

UNIVERSITAS INDONESIA

**PERILAKU BIDAN DI DESA DALAM MELAKUKAN
RUJUKAN KASUS OBSTETRI NEONATAL KE PUSKESMAS
MAMPU PONED DI KABUPATEN LEBONG PROVINSI
BENGKULU**

TESIS

HADIAN TARZON

0806442986

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM PASCASARJANA
DEPOK
DESEMBER 2009**

UNIVERSITAS INDONESIA

**PERILAKU BIDAN DI DESA DALAM MELAKUKAN
RUJUKAN KASUS OBSTETRI NEONATAL KE PUSKESMAS
MAMPU PONED DI KABUPATEN LEBONG PROVINSI
BENGKULU**

TESIS

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

**HADIAN TARZON
0806442986**

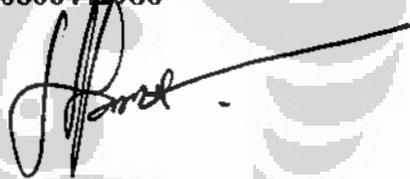
**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM PASCASARJANA
DEPOK
DESEMBER 2009**

PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : HADIAN TARZON

NPM : 0806442986

Tanda Tangan : 

Tanggal : 12 Desember 2009

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :

Nama : HADIAN TARZON

NPM : 0806442986

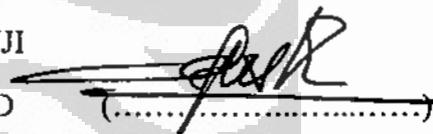
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat

Judul Tesis : Perilaku Bidan di Desa Dalam Melakukan Rujukan Kasus Obstetri Neonatal ke Puskesmas Mampu PONED di Kabupaten Lebong Provinsi Bengkulu

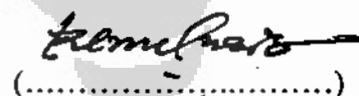
Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

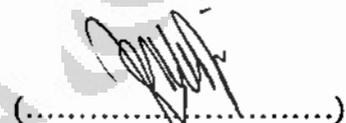
Pembimbing : Dr Agustin Kusumayati, MSc, PhD


(.....)

Penguji : Dr Kemal N Siregar, SKM, MA, PhD


(.....)

Penguji : Dr Mieke Savitri, M Kes


(.....)

Penguji : Dr Muhammad Ilhamy Setyahadi, SpOG


(.....)

Penguji : Dra Wasnidar, M Kes


(.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 12 Desember 2009

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya:

Nama : Hadian Trazon

NPM : 0806442986

Mahasiswa Program : Pascasarjana

Tahun Akademik : 2008/2009

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

Perilaku Bidan di Desa Dalam Melakukan Rujukan Kasus Obstetri Neonatal ke Puskesmas Mampu PONED di Kabupaten Lebong Provinsi Bengkulu

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 12 Desember 2009


Hadian Trazon

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT atas seizin-Nya sehingga saya dapat menyelesaikan tesis ini, yang merupakan salah satu syarat dalam menyelesaikan program pascasarjana (S2) di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia yang berjudul **“Perilaku Bidan di Desa Dalam Melakukan Rujukan Kasus Obstetri Neonatal ke Puskesmas Mampu PONED di Kabupaten Lebong Provinsi Bengkulu”**.

Dalam penyusunan tesis ini, saya menyadari adanya kekurangan dan masih jauh dari sempurna baik dari isi, bentuk maupun penyajiannya. Namun berkat dorongan, motivasi, bimbingan serta bantuan dari berbagai pihak maka tesis ini dapat diselesaikan tepat pada waktunya.

Untuk itu pada kesempatan ini perkenankanlah saya menyampaikan rasa hormat dan terima kasih yang sedalam-dalamnya kepada:

1. Bapak Drs H Dalhadi Umar, selaku Bupati Kabupaten Lebong yang telah memberikan izin kepada saya untuk mengikuti pendidikan di Universitas Indonesia.
2. Bapak Dr Iwan Suwarsa, M Kes selaku kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Lebong yang telah memberikan izin, dan telah banyak membantu baik moril maupun materi.
3. Bapak I Putu Sura Artika, SKM, MM selaku Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bengkulu Utara yang telah memberikan izin kepada saya untuk pelaksanaan uji coba kuesioner.
4. Bapak Dr Muhamad Ilhamy Setyahadi, SpOG, selaku penguji luar pada pelaksanaan sidang tesis.
5. Ibu Dra Wasnidar, M Kes, selaku penguji luar pada pelaksanaan sidang tesis.
6. Ibu Dr Agustin Kusumayati, Msc, PhD, selaku pembimbing akademik sekaligus pembimbing dalam penulisan tugas akhir yang telah banyak membantu dan memotivasi sehingga saya dapat menyelesaikan pendidikan tepat pada waktunya.

7. Bapak Dr Kemal N Siregar, Msc, PhD, selaku penguji dalam pada pelaksanaan sidang tesis.
8. Ibu Dr Mieke Savitri, M Kes, selaku penguji dalam seminar proposal, seminar hasil, dan Sidang tesis yang telah banyak memberikan masukan kepada penulis dalam penulisan tugas akhir.
9. Letkol Laut Joko Triwanto, SE, yang telah banyak membantu dalam proses pendidikan saya baik secara moril maupun materi.
10. Ibu Demsa Simbolon, SKM, MKM, yang telah banyak memberi masukan dalam penulisan tesis saya ini.
11. Seluruh Bidan di Desa yang ada di Wilayah kerja Puskesmas Air Lais dan Puskesmas Air Bintunan Kabupaten Bengkulu Utara, yang telah bersedia menjadi responden pada tahap uji coba kuesioner.
12. Seluruh Bidan di Desa yang bertugas di Kabupaten Lebong, yang telah bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.
13. Istri saya tercinta Dwi Astuti, kedua buah hati saya Muhammad Al Haffidz SA Sageta Pratama Dwizon dan Humairah Kahinsenovri Pritami Dwizon.
14. Seluruh keluarga besar saya yang telah banyak membantu dalam proses pendidikan saya.
15. Rekan-rekan mahasiswa/mahasiswi Program Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, khususnya Peminatan Kesehatan Reproduksi atas kebersamaan, bantuan dan dukungan kepada saya.

Serta semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu, namun telah banyak membantu hingga terselesaikannya pendidikan saya. Semoga amal dan segala bantuan yang telah diberikan kepada saya mendapat imbalan yang berlipat dari Allah SWT. Semoga tesis ini bermanfaat bagi kita semua, khususnya untuk menambah pengetahuan dalam bidang kesehatan.

Hadian Tarzon

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

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

Nama : HADIAN TARZON

NPM : 0806442986

Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat

Departemen : Ilmu Kesehatan Masyarakat

Fakultas : Kesehatan Masyarakat

Jenis Karya : Tesis

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 :

Perilaku Bidan di Desa Dalam Melakukan Rujukan Kasus Obstetri Neonatal ke Puskesmas Mampu PONE D di Kabupaten Lebong Provinsi Bengkulu

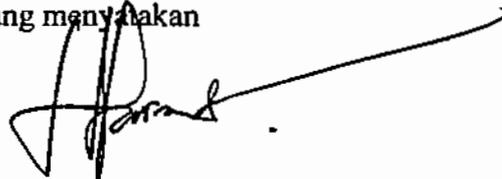
beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengolah dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 12 Desember 2009

Yang menyatakan



HADIAN TARZON

ABSTRAK

Nama : HADIAN TARZON

Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat

Judul : Perilaku Bidan di Desa Dalam Melakukan Rujukan Kasus Obstetri Neonatal ke Puskesmas Mampu PONED di Kabupaten Lebong Provinsi Bengkulu

Penelitian ini menggunakan desain *cross sectional* yang bertujuan untuk memperoleh gambaran dan faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku bidan di desa dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONED di Kabupaten Lebong Provinsi Bengkulu. Penelitian dengan studi kuantitatif ini melibatkan 60 orang bidan di desa sebagai responden. Dari multivariat analisis didapatkan 3 variabel yang berhubungan secara signifikan. Variabel tersebut adalah: Pendidikan, pengetahuan tentang Puskesmas mampu PONED dan sistem rujukan, serta variabel umur. Variabel pendidikan merupakan variabel yang paling dominan pengaruhnya dalam penelitian ini. Disarankan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Lebong untuk: 1) Memfasilitasi bidan di desa yang berpendidikan PPBC/PPBA agar meningkatkan pendidikan. 2) Menyusun Renstra dalam rangka pengembangan SDM bidan di desa terutama bidan yang berpendidikan PPBC/PPBA. 3) Meningkatkan pengetahuan bidan di desa tentang Puskesmas mampu PONED dan sistem rujukan. 4) Mengupayakan program penyegaran bagi bidan di desa yang berumur diatas 30 tahun untuk mengatasi kejenuhan dalam bekerja. Bagi peneliti selanjutnya disarankan untuk melakukan penelitian semacam ini dengan desain kualitatif agar dapat menggali fenomena yang berkaitan dengan perilaku bidan di desa dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONED.

Kata kunci:

Perilaku, bidan di desa, rujukan, obstetri, neonatal, PONED.

ABSTRACT

Name : HADIAN TARZON

Study Program : Public Health Science

Title : Behavior of the village midwives in to performing referral obstetric neonatal cases to health center services capable of basic emergency obstetric neonatal service (BEONS) in Lebong district, Bengkulu.

This study uses *cross-sectional* design which aims to get a prediction and the factors which related with behavior of the village midwives in to performing referral obstetric neonatal cases to health center services capable of BEONS in Lebong District, Bengkulu. This quantitative study involved 60 the village midwife as respondents . From multivariate analysis found that 3 variables related to the significance. These variables are: education, knowledge about health center services capable of BEONS and referral systems, and age variable. Education variable is the most dominant variable which related in this study. Recommended to the Health Office Lebong district to: 1) Facilitate the village midwife educated PPBC/PPBA to improve education. 2) Develop a Strategic Plan in the context of human resource development, especially midwives who has education of PPBC/PPBA to improve it. 3) Increased knowledge of the village midwives in to health center service are able BEONS and referral systems. 4) Strive refresher program for the village midwives aged above 30 years to avoid the boredom of work. For further research is recommended to do this kind of research with a qualitative design to explore phenomena related to the village midwives behavior in performing referal obstetric neonatal cases to health center services capable of BEONS.

Keywords :

Behavior, midwife in the village, referral, obstetric, neonatal, BEONS.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
SURAT PERNYATAAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH.....	vii
ABSTRAK.....	viii
ABSTRACT.....	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xvi
DAFTAR GAMBAR.....	xix
DAFTAR SINGKATAN/ISTILAH.....	xx
1. PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	5
1.3 Pertanyaan Penelitian.....	5
1.4 Tujuan Penelitian.....	6
1.5 Manfaat Penelitian.....	7
1.6 Ruang Lingkup Penelitian.....	7
2. TINJAUAN PUSTAKA.....	9
2.1 Perilaku dan Perilaku Kesehatan.....	9
2.1.1 Pengertian Perilaku.....	9
2.1.2 Domain Perilaku.....	9
2.1.2.1 Pengetahuan (<i>Knowledge</i>).....	9
2.1.2.2 Sikap (<i>Attitude</i>).....	12

2.1.2.3	Praktek atau Tindakan (<i>Practice</i>).....	12
2.1.3	Perilaku Kesehatan.....	13
2.1.4	Faktor yang terkait dengan Perilaku Bidan di Desa Dalam Melakukan Rujukan ke Puskesmas Mampu Poned.....	16
2.1.4.1	Faktor Predisposisi	16
2.1.4.2	Faktor Pemungkin	19
2.1.4.3	Faktor Penguat	20
2.2	Bidan.....	22
2.2.1	Definisi Bidan.....	22
2.2.2	Ruang Lingkup Pelayanan Kebidanan.....	22
2.2.3	Kualifikasi Pendidikan.....	23
2.3	Sistem Rujukan.....	23
2.3.1	Mekanisme Alur Pasien Rujukan Maternal dan Neonatal di Puskesmas Pembantu dan Polindes.....	27
2.3.2	Mekanisme Alur Pasien Rujukan Maternal dan Neonatal di Puskesmas Perawatan.....	27
2.3.3	Mekanisme Alur Pasien Rujukan Maternal dan Neonatal di Rumah Sakit Kabupaten.....	28
2.4	Puskesmas.....	28
2.4.1	Pengertian dan Batasan Puskemas.....	28
2.5	Puskesmas Poned.....	30
2.5.1	Pengertian Poned.....	30
2.5.2	Kebijaksanaan Poned.....	31
2.5.2.1	Kriteria Puskesmas Poned.....	31
2.5.2.2	Penanggungjawab Poned.....	32
2.5.2.3	Dukungan Pihak Terkait.....	32
2.5.2.4	Distribusi Poned.....	32
2.5.2.5	Kerjasama Poned.....	32

2.5.2.6 Langkah Pengembangan PONED.....	32
2.5.2.7 Pelaksanaan PONED.....	35
2.5.2.8 Pencatatan dan Pelaporan.....	36
2.5.2.9 Pemantauan dan Evaluasi.....	36
2.5.3 PONED di Puskesmas dan Puskesmas Perawatan.....	37
2.5.4 PONED di Polindes dan Puskesmas Pembantu.....	41
2.5.5 Perbedaan antara Pelayanan Dasar, Esensial, dan Emergensi.....	45
3. KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, DAN DEFINISI OPERASIONAL.....	46
3.1 Kerangka Teori.....	46
3.2 Kerangka Konsep.....	48
3.3 Definisi Operasional.....	50
4. METODOLOGI PENELITIAN.....	56
4.1 Desain Penelitian.....	56
4.2 Tempat dan Waktu Penelitian.....	56
4.3 Populasi dan Sampel.....	56
4.4 Instrumen Penelitian.....	56
4.5 Pengembangan Instrumen Penelitian.....	56
4.6 Pengmpulan Data.....	62
4.7 Pengolahan dan Analisa Data.....	62
4.7.1 Pengolahan Data.....	62
4.7.2 Analisa Data.....	63
5. HASIL PENELITIAN.....	64
5.1 Gambaran Umum Daerah Penelitian.....	64
5.1.1 Geografi.....	64
5.1.2 Administrasi Pemerintahan.....	65
5.1.3 Sumberdaya Kesehatan.....	65
5.2 Hasil Analisis Univariat.....	65

5.2.1 Perilaku Bidan di Desa Dalam Melakukan Rujukan Kasus Obstetri Neonatal ke Puskesmas Mampu PONED.....	66
5.2.2 Faktor Pedisposisi	68
5.2.3 Faktor Pemungkin	76
5.2.4 Faktor Penguat	78
5.3 Hasil Analisis Bivariat.....	82
5.3.1 Faktor Pedisposisi	82
5.3.2 Faktor Pemungkin.....	87
5.3.3 Faktor Penguat	88
5.4 Hasil Analisis Multivariat.....	91
5.4.1 Seleksi Kandidat Model Multivariat.....	91
5.4.2 Pemodelan Multivariat.....	91
5.4.3 Uji Interaksi.....	93
6. PEMBAHASAN.....	95
6.1 Keterbatasan Penelitian.....	95
6.2 Hasil Penelitian.....	96
6.2.1 Perilaku Bidan di Desa Dalam Melakukan Rujukan Kasus Obstetri Neonatal ke Puskesmas Mampu PONED.....	96
6.2.2 Hubungan Pengetahuan Bidan di Desa Tentang Puskesmas Mampu PONED dan Sistem Rujukan Dengan Perilaku Bidan di Desa Dalam Melakukan Rujukan Kasus Obstetri Neonatal ke Puskesmas Mampu PONED.....	98
6.2.3 Hubungan Persepsi Bidan di Desa Terhadap Rujukan Dengan Perilaku Bidan di Desa Dalam Melakukan Rujukan Kasus Obstetri Neonatal ke Puskesmas Mampu PONED.....	101
6.2.4 Hubungan Pengalaman Bidan di Desa Terhadap Fasilitas Rujukan Dengan Perilaku Bidan di Desa Dalam Melakukan Rujukan Kasus Obstetri Neonatal ke Puskesmas	

Mampu PONED.....	102
6.2.5 Hubungan Pendidikan Bidan di Desa Dengan Perilaku Bidan di Desa Dalam Melakukan Rujukan Kasus Obstetri Neonatal ke Puskesmas Mampu PONED.....	103
6.2.6 Hubungan Umur Bidan di Desa Dengan Perilaku Bidan di Desa Dalam Melakukan Rujukan Kasus Obstetri Neonatal ke Puskesmas Mampu PONED.....	105
6.2.7 Hubungan Masa Kerja Bidan di Desa Dengan Perilaku Bidan di Desa Dalam Melakukan Rujukan Kasus Obstetri Neonatal ke Puskesmas Mampu PONED.....	106
6.2.8 Hubungan Sikap Bidan di Desa Tentang Puskesmas Mampu PONED Dengan Perilaku Bidan di Desa Dalam Melakukan Rujukan Kasus Obstetri Neonatal ke Puskesmas Mampu PONED.....	108
6.2.9 Hubungan Pengetahuan Tentang Ketersediaan Petugas Terlatih PONED di Puskesmas Mampu PONED Dengan Perilaku Bidan di Desa Dalam Melakukan Rujukan Kasus Obstetri Neonatal ke Puskesmas Mampu PONED.....	109
6.2.10 Hubungan Waktu Tempuh Dari Desa ke Puskesmas Mampu PONED Dengan Perilaku Bidan di Desa Dalam Melakukan Rujukan Kasus Obstetri Neonatal ke Puskesmas Mampu PONED.....	110
6.2.11 Hubungan Dukungan Keluarga Pasien Dengan Perilaku Bidan di Desa Dalam Melakukan Rujukan Kasus Obstetri Neonatal ke Puskesmas Mampu PONED.....	111
6.2.12 Hubungan Dukungan Teman Sejawat Dengan Perilaku Bidan di Desa Dalam Melakukan Rujukan Kasus Obstetri Neonatal ke Puskesmas Mampu PONED.....	113

6.2.13 Hubungan Dukungan Atasan atau Pimpinan Dengan Perilaku Bidan di Desa Dalam Melakukan Rujukan Kasus Obstetri Neonatal ke Puskesmas Mampu PONED.....	114
6.2.14 Faktor Dominan yang Berhubungan Dengan Perilaku Bidan di Desa Dalam Melakukan Rujukan Kasus Obstetri Neonatal ke Puskesmas Mampu PONED.....	115
7. KESIMPULAN DAN SARAN.....	116
7.1 Kesimpulan.....	116
7.2 Saran.....	117
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

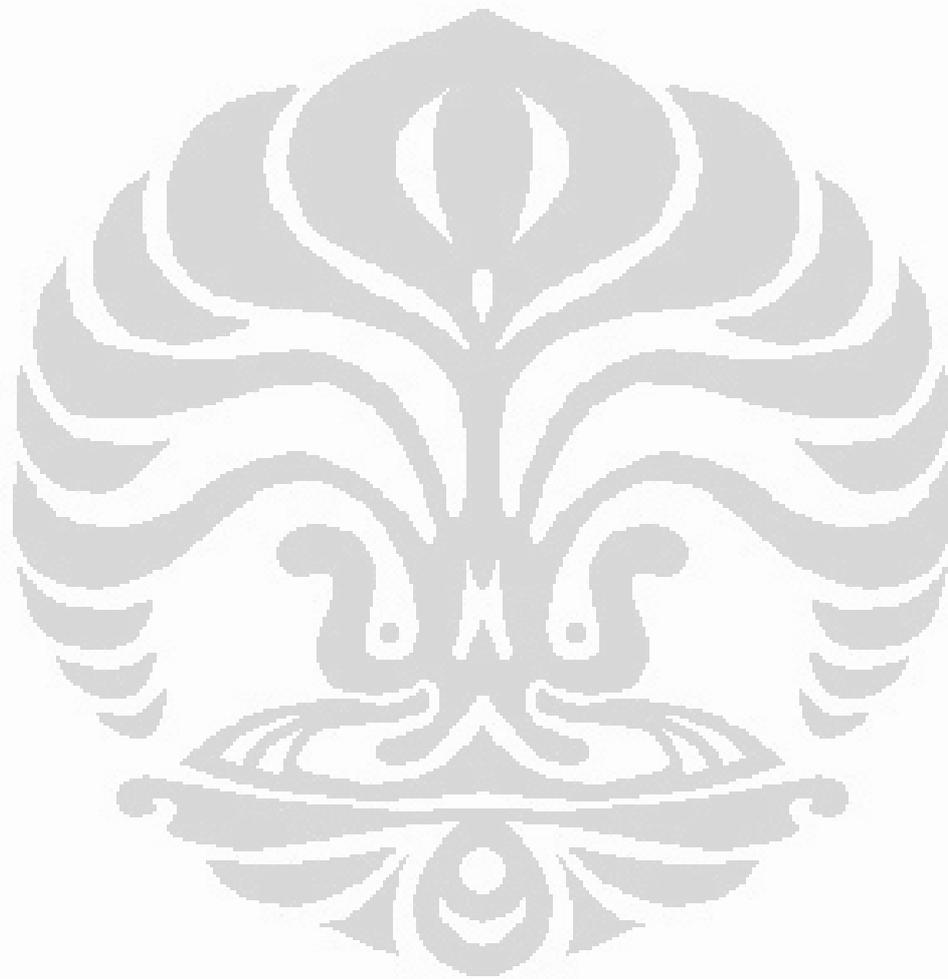


DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Kebutuhan minimal, Peran dan Fungsi Tenaga Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal di Puskesmas dan Puskesmas Dengan Perawatan.....	40
Tabel 2.2	Kebutuhan minimal, Peran dan Fungsi Tenaga Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal di Puskesmas Pembantu.....	43
Tabel 2.3	Kebutuhan minimal, Peran dan Fungsi Tenaga Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal di Polindes.....	43
Tabel 4.1	Hasil Uji Validitas Realibilitas Kuesioner.....	61
Tabel 5.1	Gambaran Kasus Obstetri Neonatal yang Ditangani Oleh Bidan di Desa Januari 2007Sampai Dengan Juni 2009.....	66
Tabel 5.2	Distribusi Responden Menurut Perilaku Dalam Merujuk Kasus Obstetri Neonatal ke Puskesmas Mampu PONED.....	67
Tabel 5.3	Gambaran Pengetahuan Responden Tentang Puskesmas Mampu PONED dan Sistem Rujukan.....	69
Tabel 5.4	Distribusi Responden Menurut Pengetahuan Tentang Puskesmas Mampu PONED dan Sistem Rujukan.....	71
Tabel 5.5	Distribusi Responden Menurut Persepsi Terhadap Rujukan.....	71
Tabel 5.6	Gambaran Pengalaman Responden Saat Merujuk Kasus Obstetri Neonatal ke Puskesmas Mampu PONED.....	72
Tabel 5.7	Distribusi Responden Menurut Pengalaman Terhadap Fasilitas Rujukan.....	73
Tabel 5.8	Distribusi Responden Menurut Katagori Tingkat Pendidikan...	74
Tabel 5.9	Distribusi Responden Menurut Umur.....	74
Tabel 5.10	Distribusi Responden Menurut Masa Kerja.....	75
Tabel 5.11	Gambaran Alasan Responden Mendukung Atau Tidak Mendukung Adanya Puskesmas Mampu PONED.....	76
Tabel 5.12	Distribusi Responden Menurut Sikap Tentang Puskesmas Mampu PONED.....	76

Tabel 5.13	Distribusi Responden Menurut Pengetahuan Tentang Ketersediaan Petugas Terlatih PONED.....	77
Tabel 5.14	Distribusi Responden Menurut Waktu Tempuh Dari Desa ke Puskesmas Mampu PONED.....	78
Tabel 5.15	Gambaran Bentuk Dukungan Keluarga Pasien.....	78
Tabel 5.16	Distribusi Responden Menurut Dukungan Keluarga Pasien.....	79
Tabel 5.17	Gambaran Bentuk Dukungan Teman Sejawat.....	79
Tabel 5.18	Distribusi Responden Menurut Dukungan Teman Sejawat.....	79
Tabel 5.19	Gambaran Bentuk Dukungan Atasan Atau Pimpinan.....	80
Tabel 5.20	Distribusi Responden Menurut Dukungan Atasan Atau Pimpinan.....	80
Tabel 5.21	Rangkuman Distribusi Responden Menurut Hasil Katagorisasi Variabel.....	81
Tabel 5.22	Distribusi Responden Menurut Faktor Predisposisi dan Perilaku Dalam Melakukan Rujukan Kasus Obstetri Neonatal ke Puskesmas Mampu PONED.....	82
Tabel 5.23	Distribusi Responden Menurut Faktor Pemungkin dan Perilaku Dalam Melakukan Rujukan Kasus Obstetri Neonatal ke Puskesmas Mampu PONED.....	87
Tabel 5.24	Distribusi Responden Menurut Faktor Pemungkin dan Perilaku Dalam Melakukan Rujukan Kasus Obstetri Neonatal ke Puskesmas Mampu PONED.....	88
Tabel 5.25	Rangkuman Hasil Analisis Bivariat Antara Variabel Independen Dengan Variabel Dependen Studi Perilaku Bidan di Desa Dalam Melakukan Rujukan Kasus Obstetri Neonatal ke Puskesmas Mampu PONED.....	90
Tabel 5.26	Hasil Seleksi Kandidat Model Multivariat.....	91
Tabel 5.27	Hasil Analisis Multivariat Dengan Uji Regresi Logistik Ganda Metode <i>Backward Stepwise (Wald) Elimination (Step 1)</i>	92
Tabel 5.28	Hasil Analisis Multivariat Dengan Uji Regresi Logistik Ganda Metode <i>Backward Stepwise (Wald) Elimination (Step 7)</i>	92

Tabel 5.29 Hasil Uji Interaksi Antara Variabel Pendidikan Dengan Variabel Pengetahuan Tentang Puskesmas Mampu PONED dan Sistem Rujukan.....	93
Tabel 5.30 Model Terakhir Hasil Analisis Multivariat Dengan Uji Regresi Logistik Ganda.....	93



DAFTAR GAMBAR/GRAFIK

Gambar 2.1	<i>This portion of the Precede-proceed model includes additional lines and arrows to outline a theory of causal relationship and order of causation and feedback loops for the three sets of factors influencing behavior</i>	15
Gambar 2.2	Alur Rujukan Kegawatdaruratan Obstetri dan Neonatal.....	26
Gambar 2.3	Mekanisme Alur Pasien Rujukan di Puskesmas Pembantu dan Polindes.....	27
Gambar 2.4	Mekanisme Alur Pasien Rujukan di Puskesmas Perawatan...	27
Gambar 2.5	Mekanisme Alur Pasien Rujukan Maternal dan Neonatal di RS Kabupaten.....	28
Gambar 2.6	Tingkat Pelayanan Maternal dan Neonatal.....	45
Gambar 3.1	Kerangka Teori Penelitian Perilaku Bidan di Desa Dalam Melakukan Rujukan Kasus Obstetri Neonatal ke Puskesmas Mampu PONEB.....	47
Gambar 3.2	Kerangka Konsep Penelitian Perilaku Bidan di Desa Dalam Melakukan Rujukan Kasus Obstetri Neonatal ke Puskesmas Mampu PONEB.....	49
Grafik 5.1	Distribusi Responden Menurut Klasifikasi Rujukan Kasus Obstetri Neonatal ke Puskesmas Mampu PONEB.....	67
Grafik 5.2	Klasifikasi Responden Berdasarkan Skor Pengetahuan.....	70

DAFTAR SINGKATAN DAN ISTILAH

Aborsi	: Pengakhiran kehamilan
Abortus	: Keluarnya hasil konsepsi sebelum usia kehamilan mencapai 20 minggu
<i>Accescebility of information</i>	: Ada tidaknya informasi
<i>Action situation</i>	: Situasi yang memungkinkan untuk bertindak
AKB	: Angka kematian bayi
AKI	: Angka kematian ibu
AMP	: Audit maternal perinatal
APN	: Asuhan persalinan normal
ASEAN	: <i>Asociation of South Asian Nation</i>
BBLR	: Berat badan lahir rendah
<i>Behavior interior</i>	: Perilaku yang bertitik tolak dari niat seseorang
<i>Beliefs</i>	: Keyakinan
BPS	: Badan Pusat statistik
<i>Controlled registration</i>	: Registrasi terkontrol
<i>Covert</i>	: Tertutup
<i>Cross sectional</i>	: Potong lintang
<i>Curetage</i>	: Tindakan mengeluarkan sisa konsepsi dari dalam rahim
Depkes RI	: Departemen Kesehatan Republik Indonesia
Dinkes	: Dinas Kesehatan
<i>Distant</i>	: Tidak langsung
DSA	: Dokter spesialis anak
DSOG	: Dokter spesialis obstetri dan ginekologi
Eklamsi	: Keracunan kehamilan
<i>Enabling</i>	: Penguat

<i>Expiration date</i>	: Batas waktu pakai
FGD	: <i>Focus group discussion</i>
FIGO	: <i>Federation of international Gynecologist obstetrition</i>
GDON	: Gawat darurat obstetri neonatal
GSI	: Gerakan sayang ibu
<i>Health behavior</i>	: Perilaku kesehatan
<i>Health related behavior</i>	: Perilaku yang berhubungan dengan kesehatan
Hipotermia	: Suhu tubuh dibawah 36 ⁰ C
IBI	: Ikatan bidan Indonesia
ICM	: <i>International Confederation of midwifwes</i>
IDAI	: Ikatan dokter anak Indonesia
IDI	: Ikatan dokter Indonesia
<i>Illness behavior</i>	: Perilaku sakit
<i>Intermediate</i>	: Antara
KIA	: Kesehatan ibu dan anak
K1	: Kunjungan pertama
K4	: Kunjungan keempat
KMS	: Kartu menuju sehat
Lisensi	: Izin yang sah
<i>Long lasting</i>	: Bersifat langgeng
LSS	: <i>Life saving skill</i>
Maternal	: Keibuan
MDGs	: <i>Millenium Development Goals</i>
Morbiditas	: Kesakitan
Mortalitas	: Kematian
MPS	: <i>Making pregnancy safer</i>
Neonatal	: Umur 0 sampai dengan 28 hari

<i>Overt</i>	: Terbuka
<i>Overt behavior</i>	: Membentuk tindakan
<i>Personal autonomy</i>	: Otonomi pribadi seseorang
POGI	: Perkumpulan obstetri ginekologi Indonesia
Pokja	: Kelompok kerja
PONED	: Pelayanan obstetri neonatal emergensi dasar
PONEK	: Pelayanan obstetri neonatal emergensi konprehensif
PPGDON	: Pelayanan kegawatdaruratan obstetri dan neonatal
Polindes	: Pondok bersalin desa
<i>Predisposing</i>	: Predisposisi
<i>Proximate</i>	: Langsung
Puskesmas	: Pusat kesehatan masyarakat
<i>Real</i>	: Sebenarnya
<i>Recall</i>	: Mengingat kembali
<i>Reinforcing</i>	: Pendorong
Retensio plasenta	: Plasenta yang tertahan
<i>Reusable medical equipment</i>	: Peralatan pakai ulang
RS	: Rumah sakit
Satgas	: Satuan petugas
SDKI	: Survei demografi kesehatan Indonesia
SDM	: Sumberdaya manusia
Seksio sesarea	: Proses kelahiran dengan metode operasi
<i>Self filling</i>	: Secara mandiri
SK	: Surat keputusan
SMP-FA	: <i>Safe motherhood partnership and family approach</i>
<i>Social support</i>	: Dukungan sosial

S1	: Strata Satu
S2	: Strata dua
S3	: Strata tiga
<i>Thermal control</i>	: Pengaturan suhu
Tetanus neonatorum	: Tetanus yang terjadi pada masa neonatal
<i>The sick role behavior</i>	: Perilaku peran sakit
<i>Unmet needs</i>	: Tidak diharapkan
<i>Unwanted pregnancy</i>	: Kehamilan yang tidak diinginkan
WHO	: <i>World health organization</i>



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Salah satu indikator derajat kesehatan suatu bangsa adalah angka kematian (mortalitas). Beberapa angka kematian yang selalu dipakai sebagai indikator di antaranya adalah Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Bayi (AKB), dan Angka Kematian Neonatal (AKN). Di antara negara-negara Asia Tenggara, Indonesia masih berada pada urutan tertinggi untuk beberapa angka kematian tersebut. Lebih memprihatinkan lagi penurunan angka-angka kematian tersebut sangat lambat (Depkes RI, 2007).

Penurunan AKI secara nasional belum mencapai target yang diinginkan. Berdasarkan data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 1994 AKI di Indonesia 390/100.000 kelahiran hidup. Angka tersebut turun menjadi 334/100.000 kelahiran hidup pada SDKI 1997 dan menjadi 307/100.000 kelahiran hidup pada SDKI tahun 2002-2003. Itu berarti bahwa Indonesia belum berhasil mencapai target yang telah ditentukan sebelumnya yaitu 225/100.000 kelahiran hidup pada tahun 2000 yang lalu (Data SDKI 1994, 1997 dan 2002-2003 dalam Depkes RI, 2007). Sementara itu data SDKI 2007 menyebutkan AKI 228/100.000 kelahiran hidup (BPS, 2007). Angka tersebut juga masih sangat tinggi jika dibandingkan dengan target yang harus dicapai pada tahun 2010 yaitu 125/100.000 kelahiran hidup. Itu berarti diperlukan upaya keras untuk mencapai target pada tahun 2010 yang hanya tinggal beberapa saat lagi. Tantangan kedepan yang juga sudah tampak kedepan mata dan harus dihadapi adalah target *Millenium development goals* (MDGs) yaitu menurunkan AKI menjadi 102/100.0000 kelahiran hidup pada tahun 2015 (Depkes RI, 2007).

Penyebab utama kematian ibu di Indonesia adalah perdarahan (42%), yang kebanyakan disebabkan oleh karena atonia uteri. Hal ini menunjukkan adanya manajemen persalinan kala III yang tidak adekuat. Perdarahan bukanlah satu-satunya penyebab terjadinya kematian ibu. Eklampsia merupakan 13% dari

penyebab kematian ibu dan komplikasi abortus menyumbang 11% dari kematian maternal. Upaya pencegahan dan manajemen infeksi yang kurang baik tercermin dari kematian ibu akibat infeksi sebesar 10%. Selain itu persalinan lama yaitu sebesar 9% juga turut berpartisipasi dalam menyebabkan kematian ibu (Depkes RI, 2007).

Selain berbagai penyebab langsung kematian ibu tersebut ada faktor lain yang turut berkontribusi pada terjadinya kematian ibu. Keterbatasan akses pada pertolongan persalinan oleh tenaga terampil dan sistem rujukan yang tidak memadai mengakibatkan hampir 40% wanita melahirkan tanpa pertolongan tenaga kesehatan terampil, dan 70% tidak mendapatkan pelayanan pasca persalinan dalam waktu 6 minggu setelah persalinan. Kualitas pelayanan oleh tenaga kesehatan yang tidak memadai menyebabkan lebih dari 200.000 kematian ibu setiap tahun. Status pendidikan wanita yang rendah, terutama di pedesaan juga memberikan dampak negatif pada kematian maternal (Depkes RI, 2007).

Ada tiga jenis keterlambatan yang dapat menyebabkan kematian ibu. Yang pertama adalah terlambat memutuskan untuk mencari pertolongan baik secara individu, keluarga atau keduanya. Faktor-faktor yang mempengaruhi fase ini adalah terlambat mengenali kehamilan dalam situasi gawat, jauh dari fasilitas kesehatan, biaya, persepsi mengenai kualitas dan efektifitas dari perawatan kesehatan. Kedua adalah terlambat mencapai fasilitas pelayanan kesehatan. Faktor-faktor yang mempengaruhi keterlambatan pada fase ini adalah lama pengangkutan, kondisi jalan, dan biaya transportasi. Ketiga adalah terlambat mendapatkan pelayanan yang adekuat. Faktor-faktor yang mempengaruhi fase ini adalah terlambat mendapatkan pelayanan pertama kali di rumah sakit (RS) rujukan. Keterlambatan ini dipengaruhi oleh kelengkapan peralatan RS, ketersediaan obat, dan ketersediaan tenaga kesehatan terlatih (WHO, 1998 dalam Depkes RI, 2007).

Penurunan AKB secara nasional cukup menggembirakan yaitu dari 59/1000 kelahiran hidup pada tahun 1998 turun menjadi 35/1000 kelahiran hidup pada tahun 2002 (Depkes RI, 2007). AKB berdasarkan data SDKI 2007 turun menjadi

34/1000 kelahiran hidup (BPS, 2007). Namun yang menjadi tantangan kedepan adalah bagaimana upaya yang akan ditempuh untuk dapat mencapai target MDGs yaitu menurunkan AKB menjadi 15/1000 kelahiran hidup pada tahun 2015 (Depkes RI, 2007).

Angka kematian neonatal masih belum menunjukkan penurunan yang bermakna jika dibandingkan dengan penurunan AKB. Walaupun angka kematian neonatal ini mengalami penurunan tetapi terkesan masih sangat lamban. Hal ini dapat dilihat dari data SDKI dimana dari tahun 1994 sampai dengan 2002-2003 hanya terjadi penurunan angka kematian neonatal sebesar 6,4/1000 kelahiran hidup. SDKI 1994 dalam Depkes RI, 2007 menunjukkan bahwa angka kematian neonatal adalah 28,2/1000 kelahiran hidup dan menurun menjadi 21,8/1000 kelahiran hidup pada SDKI 2002-2003. Pada SDKI 2007 angka kematian neonatal 19/1000 kelahiran hidup (BPS, 2007).

Beberapa masalah pada sistem rujukan kesehatan maternal dan neonatal di 10 kabupaten SMP-FA (*Safe Motherhood Partnership and Family Approach*) yaitu: Pertama, penerima pertama pasien bukan tenaga medis terlatih. Kedua, dokter dan bidan sebagai tenaga terlatih justru berada di lini belakang. Ketiga, prosedur penerimaan rujukan yang lambat karena birokrasi pelaporan. Keempat, bank darah rumah sakit belum berfungsi sebagai tempat antara penyimpanan darah. Kelima, belum tersedianya unit transfusi darah di semua kabupaten/kota. Keenam, keterbatasan pelayanan pemeriksaan penunjang karena keterbatasan SDM, sarana dan prasarana. Ketujuh, keterbatasan Puskesmas dalam melakukan tindakan. Kedelapan, secara umum dapat dikatakan bahwa Puskesmas sudah tidak melakukan pertolongan persalinan normal maupun melakukan beberapa tindakan yang sebenarnya masih dalam kewenangan Puskesmas seperti *ekstraksi vacuum/forceps* dan *curetage*. Kesembilan, umpan balik surat rujukan. Kesepuluh, petunjuk pelaksanaan sistem rujukan yang tidak baku. Kesebelas, belum terdapat persepsi yang sama tentang prosedur tindakan diantara petugas pelaksana pelayanan kesehatan maternal dan neonatal. Kedua belas, pengetahuan masyarakat tentang kegawatdaruratan maternal dan neonatal. Ketiga belas

kemampuan ibu dalam mengambil keputusan. Keempat belas konsekuensi finansial sebagai dampak proses rujukan (Depkes RI, 2007).

