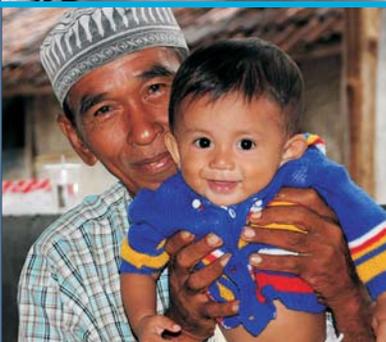




SURVEY RUMAH TANGGA TENTANG PERILAKU KESEHATAN IBU DAN ANAK SERTA POLA PENCARIAN PENGOBATAN DI TINGKAT MASYARAKAT

DI PROPINSI NTB DAN NTT



DISEMINASI HASIL SURVEY DILAKUKAN OLEH KABUPATEN / KOTA TAHUN 2007



Pusat Penelitian Kesehatan
Universitas Indonesia

KATA PENGANTAR

Pertama kami panjatkan puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Kuasa atas segala rahmatNya sehingga studi tentang kesehatan ibu dan anak di masyarakat semua kabupaten dan kota di Nusa Tenggara Barat dan Nusa Tenggara Timur dapat diselesaikan. Laporan ini menyajikan data dengan sejumlah variabel, terutama adalah perilaku pencarian penanganan masalah kesehatan ibu dan anak, di samping juga pengetahuan dan prakteknya. Hasil studi diharapkan dapat menjadi salah satu acuan guna menilai dampak program, selain dapat memperkaya gagasan upaya mengisi program kesehatan ibu dan anak di masing-masing provinsi dan kabupaten atau kota.

Ucapan terima kasih kami haturkan kepada GTZ, Dr. Gertrud Schmidt-Ehry sebagai Penasehat Utama Program Siskes dan HRD, Ute Jugert, Ibu Adriane Sopacua, Dr. Laxmi Zahara, Dr. Ating Solihin, Dr. Asmus Hammerich, Dr. Yustina Yudanita, untuk segala dukungan yang diberikan dalam penyelenggaraan studi ini. Penghargaan juga kami sampaikan kepada semua staf GTZ di Mataram dan Kupang, untuk semua bantuan selama proses pengumpulan data. Kepada yang terhormat Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Barat dan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Timur, kami sampaikan terima kasih atas dukungan yang telah diberikan.

Penghargaan kami tujukan juga kepada Dr. James Sonneman sebagai konsultan khusus untuk studi ini, yang telah membantu tim sejak awal sampai dengan penulisan laporan. Juga kepada Prof. Hasbullah Thabrany, selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, terima kasih atas ijin dan bantuan yang diberikan. Sebagai bagian dari tim, kami haturkan penghargaan kami kepada Prof. Dr. Hadi Pratomo dan Prof. Sudarti Kresno, serta terima kasih atas konsultasi dan arahan yang diberikan selama persiapan dan analisis data.

Kepada institusi mitra kerja kami, yang diwakili oleh ibu Ir. Ruth Stella Thei, MS (Universitas Mataram), Arief Rachman (CEDES), Yohanes Wilhelmus Pega, SH (Universitas Nusa Nipa), dan ibu Ir. Salmiyati Kaunang MS (Universitas Nusa Cendana), kami haturkan terima kasih dan penghargaan kami setinggi-tingginya atas segala dedikasi agar studi ini terlaksana dengan lancar, dalam rangka meningkatkan iklim penelitian di lembaga dan pusat penelitian terkait.

Terima kasih disampaikan kepada pemangku kepentingan, responden dan informan di daerah studi yang telah berpartisipasi dalam mengungkap data yang sangat berharga. Pula kami berterima kasih kepada mitra kami di tingkat kabupaten, yang telah bekerja di lapangan bersama para enumerator yang kami cintai dan berhasil melalui semua proses tanpa masalah berarti. Akhirnya kepada seluruh anggota tim peneliti, penghargaan kami sematkan atas segala komitmen dan kerja keras untuk terlaksananya studi ini.

Kami berharap studi ini dapat membawa kegunaan dan berkah bagi berbagai pihak dalam upaya memperbaiki kesehatan ibu dan anak, khususnya di Nusa Tenggara Barat dan Nusa Tenggara Timur. Tiada gading yang tak retak, kami mohon maaf atas segala kekurangan dalam pelaksanaan dan penulisan hasil studi ini.

Sabarinah Prasetyo
Ketua Pusat Penelitian Kesehatan
Universitas Indonesia

KATA PENGANTAR

Kita panjatkan puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Kuasa, karena dengan berkat dan rahmatNya buku hasil “Study Perilaku Kesehatan Ibu dan Anak Serta Pola Pencarian Pengobatan di Tingkat Masyarakat di Propinsi NTT dan NTB Tahun 2007” ini dapat diterbitkan.

Propinsi Nusa Tenggara Timur dan Nusa Tenggara Barat merupakan propinsi yang memiliki tantangan yang cukup besar dalam upaya peningkatan status kesehatan. Segala daya upaya telah dan akan terus dicurahkan oleh kedua pemerintah provinsi tersebut terutama oleh Dinas Kesehatan Provinsi masing-masing bersama dengan berbagai unsur pemerintah lainnya, serta komunitas internasional yang selama ini telah bermitra dengan pemerintah kedua propinsi tersebut. Disamping itu factor masyarakat mempunyai peran penting dalam segala upaya tersebut, baik sebagai sasaran yang harus ditingkatkan kesehatannya juga sebagai pelaku dalam pembangunan kesehatan.

Studi dasar yang dilakukan di tingkat masyarakat ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran perilaku pencarian perawatan atau pengobatan, kepuasan serta persepsi terhadap kualitas pelayanan kesehatan reproduksi dan upaya kehamilan agar aman, terhadap kualitas pelayanan kesehatan reproduksi dan upaya kehamilan agar aman, KB serta pengukuran status gizi anak Balita. Disamping itu studi ini juga diharapkan dapat menerapkan metodologi yang layak bersama dengan institusi penelitian setempat untuk dapat digunakan di masa yang akan datang dan melengkapi data tentang pelayanan kesehatan berdasarkan laporan rutin dan hasil beberapa survey.

Buku laporan studi yang dikerjakan Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia dan didukung oleh GTZ ini diharapkan dapat digunakan sebagai referensi dalam pemantauan perkembangan kondisi kesehatan masyarakat umumnya dan kesehatan reproduksi khususnya.

Akhir kata, publikasi ini dapat menambah koreksi referensi mengenai perilaku kesehatan ibu dan anak di Indonesia.

**Direktur Bina Kesehatan Ibu
Departemen Kesehatan**



Dr. Sri Hermiyanti,

SAMBUTAN

Kita panjatkan puji syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, kita telah dapat menyelesaikan pekerjaan besar dalam bidang kesehatan yaitu Survei Rumah Tangga tentang Kesehatan Ibu dan Anak yang dilakukan di 2 propinsi yaitu Nusa Tenggara Barat dan Nusa Tenggara Timur.

Survei ini telah menjangkau 8372 rumah tangga dengan ibu balita sebagai responden Utama, ditambah 791 rumah tangga dengan ibu pernah hamil tanpa balita, dengan pemilihan rumah tangga yang mengikuti rancangan sample yang kompleks.

Hasil survey ini sangat berguna bukan hanya bagi para pemangku kebijakan di 2 propinsi survei, tetapi juga di tingkat Nasional, karena survey ini memberikan umpan balik dari para pengguna fasilitas pelayanan yang telah disediakan Pemerintah bagi masyarakat.

Saat ini, secara nasional AKI dan AKB telah mengalami penurunan dari tahun 2002/2003. SDKI 2007 menunjukkan AKI sebesar 228/1000.000 KH dan AKB sebesar 34/1000 K. Namun kontribusi AKI dan AKB dari kedua propinsi NTB dan NTT masih cukup bear, sehingga perlu dilakukan upaya-upaya untuk akselerasi penurunan AKI dan AKB yang didasarkan pada evidence-based seperti yang ditemukan pada survey rumah tangga ini.

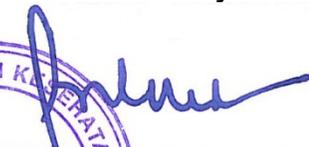
Sangat dipahami bahwa dalam upaya menurunkan AKI dan AKB dihadapi tantangan dan ancaman sehingga diperlukan strategi percepatan dan terfokus dalam rencana aksi akselerasinya, baik yang terkait aspek supply, demand, pembiayaan dan perubahan perilaku masyarakat.

Banyak informasi dari masyarakat yang diperoleh dalam survey ini, yang dapat dijadikan sebagai masukan bagi para pelaksana di lapangan (Poskesdes, Polindes, Pustu, Puskesmas) terutama dalam pemberian pelayanan prima bagi seluruh pengguna fasilitas, khususnya pelayanan kesehatan ibu dan anak. Harus lebih diperhatikan kualitas pelayanan ANC, persalinan, nifas dan bayinya serta bagaimana mengatasi tingginya biaya penanganan komplikasi persalinan dan neonatal di rumah sakit.

Pada kesempatan ini saya mengucapkan penghargaan dan ucapan terima kasi kepada Pimpinan GTZ, para peneliti dari Pusat Penelitian Kesehatan UI, para Kepala Dinas Kesehatan Propinsi dan Kabupaten/Kota di Propinsi NTB dan NTT yang telah berkontribusi dalam terlaksananya survey rumah tangga ini.

Terima kasih.

Jakarta, Februari 2009
Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat


Dr. Budihardja, DTM&H, MPH


DAFTAR ISI

	halaman
Kata Pengantar	ii
Daftar Isi	iii
Daftar Tabel dan Grafik	vi
Daftar Singkatan dan Istilah	viii
BAB 1. PENDAHULUAN	
1.1. Latar belakang	1
1.2. Tujuan studi.....	2
1.3. Metodologi	3
1.3.1. Rancangan studi	3
1.3.2. Populasi dan sampel	3
1.3.3. Pengumpulan data, proses dan analisis	5
1.4. Keterbatasan studi	8
1.5. Kemitraan dengan institusi penelitian setempat.....	8
BAB 2. KARAKTERISTIK LATAR BELAKANG IBU, ANAK, DAN RUMAH TANGGA	
2.1. Karakteristik ibu sebagai responden	10
2.2. Karakteristik anak balita	12
2.3. Karakteristik rumah tangga	12
BAB 3. FERTILITAS DAN KELUARGA BERENCANA	
3.1. Kehamilan, anak pernah dilahirkan dan anak masih hidup	17
3.2. Kehamilan dan persalinan pertama.....	18
3.3. Jarak antar kelahiran	19
3.4. Pengetahuan ibu tentang kontrasepsi.....	20
3.5. Pemakaian kontrasepsi saat ini	22
3.6. Pernah pakai kontrasepsi.....	25
3.7. Kontrasepsi diinginkan, disarankan dan tersedia	25
3.8. Kebutuhan KB tak terpenuhi	26
3.9. Respon terhadap kehamilan tak diinginkan	27
BAB 4. ASUHAN ANTENATAL	
4.1. Pelayanan dan frekuensi asuhan antenatal	28
4.2. Petugas dan fasilitas penyedia asuhan antenatal	31
4.3. Pengetahuan ibu tentang komplikasi maternal.....	32
4.4. Komplikasi kehamilan dan penanganannya.....	33
4.5. Persiapan persalinan.....	34
BAB 5. PERAWATAN PERSALINAN	
5.1. Penolong persalinan	37
5.2. Tempat dan cara bersalin.....	39
5.3. Komplikasi persalinan dan penanganannya.....	41

BAB 6. ASUHAN NEONATAL DAN NIFAS	
6.1. Pengetahuan akan komplikasi neonatal.....	43
6.2. Timbang bayi pascalahir dan berat bayi	43
6.3. Kontak asuhan neonatal.....	44
6.4. Komplikasi neonatal dan penanganannya	45
6.5. Kontak nifas.....	48
6.6. Komplikasi nifas dan penanganannya.....	49
BAB 7. PEMBERIAN MAKANAN PADA ANAK	
7.1. Pemberian ASI, kolostrum dan makanan prelaktal	52
7.2. ASI eksklusif dan masih ASI	53
7.3. Praktek pemberian makanan anak.....	54
BAB 8. KESEHATAN ANAK	
8.1. Diare	57
8.2. Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA)	60
8.3. Malaria.....	61
8.4. Imunisasi anak	63
8.5. Pemantauan tumbuh kembang	64
8.6. Status gizi anak	65
BAB 9. HIV DAN AIDS	
9.1. Pernah dengar HIV dan AIDS	68
9.2. Sumber informasi HIV dan AIDS.....	70
9.3. Pengetahuan tentang penularan dan pencegahan HIV dan AIDS.....	71
9.4. Pengetahuan tentang penanganan infeksi menular seksual serta konseling dan testing sukarela	74
9.4. Pengetahuan tempat mendapatkan kondom	77
BAB 10. SUMBER INFORMASI KIA	
10.1. Sumber informasi KIA	79
10.2. Informasi di fasilitas pelayanan kesehatan	80
BAB 11. SANITASI DAN KEBERSIHAN PERORANGAN	
11.1. Sumber utama air minum.....	83
11.2. Penggunaan jamban	84
11.3. Kualitas rumah	85
11.4. Kebiasaan cuci-tangan.....	86
BAB 12. AKSES KE FASILITAS KESEHATAN	
12.1. Jarak dan waktu tempuh ke fasilitas kesehatan.....	88
12.2. Biaya pelayanan kesehatan ibu dan anak.....	90
12.2. Biaya pelayanan kesehatan umum	95
12.3. Asuransi kesehatan.....	97
BAB 13. PERILAKU PENCARIAN PENGOBATAN	
13.1. Pencarian pengobatan umum	101
13.2. Alasan mencari pengobatan.....	103
BAB 14. PERSEPSI KUALITAS PELAYANAN KESEHATAN	
14.1. Pelayanan kesehatan dikunjungi terakhir.....	106
14.2. Persepsi kualitas pelayanan kesehatan	111

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

1. Lokasi daerah studi
2. Kuesioner
3. Pedoman wawancara mendalam dan diskusi kelompok terarah
4. Organisasi tim peneliti
5. Dokumentasi kegiatan studi

ANEKS

1. Tabel menurut klaster proyek dan provinsi
2. Tabel menurut kabupaten/kota
3. Matriks hasil wawancara mendalam dan diskusi kelompok terarah
4. Prosedur sampling
5. Pengelolaan kerja lapangan

DAFTAR TABEL DAN GRAFIK

	halaman
Tabel 1.1. Besar sampel yang direncanakan dan yang diambil di tiap kabupaten/kota	6
Grafik 1.1. Kecenderungan angka kematian bayi pada periode tahun 1994-2003 di NTB dan NTT, dibandingkan dengan angka Indonesia	1
Grafik 2.1. Persen ibu dengan dan tanpa balita yang bekerja di NTB	10
Grafik 2.2. Persen ibu dengan dan tanpa balita yang bekerja di NTT	11
Grafik 2.3. Persen tidak sekolah dan buta huruf pada ibu dengan dan tanpa balita di NTB	11
Grafik 2.4. Persen tidak sekolah dan buta huruf pada ibu dengan dan tanpa balita di NTT	11
Grafik 2.5. Sebaran anak balita menurut kelompok umur di NTB dan NTT	12
Grafik 2.6. Sebaran anak balita menurut jenis kelamin di NTB dan NTT	12
Grafik 2.7. Sebaran anggota rumah tangga menurut umur dan jenis kelamin di NTB	13
Grafik 2.8. Sebaran anggota rumah tangga menurut umur dan jenis kelamin di NTT	13
Grafik 2.9. Putus sekolah di Sekolah Dasar di NTB	13
Grafik 2.10. Putus sekolah di Sekolah Dasar di NTT	14
Grafik 2.11. Persen rumahtangga miskin berdasarkan 3 model di NTB	15
Grafik 2.12. Persen rumahtangga miskin berdasarkan 3 model di NTT	15
Grafik 2.13. Sebaran (%) rumahtangga menurut pengambil keputusan pada tingkat rumah-tangga di tiap klaster NTB dan NTT	16
Grafik 3.1. Rata-rata jumlah kehamilan, jumlah anak pernah dilahirkan hidup, dan jumlah anak masih hidup menurut umur ibu di NTB	17
Grafik 3.2. Rata-rata jumlah kehamilan, jumlah anak pernah dilahirkan hidup, dan jumlah anak masih hidup menurut umur ibu di NTT	17
Grafik 3.3. Persen ibu dengan riwayat aborsi	18
Grafik 3.4. Rata-rata umur (tahun) ibu hamil pertama di NTB dan NTT menurut kelompok umur ibu saat survei	19
Grafik 3.5. Persen jarak antar kelahiran singkat (<2 tahun) antara terakhir dengan kesatu sebelumnya dan antara kesatu dan kedua sebelumnya di NTB	19
Grafik 3.6. Persen jarak antar kelahiran singkat (<2 tahun) antara terakhir dengan kesatu sebelumnya dan antara kesatu dan kedua sebelumnya di NTT	20
Grafik 3.7. Persen ibu menyebut paling sedikit satu dan paling sedikit 4 jenis kontrasepsi di NTB dan NTT	21
Grafik 3.8. Persen pemakaian kontrasepsi saat ini menurut klaster di NTB dan NTT	22
Grafik 3.9. Persen pemakaian kontrasepsi saat ini di NTB dan NTT menurut kabupaten/kota	23
Grafik 3.10. Sebaran metode kontrasepsi yang saat ini dipakai di NTB dan NTT	24
Grafik 3.11. Persen ibu tidak pakai kontrasepsi menurut alasannya	25
Grafik 3.12. Persen ibu balita dan tanpa balita saat survei tidak pakai tetapi pernah pakai kontrasepsi	25
Grafik 3.13. Persen ibu yang menyukai, mendapat saran, dan mempersepsikan ketersediaan cara KB di tempat pelayanan di NTB	26
Grafik 3.14. Persen ibu yang menyukai, mendapat saran, dan mempersepsikan ketersediaan cara KB di tempat pelayanan di NTT	26
Grafik 3.15. Alasan menggunakan kontrasepsi di antara ibu balita dan tanpa balita untuk membatasi kelahiran dan menunda kehamilan berikut	27
Grafik 3.16. Persen ibu menyebut respons masyarakat jika ada kehamilan tak diinginkan di NTB dan NTT	27

Grafik 4.1.	Persen kontak pertama (K1), minimum 4 kontak (K4) dan juga menerima 5 jenis pelayanan esensial (K4-q) dalam asuhan antenatal tiap klaster.....	29
Grafik 4.2.	Persen kontak pertama (K1), minimum 4 kontak (K4) dan menerima 5 jenis pelayanan esensial (K4-q) dalam asuhan antenatal di NTB.....	29
Grafik 4.3.	Persen kontak pertama (K1), minimum 4 kontak (K4) dan menerima 5 jenis pelayanan esensial (K4-q) dalam asuhan antenatal di NTT.....	29
Grafik 4.4.	Persen tes darah, distribusi tablet besi, vitamin A, dan obat anti malaria, saat asuhan antenatal di kabupaten di NTB.....	30
Grafik 4.5.	Persen tes darah, distribusi tablet besi, vitamin A, dan obat anti malaria, saat asuhan antenatal di kabupaten di NTT.....	30
Grafik 4.6.	Persen petugas asuhan antenatal di NTB dan NTT.....	31
Grafik 4.7.	Persen ibu tahu tanda bahaya masa maternal di NTB dan NTT.....	32
Grafik 4.8.	Persen ibu melaporkan komplikasi kehamilan di NTB dan NTT.....	33
Grafik 4.9.	Persen jenis perawatan di rumah untuk menangani komplikasi kehamilan.....	33
Grafik 4.10.	Persen tempat rujukan mengatasi komplikasi kehamilan.....	34
Grafik 4.11.	Persen ibu membahas isu kehamilan dan persalinan dengan suami selama kehamilan.....	35
Grafik 4.12.	Persen kesiapan masyarakat menurut persepsi ibu.....	35
Grafik 5.1.	Persen rencana dan kenyataan penolong persalinan dengan tenaga kesehatan di NTB.....	38
Grafik 5.2.	Persen rencana dan kenyataan penolong persalinan dengan tenaga kesehatan di NTT.....	38
Grafik 5.3.	Sebaran ibu menurut tempat bersalin di NTB dan NTT.....	39
Grafik 5.4.	Sebaran ibu menurut cara bersalin tak normal di NTB.....	40
Grafik 5.5.	Sebaran ibu menurut cara bersalin tak normal di NTT.....	40
Grafik 5.6.	Persen jenis komplikasi persalinan di NTB dan NTT.....	41
Grafik 5.7.	Persen jenis penanganan di rumah untuk menangani komplikasi persalinan di NTB dan NTT.....	41
Grafik 5.8.	Persen jenis pelayanan kesehatan untuk komplikasi persalinan di NTB dan NTT.....	42
Grafik 6.1.	Persen ibu dapat menyebut jenis komplikasi neonatal.....	43
Grafik 6.2.	Persen bayi ditimbang dan rata-rata berat bayi lahir (gram).....	44
Grafik 6.3.	Persen kontak neonatal pada 0-7 hari (KN1) dan 8-28 hari (KN2) di NTB.....	44
Grafik 6.4.	Persen kontak neonatal pada 0-7 hari (KN1) dan 8-28 hari (KN2) di NTT.....	45
Grafik 6.5.	Persen jenis layanan asuhan neonatal yang diterima ibu di NTB dan NTT.....	45
Grafik 6.6.	Persen komplikasi neonatal dan pengakuan resusitasi di NTB.....	46
Grafik 6.7.	Persen komplikasi neonatal dan pengakuan resusitasi di NTT.....	46
Grafik 6.8.	Persen jenis komplikasi neonatal di NTB dan NTT.....	47
Grafik 6.9.	Persen jenis pelayanan kesehatan untuk komplikasi neonatal di NTB dan NTT ...	47
Grafik 6.10.	Persen ibu melakukan kontak nifas dan median hari ibu kontak dengan petugas kesehatan di NTB.....	48
Grafik 6.11.	Persen ibu melakukan kontak nifas dan median hari ibu kontak dengan petugas kesehatan di NTT.....	48
Grafik 6.12.	Persen jenis pelayanan perawatan nifas diterima ibu di NTB dan NTT.....	49
Grafik 6.13.	Persen komplikasi nifas di NTB.....	49
Grafik 6.14.	Persen komplikasi nifas di NTT.....	50
Grafik 6.15.	Persen jenis komplikasi nifas di NTB dan NTT.....	50
Grafik 6.16.	Persen jenis penanganan di rumah untuk komplikasi nifas di antara ibu dengan komplikasi di NTB dan NTT.....	50
Grafik 6.17.	Persen jenis pelayanan kesehatan menangani komplikasi nifas di antara ibu dengan komplikasi di NTB dan NTT.....	51

Grafik 7.1.	Persen awal pemberian makanan anak di NTB dan NTT	52
Grafik 7.2.	Persen pemberian jenis makanan prelaktal di NTB dan NTT.....	52
Grafik 7.3.	Persen ASI eksklusif menurut umur anak di NTB dan NTT	53
Grafik 7.4.	Persen masih ASI menurut umur anak di NTB dan NTT	54
Grafik 7.5.	Persen frekuensi pemberian makanan cukup, keragaman makanan tinggi, dan praktek pemberian makanan anak baik, di NTB	54
Grafik 7.6.	Persen frekuensi pemberian makanan cukup, keragaman makanan tinggi, dan praktek pemberian makanan anak baik, di NTT	55
Grafik 7.7.	Persen praktek pemberian makanan yang baik menurut kelompok umur anak.....	55
Grafik 7.8.	Persen praktek pemberian makanan yang baik menurut tingkat Sosioekonomi dan jenis kelamin anak.....	56
Grafik 8.1.	Persen anak diare dalam 2 minggu terakhir menurut kelompok umur	57
Grafik 8.2.	Persen anak dengan diare pada 2 minggu terakhir menurut jenis kelamin anak dan tingkat sosioekonomi di NTB dan NTT	57
Grafik 8.3.	Persen anak diare, ISPA, dan malaria di NTB.....	58
Grafik 8.4.	Persen anak diare, ISPA, dan malaria di NTT	58
Grafik 8.5.	Persen jenis penanganan di rumah untuk anak diare dalam 2 minggu terakhir.....	59
Grafik 8.6.	Persen pelayanan kesehatan untuk bayi dan anak 1 tahun lebih yang diare	59
Grafik 8.7.	Prevalensi batuk, ISPA, demam, dan suspek pneumonia, pada anak balita dalam 2 minggu terakhir di NTB dan NTT	60
Grafik 8.8.	Persen jenis penanganan di rumah untuk suspek pneumonia	60
Grafik 8.9.	Persen ibu mencari pengobatan untuk suspek pneumonia anak.....	61
Grafik 8.10.	Persen penanganan di rumah untuk malaria anak	62
Grafik 8.11.	Persen penanganan di rumah untuk malaria pada bayi dan anak 1 tahun ke atas	62
Grafik 8.12.	Persen ibu melakukan perlindungan dan pengobatan malaria di NTB	62
Grafik 8.13.	Persen ibu melakukan perlindungan dan pengobatan malaria di NTT.....	63
Grafik 8.14.	Persen anak usia 12 sampai 23 bulan diimunisasi menurut jenis imunisasinya ...	63
Grafik 8.15.	Persen cakupan imunisasi campak dan imunisasi lengkap pada anak usia 12 sampai 23 bulan di NTB	64
Grafik 8.16.	Persen cakupan imunisasi campak dan imunisasi lengkap pada anak usia 12 sampai 23 bulan di NTT	64
Grafik 8.17.	Persen ibu memiliki Buku KIA dan memahami paling tidak 1 dan 4 hal berkaitan dengan kesehatan ibu dan anak di NTB	65
Grafik 8.18.	Persen ibu memiliki Buku KIA dan memahami paling tidak 1 dan 4 hal berkaitan dengan kesehatan ibu dan anak di NTT	65
Grafik 8.19.	Prevalensi kurang gizi anak di NTB	66
Grafik 8.20.	Prevalensi kurang gizi anak di NTT	66
Grafik 8.21.	Prevalensi kurang gizi pada anak laki-laki dan perempuan di NTB	66
Grafik 8.22.	Prevalensi kurang gizi pada anak laki-laki dan perempuan di NTT	67
Grafik 8.23.	Prevalensi kurus (<i>wasting</i>), kurang berat (<i>underweight</i>) dan kuntet (<i>stunting</i>) pada anak usia 12 sampai 35 bulan di NTB dan NTT menurut kabupaten/kota	67
Grafik 9.1.	Persen responden pernah dengar HIV dan AIDS di NTB.....	68
Grafik 9.2.	Persen responden pernah dengar HIV dan AIDS di NTT.....	69
Grafik 9.3.	Persen responden pernah dengar HIV dan AIDS di NTB menurut tingkat sosioekonomi di NTB dan NTT	69
Grafik 9.4.	Persen sumber informasi tentang HIV dan AIDS menurut jenisnya, di NTB.....	70
Grafik 9.5.	Persen sumber informasi tentang HIV dan AIDS menurut jenisnya, di NTT	71
Grafik 9.6.	Persen responden memahami cara pencegahan HIV dan AIDS, di NTB	73
Grafik 9.7.	Persen responden memahami cara pencegahan HIV dan AIDS, di NTT	73
Grafik 9.8.	Persen responden memahami cara penularan HIV dan AIDS, di NTB	74

Grafik 9.9.	Persen responden memahami cara penularan HIV dan AIDS, di NTT	74
Grafik 9.10.	Persen responden tahu tempat mengobati infeksi menular seksual, di NTB	75
Grafik 9.11.	Persen responden tahu tempat mengobati infeksi menular seksual, di NTT	75
Grafik 9.12.	Persen responden tahu tempat konseling dan testing HIV dan AIDS, di NTB	76
Grafik 9.13.	Persen responden tahu tempat konseling dan testing HIV dan AIDS, di NTT	76
Grafik 9.14.	Persen responden tahu mendapatkan kondom dengan mudah di NTB.....	77
Grafik 9.15.	Persen responden tahu mendapatkan kondom dengan mudah di NTT	78
Grafik 10.1.	Persen sumber informasi KIA dan KB setahun terakhir, di NTB	79
Grafik 10.2.	Persen sumber informasi KIA dan KB setahun terakhir, di NTT	80
Grafik 10.3.	Persen responden menerima informasi kesehatan di ruang tunggu fasilitas kesehatan menurut sumber informasi.....	81
Grafik 10.4.	Persen responden menerima informasi kesehatan di ruang tunggu fasilitas Kesehatan, menurut kabupaten di NTB	81
Grafik 10.5.	Persen responden menerima informasi kesehatan di ruang tunggu fasilitas Kesehatan, menurut kabupaten di NTT	82
Grafik 11.1.	Sebaran rumahtangga menurut sumber air minum, di NTB	83
Grafik 11.2.	Sebaran rumahtangga menurut sumber air minum, di NTT	84
Grafik 11.3.	Persen rumahtangga dengan anggota tak pakai jamban di NTB dan NTT	85
Grafik 11.4.	Persen rumah berkualitas buruk, di NTB	85
Grafik 11.5.	Persen rumah berkualitas buruk, di NTT	86
Grafik 11.6.	Persen responden cuci tangan dengan sabun pada kegiatan penting, NTB	86
Grafik 11.7.	Persen responden cuci tangan dengan sabun pada kegiatan penting, NTT.....	87
Grafik 12.1.	Sebaran (%) ibu berkunjung ke fasilitas kesehatan terakhir di NTB dan NTT	88
Grafik 12.2.	Median jarak (km) dari rumah ke fasilitas kesehatan terakhir dikunjungi di NTB ..	89
Grafik 12.3.	Median jarak (km) dari rumah ke fasilitas kesehatan terakhir dikunjungi di NTT ..	90
Grafik 12.4.	Median biaya untuk penanganan komplikasi kehamilan di NTB dan NTT	91
Grafik 12.5.	Median biaya (ribu rupiah) bersalin menurut tingkat sosioekonomi di NTB	92
Grafik 12.6.	Median biaya (ribu rupiah) bersalin menurut tingkat sosioekonomi di NTT	92
Grafik 12.7.	Median biaya (ribu rupiah) penanganan komplikasi persalinan menurut tingkat sosioekonomi di NTB dan NTT	93
Grafik 12.8.	Median biaya (ribu rupiah) penanganan komplikasi nifas menurut tingkat sosioekonomi di NTB dan NTT	94
Grafik 12.9.	Median biaya (ribu rupiah) penanganan komplikasi neonatal menurut tingkat sosioekonomi di NTB dan NTT	94
Grafik 12.10.	Persen biaya KIA mahal dipersepsikan oleh ibu di NTB dan NTT	95
Grafik 12.11.	Median biaya (ribu rupiah) angkutan ke fasilitas kesehatan dikunjungi terakhir di NTB	95
Grafik 12.12.	Median biaya (ribu rupiah) angkutan ke fasilitas kesehatan dikunjungi terakhir di NTT.....	96
Grafik 12.13.	Persen obat dianggap mahal disediakan fasilitas kesehatan di NTB dan NTT	97
Grafik 12.14.	Persen kepemilikan askeskin menurut tingkat sosioekonomi di NTB.....	98
Grafik 12.15.	Persen kepemilikan askeskin menurut tingkat sosioekonomi di NTT	98
Grafik 13.1.	Persen tindakan pertama bila ada yang demam di NTB	101
Grafik 13.2.	Persen tindakan pertama bila ada yang demam di NTB	102
Grafik 13.3.	Persen tindakan awal dan selanjutnya terhadap demam	103
Grafik 13.4.	Persen alasan berkunjung ke fasilitas kesehatan di NTB dan NTT.....	104
Grafik 13.5.	Persen alasan berkunjung ke bidan di desa (BDD) oleh ibu balita dan ibu tanpa balita di NTB dan NTT	104
Grafik 13.6.	Persen alasan berkunjung ke dukun di NTB dan NTT	105
Grafik 14.1.	Sebaran waktu berkunjung ke fasilitas kesehatan di NTB dan NTT.....	106
Grafik 14.2.	Persen alasan responden berkunjung ke fasilitas kesehatan di NTB.....	107

Grafik 14.3.	Persen alasan responden berkunjung ke fasilitas kesehatan di NTT.....	107
Grafik 14.4.	Persen ketersediaan waktu petugas kesehatan dipersepsikan ibu balita dan ibu tanpa balita dan menurut tingkat sosial ekonomi	108
Grafik 14.5.	Persen orang pertama dijumpai di fasilitas kesehatan dikunjungi terakhir	108
Grafik 14.6.	Persen tindakan awal petugas di fasilitas kesehatan dikunjungi terakhir.....	109
Grafik 14.7.	Persen persepsi ibu tentang lama waktu tunggu di fasilitas kesehatan dikunjungi terakhir	110
Grafik 14.8.	Median skor persepsi kualitas pelayanan menurut jenis pelayanan.....	111
Grafik 14.9.	Median skor persepsi mutu pelayanan kesehatan ibu di NTB	111
Grafik 14.10.	Median skor persepsi mutu pelayanan kesehatan ibu di NTT	112
Grafik 14.11.	Median skor persepsi mutu pelayanan kesehatan anak di NTB	112
Grafik 14.12.	Median skor persepsi mutu pelayanan kesehatan anak di NTT	113
Grafik 14.13.	Persen skor tinggi (≥ 8) kepuasan ibu terhadap pelayanan kesehatan.....	113
Grafik 14.14.	Persen sangat puas dan puas terhadap pelayanan kesehatan di NTB	114
Grafik 14.15.	Persen sangat puas dan puas terhadap pelayanan kesehatan di NTT.....	114
Grafik 14.16	Persen kepuasan responden berkunjung ke puskesmas (skor 8+) di NTB dan NTT	115

DAFTAR SINGKATAN DAN ISTILAH

AIDS	: <i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
ANC	: <i>Antenatal Care</i>
Arak	: Minuman tradisional dengan konsentrasi alkohol, biasanya banyak di NTT
ASI	: Air Susu Ibu
ASEAN	: <i>Association of South East Asia Nation</i>
Askeskin	: Asuransi kesehatan bagi masyarakat miskin
AusAID	: <i>Australia International for Development</i>
AKDR	: Alat Kontrasepsi Dalam Rahim = IUD
BCG	: <i>Bacillus Calmette-Guerin</i>
Balita	: Anak berusia di bawah lima tahun
BDD	: Bidan di Desa
BKBKS	: Badan Keluarga Berencana Keluarga Sejahtera
BMZ	: <i>German Ministry of Economic Co-operation and Development</i>
BPS	: Badan Pusat Statistik
Bupati	: Kepala daerah kabupaten
CEDES	: <i>Center of Development Studies</i>
Cidomo	: Cikar Dokar Motor; sebuah kereta kuda tradisional biasa dipakai sebagai angkutan masa di Lombok, terdiri dari cikar = kereta, dokar = ditarik kuda, dan motor = menggunakan ban mobil pada roda kereta
DEP	: Petugas data entry (<i>Data Entry Personnel</i>)
DFC	: District Field Coordinator = Koordinator Lapangan tingkat Kabupaten/Kota
DfID	: the British Department for International Development
Depkes	: Departemen Kesehatan
Dinkes	: Dinas Kesehatan
DPRD	: Dewan Perwakilan Rakyat Daerah
DPT	: Anti-Difteri, Pertusis, dan Tetanus
Dukun	: Petugas penolong tradisional, baik untuk masalah umum atau khusus bersalin
DKT	: Diskusi Kelompok Terarah
Gakin	: Keluarga Miskin
GTZ	: <i>Deutsche Gesellschaft fur Technische Zusammenarbeit</i>
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HRD	: <i>Human Resource Development</i>
HSS	: <i>Health Sector Support</i>
ISPA	: Infeksi Saluran Pernafasan Akut
IFC	: <i>Island Field Coordinator</i> = Koordinator Lapangan tingkat Pulau
ILC	: <i>Island Local Counterpart</i> = Mitra Lokal tingkat Pulau
IUD	: <i>Intra Uterine Device</i> = AKDR = Alat Kontrasepsi Dalam Rahim
IMS	: Infeksi Menular Seksual = STD = <i>Sexual Transmitted Diseases</i>
JPS	: Jaring Pengaman Sosial

K1	: Kunjungan pertama ke petugas kesehatan pada trimester pertama kehamilan
K4	: Frekuensi kunjungan ke petugas kesehatan, minimal 1 pada trimester pertama, 1 pada trimester kedua, dan 2 pada trimester ketiga kehamilan (1-1-2)
K4-q	: Kunjungan ke petugas kesehatan sesuai K4 dilengkapi dengan pelayanan 5T (timbang badan, tekanan darah diukur, tinggi fundus diukur, tetanus toksoid, tablet besi dibagi)
KBKS	: Keluarga Berencana Keluarga Sejahtera
Kelurahan	: Tingkat pemerintahan di bawah kecamatan
KB	: Keluarga Berencana
KN1	: Kontak Neonatal pada hari 1-7 sesudah dilahirkan
KN2	: Kontak Neonatal pada hari 8-28 sesudah dilahirkan
KIA	: Kesehatan Ibu dan Anak
Kolostrum	: Air Susu Ibu pertama kali diproduksi, berwarna kuning dan kaya zat untuk kekebalan tubuh
KIE	: Komunikasi, Informasi, dan Edukasi
LGG	: Larutan Gula Garam
LSM	: Lembaga Swadaya Masyarakat
MDG	: <i>Millennium Development Goal</i> = Tujuan Pengembangan Milenium
NTB	: Nusa Tenggara Barat
NTT	: Nusa Tenggara Timur
Polindes	: Pondok Bersalin Desa
Posyandu	: Pos Pelayanan Terpadu
PPS	: <i>Probability Proportionate to Size</i>
Pre-laktal	: Masa sebelum keluarnya ASI biasanya 3 hari pertama pascalahir
Puskesmas	: Pusat Kesehatan Masyarakat
PPKUI	: Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia
RH/MPS	: <i>Reproductive Health</i> = Kesehatan Reproduksi / <i>Making Pregnancy Saver</i> = Membuat Kehamilan lebih Aman
RT	: Rukun Tetangga
Seameo	: <i>South East Asia of Ministry of Education Organization</i>
Sifon	: Praktek tradisional tentang sunat pada laki-laki di pulau Timor NTT
Siskes Plus	: Sistem Kesehatan Plus
SKIA	: Survei Kesehatan Ibu dan Anak
SKTM	: Surat Keterangan Tidak Mampu
SPH	: <i>Sector Program Health</i>
SDKI	: Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia
Susenas	: Survei Sosial Ekonomi Nasional
Tamang	: Istilah khusus lokal untuk dukun di NTT
Tropmed	: <i>Tropical Medicine</i>
TKI	: Tenaga Kerja Indonesia
TT	: <i>Tetanus Toxoid</i>
TTS	: Timor Tengah Selatan

TTU : Timor Tengah Utara
UI : Universitas Indonesia
UNFPA : *United Nation for Population Fund*
VCT : *Voluntary Counseling and Testing* = Konseling dan Testing Sukarela untuk HIV
WFP : *World Food Program*
WHO : *World Health Organization* = Badan Kesehatan Dunia

BAB 1

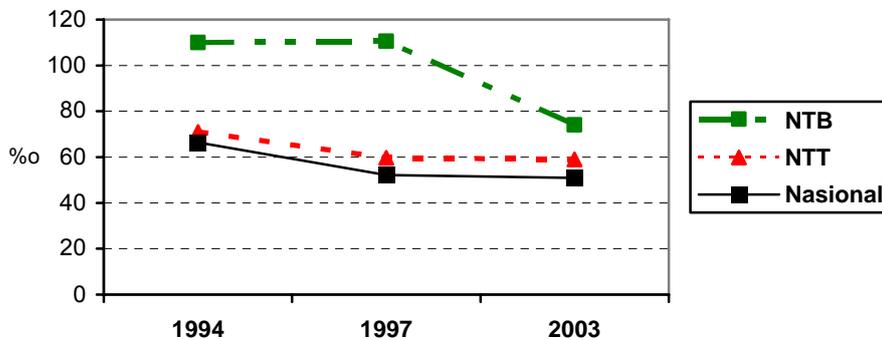
PENDAHULUAN

1.1. LATAR BELAKANG

Selama lebih dari lima belas tahun, ditengarai tingkat kematian anak balita di Indonesia menurun sebesar 42%, tingkat kematian bayi 31%, dan tingkat kematian pascaneonatal 50% (Depkes, WHO dan BPS, 2005). Di balik kemajuan tersebut, ternyata Indonesia masih memiliki masalah tertingginya angka kematian bayi dan kematian ibu di wilayah ASEAN.

Sebagaimana dilaporkan oleh Depkes, WHO dan BPS (2005) tersebut, harapan hidup ketika lahir di Indonesia mencapai umur 68,1 tahun untuk perempuan dan 64,2 tahun untuk laki-laki di Indonesia. Di antara angka berbagai provinsi, terlihat bahwa Nusa Tenggara Barat (NTB) ada di urutan terendah yaitu 59,3 tahun, sementara di Nusa Tenggara Timur (NTT) rata-rata 63,8 tahun. Telaah terhadap angka yang disajikan tiga laporan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) menunjukkan bahwa keadaan kesehatan masyarakat, misalnya melalui angka kematian bayi (kematian bayi pada 1000 kelahiran hidup), tidak berubah banyak dalam satu dekade terakhir. Tentu hal ini merupakan tantangan berat.

Grafik 1. Kecenderungan angka kematian bayi pada periode tahun 1994-2003 di NTB dan NTT, dibandingkan dengan angka Indonesia



Sumber: SDKI, 1994, 1997, 2003.

Dalam hal indikator pelayanan kesehatan, Departemen Kesehatan, WHO dan BPS (2005) mengurutkan Provinsi NTB dan NTT sebagai yang rendah persentasenya dalam persalinan ditolong tenaga kesehatan di mana cakupannya sebesar 45,3% dan 34,4%. Kelengkapan imunisasi pada anak umur 1 sampai 4 tahun cakupannya juga rendah hanya sebesar 22,0% di NTB dan 39,7% di NTT. Terdapat bukti lain pula yang memperlihatkan bahwa di dua provinsi tersebut, pengeluaran untuk kesehatan terutama dalam menghadapi masalah penyakit katastrofik telah mendorong rumah tangga jatuh di bawah garis kemiskinan, sebagaimana diukur melalui pembayaran *out-of-pocket*. Persen rumah tangga yang miskin dengan keadaan tersebut di NTB sebesar 2,5 dan di NTT sebesar 3,0, dan ini menempatkan kedua provinsi kembali pada kelompok rawan dibandingkan provinsi lain di Indonesia.

Berdasarkan teori Blum (1974), status kesehatan di masyarakat tergantung dari empat faktor utama dan saling tergantung, yaitu lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan dan genetik. Meningkatkan kinerja sistem kesehatan memerlukan berbagai faktor tersebut diatasi seperti juga perilaku yang berkaitan dengan pencegahan dan pengobatan, serta pelayanannya oleh pihak penyelenggara program kesehatan. Pelayanan kesehatan merupakan salah satu faktor kritis yang diharapkan menghasilkan keluaran dan dampak yang berarti, terutama jika akses dan kualitas pelayanan kesehatan ditingkatkan.

Sebuah program bernama Dukungan Sektor Kesehatan (*Health Sector Support Program (HSS)*) telah diperkenalkan di Provinsi NTB dan NTT guna memperkuat pengembangan sistem kesehatan. Program ini dirancang untuk dilaksanakan dengan pendekatan di berbagai tingkatan, berbagai intervensi, yang memadukan tiga proyek yaitu penguatan sistem kesehatan kabupaten (*Strengthening District Health Systems* atau **Siskes Plus**), pengembangan sumber daya manusia (*Human Resources Development* atau **HRD**), dan sektor program kesehatan (*Sector Program Health* atau **SPH**). Ketiga proyek ini berfokus pada kelompok miskin, perempuan dan anak-anak, melalui peningkatan pelayanan kesehatan yang berkualitas.

Program HSS diselenggarakan di bawah Departemen Kesehatan, melalui Dinas Kesehatan di tingkat provinsi dan kabupaten, di NTT dan NTB, dengan dukungan dana dari pemerintah Jerman (*German Ministry of Economic Co-operation dan Development* atau **BMZ**) dan dari *the British Department for International Development* atau DfID. Program HSS menekankan pada pengorganisasian pelayanan dan kualitas serta perilaku dan gaya hidup sehat. Hipotesis yang diuji pada intervensi program ini adalah kesintasan ibu dan anak akan meningkat apabila mereka didukung oleh keluarga dan masyarakat yang menerapkan perilaku dan gaya hidup sehat, hidup di lingkungan yang sehat, serta menerima pelayanan kesehatan yang bermutu.

Khusus dalam hal pengelolaan proyek yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan ibu dan anak, kabupaten-kabupaten di NTB dan NTT dapat dibagi menjadi lima klaster, yaitu klaster 1 dan 4 yang didukung oleh GTZ, klaster 2 dan 3 didukung oleh AusAID, serta klaster 5 yang didukung oleh Unicef.

Untuk mengukur bagaimana efisiensi dan efektivitas intervensi program HSS ini, sebelumnya perlu dilakukan sebuah studi tingkat rumah tangga di masyarakat yang akan menyediakan data dasar. Sebagai tambahan, para pengelola program kesehatan lokal juga memerlukan informasi yang dapat mengenali hambatan setempat, serta untuk memantau efektivitas usaha yang telah dijalankan, guna meningkatkan dan memperbaiki perilaku dan praktek masyarakat hidup sehat.

1.2. TUJUAN STUDI

1.2.1. Tujuan umum

Secara umum studi dasar ini akan mengenali dan mendapatkan informasi di tingkat masyarakat yang akan menjadi acuan proyek untuk program Siskes Plus, HRD, dan SPH di Provinsi NTT dan NTB.

1.2.2 Tujuan khusus

Secara khusus, tujuan studi dasar ini adalah:

1. Mendapatkan gambaran perilaku pencarian perawatan atau pengobatan (mengenali masalah, tindakan pencarian perawatan/pengobatan), kepuasan, serta persepsi terhadap kualitas pelayanan kesehatan reproduksi dan upaya kehamilan agar aman (*Making Pregnancy Safer*), termasuk pula keluarga berencana secara umum, maupun secara khusus di kelompok rumah tangga urban miskin dan tak miskin serta rural miskin.
2. Melakukan pengukuran status gizi anak balita dengan mengetahui berat dan tinggi atau panjang badan anak.
3. Mengetahui kepuasan terhadap pelayanan kesehatan kesehatan reproduksi dan kehamilan yang aman, di antara para pemangku kepentingan, termasuk para Bupati, anggota DPRD, Dinkes Kabupaten, serta para informan kunci lain.

Dua tujuan tambahan patut disampaikan pula yaitu:

4. Menerapkan metodologi yang layak bersama dengan institusi penelitian setempat yang kelak akan melakukan survey yang sama guna memantau dan menilai program di masa mendatang.
5. Melengkapi data tentang pelayanan kesehatan berdasarkan data rutin dan hasil beberapa survei, guna mendapatkan gambaran yang paripurna di dua provinsi tersebut.

Dua tujuan terakhir ini mencerminkan keinginan kuat akan diperolehnya gambaran kondisi kesehatan dan sistemnya di NTB dan NTT secara menyeluruh, guna memantau dan mengevaluasi program-program mereka.

1.3. METODOLOGI

1.3.1 Rancangan studi

Studi dirancang menerapkan survei kuantitatif dan pendekatan kualitatif yang memakai metode wawancara mendalam dan diskusi kelompok terarah. Pada pelaksanaannya, daerah studi dicakup dalam dua periode, yaitu periode pertama pada bulan Januari 2007 pada seluruh kabupaten di NTB dan 13 kabupaten di NTT, dan periode kedua pada bulan Juni 2007 yang mencakup 3 kabupaten lain di pulau Sumba dan Alor NTT. Dengan demikian seluruh kabupaten dan kota di kedua provinsi telah dicakup dalam studi ini. Klaster area didasarkan pada penerapan proyek (GTZ, AusAids, dan Unicef) seperti tersaji pada tabel 1.1.

1.3.2. Populasi dan sampel

Studi kuantitatif

Survei dasar dengan pendekatan potong lintang dilakukan mengambil sampel untuk mewakili tiap kabupaten maupun kelompok daerah (klaster) dari proyek, sehingga proyek nantinya dapat melakukan pemantauan dan mengevaluasi intervensi.

Untuk kepentingan survei, ditetapkan dua macam populasi yaitu:

1. Rumah tangga dengan perempuan usia reproduktif (15-49 tahun) yang memiliki anak balita (berumur di bawah 5 tahun) pada saat survei
2. Rumah tangga dengan perempuan usia reproduktif (15-49 tahun) yang pernah hamil namun di saat survei tidak memiliki anak balita.

Besar sampel dihitung untuk menjawab tujuan survei, yaitu mengestimasi satu proporsi di tingkat kabupaten, selain juga melakukan uji hipotesis antara proporsi sebelum dan sesudah intervensi proyek. Asumsi statistik yang digunakan adalah tingkat kepercayaan 95%, proporsi kejadian tidak diketahui sehingga diperkirakan proporsinya 50%, tingkat presisi 10%, efek disain 2, dan adanya perbedaan 10% yang dapat dideteksi oleh studi dengan kekuatan 80%. Agar kita dapat mengenali perbedaan karena program tersebut, maka besar sampel minimal adalah 1565 di tiap klaster, dan guna melakukan estimasi satu proporsi di tiap kabupaten dibutuhkan minimal 194.

Pada studi periode kedua diperoleh informasi bahwa Kabupaten Sumba Barat baru saja membagi diri menjadi Kabupaten Sumba Barat, Sumba Barat Daya, dan Sumba Tengah. Dengan keterbatasan sumber daya penelitian, guna mewakili kabupaten yang baru maka ditetapkan besar sampel minimal per kabupaten baru tersebut sebesar 136, yang dihitung dengan asumsi tingkat kepercayaan yang lebih rendah yaitu 90%, sedangkan asumsi statistik yang lainnya sama.

Dalam kenyataannya, besar sampel yang didapat melebihi besar minimal tersebut, sehingga hasil studi dapat diinferensikan sesuai maksud di atas. Secara keseluruhan, rumah tangga yang dikunjungi di NTB sebesar 3547, dan di NTT sejumlah 3736 pada periode pertama, dan 870 pada periode kedua. Total keseluruhan rumahtangga yang dikunjungi di kedua provinsi sebesar 8153 (tabel 1.1).

Pemilihan sampel mengikuti rancangan dengan beberapa tahapan berikut:

1. Di tiap kabupaten/kota, dilakukan stratifikasi dari kecamatan yang ada menjadi kelompok miskin dan non-miskin, berdasarkan data dari Peta Kemiskinan di Indonesia (SMERU-Ford Foundation, 2000).
2. Di tiap stratum kecamatan tersebut, dilakukan pemilihan 2 kecamatan secara acak proporsional (*probability proportionate to size method* atau PPS) berdasarkan besar populasi dari kelompok yang dicatat di tiap tahapan.
3. Dengan pertimbangan bahwa sistem rujukan dipengaruhi oleh jarak geografis antara desa dengan puskesmas yang ada di kecamatan, maka desa-desa di tiap kecamatan terpilih distratifikasi menjadi 4, yaitu sangat jauh, jauh, dekat dan sangat dekat. Penstratifikasian dilakukan berdasarkan kesepakatan dengan pemangku kepentingan setempat. Di tiap stratum desa tersebut, dipilih satu desa secara acak sederhana.
4. Dibuat daftar Rukun Tetangga (RT) di tiap desa terpilih, dilengkapi dengan besar populasi desa, didasarkan informasi dari kantor kepala desa. Selanjutnya 2 (dua) Rukun Tetangga dipilih secara acak sederhana.
5. Di tiap Rukun Tetangga terpilih, dilakukan sensus rumah tangga, dengan mengenali juga rumah tangga yang memiliki balita dan tanpa balita. Daftar rumah tangga yang memiliki balita akan dijadikan populasi pertama, dan dari daftar rumah tangga tanpa balita akan dibangun populasi kedua. Dari daftar kerangka sampel populasi pertama dan kedua, masing-masing ditarik sampel masing-masing, dengan besar sampel yang ditentukan (lihat tabel 1.1).

6. Pada rumah tangga terpilih, responden utama adalah perempuan yang memenuhi kriteria sesuai batasan populasi. Pada populasi pertama, anak balita termuda akan diukur tinggi dan berat badannya.

Khusus di daerah Kabupaten Sumba Barat, menimbang keterbatasan sumber daya penelitian, maka prosedur sampling yang diterapkan sedikit berbeda, yaitu hanya diambil dua kecamatan di tiap kabupaten yang baru (Sumba Barat, Sumba Barat Daya dan Sumba Tengah), masing-masing satu dari kecamatan kategori miskin dan satu dari kecamatan kategori non-miskin.

Pendekatan kualitatif

Pendekatan kualitatif menggunakan metode pengumpulan data melalui wawancara mendalam dan diskusi kelompok terarah. Informan dipilih dari komunitas yaitu kelompok ibu dan kelompok bapak yang memiliki anak balita. Tiap kelompok terdiri dari 8 peserta diskusi. Pada periode pertama, secara keseluruhan ada 32 diskusi kelompok terarah yang diselenggarakan di 4 kabupaten yang mencerminkan desa dengan kelompok rumah tangga miskin dan non-miskin. Pada periode kedua, diselenggarakan 12 diskusi kelompok terarah, dan juga 15 wawancara mendalam kepada pemangku kepentingan.

Pemangku kepentingan di tingkat kabupaten atau kota yang diwawancarai yaitu Bupati atau Walikota, anggota DPRD, Kepala Kantor Keluarga Berencana, dan Kepala Dinas Kesehatan, serta pengurus Lembaga Swadaya Masyarakat. Wawancara mendalam ini dirancang untuk mendapatkan pandangan mereka tentang kondisi menyangkut infrastruktur, sumber daya manusia, serta alokasi anggaran, di setiap kabupaten/kota. Pada periode pertama, terdapat 102 informan yang diwawancarai, dengan proporsi perempuan sekitar 30%. Ini mencerminkan banyaknya posisi struktural di institusi atau kantor yang masih didominasi laki-laki. Pada periode kedua, dari 15 informan yang diwawancarai, terdapat seperlima yang perempuan.

1.3.3. Pengumpulan data, proses, dan analisis

Survei di tingkat rumah tangga dilaksanakan oleh peneliti dari UI bersama dengan peneliti dari institusi penelitian setempat, sebagai bentuk kemitraan untuk menguatkan kapasitas. Peneliti pada survei diorganisasikan secara hierarki mulai dari tingkat pulau, yaitu ditunjuknya Koordinator Lapangan tingkat Pulau (*Island Field Coordinators* atau IFC) dan Mitra Lokal tingkat Pulau (*Island Local Counterparts* atau ILC) yang akan menyelia Koordinator Lapangan tingkat Kabupaten (*District Field Coordinator* atau DFC). Enumerator (termasuk petugas *data entry*) di tiap kabupaten dipilih melalui cara tes tertulis dan wawancara. Kebanyakan enumerator berlatar belakang kesehatan dan sosiologi. Pada periode pertama, terdapat 246 enumerator dan petugas *data-entry*. Enumerator laki-laki lebih sedikit jumlahnya dari yang perempuan, dengan rasio sekitar 45%. Pada periode kedua, terdapat 27 enumerator, dengan proporsi perempuan hampir separuhnya.

Pelatihan terhadap seluruh petugas lapangan diselenggarakan secara simultan di empat pulau (Mataram di pulau Lombok, Bima di pulau Sumbawa, Maumere di pulau Flores, dan Kupang di pulau Timor Barat). Untuk periode kedua, pelatihan diselenggarakan di Waingapu dan Waikabubak di pulau Sumba, serta Kalabahi di pulau Alor. Setelah pelatihan, dilakukan segera proses pengumpulan data. Diterapkan prosedur penyelenggaraan dan pelaksanaan studi dengan hati-hati sesuai dengan panduan. Data yang telah dikumpulkan diedit oleh masing-masing enumerator, diikuti dengan pemeriksaan atau edit silang dengan enumerator lain (*cross-checking*), kemudian editing oleh Koordinator Lapangan Kabupaten dan Mitra Lokalnya, serta sampai ke petugas data-

entry. Koordinator Lapangan Kabupaten melakukan kunjungan dan wawancara ulang ke responden yang dipilih sekitar 5% jumlah kuesioner yang telah diisi lengkap (disebut sebagai *spot check*). Supervisi dilakukan oleh Koordinator Lapangan Pulau dan Mitra Lokal Pulau ke setiap kabupaten/kota guna memantau dan meyakinkan bahwa proses pengumpulan data mengikuti panduan untuk menjaga mutu data yang diperoleh.

Pengumpulan data memakai metode wawancara kepada ibu rumah tangga terpilih yang memenuhi kriteria, dengan menggunakan kuesioner terstruktur, dan juga mengukur anak balita termuda pada sampel dari populasi pertama, dengan menimbang dan mengukur tinggi badannya. Pengukuran antropometri ini menggunakan timbangan Seca dan pengukur tinggi *microtois* atau papan pengukur panjang bayi, disertai observasi terhadap keadaan lingkungan rumah tangga yang dikunjungi. Waktu yang diperlukan untuk berkunjung ke tiap rumah tangga rata-rata 1 jam dan 15 menit.

Tabel 1.1 . Besar sampel yang direncanakan dan yang diambil di tiap kabupaten/kota

Kabupaten/Kota	Besar sampel direncanakan		Besar sampel diambil		% non-Respon pengukuran antropometri balita
	Rumah-tangga dg balita	Rumah-tangga tanpa balita	Rumah-tangga dg balita	Rumah-tangga tanpa balita	
NTB					
1. Kota Mataram	320	32	315	32	0.0
2. Lombok Barat	320	32	319	33	0.0
3. Sumbawa Barat	320	32	319	33	0.0
4. Sumbawa	320	32	320	32	0.3
5. Kota Bima	320	32	320	32	0.6
<i>Klaster 1 total</i>			1593	162	0.2
6. Lombok Timur	416	32	417	31	0.0
7. Lombok Tengah	416	32	427	21	1.2
8. Dompu	416	32	417	31	1.0
9. Kabupaten Bima	416	32	414	34	0.0
<i>Klaster 2 total</i>			1675	117	0.5
NTT					
1. Manggarai Barat	256	32	257	31	0.0
2. Manggarai	256	32	257	32	0.0
3. Ngada	256	32	256	32	0.4
4. Ende	256	32	265	31	0.4
5. Sikka	256	32	265	31	0.4
6. Flores Timur	256	32	256	32	0.0
7. Lembata	256	32	257	31	1.2
<i>Klaster 3 total</i>			1813	220	0.3
8. Kota Kupang	256	32	257	31	0.4
9. Kabupaten Kupang	256	32	244	32	0.0
10. Timor Tengah Selatan	256	32	246	30	0.8
11. Timor Tengah Utara	256	32	256	31	0.4
12. Belu	256	32	255	33	0.4
13. Rote Ndao	256	32	259	29	1.2
<i>Klaster 4 total</i>			1517	186	0.5
14. Sumba Barat	128	16	128	16	0.0
15. Sumba Barat Daya	128	16	128	16	0.0
16. Sumba Tengah	128	16	128	16	0.0
17. Sumba Timur	192	16	192	16	0.0
18. Alor	192	32	198	32	0.0
<i>Klaster 5 total</i>			774	96	0.0

Studi kualitatif dilakukan seluruhnya oleh peneliti UI. Metode yang diterapkan adalah wawancara mendalam terhadap pemangku kepentingan sesuai kesediaan waktu mereka. Informan yang terdiri dari Bupati, anggota DPRD, Kadinkes kabupaten/kota, Ka BKKBN, Tokoh Agama, Pengurus LSM, diwawancarai dengan topik pengambilan keputusan dan kebijakan dalam kesehatan ibu dan anak. Pada periode pertama, juga dilakukan diskusi kelompok terarah di tiga pulau sesuai dengan rencana. Analisis dilakukan dengan mengikuti isi transkripsi, di mana transkripsi dari masing-masing hasil eksplorasi dituangkan lebih lanjut menjadi matriks.

Prosedur pada tahap pertama adalah, di tiap kabupaten/kota, petugas *data entry* telah dipilih untuk ditugaskan di lapangan. Segera setelah kuesioner diedit oleh Koordinator Lapangan Kabupaten dan mitranya, data *dientry*, diikuti dengan pembersihan awal. Data yang telah dibentuk ke dalam berkas lunak (*soft file*) dibersihkan lebih lanjut oleh para petugas manajemen data di UI. Sedangkan pada tahap kedua, *entry* data dilakukan seluruhnya di UI. Oleh karena itu tahapan *cross-checking*, *editing* serta *cleaning* data di lapangan lebih diperketat untuk meminimalisir kesalahan data. Setelah data dimasukkan ke dalam komputer, dihasilkan sebaran frekuensi, serta tabulasi menurut kabupaten/kota, klaster daerah studi, dan provinsi. Beberapa variabel juga dilihat diferensiasinya menurut tingkat sosial ekonomi rumah tangga. Karena pengambilan sampel memakai cara bertahap, maka analisis data dilakukan dengan pembobotan, di mana bobot dihitung sebagai perkalian dari inversi fraksi sampel di tiap tahapan (yaitu besar populasi dibagi besar sampel di tiap tahap).

Kualitas pengumpulan data memerlukan pengelolaan lapangan yang teliti. Salah satu cara memeriksa apakah kualitas tersebut baik adalah dengan melihat berapa proporsi responden yang tidak dapat diwawancarai (*non-response rate*), karena responden tidak di rumah, menolak untuk berpartisipasi pada survei ini, atau menolak menjawab beberapa pertanyaan. Telaah terhadap non-respons ini memperlihatkan bahwa alasan klasik ditemui misalnya waktu wawancara yang kurang tepat untuk responden. Terdapat persen non-respon berkisar 0,3% sampai 4,7% di tiap kabupaten/kota, dan ini masih di bawah titik kritis 10%. Namun demikian, informasi tentang tingkat putus wawancara sebesar 5% dapat dijadikan pelajaran untuk menghitung besar sampel studi di masa mendatang. Secara keseluruhan, bias seleksi tampaknya rendah. Penolakan anak balita diukur antropometri berkisar antara 0 sampai 1,4%, dan biasanya karena anak kurang kooperatif.

Pada data rumah tangga yang terkumpul, dari tiap variabel terlihat adanya nilai hilang dengan proporsi kurang dari 2% (sangat kecil), kecuali ada satu variabel dengan nilai hilang cukup tinggi yaitu 13% yang menanyakan tentang bayi diletakkan di dada ibu segera setelah lahir, kemungkinan berhubungan dengan sulitnya mengingat dengan tepat. Namun secara keseluruhan, kualitas data cukup adekuat untuk dilakukannya analisis.

Hasil studi disajikan mulai dari variabel latar belakang responden, anak, dan rumah tangga, yang merupakan dasar untuk menggeneralisasikan hasil. Kemudian ditampilkan secara rinci hal-hal berkaitan dengan kesehatan ibu dan anak mencakup juga perilaku pencarian perawatan/pengobatan, diikuti dengan kesimpulan. Di tiap bab, hasil survei ditampilkan dalam bentuk grafik, ditunjang oleh kutipan penting hasil wawancara mendalam ataupun diskusi kelompok terarah. Diferensiasi hasil berdasarkan klaster proyek, provinsi dan kabupaten.

1.4. KETERBATASAN STUDI

Upaya untuk mereduksi kesalahan karena sampling maupun non-sampling telah dilakukan. Studi di seluruh kabupaten di NTB dilaksanakan pada periode pertama yaitu musim hujan. Namun di NTT dilakukan pengumpulan data dalam dua periode waktu yang berbeda, yaitu untuk pulau Flores dan Timor di bulan Januari yaitu musim hujan, dan untuk pulau Sumba dan Alor di bulan Juni yaitu musim kering. Dengan demikian interpretasi terhadap prevalensi beberapa penyakit terkait musim, misalnya diare, patut mempertimbangkan waktu pengumpulan data ini.

Khusus untuk kabupaten-kabupaten di pulau Sumba, sampel yang dimaksudkan untuk mewakili tiap kabupaten baru perlu dicermati dengan hati-hati karena lebih rendahnya tingkat kepercayaan dan sedikit berbedanya prosedur sampling yang ditetapkan. Dari hasil yang ada pada tabel, tampak hasil lebih konsisten pada tingkatan kabupaten Sumba Barat yang lama karena besarnya sample yang mencukupi serta prosedur sampling yang sama dengan yang diterapkan di tempat lain. Namun demikian bila kabupaten baru ingin memakai angka hasil survei, perlu mendasarkan pada selang kepercayaan dari angka dimaksud.

Keterbatasan studi lainnya adalah pada cara pengumpulan data dengan wawancara, yang berarti kesukarelaan melaporkan keadaan atau kondisinya. Namun demikian, Buku KIA yang menjadi sumber informasi beberapa variabel kesehatan ibu dan anak, telah dimiliki oleh mayoritas responden. Pada sebagian kecil ibu yang belum memiliki buku KIA, maka data dicatat berdasarkan pengakuan ibu.

Cara pengukuran variabel yang dipakai banyak mengadaptasi dari instrumen survei-survei besar, misalnya Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2003, Survei Pelayanan Dasar bagi Masyarakat (*Basic Human Services* atau *BHS*) 2005. Metodologi, terutama pengambilan sampel, mengikuti metode pada studi BHS 2005, dan dapat ditunjukkan bahwa pelaksanaannya memang efisien. Validitas studi ditandai juga dengan mendekatinya hasil studi ini dengan hasil berbagai studi lain.

Pada awalnya studi merencanakan enumerator perempuan saja yang akan bertugas. Namun ternyata laki-laki juga mengambil peran, dan mereka dapat menunjukkan kinerja yang baik pula. Dilaporkan tidak ada keluhan atau penolakan dari responden, maupun dari koordinator lapangan, dalam kerja mereka.

1.5. KEMITRAAN DENGAN INSTITUSI PENELITIAN SETEMPAT

Guna memperkuat kapasitas institusi penelitian setempat, telah dilakukan kerjasama dengan Lembaga Penelitian di Universitas Mataram dan juga institusi CEDES, keduanya di NTB, serta Lembaga Penelitian Universitas Nusa Cendana dan Universitas Nusa Nipa di NTT. Para peneliti dari institusi tersebut telah terlibat sejak awal, dengan berpartisipasi sebagai mitra lokal tingkat pulau (ILC), maupun sebagai koordinator lapangan kabupaten (DFC). Keterlibatan mereka dalam pengembangan instrumen, rancangan, serta kontribusi fisik dengan berpartisipasi dalam pengumpulan data, merupakan hal berharga yang diharapkan akan memperkuat kemitraan antar institusi penelitian. Adanya dokumen kesepakatan merupakan bukti keinginan kuat institusi tersebut untuk bekerjasama, dalam rangka meningkatkan iklim penelitian terutama di daerah masing-masing.

Para mitra lokal juga menyampaikan beberapa hal yang dapat dipelajari dari metodologi studi ini yaitu:

1. Adanya organisasi penelitian yang hierarkis yang mencakup daerah studi yang luas lebih dari satu kabupaten
2. Proses rekrutmen dan seleksi enumerator menggunakan tes tertulis dan wawancara mencerminkan pula kinerja mereka di lapangan
3. Prosedur yang rinci yang ditekankan saat pelatihan dan ditulis dalam dokumen pedoman-pedoman untuk kerja di lapangan
4. Pengendalian mutu sistem manajemen data, yang kemudian juga memakai perangkat lunak bebas pakai (*public domain*) yaitu dengan Epi-info
5. Keterlibatan mitra lokal dalam pengembangan instrumen dan analisis data terutama di area pelayanan kesehatan ibu dan anak.

Para peneliti UI juga mencatat beberapa hal yang berguna untuk pelaksanaan studi di masa mendatang:

1. Tak ada perbedaan kemampuan kerja dan motivasi antara enumerator laki-laki dan perempuan, baik sebagai pewawancara maupun petugas data-entry. Namun demikian perlu ditekankan bahwa enumerator haruslah berumur muda dan sehat jasmani dan rohani, karena kerja di lapangan menuntut kegiatan fisik yang menantang dan penuh dinamika.
2. Waktu yang diperlukan untuk mengunjungi satu rumah tangga adalah sekitar 1 jam 15 menit, atau sekitar 4 rumah tangga per hari per enumerator. Ini sesuai dengan perkiraan awal studi ini.
3. Jumlah hari yang dipakai untuk pelaksanaan studi harus mempertimbangkan cuaca serta transpor, mengingat kesulitan keadaan geografis, serta juga moda angkutan darat dan laut yang kurang optimal. Dengan demikian pada anggaran keuangan patut diperhitungkan adanya dana cadangan. Musim kering atau panas kemungkinan lebih baik untuk pengumpulan data di lapangan.
4. Kemampuan enumerator dalam bahasa lokal dan memahami budaya lokal memang menguntungkan. Tetapi secara umum, responden memahami pertanyaan yang diajukan dalam bahasa Indonesia.
5. Pengukuran antropometri memerlukan peralatan yang terbakukan, misalnya timbangan badan Seca. Pada beberapa keadaan yang tidak memungkinkan untuk studi di masa mendatang, pemakaian timbangan jenis lain misalnya timbangan dacin (yang biasa dipakai di posyandu) kemungkinan dapat dipakai walaupun validitasnya berkurang, asalkan sebelum dipakai alat ditera terlebih dahulu, dan timbangan dari jenis yang sama semua.

Beberapa catatan tentang studi kualitatif juga diperoleh dari peneliti UI:

1. Diskusi kelompok terarah (*DKT atau Focus Group Discussion*) di tingkat masyarakat haruslah didahului dengan eksplorasi kecil tentang bagaimana kebiasaan mengumpulkan masyarakat untuk pertemuan, misalnya menyediakan perangkat "*sirih*" selama pertemuan, atau merencanakan waktu bertemu di sore atau malam hari.
2. Wawancara mendalam dengan pemangku kepentingan lokal terkadang berubah menjadi diskusi kelompok karena informan utama mengundang orang lain untuk bergabung (biasanya bawahan informan tersebut) yang dimaksud untuk mendukung informasi yang diberikan.

BAB 2

KARAKTERISTIK LATAR BELAKANG IBU, ANAK DAN RUMAH TANGGA

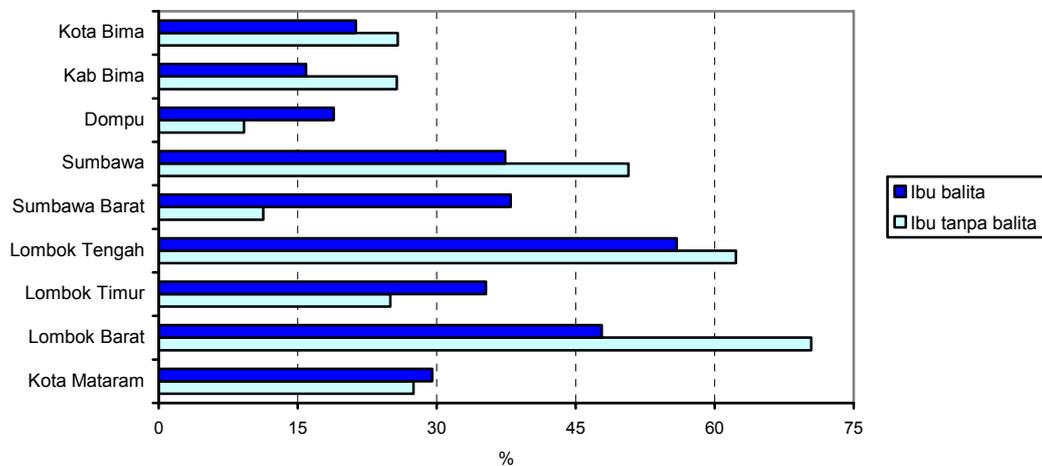
Hasil studi akan dapat digeneralisasikan ke populasi yang disurvei sesuai dengan karakteristik latar belakangnya. Bab ini menyajikan bagaimana gambaran latar belakang ibu yang terpilih di survei, disertai anak balita termuda yang diukur antropometrinya. Gambaran rumah tangga yang dikunjungi mencakup juga anggota rumah tangga, komposisi dan tingkat pendidikannya.

2.1. KARAKTERISTIK IBU SEBAGAI RESPONDEN

Pada studi ini, responden utama adalah ibu yang memiliki anak balita. Mereka berumur rata-rata antara 29 dan 30 tahun. Kelompok ibu tanpa balita ternyata lebih tua, rata-rata berumur 34 sampai 35 tahun (tabel 2.8 dan 2.10).

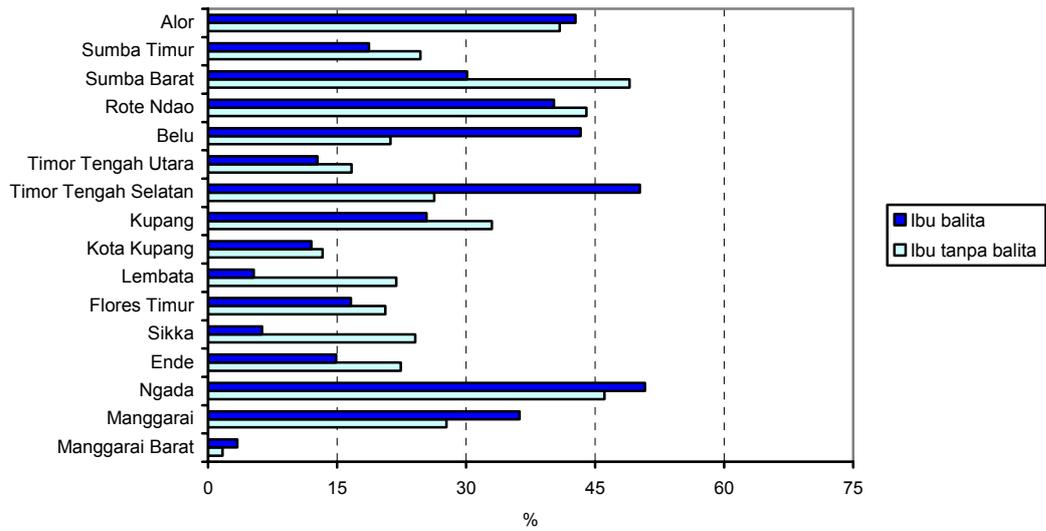
Dari antara ibu balita, 6% di NTT dan 1% di NTB ibu tak menikah. Mereka yang bekerja di luar rumah ada sekitar 38% di NTB dan 28% di NTT, sedangkan diantara ibu tanpa balita mereka yang bekerja ada 42% di NTB dan 26% di NTT. Hal di NTB kemungkinan berkaitan dengan penyediaan waktu untuk memelihara anak balita. Pada angka kabupaten, terlihat variasi tidak berpola, variasi di NTB lebih tinggi dari di NTT (tabel 2.8.a dan 2.8.b; tabel 2.10.a dan 2.10.b).

Grafik 2.1. Persen ibu dengan dan tanpa balita yang bekerja di NTB

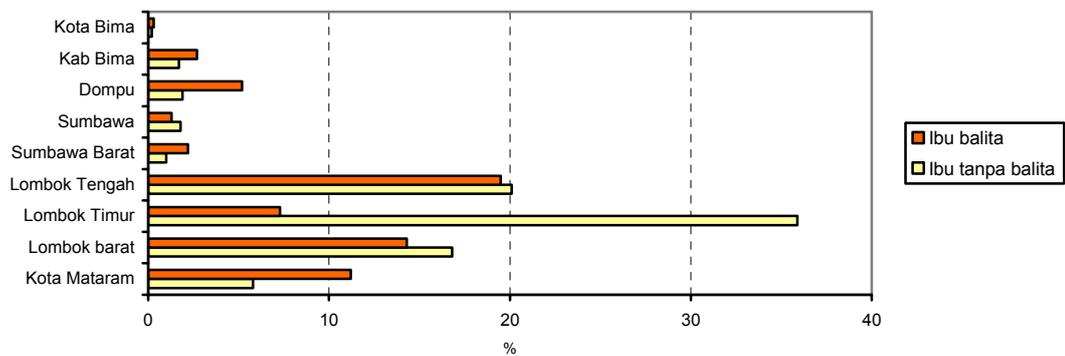


Tak banyak perbedaan jumlah ibu balita dan tanpa balita dalam tingkat pendidikan, di mana mayoritas ibu berpendidikan rendah (lebih rendah dari SMP/ SLTP) yaitu 68% ibu balita dan 78% ibu tanpa balita di NTB, serta separuh ibu di NTT. Kembali terlihat bahwa variasi angka kabupaten lebih terlihat di NTB daripada di NTT. Di Lombok Tengah dan Lombok Timur di NTB dan Sikka di NTT jelas memerlukan upaya pemberantasan buta huruf yang lebih, terutama bagi ibu yang berusia lebih tua. Kecenderungan umum memperlihatkan bahwa tingkat pendidikan membaik, dilihat dari rendahnya persen tingkat tidak sekolah dan buta huruf pada ibu balita yang lebih muda, dibandingkan dengan ibu tanpa balita yang lebih tua umurnya (tabel 2.8 dan 2.10).

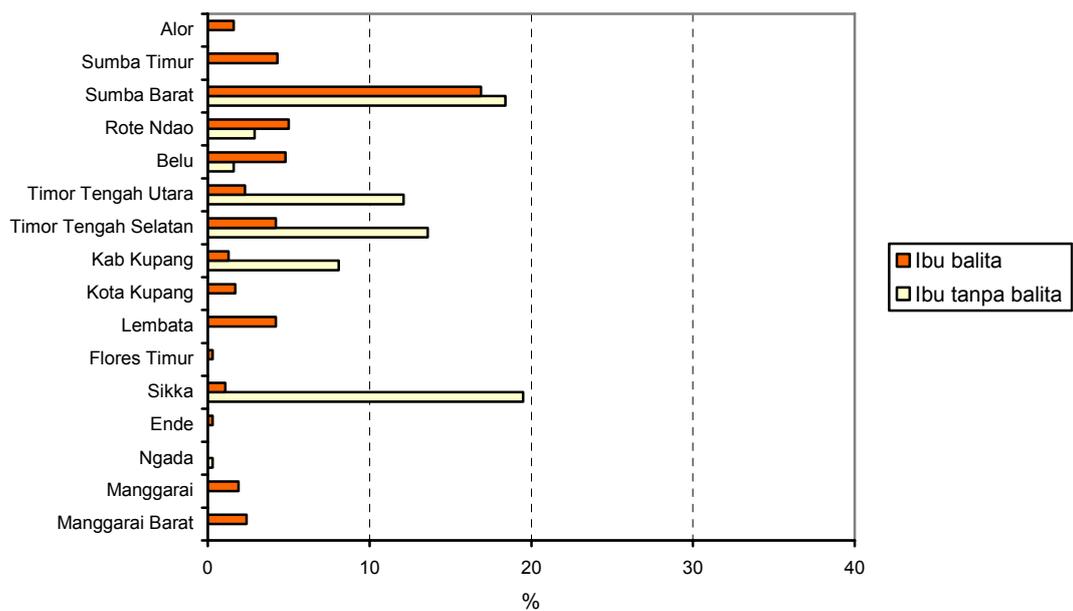
Grafik 2.2. Persen ibu dengan dan tanpa balita yang bekerja di NTT



Grafik 2.3. Persen tidak sekolah dan buta huruf pada ibu dengan dan tanpa balita di NTB



Grafik 2.4. Persen tidak sekolah dan buta huruf pada ibu dengan dan tanpa balita di NTT

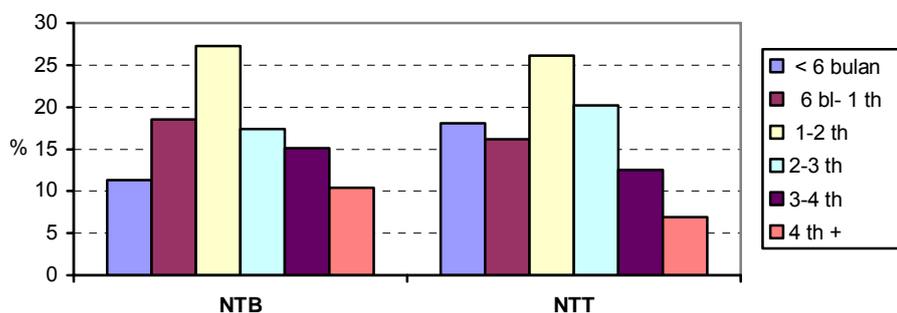


2.3. KARAKTERISTIK ANAK BALITA

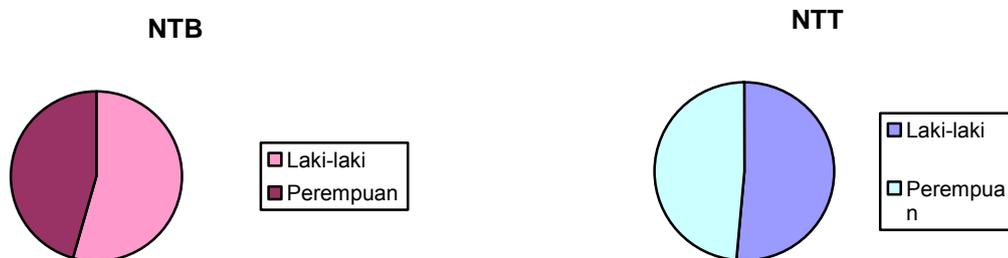
Anak berumur di bawah 5 tahun (balita) yang termuda yang dimiliki oleh ibu sebagai responden dimasukkan sebagai bagian sampel dari studi ini. Ternyata hanya 1,3% nilai hilang pada pengukuran anak balita ini (tabel 2.9) jauh dari titik kritis 10%. Jadi data anak balita memenuhi kecukupan untuk analisis.

Karakteristik anak balita tidak berbeda antar kabupaten, klaster ataupun provinsi. Umur rata-rata 24 bulan di NTB dan 21 bulan di NTT. Pada kedua provinsi, separuh anak balita berumur di bawah 3 tahun. Secara keseluruhan juga tidak ada perbedaan proporsi menurut jenis kelamin, di mana jumlah anak laki dan perempuan hampir sama.

