugas sesuai dengan peran dan tanggung jawabnya.
6. Mensosialisasikan kesepakatan kemitraan bidan dengan dukun.
7. Melaksanakan kegiatan kemitraan sesuai dengan tugas masing – masing.
8. Memantau dan menilai hasil kegiatan kemitraan yang dicapai dan pengembangannya.

2.3.4 Ruang Lingkup

Ruang lingkup kegiatan mencakup input, proses dan output program.

1. Input

Meliputi penyiapan tenaga, biaya operasional, sarana kegiatan bidan dan dukun serta metode/mekanisme pelaksanaan kegiatan

2. Proses

Meliputi lingkup kegiatan kerja bidan dengan dukun. Kegiatan bidan mencakup aspek teknis kesehatan sedangkan kegiatan dukun mencakup aspek non teknis kesehatan. Tugas dukun ditekankan beralih peran dari menolong persalinan menjadi merujuk ibu hamil dan bersama bidan merawat ibu nifas dan bayi barulahir berdasarkan kesepakatan pembagian peran antara bidan dengan dukun.

3. Output

Kemitraan bidan dengan dukun adalah pencapaian target KIA antara lain:

- a. Meningkatnya jumlah bidan dengan dukun yang bermitra
- b. Meningkatnya rujukan oleh dukun
- c. Meningkatnya cakupan pemeriksaan ibu hamil
- d. Meningkatnya pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan
- e. Meningkatnya peserta KB pasca salin
- f. Meningkatnya deteksi risti/komplikasi oleh masyarakat

2.3.5 Peran Bidan Dengan Dukun Dalam Pelaksanaan Kemitraan

Tabel 2.2 Peran Bidan dan Dukun

1. Periode kehamilan

BIDAN	DUKUN
1. Melakukan pemeriksaan ibu hamil dalam hal:	1. Memotivasi ibu hamil untuk periksa ke Bidan
a. Keadaan Umum	
b. Menentukan taksiran partus	2. Mengantar ibu hamil yang tidak mau periksa ke Bidan
c. Menentukan keadaan janin dalam kandungan	3. Membantu Bidan pada saat pemeriksaan ibu hamil
d. Pemeriksaan laboratorium yang diperlukan	4. Melakukan penyuluhan pada ibu hamil dan keluarga tentang :
2. Melakukan tindakan pada ibu hamil:	a. Tanda – tanda persalinan
a. Pemberian imunisasi TT	b. Tanda bahaya kehamilan
b. Pemberian tablet Fe	c. Kebersihan pribadi dan lingkungan
c. Pemberian pengobatan / tindakan apabila ada komplikasi	d. Kesehatan dan gizi

-
3. Melakukan penyuluhan dan konseling pada ibu hamil dan keluarga mengenai :
 - a. Tanda – tanda kehamilan dan persalinan
 - b. Kebersihan pribadi dan lingkungan
 - c. Kesehatan dan gizi
 - d. Perencanaan persalinan (bersalin di bidan, menyiapkan transportasi, menggalang dalam menyiapkan biaya, menyiapkan calon donor darah)
 - e. KB setelah melahirkan menggunakan alat bantu pengambilan keputusan (ABPK)
 4. Melakukan kunjungan rumah untuk :
 - a. Pemeriksaan kehamilan
 - b. Penyuluhan/Konseling pada keluarga tentang perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi
 - c. Motivasi persalinan di bidan pada waktu menjelang taksiran persalinan
 5. Melakukan rujukan apabila diperlukan
 6. Melakukan pencacatan seperti :
 - a. Kartu ibu
 - b. Kohort ibu
 - c. Buku KIA
 7. Melakukan laporan :
 - Cakupan K1 dan K4
-

2. Periode Persalinan

BIDAN	DUKUN
1. Mempersiapkan sarana dan prasarana persalinan aman dan alat resusitasi bayi baru lahir, termasuk pencegahan infeksi	1. Mengantar calon ibu bersalin ke Bidan
2. Memantau kemajuan persalinan sesuai dengan partograf	2. Mengingatkan keluarga menyiapkan alat transport untuk pergi ke bidan/ memanggil
3. Melakukan asuhan persalinan	3. Mempersiapkan sarana prasarana persalinan aman seperti : air dan kain bersih
4. Melaksanakan inisiasi menyusui dini	4. Mendampingi ibu pada saat persalinan
5. Injeksi vitamin K1 dan salp mata	5. Membantu Bidan pada saat proses

antibiotic pada bayi baru lahir	persalinan
6. Melakukan perawatan bayi baru lahir	6. Melakukan ritual keagamaan/tradisional yang sehat sesuai tradisi setempat
7. Melakukan tindakan PPGDON apabila mengalami komplikasi	7. Membantu Bidan dalam perawatan bayi baru lahir
8. Melakukan rujukan bila diperlukan	8. Membantu ibu dalam inisiasi menyusui dini kurang dari 1 jam
9. Melakukan pencatatan persalinan pada :	9. Memotivasi rujukan bila diperlukan
a. Kartu ibu/partograf	10. Membantu Bidan. membersihkan ibu,tempat dan alat setelah persalinan
b. Kohort Ibu dan Bayi	
c. Register persalinan	
10. Melakukan pelaporan:	
• Cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan	

3. Periode Nifas

BIDAN	DUKUN
1. Melakukan Kunjungan Neonatal dan sekaligus pelayanan nifas	1. Melakukan kunjungan rumah dan memberikan penyuluhan tentang:
2. Melakukan penyuluhan dan konseling pada ibu dan keluarga mengenai:	a. Tanda – tanda bahaya dan penyakit ibu nifas
a. Tanda – tanda bahaya dan penyakit ibu nifas dan bayi sakit	b. Tanda – tanda bayi sakit
b. Kebersihan pribadi dan lingkungan	c. Kebersihan pribadi dan lingkungan
c. Kesehatan dan gizi	d. Kesehatan dan gizi
d. Asi Eksklusif	e. Asi Eksklusif
e. Perawatan tali pusat	f. Perawatan tali pusat
f. KB setelah melahirkan	g. Perawatan payudara
3. Melakukan rujukan apabila diperlukan	2. Memotivasi ibu dan keluarga untuk ber-KB setelah melahirkan
4. Melakukan pencatatan pada:	3. Melakukan ritual keagamaan/tradisional yang sehat sesuai tradisi setempat
a. Kohort Bayi	4. Memotivasi rujukan bila diperlukan
b. Buku KIA	5. Melaporkan ke bidan apabila ada calon akseptor KB baru
5. Melakukan Laporan :	
Cakupan Pelayanan Nifas	

Dalam proses alih peran dan pembagian tugas bidan dengan dukun perlu disepakati :

1. Peran bidan dengan dukun
2. Mekanisme rujukan informasi ibu hamil dari dukun ke bidan
3. Mekanisme rujukan kasus persalinan

4. Jadwal pertemuan rutin bidan – dukun
5. Mekanisme pembagian biaya persalinan.

2.3.6 Pelaksanaan Kemitraan

1. Tugas Puskesmas

- a. Melaksanakan Assesmen (analisa situasi, monitoring, evaluasi) Kemitraan bidan – dukun
- b. Berkoordinasi dengan lintas program / lintas sektor kecamatan dan desa / Kelurahan dalam pelaksanaan kegiatan
- c. Membangun jejaring dengan LSM, PKK, tokoh agama, tokoh masyarakat dan swasta di kecamatan dan desa / kelurahan
- d. membina dukun yang berada di wilayah setempat
- e. Melaksanakan kegiatan program kemitraan bidan – dukun
- f. Memfasilitasi bidan di desa dalam pelaksanaan kemitraan
- g. Memantau dan evaluasi kegiatan program kemitraan bidan dengan dukun
- h. Bertanggung jawab dan melaporkan kepada kepala dinas kesehatan
- i. Monitoring dan Evaluasi

2. Tugas bidan di desa / bidan pembina wilayah kegiatan

- a. Mendata dan memetakan dukun dan ibu hamil
- b. Berkoordinasi dengan aparat desa
- c. Membangun jejaring dengan aparat desa , PKK, LSM, tokoh agama, tokoh masyarakat dan swasta di desa / kelurahan
- d. Membina dukun yang berada di wilayah setempat
- e. Melaksanakan kegiatan program kemitraan bidan dengan dukun
- f. Bertanggung jawab dan melaporkan kepada kepala puskesmas.

3. Pelaksanaan di Tingkat Kecamatan / Puskesmas

Melakukan sosialisasi yang bertujuan untuk mendapatkan kesepakatan serta dukungan dari lintas sektor, tokoh agama dan tokoh masyarakat sehingga diperolehnya dukungan dari unsur terkait.

4. Pelaksanaan Tingkat desa

- a. Sosialisasi untuk mendapat kesepakatan serta dukungan
- b. Pembekalan dukun untuk meningkatkan pengetahuan dukun dalam melaksanakan deteksi dini ibu hamil, pengenalan tanda bahaya pada ibu

hamil, ibu bersalin, ibu nifas dan bayi, cara – cara melaksanakan penyuluhannya serta keterampilan dalam membantu merawat ibu dan bayi pada masa nifas.

c. Magang dukun

- a) Terciptanya hubungan interpersonal antara bidan dengan dukun yang lebih akrab sehingga dukun akan sepakat merujuk kasus persalinan kepada bidan setempat dimana dukun tersebut magang.
- b) Meningkatnya keterampilan dukun dalam perawatan bayi baru lahir dan ibu nifas, pendeteksian risiko tinggi pada ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas dan bayi baru lahir serta cara – cara melaksanakan rujukan tepat waktu dan penyuluhan.

2.3.7 Pemantauan dan Evaluasi

Untuk mengetahui keberhasilan kegiatan, diperlukan adanya langkah pemantauan dan evaluasi yang dilakukan secara terus – menerus. Hasil pemantauan merupakan bahan masukan untuk perencanaan dan langkah perbaikan berikutnya yang dilakukan 1 x / pertahun dari propinsi ke kabupaten sedangkan dari kabupaten ke puskesmas atau dari puskesmas ke desa setiap 3 bulan sedangkan Evaluasi 1x setahun setelah proses kemitraan berlangsung melalui pertemuan kabupaten/propinsi di tingkat puskesmas melalui lokakarya mini, sedangkan di desa melalui pertemuan bulanan.

Indikator keberhasilan pemantauan dan evaluasi dilakukan dengan membandingkan pencapaian dari hasil kegiatan dengan perencanaan secara berkesinambungan. Dalam menilai kualitas kegiatan kemitraan bidan dengan dukun diperlukan indikator: Jumlah dukun yang bermitra dari seluruh dukun yang ada di suatu daerah, cakupan ANC, Persalinan oleh tenaga kesehatan, pelayanan nifas, KB, Ada kebijakan kemitraan Bidan dengan dukun (SK, perdes, surat kesepakatan dan lain – lain).

2.4 Faktor – Faktor Internal Dan Eksternal Ibu Yang Mempengaruhi Pemilihan Penolong Dan Tempat Persalinan

2.4.1 Umur Ibu

Umur ibu turut menentukan kesehatan maternal dan sangat berhubungan erat dengan kondisi kehamilan, persalinan dan nifas serta bayinya. Usia ibu hamil yang terlalu muda atau terlalu tua (≤ 20 tahun atau ≥ 35 tahun) merupakan faktor penyulit kehamilan, sebab ibu yang hamil terlalu muda, keadaan tubuhnya belum siap menghadapi kehamilan, persalinan dan nifas serta merawat bayinya, sedangkan ibu yang usianya 35 tahun atau lebih akan menghadapi risiko seperti kelainan bawaan dan penyulit pada waktu persalinan yang disebabkan oleh karena jaringan otot rahim kurang baik untuk menerima kehamilan. Proses reproduksi sebaiknya berlangsung pada ibu berumur antara 20 hingga 34 tahun karena jarang terjadi penyulit kehamilan dan juga persalinan (Kusumandiri, 2010)

Di Indonesia perkawinan usia muda cukup tinggi, terutama di daerah pedesaan. Perkawinan usia muda biasanya tidak disertai dengan persiapan pengetahuan reproduksi yang matang dan tidak pula disertai kemampuan mengakses pelayanan kesehatan karena peristiwa hamil dan melahirkan belum dianggap sebagai suatu keadaan yang harus dikonsultasikan ke tenaga kesehatan. Masih banyak terjadi perkawinan, kehamilan dan persalinan di luar kurun waktu reproduksi yang sehat terutama pada usia muda. Resiko kematian pada kelompok umur di bawah 20 tahun dan pada kelompok umur di atas 35 tahun adalah 3 kali lebih tinggi dari kelompok umur reproduksi sehat yaitu 20 – 34 tahun (Mochtar, 1998), ada referensi lain yang menyatakan bahwa kematian maternal pada waktu hamil dan melahirkan umur < 20 tahun 2 sampai 5 kali lebih tinggi dari kematian maternal pada usia 20 – 30 tahun dan akan meningkat pada usia > 35 tahun (Prawirohardjo, 2010).

Dari hasil penelitian Yuliana (2011) menemukan ibu yang memilih dukun sebagai penolong persalinan lebih banyak pada kelompok umur (≤ 20 tahun atau > 35 tahun) dan tidak ada hubungan dengan pemilihan penolong persalinan.

2.4.2 Pendidikan

Notoatmodjo pada tahun 2005 mengungkapkan pendidikan mempengaruhi proses belajar, karena semakin tinggi pendidikan maka semakin banyak informasi

yang didapat. Pendidikan sangat dibutuhkan manusia untuk pengembangan diri dan meningkatkan kematangan intelektual seseorang. “Kematangan intelektual akan berpengaruh pada wawasan dan cara berpikir seseorang, baik dalam tindakan yang dapat dilihat maupun dalam cara pengambilan keputusan yang bijaksana.” (Cherawati,2004).

“Wanita dengan tingkat pendidikan rendah biasanya cenderung untuk mempunyai keputusan yang tidak dianjurkan. Ibu dari pedesaan yang berpendidikan rendah cenderung melahirkan di rumah dan ditolong oleh dukun sehingga banyak mengalami komplikasi kehamilan yang dapat mengancam jiwa ibu dan bayi. Dibandingkan ibu di daerah perkotaan yang melahirkan ditolong bidan atau dokter (65 %). Hal ini terjadi karena rendahnya pendidikan ibu di pedesaan dan tidak tahu menggunakan akses fasilitas kesehatan”. Hasil studi Wijono (2001) Yuliana (2011).

Tingkat pendidikan ibu juga berpengaruh pada pemilihan penolong persalinan dan perawatan selama kehamilan. Pada penelitian Kusumadari, 2010 82 % wanita berpendidikan tinggi yang melahirkan ditolong oleh tenaga kesehatan sedangkan 62 % wanita berpendidikan rendah yang memilih tenaga kesehatan sebagai penolong persalinan.

2.4.3 Paritas

Paritas adalah jumlah anak yang pernah dilahirkan baik yang meninggal ataupun yang hidup (Joeharno,2008) Paritas merupakan faktor penting dalam menentukan nasib ibu dan janin baik selama kehamilan maupun selama persalinan (Karjatin, 2002) dengan demikian paritas erat hubungannya dengan penyulit atau komplikasi persalinan yang pernah dialami pada kelahiran – kelahiran lalu.

Kematian ibu pada kehamilan pertama cukup tinggi akan tetapi menurun pada kehamilan kedua dan ketiga namun akan meningkat lagi pada kehamilan ke empat dan mencapai puncaknya pada kehamilan ke lima atau lebih. Selain itu jumlah persalinan akan memberikan pengalaman kepada ibu untuk persalinan berikutnya. Ibu – ibu yang belum pernah melahirkan cenderung mencari tahu tentang proses persalinan dan pelayanan persalinan yang tepat.

Dari hasil penelitian Mardiati (2001) semakin bertambah tinggi paritas ibu, semakin memanfaatkan pelayanan kesehatan sama juga dengan hasil penelitian

Raodah (2011) adanya hubungan antara paritas dengan pemilihan penolong persalinan yaitu ibu dengan paritas > 4 memiliki kecenderungan untuk memilih tenaga kesehatan sebagai penolong persalinan.

2.4.4 Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia terhadap objek melalui indra yang dimiliki, menghasilkan pengetahuan yang sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*overt behavior*). Perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan.

Faktor – faktor yang mempengaruhi pengetahuan :

a. Faktor Internal :

1. Pendidikan : Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju ke arah cita – cita tertentu yang menentukan manusia untuk berbuat dan mengisi kehidupan. Menurut YB Mantra yang dikutip Notoatmodjo (2003), pada umumnya makin tinggi pendidikan seseorang, makin mudah menerima informasi.
2. Pekerjaan : Menurut Thomas yang dikutip oleh Nursalam (2003), bekerja bagi ibu – ibu akan mempengaruhi kehidupan keluarga. Di tempat kerja, ibu akan terpapar dengan informasi sehingga ia mampu mengambil keputusan sesuai pengetahuan yang dimiliki.
3. Umur : Menurut Elisabeth BH yang dikutip Nursalam (2003) dalam Wawan dan Dewi (2010), usia adalah umur individu yang dihitung mulai saat lahir sampai berulang tahun. Menurut Huclok (1998) semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berpikir dan bekerja. Dari segi kepercayaan masyarakat lebih mempercayai yang berusia dewasa dibandingkan seseorang yang masih muda dalam hal pengalaman dan kematangan jiwa.

b. Faktor Eksternal:

1. Faktor Lingkungan

Menurut Ann. Mariner yang dikutip dari Nursalam (2003) dalam Wawan dan Dewi (2010), lingkungan merupakan seluruh kondisi yang ada di sekitar

manusia yang dapat mempengaruhi perkembangan dan perilaku orang atau kelompok

2. Sosial Budaya

Sistem sosial budaya yang ada pada masyarakat dapat mempengaruhi pengetahuan dan sikap dalam menerima informasi.

Menurut Notoatmodjo (2003) Pengetahuan yang cukup di dalam domain kognitif mempunyai 6 (enam) tingkat :

- a. Tahu (*Know*) : Tahu diartikan sebagai *recall* atau memanggil memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu. Untuk mengetahui atau mengukur tahu, misalnya dengan memberikan pertanyaan.
- b. Memahami (*Comprehension*): Memahami berarti tidak sekedar menyebutkan tetapi juga dapat menginterpretasikan secara benar tentang objek yang diketahui.
- c. Aplikasi (*Application*): Seseorang telah memahami objek dan dapat menggunakan atau mengaplikasikan prinsip pada situasi lain
- d. Analisis (*Analysis*):Kemampuan seseorang untuk menjabarkan,memisahkan atau mengaplikasikan prinsip pada situasi lain.
- e. Sintesis (*Syntesis*): Kemampuan seseorang untuk merangkum atau meletakan dalam satu hubungan yang logis dari komponen – komponen yang dimiliki atau kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi yang ada sebelumnya.
- f. Evaluasi (*Evaluation*): Kemampuan seseoarang untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu objel tertentu didasarkan pada suatu criteria yang ditentukan sendiri atau norma – norma yang berlaku di masyarakat.
- g. Hasil penelitian Raodah (2011) menyatakan bahwa semakin tinggi pengetahuan ibu, maka ia memiliki kecenderungan untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan.

2.4.5 Pekerjaan

Menurut Harni (1994) dalam Murbiyanti (2011) pekerjaan adalah suatu tugas yang menjadi tanggung jawab seseorang atau sekelompok orang untuk menyelesaikan dengan baik. Ibu yang bekerja akan menghasilkan uang dan menambah pendapatan keluarganya. Ibu yang mempunyai penghasilan besar

memiliki peluang untuk memilih penolong persalinan yang berkualitas dibandingkan dengan yang berpenghasilan rendah.

2.4.6 Jarak ke fasilitas kesehatan

Menurut Andersen (1975) dan Green (1980) jarak berhubungan dengan keterjangkauan pelayanan kesehatan yang merupakan faktor *enabling* yang berpengaruh terhadap pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan. Masyarakat yang membutuhkan seringkali tidak dapat menjangkau fasilitas kesehatan akibat hambatan jarak yang dipengaruhi oleh jenis jalan, jenis kendaraan, berat ringannya penyakit dan kemampuan biaya untuk ongkos jalan. Dengan demikian terjadi keterlambatan rujukan dalam mencapai fasilitas kesehatan yang lebih lengkap sehingga bila terjadi komplikasi pada ibu akan sulit untuk diatasi.

Hasil penelitian (Yuliana 2011) ibu yang memiliki rumah dekat ke fasilitas kesehatan mempunyai peluang 5,68 kali lebih besar untuk memilih paraji / dukun sebagai penolong persalinan.

2.4.7 Riwayat ANC

Pemeriksaan kehamilan /*ante natal care* (ANC) adalah pemeriksaan kehamilan untuk persiapan memberikan ASI dan kembalinya kesehatan reproduksi secara wajar. ANC adalah perawatan fisik dan mental pada masa hamil. ANC bersifat *preventif care* dan bertujuan mencegah hal – hal yang kurang baik bagi ibu dan anak. Pengawasan *ante natal* bermanfaat untuk mengoptimalkan kesehatan mental dan fisik ibu hamil sehingga mampu menghadapi persalinan, kala nifas, mendeteksi dini faktor risiko kehamilan, pencegahan dan penanganan komplikasi yang membahayakan kehamilan ibu sehingga dapat dicegah secara dini (Manuaba,2008).

Saat ANC ibu terpapar dengan informasi kesehatan yang berhubungan dengan kehamilan, persiapan persalinan, nifas dan keberhasilan pemberian ASI sehingga ada kesiapan secara fisik dan mental untuk menghadapi masalah – masalah tersebut dan mengambil keputusan untuk memperoleh pelayanan yang berkualitas dengan demikian dapat mengurangi morbiditas dan mortalitas ibu (Manuaba, 2010).

Tujuan pelayanan *ante natal*:

1. Pemeriksaan *ante natal* adalah menyiapkan, memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang janin
2. Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan sosial ibu
3. Mengenali dan mengurangi secara dini adanya penyulit – penyulit atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan.
4. Mempersiapkan persalinan cukup bulan dan persalinan yang aman dengan trauma seminimal mungkin.
5. Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan mempersiapkan ibu agar dapat memberikan ASI *eksklusif*.
6. Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran janin agar dapat tumbuh kembang secara normal.
7. Mengurangi bayi lahir *premature*, kelahiran mati dan kematian *neonatal*
8. Mempersiapkan kesehatan yang optimal bagi janin baik

Hasil penelitian Yuliana (2011) ibu yang mempunyai riwayat ANC baik selama hamil cenderung memanfaatkan pelayanan kesehatan

2.4.8 Dukungan Suami Dan Keluarga

Kelahiran seorang bayi (persalinan) akan mempengaruhi kondisi emosional seluruh keluarga, untuk itu suami dan keluarga perlu dilibatkan dalam pemilihan penolong, tempat persalinan serta mengikuti seluruh proses persalinan, sehingga suami dan seluruh keluarga memahami pentingnya persalinan, dan ibu akan lebih tenang karena didukung oleh suami dan keluarga.

Ibu hamil memerlukan perhatian khusus baik secara fisik maupun psikososial dari keluarga dalam menghadapi persalinan, disamping pelayanan kesehatan. Dari hasil penelitian Murbayanti (2011) menemukan ibu yang mendapat dukungan dari keluarga lebih memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan.

2.5 Berbagai Faktor yang Menyebabkan Tingginya Angka Kematian Ibu

Penyebabnya tinggi angka kematian ibu yang terkait dengan pelayanan persalinan menurut Bappenas (2009), ada berbagai faktor yaitu :

1. Faktor yang berkaitan langsung dengan kesehatan individu. Faktor ini meliputi kehamilan ektopik, komplikasi abortus, pendarahan ante, intra dan post partum, infeksi, partus lama, penyakit hipertensi (pre eklamsia dan eklamsia), sepsis dan anemia. Hal ini disebabkan oleh karena tidak memeriksa kehamilannya secara dini dan berkala pada fasilitas kesehatan
2. Faktor di luar kesehatan yaitu kemiskinan, keterbatasan, sarana transportasi, situasi geografis yang sulit, rendahnya tingkat pendidikan wanita, kurangnya pengetahuan reproduksi, kedudukan dan peran ibu yang tidak menguntungkan dalam keluarga, keterbatasan jumlah tenaga kesehatan terlatih dan professional, kurang ketersediaan layanan kesehatan, langkahnya obat – obatan di tempat bersalin serta mahalnya biaya kesehatan reproduksi.

2.6 Penyebab Sulitnya Penurunan AKI di Negara – Negara Berkembang

1. Tidak adanya system informasi yang tepat guna yang mampu menghasilkan informasi yang memadai
 2. Tidak ada strategi pelayanan kesehatan ibu yang efektif
 3. Krisis sektor kesehatan dan kecilnya kewenangan pemerintah
- Krisis sektor kesehatan dan kecilnya kewenangan pemerintah menyebabkan
- a. Kurangnya dana, saran dan failitas
 - b. Kurangnya tenaga kesehatan
 - c. Kurangnya kemampuan mobilisasi sumber daya yang ada
 - d. Kurangnya tenaga bidan yang berdedikasi dan infra struktur yang mendukung pelayanan kegawat daruratan.

2.7 Pemanfaatan pelayanan kesehatan

Perilaku dan pelayanan kesehatan merupakan faktor yang dapat mempengaruhi derajat kesehatan baik individu maupun masyarakat. Peningkatan derajat kesehatan hanya dapat dicapai apabila kebutuhan (*need*) dan tuntutan (*demand*) perseorangan, keluarga, kelompok dan atau masyarakat terhadap kesehatan dapat terpenuhi. kebutuhan dan tuntutan ini adalah sesuatu yang terdapat pada pihak pemakai jasa pelayanan kesehatan (*health consumer*).

Menurut levey dan Lomba yang dikutip oleh Azwar (2010), *Pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara*

bersama – sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat.

Menurut Parasuraman, Zeithmal dan Berry (1990) yang dikenal dengan servqual model, ada empat faktor yang mempengaruhi persepsi dan harapan pasien terhadap jenis pelayanan, yaitu :

1. Pengalaman dari teman (*word of mouth communication*)
2. Kebutuhan atau keinginan (*personal need*)
3. Pengalaman masa lalu saat menerima jasa pelayanan (*past experiences*)
4. Komunikasi melalui iklan (*eksternal Marketing*)

Salah satu teori dasar yang sering digunakan adalah *The initial Behavioral Model* yang dikemukakan oleh Andersen (1975). Andersen menggambarkan model system kesehatan berupa model kepercayaan kesehatan yang disebut model perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan atau “*behavioral model of health service utilization*”. Menurut model ini keputusan seseorang menggunakan pelayanan kesehatan tergantung pada kondisi – kondisi yang dikelompokkan ke dalam tiga (3) faktor yaitu :

1. Faktor Predisposisi (*predisposing*)

Faktor ini digunakan untuk menggambarkan fakta bahwa setiap individu mempunyai kecenderungan menggunakan pelayanan kesehatan yang berbeda – beda. Hal ini disebabkan oleh karena adanya ciri – ciri individu yang digolongkan ke dalam ciri – ciri

- a. Demografi yang diwarnai oleh variable umur, jenis kelamin, status perkawinan, jumlah keluarga
- b. Struktur sosial yang mencerminkan pola hidup seseorang dalam hubungannya dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan yang diwakili oleh variable tingkat pendidikan, pekerjaan, ras, kesukuan, tempat tinggal dan agama
- c. Sikap, keyakinan, persepsi, pandangan individu terhadap pelayanan kesehatan (*health belief*).

