



**FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEPATUHAN DUKUN
BERMITRA DALAM MELAKUKAN PERTOLONGAN PERSALINAN
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS BANGSALSARI**

SKRIPSI

Oleh

**Izza Afkarina
NIM 122110101183**

**BAGIAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2016**



**FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEPATUHAN DUKUN
BERMITRA DALAM MELAKUKAN PERTOLONGAN PERSALINAN
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS BANGSALSARI**

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat
untuk menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat
dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh

**Izza Afkarina
NIM 122110101183**

**BAGIAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2016**

PERSEMBAHAN

Halaman ini saya persembahkan untuk:

1. Allah SWT, atas segala rahmat serta hidayah-Nya.
2. Orangtua saya yang telah memberikan do'a, motivasi, dan dukungan.
Terimakasih atas segalanya.
3. Saudara saya M. Zidni Islahul Umam.
4. Keluarga besar saya di Desa Loji Lor Kaliwining Rambipuji.
5. Semua guru sejak taman kanak-kanak hingga perguruan tinggi.
6. Teman-teman saya di peminatan AKK 2012, UKM Lentera, kelompok PBL 12, tempat magang di Dinas Kesehatan Kabupaten Bondowoso, dan Tempat tinggal Nakula 10.
7. Almamater tercinta Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

MOTTO

Allah tidak membebani seseorang itu melainkan sesuai dengan kesanggupannya.

*)



*) QS. Al-Baqarah ayat 286. 2005. *Al-Qur'an dan Terjemahannya*. Bandung: CV Penerbit Diponegoro

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Izza Afkarina

NIM : 122110101183

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul : *Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Dukun Bermitra dalam Melakukan Pertolongan Persalinan di wilayah kerja Puskesmas Bangsalsari* adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada institusi manapun, serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan skripsi ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, Desember2016

Yang menyatakan,

Izza Afkarina
NIM 122110101183

PEMBIMBINGAN

SKRIPSI

**FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEPATUHAN DUKUN
BERMITRA DALAM MELAKUKAN PERTOLONGAN PERSALINAN
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS BANGSALSARI**

Oleh

Izza Afkarina
NIM 122110101183

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Nuryadi, S.KM., M.Kes

Dosen Pembimbing Anggota : Dwi Martiana Wati, S.Si., M.Si

PENGESAHAN

Skripsi yang berjudul *Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Dukun Bermitra dalam Melakukan Pertolongan Persalinan di wilayah kerja Puskesmas Bangsalsari* telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada:

Hari : Jum'at

Tanggal : 09 Desember 2016

Tempat : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Tim Penguji

Ketua

Sekretaris

Novia Luthviatin, S.KM., M.Kes.
NIP. 19801217 200501 2 002

Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes.
NIP. 19820723 201012 1 003

Anggota

dr. Koeshar Yudyarto
NIP. 19720606 200212 1 011

Mengesahkan
Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Jember

Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes.
19800516200312 2 002

RINGKASAN

Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Dukun Bermitra dalam Melakukan Pertolongan Persalinan di wilayah kerja Puskesmas Bangsalsari;

Izza Afkarina, 122110101183; 2016; 175 halaman; Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Berdasarkan data dari Puskesmas Bangsalsari (2015), persalinan dukun di wilayah kerja Puskesmas Bangsalsari mencapai 110 persalinan. Jumlah dukun bayi yang tercatat di wilayah kerja Puskesmas Bangsalsari yaitu 34 dukun bayi dan seluruhnya sudah bermitra (Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, 2015). Seluruh dukun juga telah menyatakan sepakat bekerjasama dalam pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun. Tugas dukun dalam kemitraan bidan dan dukun ditekankan pada alih peran dukun dalam menolong persalinan menjadi merujuk ibu hamil dan merawat ibu nifas dan bayi baru lahir berdasarkan kesepakatan antara bidan dengan dukun (Depkes RI, 2008b:3). Dengan demikian, dapat dikatakan bahwa dukun bayi di wilayah kerja Puskesmas Bangsalsari masih menolong persalinan walaupun sudah bermitra. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor yang berhubungan dengan kepatuhan dukun bermitra dalam melakukan pertolongan persalinan di wilayah kerja Puskesmas Bangsalsari.

Penelitian ini merupakan penelitian yang bersifat analitik yang dilakukan dengan pendekatan *cross sectional*, yang dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Bangsalsari Kabupaten Jember dan dilakukan pada bulan September hingga Desember 2016. Jumlah sampel pada penelitian ini adalah seluruh dukun bermitra yaitu 24 responden. Teknik pengambilan sampel yang dilakukan adalah *total sampling*. Variabel bebas pada penelitian ini dibedakan menjadi faktor internal (ciri individu (usia), pemahaman instruksi, sikap, motivasi, dan persepsi) dan faktor eksternal (komunikasi dan imbalan), dan variabel terikat adalah kepatuhan dukun bermitra dalam melakukan pertolongan persalinan di wilayah kerja

Puskesmas Bangsalsari. Teknik analisis data yang digunakan adalah uji *Chi-square*.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa berdasarkan faktor internal, mayoritas dukun bermitra berusia lanjut (≥ 60 tahun) (75%). Terdapat dukun bermitra yang masih memiliki tingkat pemahaman instruksi buruk, kurang, dan cukup (45,8%), memiliki tingkat sikap negatif (12,5%), memiliki tingkat motivasi sedang (16,7%), serta memiliki tingkat persepsi buruk dan sedang (24%). Berdasarkan faktor eksternal, terdapat dukun bermitra yang masih menilai komunikasi pada tingkat buruk (16,7%) dan menilai imbalan pada tingkat buruk (41,7%). Selain itu, terdapat dukun bermitra yang masih tidak patuh dalam melakukan pertolongan persalinan (29,2%). Berdasarkan hasil uji *Chi-square* menunjukkan bahwa faktor internal yang meliputi ciri individu (usia) ($p=0,629$), pemahaman instruksi ($p=0,659$), sikap ($p=0,194$), dan motivasi ($p=0,059$) tidak berhubungan, tetapi persepsi ($p=0,003$) berhubungan dengan kepatuhan dukun bermitra dalam melakukan pertolongan persalinan. Berdasarkan faktor eksternal, komunikasi ($p=0,552$) dan imbalan ($p=0,085$) tidak berhubungan dengan kepatuhan dukun bermitra dalam melakukan pertolongan persalinan.

Kesimpulan dari penelitian ini adalah berdasarkan faktor internal, mayoritas dukun bermitra di wilayah kerja Puskesmas Bangsalsari berusia lanjut (≥ 60 tahun). Terdapat dukun bermitra yang masih memiliki tingkat pemahaman instruksi buruk, kurang, dan cukup, tingkat sikap negatif, tingkat motivasi sedang, serta tingkat persepsi buruk dan sedang. Berdasarkan faktor eksternal, terdapat dukun bermitra yang masih menilai komunikasi dan imbalan berada pada tingkat yang baik. Berdasarkan kepatuhan, terdapat dukun bermitra yang masih tidak patuh dalam melakukan pertolongan persalinan. Hubungan faktor internal dengan kepatuhan menunjukkan bahwa ciri individu (usia), pemahaman instruksi, sikap, dan motivasi tidak berhubungan, tetapi persepsi berhubungan dengan kepatuhan dukun bermitra dalam melakukan pertolongan persalinan. Hubungan faktor eksternal dengan kepatuhan menunjukkan bahwa komunikasi dan imbalan tidak berhubungan dengan kepatuhan dukun bermitra dalam melakukan pertolongan persalinan.

SUMMARY

Factors Related to Partnered Traditional Birth Attendants Adherence in Assisted Delivery in Bangsalsari Health Center; Izza Afkarina; 122110101183; 2012; 175 Pages, Department of Health Policy and Administration, Faculty of Public Health, Universitas Jember.

Based on the data from Bangsalsari Health Center (2015), deliveries which were directly assisted by traditional birth attendants reached up to 110 deliveries, and the recorded number of traditional birth attendants were 34 traditional birth attendants who had been partnered with midwives (Jember District Health Office, 2015). This means they agreed to cooperate to implement partnership between midwives and traditional birth attendants. The responsibility of traditional birth attendants is emphasized to the role change from directly assist delivery to recommend the pregnant woman to ask help from the nearest available midwives, assist maternity mother in post-delivery state, and take care of the new born baby, based on the agreement between midwives and traditional birth attendants (Health Department of Indonesia, 2008). In short, the traditional birth attendants in Bangsalsari Health Center still directly assisted delivery although they had agreed to cooperate in the implementation of partnership between midwives and traditional birth attendants. This research aimed to analyze the factors related to partnered traditional birth attendants adherence in assisted delivery in Bangsalsari Health Center.

This research was an analytical study using cross sectional approach conducted in Bangsalsari Health Center, Jember District from September to December 2016. The sample was all partnered traditional birth attendants (24 respondents) and used total sampling method. The dependent variable in this study were categorized into internal factors (individual characteristics (age), instruction understanding, attitude, motivation, perception) and external factors (communication and reward) while the independent variable was partnered

traditional birth attendants adherence in assisted delivery. For data analysis, *Chi-square* technique was employed.

Based on internal factors, the result showed that majority of the partnered traditional birth attendants (75%) were aged (≥ 60 years old). There result showed that 45,8% of partnered traditional birth attendants had bad, insufficient, and moderate instruction understanding; 12,5% had negative attitude, 16,7% had moderate level of motivation, and 24% had bad and moderate perception. Meanwhile from the external factors, 16,7% of the partnered traditional birth attendants thought that the communication was bad and 41,7% thought that the reward was bad too. There were also 29,2% of partnered traditional birth attendants who had low adherence in helping delivery. The *chi-square* analysis revealed that the internal factors including age ($p=0,629$), understanding of instruction ($p=0,659$), attitude ($p=0,194$), and motivation ($p=0,059$) had no relationship, but perception ($p=0,003$) had significance relationship to the partnered traditional birth attendants adherence in assisted delivery. Based on external factors, communication ($p=0,552$) and reward ($p=0,085$) had no relationship.

In conclusion, the internal factors analysis indicated that majority of the partnered traditional birth attendants were aged (≥ 60 tahun). There were also partnered traditional birth attendants who had bad, insufficient, and moderate instruction understanding; had negative attitude; had moderate level of motivation; as well as had bad and moderate perception. The external factors analysis showed that there were partnered traditional birth attendants who thought that the communication and the reward they received for transportation in recommending the patient to go to nearest midwives were appropriate. While based on the adherence, there were partnered traditional birth attendants who disobeyed the rules in assisting delivery. The results indicated that internal factors including age, instruction understanding, attitude, and motivation had no relationship. However, perception was related to the partnered traditional birth attendants adherence in assisting delivery. There was no relationship between external factors (communication and reward) and the partnered traditional birth attendants adherence in assisting delivery.

PRAKATA

Puji syukur peneliti panjatkan kepada Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya, sehingga dapat terselesaikannya skripsi dengan judul Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Dukun Bermitra dalam Melakukan Pertolongan Persalinan di wilayah kerja Puskesmas Bangsalsari, sebagai salah satu persyaratan akademis dalam rangka menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Peneliti menyadari bahwa dalam penyusunan skripsi ini tidak akan terselesaikan dengan baik tanpa bantuan, bimbingan, dan petunjuk dari berbagai pihak khususnya Bapak Nuryadi, S.KM., M.Kes. dan Ibu Dwi Martiana Wati, S.Si., M.Si. selaku dosen pembimbing. Pada kesempatan ini penulis juga mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang besar kepada:

1. Ibu Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes., selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
2. Bapak Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes., selaku Ketua Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember sekaligus selaku sekretaris penguji.
3. Bapak Nuryadi, S.KM., M.Kes., selaku dosen pembimbing utama, yang telah memberikan arahan, koreksi, dan saran hingga penyusunan skripsi ini berjalan lancar.
4. Ibu Dwi Martiana Wati, S.Si., M.Si., selaku dosen pembimbing anggota, yang telah memberikan arahan, koreksi, dan saran hingga penyusunan skripsi ini berjalan lancar.
5. Ibu Novia Luthviation, S.KM., M.Kes., selaku ketua penguji dan dr. Koeshar Yudyarto, selaku anggota penguji, yang telah memberikan koreksi dan saran sehingga dapat membantu penulis memperbaiki skripsi ini menjadi lebih baik.
6. Orangtua peneliti, yang telah mengorbankan seluruh tenaga dan waktu dalam bentuk do'a, dukungan maupun kesabaran.

7. Saudara peneliti, Adik M. Zidni Islahul Umam, yang telah mendo'akan dari jauh.
8. Semua Staf di Puskesmas Bangsalsari termasuk Ibu Yudi Ice H., selaku bidan penanggung jawab program KIA beserta seluruh bidan desa di wilayah kerja Puskesmas Bangsalsari Kabupaten Jember, yang telah membantu peneliti dalam proses pelaksanaan penelitian untuk penyusunan skripsi ini.
9. Para dukun di Desa Bangsalsari, Desa Tugusari, Desa Langkap, Desa Tisnogambar, Desa Banjarsari, Desa Petung dan Desa Badean, yang telah membantu peneliti dalam proses pelaksanaan penelitian untuk penyusunan skripsi ini.
10. Semua guru SD Al-Baitul Amien Jember, Pondok Pesantren Al-Munawwariyah Malang, SMP "Plus" Darus Sholah Jember, MAN Jember 1, dan dosen di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember, yang telah memberikan ilmu yang dapat bermanfaat kelak.
11. Teman-teman seperjuangan Peminatan AKK 2012, UKM Lentera, kelompok PBL 12, teman-teman Magang di Dinas Kesehatan Kabupaten Bondowoso dan tempat tinggal Nakula 10.
12. Semua orang yang membantu dalam penyusunan skripsi ini, yang tidak dapat peneliti sebutkan namanya satu persatu.

Skripsi ini telah disusun secara optimal, namun tidak ada kata sempurna dalam penelitian. Oleh karena itu, penulis mengharapkan saran yang membangun dari semua pihak. Semoga skripsi ini berguna bagi semua pihak yang memanfaatkannya. Atas perhatian dan dukungannya, penulis mengucapkan terima kasih.

Jember, Desember 2016

Penulis

DAFTAR ISI

	halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSEMBAHAN	ii
HALAMAN MOTTO	iii
HALAMAN PERNYATAAN.....	iv
HALAMAN PEMBIMBINGAN.....	v
HALAMAN PENGESAHAN	vi
RINGKASAN	vii
SUMMARY.....	viii
PRAKATA.....	xi
DAFTAR ISI.....	xiii
DAFTAR TABEL	xvi
DAFTAR GAMBAR.....	xvii
DAFTAR LAMPIRAN	xviii
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan.....	6
1.4 Manfaat Penelitian.....	7
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA.....	8
2.1 Pertolongan Persalinan	8
2.1.1 Konsep Persalinan	8
2.1.2 Tenaga Penolong Persalinan	9
2.1.3 Persalinan oleh Dukun Bayi	10
2.2 Konsep Kemitraan Bidan dan Dukun	11
2.2.1 Konsep Kemitraan.....	11
2.2.2 Kemitraan Bidan dan Dukun.....	21
2.2.3 Pembinaan Dukun	25

2.3 Kepatuhan	28
2.3.1 Konsep Kepatuhan	28
2.3.2 Mengurangi Ketidakpatuhan	30
2.4 Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan	31
2.4.1 Faktor Internal	33
2.4.2 Faktor Eksternal	56
2.5 Kerangka Teori Penelitian	73
2.6 Kerangka Konsep Penelitian	74
2.7 Hipotesis Penelitian.....	76
BAB 3. METODE PENELITIAN	78
3.1 Jenis Penelitian.....	78
3.2 Tempat dan Waktu Penelitian.....	78
3.3 Populasi dan Sampel Penelitian.....	79
3.4 Variabel dan Definisi Operasional	79
3.5 Data dan Sumber Data	87
3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data.....	88
3.7 Teknik Pengolahan, Penyajian dan Analisis Data.....	89
3.8 Pengukuran Validitas dan Reliabilitas Instrumen	91
3.9 Alur Penelitian	95
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN	96
4.1 Gambaran Umum Tempat Penelitian.....	96
4.1.1 Visi, Misi dan Tujuan Puskesmas Bangsalsari.....	96
4.1.2 Profil Wilayah Kerja Puskesmas Bangsalsari	96
4.2 Hasil Penelitian	97
4.2.1 Distribusi Faktor Internal Dukun Bermitra	98
4.2.2 Distribusi Faktor Eksternal Dukun Bermitra.....	101
4.2.3 Distribusi Kepatuhan Dukun Bermitra.....	103
4.2.4 Hubungan Faktor Internal dengan Kepatuhan Dukun Bermitra.....	104
4.2.5 Hubungan Faktor Eksternal dengan Kepatuhan Dukun Bermitra.....	111

4.3 Pembahasan.....	113
4.3.1 Faktor Internal Dukun Bermitra	113
4.3.2 Faktor Eksternal Dukun Bermitra	132
4.3.3 Kepatuhan Dukun Bermitra.....	137
4.3.4 Hubungan Faktor Internal dengan Kepatuhan Dukun Bermitra.....	143
4.3.5 Hubungan Faktor Eksternal dengan Kepatuhan Dukun Bermitra.....	156
BAB 5. PENUTUP.....	162
5.1 Kesimpulan.....	162
5.2 Saran	162
DAFTAR PUSTAKA	166
LAMPIRAN.....	176

DAFTAR TABEL

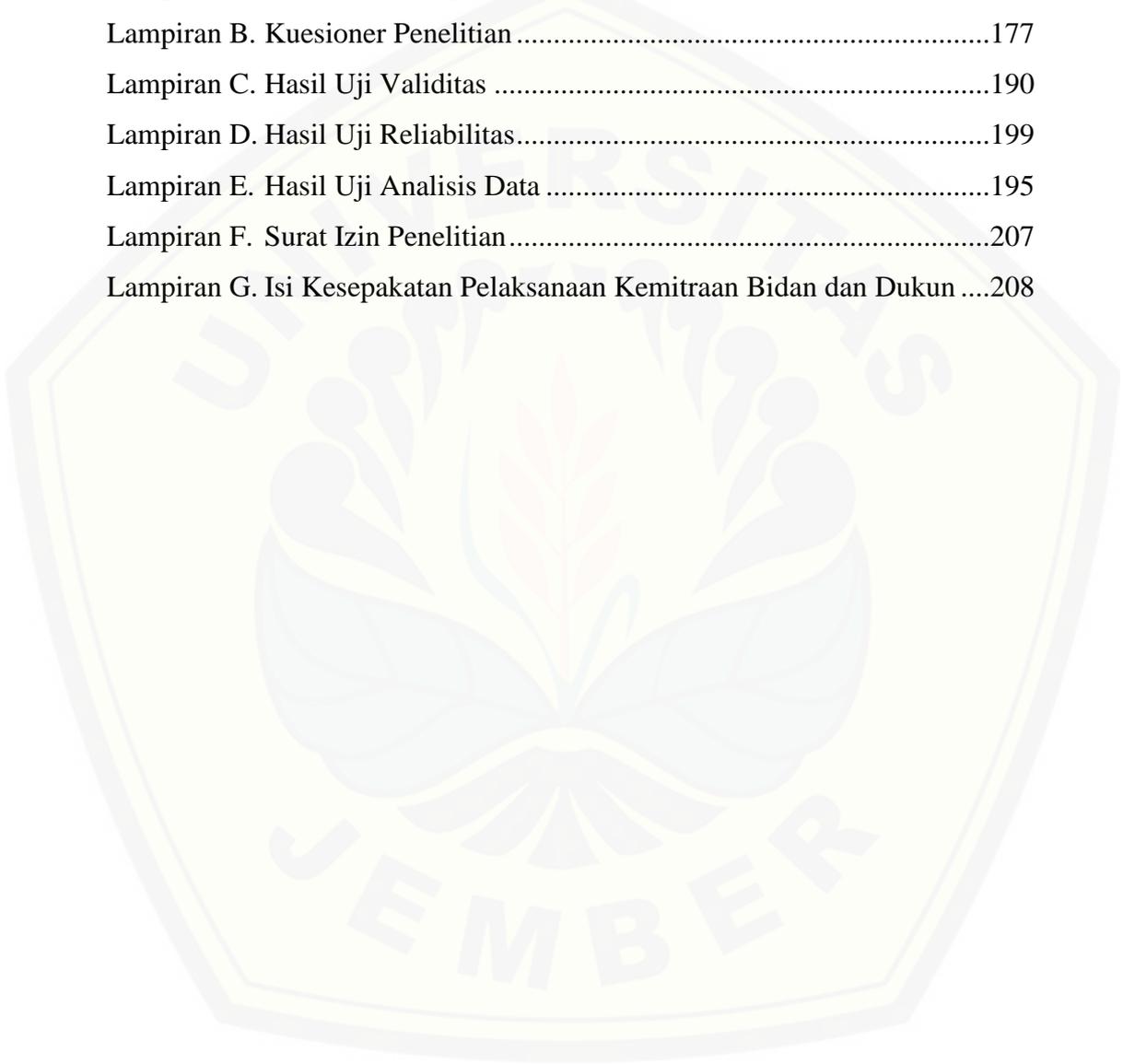
	halaman
Tabel 2.1 Peran Bidan dan Dukun pada Periode Kehamilan	23
Tabel 2.2 Peran Bidan dan Dukun pada Periode Persalinan	24
Tabel 2.3 Peran Bidan dan Dukun pada Periode Nifas	24
Tabel 3.1 Variabel dan Definisi Operasional	80
Tabel 4.1 Distribusi Responden berdasarkan Ciri Individu (Usia)	98
Tabel 4.2 Distribusi Responden berdasarkan Pemahaman Instruksi	99
Tabel 4.3 Distribusi Responden berdasarkan Sikap	100
Tabel 4.4 Distribusi Responden berdasarkan Motivasi	100
Tabel 4.5 Distribusi Responden berdasarkan Persepsi	101
Tabel 4.6 Distribusi Responden berdasarkan Komunikasi	102
Tabel 4.7 Distribusi Responden berdasarkan Imbalan	103
Tabel 4.8 Distribusi Responden berdasarkan Kepatuhan	103
Tabel 4.9 Hasil Uji <i>Chi-square</i> berdasarkan Ciri Individu (Usia)	104
Tabel 4.10 Hasil Uji <i>Chi-square</i> 1 berdasarkan Pemahaman Instruksi	105
Tabel 4.11 Hasil Uji <i>Chi-square</i> 2 berdasarkan Pemahaman Instruksi	106
Tabel 4.12 Hasil Uji <i>Chi-square</i> 3 berdasarkan Pemahaman Instruksi	106
Tabel 4.13 Hasil Uji <i>Chi-square</i> berdasarkan Sikap	107
Tabel 4.14 Hasil Uji <i>Chi-square</i> 1 berdasarkan Motivasi	108
Tabel 4.15 Hasil Uji <i>Chi-square</i> 2 berdasarkan Motivasi	109
Tabel 4.16 Hasil Uji <i>Chi-square</i> 1 berdasarkan Persepsi	110
Tabel 4.17 Hasil Uji <i>Chi-square</i> 2 berdasarkan Persepsi	110
Tabel 4.18 Hasil Uji <i>Chi-square</i> berdasarkan Komunikasi	111
Tabel 4.19 Hasil Uji <i>Chi-square</i> berdasarkan Imbalan	112

DAFTAR GAMBAR

	halaman
Gambar 2.1 Pengaruh Sikap pada Individu.....	46
Gambar 2.2 Hubungan Hipotetis antara Pengertian, Ingatan, Kepuasan, dengan Perilaku Ketaatan	59
Gambar 2.3 Kerangka Teori Penelitian.....	73
Gambar 2.4 Kerangka Konsep Penelitian	74
Gambar 3.1 Alur Penelitian.....	95

DAFTAR LAMPIRAN

	halaman
Lampiran A. Lembar Persetujuan (<i>Informed Consent</i>).....	176
Lampiran B. Kuesioner Penelitian	177
Lampiran C. Hasil Uji Validitas	190
Lampiran D. Hasil Uji Reliabilitas.....	199
Lampiran E. Hasil Uji Analisis Data	195
Lampiran F. Surat Izin Penelitian.....	207
Lampiran G. Isi Kesepakatan Pelaksanaan Kemitraan Bidan dan Dukun	208



BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Masalah kesehatan ibu dan anak (KIA) masih menjadi masalah kesehatan di Indonesia. KIA menjadi salah satu target dalam MDGs (*Millenium Development Goals*) yaitu menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) menjadi 102 per 100.000 kelahiran hidup dan Angka Kematian Bayi (AKB) menjadi 23 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2015. AKI baru mencapai 359 per 100.000 kelahiran hidup dan AKB mencapai 32 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2012 (Kemenkes RI, 2014a:1). Target RPJMN (Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional) pada tahun 2019 AKI mencapai 306 per 100.000 kelahiran hidup dan AKB mencapai 24 kematian setiap 1.000 kelahiran hidup. Dalam SDGs (*Sustainable Development Goals*) KIA terdapat pada tujuan ke 3 yaitu memastikan hidup yang sehat dan memajukan kesejahteraan bagi semua orang di semua usia, tepatnya pada poin 3.1 yaitu target pada tahun 2030 dapat menurunkan AKI menjadi 70 per 100.000 kelahiran hidup.