Grafik 2.5. Sebaran anak balita menurut kelompok umur di NTB dan NTT



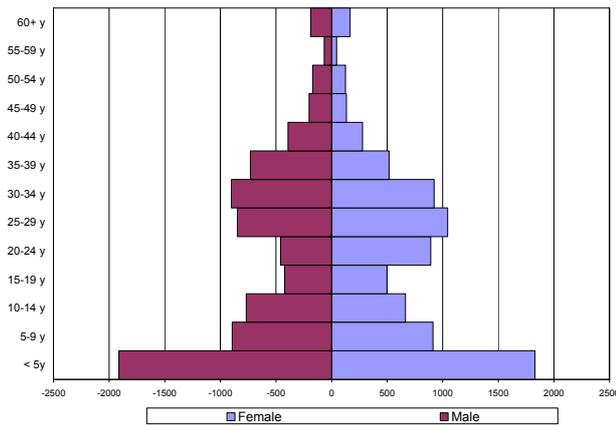
Grafik 2.6. Sebaran anak balita menurut jenis kelamin di NTB dan NTT



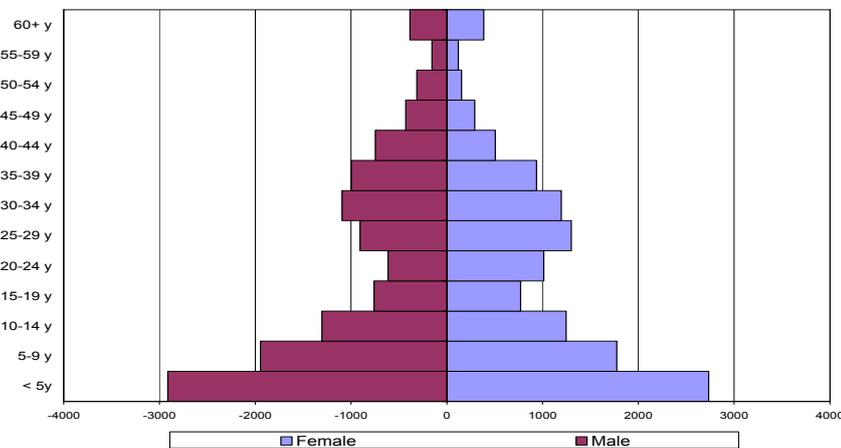
2.4. KARAKTERISTIK RUMAH TANGGA

Pola piramida penduduk dari anggota rumah tangga yang dipilih nampaknya hampir sama bentuknya untuk kedua provinsi. Populasi umur muda, terutama balita mencolok, dan ini dapat dimengerti karena batasan populasi studi utama adalah ibu balita. Rasio seks juga di sekitar satu, memperlihatkan hampir samanya jumlah penduduk laki-laki dan perempuan (tabel 2.1).

Grafik 2.7 . Sebaran anggota rumah tangga menurut umur dan jenis kelamin di NTB

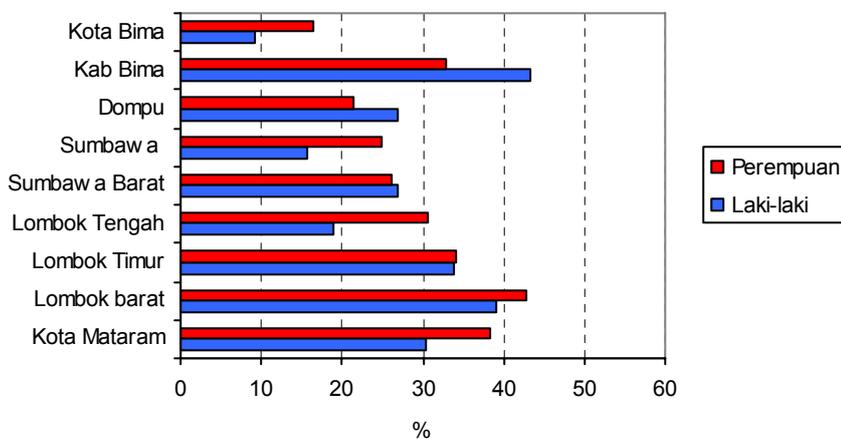


Grafik 2.8. Sebaran anggota rumah tangga menurut umur dan jenis kelamin di NTT



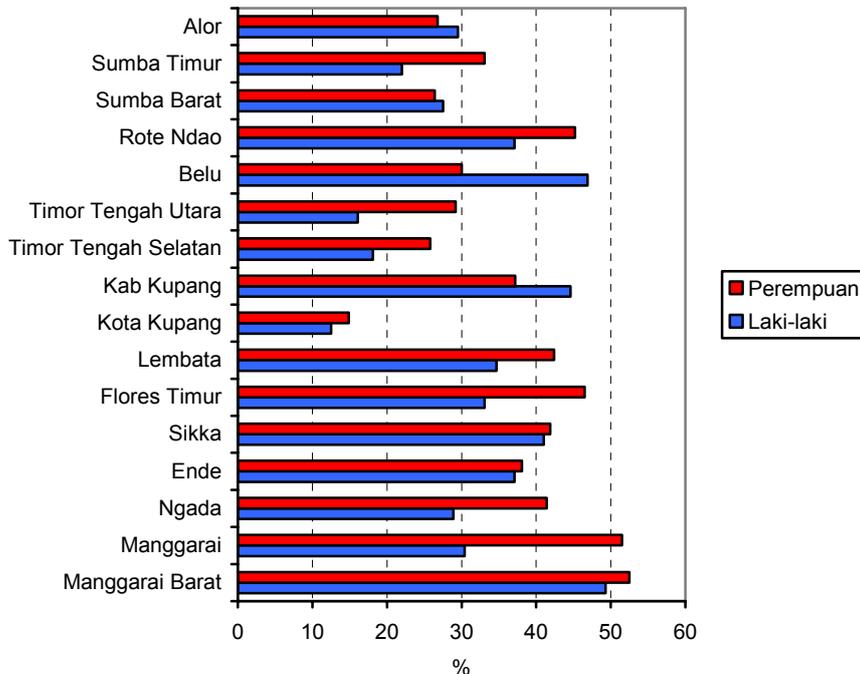
Tabel 2.3 memperlihatkan bahwa tingkat pendidikan di NTB memprihatinkan, yaitu 20% anggota rumah tangga berumur 10 tahun atau lebih tidak sekolah, serta sebagian besar dari mereka buta huruf. Perempuan lebih banyak yang kurang pendidikan daripada laki-laki, terutama di NTB.

Grafik 2.9. Putus sekolah di Sekolah Dasar di NTB



Hasil di atas serupa dengan temuan studi lain. Statistik Kesejahteraan (2004) melaporkan bahwa tingkat buta huruf di laki-laki memang lebih rendah daripada perempuan, baik di NTB maupun NTT. Juga NTB lebih memiliki penduduk yang buta huruf pada laki dan perempuan, 10% dan 14% dibandingkan 4% dan 5% di NTT. Jelas bahwa program untuk meningkatkan tingkat pendidikan terutama perempuan harus ditingkatkan.

Grafik 2.10. Putus sekolah di Sekolah Dasar di NTT

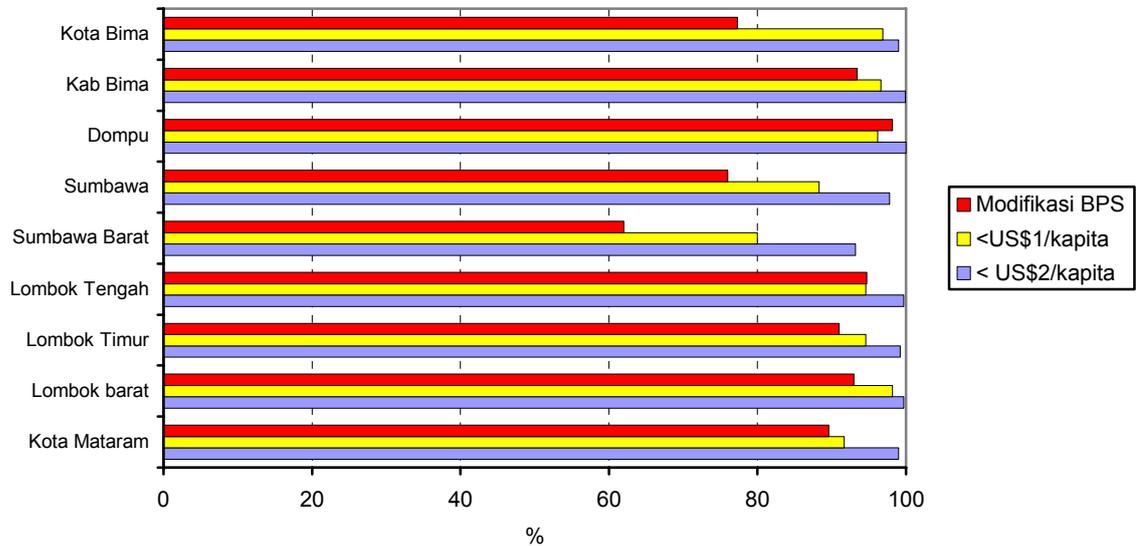


Berbicara mengenai gambaran kondisi ekonomi, survei memperlihatkan bahwa situasi di kedua provinsi sangatlah buruk. Memang separuh rumah tangga menyatakan memiliki rumah yang mereka huni, dan tiga perempat ada aliran listriknya, serta separuh sudah mempunyai televisi atau radio, namun rata-rata pengeluaran rumah tangga perbulan hanyalah 550 ribu rupiah di NTB dan 602 ribu rupiah di NTT, atau di bawah minimum upah regional bulanan yang sekitar 800 ribu rupiah. Lebih lanjut pengeluaran rumah tangga dilaporkan lebih rendah daripada pendapatannya, dan kemungkinan mereka berusaha agar dapat memproduksi hasil pertanian untuk digunakan oleh mereka sendiri (*subsistence*), di samping juga kemungkinan mereka dapat menabung sedikit. Berdasarkan data pengeluaran, tampak bahwa hampir semua rumah tangga di NTB dan NTT berada di bawah garis kemiskinan, baik menurut titik potong \$1 atau \$2 per kapita per hari (tabel 2.6).

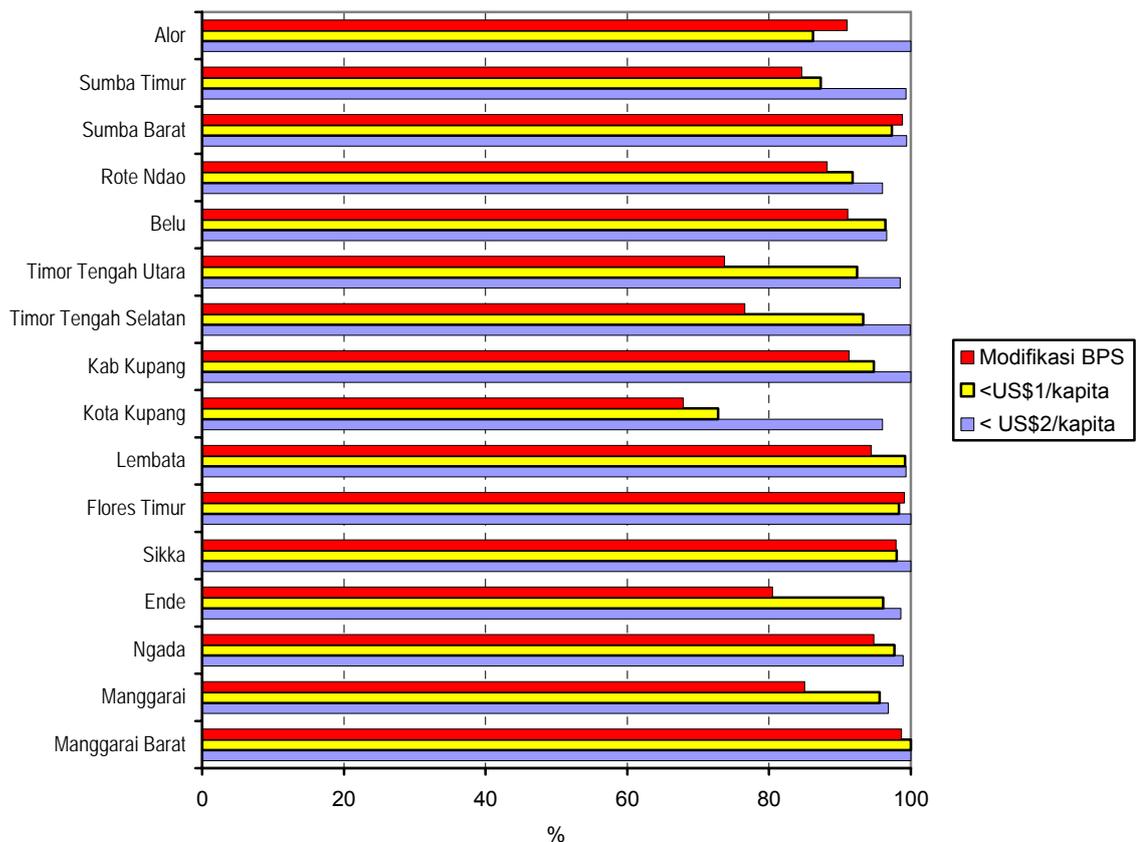
Berdasarkan model yang diajukan BPS, dilakukan modifikasi terhadap persamaan atas dasar variabel yang digunakan, selanjutnya disebut sebagai model modifikasi BPS. Skor dihitung berkisar antara 0 sampai 8, berdasarkan 6 variabel yaitu densitas (minimum 8 meter persegi per kepala), lantai bukan tanah, jamban (leher angsa) serta sumber air minum (PAM atau sumur atau mata air terlindung), kepemilikan barang dalam rumah tangga, serta pengeluaran bulanan lebih dari Rp.350.000. Kepemilikan barang dalam rumah tangga mencakup listrik, televisi, sepeda (atau ternak unggas < 5 ekor), sepeda motor (atau ternak sapi/kambing/kuda), mobil, perahu motor, di mana tiap-tiap barang diberi skor antara 3 sampai 7 sesuai dengan nilai kuantitatifnya, dan menjadikan skor

berjumlah 34, yang kemudian dibagi menjadi 4 kelompok bernilai 0, 1, 2, atau 3. Setelah skor dijumlah, tingkat ekonomi dikatakan miskin bila jumlah skor di bawah 6.

Grafik 2. 11. Persen rumah tangga miskin berdasarkan 3 model di NTB



Grafik 2. 12. Persen rumah tangga miskin berdasarkan 3 model di NTT



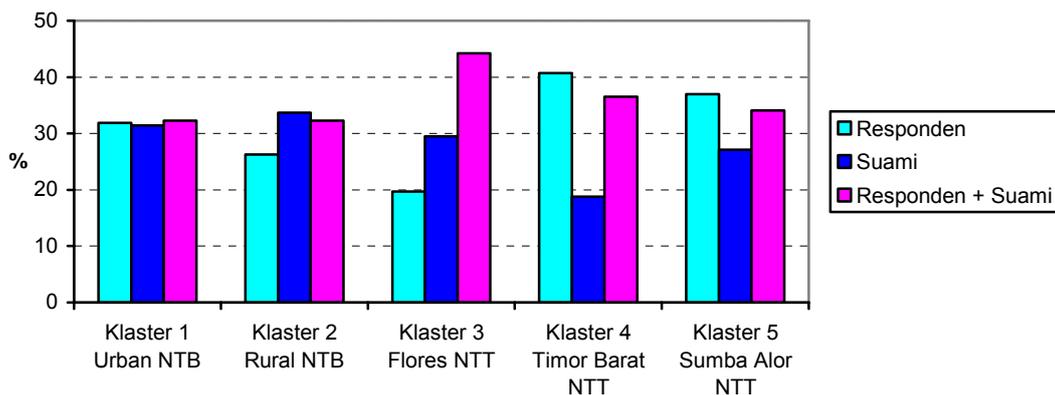
Dengan menggunakan model modifikasi BPS, dari rumah tangga yang disurvei, ditemukan 91% di NTB dan 84% di NTT dapat dikategorikan sebagai miskin. Temuan ini lebih tinggi daripada yang dilaporkan oleh BPS, misalnya di NTB ada 45% (2005) dan di NTT ada 28% (2004). Melihat angka-angka di kabupaten, tampak bahwa hasil

perhitungan dengan model modifikasi BPS menyajikan hasil yang hampir sama dengan model titik potong \$1 per kapita per hari, yang mengelompokkannya sebagai “sangat miskin”. Dapat dilihat bahwa klaster 2 (rural NTB) dan klaster 3 (Flores) memiliki rumah tangga yang relatif lebih miskin daripada klaster lain.

Deskripsi di atas mengindikasikan adanya kabupaten yang lebih baik sosial ekonominya daripada yang lain. Sumbawa Barat di NTB tampaknya menerima bantuan yang cukup berarti dari sebuah perusahaan swasta besar, demikian pula Kota Kupang, sebagai ibukota Provinsi NTT yang merupakan titik transit penting (tabel 2.6.a dan 2.6.b).

Dalam hal pengambilan keputusan di rumah tangga, responden di kedua provinsi mempunyai kekuatan yang sama dengan suami, terutama dalam hal mengatasi masalah sakit yang diderita anggota rumah tangga. Di luar isu kesehatan, hasil harus diartikan hati-hati, mengingat pendalaman pada diskusi kelompok terarah memperlihatkan bahwa suami berperan dalam diperbolehkannya ibu memakai kontrasepsi, namun pemilihan jenis kontrasepsinya diserahkan kepada ibu itu sendiri. Secara umum tidak tampak perbedaan pola pengambilan keputusan di rumah tangga antara berbagai kabupaten, klaster, maupun provinsi (tabel 2.7, 2.7.a dan 2.7.b).

Grafik 2.13. Sebaran (%) rumah tangga menurut pengambil keputusan pada tingkat Rumah tangga di tiap klaster NTB dan NTT



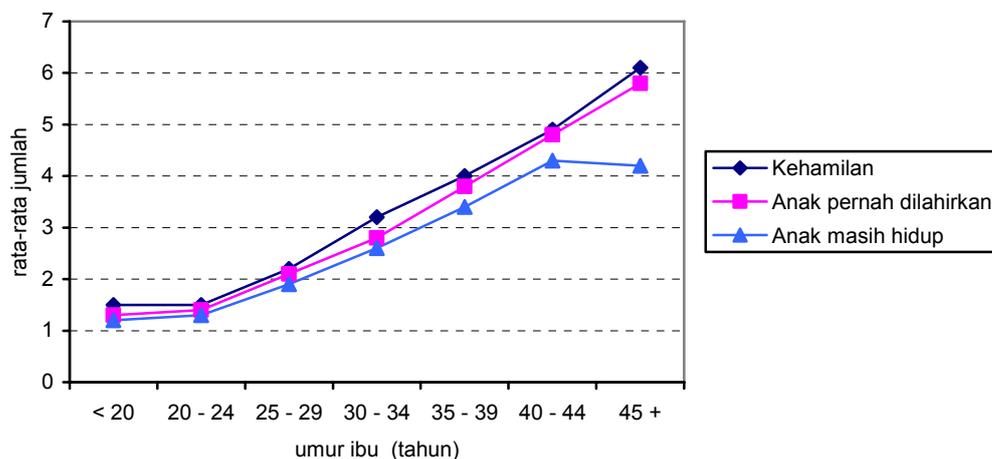
BAB 3

FERTILITAS DAN KELUARGA BERENCANA

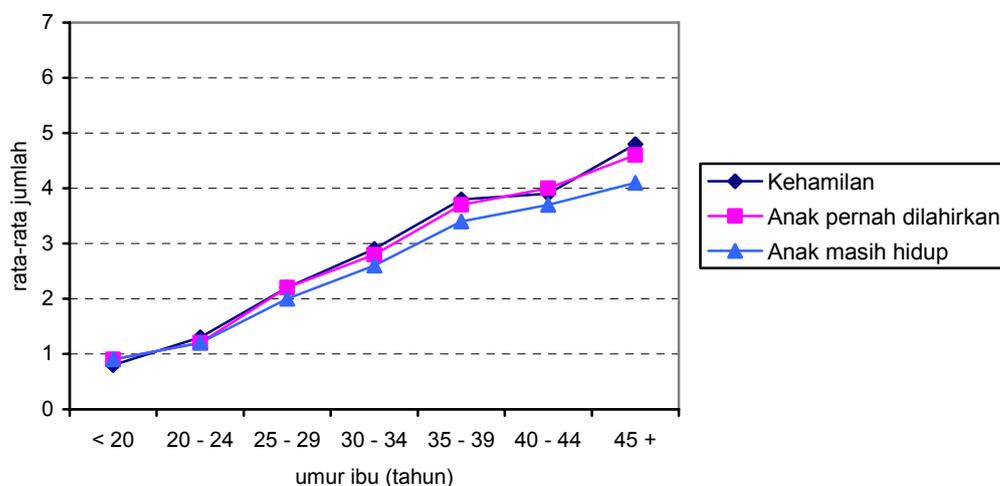
Survei mengumpulkan variabel yang berkaitan dengan tingkat fertilitas baik saat ini maupun di masa lalu, seperti jumlah kehamilan, jumlah anak yang pernah dilahirkan hidup, serta jumlah anak yang masih hidup. Sebagai tambahan, beberapa faktor penting yang berhubungan dengan fertilitas juga dicakup, seperti umur pertama kali hamil dan jarak antar kelahiran.

3.1. KEHAMILAN, ANAK PERNAH DILAHIRKAN DAN ANAK MASIH HIDUP

Grafik 3.1. Rata-rata jumlah kehamilan, jumlah anak pernah dilahirkan hidup, dan jumlah anak masih hidup menurut umur ibu di NTB

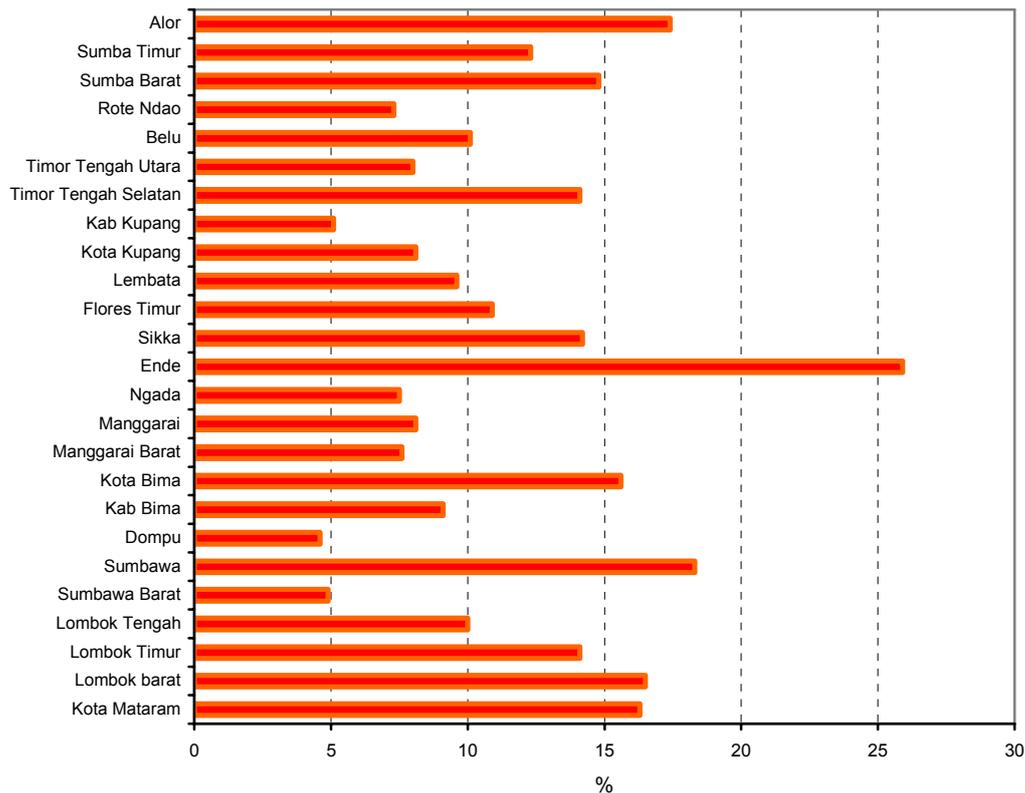


Grafik 3.2. Rata-rata jumlah kehamilan, jumlah anak pernah dilahirkan hidup, dan jumlah anak masih hidup menurut umur ibu di NTT



Tabel 3.1 dan kedua grafik di atas memperlihatkan bahwa ada pola yang sama dalam riwayat reproduksi ibu di kedua provinsi. Di antara ibu umur 40 sampai 44 tahun, rata-rata jumlah anak yang pernah dilahirkan hidup adalah sekitar 5 di NTB dan 4 di NTT, tetapi keduanya berakhir dengan jumlah yang sama dalam hal anak masih hidup yaitu 4. Yang menarik, di NTB terdapat kesenjangan yang cukup besar antara jumlah anak yang pernah dilahirkan dan anak yang masih hidup pada kelompok umur ibu 45 tahun ke atas. Kemungkinan adalah tingginya kematian anak di masa 20 tahun yang lalu. Saat-saat ini kesenjangan tersebut menipis, sebagai suatu tanda membaiknya kesehatan anak.

Grafik 3.3. Persen ibu dengan riwayat aborsi



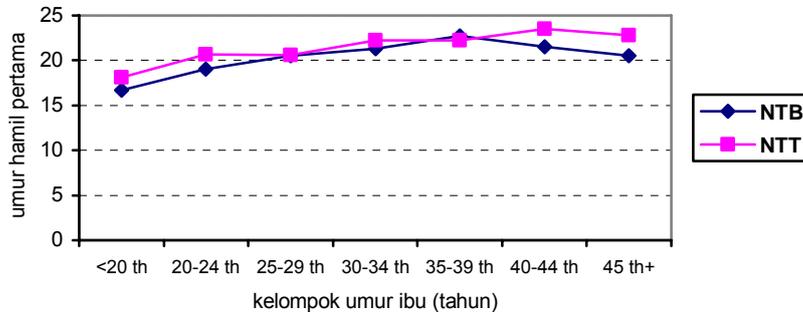
Dengan menanyakan apakah responden pernah mengalami aborsi, gambar di atas memperlihatkan proporsi ibu yang mengakuinya di tiap kabupaten, yang berkisar dari 5% (di Dompu) sampai 26% (di Ende). Untuk perbandingan, Utomo et al. (2001) melaporkan kasus aborsi yang dicatat di fasilitas kesehatan di Indonesia ada sekitar 43 per 100 kelahiran hidup, dan dapat pula ditambahkan informasi perkiraan angka aborsi dari beberapa tempat fasilitas yang dirangkum berdasarkan beberapa studi, berkisar 5 sampai 35 aborsi per 100 kelahiran hidup (dikutip dalam WHO, 1998:70).

3.2. KEHAMILAN DAN PERSALINAN PERTAMA

Suatu kehamilan dikatakan berisiko dengan dikenalnya faktor penting, seperti misalnya umur ibu saat hamil pertama kali, yaitu kurang dari 20 atau lebih dari 35 tahun. Umur pertama kali hamil berhubungan dengan umur menikah dan akan mempengaruhi fertilitas karena periode untuk mendapatkan anak menjadi lebih lebar daripada ibu yang menikah di umur yang lebih tua. Untuk keadaan ini, NTB perlu diperhatikan karena separuh dari responden mengakui bahwa umur ketika hamil pertama kali ternyata lebih muda dari 20 tahun, dan di NTT terjadi pada seperempat jumlah ibu. Data juga

memperlihatkan bahwa sejumlah kecil ibu ternyata terlalu muda ketika menikah, dan juga ada yang terlalu tua untuk hamil (tabel 3.5 dan tabel 3.6).

Grafik 3.4. Rata-rata umur (tahun) ibu hamil pertama di NTB dan NTT menurut kelompok umur ibu saat survei

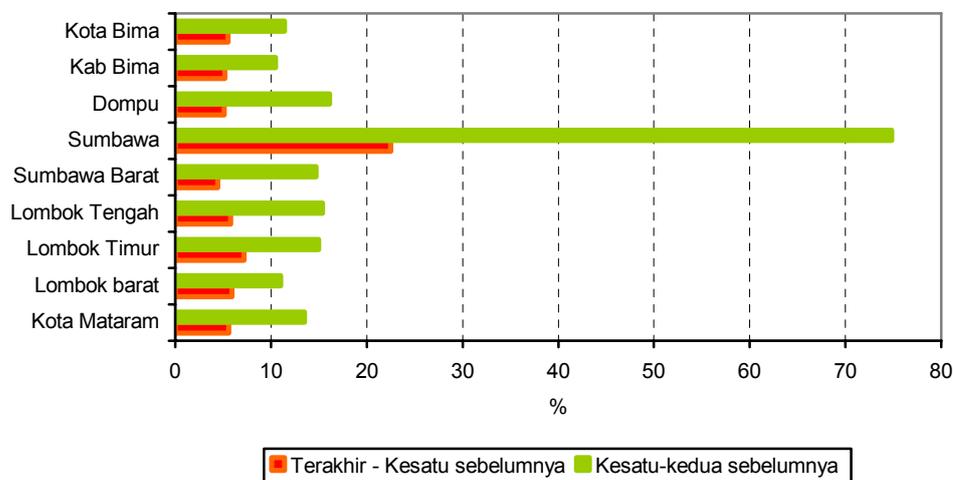


Intervensi untuk mengurangi risiko di kedua kelompok umur berisiko tersebut perlu pula diperhatikan, karena menikah muda akan berlanjut dengan kehamilan pada umur muda. Undang-Undang Perkawinan 1974 yang menyatakan usia termuda untuk menikah adalah 16 tahun bagi perempuan patut diikuti dengan penundaan kehamilan pertama dengan menggunakan metode keluarga berencana yang tepat.

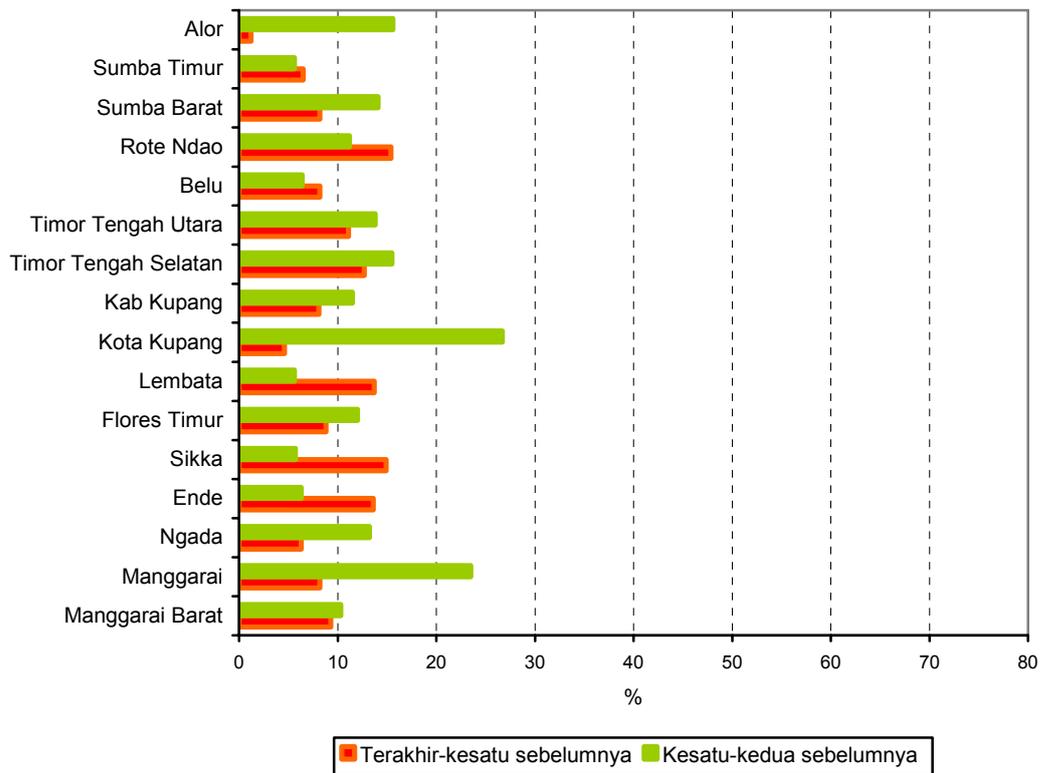
3.3. JARAK ANTAR KELAHIRAN

Jarak antar kelahiran mencerminkan dampak dan suksesnya program keluarga berencana. Tabel 3.7 menunjukkan bahwa di kedua provinsi, rata-rata jarak kelahiran berkisar antara 4 sampai 5 tahun antara kelahiran terakhir dengan kesatu sebelumnya, serta lebih dari 3 tahun di antara kesatu dan kedua kelahiran sebelumnya. Mayoritas kelahiran memiliki jarak antara lebih dari 2 tahun sesuai dengan yang direkomendasikan oleh program. NTT tampaknya memiliki tingkat fertilitas lebih tinggi daripada NTB, di mana secara konsisten juga dilaporkan oleh SDKI 2003 yang menulis bahwa median jarak antar kelahiran adalah 38 bulan di NTT dan 55 bulan di NTB.

Grafik 3.5. Persen jarak antar kelahiran singkat (<2 tahun) antara terakhir dengan kesatu sebelumnya dan antara kesatu dan kedua sebelumnya di NTB



Grafik 3.6. Persen jarak antar kelahiran singkat (<2 tahun) antara terakhir dengan kesatu sebelumnya dan antara kesatu dan kedua sebelumnya di NTT



Grafik di atas menengarai bahwa Sumbawa di NTB, serta Kota Kupang dan Manggarai di NTT memiliki ibu dengan jarak kelahiran pendek atau singkat (kurang dari 2 tahun) lebih banyak daripada kabupaten/kota lain. Namun demikian terlihat juga bahwa keadaan membaik ditunjukkan dengan jarak antar kelahiran singkat proporsinya lebih kecil pada kelahiran terakhir dan kesatu sebelumnya, dibandingkan dengan antara kesatu dan kedua sebelumnya (tabel 3.7.a dan 3.7.b).

3.4. PENGETAHUAN IBU TENTANG KONTRASEPSI

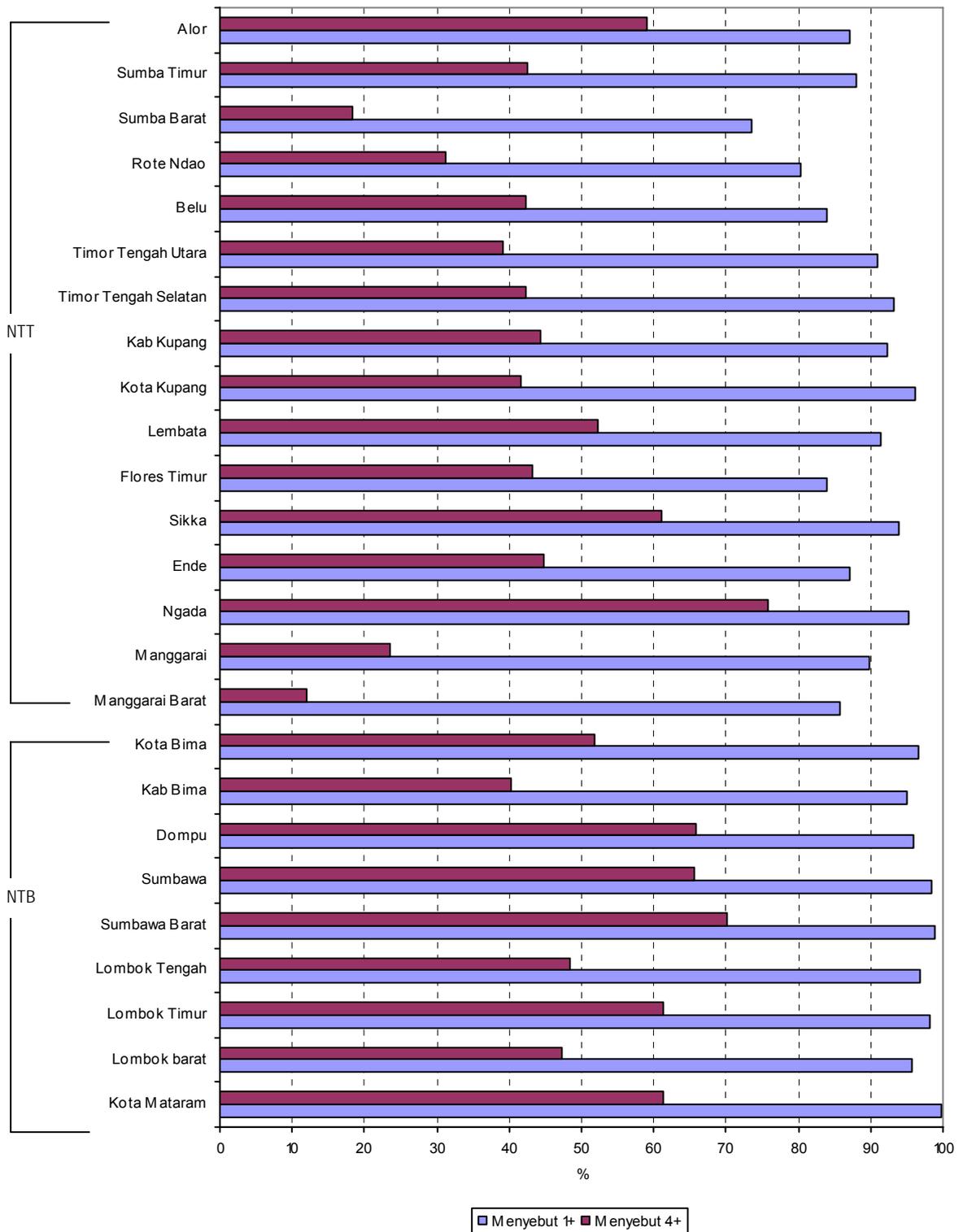
Survei menemukan bahwa hampir semua responden pernah mendengar tentang kontrasepsi. Namun persen yang dapat menyebut lebih dari 3 jenis kontrasepsi belumlah tercapai, di mana hal ini penting untuk ibu dapat memilih kontrasepsi mana yang tepat baginya sesuai dengan metode kafeteria. Hanya 56% ibu di NTB dan hampir 40% di NTT dapat menyebut kembali lebih dari 3 jenis kontrasepsi. Metode suntik, pil, dan IUD, serta susuk, umumnya dikenal. Perlu diperhatikan bahwa metode kondom, yang selain untuk maksud keluarga berencana juga digunakan untuk pencegahan penyakit seksual menular, hanya disebut oleh sepertiga jumlah responden (tabel 3.8).

Di NTB, berdasarkan angka kabupaten, jumlah ibu yang dapat menyebut jenis kontrasepsi 4 atau lebih frekuensinya berkisar antara 40% sampai 70% (tabel 3.8.a). Temuan ini lebih tinggi daripada di NTT, terutama di Manggarai Barat dan Manggarai yang angkanya sangat rendah dibandingkan kabupaten/kota lain (tabel 3.8.b).

Puskesmas diketahui oleh ibu sebagai tempat memperoleh pelayanan keluarga berencana. Di samping itu rumahsakit, Bidan Di Desa (BDD) serta polindes, juga

dipahami oleh ibu sebagai sumber yang menyediakan pelayanan KB tersebut. Tidak tampak variasi antara angka di kabupaten, klaster maupun provinsi (tabel 3.9, 3.9.a dan 3.9.b).

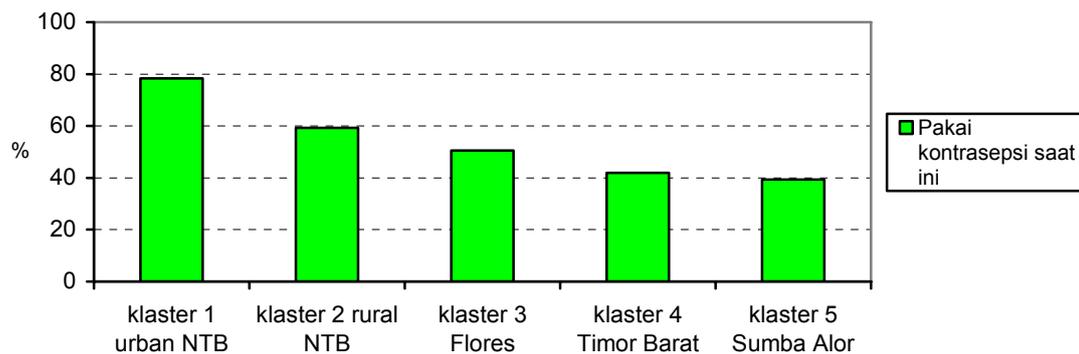
Grafik 3.7. Persen ibu menyebut paling sedikit satu dan paling sedikit 4 jenis kontrasepsi di NTB dan NTT



3.5. PEMAKAIAN KONTRASEPSI SAAT INI

Tabel 3.10 menyajikan data yang sangat menarik, yaitu tingginya tingkat pemakaian kontrasepsi saat ini di NTB (74%). Pada saat yang sama, di NTT angkanya hanya 44%, jauh lebih rendah dari angka nasional yang 57% (SDKI, 2003). Memang angka hasil survei sedikit lebih tinggi dari yang dilaporkan SDKI (2003), yaitu 53,5% untuk NTB dan 34,8% untuk NTT. Gambar di bawah ini memperlihatkan bahwa antar klaster terdapat perbedaan yang bermakna, di mana di klaster 1 (urban NTB) dan 2 (rural NTB) angkanya lebih tinggi daripada di klaster 3 (Flores), klaster 4 (Timor Barat) dan klaster 5 (Sumba dan Alor). Namun tingkat sosial ekonomi tampaknya tidak mempengaruhi pemakaian kontrasepsi ini.

Grafik 3.8. Persen pemakaian kontrasepsi saat ini menurut klaster di NTB dan NTT



Grafik yang disajikan (grafik 3.8 dan 3.9) juga mendemonstrasikan bahwa beberapa kabupaten/kota di NTB cukup tinggi prevalensi kontrasepsinya yaitu di Kota Mataram, Sumbawa Barat, Sumbawa, dan juga Manggarai serta Belu di NTT. Perbedaan prevalensi di dua provinsi juga didukung oleh temuan hasil penggalian pada wawancara mendalam kepada pemangku kepentingan. Sesudah mengalami sulitnya tidak memiliki data, maka Kantor KB Provinsi NTB akhirnya memulai untuk mengumpulkan data sendiri guna memantau jalannya kegiatan program. Sedangkan di NTT, data dikelola oleh Kantor Dinas Kesehatan.

“... secara umum, memang BKBKS tidak harus mencatat data.. tapi karena kami menjadi tidak tahu target, maka sejak dua tahun yang lalu kami memulai mencatatnya... sehingga saya menjadi tahu data tentang pasangan usia subur misalnya...”

(BKBKS Kab, NTB)

“.... dalam mengevaluasi kinerja program, kami hanya menggunakan indikator misalnya penundaan umur kawin... penundaan saat hamil pertama... tetapi kami tidak mempunyai data statistiknya... karena Dinkes tidak melihat bagaimana efektivitas program...”

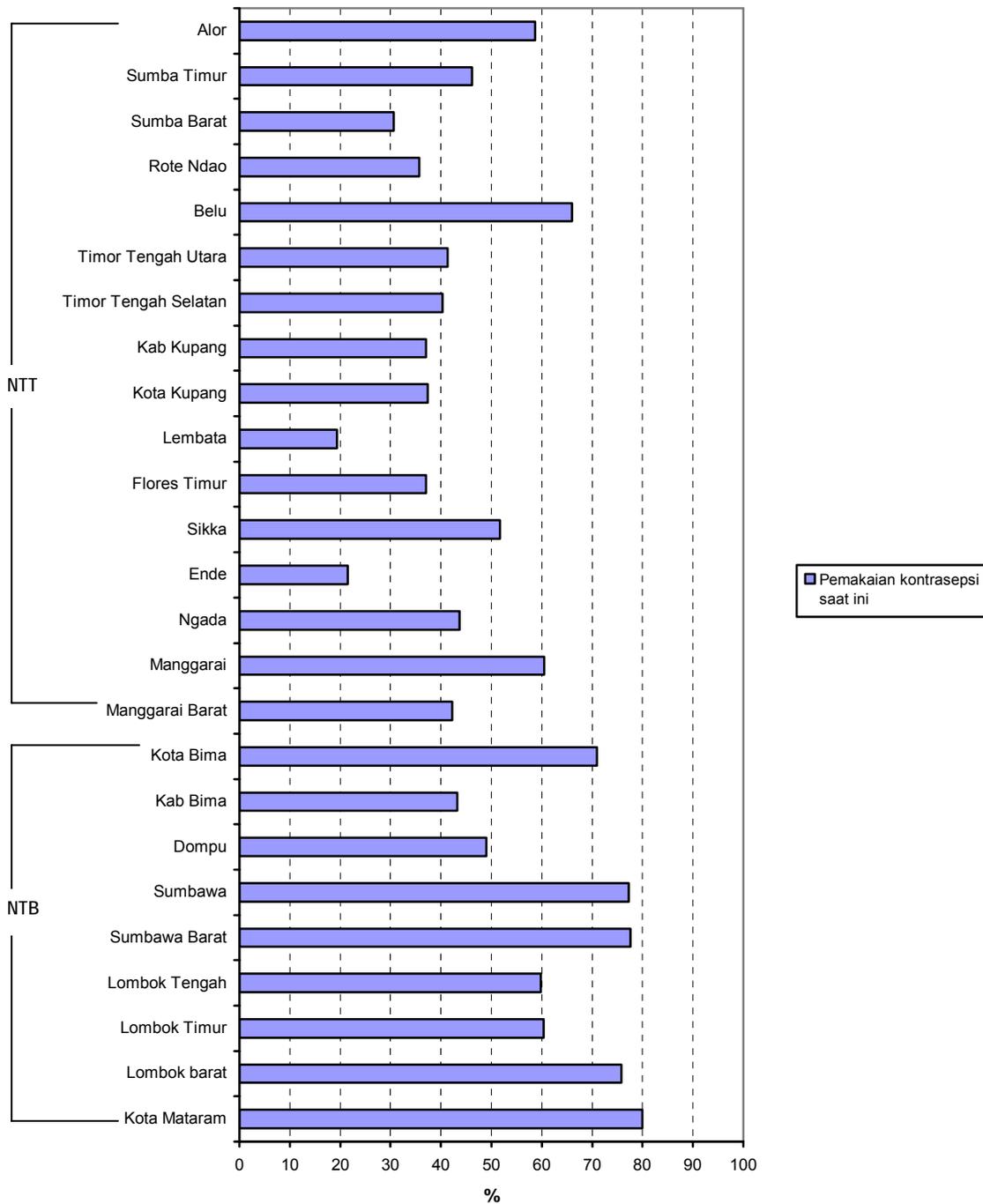
(KBKS Kab, NTT)

Jenis kontrasepsi yang dipilih di NTB tidak berbeda dengan di NTT, yaitu suntik 3 bulan, pil, dan IUD atau AKDR. Pola ini serupa dengan yang ditemukan oleh SDKI 2003. Susuk lebih populer di NTB daripada di NTT, dan pemakaian cara ini kemungkinan berkaitan dengan kemampuan membayar pelayanannya.

“...suntik lebih disukai, terutama yang tiga bulanan, tidak mahal, jadi bayarnya setiap tiga bulan sekali hanya 10 ribu rupiah”

(DKT ibu di NTB)

Grafik 3.9. Persen pemakaian kontrasepsi saat ini di NTB dan NTT menurut kabupaten/kota

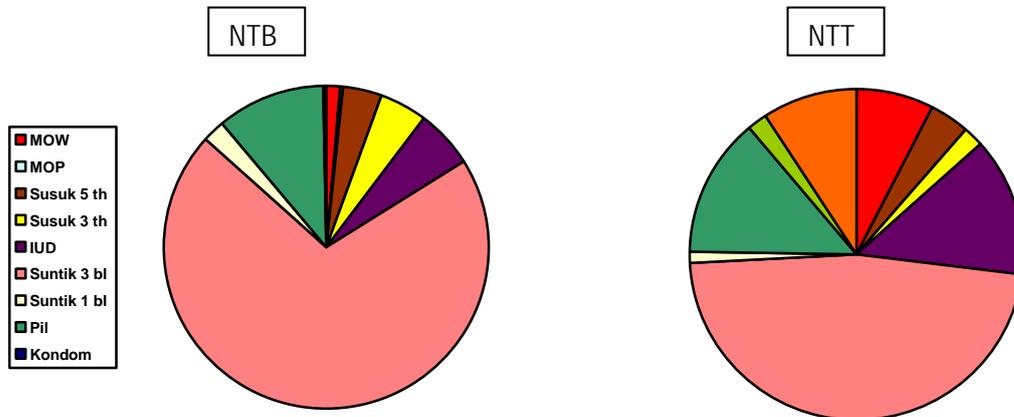


Alasan untuk tidak pakai kontrasepsi juga menarik untuk ditelaah. Sekitar 16% responden di NTT menyebutkan adanya efek samping, yang lebih sering terjadi daripada di NTB yang hanya 9% (tabel 3.11). Perbedaan alasan ini menarik karena diduga berhubungan dengan mutu pelayanan. Kajian terhadap mutu pelayanan KB menjadi sesuatu yang patut dilakukan guna memelihara kelestarian pemakaian.

“.....jika seseorang memakai suntik, terkadang okay, tetapi terkadang juga terjadi sesuatu, ... alergi..... jika dia pakai IUD, dia butuh untuk pergi periksa, sementara ibu biasanya sibuk, sementara kita tahu bahwa periksa rutin itu perlu.. misalnya supaya kita tidak kuatir IUD salah tempat”
 (DKT ibu di NTT)

“Istri saya tidak pakai kontrasepsi karena dia tidak nyaman dengan itu. Suatu kali dia ikut suntik satu bulan sewaktu anak pertama kami, tetapi kemudian dia sakit kepala... jadi dia berhenti....”
(DKT bapak NTB)

Grafik 3.10. Sebaran metode kontrasepsi yang saat ini dipakai di NTB dan NTT



Selain efek samping, kebutuhan akan pelayanan juga dicerminkan oleh pandangan akan mahalnnya pelayanan sebagaimana dilaporkan oleh responden baik di NTB maupun di NTT (masing-masing 3%) serta ketersediaan alat kontrasepsi (0,6% dan 1,7%) (tabel 3.11). Walaupun persentasenya kecil, tetapi masalah dalam pelayanan ini juga patut mendapat perhatian lebih dalam guna meningkatkan tingkat pemakaian kontrasepsi.

Tidak pakai kontrasepsi karena suami menolak ditemukan pada sejumlah pengakuan responden walaupun dalam jumlah kecil yaitu 5% di NTB dan 6% di NTT. Hal ini meyakinkan kita bahwa suami harus pula dijangkau dalam penyebarluasan informasi sehingga kemauan suami agar pasangan berpartisipasi memakai kontrasepsi dapat ditingkatkan.

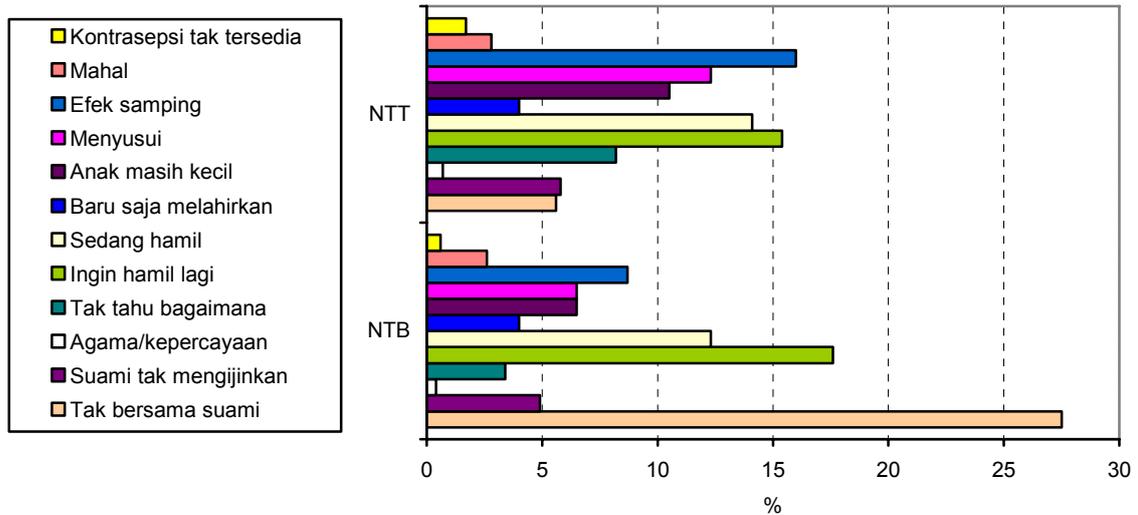
“Ya, saya nggak ikut KB... Nggak diijinkan oleh suami, padahal saya ingin juga ikut...”
(DKT ibu di NTT)

Terdapat hal menarik yaitu metode KB alamiah seperti puasa/abstinen dan kalender lebih populer di NTT daripada di NTB. Walaupun hanya sebagian kecil, namun juga dikenali adanya pasangan yang tidak ikut KB karena alasan agama, sebagaimana terlihat dalam ungkapan berikut di NTT.

“Kami menggunakan cara kalender, dan juga kondomalasan nya adalah agama.....”
(DKT bapak di NTT)

Ibu tidak bersama suami juga merupakan alasan ibu tidak pakai kontrasepsi, dan ini lebih tinggi di NTB (28%) daripada di NTT (6%), dan kemungkinan besar ini berkaitan dengan tingginya angka TKI (*Tenaga Kerja Indonesia*). Misalnya, diperoleh informasi bahwa di Lombok Barat, hampir 45% ibu mengaku suami tidak berada di rumah (tabel 3.11.a).

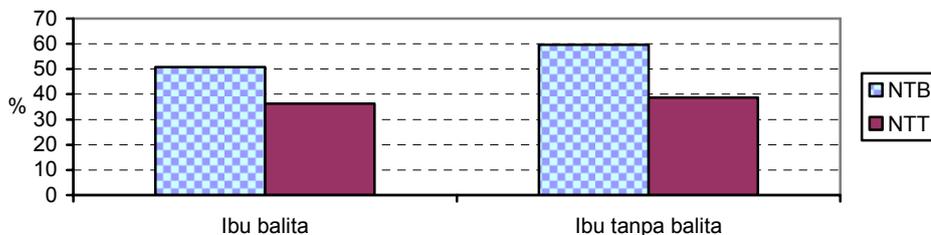
Grafik 3.11. Persen ibu tidak pakai kontrasepsi menurut alasannya



3.6. PERNAH PAKAI KONTRASEPSI

Untuk melengkapi informasi tentang pemakaian kontrasepsi, digali pula mereka yang saat survei tidak pakai, dan survei menemukan sekitar separuh dari mereka menyatakan pernah pakai kontrasepsi (tabel 3.12). Sisanya sama sekali tak pernah pakai. Di antara ibu balita, persentase tak pernah pakai lebih tinggi di NTT daripada di NTB. Hal serupa juga ditemui pada ibu tanpa balita.

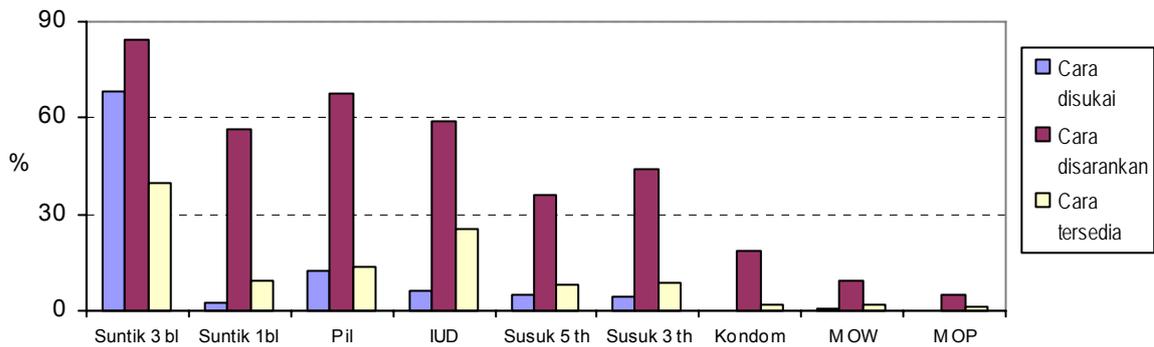
Grafik 3.12. Persen ibu balita dan tanpa balita saat survei tidak pakai tetapi pernah pakai kontrasepsi



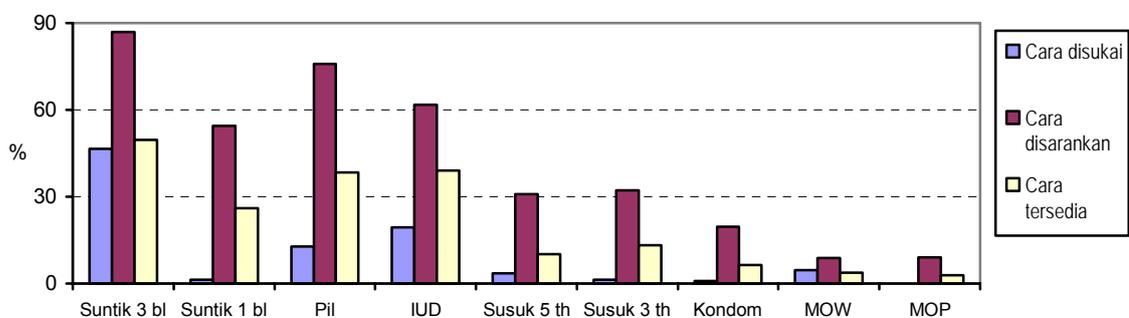
3.7. KONTRASEPSI DIINGINKAN, DISARANKAN, DAN TERSEDIA

Dengan menanyakan kepada ibu tentang metode KB apa yang mereka sukai, metode apa yang disarankan oleh petugas KB/kesehatan, serta apakah metode KB tersebut tersedia di tempat pelayanan KB yang mereka pilih, semua menggambarkan bagaimana kondisi pelayanan KB tersebut dari sudut pandang ibu. Tabel 3.13 dan 3.14, serta grafik di bawah ini memotret bagaimana temuan studi. Perbedaan antara persen metode KB yang diinginkan dan disarankan dengan yang tersedia menggambarkan kemampuan fasilitas KB dalam menjawab permintaan dan menyediakan pelayanan. Terhadap permintaan ibu, tampak persediaan kontrasepsi suntik 3 bulan di NTB perlu diperkuat. Untuk alat kontrasepsi lain, ibu tidak menganggap masalah dalam persediaannya di fasilitas.

Grafik 3.13. Persen ibu yang menyukai, mendapat saran, dan mempersepsikan ketersediaan cara KB di tempat pelayanan di NTB



Grafik 3.14. Persen ibu yang menyukai, mendapat saran, dan mempersepsikan ketersediaan cara KB di tempat pelayanan di NTT



Dalam wawancara mendalam dengan pemangku kepentingan, beberapa informan menjelaskan bahwa pengadaan alat kontrasepsi suntik memang lebih mahal daripada yang lain, misal IUD, terutama dalam pengelolaan di bawah sistem desentralisasi ini.

“... saya mendorong ibu untuk pakai IUD daripada suntik misalnya, karena dalam pengadaan suntik ini jauh lebih mahal daripada IUD, kita harus sediakan peralatan suntik setiap tiga bulan...”
(BKBKS Kab, NTB)

“...alat kontrasepsi selalu ada dalam system jalur distribusi kita, langsung dari pusat ke provinsi, dan kemudian secara merata disebar dalam jumlah yang sama..... karena setiap alat kontrasepsi memiliki tanggal kadaluwarsa masing-masing.. misal untuk suntik 3 bulan dan 1 bulan... Kontrasepsi disebar langsung ke fasilitas pelayanan kesehatan ...”
(KBKS Kab, NTT)

Tabel juga menunjukkan bahwa menurut ibu persentase metode yang tersedia di NTB dan NTT lebih rendah dari apa yang disarankan oleh petugas kesehatan/KB. Hal ini menunjukkan bahwa seyogyanya petugas konsisten dalam memberi saran disesuaikan dengan alat kontrasepsi yang tersedia di fasilitas (tabel 3.13 dan 3.14).

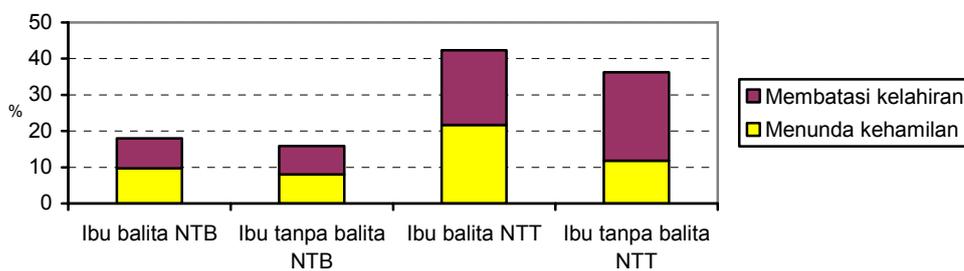
3.8. KEBUTUHAN KB TAK TERPENUHI

Kebutuhan KB tak terpenuhi (*unmet need*) didefinisikan sebagai kebutuhan perempuan kawin yang tidak pakai kontrasepsi, namun tidak menginginkan anak lagi, atau ingin menjarangkan kehamilan. Pada studi ini definisi tersebut diterapkan pada responden.

Studi ini menemukan bahwa sepertiga ibu di NTT dan seperlima ibu di NTB memang termasuk dalam kelompok yang membutuhkan KB namun tak terpenuhi (tabel 3.15). Memang angka ini termasuk tinggi dibandingkan yang dilaporkan di SDKI 2003, di mana angkanya sekitar 4%. Hal ini juga berarti bahwa khususnya NTT perlu melakukan upaya yang lebih agar masalah ini teratasi. Karena sistem distribusi di NTT tampaknya membaik, maka diharapkan upaya dikonsentrasikan pada peningkatan permintaan di masyarakat selain juga memperbaiki mutu pelayanannya.

Ibu yang ingin berhenti hamil jumlahnya sama dengan yang ingin menunda kehamilan berikutnya. Dengan demikian diperlukan penguatan konseling dan promosi terutama untuk metode sterilisasi pada ibu tanpa balita.

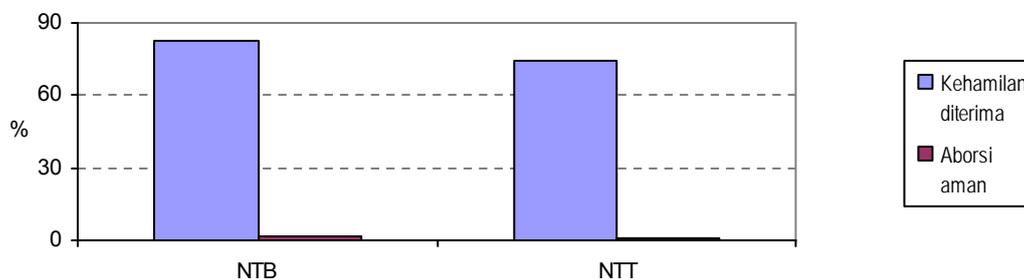
Grafik 3.15. Alasan menggunakan kontrasepsi di antara ibu balita dan tanpa balita untuk membatasi kelahiran dan menunda kehamilan berikut



3.9. RESPON TERHADAP KEHAMILAN TAK DIINGINKAN

Kehamilan tak diinginkan menjadi salah satu kejadian akibat kegagalan KB, dan respon yang tak tepat akan membawa akibat lanjut pada morbiditas dan bahkan fatalitas. Pada tingkat memahami, sekitar tiga perempat ibu di survei ini menyatakan orang akan menerima kehamilan tersebut. Namun sekitar 10% di NTB dan 20% di NTT, ibu memperkirakan orang akan melakukan aborsi tak aman dengan pergi ke bukan petugas kesehatan (tabel 3.16). Walaupun masih diperdebatkan, namun hal ini mencerminkan masih rendahnya fasilitas dalam mengakomodasi masalah kehamilan tak diinginkan ini.

Grafik 3.16. Persen ibu menyebut respons masyarakat jika ada kehamilan tak diinginkan di NTB dan NTT



BAB 4

ASUHAN ANTENATAL

Perawatan selama kehamilan atau antenatal dimulai ketika diketahui adanya kehamilan sedini mungkin pada trimester pertama, dan pelayanan antenatal sangat penting guna menurunkan risiko terjadinya komplikasi maternal. Studi ini mengungkap hal-hal tentang petugas yang bertemu kontak dengan ibu, frekuensi kontak, tanda bahaya yang dideteksi, serta kemana mencari perawatan, yang semuanya ditanyakan kepada ibu balita dengan mengacu ke kehamilan terakhir.

4.1. PELAYANAN DAN FREKUENSI ASUHAN ANTENATAL

Hampir semua ibu di NTB dan NTT mendapatkan asuhan antenatal ketika hamil anak terakhir. Secara keseluruhan, rata-rata frekuensi kontak dengan petugas kesehatan untuk mendapat asuhan kehamilan sekitar 9, jauh melebihi yang dianjurkan sebanyak 4 kali (tabel 4.1). Namun demikian bila dirinci lebih lanjut, indikator K1 yang memperlihatkan ibu kontak dengan petugas pada trimester pertama, diungkap pada survei ini sebesar 97% di NTB sedikit lebih tinggi daripada di NTT (80%). Hal ini tidak berbeda dengan laporan di Profil Kesehatan Indonesia (2004), bahwa angka K1 NTB sebesar 90% dan 75% untuk NTT.

Frekuensi minimum empat kali kontak dengan rincian 1 di trimester kesatu, 1 di trimester kedua, dan 2 di trimester ketiga, yang dikenal dengan sebutan indikator K4 juga dihitung pada studi ini. Terdapat perbedaan kecil saja persentase K4 ini dengan K1, baik di NTB maupun di NTT. Grafik 4.1 memperlihatkan hal ini.

Beberapa ibu dalam diskusi kelompok terarah mengungkapkan beberapa hal tentang tidak dilakukannya asuhan antenatal pada trimester pertama:

"Saya pergi ke dukun... dan pada hamil enam bulan baru ke bidan."

".. Saya tidak pernah... tapi oya pernah sekali sewaktu hamil terakhir.."

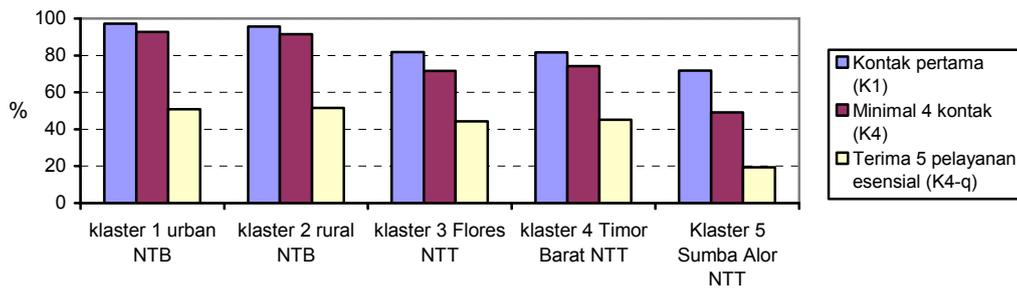
"... Saya tidak pernah periksa hamil..... "

(DKT ibu di NTB)

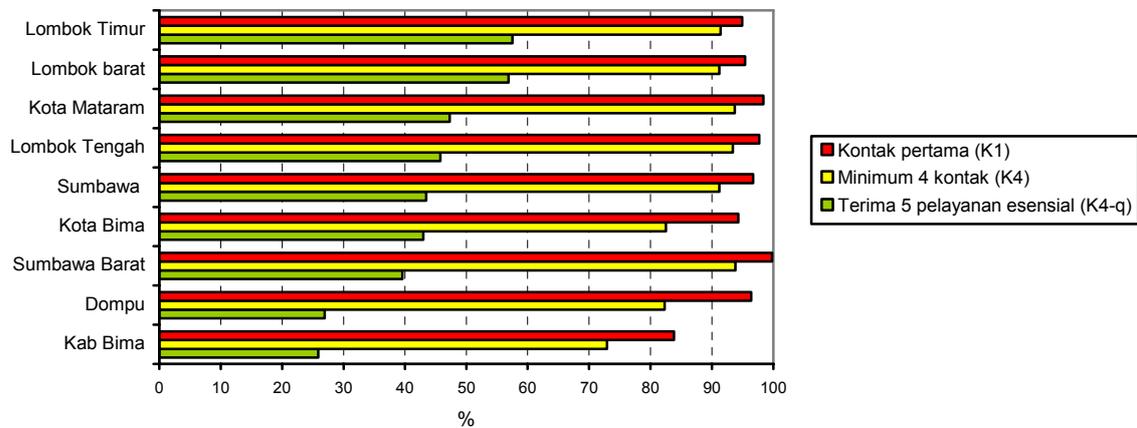
Mutu pelayanan antenatal juga diukur melalui apakah lima macam jenis pelayanan esensial diterima oleh ibu pada kehamilannya yang terakhir. Lima pelayanan itu adalah timbang berat badan, tekanan darah dipantau, tinggi fundus diukur, tablet besi sebanyak 90 dibagikan, serta tetanus toxoid disuntikkan. Indikator yang mengenali ibu menerima kelima jenis pelayanan esensial ini disertai dengan frekuensi memenuhi 4 kali sesuai indikator K4, disebut sebagai "K4-q" (dari *K4-quality*). Tabel 4.2 memperlihatkan di tingkat klaster dan provinsi, K4-q proporsinya hanya sekitar separuh.

Di tiap provinsi, tidak ada kabupaten yang memiliki angka cakupan K4-q yang tinggi, sebagaimana digambarkan pada grafik 4.2 dan 4.3. Namun patut dipertimbangkan bahwa persepsi ibu akan tiadanya pelayanan yang diterima kemungkinan juga karena ibu tidak tahu, sehingga dalam hal ini ada ketidak adekuatan kegiatan komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) yang menyertai pelayanan medik tersebut.

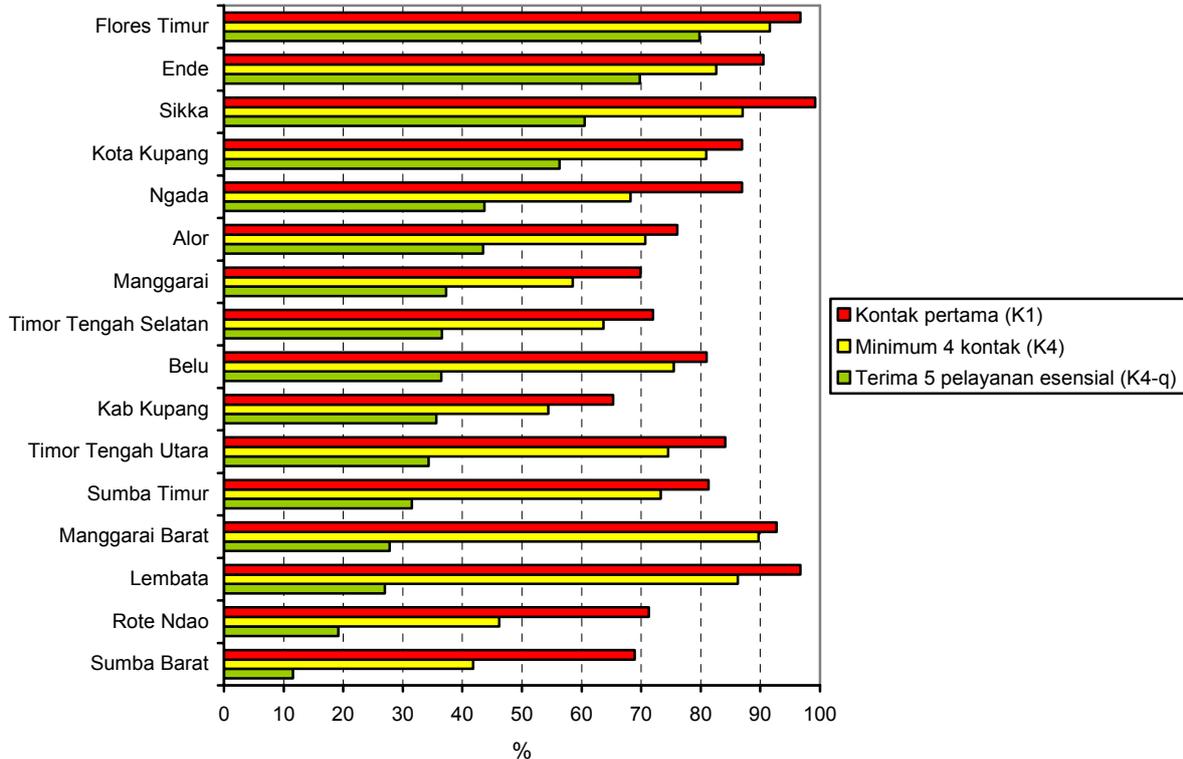
Grafik 4.1. Persen kontak pertama (K1), minimum 4 kontak (K4) dan juga menerima 5 jenis pelayanan esensial (K4-q) dalam asuhan antenatal tiap klaster



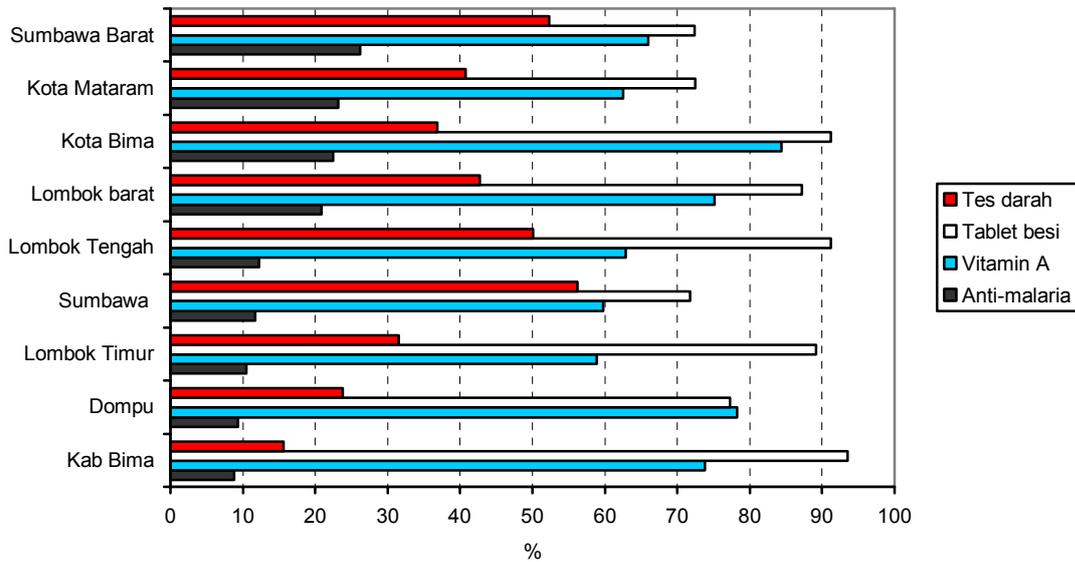
Grafik 4.2. Persen kontak pertama (K1), minimum 4 kontak (K4) dan menerima 5 jenis pelayanan esensial (K4-q) dalam asuhan antenatal di NTB



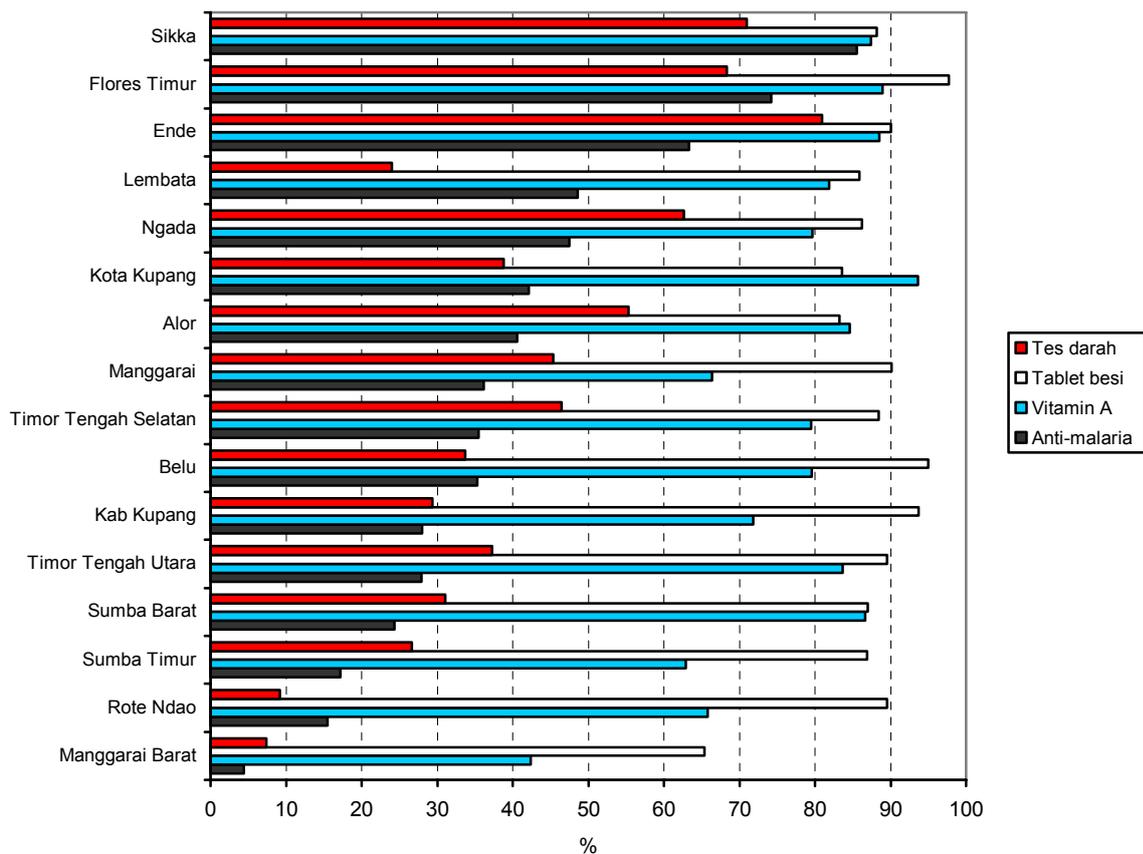
Grafik 4.3. Persen kontak pertama (K1), minimum 4 kontak (K4) dan menerima 5 jenis pelayanan esensial (K4-q) dalam asuhan antenatal di NTT



Grafik 4.4. Persen tes darah, distribusi tablet besi, vitamin A, dan obat anti malaria, saat asuhan antenatal di kabupaten di NTB



Grafik 4.5. Persen tes darah, distribusi tablet besi, vitamin A, dan obat anti malaria, saat asuhan antenatal di kabupaten di NTT



Kematian maternal di NTB dan NTT dikenal tinggi. Salah satu upaya penting yang patut dilakukan adalah pencegahan anemia kehamilan, dan diketahui bahwa tes darah untuk mengetahui kadar hemoglobin darah harus dilakukan. Sekitar 40% sampai 50% responden mengingat mereka dites darahnya apapun alasannya. Variasi proporsi ibu

yang terima tes darah ini cukup tinggi. Sementara itu, distribusi tablet besi dan vitamin A, dapat dikatakan cukup baik. Tampaknya tes darah yang memerlukan penguatan dalam peralatan laboratorium dan ketrampilan petugas laboran.

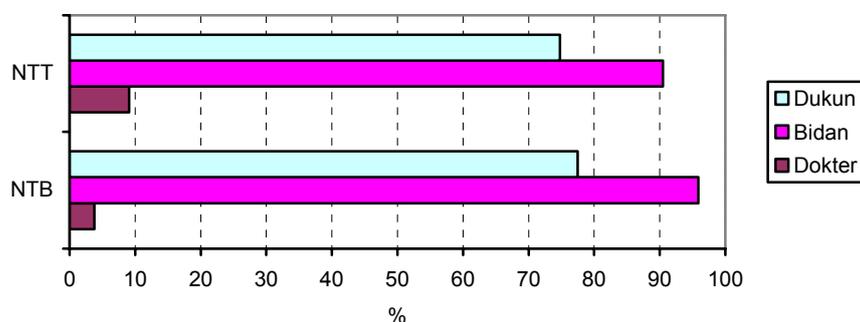
Karena malaria berkontribusi untuk terjadinya anemia di NTB dan NTT yang merupakan daerah endemis malaria, maka distribusi obat anti malaria terutama pada ibu hamil dapat berefek pada pengurangan anemia kehamilan. Survei menemukan bahwa distribusi obat anti-malaria selama kehamilan diakui oleh sejumlah kecil proporsi ibu, yaitu 20% di NTB dan 40% di NTT (tabel 4.2), dan variasi angka di tingkat kabupaten tampaknya cukup tinggi sebagaimana digambarkan pada grafik.

Pesan yang disampaikan melalui kegiatan KIE oleh petugas kesehatan selama masa kehamilan mencakup menjelaskan tanda bahaya, tindakan yang harus dilakukan, kesiapan bersalin, dan menyusui bayi. Informasi penting yang bersumber dari petugas kesehatan hanya disebut oleh kurang dari 50% jumlah ibu. Tentu mutu pelayanan selain aspek medis tetapi juga KIE patut diperkuat.

4.2. PETUGAS DAN FASILITAS PENYEDIA ASUHAN ANTENATAL

Untuk asuhan antenatal, mayoritas ibu memilih bidan, 95% di NTB dan 88% di NTT (tabel 4.3). Gambaran ini tidak berbeda dengan apa yang dilaporkan oleh Sagric (2006) dengan temuannya sekitar 93% di NTB dan 95% di NTT.

Grafik 4.6. Persen petugas asuhan antenatal di NTB dan NTT



Hasil survei ini didukung oleh ungkapan ibu dalam diskusi kelompok terarah:

“seringkali kita pergi ke bidan desa karena memang dia tinggal di sini, tetapi bila dia sedang pergi keluar, maka kita pergi ke puskesmas....” (DKT ibu di NTT)

“..... puskesmas jauh dari sini, jadi kita pergi ke polindes, dekat dengan rumah.”

“ memang bidan di puskesmas sama dengan yang di posyandu di sini”

(DKT ibu di NTB)

Namun demikian, berkunjung ke dukun juga disebut oleh tiga perempat jumlah responden. Separuh diantaranya menyatakan telah menemui dukun paling tidak 3 kali selama kehamilan terakhir (tabel 4.4). Frekuensi ini jauh lebih tinggi daripada yang dilaporkan oleh Sagric (2006) yaitu 23% di NTB dan 17% di NTT. Diskusi kelompok terarah menggali alasan ibu ke dukun, dan ternyata ibu menekankan pentingnya keberadaan bidan di desa (BDD).

“... kadang-kadang bidan tidak ada di tempatnya, jadi kami ke dukun ..”

(DKT ibu di NTT)

“ sesudah di awalnya kami tahu pasti (hamil), maka kami merawat kehamilannya ke dukun.. pijat tradisional khusus untuk ibu hamil ...mereka terlatih untuk itu dan dapat mengatasi masalah sampai nanti melahirkan.”
(DKT bapak di NTT)

Ibu juga percaya bahwa dukun memainkan peran penting dalam menjamin kehamilan aman, misal dengan memastikan posisi bayi baik dalam kandungan. Beberapa ibu bahkan percaya bahwa dukun sudah dilatih sehingga mempunyai tingkatan ketrampilan tertentu.