2. Faktor Pemungkin (*enabling*)

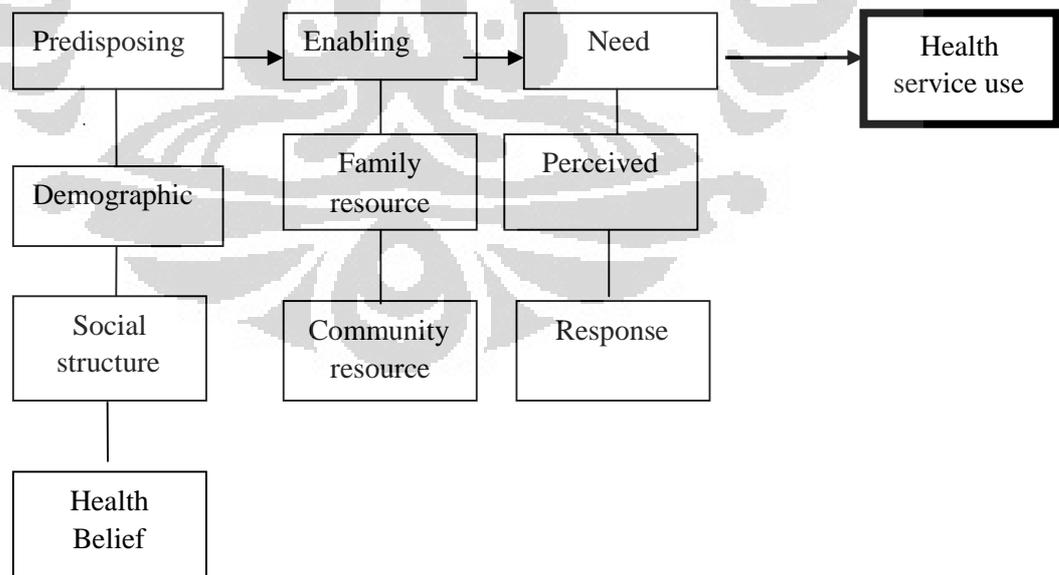
Faktor ini mencerminkan bahwa meskipun mempunyai predisposisi untuk menggunakan pelayanan kesehatan, ia tidak akan bertindak menggunakannya,

kecuali jika ia mampu menggunakannya atau suatu keadaan atau kondisi yang membuat seseorang itu mampu melakukan tindakan untuk memenuhi kebutuhan akan pelayanan kesehatan. Kelompok ini dibagi menjadi dua komponen :

- a. Sumber daya keluarga: penghasilan keluarga, keikutsertaan dalam asuransi kesehatan, kemampuan membeli jasa pelayanan, pengetahuan tentang informasi pelayanan kesehatan yang dibutuhkan.
- b. Sumber daya masyarakat yang termasuk ke dalam ini adalah jumlah sarana pelayanan kesehatan yang ada, jumlah tenaga kesehatan yang tersedia di suatu wilayah tertentu, lokasi pemukiman . Asumsi Andersen (1975) adalah semakin banyak sarana pelayanan dan tenaga kesehatan di suatu wilayah, makin dekat jarak jangkauan masyarakat terhadap sarana pelayanan kesehatan dan makin sedikit pula waktu dan ongkos yang dikeluarkan.

3. Faktor Kebutuhan (*need*)

Adanya kondisi predisposing dan enabling dalam diri seseorang maka diperlukan adanya kebutuhan (*need*) agar seseorang dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan. Kebutuhan (*need*) merupakan dasar dan stimulus langsung untuk menggunakan pelayanan kesehatan.



Gambar 2.2 Model Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Sumber : Andersen Ronald, Equity in health service, Empirical And anlysis in Social Policy, Ballinger publishing comp, 1975

Menurut Wolinsky dan Miller (1983) faktor *need* merupakan prediktor terkuat dari pemanfaatan pelayanan kesehatan. Faktor *predisposing* tidak pernah lebih dari 3 % untuk keseluruhan variasi perhitungan dari pemanfaatan pelayanan kesehatan dan factor *enabling* merupakan factor yang pengaruhnya tidak signifikan selain tersedianya sumber daya yang terus menerus untuk pelayanan kesehatan.

Wirrick (Sorkin,1975) telah mengidentifikasi lima faktor yang mendasar dan mempunyai dampak pada permintaan akan pelayanan kesehatan yaitu :

1. *Need*. Seseorang menderita akibat suatu keadaan yang membutuhkan perhatian atau menyebabkan ia mencari pelayanan kesehatan atau pemeriksaan.
2. *Realisasi need*. Individu harus tahu kebutuhannya yang ada. Proses psikologi mungkin dilibatkan, termasuk kesadaran akan adanya ketersediaan pelayanan kesehatan. Elemen yang termasuk di dalamnya adalah harapannya, rasa takutnya, keyakinannya akan pengalaman yang terdahulu, adat istiadat dan kepercayaan (agama).
3. Sumber dana. Berasal dari pendapatan individu atau keluarga, asuransi kesehatan serta pembiayaan kesehatan oleh swasta atau pemerintah.
4. Motivasi yang spesifik untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang dibutuhkan.
5. Ketersediaan pelayanan kesehatan.

Teori lainnya yang dikemukakan Lawrence Green (1991) yang dikutip dari Notoatmodjo (2008) Green menganalisis bahwa perilaku manusia dari tingkat kesehatan yang dipengaruhi oleh dua faktor yaitu factor perilaku (*behavior causes*) dan faktor diluar perilaku (*non behavior causes*). Perilaku dipengaruhi oleh 3 faktor yaitu :

a. Faktor *Predisposing*

Merupakan factor *anteseden* (mendahului) terhadap perilaku yang menjadi dasar atau motivasi perilaku manusia. Dalam arti umum faktor ini sebagai preferensi pribadi yang dibawa seseorang atau kelompok ke dalam suatu pengalaman belajar yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan dan nilai – nilainya dan persepsi yang berhubungan dengan motivasi

untuk melakukan tindakan, factor demografi : social, ekonomi, umur, jenis kelamin dan ukuran keluarga.

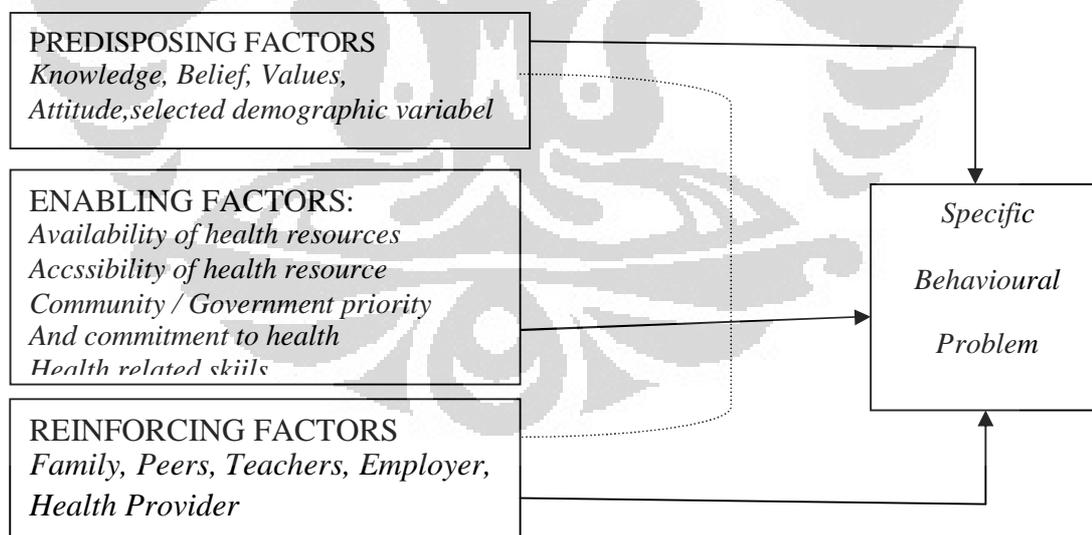
b. Faktor Enabling / Pemungkin

Merupakan perilaku yang memungkinkan motivasi atau aspirasi dapat terlaksana. Termasuk di dalamnya kemampuan dan sumber daya yang dibutuhkan untuk melakukan suatu perilaku kesehatan. Hal – hal yang termasuk dalam factor ini adalah tersedia atau tidaknya fasilitas dan sarana kesehatan, kemudahan mencapai fasilitas kesehatan, biaya, jarak, ketersediaan transportasi, waktu pelayanan dan keterampilan petugas kesehatan.

c. Faktor Reinforcing / Pendorong / penguat

Factor – faktor yang memperkuat adalah yang menentukan apakah tindakan kesehatan mendapat dukungan atau tidak. Sumber penguat tergantung pada tujuan dan jenis kegiatan / program. Sumber dari factor ini dapat terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan, petugas lain, keluarga, guru, teman sebaya yang merupakan kelompok referensi dari perilaku kesehatan.

Di bawah ini merupakan skema tiga faktor yang dapat member kontribusi atas perilaku kesehatan :



Garis utuh untuk menunjukkan pengaruh langsung,

Garis putus menunjukkan akibat sekunder

Gambar 2.3 Teori Lauwrence Green

Sumber : Lawrence Green, Marshall W, Kreuter. Health Education Planning Diagnostic Myfield Publishing Co.1980,page 71.

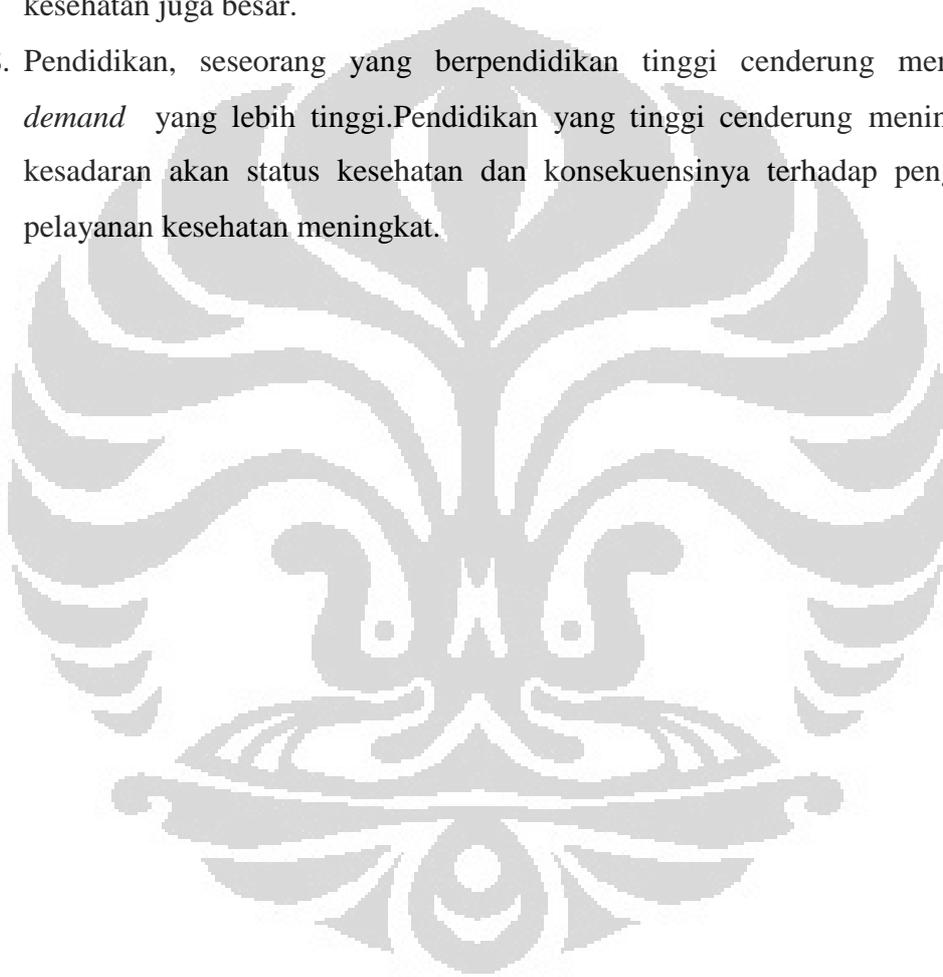
Sedangkan menurut Aday,*et.al* (1985) dalam Andersen (1995) faktor – faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan suatu pelayanan kesehatan yaitu

1. Faktor dari konsumen yang menggunakan pelayanan kesehatan (*population characteristics*) meliputi faktor demografi, sosiopsikologi, sosioekonomi.
2. Faktor system pelayanan kesehatan (*health care system*, terdiri dari tipe organisasi, kelengkapan program kesehatan, tersedianya tenaga dan fasilitas kesehatan, terturnya pelayanan, hubungan antara dokter atau tenaga kesehatan dengan pasien dan adanya asuransi kesehatan.

Menurut Fuchs (1998), Dunlop dan Zubkoff (1981) dalam Sri hastuti (2011) menyebutkan bahwa ada beberapa faktor yang mempengaruhi *demand* pelayanan kesehatan yaitu :

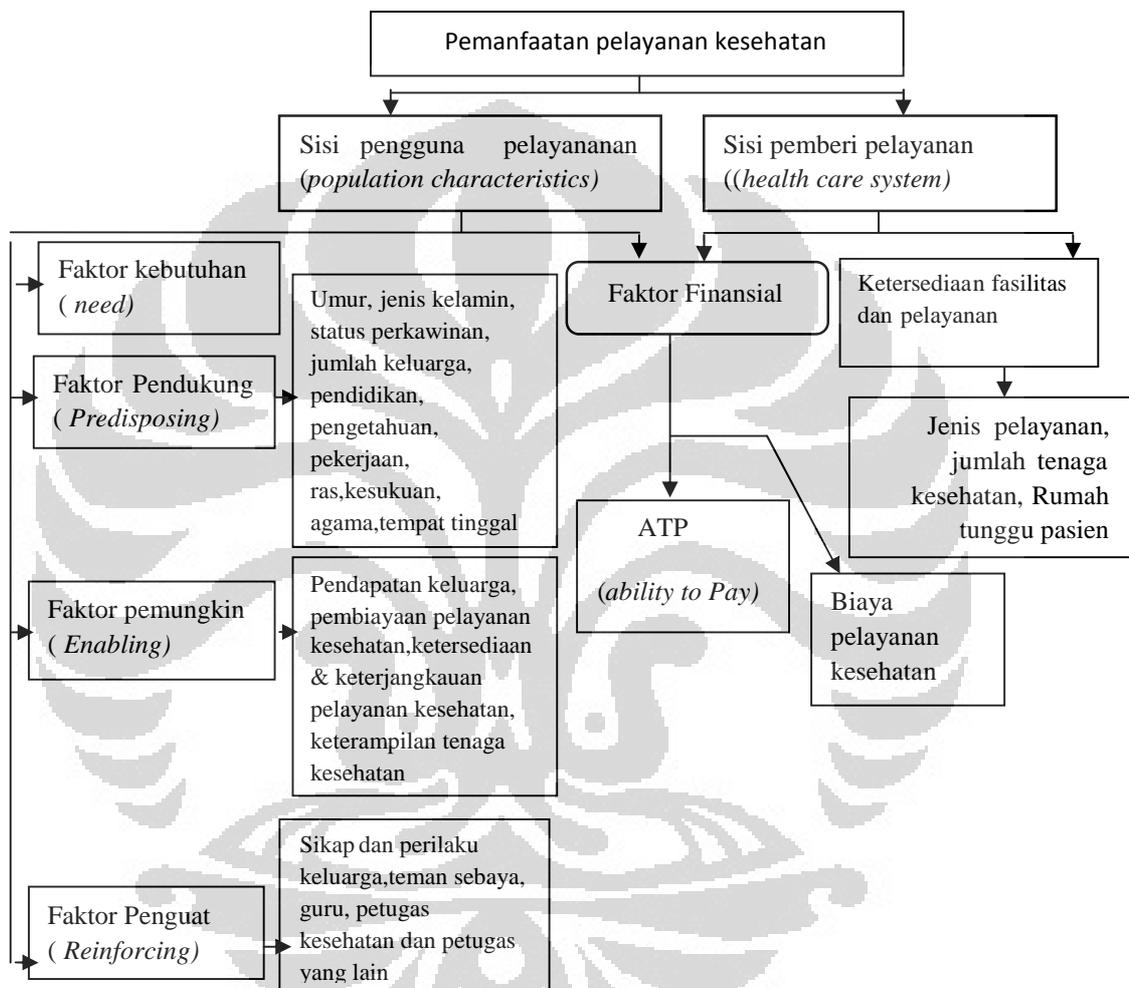
1. Kebutuhan berbasis fisiologis, faktor ini menekankan pada pentingnya keputusan petugas medis yang menentukan perlu tidaknya seseorang mendapatkan pelayanan medis
2. Penilaian pribadi akan status kesehatan, faktor ini dipengaruhi oleh kepercayaan, budaya dan norma – norma sosial di masyarakat, faktor ini berakibat pada penggunaan pelayanan kesehatan alternatif seperti tabib atau dukun.
3. Variabel – variabel ekonomi tarif, hubungan tarif dengan *demand* terhadap pelayanan kesehatan adalah negative, sangat penting dicatat bahwa hubungan negative antara tariff dan demand terhadap pelayanan kesehatan secara khusus terlihat pada pasien yang mempunyai pilihan.
4. Penghasilan masyarakat, kenaikan penghasilan keluarga akan meningkatkan *demand* untuk pelayanan kesehatan yang sebagian besar merupakan barang normal, akan tetapi ada pula sebagian pelayanan kesehatan yang bersifat barang inferior, yaitu kenaikan penghasilan keluarga justru menurunkan konsumsi.
5. Asuransi kesehatan dan jaminan kesehatan, adanya asuransi kesehatan dan jaminan kesehatan dapat meningkatkan *demand* terhadap pelayanan kesehatan, dengan demikian hubungan dari asuransi dan jaminan kesehatan terhadap pelayanan kesehatan adalah bersifat positif.

6. Variabel - variable demografi dan umur, semakin tua umur seseorang akan sangat berpengaruh terhadap *demand* terhadap pelayanan kesehatan khususnya yang bersifat kuratif.
7. Jenis kelamin, teori menyebutkan bahwa penggunaan pelayanan kesehatan oleh wanita ternyata lebih tinggi dari pada laki – laki karena wanita mempunyai insidensi terhadap penyakit yang lebih besar dan angka kerja wanita lebih kecil dari laki – laki sehingga kesediaan meluangkan waktu untuk pelayanan kesehatan juga besar.
8. Pendidikan, seseorang yang berpendidikan tinggi cenderung mempunyai *demand* yang lebih tinggi. Pendidikan yang tinggi cenderung meningkatkan kesadaran akan status kesehatan dan konsekuensinya terhadap penggunaan pelayanan kesehatan meningkat.



2.8. Kerangka Teori

Berdasarkan Teori (Andersen, Green, Fuchs, Zubkoff, Azwar, Aday) tentang faktor – faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan, dapat dibentuk suatu kerangka yang secara garis besar membagi sisi pengguna dan sisi petugas pelayanan kesehatan yang mendukung Revolusi KIA.



Gambar 2.4 Kerangka Konsep

Sumber : Green dan Marshall (1980) Zubkoff (1981), Andersen (1975), Aday, *et al* (1985) fuchs (1998) dalam Soekanto, S (2000)

BAB 3

KERANGKA KONSEP, DEFINISI OPERASIONAL DAN HIPOTESIS

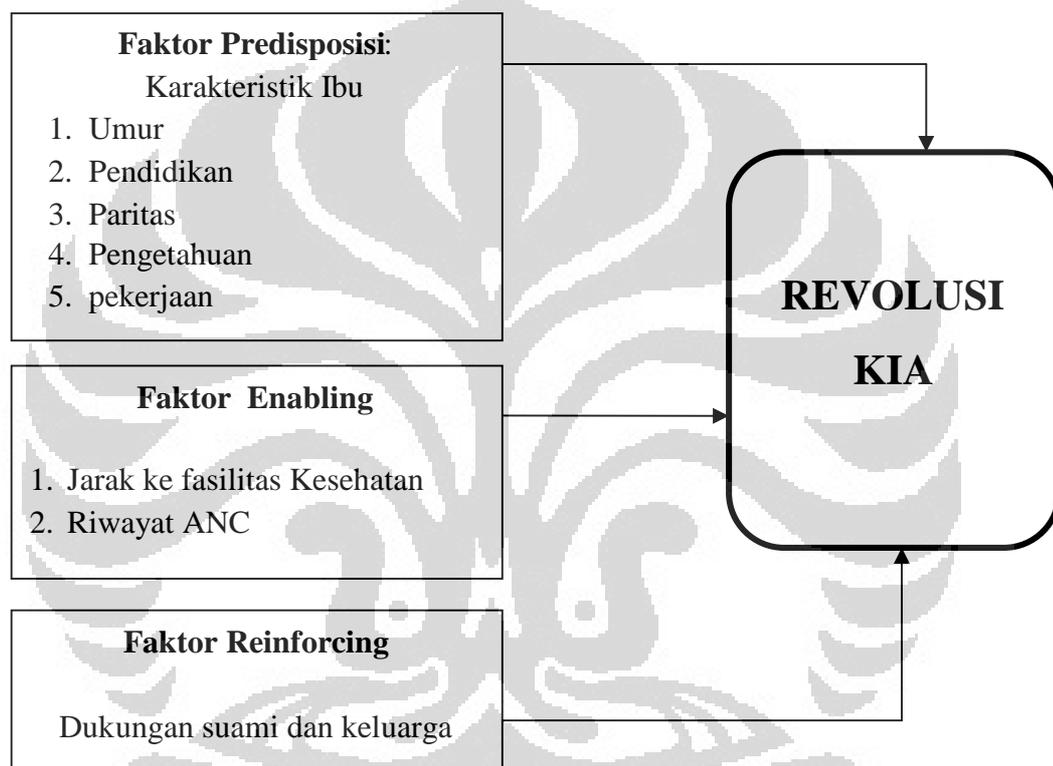
3.1. Kerangka Konsep

Pengambilan keputusan masyarakat untuk memilih penolong dan tempat persalinan dilatarbelakangi oleh banyak faktor diantaranya yang dikemukakan oleh Green,*et.al* (1980) bahwa perilaku seseorang dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan ditentukan oleh tiga faktor yaitu faktor *predisposing*, *enabling* dan *reinforcing*. Inti dari Revolusi KIA adalah pemilihan tenaga kesehatan dan fasilitas kesehatan sebagai tempat persalinan sehingga pada penelitian ini, yang menjadi variabel dependen adalah pemilihan penolong dan tempat persalinan dan faktor umur, pendidikan, pengetahuan, pekerjaan, paritas, riwayat ANC, jarak rumah ke fasilitas kesehatan dan dukungan suami dan keluarga sebagai variabel independen. Alasan dipilihnya variabel ini adalah:

1. Umur : Hal ini karena di Kabupaten Alor, remaja putri masih menikah di usia muda terutama di desa – desa.
2. Pendidikan: Hal ini disebabkan oleh karena pendidikan masyarakat di Kabupaten Alor yang sangat bervariasi yaitu dari buta huruf sampai dengan perguruan tinggi
3. Pengetahuan : Hal ini disebabkan oleh karena Peraturan Gubernur NTT tentang Revolusi KIA telah ada sejak tahun 2009 sehingga peneliti ingin mengetahui pengetahuan masyarakat tentang Revolusi KIA
4. Pekerjaan: Hal ini disebabkan oleh karena masyarakat di Kabupaten Alor memiliki pekerjaan yang bervariasi sehingga peneliti ingin mengetahui seberapa besar keterpaparan mereka terhadap informasi tentang Revolusi KIA.
5. Riwayat ANC dan jarak ke fasilitas kesehatan : Hal ini disebabkan oleh karena keadaan geografis di Kabupaten Alor yang terdiri dari pegunungan dan kepulauan sehingga peneliti ingin mengetahui kesadaran dan kemauan ibu hamil untuk memeriksakan kehamilannya.
6. Dukungan suami dan keluarga: Hal ini disebabkan oleh karena di Kabupaten Alor masih banyak pasangan suami isteri masih tinggal serumah dengan orang tua atau mertua terutama di desa – desa.

Revolusi KIA dapat berhasil jika didukung oleh SDM yang memadai dari segi kuantitas dan kualitas, kemitraan bidan dan dukun, penyediaan sarana rumah tangga bersalin dan anggaran sehingga hal – hal ini pun perlu dianalisis secara kualitatif oleh peneliti.

Hubungan antar variabel – variabel independent dengan variabel dependent pada penelitian kuantitatif ini dapat tergambar dalam kerangka konsep, sedangkan penelitian kualitatif dapat tergambar pada matriks penelitian kualitatif.



Gambar 3.1 Kerangka Konsep

Sumber: Lawrence Green, Marshall W, yang telah diolah kembali

1.2 Definisi Operasional

Tabel 3.2 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Variabel Dependent						
	Pemilihan penolong dan tempat persalinan yang sesuai Peraturan Gubernur No.42 tahun 2009 tentang Revolusi KIA	Pernyataan responden tentang tenaga penolong dan tempat persalinan anak yang terakhir	Wawancara	Kuesioner	1. Tidak sesuai persalinan oleh tenaga kesehatan atau dukun di rumah 2. Sesuai Persalinan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan	Ordinal
Variabel Independent						
1.	Umur	Pernyataan Responden tentang umur dengan hitungan tahun dimulai sejak kelahiran dan dikonfirmasi dengan KTP	wawancara	Kuesioner	1. Berisiko (≤ 20 atau > 35 tahun) 2. Tidak berisiko (21 – 35 tahun)	Ordinal

2.	Pendidikan	Pernyataan responden tentang Pendidikan terakhir yang ditamatkan oleh responden yang ditandai dengan ijazah	wawancara	Kuesioner	1. Rendah (\leq SLTP) 2. Tinggi (\geq SLTA)	Ordinal
3.	Pengetahuan tentang Revolusi KIA	Segala sesuatu yang diketahui responden tentang Revolusi KIA	Wawancara	Kuesioner	1. Kurang baik Jika mengatakan mengetahui tentang Revolusi KIA namun tidak mampu menjelaskan 2. Baik jika mampu menjelaskan tentang Revolusi KIA	Ordinal
4	Pekerjaan	Pernyataan responden tentang pekerjaan yang dilakukan dan menghasilkan uang untuk melangsungkan hidupnya dan keluarga	wawancara	Kuesioner	1. Bekerja 2. Tidak Bekerja	Ordinal
5.	Paritas	Pernyataan responden tentang jumlah anak yang pernah dilahirkan baik hidup atau meninggal pada masa reproduksinya	wawancara	Kuesioner	1. Berisiko (\geq 4 kali) 2. Tidak berisiko (1 – 3 kali) (Prawiroharjo, 2010)	Ordinal

6	Jarak rumah ke fasilitas kesehatan	Pernyataan responden tentang jarak yang harus ditempuh untuk mencapai fasilitas kesehatan dengan jalan kaki,ojek, angkutan umum maupun perahu Motor	Wawancara	Kuesioner	1. Jauh jika: jalan kaki > 30 menit a. ojek > Rp.5000 b. angkot > Rp. 4000 c. Perahu motor > Rp. 3000 2. Dekat jika a. Jalan kaki \leq 30 menit b. ojek Rp. \leq 5000 c. angkot \leq Rp. 4000 d. Perahu Motor > Rp.3000	Ordinal
7	Riwayat ANC	Pernyataan responden tentang riwayat ibu untuk memeriksakan kehamilannya ke nakes pada kehamilan terakhir	Wawancara	Kuesioner Buku KIA	1. Tidak Pernah 2. Ya	Ordinal
8.	Dukungan keluarga	Pernyataan responden tentang dukungan suami, keluarga terhadap pemilihan penolong dan tempat persalinan	Wawancara	Kuesioner	1. Tidak 2. Ada	Ordinal

3.2 Hipotesis

1. Ada hubungan antara faktor *predisposing* yang meliputi umur, pendidikan, pengetahuan, pekerjaan, paritas dengan pemilihan penolong dan tempat persalinan di Puskesmas Mebung dan Puskesmas Kabir Kabupaten Alor, 2012
2. Ada hubungan faktor *enabling* yang meliputi jarak rumah ke fasilitas kesehatan dan riwayat ANC dengan pemilihan penolong dan tempat persalinan di Puskesmas Mebung dan Puskesmas Kabir Kabupaten Alor, 2012

Ada hubungan faktor *reinforcing* yang meliputi dukungan suami dan keluarga dengan Revolusi KIA di Puskesmas Me



BAB 4

METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan dua (2) desain penelitian yaitu kuantitatif dan kualitatif. Penelitian kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional* yaitu melakukan penelitian hanya satu kali pada saat yang sama yang bertujuan untuk mengetahui hubungan faktor *predisposing, enabling, reinforcing* dengan pelaksanaan Revolusi KIA dan penelitian kualitatif untuk mendukung hasil penelitian kuantitatif dengan cara menganalisa faktor yang turut mempengaruhi pelaksanaan Revolusi KIA yang meliputi sumber daya masyarakat, fasilitas rumah tunggu bersalin, kemitraan bidan dan dukun dan yang tidak kalah pentingnya yaitu anggaran.

4.2 Lokasi dan waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di 26 desa / kelurahan di 2 puskesmas PONED yaitu Puskesmas Mebung dan Kabir dan merupakan center pelaksanaan Revolusi KIA di Kabupaten Alor. Waktu penelitian bulan April sampai dengan bulan Mei 2012.

4.3 Populasi dan Sampel Penelitian

4.3.1 Populasi

Populasi penelitian ini adalah seluruh ibu yang memiliki bayi 0 – 12 bulan (594 orang) yang bayinya masih hidup maupun yang sudah meninggal dan masih menjadi warga Kabupaten Alor.