Profil kesehatan Indonesia menunjukkan AKB di Provinsi Bengkulu adalah 53/1000 kelahiran hidup pada tahun 2007 (Depkes RI, 2007). Sementara itu profil kesehatan Indonesia tahun 2008 menunjukkan AKB di Provinsi Bengkulu adalah 46/1000 kelahiran hidup (Depkes RI, 2008). Jika dibandingkan dengan AKB nasional (34/1000 kelahiran hidup) angka ini masih sangat jauh dibawah target nasional (Depkes RI, 2008). Kematian ibu di Kabupaten Lebong dalam tiga tahun terakhir menunjukkan peningkatan. Pada tahun 2006 sebanyak 4 orang, tahun 2007 sebanyak 5 orang dan tahun 2008 sebanyak 8 orang. Kematian bayi juga mengalami peningkatan, pada tahun 2006 sebanyak 28 orang, tahun 2007 sebanyak 34 orang dan tahun 2008, 36 orang. Demikian pula halnya dengan kematian neonatal, pada tahun 2006 tidak ada data, tahun 2007 sebanyak 7 orang dan pada tahun 2008 sebanyak 11 orang (Dinkes Kabupaten Lebong, 2006 s/d 2008).

Sebagian besar kasus obstetri neonatal dengan indikasi dirujuk di Kabupaten Lebong pada tahun 2008 langsung dirujuk keluar Kabupaten Lebong. Berdasarkan rekap data laporan rujukan pasien dari 11 Puskesmas dan bidan di desa yang ada di Kabupaten Lebong terlihat jumlah keseluruhan kasus yang dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan di luar Kabupaten Lebong adalah sebanyak 507 kasus, dari jumlah tersebut 42,01% di antaranya adalah kasus obstetri dan neonatal (213 kasus), 138 kasus diantaranya langsung dirujuk ke luar kabupaten baik oleh Puskesmas atau bidan di desa tanpa merujuk terlebih dahulu ke Puskesmas mampu pelayanan obstetri neonatal emergensi dasar, (PONED) yang ada di Kabupaten Lebong. Ironisnya sarana dan prasarana rujukan yang dimiliki oleh Puskesmas dan bidan di desa sangat minim (Dinkes Kabupaten Lebong, 2008).

Adanya Puskesmas mampu PONED di wilayah Kabupaten Lebong belum dapat membantu secara maksimal upaya penurunan AKI, AKB dan neonatal. Seyogyanya Puskesmas mampu PONED dijadikan sebagai fasilitas rujukan yang paling utama bagi bidan di desa dan Puskesmas yang ada disekitarnya dalam

Universitas Indonesia

rangka penanganan kasus obstetri dan neonatal. Namun pada kenyataannya mayoritas dari kasus tersebut langsung dirujuk keluar Kabupaten Lebong (Rejang Lebong dan Bengkulu) tanpa terlebih dahulu melalui Puskesmas mampu PONED. Menurut alur rujukan pasien dengan kasus obstetri neonatal emergensi yang ditetapkan oleh Departemen Kesehatan. Alur rujukan semacam ini tidak dianjurkan. Kadangkala pasien rujukan tersebut tidak mendapatkan penanganan yang adekuat sebelum dirujuk ke RS, diantaranya tidak adanya oksigen di ambulan atau mobil pribadi yang mengantar pasien, atau pasien-pasien tersebut tidak mendapatkan tindakan pra rujukan yang seharusnya dapat dilakukan di Puskesmas mampu PONED.

Puskesmas mampu PONED merupakan Puskesmas yang memiliki kemampuan untuk memberikan pelayanan langsung terhadap ibu hamil, ibu bersalin, bayi baru lahir, dan ibu nifas baik yang datang sendiri atau rujukan kader/masyarakat, bidan di desa, dan Puskesmas (Depkes RI, 2004).

1.2. Rumusan Masalah

Permasalahan pada penelitian ini adalah Puskesmas mampu PONED sebagai sarana rujukan dalam penanganan kasus obstetri neonatal belum dimanfaatkan secara maksimal oleh bidan di desa, sehingga dianggap perlu untuk melakukan penelitian tentang “Perilaku bidan di desa dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu pelayanan obstetri neonatal emergensi dasar (PONED) di Kabupaten Lebong Provinsi Bengkulu”.

1.3. Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana perilaku bidan di desa dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONED di Kabupaten Lebong?
2. Faktor apa saja yang berhubungan dengan perilaku bidan di desa dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal di Kabupaten Lebong?

1.4. Tujuan Penelitian

Tujuan Umum

Diketuainya perilaku bidan di desa dalam melakukan rujukan kasus obstetri dan neonatal ke Puskesmas mampu PONEB di Kabupaten Lebong serta faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku tersebut.

Tujuan Khusus

1. Diketuainya gambaran perilaku bidan di desa dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONEB di Kabupaten Lebong.
2. Diketuainya gambaran faktor-faktor predisposisi perilaku bidan di desa dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONEB yang terdiri dari pengetahuan tentang Puskesmas mampu PONEB dan sistem rujukan, persepsi terhadap rujukan, pengalaman dalam melakukan rujukan, pendidikan, umur, masa kerja, dan sikap terhadap Puskesmas mampu PONEB.
3. Diketuainya gambaran faktor-faktor pemungkin perilaku bidan di desa dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONEB yang terdiri dari pengetahuan tentang ketersediaan petugas terlatih PONEB dan waktu tempuh dari desa ke Puskesmas mampu PONEB.
4. Diketuainya gambaran faktor-faktor penguat perilaku bidan di desa dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONEB yang terdiri dari dukungan keluarga pasien, dukungan teman sejawat, dan dukungan atasan atau pimpinan.
5. Diketuainya faktor predisposisi yang berhubungan dengan perilaku bidan di desa dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONEB.
6. Diketuainya faktor pemungkin yang berhubungan dengan perilaku bidan di desa dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONEB.
7. Diketuainya faktor penguat yang berhubungan dengan perilaku bidan di desa dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONEB.

Universitas Indonesia

8. Diketuinya faktor yang paling dominan berhubungan dengan perilaku bidan di desa dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONE.

1.5. Manfaat Penelitian

Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Lebong

1. Penelitian ini diharapkan dapat menjadi salah satu masukan dalam rangka memperbaiki perilaku bidan di desa dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONE.
2. Hasil penelitian ini dapat dijadikan bahan pertimbangan dalam pemanfaatan Puskesmas mampu PONE sebagai fasilitas rujukan kasus obstetri neonatal.

Bagi Ilmu Pengetahuan

Penelitian ini diharapkan dapat melengkapi hasil penelitian yang terdahulu tentang rujukan kasus obstetri neonatal dalam upaya menurunkan AKI dan AKB.

Bagi Peneliti Selanjutnya

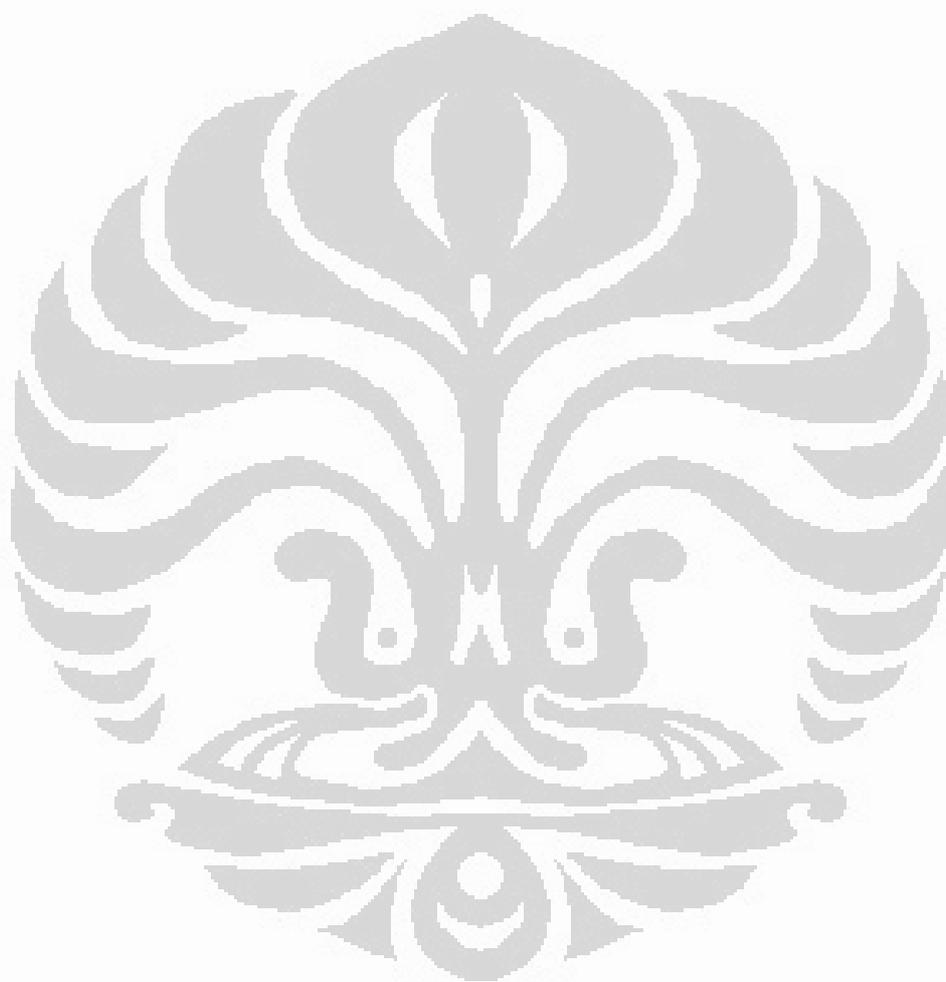
Penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai salah satu rujukan untuk melengkapi kajian pustaka yang menyangkut perilaku bidan di desa dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal.

1.6. Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui perilaku bidan di desa dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONE di Kabupaten Lebong Provinsi Bengkulu. Penelitian ini dilakukan pada bulan Juli sampai dengan September tahun 2009 dengan desain studi *cross sectional*. Data dikumpulkan dengan menggunakan kuesioner yang diisi secara mandiri (*self filling*) oleh responden. Pengembangan kuesioner (*instrument development*) diawali dengan melakukan *focus group discussion* (FGD) yang dihadiri oleh 10 orang bidan di desa. FGD dimaksudkan untuk mendapatkan gambaran tentang jawaban responden terhadap beberapa pertanyaan pada beberapa variabel penelitian. Hasil FGD ini akan dipergunakan untuk melengkapi draf kuesioner

Universitas Indonesia

yang telah dibuat. Analisis data dan pembahasan terdiri dari analisis univariat, analisis bivariat dan analisis multivariat.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Perilaku dan Perilaku Kesehatan

2.1.1 Pengertian Perilaku

Menurut Notoatmodjo (2003), Perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme (makhluk hidup) yang bersangkutan. Skinner dalam Notoatmodjo (2003) mengemukakan bahwa perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus/rangsangan dari luar. Perilaku diartikan sebagai suatu aksi reaksi organisme terhadap lingkungannya. Hal ini berarti bahwa perilaku baru terjadi apabila ada sesuatu yang diperlukan untuk menimbulkan reaksi, yakni yang disebut rangsangan” (Ensiklopedi Amerika dalam Notoatmodjo, 1993). Sementara itu Robert Kwick dalam Notoatmodjo (1993) mengemukakan bahwa perilaku adalah tindakan atau perbuatan suatu organisme yang dapat diamati dan bahkan dapat dipelajari.

2.1.2 Domain Perilaku

Perilaku manusia dibagi dalam tiga domain, ranah atau kawasan yakni ranah kognitif, ranah afektif, dan ranah psikomotor (Bloom 1976 dalam Notoatmodjo, 2003).

2.1.2.1 Pengetahuan (*Knowledge*)

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2003)

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*) (Notoatmodjo, 2007). Selain itu perilaku manusia merupakan fungsi dari ada atau tidak adanya informasi tentang

kesehatan atau fasilitas kesehatan (*accessibility of information*) (Kar1976 dalam Notoatmodjo 2007).

1. Proses adopsi perilaku

Dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Sebelum orang mengadopsi perilaku baru (berperilaku baru), di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan yaitu:

- a) *Awareness* (kesadaran), yakni orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui stimulus (objek) terlebih dahulu.
- b) *Interest*, yakni orang mulai tertarik pada stimulus.
- c) *Evaluation* (menimbang-nimbang baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya). Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.
- d) *Trial*, orang telah mulai mencoba perilaku baru.
- e) *Adoption*, subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus (Rogers 1974 dalam Notoatmodjo 2003).

Namun demikian perubahan perilaku manusia tidak selalu melewati tahap-tahap diatas (Rogers 1974 dalam Notoatmodjo, 2003).

Apabila penerimaan perilaku baru atau adopsi perilaku melalui proses seperti ini didasari oleh pengetahuan, kesadaran dan sikap yang positif, maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng (*long lasting*). Sebaliknya apabila perilaku itu tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran maka tidak akan berlangsung lama (Notoatmodjo, 2003).

2. Tingkat pengetahuan di dalam domain kognitif.

Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan:

a) Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk kedalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling

Universitas Indonesia

rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan dan sebagainya (Notoatmodjo, 2003).

b) Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari (Notoatmodjo, 2003).

c) Aplikasi (*application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi *real* (sebenarnya). Aplikasi disini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya dalam konteks dan situasi yang lain (Notoatmodjo, 2003).

d) Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek kedalam komponen-komponen, tetapi masih didalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja, seperti dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokan, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2003).

e) Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada (Notoatmodjo, 2003).

f) Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada (Notoatmodjo, 2003).

2.1.2.2 Sikap (*Attitude*)

Sikap merupakan reaksi atau respon seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau objek (Notoatmodjo, 2007). Krech et al 1982 dalam Notoatmodjo (2007) mengemukakan bahwa sikap adalah "*An enduring system of positive or negative evaluations, emotional feelings, and pro or conection tendencies will respect to social object*". Campell 1950 dalam Notoatmodjo (2007) mengemukakan bahwa sikap adalah "*An individual's social attitude is an syndrome of respons consistency with regard to social objects*". Sementara itu Allport 1954 dalam Notoatmodjo (2007) mengemukakan pendapat bahwa sikap adalah "*A mental and neural state of rediness, organized trough expertence, exerting a directive or dynamic influence up on the individual's response to all objects and situation with which it is related*".

Sikap itu merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku. Sikap itu masih merupakan reaksi tertutup, bukan merupakan reaksi terbuka atau tingkah laku terbuka. Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap objek di lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek (Newcomb dalam Notoatmodjo 2007).

2.1.2.3 Praktek atau Tindakan (*Practice*)

Perilaku manusia dalam pandangan psikologi adalah reaksi yang dapat bersifat sederhana maupun kompleks. Salah satu karakteristik dari reaksi perilaku manusia adalah sifat diferensialnya, yang berarti suatu stimulus yang sama belum tentu akan menghasilkan reaksi yang sama pula. Sebaliknya, reaksi yang sama belum tentu datang dari stimulus yang sama (Baron, 2006). Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behavior*). Untuk terwujudnya sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan (Notoatmodjo, 2007). Pengetahuan dan sikap merupakan bentuk perilaku tertutup (*covert*) yang bersifat pasif sedangkan praktek merupakan respon terbuka (*overt*) yang bersifat aktif. Tindakan adalah kelanjutan dari sikap,

Universitas Indonesia

dimana sikap adalah kecenderungan untuk bertindak. Kecenderungan untuk bertindak akan menjadi tindakan bila memiliki faktor lain seperti adanya fasilitas atau dorongan dari dalam diri berupa motivasi atau dari orang lain (Sarwono, 1997).

2.1.3 Perilaku Kesehatan

Perilaku manusia sangatlah kompleks serta mempunyai ruang lingkup yang sangat luas. Perilaku kesehatan bertitik tolak dari niat seseorang untuk bertindak sehubungan dengan kesehatan atau Perawatan kesehatannya (*behavior interior*), dukungan sosial dari masyarakat sekitar (*social support*), ada/tidak adanya informasi tentang kesehatan atau fasilitas kesehatan (*accessibility of information*), otonomi pribadi orang yang bersangkutan dalam hal mengambil tindakan atau keputusan (*personal autonomy*), dan situasi yang memungkinkan untuk bertindak (*action situation*) (Karr, 1999).

Status kesehatan dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain: faktor perilaku, lingkungan, tenaga kesehatan dan keturunan. Diantara faktor tersebut faktor perilaku memegang peranan penting dalam mempengaruhi derajat kesehatan manusia. Intervensi terhadap perilaku sangat strategis untuk meningkatkan kesehatan (Bloom, 1976). Klasifikasi perilaku yang berhubungan dengan kesehatan (*health related behavior*) sebagai berikut: (Becker, 1979)

1. Perilaku kesehatan (*health behavior*) yaitu hal-hal yang berkaitan dengan tindakan atau kegiatan seseorang dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Termasuk juga tindakan-tindakan untuk mencegah penyakit, kebersihan perorangan, memilih makanan, sanitasi, dan sebagainya.
2. Perilaku sakit (*illness behavior*) yakni segala tindakan atau kegiatan yang dilakukan seorang individu yang merasa sakit untuk merasakan dan mengenal keadaan kesehatannya atau rasa sakit. Termasuk disini kemampuan atau pengetahuan individu untuk mengidentifikasi penyakit, penyebab penyakit serta usaha-usaha mencegah penyakit tersebut.
3. Perilaku peran sakit (*the sick role behavior*) yakni segala tindakan atau kegiatan yang dilakukan individu yang sedang sakit untuk memperoleh

Universitas Indonesia

kesembuhan. Perilaku ini disamping berpengaruh terhadap kesehatan/kesakitannya sendiri, juga berpengaruh terhadap orang lain terutama kepada anak-anak yang belum mempunyai kesadaran dan tanggung jawab terhadap kesehatannya.

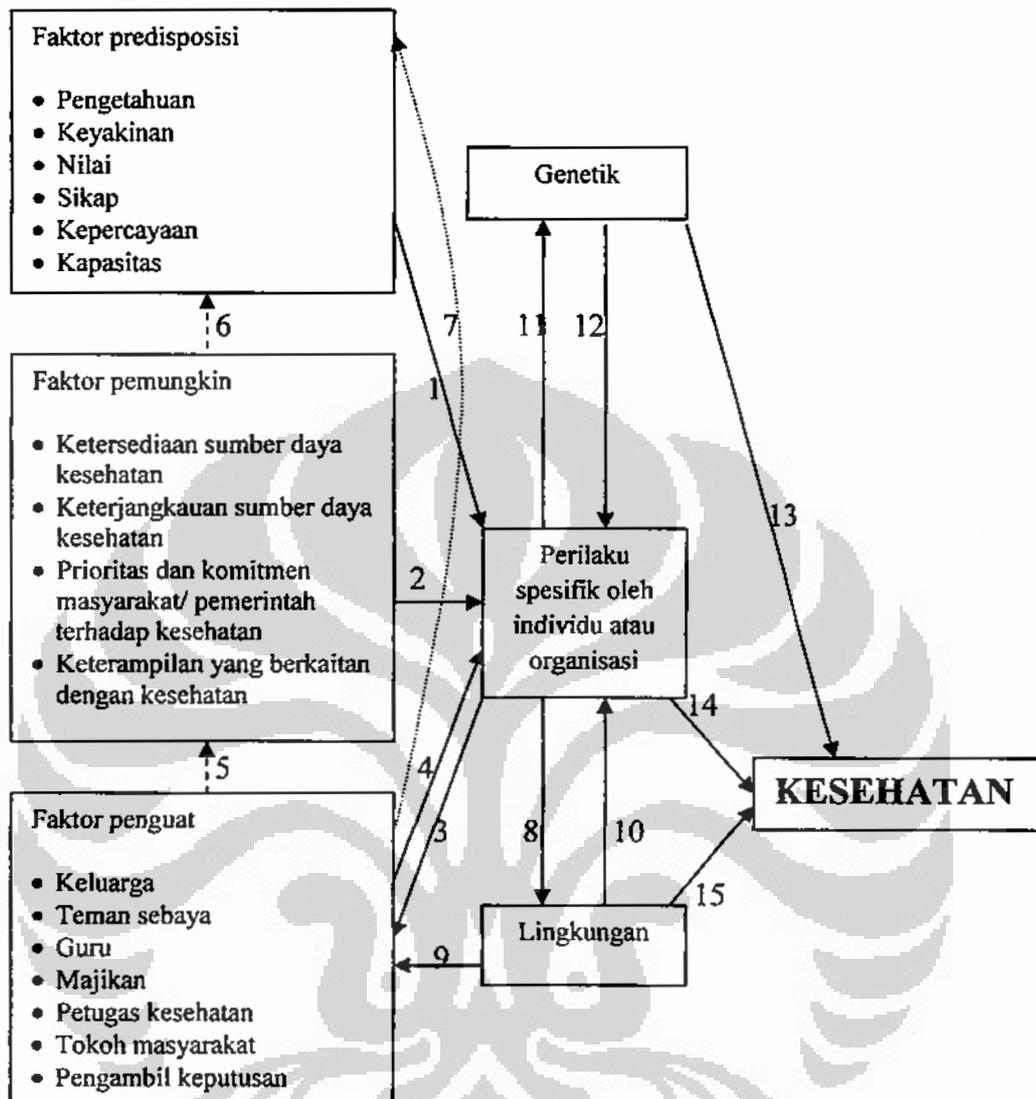
Ketiga bentuk perilaku ini berpengaruh kepada orang itu sendiri maupun kepada orang lain.

Terdapat tiga faktor utama yang dapat mempengaruhi perilaku kesehatan seseorang yang sebelumnya dapat terbentuk karena pengaruh genetik dan lingkungan. Faktor tersebut meliputi faktor predisposisi (*predisposing factors*), faktor-faktor pemungkin (*enabling factors*), dan faktor-faktor pendorong (*reinforcing factors*) (Green dan Kreuter, 2005).

Faktor predisposisi meliputi pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai. Faktor tersebut akan berpengaruh terhadap motivasi individu ataupun kelompok untuk bertindak. Selain faktor tersebut, sosiodemografi dan ekonomi juga merupakan faktor predisposisi perilaku seseorang yaitu meliputi status seseorang, usia, jenis kelamin, ras, besar keluarga, pendapatan, pendidikan, tempat tinggal, serta data kependudukan lainnya (Green dan Kreuter, 2005).

Faktor pemungkin meliputi ketersediaan fasilitas atau sarana kesehatan dalam hal ini fasilitas yang mendukung seseorang untuk dapat berperilaku positif terhadap sesuatu. Faktor pemungkin lainnya adalah pemanfaatan pelayanan kesehatan serta kemampuan tenaga kesehatan dalam memberikan informasi dan memberikan bantuan, kebijakan ataupun peraturan perundangan yang mendukung. Selain faktor yang telah dipaparkan diatas, terdapat faktor penguat yang juga berpengaruh terhadap perilaku, yaitu adanya dukungan dari keluarga, teman sebaya, guru-guru, pimpinan, perilaku tenaga kesehatan, serta para pengambil kebijakan (Green dan Kreuter, 2005).

Berikut ini kerangka teori faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku kesehatan menurut Green dan Kreuter, 2005.



Gambar 2.1

This portion of the Precede-proceed model includes additional lines and arrows to outline a theory of causal relationship and order of causation and feedback loops for the three sets of factors influencing behavior

Sumber: Lawrence W. Green and M.W. Kreuter, 2005, p.149 *Health Program Planning An Educational and Ecological Approach, fourth edition.*

Catatan: garis utuh menunjukkan pengaruh langsung dan garis putus-putus menunjukkan akibat sekunder. Nomor menunjukkan kira-kira urutan terjadinya tindakan.

2.1.4 Faktor yang Terkait Dengan Perilaku Bidan di Desa Dalam Melakukan Rujukan Kasus Obstetri Neonatal ke Puskesmas Mampu PONED

2.1.4.1 Faktor Predisposisi

1. Pengetahuan bidan di desa tentang Puskesmas mampu PONED dan sistem rujukan

Pengetahuan diperoleh dari pengalaman, baik dari pengalaman sendiri maupun dari pengalaman orang lain. Terdapat hubungan antara pengetahuan dengan pelaksanaan rujukan, hasil penelitiannya membuktikan bahwa pengetahuan yang rendah akan mempunyai kecenderungan 3,03 lebih besar untuk tidak memanfaatkan pelayanan rujukan (Zachri S, 2002). Makin baik tingkat pengetahuan seseorang maka makin tinggi pula tingkat pemanfaatannya terhadap fasilitas kesehatan yang ada (Fairuzi HMF, 1998). Ada hubungan bermakna antara pengetahuan dengan perilaku pencegahan infeksi pada pertolongan persalinan (Fauzi A, 2002).

Tindakan seseorang juga didasari oleh pengetahuan, terdapat hubungan bermakna antara pengetahuan dengan pemanfaatan rujukan ibu hamil berisiko (Wirawan, 1994). Pengetahuan mempunyai hubungan yang bermakna dengan perilaku kepatuhan petugas kesehatan dalam pencegahan infeksi nasokomial (Nurhayati, 1997).

Sementara itu tidak ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan tentang rujukan dengan pemanfaatan fasilitas rujukan (Ma'mun, 2001).

2. Persepsi bidan di desa terhadap sistem rujukan

Terdapat hubungan yang bermakna antara persepsi terhadap rujukan dengan pemanfaatan fasilitas rujukan (Ma'mun A, 2001).

Perubahan-perubahan perilaku dalam diri seseorang dapat diketahui melalui persepsi. Persepsi adalah pengalaman yang dihasilkan melalui indra penglihatan, pendengaran, penciuman, dan sebagainya. Setiap orang mempunyai persepsi yang berbeda meskipun objeknya sama (Notoatmodjo, 2007).

Salah satu yang melatarbelakangi perilaku individu adalah kebutuhan-kebutuhan individu yang bersangkutan, dijelaskan juga salah satu bentuk fungsi perilaku adalah sebagai *defence mechanism* atau sebagai pertahanan diri dalam menghadapi lingkungannya (Katz, 1960 dalam Notoatmodjo 2007).

3. Pengalaman bidan di desa terhadap fasilitas rujukan

Dalam memilih tempat rujukan terdapat lima alasan utama yaitu: terdekat, keinginan pasien, termurah, lebih percaya dan pernah dirawat (Suryadi, 1980).

Alasan yang paling menonjol untuk memilih fasilitas pelayanan kesehatan adalah: terbanyak berobat ke RS karena alasan sudah mengenal, berobat ke Puskesmas karena alasan dekat, dan berobat ke dukun karena alasan kepercayaan (Notoatmojo, 1982).

4. Pendidikan bidan di desa

Upaya yang dapat ditempuh agar masyarakat atau individu dapat berperilaku atau mengadopsi perilaku kesehatan adalah dengan cara persuasi, bujukan, himbuan, ajakan, memberikan informasi, memberikan kesadaran, dan sebagainya melalui kegiatan yang disebut pendidikan kesehatan (Notoatmodjo 2007).

Dikatakan pula bahwa dampak yang timbul dari pendidikan terhadap perubahan perilaku akan memakan waktu yang panjang, namun demikian apabila perilaku tersebut berhasil diadopsi oleh individu atau masyarakat, maka akan berlangsung langgeng, bahkan mungkin selama hidup akan dilakukan. Pendidikan merupakan suatu bentuk intervensi atau upaya yang ditujukan kepada perilaku agar perilaku tersebut kondusif untuk kesehatan. Dengan kata lain pendidikan mengupayakan agar perilaku individu, kelompok atau masyarakat mempunyai pengaruh positif terhadap pemeliharaan dan peningkatan kesehatan (Notoatmodjo 2007).

Tingkat pendidikan yang tinggi akan memanfaatkan pelayanan kesehatan dan mempengaruhi kesadarannya terhadap pentingnya kesehatan (Gani 1981 dalam Notoatmojo, 1982).

5. Umur bidan di desa

Ada hubungan bermakna antara umur dengan kinerja bidan di desa. bidan yang berumur <28 tahun akan berkinerja kurang sebesar 8,3 kali dibanding bidan yang berumur ≥ 28 tahun (Rasidin Y, 2001).

Sementara itu tidak terdapat hubungan antara umur bidan dengan kinerja bidan dalam pelayanan ante natal. Pada umur tertentu akan terjadi penurunan produktivitas kerja, tetapi pada umur tertentu pula produktivitas kerja seseorang akan meningkat (Nasir NM, 2007).

Ada suatu keyakinan bahwa produktivitas menurun seiring dengan meningkatnya umur seseorang. Kemampuan seseorang berkaitan dengan kecekatan, kekuatan, koordinasi, dan hal ini diduga akan menurun seiring bertambahnya umur (Robins, 2006).

6. Masa kerja bidan di desa

Masa kerja seseorang berkaitan dengan pengalaman seseorang dalam bidangnya. Pengalaman yang diperoleh seseorang dapat mempengaruhi kemampuannya dan pekerjaan akan mempengaruhi petugas yang telah lama bekerja (senioritas). Biasanya senioritas di defenisikan sebagai masa kerja seseorang pada pekerjaan tertentu, kita dapat mengatakan bahwa bukti paling baru menunjukkan suatu hubungan positif antara senioritas dengan produktivitas pekerjaan. Jika demikian masa kerja yang diekspresikan sebagai pengalaman kerja, tampaknya menjadi dasar pemikiran yang baik terhadap produktivitas karyawan (Robins, 2006).

Lamanya tugas dan pengalaman dalam mengolah kasus, berhubungan dan berpengaruh terhadap keterampilan seseorang. Pengalaman adalah latar belakang yang menentukan secara tidak langsung perilaku kinerja dan perilaku personil (Umar, 2007). Penelitian di Kabupaten Padang Pariaman, menyimpulkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara masa kerja dengan kinerja bidan di desa. Semakin lama seseorang bekerja maka semakin matang seseorang untuk menata pekerjaannya, pengambilan keputusan juga akan semakin baik karena telah mempunyai banyak pengalaman. Pengalaman yang banyak diperoleh dalam masa

Universitas Indonesia

kerja yang lama dapat mengambil suatu tindakan dengan baik dan tepat (Pipo, 2001).

Sementara itu terdapat hubungan yang sangat bermakna antara lama kerja dengan kinerja bidan di desa dalam penemuan kasus ISPA di Kabupaten Tasik Malaya (Setiadi D, 2000).

Namun ditemukan pendapat yang berbeda, yaitu tidak terdapat hubungan antara masa kerja dengan kinerja bidan di desa di Kabupaten Lampung Barat (Sutantini ES, 2002).

7. Sikap bidan di desa tentang Puskesmas mampu PONE

Sikap adalah sebagai suatu organisasi keyakinan-keyakinan (*beliefs*) yang relatif abadi terhadap suatu objek atau situasi yang mempengaruhi (*predisposing*) seseorang untuk membantu respon dalam cara-cara yang disukai. Sikap menggambarkan suka atau tidak suka seseorang terhadap suatu objek. Sikap sering diperoleh dari pengalaman sendiri atau dari orang lain yang paling dekat. Sikap merupakan hal yang paling penting karena sikap dapat memandu perilaku dan mempunyai konsep dasar tertentu yang dipilihnya dan akan mempengaruhi dalam tindak lanjutnya. Sikap dan pengalaman masa lalu merupakan faktor penting dalam menentukan pelayanan kesehatan (Zachri S, 2002).

2.1.4.2 Faktor Pemungkin

1. Pengetahuan tentang ketersediaan petugas terlatih PONE

Salah satu faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan seseorang adalah faktor *enabling* atau pemungkin. Yang merupakan salah satu dari faktor pemungkin itu adalah ketersediaan sumberdaya kesehatan yang diantaranya tenaga kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan (Green dan Kreuter, 2005).

Salah satu alasan mengapa bidan di desa tidak merujuk kasus gawat janin ke Puskesmas mampu PONE adalah karena tidak adanya petugas yang terlatih PONE di fasilitas tersebut terutama dokter (Supriyatnataris D, 2007).

2. Waktu tempuh dari desa ke Puskesmas mampu PONED terdekat

Kebijakan pembentukan Puskesmas mampu PONED karena komplikasi obstetri harus segera ditangani dalam waktu kurang dari 2 jam. Waktu tempuh dari lokasi pemukiman sasaran pelayanan dasar dan Puskesmas ke Puskesmas mampu PONED paling lama 1 jam dengan transportasi umum setempat, mengingat waktu pertolongan hanya 2 jam untuk kasus perdarahan (Depkes, 2004).

Terlihat kecenderungan masyarakat untuk mencari tempat pelayanan yang lebih dekat (Utama N, 1998). Ada hubungan antara jarak dengan penggunaan fasilitas kesehatan, jarak dapat menghambat pelayanan kesehatan (Gani A, 1981). Makin jauh suatu pelayanan kesehatan makin segan mereka datang (Wibowo, 1992). Penempatan fasilitas pelayanan kesehatan lebih dekat kepada masyarakat yang tergolong ekonomi rendah tidaklah secara langsung menyebabkan pelayanan tersebut diterima oleh masyarakat (Smit dalam Wibowo, 1992). Ada batas jarak tertentu yang menyebabkan orang memilih mau bepergian mencari tempat pelayanan kesehatan yaitu sekitar 3 kilo meter. Batas jarak inipun dipengaruhi oleh jenis jalan, jenis kendaraan, berat ringannya penyakit, dan kemampuan biaya untuk ongkos jalan (Bashur dalam Wibowo, 1992). Ada hubungan antara jarak dengan pengguna sarana pelayanan kesehatan, dimana jarak dapat menghambat pemanfaatan fasilitas kesehatan (Aday, 1972 dan Gani, 1981 dalam Ernawati, 1995). Faktor jarak dan transportasi berhubungan dengan pemanfaatan rujukan (Purwanto, 1993). Sementara itu ada hubungan antara jarak rumah ke RS dengan pemanfaatan rujukan (Ma'mun A, 2001).

2.1.4.3 Faktor Penguat

1. Dukungan keluarga pasien

Proses rujukan persalinan akan memberikan dampak pada kondisi keuangan keluarga, sehingga dalam pengambilan keputusan untuk dirujuk dilakukan melalui cara musyawarah dengan famili atau keluarga (Supriyatnataris D, 2007).

Setiap individu sejak lahir berada di dalam suatu kelompok, terutama kelompok keluarga. Kelompok ini akan membuka kemungkinan untuk dipengaruhi dan

mempengaruhi anggota-anggota kelompok lain. Oleh karena pada setiap kelompok senantiasa berlaku aturan-aturan dan norma-norma sosial tertentu, maka perilaku setiap individu anggota kelompok berlangsung di dalam satu jaringan normatif. Demikian juga perilaku individu tersebut terhadap masalah-masalah kesehatan (Saparinah Sadli, 1982 dalam Notoatmodjo 2003).

Sementara itu model sumber keluarga (*Family resource models*) mengungkapkan dalam model ini variabel bebas yang dipakai adalah pendapatan keluarga, cakupan asuransi keluarga atau sebagai anggota suatu asuransi kesehatan dan pihak yang membiayai pelayanan kesehatan keluarga dan sebagainya. Karakteristik ini untuk mengukur kesanggupan dari individu atau keluarga untuk memperoleh pelayanan kesehatan mereka. Ringkasnya, model sumber keluarga menekankan kesanggupan untuk memperoleh pelayanan kesehatan bagi anggotanya. Dengan demikian model sumber keluarga berdasarkan model ekonomis (Notoatmodjo, 2007).

Ada berbagai macam perilaku atau usaha masyarakat sehubungan dengan pelayanan kesehatan, diantaranya adalah: Pertama, tidak bertindak atau tidak melakukan kegiatan apa-apa (*no action*). Kedua, tindakan mengobati diri sendiri (*self treatment*). Ketiga, mencari pengobatan ke fasilitas pengobatan tradisional (*traditional remedy*). Keempat, mencari pengobatan dengan membeli obat-obat ke warung obat (*chemist shop*) dan sejenisnya termasuk ke tukang-tukang jamu. Kelima, mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas pengobatan modern yang diadakan oleh pemerintah atau lembaga kesehatan swasta, yang dikategorikan ke dalam balai pengobatan, Puskesmas, dan rumah sakit. Keenam, mencari pengobatan ke fasilitas pengobatan modern yang diselenggarakan oleh dokter praktik (*private medicine*) (Notoatmodjo, 2007).

2. Dukungan teman sejawat

Faktor penguat yang juga berpengaruh terhadap perilaku, yaitu adanya dukungan dari keluarga, teman sebaya, guru-guru, pimpinan, perilaku tenaga kesehatan, serta para pengambil kebijakan (Green dan Kreuter, 2005). Tidak ada hubungan

yang bermakna antara dukungan teman sejawat dengan praktek perlindungan diri dari penyakit menular pada saat menolong persalinan (Fitri A, 2007).

3. Dukungan atasan atau pimpinan

Perilaku berhubungan dengan dukungan. Ketersediaan sumberdaya dan sarana merupakan faktor pendukung seseorang dalam berperilaku (Green dan Kreuter, 2005). Tidak ada hubungan bermakna antara dukungan pimpinan dengan kinerja (Rasidin 2001, Rumisis 2003, dan Sri Rahayu 2008 dalam Guswanti E, 2008).

2.2 Bidan

2.2.1 Definisi Bidan

Bidan adalah seorang perempuan yang lulus dari pendidikan bidan yang diakui pemerintah dan organisasi profesi di wilayah negara Republik Indonesia serta memiliki kompetensi dan kualifikasi untuk diregister, sertifikasi dan atau secara sah mendapat *lisensi* untuk menjalankan praktik kebidanan (Kepmenkes RI no 572 SK/III/1996 tentang Bidan).

Bidan adalah seseorang yang telah mengikuti program pendidikan bidan yang diakui dinegaranya, telah lulus dari pendidikan tersebut, serta memenuhi kualifikasi untuk didaftar (*register*) dan atau memiliki izin yang sah (*lisensi*) untuk melakukan praktik bidan (*International Confederation Of Midwives (ICM)* yang diakui oleh seluruh dunia, WHO dan *Federation of International Gynecologist Obstetrition (FIGO)* dalam surat keputusan menteri kesehatan nomor 369 tahun 2007).