“.....dukun desa juga terlatih, dan dia tahu bayi di kandungan... jadi selain ke bidan, saya juga ke dukun... campur... jadi bila ada nyeri karena kepala bayi nendang-nendang ...hanya dukun yang dapat mengatasinya”
(DKT ibu di NTB)

“ pijat.. jadi bayi posisinya betul nantinya untuk dilahirkan”
(DKT ibu di NTT)

Alasan lain ibu menemui dukun selama kehamilan adalah masalah keuangan, sebagaimana diutarakan oleh beberapa informan:

“... sebetulnya kita ingin ke puskesmas, tapi kita tidak bisa, kita terbatas (keuangannya) ..., sehingga kita ke dukun.... tapi lebih baik ke puskesmas”

(DKT bapak di NTB)

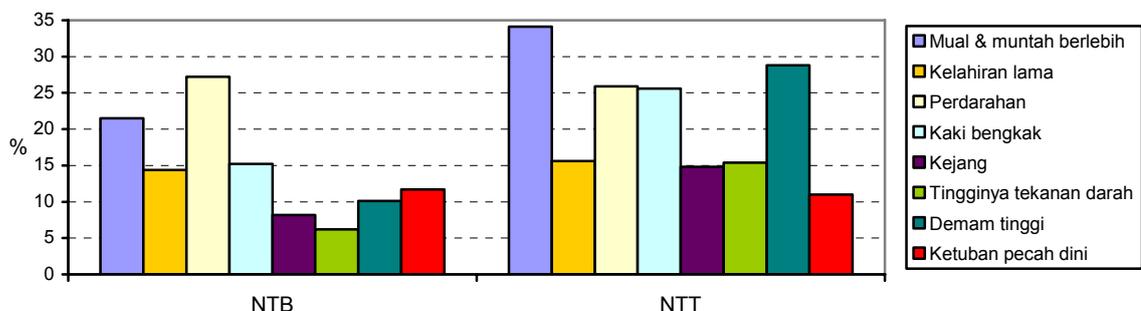
Hambatan geografis juga merupakan tantangan tersendiri untuk mengakses petugas kesehatan sebagaimana disampaikan oleh petugas dari Dinkes Kabupaten sebagai berikut:

“kalau dukun di kabupaten M ini.... (masih ada), dan karena masalah khusus geografis.. maka kita perlu mitra .. paling tidak dia bisa membantu kita ketika menolong persalinan.. jika kita hilangkan mereka,saya pikir belum saatnya sekarang, kita masih butuh mereka ...”
(Dinkes Kab di NTT)

4.3. PENGETAHUAN IBU TENTANG KOMPLIKASI MATERNAL

Mendeteksi komplikasi maternal sedini mungkin mungkin tergantung juga dari tingkat pengetahuan ibu tentang hal ini. Survei ini menemukan bahwa hanya separuh jumlah ibu di NTB dan tigaperempat di NTT yang dapat menyebut paling tidak satu tanda bahaya selama masa maternal. Juga diungkap sekitar 5% di NTB dan 11% di NTT ibu yang dapat mengingat 4 tanda bahaya tersebut (tabel 4.5). Tingkat pengetahuan ibu yang masih rendah ini memerlukan perhatian serius, di antaranya melalui penguatan kegiatan komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) yang dilaksanakan oleh petugas kesehatan, atau upaya di fasilitas kesehatan, serta lebih umum melalui media masa.

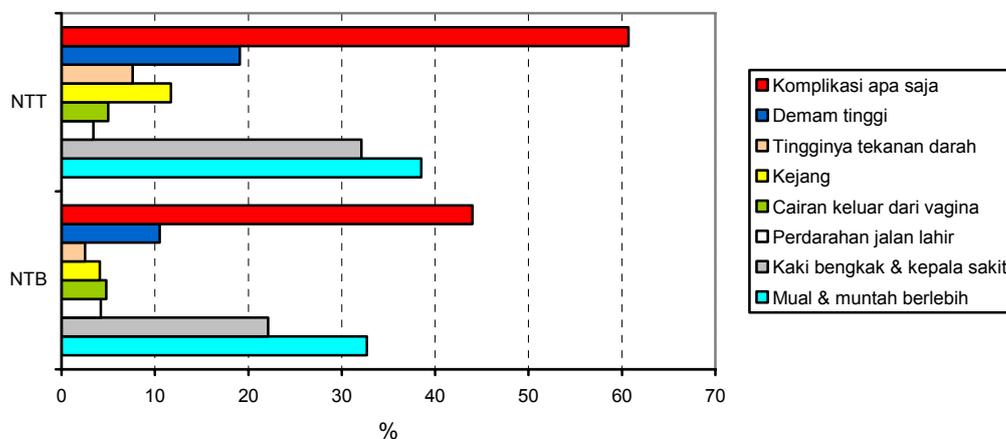
Grafik 4.7. Persen ibu tahu tanda bahaya masa maternal di NTB dan NTT



4.4. KOMPLIKASI KEHAMILAN DAN PENANGANANNYA

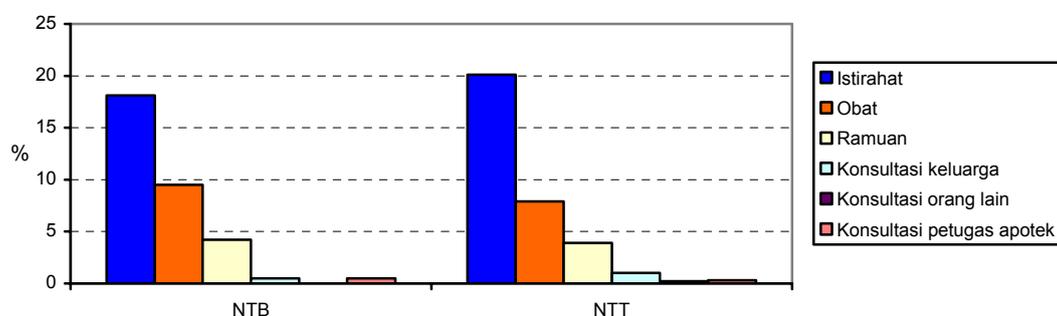
Tabel 4.6 dan grafik di bawah memperlihatkan sekitar separuh jumlah ibu yang disurvei mengakui pernah mengalami paling sedikit satu komplikasi kehamilan, yaitu 61% di NTT dan 44% di NTB. Pre-eklampsia tampaknya banyak dialami ibu di NTT daripada di NTB, ditandai dengan kaki bengkak dan kepala sakit (33% dan 22%), kejang (12% dan 4%), meningkatnya tekanan darah (7,7% dan 2,5%), serta demam tinggi (17% dan 10,5%). Beberapa studi lain juga menemukan gambaran yang sama. Survei Kesehatan Ibu dan Anak (2001), misalnya, melaporkan kejadian anemia dalam kehamilan pada 43% ibu di NTT, lebih tinggi sedikit dibandingkan di NTB (30%), dan juga kurang gizi pada ibu usia subur sekitar 19% di NTT dibandingkan dengan 11% di NTB (WFP, Seameo Tropmed, 2005).

Grafik 4.8. Persen ibu melaporkan komplikasi kehamilan di NTB dan NTT



Merokok pada masa kehamilan maupun ada orang merokok di rumah selama masa ibu hamil diduga berefek pada kehamilan sehingga termasuk perilaku berisiko. Survei menemukan sekitar 4% sampai 5% ibu masih merokok ketika ia hamil terakhir (tabel 4.7). Gambaran ini tidak berbeda dengan prevalensi perokok secara umum pada perempuan di Indonesia. Lebih buruk lagi ditemui bahwa adanya orang yang merokok di dalam rumah ketika ibu hamil diakui oleh 60% sampai 70% ibu. Hal ini juga tidak jauh berbeda dari prevalensi umum perokok pada laki-laki yang sekitar 62% (Depkes, 2004).

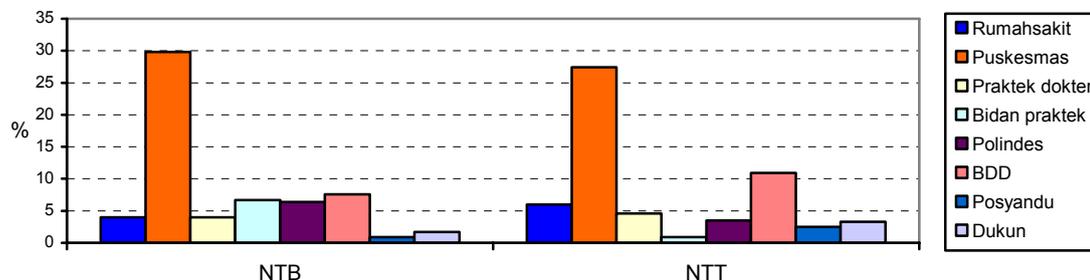
Grafik 4.9. Persen jenis perawatan di rumah untuk menangani komplikasi kehamilan



Komplikasi kehamilan diikuti oleh tindakan pengobatannya, baik sendiri, masih di dalam rumah, maupun mencari pengobatan ke luar rumah. Pengobatan sendiri dilakukan oleh seperlima jumlah ibu berkomplikasi dengan mengambil istirahat, sedangkan 8% ibu di NTT dan 10% ibu di NTB yang mencoba minum obat yang dipilih sendiri (tabel 4.8). Tabel 4.9 memperlihatkan bahwa puskesmas ternyata banyak dipilih oleh ibu untuk

pengobatan lebih lanjut sebagaimana diungkapkan oleh sepertiga ibu dengan komplikasi kehamilan. Bidan di Desa (BDD) hanya dipilih oleh 8% ibu di NTB dan 11% di NTT. Hal ini menunjukkan bahwa puskesmas memang menjadi acuan penting dalam menangani komplikasi kehamilan, siapapun petugas kesehatan yang ada di sana.

Grafik 4.10. Persen tempat rujukan mengatasi komplikasi kehamilan



Faktanya puskesmas memang merupakan fasilitas yang dipilih ibu untuk mengatasi komplikasi kehamilan, dan hal ini mencerminkan efektivitas upaya yang telah dilakukan guna meningkatkan kinerja berbagai intervensi oleh banyak agensi. Wawancara mendalam kepada pemangku kepentingan mengungkap hal pentingnya kebijakan menempatkan sumberdaya petugas kesehatan (misalnya dokter, perawat, bidan, kesehatan masyarakat) di tiap puskesmas, walaupun tingkat pergantian cukup tinggi.

“... NTT mendapatkan berbagai bantuan dari berbagai agensi, misalnya Unicef melengkapi pemberian makanan tambahan di posyandu, WHO yang membantuan untuk fasilitas, Care International mencoba mengurangi kurang gizi anak dengan mendirikan pusat rehabilitasi, Plan International juga mengulurkan tangan, di samping juga WVI yang mengkhususkan upaya pengurangan TB dan filariasis, juga GTZ diketahui memberikan bantuan... ya banyak pihak yang memberikan bantuan untuk NTT ...”

(DPRD, NTT)

“... karena letaknya terpencil, misalnya Ampuang, ya banyak bus mencapai sini (Kupang).. namun nyatanya transport itu tidak ada lagi.... jadi pada dasarnya kita menempatkan dua dokter pada setiap puskesmas dengan tempat rawat”

(Dinkes Kab, NTT)

“... pada pendapat kami, 6 bulan terlalu singkat untuk kerja di sini, tidak kerja sama sekali jika mungkin mereka dapat tinggal satu atau dua tahun untuk bisa menerapkan pengetahuan mereka.....ya ketika mereka belum beradaptasi di tempat ini, teman-teman di kantor, tapi kemudian dia harus segera pergi....”

(Dinkes Kab, NTT)

Hal penting dalam rantai rujukan adalah ketersediaan pelayanan emergensi obstetrik dan neonatal, di mana puskesmas seyogyanya merujuk kasus berat ke rumahsakit. Terjadinya kasus diungkap oleh beberapa ibu dalam diskusi kelompok terarah.

“Pada awalnya puskesmas.... tapi setelah mereka tidak bisa mengatasi.. mereka mengirim saya langsung ke rumahsakit umum untuk operasi... ditemani oleh bidan “

(DKT ibu di NTB)

4.5. PERSIAPAN PERSALINAN

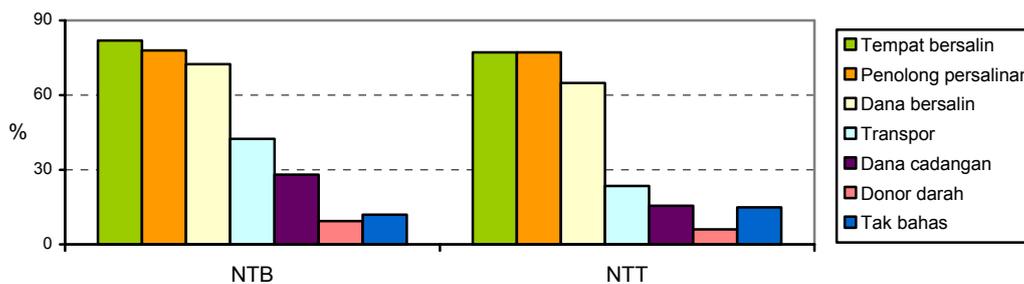
Komplikasi maternal harus diatasi segera, dan ini membutuhkan tindakan bukan hanya dari ibu hamil dan keluarganya, tetapi juga dari masyarakat umum. Konsep desa siaga yang diperkenalkan oleh Depkes di tahun 2006 mengajukan visi bahwa masyarakat

dipersiapkan untuk menghadapi situasi darurat termasuk komplikasi kehamilan dan persalinan. Sehubungan dengan model ini, tabel 4.10 memperlihatkan bahwa suami di NTB dan NTT sudah berperan sebagai suami siaga. Hampir 80% responden melaporkan bahwa ibu sudah membahas beberapa hal penting dengan suami mereka, yaitu tentang tempat melahirkan dan siapa penolong persalinan. Hasil ini sebanding dengan temuan SDKI 2003 yaitu sebanyak 66% di NTB dan 85% di NTT.

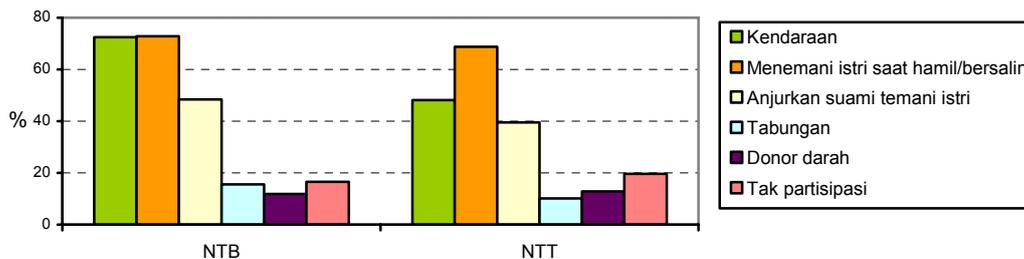
Bahasan tentang transpor dan dana cadangan yang banyak berkontribusi terhadap “tiga terlambat” dilaporkan oleh kurang dari seperempat jumlah ibu, dan tampak kedua provinsi memang membutuhkan intervensi untuk memperkuat hal ini. NTT membutuhkan penguatan perencanaan transpor (24%) dan dana cadangan (16%) di mana angka ini lebih rendah dari situasi di NTB masing-masing sebesar 43% dan 28%.

Yang menarik adalah ditemuinya 4% responden di NTB dan 2% responden di NTT melaporkan bahwa mereka tidak ditemani oleh suami selama masa kehamilan terakhir. Ini mencerminkan tingginya tenaga kerja laki-laki yang mencari peluang kerja di luar Indonesia. Untuk masa mendatang, jika keadaan ini berulang, maka dibutuhkan kesiapan masyarakat terutama menghadapi tantangan serupa.

Grafik 4.11. Persen ibu membahas isu kehamilan dan persalinan dengan suami selama kehamilan



Grafik 4.12. Persen kesiapan masyarakat menurut persepsi ibu



Dalam hal kesiapan masyarakat, survei ini memperlihatkan bahwa masyarakat cukup menaruh perhatian akan ibu hamil, sebagaimana dilaporkan oleh sekitar 70% ibu bahwa masyarakat akan menemani ibu bila mereka melahirkan (tabel 4.11).

Satu isu penting menyangkut tradisi masyarakat adalah bagaimana pengambilan keputusan di tingkat rumah tangga, misalnya adanya kebiasaan sebelum orang sakit dibawa untuk berobat ke luar rumah, maka diadakan terlebih dulu ritual doa bersama, dan ini kemungkinan berkontribusi terhadap keterlambatan penanganan kasus.

”Ya, kita biasanya kita memiliki ikatan keluarga sehingga kita bahas dulu apa yang terpenting dilakukan... jadi sementara itu orang yang sakit sudah sekarat.... Di pulau Jawa atau di sini sama saja ... membahas uangnya bagaimana... padahal pelayanan itu khan gratis karena ada askeskin ...”
 (Dinkes Kab, di NTT)

Dalam hal transpor, survei menemukan hanya sekitar separuh ibu di NTT dan tiga perempat ibu di NTB yang memikirkan hal tentang kendaraan untuk transpor bila ada keadaan darurat. Hal ini berlawanan dengan persepsi pemangku kepentingan di kedua provinsi yang menyatakan bahwa memang ada masalah berat di angkutan karena adanya hambatan geografis serta masih buruknya transportasi darat maupun laut.

“... keterlambatan dalam mencapai fasilitas kesehatan biasanya disebabkan karena kondisi di lapangan sini, cara transpor untuk bawa ibu masih sulit, kadang dengan sepeda motor, padahal lebih baik dengan mobil... dan juga waktu tempuh yang lama karena jaraknya jauh.. jadi ibu terlambat sampai di rumahsakit... di kondisi yang berat... bahkan sampai meninggal”
(Dinkes Kab, di NTT)

Perbedaan persepsi ini mencerminkan kesenjangan pemahaman masyarakat akan pentingnya transpor yang berkontribusi terhadap satu dari tiga keterlambatan – keterlambatan dalam membawa ibu dari rumah ke tempat rujukan. Ditemukan juga bahwa hanya sekitar seperdelapan responden yang melaporkan bahwa donor darah telah dibahas selama masa kehamilan.

Persiapan keuangan juga tampaknya kurang diperhatikan, karena hanya sedikit ibu yang melaporkan bahwa masyarakat menaruh perhatian kepada hal ini. Kemungkinan karena sudah tersedianya askeskin yang memang sudah dimiliki oleh mayoritas masyarakat.

”sudah ada askeskin pakai kartu dari walikota” (DKT ibu, di NTB)

”di sini mereka pakai JPS..” (DKT ibu, di NTT)

”Banyak yang nggak punya JPS di sini...” (DKT bapak, di NTT)

”ya, tentang askeskin, alhamdulillah ini menolong kita, untuk ibu hamil atau anak sakit, jika kita bawa ke puskesmas kemudian nggak bisa diatasi, lalu mereka akan merujuk ke rumahsakit tanpa bayaran tambahan lagi, Cuma sedikit uang untuk beli obat..”

(DKT bapak di NTB).

BAB 5

PERAWATAN PERSALINAN

Sebagai salah satu tujuan pengembangan milenium (*Millennium Development Goals*), pengurangan angka kematian ibu tergantung dari peningkatan proporsi kelahiran yang ditolong tenaga kesehatan. Penolong persalinan yang mengatasi komplikasi persalinan, dan pencarian pengobatan juga disajikan pada bab ini.

5.1. PENOLONG PERSALINAN

Sekitar tiga perempat jumlah ibu di NTB dan dua pertiga di NTT melaporkan rencana mereka untuk bersalin ditolong oleh tenaga kesehatan. Sisanya berencana pergi ke dukun (16% di NTB dan 30% di NTT), dan sekitar 10% ibu menyatakan mereka tidak tahu akan ditolong oleh siapa. Pada kenyataannya, sekitar 26% ibu di NTB dan 38% di NTT memilih dukun, dan tenaga kesehatan hanya dipilih oleh 72% ibu di NTB dan 56% ibu di NTT (tabel 5.1). Temuan ini hampir sama dengan hasil studi Sagric (2006) yang menyatakan bahwa utilitas dukun sekitar 24% di NTB dan 30% di NTT. Baik hasil survei ini, maupun survei Sagric, tampak menghasilkan angka yang lebih baik daripada hasil yang dilaporkan SDKI 2003, yaitu pemakaian tenaga kesehatan dalam persalinan di sekitar 50,1% di NTB dan 36,4% di NTT, hampir sama dengan yang ditulis dalam dokumen Depkes-WHO (2005) yang sekitar 45,3% di NTB dan 35,4% di NTT.

Dari mereka yang ditolong persalinannya oleh tenaga kesehatan, banyak ibu memilih bidan, 61% di NTB dan 47% di NTT. Tampak program bidan di desa sebagai penolong persalinan cukup sukses. Namun demikian beberapa ibu masih memilih dukun, sebagaimana diungkapkan dalam diskusi kelompok terarah maupun beberapa wawancara kepada pemangku kepentingan.

“banyak dari kami, secara rata-rata, melahirkan di ‘tamang’...”

(DKT ibu di NTB)

“Saya perhatikan, masyarakat desa cenderung pakai dukun sebagai pilihan pertama untuk melahirkan dan juga untuk urusan lainnya juga..”

(DPRD NTB)

Dukun masih dianggap penting di kedua provinsi, dan beberapa pemangku kepentingan menyarankan untuk membiarkan mereka menolong persalinan, idealnya bermitra dengan bidan.

“Depkes memang menyatakan dukun tidak boleh menolong persalinan, tapi untuk kita di tempat terpencil, akan sangat sulit, jadi kita membangun kemitraan, dan diharapkan sedikit demi sedikit secara tak langsung akan menurunkan jumlah dukun walaupun memakan waktu lama ... mungkin setahun atau dua tahun ...”

(Dinkes Kab, NTT)

“Saya tidak suka bila dukun diremehkan.. tapi ya dalam pengembangannya saya berharap tugasnya akan bergeser ke bidan .. jika bidan siap.. dukun hanya untuk menolong proses tapi tidak usah dibayar..”

(Bupati, NTT)

Tabel 5.1 memperlihatkan bahwa tingkat sosial ekonomi mungkin mempengaruhi pemilihan penolong persalinan, di mana yang non-miskin cenderung memilih tenaga kesehatan. Alasan keuangan ini juga diutarakan baik oleh anggota masyarakat maupun pemangku kepentingan.

“pergi ke tamang, dan kita tidak perlu bayar, tapi mereka menolong kita...”

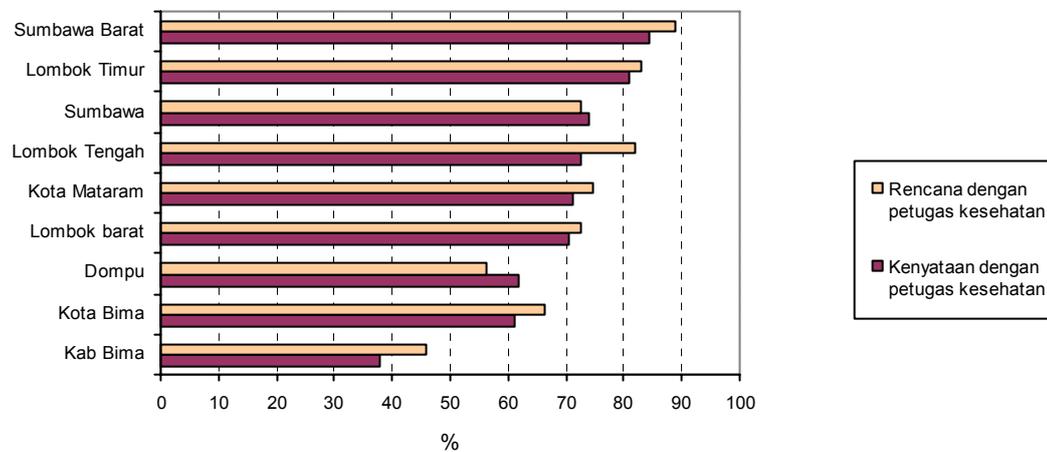
(DKT ibu, di NTB)

“dukun masih ada, tapi karena mereka juga dilatih, dan mereka berguna serta mau menolong, ya terutama untuk mereka yang tidak punya uang.... Kita cukup kasih kain sarong’ .. sudah cukup.”

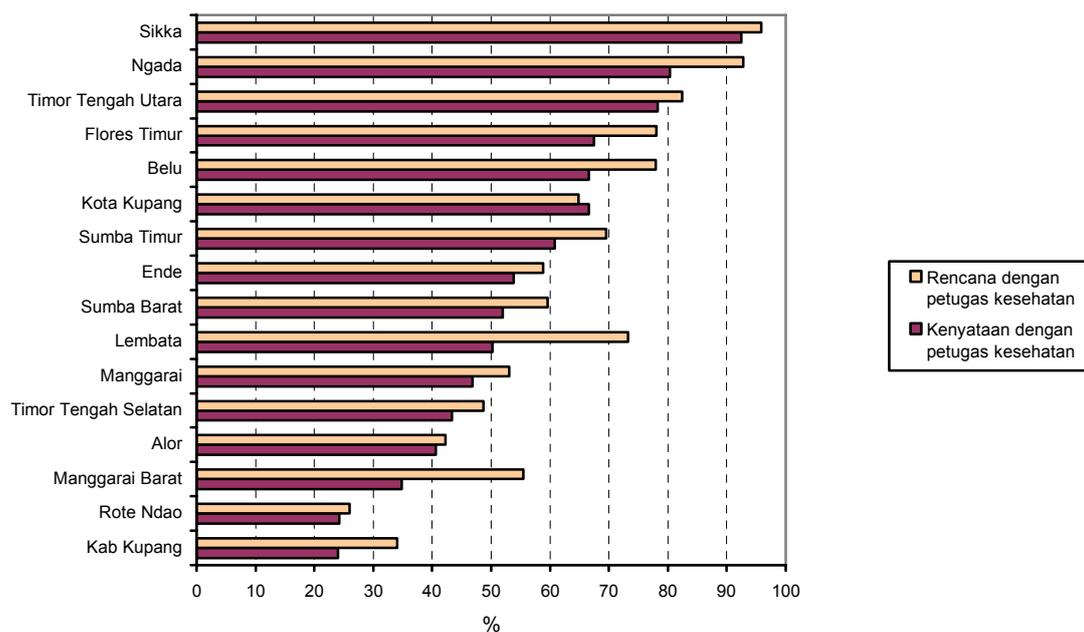
(Pemangku Kab, NTT)

Jadi dalam hal penggunaan dukun, pemangku kepentingan memandang mereka sebagai bagian dari sumber daya yang ada saat ini untuk mengatasi masalah finansial dan geografis. Mereka mengungkapkan bahwa pelatihan bagi dukun dapat meningkatkan pengetahuannya, walaupun di masa mendatang mereka tidak diharapkan menolong persalinan lagi. Adanya isu suksesi dukun memerlukan pertimbangan pendidikan bagi yang berpotensi melanjutkan karir dukun, misal anaknya, untuk menjadi tenaga kesehatan (misal menjadi bidan) yang dapat bertugas kembali di tempat asal.

Grafik 5.1. Persen rencana dan kenyataan penolong persalinan dengan tenaga kesehatan di NTB



Grafik 5.2. Persen rencana dan kenyataan penolong persalinan dengan tenaga kesehatan di NTT



5.2. TEMPAT DAN CARA BERSALIN

Untuk persalinan, tampak ibu memilih tempat yang nyaman dan menyenangkan, tidak memandang siapa yang menolong persalinan. Separuh ibu di NTT dan hampir seperempat ibu di NTB melaporkan berencana melahirkan di rumah (tabel 5.3). Yang lain merencanakan bersalin di fasilitas kesehatan. Kenyataan menunjukkan sekitar 60% di NTT dan 30% di NTB (tabel 5.4) ibu bersalin di rumah.

Fasilitas kesehatan yang disebut oleh ibu untuk tempat bersalin kebanyakan adalah puskesmas dan polindes di NTB dan rumahsakit di NTT. Pola tempat bersalin ini sama dengan yang diungkapkan oleh Sagric (2006), tetapi dengan proporsi yang berbeda, di mana ia melaporkan ada separuh yang bersalin di rumah (50% di NTB dan 55% di NTT). Hal yang sama juga dilaporkan dalam SDKI (2003) bahwa fasilitas kesehatan untuk bersalin dipakai oleh sejumlah kecil ibu yaitu 13% di NTT dan 27% di NTB.

Ibu merubah tempat bersalin dari yang semula direncanakan di fasilitas kesehatan ke rumah kemungkinan karena memang persalinannya normal, namun ada juga yang disebabkan pengalaman buruk sebelumnya dalam penggunaan beberapa fasilitas kesehatan tersebut.

“ya, (saya) melahirkan di rumah, normal dan nggak ada halangan..”

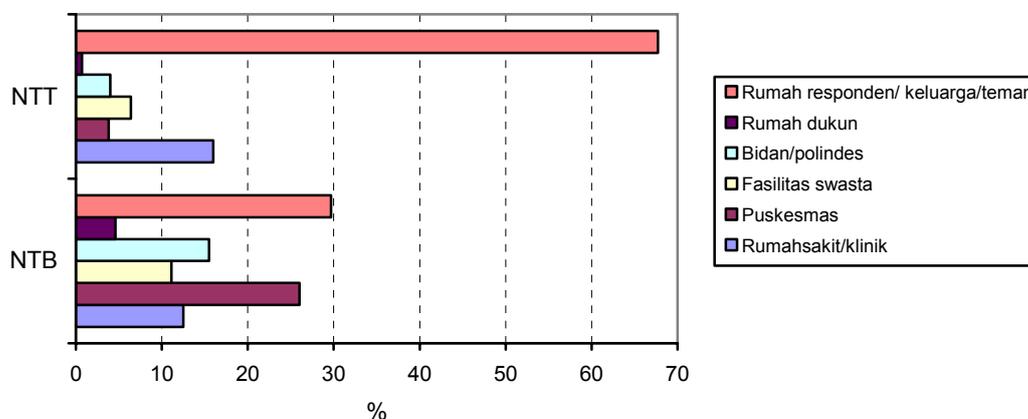
(DKT ibu di NTB)

“kalau rumahsakit...saya trauma karena pengobatan yang diberikan banyak sekali..”

“kalau di rumah, penolongnya ya bidan..”

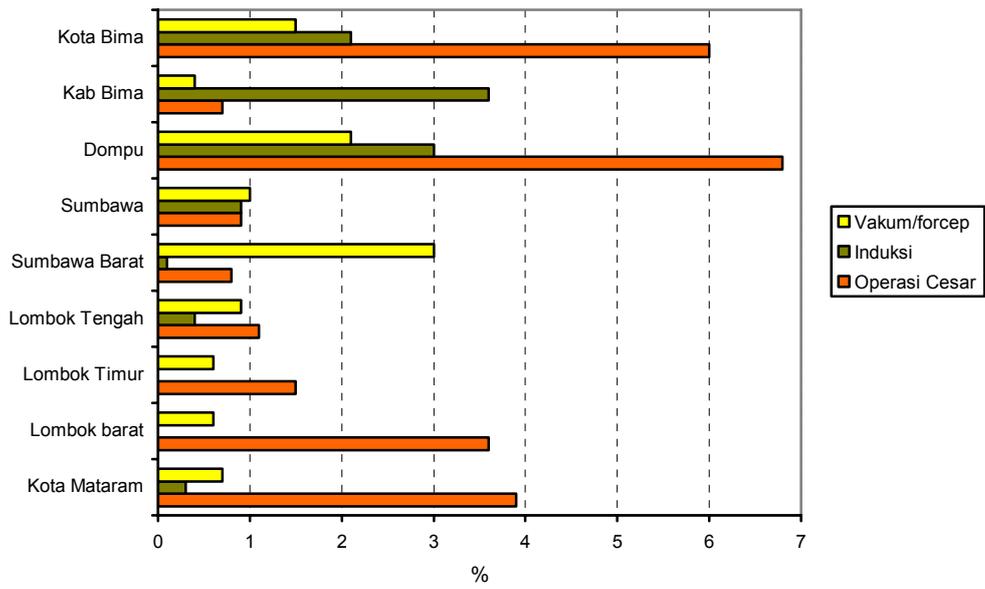
(DKT bapak di NTT)

Grafik 5.3. Sebaran ibu menurut tempat bersalin di NTB dan NTT

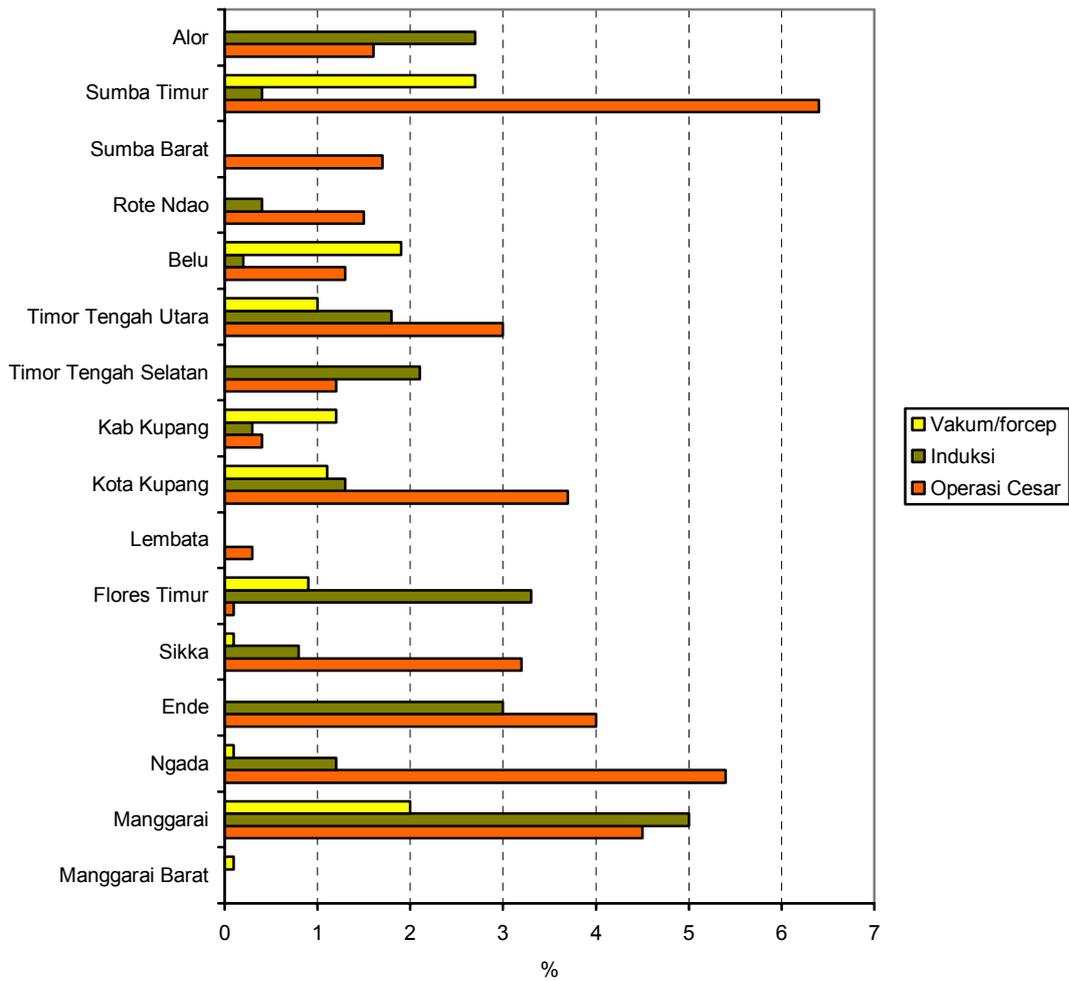


Jika kita mempertimbangkan adanya konsep desa siaga, maka rencana dan realisasi tempat bersalin tidaklah usah dikawatirkan sepanjang kelahirannya normal. Namun demikian, proporsi kelahiran dengan bantuan operasi (Caesar) biasanya terjadi di sekitar angka 15% jumlah kelahiran, sementara survei ini mengungkap operasi tersebut hanya terjadi pada 3% kelahiran (tabel 5.5), lebih tinggi sedikit dari yang dilaporkan oleh SDKI (2003) yaitu 0.5% di NTB dan 1.3% di NTT. Hal ini juga dapat berarti bahwa penguatan sistem rujukan sangat diperlukan terutama dalam mengatasi komplikasi bersalin yang memerlukan operasi Caesar.

Grafik 5.4. Sebaran ibu menurut cara bersalin tak normal di NTB



Grafik 5.5. Sebaran ibu menurut cara bersalin tak normal di NTT



5.3. KOMPLIKASI PERSALINAN DAN PENANGANANNYA

Walaupun upaya mempromosikan bersalin dengan ditolong tenaga kesehatan tampak jumlahnya meningkat, tetapi angka komplikasi juga masih sama, dan proporsinya masih memprihatinkan. Kemampuan ibu menyebut tanda komplikasi persalinan memperlihatkan pemahaman akan tanda bahaya yang seyogyanya dideteksi. Sekitar sepertiga jumlah ibu melaporkan adanya komplikasi persalinan ini. Pecahnya ketuban dini tampak sering terjadi, di samping juga persalinan lama dan perdarahan hebat (tabel 5.6). Eklampsia, yang ditandai dengan kejang, dilaporkan oleh 3% ibu di NTB dan 7% di NTT, jauh lebih tinggi daripada angka nasional sekitar 1,4% dalam SDKI 2003.

Untuk mengatasi komplikasi persalinan, yang kebanyakan ketuban pecah dini, perdarahan, dan partus lama, survei menemukan sekitar 16% ibu di kedua provinsi memilih untuk beristirahat. Bidan di desa (BDD), puskesmas, dan rumahsakit disebut juga sebagai tempat yang dicari untuk perawatan lanjutan.

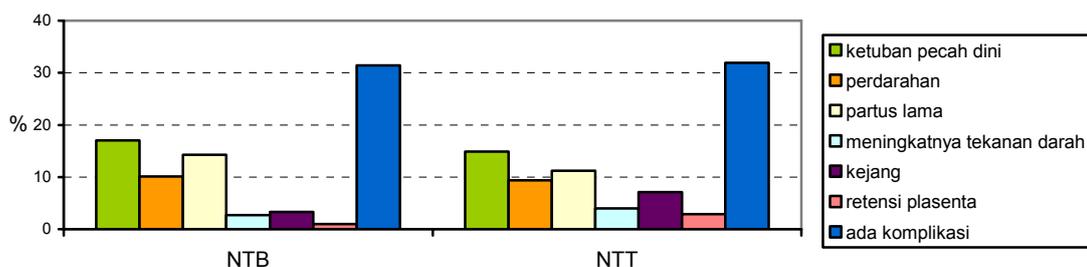
Diskusi pada kelompok ibu mengungkapkan bahwa kebanyakan penolong persalinan menangani komplikasi saat bersalin tersebut, seperti dukun yang kemudian merujuk ke polindes, bidan di desa yang kemudian menganjurkan ibu untuk ke rumahsakit.

“Satukali saya ditolong dukun ibu Suryati. Tapi kemudian saya dibawa ke Polindes.”
(DKT ibu di NTT)

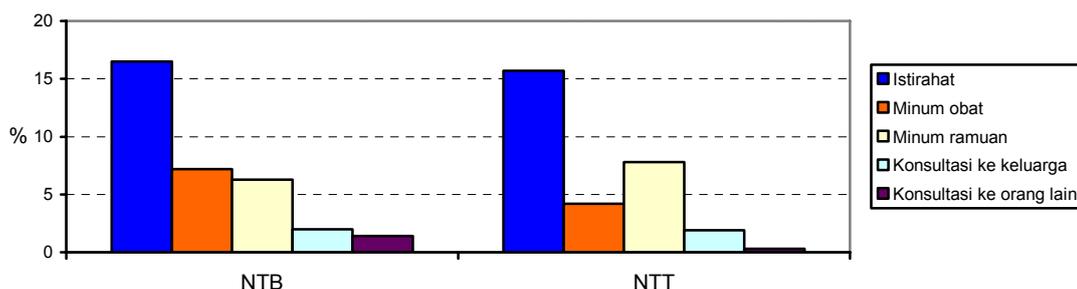
“saya dianjurkan untuk melahirkan di rumahsakit karena bayi saya kembar jadi perlu operasi (caesar)...”
(DKT bapak di NTB)

Dapat pula dicatat bahwa ada sejumlah ibu yang tidak melakukan apa-apa saat mereka mengalami komplikasi persalinan seperti diutarakan oleh 10% ibu di NTB dan 12% ibu di NTT. Sekitar 8% ibu di NTB dan 14% ibu di NTT mendapatkan perawatan dari dukun. Dengan demikian ada seperlima jumlah ibu yang mengalami komplikasi persalinan yang tidak mendapatkan penanganan dari petugas kesehatan.

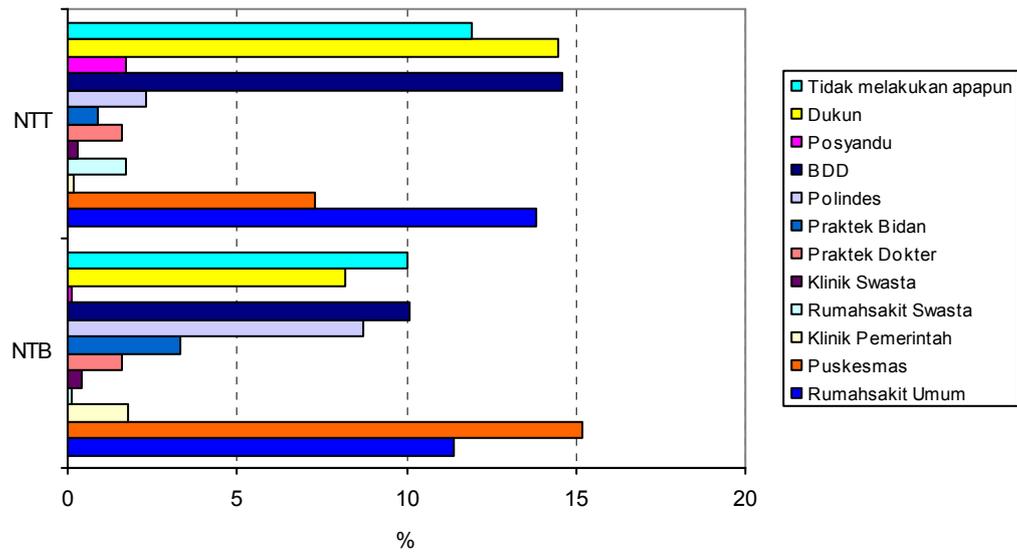
Grafik 5.6. Persen jenis komplikasi persalinan di NTB dan NTT



Grafik 5.7. Persen jenis penanganan di rumah untuk menangani komplikasi persalinan di NTB dan NTT



Grafik 5.8. Persen jenis pelayanan kesehatan untuk komplikasi persalinan di NTB dan NTT



BAB 6

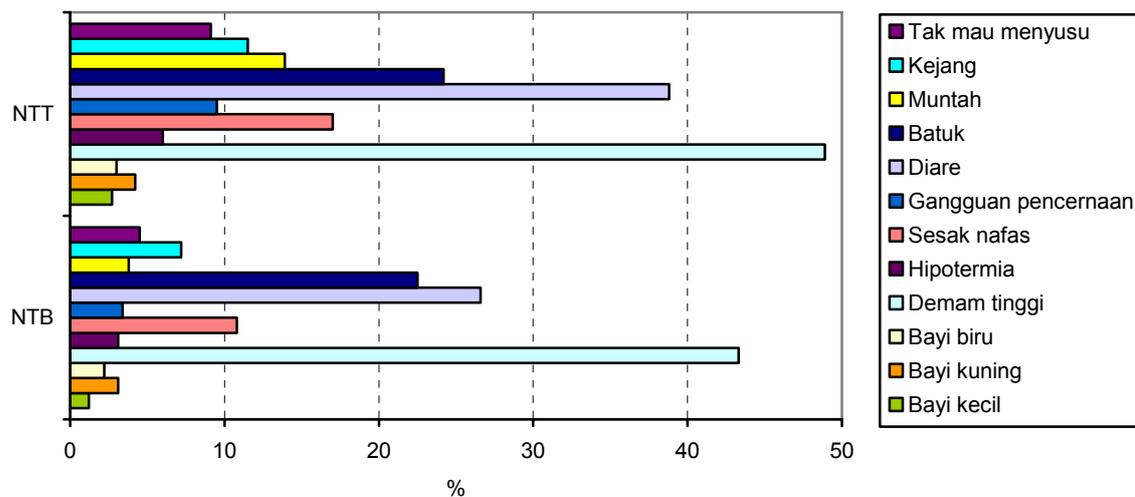
ASUHAN NEONATAL DAN NIFAS

Komplikasi maternal dan neonatal yang terjadi pada pascasalin atau nifas, yaitu 42 hari sesudah ibu bersalin, dapat membawa konsekuensi kepada dua orang yaitu ibu dan bayi baru lahir. Namun demikian periode ini tampaknya masih belum diperhatikan secara penuh sehingga merupakan periode kritis yang memerlukan intervensi lebih lanjut.

6.1. PENGETAHUAN AKAN KOMPLIKASI NEONATAL

Survei mengukur tingkat pengetahuan ibu tentang hal yang berkaitan dengan neonatal, dan ternyata di kedua provinsi cukup baik, diperlihatkan oleh 60% ibu di NTB dan 73% ibu di NTT dapat menyebut paling sedikit satu macam komplikasi. Tetapi pada tingkatan lebih jauh, yaitu dapatkah ibu menyebut paling sedikit empat macam jenis komplikasi, proporsi ibu yang dapat menyebutkannya hanya sedikit, di mana ibu di NTB (7%) kurang mengetahuinya dibandingkan ibu NTT (14%) (tabel 6.1). Tidak jelas diperlihatkan ada variasi angka antar kabupaten atau kota (tabel 6.1.a dan 6.1.b).

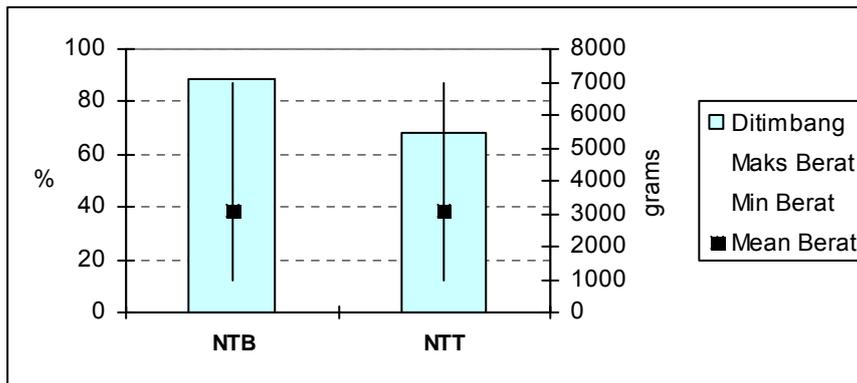
Grafik 6.1. Persen ibu dapat menyebut jenis komplikasi neonatal



6.2. TIMBANG BAYI PASCALAHIR DAN BERAT BAYI

Studi ini menemukan bahwa penimbangan segera sesudah bayi lahir dilakukan pada mayoritas persalinan, di mana angka proporsinya di NTB (89%) sedikit lebih tinggi daripada di NTT (70%) (tabel 6.2). Dengan mendasarkan pada catatan yang ditulis pada kartu/buku KIA dari tiap anak, diperoleh informasi berat badan bayi ketika lahir rata-rata 3100 gram. Hanya 8% bayi yang lahirnya rendah yaitu di bawah 2500 gram.

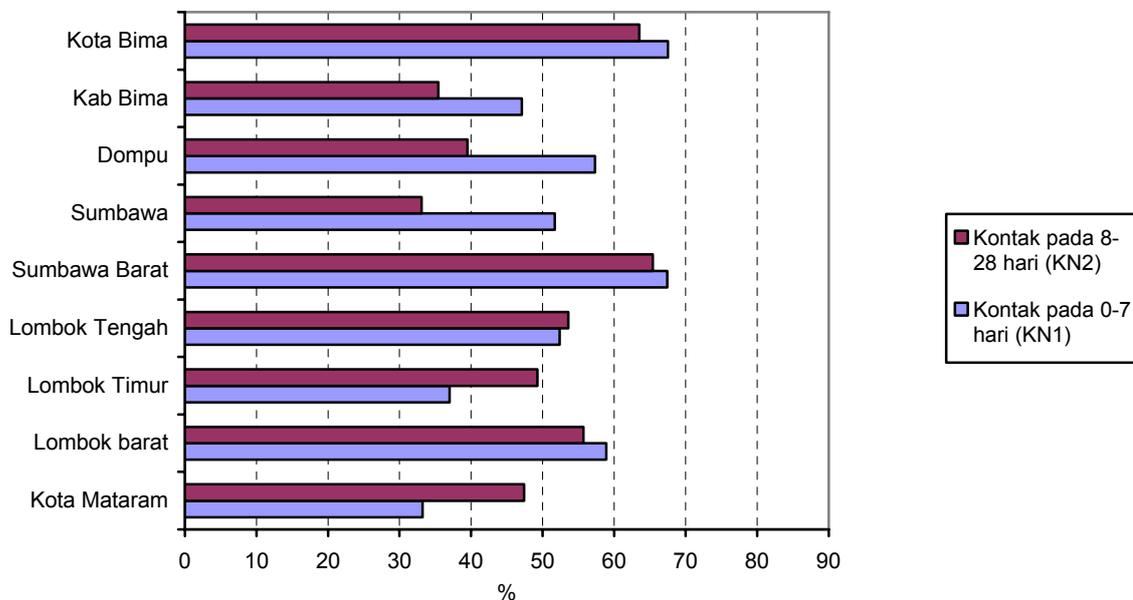
Grafik 6.2. Persen bayi ditimbang dan rata-rata berat bayi lahir (gram)



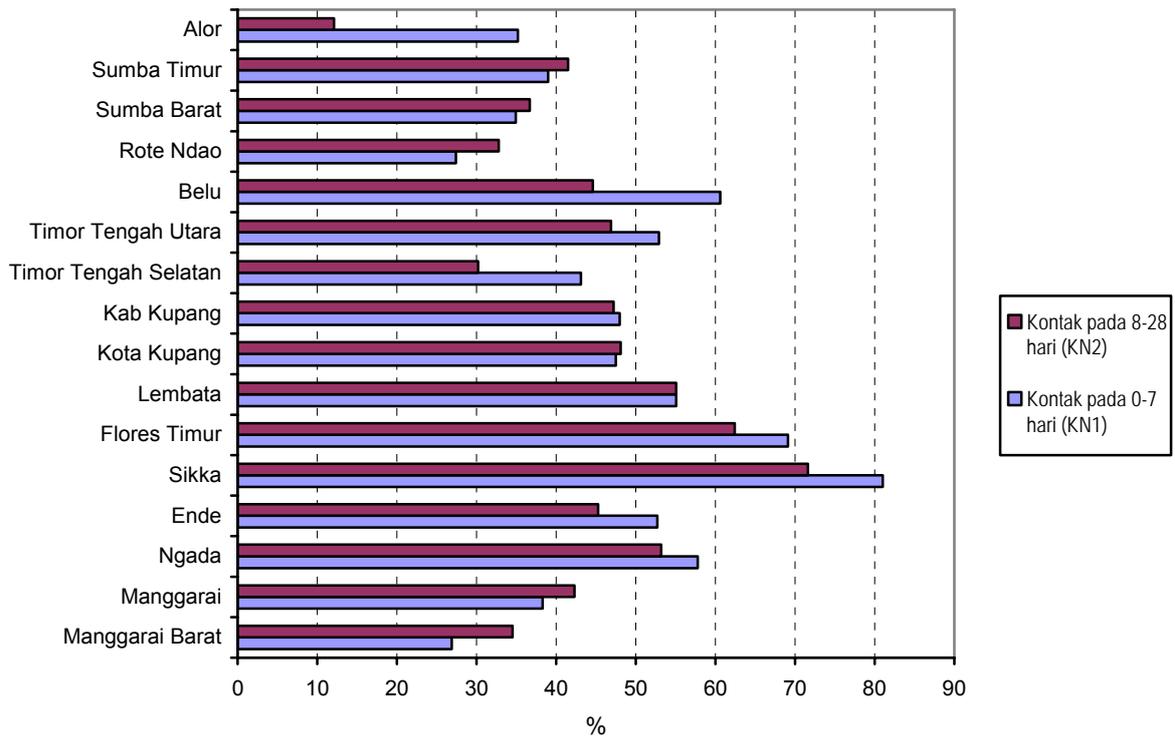
6.3. KONTAK ASUHAN NEONATAL

Lebih dari separuh jumlah ibu di NTB dan NTT melaporkan bahwa mereka melakukan kontak dengan petugas kesehatan (baik mengunjungi maupun dikunjungi) pada masa 28 hari setelah melahirkan. Proporsi ibu yang melakukan kontak pada masa tersebut sekitar 63% di NTB dan 58% di NTT (tabel 6.3). SDKI (2003) melaporkan angka untuk indikator kontak neonatal tersebut sedikit lebih tinggi, yaitu 74% di NTB dan 65% di NTT, dan laporan dari telaah oleh FKUI (2006) juga lebih tinggi yaitu 84,6% di NTB dan 73,6% di NTT. Secara umum, tampaknya kontak ibu dengan petugas kesehatan pada minggu pertama setelah melahirkan (KN1) sedikit lebih tinggi proporsinya dibandingkan hari-hari sesudahnya (KN2).

Grafik 6.3. Persen kontak neonatal pada 0-7 hari (KN1) dan 8-28 hari (KN2) di NTB

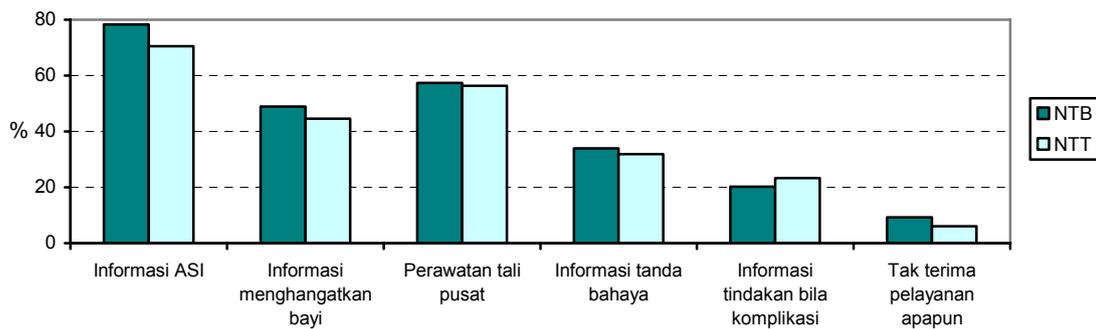


Grafik 6.4. Persen kontak neonatal pada 0-7 hari (KN1) dan 8-28 hari (KN2) di NTT



Bidan adalah petugas yang banyak dipilih ibu untuk memeriksakan bayi baru lahir. Pelayanan yang diberikan pada asuhan neonatal tersebut kebanyakan adalah pemberian informasi tentang menyusui (80% di NTB dan 70% di NTT). Selain itu perawatan tali pusat juga diutarakan oleh sekitar 60% ibu, dan menghangatkan bayi sekitar 50% ibu. Perlu diperhatikan pula ada dua pertiga jumlah ibu yang tidak mendapat penjelasan tentang tanda bahaya dan komplikasi neonatal dalam pelayanan tersebut (tabel 6.4).

Grafik 6.5. Persen jenis layanan asuhan neonatal yang diterima ibu di NTB dan NTT

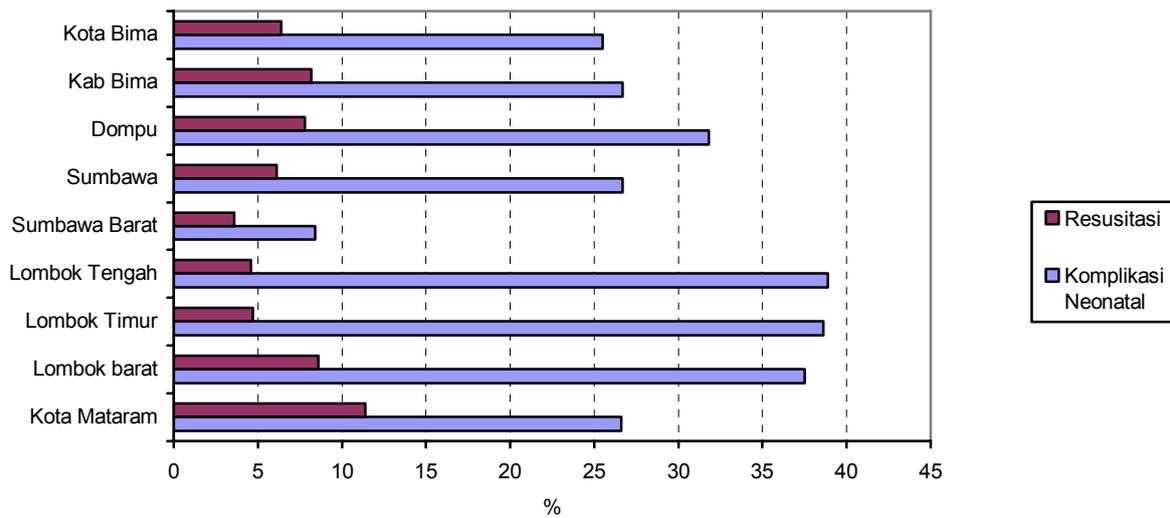


6.4. KOMPLIKASI NEONATAL DAN PENANGANANNYA

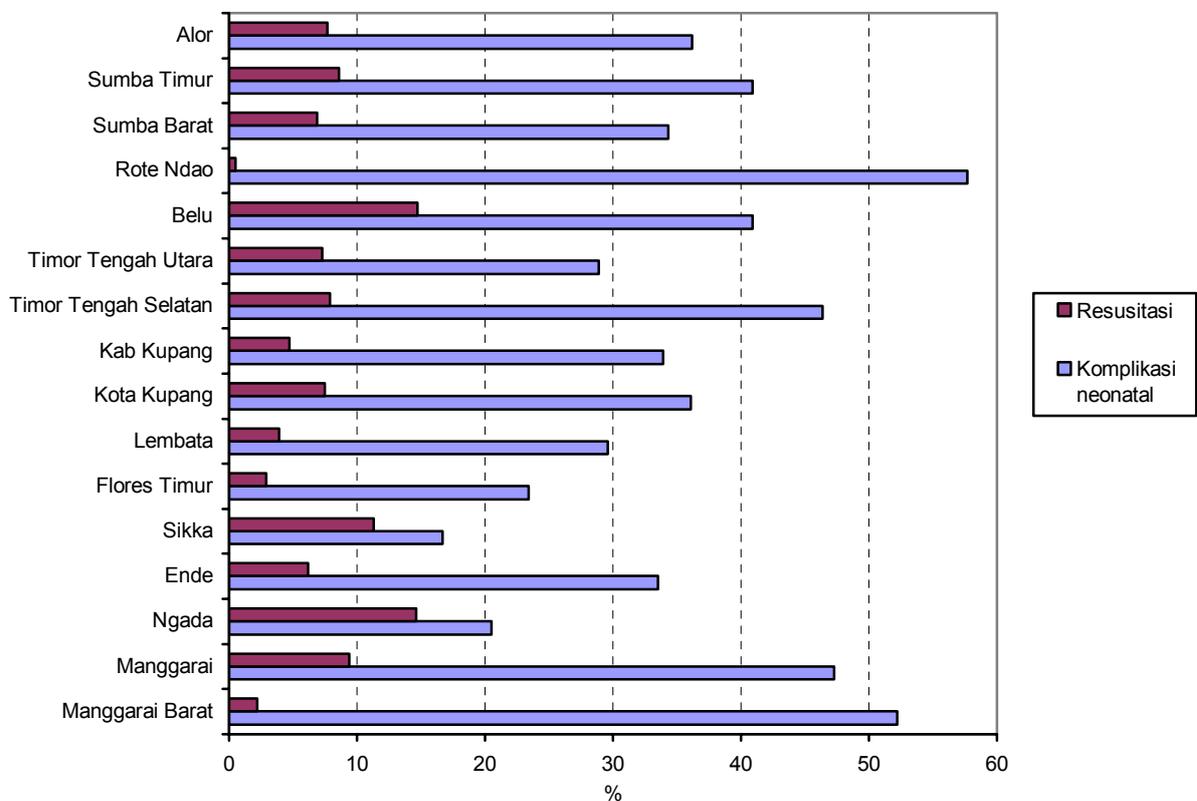
Sebagaimana dilaporkan oleh ibu, sepertiga bayi baru lahir di NTB dan sedikit lebih tinggi di NTT ternyata mengalami komplikasi. Kebanyakan jenis komplikasinya adalah demam tinggi, diare dan batuk, dan pola komplikasi ini tidak berbeda antar kabupaten maupun antar provinsi (tabel 6.5).

Demam tinggi diungkapkan oleh 20% ibu di kedua provinsi. Diare dan batuk diutarakan oleh sejumlah ibu berkisar antara 10% sampai 13%. Komplikasi ini mengindikasikan adanya infeksi. Resusitasi pada neonatal (melalui pengungkapan adanya alat bantu nafas saat lahir) diakui oleh sekitar sepersepuluh jumlah ibu. Tindakan ini biasanya dilakukan untuk mengatasi asfiksia, dan terungkap hal ini dilakukan di puskesmas atau rumahsakit, karena kedua fasilitas ini dikunjungi oleh 18% ibu di NTB dan 17% ibu di NTT (tabel 6.6).

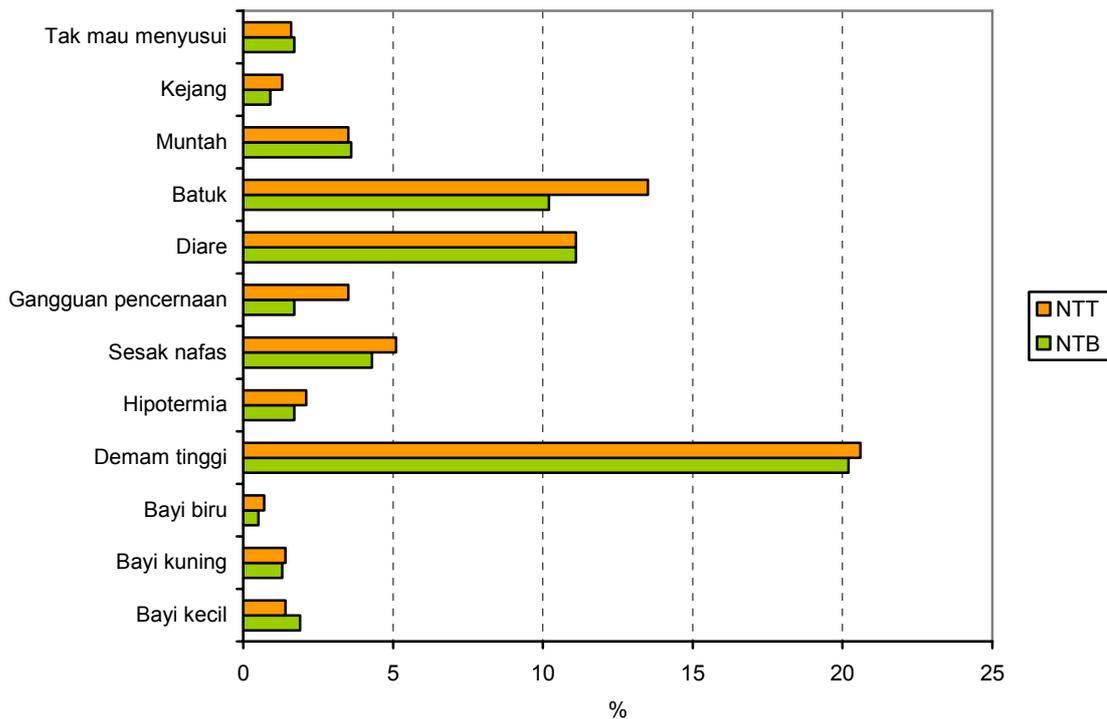
Grafik 6.6. Persen komplikasi neonatal dan pengakuan resusitasi di NTB



Grafik 6.7. Persen komplikasi neonatal dan pengakuan resusitasi di NTT



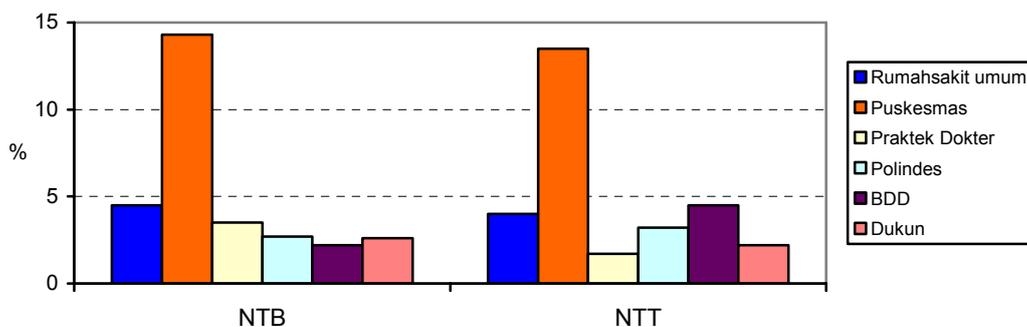
Grafik 6.8. Persen jenis komplikasi neonatal di NTB dan NTT



Survei menemukan hanya sedikit jumlah ibu (2% di NTB dan 5% di NTT) yang pergi ke bidan di desa (BDD) untuk mencari pertolongan guna mengatasi komplikasi pada bayinya. Sementara sebetulnya bidan dapat dilatih guna mengelola dan mengatasi asfiksia, sebagaimana diutarakan oleh beberapa studi. Diperkirakan sampai separuh jumlah kematian perinatal di negara berkembang disebabkan karena asfiksia. Dengan demikian komplikasi neonatal dapat diantisipasi oleh fasilitas kesehatan, baik melalui penguatan petugas terlatih, maupun alat-alatnya seperti tekno-tube dan mask (MotherNewBornNews, July, 2006). Sebuah studi tentang kesehatan reproduksi esensial (PPKUI, 2002) mengungkapkan bahwa pelaksanaan pelatihan bagi petugas kesehatan di NTT, termasuk bidan, paling rendah cakupannya (hanya 8%) dibandingkan di daerah lain (Sumatera Selatan, Jawa Barat, Kalimantan Barat). Di NTB seorang pemangku kepentingan mengutarakan hal berikut:

“ ... dalam hal kuantitas dan kualitas petugas kesehatan, memang untuk daerah ini, kami merasa masih rendah”
 (Dinkes di NTB)

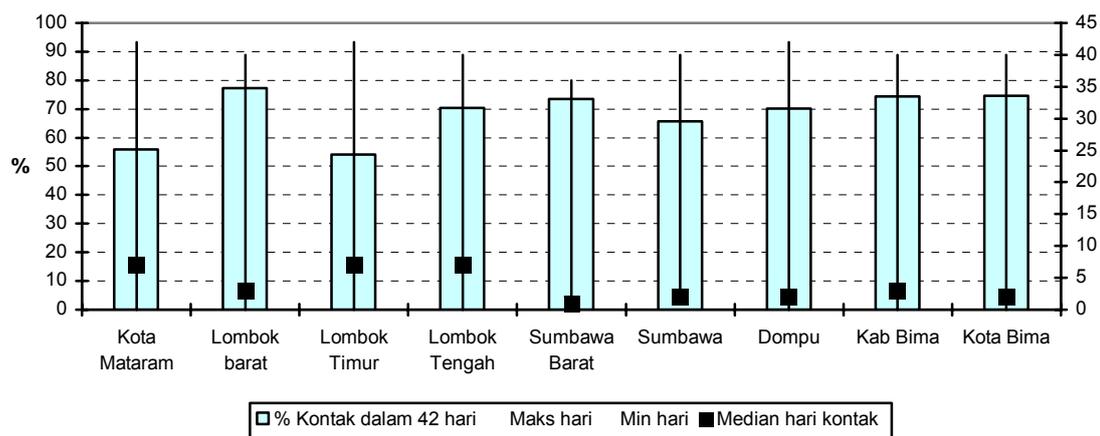
Grafik 6.9. Persen jenis pelayanan kesehatan untuk komplikasi neonatal di NTB dan NTT



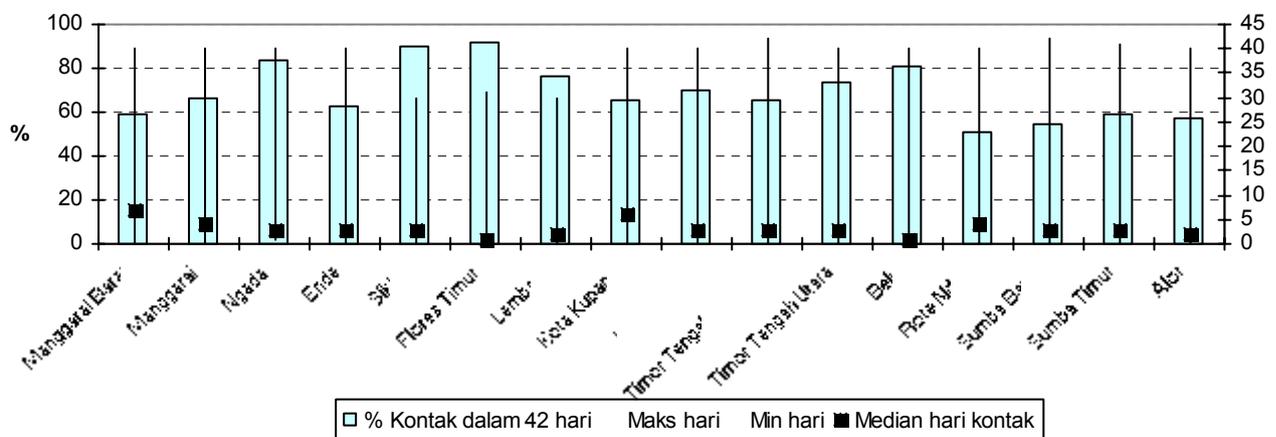
6.5. KONTAK NIFAS

Ibu habis bersalin atau ibu nifas masuk dalam periode kritis karena dapat mengalami perdarahan, dan bersamaan dengan penyebab lain, dapat berujung pada kematian ibu. Di kedua provinsi, pada masa nifas, dua pertiga ibu telah melakukan kontak dengan petugas kesehatan, dan biasanya adalah bidan. Secara rata-rata, ibu di NTT lebih cepat kontak yaitu pada hari ketiga, daripada ibu di NTB yang baru kontak pada hari ke tujuh. Variasi antar kabupaten tidak begitu terlihat (tabel 6.8.a).

Grafik 6.10. Persen ibu melakukan kontak nifas dan median hari ibu kontak dengan petugas kesehatan di NTB

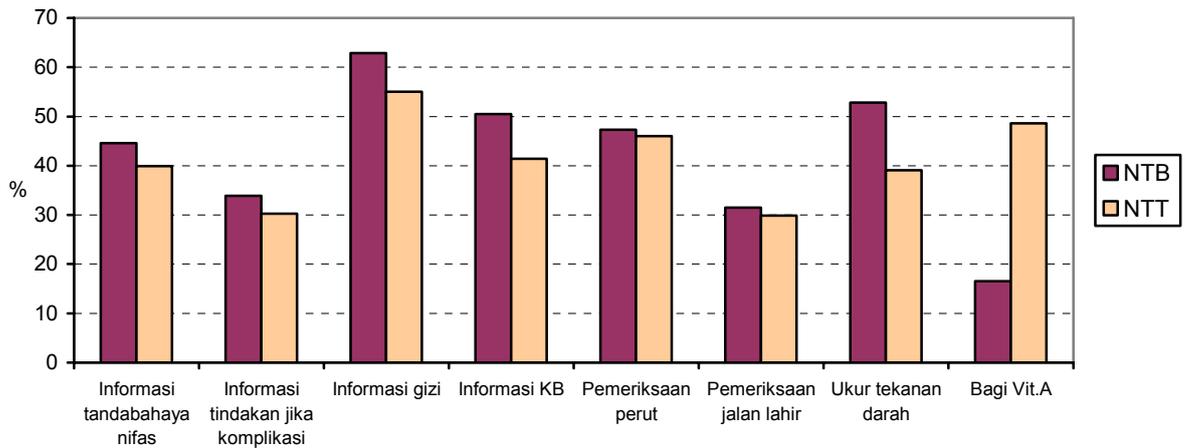


Grafik 6.11. Persen ibu melakukan kontak nifas dan median hari ibu kontak dengan petugas kesehatan di NTT



Pelayanan perawatan nifas yang diterima oleh ibu umumnya adalah penjelasan tentang gizi dan keluarga berencana. Sebagai suatu yang berpotensi untuk komplikasi pascasalin, maka mengenali tanda bahaya adalah suatu hal penting, dan sekitar 35% sampai 40% ibu melaporkan telah menerima informasi tersebut (tabel 6.9). Dalam hal tindakan medis, separuh ibu mengakui mereka diukur tekanan darahnya, dan juga diperiksa perutnya. Tak terlihat perbedaan angka proporsi antar provinsi dan klaster, kecuali pendistribusian vitamin A yang tampak lebih baik di NTT (48%) dibandingkan di NTB (17%).

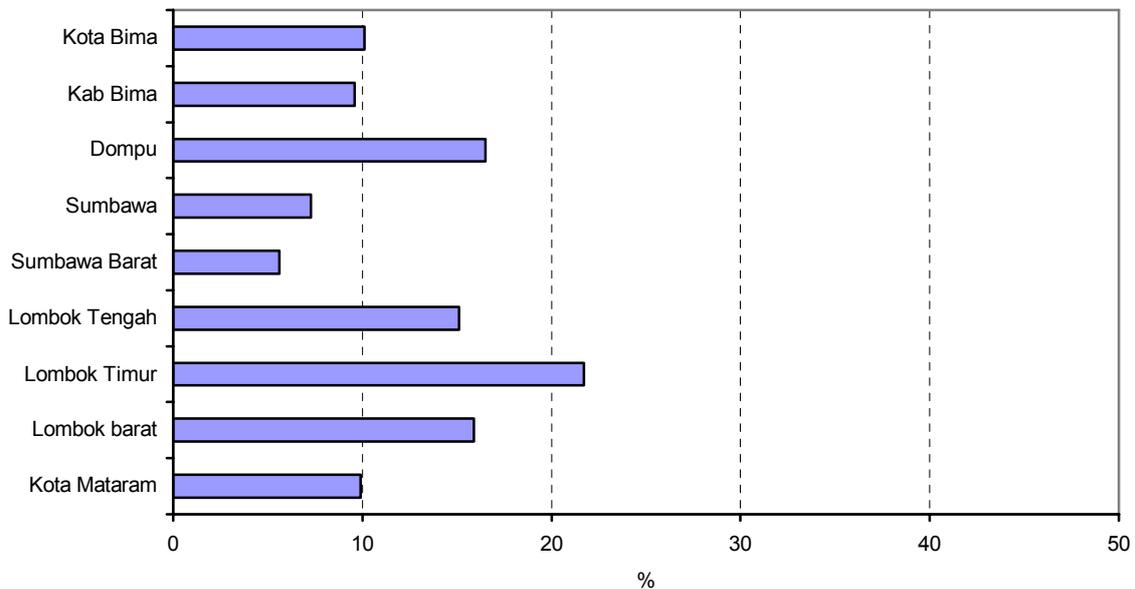
Grafik 6.12. Persen jenis pelayanan perawatan nifas diterima ibu di NTB dan NTT



6.6. KOMPLIKASI NIFAS DAN PENANGANANNYA

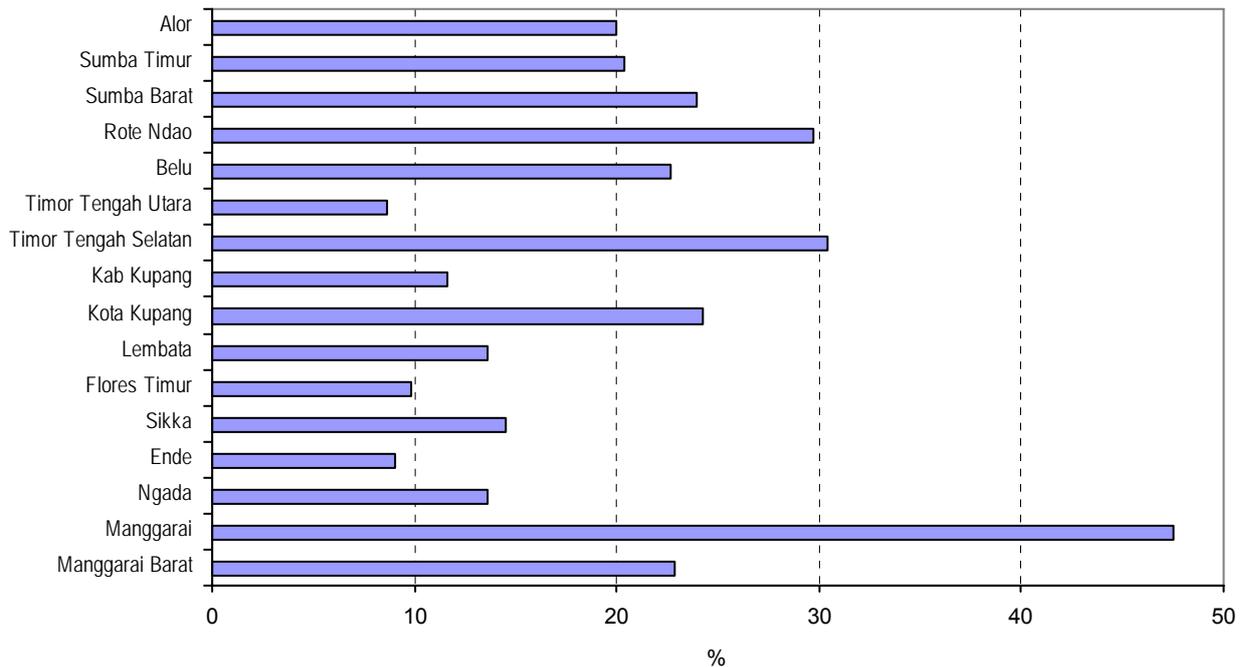
Komplikasi nifas merupakan penyebab utama kematian ibu, terutama perdarahan dan infeksi, sehingga deteksi dan penanganan dini menjadi suatu hal penting.

Grafik 6.13. Persen komplikasi nifas di NTB

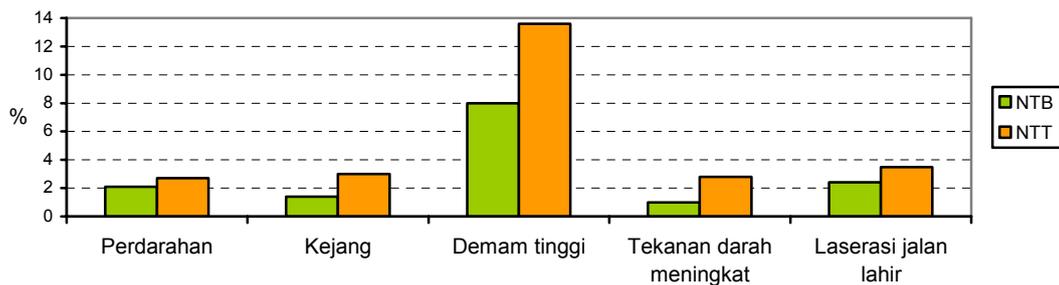


Berdasarkan pengakuan ibu yang diwawancarai, proporsi komplikasi nifas di NTT (27%) dua kali lipatnya angka di NTB (13%) (tabel 6.10). Kabupaten yang melaporkan kejadian itu tinggi adalah Lombok Barat, Lombok Tengah, Lombok Timur, dan Dompu di NTB, serta Manggarai, Manggarai Barat, Kota Kupang, Rote Ndao, dan Timor Tengah Selatan di NTT. Sumbawa Barat dan Sumbawa relatif rendah angkanya (tabel 6.10.a dan 6.10.b).

Grafik 6.14. Persen komplikasi nifas di NTT

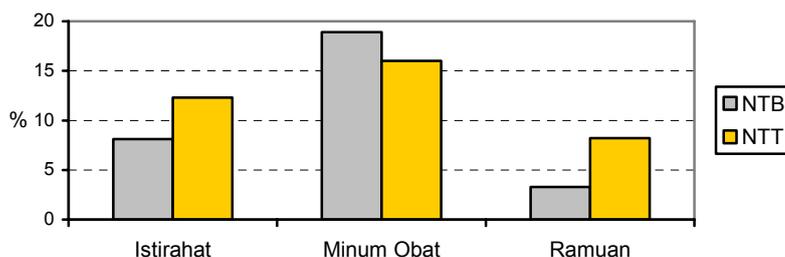


Grafik 6.15. Persen jenis komplikasi nifas di NTB dan NTT

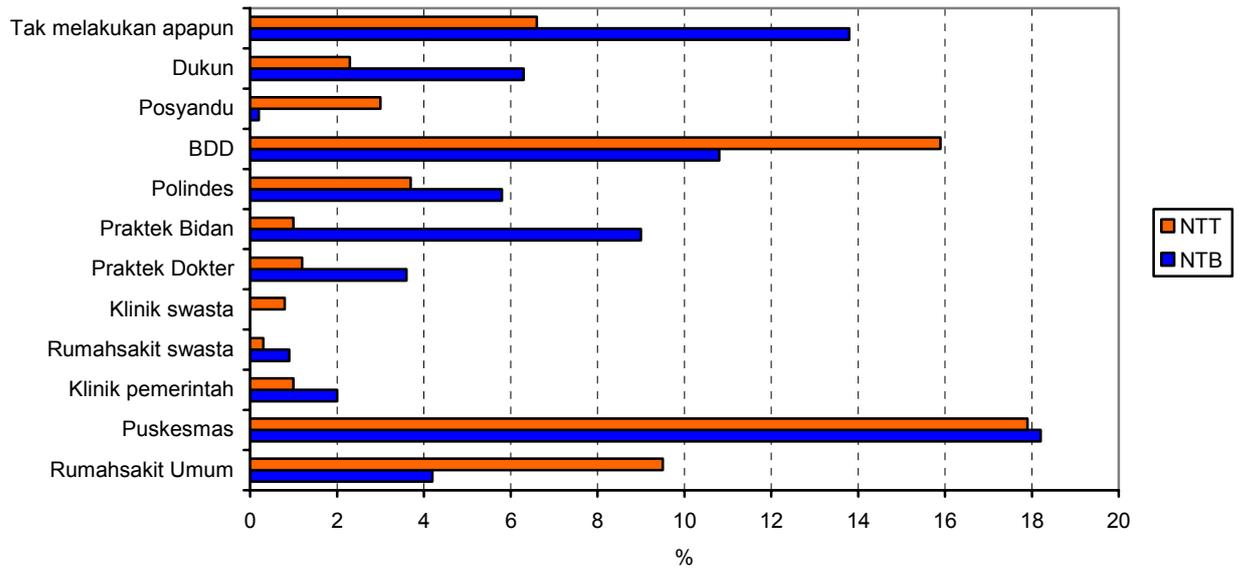


Komplikasi yang banyak diungkap oleh ibu adalah demam tinggi (13% di NTT dan 8% di NTB), kemungkinan karena berhubungan dengan infeksi pascasalin yang sering menyebabkan kematian ibu. Komplikasi mayor lain adalah pre-eklampsia/eklampsia yang terdiri dari meningkatnya tekanan darah, edema dan kejang, sebagaimana dilaporkan oleh 2% ibu di NTB dan 6% ibu di NTT. Tidak tampak adanya variasi berarti antara klaster.

