

**EVALUASI KEMITRAAN BIDAN DAN DUKUN TERHADAP
AKSES PELAYANAN KESEHATAN MATERNAL
DI KABUPATEN BONE BOLANGO
PROVINSI GORONTALO
TAHUN 2011**

***PARTNERSHIP EVALUATION OF MIDWIVES AND
SHAMANS OF MATEMIAL HEALTH CARE ACCESS
IN THE DISTRICT OF BONE BOLANGO
GORONTALO PROVINCE IN 2011***

ZURIATI MUHAMAD



**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2011**

**EVALUASI KEMITRAAN BIDAN DAN DUKUN TERHADAP
AKSES PELAYANAN KESEHATAN MATERNAL
DI KABUPATEN BONE BOLANGO
PROVINSI GORONTALO
TAHUN 2011**

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Magister

Program Studi
Kesehatan Masyarakat

Disusun dan Diajukan Oleh

ZURIATI MUHAMAD

Kepada

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2011**

**EVALUASI KEMITRAAN BIDAN DAN DUKUN TERHADAP AKSES
PELAYANAN KESEHATAN MATERNAL DI KABUPATEN BONE
BOLANGO PROVINSI GORONTALO TAHUN 2011**

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Magister

Program Studi Kesehatan Masyarakat

Disusun dan Diajukan Oleh

Zuriati Muhamad

Kepada

PROGRAM PASCASARJANA

UNIVERSITAS HASANUDDIN

MAKASSAR

2011

PRAKATA



Alhamdulillah, puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT atas rahmat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan tesis ini yang merupakan salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan akhir Program Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat universitas Hasanuddin.

Terimakasih dan sembah sujud penulis haturkan dengan tulus ikhlas kepada ayahanda Ha. Abdullah Don Muhamad dan ibunda tercinta Hj. Nurhayati Paramani beserta adik-adik tercinta Zulaeha, Sitry, Sahrul dan Rahmatia yang dengan dorongan moral beserta materil mewujudkan cita-cita menyelesaikan pendidikan pada jenjang Mangister. Serta ucapan terimakasih yang terkhusus kepada suamiku tercinta Ir. Maryono dan anakku tersayang Alfiah Syakilla M. yang telah memberikan pengertian, pengorbanan, bantuan, semangat dan do'a yang begitu tulus dan tinggi selama penulis menempuh pendidikan. Semoga amal ibadah yang telah diberikan mendapatkan pahala yang berlipat dari Allah SWT.

Secara khusus penulis sampaikan rasa hormat dan terimakasih yang mendalam kepada bapak Prof. Dr.dr.H.Buraerah A.Hakim, M.Sc, selaku pembimbing I yang telah banyak meluangkan waktu dengan tekun dan sabar untuk memberikan arahan,koreksi dan bimbingannya tahap

demi tahap penyusunan tesis ini. Waktu yang beliau berikan merupakan kesempatan berharga bagi penulis untuk belajar. Kepada Bapak Prof. H. Veny Hadju, M.Sc, Ph.D, selaku pembimbing II yang disela-sela kesibukan beliau masih berkenan membimbing, mengarahkan dan memberikan masukan kepada penulis selama proses penyusunan tesis ini hingga selesai.

Ucapan terimakasih yang sebesar-besarnya, juga penulis sampaikan kepada :

1. Prof. Dr. dr. H. M. Alimin Maidin, MPH, selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat yang telah memberikan kesempatan untuk mengikuti pendidikan ini dan memberikan dukungan selama penulis menempuh pendidikan .
2. Dr.dr. H. Noer Bahry Noor, M.Sc, selaku ketua Program Studi Pascasarjana beserta seluruh staf pengajar Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin, atas segala arahan, bimbingan, dan bantuan lainnya selama penulis mengikuti proses pendidikan.
3. Bapak Prof. Dr. dr. H. Muh. Syafar, MS, Bapak Prof.Dr.drg. A. Arsunan Arsin, M.Kes dan Ibu Dr. Masni, Apt.,MSPH selaku penguji yang telah berkenan memberikan masukan demi perbaikan tesis ini.
4. Bapak dr. H. Rusli Katili MARS selaku Kepala Dinas Kesehatan Bone Bolango, Kepala Bidang Kesehatan Keluarga Ibu Rusni Doda, SKM, M.Kes dan Bapak Lukman Usman, SE selaku Kepala Puskesmas Toto

Utara yang telah bersedia memberikan izin penelitian dan membantu peneliti mendapatkan data yang dibutuhkan.

5. Rekan-rekan mahasiswa Program Pasca Sarjana Kesehatan Masyarakat angkatan 2009 yang telah melewati tawa dan tangis bersama, dan saling bantu menjadi motivasi tersendiri dalam menyelesaikan pendidikan ini.
6. Tak lupa pula penulis sampaikan ucapan terimakasih kepada bapak Rahman ST yang selalu membantu kelengkapan administrasi selama masa studi sampai akhir studi. Dan semua pihak yang telah membantu selama melakukan proses pendidikan sampai terlaksananya ujian tesis ini.

Penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari yang diharapkan, untuk itu dengan segala kerendahan hati, penulis menerima kritikan dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan tesis ini. Namun demikian, dengan segala keterbatasan yang ada mudah-mudahan tesis ini ada manfaatnya. **Amin Ya Robbal Alamin.....**

Makassar, November 2011

Zuriati Muhamad

ABSTRAK

ZURIATI MUHAMAD. *Evaluasi Kemitraan Bidan dan Dukun terhadap Akses Pelayanan Kesehatan Maternal di Kabupaten Bone Bolango Provinsi Gorontalo* (dibimbing oleh **Buraerah Abd. Hakim** dan **Veni Hadju**)

Penelitian ini bertujuan mengevaluasi pengaruh faktor penghambat yaitu pengetahuan, sikap petugas, pelaksanaan kemitraan, dukungan keluarga dan suami, biaya pelayanan, dan kepuasan pelayanan terhadap pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun dalam akses pelayanan maternal di Kabupaten Bone Bolango Gorontalo tahun 2011.

Penelitian ini dilaksanakan di Puskesmas Toto Utara Kabupaten Bone Bolango Gorontalo. Penelitiann ini menggunakan desain cross sectional study. Pengumpulan data dilakukan melalui observasi dan mewawancarai ibu yang memiliki bayi 0-11 bulan. Data dianalisis dengan analisis univariat dan bivariat melalui uji korelasi dan regresi tinier berganda.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa variabel pengetahuan, pelaksanaan kemitraan, dukungan keluarga dan suami, dan kepuasan pelayanan sebagai faktor penghambat kemitraan. Variabel tersebut memiliki korelasi terhadap program kemitraan bidan dan dukun. Sikap petugas merupakan variabel yang sangat signifikan terhadap program kemitraan. Biaya pelayanan sangat signifikan secara langsung terhadap akses pelayanan kesehatan maternal.

ABSTRACT

ZURIATI MUHAMAD. *Partnership Evaluation of Midwives and Shamans of Maternal Health Care Access in the District of Bone Bolango Gorontalo Province* (supervised by **Buraerah H. Abd. Hakim** and **Veni Hadju**).

The study aims to evaluate the influence of the inhibiting factors of respondent knowledge, attitude of officers, implementation of partnerships, family supports and their husbands, the cost of services and service satisfaction on the implementation of partnership of midwives and healer in access to maternal services in the Regency of Bone Bolango Gorontalo Province in 2011.

The research was conducted at the Public Health Center of Toto Utara of Bone Bolango. The method used in this study was quantitative research with a cross sectional study approach by interviewing mothers of infants of 0-11 months as respondents. Data were analyzed by using univariate, bivariate and path analysis to test the correction and multiple linear regression.

The results indicate that the variables of knowledge, implementation of partnerships, family supports and the husbands and the satisfaction of the services as factors inhibiting the partnership have correlation with partnership programs traditional midwives, and the attitude of officers is very significant variable to the partnership program. The cost is very significant service directly to access maternal health services.

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Kemitraan adalah suatu kerjasama yang formal antara individu-individu, kelompok-kelompok atau organisasi untuk mencapai tujuan tertentu, ada kesepakatan tentang komitmen dan harapan masing-masing anggota, tentang peninjauan kembali terhadap kesepakatan-kesepakatan yang telah dibuat, dan saling berbagi (sharing) baik dalam resiko maupun keuntungan yang diperoleh. (Davies dalam Notoatmodjo, 2005). Kemitraan bidan dan dukun adalah suatu bentuk kerjasama bidan dengan dukun yang saling menguntungkan dengan prinsip keterbukaan, kesetaraan, dan kepercayaan dalam upaya untuk menyelamatkan ibu dan bayi. Kemitraan ini menempatkan bidan sebagai penolong persalinan dan mengalih fungsikan dukun dari penolong persalinan menjadi mitra dalam merawat ibu dan bayi pada masa nifas, yang berdasarkan kesepakatan yang telah dibuat antara bidan dengan dukun, serta melibatkan seluruh unsur/element masyarakat yang ada. (Pedoman Kemitraan, 2008).

WHO, The Millenium Development Goals, 2002. Merumuskan 8 tujuan utama komitmen bersama dibidang kesehatan, dan salah satu diantaranya adalah komitmen dalam menurunkan angka kematian ibu dan bayi. Salah satu indikator yang digunakan dalam pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang terlatih yaitu bidan dan bermitra dengan

dukun. Pada tahun 1999-2000 di 49 negara sedang berkembang termasuk Indonesia hanya 56,3% ibu yang memiliki akses ke pelayanan kesehatan maternal, hanya 43,9% ibu hamil yang melahirkan ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih dan 56,3% persalinan oleh dukun hal ini disebabkan oleh kurangnya kemitraan bidan dan dukun dan faktor budaya dan kepercayaan masyarakat.

Salah satu kasus kesehatan yang masih banyak terjadi di beberapa negara seperti Adelaide, South Australia dan Amerika adalah kurangnya kemitraan bidan dan dukun dalam pelayanan kehamilan dan persalinan, dan hampir sebagian masyarakat masih senang ditolong oleh dukun, serta munculnya rasa tidak percaya (*distrust*) yang tinggi dari masyarakat misalnya berhubungan dengan tingkat kesehatan individu yang rendah dan masyarakat masih mempercayai dukun sebagai orang yang memiliki kharismatik dan mampu memberikan pelayanan kehamilan dan persalinan serta dapat memberikan ketenangan pada saat persalinan melalui do'a dan jampi-jampi.(Kawachi dkk, 1997).

Keputusan Menteri Kesehatan RI 2007, bahwa bidan merupakan salah satu tenaga kesehatan yang memiliki posisi penting dan strategis dalam memberikan pelayanan kebidanan yang berkesinambungan dan berfokus pada aspek pencegahan, promosi dengan berlandaskan kemitraan dengan tenaga kesehatan lainnya dan tenaga non kesehatan (dukun bayi) pada siapa saja, kapan saja dan dimana saja. Keyakinan ttg Kolaborasi dan Kemitraan dengan dukun bayi dalam Praktik kebidanan

dilakukan dengan menempatkan dukun bayi sebagai partner/tim yang dapat bekerjasama dengan pemahaman holistik sebagai satu kesatuan fisik, psikis, emosional, social, budaya, dan spritual. Bidan juga memiliki otonomi penuh dalam praktiknya yang berkolaborasi dengan tim kesehatan lainnya dan tenaga non kesehatan (dukun bayi).

Dalam rangka percepatan penurunan angka kematian di Indonesia, dan sejalan dengan Strategi Utama Departemen Kesehatan telah dilaksanakan upaya terfokus penurunan AKI melalui Strategi Making Pregnancy Safer (MPS) dengan 3 (tiga) pesan kunci, yaitu : 1) setiap persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terampil, 2) setiap komplikasi obstetri dan neonatal mendapat penanganan yang adekuat, 3) setiap wanita usia subur mempunyai akses terhadap pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan dan penanganan komplikasi keguguran. Adapun penyebab langsung kematian ibu yaitu perdarahan (28%), eklampsia (24%) infeksi (11%), partus lama 5%, abortus 5%. Kondisi ini diperburuk dengan masih tingginya kehamilan dengan 4 terlalu : terlalu muda, terlalu tua, terlalu sering dan terlalu banyak. Sebanyak 62,7%. Sedangkan penyebab kematian bayi baru lahir (neonatal) di Indonesia adalah asfiksia 27%, komplikasi pada bayi baru lahir rendah 29%, tetanus neonatarum 10%, masalah pemberian makanan 10%, infeksi 5%, gangguan hematologik 6% dan lain-lain 3%. (Prawirohardjo, 2008).

Riset Kesehatan dasar 2010, di Indonesia persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih (dokter, bidan, perawat) sebesar 82,3% dan persalinan oleh tenaga non kesehatan (dukun) 17,7%. Persalinan dengan menggunakan fasilitas kesehatan sebesar 59,5%, persalinan dirumah 39,1% dan 1,5% di Polindes. Dan khusus Provinsi Gorontalo pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan 64,3% dan persalinan oleh non kesehatan (dukun Bayi) 35,7% hal ini masih dibawah standar Nasional yaitu 90 % cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan.

Program kemitraan bidan dan dukun di Provinsi Gorontalo dimulai pada tahun 2005 dan untuk Kabupaten Bone Bolango programnya baru berjalan pada tahun 2008. Dimana bidan dan dukun telah mendapatkan intervensi dari Departemen Kesehatan melalui program Healthy Mother Healthy Baby (HMHB) dan gerakan sayang Ibu (GSI). Intervensi tersebut merupakan program yang telah dicanangkan oleh Departemen Kesehatan dengan menggalang kemitraan bidan dan dukun melalui pelatihan-pelatihan untuk meningkatkan ketrampilan dan menekan angka kematian ibu dan bayi.

Profil Dinas Kesehatan Bone Bolango tahun 2010 menunjukkan bahwa pelayanan kehamilan pada K1 95% dan K4 81% hal ini telah memenuhi target pencapaian Nasional yaitu ANC 95 %. Untuk pelayanan persalinan oleh tenaga kesehatan sebesar 80% dan pelayanan persalinan oleh tenaga non kesehatan (dukun) masih tinggi yaitu sebesar 20%, hal ini belum memenuhi standar nasional yaitu cakupan pelayanan persalinan

oleh tenaga kesehatan sebesar 95% dan masih banyak masyarakat yang menggunakan jasa dukun dalam pelayanan persalinan.

Program kemitraan bidan dan dukun di Kabupaten Bone Bolango telah berjalan dengan baik, dimana pertolongan persalinan dilakukan oleh bidan dan dukun 80%. Selain itu Pelatihan dan penyegaran dukun telah dilakukan untuk meningkatkan ketrampilannya dalam membantu bidan pada pelayanan kehamilan dan persalinan. Adapun Kebiasaan umum ibu hamil di kabupaten bone bolango yaitu melakukan kontak awal dengan dukun mengenai kehamilannya dan meminta dukun untuk memberikan air yang telah di do'akan. Yang menurut kepercayaan masyarakat bahwa dengan meminum air tersebut ibu hamil akan terhindar dari mahluk halus/roh yang tidak diinginkan. Dukun akan memberitahukan kepada bidan bahwa ada pasien/ibu hamil baru dan memotivasi ibu hamil untuk memerikaskan kehamilannya kepada bidan dan acara ritual akan tetapkan dijalankan oleh dukun karena itu merupakan kepercayaan masyarakat setempat.

Hambatan kemitraan yaitu tidak semua dukun yang ingin bermitra dengan bidan desa alasannya bidan merupakan saingan kerja yang dapat mengurangi pendapatan mereka dan insentif yang diterima dukun dalam pelayanan persalinan terlalu sedikit. pada saat dukun menemukan ibu hamil dan yang hendak bersalin, dukun enggan memeberitahukan ke bidan nanti setelah ibu hamil dan bersalin mengalami resiko tinggi baru si dukun melaporkan kebidan sehingga ibu hamil terlambat dirujuk ke

pelayanan kesehatan dan akibatnya pada kematian ibu. Dukun yang tidak bermitra menganggap istilah bermitra sebagai bentuk kerja yang tidak mutlak bergantung pada kebutuhannya. Artinya bagi si dukun kalau memang kasusnya masih bisa ditangani sendiri mereka tidak akan meminta bantuan pada tenaga kesehatan/bidan.(Dikes Bone Bolango 2010).

Umumnya masyarakat lebih senang memanggil dukun terutama pada malam hari karena para bidan desa banyak yang tidak tinggal didesa, jumlah Bidan desa di Kabupaten Bone Bolango tahun 2010 berjumlah 55 orang dan yang tinggal di desa hanya 30 orang dan sisanya banyak yang memilih tinggal di kota dengan alasan ikut suami, merangkap tugas dan melanjutkan studi kota.(Dinas Kesehatan Bone Bolango, 2010).

Penelitian Mokoto 2001, bahwa Pada setiap Dinas Kesehatan di Kabupaten Soppeng,Pinrang dan Bulukumba pertolongan persalinan saat melahirkan dilakukan oleh para medis dan dukun terlatih yang dilaporkan untuk menentukan pencapaian setiap tahun. Angka tersebut tidaklah mampu menggambarkan kondisi yang sebenarnya. Dalam arti proses mulai dari rasa sakit, persalinan pemotongan tali pusar. Jika para medis atau dokter bersama-sama dengan dukun terlibat dalam proses tersebut maka diklasifikasikan sebagai pertolongan oleh para medis. Sebaliknya dapat dikatakan bahwa pengklasifikasian dukun hanya terjadi jika dukun tersebut melakukan seluruh proses sendirian. Pada data statistik Dinas Kesehatan keberadaan dukun tidak terdeteksi jika bidan hadir saat dukun

menolong persalinan 54 kasus. Demikian pula diantara 21 kasus yang tampak ditolong bersama oleh bidan dan dukun sebenarnya ada 9 kasus, dimana bidan tiba beberapa saat setelah bayi lahir dan hanya membantu memotong tali pusar. Dengan pertimbangan ini maka tidaklah berlebihan bila dikatakan bahwa sekarang inipun partisipasi dukun masih besar dibanding bidan.

Walaupun program kemitraan bidan dan dukun sudah berjalan namun masih banyak kendala yang dihadapi yaitu program penempatan Bidan Di Desa (BDD) yang belum merata baik dari segi jumlahnya maupun dari segi sarana fisiknya. Di satu sisi masih ada beberapa desa yang mempunyai masalah kesehatan yaitu tingkat kematian ibu hamil, dan bersalin bayi dan balita masih tinggi. Di sisi lain program penempatan BDD yang bertujuan untuk menurunkan tingkat kematian ibu hamil, bayi dan balita belum menunjukkan hasil yang optimal, karena masih banyak persalinan yang terjadi di beberapa daerah dilakukan oleh dukun bayi, berarti dukun bayi masih dibutuhkan oleh masyarakat setempat, dan masih mengandalkan kepiawian Dukun Bayi dalam menolong persalinan, sekalipun secara medis berisiko tinggi terhadap kematian ibu hamil, bayi dan balitanya. (Munir dkk, 2006).

Hasil temuan dilapangan menunjukkan bahwa kemitraan BDD dengan Dukun bayi sudah menampakkan tanda-tanda yang menggembirakan, masih berjalan lancar, saling mendukung tanpa menimbulkan image persaingan, pasaran kerja, dan mengurangi status

dukun bayi sebagai tokoh masyarakat. Tetapi kemitraan yang sementara berjalan sekarang ini masih dalam batas pemaknaan transfer knowledge, masih dalam bentuk pembinaan cara-cara persalinan yang higienis BDD kepada Dukun Bayi, berarti belum ada dalam bentuk kesepakatan uraian tugas dan fungsi masing-masing, juga belum mengarah pada alih peran pertolongan persalinan secara optimal. Namun dikhawatirkan di masa mendatang, pembinaan yang dilakukan oleh BDD justru memberikan peran baru Dukun Bayi, menambah prestasinya, dan menaikkan status mereka, bahkan semakin menambah kepercayaan mereka menjalankan profesinya secara sendiri-sendiri. Bagaimana upaya yang dilakukan keduanya dalam menurunkan angka kematian ibu hamil, bayi dan balitanya, Apakah kemitraan BDD dengan dukun bayi tidak terjadi tumpang tindih atukah justru memperkuat kembali kerjasama antara keduanya dalam menangani persalinan sesuai tugas dan fungsi masing-masing. (Bangsu T, 2001).

Upaya meminimalisasi dan menurunkan tingkat kematian ibu hamil, bayi dan balita, maka semua persalinan yang ditangani oleh dukun bayi, harus beralih ditangani oleh BDD, kecuali hal-hal yang berhubungan dengan adat dan kebiasaan masyarakat setempat, dengan menjalin hubungan kemitraan antara keduanya. (Foster dkk, 2006).

World Health Organization (WHO), memperkirakan 585.000 perempuan meninggal setiap hari akibat komplikasi kehamilan, proses kelahiran dan aborsi yang tidak aman. Di dunia sekitar satu perempuan

hamil atau bersalin meninggal setiap menit. Dimana hampir semua kasus kematian tersebut sebenarnya dapat dicegah. Beberapa situasi dan kondisi serta keadaan umum seorang ibu dalam kehamilan dan persalinan dan nifas akan memberikan ancaman pada kesehatan jiwa ibu dan janin.

Target Depkes RI dan MDGS menurunkan angka kematian Ibu dari 228 per seratus kelahiran hidup (Tahun 2007) menjadi 118 per seratus kelahiran hidup KH (Tahun 2015) dengan salah satu indikator yang digunakan adalah pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih. Sudah banyak kebijakan yang dibuat untuk menurunkan angka kematian ibu, namun pada tahun 1999- 2000 di 49 negara sedang berkembang termasuk Indonesia hanya 56,3% ibu yang memiliki akses ke pelayanan kesehatan ibu, hanya 43,9 % ibu hamil yang melahirkan ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih.

Hasil Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia tahun 2007, bahwa Angka Kematian Ibu (AKI) untuk periode 5 tahun sebelum survei (2003-2007) sebesar 228 per seratus ribu kelahiran hidup. Angka ini turun dibandingkan AKI hasil Survey Demografi Kesehatan Indonesia tahun 2003 yang mencapai 307 per seratus ribu kelahiran hidup.

Berdasarkan Survey Sosial Nasional (Susenas) 2008 penolong kelahiran terakhir pada balita tertinggi adalah oleh bidan (54%), diikuti oleh dukun (30,27%), dan dokter (12,32%). Di daerah perkotaan sebagian besar penolong persalinan pertama pada ibu bersalin adalah bidan (64,26%), kemudian oleh dokter (20,71%) dan dukun (13,04%). Berbeda

dengan di pedesaan, dimana penolong kelahiran tertinggi pada balita oleh dukun sebesar (42,74%).

Tahun 2010, Angka Kematian Ibu (AKI) di Provinsi Gorontalo sebesar 226 per seratus ribu kelahiran hidup (Dinkes Provinsi Gorontalo, 2010). Sedangkan untuk Kabupaten Bone Bolango tahun 2009 sebesar 326 per seratus kelahiran hidup. Tingginya jumlah kasus kematian ibu di Kabupaten Bone Bolango antara lain disebabkan oleh Perdarahan, Infeksi, asma, hipoklemia dan eklamsia. Hal ini dipengaruhi oleh masih kurangnya kuantitas maupun kualitas tenaga bidan terutama di wilayah terpencil serta kelengkapan sarana dan prasarana dalam pelayanan Obstetrik dan Neonatal baik itu di Pondok Bersalin Desa (POLINDES) maupun puskesmas, kondisi sosial ekonomi masih rendah yang juga mempengaruhi tingkat pendidikan masyarakat sehingga menyebabkan pertolongan persalinan oleh dukun masih sangat tinggi. (Dinkes Kab. Bone Bolango, 2009).

Keberadaan BDD dalam wilayah kerjanya mendapat respons yang berbeda-beda dari masyarakat setempat, temuan dilapangan menunjukkan bahwa sebagian besar responden (85%) setuju menerima kehadiran bidan dalam membantu persalinan, hanya (15 %) yang kurang/tidak setuju, pada umumnya yang tidak setuju adalah dukun bayi yang tidak terlatih, yaitu dukun bayi yang menerima profesi ini sebagai pewarisan secara turun temurun. Dukun Bayi seperti ini merasa posisinya tergeser dengan kehadiran bidan di desa, sementara profesi ini merupakan salah

satu sumber penghasilan mereka. Keadaan ini menyebabkan mereka mengambil jarak dengan bidan, sehingga tidak terjadi komunikasi diantara mereka. (Eryando, 2006).

Berbeda halnya dengan Dukun Bayi yang telah menerima kehadiran Bidan karena mereka memahami tugas-tugas Bidan Di Desa, maka dalam waktu yang tidak lama sudah terjalin komunikasi, saling membantu dan dapat bekerjasama dalam pertolongan persalinan. Hubungan ini dilanjutkan dengan saling berinteraksi dan saling berkunjung satu dengan lainnya (27.50%), bahkan bidan desa intens melakukan kunjungan ke rumah dukun (57.50%) saling memberi informasi terutama kalau ada pasien yang akan melahirkan, dan (15 %) dukun bayi mengatakan bidan desa tidak pernah berkunjung kerumahnya, termasuk bidan desa yang tidak menetap di wilayah kerjanya, bahkan sering meninggalkan tugas dan pekerjaannya. Dukun bayi yang turut serta membantu tugas- tugas kebidanan dalam persalinan, seyogyanya diberdayakan pada peran-peran tertentu dan dilibatkan secara langsung sebagai "key person" sekaligus dapat berperan sebagai "public opini" yakni pemberi informasi awal ke BDD bagi ibu hamil yang akan melahirkan, terutama kehamilan yang menunjukkan tanda-tanda berisiko atau gejala penyakit lainnya. Sikap kerjasama yang ditunjukkan oleh dukun bayi seperti ini, dimaknai sebagai dukun bayi yang cukup memahami kelebihan dan kemampuan bidan dalam mendeteksi kehamilan dan kelahiran, termasuk penanganan ibu yang melahirkan

karena pendarahan, sedangkan dukun bayi memahami kelemahan dan ketidakmampuannya menangani pasien seperti ini. (anggorodi, 2006).

Pemerintah tampaknya belum mampu mengatasi masalah persalinan yang masih ditolong oleh dukun bayi dalam waktu singkat. Bahkan untuk memberikan perhatian yang proporsional saja masih merupakan masalah tersendiri. usaha-usaha penanggulangan masalah kesehatan di Indonesia masih sangat berorientasi pada pelayanan di kota dan rumah sakit. Untuk mengatasi masalah yang ada, berbagai cara telah ditempuh oleh pemerintah Indonesia. Usaha-usaha tersebut secara garis besar dapat dikelompokkan dalam 2 kategori, yaitu:(1) Usaha mengintrodukir sistem medik, yaitu:a) program pengenalan sistem perawatan kesehatan dengan dokter, bidan, mantri kesehatan, perawat atau tenaga paramedik lain yang masing-masing bersumber dari sistem medik modern atau tradisional, b) program pengenalan obat-obatan farmakologi, c) program pembangunan puskesmas dan klinik klinik pelayanan kesehatan, d) program pengobatan masal dan keliling kampung, e) program dokter/bidan masuk desa.(2) Meningkatkan kemampuan lembaga-lembaga kesehatan yang dimiliki oleh masyarakat yang bersangkutan, yaitu program pengembangan potensiyang ada dalam dan bersumber dari pranata kesehatan masyarakat sendiri, adalah program melatih dukun bayi.(Setyawati, 2010).

Pembelajaran penting adalah terciptanya kesepakatan kerja sama akan mungkin, bila dimulai dengan keberterimaan tanpa syarat

untuk membagi peran secara tegas, saling mempercayai, dimulai dari pengembangan pelatihan yang berbasis masalah, dengan strategi dan metode pembelajaran partisipatif dan mengandalkan peraturan daerah dimulai dari proses adaptasi sosial budaya terbentuk kelompok untuk ikut mendukung program kemitraan Bidan Dukun yang didukung tokoh masyarakat harus dimulai dengan proses negosiasi awal (tawar menawar) tanpa syarat yang memperberat untuk kemudian dipersepsi secara positif. (Taha Ridwan, 2009).

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan keputusan Menteri Kesehatan RI 2007, tentang kemitraan bidan dukun yang menyatakan bahwa bidan merupakan salah satu tenaga kesehatan yang memiliki posisi penting dan strategis dalam memberikan pelayanan kebidanan yang berkesinambungan dan berfokus pada aspek pencegahan, promosi dengan berlandaskan kemitraan dengan tenaga lainnya dan tenaga non kesehatan (dukun bayi) pada siapa saja, kapan saja dan dimana saja, serta menempatkan dukun bayi sebagai partner / tim yang dapat bekerja sama dengan pemahaman holistik sebagai satu kesatuan fisik, psikis, emosional, social, budaya, dan spiritual.

Keputusan menteri tersebut telah dicanakan sejak tahun 2005, dan pelaksanaannya baru dilakukan pada tahun 2008. Hasil riset Kesehatan Dasar 2010 melaporkan bahwa masih sekita 17,7% persalinan ditolong oleh dukun tanpa kemitraan dengan bidan. Berbagai penghambat dan

pendukung dalam pelaksanaan kemitraan tersebut dituangkan dalam pertanyaan penelitian sebagai berikut :

1. Bagaimana Korelasi antara variable eksogen (Pengetahuan, sikap petugas, Pelaksanaan pelayanan, Dukungan keluarga dan suami, Biaya pelayanan, dan Kepuasan pelayanan) dalam model kemitraan bidan dan dukun serta akses pelayanan maternal.
2. Bagaimana Pengaruh pengetahuan sebagai faktor penghambat terhadap pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun serta akses pelayanan maternal
3. Bagaimana Pengaruh Sikap petugas sebagai faktor penghambat terhadap pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun serta akses pelayanan maternal
4. Bagaimana Pengaruh Pelaksanaan pelayanan sebagai faktor penghambat terhadap pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun serta akses pelayanan maternal
5. Bagaimana Pengaruh Dukungan keluarga dan suami sebagai faktor penghambat terhadap pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun serta akses pelayanan maternal
6. Bagaimana Pengaruh Biaya pelayanan sebagai faktor penghambat terhadap pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun serta akses pelayanan maternal

7. Bagaimana Pengaruh Kepuasan pelayanan sebagai faktor penghambat terhadap pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun serta akses pelayanan maternal

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Melakukan evaluasi pengaruh faktor penghambat terhadap pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun dan akses pelayanan maternal (pelayanan kehamilan, persalinan, nifas, dan perawatan bayi baru lahir) di Kabupaten Bone Bolango Provinsi Gorontalo tahun 2010-2011

2. Tujuan Khusus

- a) Untuk mengetahui Korelasi antara variable eksogen (Pengetahuan, sikap petugas, Pelaksanaan pelayanan, Dukungan keluarga dan suami, Biaya pelayanan, dan Kepuasan pelayanan) dalam model kemitraan bidan dan dukun serta akses pelayanan maternal.
- b) Untuk mengetahui Pengaruh pengetahuan sebagai faktor penghambat terhadap pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun serta akses pelayanan maternal
- c) Untuk mengetahui Pengaruh Sikap petugas sebagai faktor penghambat terhadap pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun serta akses pelayanan maternal

- d) Untuk mengetahui Pengaruh Pelaksanaan pelayanan sebagai faktor penghambat terhadap pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun serta akses pelayanan maternal
- e) Untuk mengetahui Pengaruh Dukungan keluarga dan suami sebagai faktor penghambat terhadap pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun serta akses pelayanan maternal
- f) Untuk mengetahui Pengaruh Biaya pelayanan sebagai faktor penghambat terhadap pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun serta akses pelayanan maternal
- g) Untuk mengetahui Pengaruh Kepuasan pelayanan sebagai faktor penghambat terhadap pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun serta akses pelayanan maternal

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Akademis

Hasil penelitian ini diharapkan menjadi salah satu informasi bagi para ilmuwan dalam pengembangan ilmu pengetahuan dimasa yang akan datang.