2.2.2 Ruang Lingkup Pelayanan Kebidanan

Pelayanan kebidanan meliputi upaya promotif, preventif, asuhan persalinan normal, pencegahan, penanganan dan deteksi dini komplikaasi pada ibu dan anak, melaksanakan asuhan kebidanan sesuai dengan kewenangan, serta melaksanakan tindakan kegawatdaruratan. Selain daripada itu bidan juga dapat melakukan

konseling dan pendidikan kesehatan kepada masyarakat, bidan dapat praktik diberbagai tatanan pelayanan, termasuk di rumah, masyarakat, RS, klinik atau unit kesehatan lainnya (Kepmenkes RI no 369/SK/III/2007 tentang standar profesi Bidan).

2.2.3 Kualifikasi Pendidikan

Seorang bidan yang lulus pendidikan kebidanan sebelum tahun 2000 dan diploma III kebidanan, disebut bidan pelaksana, mereka memiliki kompetensi untuk melaksanakan praktiknya baik di institusi pelayanan maupun praktik perorangan (Kepmenkes RI no 369/SK/III/2007 tentang standar profesi Bidan).

Lulusan pendidikan kebidanan setara diploma IV/S1 merupakan bidan profesional, mereka memiliki kompetensi untuk melaksanakan praktiknya baik di institusi pelayanan maupun praktik perorangan. Mereka juga dapat berperan sebagai pemberi layanan, pengelola, dan pendidik (Kepmenkes RI no 369/SK/III/2007 tentang standar profesi Bidan).

Lulusan pendidikan kebidanan setingkat S2 dan S3, merupakan bidan profesional, mereka memiliki kompetensi untuk melaksanakan praktiknya baik di institusi pelayanan maupun praktik perorangan. Mereka juga dapat berperan sebagai pemberi layanan, pengelola, dan pendidik, peneliti, pengembang dan konsultan dalam pendidikan kebidanan maupun sistem/ ketatalaksanaan pelayanan kesehatan secara umum (Kepmenkes RI no 369/SK/III/2007 tentang standar profesi Bidan).

2.3 Sistem Rujukan

Sistem yang dikelola secara strategis, proaktif, pragmatis dan koordinatif untuk menjamin pemerataan pelayanan kesehatan maternal dan neonatal yang paripurna dan komprehensif bagi masyarakat yang membutuhkannya terutama ibu dan bayi baru lahir, dimanapun mereka berada dan berasal dari golongan ekonomi manapun, agar dapat dicapai peningkatan derajat kesehatan ibu hamil dan bayi melalui peningkatan mutu dan keterjangkauan pelayanan kesehatan maternal dan neonatal di wilayah mereka berada. Sesuai SK Menteri kesehatan nomor 23 tahun

Universitas Indonesia

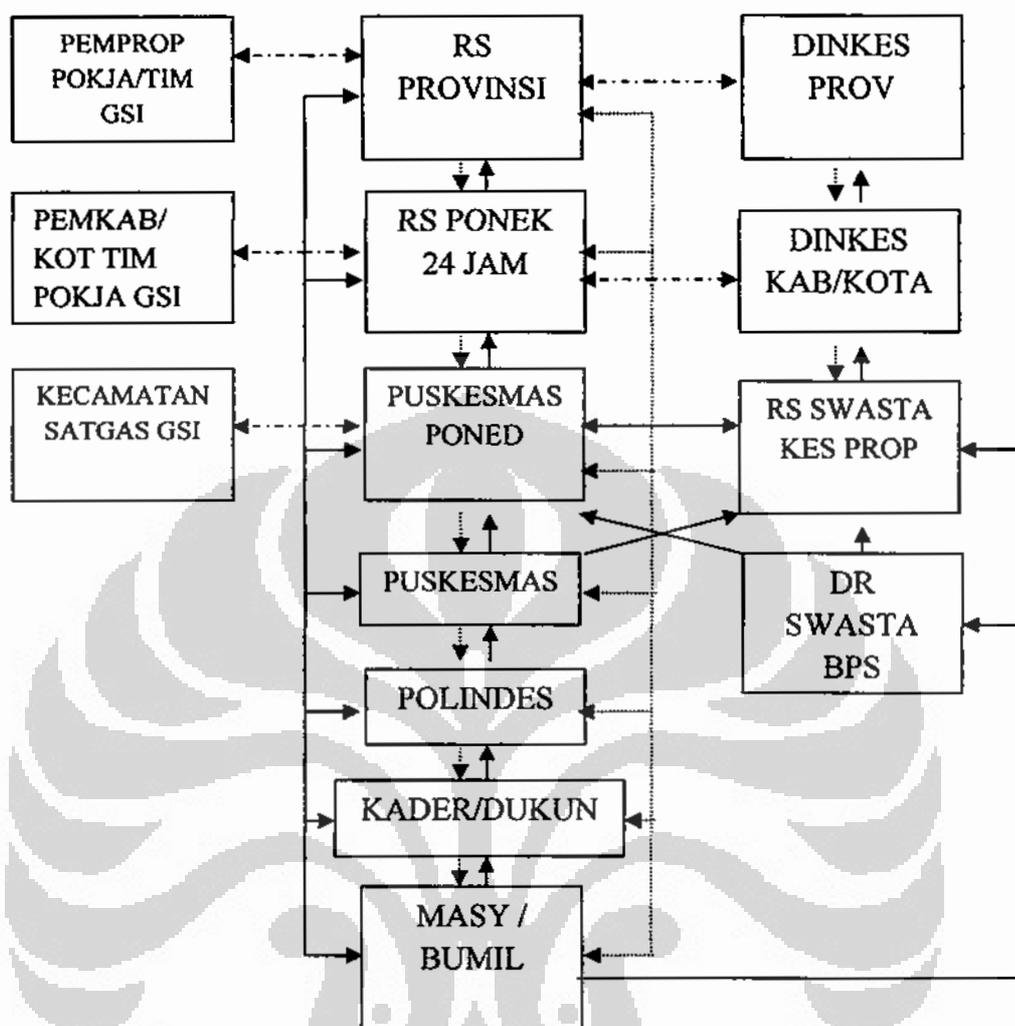
1972 dalam Depkes RI, 2007 sistem rujukan adalah suatu sistem penyelenggaraan pelayanan yang melaksanakan pelimpahan tanggung jawab timbal balik terhadap suatu kasus penyakit atau masalah kesehatan secara vertikal dalam arti dari unit yang berkemampuan kurang kepada unit yang lebih mampu atau secara horizontal dalam arti unit-unit yang setingkat kemampuannya (Depkes RI, 2007).

Sistem rujukan pelayanan kegawatdaruratan maternal dan neonatal mengacu pada prinsip utama kecepatan dan ketepatan tindakan, efisien, efektif dan sesuai dengan kemampuan dan kewenangan fasilitas pelayanan.

Setiap kasus dengan kegawatdaruratan obstetri dan neonatal yang datang ke Puskesmas PONEC harus langsung dikelola sesuai dengan prosedur tetap sesuai dengan buku acuan nasional pelayanan kesehatan maternal dan neonatal. Setelah dilakukan stabilisasi kondisi pasien, kemudian ditentukan apakah pasien akan dikelola ditingkat Puskesmas PONEC atau dilakukan rujukan ke RS pelayanan obstetri neonatal emergensi komprehensif (PONEK) untuk mendapatkan pelayanan yang lebih baik sesuai dengan tingkat kegawatdaruratannya (Depkes RI, 2007) dengan alur sebagai berikut:

1. Masyarakat dapat langsung memanfaatkan semua fasilitas pelayanan kegawatdaruratan obstetri dan neonatal (PPGDON).
2. Bidan di desa dan Polindes dapat memberikan pelayanan langsung terhadap ibu hamil, ibu bersalin dan ibu nifas baik yang datang sendiri atau atas rujukan kader/masyarakat. Selain menyelenggarakan pelayanan pertolongan persalinan normal, bidan di desa dapat melakukan pengelolaan kasus dengan komplikasi tertentu sesuai dengan tingkat kewenangan dan kemampuannya atau melakukan rujukan pada Puskesmas, Puskesmas PONEC dan RS PONEK sesuai dengan tingkat pelayanan yang sesuai.
3. Puskesmas non-PONEC sekurang-kurangnya harus mampu melakukan stabilisasi pasien dengan kegawatdaruratan obstetri dan neonatal yang datang sendiri maupun dirujuk oleh kader/dukun/bidan didesa sebelum melakukan rujukan ke Puskesmas PONEC dan RS PONEK.

4. Puskesmas PONED memiliki kemampuan untuk memberikan pelayanan langsung terhadap ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas dan bayi baru lahir baik yang datang sendiri atau atas rujukan kader/masyarakat, bidan di desa dan Puskesmas. Puskesmas PONED dapat melakukan pengelolaan kasus dengan komplikasi tertentu sesuai dengan tingkat kewenangan dan kemampuannya atau melakukan rujukan pada RS PONEK.
5. RS PONEK 24 jam memiliki kemampuan untuk memberikan pelayanan PONEK langsung terhadap ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas dan bayi baru lahir baik yang datang sendiri atau atas rujukan kader/masyarakat, bidan di desa, Puskesmas dan Puskesmas PONED.
6. Pemerintah Provinsi/kabupaten melalui kebijakan sesuai dengan tingkat kewenangannya memberikan dukungan secara manajemen, administratif maupun kebijakan anggaran terhadap kelancaran PPGDON. Ketentuan tentang persalinan yang harus ditolong oleh tenaga kesehatan dapat dituangkan dalam bentuk peraturan daerah sehingga deteksi dini kelainan pada persalinan dapat dilakukan lebih awal dalam upaya pencegahan komplikasi kehamilan dan persalinan.
7. Pokja/satgas GSI merupakan bentuk nyata kerjasama lintas sektoral ditingkat Provinsi dan kabupaten untuk menyampaikan pesan peningkatan kewaspadaan masyarakat terhadap komplikasi kehamilan dan persalinan serta kegawatdaruratan yang mungkin timbul oleh karenanya. Dengan penyampaian pesan melalui berbagai instansi/institusi lintas sektoral, maka dapat diharapkan adanya dukungan nyata masyarakat terhadap sistem rujukan PONEK 24 jam.
8. RS swasta, rumah bersalin, dan dokter/bidan praktek swasta dalam sistem rujukan PONEK 24 jam diharuskan melaksanakan peran yang sama dengan RS PONEK 24 jam, Puskesmas PONED dan bidan dalam jajaran pelayanan rujukan. Institusi ini diharapkan dapat dikoordinasikan dalam kegiatan pelayanan rujukan PONEK 24 jam sebagai kelengkapan pembinaan pra RS.



Gambar 2.2 Alur Rujukan Kegawatdaruratan Obstetri dan Neonatal

Sumber: Pedoman sistem rujukan maternal dan neonatal di tingkat kabupaten/kota (Depkes RI, 2007)

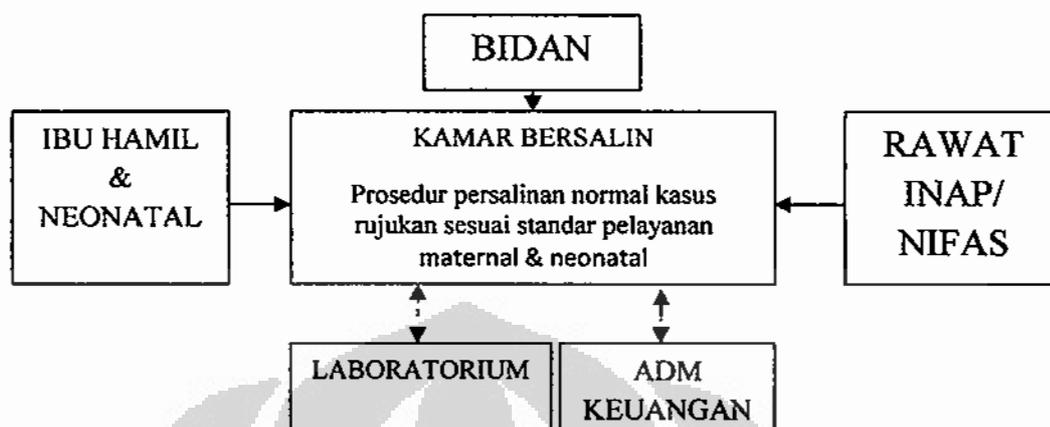
Keterangan:

— : Rujukan.

— : Umpan balik rujukan.

- - - : Koordinasi.

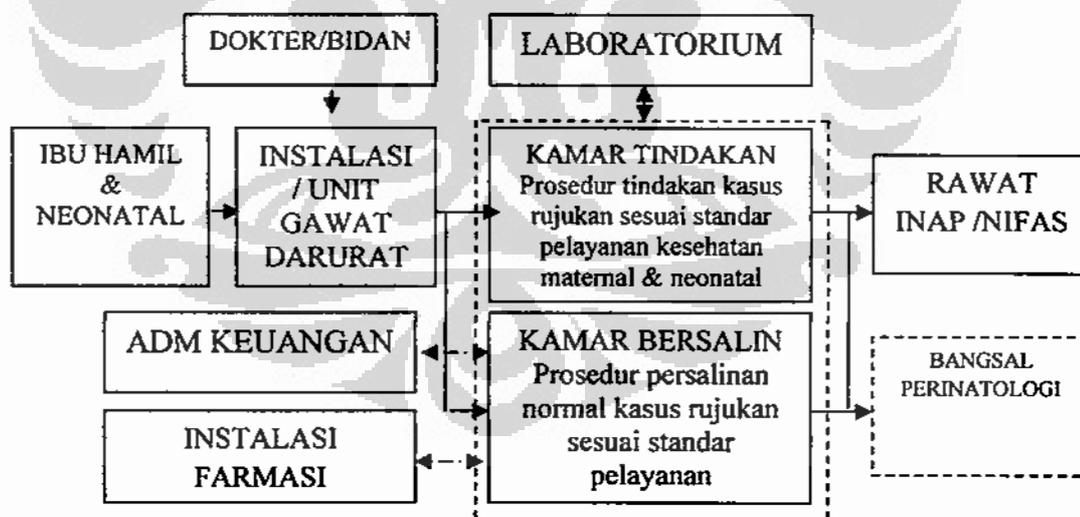
2.3.1 Mekanisme Alur Pasien Rujukan Maternal dan Neonatal di Puskesmas Pembantu dan Polindes



Gambar 2.3
Mekanisme Alur Pasien Rujukan di Puskesmas Pembantu dan Polindes

Sumber: Pedoman sistem rujukan maternal dan neonatal di tingkat kabupaten/kota (Depkes RI, 2007)

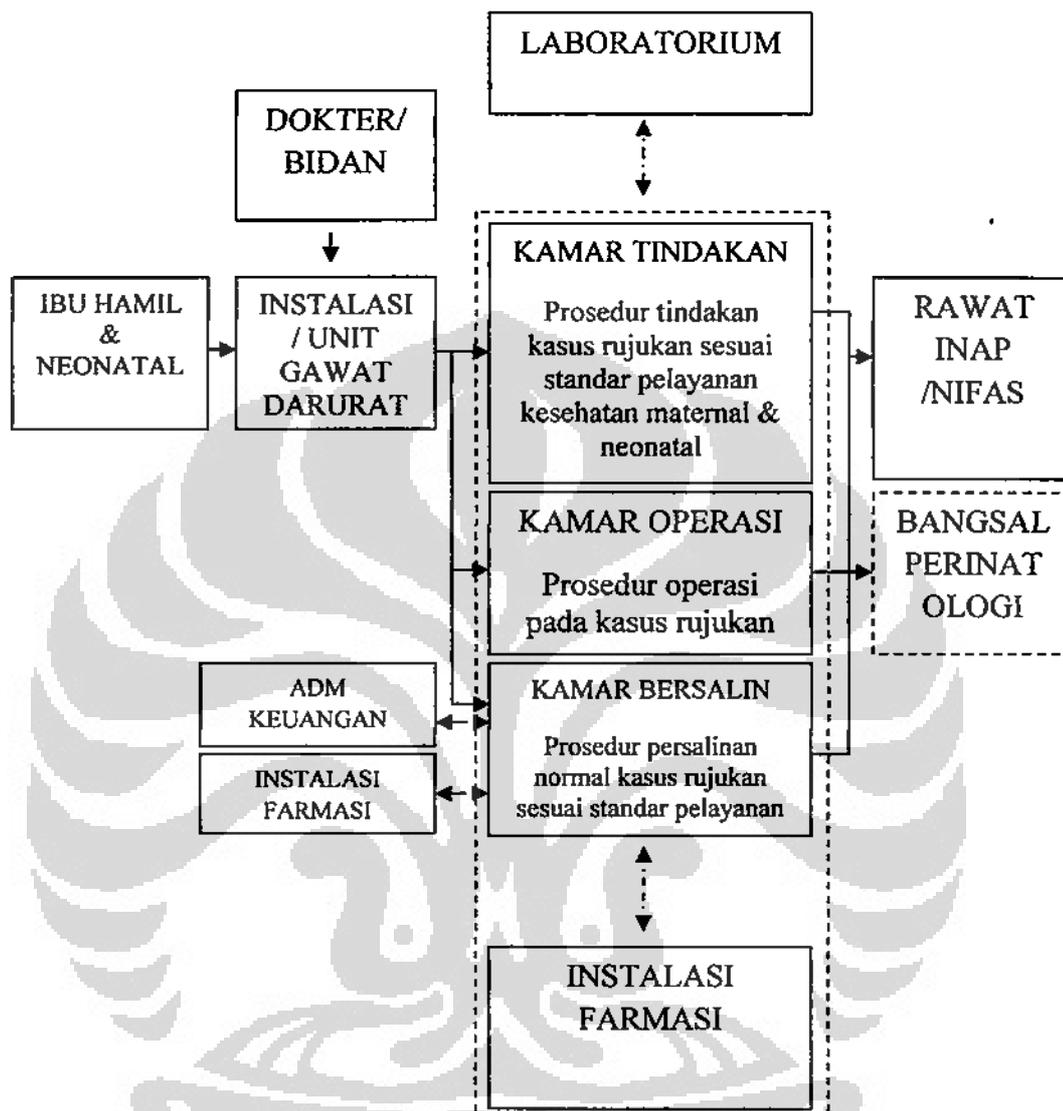
2.3.2 Mekanisme Alur Pasien Rujukan Maternal dan Neonatal di Puskesmas Perawatan



Gambar 2.4 Mekanisme Alur Pasien Rujukan di Puskesmas Perawatan

Sumber: Pedoman sistem rujukan maternal dan neonatal di tingkat kabupaten/kota (Depkes RI, 2007)

2.3.3 Mekanisme Alur Pasien Rujukan Maternal dan Neonatal di Rumah Sakit Kabupaten



Gambar 2.5

Mekanisme Alur Pasien Rujukan Maternal dan Neonatal di RS Kabupaten

Sumber: Pedoman sistem rujukan maternal dan neonatal di tingkat kabupaten/kota (Depkes RI, 2007)

2.4 Puskesmas

2.4.1 Pengertian dan Batasan Puskesmas

Puskesmas adalah unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan kabupaten/kota yang bertanggungjawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah

Universitas Indonesia

kerja (Trihono, 2005). Dalam jabarannya lebih lanjut Trihono menjelaskan bahwa unit pelaksana teknis diartikan bahwa Puskesmas merupakan unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan kabupaten/kota yang melaksanakan sebagian tugas operasional Dinas Kesehatan kabupaten/kota yang sekaligus menjadi ujung tombak pembangunan kesehatan di Indonesia. Pembangunan kesehatan yang dimaksudkan disini adalah penyelenggaraan upaya kesehatan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal, tentu saja Puskesmas dalam hal ini bertanggungjawab pada sebagian upaya tersebut sesuai dengan kemampuannya. Sedangkan untuk ketentuan wilayah kerja, Puskesmas secara standar bertanggungjawab atas satu wilayah kecamatan. Apabila dalam satu kecamatan tersebut terdapat lebih dari satu Puskesmas maka tanggungjawab wilayah kerja dibagi antar Puskesmas.

Ada beberapa kriteria umum Puskesmas sebagai unit pelaksana teknis dinas (UPTD) dari Dinas Kesehatan kabupaten/kota yaitu sebagai berikut: Pertama, tidak melaksanakan fungsi pengaturan, pembinaan dan perizinan. Kedua, mempunyai misi/tugas pokok yang jelas dan tidak berduplikasi atau tumpang tindih dengan unit organisasi lainnya. Ketiga, harus didukung oleh tiga faktor yaitu: sumberdaya manusia, anggaran dan sarana/prasarana kerja. Keempat, memiliki rencana, program dan kegiatan pengembangan yang berkelanjutan (Trihono, 2002).

Adapun batasan Puskesmas dengan kewenangan kemandirian disini adalah: Pertama, kewenangan menyelenggarakan perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pembangunan kesehatan diwilayah kecamatan sesuai dengan situasi kondisi, kultur budaya dan potensi setempat. Kedua, kewenangan mencari, menggali dan mengelola sumber pembiayaan yang berasal dari pemerintah, masyarakat, swasta dan sumber lain dengan sepengetahuan Dinas Kesehatan kabupaten/kota, yang kemudian dipertanggungjawabkan untuk pembangunan kesehatan diwilayah kerjanya. Ketiga, kewenangan untuk mengangkat tenaga institusi/honorer, pemindahan tenaga, dan pendayagunaan tenaga kesehatan diwilayah kerjanya dengan sepengetahuan Dinas Kesehatan kabupaten/kota. Keempat, kewenangan

Universitas Indonesia

untuk melengkapi sarana dan prasarana termasuk peralatan medis dan non medis yang dibutuhkan (Trihono, 2002).

2.5 Puskesmas PONED

Puskesmas PONED memiliki kemampuan untuk memberikan pelayanan langsung terhadap ibu hamil, ibu bersalin, dan ibu nifas baik yang datang sendiri atau atas rujukan kader/masyarakat, bidan di desa dan Puskesmas. Puskesmas PONED dapat melakukan pengelolaan kasus dengan komplikasi tertentu sesuai dengan tingkat kewenangan dan kemampuannya atau melakukan rujukan pada RS PONEK (Depkes RI, 2004).

2.5.1. Pengertian PONED

Pelayanan obstetri dan neonatal emergensi dasar (PONED) adalah pelayanan untuk menanggulangi kasus-kasus kegawatdaruratan obstetri dan neonatal yang meliputi: pelayanan obstetri yaitu pemberian oksitoksin parenteral, antibiotika parenteral, dan sedative parenteral, pengeluaran plasenta manual/kuret serta pertolongan persalinan menggunakan *vakum ekstraksi/forceps ekstraksi* (Depkes RI, 2004).

Pelayanan neonatal yaitu: resusitasi untuk bayi asfiksia, pemberian antibiotika parenteral, pemberian anti konvulsan parenteral, pemberian bic-nat intraumbilical, pemberian phenobarbital untuk mengatasi ikterus, pelaksanaan *thermal* kontrol untuk mencegah hipotermia, dan penanggulangan pemberian nutrisi (Depkes RI, 2004).

PONED dilaksanakan oleh Puskesmas dan menerima rujukan dari dan oleh tenaga atau fasilitas kesehatan ditingkat desa atau masyarakat dan merujuk ke RS PONEK. PPGDON yaitu kegiatan penyelamatan kasus kegawatdaruratan obstetri dan neonatal dengan memberikan pertolongan pertama serta mempersiapkan rujukan. PPGDON dilaksanakan oleh tenaga atau fasilitas kesehatan ditingkat desa dan sesuai dengan kebutuhan dapat merujuk ke Puskesmas PONED atau RS. Sedang kegiatan PONEK yaitu melaksanakan seluruh pelayanan PONED di RS kabupaten/kota untuk aspek obstetri ditambah dengan melakukan transfusi darah

Universitas Indonesia

dan bedah saesar. Sedangkan untuk aspek neonatus ditambah dengan kegiatan melaksanakan Perawatan neonatal secara intensif oleh bidan/perawat terlatih emergensi setiap saat. PONEK dilaksanakan di RS kabupaten/kota tenaga atau fasilitas kesehatan ditingkat desa dan masyarakat atau RS (Depkes RI, 2004).

2.5.2. Kebijakan PONEK

Kebijakan pembentukan Puskesmas mampu PONEK disebabkan karena komplikasi obstetri harus segera ditangani dalam waktu kurang dari dua jam, misalnya perdarahan harus segera dilakukan tindakan dalam waktu kurang dari dua jam, sehingga perlu adanya fasilitas kesehatan yang mudah dijangkau. Menurut pedoman pengembangan PONEK (Depkes RI, 2004) disebutkan mengenai kebijakan tentang Puskesmas mampu PONEK yaitu:

2.5.2.1 Kriteria Puskesmas PONEK

1. Puskesmas dengan sarana pertolongan persalinan diutamakan Puskesmas dengan tempat Perawatan/Puskesmas dengan ruang rawat inap.
2. Puskesmas sudah berfungsi untuk pertolongan persalinan.
3. Mempunyai fungsi sebagai subsenter rujukan:
 - a) Melayani sekitar 50.000-100.000 penduduk yang tercakup oleh Puskesmas (termasuk penduduk diluar wilayah kerja Puskesmas mampu PONEK).
 - b) Jarak tempuh dari lokasi pemukiman sasaran pelayanan dasar dan Puskesmas biasa ke Puskesmas mampu PONEK paling lama satu jam dengan transportasi umum setempat, mengingat waktu pertolongan hanya dua jam untuk kasus perdarahan.
4. Jumlah dan jenis tenaga kesehatan yang perlu tersedia, sekurang kurangnya seorang dokter dan seorang bidan yang terlatih GDON dan seorang perawat terlatih PPGDON. Tenaga tersebut bertempat tinggal disekitar lokasi Puskesmas mampu PONEK.
5. Jumlah dan jenis sarana kesehatan yang perlu tersedia sekurang-kurangnya:
6. Alat dan obat (tabel pada lampiran 1).
7. Ruang tempat menolong persalinan.
 - a) Luas minimal 3x3 m.

- b) Ventilasi dan penerangan yang memenuhi syarat.
 - c) Sarana aseptik bisa dilaksanakan.
 - d) Tempat tidur minimal dua buah dan dapat dipergunakan untuk melaksanakan tindakan.
8. Air bersih tersedia.
 9. Kamar mandi/wc tersedia.
 10. Jenis pelayanan yang diberikan dikaitkan dengan kematian ibu yang utama yaitu perdarahan, eklampsi, infeksi, partus lama, abortus, dan sebab kematian neonatal yang utama yaitu asfiksia, tetanus neonatorum dan hipotermi.

2.5.2.2 Penanggungjawab PONED

Penanggungjawab Puskesmas PONED adalah seorang dokter.

2.5.2.3 Dukungan Pihak Terkait

Pihak terkait dalam pengembangan PONED yaitu: Dinas Kesehatan kabupaten/kota RS kabupaten/kota, organisasi profesi yaitu: IDI, IBI, POGI, IDAI dan lembaga swadaya masyarakat.

2.5.2.4 Distribusi PONED

Tiap kabupaten minimal ada 4 Puskesmas mampu PONED dengan sebaran yang merata. Jangkauan pelayanan kesehatan diutamakan gawat darurat obstetri dan neonatal diseluruh kabupaten kota.

2.5.2.5 Kerjasama PONED

Pada lokasi yang berbatasan dengan kabupaten/kota perlu dilakukan kerjasama antara kedua kabupaten/kota tersebut.

2.5.2.6 Langkah Pengembangan PONED

1. Diseminasi informasi.

Tujuan dari diseminasi informasi adalah agar semua pihak yang terkait dengan PONED mempunyai persepsi yang sama dalam melaksanakan kegiatan-kegiatan

yang berkaitan dengan pengembangan PONEB, dan agar pengembangan PONEB bisa optimal dan adanya komitmen lintas program antara Dinas Kesehatan kabupaten, RS kabupaten yang akan melibatkan para dokter spesialis kandungan dan spesialis anak.

Upaya yang harus dilakukan oleh Puskesmas mampu PONEB untuk meningkatkan cakupan pelayanan KIA dalam wilayah kerjanya yaitu:

a) Cakupan pelayanan kebidanan (dalam satu tahun) dalam wilayah kerja Puskesmas:

- K1 harus $\geq 95\%$ dan K4 $\geq 90\%$
- Kunjungan neonatus 7-28 hari 90%.
- Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan 90%
- Cakupan penanganan komplikasi obstetri dan neonatal 100%
- Cakupan penanganan komplikasi obstetri dan neonatal yang selamat 100%

b) Perkiraan jumlah komplikasi obstetri.

Angka perkiraan komplikasi obstetri dapat digunakan untuk dasar perencanaan kebutuhan Puskesmas mampu PONEB untuk menunjang kegiatan PONEB. Apabila angka yang tepat untuk PONEB tidak ada maka bisa dipakai perkiraan angka nasional yaitu:

- Perkiraan jumlah ibu hamil 2,9% x jumlah penduduk.
- Perkiraan perdarahan 10% dari jumlah ibu hamil.
- Perkiraan jumlah sepsis 8% dari jumlah ibu hamil.
- Perkiraan jumlah preeklamsi/eklamsi 5% dari jumlah ibu hamil.
- Perkiraan bayi baru lahir 2,7% dari jumlah penduduk.
- Perkiraan asfiksia 5% dari jumlah bayi baru lahir.
- Perkiraan tetanus neonatorum 3,3% dari jumlah bayi baru lahir.
- Perkiraan BBLR/Hipotermi 11 % dari jumlah bayi baru lahir.

c) Tenaga.

- Jenis tenaga yang bisa melayani kebidanan di Puskesmas mampu PONEB minimal dokter, bidan dan perawat, termasuk pengaturan penempatan, pemanfaatan dari fungsi mereka dalam melaksanakan pelayanan kebidanan dan neonatal.

Universitas Indonesia

- Tenaga tersebut harus sudah terlatih PONED.
- Semua tenaga harus siap 24 jam dan didukung oleh RS PONEK yang siap melayani rujukan selama 24 jam.

d) Logistik.

Perhitungan kebutuhan logistik untuk PONED berdasarkan cakupan pelayanan yang dicapai saat ini, meliputi:

- Alat (tabel 1) pada lampiran 1.
- Obat (tabel 1) pada lampiran 1.
- Buku pedoman teknis kebidanan dan menejerial.
- Format pencatatan dan pelaporan.

e) Dana.

Dana sosialisasi, sarana dan prasarana diperoleh dari bantuan Provinsi, sedangkan dana operasional berasal dari dana operasional Puskesmas.

2. Membangun kesepakatan.

Pembentukan Puskesmas mampu PONED merupakan bagian upaya mempercepat penurunan AKI dan AKB. Sesuai dengan langkah-langkah dalam upaya mempercepat penurunan AKI adalah:

- a) Peningkatan deteksi dan penanganan ibu hamil resiko tinggi, cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan.
- b) Peningkatan penanganan kasus komplikasi obstetri dan neonatal.
- c) Pemantapan kerjasama dinas kesehatan kabupaten/kota RS di daerah sebagai rujukan primer.
- d) Pemantapan kemampuan pengelola program kabupaten/kota dalam perencanaan, pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi penurunan AKI.
- e) Peningkatan kemampuan teknis bidan di desa, peningkatan kerjasama lintas program/sector serta peningkatan sarana dan prasarana Puskesmas dalam deteksi dan penanganan resiko tinggi untuk dikembangkan sebagai Puskesmas mampu PONED.
- f) Dalam membangun kesepakatan diperlukan adanya komitmen lintas program melalui pertemuan antara dinas kesehatan kabupaten/kota dengan RS daerah.

3. Pelatihan klinis obstetri-neonatal berbasis kompetensi.

Dalam melaksanakan PONED diperlukan kompetensi/keterampilan yang sesuai dengan pelayanan yang diberikan baik untuk ibu maupun untuk bayinya, sehingga semua pelayanan PONED harus menguasai minimal 85% dari langkah-langkah baku yang terdapat pada modul “keterampilan klinik”.

2.5.2.7 Pelaksanaan PONED

1. Persiapan pelaksanaan.

Dalam tahap ini ditentukan : biaya operasional PONED, lokasi pelayanan emergensi di Puskesmas, pengaturan petugas dalam memberikan pelayanan gawat darurat obstetri dan neonatal, format-format rujukan, pencatatan dan pelaporan.

2. Sosialisasi.

Dalam sosialisasi yang perlu diketahui oleh masyarakat antara lain adalah jenis pelayanan yang diberikan dan biaya pelayanan. Pemasaran sosial dapat dilaksanakan antara lain oleh petugas kesehatan dan sektor terkait, dari tingkat kecamatan sampai ke desa, antara lain dukun, kader dan satgas GSI melalui berbagai forum yang ada seperti rapat koordinasi tingkat kecamatan/desa, lokakarya mini, kelompok pengajian dan lain-lain.

3. Alur pelayanan PONED.

Setiap kasus emergensi yang datang ke Puskesmas mampu PONED harus langsung ditangani, setelah itu baru pengurusan administrasi (pendaftaran, pembayaran → alur pasien). Pelayanan gawat darurat obstetri dan neonatal yang diberikan harus sesuai dengan prosedur tetap (protap).

4. Pelaksanaan rujukan.

- a) Masyarakat dapat langsung ke fasilitas pelayanan untuk mendapatkan pelayanan PPGDON.
- b) Bidan di desa atau bidan praktek swasta memberikan pelayanan langsung kepada ibu hamil/ibu bersalin/ibu nifas baik yang datang sendiri ataupun dirujuk oleh kader maupun dukun. Setelah memberikan pertolongan persalinan bidan di desa dapat merujuk ke Puskesmas, Puskesmas mampu PONED maupun RS mampu PONEK dengan persiapan yang memadai.

- c) Puskesmas yang belum mampu PONEK, sekurang-kurangnya mampu memberikan PPGDON terhadap ibu hamil/ibu bersalin dan ibu nifas yang datang secara langsung ataupun dikirim oleh dukun/kader dan bidan di desa serta mempersiapkan rujukan ke Puskesmas mampu PONEK dan RS mampu PONEK.
- d) Puskesmas mampu PONEK dapat memberikan pelayanan kepada ibu hamil/bersalin/nifas yang datang sendiri maupun dirujuk oleh kader/dukun, bidan di desa dan Puskesmas. Komplikasi yang tidak bisa ditangani di Puskesmas mampu PONEK dirujuk ke RS mampu PONEK.
- e) RS PONEK memberikan pelayanan kepada ibu hamil/bersalin/nifas yang datang sendiri ataupun dirujuk oleh kader/dukun, Puskesmas dan Puskesmas mampu PONEK. Bila memungkinkan RS PONEK diberitahu tentang kedatangan kasus yang akan dirujuk.

2.5.2.8 Pencatatan dan Pelaporan

Format-format yang digunakan yaitu:

1. Sistem informasi manajemen Puskesmas (SP3).
2. KMS ibu hamil/buku KIA.
3. Register kohort ibu dan bayi.
4. Partograf.
5. Format AMP.
6. Format laporan Puskesmas mampu PONEK untuk rujukan.
7. Format pencatatan Puskesmas mampu PONEK.
8. Format Puskesmas mampu PONEK untuk rujukan bayi.

2.5.2.9 Pemantauan dan Evaluasi

1. Pemantauan dengan memanfaatkan laporan dan umpan balik, yang tujuannya untuk menindaklanjuti berbagai masalah yang ditemukan dalam pelaksanaan PONEK.
2. Supervisi dilakukan secara berjenjang dan terpadu dengan pihak terkait seperti RS PONEK dan sesuai kebutuhan. Sedangkan supervisi fasilitatif dilakukan oleh DSOG dan DSA bersama dengan pengelola program KIA.

Universitas Indonesia

Evaluasi dilakukan pada tiap semester. Hasil evaluasi ini akan disampaikan kepada pihak terkait baik lintas program maupun lintas sektor, untuk mencari pemecahan masalah dan tindak lanjut.

2.5.3 PONED di Puskesmas dan Puskesmas Perawatan

Depkes RI, 2007 memberikan gambaran kebutuhan administrasi, staf, rancang bangun, dan peralatan yang diperlukan untuk menyelenggarakan pelayanan kegawatdaruratan di Puskesmas dan Puskesmas dengan Perawatan sebagai berikut:

2.5.3.1 Administrasi.

1. Fasilitas kegawatdaruratan harus dikelola dan diselenggarakan sehingga sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Rencana pengelolaan unit gawat darurat (UGD) secara tertulis tidak boleh bertentangan dengan peraturan dan pedoman pelaksanaan pelayanan kesehatan.
2. Penyelenggaraan UGD harus didasarkan pada panduan pelayanan dan prosedur yang tertulis.
3. Dokter dan bidan sebagai penanggungjawab unit, bekerjasama secara terpadu dan harus dapat memberikan jaminan pemantauan dan penilaian secara berkala dari kualitas, keamanan dan ketersediaan pelayanan kegawatdaruratan.
4. Setiap petugas kesehatan baru yang akan ditugaskan pada UGD harus menjalani program orientasi secara formal yang menjelaskan tentang misi UGD, standar prosedur pelayanan (*Standar operating procedures*) gawat darurat dan tanggung jawab masing-masing.
5. Setiap petugas UGD harus selalu menjaga dan mengembangkan pengetahuan dan keterampilannya secara profesional agar dapat selalu memberikan pelayanan yang optimal kepada pasien.
6. Tugas dan tanggung jawab dokter, bidan, perawat serta petugas kesehatan lain pada UGD harus dijelaskan secara tertulis. Program menjaga mutu pelayanan harus dapat melakukan penilaian dan pemantauan setiap petugas UGD secara berkala.
7. Sesuai dengan hukum, peraturan dan standar pelayanan yang ada, penyingkapan untuk setiap pasien yang masuk untuk mendapatkan pelayanan harus

dilakukan oleh seorang dokter, atau oleh bidan yang telah mendapatkan pelatihan khusus.

8. Penilaian dan stabilisasi pasien dengan kegawatdaruratan sampai dengan tingkat yang optimal, harus tersedia untuk setiap pasien yang masuk dengan kegawatdaruratan medis.
9. Dokter bertanggung jawab pada pelayanan kesehatan yang diselenggarakan. Tanggung jawab ini meliputi kemampuan medis untuk melakukan penilaian, menentukan diagnosis, dan pengobatan yang dianjurkan serta disposisi untuk pasien gawat darurat, termasuk pengarahan dan koordinasi pada semua unit pelayanan kesehatan yang terlibat dalam pemberian pelayanan. Seorang bidan yang terdaftar bertanggung jawab terhadap penyelenggaraan penilaian, perencanaan dan evaluasi dampak dari pengobatan yang diberikan.
10. UGD harus menyediakan registrasi terkontrol (*controlled register*) atau "log" untuk setiap pasien yang memerlukan perawatan kegawatdaruratan.
11. Catatan medis yang sah dan sesuai harus dibuat untuk setiap pasien yang memerlukan perawatan kegawatdaruratan. Catatan medis harus tersimpan dalam format sesuai dengan ketentuan hukum dengan baik, sehingga selalu mudah dicari pada saat dibutuhkan oleh petugas pelayanan kegawatdaruratan.