Grafik 6.16. Persen jenis penanganan di rumah untuk komplikasi nifas di antara ibu dengan komplikasi di NTB dan NTT



Grafik 6.17. Persen jenis pelayanan kesehatan menangani komplikasi nifas di antara ibu dengan komplikasi di NTB dan NTT



Untuk menangani komplikasi nifas, pola pencarian penanganannya tampak hampir sama di kedua provinsi. Kurang dari seperlima ibu dengan komplikasi berusaha untuk mengatasinya sendiri seperti minum obat, istirahat dan minum ramuan. Puskesmas merupakan tempat yang disukai (20%) guna mengatasi masalah komplikasi tersebut, selain juga bidan di desa (BDD). Rumahsakit Umum lebih banyak dipakai di NTT (9%) dibandingkan di NTB (4%) (tabel 6.11 dan 6.12).

BAB 7

PEMBERIAN MAKANAN PADA ANAK

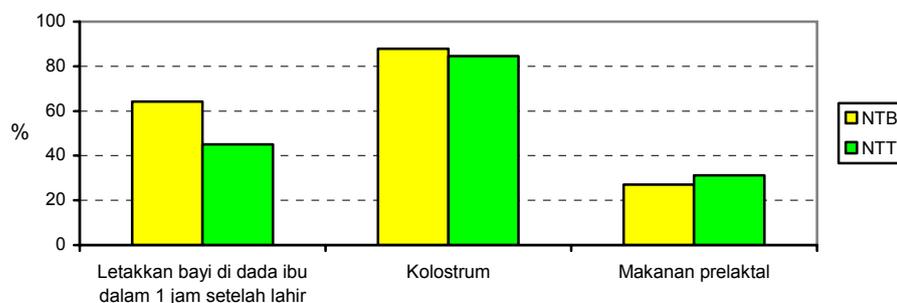
Status gizi anak akan mempengaruhi daya tahan tubuh terhadap berbagai penyakit, yang akan mengakibatkan kesakitan, dan secara kumulatif akan berujung pada kematian. Meningkatkan status gizi anak melalui pemberian makanan yang tepat dan adekuat sangat diperlukan. Dimulai dari meletakkan bayi di dada ibu segera setelah lahir, pemberian air susu ibu (ASI), dan pemberian makanan yang disesuaikan dengan umur anak, akan menghasilkan status gizi anak yang baik.

7.1. PEMBERIAN ASI, KOLOSTRUM DAN MAKANAN PRELAKTAL

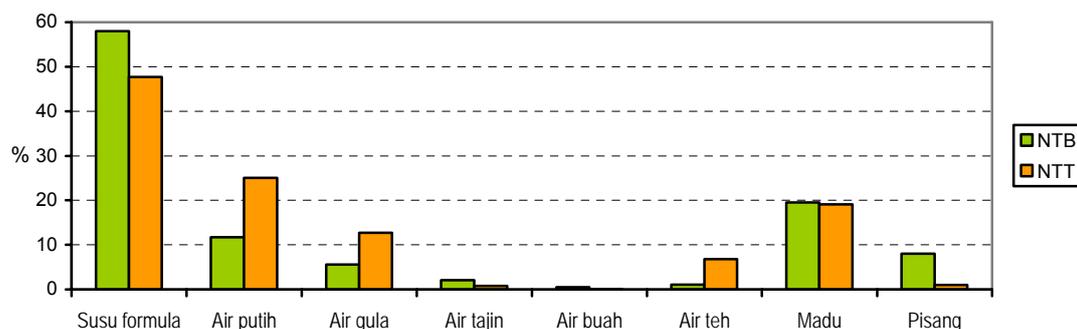
Segera sesudah lahir, sangat disarankan bayi diletakkan di dada ibu dalam waktu satu jam pertama guna merangsang produksi ASI. Di NTB hal ini hanya dilakukan oleh dua pertiga (64%) jumlah ibu dan separuh (45%) jumlah ibu di NTT (tabel 7.1). Gambaran ini sama dengan apa yang ditemukan oleh SDKI (2003) yaitu 66% di NTB dan 52% di NTT.

Walaupun hampir 90% ibu di kedua provinsi mengaku memberikan kolostrum, tetapi sekitar sepertiga ibu memberikan makanan prelaktal dalam tiga hari pertama (38% di NTT, 28% di NTB). Tak terdapat beda pola pemberian makanan anak ini antara kedua provinsi maupun klaster daerah. Secara keseluruhan, NTB sedikit lebih baik dalam hal pemberian makanan anak daripada NTT (tabel 7.1).

Grafik 7.1. Persen awal pemberian makanan anak di NTB dan NTT



Grafik 7.2. Persen pemberian jenis makanan prelaktal di NTB dan NTT



Pemberian makanan prelaktal dalam tiga hari pertama kehidupan bayi merupakan tindakan yang sudah mentradisi di NTB dan NTT. Sebagaimana dijelaskan oleh para orangtua di diskusi kelompok terarah, praktek ini juga didukung oleh perlakuan petugas kesehatan.

*“...susu botol diberikan ke anak bila anak tidak bisa makan, air susu ibu belum ada”
 “Puskesmas memberikan susu botol,... di polindes diberi susu formula..”
 (DKT ibu, di NTB)*

*“Ya sesudah istri saya melahirkan bayi, air susunya belum ada, jadi bayi diberi susu formula yang disediakan oleh rumahsakit..”
 (DKT bapak, di NTB)*

Juga disebutkan di diskusi kelompok terarah bahwa ibu percaya kolostrum harus dibuang sampai air susu tampak bersih. Sebagai ganti kolostrum itu, bayi diberi madu atau air kelapa.

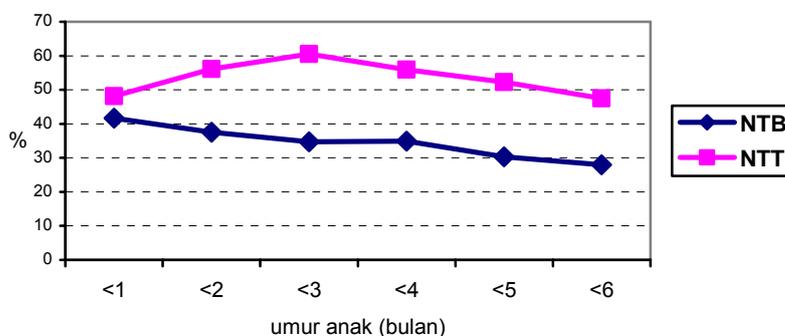
*“...sampai hari ketiga susu ibu belum juga keluar, jadi saya memberi bayi saya madu dan air kelapa. Susu pertama keluar itu kotor... jadi harus dibuang sampai susu putih dan bersih dan siap diberikan ke bayi.. itu nasehat ibu saya.. ya ibu saya dukun.. dan dia bilang untuk membuang air susu yang kotor itu..”
 (DKT ibu, NTB)*

Fakta di atas kontradiksi dengan hal berikut. Seorang pemangku kepentingan di NTB menjelaskan bahwa anjuran yang diberikan kepada bidan adalah pemberian cairan selain air susu ibu dapat dilakukan hanya bila ibu menderita sakit.

7.2. ASI EKSLUSIF DAN MASIH ASI

Bayi yang mendapat air susu ibu secara eksklusif, atau ASI eksklusif, didefinisikan sebagai bayi hanya diberi air susu ibu sampai umur 6 bulan tanpa pemberian makanan atau minuman lain, termasuk tanpa makanan prelaktal. Studi ini mendapatkan bahwa proporsi bayi disusui eksklusif sampai 6 bulan sedikit lebih tinggi di NTT (47%) dibanding di NTB (28%) (tabel 7.2), dimana angka ini masih lebih rendah dari angka nasional sekitar 39,5% sebagaimana dilaporkan oleh SDKI (2003). Sekitar seperlima bayi menyusui sampai 4 bulan, dan ini hanya separuh dari proporsi nasional. Tidak tampak perbedaan pola antar provinsi, kabupaten maupun klaster (tabel 7.2.a dan 7.2.b).

Grafik 7.3. Persen ASI eksklusif menurut umur anak di NTB dan NTT



Walaupun beberapa ibu paham akan masa eksklusif sampai 6 bulan, tetapi diskusi kelompok terarah menggali adanya pengertian anjuran menyusui eksklusif yang masih versi lama yaitu 4 bulan.

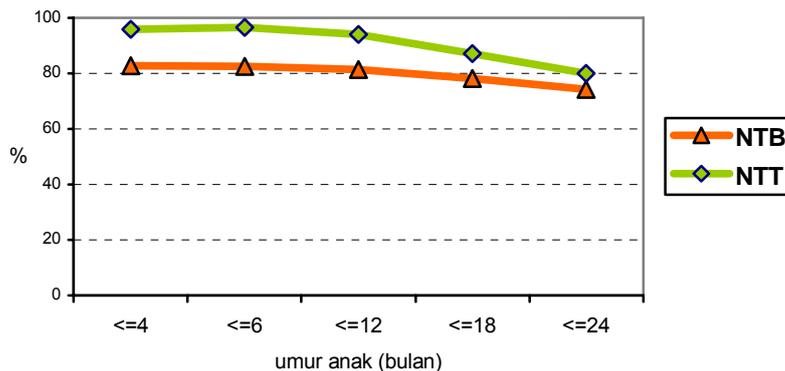
“Tentu saja bayi sampai 6 bulan baru bisa diberi makanan.. ini nasehat dari ibu bidan....”

“.. saya memberi makanan kepada anak saya sewaktu dia umur 4 bulan...”

(DKT ibu di NTB)

Secara umum, anak di daerah survei memang belum semua disusui eksklusif sampai 6 bulan, tetapi mayoritas anak tetap terus masih mendapat ASI sampai umur setahun atau lebih. Pada umur 2 tahun, ada sekitar tigaperempat anak di NTB dan NTT yang masih menyusui (tabel 7.3).

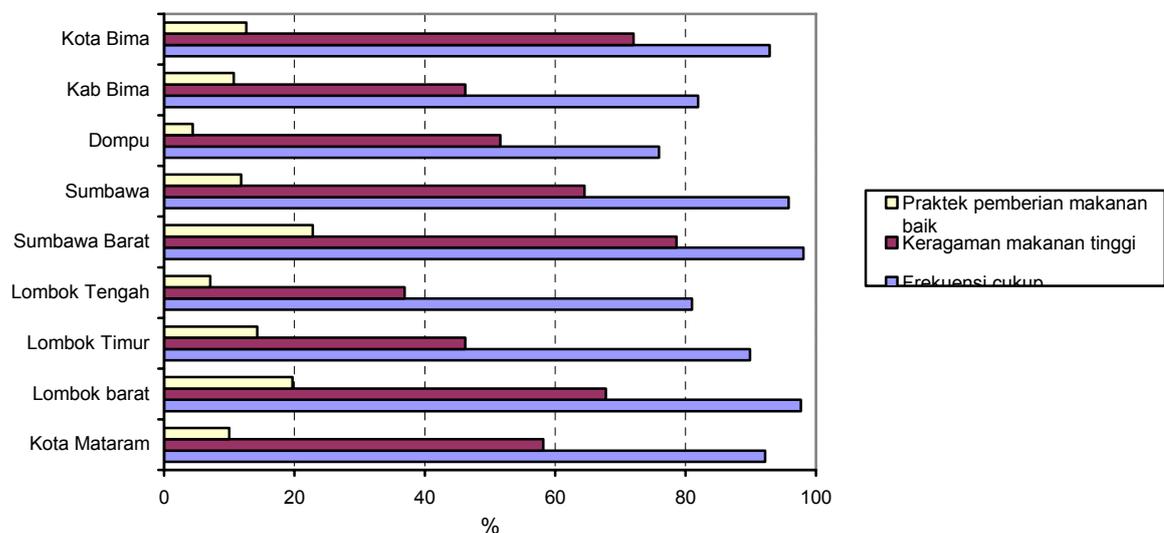
Grafik 7.4. Persen masih ASI menurut umur anak di NTB dan NTT



7.3. PRAKTEK PEMBERIAN MAKANAN ANAK

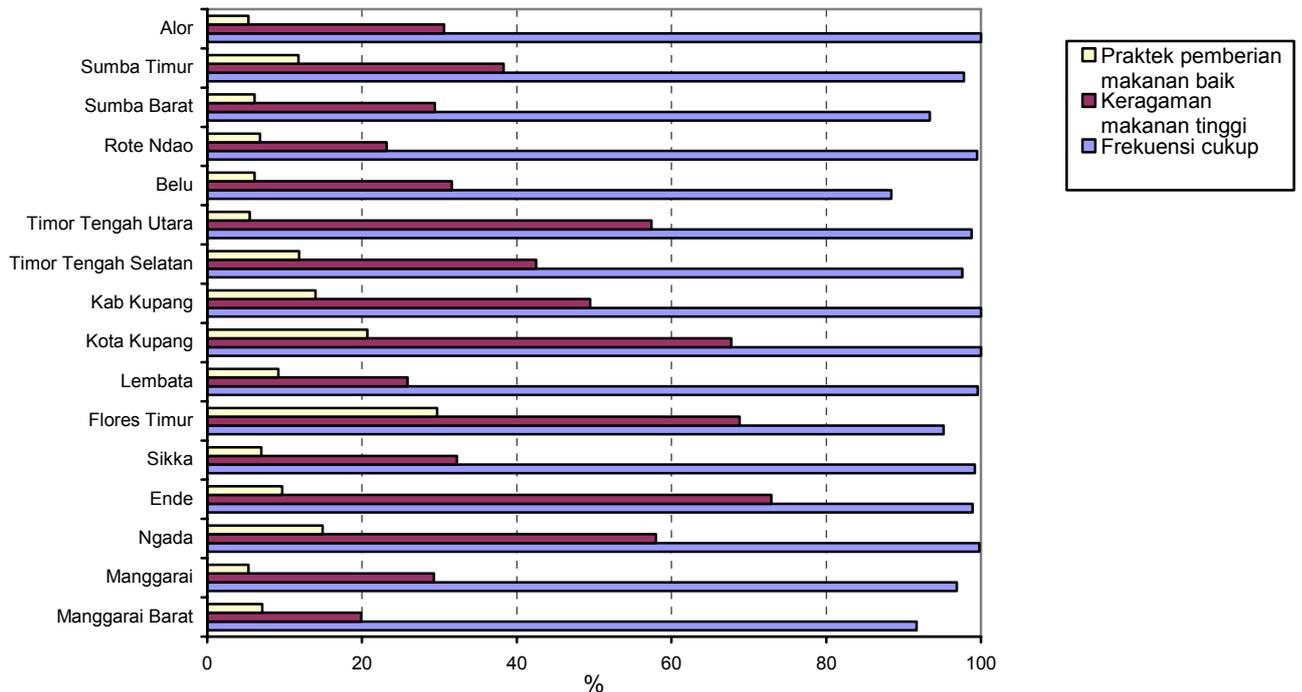
Pemberian makanan kepada anak diukur melalui frekuensi pemberian maupun keragaman makanan yang diberikan tergantung umur anak. Pada anak umur 6 sampai 9 bulan, minimum anak harus diberi dua kali sehari makanan padat atau semi padat, dan pada anak umur 9 bulan sampai 2 tahun, paling sedikit 3 kali sehari. Survei menemukan pula bahwa anak umur 6 sampai 11 bulan diberi makanan dengan cukup sering.

Grafik 7.5. Persen frekuensi pemberian makanan cukup, keragaman makanan tinggi, dan praktek pemberian makanan anak baik, di NTB



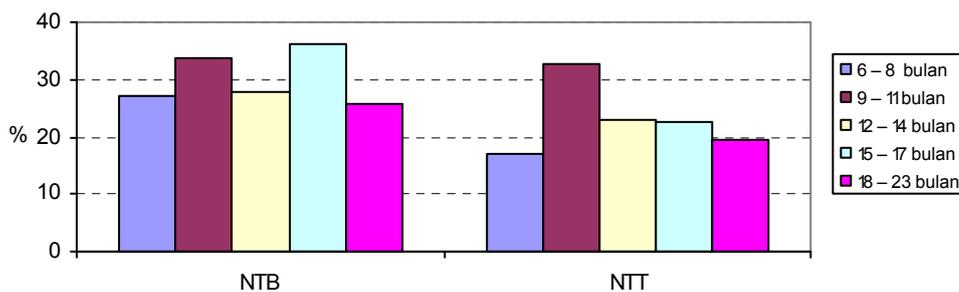
Studi ini mengembangkan pula indikator keragaman makanan sebagai bagian dari indikator praktek pemberian makanan anak. Berdasarkan ingatan 24 jam terakhir, ibu mengingat makanan yang dikonsumsi anak, yaitu kelompok karbohidrat (nasi, bubur, roti, biskuit, umbi), makanan kaya vitamin A: buah dan sayuran; daging, telur, hati, ikan; makan dari kacang-kacangan; keju, susu, yoghurt; camilan mengandung minyak/lemak, ternyata secara keseluruhan ada sekitar seperempat anak di NTB dan 40% anak di NTT menerima makanan dengan ragam yang rendah, yaitu hanya tiga jenis atau kurang. Hal ini terjadi juga pada anak umur 6 sampai 23 bulan (tabel 7.4). Perhatian lebih besar harus diberikan kepada masa ini mengingat masa emas perkembangan otak ada di usia ini sehingga memerlukan asupan yang adekuat.

Grafik 7.6. Persen frekuensi pemberian makanan cukup, keragaman makanan tinggi, dan praktek pemberian makanan anak baik, di NTT

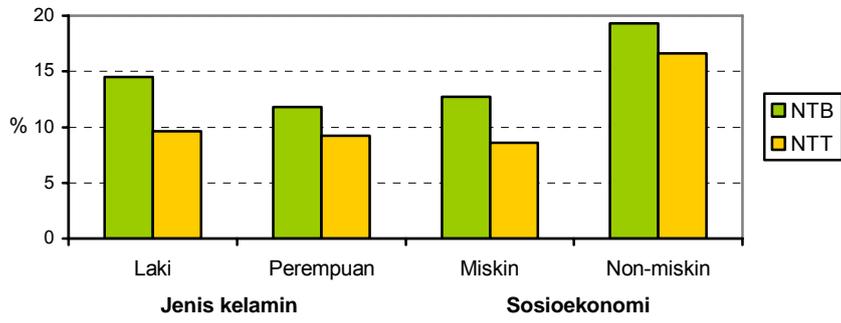


Untuk anak umur kurang dari 2 tahun, sebuah indikator komposit dibangun berdasarkan variabel menyusui, frekuensi makan yang cukup, dan keragaman makanan memberikan fakta bahwa praktek pemberian makanan pada anak ini belum baik, di mana rata-rata hanya sekitar 20% sampai 40% anak pada tiap kelompok umur mendapatkan makanan dengan baik (grafik 7.7). Rumah tangga miskin menyebabkan rendahnya proporsi anak mendapat makanan dengan baik, pula anak perempuan kurang mendapat perhatian.

Grafik 7.7. Persen praktek pemberian makanan yang baik menurut kelompok umur anak



Grafik 7.8. Persen praktek pemberian makanan yang baik menurut tingkat sosioekonomi dan jenis kelamin anak



BAB 8

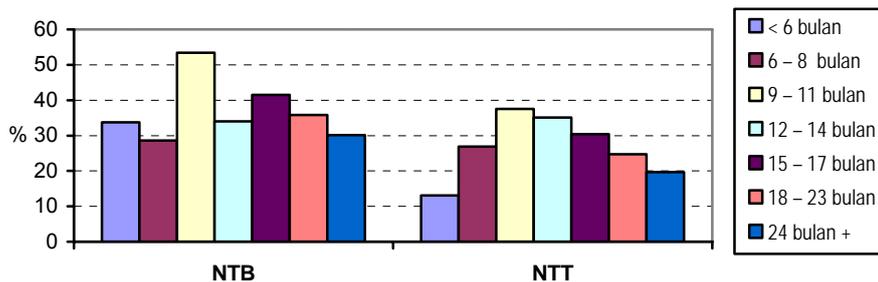
KESEHATAN ANAK

Tujuan dari Pengembangan Milenium yang keempat adalah mengurangi angka kematian anak, dan tujuan yang keenam di antaranya memerangi penyakit HIV/AIDS, malaria, dan penyakit infeksi lain yang fatal. Dalam rangka mencapai tujuan tersebut, imunisasi dan pengobatan terhadap diare, penyakit infeksi saluran nafas akut, dan malaria menjadi sangat penting.

8.1. DIARE

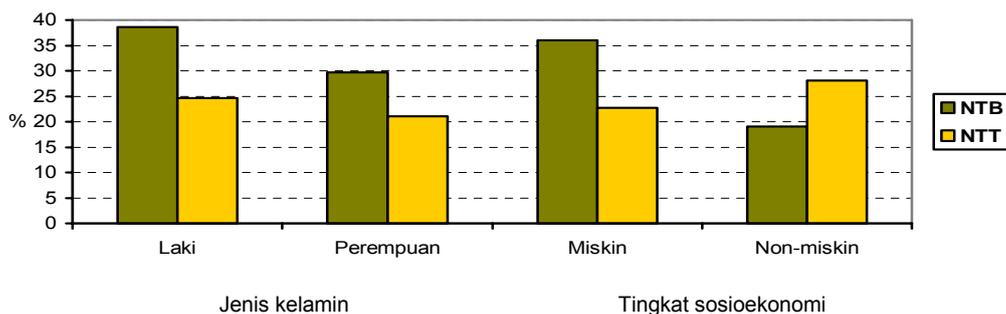
Di antara anak balita yang disurvei, seperempatnya (23%) di NTT dan sepertiganya (35%) di NTB mengalami diare dalam dua minggu terakhir (grafik 8.1). Prevalensi ini lebih tinggi dari yang dilaporkan sebesar 20% oleh WFP dan Seameo (2005). Secara keseluruhan, angka ini duakali lipatnya angka nasional yang 11% seperti dilaporkan oleh SDKI (2003).

Grafik 8.1. Persen anak diare dalam 2 minggu terakhir menurut kelompok umur di NTB dan NTT

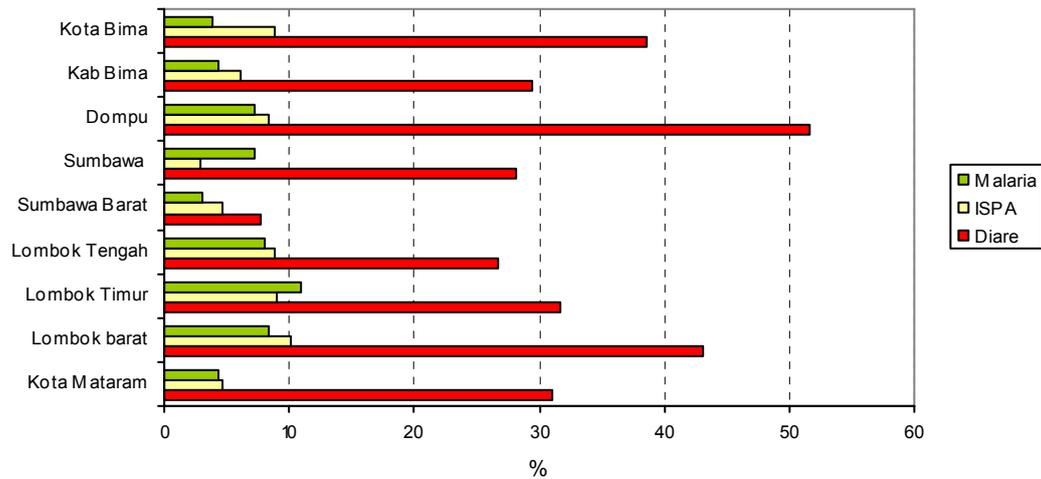


Frekuensi diare terlihat secara dramatis meningkat sesudah anak usia 8 bulan dan kemungkinan berhubungan dengan ketidak cukupan pemberian makanan, selain juga keterpaparan anak yang makin tinggi terhadap hal yang tak bersih karena kegiatan anak. Sebagaimana terlihat dari studi lain, diare lebih sering terjadi pada anak laki dibanding anak perempuan. Rumah tangga miskin juga lebih memungkinkan anak mendapat diare.

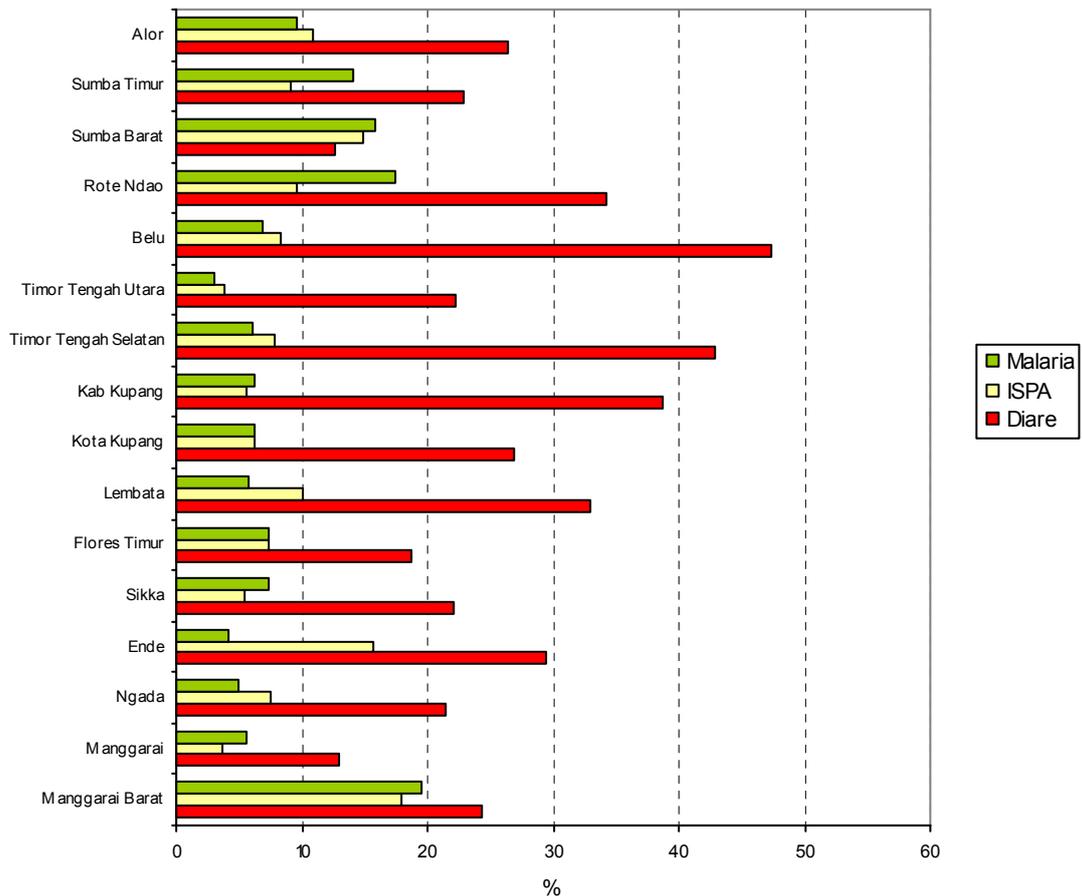
Grafik 8.2. Persen anak dengan diare pada 2 minggu terakhir menurut jenis kelamin anak dan tingkat sosioekonomi di NTB dan NTT



Grafik 8.3. Persen anak diare, ISPA, dan malaria di NTB

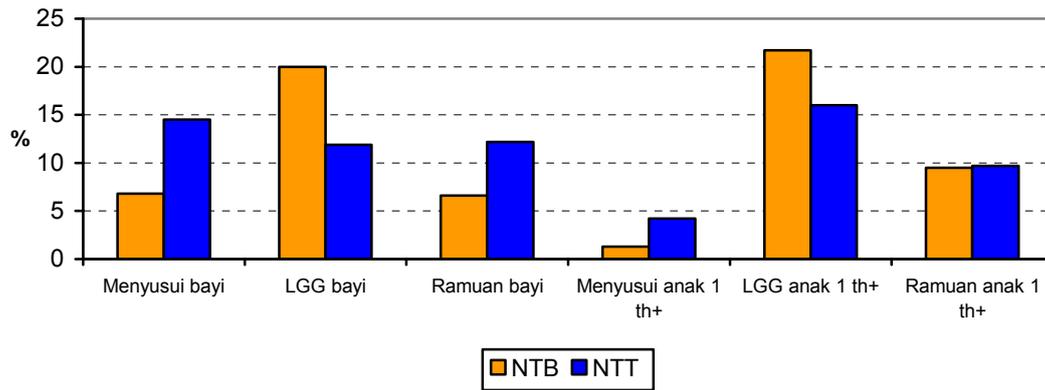


Grafik 8.4. Persen anak diare, ISPA, dan malaria di NTT



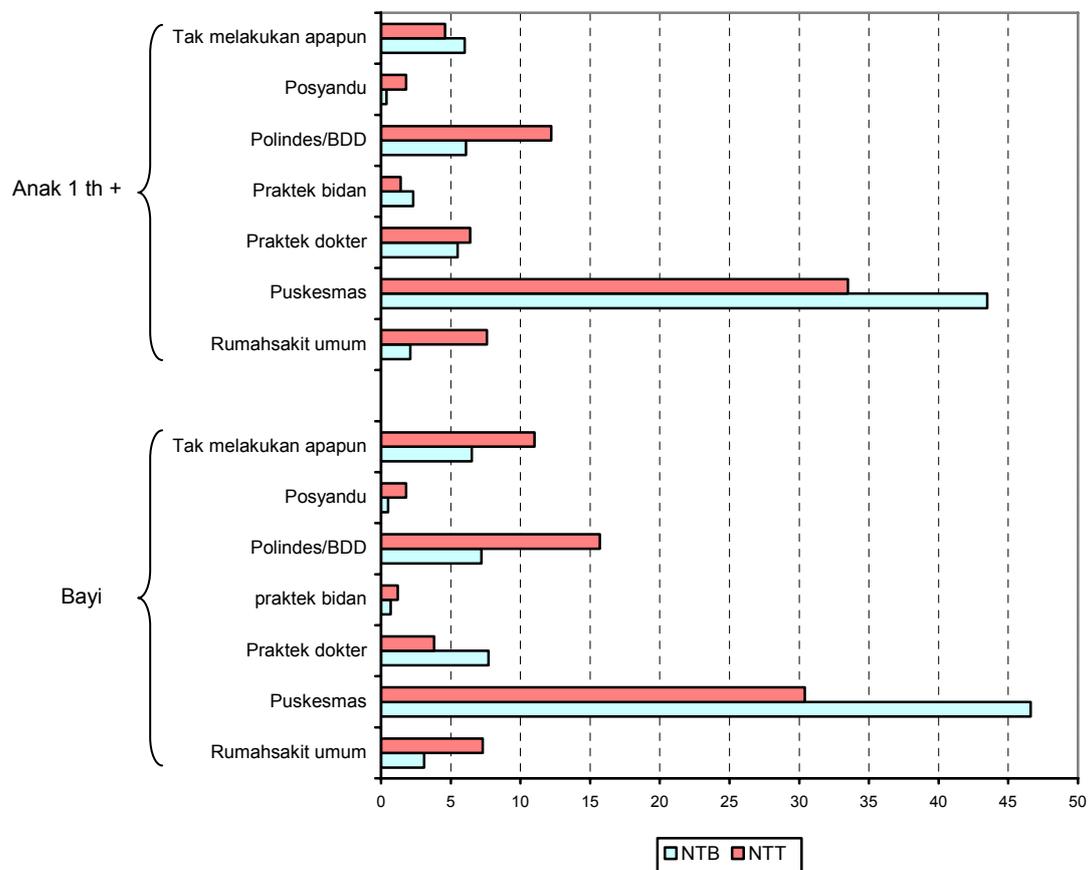
Sepertiga jumlah ibu melakukan penanganan di rumah untuk anaknya yang diare. Memberikan terapi rehidrasi oral dengan larutan gula garam (LGG), meneruskan pemberian ASI, memberikan cairan lebih banyak, merupakan cara yang dilakukan oleh ibu. Seperlima jumlah bayi dan seperempat jumlah anak lebih dari 1 tahun diberi penanganan di rumah seperti tersebut di kedua provinsi. Namun uniknnya ibu di NTT, khususnya di Flores, lebih suka memakai ramuan, dibanding kabupaten lain, terutama untuk anak yang lebih muda usianya (tabel 8.2 dan 8.3).

Grafik 8.5. Persen jenis penanganan di rumah untuk anak diare dalam 2 minggu terakhir



Sekitar dua pertiga ibu mencari pengobatan ke luar rumah untuk anak diare. Mayoritas ibu pergi ke puskesmas (separuh di NTB dan sepertiga di NTT). Bidan di desa (BDD), polindes, atau praktek bidan swasta juga disebut oleh ibu (tabel 8.4), sedikit lebih sering oleh ibu di NTT. Tabel dan grafik memperlihatkan rendahnya variasi antar kabupaten dan klaster, dan dapat dikatakan bahwa pola pengobatan untuk anak diare di kedua provinsi hampir sama, di mana puskesmas memainkan peran penting, selain bidan. Sebagai tambahan, terapi rehidrasi oral juga sudah cukup dikenal. Umur anak tidak berhubungan dengan pola penanganan anak diare.

Grafik 8.6. Persen pelayanan kesehatan untuk bayi dan anak 1 tahun lebih yang diare

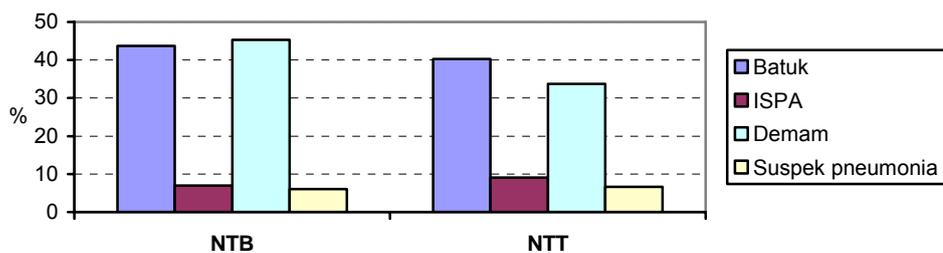


8.2. INFEKSI SALURAN PERNAFASAN AKUT (ISPA)

Ibu balita melaporkan bahwa anaknya menderita batuk dalam dua minggu terakhir sebesar 44% di NTB dan 39% di NTT. Sekitar seperlima dari mereka yang batuk mengalami sesak nafas, sehingga secara keseluruhan, infeksi saluran pernafasan akut (ISPA) yang terdiri dari batuk dan sesak nafas, dialami oleh sekitar 7% balita. Angka ini mendekati apa yang dilaporkan oleh SDKI (2003) sebesar 8% di NTB dan NTT. Batuk yang disertai sesak nafas dan demam tinggi, juga dapat disebut sebagai suspek pneumonia, dan ditemui ada sekitar 6% pada anak balita. Tidak terlihat variasi yang tinggi antar kelompok umur maupun jenis kelamin anak.

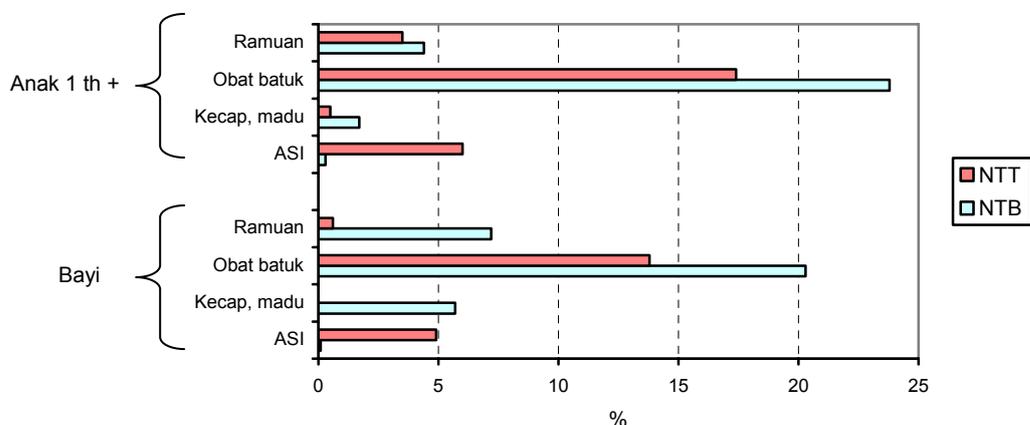
Grafik 8.7 menunjukkan bahwa batuk dan demam lebih sering terjadi di NTB daripada di NTT. Tabel 8.4.a memperlihatkan adanya variasi antar kabupaten. Dari ibu yang balitanya menderita ISPA atau suspek pneumonia, pola penanganan kedua penyakit tersebut tampak serupa, baik di rumah maupun di luar rumah. Penanganan di rumah untuk bayi sedikit berbeda dengan anak yang lebih besar. Kecap, madu dan ramuan sering diberikan sebagai pilihan kedua kepada bayi di NTB. Di kedua provinsi, tindakan yang sama utamanya terhadap penyakit tersebut adalah diberikannya obat batuk.

Grafik 8.7. Prevalensi batuk, ISPA, demam, dan suspek pneumonia, pada anak balita dalam 2 minggu terakhir di NTB dan NTT



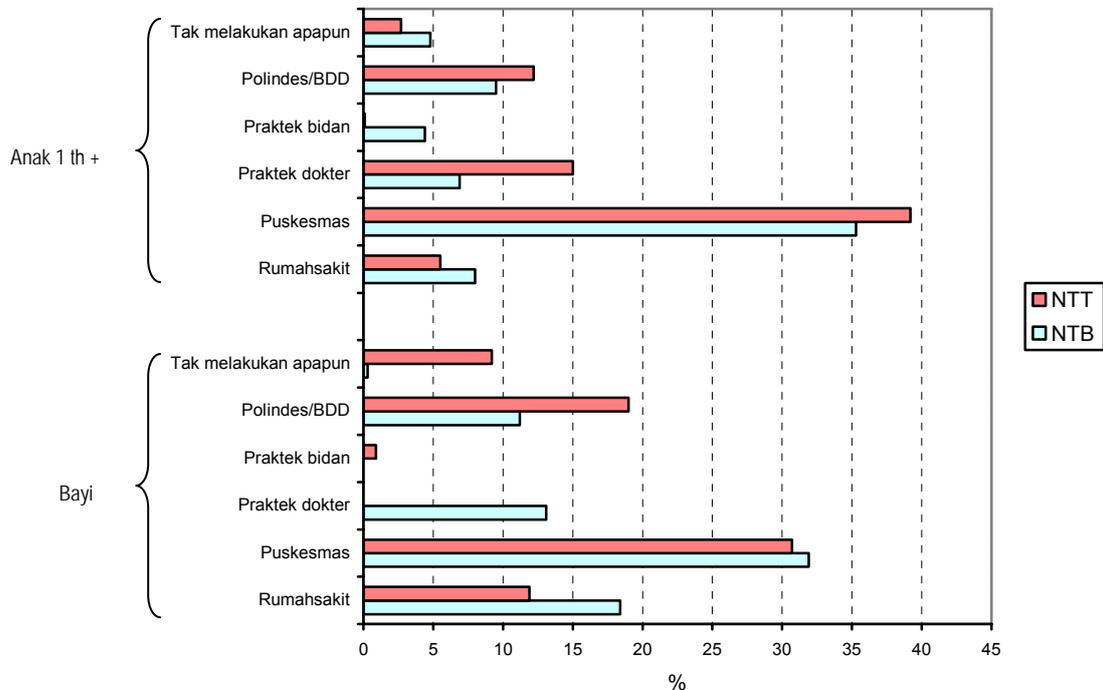
Untuk ISPA atau suspek pneumonia pada bayi, ibu di kedua provinsi mencari penanganan ke puskesmas atau rumahsakit, di samping juga ke bidan di desa (BDD). Praktek dokter cukup populer di NTB. Untuk anak yang lebih besar, puskesmas, rumahsakit, bidan di desa, dan praktek bidan juga sering dicari. Praktek bidan lebih dipilih di NTB daripada di NTT. Secara umum, puskesmas merupakan tempat yang dicari untuk penanganan ISPA anak (tabel 8.5, 8.6, 8.8 dan 8.9).

Grafik 8.8. Persen jenis penanganan di rumah untuk suspek pneumonia



Pemberian antibiotik untuk menangani ISPA non pneumonia dianggap tidak rasional. Survei mengungkap separuh jumlah ibu menyebutkan bahwa anak mereka menerima antibiotika untuk pengobatan ISPA. Tak tampak perbedaan bermakna dalam penggunaan antibiotika antar kabupaten (tabel 8.10.a).

Grafik 8.9. Persen ibu mencari pengobatan untuk suspek pneumonia anak



8.3. MALARIA

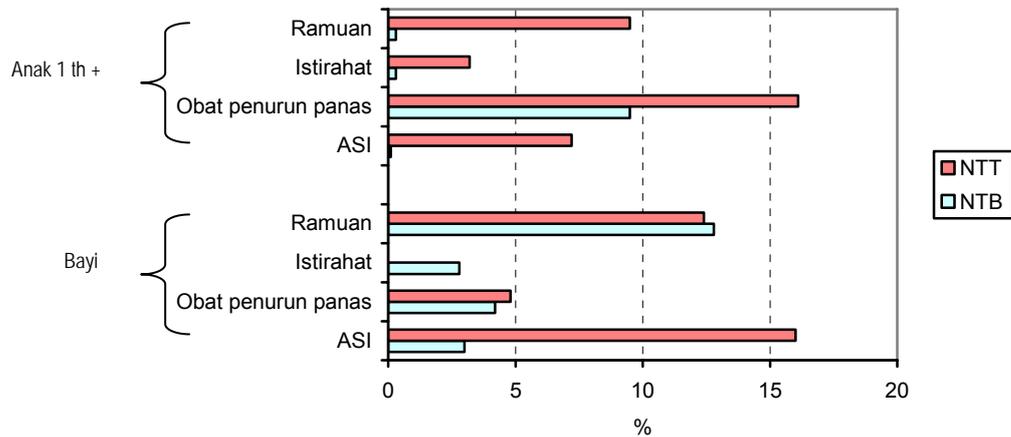
Profil Kesehatan Indonesia tahun 2003, yang mengkompilasi data yang dicatat dan dilaporkan oleh fasilitas-fasilitas kesehatan, menunjukkan angka insidensi malaria tahunan atau *Annual Malaria Incidence* (AMI) di NTT lebih tinggi daripada di NTB. Pada survei tahun 2007 ini, demam yang terjadi dalam 2 minggu terakhir dialami oleh 45% anak di NTB dan 33% anak di NTT. Jika gejala demam dibarengi dengan menggigil sehingga dapat dianggap sebagai malaria maka kejadian suspek malaria ada sekitar 7% pada anak balita (tabel 8.11).

Penanganan di rumah oleh ibu di NTB dan NTT mencakup pemberian obat penurun panas serta kompres pendingin tubuh anak. Di NTT, ramuan lebih sering diberikan pada bayi yang dianggap malaria. Semua anak pada umumnya tetap disusui oleh ibunya, dan tindakan ini lebih banyak diambil oleh ibu di NTT (table 8.12 dan 8.13). Puskesmas, bidan di desa (BDD) dan praktek dokter sering didatangi oleh ibu untuk mengobati malaria anaknya. Menarik untuk menyimak hasil ada sekitar 7% ibu yang mengaku tidak melakukan apapun untuk bayi yang diduga menderita malaria.

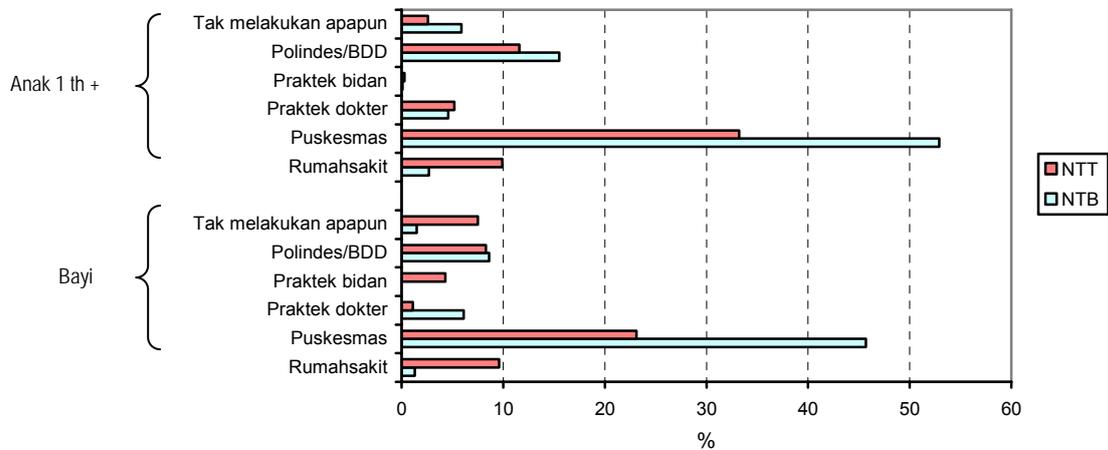
Sekitar 40% ibu melaporkan bahwa mereka memberikan obat anti-malaria kepada anak yang diduga malaria. Hal ini sebetulnya perlu diperhatikan karena pengobatan yang tidak adekuat dapat menyebabkan resistensi obat, kekambuhan maupun terjadi efek samping (tabel 8.14).

Tindakan mencegah penularan malaria berupa pemilikan dan pemakaian kelambu tidur ternyata relatif rendah di NTB namun tidak di NTT. Studi ini menemukan bahwa sekitar 16% rumah tangga di NTB dan 60% di NTT telah menggunakan kelambu tersebut. Dari mereka yang menggunakannya, ibu mengakui lebih sering diperuntukkan bagi anaknya (90% di NTB dan 94% di NTT), dan lebih jarang untuk orang dewasa (37% di NTB dan 84% di NTT).

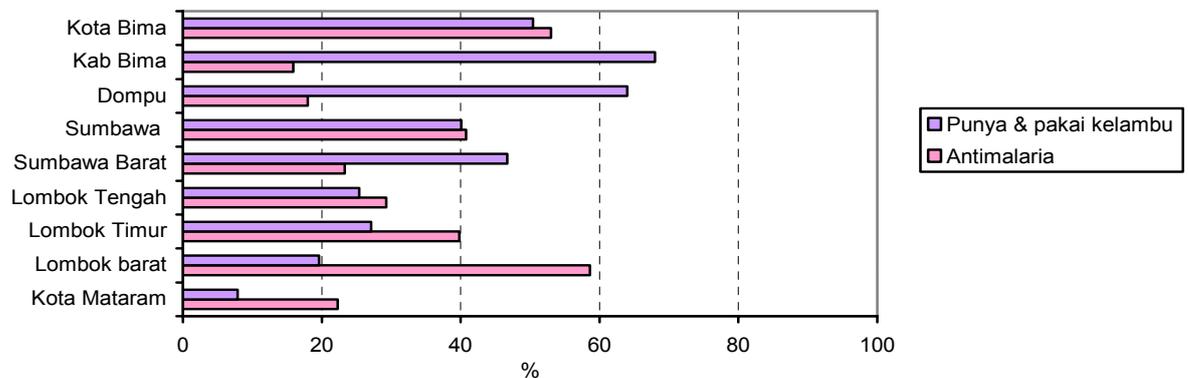
Grafik 8.10. Persen penanganan di rumah untuk malaria anak



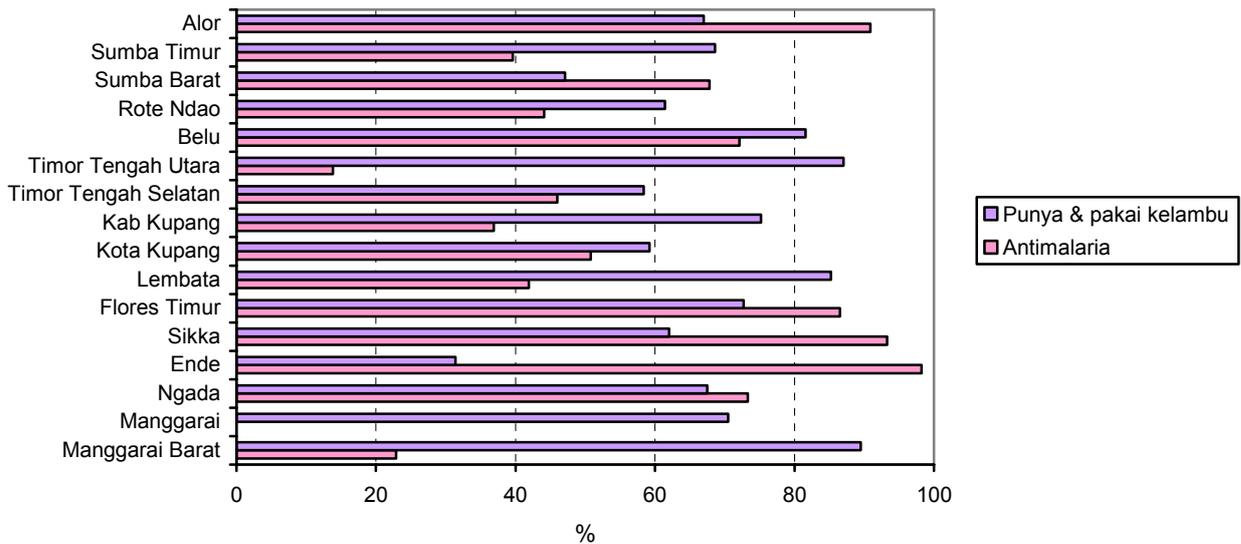
Grafik 8.11. Persen penanganan di rumah untuk malaria pada bayi dan anak 1 tahun ke atas



Grafik 8.12. Persen ibu melakukan perlindungan dan pengobatan malaria di NTB



Grafik 8.13. Persen ibu melakukan perlindungan dan pengobatan malaria di NTT



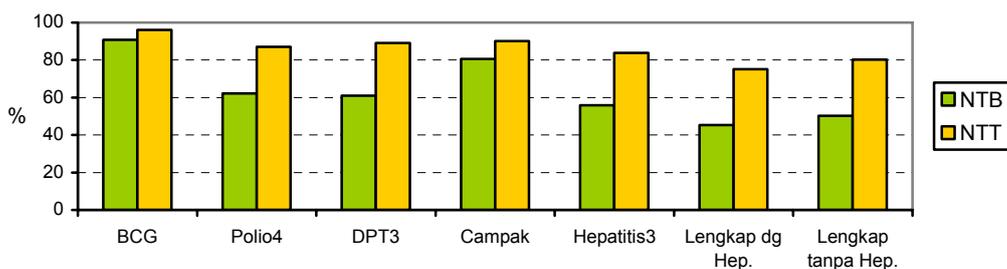
8.4. IMUNISASI ANAK

Imunisasi anak mencegah anak tertular beberapa penyakit infeksi yang dapat berlanjut menjadi sakit dan akhirnya terkadang menyebabkan kematian anak. Keseluruhan ternyata ada 6% anak usia 12 sampai 23 bulan di NTB dan 2% di NTT yang tidak diimunisasi (tabel 8.16 dan 8.17). Seperti umumnya gambaran di Indonesia, cakupan imunisasi menurun sejalan meningkatnya usia anak. Vaksinasi campak pada anak usia 12 sampai 23 bulan sudah diberikan kepada 80% anak di NTB dan 90% di NTT, dan tidak terlihat perbedaan angka proporsi antar daerah klaster.

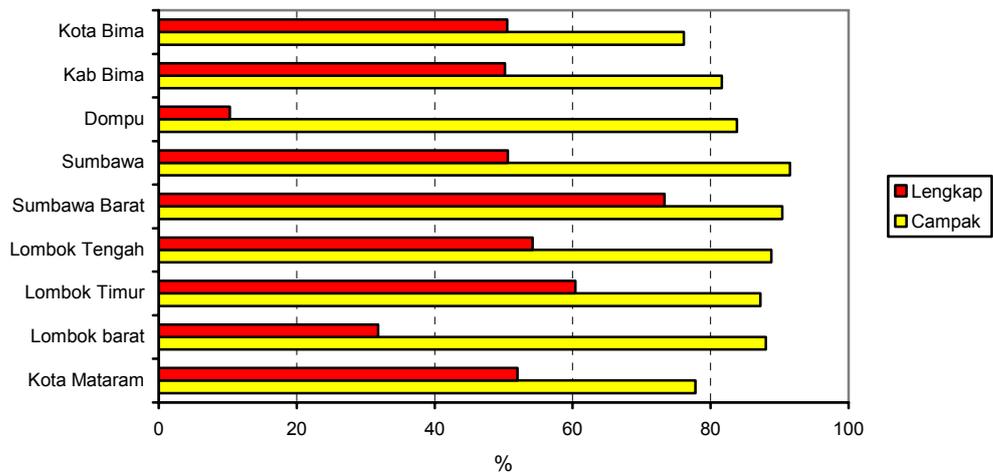
Vaksinasi hepatitis memerlukan perhatian juga karena cakupannya kurang dari 80% di semua daerah klaster, walaupun diketahui di NTB (Kota Mataram) terdapat pusat penelitian diagnostik hepatitis B yang bernama Hepatika Laboratori. Tabel 8.16 dan 8.17 menunjukkan bahwa cakupan program imunisasi di NTB memang lebih rendah dari NTT.

Tingkat sosioekonomi tidak terlihat mempengaruhi cakupan imunisasi sebagaimana terlihat di tabel 8.16 dan 8.17. Grafik 8.15 di bawah ini memperlihatkan bahwa Dompu, dan Lombok Barat, merupakan daerah terendah dalam cakupan imunisasi lengkapnya (termasuk hepatitis). Di NTT (grafik 8.16), Rote Ndao dan Kabupaten Kupang memerlukan perhatian serius untuk masalah imunisasi ini.

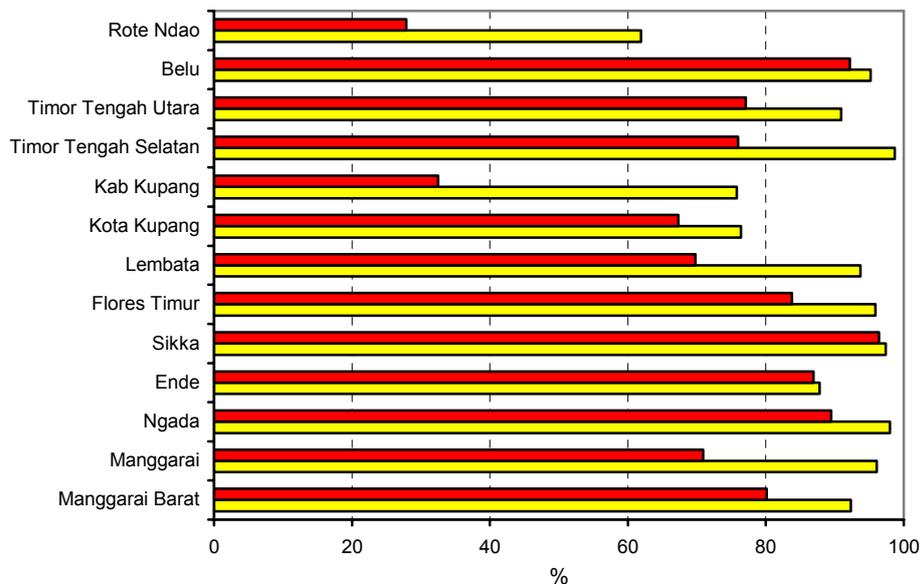
Grafik 8.14. Persen anak usia 12 sampai 23 bulan diimunisasi menurut jenis imunisasinya



Grafik 8.15. Persen cakupan imunisasi campak dan imunisasi lengkap pada anak usia 12 sampai 23 bulan di NTB



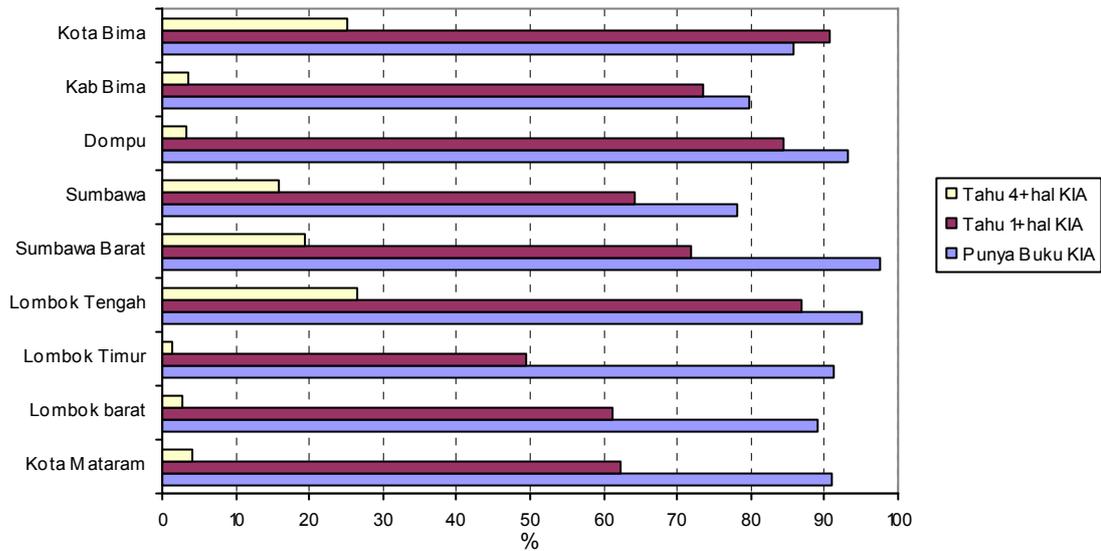
Grafik 8.16. Persen cakupan imunisasi campak dan imunisasi lengkap pada anak usia 12 sampai 23 bulan di NTT



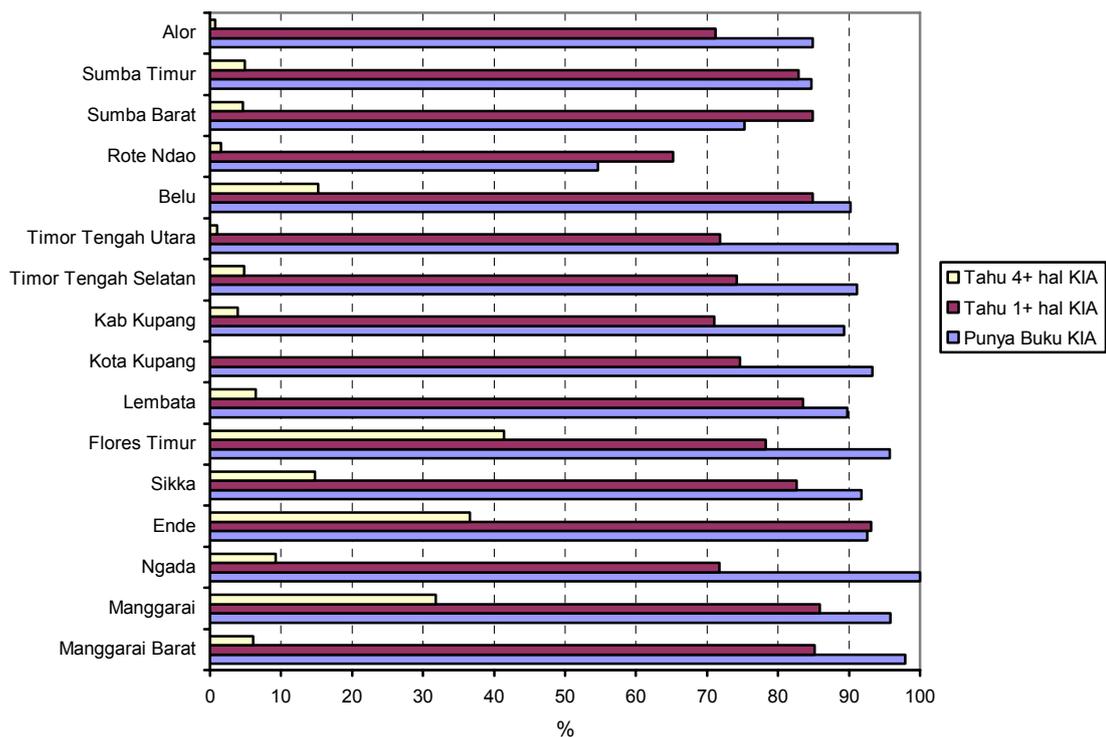
8.5. PEMANTAUAN TUMBUH KEMBANG

Akses untuk memantau tumbuh kembang anak tampaknya cukup memuaskan di kedua provinsi, seperti ditunjukkan oleh lebih dari 90% jumlah ibu sudah memiliki Buku KIA (tabel 8.15). Informasi penting berkaitan dengan kesehatan anak maupun ibu ada tertulis dalam Buku KIA tersebut, namun ternyata kurang diketahui ibu. Misalnya pemahaman mengenai bayi tak dapat menyusu ataupun demam tinggi yang merupakan tanda bahaya pada kesehatan anak. Pertanyaan selanjutnya adalah bagaimana menolong ibu untuk memahami Buku KIA tersebut, misalnya dengan cara penyajian dalam buku tersebut..

Grafik 8.17. Persen ibu memiliki Buku KIA dan memahami paling tidak 1 dan 4 hal berkaitan dengan kesehatan ibu dan anak di NTB



Grafik 8.18. Persen ibu memiliki Buku KIA dan memahami paling tidak 1 dan 4 hal berkaitan dengan kesehatan ibu dan anak di NTT



8.6. STATUS GIZI ANAK

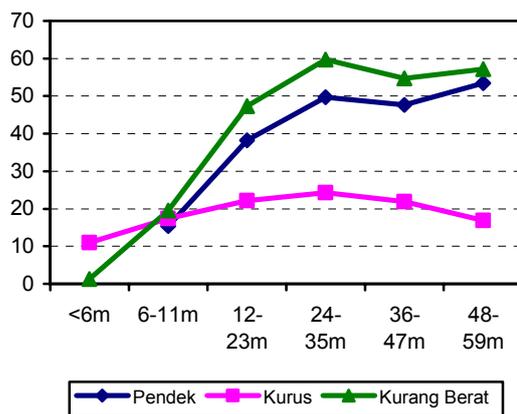
Pengukuran antropometri pada tiap anak balita termuda di rumah tangga dilakukan dengan menimbang dan mengukur panjang atau tinggi badan dan kemudian dibandingkan dengan umur anak guna menggambarkan status gizi. Terdapat tiga indikator status gizi, yaitu pendek atau *stunting* (tinggi dengan umur), kurang berat atau

underweight (berat dengan umur), dan kurus atau *wasting* (berat dan tinggi). Indikator diukur dengan perangkat lunak Epi-Nut menerapkan NCHS sebagai baku dan memotong data minus 2 simpang baku.

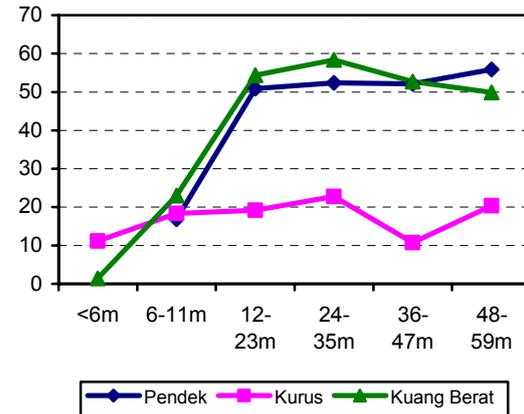
Gambaran status gizi anak di kedua provinsi memprihatinkan. Separuh anak usia 2 tahun dan lebih tua di kedua provinsi ternyata pendek dan kurang berat, mencerminkan kurang gizi akut dan semi-kronik. Kondisi anak kurus ternyata cukup tinggi persentasenya mencapai sekitar seperempat jumlah anak balita. Dalam beberapa kelompok umur memang terlihat sedikit perbedaan, namun secara umum polanya sama antara anak laki dan anak perempuan. Gambaran ini jelas lebih buruk dari angka nasional, dan memerlukan perhatian serius untuk menanganinya (tabel 8.18, 8.19, 8.20).

Beberapa kabupaten menunjukkan tingginya anak kurang gizi. Grafik 8.23 memperlihatkan pada anak usia 12 sampai 35 bulan, kurus (*wasting*) lebih tinggi dari 20% di Dompu, Kota Mataram, dan Lombok Barat di NTB dan di Ende, Ngada, Sikka, Flores Timur, Kota Kupang, TTS, Belu, dan Rote di NTT. Dapat diingat bahwa memang anak-anak itu berhasil hidup namun dengan kualitas yang menjadi beban di generasi mendatang.

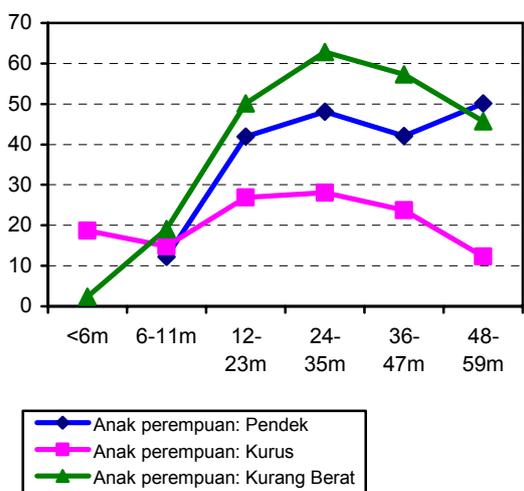
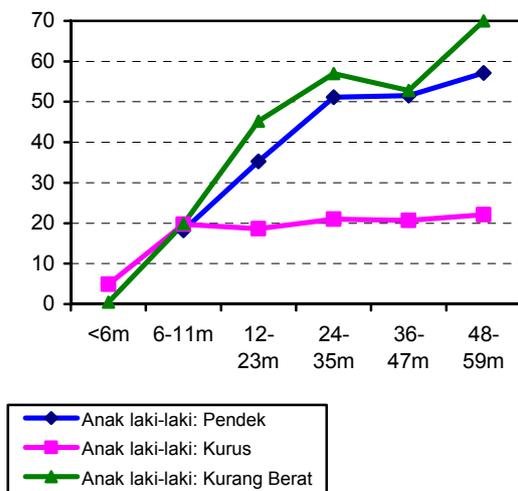
Grafik 8.19. Prevalensi Anak Kurang Gizi di NTB



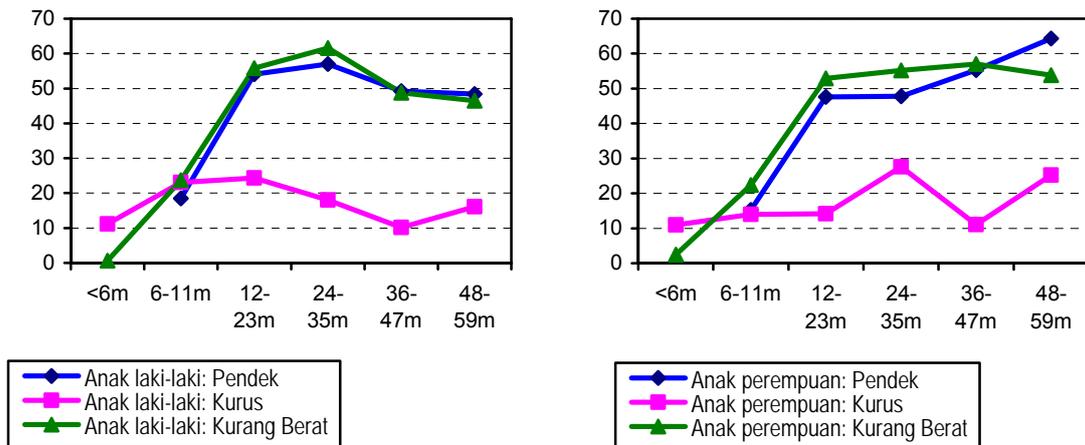
Grafik 8.20. Prevalensi Anak Kurang Gizi di NTT



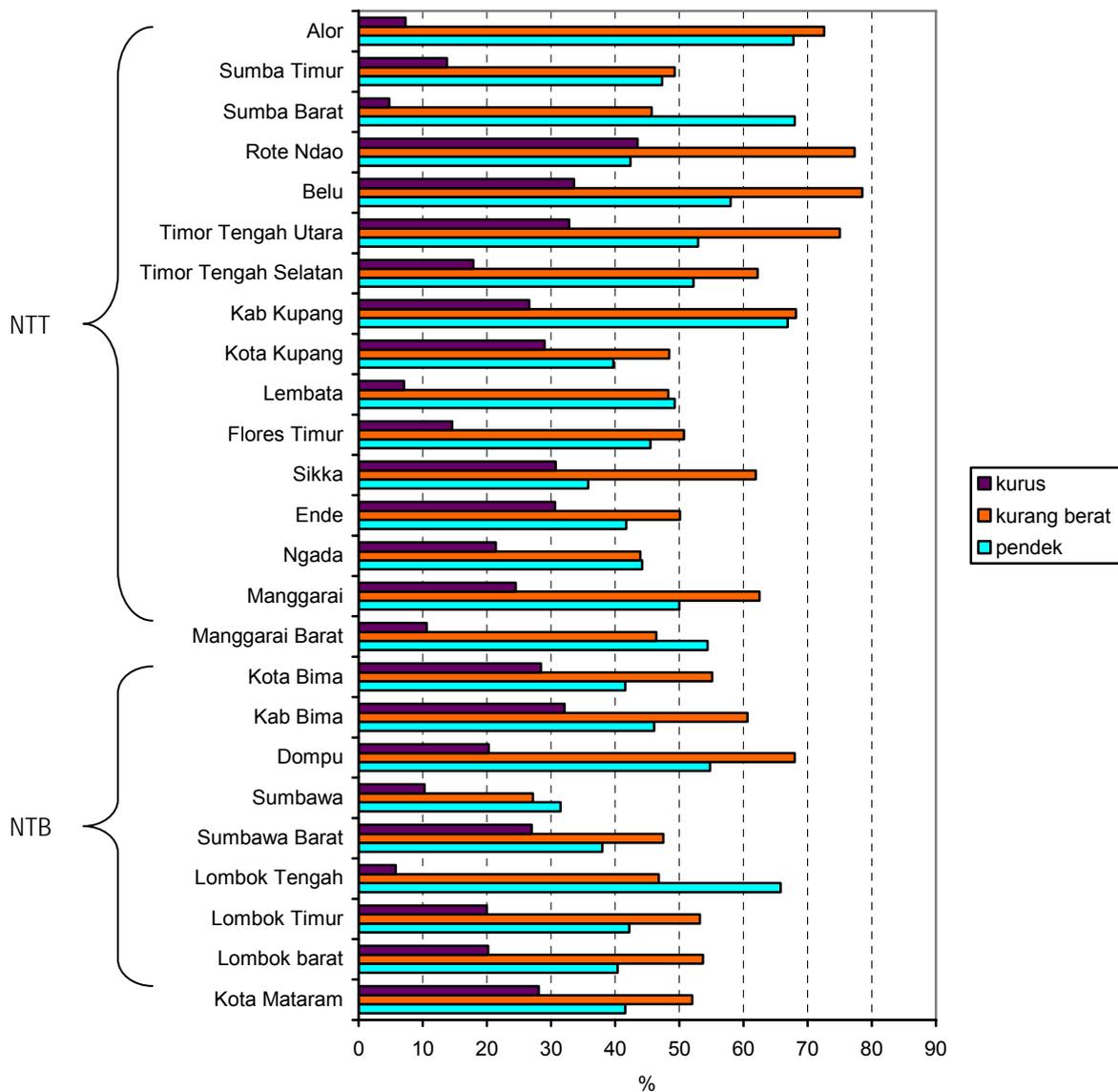
Grafik 8.21. Prevalensi Kurang Gizi pada anak laki (*boys*) dan perempuan (*girls*) di NTB



Grafik 8.22. Prevalensi Kurang Gizi pada anak laki (boys) dan perempuan (girl) di NTT



Grafik 8.23 Prevalensi kurus (wasting), kurang berat (underweight) dan pendek (stunting) pada anak usia 12 sampai 35 bulan di NTB dan NTT menurut kabupaten/kota



BAB 9 HIV DAN AIDS

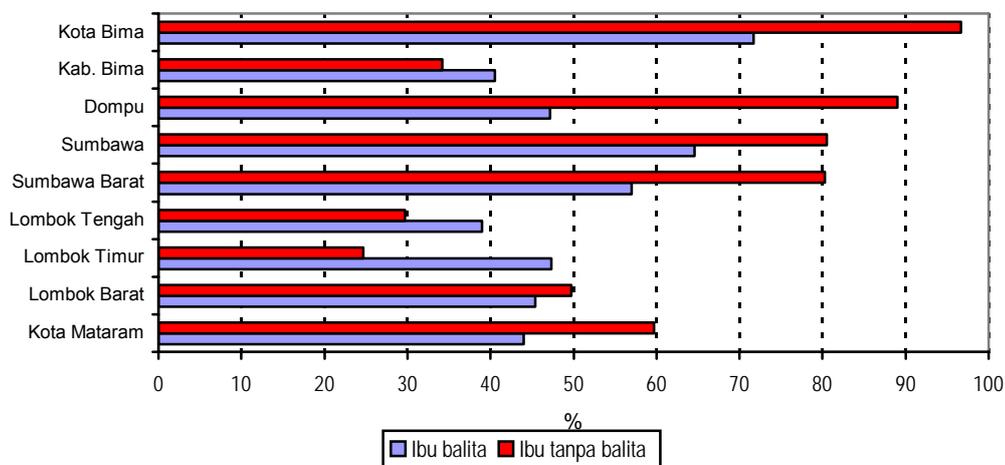
Memerangi penyakit HIV dan AIDS serta menghambat penularannya di tahun 2015 adalah salah satu Tujuan Pengembangan Milenium. Perilaku berkaitan dengan risiko HIV dan AIDS dapat dihindari oleh orang itu sendiri, keluarganya, atau masyarakat, yang memahami cara penularan dan pencegahannya. Dengan demikian, saat ini, memahami HIV dan AIDS adalah suatu keharusan. Tingkat pengetahuan diukur pada studi ini dilakukan dengan mengajukan pertanyaan kepada responden, mencakup pernah dengar HIV dan AIDS, tahu bagaimana penularan dan pencegahannya, tahu mendapatkan kondom dengan cepat, mencari tempat penanganan dan pengobatan infeksi menular seksual serta tempat untuk konseling dan testing sukarela.

9.1. PERNAH DENGAR HIV DAN AIDS

Secara umum, lebih dari separuh jumlah responden di NTT dan hampir empat puluh lima persen di NTB pernah mendengar tentang HIV dan AIDS. Klaster di Timor Barat menunjukkan hampir tiga perempat jumlah ibu memahaminya dan menjadi yang tertinggi, sedangkan persen terendah pada klaster Sumba-Alor yaitu tiga puluh persen. Di tiga klaster yang lain, persen yang pernah dengar HIV dan AIDS sekitar 40% (tabel 9.1). Di NTB, ibu dengan anak balita tampak lebih memahami daripada ibu tanpa balita, namun pola sebaliknya terjadi di NTT. SDKI (2003) melaporkan angka persen mendengar HIV dan AIDS sedikit lebih rendah, yaitu 35% di NTB dan 31% di NTT. Secara keseluruhan, ibu tanpa balita memiliki pemahaman sedikit lebih tinggi tentang HIV dan AIDS daripada ibu balita.

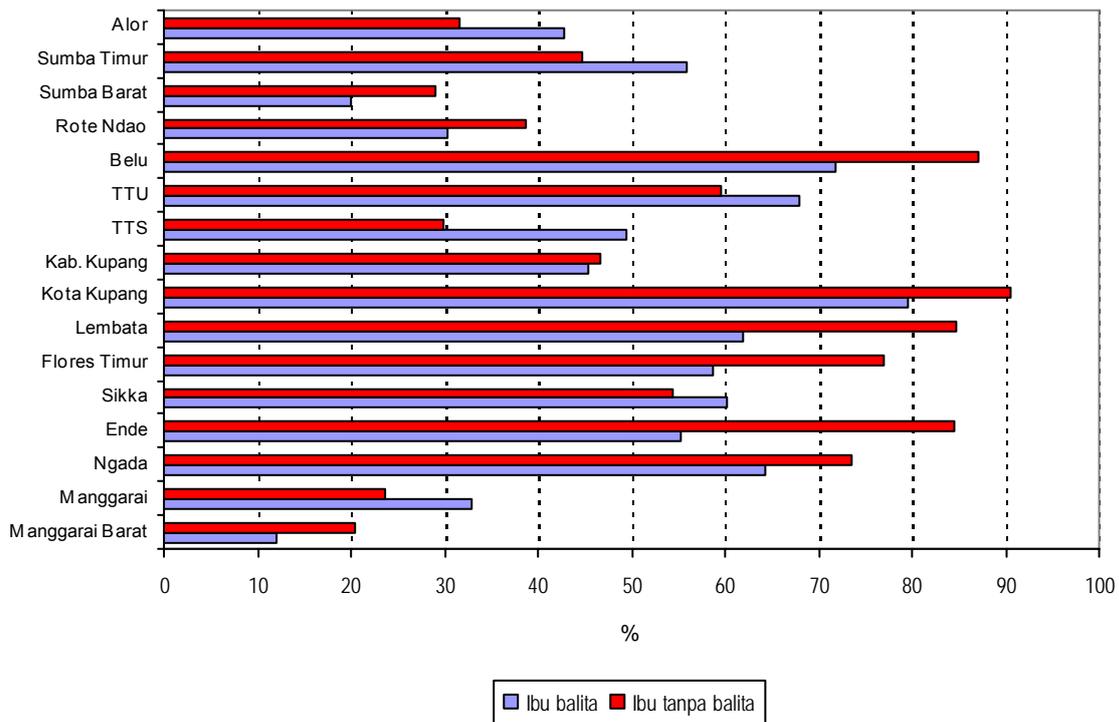
Di antara kabupaten di NTB, persen responden yang pernah dengar HIV dan AIDS berkisar antara 37% sampai 78%. Selain dari Kabupaten Bima, Sumbawa memperlihatkan tingkat pemahaman yang lebih tinggi daripada di Lombok (tabel 9.1.a).

Grafik 9.1. Persen responden pernah dengar HIV dan AIDS di NTB

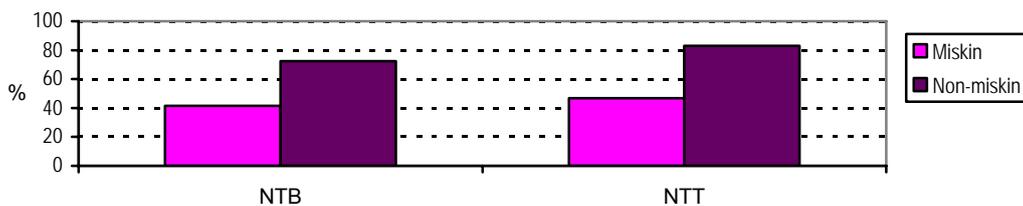


Di NTT terlihat variasi antar kabupaten, berkisar antara 13% di Manggarai Barat sampai 87% di Kota Kupang. Keseluruhannya, Kota Kupang, Belu, Lembata, Ende, Ngada, dan Flotim menunjukkan tingginya pemahaman, sedangkan kabupaten Manggarai Barat, Manggarai, Rote Ndao, Sumba Barat dan Alor memerlukan penyuluhan lebih luas (grafik 9.2). Tingkat sosio-ekonomi mempengaruhi pernah dengar HIV dan AIDS di mana pola ini serupa terjadi di kedua provinsi. Mereka yang lebih tinggi sosial ekonominya cenderung lebih mendengar hal tentang HIV dan AIDS (grafik 9.3).

Grafik 9.2 Persen responden pernah dengar HIV dan AIDS di NTT



Grafik 9.3 Persen responden pernah dengar HIV dan AIDS menurut tingkat sosioekonomi di NTB dan NTT



Hampir di semua kabupaten memperlihatkan pola hubungan linier positif, namun di Dompu terlihat ada pola menarik yaitu mereka yang masuk golongan sosioekonomi rendah memahami HIV dan AIDS lebih baik. Analisis terhadap deviasi positif ini dapat dilakukan lebih mendalam guna meningkatkan mereka yang berasal dari sosioekonomi rendah untuk dapat ditingkatkan pemahamannya. Hal yang berlawanan terlihat di NTT, di mana tingkat pemahaman ibu dari sosioekonomi tinggi terlihat lebih rendah dibandingkan dengan kelompok sosioekonomi rendah, yaitu di Ende, Lembata, Sikka, Belu, dan Manggarai Barat yang merupakan persen terendah. Hal ini perlu diteliti lebih lanjut.

9.2 SUMBER INFORMASI HIV DAN AIDS

Walaupun tingkat pemahaman HIV dan AIDS bervariasi antar kabupaten/kota, sumber informasi tentang HIV dan AIDS utamanya di kedua provinsi adalah televisi, 85% di NTB dan 60% di NTT. Sumber informasi lain adalah radio (32% baik di NTB maupun di NTT), surat kabar (17.3% di NTB dan 23.9% di NTT), dan petugas kesehatan (13% di NTB dan 23% di NTT) (tabel 9.2). Kabupaten Belu adalah pengecualian, di mana ternyata komunikasi orang per orang merupakan cara utama menyebar informasi. Namun demikian perlu diingat bahwa ada hubungan antara tingkat sosioekonomi dan kepemilikan televisi (tabel 9.2.b).

Dapat digarisbawahi bahwa petugas kesehatan ternyata bukan merupakan sumber informasi utama masalah HIV dan AIDS. Hasil diskusi kelompok terarah menyiratkan adanya kinerja petugas kesehatan yang masih lemah dalam menyebarkan informasi di masyarakat.