2. Manfaat Praktisi

Sebagai sumber informasi atau bahan masukan dan sumbangan pemikiran bagi instansi terkait dalam memahami dan menentukan kebijakan untuk meningkatkan kemitraan bidan dan dukun terhadap akses pelayanan maternal di Kabupaten Bone Bolango Provinsi Gorontalo.

3. Manfaat bagi peneliti

Sebagai wahana bagi peneliti sendiri dan peneliti lainnya untuk memperluas wawasan dan lebih meningkatkan pengkajian terhadap kemitraan bidan dan dukun dalam pelayanan maternal dan persalinan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan tentang Kemitraan

1. Konsep Kemitraan

Di Indonesia istilah kemitraan masih relative baru, namun dalam prakteknya istilah ini sudah lama dikenal oleh masyarakat dengan istilah gotong royong yang sebenarnya esensinya adalah kemitraan, yakni kerjasama dari berbagai pihak, baik secara individual maupun kelompok. Selanjutnya gotong royong sebagai “praktek individual” ini berkembang menjadi koperasi, koalisi, aliansi, jejaring (net working), dan sebagainya. Istilah-istilah ini sebenarnya sebagai perwujudan dari kerjasama antar individu atau kelompok yang saling membantu, saling menguntungkan dan secara bersama-sama meringankan pencapaian suatu tujuan yang telah mereka sepekat bersama.(Notoatmodjo, 2008).

Pengertian kemitraan menurut Robert Davies, adalah suatu kerjasama formal antara individu-individu, kelompok-kelompok atau organisasi untuk mencapai suatu tujuan tertentu. Dalam kerjasama tersebut ada kesepakatan tentang komitmen dan harapan masing-masing.

Dalam dunia bisnis, kata kemitraan sering diartikan sebagai joint commercial ventures atau lebih dikenal joint venture. dalam kemitraan, masing-masing anggota atau mitra harus mengambil bagian dan

tanggung jawab terhadap pencapaian tujuan disepakati bersama. Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa kemitraan adalah upaya untuk melibatkan berbagai sektor, kelompok masyarakat, lembaga pemerintah maupun bukan pemerintah, untuk bekerjasama dalam mencapai suatu tujuan bersama berdasarkan atas kesepakatan prinsip dan peranan masing-masing.

(Notoatmodjo, 2008)Mengingat kemitraan adalah bentuk kerjasama atau aliansi, maka setiap pihak yang terlibat didalamnya harus ada kerelaan diri untuk bekerjasama,dan melepaskan kepentingan masing-masing, kemudian membangun kepentingan bersama. Oleh sebab itu, membangun sebuah kemitraan, harus didasarkan pada hal-hal sebagai berikut :

(1) Persyaratan Kemitraan :

a) Kesamaan perhatian (common interest) atau kepentingan : dalam membangun kemitraan, masing-masing anggota atau mitra harus merasa mempunyai perhatian dan kepentingan bersama. Tanpa adanya perhatian dan kepentingan bersama terhadap suatu masalah, niscaya kemitraan dapat terjadi.

b) Saling mempercayai dan saling menghormati

Kepercayaan (trust) merupakan modal dasar bagi setiap relasi atau hubungan antar manusia. Apabila seseorang tidak mempercayai orang lain, sudah pasti tidak akan terjadi hubungan yang baik antara mereka. Demikian pula kemitraan akan terjadi apabila

diantara mitra tersebut terjadi saling mempercayai dan saling menghormati.

- c) Harus saling menyadari pentingnya arti kemitraan

Kemitraan bukanlah sekedar untuk mencari dukungan dana, melainkan yang lebih penting adalah mewujudkan kebersamaan antara anggota atau mitra untuk menghasilkan sesuatu yang menuju kearah perbaikan kesehatan masyarakat pada umumnya.

- d) Harus ada kesepakatan visi,misi,tujuan dan nilai yang sama

Dalam membangun kemitraan dibidang kesehatan, maka masing-masing anggota atau mitra harus mempunyai visi,misi, tujuan dan nilai-nilai yang sama tentang kesehatan.

- e) Harus berpijak pada landasan yang sama

Prinsip lain yang perlu dibangun dalam kemitraan bidang kesehatan adalah merupakan aspek yang paling utama dalam kehidupan manusia. Oleh sebab itu sektor kesehatan harus mampu meyakinkan kepada sektor lain atau mitra.

- f) Kesiediaan untuk berkorban

Untuk mencapai tujuan bersama diperlukan pengorbanan dari masing-masing tim.

(2) Landasan kemitraan

- a) Saling memahami kedudukan, tugas dan fungsi masing-masing(structure) Kemitraan sebagai suatu organisasi jejaring kerja

sudah barang tentu masing-masing anggota mempunyai peran dan fungsi yang berbeda.

- b) Saling memahami kemampuan masing-masing anggota (capacity)
Diperlukan kontribusi dari masing-masing anggota maka kontribusi dapat menimbulkan perbedaan kuantitas maupun kualitas
- c) Saling menghubungi (Linkage) Diperlukan komunikasi yang efektif diantara anggota atau mitra tersebut.
- d) Saling mendekati (proximity) Dalam kekeluargaan atau pertemanan kedekatan antar anggota keluarga atau antar teman adalah mutlak diperlukan.
- e) Saling terbuka dan bersedia membantu (openes)
- f) Saling mendorong dan saling mendukung
- g) Saling menghargai (rewards)

(3) Prinsip-prinsip kemitraan

Tiga prinsip kunci yang perlu dipahami oleh masing-masing anggota atau mitra yaitu :

- a) Kesetaraan (equality) bagaimana besarnya suatu institusi atau organisasi, dan bagaimana kecilnya suatu institusi atau organisasi apabila sudah bersedia untuk menjalin kemitraan harus meras setara atau sama tingkatnya.
- b) Keterbukaan (transparancy)

- c) Keterbukaan dalam arti : apa yang menjadi kekuatan atau kelebihan dan apa yang menjadi kekurangan atau kelemahan masing-masing anggota yang lain.
- d) Saling menguntungkan(mutual benefit).
- e) Menguntungkan disini bukan selalu diartikan dalam materi atau uang, tetapi lebih kepada non materi. Saling menguntungkan disini lebih dilihat dari kebersamaan atau sinergis dalam mencapai tujuan bersama.

(4) Tujuan Kemitraan

Tujuan kemitraan daalam program kesehatan adalah :

- a) Meningkatkan koordinasi untuk memenuhi kewajiban peran masing-masing dalam pembangunan kesehatan.
- b) Meningkatkan komunikasi antarsektoral pemerintah dan swasta tentang masalah kesehatan.
- c) Meningkatkan kemampuan bersama dalam menanggulangi masalah kesehatan dan memaksimalkan keuntungan semua pihak. Tujuan utama kemitraan dibidang kesehatan adalah menggalang kekuatan untuk memecahkan atau menanggulangi masalah kesehatan masyarakat setempat.
- d) Meningkatkan apa yang menjadi komitmen bersama.
- e) Tercapainya upaya kesehatan yang efisien dan efektifberdaya guna dan berhasil guna.

(5) Langkah-langkah pelaksanaan kemitraan

Langkah-langkah pelaksanaan kemitraan ini dapat diuraikan

- a) Penjajakan : sebelum melakukan penjajakan harus dilakukan identifikasi mitra-mitra yang potensial untuk diajak bermitra dalam rangka pemecahan masalah kesehatan yang dihadapi.
- b) Penyamanan poersepsi : agar diperoleh persepsi atau pandangan yang sama dalam penanganan masalah kesehatan yang dihadapi bersama, maka perlu pertemuan awal.
- c) Pengaturan peran : pengaturan peran dan fungsi harus dibicarakan bersama serta dituangkan dalam kesepakatan tertulis secara jelas.
- d) Komunikasi intensif
- e) Melaksanakan kegiatan
- f) Pemantauan dan penilaian

(6) Kerangka Kerja kemitraan

Ketiga institusi pokok tersebut adalah:

- a) Unsur pemerintah, dimana unsur ini terdiri dari berbagai sektor pemerintah terkait dengan kesehatan antara lain : kesehatan sebagai sektor kuncinya, sektor pendidikan, pertanian,kehutanan, agama, lingkungan hidup,industri dan perdagangan dan sebagainya.
- b) Dunia usaha atau unsur swasta (private sectors) kalangan bisnis.
- c) Unsur organisasi non pemerintah atau sering disebut non government organization(NGO) yang meliputi unsur penting yaitu unsur lembaga swadaya masyarakat (LSM) dan organisasi Ormas. Kemitraan bukanlah

sebagai output atau tujuan, tetapi juga bukan sebuah proses namun sebagai sistem. Artinya pengembangan dan evaluasi kemitraan dapat menggunakan pendekatan sistem, yakni :

d) Input

Input sebuah kemitraan adalah semua sumber daya yang dimiliki oleh masing-masing unsur yang terjalin dalam kemitraan, terutama sumber daya manusia dan sumber daya yang lain.

e) Proses

Proses dalam kemitraan pada hakikatnya adalah kegiatan-kegiatan untuk membangun kemitraan tersebut. Melalui kegiatan pertemuan-pertemuan, seminar, loka karya, pelatihan-pelatihan, semiloka dan sebagainya.

f) Output

Adalah terbentuknya jaringan kerja atau networking, aliansi, forum, dan sebagainya yang terdiri dari berbagai unsur dan tersusunnya program dan pelaksanaannya berupa kegiatan bersama dalam rangka pemecahan masalah.

g) Outcome

Outcome adalah dampak dari pada kemitraan terhadap peningkatan kesehatan masyarakat. Oleh sebab itu outcome kemitraan dapat dilihat dari indikator-indikator derajat kesehatan masyarakat yang sebenarnya merupakan akumulasi dampak dari upaya-upaya lain disamping kemitraan.

2. Kemitraan Bidan Dan Dukun

a. Definisi Bidan.

Bidan merupakan salah satu tenaga profesional yang mempunyai wewenang memberikan pertolongan persalinan dalam program kesejahteraan ibu dan anak (KIA). Pelayanan yang diberikan oleh seorang bidan adalah pelayanan yang profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang diberikan kepada ibu dalam kurun waktu masa reproduksi dari bayi baru lahir (Menkes RI, 2007).

Menurut Internasional confederation of midwife, Internasional Federation and Gynecologist, serta WHO, bidan adalah seorang wanita yang telah mengikuti atau menyelesaikan pendidikan bidan yang telah diakui pemerintah dan lulus ujian sesuai persyaratan yang berlaku.

Misi bidan memberikan pelayanan kebidanan, kesehatan reproduksi, keluarga berencana serta kegiatan pembangunan lainnya secara profesional, penuh dengan keramahan dan percaya diri, mampu menjaga kewibawaannya dan bercirikan kepemimpinan dengan sikap yang berani mengambil keputusan (Depkes RI, 2008).

Bidan diakui sebagai tenaga profesional yang bertanggung-jawab dan akuntabel, yang bekerja sebagai mitra perempuan untuk memberikan dukungan, asuhan dan nasehat selama masa hamil, masa persalinan dan masa nifas, memimpin persalinan atas tanggung jawab

sendiri dan memberikan asuhan kepada bayi baru lahir, dan bayi. Asuhan ini mencakup upaya pencegahan, promosi persalinan normal, deteksi komplikasi pada ibu dan anak, dan akses bantuan medis atau bantuan lain yang sesuai, serta melaksanakan tindakan kegawatdaruratan (Bangsu T, 2001).

Bidan mempunyai tugas penting dalam konseling dan pendidikan kesehatan, tidak hanya kepada perempuan, tetapi juga kepada keluarga dan masyarakat. Kegiatan ini harus mencakup pendidikan antenatal dan persiapan menjadi orang tua serta dapat meluas pada kesehatan perempuan, kesehatan seksual atau kesehatan reproduksi dan asuhan anak.(Munir dkk, 2006).

Adanya program MDGs untuk mempercepat penurunan AKI dan AKB sehingga pemerintah akhirnya mengambil kebijakan dengan menempatkan bidan didesa. Bidan desa adalah bidan yang ditempatkan didesa diwajibkan tinggal serta bertugas melayani masyarakat diwilayah kerjanya.

Peranan Bidan Di desa sangat besar dalam persalinan, bahkan sebagian besar masyarakat masih menggantungkan harapan penyembuhan atas berbagai penyakit yang dialami oleh seorang ibu hamil,dan masih banyak bidan di desa tidak dapat memenuhi dan memuaskan semua kebutuhan kesehatan komunitas,terutama seringnya terlambat penanganan pasien rujukan,obat-obatan sering terlambat, sehingga kematian tidak bisa juga dihindari. Oleh karena itu, upaya-upaya

yang harus dilakukan dalam membangun kemitraan antara BDD dengan Dukun Bayi yaitu kesamaan persepsi antara Bidan Di desa dengan Dukun Bayi dalam persalinan, kesetaraan dalam menjalankan profesinya sebagai penolong persalinan, dan saling menguntungkan dari sisi ekonomi, sehingga Dukun Bayi tidak ada image negatif bahwa lahan kerjanya diambil alih oleh Bidan Di desa. (Anggorodi, 2006).

Tugas Bidan Di desa (BDD) adalah melakukan kerjasama dengan Dukun Bayi agar dapat mengambil alih persalinan yang semula ditangani oleh dukun bayi beralih ditangani BDD. Alih peran dimaksudkan dalam penelitian ini adalah pengalihan dan efektifitas dalam melakukan persalinan dan keselamatan bayi lahir yang pada umumnya telah dilakukan oleh tenaga kesehatan. (Admawaty, 2002).

b. Definisi Dukun.

Tenaga yang sejak dahulu kala sampai sekarang memegang peranan penting dalam pelayanan kebidanan ialah dukun bayi. Dalam lingkungannya dukun bayi merupakan tenaga terpercaya dalam segala soal yang bersangkutan dengan reproduksi. Ia diminta pertimbangannya pada masa kehamilan, mendampingi wanita yang bersalin sampai persalinan selesai, mengurus ibu serta bayinya dalam masa nifas. Ia menyelenggarakan pula abortus buatan dan kontrasepsi (Prawirohardjo, 2008).

Dukun bayi biasanya seorang wanita yang umumnya berumur 40 tahun keatas dan buta huruf, ia menjadi dukun karena pekerjaan ini turun-

temurun dalam keluarganya atau oleh karena ia merasa mendapat panggilan untuk menjalankan pekerjaan itu. Ia mendapat latihan untuk pekerjaan dukun dengan membantu dukun yang lebih tua dan selanjutnya menambah pengetahuannya dengan apa yang dia alami dalam praktik. Di pedesaan dukun biasanya memiliki penghasilan tetap sebagai petani atau pedagang kecil. Pertolongan persalinan yang biasa yang diberikan rata-rata 2-3 kali sebulan. Pengetahuannya tentang fisiologi dan patologi dalam kehamilan, persalinan, serta nifas sangat terbatas, sehingga bila timbul komplikasi, ia tidak mampu mengatasinya, bahkan tidak menyadari arti dan akibatnya. Walaupun demikian, dukun dalam masyarakatnya mempunyai pengaruh besar, ia menghadiri persalinan tidak hanya untuk memberi pertolongan teknis, melainkan memberikan pula emotional security kepada wanita yang sedang bersalin serta keluarganya, karena ia dengan doa-doanya dianggap dapat membantu melancarkan jalannya persalinan. Jumlah dukun diperkirakan sebanyak 150.000 (Bangsu T, 2001).

Salah satu kasus kesehatan yang masih banyak terjadi di Indonesia adalah persalinan dengan pertolongan oleh dukun bayi. Kenyataannya, hampir semua masyarakat Indonesia baik itu yang tinggal di pedesaan maupun perkotaan lebih senang ditolong oleh dukun. Hal tersebut disebabkan oleh tradisi dan adat istiadat setempat. Tujuan penelitian ini adalah menemukan cara/strategi untuk membangun *cohesive network* di antara para pemuka setempat, masyarakat, dukun

dan bidan dalam melaksanakan pelayanan kesehatan maternal dan perinatal secara bersama-sama.(Eryando,2007).

Beberapa hasil penelitian menunjukkan bahwa masyarakat sudah mengenal dukun bayi atau dukun beranak sebagai tenaga pertolongan persalinan yang diwariskan secara turun temurun. Dukun bayi yaitu mereka yang memberi pertolongan pada waktu kelahiran atau dalam hal-hal yang berhubungan dengan pertolongan kelahiran, seperti memandikan bayi, upacara menginjak tanah, dan upacara adat serimonial lainnya. Pada kelahiran anak dukun bayi yang biasanya adalah seorang wanita tua yang sudah berpengalaman, membantu melahirkan dan memimpin upacara yang bersangkutan paut dengan kelahiran itu (Yuliarti,2009).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Munir dkk, 2006, bahwa di Sulawesi Tengah ternyata masih ada juga diantara dukun bayi menggunakan cara-cara tradisional dalam menangani persalinan, seperti memotong palacentadan menaburkan serbuk tempurung kelapa yang sudah dihaluskan ke pusar bayi dengan maksud cepat kering dan jatuh. Menurut beberapa pasien yang diwawancarai mengatakan bahwa apapun yang dikerjakan Dukun Bayi itu seperti meniup-niup air diiringi dengan doa-doa "jampe-jampe" hanya tindakan psikologis-sosiologis agar ibu yang melahirkan itu merasa aman dan tidak was-was untuk melahirkan, dan rasa sakit waktu melahirkan bisa hilang.

Sedangkan dukun bayi tenaga yang cukup berpengalaman dalam menolong persalinan, masih diterima oleh masyarakat, maka tidak

mustahil jika masyarakat lebih percaya menggunakan dukun bayi dibanding dengan bidan, dalam hal memeriksa kehamilan dan menolong persalinan. Beberapa hasil penelitian menunjukkan bahwa masyarakat sudah mengenal dukun bayi atau dukun beranak sebagai tenaga pertolongan persalinan yang diwariskan secara turun temurun. Dukun bayi yaitu mereka yang memberi pertolongan pada waktu kelahiran atau dalam hal-hal yang berhubungan dengan pertolongan kelahiran, seperti memandikan bayi, upacara menginjak tanah, dan upacara adat serimonial lainnya. Pada kelahiran anak dukun bayi yang biasanya adalah seorang wanita tua yang sudah berpengalaman, membantu melahirkan dan memimpin upacara yang bersangkutan paut dengan kelahiran (Mokoto, 2001).

Selain ciri-ciri dukun, terdapat juga bermacam-macam dukun sesuai dengan keahliannya masing-masing, yaitu:1) dukun pijat yang bekerja untuk menyembuhkan penyakit yang disebabkan karena kurang berfungsinya urat-urat dan aliran darah (salah urat), sehingga orang yang merasa kurang sehat atau sakipun perlu diurut supaya sembuh, 2) dukun sangkal putung/dukun patah tulang, misalnya akibat jatuh dari pohon, tergelincir atau kecelakaan, 3) dukun petungan, yaitu dukun yang dimintai nasihat tentang waktu yang sebaiknya dipilih melakukan sesuatu usaha yang penting seperti saat mulai menanam padi, mulai panen, atau mengawinkan anak. Nasihat yang diberikan berupa perhitungan hari

mana yang baik, dan mana yang tidak baik menurut numerologi Jawa, 4) dukun-dukun yang pandai mengobati orang-orang yang digigit ular Berbisa, 5) dukun bayi, yaitu mereka yang memberi pertolongan pada waktu kelahiran atau dalam hal-hal yang berhubungan dengan pertolongan persalinan,³ 6) dukun perewangan, yaitu dukun yang dianggap mempunyai kependaian magis sehingga dapat memberi pengobatan ataupun nasehat dengan menghubungi alam gaib (mahluk-mahluk halus), atau mereka yang melakukan *white magic* dan *black magic* untuk maksud baik dan maksud jahat. (Munir, 2006).

3. Prinsip Kemitraan Bidan Dan Dukun

Kemitraan bidan dengan dukun adalah suatu bentuk kerjasama bidan dan dukun yang saling menguntungkan dengan prinsip keterbukaan, kesetaraan, dan kepercayaan dalam upaya untuk menyelamatkan ibu dan bayi. Kemitraan ini menempatkan bidan sebagai penolong persalinan dan mengalihfungsikan dukun dari penolong persalinan menjadi mitra dalam merawat ibu dan bayi pada masa nifas, yang berdasarkan kesepakatan yang telah dibuat antara bidan dengan dukun, serta melibatkan unsur/elemen masyarakat yang ada (Pedoman kemitraan, 2008).

Program kemitraan bidan dan dukun merupakan salah satu program sebagai upaya untuk meningkatkan cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan. Definisi kemitraan bidan dan dukun itu sendiri adalah suatu bentuk kerjasama bidan dan dukun yang saling

menguntungkan dengan prinsip keterbukaan, kesetaraan dan kepercayaan dalam upaya menyelamatkan ibu dan bayi dengan menempatkan bidan sebagai penolong persalinan dan menjadi mitra dalam merawat ibu dan bayi pada masa nifas, dengan berdasarkan kesepakatan yang telah dibuat antara bidan dan dukun serta melibatkan seluruh unsur-unsur elemen masyarakat yang ada.(Anggorodi ,2006).

Dalam Hasil temuan dilapangan menunjukkan bahwa kemitraan Bidan dengan Dukun bayi sudah menampakkan tanda-tanda yang menggembirakan, masih berjalan lancar, saling mendukung tanpa menimbulkan image persaingan, pasaran kerja, dan mengurangi status dukun bayi sebagai tokoh masyarakat.Tetapi kemitraan yang sementara berjalan sekarang ini masih dalam batas pemaknaan transfer knowledge, masih dalam bentuk pembinaan cara-cara persalinan yang higiens.(Munir dkk, 2006).

Kebijakan pemerintah pada program kemitraan bidan dan dukun adalah setiap ibu bersalin dan bayi baru lahir memperoleh pelayanan dan pertolongan oleh tenaga kesehatan yang kompeten dalam pertolongan persalinan, kemitraan bidan dan dukun dilaksanakan untuk meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir oleh tenaga kesehatan, seluruh dukun yang ada dilibatkan dalam suatu bentuk kerjasama yang menguntungkan antara bidan dengan dukun dalam bentuk kerjasama (Nurul, 2008).

Kemitraan Bidan di Desa (BDD) dan Dukun Bayi, berarti belum ada dalam bentuk kesepakatan uraian tugas dan fungsi masing-masing, juga belum mengarah pada alih peran pertolongan persalinan secara optimal. Namun dikhawatirkan di masa mendatang, pembinaan yang dilakukan oleh BDD justru memberikan peran baru Dukun Bayi, menambah prestasinya, dan menaikkan status mereka, bahkan semakin menambah kepercayaan mereka menjalankan profesinya secara sendiri-sendiri. Bagaimana upaya yang dilakukankeduanya dalam menurunkan angka kematian ibu hamil, bayi dan balitanya, Apakah kemitraan BDD dengan dukun bayi tidak terjadi tumpang tindih atautkah justru memperkuat kembali kerjasama antara keduanya dalam menangani persalinan sesuai tugas dan fungsi masing-masing. (Munir, 2006).

Tentang peninjauan kembali terhadap kesepakatan-kesepakatan yang telah dibuat, dan saling berbagi, baik dalam resiko maupun keuntungan yang diperoleh. Dari batasan ini ada tiga kata kunci dalam kemitraan yakni: a) kerjasama antara kelompok, organisasi, dan individu 2) bersama- sama mencapai tujuan tertentu (sesuai kesepakatan) 3) saling menanggung resiko dan keuntungan. Membangun sebuah kemitraan, harus didasarkan pada hal-hal berikut: 1) kesamaan perhatian (common interest) atau kepentingan 2) saling mempercayai dan saling menghormati, 3) tujuan yang jelas dan terukur 4) kesediaan untuk berkorban baik waktu, tenaga, maupun sumber daya lain. (Notoatmodjo, 2003). Konsep kemitraan yang diuraikan di atas, senantiasa

diperhadapkan berbagai tantangan atau hambatan dalam hal ini pelaku medis tradisional yaitu dukun bayi, salah satu penolong persalinan dan warga masyarakat yang banyak berperan dalam pertolongan persalinan (Yuliarti, 2009).

Keberhasilan dalam kegiatan bidan dan dukun adalah ditandai dengan adanya kesepakatan antara bidan dan dukun dimana dukun akan selalu merujuk setiap ibu hamil dan bersalin yang datang serta akan membantu bidan dalam merawat ibu setelah bersalin dan bayinya. Sementara bidan sepakat untuk memberikan sebagian penghasilan dari menolong persalinan yang dirujuk oleh dukun (Ekowati, R. 2007).

Bidan mengatakan bahwa dengan menjalin kerjasama dengan dukun membuat mereka merasa pekerjaannya terbantu atau lebih ringan. Apalagi para dukun umumnya adalah mereka yang sudah sangat dekat dengan masyarakat, sehingga mereka biasanya lebih dahulu tahu jika ada yang hamil. Selain itu, kadang-kadang masyarakat juga memang masih membutuhkan kehadiran dukun untuk membantu mereka terutama setelah persalinan selesai untuk membantu membersihkan rumah, memandikan bayinya serta membaca mantra-mantra (Mursadad, A. 2003).

3. Peran Bidan Dengan Dukun Dalam Pelaksanaan Kemitraan Peran dalam pelayanan kehamilan.

Tabel 1. Pembagian Peran antara Bidan dan Dukun dalam konsep Kemitraan Bidan dan Dukun.dalam pelayanan kehamilan.

No	BIDAN	DUKUN
1	Melakukan pemeriksaan ibu hamil dalam hal : a. Keadaan umum b. menentukan taksiran partus c. menentukan keadaan janin dalam kandungan d. pemeriksaanlaboratorium yang diperlukan	Memotivasi ibu hamil untuk periksa ke Bidan
2	Melakukan tindakan pada ibu hamil dalam hal : a. Pemberian Imunisasi TT b. Pemberian tablet FE c. Pemberianpengobatan/tindakan apabila ada komplikasi	Mengantar ibu hamil yang tdk mau periksa ke bidan
3	Melakukan penyuluhan dan konseling pada ibu hamil dan keluarga mengenai : a. Tanda-tanda persalinan b. Tanda bahaya kehamilan c. kebersihan pribadi dan lingkungan d. kesehatan dan gizi e. Perencanaan persalinan(bersalin di bidan, menyiapkan transportasi, menggalang dalam menyiapkan calon donor darah) f. KB setelah melahirkan menggunakan alat bantu	Membantu bidan pada saat pemeriks ibu hamil
4	Melakukan kunjungan rumah untuk : a. pemeriksaan kehamilan b. penyuluhan/konseling pada keluarga tentang perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi c. melihat kondisi rumah persiapan persalinan d. motivasi persalinan di bidan pada waktu menjelang taksiran partus	Membantu bidan pada saat pemeriks ibu hamil
5	melakukan rujukan apabila diperlukan	Melakukan penyuluhan pada ibu hamil dan keluarga tentang a. Tanda-tanda persalinan b. Tanda bahaya kehamilan kebersihan pribadi dan lingkungan c. Kesehatan dan gizi. d. Perencanaan persalinan (bersalin di bidan, menyiapkan transportasi, menggalang dalam menyiapkan calon donor darah)
6	Melakukan pencatatan seperti : a. Kartu ibu b. Kohort Ibu c. Buku KIA	Memotivasi ibu hamil dan keluarga tentang : a. KB setelah melahirkan b. Persalinan di bidan pada waktu menjelang taksiran partus
7	Melakukan laporan : Cakupan K1 dan K4	Melakukan motivasi pada waktu rujukan diperlukan
8		Melaporkan ke bidan apabila ada ibu hamil baru

b. Peran dalam pelaksanaan pelayanan persalinan

Tabel 2 . Pembagian Peran antara Bidan dan Dukun dalam konsep Kemitraan Bidan dan Dukun.dalam pelayanan persalinan.

No	BIDAN	DUKUN
1	Mempersiapkan sarana prasarana persalinan aman dan alat resusitasi bayi baru lahir, termasuk pencegahan infeksi	Mengantar calon ibu bersalin ke bidan
2	Memantau kemajuan persalinan sesuai dengan partograf	Mengingatkan keluarga menyiapkan alat transport untuk pergi ke Bidan/memanggil bidan
3	Melakukan asuhan persalinan	Mempersiapkan sarana prasarana persalinan aman seperti air bersih dan kain bersih
4	Melakukan asuhan persalinan	Mendampingi ibu pada yang saat proses persalinan
5	Melakukan inisiasi menyusui dini	Membantu bidan pada saat proses persalinan
6	Melakukan perawatan bayi baru lahir	Melakukan ritual keagamaan /tradisonal yang sehat sesuai tradisi setempat
7	Melakukan rujukan bila diperlukan	Membantu bidan dalam perawatan bayi baru lahir
8	Melakukan pencatatan persalinan pada : a. kartu ibu/partograf b. Kohort ibu dan bayi register persalinan	Membantu ibu dalam inisiasi menyusui dini kurang dari 1 jam
9	Melakukan pelaporan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan	Memotivasi rujukan bila diperlukan
10		Membantubidan membersihkan ibu, tempat dan alat setelah persalinan.

c. Peran pelaksanaan pelayanan Nifas

Tabel 3. Pembagian Peran antara Bidan dan Dukun dalam konsep Kemitraan Bidan dan Dukun.dalam pelayanan persalinan.

No	BIDAN	DUKUN
1	Melakukan kunjungan Neonatal dan sekaligus pelayanan nifas a.perawatan ibu nifas b.perawatan neonatal c.pemberian imunisasi HB 1 d.pemberian Vit,A ibu nifas 2 kali e.perawatan payudara	Melakukan kunjungan rumah dan memberikan penyuluhan tentang : a. Tanda-tanda bahaya dan penyakit ibu nifas b. Tanda-tanda bayi sakit c. Kebersihan pribadi dan lingkungan d. Kesehatan dan gizi e. ASI eksklusif f. Perawatan tali pusat g. Perawatan payudara
2	Melakukan penyuluhan dan konseling pada ibu dan keluarga mengenai : a. tanda-tanda bahaya dan penyakit ibu nifas b. tanda-tanda bayi sakit c. kebersihan pribadi dan lingkungan d. kesehatan dan gizi e. ASI eksklusif f. perawatan tali pusat g. KB setelah melahirkan	Memotivasi ibu dan keluarga untuk ber-KB setelah melahirkan
3	Melakukan rujukan apabila diperlukan	Melakukan ritual keagamaan / tradisional yang sehat sesuai tradisi setempat
4	Melakukan pencatatan pada : a.kohort bayi b.buku KIA	Memotivasi rujukan bila diperlukan
5	Melakukan laporan cakupan pelayanan nifas	Melaporkan ke bidan apabila ada calon akseptor KB baru

Tabel 4. Tabel sintesis Kemitraan Bidan dan Dukun

No	Nama penulis	Tahun	Temuan	Sumber
1	Depkes RI	2002	Tugas Bidan dalam pelayanan kehamilan dan persalinan	Jurnal
2	Munir dkk	2006	Pertolongan dan alih peran persalinan bidan & dukun	Buku Pedoman
3	Tris Eryando	2006	Pemanfaatan pelayanan maternal Pemilihan dukun sebagai penolong persalinan	Buku pedoman
4	Kepmenkes RI	2007	Peran bidan dengan dukun dalam pelaksanaan kemitraan.	Depkes RI
5	Sarwono Prawirohadjo	2008	Kemitraan bidan dan dukun dalam pelayanan maternal dan Neonatal	Text book
6	Soekidjo Notoatmodjo	2008	Konsep kerjasama, landasan, prinsip dan tujuan kerjasama.	Text book
7	Rina Anggorodi	2009	Kepercayaan masyarakat terhadap dukun dlm pertolongan persalinan	Buku pedoman
8	Yuliarti E.	2009	Konsep Bidan dalam menjalankan tugas pelayanan Maternal	

B. Akses Pelayanan Maternal

Akses adalah pemanfaatan tepat waktu pelayanan kesehatan untuk mencapai status kesehatan yang paling baik dan paling memungkinkan. Dengan demikian tingkat pemanfaatan pelayanan kesehatan dan status kesehatan adalah ukuran-ukuran untuk menilai apakah akses telah tercapai. Sedangkan akses riil adalah pemanfaatan actual pelayanan kesehatan. Beberapa hal yang mendapatkan masalah atau hambatan dalam mengakses pelayanan kesehatan antara lain : kelompok dengan perbedaan social ekonomi, kelompok minoritas, kelompok imigran, kelompok orang lanjut usi, kelompok orang yang tinggal

di pedesaan, kelompok orang dengan kecacatan tertentu, dan anak-anak (Solikhah, 2008).