2.5.3.2 Penugasan (*Staffing*)

1. Petugas pelaksana pelayanan kegawatdaruratan yang memiliki kualifikasi dan terlatih dengan baik secara professional, termasuk dokter, bidan dan perawat, merupakan staf UGD selama waktu pengoperasiannya.
2. Dokter Puskesmas memimpin secara langsung pelayanan kesehatan maternal dan neonatal yang dilaksanakan di Puskesmas dan harus:
 - a) Memiliki sertifikat PONED, *Life Saving Skill* (LSS) atau kualifikasi lain yang sejenis.
 - b) Memperlihatkan kemampuan dalam pengelolaan dan administrasi pelayanan klinik pada UGD.
 - c) Memiliki pengetahuan tentang operasionalisasi sistem kegawatdaruratan medis dan jaringan kegawatdaruratan medis regional.

- d) Memberikan jaminan bahwa staf UGD memiliki kualifikasi dan telah mendapatkan pendidikan/pelatihan yang sesuai.
3. Staf UGD merupakan bagian dari proses administrasi umum dalam Puskesmas. Dokter harus memiliki hak, kebebasan dan tanggung jawab yang sama dengan staf medis yang lain, seperti jenjang katagori yang tergambar dalam susunan organisasi Puskesmas.
4. Dokter dan bidan yang bekerja harus telah mengikuti pelatihan, memiliki pengalaman dan kompetensi dalam pengelolaan dan pengobatan kasus dengan kegawatdaruratan untuk setiap pasien yang memerlukan pelayanan kegawatdaruratan, sesuai dan tidak bertentangan dengan hak serta kewenangan masing-masing.
5. Setiap petugas yang melakukan pelayanan di UGD harus:
 - a) Membuktikan kemampuan sebelumnya pada UGD atau telah mengikuti dan menyelesaikan program pendidikan kegawatdaruratan.
 - b) Mendemonstrasikan/membuktikan memiliki pengetahuan dan keterampilan yang diperlukan untuk menyelenggarakan pelayanan sesuai dengan standar pelayanan yang ada.
6. Harus ada perencanaan yang jelas untuk penyediaan tambahan tenaga medis pada saat ada kebutuhan mendadak atau bencana alam.

Tabel 2.1
Kebutuhan Minimal, Peran dan Fungsi Tenaga Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal di Puskesmas dan Puskesmas Perawatan

No	Jenis tenaga	Tugas umum	Tugas khusus	Jumlah
1	Dokter umum	Penyelenggaraan pelayanan medis	Operator tindakan operatif obstetri sesuai kewenangan Dokter jaga.	2
2	Bidan pelaksana	Pelayanan asuhan keBidanan	Membantu persiapan dan pelaksanaan tindakan operasi Pemrosesan alat	2
3	Perawat	Asuhan kePerawatan		2
4	Petugas laboratorium	Pelayanan pemeriksaan penunjang		1
5	Pekarya kesehatan	Membantu pelaksanaan pelayanan kesehatan		2
6	Petugas administrasi	Administrasi dan keuangan	Catatan medis	1

Sumber: Pedoman sistem rujukan maternal dan neonatal di tingkat kabupaten/kota (Depkes RI, 2007)

2.5.3.3 Fasilitas.

1. Puskesmas harus dirancang untuk memberikan lingkungan yang aman untuk memberikan pelayanan dan harus mampu memberikan akses yang nyaman untuk setiap orang yang datang dan membutuhkan pelayanan.
2. Puskesmas harus dirancang untuk menjaga, sampai pada tingkat kewajaran maksimum sesuai dengan kebutuhan medis, hak pasien untuk terjaga keharasiaannya (*visual and auditory privacy*).
3. Pelayanan laboratorium sederhana harus tersedia selama periode waktu tertentu sebagai upaya penunjang untuk melaksanakan tes diagnostik bagi pasien yang membutuhkan.
4. Harus dirancang dan dilaksanakan prosedur keamanan yang akan memberikan perlindungan yang memadai dan sesuai bagi staf, pasien dan pengunjung/pengantar.

2.5.3.4 Peralatan dan Bahan.

1. Harus terdapat peralatan dan bahan dengan kualitas baik dan sesuai dengan kebutuhan wajar pasien yang dikelola di Puskesmas.
2. Peralatan dan bahan yang diperlukan harus dapat tersedia dalam waktu singkat setiap saat.
3. Dapat dilakukan pembuktian pemeriksaan fungsi setiap peralatan pakai ulang (*reusable medical equipment*), dan hasil pemeriksaan harus didokumentasikan secara berkala.

2.5.3.5 Obat Farmakologi/Terapeutik

Obat yang diperlukan harus secara mudah dan selalu tersedia. Harus terdapat mekanisme untuk mengenali dan mengganti semua obat sebelum batas waktu pakainya (*expiration date*) berakhir.

2.5.4 PONED di Polindes dan Puskesmas Pembantu

Depkes RI, 2007 memberikan gambaran kebutuhan administrasi, rancang bangun dan peralatan yang diperlukan untuk menyelenggarakan pelayanan kegawatdaruratan di Polindes dan Puskesmas pembantu.

2.5.4.1 Administrasi

1. Penyelenggaraan UGD harus didasarkan pada panduan pelayanan dan prosedur yang tertulis dan sesuai dengan tingkat kewenangannya.
2. Bidan harus dapat memberikan jaminan pemantauan dan penilaian secara berkala dari kualitas, keamanan dan ketersediaan pelayanan kegawatdaruratan.
3. Tugas dan tanggung jawab bidan harus dijelaskan secara tertulis. Program menjaga mutu pelayanan harus dapat melakukan penilaian dan pemantauan secara berkala.
4. Sesuai dengan hukum, peraturan dan standar pelayanan yang ada, penyaringan untuk setiap pasien yang masuk untuk mendapatkan pelayanan harus dilakukan oleh seorang bidan atau perawat (sesuai dengan tingkat kewenangannya) yang telah mendapatkan pelatihan khusus.

5. Penilaian dan stabilisasi pasien dengan kegawatdaruratan sampai pada tingkat yang optimal, harus tersedia untuk setiap pasien dengan kegawatdaruratan medis.
6. Bidan bertanggungjawab pada pelayanan kesehatan yang diselenggarakan, yang meliputi kemampuan medis untuk melakukan penilaian, menentukan diagnosis, dan pengobatan yang dianjurkan serta disposisi untuk pasien gawat darurat.
7. UGD harus menyediakan registrasi terkontrol (*controlled register*) atau “log” untuk setiap pasien yang memerlukan Perawatan kegawatdaruratan.
8. Catatan medis yang sah dan sesuai harus dibuat untuk setiap pasien yang memerlukan Perawatan kegawatdaruratan. Catatan medis harus tersimpan dalam format sesuai dengan ketentuan hukum dengan baik, sehingga selalu mudah dicari pada saat dibutuhkan oleh petugas pelayanan kegawatdaruratan.

2.5.4.2 Penugasan (*Staffing*)

Bidan yang memimpin secara langsung melaksanakan pelayanan kesehatan maternal dan neonatal yang dilaksanakan di Polindes dan Puskesmas pembantu harus:

1. Memiliki sertifikat PONED, *Life Saving Skill* (LSS) atau kualifikasi lain yang sejenis.
2. Memperlihatkan kemampuan dalam pengelolaan dan administrasi pelayanan klinik pada UGD.
3. Memiliki pengetahuan tentang operasionalisasi sistem kegawatdaruratan medis dan jaringan kegawatdaruratan medis regional.

Tabel 2.2
Kebutuhan Minimal, Peran dan Fungsi Tenaga Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal di Puskesmas Pembantu

No	Jenis tenaga	Tugas umum	Tugas khusus	Jumlah
1	Bidan pelaksana	Penanggungjawab pelayanan asuhan keBidanan	Persiapan dan pelaksanaan tindakan persalinan sesuai dengan kewenangan Pemrosesan alat	1
2	Petugas laboratorium	Pelayanan pemeriksaan penunjang		1
3	Pekarya kesehatan	Membantu pelaksanaan pelayanan kesehatan		1
4	Petugas administrasi	Administrasi dan keuangan		1

Sumber: Pedoman sistem rujukan maternal dan neonatal di tingkat kabupaten/kota (Depkes RI, 2007)

Tabel 2.3
Kebutuhan Minimal, Peran dan Fungsi Tenaga Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal di Polindes

No	Jenis tenaga	Tugas umum	Tugas khusus	Jumlah
1	Bidan pelaksana	Penanggungjawab pelayanan asuhan keBidanan	Membantu persiapan dan pelaksanaan tindakan persalinan sesuai kewenangan Pemrosesan alat Catatan medis	1

Sumber: Pedoman sistem rujukan maternal dan neonatal di tingkat kabupaten/kota (Depkes RI, 2007)

2.5.4.3 Fasilitas

1. Polindes dan Puskesmas pembantu harus dirancang untuk memberikan lingkungan yang aman untuk memberikan pelayanan dan harus mampu memberikan akses yang nyaman untuk setiap orang yang datang dan membutuhkan pelayanan.
2. Polindes dan Puskesmas pembantu harus dirancang untuk menjaga, sampai pada tingkat kewajaran maksimum sesuai dengan kebutuhan medis, hak pasien untuk terjaga keharasiannya (*visual and auditory privacy*).

3. Pelayanan laboratorium sederhana harus tersedia selama periode waktu tertentu sebagai upaya penunjang untuk melaksanakan tes diagnostik bila dibutuhkan.
4. Harus dirancang dan dilaksanakan prosedur keamanan yang akan memberikan perlindungan yang memadai dan sesuai bagi staf, pasien dan pengunjung/pengantar.

2.5.4.4 Peralatan dan Bahan

1. Harus terdapat peralatan dan bahan dengan kualitas baik dan sesuai dengan kebutuhan wajar pasien yang dikelola di Puskesmas pembantu/Polindes.
2. Peralatan dan bahan yang diperlukan harus dapat tersedia dalam waktu singkat setiap saat.
3. Dapat dilakukan pembuktian pemeriksaan fungsi setiap peralatan pakai ulang (*reusable medical equipment*), dan hasil pemeriksaan harus didokumentasikan secara berkala.

2.5.4.5 Obat Farmakologi/Terapeutik

Obat yang diperlukan harus secara mudah dan selalu tersedia. Harus terdapat mekanisme untuk mengenali dan mengganti semua obat sebelum batas waktu pakainya (*expiration date*) berakhir.

2.5.5 Perbedaan Antara Pelayanan Dasar, Esensial dan Emergensi

<p>Pelayanan dasar bagi semua ibu hamil, ibu bersalin dan nifas Sasaran: semua ibu hamil ibu bersalin dan ibu nifas.</p>	
<p>Pelayanan obstetri neonatal esensial Sasaran: semua ibu hamil/bersalin/nifas dengan masalah dan atau dengan komplikasi obstetri.</p>	
<p>Pelayanan obstetri neonatal emergensi Sasaran: semua ibu hamil/bersalin/nifas dengan komplikasi obstetri dan neonatus yang mengancam nyawa ibu atau janinnya (sekitar 15% dari seluruh ibu hamil).</p>	
<p>Komprehensif Dasar + Transfusi Bedah Saesar</p>	<p>Dasar Oksitoksin PE Antibiotik PE Sedative PE PI Manual/kuret Partus VE/FE</p>
<p>Dasar + perawatan Neonatal intensif</p>	<p>Resusitasi bayi asfiksia Antibiotika PE Anti konvulsan PE Bicnat IU Phenobarbital <i>Thermal control</i> Penanggulangan gangguan nutrisi</p>

Gambar 2.6 Tingkat Pelayanan Maternal dan Neonatal

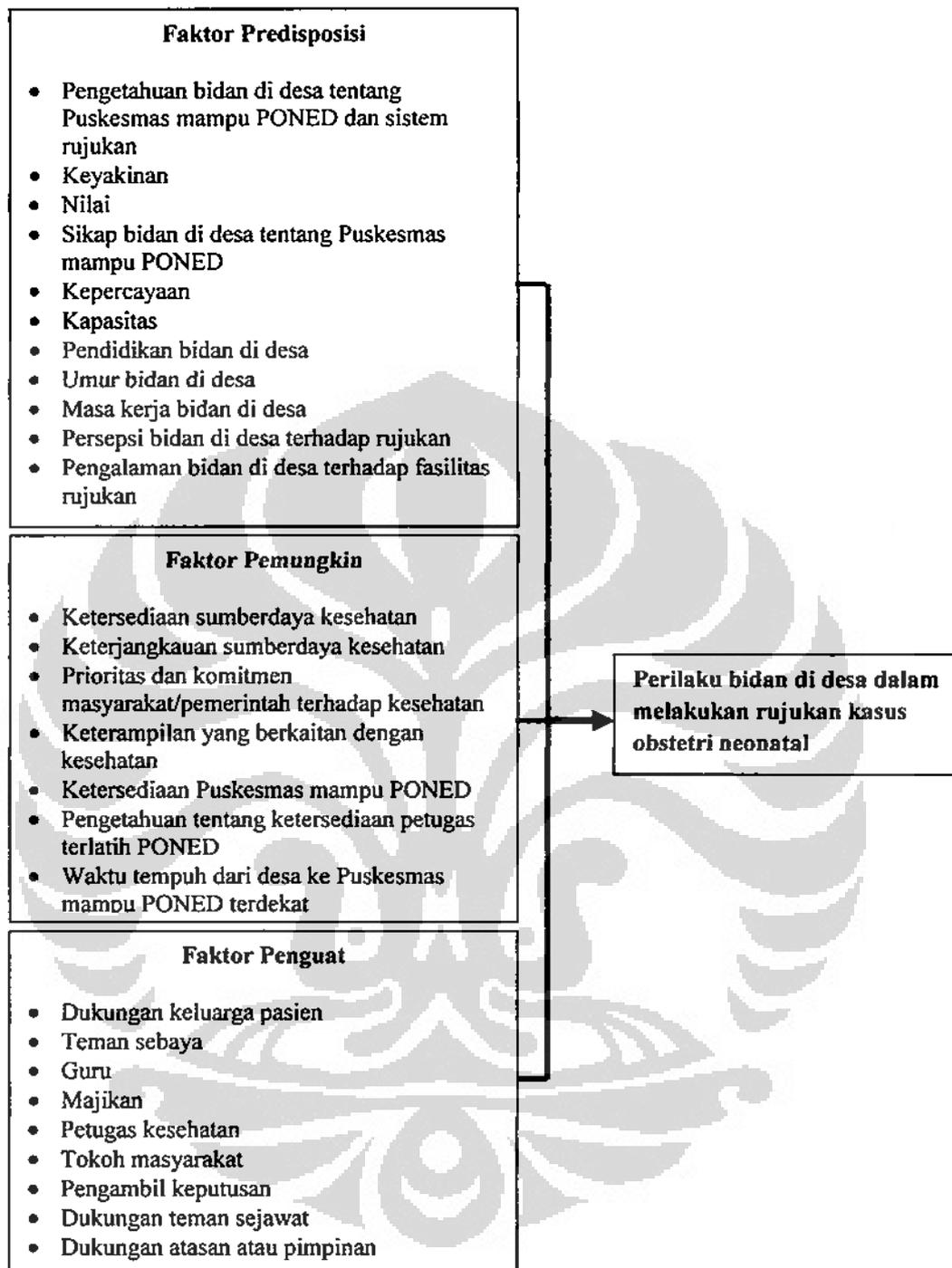
Sumber: Depkes RI, 2004. Pedoman pengembangan PONED.

BAB 3
KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP
DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1 Kerangka Teori

Tiga faktor yang menyebabkan atau mempengaruhi suatu perilaku manusia diantaranya adalah: Pertama, faktor *predisposing* atau faktor yang mempermudah yaitu faktor yang berasal dari dalam diri seseorang yang dijadikan sebagai alasan atau motivasi bagi seseorang atau sekelompok orang untuk melakukan suatu perilaku yang meliputi: pengetahuan, keyakinan, nilai, sikap, kepercayaan dan kapasitas. Kedua, faktor *enabling* atau faktor pemungkin yaitu faktor yang memungkinkan atau faktor yang dapat mendorong suatu perilaku tersebut dapat terlaksana yang meliputi: ketersediaan sumber daya kesehatan, keterjangkauan sumber daya kesehatan, prioritas dan komitmen masyarakat/ pemerintah terhadap kesehatan, dan keterampilan yang berkaitan dengan kesehatan. Ketiga, faktor *reinforcing* atau faktor penguat yaitu faktor yang dapat memperkuat suatu perilaku tersebut terjadi, biasanya ditentukan oleh pihak ketiga atau orang lain yang meliputi: keluarga, teman sebaya, guru, majikan, petugas kesehatan, tokoh masyarakat dan pengambil keputusan (Green dan Kreuter 2005).

Berdasarkan tinjauan pustaka maka dapat dibuat kerangka teori sebagai berikut:



Gambar 3.1

Kerangka Teori Penelitian Perilaku Bidan di Desa Dalam Melakukan Rujukan Kasus Obstetri Neonatal

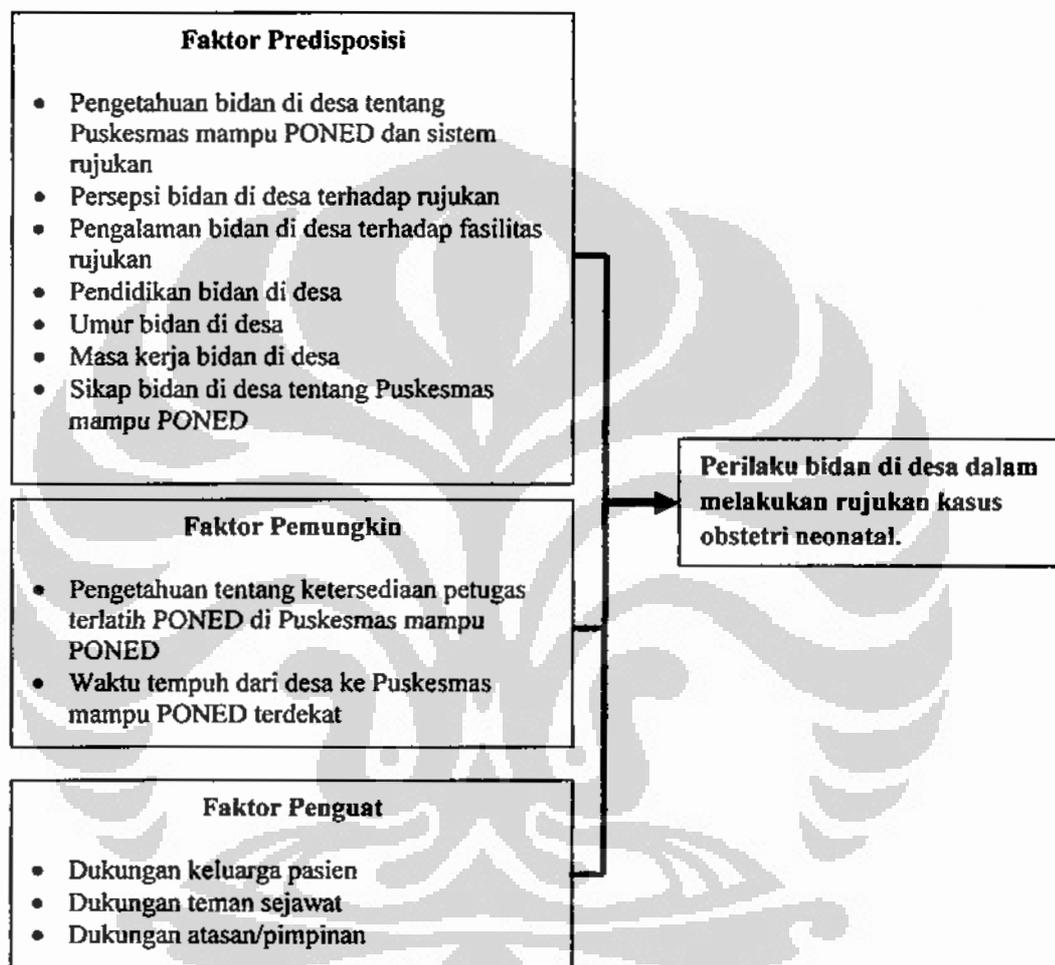
3.2 Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka teori diatas, maka dapat dibuat kerangka konsep yang merupakan penerapan dari kerangka teori. Dalam kerangka konsep ini peneliti melakukan modifikasi pada beberapa variabel yang ada pada kerangka teori, sehingga tidak semua variabel yang termasuk dalam kerangka teori dimasukkan ke kerangka konsep. Hasil modifikasi dari kerangka teori terdapat beberapa variabel yang tidak dimasukkan kedalam kerangka konsep, variabel-variabel tersebut adalah sebagai berikut: dari faktor predisposisi variabel keyakinan, nilai dan kepercayaan tidak dimasukkan kedalam kerangka konsep karena pada suatu kondisi tertentu seperti kondisi tempat tinggal yang bersamaan, latar belakang budaya yang sama dan pekerjaan yang sama orang akan cenderung memiliki penilaian yang sama atas keyakinan, nilai dan kepercayaan. Variabel kapasitas tidak dimasukkan kedalam kerangka konsep karena pada keadaan dimana seseorang mempunyai pekerjaan dan tugas pokok serta fungsi yang sama maka akan memiliki kapasitas yang sama dalam pekerjaannya tersebut.

Dari faktor pemungkin variabel yang tidak dimasukkan kedalam kerangka konsep adalah variabel ketersediaan sumberdaya kesehatan dan variabel ketersediaan Puskesmas mampu PONEC karena variabel tersebut mencakup sarana dan prasarana kesehatan yang keadaannya sama pada suatu kondisi wilayah dan kebijakan pemerintahan yang sama. Variabel keterjangkauan sumberdaya kesehatan tidak dimasukkan karena variabel tersebut meliputi kemampuan seseorang dalam mengakses sumberdaya kesehatan yang terkait dengan kemampuan biaya, jarak dan yang lainnya yang sebenarnya akan dirasakan langsung oleh orang tersebut dan bukan oleh orang atau petugas yang memfasilitasi. Variabel prioritas dan komitmen dari masyarakat/pemerintah dan keterampilan berkaitan dengan kesehatan tidak dimasukkan dikarenakan pada lingkungan masyarakat yang sama dan pemerintahan yang sama serta pekerjaan yang sama maka variabel ini akan sama.

Sementara itu dari faktor penguat tidak dimasukkan variabel teman sebaya, guru, majikan, petugas kesehatan, tokoh masyarakat dan pengambil keputusan karena

pada suatu kondisi tertentu seperti kondisi tempat tinggal yang sama, latar belakang budaya yang sama dan pekerjaan yang sama orang akan cenderung memiliki penilaian yang sama dan perlakuan yang sama dari teman sebaya, guru, majikan, petugas kesehatan tokoh masyarakat dan pengambil keputusan.

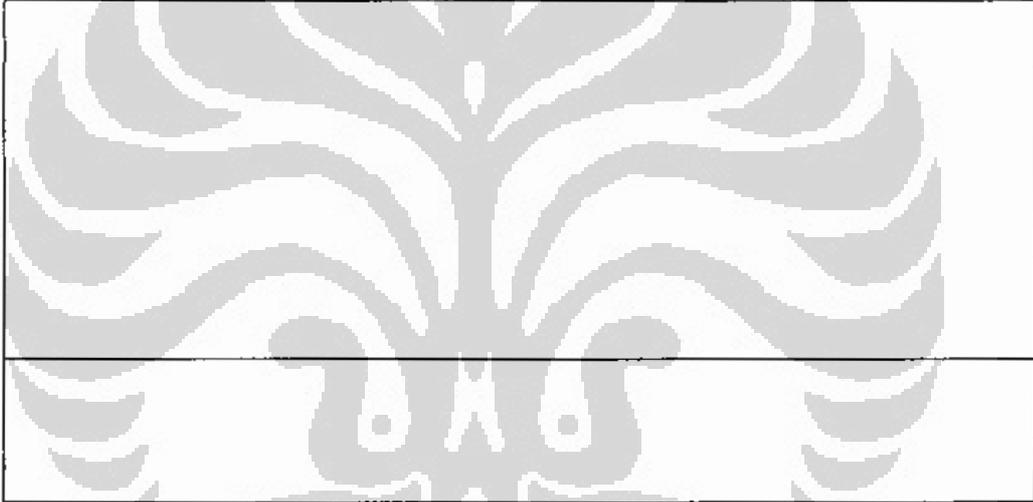


Gambar 3.2

Kerangka Konsep Penelitian Perilaku Bidan di Desa Dalam Melakukan Rujukan Kasus Obstetri Neonatal

3.3. Definisi Operasional

VARIABEL	DEFINISI	ALAT UKUR	CARA UKUR	HASIL UKUR	SKALA UKUR
Perilaku bidan di desa dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONEDED.	Tindakan bidan di desa dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal (ada indikasi rujuk) ke Puskesmas mampu PONEDED terdekata baik secara langsung maupun melalui Puskesmas setempat (kasus obstetri neonatal dalam penelitian ini dihitung sejak tanggal 1 Januari 2007 sampai dengan pengumpulan data penelitian).	Kuesioner	Jumlah kasus obstetri neonatal yang dirujuk oleh bidan di desa ke Puskesmas mampu PONEDED terdekata baik secara langsung maupun melalui Puskesmas setempat dengan seluruh jumlah kasus obstetri neonatal dengan indikasi rujuk yang ditangani oleh bidan di desa	1=Baik, Jika proporsi kasus (ada indikasi rujuk), dirujuk ke Puskesmas mampu PONEDED terdekata baik secara langsung maupun melalui Puskesmas setempat \geq mean jika data berdistribusi normal dan \geq median jika data tidak berdistribusi normal. 0=Kurang. Jika proporsi kasus (ada indikasi rujuk), dirujuk ke Puskesmas mampu PONEDED terdekata baik secara langsung maupun melalui Puskesmas setempat $<$ mean jika data berdistribusi normal dan $<$ median jika data tidak berdistribusi normal.	Ordinal
Pengetahuan bidan di desa tentang Puskesmas mampu PONEDED dan sistem rujukan.	Hal-hal yang diketahui atau dipahami oleh bidan di desa tentang Puskesmas mampu PONEDED dan sistem rujukan meliputi: <ul style="list-style-type: none"> • Pengertian Puskesmas mampu PONEDED. • Pelayanan obstetri pada Puskesmas mampu PONEDED. • Pelayanan neonatal pada Puskesmas mampu PONEDED. 	Kuesioner	Diukur dengan menjumlahkan jawaban responden yang benar dari 27 pertanyaan (kuesioner no 17-43), untuk jawaban benar diberi skor 1 dan jawaban salah diberi skor 0.	1= Baik, jika jumlah skor jawaban \geq mean jika data berdistribusi normal dan \geq median jika data tidak berdistribusi normal. 0= Kurang, jika jumlah skor jawaban $<$ mean jika data berdistribusi normal dan $<$ median jika data tidak berdistribusi normal.	Ordinal

	<ul style="list-style-type: none"> • Kriteria Puskesmas mampu PONED. • Penanggungjawab Puskesmas mampu PONED. • Pihak terkait dalam pengembangan Puskesmas mampu PONED. • Jumlah minimal Puskesmas mampu PONED di setiap kabupaten. • Pelaksanaan PONED pada kabupaten yang berbatasan. • Langkah pengembangan Puskesmas mampu PONED. • Langkah dalam pelaksanaan PONED. • Cakupan pelayanan keBidanan oleh Puskesmas mampu PONED. • Perkiraan yang dipakai untuk perencanaan Puskesmas mampu PONED. • Jenis tenaga minimal di Puskesmas mampu PONED. • Sistem pencatatan dan pelaporan PONED. • Supervisi fasilitatif Puskesmas mampu PONED. • Syarat Dokter yang memimpin pelayanan maternal dan neonatal. • Pelayanan obstetri neonatal emergensi dasar. • Pengertian sistem rujukan. • Maksud sistem rujukan maternal dan neonatal. • Prinsip utama dari sistem rujukan 			
--	--	---	--	--

<p>Persepsi bidan di desa terhadap rujukan.</p>	<p>keawatdaruratan maternal dan neonatal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Langkah utama pada keawatdaruratan obstetri dan neonatal. • Alur rujukan kasus obstetri dan neonatal. • Alur rujukan kasus obstetri dan neonatal yang boleh dilakukan oleh Bidan. • Waktu tempuh maksimal ke fasilitas rujukan pada kasus keawatdaruratan obstetri dan neonatal. • Kemampuan minimal Puskesmas dalam menangani kasus obstetri dan neonatal. • Waktu pelayanan langsung PONEK dalam penanganan kasus keawatdaruratan obstetri neonatal. • Insititusi dan individu yang harus berperan sama dengan RS PONEK dalam sistem rujukan PONEK. <p>Pandangan atau pendapat bidan di desa terhadap rujukan kasus obstetri neonatal.</p>	<p>Kuesioner</p> <p>Melihat jawaban responden pada kuesioner no 44</p>	<p>1 = Baik, jika responden menjawab sangat penting karena menyelamatkan ibu dan bayi dan atau harus diberi tindakan segera. 0 = Kurang bila responden menjawab tidak selalu penting tergantung dengan situasi dan kondisi pasienn dan atau lebih baik</p>	<p>Ordinal</p>
---	--	--	--	----------------

Pengalaman bidan di desa terhadap fasilitas rujukan.	Peristiwa yang dialami bidan di desa yang berhubungan dengan fasilitas rujukan ketika merujuk (mengantar langsung) kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONED.	Kuesioner	Diukur dengan 6 pertanyaan tertutup (ya dan tidak, kuesioner no 46), untuk setiap item diberi skor 1 jika menjawab tidak dan diberi skor 0 jika menjawab ya.	Ordinal	diupayakan sendiri mengingat fasilitas rujukan cukup jauh. 1= Baik, jika total skor \geq mean jika data berdistribusi normal dan \geq median jika data tidak berdistribusi normal. 0= Kurang, jika total skor $<$ mean jika data berdistribusi normal dan $<$ median jika data tidak berdistribusi normal.
Pendidikan bidan di desa.	Jenjang pendidikan formal kebidanan yang di selesaikan oleh bidan di desa.	Kuesioner	Melihat jawaban responden pada kuesioner no 1.	Ordinal	1= D3Kebidanan. 0= <D3 Kebidanan.
Umur bidan di desa.	Lama hidup bidan di desa dalam satuan tahun yang diukur berdasarkan ulang tahun terakhir.	Kuesioner	Menghitung maju dari tanggal lahir responden (kuesioner no 2) sampai dengan waktu pengambilan data.	Ordinal	1= \geq Rata-rata/median, jika \geq mean jika data berdistribusi normal dan \geq median jika data tidak berdistribusi normal. 0= <Rata-rata/median, jika $<$ mean jika data berdistribusi normal dan $<$ median jika data tidak berdistribusi normal.
Masa kerja bidan di desa.	Lama kerja bidan di desa dalam satuan tahun yang diukur sejak pertama bekerja sebagai bidan sampai dengan pengambilan data.	Kuisisioner	Melihat jawaban responden pada kuesioner no 3	Ordinal	1= \geq Rata-ratamedian, jika \geq mean jika data berdistribusi normal dan \geq median jika data tidak berdistribusi normal. 0= <rata-rata/median, jika $<$ mean jika data berdistribusi normal dan $<$ median jika data tidak berdistribusi normal.
Sikap bidan di desa tentang Puskesmas	Pernyataan mendukung atau tidak mendukung bidan di desa terhadap Puskesmas mampu PONED.	Kuesioner	Melihat jawaban responden pada kuesioner no 47 yang berupa pertanyaan tertutup.	Ordinal	1=Mendukung, jika responden menyatakan bahwa adanya Puskesmas mampu PONED di

<p>mampu PONEB.</p> <p>Pengertian tentang ketersediaan petugas terlatih PONEB di Puskesmas mampu PONEB.</p> <p>Waktu tempuh dari desa ke Puskesmas mampu PONEB.</p> <p>Dukungan keluarga pasien.</p>	<p>Pengertian bidan di desa tentang tersedia atau tidak tersedianya petugas terlatih PONEB di Puskesmas mampu PONEB sebagai fasilitas rujukan kasus obstetri neonatal.</p> <p>Waktu tempuh yang dihabiskan untuk menuju ke Puskesmas mampu PONEB terdekat dalam satuan menit dengan menggunakan alat transportasi umum setempat.</p> <p>Tindakan atau dukungan keluarga pasien secara mayoritas yang dialami bidan di desa ketika melakukan rujukan kasus</p>	<p>Kuesioner</p> <p>Melihat jawaban responden pada kuesioner no 50 yang berupa pertanyaan tertutup.</p> <p>Kuesioner</p> <p>Melihat jawaban responden pada kuesioner no 52, penetapan batas waktu 60 menit berdasarkan pedoman pengembangan PONEB (Depkes RI, 2004) pada kriteria PONEB no3 point-b.</p> <p>Kuesioner</p> <p>Melihat jawaban responden pada kuesioner no 53</p>	<p>kabupaten Lebong dapat: Mendapatkan akses pelayanan rujukan, biaya murah dapat dijangkau oleh masyarakat, banyak kasus rujukan yang dapat ditangani di Puskesmas mampu PONEB dan petugas selalu siap ditempat.</p> <p>0= Tidak mendukung, jika responden menyatakan bahwa: petugas sering tidak ada di tempat, biaya pelayanan mahal, tidak semua kasus dapat ditangani di Puskesmas mampu PONEB</p> <p>1= Tersedia. 0= Tidak tersedia</p> <p>1= ≤60 menit. 0= >60 menit.</p> <p>1= Mendukung, jika keluarga membantu dalam proses rujukan dan atau mengikuti saran bidan.</p>	<p>Ordinal</p> <p>Ordinal</p> <p>Ordinal</p>
--	---	---	--	--

<p>Dukungan teman sejawat.</p>	<p>obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONED terdekat baik secara langsung maupun melalui Puskesmas setempat.</p> <p>Tindakan atau dukungan teman sejawat secara mayoritas yang dialami bidan di desa ketika melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONED terdekat baik secara langsung maupun melalui Puskesmas setempat.</p>	<p>Kuesioner</p> <p>Melihat jawaban responden pada kuesioner no 54</p>	<p>0= Tidak mendukung, jika meminta dirujuk ke fasilitas lain dan atau meminta agar pasien tidak dirujuk dan ditangani semampu bidan.</p> <p>1= Mendukung, jika menyarankan agar merujuk ke Puskesmas mampu PONED dan atau membantu dalam proses rujukan.</p> <p>0= Tidak mendukung, jika menyarankan agar merujuk ke fasilitas lain dan atau diam tanpa respon.</p>	<p>Ordinal</p>
<p>Dukungan atasan atau pimpinan.</p>	<p>Tindakan atau dukungan atasan atau pimpinan yang mendorong bidan di desa melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONED terdekat baik secara langsung maupun melalui Puskesmas setempat.</p>	<p>Kuesioner</p> <p>Melihat jawaban responden pada kuesioner no 55</p>	<p>1= Mendukung, jika memerintahkan teman atau petugas lain untuk membantu responden, memotivasi agar merujuk ke Puskesmas mampu PONED dan mensosialisasikan protap tentang sistem rujukan.</p> <p>0= Tidak mendukung, jika merekomendasikan agar merujuk ke fasilitas lain dan meminta agar responden tidak merujuk ke Puskesmas mampu PONED dengan berbagai alasan.</p>	<p>Ordinal</p>

BAB 4

METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan survei yang dilakukan secara potong lintang. Pada desain potong lintang pengukuran variabel dependen dan variabel independen dilakukan secara bersama-sama.

4.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan di Kabupaten Lebong Provinsi Bengkulu, dari bulan Juli sampai bulan September tahun 2009.

4.3 Populasi dan Sampel

Populasi pada penelitian ini adalah seluruh bidan di desa yang bertugas di Kabupaten Lebong yaitu sebanyak 62 orang. Semua anggota populasi dijadikan sampel. Pada saat pengambilan data responden yang berhasil ditemui hanya 60 orang, karena 2 orang bidan di desa sedang cuti melahirkan dan untuk sementara tidak berdomisili di Kabupaten Lebong.

4.4 Instrumen Penelitian

Instrumen dalam penelitian ini berupa kuesioner terstruktur yang disusun berdasarkan variabel-variabel yang diteliti. Kuesioner berisi pertanyaan-pertanyaan tertutup maupun pertanyaan.

4.5 Pengembangan Instrumen Penelitian

Pengembangan instrumen penelitian dilakukan karena selama ini belum ada penelitian tentang perilaku bidan di desa dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONEB, sehingga belum ada kuesioner atau instrumen rujukan yang dapat digunakan dalam penelitian ini. Pengembangan instrumen penelitian didahului dengan melakukan *focus group discussion* (FGD) yang menghadirkan 10 orang bidan di desa sebagai peserta FGD (format panduan

FGD terlampir). FGD dilakukan untuk mengetahui gambaran masalah yang ingin digali dengan menggunakan kuesioner. Informasi yang diperoleh dari proses FGD ini akan dipergunakan untuk menyempurnakan draf kuesioner yang telah dibuat.

Adapun variabel yang akan digali informasinya dengan FGD adalah variabel persepsi bidan di desa terhadap rujukan, pengalaman bidan di desa terhadap fasilitas rujukan, sikap bidan di desa tentang Puskesmas mampu PONEB, dukungan keluarga pasien, dukungan teman sejawat dan variabel dukungan atasan atau pimpinan.

4.5.1 Hasil FGD Untuk Pengembangan Instrumen Penelitian

Pengembangan kuesioner dilakukan dengan mengadakan FGD (*focus group discussion*) yang dihadiri oleh 10 orang bidan di desa. Pengembangan kuesioner ini dilakukan dengan tujuan untuk menyempurnakan draf kuesioner yang telah dibuat sebelumnya. FGD dikhususkan pada variabel-variabel yang belum diketahui gambaran masalahnya secara nyata. Beberapa variabel yang dibahas dalam FGD yaitu variabel persepsi bidan di desa terhadap rujukan, pengalaman bidan di desa terhadap fasilitas rujukan, sikap bidan di desa terhadap Puskesmas mampu PONEB, dukungan keluarga pasien, dukungan teman sejawat serta variabel dukungan atasan atau pimpinan. Adapun hasil FGD tersebut adalah sebagai berikut:

4.5.1.1 Persepsi Bidan di Desa Terhadap Rujukan

Informan memberikan jawaban beragam tentang persepsi mereka terhadap rujukan. Beberapa diantara mereka mengatakan bahwa rujukan tidak selalu penting hal tersebut tergantung dengan situasi dan kondisi pasien dan mengatakan bahwa kasus yang perlu dirujukpun jarang terjadi, hal tersebut diungkapkan informan FGD sebagai berikut:

“Tidak selalu penting pak, lagian kasusnya kan jarang-jarang” (Bidan mawar).