“Tidak ada petugas kesehatan yang turun ke masyarakat, hanya kader yang datang ke posyandu, dan dia hanya melakukan penimbangan berat badan anak”

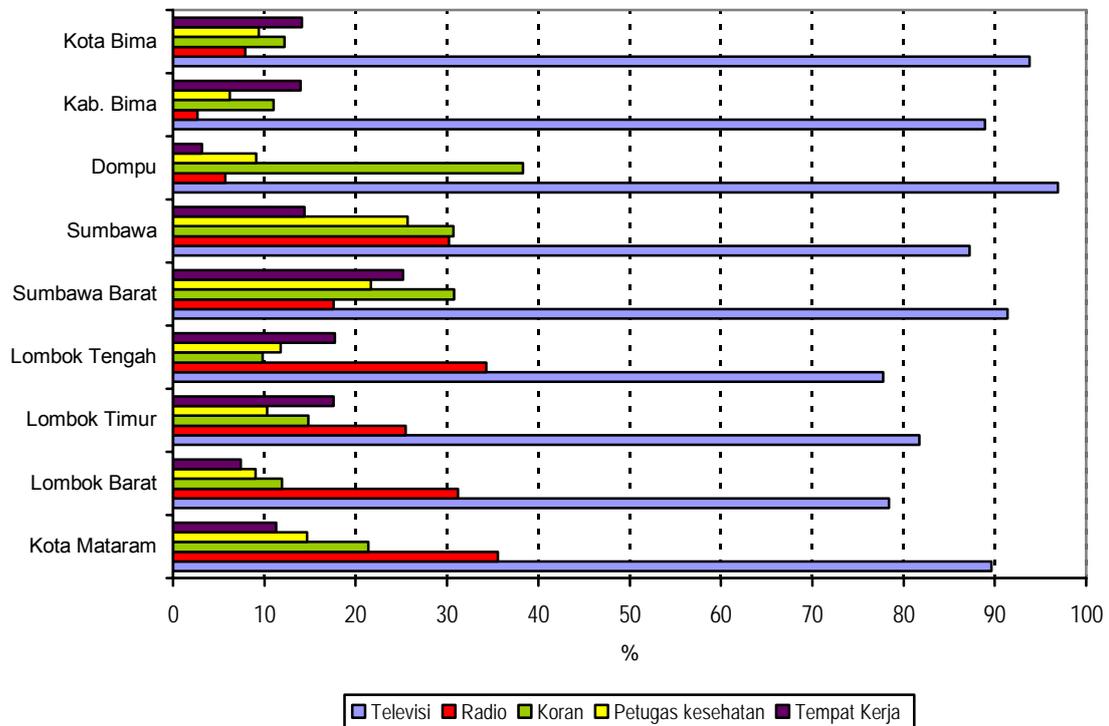
“Tidak.. tidak pernah..... dokter tidak pernah ke masyarakat, hanya kader yang memberikan informasi tentang kesehatan setiap bulannya saat pelayanan posyandu”

(DKT ibu di NTB)

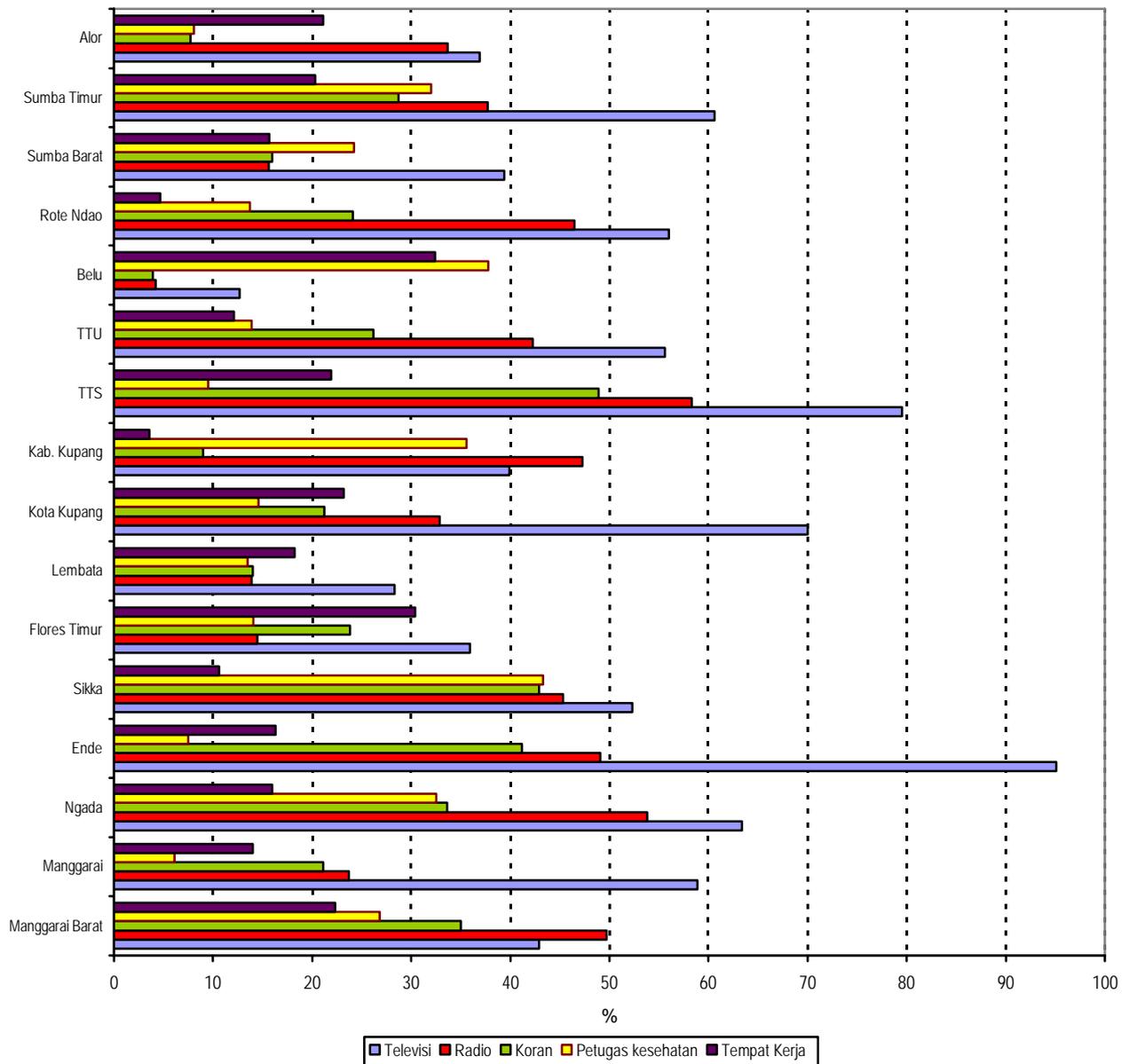
“Menurut saya tidak ada petugas kesehatan yang menyebar luaskan informasi kesehatan di sini..”

(DKT bapak di NTT)

Grafik 9.4. Persen sumber informasi tentang HIV dan AIDS menurut jenisnya, di NTB



Grafik 9.5. Persen sumber informasi tentang HIV dan AIDS menurut jenisnya, di NTT



Pola yang sama tentang sumber informasi ini dilaporkan juga oleh Survei Kesehatan Remaja Indonesia (2002-2003) di mana terdapat 3% responden yang menyebut petugas kesehatan (BPS, 2004). Dapat disimpulkan bahwa peran petugas kesehatan dalam penyebar luasan informasi masih rendah, dan ada kebutuhan agar program meningkatkan efektivitas mereka sebagai sumber informasi HIV dan AIDS.

9.3 PENGETAHUAN TENTANG PENULARAN DAN PENCEGAHAN HIV DAN AIDS

Secara umum, tingkat pengetahuan responden di NTT tentang penularan dan pencegahan HIV dan AIDS hampir dua kali lebih tinggi daripada di NTB. Puasa/abstinensi sebagai cara pencegahan kebanyakan disebut oleh responden di kedua provinsi. Di NTT, setia pada pasangan juga disebut kemudian diikuti oleh tidak

berbagi jarum suntik. Di NTB menghindari pemakaian jarum yang berbagi serta penggunaan kondom juga disebut oleh responden dalam jumlah yang sama (tabel 9.3).

Secara keseluruhan, Sumbawa Barat menunjukkan skor tertinggi di NTB dalam pemahaman penularan dan pencegahan HIV dan AIDS. Di NTT, Kota Kupang juga mencatat yang terbaik dibandingkan dengan kabupaten lain (tabel 9.3.a).

Hasil diskusi kelompok mengungkap juga tentang penggunaan kondom.

“Ya, saya menggunakan kondom, dan sampai saat ini baik.....”;

“Saya merasa tak nyaman menggunakannya terutama bila akan membuang kondom yang sudah dipakai” (DKT bapak di NTB)

“saya tidak mau pakai, tampaknya menyia-nyiakan air-mani” (DKT bapak di NTT)

“suami saya tidak ingin pakai (kondom)” (DKT ibu di NTT)

SDKI (2003) melaporkan bahwa tingkat pemahaman akan penularan dan pencegahan HIV dan AIDS serupa di kedua provinsi, secara rata-rata 11% dan 9% di NTB dan NTT. Sesudah lebih dari empat tahun, NTT tampak lebih maju dalam pemahaman ini, kemungkinan berhubungan dengan tingkat pendidikannya.

Perbaikan pengetahuan tentang penularan dan pencegahan HIV dan AIDS sangat diperlukan, terutama berkaitan dengan kegiatan seks di luar nikah yang diterima sebagian budaya lokal. Wawancara kepada LSM, anggota DPRD, Kepala BKKBN Kabupaten di NTT mengungkapkan adanya tradisi disebut “sifon” yang sering dipraktikkan di daerah sekitar perbatasan dengan Timor Leste.

“Sesungguhnya saat ini pemerintah memfokuskan upaya ke kesehatan primer. Namun masih diperlukan perhatian akan kesehatan ibu dan anak, kesehatan reproduksi, dan penyakit menular seksual. Ada hal berkaitan dengan penyakit menular seksual utamanya karena gonore, sifilis, dan keputihan. Ini kemungkinan karena praktek tradisi sifon”
(LSM di NTT)

“saya pikir pemerintah yang berwenang dalam bidang kesehatan harus memberi perhatian lebih akan masalah HIV dan AIDS. Kita mungkin bisa belajar dari Negara-negara di Afrika..”
(DPRD di NTT)

“saya sudah melakukan penelitian tentang risiko tinggi dari PSK di Belu, dan saya mendapatkan bahwa ada HIV positif dan sampai 50 kasus AIDS sudahsaya juga menemukan bahwa ada beberapa serdadu asing berkeliaran di sekitar daerah perbatasan Timor Leste.”
(BKKBN Kab B, NTT)

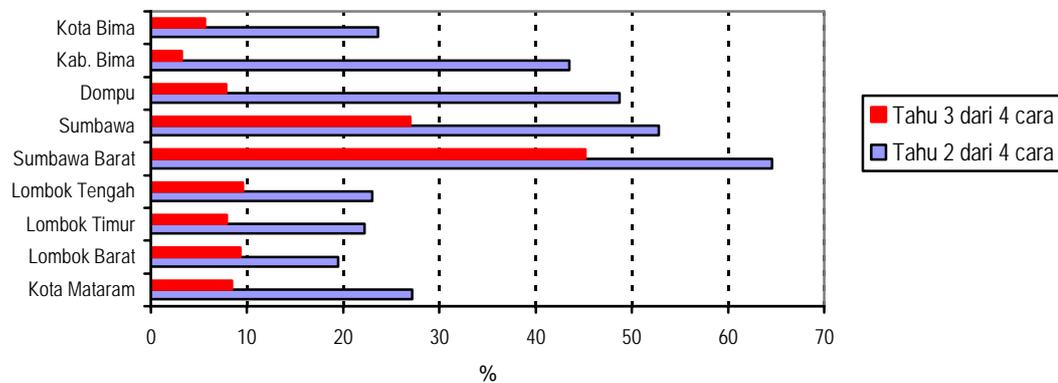
Box 1. Tradisi Sifon di NTT

Sifon adalah tradisi lama di Timor, terutama daerah pedesaan Kupang, TTS, TTU dan Belu. *Sifon* berarti melakukan hubungan seks laki dan perempuan. Secara tradisi, seorang lelaki harus disunat di umur sekitar 17 tahun atau lebih tua atau dia sudah kawin. Sebelum sunat, laki-laki itu harus pergi jauh dari rumahnya bersama dengan seorang dukun, biasanya menuju tempat dekat sungai. Di sana laki-laki itu merendam tubuhnya di air sungai sampai penisnya mengecil, dan dukun kemudian menyunatnya. Tiga hari sesudahnya, laki-laki itu harus melakukan hubungan seks dengan tiga perempuan yang dipilih oleh dukun di mana mereka tidak berasal dari desa yang sama dengan laki-laki itu, dan bukan pekerja seks. Sebelum berhubungan seks, dukun akan menghipnotis pasangan. Perempuan pertama adalah janda berusia lebih dari 40 tahun dengan tujuan dapat memulihkan demam akibat sunat. Perempuan kedua adalah janda usia lebih muda dari 40 tahun, dianggap akan menyembuhkan radang yang terjadi. Perempuan ketiga adalah perawan yang akan membuktikan kekelakiannya. Segala usaha untuk menghindari sifon ini dipercaya akan membuat laki-laki itu impoten, kotor, dan dikucilkan dari masyarakat. Jika dia memiliki istri, maka menolak melakukan ini juga akan berdampak pada istrinya yang akan tampak lebih tua. Akhir-akhir ini ada aspek komersial dari sifon yaitu perempuan meminta bayaran untuk menjadi pasangan seks, mungkin sekitar 50 ribu rupiah untuk laki-laki yang luka sunatnya cukup luas, tetapi bisa lebih murah bila luka sunatnya ringan saja. Dampak sifon ini adalah tingginya prevalensi penyakit menular seksual di Timor. (Wawancara mendalam dengan beberapa informan kunci di Timor Barat, NTT)

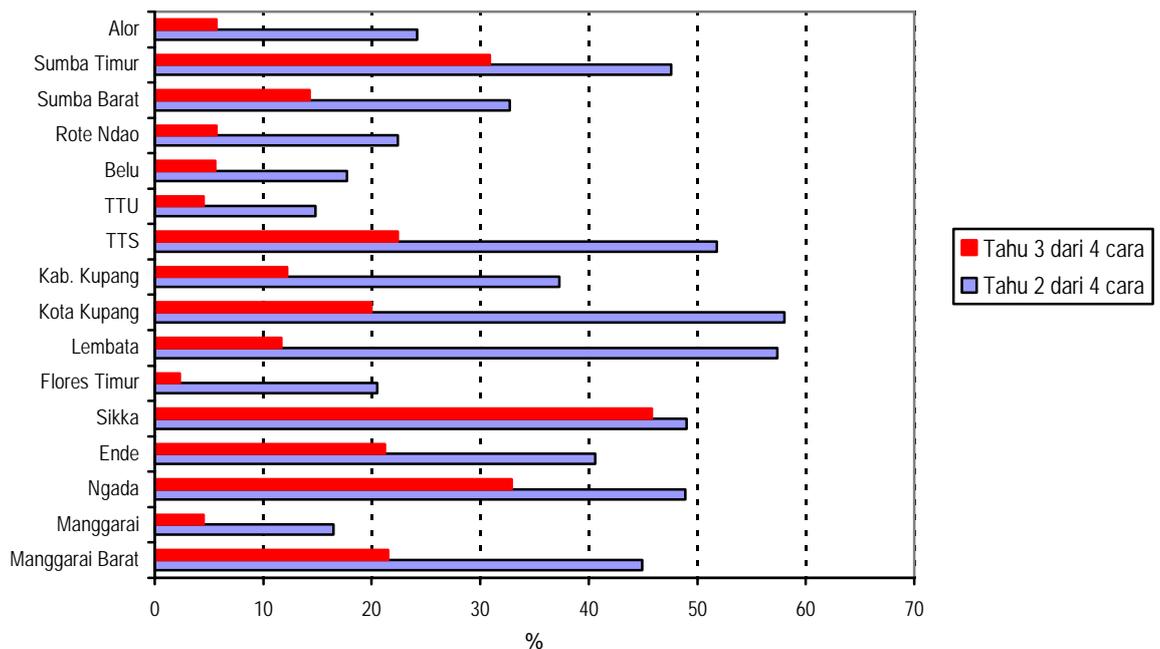
Tabel 9.2.a dan 9.3.a menyajikan tingkat pengetahuan akan penularan dan pencegahan HIV dan AIDS menurut kabupaten memperlihatkan bahwa Sumbawa Barat (NTB) dan Sikka (NTT) secara konsisten memiliki responden yang tinggi pemahamannya, sementara Kota Bima (NTB) dan TTU (NTT) masih rendah. Sangat mengecewakan ketika mengenali rendahnya pemahaman ibu akan kemampuan kondom untuk mencegah penyakit itu, yaitu berkisar antara 3% sampai 7%, terutama di Flores Timur, TTU, Alor, Bima, dan Kota Bima. Dalam hal “sunat”, NTB memang memiliki tradisi itu karena mayoritas penduduknya beragama Islam. Tetapi di NTT sunat tersebut jarang dilakukan, walaupun di beberapa tempat dikenal kebiasaan disebut *sifon*, terutama di beberapa daerah di Timor Barat yang ternyata merupakan kegiatan risiko tinggi.

Cara penularan yang paling sedikit diketahui ibu adalah cara penularan dari ibu ke bayi, yang hanya disebut oleh 5% ibu di NTB, jauh lebih rendah daripada di NTT sebesar 20%. Variasi antar kabupaten tidaklah besar, namun temuan studi ini sedikit berbeda dengan yang dilaporkan oleh SDKI (2003) yaitu mendekati angka 20% di NTB dan NTT.

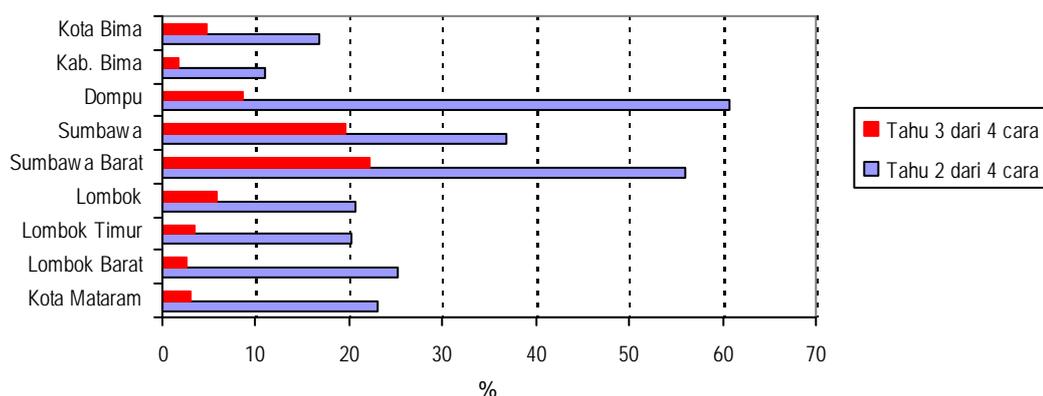
Grafik 9.6. Persen responden memahami cara pencegahan HIV dan AIDS, di NTB



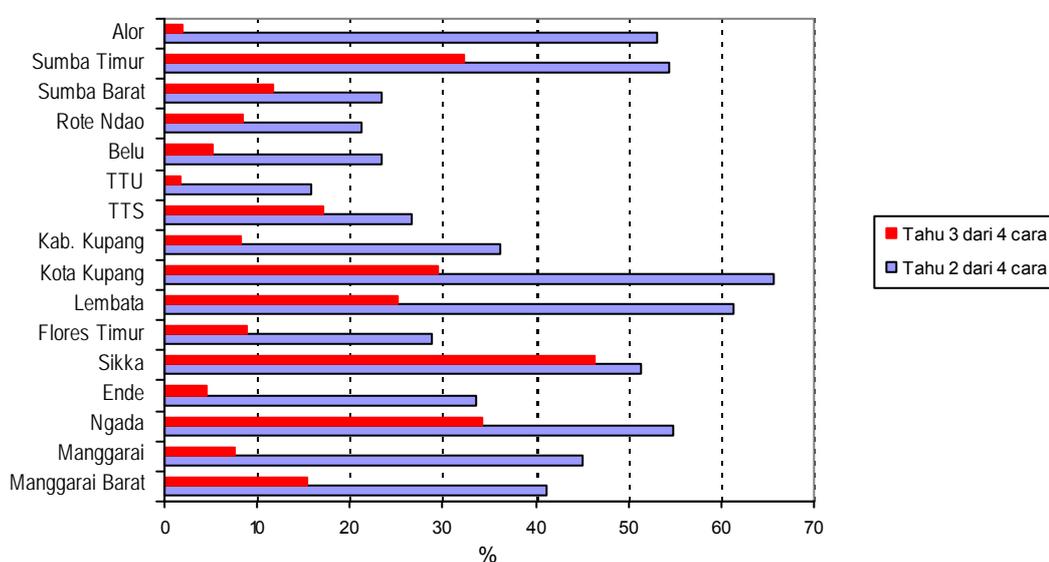
Grafik 9.7. Persen responden memahami cara pencegahan HIV dan AIDS, di NTT



Grafik 9.8. Persen responden memahami cara penularan HIV dan AIDS, di NTB



Grafik 9.9. Persen responden memahami cara penularan HIV dan AIDS, di NTT



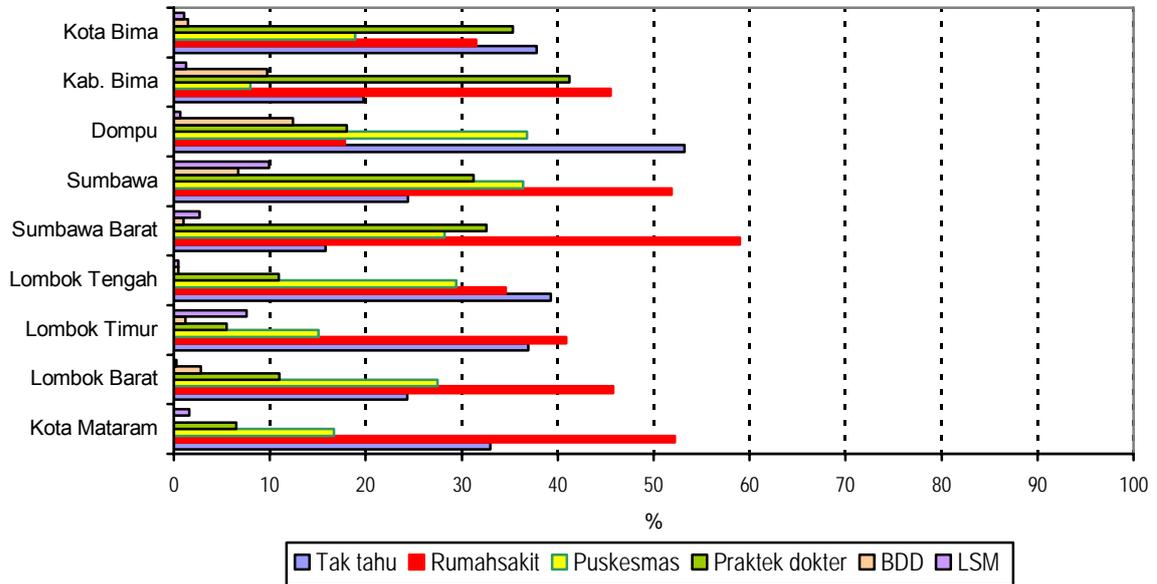
9.4. PENGETAHUAN TENTANG PENANGANAN INFEKSI MENULAR SEKSUAL SERTA KONSELING DAN TESTING SUKARELA

Studi ini mengukur pengetahuan tentang penanganan infeksi menular seksual (IMS) yang merupakan faktor predisposisi dan komorbiditas penyakit HIV dan AIDS, juga melihat pengetahuan tentang konseling dan testing sukarela (*voluntary counseling and testing*, VCT) untuk penyakit HIV dan AIDS. Responden di NTB dan NTT mengenali bahwa rumahsakit (47% dan 26%) dan puskesmas (22% dan 6%) dikenal sebagai tempat untuk penanganan dan pengobatan infeksi menular seksual, diikuti fasilitas lain seperti praktek dokter (9% dan 2%).

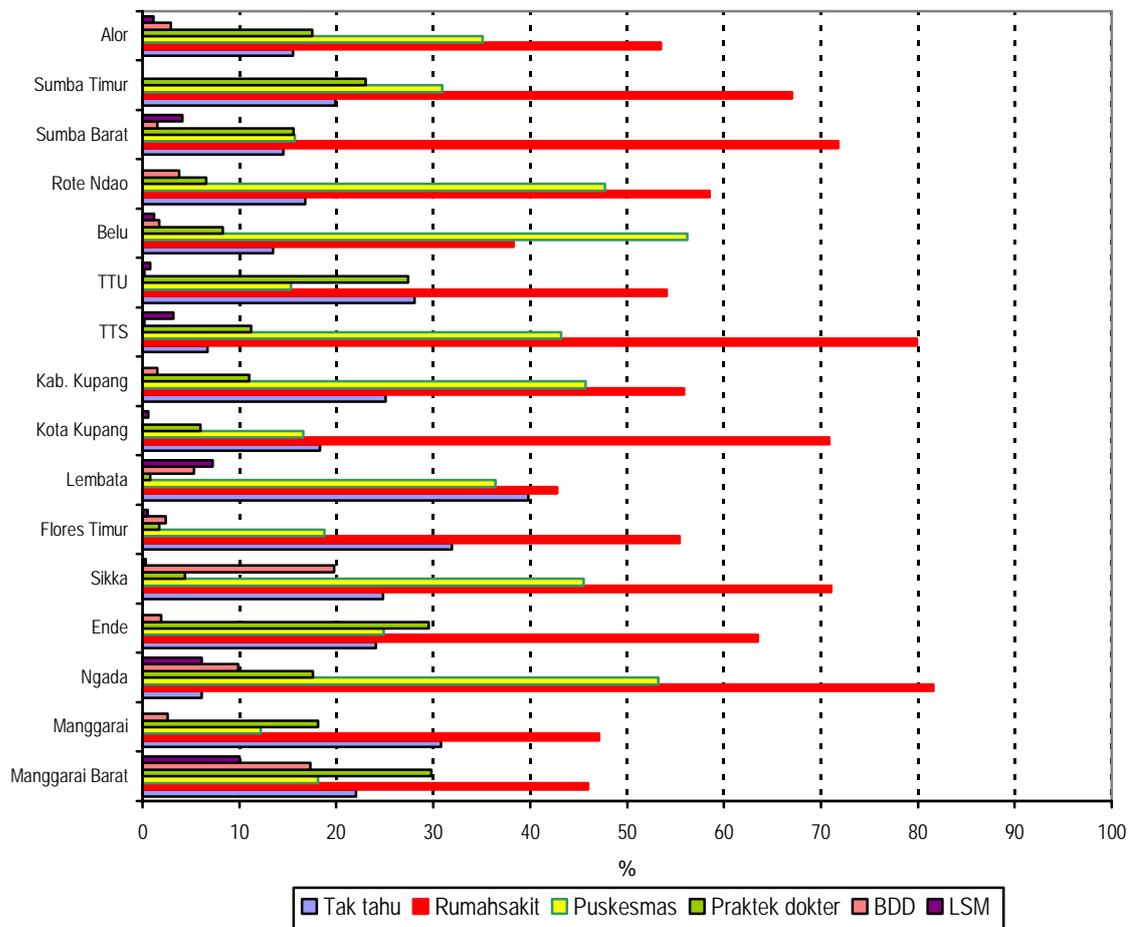
Jawaban terhadap pertanyaan tentang tempat konseling dan testing sukarela (VCT) juga serupa, karena dikenali oleh lebih dari separuh responden sebagai rumahsakit (52% dan 28%), diikuti puskesmas (32% dan 5%), dan praktek dokter (10% dan 2%) (tabel 9.4 dan 9.5). Sekitar 30-31% ibu di NTB dan 61-64% di NTT tidak mengetahui di mana tempat untuk mengobati infeksi menular seksual dan konseling dan testing sukarela tersebut. Pengetahuan tentang pengobatan infeksi menular seksual dan VCT tampak lebih tinggi

persentasenya di NTT daripada di NTB. Kabupaten dengan pengetahuan yang rendah terlihat ada di Dompu (tabel 9.4.a dan 9.5.a).

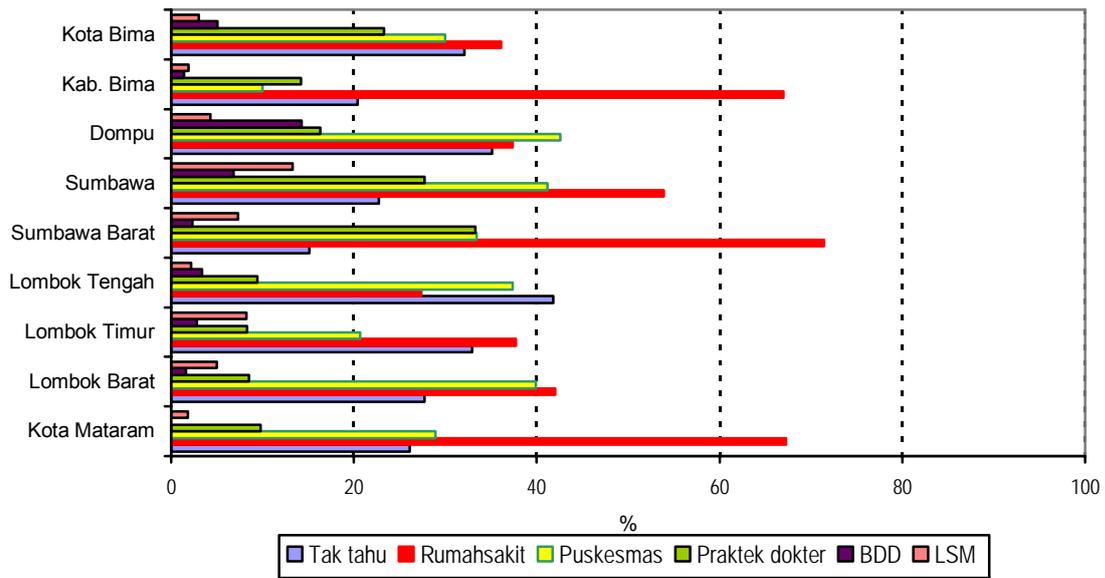
Grafik 9.10. Persen responden tahu tempat mengobati infeksi menular seksual, di NTB



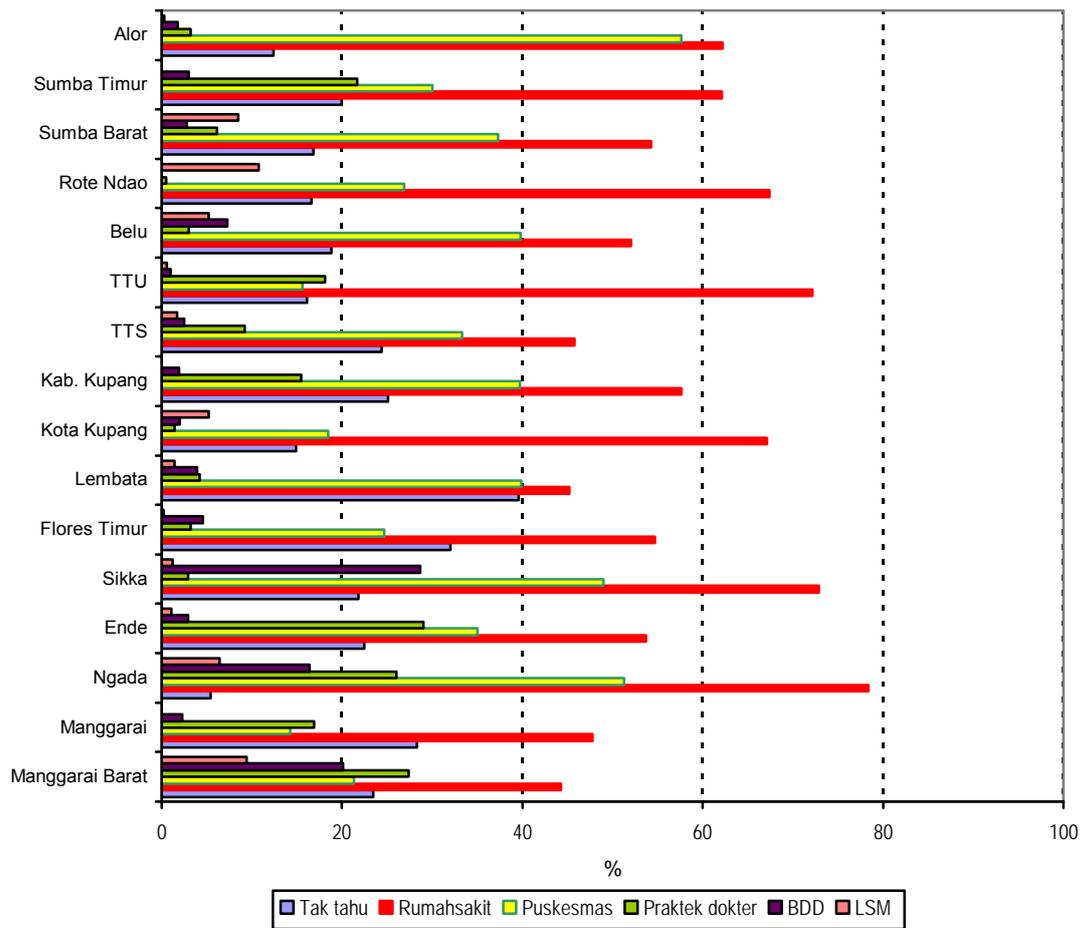
Grafik 9.11. Persen responden tahu tempat mengobati infeksi menular seksual, di NTT



Grafik 9.12. Persen responden tahu tempat konseling dan testing HIV dan AIDS, di NTB



Grafik 9.13. Persen responden tahu tempat konseling dan testing HIV dan AIDS, di NTT



9.5. PENGETAHUAN TEMPAT MENDAPATKAN KONDOM

Di kedua provinsi, hanya sekitar 40% responden yang menyatakan mereka tahu di mana mendapatkan kondom. Fasilitas penyedia kondom yang disebut adalah toko obat atau apotek (17% di NTB dan 11% di NTT) dan puskesmas (12% dan 16%) (tabel 9.6). Informan diskusi kelompok menjelaskan sebagai berikut:

“Mereka menjualnya di apotek, tetapi saya belum mencoba membelinya..”

“Sangat mudah, kamu bisa dapat di mana saja, di apotek, supermarket.”

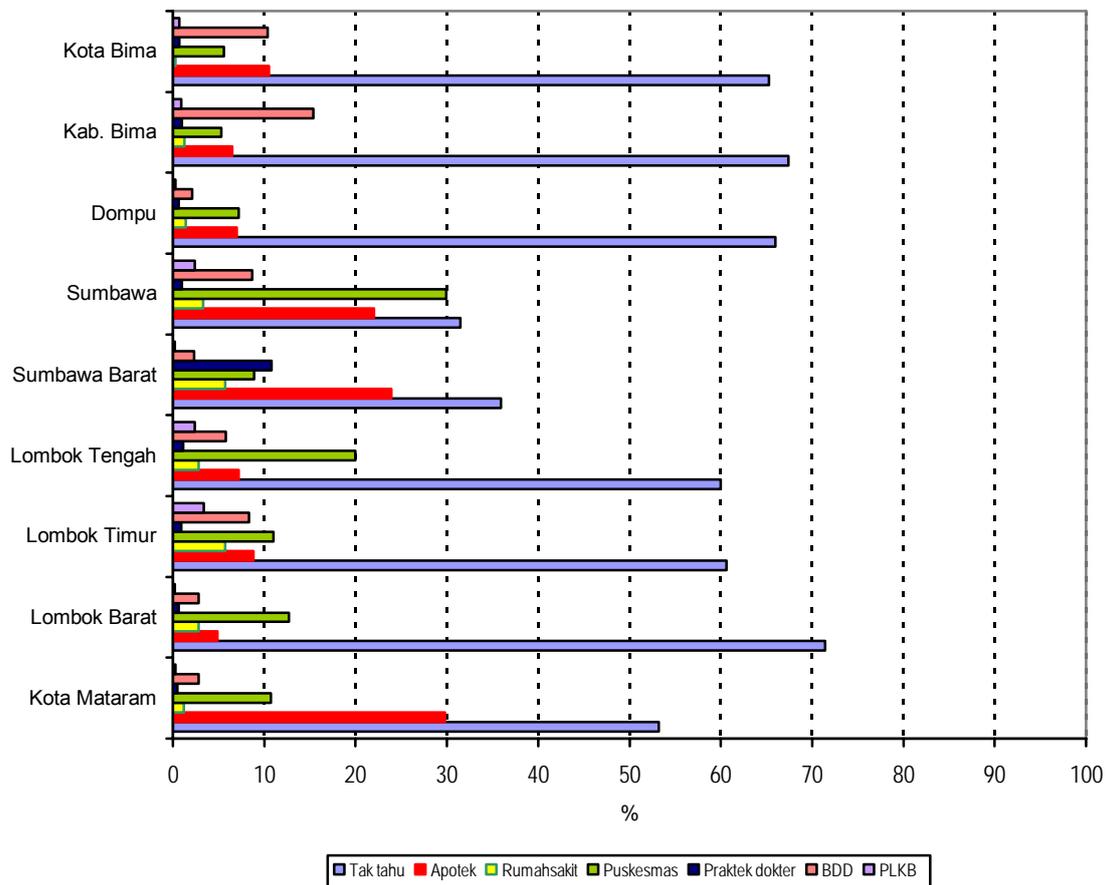
(DKT ibu di NTB)

“Disediakan di toko obat mana saja..”

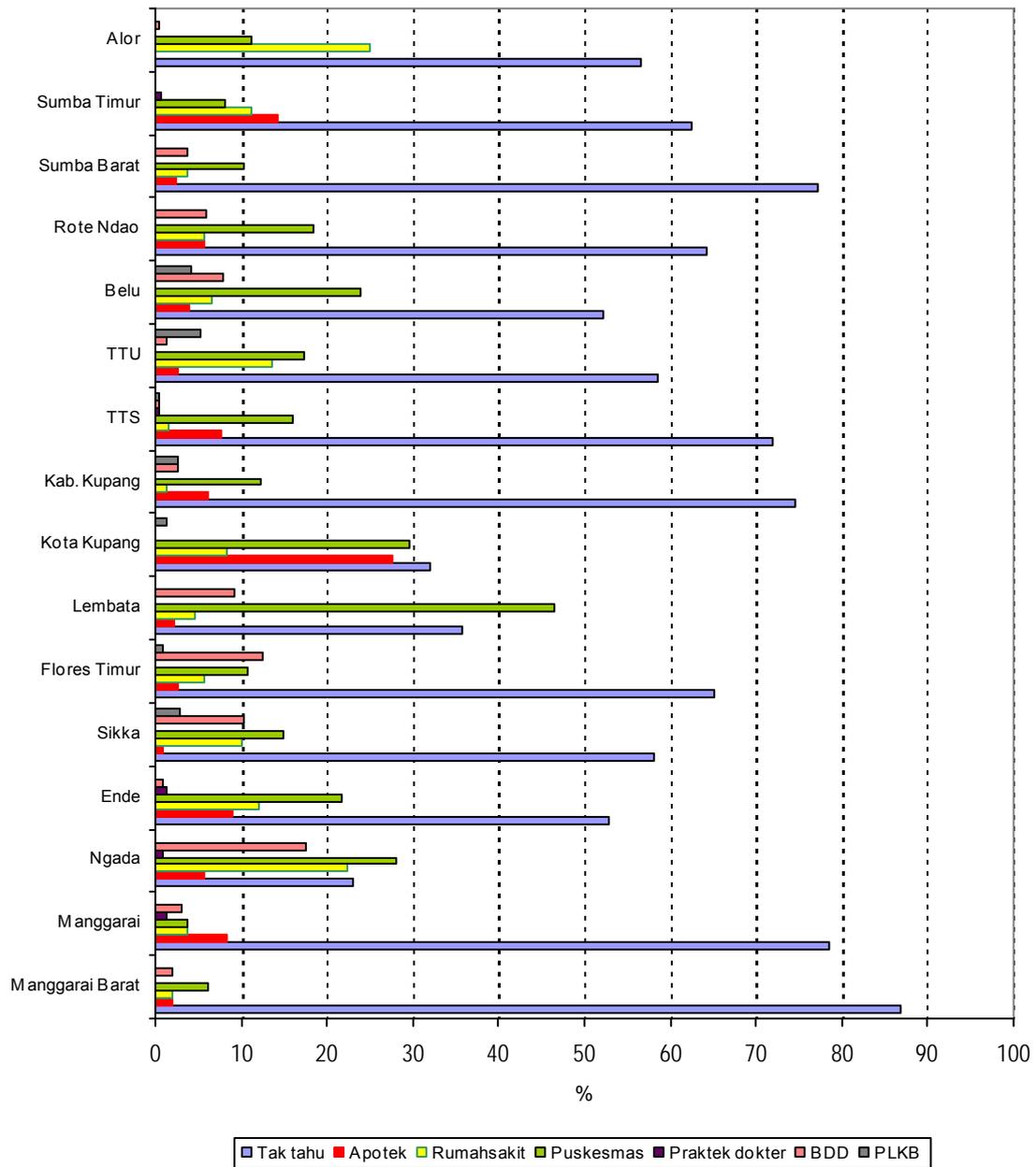
(DKT ibu di NTT)

Proporsi tertinggi yang disebut adalah puskesmas, yaitu di Sumbawa (30%) dan Lembata (47%) dan apotek, sebagaimana diungkap di Kota Mataram (30%) dan Kota Kupang (28%). Proporsi tertinggi responden yang tidak tahu dimana mendapatkan kondom ada di Lombok Barat (71%), TTS (72%), Kupang (75%), Sumba Barat (77%), Manggarai (78%), dan Manggarai Barat (87%) (tabel 9.6.a dan 9.6.b).

Grafik 9.14. Persen responden tahu mendapatkan kondom dengan mudah di NTB



Grafik 9.15. Persen responden tahu mendapatkan kondom dengan mudah di NTT



BAB 10

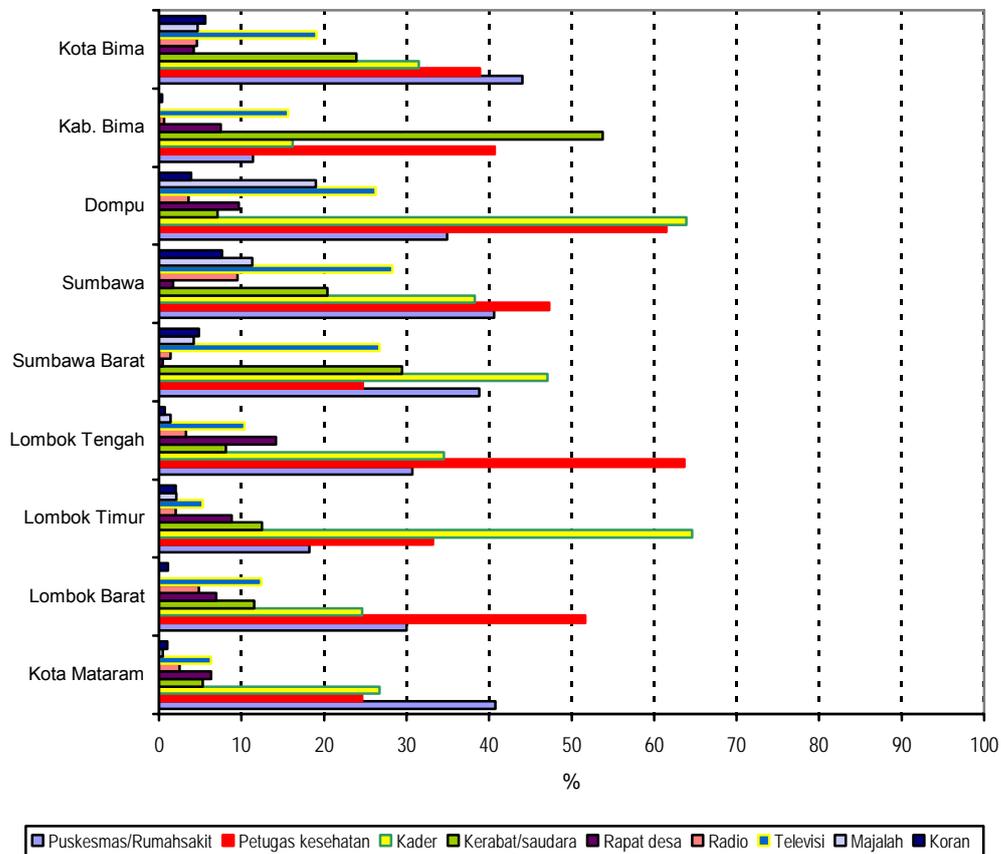
SUMBER INFORMASI KIA

Karena penyediaan informasi tentang “kesehatan ibu dan anak” (KIA) diharapkan meningkatkan pengetahuan, merubah sikap menjadi positif, serta bagaimana promosi memperbaiki perilaku, maka studi ini mencoba mengenali potensi saluran komunikasi yang layak yang sesuai dengan konteks dan sumber lokal.

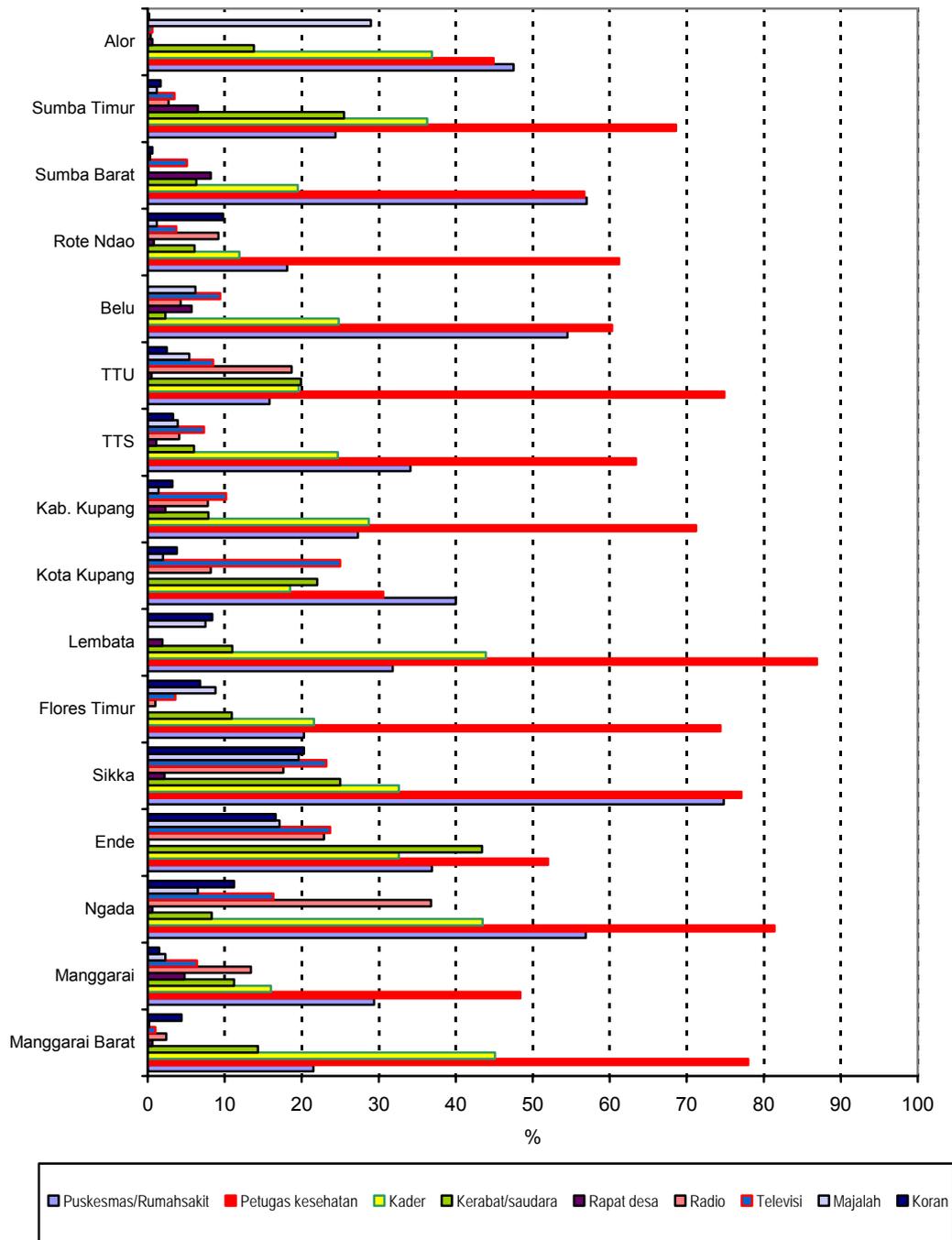
10.1. SUMBER INFORMASI KIA

Responden ditanya apakah menerima informasi tentang kesehatan ibu dan anak, termasuk keluarga berencana, dalam setahun terakhir. Terungkap ada 65% responden di NTT dan 54% di NTB yang mengaku pernah menerima informasi tersebut. Di kedua provinsi, petugas kesehatan dikenali menjadi sumber informasi yang cukup baik, di samping juga puskesmas, rumahsakit, dan kader kesehatan (tabel 10.1). Televisi disebut oleh 9% ibu di NTB dan 15% di NTT, walaupun hasil penelitian di muka telah mengungkap lebih dari separuh rumah tangga di kedua provinsi memiliki televisi (tabel 2.5). Perlu dipertimbangkan oleh penyusun acara televisi untuk merancang acara agar menarik dan mudah dicerna, terutama yang menyangkut masalah kesehatan, dan disesuaikan dengan budaya lokal dan konteksnya. Variasi antar klaster dan kabupaten tidak begitu terlihat (tabel 10.1.a).

Grafik 10.1 Persen sumber informasi KIA dan KB setahun terakhir, di NTB



Grafik 10.2 Persen sumber informasi KIA dan KB setahun terakhir, di NTT

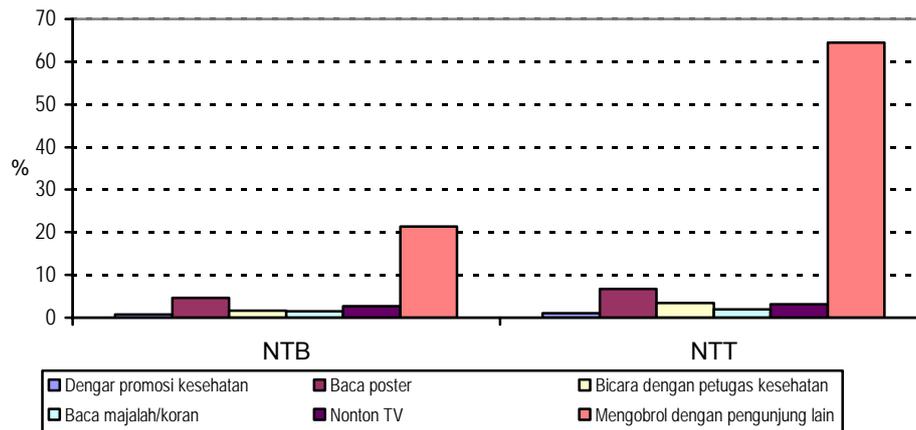


10.2. INFORMASI DI FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN

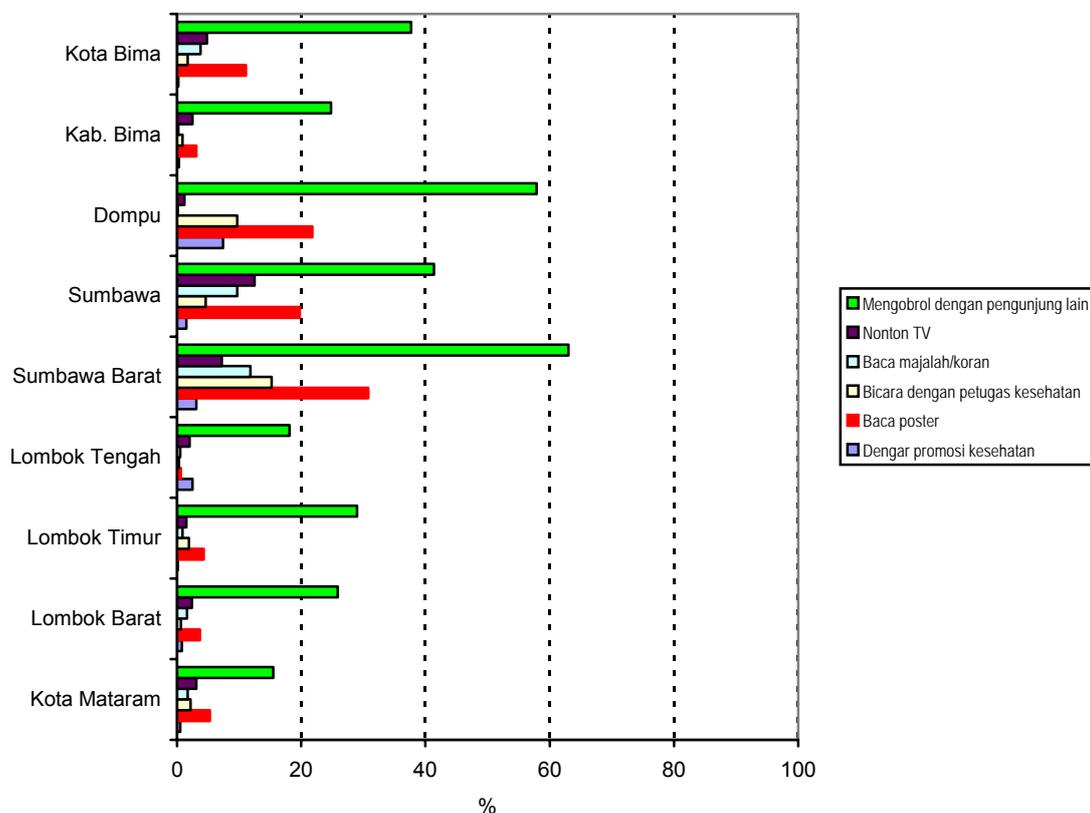
Puskesmas dan rumahsakit disebut sebagai tempat tersering yang menyediakan informasi kesehatan, dan ruang tunggu merupakan tempat yang diasumsikan dapat menyajikan berbagai informasi melalui poster yang dipajang. Kenyataannya hanya 5% (NTB) sampai 7% (NTT) dari ibu yang mengaku membaca poster-poster tersebut di ruang tunggu fasilitas kesehatan (tabel 10.2). Hal ini menegaskan betapa pentingnya

rancangan dan uji coba dalam pembuatan poster agar lebih bernuansa budaya lokal serta mudah dicerna dan memperhatikan aspek estetika. Survei juga memperlihatkan bahwa komunikasi antar individu mungkin merupakan kunci penyebaran informasi. Kebanyakan ibu mengutarakan bahwa mereka mengobrol dengan pengunjung lain di fasilitas kesehatan itu sementara waktu menunggu giliran pelayanan (21% di NTB dan 65% di NTT). Menariknya hanya 2% sampai 3% ibu yang menerima informasi dari petugas kesehatan selama masa menunggu tersebut.

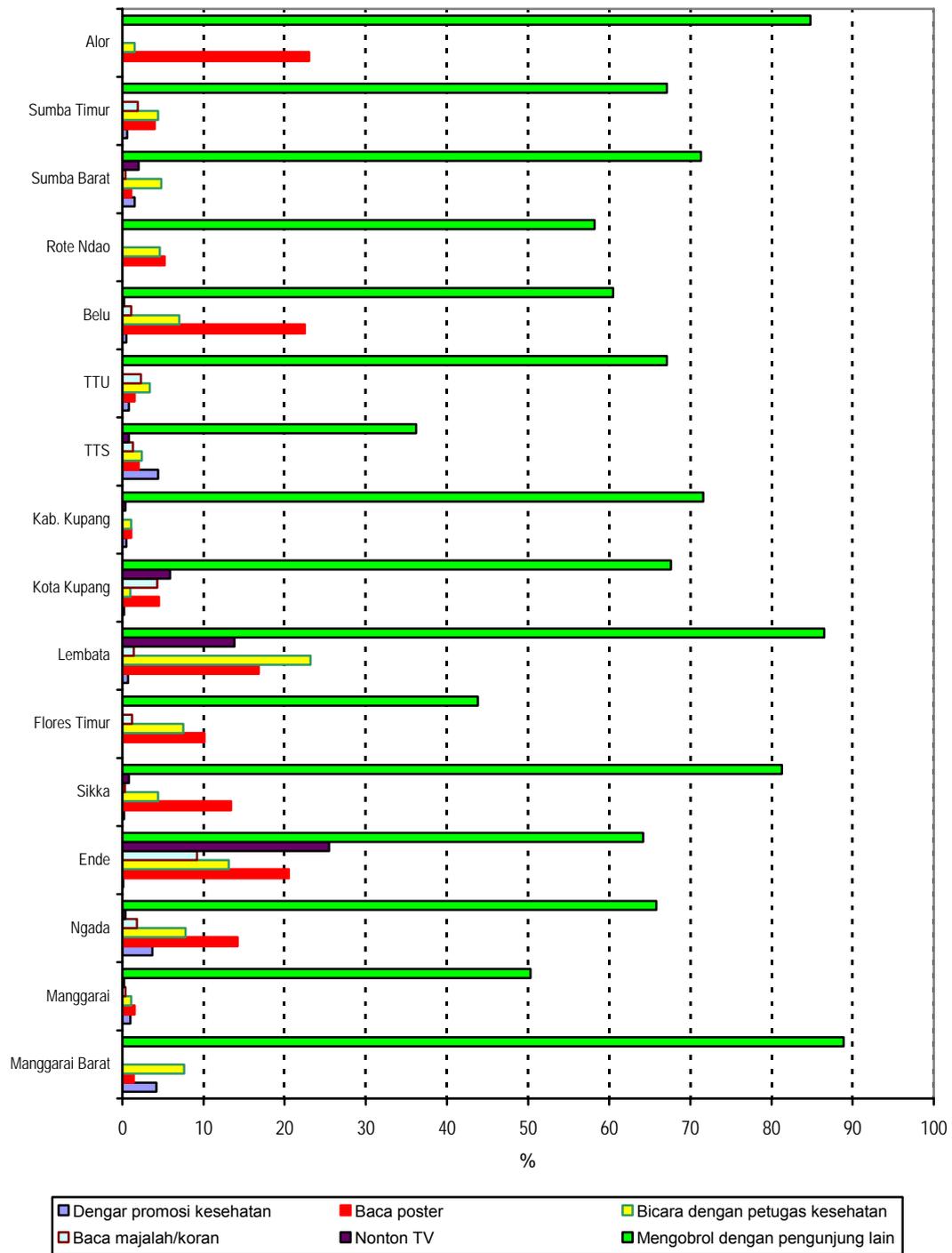
Grafik 10.3 Persen responden menerima informasi kesehatan di ruang tunggu fasilitas kesehatan menurut sumber informasi



Grafik 10.4 Persen responden menerima informasi kesehatan di ruang tunggu fasilitas Kesehatan, menurut kabupaten di NTB



Grafik 10.5 Persen responden menerima informasi kesehatan di ruang tunggu fasilitas kesehatan, menurut kabupaten di NTT



BAB 11

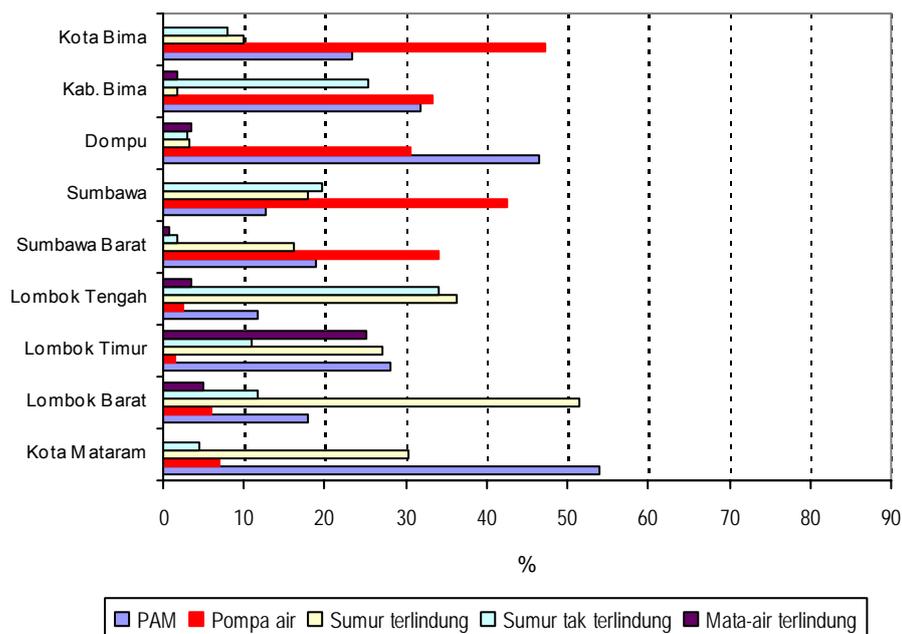
SANITASI DAN KEBERSIHAN PERORANGAN

Perilaku bersih dan sehat merupakan salah satu tujuan dalam mencapai “Indonesia Sehat 2010”. Mencapai perilaku sehat tersebut ternyata tidak semudah membalik telapak tangan, dan diketahui bahwa variasi geografis, budaya, kebiasaan, dan nilai di masyarakat, serta juga tingkat sosioekonomi akan mempengaruhi hasil promosi kesehatan serta upaya merubah perilaku, terutama aspek sanitasi dan kebersihan perorangan. Sumber utama air minum, penggunaan jamban, kualitas rumah tinggal, serta kebiasaan mencuci tangan dengan sabun, diukur dalam studi ini dan kemungkinan juga sangat mempengaruhi kesehatan ibu dan anak.

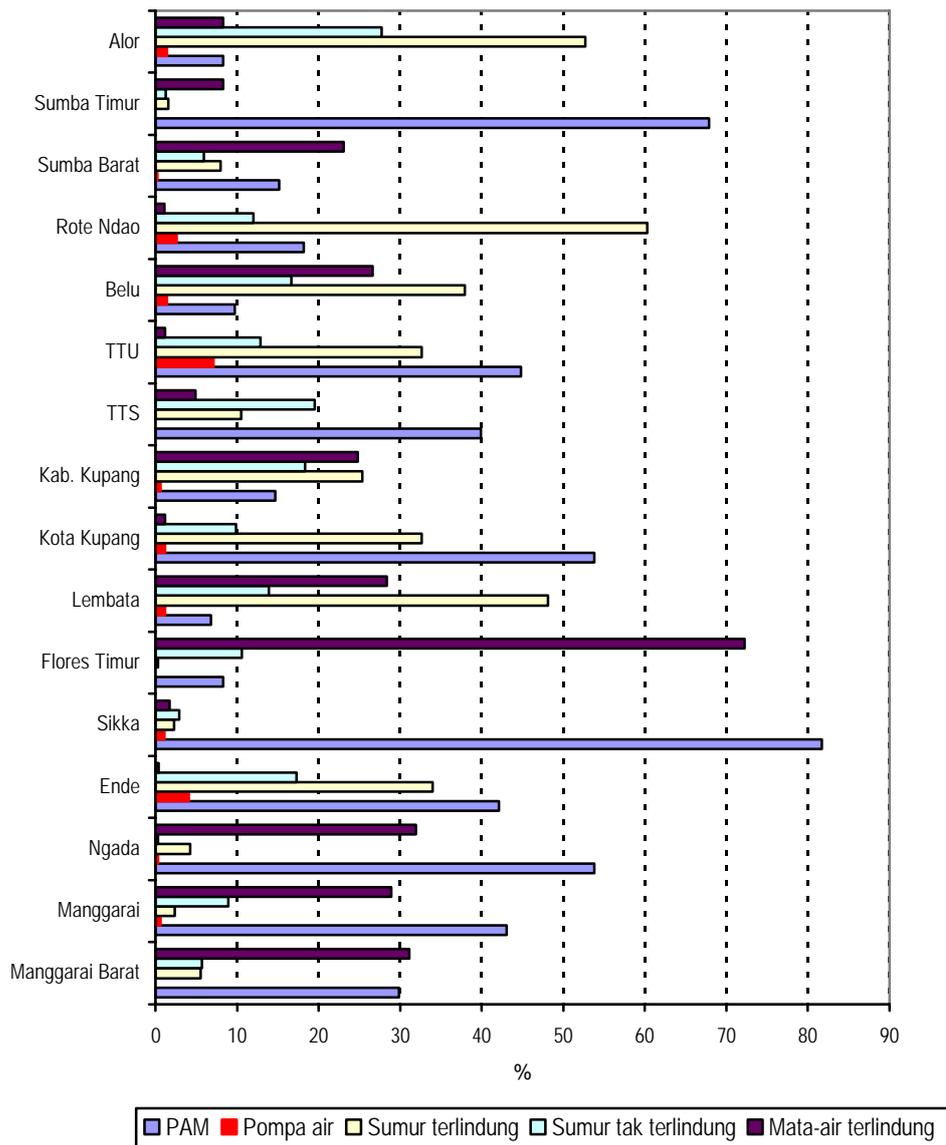
11.1. SUMBER UTAMA AIR MINUM

Survei menemukan hampir separuh jumlah rumah tangga di NTB (36%) dan NTT (40%) menggunakan air minum dari PAM (Perusahaan Air Minum). Sumber lain adalah sumur terlindung (sumur berbibir semen) (36% di NTB dan 20% di NTT) serta mata-air terlindung (berbatas semen) (5% di NTB dan 14% di NTT) (tabel 11.1). Sumur tak terlindung dipakai sebagai sumber air minum oleh sekitar 10% rumah tangga di kedua provinsi. Temuan ini memperlihatkan angka sedikit lebih baik dari hasil Susenas (2004) di mana dilaporkan PAM hanya dipakai oleh rumah tangga sejumlah 12% di NTB dan 18% di NTT. Hal ini kemungkinan menunjukkan keberhasilan program pemipaan air dalam tiga tahun terakhir. Terdapat variasi yang cukup tinggi antar kabupaten. Rumah tangga di Lombok Tengah, Sumbawa, Bima, Ende, Kabupaten Kupang, Belu, TTS dan Alor melaporkan banyaknya penggunaan sumur tak terlindung sebagai sumber air minum (tabel 11.1.a dan 11.1.b).

Grafik 11.1. Sebaran rumah tangga menurut sumber air minum, di NTB



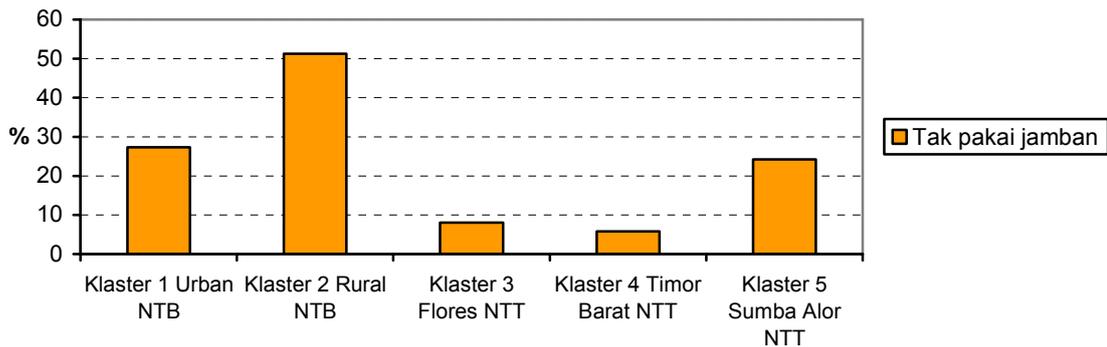
Grafik 11.2. Sebaran rumah tangga menurut sumber air minum, NTT



11.2. PENGGUNAAN JAMBAN

Dengan menanyakan kepada responden perihal jamban apa yang biasanya dipakai oleh anggota rumah tangga, survei memperlihatkan sepertiga (33%) rumah tangga di NTB dan 38% di NTT tidak mempunyai fasilitas jamban atau bisa dikatakan masih menggunakan sungai, semak-semak, atau dibuang di kantong plastik (tabel 11.2). Hasil ini berbeda dengan yang dilaporkan oleh Susenas (2004) yang menulis ada sekitar 5% sampai 10% rumah tangga di NTB dan NTT tidak memiliki fasilitas jamban. Terdapat variasi cukup tinggi antar kabupaten dalam pemakaian jamban ini. Kebanyakan responden dari rumah tangga di daerah pedesaan NTB (Lombok Barat, Lombok Timur, Lombok Tengah, Dompu) (table 11.2.a) dan beberapa kabupaten di NTT (Belu, Rote Ndao, Alor dan Sumba Timur) mengaku mereka tidak memakai jamban (tabel 11.2.b). Manggarai Barat, TTS, Sumba Timur dan Belu dikenali yang terendah jumlah rumah-tangganya dalam memakai jamban dengan *septic tank*, yaitu sekitar 8-15% rumah tangga saja.

Grafik 11.3. Persen rumah tangga dengan anggota tak pakai jamban di NTB dan NTT

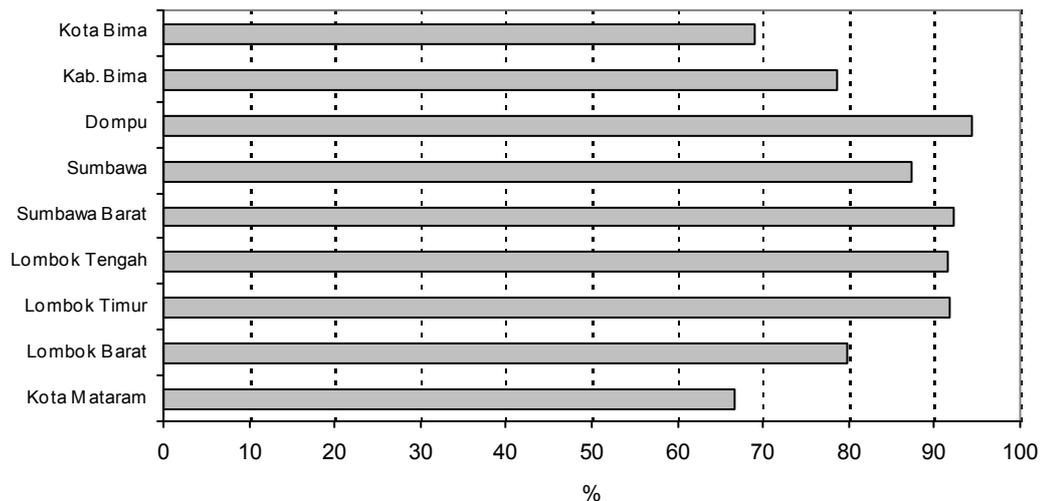


11.3. KUALITAS RUMAH

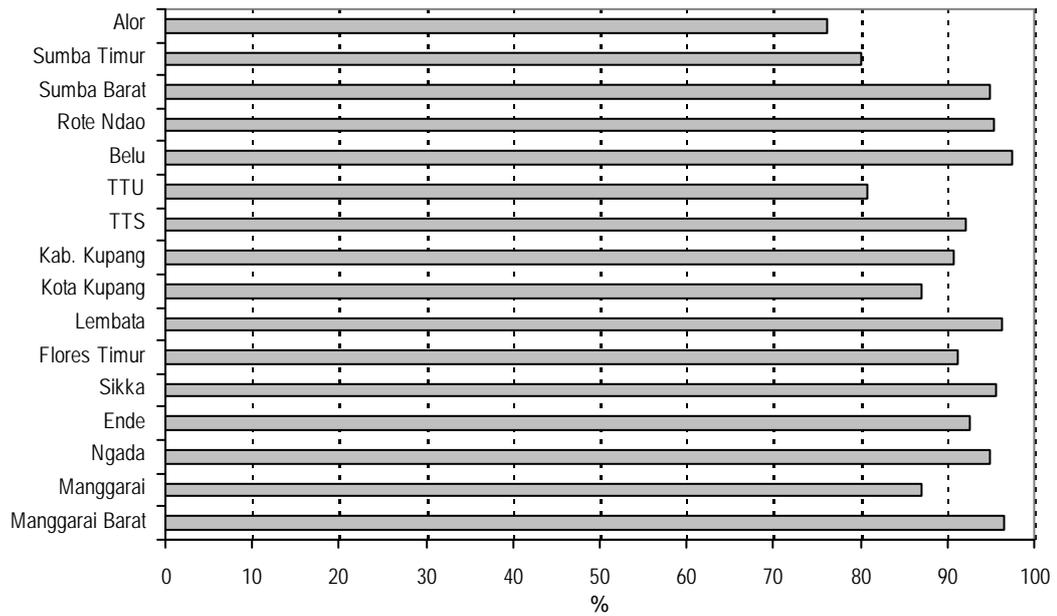
Guna mengetahui kualitas rumah tinggal, studi mengelompokkan rumah berdasarkan kepadatannya (padat bila kurang atau sama dengan 8m² per orang), jenis atap (buruk bila asbestos atau jerami atau serat lain), dinding (buruk bila bukan bata/kecap) dan lantai (buruk bila tanah). Sekitar 57% rumah di NTB dan 44% rumah di NTT ternyata dikategorikan berkepadatan rendah. Kebanyakan rumah di NTB pakai atap genteng (70%), namun di NTT lebih pakai atap seng (82%) (tabel 11.3). Dinding dari bambu terdapat di seperenam rumah di NTB dan sepertiga di NTT. Lantai dari tanah ditemukan di 10% rumah di NTB dan 32% di NTT. Hasil-hasil ini serupa dengan yang dilaporkan oleh Susenas (2004).

Sebagai indikator komposit, dapat disimpulkan bahwa hanya sekitar 24% rumah di NTB dan 11% di NTT yang dapat disebut berkualitas baik. Dari tingkatan kabupaten, Kota Mataram dan Kota Bima menunjukkan yang terbaik kondisi kualitas rumahnya (tabel 11.3.a), dan Alor di NTT (tabel 11.3.b).

Grafik 11.4. Persen rumah berkualitas buruk, di NTB



Grafik 11.5 Persen rumah berkualitas buruk, di NTT

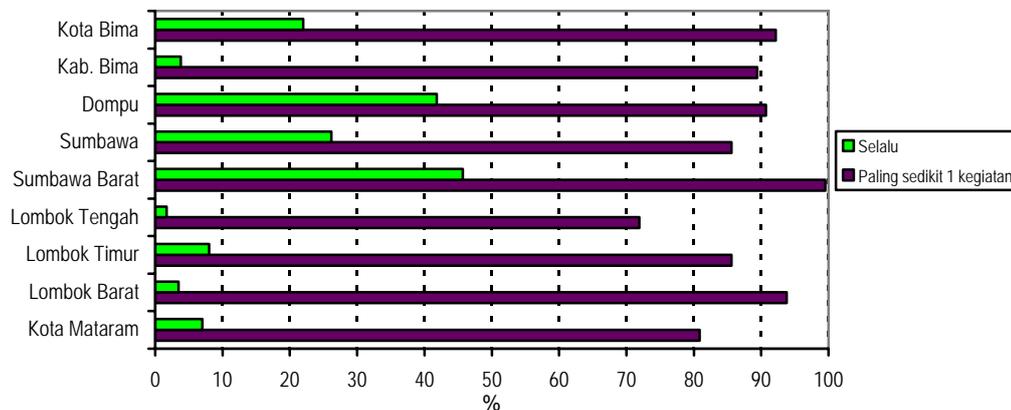


11.4. KEBIASAAN CUCI-TANGAN

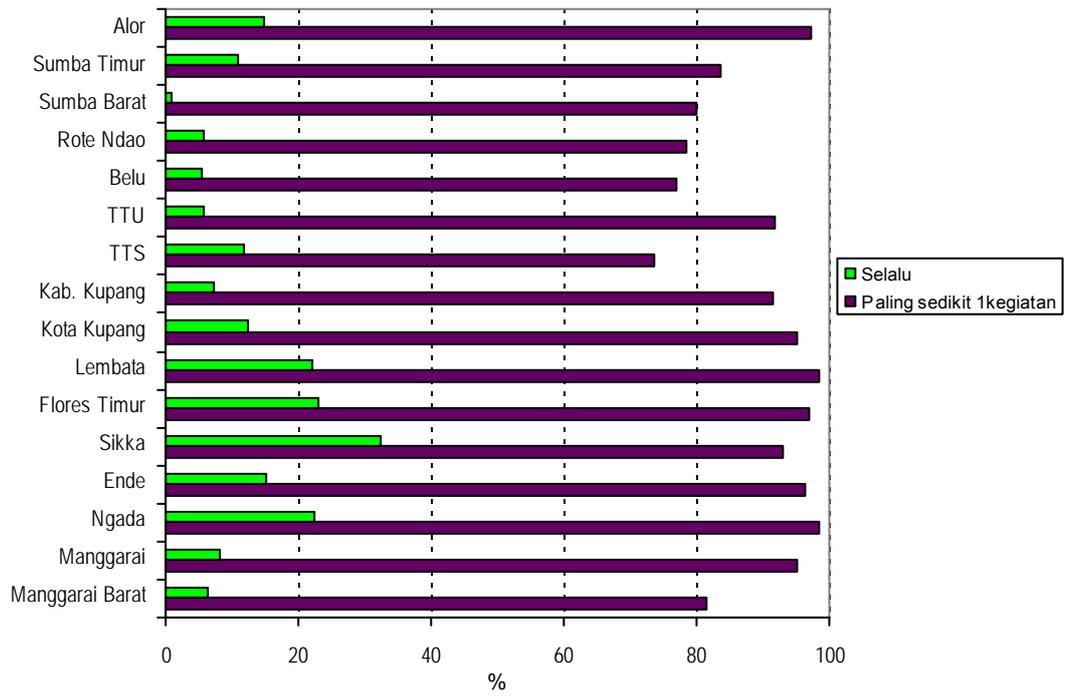
Kebersihan perorangan memerlukan perilaku cuci tangan dengan sabun pada saat-saat penting seperti sebelum menyiapkan makanan, sebelum menyuapi makan ke anak, sebelum makan, sesudah buang-air besar, dan sesudah menolong anak buang air-besar. Di kedua provinsi, kebanyakan ibu mencuci tangan sebelum makan, sebagaimana dilaporkan oleh responden, 60% di NTB dan 73% di NTT. Kurang dari separuh ibu mengakui cuci tangan dengan sabun sesudah buang air besar atau sesudah menolong anaknya buang air besar. Umumnya praktek cuci tangan dengan sabun untuk hal kritis di atas lebih baik di NTT (10%) daripada di NTB (6%) (tabel 11.4).

Pada tingkatan kabupaten, hampir semua responden di Sumbawa Barat (99.5%) mengaku cuci tangan dengan sabun paling sedikit di satu hal penting, dan hampir separuh (46%) jumlah ibu memakai sabun ketika cuci tangan di semua kegiatan penting di atas. Di NTT, Sikka memperlihatkan hal terbaik, di mana 32% responden selalu cuci tangan dengan sabun di tiap kegiatan penting (tabel 11.4.a).

Grafik 11.6 Persen responden cuci tangan dengan sabun pada kegiatan penting, NTB



Grafik 11.7 Persen responden cuci tangan dengan sabun pada kegiatan penting, NTT



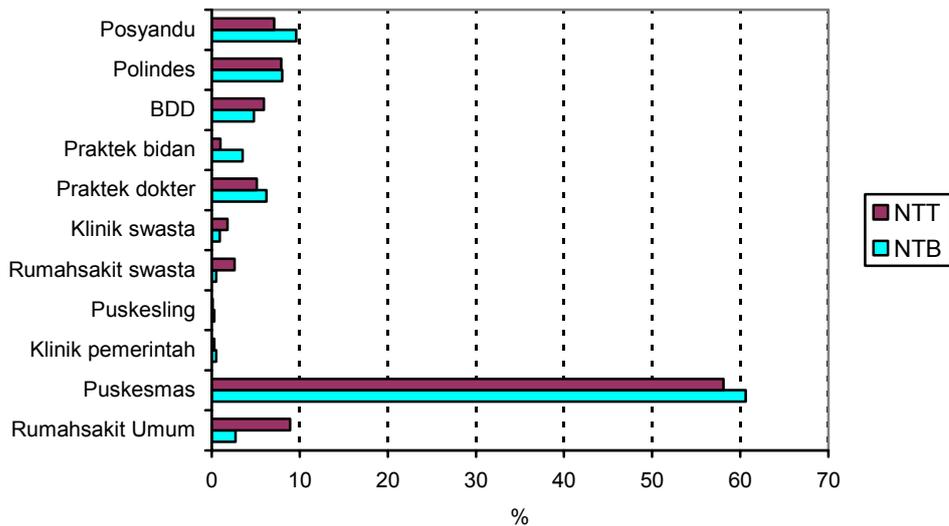
BAB 12

AKSES KE FASILITAS KESEHATAN

Pada dasarnya setiap orang mempunyai hak untuk pribadinya, termasuk mencari dan mendapatkan pelayanan. Akses untuk mendapat pelayanan ini merupakan satu titik kritis tidak hanya berkait hal individu, namun juga untuk kesehatan dan kesejahteraan. Upaya menurunkan atau menghilangkan hak ini tentu merupakan suatu yang berlawanan dengan keinginan masyarakat.

Pada studi ini, akses ke pelayanan kesehatan diukur, dan mencakup variabel jarak dan waktu tempuh mencapai fasilitas, cara mencapai dan biaya transpor, serta asuransi kesehatan. Berkaitan dengan akses ini, sebelumnya responden ditanya mengenai fasilitas kesehatan apa yang terakhir dikunjungi, dan kemudian pertanyaan-pertanyaan tentang akses ke pelayanan kesehatan merujuk ke fasilitas terakhir dikunjungi ini. Berikut adalah gambaran fasilitas kesehatan yang terakhir dikunjungi responden.

Grafik 12.1. Sebaran (%) ibu berkunjung ke fasilitas kesehatan terakhir di NTB dan NTT



12.1. JARAK DAN WAKTU TEMPUH KE FASILITAS KESEHATAN

Jarak ke fasilitas kesehatan diukur dengan menanyakan ke responden, dan bila perlu mengkonfirmasi ke nara sumber yang mengetahui alamatnya. Survei ini mengungkap bahwa di NTB dan NTT, ibu menyatakan fasilitas rumahsakit swasta adalah terjauh berjarak antara 5 sampai 20 km, atau yang terjauh disebut hampir 84 km di Ende; kemudian klinik swasta (1 sampai 7 km) dan rumahsakit pemerintah (2 sampai 4 km) atau lebih dari 20 km di Flores Timur dan Kupang. Sementara itu, posyandu (0 sampai 1 km), bidan di desa (BDD) (1 sampai 3 km), polindes (1 sampai 20 km) dan puskesmas (1 sampai 5 km), merupakan fasilitas yang terdekat (tabel 12.2, 12.2.a dan 12.2.b). Temuan ini juga diverifikasi oleh diskusi kelompok terarah di mana mayoritas informan menyebut posyandu, di samping juga puskesmas dan polindes, merupakan fasilitas terdekat dalam mencari perawatan kesehatan, asuhan kehamilan, atau bahkan melahirkan.