Analisis kematian ibu yang dilakukan Direktorat Bina Kesehatan Ibu pada tahun 2010 membuktikan bahwa kematian ibu terkait erat dengan penolong persalinan. Persalinan yang ditolong tenaga kesehatan terbukti berkontribusi terhadap turunnya risiko kematian ibu, demikian pula dengan tempat/fasilitas persalinan, jika persalinan dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan juga akan semakin menekan risiko kematian ibu. Oleh karena itu, Kementerian Kesehatan tetap konsisten dalam menerapkan kebijakan bahwa seluruh persalinan harus ditolong oleh tenaga kesehatan dan didorong untuk dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan (Kemenkes RI, 2015:92-93). Berdasarkan hasil penelitian WHO (*World Health Organization*) di 97 negara pada tahun 2002-2003 menyimpulkan korelasi yang signifikan antara mutu pertolongan persalinan dengan kematian ibu, semakin tinggi jumlah persalinan yang dilakukan oleh

dukun bayi akan semakin merugikan dan membahayakan keselamatan ibu dan bayi (Kemenkes RI, 2014b:1-2).

Pada tahun 2013 pertolongan persalinan oleh tenaga non kesehatan mencapai 11,8% dan terdapat 29,6% yang melahirkan di rumah/lainnya (Kemenkes RI, 2013:176-177). Profil Kesehatan Indonesia menunjukkan bahwa cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan pada tahun 2013 mencapai 90,88% dan menurun menjadi 88,68% pada tahun 2014, dimana angka ini belum dapat memenuhi target Renstra Kementerian Kesehatan yakni 90% (Kemenkes RI, 2015:91-92). Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 828/Menkes/SK/IX/2008 tentang Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota, langkah untuk mencapai cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan salah satunya dengan kemitraan bidan dan dukun (Depkes RI, 2008a). Kemitraan bidan dan dukun merupakan suatu bentuk kerjasama bidan dengan dukun yang saling menguntungkan dengan prinsip keterbukaan, kesetaraan, dan kepercayaan dalam upaya untuk menyelamatkan ibu dan bayi, dengan menempatkan bidan sebagai penolong persalinan dan mengalihfungsikan dukun dari penolong persalinan menjadi mitra dalam merawat ibu dan bayi pada masa nifas, dengan berdasarkan kesepakatan yang telah dibuat antara bidan dengan dukun, serta melibatkan seluruh unsur/elemen masyarakat yang ada (Depkes RI, 2008b:4).

Hingga tahun 2015 pelaksanaan program kemitraan bidan dan dukun belum bisa dikatakan berhasil. Nanur (2015:104-105) menyatakan bahwa hambatan dalam kemitraan bidan dan dukun yaitu terkait transportasi untuk mengakses pelayanan kesehatan, kurangnya sosialisasi mengenai program kemitraan kepada dukun, terdapat dukun yang tidak ingin bermitra dengan bidan dalam pertolongan persalinan, terdapat ibu hamil yang tidak ingin bersalin di fasilitas kesehatan, pendanaan pelaksanaan program kemitraan bidan dan dukun tidak ada, serta budaya masyarakat atas keyakinan. Salham *et al* (dalam Nanur, 2015:4-5) mengemukakan bahwa hambatan dalam kemitraan bidan dan dukun adalah belum ada pembagian tugas yang jelas dan kongkrit tentang kemitraan antara bidan dan dukun bayi.

Pada tahun 2014, AKI di Kabupaten Jember mencapai 31 kematian dan AKB mencapai 251 kematian, sedangkan pada tahun 2015 AKI meningkat menjadi 32 kematian dan AKB menurun menjadi 229 kematian (Dinkes Kab. Jember, 2016a). Selain itu, cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di Kabupaten Jember pada tahun 2015 mencapai 92,65% persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan dari jumlah 38.776 ibu bersalin, sedangkan 7,35% persalinan ditolong oleh tenaga non kesehatan atau dukun (Dinkes Kab. Jember, 2016b). Hal ini menunjukkan bahwa cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan belum mencapai target yakni 94%. Berdasarkan data tersebut dapat disimpulkan bahwa persalinan oleh dukun masih menjadi pilihan dan peran dukun dalam menolong persalinan masih dibutuhkan sekaligus dianggap penting oleh sebagian masyarakat yang mempercayakan pertolongan persalinannya kepada dukun.

Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di wilayah Kabupaten Jember terendah adalah Puskesmas Bangsalsari yaitu hanya mencapai 81,66% (917 persalinan) dari jumlah keseluruhan 1.123 ibu bersalin (Dinkes Kab. Jember, 2016b). Dengan demikian dapat dikatakan bahwa pemanfaatan tenaga kesehatan sebagai penolong persalinan oleh ibu bersalin masih rendah. Hasil penelitian Ratnaningtyas (2012) menunjukkan bahwa lingkungan sekitar yang dapat mempengaruhi ibu bersalin dalam pengambilan keputusan pertolongan persalinan oleh dukun bayi di era Jampersal di wilayah kerja Puskesmas Bangsalsari salah satunya adalah faktor budaya yakni faktor sosial budaya yang masih dipengaruhi oleh pengambilan keputusan dari orang lain dalam menentukan pertolongan persalinan yang akan digunakan, faktor budaya dalam masyarakat yang hanya memilih dan memanfaatkan dukun bayi sebagai penolong kelahiran, faktor kepercayaan atau keyakinan masyarakat terhadap dukun bayi, dan faktor ketakutan pada pertolongan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan (bidan). Selain itu, pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun bayi pun juga dapat mempengaruhi ibu bersalin dalam pengambilan keputusan pertolongan persalinan oleh dukun bayi di era Jampersal. Ilmiawati (2014) juga menyatakan bahwa faktor kebutuhan ibu terhadap pelayanan pertolongan persalinan oleh dukun berhubungan dengan

keputusan pemilihan pertolongan persalinan oleh dukun di wilayah kerja Puskesmas Bangsalsari. Peran dukun bayi dalam pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun pada periode kehamilan dan periode persalinan di wilayah kerja Puskesmas Bangsalsari juga belum optimal. Salah satu penyebabnya adalah adanya sebagian ibu hamil yang memilih dukun bayi sebagai penolong persalinan (Sofyan, 2012). Berdasarkan tiga penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa ibu hamil di wilayah kerja Puskesmas Bangsalsari masih mempercayakan pertolongan persalinannya kepada dukun bayi atau dengan kata lain dukun bayi masih menolong persalinan.

Persalinan dukun di Puskesmas Bangsalsari pada tahun 2015 mencapai 110 persalinan, walaupun jumlah ini menurun jika dibandingkan pada tahun 2014 yang mencapai 144 persalinan (Puskesmas Bangsalsari, 2016a). Jumlah dukun bayi yang tercatat di wilayah kerja Puskesmas Bangsalsari yaitu 34 dukun bayi dan seluruhnya sudah bermitra (Dinkes Kab. Jember, 2016c). Seluruh dukun juga telah menyatakan sepakat bekerjasama dalam pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun. Isi kesepakatan tersebut adalah dukun diwajibkan merujuk setiap persalinan dengan tepat waktu ke fasilitas kesehatan, dukun tidak diperbolehkan menolong persalinan, dukun bermitra dengan bidan untuk merawat bayi yang baru lahir dan dukun yang masih menolong persalinan akan dikenakan sanksi hukum sesuai dengan peraturan yang berlaku (Puskesmas Bangsalsari, 2016b). Tugas dukun dalam kemitraan bidan dan dukun ditekankan pada alih peran dukun dalam menolong persalinan menjadi merujuk ibu hamil dan merawat ibu nifas dan bayi baru lahir berdasarkan kesepakatan antara bidan dengan dukun (Depkes RI, 2008b:3). Dengan demikian, dapat dikatakan bahwa dukun bayi di wilayah kerja Puskesmas Bangsalsari masih menolong persalinan walaupun sudah bermitra atau dengan kata lain dukun tidak patuh terhadap peran dukun dalam pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun.

Teori yang digunakan untuk mengidentifikasi kepatuhan dukun bermitra adalah teori dari Smet (1994:253) yang menyatakan bahwa faktor yang berhubungan dengan kepatuhan adalah ciri kesakitan dan ciri pengobatan, komunikasi, persepsi, variabel sosial, dan ciri individu. Selain itu, menurut Niven

(2000:193) faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan adalah pemahaman instruksi, kualitas interaksi, isolasi sosial dan keluarga, keyakinan, sikap, dan kepribadian. Hal ini juga didukung dengan penelitian Dewi dan Salti (2012) yang menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara tingkat pengetahuan dan sikap dukun beranak terhadap tindakan pertolongan persalinan.

Yandra (2010) menyatakan bahwa motivasi dukun bayi juga memiliki peran penting dalam penyelenggaraan program kemitraan dan imbalan yang diterima oleh dukun dari bidan secara garis besar juga belum mencukupi di Kabupaten Bangka. Hasil penelitian Nurhidayati (2013) juga menunjukkan bahwa besarnya imbalan untuk dukun sebagai pengganti dana bergulir dukun di Kecamatan Banyuputih Kabupaten Situbondo dianggap masih kurang. Dana bergulir yang tidak mencukupi kebutuhan semua dukunjuga merupakan salah satu kendala dalam pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun bayi di Kabupaten Trenggalek (Sulistiawan *et al*, 2012). Teori yang digunakan untuk mengidentifikasi kepatuhan dukun bermitra berdasarkan motivasi dan imbalan dukun adalah teori dari Gibson *et al* (1995:52) yang menyatakan variabel yang mempengaruhi perilaku individu terdiri dari variabel individu (kemampuan dan keterampilan, latar belakang, dan demografis), variabel psikologis (persepsi, sikap, kepribadian, belajar, dan motivasi) dan variabel organisasi (sumber daya, kepemimpinan, imbalan, struktur, desain pekerjaan). Berdasarkan latar belakang tersebut maka perlu dilakukan penelitian terkait faktor yang berhubungan dengan kepatuhan dukun bermitra dalam melakukan pertolongan persalinan di wilayah kerja Puskesmas Bangsalsari.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dalam latar belakang di atas, dapat dirumuskan pertanyaan sebagai berikut: Faktor apa yang berhubungan dengan kepatuhan dukun bermitra dalam melakukan pertolongan persalinan di wilayah kerja Puskesmas Bangsalsari?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Menganalisis faktor yang berhubungan dengan kepatuhan dukun bermitra dalam melakukan pertolongan persalinan di wilayah kerja Puskesmas Bangsalsari.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi faktor internal, meliputi ciri individu (usia), pemahaman instruksi, sikap, motivasi dan persepsi dukun bermitra dalam melakukan pertolongan persalinan di wilayah kerja Puskesmas Bangsalsari.
- b. Mengidentifikasi faktor eksternal, meliputi komunikasi dan imbalan dukun bermitra dalam melakukan pertolongan persalinan di wilayah kerja Puskesmas Bangsalsari.
- c. Mengidentifikasi kepatuhan dukun bermitra dalam melakukan pertolongan persalinan di wilayah kerja Puskesmas Bangsalsari.
- d. Menganalisis hubungan faktor internal, meliputi ciri individu (usia), pemahaman instruksi, sikap, motivasi dan persepsi dengan kepatuhan dukun bermitra dalam melakukan pertolongan persalinan di wilayah kerja Puskesmas Bangsalsari.
- e. Menganalisis hubungan faktor eksternal, meliputi komunikasi dan imbalan dengan kepatuhan dukun bermitra dalam melakukan pertolongan persalinan di wilayah kerja Puskesmas Bangsalsari.

1.4 Manfaat

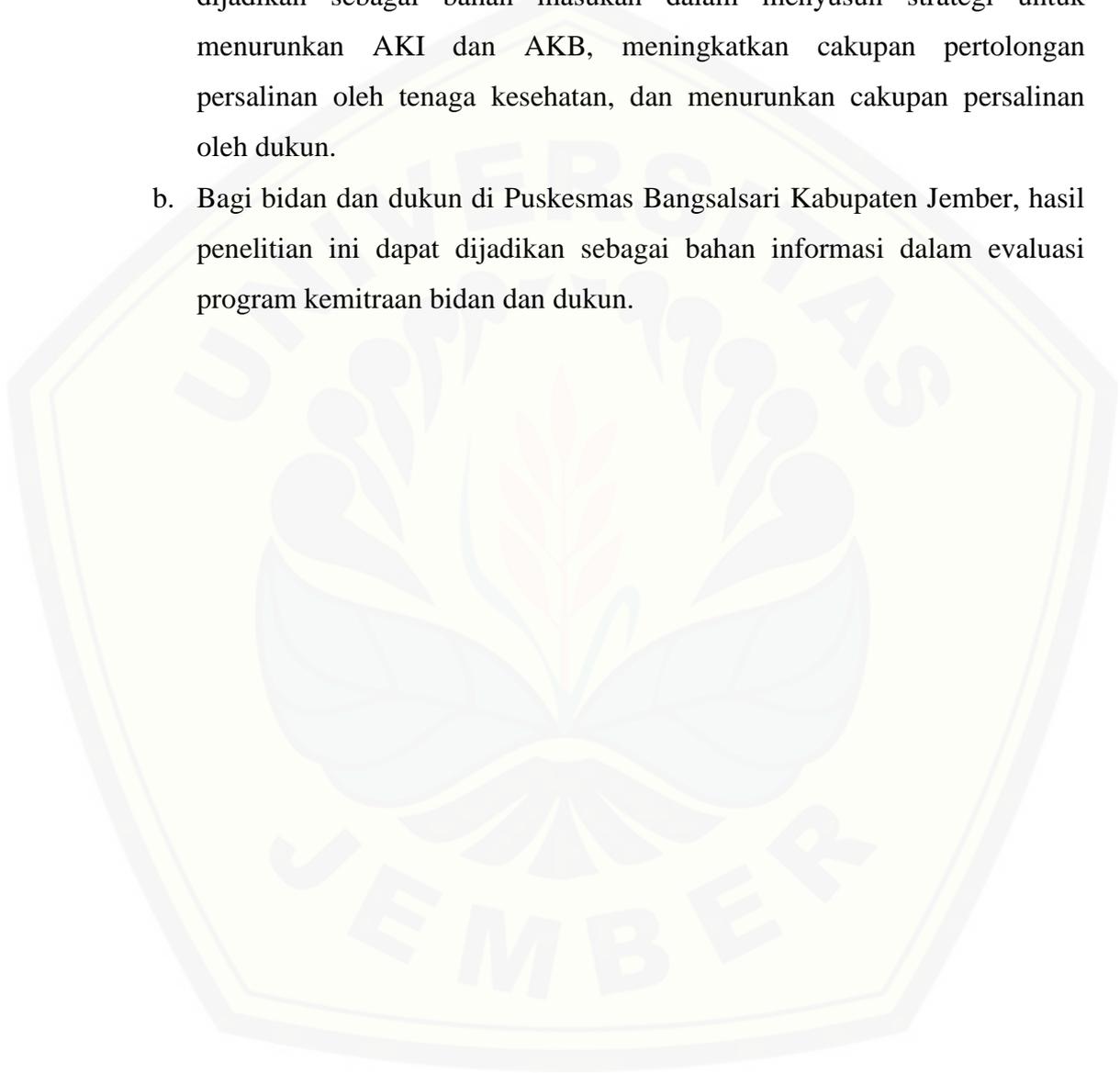
1.4.1 Manfaat teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan penjelasan secara ilmiah mengenai faktor yang berhubungan dengan kepatuhan dukun bermitra dalam melakukan pertolongan persalinan di wilayah kerja Puskesmas Bangsalsari.

1.4.2 Manfaat praktis

Hasil penelitian ini diharapkan secara praktis dapat memberi manfaat, antara lain sebagai berikut:

- a. Bagi Puskesmas Bangsalsari Kabupaten Jember, hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan masukan dalam menyusun strategi untuk menurunkan AKI dan AKB, meningkatkan cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, dan menurunkan cakupan persalinan oleh dukun.
- b. Bagi bidan dan dukun di Puskesmas Bangsalsari Kabupaten Jember, hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan informasi dalam evaluasi program kemitraan bidan dan dukun.



BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Pertolongan Persalinan

2.1.1 Konsep Persalinan

Persalinan merupakan suatu diagnosis klinis yang terdiri dari dua unsur yakni kontraksi uterus yang frekuensi dan intensitasnya semakin meningkat, dan dilatasi serta pembukaan serviks secara progresif (Norwitz dan Schorge, 2008:123). Menurut Baety (2011:110) persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks, dan janin turun ke dalam jalan lahir. Persalinan berdasarkan cara pengeluarannya terbagi atas tiga, meliputi: a) Persalinan spontan adalah persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri melalui jalan lahir; b) Persalinan buatan adalah persalinan dengan bantuan tenaga dari luar misalnya forcep/vakum/SC; dan 3) Persalinan anjuran adalah persalinan dengan bantuan diberi obat-obatan baik disertai/tanpa pemecahan ketuban. Sementara itu, persalinan berdasarkan usia kehamilan terbagi atas lima, meliputi: a) Abortus adalah keluarnya hasil konsepsi (bayi) sebelum dapat hidup pada UK < 20 minggu; b) Persalinan imatur adalah keluarnya hasil konsepsi pada UK 20-27 minggu; c) Persalinan prematur adalah keluarnya hasil konsepsi pada UK 28-35 minggu; d) Persalinan matur atau aterm adalah keluarnya hasil konsepsi pada UK 36-40 minggu; dan e) Persalinan postmatur atau serotinus adalah keluarnya hasil konsepsi pada UK > 40 minggu.

Menurut Reeder *et al* (2011:595) proses persalinan dibagi kedalam empat kala, yaitu kala pertama persalinan disebut juga dengan tahap dilatasi. Tahap ini merupakan periode dari kontraksi pertama persalinan sejati sampai dilatasi serviks yang lengkap. Durasi kala pertama bervariasi sesuai dengan fase dan paritas. Kala pertama dibagi ke dalam tiga fase, meliputi: a) Fase laten yang dimulai dari awal persalinan sejati dan berakhir dengan awal persalinan aktif (3-4 cm); b) Fase aktif yang dimulai dari awal persalinan aktif dan maju ke fase transisi (4-7 cm); dan c) Fase transisi dengan dilatasi 8-10 cm. Kala kedua persalinan disebut juga dengan tahap panggul. Tahap ini merupakan periode yang dimulai dengan dilatasi serviks

secara lengkap dan diakhiri dengan pelahiran atau kelahiran bayi. Lama kala kedua sekitar 1 jam untuk nullipara dan $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$ jam untuk multipara. Kala ketiga persalinan disebut juga dengan tahap plasenta. Tahap ini merupakan periode yang dimulai dengan kelahiran bayi dan diakhiri dengan pelahiran plasenta dan membran. Lama kala ketiga adalah 5 – 30 menit. Sementara itu, kala keempat persalinan, disebut juga dengan tahap pemulihan. Tahap ini merupakan periode dari pelahiran plasenta dan membran sampai 4 jam pertama pascapartum. Durasi pada kala keempat adalah 4 jam.

2.1.2 Tenaga Penolong Persalinan

Tenaga penolong persalinan adalah orang-orang yang biasa memeriksa wanita hamil atau memberikan pertolongan selama persalinan dan nifas. Tenaga yang dapat memberikan pertolongan selama persalinan dapat dibedakan menjadi dua yaitu:

- a. Tenaga kesehatan, yaitu dokter spesialis kebidanan, dokter umum, bidan dan perawat bidan.
- b. Bukan tenaga kesehatan, yaitu dukun bayi terlatih dan tidak terlatih (Prawirohardjo dalam Pratama, 2013).

Menurut Yulifah dan Yuswanto (2014:99), pertolongan persalinan dilakukan oleh tenaga kesehatan yang berkompeten (dokter spesialis kandungan, dokter, dan bidan) adalah pertolongan persalinan yang aman, dengan memperhatikan prinsip sebagai berikut:

1. Pencegahan infeksi.
2. Metode pertolongan persalinan sesuai standar.
3. Merujuk kasus yang tidak dapat ditangani ke tingkat pelayanan yang lebih tinggi.
4. Melaksanakan inisiasi menyusui dini (IMD).
5. Memberikan injeksi vitamin K1 dan salep mata pada bayi baru lahir.