Sementara beberapa informan mengatakan bahwa rujukan sangat penting karena menyangkut keselamatan ibu dan bayi serta harus diberikan tindakan segera. Hal tersebut diungkapkan informan FGD sebagai berikut:

“Sangat penting pak, nanti kalo nggak cepat dirujuk ibu dan bayi bisa meninggal, nanti kami dipanggil lagi ikutan AMP” (Bidan melati, Bidan anggrek, Bidan kamboja, dan Bidan seroja)

kemudian ada informan yang menambahkan pendapat informan sebelumnya,

“ iya pak, ngapain cari resiko, daripada repot nanti mendingan rujuk aja kalo pasien gak mau suruh tanda tangan aja” (Bidan tulip)

Selain itu ada juga beberapa informan berpendapat lain, mereka mengungkapkan bahwa lebih baik diupayakan sendiri mengingat jarak ke tempat fasilitas rujukan cukup jauh.

“pak kalo dari tempat saya, mau merujuk itu kan susah pak, jauh benar, jadi kalo selama ini saya coba upayakan sendiri aja” (Bidan sakura) “iya saya juga gitu pak” (Bidan asoka) “ saya sama pak, sama seperti Bidan sakura” (Bidan teratai dan Bidan melur).

4.5.1.2 Pengalaman Bidan di Desa Terhadap Fasilitas Rujukan

Informan mengungkapkan pengalaman terhadap fasilitas rujukan yang berbeda-beda. Beberapa pengalaman mereka terhadap fasilitas rujukan adalah proses penerimaan pasien lambat, biaya pelayanan yang mahal, petugas tidak siap di tempat, petugas tidak ramah, fasilitas tidak lengkap, dan kemampuan petugas menangani pasien kurang. Hal tersebut diungkapkan informan sebagai berikut:

“ petugasnya sering gak ada pak, yang ada sama aja seperti kami-kami ini yang belum dilatih PONE” (Bidan melur)

“kadang-kadang petugasnya harus dijemput kerumahnya dulu pak, mendingan kalo dekat, pasiennya suka lama baru dilayani” (Bidan asoka dan Bidan teratai)

“iya pak, apalagi dokternya katanya sering ke luar pak” (Bidan teratai)

“pasien sering ngeluh biayanya mahal pak, dah gitu petugasnya jutek, nggak ada senyumnya pak” (Bidan mawar dan Bidan seroja)

“kadang-kadang sama aja pak caranya ama kita, gak ada bedanya mereka yang katanya udah dilatih ama petugas lainnya, udah gitu alat-alatnya sama aja kayak yang di Puskesmas kita” (Bidan tulip)

Universitas Indonesia

4.5.1.3 Sikap Bidan di Desa Terhadap Puskesmas Mampu Poned

Sikap yang diungkapkan informan secara umum ada dua yaitu setuju dan tidak setuju dengan adanya Puskesmas mampu Poned dengan berbagai alasan. Informan yang setuju mengungkapkan:

“setuju pak, biar dekat, kan ongkosnya bisa murah” (Bidan seroja)

“saya juga setuju pak, banyak juga kasus yang bisa ditolong disana, daripada harus ke rumah sakit, kan lebih jauh” (Bidan anggrek),

“saya sich setuju aja pak, tapi petugasnya jangan suka ngabur, dah gitu biayanya jangan mahal-mahal” (Bidan tulip)

“saya gak setuju pak, petugasnya gak ada, walaupun mereka dah dapat fasilitas lebih kemampuannya gitu-gitu juga ditambah lagi biayanya mahal, mendingan langsung ke rumah sakit aja kan bisa lebih bagus, lagi pula tidak semua kasus bisa disana pak” (Bidan asoka).

4.5.1.4 Dukungan Keluarga Pasien

Bentuk dukungan keluarga pasien yang disampaikan informan hampir sama, rata-rata dukungan keluarga pasien hanya membantu proses rujukan dan mengikuti saran dari informan saja. Namun ada beberapa informan yang mengatakan bahwa mayoritas keluarga pasien ditempat mereka bertugas tidak mendukung jika informan mau merujuk pasien.

“kalo di tempat saya pak, rata-rata keluarga pasien itu ikut aja apa yang kita anjurkan, mereka sering bilang terserah bu Bidan aja” (Bidan anggrek)

“sama pa, ditempat saya juga seperti itu, paling mereka bantu-bantu saat kita mau rujuk pasien, ada juga yang mau ikut sampai tempat rujukan” (Bidan melati)

“kalo ditempat saya pak, banyak juga keluarga pasien minta dirujuk ketempat lain aja, ke rumah sakit” (Bidan seroja)

“kalo ditempat saya banyakan gak mau pak, dia minta saya aja yang tangani, katanya sich jauh pak, ada juga yang diam aja” (Bidan teratai)

4.5.1.5 Dukungan Teman Sejawat

Bentuk dukungan teman sejawat yang diungkapkan oleh informan cenderung sama antara informan satu dengan yang lainnya, mereka mengatakan:

Universitas Indonesia

“ada juga teman kita yang merekomendasikan agar kita merujuk ke Puskesmas PONED, ada juga teman yang mau menemani kita mengantar pasien ke Puskesmas PONED” (Bidan mawar)

“ kalo teman saya ada yang bilang agar saya rujuk aja ke rumah sakit, bawa ke curup ajalah nanti udah cape ke sana kalo gak bisa kan bawa ke curup juga, katanya gitu” (Bidan seroja)

“diam aja pak, terserah kamu ajalah, katanya” (Bidan anggrek)

4.5.1.6 Dukungan Atasan atau Pimpinan

Informan mengatakan bentuk dukungan atasan atau pimpinan mereka bermacam-macam, namun pada dasarnya dapat dikelompokkan antara mendukung dan tidak mendukung jika informan mau merujuk kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONED, seperti yang diungkapkan informan:

“kalo kita mau merujuk, seringkali atasan saya itu mnyuruh teman-teman saya untuk membantu saya” (Bidan anggrek)

“ada juga sich kalo lagi minilok, bapak sarankan kita rujuk ke Curup atau ke Bengkulu aja” (Bidan tulip)

“gak usah rujuk kesanalah (Puskesmas PONED red), sama aja itu sama kita disini, nanti kalian repot lagi kesana kemari” (Bidan asoka)

“rujuk aja ke Muara aman dek, (Puskesmas PONED red) hitung-hitung ngurangi resiko kalian kata atasan saya” (Bidan melati)

“kata dokter saya, kalian harus paham dengan kondisi pasien kalian dilapangan dan kalian juga harus tau bagaimana jalur rujukan pasien yang benar supaya kalian nanti tidak disalahkan” (Bidan seroja)

4.5.2 Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner

Untuk menjamin validitas data yang akan dikumpulkan maka terlebih dahulu dilakukan uji coba kuesioner sebelum dilakukan pengambilan data. Uji coba kuesioner akan dilakukan pada 30 orang bidan di desa yang bertugas di Kabupaten Bengkulu Utara, pada daerah perbatasan dengan Kabupaten Lebong. Hal ini dimaksudkan supaya terjadi kesamaan karakteristik responden uji coba kuesioner dengan responden yang sebenarnya. Pada tahap uji kuesioner ini, peneliti mendatangi langsung para responden yang menjadi sampel pada tahap uji kuesioner untuk dapat mengetahui secara pasti kelemahan-kelemahan kuesioner

yang telah dibuat sehingga peneliti dapat menyempurnakan lagi kuesioner tersebut sebelum pengambilan data penelitian yang sebenarnya dilakukan.

Tabel 4.1
Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner (r tabel 27-2 = 25 = 0,881)

No	Pertanyaan	Corrected item-total correlation	Cronbach's Alpha if item deleted	Ket
1	Pengertian Puskesmas mampu PONEK	0,984	0,996	Valid
2	Pelayanan obstetri pada Puskesmas mampu PONEK	0,936		Valid
3	Pelayanan neonatal pada Puskesmas mampu PONEK	0,884		Valid
4	Kriteria Puskesmas mampu PONEK	0,984		Valid
5	Penanggungjawab Puskesmas mampu PONEK	0,987		Valid
6	Pihak terkait dalam pengembangan Puskesmas mampu PONEK	0,985		Valid
7	Jumlah minimal Puskesmas mampu PONEK di setiap kabupaten	0,984		Valid
8	Pelaksanaan PONEK pada kabupaten yang berbatasan	0,984		Valid
9	Langkah pengembangan Puskesmas mampu PONEK	0,987		Valid
10	Langkah dalam pelaksanaan PONEK	0,874		Valid
11	Cakupan pelayanan keBidanan oleh Puskesmas mampu PONEK	0,984		Valid
12	Perkiraan yang dipakai untuk perencanaan Puskesmas PONEK	0,985		Valid
13	Jenis tenaga minimal di Puskesmas mampu PONEK	0,883		Valid
14	Sistem pencatatan dan pelaporan PONEK	0,939		Valid
15	Supervisi fasilitatif Puskesmas mampu PONEK	0,973		Valid
16	Syarat dokter yang memimpin pelayanan maternal dan neonatal	0,972		Valid
17	Pelayanan obstetri emergensi dasar	0,972		Valid
18	Pengertian sistem rujukan	0,968		Valid
19	Maksud sistem rujukan maternal dan neonatal	0,970		Valid
20	Prinsip utama dari sistem rujukan kegawatdaruratan maternal dan neonatal	0,975		Valid
21	Langkah utama pada kegawatdaruratan obstetri neonatal	0,976		Valid
22	Alur rujukan kasus obstetri neonatal	0,934		Valid
23	Alur rujukan kasus obstetri neonatal yang boleh dilakukan bidan	0,984		Valid
24	Waktu tempuh maksimal ke fasilitas rujukan	0,881		Valid
25	Kemampuan minimal Puskesmas dalam menangani kegawat daruratan obstetri neonatal	0,922		Valid
26	Waktu pelayanan langsung PONEK dalam penanganan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal	0,951		Valid
27	Institusi dan individu yang harus berperan sama dengan RS PONEK dalam sistem rujukan PONEK	0,915		Valid

Dari tabel diatas terlihat bahwa hasil uji validitas dan reliabilitas semua pertanyaan valid dan kuesioner ini reliabel untuk digunakan.

Universitas Indonesia

4.6 Pengumpulan Data

Sumber Data

Pada penelitian ini data langsung diambil dari responden (data primer) berdasarkan kerangka sampel yang sudah ada.

Cara dan Alat Pengumpulan Data

Data dikumpulkan dengan cara pengisian kuesioner secara mandiri oleh responden (*self filling*). Kuesioner berisikan pertanyaan tertutup maupun pertanyaan terbuka yang bertujuan untuk mendapatkan data yang berkaitan dengan variabel penelitian. Pengumpulan data pada tahap ini dilakukan sendiri oleh peneliti.

4.7 Pengolahan dan Analisis Data

4.7.1 Pengolahan Data

Pengolahan data dilakukan dengan tahapan sebagai berikut:

1. *Editing*: penyuntingan data dilakukan untuk menghindari kesalahan atau kemungkinan adanya kuesioner yang belum diisi, untuk proses *editing* data ini, langkah yang akan ditempuh peneliti adalah dengan cara mengoreksi kuisioner yang telah diisi responden langsung ditempat pengambilan data (*editing* pertama), sehingga apabila terdapat kesalahan mengisi atau ada pertanyaan yang belum terjawab maka peneliti dapat dengan mudah meminta kembali kepada responden untuk mengisi kuisioner tersebut. Sedangkan *editing* kedua dilakukan setelah semua kuisioner terkumpul.
2. *Coding*: untuk memudahkan proses *entry* data tiap jawaban responden yang ada dalam kuisioner diberi kode dan *skoring*.
3. *Entry*: setelah diberi kode data dikumpulkan selanjutnya dilakukan pemasukan data dengan menggunakan perangkat lunak untuk dilanjutkan pada proses selanjutnya.
4. *Cleaning*: sebelum dilakukan analisis data, data yang sudah dimasukkan dilakukan pengecekan dan pembersihan, hal ini dimaksudkan agar data yang dianalisis sudah benar-benar bersih, salah satu cara yang akan digunakan

peneliti dalam *cleaning* ini adalah dengan memperhatikan nilai n (jumlah data) untuk setiap variabel apakah sudah cocok atau belum.

4.7.2 Analisis Data

1. Analisis Univariat

Yaitu analisis yang digunakan untuk mendapatkan gambaran distribusi frekuensi terhadap variabel-variabel yang diteliti.

2. Analisis Bivariat

Yaitu analisis yang digunakan untuk mengetahui ada tidaknya hubungan antara variabel-variabel independen dengan variabel dependen. Uji statistik yang digunakan adalah uji kaid kuadrat (*chi-square*) karena masing-masing variabel bersifat katagorik. Batas kemaknaan dari uji statistik yang digunakan dalam analisis bivariat ini adalah $p \text{ value} < 0,05$.

3. Analisis Multivariat

Yaitu analisis yang digunakan untuk mengetahui variabel independen mana yang paling dominan hubungannya terhadap variabel dependen. Analisis multivariat yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis regresi logistik ganda karena masing-masing variabel bersifat katagorik. Adapun tahapan yang dilakukan pada analisis multivariat adalah seleksi bivariat, pemodelan multivariat dan uji interaksi.

Tabel 5.8 Distribusi Responden Menurut Katagori Tingkat Pendidikan

Pendidikan	f	%
<D3 Kebidanan	25	41,7
D3 Kebidanan	35	58,3
Jumlah	60	100,0

Sebagian besar bidan di desa berpendidikan D3 Kebidanan yaitu sebanyak 35 orang (58,3%). Sisanya sebanyak 25 orang (41,7%) berpendidikan PPBC atau PPBA.

5. Umur Bidan di Desa

Distribusi umur bidan di desa sangat tidak merata, usia termuda bidan di desa adalah 22 tahun dan usia tertua 47 tahun dengan usia rata-rata 31,15 tahun $\pm 5,151$, median 30 tahun dan mode 30 tahun. Hasil uji normalitas didapatkan nilai skewness : SE = 2,76 (>2) yang berarti bahwa data tersebut tidak berdistribusi normal. Untuk analisis selanjutnya umur tersebut dikelompokkan menjadi dua katagori dengan menggunakan nilai median (30) sebagai *cut off poin*. Katagori 0 (dibawah median) bila umur <30 tahun dan katagori 1 (\geq median) bila umur ≥ 30 tahun.

Tabel 5.9 Distribusi Responden Menurut Umur

Umur	f	%
Di bawah median	21	34,4
\geq Median	39	65,6
Jumlah	60	100,0

Sebagian besar bidan di desa 39 orang (65,6%) berumur diatas atau sama dengan median. Sedangkan yang berumur dibawah median ada sebanyak 21 orang (34,4%)

6. Masa kerja bidan di desa

Masa kerja bidan di desa terendah adalah 1 tahun dan yang tertinggi 18 tahun. Rata-rata masa kerja 9,58 tahun $\pm 4,931$ taun, median 11 tahun dan mode 9 tahun. Hasil uji normalitas didapat nilai skewness : SE = -0,884 (< 2) yang berarti data tersebut berdistribusi normal. Untuk analisis selanjutnya masa kerja tersebut dikelompokkan menjadi dua katagori dengan menggunakan nilai mean (9,58) sebagai *cut off poin*. Katagori 0 (di bawah rata-rata) bila masa kerja $< 9,58$ tahun dan katagori 1 (\geq rata-rata) bila nilai $\geq 9,58$ tahun.

Tabel 5.10 Distribusi Responden Menurut Masa Kerja

Masa kerja	f	%
Di bawah rata-rata	28	46,7
\geq rata-rata	32	53,3
Jumlah	60	100,0

Sebagian besar bidan di desa 32 orang (53,3%) mempunyai masa kerja diatas rata-rata. Sedangkan yang mempunyai masa kerja dibawah rata-rata ada sebanyak 28 orang (46,7%).

7. Sikap bidan di desa tentang Puskesmas mampu PONEB

Penilaian sikap bidan di desa tentang Puskesmas mampu PONEB diukur dari pernyataan bidan di desa tentang mendukung atau tidak mendukung adanya Puskesmas mampu PONEB di Kabupaten Lebong. Bidan di desa yang mendukung adanya Puskesmas mampu PONEB di Kabupaten Lebong ada sebanyak 85% dan yang tidak mendukung ada sebanyak 15%.

Tabel 5.11
Gambaran Alasan Responden Mendukung atau Tidak Mendukung Adanya
Puskesmas Mampu PONE D

No	Alasan responden	f	%
1	Setuju/mendukung karena mendekatkan akses pelayanan rujukan	20	33,3
2	Setuju/mendukung karena biaya murah dan dapat dijangkau oleh masyarakat	7	11,7
3	Setuju/mendukung karena banyak kasus yang dapat ditangani di Puskesmas mampu PONE D	18	30,0
4	Setuju/mendukung karena petugas selalu siap ditempat	6	10,0
5	Tidak setuju/tidak mendukung karena tidak semua kasus obstetri neonatal dapat ditangani di Puskesmas mampu PONE D	6	10,0
6	Tidak setuju/tidak mendukung karena biaya mahal	1	1,7
7	Tidak setuju/tidak mendukung karena petugas sering tidak ada ditempat	2	3,3

Tabel 5.12
Distribusi Responden Menurut Sikap Tentang Puskesmas Mampu PONE D

Sikap tentang Puskesmas PONE D	f	%
Tidak mendukung	9	15,0
Mendukung	51	85,0
Jumlah	60	100,0

Sebagian besar bidan di desa (85,0%) mempunyai sikap yang mendukung tentang Puskesmas mampu PONE D atau dengan kata lain mereka setuju adanya Puskesmas mampu PONE D di Kabupaten Lebong. Sementara itu yang tidak mendukung ada sebanyak 9 orang (15%).

5.2.3 Faktor-faktor Pemungkin

1. Pengetahuan tentang ketersediaan petugas terlatih PONE D

Pengetahuan tentang ketersediaan petugas terlatih PONE D dinilai dari jawaban bidan di desa atas pertanyaan kuesioner nomor 50, yang dibuat menjadi dua katagori yaitu tersedia atau tidak tersedia. Dari hasil analisis didapatkan data jenis

petugas yang terlatih PONEB adalah bidan sebanyak 59,5% serta dokter dan bidan sebanyak 40,5%.

Tabel 5.13
Distribusi Responden Menurut Pengetahuan Tentang Ketersediaan Petugas Terlatih PONEB

Pengetahuan tentang ketersediaan petugas terlatih PONEB	f	%
Tidak tersedia	19	31,7
Tersedia	41	68,3
Jumlah	60	100,0

Sebagian besar bidan di desa 41 orang (68,3%) mengaku bahwa tersedia petugas terlatih PONEB di Puskesmas mampu PONEB di sekitar tempat mereka bertugas. Sedangkan yang mengaku tidak tersedia ada sebanyak 19 orang (31,7%)

2. Waktu tempuh dari desa ke Puskesmas mampu PONEB

Waktu tempuh dari desa ke Puskesmas mampu PONEB diukur berdasarkan waktu tempuh yang dihabiskan oleh bidan di desa dari desa tempat mereka bertugas ke Puskesmas mampu PONEB terdekat dengan menggunakan kendaraan umum setempat.

Waktu tempuh dari desa tempat bidan di desa bertugas ke Puskesmas mampu PONEB terdekat berkisar dari 10-150 menit, rata-rata waktu tempuh 46,92 menit, dan median 30, dengan simpangan baku 40,11. Untuk analisis selanjutnya waktu tempuh tersebut dikelompokkan menjadi dua katagori. ≤ 60 menit dan > 60 menit.

Tabel 5.14
Distribusi Responden Menurut Waktu Tempuh Dari Desa ke Puskesmas Mampu PONE D

Waktu tempuh dari desa ke Puskesmas PONE D	f	%
>60menit	16	26,7
≤60 menit	44	73,3
Jumlah	60	100,0

Sebagian besar bidan di desa 44 orang (73,3%) mengaku bahwa waktu tempuh dari desa ke Puskesmas mampu PONE D terdekat adalah ≤60 menit. Sedangkan yang mengaku waktu tempuh >60menit ada sebanyak 16 orang (26,7%).

5.2.4 Faktor-faktor Penguat

1. Dukungan keluarga pasien

Dukungan keluarga pasien diukur dari ada atau tidak adanya dukungan yang secara mayoritas diterima bidan di desa ketika mereka akan melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONE D.

Tabel 5.15 Gambaran Bentuk Dukungan Keluarga Pasien

No	Bentuk dukungan keluarga pasien	f	%
1	Membantu dalam proses rujukan	9	15,0
2	Mengikuti saran bidan di desa	8	13,3
3	Meminta untuk dirujuk ke fasilitas kesehatan lainnya	18	30,0
4	Meminta agar pasien tidak dirujuk dan ditangani semampu bidan di desa	25	41,7

Tabel 5.16 Distribusi Responden Menurut Dukungan Keluarga Pasien

Dukungan keluarga pasien	f	%
Tidak mendukung	43	71,7
Mendukung	17	28,3
Jumlah	60	100,0

Sebagian besar bidan di desa 43 orang (71,7%) mengatakan tidak ada dukungan keluarga pasien ketika melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONEB. Sementara yang mengatakan ada dukungan sebanyak 17 orang (28,3%).

2. Dukungan teman sejawat

Dukungan teman sejawat diukur dari ada atau tidak adanya dukungan dari teman sejawat yang secara mayoritas diterima bidan di desa ketika melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONEB.

Tabel 5.17 Gambaran Bentuk Dukungan Teman Sejawat

No	Bentuk dukungan teman sejawat	f	%
1	Membantu dalam proses rujukan	14	23,3
2	Menyarankan agar merujuk kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONEB	8	13,3
3	Menyarankan agar merujuk ke fasilitas kesehatan lainnya	11	18,3
4	Diam tanpa respon	27	45,0

Tabel 5.18 Distribusi Responden Menurut Dukungan Teman Sejawat

Dukungan teman sejawat	f	%
Tidak mendukung	38	63,3
Mendukung	22	36,7
Jumlah	60	100,0

Sebagian besar bidan di desa 38 orang (63,3%) mengatakan tidak ada dukungan teman sejawat ketika melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONEB. Sementara yang mengatakan ada dukungan sebanyak 22 orang (36,7%).

3. Dukungan atasan atau pimpinan

Dukungan atasan atau pimpinan diukur dari ada tidaknya dukungan atasan atau pimpinan saat bidan di desa akan melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONEB.

Tabel 5.19 Gambaran Bentuk Dukungan Atasan atau Pimpinan

No	Bentuk dukungan atasan atau pimpinan	f	%
1	Memerintah teman atau petugas lain untuk membantu bidan di desa	3	5,0
2	Memotivasi agar merujuk kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONEB	33	55,0
3	Mensosialisasikan tentang protap sistem rujukan	5	8,3
4	Merekomendasikan agar bidan di desa merujuk ke fasilitas kesehatan lainnya	7	11,7
5	Meminta agar bidan di desa tidak merujuk ke Puskesmas mampu PONEB dengan berbagai alasan	12	20,0

Tabel 5.20 Distribusi Responden Menurut Dukungan Atasan atau Pimpinan

Dukungan atasan atau pimpinan	f	%
Tidak mendukung	19	31,7
Mendukung	41	68,3
Jumlah	60	100,0

Sebagian besar bidan di desa (68,3%) mengatakan ada dukungan atasan atau pimpinan ketika melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONEB. Sementara yang mengatakan tidak ada dukungan sebanyak 19 orang (31,7%).

Tabel 5.21
Rangkuman Distribusi Responden Menurut Hasil Katagorisasi Variabel

N o	Variabel	f	%
1	Perilaku dalam merujuk		
	Kurang	29	48,3
	Baik	31	51,7
	FAKTOR PREDISPOSISI		
2	Pengetahuan tentang Puskesmas PONE D dan sistem rujukan		
	Kurang	21	35,0
	Baik	39	65,0
3	Persepsi terhadap rujukan		
	Kurang	14	23,3
	Baik	46	76,7
4	Pengalaman terhadap fasilitas rujukan		
	Kurang	21	41,18
	Baik	30	58,82
5	Pendidikan		
	<D3 Kebidanan	25	41,7
	≥D3 Kebidanan	35	58,3
6	Umur		
	Dibawah median	21	35,0
	≥Median	39	65,0
7	Masa kerja		
	Dibawah rata-rata	28	46,7
	≥Rata-rata	32	53,3
8	Sikap tentang Puskesmas mampu PONE D		
	Tidak mendukung	9	15,0
	Mendukung	51	85,0
	FAKTOR PEMUNGKIN		
9	Pengetahuan tentang ketersediaan petugas terlatih PONE D		
	Tidak tersedia	19	31,7
	Tersedia	41	68,3
10	Waktu tempuh dari desa ke Puskesmas mampu PONE D		
	>60 menit	16	26,7
	≤60 menit	44	73,3
	FAKTOR PENGUAT		
11	Dukungan keluarga pasien		
	Tidak mendukung	43	71,7
	Mendukung	17	28,3
12	Dukungan teman sejawat		
	Tidak mendukung	38	63,3
	Mendukung	22	36,7
13	Dukungan atasan atau pimpinan		
	Tidak mendukung	19	31,7
	Mendukung	41	68,3

5.3 Hasil Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen. Uji statistik yang digunakan pada analisis bivariat ini adalah uji *chi square* karena variabel berjenis katagorik-katagorik dengan batas kemaknaan $p < 0,05$.

5.3.1 Faktor-faktor Predisposisi

Tabel 5.22
Distribusi Responden Menurut Faktor-faktor Predisposisi dan Perilaku Dalam Melakukan Rujukan Kasus Obstetri Neonatal ke Puskesmas Mampu PONED

No	Variabel Independen	Perilaku		P Value	OR 95% CI
		Kurang	Baik		
1	Pengetahuan PONED & sistem rujukan			0,018	4,464 1,412-14,111
	Kurang	15 (71,4%)	6 (28,6%)		
	Baik	14 (35,9%)	25 (64,1%)		
2	Persepsi terhadap rujukan			1,000	1,091 0,330-3,610
	Kurang	7 (50,0%)	7 (50,0%)		
	Baik	22 (47,8%)	24 (52,2%)		
3	Pengalaman terhadap fasilitas rujukan			0,031	4,318 1,296-14,383
	Kurang	15 (71,4%)	6 (28,6%)		
	Baik	11 (36,7%)	19 (63,3%)		
4	Pendidikan <D3 Kebidanan	19 (76,0%)	6 (24,0%)	0,001	7,917 2,445-25,631
	≥D3 Kebidanan	10 (28,6%)	25 (71,4%)		
5	Umur Di bawah median	6 (28,6%)	15 (71,4%)	0,048	0,278 0,089-0,872
	≥Median	23 (59,0%)	16 (41,0%)		
6	Masa kerja Di bawah rata-rata	13 (46,4%)	15 (53,6%)	0,986	0,867 0,314-2,393
	≥Rata-rata	16 (50,0%)	16 (50,0%)		
7	Sikap tentang Puskesmas PONED Tidak mendukung	6 (66,7%)	3 (33,3%)	0,405	2,435 0,548-10,821
	Mendukung	23 (45,1%)	28 (54,9%)		

1. Pengetahuan tentang Puskesmas mampu PONEDED dan sistem rujukan

Hasil analisis hubungan antara pengetahuan tentang Puskesmas mampu PONEDED dan sistem rujukan dengan perilaku bidan di desa dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONEDED diperoleh bahwa ada sebanyak 15 orang (71,4%) bidan di desa yang berpengetahuan kurang berperilaku kurang. Sedangkan bidan di desa yang berpengetahuan baik, ada sebanyak 14 orang (35,9%) yang berperilaku kurang. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,018$ maka dapat disimpulkan ada perbedaan proporsi kejadian perilaku kurang dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONEDED antara bidan di desa yang berpengetahuan kurang dengan bidan di desa yang berpengetahuan baik (ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan tentang Puskesmas mampu PONEDED dan sistem rujukan dengan perilaku bidan di desa dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONEDED). Dari hasil analisis diperoleh pula nilai $OR=4,464$, artinya bidan di desa yang berpengetahuan kurang berisiko 4,464 kali untuk berperilaku kurang dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONEDED dibanding bidan di desa yang berpengetahuan baik.

2. Persepsi bidan di desa terhadap rujukan

Hasil analisis hubungan antara persepsi bidan di desa terhadap rujukan dengan perilaku bidan di desa dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONEDED diperoleh bahwa ada sebanyak 7 orang (50,0%) bidan di desa yang mempunyai persepsi yang kurang berperilaku kurang. Sedangkan bidan di desa yang mempunyai persepsi yang baik, ada sebanyak 22 orang (47,8%) yang berperilaku kurang. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=1,00$ maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi kejadian perilaku kurang dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONEDED antara bidan di desa yang mempunyai persepsi terhadap rujukan kurang dengan bidan di desa yang mempunyai persepsi baik (tidak ada hubungan yang signifikan antara persepsi terhadap rujukan dengan perilaku bidan di desa dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONEDED).

3. Pengalaman bidan di desa terhadap fasilitas rujukan

Hasil analisis hubungan antara pengalaman bidan di desa terhadap fasilitas rujukan dengan perilaku bidan di desa dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONE D diperoleh bahwa ada sebanyak 15 orang (71,4%) bidan di desa yang mempunyai pengalaman yang kurang berperilaku kurang. Sedangkan bidan di desa yang mempunyai pengalaman yang baik, ada sebanyak 11 orang (36,7%) yang berperilaku kurang. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,031$ maka dapat disimpulkan ada perbedaan proporsi kejadian perilaku kurang dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONE D antara bidan di desa yang mempunyai pengalaman yang kurang terhadap fasilitas rujukan dengan bidan di desa yang mempunyai pengalaman baik (ada hubungan yang signifikan antara pengalaman bidan di desa terhadap fasilitas rujukan dengan perilaku bidan di desa dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONE D). Dari hasil analisis diperoleh pula nilai $OR=4,318$ yang artinya bidan di desa yang mempunyai pengalaman kurang terhadap fasilitas rujukan berisiko 4,318 kali untuk berperilaku kurang dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONE D dibanding dengan bidan di desa yang mempunyai pengalaman yang baik terhadap fasilitas rujukan.

4. Pendidikan

Hasil analisis hubungan antara tingkat pendidikan dengan perilaku bidan di desa dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONE D diperoleh bahwa ada sebanyak 19 orang (76,0%) bidan di desa yang berpendidikan $<D3$ Kebidanan yang berperilaku kurang. Sedangkan bidan di desa yang berpendidikan $\geq D3$ Kebidanan, ada sebanyak 10 orang (28,6%) yang berperilaku kurang. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,001$ maka dapat disimpulkan ada perbedaan proporsi kejadian perilaku baik dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONE D antara bidan di desa yang berpendidikan $<D3$ Kebidanan dengan bidan di desa yang berpendidikan $\geq D3$ Kebidanan (ada hubungan yang signifikan antara pendidikan

dengan perilaku bidan di desa dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONEDED). Dari hasil analisis diperoleh pula nilai $OR=7,917$, artinya bidan di desa yang berpendidikan <D3 Kebidanan berisiko 7,917 kali untuk berperilaku kurang dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONEDED dibanding bidan di desa yang berpendidikan $\geq D3$ Kebidanan.

5. Umur

Hasil analisis hubungan antara umur dengan perilaku bidan di desa dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONEDED diperoleh bahwa ada sebanyak 6 orang (28,6%) bidan di desa yang berumur di bawah median berperilaku kurang. Sedangkan bidan di desa yang berumur \geq median, ada sebanyak 23 orang (59%) yang berperilaku kurang. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,048$ maka dapat disimpulkan ada perbedaan proporsi kejadian perilaku kurang dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONEDED antara bidan di desa yang berumur di bawah median dengan bidan di desa yang berumur \geq median (ada hubungan yang signifikan antara umur dengan perilaku bidan di desa dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONEDED). Dari hasil analisis diperoleh pula nilai $OR=0,278$ yang artinya bidan di desa yang berumur dibawah median berisiko 0,278 kali untuk berperilaku kurang dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONEDED dibanding dengan bidan di desa yang berumur \geq median atau dengan kata lain bidan di desa yang berumur \geq median berisiko 3,597 kali untuk berperilaku kurang dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONEDED dibanding dengan bidan di desa yang berumur dibawah median.

6. Masa kerja

Hasil analisis hubungan antara masa kerja dengan perilaku bidan di desa dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONEDED diperoleh bahwa ada sebanyak 13 orang (46,4%) bidan di desa yang masa kerjanya dibawah rata-rata berperilaku kurang. Sedangkan bidan di desa yang

masa kerjanya \geq rata-rata, ada sebanyak 16 orang (50%) yang berperilaku kurang. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,986$ maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi kejadian perilaku kurang dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONEB antara bidan di desa yang masa kerjanya di bawah rata-rata dengan bidan di desa yang masa kerjanya \geq rata-rata (tidak ada hubungan yang signifikan antara masa kerja dengan perilaku bidan di desa dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONEB).

7. Sikap tentang Puskesmas mampu PONEB

Hasil analisis hubungan antara sikap tentang Puskesmas mampu PONEB dengan perilaku bidan di desa dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONEB diperoleh bahwa ada sebanyak 6 orang (66,7%) bidan di desa yang sikapnya tidak mendukung berperilaku kurang. Sedangkan bidan di desa yang sikapnya mendukung, ada sebanyak 23 orang (45,1%) yang berperilaku kurang. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,405$ maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi kejadian perilaku kurang dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONEB antara bidan di desa yang sikapnya tidak mendukung dengan bidan di desa yang sikapnya mendukung (tidak ada hubungan yang signifikan antara sikap tentang Puskesmas mampu PONEB dengan perilaku bidan di desa dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONEB).

5.3.2 Faktor-faktor Pemungkin

Tabel 5.23
Distribusi Responden Menurut Faktor-faktor Pemungkin dan Perilaku Dalam Melakukan Rujukan Kasus Obstetri Neonatal ke Puskesmas Mampu PONE

No	Variabel Independen	Perilaku		P Value	OR 95% CI
		Kurang	Baik		
1	Pengetahuan tentang ketersediaan petugas terlatih PONE			0,017	4,853 1,458-16,157
	Tidak tersedia	14 (73,7%)	5 (26,3%)		
	Tersedia	15 (36,6%)	26 (63,4%)		
2	Waktu tempuh dari desa ke pukesmas PONE			0,028	4,765 1,319-17,206
	>60 menit	12 (75,0%)	4 (25,0%)		
	≤60 menit	17 (38,6%)	27 (61,4%)		

1. Pengetahuan tentang ketersediaan petugas terlatih PONE

Hasil analisis hubungan antara pengetahuan tentang ketersediaan petugas terlatih PONE dengan perilaku bidan di desa dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONE diperoleh bahwa ada sebanyak 14 orang (73,7%) bidan di desa yang mengaku tidak tersedia berperilaku kurang. Sedangkan bidan di desa yang mengaku tersedia, ada sebanyak 15 orang (36,6%) yang berperilaku kurang. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,017$ maka dapat disimpulkan ada perbedaan proporsi kejadian perilaku kurang dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONE antara bidan di desa yang mengatakan tidak tersedia petugas terlatih PONE dengan bidan di desa yang mengatakan tersedia (ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan tentang ketersediaan petugas terlatih PONE dengan perilaku bidan di desa dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONE). Dari hasil analisis diperoleh pula nilai $OR=4,853$ yang artinya bidan di desa yang mengatakan tidak tersedia petugas terlatih PONE berisiko 4,853 kali untuk mempunyai perilaku kurang dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONE dibanding dengan bidan di desa yang mengatakan tersedia.

2. Waktu tempuh dari desa ke Puskesmas mampu PONE D terdekat

Hasil analisis hubungan antara waktu tempuh ke Puskesmas mampu PONE D terdekat dengan perilaku bidan di desa dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONE D diperoleh bahwa ada sebanyak 12 orang (75,0%) bidan di desa yang waktu tempuhnya >60 menit berperilaku kurang. Sedangkan bidan di desa yang waktu tempuhnya ≤60 menit, ada sebanyak 17 orang (38,6%) yang berperilaku kurang. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,028$ maka dapat disimpulkan ada perbedaan proporsi kejadian perilaku kurang dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONE D antara bidan di desa yang waktu tempuhnya >60 menit dengan bidan di desa yang waktu tempuhnya ≤60 menit (ada hubungan yang signifikan antara waktu tempuh dari desa ke Puskesmas mampu PONE D dengan perilaku bidan di desa dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONE D). Dari hasil analisis diperoleh pula nilai $OR=4,765$ yang artinya bidan di desa yang waktu tempuhnya >60 menit berisiko 4,765 kali untuk berperilaku kurang dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONE D dibanding dengan bidan di desa yang waktu tempuhnya ≤60 menit.

5.3.3 Faktor-faktor Penguat

Tabel 5.24
Distribusi Responden Menurut Faktor-faktor Penguat dan Perilaku Dalam Melakukan Rujukan Kasus Obstetri Neonatal ke Puskesmas Mampu PONE D

No	Variabel Independen	Perilaku		P Value	OR 95% CI
		Kurang	Baik		
1	Dukungan keluarga pasien			0,033	4,514 1,236-16,137
	Tidak mendukung	25 (58,1%)	18 (41,9%)		
	Mendukung	4 (23,5%)	13 (76,5%)		
2	Dukungan teman sejawat			0,094	2,946 0,977-8,890
	Tidak mendukung	22 (57,9%)	16 (42,1%)		
	Mendukung	7 (31,8%)	15 (68,2%)		
3	Dukungan atasan atau pimpinan			0,136	0,361 0,115-1,138
	Tidak mendukung	6 (31,6%)	13 (68,4%)		
	Mendukung	23 (56,1%)	18 (43,9%)		

1. Dukungan keluarga pasien

Hasil analisis hubungan antara dukungan keluarga pasien dengan perilaku bidan di desa dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONE D diperoleh bahwa ada sebanyak 25 orang (58,1%) bidan di desa dengan keluarga pasien tidak mendukung berperilaku kurang. Sedangkan bidan di desa dengan keluarga pasien mendukung, ada sebanyak 4 orang (23,5%) yang berperilaku kurang. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,033$ maka dapat disimpulkan ada perbedaan proporsi kejadian perilaku kurang dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONE D antara keluarga pasien tidak mendukung dengan keluarga pasien mendukung (ada hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga pasien dengan perilaku bidan di desa dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONE D). Dari hasil analisis diperoleh pula nilai $OR=4,514$ yang artinya bidan di desa yang keluarga pasien tidak mendukung berisiko 4,514 kali untuk berperilaku kurang dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONE D dibanding dengan bidan di desa yang keluarga pasiennya mendukung.