“ke posyandu, tempat terdekat, dan sesudah beberapa bulan, 7 bulan, saya bawa dia secara rutin ke puskesmas”;

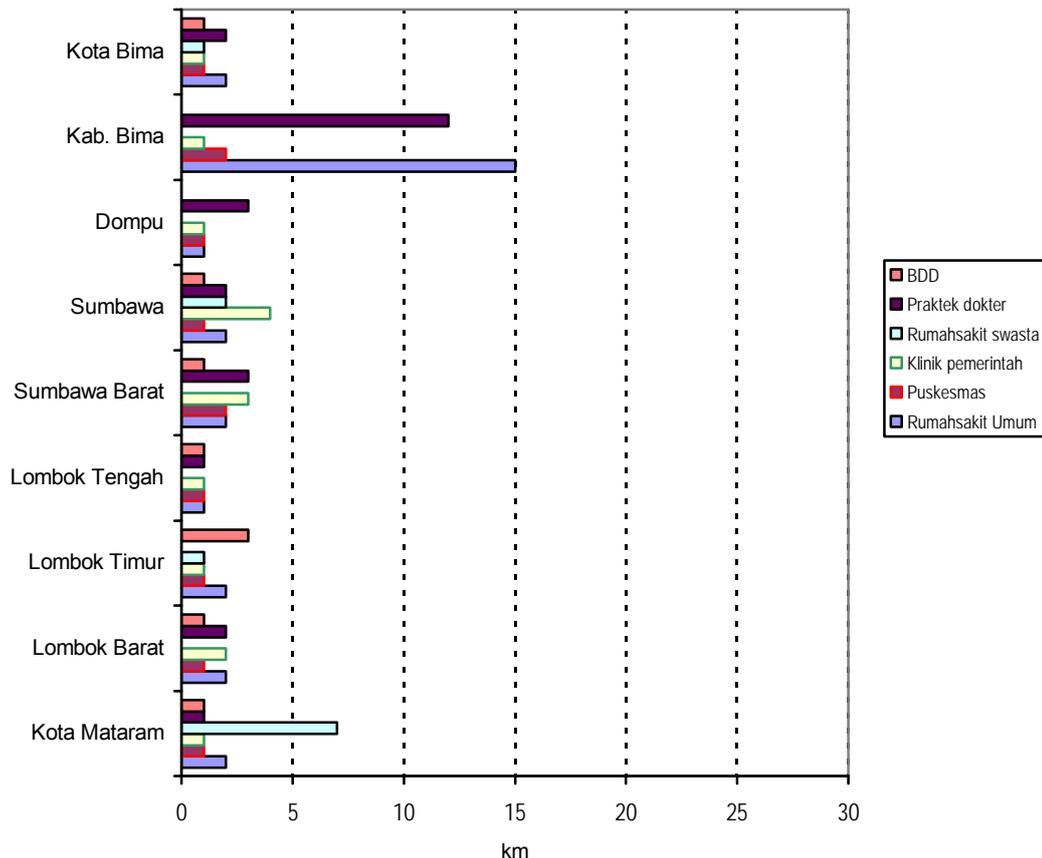
“istri saya pergi ke bidan, karena dekat, dan rumahsakit terlalu jauh”

(DKT bapak di NTB)

“..puskesmas memang jauh dari rumah dan padat, jadi kita pilih pergi ke polindes. Juga polindes itu dekat dengan rumah kami.....”

(DKT ibu di NTB)

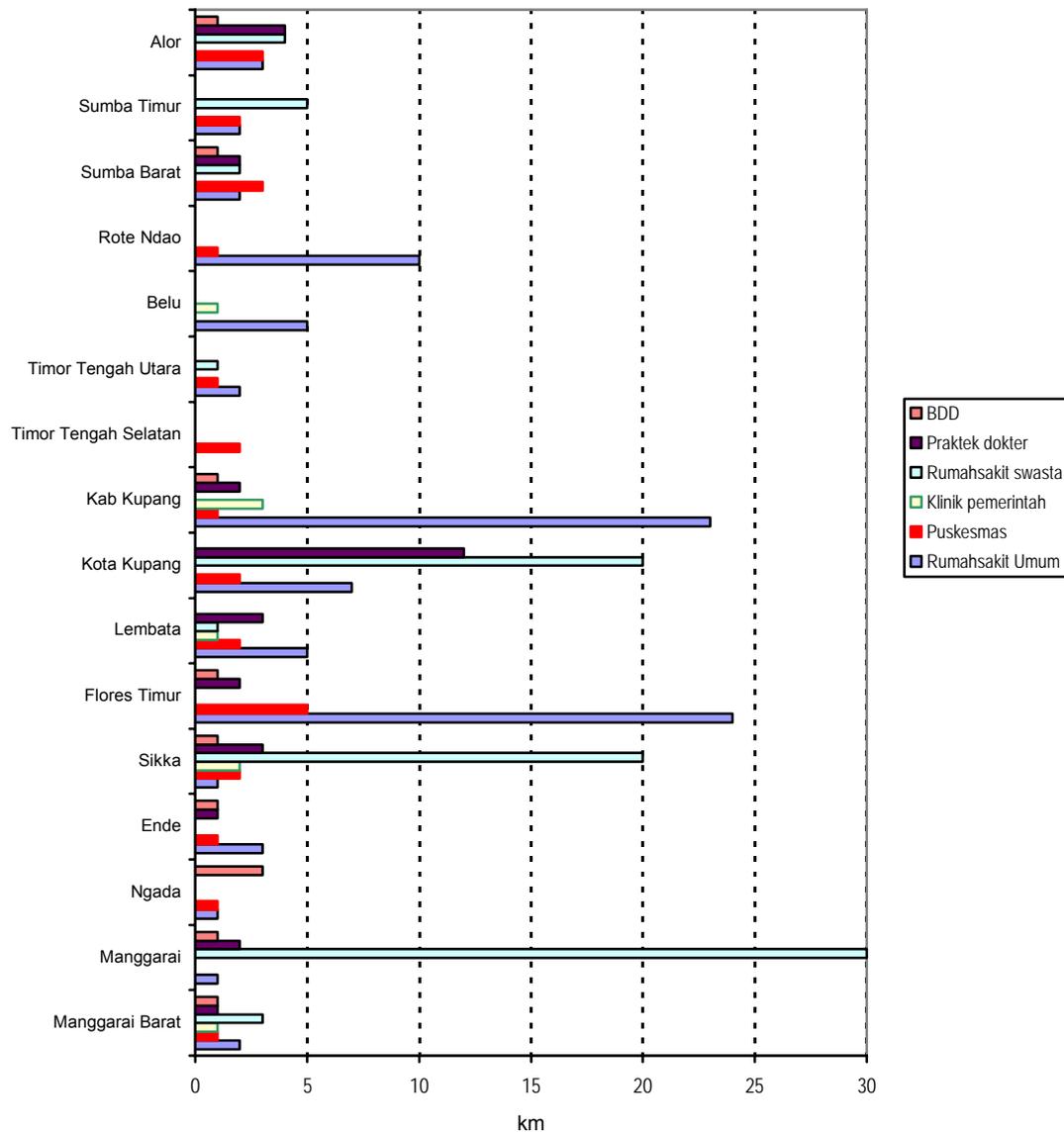
Grafik 12.2 Median jarak (km) dari rumah ke fasilitas kesehatan terakhir dikunjungi di NTB



Berkaitan dengan waktu tempuh ke fasilitas kesehatan, fasilitas terdekat adalah posyandu, polindes dan puskesmas yang dapat dijangkau dalam waktu enam sampai 15 menit. Untuk pergi ke fasilitas lain, ibu perlu kurang dari 20 menit, kecuali ke rumahsakit pemerintah dan swasta di NTT di mana rata-rata biasanya dalam waktu setengah jam (tabel 12.3). Jadi posyandu, polindes, bidan di desa (BDD) dan puskesmas sering disebut yang terdekat dari rumah (tabel 12.4). Di NTB, fasilitas terjauh diakui oleh ibu adalah rumah sakit pemerintah di Bima, yang memerlukan waktu sekitar 40 menit untuk mencapainya (table 12.3.a). Sementara di NTT, rumahsakit swasta yang disebut ibu terjauh adalah di Sikka (2 jam) dan Ende (4 jam) (tabel 12.3.b).

Umumnya angkutan yang dipilih untuk mencapai fasilitas kesehatan terakhir dikunjungi ada tiga cara yaitu jalan kaki, naik mobil, dan sepeda motor. Menariknya, kereta kuda (istilah daerah: cidomo) banyak dipakai di NTB, namun tidak di NTT (tabel 12.5). Melihat angka tiap kabupaten, dapat dikenali bahwa sepeda motor banyak dipakai di kebanyakan kabupaten pulau Sumbawa di NTB (tabel 12.5.a), dan Kota Kupang dan Sumba Timur di NTT. Sementara di daerah lain di NTT, berjalan kaki mendominasi cara mencapai fasilitas kesehatan dituju (tabel 12.5.b).

Grafik 12.3 Median jarak (km) dari rumah ke fasilitas kesehatan terakhir dikunjungi di NTT



12.2. BIAYA PELAYANAN KESEHATAN IBU DAN ANAK

Komponen lain untuk akses pelayanan kesehatan adalah biaya. Untuk itu, studi ini mencoba mengungkap berapa biaya untuk pelayanan kesehatan ibu dan anak di berbagai tempat terutama yang dialami saat melahirkan anak terakhir. Pelayanan yang diterima ibu meliputi pengobatan untuk komplikasi kehamilan, persalinan, komplikasi persalinan, komplikasi nifas dan komplikasi pada bayi baru lahir. Penggambaran biaya di sini menggunakan nilai median yang dirata-ratakan pada tingkatan kabupaten.

12.2.1. Biaya penanganan komplikasi kehamilan

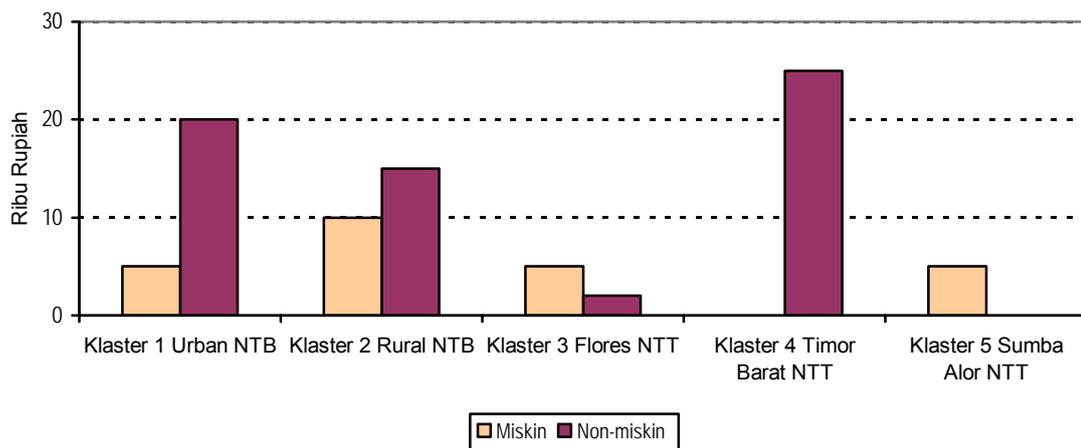
Dengan pengelolaan swasta, rumahsakit swasta di kedua provinsi diakui oleh ibu mengenakan biaya paling mahal berkisar antara 30 sampai 220 ribu rupiah, sedangkan biaya untuk dukun ternyata yang paling murah, maksimal hanya 10 ribu rupiah, diikuti

oleh puskesmas yang umumnya 6 ribu rupiah ke bawah (tabel 12.6). Secara rata-rata, biaya untuk penanganan komplikasi kehamilan di rumahsakit membutuhkan sekitar 30 ribu rupiah di NTB dan 6 ribu rupiah di NTT. Pelayanan yang disediakan oleh BDD sekitar 10 ribu rupiah di NTB, sedikit lebih mahal dari di NTT yang 5 ribu rupiah.

Tabel 12.6.a dan 12.6.b memperlihatkan rata-rata (median) biaya yang dikeluarkan oleh ibu untuk komplikasi kehamilan di tiap kabupaten, dan terlihat bahwa di NTB yang paling murah adalah pelayanan komplikasi kehamilan oleh puskesmas dan klinik pemerintah, yaitu sekitar 3 ribu rupiah, kecuali Lombok Tengah. Sedangkan di NTT yang paling murah adalah ke BDD, hanya seribu rupiah hingga 5 ribu rupiah. Sementara itu, biaya paling mahal tercatat oleh ibu yaitu sebesar 500 ribu rupiah di klinik pemerintah di NTB dan 900 ribu rupiah di rumah sakit swasta NTT.

Lebih lanjut ingin dilihat apakah faktor sosioekonomi mempengaruhi pembiayaan untuk komplikasi kehamilan ini. Terlihat kebanyakan ibu yang tidak miskin membayar lebih rendah, sebagaimana terjadi di Sumbawa Barat, Lombok Timur, Dompu dan Bima di NTB, dan kemungkinan karena sistem asuransi yang diterapkan di kabupaten itu. Namun demikian, fakta di Ngada, Ende dan Lembata di NTT mengundang pertanyaan lebih lanjut untuk mengenali dan mengurangi tingkat kemiskinan tersebut.

Grafik 12.4. Median biaya untuk penanganan komplikasi kehamilan di NTB dan NTT



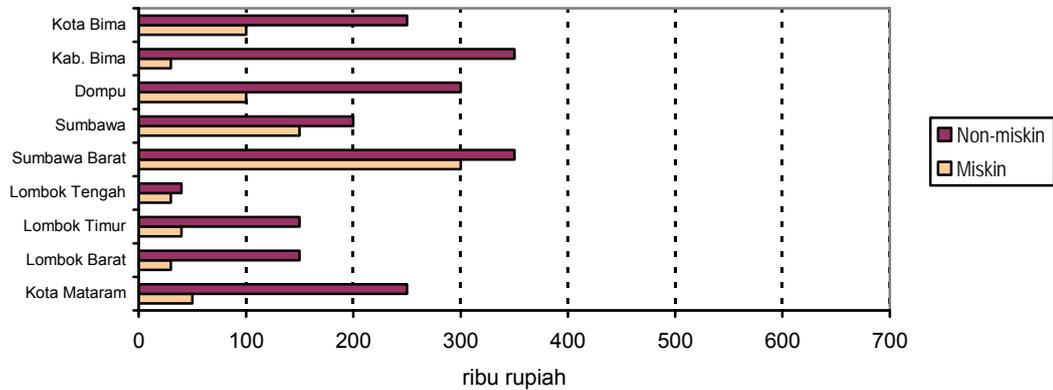
12.2.2. Biaya persalinan

Di NTB, responden yang bersalin di puskesmas dan yang di rumah mengeluarkan biaya yang paling murah (25 sampai 30 ribu rupiah), dan yang paling mahal adalah bila ke rumahsakit swasta (700 ribu rupiah). Di NTT, biaya paling murah adalah bila di rumah atau di dukun atau di rumah tetangga (25 ribu rupiah). Sementara itu, biaya paling mahal adalah bersalin di klinik swasta atau praktek dokter (500 ribu rupiah) (tabel 12.7).

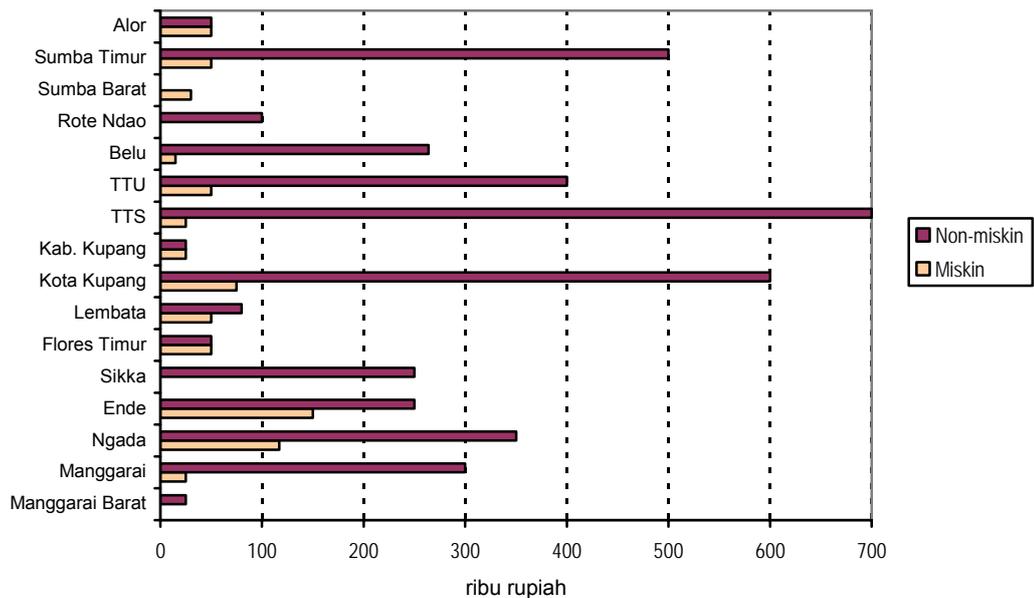
Bila kita lihat angka pada tingkat kabupaten, maka di NTB ibu bersalin di rumah mereka sendiri berbiaya paling murah, kecuali di Sumbawa (100 ribu rupiah) dan Sumbawa Barat (300 ribu rupiah). Sedangkan responden di Dompu melaporkan bahwa bersalin ditolong bidan desa (BDD) memerlukan biaya terendah (5 ribu rupiah). Hal yang berlawanan terjadi di Sumbawa Barat di mana biaya untuk bersalin di rumahsakit swasta sebesar 2 juta 250 ribu rupiah (table 12.7.a). Untuk NTT, gambarannya lebih beragam, di mana kabupaten yang responden melaporkan biaya bersalin di rumah, ke dukun atau tetangga tampaknya hampir serupa, kecuali di Sikka, dimana biaya mencapai 200 ribu rupiah. Bersalin di bidan di desa (BDD) membutuhkan biaya terendah di Manggarai (2

ribu rupiah) dan juga di Kabupaten Kupang dan TTS (10 ribu rupiah). Seperti juga NTB, biaya paling tinggi untuk bersalin di NTT adalah bila ke rumahsakit swasta, di Kupang dan TTU (5 juta sampai 6 juta rupiah) (table 12.7.b). Di kedua provinsi, ibu yang datang dari rumah tangga miskin membayar lebih rendah biaya bersalin dibandingkan dengan mereka yang dari kelompok tidak miskin.

Grafik 12.5. Median biaya (ribu rupiah) bersalin menurut tingkat sosioekonomi di NTB



Grafik 12.6. Median biaya (ribu rupiah) bersalin menurut tingkat sosioekonomi di NTT



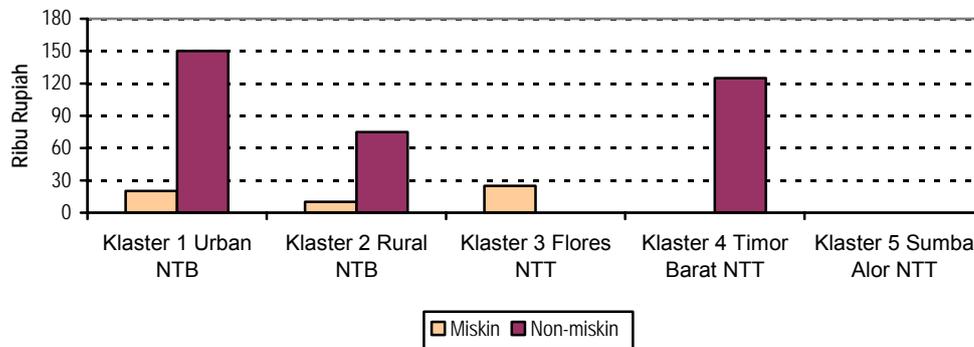
12.2.3. Biaya penanganan komplikasi persalinan

Komplikasi persalinan yang ditangani oleh institusi swasta memerlukan biaya lebih mahal, baik di rumahsakit maupun kliniknya. Namun demikian, beberapa rumahsakit swasta di NTB menurunkan biaya yang bahkan lebih murah dari fasilitas pemerintah sampai hanya 6 ribu rupiah, di mana ini kontras dengan 500 ribu rupiah di NTT (tabel 12.7.a). Biasanya fasilitas pemerintah menyediakan pelayanan dengan biaya rendah sampai sekitar 25 ribu rupiah, dan sepertinya berkaitan dengan sistem asuransi.

Pada tingkat kabupaten, biaya terendah dicatat di Lombok Timur yang mendapatkan pelayanan dari dukun (2 ribu rupiah) dan Lombok Barat untuk puskesmas (3 ribu rupiah). Sementara itu biaya paling mahal dicatat di Kota Mataram yaitu dari rumahsakit umum

(1 juta rupiah) (tabel 12.8.a). Situasi di NTT juga serupa, di mana biaya maksimum diakui di Ende untuk membayar pelayanan dari rumahsakit umum (2 juta rupiah) dan minimum adalah biaya puskesmas di TTS (seribu rupiah) dan Lembata (3 ribu rupiah) (tabel 12.8.b).

Grafik 12.7. Median biaya (ribu rupiah) penanganan komplikasi persalinan menurut tingkat sosioekonomi di NTB dan NTT



Gambaran di atas menjelaskan bahwa di NTB, ibu dari kelompok tak-miskin dengan komplikasi persalinan membayar pelayanan yang lebih mahal daripada ibu dari rumah tangga miskin. Namun demikian, di NTT terjadi hal sebaliknya, dan ini membutuhkan perhatian lebih serius terutama dalam cakupan asuransi. Rincian menurut kabupaten tidak memperlihatkan suatu fenomena tertentu kemungkinan karena besar sampel kasus dengan komplikasi yang tidak memadai.

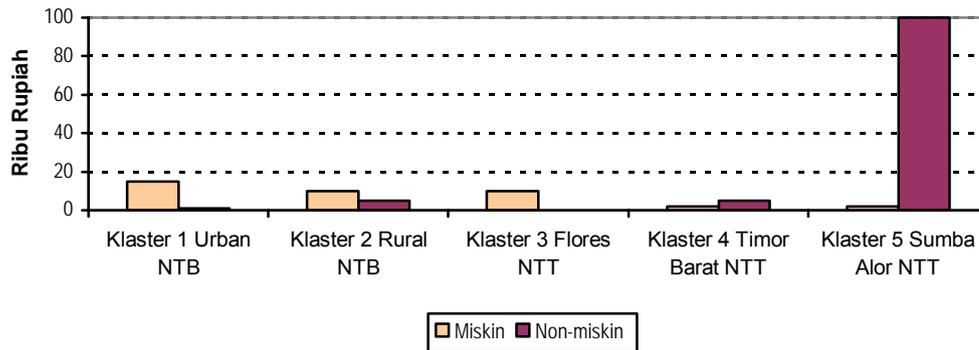
12.2.4 Biaya penanganan komplikasi nifas

Komplikasi nifas sering diabaikan sehingga dapat menyebabkan masalah serius yang berpengaruh terhadap kematian ibu. Upaya untuk menangani komplikasi ini sangat bergantung salah satunya dari akses ibu ke fasilitas yang menanganinya, termasuk juga biayanya. Melihat tabel 12.9, terdapat hal yang menarik dimana studi ini mengungkap bahwa ibu dengan komplikasi nifas membayar sekitar 2 juta rupiah untuk rumahsakit swasta di NTT, jauh lebih tinggi daripada di fasilitas lain. Biaya pelayanan di fasilitas kesehatan pemerintah, meliputi rumahsakit, puskesmas, dan bidan di desa (BDD), relatif rendah, berkisar antara 5 sampai 10 ribu rupiah, di samping juga ada beberapa kasus yang gratis tidak membayar karena memiliki asuransi.

Rincian menurut kabupaten memperlihatkan bahwa kebanyakan responden mencari pelayanan di puskesmas dan bidan di desa (BDD) dengan biaya sampai 25 ribu rupiah di puskesmas, dan sampai 100 ribu rupiah di bidan di desa (BDD). Biaya paling mahal dilaporkan di rumahsakit pemerintah, baik di Sumbawa Barat, NTB (2 juta rupiah) maupun di Sumba Barat, NTT (500 ribu rupiah) (tabel 12.9.a dan 12.9.b).

Grafik di bawah memperlihatkan pembayaran biaya untuk komplikasi nifas di NTB dan NTT tidak mengikuti pola umum, karena ibu dari rumah tangga miskin membayar lebih tinggi dari kelompok tak miskin, kecuali di kluster 4 dan 5. Meskipun demikian ketika dilihat pada angka kabupaten, pola tersebut tidak terjadi di semua kabupaten, hanya di Kota Mataram dan Lombok Timur di NTB (tabel 12.9.a) dan Kota Kupang di NTT (tabel 12.9.b). Hal ini kemungkinan karena sistem asuransi bagi semua penduduk lokal di sana yang belum sepenuhnya dijalankan secara baik dan benar.

Grafik 12.8. Median biaya (ribu rupiah) penanganan komplikasi nifas menurut tingkat sosioekonomi di NTB dan NTT

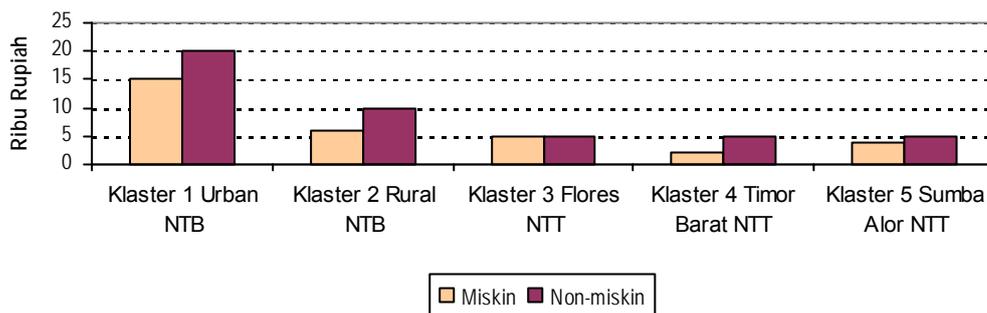


12.2.5. Biaya penanganan komplikasi neonatal

Komplikasi bayi baru lahir atau neonatal biasanya ditangani dengan biaya berkisar antara 2 sampai 78 ribu rupiah di NTB dan 1 juta 200 ribu rupiah di NTT (table 12.10). Pelayanan paling mahal disediakan oleh klinik pemerintah di NTB dan rumah sakit swasta di NTT. Pada saat ini, ibu yang anaknya berkomplikasi dan pergi ke puskesmas membayar lebih murah dari 10 ribu rupiah, kecuali di Sumbawa Barat NTB sekitar 20 ribu rupiah, serta di NTT sekitar 25 ribu rupiah di Manggarai (table 12.10.a dan 12.10.b).

Pertanyaan selanjutnya adalah apakah tingkat kemiskinan mempengaruhi biaya penanganan komplikasi neonatal ini, dan studi ini mengungkap adanya fenomena umum yaitu ibu kelompok tak miskin membayar lebih mahal. Namun demikian, berdasarkan angka di tingkat kabupaten, fenomena itu tidak selalu terjadi, tetapi ini lebih disebabkan karena tidak cukupnya besar sampel untuk mendeskripsikannya di tiap kabupaten.

Grafik 12.9. Median biaya (ribu rupiah) penanganan komplikasi neonatal menurut tingkat sosioekonomi di NTB dan NTT

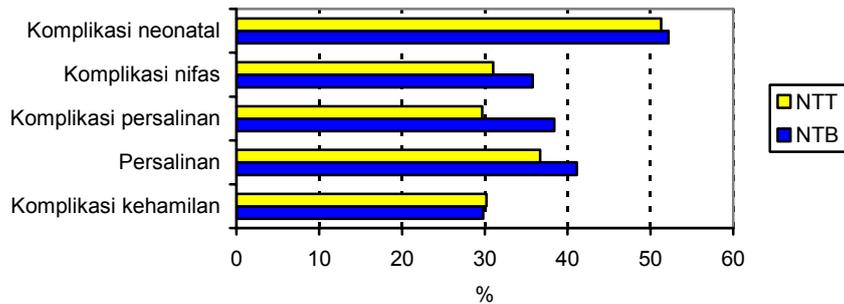


12.2.6. Persepsi biaya pelayanan KIA

Temuan studi akan biaya pelayanan kesehatan ibu dan anak ternyata dipersepsikan oleh ibu agak berbeda. Biaya rupiah paling tinggi yang dikeluarkan oleh ibu adalah untuk pelayanan bersalin baik di NTB maupun di NTT. Namun demikian secara keseluruhan, separuh ibu mempersepsikan pelayanan penanganan komplikasi neonatal sebagai yang termahal, yaitu oleh 52% ibu di NTB dan 51% ibu di NTT, diikuti oleh biaya untuk bersalin, dan biaya penanganan komplikasi kehamilan (di NTB) atau biaya penanganan komplikasi nifas (di NTT) (tabel 12.11). Perbedaan antara jumlah rupiah yang

dikeluarkan ibu dan persepsinya yang mahal untuk pelayanan komplikasi neonatal, dapat berarti bahwa komplikasi neonatal adalah peristiwa yang tidak diantisipasi dan tidak disiapkan biaya ekstra. Hal ini berbeda dengan biaya persalinan yang jumlah rupiahnya paling mahal tetapi tidak dipandang sebagai mahal sepertinya karena memang biaya bersalin sudah disiapkan sebelum kelahiran anak. Kemungkinan ini didukung juga oleh hasil studi tentang diskusi antara ibu dengan suami yang tidak banyak membahas tentang biaya cadangan.

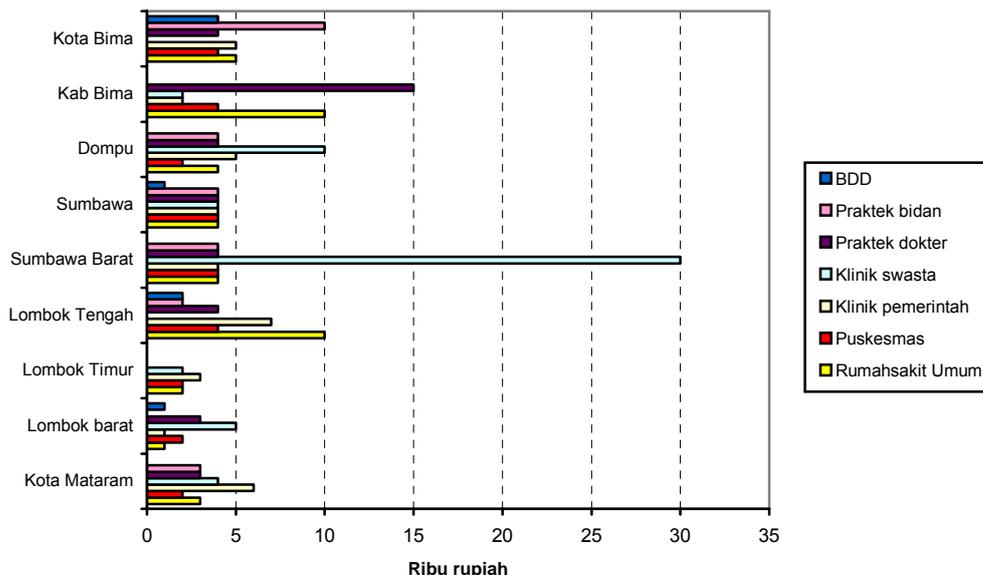
Grafik 12.10. Persen biaya KIA mahal dipersepsikan oleh ibu di NTB dan NTT



12.3. BIAYA PELAYANAN KESEHATAN UMUM

Dengan merujuk ke fasilitas kesehatan terakhir dikunjungi oleh ibu, studi ini menggali dua aspek untuk mengetahui biaya komplemen seperti ongkos angkutan pergi ke fasilitas kesehatan, dan persepsi ibu tentang biaya untuk obat yang disediakan oleh fasilitas kesehatan yang bersangkutan. Melihat grafik 12.11, puskesmas dapat dikenali sebagai fasilitas yang disukai oleh para ibu untuk menangani kesehatan secara umum.

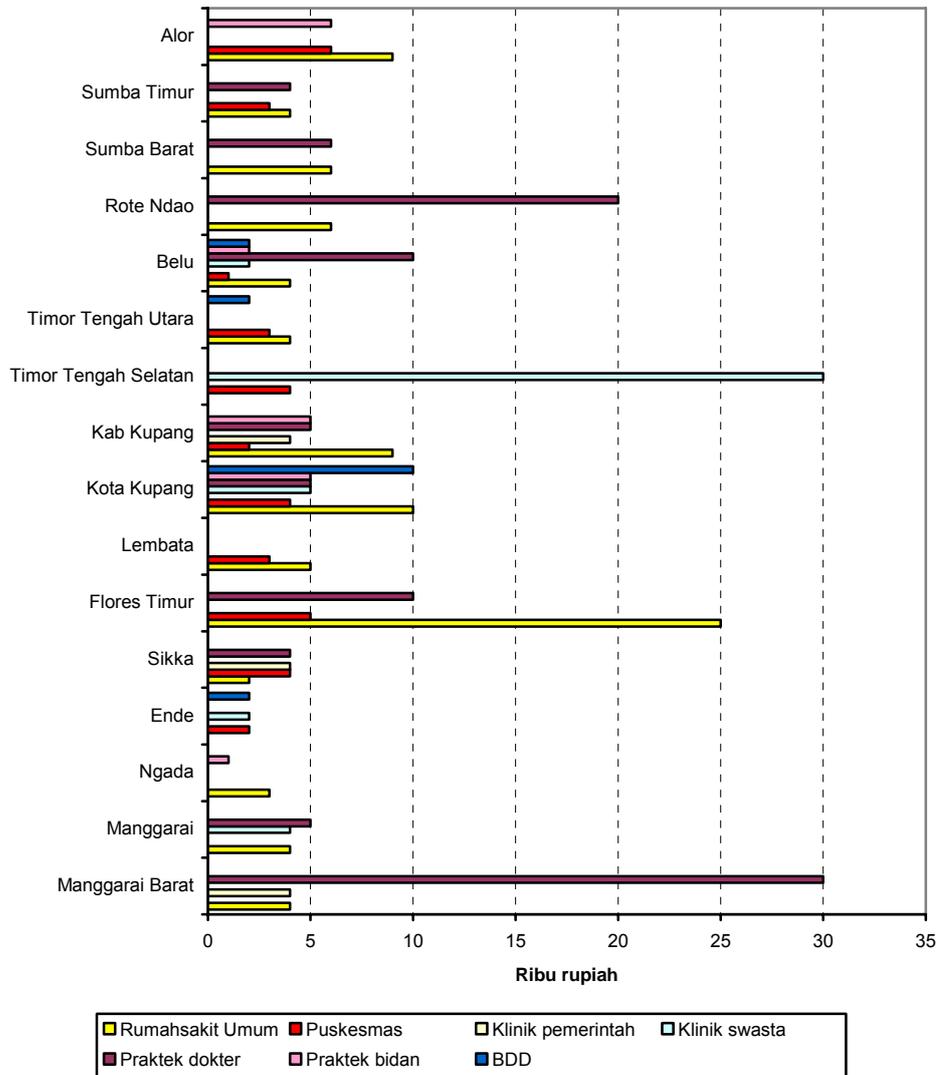
Grafik 12.11. Median biaya (ribu rupiah) angkutan ke fasilitas kesehatan dikunjungi terakhir di NTB



Berdasarkan tabel 12.12.a dan grafik 12.11, di NTB, biaya angkutan ke fasilitas milik pemerintah, yaitu rumahsakit, puskesmas, dan kliniknya, adalah sebesar 10 ribu rupiah

atau lebih rendah. Jumlah ini relatif lebih murah dibandingkan bila ibu pergi ke fasilitas swasta, seperti klinik swasta, praktek dokter atau bidan, yang berkisar antara 2 sampai 30 ribu rupiah, dan tertinggi ditemui di Sumbawa Barat. Memang berkunjung ke bidan di desa (BDD) masih membutuhkan uang untuk transport, tapi hanya berkisar satu sampai 4 ribu rupiah.

Grafik 12.12. Median biaya (ribu rupiah) angkutan ke fasilitas kesehatan dikunjungi terakhir di NTT

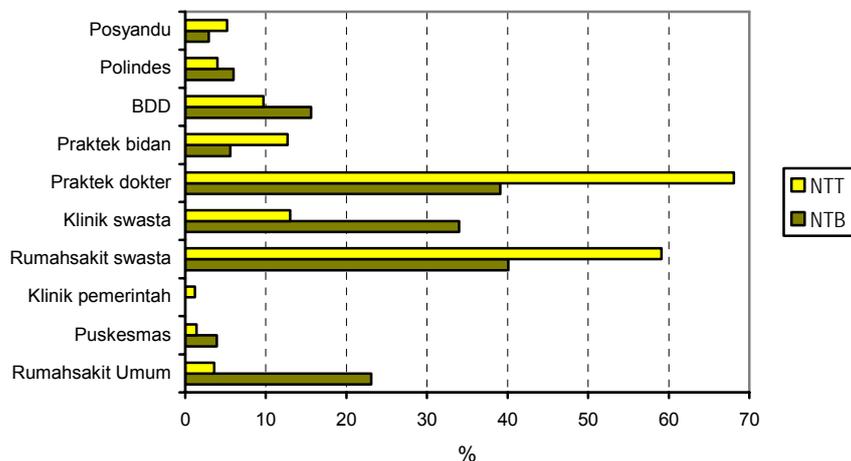


Grafik di atas menggambarkan biaya angkutan ke fasilitas kesehatan di NTT yang memperlihatkan pola yang sedikit berbeda dengan di NTB. Ibu pergi ke rumahsakit umum di Flores Timur NTT, faktanya membayar relatif lebih mahal daripada di kabupaten lain, yaitu sampai 25 ribu rupiah. Sepertinya ini berhubungan dengan hambatan geografis yang umum di NTT. Untuk menjangkau fasilitas pemerintah lain seperti puskesmas atau bidan di desa (BDD), ongkos angkutan atau transport rata-rata kurang dari 10 ribu, kemungkinan karena jarak tempuh yang singkat akibat penyebaran fasilitas yang relatif merata di pulau. Ongkos angkutan untuk pergi ke fasilitas swasta tampak lebih tinggi sampai sekitar 30 ribu rupiah, seperti diungkap di Manggarai Barat dan Timor Tengah Selatan (tabel 12.12.b).

Puskesmas ternyata menjadi fasilitas kesehatan yang paling dipilih oleh ibu di NTB dan NTT untuk segala macam pelayanan, di samping dekat, juga ongkos angkutannya rendah. Alasan lain adalah obat yang harus dibeli oleh pasien puskesmas juga terjangkau. Hanya sampai 4% ibu beranggapan harga obat yang disediakan puskesmas adalah mahal. Kemungkinan ini karena mayoritas puskesmas menyediakan obat yang disubsidi pemerintah. Sebagaimana diduga, ibu menyebut harga obat mahal di klinik swasta di NTB (40%), rumahsakit swasta dan praktek dokter di NTT (60-70%) (tabel 12.13).

Rincian angka menurut kabupaten memperlihatkan adanya keragaman tinggi dalam anggapan ibu akan harga obat mahal. Data menunjukkan bahwa obat dianggap mahal dari fasilitas klinik swasta, di samping rumahsakit swasta. Di Lombok Timur terlihat mahalnya obat di pelayanan klinik pemerintah dan rumahsakit swasta (100%) (tabel 12.13.a). Sedangkan yang terjadi di NTT, ibu menyatakan obat mahal untuk pasiennya ketika mendapatkan pelayanan dari rumah sakit ataupun klinik swasta (100%) di Manggarai dan Kabupaten Kupang, serta bidan praktek di Lembata (tabel 12.13.b).

Grafik 12.13 Persen obat dianggap mahal disediakan fasilitas kesehatan di NTB dan NTT



12.4. ASURANSI KESEHATAN

Di tahun 2004, secara nasional, dikeluarkan kebijakan oleh Departemen Kesehatan tentang pemberian asuransi kesehatan bagi masyarakat miskin atau disebut askeskin. Sebelumnya, berbagai bentuk asuransi disediakan seperti JPS (*jaring pengaman sosial*), atau SKTM (*surat keterangan tidak mampu*). Dengan mewawancarai responden, terdapat 41% ibu di NTB dan 42% ibu di NTT menyatakan mereka tidak memiliki asuransi apapun, dan 38% responden di NTB dan 27% responden di NTT punya kartu askeskin (tabel 12.15). Beberapa ibu memiliki asuransi jenis lain seperti yang disediakan oleh pihak swasta.

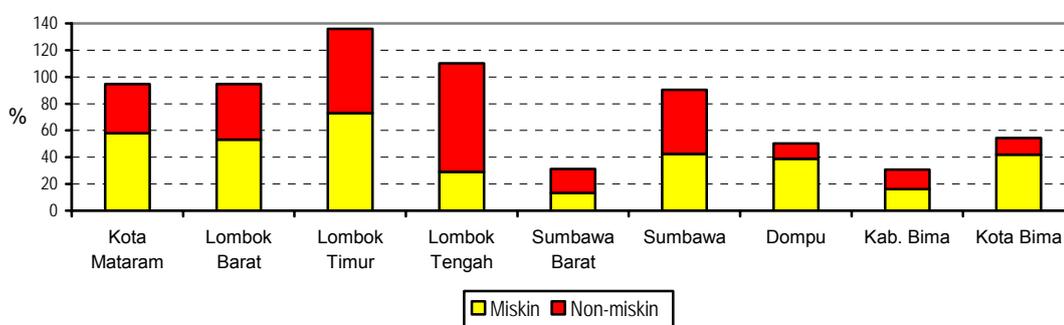
Susenas (2004) melaporkan bahwa kepemilikan kartu sehat diakui oleh 34% ibu di NTB dan 38% ibu di NTT. Dibandingkan dengan survei ini, hasil di NTB hampir sama, tetapi responden di NTT menyatakan lebih rendah dari hasil Susenas tersebut. Kemungkinan karena istilah askeskin tidak begitu populer. Temuan diskusi kelompok terarah menjelaskan bahwa tampaknya NTT memiliki cakupan askeskin cukup tinggi dan pelaksanaannya cukup lancar.

“Banyak orang di kabupaten K.. sudah dicakup askeskin.. hampir 78% dan sisanya 22% masih menunggu dilihat oleh Asuransi Kesehatan Kabupaten K.. yang namanya JK3 (Jaminan Kesehatan Kabupaten K...)”
(Dinkes Kab, NTT)

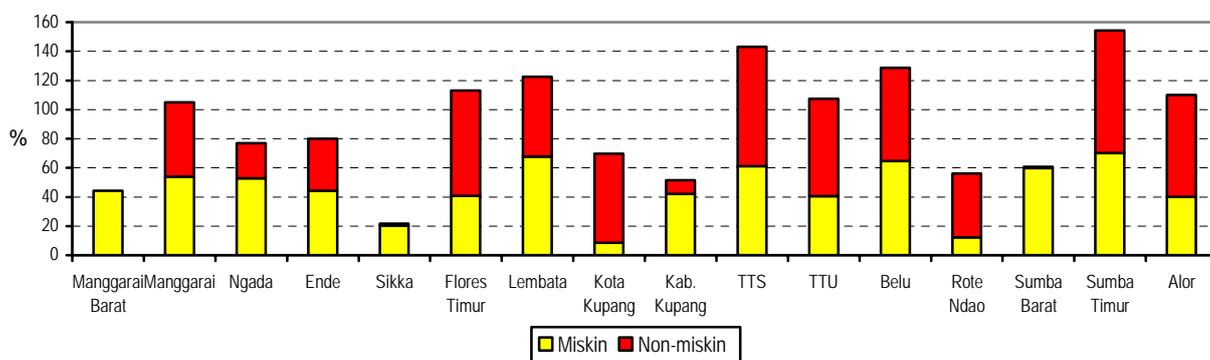
“Kabupaten S... bupati memberikan asuransi kesehatan untuk keluarga miskin. Ini berarti setiap keluarga yang membutuhkan dapat menerima pelayanan dari kelas tiga di rumahsakit, dan mereka tidak harus bayar karena bupati sudah membayar semua pelayanannya...”
(Dinkes Kab, NTT)

Pada dasarnya askeskin ditujukan bagi masyarakat miskin saja. Namun demikian, ada sejumlah kecil warga tak miskin (menurut versi survei) (13%) yang memiliki askeskin, baik di NTB atau di NTT. Kenyataannya, sekitar 39% keluarga miskin di NTB dan 28% keluarga miskin di NTT menyatakan keikutsertaan mereka di askeskin. Tetapi ada sekitar separuh responden yang tak terlindungi asuransi kesehatan apapun, 45% di NTB dan 57% di NTT. Dengan demikian ini mencerminkan masih adanya kesulitan mengenali warga miskin.

Grafik 12.14. Persen kepemilikan askeskin menurut tingkat sosioekonomi di NTB



Grafik 12.15. Persen kepemilikan askeskin menurut tingkat sosioekonomi di NTT



Melihat grafik 12.15 dan 12.16, secara umum tampak tidak ada satu kabupatenpun yang memiliki cakupan askeskin penuh bagi warga miskin, dan kenyataannya hanya separuhnya saja atau kurang. Rincian per kabupaten memperlihatkan bahwa di NTB persen askeskin terendah ada di Sumbawa Barat (13%), dan tertinggi ada di Lombok Timur (73%). Sementara itu, di antara ibu dari kelompok tak miskin, Lombok Tengah mencatat angka persen kepemilikan askeskin tertinggi (81%) (tabel 12.14.a). Di NTT, persen terendah kepemilikan askeskin di antara keluarga miskin di Rote Ndao (12%) dan Kota Kupang (9%), dan yang tertinggi 70% di Sumba Timur. Di antara ibu kelompok tak miskin, persen askeskin tertinggi cakupannya dicatat di TTS (82%) (tabel 12.14.b).

Di antara responden yang memiliki asuransi, hampir 52% nya di NTB dan tiga-perempat di NTT sudah menggunakannya. Namun secara rata-rata, di antara klaster, penggunaan askeskin relatif tinggi (60% sampai 81% di NTB dan NTT) (tabel 12.16). Susenas (2004) memperlihatkan bahwa penggunaan kartu sehat kebanyakan untuk pengobatan (63% di NTB dan 92% di NTT), asuhan kehamilan dan persalinan (11% di NTB dan 21% di NTT) serta keluarga berencana (12% di NTB dan 17% di NTT).

Dalam hal penggunaan asuransi kesehatan di tingkat kabupaten, Lombok Timur (59%) dan Sikka (71%) memiliki persentase utilisasi tertinggi. Secara khusus, cakupan askeskin tertinggi ada Dompu dan Kota Mataram (keduanya 75%) dan Manggarai (90%). Cakupan utilisasi askeskin terendah, sebagai akibat kepemilikan rendah, terjadi di Sumbawa Barat (5%) (tabel 12.15.a dan 12.15.b). Dapat ditambahkan bahwa hasil diskusi kelompok terarah menjelaskan bahwa tidak semua informan mengetahui askeskin, dan penyebaran askeskin diakui juga belum baik.

"Saya pernah dengar askeskin, tetapi di sini ada kartu warga miskin"

"Ya, kita punya askeskin.. tapi belum disosialisasi.."

"Mungkin penyebarannya belum merata... ada beberapa orang yang sudah menerima ada yang belum. Sepertinya orang yang bertanggung jawab untuk membagi tidak begitu mengerti keadaan wilayah ini.."
(DKT bapak, di NTB)

Di samping kegunaan askeskin, informan juga menyatakan ada sedikit diskriminasi dalam pelayanan kesehatan.

"Ya, keuntungan askeskin ... dapat mengurangi biaya yang harus dibayar untuk pelayanan di rumahsakit..."
(DKT bapak, di NTT)

"Ya, ada asuransi kesehatan untuk warga miskin.. kalau kartu yang putih dari walikota"

"Saya pikir tidak ada kesulitan dalam menggunakan kartu miskin... saya senang ini menolong kita.."
(DKT ibu, di NTB)

"Nggak berguna pakai kartu miskin di Puskesmas; kamu hanya akan diberi resep dan bahkan nggak diperiksa badannya"
(DKT bapak, di NTB)

"memang dikatakan bahwa askeskin dapat dipakai di rumahsakit, tapi kenyataannya tidak"

"saya punya pengalaman melihat satu keluarga yang diinterogasi oleh petugas administrasi karena mereka pakai JPS, dan mereka menerima pelayanan yang sangat lambat .., dan mereka harus menyiapkan surat kartu tanda miskin (SKTM) dari kelurahan"
(DKT bapak, di NTT)

"saya pernah punya askeskin, tapi saya tidak puas akan pelayanannya ... terlalu lambat"
(DKT ibu, di NTB)

"saya sudah coba suatu hari pakai askeskin untuk pelayanan di rumahsakit, tapi mereka menolak, walaupun saya bawa surat keterangan dari Puskesmas".

(DKT ibu, di NTT)

Walaupun responden punya dan menggunakan asuransi kesehatan untuk mendapatkan pelayanan, namun beberapa (11% sampai 19%) masih ditanya soal pembayaran tambahan oleh penyedia pelayanan, dan separuh dari mereka menyatakan itu untuk membeli obat-obatan (tabel 12.16).

Pada tingkat kabupaten, persen tertinggi dari responden yang bayar biaya tambahan di Sumbawa (39%) di NTB, dan Ende (42%) di NTT. Kebanyakan pembayaran tambahan adalah untuk memberli obat-obatan, seperti diungkap oleh 80% responden di Dompu, serta 88-96% di Belu dan Alor. (tabel 12.16.a dan 12.16.b).

Lebih lanjut, di antara responden yang memiliki kartu asuransi, sumber uang tambahan untuk memenuhi kebutuhan tambahan pelayanan itu ditunjukkan dalam tabel 12.17. Mayoritas mereka memilih untuk meminjam uang dari tetangga (63% di NTB dan 36% di NTT), atau dari keluarga dan kerabat (45% di NTB dan 56% di NTT).

Berdasarkan gambaran tiap kabupaten (tabel 12.17.a dan 12.17.b), kebanyakan ibu mencari uang tambahan dengan meminjam uang ke tetangga, tetapi tidak di sebagian besar kabupaten di pulau Sumbawa dan Sumbawa Barat, di mana mereka utamanya meminta pertolongan ke keluarga. Hal terakhir ini juga dilakukan oleh hampir semua ibu di NTT, kecuali Manggarai dan TTU yang lebih meminta bantuan ke tetangga.

BAB 13

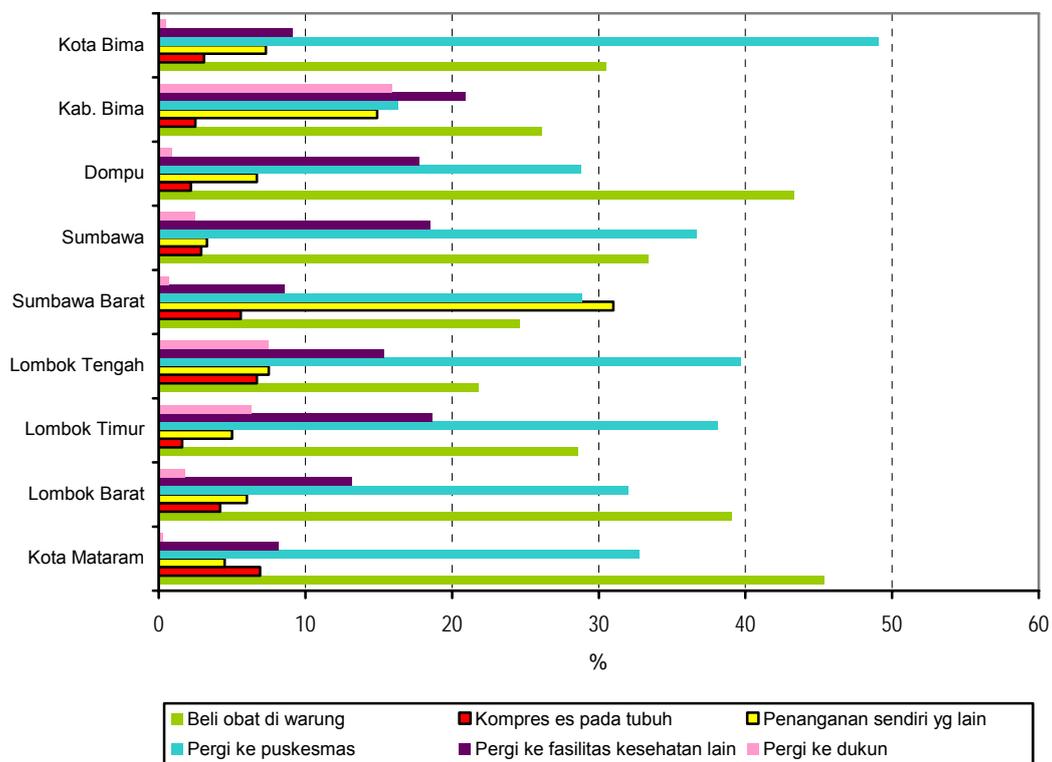
PERILAKU PENCARIAN PENGOBATAN

Telah diketahui bahwa perilaku dipengaruhi utamanya oleh budaya, sehingga perilaku pencarian pengobatan di Indonesia memang unik diwarnai budaya setempat. Studi ini menggali bagaimana penanganan sendiri di rumah maupun pencarian pengobatan dan perawatan di luar rumah selama masa maternal atau pada saat orang tidak nyaman yaitu demam.

13.1. PENCARIAN PENGOBATAN UMUM

Dengan menanyakan ke responden tentang tindakan apa yang dilakukan bila ada anggota rumah tangga yang demam, studi ini mengungkap bahwa di NTB lebih banyak orang melakukan penanganan sendiri dengan membeli obat di warung obat (39%), di samping pergi ke puskesmas (34%) (tabel 13.1). Responden di Kota Mataram, Lombok Barat, Dompu dan Bima termasuk kategori ini. Menarik bahwa di Lombok Timur, Lombok Tengah, Sumbawa Barat, Sumbawa dan Kota Bima, kedua tindakan itu juga sering diuntarakan namun dengan urutan sedikit berbeda. Sebagai tambahan, dukun juga disukai di Bima (16%) (tabel 13.1.a).

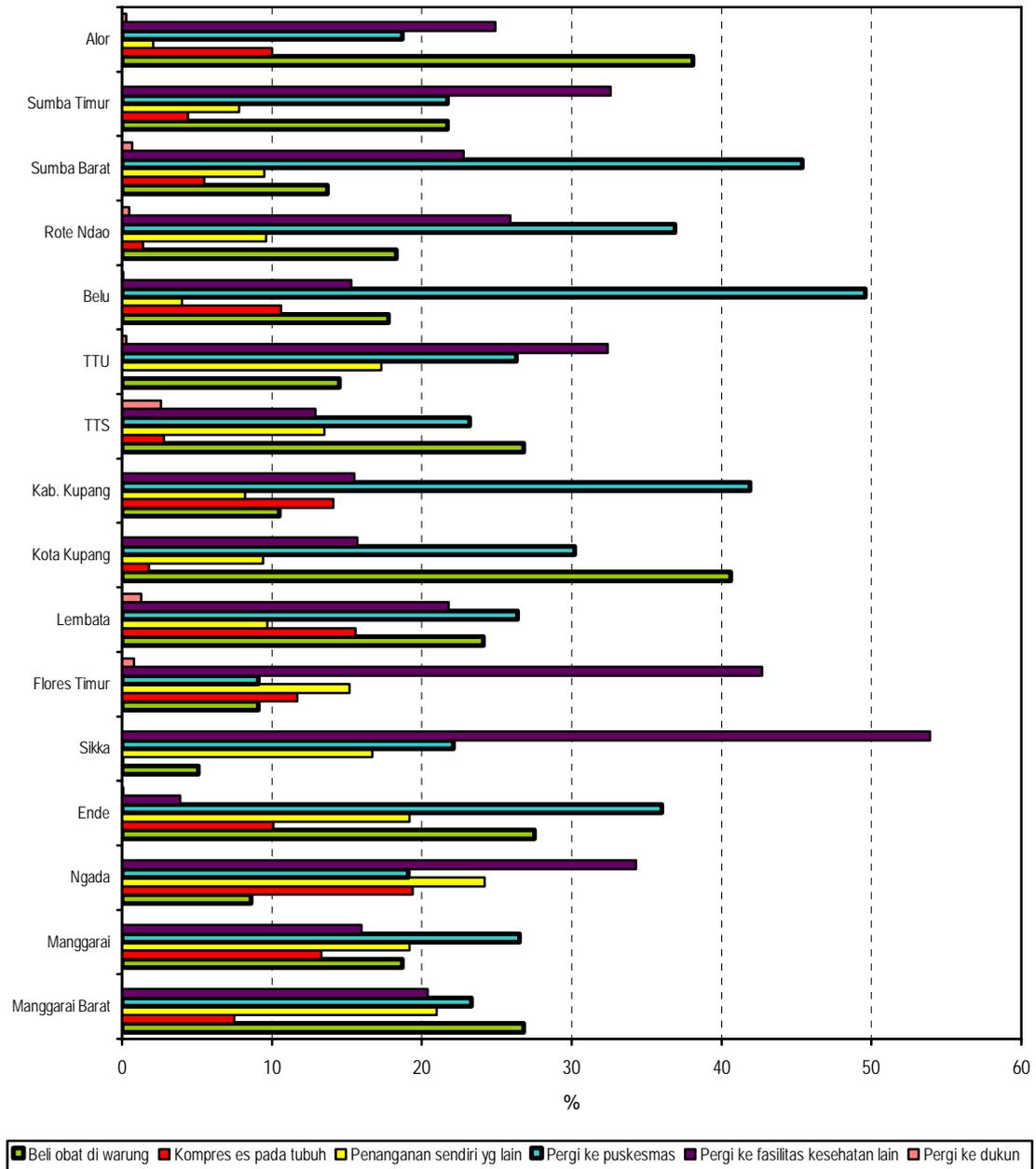
Grafik 13.1. Persen tindakan pertama bila ada anggota keluarga yang demam di NTB



Di NTT, pola serupa terjadi pada orang yang mencari pertolongan pertama ke puskesmas (31%) dan penanganan sendiri (25%). Bahkan beberapa ibu di Sikka dan Flores Timur lebih memilih pergi ke polindes dan bidan di desa (BDD), dan responden di Ngada kebanyakan melakukan kompres dingin di tubuh sebagai tindakan awal terhadap

demam (tabel 13.1.b). Temuan ini sesuai dengan Susenas (2004), di mana di NTB angkanya sedikit lebih tinggi dari di NTT, yaitu dalam penanganan sendiri di bulan lalu sebesar 72% di NTB dan 58% di NTT.

Grafik 13.2. Persen tindakan pertama bila ada anggota keluarga yang demam di NTT

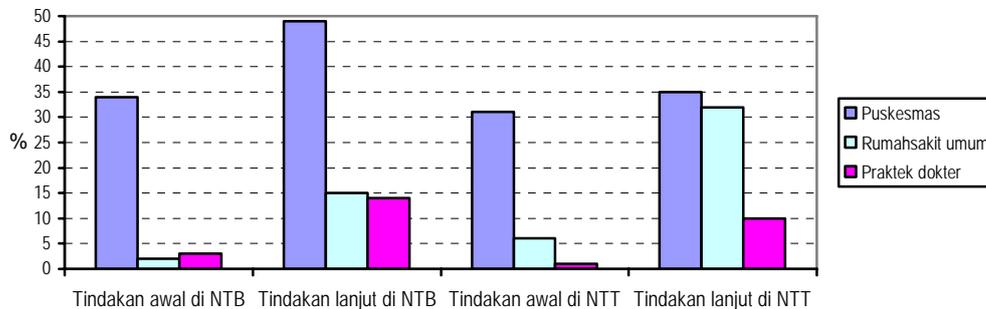


Di kedua provinsi, puskesmas adalah tempat yang dipilih bila upaya awal tidak berhasil memulihkan demam, seperti diutarakan oleh hampir 50% ibu di NTB dan 35% ibu di NTT. Sebagai tambahan, ada pilihan lain ke rumahsakit umum dan praktek dokter, serta beberapa ke fasilitas kesehatan non-modern (tabel 13.2).

Keragaman langkah yang diambil tersebut tergambar pada tabel menurut kabupaten. Misalnya, hanya di Kota Bima di NTB, kebanyakan responden kemudian pergi ke praktek dokter. Di Kota Kupang, TTU, Sumba Barat dan Timur, serta Alor di NTT, mayoritas pergi ke rumahsakit pemerintah. Dapat dicatat bahwa dukun masih dipilih oleh

sepersembilan (11%) responden di Lombok Barat dan Lombok Timur dan 8% di Ende (tabel 13.2.a dan 13.2.b).

Grafik 13.3. Persen tindakan awal dan selanjutnya terhadap demam



Penggalian di diskusi kelompok terarah mendukung teori pencarian pengobatan yang dijelaskan oleh Suchman, bahwa tindakan awal adalah penanganan sendiri, diikuti oleh pencarian ke luar rumah. Studi ini juga mengungkapkan bahwa tindakan awal yang dilakukan meliputi pemberian obat terhadap gejala (simtomatik), pemberian ramuan tradisional, dan pergi ke dukun atau tamang. Jika sakit demam tidak membaik, kemudian mereka pergi mencari pertolongan ke fasilitas kesehatan. Berikut ada beberapa catatan ungkapan tersebut.

“Jika ada anggota keluarga sakit, tergantung apa sakitnya, jika ringan saya akan tangani sendiri, tapi jika berat kami akan ke puskesmas, dan jika sakit makin memberat kami mencari pengobatan ke rumahsakit”

“Yang utama adalah pengobatan tradisional.. jika hanya ringan saja... tapi jika situasinya tidak membaik.. kami bawa ke puskesmas”

“Ke dukun, .. kemudian puskesmas” (DKT bapak di NTB)

“Ya, kami biasa menyediakan paracetamol di rumah untuk mengobati demam, jika diare kami pakai ramuan tradisional dari rebusan air dicampur daun jambu atau buah delima”

“Untuk saya, jika saya demam, saya minum arak...” (DKT bapak di NTT)

“Jika anak saya demam, pertama saya sembuhkan dia dengan campuran bawang merah dan minyak kayu putih, daun-daunan, atau yang lain. Dan saya mencoba tidak memberikan obat kimiawi. Jika dalam tiga hari tidak juga sembuh, saya bawa ke puskesmas” (DKT ibu di NTB)

“Tergantung sakitnya, jika diare saya beri anti diare, dan jika demam, saya beri paracetamol”

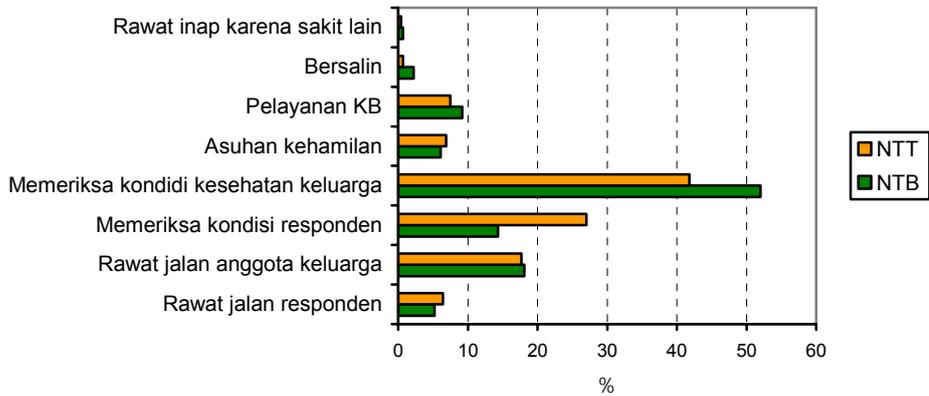
“saya beli obat eceran, karena puskesmas jauh dari sini” (DKT ibu di NTT)

13.2. ALASAN Mencari Pengobatan

Merujuk pada fasilitas kesehatan yang dikunjungi terakhir kali, berbagai alasan untuk berkunjung ke fasilitas yang dipilih itu digali pada studi ini. Kebanyakan responden beralasan menemani anggota keluarga karena sakit (52% di NTB dan 42% di NTT), di samping untuk mengatasi masalah yang dialami oleh responden sendiri (14% di NTB dan 27% di NTT). Sebab lain yang diutarakan adalah mencari perawatan untuk anggota keluarganya dengan rawat jalan (18% di NTB dan NTT). Dengan perkataan lain alasan berkunjung ke pelayanan rawat jalan adalah karena sakitnya ringan. Hanya 4-10% responden berkunjung ke fasilitas kesehatan karena ingin mendapat pelayanan keluarga berencana (tabel 13.3).

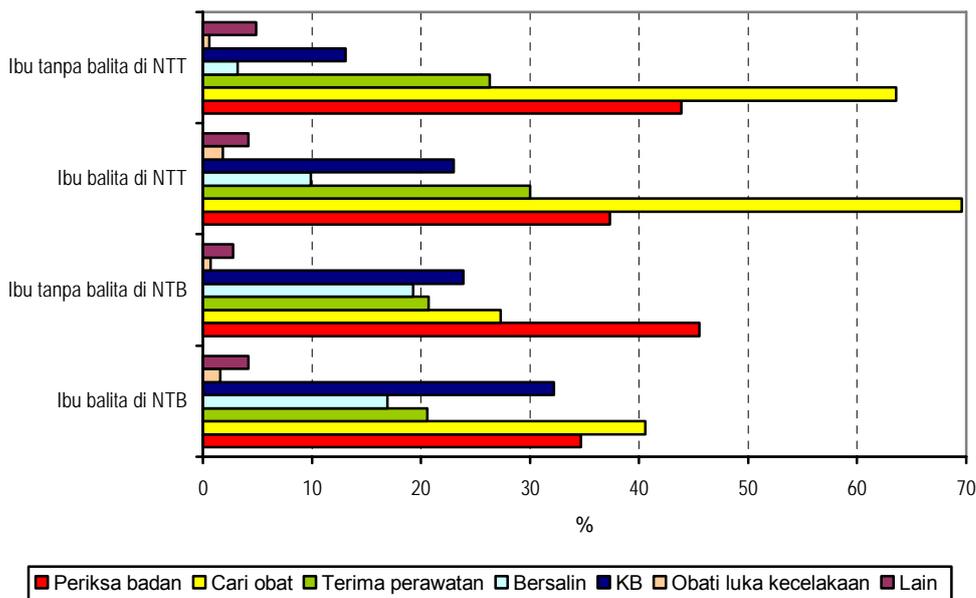
Angka tingkat kabupaten menunjukkan bahwa di Dompu separuh ibu (52%) mencari asuhan perawatan kehamilan. Responden di kabupaten lain memiliki alasan serupa di mana kebanyakan pergi untuk rawat jalan misalnya di Bima (31%) dan Sikka (63%). Sementara itu, mencari pertolongan untuk persalinan hanya disebut oleh kurang dari 10% responden (tabel 13.3.a dan 13.3.b).

Grafik 13.4. Persen alasan berkunjung ke fasilitas kesehatan di NTB dan NTT



Menariknya, kebanyakan ibu berkunjung ke bidan di desa karena ingin diperiksa atau mendapatkan obat sesuai apa keluhannya. Pola di NTB dan NTT, dan antara ibu balita dan ibu tanpa balita, tampak serupa (tabel 13.4 dan 13.5). Dapat ditambahkan bahwa ingin memperoleh pelayanan keluarga berencana diutarakan sebagai alasan oleh ibu balita, yang usianya memang lebih muda daripada ibu tanpa balita. Walaupun begitu, bidan di desa tidak banyak berkontak dengan kelompok terakhir ini, padahal meningkatkan pemberdayaan bidan di desa dapat meningkatkan prevalensi kontrasepsi khususnya di NTT. Di kedua provinsi, hanya kurang dari 20% responden mengaku bahwa motivasi mereka berkunjung ke bidan di desa karena akan bersalin.

Grafik 13.5. Persen alasan berkunjung ke bidan di desa (BDD) oleh ibu balita dan ibu tanpa balita di NTB dan NTT



Secara rinci, sebagaimana ditulis di tabel 13.4.a dan 13.4.b, serta 13.5.a dan 13.5.b, tampak di NTB dan di NTT kedua kelompok ibu (dengan dan tanpa balita) memiliki pola alasan yang hampir sama untuk mencari perawatan di bidan di desa (BDD) yang utamanya adalah ingin diberi obat. Dapat juga dilihat bahwa hampir di seluruh kabupaten, layanan untuk bersalin dan KB tampaknya lebih jarang disebut oleh ibu tanpa balita. Dapat diperhatikan bahwa di NTB, di beberapa kabupaten, persentase ibu tanpa balita yang berkunjung ke BDD untuk tujuan KB terlihat yang tertinggi. Hal ini menarik untuk dipelajari guna meningkatkan pemakaian kontrasepsi di NTT.

Dukun memiliki peran yang cukup penting di masyarakat (tabel 13.6). Tak mengherankan bahwa grafik 13.6 menggambarkan bahwa kebanyakan responden menggunakan pelayanan dukun untuk pijat tubuh sebagai cara terapi fisik. Temuan diskusi kelompok terarah mengungkapkan beberapa informan mengenali dukun diperlukan untuk memeriksa kehamilan, menolong persalinan, dan pelayanan sesudah melahirkan. Juga mereka mengenali bahwa dukun bekerjasama dengan BDD dalam menolong persalinan.

“Ada banyak hal yang dukun dapat atasi, untuk semua jenis penyakit, termasuk ibu hamil, maupun juga kanker...”

“saya tidak pernah bawa istri saya ke puskesmas. Saya biasanya bawa ke dukun untuk periksa rahimnya, untuk meyakinkan bahwa kondisi bayi di dalamnya baik...”

(DKT bapak, di NTB)

“Hampir semua dari kita memakai pelayanan dukun...”

“Istri saya melahirkan di rumah, dan ditolong oleh dukun terlatih, dia dilatih oleh petugas kesehatan di daerah ini...”

(DKT bapak, di NTT)

“Jika ditolong oleh bidan, kita harus tunggu lama supaya rahim membuka, dan selalu dijahit. Sementara kalau dengan dukun biasanya alamiah saja tanpa jahitan atau robekan...”

“Bila hamil ... kami biasanya ke tamang untuk mencari pertolongan. Tak mungkin kami melahirkan di rumahsakit karena kami tak mampu ...”

“Bidan juga mencari dukun di polindes, mereka bekerja sama menolong persalinan. Dukun juga punya peralatan lengkap....”

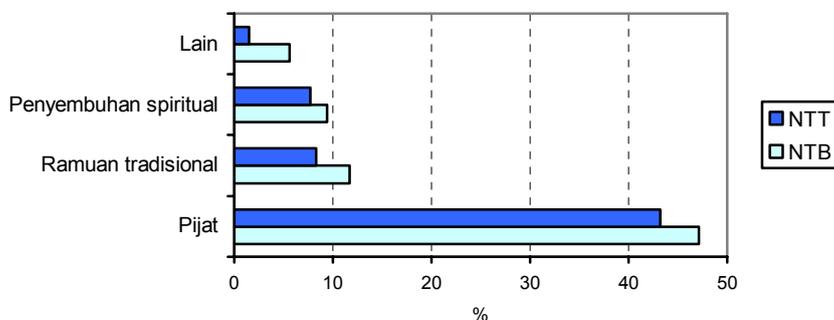
(DKT ibu, di NTB)

“..... kecuali untuk menolong melahirkan, kita pakai pelayanan dukun terutama bila posisi bayi di muka, jadi dukun akan memijat perut untuk memperbaiki posisinya di rahim”

“Karena kendaraan angkutan di sini jarang, maka kami takut bahwa ibu akan melahirkan cepat dan sebelum kami panggil bidan, kami dapatkan dulu dukun...”

(DKT ibu di NTT)

Grafik13.6. Persen alasan berkunjung ke dukun di NTB dan NTT



BAB 14

PERSEPSI KUALITAS PELAYANAN KESEHATAN

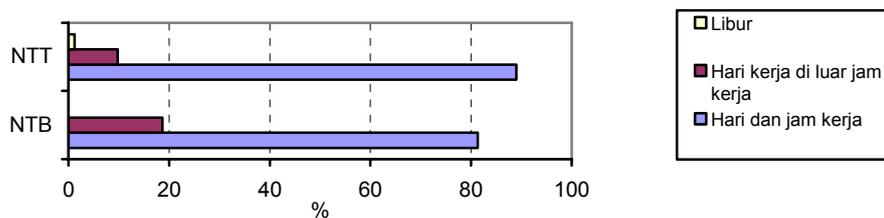
Kualitas pelayanan kesehatan dapat diukur melalui dua pendekatan, yaitu melalui perspektif penyedia dan pelanggan. Karena studi ini dilaksanakan di tingkat komunitas, maka kualitas mutu pelayanan hanya diukur dengan menanyakan ke ibu sebagai pelanggan yang pernah menerima pelayanan yang disediakan oleh petugas, dan selanjutnya disebut sebagai kualitas pelayanan kesehatan yang dipersepsikan oleh ibu. Tentu saja pengukuran ini banyak keterbatasannya, terutama bila pelanggan tidak tahu aspek medis pelayanannya. Dapat ditambahkan bahwa studi lain terdahulu mengenai *Essential Reproductive Health Study* (UNFPA dan PPKUI, 2002), dilaksanakan antara lain di NTT, menunjukkan bahwa pendapat subyektif cenderung memberikan jawaban “puas”, dan ini mungkin karena responden tidak memiliki pengalaman dengan jenis fasilitas kesehatan lainnya.

14.1. PELAYANAN KESEHATAN DIKUNJUNGI TERAKHIR

Berdasarkan grafik 12.1 umumnya puskesmas adalah tempat dipilih dikunjungi ibu di kedua provinsi. Rumahsakit umum lebih dipilih di NTT daripada di NTB, dan posyandu sedikit lebih tinggi dikunjungi di NTB daripada di NTT.

Melihat rincian angka di tingkat kabupaten, di NTB, puskesmas paling sedikit dikunjungi di Bima (30%) dan tertinggi di Kota Bima (69%). Pada saat ini, di NTT, di beberapa kabupaten, pengunjung puskesmas relatif jarang, seperti di Ngada, Sikka, Flores Timur, Lembata, TTU, juga Sumba Timur di angka kurang dari 40%. Pada akhirnya, tabel 12.1.a dan 12.1.b menunjukkan bahwa besar sample di beberapa kabupaten kurang mencukupi untuk maksud pendeskripsian. Secara nyata, analisis terhadap fasilitas di luar puskesmas harus dicermati terutama dalam tabulasi ganda dan analisis multi variabel.

Grafik 14.1. Sebaran waktu berkunjung ke fasilitas kesehatan di NTB dan NTT



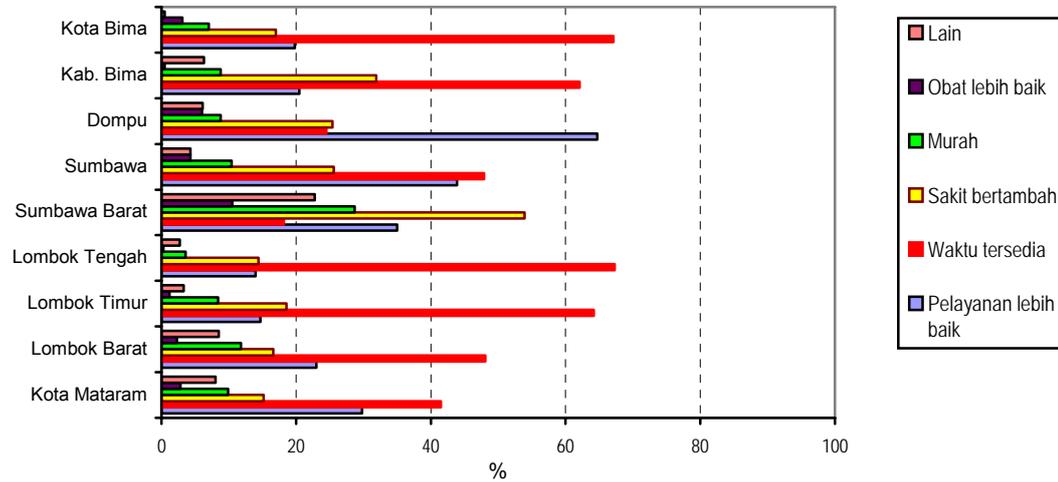
Dengan mendasarkan pada persepsi responden tentang jam kerja, dapat diutarakan bahwa kebanyakan responden di NTB dan NTT (81% sampai 89%) sepertinya memilih pergi ke fasilitas kesehatan pada hari kerja dan jam kerja (tabel 14.1 dan 14.1.a). Selanjutnya, berdasarkan waktu yang dipilih oleh ibu berkunjung ke fasilitas kesehatan di NTB dan NTT, alasan utama mereka adalah ketersediaan waktu mereka (48% dan 60%), di samping mereka mengharapkan pelayanan yang lebih baik (25% dan 21%), dan pada saat ini mereka menyadari menderita sakit (16% dan 27%) (tabel 14.1). Tampaknya hampir semua kabupaten di NTB dan NTT memiliki kecenderungan yang sama, di mana Sumbawa Barat mempunyai beberapa pola, yang didominasi sakit yang tak tertahan pada saat itu, dan ingin dapat pelayanan yang lebih baik, serta kemampuan bayar dan harga yang murah (tabel 14.1.a). Hasil ini sepatutnya diartikan hati-hati

karena kemungkinan pelayanan diberikan oleh fasilitas kesehatan tepat pada saat responden berkunjung.

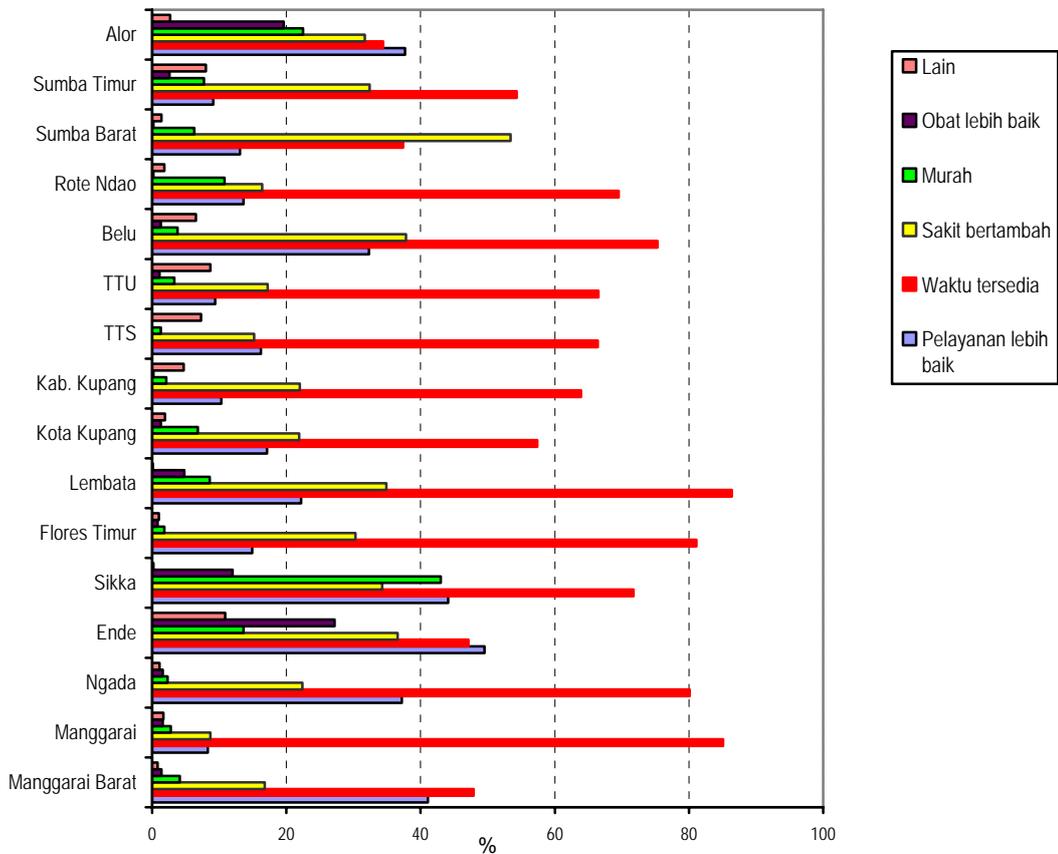
"... Mayoritas rumahsakit sering dikunjungi, tetapi di sore hari puskesmas memberi pelayanan juga... tapi tidak rumahsakit....."

(DKT bapak, di NTT)

Grafik 14.2. Persen alasan responden berkunjung ke fasilitas kesehatan di NTB



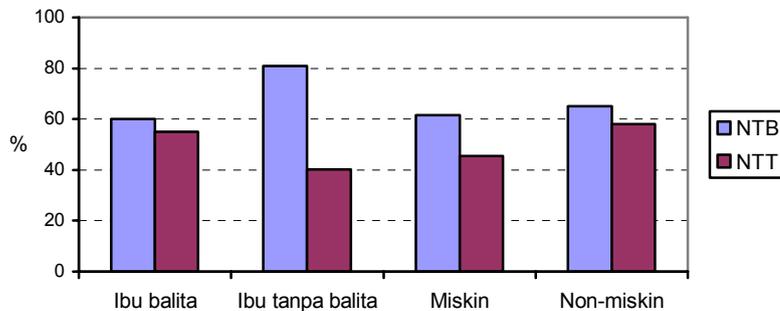
Grafik 14.3. Persen alasan responden berkunjung ke fasilitas kesehatan di NTT



Interaksi antara penyedia pelayanan dan responden dinilai oleh mereka, dan mereka berpendapat bahwa petugas kesehatan siap memberi pelayanan setiap waktu seperti diutarakan oleh 60% ibu balita dan 80% ibu tanpa balita di NTB. Hal ini merupakan

apresiasi cukup tinggi, dan pola ketersediaan itu disebut oleh dua kelompok ibu ternyata hampir sama tingkat sosial ekonominya, yaitu dari kelompok miskin (62%) dan tak-miskin (65%). NTT memiliki pola sedikit berbeda, ibu dari kelompok miskin (45%) menilai petugas kesehatan sedikit kurang bersedia memberi pelayanan setiap waktu dibandingkan dengan ibu tak-miskin (60%) (tabel 14.2).