2.1.3 Persalinan Oleh Dukun Bayi

Dukun bayi adalah seorang anggota masyarakat yang pada umumnya adalah seorang wanita yang mendapat kepercayaan serta memiliki keterampilan menolong persalinan secara tradisional. Keterampilan tersebut diperoleh secara turun temurun, belajar secara praktis atau cara lain yang menjurus ke arah peningkatan keterampilan serta melalui tenaga kesehatan. Dukun bayi juga merupakan seseorang yang dianggap dan dipercaya oleh masyarakat untuk menolong persalinan dan perawatan ibu dan anak sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Mereka memberikan pelayanan khususnya bagi ibu hamil sampai dengan nifas secara sabar. Apabila pelayanan selesai mereka lakukan, sangat diakui oleh masyarakat bahwa mereka memiliki tarif pelayanan yang jauh lebih murah dibandingkan dengan bidan. Umumnya masyarakat merasa nyaman dan tenang bila persalinannya ditolong oleh dukun atau lebih di kenal dengan bidan kampung, akan tetapi ilmu kebidanan yang dimiliki dukun tersebut sangat terbatas karena didapatkan secara turun menurun (tidak berkembang) (Meilani dalam Singarimbun, 2013).

Hubungan antara seseorang dengan dukun, misalnya sering lebih dekat dengan dibanding hubungan antara orang tersebut dengan tenaga perawatan kesehatan profesional. Orang menganggap dukun sebagai seorang yang memahami masalah dalam konteks kultural, berbicara dengan bahasa yang sama, dan mempunyai pandangan yang sama tentang dunia (Potter dan Perry, 2005:463). Tak berbeda dengan seorang bidan, dukun bayi melakukan pemeriksaan kehamilan, melalui indra raba. Biasanya perempuan yang mengandung, sejak ngidam sampai melahirkan, selalu berkonsultasi kepada dukun bayi. Bedanya, di bidan, perempuan yang mengandunglah yang datang ke tempat bidan. Sedangkan dukun bayi, ia sendiri yang berkeliling dari pintu ke pintu, memeriksa perut orang yang berbadan dua. Sejak usia kandungan tujuh bulan, control dilakukan lebih sering. Dukun bayi menjaga kalau-kalau ada gangguan, baik fisik nonfisik terhadap ibu dan janinnya. Agar jabang bayi lahir normal, dukun bayi melakukan *repositioning* janin dalam kandungan dengan cara pemutaran disertai do'a (Wahyudi dalam Singarimbun, 2013).

Menurut Yulifah dan Yuswanto (2014:264), dukun bayi merupakan tokoh kunci dalam masyarakat yang berpotensi untuk meningkatkan kesehatan ibu dan bayi. Peran dan pengaruh dukun sangat bervariasi sesuai dengan budaya yang berlaku. Peran dukun dalam masa perinatal sangat kecil atau dukun memiliki wewenang yang terbatas dalam pengambilan keputusan tentang cara penatalaksanaan komplikasi kehamilan atau persalinan, sehingga angka kematian masih tinggi. Manuaba (dalam Singarimbun, 2013) mengemukakan bahwa pengetahuan dukun bayi tentang fisiologis dan patologis dalam kehamilan, persalinan, serta nifas biasanya terbatas oleh karena itu apabila timbul komplikasi ia tidak mampu untuk mengatasinya, bahkan tidak menyadari akibatnya, dukun tersebut menolong hanya berdasarkan pengalaman dan kurang profesional. Berbagai kasus sering menimpa seorang ibu atau bayinya seperti kecacatan bayi sampai pada kematian ibu dan anak. Dalam menolong persalinan, kesalahan yang sering dilakukan oleh dukun bayi sehingga dapat mengakibatkan kematian ibu dan bayi antara lain: terjadinya robekan rahim karena tindakan mendorong bayi di dalam rahim dari luar sewaktu melakukan pertolongan pada ibu bersalin, terjadinya perdarahan pasca persalinan yang disebabkan oleh tindakan mengurut-urut rahim pada waktu kala III, terjadinya partus tidak maju; karena tidak mengenal tanda kelainan partus dan tidak mau merujuk ke puskesmas atau rumah sakit (Syahlan dalam Sofyan, 2014).

2.2 Konsep Kemitraan Bidan dan Dukun

2.2.1 Konsep Kemitraan

Menurut Notoatmodjo (2012:98), kemitraan adalah suatu kerjasama formal antar individu-individu, kelompok-kelompok, atau organisasi-organisasi untuk mencapai suatu tugas atau tujuan tertentu. Dalam kerjasama tersebut ada kesepakatan tentang komitmen dan harapan masing-masing, tentang peninjauan kembali terhadap kesepakatan-kesepakatan yang telah dibuat, dan saling berbagi baik dalam risiko maupun keuntungan yang diperoleh. Batasan ini terdapat tiga kata kunci dalam kemitraan, yakni:

- a. Kerjasama antar kelompok, organisasi, individu.
- b. Bersama-sama mencapai tujuan tertentu (yang disepakati bersama).
- c. Saling menanggung risiko dan keuntungan.

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

1) Persyaratan kemitraan

- a. Kesamaan perhatian (*common interest*) atau kepentingan.

Dalam membangun kemitraan, masing-masing anggota atau mitra harus merasa mempunyai perhatian dan kepentingan bersama. Tanpa adanya perhatian dan kepentingan yang sama terhadap suatu masalah, niscaya kemitraan tidak dapat terjadi. Agar terjadi kemitraan di bidang kesehatan, maka sektor kesehatan harus mampu menimbulkan perhatian terhadap masalah kesehatan bagi sektor-sektor lain non kesehatan. Menimbulkan perhatian dan kepentingan terhadap masalah kesehatan bagi sektor lain ini dapat terwujud dengan upaya-upaya informasi dan advokasi kepada sektor-sektor lain secara intensif.

- b. Saling mempercayai dan saling menghormati.

Kepercayaan (*trust*) adalah merupakan modal dasar bagi setiap relasi atau hubungan antarmanusia. Apabila seseorang tidak mempercayai orang lain, sudah pasti tidak akan terjadi hubungan yang baik diantara mereka. Demikian pula kemitraan akan terjadi apabila di antara mitra tersebut terjadi saling mempercayai dan saling menghormati. Oleh sebab itu, dalam membangun kemitraan di bidang kesehatan, sektor kesehatan hendaknya mengembangkan kepercayaan bagi para anggota atau mitra tersebut.

- c. Harus saling menyadari pentingnya arti kemitraan

Kemitraan bukanlah sekadar untuk mencari dukungan dana, melainkan yang lebih penting adalah mewujudkan kebersamaan antara anggota

atau mitra untuk menghasilkan sesuatu yang menuju ke arah perbaikan kesehatan masyarakat pada khususnya, dan kesejahteraan masyarakat pada umumnya. Menumbuhkan kesadaran pentingnya arti kemitraan bagi para mitra di bidang kesehatan dapat dilakukan baik melalui informasi-informasi maupun advokasi kepada para mitra atau calon mitra.

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

Dalam membangun kemitraan di bidang kesehatan, maka masing-masing anggota atau mitra harus mempunyai visi, misi, tujuan, dan nilai-nilai yang sama tentang kesehatan. Dengan adanya visi dan misi yang sama maka akan memudahkan timbulnya komitmen bersama untuk menanggulangi suatu masalah bersama. Memiliki kebutuhan yang sama adalah merupakan landasan yang kuat untuk membina dan mengembangkan kemitraan. Komitmen tersebut harus meliputi semua tingkatan organisasi yang bermitra, bukan saja bagi penentu kebijakan, tetapi juga bagi para petugas lapangan.

e. Harus berpijak pada landasan yang sama

Prinsip lain yang perlu dibangun dalam kemitraan bidang kesehatan adalah bahwa kesehatan adalah merupakan aspek yang paling utama dalam kehidupan manusia. Oleh sebab itu, sektor kesehatan harus mampu meyakinkan kepada sektor lain atau mitra akan ungkapan yang mengatakan *health is not everything, but without health everything is nothing*. Hal ini berarti, sektor kesehatan harus mampu meyakinkan mitra yang lain bahwa meskipun kesehatan bukan segala-galanya, namun tanpa kesehatan semuanya tidak ada artinya. Apabila semua mitra telah mempunyai pemahaman seperti ini, maka kemitraan di bidang kesehatan sudah berada dalam landasan yang sama.

f. Kesiediaan untuk berkorban

Dalam membangun kemitraan untuk mencapai tujuan bersama sudah pasti memerlukan sumber daya, baik tenaga, dana, dan sarana. Sumber daya ini dapat berasal dari masing-masing mitra, tetapi juga dapat

diupayakan bersama. Dengan demikian jelas bahwa untuk mencapai tujuan bersama, diperlukan pengorbanan dari masing-masing anggota atau mitra. Pengorbanan ini dapat dalam bentuk tenaga, pikiran, dana atau biaya, materi, ataupun sekurang-kurangnya waktu. Pengorbanan ini harus dipahami dan dimaklumi oleh semua anggota yang terjalin dalam kemitraan tersebut (Notoatmodjo, 2005:240-242).

2) Landasan Kemitraan

Dalam membangun kemitraan dengan mitra-mitra atau calon-calon mitra kesehatan perlu dilandasi dengan “tujuh (7) saling”, yakni:

a. Saling memahami kedudukan, tugas, dan fungsi masing-masing (*structure*)

Kemitraan sebagai suatu organisasi jejaring kerja sudah barang tentu masing-masing anggota mempunyai peran dan fungsi yang berbeda. Hal tersebut harus dipahami oleh semua anggota, agar jangan sampai timbul kesan anggota yang satu dibawah yang lain, atau anggota yang satu diperintah oleh anggota yang lain, dan sebagainya.

b. Saling memahami kemampuan masing-masing anggota (*capacity*)

Perlu disadari bahwa kemampuan masing-masing anggota mitra itu berbeda, meskipun dalam kesetaraan. Oleh sebab itu, apabila dalam rangka kemitraan tersebut diperlukan kontribusi dari masing-masing anggota, maka kontribusi tersebut akan menimbulkan perbedaan kuantitas maupun kualitasnya. Hal ini wajar karena prinsip kemitraan adalah “mengambil bagian” dalam setiap upaya mencapai tujuan bersama, sesuai dengan kemampuan masing-masing anggota.

c. Saling menghubungi (*linkage*)

Terhenti atau tidak berjalannya suatu organisasi apapun sering terjadi karena tersumbatnya saluran komunikasi di antara anggota organisasi tersebut. Demikian pula dalam kemitraan, diperlukan komunikasi yang efektif di antara anggota atau mitra tersebut. Salah satu saluran komunikasi atau terjadinya “saling menghubungi” di anantara mitra adalah dengan adanya pertemuan atau rapat rutin kemitraan.

d. Saling mendekati (*proximity*)

Dalam kekeluargaan atau pertemanan (*friendship*) kedekatan antara anggota keluarga atau antara teman adalah mutlak diperlukan. Dalam kedekatan satu dengan yang lainnya, akan terjadi saling memahami, atau saling mengenal satu dengan yang lainnya, baik kelemahan, maupun kekuatan masing-masing anggota. Demikian pula dalam kemitraan, maka kedekatan di antara anggota atau mitra adalah salah satu persyaratan untuk memahami masing-masing anggota. Oleh sebab itu, masing-masing anggota harus berupaya saling mendekati.

e. Saling terbuka dan bersedia membantu (*openes*)

Setelah disebutkan di atas, bahwa dalam kemitraan selalu ada peran dan fungsi masing-masing anggota atau mitra. Dalam rangka mencapai tujuan atau program bersama, sudah barang tentu peran dan fungsi masing-masing anggota terkait dan diketahui satu sama lain. Oleh sebab itu akan selalu terjadi mekanisme saling terbuka dan membantu untuk terwujudnya tujuan atau cita-cita bersama.

f. Saling mendorong dan saling mendukung (*synergy*)

Seperti halnya dalam organisasi, sering terjadi anggota yang kurang semangat, tetapi sebaliknya ada yang sangat aktif dan bersemangat. Demikian pula dalam kemitraan apapun, sifat-sifat masing-masing anggota seperti itu juga muncul. Apabila terjadi gejala seperti ini, maka setiap anggota atau mitra harus saling mendorong dan saling mendukung, bagi yang memerlukan dukungan dan bagi yang memerlukan dorongan demi tercapai tujuan bersama.

g. Saling memahami (*reward*)

Persahabatan yang sejati adalah apabila terjadi saling harga menghargai di antara mereka. Dalam suatu kemitraan hal ini juga harus terjadi. Seberapa kecil pun peran dan kontribusi anggota suatu kemitraan perlu dihargai oleh anggota atau mitra yang lain. Oleh sebab itu, para anggota atau mitra suatu kemitraan harus saling menghargai (Notoatmodjo, 2005: 242-244).

3) Prinsip-prinsip Kemitraan

Dalam membangun sebuah kemitraan ada tiga prinsip kunci yang perlu dipahami oleh masing-masing anggota kemitraan, yakni:

a. Persamaan (*equity*)

Individu, organisasi, atau institusi yang telah bersedia menjalin kemitraan harus merasa “duduk sama rendah dan berdiri sama tinggi”. Bagaimana besarnya suatu institusi atau organisasi, dan bagaimanapun kecilnya suatu institusi atau organisasi, apabila sudah bersedia untuk menjalin kemitraan harus merasa sama. Oleh sebab itu di dalam forum kemitraan asas demokrasi harus dijunjung, tidak boleh satu anggota memaksakan kehendak kepada yang lain karena merasa lebih tinggi, dan tidak adanya dominasi terhadap yang lain.

b. Keterbukaan (*transparancy*)

Keterbukaan maksudnya adalah apa yang menjadi kekuatan atau kelebihan dan apa yang menjadi kekurangan atau kelemahan masing-masing anggota harus diketahui oleh anggota yang lain. Demikian pula berbagai sumberdaya yang dimiliki oleh anggota yang satu harus diketahui oleh anggota yang lain. Maksudnya bukan untuk menyombongkan yang satu terhadap yang lain, atau merendahkan yang satu terhadap yang lain, tetapi lebih untuk saling memahami satu dengan yang lain, sehingga tidak ada rasa saling mencurigai. Dengan saling keterbukaan ini akan menimbulkan rasa saling melengkapi dan saling membantu di antara anggota (mitra).

c. Saling menguntungkan (*mutual benefit*)

Menguntungkan di sini bukan selalu diartikan dengan materi atau uang, tetapi lebih kepada nonmateri. Saling menguntungkan di sini lebih dilihat dari kebersamaan atau sinergis dalam mencapai tujuan. Ibarat mengangkat barang atau beban 50 kg, diangkat secara bersama-sama 4 orang jelas lebih ringan dibandingkan dengan diangkat sendiri. Upaya promosi kesehatan dalam suatu komunitas tertentu, jelas akan lebih efektif bila dilakukan melalui kemitraan beberapa institusi atau

organisasi daripada hanya oleh suatu institusi saja (Notoatmodjo, 2012:99).

4) Tujuan Kemitraan

Dari uraian tentang pengertian dan prinsip kemitraan di atas, dapat disimpulkan bahwa secara implisit tujuan kemitraan dalam program kesehatan adalah:

1. Meningkatkan koordinasi untuk memenuhi kewajiban peran masing-masing dalam pembangunan kesehatan. Inti kemitraan bidang kesehatan adalah kerja sama lintas program dan lintas sektoral untuk memecahkan suatu masalah kesehatan. Oleh sebab itu, fungsi koordinasi yang dilakukan oleh sektor kesehatan merupakan suatu keharusan.
2. Meningkatkan komunikasi antarsektoral pemerintah dan swasta tentang masalah kesehatan. Agar saling memahami di antara anggota atau mitra, maka diperlukan komunikasi yang efektif melalui pertemuan-pertemuan berkala, berdasarkan kesepakatan bersama.
3. Meningkatkan kemampuan bersama dalam menanggulangi masalah kesehatan dan memaksimalkan keuntungan semua pihak. Tujuan utama kemitraan di bidang kesehatan adalah menggalang kekuatan untuk memecahkan atau menaggulangi masalah kesehatan masyarakat setempat. Oleh sebab itu, memaksimalkan manfaat atau keuntungan adalah merupakan harapan bersama dari sebuah kemitraan.
4. Meningkatkan apa yang menjadi komitmen bersama. Komitmen adalah suatu kesediaan dan pengorbanan (waktu, pikiran, tenaga, dan sebagainya) masing-masing anggota kemitraan terhadap program atau upaya pemecahan masalah kesehatan yang telah disepakati bersama. Dalam komitmen pasti ada pengorbanan dari masing-masing anggota, baik pengorbanan tenaga, pikiran, dana, dan sebagainya.
5. Tercapainya upaya kesehatan yang efisien dan efektif atau berdaya guna dan berhasil guna. Penanggulangan masalah kesehatan melalui kemitraan harus lebih efektif dan efisien, apabila dilakukan secara sektoral atau sendiri-sendiri. Hal ini logis, karena ibarat mengangkat

barang secara bersama-sama akan lebih ringan apabila dilakukan secara sendiri-sendiri.

5) Langkah-Langkah Kemitraan

Untuk mencapai tujuan-tujuan kemitraan seperti diuraikan diatas, perlu langkah-langkah yang strategis. Langkah-langkah pelaksanaan kemitraan ini dapat diuraikan seperti di bawah ini:

a. Penjajakan

Untuk mengembangkan kemitraan perlu melakukan penjajakan dengan para calon mitra kerja. Untuk itu sebelum dilakukan penjajakan, harus dilakukan identifikasi mitra-mitra yang potensial untuk diajak bermitra dalam rangka pemecahan masalah kesehatan yang dihadapi bersama.

b. Penyamaan persepsi

Agar diperoleh persepsi atau pandangan yang sama dalam penanganan masalah kesehatan yang dihadapi bersama, maka perlu pertemuan awal. Tujuan pertemuan ini adalah agar masing-masing mitra memahami satu dengan yang lainnya, terutama memahami kedudukan, tugas, peran, dan fungsi masing-masing mitra secara terbuka.

c. Pengaturan pesan

Peran masing-masing mitra dalam penanggulangan suatu masalah kesehatan berbeda satu dengan yang lain, namun sama-sama pentingnya. Oleh sebab itu, perlu pengaturan peran dan fungsi untuk masing-masing mitra tersebut. Pengaturan peran ini harus dibicarakan bersama, serta dituangkan dalam kesepakatan tertulis secara jelas.

d. Komunikasi intensif

Untuk menjalin dan mengetahui perkembangan kemitraan dalam melaksanakan program kesehatan bersama, maka perlu dilakukan komunikasi antarmitra secara teratur dan terjadwal. Apabila terdapat permasalahan di lapangan, secara langsung dapat dilakukan langkah-langkah penanganan secara cepat dan tepat.

e. Melaksanakan kegiatan

Kegiatan yang disepakati bersama haruslah dilaksanakan dengan baik sesuai dengan rencana kerja tertulis yang telah disepakati bersama.

f. Pemantauan dan penilaian

Kesepakatan ini juga harus disepakati sejak awal yang mencakup cara pemantauan dan penilaian terhadap kemitraan dalam pelaksanaan upaya penanggulangan masalah kesehatan yang telah disepakati bersama. Apabila dipandang perlu, dari hasil pemantauan dan penilaian ini dapat dipergunakan untuk penyempurnaan kesepakatan yang telah dibuat.

6) Kerangka Berpikir Kemitraan

Pengembangan kemitraan di bidang kesehatan terdapat tiga institusi kunci organisasi atau unsur pokok yang terlibat di dalamnya. Ketiga institusi pokok tersebut adalah:

- a. Unsur pemerintah. Unsur ini dari berbagai sektor pemerintah yang terkait dengan kesehatan, antara lain: kesehatan sebagai sektor kuncinya, pendidikan, pertanian, kehutanan, lingkungan hidup, industri dan perdagangan, agama, dan sebagainya.
- b. Dunia usaha atau unsur swasta (*private sectors*) atau kalangan bisnis, yakni: dari kalangan pengusaha, industriawan, dan para pemimpin berbagai perusahaan.
- c. Unsur organisasi non pemerintah atau sering disebut ornop atau “*non government organization*” (NGO), yang meliputi dua unsure penting, yakni: a) unsur Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) dan Organisasi Masa (Ormas) termasuk yayasan bidang kesehatan, b) organisasi profesi seperti IDI, PDGI, IAKMI, PPNI, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2012:101).

7) Kemitraan Sebagai Sistem

Kemitraan bukanlah sebagai output atau tujuan, tetapi juga bukan sebuah proses, namun adalah suatu sistem. Artinya dalam mengembangkan konsep kemitraan dapat menggunakan pendekatan sistem, yakni:

a. *Input*

Input sebuah kemitraan adalah sumber daya yang dimiliki oleh masing-masing unsur yang terjalin dalam kemitraan, terutama sumber daya manusia, dan sumber daya yang lain seperti dana, sistem informasi, teknologi, dan sebagainya.

b. *Proses*

Proses dalam kemitraan pada hakikatnya adalah kegiatan-kegiatan untuk membangun kemitraan tersebut. Kegiatan-kegiatan untuk membangun kemitraan antara lain melalui seminar, lokakarya, pelatihan, semiloka, dan sebagainya.

c. *Output*

Adalah terbentuknya jaringan kerja atau *networking*, aliansi, forum, dan sebagainya yang terdiri dari berbagai unsur seperti telah disebutkan di atas. Di samping itu uraian tugas dan fungsi untuk masing-masing anggota (mitra) juga merupakan *output* kemitraan tersebut.

d. *Outcome*

Outcome adalah dampak dari kemitraan terhadap peningkatan kesehatan masyarakat. Oleh sebab itu, *outcome* kemitraan dapat dilihat dari indikator-indikator derajat kesehatan masyarakat, yang sebenarnya merupakan akumulasi dampak dari upaya-upaya lain di samping kemitraan. Dengan demikian *outcome* kemitraan adalah menurunnya angka atau indikator kesehatan (negatif), misalnya menurunnya angka orang kesakitan dan atau angka kematian. Atau meningkatnya indikator kesehatan (positif), misalnya meningkatnya status gizi anak balita, meningkatnya kepemilikan jamban, meningkatnya persentase penduduk yang terakses air bersih, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2012:102).