4.3.2 Sampel

Puskesmas Kabir dan Puskesmas Mebung dipilih dari 21 puskesmas yang berada di Kabupaten Alor secara *purposive* berdasarkan pertimbangan kesesuaian dana dan ketepatan waktu. Sampel dalam penelitian ini adalah ibu - ibu yang memiliki bayi 0 – 12 bulan di seluruh desa yang berada di wilayah kerja Puskesmas Mebung dan Puskemas Kabir.

4.3.3 Besar Sampel

Tabel 4.1 Data Peneliti Sebelumnya

Variabel	P1	P2	N	Peneliti	Tahun
Usia	59,8	40	99	Rani Yuliani	2011
Pengetahuan	55,2	20	29	Theresia	2011
Dukungan keluarga	95,1	77,3	58	Murbiyanti	2011

Besar sampel dalam penelitian ini adalah mengacu pada hasil penelitian Murbiyanti (2011) yaitu proporsi ibu yang bersalin yang mendapat dukungan keluarga adalah 77,3 % dan proporsi ibu bersalin yang tidak mendapat dukungan keluarga adalah 95,1 maka jumlah sampel yang diambil pada penelitian ini adalah menggunakan rumus uji hipotesis beda dua proporsi (Lemeshow,2008)

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

Keterangan :

n : Jumlah sampel yang dibutuhkan

$Z_{1-\alpha/2}$: Nilai Z pada derajat kepercayaan ($1 - \alpha/2$) uji 2 arah (1,96)

$Z_{1-\beta}$: Nilai Z pada kekuatan uji (80 %) $1 - \beta$ (0,842)

P1 : Proporsi ibu bersalin yang didukung keluarga adalah 95,1% (0,951)

P2 : Proporsi ibu yang tidak didukung keluarga adalah 77,3%(0,773)

P : $(P1 + P2) / 2$

P : $(0,951 + 0,773) / 2 = 0,862$

Setelah dilakukan penghitungan, maka besar sampel minimal yang diperlukan sebanyak 58 orang ibu bayi 0 – 12 tahun dari tiap puskesmas, dengan demikian total untuk 2 puskesmas adalah 116 sampel ibu bayi 0 -12 bulan. Teknik pengambilan sampel dengan *simple random sampling* dengan cara nama semua ibu yang mempunyai bayi 0 – 12 bulan ditulis pada kertas kecil, dirandom dengan cara dikocok maka akan keluar kertas yang berisi nama ibu terpilih yang akan

menjadi responden dalam penelitian ini. Metode pengambilan sampel ini dipilih karena sampling frame tersedia dan karakteristik populasinya homogen.

4.4 Teknik Pengumpulan Data

4.4.1 Sumber Data

Data yang digunakan dalam penelitian ini terbagi menjadi dua, yaitu :

a. Data Primer

Data yang diambil secara langsung (pada saat penelitian) melalui kuisisioner dan wawancara mendalam

b. Data Sekunder

Penelitian ini juga menggunakan profil dinas kesehatan dan profil puskesmas serta buku KIA ibu hamil sebagai sumber data sekunder

4.4.2 Instrumen Pengumpulan data

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini meliputi :

1. Kuesioner bagi ibu yang memiliki bayi 0 – 12 bulan
2. Format panduan wawancara mendalam untuk kepala dinas kesehatan, kepala bidang kesehatan keluarga (kesga)
3. Format panduan wawancara mendalam untuk kepala puskesmas dan bidan koordinator
4. Format panduan wawancara mendalam untuk dukun

4.4.3 Cara Pengumpulan Data

Sebelum melakukan pengumpulan data, peneliti melakukan uji coba kuisisioner terlebih dahulu. Uji coba ini dilakukan pada 20 ibu bayi 0 - 12 bulan di wilayah kerja Puskesmas Bakunase Kota Madya Kupang yang memiliki status puskesmas yang sama. Sebelumnya peneliti memberikan pengarahan tentang tujuan penelitian pada responden, dianjurkan untuk mengisi lembar persetujuan pada lembar inform concent. Peneliti langsung mewawancarai responden untuk menjaga keakuratan data yang dibutuhkan.

Tujuan uji coba ini adalah untuk mengetahui kekurangan – kekurangan dari kuesioner yang ada kemudian diperbaiki sehingga kuesioner menjadi lebih mudah dipahami dan responden bisa menjawab dengan benar sehingga data yang

didapat tidak bias. Ternyata pertanyaan tentang jarak rumah ke fasilitas kesehatan sulit dijawab oleh responden sehingga penulis membagi dalam beberapa poin yaitu jalan kaki, ojek dan angkutan umum dan perahu motor. Untuk memperkuat data primer, peneliti mengambil data sekunder di puskesmas maupun di dinas kesehatan yang diperlukan untuk memperlancar proses pengambilan data nantinya.

Wawancara mendalam (*indepth interview*) dengan menggunakan pedoman wawancara dan alat perekam (*tape recorder*) kepada 8 orang yaitu, kepala dinas kesehatan, kepala bidang kesehatan keluarga (Kesga), kepala puskesmas bidan koordinator dan dukun dari Puskesmas Mebung dan Kabir.

Penelusuran dokumen berupa laporan bulanan dan tahunan KIA puskesmas dan dinas kesehatan serta buku KIA ibu hamil.

4.5 Tehnik Pengolahan Data

Tahap pengolahan data meliputi :

1. Pemeriksaan kuesioner

Dilakukan pemeriksaan terhadap kuesioner yang diterima apakah sudah lengkap, jelas, relevan dan konsisten atau belum terisi oleh peneliti. Jika data belum lengkap maka dapat menemui responden kembali agar data dilengkapi.

2. Pengkodean

Pemberian kode pada setiap pertanyaan dan jawaban – jawaban yang akan dianalisis dimana setiap pertanyaan memiliki jawaban dengan kode sendiri.

3. Pengeditan Data

Pengeditan dilakukan sebelum proses pemasukan data sehingga jika ada kesalahan maka akan ditelusuri langsung dalam pengolahan selanjutnya.

4. Pemasukan Data

Pemasukan Data yang dilakukan untuk setiap pertanyaan dalam kuesioner untuk dianalisa lebih lanjut.

5. Data yang telah dimasukan diperiksa kembali untuk memastikan bahwa data tersebut tidak ada kesalahan.

4.6 Analisis Data

Tehnik analisis data dengan menggunakan perangkat lunak SPSS tipe 10,0

4.6.1 Analisis Univariat

Tujuan analisis ini adalah untuk melihat distribusi frekuensi persalinan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan dan semua variabel independen yaitu faktor *predisposisi*, faktor *enabling* dan faktor *reinforcing*.

4.6.2 Analisis Bivariat

Analisis dilakukan untuk menjelaskan hubungan variabel dependen dengan variabel independen dengan menggunakan Chi – Square. dengan nilai p dengan $\alpha = 0,05$. Apabila nilai $p \leq 0,05$ maka hasil perhitungan statistik bermakna yang berarti ada hubungan yang signifikan jika nilai $p > 0,05$ maka hasil perhitungan statistik tidak bermakna yang berarti bahwa tidak ada hubungan.

$$X^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

Keterangan :

X^2 : Chi square

O : Nilai Observasi

E : Nilai Expectasi

4.6.3 Analisis Data Kualitatif

Dianalisis dengan menggunakan pendekatan isi (*content analysis*). Analisis ini digunakan untuk menarik kesimpulan melalui upaya menemukan karakteristik pesan yang dilakukan secara obyektif dan sistematis. Langkah pertama adalah menuliskan hasil secara keseluruhan (*raw data*) dalam bentuk transkrip hasil wawancara mendalam kemudian meringkas dalam suatu matriks. Ringkasan ini kemudian diuraikan kembali dalam bentuk narasi kemudian dilakukan konseptualisasi.

BAB 5 HASIL PENELITIAN

5.1 Gambaran Umum Wilayah Penelitian

Puskesmas Mebung dan Puskesmas Kabir merupakan dua puskesmas yang berada di Kabupaten Alor Propinsi NTT dan menjadi *center* Revolusi KIA. Puskesmas Mebung di daerah perkotaan sedangkan Puskesmas Kabir di daerah kepulauan.

5.1.1 Data Kependudukan dan Pendidikan Terendah

Tabel 5.1 Data Kependudukan dan pendidikan Terendah Tahun 2011

Nama Puskesmas	Jumlah Penduduk (orang)	Jumlah Desa / Kelurahan	Kategori desa			Pendidikan terendah	
			Biasa	Sulit	Sangat Sulit	TT SD	Buta Huruf
Mebung	16.889	15	3	5	7	59,8	0,7
Kabir	8898	11	3	4	4	60,1	1,3

5.1.2 Sarana dan Tenaga Kesehatan

Tabel 5.2 Data Sarana Kesehatan dan Ketenagaan Tahun 2011

Nama Puskesmas	Fasilitas Kesehatan					Tenaga Kesehatan	
	Puskesmas	Pustu	Poskesdes	Polindes	Dokter	Bidan	Perawat
Mebung	1	4	7	0	2	13	7
Kabir	1	1	5	5	1	5	3

5.1.3 Data Pelayanan Kesehatan dan Kematian Tahun 2011

Tabel 5.3 Data Pelayanan Kesehatan dan Kematian Ibu dan Bayi

Nama Puskesmas	K1 Bumil (%)	K4 Bumil (%)	Salin Nakes (%)	Persalinan Faskes (%)	Kematian Ibu	Kematian Bayi
	Mebung	93.5	79.4	59.14	41,05	0
Kabir	98.1	96.2	82.67	75.6	0	1

Seluruh desa di wilayah kerja Puskesmas Mebung dapat di jangkau dengan kendaraan beroda dua ataupun roda empat sedangkan di wilayah kerja Puskesmas Kabir tidak ada kendaraan roda empat kecuali ambulance. Masyarakat menjangkau fasilitas kesehatan dengan jalan kaki dan ojek bagi yang mampu karena ongkos ojek tidaklah murah dan juga menggunakan perahu motor penyeberangan ke puskesmas. Dokter PTT yang ada di puskesmas Kabir habis masa kontraknya bulan September 2011 sehingga bulan – bulan selanjutnya pelayanan dilaksanakan tanpa dokter. Seluruh kegiatan dalam dan luar gedung di danai oleh 44 % dana BOK, 30 % Jamkesmas dan 26 % Jampersal.

5.2 Pelaksanaan Penelitian

Pelaksanaan penelitian dilaksanakan selama 3 minggu pada bulan April sampai dengan Mei 2012. Data dikumpulkan menggunakan kuesioner dengan sumber data ibu bayi 0 – 12 bulan berjumlah 116 orang di wilayah kerja Puskesmas Mebung (58 responden) yang diambil secara acak yaitu setiap kelurahan 3 responden (2 kelurahan) dan 4 responden di setiap desa (13 desa) sedangkan di Puskesmas Kabir 58 responden yang di ambil secara acak dengan jumlah 5 responden untuk setiap desa sulit dan biasa (8 desa / kelurahan) dan 6 responden untuk setiap desa sangat sulit (3 desa). Semua responden tidak ada yang menolak dengan menandatangani surat persetujuan.

Wawancara mendalam dilakukan dengan menggunakan pertanyaan terstruktur melalui panduan wawancara mendalam kepada 8 informan yang terdiri dari: Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Alor, kepala bidang kesehatan keluarga, kepala puskesmas, bidan koordinator dan dukun yang berasal dari Puskesmas Mebung dan Kabir.

5.3 Hasil Univariat

5.3.1 Pemilihan Penolong Persalinan

Pemilihan penolong persalinan menjadi 2 kelompok yaitu “Tidak Sesuai” dan “Sesuai”. Pengkategorian ini berdasarkan standar penolong dan tempat persalinan berdasarkan Peraturan Gubernur NTT tahun 2009 tentang Revolusi KIA dimana “tidak sesuai” berarti semua ibu hamil yang melahirkan ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih atau dukun di non fasilitas kesehatan , sedangkan

“Sesuai” berarti persalinan yang ditolong tenaga kesehatan terlatih di fasilitas kesehatan. Tabel 5.4 Menunjukkan distribusi ibu berdasarkan pemilihan penolong dan tempat persalinan.

Tabel 5.4 Distribusi Ibu berdasarkan Pemilihan Penolong dan Tempat Persalinan di Puskesmas Mebung dan Kabir Tahun 2012

Puskesmas	Pemilihan Penolong dan Tempat Persalinan				Jumlah	
	Tidak Sesuai		Sesuai		N	%
	n	%	n	%		
Mebung	19	32,8	39	67,2	58	50,0
Kabir	32	55,2	26	44,8	58	50,0
Total	51	44	65	56	116	100,0

Berdasarkan hasil penelitian, didapatkan 56 % ibu yang memilih tenaga kesehatan sebagai penolong persalinan dan fasilitas kesehatan (rumah sakit, puskesmas, puskesmas pembantu, pos kesehatan desa) sebagai tempat persalinan dan (44%) ibu memilih tenaga kesehatan terlatih atau dukun sebagai penolong persalinan dan rumah sendiri sebagai tempat persalinannya.

Jika dilihat dari kedua puskesmas, presentase persalinan oleh tenaga kesehatan di Puskesmas Mebung lebih tinggi yaitu 67,2% dibandingkan dengan Puskesmas Kabir yaitu 44,8% sedangkan tenaga kesehatan yang masih menolong persalinan di rumah 31,5% dari Puskemas Mebung sedangkan 9,4 % dari Puskesmas Kabir.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ibu yang memilih tenaga kesehatan sebagai penolong persalinan dan fasilitas kesehatan sebagai tempat persalinan ternyata 44,6 % diantar oleh dukun bermitra. Seluruh ibu yang melahirkan di puskesmas, 69,4% menggunakan rumah tunggu bersalin yang disediakan selama 1-2 hari sebelum persalinan dengan alasan 99 % lebih terkontrol dan tidak merepotkan keluarga dan 1-2 hari setelah melahirkan dengan alasan 100% cepat pulang ke rumah agar dirawat oleh dukun dengan menggunakan air panas yang berisi daun – daunan pilihan.

Alasan terbanyak yang menyebabkan ibu memilih dukun sebagai penolong persalinan adalah karena faktor lebih dekat secara kekeluargaan (mertua, orang tua

dan saudara) yaitu 75,5 % sedangkan 16,3 % mengatakan karena terpaksa. Terpaksa dimaksud adalah karena ibu mempunyai keinginan melahirkan ditolong oleh bidan di puskesmas namun ambulance jemputan yang datang terlambat dan tidak adanya biaya untuk membayar ambulance. Sedangkan alasan terbiasa dan bidan desa tidak ada di tempat menempati presentasi terakhir yaitu masing – masing 4,1 %.

Dukun yang menolong persalinan di rumah dibayar oleh ibu bersalin Rp.10.000 – Rp.100.000 dalam bentuk sirih pinang, kain tenun ikat maupun uang tunai. Uang yang diberikan ada yang bersifat sukarela dan di Puskesmas Kabir Dusun Air Panas berdasarkan kesepakatan di antara ibu hamil dan dukun. Sedangkan alasan ibu memilih fasilitas kesehatan adalah karena mengikuti aturan puskesmas yaitu 41,5 %.

5.3.2 Umur

Umur ibu dibagi menjadi 2 kelompok yaitu kelompok berisiko (≤ 20 tahun dan ≥ 35 tahun) dan kelompok tidak berisiko (21 – 34 tahun). Pengkategorian ini berdasarkan Manuaba (1998) yaitu ibu yang hamil terlalu muda, keadaan tubuhnya belum siap menghadapi kehamilan, sedangkan usia di atas 35 tahun apabila mengalami komplikasi, maka resiko mengalami kematian lebih besar. Tabel 5.5 menunjukkan distribusi ibu berdasarkan umur.

Tabel 5.5 Distribusi ibu Berdasarkan Kelompok Umur di Puskesmas Mebung dan Kabir tahun 2012

Kelompok Umur (Tahun)	n	%
Berisiko ($\leq 20, \geq 35$)	29	25
Tidak berisiko (21 - 34)	87	75
Total	116	100

Berdasarkan tabel di atas menunjukkan bahwa sebagian besar ibu berada pada kelompok umur tidak berisiko yaitu 75 % dan kurang lebih seperempat tergolong berisiko yaitu 25%. Umur termuda ibu yaitu 17 tahun dan tertua 45 tahun dengan rata – rata 29 tahun.

5.3.3 Pendidikan

Pendidikan ibu dikategorikan dalam 2 tingkat yaitu pendidikan rendah (Tidak sekolah – SMP) sedangkan yang berpendidikan tinggi (SMA – perguruan tinggi). Tabel 5.6 menunjukkan distribusi berdasarkan tingkat pendidikan ibu.

Tabel 5.6 Distribusi ibu berdasarkan Tingkat Pendidikan Di Puskesmas Mebung dan Kabir tahun 2011

Tingkat Pendidikan	n	%
Rendah	97	83.6
Tinggi	19	16.4
Total	116	100

Berdasarkan responden yang diteliti, sebagian besar ibu berpendidikan rendah (83,6%) dan sebagian kecil yang berpendidikan tinggi (16,4%). Apabila dilihat dari jenjang pendidikan terakhir, ibu yang tidak sekolah 5,2 %, ibu yang tidak tamat SD 12,1 %, ibu yang tamat SD 39,7 %, ibu yang tidak tamat SMP 6,9 %, ibu yang tamat SMP 15,5 %, ibu yang tidak tamat SMA 4,3 %, ibu yang tamat SMA 13,8 %, ibu yang tamat akademi 1,7 % dan ibu yang tamat perguruan tinggi 0,9 %.

5.3.4 Pengetahuan tentang Revolusi KIA

Pengetahuan ibu dikategorikan dalam 2 kelompok yaitu kurang dan baik. Dikategorikan baik jika ibu mengatakan pernah mendengar Revolusi KIA dan menjawab dengan benar bahwa Revolusi KIA adalah pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan didampingi dukun di Puskesmas dan dikategorikan kurang, jika ibu mengatakan pernah mendengar Revolusi KIA tetapi tidak tahu apa itu Revolusi KIA atau menjawab dengan salah. Tabel 5.7 menunjukkan distribusi ibu berdasarkan pengetahuan ibu.

Tabel 5.7 Distribusi Ibu berdasarkan Pengetahuan Revolusi KIA Di Puskesmas Mebung dan Kabir tahun 2012

Pengetahuan Revolusi KIA	n	%
Kurang	68	58,6
Baik	48	41,4
Total	116	100

Berdasarkan tabel di atas menunjukkan bahwa ibu yang memiliki pengetahuan kurang tentang Revolusi KIA cenderung lebih tinggi (58,6%) jika dibandingkan dengan yang berpengetahuan baik (41,4%). Dari keseluruhan ibu yang diteliti ternyata sebagian besarnya tidak memiliki radio yaitu 76,7 % dan hanya 23,3 % yang memiliki. Ibu mempunyai kegiatan rutin mingguan atau bulanan di Masjid maupun Gereja yaitu 93,1 % dan 2,6 % mengikuti arisan dan lebih dari itu tidak ada kegiatan rutin lainnya.

5.3.5 Pekerjaan

Pekerjaan ibu dikategorikan dalam 2 kelompok, yaitu kelompok bekerja dan tidak bekerja. Pengkategorian ini berdasarkan pengertian pekerjaan menurut Wawan dan Dewi (2010) yaitu pekerjaan merupakan suatu aktivitas yang dilakukan seseorang secara rutin dan menghasilkan uang yang dapat digunakan untuk melangsungkan hidupnya dan ataupun keluarganya. Tabel 5.8 menunjukkan distribusi ibu berdasarkan pekerjaan.

Tabel 5.8 Distribusi Ibu berdasarkan Pekerjaan Di Puskesmas Mebung dan Kabir tahun 2012

Pekerjaan	n	%
Bekerja	93	80,2
Tidak Bekerja	23	19,8
Total	116	100

Berdasarkan responden yang diteliti, menunjukkan bahwa dari 116 responden, hanya (19,8%) yang tidak bekerja, dan sebagian besarnya bekerja yaitu 80,2% dengan jenis pekerjaan petani, nelayan ubur – ubur, wiraswasta dan PNS.

5.3.6 Paritas

Paritas ibu dibagi menjadi 2 kelompok, yaitu kelompok tidak berisiko (ibu yang pernah melahirkan 1 – 4 kali) dan kelompok berisiko (ibu yang pernah melahirkan ≥ 5 kali). Tabel 5.9 menunjukkan distribusi ibu berdasarkan paritas.

Tabel 5.9 Distribusi Ibu berdasarkan Paritas Di Puskesmas Mebung dan Kabir tahun 2012

Paritas	n	%
Tidak berisiko (1 - 4 kali)	100	86,2
Berisiko (≥ 5 kali)	16	13,8
Total	116	100

Tabel di atas menunjukkan bahwa kisaran paritas antara 1 – 9 kali. Sebagian besar ibu mempunyai paritas tidak berisiko (86,2%) dan (13,8%) ibu yang berisiko atau pernah melahirkan anak 5 orang atau lebih.

5.3.7 Jarak Rumah Ke Fasilitas Kesehatan

Jarak rumah ke fasilitas kesehatan dikategorikan menjadi 2 kelompok, yaitu kelompok dekat dan kelompok jauh. Ukuran yang dipakai berdasarkan kondisi geografis yang ada di ke-2 Puskesmas. Dekat (Jalan kaki ≤ 30 menit, ojek \leq Rp.5000, Angkot \leq Rp.4000, Perahu Motor ≤ 3000) dan Jauh (Jalan kaki > 30 menit, ojek $>$ Rp.5000, angkot $>$ Rp. 4000, Perahu Motor $>$ Rp.3000). Tabel 5.10 Menunjukkan distribusi ibu berdasarkan jarak rumah ke fasilitas kesehatan.

Tabel 5.10 Distribusi Ibu berdasarkan Jarak Rumah ke Fasilitas Kesehatan di Puskesmas Mebung dan Kabir tahun 2012

Puskesmas	Jarak				Jumlah	
	Jauh		Dekat			
	n	%	n	%	N	%
Mebung	21	36,2	37	63,8	58	50,0
Kabir	19	32,8	39	67,2	58	50,0
Total	40	34,5	76	65,5	116	100,0

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan ibu yang memiliki jarak tempuh yang dekat ke fasilitas kesehatan yaitu 65,5% sedangkan yang memiliki jarak

tempuh jauh ke fasilitas kesehatan yaitu 34,5%. Jika dirinci berdasarkan puskesmas, data menunjukkan presentasinya hampir sama antara jarak jauh dari dan dekat dari kedua puskesmas

5.3.8 Riwayat ANC

Riwayat ANC ibu dikategorikan dalam 2 kelompok yaitu yang melakukan ANC dan tidak melakukan ANC selama hamil anak yang terakhir. Tabel 5.11 menunjukkan distribusi ibu berdasarkan riwayat ANC.

Tabel 5.11 Distribusi Ibu berdasarkan Riwayat ANC di Puskesmas Mebung dan Kabir tahun 2012

Riwayat ANC	n	%
Tidak	9	7,8
Ya	107	92,2
Total	116	100

Berdasarkan tabel di atas, menunjukkan bahwa sebagian besar ibu melakukan ANC selama hamil anak yang terakhir yaitu 92,2 % dan sebagian kecilnya tidak melakukan ANC (7,8%). Semua ibu yang ANC ternyata 11,2 % melakukan kontak pertama ke dukun sebelum ke tenaga kesehatan. Kisaran Ibu yang melakukan ANC pertama pada usia kehamilan 1 – 9 bulan, rata – rata ANC pada usia kehamilan 3 bulan. ANC pertama kali (K1) ke tenaga kesehatan yaitu 65,4 % pada trimester I, pada trimester ke II (30,8 %) dan pada trimester ke III (3,7 %).

5.3.9 Dukungan suami dan keluarga

Dukungan suami dan keluarga dikategorikan menjadi 2 kelompok yaitu ada dukungan dan tidak ada dukungan yang dilihat dari penentuan tempat dan penolong persalinan yang sesuai dengan pengertian Revolusi KIA. Tabel 5.12 menunjukkan distribusi ibu berdasarkan dukungan suami dan keluarga.

Tabel 5.12 Distribusi Responden berdasarkan Dukungan Suami dan Keluarga Di Puskesmas Mebung dan kabir Tahun 2012

Dukungan Suami Dan Keluarga	n	%
Tidak	18	15,5
Ya	98	84,5
Total	116	100

Berdasarkan tabel 5.11 menunjukkan bahwa dalam penentuan tempat dan penolong persalinan, ibu mendapat dukungan dari suami dan keluarga sejumlah (84,5%) dan tidak ada dukungan dari suami dan keluarga (15,5%).

5.3.10 Rekapitulasi Hasil Univariat

Tabel 5.13 Rekapitulasi Hasil Analisis Univariat

Variabel	n	%
Revolusi KIA		
Tidak	51	44
Ya	65	56
Umur Ibu		
Berisiko ($\leq 20, \geq 35$ tahun)	29	25
Tidak berisiko (21 – 34 tahun)	87	75
Pendidikan		
Rendah	97	83,6
Tinggi	19	16,4
Pengetahuan		
Kurang	68	58,6
Baik	48	41,4
Pekerjaan		
Bekerja	93	80,2
Tidak	23	19,8
Paritas		
Berisiko (≥ 5 kali)	16	13,9
Tidak berisiko (1- 4 kali)	100	86,2
Jarak Rumah ke Fasilitas Kesehatan		
Jauh	40	34,5
Dekat	76	65,5
Riwayat ANC		
Tidak	9	7,8
Ya	107	92,2
Dukungan Suami Dan Keluarga		
Tidak	18	15,5
Ya	98	84,5

5.4 Analisis Bivariat

5.4.1 Hubungan antara Umur Ibu dengan Pemilihan Penolong dan Tempat Persalinan

Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara umur dengan pemilihan penolong dan tempat persalinan dengan p value sebesar 0,450 (nilai $p > \alpha$) menunjukkan bahwa proporsi ibu yang memilih tenaga kesehatan atau dukun sebagai penolong persalinan di rumah pada kelompok umur berisiko (51,7 %) lebih besar dibandingkan kelompok umur tidak berisiko (41,4 %). Tabel 5.14 menunjukkan distribusi menurut umur dan pemilihan penolong dan tempat persalinan.

Tabel 5.14 Distribusi Umur Ibu dengan Pemilihan Penolong dan Tempat Persalinan di Puskesmas Mebung dan Kabir tahun 2012

Kelompok Umur	Pemilihan Penolong dan Tempat Persalinan				Total	P Value
	Tidak Sesuai		Sesuai			
	n	%	n	%		
Berisiko	15	51,7	14	48,3	29	100
Tidak Berisiko	36	41,4	51	58,6	87	100
Jumlah	51	44	65	56	116	100

5.4.2 Hubungan antara Pendidikan dengan Pemilihan Penolong dan Tempat Persalinan

Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan pemilihan penolong dan tempat persalinan, nilai $p = 0,666$ (nilai $p > \alpha$), terlihat pada tabel bahwa proporsi ibu yang memilih tenaga kesehatan atau dukun sebagai penolong persalinan dan rumah sebagai tempat persalinan pada kelompok ibu berpendidikan rendah lebih tinggi (45,4%) dibandingkan dengan kelompok ibu berpendidikan tinggi (36,8 %). Tabel 5.15 menunjukkan distribusi menurut tingkat pendidikan dan pemilihan penolong dan tempat persalinan.

Tabel 5.15 Distribusi Pendidikan Ibu dengan Pemilihan Penolong dan Tempat Persalinan di Puskesmas Mebung dan Kabir tahun 2012

Tingkat Pendidikan	Pemilihan Penolong dan Tempat Persalinan						P Value
	Tidak Sesuai		Sesuai		Total		
	N	%	n	%	N	%	
Rendah	44	54,4	53	54,6	97	100,0	0,666
Tinggi	7	36,8	12	63,2	19	100,0	
Jumlah	51	44,0	65	56,0	116	100,0	

5.4.3 Hubungan Pengetahuan dengan Revolusi KIA

Terlihat bahwa proporsi ibu yang memilih tenaga kesehatan atau dukun sebagai penolong persalinan dan rumah sebagai tempat persalinan lebih banyak berasal dari kelompok berpengetahuan kurang (57,4%) dibandingkan dengan kelompok ibu berpengetahuan baik (25%). Hasil uji statistik menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan pemilihan penolong dan tempat persalinan, p value sebesar 0,01 (nilai $p < \alpha$). Nilai OR = 4,034 (1,793-9,079) artinya ibu yang mempunyai pengetahuan kurang tentang Revolusi KIA mempunyai peluang 4 kali lebih besar untuk memilih dukun sebagai penolong persalinan dan rumah sebagai tempat persalinan. Tabel 5.13 menunjukkan distribusi menurut tingkat pengetahuan dan pemilihan penolong dan tempat persalinan.