Akses pelayanan kesehatan biasanya diukur dengan melihat tingkat penggunaan pelayanan kesehatan, dan akses merupakan salah satu dimensi mutu pelayanan kesehatan. Layanan kesehatan yang bermutu sering dipersiapkan sebagai suatu layanan yang dapat memberikan apa saja yang kita inginkan atau dapat juga disebut sebagai kepuasan pasien/konsumen semata-mata. Pengertian yang lebih tepat untuk layanan kesehatan yang bermutu adalah suatu layanan kesehatan yang dibutuhkan, dalam hal ini akan ditentukan oleh profesi layanan kesehatan, dan sekaligus diinginkan baik oleh pasien/konsumen ataupun masyarakat serta terjangkau oleh daya beli masyarakat. Semakin baik kualitas pelayanan maka probabilitas permintaan pelayanan kesehatan oleh masyarakat akan semakin besar pula. Mutu barang atau jasa itu bersifat multidimensi, demikian pula mutu layanan kesehatan. Dimensi mutu layanan kesehatan itu antara lain : 1) Dimensi kompetensi teknis; 2) Dimensi keterjangkauan atau akses; 3) Dimensi efektifitas; 4) Dimensi efisiensi; 5) Dimensi kesinambungan; 6) Dimensi keamanan; 7) Dimensi kenyamanan; 8) Dimensi informasi; 9) Dimensi ketepatan waktu dan 10) Dimensi hubungan antar manusia. Salah satu dimensi pelayanan kesehatan yang penting adalah dimensi keterjangkauan atau akses, artinya layanan kesehatan itu harus dapat dicapai oleh masyarakat, tidak

terhalang oleh keadaan geografis , sosial, ekonomi, organisasi dan bahasa (Pohan, 2007).

(Wijoyono,2006) menjabarkan masalah jasa sebagai berikut : jasa adalah kegiatan yang dapat didefinisikan secara tersendiri yang pada hakikatnya bersifat tidak diraba (*intangible*) yang merupakan pemenuhan kebutuhan dan tidak harus terikat pada penjualan produk atau jasa lain untuk menghasilkan jasa perlu atau mungkin tidak pula diperlukan penggunaan benda nyata (*tangible*) akan tetapi sekalipun penggunaan benda itu perlu namun tidak dapat adanya pemindahan hak milik atas benda tersebut (pemilik permanent).

Assauri (2005) mengatakan bahwa jasa adalah semua kegiatan/aktivitas, manfaat atau kepuasan/kesenangan yang ditawarkan untuk diperjualbelikan. Ciri jasa ini adalah produk tidak nyata berwujud (*intangible*), dan banyak variasinya, serta dapat bersifat pribadi.

Zeithaml, Berry dan Parasuraman dalam Yamit (2002) telah melakukan berbagai penelitian terhadap berbagai jenis jasa dan berhasil mengidentifikasi 5 dimensi karakteristik yang digunakan oleh para pelanggan dalam mengevaluasi kualitas pelayanan. Kelima dimensi karakteristik kualitas pelayanan tersebut adalah :

- a) Tangibles (bukti langsung) yaitu meliputi fasilitas fisik, perlengkapan, pegawai dan sarana komunikasi.

- b) Reliability (kehandalan) kemampuan dalam memberikan pelayanan dengan segera dan memuaskan serta sesuai dengan yang telah dijanjikan
- c) Responsiveness (daya tangkap) keinginan para staf untuk membantu para pelanggan dan memberikan pelayanan dengan tanggap.
- d) Assurance (jaminan) mencakup kemampuan kesopanan dan sifat dapat dipercaya yang dimiliki para staf bebas dari bahaya, resiko atau keraguan.
- e) Empathy (perhatian), yaitu meliputi kemudahan dalam melakukan hubungan komunikasi yang baik, dan perhatian dengan tulus terhadap kebutuhan pelanggan.

Kelima dimensi atau karakteristik tersebut akan sangat mempengaruhi tingkat kepuasan pemakai jasa, termasuk kepuasan pasien dalam menilai kinerja pelayanan kesehatan yang diberikan. Hal yang sama juga dijelaskan oleh Pohan : 2007 bahwa ada lima dimensi dalam menentukan kualitas jasa, yaitu:

- a) Reliability, yaitu kemampuan untuk memberikan pelayanan yang sesuai dengan janji yang ditawarkan.
- b) Responsiveness, yaitu respon atau kesigapan karyawan/pegawai dalam membantu pelanggan dan memberikan pelayanan yang cepat dan tanggap, yang meliputi : kesigapan pegawai/karyawan dalam melayani pelanggan, kecepatan karyawan/pegawai dalam menangani transaksi, dan penanganan keluhan pelanggan.

- c) Assurance, meliputi kemampuann karyawan atas pengetahuan terhaedap produk secara tepat, kualitas keramah tamahan, perhatian dan kesopanan dalam memberikan pelayanan, keterampilan dalam memberikan informasi, kemampuan dalam memberikan keamanan di dalam memanfaatkan jasa yang ditawarkan, dan kemampuan dalam menanamkan kepercayaan pelanggan terhadap perusahaan/instansi.
- d) Dimensi kepastian atau jaminan ini merupakan gabungan dari dimensi:
- e) Tangibles, meliputi penampilan fasilitas fisik seperti gedung dan ruangan front office, tersedianya tempat paker, kebersihan, kerapihan dan kenyamanan ruangan, kelengkapan peralatan komunikasi dan penampilan pegawai.

1. Pelayanan Kehamilan.

a. Definisi Kehamilan.

Kehamilan adalah masa ketika seseorang wanita membawa embrio atau fetus dalam tubuhnya. Awal kehamilan terjadi pada saat persetubuhan, berjuta-juta sel sperma dipancarkan oleh laki-laki dan masuk dalam rongga rahim. Dengan kompetisi yang sangat ketat, salah satu sperma tersebut akan berhasil menembus sel telur dan bersatu dengan sel telur tersebut. Peristiwa ini yang disebut dengan fertilisasi atau konsepsi.(Astuti, 2010).

Kehamilan merupakan proses yang alami dan normal sehingga sebagian besar wanita hamil akan mengalami proses perubahan

bentuk tubuh yang hampir sama. Tubuh ibu akan terus bertambah besar, terutama pada bagian perut, pinggul, dan payudara. Selama 9 bulan lebih 40 minggu, ibu akan membawa janin didalam kandungannya yang terus membesar sehingga tubuh ibu pun akan beradaptasi agar janin dapat tumbuh dengan baik dalam kandungan.

b. Pelayanan Ante Natal.

Pelayanan *antenatal care* adalah pelayanan kesehatan oleh tenaga professional untuk ibu hamil selama masa kehamilannya, yang dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan antenatal yang ditetapkan (Manuaba, dalam Ariyanti, 2010).

Menurut Manuaba (dalam Ariyanti, 2010), pelayanan *antenatal care* merupakan upaya untuk menjaga kesehatan ibu pada masa kehamilan sekaligus upaya menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu maupun perinatal.

(1) Tujuan Pelayanan *Antenatal Care*

- (a) Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang janin.
- (b) Meningkatkan serta mempertahankan kesehatan fisik, mental, sosial ibu dan janin.
- (c) mengenali secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan.

- (d) Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat ibu maupun bayi dengan trauma seminimal mungkin.
- (e) Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI eksklusif.
- (f) Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal (Depkes RI, 2002).

Salah satu upaya pokok Puskesmas adalah Program Kesehatan Ibu dan Anak, dimana pelayanan *antenatal care* merupakan bagian yang tak terpisahkan dari program tersebut. Pelayanan *antenatal care* adalah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada ibu selama masa kehamilannya dengan baik dan melahirkan bayi yang sehat.

(2) Standar Pelayanan *antenatal care*

Unsur penting dalam menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu dan bayi adalah memberikan pelayanan dan pemeliharaan kesehatan sewaktu hamil secara memadai serta sedini mungkin. Menurut Departemen Kesehatan (2002), standar pelayanan *antenatal care* adalah sebagai berikut :

(a) Kunjungan Pertama

Anamnesis, riwayat kehamilan, penyakit yang diderita pada kehamilan sekarang, riwayat kesehatan anggota keluarga, pemeriksaan umum, pemeriksaan khusus kebidanan, pemeriksaan laboratorium terutama *haemoglobin* (Hb), pemberian imunisasi TT, pemberian obat dan

vitamin, perawatan payudara, penyuluhan tentang : Gizi dan KB Postpartum, Kebersihan perorangan, Imunisasi TT, kunjungan ulang dan lain-lain.

(b) Kunjungan Ulang

Anamnese, pemeriksaan umum, kebidanan dan laboratorium, pemberian imunisasi TT, pemberian vitamin dan obat, penyuluhan kesehatan sehubungan dengan kesehatan kehamilan.

(3) Konsep Pemeriksaan *antenatal care* di Puskesmas.

Pemeriksaan *antenatal care* di tingkat puskesmas dilakukan sesuai dengan standar pelayanan *antenatal care* di tingkat puskesmas dimulai dengan urutan sebagai berikut :

- a) *Anamnese*, meliputi identitas ibu hamil, riwayat kontrasepsi/KB, kehamilan sebelumnya dan kehamilan sekarang.
- b) Pemeriksaan umum, meliputi pemeriksaan fisik, pemeriksaan khusus kebidanan,
- c) Pemeriksaan laboratorium dilakukan hanya atas indikasi/diagnosa.
- d) Pemberian obat-obatan, imunisasi *Tetanus Toxoid* (TT), dan tablet besi (Fe).
- e) Penyuluhan tentang gizi, kebersihan, olah raga, pekerjaan dan perilaku sehari-hari, perawatan payudara dan Air Susu Ibu (ASI), tanda-tanda risiko, pentingnya pemeriksaan kehamilan dan imunisasi selanjutnya, persalinan oleh tenaga terlatih, KB setelah melahirkan,

serta pentingnya untuk melakukan kunjungan pemeriksaan ulang (Depkes RI, 2002).

(4) Kunjungan Ibu Hamil

Kunjungan ibu hamil adalah kontak antara ibu hamil dan petugas kesehatan yang memberikan pelayanan *antenatal care* standar untuk mendapatkan pemeriksaan kehamilan. Istilah kunjungan di sini dapat diartikan ibu hamil yang datang ke fasilitas pelayanan kesehatan, atau sebaliknya petugas kesehatan yang mengunjungi ibu hamil di rumahnya atau posyandu. Kunjungan ibu hamil dilakukan secara berkala yang dibagi menjadi beberapa tahap, seperti :

a) Kunjungan ibu hamil yang pertama (K1)

Kunjungan K1 adalah kontak ibu hamil yang pertama kali dengan petugas kesehatan untuk mendapatkan pemeriksaan kehamilan dan pelayanan kesehatan pada trimester I, dimana usia kehamilan 1 sampai 12 minggu.

b) Kunjungan ibu hamil yang keempat (K4).

Kunjungan K4 adalah kontak ibu hamil yang keempat atau lebih dengan petugas kesehatan untuk mendapatkan pemeriksaan kehamilan dan pelayanan kesehatan pada trimester III, usia kehamilan > 24 minggu.

Berdasarkan uraian di atas dapat disimpulkan bahwa kunjungan antenatal sebaiknya dilakukan paling sedikit 4 kali selama masa

kehamilan dengan distribusi kontak sebagai yaitu minimal 1 kali pada trimester I (K1), usia kehamilan 1 – 12 minggu, minimal 1 kali pada trimester II, usia kehamilan 13 – 24 minggu, dan minimal 2 kali pada trimester III (K3 dan K4), usia kehamilan > 24 minggu (Depkes RI, 2002).

(5) Jadwal Pemeriksaan

Pemeriksaan kehamilan berdasarkan kunjungan *antenatal care* dibagi atas (Depkes RI, 2002) :

(a) Kunjungan Pertama

(K1) Meliputi : (1) Identitas/biodata, (2) Riwayat kehamilan, (3) Riwayat kebidanan, (4) Riwayat kesehatan, (5) Riwayat sosial ekonomi, (6) Pemeriksaan kehamilan dan pelayanan kesehatan, (7) Penyuluhan dan konsultasi.

(b) Kunjungan keempat (K4).

Meliputi : (1) *Anamnese* (keluhan/masalah), (2) Pemeriksaan kehamilan dan pelayanan kesehatan, (3) Pemeriksaan psikologis, (4) Pemeriksaan laboratorium bila ada indikasi/diperlukan, (5) Diagnosa akhir (kehamilan normal, terdapat penyulit, terjadi komplikasi, atau tergolong kehamilan Risiko Tinggi/Risti), (6) Sikap dan rencana tindakan (persiapan persalinan dan rujukan).

Jadwal pemeriksaan *antenatal care* yang dianjurkan adalah :

- a) Pemeriksaan pertama kali yang ideal yaitu sedini mungkin ketika haid terlambat satu bulan.
- b) Periksa ulang 1 kali sebulan sampai kehamilan 7 bulan
- c) Periksa ulang 2 kali sebulan sampai kehamilan 9 bulan
- d) Periksa ulang setiap minggu sesudah kehamilan 9 bulan
- e) Periksa khusus bila ada keluhan/masalah (Mochtar, 2000).

(6) Pelaksana *antenatal care*

Pelaksana *antenatal care* adalah dokter, bidan (bidan di puskesmas, bidan di desa, bidan praktek swasta), pembantu bidan, perawat bidan dan perawat yang sudah dilatih dalam pemeriksaan kehamilan. Pelayanan *antenatal care* di desa dapat dilakukan di polindes, posyandu atau kunjungan ke rumah (Depkes RI, 2002).

(7) Cakupan Pelayanan *Antenatal Care*

Cakupan pelayanan *antenatal care* adalah persentase ibu hamil yang telah mendapat pemeriksaan kehamilan oleh tenaga kesehatan di suatu wilayah kerja.

Cakupan kunjungan baru/pertama ibu hamil (K1) dipakai sebagai indikator jangkauan (aksesibilitas) pelayanan, angka cakupan K1 diperoleh dari jumlah K1 dalam 1 tahun dibagi jumlah ibu hamil di wilayah kerja dalam 1 tahun. Dalam pengelolaan program KIA disepakati bahwa cakupan ibu hamil adalah cakupan kunjungan ibu hamil yang keempat (K4), yang dipakai sebagai indikator tingkat

perlindungan ibu hamil. Angka cakupan K4 diperoleh dari jumlah K4 dalam 1 tahun dibagi jumlah ibu hamil di wilayah kerja dalam 1 tahun.

2. Pelayanan Persalinan

a. Definisi Persalinan

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus ke dunia luar. (*Prawirohardjo, 2002 : 280*). Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam rahim melalui vagina ke dunia luar (*Judi junaedi endjun, dr., SpOG, 2002*). Persalinan adalah suatu proses dimana seorang wanita melahirkan bayi yang diawali dengan kontraksi uterus yang teratur dan memuncak pada saat pengeluaran bayi sampai dengan pengeluaran plasenta dan selaputnya dimana proses persalinan ini akan berlangsung selama 12-14 jam (*Mayles, 1996*).

Persalinan adalah suatu proses fisiologi yang memungkinkan serangkaian perubahan yang besar pada ibu untuk dapat melahirkan janinnya melalui jalan lahir. (*Moore, 2001*).Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin. (*Prawirohardjo, 2002*). Persalinan adalah serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau hamper cukup bulan, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu melalui jalan

lahir atau melalui jalan lain, berlangsung dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan ibu sendiri).

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin+uri) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). (*Manuaba, Ida bagus Gede, 1998*). Persalinan merupakan proses untuk mendorong keluar (ekspulsi) hasil pembuahan yaitu janin yang viable, placenta dan ketuban dari dalam uterus lewat vagina ke dunia luar (*Famer Hellen, 2001*)

3. Tahapan Persalinan

a.Kala I : Didefinisikan sebagai permulaan persalinan yang sebenarnya. Dibuktikan dengan perubahan serviks yang cepat dan diakhiri dengan dilatasi yang komplit (10 cm), hal ini dikenal juga sebagai tahap dilatasi serviks. Lamanya kala I untuk primigravida berlangsung 12 jam sedangkan untuk multigravida sekitar 8 jam. Berdasarkan kurve Friedman, diperhitungkan pembukaan primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam. Kala I (pembukaan) dibagi atas 2 fase.

(a) Fase laten

Dimulai dari puncak kontraksi yang regular sampai 3 cm dilatasi. Kontraksi terjadi setiap 10-20 menit dan berakhir 15-20 detik. Dimana pembukaan serviks berlangsung lambat, berlangsung dalam 7-8 jam.

(b) Fase aktif

Berlangsung dimulai dari kemajuan aktif sampai dilatasi lengkap terjadi. Secara umum dari pembukaan 4 cm (akhir dari fase laten) sampai 10 cm atau dilatasi akhir kala I dan berlangsung selama 6 jam. Fase aktif dibagi kedalam 3 fase :

Akselerasi:

berlangsung 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm, Dilatasi maksimal / kemajuan maksimal : selama 2 jam pembukaan berlangsung cepat dari pembukaan 4 cm menjadi 9 cm.

Deselerasi:

berlangsung lambat, dalam waktu 2 jam dari pembukaan 9-10 cm atau pembukaan lengkap.

b. Kala II : Dimulai dari pembukaan lengkap dari serviks dan berakhir dengan lahirnya bayi. Lamanya kala II untuk primigravida 50 menit, dan multigravida 30 menit.

Gejala utama kala II:His terkoordinir, kuat, cepat (2-3 menit sekali)

Kepala janin di dasar panggul,Merasa mau BAB,Anus membuka

Vulva membuka, Perineum menonjol,PD pembukaan lengkap

Kala III : Dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, ang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Tanda-tanda klinis dari pelepasan plasenta yaitu :

(1) Semburan darah

(2) Pemanjangan tali pusat

- (3) Perubahan bentuk uterus : dari diksoid menjadi bentuk bundar (globular)
- (4) Perubahan dalam posisi uterus: uterus naik di dalam abdomen.

Kala IV. Dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum, untuk mengamati keadaan ibu terutama terhadap perdarahan postpartum.

4. Pelayanan persalinan

Wijono, 2008 Pengelolaan program KIA pada prinsipnya bertujuan memantapkan dan meningkatkan jangkauan serta mutu pelayanan KIA, secara efektif dan efisien. Pemantapan pelayanan KIA diutamakan pada kegiatan pokok yaitu:

- (a) Peningkatan pelayanan antenatal di semua fasilitas pelayanan dengan mutu yang baik serta jangkauan yang setinggi-tingginya.
- (b) Peningkatan pertolongan persalinan yang lebih ditujukan kepada peningkatan pertolongan oleh tenaga profesional secara berangsur
- (c) Peningkatan deteksi dini risiko ibu hamil, baik oleh tenaga kesehatan maupun di masyarakat oleh kader dan dukun bayi serta penanganan dan pengamatannya secara terus menerus
- (d) Peningkatan pelayanan neonatal (bayi berumur kurang dari 1 bulan) dengan mutu yang baik dan jangkauan yang setinggi-tingginya.

5. Pemantauan Kesehatan Ibu

Pemantauan terhadap ibu terutama ditujukan untuk ibu hamil dilakukan untuk memantau kondisi ibu mulai saat hamil sampai persalinan untuk mengidentifikasi faktor risiko.

(a) Pelayanan Antenatal Adalah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada ibu selamamasa kehamilannya sesuai dengan standar pelayanan antenatal

(b) Pertolongan Persalinan

Jenis tenaga yang memberikan pertolongan persalinan kepada masyarakat :

(1) Tenaga profesional : dokter spesialis kebidanan, dokter umum,

(2) bidan, pembantu bidan dan perawat.

(3) Dukun bayi, yang terdiri dari :

(a) Terlatih, adalah dukun yang telah mendapatkan latihan dari tenaga kesehatn dan telah dinyatakan lulus.

(b) Tidak terlatih, adalah dukun bayi yang belum pernah dilatiholeh tenaga kesehatan atau dukun bayi yang sedang dilatih dan belum dinyatakan lulus.

(c) Deteksi Dini Ibu Hamil Berisiko

Faktor risiko pada ibu hamil diantaranya adalah:

1) Primigravida kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun.

2) Anak lebih dari 4.

3) Jarak persalinan terakhir dan kehamilan sekarang kurang dari 2 tahun atau lebih dari 10 tahun.

- 4) Tinggi badan kurang dari 145 cm.
- 5) Berat badan kurang dari 38 Kg atau lingkar Ingan atas kurang dari 23,5 cm.
- 6) Riwayat keluarga menderita kencing manis, hipertensi dan riwayat cacat kengenital.
- 7) Kelainan bentuk tubuh, misalnya kelainan tulang belakang atau panggul.

Risiko tinggi kehamilan merupakan keadaan penyimpangan dan normal yang secara langsung menyebabkan kesakitan dan kematian ibu maupun bayi. Risiko tinggi pada kehamilan meliputi :

- a. Hb kurang dari 8 gram %
- b. Tekanan darah tinggi yaitu systole lebih dari 140 mmHg dan diastole lebih dari 90 mmHg.
- c. Oedema yang nyata
- d. Eklamsia
- e. Perdarahan pervaginam
- f. Ketuban pecah dini
- g. Letak lintang pada usia kehamilan lebih dari 32 minggu
- h. Letak sungsang pada primigravida
- i. Infeksi berat atau sepsis
- j. Persalinan premature
- k. Kehamilan ganda
- l. Janin yang besar

m. Penyakit kronis

n. Riwayat obstetri buruk, riwayat bedah sesar dan komplikasi kehamilan.

3. Pelayanan Nifas

a. Konsep Nifas. Masa nifas adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti pra-hamil. Lama masa nifas ini yaitu 6-8 minggu.(Mochtar,1998). Nifas dibagi dalam 3 periode :

(1) Puerperinium dini yaitu kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Dalam agama islam, dianggap telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.

(2) Puerperinium intermedial yaitu kepulihan menyeluruh alat-alat genetalia yang lamanya 6-8 minggu

(3) Remote puerperinium adalah waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna bisa berminggu-minggu,bulanan atau tahunan.

c. Perawatan Pasca Persalinan. Perawatan Pasca Persalinan Yaitu :

(1) Mobilisasi : Karena lelah sehabis bersalin, ibu harus istirahat, tidur terlentang selama 8 jam pasca persalinan. Kemudian boleh miring kanan dan miring kiri untuk mencegah terjadinya trombosis dan troembomboli. Pada hari ke 2 diperbolehkan duduk, hari ketiga jalan-jalan dan hari ke4 dan ke 5 sudah diperbolehkan pulang.

- (2) Diet : makanan harus bermutu, bergizi,dan cukup kalori. Sebaiknya makan makanan yang mengandung protein,sayur-sayuran dan buah-buahan.
- (3) Miksi : hendaknya kencing dapat dilakukan secepatnya. Kadang-kadang wanita mengalami sulit kencing,karena sfingter uretra ditekan oleh kepala janin.
- (4) Defekasi : buang air besar harus dilakukan 3-4 pasca persalinan. Bila masih sulit buang air besar dapat diberikan obat laksans per oral atau per raktal.
- (5) Perawatan payudara (mamma) : perawatan mamma telah dimulai sejak wanita hamil supaya puting susu lemas, tidak keras, dan kering sebagai persiapan menyusui bayinya.
- (6) Laktasi : untuk menghadapi masa laktasi (menytuskan) sejak dari kehamilan telah terjadi perubahan-perubahan pada kelenjar mamma.
- (7) Cuti hamil dan bersalin
- (8) Pemeriksaan pasca persalinan : bagi wanita dengan persalinan luar biasa harus kembali 6 minggu setelah persalinan.

d.Tujuan asuhan masa nifas. Tujuan asuhan masa nifas (Prawirohardjo,2002)

- 1) Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologik
- 2) Melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah,mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya.

- 3) Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, menyusui pemberian imunisasi kepada bayinya dan perawatan bayi sehat.
- 4) Memberikan pelayanan KB.
- 5) Paling sedikit 4 kali kunjungan masa nifas dilakukan untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah-masalah yang terjadi.

4. Perawatan Bayi Baru Lahir

Masa neonatus merupakan masa kritis dari kehidupan bayi, dua pertiga kematian bayi terjadi dalam 4 minggu setelah persalinan dan 60% kematian bayi baru lahir terjadi dalam waktu 7 hari setelah lahir. Dengan pemantauan melekat dan asuhan pada ibu dan bayi masa nifas dapat mencegah kematian. (Rustam, 1998).

Pelayanan kesehatan neonatal harus dimulai sebelum bayi dilahirkan, melalui pelayanan kesehatan yang diberikan kepada ibu hamil. Berbagai bentuk upaya pencegahan dan penanggulangan dini terhadap faktor-faktor yang memperlemah kondisi ibu hamil seperti gizi rendah, anemia, dekatnya jarak antar kehamilan dan buruknya hygiene. Kurang baiknya penanganan bayi baru lahir yang lahir sehat akan menyebabkan kelainan-kelainan yang dapat menyebabkan kecacatan seumur hidup bahkan kematian. Yang paling penting adalah pencegahan terhadap infeksi yang dapat terjadi melalui tali pusat, melalui mata, telinga pada

waktu persalinan atau pada waktu memandikan/ membersihkan dengan bahan atau alat dan cairan yang kurang steril.(Prawirohardjo,2002).

Penanganan bayi baru lahir ialah :

(1). Membersihkan jalan napas

Bayi normal akan menangis secara spontan segera setelah lahir. Apabila bayi tidak menangis penolong segera membersihkan jalan napas sebagai berikut :

- a) Letakkan bayi pada posisi terlentang ditempat yang keras dan hangat.
- b) Gulung sepotong kain dan taruh dibahu sehingga leher bayi lebih lurus dan kepala tidak menekuk.
- c) Bersihkan hidung rongga mulut dan tenggorokan bayi dengan jari tangan yang dibungkus kasa steril
- d) Tepuk kedua telapak kaki bayi sebanyak 2-3 kali atau gosok kulit bayi dengan kain kering dan kasar.

(2) Memotong dan merawat tali pusat

Tali pusat dipotong sebelum atau sesudah plasenta lahir tidak begitu menentukan dan tidak akan mempengaruhi bayi kecuali pada bayi kurang bulan.

(3). Mempertahankan suhu tubuh bayi

Bayi baru lahir harus dibungkus hangat, suhu tubuh bayi merupakan tolok ukur kebutuhan tempat tidur yang hangat sampai suhu tubuhnya sudah stabil. Suhu tubuhnya harus dicatat.

a) Identifikasi Bayi : Peralatan identifikadan diruangan si bayi baru lahir harus selalu tersedia ditempat penerimaan pasien dikamar bersalin dan diruangan rawat bayi.

b) pencegahan infeksi

Tabel 5. Tabel sintesis Akses Pelayanan Maternal

No	Nama penulis	Tahun	Temuan	Sumber
1	Rustam Mochtar	1998	Pembagian masa nifas dan perawatan pasca persalinan	
2	Rustam Mochtar	1998	Konsep bayi baru lahir	
1	Zeithaml,Valariae, Parasuraman	2002	Konsep RATER (Responsive,Assurance,Tangibles,Emphaty dan Reliability)	
2	Departemen Kesehatan RI	2002	Konsep Kehamilan	
	Prawirohardjo	2002	Tujuan asuhan masa nifas	
	Prawirohardjo	2002	Penanganan bayi baru lahir	
3	Sarwono Prawirohardjo	2005	Konsep Pelayanan Persalinan	
4	Djoko wijono,MS	2006	Konsep Jasa dan Pelayanan kesehatan	
5	Sarwono Prawirohardjo	2006	Pelayanan kehamilan Kunjungan antenatal Care	
6	Djoko wijono	2008	Pelayanan Persalinan	
7	Departemen Kesehatan RI	2008	Program Pelayanan Kehamilan	
8	Maya Astuti	2009	Konsep Kehamilan	

C. Faktor Penghambat kemitraan bidan dan Dukun

1. Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya

(mata, hidung, telinga dan sebagainya). Dengan sendirinya, pada waktu penginderaan sampai menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. (Notoatmodjo, 2005)

Menurut John Dewey menyamakan antara hakikat itu sendiri dan pengetahuan dan beranggapan bahwa pengetahuan itu merupakan hasil dan capaian dari suatu penelitian dan observasi. Menurutnya, pengetahuan seseorang terbentuk dari hubungan dan jalinan ia dengan realitas-realitas yang tetap dan yang senantiasa berubah. (Isyraq, 2007)

Pengetahuan (knowledge) adalah sesuatu yang hadir dan terwujud dalam jiwa dan pikiran seseorang dikarenakan adanya reaksi, persentuhan, dan hubungan dengan lingkungan dan alam sekitarnya. Pengetahuan ini meliputi emosi, tradisi, keterampilan, informasi, akidah, dan pikiran-pikiran. (Abdullah, Assyari, 2008)

Pengetahuan muncul ketika seseorang menggunakan akal budinya untuk mengenali benda atau kejadian tertentu yang belum pernah dilihat atau dirasakan sebelumnya. Misalnya ketika seseorang mencicipi masakan yang baru dikenalnya, ia akan mendapatkan pengetahuan tentang bentuk, rasa, dan aroma masakan tersebut. (Meliono, Irmayanti, 2007.) Pengetahuan seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya:

a) Pendidikan

Pendidikan” adalah sebuah proses perubahan sikap dan tata laku seseorang atau kelompok dan juga usaha mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan pelatihan, maka jelas dapat kita kerucutkan sebuah visi pendidikan yaitu mencerdaskan manusia.

b) Media

Media yang secara khusus didesain untuk mencapai masyarakat yang sangat luas. Jadi contoh dari media massa ini adalah televisi, radio, koran, dan majalah.

c) Keterpaparan informasi

Pengertian informasi menurut Oxford English Dictionary, adalah *“that of which one is apprised or told: intelligence, news”*. Kamus lain menyatakan bahwa informasi adalah sesuatu yang dapat diketahui. Namun ada pula yang menekankan informasi sebagai transfer pengetahuan. Selain itu istilah informasi juga memiliki arti yang lain sebagaimana diartikan oleh RUU teknologi informasi yang mengartikannya sebagai suatu teknik untuk mengumpulkan, menyiapkan, menyimpan, memanipulasi, mengumumkan, menganalisa, dan menyebarkan informasi dengan tujuan tertentu. (Meliono, Irmayanti, 2007.)