2.2.2 Kemitraan Bidan dan Dukun

Kemitraan bidan dan dukun adalah suatu bentuk kerjasama bidan dengan dukun yang saling menguntungkan dengan prinsip keterbukaan, kesetaraan, dan kepercayaan dalam upaya untuk menyelamatkan ibu dan bayi, dengan menempatkan bidan sebagai penolong persalinan dan mengalihfungsikan dukun dari penolong persalinan menjadi mitra dalam merawat ibu dan bayi pada masa nifas, dengan berdasarkan kesepakatan yang telah dibuat antara bidan dengan dukun, serta melibatkan seluruh unsur/elemen masyarakat yang ada. Menurut Depkes RI (2008b:4), kebijakan dari kemitraan bidan dan dukun bayi meliputi:

- 1) Meningkatkan persalinan dan perawatan bayi baru lahir oleh tenaga kesehatan melalui kemitraan bidan dengan dukun.
- 2) Setiap ibu bersalin dan bayi baru lahir memperoleh pelayanan dan pertolongan oleh tenaga kesehatan yang kompeten dalam pertolongan persalinan.
- 3) Seluruh dukun yang ada dilibatkan dalam suatu bentuk kerjasama yang menguntungkan antara bidan dengan dukun dalam bentuk kemitraan.

Ruang lingkup kegiatan kemitraan bidan-dukun mencakup masukan, proses dan luaran program, yaitu:

1) *Input*

Masukan kegiatan kemitraan bidan-dukun meliputi penyiapan tenaga, penyiapan biaya operasional, penyiapan sarana kegiatan bidan dan saran dukun, serta metode/mekanisme pelaksanaan kegiatan.

2) *Proses*

Proses yang dimaksudkan adalah lingkup kegiatan kerja bidan dan kegiatan dukun. Kegiatan bidan mencakup aspek teknis kesehatan dan kegiatan dukun mencakup aspek non teknis kesehatan. Tugas dukun ditekankan pada alih peran dukun dalam menolong persalinan menjadi merujuk ibu hamil dan merawat ibu nifas dan bayi baru lahir berdasarkan kesepakatan antara bidan dengan dukun. Aspek teknis kesehatan bidan adalah aspek proses pengelola dan pelayanan program KIA, meliputi:

- a) Pengelolaan (manajemen) program KIA adalah semua kegiatan mulai dari perencanaan, pelaksanaan, pemantauan dan penilaian (evaluasi) program kesehatan ibu dan anak termasuk KB.
- b) Pelayanan kesehatan ibu dan anak, mencakup kegiatan yang dilakukan bidan dalam melaksanakan asuhan kebidanan sesuai wewenang, etika, tanggung jawab bidan.

Aspek non kesehatan dukun, meliputi:

- a) Menggerakkan dan memberdayakan ibu, keluarga dan masyarakat.
- b) Memberdayakan tradisi setempat yang positif berkaitan dengan kesehatan dengan kesehatan ibu dan anak.
- c) Menghilangkan kebiasaan buruk yang dilakukan pada ibu hamil, bersalin, nifas dan bayi baru lahir.

3) *Output*

Kemitraan bidan dengan dukun adalah pencapaian target upaya kesehatan ibu dan anak antara lain:

- a) Meningkatnya dukungan berbagai pihak (LP/LS) terkait.
- b) Meningkatnya jumlah bidan dengan dukun yang bermitra.
- c) Meningkatkan rujukan oleh dukun.
- d) Meningkatnya cakupan pertolongan persalinan.
- e) Meningkatnya deteksi risti/komplikasi oleh masyarakat.

Menurut Depkes RI (2008b:8-10), peran bidan dengan dukun digolongkan dalam tiga periode, meliputi:

1) Periode kehamilan

Tabel 2.1 Peran Bidan dan Dukun pada Periode Kehamilan

Bidan	Dukun
<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pemeriksaan ibu hamil dalam hal: <ol style="list-style-type: none"> a. Keadaan umum b. Menentukan taksiran partus c. Menentukan keadaan janin dalam kandungan d. Pemeriksaan laboratorium yang diperlukan 2. Melakukan tindakan pada ibu hamil dalam hal: <ol style="list-style-type: none"> a. Pemberian imunisasi TT b. Pemberian tablet Fe c. Pemberian pengobatan/tindakan apabila ada komplikasi 3. Melakukan penyuluhan dan konseling pada ibu hamil dan keluarga mengenai: <ol style="list-style-type: none"> a. Tanda-tanda persalinan b. Tanda bahaya kehamilan c. Kebersihan pribadi dan lingkungan d. Gizi e. Perencanaan persalinan (bersalin di bidan, menyiapkan transportasi, menggalang dalam menyiapkan biaya, menyiapkan calon donor darah) f. KB setelah melahirkan menggunakan Alat Bantu Pengambilan Keputusan (ABPK) 4. Melakukan kunjungan rumah untuk: <ol style="list-style-type: none"> a. Penyuluhan/konseling pada keluarga tentang perencanaan persalinan b. Melihat kondisi rumah persiapan persalinan c. Motivasi persalinan di bidan pada waktu menjelang taksiran partus 5. Melakukan rujukan apabila diperlukan 6. Melakukan pencatatan seperti: <ol style="list-style-type: none"> a. Kartu ibu b. Kohort ibu c. Buku KIA 7. Melakukan laporan: <ol style="list-style-type: none"> a. Melakukan laporan cakupan ANC 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memotivasi ibu hamil untuk periksa ke bidan 2. Mengantar ibu hamil yang tidak mau periksa ke bidan 3. Membantu bidan pada saat pemeriksaan ibu hamil 4. Melakukan penyuluhan pada ibu hamil dan keluarga tentang: <ol style="list-style-type: none"> a. Tanda-tanda persalinan b. Tanda bahaya kehamilan kebersihan pribadi dan lingkungan c. Kesehatan dan gizi d. Perencanaan persalinan (bersalin di bidan, menyiapkan transportasi, menggalang dalam menyiapkan biaya, menyiapkan calon donor darah) 5. Memotivasi ibu hamil dan keluarga tentang: <ol style="list-style-type: none"> a. KB setelah melahirkan b. Persalinan di bidan pada waktu menjelang taksiran partus 6. Melakukan ritual keagamaan/tradisional yang sehat sesuai tradisi setempat bila keluarga meminta 7. Melakukan motivasi pada waktu rujukan diperlukan 8. Melaporkan ke bidan apabila ada ibu hamil baru

Sumber: Depkes RI (2008b:8-9)

2) Periode persalinan

Tabel 2.2 Peran Bidan dan Dukun pada Periode Persalinan

Bidan	Dukun
1. Mempersiapkan sarana prasarana persalinan aman dan alat resusitasi bayi baru lahir, termasuk pencegahan infeksi	1. Mengantar calon ibu bersalin ke Bidan
2. Memantau kemajuan persalinan sesuai dengan partogram	2. Mengingatkan keluarga menyiapkan alat transport untuk pergi ke Bidan/memanggil bidan
3. Melakukan asuhan persalinan	3. Mempersiapkan sarana prasarana persalinan aman seperti:
4. Melaksanakan inisiasi menyusui dini dan pemberian ASI segera kurang dari 1 jam	a. Air bersih
5. Injeksi Vit K1 dan salep mata antibiotik pada bayi baru lahir	b. Kain bersih
6. Melakukan perawatan bayi baru lahir	4. Mendampingi ibu pada saat persalinan
7. Melakukan tindakan PPGDON apabila mengalami komplikasi	5. Membantu Bidan pada saat proses persalinan
8. Melakukan rujukan bila diperlukan	6. Melakukan ritual keagamaan/tradisional yang sehat sesuai tradisi setempat
9. Melakukan pencatatan persalinan pada:	7. Membantu Bidan dalam perawatan bayi baru lahir
a. Kartu ibu/partograf	8. Membantu ibu dalam inisiasi menyusui dini kurang dari 1 jam
b. Kohort ibu dan bayi	9. Memotivasi rujukan bila diperlukan
c. Register persalinan	10. Membantu Bidan membersihkan ibu, tempat dan alat setelah persalinan
10. Melakukan pelaporan:	
a. Cakupan persalinan	

Sumber: Depkes RI (2008b:9)

3) Periode Nifas

Tabel 2.3 Peran Bidan dan Dukun pada Periode Nifas

Bidan	Dukun
1. Melakukan kunjungan neonatal dan sekaligus pelayanan nifas (KN1, KN2 dan KN3)	1. Melakukan kunjungan rumah dan memberikan penyuluhan tentang:
a. Perawatan ibu nifas	a. Tanda-tanda bahaya dan penyakit ibu nifas
b. Perawatan neonatal	b. Tanda-tanda bayi sakit
c. Pemberian imunisasi HB 1	c. Kebersihan pribadi dan lingkungan
d. Pemberian Vit. A ibu nifas 2 kali	d. Kesehatan dan gizi
e. Perawatan payudara	e. ASI eksklusif
2. Melakukan penyuluhan dan konseling pada ibu dan keluarga mengenai:	f. Perawatan tali pusat
a. Tanda-tanda bahaya dan penyakit ibu nifas	g. Perawatan payudara
b. Tanda-tanda bayi sakit	2. Memotivasi ibu dan keluarga untuk ber-KB setelah melahirkan
c. Kebersihan pribadi dan lingkungan	3. Melakukan ritual keagamaan/tradisional yang sehat sesuai tradisi setempat
d. Kesehatan dan gizi	4. Memotivasi rujukan bila diperlukan
e. ASI eksklusif	5. Melaporkan ke Bidan apabila ada calon akseptor KB baru
f. Perawatan tali pusat	
g. KB setelah melahirkan	
3. Melakukan rujukan apabila diperlukan	
4. Melakukan pencatatan pada:	
a. Kohort bayi	
b. Buku KIA	
5. Melakukan laporan:	
a. Cakupan KN	

Sumber: Depkes RI (2008b:10)

2.2.3 Pembinaan Dukun

Pembinaan dukun adalah suatu pelatihan yang diberikan kepada dukun bayi oleh tenaga kesehatan yang menitikberatkan pada peningkatan pengetahuan dukun yang bersangkutan, terutama dalam hal kebersihan sanitasi, yaitu mengenai kebersihan alat-alat persalinan dan perawatan bayi baru lahir, pengetahuan tentang perawatan kehamilan, deteksi dini terhadap risiko tinggi pada ibu dan bayi, KB, gizi serta pencatatan kelahiran dan kematian. Pembinaan dukun merupakan salah satu upaya menjalin kemitraan antara tenaga kesehatan (bidan) dan dukun dengan tujuan menurunkan angka kematian ibu dan bayi. Tujuan pembinaan dukun adalah untuk meningkatkan status dukun dalam pengambilan keputusan, agar mereka memiliki pengetahuan dan ide baru yang dapat disampaikan dan diterima oleh anggota masyarakat.

Beberapa program pelatihan dukun bayi memperbesar peran dukun bayi dalam program KB dan pendidikan kesehatan di berbagai aspek kesehatan reproduksi dan kesehatan anak. Pokok dari pelatihan dukun adalah untuk memperbaiki kegiatan-kegiatan yang sebenarnya sudah dilakukan oleh dukun, seperti memberikan saran tentang kehamilan, melakukan persalinan bersih dan aman, serta mengatasi masalah yang mungkin muncul pada saat persalinan, sehingga angka kematian ibu dan bayi dapat dikurangi atau dicegah sedini mungkin. Pembinaan dukun dilakukan dengan memperhatikan kondisi, adat, dan peraturan dari masing-masing daerah atau dukun berasal, karena tidaklah mudah mengajak seorang dukun untuk mengikuti pembinaan. Beberapa langkah yang dapat dilakukan bidan dalam pembinaan dukun adalah sebagai berikut:

1. Meminta bantuan pamong desa untuk memotivasi dukun bayi agar bersedia mengikuti pelatihan-pelatihan dukun yang diselenggarakan.
2. Mengajak dukun bayi yang sudah dilatih untuk ikut serta memberikan penyuluhan dan membantu melakukan deteksi dini ibu risiko tinggi di posyandu atau pada kegiatan-kegiatan yang ada di masyarakat.

Dalam praktiknya, melakukan pembinaan dukun di masyarakat tidaklah mudah. Masyarakat masih menganggap dukun sebagai tokoh masyarakat yang patut dihormati, memiliki peranan penting bagi ibu-ibu di desa. Oleh karena itu,

dibutuhkan upaya agar bidan dapat melakukan pembinaan dukun. Beberapa upaya yang dapat dilakukan bidan di antaranya adalah sebagai berikut:

1. Melakukan pendekatan dengan para tokoh masyarakat setempat.
2. Melakukan pendekatan dengan para dukun.
3. Memberikan pengertian kepada para dukun tentang pentingnya persalinan yang bersih dan aman.
4. Memberi pengetahuan kepada dukun tentang komplikasi-komplikasi kehamilan dan bahaya proses persalinan.
5. Membina kemitraan dengan dukun dengan memegang asas saling menguntungkan.
6. Mengajukan dan mengajak dukun merujuk kasus-kasus risiko tinggi kehamilan kepada tenaga kesehatan.

Secara alamiah, hambatan dalam setiap kegiatan pasti ada. Demikian juga dengan pembinaan dukun. Hambatan-hambatan yang sering dijumpai dalam melakukan pembinaan dukun di masyarakat diantaranya adalah sebagai berikut:

1. Sikap dukun yang kurang kooperatif

Faktor yang menyebabkan sikap dukun tidak kooperatif adalah adanya perasaan malu apabila dilatih oleh bidan, dukun merasa tersaingi oleh bidan, dan dukun terlalu idealis dengan cara pertolongan persalinan yang dilakukan. Solusi dari permasalahan ini adalah dengan memberikan informasi dan menekankan kepada dukun bahwa pembinaan yang dilakukan bukan untuk melakukan perubahan metode atau kebiasaan yang dilakukan oleh dukun dalam melakukan pertolongan persalinan atau untuk bersaing. Akan tetapi, pembinaan yang dilakukan bertujuan untuk memberikan suatu pemahaman baru dalam pelayanan kebidanan. Bidan harus mengajak dukun untuk bekerja sama dengan cara memberikan imbalan sebagai ucapan terima kasih. Libatkan dukun dalam perawatan bayi baru lahir, misalnya memandikan bayi.

2. Kultur yang kuat

Budaya atau kultur merupakan faktor penghambat kuat untuk melakukan pembinaan dukun. Kuatnya budaya yang melekat di suatu

masyarakat dapat memberikan pengaruh besar terhadap kebiasaan anggota masyarakatnya. Sosial budaya mengenal dukun yang merupakan hambatan dalam upaya pembinaan dukun adalah sebagai berikut:

- a. Dukun bayi biasanya adalah orang yang dikenal masyarakat setempat.
- b. Kepercayaan masyarakat terhadap dukun diperoleh secara turun-temurun.
- c. Dukun bayi masih memiliki peranan penting bagi perempuan di pedesaan.
- d. Biaya pertolongan persalinan dukun jauh lebih murah daripada tenaga kesehatan.
- e. Pelayanan dukun dilakukan sampai ibu selesai masa nifas.
- f. Masyarakat masih terbiasa dengan cara-cara tradisional.

Melihat hambatan tersebut di atas, diperlukan suatu upaya untuk menanamkan pemahaman baru pada dukun. Solusi dari permasalahan tersebut adalah dengan melakukan berbagai metode pendekatan dengan tokoh-tokoh masyarakat, misalnya pamong desa, para petua-petua desa, dan tokoh agama yang sangat berpengaruh pada pola pikir masyarakat dengan memberikan penjelasan pentingnya pembinaan dukun, sehingga tokoh-tokoh masyarakat dapat melakukan advokasi kepada masyarakat, serta dapat memperbaiki kebudayaan yang melekat pada diri masyarakat yang dapat merugikan kesehatan terutama kesehatan ibu dan bayi.

3. Sosial ekonomi

Faktor sosial ekonomi menjadi salah satu kendala masyarakat untuk melahirkan di tenaga kesehatan (bidan). Masyarakat dengan sosial ekonomi rendah atau miskin dengan pendidikan yang rendah cenderung mencari pertolongan persalinan pada dukun. Mereka beranggapan bahwa untuk melahirkan di tenaga kesehatan harus mengeluarkan biaya yang sangat besar, sehingga mereka merasa enggan untuk pergi ke tenaga kesehatan. Masyarakat yang demikian beranggapan bahwa dukun adalah seorang pahlawan, karena melahirkan di dukun lebih murah, dukun bersedia dibayar dengan barang (seperti ayam atau hasil pertanian lainnya), dan

pembayarannya dapat diangsur. Dukun memberikan pendampingan berupa pemijatan pada ibu, memandikan bayi sampai lepasnya tali pusat, dan terlibat dalam upacara adat, seperti tradisi selamatan bayi dan ibu nifas pada hari ke-7 dan ke-40.

4. Tingkat pendidikan

Kebanyakan di masyarakat, dukun adalah orang tua yang harus dihormati dan mempunyai latar belakang pendidikan rendah. Oleh karena dukun memiliki latar belakang pendidikan rendah, maka tidak jarang dukun sulit untuk menerima pemahaman dan pengetahuan baru. Solusi dari permasalahan tersebut adalah bidan harus mempunyai keterampilan komunikasi interpersonal dan memahami tradisi setempat untuk melakukan pendekatan dan pembinaan ke dukun-dukun. Lakukan pendekatan sesuai dengan tingkat pendidikan dukun, sehingga mereka dapat memahami dan menerima pengetahuan serta pemahaman baru khususnya mengenai kahamilan, persalinan, nifas, dan bayi baru lahir (Yulifah dan Yuswanto, 2014:264-270).

2.3 Kepatuhan

2.3.1 Konsep Kepatuhan

Menurut Kulsum dan Jauhar (2014:225), kepatuhan adalah suatu bentuk pengaruh sosial dimana seseorang hanya perlu memerintahkan satu orang lain atau lebih untuk melakukan satu atau beberapa tindakan. Seseorang dengan sikap yang baik dan menerima instruksi atau perintah dari orang lain belum dapat dikatakan patuh sebelum dia melaksanakan perintah tersebut secara perilaku atau tindakan. Pengukuran kepatuhan hanya dapat dilihat setelah seseorang melakukan tindakan yang sesuai dengan perintah atau tidak. Jika dilihat dari sudut pandang seorang pasien, kepatuhan adalah tingkat perilaku pasien yang setuju terhadap instruksi atau petunjuk yang diberikan dalam bentuk terapi apapun yang ditentukan, baik itu diet, latihan, pengobatan, atau menepati janji pertemuan dengan dokter. Selain itu, tingkat pasien melaksanakan cara pengobatan dan

perilaku yang disarankan oleh dokternya atau oleh yang lain juga disebut dengan kepatuhan (Sarafino dalam Smet, 1994:250). Perilaku kepatuhan bersifat sementara karena perilaku ini akan bertahan bila ada pengawasan. Jika pengawasan hilang atau mengendur maka akan timbul perilaku ketidakpatuhan (Sarwono dalam Oktaviani, 2015:15). Ketidakpatuhan atau tidak mengikuti petunjuk atau instruksi, merupakan suatu masalah kesehatan masyarakat yang penting dan merupakan masalah paling serius yang dihadapi praktik kedokteran saat ini (Stanley dan Beare, 2006:83).

Secara sejarah, riset tentang ketaatan pasien didasarkan atas pandangan tradisional mengenai pasien sebagai penerima nasihat dokter yang pasif dan patuh. Pasien yang tidak taat dipandang sebagai orang lalai dan masalahnya dianggap sebagai kontrol. Riset berusaha untuk mengidentifikasi kelompok-kelompok pasien yang tidak patuh berdasarkan kelas sosial ekonomi, pendidikan, umur dan jenis kelamin (Scwartz dan Griffin dalam Smet, 1994:253). Teori yang lebih baru menekankan faktor situasional dan pasien sebagai peserta yang aktif dalam proses pengobatannya. Perilaku ketaatan sering diartikan sebagai usaha pasien untuk mengendalikan perilakunya bahkan jika hal tersebut bisa menimbulkan risiko mengenai kesehatannya. Faktor ini sering kali dilupakan. Banyak dokter beranggapan bahwa pasien akan mengikuti apa yang akan mereka nasihatkan, tanpa menyadari bahwa para pasien tersebut pertama-tama harus memutuskan lebih dahulu apakah mereka akan melakukannya (Taylor dalam Smet, 1994:254).

Kepatuhan dukun bermitra akan terlihat jika sikap dan perilaku dukun sesuai dengan perintah atau instruksi yang diberikan oleh bidan, karena jika hanya bersikap baik namun belum dilaksanakan dengan suatu tindakan maka hal ini tidak dapat dikatakan patuh. Dukun tidak hanya menerima perintah atau instruksi melalui peran dukun dalam kemitraan bidan dan dukun, melainkan juga harus mengaplikasikan peran tersebut. Menurut Anggorodi (2009:13), dukun yang tidak bermitra menganggap istilah tersebut sebagai bentuk kerja yang tidak mutlak, bergantung pada kebutuhannya. Bagi dukun kalau kasusnya bisa ditangani sendiri mereka tidak akan meminta bantuan tenaga kesehatan. Dalam hal ini, dukun seharusnya tidak lagi menolong persalinan dan dukun dapat merujuk persalinan ke

bidan apabila dikatakan patuh, karena peran dukun dalam kemitraan bidan dan dukun telah beralih menjadi mitra bidan dalam merawat ibu dan bayinya dan bukan menjadi penolong persalinan. Jika hal tersebut masih terjadi, maka dapat disimpulkan bahwa dukun belum berperilaku dengan baik atau tidak patuh dalam kemitraan bidan dan dukun, khususnya terhadap perannya dalam pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun pada periode persalinan.

2.3.2 Mengurangi Ketidakpatuhan

Faktor-faktor yang memperkirakan dan menjelaskan kepatuhan dan teknik yang telah dikembangkan untuk menurunkan ketidakpatuhan tidak selalu berkaitan. Namun, sejumlah strategi yang berbeda telah dikembangkan untuk mencoba memberikan penyelesaian terhadap masalah tersebut. Lima titik-rencana untuk mengatasi ketidakpatuhan pasien, meliputi:

- a) Satu syarat untuk semua rencana menumbuhkan kepatuhan adalah mengembangkan tujuan kepatuhan (dari teori tindakan berdasarkan rasional). Banyak dari pasien-pasien yang tidak patuh pernah memiliki tujuan untuk mematuhi nasihat-nasihat medis pada awalnya. Pernyataan-pernyataan yang dipublikasikan dapat meningkatkan kepatuhan seseorang. Kontrak tertulis juga dapat meningkatkan kepatuhan, tetapi kontrak kemungkinan dapat menjadi tidak efektif untuk kurun waktu yang lama. akhirnya, kesepakatan apapun yang diharapkan dari pasien harus berasal dari pasien sendiri, paksaan dari tenaga kesehatan hanya akan menghasilkan efek yang negatif. Perilaku sehat sangat dipengaruhi oleh kebiasaan, oleh karena itu perlu dikembangkan suatu strategi yang bukan hanya untuk mengubah perilaku, tetapi juga untuk mempertahankan perubahan tersebut. Sikap pengontrolan diri membutuhkan pemantauan terhadap diri sendiri, evaluasi diri dan penghargaan terhadap diri sendiri terhadap perilaku yang baru tersebut.
- b) Pengontrolan perilaku seringkali tidak cukup untuk mengubah perilaku itu sendiri. Faktor kognitif juga berperan penting. Suatu program dapat secara

total dihancurkan sendiri oleh pasien dengan menggunakan pernyataan pertahanan diri. Selain itu, penting untuk untuk mengembangkan perasaan mampu, bisa mengontrol diri dan percaya pada diri sendiri pada setiap pasien. Modifikasi perilaku seringkali memerlukan frekuensi kontak yang sering antara pasien dan pemberi pelayanan kesehatan, dan ini akan menyebabkan mahalnya biaya dari segi waktu dan uang, penggunaan faktor kognitif akan membuktikan keefektifan tambahan terhadap teknik-teknik perilaku.