2. Dukungan teman sejawat

Hasil analisis hubungan antara dukungan teman sejawat dengan perilaku bidan di desa dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONE D diperoleh bahwa ada sebanyak 22 orang (57,9%) bidan di desa yang teman sejawat tidak mendukung berperilaku kurang. Sedangkan bidan di desa yang teman sejawatnya mendukung, ada sebanyak 7 orang (31,8%) yang berperilaku kurang. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,094$ maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi kejadian perilaku kurang dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONE D antara bidan di desa yang teman sejawatnya tidak mendukung dengan bidan di desa yang teman sejawatnya mendukung (tidak ada hubungan yang signifikan antara dukungan teman sejawat dengan perilaku bidan di desa dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONE D).

3. Dukungan atasan atau pimpinan

Hasil analisis hubungan antara dukungan atasan atau pimpinan dengan perilaku bidan di desa dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONE D diperoleh bahwa ada sebanyak 6 orang (31,6%) bidan di desa yang atasan atau pimpinannya tidak mendukung berperilaku kurang. Sedangkan bidan di desa yang atasan atau pimpinannya mendukung, ada sebanyak 23 orang (56,1%) yang berperilaku kurang. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,136$ maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi kejadian perilaku kurang dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONE D antara bidan di desa yang atasan atau pimpinannya tidak mendukung dengan bidan di desa yang atasan atau pimpinannya mendukung (tidak ada hubungan yang signifikan antara dukungan atasan atau pimpinan dengan perilaku bidan di desa dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONE D).

Tabel 5.25

Rangkuman Hasil Analisis Bivariat Antara Variabel Independen dengan Variabel Dependen Studi Perilaku Bidan di Desa Dalam Melakukan Rujukan Kasus Obstetri Neonatal ke Puskesmas Mampu PONE D

No	Variabel independen	P value	OR	Keterangan
1	Pengetahuan tentang Puskesmas mampu PONE D dan sistem rujukan	0,018	4,464	Bermakna
2	Persepsi terhadap rujukan	1,000	1,091	Tidak bermakna
3	Pengalaman terhadap fasilitas rujukan	0,031	4,318	Bermakna
4	Pendidikan	0,001	7,917	Bermakna
5	Umur	0,048	0,278	Bermakna
6	Masa kerja	0,986	0,867	Tidak bermakna
7	Sikap tentang Puskesmas mampu PONE D	0,405	2,435	Tidak bermakna
8	Pengetahuan tentang ketersediaan petugas terlatih PONE D	0,017	4,853	Bermakna
9	Waktu tempuh dari desa ke Puskesmas mampu PONE D	0,028	4,765	Bermakna
10	Dukungan keluarga pasien	0,033	4,514	Bermakna
11	Dukungan teman sejawat	0,093	2,946	Tidak bermakna
12	Dukungan atasan atau pimpinan	0,136	0,361	Tidak bermakna

5.4 Hasil Analisis Multivariat

Analisis multivariat dilakukan untuk mengetahui variabel independen mana yang paling dominan hubungannya terhadap variabel dependen. Uji statistik yang digunakan adalah uji regresi logistik ganda karena semua variabel bersifat katagorik. Tahapan analisis multivariat yaitu dengan pemilihan variabel kandidat multivariat dengan memasukan semua variabel dan kemudian dilakukan seleksi bivariat.

5.4.1 Seleksi Kandidat Model Multivariat

Untuk mendapatkan variabel kandidat yang akan dimasukkan ke dalam pemodelan multivariat, maka terlebih dahulu dilakukan seleksi bivariat dengan ketentuan apabila nilai $p < 0,25$, maka variabel tersebut dimasukkan kedalam pemodelan multivariat.

Tabel 5.26 Hasil Seleksi Kandidat Model Multivariat

No	Variabel	p value	Keterangan
1	Pengetahuan tentang Puskesmas mampu PONE D dan sistem rujukan	0,008	Kandidat
2	Persepsi terhadap rujukan	0,887	Bukan kandidat
3	Pengalaman terhadap fasilitas rujukan	0,013	Kandidat
4	Pendidikan	0,000	Kandidat
5	Umur	0,023	Kandidat
6	Masa kerja	0,782	Bukan kandidat
7	Sikap tentang Puskesmas mampu PONE D	0,230	Kandidat
8	Pengetahuan tentang ketersediaan petugas terlatih PONE D	0,007	Kandidat
9	Waktu tempuh dari desa ke Puskesmas mampu PONE D	0,011	Kandidat
10	Dukungan keluarga pasien	0,014	Kandidat
11	Dukungan teman sejawat	0,049	Kandidat
12	Dukungan atasan atau pimpinan	0,074	Kandidat

5.4.2 Pemodelan Multivariat

Untuk analisis multivariat ini peneliti menggunakan metode *backward stepwise (wald) elimination* sehingga variabel yang lemah hubungannya akan secara otomatis dikeluarkan dari pemodelan.

Tabel 5.27
 Hasil Analisis Multivariat Dengan Uji Regresi Logistik Ganda Metode *Backward Stepwise (Wald) Elimination (Step 1)*

N o	Variabel	P value	OR	95% CI
1	Pengetahuan tentang Puskesmas mampu PONE D dan sistem rujukan	0,076	20,708	0,729-588,530
2	Pendidikan	0,999	2,200E10	0,000-.
3	Umur	0,026	0,027	0,001-0,651
4	Sikap tentang Puskesmas mampu PONE D	0,732	0,528	0,014-20,351
5	Pengetahuan tentang ketersediaan petugas terlatih PONE D	0,900	0,758	0,010-57,972
6	Waktu tempuh dari desa ke Puskesmas mampu PONE D	0,996	3,459E24	0,000-.
7	Dukungan keluarga pasien	0,997	2,561E15	0,000-.
8	Dukungan teman sejawat	0,999	2,440E7	0,000-.
9	Dukungan atasan atau pimpinan	0,998	3,295E7	0,000-.

Dari tabel di atas terlihat bahwa hasil analisis multivariat pada step 1 masih terdapat 8 variabel mempunyai nilai $p > 0,05$ dan hanya terdapat 1 variabel yang memiliki nilai $p < 0,05$ yaitu variabel umur.

Tabel 5.28
 Hasil Analisis Multivariat Dengan Uji Regresi Logistik Ganda Metode *Backward Stepwise (Wald) Elimination (Step 7)*

N o	Variabel	P value	OR	95% CI
1	Pengetahuan tentang Puskesmas mampu PONE D dan sistem rujukan	0,003	16,791	2,564-109,976
2	Pendidikan	0,002	17,032	2,826-102,653
3	Umur	0,011	0,111	0,021-0,601

Setelah dilakukan analisis multivariat dengan metode *backward stepwise (wald) elimination* maka pada step ke 7 sudah tidak ditemukan variabel yang mempunyai nilai $p > 0,05$.

5.4.3 Uji Interaksi

Uji interaksi dilakukan pada variabel yang secara substansi diduga saling berinteraksi. Variabel yang diduga saling berinteraksi adalah variabel pengetahuan tentang Puskesmas mampu PONE D dan sistem rujukan dan variabel pendidikan.

Tabel 5.29
Hasil Uji Interaksi Antara Variabel Pendidikan Dengan Variabel Pengetahuan Tentang Puskesmas Mampu PONE D dan Sistem Rujukan

No	Variabel	P value	OR	95% CI
1	Pengetahuan tentang Puskesmas mampu PONE D dan sistem rujukan	0,999	1,072E9	0,000-.
2	Pendidikan	0,999	1,03E9	0,000-.
3	Umur	0,011	0,123	0,025-0,620
4	Pendidikan*pengetahuan tentang Puskesmas mampu PONE D dan sistem rujukan	0,999	0,000	0,000-.

Hasil uji interaksi antara variabel pengetahuan tentang Puskesmas mampu PONE D dan sistem rujukan dengan variabel pendidikan didapatkan nilai $p=0,999$, yang berarti bahwa variabel pengetahuan tentang Puskesmas mampu PONE D dan sistem rujukan tidak berinteraksi dengan variabel pendidikan.

Dengan demikian diperoleh model terakhir hasil analisis multivariat sebagai berikut:

Tabel 5.30
Model Terakhir Hasil Analisis Multivariat Dengan Uji Regresi Logistik

No	Variabel	P value	OR	95% CI
1	Pengetahuan tentang Puskesmas mampu PONE D dan sistem rujukan	0,003	16,791	2,564-109,976
2	Pendidikan	0,002	17,032	2,826-102,653
3	Umur	0,011	0,111	0,021-0,601

Dari hasil pemodelan terakhir dapat disimpulkan bahwa: bidan di desa yang berpengetahuan tentang Puskesmas mampu PONEB dan sistem rujukan kurang berisiko 16,791 kali untuk berperilaku kurang dibanding bidan di desa yang berpengetahuan baik. Bidan di desa yang berpendidikan <D3 Kebidanan berisiko 17,032 kali untuk berperilaku kurang dibanding bidan di desa yang berpendidikan \geq D3 kebidanan, dan bidan di desa yang berumur di bawah median berisiko 0,111 kali untuk berperilaku kurang dibanding bidan di desa yang berumur \geq median atau dengan kata lain bidan di desa yang berumur \geq median berisiko 9,009 kali untuk berperilaku kurang dibanding bidan di desa yang berumur di bawah median.

Dari hasil analisis multivariat diatas dapat ditarik kesimpulan bahwa variabel pendidikan merupakan variabel yang paling dominan hubungannya terhadap perilaku bidan di desa dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONEB di Kabupaten Lebong Provinsi Bengkulu karena variabel tersebut mempunyai nilai $p=0,002$ dan nilai OR yang paling tinggi yaitu 17,032 yang berarti bahwa bidan di desa yang berpendidikan <D3 Kebidanan berisiko 17,032 kali untuk berperilaku kurang dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONEB dibanding dengan bidan di desa yang berpendidikan \geq D3 Kebidanan.

BAB 6

PEMBAHASAN

Setelah dilakukan analisa data berdasarkan tujuan penelitian, maka terlebih dahulu dikemukakan keterbatasan dalam penelitian ini yang dilanjutkan dengan pembahasan hasil penelitian dari masing-masing variabel yang diteliti.

6.1 Keterbatasan Penelitian

1. Beberapa variabel dalam penelitian ini menggunakan ukuran tendensi sentral (mean atau median) sebagai *cut off poin* untuk mengkatagorisasikan variabel tersebut. Penggunaan mean atau median sebagai *cut off poin* dikarenakan beberapa variabel tersebut tidak mempunyai batasan yang pasti yang dapat dijadikan pedoman untuk pengkatagorisasian variabel tersebut. Sebagai akibatnya hasil katagorisasi variabel sangat tergantung dari data yang ada. Apabila data tersebut secara merata mempunyai nilai yang kecil, maka variabel yang akan dikatagorikan sebagai sesuatu yang baik sebenarnya masih memiliki nilai yang kecil. Begitu pula sebaliknya, variabel yang dikatagorikan kurang bisa saja memiliki nilai yang tinggi apabila data yang ada menunjukkan nilai yang tinggi.
2. Penelitian ini menggunakan rancangan *cross sectional*, dimana pengukuran variabel dependen dan variabel independen dilakukan secara bersamaan pada saat penelitian ini dilakukan. Kelemahan rancangan ini antara lain tidak dapat membedakan variabel yang menjadi penyebab dan yang menjadi akibat. Oleh karena itu penelitian ini tidak dapat memberikan penjelasan tentang adanya hubungan sebab akibat, hubungan yang ada hanya menunjukkan adanya keterkaitan saja, bukan hubungan yang bersifat kausalitas.
3. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner yang meliputi pertanyaan tertutup dan terbuka serta pilihan jawaban bersifat subjektif, sehingga kebenaran data sangat tergantung pada keterusterangan dan kejujuran responden, dan juga ketekunan responden pada saat pengisian

kuesioner. Untuk mengatasi masalah tersebut peneliti memberikan waktu yang cukup panjang pada responden untuk mengisi kuesioner dan memberikan kesempatan kepada responden untuk bertanya jika ada hal-hal yang kurang dimengerti oleh responden tentang kuesioner tersebut. Selain itu upaya yang dilakukan untuk menghindari ketidakjujuran ataupun kecurangan yang dilakukan responden dalam mengisi kuesioner, peneliti memberikan pemahaman dan menyakinkan kepada responden bahwa data yang dikumpulkan hanya untuk kepentingan penelitian semata dan dijamin kerahasiaannya.

4. Data kasus rujukan yang dikumpulkan dalam penelitian ini adalah data dari Januari tahun 2007 sampai dengan data pada saat penelitian yaitu pada bulan Juli tahun 2009, sehingga ada kemungkinan data yang terkumpul tidak valid yang disebabkan oleh sistem pencatatan dan pelaporan bidan di desa yang kurang baik, seperti hilangnya atau tidak adanya lagi register kunjungan pasien dan laporan rujukan pada tahun-tahun sebelumnya (2007-2008), yang seharusnya dimiliki oleh bidan di desa. Untuk mengatasi masalah ini peneliti melakukan *cross check* data dari bidan desa tersebut dengan data yang ada di Puskesmas maupun dengan data yang ada di Dinas Kesehatan.
5. Sepuluh orang bidan di desa yang mengikuti FGD pada tahap pengembangan kuesioner juga ikut menjadi responden pada tahap pengambilan data penelitian ini sehingga ada kemungkinan terjadi bias informasi, untuk mengatasi hal tersebut peneliti memberikan jeda waktu yang cukup panjang (± 2 bulan) antara pelaksanaan FGD dengan pengambilan data penelitian.

6.2 Hasil Penelitian

6.2.1 Perilaku Bidan di Desa Dalam Melakukan Rujukan Kasus Obstetri Neonatal ke Puskesmas Mampu PONE D

Penilaian perilaku bidan di desa tersebut berdasarkan proporsi kasus (ada indikasi dirujuk) dirujuk ke Puskesmas mampu PONE D terdekat baik secara langsung maupun melalui Puskesmas setempat.

Universitas Indonesia

Proporsi rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONEK terdekat baik secara langsung maupun melalui Puskesmas setempat berkisar 0%-100%. Hal ini menunjukkan bahwa adanya perilaku yang ekstrim yang dilakukan oleh bidan di desa dalam merujuk kasus obstetri neonatal, dimana masih ditemukan bidan yang sama sekali tidak pernah melakukan rujukan kasus obstetri yang ditanganinya (ada indikasi rujuk) ke Puskesmas mampu PONEK terdekat baik secara langsung maupun melalui Puskesmas setempat.

Dari jumlah kasus yang dirujuk ke Puskesmas mampu PONEK hanya 43 kasus obstetri (20,18%) dan 18 kasus neonatal (11,76%) yang harus dirujuk ke rumah sakit di luar Kabupaten Lebong (RS PONEK).

Dari data di atas dapat ditarik kesimpulan bahwa sebagian besar kasus obstetri neonatal yang dirujuk Puskesmas mampu PONEK, sebagian besar dapat ditangani di Puskesmas mampu PONEK dan hanya sebagian kecil saja yang dirujuk ke RS PONEK karena tidak dapat ditangani di Puskesmas mampu PONEK. Itu berarti peran Puskesmas mampu PONEK di Kabupaten Lebong sudah cukup baik dalam menangani kasus obstetri. Namun disayangkan masih terdapat cukup banyak kasus obstetri dengan indikasi rujuk tersebut langsung dirujuk ke RS di luar Kabupaten Lebong. Hal tersebut menyebabkan pemborosan tenaga, waktu, dan pemborosan biaya apabila berdasarkan pengkajian awal terhadap pasien bahwa pasien tersebut dapat ditangani di Puskesmas mampu PONEK yang ada di Kabupaten Lebong. Namun jika kasus yang dirujuk tersebut diyakini tidak dapat ditanggulangi di fasilitas kesehatan yang ada di Kabupaten Lebong maka merujuk ke luar Kabupaten Lebong merupakan solusi yang tepat, tentunya dengan tidak mengabaikan tindakan pra rujukan yang adekuat. Ironisnya pasien yang dirujuk mayoritas berasal dari keluarga yang tidak mampu (Dinkes Kab Lebong, 2008).

Dengan demikian pengembangan Puskesmas mampu PONEK di Kabupaten Lebong dapat dikatakan sebagai program kesehatan yang sangat baik terutama dalam upaya menurunkan angka kematian ibu dan kematian neonatal, apalagi jika Puskesmas mampu PONEK yang ada sudah berjalan secara maksimal sebagaimana mestinya program tersebut dijalankan (Depkes RI,2004).

Dari hasil analisis didapatkan bahwa sebagian besar bidan di desa mempunyai perilaku yang baik dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONEC yaitu sebanyak 51,7%. Secara substansi perilaku bidan ini belum dapat dikatakan baik karena pembagian perilaku baik dan kurang berdasarkan nilai mean (45,38) yang artinya bidan di desa yang jumlah proporsi rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONEC $\geq 45,38$ sudah dianggap berperilaku baik.

Proporsi rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONEC terbesar berada pada kisaran 31-45% dan 46-60% yaitu masing-masing dimiliki oleh 14 bidan di desa. Hanya sebagian kecil bidan di desa yang memiliki proporsi rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONEC yang melebihi 60%, yaitu sebanyak 17 orang (28,3%). Hal ini mengindikasikan bahwa pemanfaatan Puskesmas mampu PONEC sebagai sarana rujukan bagi bidan di desa belum maksimal.

Masih rendahnya angka proporsi rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONEC mungkin disebabkan oleh beberapa faktor, diantaranya karena bidan di desa kurang mendapat informasi terbaru tentang rujukan kasus obstetri neonatal. Faktor lain yang mungkin juga berpengaruh adalah karena para bidan di desa belum memahami resiko yang mungkin akan mereka terima yang berkaitan dengan kasus-kasus emergensi yang mereka tangani dilapangan.

6.2.2 Hubungan Pengetahuan Bidan di Desa Tentang Puskesmas Mampu PONEC dan Sistem Rujukan Dengan Perilaku Bidan di Desa Dalam Melakukan Rujukan Kasus Obstetri Neonatal ke Puskesmas Mampu PONEC

Pengetahuan bidan di desa tentang Puskesmas mampu PONEC dan sistem rujukan diukur dari jumlah jawaban yang benar dari 27 pertanyaan yang mencakup hal-hal tentang Puskesmas mampu PONEC dan sistem rujukan.

Dari 27 pertanyaan yang diajukan untuk mengukur pengetahuan bidan di desa tentang Puskesmas mampu PONEC dan sistem rujukan, ada sebanyak 16 pertanyaan yang dijawab dengan benar <60%. Skor pengetahuan bidan terbesar berada pada kisaran 14-15, yang dimiliki oleh 34 bidan di desa. Hanya sebagian

Universitas Indonesia

kecil saja bidan di desa yang mampu memperoleh skor 18-19, yaitu sebanyak 3 orang. Hal ini menunjukkan bahwa pengetahuan bidan di desa tentang Puskesmas mampu PONE D dan sistem rujukan masih sangat rendah.

Skor tertinggi pada penilaian pengetahuan bidan di desa tentang Puskesmas mampu PONE D dan sistem rujukan adalah 19, sedangkan skor terendah adalah 8 dan nilai median yang ditetapkan sebagai *cut off poin* adalah 14. Jika dilihat secara substansi, dapat disimpulkan bahwa bidan di desa yang dikategorikan berpengetahuan baik apabila bidan di desa tersebut dapat menjawab pertanyaan secara benar minimal 14 (51,8%) dari seluruh pertanyaan yang ada, itu berarti pengetahuan bidan di desa tentang Puskesmas mampu PONE D tersebut masih sangat memprihatinkan. Hal ini mungkin disebabkan karena kurangnya keterpaparan bidan di desa dengan informasi terutama informasi tentang Puskesmas mampu PONE D dan sistem rujukan, kurangnya sosialisasi tentang program PONE D dan sistem rujukan, serta pelaksanaan program PONE D di Kabupaten Lebong baru berjalan sejak tahun 2007.

Menurut Notoadmodjo 2003, pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga.

Dari hasil analisis diperoleh juga data bahwa sebagian besar bidan di desa mempunyai pengetahuan yang baik tentang Puskesmas mampu PONE D dan sistem rujukan yaitu 65,0%, bidan di desa yang berpengetahuan baik ini kemungkinan adalah bidan yang bertugas di wilayah kerja Puskesmas mampu PONE D karena disamping mereka mendapat informasi dari petugas terlatih PONE D yang ada di Puskesmas mereka, bidan di desa tersebut biasanya juga diwajibkan piket secara bergantian di Puskesmas sehingga hal ini yang mungkin menyebabkan keterpaparan informasi tentang Puskesmas mampu PONE D dan sistem rujukan pada bidan di desa yang bertugas di wilayah kerja Puskesmas

mampu PONEB berbeda dengan bidan di desa yang bertugas diluar wilayah kerja Puskesmas mampu PONEB.

Notoadmodjo 2007 juga mengungkapkan bahwa pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*), beliau juga mengungkapkan bahwa penerimaan perilaku yang di dasari oleh pengetahuan, kesadaran, dan sikap yang positif maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng (*long lasting*).

Selain itu teori Snehandu B. Kar dalam Notoadmodjo 2007, mengemukakan bahwa perilaku manusia merupakan fungsi dari ada atau tidak adanya informasi tentang kesehatan atau fasilitas kesehatan (*accessibility of information*).

Hasil analisis diperoleh bahwa ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan tentang Puskesmas mampu PONEB dan sistem rujukan dengan perilaku bidan di desa dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONEB dengan nilai OR=4,464, artinya bidan di desa yang berpengetahuan kurang berisiko 4,464 kali untuk tidak melakukan rujukan kasus obstetri neonatal yang di tangannya ke Puskesmas mampu PONEB.

Hasil penelitian ini sejalan dengan beberapa penelitian yang terdahulu yang diantaranya adalah sebagai berikut: Zachri S, 2002 mengemukakan bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan dengan pelaksanaan rujukan, hasil penelitiannya membuktikan bahwa pengetahuan yang rendah akan mempunyai kecenderungan 3,03 lebih besar untuk tidak memanfaatkan pelayanan rujukan. Menurut Fairuzi HMF,1998 makin baik tingkat pengetahuan seseorang maka makin tinggi pula tingkat pemanfaatannya terhadap fasilitas kesehatan yang ada.

Sementara itu Fauzi A, 2002 mengemukakan ada hubungan bermakna antara pengetahuan dengan perilaku pencegahan infeksi pada pertolongan persalinan. Pengetahuan diperoleh dari pengalaman, baik dari pengalaman sendiri maupun dari pengalaman orang lain. Tindakan seseorang juga didasari oleh pengetahuan, terdapat hubungan bermakna antara pengetahuan dengan pemanfaatan rujukan ibu hamil berisiko (Wirawan, 1994).

Hal senada diungkapkan oleh Nurhayati, 1997 bahwa pengetahuan mempunyai hubungan yang bermakna dengan perilaku kepatuhan petugas kesehatan dalam pencegahan infeksi nasokomial.

Namun hasil penelitian ini bertolak belakang dengan hasil penelitian Ma'mun, 2001 yang mengungkapkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan tentang rujukan dengan pemanfaatan fasilitas rujukan.

6.2.3 Hubungan Persepsi Bidan di Desa Terhadap Rujukan Dengan Perilaku Bidan di Desa Dalam Melakukan Rujukan Kasus Obstetri Neonatal ke Puskesmas Mampu PONE

Persepsi bidan di desa terhadap rujukan pada penelitian ini adalah pandangan atau pendapat bidan di desa terhadap rujukan kasus obstetri neonatal ketika Bidan di desa tersebut menemukan kasus obstetri neonatal dengan indikasi rujuk.

Dari hasil analisis diperoleh bahwa sebagian besar bidan di desa mempunyai persepsi yang baik terhadap rujukan dengan kata lain secara mayoritas bidan di desa sudah menyadari bahwa pentingnya penanganan kasus obstetri neonatal dengan indikasi rujuk secara adekuat.

Menurut Notoadmodjo, 2007 Perubahan-perubahan perilaku dalam diri seseorang dapat diketahui melalui persepsi. Persepsi adalah pengalaman yang dihasilkan melalui indra penglihatan, pendengaran, penciuman, dan sebagainya. Setiap orang mempunyai persepsi yang berbeda meskipun objeknya sama.

Banyaknya bidan di desa yang mempunyai persepsi yang baik terhadap rujukan kemungkinan disebabkan karena bidan di desa telah mulai menyadari akan resiko yang kemungkinan akan mereka tanggung jika bidan di desa tersebut tidak bekerja sesuai dengan protap yang telah ditetapkan.

Sementara itu menurut Katz, 1960 dalam Notoadmodjo 2007 bahwa salah satu yang melatarbelakangi perilaku individu adalah kebutuhan-kebutuhan individu yang bersangkutan, dijelaskan juga salah satu bentuk fungsi perilaku adalah sebagai *defence mecanism* atau sebagai pertahanan diri dalam menghadapi lingkungannya. Dalam hal penelitian ini persepsi baik bidan di desa terhadap

rujukan kemungkinan dipengaruhi oleh mekanisme pertahanan diri mereka terhadap resiko yang mungkin mereka alami jika tidak melakukan penanganan kasus obstetri neonatal secara adekuat, termasuk di dalamnya melakukan rujukan kasus obstetri neonatal dengan indikasi dirujuk.

Hasil analisis diperoleh bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara persepsi terhadap rujukan dengan perilaku bidan di desa dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONEB.

Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian yang diungkapkan oleh Ma'mun A (2001), beliau mengungkapkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara persepsi terhadap rujukan dengan pemanfaatan fasilitas rujukan, namun pada penelitian Ma'mun ini yang menjadi responden adalah pengguna jasa rujukan secara langsung (ibu hamil resiko tinggi).

Tidak bermaknanya hubungan antara persepsi terhadap rujukan dengan perilaku bidan di desa dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONEB pada penelitian ini juga dimungkinkan karena sebagian besar (76,7%) bidan di desa mempunyai persepsi baik terhadap rujukan sehingga tidak ada variasi pada kelompok secara keseluruhan.

6.2.4 Hubungan Pengalaman Bidan di Desa Terhadap Fasilitas Rujukan Dengan Perilaku Bidan di Desa Dalam Melakukan Rujukan Kasus Obstetri Neonatal ke Puskesmas Mampu PONEB

Dari hasil analisa didapatkan bahwa sebagian besar bidan di desa (76,5%) mengungkapkan bahwa petugas tidak siap ditempat. Hal ini kemungkinan karena: 1) Petugas yang terlatih PONEB tersebut sebagian besar tidak tinggal disekitar Puskesmas mampu PONEB. Sehingga memerlukan waktu untuk memanggil atau menjemput petugas tersebut jika diperlukan. 2) Petugas yang terlatih PONEB hanya sedikit (2 orang perawat, 2 orang bidan dan 2 orang dokter) untuk 2 Puskesmas mampu PONEB di Kabupaten Lebong, Sehingga tidak dapat diberlakukan sistem piket. 3) Petugas terlatih PONEB tersebut memegang tugas atau jabatan rangkap karena staf Puskesmas yang terbatas. 4) Tidak adanya

fasilitas perumahan yang cukup untuk bisa memfasilitasi agar petugas terlatih PONEB dapat tinggal disekitar Puskesmas mampu PONEB.

Hasil analisis diperoleh adanya hubungan yang signifikan antara pengalaman bidan di desa terhadap fasilitas rujukan dengan perilaku bidan di desa dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONEB. Pengalaman yang kurang akan berisiko 4,318 kali untuk berperilaku kurang dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONEB.

Hasil penelitian ini sependapat dengan beberapa hasil penelitian sebelumnya diantaranya adalah: Suryadi (1980) dalam penelitiannya menyatakan bahwa dalam memilih tempat rujukan terdapat lima alasan utama yaitu: terdekat, keinginan pasien, termurah, lebih percaya dan pernah dirawat. Sementara itu Notoadmojo (1982) mengemukakan bahwa alasan yang paling menonjol untuk memilih fasilitas pelayanan kesehatan adalah: terbanyak berobat ke RS karena alasan sudah mengenal, berobat ke Puskesmas karena alasan dekat, dan berobat ke dukun karena alasan kepercayaan.

6.2.5 Hubungan Pendidikan Bidan di Desa Dengan Perilaku Bidan di Desa Dalam Melakukan Rujukan Kasus Obstetri Neonatal ke Puskesmas Mampu PONEB

Sebagian besar (58,3%) bidan di desa berpendidikan \geq D3 kebidanan. Hal ini dimungkinkan karena sudah tidak ada lagi sekolah PPBA atau PPBC di Provinsi Bengkulu. Jenjang pendidikan kebidanan yang ada hanya D3 dan D4 kebidanan. Namun untuk D4 kebidanan belum menamatkan siswanya. Sementara itu bidan di desa yang tadinya berpendidikan PPBA atau PPBC sudah banyak yang melanjutkan ke jenjang pendidikan D3 kebidanan. Selain itu juga dikarenakan pengangkatan bidan baik yang berstatus pegawai negeri maupun PTT (pegawai tidak tetap) minimal pendidikan D3 kebidanan kecuali untuk *data base* bagi bidan honorer atau bidan PTT angkatan sebelum tahun 2000.

Dari hasil analisis diperoleh bahwa sebagian besar (71,4%) bidan di desa yang berpendidikan \geq D3 kebidanan berperilaku baik dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONEB, itu berarti pendidikan

merupakan salah satu faktor yang sangat penting dalam perubahan perilaku seseorang. Tingginya persentase berperilaku baik pada bidan yang berpendidikan $\geq D3$ Kebidanan mungkin karena bidan tersebut sudah mendapatkan informasi yang cukup tentang Puskesmas mampu PONEB dan sistem rujukan pada saat mengikuti pendidikan.

Notoadmojo 2007, mengungkapkan bahwa upaya yang dapat ditempuh agar masyarakat atau individu dapat berperilaku atau mengadopsi perilaku kesehatan adalah dengan cara persuasi, bujukan, himbauan, ajakan, memberikan informasi, memberikan kesadaran, dan sebagainya melalui kegiatan yang disebut pendidikan kesehatan.

Dikatakan pula bahwa dampak yang timbul dari pendidikan terhadap perubahan perilaku akan memakan waktu yang panjang, namun demikian apabila perilaku tersebut berhasil diadopsi oleh individu atau masyarakat, maka akan berlangsung langgeng, bahkan mungkin selama hidup akan dilakukan. Pendidikan merupakan suatu bentuk intervensi atau upaya yang ditujukan kepada perilaku agar perilaku tersebut kondusif untuk kesehatan. Dengan kata lain pendidikan mengupayakan agar perilaku individu, kelompok atau masyarakat mempunyai pengaruh positif terhadap pemeliharaan dan peningkatan kesehatan.

Hasil analisis menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara pendidikan dengan perilaku bidan di desa dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONEB. Bidan di desa yang berpendidikan PPBC/PPBA berisiko 7,917 kali untuk tidak melakukan rujukan kasus obstetri neonatal yang ditangani atau ditemukannya ke Puskesmas mampu PONEB. Hasil analisis juga menunjukkan bahwa pendidikan merupakan variabel yang paling kuat hubungannya dengan perilaku bidan di desa dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONEB diantara variabel-variabel lainnya.

Hasil penelitian ini sama dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Gani 1981 dalam Notoadmojo, 1982 yang menyatakan bahwa tingkat pendidikan yang tinggi akan memanfaatkan pelayanan kesehatan dan mempengaruhi kesadarannya terhadap pentingnya kesehatan.

Universitas Indonesia

6.2.6 Hubungan Umur Bidan di Desa Dengan Perilaku Bidan di Desa Dalam Melakukan Rujukan Kasus Obstetri Neonatal ke Puskesmas Mampu PONED

Umur bidan di desa yang bertugas di Kabupaten Lebong sebagian besar diatas 30 tahun (65,6%). Usia bidan di desa berkisar 22-47 tahun, itu berarti semua bidan di desa yang bertugas di Kabupaten Lebong tersebut masih dalam periode usia produktif, dan dengan rentang usia seperti tersebut diatas sangat memungkinkan bidan di desa tersebut untuk dapat menjalankan tugas dengan baik (memiliki kinerja yang baik).

Hasil analisis diperoleh bahwa ada hubungan yang signifikan antara umur dengan perilaku bidan di desa dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONED. Bidan di desa yang berumur diatas rata-rata berisiko 3,597 kali untuk mempunyai perilaku kurang dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONED. Hasil analisis juga menunjukkan bahwa umur termasuk variabel yang sangat kuat hubungannya dengan perilaku bidan di desa dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONED.

Hasil penelitian ini sependapat dengan Robins (2006) yang mengungkapkan bahwa ada suatu keyakinan bahwa produktivitas menurun seiring dengan meningkatnya umur seseorang. Kemampuan seseorang berkaitan dengan kecekatan, kekuatan, koordinasi, dan hal ini diduga akan menurun seiring bertambahnya umur.

Hasil penelitian ini berbanding terbalik dengan hasil penelitian Rasidin, Y (2001) yang dalam penelitiannya menyimpulkan bahwa ada hubungan bermakna antara umur dengan kinerja bidan di desa. Bidan yang berumur <28 tahun akan berkinerja kurang sebesar 8,3 kali dibanding bidan yang berumur ≥ 28 tahun. Hal ini kemungkinan disebabkan karena bidan di desa yang sudah berumur diatas rata-rata pada umumnya adalah bidan-bidan yang senior dan pada masa yang terdahulu mereka selalu merujuk pasien ke rumah sakit di Curup (Kabupaten Rejang Lebong) karena belum ada rumah sakit di Kabupaten Lebong pada waktu itu, sehingga hal ini memperkuat pandangan mereka bahwa penanganan kasus rujukan

Universitas Indonesia

tidak dapat dilakukan dengan baik di Puskesmas-Puskesmas yang ada di Kabupaten Lebong, selain itu informasi dan sosialisasi yang kurang tentang Puskesmas mampu PONEB di duga turut berkontribusi dalam hal ini.

Sementara hasil penelitian ini bertentangan dengan hasil penelitian Nasir, NM (2007) yang mengemukakan bahwa tidak terdapat hubungan antara umur bidan dengan kinerja bidan dalam pelayanan ante natal. Pada umur tertentu akan terjadi penurunan produktivitas kerja, tetapi pada umur tertentu pula produktivitas kerja seseorang akan meningkat. Hal ini kemungkinan disebabkan karena adanya perbedaan beban kerja antara bidan di desa dalam melakukan pelayanan ante natal dengan melakukan rujukan kasus obstetri neonatal. Jika dalam pelayanan ante natal pada umumnya bidan di desa di datangi oleh ibu hamil ketempat tinggalnya ataupun dilakukan di fasilitas kesehatan ketika bidan di desa sedang bertugas dan yang ditanganipun pada umumnya dalam kondisi baik. Sedangkan pada pelaksanaan rujukan kasus obstetri neonatal seringkali terjadi hal yang sebaliknya.

6.2.7 Hubungan Masa Kerja Bidan di Desa Dengan Perilaku Bidan di Desa Dalam Melakukan Rujukan Kasus Obstetri Neonatal ke Puskesmas Mampu PONEB

Yang dimaksudkan dengan masa kerja pada penelitian ini adalah lamanya bidan di desa tersebut bekerja sebagai bidan, hal ini perlu dipertegas karena ada beberapa orang bidan di desa tersebut sebelumnya bekerja sebagai perawat kemudian mengikuti sekolah bidan dan kembali bekerja sebagai bidan di desa. Dari hasil analisis diperoleh bahwa sebagian besar bidan di desa (53,3%) mempunyai masa kerja diatas rata-rata (11 tahun).

Hasil analisis diperoleh bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara masa kerja dengan perilaku bidan di desa dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONEB.

Masa kerja seseorang berkaitan dengan pengalaman seseorang dalam bidangnya. Pengalaman yang diperoleh seseorang dapat mempengaruhi kemampuannya dan pekerjaan akan mempengaruhi petugas yang telah lama bekerja (senioritas).

Biasanya senioritas didefinisikan sebagai masa kerja seseorang pada pekerjaan tertentu, kita dapat mengatakan bahwa bukti paling baru menunjukkan suatu hubungan positif antara senioritas dengan produktivitas pekerjaan. Jika demikian masa kerja yang diekspresikan sebagai pengalaman kerja, tampaknya menjadi dasar pemikiran yang baik terhadap produktivitas karyawan (Robins, 2006).

Hasil penelitian ini senada dengan hasil penelitian yang dikemukakan oleh Sutanti E, 2002 yaitu tidak terdapat hubungan antara masa kerja dengan kinerja bidan di desa di Kabupaten Lampung Barat.

Sementara itu hasil penelitian ini bertentangan dengan hasil penelitian yang diungkapkan Umar yaitu lamanya tugas dan pengalaman dalam mengolah kasus, berhubungan dan berpengaruh terhadap keterampilan seseorang. Pengalaman adalah latar belakang yang menentukan secara tidak langsung perilaku kinerja dan perilaku personil (Umar, 2007). Penelitian Pipo, 2001 di Kabupaten Padang Pariaman, menyimpulkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara masa kerja dengan kinerja bidan di desa. Semakin lama seseorang bekerja maka semakin matang seseorang untuk menata pekerjaannya, pengambilan keputusan juga akan semakin baik karena telah mempunyai banyak pengalaman. Dengan pengalaman yang banyak diperoleh dalam masa kerja yang lama maka seseorang dapat mengambil suatu tindakan dengan baik dan tepat. Serta hasil penelitian Setiadi D, 2000 yang menyatakan bahwa terdapat hubungan yang sangat bermakna antara lama kerja dengan kinerja bidan di desa dalam penemuan kasus ISPA di Kabupaten Tasik Malaya.

Perbedaan hasil yang ditemukan ini kemungkinan di sebabkan karena program Puskesmas mampu PONEB di Kabupaten Lebong baru berjalan sejak awal tahun 2007 dan merupakan program yang baru sehingga menyebabkan baik bidan yang baru bertugas maupun bidan yang sudah lama bertugas sama-sama baru mengenal program Puskesmas mampu PONEB.