Pengetahuan tentang pelayanan kemitraan bidan dan dukun adalah pengalaman seseorang tentang hasil pelayanan yang dialaminya selama proses pelayanan berlangsung, khususnya pelayanan kemitraan bidan

dan dukun, yang menyebabkan seseorang tersebut bertindak untuk mengatasi masalah yang dialaminya dan bertindak untuk mempertahankannya atau bahkan meningkatkan frekuensi kedatangannya pada pusat pelayanan kemitraan bidan dan dukun. Rasa kurang senang akan menyebabkan seseorang bertindak pasif dan atau aktif dengan tahapan-tahapannya. (Meliono, Irmayanti,. 2007.).

Sumber pengetahuan diantaranya adalah :

1) Intuisi

Ketika kita berbicara mengenai intuisi sebuah maen stream yang terbangun dibenak kita adalah sebuah eksperimen, coba-coba, yang berawal dari sebuah pertanyaan dan keraguan maka lahirlah insting. Sebuah bahasa sederhana juga penulis temukan penjelasan mengenai apa itu intuisi?, Kamus Politik karangan B.N. Marbun mengatakan : daya atau kemampuan untuk mengetahui atau memahami sesuatu tanpa ada dipelajari terlebih dahulu.

2) Rasional

Pengetahuan rasional atau pengetahuan yang bersumber dari akal adalah suatu pengetahuan yang dihasilkan dari proses belajar dan mengajar, diskusi ilmiah, pengkajian buku, pengajaran seorang guru, dan sekolah.

3) Emperikal atau pemakalah lebih suka dengan membahasakannya dengan Indra.

Tak diragukan bahwa indra-indra lahiriah manusia merupakan alat dan sumber pengetahuan, dan manusia mengenal objek-objek fisik dengan perantaraanya. Setiap orang yang kehilangan salah satu dari indranya akan sirna kemampuannya dalam mengetahui suatu realitas secara partikular. Misalnya seorang yang kehilangan indra penglihatannya maka dia tidak akan dapat menggambarkan warna dan bentuk sesuatu yang fisik, dan lebih jauh lagi orang itu tidak akan mempunyai suatu konsepsi universal tentang warna dan bentuk. Begitu pula orang yang tidak memiliki kekuatan mendengar maka dapat dipastikan bahwa dia tidak mampu mengkonstruksi suatu pemahaman tentang suara dan bunyi dalam pikirannya. Atas dasar inilah, Ibnu Sina dengan mengutip ungkapan filosof terkenal Aristoteles menyatakan bahwa barang siapa yang kehilangan indra-indranya maka dia tidak mempunyai makrifat dan pengetahuan. Dengan demikian bahwa indra merupakan sumber dan alat makrifat dan pengetahuan ialah hal yang sama sekali tidak disangsikan.

4) Wahyu

Sebagai manusia yang beragama pasti meyakini bahwa wahyu merupakan sumber ilmu, Karena diyakini bahwa wakyu itu bukanlah buatan manusia tetapi buatan Tuhan Yang Maha Esa. (Abdullah ,Assyari, 2008).

Menurut Notoatmodjo (2005 : 50-52) pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda-beda. Secara garis besarnya dibagi dalam enam tingkat pengetahuan yaitu :

1. Tahu (know) :Tahu diartikan hanya sebagai recall (memanggil) memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu. Untuk mengukur atau mengetahui bahwa orang tahu sesuatu dapat menggunakan pertanyaan-pertanyaan.
2. Memahami (comprhension) :Memahami suatu objek bukan sekedar tahu terhadap objek tersebut, tidak sekedar dapat menyebutkan, tetapi orang tersebut harus dapat menginterpretasikan secara benar tentang objek yang diketahui tersebut.
3. Aplikasi (application) : Aplikasi diartikan apabila orang yang telah memahami objek yang dimaksud dapat menggunakan atau mengaplikasikan prinsip yang diketahui tersebut pada situasi yang lain.
4. Analisis (analysis) : Analisis adalah kemampuan seseorang untuk menjabarkan dan atau memisahkan, kemudian mencari hubungan antara komponen-komponen yang terdapat dalam suatu masalah atau objek yang diketahui. Indikasi bahwa pengetahuan seseorang itu sudah sampai pada tingkat analisis adalah apabila orang tersebut telah dapat membedakan, atau memisahkan, mengelompokkan, membuat diagram, terhadap pengetahuan atas objek tersebut.
5. Sintesis (synthesis): Sintesis menunjukkan suatu kemampuan seseorang untuk merangkum atau meletakkan dalam suatu hubungan

yang logis dari komponen-komponen pengetahuan yang dimiliki. Dengan kata lain, sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang telah ada.

6. Evaluasi (evaluation) : Evaluasi berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu objek tertentu. Penilaian ini dengan sendirinya didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau norma-norma yang berlaku di masyarakat.

Pengetahuan kesehatan (*health knowledge*) khususnya pengetahuan tentang pelayanan kemitraan bidan dukun adalah mencakup apa yang diketahui oleh seseorang terhadap cara-cara memberikan pelayanan kebidanan. Pengetahuan tentang cara-cara memberikan pelayanan kemitraan ini meliputi :

- 1) Pengetahuan tentang penyakit menular dan tidak menular.
- 2) Pengetahuan tentang faktor-faktor yang terkait dan atau mempengaruhi pelayanan kemitraan.
- 3) Pengetahuan tentang fasilitas pelayanan kemitraan bidan dan dukun yang profesional maupun yang tradisional
- 4) Pengetahuan untuk menghindari kecelakaan, baik kecelakaan rumah tangga maupun kecelakaan lalu lintas dan tempat-tempat umum.

Indikator pengetahuan kesehatan adalah “tingginya pengetahuan” konsumen (responden) tentang pelayanan kemitraan, atau besarnya

persentase kelompok responden atau masyarakat memahami konsep pelayanan kemitraan bidan dan dukun.

2. Sikap Petugas

Sikap merupakan hasil dari proses setelah orang melakukan penginderaan terhadap obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui pancaindera manusia, yaitu indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2003).

Sikap merupakan salah satu domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang. Tindakan atau perilaku seseorang yang tidak didasari oleh sikap dan kesadaran, tidak akan berlangsung lama. Sehingga bila sebelum seseorang melakukan suatu perilaku, orang tersebut harus memahami terlebih dahulu apa arti dan manfaat perilaku tersebut bagi dirinya atau keluarganya.

Sikap merupakan suatu bentuk evaluasi atau reaksi perasaan. Sikap seseorang terhadap suatu obyek adalah perasaan mendukung atau memihak (*favorable*) dan perasaan tidak mendukung atau tidak memihak (*unfavorable*) pada obyek tersebut. Sikap seseorang tidak saja ditentukan oleh obyek yang sedang kita hadapi tetapi juga ada kaitannya dengan pengalaman-pengalaman masa lalu, oleh situasi di saat sekarang, dan oleh harapan-harapan untuk masa yang akan datang.

Berdasarkan pandangan perilaku seperti tersebut maka pelaksanaan pelayanan kemitraan bidan dan dukun maupun akses pelayanan maternal sangat ditentukan oleh sikap petugas, pada saat melakukan pelayanan. Apabila sikap dirasakan oleh ibu tidak sesuai atau kurang menyenangkan maka kondisi tersebut akan mempengaruhi responden untuk memanfaatkan pelayanan kemitraan yang dilakukan oleh dukun maupun bidan.

Masalah pemanfaatan pelayanan kemitraan bidan dan dukun memang ditentukan oleh dua faktor utama, yakni faktor perilaku dan faktor non perilaku (lingkungan dan pelayanan). Oleh sebab itu, upaya untuk memecahkan masalah hambatan pemanfaatan pelayanan kemitraan bidan dan dukun juga ditujukan atau diarahkan kepada dua faktor tersebut. Perbaikan lingkungan fisik dan perbaikan lingkungan sosial budaya, serta peningkatan pelayanan kesehatan adalah merupakan intervensi atau pendekatan terhadap faktor non-perilaku. Sedangkan pendekatan Intervensi) terhadap faktor perilaku adalah promosi atau pendidikan kesehatan (Notoatmodjo, 2005).

Pendidikan kesehatan, yang dewasa ini lebih dikenal dengan promosi kesehatan adalah suatu pendekatan untuk meningkatkan kemauan atau kemampuan masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan. Mengingat tujuan akhir promosi kesehatan bukan sekedar masyarakat mau (*willingness*) hidup sehat tetapi juga mampu (*ability*) untuk hidup sehat (Notoatmodjo, 2003).

Dari berbagai pengalaman, menyadarkan arti hidup sehat sangat sulit disosialisasikan bagi mereka yang sehat atau setidak-tidaknya yang merasa dirinya sehat, apalagi individu tersebut masih menganut pola dan konsep pengobatan. Secara psikologik perilaku mencegah penyakit masih sulit diterima.

Untuk mewujudkan masyarakat yang berperilaku sehat, harus melalui penyadaran dengan pendekatan psikologik, yaitu mengetahui dengan tepat apa arti penderitaan dan resiko bila seseorang jatuh sakit, bagaimana mencapai hidup sehat melalui konsep keseimbangan agent, host dan environment, mampu berupaya untuk hidup sehat atas dorongan bahwa hidup sehat dan kesehatan dalam keluarga merupakan hal indah, bahagia, dan menguntungkan (Ngatimin, 2002).

Menyadarkan individu bahwa hidup sehat itu, menyenangkan dan menguntungkan, diperlukan pendekatan psikologik yang tepat dalam faktor serta argumentasi yang memadai sehingga setiap orang tergugah akan hidup dan menciptakan sadar sehat dalam diri, keluarga dan masyarakat.

3. Pelaksanaan kemitraan

Secara konseptual pelaksanaan pelayanan kemitraan bidan dan dukun tidak hanya dilakukan oleh institusi kesehatan khususnya Puskesmas, akan tetapi terkait beberapa komponen yakni : Unsur pemerintah, Dunia Usaha atau swasta, dan unsur organisasi non

pemerintah (NGO). Dalam pelaksanaannya maka Ketiga institusi pokok tersebut memiliki peran masing-masing sebagai berikut :

- 1) Unsur pemerintah, dimana unsur ini terdiri dari berbagai sektor pemerintah terkait dengan sehatan antara lain : kesehatan sebagai sektor kuncinya, sektor pendidikan, pertanian, kehutanan, agama, lingkungan hidup, industri dan perdagangan dan sebagainya.
- 2) Dunia usaha atau unsur swasta (private sectors) kalangan bisnis.
- 3) Unsur organisasi non pemerintah atau sering disebut non government organization(NGO) yang meliputi unsur penting yaitu unsur lembaga swadaya masyarakat (LSM) dan organisasi Ormas.

Kemitraan bukanlah sebagai output atau tujuan, tetapi juga bukan sebuah proses namun sebagai sistem. Artinya pengembangan dan evaluasi kemitraan dapat menggunakan pendekatan sistem, yakni :

(1) Input

Input sebuah kemitraan adalah semua sumber daya yang dimiliki oleh masing-masing unsur yang terjalin dalam kemitraan, terutama sumber daya manusia dan sumber daya yang lain.

(2) Proses

Proses dalam kemitraan pada hakikatnya adalah kegiatan-kegiatan untuk membangun kemitraan tersebut. Melalui kegiatan pertemuan-pertemuan, seminar, loka karya, pelatihan-pelatihan, semiloka dan sebagainya.

(3) Output

Adalah terbentuknya jaringan kerja atau networking, aliansi, forum, dan sebagainya yang terdiri dari berbagai unsur dan tersusunnya program dan pelaksanaannya berupa kegiatan bersama dalam rangka pemecahan masalah.

(4) Outcome

Outcome adalah dampak dari pada kemitraan terhadap peningkatan kesehatan masyarakat. Oleh sebab itu outcome kemitraan dapat dilihat dari indikator-indikator derajat kesehatan masyarakat yang sebenarnya merupakan akumulasi dampak dari upaya-upaya lain disamping kemitraan.

4. Dukungan Keluarga dan Suami

Dukungan keluarga adalah dukungan yang diberikan oleh suami dan keluarga kepada ibu dalam masa kehamilan dan melahirkan. Dukungan suami atau keluarga sangat diperlukan bagi istri yang sedang hamil dan melahirkan. Dukungan ini bisa dalam bentuk mengantar istri periksa hamil dan kelahiran, mendengar dan memahami berbagai keluhan yang timbul dan membantu tugas-tugas istri yang dijalannya sebelum hamil dan selama hamil, setelah melahirkan. Semakin banyak bukti menunjukkan bahwa wanita yang dikasihi oleh pasangan dan keluarga selama hamil akan menunjukkan lebih sedikit gejala emosi dan fisik dan lebih sedikit komplikasi persalinan dan lebih mudah melakukan penyesuaian. (Grossman 1980 dalam Bobak 2005).

Ibu pada masa nifas membutuhkan dukungan emosional dan psikologis dari pasangan dan keluarga mereka, yang bisa memberikan dukungan dengan jalan membantu dalam menyelesaikan tugas-tugas di rumah agar ibu mempunyai lebih banyak waktu untuk mengasuh bayinya. Cegah timbulnya pertentangan dalam hubungan keluarga yang menimbulkan perasaan kurang menyenangkan dan kurang bahagia. Ibu dalam masa nifas bisa merasa takut, oleh karena itu ia akan memerlukan dukungan dan dorongan dengan perasaan ketidakmampuan serta rasa kehilangan hubungan yang erat antara ibu dengan suaminya, dan juga tanggung jawab yang harus dilakukan secara terus menerus untuk mengasuh bayinya.

Dukungan keluarga merupakan bagian dari dukungan sosial yang berfungsi sebagai sistem pendukung anggota-anggotanya dan ditujukan untuk meningkatkan kesehatan dan proses adaptasi.

Sumber-sumber dukungan sosial banyak diperoleh individu dari lingkungan sekitarnya. Namun perlu diketahui seberapa banyak sumber dukungan sosial ini efektif bagi individu yang memerlukan. Sumber dukungan sosial merupakan aspek paling penting untuk diketahui dan dipahami. Dengan pengetahuan dan pemahaman tersebut, seseorang akan tahu kepada siapa ia akan mendapatkan dukungan sosial sesuai dengan situasi dan keinginannya yang spesifik, sehingga dukungan sosial memiliki makna yang berarti bagi kedua belah pihak.

Menurut Rock dan Dooley (1985) ada dua sumber dukungan sosial yaitu sumber artifisial dan natural. Dukungan sosial natural diterima seseorang melalui interaksi sosial dalam kehidupan secara spontan dengan orang-orang yang berada di sekitarnya, misalnya anggota keluarga (anak, istri, suami dan kerabat),teman dekat atau relasi. Dukungan sosial ini bersifat non formal. Sementara itu yang dimaksud dengan dukungan sosial artifisial adalah dukungan sosial yang dirancang kedalam kebutuhan primer seseorang misalnya dukungan sosial akibat bencana alam melalui berbagai sumbangan sosial.

Ibu-ibu yang tidak mendapat dukungan sosial dari suami dan keluarga, oleh karena semua perhatian tertuju pada anak yang baru lahir mempunyai risiko lima kali lipat kemungkinan mengalami gangguan afek atau mood. Dukungan suami berupa perhatian, komunikasi dan hubungan emosional yang intim selain itu dukungan dari suami ini berkaitan dengan kekhawatiran atau pembiayaan atau masa depan anak. Disinilah pentingnya pemahaman suami tentang keadaan istri setelah melahirkan. Perhatian suami tidak berhenti sampai kehamilan saja lalu beralih pada anak. Peran suami setelah kelahiran terhadap kondisi istri tidak kalah pentingnya. (Kasdu,2006).

5. Biaya Pelayanan

Biaya merupakan salah satu sumber daya yang penting disamping SDM dan teknologi. Untuk menghasilkan suatu produk diperlukan sejumlah input.

Biaya (*cost*) adalah nilai sejumlah input (faktor produksi) yang dipakai untuk menghasilkan suatu produk (*output*). Biaya juga sering diartikan sebagai nilai suatu pengorbanan / pengeluaran untuk memperoleh suatu harapan (*target*)/output tertentu (Maidin. A, 2005). Pengorbanan yang dimaksud bisa berupa uang, barang, tenaga, waktu maupun kesempatan. Dalam analisis ekonomi nilai kesempatan (untuk memperoleh sesuatu) yang hilang karena melakukan suatu pekerjaan dihitung sebagai biaya kesempatan (*Opportunity Cost*)

Biaya adalah nilai sejumlah input (faktor produksi) yang dipakai untuk menghasilkan suatu produk (*output*). Produk dapat berupa: jasa pelayanan, atau barang. Pada sektor kesehatan, khususnya rumah sakit produk yang dihasilkan terutama berupa jasa pelayanan kesehatan. Untuk menghasilkan pelayanan di rumah sakit, diperlukan sejumlah input (faktor produksi) antara lain berupa obat, alat kedokteran, tenaga, air, listrik dan gedung.

2. Pusat Biaya

Pada umumnya semua unit-unit di rumah sakit atau unit-unit pelayanan termasuk pelayanan kemitraan bidan dukun adalah merupakan pusat-pusat biaya (*cost centre*) dalam menghasilkan jasa pelayanan. Namun disisi lain tidak semua unit-unit dapat berfungsi sebagai pusat pendapatan (*revenue centre*), ada yang berfungsi sebagai pusat pendapatan dan ada unit yang tidak menghasilkan pendapatan.

a. Pusat pendapatan (*revenue centre = Cost Centre*). Adalah unit yang menghasilkan pendapatan. Pusat pendapatan bertanggung jawab dari satu jenis pendapatan tertentu. Contoh pusat pendapatan di rumah sakit antara lain : (1) Rawat Inap, (2) Rawat Jalan, (3) Laboratorium, (4) Apotik, (5) Tindakan Medik dan Radioterapi, (6) Pelayanan Rehabilitasi Medik. Sedangkan untuk Puskesmas khususnya kemitraan bidan dan dukun juga memerlukan biaya dalam pelaksanaan pelayanannya.

b. Pusat Pengeluaran (*Cost centre = pusat biaya penunjang*). Adalah unit yang tidak menghasilkan pendapatan. Pusat pengeluaran bertanggung jawab pada pengeluaran yang terkait dengan satu kegiatan tertentu (*a particular type of activity*) seperti : (1) Administrasi umum (jabatan structural), (2) Dapur, (3) Rumah Tangga, (4) Instalasi Pemeliharaan Sarana (IPS). Pada pembahasan selanjutnya pusat pengeluaran disebut sebagai pusat biaya penunjang.

3. Jenis-jenis biaya

Berdasarkan tujuan dari biaya dapat diklasifikasikan dalam berbagai macam tergantung pada tujuan yang hendak dicapai. Menurut beberapa penulis biaya dapat diklasifikasikan dalam hubungannya dengan: waktu persiapannya, fungsi biaya, volume kegiatan / produksi dan lamanya penggunaan.

6. Kepuasan pelayanan

Persaingan yang semakin ketat pada rumah sakit, dimana produsen semakin banyak terlibat dalam pemenuhan kebutuhan dan keinginan konsumen menyebabkan setiap rumah sakit menempatkan orientasi pada kepuasan pelanggan sebagai tujuan utamanya. Upaya-upaya yang dilakukan oleh rumah sakit akan lebih bermakna jika menghasilkan peningkatan kepuasan pelanggan. Menurut Schnaars (1991), pada dasarnya tujuan dari suatu bisnis adalah untuk menciptakan para pelanggan yang merasa puas. Terciptanya kepuasan pelanggan dapat memberikan beberapa manfaat, diantaranya hubungan antara perusahaan dan pelanggan menjadi harmonis, memberikan dasar yang baik bagi pembelian ulang dan terciptanya loyalitas pelanggan, dan membentuk rekomendasi dari mulut ke mulut yang menguntungkan bagi perusahaan (Tjiptono, 1994).

Day (dalam Tse dan Wilton, 1988) menyatakan bahwa kepuasan/ketidakpuasan pelanggan adalah respon terhadap evaluasi ketidaksesuaian yang dirasakan antara harapan sebelumnya (atau norma kinerja lainnya) dan kinerja aktual produk yang dirasakan setelah pemakaiannya. Engel, et al. (1990) menyatakan bahwa kepuasan pelanggan merupakan evaluasi purnabeli di mana alternatif yang dipilih sekurang-kurangnya sama atau melampaui harapan pelanggan, sedangkan ketidakpuasan timbul apabila hasil (outcome) tidak memenuhi harapan.

Pasien merupakan pelanggan (customer) eksternal rumah sakit. Sebagaimana kita ketahui bahwa pelanggan rumah sakit dapat dibagi dalam dua kelompok besar yakni: 1) pelanggan internal rumah sakit : tenaga profesi yang ada di rumah sakit, karyawan rumah sakit dan pihak manajemen, 2) pelanggan eksternal rumah sakit : pasien, keluarga pasien, pengunjung, pemerintah, asuransi kesehatan, rekanan dan lain-lain. Pada penelitian ini, konteks pelanggan yang dimaksud adalah pasien. Rumah sakit sebagai lembaga usaha akan berkembang dengan cepat jika menciptakan kepuasan dan kesetiaan pelanggan, kepuasan dan kesetiaan pasien sebagai pengguna layanan rumah sakit adalah unsur pokok atau dasar diantara kepuasan dan kesetiaan pelanggan lainnya (Soejadi,1996). Kualitas jasa (*service quality*) harus berpusat pada upaya pemenuhan kebutuhan dan keinginan pelanggan serta ketepatan penyampaian untuk mengimbangi harapan pelanggan.

Berdasarkan hal ini dapat disimpulkan terdapat dua factor utama yang mempengaruhi kualitas layanan jasa yaitu kualitas jasa yang diharapkan (*expected service*). Apabila jasa yang diterima atau dirasakan sesuai dengan apa yang diharapkan, maka kualitas jasa yang dipersepsikan adalah baik dan memuaskan. Jika jasa yang diterima melampaui harapan pelanggan maka kualitas jasa yang dipersepsikan sebagai kualitas yang ideal. Sebaliknya jika jasa yang diterima lebih rendah daripada yang diharapkan maka kualitas jasa yang dipersepsikan buruk

Faktor yang sering digunakan dalam mengevaluasi kepuasan terhadap suatu produk manufaktur (Garvin dalam Lovelock, 1994, Peppard dan Rowland, 1995) antara lain: 1) Kinerja (*performant*) karakteristik operasi pokok pada produk inti, 2) Ciri-ciri atau keistimewaan tambahan(*features*), 3)Kehandalan (*reliability*), 4) Kesesuaian dengan spesifikasi (standar keamanan), 5) Daya tahan, 6) *Serveceability* (kecepatan, kompetensi, kenyamanan, kemudahan), (7) Estetika, (8) Kualitas yang dipersepsikan.

a. Perilaku Pelanggan. Persepsi terhadap mutu pelayanan harus dimulai dari kebutuhan pelanggan dan berakhir pada persepsi pelanggan (Kotler,2000). Hal ini berarti bahwa citra mutu yang baik bukanlah berdasarkan pada sudut pandang penyedia jasa melainkan berdasarkan sudut pandang pelanggan. Pelangganlah yang mengkonsumsi dan menikmati jasa dari penyedia, sehingga merekalah yang seharusnya menentukan mutu pelayanan. Kepuasan dan ketidakpuasan terhadap suatu produk (barang atau jasa) akan mempengaruhi perilaku selanjutnya. Jika pelanggan puas ia akan menunjukkan kemungkinan yang lebih tinggi untuk menggunakan kembali produk tersebut. Para pelanggan yang tidak puas akan bereaksi sebaliknya (Kotler,2000)

b. Pengukuran Kepuasan. Kata “kepuasan” atau *satisfaction* berasal dari bahasa Latin “*satis*” (artinya cukup baik, memadai) dan “*facio*” (melakukan atau membuat), sehingga secara sederhana dapat diartikan sebagai “upaya pemenuhan sesuatu”, Namun dari perspektif perilaku konsumen, istilah kepuasan pelanggan lantas menjadi sesuatu yang sangat kompleks.

Apakah kepuasan merupakan respon emosional ataukah evaluasi kognitif. (Edwarson, 1998). Nilai pelanggan menjadi begitu penting dalam menentukan strategi pemasaran karena konsumen saat ini dihadapkan pada banyak pilihan sehubungan dengan produk atau jasa yang dihasilkan, sehingga faktor kepuasan pelanggan (*customer satisfaction*) menjadi elemen penting dalam memberikan nilai tambah bagi pelanggan.

Agar *customer satisfaction* dapat dipantau dan diukur ada beberapa macam metode dalam pengukuran kepuasan pelanggan adalah sebagai berikut (Kotler, 2003); 1) Sistem keluhan dan saran: Organisasi yang berpusat pada pelanggan memberikan kesempatan yang luas kepada pelanggan untuk menyampaikan saran dan keluhan misalnya dengan menyediakan kotak saran, kartu komentar, *customer hot lines* dan lain-lain. Informasi ini dapat memberikan ide bagi perusahaan dan memungkinkan untuk bereaksi secara tanggap dan

cepat untuk mengatasi masalah-masalah yang timbul, 2) *Ghost Shopping*: mempekerjakan beberapa orang untuk berperan sebagai pembeli potensial kemudian melaporkan temuan-temuannya mengenai kelebihan dan kekuatan produk perusahaan dan pesaing berdasarkan pengalaman mereka dalam pembelian produk-produk tersebut, 3) *Lost customer analysis*: perusahaan seyogyanya menghubungi para pelanggan yang telah berhenti membeli atau yang telah pindah pemasok agar dapat memahami mengapa hal itu terjadi. Peningkatan *customer lost rate* menunjukkan kegagalan perusahaan dalam memuaskan pelanggan, 4) Survey kepuasan pelanggan: dengan survey, perusahaan akan memperoleh tanggapan dan umpan balik secara langsung dari pelanggan dan juga memberikan tanda (signal) positif bahwa perusahaan menaruh perhatian terhadap pelanggan. Metode survey kepuasan pelanggan dapat menggunakan pengukuran dengan berbagai cara, yaitu: (a) Pengukuran dapat dilakukan secara langsung dengan pertanyaan seperti; “ungkapan seberapa puas saudara terhadap pelayanan X pada skala: sangat tidak puas, tidak puas, indiferen, puas, sangat puas” (*directly report satisfaction*), (b) Responden dapat juga diberi pertanyaan mengenai seberapa besar

mereka mengharapkan suatu atribut tertentu dan seberapa besar yang mereka rasakan (*derived satisfaction*), (c) Responden menuliskan masalah-masalah yang mereka miliki dengan penawaran dari perusahaan dan untuk menuliskan perbaikan yang mereka sarankan (*problem analysis*), (d) Responden merangking berbagai elemen dari penawaran berdasarkan derajat pentingnya setiap elemen dan seberapa baik kinerja perusahaan dalam masing-masing elemen (*importance/performance rating*). Ada 10 prinsip kepuasan pelanggan

Hadi Irawan d, MBA.M.com,2002 :

- (1) Mulailah dengan percaya akan pentingnya kepuasan pelanggan.
- (2) Pilihlah pelanggan yang benar untuk membangun kepuasan pelanggan.
- (3) Memahami harapan pelanggan adalah kunci
- (4) Carilah faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan pelanggan anda
- (5) Faktor emosional adalah faktor penting yang mempengaruhi kepuasan pelanggan
- (6). Pelanggan yang Komplain adalah pelanggan anda yang Loyal
- (7). Garansi adalah lompatan yang besar dalam kepuasan pelanggan

(8). Dengarlah suara pelanggan anda

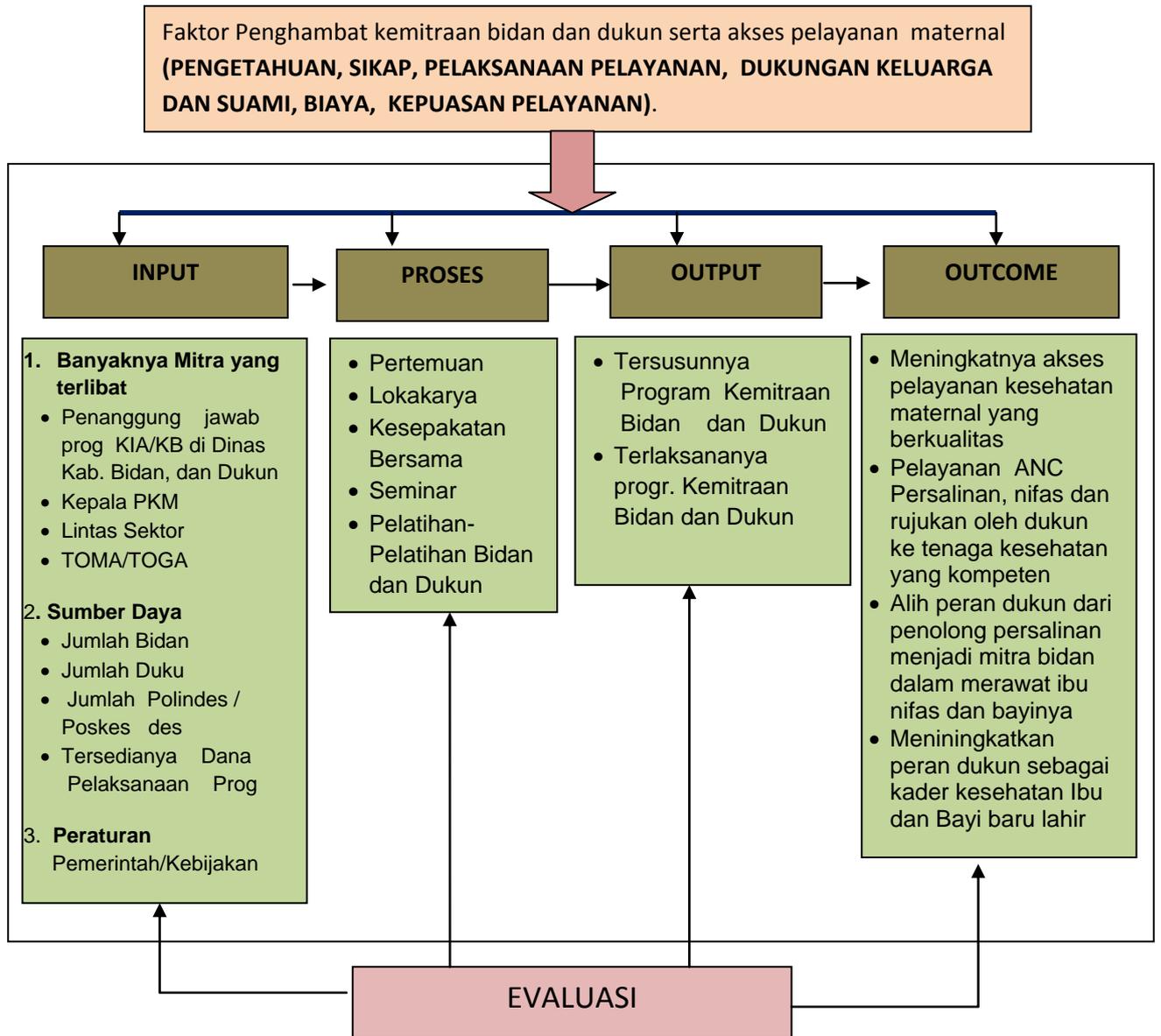
(9). Peran karyawan sangat penting dalam memuaskan pelanggan

(10).Kepemimpinan adalah teladan dalam kepuasan pelanggan.