- c) Dukungan sosial dalam bentuk dukungan emosional dari anggota keluarga yang lain, teman, waktu dan uang merupakan faktor-faktor penting dalam kepatuhan terhadap program-program medis. Keluarga dan teman dapat membantu mengurangi ansietas yang disebabkan oleh penyakit tertentu, mereka dapat menghilangkan godaan pada ketidakpatuhan, dan mereka seringkali dapat menjadi kelompok pendukung untuk mencapai kepatuhan.
- d) Dukungan dari profesional kesehatan merupakan faktor lain yang dapat mempengaruhi perilaku kepatuhan. Dukungan mereka terutama berguna saat pasien menghadapi bahwa perilaku sehat yang baru tersebut merupakan hal penting. Begitu juga mereka dapat mempengaruhi perilaku pasien dengan cara menyampaikan antusias mereka terhadap tindakan tertentu dari pasien, dan secara terus menerus memberikan penghargaan yang positif bagi pasien yang telah mampu beradaptasi dengan program pengobatannya (DiNicola dan DiMatteo dalam Niven, 2000:196-198).

2.4 Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan

Perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme (makhluk hidup) yang bersangkutan. Perilaku (manusia) adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar. Skinner (dalam Notoatmodjo, 2012:131) seorang ahli psikologi, merumuskan bahwa perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Namun dalam memberikan respons sangat

tergantung pada karakteristik atau faktor-faktor lain dari orang yang bersangkutan. Hal ini berarti meskipun stimulusnya sama bagi beberapa orang, namun respons tiap-tiap orang berbeda. Faktor-faktor yang membedakan respons terhadap stimulus yang berbeda disebut determinan perilaku. Determinan perilaku ini dapat dibedakan menjadi dua, yakni:

1. Determinan atau faktor internal, yakni karakteristik orang yang bersangkutan, yang bersifat *given* atau bawaan, misalnya tingkat kecerdasan, tingkat emosional, jenis kelamin, dan sebagainya.
2. Determinan atau faktor eksternal, yakni lingkungan, baik lingkungan fisik, sosial, budaya, ekonomi, politik, dan sebagainya. Faktor lingkungan ini sering merupakan faktor yang dominan yang mewarnai perilaku seseorang.

Dari uraian diatas dapat dirumuskan bahwa perilaku adalah totalitas penghayatan dan aktivitas seseorang, yang merupakan hasil bersama atau *resultant* antara berbagai faktor, baik faktor internal maupun eksternal. Dengan perkataan lain perilaku manusia sangatlah kompleks, dan mempunyai bentangan yang sangat luas (Notoatmodjo, 2012:137). Smet (1994:254) menyatakan bahwa faktor yang berhubungan dengan ketaatan diantaranya meliputi ciri kesakitan dan ciri pengobatan, komunikasi antara pasien dan dokter, persepsi dan pengharapan pasien, variabel sosial, dan ciri individu, sedangkan Niven (2000:153) menyatakan bahwa pemahaman tentang instruksi, kualitas interaksi, isolasi sosial dan keluarga, sikap, keyakinan, dan kepribadian merupakan faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan. Menurut Gibson *et al* (1995:52), variabel yang mempengaruhi perilaku individu terdiri dari variabel individu, variabel psikologis, dan variabel organisasi. Variabel individu terdiri dari kemampuan dan keterampilan (fisik dan mental), latar belakang (keluarga, tingkat sosial, dan pengalaman), serta demografis (umur, asal-usul, jenis kelamin). Variabel psikologis terdiri dari persepsi, sikap, kepribadian, belajar, dan motivasi. Sementara itu, variabel organisasi terdiri dari sumber daya, kepemimpinan, imbalan, struktur, dan desain pekerjaan. Berdasarkan modifikasi teori dan konsep determinan perilaku diatas maka diperoleh faktor yang berhubungan dengan kepatuhan meliputi:

1. Faktor internal yaitu ciri kesakitan dan ciri pengobatan, persepsi dan pengharapan pasien, ciri individu, pemahaman tentang instruksi, sikap, keyakinan, kepribadian, kemampuan dan keterampilan (fisik dan mental), latar belakang (keluarga, tingkat sosial, dan pengalaman), demografis (umur, asal-usul, jenis kelamin), belajar, dan motivasi.
2. Faktor eksternal yaitu komunikasi antara pasien dan dokter, variabel sosial, kualitas interaksi, isolasi sosial dan keluarga, sumber daya, kepemimpinan, imbalan, struktur, dan desain pekerjaan.

2.4.1 Faktor Internal

a. Ciri-ciri kesakitan dan ciri-ciri pengobatan

Perilaku ketaatan lebih rendah untuk penyakit kronis (karena tidak ada akibat buruk yang segera dirasakan atau resiko yang jelas), saran mengenai gaya hidup umum dan kebiasaan yang lama, pengobatan yang kompleks, pengobatan dengan efek sampingan, perilaku yang tidak pantas (Dickson dkk., Sarafino, dan Ley dalam Smet, 1994:254). Ketaatan terhadap perubahan gaya hidup yang disarankan, seperti misalnya berhenti merokok atau mengubah diet seseorang, secara umum sangat bervariasi dan sering sangat rendah (Sarafino dalam Smet, 1994:254).

b. Persepsi dan pengharapan para pasien

Notoatmodjo (2014:92) mengemukakan bahwa persepsi adalah pengalaman tentang objek, peristiwa, atau hubungan-hubungan yang diperoleh dengan menyimpulkan informasi dan menafsirkannya. Persepsi adalah memberikan makna kepada stimulus. Persepsi juga sebuah proses individu mengorganisasikan dan menginterpretasikan kesan sensoris untuk memberikan pengertian pada lingkungannya. Persepsi penting bagi perilaku organisasi karena perilaku orang-orang didasarkan pada persepsi mereka tentang apa realita yang ada, bukan mengenai realita itu sendiri (Robbins dan Judge, 2015:103). Gibson *et al* (1995:56-57) mengemukakan bahwa persepsi adalah proses kognitif yang dipergunakan oleh seseorang untuk menafsirkan dan memahami dunia

sekitarnya. Setiap orang akan memberi arti kepada stimulus, maka individu yang berbeda akan “melihat” hal yang sama dengan cara yang berbeda-beda. Persepsi bertautan dengan cara mendapatkan pengetahuan khusus tentang obyek atau kejadian pada saat tertentu, maka persepsi terjadi ketika kapan saja stimulus menggerakkan indra. Persepsi mencakup kognisi (pengetahuan). Persepsi mencakup penafsiran obyek, tanda, dan orang dari sudut pandang pengalaman yang bersangkutan. Dengan perkataan lain, persepsi mencakup penerimaan stimulus, pengorganisasian stimulus, dan penerjemahan atau penafsiran stimulus yang telah diorganisasi dengan cara yang dapat mempengaruhi perilaku dan pembentukan sikap.

Slameto (dalam Supratman dan Mahadian, 2016:70) menyatakan bahwa persepsi adalah proses yang menyangkut masuknya pesan dan informasi di dalam otak manusia. Informasi dan pesan yang diterima tersebut muncul dalam bentuk stimulus yang merangsang otak untuk mengolah lebih lanjut yang kemudian mempengaruhi seseorang dalam berperilaku. Persepsi adalah proses diterimanya rangsang melalui panca indra yang didahului oleh perhatian sehingga individu mampu mengetahui, mengartikan, dan menghayati tentang hal yang diamati, baik yang berasal dari dalam maupun dari luar diri individu. Persepsi itu sendiri memiliki dua macam, yaitu persepsi eksternal dan persepsi internal (persepsi diri). Persepsi eksternal adalah persepsi yang terjadi karena adanya rangsang yang datang dari luar dari individu. Sementara itu, persepsi internal adalah persepsi yang terjadi karena adanya rangsang yang berasal dari dalam diri individu. Dalam hal itu, yang menjadi objek adalah diri individu sendiri (Sunaryo, 2013:96).

Syarat adanya persepsi, individu dapat menyadari dan memahami keadaan diri individu yang bersangkutan (*self perception*). Instrumen penghubung persepsi antara individu dengan dunia luar adalah pancaindra. Persepsi terjadi melalui proses yang didahului dengan pengindraan. Pertama, stimulus diterima oleh reseptor, kemudian

diteruskan ke otak atau pusat saraf yang diorganisasikan, dan diinterpretasikan sebagai proses psikologis. Akhirnya, individu menyadari tentang apa yang dilihat dan didengar. Ada beberapa syarat terjadinya persepsi, yaitu:

- a) Adanya objek. Objek berperan sebagai stimulus, sedangkan pancaindra berperan sebagai reseptor.
- b) Adanya perhatian sebagai langkah pertama untuk mengadakan persepsi.
- c) Adanya pancaindra sebagai reseptor penerima stimulus.
- d) Saraf sensorik sebagai alat untuk meneruskan stimulus ke otak (pusat saraf atau pusat kesadaran). Kemudian, dari otak dibawa melalui saraf motorik sebagai alat untuk mengadakan respons (Sunaryo, 2013:106).

Persepsi berhubungan dengan apa yang disebut stereotip, yaitu suatu gambaran atau tanggapan tertentu mengenai sifat-sifat, watak dan pribadi, orang atau kelompok lain secara negatif. Pada umumnya stereotip ini sudah terbentuk pada diri orang yang berpersepsi, dan biasanya stereotip terbentuk berdasarkan atas informasi-informasi atau keterangan-keterangan yang kurang lengkap, sehingga bersifat subjektif. Pada umumnya orang terikat dalam stereotip. Penstereotipan para anggota organisasi dapat menyebabkan pelaksanaan kegiatan kurang sesuai dengan program atau perencanaan pekerjaan (Wursanto, 2005:290-291).

Dalam hal konteks pengobatan, berdasarkan variabel-variabel dari *Health Belief Model* mengemukakan bahwa *adherence* sebagai fungsi dari keyakinan-keyakinan tentang kesehatan, ancaman yang dirasakan, persepsi kekebalan, pertimbangan mengenai hambatan/kerugian (biaya, waktu) dan keuntungan (efektivitas pengobatan). Berdasarkan *Theory of Reasoned Action*, sikap dan norma subyektif terhadap perilaku ketaatan akan meramalkan perilaku tersebut (Leventhal *et al* dalam Smet, 1994: 256), sedangkan menurut *Decision Theory*, Janis (dalam Smet, 1994: 256) menganggap pasien sebagai seorang pengambil keputusan, dan

ketaatan sebagai hasil proses pengambilan keputusan. Hal ini tercermin dalam *Conflict Theory* dari Janis & Mann (dalam Smet, 1994: 256). Teori ini mencerminkan pendapat umum, yang baru mulai tahun 1950-an, bahwa para pasien sendirilah harus memutuskan apakah mereka akan menjalani operasi, dan oleh karena itu, seharusnya diberitahu sebaik-baiknya mengenai prosedurnya, resiko dan efektivitas pengobatan agar mereka bisa mengambil keputusan yang tepat. Selain itu, berdasarkan teori pengaturan diri, orang menciptakan representasi ancaman kesehatan mereka sendiri, dan merencanakan serta bertindak dalam hubungannya dengan representasi (Leventhal dalam Smet, 1994:256). Model berdasarkan pikiran sehat itu (*common-sense models*) tentang kesakitan pasien ini bisa mencampuri dengan ketaatan terhadap rekomendasi dokter mereka (Sarafino, dalam Smet, 1994:256). Jadi, perilaku ketaatan meliputi proses sibernetis, yang diarahkan oleh pasien, dengan modifikasi periodik yang dibuat bila perlu.

Menurut Notoatmodjo (2005:101), setelah stimulus diterima oleh sistem saraf, proses selanjutnya adalah menginterpretasikan stimulus tersebut. Interpretasi adalah apa yang keluar dari kepala kita, sedangkan sensasi adalah apa yang kita terima dari luar dan masuk ke dalam kepala kita. Proses pertama yang harus kita lalui dalam mempersepsikan suatu objek, maka kita tidak dapat mempersepsikannya. Pemusatan perhatian adalah suatu usaha dari manusia untuk menyeleksi atau membatasi segala stimulus yang ada untuk masuk dalam pengalaman kesadaran kita dalam rentang waktu tertentu. Ada banyak faktor yang akan menyebabkan stimulus dapat masuk dalam rentang perhatian kita. Faktor penyebab ini dapat dibagi menjadi dua bagian besar yaitu faktor eksternal dan faktor internal. Faktor eksternal adalah faktor melekat pada objeknya, sedangkan faktor internal adalah faktor yang terdapat pada orang yang mempersepsikan stimulus tersebut.

a. Faktor eksternal

1. Kontras: cara termudah untuk menarik perhatian adalah membuat kontras baik pada warna, ukuran, bentuk atau gerakan.
2. Perubahan intensitas: suara yang berubah dari pelan menjadi keras, atau cahaya yang berubah dengan intensitas tinggi akan menarik perhatian.
3. Pengulangan (*repetition*): dengan pengulangan, walaupun pada mulanya stimulus tersebut tidak masuk dalam rentang perhatian, maka akhirnya akan mendapat perhatian kita.
4. Sesuatu yang baru (*novelty*): suatu stimulus yang baru akan lebih menarik perhatian daripada sesuatu yang telah kita ketahui.
5. Sesuatu yang menjadi perhatian orang banyak: suatu stimulus yang menjadi perhatian orang banyak akan menarik perhatian kita.

b. Faktor internal

Faktor internal yang ada pada seseorang akan mempengaruhi bagaimana seseorang menginterpretasikan stimulus yang dilihatnya. Itu sebabnya stimulus yang sama dapat dipersepsikan secara berbeda. Dalam ilmu psikologi untuk mengetahui faktor internal yang ada dalam diri seseorang, misalnya motivasinya atau emosi maka digunakan stimulus tertentu. Pada umumnya stimulus yang diperlihatkan dapat memancing berbagai macam pendapat. Teknik ini disebut sebagai teknik proyeksi.

1. Pengalaman/pengetahuan: pengalaman atau pengetahuan yang dimiliki seseorang merupakan faktor yang sangat berperan dalam menginterpretasikan stimulus yang kita peroleh. Pengalaman masa lalu atau apa yang telah kita pelajari akan menyebabkan terjadinya perbedaan interpretasi. Dengan kata lain, apa yang kita lihat akan mempengaruhi apa yang akan ia rasakan di kemudian harinya. Oleh karena itu, berilah

pengalaman dan pengetahuan yang positif sehingga seseorang akan mempersepsikan dunia dengan lebih positif pula.

2. Harapan (*expectation*): harapan terhadap sesuatu akan mempengaruhi persepsi terhadap stimulus.
3. Kebutuhan: kebutuhan akan menyebabkan stimulus tersebut dapat masuk dalam rentang perhatian kita dan kebutuhan ini akan menyebabkan kita menginterpretasikan stimulus secara berbeda.
4. Motivasi: motivasi akan mempengaruhi persepsi seseorang.
5. Emosi: emosi seseorang akan mempengaruhi persepsinya terhadap stimulus yang ada.
6. Budaya: seseorang dengan latar belakang budaya yang sama akan menginterpretasikan orang-orang dalam kelompoknya secara berbeda, namun akan mempersepsikan orang-orang diluar kelompoknya sebagai sama saja. Inilah yang membentuk terjadinya stereotip (Notoatmodjo, 2005:101-108).

c. Ciri-ciri individu

Variabel-variabel demografis juga digunakan untuk meramalkan ketidaktaatan (Taylor dalam Smet, 1994:257). Sebagai contoh di Amerika Serikat, para wanita, kaum kulit putih, dan orang-orang tua cenderung mengikuti anjuran dokter. Umur dan/atau status perkembangan merupakan faktor yang penting (La Greca dalam Smet, 1994:259). Anak-anak kadang-kadang punya tingkat ketaatan yang lebih tinggi dibandingkan dengan remaja, meskipun anak-anak itu mendapatkan informasi yang kurang, seperti Johnson (dalam Smet, 1994:259) temukan pada penderita diabetes. Masalah khusus dapat timbul dalam memperoleh ketaatan medis dari anak-anak yang mempunyai penyakit kronis, karena mereka sangat tergantung pada anggota keluarga yang lain untuk perawatan medis. Seringkali, tanggung jawab untuk perawatan dibagikan pada sejumlah anggota keluarga, yang menyebabkan pengelolaan penyakit menjadi lebih rumit.

d. Pemahaman tentang instruksi

Menurut Niven (2000:193-194), faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan salah satunya adalah pemahaman instruksi. Tak seorang pun dapat mematuhi instruksi jika ia salah paham tentang instruksi yang diberikan padanya. Dalam hal konteks pengobatan, Ley dan Spelman (dalam Niven, 2000:153) menemukan bahwa lebih dari 60% yang diwawancarai setelah bertemu dengan dokter salah mengerti tentang instruksi yang diberikan pada mereka. Kesalahan mengenai instruksi yang diberikan disebabkan oleh kegagalan profesional kesehatan dalam memberikan informasi yang lengkap, penggunaan istilah-istilah medis dan memberikan banyak instruksi yang harus diingat oleh pasien.

Pengetahuan adalah hasil pengindraan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indra yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan sebagainya). Dengan sendirinya pada waktu pengindraan sehingga menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Sebagian besar pengetahuan seseorang diperoleh melalui indra pendengaran (telinga), dan indra penglihatan (mata). Pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda-beda. Secara garis besarnya dibagi dalam 6 tingkat pengetahuan, yakni:

1. Tahu (*know*)

Tahu diartikan hanya sebagai *recall* (memanggil) memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu.

2. Memahami (*comprehension*)

Memahami suatu objek bukan sekedar tahu terhadap objek tersebut, tidak sekedar dapat menyebutkan, tetapi orang tersebut harus dapat menginterpretasikan secara benar tentang objek yang diketahui tersebut.

3. Aplikasi (*application*)

Aplikasi diartikan apabila orang yang telah memahami objek yang dimaksud dapat menggunakan atau mengaplikasikan prinsip yang diketahui tersebut pada situasi yang lain.

4. Analisis (*analysis*)

Analisis adalah kemampuan seseorang untuk menjabarkan dan atau memisahkan, kemudian mencari hubungan antara komponen-komponen yang terdapat dalam suatu masalah atau objek yang diketahui. Indikasi bahwa pengetahuan seseorang itu sudah sampai pada tingkat analisis adalah apabila orang tersebut telah dapat membedakan, atau memisahkan, mengelompokkan, membuat diagram (bagan) terhadap pengetahuan atas objek tersebut.

5. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjuk suatu kemampuan seseorang untuk merangkum atau meletakkan dalam satu hubungan yang logis dari komponen-komponen pengetahuan yang dimiliki. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang telah ada.

6. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu objek tertentu. Penilaian ini dengan sendirinya didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau norma-norma yang berlaku di masyarakat (Notoatmodjo, 2014:27-29).

Menurut Notoatmodjo (2007), pengetahuan seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu:

1. Pengalaman

Pengalaman dapat diperoleh dari pengalaman sendiri atau orang lain. Pengalaman yang sudah diperoleh dapat memperluas pengetahuan seseorang. Pengalaman dukun sebelumnya dalam melaksanakan perannya dalam pelaksanaan kemitraan bidan dan

dukun dapat memperluas pengetahuannya tentang bagaimana melaksanakan peran dukun sesuai dengan pedoman kemitraan bidan dan dukun.

2. Umur

Semakin tua umur seseorang maka proses perkembangan mentalnya bertambah baik, akan tetapi pada umur tertentu, bertambahnya proses perkembangan mental ini tidak secepat seperti ketika berumur belasan tahun. Selain itu, daya ingat seseorang dipengaruhi oleh umur. Dari uraian ini maka dapat disimpulkan bahwa bertambahnya umur seseorang dapat berpengaruh pada penambahan pengetahuan yang diperolehnya, akan tetapi pada umur-umur tertentu mengingat atau menjelang usia lanjut kemampuan penerimaan atau mengingat suatu pengetahuan akan berkurang.

3. Tingkat pendidikan

Pendidikan dapat memperluas wawasan atau pengetahuan seseorang. secara umum seseorang yang berpendidikan lebih tinggi akan mempunyai pengetahuan yang lebih luas dibandingkan dengan seseorang yang tingkat pendidikannya lebih rendah.

4. Sumber informasi

Meskipun seseorang memiliki pendidikan yang rendah tetapi jika ia mendapatkan informasi yang baik maka pengetahuan seseorang akan meningkat. Walaupun dukun pada umumnya memiliki pendidikan rendah tetapi jika dia memperoleh informasi tentang peran dukun dalam pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun pada kegiatan pembinaan/pertemuan dukun maka akan dapat menambah pengetahuannya.

5. Penghasilan

Penghasilan tidak berpengaruh langsung terhadap pengetahuan seseorang.

6. Sosial budaya

Kebudayaan setempat dan kebiasaan dalam keluarga dapat mempengaruhi pengetahuan, persepsi, dan sikap seseorang terhadap sesuatu.

e. Keyakinan

Kepercayaan adalah komponen kognitif dari faktor sosio-psikologis. Kepercayaan disini tidak ada hubungannya dengan hal-hal yang gaib, tetapi hanyalah keyakinan bahwa sesuatu itu benar atau salah. Kepercayaan sering dapat bersifat rasional atau irasional. Kepercayaan yang rasional apabila kepercayaan orang terhadap sesuatu tersebut masuk akal. Kepercayaan dibentuk oleh pengetahuan, kebutuhan, dan kepentingan. Hal ini dimaksudkan bahwa orang percaya kepada sesuatu dapat disebabkan karena ia mempunyai pengetahuan tentang itu. Kepercayaan karena kebutuhan, disebabkan karena ia butuh sekali (Notoatmodjo, 2014:15-16). Kepercayaan (keyakinan), ide, dan konsep terhadap suatu objek, artinya bagaimana keyakinan, pendapat atau pemikiran seseorang terhadap objek merupakan salah satu dari beberapa komponen pokok sikap. Dalam menentukan sikap yang utuh, keyakinan juga memegang peranan penting (Allport dalam Notoatmodjo, 2014:30). Becker *et al* (dalam Niven, 2000:195) telah membuat suatu usulan bahwa model keyakinan kesehatan berguna untuk memperkirakan adanya ketidakpatuhan. Dalam hal konteks ini, keyakinan yang dimaksud adalah keyakinan dukun terhadap kemitraan bidan dan dukun. Keyakinan tersebut berasal dari pemberian informasi melalui kegiatan pembinaan/pertemuan dukun.

f. Sikap

Sikap adalah respons tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu, yang sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan (senang-tidak senang, setuju-tidak setuju, baik-tidak baik, dan sebagainya). Sikap itu suatu sindrom atau kumpulan gejala dalam merespons stimulus atau objek (Campbell dalam Notoatmodjo, 2014:29).