Tabel 5.13 Distribusi Pengetahuan dengan Pemilihan Penolong dan Tempat Persalinan di Puskesmas Mebung dan Kabir Tahun 2012

Tingkat Pengetahuan	Pemilihan Penolong dan Tempat Persalinan						OR 95 % CI	P value
	Tidak Sesuai		Sesuai		Total			
	N	%	n	%	N	%		
Kurang	39	57,4	29	42,6	68	100,0	4,034 (1,793 - 9,079)	0,01
Baik	12	25,0	36	75,0	48	100,0		
Jumlah	51	44,0	65	56,0	116	100,0		

5.4.4 Hubungan antara Pekerjaan dengan Revolusi KIA

Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara pekerjaan dengan pemilihan penolong dan tempat persalinan, p value sebesar

0,577 (nilai $p > \alpha$), namun proporsi ibu yang memilih tenaga kesehatan atau dukun sebagai penolong persalinan dan rumah sebagai tempat persalinan lebih banyak pada kelompok ibu tidak bekerja (52,2%) dibandingkan kelompok ibu yang bekerja (43%). Tabel 5.17 menunjukkan distribusi ibu menurut pekerjaan dan pemilihan penolong dan tempat persalinan.

Tabel 5.17 Distribusi Pekerjaan dengan Pemilihan Penolong dan Tempat Persalinan di Puskesmas Mebung dan Kabir tahun 2012

Pekerjaan	Pemilihan Penolong dan Tempat Persalinan						P Value
	Pemilihan Penolong dan Tempat Persalinan				Jumlah		
	Tidak Sesuai		Sesuai		N	%	
	n	%	n	%	N	%	
Bekerja	40	43,0	53	57,0	93	100,0	0,577
Tidak bekerja	12	52,2	11	47,8	23	100,0	
Total	52	45,0	64	55,0	116	100,0	

5.4.5 Hubungan antara Paritas dengan Pemilihan Penolong dan Tempat Persalinan

Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara paritas dengan pemilihan penolong dan tempat persalinan, p value sebesar 0,181 (nilai $p > \alpha$), namun terlihat kecenderungan ibu yang memilih tenaga kesehatan atau dukun sebagai penolong persalinan dan rumah sebagai tempat persalinan lebih banyak pada kelompok ibu paritas berisiko (62,5%) dibandingkan kelompok ibu dengan paritas tidak berisiko (41%). Tabel 5.18 menunjukkan distribusi menurut paritas dan pemilihan penolong dan tempat persalinan.

Tabel 5.18 Distribusi Paritas dengan Pemilihan Penolong dan Tempat Persalinan di Puskesmas Mebung dan Kabir tahun 2012

Paritas	Pemilihan Penolong dan Tempat Persalinan						P Value
	Pemilihan Penolong dan Tempat Persalinan				Total		
	Tidak Sesuai		Sesuai		N	%	
	n	%	n	%	N	%	
Berisiko (≥ 5 x)	10	62,5	6	37,5	16	100,0	0,18
Tidak Berisiko(1- 4 x)	41	41,0	59	59,0	100	100,0	
Jumlah	51	44	65	56	116	100,0	

5.4.6 Hubungan antara Jarak ke Fasilitas Kesehatan dengan Revolusi KIA

Terlihat bahwa adanya kecenderungan ibu yang memilih tenaga kesehatan atau dukun sebagai penolong persalinan dan rumah sebagai tempat persalinan lebih banyak berasal dari ibu yang tinggal jauh dari fasilitas kesehatan (62,5%) dibandingkan dengan ibu yang tinggal dekat fasilitas kesehatan (34 %). Hasil uji statistik menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara jarak rumah ke fasilitas kesehatan dengan pemilihan penolong dan tempat persalinan, p value sebesar 0,007 (nilai $p < \alpha$). Nilai OR = 3,21 (1,45 – 7,11) artinya ibu yang tinggal jauh dari fasilitas kesehatan mempunyai peluang 3 kali lebih besar untuk memilih dukun sebagai penolong persalinan dan rumah sebagai tempat persalinan. Tabel 5.19 menunjukkan distribusi menurut jarak ke fasilitas kesehatan dan pemilihan penolong dan tempat persalinan.

Tabel 5.19 Distribusi Jarak dengan Pemilihan Penolong dan Tempat Persalinan di Puskesmas Mebung dan Kabir tahun 2012

Jarak	Pemilihan Penolong dan Tempat Persalinan						OR 95 % CI	P
	Tidak Sesuai		Sesuai		Total			
	n	%	n	%	N	%		
Jauh	25	62,5	15	37,5	40	100,0	3,21 (1,45-7,11)	0,007
Dekat	26	34,0	50	66,0	76	100,0		
Jumlah	51	44,0	65	56,0	116	100,0		

5.4.7 Hubungan Riwayat ANC dengan Pemilihan Penolong dan Tempat Persalinan

Terlihat bahwa kecenderungan ibu yang memilih tenaga kesehatan atau dukun sebagai penolong persalinan dan rumah sebagai tempat persalinan lebih banyak berasal dari ibu yang tidak pernah ANC selama hamil (88,9%) dibandingkan dengan ibu yang ANC (34 %). Hasil uji statistik pada fisher's exact test menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara riwayat ANC dengan pemilihan penolong dan tempat persalinan, p value sebesar 0,010 (nilai $p < \alpha$). Nilai OR = 11,91 (1,44 – 98,65) artinya ibu yang tidak pernah ANC selama hamil mempunyai peluang 11,91 atau 12 kali lebih besar untuk memilih dukun sebagai penolong dan rumah sebagai tempat persalinan. Tabel 5.20 menunjukkan

distribusi menurut riwayat ANC dengan pemilihan penolong dan tempat persalinan.

Tabel 5.20 Distribusi Riwayat ANC dengan Pemilihan Penolong dan Tempat Persalinan di Puskesmas Mebung dan Kabir tahun 2012

Riwayat ANC	Pemilihan Penolong dan Tempat Persalinan						OR 95 % CI	P Value
	Tidak Sesuai		Sesuai		Jumlah			
	n	%	n	%	N	%		
Tidak	8	88,9	1	11,1	9	100,0	11,91	0,010
Ya	43	40,0	64	60,0	107	100,0	(1,44 – 98,65	
Total	51	44,0	65	56,0	116	100,0		

5.4.8 Hubungan Dukungan Suami dan Keluarga dengan Pemilihan Penolong dan Tempat Persalinan

Terlihat adanya kecenderungan ibu yang memilih tenaga kesehatan atau dukun sebagai penolong persalinan dan rumah sebagai tempat persalinan lebih banyak berasal dari ibu tidak mendapat dukungan dari suami dan keluarga (72,2%) dibandingkan dengan ibu yang memperoleh dukungan (39 %). Hasil uji statistik menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara dukungan suami dan keluarga dengan pemilihan penolong dan tempat persalinan, p value sebesar 0,018 (nilai $p < \alpha$). Nilai OR = 4,11 (1,36 – 12,44) artinya ibu yang tidak mendapat dukungan dari suami dan keluarga mempunyai peluang 4 kali lebih besar untuk memilih dukun sebagai penolong dan rumah sebagai tempat persalinan. Tabel 5.21 menunjukkan distribusi menurut dukungan suami dan keluarga dan pemilihan penolong dan tempat persalinan.

Tabel 5.21 Distribusi Dukungan Suami dan Keluarga dengan Pemilihan Penolong dan Tempat Persalinan di Puskesmas Mebung dan Kabir 2012

Dukungan	Pemilihan Penolong dan Tempat Persalinan						OR 95 % CI	P Value
	Tidak Sesuai		Sesuai		Total			
	n	%	n	%	N	%		
Tidak	13	72,2	5	27,8	18	100,0	4,11	0,018
Ya	38	39,0	60	61,0	98	100,0	1,34 – 12,44	
Jumlah	51	44,0	65	56,0	116	100,0		

5.4.9 Rekapitulasi Hasil analisis Bivariat

Tabel 5.22 menunjukkan rekapitulasi hasil bivariat antara umur, pendidikan, pengetahuan, pekerjaan, paritas, riwayat ANC, dukungan suami dan keluarga dengan Pemilihan penolong dan tempat persalinan.

Tabel 5.22 Rekapitulasi Hasil Bivariat antara Umur, Pendidikan, Pengetahuan, Pekerjaan, Paritas, Riwayat ANC, dukungan suami dan keluarga dengan Pemilihan Penolong dan Tempat Persalinan di Puskesmas Mebung dan Kabir Tahun 2012

Variabel	PEMILIHAN PENOLONG DAN TEMPAT PERSALINAN				P Value
	Tidak Sesuai		Sesuai		
	n	%	n	%	
Umur Ibu					0,45
Berisiko ($\leq 20, \geq 35$ tahun)	15	51,7	14	48,3	
Tidak berisiko (21 – 34 tahun)	36	41,4	51	58,6	
Pendidikan					0,49
Rendah	44	45,4	53	54,6	
Tinggi	7	36,8	12	63,2	
Pengetahuan					0,01
Kurang	39	57,4	29	42,6	
Baik	12	25,0	36	75,0	
Pekerjaan					0,58
Bekerja	40	43,0	53	57,0	
Tidak	12	52,2	11	47,8	
Paritas					0,18
Berisiko (≥ 5 kali)	10	62,5	6	37,5	
Tidak Berisiko (1 - 4 kali)	41	41,0	59	59,0	
Jarak ke Fasilitas Kesehatan					0,004
Jauh	25	62,5	15	37,5	
Dekat	26	34,0	50	66,0	
Riwayat ANC					0,01
Tidak	8	88,9	1	11,1	
Ya	43	40,0	64	60,0	
Dukungan Suami Dan Keluarga					0,009
Tidak	13	72,2	5	27,8	
Ya	38	39,0	61	61,0	

5.5 Hasil Penelitian Kualitatif

5.5.1 Tenaga Kesehatan

Wawancara mendalam telah dilakukan pada ke delapan informan yaitu kepala dinas kesehatan, kepala bidang kesehatan keluarga (Kesga), 2 kepala puskesmas, 2 bidan koordinator dan 2 dukun bersalin dari Puskesmas Mebung dan Kabir. Gambaran karakteristik informan di bawah ini dimaksud untuk memperlihatkan secara lebih rinci semua informan dalam penelitian ini secara umum telah sesuai dengan rencana semuala penelitian. Tabel 5.23 menunjukkan gambaran karakteristik informan tenaga kesehatan.

Tabel 5. 23 Gambaran Karakteristik Informan Tenaga Kesehatan

Informan	Jabatan	Umur	Pendidikan	Lama kerja di tempat sekarang
1	Kadis. kesehatan	48	S2	4 tahun
2	Kabid .Kesga	50	D1 Bidan	4 Tahun
3.	Kepala Pusk.Mebung	64	SMEP	34 Tahun
4.	Kepala Pusk.Kabir	47	SPK	23 Tahun
5.	Bidkor Mebung	46	DIII Bidan	7 Tahun
6.	Bidkor Kabir	29	DIII Bidan	8 tahun

Informan dalam penelitian ini diharapkan dapat menggambarkan kondisi sumber daya manusia (tenaga bidan), kemitraan bidan dan dukun, rumah tunggu persalinan dan anggaran yang disediakan untuk pelaksanaan Revolusi KIA di Kabupaten Alor pada umumnya dan Puskesmas Mebung dan Kabir pada khususnya. Jawaban yang disampaikan informan selengkapnya diuraikan sebagai berikut:

5.5.1.1 Sumber Daya manusia

a. Kecukupan SDM

Tenaga bidan yang tersedia secara kuantitas sangat kurang, rata – rata berpendidikan DIII namun keterampilan yang belum memadai bagi yang baru tamat. Dokter puskesmas hanyalah dokter PTT. Meskipun secara kuantitas demikian namun tenaga ini siap mendukung Revolusi KIA, seperti dilihat dalam kutipan hasil wawancara berikut ini:

“Jumlah desa yang ada tidak sesuai dengan jumlah desa namun rata – rata telah berpendidikan D3 kebidanan meskipun tenaga tidakcukup cakupan salin nakes meningkat dari tahun ke tahun” (Informan 1)

“Tenaga bidan dong masih kurang, secara kualitas rata – rata su D3 ma dari segi keterampilan belum memadai bagi bidan dong yang baru tamat pendidikan” (Informan 2)

“Dari 15 desa ni hanya beberapa desa yang terisi, total bidan 13 orang termasuk bidan PTT , bidan sukarela 5 orang rata – rata bidan berpendidikan DIII termasuk yang baru tamat dan ketenagaan yang ada dengan dokter PTT biar begitu kami siap dukung Revolusi KIA” (Informan 3)

“Dari jumlah sangat sedikit karena ada 11 desa, bidan hanya 5 orang (2 di puskesmas 1 di pustu dan 3 di desa), hanya 2 yang berpendidikan DIII, dokter PTT sampai bulan September 2011 biar begitu ju kami siap dukung Revolusi KIA1” (Informan 4)

“Jumlahnya cukup dan rata – rata sudah DIII, bidan yang ada ni 13 orang hanya 3 orang yang masih DI kebidanan (Informan 5)

“Bidan sangat kurang padahal ini puskesmas PONED (Informan 6)

b. Pelatihan Yang pernah diikuti

Pelatihan yang pernah dilakukan adalah APN, Manajemen BBLR, PONED dan PPGDON. Evaluasi Pasca pelatihan pernah didanai UNICEF tetapi sekarang tidak ada. Dapat dilihat dari kutipan hasil wawancara berikut ini :

“Lebih detail tentang pelatihan yang berhubungan dengan bidan, lebih jelasnya di bidang kesehatan keluarga” (Informan 1)

“Hampir semua bidan su dilatih APN, Manajemen BBLR, PPGDON dan 2 Puskesmas ini sudah dilatih PONED, Evaluasi Pasca pelatihan dulu ada karena didanai UNICEF ma sekarang su tidak ada lagi” (Informan 2)

“Saya juga baru di sini jadi tentang pelatihan bidan, tanya ke bidan koordinator saja” (Informan 3)

“Bidan dong su dilatih APN, PONED, BBLR dan PPGDON” (Informan 4)

“Semua bidan PNS su ikut pelatihan APN, Pelatihan PONED, BBLR dan PPGDON juga bidan pernah ikut” (Informan 5)

“Kami su ikut pelatihan PONED tetapi dokternya su pindah, pelatihan APN, PPGDON, BBLR ju su pernah ikut” (Informan 6)

c. Hambatan faktor SDM

Hambatan faktor tenaga adalah Tenaga yang masih kurang secara jumlah, SDM rata – rata DIII tetapi keterampilan masih kurang, dana APBD sedikit untuk evaluasi paskah pelatihan, seperti hasil wawancara berikut ini:

“Tenaga bidan masih kurang terutama di desa karena banyak yang di kota”
(Informan 1)

“Tenaga bidan kurang dan masih ada yang DI kebidanan, bidan yang baru tamat dong masih belum terampil, dulu tuh ada evaluasi pasca pelatihan karena didanai UNICEF, ma sekarang tidak ada karena dana APBD sedikit, pernah di buat telaan dan su di acc bupati ma karena perubahan jadi tidak dapat anggaran (Informan 2)

“Tenaga cukup sih meskipun ada desa yang belum ada bidan. Bidan yang baru dari alumnus tertentu belum terampil (Informan 3)

“Tenaga Bidan sangat kurang padahal kita pu desa ni banyak ”
(Informan 4)

“Banyak bidan baru yang kompetensinya belum bagus” (Informan 5)

“Desa ada 10 kelurahan 1, kami bidan di puskesmas cuma 2 orang, kami kerja pagi di KIA, malam kalau ada pasien kami harus tolong lagi”
(Informan 6)

d. Solusinya

Solusi untuk mengatasi masalah SDM adalah Bidan yang masih D1 lanjut ke DIII kebidanan, magang dan uji kompetensi bagi bidan yang baru, pembagian penanggung jawab desa dengan komitmen desa yang dekat puskesmas persalinan di fasilitas kesehatan 100%, adanya perdes untuk dukung Revolusi KIA, seperti hasil wawancara yang dikutip berikut ini :

“ D1 yang masih ada ditingkatkan pendidikannya menjadi DIII, bidan yang baru harus magang dan uji kompetensi” (Informan 1)

“Yang masih D1 dong lanjut menjadi DIII, Bidan baru dong magang di Puskesmas dan rumah sakit dan uji kompetensi nanti su terampil baru ke tempat tugas, pembagian wilayah desa tanggung jawab dengan komitmen desa dekat 100% salin di faskes dan ada kepala desa yang buat perdes untuk dukung Revolusi KIA “ (Informan 2)

“Bagi jadwal jaga yang senior dipasangkan dengan junior,yang dari alumnus kampus bagus dipasangkan dengan alumnus dari kampus yang kurang baik” (Informan 3)

“Tenaga kurang jadi kami membagi wilayah kerja, kerja sama lintas sektor yaitu camat, kepala desa, RT dan RW. Ada desa yang punya perdes”
(Informan 4)

“ Bagi jadwal jaga gandeng senior dengan yunior” (Informan 5)

“ Kami libatkan kepala puskesmas untuk pertolongan persalinan”
(Informan 6)

e. Peluangnya

Berbagai peluang yang dimiliki adalah Bidan yang tetap di tempat tugas, Pendidikan rata – rata DIII, Kemauan untuk bekerja dan kekompakan, seperti kutipan hasil wawancara berikut ini :

“Pendidikan rata – rata D III” (Informan 1)

“Pendidikan rata – rata D III (Informan 2)

“Pendidikan DIII (Informan 3)

“Bidan 2 sa di Puskesmas tetapi dong tetap di tempat kerja dan ada kemauan untuk bekerja” (Informan 4)

“Jumlah tenaga yang cukup disertai bidan yang hampir semua su DIII “
(Informan 5)

“ Kekompakan “ (Informan 6)

f. Sarannya

Yang menjadi saran atau masukan adalah penambahan bidan, uji kompetensi sampai mahir menolong persalinan, meningkatkan kerja sama, Refresing pasca pelatihan, pengadaan kaset audio visual pertolongan persalinan, seperti yang dikutip dari hasil wawancara sebagai berikut:

“Penambahan bidan” (Informan 1)

“Bidan penanggung jawab dapat bekerja dengan baik” (Informan 2)

“Pengadaan kaset audio visual persalinan supaya waktu kosong na bidan dong nonton sambil role play, uji kompetensi sampai dong mahir baru ke tempat tugas” (Informan 3)

“Penambahan tenaga” (Informan 4)

“Refresing materi pelatihan yang pernah diikuti terus bidan DI dong kuliah DIII “ (Informan 5)

“Peningkatan SDM terus tambah tenaga bidan” (Informan 6)

5.5.1.2 Kemitraan Bidan dan Dukun

a. Pendapat tentang pelaksanaan kemitraan

Pelaksanaan selama ini maksimal pada daerah dekat sedangkan daerah jauh belum karena konsep kemitraan yang dibangun salah, tenaga bidan kurang sehingga pergerakan masyarakatnya pun kurang padahal mempunyai daya ungkit yang baik, seperti yang dikutip sesuai hasil wawancara berikut ini :

“Dulu tanpa bayar pun dukun mau mengantar ibu hamil, sekarang pakai bayar jadi ketika uang tidak ada dukun tidak mengantar ibu hamil”

(Informan 1)

“Belum maksimal karena pergerakan kepada masyarakat yang kurang disebabkan oleh karena kita pu tenaga yang kurang” (Informan 2)

“Kurang maksimal, padahal kemitraan sudah ada sebelum ada Revolusi KIA, kemitraan meningkatkan cakupan persalinan karena ambulans antar jemput ibu inpartu, masyarakat bayar sesuai jarak yaitu Rp.50.000 sampai dengan 100.000, hasil kesepakatan bersama sehingga ibu dari daerah jauh pun dapat melahirkan di puskesmas diantar dukun ” (Informan 3)

“Telah berjalan baik bagi desa yang dekat, desa yang jauh belum maksimal” (Informan 4)

“Telah berjalan dengan baik terutama karena setiap dukun diberikan dana pengganti transport (Rp.50.000) yang diambil dari dana partograf ” (Informan 5)

“ Mitra bagus untuk desa dekat (informan 6)

b. Pelatihan yang dibuat untuk dukun

Secara keseluruhan tidak ada pelatihan karena dana terbatas yang ada hanyalah pertemuan rutin dan refreasing materi pelatihan, seperti yang dikutip sesuai hasil wawancara berikut ini :

“ Tidak ada pelatihan dukun (Informan 1)

“Tidak ada pelatihan, di beberapa puskesmas yang bagus kemitraannya karena ada pertemuan rutin (Informan 2)

“Tidak tahu karena saya baru 1 tahun di sini” (Informan 3)

“Ada pertemuan rutin dukun dan kami memberikan materi tentang tanda – tanda inpartu, tanda – tanda gawat darurat dan Revolusi KIA” (Informan 4)

“Dana terbatas sehingga pertemuan berkala tidak terlaksana, pertemuan rutin dulu yang ada tahun 2006 sekarang su tidak ada” (Informan 5)

“Ada refresing dukun 2 x / tahun, pertemuan dukun dan bidan 2 x / tahun di tahun 2011” (Informan 6)

c. Protap kemitraan selama ini

Protap kemitraan yang selama ini jalan adalah dukun mengantar ibu hamil ke puskesmas, bidan menolong persalinan dibantu oleh dukun, dukun merawat masa nifas, bidan melakukan kunjungan nifas dan neonatal, dukun diberi dana pengganti transport Rp.50.000.-, seperti yang dikutip dari hasil wawancara sebagai berikut :

“Dukun mengantar ibu hamil ke puskesmas dan mereka bersama bidan menolong persalinan” (Informan 1)

“Dukun mengantar ibu hamil ke puskesmas dan diberi uang pengganti transport (Informan 2)

“Kegiatan mitra dukun, dukun antar ibu ke puskesmas dan ada reward bagi dukun yaitu Rp.50.000 ,kepingin banyak sih tapi dari dana BOK seperti itu (Informan 3)

“Dukun mengantar ibu hamil ke puskesmas, bidan menolong persalinan dan dukun mendampingi” (Informan 4)

“Dukun / kader mengantar ibu hamil ke puskesmas, saat pertolongan persalinan dukun mendampingi ibu hamil” (Informan 5)

“Dukun mendampingi ibu bersalin dan merawat nifas, bidan melakukan kunjungan nifas dan kunjungan neonatal “ (Informan 6)

d. Pemantauan kemitraan

Pemantauan kemitraan dilihat dari register dan juga laporan persalinan yang mencantumkan nama dukun, seperti yang dikutip dari hasil wawancara sebagai berikut:

“Kurang tahu yang dipakai puskesmas seperti apa tetapi biasanya di laporan persalinan “ (Informan 1)

“Laporan Persalinan “ (Informan 2)

“Laporan persalinan yang mencantumkan nama dukun” (Informan 3)

“Adanya register yang tersedia untuk mencatat nama ibu dukun yang mengantar ibu hamil” (Informan 4)

“ Laporan persalinan ada nama dukun “ (Informan 5)

“Ada register untuk khusus mencatat nama mama dukun yang mengantar ibu hamil “ (Informan 6)

e. Kendala

Yang menjadi kendala adalah keterbatasan dana, belum ada dukungan masyarakat setempat, dukun menerima uang dari masyarakat lebih dari yang diberikan puskesmas, dukun memanggil saat pembukaan lengkap dan keterbatasan geografis, seperti yang dikutip dari hasil wawancara sebagai berikut:

“Keterbatasan dana dan keterlambatan pencairan sehingga insentif dukun terlambat “ (Informan 1)

“Pola pendekatan dan komunikasi yang tidak dibangun secara baik dengan dukun sehingga dukun masih menolong persalinan karena saya yakin 1 ibu hamil nyaman melahirkan di puskesmas ia akan menjadi motivator bagi ibu yang lain tanpa harus diantar oleh dukun” (Informan 2)

“Masyarakat bayar dukun lebih besar dari yang dibayar Puskesmas dan tidak adanya dukungan masyarakat setempat baik camat maupun kepala desa” (Informan 3)

“Bayar insentif tidak sesuai dengan jumlah ibu hamil yang diantar” (Informan 4)

“Dukun tidak antar ibu hamil ke puskesmas, dana insentif tidak tepat waktu” (Informan 5)

“Dukun dong panggil kalau su pembukaan lengkap, dukun yang jauh tidak mau antar ibu hamil” (Informan 6)

f. Solusi

Solusi yang dibuat adalah dengan membuat komitmen dengan kepala desa dan dukun, alokasi dana kemitraan bersumber dari BOK, seperti yang dikutip dari hasil penelitian sebagai berikut:

“Dana BOK telah dialokasikan untuk insentif dukun dan antar jemput ibu hamil “ (Informan 1)

“Membangun Pola pendekatan dengan masyarakat agar ia mau melahirkan di dukun karena itu suatu kebutuhannya” (Informan 2)

“Menyampaikan kepada dukun bahwa jika ada persalinan yang ditolong dukun sendiri dan ada kematian, pihak puskesmas akan lapor ke polisi, pendataan ibu hamil melibatkan dukun dan pembayaran uang transport antar ibu hamil ke puskesmas dan pendataan dari dana BOK sesuai jarak ” (Informan 3)

“Kita harus motivasi dukun supaya dapat bekerjasama dan transparansi insentif yang menjadi haknya” (Informan 4)

“Kami memotong uang partograf Rp.50.000 untuk membayar dukun yang mengantar ibu hamil sebelum dana cair” (Informan 5)

“Memberikan no HP kepala puskesmas dan bidan kepada kader/ dukun dan kepala desa” (Informan 6)

g. Saran

Masukan atau saran yang diberikan hanya berkisar tentang pencairan anggaran dan peningkatan kemitraan, seperti yang dikutip sesuai hasil wawancara berikut ini:

“Merubah konsep untuk bayar insentif dukun susah sehingga perlu peningkatan kerjasamanya” (Informan 1)

“Tenaga kesehatan kita harus merubah pola pendekatannya, alokasikan dana untuk pertemuan rutin bidan di Puskesmas, Pustu atau desa” (Informan 2)

“Adanya pendataan dukun agar tidak ada dukun yang mencari kesempatan dalam kesempitan” (Informan 3)

“Pencairan dana tepat waktu dan perlunya pendataan dukun” (Informan 4)

“Perlu adanya insentif dukun dan sopir yang mengantar jemput ibu hamil” (Informan 5)

“Dukun yang mengantar ibu hamil langsung dibayar agar ia tetap bermitra deng kita” (Informan 6)

5.5.1.3 Rumah Tunggu

a. Pendapat keberadaan rumah tunggu

Rumah tunggu merupakan salah satu faktor untuk meningkatkan aksesibilitas masyarakat ke fasilitas kesehatan namun banyak ibu yang tidak menggunakan karena budaya, belum terbiasa dan tidak tersedia fasilitas pendukung seperti alat masak, seperti yang dikutip dari hasil wawancara sebagai berikut:

“Ibu yang di desa – desa masih ada yang tidak mau dirujuk apalagi melahirkan di puskesmas dan tinggal di rumah tunggu. Mereka perlu adaptasi karena mereka belum bebas untuk berada di rumah yang tidak seperti rumah mereka” (Informan 1)

“Rumah tunggu menjadi salah satu faktor yang dapat menjadi daya ungkit peningkatan cakupan salin nakes terutama ibu yang berasal dari jauh namun masih hanya sebuah gedung tanpa fasilitas yang sesuai Pergub tentang

Revolusi KIA karena masih fokus ke sarana prasarana puskesmas, pustu dan polindes atau poskesdes” (Informan 2)

“Rumah tunggu secara fungsi baik namun yang tersedia hanya sebuah gedung tanpa fasilitas dan dana operasional” (Informan 3)

“Sangat bermanfaat tetapi tidak tersedia meja, kursi, alat masak sehingga masyarakat membawa makanan dari rumahnya sendiri” (Informan 4)

“Rumah tunggu sangat membantu tetapi hanya gedung tanpa fasilitas sehingga masyarakat dong datang bawa kebutuhan dong dari rumahnya sendiri “ (Informan 5)

“Rumah tunggu sangat bermanfaat tetapi masyarakat mengeluh karena bawa makanan sendiri” (Informan 6)

b. Sistem penggunaan

Rumah tunggu diperuntukan bagi ibu hamil yang jauh dan berisiko dengan jumlah yang sesuai dengan kondisi ibu hamil dan keluarga, sesuai kutipan dari hasil wawancara sebagai berikut :