Berdasarkan kajian teoritis yang telah dilakukan seperti diatas maka pada akhirnya disusun suatu model teoritis dalam bentuk kerangka yang mengacu pada prinsip evaluasi pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun serta akses pelayanan maternal serta factor penghambat yang mempengaruhinya, yang didasarkan pada prinsip teori yang dikemukakan oleh Donobedian, 1962, sebagai berikut :

Gambar : 1

C. MODEL KERANGKA TEORI PENELITIAN



Sumber : Model evaluasi system kesehatan (Donabedian, 1962)

D. KERANGKA KONSEP PENELITIAN

1. Dasar Pemikiran Variabel yang diteliti

Berdasarkan uraian yang telah dijelaskan pada Kerangka Teori telah diidentifikasi beberapa variabel faktor penghambat yang mempengaruhi kemitraan bidan dan dukun terhadap akses pelayanan maternal. Selain itu telah teridentifikasi teori yang menjadi landasan utama dalam penyusunan kerangka konsep ini yaitu teori yang dikemukakan oleh Donabedian (1962).

Selanjutnya alasan memasukan variabel independen maupun dependen dalam model kerangka konsep dapat diuraikan secara singkat sebagai berikut :

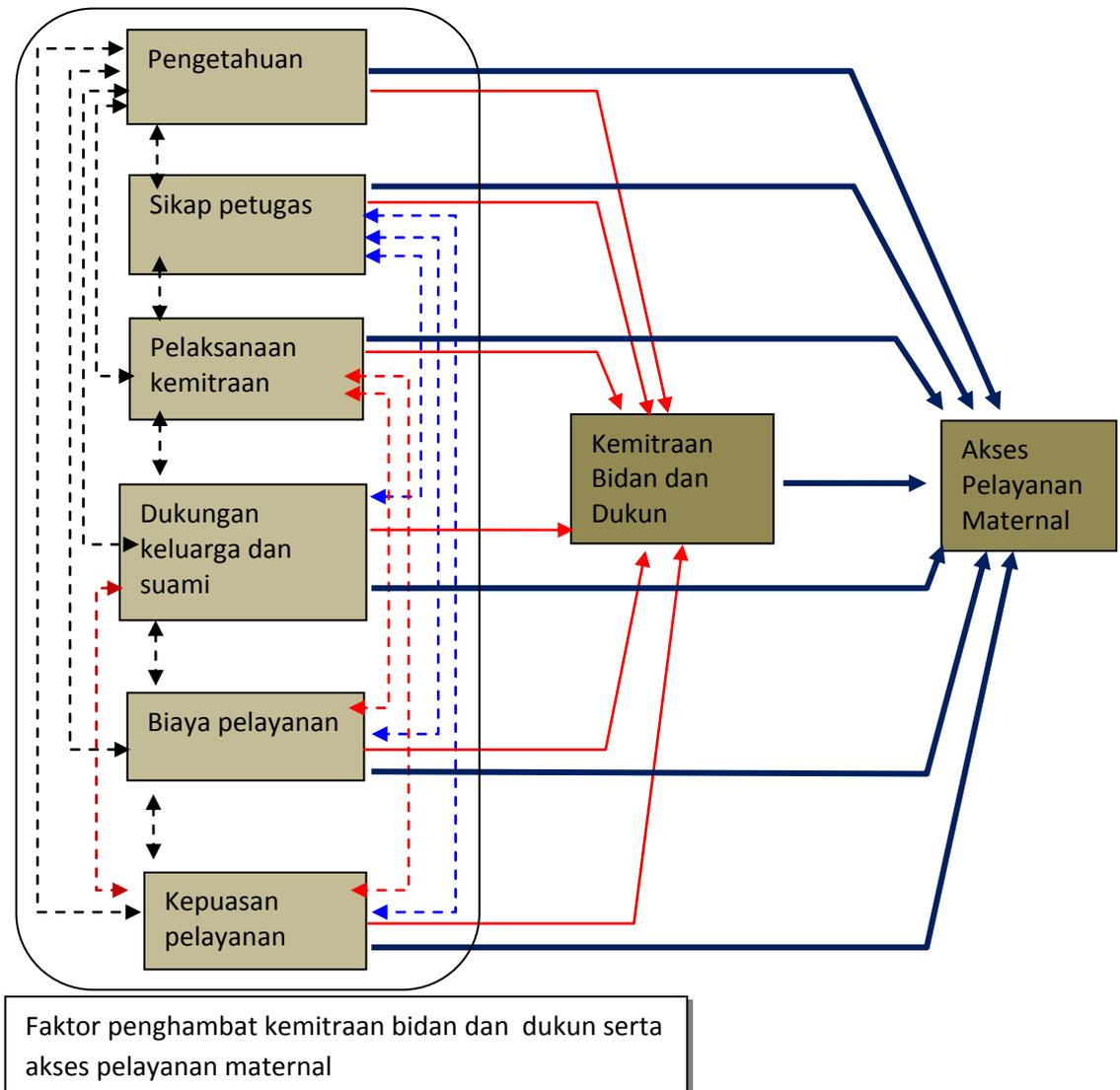
- 1) Pengaruh sebab akibat antara pengetahuan responden dalam kemitraan bidan dan dukun terhadap pelayanan kesehatan maternal yaitu apabila pengetahuan responden baik maka kemitraan bidan dan dukun dapat berjalan dengan baik dan upaya yang dilakukan akan meningkatkan kualitas pelayanan maternal.
- 2) Pengaruh sebab akibat antara sikap petugas dalam kemitraan bidan dan dukun terhadap pelayanan kesehatan maternal yaitu apabila sikap petiugas baik maka kemitraan bidan dan dukun dapat berjalan dengan baik dan upaya yang dilakukan akan meningkatkan kualitas pelayanan maternal.
- 3) Pengaruh sebab akibat antara pelaksanaan kemitraan dalam kemitraan bidan dan dukun terhadap pelayanan kesehatan maternal

yaitu apabila pelaksanaan kemitraan baik maka kemitraan bidan dan dukun dapat berjalan dengan baik dan upaya yang dilakukan akan meningkatkan kualitas pelayanan maternal.

- 4) Pengaruh sebab akibat antara dukungan suami dan keluarga dalam kemitraan bidan dan dukun terhadap pelayanan kesehatan maternal yaitu apabila dukungan suami dan keluarga baik maka kemitraan bidan dan dukun dapat berjalan dengan baik dan upaya yang dilakukan akan meningkatkan kualitas pelayanan maternal.
- 5) Pengaruh sebab akibat antara Biaya jasa pelayanan dalam kemitraan bidan dan dukun terhadap pelayanan kesehatan maternal yaitu apabila biaya jasa pelayanan baik maka kemitraan bidan dan dukun dapat berjalan dengan baik dan upaya yang dilakukan akan meningkatkan kualitas pelayanan maternal.
- 6) Pengaruh sebab akibat antara kepuasan pelayanan dalam kemitraan bidan dan dukun terhadap pelayanan kesehatan maternal yaitu apabila kepuasan pelayanan baik maka kemitraan bidan dan dukun dapat berjalan dengan baik dan upaya yang dilakukan akan meningkatkan kualitas pelayanan maternal.

Berdasarkan konsep berpikir seperti yang diuraikan diatas maka dibuatlah kerangka konsep sebagai berikut :

Gambar 2 Model korelasi dan Pengaruh variabel



Keterangan :

- Pengaruh variabel eksogen terhadap Akses pelayanan maternal
- Pengaruh variabel eksogen terhadap kemitraan bidan dan dukun
- - - - - Korelasi antar variabel eksogen

E. Hipotesis Penelitian

Hipotesis penelitian

- a) Variable eksogen (Pengetahuan, sikap petugas, Pelaksanaan pelayanan, Dukungan keluarga dan suami, Biaya pelayanan, dan Kepuasan pelayanan) berkorelasi dalam model kemitraan bidan dan dukun serta akses pelayanan maternal.
- b) Pengetahuan sebagai faktor penghambat berpengaruh terhadap pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun serta akses pelayanan maternal
- c) Sikap petugas sebagai faktor penghambat berpengaruh terhadap pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun serta akses pelayanan maternal
- d) Pelaksanaan pelayanan sebagai faktor penghambat berpengaruh terhadap pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun serta akses pelayanan maternal
- e) Dukungan keluarga dan suami sebagai faktor penghambat berpengaruh terhadap pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun serta akses pelayanan maternal
- f) Biaya pelayanan sebagai faktor penghambat berpengaruh terhadap pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun serta akses pelayanan maternal.

g) Kepuasan pelayanan sebagai faktor penghambat berpengaruh terhadap pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun serta akses pelayanan maternal.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Puskesmas Toto utara Kabupaten Bone Bolango Propinsi Gorontalo dari bulan Juli sampai dengan September 2011. Unit sampel (unit observasi) adalah Ibu yang memiliki anak bayi berumur 0 – 11 bulan sedangkan unit analisisnya adalah Kemitraan Bidan dan Dukun. Kemitraan Bidan dan Dukun meliputi aspek pelayanan kehamilan, persalinan, Nifas dan perawatan Bayi baru lahir. Variabel Eksogen adalah : Pengetahuan, sikap, Pelaksanaan pelayanan, Dukungan keluarga dan suami, Biaya pelayanan, serta kepuasan pelayanan, dengan variable endogen adalah: (Kemitraan bidan dan dukun, serta akses pelayanan maternal), seperti yang tertuang dalam tujuan khusus penelitian. Penarikan sampel dari populasi penelitian dilakukan dengan cara random sampling sederhana (*simple random sampling*). Besarnya sampel yang ditarik dari populasi penelitian berdasarkan hasil perhitungan dengan rumus sampel adalah 160 responden. Setelah dilakukan pemeriksaan terhadap kuesioner yang telah diisi, ternyata semuanya memenuhi syarat untuk diikutkan dalam pengolahan dan analisis data. Alat ukur yang digunakan adalah Kuesioner berbentuk *chek list* yang disesuaikan dengan tujuan khusus penelitian yang akan dicapai. Dari hasil pengolahan data yang telah dilakukan kemudian disajikan dalam bentuk tabel deskriptip maupun tabel analisis

korelasi antar variable eksogen, serta analisis pengaruh variable eksogen terhadap variable endogen, yang secara sistematis disajikan sebagai berikut :

1. Gambaran umum Puskesmas Toto utara Kabupaten Bone Bolango Provinsi Gorontalo.

a. **Letak Geografis.** Puskesmas Toto Utara merupakan Unit Pelaksanaan Teknis Dinas (UPTD) dari Dinas Kesehatan Kabupaten Bone Bolango yang melaksanakan Tugas Tekhnis Operasional Pembangunan Kesehatan diwilayah Kecamatan Tilongkabila. Geografis Wilayah kerja Puskesmas Toto Utara mempunyai luas wilayah kerja 9.603 Km² terdiri dari 9 Desa dan 36 Dusun dengan pembatasan sebagai berikut : Sebelah Utara berbatasan dengan sebelah Timur berbatasan dengan dan sebelah Selatan berbatasan dengan serta sebelah Barat dengan Iklim di Wilayah kerja (Kecamatan Tilongkabila) dipengaruhi oleh 2 musim yakni musim Hujan dan musim Kemarau dengan Curah Hujan 139 M²/ Tahun sedang suhu Udara rata-rata 28.5°. Jarak ke Ibu Kota Provinsi ± 120 Km dan Ke Ibu Kota kabupaten ± 8 Km kesemuanya dapat tertempuh dengan kendaraan Darat (Jalan Butas).

- (1) Sebelah utara : kecamatan Tapa.
- (2) sebelah timur : Kecamatan Suwawa.
- (3) Sebelah selatan : Kecamatan Kabila
- (4) Sebelah barat : Kotamadya Gorontalo.

Iklm di Wilayah kerja (Kecamatan Tilongkabila) dipengaruhi oleh 2 musim yakni musim Hujan dan musim Kemarau dengan Curah Hujan 139 M²/ Tahun sedang suhu Udara rata-rata 28.5°.

Jarak ke Ibu Kota Provinsi ± 120 Km dan Ke Ibu Kota kabupaten ± 8 Km kesemuanya dapat tertempuh dengan kendaraan Darat (Jalan Butas).

b. Kependudukan. Jumlah Penduduk tahun 2007, 14.374 Jiwa dengan jumlah KK 3974, sedangkan jumlah KK Miskin berjumlah 1525. Jumlah penduduk yang menggunakan Kartu Askes 658 jiwa, dan yang menggunakan Kartu Sehat berjumlah 4622 jiwa.

c. Sosial Ekonomi. Tingkat Pendidikan Penduduk 80% tidak/ Tamat SD, Hampir 100%. Penduduk Agama Islam dengan adat istiadat yang kuat. Sebagian besar mata pencarian penduduk adalah Petani dan Nelayan. Peranan Tokoh Agama dan Adat Istiadat sudah sangat berpengaruh dalam pengambilan keputusan.

d. Tugas Pokok dan Fungsi.

(1) Menggerakan Pembangunan Berwawasan Kesehatan. Puskesmas Toto Utara berperan sebagai motor dan motifator terselenggaranya pembangunan yang mengacu, berorientasi serta dilandasi oleh Kesehatan sebagai factor pertimbangan utama, jadi pembangunan di Kecamatan diharapkan berdampak positif terhadap lingkungan sehat dan perilaku sehat, yang muaranya adalah peningkatan Kesejahteraan Masyarakat. Untuk mengukur keberhasilan fungsi ini bisa diukur melalui Indeks **Potensi Tatanan Sehat (IPTS)**.

- a) Tatanan Sekolah
- b) Tatanan Tempat Kerja
- c) Tatanan Tempat-Tempat Umum

Dengan demikian indikatornya adalah sebagai berikut : Beberapa persen Sekolah yang dinyatakan berpotensi sehat, tempat kerja yang berpotensi sehat, dan tempat-tempat umum yang dinyatakan berpotensi sehat.

(2) Memberdayakan Masyarakat Dan Memberdayakan Keluarga.

Pemberdayaan masyarakat adalah meningkatkan pengetahuan dan kemampuan masyarakat agar mampu mengidentifikasi masalah, merencanakan dan melakukan pemecahannya dengan memanfaatkan potensi setempat dan fasilitas yang ada baik dari instansi lintas sector maupun LSM dan tokoh masyarakat.

Fungsi ini dapat diukur dengan indikator :

- a) Tumbuh kembang UKBM
- b) Tumbuh dan perkembangannya LSM yang bergerak dibidang kesehatan.
- c) Tumbuh dan berfungsinya secara mandiri BK 3 yang telah dibentuk.

Pemberdayaan Keluarga adalah meningkatkan pengetahuan dan kemampuan keluarga agar mampu mengidentifikasi masalah, merencanakan dan mengambil keputusan untuk melakukan pemecahannya dengan benar, tanpa atau dengan bantuan pihak lain.

Fungsi ini dapat diukur dengan makin banyaknya keluarga yang sehat di Kecamatan, Indikator yang dipakai.

2. Visi Dan Misi Puskesmas

a) Visi

Visi Puskesmas Toto Utara adalah mewujudkan Kecamatan Tlongkabila Sehat 2010.

Dalam menentukan keberhasilan mewujudkan visi tersebut kami menetapkan indikator Kecamatan Sehat sebagai berikut :

- (1) Indikator Lingkungan Sehat
- (2) Indikator Perilaku Sehat
- (3) Indikator Pelayanan Kesehatan Yang Bermutu
- (4) Indikator Derajat Kesehatan Yang Optimal

b) Misi

Misi Puskesmas Toto Utara adalah :

Memberikan Pelayanan Kesehatan yang mempunyai nilai strategis untuk meningkatkan derajat Kesehatan Masyarakat

Meningkatkan pengetahuan dan kemampuan masyarakat agar mampu mengidentifikasi masalah dan Berperan sebagai Motor dan Motifator atas terselenggaranya pembangunan berorientasi serta dilandasi oleh Kesehatan.

3. Analisis Hasil Penelitian

- a. **Analisis data umum pasien.** Dimaksudkan untuk menilai beberapa karakteristik umum atau data umum responden yang

dianggap memberi kontribusi terhadap variabel akibat (*Variabel endogen*) yang sedang diamati, yang diujikan secara sistematis pada tabel berikut ini:

Tabel. 8 Distribusi responden menurut tingkat pendidikan di Puskesmas Toto Utara Kabupaten Bone Bolango Provinsi Gorontalo tahun 2011

Tingkat Pendidikan	Jumlah (n)	Persen (%)
SD	66	41,3
SLP	44	27,5
SLTA	42	26,3
D3	5	3,1
S1	3	1,9
Jumlah	160	100.0

Sumber : Data primer

Tabel 8 memberikan informasi bahwa responden yang menjadi sampel penelitian mayoritas berpendidikan Sekolah lanjutan pertama keatas , (58,7 %). Dengan tingkat pendidikan seperti tersebut dinilai layak memberikan jawaban sesuai dengan tujuan wawancara melalui kuesioner.

Tabel.9 Distribusi responden menurut jenis pekerjaan di wilayah Puskesmas Toto utara Kabupaten Bone Bolango, Propinsi Gorontalo tahun 2011

Jenis Pekerjaan	Jumlah (n)	Persen (%)
URT	145	90,6
Dagang	6	3,8
Wiraswasta	4	2,5
PNS	5	3,1
Jumlah	160	100.0

Sumber : Data primer

Tabel 9 memperlihatkan, bahwa mayoritas responden Tidak bekerja (URT = 90,6%), sedangkan selebihnya adalah pedagang, wiraswasta, dan PNS.

b. Analisis deskripsi variabel penelitian. Pada tahap ini dilakukan analisis distribusi frekuensi variabel yang termasuk variabel endogen (Akses Pelayanan Maternal), maupun variabel eksogen yang disajikan sebagai berikut :

Tabel.10 Distribusi responden menurut Kemitraan bidan dan dukun di wilayah Puskesmas Toto utara Kabupaten Bone Bolango, Propinsi Gorontalo tahun 2011

Kemitraan Bidan dan Dukun	Jumlah (n)	Persen (%)
Ada	118	73,8
Tidak Ada	42	26,3
Jumlah	160	100.0

Sumber : Data primer

Tabel 10 memperlihatkan 73% responden mengakui ada kemitraan antara bidan dan dukun dalam pelayanan kehamilan, persalinan, masa nifas dan perawatan bayi baru lahir.

Tabel.11 Distribusi responden menurut Akses Pelayanan Kesehatan Maternal di wilayah Puskesmas Toto utara Kabupaten Bone Bolango, Propinsi Gorontalo tahun 2011

Akses Pelayanan Maternal	Jumlah (n)	Persen (%)
Memanfaatkan	153	95,6
Tidak Memanfaatkan	7	4,4
Jumlah	160	100.0

Sumber : Data primer

Tabel 11 memperlihatkan, mayoritas responden mengakui bahwa Akses terhadap pelayanan maternal 95,6% termasuk kategori baik, dan hanya 4,4 % menyatakan kurang baik.

Tabel.12 Distribusi responden menurut pengetahuan, tentang pelayanan kehamilan, persalinan, Nifas, dan perawatan bayi baru lahir di wilayah Puskesmas Toto utara Kabupaten Bine Bolango, Propinsi Gorontalo tahun 2011

Pengetahuan	Jumlah (n)	Persen (%)
Sangat Baik	76	47,5
Baik	51	31,9
Kurang baik	29	18,1
Tidak baik	4	2,5
Jumlah	160	100.0

Sumber : Data primer

Tabel 12 memperlihatkan, bahwa pengetahuan tentang Kemitraan Bidan dan Dukun mayoritas termasuk kategori sangat baik dan baik (47,5 dan 31,9 %) dan selebihnya termasuk kategori kurang baik sampai dengan tidak baik.

Tabel.13 Distribusi responden menurut Sikap tentang pelayanan kehamilan, persalinan, Nifas, dan perawatan bayi baru lahir di wilayah Puskesmas Toto utara Kabupaten Bone Bolango, Propinsi Gorontalo tahun 2011

Sikap	Jumlah (n)	Persen (%)
Sangat setuju	106	66,3
Setuju	50	31,3
Kurang setuju	3	1,9
Tidak setuju	1	0,6
Jumlah	160	100.0

Sumber : Data primer

Tabel 13 memperlihatkan, bahwa sikap tentang Kemitraan Bidan dan Dukun mayoritas termasuk kategori sangat setuju dan setuju (66,3 dan 31,3 %) dan selebihnya termasuk kategori kurang setuju sampai tidak setuju.

Tabel.14 Distribusi responden menurut Pelaksanaan pelayanan kehamilan, persalinan, Nifas, dan perawatan bayi baru lahir di wilayah Puskesmas Toto utara Kabupaten Bone Bolango, Propinsi Gorontalo tahun 2011

Pelaksanaan kemitraan Bidan &Dukun	Jumlah (n)	Persen (%)
Sangat Baik	100	62,5
Baik	53	33,1
Kurang baik	6	3,8
Tidak baik	1	0,6
Jumlah	160	100.0

Sumber : Data primer

Tabel 14 memperlihatkan, bahwa pelaksanaan pelayanan Kemitraan Bidan dan Dukun mayoritas termasuk kategori sangat baik dan baik (62,5 dan 33,1 %) dan selebihnya termasuk kategori kurang baik sampai dengan tidak baik.

Tabel.15 Distribusi responden menurut Dukungan Keluarga dan suami tentang pelayanan kehamilan, persalinan, Nifas, dan perawatan bayi baru lahir di wilayah Puskesmas Toto utara Kabupaten Bone Bolango, Propinsi Gorontalo tahun 2011

Dukungan Keluarga dan suami	Jumlah (n)	Persen (%)
Sangat mendukung	97	60,6
Mendukung	51	31,9
Kurang mendukung	10	6,3
Tidak mendukung	2	1,3
Jumlah	160	100.0

Sumber : Data primer

Tabel 15 memperlihatkan, bahwa Dukungan keluarga dan suami tentang Kemitraan Bidan dan Dukun mayoritas termasuk kategori sangat mendukung dan mendukung (60,0 dan 31,9 %) dan selebihnya termasuk kategori kurang mendukung sampai dengan tidak mendukung.

Tabel.16 Distribusi responden menurut Biaya pelayanan kehamilan, persalinan, Nifas, dan perawatan bayi baru lahir di wilayah Puskesmas Toto utara Kabupaten Bone Bolango, Propinsi Gorontalo tahun 2011

Biaya Pelayanan	Jumlah (n)	Persen (%)
Sangat terjangkau	76	47,5
Terjangkau	51	31,9
Kurang terjangkau	29	18,1
Tidak terjangkau	4	2,5
Jumlah	160	100.0

Sumber : Data primer

Tabel 16 memperlihatkan, bahwa pengetahuan tentang Kemitraan Bidan dan Dukun mayoritas termasuk kategori sangat terjangkau dan terjangkau (47,5 dan 31,9 %) dan selebihnya termasuk kategori kurang terjangkau sampai dengan tidak terjangkau.

Tabel.17 Distribusi responden menurut Kepuasan, tentang pelayanan kehamilan, persalinan, Nifas, dan perawatan bayi baru lahir di wilayah Puskesmas Toto utara Kabupaten Bone Bolango, Propinsi Gorontalo tahun 2011

Kepuasan	Jumlah (n)	Persen (%)
Sangat Puas	117	73,1
Puas	34	21,3
Kurang Puas	7	4,4
Tidak puas	2	1,3
Jumlah	160	100.0

Sumber : Data primer

Tabel 17 memperlihatkan, bahwa kepuasan pelayanan tentang Kemitraan Bidan dan Dukunmayoritas termasuk kategori sangat puas dan Puas (73,1 dan 21,3 %) dan selebihnya termasuk kategori kurang puas sampai dengan tidak puas.

c. Analisis tabulasi silang variabel eksogen dan endogen.

Pada tahap ini dilakukan analisis tabulasi silang antara variabel yang termasuk variabel eksogen dengan variabel yang termasuk endogen,

Tabel.18 Distribusi Pengetahuan menurut Kemitraan Bidan dan Dukun di wilayah Puskesmas Toto utara Kabupaten Bone Bolango, Propinsi Gorontalo tahun 2011

Pengetahuan	Kemitraan Bidan dan Dukun				Total	
	Ada		Tidak ada			
	jml	Persen	jml	Persen	Jml	Persen
Sangat Baik	66	86,8	10	13,2	76	100,0
Baik	32	62,7	19	37,3	51	100,0
Tidak baik	19	65,5	10	34,5	29	100,0
Sangat tidak baik	1	25,0	3	75,0	4	100,0
JUMLAH	118	73,8	42	26,3	160	100,0

Sumber : data primer

Tabel 18 memperlihatkan hasil analisis bahwa 76 responden yang termasuk kategori pengetahuannya tentang Kemitraan Bidan dan Dukun sangat baik dan baik 86,8% dan 62,7% juga memperlihatkan ada Kemitraan Bidan dan Dukun. Selanjutnya terdapat 29 responden yang termasuk pengetahuannya kurang baik namun 65,5% memperlihatkan ada Kemitraan Bidan dan Dukun. Hal yang sama juga terjadi bahwa dari 4 responden termasuk kategori pengetahuan sangat tidak baik tetapi 75% diantaranya tetap memperlihatkan tidak ada Kemitraan Bidan dan Dukun kurang baik.

Tabel.19 Distribusi Sikap menurut Kemitraan Bidan dan Dukundi wilayah Puskesmas Toto utara Kabupaten Bone Bolango, Propinsi Gorontalo tahun 2011

SIKAP	Kemitraan Bidan dan Dukun				Total	
	Ada		Tidak ada			
	jml	Persen	Jml	Persen	Jml	Persen
Sangat setuju	89	84,0	17	16,0	106	100,0
Setuju	28	56,0	22	44,0	50	100,0
Kurang Setuju	1	33,3	2	66,7	3	100,0
Sangat tidak setuju	0	0,0	1	100,0	1	100,0
JUMLAH	118	73,8	42	26,3	160	100,0

Sumber : data primer

Tabel 19 memperlihatkan hasil analisis bahwa dari 106 dan 50 responden yang termasuk kategori sikapnya terhadap Kemitraan Bidan dan Dukun sangat setuju dan setuju 84,0% dan 56,0% juga memperlihatkan ada Kemitraan Bidan dan Dukun juga baik. Selanjutnya terdapat 3 responden yang termasuk sikapnya kurang setuju dan 33,3% memperlihatkan Kemitraan Bidan dan Dukun baik, dan 66,7% termasuk kemitraan bidan dan dukun kurang baik. Terdapat 1 responden yang termasuk sikapnya sangat tidak setuju juga memperlihatkan sikap terhadap Kemitraan Bidan dan Dukun termasuk kurang baik.

Tabel.20 Distribusi Pelaksanaan pelayanan menurut Kemitraan Bidan dan Dukun di wilayah Puskesmas Toto utara Kabupaten Bone Bolango, Propinsi Gorontalo tahun 2011

Pelaksanaan Kemitraan	Kemitraan Bidan dan Dukun				Total	
	Ada		Tidak ada			
	jml	Persen	jml	Persen	Jml	Persen
Sangat baik	86	86,0	14	14,0	100	100,0
Baik	28	52,8	25	47,2	53	100,0
Kurang baik	4	66,7	2	33,3	6	100,0
Sangat tidak baik	0	0,0	1	100,0	1	100,0
JUMLAH	118	73,8	42	26,3	160	100,0

Sumber : data primer

Tabel 15 memperlihatkan hasil analisis bahwa dari 100 dan 53 responden yang termasuk kategori pelaksanaan pelayanan kemitraannya sangat baik dan baik terhadap Kemitraan Bidan dan Dukun 86,0% dan 52,8% juga memperlihatkan Kemitraan Bidan dan Dukun juga baik. Selanjutnya terdapat 6 responden yang termasuk pelaksanaan kemitraannya kurang baik dan 66,7% memperlihatkan Kemitraan Bidan dan Dukun baik. Terdapat 1 responden yang termasuk pelaksanaan pelayanan kemitraannya sangat tidak baik juga memperlihatkan sikap terhadap Kemitraan Bidan dan Dukun termasuk kurang baik.

Tabel.21 Distribusi Dukungan keluarga dan suami menurut Kemitraan Bidan dan Dukun di wilayah Puskesmas Toto Utara Kabupaten Bone Bolango, Propinsi Gorontalo tahun 2011

Dukungan keluarga dan suami	Kemitraan Bidan dan Dukun				Total	
	Ada		Tidak ada			
	jml	Persen	jml	Persen	Jml	Persen
Sangat mendukung	83	85,6	14	14,4	97	100,0
Mendukung	28	54,9	23	45,1	51	100,0
Kurang Mendukung	6	60,0	4	40,0	10	100,0
Sangat tidak mendukung	1	50,0	1	50,0	2	100,0
JUMLAH	118	95,6	42	26,3	160	100,0

Sumber : data primer

Tabel 21 memperlihatkan hasil analisis bahwa dari 97 dan 51 responden yang termasuk kategori Dukungan keluarga dan suami sangat mendukung dan mendukung terhadap Kemitraan Bidan dan Dukun 85,6% dan 54,9% juga memperlihatkan ada Kemitraan Bidan dan Dukun. Selanjutnya terdapat 10 responden yang termasuk kurang mendukung 60,0% memperlihatkan Kemitraan Bidan dan Dukun baik. Terdapat 2 responden yang termasuk sangat tidak mendukung masing-masing 50 % termasuk Kemitraan Bidan dan Dukun termasuk baik dan kurang baik.

Tabel. 22 Distribusi Biaya pelayanan menurut Kemitraan Bidan dan Dukun di wilayah Puskesmas Toto utara Kabupaten Bone Bolango, Propinsi Gorontalo tahun 2011

Biaya Pelayanan	Kemitraan Bidan dan Dukun				Total	
	Ada		Tidak ada			
	jml	Persen	jml	Persen	Jml	Persen
Sangat terjangkau	90	86,5	14	13,5	104	100,0
Terjangkau	27	51,9	25	48,1	52	100,0
Kurang terjangkau	1	25,0	3	75,0	4	100,0
JUMLAH	118	95,6	42	26,3	160	100,0

Sumber : data primer

Tabel 22 memperlihatkan hasil analisis bahwa dari 104 dan 52 responden yang termasuk kategori Biaya pelayanan sangat terjangkau dan terjangkau terhadap Kemitraan Bidan dan Dukun 86,5% dan 51,9% juga memperlihatkan ada Kemitraan Bidan dan Dukun. Selanjutnya terdapat 4 responden yang termasuk kurang terjangkau 25,0% termasuk Kemitraan Bidan dan Dukun baik. Terdapat 4 responden yang termasuk kurang terjangkau, dan 25,0% termasuk ada kemitraan bidan dan dukun.

Tabel.23 Distribusi Kepuasan pelayanan menurut Kemitraan Bidan dan Dukun di wilayah Puskesmas Toto utara Kabupaten Bone Bolango, Propinsi Gorontalo tahun 2011

KEPUASAN	Kemitraan Bidan dan Dukun				Total	
	Ada		Tidak ada			
	jml	Persen	jml	Persen	Jml	Persen
Sangat Puas	96	82,1	21	17,9	117	100,0
Puas	17	50,0	17	50,0	34	100,0
Kurang Puas	5	71,4	2	28,6	7	100,0
Sangat tidak Puas	0	0,0	2	100,0	2	100,0
JUMLAH	118	73,8	42	26,3	160	100,0

Sumber : data primer

Tabel 23 memperlihatkan hasil analisis bahwa dari 117 dan 34 responden yang termasuk kategori Kepuasannya terhadap Kemitraan Bidan dan Dukun sangat puas dan puas 82,1% dan 50,0% juga memperlihatkan ada Kemitraan Bidan dan Dukun. Selanjutnya terdapat 7 responden yang termasuk kurang puas 71,4% memperlihatkan ada Kemitraan Bidan dan Dukun. Terdapat 2 responden yang termasuk sangat tidak puas masing-masing 50 % termasuk ada dan tidak ada Kemitraan Bidan dan Dukun.