Sehingga sikap itu melibatkan pikiran, perasaan, perhatian, dan gejala kejiwaan yang lain. Newcomb (dalam Notoatmodjo, 2014:29) menyatakan bahwa sikap adalah merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Dalam kata lain fungsi sikap belum merupakan tindakan (reaksi terbuka) atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi perilaku (tindakan), atau reaksi tertutup.

Sikap merupakan suatu bentuk evaluasi atau reaksi perasaan. Sikap seseorang terhadap suatu objek adalah perasaan mendukung atau memihak (*favorable*) maupun perasaan tidak mendukung atau tidak memihak (*unfavorable*) pada objek tersebut. Sikap merupakan semacam kesiapan untuk bereaksi terhadap suatu objek dengan cara-cara tertentu (Azwar dalam Oktaviani, 2015:16). Dapat dikatakan bahwa kesiapan yang dimaksudkan merupakan kecenderungan potensial untuk bereaksi dengan cara tertentu apabila individu dihadapkan pada suatu stimulus yang menghendaki adanya proses. Menurut Sunaryo (2013:213), sikap merupakan reaksi atau respons yang masih tertutup dari individu, selalu diarahkan terhadap suatu hal atau objek tertentu dan sifatnya tertutup. Oleh sebab itu, manifestasi sikap tidak dapat langsung dilihat, namun hanya dapat ditafsirkan dari tingkah laku yang tertutup tersebut. Di samping sikap yang bersifat tertutup, sikap juga bersifat sosial, dalam arti bahwa kita hendaknya dapat beradaptasi dengan orang lain (Sunaryo, 2013:213). Robbins (2002:35) mengemukakan bahwa sikap merupakan pernyataan evaluatif, baik yang menyenangkan maupun yang tidak tentang suatu objek, orang, atau peristiwa. Selain itu, sikap mencerminkan bagaimana seseorang merasakan sesuatu.

Sikap merupakan faktor penting yang mempengaruhi pembentukan perilaku karena sikap berhubungan dengan persepsi, kepribadian dan belajar. Sikap berhubungan dengan keadaan mental seseorang dalam menghadapi mutu objek tertentu (orang, lingkungan) yang mempunyai pengaruh tertentu atas tanggapan seseorang, yang disertai dengan

kecenderungan untuk bertindak sesuai dengan pandangan atau tanggapan terhadap objek tertentu tadi. Sikap terbentuk melalui pengalaman yang diperoleh sepanjang perkembangan hidup. Sikap tidak diperoleh sejak manusia lahir atau sebagai warisan biologis. Sikap dapat dibentuk dari lingkungan yang lebih kecil (keluarga), lingkungan kelompok di luar keluarga (lingkungan teman-teman), lingkungan masyarakat dan sekeliling dan dari pengalaman yang diperoleh sebelumnya.

Pembentukan sikap berlangsung melalui suatu proses interaksi, baik interaksi secara vertikal, diagonal maupun secara horizontal. Interaksi internal adalah interaksi yang berlangsung di dalam kelompok/organisasi, baik interaksi secara vertikal, diagonal, maupun horizontal. Interaksi eksternal adalah interaksi di luar kelompok, yaitu interaksi dengan segala peristiwa atau kejadian, atau hasil kebudayaan yang diterima melalui media komunikasi. Maka dalam rangka pembentukan sikap positif yang sesuai dengan sikap yang dikehendaki oleh organisasi, maka pimpinan organisasi harus mampu menciptakan suatu sistem komunikasi yang dapat memperlancar jalannya arus informasi (Wursanto, 2005:291-293).

Menurut Allport (dalam Notoatmodjo, 2014:29-30) menyatakan bahwa sikap itu terdiri dari 3 komponen pokok, yakni kepercayaan atau keyakinan, ide, dan konsep terhadap objek, kehidupan emosional atau evaluasi orang terhadap objek, dan kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*). Ketiga komponen tersebut secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Dalam menentukan sikap yang utuh ini, pengetahuan, pikiran, keyakinan, dan emosi memegang peranan penting. Seperti halnya pengetahuan, sikap ini terdiri dari berbagai tingkatan yaitu:

1. Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang atau subjek mau menerima stimulus yang diberikan (objek).

2. Menanggapi (*responding*)

Menanggapi di sini diartikan memberikan jawaban atau tanggapan terhadap pertanyaan atau objek yang dihadapi.

3. Menghargai (*valuing*)

Menghargai diartikan subjek atau seseorang memberikan nilai yang positif terhadap objek atau stimulus, dalam arti membahasnya dengan orang lain, bahkan mengajak atau mempengaruhi atau menganjurkan orang lain merespons.

4. Bertanggung jawab (*responsible*)

Sikap yang paling tinggi tingkatnya adalah bertanggung jawab terhadap apa yang telah diyakininya. Seseorang yang telah mengambil sikap tertentu berdasarkan keyakinannya, dia harus berani mengambil risiko bila ada orang lain yang mencemoohkan atau adanya risiko lain (Notoatmodjo, 2014:30-31).

Walgito (dalam Sunaryo, 2013:218) mengungkapkan bahwa terdapat empat hal penting yang menjadi determinan (faktor penentu) sikap individu, yaitu faktor fisiologis, pengalaman langsung terhadap objek sikap, kerangka acuan, komunikasi sosial.

1. Faktor fisiologis

Faktor yang penting dalam faktor fisiologis adalah umur dan kesehatan, yang menentukan sikap individu.

2. Faktor pengalaman

Faktor pengalaman langsung terhadap objek sikap. Pengalaman langsung yang dialami individu terhadap objek sikap berpengaruh terhadap sikap individu dalam menghadapi objek sikap tersebut.

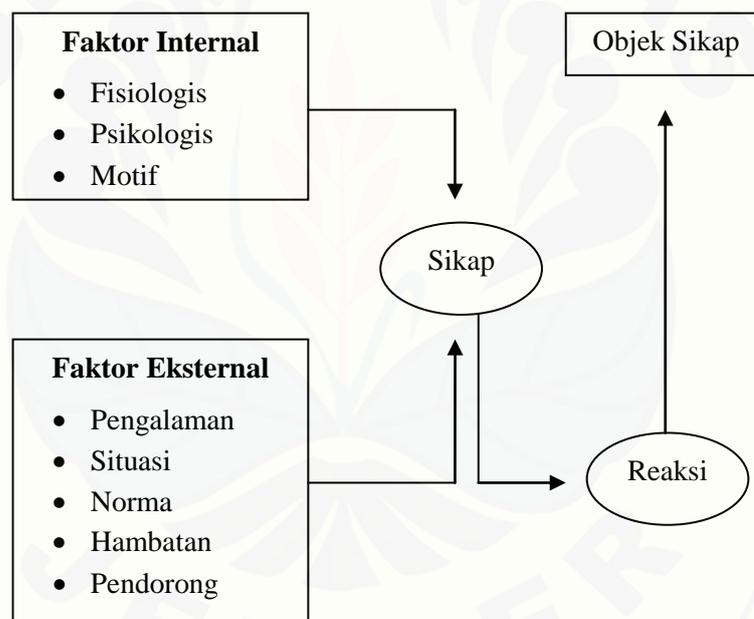
3. Faktor kerangka acuan

Kerangka acuan yang tidak sesuai dengan objek sikap akan menimbulkan sikap yang negatif terhadap objek sikap tersebut.

4. Faktor komunikasi sosial

Informasi yang diterima individu akan dapat menyebabkan perubahan sikap pada diri individu tersebut.

Sebagaimana diketahui bahwa sikap tidak dibawa sejak lahir, namun dipelajari dan dibentuk berdasarkan pengalaman individu sepanjang perkembangan selama hidupnya. Pembentukan sikap pada manusia sebagai makhluk sosial tidak lepas dari pengaruh interaksi manusia satu dengan lainnya (eksternal). Disamping itu, apa yang datang dari dalam diri manusia (internal) juga mempengaruhi pembentukan sikap. Dengan kata lain, terdapat faktor internal dan eksternal yang mempengaruhi pembentukan sikap manusia (Sunaryo, 2013:219).



Gambar 2.1 Pengaruh sikap pada individu (Dari Walgito, 2001 dengan beberapa modifikasi).

g. Kepribadian

Hall dan Lindzey (dalam Sunaryo, 2013:110) mendefinisikan bahwa kepribadian adalah sesuatu yang memberi tata-tertib dan keharmonisan terhadap segala macam tingkah laku berbeda yang dilakukan individu. Kepribadian meliputi segala corak perilaku individu

yang terhimpun dalam dirinya yang digunakan untuk bereaksi dan menyesuaikan diri terhadap segala rangsang, baik yang datang dari dalam diri (internal) maupun luar diri atau lingkungannya (eksternal), sehingga corak tingkah lakunya itu menjadi suatu kesatuan fungsional yang khas bagi individu tersebut. Dengan kata lain, segala tingkah laku yang terlihat pada individu adalah manifestasi dari kepribadian yang dimilikinya, sebagai perpaduan yang terjadi dari dalam diri dan lingkungannya (Sunaryo, 2013:110).

Kepribadian merupakan salah satu sifat khas individu. Tidak ada seorang pun yang mempunyai kepribadian yang sama dengan orang lain. Setiap orang berbeda kepribadiannya dengan orang lain. Seseorang dalam berinteraksi dengan orang lain seyogyanya, disamping harus memahami ciri umum manusia seperti telah diuraikan, ia harus mengenal kepribadian masing-masing orang. Untuk mengenal kepribadian seseorang, pemahaman terhadap psikologi kepribadian sangat membantu. Para ahli telah membuat penggolongan-penggolongan kepribadian untuk memudahkan memahaminya, meskipun penggolongan tersebut tidak terlalu tepat. Pada umumnya mereka menggolongkan kepribadian ke dalam tipe-tipe tertentu, yang selanjutnya disebut teori tipologi. Tipologi adalah penggolongan kepribadian manusia berdasarkan aspek jasmani (fisik), sedangkan temperamen adalah penggolongan kepribadian berdasarkan aspek nonfisik, atau psikologi (kejiwaan) (Notoatmodjo, 2014:52).

Dalam hal konteks pengobatan, ahli psikologis yang lain telah menyelidiki tentang hubungan antara pengukuran-pengukuran kepribadian dan kepatuhan. Blumenthal *et al* (dalam Niven, 2000:196), menyatakan bahwa orang-orang yang tidak patuh adalah orang-orang yang lebih mengalami depresi, ansietas, sangat memperhatikan kesehatannya, memiliki kekuatan ego yang lebih lemah dan yang kehidupan sosialnya lebih memusatkan perhatian kepada dirinya sendiri. Kekuatan ego yang lemah ditandai dengan kekurangan dalam hal

pengendalian diri sendiri dan kurangnya penguasaan terhadap lingkungan. Pemusatan terhadap diri sendiri dalam lingkungan sosial mengukur tentang bagaimana kenyamanan seseorang berada dalam situasi sosial. Blumenthal *et al* (dalam Niven, 2000:196) mengatakan bahwa ciri-ciri kepribadian yang disebutkan diatas itu yang menyebabkan seseorang cenderung tidak patuh (*drop out*) dari program pengobatan. Jadi memang ada bukti hasil penelitian yang penting bahwa hubungan antara profesional kesehatan dan pasien, keluarga, dan teman, keyakinan tentang kesehatan dan kepribadian seseorang berperan dalam menentukan respons pasien terhadap anjuran pengobatan.

Beberapa orang bersifat pendiam dan pasif, sementara yang lainnya ceria dan agresif. Ketika kita menggambarkan orang dari segi karakteristiknya, bisa pendiam, pasif, ceria, agresif, ambisius, setia, atau suka bergaul, kita sedang mengkategorikan mereka dari segi sifat-sifat kepribadian. Karenanya, kepribadian (*personality*) individu seseorang merupakan kombinasi sifat-sifat psikologis yang kita gunakan untuk mengklasifikasikan orang tersebut. Para ahli psikologi telah mempelajari sifat-sifat kepribadian secara mendalam, dan mengidentifikasi enam belas sifat kepribadian utama yaitu penyendiri, kecerdasan rendah, dipengaruhi oleh perasaan, pengikut, serius, berani mengambil resiko, pemalu, keras hati, mudah percaya, praktis, blak-blakan, percaya diri, konservatif, tergantung pada kelompok, tidak terkendali, dan rileks. Keenam belas sifat ini yang ditemui secara umum tersebut adalah sumber perilaku yang tetap dan konstan, yang memungkinkan peramalan perilaku individu dalam situasi-situasi spesifik dengan mengukur karakteristik yang berkaitan dengan situasi mereka (Robbins, 2002:40).

h. Kemampuan dan Keterampilan

Kemampuan adalah sifat biological dan yang bisa dipelajari yang memungkinkan seseorang melakukan sesuatu baik bersifat mental ataupun fisik, sedangkan keterampilan adalah kompetensi yang berhubungan dengan pekerjaan (Gibson *et al*, 1996:127). Kemampuan

merujuk ke kapasitas individu untuk mengerjakan berbagai tugas dalam pekerjaan tertentu. Itulah penilaian tentang apa yang dapat dilakukan seseorang (Robbins, 2006:52). Kemampuan fisik merupakan kemampuan menjalankan tugas yang menuntut stamina, keterampilan, kekuatan, dan karakteristik-karakteristik serupa. Kemampuan fisik khusus bermakna penting bagi keberhasilan menjalankan pekerjaan-pekerjaan yang kurang menuntut keterampilan dan yang lebih standar (Robbins, 2006:54). Kemampuan mental/emosi diukur dengan memberi perhatian pada kualitas pribadi seperti inisiatif, empati, adaptabilitas, dan kemampuan persuasi. Kecerdasan emosi bukan berarti membolehkan kebebasan kepada perasaan untuk berkuasa, melainkan mengelola perasaan sedemikian rupa sehingga terekspresikan secara tepat dan efektif, yang memungkinkan orang bekerjasama dengan lancar menuju sasaran bersama (Muchlas, 2005:82-83).

Kecerdasan atau kemampuan emosi mempunyai berbagai dimensi, secara garis besarnya dapat dikelompokkan menjadi lima, yaitu kemampuan-kemampuan yang timbul dalam diri manusia yang bersangkutan (*intrapersonal*) (Chaplin dalam Notoatmodjo, 2012:187), kemampuan-kemampuan dalam kaitannya atau hubungannya dengan orang lain (*interpersonal*), kemampuan-kemampuan seseorang dalam menghadapi situasi atau kondisi dalam kehidupan, lingkungan, kelompok atau masyarakat (*adaptability*), kemampuan-kemampuan seseorang dalam menghadapi persoalan atau masalah di dalam kehidupan sehari-hari baik dalam lingkungan keluarga, tempa tinggal, dan lingkungan kerjanya (*stress management*), kemampuan-kemampuan seseorang dalam mempersepsikan kehidupan sebagai hal yang positif, meskipun mengalami berbagai tantangan dan masalah (*general mood*) (Notoatmodjo, 2012:187-188).

i. Latar Belakang

Variabel latar belakang merupakan salah satu dari beberapa variabel yang mempengaruhi perilaku individu (Gibson *et al*, 1995:52).

Latar belakang pada teori ini terdiri dari latar belakang keluarga, tingkat sosial, dan pengalaman. Tingkat sosial atau kelas sosial adalah kelompok yang relatif homogen dan bertahan lama dalam suatu masyarakat, yang tersusun secara hierarki dan keanggotaannya mempunyai nilai, minat dan perilaku serupa. Sementara itu, status sosial ekonomi adalah gambaran tentang keadaan seseorang atau suatu masyarakat yang ditinjau dari segi sosial dan ekonomi, seperti tingkat pendidikan, pendapatan dan sebagainya. Menurut Kusnada Adimihardja (dalam Anggorodi, 2009), dukun bayi adalah seorang wanita atau pria yang menolong persalinan. Kemampuan ini diperoleh secara turun temurun dari ibu kepada anak atau dari keluarga dekat lainnya. Cara mendapat keterampilan ini adalah melalui magang dari pengalaman sendiri atau saat membantu melahirkan. Hal ini juga serupa dengan pernyataan Dewi dan Salti (2012), yang menyatakan bahwa pekerjaan menjadi dukun beranak biasanya suatu pekerjaan yang turun temurun dalam keluarganya atau karena seseorang mendapat panggilan untuk pekerjaan itu. Mereka mendapat ilmu tentang cara pertolongan persalinan hanya berdasarkan pengalaman saja.

j. Demografis

Umur adalah satuan waktu yang mengukur waktu keberadaan suatu benda atau makhluk, baik yang hidup maupun yang mati, misalnya umur manusia dikatakan lima belas tahun diukur sejak dia lahir hingga waktu umur itu dihitung, sedangkan jenis kelamin adalah kategori biologis perempuan atau laki-laki yang berhubungan dengan kromosom, pola genetik dan struktur genital. Jenis kelamin merupakan sesuatu yang dibawa sejak lahir yang merupakan kodrat dari Tuhan sehingga dapat dirubah satu dengan lainnya. Prawirohardjo (dalam Dewi dan Salti, 2012) menyatakan bahwa dukun bayi biasanya seorang wanita yang sudah berumur ± 40 tahun ke atas.

k. Belajar

Belajar adalah setiap perubahan yang relatif permanen dari perilaku yang terjadi sebagai hasil pengalaman. Dari definisi tersebut ada tiga

komponen dari pembelajaran itu yaitu pertama belajar melibatkan adanya perubahan (bisa baik, bisa juga tidak baik bagi organisasi). Kedua, perubahan yang terjadi relatif permanen (yang bersifat sementara berarti gagal). Ketika, belajar itu berhubungan dengan perubahan perilaku (proses belajar terjadi apabila ada perubahan perilaku, selain pikiran dan sikap).

Dampak dari setiap perbuatan belajar adalah terjadinya perubahan dalam aspek fisiologis dan psikologis. Perubahan dalam aspek fisiologis termasuk dapat berjalan, berlari, dan mengendarai kendaraan. Sementara itu, perubahan dalam aspek psikologis berupa diperolehnya pemahaman, pengertian tentang apa yang dipelajari, seperti pemahaman dan pengertian tentang ilmu pengetahuan, dan nilai-nilai yang berlaku di masyarakat (Sunaryo, 2013:169). Setiap perubahan perilaku yang dapat diamati adalah bukti kuat bahwa pembelajaran telah terjadi. Penguatan positif merupakan alat ampuh untuk memodifikasi perilaku. Dengan mengidentifikasi dan member hadiah atas perilaku yang meningkatkan kinerja, manajemen meningkatkan kemungkinan bahwa perilaku itu akan diulang. Penguatan merupakan alat yang lebih efektif daripada pemberian hukuman, meskipun hukuman menghapus perilaku tidak diinginkan secara lebih cepat daripada penguatan negatif, perilaku yang dihukum cenderung menurun sementara bukannya berubah secara permanen. Hukuman berpotensi menciptakan efek samping tidak menyenangkan seperti penurunan modal dan peningkatan angka keabsenan atau pengunduran diri (Robbins, 2006:71).

1. Motivasi

Motif atau motivasi berasal dari kata latin *moreve* yang berarti dorongan dari dalam diri manusia untuk bertindak atau berperilaku. Pengertian motivasi tidak terlepas dari kata kebutuhan atau *needs* atau *want*. Kebutuhan adalah suatu “potensi” dalam diri manusia yang perlu ditanggapi atau direspons. Tanggapan terhadap kebutuhan tersebut diwujudkan dalam bentuk tindakan untuk pemenuhan kebutuhan

tersebut, dan hasilnya adalah orang yang bersangkutan merasa atau menjadi puas. Oleh sebab itu, motivasi adalah suatu alasan (*reasoning*) seseorang untuk bertindak dalam rangka memenuhi kebutuhan hidupnya (Notoatmodjo, 2014:119-120). Robbins (dalam Singarimbun, 2013) mendefinisikan motivasi adalah kesediaan untuk mengeluarkan tingkat upaya yang tinggi untuk tujuan organisasi, yang dikondisikan oleh kemampuan upaya untuk memenuhi sesuatu kebutuhan individu. Stevenson (dalam Sunaryo, 2013:148) menyatakan bahwa secara umum motivasi berarti sesuatu yang mendorong untuk berbuat atau beraksi. Motivasi adalah semua hal verbal, fisik, atau psikologis yang membuat seseorang melakukan sesuatu sebagai respons. Motivasi menunjuk pada proses gerakan, termasuk situasi yang mendorong dan timbul dalam diri individu, serta tingkah laku yang ditimbulkan oleh situasi tersebut dan tujuan atau akhir dari gerakan atau perbuatan (Sarwono dalam Sunaryo, 2013:148).

Menurut Wade dan Tavis (2007:144), motivasi adalah suatu proses dalam diri manusia yang menyebabkan bergerak menuju tujuan yang dimiliki, atau bergerak menjauh dari situasi yang tidak menyenangkan. Motivasi terdiri dari motivasi intrinsik dan ekstrinsik. Motivasi intrinsik adalah suatu keinginan untuk melakukan sesuatu karena menikmati kepuasan dalam melakukan tindakan tersebut. Sementara itu, motivasi ekstrinsik adalah suatu keinginan untuk mengejar suatu tujuan yang diakibatkan oleh imbalan-imbalan yang bersifat eksternal, seperti uang, atau popularitas.

Robbins dan Judge (2015:127-128) mendefinisikan motivasi sebagai proses yang menjelaskan mengenai kekuatan, arah, dan ketekunan seseorang dalam upaya untuk mencapai tujuan. Kekuatan (*intensity*) menggambarkan seberapa kerasnya seseorang dalam berusaha. Namun, kekuatan yang besar tidak mungkin memberikan hasil kinerja yang memuaskan kecuali upaya tersebut disalurkan dalam suatu arahan (*direction*) yang menggambarkan keuntungan bagi organisasi. Motivasi

memiliki dimensi ketekunan (*persistence*). Ketekunan mengukur berapa lama seseorang dapat mempertahankan upayanya.