“Sesuai Peraturan Gubernur bagi yang jauh 1-2 minggu sebelum tafsiran persalinan tetapi di alor, disesuaikan dengan kondisi” (Informan 1)

“Diharapkan semua ibu hamil yang jauh mereka akan menggunakan 2H 2H center (datang 2 hari sebelum partus dan 2 hari setelah partus) karena rumah tunggu dibuat seperti kos yang dihuni pasien dan keluarganya” (Informan 2)

“Ibu hamil yang jauh dijemput oleh ambulance, keluarga membayar ambulance berdasarkan hasil kesepakatan (Rp.100.000),tinggal di rumah tunggu persalinan 1 hari sebelum dan sesudah persalinan (Informan 3)

“Ibu inpartu dong su sakit – sakit baru ambulance pi jemput kalau su melahirkan 1 hari na dong pulang karena makanan dan minum diantar keluarga” Kalau dulu makanan dan minuman masyarakat bawa tetapi kalau dana su cair kami ganti Rp.130.000 / hari dari Jamkesmas tetapi sekarang su tidak ada lagi. Rumah tunggu ni gratis “ (Informan 4)

“ Kalau ibu hamil yang normal na tinggal 1 hari sebelum dan 1 hari sesudah melahirkan tetapi kalau pathologi na 3 hari baru pulang “ (Informan 5)

“Ibu hamil dong datang 1 hari sebelum dan 1 hari sesudah melahirkan soalnya makanan dan minuman keluarga yang antar” (Informan 6)

c. Saran

Saran atau masukan yang diberikan adalah adanya dana operasional rumah tunggu, yang dikutip sebagai berikut:

“ Kami berharap suatu saat ada dana operasional rumah tunggu agar memudahkan masyarakat” (Informan 1)

“Saat ini masih diperkuat ketenagaan dan sarana puskesmas sehingga diharapkan ke depan ada dana operasionalnya. Rumah tunggu mulai ada tahun 2008 sehingga perlu kerja sama dengan camat atau kepala desa misalnya 1 desa diberi tanggung jawab 1 tempat tidur” (Informan 2)

“Semoga tahun – tahun mendatang ada anggaran “ (Informan 3)

“Adanya dana operasional dari pemerintah daerah” (Informan 4)

“Adanya Fasilitas rumah tunggu” (Informan 5)

“Adanya dana operasional dan kelengkapan Rumah tangga di rumah tunggu “ (Informan 6)

5.5.1.4 Anggaran

a. Pendapat tentang dana KIA

Semua bidang akan merasa programnya lebih penting sehingga tidak ada dana khusus KIA, yang ada dari dana BOK yaitu jampersal, kemitraan bidan dan dukun, biaya antar jemput ibu hamil, dana pendataan ibu hamil oleh dukun, seperti yang dikutip dari hasil wawancara sebagai berikut :

“Semua bidang menganggap programnya penting sehingga tidak ada prioritas anggaran untuk program tertentu apalagi dana yang dialokasikan sangat terbatas “ (Informan 1)

“Dana sangat terbatas, hanya 1,8 % saja yang dialokasikan untuk KIA dari keseluruhan dana APBD untuk dinas kesehatan “ (Informan 2)

“Semua program penting, untuk KIA dari dana BOK mendanai Jampersal, kunjungan ANC dan Nifas, kemitraan bidan dan dukun, transport antar jemput pasien dan dana pendataan ibu hamil oleh dukun” (Informan 3)

“ Dana terbatas dan tidak sesuai kebutuhan “ (Informan 4)

“Total dana tidak tahu hanya tahu dana untuk bidan yaitu jampersal, kunjungan ibu hamil dan nifas, antar jemput ibu hamil dan kemitraan” (Informan 5)

“Untuk dana BOK 2011 kami mendapat uang 420.000 / pasien yaitu dari kunjungan ANC, partograf dan kunjungan nifas” (Informan 6)

b. Kendala

Kendala yang sering dialami adalah keterbatasan dana dan keterlambatan pencairan dana dan system pertanggung jawaban yang rumit, seperti yang dikutip dari hasil wawancara sebagai berikut :

“ Dana terbatas dan lambat cair, itu sudah biasa” (Informan 1)

“ Dana tidak sesuai dengan kebutuhan sehingga perlu prioritas”
(Informan 2)

“Dana terlambat cair, system pencatatan dan pertanggung jawaban yang rumit sehingga banyak dana yang tidak terserap” (Informan 3)

“ Dana cair akhir tahun sehingga menghambat pelayanan dan juga dana terbatas sehingga dalam POA bersifat prioritas, kegiatan rutin tanpa dana” (Informan 4)

“Dana kurang karena jumlah uang partograf Rp.350.000 / ibu hamil tetapi dipotong 40 % untuk bahan habis pakai dan sisanya dibagi team yang menolong persalinan” (Informan 5)

“Jumlah sasaran KIA di kabupaten tidak sesuai dengan kenyataan di Puskesmas sehingga anggaran yang turun tidak sesuai dengan sasaran “
(Informan 6)

c. Solusi

Solusi yang diambil adalah setiap kegiatan tetap dilaksanakan dan diklemkan jika telah ada pencairan dana, seperti yang dikutip dari hasil wawancara sebagai berikut:

“Kegiatan terus dilakukan sambil menunggu pencairan Dana (Informan 1)

“Kegiatan tanpa anggaran yang disediakan hanya dana transportasi, Kami Pernah buat telaan untuk tahun 2011 dukung untuk Revolusi KIA terbentur dengan tidak adanya dana perubahan sehingga tdk terjawab padahal sudah di acc bupati sehingga tidak terakomodir. “ (Informan 2)

“Kegiatan dilakukan,kalau dana cair baru di klem” (Informan 3)

“Swadaya Rujukan, kegiatan tetap berjalan, nanti diklem kemudian”
(Informan 4)

“Bekerja dengan tulus saja” (Informan 5)

“Menyampaikan kenyataan sasaran ke dinas kesehatan” (Informan 6)

d. Saran

Saran yang disampaikan adalah agar pencairan dana pada awal tahun anggaran dan juga ada dana khusus untuk mendukung Revolusi KIA, seperti yang dikutip sesuai hasil wawancara berikut ini:

“Pencairan dana awal tahun dan setiap program yang didanai yang bersifat prioritas “ (Informan 1)

“Keterampilan teknik APN, PONED, BBLR, asfik dan beberapa pelatihan terakomodir oleh dana APBD II, DEKON, APBN dan dana dari sumber lainnya” (Informan 2)

“Ada dana khusus untuk mendukung setiap item Revolusi KIA” (Informan 3)

“Dana cair awal tahun “ (Informan 4)

“Karena Revolusi KIA jadi dana untuk KIA ditingkatkan dan juga ketepatan waktu pencairan dana” (Informan 5)

“Lebih keterbukaan tentang dana di Puskesmas, peningkatan jumlah dana KIA “ (Informan 6)

5.5.2 Hasil Wawancara Dukun

Setelah dilakukan wawancara mendalam kepada kepala dinas kesehatan, kepala puskesmas dan bidan koordinator selanjutnya dilakukan wawancara terhadap dukun yang bermitra dengan bidan pada kedua puskesmas tempat penelitian. Tabel 5.24 menunjukkan karakteristik informan dukun.

Tabel 5.24 Gambaran Karakteristik Dukun

Informan	Umur	Pendidikan	Lama kerja	Pelatihan
Dukun 1	64	SMEP	34 tahun	Ya
Dukun 2	50	SMP	8 Tahun	Tidak

Wawancara mendalam pada dukun ini diharapkan dapat memberikan informasi yang bermanfaat berkaitan dengan kegiatan kemitraan bidan dan dukun di Puskesmas Mebung dan Kabir. Berikut ini hasil wawancara yang dikutip dari ke dua informan

1. Pelatihan yang pernah diikuti selama menjadi dukun

Pelatihan yang pernah diikuti tentang cara pertolongan persalinan tetapi pada masa sekarang hanya pertemuan dan refreasing, seperti yang dikutip dari hasil wawancara seperti berikut ini :

“Dulu tuh yang kami ikut pelatihan tentang cara melahirkan, cara rawat bayi dan dikasih tas dukun, ma sekarang kami hanya ikut pertemuan saja” (Informan 1)

“ Tidak pernah ikut pelatihan, kami ikut pertemuan saja di puskesmas baru bidan dong kasih tahu tanda – tanda ibu melahirkan dengan tanda – tanda bahaya” (Informan 2)

2. Apakah pernah mendengar Revolusi KIA?

Kedua informan pernah mendengar tentang Revolusi KIA, seperti yang dikutip sesuai hasil wawancara berikut ini:

“Ia pernah dengar” (Informan 1)

“ia “ (Informan 2)

3. Jika pernah mendengar, dari mana ibu mendengar?

Kedua informan mendengar informasi dari petugas kesehatan saat penyuluhan di gereja, seperti yang dikutip sesuai hasil wawancara berikut ini :

“Dari bidan dong” (Informan 1)

“ Ibu kepala puskesmas waktu penyuluhan di gereja” (Informan 2)

4. Pendapat tentang Revolusi KIA

Menurut informan Revolusi KIA sangat bermanfaat namun rata – rata masyarakat yang belum menggunakan puskesmas sebagai fasilitas pelayanan kesehatan karena merasa repot, seperti yang dikutip sesuai wawancara berikut ini:

“Sangat menguntungkan masyarakat” (Informan 1)

“Baik tapi kita pu masyarakat dong ni yang malas soalnya dari sini pi puskesmas ju jauh, dong pu alasan antar makanan pi datang tuh yang repot” (Informan 2)

5. Pendapat tentang Kemitraan bidan dan dukun

Menurut pendapat informan, kemitraan sangat membantu masyarakat karena cepat mendapat pertolongan jika mengalami masalah saat persalinan, namun akhir – akhir ini tidak berjalan terutama adanya pertemuan bidan dan dukun, seperti yang dikutip sesuai hasil wawancara berikut ini:

“Baik dan menguntungkan masyarakat karena melahirkan di tempat yang bersih dan kalau ada perdarahan na cepat tertolong” (Informan 1)

“Baik tetapi sekarang su tidak ada pertemuan lagi” (Informan 2)

6. Peran dalam pertolongan persalinan

Menurut pendapat informan, peran mereka adalah mengantar ibu hamil yang mau melahirkan ke puskesmas, saat persalinan bidan yang menolong, peran dukun adalah mendampingi ibu dan memberikan dukungan moril seperti yang dikutip sesuai hasil wawancara berikut ini:

“Mengantar ibu hamil ke puskesmas, menjaga ibu hamil di tempat bersalin dan mendampingi bidan yang menolong persalinan terus kalau ibu su di rumah baru dukun yang rawat” (Informan 1)

“Mengantar ibu yang bersalin pi puskesmas, kalau ibu pu pinggang sakit na kita bantu rama – rama, bidan tolong bersalin, kita pegang ibu pu badan “ (Informan 2)

7. Cara mengajak ibu hamil bersalin ke puskesmas

Ada beberapa cara yang digunakan informan agar ibu hamil dapat melahirkan di puskesmas adalah melalui kunjungan rumah, penyuluhan dan motivasi, seperti yang dikutip pada hasil wawancara berikut ini:

“ Kunjungan rumah, penyuluhan dan motivasi, ingatkan ibu hamil untuk memanggil dukun sebelum ke puskesmas” (Informan 1)

“ Kunjungan rumah “ (Informan 2)

8. Pendapat tentang insentif

Menurut informan, pernah ada insentif namun tidak sesuai dengan jumlah ibu hamil yang diantar dan sering terlambat, sesuai kutipan yang dikutip pada hasil wawancara berikut ini:

“Dulu tuh lancar ma sekarang tidak, setiap antar ibu hamil na dikasih Rp.50.000” (Informan 1)

“ Bilang ada dia pu uang kalau antar ibu hamil na Rp.50.000 ma selama ini kita antar ibu su banyak ma di kasih hanya Rp.50.000 selama ini”
(Informan 2)

9. Kegiatan yang dilakukan puskesmas untuk meningkatkan kemitraan

Menurut informan, pernah ada pertemuan dan kegiatan lainnya yang rutin namun sekarang tidak ada, seperti yang dikutip sesuai dengan hasil wawancara berikut ini :

“Kalau dulu di tahun 2006 na tiap bulan ada kegiatan jumat bersih sekalian pertemuan dan antar laporan tapi sekarang ni selama tahun 2011 Pertemuan hanya 2 kali saja” (Informan 1)

“Pertemuan bidan dengan dukun tuh 2 kali saja selama tahun 2011”
(Informan 2)

10. Kendala kemitraan

Menurut informan kendala yang sering dialami adalah keterlambatan pembayaran insentif dan juga suami ibu hamil yang tidak mau isterinya diantar ke puskesmas untuk melahirkan, seperti yang dikutip sesuai hasil wawancara berikut ini:

“ Uang kadang terlambat dikasih, ibu hamil pu suami dong kadang tidak mau isterinya diantar ke puskesmas “ (Informan 1)

“ Insentif ” (Informan 2)

11. Saran

Menurut informan, harus ada keterbukaan menyangkut insentif, adanya pelatihan dan pertemuan bidan dukun seperti kegiatan jumat bersih antara bidan, dukun, seperti yang dikutip sesuai hasil wawancara berikut ini:

“Bangkit kembali jumat bersih “ (Informan 1)

“Insentif harus ada keterbukaan, ada pelatihan lagi supaya kita ingat ingat materi – materi tentang persalinan” (Informan 2)

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan penelitian antara lain:

1. Desain studi penelitian yang digunakan adalah studi *cross - sectional* (potong lintang) yang hanya dapat melihat ada atau tidaknya hubungan antara variabel yang diteliti dan tidak dapat mencari hubungan sebab akibat karena pengumpulan data faktor – faktor risiko dan efek dilakukan saat bersamaan.
2. Faktor penghasilan tidak diteliti karena dalam distribusi, penghasilan ibu di wilayah penelitian homogen dan dibawah dari UMR Kabupaten Alor yaitu Rp.850.000.- Selain itu terdapat faktor – faktor lain yang tidak diteliti seperti pandangan individu terhadap pelayanan kesehatan ibu dan anak, asuransi kesehatan. Faktor – faktor yang tidak diteliti dapat menjadi bahan penelitian untuk penelitian selanjutnya.
3. Responden adalah ibu bayi 0 -12 bulan dan meskipun data dikumpulkan langsung oleh petugas namun bias dapat terjadi karena responden tidak mengingat peristiwa di masa lampau antara lain pada usia berapa ibu periksa pertama kali kehamilannya bagi ibu yang tidak memiliki buku KIA.
4. Keterbatasan kemampuan, tenaga, waktu dan dana sehingga peneliti membatasi variabel

6.2 Pembahasan Hasil Penelitian Kuantitatif

6.2.1 Pemilihan Penolong dan Tempat Persalinan

Revolusi KIA berarti semua persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan memadai (Dinkes NTT, 2009). Hasil penelitian menunjukkan bahwa hanya 56 % ibu yang melahirkan ditolong tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan. Itu berarti bahwa hampir setengah bagian ibu masih ditolong oleh dukun di rumah.

Hasil penelitian ini jika dibandingkan dengan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan Kabupaten Alor tahun 2011 hampir sama yaitu 51,1%. (Dinkes Alor, 2012). Berdasarkan data Riskesdas tahun 2010, cakupan persalinan nakes di fasilitas kesehatan di NTT hanya 24,2 % yang berarti bahwa cakupan persalinan pada fasilitas kesehatan di Kabupaten Alor di atas dari cakupan propinsi.

Penyebab dari masalah ini tidak jauh berbeda dengan hasil susenas (1990) Riskesdas (2010) bahwa pertolongan persalinan anak yang terakhir sebagian besar kelahiran ditolong oleh bidan namun kelahiran di pedesaan masih menggunakan jasa dukun, karena perbandingan kelurahan dengan desa di Puskesmas Kabir 1: 10 sedangkan Puskesmas Mebung 2 : 13. Itu berarti bahwa jumlah penduduk lebih banyak tersebar di desa dibandingkan di kota sehingga pemilihan penolong persalinan pun lebih banyak pada dukun.

Meskipun Revolusi KIA telah berjalan sejak tahun 2006 dan Pergub NTT tahun 2009, namun dukun masih berperan penting dalam masyarakat karena berbagai alasan yang cukup kompleks diantaranya karena faktor kedekatan emosional dari segi kekeluargaan, cepat dipanggil, mudah dijangkau, biayanya lebih murah dan tidak ada bidan desa di tempat.

Selain itu anggapan bahwa pelayanan dukun lebih komprehensif sebelum dan sesudah persalinan. Alasan ibu memilih dukun sangat bervariasi, namun yang terbanyak adalah karena faktor kedekatan secara kekeluargaan (orang tua, mertua, keluarga dekat dan bahkan saudara) yaitu 75, 5 % sedangkan alasan terbiasa (4,1 %), lebih menarik dari hasil penelitian ini adalah masyarakat mempunyai kartu jaminan kesehatan (jamkesmas) yang dapat digunakan untuk memperoleh pelayanan persalinan gratis di puskesmas namun mereka memilih dukun meskipun harus dibayar dengan nominal Rp.10.000 – 200.000 dalam bentuk uang tunai, sirih pinang atau pun tenun ikat. Hal ini disebabkan oleh karena banyak hal diantaranya tidak merepotkan keluarga untuk mengantar makanan ke puskesmas, dekat secara jarak dan juga kekeluargaan, pengalaman mereka untuk melahirkan di puskesmas, dan tidak adanya kemampuan untuk membayar ambulans.

Hal ini sesuai dengan apa yang dikemukakan Andersen (1974) menyatakan bahwa pemanfaatan pelayanan kesehatan tergantung kondisi seseorang untuk memakai jasa pelayanan, kemampuan untuk mencari pelayanan dan kebutuhan akan pelayanan kesehatan. Menurut Parasuraman, Zeithmal dan Berry (1990) bahwa faktor pengalaman masa lalu saat menerima jasa pelayanan (*past experiences*) mempengaruhi seseorang untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan dan juga menurut Green (1980) bahwa faktor predisposing yaitu nilai, persepsi dan pandangan individu terhadap pelayanan kesehatan dan faktor enabling (sumber daya keluarga / penghasilan) tidak memungkinkan untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan.

Jika dukun diajak bermitra, kemungkinan besar persalinan di fasilitas kesehatan akan meningkat karena dukun dan masyarakat tinggal bersama – sama, mereka memiliki tradisi atau kebiasaan yang sama. Konsep kemitraan haruslah dipertegas agar bidan dan dukun memahami peran dan fungsinya sehingga dukun tidak merasa bahwa ia dihilangkan tetapi secara perlahan perannya diganti menjadi fasilitator masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan (Depkes RI, 2010). Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari seluruh ibu yang melahirkan di fasilitas kesehatan, hanya 44,6 % yang diantar dukun bermitra.

Penelitian ini juga sesuai dengan penelitian Maria (2009), Sufiawati (2012) bahwa terdapat beberapa faktor yang berkaitan dengan rendahnya pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan diantaranya faktor kemiskinan, akses layanan ke sarana kesehatan, pendidikan, kurangnya tenaga kesehatan di daerah, kurangnya dukungan suami / keluarga, kondisi geografis, transportasi, kultur budaya masyarakat dan masih tingginya kepercayaan kepada dukun dari pada ke bidan atau dokter yang masih muda secara usia.

6.2.2 Umur Ibu dengan Pemilihan Penolong Dan Tempat Persalinan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar ibu dalam kelompok usia berisiko (51,7 %) masih ditolong dukun di rumah dibandingkan dengan ibu dalam kelompok usia tidak berisiko (41,4%). Rentang umur 17 tahun sampai 45 tahun dengan rata – rata 29 tahun. Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada

hubungan yang bermakna antara umur dengan pemilihan penolong dan tempat persalinan, p value sebesar 0,450.

Melihat persentase penolong persalinan oleh dukun di rumah lebih tinggi pada kelompok usia resiko tinggi sehingga perlu diperhatikan meskipun secara statistik tidak bermakna karena umur ibu turut menentukan kesehatan maternal dan sangat berhubungan erat dengan kondisi kehamilan, persalinan dan nifas serta bayinya.

Usia ibu hamil yang terlalu muda atau terlalu tua (≤ 20 tahun dan ≥ 35 tahun) merupakan faktor penyulit kehamilan, sebab ibu yang hamil terlalu muda, keadaan tubuhnya belum siap menghadapi kehamilan, persalinan dan nifas serta merawat bayinya, sedangkan ibu yang usianya 35 tahun atau lebih akan menghadapi risiko seperti kelainan bawaan dan penyulit pada waktu persalinan yang disebabkan oleh karena jaringan otot rahim kurang baik untuk menerima kehamilan. Proses reproduksi sebaiknya berlangsung pada ibu berumur antara 20 hingga 34 tahun karena jarang terjadi penyulit kehamilan dan juga persalinan (Prawirohardjo,2010).

Selain itu penulis berasumsi bahwa umur ibu tidak berhubungan dengan pemilihan penolong dan tempat persalinan karena pada usia ≤ 20 tahun, pengambilan keputusan dalam memilih penolong dan tempat persalinan mendapat nasehat atau mengikuti orang tuanya yang telah berpengalaman ditolong oleh tenaga dukun sedangkan usia ≥ 35 tahun karena riwayat persalinannya yang terdahulu merasa aman ditolong oleh dukun. Asumsi ini disamakan dengan teori Green (1991) bahwa umur merupakan faktor anteseden terhadap perilaku yang menjadi dasar atau motivasi perilaku individu itu sendiri yang didukung oleh sumber penguat termasuk orang tua, teman dan sebagainya.

Penelitian ini sesuai dengan Widawati (2008), Yuliani (2011) yang menyatakan bahwa umur tidak mempunyai hubungan dengan pemilihan penolong persalinan namun ada perbedaan kelompok usia yaitu pada rani (2011) lebih banyak pada usia tidak berisiko.

6.2.3 Pendidikan dengan Pemilihan Penolong dan Tempat Persalinan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar ibu berpendidikan rendah (83,6%) dan sebagian kecil yang berpendidikan tinggi (16,4%) dan

berdasarkan jenjang pendidikan masih ada yang tidak sekolah 5,2 % dan tidak tamat SD 12,1 %. Sebagian besar ibu yang berpendidikan rendah memilih dukun sebagai penolong persalinan (54,4%) dibandingkan dengan dengan ibu yang berpendidikan tinggi (36,6%).

Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan pemilihan penolong dan tempat persalinan, nilai $p = 0,494$. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Dewi (2010) dan Murbayanti (2011). Berbeda dengan Raodah (2011) karena ia menggunakan sampel 65 reponden pada 1 wilayah populasi dan juga Wulan (2004) yang menyatakan bahwa ibu yang berpendidikan rendah mempunyai peluang memanfaatkan persalinan kepada tenaga non kesehatan 3 kali dari ibu yang berpendidikan tinggi.

Pendidikan merupakan karakteristik dan kondisi dasar individu untuk menentukan cara dalam menentukan perilaku tertentu. Semakin tinggi pendidikan seseorang semakin besar untuk menggunakan sarana pelayanan kesehatan (Wawan dan Dewi, 2010).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa 54,6 % ibu yang berpendidikan rendah pun memilih tenaga kesehatan sebagai penolong persalinan dan fasilitas kesehatan sebagai tempat persalinan selisih 8,6 % dengan yang berpendidikan tinggi. Itu berarti bahwa pendidikan kesehatan tidak hanya diperoleh melalui pendidikan formal tetapi dengan teknologi yang mudah diakses oleh ibu baik melalui radio, televisi, internet, majalah ataupun surat kabar (Hasil penelitian ini 23 % ibu memiliki radio (10,8 %), mempunyai televisi dan 64 % mempunyai handphone untuk mengakses informasi lewat internet.

6.2.4 Pengetahuan ibu tentang Revolusi KIA

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar ibu yang berpendidikan rendah memilih dukun sebagai penolong persalinan di rumah yaitu (57,4%) dibandingkan dengan ibu yang berpengetahuan baik (25%). Hasil uji statistik menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan pemilihan penolong dan tempat persalinan, p value sebesar 0,01. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Roger (1974) yang dikutip Notoatmodjo (2003) bahwa pengadopsian perilaku didasari oleh pengetahuan, kesadaran yang positif maka perilaku akan bersifat langgeng (*ling lasting*).

Pengetahuan dipengaruhi juga oleh faktor internal yaitu pendidikan, Pada umumnya makin tinggi pendidikan, makin mudah menerima informasi. Hal ini didukung juga oleh Andersen (1975) bahwa seseorang dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan karena ia memiliki pengetahuan tentang informasi pelayanan kesehatan yang dibutuhkan.

Hasil penelitian ini sesuai dengan Nurlatifah (2010) bahwa ada hubungan yang bermakna antara tingkat pengetahuan dengan pemilihan pertolongan persalinan oleh dukun. Sesuai dengan hasil penelitian Sufiawati (2012) yaitu ada hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan dengan dengan pemilihan tenaga penolong persalinan. Semakin baik pengetahuan ibu tentang Revolusi KIA maka kemungkinan kecil ibu memilih dukun sebagai penolong persalinan.

Pengetahuan merupakan suatu hal penting yang sangat dibutuhkan dalam rangka perubahan pola pikir dan perilaku dalam masyarakat. Pengetahuan dapat diperoleh melalui majalah, surat kabar, radio, televisi, internet dan juga dari perkumpulan organisasi atau kegiatan rutin berkelompok. Hasil penelitian menunjukkan bahwa 93,1 % ibu aktif dalam kegiatan Masjid atau pun Gereja sehingga bisa digunakan media ini sebagai tempat penyuluhan yang berhubungan dengan Revolusi KIA.

6.2.5 Pekerjaan dengan Pemilihan Penolong dan Tempat Persalinan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi ibu yang memilih dukun sebagai penolong persalinan di rumah lebih banyak pada kelompok ibu tidak bekerja (52,2 %) dibandingkan kelompok ibu yang bekerja (43%), sedangkan dari 93 ibu yang bekerja (57 %) memilih tenaga kesehatan sebagai penolong persalinan di fasilitas kesehatan.

Hasil uji statistik diperoleh nilai p sebesar 0,577. Hal ini berarti tidak ada perbedaan proporsi pemilihan penolong dan tempat persalinan antara ibu yang bekerja dan yang tidak bekerja. Dengan demikian tidak ada hubungan yang bermakna antara pekerjaan dengan pemilihan penolong dan tempat persalinan.

Asumsi peneliti pekerjaan ibu tidak ada hubungan pekerjaan dengan pemilihan penolong dan tempat persalinan karena budaya masyarakat setempat yaitu ibu yang bekerja ataupun tidak bekerja, pengambilan keputusan dalam

rumah tangga adalah suami sebagai kepala keluarga karena mengikuti garis keturunan yang menggunakan marga suami meskipun suami tidak bekerja.

Hasil penelitian ini sama dengan dengan yang dilakukan Yuliani (2011) akan tetapi berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Wulan (2004) yang menyatakan bahwa ibu yang tidak bekerja mempunyai kecenderungan 3 kali lebih besar untuk memilih dukun sebagai penolong persalinan dibandingkan dengan ibu yang bekerja. Penelitian ini berbeda dengan Wulan (2004) karena sampel yang digunakan adalah 210 orang. Begitu pun kenyataan di lapangan ibu yang bekerja dan memiliki penghasilan lebih cenderung memilih penolong persalinan yang berkualitas.

Penelitian ini sesuai dengan struktur sosial yang dikembangkan Andersen (1979) bahwa pencarian pelayanan kesehatan dalam hal ini pertolongan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan merupakan salah satu aspek dari gaya hidup seseorang yang ditentukan oleh lingkungan fisik, sosial dan psikologi termasuk di dalamnya pendidikan dan pekerjaan (Notoatmodjo,2007)

6.2.6 Paritas dengan Pemilihan Penolong dan Tempat Persalinan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ibu yang memilih tenaga kesehatan atau dukun sebagai penolong persalinan di rumah lebih banyak pada kelompok ibu paritas berisiko (62,5 %) dibandingkan kelompok ibu yang paritas tidak berisiko (41%). Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara paritas dengan pemilihan penolong dan tempat persalinan, p value sebesar 0,181.

Meskipun tidak bermakna secara statistik namun secara teori sangat berpengaruh karena semakin banyak seseorang melahirkan ia memiliki pengalaman tentang riwayat penolong persalinan sebelumnya seperti yang dikemukakan oleh Parasuraman, Zeithmal dan Berry (1990) bahwa seseorang menggunakan jenis pelayanan tertentu karena mempunyai pengalaman masa lalu saat menerima jasa pelayanan tersebut.