Tabel.24 Distribusi Pengetahuan menurut Akses pelayanan maternal di wilayah Puskesmas Toto utara Kabupaten Bone Bolango, Propinsi Gorontalo tahun 2011

Pengetahuan	Akses Pelayanan Maternal				Total	
	Memanfaatkan		Tidak Memanfaatkan			
	jml	Persen	jml	Persen	Jml	Persen
Sangat Baik	76	100,0	0	0,0	76	100,0
Baik	49	96,1	2	3,9	51	100,0
Tidak baik	25	86,2	4	13,8	29	100,0
Sangat tidak baik	3	75,0	1	25,0	4	100,0
JUMLAH	153	95,6	7	4,4	160	100,0

Sumber : data primer

Tabel 24 memperlihatkan hasil analisis bahwa 76 responden yang termasuk kategori pengetahuannya tentang pelayanan maternal sangat baik dan baik 100,0% dan 96,1% juga memperlihatkan memanfaatkan Akses Pelayanan. Selanjutnya terdapat 29 responden yang termasuk pengetahuannya kurang baik namun 86,2% memperlihatkan Akses Pelayanan Maternal baik. Hal yang sama juga terjadi bahwa dari 4 responden termasuk kategori pengetahuan sangat tidak baik tetapi 75% diantaranya tetap memperlihatkan memanfaatkan Akses Pelayanan Maternal.

Tabel.25 Distribusi Sikap menurut Akses pelayanan maternal di wilayah Puskesmas Toto utara Kabupaten Bone Bolango, Propinsi Gorontalo tahun 2011

SIKAP	Akses Pelayanan Maternal				Total	
	Memanfaatkan		Tidak Memanfaatkan			
	jml	Persen	jml	Persen	Jml	Persen
Sangat setuju	101	95,3	5	4,7	106	100,0
Setuju	49	98,0	1	2,0	50	100,0
Tidak Setuju	3	100,0	0	0,0	3	100,0
Sangat tidak setuju	0	0,0	1	100,0	1	100,0
JUMLAH	153	95,6	7	4,4	160	100,0

Sumber : data primer

Tabel 25 memperlihatkan hasil analisis bahwa dari 106 dan 50 responden yang termasuk kategori sikapnya terhadap Akses Pelayanan Maternal sangat setuju dan setuju 95,3% dan 98,0% juga memperlihatkan memanfaatkan Akses Pelayanan Maternal.. Selanjutnya terdapat 3 responden yang termasuk sikapnya kurang setuju namun semuanya memperlihatkan memanfaatkan Akses Pelayanan Maternal. Terdapat 1 responden yang termasuk sikapnya sangat tidak setuju juga memperlihatkan sikap terhadap Akses Pelayanan Maternal termasuk kurang baik.

Tabel. 26 Distribusi Pelaksanaan pelayanan menurut Akses Pelayanan Maternal di wilayah Puskesmas Toto utara Kabupaten Bone Bolango, Propinsi Gorontalo tahun 2011

Pelaksanaan Kemitraan	Akses Pelayanan Maternal				Total	
	Memanfaatkan		Tidak Memanfaatkan			
	jml	Persen	jml	Persen	Jml	Persen
Sangat baik	96	96,0	4	4,0	100	100,0
Baik	51	96,2	2	3,8	53	100,0
Kurang baik	6	100,0	0	0,0	6	100,0
Tidak baik	0	0,0	1	100,0	1	100,0
JUMLAH	153	95,6	7	4,4	160	100,0

Sumber : data primer

Tabel 26 memperlihatkan hasil analisis bahwa dari 100 dan 53 responden yang termasuk kategori pelaksanaan pelayanan kemitraannya sangat baik dan baik terhadap Akses Pelayanan Maternal 96,0% dan 96,2% juga memanfaatkan Akses Pelayanan Maternal. Selanjutnya terdapat 6 responden yang termasuk pelaksanaan kemitraannya kurang baik namun semuanya memanfaatkan Akses Pelayanan Maternal baik. Terdapat 1 responden yang termasuk pelaksanaan pelayanan kemitraannya sangat tidak baik juga memperlihatkan sikap tidak memanfaatkan Akses Pelayanan Maternal termasuk kurang baik.

Tabel.27 Distribusi Dukungan keluarga dan suami menurut Akses Pelayanan Maternal di wilayah Puskesmas Toto utara Kabupaten Bone Bolango, Propinsi Gorontalo tahun 2011

Dukungan keluarga dan suami	Akses Pelayanan Maternal				Total	
	memanfaatkan		Tidak Memanfaatkan			
	jml	Persen	jml	Persen	Jml	Perse n
Sangat mendukung	93	95,9	4	4,1	97	100,0
Mendukung	49	96,1	2	3,9	51	100,0
Kurang Mendukung	10	100,0	0	0,0	10	100,0
Sangat tidak mendukung	1	50,0	1	50,0	2	100,0
JUMLAH	153	95,6	7	4,4	160	100,0

Sumber : data primer

Tabel 27 memperlihatkan hasil analisis bahwa dari 97 dan 51 responden yang termasuk kategori Dukungan keluarga dan suami sangat mendukung dan mendukung terhadap Akses Pelayanan Maternal 95,9% dan 96,1% juga memanfaatkan Akses Pelayanan Maternal. Selanjutnya terdapat 10 responden yang termasuk kurang mendukung namun semuanya memanfaatkan Akses Pelayanan Maternal baik. Terdapat 2 responden yang termasuk sangat tidak mendukung masing-masing 50 % termasuk memanfaatkan dan tidak memanfaatkan Akses Pelayanan Maternal.

Tabel. 28 Distribusi Biaya pelayanan menurut Akses Pelayanan Maternal di wilayah Puskesmas Toto utara Kabupaten Bone Bolango, Propinsi Gorontalo tahun 2011

Biaya Pelayanan	Akses Pelayanan Maternal				Total	
	memanfaatkan		Tidak Memanfaatkan			
	jml	Persen	jml	Persen	Jml	Persen
Sangat terjangkau	100	96,2	4	3,8	104	100,0
Terjangkau	49	94,2	3	5,8	52	100,0
Kurang terjangkau	4	100,0	0	0,0	4	100,0
JUMLAH	153	95,6	7	4,4	160	100,0

Sumber : data primer

Tabel 28 memperlihatkan hasil analisis bahwa dari 104 dan 52 responden yang termasuk kategori Biaya pelayanan sangat terjangkau dan terjangkau terhadap Akses Pelayanan Maternal 96,2% dan 94,2% juga memperlihatkan memanfaatkan Akses Pelayanan Maternal. Selanjutnya terdapat 4 responden yang termasuk kurang terjangkau namun semuanya memperlihatkan memanfaatkan Akses Pelayanan Maternal.

Tabel. 29 Distribusi Kepuasan pelayanan menurut Akses Pelayanan Maternal di wilayah Puskesmas Toto utara Kabupaten Bone Bolango, Propinsi Gorontalo tahun 2011

KEPUASAN	Akses Pelayanan Maternal				Total	
	memanfaatkan		Tidak Memanfaatkan			
	jml	Persen	jml	Persen	Jml	Persen
Sangat Puas	113	96,6	4	3,4	117	100,0
Puas	32	94,1	2	5,9	34	100,0
Kurang Puas	7	100,0	0	0,0	7	100,0
Sangat tidak Puas	1	50,0	1	50,0	2	100,0
JUMLAH	153	95,6	7	4,4	160	100,0

Sumber : data primer

Tabel 29 memperlihatkan hasil analisis bahwa dari 117 dan 34 responden dengan tingkat Kepuasan : sangat puas dan puas 96,6% dan 94,1% memperlihatkan memanfaatkan Akses Pelayanan Maternal. Selanjutnya terdapat 7 responden yang termasuk kurang puas namun semuanya memperlihatkan memanfaatkan Akses Pelayanan Maternal. Terdapat 2 responden yang termasuk sangat tidak mendukung masing-masing 50 % termasuk memanfaatkan dan tidak memanfaatkan Akses Pelayanan Maternal.

d. Analisis jalur antara variabel eksogen dengan variabel endogen. Pada tahap ini dilakukan analisis korelasi antar variabel

eksogen, kemudian dilanjutkan dengan analisis pengaruh variabel eksogen terhadap variabel endogen (Kemitraan bidan dan dukun serta akses pelayanan maternal sebagai berikut :

Tabel.30 Analisis korelasi antar variabel eksogen di wilayah Puskesmas Toto utara Kabupaten Bone Bolango, Propinsi Gorontalo tahun 2011

VARIABEL EKSOGEN	NILAI KORELASI PEARON (r) DAN TINGKAT SIGNIFIKANSI (p)				
	Penge- tahuan	Sikap	Pelaksa- naan	Dukungan Kel.& suami	Biaya
Sikap petugas Nilai : (r) Nilai : (p)	0,488 0,000				
Pelaksanaan pelayanan Nilai : (r) Nilai : (p)	0,366 0,000	0,444 0,000			
Dukungan Kel. dan suami Nilai : (r) Nilai : (p)	0,230 0,003	0,661 0,000	0,501 0,000		
Biaya Pelayanan Nilai : (r) Nilai : (p)	0,228 0,004	0,356 0,000	0,761 0,000	0,478 0,000	
Kepuasan Nilai : (r) Nilai : (p)	0,444 0,000	0,596 0,000	0,646 0,000	0,562 0,000	0,518 0,000

Sumber : Data primer

Tabel 30 memperlihatkan bahwa semua variabel eksogen berkorelasi antara satu dengan lainnya dengan tingkat korelasi yang berbeda-beda. Korelasi terendah antara pengetahuan dengan biaya pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun ($r = 0,228$; $p = 0,004$) dan

tertinggi adalah korelasi antara biaya pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun dengan pelaksanaan pelayanan ($r = 0,761$, $p = 0,000$). Ada 4 variabel yang berkorelasi kuat dengan kepuasan pelayanan yakni : variabel sikap, pelaksanaan pelayanan, dukungan keluarga dan suami, serta biaya pelayanan.

Tabel.31 Pengaruh variabel eksogen terhadap Kemitraan Bidan dan Dukun di wilayah Puskesmas Toto utara Kabupaten Bone Bolango, Propinsi Gorontalo tahun 2011

PENGARUH DAN BESAR PENGARUH VAR. EKSOGEN THDP KEMITRAAN BIDAN DAN DUKUN		Pengaruh (F & p)	Besar Pengaruh (Adj. Rsq)	Nilai Signif. (p)
VAR. EKSOGEN	VAR. ENDOGEN			
Pengetahuan	KEMITRAAN BIDAN DAN DUKUN (Y_1)	F = 6,030 p = 0,000	0,160 (16%)	0,000
Sikap				
Pelaks. Kemitraan				
Dukungan Kel. & Suami				
Biaya Pelayanan				
Kepuasan pelayanan				

Sumber : Data primer

Tabel 31 memberikan informasi bahwa variabel eksogen berpengaruh terhadap variabel endogen, minimal salah satu diantaranya, ($F = 6,030$; $p = 0,000$), sedangkan besarnya pengaruh variabel eksogen tersebut terhadap variabel endogen untuk variabel kemitraan bidan dan

dukun adalah 16,0% atau (Adjusted Rsquare 0,160 dengan nilai p = 0,000.

Tabel.32 Pengaruh masing-masing variabel eksogen terhadap Kemitraan Bidan dan Dukun di wilayah Puskesmas Toto utara Kabupaten Bone Bolango, Propinsi Gorontalo tahun 2011

VARIABEL EKSOGEN	KEMITRAAN BIDAN DAN DUKUN		
	Standardized Coefficient (Beta)	Hasil Uji	
		t	Signif. (p)
(Constant)		4,970	0,000
Pengetahuan	0,085	0,957	0,340
Sikap petugas	0,256	2,281	0,024
Pelaks. Kemitraan	0,176	1,376	0,171
Dukungan Kel. & Suami	-0,052	-0,484	0,629
Biaya Pelayanan	-0,128	-1,115	0,267
Kepuasan pelayanan	0,145	1.320	0,189

Sumber : Data primer

Tabel 32 memperlihatkan bahwa dari ke enam variabel independen (Pengetahuan, sikap petugas, pelaksanaan kemitraan, dukungan keluarga dan suami, biaya pelayanan, serta kepuasan pelayanan) yang termasuk variabel eksogen, yang dianggap sebagai faktor penghambat kemitraan bidan dan dukun, maka hanya variabel sikap petugas yang berpengaruh

secara langsung terhadap kemitraan bidan dan dukun dengan besar pengaruh 25,6% (standardized Coefficient Beta = 0,256; p = 0,024).

Tabel.33 Pengaruh variabel eksogen terhadap Akses Pelayanan Maternal di wilayah Puskesmas Toto utara Kabupaten Bone Bolango, Propinsi Gorontalo tahun 2011

PENGARUH DAN BESAR PENGARUH VAR. EKSOGEN THDP AKSES PELAYANAN MATERNAL		Pengaruh (F & p)	Besar Pengaruh (Adj. Rsq)	Nilai Signif. (p)
VAR. EKSOGEN	VAR. ENDOGEN			
Pengetahuan	AKSES PELAYANAN MATERNAL (Y ₂)	F = 22,935 p = 0,000	0,491 (49%)	0,000
Sikap				
Pelaks. Kemitraan				
Dukungan Kel. & Suami				
Biaya Pelayanan				
Kepuasan pelayanan				
Kemitraan Bid. & Dkn				

Sumber : Data primer

Tabel 33 memberikan informasi bahwa variabel eksogen berpengaruh terhadap variabel endogen, minimal salah satu diantaranya, (F = 22,935; p = 0,000), sedangkan besarnya pengaruh variabel eksogen tersebut terhadap variabel endogen untuk variabel Akses pelayanan maternal adalah 49,1% atau (Adjusted Rsquare 0,491 dengan nilai p = 0,000).

Tabel.34 Pengaruh masing-masing variabel eksogen terhadap Akses Pelayanan Mmaternal di wilayah Puskesmas Toto utara Kabupaten Bone Bolango, Propinsi Gorontalo tahun 2011

VARIABEL EKSOGEN	AKSES PELAYANAN MATERNAL		
	Standardized Coeff. (Beta)	Hasil Uji	
		t	Signif. (p)
(Constant)		-6,986	0,000
Pengetahuan	0,026	0,376	0,708
Sikap	-0,106	-1,198	0,233
Pelaks. Kemitraan	0,059	0,586	0,559
Dukungan Kel. & Suami	0,089	1,062	0,290
Biaya Pelayanan	0,230	2,569	0,011
Kepuasan pelayanan	-0,099	-1,154	0,250
Kemitraan Bidan dan Dukun	0,659	10,478	0,000

Sumber : Data primer

Tabel 34 memperlihatkan bahwa dari ke enam variabel independen (Pengetahuan, sikap petugas, pelaksanaan kemitraan, dukungan keluarga dan suami, biaya pelayanan, kepuasan pelayanan, termasuk variabel kemitraan bidan dan dukun) yang dimasukkan sebagai variabel eksogen, yang dianggap sebagai faktor penghambat terhadap akses pelayanan maternal, maka hanya variabel Biaya pelayanan dan kemitraan bidan dukun yang memberi pengaruh signifikan dengan besar pengaruh masing-masing variabel tersebut yakni : biaya pelayanan 23,0%

atau (Beta = 0,230; p = 0,011), Kemitraan bidan dan dukun 65,9%, atau (Beta = 0,659; p = 0,000).

Tabel.35 Pengaruh tidak langsung masing-masing variabel eksogen terhadap Akses Pelayanan maternal di wilayah Puskesmas Toto utara Kabupaten Bine Bolango, Propinsi Gorontalo tahun 2011

VARIABEL EKSOGEN	Akses Pelayanan Maternal	
	Perkalian standardized coeff. (Beta) dengan var. Akses pelayanan maternal.	Pengaruh tidak langsung (%)
Pengetahuan	0,026 x 0,659	0,017
Sikap	-0,106 x 0,659	-0,069
Pelaks. Kemitraan	0,059 x 0,659	0,038
Dukungan Kel. & Suami	0,089 x 0,659	0,058
Biaya Pelayanan	0,230 x 0,659	0,151
Kepuasan pelayanan	-0,099 x 0,659	0,065
Kemitraan Bidan dan Dukun	0,659	0,659

Sumber : Data primer

Tabel 35 memperlihatkan bahwa besarnya masing-masing pengaruh variabel eksogen apabila melalui kemitraan bidan dan dukun, atau dengan perkataan lain hanya diharapkan peningkatan akses pelayanan maternal melalui aktifitas kemitraan bidan dan dukun, maka hanya variabel biaya pelayanan yang memberi kontribusi lebih besar (15,1%). Selebihnya antara 1,5% sampai dengan 6,9%.

Tabel.36 Pengaruh total masing-masing variabel eksogen terhadap Akses Pelayanan maternal di wilayah Puskesmas Toto utara Kabupaten Bone Bolango, Propinsi Gorontalo tahun 2011

VARIABEL EKSOGEN	Akses Pelayanan Maternal	
	Perkalian standardized coeff. (Beta) dengan var. Akses pelayanan maternal.	Pengaruh Total (%)
Pengetahuan	0,017 + 0,026	0,043
Sikap	-0,069 + -0,106	0,175
Pelaks. Kemitraan	0,038 + 0,059	0,097
Dukungan Kel. & Suami	0,058 + 0,089	0,147
Biaya Pelayanan	0,151 + 0,230	0,381
Kepuasan pelayanan	0,065 + -0,099	0,164
Kemitraan Bidan dan Dukun	0,659	0,659

Sumber : Data primer

Tabel 36 memperlihatkan besarnya pengaruh total untuk masing-masing variabel eksogen baik melalui pelayanan kemitraan bidan dan dukun maupun secara langsung terhadap akses pelayanan maternal. Dari tabel tersebut ada dua variabel yang memberi kontribusi terbesar terhadap peningkatan akses pelayanan maternal yakni : pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun (65,9%) dan biaya pelayanan (38,1%). Variabel lain yang juga memberi kontribusi tetapi persentasenya kecil yakni : variabel sikap (17,5%), kepuasan pelayanan (16,4%), dan dukungan keluarga dan suami (14,7%).

Tabel.37 Resume hasil analisis jalur variabel kemitraan bidan dan dukun serta akses pelayanan maternal di wilayah Puskesmas Toto utara Kabupaten Bine Bolango, Propinsi Gorontalo tahun 2011

VARIABEL	HASIL ANALISIS JALUR		
	Kemitraan bidan dan Dukun (%)	Akses Pelayanan maternal (%)	Total (%)
Pengetahuan	0,017	0,026	0,043
Sikap	-0,069	-0,106	0,175
Pelaks. Kemitraan	0,038	0,059	0,097
Dukungan Kel. & Suami	0,058	0,089	0,147
Biaya Pelayanan	0,151	0,230	0,381
Kepuasan pelayanan	0,065	-0,099	0,164
Kemitraan Bidan dan Dukun	-	0,659	0,659

Sumber : Data primer

Tabel 37 memperlihatkan : apabila upaya peningkatan akses pelayanan maternal hanya dilakukan melalui interpevensi atau penanggulangan pada faktor penghambat melalui kemitraan bidan dan dukun maka efeknya hanya berkisar antara 1,7% sampai dengan 15,1% dan terutama diperankan oleh biaya pelayanan pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun.

Apabila intervensi faktor penghambat hanya dilakukan melalui upaya peningkatan akses pelayanan maka efek yang diberikan hanya

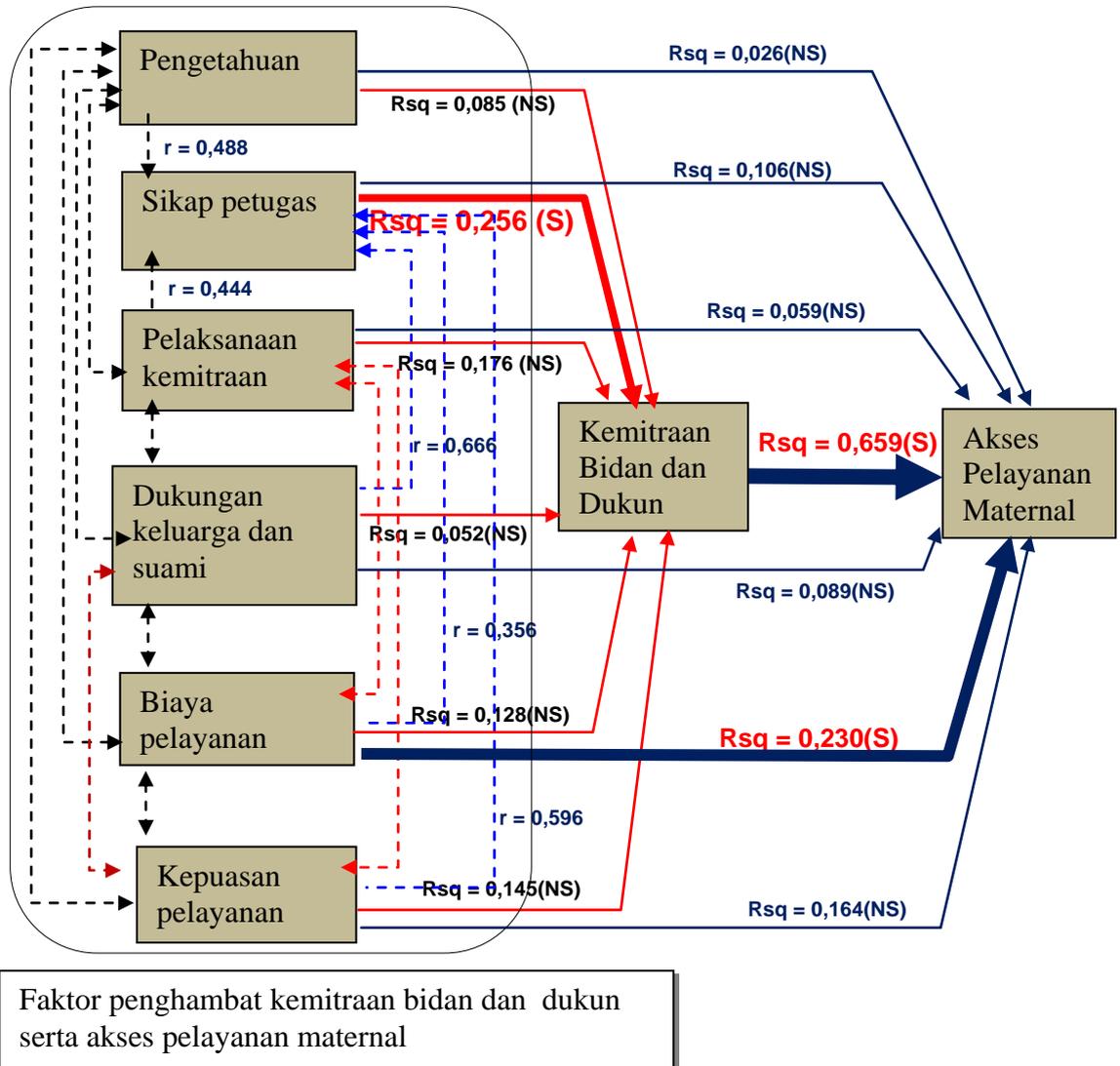
berkisar antara 2,6% sampai dengan 23,0% dan diperankan oleh Biaya pelayanan dan sikap petugas.

Apabila upaya intervensi faktor penghambat dikombinasi antara upaya peningkatan melalui pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun serta peningkatan akses pelayanan maternal, maka efek yang diberikan terlihat semuanya mengalami peningkatan, dan diperankan oleh variabel pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun (65,9%), Biaya pelayanan kemitraan (38,1%), Sikap petugas (17,3%), Kepuasan pelayanan (16,4%) dan dukungan keluarga dan suami (14,7%).

Dari hasil analisis seperti tersebut diatas maka untuk melakukan peningkatan akses pelayanan maternal aktifitasnya perlu dikombinasi antara intensifikasi pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun serta intensifikasi akses pelayanan maternal melalui upaya intervensi faktor penghambat, khususnya biaya pelayanan, sikap petugas, serta kepuasan pelayanan.

Adapun model korelasi maupun pengaruh variabel eksogen terhadap variabel kemitraan bidan dan dukun maupun terhadap akses pelayanan maternal digambarkan sebagai berikut :

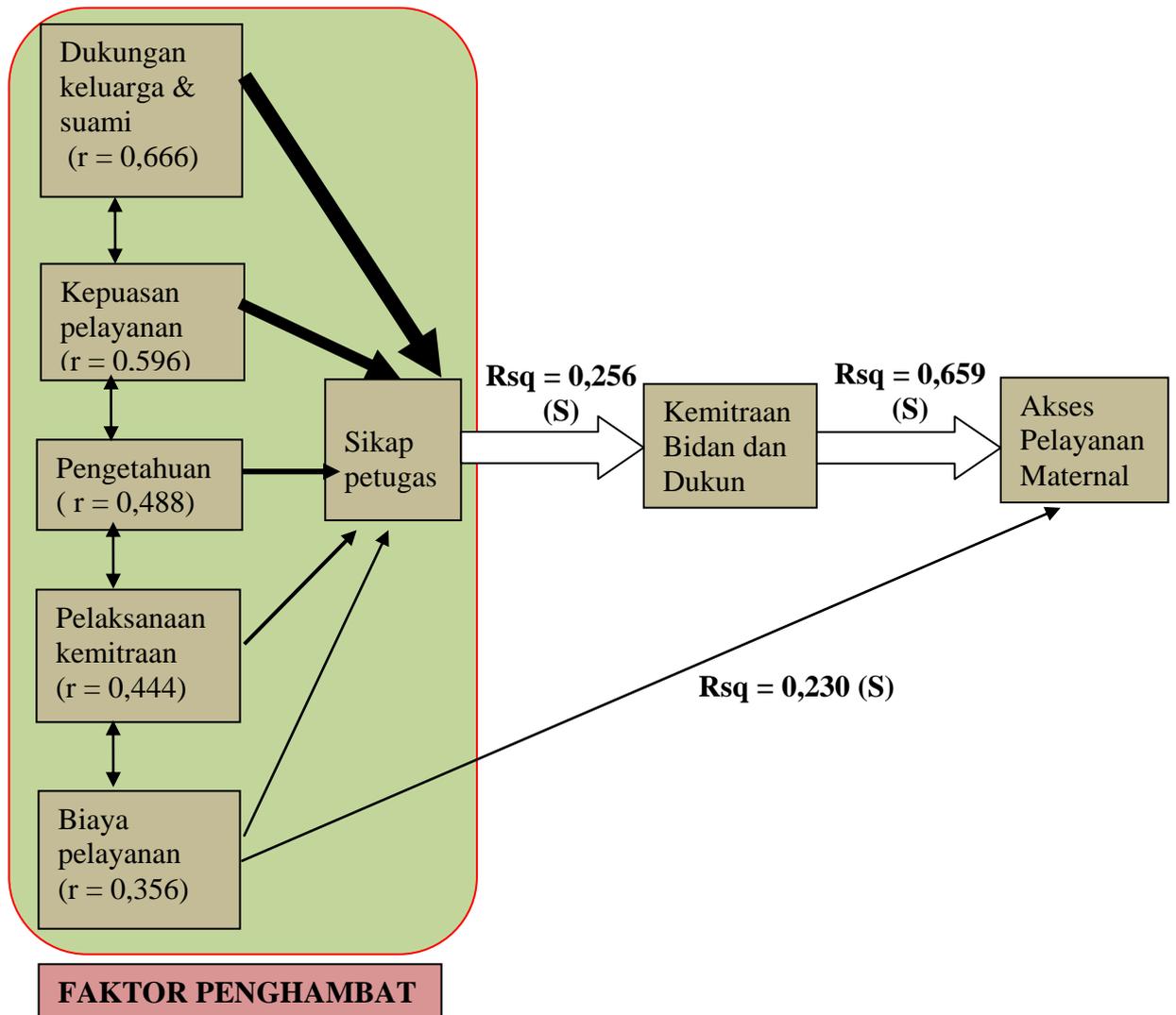
Gambar 3 Model korelasi dan Pengaruh variable



Keterangan :

- Pengaruh variabel eksogen terhadap kemitraan bidan dan dukun
- Pengaruh variabel eksogen terhadap Akses pelayanan maternal
- - - - - Korelasi antar variabel endogen

Gambar 4.
Model Alur Korelasi dan Pengaruh variabel



B. Pembahasan

Perhatian khusus terhadap kesehatan ibu dan bayi adalah dengan melaksanakan upaya percepatan penurunan angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB). Salah satu program utama untuk penurunan AKI dan AKB tersebut adalah program kemitraan bidan dengan dukun bayi. Mengingat jumlah dukun bayi masih cukup banyak dan perannya dimasyarakat dalam perawatan ibu dan bayi baru lahir masih tinggi, perlu dilaksanakan kerjasama yang jelas dalam kemitraan diperlukan untuk menjamin akses masyarakat ke pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir berkualitas, terutama pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terampil.

Pakar pemanfaatan pelayanan kesehatan seperti: Donabedin (1980), Ovrerveit, (1990). Steffen, (1988). *Dever, 1984*; Gibson (1987) , menekankan bahwa kualitas layanan kesehatan sebagai suatu keseimbangan yang baik antara manfaat dengan resiko perlu diperhitungkan menurut efisensi dan biaya. Pelayanan kesehatan dikatakan berkualitas apabila suatu layanan tersebut dibutuhkan oleh pihak tertentu secara efisien, sehingga mereka yang memanfaatkannya dapat merasa puas dengan layanan tersebut. Selanjutnya dikemukakan bahwa pemanfaatan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh beberapa faktor Yakni: faktor sosio kultural, faktor organisasi, faktor interaksi antara konsumen-provider. Dari pandangan para pakar tersebut dapat disimpulkan bahwa: Sumber daya, dalam hal ini karakteristik yang melekat

pada keluarga, serta sumber daya petugas kesehatan, adalah faktor penting dalam proses pelayanan kesehatan pada pasien.

Penelitian ini terfokus pada penilaian hubungan antara variabel akses pelayanan kesehatan maternal dengan beberapa variabel independen yang dianggap sebagai faktor yang mempengaruhi kemitraan bidan dan dukun seperti: pengetahuan pasien, sikap petugas, pelayanan kesehatan, dukungan suami dan keluarga, biaya kesehatan dan kepuasan pasien. Yang dinilai melalui persepsi ibu yang pernah dirawat oleh bidan dan dukun pada masa kehamilan, persalinan, nifas, dan perawatan bayi baru lahir di Puskesmas Toto Utara Kabupaten Bone Bolango Provinsi Gorontalo.