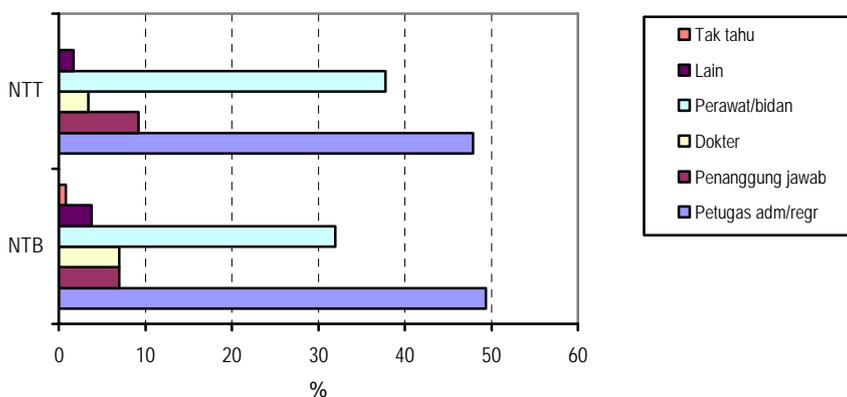
Grafik 14.4. Persen ketersediaan waktu petugas kesehatan dipersepsikan ibu balita dan ibu tanpa balita dan menurut tingkat sosial ekonomi



Gambaran di tingkat kabupaten memotret lebarnya kisaran ketersediaan waktu petugas kesehatan kapan saja untuk memberi pelayanan kesehatan. Di NTB, persen terendah adalah 40% ibu balita dan tertinggi (98%) dicapai ibu tanpa balita di Kota Bima (tabel 14.2.a). Sementara itu, di NTT, persen terendah dicatat di Kota Kupang sebesar 28% ibu balita dan tertinggi di Rote Ndao sebesar 96% ibu tanpa balita (tabel 14.2.b).

Di kedua provinsi, ketika responden datang ke fasilitas kesehatan, orang yang pertama kali ditemui mayoritas adalah petugas administrasi atau registrasi, di samping perawat atau bidan (tabel 14.3). Kecenderungan pola ini terjadi sama antar kabupaten, kecuali di Sumbawa Barat dan Sumbawa di NTB dan juga di Lembata dan Sumba Barat di NTT, di mana petugas penanggung jawab harian menjadi orang kedua yang ditemui responden (tabel 14.3.a dan 14.3.b). Pandangan pelanggan dan mendapatkan informasi lengkap berada di tangan mereka. Dengan demikian mengabaikan peran mereka harus dihindari, karena mereka menjadi pintu gerbang untuk mereka mendapatkan pelayanan kesehatan.

Grafik 14.5. Persen orang pertama dijumpai di fasilitas kesehatan dikunjungi terakhir

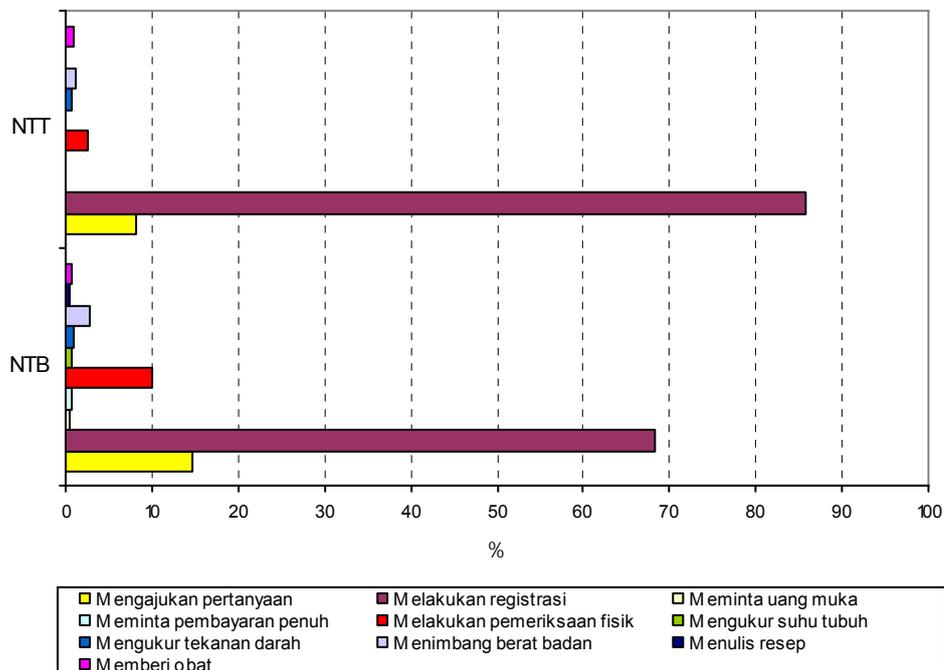


Umumnya, pelayanan kesehatan disediakan oleh fasilitas mengikuti prosedur baku yang telah ditetapkan. Namun pada studi ini, sebagaimana digambarkan di grafik 14.6, terlihat adanya tindakan awal yang sama yang dilaksanakan yaitu registrasi dan mengajukan pertanyaan-pertanyaan kepada pelanggan. Keragaman antar kabupaten juga kecil.

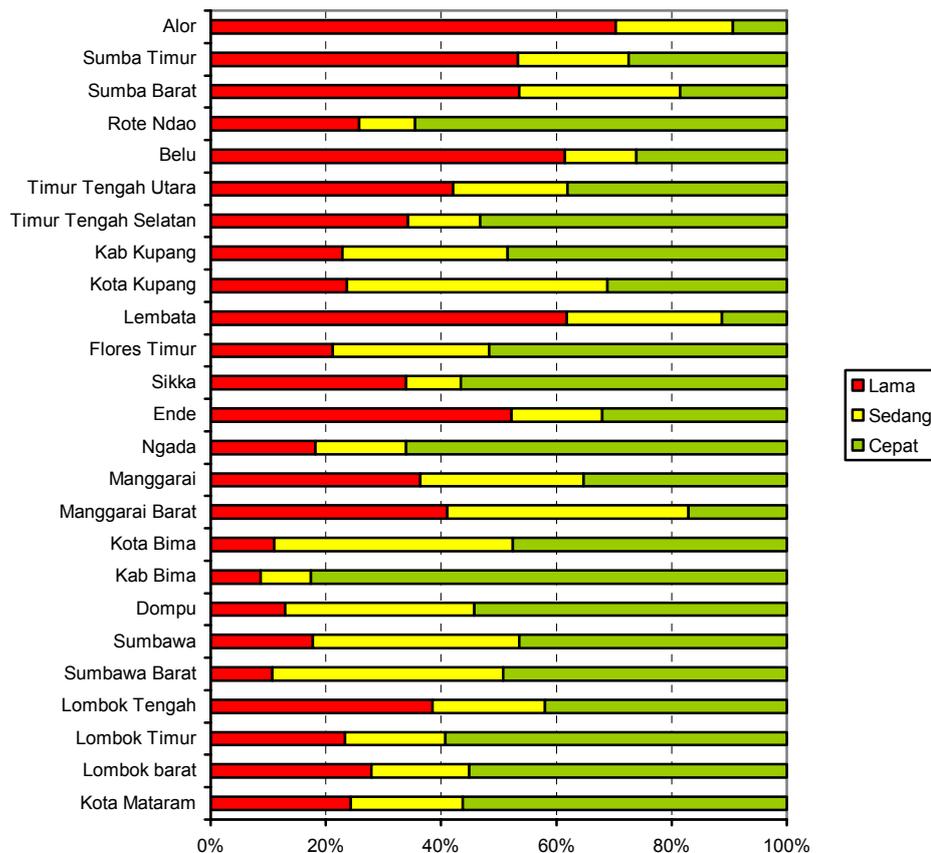
Sejumlah ibu melaporkan bahwa petugas kesehatan melakukan pemeriksaan fisik langsung di awal interaksi mereka, khususnya di Lombok Timur di NTB (tabel 14.4.a). Hal sama terjadi di Manggarai Barat (NTT), namun di Sumba Timur meminta bayaran lunas di muka juga dilaporkan oleh sebagian ibu. Dengan demikian komponen komunikasi, informasi dan edukasi, menjadi bagian penting yang harus ditingkatkan.

Selanjutnya, indikator kunci kualitas layanan lainnya adalah waktu tunggu, yaitu lama pelanggan menunggu dihitung ketika dia tiba di fasilitas sampai mereka menerima pelayanan medis. Secara rata-rata (median) waktu tunggu di NTT (20 menit) lebih lama daripada di NTB (10 menit), dan persepsi untuk waktu tunggu tersebut dikatakan lama di NTT dan sebentar di NTB (tabel 14.5). Keragaman antar kabupaten di NTT ditemukan lebih tinggi (berkisar antara 10 menit sampai 1 jam) daripada di NTB (berkisar antara 5 sampai 15 menit).

Grafik 14.6. Persen tindakan awal petugas di fasilitas kesehatan dikunjungi terakhir



Grafik 14.7. Persen persepsi ibu tentang lama waktu tunggu di fasilitas kesehatan dikunjungi terakhir

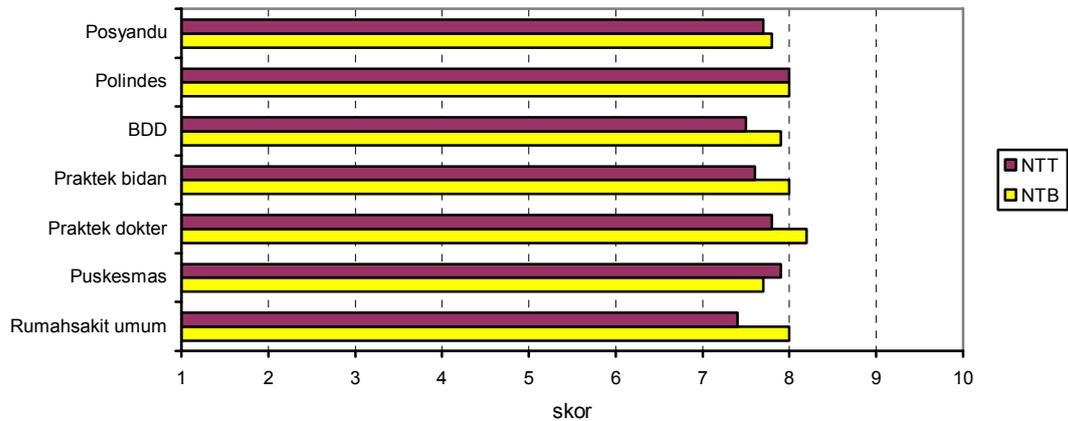


Dapat ditambahkan separuh responden di NTB dan lebih dari sepertiga di NTT, beranggapan waktu itu cukup pendek. Melihat lebih teliti, tampak bahwa pulau Sumbawa misalnya, memiliki kabupaten yang persentasenya rendah dalam memiliki waktu tunggu lama. Pemakaian indikator ini perlu diartikan dengan hati-hati karena dipengaruhi oleh budaya lokal yang memberikan kemungkinan untuk orang dapat saling berinteraksi selama mereka menunggu pelayanan medis. Namun demikian, terlihat bahwa ada 26% ibu di NTB dan 40% ibu di NTT, mengenali waktu ini sebagai terlalu lama dan ini memerlukan perhatian lebih lanjut.

14.2. PERSEPSI KUALITAS PELAYANAN KESEHATAN

Untuk mengukur kualitas pelayanan kesehatan, ibu ditanya mengenai sepuluh hal berkaitan dengan pelayanan, mencakup aspek kasat mata dan tidak, dan tiap pokok dinilai antara 1 sampai 10. Pada akhirnya, skor total dapat dihitung berkisar antara 10 sampai 100, yang kemudian dibagi dengan 10 untuk mendapatkan skor skala antara 1 sampai 10. Untuk pendeskripsian, digunakan median dihitung. Secara umum, temuan studi ini memperlihatkan bahwa skor berbagai fasilitas di NTB dan NTT berkisar 4.7 sampai 9,6 antar kabupaten (tabel 14.6). Dengan perkataan lain, responden dapat dikelompokkan berpendapat bahwa pelayanan memuaskan atau hampir. Hasil ini konsisten dengan studi ERH yang memakai wawancara di luar gedung di NTT dan serupa temuannya adalah 84% menyatakan mereka puas sedang saja dalam menerima pelayanan dari fasilitas kesehatan (UNFPA dan PPK-UI, 2002).

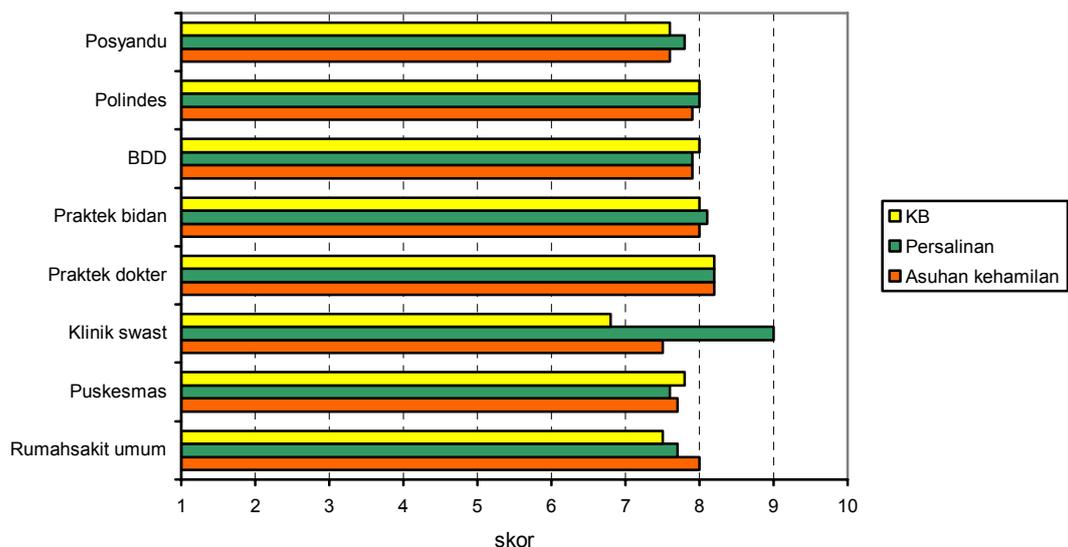
Grafik 14.8. Median skor persepsi kualitas pelayanan secara umum menurut jenis fasilitas pelayanan



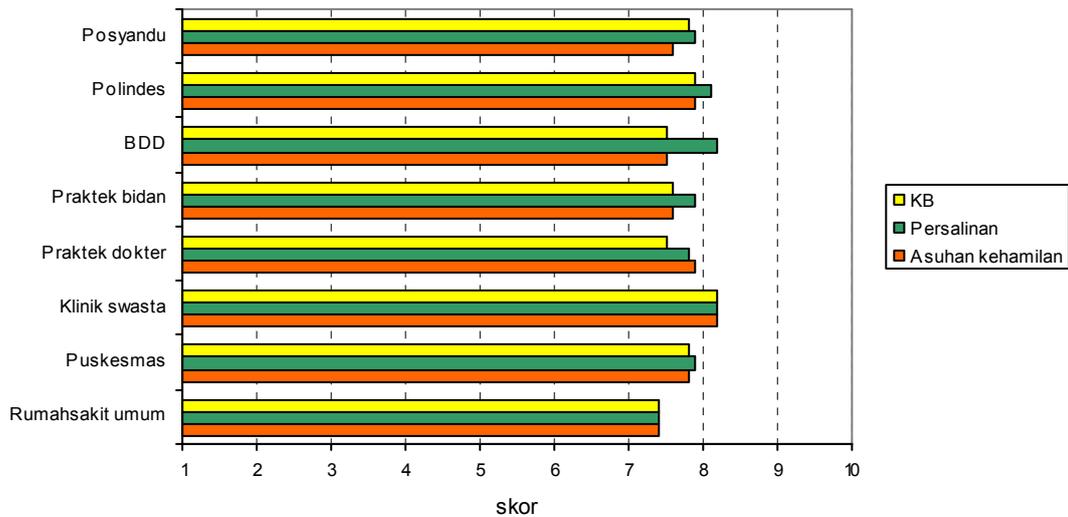
Khusus untuk pelayanan kesehatan ibu dan anak, tampaknya ibu cukup puas dengan kisaran skor antara 6.7 dan 9.6 untuk asuhan antenatal (tabel 14.7), dan antara 6.9 dan 9.6 untuk pelayanan bersalin (tabel 14.8). Sebagai tambahan, dapat dicatat bahwa apresiasi tinggi dialamatkan ke klinik swasta di Rote Ndao untuk asuhan kehamilan, serta bidan praktek dan polindes di TTS untuk layanan bersalin. Sementara itu, tingkat kepuasan ibu Manggarai untuk layanan bersalin pada umumnya berskor rendah, kecuali di klinik pemerintah, swasta dan BDD (tabel 14.8.b).

Pada akhirnya, kepuasan responden untuk pelayanan KB juga pada tingkat skor cukup baik, berkisar antara 5.8 untuk polindes di Dompu sampai 9.6 untuk klinik pemerintah di Sumbawa dan Dompu di NTB (tabel 14.9.a). Sementara di NTT, skor untuk layanan KB berkisar antara 4.7 untuk rumah sakit umum di Manggarai sampai 10.0 untuk klinik swasta di Rote Ndao dan praktek dokter di TTS (tabel 14.9.b).

Grafik 14.9. Median skor persepsi mutu pelayanan kesehatan ibu di NTB



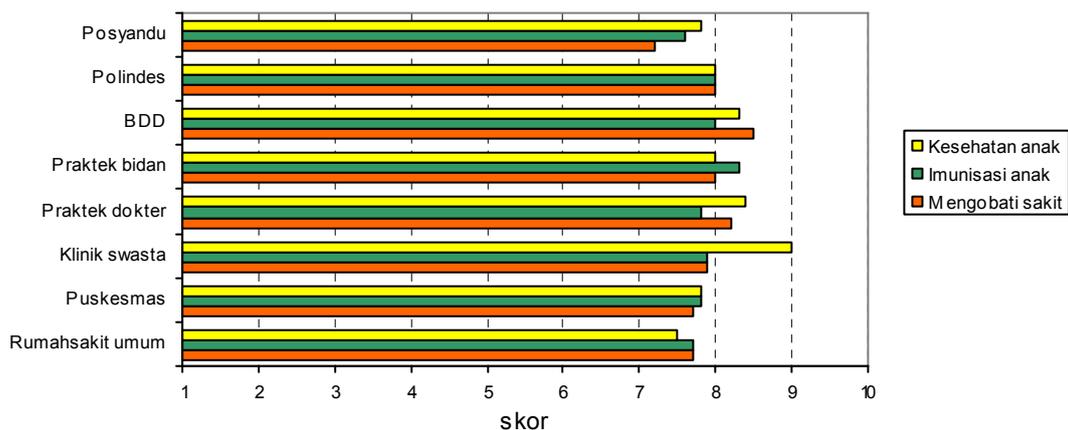
Grafik 14.10. Median skor persepsi mutu pelayanan kesehatan ibu di NTT



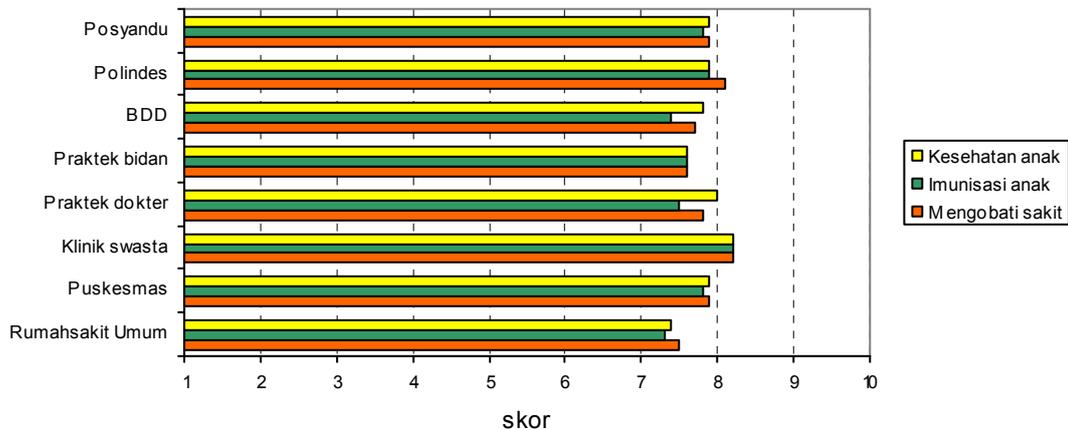
Dalam hal pemberian pelayanan untuk maksud menyembuhkan sakit, responden ditanya bagaimana kepuasan mereka. Secara umum ibu menilai rata-rata skor antara 7.2 sampai 8.5 di NTB dan dapat diartikan pelayanan cukup baik, yaitu praktek bidan (8.5), rumahsakit swasta (8.4), dan praktek dokter (8.2). Di NTT, skor mencerminkan kepuasan tinggi juga diberikan antara 7.5 dan 8.3, dan ini ditujukan kepada klinik pemerintah (8.3), klinik swasta (8.2) dan polindes (8,1) (tabel 14.10).

Kepuasan responden akan pemeriksaan kesehatan anak di fasilitas kesehatan di NTB tampak di tingkat cukup baik untuk klinik swasta (skor 9.0), dan praktek dokter (skor 8.4). Di NTT, skor tertinggi untuk klinik pemerintah (skor 8.3), klinik swasta (skor 8.2), dan praktek dokter (skor 8.0) (tabel 14.12). Untuk pelayanan imunisasi, di NTB, skor tertinggi diberikan ke fasilitas praktek bidan (skor 8.3), bidan di desa (BDD) (skor 8.0), dan polindes (skor 8.0). Sedangkan di NTT, skor tertinggi dialamatkan ke klinik pemerintah (skor 8.3), klinik swasta (skor 8.2), dan polindes (skor 7.9) (tabel 14.11).

Grafik 14.11. Median skor persepsi mutu pelayanan kesehatan anak di NTB

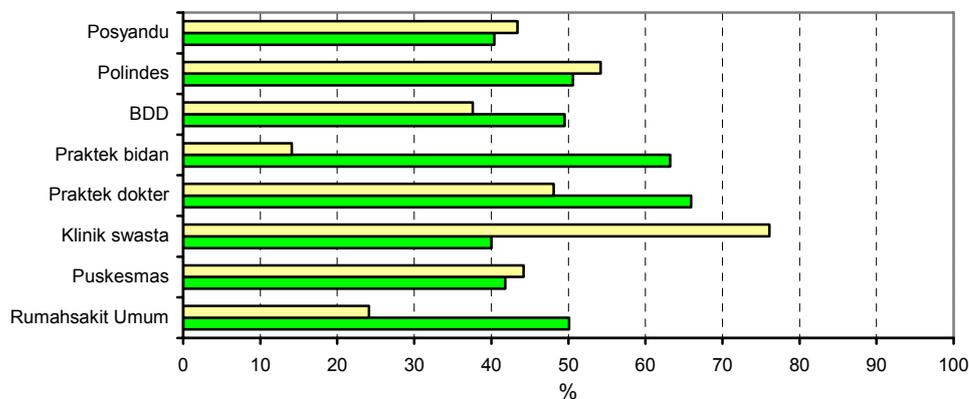


Grafik 14.12. Median skor persepsi mutu pelayanan kesehatan anak di NTT



Pada akhirnya memang penilaian subyektif dari ibu terhadap fasilitas pelayanan ini ada di kategori “baik”. Untuk lebih dalam melihat tingkat kepuasan ini, maka dibuat dua kategori dengan titik potong skor 8 atau lebih tinggi dan komplemennya. Faktanya terlihat bahwa sedikit jumlah ibu yang skor kepuasannya tinggi akan pelayanan rumahsakit pemerintah di NTT (18%), berlawanan dengan yang di NTB (50%). Kejadian serupa untuk fasilitas praktek bidan swasta di mana responden di NTT (14%) lebih tidak puas dibandingkan dengan di NTB (63%) (tabel 14.13).

Grafik 14.13. Persen skor tinggi (≥ 8) kepuasan ibu terhadap pelayanan kesehatan

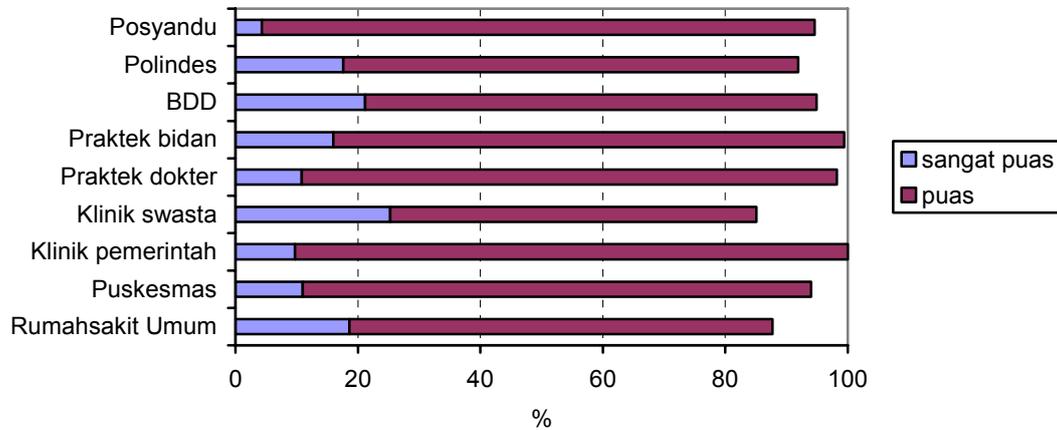


Berdasarkan tabel 14.14, baik di NTB maupun NTT, mempunyai pola yang hampir sama. Terlihat bahwa tingkat sosioekonomi mempengaruhi tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan rumahsakit, yaitu semakin tinggi tingkat sosioekonomi semakin berkurang kepuasannya. Sehingga, dapat dikatakan bahwa rumahsakit pemerintah seharusnya berusaha lebih meningkatkan baku mutu pelayanannya. Yang menarik adalah tingkat sosioekonomi tidak mempengaruhi kepuasan pemakai jasa puskesmas. Sedangkan untuk layanan bidan di desa, semakin tinggi tingkat sosioekonomi ternyata semakin puas terhadap layanan bidan desa.

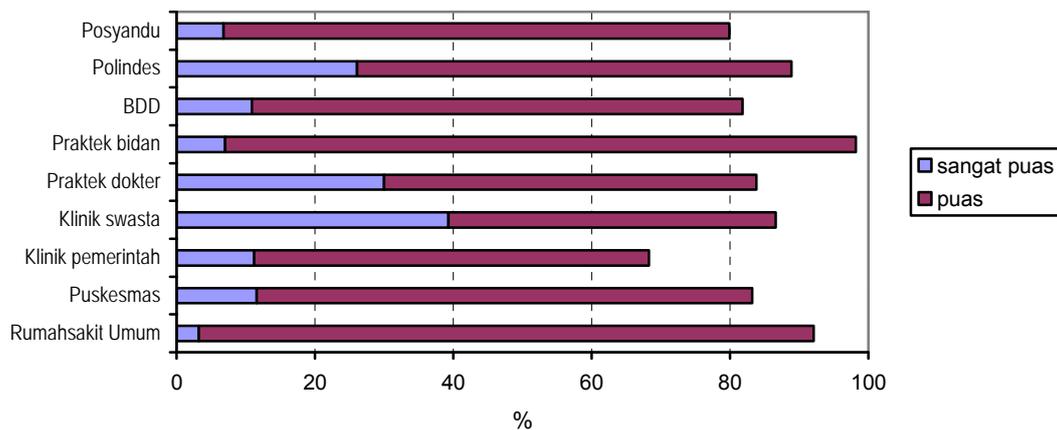
Di samping menanyakan kepuasan melalui rincian sepuluh hal, juga responden ditanya secara umum bagaimana kepuasannya ketika berkunjung ke fasilitas kesehatan terakhir. Tampak hampir semua ibu menyebut puas atau sangat puas. Tetapi ibu yang menjawab sangat puas proporsinya relative lebih kecil dari kategori lain. Secara khusus ibu sangat puas terhadap pelayanan klinik swasta di kedua provinsi. Juga ibu puas terhadap pelayanan yang diberikan oleh bidan di desa (BDD) (tabel 14.15). Dapat dicatat bahwa

di NTT, posyandu dan rumahsakit serta klinik pemerintah memerlukan perhatian lebih mengingat proporsi ibu sangat puas yang rendah (grafik 14.15).

Grafik 14.14. Persen sangat puas dan puas terhadap pelayanan kesehatan di NTB



Grafik 14.15. Persen sangat puas dan puas terhadap pelayanan kesehatan di NTT



Dapat ditambahkan bahwa memberi rekomendasi kepada orang lain untuk memakai fasilitas kesehatan tertentu juga mencerminkan kepuasan akan fasilitas tersebut. Studi ini menemukan bahwa mayoritas ibu masih merekomendasikan kepada orang lain akan fasilitas pelayanan yang terakhir dikunjungi itu (tabel 14.16). Analisis lebih lanjut tampaknya diperlukan guna melihat hubungan kedua variabel tersebut.

Selanjutnya juga ditanyakan apabila ibu tidak puas akan pelayanan kesehatan yang diberikan, bagaimana tindakan yang akan diambil. Studi ini menemukan bahwa ibu di NTB cenderung tidak akan marah di muka penyedia atau petugas kesehatan tetapi akan mengatakannya di belakang mereka. Sebaliknya di NTT ibu akan berkata terus terang atau mengadu ke pimpinan petugas (tabel 14.17). Ini tergambar di tabel 14.17.a, bahwa 96% ibu di Sikka dan 46% ibu di Ende akan marah dan akan menyatakan tuntutan kepada pimpinan fasilitas kesehatan yang bersangkutan. Namun demikian ada juga yang marah di belakang tenaga kesehatan, yaitu 46% di Ngada dan 69% di Flores Timur. Untuk NTB, pada tabel 14.17.a, pilihan cenderung untuk menulis di kotak saran 12% di Sumbawa Barat dan 7% di Kota Bima, serta marah di belakang, ada 18% di Kabupaten Bima.

Pada wawancara mendalam kepada beberapa pemangku kepentingan, mereka mendukung temuan studi di atas bahwasanya mutu pelayanan kesehatan harus ditingkatkan.

”(posyandu) berjalan baik, pakai 5 meja. Ibu datang ke posyandu karena takut akan hukuman

“ Ini baik, rumahsakit dapat dikelola oleh biarawati, dan mereka berperan sangat baik ... Ongkosnya juga sedang-sedang saja...” (Pemangku kepentingan di NTT)

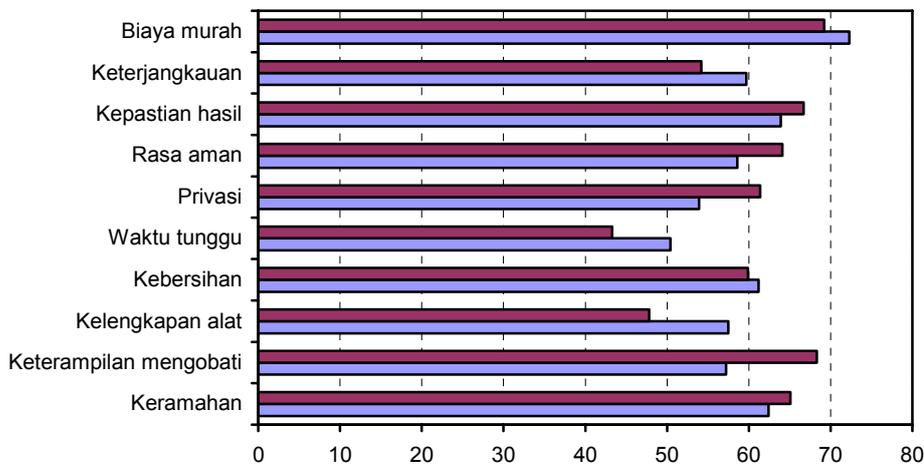
“... posyandu pelayanannya tidak begitu baik ...”

“rumahsakit swasta sebagai alternative, .. orang bisa memilih pelayanan ... walaupun biayanya cukup tinggi..”. (Pemangku kepentingan di NTB)

“ .. banyak kritik... pertama, orang tidak sepenuhnya sehat,... sosialisasi informasi kesehatan masih kurang... baik dari dinkes atau puskesmas posyandu memang ada, tapi hanya menimbang bayi,... imunisasi jadi kenyataannya, petugas kesehatan harus mengerjakannya....”. (DKT bapak, di, NTT)

Kepuasan pengunjung puskesmas selanjutnya dapat ditelaah menurut sepuluh komponen pelayanan yang dinilai dari skor kepuasan 8+ atau dikatakan cukup tinggi. Di kedua provinsi tampak waktu menunggu diberikannya pelayanan menjadi masalah utama disamping itu kelengkapan alat di NTT perlu mendapat perhatian. Secara keseluruhan, responden di NTB menilai puskesmas lebih baik daripada responden di NTT (tabel 14.18).

Grafik 14.16 Persen kepuasan responden berkunjung ke puskesmas (skor 8+) di NTB dan NTT



BAB 15

KESIMPULAN

Telah dilaksanakan studi data dasar di tingkat masyarakat di seluruh kabupaten di NTB dan NTT, yang dilaksanakan dalam dua periode, di awal dan pertengahan tahun 2007, serta menerapkan pendekatan kuantitatif dan kualitatif. Survei menjangkau 8372 rumah tangga dengan ibu balita sebagai responden utama, ditambah 791 rumah tangga dengan ibu pernah hamil tanpa balita, di mana pemilihan rumah tangga mengikuti rancangan sampel yang kompleks. Diskusi kelompok terarah diselenggarakan di Lombok, Sumbawa, Timor Barat serta Sumba dan Alor, dan jumlahnya 44 diskusi, juga 110 wawancara mendalam kepada 5 pemangku kepentingan di tiap kabupaten.

Hasil survei memperlihatkan responden ibu balita berusia lebih muda (20 sampai 30 tahun) dan sedikit yang bekerja di luar rumah (38% di NTB dan 28% di NTT) daripada ibu tanpa balita yang berusia lebih tua (34 sampai 35 tahun dan bekerja 42% di NTB dan 20% di NTT). Anak balita rata-rata berumur 24 bulan di NTB dan 21 bulan di NTT. Pendidikan ibu di NTT lebih baik daripada di NTB. Juga perempuan lebih rendah dua kali tingkat pendidikannya daripada laki-laki. Kualitas rumah di kedua provinsi diamati masih buruk. Studi ini memperlihatkan tingkat sosioekonomi di kedua provinsi masih memprihatinkan, hampir semua rumah tangga ada di bawah garis miskin, dihitung dengan titik potong \$1 atau \$2 per kepala per hari, atau modifikasi model BPS. Kepala rumah tangga hampir seluruhnya laki-laki dengan rata-rata jumlah anggota rumah tangga 5. Pengambil keputusan berkaitan hal kesehatan utamanya adalah responden sebagai ibu rumah tangga, tetapi jumlah yang sama mengakui dibuat ibu dan suami.

Fertilitas dan keluarga berencana

Angka kehamilan, anak pernah dilahirkan dan anak masih hidup, polanya sama antara kedua provinsi. Umur hamil pertama rata-rata di bawah 20 tahun. NTT memiliki angka fertilitas lebih tinggi daripada NTB karena proporsi ibu dengan jarak antar kelahiran kurang dari 2 tahun masih tinggi. Prevalensi kontrasepsi saat ini sebesar 44% di NTT, ini lebih rendah daripada 74% di NTB. Cara disukai adalah suntik 3-bulan, pil, dan AKDR. Isu ketersediaan dan pemantauan efek samping di fasilitas kesehatan juga ditemukan.

Asuhan antenatal

Rendahnya kualitas pelayanan asuhan antenatal/kehamilan diungkap. Indikator K1 tentang kunjungan pertama ke petugas kesehatan di trimester pertama kehamilan di NTB lebih tinggi dari di NTT, demikian juga K4 yang mencerminkan jumlah kunjungan minimal 4 kali (1-1-2). Namun hanya ada separuh jumlah ibu yang menerima lima jenis pelayanan esensial (timbang badan, suntik tetanus-toxoid, ukur tekanan darah, ukur tinggi fundus di perut, dan pembagian tablet besi) yang disebut sebagai indikator K4-q. Angka K4-q di NTB berkisar 25% sampai 55%, sedangkan di NTT berkisar antara 11% sampai 70%. Tes darah dan pembagian anti-malaria di masa kehamilan masih perlu ditingkatkan.

Dukun juga banyak dipilih untuk perawatan kehamilan. Di kedua provinsi, memang hampir semua ibu (90%) memilih bidan, tetapi juga dukun (78%). Tingkat pengetahuan ibu akan komplikasi maternal masih rendah, hanya separuh jumlah ibu mengetahui tanda bahaya kehamilan. Kenyataannya, separuh jumlah ibu melaporkan mengalami komplikasi kehamilan, di NTT lebih tinggi angkanya daripada di NTB. Hampir semua ibu melakukan istirahat segera, dan hanya sepertiga jumlah ibu pergi ke puskesmas.

Kelahiran

Sebagai penolong persalinan, dukun dipilih oleh sepertiga jumlah ibu di NTT (38%) dan seperempat jumlah ibu (26%) di NTB. Mayoritas ibu memilih bidan sebagai penolong persalinan. Rumah merupakan tempat mereka bersalin di NTT (60%) lebih banyak daripada di NTB (30%). Sekitar sepertiga ibu mengakui mengalami komplikasi persalinan, mencakup ketuban pecah dini (16%), partus lama (13%), dan perdarahan (10%). Di NTB, beristirahat merupakan tindakan awal, kemudian puskesmas, rumahsakit, bidan di desa dan polindes, merupakan rujukan ketika ibu mencari penanganan di luar rumah. Di NTT, sepertinya dukun bersaing dengan bidan di desa.

Neonatal dan asuhan nifas

Umumnya kontak neonatal dilaksanakan oleh 60% jumlah ibu. Mayoritas mereka pergi ke bidan dan memeriksakan kesehatan bayi baru lahir. Ibu menerima penjelasan tentang ASI, menghangatkan bayi dan perawatan tali pusat.

Kejadian komplikasi neonatal diakui oleh 32% ibu di NTB dan 40% ibu di NTT. Kebanyakan komplikasinya adalah diare, batuk, dan demam tinggi. Resusitasi dilaporkan oleh 10% ibu. Ibu menangani komplikasi biasanya dengan pergi ke puskesmas. Pola di kedua provinsi sama. Kontak nifas di NTT terjadi lebih awal (3 hari) daripada di NTB (7 hari). Komplikasi nifas lebih sering terjadi di NTT (28%) daripada di NTB (13%), dengan jenis komplikasi tersering adalah demam nifas (12% di NTT dan 8% di NTB), sementara bayi berat lahir rendah dilaporkan sekitar 8%. Dapat dianalisis lanjut hubungan komplikasi nifas dan neonatal dengan dukun sebagai penolong persalinan.

Praktek pemberian makanan pada anak

Sekitar 85% ibu mengakui memberi kolostrum kepada bayi mereka. Namun makanan prelaktal cukup sering (27% di NTB dan 38% di NTT) biasanya susu formula. Pemberian ASI eksklusif, yaitu sampai umur 6 bulan, ternyata sangat rendah hanya 16% bayi di kedua provinsi. Keragaman makanan anak yang berusia lebih tua dari 2 tahun ternyata belum maksimal. Disimpulkan praktek pemberian makanan pada anak masih rendah (13% di NTB dan 10% di NTT) dan lebih tinggi proporsinya pada anak laki-laki.

Kesehatan anak

Balita diare dalam 2 minggu terakhir terjadi cukup banyak (35% di NTB dan 25% di NTT). Kemungkinan ini berhubungan dengan rendahnya kebiasaan cuci tangan dengan sabun. Untuk pengobatannya, seperlima ibu di NTB dan NTT memberi lebih banyak cairan. Selanjutnya puskesmas menjadi acuan utama mencari pertolongan, di samping praktek dokter swasta.

ISPA terjadi pada 6% anak balita di kedua provinsi. Ibu mengatasi awalnya dengan memberi obat batuk (bebas). Selanjutnya puskesmas dituju, di samping dokter dan bidan. Sementara itu, suspek malaria dilaporkan di sekitar 7% anak, dan ibu memberi obat penurun panas, juga ramuan tradisional atau daun-daunan.

Cakupan imunisasi lengkap pada anak usia 1 sampai 2 tahun masih kurang dari 80%, sementara imunisasi campak mencapai 83% di NTB dan 91% di NTT. Buku KIA dipunyai oleh hampir semua ibu, namun kepemilikan buku ini tidak mempengaruhi tingkat pengetahuan akan KIA yang ternyata masih rendah.

Kurang gizi pada balita di kedua provinsi terjadi cukup parah, proporsinya meningkat tajam pada usia anak 6 sampai 12 bulan; dan pada umur 24 sampai 35 bulan, separuh anak mengalami pendek dan kurang berat, dan seperempatnya kurus. Kemungkinan kondisi ini berhubungan dengan rendahnya praktek pemberian makanan yang baik,

maupun beberapa penyakit menular seperti diare. Tingkat kemiskinan memperlihatkan efeknya, yaitu kelompok miskin cenderung anak balitanya kurang gizi.

HIV dan AIDS

Tingkat pengetahuan ibu akan HIV dan AIDS masih rendah, karena persen yang pernah dengar HIV dan AIDS ada 44% di NTB dan 59% di NTT. Perlu mendapat perhatian ketika ibu belum memahami fungsi kondom sebagai pencegahan penyakit menular seksual, karena hanya 3% hingga 7% saja yang mengetahui. Sumber informasi yang diakui oleh ibu untuk HIV dan AIDS ini adalah televisi, radio, dan surat kabar.

Sumber informasi KIA

Di NTT, ibu mendapatkan informasi tentang KIA dalam setahun terakhir lebih sering (69%) daripada di NTB (54%). Petugas kesehatan disebut sebagai sumber informasi (37% di NTB dan 51% di NTT).

Akses ke fasilitas pelayanan kesehatan

Fasilitas kesehatan terdekat jarak maupun waktu tempuhnya di kedua provinsi diakui oleh ibu adalah posyandu, polindes, dan puskesmas. Dilaporkan oleh ibu bahwa paling mahal biaya pelayanan kesehatan adalah dari fasilitas milik swasta.

Biaya bersalin dilaporkan oleh ibu sebagai tertinggi. Tetapi yang dipandang ibu termahal adalah biaya penanganan komplikasi neonatal. Sepertinya ini berhubungan dengan kesiapan keluarga dan masyarakat dalam mengantisipasi kejadian komplikasi, serta tidak menyiapkan dana cadangan. Penguatan kesiapan di tingkat masyarakat agaknya perlu ditingkatkan. Biaya transpor ke fasilitas kesehatan sampai sekitar 10 ribu rupiah. Biaya untuk obat yang disediakan fasilitas kesehatan swasta dipandang ibu cukup mahal. Bila ibu mengalami kekurangan jumlah uang untuk hal-hal ini, kebanyakan akan meminjam ke tetangga atau keluarga.

Cakupan asuransi kesehatan sekitar 60% di kedua provinsi. Kenyataannya, 38% ibu di NTB dan 22% ibu di NTT menyebut memiliki askeskin, walaupun ada sebagian kecil pemilik askeskin termasuk golongan tak miskin.

Perilaku pencarian perawatan

Bila ada anggota rumah tangga yang mengalami demam, kebanyakan ibu akan membeli obat di warung atau toko obat, di samping pergi ke puskesmas. Selanjutnya bila demam tak teratasi, puskesmas menjadi rujukan utama (50% di NTB dan 40% di NTT).

Persepsi kualitas pelayanan kesehatan

Umumnya responden menilai pelayanan kesehatan yang terakhir dikunjungi cukup memuaskan dengan skor berkisar 7,1 sampai 8,8 dari skala 10. Namun proporsi ibu yang menilai dengan skor tinggi (8+) ternyata masih rendah, mencerminkan kebutuhan akan perbaikan mutu pelayanan kesehatan di semua jenis fasilitas modern. Secara khusus, puskesmas perlu memperhatikan waktu tunggu sebagai indikator mutu layanan kesehatan, dan di NTT, kelengkapan alat menjadi hal yang perlu digaris bawahi.

Rekomendasi

Menghadapi tantangan di atas, pelayanan KIA termasuk KB harus ditingkatkan, mencakup juga sumberdaya manusianya, baik jumlah dan keterampilan, terutama di puskesmas dan rumahsakit pemerintah. Pengadaan alat kontrasepsi juga perlu diperhatikan. Di kedua provinsi, masalah gizi anak mengundang perhatian serius, berkaitan dengan faktor sosioekonomi, yang berhubungan dengan kemampuan membayar dan pengetahuan mereka akan pemberian makanan yang baik pada anak.

Tingginya proporsi komplikasi maternal dapat diturunkan dengan asuhan masa kehamilan yang baik mutunya. Di samping menyediakan pelayanan esensial, termasuk tes darah, kegiatan KIE juga perlu ditegaskan diterapkan melalui berbagai sumber. Utilisasi dukun yang masih tinggi memerlukan perhatian serius berkaitan dengan definisi jelas tentang perannya, di samping peran penting bidan di desa dan puskesmas, serta rumahsakit pemerintah.

Di samping kegiatan yang sifatnya preventif seperti disebut di atas, sistem askeskin hendaknya dapat disebar ratakan pada yang berhak. Isu biaya transpor dapat dipertimbangkan, diantaranya juga melalui kesiapan masyarakat dalam menghadapi persitiwa lahirnya bayi.

DAFTAR PUSTAKA

- BPS Indonesia (2004). Statistik Kesejahteraan Rakyat 2004.
- BPS Indonesia (2003). Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2002-2003. Jakarta:
BPS, BKKBN, Departemen Kesehatan, Jakarta Indonesia, ORC Macro Calverton USA.
- BPS Indonesia (1999). Penyempurnaan Metodologi Penghitungan Penduduk Miskin dan Profil Kemiskinan.
- Departemen Kesehatan RI (2004). Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) 2004. Jakarta: Penyusun: S.Soemantri, J.Pradono, C.Bahroen. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI.
- Departemen Kesehatan RI (2004). Fakta Tembakau Indonesia, Data Empiris Untuk Strategi Nasional Penanggulangan Masalah Tembakau.
- Depkes-WHO-BPS (2005). Indonesia: Sub-national Health System Performance Assessment.
- Faculty of Medicine UI, Community Medicine Department (2006). Final Report of Health Sector Support Program Baseline Assessment in NTB and NTT Province Step 1: Desk Study. Jakarta: FKUI.
- KUIS (2006). Malaria di Indonesia. www.koalisi.org. Tanggal akses: 14-2-2007.
- Sagric Int. (2006). Analysis on Mother's Knowledge, Attitudes and Practices of Women's Health and Family Planning Services, NTB and NTT Provinces. Prepared by: A. Wahab and Paulus Santoso.
- SMERU-Ford Foundation (2000). Peta Kemiskinan Indonesia.
- PPKUI (2002). Essential Reproductive Health Baseline Survey in Sumatra Selatan, Jawa Barat, Kalimantan Barat, NTT. Ed: Nick Dharmaputra.
- PPKUI (2006). Survei Rumah Tangga Pelayanan Kesehatan Dasar Di 30 Kabupaten di 6 Provinsi Di Indonesia 2005. Ed. Sabarinah Prasetyo.
- World Bank (2002). Millennium Goals, Statistical Appendix. www.devdatabank.org. 7 May 2002.

LAMPIRAN 1
LOKASI STUDI

LAMPIRAN 1. LOKASI STUDI

Prop.	Kode Kab	Kabupaten/Kota	Kategori	Kode sd.	Sub district	village			
						1	2	3	4
NTB (1)	1	KOTA MATARAM	NP1	1	MATARAM	Mataram Timur	Pagesangan	Monjok	Rembiga
			NP2	2	AMPENAN	Ampenan Selatan	Ampenan Utara	Tanjung Karang	Pagutan
			P1	3	CAKRANEGARA	Bertais	Cakra Selatan	Cakra Barat	Sayang-Sayang
			P2	4					
	2	LOMBOK BARAT	NP1	1	GUNUNG SARI	Sesela	Jatisela	Taman Sari	Kekait
			NP2	2	BAYAN	Sukadana	Anyar	Akar-Akar	Bayan
			P1	3	GERUNG	Gerung Utara	Dasan Geres	Gapuk	Suka Makmur
			P2	4	SEKOTONG	Sekotong Tengah	Buwunmas	Sekotong Barat	Kedaro
	3	LOMBOK TIMUR	NP1	1	SELOK	Denngen	Kelayu Utara	Pancor	Selong
			NP2	2	KERUAK	Sepit	Selebung Ketangga	Pijot	Tanjung Luar
			P1	3	AIKMEL	Lenek Daya	Lenek	Kembang Kerang	Aikmel
			P2	4	SAMBELIA	Sambelia	Sugian	Obel-Obel	Belanting
	4	LOMBOK TENGAH	NP1	1	PRINGGARATA	Pringgarata	Sepakek	Sintung	Bagu
			NP2	2	JONGGAT	Ubung	Jelantik	Perina	Barejulat
			P1	3	PUJUT	Sengkol	Pengembur	Teruwai	Prabu
			P2	4	PRAYA TIMUR	Mujur	Ganti	Semoyang	Bilelando
5	SUMBAWA BARAT	NP1	1	TALIWANG	KUANG	SAMPIR	BUGIS	DALAM	
		NP2	2	JEREWEH	BERU	BELO	GOA	SELENGA	
		P1	3	SEKONGKANG	SEKONGKANG ATAS	SEKONGKANG BAWAH	TONGO	ESPE I	
		P2	4	BRANG REA	BERU	SAPUGARA BREE	TEPAS	BANGKAT MUNTEH	
6	SUMBAWA	NP1	1	EMPANG	EMPANG ATAS	JOTANG	ONGKO	GAPIT	
		NP2	2	SUMBAWA	SEKETENG	UMASIMA	SAMAPUIN	BRANG BIJI	
		P1	3	LUNYUK	LUNYUK REA	LUNYUK ODE	PADASUKA	SUKAMAJU	
		P2	4	ALAS BARAT	MAPIN REA	LABUAN MAPIN	LEKONG	GONTAR	
7	DOMPU	NP1	1	DOMPU	BALI 1	KARIJAWA	KRAMABURA	MANGGE NA'E	
		NP2	2	KEMPO	KEMPO	SORO	TA'A	KESI	
		P1	3	HUU	RASA BOU	DAHA	HU'U	ADU	
		P2	4	KILO	MALAJU	LASI	KERAMAT	KIWU	

Prop.	Kode Kab	Kabupaten/Kota	Kategori	Kode sd.	Sub district	village			
						1	2	3	4
	8	KABUPATEN BIMA	NP1	1	WOHA	RABAKODO	TALABIU	DADIBOU	KELI
			NP2	2	SAPE	NARU BARAT	BUNCU	BOKE	POJA
			P1	3	SANGGAR	KORE	TALOKO	PIONG	OI SARO
			P2	4	WAWO	NTORI	KAMBILO	RABA	SAMBORI
	9	KOTA BIMA	NP1	1	RASANA E TIMUR	LAMPE	NUNGGGA	RONTU	PENANAE
			NP2	2	RASANA E BARAT	TANJUNG	SARAE	SAMBINA E	SANTI
			P1	3	ASAKOTA	JATI WANGI	JATI BARU	MELAYU	KOLO
			P2	4					
NTT (2)	10	MANGGARAI BARAT	NP1	1	KUWUS	Coal	Pangga	Colang	Tueng
			NP2	2	LEMBOR	Wae Bangka	Pong Majok	Nanga Lili	Poco Rutang
			P1	3	MACANG PACAR	Golo Lajang	Compang	Pacar	Kombo
			P2	4	SANO NGAONG	Nampar Macing	Watu Wangka	Tondong Belang	Liang Ndara
	11	MANGGARAI	NP1	1	KOTA KOMBA	Watu Nggene	Rongga Koe	Komba	Tanah Rata
			NP2	2	LANGKE REMBONG	Golodukal	Wali	Pau	Mbaumuku
			P1	3	WAE RII	Lalong	Ranaka	Longko	Wae Ri'i
			P2	4	ELAR	Golo Munde	Sisir	Tiwu Kondo	Lengko Namut
	12	NGADA	NP1	1	WOLOWAE	Tenda Toto	Tenda Kinde*	Anakoli	Totomala
			NP2	2	NGADA BAWA	Bajawa	Faobata	Ubedolumolo	Kisanata*
			P1	3	BOAWAE	Nageoga	Wolopogo	Wolowea	Natanage*
			P2	4	AIMERE	Aimere Timur	Foa*	Warupelle I	Paupaga
	13	ENDE	NP1	1	WOLOJITA	Tenda*	Nggela	Wiwipemo	Nuamulu*
			NP2	2	ENDE SELATAN	Mbongawani	Rukun Lima	Paupanda	Tetandara
			P1	3	MAUROLE	Mausambi	Aewora*	Maurole/Kedoboro	Detuwulu
			P2	4	KOTA BARU	Hangalande	Tou*	Taniwoda*	Detuara
	14	SIKKA	NP1	1	LELA	Sikka	Watutedang	Koli Detung	Iligai
			NP2	2	ALOK	Nangalimang	Madawat	Hewuli	Kota Uneng
			P1	3	TALIBURA	Natar Mage	Darat Pante	Nebe	Kringa
			P2	4	BOLA	Wolokoli	Kloang Popot	Umata	Hebing
	15	FLORES TIMUR	NP1	1	KLUBAGOLIT	Muda	Mangaaleng	Suku Tokan	Redon Tena
			NP2	2	TANJUNG BUNGA	Sinamalaka	Bandona	Bahinga*	Nusa Nipa
			P1	3	SOLOR BARAT	Ongalereng	Balaweling I	Sulengwaseng	Kenere
			P2	4	WOTAN ULU MADO	Nayu Baya	Oyang Barang	Tana Tukan	Wai Lebe
	16	LEMBATA	NP1	1	NUBATUKAN	Baolangu*	Watokobu	Waijarang	Lewoleba Utara
			NP2	2	ATADEI	Lerek	Atakore	Katakeja	Nuba Atalojo
			P1	3	NAGAWUTUNG	Pasir putih	Wuakerong	Atawai	Lusiduawutung
			P2	4	WULANDONI	Lelata	Puur	Wulandoni	Posiwatu

Prop.	Kode Kab	Kabupaten/Kota	Kategori	Kode sd.	Sub district	village			
						1	2	3	4
	17	KOTA KUPANG	NP1	1	KELAPA LIMA	Fatubesi	Merdeka	LLBK	Lasiana
			NP2	2	ALAK	Alak	Nunhila	Manutapen	Manulai 2
			P1	3	OEBOBO	Naikoten II	Bakunase	Fontein	Liliba
			P2	4	MAULafa	Maulafa	Naimata	Fatukoa	Belo
	18	KABUPATEN KUPANG	NP1	1	AMARASI SELATAN	Sonraen	Retraen	Nekmese	Sahraen
			NP2	2	TAEBENU	Baumata Timur	Baumata Utara	Oeltua	Oeletsala
			P1	3	AMARASI BARAT	Niukbaun	Soba	Nekbaun	Tunbaun
			P2	4	FATULEU BARAT	Naitae	Kalali	Poto	Nuataus
	19	TIMUR TENGAH SELAT	NP1	1	KOTA SOE	Kabekamusa	SoE	Cendana	Nonohonis
			NP2	2	BATU PUTIH	Oebobo	Baentuka	Tuppan	Oehela
			P1	3	AMANUBAN TIMUR	Mauleun	Telukh	Kaeneno	Oeleon
			P2	4	AMANUBAN BARAT	Mnelalete	Pusu	Eonnenotes	Tubmonas
	20	TIMUR TENGAH UTARA	NP1	1	KOTA KEFAMENANU	Maubeli	Tubuhue	Benpasi	Aplasi
			NP2	2	BIBOKI UTARA	Biloe	Nakun	Makun	Birunatua
			P1	3	BIBOKI ANLEU	Oemanu	Nifutasi	Kota fon	Motadik
			P2	4	INSANA UTARA	Humusu C *	Fatumtasa	Hamusu A*	Fafinisu C
	21	BELU	NP1	1	MALAKA TIMUR	Dirma	Sanleo	Weweda	Numponi
			NP2	2	LAEN MANEN	Uabau	Teas	Nueke Kusa	Meotroi
			P1	3	KAKULUK MESAK	Daulaus	Fatuketi	Jenilu	Leosama
			P2	4	TASIFETO BARAT	Lookeu	bakastulama	Tukuneno	Naitimu
	22	ROTE NDAO	NP1	1	ROTE BARU	Olafuliha'a	Edalone	Oebau	Lenupetu
			NP2	2	ROTE BARAT LAUT	Busalangga	Temas	Daudolu	Tolama
			P1	3	LABALAIN	Ba'adale	Namodale	Tuanatuk	Oematmboli
			P2	4	ROTE BARAT DAYA	Batutua	Oehandia	Oeseli	Oelasin

Prop.	Kode Kab	Kabupaten/Kota	Kategori	Kode sd.	Sub district	village			
						1	2	3	4
	23	SUMBA BARAT	NP1	1	Kota Waikabubak	Kalembu Kuni	Tebara*	Kodaka	Padaeweta
			P1	3	Lamboya	Kabukarudi	Laboya Bawa	Wee Libo	Patiala Bawa
	24	SUMBA BARAT DAYA	NP2	2	Kodi Utara	Kori	Homba Karipit	Bukambero	Kalimbu kaha
			P2	4	Wewewa Selatan	Tenateke*	Burudaelo	Delo	Denduka
	25	SUMBA TENGAH	NP1	1	Katiku Tana	Anakalang	Makatakeri	Manurara	Konda Maloba
			P1	3	Umbu Ratu Nggay Barat	Maderi	Praimadeta	Sambaliloku	Umbu Pabai
	26	SUMBA TIMUR	NP2	2	Kota Waingapu	Hambala	Kambajawa	Mbatakapidu	Pambotanjara
			P2	4	Tabundung	Billa	Karita	Kuki Talu	Tarimbang
	27	ALOR	NP1	1	Teluk Mutiara	Mutiara	Welai Timur	Welai Barat	Fanating
			NP2	2	Alor Barat Laut	Adang	Lefokisu	Ampera	Dulolong
			P1	3	Alor Timur	Kolana Utara	Kolana Selatan	Tanglapui	Tanglapui Timur
			P2	4	Alor Barat Daya	Morba	Wolwal Tengah	Pintu Mas	Probur Utara

LAMPIRAN 2

KUESIONER



SURVEI DATA DASAR DUKUNGAN SEKTOR KESEHATAN - NTB DAN NTT 2007

Rahasia

I. PENGENALAN TEMPAT	KODE/NO URUT
1. PROPINSI: _____	<input type="checkbox"/>
2. KABUPATEN/KOTAMADYA: _____	<input type="checkbox"/>
3. KECAMATAN: _____	<input type="checkbox"/>
4. DESA/KELURAHAN: _____	<input type="checkbox"/>
5. RT/DUSUN/DUKUH:	<input type="checkbox"/>
6. NAMA KEPALA RUMAH TANGGA: (L / P)	
7. NAMA RESPONDEN:	
8. NOMOR URUT RUMAH TANGGA:	<input type="checkbox"/>
9. LAKUKAN KONFIRMASI BAHWA <u>IBU</u> : PERNAH HAMILA SEDANG HAMILB MEMILIKI ANAK BALITA, JUMLAHNYA	<input type="checkbox"/>

II. KETERANGAN WAWANCARA DAN PENGECEKAN					
	I	II	III		
TANGGAL WAWANCARA	TANGGAL PENGECEKAN
WAKTU (PUKUL) MULAI	(cross check)
SELESAI	NAMA PENGECEK (PEWAWANCARA 2)
NAMA PEWAWANCARA	PARAF
PARAF		

	DISTRICT FIELD COORDINATOR (DFC)		PETUGAS DATA ENTRY	
NAMA/PARAF	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
TANGGAL	_____		_____	

INFORMED CONSENT
<p>Selamat siang/sore, nama saya ... dan sedang bekerja dengan Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia. Kami sedang melakukan survei rumah tangga. Kami akan menanyakan tentang kesehatan ibu dan anak di rumah tangga Ibu. Informasi ini akan membantu pemerintah dalam merencanakan pelayanan kesehatan. Wawancara akan berlangsung sekitar 1 jam. Informasi yang Ibu berikan akan dijaga kerahasiaannya dan tidak akan ditunjukkan kepada orang lain. Partisipasi di dalam survei ini bersifat sukarela dan Ibu dapat menolak untuk menjawab pertanyaan atau tidak melanjutkan wawancara. Kami berharap Ibu dapat berpartisipasi karena pendapat Ibu sangat penting.</p>
<p>Saat ini, apakah Ibu bersedia berpartisipasi dalam survei ini? Apakah saya dapat memulai wawancara ini?</p>
<p>BILA RESPONDEN SETUJU UNTUK DIWAWANCARAI, WAWANCARA DIMULAI. BILA RESPONDEN TIDAK SETUJU DIWAWANCARAI → AKHIRI DAN CARI RESPONDEN LAIN SESUAI CARA SAMPLING.</p>
<p>PARAF/TANDA SETUJU RESPONDEN (BILA MEMUNGKINKAN):</p>



B1. DAFTAR ANGGOTA RUMAH TANGGA

Sekarang saya ingin memperoleh beberapa keterangan mengenai orang-orang yang tinggal di rumah tangga (satu dapur).

NO	NAMA	HUBUNGAN	UMUR	JENIS KELAMIN		STATUS KAWIN	JENIS PEKERJAAN	TINGKAT PENDIDIKAN				
				L	P			Apakah (NAMA) pernah sekolah?	Tingkat sekolah tertinggi yang diikuti? (TST)	Apakah (NAMA) masih sekolah?	Apakah (NAMA) dapat membaca?	
(101)	(102)	(103)	(104)	(105)	(106)	(107)	(108)	(109)	(110)	(111)		
			TAHUN	L	P			YA TDK	TST	KLS	YA TDK	YA TDK
01				1	2			1 2			1 2	1 2
02				1	2			1 2			1 2	1 2
03				1	2			1 2			1 2	1 2
04				1	2			1 2			1 2	1 2
05				1	2			1 2			1 2	1 2
06				1	2			1 2			1 2	1 2
07				1	2			1 2			1 2	1 2
08				1	2			1 2			1 2	1 2
09				1	2			1 2			1 2	1 2
10				1	2			1 2			1 2	1 2
11				1	2			1 2			1 2	1 2
12				1	2			1 2			1 2	1 2
13				1	2			1 2			1 2	1 2

* KODE 103

01 = Responden
 02 = Suami responden
 03 = Anak kandung
 04 = Menantu
 05 = Cucu
 06 = Orang tua
 07 = Mertua
 08 = Saudara kandung
 09 = Saudara lain
 10 = Anak adopsi
 11 = Anak tiri
 12 = Tidak ada hubungan keluarga
 99 = Tidak tahu

** KODE 106

1 = Tidak kawin
 2 = Kawin
 3 = Cerai hidup
 4 = Cerai mati

*** KODE 107

01 = Ibu rumah tangga
 02 = Pegawai Negeri Sipil
 03 = Profesional
 04 = Karyawan swasta
 05 = Petani/berkebun milik sendiri
 06 = Pemilik perahu/mobil/motor
 07 = Wiraswasta/pemilik salon/bengkel
 08 = Berdagang/pemilik warung
 09 = Buruh/Supir/Tukang/Ojek
 10 = Nelayan
 11 = Honoror
 12 = Pelajar
 13 = Tidak bekerja
 99 = Lain-lain

**** KODE 109

Tingkat pendidikan (TST)

1 = Pra-sekolah
 2 = SD
 3 = Sekolah menengah pertama
 4 = Sekolah menengah atas
 5 = Akademi
 6 = Universitas
 8 = Tidak tahu

Kelas (KLS)

SD = 1 - 6
 SMP = 1 - 3
 SMA = 1 - 3
 Akademi/universitas = Lengkap (1)
 Tidak lengkap (2)



B2. KARAKTERISTIK SOSIAL EKONOMI

Pewawancara tidak membacakan pilihan jawaban, kecuali bila ada petunjuk.

NO	PERTANYAAN	JAWABAN DAN KODE KATEGORI	SKIP
B201	Pada bulan dan tahun berapakah Ibu dilahirkan?	BULAN <input type="text"/> <input type="text"/> TIDAK TAHU 98 TAHUN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> TIDAK TAHU 9998	
B202	Apakah status kepemilikan rumah yang saat ini Ibu tempati? [JAWABAN HANYA SATU]	MILIK SENDIRI 1 MILIK ORANG TUA/KELUARGA 2 ANGSURAN 3 KONTRAK/SEWA 4 DINAS 5 LAINNYA (SEBUTKAN) 6	
B203	Apakah rumah tangga Ibu memiliki? GUNAKAN KARTU BANTU	LISTRIK A KASUR B TEMPAT TIDUR/RANJANG C KURSI D MEJA E JAM DINDING/TANGAN F KIPAS ANGIN G RADIO/ TRANSISTOR H TELEVISI I PARABOLA J TELPON/HANDPHONE K KULKAS L POMPA AIR (TANGAN ATAU MESIN) M SEPEDA/TERNAK KAMBING/AYAM (>5 EKOR) N SEPEDA MOTOR/SKUTER/TERNAK SAPI/KUDA O MOBIL P TRUK Q TRAKTOR R PERAHU DAYUNG S PERAHU MOTOR T	
B204	Siapakah yang paling sering mengambil keputusan bila ada yang sakit di rumah tangga ini?	RESPONDEN SENDIRI 11 SUAMI 12 RESPONDEN & SUAMI BERSAMA-SAMA 13 SUAMI & ORANG LAIN YANG DIPERCAYA 14 RESPONDEN & ORANG LAIN YANG DIPERCAYA 15 KETUA ADAT/SUKU/DESA 16 ORANG TUA 17 LAINNYA (SEBUTKAN) 96	
B205	Berapa jumlah ruangan yang ada di rumah ini?	JUMLAH RUANGAN <input type="text"/> <input type="text"/> TIDAK ADA PEMBAGIAN RUANGAN 99	
B206	Apa sumber air minum utama di rumah tangga ini?	AIR LEDENG PDAM 11 SUMUR BOR (POMPA TANGAN, MESIN AIR) 21 SUMUR GALI TERLINDUNG 22 SUMUR GALI TIDAK TERLINDUNG 23 MATA AIR TERLINDUNG 31 MATA AIR TIDAK TERLINDUNG 32 AIR HUJAN 41 ISI ULANG/REFILL 51 AIR BOTOL KEMASAN 61 AIR PERMUKAAN (SUNGAI/KOLAM/DANAU/ DAM/ALIRAN/LAUT KANAL/SALURAN IRIGASI) 71 LAINNYA, SEBUTKAN 96	

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NO	PERTANYAAN	JAWABAN DAN KODE KATEGORI	SKIP					
B207	Apa jenis jamban yang biasanya dipakai di rumah tangga ini?	JAMBAN DENGAN TANGKI SEPTIK 11 JAMBAN TANPA TANGKI SEPTIK 12 DIKOMPOSKAN/JAMBAN KERING 22 JAMBAN GANTUNG/ HELIKOPTER/KOLAM IKAN 31 TIDAK ADA FASILITAS (SUNGAI, SEMAK, KANTONG PLASTIK)..... 41 LAINNYA, SEBUTKAN 96						
B208	Menurut ibu, berapa kira-kira seluruh <u>penghasilan rutin rumah tangga</u> ini setiap bulan? LAKUKAN PROBING BILA IBU KESULITAN.	DALAM RIBU RUPIAH <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						
B209	Berapa rata-rata pengeluaran keluarga ibu per bulan secara keseluruhan dan beberapa keperluan berikut...:	TOTAL SELURUH PENGELUARAN (DALAM RIBU RUPIAH) <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> a. Uang sekolah (SPP): b. Rokok: c. Alkohol:						

W1. KARAKTERISTIK REPRODUKSI

NO	PERTANYAAN	JAWABAN dan KODE KATEGORI	SKIP				
W101	Berapa jumlah <u>anak laki-laki</u> dan <u>anak perempuan</u> ibu, yang lahir hidup dan masih ada hingga saat ini?	ANAK LAKI-LAKI <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> ANAK PEREMPUAN <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table>					
W102	Berapa jumlah anak laki-laki dan anak perempuan ibu, yang lahir hidup tapi saat ini sudah tiada/meninggal?	ANAK LAKI-LAKI <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> ANAK PEREMPUAN <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table>					
W102A JUMLAHKAN SELURUH KELAHIRAN HIDUP = W101 + W102			<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td></tr></table>				
W103	Berapa jumlah seluruh kehamilan yang berakhir dengan keguguran atau digugurkan?	JUMLAH KEGUGURAN , ATAU DIGUGURKAN <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table>					
W104	Berapa jumlah seluruh kehamilan yang berakhir dengan lahir mati?	JUMLAH LAHIR MATI <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table>					
W104A JUMLAHKAN SELURUH KEHAMILAN = W101 + W102 + W103 + W104			<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td></tr></table>				
W105	Berapa kali ibu pernah melahirkan anak kembar	FREKUENSI <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table>					
W106	Pada usia berapa ibu pertama kali hamil?	USIA DALAM TAHUN <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table>					
W107	Pada usia berapa ibu pertama kali melahirkan anak hidup?	USIA DALAM TAHUN <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table>					

Sekarang saya ingin mencatat tiga anak terakhir yang ibu lahirkan, baik yang masih hidup maupun sudah tiada atau lahir mati, mulai dari anak terakhir.						
W108	W109	W110	W111	W112	W113	

--	--	--	--	--	--	--	--

Siapakah nama anak ibu yang terakhir? Setelah yang terakhir?	Apakah persalinan tersebut kembar?		Apa jenis kelamin anak ini?		Pada bulan dan tahun berapa anak ini dilahirkan? BILA TIDAK MENGGUNAKAN TANGGAL MASEHI LAKUKAN KONVERSI	Apakah anak ini masih hidup?		BILA SUDAH TIADA: Pada usia berapa anak ini meninggal? Tulis dalam bulan bila kurang dari 2 TAHUN. Tulis dalam hari bila kurang dari 1 BULAN. BILA kurang dari 1 hari TULIS '00' dalam kolom HARI
	Ya	Tdk	L	P		Ya	Tdk	
01	1	2	1	2	BULAN TAHUN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1 ↓ anak berikutnya	2 ↓ W113	1 <input type="text"/> <input type="text"/>TAHUN 2 <input type="text"/> <input type="text"/>BULAN 3 <input type="text"/> <input type="text"/>HARI 4 Lahir mati
02	1	2	1	2	BULAN TAHUN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1 ↓ anak berikutnya	2 ↓ W113	1 <input type="text"/> <input type="text"/>TAHUN 2 <input type="text"/> <input type="text"/>BULAN 3 <input type="text"/> <input type="text"/>HARI 4 Lahir mati
03	1	2	1	2	BULAN TAHUN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1 ↓ W2	2 ↓ W113	1 <input type="text"/> <input type="text"/>TAHUN 2 <input type="text"/> <input type="text"/>BULAN 3 <input type="text"/> <input type="text"/>HARI 4 Lahir mati

W2. KELUARGA BERENCANA

NO	PERTANYAAN	JAWABAN dan KODE KATEGORI	SKIP
W201	Dapatkah ibu sebutkan alat/cara KB apa saja yang dapat dipakai untuk mencegah atau menunda kehamilan? Ada lagi? (PROBING)	MOW/TUBEKTOMI/STERIL A MOP/VASEKTOMI/STERIL B IMPLAN/SUSUK C IUD/SPIRAL D SUNTIK E PIL F KONDOM G DIAFRAGMA/INTRAVAG/JELLY/TISSUE H KONTRASEPSI EMERGENSI I SENGGAMA TERPUTUS J ALAMIAH (ASI, PUASA, KALENDER) K LAINNYA, (SEBUTKAN) X TIDAK TAHU Z	
W202	Di mana saja ibu dapat memperoleh alat/cara KB tersebut? Di mana lagi? (PROBING)	RUMAH SAKIT A PUSKESMAS B KLINIK C DOKTER PRAKTEK D BIDAN PRAKTEK E PETUGAS PLKB F MOBIL KELILING G POLINDES H BIDAN DI DESA I POSYANDU J POS KB K FARMASI/APOTIK/TOKO OBAT L SUPERMARKET/TOKO/WARUNG/MAL M LAINNYA (SEBUTKAN) X TIDAK TAHU Z	



NO	PERTANYAAN	JAWABAN dan KODE KATEGORI	SKIP
W203	Menurut ibu, di mana ibu dapat memperoleh kondom yang paling mudah atau cepat?	RUMAH SAKIT 11 PUSKESMAS 12 KLINIK 13 DOKTER PRAKTEK 14 BIDAN PRAKTEK 15 PETUGAS PLKB..... 16 MOBIL KELILING..... 17 POLINDES..... 18 BIDAN DI DESA..... 19 POSYANDU..... 20 POS KB 21 FARMASI/APOTIK/TOKO OBAT 22 HOTEL/BAR 23 PEKERJA SEKS/LOKALISASI 24 SUPERMARKET/TOKO/MAL 25 LAINNYA (SEBUTKAN) 96 TIDAK TAHU 98	
W204	Apakah <u>saat ini</u> atau <u>sebulan ini</u> ibu atau suami menggunakan alat/cara KB tertentu?	YA 1 TIDAK 2	→ W208
W205	Bila tidak, apa alasannya?	INGIN HAMIL..... A SEDANG HAMIL..... B SEDANG MENYUSUI..... C BARU MELAHIRKAN..... D ANAK MASIH KECIL E TIDAK BOLEH OLEH SUAMI F BIAYA MAHAL..... G ADA KELUHAN/EFEK SAMPING H ADAT/AGAMA/KEPERCAYAAN I KURANG PENGETAHUAN J TIDAK TERSEDIA ALAT KONTRASEPSI K SUAMI TIDAK ADA/TIDAK DI RUMAH..... L LAINNYA (SEBUTKAN) X	→ W207 → W207
W206	Apakah saat ini ibu ingin hamil tapi nanti atau tidak ingin hamil lagi?	INGIN HAMIL, TAPI NANTI 1 TIDAK INGIN HAMIL LAGI 2	
W207	Apakah ibu atau suami <u>pernah</u> menggunakan alat/cara KB tertentu?	YA 1 TIDAK 2	→ W209 → W210
W208	Cara/alat KB apa yang ibu atau suami gunakan? BILA RESPONDEN SEBUTKAN SUNTIK ATAU IMPLAN, LAKUKAN PROBING: 'SUNTIK BERAPA BULANAN?' 'IMPLAN BERAPA TAHUNAN?' BILA RESPONDEN GUNAKAN LEBIH DARI SATU CARA. TENTUKAN SATU CARA/ALAT KB YANG URUTANNYA LEBIH AWAL	MOW/TUBEKTOMI/STERIL 11 MOP/VASEKTOMI/STERIL 12 IMPLAN/SUSUK 5 TAHUNAN 13 IMPLAN/SUSUK 3 TAHUNAN 14 IUD/SPIRAL..... 15 SUNTIK 3 BULANAN..... 16 SUNTIK 1 BULANAN..... 17 PIL 18 KONDOM..... 19 DIAFRAGMA/INTRAVAG/JELLY/TISSUE 20 KONTRASEPSI EMERGENSI 21 SENGGAMA TERPUTUS 22 ALAMIAH (ASI, PUASA, KALENDER)..... 23 LAINNYA (SEBUTKAN) 96	
			a b c



NO	PERTANYAAN	JAWABAN dan KODE KATEGORI	SKIP
W209	<p>a. Metoda KB apa yang paling ibu sukai?</p> <p>b. Metoda KB apa yang tersedia pada petugas atau fasilitas kesehatan di daerah ini?</p> <p>c. Metoda KB apa yang dianjurkan oleh petugas kesehatan di daerah ini?</p>	MOW/TUBEKTOMI/STERIL 11... A A MOP/VASEKTOMI/STERIL 12... B B IMPLAN/SUSUK 5 TAHUNAN 13... C C IMPLAN/SUSUK 3 TAHUNAN 14... D D IUD/SPIRAL 15... E E SUNTIK 3 BULANAN 16... F F SUNTIK 1 BULANAN 17... G G PIL 18... H H KONDOM 19... I I DIAFRAGMA/INTRAVAG/JELLY/TISSUE 20... J J KONTRASEPSI EMERGENSI 21... K K SENGGAMA TERPUTUS 22... L L ALAMIAH (ASI, PUASA, KALENDER) 23... M M A. LAINNYA (SEBUTKAN) 96... B. LAINNYA (SEBUTKAN) X C. LAINNYA (SEBUTKAN) X TIDAK ADA YANG DISUKAI/TIDAK TERSEDIA/TIDAK DIANJURKAN 97... Z Z	
W210	Sepengetahuan ibu, apa yang biasanya dilakukan bila terjadi kehamilan yang tidak diinginkan?	DIGUGURKAN SENDIRI (JAMU, RAMUAN, OBAT, DLL) A DIGUGURKAN DENGAN BANTUAN DUKUN B DIGUGURKAN DENGAN BANTUAN TENAGA KESEHATAN C DIGUGURKAN DENGAN BANTUAN ORANG LAIN D DICoba UNTUK DIGUGURKAN E DITERIMA/KEHAMILAN DILANJUTKAN F KONSULTASI DENGAN SUAMI/ORANG LAIN G LAINNYA (SEBUTKAN) X TIDAK TAHU Y	

M1. PENGALAMAN KEHAMILAN ANAK TERAKHIR (KHUSUS IBU BALITA)

NO	PERTANYAAN	JAWABAN dan KODE KATEGORI	SKIP						
M101	Selama hamil (NAMA), apakah ibu memeriksa kehamilan pada petugas kesehatan?	YA1 TIDAK2	→ M105						
M102	Siapa petugas kesehatan yang biasa memeriksa kehamilan (NAMA)?	PETUGAS KESEHATAN: DOKTER UMUM 1 DOKTER SPESIALIS KEBIDANAN 2 BIDAN 3 PERAWAT 4 LAINNYA (SEBUTKAN) 6							
M103	Mohon dirinci, berapa kali ibu memeriksakan kehamilan (NAMA) kepada petugas kesehatan pada : BACAKAN A HINGGA C. TULIS '98' BILA TIDAK TAHU.	A. Bulan ke-1 sampai ke-3 kehamilan B. Bulan ke-4 sampai ke-6 kehamilan C. Bulan ke-7 sampai melahirkan.....	<table border="1" style="width: 100px; height: 100px; margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>						



NO	PERTANYAAN	JAWABAN dan KODE KATEGORI	SKIP
M104	<p>Selama memeriksa kehamilan (NAMA) apakah ibu menerima pelayanan berikut:</p> <p>BACAKAN A SAMPAI Q.</p> <p><u>BILA C TIDAK DILAKUKAN, BAGIAN D TIDAK PERLU DIBACAKAN.</u></p>	Ditimbang berat badannya? A Diukur tinggi badannya? B Disuntik di lengan atas untuk mencegah bayi dari kejang-kejang setelah lahir? C Diberikan suntikan tersebut 2 kali selama hamil? D Diukur tekanan darahnya? E Diukur/diraba perutnya? F Dites darah untuk mengetahui kadar Hb darah? G Dites darah untuk mengetahui risiko/penyakit? H Dites darah, tapi tidak diberi tahu untuk apa? I Diperiksa/dites air kencing?..... J Diberi tablet penambah darah/TTD/Fe? K Diberi tablet penambah vitamin A..... L Diberi obat pencegahan anti malaria? M Diberi pesan/informasi tentang: - Tanda bahaya kehamilan N - Tindakan yang harus dilakukan bila ada tanda bahaya O - Persiapan persalinan (penolong persalinan, donor darah) P - ASI dan menyusui Q Tidak dilakukan pelayanan apa pun Y	
M105	<p>Selama hamil (NAMA), apakah ibu memeriksa kehamilan pada dukun?</p>	YA1 TIDAK2	→ M107
M106	<p>Berapa kali ibu memeriksakan kandungan kepada dukun selama mengandung (NAMA)?</p> <p>TULIS '98' BILA TIDAK TAHU.</p>	FREKUENSI..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
M107	<p>Selama kehamilan (NAMA) apakah ibu pernah membicarakan hal-hal berikut ini dengan suami :</p> <p>BACAKAN A SAMPAI F.</p>	Di mana akan melahirkan A Siapa yang akan menolong saat melahirkan B Dana/ongkos untuk melahirkan C Kendaraan yang akan digunakan bila diperlukan D Dana cadangan bila ada masalah persalinan E Di mana akan mendapatkan donor darah bila diperlukan F Tidak membicarakan salah satu di atas..... Y Tidak ada suami Z	
M108	<p>Menurut ibu, tanda bahaya/masalah kesehatan apa saja yang dapat menyulitkan seorang ibu saat <u>hamil</u> <u>melahirkan</u>, dan <u>nifas</u>?</p> <p>Ada lagi? (PROBING)</p>	MUAL DAN MUNTAH BERLEBIHAN A MULEK BERKEPANJANGAN B PERDARAHAN MELALUI JALAN LAHIR C TUNGKAI KAKI BENGKAK DAN PUSING KEPALA D KEJANG-KEJANG E TEKANAN DARAH MENINGKAT F DEMAM/PANAS TINGGI..... G KETUBAN PECAH SEBELUM WAKTUNYA H LAINNYA (SEBUTKAN) X TIDAK TAHU Z	
M109	<p>Selama kehamilan (NAMA) apakah ibu mengalami masalah berikut:</p> <p>BACAKAN A SAMPAI G</p>	Mual dan muntah berlebihan A Bengkak tungkai kaki dan pusing kepala B Perdarahan banyak melalui jalan lahir..... C Keluar cairan selain darah dari vagina..... D Kejang-kejang E Tekanan darah meningkat F Demam/panas tinggi G Tidak mengalami komplikasi Y	→ M113