Teori motivasi terbaik yang diketahui adalah teori hierarki kebutuhan dari Abraham Maslow yang membuat hipotesis bahwa di dalam setiap manusia terdapat hierarki lima kebutuhan, yaitu: (1) fisiologis, meliputi kelaparan, kehausan, tempat perlindungan, seks, dan kebutuhan fisik lainnya; (2) rasa aman, meliputi keamanan dan perlindungan dari bahaya fisik dan emosional; (3) sosial, meliputi kasih sayang, rasa memiliki, penerimaan, dan persahabatan; (4) penghargaan, meliputi faktor-faktor internal misalnya rasa harga diri, kemandirian, dan pencapaian, serta faktor-faktor eksternal misalnya status, pengakuan dan perhatian; dan (5) aktualisasi diri, meliputi dorongan yang mampu membentuk seseorang untuk menjadi apa; meliputi pertumbuhan, mencapai potensi kita, dan pemenuhan diri (Robbins dan Judge, 2015:128).

Menurut Taufik dalam Saragih (2011), faktor-faktor yang mempengaruhi motivasi instrinsik dan ekstrinsik yaitu:

1. Motivasi instrinsik

- a. Kebutuhan (*need*)

Seseorang melakukan aktivitas (kegiatan) karena adanya faktor-faktor kebutuhan baik biologis maupun psikologis.

- b. Harapan (*expectancy*)

Seseorang dimotivasi oleh karena keberhasilan dan adanya harapan keberhasilan bersifat pemuasan diri seseorang, keberhasilan dan harga diri meningkat dan menggerakkan seseorang ke arah pencapaian tujuan.

- c. Minat

Minat adalah suatu rasa lebih suka dan rasa keinginan pada suatu hal tanpa ada yang menyuruh.

2. Motivasi ekstrinsik

a. Dorongan keluarga

Dukungan dan dorongan dari anggota keluarga semakin menguatkan motivasi seseorang untuk melakukan sesuatu.

b. Lingkungan

Lingkungan adalah tempat dimana seseorang tinggal. Lingkungan dapat mempengaruhi seseorang sehingga dapat termotivasi untuk melakukan sesuatu. Selain keluarga, lingkungan juga mempunyai peran yang besar dalam memotivasi seseorang dalam merubah tingkah lakunya. Dalam sebuah lingkungan yang hangat dan terbuka, akan menimbulkan rasa kesetiakawanan yang tinggi.

c. Imbalan

Seseorang dapat termotivasi karena adanya suatu imbalan sehingga orang tersebut ingin melakukan sesuatu.

Menurut Siagian (2004:80), faktor yang dapat mempengaruhi motivasi, diantaranya yaitu:

a. Karakteristik biografikal

Karakteristik ini meliputi umur yang ada kaitannya dengan tingkat kedewasaan seseorang dalam melaksanakan tugas atau kedewasaan psikologis. Tingkat pendidikan merujuk pada tingkat pengetahuan dan keterampilan, tekanan ekonomi, status perkawinan, jumlah tanggungan yang mempengaruhi motivasi seseorang.

b. Kepribadian

Organisasi dinamik pada psikologis yang terdapat dalam diri seseorang yang pada akhirnya digunakan untuk menyesuaikan diri dengan lingkungannya, artinya kepribadian dapat digunakan sebagai cara untuk berinteraksi dengan orang lain. Kepribadian seseorang dipengaruhi oleh faktor bawaan atau keturunan, pengalaman, dan situasi.

c. Persepsi

Persepsi yang dimaksud bahwa apa yang dilihat oleh seseorang belum tentu sama dengan fakta yang sebenarnya. Keinginan masing-masing orang yang membuat interpretasi yang berbeda-beda tentang apa yang dilihat atau dialami.

d. Kemampuan belajar

Kapasitas belajar seseorang berbeda-beda satu sama lain. Terlepas dari kapasitas tersebut, proses belajar terjadi dengan dua unsur utama yaitu stimulus dan respon.

e. Sistem Nilai yang Dianut

Setiap orang menganut nilai tertentu dalam hidupnya yaitu berupa pola kelakuan maupun alasan keberadaan seseorang. Sistem nilai seseorang adalah pendapatnya tentang norma-norma yang menyangkut hal tertentu seperti baik, buruk, benar ataupun salah.

f. Sikap

Sikap merupakan hal yang sangat penting mendapat perhatian karena meskipun sikap seseorang berbeda dari nilai yang dianutnya, terdapat kaitan yang erat antara keduanya. Sikap merupakan pernyataan evaluative seseorang terhadap objek tertentu, orang tertentu atau peristiwa tertentu, artinya sikap merupakan pencerminan perasaan seseorang terhadap sesuatu. Pemahaman yang tepat tentang sikap para anggota organisasi terhadap kehidupan organisasionalnya juga memerlukan pengetahuan tentang bagaimana sikap seseorang terbentuk. Telah terbukti bahwa sikap seseorang terbentuk karena pengaruh orang lain.

g. Kepuasan kerja

Faktor yang mengakibatkan kepuasan kerja antara lain pekerjaan yang penuh tantangan, penerapan sistem penghargaan yang adil, kondisi yang sifatnya mendukung, dan sikap rekan kerja.

h. Kemampuan

Ditinjau dari teori motivasi, kemampuan dapat dibagi menjadi dua yaitu kemampuan fisik dan kemampuan intelektual. Setiap orang mempunyai tingkat kemampuan tertentu yang berbeda dengan yang lainnya.

2.4.2 Faktor Eksternal

a. Komunikasi antara pasien dan dokter

Komunikasi merupakan penyampaian informasi dalam sebuah interaksi tatap muka yang berisi ide, perasaan, perhatian, makna, serta pikiran, yang diberikan pada penerima pesan dengan harapan penerima pesan menggunakan informasi tersebut untuk mengubah sikap dan perilaku (Nasir *et al*, 2011). Menurut Potter dan Perry (2005: 301), komunikasi adalah elemen dasar dari interaksi manusia yang memungkinkan seseorang untuk menetapkan, mempertahankan, dan meningkatkan kontak dengan orang lain. Komunikasi juga didefinisikan sebagai proses kompleks yang melibatkan tingkah laku dan hubungan serta memungkinkan individu berasosiasi dengan orang lain dan dengan lingkungan sekitarnya.

Notoatmodjo (2012:67) menyatakan bahwa komunikasi adalah proses pengoperasian rangsangan (stimulus) dalam bentuk lambang atau simbol bahasa atau gerak (nonverbal), untuk mempengaruhi perilaku orang lain. Stimulus atau rangsangan ini dapat berupa suara/bunyi atau bahasa lisan, maupun berupa gerakan, tindakan, atau simbol-simbol yang diharapkan dapat dimengerti oleh pihak lain, dan pihak lain tersebut merespons atau bereaksi sesuai dengan maksud pihak yang memberikan stimulus. Oleh sebab itu reaksi atau respons, baik dalam bentuk bahasa maupun simbol-simbol ini merupakan pengaruh atau hasil proses komunikasi. Proses komunikasi yang menggunakan stimulus atau respons dalam bentuk bahasa, baik lisan maupun tulisan, selanjutnya

disebut komunikasi verbal. Sedangkan apabila proses komunikasi tersebut menggunakan simbol-simbol disebut komunikasi nonverbal.

Agar terjadi komunikasi yang efektif antara pihak satu dengan pihak yang lain, antara kelompok satu dengan yang lain, atau seseorang dengan orang lain, diperlukan keterlibatan beberapa unsur komunikasi, yaitu:

1. Komunikator (*source*)

Komunikator adalah orang atau sumber yang menyampaikan atau mengeluarkan stimulus antara lain dalam bentuk informasi, atau lebih tepat disebut pesan-pesan (*massage*) yang harus disampaikan kepada pihak atau orang lain, dan diharapkan orang atau pihak lain tersebut memberikan respons atau jawaban. Apabila orang lain atau pihak lain tersebut tidak memberikan respons atau jawaban, berarti tidak terjadi komunikasi antara kedua variabel tersebut.

2. Komunikan (*receiver*)

Komunikan adalah pihak yang menerima stimulus dan memberikan respons terhadap stimulus tersebut. Respons tersebut dapat bersifat pasif yakni memahami atau mengerti apa yang dimaksud oleh komunikator, atau dalam bentuk aktif yakni dalam bentuk ungkapan melalui bahasa lisan atau tulisan (verbal) atau menggunakan simbol-simbol (nonverbal). Menerima stimulus saja tanpa memberikan respons belum terjadi proses komunikasi.

3. Pesan (*massage*)

Pesan adalah isi stimulus yang dikeluarkan oleh komunikator (sumber) kepada komunikan (penerima). Isi stimulus yang berupa pesan atau informasi ini dikeluarkan oleh komunikator tidak sekedar diterima atau dimengerti oleh komunikan, tetapi diharapkan agar direspons secara positif dan aktif berupa perilaku atau tindakan.

4. Saluran (*media*)

Saluran (*channel*) atau lebih populer disebut media adalah alat atau sarana yang digunakan oleh komunikan dalam menyampaikan

pesan atau informasi kepada komunikan. Jenis dan bentuk saluran atau media komunikasi sangat bervariasi, mulai dari yang paling tradisional yakni melalui mulut (lisan), bunyi-bunyian (kentongan), tulisan (cetakan) sampai dengan elektronik yang paling modern, yakni televisi dan internet (Notoatmodjo, 2012:67-69).

Komunikasi melakukan empat fungsi utama di dalam kelompok atau organisasi yaitu pengendalian, motivasi, pernyataan emosional, dan informasi. Komunikasi berperan untuk mengendalikan perilaku anggota dalam berbagai cara. Komunikasi membantu meningkatkan motivasi dengan menjelaskan kepada para pekerja mengenai apa yang harus mereka lakukan, seberapa baik mereka dalam melakukannya, dan bagaimana mereka dapat meningkatkan kinerja mereka. Fungsi komunikasi juga untuk memfasilitasi pengambilan keputusan. Komunikasi memberikan informasi yang diperlukan oleh para individu dan kelompok untuk mengambil keputusan dengan mengirimkan data yang diperlukan untuk mengidentifikasi dan mengevaluasi pilihan (Robbins dan Judge, 2015:223-224).

Komunikasi kesehatan adalah usaha yang sistematis untuk mempengaruhi secara positif perilaku kesehatan masyarakat, dengan menggunakan berbagai prinsip dan metode komunikasi, baik menggunakan komunikasi interpersonal, maupun komunikasi massa. Tujuan utama komunikasi kesehatan adalah perubahan perilaku kesehatan masyarakat. Selanjutnya perilaku masyarakat yang sehat tersebut akan berpengaruh kepada meningkatnya derajat kesehatan masyarakat (Notoatmodjo, 2012:71).

Komunikasi merupakan salah satu variabel yang berhubungan dengan kepatuhan. Berbagai aspek komunikasi antara pasien dengan dokter mempengaruhi tingkat ketidakpatuhan, misalnya informasi dengan pengawasan yang kurang, ketidakpuasan terhadap aspek hubungan emosional dengan dokter, ketidakpuasan terhadap pengobatan yang diberikan. Frekuensi pengawasan, dukungan atau tindakan lanjutan juga

cukup penting. Khususnya hubungan antara kepuasan dengan ketaatan telah banyak diteliti (Smet, 1994:254-255). Ley dalam Smet (1994:255) mengajukan sebuah model kognitif yang menjelaskan hubungan antara pengertian, ingatan, kepuasan dengan perilaku ketaatan pasien.



Gambar 2.2 Hubungan hipotetis antara pengertian, ingatan, kepuasan, dengan perilaku ketaatan

Dalam hal konteks ini komunikasi yang dimaksud adalah komunikasi antara bidan dan dukun dalam kegiatan pembinaan/pertemuan dukun yang dapat mempengaruhi kepatuhan dukun bermitra dalam melakukan pertolongan persalinan. Hal tersebut bisa terjadi misalnya karena ketidakpuasan terhadap aspek hubungan emosional dengan bidan, ketidakpuasan terhadap informasi yang diberikan. Frekuensi pertemuan dukun, dukungan atau tindakan lanjutan juga cukup penting. Berdasarkan model kognitif di atas menunjukkan bahwa dengan adanya ingatan akan informasi yang diberikan oleh bidan kepada dukun bayi dapat mempengaruhi pengertian seluruh dukun bayi. Ingatan dan pengertian yang telah dimiliki oleh dukun bayi ini mempengaruhi tingkat kepuasannya yang pada akhirnya juga mempengaruhi tingkat kepatuhannya yaitu patuh atau tidak patuh dalam melakukan pertolongan persalinan. Keberhasilan komunikasi yang berlangsung ditentukan oleh faktor yang mempengaruhi proses komunikasi. Pada dasarnya yang mempengaruhi komunikasi adalah manusia (tingkat pengetahuan, perkembangan, sosio-kultural, jenis kelamin, peran dan tanggung jawab, atensi, sikap, persepsi, hubungan,

status fisik, mental, dan emosional), pesan, dan lingkungan (Nugroho, 2009:17).

Menurut Nugroho (2009:16) faktor yang mempengaruhi proses komunikasi terdiri dari faktor penunjang dan penghambat.

1. Faktor penunjang

- a. Aspek komunikator adalah memiliki kelebihan fisik maupun mental, memiliki pengetahuan, keterampilan, dan pengalaman yang cukup mengenai komunikasi, menguasai isi pesan, menguasai media, dan adanya lingkungan yang mendukung (tenang, bebas dari kebisingan, ventilasi baik, kamar tidak terlalu panas atau dingin adanya privasi) akan memperlancar komunikasi.
- b. Aspek komunikan (lansia) adalah mempunyai sifat terbuka, pengetahuan cukup, sehat fisik dan mentalnya.

2. Faktor penghambat

- a. Aspek komunikator meliputi tidak menguasai pesan, kurang menguasai unsur lain, suasana kurang mendukung, penyampaian pesan tidak jelas (karena suara terlalu kecil/cepat) sehingga susah ditangkap oleh penerima.
- b. Aspek komunikan (lansia) meliputi pengetahuan komunikan terlalu rendah sehingga sulit mencerna isi pesan, sifat tertutup (terkait agama, adat kebiasaan, malu, takut, status), atau lingkungan tempat berkomunikasi yang kurang mendukung (terlalu bising, panas, terlalu dingin, tidak adanya privasi).

Nugroho (2009:17) juga menyatakan bahwa pada dasarnya yang mempengaruhi komunikasi adalah manusia, pesan, dan lingkungan.

a. Manusia

Baik perawat atau pemberi asuhan lain sebagai komunikator dan lansia sebagai komunikan dapat mempengaruhi proses komunikasi. Berikut ini faktor manusia yang dapat mempengaruhi komunikasi

1. Tingkat pengetahuan

Pengetahuan seorang perawat atau pemberi asuhan mempengaruhi pengiriman pesan, misalnya untuk memilih kata-kata, menentukan kapan pesan harus disampaikan, mengembangkan berbagai teknik komunikasi verbal dan non-verbal. Begitu pula seorang lansia sebagai komunikan atau penerima informasi, pengetahuannya sangat penting untuk menginterpretasikan isi pesan yang disampaikan oleh perawat/komunikator, sekaligus untuk memberi umpan balik kepada pemberi pesan/perawat.

2. Perkembangan

Perkembangan manusia mempengaruhi bentuk komunikasi dalam dua aspek, yaitu kemampuan untuk menggunakan teknik komunikasi tertentu dan mempersiapkan pesan yang disampaikan. Keterampilan penguasaan bahasa bergantung pada perkembangan saraf otak dan kognitif.

3. Sosio-kultural

Posisi individu secara sosiokultural sangat mempengaruhi perilaku komunikasi antar-individu karena status sosio-kultural membentuk tatacara komunikasi. Dalam budaya Jawa, berkomunikasi dengan orang yang lebih tua atau orang tua atau yang dihormati, menggunakan bahasa yang halus. Komunikasi dengan bangsawan/raja di keraton, dilakukan dengan cara yang berbeda dari cara yang digunakan dalam komunikasi dengan teman sejawat/kalangan keperawatan.

4. Jenis kelamin

Laki-laki dan perempuan menunjukkan gaya komunikasi yang berbeda dan memiliki interpretasi yang berbeda terhadap suatu percakapan.

5. Peran dan tanggung jawab

Peran dan tanggung jawab juga dapat mempengaruhi komunikasi yang dilakukan individu, baik teknik maupun isi komunikasi. Perawat lebih sering menggunakan teknik komunikasi formal dan membicarakan kondisi klien lansia karena tanggung jawabnya serta membuat banyak tulisan dalam berkomunikasi sebagai bentuk tanggung jawabnya. Sementara dalam pergaulan, individu membicarakan tentang rumah tangganya, anak-anaknya, atau cita-citanya. Komunikasi seperti ini tidak memerlukan media tulisan. Perbedaan peran dan tanggung jawab menimbulkan perbedaan teknik dan isi komunikasi.

6. Atensi

Atensi mempengaruhi kemampuan individu untuk berinteraksi. Atensi terhadap suatu hal dapat menyebabkan kemampuan fungsi indra menurun dan bahkan berkurang sehingga kadang seseorang yang sedang asyik bekerja tidak merespons panggilan rekan kerjanya. Sedangkan perbedaan atensi dapat menimbulkan perbedaan persepsi dan distorsi pesan.

7. Sikap

Sikap individu dalam komunikasi dapat menghambat proses komunikasi itu sendiri. Sikap yang hangat, ramah, dan terbuka memungkinkan proses komunikasi yang terbuka dipertahankan. Sebaliknya, sikap kurang menghargai orang lain, tertutup, dingin, dan curiga dapat membuat proses komunikasi terhambat.

8. Persepsi

Persepsi individu ketika berada dalam proses komunikasi dapat mempengaruhi, menghambat, atau bahkan memutus komunikasi yang sedang dilakukan. Salah mempersepsikan pesan dari perawat atau pemberi asuhan dapat mengubah komunikasi yang sedang berlangsung.

9. Hubungan

Hubungan yang erat antar-individu pada suatu proses komunikasi dapat mempengaruhi teknik dan materi komunikasi. Pada komunikasi yang dilakukan antara dua orang yang belum saling kenal, umumnya setting komunikasi terjadi situasi formal. Sedangkan pada komunikasi antar individu yang saling kenal, komunikasi cenderung berlangsung dalam konteks nonformal, lebih terbuka, dan menggunakan teknik komunikasi yang lebih beragam.

10. Status fisik, mental, dan emosional

Kondisi fisik, mental, dan sosial individu sangat berpengaruh pada kemampuan individu sangat berpengaruh pada kemampuan individu melakukan komunikasi. Individu yang mengalami cemas berat, mengalami nyeri kepala, mengalami sakit gigi, atau sedang sesak napas sangat tidak mungkin melakukan komunikasi secara kontinu dengan orang lain. Adanya kondisi sakit atau menderita secara fisik menyebabkan penurunan minat individu untuk melakukan hubungan sosial dengan orang lain. Selain itu, berbagai indra yang digunakan dalam melakukan komunikasi sangat menentukan komunikasi yang dilakukan oleh manusia. Adanya kondisi gangguan indra seperti bisu, tuli, atau buta sangat mempengaruhi kemampuan melakukan komunikasi (Nugroho, 2009:17-22).

b. Pesan

1. Isi pesan

Isi pesan yang ingin disampaikan dapat mempengaruhi teknik komunikasi yang digunakan individu.

- a. Isi pesan yang menggembirakan biasanya disampaikan dengan wajah yang berseri-seri dan suara lantang.
- b. Isi pesan yang bersifat informasi disampaikan dengan suara yang relatif datar dan perlahan, sedangkan isi pesan yang

bersifat rahasia disampaikan dengan berbisik atau menggunakan secarik kertas kecil atau dengan bahasa isyarat tertentu.

- c. Isi pesan mempengaruhi perilaku penyampaian pesan dan perlu/tidaknya pesan yang disampaikan diberi umpan balik.
- d. Selain hal-hal diatas, jumlah pesan juga mempengaruhi proses penerimaan pesan dari komunikator kepada komunikan.
- e. Pesan yang terlalu banyak menimbulkan kebingungan atau kejenuhan pada penerima pesan (Nugroho, 2009:22).

2. Penyampaian pesan

- a. Proses penyampaian pesan mempengaruhi komunikasi karena beberapa penggunaan pola penyampaian pesan yang kurang tepat mengakibatkan distorsi pesan dan bahkan tidak terjadi kontinuitas penyampaian pesan kepada komunikan.
- b. Penyampaian pesan secara berapi-api pada saat kampanye dan demonstrasi, penyampaian pesan dengan suara keras dan relatif bersemangat selama proses belajar mengajar, merupakan cara yang dapat memperkuat makna pesan dan kemungkinan pesan lebih dimengerti oleh komunikan (lansia).
- c. Penyampaian pesan dengan berbagai metode, misalnya lisan, menggunakan gambar, demonstrasi, dan gerakan tertentu akan membuat pesan diterima secara bermakna oleh orang lain (Nugroho, 2009:23).

c. Lingkungan

1. Stimulus eksternal

Stimulus eksternal misalnya suara bising, gaduh, atau perhatian yang tiba-tiba teralih, dapat menyebabkan penurunan kemampuan untuk menangkap isi pesan atau konsentrasi untuk mencerna pesan yang disampaikan. Bising dari luar dapat

membuat pesan mengalami bias dan distorsi atau bahkan tidak dapat disampaikan, baik secara parsial maupun total.

2. Nilai dan budaya/adat

- a. Berbagai nilai dan budaya dalam masyarakat menjadi rambu-rambu bagi penyelenggaraan komunikasi.
- b. Budaya mengatur bahasa yang digunakan sebagai alat komunikasi sekaligus mengatur penggunaan teknik non-formal dalam komunikasi.
- c. Adat dan nilai mengatur hubungan individu ketika melakukan komunikasi. Berkomunikasi dalam jarak yang terlalu dekat dengan lawan jenis yang bukan suami/isteri dipandang kurang baik oleh sebagian besar bangsa Indonesia.
- d. Memegang janggut ketika terlibat suatu perbincangan merupakan bentuk penghormatan bagi orang Arab. Membungkukkan badan sebelum berbicara kepada orang Jepang menunjukkan rasa hormat.