1. Karakteristik Umum Sampel Penelitian

a. Tingkat Pendidikan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa 58,7% yang menjadi sampel penelitian mayoritas berpendidikan sekolah lanjutan pertama keatas. Dengan tingkat pendidikan tersebut dinilai layak memberikan jawaban sesuai dengan tujuan wawancara melalui kuesioner, karena pendidikan seseorang akan mempengaruhi kemampuan berpikirnya dalam memutuskan segala hal termasuk dalam memilih tempat pelayanan kesehatan maternal melalui kemitraan bidan dan dukun. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Ridwan Amiruddin pada tahun 2006 yang menyatakan bahwa pendidikan ibu berhubungan dengan pemilihan tenaga penolong persalinan. Pendidikan dapat mempengaruhi daya

intelektual seseorang dalam memutuskan segala hal, termasuk penentu penolong persalinan. pendidikan yang kurang menyebabkan daya intelektualnya terbatas sehingga perilakunya masih dipengaruhi oleh keadaan sekitarnya sedangkan seseorang dengan tingkat pendidikan lebih tinggi memiliki pandangan lebih luas tentang suatu hal dan lebih muda untuk menerima ide atau cara kehidupan baru.

Tingkat pendidikan yang dianggap mampu mendukung pemilihan alternatif pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal melalui kemitraan bidan dan dukun ialah ibu yang berpendidikan SD keatas sebanyak 58,7%. Menurut *Dever* (1984), variabel ini termasuk dalam salah satu variabel yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan yang tergolong didalam interaksi konsumen-provider. Sedangkan menurut *Andersen* (1968), variabel ini termasuk kedalam kelompok variabel *predisposing*, yakni variabel yang termasuk struktur sosial. Peran pendidikan dalam pengambilan keputusan untuk memilih alternatif jenis pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal ialah tingkat kemampuan penalaran pasien, dimana tingkat pendidikan SLTA merupakan tingkat kemampuan pertengahan antara SLTP dengan perguruan tinggi. Landasan pemikiran yang menjadi acuan pertimbangan pendidikan mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal melalui kemitraan ialah semakin tinggi tingkat pendidikan, semakin meningkat kemampuan penalaran sehingga lebih cenderung untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan. Hasil analisis

variabel tingkat pendidikan mempengaruhi ibu/pasien menggunakan kemitraan bidan dan dukun untuk memperoleh pelayanan kesehatan maternal.

b. Jenis Pekerjaan

Pekerjaan merupakan salah satu karakteristik terhadap pelayanan kesehatan maternal. Dimana hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas responden tidak bekerja atau berprofesi sebagai ibu rumah tangga (URT) sebanyak 90,6%.

Pekerjaan berkaitan dengan aktivitas, sehingga akan mempengaruhi kondisi ibu pada masa kehamilan, persalinan dan masa nifas. Dimana ibu yang tidak bekerja/IRT banyak memiliki waktu luang untuk memeriksakan diri ketempat pelayanan kesehatan maternal. Sedangkan ibu yang bekerja diluar rumah memiliki kesibukan yang tinggi sehingga tidak memiliki waktu luang untuk memeriksakan di ketempat pelayanan maternal melalui kemitraan bidan dan dukun.

Ewles dan Simnet (1994), mengemukakan teori *need* dan *deman* dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan, yang menekankan perlunya perlindungan *finacial* dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan. Jenis pekerjaan adalah salah satu sumber finansial utama yang dianggap memberi perlindungan terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan khususnya pelayanan kesehatan maternal. Peran jenis pekerjaan dalam pengambilan keputusan untuk memilih alternatif jenis pemanfaatan pelayanan kesehatan khususnya kesehatan maternal,

ialah didasarkan atas jenis pekerjaan, dimana ibu yang bekerja sebagai PNS dan pedagang dianggap memiliki kemampuan untuk memberi jaminan perlindungan finansial sehingga mampu memanfaatkan pelayanan kesehatan, khususnya pelayanan kesehatan maternal melalui kemitraan bidan dan dukun.

Pemeriksaan ketempat pelayanan kesehatan maternal atau pemeriksaan melalui kemitraan bidan dan dukun memerlukan biaya yang tidak sedikit sehingga bagi ibu yang tidak bekerja/IRT menganggap hal ini sangat memberatkan karena ibu tidak memiliki uang/penghasilan. Sedangkan bagi ibu yang bekerja diluar rumah baik itu sebagai pegawai negeri sipil(PNS) atau wiraswata yang memiliki uang/penghasilan menganggap biaya pemeriksaan ke tempat pelayanan kesehatan maternal tidak memberatkan.

2. Analisis Variabel Penelitian

a. Pengetahuan Pasien/Responden

Dari tabel 11 diperoleh informasi bahwa pengetahuan responden tentang kemitraan bidan dan dukun terhadap pelayanan kesehatan maternal mayoritas termasuk dalam kategori sangat baik dan baik (47,5 dan 31,9%). Hal ini dapat terlihat dengan jawaban-jawaban pertanyaan yang diberikan dimana jawaban tersebut berdasarkan pengalaman responden tentang hasil pelayanan yang dialaminya selama proses pelayanan kehamilan, persalinan masa nifas dan perawatan bayi baru lahir. Khusus

nya pelayanan kemitraan bidan dan dukun yang menyebabkan seseorang tersebut bertindak untuk mengatasi masalah yang dialaminya.

Pengetahuan merupakan suatu hal yang sangat dibutuhkan dalam rangka perubahan pola pikir dan perilaku dalam masyarakat. Pengetahuan ini terkait dengan lingkungan dimana responden menetap. selain itu keterpaparan dengan media komunikasi akan mempengaruhi kadar pengetahuannya (Juliwanto,2008).

Menurut Meliono,Irmayanti 2007 pengetahuan seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya adalah faktor pendidikan, media massa(televisi, radio, koran, majalah) dan keterpaparan informasi dan berdasarkan dari empiris dilapangan.

Pengetahuan responden tentang kemitraan bidan dan dukun diperoleh dari media massa seperti televisi yang telah memberikan tayangan-tayangan edukatif tentang pentingnya pelayanan kesehatan maternal yaitu pemeriksaan kehamilan dan persalinan oleh tenaga kesehatan yang kompeten. Selain itu pengetahuan responden dipengaruhi oleh keterpaparan informasi berupa sosialisasi yang diberikan oleh petugas kesehatan tentang pentingnya kemitraan/kerjasama bidan dan dukun dalam pelayanan kehamilan, dan nifas. Dimana setiap ibu bersalin dan bayi baru lahir memperoleh pelayanan dan pertolongan oleh tenaga kesehatan yang kompeten

dalam pertolongan persalinan,alih peran dukun dari penolong persalinan menjadi mitra bidan dalam merawat ibu nifas dan bayinya.

Selain itu sebagian besar responden telah mengetahui dan memahami pembagian tugas dan fungsi bidan dan dukun dalam memberikan pelayanan kesehatan maternal baik dalam pelayanan masa kehamilan, persalinan, masa nifas dan perawatan bayi baru lahir. Contohnya pada masa kehamilan dukun memotivasi ibu hamil untuk memeriksakan kehamilannya dan mengantar ibu hamil yang tidak mau periksa ke bidan, sedangkan tugas bidan memeriksa keadaan ibu dan janin/bayi dalam kandungan, memberi obat tambah darah, memberikan suntikan dan memberitahu tentang tanda-tanda bahaya kehamilan.

Meskipun sebagian besar responden yang memiliki pengetahuan sangat baik dan baik mengenai kemitraan bidan dan dukun namun masih ada 18,1 dan 2,5% responden yang memiliki pengetahuan kurang baik dan tidak baik. Hal ini dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya adalah faktor pendidikan responden yang masih rendah, dan kurangnya informasi yang diterima mengenai pentingnya kemitraan bidan dan dukun.

Dalam penelitian ini selain menggunakan analisis univariat juga menggunakan analisis bivariat. Dimana hasil bivariat menggunakan analisis tabulasi silang antara variabel yang termasuk variabel eksogen dengan variabel endogen yaitu variabel pengetahuan dengan kemitraan bidan dan dukun.

Dari tabel 18 memperlihatkan hasil analisis bahwa 76 responden yang termasuk pada kategori pengetahuannya tentang kemitraan bidan dan dukun sangat baik dan baik 86,8% dan 62,7% juga memperlihatkan kemitraan bidan dan dukun juga baik. Pengetahuan responden memiliki pengaruh terhadap kemitraan bidan dan dukun, jika pengetahuan responden baik atau kemampuan berpikirnya baik maka dalam memutuskan sesuatu termasuk pelayanan kesehatan maternal akan baik pula yaitu tidak menggunakan dukun saja untuk mengatasi masalah kesehatan maternal namun menggunakan pelayanan kesehatan maternal melalui kemitraan bidan dan dukun.

Pada umumnya responden yang memiliki pengetahuan baik mengatakan kemitraan bidan dan dukun telah berjalan dengan baik, hal ini dapat terlihat dengan adanya kerjasama yang dibangun oleh bidan dan dukun dalam pembagian tugas dan fungsi masing-masing dalam memberikan pelayanan kesehatan maternal baik dalam pelayanan kehamilan, persalinan, masa nifas dan perawatan pada bayi baru lahir. Tugas bidan mencakup aspek teknis kesehatan yaitu proses pengelolaan dan pelayanan program Kesehatan Ibu Anak (KIA) dan kegiatan dilakukan sesuai dengan standar dan etika profesi kebidanan, tugas dukun mencakup aspek non kesehatan yaitu beralih peran dari menolong persalinan menjadi merujuk ibu hamil dan bersama bidan merawat ibu hamil, nifas dan bayi baru lahir berdasarkan kesepakatan pembagian peran dan tugas.

Selanjutnya terdapat 29 responden yang termasuk pengetahuannya kurang baik namun 65,5% memperlihatkan kemitraan bidan dan dukun baik. Hal yang sama juga terjadi bahwa dari 4 responden termasuk kategori pengetahuan sangat tidak baik tetapi 75% diantaranya tetap memperlihatkan kemitraan bidan dan dukun kurang baik. Hal ini dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya perbedaan persepsi dan pembagian tugas yang kurang jelas antara bidan dan dukun dalam memberikan pelayanan kehamilan, persalinan, masa nifas dan perawatan bayi baru lahir. Selain itu bidan desa tidak bekerja sepenuhnya di desa karena alasan pernikahan harus mengikuti suami yang bekerja di desa lain, dan alasan melanjutkan studi di kota sehingga tidak menetap tinggal di desa. Oleh karena itu ibu hamil yang akan melahirkan harus berhubungan dengan dukun bayi pada saat bersalin, dengan alasan bidan tidak berada di tempat.

b. Sikap Kemitraan Bidan dan Dukun

Dari tabel 13 diperoleh informasi bahwa sikap tentang kemitraan bidan dan dukun mayoritas termasuk dalam kategori sangat setuju dan setuju (66,3 dan 31,3%) dan selebihnya 1,9 dan 0,6% termasuk kategori kurang setuju sampai tidak setuju. Dari analisis univariat di atas menunjukkan bahwa sikap bidan dan dukun dalam kemitraan sudah baik, telah menampakkan tanda-tanda yang menggembirakan, masih berjalan lancar, saling mendukung tanpa menimbulkan image persaingan. Tetapi kemitraan yang sementara berjalan sekarang ini

masih dalam batas pemaknaan transfer knowledge dan belum ada dalam bentuk kesepakatan uraian tugas dan fungsi masing-masing, juga belum ada alih peran pertolongan persalinan secara optimal.

Dari tabel 32 memperlihatkan hasil analisis bahwa dari 106 dan 50 responden yang termasuk kategori sikapnya terhadap Kemitraan Bidan dan Dukun sangat setuju dan setuju 84,0% dan 56,0% juga memperlihatkan Kemitraan Bidan dan Dukun juga baik. Selanjutnya terdapat 3 responden yang termasuk sikapnya kurang setuju dan 33,3% memperlihatkan Kemitraan Bidan dan Dukun baik, dan 66,7% termasuk kemitraan bidan dan dukun kurang baik. Terdapat 1 responden yang termasuk sikapnya sangat tidak setuju juga memperlihatkan sikap terhadap Kemitraan Bidan dan Dukun termasuk kurang baik.

Dari fakta diatas menunjukkan bahwa sikap sangat mempengaruhi kemitraan bidan dan dukun dalam pelayanan kesehatan maternal. Dimana jika sikap responden sangat setuju dengan kemitraan bidan dan dukun otomatis kemitraan bidan dan dukun akan berjalan dengan baik. Karena masyarakat menggunakan kemitraan bidan dan dukun untuk mendapatkan pelayanan kesehatan maternal, begitupun sebaliknya jika sikap responden kurang setuju dan tidak setuju dengan kemitraan bidan dan dukun otomatis kemitraan bidan dan dukun tidak akan akan berjalan dengan baik, Karena masyarakat tidak akan menggunakan kemitraan bidan dan dukun untuk mendapatkan

pelayanan kesehatan maternal. Berdasarkan pandangan perilaku seperti tersebut maka pelaksanaan pelayanan kemitraan bidan dan dukun maupun akses pelayanan maternal sangat ditentukan oleh sikap petugas, pada saat melakukan pelayanan. Apabila sikap dirasakan oleh ibu tidak sesuai atau kurang menyenangkan maka kondisi tersebut akan mempengaruhi responden untuk memanfaatkan pelayanan kemitraan yang dilakukan oleh dukun maupun bidan.

Berdasarkan hasil temuan Munir Salham dkk, 2008 menunjukkan bahwa bidan dan dukun telah memperlihatkan sikap yang baik kepada responden dalam memberikan pelayanan kesehatan maternal baik dalam pelayanan kehamilan, persalinan, masa nifas dan perawatan bayi baru lahir. Bidan dan dukun bersedia memeriksa keadaan fisik ibu dan bayinya, cepat tanggap terhadap keluhan yang ibu rasakan, serta sopan dan santun dalam memberikan pelayanan.

Bidan seringkali masih merasa kesulitan dalam bermitra dengan dukun, khususnya dukun yang telah berusia tua. Bidan merasa sulit untuk saling berbagi ilmu dan pengalaman dengan para dukun karena sikap dukun yang kadang merasa paling tahu tentang segala hal yang berkaitan dengan kehamilan dan persalinan. Kemampuan bidan memberdayakan dukun yang ada disekitarnya untuk saling bekerjasama masih kurang. Bidan masih kurang mampu untuk membimbing dan memberi pemahaman pada dukun akan pentingnya

peran mereka dalam penanganan kehamilan dan persalinan dimasyarakat (Nurul, 2008).

Tabel 27 memperlihatkan bahwa dari keenam variabel independen yaitu pengetahuan, sikap petugas, pelaksanaan kemitraan, dukungan keluarga dan suami, biaya pelayanan, serta kepuasan pelayanan yang termasuk variabel eksogen yang dianggap sebagai faktor penghambat kemitraan bidan dan dukun, maka hanya variabel sikap petugas yang berpengaruh secara langsung terhadap kemitraan bidan dan dukun dengan besar pengaruh 25,6%.

Sikap merupakan salah satu domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang. Tindakan atau perilaku seseorang yang tidak didasari oleh sikap dan kesadaran, tidak akan berlangsung lama. Sehingga bila sebelum seseorang melakukan suatu perilaku, orang tersebut harus memahami terlebih dahulu apa arti dan manfaat perilaku tersebut bagi dirinya atau keluarganya (Notoatmodjo, 2005). Masalah pemanfaatan pelayanan kemitraan bidan dan dukun memang ditentukan oleh dua faktor utama, yakni faktor perilaku dan faktor non perilaku (lingkungan dan pelayanan). Oleh sebab itu, upaya untuk memecahkan masalah hambatan pemanfaatan pelayanan kemitraan bidan dan dukun juga ditujukan atau diarahkan kepada dua faktor tersebut. Perbaikan lingkungan fisik dan perbaikan lingkungan sosial budaya, serta peningkatan pelayanan kesehatan adalah merupakan intervensi atau pendekatan terhadap faktor non-perilaku. Sedangkan

pendekatan Intervensi) terhadap faktor perilaku adalah promosi atau pendidikan kesehatan (Notoatmodjo, 2005).

Melalui kemitraan diharapkan bidan dan dukun dapat saling menjaga sikap dan bekerjasama dalam menangani kehamilan, persalinan, nifas dan merawat bayi baru lahir. Kemitraan ini diharapkan dapat memadukan ilmu kebidanan yang dimiliki oleh para bidan dengan pengalaman-pengalaman(keahlian) dari dukun bayi untuk menolong persalinan dengan selamat. Dengan demikian, diharapkan masyarakat dapat melalui proses kehamilan dan persalinan mereka dengan penanganan yang aman dari seorang bidan serta perasaan nyaman dan tentram karena didampingi oleh keberadaan dukun.

Masyarakat akan merasa puas terhadap sikap yang ditunjukkan oleh petugas selama masyarakat mendapatkan pelayanan dengan baik, dimana petugas memiliki sikap sabar, rasa hormat serta kemampuan petugas untuk memberikan perasaan tentram dan menyenangkan adalah suatu hal yang memang harus dimiliki oleh petugas dan sudah merupakan hak masyarakat/keluarga untuk menerimanya.

c. Pelaksanaan Pelayanan Kemitraan Bidan dan Dukun

Tabel 14 memperlihatkan bahwa pelaksanaan pelayanan kemitraan bidan dan dukun mayoritas termasuk kategori sangat baik dan baik 62,5 dan 33,1%. Hal ini menunjukkan bahwa pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun telah diterima dan digunakan oleh masyarakat untuk

mendapatkan pelayanan kesehatan maternal dengan baik. Ini terlihat dari setiap pelaksanaan pelayanan yang diberikan oleh bidan dan dukun dimana masyarakat merasa nyaman dengan pelayanan yang diterima, sesuai dengan prosedur yang ada, dapat diandalkan serta bidan dan dukun memberikan informasi yang jelas dan mudah dimengerti tentang kehamilan, persalinan, masa nifas dan perawatan bayi baru lahir.

Pelayanan yang konsisten adalah yang paling diinginkan oleh pasien dalam arti pelayanan tersebut bisa diandalkan. Pelayanan yang bisa diandalkan mengandung unsur melakukan apa yang sudah dijanjikan kepada pasien, profesional dalam menangani pasien dan ketepatan dalam memberikan informasi yang jelas tentang kondisi pasien dan melakukan pelayanan kepada pasien dengan cepat. Jika hal tersebut yang diberikan kepada pasien maka akan memberikan pelayanan yang baik (Makmur, 2005).

Pelaksanaan pelayanan kemitraan bidan dan dukun yang diberikan kepada harus memberikan perhatian khusus kepada pasien/ibu dan memahami kebutuhan yang diinginkan sehingga pasien tidak mengalami hambatan dalam menyampaikan keluhannya. sebagai indikator adalah sikap bidan dan dukun yang sabar dan telaten dalam menghadapi pasien, memiliki rasa hormat dan bersahabat dengan pasien, mampu memahami kondisi yang dialami pasien, dan memperlakukan pasien dengan baik dalam setiap memberikan

elayanan kesehatan maternal baik pada masa kehamilan,persalinan, masa nifas dan perawatan bayi baru lahir.

Tabel 20 memperlihatkan hasil analisis bahwa bahwa dari 100 dan 53 responden yang termasuk kategori pelaksanaan pelayanan kemitraannya sangat baik dan baik terhadap Kemitraan Bidan dan Dukun 86,0% dan 52,8% juga memperlihatkan Kemitraan Bidan dan Dukun juga baik. Selanjutnya terdapat 6 responden yang termasuk pelaksanaan kemitraannya kurang baik dan 66,7% memperlihatkan Kemitraan Bidan dan Dukun baik.

Ini menunjukkan bahwa pelaksanaan pelayanan kemitraan mempunyai pengaruh terhadap kemitraan bidan dan dukun dalam memberikan pelayanan kesehatan maternal. Jika pelayanan pelaksanaan kemitraan yang diberikan kepada pasien/ibu baik maka kemitraan bidan dan dukun akan baik pula. Jika bidan dan dukun dapat memberikan pelayanan yang baik berupa kenyamanan pada saat pasien memeriksakan diri,kebersihan dan ketersediaan kebutuhan pasien, dan menangani keluhan pasien dengan cepat maka akan meningkatkan persepsi dari pasien akan kepuasan mereka terhadap kecepatan bidan dan dukun dalam menangani keluhan pasien sehingga kemitraan bidan dan dukun dalam memberikan pelayanan kesehatan maternal akan mudah diterima dan dipercaya oleh pasien/masyarakat.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh khairul, 2009 membuktikan bahwa dengan memberikan pelayanan yang

menyenangkan, memberikan kenyamanan pada pasien dan mengikuti proses yang baik maka kualitas pelayanan yang baik dapat diwujudkan. Sehingga dalam menentukan kualitas pelayanan tidak hanya dari pemberi layanan tetapi harus memperhatikan keinginan pasien yang ingin dipuaskan atau harus memperhatikan keinginan pasien.

Sebagai pelaksana kemitraan, bidan dan dukun telah menyatakan kesediaan mereka untuk saling bekerjasama dalam memberikan pelayanan kesehatan maternal yang ada dimasyarakat, karena pada dasarnya mereka memiliki satu tujuan yang sama yaitu menolong ibu selama masa kehamilannya sehingga pada akhirnya ibu dapat melahirkan anak yang sehat dan selamat.

d. Dukungan keluarga & Masyarakat

Pada umumnya ada dua faktor utama yang mempengaruhi reaksi psikologis seorang ibu dalam menghadapi masa kehamilan, persalinan dan nifas, yaitu faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal mencakup tempramen/kepribadian ibu yang berkaitan dengan reaksi ibu dalam menghadapi kehamilan sampai pada pasca persalinan, apakah bersikap optimis/pesimis, aktif/pasif, dan sebagainya. Faktor eksternal adalah hal-hal diluar diri, misalnya suami dan keluarga yang berperan dalam menambah atau mengurangi beban masalah kehamilan ibu (Hestiantoro, 2008).

Tabel 21 memperlihatkan hasil analisis bahwa dari 97 dan 51 responden yang termasuk kategori Dukungan keluarga dan suami

sangat mendukung dan mendukung terhadap Kemitraan Bidan dan Dukun 85,6% dan 54,9% juga memperlihatkan Kemitraan Bidan dan Dukun juga baik. Selanjutnya terdapat 10 responden yang termasuk kurang mendukung 60,0% memperlihatkan Kemitraan Bidan dan Dukun baik. Terdapat 2 responden yang termasuk sangat tidak mendukung masing-masing 50 % termasuk Kemitraan Bidan dan Dukun termasuk baik dan kurang baik.

Dari data diatas menunjukkan bahwa sebagian besar responden yang termasuk kategori Dukungan keluarga dan suami sangat mendukung terhadap Kemitraan Bidan dan Dukun. Dukungan suami dan keluarga sangat mempengaruhi kemitraan bidan dan dukun. Jika suami keluarga dan masyarakat mendukung ibu untuk melakukan pelayanan kesehatan maternal maka kemitraan bidan dan dukun akan berjalan dengan baik, karena permintaan atau dukungan keluarga terutama suami sebagai anggota keluarga terdekat ibu dapat mempengaruhi keadaan psikologis ibu khususnya dalam memutuskan pemilihan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal yang akan dijalani. Dikatakan demikian sebab ibu hamil dan bersalin mengalami kekhawatiran-kekhawatiran dalam menghadapi proses tersebut maka ibu akan menceritakan kepada orang terdekat mereka mengenai persaan yang mereka alami.

Dengan adanya dukungan dari suami, keluarga dan masyarakat kepada ibu untuk menggunakan pelayanan kesehatan maternal melalui kemitraan bidan dan dukun maka mulai terbukanya peluang terjalinnya kemitraan yang baik dan dengan adanya perhatian pemerintah desa, tokoh-tokoh masyarakat, kader-kader PKK maupun kader-kader tentang pentingnya penanganan persalinan oleh tenaga kesehatan dan di dukung oleh program pemerintah yaitu Gerakan Sayang Ibu (GSI) yang melibatkan seluruh aparat desa dan masyarakat. Peran aktif tokoh-tokoh masyarakat dan kader-kader dalam mendorong ibu-ibu hamil ataupun keluarga akan sangat membantu dalam mengubah persepsi masyarakat terhadap keberadaan bidan dalam masyarakat.

Kerjasama yang baik antara bidan, dukun, masyarakat (toma, toga, kader PKK & kesehatan) tentu menjadi faktor penentu terwujudnya kemitraan bidan dan dukun bayi dalam penanganan kehamilan dan persalinan (normal atau beresiko) di masyarakat.

e. Biaya Pelayanan

Disamping berbagai faktor pendukung terwujudnya kemitraan bidan dan dukun bayi yang telah berjalan, tetap tidak dapat dipungkiri bahwa masih ada beberapa hambatan yang ditemui di lapangan yang bisa

menghambat terlaksananya kerjasama yang baik antara bidan dan dukun.

Tabel 22 memperlihatkan hasil analisis bahwa dari 104 dan 52 responden yang termasuk kategori Biaya pelayanan sangat terjangkau dan terjangkau terhadap Kemitraan Bidan dan Dukun 86,5% dan 51,9% juga memperlihatkan Kemitraan Bidan dan Dukun juga baik. Selanjutnya terdapat 4 responden yang termasuk kurang terjangkau 25,0% termasuk Kemitraan Bidan dan Dukun baik. Terdapat 4 responden yang termasuk kurang terjangkau, dan 25,0% termasuk kemitraan bidan dan dukun baik.

Hal ini menunjukkan bahwa Biaya pelayanan sangat mempengaruhi kemitraan bidan dukun dalam memberikan pelayanan kehamilan,persalinan,nifas dan perawatan bayi baru lahir. Jika biaya pelayanan dapat dijangkau oleh ibu/pasien maka ibu akan menggunakan pelayanan kesehatan tersebut namun jika biaya pelayanan kesehatan tersebut tidak terjangkau maka pasien/ibu tidak akan menggunakan pelayanan kesehatan tersebut, termasuk pelayanan kesehatan melalui kemitraan bidan dan dukun. Keterpaksaan tempat pelayanan juga termasuk salah satu faktor

yang mempengaruhi responden yang mengategorikan bahwa Biaya pelayanan sangat terjangkau dan terjangkau karena tidak ada pilihan lain yang dilakukan ibu/pasien selain ketempat pelayanan kesehatan yang ada, apalagi jika ibu/ pasien merasa bahwa dia harus segera mendapatkan perawatan dari petugas kesehatan.

Hambatan yang paling utama dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan maternal melalui kemitraan bidan dan dukun adalah masalah ekonomi(biaya). Banyak keluarga yang memilih untuk menggunakan jasa dukun saja tanpa melalui kemitraan karena alasan tidak ada uang. Dukun banyak memberi kemudahan bagi keluarga yang memanfaatkan jasanya. Mereka tidak pernah menentukan tarif khusus untuk pelayanan yang mereka berikan. Semua tergantung dari “kemanisan hati” keluarga yang ditolongnya. Tidak hanya itu dukun dapat memberikan pelayanan lebih dari sekedar menolong persalinan, tetapi juga mengurus segala kebutuhan ibu selama beberapa hari setelah melahirkan termasuk upacara adat selama masa kehamilan maupun selamatan untuk bayi yang dilahirkan (Nurul,2008).

Tabel 32 memperlihatkan bahwa besarnya masing-masing pengaruh variabel eksogen apabila melalui kemitraan bidan dan

dukun, atau dengan perkataan lain hanya diharapkan peningkatan akses pelayanan maternal melalui aktivitas kemitraan bidan dan dukun, maka hanya variabel biaya pelayanan yang memberi kontribusi lebih besar (15,1%). Selebihnya antara 1,5% sampai dengan 6,9%.

Upaya-upaya yang harus dilakukan dalam membangun kemitraan bidan dan dukun bayi yaitu kesamaan persepsi antara bidan dengan dukun bayi dalam persalinan, dan saling menguntungkan dari sisi ekonomi, sehingga dukun bayi tidak ada image negatif bahwa lahan kerjanya diambil alih oleh bidan.

Adapun kendala yang dialami dukun dalam melakukan kemitraan dengan bidan yaitu tidak adanya tarif, ketetapan biaya jasa dukun dalam memotivasi/merujuk ibu hamil atau ibu bersalin ke bidan dan belum terjalinnya kerjasama yang harmonis antara bidan dengan dukun sesuai dengan kesepakatan bersama termasuk dalam pembagian dana bergulir bagi jasa dukun dalam bermitra dengan bidan.

Dilain pihak bagi bidan dirasakan perlu ada aturan yang jelas tentang besarnya imbalanb yang diperoleh masing-masing pihak jika bidan dan dukun menangani persalinan secara bersama-sama, sehingga masyarakat tidak merasa terbebani harus membayar jasa bidan dan dukun.

f. Kepuasan Pelayanan Kemitraan

Kepuasan pasien adalah keputusan yang diberikan oleh pelanggan terhadap apa yang di usahakan setelah membelanjakan apakah pembeli merasa puas atau tidak, tergantung penampilan yang ditawarkan dalam hubungannya dengan harapan pembeli (Le Boeuf dalam Malludin,2008).

Tabel 29 memperlihatkan hasil analisis bahwa dari 117 dan 34 responden yang termasuk kategori Kepuasannya terhadap Kemitraan Bidan dan Dukun sangat puas dan puas 82,1% dan 50,0% juga memperlihatkan Kemitraan Bidan dan Dukun juga baik. Hal ini menunjukkan bahwa kepuasan responden terhadap kemitraan bidan dan dukun mempengaruhi kemitraan bidan dan dukun itu sendiri, jika ibu/pasien merasa puas dengan dengan pelayanan yang diberikan oleh bidan dan dukun dalam kemitraan maka ibu/pasien akan menggunakan pelayanan kesehatan maternal melalui kemitraan bidan dan dukun. Begitupun sebaliknya jika ibu/pasien kurang puas dengan pelayanan kemitraan bidan dan dukun maka ibu/pasien tidak akan menggunakan kemitraan bidan dan dukun untuk memperoleh pelayanan kesehatan maternal.

Kepuasan ibu/pasien dalam pelayanan kesehatan maternal melalui kemitraan bidan dan dukun dirasakan jika mereka mendapatr pelayanan pelayanan yang dijanjikan dan diharapkan secara cepat tepat sesuai kondisi ibu/ pasien. Dimana disebutkan bahwa salah satu landasan kepuasan pelanggan adalah mengenai sikap petugas dan pelayanan yang

diberikan (Lee, 1995 dalam jurnal AKK Unair), dan pendapat Tener dan De Toro 1992 yang menyebutkan bahwa nilai mutu yang paling mudah dipahami dari suatu barang atau jasa adalah cepat dalam artian bagaimana suatu sarana atau jasa pelayanan dapat diperoleh secara cepat mudah dan menyenangkan.

Ibu yang menggunakan pelayanan kesehatan maternal melalui kemitraan bidan dan dukun akan merasa puas terhadap sikap dan perilaku yang ditunjukkan oleh bidan dan dukun selama ibu/pasien mendapat perawatan. Selain itu ibu akan merasa puas terhadap informasi yang diberikan oleh bidan dan dukun mengenai keadaan yang dialami pasien dan memberikan penjelasan tentang perkembangan kehamilan atau tanda-tanda bahaya kehamilan, persalinan, nifas dan bahaya bayi baru lahir pada ibu/pasien setiap waktu jika dibutuhkan/ditanyakan, disebabkan oleh karena penjelasan tentang kondisi dan perkembangan ibu dan bayi itu sendiri dan dengan adanya kekeluargaan yang terbangun antara ibu, bidan dan dukun maka hal itu dapat menyenangkan dan menentramkan hati pasien sebagai salah satu indikator pelayanan yang berkualitas dan memuaskan ibu.