Teori ini sesuai dengan hasil penelitian Raodah (2011) yang menyatakan adanya hubungan antara paritas dengan pemilihan pemolong dan tempat persalinan. Asumsi peneliti bahwa ibu pada kelompok usia berisiko dan tidak berisiko tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan karena keterbatasan faktor aksesibilitas (dana dan jarak).

6.2.7 Jarak rumah ke fasilitas kesehatan

Andersen (1974) dan Green (1990) mengatakan bahwa jarak berhubungan dengan keterjangkauan pelayanan kesehatan. Ibu yang menyatakan jarak ke pelayanan dekat lebih banyak dibandingkan dengan ibu yang menyatakan jauh. Jarak tempuh yang dekat akan memudahkan jangkauan ke pelayanan kesehatan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi ibu yang memilih tenaga kesehatan atau dukun sebagai penolong persalinan di rumah, lebih banyak berasal dari ibu yang tinggal jauh dari fasilitas kesehatan (62,5%) dibandingkan dengan ibu yang tinggal dekat fasilitas kesehatan (34 %). Hasil uji statistik menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara jarak rumah ke fasilitas kesehatan dengan pemilihan penolong dan tempat persalinan, p value sebesar 0,004.

Asumsi Andersen (1975) yaitu semakin banyak sarana pelayanan dan tenaga kesehatan di suatu wilayah makin dekat jarak jangkauan masyarakat terhadap sarana pelayanan kesehatan dan makin sedikit pula waktu dan ongkos yang dikeluarkan memungkinkan ibu untuk memilih tenaga kesehatan sebagai penolong dan fasilitas kesehatan sebagai tempat persalinan.

Ini berarti bahwa penyebaran tenaga kesehatan dan fasilitas kesehatan yang belum merata pun sebagai salah satu faktor tidak berhasilnya Revolusi KIA di Kabupaten Alor (Puskesmas Mebung dan Puskesmas Kabir). Pada kenyataannya, di Puskesmas Mebung terdapat 4 Pustu, masih ada 1 Pustu yang tidak ada tenaganya, 7 poskesdes namun hanya 1 yang ada tenaganya, jumlah bidan 13 orang sedangkan di Puskesmas Kabir terdapat 10 poskesdes dengan kondisi geografis pegunungan yang sulit dijangkau dan tidak adanya alat transportasi umum namun hanya 1 poskesdes yang ditempati. Penelitian ini sama dengan hasil penelitian Yuliana (2011) yaitu ibu yang memiliki rumah dekat ke fasilitas kesehatan mempunyai peluang 5,68 kali lebih besar untuk memilih paraji / dukun sebagai penolong persalinan.

6.2.8 Riwayat ANC

Hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi ibu yang memilih tenaga kesehatan atau dukun sebagai penolong persalinan di rumah lebih banyak berasal dari ibu yang tidak pernah ANC selama hamil (88,9 %) dibandingkan dengan ibu yang ANC (34 %). Hasil uji statistik menunjukkan ada hubungan yang bermakna

antara riwayat ANC dengan pemilihan penolong dan tempat persalinan, p value sebesar 0,010.

Hal ini sesuai dengan yang dikemukakan oleh Parasuraman, Zeithmal dan Berry (1990) bahwa seseorang yang menggunakan jenis pelayanan tertentu karena mempunyai pengalaman masa lalu saat menerima jasa pelayanan tersebut. Saat ANC ibu terpapar dengan informasi kesehatan yang berhubungan dengan kehamilan, persiapan persalinan, nifas dan keberhasilan pemberian ASI sehingga ada kesiapan secara fisik dan mental untuk menghadapi masalah – masalah tersebut dan mengambil keputusan untuk memperoleh pelayanan yang berkualitas dengan demikian dapat mengurangi morbiditas dan mortalitas ibu (Manuaba,1998).

Penelitian ini sama dengan hasil penelitian Yuliana (2011) yaitu ibu yang mempunyai riwayat ANC baik selama hamil cenderung memanfaatkan pelayanan kesehatan

6.2.9 Dukungan suami dan keluarga

Hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi ibu yang memilih tenaga kesehatan atau dukun sebagai penolong persalinan di rumah lebih banyak berasal dari ibu tidak mendapat dukungan dari suami dan keluarga (72,2%) dibandingkan dengan ibu yang memperoleh dukungan (39 %).

Hasil uji statistik menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara dukungan suami dan keluarga dengan pemilihan penolong dan tempat persalinan, p value sebesar 0,009. Penelitian ini sama dengan hasil penelitian Murbayanti (2011) yang menemukan ibu yang mendapat dukungan dari keluarga lebih memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan. Menurut Green et al (1980) dukungan dari suami, keluarga, teman dan petugas kesehatan merupakan faktor yang dapat mendorong atau memperkuat keputusan ibu dalam memilih penolong persalinan. Kelahiran seorang bayi (persalinan) akan mempengaruhi kondisi emosional seluruh keluarga, untuk itu suami dan keluarga perlu dilibatkan dalam pemilihan penolong, tempat persalinan serta mengikuti seluruh proses persalinan, sehingga suami dan seluruh keluarga memahami pentingnya persalinan, dan ibu akan lebih tenang karena didukung oleh suami dan keluarga. Suami atau pun keluarga harus tahu tanda – tanda bahaya / komplikasi kehamilan,

persalinan dan nifas sehingga keputusan yang diambil pun tidak membahayakan ibu dan janin.

6.3 Pembahasan Hasil Penelitian Kualitatif

6.3.1 SDM (Tenaga Bidan)

Dari hasil penelitian dapat diketahui bahwa cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan rendah diakibatkan oleh sumber daya manusia (tenaga bidan) sangat kurang karena dilihat dari jumlah desa dan kelurahan terdapat 175 desa / kelurahan namun jumlah bidan hanya 130 orang yang tersebar seluruh Puskesmas yang berada di Kabupaten Alor.

Rasio tenaga kesehatan dengan masyarakat yang dilayani menuju Indonesia sehat 2010 yaitu : Rasio dokter : masyarakat, 40 / 100.000 jiwa, rasio bidan dan masyarakat, 100 / 100.000. Itu berarti Puskesmas Mebung dengan jumlah penduduk 16.889 jiwa haruslah memiliki minimal 7 dokter dan 17 bidan sedangkan Puskesmas Kabir dengan jumlah penduduk 8898 jiwa memiliki 4 dokter dan 9 bidan, namun kenyataannya jauh dari target yang diharapkan.

Puskesmas Mebung yang terletak di daerah sekitar kota, memiliki jumlah tenaga bidan 13 orang sedangkan Puskesmas Kabir yang berada di kepulauan pantar dengan jumlah bidan 5 orang yang melayani 10 desa dan 1 kelurahan dan memiliki geografis pegunungan tanpa adanya transportasi umum untuk mengakses pelayanan.

Dari segi Kualitatif bidan yang berada di wilayah kerja Puskesmas Kabir dan Mebung rata - rata berpendidikan Diploma III dan telah mengikuti pelatihan APN, PONEP, PPGDON, Manajemen BBLR namun itu tidak dapat menjamin pencapaian cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan.

Apabila dibandingkan dengan tugas pokok dan keadaan geografis, maka beban kerjanya bidan sangat besar dan tanggung jawab moral untuk melaksanakan program Revolusi KIA. Berbagai hambatan pastilah ditemui diantaranya rata – rata bidan yang baru menamatkan pendidikan reguler Diploma III Kebidanan, memiliki kompetensi atau keterampilan yang belum memadai Hal ini seperti hasil penelitian Green (1991) yang dikutip dari Notoatmodjo (2008) bahwa hal mendasar yang memungkinkan seseorang untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan adalah kemampuan dan sumber daya untuk melakukan suatu perilaku kesehatan,

yaitu faktor tersedia atau tidaknya fasilitas dan sarana kesehatan, transportasi, waktu pelayanan dan keterampilan petugas kesehatan.

Untuk mengatasi kekurangan tenaga dalam meningkatkan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan, bidang kesehatan keluarga dinas kesehatan membuat suatu terobosan yaitu membuat pembagian bidan tanggung jawab dan setiap bidan akan dimonitoring setiap minggu untuk memberitahukan ibu yang akan melahirkan di desanya oleh kepala desa, bidan penanggung jawab kecamatan dari dinas kesehatan. Dalam menolong persalinan, bidan PTT selalu didampingi oleh bidan senior sehingga tidak terjadi kematian ibu dan bayi.

Untuk meningkatkan cakupan persalinan persalinan di puskesmas ada beberapa saran yang diusulkan yaitu penambahan tenaga bidan, adanya kaset audio visual tentang APN. Menurut Aday,*et.al* (1985) dalam Andersen (1995) ada beberapa hal yang mempengaruhi pemanfaatan suatu pelayanan kesehatan yaitu : dari faktor konsumen salah satunya adalah faktor demografi dan geografi dan dari faktor sistem pelayanan kesehatan (*health care system*, terdiri kelengkapan program kesehatan,tersedianya tenaga dan fasilitas kesehatan, teraturnya pelayanan. Meskipun tenaga dan fasilitas kesehatan yang tersedia tidak mencukupi untuk pelaksanaan pelayanan namun adanya sistem pelayanan yang jelas seperti pembagian desa tanggung jawab dengan komitmen dan konsekuensi yang dibuat bersama bidan dan kepala desa maupun bidan penanggung jawab di tingkat kabupaten, cakupan persalinan dapat meningkat dari tahun ke tahun.

6.3.2 Kemitraan Bidan dan Dukun

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa pada dasarnya konsep kemitraan dipahami oleh bidan dan juga dukun yang diwawancarai, dan untuk memantau kemitraan ada register yang disiapkan di kamar bersalin puskesmas untuk mencatat nama setiap dukun yang mengantar ibu hamilnya. Dukun memiliki cara tersendiri untuk mengajak ibu hamil bersalin ke puskesmas dengan mengajak ibu dan bahkan kunjungan rumah, ada juga pertemuan antar bidan dan dukun dan membahas tentang permasalahan yang terjadi di desa namun kemitraan bidan dan dukun selama ini belum maksimal, terutama yang berasal dari desa

yang jauh. Namun tidak menutup kemungkinan bagi dukun yang berasal dari desa yang dekat setiap dukun diberi insentif berupa dana pengganti transport sebesar Rp. 50.000 ketika mengantar ibu hamil ke puskesmas. Sehingga ketika memperoleh uang yang tidak sesuai dengan jumlah ibu hamil yang diantar membuat dukun resah dan menarik tarif pada ibu hamil yang ditolong sendiri, menganggap tidak transparan padahal kenyataannya alokasi dana untuk kemitraan pun sangat terbatas. Sebelum ada sitem pembayaran seperti itu masyarakat dalam hal ini dukun bekerja dengan baik juga sehingga ketika tidak ada dana yang dialokasikan untuk dukun, sebagian dukun terutama yang jauh dari puskesmas tidak mengantar ibu hamil ke puskesmas. Saat ini, kemitraan telah didanai BOK dengan penggunaan sebagai berikut: Transport dukun yang mengantar ibu hamil, uang transport dukun yang melakukan pendataan sasaran ibu hamil.

Berbagai upaya yang dilakukan untuk mengatasi persalinan yang masih ditolong oleh dukun yang tidak bermitra adalah melakukan pendataan, melakukan penyuluhan dan mengatakan kepadanya bahwa jika ada persalinan yang ditolong dan mengakibatkan kematian maka, dukun tersebut akan dilaporkan ke polisi. Hal ini merupakan sebuah sanksi yang diberikan untuk mengikat masyarakat agar tidak melanggarnya.

Kemitraan bidan dan dukun belum maksimal di Puskesmas Mebung dan Kabir karena konsep kemitraan yang dibangun saat ini salah karena kemitraan bidan dukun berarti suatu bentuk kerjasama bidan dengan dukun yang saling menguntungkan dengan prinsip keterbukaan, kesetaraan dan kepercayaan dalam upaya untuk menyelamatkan ibu dan bayi. (Depkes RI, 2010).

Salah satu kendala kemitraan tidak maksimal karena fungsi tugas puskesmas dalam pelaksanaan kemitraan bidan dukun tidak berjalan sesuai idealnya yaitu melaksanakan asesmen (analisa situasi, monitoring, evaluasi) kemitraan bidan – dukun, berkoordinasi dengan lintas program / lintas sektor kecamatan dan desa / kelurahan dalam pelaksanaan kegiatan, membangun jejaring dengan LSM, PKK, tokoh agama, tokoh masyarakat dan swasta di kecamatan dan desa / kelurahan, membina dukun yang berada di wilayah setempat, melaksanakan kegiatan program kemitraan bidan dan dukun, memfasilitasi bidan di desa dalam pelaksanaan kemitraan (Depkes RI, 2010).

6.3.3 Rumah Tunggu

Dari hasil penelitian diketahui bahwa rumah tunggu merupakan salah satu daya ungkit untuk meningkatkan cakupan persalinan di fasilitas kesehatan. Rumah tunggu di Kabupaten Alor dikenal dengan nama *2H 2H center* (tinggal di rumah tunggu 2 hari sebelum persalinan dan 2 hari setelah persalinan) namun kenyataannya di puskesmas pasien datang 1 hari sebelum persalinan dan 1 hari sesudah persalinan bagi yang fisiologis tetapi yang kasus pathologi tinggal dan dirawat 3 hari, menyangkut makanan dan minuman, masyarakat yang menyediakan, sebelumnya uang makanan dan minuman ditanggung jamkesmas yaitu Rp. 130.000 / hari namun saat ini tidak didanai lagi, pasien yang jauh dapat dijemput dengan ambulans dan dibayar oleh masyarakat sesuai jarak dari Rp. 25.000 – 100.000).

Meskipun demikian kebutuhan masyarakat untuk menggunakannya atas 50 %. Hal ini sesuai dengan Andersen (1975) *need* (kebutuhan) merupakan stimulus langsung untuk menggunakan pelayanan kesehatan. Itu berarti bahwa masyarakat sadar bahwa rumah tunggu merupakan kebutuhannya sehingga meskipun tanpa fasilitas, menyediakan makanan sendiri ia akan tetap menggunakan rumah tunggu sebagai sarana yang mendekatkan dirinya dengan fasilitas kesehatan. Menurut Green (1991) bahwa faktor *enabling* / faktor yang memungkinkan ibu menggunakan fasilitas kesehatan karena keterjangkauan. Rumah tunggu merupakan salah satu faktor *enabling* ibu memanfaatkan fasilitas kesehatan.

Dilihat dari fungsinya sangat bermanfaat sehingga perlu dilakukan kerja sama lintas sektor ke camat atau desa untuk memperoleh tambahan tempat tidur, lemari atau fasilitas yang dibutuhkan rumah tunggu dan juga diperlukan dana operasional rumah tunggu sehingga pemanfaatan rumah tunggu meningkat, cakupan persalinan pun meningkat dan kematian ibu maupun bayi turun.

6.3.4 Anggaran

Rasio alokasi anggaran kesehatan pemerintah perkapita adalah Rp.100.000 dan rata – rata persentasi anggaran kesehatan melalui APBD kabupaten / kota 15 % (*anisavitri.wordpress.com*) namun kenyataannya berdasarkan profil dinas

kesehatan Kabupaten Alor, alokasi anggaran perkapita hanya Rp. 2.359 sedangkan persentasi anggaran kesehatan APBD hanya 5,36%

Terbukti dari hasil penelitian didapatkan bahwa tidak ada dana khusus untuk Revolusi KIA. Dari keseluruhan anggaran APBD untuk dinas kesehatan, hanya 1,8 % yang dialokasikan untuk KIA.

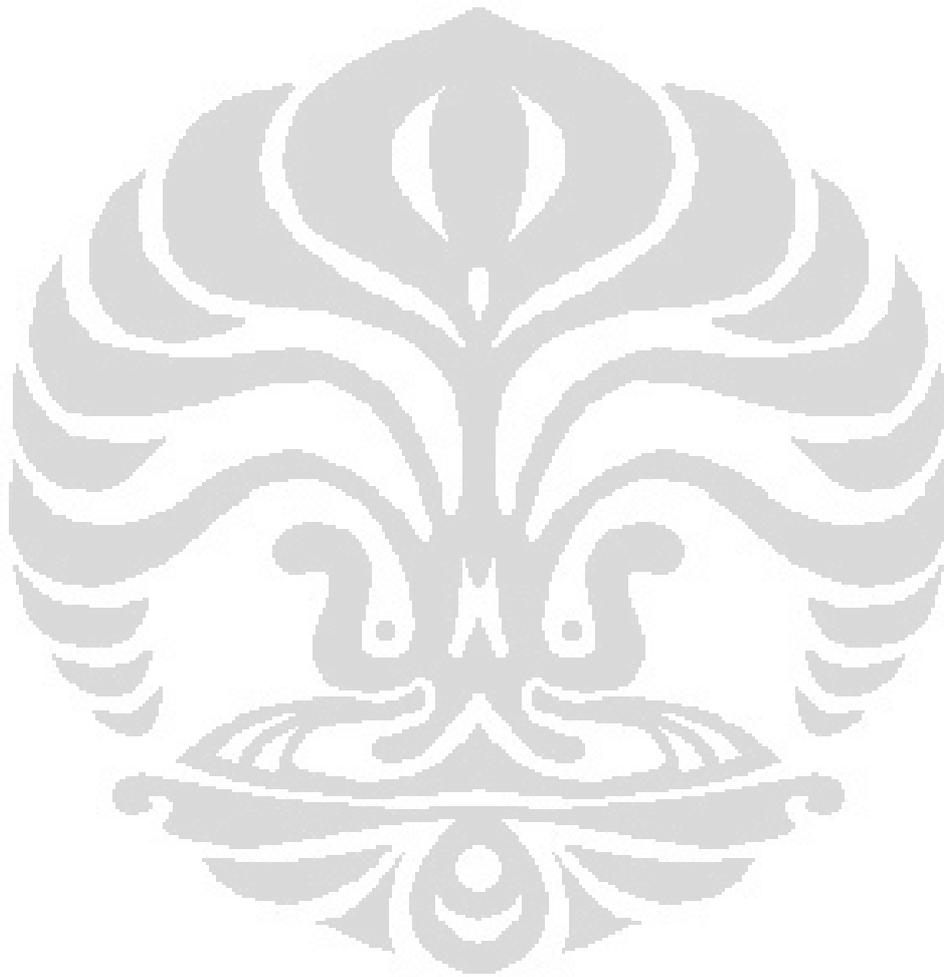
Kendala yang ditemui adalah dana terbatas dan lambat sistem pencatatan dan pertanggung jawaban yang rumit sehingga banyak dana yang tidak terserap, untuk KIA jumlah sasaran KIA di kabupaten tidak sesuai dengan kenyataan di puskesmas sehingga anggaran yang turun tidak sesuai dengan sasaran.

Upaya yang dilakukan oleh dinas kesehatan dan juga puskesmas mengatasi kendala seperti di atas dengan melakukan kegiatan menunggu pencairan dana, kegiatan yang tidak didanai disediakan hanya dana transportasi, jika ada rujukan kasus ke rumah sakit dilakukan swadaya rujukan.

Sangat diperlukan anggaran yang memadai untuk pelaksanaan program pelayanan kesehatan karena salah satu faktor yang mempengaruhi masih tingginya kematian di Indonesia adalah krisis sektor kesehatan dan kecilnya kewenangan pemerintah. Krisis sektor kesehatan dan kecilnya kewenangan pemerintah menyebabkan : kurangnya dana, sarana dan failitas, kurangnya tenaga kesehatan Kurangnya kemampuan mobilisasi sumber daya yang ada Kurangnya tenaga bidan yang berdedikasi dan infra struktur yang mendukung pelayanan kegawat daruratan. (Depkes RI, 2007)

Salah satu keberhasilan Revolusi KIA adalah adanya dukungan danasepertinya untuk untuk pelatihan tenaga bidan, biaya operasional rumah tunggu, kemitraan bidan dan dukun sehingga masyarakat lebih mudah memperoleh pelayanan kesehatan hal ini didukung oleh Aday,*et.al* (1985) dalam Andersen (1995) salah satu faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan suatu pelayanan kesehatan adalah sistem pelayanan kesehatan (*health care system*) terdiri dari tipe organisasi, kelengkapan program kesehatan, tersedianya tenaga dan fasilitas kesehatan, teraturnya pelayanan, hubungan antara dokter atau tenaga kesehatan dengan pasien dan adanya asuransi kesehatan. Meskipun masyarakat memiliki asuransi kesehatan (Jamkesmas, Jampersal) namun sulit untuk

menjangkau fasilitas kesehatan, masyarakat akan lebih mudah memilih dukun sebagai penolong persalinan. Kelengkapan program pelayanan membutuhkan anggaran misalnya jika dialokasikan anggaran untuk biaya operasional rumah tunggu itu lebih mendekatkan ibu hamil ke fasilitas pelayanan kesehatan, sehingga cakupan persalinan nakes di faskes meningkat, kasus kematian ibu atau bayi turun sehingga derajat kesehatan masyarakat menjadi lebih baik.



BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Penelitian ini menghasilkan beberapa kesimpulan antara lain :

1. Jumlah responden yang memilih dukun sebagai penolong persalinan di rumah adalah 44 %. Distribusi terbanyak pada : usia berisiko (51,7%) berpendidikan rendah (54,4%), berpengetahuan kurang (57,4%) pada kelompok tidak bekerja (52,2%) paritas yang berisiko (62,5%) yang tinggal jauh dari fasilitas kesehatan (62,5) tidak pernah ANC (88,9%) dan tidak mendapat dukungan dari keluarga (72,2%).
2. Revolusi KIA belum berjalan secara maksimal karena SDM tenaga kesehatan yang kurang dari segi kuantitas sehingga fasilitas kesehatan banyak yang tidak terisi tenaga, terobosan melalui Revolusi KIA untuk mendekatkan ibu dengan fasilitas kesehatan melalui rumah tunggu tidak diakomodir semuanya oleh pemerintah daerah padahal kebutuhan masyarakat begitu tinggi untuk memanfaatkan, konsep kemitraan dukun dan bidan yang belum maksimal dan anggaran kesehatan yang terlalu sedikit untuk membiayai pelayanan kesehatan ibu dan anak, sehingga perlu intervensi yang jelas dan kongkrit dari pemerintah daerah melalui dinas kesehatan.
3. Pada faktor *presdisposing*, adanya hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan pemilihan penolong persalinan sedangkan umur, pendidikan, pekerjaan dan paritas tidak ada hubungan
4. Pada faktor *enabling*, semuanya bermakna yaitu adanya hubungan antara jarak rumah ke fasilitas kesehatan dan riwayat ANC dengan pemilihan penolong dan tempat persalinan
5. Pada faktor *reinforcing*, adanya hubungan yang bermakna antara dukungan suami dan keluarga dengan pemilihan penolong dan tempat persalinan.

7.2 Saran

7.2.1 Bagi Pembuat Kebijakan (Dinas Kesehatan)

1. Monitoring kerja bidan di desa
2. Mengevaluasi pemanfaatan dana (Jampersal dan jamkesmas) dibandingkan dengan cakupan puskesmas
3. Bekerjasama dengan Radio Pemerintah Kabupaten Alor untuk menyediakan iklan layanan Revolusi KIA dan memberikan lagu Revolusi KIA untuk dibuka setiap waktu melalui radio
4. Menggunakan leaflet Revolusi KIA yang dibuat penulis dengan memakai dialek lokal
5. Membuat team DTSP KIBBLA

7.2.2 Bagi UPT Puskesmas Mebung dan Puskesmas Kabir

1. Mendata ulang dukun baru yang peneliti temui saat penelitian
2. Memperbanyak leaflet Revolusi KIA yang dibuat penulis
3. Melakukan kunjungan rumah sesuai kaidahnya
4. Kerja sama dengan camat untuk pengadaan fasilitas rumah tunggu
5. Advokasi kepala desa / camat untuk membuat Peraturan desa / peraturan camat tentang kemitraan dan Revolusi KIA dengan sanksi bagi bidan, dukun dan ibu hamil.
6. Meningkatkan kemitraan bidan dengan dukun untuk penjangkaran ibu bersalin dengan jarak tempuh yang jauh
7. Mengembangkan kelompok pendukung ibu (KP IBU) seperti yang telah dikembangkan oleh WVI – ADP di puskesmas binaannya. KP -ibu yaitu adanya kelompok ibu yang berjumlah \pm 10 orang yang mengadakan pertemuan setiap bulan untuk membahas materi KIA yang telah dibuat modulnya dan dipandu oleh seorang fasilitator sehingga ibu – ibu tersebut menjadi motivator KIA

7.2.3 Bagi Peneliti Lain

Dapat meneliti secara kualitatif dengan melakukan FGD (*focus group discussion*) pada masyarakat, Triangulasi sumber yaitu: kepala desa, tokoh msyarakat, kepala puskesmas dan kepala dinas kesehatan atau kepala bidang kesehatan keluarga.