6.2.8 Hubungan Sikap Bidan di Desa Tentang Puskesmas Mampu Poned Dengan Perilaku Bidan di Desa Dalam Melakukan Rujukan Kasus Obstetri Neonatal ke Puskesmas Mampu Poned

Dari hasil analisis diperoleh sebagian besar bidan di desa (85,0%) mendukung adanya Puskesmas mampu Poned di Kabupaten Lebong. Namun sikap bidan di desa yang baik terhadap adanya Puskesmas mampu Poned belum tentu diikuti dengan tindakan bidan di desa dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu Poned, seperti yang diungkapkan oleh Newcomb seorang ahli psikologis sosial dalam Notoadmodjo 2007 yang menyatakan bahwa sikap itu merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku. Sikap itu masih merupakan reaksi tertutup, bukan merupakan reaksi terbuka atau tingkah laku terbuka. Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap objek di lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek.

Sementara itu Zachri S, 2002 mengemukakan bahwa sikap adalah sebagai suatu organisasi keyakinan-keyakinan (*beliefs*) yang relatif abadi terhadap suatu objek atau situasi yang mempengaruhi (*predisposing*) seseorang untuk membantu respon dalam cara-cara yang disukai. Sikap menggambarkan suka atau tidak suka seseorang terhadap suatu objek. Sikap sering diperoleh dari pengalaman sendiri atau dari orang lain yang paling dekat. Sikap merupakan hal yang paling penting karena sikap dapat memandu perilaku dan mempunyai konsep dasar tertentu yang dipilihnya dan akan mempengaruhi dalam tindak lanjutnya. Sikap dan pengalaman masa lalu merupakan faktor penting dalam menentukan pelayanan kesehatan.

Hasil analisis diperoleh tidak ada hubungan yang signifikan antara sikap tentang Puskesmas mampu Poned dengan perilaku bidan di desa dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu Poned.

Menurut peneliti tidak adanya hubungan antara sikap tentang Puskesmas mampu Poned dengan perilaku bidan di desa dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu Poned dikarenakan sebagian besar (85%) bidan

Universitas Indonesia

di desa mempunyai sikap yang mendukung sehingga tidak memberi variasi pada kelompok secara keseluruhan.

6.2.9 Hubungan Pengetahuan Tentang Ketersediaan Petugas Terlatih PONE D di Puskesmas Mampu PONE D Dengan Perilaku Bidan di Desa Dalam Melakukan Rujukan Kasus Obstetri Neonatal ke Puskesmas Mampu PONE D

Dari hasil studi pendahuluan diperoleh bahwa ada sebanyak 6 orang petugas yang sudah dilatih PONE D, terdiri dari 2 orang dokter, 2 orang bidan dan 2 orang perawat. Seiring dengan berjalanya waktu petugas yang sudah mengikuti pelatihan tentang PONE D ini ada yang sudah berpindah tugas ketempat lain dan ada pula yang sedang melanjutkan pendidikan sehingga meninggalkan tempat tugas untuk sementara. Sementara itu sampai saat pengambilan data penelitian ini belum diadakan lagi pelatihan PONE D bagi petugas terutama petugas yang bertugas di Puskesmas mampu PONE D. Hal ini mungkin disebabkan karena tidak adanya anggaran untuk pelaksanaan kegiatan pelatihan tersebut. Adapun petugas terlatih PONE D yang tersedia di Puskesmas mampu PONE D menurut bidan di desa adalah 59,5% bidan dan 40,5% dokter dan bidan. Tidak ada bidan di desa yang mengatakan tersedia perawat terlatih PONE D di Kabupaten Lebong mungkin disebabkan karena ke 2 orang perawat terlatih PONE D tersebut dipindah tugaskan ke rumah sakit daerah Lebong walaupun sekarang 1 orang diantaranya sudah ditugaskan kembali di Puskesmas mampu PONE D.

Hasil analisis diperoleh bahwa ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan tentang ketersediaan petugas terlatih PONE D dengan perilaku bidan di desa dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONE D. Tidak tersedianya petugas terlatih PONE D berisiko 4,853 kali menyebabkan perilaku kurang bagi bidan di desa dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONE D.

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Supriyatnataris D 2007 yang mengungkapkan bahwa salah satu alasan mengapa bidan di desa tidak merujuk kasus gawat janin ke Puskesmas mampu PONE D adalah karena tidak adanya petugas yang terlatih PONE D di fasilitas tersebut terutama dokter.

6.2.10 Hubungan Waktu Tempuh Dari Desa ke Puskesmas Mampu Poned Terdekat Dengan Perilaku Bidan di Desa Dalam Melakukan Rujukan Kasus Obstetri Neonatal ke Puskesmas Mampu Poned

Waktu tempuh dalam penelitian ini diukur berdasarkan satuan yang dihabiskan oleh bidan di desa untuk menuju ke Puskesmas mampu Poned terdekat (satuan menit) dengan menggunakan kendaraan umum daerah setempat. Karena pada beberapa kondisi jarak tersebut jika diukur dengan satuan kilo meter relatif dekat namun kadangkala membutuhkan waktu yang lama karena beberapa kendala seperti akses jalan dan sarana transportasi. Dari hasil analisis didapatkan bahwa waktu tempuh tercepat adalah 10 menit dan waktu tempuh terlama adalah 150 menit atau 2,5 jam.

Hasil analisis hubungan antara waktu tempuh ke Puskesmas mampu Poned terdekat dengan perilaku bidan di desa dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu Poned diperoleh bahwa ada hubungan yang signifikan antara waktu tempuh dari desa ke Puskesmas mampu Poned. Waktu tempuh >60 menit berisiko 4,765 kali untuk menyebabkan bidan di desa berperilaku kurang dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu Poned.

Kebijakan pembentukan Puskesmas mampu Poned disebabkan karena komplikasi obstetri harus segera ditangani dalam waktu kurang dari 2 jam. Menurut pedoman pengembangan Poned (Depkes, 2004), jarak tempuh dari lokasi pemukiman sasaran pelayanan dasar dan Puskesmas ke Puskesmas mampu Poned paling lama 1 jam dengan transportasi umum setempat, mengingat waktu pertolongan hanya 2 jam untuk kasus perdarahan.

Hasil penelitian ini senada dengan hasil penelitian Utama N (1998), yang mengungkapkan bahwa terlihat kecenderungan masyarakat untuk mencari tempat pelayanan yang lebih dekat. Gani A (1981), mengatakan ada hubungan antara jarak dengan penggunaan fasilitas kesehatan, jarak dapat menghambat pelayanan kesehatan. Wibowo (1992), menyatakan bahwa makin jauh suatu pelayanan kesehatan makin segan mereka datang. Smit dalam Wibowo (1992) membuktikan bahwa penempatan fasilitas pelayanan kesehatan lebih dekat kepada masyarakat

Universitas Indonesia

yang tergolong ekonomi rendah tidaklah secara langsung menyebabkan pelayanan tersebut diterima oleh masyarakat. Bashur dalam Wibowo (1992) mengungkapkan bahwa ada batas jarak tertentu yang menyebabkan orang memilih mau bepergian mencari tempat pelayanan kesehatan yaitu sekitar 3 kilo meter. Batas jarak inipun dipengaruhi oleh jenis jalan, jenis kendaraan, berat ringannya penyakit, dan kemampuan biaya untuk ongkos jalan. Penelitian Aday 1972 dan penelitian Gani 1981 dalam Ernawati (1995) menyatakan adanya hubungan antara jarak dengan pengguna sarana pelayanan kesehatan, dimana jarak dapat menghambat pemanfaatan fasilitas kesehatan. Purwanto (1993) mengungkapkan faktor jarak dan transportasi berhubungan dengan pemanfaatan rujukan. Sementara itu Ma'mun A (2001), mengungkapkan hal yang senada yaitu ada hubungan antara jarak rumah ke RS dengan pemanfaatan rujukan.

6.2.11 Hubungan Dukungan Keluarga Pasien Dengan Perilaku Bidan di Desa Dalam Melakukan Rujukan Kasus Obstetri Neonatal ke Puskesmas Mampu PONED

Tingginya angka keluarga pasien tidak mendukung (71,7%) menurut bidan tersebut mungkin disebabkan karena beberapa faktor diantaranya adalah: Pertama kurangnya pengetahuan masyarakat secara umum tentang pentingnya rujukan kasus obstetri neonatal dalam rangka penyelamatan jiwa ibu dan bayinya. Hal ini kemungkinan karena kurangnya keterpaparan informasi bagi keluarga tersebut terutama informasi tentang keselamatan ibu dan bayi.

Kedua terkendalanya keluarga pasien yang akan dirujuk tersebut dalam hal keuangan, hal ini dikarenakan walaupun pasien tersebut ditanggung oleh dana jamkesmas namun untuk keluarga yang ikut mendampingi, mengantar serta menunggu dan merawat pasien di tempat fasilitas rujukan tidak mendapatkan biaya transportasi, akomodasi dan konsumsi dari jamkesmas.

Hal ini sejalan dengan model sumber keluarga (*Family resource models*) yang diungkapkan Notoadmodjo, 2007 dimana disebutkan dalam model ini variabel bebas yang dipakai adalah pendapatan keluarga, cakupan asuransi keluarga atau sebagai anggota suatu asuransi kesehatan dan pihak yang membiayai pelayanan kesehatan keluarga dan sebagainya. Karakteristik ini untuk mengukur

Universitas Indonesia

kesanggupan dari individu atau keluarga untuk memperoleh pelayanan kesehatan mereka. Ringkasnya, model sumber keluarga menekankan kesanggupan untuk memperoleh pelayanan kesehatan bagi anggotanya. Dengan demikian model sumber keluarga berdasarkan model ekonomis.

Selain dua hal diatas hal ini kemungkinan juga dipengaruhi oleh aturan-aturan atau norma-norma yang berlaku dilingkungan keluarga tersebut. Seperti yang diungkapkan Saparinah Sadli, 1982 dalam Notoadmodjo 2003 bahwa setiap individu sejak lahir berada di dalam suatu kelompok, terutama kelompok keluarga. Kelompok ini akan membuka kemungkinan untuk dipengaruhi dan mempengaruhi anggota-anggota kelompok lain. Oleh karena pada setiap kelompok senantiasa berlaku aturan-aturan dan norma-norma sosial tertentu, maka perilaku setiap individu anggota kelompok berlangsung di dalam satu jaringan normatif. Demikian juga perilaku individu tersebut terhadap masalah-masalah kesehatan.

Alasan yang diungkapkan oleh bidan di desa yang menyatakan bahwa keluarga pasien yang tidak mendukung adalah sebagian besar keluarga pasien meminta untuk tidak dirujuk atau ditangani semampu bidan saja, selain itu dikemukakan juga alasan bahwa keluarga pasien tersebut meminta dirujuk ke fasilitas kesehatan yang lain. Tindakan keluarga pasien seperti tersebut diatas sangat mungkin terjadi, seperti yang diungkapkan oleh Notoadmodjo, 2007 bahwa ada berbagai macam perilaku atau usaha masyarakat sehubungan dengan pelayanan kesehatan, diantaranya adalah: 1) Tidak bertindak atau tidak melakukan kegiatan apa-apa (*no action*). 2) Tindakan mengobati diri sendiri (*self treatment*). 3) Mencari pengobatan kefasilitas pengobatan tradisional (*traditional remedy*). 4) Mencari pengobatan dengan membeli obat-obat ke warung obat (*chemist shop*) dan sejenisnya termasuk ke tukang-tukang jamu. 5) Mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas pengobatan modern yang diadakan oleh pemerintah atau lembaga kesehatan swasta, yang dikategorikan ke dalam balai pengobatan, Puskesmas, dan rumah sakit. 6) Mencari pengobatan ke fasilitas pengobatan modern yang diselenggarakan oleh dokter praktik (*private medicine*).

Hasil analisis didapatkan ada hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga pasien dengan perilaku bidan di desa dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONEB. Bidan di desa yang tidak mendapatkan dukungan dari keluarga pasien berisiko 4,514 kali untuk tidak melakukan rujukan kasus obstetri neonatal yang ditangani atau ditemukannya ke Puskesmas mampu PONEB. Dengan demikian dapat ditarik kesimpulan bahwa dukungan keluarga pasien sangat dibutuhkan oleh bidan di desa dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONEB.

Hasil penelitian ini senada dengan hasil penelitian Supriyatnataris, 2007 yang mengungkapkan bahwa proses rujukan persalinan akan memberikan dampak pada kondisi keuangan keluarga, sehingga dalam pengambilan keputusan untuk dirujuk dilakukan melalui cara musyawarah dengan famili atau keluarga.

6.2.12 Hubungan Dukungan Teman Sejawat Dengan Perilaku Bidan di Desa Dalam Melakukan Rujukan Kasus Obstetri Neonatal ke Puskesmas Mampu PONEB

Sebagian besar bidan di desa (63,3%) mengatakan bahwa tidak ada dukungan dari teman sejawat ketika mereka melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONEB.

Hasil analisis diperoleh bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara dukungan teman sejawat dengan perilaku bidan di desa dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONEB.

Hasil penelitian ini sependapat dengan hasil penelitian Fitri, A (2007) yang mengungkapkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara dukungan teman sejawat dengan praktek perlindungan diri dari penyakit menular pada saat menolong persalinan.

Sementara itu menurut Green dan Kreuter (2005) faktor penguat yang juga berpengaruh terhadap perilaku, yaitu adanya dukungan dari keluarga, teman sebaya, guru-guru, pimpinan, perilaku tenaga kesehatan, serta para pengambil kebijakan.

Menurut peneliti tidak ada hubungan antara dukungan teman sejawat dengan perilaku bidan di desa dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONEB mungkin karena sebagian besar teman sejawat berperilaku tidak mendukung (63,3%) sehingga tidak ada varian pada kelompok tersebut.

6.2.13 Hubungan Dukungan Atasan atau Pimpinan Dengan Perilaku Bidan di Desa Dalam Melakukan Rujukan Kasus Obstetri Neonatal ke Puskesmas Mampu PONEB

Sebagian besar (68,3%) atasan atau pimpinan mendukung para bidan di desa dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONEB. Masih adanya atasan atau pimpinan yang tidak mendukung (31,7%) kemungkinan karena beberapa atasan langsung bidan di desa menilai bahwa petugas terlatih PONEB sering tidak siap di tempat. Oleh karena itu mereka sering menganjurkan kepada bidan di desa untuk langsung merujuk ke RS di luar Kabupaten Lebong. Selain itu juga beberapa atasan atau pimpinan menganggap bahwa kemampuan yang dimiliki oleh Puskesmas mampu PONEB sama dengan kemampuan yang mereka miliki. Sehingga mereka menganggap merujuk kasus ke Puskesmas mampu PONEB merupakan tindakan yang tidak tepat, dan mereka merekomendasikan agar tidak merujuk ke Puskesmas mampu PONEB dengan berbagai alasan.

Hasil analisis diperoleh bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara dukungan atasan atau pimpinan dengan perilaku bidan di desa dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONEB.

Tidak ada hubungan antara dukungan atasan atau pimpinan dengan perilaku bidan di desa dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONEB mungkin karena sebagian besar atasan atau pimpinan berperilaku mendukung (68,3%) sehingga tidak ada varian pada kelompok tersebut.

Hasil penelitian ini sependapat dengan hasil penelitian Rasidin 2001, Rumisis 2003, dan Sri Rahayu 2008 dalam Guswanti (2008) menyatakan bahwa tidak ada hubungan bermakna antara dukungan pimpinan dengan kinerja. Sementara itu

hasil ini berbeda dengan pendapat Green dan Kreuter (2005) yang menyatakan bahwa perilaku berhubungan dengan dukungan diantaranya dukungan atasan. Ketersediaan sumberdaya dan sarana merupakan faktor pendukung seseorang dalam berperilaku.

6.2.14 Faktor Dominan yang Berhubungan Dengan Perilaku Bidan di Desa Dalam Melakukan Rujukan Kasus Obstetri Neonatal ke Puskesmas Mampu PONE

Dari hasil analisis multivariat didapat bahwa variabel pendidikan merupakan variabel yang paling dominan hubungannya dengan perilaku bidan di desa dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONE. Bidan di desa dengan pendidikan <D3 Kebidanan berisiko 17,032 kali untuk berperilaku kurang dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONE. Hasil uji interaksi didapatkan bahwa variabel pendidikan tidak berinteraksi dengan variabel yang lain.

Menurut peneliti sangat memungkinkan bidan di desa yang berpendidikan lebih tinggi akan mempunyai perilaku lebih baik dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONE karena bidan di desa tersebut selama mengikuti pendidikan lanjutan ataupun pada kesempatan lainnya akan memperoleh informasi yang lebih banyak tentang kasus obstetri neonatal yang meliputi hal-hal seperti: deteksi dini kasus obstetri neonatal yang berisiko, upaya yang harus dilakukan bila mendapati kasus obstetri dan neonatal, risiko yang akan diderita oleh bidan di desa jika tindakan yang diambil tidak tepat, sanksi hukum akibat tindakan-tindakan yang tidak sesuai dengan protap, sehingga hal-hal tersebut akan menjadi pertimbangan dan dapat memotivasi bidan di desa berperilaku baik dalam melakukan rujukan atau menangani kasus obstetri neonatal.

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

1. Sebagian besar bidan di desa (51,7%) berperilaku baik dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONEC. Proporsi rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONEC terdekat berkisar dari 0%-100%. Reratanya 45,38%, median 50%, dengan simpangan baku 26,014. Sebagian besar bidan di desa mempunyai proporsi kasus rujukan pada interval 31-45% dan 46-60%.
2. Faktor-faktor Predisposisi
 - a) Sebagian besar bidan di desa (65%) berpengetahuan baik tentang Puskesmas mampu PONEC dan sistem rujukan. Skor pengetahuan responden tentang Puskesmas mampu PONEC dan sistem rujukan berkisar dari 8-19 dengan rerata 13,42, median 14, dan simpangan baku 2,830.
 - b) Sebagian besar bidan di desa (76,7%) mempunyai persepsi yang baik terhadap rujukan.
 - c) Sebagian besar bidan di desa (58,82%) mempunyai pengalaman yang baik terhadap fasilitas rujukan. Sebagian besar berpendapat bahwa petugas tidak siap di tempat yaitu sebanyak 39 orang (76,5%). Sedangkan yang berpengalaman petugas tidak ramah, fasilitas atau alat tidak lengkap, dan kemampuan petugas dalam menangani pasien kurang hanya dialami sebagian kecil bidan di desa saja yaitu masing-masing 23,5%.
 - d) Sebagian besar bidan di desa (58,3%) berpendidikan \geq D3 Kebidanan. Yang memiliki pendidikan bidan A (PPBA) atau bidan D1 dan program pendidikan bidan C (PPBC) masing-masing 22 orang (36,7%) dan 3 orang (5%).
 - e) Sebagian besar bidan di desa (65,6%) berumur \geq median (30 tahun). Distribusi umur bidan di desa sangat tidak merata, usia termuda bidan di desa adalah 22 tahun dan usia tertua 47 tahun dengan usia rata-rata 31,15 tahun \pm 5,151, median 30 tahun dan mode 30 tahun.

- f) Sebagian besar bidan di desa (53,3%) mempunyai masa kerja \geq rata-rata. Masa kerja bidan di desa terendah adalah 1 tahun dan yang tertinggi 18 tahun. Rata-rata masa kerja 9,58 tahun \pm 4,931 tahun, median 11 tahun dan mode 9 tahun.
- g) Sebagian besar bidan di desa (85,0%) mempunyai sikap yang mendukung tentang Puskesmas mampu PONEDED. 33% mendukung dengan alasan mendekatkan akses pelayanan rujukan, 30% mendukung dengan alasan banyak kasus yang dapat ditangani di PONEDED, 11,7% mendukung dengan alasan biaya murah dan dapat dijangkau oleh masyarakat, 10% mendukung dengan alasan petugas selalu siap di tempat. Sementara bidan di desa yang tidak mendukung dengan alasan tidak semua kasus obstetri neonatal dapat ditangani di PONEDED sebanyak 10%, biaya mahal 1,7% dan dengan alasan petugas tidak siap di tempat sebanyak 3,3%.

3. Faktor-faktor Pemungkin

- a) Sebagian besar bidan di desa (68,3%) mengaku bahwa tersedia petugas terlatih PONEDED di Puskesmas mampu PONEDED. Jenis petugas yang terlatih PONEDED adalah bidan sebanyak 59,5% serta dokter dan bidan sebanyak 40,5%.
- b) Sebagian besar bidan di desa (73,3%) mengaku bahwa waktu tempuh dari desa ke Puskesmas mampu PONEDED \leq 60 menit. Waktu tempuh dari desa tempat bidan di desa bertugas ke Puskesmas mampu PONEDED terdekat berkisar dari 10-150 menit, rata-rata waktu tempuh 46,92 menit, dan median 30, dengan simpangan baku 40,11.

4. Faktor-faktor Penguat

- a) Sebagian besar bidan di desa (71,7%) mengatakan dukungan keluarga pasien kurang.
- b) Sebagian besar bidan di desa (63,3%) mengatakan dukungan teman sejawat kurang.
- c) Sebagian besar bidan di desa (68,3%) mengatakan dukungan atasan atau pimpinan baik.

- 5. Faktor-faktor predisposisi yang berhubungan dengan perilaku bidan di desa dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu

PONED adalah pengetahuan tentang Puskesmas mampu PONED dan sistem rujukan, pengalaman terhadap fasilitas rujukan, pendidikan, dan umur.

6. Faktor-faktor pemungkin yang berhubungan dengan perilaku bidan di desa dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONED adalah pengetahuan tentang ketersediaan petugas terlatih PONED dan Waktu tempuh dari desa ke Puskesmas mampu PONED.
7. Faktor-faktor pemungkin yang berhubungan dengan perilaku bidan di desa dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONED adalah dukungan keluarga pasien.
6. Faktor yang paling dominan hubungannya dengan perilaku bidan di desa dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONED adalah pendidikan.

7.2 Saran

Saran bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Lebong

1. Tingkatkan pengetahuan bidan di desa tentang Puskesmas mampu PONED dan sistem rujukan terutama yang mencakup hal-hal: pelayanan obstetri pada Puskesmas mampu PONED, pelayanan neonatal pada Puskesmas mampu PONED, penanggungjawab Puskesmas mampu PONED, jumlah minimal Puskesmas mampu PONED di setiap kabupaten, pelaksanaan PONED pada kabupaten yang berbatasan, langkah pengembangan Puskesmas mampu PONED, cakupan pelayanan kebidanan oleh Puskesmas mampu PONED, perkiraan yang dipakai untuk perencanaan Puskesmas mampu PONED, sistem pencatatan dan pelaporan PONED, pelayanan obstetri emergensi dasar, pengertian sistem rujukan, maksud sistem rujukan maternal dan neonatal, alur rujukan kasus obstetri dan neonatal, kemampuan minimal Puskesmas dalam menangani kasus kegawatdaruratan obstetri dan neonatal, waktu pelayanan langsung PONEK dalam penanganan kasus kegawatdaruratan obstetri dan neonatal, serta institusi dan individu yang harus berperan sama dengan RS PONEK dalam sistem rujukan PONEK dengan mengadakan pelatihan, seminar atau desiminasi informasi.

2. Fasilitasi bidan di desa yang berpendidikan PPBC/PPBA untuk meningkatkan pendidikan dengan memotivasi agar bidan di desa mau melanjutkan pendidikan, memberikan izin belajar atau tugas belajar.
3. Menyusun rencana strategis guna mendapatkan anggaran dalam rangka pengembangan SDM bidan di desa terutama bidan yang berpendidikan PPBC/PPBA.
4. Mengupayakan program penyegaran bagi bidan di desa yang berumur diatas 30 tahun untuk mengatasi kejenuhan dalam bekerja

Saran bagi peneliti selanjutnya

Perlu dipertimbangkan untuk melakukan penelitian semacam ini dengan metode atau desain yang lain (kualitatif) agar lebih dapat menggali fenomena-fenomena yang berkaitan dengan perilaku bidan di desa dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONEB di antaranya: kurangnya dukungan keluarga pasien kepada bidan di desa dalam melakukan rujukan, mengapa atasan atau pimpinan tidak merekomendasikan bidan di desa agar merujuk kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONEB, mengapa kasus obstetri neonatal yang ditangani bidan di desa lebih banyak dirujuk keluar Kabupaten Lebong, mengapa bidan di desa masih belum memanfaatkan Puskesmas mampu PONEB secara maksimal sebagai fasilitas rujukan.

DAFTAR PUSTAKA

- Badan Pusat Statistik Kabupaten Lebong, 2007. *Data Demografi kabupaten Lebong*.
- Badan Pusat Statistik (BPS) dan Macro International, 2007. *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2007*, Calverton, Maryland, USA : BPS dan Macro International.
- Baron, Robert, A. et al, 2006. *Social Pshychology*, 11th ed. Library of Congress, USA.
- Becker. Marshall H, 1974. *The Health Believe Model and Personal Health Behavior*, Charles B. Slack. Inc. Thorofare, New Jersey, USA.
- Biro Pusat Statistik (BPS), 2003. *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2002-2003*, BPS, Jakarta.
- Bloom, S. Benjamin. 1976. *Human Characteristik and School Learning*, McGraw Hill Book Company, USA.
- Departemen Kesehatan RI, 2008. *Pedoman Bidan Koordinator*, Jakarta
- _____, 2004. *Pedoman pengembangan pelayanan obstetri-neonatal emergensi Dasar*. Jakarta.
- _____, 2007. *Pedoman sistem rujukan maternal dan neonatal di tingkat Kabupaten/Kota*, Jakarta.
- _____, 2008. *Pelatihan pelayanan obstetri neonatal emergensi dasar buku acuan edisi revisi*, Jakarta.
- _____, 2008. *Pelatihan pelayanan obstetri neonatal emergensi dasar buku panduan pelatih edisi revisi*, Jakarta.
- _____, 2008. *Pelatihan pelayanan obstetri neonatal emergensi dasar buku panduan peserta edisi revisi*, Jakarta.
- _____, 2007. *Profil Kesehatan Indonesia*, Jakarta.
- _____, 2008. *Profil Kesehatan Indonesia*, Jakarta.
- _____, 2008. *Rencana Strategis Nasional Making Pregnancy Safer (MPS) di Indonesia 2001-2010*, Jakarta.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Lebong, 2008. *Laporan Pelayanan Kesehatan Dasar dan Rujukan*.

- _____, 2006. *Laporan Program KIA*.
- _____, 2007. *Laporan Program KIA*.
- _____, 2008. *Laporan Program KIA*.
- _____, 2007. *Profil Kesehatan Kabupaten Lebong*.
- _____, 2008. *Profil Kesehatan Kabupaten Lebong*.
- Ernawati, 1995. *Hubungan Karakteristik Pasien Dengan Utilisasi Serta Persepsi Pasien Tentang Pelayanan Unit Rawat Inap RSUP Karawang*, Tesis Program Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Fairuzi HMF, 1998. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Rujukan Kebidanan dari Puskesmas ke RSUD Prabumulih Tahun 1996*, Tesis Program Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Fauzi, A, 2002. *Faktor-faktor yang Berhubungan Dengan Perilaku Pencegahan Infeksi Pada Pertolongan Persalinan oleh Bidan di Kota Jambi tahun 2001*, Tesis Program Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Fitri, A, 2007. *Perilaku Bidan Dalam Praktek Pelindungan Diri Dari Penyakit Menular Pada Saat Menolong Persalinan di Klinik Bersalin Pontianak*, Tesis Program Pasca Sarjana Universitas Gajah Mada.
- Gani A, 1981. *Demand For Health Services in Rural Regency Central Java Indonesia*, Disertasi Doctor, Baltimoro, Maryland.
- Green, Lawrence, Kreuter, Marshall 2005. *Health Promotion Planning An Educational and Enviromental Approach*. Mayfield Publishing Health.
- Guswanti, E, 2008. *Faktor-Faktor yang Berhubungan Dengan Kinerja Bidan di Desa Dalam Mengelola Program Desa Siaga di Kabupaten Ogan Ilir Tahun 2008*, Tesis Program Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Karr, Snehendu, B. et.al (1999). *Empowerment of Women for Health Promotion: a meta-analysis*. Social Sci Med 49 (11): 1431-1460.
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 572/SK/III/1996. Tentang *Bidan*.

- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 369/SK/III/2007.
Tentang *Standar Profesi Bidan*.
- Keputusan Rektor Universitas Indonesia Nomor 628/SK/R/UI/2008. Tentang
*Pedoman Teknis Penulisan Tugas Akhir Mahasiswa Universitas
Indonesia*.
- Ma'mun A, 2001. *Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Rujukan Ibu Hamil
Resiko Tinggi ke RSUD Sekayu tahun 2000*, Tesis Program Pasca Sarjana
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Nasir, NM, 2007. *Pengaruh Kompetensi Terhadap Kinerja Bidan Dalam
Pelayanan Neonatal di Puskesmas Perawatan Kabupaten Bekasi Tahun
2007*, Tesis Program Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Indonesia.
- Notoadmodjo, S, 2007. *Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni*, Rineka Cipta,
Jakarta.
- _____, 2005. *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Jakarta. Rineka Cipta.
2005
- _____, 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*, Rhineka cipta, Jakarta.
- _____, (2003). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Edisi Revisi Rineka
Cipta, Jakarta.
- _____, 1993. *Pengantar Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku
Kesehatan*, Andi offset, Yogyakarta.
- _____, 1982. *Perilaku Sakit Dalam Hubungannya Dengan Usaha
Penyembuhannya, (Suatu Studi Tentang Perilaku Sakit di Kecamatan
Pasar Kemis Kabupaten Tangerang)*, Jakarta
- _____, 2003. *Prinsip-Prinsip Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Cet. ke-2,
Mei. Jakarta : Rineka Cipta. 2003.
- Nurhayati E, 1997. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Petugas
Kesehatan Dalam Pencegahan Infeksi Nasokomial Luka Operasi di
Bagian Bedah RSUP Hasan Sadikin Bandung tahun 1997*, Tesis Program
Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Pipo, T, 2001. *Analisis Faktor Internal dan Eksternal yang berhubungan dengan
Kinerja Bidan di desa Sebagai Pegawai Tidak Tetap Dalam Masa Bakti*

Universitas Indonesia

Perpanjangan di kabupaten Padang Pariman Tahun 2000, Tesis Program Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Purwanto, 1993. *Beberapa Faktor Penentu Bagi Ibu-Ibu di Pedesaan Dalam Memanfaatkan Fasilitas Kesehatan Puskesmas di Bengkulu Selatan*, Tesis Program Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Rachmawati E, DR, M Hum, 2004. *Kualitas Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil dan Bersalin Antara Harapan Hidup dan Kenyataan Kematian*, Adi Karya IKAPI dan The Ford Foundation, Jakarta

Rasidin, Y, 2001. *Faktor-faktor yang berhubungan dengan kinerja Bidan di desa*, Tesis Program Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Robins, S, 2006. *Perilaku Organisasi*, Gramedia, Jakarta.

Sarwono, 1997. *Pengantar Ilmu Perilaku Kesehatan*. Badan Penerbit Kesehatan Masyarakat FKM UI, Jakarta.

Setiadi, D, 2000. *Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Kinerja Bidan di Desa Dalam Penemuan Kasus ISPA di Kabupaten Tasik Malaya Tahun 2000*, Tesis Program Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Supriyatnataris D, 2007. *Analisis Bidan di Desa yang Tidak Merujuk Kasus Persalinan Dengan Gawat Janin ke Puskesmas PONEB di Kabupaten Cirebon tahun 2006-2007*, Tesis Program Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Suryadi C, 1980. *Sistem Rujukan di Kecamatan Penjaringan*, Jakarta.

Sutantini, ES, 2002. *Faktor-faktor yang Berhubungan Dengan Kinerja Bidan di Desa Dalam Pelayanan Kesehatan Ibu dan Neonatal di Kabupaten Lampung Barat Tahun 2002*, Tesis Program Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Trihono, 2005. *ARRIMES Manajemen Puskesmas Berbasis Paradigma Sehat*, Sagung Seto, Jakarta.

_____, 2002. *ARRIME Pedoman Manajemen Puskesmas*, Proyek Kesehatan Keluarga dan Gizi Depkes RI, Jakarta.

Umar, 2007. *Faktor-faktor yang Berhubungan Dengan Kinerja Bidan di Desa Dalam Pelayanan Antenatal (ANC) Berdasarkan Standar Pelayanan*
Universitas Indonesia

Kebidanan di Kabupaten Batang Hari Propinsi Jambi Tahun 2007, Tesis Program Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Undang-undang Nomor 39 tahun 2003. *Tentang pembentukan kabupaten Lebong dan kabupaten Kepahyang di propinsi Bengkulu.*

Utama N, 1998. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Tidak Sampainya Rujukan Ibu Hamil Resiko Tinggi ke RSUD Tangerang tahun 1997*, Tesis Program Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Wibowo A, 1992. *Pemanfaatan Pelayanan Antenatal; Faktor-faktor yang Mempengaruhi dan Hubungannya dengan BBLR*, Disertasi Doktor Program Pasca Sarjana Universitas Indonesia.

Wirawan M, 1994. *Hubungan Karakteristik Resiko Medik, Sosial Ekonomi dan Fasilitas Kesehatan Dengan Rujukan Ibu Hamil Dari Posyandu ke Puskesmas Lemah Abang I Kecamatan Lemah Abang Kabupaten Bekasi Propinsi Jawa Barat Tahun 1994*, Tesis Program Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Zachri S, 2002. *Analisis Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Rujukan Persalinan Ibu Hamil Resiko Tinggi Oleh Puskesmas ke RSUP Dr M Hoesin Palembang tahun 2001*, Tesis, Program Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

TABEL 1
JENIS ALAT DAN OBAT YANG DIPERLUKAN DALAM PONED

PEMERIKSAAN KEHAMILAN			
NO	ALAT	NO	OBAT
1	Tempat tidur 1 unit.		
2	Partus Bed 1 unit.		
3	Tensimeter 1 unit.		
4	Stetoskop 1 unit.		
5	Stetoskop monoaura 1 unit.		
6	Timbangan 1 buah.		
7	Pengukur tinggi badan 1 buah.		
8	Spray/alas plastik 1 buah.		
9	Lampu/Spotlight 1 buah.		
10	Meja alat 1 buah.		
11	Lemari obat 1 buah.		
12	Meteran dan ukuran LII.A 1 buah.		
13	Sarung tangan 1 buah.		
14	Tempat kapas cebok/sublimat/savlion 1 buah.		
15	Fetal phone/Doptone 1 buah.		
PERSALINAN NORMAL			
NO	ALAT	NO	OBAT
1	Sterilisator/kompor dan panci 1 unit.	1	Alkohol 70%.
2	Partus Bed 1 buah.	2	Salcp mata tetrasiklin.
3	Bak instrument dan tutup 1 buah.	3	Bethadine solution 5%.
4	Apron/plastik/celemek 1 buah.	4	Oksitocin inj.
5	Mangkok metal kecil 1 buah.	5	Ergometrin inj.
6	Kateter metal/nelaton 1 buah.	6	Bayclin/chlorox.
7	Naldleholder/pemegang jarum 1 buah.	7	Lidocain.
8	Gunting episiotomy 1 buah.		
9	Gunting tali pusat dan klem tali pusat 1 buah.		
10	Pita tali pusat 1 buah.		
11	Jarum otot dan jarum kulit 1 buah.		
12	Pinset anatomis 1 buah.		
13	Pinset chirurgis 1 buah.		
14	Sarung tangan, duk steril apron 2 pasang.		
15	Cutgut cromic no 0 1 meter.		
16	Cutgut cromic no 2,0 1 meter.		
17	Kocher 5-6 inch 2 buah.		
18	Peau 5-6 inch 2 buah.		
19	½ Kocher (pemecah ketuban) 1 buah.		
20	Bengkok 500 cc 1 buah.		
21	Pispot sodok 1 buah.		
22	Bak plastik tempat plasenta 1 buah.		
23	Kaca mata pelindung 1 buah.		
24	Spuit 3 dan 5 cc masing-masing 1 buah		
LABORATORIUM SEDERHANA			
NO	ALAT	NO	PEREAKSI
1	HB Meter Sahli 1 buah	1	HCL 0,1
2	Tabung Reaksi.	2	Test Kehamitan.
3	Penjepit tabung reaksi dan Bunsen.	3	Asam cuka encer.
4	Lampu spiritus.		
5	Sarana test periksa golongan darah.		
PLASENTA MANUAL			
NO	ALAT	NO	OBAT
1	Abbocath no 14, 1 buah.	1	Oksitocin inj.
2	Abbocath no 16, 1 buah.	2	Methergin inj.
3	Sarung tangan panjang 1 pasang.	3	Cairan infuse.
		4	Diazepam tablet 5 mg.
		5	Ampicillin kaplet 500 mg.
		6	Ampicillin inj 1000 mg.
		7	Gentamisin inj 80mg.

KURET			
NO	ALAT	NO	OBAT
1	Bak instrument + tutup 40x50 cm 1 buah.	1	Oksitocin inj.
2	Apron/plastic/celemek.	2	Methergin inj.
3	Mangkok metal kecil.	3	Tramadol inj.
4	Bed Ginekologi.	4	Valium inj.
5	Spekulum (Sims/kristeller) besar 1 buah.	5	Pethidin inj.
6	Sonde uterus 1 buah.		
7	Bougie (Hegar/Hank) 1 set.		
8	Sendok kuret tajam 1 set.		
9	Tang abortus 1 buah.		
10	Tenaculum 1 buah.		
11	Tampon tang 1 buah.		
12	Tiang infus 1 buah.		
13	Kateter metal 1 buah.		
14	Sarung tangan 1 pasang.		
15	Oksigen kecil dan regulator 1 buah.		
16	Vulsellum forceps 1 buah.		
PEMBERIAN ANTIBIOTIK			
NO	ALAT	NO	OBAT
1	S spuit 3 dan 5 cc masing-masing 1 buah	1	Ampicillin kaplet 500 mg.
		2	Ampicillin inj 1000 mg.
		3	Gentamisin inj 80mg.
PEMBERIAN Mg SO4			
NO	ALAT	NO	OBAT
1	Tempat tidur 1 buah.	1	Magnesium sulfat 20% dan 40%.
2	Tensimeter 1 buah.	2	Dextrose 5%.
3	Stetoskop 1 buah.	3	Calcium Gluconas inj.
4	Infuset 1 buah.	4	Cairan infus.
5	S spuit 10 cc 1 buah.	5	Larutan A2.
6	Plester.		
PEMBERIAN CAIRAN			
NO	ALAT	NO	OBAT
1	Abocath Vena Cateter no 14, 1 buah.	1	Na CL 0,9%.
2	Abocath Vena Cateter no 16, 1 buah.	2	Dextrose 5%.
3	Tiang infus 1 buah.	3	Dextran 405.
4	Kateter foley no 22, 1 buah.		
5	Infuset 1 buah.		
6	Urine bag 1 buah.		
7	Plester.		
TRANSFUSI DARAH			
NO	ALAT	NO	OBAT
1	Abocath Vena Cateter no 14, 1 buah.	1	Na CL 0,9%.
2	Abocath Vena Cateter no 16, 1 buah.	2	Lasix inj.
3	Tiang infus 1 buah.	3	Cedilanide inj.
4	Transfusi set 1 buah.	4	Dexamethason inj.
5	Infuset 1 buah.	5	Diphenhydramine inj.
6	Plester.		
TINDAKAN RESUSITASI BAYI			
NO	ALAT	NO	OBAT
1	Stetoskop bayi 1 buah.	1	PP 50.000 U.
2	Termometer bayi 1 buah.	2	ATS 10.000 U.
3	Timbangan bayi 1 buah.	3	Cairan infus RL.
4	Penghisap lender.	4	Na CL 0,9%.
5	Pipa plastik.	5	Dextrose 5%.
6	Baju kanguru 2 buah.	6	Bicarbonas natricus (meylon).
7	Infuset pediatri.	7	Phenobarbital inj.
8	Wing needle no 27.		
9	Sonde lambung.		
10	Ambu bag.		
11	Lampu pemanas.		
12	Inkubator.		