3. Resume Variabel Eksogen dan Variabel endogen

a. Korelasi antar Variabel Eksogen

Tabel 30 memperlihatkan resume bahwa semua variabel eksogen berkorelasi (pengetahuan, sikap petugas, pelaksanaan pelayanan kesehatan, dukungan suami dan keluarga, biaya pelayanan dan

kepuasan pelayanan) antara satu dengan lainnya dengan tingkat korelasi yang berbeda-beda. Korelasi terendah anantara pengetahuan dengan biaya pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun ($r = 0,028$; $p = 0,004$) dan tertinggi adalah korelasi antara variabel pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun dengan pelaksanaan pelayanan ($r = 0,761$, $p = 0,000$).

b. Pengaruh Variabel Eksogen terhadap Kemitraan Bidan dan Dukun

Tabel 31 memperlihatkan variabel eksogen berpengaruh terhadap variabel endogen, minimal salah satu diantaranya ($F = 6,030$; $p = 0,000$). Sedangkan besar pengaruh variabel eksogen tersebut terhadap endogen untuk variabel kemitraan bidan dan dukun adalah ($Rsq = 0,160$ $p = 0,000$)

c. Pengaruh Masing-Masing Variabel Eksogen terhadap Kemitraan Bidan dan Dukun

Tabel 32 memperlihatkan bahwa dari keenam variabel independen (pengetahuan, sikap petugas, pelaksanaan kemitraan, dukungan keluarga dan suami, biaya pelayanan, serta kepuasan pelayanan) yang dianggap faktor penghambat kemitraan bidan dan dukun adalah variabel sikap petugas yaitu bidan dan dukun yang sangat berpengaruh terhadap kemitraan bidan dan dukun (standardized Coefficient Beta = $0,0256$; $p = 0,024$).

4. Keterbatasan Penelitian

Dalam pelaksanaan penelitian ini ditemukan banyak kelemahan-kelemahan, antara lain :

- (1). Masih ada beberapa variabel yang terlibat secara langsung maupun tidak langsung terhadap kemitraan bidan dan dukun dalam akses pelayanan kesehatan maternal, dimana menurut konsep yang ditawarkan oleh *Donabedin*, (1980), sedangkan pada penelitian hanya meneliti enam faktor penghambat yang dianggap mempengaruhi kemitraan bidan dan dukun terhadap pelayanan kesehatan maternal (pengetahuan, sikap petugas, pelaksanaan kemitraan, dukungan keluarga dan suami, biaya pelayanan, serta kepuasan pelayanan).
- (2). Penelitian ini menggunakan desain " Crosssectional study " yang berarti menilai variabel independen maupun dependennya hanya sesaat padahal untuk menilai faktor penghambat kemitraan bidan dan dukun terhadap pelayanan kesehatan maternal
- (3). Menurut konsep *Donabedin*, (1980) variabel yang terlibat dalam model diklasifikasi menurut variabel input, proses dan output, yang seharusnya dinilai secara komprehensif tetapi pada penelitian hanya meneliti beberapa variabel yang termasuk komponen proses.

CURICULUM VITAE

A. Data Pribadi

1. Nama : Zuriati Muhamad
2. Tempat, tgl. lahir : Gorontalo, 22 Januari 1985
3. Alamat : Jl. PGRI No. 22 Telaga
4. Status Sipil :
 - a. Nama suami : Ir. Maryono Bin Hadi Wasiran
 - b. Nama anak : Alfiah Syakilla Maryono

B. Riwayat Pendidikan

- a. Pendidikan Formal :
 - Tamat SD tahun 1996 di SDN I Sidomulyo Gorontalo
 - Tamat SLTP tahun 1999 di MTs Muhammadiyah Gorontalo
 - Tamat SLTA tahun 2002 di SMA Negeri I Telaga Gorontalo
 - Sarjana (S1) tahun 2006 di Universitas Muslim Indonesia
 - Sarjana (S2) tahun 2011 di Universitas Hasanuddin

C. Pekerjaan dan Riwayat Pekerjaan

- Pekerjaan : Dosen tetap Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Gorontalo.
- NIDN : 09.220185.22
- Jabatan : Sekretaris Program Studi DIV Bidan Pendidik

DAFTAR VARIABEL

No	Nama variabel	Label variabel	Digit	Desimal	Type
1	Nomor	Nomorurut responden	3	0	N
2	Didik	Pendidikan responden 1. SD 2. SLTP 3. SLTA 4. D3 5. S1	1	0	String
3	Jker	Jenis Pekerjaan 1. URT 2. Pedagang 3. Tani 4. Swasta 5. PNS	1	0	string
4	PKBD	Pelaksanaan Kemitraan Bidan Dan Dukun	3	0	N
HAMBATAN PELAYANAN KEHAMILAN					
6	PKBDH	Pengetahuan KBD dalam pelayanan kehamilan	2	0	N
7	SPHM	Sikap Pelayan Kehamilan	2	0	N
8	PPHM	Pelaksanaan Pelayanan Kehamilan	2	0	N
9	DPHM	Dukungan Pelayanan Kehamilan	2	0	N
10	BPHM	Biaya Pelayanan Kkehamilan	2	0	N
11	KPHM	Kepuasan Pelayanan Kehamilan	2	0	N
HAMBATAN PELAYANAN PERSALINAN					
12	PKBDH	Pengetahuan KBD dalam pelayanan kehamilan	2	0	N
13	SPHM	Sikap Pelayanan persalinan	2	0	N
14	PPHM	Pelaksanaan Pelayanan persalinan	2	0	N
15	DPHM	Dukungan Pelayanan persalinan	2	0	N
16	BPHM	Biaya Pelayanan persalinan	2	0	N
17	KPHM	Kepuasan Pelayanan persalinan	2	0	N
HAMBATAN PELAYANAN NIFAS					
18	PKBDH	Pengetahuan KBD dalam pelayanan kehamilan	2	0	N
19	SPHM	Sikap Pelayanan Nifas	2	0	N
20	PPHM	Pelaksanaan Pelayanan Nifas	2	0	N
21	DPHM	Dukungan Pelayanan Nifas	2	0	N
22	BPHM	Biaya Pelayanan Nifas	2	0	N
23	KPHM	Kepuasan Pelayanan Nifas	2	0	N
HAMBATAN PERAWATAN BBL					
24	PKBDH	Pengetahuan KBD dalam pelayanan BBL	2	0	N
25	SPHM	Sikap Pelayanan BBL	2	0	N
26	PPHM	Pelaksanaan Pelayanan BBL	2	0	N
27	DPHM	Dukungan Pelayanan BBL	2	0	N
28	BPHM	Biaya Pelayanan BBL	2	0	N
29	KPHM	Kepuasan Pelayanan BBL	2	0	N
PEMANFAATA PELAYANAN BUMIL (AKSES)					
30	AKSES	Penggunaan pelayanan keseshatan modern	2	0	N

CARA PERHITUNGAN SKORING

1. Variabel Pengetahuan Kemitraan Bidan dan Dukun

Jumlah pertanyaan 10

Jawaban tertinggi berbobot 5 dan terendah berbobot 1

Skor Tertinggi = Jumlah pertanyaan x bobot tertinggi 5
= $10 \times 5 = 50$ (100%)

Skor Terendah = Jumlah pertanyaan x bobot terendah
= $10 \times 1 = 10$ (20%)

Skor antara = skor tertinggi – skor terendah
= $100\% - 20\% = 80\%$

Kriteria objektif sebanyak 4 kategori : SB, B, KB, TB

Interval = skor antara / kategori
= $80\% / 4 = 20\%$

Skor standar = $100\% - 20\% = 80\%$

Sehingga Sangat baik : bila jawaban responden $\geq 80\%$

Baik : bila jawaban responden 59 – 79%

Kurang Baik: bila jawaban responden 38 – 58%

Tidak Baik : bila jawaban responden 17 – 37%

2. Variabel Sikap Petugas Kemitraan Bidan dan Dukun

Jumlah pertanyaan 10

Jawaban tertinggi berbobot 5 dan terendah berbobot 1

Skor Tertinggi = Jumlah pertanyaan x bobot tertinggi 5
= $10 \times 5 = 50$ (100%)

Skor Terendah = Jumlah pertanyaan x bobot terendah
= $10 \times 1 = 10$ (20%)

Skor antara = skor tertinggi – skor terendah
= $100\% - 20\% = 80\%$

Kriteria objektif sebanyak 4 kategori : SS, S,KS,TS

Interval = skor antara / kategori
= $80\% / 4 = 20\%$

Skor standar = $100\% - 20\% = 80\%$

Sehingga Sangat Setuju : bila jawaban responden $\geq 80\%$

Setuju : bila jawaban responden 59 – 79%

Kurang Setuju: bila jawaban responden 38 – 58%

Tidak Setuju : bila jawaban responden 17 – 37%

3. Variabel Pelaksanaan Kemitraan Bidan dan Dukun

Jumlah pertanyaan 4

Jawaban tertinggi berbobot 5 dan terendah berbobot 1

Skor Tertinggi = Jumlah pertanyaan x bobot tertinggi 5
= $4 \times 5 = 20$ (100%)

Skor Terendah = Jumlah pertanyaan x bobot terendah
= $4 \times 1 = 4$ (25%)

Skor antara = skor tertinggi – skor terendah
= $100\% - 25\% = 75\%$

Kriteria objektif sebanyak 4 kategori : SB, B,KB,TB

Interval = skor antara / kategori
= $75\% / 4 = 18,75$ dibulatkan $\rightarrow 19\%$

Skor standar = $100\% - 19\% = 81\%$

Sehingga Sangat Baik : bila jawaban responden $\geq 81\%$

Baik : bila jawaban responden 61 – 80%

Kurang Baik : bila jawaban responden 41 – 60%

Tidak Setuju : bila jawaban responden 21 – 40%

4. Variabel Dukungan Keluarga dan dan Dukun

Jumlah pertanyaan 4

Jawaban tertinggi berbobot 5 dan terendah berbobot 1

Skor Tertinggi = Jumlah pertanyaan x bobot tertinggi 5
= $4 \times 5 = 20$ (100%)

Skor Terendah = Jumlah pertanyaan x bobot terendah
= $4 \times 1 = 4$ (25%)

Skor antara = skor tertinggi – skor terendah
= $100\% - 25\% = 75\%$

Kriteria objektif sebanyak 4 kategori : SM, M,KM,TM

Interval = skor antara / kategori
= $75\% / 4 = 18,75$ dibulatkan $\rightarrow 19\%$

Skor standar = $100\% - 19\% = 81\%$

Sehingga Sangat Mendukung : bila jawaban responden $\geq 81\%$

Mendukung : bila jawaban responden 61 – 80%

Kurang Mendukung : bila jawaban responden 41 – 60%

Tidak Mendukung : bila jawaban responden 21 – 40%

5. Variabel Biaya Jasa Pelayanan Kemitraan Bidan dan Dukun

Jumlah pertanyaan 2

Jawaban tertinggi berbobot 5 dan terendah berbobot 1

$$\begin{aligned}\text{Skor Tertinggi} &= \text{Jumlah pertanyaan} \times \text{bobot tertinggi} \times 5 \\ &= 2 \times 5 = 10 \text{ (100\%)}\end{aligned}$$

$$\begin{aligned}\text{Skor Terendah} &= \text{Jumlah pertanyaan} \times \text{bobot terendah} \\ &= 2 \times 1 = 2 \text{ (50\%)}\end{aligned}$$

$$\begin{aligned}\text{Skor antara} &= \text{skor tertinggi} - \text{skor terendah} \\ &= 100\% - 50\% = 50\%\end{aligned}$$

Kriteria objektif sebanyak 4 kategori : ST, T,KT,TT

$$\begin{aligned}\text{Interval} &= \text{skor antara} / \text{kategori} \\ &= 50\% / 4 = 12,5 \text{ dibulatkan} \longrightarrow 13\%\end{aligned}$$

$$\text{Skor standar} = 100\% - 13\% = 87\%$$

Sehingga Sangat Terjangkau : bila jawaban responden $\geq 87\%$

Terjangkau : bila jawaban responden 73 – 86%

Kurang Terjangkau : bila jawaban responden 60 – 72%

Tidak Terjangkau : bila jawaban responden 46 – 59%

6. Variabel Kepuasan Pelayanan Kemitraan Bidan dan Dukun

Jumlah pertanyaan 4

Jawaban tertinggi berbobot 5 dan terendah berbobot 1

$$\begin{aligned}\text{Skor Tertinggi} &= \text{Jumlah pertanyaan} \times \text{bobot tertinggi} \times 5 \\ &= 4 \times 5 = 20 \text{ (100\%)}\end{aligned}$$

$$\begin{aligned}\text{Skor Terendah} &= \text{Jumlah pertanyaan} \times \text{bobot terendah} \\ &= 4 \times 1 = 4 \text{ (25\%)}\end{aligned}$$

$$\begin{aligned}\text{Skor antara} &= \text{skor tertinggi} - \text{skor terendah} \\ &= 100\% - 25\% = 75\%\end{aligned}$$

Kriteria objektif sebanyak 4 kategori : SP, P, KP, TP

$$\begin{aligned}\text{Interval} &= \text{skor antara} / \text{kategori} \\ &= 75\% / 4 = 18,75 \text{ dibulatkan} \longrightarrow 19\%\end{aligned}$$

$$\text{Skor standar} = 100\% - 19\% = 81\%$$

Sehingga Sangat Puas : bila jawaban responden $\geq 81\%$

Puas : bila jawaban responden 61 – 80%

Kurang Puas : bila jawaban responden 41 – 60%

Tidak Puas : bila jawaban responden 21 – 40%

DAFTAR PERTANYAAN

EVALUASI KEMITRAAN BIDAN DAN DUKUN TERHADAP PELAYANAN KESEHATAN MATERNAL DI KABUPATEN BONE BOLANGO TAHUN 2011

- | | | |
|------------------------|--------------------|-------------------------|
| 1. Umur | :Tahun | |
| 2. Pendidikan Terakhir | : 1. Tidak sekolah | 4. SLTA |
| | 2. SD | 5. Akademi |
| | 3. SLTP | 6. Perguruan Tinggi |
| 3. Pekerjaan | : 1. IRT | 4. Karyawan swasta |
| | 2. Pedagang | 5. PNS |
| | 3. Petani | 6. Lain-lain Sebutkan.. |
| | | |

Berikut ini adalah pernyataan tentang dimensi Kemitraan Bidan dan Dukun dalam **Pelayanan Kehamilan, Persalinan, Masa Nifas Dan Perawatan Bayi Baru Lahir**. Mohon memberi jawaban sesuai dengan apa yang ibu ketahui.

Dimensi Pelaksanaan Kemitraan

1. Pada waktu ibu hamil, bersalin, masa nifas dan bayi baru lahir (BBL), maka yang merawat ibu adalah bidan dan dukun secara bersama-sama...
 - a. Ya (1)
 - b. Tidak (0)
2. Pada waktu ibu hamil ,bersalin, masa nifas, dan bayi baru lahir (BBL), maka yang merawat ibu adalah dokter, Bidan saja, bidan dan dukun.
 - a. Ya
 - b. Tidak
3. Apabila ibu mengalami gangguan kehamilan, persalinan,nifas, dan bayi baru lahir (BBL), maka yang merawat ibu adalah dokter, Bidan saja, bidan dan dukun..
 - a. Ya
 - b. Tidak

A. Dimensi pengetahuan Responden tentang Kemitraan Bidan dan Dukun dalam Pelayanan kehamilan, Persalinan, Nifas dan Bayi baru Lahir (BBL)

1. Yang dimaksud dengan kemitraan bidan dan dukun dalam pelayanan kehamilan, persalinan, masa nifas dan perawatan bayi baru adalah?
 - a. Pelayanan yang dilakukan oleh bidan dan dukun secara bersama-sama dalam memberikan pelayanan kehamilan, persalina, nifas dan perawatan bayi baru lahir (BBL) (5)
 - b. Pelayanan yang dilakukan oleh bidan, dukun dan dokter secara bersama-sama dalam memberikan pelayanan kehamilan, persalina, nifas dan perawatan bayi baru lahir (BBL) (4)
 - c. Pelayanan yang dilakukan oleh bidan dan dokter secara bersama-sama dalam memberikan pelayanan kehamilan, persalina, nifas dan perawatan bayi baru lahir (BBL) (3)

- d. Pelayanan yang dilakukan oleh dukun dan dokter secara bersama- sama dalam memberikan pelayanan kehamilan, persalina, nifas dan perawatan bayi baru lahir (BBL) (2)
- e. Pelayanan yang hanya dilakukan oleh dukun saja dalam memberikan pelayanan kehamilan, persalina, nifas dan perawatan bayi baru lahir (BBL) (1)
2. Apa yang ibu ketahui tentang tujuan pemeriksaan kehamilan yang dilakukan oleh bidan dan dukun?
- Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan janin, meningkatkan kesehatan fisik, mental, sosial ibu dan janin, mengenali secara dini adanya komplikasi selama hamil, mempersiapkan persalinan, ibu nifas, merawat bayi baru lahir dan cara pemberian ASI eksklusif. (5)
 - Memantau kemajuan kehamilan dan Meningkatkan serta mempertahankan fisik, mental dan sosial ibu dan janin (4)
 - Melakukan pemantauan pada masa kehamilan dan persalinan (3)
 - Mempertahankan fisik, mental dan sosial ibu dan janin (2)
 - Jawaban A,B,C salah (1)
3. Apa yang ibu ketahui tentang tindakan bidan dan dukun dalam menangani bahaya kehamilan?
- Melakukan tindakan kegawatdaruratan dan segera merujuk pasien ketempat pelayanan kesehatan/ RS terdekat (5)
 - Melakukan tindakan kegawatdaruratan dan segera merujuk pasien dirumah bidan dan dukun (4)
 - Melakukan tindakan kegawatdaruratan dan segera merujuk pasien dirumah bidan (3)
 - Melakukan tindakan kegawatdaruratan dan segera merujuk pasien dirumah dukun (2)
 - Melakukan tindakan kegawatdaruratan dan tidak merujuk pasien (1)
4. Menurut ibu kapan waktu kunjungan pelayanan kehamilan dilakukan ?
- Setiap bulan sekali selama masa kehamilan (5)
 - Tiga kali selama kehamilan (4)
 - Dua kali selama kehamilan (3)
 - 1 kali selama kehamilan (2)
 - Tidak ada jawaban yang benar (1)
5. Menurut ibu dimana tempat mendapatkan pelayanan kehamilan ?
- Tempat pelayanan kesehatan seperti Rumah Sakit, Puskesmas, Posyandu dan Polindes (5)
 - Dirumah Bidan dan dukun (4)
 - Dirumah Bidan (3)
 - Dirumah Dukun (2)
 - Dirumah pasien/ibu (1)
6. Apa yang ibu ketahui tentang pelayanan persalinan yang diberikan bidan dan dukun melalui kemitraan ?
- Bidan dan dukun mempersiapkan sarana dan prasarana persalinan yang aman dan alat yang bersih, bidan melakukan asuhan persalinan, dukun mendampingi ibu bersalin dan melakukan ritual keagamaan/secara tradisonal yang sehat sesuai tradisi setempat. (5)
 - Bidan dan dukun mempersiapkan sarana dan prasarana persalinan yang aman dan alat yang bersih, bidan dan dukun melakukan asuhan persalinan secara bersama-sama. (4)

- c. Bidan dan dukun mempersiapkan sarana dan prasarana persalinan yang aman dan alat yang bersih, bidan melakukan asuhan persalinan dan dukun tidak melakukan tindakan apapun (3)
 - d. Dukun melakukan asuhan persalinan dan bidan tidak melakukan asuhan persalinan (2)
 - e. Bidan dan dukun tidak melakukan asuhan persalinan (1)
7. Apa yang ibu ketahui tentang persalinan ?
- a. Persalinan adalah suatu proses dimana seorang wanita melahirkan bayi yang cukup bulan atau hampir cukup bulan yang diawali dengan kontraksi uterus lalu disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu melalui jalan lahir atau melalui operasi berlangsung dengan bantuan/tanpa bantuan (kekuatan ibu sendiri). (5)
 - b. Persalinan adalah suatu proses dimana seorang wanita melahirkan bayi yang cukup bulan atau hampir cukup bulan yang diawali dengan kontraksi uterus lalu disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin. (4)
 - c. Persalinan adalah suatu proses dimana seorang wanita melahirkan bayi yang cukup bulan atau hampir cukup bulan (3)
 - d. persalinan adalah suatu proses dimana seorang wanita melahirkan bayi (2)
 - e. semua jawaban salah (1)
8. Apa yang ibu ketahui tentang masa nifas ?
- a. Masa nifas adalah masa pulih kembali mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti sebelum hamil dan berlangsung selama 40 hari (5)
 - b. Masa nifas adalah masa pulih kembali mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti sebelum hamil (4)
 - c. Masa nifas adalah masa pulih kembali mulai dari persalinan (3)
 - d. Masa pulih kembali (2)
 - e. semua jawaban salah (1)
9. Apa yang ibu ketahui tentang tindakan bidan dan dukun dalam pelayanan masa nifas ?
- a. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, mengobati dan merujuk ibu bila terjadi komplikasi pada ibu dan bayi, memberikan pendidikan tentang kesehatan diri, KB dan ASI eksklusif dan melakukan kunjungan rumah paling sedikit 4 kali. (5)
 - b. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, mengobati dan merujuk ibu bila terjadi komplikasi pada ibu dan bayi, memberikan pendidikan tentang kesehatan diri, KB dan ASI eksklusif. (4)
 - c. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, mengobati dan merujuk ibu bila terjadi komplikasi pada ibu dan bayi memberikan pendidikan tentang kesehatan diri (3)
 - d. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, mengobati dan merujuk ibu bila terjadi komplikasi pada ibu dan bayi (2)
 - e. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya (1)
10. Apa yang ibu ketahui tentang perawatan bayi baru lahir yang dilakukan bidan dan dukun melalui kemitraan ?
- a. Perawatan bayi baru lahir adalah perawatan yang diberikan oleh bidan dan dukun kepada bayi dengan cara membersihkan jalan napas, memotong dan merawat tali pusat, mempertahankan suhu tubuh dengan cara membungkus dan memberikan salep pada mata (5)
 - b. Perawatan bayi baru lahir adalah perawatan yang diberikan oleh bidan dan dukun kepada bayi dengan cara membersihkan jalan napas, memotong dan merawat tali pusat, mempertahankan suhu tubuh dengan cara membungkus (4)

- c. Perawatan bayi baru lahir adalah perawatan yang diberikan oleh bidan dan dukun kepada bayi dengan cara membersihkan jalan napas, memotong dan merawat tali pusat. (3)
- d. Perawatan bayi baru lahir adalah perawatan yang diberikan oleh bidan dan dukun kepada bayi dengan cara membersihkan jalan napas. (2)
- e. Perawatan bayi baru lahir adalah perawatan yang diberikan oleh bidan dan dukun kepada bayi setelah lahir (1)

B. Dimensi Sikap tentang Kemitraan Bidan dan Dukun dalam Pelayanan kehamilan, Persalinan, Nifas dan Bayi baru Lahir (BBL)

1. Bidan dan dukun bersedia memeriksa kesehatan fisik ibu selama kehamilan, persalinan, masa nifas dan merawat bayi baru lahir

- a. Sangat Setuju (5)
- b. Setuju (4)
- c. Kurang setuju (3)
- d. Tidak setuju (2)
- e. Sangat Tidak Setuju (1)

2. Bidan dan dukun memberi tanggapan baik dan cepat terhadap keluhan ibu selama kehamilan persalinan, masa nifas dan merawat bayi baru lahir

- a. Sangat Setuju (5)
- b. Setuju (4)
- c. Kurang setuju (3)
- d. Tidak setuju (2)
- e. Sangat Tidak Setuju (1)

3. Bidan dan dukun selalu menangani tanda-tanda bahaya pada kehamilan, persalinan, masa nifas dan merawat bayi baru lahir dengan cepat

- a. Sangat Setuju (5)
- b. Setuju (4)
- c. Kurang setuju (3)
- d. Tidak setuju (2)
- e. Sangat Tidak Setuju (1)

4. Bidan dan dukun mengaku cepat mengambil keputusan merujuk ibu pada saat mengalami bahaya kehamilan, persalinan, masa nifas dan merawat bayi baru lahir.

- a. Sangat Setuju (5)
- b. Setuju (4)
- c. Kurang setuju (3)
- d. Tidak setuju (2)
- e. Sangat Tidak Setuju (1)

5. Bidan dan dukun sangat memperhatikan perkembangan kehamilan, persalinan, masa nifas dan perawatan bayi baru lahir.

- a. Sangat Setuju (5)
- b. Setuju (4)

- c. Kurang setuju (3)
- d. Tidak setuju (2)
- e. Sangat Tidak Setuju (1)

6. Bidan dan dukun sangat santun dan ramah dalam melakukan pemeriksaan kehamilan, persalinan, masa nifas dan bayi baru lahir

- a. Sangat Setuju (5)
- b. Setuju (4)
- c. Kurang setuju (3)
- d. Tidak setuju (2)
- e. Sangat Tidak Setuju (1)

7. Bidan dan dukun memberikan jawaban terhadap pertanyaan ibu tentang kehamilan, persalinan, masa nifas dan bayi baru lahir

- a. Sangat Setuju (5)
- b. Setuju (4)
- c. Kurang setuju (3)
- d. Tidak setuju (2)
- e. Sangat Tidak Setuju (1)

8. Komunikasi antara bidan, dukun, dan ibu pada masa kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir berjalan dengan baik.

- a. Sangat Setuju (5)
- b. Setuju (4)
- c. Kurang setuju (3)
- d. Tidak setuju (2)
- e. Sangat Tidak Setuju (1)

9. Bidan dan dukun mengajak ibu mendiskusikan masalah/keluhan pada masa kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir.

- a. Sangat Setuju (5)
- b. Setuju (4)
- c. Kurang setuju (3)
- d. Tidak setuju (2)
- e. Sangat Tidak Setuju (1)

10. Bidan dan dukun sangat bertanggung jawab terhadap pelayanan kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir yang diberikan kepada ibu

- a. Sangat Setuju (5)
- b. Setuju (4)
- c. Kurang setuju (3)
- d. Tidak setuju (2)
- e. Sangat Tidak Setuju (1)

C. Dimensi Pelayanan dalam Kemitraan Bidan dan Dukun dalam Pelayanan kehamilan, Persalinan, Nifas dan Bayi baru Lahir (BBL)

1. Bidan dan dukun selalu memberikan kenyamanan disetiap pelayanan kehamilan, persalinan, masa nifas dan bayi baru lahir
 - a. Sangat Setuju (5)
 - b. Setuju (4)
 - c. Kurang setuju (3)
 - d. Tidak setuju (2)
 - e. Sangat Tidak Setuju (1)
2. Bidan dan dukun selalu memberikan pelayanan kehamilan persalinan, masa nifas dan bayi baru lahir sesuai prosedur
 - a. Sangat Setuju (5)
 - b. Setuju (4)
 - c. Kurang setuju (3)
 - d. Tidak setuju (2)
 - e. Sangat Tidak Setuju (1)
3. Bidan dan dukun dapat memberikan jaminan apabila terjadi kesalahan pada saat pemeriksaan kehamilan persalinan, masa nifas dan bayi baru lahir.
 - a. Sangat Setuju (5)
 - b. Setuju (4)
 - c. Kurang setuju (3)
 - d. Tidak setuju (2)
 - e. Sangat Tidak Setuju (1)
4. Pelayanan Bidan dan dukun dapat diandalkan dalam menangani keluhan ibu hamil, bersalin, masa nifas dan bayi baru lahir
 - a. Sangat Setuju (5)
 - b. Setuju (4)
 - c. Kurang setuju (3)
 - d. Tidak setuju (2)
 - e. Sangat Tidak Setuju (1)

D. Dimensi Dukungan keluarga & Masyarakat dalam kemitraan Bidan dan Dukun

1. Kemitraan bidan dan dukun dalam pelayanan kehamilan, persalinan, masa nifas dan perawatan bayi baru lahir mendapat dukungan oleh suami dan keluarga
 - a. Sangat Setuju (5)
 - b. Setuju (4)
 - c. Kurang setuju (3)
 - d. Tidak setuju (2)
 - e. Sangat Tidak Setuju (1)
2. Kemitraan bidan dan dukun dalam pelayanan kehamilan, persalinan, masa nifas dan perawatan bayi baru lahir mendapat dukungan oleh Tokoh masyarakat setempat
 - a. Sangat Setuju (5)

- b. Setuju (4)
- c. Kurang setuju (3)
- d. Tidak setuju (2)
- e. Sangat Tidak Setuju (1)

3. Bidan dan dukun selalu memberikan informasi kepada suami dan keluarga tentang tanda – tanda bahaya kehamilan, persalinan, masa nifas dan perawatan bayi baru lahir

- a. Sangat Setuju (5)
- b. Setuju (4)
- c. Kurang setuju (3)
- d. Tidak setuju (2)
- e. Sangat Tidak Setuju (1)

4. Menurut ibu Bidan dan dukun selalu mengingatkan suami dan pihak keluarga agar tetap siaga, apabila terjadi hal-hal yang tidak diinginkan pada kehamilan, persalinan, masa nifas dan perawatan bayi baru lahir

- a. Sangat Setuju (5)
- b. Setuju (4)
- c. Kurang setuju (3)
- d. Tidak setuju (2)
- e. Sangat Tidak Setuju (1)

E. Dimensi Biaya Jasa pelayanan dalam kemitraan bidan dan dukun

1. biaya pemeriksaan kehamilan, persalinan, masa nifas dan perawatan bayi baru lahir yang dilakukan oleh bidan dan dukun sangat terjangkau

- a. Sangat Setuju (5)
- b. Setuju (4)
- c. Kurang setuju (3)
- d. Tidak setuju (2)
- e. Sangat Tidak Setuju (1)

2. Penarikan biaya pemeriksaan kehamilan, persalinan, masa nifas dan perawatan bayi baru lahir yang dilakukan oleh bidan dan dukun sesuai dengan pelayanan yang diberikan

- a. Sangat Setuju (5)
- b. Setuju (4)
- c. Kurang setuju (3)
- d. Tidak setuju (2)
- e. Sangat Tidak Setuju (1)

F. Dimensi Kepuasan Pelayanan dalam kemitraan bidan dan dukun

1. Menurut ibu, bidan dan dukun selalu memberikan kepuasan dalam pelayanan kehamilan, persalinan, nifas dan perawatan bayi baru lahir yang anda butuhkan
 - a. Sangat Setuju (5)
 - b. Setuju (4)
 - c. Kurang setuju (3)
 - d. Tidak setuju (2)
 - e. Sangat Tidak Setuju (1)

2. Menurut ibu, bidan dan dukun selalu memberikan pelayanan kehamilan, persalinan, nifas dan perawatan bayi baru lahir melebihi dari harapan
 - a. Sangat Setuju (5)
 - b. Setuju (4)
 - c. Kurang setuju (3)
 - d. Tidak setuju (2)
 - e. Sangat Tidak Setuju (1)

3. Menurut ibu pemeriksaan kehamilan, persalinan, nifas dan perawatan bayi baru lahir yang dilakukan oleh bidan dan dukun sesuai dengan prosedur yang ditetapkan
 - a. Sangat Setuju (5)
 - b. Setuju (4)
 - c. Kurang setuju (3)
 - d. Tidak setuju (2)
 - e. Sangat Tidak Setuju (1)

4. Menurut ibu pemeriksaan kehamilan, persalinan, nifas dan perawatan bayi baru lahir yang dilakukan oleh bidan dan dukun sangat tepat waktu dan tepat guna
 - a. Sangat Setuju (5)
 - b. Setuju (4)
 - c. Kurang setuju (3)
 - d. Tidak setuju (2)
 - e. Sangat Tidak Setuju (1)