DAFTAR PUSTAKA

- Ariawan, Iwan.(1998). *Besar Metode Sampel pada Penelitian Kesehatan*, Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
- Azrul, Azwar. (2000). *Dukun Bayi akan Hilang Secara Alami*. *Warta Demografi Tahun- 3 (4) : 7-10 Tahun 2000*.
- Azrul Azwar. (2005). *Tingginya Angka Kematian Ibu Bisa di Atasi*, [http:// www. bkkbn. go.id](http://www.bkkbn.go.id), diakses 29 Mei 2012.
- Bangsu,Tamrin.(1995). *Hubungan Karakteristik ibu, Status Kesehatan Ekonomi Keluarga Dan Lingkungan Sosial Dengan Pemilihan Tenaga Penolong Persalinan* (Tesis) Depok: Program Pasca Sarjana FKM Universitas Indonesia.
- Bhisma, Murti.(2010). *Desain Dan Ukuran Sampel Untuk Penelitian Kuantitatif Dan Kualitatif Di Bidang Kesehatan*.Gadjah Mada University Press.
- Bustami, Donovan dan Ratna,T.(2000). *Perluah Dukun Bayi dipertahankan?* *Warta Demografi tahun 3 (4) : 17 – 24, Tahun 2000*.
- Cherawati,Nety. (2004) *Pemilihan Penolong Persalinan (Analisis Kualitatif) di Wilayah Sawah Lebar Kota Bengkulu Tahun 2003* (skripsi) Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
- Depkes RI, (2001a). *Rencana Strategis Nasional Making Pregnancy Safer (Mps) Di Indonesia 2001 – 2010*. Jakarta: Dirjen Binkesmas Depkes RI
- , (2001b) *Yang Perlu Diketahui Petugas Kesehatan Tentang Kesehatan Reproduksi*. Jakarta: Depkes RI.
- , (2002). *Program Safe Motherhood di Indonesia*.Jakarta.
- , (2006). *Buku Kesehatan Ibu Dan Anak*.Jakarta : Depkes RI.
- , (2007a). *Pedoman Pelayanan Antenatal*.Jakarta: Direktorat Jendral Bina Pelayanan Medik Depkes RI.
- , (2007b). *Materi Ajar Penurunan Kematian Ibu dan Bayi Baru Lahir*, Jakarta: Direktorat Bina Kesehatan Ibu

- _____, (2008a). *DTPS KIBBLA Pedoman Proses Perencanaan Kesehatan Ibu, Bayi Baru Lahir Dan Anak dengan Pemecahan Masalah melalui Pendekatan Tim Kabupaten / Kota*. Jakarta: Depkes RI.
- _____, (2008b). *Buku Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta: Depkes RI.
- _____, (2008c). *Standar Pelayanan Minimum Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota*. Jakarta: Biro Hukum dan Organisasi Setjen Depkes RI
- _____, (2008d). *Pedoman Kemitraan Bidan dan Dukun*, Jakarta: Depkes RI
- _____, (2009). *Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA) Puskesmas*. Jakarta : Depkes RI
- _____, (2010a). *Riset Kesehatan Daerah Tahun 2010*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan, Kemenkes RI
- _____, (2010b). *Pedoman Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) dengan stiker : Dalam Rangka Mempercepat Penurunan AKI*. Jakarta: Depkes RI.
- Green at all. (1980). *Perencanaan Pendidikan Kesehatan Sebuah Pendekatan Diagnostik* Jakarta: Departemen Pendidikan Kesehatan dan Kebudayaan RI
- Green, L. And Kreuter M.W (2005) *Health Program Planning Educational And Ecological Approach, Fourth Edition*, Rollins school of Public Health of Emory University, Mc.Graw. Hill
- Hartoni,S (2007), *Analisis Data Kesehatan*, Fakultas Kesehatan Masyarakat, UI
- Jakir, AR, Amirudin R (2007). *Faktor – Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemilihan Tenaga Penolong Persalinan Oleh Ibu Bersalin di Wilayah Kerja Puskesmas Borong Kompleks Kabupaten Sinjai Tahun 2006*, <http://ridwanamirudin.wordpress.com> Diakses tanggal 20 April 2011
- Juniar, N. (2010). *Aspek Sosial Budaya Yang Berhubungan Dengan Kesehatan Ibu* (Tesis). Medan : Pasca Sarjana UNSU. [Http://kondisiaktualmasyarakatsaatini.blogspot.com](http://kondisiaktualmasyarakatsaatini.blogspot.com). Diakses tanggal 23 Maret 2012

- Karjatin Atin, (2001). *Hubungan Antara Faktor – Faktor pada Ibu Bersalin dengan Pemilihan Pertolongan Persalinan di Kabupaten Garut Provinsi Jawa Barat* (Skripsi) Depok : FKM UI
- Kusumandari, W (2010). *Bidan Sebuah Pendekatan Midwifery Of Knowledge*. Yogyakarta: Nuha Medik.
- Lemeshow S, Hosmer D, Klar Janelle. (2008), *Besar Sampel dalam Penelitian Kesehatan*
- Manuaba, I.G. (1998). *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta: EGC
- , (2002). *Konsep Obstetric Ginecologi Sosial Indonesia*. Jakarta: EGC
- , (2007). *Pengantar Buku Obstetri*. Jakarta : EGC
- , (2009) *Pathologi Obstetri*. Jakarta: EGC
- , (2010) *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana*, Jakarta: EGC
- Maria. (2009). *Makalah Komunitas Pertolongan Persalinan Oleh Tenaga Non Medis*. [Http://one.indoskripsi.com](http://one.indoskripsi.com). Diakses tanggal 20 Maret 2012
- Misbah (2000). *Faktor – Faktor Yang Berhubungan Dengan Cakupan Persalinan Tenaga Kesehatan Oleh Bidan Di Desa Di Kabupaten Lebak* (Skripsi), Depok: FKM UI
- Murbayanti Istin, (2011) *Analisis Kebutuhan Masyarakat Terhadap Pertolongan Persalinan Oleh Tenaga Kesehatan Di Puskesmas Teluk Pucung Kota Bekasi* (Skripsi) , Depok, FKM UI.
- Notoatmodjo, S. (2003) *Ilmu Kesehatan Masyarakat Prinsip-Prinsip Dasar*, Rineka cipta, Jakarta.
- , (2005a). *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*, Rineka Cipta Jakarta
- , (2005b). *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta
- , (2007a). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*, Rineka Cipta, Jakarta

- , (2007b) *Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni*. Rineka Cipta, Jakarta.
- Prawiroharjo, S. (1986). *Ilmu Kebidanan*, Yayasan Bina Pustaka Jakarta
- , (2009). *Pelayanan Maternal dan Neonatal*, Yayasan Bina Pustaka, Jakarta
- , (2010). *Ilmu Kebidanan*. Edisi III, Yayasan Bina Pustaka, Jakarta.
- Raodah. (2011) *Determinan Pemilihan Penolong Persalinan di Wilayah kerja puskesmascamplagian Kabupaten Polewali, Mandar* (Skripsi) Depok : FKM UI
- Rukiyah dan Yulianti. (2010) *Asuhan Kebidanan IV*, Trans Info Media
- Sabruluknis Luknis dan Hastono,S.P (2008) *Statistik Kesehatan*, Jakarta :Rajawali Pers
- Saifudin, AB (2002). *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal*.Jakarta: Bina Pustaka.
- Soekanto, Soerjono, (2000). *Sosiologi Suatu Pengantar*. Jakarta : Radja Grafindo Persada.
- Soemantri, Soeharsono, dkk.(2004) *Kajian Kematian Ibu Dan Anak di Indonesia*. Depkes RI, Badan Litbangkes, Jakarta
- Sufiawati (2012), *Faktor – Faktor yang Berhubungan dengan Pemilihan Penolong dan Tempat Persalinan di Puskesmas Cibadak Kabupaten Lebak Provinsi Banten* (Skripsi) Depok: FKM UI
- Sugiyono,(2008), *Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif dan R &D* Alfabeta: Bandung
- Suharsimi Arikunto. (2006) *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Edisi Revisi VI. Rineka Cipta, Jakarta.
- Suparyanto (2011) *Data dan Fakta Kesehatan Ibu dan Anak* [blogspot.com/data dan fakta Kesehatan Ibu dan anak.html](http://blogspot.com/data-dan-fakta-Kesehatan-Ibu-dan-anak.html)
- Uyoh Sadulloh. (2007) *Pengantar Filsafat Pendidikan*. Alfabeta. Band
- Wawan dan Dewi (2010), *Pengetahuan, Sikap Dan Perilaku Manusia*, Nuha Medika

- Winandari (2002) *Demand Ibu Hamil Terhadap Pertolongan Persalinan dan Faktor – Faktor yang Berhubungan di Kabupaten Bogor* (Skripsi), Depok : FKM UI
- Wulan Liste Zulhijwati (2004), *Faktor – Faktor yang Berhubungan dengan Pencarian Pertolongan Persalinan di Wilayah Kerja Puskesmas Cibeber Kabupaten Cianjur Jawa Barat* (Skripsi) Depok : FKM UI
- Yuliana Rani, (2011). *Pemilihan Penolong Persalinan oleh ibu yang Telah Memeriksa Kehamilannya pada Bidan di Desa Margaluyu Kecamatan Leles Kabupaten Garut Propinsi Jawa Barat* (Skripsi) Depok: FKM UI
- , (2006). *50 Tahun Bidan Menyongsong Masa Depan*. Pengurus Pusat IBI, Jakarta.
- , (2008, Juni 2). *Rasio Petugas Kesehatan Dan Pasien Jauh Berbeda*
Tabloid.wordpress.com. (Para II) diakses tanggal 15 juni 2012
- , (2008). *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2007*. Jakarta: BKKBN.
- , (2009). *Juknis dan Juklak Revolusi KIA, Kupang*
- , (2009, Nopember 18). *Rasio Dokter Dengan Masyarakat Yang Dilayani Menuju Indonesia Sehat 2010* *anisavitri.wordpress.com/ (Para II). Diakses tanggal 12 Juni 2012*
- , (2010). *Dukun Bayi – Bidan, antara Rivalitas dan Kemitraan*,
Www. Beranda Pojok.co.cc
- , (2010). *Profil Kesehatan Provinsi NTT, Kupang*
- , (2011). *Profil kesehatan Kabupaten Alor, Alor*
- , (2011). *Profil Kesehatan Puskesmas Mebung, Alor*
- , (2011). *Wikipedia.org / Perawat. Diakses tanggal 6 Maret 2012*

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

No : /H2.F10/PPM.00.00/2012
Lamp. : ~~257~~
Hal : *Ijin penelitian dan menggunakan data*

10 Januari 2012

Kepada Yth.
Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Alor
NTT

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

Nama : Istonia H. Waang
NPM : 1006820266
Thn. Angkatan : 2010/2011
Peminatan : Bidan Komunitas

Untuk melakukan penelitian dan menggunakan data, yang kemudian data tersebut akan dianalisis kembali dalam penulisan skripsi dengan judul, "*Analisis Pelaksanaan Revolusi KIA di Kabupaten Alor*".

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

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

a.n. Dekan FKM UI
Wakil Dekan,



Dr. Dian Ayubi, SKM, MQIH
NIP. 19720825 199702 1002

Tembusan:

- Pembimbing skripsi
- Arsip

PEMERINTAH KABUPATEN ALOR
DINAS KESEHATAN
Jl. Prof.DR. W. Z. YOHANES No. – Telp. (0386) 21052 Kalabahi
Lampiran 2

Nomor : Ksr. 442 / 217 / 2012
Lampiran :
Perihal : Izin Penelitian dan Menggunakan Data

Kepada
Yth
1. Kepala UPTD Puskesmas Mebung
2. Kepala UPTD Puskesmas Alor Kecil
3. Kepala UPTD Puskesmas Tamalabang
4. Kepala UPTD Puskesmas Kabir
Di
Tempat

Dengan Hormat,

Sehubungan dengan surat dari Universitas Indonesia Fakultas Kesehatan Masyarakat Nomor : 254/H2.F10/PPM.00/2012 tanggal 10 Januari 2012 perihal Permohonan Izin Penelitian dan Menggunakan Data, maka dengan ini disampaikan kepada Saudara agar dapat memberikan izin kepada Mahasiswa :

NAMA : ISTONIA H. WAANG
ALAMAT : UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PEKERJAAN : MAHASISWI
KEBANGSAAN : INDONESIA

Untuk melakukan Penelitian dan Menggunakan Data dengan judul " ANALISIS PELAKSANAAN REVOLUSI KIA DI KABUPATEN ALOR ".

Atas perhatian dan kerjasama yang baik diucapkan terima kasih.

Kalabahi, 19 Januari 2012

Kepala Dinas Kesehatan Kab. Alor


dr. MUHIDIN ARUBUSMAN
PEMBINA
NIP. 19640209 199803 1 004

Tembusan : disampaikan dengan hormat kepada :

1. Bupati Alor di Kalabahi
2. Wakil Bupati Alor di kalabahi
3. Kabag. Administrasi Pemerintahan Setda Alor di Kalabahi
- ④ 4. Pembimbing Skripsi Universitas Indonesia di Jakarta
5. Yang Bersangkutan di Tempat
6. Arsip Analisis upaya..., Istonia Hermolinda Waang, FKM UI, 2012

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI SUBJEK PENELITIAN

Saya bersedia turut berpartisipasi sebagai calon responden dalam penelitian yang akan dilakukan oleh mahasiswi Universitas Indonesia peminatan Kebidanan Komunitas atas nama ISTONIA HERMOLINDA WAANG, NPM 1006820266 dengan judul ” **Analisis Upaya Penurunan Angka Kematian Ibu dan Bayi melalui Pelaksanaan Revolusi KIA di Puskesmas Mebung dan Kabir Kabupaten Alor Tahun 2012** ”.

Saya telah memahami maksud dan tujuan dari penelitian ini, dan tidak akan berakibat negatif terhadap saya, sehingga jawabannya yang saya berikan adalah yang sebenarnya dan tanpa paksaan.

Dengan demikian saya bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.

Alor , - - - 2012

Responden

(.....)

3. Apa Pendidikan formal terakhir suami ?

- | | |
|--------------------|--------------|
| 1. Tidak Sekolah | 7. Tamat SMA |
| 2. Tidak tamat SD | 8. D1 |
| 3. Tamat SD | 9. D2 |
| 4. Tidak tamat SMP | 10. D3 |
| 5. Tamat SMP | 11. S1 |
| 6. Tidak tamat SMA | 12. S1 |

4. Apa Pekerjaan Utama Suami?

- | | |
|--------------------|---------------------------------------|
| 1. Tidak bekerja | 7. Nelayan |
| 2. Buruh Pelabuhan | 8. Tukang bangunan |
| 3. Buruh Toko | 9. Pegawai swasta |
| 4. Buru tani | 10. Pegawai Negeri Sipil ABRI / POLRI |
| 5. Petani pemilih | 11. Wiraswasta (pedagang, |
| 6. Jasa ojek | 12. Lain – lain (sebutkan) |

5. Apa pekerjaan utama ibu?

- | | |
|--------------------|---|
| 1. Tidak bekerja | 7. Nelayan |
| 2. Buruh Pelabuhan | 8. Tukang bangunan |
| 3. Buruh Toko | 9. Pegawai swasta |
| 4. Buru tani | 10. Pegawai Negeri Sipil / ABRI / POLRI |
| 5. Petani pemilih | 11. Wiraswasta (pedagang, |
| 6. Jasa ojek | 12. Lain – lain (sebutkan) |

6. Berapa pendapatan dalam keluarga sebulan? Rp.....(diisi oleh pewawancara)

7. Berapa jarak dari rumah ke fasilitas kesehatan?

- | | |
|------------------------------|---------------|
| 1. Jika Jalan kaki | :menit |
| 2. Jika ojek | : Rp...../ PP |
| 3. Jika dengan perahu | : Rp...../ PP |
| 4. Jika dengan angkutan Umum | : Rp...../ PP |

8. Berapa kali ibu hamil?

1. Pertama
2. Kedua

3. Ketiga
 4. Keempat
 5. Keelima
 6. ≥ 5 kali (x)
9. Berapa kali ibu melahirkan?
1. Pertama
 2. Kedua
 3. Ketiga
 4. Keempat
 5. Keelima
 6. ≥ 5 kali (x)
10. Pada saat kehamilan apakah ibu memeriksa kehamilan?
- a. Ya
 - b. Tidak, lanjut pertanyaan nomer 17
11. Pada usia kehamilan berapa bulan, ibu pertama kali memeriksa kehamilan ?
- | | | |
|-------------|------------|------------|
| 1. 1 bulan | 4. 4 bulan | 7. 7 bulan |
| 2. 2 bulan | 5. 5 bulan | 8. 8 bulan |
| 3. 3. Bulan | 6. 6 bulan | 9. 9 bulan |
12. Siapa yang pertama kali memeriksa kehamilan ibu yang terakhir ?
- | | |
|---------------------|----------------------------------|
| 1. Dukun | 5. Dokter anak |
| 2. Bidan | 6. Bidan desa |
| 3. Dokter umum | 7. Perawat |
| 4. Dokter kandungan | 8. Lain – lain (Sebutkan) |
13. Di mana pertama kali ibu memeriksa kehamilan ?
- | | |
|---------------------|-------------------------------|
| 1. Rumah dukun | 8. Posyandu |
| 2. Rumah sendiri | 9. Bidan Praktek Swasta (BPS) |
| 3. Rumah orang lain | 10. Klinik Sawasta |
| 4. Puskesmas | 11. Rumah sakit |
| 5. Pustu | 12. Praktek dokter umum |
| 6. Poskesdes | 13. Praktek dokter kandungan |
| 7. Polindes | |

14. Atas anjuran siapa ibu ke sana?
1. Sendiri
 2. Suami
 3. Ibu Mertua
 4. Bapak mertua
 5. Ibu
 6. Bapak
 7. Tetangga
 8. Dukun
 9. Kader
 10. lain –lain (sebutkan
15. Siapa yang paling sering memeriksa kehamilan ibu?
1. Dukun
 2. Bidan
 3. Dokter umum
 4. Dokter kandungan
 5. Dokter anak
 6. Bidan di desa
 7. Perawat
 8. Lain – lain (sebutkan
16. Berapa kali ibu memeriksakan kehamilan yang terakhir ke tenaga kesehatan ?
- Usia kehamilan 1 - 3 bulan = kali
- Usia kehamilan 4 - 6 bulan =kali
- Usia kehamilan 7 - 9 bulan =.....kali
17. Siapa penolong persalinan persalinan untuk anak yang terakhir ?
1. Dukun
 2. Bidan di desa
 3. Perawat
 4. Dokter Umum
 5. Dokter kandungan
 6. Bidan
18. Mengapa ibu memilih sebagai penolong persalinan?
-
19. Di mana tempat persalinan?
1. Rumah dukun
 2. Rumah sendiri
 3. Rumah orang lain
 4. Puskesmas
 5. Pustu
 6. Poskesdes
 7. Polindes
 8. Posyandu
 9. BPS
 10. Klinik Swasta
 11. Rumah Sakit
20. Mengapa ibu memilih bersalin di tempat tersebut?
-
21. Siapa yang menentukan penolong persalinan (jawaban bisa lebih dari 1)
1. Keinginan sendiri
 7. Nenek

- | | |
|--------------------|-----------------------------------|
| 2. Suami | 8. Bidan Puskesmas |
| 3. Suami dan istri | 9. Bidan Desa |
| 4. Keluarga | 10. Dokter |
| 5. Orang Tua | 11. Perawat |
| 6. Mertua | 12. Lain – lain (sebutkan).....) |

22. Siapa yang menentukan tempat persalinan? (jawaban bisa lebih dari 1)

- | | |
|----------------------|----------------------------------|
| 1. Keinginan sendiri | 5. Orang Tua |
| 2. Suami | 6. Mertua |
| 3. Suami dan istri | 7. Nenek |
| 4. Keluarga | 8. Lain – lain (sebutkan) |

23. Siapa yang mendampingi ibu ke fasilitas kesehatan saat persalinan?

- | | |
|------------|-----------------------------------|
| 1. Sendiri | 6. Ibu mertua |
| 2. Suami | 7. Bapak mertua |
| 3. Dukun | 8. Tetangga |
| 4. Bapak | 9. Saudara lain |
| 5. Ibu | 10. Lain – lain (sebutkan) |

24. Apakah ibu menggunakan rumah tunggu bersalin sebelum persalinan? (bagi yang melahirkan di Puskesmas)

- a. Ya
- b. Tidak (lanjut pertanyaan No.28)

25. Menurut ibu sebaiknya datang ke rumah tunggu berapa hari sebelum persalinan?

1. 0 – 3 hari,
alasanya:.....
2. 4 -7 hari
Alasanya.....
3. \geq 7 hari
Alasanya.....
.....

26. Menurut ibu sebaiknya berada di rumah tunggu berapa hari setelah melahirkan?

1. 0 – 3 hari,
alasan nya:.....
.....=
 2. 4 -7 hari
Alasannya.....
.....
 3. ≥ 7 hari
Alasannya.....
.....
27. Jika Tidak menggunakan rumah tunggu , apa alasan nya?
.....
.....
28. Apakah ibu mengetahui Revolusi KIA?
- a. Ya
 - b. Tidak (Lanjut pertanyaan no. 31)
29. Jika Ya, dari mana ibu mengetahui tentang Revolusi KIA ?
- a. Membaca di poster
 - b. Petugas kesehatan
 - c. Kader Posyandu
 - d. Tokoh Masyarakat / Kepala Desa
 - e. Radio
30. Apa yang dimaksud dengan Revolusi KIA ?
- a. Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di Rumah / Puskesmas
 - b. Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan didampingi dukun di Puskesmas
 - c. Pertolongan persalinan oleh dukun di rumah
31. Berapa biaya persalinan terakhir? Rp.....
32. Apakah ibu memiliki : (Jawaban bisa lebih dari 1)
- a. Televisi
 - b. Radio
 - c. Handphone
 - d. Langganan Koran

- e. Sepeda Motor
 - f. Perahu kapal Motor
33. Apa kegiatan rutin mingguan / bulanan yang ibu ikuti ?
- a. Arisan
 - b. Paduan suara gereja
 - c. Ibadah gereja / kegiatan Masjid
 - d. Lain – lain (sebutkan)





PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM
ANALISIS UPAYA PENURUNAN ANGKA KEMATIAN IBU DAN BAYI
MELALUI PELAKSANAAN REVOLUSI KIA
DI PUSKESMAS MEBUNG DAN KABIR TAHUN 2012

*Informan : Kepala Dinas Kesehatan
Dinas Kesehatan Kabupaten Alor*

Petunjuk Umum

Disampaikan ucapan terima kasih kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Alor karena telah bersedia meluangkan waktunya untuk diwawancarai. Buah pikiran, informasi yang diberikan sangat membantu dalam penyelesaian skripsi ini. Hal ini penting untuk memulai suatu hubungan yang baik.

Petunjuk wawancara Mendalam

1. Pembukaan

- a. Wawancara dilakukan oleh peneliti dengan menggunakan alat bantu pedoman wawancara, alat pencatat dan Handicamera (Video dan rekam) untuk membantu pencatatan
- b. Informasi bebas untuk menyatakan pendapat, kendala, solusi dan saran perbaikan dan sangat dijaga kerahasiaannya.
- c. Setiap informasi sangat bernilai
- d. Jawaban tidak ada yang benar atau salah karena wawancara ini untuk kepentingan penelitian dan tidak ada skor penilaian

2. Penutup

- a. Memberitahu bahwa wawancara telah selesai
- b. Mengucapkan terima kasih dengan berjabat tangan
- c. Menyatakan maaf apabila ada hal – hal yang tidak menyenangkan

IDENTITAS INFORMAN

Tanggal Wawancara :
Tempat Wawancara :
Lama Wawancara :
Nama informan :
Umur :
Status Perkawinan :
Pendidikan :
Jabatan :
Masa kerja di tempat sekarang :

PERTANYAAN :

SUMBER DAYA:

1. Bagaimana pendapat Bapak tentang kesiapan SDM dalam pelaksanaan Revolusi KIA?
2. Pelatihan Apa saja yang telah dilaksanakan untuk mendukung pelaksanaan Revolusi KIA?
3. Sebagai Kepala Dinas Kesehatan kabupaten, apa peran Bapak dalam pelaksanaan Revolusi KIA?
4. Menurut Bapak, cukup atau tidak SDM KIA berdasarkan jumlah dan kualitasnya?
5. Kendala apa yang ditemui dan bagaimana cara mengatasinya?
6. Apa saran Bapak terhadap SDM program KIA di Kabupaten Alor?

KEMITRAAN

1. Bagaimana pendapat Bapak tentang pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun di kabupaten selama ini?
2. Pelatihan apa saja yang telah diberikan kepada pelaksana kemitraan bidan dan dukun sejak Revolusi KIA diberlakukan?
3. Menurut Bapak bagaimana protap kemitraan bidan dengan dukun?

4. Bagaimana ketentuan mengenai pemantauan dan penilaian kemitraan bidan dan dukun kapan di lakukan dan bagaimana prosedurnya?
5. Kendala apa saja yang yang dihadapi selama melaksanakan kemitraan dan bagaimana solusi untuk mengatasi?
6. Bagaimana pendapat Bapak terhadap pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun terhadap cakupan persalinan?
7. Menurut Bapak saran dan masukan apa saja yang perlu dilakukan untuk meningkatkan kemitraan bidan dan dukun bayi?

RUMAH TUNGGU

1. Bagaimana pendapat Bapak tentang keberadaan Rumah tunggu bersalin?
2. Bagaimana system penggunaan rumah tunggu bersalin? (syarat pasien, kapan pasien masuk, kapan pasien pulang, pemenuhan kebutuhan makanan / minuman pasien / keluarganya, pembayaran)?
3. Bagaimana pendapat Bapak tentang keberadaan rumah tunggu terhadap cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan?
4. Kendala apa saja yang ditemukan, dan bagaimana Bapak mengatasinya?
5. Apa saran bapak terhadap operasional rumah tunggu di Kabupaten Alor?

ANGGARAN

1. Bagaimana pendapat Bapak tentang bantuan APBD yang mendukung Revolusi KIA ?
2. Bagaimana pendapat Bapak tentang bantuan dana untuk kegiatan kemitraan dan Biaya operasional rumah tunggu?
3. Kendala apa saja yang ditemukan dalam penggunaan anggaran dan solusi yang dipakai untuk mengatasi?
4. Apa saran bapak terhadap jumlah dan penggunaan anggaran KIA di Kabupaten Alor?



PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM
ANALISIS UPAYA PENURUNAN ANGKA KEMATIAN IBU DAN BAYI
MELALUI PELAKSANAAN REVOLUSI KIA
DI PUSKESMAS MEBUNG DAN KABIR TAHUN 2012

Informan : Kepala Bidang Kesehatan Keluarga (KESGA)

Dinas Kesehatan Kabupaten Alor

Petunjuk Umum

Disampaikan ucapan terima kasih kepada Kabid. KESGA Dinas Kesehatan Kabupaten Alor karena telah bersedia meluangkan waktunya untuk diwawancarai. Buah pikiran, informasi yang diberikan sangat membantu dalam penyelesaian skripsi ini. Hal ini penting untuk memulai suatu hubungan yang baik.

Petunjuk wawancara Mendalam

1. Pembukaan

- a. Wawancara dilakukan oleh peneliti dengan menggunakan alat bantu pedoman wawancara, alat pencatat dan Handicamera (Video dan rekam) untuk membantu pencatatan
- b. Informasi bebas untuk menyatakan pendapat, kendala, solusi dan saran perbaikan dan sangat dijaga kerahasiaannya.
- c. Setiap informasi sangat bernilai
- d. Jawaban tidak ada yang benar atau salah karena wawancara ini untuk kepentingan penelitian dan tidak ada skor penilaian

2. Penutup

- a. Memberitahu bahwa wawancara telah selesai
- b. Mengucapkan terima kasih dengan berjabat tangan
- c. Menyatakan maaf apabila ada hal – hal yang tidak menyenangkan

IDENTITAS INFORMAN

Tanggal Wawancara :

Tempat Wawancara :

Lama Wawancara :

Nama informan :

Umur :

Status Perkawinan :

Pendidikan :

Jabatan :

Masa kerja di tempat sekarang :

PERTANYAAN :

SUMBER DAYA:

1. Apa tugas atau peran ibu di bidang Kesehatan Keluarga (KESGA)
2. Apakah cukup secara jumlah dan kualitas SDM bidan di kabupaten alor?
3. Bagaimana pendapat Ibu tentang kesiapan SDM dalam pelaksanaan Revolusi KIA?
4. Pelatihan Apa saja yang telah dilaksanakan untuk mendukung pelaksanaan Revolusi KIA?
5. Kendala apa saja yang ditemui dan apa solusi yang diambil untuk mengatasi masalah SDM?
6. Apa yang menjadi peluang SDM yang telah tersedia dalam mendukung Revolusi KIA?
7. Apa saran ibu tentang SDM yang dimiliki saat ini dalam mendukung Revolusi KIA?

KEMITRAAN

1. Bagaimana pendapat Ibu tentang pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun di kabupaten selama ini?

2. Kegiatan apa saja yang telah dilakukan dalam mendukung kepada pelaksana kemitraan bidan dan dukun sejak Revolusi KIA diberlakukan?
3. Menurut Ibu, bagaimana protap kemitraan bidan dengan dukun?
4. Bagaimana ketentuan mengenai pemantauan dan penilaian kemitraan bidan dan dukun kapan di lakukan dan bagaimana prosedurnya?
5. Kendala apa saja yang yang dihadapi selama melaksanakan kemitraan dan bagaimana solusi untuk mengatasi?
6. Bagaimana pendapat Ibu terhadap pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun terhadap cakupan persalinan?
7. Menurut Ibu saran dan masukan apa saja yang perlu dilakukan untuk meningkatkan kemitraan bidan dan dukun bayi?

RUMAH TUNGGU

1. Bagaimana pendapat Ibu tentang keberadaan Rumah tunggu bersalin di Puskesmas?
2. Bagaimana pendapat Ibu tentang keberadaan rumah tunggu terhadap cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan?
3. Kendala apa saja yang ditemukan, dan bagaimana Ibu mengatasinya?
4. Apa saran Ibu tentang kemitraan yang dilakukan selama ini ?

ANGGARAN

1. Bagaimana pendapat Ibu tentang bantuan APBD dan Dekonsentrasi (dana propinsi) yang mendukung Revolusi KIA ?
2. Bagaimana pendapat ibu tentang bantuan dana untuk kegiatan kemitraan dan biaya operasional rumah tunggu?
3. Kendala apa saja yang ditemui dan solusi apa yang diambil dalam penggunaan anggaran KIA ?
4. Apa saran ibu tentang jumlah dan pelaksanaan anggaran AKI untuk mendukung Revolusi KIA?



PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM

ANALISIS UPAYA PENURUNAN ANGKA KEMATIAN IBU DAN BAYI
MELALUI PELAKSANAAN REVOLUSI KIA
DI PUSKESMAS MEBUNG DAN KABIR TAHUN 2012

Informan : Kepala Puskesmas

Dinas Kesehatan Kabupaten Alor

Petunjuk Umum

Disampaikan ucapan terima kasih kepada Kepala Kepala Puskesmas karena telah bersedia meluangkan waktunya untuk diwawancarai. Buah pikiran, informasi yang diberikan sangat membantu dalam penyelesaian skripsi ini. Hal ini penting untuk memulai suatu hubungan yang baik.

Petunjuk wawancara Mendalam

3. Pembukaan

- e. Wawancara dilakukan oleh peneliti dengan menggunakan alat bantu pedoman wawancara, alat pencatat dan Handicamera (Video dan rekam) untuk membantu pencatatan
- f. Informasi bebas untuk menyatakan pendapat, kendala, solusi dan saran perbaikan dan sangat dijaga kerahasiaannya.
- g. Setiap informasi sangat bernilai
- h. Jawaban tidak ada yang benar atau salah karena wawancara ini untuk kepentingan penelitian dan tidak ada skor penilaian

4. Penutup

- d. Memberitahu bahwa wawancara telah selesai
- e. Mengucapkan terima kasih dengan berjabat tangan
- f. Menyatakan maaf apabila ada hal – hal yang tidak menyenangkan

Identitas Informan

Tanggal Wawancara :
Tempat Wawancara :
Lama Wawancara :
Nama informan :
Umur :
Status Perkawinan :
Pendidikan :
Jabatan :
Masa kerja di tempat sekarang :

PERTANYAAN :

SUMBER DAYA:

7. Bagaimana pendapat tentang kesiapan SDM bidan dalam pelaksanaan Revolusi KIA?
8. Menurut apakah cukup atau tidak SDM di bagian KIA secara jumlah dan kualitas untuk mendukung Revolusi KIA?
9. Pelatihan Apa saja yang telah diikuti tenaga di bagian KIA puskesmas untuk mendukung pelaksanaan Revolusi KIA?
10. Apa peran dalam pelaksanaan Revolusi KIA di Puskesmas?
11. Apa yang menjadi hambatan faktor SDM bidan dan bagaimana cara mengatasinya?
12. Apa peluang yang dimiliki SDM di puskesmas bapak ?
13. Apa sarannya terhadap SDM yang ada di bagian KIA Puskesmas?