VAKUM EKSTRAKSI			
NO	ALAT	NO	OBAT
1	Bak instrument dan tutup 1 buah.	1	Oksitocin inj.
2	Apron/plastik/celemek 1 buah.	2	Methergin inj.
3	Mangkok metal kecil 1 buah.	3	Ampicillin kaplet 500 mg.
4	Doppler 1 buah.	4	Ampicillin inj 1000 mg.
5	Speculum cocor bebek 1 buah.	5	Ergometrin inj.
6	Spekulum L. 1 buah.	6	Gentamisin inj 80 mg.
7	Speculum Sims besar 1 buah.		
8	Klem tali pusat 2 buah.		
9	Tampon tang 4 buah.		
10	Vacum ekstraktor 1 buah.		
11	Bengkok 500 cc 1 buah.		
12	Pispot sodok 1 buah.		
13	Kocher 2 buah.		
14	Klem chirurgis tidak bergigi 1 buah.		
15	Meja bayi 1 buah.		
16	Kateter metal 1 buah.		
17	Kateter foley 1 buah.		
18	Nedleholder/pemegang jarum 1 buah.		
19	Gunting episiotomy 1 buah.		
20	Jarum kulit 1 buah.		
21	Jarum otot 1 buah.		
22	Pinset anatomis 1 buah.		
23	Pinset chirurgis 1 buah.		
24	Sarung tangan 1 pasang.		
25	Cutgut plain no 0, 1 meter.		
26	Cutgut cromic no 2,0 1 meter.		
27	Lampu pemanas.		
28	Speculum vaginal/Hamilton 1 buah.		
29	Stetoskop monoaural 1 buah.		
30	Klem chirurgis bergigi 1 buah.		
31	Ambubag 1 buah.		
TINDAKAN PRA RUJUKAN			
NO	ALAT	NO	OBAT
1	Abocath vena no 14, 1 buah.	1	Bicarbonas natricus (meylon).
2	Abocath vena no 16, 1 buah.	2	PP inj 50.000 U.
3	Tiang infus 1 buah.	3	Cairan infuse RL.
4	Kateter nelaton 1 buah.	4	Diazepam inj.
5	Infuset 1 buah.	5	Dextrose 5%.
		6	Dextran 40%.

1.3 Penjelasan umum.

1. Menjelaskan tujuan FGD.
2. Jawaban tidak ada yang salah dan tidak ada yang benar, dan tidak ada jawaban yang ditolak karena FGD ini bertujuan untuk penelitian, tanggapan semua peserta sangat bermanfaat untuk penelitian ini.
3. Pendapat, pengalaman, saran dan komentar tersebut dijamin kerahasiaannya, baik yang positif maupun yang negatif akan diterima.
4. Hasil diskusi ini baik yang positif maupun yang negatif akan menjadi masukan dalam meningkatkan program.
5. FGD ini direkam dengan menggunakan *tape recorder* untuk membantu ingatan pencatat.

1.4 Pertanyaan-pertanyaan FGD.

1.4.1 Persepsi bidan di desa terhadap rujukan.

1. Menurut saudara, apa yang dimaksud dengan kasus obstetri neonatal ?, tolong saudara ceritakan.
2. Menurut saudara, apa yang dimaksud dengan sistem rujukan ?, tolong saudara ceritakan, bagaimanakah pandangan atau pendapat saudara terhadap rujukan kasus obstetri neonatal ?, tolong saudara ceritakan.
3. Menurut saudara, kasus obstetri neonatal seperti apa saja yang harus dirujuk?, mengapa ?, tolong saudara berikan penjelasan.

1.4.2 Pengalaman bidan di desa terhadap fasilitas rujukan.

1. Apakah saudara pernah merujuk kasus obstetri neonatal ke puskesmas mampu PONEC ?, ke puskesmas mampu PONEC mana ?
2. Apakah alasan saudara untuk merujuk kasus obstetri neonatal ke puskesmas mampu PONEC terdekat ? Tolong saudara ceritakan.

Universitas Indonesia

3. Apa pula yang menjadi alasan saudara untuk tidak merujuk kasus obstetri neonatal ke puskesmas mampu PONEC terdekat? tolong saudara ceritakan.
4. Tolong saudara ceritakan bagaimana pengalaman saudara ketika saudara merujuk kasus obstetri neonatal ke puskesmas mampu PONEC tersebut.

1.4.3 Sikap bidan di desa terhadap puskesmas mampu PONEC.

1. Apakah saudara setuju atau mendukung adanya puskesmas mampu PONEC di kabupaten Lebong?
2. Apa alasan saudara setuju atau mendukung adanya puskesmas mampu PONEC di kabupaten Lebong?, tolong saudara berikan penjelasan.
3. Apa alasan saudara tidak setuju atau tidak mendukung adanya puskesmas mampu PONEC di kabupaten Lebong?, tolong saudara berikan penjelasan.

1.4.4 Dukungan keluarga pasien.

1. Ketika saudara memutuskan untuk merujuk kasus obstetri neonatal ke puskesmas mampu PONEC terdekat, apakah keluarga pasien mendukung keputusan saudara tersebut?
2. Seperti apa bentuk dukungan keluarga pasien atas keputusan saudara tersebut? tolong saudara ceritakan.
3. Seperti apa pula bentuk tidak adanya dukungan keluarga pasien atas keputusan saudara tersebut? tolong saudara ceritakan.

1.4.5 Dukungan teman sejawat.

1. Ketika saudara memutuskan untuk merujuk kasus obstetri neonatal ke puskesmas mampu PONEC terdekat, apakah teman sejawat saudara mendukung keputusan saudara tersebut ?
2. Seperti apa bentuk dukungan teman sejawat saudara atas keputusan saudara tersebut ? tolong saudara ceritakan.

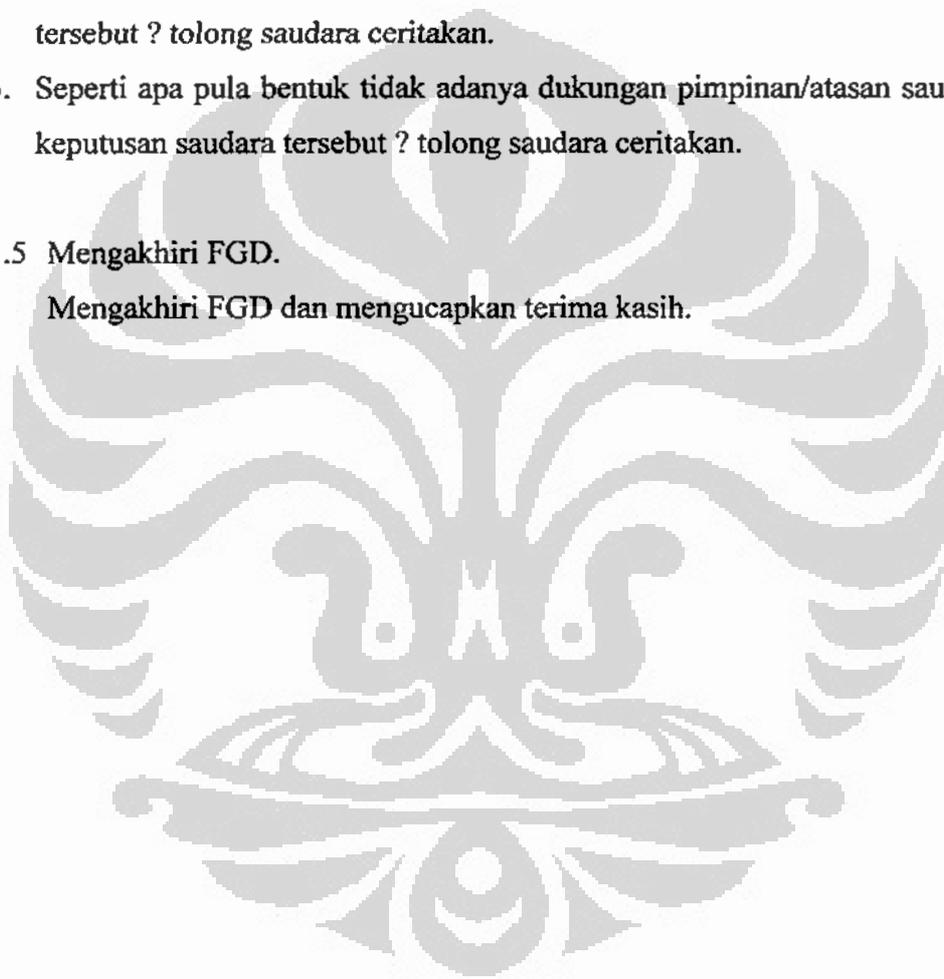
3. Seperti apa pula bentuk tidak adanya dukungan teman sejawat saudara atas keputusan saudara tersebut? tolong saudara ceritakan.

1.4.6 Dukungan pimpinan atau atasan.

1. Ketika saudara memutuskan untuk merujuk kasus obstetri neonatal ke puskesmas mampu PONEC terdekat, apakah pimpinan/atasan saudara mendukung keputusan saudara tersebut ?
2. Seperti apa bentuk dukungan pimpinan/atasan saudara atas keputusan saudara tersebut ? tolong saudara ceritakan.
3. Seperti apa pula bentuk tidak adanya dukungan pimpinan/atasan saudara atas keputusan saudara tersebut ? tolong saudara ceritakan.

1.5 Mengakhiri FGD.

Mengakhiri FGD dan mengucapkan terima kasih.



ID Responden			
<i>Di isi oleh petugas</i>			

KUESIONER
PERILAKU BIDAN DI DESA DALAM MELAKUKAN RUJUKAN
KASUS OBSTETRI NEONATAL KE PUSKESMAS MAMPU PELAYANAN
OBSTETRI NEONATAL EMERGENSI DASAR (PONED) DI KABUPATEN
LEBONG PROVINSI BENGKULU TAHUN 2009

INFORMED CONSENT

Selamat pagi/siang/sore, perkenalkan saya **HADIAN TARZON** mahasiswa Program Pasca Sarjana Kekhususan Kesehatan Reproduksi Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia angkatan 2008. Saat ini saya sedang menyusun tesis dengan topik perilaku Bidan di desa dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONED di Kabupaten Lebong Provinsi Bengkulu tahun 2009. Sehubungan dengan itu, saya mohon kesediaan anda untuk terlibat dalam survei ini dengan menjadi salah satu respondennya.

Tujuan survei ini adalah untuk mengetahui gambaran perilaku Bidan di desa dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONED. Survei ini bersifat rahasia, jawaban anda tidak akan diketahui oleh orang lain. Anda tidak perlu mengisi identitas anda sehingga tidak ada data yang dapat dikaitkan dengan anda. Diharapkan anda dapat memberikan jawaban apa adanya sehingga dapat menggambarkan keadaan yang sebenarnya.

Jika anda bersedia saya mohon waktu anda sekitar 30 menit untuk mengisi kuesioner ini. Atas kesediaan dan kerjasama yang diberikan diucapkan terima kasih.

Mohon membubuhkan tanda tangan jika anda bersedia untuk mengisi kuesioner ini.

(.....)
tanpa menuliskan nama

PETUNJUK PENGISIAN

- Jenis jawaban pertanyaan ada yang diberi tanda silang (x) dan ada yang harus dituliskan.
- Berilah tanda silang (x) pada angka sesuai pilihan anda untuk pertanyaan pilihan.
- Pilihan jawaban ada yang memilih salah satu dan ada juga yang lebih dari satu.
- Untuk pertanyaan isian, tuliskan jawaban anda pada kolom titik-titik (.....) yang telah disediakan.
- Khusus pertanyaan no 7 dan no14 hanya dijawab oleh bidan desa yang bertugas diluar wilayah kerja puskesmas MUARA AMAN dan puskesmas TES.
- Khusus pertanyaan no 46 beri tanda √ pada pernyataan Ya atau Tidak

A. KARAKTERISTIK RESPONDEN	
1	Pendidikan kebidanan apa yang terakhir anda tamatkan? 1) D1 Bidan/ Bidan A 2) Bidan C 3) D3 Kebidanan
2	Tanggal lahir anda ? Tanggal..... Bulan.....Tahun.....
3	Sudah berapa lama anda bekerja sebagai Bidan ?Tahun
B. RUJUKAN KASUS OBSTETRI NEONATAL	
4	Sejak Januari 2007 sampai dengan sekarang, berapakah jumlah kasus obstetri yang saudara tangani ?Kasus
5	Dari jumlah kasus obstetri yang saudara tangani tersebut (pertanyaan no 4), berapakah jumlah kasus yang ada indikasi untuk dirujuk ?Kasus
6	Dari jumlah kasus yang ada indikasi dirujuk (pertanyaan no 5), berapakah kasus yang saudara rujuk ke : 1.Puskesmas setempat..... Kasus 2.Puskesmas mampu PONED.....Kasus 3.RSUD Lebong.....Kasus 4.RS di luar Kab Lebong.....Kasus
7	<i>Untuk saudara yang bertugas diluar wilayah Puskesmas TES dan Puskesmas MUARA AMAN, Dari jumlah kasus yang saudara rujuk ke Puskesmas setempat (pertanyaan no 6 pilihan no1) berapa kasus yang selanjutnya dirujuk ke Puskesmas mampu PONED ?</i> Kasus
8	Dari jumlah kasus yang saudara rujuk ke RSUD Lebong dan RS diluar Kabupaten Lebong (pertanyaan no 6 pilihan no 3&4), berapa kasus yang terlebih dahulu dirujuk ke Puskesmas mampu PONED sebelum dirujuk ke RSUD Lebong atau di luar Kabupaten Lebong ?Kasus
10	Dari jumlah kasus yang saudara rujuk ke RS diluar Kabupaten Lebong (pertanyaan no 6 pilihan no 4), berapa kasus yang saudara rujuk ke: 1.RSUD M Yunus Bengkulu.....Kasus 2.RSUD CURUP.....Kasus 3.RS Lain (sebutkan)KasusKasus
11	Sejak Januari 2007 sampai dengan sekarang, berapakah jumlah kasus neonatal yang saudara tangani ?Kasus

12	Dari jumlah kasus neonatal yang saudara tangani tersebut (pertanyaan no 11), berapakah jumlah kasus yang ada indikasi untuk dirujuk ?Kasus
13	Dari jumlah kasus yang ada indikasi dirujuk (pertanyaan no 12), berapakah kasus yang saudara rujuk ke :	1.Puskesmas setempat... Kasus 2.Puskesmas mampu PONED.....Kasus 3.RSUD Lebong.....Kasus 4.RS di luar Kab Lebong.....Kasus
14	<i>Untuk saudara yang bertugas diluar wilayah Puskesmas TES dan Puskesmas MUARA AMAN, Dari jumlah kasus yang saudara rujuk ke Puskesmas setempat (pertanyaan no 13 pilihan no1) berapa kasus yang selanjutnya dirujuk ke Puskesmas mampu PONED ?</i> Kasus
15	Dari jumlah kasus yang saudara rujuk ke RSUD Lebong atau diluar Kabupaten Lebong (pertanyaan no 13 pilihan no 3&4), berapa kasus yang terlebih dahulu dirujuk ke Puskesmas mampu PONED sebelum dirujuk ke RSUD Lebong atau di luar Kabupaten Lebong ?Kasus
16	Dari jumlah kasus yang saudara rujuk ke RS diluar Kabupaten Lebong (pertanyaan no 13 pilihan no 4), berapa kasus yang saudara rujuk ke:	1.RSUD M Yunus Bengkulu..... Kasus 2.RSUD CURUP.....Kasus 3.RS Lain (sebutkan)Kasus
C. PENGETAHUAN TENTANG PUSKESMAS MAMPU PONED DAN SISTEM RUJUKAN		
17	Apakah pengertian dari Puskesmas mampu PONED ?	1) Puskesmas biasa 2) Puskesmas perawatan 3) Puskesmas yg mampu menanggulangi kasus kegawatdaruratan obstetri dan neonatal 4) Puskesmas yang melayani pertolongan persalinan
18	Pelayanan obstetri pada Puskesmas mampu PONED meliputi apa saja?	1) Pemberian antibiotika, sedativa dan oksitoksin secara parenteral 2) Plasenta manual, kuret, ekstraksi vacum dan ekstarksi forceps 3) Jawaban point 1 dan 2 benar 4) Semua jawaban salah
19	Pelayanan neonatal pada Puskesmas mampu PONED meliputi pelayanan apa saja ?	1) Pemberian antibiotik dan pemberian anti konvulsan parenteral 2) Pemberian Bic-nat intraumbilical dan pemberian Phenobarbital 3) Jawaban point 1 & 2 benar 4) Hanya jawaban point 1 yang benar

20	Manakah yang bukan merupakan kriteria Puskesmas mampu PONED?	<ol style="list-style-type: none"> 1) Puskesmas sudah berfungsi untuk menolong persalinan 2) Jarak tempuh dari pemukiman sasaran ke puskesmas PONED minimal 3 jam dengan menggunakan transportasi umum setempat. 3) Puskesmas mempunyai fungsi sebagai subsenter rujukan 4) Tenaga yang tersedia minimal 1 orang dokter, 1 orang bidan yang terlatih GDON dan 1 orang perawat yang terlatih PPGDON 	<input type="checkbox"/>
21	Siapakah yang bertindak sebagai penanggungjawab Puskesmas PONED ?	<ol style="list-style-type: none"> 1) Kepala Dinas Kesehatan 2) Direktur Rumah Sakit. 3) Kepala puskesmas 4) Dokter 	<input type="checkbox"/>
22	Pihak mana sajakah yang terkait dalam pengembangan Puskesmas mampu PONED ?	<ol style="list-style-type: none"> 1) Dinas Kesehatan dan RS 2) IBI, IDI, POGI dan IDAI 3) Lembaga swadaya masyarakat 4) Semua jawaban benar 	<input type="checkbox"/>
23	Berapakah jumlah minimal Puskesmas mampu PONED dalam setiap kabupaten ?	<ol style="list-style-type: none"> 1) 2 unit Puskesmas 2) 3 unit Puskesmas 3) 4 unit Puskesmas 4) 5 unit Puskesmas 	<input type="checkbox"/>
24	Pada kedua kabupaten yang berbatasan, maka pelaksanaan PONED pada daerah tersebut ?	<ol style="list-style-type: none"> 1) Perlu kerjasama antara kedua kabupaten yang berbatasan 2) Tidak perlu kerjasama antara kabupaten karena masing-masing kabupaten memiliki Pkm PONED 3) Perlu kerjasama antar kabupaten karena standar pelayanan puskesmas PONED berbeda di setiap kabupaten 4) Tidak perlu kerjasama karena setiap kabupaten mempunyai RS PONEK 	<input type="checkbox"/>
25	Berikut ini yang merupakan langkah pengembangan Puskesmas PONED adalah	<ol style="list-style-type: none"> 1) Diseminasi informasi dan membangun kesepakatan 2) Pelatihan klinis obstetri-neonatal berbasis kompetensi 3) Jawaban point 1 & 2 benar 4) Tidak ada jawaban yang benar 	<input type="checkbox"/>
26	Berikut ini yang merupakan langkah dalam pelaksanaan PONED adalah	<ol style="list-style-type: none"> 1) Persiapan pelaksanaan 2) Sosialisasi 3) Alur pelayanan PONED 4) Semua jawaban benar 	<input type="checkbox"/>
27	Berikut ini adalah cakupan pelayanan kebidanan dalam satu tahun yang harus dilakukan oleh Puskesmas mampu PONED KECUALI	<ol style="list-style-type: none"> 1) KI harus $\geq 95\%$ dan K4 $\geq 90\%$ 2) Kunjungan neonatus 7-28 hari 80% 3) Cakupan Tolinakes 90% 4) Penanganan komplikasi obstetri dan neonatal 100% 	<input type="checkbox"/>

28	Apabila tidak terdapat angka yang tepat untuk perencanaan kebutuhan Puskesmas PONED, maka perkiraan berikut yang dapat dipakai untuk perencanaan PONED tersebut adalah	<ol style="list-style-type: none"> 1) Perkiraan jumlah ibu hamil 2,9% x jumlah penduduk 2) Perkiraan perdarahan 10% dari jumlah ibu hamil 3) Perkiraan sepsis 10% dari jumlah ibu hamil 4) Perkiraan jumlah preeklamsi/eklamsi 5% dari jumlah ibu hamil. 	<input type="checkbox"/>
29	Jenis tenaga minimal yang dapat memberikan pelayanan kebidanan di Puskesmas mampu PONED adalah	<ol style="list-style-type: none"> 1) Dokter 2) Bidan 3) Perawat 4) Dokter, Bidan, dan Perawat 	<input type="checkbox"/>
30	Yang tidak termasuk format yang digunakan dalam sistem pencatatan dan pelaporan PONED adalah	<ol style="list-style-type: none"> 1) Sistem informasi manajemen puskesmas 2) Register kohor ibu dan bayi 3) Format AMP 4) Laporan KLB 	<input type="checkbox"/>
31	Supervisi fasilitatif Puskesmas PONED dilakukan oleh siapa ?	<ol style="list-style-type: none"> 1) DSOG, DSA dan pengelola program KIA 2) Dokter pimpinan puskesmas 3) Dokter yang terlatih PONED 4) Kepala Dinas Kesehatan 	<input type="checkbox"/>
32	Berikut ini adalah syarat bagi seorang dokter yang memimpin langsung pelayanan kesehatan maternal dan neonatal yang dilaksanakan di Puskesmas KEQUALI	<ol style="list-style-type: none"> 1) Telah mengikuti diklat kepemimpinan tingkat IV 2) Memiliki sertifikat PONED 3) Memiliki sertifikat <i>Life Saving Skill</i> 4) Memiliki kemampuan dalam penanganan kegawatdaruratan obstetri dan neonatal 	<input type="checkbox"/>
33	Berikut ini adalah pelayanan obstetrik emergensi dasar di Puskesmas PONED KEQUALI	<ol style="list-style-type: none"> 1) Pemberian antibiotik parenteral 2) Pemberian oksitoksin parenteral 3) Pemberian sedative parenteral 4) Pemberian anti konvulsan parenteral 	<input type="checkbox"/>
34	Yang dimaksud dengan sistem rujukan adalah	<ol style="list-style-type: none"> 1) Pelimpahan tanggungjawab dari unit yang berkemampuan kurang ke unit yang berkemampuan lebih 2) Pelimpahan tanggung jawab dari satu unit ke unit lain yang setingkat kemampuannya 3) Jawaban point 1 & 2 benar 4) Tidak ada jawaban yang benar 	<input type="checkbox"/>

35	Maksud dari sistem rujukan maternal dan neonatal adalah	<ol style="list-style-type: none"> 1) Mengurangi beban kerja bagi unit pelayanan yang melakukan rujukan 2) Membagi tanggung jawab antara unit pelayanan yang berkemampuan kurang kepada unit pelayanan yang berkemampuan lebih 3) Pemerataan distribusi anggaran kepada unit pelayanan rujukan 4) Pemerataan pelayanan kesehatan maternal dan neonatal yang paripurna dan konprehensif bagi masyarakat 	<input type="checkbox"/>
36	Prinsip utama dari sistem rujukan kegawatdaruratan maternal dan neonatal adalah	<ol style="list-style-type: none"> 1) Kecepatan dan ketepatan tindakan 2) Mengutamakan rujukan pada fasilitas pelayanan kesehatan yang lengkap sarananya 3) Mengutamakan pada fasilitas rujukan yang memiliki dokter spesialis Obgin dan DSA 4) Mengutamakan kepada RS pusat rujukan di propinsi 	<input type="checkbox"/>
37	Langkah pertama yang dilakukan jika saudara menemui kasus kegawatdaruratan obstetri dan neonatal adalah	<ol style="list-style-type: none"> 1) Langsung dirujuk ke Puskesmas 2) Langsung dirujuk ke Puskesmas PONED 3) Langsung dirujuk ke RS PONEK 4) Stabilisasi kondisi pasien 	<input type="checkbox"/>
38	Dari berbagai alur rujukan dibawah ini manakah alur rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri dan neonatal yang benar.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Dari desa pasien dirujuk ke Puskesmas 2) Dari desa pasien langsung dirujuk ke Puskesmas PONED karena jaraknya dekat (< 1 jam) 3) Dari desa pasien langsung dirujuk ke RS PONEK karena fasilitasnya lebih lengkap meskipun jaraknya jauh (> 1 jam) 4) Jawaban poin 1 & 2 benar 	<input type="checkbox"/>
39	Dari berbagai alur rujukan pasien dibawah ini, manakah alur rujukan pasien yang boleh dilakukan oleh Bidan di desa ?	<ol style="list-style-type: none"> 1) Dari desa ke Puskesmas setempat 2) Dari desa ke Pkm mampu PONED 3) Dari desa ke RS mampu PONEK 4) Ketiga jalur rujukan diatas dapat ditempuh dengan mempertimbangkan jarak/waktu tempuh, fasilitas rujukan, dan kondisi pasien. 	<input type="checkbox"/>
40	Berapakah waktu tempuh maksimal dari tempat pemukiman sasaran (tempat tinggal pasien) ke fasilitas rujukan, pada kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal yang dianjurkan ?	<ol style="list-style-type: none"> 1) 1 jam 2) 2 jam 3) 3 jam 4) 4 am 	<input type="checkbox"/>

41	Kemampuan yang sekurang-kurangnya harus dimiliki oleh Puskesmas non-PONED (Puskesmas biasa) dalam menangani kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal adalah ?	<ol style="list-style-type: none"> 1) Melakukan kuret 2) Melakukan vacum ekstraksi 3) Melakukan Stabilisasi pasien 4) Semua jawaban salah 		
42	Waktu pelayanan langsung PONEK pada RS PONEK dalam penanganan kasus kegawatdaruratan obstetri dan neonatal adalah ?	<ol style="list-style-type: none"> 1) 24 jam 2) 8 jam (jam kerja saja) 3) 12 jam 4) Ketiga jawaban diatas salah 		
43	Berikut ini adalah institusi maupun individu yang harus melaksanakan peran yang sama dengan RS PONEK dalam sistem rujukan PONEK adalah ?	<ol style="list-style-type: none"> 1) RS Swasta 2) Rumah bersalin 3) Dokter/Bidan Praktek swasta 4) Semua jawaban diatas benar 		
D. PERSEPSI TERHADAP RUJUKAN				
44	Bagaimana pandangan atau pendapat saudara tentang rujukan kasus obstetri neonatal	<ol style="list-style-type: none"> 1) Sangat penting, karena menyangkut nyawa atau keselamatan ibu dan bayi 2) Tidak selalu penting tergantung dengan situasi dan kondisi pasien 3) Harus diberi tindakan segera 4) Lebih baik diupayakan sendiri, mengingat fasilitas rujukan cukup jauh 5) Pendapat lain (sebutkan)..... 		
E. PENGALAMAN TERHADAP FASILITAS RUJUKAN				
45	Apakah saudara pernah mengantar langsung kasus obstetri neonatal yang saudara rujuk ke Puskesmas mampu PONED ?	<ol style="list-style-type: none"> 1) Pernah 2) Tidak (lanjut ke pertanyaan no 48) 		
46	Bagaimana pengalaman saudara terhadap Puskesmas mampu PONED yang saudara tuju ketika merujuk kasus obstetri neonatal.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Proses penerimaan pasien lambat 2) Biaya mahal 3) Petugas tidak siap di tempat 4) Petugas tidak ramah 5) Fasilitas tidak lengkap 6) Kemampuan petugas dalam menangani pasien kurang 	Ya	Tdk

F. SIKAP TENTANG PUSKESMAS MAMPU PONED		
47	Apakah saudara mendukung adanya puskesmas mampu PONED di Kabupaten Lebong?	1) Ya, ke pertanyaan no 48 2) Tidak, ke pertanyaan no 49
48	Apa alasan saudara mendukung adanya Puskemas mampu PONED di Kabupaten Lebong?	1) Mendukung, karena mendekatkan akses pelayanan rujukan. 2) Mendukung, karena biaya murah dan dapat dijangkau oleh masyarakat 3) Mendukung, karena banyak kasus rujukan yang dapat ditangani di Puskesmas mampu PONED 4) Mendukung, karena petugas selalu siap ditempat 5) Pendapat lain, sebutkan.....
49	Apa alasan saudara tidak mendukung adanya Puskemas mampu PONED di Kabupaten Lebong?	1) Tidak mendukung, karena petugas sering tidak ada di tempat 2) Tidak mendukung, karena biaya pelayanan mahal 3) Tidak mendukung, karena tidak semua kasus dapat ditangani di Puskesmas mampu PONED 4) Pendapat lain, sebutkan.....
G. PENGETAHUAN TENTANG KETERSEDIAAN PETUGAS TERLATIH PONED DI PUSKESMAS MAMPU PONED		
50	Menurut saudara apakah di Puskesmas mampu PONED yang terdekat dengan desa tempat saudara bertugas terdapat petugas yang terlatih PONED ?	1) Ada 2) Tidak ada → ke pertanyaan no 50
51	Apakah jenis tenaga yang terlatih PONED tersebut ? (PILIHAN BOLEH LEBIH DARI SATU)	1) Dokter 2) Bidan 3) Perawat 4) Tenaga lain....(sebutkan).....
H. WAKTU TEMPUH DARI DESA KE PUSKESMAS MAMPU PONED		
52	Berapa lama waktu tempuh yang anda perlukan dari desa tempat anda bertugas untuk menuju ke Puskesmas mampu PONED terdekat dengan menggunakan kendaraan umum setempat.Menit.

I. DUKUNGAN KELUARGA PASIEN		
53	Ketika saudara memutuskan untuk merujuk kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONED, Apakah tindakan keluarga pasien secara mayoritas terhadap keputusan saudara tersebut?	<ol style="list-style-type: none"> 1) Membantu dalam proses rujukan 2) Mengikuti saran saudara 3) Meminta agar pasien dirujuk kefasilitas lain 4) Meminta agar pasien tidak dirujuk dan ditangani saja semampu saudara
J. DUKUNGAN TEMAN SEJAWAT		
54	Ketika saudara memutuskan untuk merujuk kasus obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONED, Apakah tindakan teman sejawat saudara secara mayoritas terhadap keputusan saudara tersebut?	<ol style="list-style-type: none"> 1) Menyarankan agar saudara merujuk ke Puskesmas mampu PONED 2) Membantu dalam proses rujukan 3) Menyarankan agar merujuk ke fasilitas lain 4) Diam tanpa respon
K. DUKUNGAN PIMPINAN/ATASAN		
55	Ketika saudara memutuskan untuk merujuk kasus obstetri neonatal ke puskesmas mampu PONED, Apakah tindakan atasan/pimpinan saudara terhadap keputusan saudara tersebut?	<ol style="list-style-type: none"> 1) Memerintahkan teman atau petugas lain untuk membantu saudara 2) Memotivasi agar merujuk ke Puskesmas mampu PONED 3) Mensosialisasikan protap tentang sistem rujukan 4) Merekomendasikan agar merujuk ke fasilitas lain 5) Menyarankan agar tidak merujuk ke Puskesmas mampu PONED dengan berbagai alasan

Wassalam

HADIAN TARZON

Universitas Indonesia



PEMERINTAH KABUPATEN BENGKULU UTARA
DINAS KESEHATAN

Jln. Prof. M. Yamin, SH No. 233, Telp. (0737) – 521030, 521139
ARGA MAKMUR 38611



Arga Makmur, 13 Juli 2009

Nomor : 800.1027 /Sekt-UP/2009
Lampiran : -
Perihal : **Rekomendasi Untuk Melakukan Uji Kuesioner**

Kepada Yth.

1. Wakil Dekan FKM Universitas Indonesia.
2. Kepala Puskesmas Air Bintunan
3. Kepala Puskesmas Air Lais

Di,-

Tempat

Schubungan dengan surat Wakil Dekan FKMUI tanggal 30 Juni 2009 No. 3989/ PT. 02.H5. FKMUI/I/ 2009 Perihal Ijin Melakukan Uji Kuesioner dalam rangka Penyusunan Tesis dengan Judul “ Perilaku Bidan di desa dalam melakukan Rujukan Kasus Obstetri Neonatal ke Puskesmas Mampu Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) di Kabupaten Lebong Propinsi Bengkulu Tahun 2009, bahwa pada prinsipnya kami tidak berkeberatan dan Merekomendasikan sdr :

Nama : Hadian Tarzon
NPM : 0806442986
Thn Angkatan : 2008/ 2009
Peminatan : Kesehatan Reproduksi
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Universitas Indonesia.

Untuk melakukan Uji Kuesioner pada wilayah kerja Puskesmas :

1. Puskesmas Air Bintunan
2. Puskesmas Air Lasi.

Selama bulan Juli 2009.

Demikian surat ini dibuat, atas perhatiannya diucapkan terimakasih.



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

KAMPUS BARU UNIVERSITAS INDONESIA DEPOK 16424, TELP. 7864975, FAX. 7863472

No : ~~3907~~ /PT.02:H5.FKMUI/I/2009
Lamp. : ---
Hal : *Ijin penelitian dan menggunakan data*

30 Juni 2009

Kepada Yth.
Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Labong
Provinsi Bengkulu

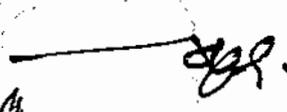
Sehubungan dengan penulisan tesis mahasiswa Program Magister Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia mohon diberikan ijin kepada mahasiswa kami :

Nama : Hadian Tarzon
NPM : 0806442986
Thn. Angkatan : 2008/2009
Peminatan : Kesehatan Reproduksi
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat

Untuk melakukan penelitian dan menggunakan data yang kemudian akan dianalisis kembali dalam penyusunan tesis dengan judul, *"Perilaku Bidan di Desa Dalam Melakukan Rujukan Kasus Obstetri Neonatal ke Puskesmas Mampu Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) di Kabupaten Lebong Provinsi Bengkulu Tahun 2009"*.

Selanjutnya Unit Akademik terkait atau mahasiswa yang bersangkutan akan menghubungi Institusi Bapak/Ibu. Namun, jika ada informasi yang dibutuhkan dapat menghubungi sekretariat Kesehatan Reproduksi dinomor telp. (021) 7874265.

Wakil Dekan FKMUI,


Dr. Dian Ayubi, SKM, MQIH
NIP. 132 161 167

Tembusan:

- Pembimbing tesis
- Arsip



**PEMERINTAH KABUPATEN LEBONG
DINAS KESEHATAN**

Jl. Raya Curup-Muara Aman Desa Muara Ketayu Kec Amen Kab Lebong



Muara Aman, 07 Juli 2009

Nomor : / / KES /VII/2009
Lampiran : -
Perihal : Izin Penelitian dan Menggunakan data
A/n. Hadian Tarzon NPM 0806442986

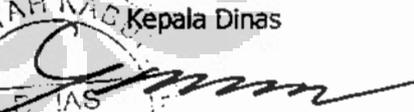
Kepada Yth
Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Indonesia
Kampus Baru Depok

Menjawab surat Bapak No 3987 / PT.02.H5.FKMUI / I / 2009 Prihal izin penelitian dan menggunakan data, Pada prinsipnya kami tidak berkeberatan dan dapat memberikan izin kepada :

Nama : Hadian Tarzon
NMP : 0806442986
Thn Angkatan : 2008/2009
Peminatan : Kesehatan Reproduksi
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat

Untuk melakukan penelitian dan menggunakan data dalam penyusunan tesis dengan judul,
"Perilaku Bidan di Desa Dalam Melakukan Rujukan Kasus Obstetri Neonatal ke Puskesmas Mampu Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) di Kabupaten Lebong Provinsi Bengkulu Tahun 2009"

Demikianlah surat izin ini dibuat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya, atas kerjasama yang baik diucapkan terima kasih.

Kepala Dinas

PEMERINTAH KABUPATEN LEBONG
DINAS KESEHATAN
Dr. H. IWAN SUWARSA, M. Kes

Pembina Tk I/IV b Nip. 19600514 199003 1 002



**PEMERINTAH KABUPATEN LEBONG
DINAS KESEHATAN**

Jl. Raya Curup-Muara Aman Desa Muara Ketayu Kec Amen Kab Lebong



Muara Aman, 07 Juli 2009

Nomor : / / KES /VII/2009
Lampiran : -
Perihal : Izin Penelitian dan Menggunakan data
A/n. Hadian Tarzon NPM 0806442986

Kepada Yth
Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Indonesia
Kampus Baru Depok

Menjawab surat Bapak No 3987 / PT.02.H5.FKMUI / I / 2009 Prihal izin penelitian dan menggunakan data, Pada prinsipnya kami tidak berkeberatan dan dapat memberikan izin kepada :

Nama : Hadian Tarzon
NMP : 0806442986
Thn Angkatan : 2008/2009
Peminatan : Kesehatan Reproduksi
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat

Untuk melakukan penelitian dan menggunakan data dalam penyusunan tesis dengan judul,
"Perilaku Bidan di Desa Dalam Melakukan Rujukan Kasus Obstetri Neonatal ke Puskesmas Mampu Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) di Kabupaten Lebong Provinsi Bengkulu Tahun 2009"

Demikianlah surat izin ini dibuat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya, atas kerjasama yang baik diucapkan terima kasih.



Dr. H. IWAN SUWARSA, M. Kes
Pembina Tk I / IV b Nip. 19600514 199003 1 002