--	--	--	--	--	--	--	--	--

NO	PERTANYAAN	JAWABAN dan KODE KATEGORI	SKIP
M110	<p>Apa saja yang ibu lakukan untuk mengatasi masalah tersebut?</p> <p>Ada lagi? (PROBING)</p> <p>BILA RUMAH SAKIT ATAU KLINIK: LAKUKAN PROBING, 'MILIK PEMERINTAH ATAU SWASTA'?</p>	<p>PENGobatan SENDIRI:</p> <p>BERISTIRAHAT A</p> <p>MINUM OBAT B</p> <p>MINUM JAMU/RAMUAN C</p> <p>KONSULTASI DENGAN KELUARGA D</p> <p>KONSULTASI DENGAN ORANG LAIN E</p> <p>KONSULTASI DENGAN APOTEKER F</p> <p>KE PETUGAS KESEHATAN/SESEORANG DI:</p> <p>PEMERINTAH:</p> <p>RUMAH SAKIT G</p> <p>PUSKESMAS H</p> <p>KLINIK I</p> <p>RUMAH BERSALIN J</p> <p>MOBIL KELILING K</p> <p>SWASTA:</p> <p>RUMAH SAKIT L</p> <p>KLINIK M</p> <p>RUMAH BERSALIN N</p> <p>DOKTER PRAKTEK O</p> <p>BIDAN PRAKTEK P</p> <p>MASYARAKAT:</p> <p>POLINDES Q</p> <p>BIDAN DI DESA R</p> <p>POSYANDU S</p> <p>NON-TENAGA KESEHATAN</p> <p>DUKUN T</p> <p>LAINNYA (SEBUTKAN) X</p> <p>TIDAK ADA YANG DILAKUKAN Y</p>	<p>M113</p> <p>→ M113</p>
M111	<p>Berapa biaya yang dikeluarkan untuk mengatasi masalah tersebut?</p>	<p>DALAM RIBU RUPIAH..... <input type="text"/></p>	
M112	<p>Menurut ibu, apakah biaya tersebut termasuk mahal, sedang, murah?</p>	<p>MAHAL 1</p> <p>SEDANG 2</p> <p>MURAH 3</p>	
M113	<p>Menurut ibu, apakah warga di desa ini melakukan hal-hal seperti yang saya sebutkan berikut ini...</p> <p>BACAKAN A SAMPAI E.</p> <p>BILA YA BERI TANDA SESUAI KODE. BILA TIDAK ADA SATU PUN YANG DIPILIH TANDA Y.</p>	<p>Bersedia menyiapkan alat transport bagi ibu hamil menuju tempat persalinan..... A</p> <p>Bersedia menemani ibu hamil pada masa persalinan..... B</p> <p>Bersedia menganjurkan suami untuk mendampingi istrinya pada masa kehamilan dan persalinan..... C</p> <p>Bersedia menyiapkan tabungan untuk masa kehamilan dan persalinan ibu yang sedang hamil D</p> <p>Bersedia mendonorkan darahnya bila ada ibu hamil atau bersalin yang membutuhkan E</p> <p>Lain lain, sebutkan X</p> <p>Tidak ada partisipasi warga desa Y</p>	
M114	<p>Apakah saat hamil (NAMA) ibu memiliki buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)?</p> <p>BILA YA, TANYAKAN APAKAH BUKU TERSEBUT DIGUNAKAN ATAU TIDAK.</p>	<p>YA, DIGUNAKAN 1</p> <p>YA, TIDAK DIGUNAKAN..... 2</p> <p>TIDAK 3</p> <p>TIDAK TAHU 8</p>	
M115	<p>Apakah saat hamil (NAMA) ibu merokok?</p>	<p>YA 1</p> <p>TIDAK 2</p>	
M116	<p>Apakah saat hamil (NAMA) ada anggota keluarga lain yang serumah, yang merokok?</p>	<p>YA 1</p> <p>TIDAK 2</p> <p>TIDAK TAHU 8</p>	

M2. PENGALAMAN PERSALINAN ANAK TERAKHIR (KHUSUS IBU BALITA)

NO	PERTANYAAN	JAWABAN dan KODE KATEGORI	SKIP
----	------------	---------------------------	------

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NO	PERTANYAAN	JAWABAN dan KODE KATEGORI	SKIP				
M201	Sebelum lahir, siapa yang ibu rencanakan akan menolong persalinan (NAMA)?	PETUGAS KESEHATAN..... 1 DUKUN 2 LAINNYA, SEBUTKAN 3 TIDAK MEMPUNYAI RENCANA 7					
M202	Sebelum lahir, dimana ibu merencanakan akan melahirkan (NAMA)?	TEMPAT PELAYANAN KESEHATAN 1 RUMAH DUKUN 2 RUMAH SENDIRI/RUMAH KELUARGA 3 TIDAK MEMPUNYAI RENCANA 7					
M203	Siapa penolong utama saat ibu melahirkan (NAMA)? PENOLONG PERSALINAN: ORANG YANG BERPERAN LEBIH UTAMA, MEMEGANGI JABANG BAYI SAAT KELUAR ATAU YANG DIBAYAR LEBIH BESAR OLEH IBU.	PETUGAS KESEHATAN: DOKTER UMUM 11 DOKTER SPESIALIS KEBIDANAN..... 12 BIDAN 13 PERAWAT 14 NON-PETUGAS KESEHATAN: DUKUN 15 TEMAN/KELUARGA 16 LAINNYA (SEBUTKAN) 96 TIDAK ADA PENOLONG 97					
M204	Di mana ibu melahirkan (NAMA)? BILA RUMAH SAKIT ATAU KLINIK: LAKUKAN PROBING, 'MILIK PEMERINTAH ATAU SWASTA'?	PEMERINTAH: RUMAH SAKIT 11 PUSKESMAS 12 KLINIK..... 13 SWASTA: RUMAH SAKIT 21 KLINIK..... 22 RUMAH BERSALIN 23 DOKTER PRAKTEK 24 BIDAN PRAKTEK 25 MASYARAKAT BIDAN DI DESA 31 POLINDES 32 DI RUMAH DUKUN 41 DI RUMAH ORANG LAIN..... 42 DI RUMAH RESPONDEN 43 LAINNYA (SEBUTKAN) 96					
M205	Apakah (NAMA) dilahirkan dengan normal, dengan alat bantuan atau operasi?	NORMAL/SPONTAN..... 1 INFUS PERCEPAT PERSALINAN 2 VAKUM/FORCEP/CARA/ALAT BANTU LAINNYA..... 3 OPERASI 4					
M206	Berapa biaya untuk persalinan (NAMA) saat itu? (untuk semua biaya persalinan yang dikeluarkan)?	DALAM RIBU RUPIAH..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					
M207	Menurut ibu, apakah biaya tersebut termasuk mahal, sedang, murah?	MAHAL..... 1 SEDANG 2 MURAH 3					
M208	Selama persalinan (NAMA) apakah ibu mengalami masalah berikut ini? BACAKAN A SAMPAI F	Air ketuban pecah sebelum waktunya A Perdarahan banyak selama melahirkan B Mules berkepanjangan/ Persalinan lama/ Tak ada kemajuan dalam 12 jam C Tensi/tekanan darah tinggi secara mendadak D Kejang-kejang E Plasenta/ari-ari tidak keluar F Lainnya (SEBUTKAN) X Tidak Mengalami Komplikasi Y	→ M301				

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NO	PERTANYAAN	JAWABAN dan KODE KATEGORI	SKIP					
M209	<p>Apa saja yang ibu lakukan untuk mengatasi masalah tersebut?</p> <p>Ada lagi? (PROBING)</p> <p>BILA RUMAH SAKIT ATAU KLINIK: LAKUKAN PROBING, *MILIK PEMERINTAH ATAU SWASTA*?</p>	<p>PENGobatan SENDIRI:</p> <p>BERISTIRAHAT A</p> <p>MINUM OBAT B</p> <p>MINUM JAMU/RAMUAN C</p> <p>KONSULTASI DENGAN KELUARGA D</p> <p>KONSULTASI DENGAN ORANG LAIN E</p> <p>KONSULTASI DENGAN APOTEKER F</p> <p>KE PETUGAS KESEHATAN/SESEORANG DI:</p> <p>PEMERINTAH:</p> <p>RUMAH SAKIT G</p> <p>PUSKESMAS H</p> <p>KLINIK I</p> <p>RUMAH BERSALIN J</p> <p>MOBIL KELILING K</p> <p>SWASTA:</p> <p>RUMAH SAKIT L</p> <p>KLINIK M</p> <p>RUMAH BERSALIN N</p> <p>DOKTER PRAKTEK O</p> <p>BIDAN PRAKTEK P</p> <p>MASYARAKAT:</p> <p>POLINDES Q</p> <p>BIDAN DI DESA R</p> <p>POSYANDU S</p> <p>NON-TENAGA KESEHATAN</p> <p>DUKUN T</p> <p>LAINNYA (SEBUTKAN) X</p> <p>TIDAK ADA YANG DILAKUKAN Y</p>	<p>M301</p> <p>→ M301</p>					
M210	<p>Berapa biaya yang dikeluarkan untuk upaya mengatasi masalah tersebut?</p>	<p>DALAM RIBU RUPIAH</p> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> <p>SUDAH TERMASUK BIAYA PERSALINAN 9997</p>						<p>→ M301</p>
M211	<p>Menurut ibu, apakah biaya tersebut termasuk mahal, sedang, murah?</p>	<p>MAHAL 1</p> <p>SEDANG 2</p> <p>MURAH 3</p>						

M3. PENGALAMAN NIFAS KELAHIRAN ANAK TERAKHIR (KHUSUS IBU BALITA)

NO	PERTANYAAN	JAWABAN dan KODE KATEGORI	SKIP		
M301	<p>Dalam 42 hari setelah melahirkan (NAMA), apakah ada petugas kesehatan yang memeriksa kesehatan ibu?</p> <p>MEMERIKSA: MENGUNJUNGI ATAU DIKUNJUNGI PETUGAS KESEHATAN.</p>	<p>YA 1</p> <p>TIDAK 2</p>	<p>→ M304</p>		
M302	<p>Berapa hari setelah melahirkan (NAMA), ibu diperiksa pertama kali oleh petugas kesehatan?</p>	<p>HARI</p> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td></td><td></td> </tr> </table>			
M303	<p>Siapa petugas kesehatan yang memeriksa kesehatan ibu saat itu?</p>	<p>PETUGAS KESEHATAN:</p> <p>DOKTER UMUM 1</p> <p>DOKTER SPESIALIS 2</p> <p>BIDAN 3</p> <p>PERAWAT 4</p> <p>LAINNYA (SEBUTKAN) 6</p>			
M304	<p>Dalam 42 hari setelah melahirkan (NAMA), apakah ibu mengalami masalah berikut:</p> <p>BACAKAN A SAMPAI E.</p>	<p>Perdarahan banyak dibandingkan biasanya (lebih dari 3 kain panjang)A</p> <p>Kejang-kejangB</p> <p>Demam/panas tinggiC</p> <p>Tensi tinggi secara mendadakD</p> <p>Robek jalan lahirE</p> <p>Lainnya (sebutkan)X</p> <p>Tidak mengalami komplikasiY</p>	<p>→ M308</p>		

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NO	PERTANYAAN	JAWABAN dan KODE KATEGORI	SKIP
M305	<p>Apa saja yang ibu lakukan untuk mengatasi masalah tersebut?</p> <p>Ada lagi? (PROBING)</p> <p>BILA RUMAH SAKIT ATAU KLINIK: LAKUKAN PROBING, 'MILIK PEMERINTAH ATAU SWASTA'?</p>	<p>PENGobatan SENDIRI:</p> <p>BERISTIRAHAT A</p> <p>MINUM OBAT B</p> <p>MINUM JAMU/RAMUAN C</p> <p>KONSULTASI DENGAN KELUARGA D</p> <p>KONSULTASI DENGAN ORANG LAIN E</p> <p>KONSULTASI DENGAN APOTEKER F</p> <p>KE PETUGAS KESEHATAN/SESEORANG DI:</p> <p>PEMERINTAH:</p> <p>RUMAH SAKIT G</p> <p>PUSKESMAS H</p> <p>KLINIK I</p> <p>RUMAH BERSALIN J</p> <p>MOBIL KELILING K</p> <p>SWASTA:</p> <p>RUMAH SAKIT L</p> <p>KLINIK M</p> <p>RUMAH BERSALIN N</p> <p>DOKTER PRAKTEK O</p> <p>BIDAN PRAKTEK P</p> <p>MASYARAKAT:</p> <p>POLINDES Q</p> <p>BIDAN DI DESA R</p> <p>POSYANDU S</p> <p>NON-TENAGA KESEHATAN</p> <p>DUKUN T</p> <p>LAINNYA (SEBUTKAN) X</p> <p>TIDAK ADA YANG DILAKUKAN Y</p>	<p>M308</p> <p>→ M308</p>
M306	<p>Berapa biaya yang dikeluarkan untuk pengobatan tersebut?</p>	<p>DALAM RIBU RUPIAH <input type="text"/></p>	
M307	<p>Menurut ibu, apakah biaya tersebut termasuk mahal, sedang, murah?</p>	<p>MAHAL 1</p> <p>SEDANG 2</p> <p>MURAH 3</p>	
M308	<p>Setelah melahirkan (NAMA), apakah ibu memeriksakan diri pada dukun?</p>	<p>YA, PERIKSA IBU SAJA 1</p> <p>YA, PERIKSA ANAK SAJA 2</p> <p>YA, PERIKSA IBU & ANAK 3</p> <p>TIDAK 4</p>	<p>→ C101</p>
M309	<p>Berapa kali ibu memeriksakan diri setelah melahirkan (NAMA) pada dukun?</p> <p>TULIS '98' BILA TIDAK TAHU.</p>	<p>FREKUENSI <input type="text"/></p>	

C1. PERAWATAN BAYI BARU LAHIR ANAK TERAKHIR (KHUSUS IBU BALITA)

NO	PERTANYAAN	JAWABAN dan KODE KATEGORI	SKIP
C101	<p>Apakah (NAMA) ditimbang saat lahir?</p>	<p>YA 1</p> <p>TIDAK 2</p>	<p>→ C103</p>
C102	<p>Berapakah berat badan (NAMA) saat lahir?</p> <p>TULISKAN '9998' BILA TIDAK TAHU.</p>	<p>GRAM <input type="text"/></p>	
C103	<p>Apakah setelah lahir, bayi diberikan bantuan pernafasan melalui selang dan pompa oleh petugas kesehatan?</p>	<p>YA 1</p> <p>TIDAK 2</p> <p>TIDAK TAHU 8</p>	



NO	PERTANYAAN	JAWABAN dan KODE KATEGORI	SKIP
C104	Dalam 28 hari setelah (NAMA) lahir, apakah ada petugas kesehatan yang memeriksa kesehatan (NAMA)? MEMERIKSA: MENGUNJUNGI ATAU DIKUNJUNGI PETUGAS KESEHATAN.	YA 1 TIDAK..... 2	→ C108
C105	Mohon dirinci, berapa kali (NAMA) diperiksa oleh petugas kesehatan dalam: a. 1-7 hari setelah lahir? b. 8-28 hari setelah lahir?	A. 1-7 HARI SETELAH LAHIR B. 8-28 HARI SETELAH LAHIR.....	
C106	Siapa saja petugas yang memeriksa kesehatan (NAMA) saat itu? Ada lagi? (PROBING)	PETUGAS KESEHATAN: DOKTER UMUM A DOKTER SPESIALIS ANAK B BIDAN C PERAWAT D LAINNYA (SEBUTKAN) X	
C107	Pada pemeriksaan tersebut, apakah ibu mendapatkan hal-hal berikut: BACAKAN A SAMPAI L.	UNTUK IBU: Diberitahu tanda bahaya setelah melahirkan?A Diberitahu apa yang harus dilakukan bila ada tanda bahaya/komplikasi setelah melahirkan?B Diberitahu tentang gizi baik bagi ibu?C Diukur/diraba perutD Diperiksa/dilihat jalan lahir?E Diukur tekanan darah?F Diberitahu alat/cara KB?G Diberi tablet vitamin A X UNTUK ANAK: Dianjurkan untuk menyusui? H Dianjurkan untuk menghangatkan bayi? I Diberitahu cara merawat tali pusat? J Diberitahu tanda bahaya pada bayi baru lahir? K Diberitahu apa yang harus dilakukan bila ada tanda bahaya/komplikasi? L Tidak dilakukan pelayanan apa pun Z	
C108	Menurut ibu, tanda bahaya/masalah kesehatan apa saja yang dapat dialami oleh bayi pada 28 hari setelah dilahirkan? Ada lagi? (PROBING)	BAYI KECIL/BBLR..... A BAYI KUNING B BAYI BIRU..... C DEMAM/PANAS TINGGI..... D BAYI KEDINGINAN E SULIT BERNAFAS/BAYI TIDAK MENANGIS..... F GANGGUAN PENCERNAAN/PERUT G DIARE, MENCRET, BUANG-BUANG AIR..... H BATUK BERKEPANJANGAN..... I MUNTAH-MUNTAH BERLEBIHAN J KEJANG K TIDAK MAU MENYUSU L LAINNYA (SEBUTKAN) X TIDAK TAHU Z	
C109	Dalam 28 hari setelah dilahirkan, masalah kesehatan apa saja yang pernah (NAMA) alami? Ada lagi? (PROBING)	BAYI KECIL /BERAT BAYI LAHIR RENDAH..... A BAYI KUNING B BAYI BIRU..... C DEMAM/PANAS TINGGI..... D BAYI KEDINGINAN E SULIT BERNAFAS/BAYI TIDAK MENANGIS..... F GANGGUAN PENCERNAAN/ PERUT G DIARE, MENCRET, BUANG-BUANG AIR..... H BATUK BERKEPANJANGAN..... I PNEUMONIA/RADANG PARU..... J MUNTAH-MUNTAH BERLEBIHANK KEJANG L TIDAK MAU MENYUSU M LAINNYA (SEBUTKAN) X TIDAK MENGALAMI MASALAH.....Y TIDAK TAHUZ	→ C201 → C201

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NO	PERTANYAAN	JAWABAN dan KODE KATEGORI	SKIP
C110	<p>Apa saja yang ibu lakukan untuk mengatasi masalah (NAMA) tersebut? Ada lagi? (PROBING)</p> <p>BILA DISEBUTKAN RUMAH SAKIT ATAU KLINIK: LAKUKAN PROBING, 'MILIK PEMERINTAH ATAU SWASTA'?</p>	<p><u>PENGobatan SENDIRI:</u> BERISTIRAHAT A MINUM OBAT B MINUM JAMU/RAMUAN C KONSULTASI DENGAN KELUARGA D KONSULTASI DENGAN ORANG LAIN E KONSULTASI DENGAN APOTEKER F</p> <p><u>KE PETUGAS KESEHATAN/SESEORANG DI:</u> PEMERINTAH: RUMAH SAKIT G PUSKESMAS H KLINIK I RUMAH BERSALIN J MOBIL KELILING K</p> <p>SWASTA: RUMAH SAKIT L KLINIK M RUMAH BERSALIN N DOKTER PRAKTEK O BIDAN PRAKTEK P</p> <p>MASYARAKAT: POLINDES Q BIDAN DI DESA R POSYANDU S</p> <p>NON-TENAGA KESEHATAN DUKUN T LAINNYA (SEBUTKAN) X TIDAK ADA YANG DILAKUKAN Y</p>	<p>→ C201</p> <p>→ C201</p>
C111	<p>Berapa biaya yang dikeluarkan untuk pengobatan tersebut? TULIS '9999' BILA TIDAK INGAT</p>	<p>DALAM RIBU RUPIAH <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> SUDAH TERMASUK BIAYA PERSALINAN 9997</p>	
C112	<p>Menurut ibu, apakah biaya tersebut termasuk mahal, sedang, murah?</p>	<p>MAHAL 1 SEDANG 2 MURAH 3</p>	

C2. MENYUSUI/PEMBERIAN-MAKANAN ANAK TERAKHIR (KHUSUS IBU BALITA)

NO	PERTANYAAN	JAWABAN dan KODE KATEGORI	SKIP
C201	<p>Apakah ibu pernah menyusui (NAMA)?</p>	<p>YA 1 TIDAK 2</p>	<p>→ C208</p>
C202	<p>Berapa lama setelah melahirkan (NAMA), ibu menempelkan pertama kali mulut (NAMA) pada puting susu ibu? BILA KURANG DARI 1 JAM TULIS '00' DALAM KOTAK 'JAM'.</p>	<p>DALAM JAM 1 <input type="text"/><input type="text"/> DALAM HARI 2 <input type="text"/><input type="text"/></p>	
C203	<p>Apakah ibu memberikan ASI yang keluar pertama kali setelah melahirkan kepada (NAMA)? PROBING; ASI YANG BERWARNA KUNING/KOLOSTRUM</p>	<p>YA 1 TIDAK 2</p>	
C204	<p>Dalam 3 hari pertama setelah lahir, apakah (NAMA) diberi minuman, makanan, atau cairan lain selain ASI?</p>	<p>YA 1 TIDAK 2</p>	<p>→ C206</p>

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NO	PERTANYAAN	JAWABAN dan KODE KATEGORI	SKIP
C205	Minuman, cairan, atau makanan apa saja yang diberikan kepada (NAMA)? Ada lagi? (PROBING)	SUSU FORMULA/SUSU BAYIA AIR PUTIHB AIR GULA/MANISC AIR TAJIN/ AIR BERASD SARI BUAHE TEHF MADUG PISANGH LAINNYA (SEBUTKAN)X	
C206	Apakah saat ini (NAMA) masih disusui ASI?	YA 1 TIDAK 2	→ C208
C207	Pada usia berapa (NAMA) berhenti disusui ASI?	BULAN <input type="text"/>	
C208	Apakah (NAMA) pernah diberi susu formula secara teratur?	YA 1 TIDAK 2	→ C210
C209	Pada usia berapa (NAMA) mulai diberi susu formula secara teratur?	BULAN <input type="text"/>	
C210	Apakah (NAMA) sudah diberi makanan lain secara teratur selain ASI/susu formula?	YA 1 TIDAK 2	→ C212
C211	Pada usia berapa (NAMA) mulai menerima makanan tersebut?	DALAM BULAN <input type="text"/>	
C212	Berapa kali (NAMA) minum cairan berikut dari pagi hingga malam hari kemarin?		FREKUENSI
	a. Air putih		
	b. Susu formula bayi		
	c. Susu kental manis, susu bubuk full cream, susu segar, susu kotak		
	d. Sari buah, jus berbagai buah, madu		
	e. Cairan seperti air sayur, air tajin		
	f. Cairan seperti sirup, minuman ringan, teh, kopi		
C213	Berapa kali (NAMA) makan makanan berikut dari pagi hingga malam hari kemarin?		FREKUENSI
	a. Makanan dari karbohidrat: nasi, bubur nasi, bubur susu, roti, mie, biskuit, jagung, bakso, dsb		
	b. Umbi-umbian seperti kentang, singkong, ubi, dsb		
	c. Sayuran seperti bayam, kangkung, buncis, dsb		
	d. Buah-buahan seperti pisang, jeruk, pepaya, alpukat, tomat, dsb		
	e. Daging, ayam, telur, hati, ikan asin, ikan segar, dsb		
	f. Makanan dari kacang-kacangan, tempe, tahu, oncom.		
	g. Keju atau yoghurt		
	h. Camilan mengandung minyak/lemak/mentega, gorengan, dsb		
C214	Jadi, sejak kemarin pagi hingga malam hari berapa kali (NAMA) diberi makan besar? TIDAK TERMASUK MAKANAN KECIL, JAJANAN, ATAU MAKANAN SELINGAN.	FREKUENSI PEMBERIAN <input type="text"/> TIDAK TAHU98	

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NO	PERTANYAAN	JAWABAN dan KODE KATEGORI	SKIP
C215	Pada keadaan apa saja ibu mencuci tangan dengan SABUN?	SEBELUM MEMPERSIAPKAN MAKANAN..... A SEBELUM MAKAN B SEBELUM MENYUAPI ANAK..... C SESUDAH BUANG AIR BESAR D SESUDAH MENCEBOKI ANAK..... E LAIN LAIN, SEBUTKAN X TIDAK MELAKUKAN KEGIATAN DI ATAS Z	

C3. IMUNISASI, DIARE, ISPA DAN PENANGANANNYA (KHUSUS IBU BALITA)

NO	PERTANYAAN	KODE KATEGORI	SKIP
C301	Apakah ibu mempunyai catatan imunisasi (KMS, Buku KIA) untuk anak terakhir (NAMA)?	YA..... 1 TIDAK 2	
C302	BILA (NAMA) MEMILIKI KMS/BUKU KIA DAN DAPAT DIPINJAM, SALINLAH CATATAN KMS SESUAI JAWABAN. BILA BUKU KIA TIDAK ADA TANYAKAN: Apakah (NAMA) sudah memperoleh imunisasi berikut ini.....: BACAKAN A SAMPAI L. BILA IBU TIDAK INGAT, LAKUKAN PROBING DENGAN MEMBACAKAN PENJELASAN SEPERTI DALAM KURUNG.	BCG (Suntikan di lengan atas dan biasanya meninggalkan bekas parut) .. A POLIO1 (Vaksinasi putih/merah yang diteteskan di mulut) B POLIO2..... C POLIO3..... D POLIO4..... E DPT1 (Suntikan di paha biasanya menimbulkan demam disuntik) F DPT2 G DPT3 H CAMPAK (Suntikan di lengan atas mencegah campak)..... I HEPATITIS1 (Suntikan pada bagian luar paha) J HEPATITIS2 K HEPATITIS3 L BELUM DIBERIKAN VAKSIN APA PUN..... Y TIDAK INGAT Z	
C303	Menurut ibu, apa saja tanda-tanda bahaya yang menyangkut kehidupan pada anak?	TIDAK BISA MENETEK/MENYUSU A TIDAK BISA MINUM ATAU MALAS MINUM..... B SELALU MEMUNTahkan SEMUANYA C KEJANG D TIDAK SADAR E PANAS TINGGI/DEMAM F SESAK NAFAS G LAINNYA, SEBUTKAN X TIDAK TAHU Z	
RIWAYAT DIARE (NAMA) DALAM 2 MINGGU TERAKHIR			
C304	Apakah (NAMA) mengalami mencret/diare/buang air cair 3 kali atau lebih perhari dalam 2 minggu terakhir?	YA..... 1 TIDAK 2	→ C306



NO	PERTANYAAN	KODE KATEGORI	SKIP
C305	<p>Kemana ibu mencari pengobatan untuk mengatasi sakit tersebut?</p> <p>Ada lagi? (PROBING)</p> <p><u>BILA RUMAH SAKIT ATAU KLINIK:</u> LAKUKAN PROBING, 'MILIK PEMERINTAH ATAU SWASTA'?</p>	<p><u>PENGOBATAN SENDIRI:</u></p> <p>TETAP MEMBERIKAN ASI, BILA MASIH MENYUSUI A</p> <p>MEMBERIKAN CAIRAN LEBIH BANYAK B</p> <p>TETAP MEMBERIKAN MAKANAN C</p> <p>MEMBERIKAN ORALIT/LGG..... D</p> <p>ANAK DISURUH ISTIRAHAT..... E</p> <p>ANAK DIMINUMKAN JAMU/RAMUAN F</p> <p><u>PERGI KE PETUGAS KESEHATAN DI:</u></p> <p>PEMERINTAH:</p> <p>RUMAH SAKIT G</p> <p>PUSKESMAS..... H</p> <p>KLINIK..... I</p> <p>MOBIL KELILING..... J</p> <p>SWASTA:</p> <p>RUMAH SAKIT..... K</p> <p>KLINIK..... L</p> <p>DOKTER PRAKTEK..... M</p> <p>BIDAN PRAKTEK N</p> <p>SEKTOR MASYARAKAT:</p> <p>POLINDES..... O</p> <p>BIDAN DI DESA P</p> <p>POSYANDU Q</p> <p>NON TENAGA KESEHATAN : DUKUN R</p> <p>LAINNYA (SEBUTKAN) X</p> <p>TIDAK MELAKUKAN APA PUN..... Y</p>	

RIWAYAT BATUK DALAM 2 MINGGU TERAKHIR

C306	Apakah (NAMA) pernah mengalami batuk dalam 2 minggu terakhir?	<p>YA 1</p> <p>TIDAK 2</p>	→ C310
C307	Apakah batuk tersebut disertai dengan sesak nafas?	<p>YA 1</p> <p>TIDAK 2</p>	
C308	<p>Apa saja yang ibu lakukan untuk mengatasi sakit tersebut?</p> <p>Ada lagi? (PROBING)</p> <p><u>BILA RUMAH SAKIT ATAU KLINIK:</u> LAKUKAN PROBING, 'MILIK PEMERINTAH ATAU SWASTA'?</p>	<p><u>PENGOBATAN SENDIRI:</u></p> <p>BILA MASIH MENYUSUI TETAP MEMBERIKAN ASI A</p> <p>MEMBERIKAN CAIRAN LEBIH BANYAK B</p> <p>JAUHKAN ANAK DARI ASAP ROKOK..... C</p> <p>TETAP MEMBERIKAN MAKANAN D</p> <p>MEMBERIKAN KECAP MANIS, MADU/AIR JERUK..... E</p> <p>ANAK DISURUH ISTIRAHAT..... F</p> <p>ANAK DIBERI OBAT BATUK..... G</p> <p>ANAK DIMINUMKAN JAMU/RAMUAN H</p> <p><u>PERGI KE PETUGAS KESEHATAN DI:</u></p> <p>PEMERINTAH:</p> <p>RUMAH SAKIT..... I</p> <p>PUSKESMAS..... J</p> <p>KLINIK..... K</p> <p>MOBIL KELILING..... L</p> <p>SWASTA:</p> <p>RUMAH SAKIT..... M</p> <p>KLINIK..... N</p> <p>DOKTER PRAKTEK..... O</p> <p>BIDAN PRAKTEK P</p> <p>SEKTOR MASYARAKAT:</p> <p>POLINDES..... Q</p> <p>BIDAN DI DESA R</p> <p>POSYANDU S</p> <p>NON TENAGA KESEHATAN</p> <p>DUKUN T</p> <p>LAINNYA (SEBUTKAN) X</p> <p>TIDAK Mencari pengobatan Y</p>	<p>→ C310</p> <p>→ C310</p>



NO	PERTANYAAN	KODE KATEGORI	SKIP
C309	Apakah (NAMA) mendapatkan obat antibiotik (obat yang harus dihabiskan dalam pemakaiannya dalam 4-5 hari pengobatan)?	YA 1 TIDAK 2 TIDAK TAHU..... 3	
RIWAYAT PANAS DALAM 2 MINGGU TERAKHIR			
C310	Apakah (NAMA) pernah mengalami panas (suhu badan meningkat) dalam 2 minggu terakhir?	YA 1 TIDAK 2	→ C314
C311	Apakah panas tersebut disertai dengan demam menggigil dan berulang ?	YA 1 TIDAK 2	
C312	Apakah ibu juga mencari pengobatan untuk mengatasi sakit demam tersebut? Ada lagi? (PROBING) BILA RUMAH SAKIT ATAU KLINIK: LAKUKAN PROBING, 'MILIK PEMERINTAH ATAU SWASTA'?	<u>PENGobatan SENDIRI:</u> BILA MASIH MENYUSUI TETAP MEMBERIKAN ASI A MEMBERIKAN CAIRAN LEBIH BANYAK B TETAP MEMBERIKAN MAKANAN C MENGURANGI PEMBERIAN MINUMAN DAN MANAKAN D MEMBERIKAN OBAT PEREDA PANAS E USAHAKAN TIDUR MENGGUNAKAN KELAMBU..... F TIDAK MENGGUNAKAN PAKAIAN TEBAL..... G MENGKOMPRES UNTUK MENURUNKAN SUHU TUBUH H ANAK DISURUH ISTIRAHAT..... I ANAK DIBERI OBAT PANAS..... J ANAK DIMINUMKAN JAMU/RAMUAN K <u>PERGI KE PETUGAS KESEHATAN DI:</u> <u>PEMERINTAH:</u> RUMAH SAKIT..... L PUSKESMAS..... M KLINIK..... N MOBIL KELILING..... P <u>SWASTA:</u> RUMAH SAKIT..... Q KLINIK..... R DOKTER PRAKTEK..... S BIDAN PRAKTEK T <u>SEKTOR MASYARAKAT:</u> BIDAN DI DESA U POLINDES..... V POSYANDU..... W NON TENAGA KESEHATAN DUKUN TH LAINNYA (SEBUTKAN) X TIDAK ADA YANG LAKUKAN..... Y	
C313	Apakah (NAMA) diberikan obat anti malaria (pil kina)?	YA 1 TIDAK 2 TIDAK TAHU..... 8	
C314	Apakah rumah tangga ini mempunyai kelambu atau jaring penutup untuk tidur?	YA 1 TIDAK 2 TIDAK TAHU..... 8	→ H101 → H101
C315	Apakah kelambu atau jaring penutup untuk tidur tersebut digunakan?	YA, ANAK-ANAK YANG MENGGUNAKAN..... A YA, DEWASA YANG MENGGUNAKAN..... B TIDAK DIGUNAKAN C	



H1. AKSES PELAYANAN KESEHATAN

NO	PERTANYAAN	KODE KATEGORI	SKIP
H101	Biasanya apa saja yang dilakukan pertama kali ketika ada anggota keluarga yang sakit demam?	<u>PENGobatan SENDIRI:</u> ISTIRAHAT 11 MINUM OBAT WARUNG 12 MINUM AIR DOA 13 MINUM JAMU/RAMUAN 14 KOMPRES AIR DINGIN 15 KOMPRES AIR BIASA/HANGAT 16 <u>PERGI KE PETUGAS KESEHATAN DI:</u> <u>PEMERINTAH:</u> RUMAH SAKIT 21 PUSKESMAS 22 KLINIK 23 MOBIL KELILING 24 <u>SWASTA:</u> RUMAH SAKIT 31 KLINIK 32 DOKTER PRAKTEK 33 BIDAN PRAKTEK 34 <u>MASYARAKAT:</u> BIDAN DI DESA 41 POLINDES 42 POSYANDU 43 MANTRI KESEHATAN 44 DUKUN 45 LAINNYA (SEBUTKAN) 96 TIDAK ADA YANG LAKUKAN 97	
H102	Bila sakit tidak membaik kemana biasanya akan mencari pengobatan?	<u>PEMERINTAH:</u> RUMAH SAKIT 11 PUSKESMAS 12 KLINIK 13 MOBIL KELILING 14 <u>SWASTA:</u> RUMAH SAKIT 21 KLINIK 22 DOKTER PRAKTEK 23 BIDAN PRAKTEK 24 <u>MASYARAKAT:</u> BIDAN DI DESA 31 POLINDES 32 POSYANDU 33 MANTRI KESEHATAN 34 DUKUN 35 LAINNYA (SEBUTKAN) 96 TIDAK ADA YANG LAKUKAN 97	
H103	Biasanya untuk alasan apa ibu atau anggota keluarga pergi ke Bidan Di Desa?	PEMERIKSAAN FISIK A MENDAPATKAN OBAT B MENDAPATKAN PERAWATAN C MELAHIRKAN D PELAYANAN KB E KECELAKAAN F LAINNYA, SEBUTKAN X TIDAK PERNAH KE BIDAN DIDESA Y	
H104	Biasanya untuk alasan apa ibu atau anggota keluarga pergi ke Dukun?	PIJAT A RAMUAN/JAMU B RITUAL/DOA C LAINNYA, SEBUTKAN X TIDAK PERNAH KE DUKUN Y	

PENGALAMAN MENGGUNAKAN PELAYANAN KESEHATAN TERAKHIR

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NO	PERTANYAAN	KODE KATEGORI	SKIP
H105	Kapan terakhir kali ibu pergi ke petugas atau fasilitas kesehatan? TULIS 99 BILA 'TIDAK INGAT' <input type="text"/> <input type="text"/> BULAN YANG LALU	
H106	Untuk alasan apa ibu pergi ke petugas atau fasilitas kesehatan tersebut?	RAWAT JALAN KARENA SAKIT DIALAMI DIRI SENDIRI A RAWAT JALAN KARENA SAKIT DIALAMI ANGGOTA KELUARGA B MEMERIKSAKAN KESEHATAN DIRI SENDIRI C MEMERIKSAKAN KESEHATAN ANGGOTA KELUARGA D MEMERIKSAKAN KEHAMILAN E MENDAPATKAN LAYANAN KB F RAWAT INAP KARENA BERSALIN G RAWAT INAP KARENA SAKIT LAIN H LAINNYA, SEBUTKAN X	
H107	Apa jenis petugas atau fasilitas kesehatan yang ibu kunjungi pada saat itu?	PEMERINTAH: RUMAH SAKIT 11 PUSKESMAS 12 KLINIK 13 MOBIL KELILING 14 SWASTA: RUMAH SAKIT 21 KLINIK 22 DOKTER PRAKTEK 23 BIDAN PRAKTEK 24 MASYARAKAT: BIDAN DI DESA 31 POLINDES 32 POSYANDU 33 LAINNYA (SEBUTKAN) 96 TIDAK TAHU 98	
H108	Kapan ibu berkunjung ke petugas/fasilitas pelayanan tersebut	HARI KERJA DI DALAM MASA JAM KERJA (JAM 08.00 -14.00) 1 DI LUAR JAM KERJA 2 HARI LIBUR 4	
H109	Apa alasan ibu memilih waktu berkunjung tersebut?	PELAYANAN LEBIH BAIK A SESUAI DENGAN KETERSEDIAAN WAKTU YANG ADA B KARENA SAAT ITU MENGALAMI SAKIT C HARGA LEBIH MURAH D OBAT LEBIH BAIK E LAINNYA, SEBUTKAN X	
H110	Berapa kira-kira jarak rumah ibu dengan fasilitas (JAWABAN H107) tersebut? LAKUKAN PROBING BILA RESPONDEN SULIT MENINGAT	JARAK DALAM KM <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
H111	Dengan cara apa ibu mencapai fasilitas tersebut (JAWABAN H107)?	KENDARAAN RODA EMPAT A KENDARAAN RODA DUA B BERJALAN KAKI C PERAHU/SAMPAN D DOKAR/DELMAN/KUDA E BECAK MOTOR F CIDOMO (CIKAR DOKAR MOTOR) G LAINNYA, SEBUTKAN X TIDAK TAHU Z	
H112	Berapa lama kira-kira waktu yang ditempuh dari rumah ibu ke fasilitas (JAWABAN H107) tersebut? LAKUKAN PROBING BILA RESPONDEN SULIT MENINGAT	WAKTU TEMPUH: <input type="text"/> <input type="text"/> JAM <input type="text"/> <input type="text"/> MENIT	

--	--	--	--	--	--	--	--	--

NO	PERTANYAAN	KODE KATEGORI	SKIP				
H113	Berapa besar biaya transportasi untuk sampai di fasilitas kesehatan tersebut?	BIAYA TRANSPORT DALAM RIBU..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					
H114	Apakah fasilitas tersebut (JAWABAN H107) yang terdekat dari rumah ibu?	YA..... 1 TIDAK..... 2 TIDAK TAHU..... 8					
H115	Apakah petugas/fasilitas kesehatan tersebut (JAWABAN H107) dapat ditemui/dikunjungi setiap waktu (kapan saja)?	YA..... 1 TIDAK..... 2 TIDAK TAHU..... 8					
H116	Siapakah yang pertama kali menerima ibu saat tiba di fasilitas kesehatan (JAWABAN H107) ?	PETUGAS PENDAFTARAN..... 11 PETUGAS JAGA/PIKET..... 12 DOKTER YANG MEMERIKSA..... 13 PERAWAT/BIDAN YANG MEMERIKSA..... 14 LAINNYA, SEBUTKAN..... 96 TIDAK TAHU..... 98					
H117	<p>Apa yang dilakukan oleh petugas tersebut (JAWABAN H112) kepada ibu dari awal hingga dipersilahkan menunggu giliran?</p> <p>TULISKAN NOMOR URUTAN SESUAI DENGAN YANG DISEBUTKAN OLEH IBU.</p>	<p>MENGAJUKAN PERTANYAAN..... A</p> <p>MENDAFTAR..... B</p> <p>MEMINTA PEMBAYARAN UANG MUKA/UANG JAMINAN..... C</p> <p>MEMINTA PELUNASAN BIAYA PELAYANAN..... D</p> <p>MEMERIKSA FISIK/BADAN..... E</p> <p>MENGUKUR SUHU TUBUH..... F</p> <p>MENGUKUR TEKANAN DARAH..... G</p> <p>MENIMBANG BERAT BADAN..... H</p> <p>MENULIS RESEP..... I</p> <p>MEMBERI OBAT..... J</p> <p>LAINNYA, SEBUTKAN..... X</p> <p>TIDAK DILAKUKAN PEMERIKSAAN APA PUN..... Y</p> <p>TIDAK INGAT..... Z</p>	URUTAN				
H118	Berapa lama ibu harus menunggu dari sejak tiba di fasilitas (JAWABAN H107) sampai akhirnya mendapat giliran untuk diperiksa?	LAMA MENUNGGU: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> JAM <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> MENIT					
H119	Menurut ibu, apakah waktu menunggu tersebut sebentar, sedang-sedang saja atau lama	LAMA..... 1 SEDANG-SEDANG..... 2 SEBENTAR..... 3 TIDAK TAHU..... 9					
H120	Selama ibu menunggu giliran tersebut apa yang dilakukan oleh ibu?	MENDENGARKAN PENYULUHAN YANG DIBERIKAN PETUGAS..... A MEMBACA BUKU/MAJALAH/KORAN..... B MEMBACA POSTER YANG DITEMPEL..... C MELIHAT TELEVISI..... D BERBINCANG-BINCANG DENGAN PETUGAS KESEHATAN..... E BERBINCANG-BINCANG DENGAN PENGUNJUNG LAIN..... F LAINNYA, SEBUTKAN..... X TIDAK ADA YANG DILAKUKAN..... Y					
H121	Siapakah yang memeriksa ibu di ruang pemeriksaan ((JAWABAN H107) saat itu?	DOKTER..... 1 BIDAN..... 2 PERAWAT..... 3 LAINNYA, SEBUTKAN..... 6 TIDAK INGAT..... 8					
H122	Apakah ibu juga mendapatkan penjelasan dari petugas (JAWABAN H107) tentang sakit yang ibu alami?	YA..... 1 TIDAK..... 2	→ H125				

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NO	PERTANYAAN	KODE KATEGORI	SKIP
H123	Dapatkah ibu sebutkan, penjelasan apa saja yang ibu terima pada saat itu?	HASIL PEMERIKSAAN..... A SAKIT YANG DIALAMI B HAL-HAL YANG HARUS DILAKUKAN UNTUK MENGATASI C HAL-HAL YANG HARUS DILAKUKAN UNTUK MENCEGAH D HAL-HAL YANG HARUS DIHINDARI E LAINNYA, SEBUTKAN X TIDAK INGAT Z	
H124	Menurut ibu, kira-kira berapa lama ibu mendapatkan penjelasan tersebut?	LAMA MENDAPAT PENJELASAN: <input type="text"/> <input type="text"/> JAM <input type="text"/> <input type="text"/> MENIT	
H125	a. Apakah ibu mempunyai kartu yang dapat digunakan untuk berobat secara gratis/bayar sebagian, mohon disebutkan... b. Mohon ditunjukkan.. [TINGKAT KEPEMILIKAN KARTU: IBU ATAU RUMAH TANGGA]	ASKES A ASKESKIN B ASURANSI SWASTA C JAMSOSTEK D SURAT KETERANGAN TIDAK MAMPU E LAINNYA, SEBUTKAN X TIDAK MEMILIKI Z	a b A B C D E X Z
H126	Apakah ibu menggunakan kartu gratis berobat (Kartu Sehat, Askes, Askeskin, JPKM, Asuransi Swasta) pada saat itu?	YA..... 1 TIDAK..... 2	→ H130
H127	Jika ya, apa jenis kartu gratis berobat yang ibu gunakan?	ASKES 1 ASKESKIN 2 ASURANSI SWASTA 3 JAMSOSTEK 4 SURAT KETERANGAN TIDAK MAMPU 5 LAINNYA, SEBUTKAN 6	
H128	Apakah ada biaya tambahan yang harus dibayar lagi? Jika Ya, untuk apa saja?	TIDAK..... A YA, - UNTUK MENUTUPI SISA PEMBAYARAN YANG TIDAK DITANGGUNG B - UNTUK TAMBAHAN PELAYANAN LAIN C - UNTUK PEMBELIAN OBAT/ALAT KESEHATAN D	
H129	Bila ibu mengalami kekurangan untuk membayar biaya pengobatan, biasanya apa yang ibu lakukan?	MEMINJAM KEPADA SAUDARA A MEMINJAM KEPADA TETANGGA B MEMINJAM KEPADA KOPERASI/KAS DESA C MENGAMBIL UANG SIMPANAN/TABUNGAN..... D MENJUAL TANAH/BARANG BERHARGA E MENGGADAIKAN BARANG BERHARGA..... F LAINNYA, SEBUTKAN X	
H130	Apakah fasilitas kesehatan (JAWABAN H107) tersebut menyediakan obat yang ibu perlukan?	YA..... 1 TIDAK..... 2	→ H132
H131	Menurut ibu, dibandingkan dengan tempat lain, apakah harga obat tersebut lebih murah, sama saja atau lebih mahal?	LEBIH MURAH 1 SAMA SAJA 2 LEBIH MAHAL 3 SATU PAKET DENGAN PELAYANAN YANG DITERIMA 4 TIDAK TAHU 8	

KEPUASAN PELAYANAN YANG DITERIMA



NO	PERTANYAAN	KODE KATEGORI	SKIP	
H132	Apakah sewaktu berobat ke pelayanan tersebut (<i>jawaban H107</i>) ibu merasa puas dengan beberapa keadaan berikut...: BACAKAN A SAMPAI J, MINTA IBU UNTUK MEMBERIKAN PENILAIAN. SEMAKIN BESAR NILAI SEMAKIN PUAS, GUNAKAN KARTU BANTU	Sangat tidak puas.....sangat puas		
		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		
		a. Keramahan petugas pemberi pelayanan.....	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
		b. Keterampilan petugas dalam memberikan pengobatan.....	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
		c. Kelengkapan alat yang disediakan	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
		d. Kebersihan fasilitas pelayanan	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
		e. Waktu menunggu diberikannya pelayanan.....	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
		f. Memberikan pelayanan yang privasi/pribadi/rahasia.....	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
		g Memberikan rasa aman kepada diri sendiri.....	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
		h. Memberikan kepastian hasil pengobatan	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
		i. Keterjangkauan tempat fasilitas pelayanan	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
		j. Biaya relatif murah	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
H133	Pelayanan apa saja yang disediakan di fasilitas yang ibu kunjungi tersebut?	PEMERIKSAAN KEHAMILAN	A	
		KELUARGA BERENCANA	B	
		PENANGANAN PENYAKIT	C	
		WAKSINASI ATAU IMUNISASI	D	
		TEMPAT BERSALIN.....	E	
		PEMERIKSAAN KESEHATAN ANAK.....	F	
		LAINNNYA, SEBUTKAN	X	
H134	Secara keseluruhan, bagaimana kepuasan ibu terhadap pelayanan yang diberikan oleh petugas kesehatan (JAWABAN H107)	SANGAT PUAS	1	
		PUAS	2	
		KURANG PUAS	3	
		TIDAK PUAS	4	
H135	Bila ibu merasa tidak puas, apa yang ibu lakukan?	MENGADU KE PIMPINAN FASILITAS/PETUGAS.....	A	
		MENULIS SARAN UNTUK DIMASUKKAN KE KOTAK SARAN	B	
		MARAH KE PETUGAS.....	C	
		MARAH TIDAK DIHADAPAN PETUGAS.....	D	
		TIDAK MENGANJURKAN ORANG LAIN UNTUK DATANG.....	X	
		LAINNYA (SEBUTKAN):	Y	
		TIDAK MELAKUKAN APA APA	Z	
H136	Apakah ibu akan menganjurkan orang lain untuk juga mendapatkan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh petugas/fasilitas tersebut (JAWABAN H107)	YA.....	1	
		TIDAK.....	2	
		TIDAK TAHU	3	
H137	Dalam setahun terakhir apakah Ibu pernah mendapatkan informasi tentang KB, kehamilan, persalinan dan perawatan bayi baru lahir?	YA.....	1	
		TIDAK.....	2	



NO	PERTANYAAN	KODE KATEGORI	SKIP
H138	Di mana/dari siapa Ibu mendapatkan informasi tersebut?	MAJALAH A KORAN B POSTER/ LEAFLET C BUKU SAKU D RADIO E TELEVISI F TEMPAT IBADAH G PERTEMUAN DESA H DI SEKOLAH I DI TEMPAT KERJA J DI PUSKESMAS/ RS/KLINIK K PETUGAS KESEHATAN L KADER KESEHATAN M TEMAN/KELUARGA N LAINNYA (SEBUTKAN) X TIDAK TAHU Z	

H2. PENGETAHUAN HIV DAN AIDS

NO	PERTANYAAN	JAWABAN dan KODE KATEGORI	SKIP
H201	Apakah ibu pernah mendengar tentang penyakit HIV/AIDS?	YA 1 TIDAK 2	→ STOP
H202	Darimana saja ibu mendengar tentang penyakit HIV/AIDS? Ada lagi? (PROBING)	RADIO A TELEVISI B KORAN C MAJALAH D POSTER/PAMPHLET/SPANDUK E PETUGAS KESEHATAN F PUSKESMAS/RS/KLINIK G KADER KESEHATAN H LEMBAGA KEAGAMAAN I SEKOLAH J PERTEMUAN DESA K TEMAN/KELUARGA/SUAMI L TEMPAT KERJA M LAINNYA (SEBUTKAN) X TIDAK TAHU Z	
H203	Menurut ibu, bagaimana penyakit HIV/AIDS dapat menular?	PERTUKARAN CAIRAN TUBUH A DARI IBU PENDERITA KEPADA ANAK YANG DIKANDUNG B DARI SUAMI PENDERITA KEPADA ISTRI C PENGGUNAAN JARUM SUNTIK SECARA BERSAMA D LAINNYA, SEBUTKAN X TIDAK TAHU Z	
H204	Menurut ibu, bagaimana cara mencegah penyakit HIV/AIDS?	TIDAK MELAKUKAN HUBUNGAN SEKS A SETIA TERHADAP SATU PASANGAN B GUNAKAN KONDOM PADA SETIAP HUBUNGAN SEKS C TIDAK BERTUKAR JARUM SUNTIK BERSAMAAN D LAINNYA, SEBUTKAN X TIDAK TAHU Z	

a | b |

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NO	PERTANYAAN	JAWABAN dan KODE KATEGORI	SKIP
H205	a. Menurut ibu, di mana saja seseorang dapat memperoleh pelayanan yang memberikan penjelasan HIV/AIDS (konseling) dan melakukan uji/tes HIV/AIDS? b. Menurut ibu, di mana saja seseorang dapat mencari pengobatan untuk penyakit kelamin?	RUMAH SAKIT A	A
		PUSKESMAS B	B
		KLINIK C	C
		RUMAH BERSALIN..... D	D
		UNIT KESEHATAN KELILING..... E	E
		DOKTER PRAKTEK F	F
		BIDAN PRAKTEK..... G	G
		POLINDES..... H	H
		BIDAN DI DESA I	I
		SEKOLAH..... J	J
		GEREJA/MASJID K	K
		HOTLINE HIV/AIDS..... L	L
		LSM YANG MENANGANI HIV/AIDS..... M	M
		YAYASAN/LEMBAGA YANG MENANGANI HIV/AIDS..... N	N
		DUKUN..... O	O
		A. LAINNYA, SEBUTKAN _____ X	X
		B. LAINNYA, SEBUTKAN _____ X	X
TIDAK TAHU Z	Z		

PENGUKURAN BERAT DAN TINGGI BADAN ANAK TERAKHIR
CATATLAH HASIL DALAM TABEL BERIKUT.

INFORMASI IDENTIFIKASI				HASIL DAN CARA PENGUKURAN		
NO BARIS ANGGOTA RUMAH TANGGA *	NAMA	TANGGAL, BULAN DAN TAHUN LAHIR **	SEX ANAK	TINGGI BADAN	METODE PENGUKURAN TINGGI BADAN ANAK	BERAT BADAN
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
				CM	1: BERBARING 2: BERDIRI	KG
<input type="text"/>		<input type="text"/>	L P	<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>

* No baris ini harus sama dengan yang ditulis pada B101 halaman 2.
** Bagian ini harus diperoleh, lakukan konversi bila menggunakan penanggalan/kalender lokal.

PENGAMATAN:

O1	Luas bangunan rumah ini (perkiraan panjang dan lebar rumah)	DALAM METER PERSEGI..... <input type="text"/>
O2	Jenis atap terluas	BETON.....11 GENTING.....12 SIRAP13 SENG14 ASBES15 IJUK/RUMBIA.....16 LAINNYA, SEBUTKAN.....96
O3	Jenis dinding terluas	TEMBOK1 KAYU/BEBAK.....2 BAMBU3 LAINNYA, SEBUTKAN.....6
O4	Jenis lantai terluas	TANAH.....1 BUKAN TANAH.....2

UCAPKAN TERIMA KASIH ATAS WAKTU YANG DIBERIKAN OLEH RESPONDEN

LAMPIRAN 3

PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM DAN DISKUSI KELOMPOK TERARAH

PANDUAN DISKUSI KELOMPOK TERARAH UNTUK IBU/BAPAK BALITA

Untuk MODERATOR:

- DKT ini bertujuan untuk mengumpulkan informasi perilaku pencarian pertolongan kesehatan ketika sakit, dan kepuasan terhadap layanan kesehatan, serta pendapat responden terhadap kualitas pelayanan kesehatan reproduksi/pelayanan kesehatan kehamilan (Making Pregnancy Saver/MPS), termasuk layanan keluarga berencana;
- Panduan ini memberikan beberapa arahan diskusi yang akan dilakukan pada DKT;
- **Diskusi** sebaiknya dilakukan menurut alurnya sehingga informasi yang didapat benar-benar terpenuhi;
- Besarkan hati/doronglah peserta untuk terbuka dan bebas dalam mengutarakan pendapatnya; **(sebaiknya dalam pembukaan dijelaskan bahwa: “saya tidak akan memberikan penilaian salah atau benar terhadap jawaban ibu-ibu [bapak-bapak], semua jawaban ibu [bapak] penting, ibu [bapak] bebas mengeluarkan pendapat”)**
- Tolong diperhatikan bahwa sebagian responden mungkin terlalu menguasai diskusi (terlalu banyak bicara/**dominan**) sehingga tidak memberikan kesempatan kepada peserta lainnya untuk mengutarakan pendapat dalam diskusi. Untuk mengatasi peserta yang dominan, moderator bisa mengatakan kepada peserta yang dominan tersebut misalnya “terimakasih atas informasi yang telah diberikan dan sekarang saya akan memberikan kesempatan kepada ibu-ibu [bapak-bapak] lain untuk memberikan informasinya”. Moderator kemudian mengarahkan perhatiannya (dengan menghadapkan muka) kepada peserta diskusi lainnya (*body language*: untuk yang pendiam perhatian ditujukan padanya (mata dan tubuh); yang dominan kita alihkan, tidak ada penilaian)
- Lembar daftar hadir yang **berisi karakteristik informan (nama, umur, pendidikan, pekerjaan, jumlah anak, umur bayi terakhir dll) diisi sebelum DKT berlangsung.**
- **Probing** perlu dilakukan untuk beberapa kondisi, seperti menjelaskan pertanyaan yang kurang dimengerti, ketika jawaban responden di luar konteks, atau mengingatkan konteks pertanyaannya. **Probing adalah upaya peneliti dengan mengajukan pertanyaan lanjutan (elaborasi) terhadap jawaban informan untuk mendapatkan penjelasan yang lebih lengkap atau untuk klarifikasi jika jawaban informan tidak konsisten.**
- **Jangan** mengarahkan atau memberi petunjuk jawaban dari pertanyaan yang dilontarkan; Bila pertanyaan dijawab belum sesuai yg dimaksud, maka sampaikan bahwa yg dimaksud bukanlah hal tersebut.
- Alat perekam sebaiknya dipersiapkan sebelum memulai DKT, termasuk uji coba alat perekam dengan mencoba merekam dan memutar ulang hasil rekaman tersebut;
- Mintalah ijin untuk merekam, jelaskan bahwa hasil laporan DKT ini tidak akan menampilkan nama atau identitas dari peserta, artinya semua jawaban akan aman
- Kesimpulan disampaikan, dan tanyakan apakah masih ada informasi yang belum diringkas/disimpulkan.
- Bila ada pertanyaan-pertanyaan di sela diskusi, mohon disimpan dulu pertanyaan tersebut, dan akan dijelaskan pada akhir diskusi; atau sampaikan bahwa pertanyaan tersebut akan dapat dijelaskan oleh petugas kesehatan yg berwenang
- Setelah selesai jangan lupa untuk berTERIMA KASIH kepada para peserta DKT;

- Hal penting lainnya adalah jangan lupa menulis pada LABEL kaset perekam untuk tanggal/waktu/tempat DKT/jenis informannya
- Terima kasih atas kesediaan anda menjadi moderator dan semoga sukses.

PERKENALAN

Selamat (pagi, siang, sore, malam), nama saya _____ dari Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia. TERIMA KASIH kami ucapkan kepada ibu-ibu [*bapak-bapak*] disini yang bersedia meluangkan waktunya untuk hadir menjadi peserta diskusi kelompok ini. Kami saat ini sedang melakukan penelitian tentang kesehatan, terutama kesehatan ibu dan anak. Untuk itu kami ingin mendengar sendiri dari ibu-ibu [*bapak-bapak*] yang ada disini mengenai hal-hal seputar kesehatan ibu dan anak tersebut. Selain saya, ada rekan-rekan saya, yaitu _____ dari; _____ dari; dan _____ dari

Mengingat pentingnya hal ini, maka kami akan MEREKAM jalannya diskusi ini, karena kami tidak ingin kehilangan **informasi dari ibu-ibu [*bapak-bapak*], untuk itu kami mohon ijin untuk merekamnya.** Perlu juga ibu [*bapak*] ketahui bahwa kami **tidak akan menuliskan** nama ibu [*bapak*] pada hasil penelitian ini. Jadi, ibu-ibu [*bapak-bapak*] jangan ragu-ragu untuk menjawab, atau mengutarakan pendapat kepada kami. Karena masukan-masukan, baik itu kritik atau saran, pastinya akan bermanfaat.

Baiklah ibu-ibu [*bapak-bapak*], sekarang kami ingin mengenal ibu [*bapak*] dan latar belakang keluarga ibu [*bapak*], bagaimana jika kita mulai dari sebelah kanan saya, **siapa nama ibu [*bapak*]?, dari mana asalnya?, dan apa pekerjaannya?** [pertanyaan sesuai dengan lembar identitas peserta DKT] **Sebaiknya untuk mengingat nama peserta diskusi, lebih baik pada saat peserta diskusi memperkenalkan namanya kemudian moderator dan pencatat membuat gambar lingkaran dan mencatat nama-nama peserta di kertas, sehingga jika moderator tidak ingat namanya, bisa melihat catatan tersebut.**

Pada saat ini kita bisa sekaligus melakukan identifikasi peserta manakah yang mendominasi pembicaraan dan peserta mana yang tidak mau bicara. Perhatikan dan selalu ingatkan untuk peserta agar mau bicara terbuka dan apa adanya. Jagalah dinamika diskusi sejak awal. Memancing peserta untuk berbicara dengan cara menyebut nama adalah hal yang paling baik. "Kalo menurut ibu [*bapak*] _____ (NAMA) bagaimana?"

JANGAN LUPA: Untuk notulis/pencatat, juga membuat diagram skema tempat duduk dengan nomor peserta, sesuai dengan list peserta. Jadi dalam mencatat diskusi maka yang ditulis dirujuk ke nomor peserta. Hal ini juga berguna untuk mencatat proses diskusi misalnya penjelasan untuk peserta yang dominan atau pendiam, ekspresi peserta diskusi, dan hal-hal lain yang terjadi saat diskusi.

**PANDUAN DISKUSI KELOMPOK TERARAH (DKT)
SURVEY DATADASAR RUMAHTANGGA UNTUK
PROGRAM DUKUNGAN SEKTOR KESEHATAN DI NTB AND NTT**

Januari 2007

DKT untuk Ibu [*Bapak) dengan Balita**

*) tanda [*cetak miring*] hanya ditanyakan pada bapak

TOPIK I:

KEHAMILAN, PERSALINAN, DAN PERSIAPAN/BANTUAN DARI KELUARGA/MASYARAKAT PADA PROSES, TERMASUK PEMANFAATAN LAYANAN KESEHATAN

1. [**Persiapan persalinan**] Tolong ceritakan kepada kami, apa yang ibu [*bapak*] lakukan ketika ibu [*istri bapak*] hamil? (Mulai dari saat pertama kali tahu kalau hamil, sampai dengan bersalin) [Probing: pemeriksaan kehamilan (kapan, kemana, pada siapa); kebiasaan makan (pantangan, anjuran, dll); adat/budaya (pada saat hamil/bersalin/nifas); sikap dan perlakuan suami/ anggota keluarga lainnya untuk persiapan persalinan]
2. [**Komplikasi dan rujukan**] Apa yang dilakukan keluarga/masyarakat pada ibu hamil ketika kehamilan atau persalinannya mengalami masalah? [Probing: bagaimana deteksi dini kelainan/ komplikasi kehamilan/persalinan; bagaimana keputusan rujukan kesehatan (siapa memutuskan, kemana dirujuk, siapa yang menangani) → bentuk kerjasama/gotong royong apa di masyarakat?] [-> Gali juga tentang **3 terlambat** untuk masalah persalinan (terlambat mendeteksi, terlambat dirujuk, terlambat ditangani)]
3. [**Desa Siaga**] Pernah dengan tentang desa SIAGA? Ceritakan, dan bagaimana situasinya di desa ibu [*bapak*] mengenai desa Siaga ini? [Probing: siapa pengurusnya, kegiatan apa saja yang dilakukan, keterlibatan masyarakat dengan kegiatannya, apa manfaat yang dirasakan]
4. [**ASKESKIN**] Kita ke masalah lain, bagaimana pendapat ibu [*bapak*] tentang ASKESKIN? [Probing: Bagaimana cara mendapatkannya? Apakah distribusinya merata? Bagaimana kemanfaatannya? (Keuntungan; kerugian; dsb) Bisa digunakan untuk apa saja?]

Kini kita menuju topik berikutnya, yaitu:

TOPIK II:

PENCARIAN PERTOLONGAN DAN AKSES KE LAYANAN KESEHATAN

5. [**Self-care**] Jika keluarga ibu [*bapak*] menderita sakit, apa yang pertama kali ibu [*bapak*] lakukan? [Probing: Jika yang dilakukan pertama kali adalah 'self-care' gali dengan pertanyaan mengapa, apa yang dilakukan, apa yang diberikan, darimana mendapatkannya, jika belum sembuh juga apa yang dilakukan kemudian]

6. **[Jenis fasilitas]** Jika pencarian pertolongan pertama merujuk pada salah satu jenis fasilitas kesehatan, gali lebih dalam mengapa menggunakan fasilitas tersebut, adakah alasan khusus dalam pemilihan fasilitas tersebut, siapa yang memutuskan untuk memilih fasilitas tersebut dan mengapa harus 'dia' yang memutuskan? Untuk jenis penyakit yang mana saja responden memilih fasilitas yang disebutkan? Adakah memilih fasilitas berbeda untuk penyakit yang berbeda? Mengapa, alasannya?
7. **[Jenis fasilitas yang tidak dipilih]** Adakah jenis fasilitas kesehatan yang sama sekali **tidak pernah dipilih** oleh responden? Jika ada, mengapa dan alasan tidak memilih fasilitas tersebut. Jika alasannya BIAYA, adakah fasilitas ASKESKIN digunakan?
8. **[Penentuan keputusan]** Berapa lama waktu yang dibutuhkan dalam memutuskan pemilihan layanan kesehatan yang mana yang dipilih? [Probing: jika ada jawaban yang mengarah pada penundaan yang agak lama (> 6 jam), tanyakan mengapa penundaan itu dilakukan, atas alasan apa]
9. **[Fasilitas layanan gratis]** Sejauh pengetahuan responden, adakah fasilitas layanan kesehatan GRATIS di daerah ini? Jika ada, apakah dimanfaatkan secara maksimal oleh masyarakat? Jika ada dan ternyata tidak dimanfaatkan, mengapa dan alasannya.
10. **[Kepuasan layanan]** Jika kita bicara tentang 'kepuasan layanan' kesehatan, bagaimana penilaian dan tingkat kepuasan yang dirasakan oleh ibu [bapak] disini terhadap kualitas layanan kesehatan dari fasilitas kesehatan yang ibu [bapak] pilih di atas? Mulai dari petugas layanan kesehatannya (dokter/bidan/perawat/dll: hubungan antar manusia yang dijalin, keahlian/ketrampilan yang ditunjukkan saat melakukan layanan, dsb); dan suasana fasilitas layanan (keamanan, kebersihan, kenyamanan, keterjangkauan biaya, dsb).
11. **[Partisipasi petugas kesehatan di masyarakat]** Menurut pengamatan ibu [bapak] bagaimana keterlibatan petugas kesehatan di masyarakat? Seberapa sering mereka turun ke masyarakat untuk memberikan penyuluhan atau penyebaran informasi kesehatan lainnya? Atau adakah kegiatan rutin di desa ibu [bapak] yang membahas masalah kesehatan di masyarakat? Bagaimana keterlibatan para tokoh masyarakat dan/atau tokoh agama dalam meningkatkan status kesehatan masyarakatnya?
12. **[Informasi kesehatan]** Tolong ceritakan, selama ini informasi kesehatan apa saja yang pernah ibu [bapak] dapatkan melalui petugas kesehatan? Menurut responden apakah informasi tersebut mencukupi dan memuaskan keingintahuan responden? Kritik, saran dan harapan ke depan untuk informasi kesehatan ke masyarakat?

TOPIK III:

BAGAIMANA PENCEGAHAN UNTUK KEHAMILAN YANG TIDAK DIKEHENDAKI

13. **[KTD]** Pendapat ibu [bapak] untuk segala sesuatu yang berkaitan dengan kehamilan yang tidak dikehendaki [Probing: bisa karena tidak ingin punya anak lagi; karena 'kecelakaan' (pada remaja); karena tidak ada suami; atau lainnya]
14. **[Aborsi]** Apa yang biasanya masyarakat lakukan untuk kejadian tersebut? [Probing: Jika ada yang menjawab ABORSI → gali lebih dalam: dilakukan oleh siapa, dimana, legalitas prakteknya, dsb]

15. **[Pencegahan KTD]** Sejauh pengetahuan ibu [*bapak*] adakah langkah-langkah pencegahan oleh masyarakat untuk supaya tidak menjadi hamil (yang tidak dikehendaki) – pada remaja atau ibu rumah tangga? Layanan apa yang sebetulnya diperlukan oleh mereka (yang ingin mencegah kehamilan tidak dikehendaki)?
16. **[KB]** Ketika kita berbicara mengenai layanan KB, bagaimana menurut pandangan ibu [*bapak*] tentang KB itu sendiri? [Probing: tanyakan juga apakah mereka ber-KB? Jenis apa yang mereka gunakan? Jika ada jenis yang tidak disebutkan, tanyakan mengapa mereka tidak menggunakan jenis tersebut]
17. **[Layanan KB]** Tanggapan ibu [*bapak*] mengenai layanan KB di daerah ini? Bagaimana layanannya, adakah kepuasan untuk layanan tersebut.
18. **[Layanan KB untuk Remaja]** Bagaimana pendapat ibu [*bapak*] jika **ada** layanan KB untuk remaja (yang belum menikah)

Nah, kami rasa diskusi kita sudah hampir selesai, barangkali ibu [*bapak*] ingin memberikan kritik, saran dan harapan lainnya untuk diskusi kita kali ini? Silahkan.....

Pada akhir DKT, Moderator menyimpulkan hasil diskusi secara garis besar, baru kemudian menutup diskusi dengan mengucapkan terimakasih.

Terima kasih ibu-ibu [*bapak-bapak*] sekalian, kita sudah berdiskusi hampir selama _____ jam. Terima kasih untuk semua jawaban, pendapat dan keterbukaan ibu-ibu [*bapak-bapak*] sekalian terhadap pertanyaan yang kita ajukan. Harapan kita adalah semoga diskusi kita ini bermanfaat untuk perbaikan layanan kesehatan yang ada. Demikian, sekali lagi terima kasih dan sukses selalu.

PANDUAN WAWANCARA MENDALAM UNTUK PIHAK BERKEPENTINGAN (STAKEHOLDER)

Untuk PEWAWANCARA:

- Wawancara ini mempunyai tujuan untuk mengumpulkan informasi tentang persepsi serta sudut pandang para pemangku jabatan terkait dengan bidang kesehatan terhadap kualitas pelayanan kesehatan, terutama layanan kesehatan reproduksi dan kesehatan ibu (termasuk layanan KB) dan juga sistem kesehatan yang ada di daerah ini;
- Panduan ini berisi garis-garis besar hal-hal yang bisa memberikan arahan dalam menggali wawancara mendalam ini;
- Sebaiknya alur wawancara mengikuti alur panduan ini untuk mendapatkan informasi yang lengkap. Untuk itu pelajari dan fahami panduan ini dengan seksama;
- Besarkan hati/doronglah informan untuk terbuka (jangan merasa takut) dan bebas dalam mengutarakan pendapatnya; **(sebaiknya dalam pembukaan dicantumkan kalimat “saya tidak akan memberikan penilaian salah atau benar terhadap jawaban bapak/ibu, semua jawaban bapak/ibu penting, sehingga bapak/ibu bebas mengeluarkan pendapat”)**
- **Probing** perlu dilakukan untuk beberapa kondisi, seperti menjelaskan pertanyaan yang kurang dimengerti, ketika jawaban responden di luar konteks, atau mengingatkan konteks pertanyaannya. **Probing adalah upaya peneliti dengan mengajukan pertanyaan lanjutan (elaborasi) terhadap jawaban informan untuk mendapatkan penjelasan yang lebih lengkap atau untuk klarifikasi jika jawaban informan tidak konsisten;**
- **Jangan** mengarahkan atau memberi petunjuk jawaban dari pertanyaan; bila pertanyaan dijawab belum sesuai dengan yang dimaksud, maka sampaikan bahwa yang dimaksud bukanlah hal tsb;
- Alat perekam dan pencatat sebaiknya dipersiapkan sebelum memulai wawancara, termasuk uji coba alat perekam dengan mencoba merekam dan memutar ulang hasil rekaman tersebut.
- Mintalah ijin untuk merekam, jelaskan bahwa hasil laporan wawancara ini tidak akan menampilkan nama atau identitas dari informan, artinya semua jawaban akan aman
- Kesimpulan disampaikan, dan tanyakan apakah masih ada informasi yang belum diringkas/disimpulkan.
- Bila ada pertanyaan-pertanyaan di sela wawancara, mohon disimpan dulu pertanyaan tersebut, dan akan dijelaskan pada akhir wawancara; atau sampaikan bahwa pertanyaan tersebut akan dapat dijelaskan oleh petugas kesehatan yang berwenang
- Setelah wawancara jangan lupa untuk berTERIMA KASIH dengan informan;
- Hal penting lainnya adalah jangan lupa menulis pada LABEL kaset perekam untuk tanggal/waktu wawancara dan identitas informan;
- Terima kasih atas kesediaan anda menjadi pewawancara dan selamat bertugas.

**PANDUAN WAWANCARA MENDALAM
SURVEY DATADASAR RUMAHTANGGA UNTUK
PROGRAM DUKUNGAN SEKTOR KESEHATAN DI NTB AND NTT**

Januari 2007

Informan:

**Bupati; Anggota DPRD; Anggota/Kepala Dinkes, BKKBN;
Tokoh Masyarakat/Agama dan [LSM, PKK] *)**

*) artinya tanda [*italic*] ditanyakan pada anggota LSM/PKK

Selamat (pagi, siang, sore, malam), nama saya _____ dari Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia. TERIMA KASIH kami ucapkan kepada bapak/ibu yang bersedia meluangkan waktunya untuk wawancara. Kami saat ini sedang melakukan penelitian tentang kesehatan, terutama kesehatan ibu dan anak. Untuk itu kami ingin mendengar sendiri dari bapak/ibu mengenai hal-hal seputar kesehatan ibu dan anak tersebut.

Mengingat pentingnya hal ini, maka kami akan MEREKAM jalannya wawancara ini, karena kami tidak ingin kehilangan **informasi dari bapak/ibu, untuk itu kami mohon ijin untuk merekamnya**. Tidak ada kriteria jawaban BENAR atau SALAH, untuk itu jawaban apapun akan kami terima dengan terbuka. Perlu juga bapak/ibu ketahui bahwa kami **tidak akan menuliskan** nama bapak/ibu pada hasil penelitian ini. Jadi, bapak/ibu jangan ragu-ragu untuk menjawab, atau mengutarakan pendapat kepada kami. Karena masukan-masukan, baik itu kritik atau saran, pastinya akan bermanfaat.

Baiklah, sekarang kami ingin mengenal bapak/ibu dan latar belakang bapak/ibu, yang pertama adalah **siapa nama lengkap bapak/ibu?, pendidikan terakhir? dari mana asalnya?, apa jabatan di institusi/lembaga/[organisasi]?, [bergerak dalam bidang apakah organisasi bapak/ibu ini?] Apa area interest bapak/ibu?**

Selanjutnya, kami akan mulai pada topik wawancara kita.

1. [**Komitmen**] Mohon dijelaskan mengenai bidang tanggung jawab dari bapak/ibu [di daerah ini] [*pada organisasi ini*]? Bagaimana hubungan antara bidang tanggung jawab bapak/ibu tersebut dengan sistem kesehatan yang berlaku di daerah ini? [Gali hal ini dari jawaban sebelumnya]
2. [**Kondisi saat ini**] Dari pengamatan bapak/ibu selama ini, apa masalah utama kesehatan di daerah ini? Bagaimana masyarakat mengatasi masalah tersebut? Sejauh mana [pemerintah] [*organisasi bapak/ibu*] berpartisipasi dalam menanggulangi masalah kesehatan tersebut (Probing: kebijakan, atau program, atau intervensi yang dilakukan) Bagaimana hasilnya? [Kalau tidak dinyatakan, tanyakan secara spesifik bagaimana masalah kesehatan ibu dan kesehatan anak] Komitmen apakah yang diberikan [pemerintah] [*organisasi bapak/ibu*] untuk keberhasilan bidang kesehatan di daerah ini? [Seberapa besar alokasi dana/kebijakan untuk menanggulangi masalah-masalah kesehatan tersebut]
3. [**Kondisi yang diharapkan**] Peluang apakah yang bapak/ibu lihat dalam rangka dukungan pada bidang kesehatan? Apa harapan bapak/ibu untuk bidang kesehatan di daerah ini? Rencana ke depan apa yang bapak/ibu akan lakukan dalam mendukung keberhasilan peningkatan status kesehatan di daerah ini?

4. [**Desentralisasi**] Menurut pendapat bapak/ibu, bagaimana pengaruh kebijakan desentralisasi terhadap bidang kesehatan? (Probing: pengaruh positif atau negatifnya; kekuatan atau kelemahannya; keuntungan atau kerugiannya) Peluang apakah yang bisa bapak/ibu lihat untuk desentralisasi bidang kesehatan ini?
5. [**Perceived SDM**] Sejauh pengamatan bapak/ibu terhadap petugas kesehatan (dokter, bidan, dll) yang ada di wilayah ini, bagaimana penilaian untuk kinerja mereka? Mohon pendapat bapak/ibu tentang dokter PTT. Pendapat untuk sistem penempatan dokter yang sekarang berjalan? Kritik, saran dan harapan?
6. [**Dukun**] Jika berkaitan dengan kesehatan ibu hamil, bagaimana pendapat bapak/ibu tentang dukun? Menguntungkan? Merugikan? Kebijakan? Bagaimana masyarakat memanfaatkan dukun? Bagaimana bapak/ibu “melihat” seorang “dukun”?
7. [**Partisipasi masyarakat**] Pengamatan dan pendapat bapak/ibu tentang posyandu? Pemanfaatan posyandu oleh masyarakat?
8. [**Persepsi terhadap pelayanan swasta dan pemerintah**] Keberadaan rumah sakit atau layanan kesehatan dari pihak swasta (yayasan keagamaan, persatuan profesi, atau lainnya)? Pengaruhnya di masyarakat? Kebijakan untuk layanan kesehatan swasta?

Dari diskusi ini apakah bapak/ibu ingin menambahkan sesuatu? Untuk perbaikan layanan kesehatan di daerah ini? Apa yang menurut bapak/ibu anggap paling penting/segera diperbaiki?

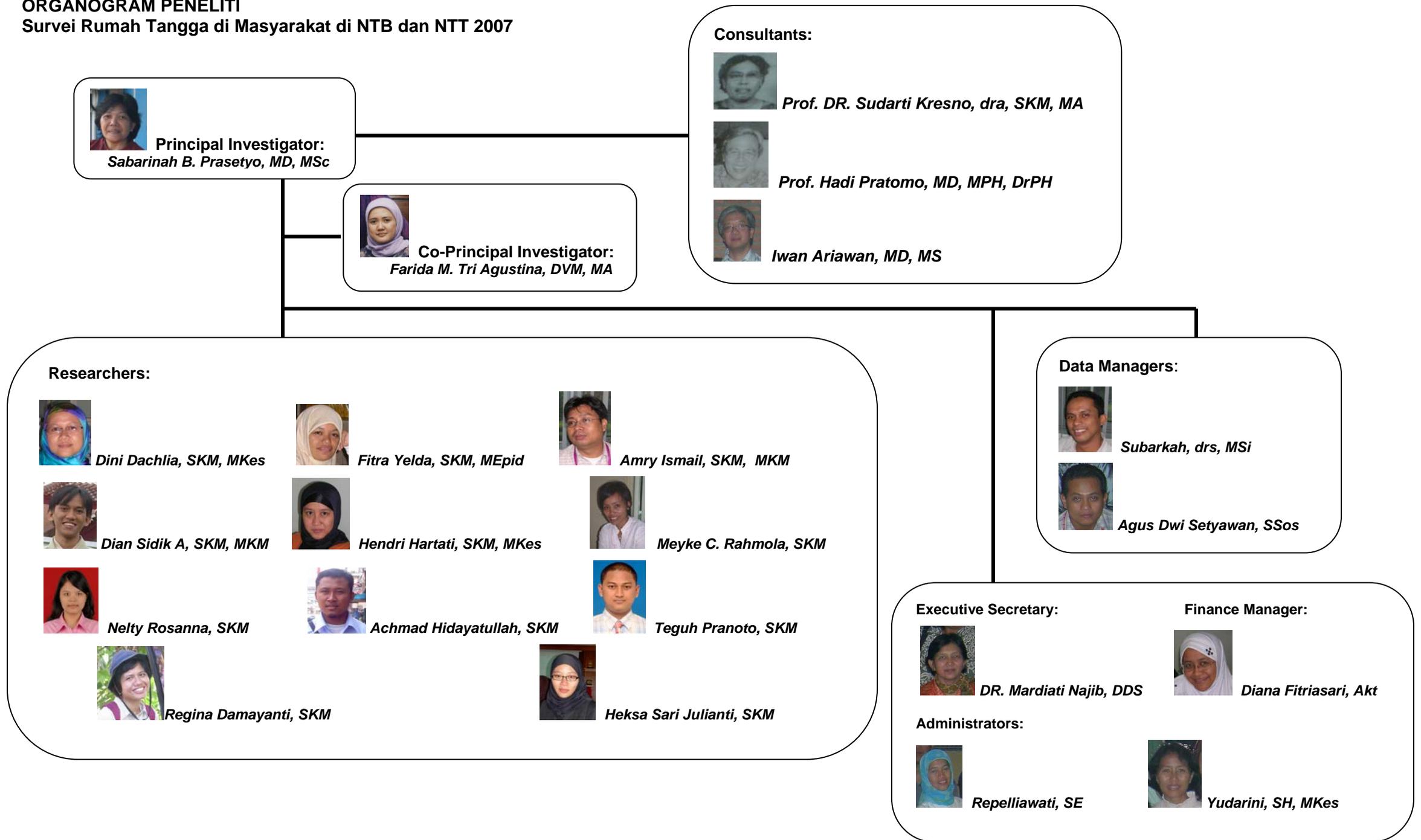
Pada akhir wawancara, Pewawancara menyimpulkan hasil wawancaranya secara garis besar, baru kemudian menutup wawancara tersebut dengan mengucapkan terimakasih.

Terima kasih bapak/ibu, kita sudah berdiskusi hampir selama _____ jam. Terima kasih untuk semua jawaban, pendapat dan keterbukaan bapak/ibu terhadap pertanyaan yang kita ajukan. Harapan kita adalah semoga diskusi kita ini bermanfaat untuk perbaikan layanan kesehatan yang ada. Demikian, sekali lagi terima kasih dan sukses selalu.

LAMPIRAN 4

ORGANISASI TIM PENELITIAN

ORGANOGRAM PENELITI
Survei Rumah Tangga di Masyarakat di NTB dan NTT 2007



Peneliti Lapangan

No	Nama	Area	Posisi
1.	Ruth Stella Thei	Pulau Lombok	Island Field Coordinator
2.	Arif Rachman	Pulau Sumbawa	Island Field Coordinator
3.	Salmiyati Kaunang	Pulau Timor	Island Field Coordinator
4.	Yohanes Wilhelmus Pega	Pulau Flores	Island Field Coordinator
5.	Sri Supartiningsih	Kota Mataram	District Field Coordinator
6.	Herlina	Lombok Tengah	District Field Coordinator
7.	Cahyowati	Lombok Barat	District Field Coordinator
8.	Rosmilawati	Lombok Timur	District Field Coordinator
9.	Deni Wan Putra	Sumbawa Barat	District Field Coordinator
10.	Husnulyati	Sumbawa	District Field Coordinator
11.	Rukyatul Hilaliyah	Dompu	District Field Coordinator
12.	Zuriati	Kabupaten Bima	District Field Coordinator
13.	Nurfarhati	Kota Bima	District Field Coordinator
14.	Yopie	Lembata	District Field Coordinator
15.	Maria Meak	Sikka	District Field Coordinator
16.	Yakobus Dewa Raya Lamablawa	Flores Timur	District Field Coordinator
17.	Emiliana	Ende	District Field Coordinator
18.	Donatus Meak	Manggarai	District Field Coordinator
19.	Daniel F Wogo	Ngada	District Field Coordinator
20.	Jacobus Wara	Manggarai Barat	District Field Coordinator
21.	Maria Bano	Kota Kupang	District Field Coordinator
22.	Simon Seran	Kabupaten Kupang	District Field Coordinator
23.	Kiswa Ariyani	Timor Tengah Utara	District Field Coordinator
24.	Lewi Jutomo	Timor Tengah Selatan	District Field Coordinator
25.	Silverius Leki	Belu	District Field Coordinator
26.	Wem J Saduk	Rote Ndao	District Field Coordinator
27.	Yublina Padarangga	Sumba Barat	District Field Coordinator
28.	Sulaiman Landi	Sumba Timur	District Field Coordinator
29.	Rahmat Zainudin	Alor	District Field Coordinator

± 280 enumerators