KEMITRAAN

8. Bagaimana pendapat tentang pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun di Puskesmas selama ini?
9. Pelatihan apa saja yang telah diberikan kepada pelaksana kemitraan bidan dan dukun sejak Revolusi KIA diberlakukan?
10. Menurut bagaimana protap kemitraan bidan dengan dukun yang seharusnya dilakukan

11. Bagaimana ketentuan mengenai pemantauan dan penilaian kemitraan bidan dan dukun kapan di lakukan dan bagaimana prosedurnya?
12. Kendala apa saja yang yang dihadapi selama melaksanakan kemitraan dan bagaimana solusi untuk mengatasi?
13. Bagaimana pendapat terhadap pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun terhadap cakupan persalinan?
14. Apakah ada hambatan dalam pelaksanaan kemitraan di wilayah kerja bapak ?
15. Apa saran untuk meningkatkan kemitraan bidan dan dukun bayi di Puskesmas?

RUMAH TUNGGU

1. Bagaimana pendapat tentang keberadaan Rumah tunggu bersalin?
2. Bagaimana system penggunaan rumah tunggu bersalin? (syarat pasien, kapan pasien masuk, kapan pasien pulang, pemenuhan kebutuhan makanan / minuman pasien / keluarganya, pembayaran)
3. Bagaimana pendapat tentang keberadaan rumah tunggu terhadap cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan?
4. Kendala apa saja yang ditemukan, dan bagaimana mengatasinya?
5. Apa saran terhadap operasional rumah tunggu di puskesmas?

ANGGARAN

1. Berapa total dana yang didapat Puskesmas yang dialokasikan untuk KIA dalam mendukung Revolusi KIA?
2. Bagaimana pendapat tentang bantuan dana untuk kegiatan kemitraan dan biaya operational Rumah tunggu?
3. Kendala apa saja yang ditemui dalam penggunaan anggaran dan bagaimana cara untuk mengatasinya?
4. Apa saran terhadap jumlah dan penggunaan anggaran KIA?



PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM
ANALISIS UPAYA PENURUNAN ANGKA KEMATIAN IBU DAN BAYI
MELALUI PELAKSANAAN REVOLUSI KIA
DI PUSKESMAS MEBUNG DAN KABIR TAHUN 2012

Informan : Bidan Koordinator Puskesmas

Dinas Kesehatan Kabupaten Alor

Petunjuk Umum

Disampaikan ucapan terima kasih kepada Bidan Koordinator Puskesmas karena telah bersedia meluangkan waktunya untuk diwawancarai. Buah pikiran, informasi yang diberikan sangat membantu dalam penyelesaian skripsi ini. Hal ini penting untuk memulai suatu hubungan yang baik.

Petunjuk wawancara Mendalam

1. Pembukaan

- a. Wawancara dilakukan oleh peneliti dengan menggunakan alat bantu pedoman wawancara, alat pencatat dan Handicamera (Video dan rekam) untuk membantu pencatatan
- b. Informasi bebas untuk menyatakan pendapat, kendala, solusi dan saran perbaikan dan sangat dijaga kerahasiaannya.
- c. Setiap informasi sangat bernilai
- d. Jawaban tidak ada yang benar atau salah karena wawancara ini untuk kepentingan penelitian dan tidak ada skor penilaian

2. Penutup

- a. Memberitahu bahwa wawancara telah selesai
- b. Mengucap terima kasih dengan berjabat tangan
- c. Menyatakan maaf apabila ada hal – hal yang tidak menyenangkan

Identitas Informan

Tanggal Wawancara :
Tempat Wawancara :
Lama Wawancara :
Nama informan :
Umur :
Status Perkawinan :
Pendidikan :
Jabatan :
Masa kerja di tempat sekarang :

PERTANYAAN :

SUMBER DAYA:

1. Bagaimana pendapat tentang kesiapan SDM bidan dalam pelaksanaan Revolusi KIA?
2. Menurut apakah cukup atau tidak SDM di bagian KIA secara jumlah dan kualitas untuk mendukung Revolusi KIA?
3. Pelatihan Apa saja yang telah diikuti tenaga di bagian KIA puskesmas untuk mendukung pelaksanaan Revolusi KIA?
4. Apa peran dalam pelaksanaan Revolusi KIA di Puskesmas?
5. Apa yang menjadi hambatan faktor SDM bidan dan bagaimana cara mengatasinya?
6. Apa peluang yang dimiliki SDM di puskesmas bapak ?
7. Apa sarannya terhadap SDM yang ada di bagian KIA Puskesmas?

KEMITRAAN

1. Bagaimana pendapat tentang pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun di Puskesmas selama ini?
2. Pelatihan apa saja yang telah diberikan kepada pelaksana kemitraan bidan dan dukun sejak Revolusi KIA diberlakukan?
3. Menurut bagaimana protap kemitraan bidan dengan dukun yang seharusnya dilakukan

4. Bagaimana ketentuan mengenai pemantauan dan penilaian kemitraan bidan dan dukun kapan di lakukan dan bagaimana prosedurnya?
5. Kendala apa saja yang yang dihadapi selama melaksanakan kemitraan dan bagaimana solusi untuk mengatasi?
6. Bagaimana pendapat terhadap pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun terhadap cakupan persalinan?
7. Apakah ada hambatan dalam pelaksanaan kemitraan di wilayah kerja bapak ?
8. Apa saran untuk meningkatkan kemitraan bidan dan dukun bayi di Puskesmas?

RUMAH TUNGGU

1. Bagaimana pendapat tentang keberadaan Rumah tunggu bersalin?
2. Bagaimana system penggunaan rumah tunggu bersalin? (syarat pasien, kapan pasien masuk, kapan pasien pulang, pemenuhan kebutuhan makanan / minuman pasien / keluarganya, pembayaran)
3. Bagaimana pendapat tentang keberadaan rumah tunggu terhadap cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan?
4. Kendala apa saja yang ditemukan, dan bagaimana mengatasinya?
5. Apa saran terhadap operasional rumah tunggu di puskesmas?

ANGGARAN

1. Berapa total dana yang didapat Puskesmas yang dialokasikan untuk KIA dalam mendukung Revolusi KIA?
2. Bagaimana pendapat tentang bantuan dana untuk kegiatan kemitraan dan biaya operational Rumah tunggu?
3. Kendala apa saja yang ditemui dalam penggunaan anggaran dan bagaimana cara untuk mengatasinya?
4. Apa saran terhadap jumlah dan penggunaan anggaran KIA?



PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM
ANALISIS UPAYA PENURUNAN ANGKA KEMATIAN IBU DAN BAYI
MELALUI PELAKSANAAN REVOLUSI KIA
DI PUSKESMAS MEBUNG DAN KABIR TAHUN 2012

Informan : Dukun Bersalin

Petunjuk Umum

Disampaikan ucapan terima kasih kepada Dukun bersalin karena telah bersedia meluangkan waktunya untuk diwawancarai. Buah pikiran, informasi yang diberikan sangat membantu dalam penyelesaian skripsi ini. Hal ini penting untuk memulai suatu hubungan yang baik.

Petunjuk wawancara Mendalam

1. Pembukaan

- a. Wawancara dilakukan oleh peneliti dengan menggunakan alat bantu pedoman wawancara, alat pencatat dan Handicamera (Video dan rekam) untuk membantu pencatatan
- b. Informasi bebas untuk menyatakan pendapat, kendala, solusi dan saran perbaikan dan sangat dijaga kerahasiaannya.
- c. Setiap informasi sangat bernilai
- d. Jawaban tidak ada yang benar atau salah karena wawancara ini untuk kepentingan penelitian dan tidak ada skor penilaian

2. Penutup

- a. Memberitahu bahwa wawancara telah selesai
- b. Mengucapkan terima kasih dengan berjabat tangan
- c. Menyatakan maaf apabila ada hal – hal yang tidak menyenangkan

PERTANYAAN :

1. Berapa lama bekerja sebagai Dukun?
2. Apakah ibu pernah mendapat pelatihan dari kesehatan?
3. Jika Ya, tentang apa?
4. Apakah ibu pernah mendengar tentang Revolusi KIA?
5. Jika Ya, dari mana?
6. Apa pendapat ibu tentang Revolusi KIA?
7. Apa pendapat ibu tentang kemitraan bidan dan dukun?
8. Apa tugas atau peran ibu dalam pertolongan persalinan?
9. Bagaimana cara ibu mengajak ibu hamil untuk bersalin di Bidan / Puskesmas?
10. Bagaimana pendapat ibu tentang insentif dukun?
11. Kegiatan apa saja yang dilakukan Puskesmas untuk meningkatkan kemitraan dengan bidan
12. Kendala apa saja yang dihadapi dalam bermitra dengan bidan?
13. Apa saran ibu terhadap kemitraan yang dilaksanakan dengan bidan ?

Lampiran 6

HASIL ANALISIS UNIVARIAT

Pemilihan Penolong dan Tempat Persalinan

Tempat dan penolong persalinan	Frequency	Percent
Tidak sesuai	51	44.0
Sesuai	65	56.0
Total	116	100.0

	Frequency	Percent
Valid Beresiko	29	25.0
Tidak beresiko	87	75.0
Total	116	100.0

PENDIDIKAN	Frequency	Percent
Rendah	97	83.6
Tinggi	19	16.4
Total	116	100.0

PENGETAHUAN	Frequency	Percent
Valid Kurang	68	58.6
Baik	48	41.4
Total	116	100.0

Paritas

	Frequency	Percent
Valid Berlko	37	31,9
Tidak berlsiko	79	68,1
Total	116	100.0

Dukungan Suami Dan Keluarga

	Frequency	Percent
Valid Tidak Ya	18	15.5
Ya	98	84.5
Total	116	100.0

RIWAYAT ANC	Frequency	Percent
Valid Tidak	9	7.8
Ya	107	92.2
Total	116	100.0

Jarak	Frequency	Percent
Valid Jauh	40	34.5
Dekat	76	65.5
Total	116	100.0

Pekerjaan		Frequency	Percent
Valid	Bekerja	93	80.2
	Tidak Bekerja	23	19.8
	Total	116	100.0

PARITAS

UMUR

N	Valid	116
	Missing	0
Mean		2.78
Std. Deviation		1.812
Minimum		1
Maximum		9

N	Valid	116
	Missing	0
Mean		29.00
Std. Deviation		6.624
Minimum		17
Maximum		45

HASIL ANALISIS BIVARIAT

UMUR * KIA

Crosstab

Count

		Pemilihan Penolong dan Tempat Persalinan		Total
		salin oleh Nakes / Dukun di rumah	salin oleh Nakes di Faskes	
UMUR	Berisiko	15	14	29
	Tidak berisiko	36	51	87
Total		51	65	116

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.945(b)	1	.331		
Continuity Correction(a)	.572	1	.450		
Likelihood Ratio	.940	1	.332		
Fisher's Exact Test				.390	.224
Linear-by-Linear Association	.937	1	.333		
N of Valid Cases	116				

Chi-Square Tests

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12.7

Risk estimate	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for UMUR (Beresiko / Tidak beresiko)	1.518	.653	3.530
For cohort KIA = salin oleh Nakes / Dukun di rumah	1.250	.812	1.924
For cohort KIA = salin oleh Nakes di Faskes	.824	.543	1.248
N of Valid Cases	116		

Pendidikan * KIA
Crosstab

Count

		Pemilihan Penolong dan Tempat Persalinan		Total
		Tidak Sesuai	Sesuai	
Pendidikan	Rendah	44	53	97
	Tinggi	7	12	19
Total		51	65	116

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.468(b)	1	.494		
Continuity Correction(a)	.186	1	.666		
Likelihood Ratio	.474	1	.491		
Fisher's Exact Test				.616	.336
Linear-by-Linear Association	.464	1	.496		
N of Valid Cases	116				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.35.

Risk estimate	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pendidikan (Rendah / Tinggi)	1.423	.516	3.924
For cohort KIA = salin oleh Nakes / Dukun di rumah	1.231	.657	2.307
For cohort KIA = salin oleh Nakes di Faskes	.865	.587	1.276
N of Valid Cases	116		

Pengetahuan * KIA

Crosstab

		Count		
		Pemilihan Penolong dan Tempat Persalinan		Total
		Tidak Sesuai	Sesuai	
Pengetahuan	Kurang	39	29	68
	Baik	12	36	48
Total		51	65	116

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	11.955(b)	1	.001		
Continuity Correction(a)	10.678	1	.001		
Likelihood Ratio	12.340	1	.000		
Fisher's Exact Test				.001	.000
Linear-by-Linear Association	11.852	1	.001		
N of Valid Cases	116				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 21.10.

Risk estimate	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pengetahuan (Kurang / Baik)	4.034	1.793	9.079
For cohort KIA = salin oleh Nakes / Dukun di rumah	2.294	1.349	3.902
For cohort KIA = salin oleh Nakes di Faskes	.569	.413	.783
N of Valid Cases	116		

**Paritas * KIA
Crosstab**

Count

		Pemilihan Penolong dan Tempat Persalinan		Total
		Sesuai	Tidak Sesuai	
Paritas	Berisiko	10	6	16
	Tidak berisiko	41	59	100
Total		51	65	116

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2.588(b)	1	.108		
Continuity Correction(a)	1.789	1	.181		
Likelihood Ratio	2.575	1	.109		
Fisher's Exact Test				.174	.091
Linear-by-Linear Association	2.566	1	.109		
N of Valid Cases	116				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.03.

Risk Estimate	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Paritas (Beresiko / Tidak beresiko)	2.398	.808	7.117
For cohort KIA = salin oleh Nakes / Dukun di rumah	1.524	.975	2.382
For cohort KIA = salin oleh Nakes di Faskes	.636	.331	1.222
N of Valid Cases	116		

Jarak * KIA

Crosstab

		Count		
		Pemilihan Penolong dan Tempat Persalinan		Total
		Sesuai	Tidak Sesuai	
Jarak	Jauh	25	15	40
	Dekat	26	50	76
Total		51	65	116

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8.513(b)	1	.004		
Continuity Correction(a)	7.404	1	.007		
Likelihood Ratio	8.543	1	.003		
Fisher's Exact Test				.006	.003
Linear-by-Linear Association	8.440	1	.004		
N of Valid Cases	116				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 17.59.

Risk Estimate	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Jarak (Jalan kaki Jauh / Dekat)	3.205	1.445	7.108
For cohort KIA = salin oleh Nakes / Dukun di rumah	1.827	1.233	2.708
For cohort KIA = salin oleh Nakes di Faskes	.570	.370	.878
N of Valid Cases	116		

ANC * KIA

Crosstab

		Count		
		Pemilihan Penolong dan Tempat Persalinan		Total
		Tidak Sesuai	Sesuai	
ANC	Tidak	8	1	9
	Ya	43	64	107
Total		51	65	116

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7.993(b)	1	.005		
Continuity Correction(a)	6.138	1	.013		
Likelihood Ratio	8.652	1	.003		
Fisher's Exact Test				.010	.006
Linear-by-Linear Association	7.924	1	.005		
N of Valid Cases	116				

a Computed only for a 2x2 table

b 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.96.

Risk Estimate	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for ANC (Tidak / Ya)	11.907	1.437	98.652
For cohort KIA = salin oleh Nakes / Dukun di rumah	2.212	1.595	3.067
For cohort KIA = salin oleh Nakes di Faskes	.186	.029	1.187
N of Valid Cases	116		

Dukungan * KIA

Crosstab

		Count		Total
		REVOLUSI KIA		
		Tidak Sesuai	Sesuai	
Dukungan	Tidak	13	5	18
	Ya	38	60	98
Total		51	65	116

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6.905(b)	1	.009		
Continuity Correction(a)	5.614	1	.018		
Likelihood Ratio	6.970	1	.008		
Fisher's Exact Test				.010	.009
Linear-by-Linear Association	6.846	1	.009		
N of Valid Cases	116				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.91.

Risk Estimate	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Dukungan (Tidak / Ya)	4.105	1.355	12.439
For cohort KIA = salin oleh Nakes / Dukun di rumah	1.863	1.274	2.722
For cohort KIA = salin oleh Nakes di Faskes	.454	.212	.971
N of Valid Cases	116		

Pekerjaan * KIA

Crosstab

		Count		Total
		Pemilihan Penolong dan Tempat Persalinan		
		Sesuai	Tidak Sesuai	
Pekerjaan	Bekerja	40	53	93
	Tidak bekerja	12	11	23
Total		52	64	116

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.626(b)	1	.429		
Continuity Correction(a)	.310	1	.577		
Likelihood Ratio	.623	1	.430		
Fisher's Exact Test				.487	.288
Linear-by-Linear Association	.621	1	.431		
N of Valid Cases	116				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10.31.

Risk Estimate	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pekerjaan (Bekerja / Tidak bekerja)	.692	.277	1.728
For cohort KIA = salin oleh Nakes / Dukun di rumah	.824	.523	1.301
For cohort KIA = salin oleh Nakes di Faskes	1.192	.751	1.891
N of Valid Cases	116		



Basong tau ko sonde Revolusi KIA?



Revolusi KIA tu dia pu arti: katong pu mama-mama dong yang hamil tu baranak di Puskesmas kal sonde di ruma sakit dan yang tolong tu bidan ato dokter

CREATIVE BY . BIDKOM FKM- UI 2010

Ko kanapa harus di ruma sakit ato Puskesmas?

Kan di sana dia pung alat dong lengkap, jadi kalo ada apa-apa sonde repot repot bacari lai.

Ma itu bayar ko sonde tu?

Sakarang kan su ada Jamkesmas, Jamkesda, Jampersal jadi son usa pikir bayar lai, doi dong pake beli laen barang sa

Oo... Na bae su...

Awi kalo begitu na dukun baranak dong karmama su, ko dokter deng bidan dong yang tolong na?

Ooo...sakarang ni dukun deng bidan dong su bakawan haa... atau orang bilang bamitra, jadi dukun dong antar sa pi Puskesmas baru bidan tolong trus dukun dong dampingi sa

Trus kalo dong su abis beranak ko dong pulang pi rumah na dukan ko bidan dong yang layani lai?

Bidan dong kasi obat ais itu dukun dong yang rawat di rumah sesuai bidan dong pung petunjuk

Awi... Berarti sekarang ni anak oo...

Ko abis ibu bidan deng dukun dong su kerja sama na supaya ibu deng dia pu anak son maninggal, soalnya kasian ju dulu tu son ada begini jadi banya yang maninggal

Makanya kalo su rasa hamil tu na cepat pi pariksa di Puskesmas atau rumah sakit supaya bisa cepat dapa tau bahaya kehamilan

Bahaya kehamilan tu apa sa Ooo..?



Keluar darah dari jalan lahir, saat hamil muda atau hamil tua



Kaki tangan dong babangka, trus kepala pusing tamba kejang



Demam ato panas tinggi



Gonak picah sebelum dia pung waktu



Anak di dalam parut son bargarak lai ato kurang bagarak ke biasa



Munta eampe son bisa makan lai



Su batok lai, lemah lai tamba jantung badebar



Keluar cairan baputih dari kemaluan tamba bagatal talalu

Kasi tau katong pu mama, sodara dong, tetangga dong yang hamil ko kalo dapa tanda bagini na pi Puskesmas su supaya katong pung daerah son usa ada ibu deng anak yang mati lai

MATRIK WAWANCARA MENDALAM
TENAGA KESEHATAN

PERTANYAAN	INFORMAN 1	INFORMAN 2	INFORMAN 3	INFORMAN 4	INFORMAN 5	INFORMAN 6
SDM						
Bagaimana kesiapan dan kecukupan SDM bidan dalam mendukung Revolusi KIA	Rata – rata bidan berpendidikan D3, tidak cukup secara jumlah tapi mereka siap mendukung	Tenaga masih kurang dari segi juga dan keterampilan	Tenaga kurang tetapi siap mendukung Revolusi KIA	Tenaga kurang siap tetapi siap mendukung Revolusi KIA	Bidan cukup, rata – rata D3	Bidan Kurang
Pelatihan apa saja yang telah diikuti para bidan?	Tidak tahu secara detail	Hampir semua sudah terlatih APN, manajemen BBLR, PPGDON, PONED	Tidak Tahu	APN, PONED, BBLR dan PPGDON	APN, PONED, BBLR dan PPGDON	APN, PONED, BBLR dan PPGDON
Kendala atau Hambatan	Distribusi bidan tidak merata, kebanyakan di kota	Ada bidan yang masih D1, yang baru belum terampil	Bidan yang baru, belum terampil	Jumlah bidan kurang	Kompetensi bidan baru belum maksimal	Tenaga kurang
Solusi	Bidan D1 sekolah dan bidan yang baru tamat magang	Bidan D1 sekolah dan bidan yang baru tamat magang	Pembagian jadwal jaga senior dan junior	Membagi wilayah kerja, kerja sama lintas sektor	Bagi jadwal jaga senior dan junior	Libatkan kepala puskesmas dalam pertolongan

						persalinan
Peluang	Pendidikan D3	Pendidikan D3	Pendidikan D3	Bidan rajin dan setia	Kecukupan tenaga dan pendidikan D3	Kekompakan
Saran	Penambahan Bidan	Bidan penanggung jawab dapat bekerja dengan baik	Pengadaan kaset audio visual, uji kompetensi	Penambahan bidan	Refreshing pasca pelatihan, pendidikan lanjut	Peningkatan SDM dan penambahan tenaga
KEMITRAAN						
Pendapat tentang kemitraan selama ini	Konsep kemitraan yang salah sehingga tidak maksimal	Belum maksimal	Kurang maksimal	Telah berjalan di desa yang dekat	Telah berjalan dengan baik	Telah berjalan di desa yang dekat
Kegiatan yang telah dilakukan	Tidak ada	Beberapa puskesmas ada pertemuan rutin	Tidak ada	Ada pertemuan rutin	Tidak ada	Ada refreshing dukun
Protap kemitraan	Dukun mengantar, dukun dan bidan menolong	Dukun mengantar, diberikan uang pengganti transport Rp.50.000	Dukun mengantar, diberikan uang pengganti transport Rp.50.000	Dukun mengantar, bidan menolong, dukun mendampingi	Dukun mengantar, bidan menolong, dukun mendampingi	Dukun mendampingi ibu bersalin dan merawat nifas, bidan melakukan kunjungan nifas dan neonatal
Bagaimana pemantauan dan penilaian kemitraan bidan dan dukun	Kurang tahu	Laporan persalinan	Laporan persalinan	Register	Laporan persalinan	Register Khusus
Kendala yang dihadapi	Ibu – ibu tidak mau dirujuk atau melahirkan di	Pola komunikasi dan pendekatan yang tidak	Masyarakat bayar dukun lebih dari yang diberikan	Insentif dukun tidak sesuai dengan jumlah ibu hamil	Dukun tidak antar ibu hamil, insentif tidak tepat waktu	Dukun terlambat menghubungi bidan

	puskesmas	maksimal	puskesmas	yang diantar		
Solusi	Alokasi dana BOK untuk kemitraan bidan dan dukun	Membangun pola pendekatan	Pendataan dukun, macam dukun	Motivasi dukun	Memberikan uang partograf kepada dukun sebelum dana insentif cair	Memberikan nomor Hp pada dukun
Pendapat terhadap kemitraan cakupan persalinan	Meningkatkan cakupan	Meningkatkan cakupan	Meningkatkan cakupan	Meningkatkan cakupan	Meningkatkan cakupan	Meningkatkan cakupan
Saran	Merubah konsep kemitraan	Merubah pola pendekatan	Melibatkan dukun dalam pendataan ibu hamil	Pencairan dana tepat waktu	Insentif dukun dan sopir yang mengantar ibu hamil	Pembayaran insentif dukun setiap mengantar ibu hamil
RUMAH TUNGGU						
Bagaimana pendapat tentang keberadaan rumah tunggu	Hanya sebuah gedung	Hanya sebuah gedung	Fungsinya baik tetapi hanya sebuah gedung tanpa fasilitas	Fungsinya baik tetapi hanya sebuah gedung tanpa fasilitas	Fungsinya baik tetapi hanya sebuah gedung tanpa fasilitas	Fungsinya baik tetapi hanya sebuah gedung tanpa fasilitas
Sistem penggunaan	1-2 minggu sebelum partus sesuai Pergub NTT tetapi di alor sesuai kondisi	2H 2H Center	1 H 1 H	1 H 1 H	1 H 1 H jika fisiologis, 1 H 3 H jika patologis	1 H 1 H
Bagaimana pengaruh Rumah tunggu terhadap cakupan persalinan	Meningkatkan	Meningkatkan	Meningkatkan	Meningkatkan	Meningkatkan	Meningkatkan

Kendala	Tidak ada biaya operasional	Tidak ada biaya operasional	Tidak ada biaya operasional	Tidak ada biaya operasional	Tidak ada biaya operasional	Tidak ada biaya operasional
Solusi	-	-	Pasien membawa makanan sendiri	Pasien membawa makanan sendiri	Pasien membawa makanan sendiri	Pasien membawa makanan sendiri
Saran	dana operasional	kerja sama dengan camat dan kepala desa	Ada dana operasional	Adadana operasional	Adanya fasilitas rumah tunggu	Dana operasional dan fasilitas rumah tunggu
ANGGARAN						
Pendapat tentang anggaran yang mendukung Revolusi KIA	Alokasi dana terbatas	Dana terbatas	Dana KIA dari BOK	Dana terbatas dan tidak sesuai kebutuhan	Yang diketahui hanya dana Jampersal	Dana KIA dari dana BOK yaitu Jampersal
Kendala	Dana terbatas dan terlambat cair	Dana tidak sesuai kebutuhan	Dana lambat cair, pencatatan dan pelaporan rumit	Dana terlambat cair	Dana kurang	Anggaran tidak sesuai sasaran
Solusi	Kegiatan terus berjalan	Kegiatan tanpa anggaran, hanya dana tranpsort	Kegiatan terus berjalan menunggu pencairan dana	Swadaya rujukan	Bekerja dengan tulus	Informasi kenyataan sasaran ke dinas kesehatan
Saran	Pencairan dana awal tahun	Pelatihan keterampilan teknik didanai APBD II, dekon, APBN dan sumber lain	Ada dana khusus untuk Revolusi KIA	Dana cair awal tahun	Penambahan jumlah dana	Lebih terbuka tentang dana, peningkatan anggaran

Keterangan : 1. Kepala dinas kesehatan, 2. Kepala bidang kesehatan keluarga, 3. Kepala Puskesmas Mebung , 4. Kepala Puskesmas Kabir
5. Bidan Koordinator Puskesmas Mebung , 6 Bidan Koordinator Puskesmas Kabir

MATRIK WAWANCARA MENDALAM BAGI DUKUN

PERTANYAAN	INFORMAN 1 (Dukun Puskesmas Mebung)	INFORMAN 2 (Dukun Puskesmas Kabir)
Pelatihan Apa saja yang pernah diikuti	Menolong persalinan dan merawat bayi	Tidak pernah
Apakah pernah mendengar Revolusi KIA	Pernah	Pernah
Dari mana mendengar Revolusi KIA	Bidan	Kepala puskesmas
Pendapat tentang Revolusi KIA	Menguntungkan masyarakat	Baik
Pendapat tentang kemitraan	Baik dan menguntungkan masyarakat	Baik
Peran dalam pertolongan persalinan	Mendampingi bidan	Membantu bidan dan ibu hamil
Pendapat tentang insentif	Tidak lancar	Tidak sesuai ibu hamil yang diantar
Kegiatan yang dilakukan puskesmas	Pertemuan 2x pada tahun 2011	Pertemuan 2x pada tahun 2011
Kendala	Dana terlambat, suami ibu hamil tidak mengizinkan isterinya melahirkan di puskesmas	Insentif terlambat dan tidak sesuai
Saran	Aktifkan jumat bersih	Keterbukaan tentang insentif, pelatihan