3. Jarak dan teritorial

- a. Jarak antara komunikator dan komunikan mempengaruhi komunikasi yang dilakukan.
- b. Komunikasi antar-individu dalam jarak dekat dapat dilakukan secara lisan, tulisan, atau non-verbal.
- c. Sedangkan pada jarak yang cukup jauh, komunikasi dapat dilakukan dengan menggunakan media tulisan.
- d. Jarak yang cukup jauh ini juga menyebabkan penggunaan media cetak dan media elektronik untuk menyampaikan pesan, misalnya menggunakan telepon, telegram, televisi, radio, dan lain-lain.

b. Variabel-variabel sosial

Hubungan antara dukungan sosial dengan ketaatan telah dipelajari secara luas. Secara umum, orang-orang yang merasa mereka menerima

penghiburan, perhatian, dan pertolongan yang mereka butuhkan dari seseorang atau kelompok biasanya cenderung lebih mudah mengikuti nasihat medis, daripada pasien yang kurang (merasa) mendapat dukungan sosial (Sarafino dalam Smet, 1994:256). Dukungan dapat diartikan sebagai satu diantara fungsi pertalian atau ikatan sosial segi fungsionalnya mencakup dukungan emosional, mendorong adanya ungkapan perasaan, memberi nasihat atau informasi, pemberian bantuan material. Sebagai fakta sosial yang sebenarnya sebagai kognisi individual atau dukungan yang dirasakan melawan dukungan yang dirasakan melawan dukungan yang diterima. Dukungan sosial terdiri atas informasi atau nasihat verbal dan atau non verbal, bantuan nyata atau tindakan yang diberikan oleh keakraban sosial atau didapat karena kehadiran mereka dan mempunyai manfaat emosional atau efek perilaku bagi pihak penerima (Ninuk dalam Rafidah dan Wibowo, 2012).

c. Kualitas interaksi

Interaksi adalah hubungan antara orang dengan orang, atau dalam hal konteks ini adalah interaksi antara bidan dan dukun, sebagai akibat dari proses saling berkomunikasi dan saling mempengaruhi. Niven (2000:194) menyatakan bahwa kualitas interaksi antara profesional kesehatan dan pasien merupakan bagian yang penting dalam menentukan derajat kepatuhan. Pentingnya keterampilan interpersonal dalam memacu kepatuhan terhadap pengobatan secara garis besar ditemukan oleh DiNicola dan DiMatteo (dalam Niven, 2000:195), riset tentang faktor-faktor interpersonal yang mempengaruhi kepatuhan terhadap pengobatan menunjukkan pentingnya sensitifitas dokter terhadap komunikasi verbal dan nonverbal pasien, dan empati terhadap perasaan pasien, akan menghasilkan suatu kepatuhan sehingga akan menghasilkan suatu kepuasan.

Komunikasi interpersonal atau antarpribadi adalah komunikasi langsung, tatap muka antara satu orang dengan orang lain baik perorangan maupun kelompok. Notoatmodjo (2012:71-72) menyatakan

bahwa di dalam pelayanan kesehatan, komunikasi antarpribadi ini terjadi antara petugas kesehatan atau *health provider* dengan *clients*, atau kelompok masyarakat dan para anggota masyarakat. Komunikasi antarpribadi dapat efektif apabila memenuhi tiga hal dibawah ini:

- a. *Emphaty* menempatkan diri pada kedudukan orang lain (orang yang diajak berkomunikasi).
- b. *Respect* terhadap perasaan dan sikap orang lain.
- c. Jujur dalam menanggapi pertanyaan orang lain yang diajak berkomunikasi.
- d. Isolasi sosial dan keluarga

Keluarga dapat menjadi faktor yang sangat berpengaruh dalam menentukan keyakinan dan nilai kesehatan individu serta dapat juga menentukan tentang program pengobatan yang dapat mereka terima. Pratt (dalam Niven, 2000:195) telah memperhatikan bahwa peran yang dimainkan keluarga dalam pengembangan kebiasaan kesehatan dan pengajaran terhadap anak-anak mereka. Keluarga juga memberi dukungan dan membuat keputusan mengenai perawatan dari anggota keluarga yang sakit. Derajat dimana seseorang terisolasi dari pendampingan orang lain, isolasi sosial, secara negatif berhubungan dengan kepatuhan (Baekeland dan Lundwall dalam Niven, 2000:195). Anggota-anggota jaringan sosial individu seringkali mempengaruhi seseorang dalam mencari pelayanan kesehatan. Jaringan kerja rujukan biasa terdiri dari sekelompok orang, biasanya keluarga atau teman, dimana seseorang pertama kali menceritakan keluhannya dan meminta nasihat. Bagaimana pun, dalam kaitannya dengan kepatuhan, perlu dicatat bahwa jaringan kerja rujukan biasa telah berperan penting dalam penentuan keputusan untuk mencari dan mematuhi anjuran pengobatan.

- e. Sumber daya

Berdasarkan teori WHO, faktor yang menyebabkan seseorang itu berperilaku tertentu adalah karena adanya empat alasan pokok salah satunya adalah sumber-sumber daya (*resources*). Sumber daya mencakup

fasilitas, uang, waktu, tenaga, dan sebagainya. Semua itu berpengaruh terhadap perilaku seseorang atau kelompok masyarakat. Pengaruh sumber daya terhadap perilaku dapat bersifat positif maupun negatif (Notoatmodjo, 2012:198). Dalam hal konteks ini, ruang lingkup kemitraan bidan dan dukun mencakup masukan (*input*) program yang meliputi penyiapan tenaga, penyiapan biaya operasional, penyiapan sarana kegiatan bidan dan sarana dukun, serta metode/mekanisme pelaksanaan kegiatan (Depkes RI, 2008b:7). Sumber tenaga yang dimaksud adalah tersedianya tenaga kesehatan yaitu bidan di setiap desa, dan kecukupannya menurut bidan di desa, sedangkan dana adalah ketersediaan dana yang diperlukan untuk melakukan program kemitraan. Sarana dalam hal ini berupa fasilitas atau sarana yang menunjang kegiatan kemitraan seperti penyediaan sarana penyelenggaraan pertemuan kemitraan dan tersedianya buku-buku pedoman kemitraan yang dapat digunakan sebagai bahan acuan dalam bermitra, sedangkan metode merupakan suatu cara atau metode yang digunakan dalam pelaksanaan kemitraan misalnya pendekatan bidan terhadap mitranya, adanya kesepakatan pelaku kemitraan yaitu bidan di desa dan dukun paraji, adanya sistem *reward* pada pelaksanaan kemitraan dan adanya sanksi (Pertiwi, 2012).

Dalam pelaksanaan kemitraan bidan, dukun bayi dan kader posyandu, dibutuhkan sarana dan prasarana pendukung yang juga merupakan prasyarat keberhasilan pelaksanaan kemitraan tersebut. beberapa prasarana dasar yang perlu ada dalam pemberian pelayanan oleh bidan atau tenaga kesehatan adalah puskesmas, pustu, poskesdes, polindes, rumah tunggu kelahiran, posyandu, yang dilengkapi listrik dan air bersih. Sarana yang dibutuhkan dalam menunjang kemitraan, diantaranya:

1. Mobiler: tempat tidur lengkap, lemari, meja, kursi, kain tirai;

2. Alat kesehatan (alkes): bidan kit, dopler, sungkup/amubag, tabung oksigen, tiang infuse, incubator, timbangan bayi, balita dan timbangan ibu hamil, alat pengukur panjang badan bayi;
 3. Buku pegangan bidan, kader, dukun bayi dan alat tulis;
 4. Baju seragam kader dan baju seragam dukun bayi (dimaksudkan untuk member rasa bangga dan sebagai pengakuan atas status dan peranan mereka di masyarakat)
 5. Peralatan P3K (Pertolongan Pertama Pada Kecelakaan);
 6. Media penyuluhan: lembar balik penyuluhan, film tentang KIA, brosur, poster, dan lain-lain (Kemenkes RI, 2014b:22).
- f. Kepemimpinan

Kepemimpinan kadangkala diartikan sebagai pelaksanaan otoritas dan pembuatan keputusan, adapula yang mengartikan suatu inisiatif untuk bertindak yang menghasilkan suatu pola yang konsisten dalam rangka mencari jalan pemecahan dari suatu persoalan bersama. George R. Terry merumuskan bahwa kepemimpinan adalah aktivitas untuk mempengaruhi orang-orang agar diarahkan mencapai tujuan organisasi (Thoha, 2005:259). Menurut Robbins (dalam Thoha, 2005:318), kepemimpinan didefinisikan sebagai kemampuan seseorang untuk mempengaruhi sebuah kelompok menuju pencapaian tujuan kelompok.

Kepemimpinan (*leadership*) mempunyai arti yang berbeda pada orang-orang yang berbeda. Hemhill dan Coon (dalam Said 2010:11) mendefinisikan kepemimpinan adalah perilaku dari seseorang individu yang memimpin aktivitas-aktivitas suatu kelompok ke suatu tujuan yang ingin dicapai bersama. Kepemimpinan juga didefinisikan sebagai perpaduan berbagai perilaku yang dimiliki seseorang sehingga orang tersebut memiliki kemampuan untuk mendorong orang lain bersedia dan dapat menyelesaikan tugas-tugas tertentu yang dipercayakan kepadanya (Ordway Tead dalam Azwar 1996:304). Kepemimpinan akan muncul apabila ada seseorang yang karena sifat-sifat dan perilaku yang dimilikinya mempunyai kemampuan untuk mendorong orang lain guna

berfikir, bersikap dan ataupun berbuat sesuai dengan yang diinginkan. Seseorang ini disebut dengan nama pemimpin (*leader*). Kepemimpinan juga akan muncul apabila ada seseorang atau sekelompok orang ini disebut dengan nama pengikut (*follower*). Kebanyakan definisi mengenai kepemimpinan mencerminkan asumsi bahwa kepemimpinan menyangkut sebuah proses pengaruh sosial yang dalam hal ini pengaruh yang disengaja dijalankan oleh seseorang terhadap orang lain untuk menstruktur aktivitas-aktivitas serta hubungan-hubungan sebuah kelompok atau organisasi (Hemhill dan Coon dalam Said 2010:12).

g. Imbalan

Imbalan adalah fungsi manajemen sumber daya manusia yang berkaitan dengan bentuk penghargaan yang dijanjikan akan diterima sebagai kompensasi pelaksanaan tugas dalam upaya mencapai tujuan organisasi (Simamora dalam Rasdini *et al* 2014:2). Sementara itu, menurut Umar (2005:16), imbalan atau kompensasi dapat didefinisikan sebagai sesuatu yang diterima karyawan sebagai balas jasa untuk kerja mereka. Sebelumnya kompensasi yaitu suatu jaringan berbagai sub-proses untuk memberikan balas jasa kepada karyawan untuk pelaksanaan pekerjaan dan untuk memotivasi mereka agar mencapai tingkat prestasi yang diinginkan. Imbalan atau balas jasa yang diterima karyawan dibagi atas dua macam, yaitu imbalan yang bersifat finansial (sering disebut kompensasi langsung), dan nonfinansial (sering disebut kompensasi pelengkap atau kompensasi tidak langsung) yang tidak secara langsung berkaitan dengan prestasi kerja.

Menurut Ivancevich *et al* (dalam Pratama *et al*, 2015:3-4), imbalan dibagi menjadi dua jenis yaitu imbalan ekstrinsik dan imbalan instrinsik. Imbalan ekstrinsik terdiri dari imbalan finansial dan nonfinansial. Imbalan ekstrinsik finansial terdiri dari gaji, upah, tunjangan, bonus, dan insentif, sedangkan imbalan ekstrinsik nonfinansial terdiri dari penghargaan interpersonal dan promosi. Imbalan instrinsik terdiri dari penyelesaian, pencapaian, otonomi dan pertumbuhan pribadi.

Dalam konteks Kemitraan Bidan dan Dukun, imbalan dukun diartikan sebagai dana bergulir dukun berupa insentif/transport rujukan dukun. Tujuan dana bergulir dukun adalah agar dukun mempunyai ikatan untuk merujuk kasus persalinan ke bidan. *Output* kegiatan meliputi terlaksananya rujukan semua persalinan dukun ke bidan, dan terjalinnya kerjasama yang harmonis antara bidan dengan dukun sesuai kesepakatan bersama (Depkes RI, 2008b:8). Sumber pembiayaan bagi program kemitraan bidan, dukun bayi dan kader posyandu ini berasal dari APBD (melalui Dinas Kesehatan dan Puskesmas), dana BOK (Bantuan Operasional Khusus) Puskesmas, dana Jaminan Persalinan (Jampersal), sumber dana dari pihak ketiga, ataupun dana dari swadaya masyarakat desa. Dana-dana tersebut dipergunakan untuk membiayai salah satunya adalah insentif untuk dukun bayi dan kader posyandu untuk setiap persalinan yang dirujuk ke bidan (Kemenkes RI, 2014b:24).

h. Struktur

Struktur organisasi merupakan susunan sistem hubungan antar posisi kepemimpinan yang ada dalam organisasi. Hal ini merupakan hasil pertimbangan dan kesadaran tentang pentingnya perencanaan atas penentuan kekuasaan, tanggung jawab, spesialisasi setiap anggota organisasi. Struktur organisasi menetapkan bagaimana tugas dan pekerjaan dibagi, dikelompokkan, dan dikoordinasikan secara formal. Struktur organisasi mencakup aspek-aspek penting, antara lain pembagian kerja, departementalisasi, bagan organisasi formal, rantai perintah dan kesatuan perintah, tingkat-tingkat hierarki manajemen, saluran komunikasi, penggunaan komite, dan rentang manajemen dan kelompok-kelompok informal yang tidak dapat dihindarkan.

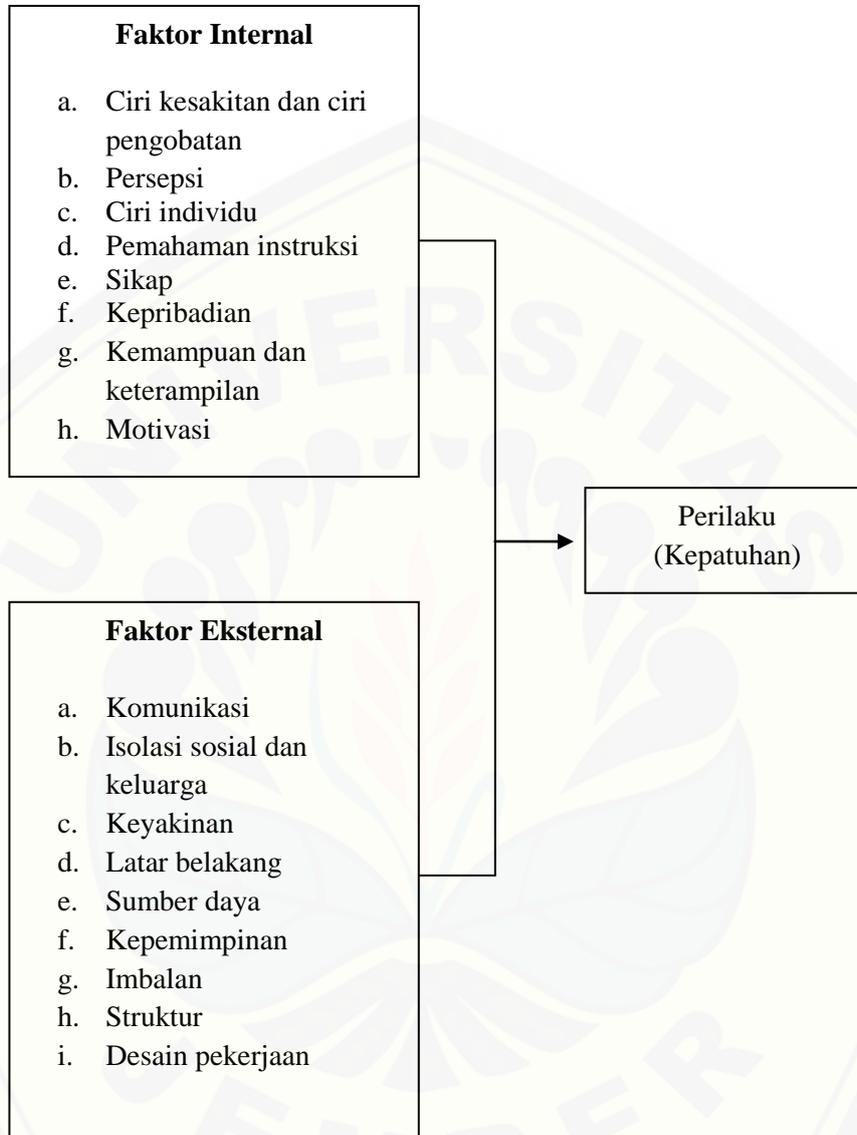
i. Desain pekerjaan

Pekerjaan yang baik harus lebih dari sekadar sekumpulan tugas yang harus dilakukan sebagaimana yang dihasilkan oleh informasi analisis jabatan. Pekerjaan harus dapat meningkatkan produktivitas, kepuasan, dan mengurangi ketidakhadiran. Oleh karena itu, pekerjaan

harus dirancang atau didesain secara baik. Desain pekerjaan merupakan fungsi penetapan kegiatan-kegiatan kerja seorang karyawan secara organisasional. Perancangan pekerjaan juga didefinisikan sebagai proses penentuan tugas-tugas yang harus dilaksanakan oleh pemegang jabatan, hak untuk mengatur pekerjaan tersebut, dan tanggung jawab dari satu paket pekerjaan. Pendekatan *scientific management* menekankan bahwa pembagian kerja dengan spesialisasi tugas adalah yang terbaik, dengan asumsi bahwa pekerjaan yang sederhana mengakibatkan pemegang pekerjaan itu mudah dilatih untuk menjadi ahli, dan kemudian dengan keahliannya pemegang pekerjaan tersebut dapat melakukan pekerjaan dengan cepat dan efisien. Untuk mengatasi kelemahan, dimana pekerja menjadi bosan, hendaknya diberikan *reward* berdasarkan apa yang dikerjakan, dan dalam pelaksanaan pekerjaan harus dicari cara yang paling efektif dengan bantuan peralatan tertentu, atau metode pelaksanaannya melalui apa yang disebut studi gerak dan waktu (*time and motion study*).

Pendekatan ini lebih berorientasi pada kepentingan organisasi, yaitu untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas, padahal diasumsikan bahwa desain pekerjaan yang baik juga harus mempertimbangkan kepentingan pekerja, yaitu kepuasan kerja, kemudian lingkungan dimana pekerjaan berada, yakni hal-hal atau cara-cara yang dapat diterima secara sosial atau berdasarkan nilai-nilai yang dianut oleh masyarakat. Oleh karena itu, dalam merancang suatu pekerjaan harus mempertimbangkan beberapa aspek, yaitu: elemen organisasi, elemen lingkungan, dan elemen perilaku (Hariandja, 2002:62-64).

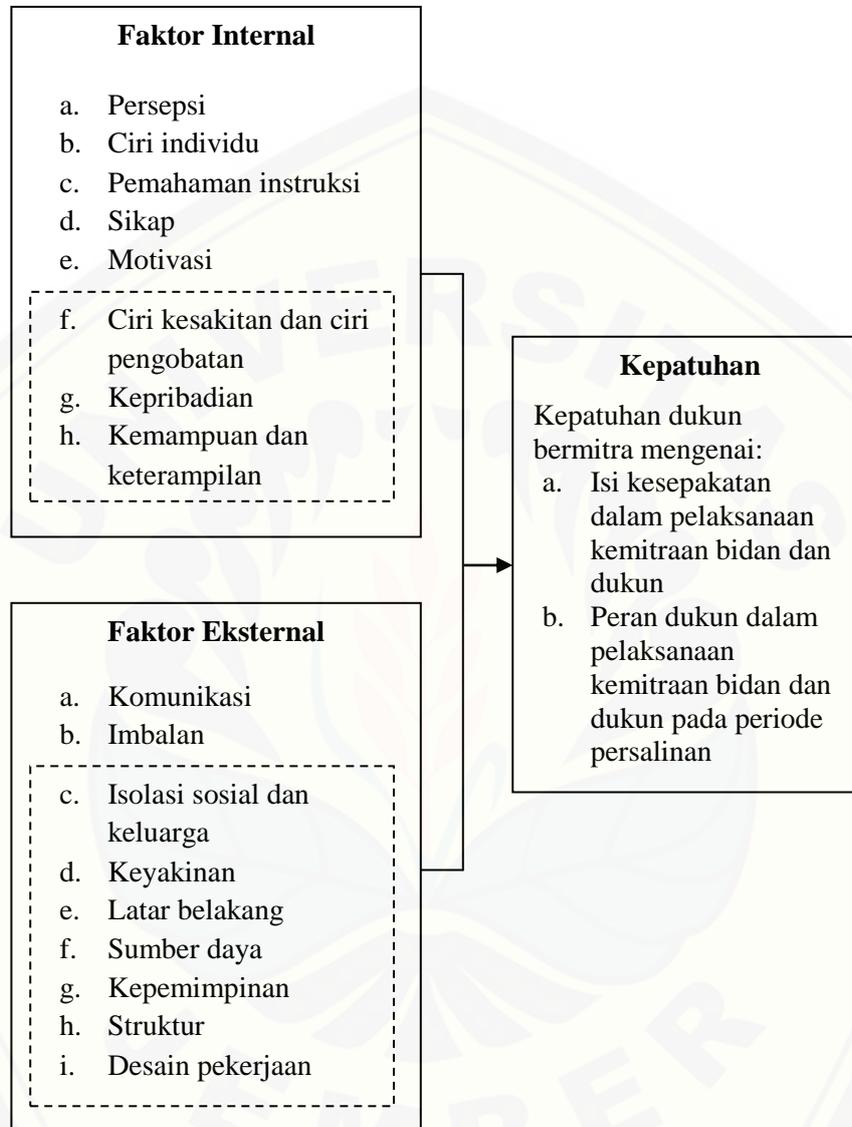
2.5 Kerangka Teori Penelitian



Gambar 2.3 Kerangka Teori

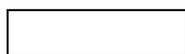
Kerangka teori diatas merupakan modifikasi dari teori Smet (1994:253-259), Niven (2000:193-196), Gibson *et al* (1995:52), dan konsep determinan perilaku dalam Notoatmodjo (2012:137)

2.6 Kerangka Konsep Penelitian

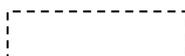


Gambar 2.4 Kerangka Konsep

Keterangan:



: Variabel diteliti



: Variabel tidak diteliti

Kerangka konsep dalam penelitian ini dibuat berdasarkan pendekatan modifikasi teori Smet (1994:253-259), Niven (2000:193-196), Gibson *et al* (1995:52), dan konsep determinan perilaku dalam Notoatmodjo (2012:137). Faktor yang berhubungan dengan kepatuhan adalah ciri kesakitan dan ciri pengobatan, komunikasi antara pasien dan dokter, persepsi dan pengharapan pasien, variabel sosial, dan ciri individu (Smet, 1994:253). Sementara itu, menurut Niven (2000:193) ketidakpatuhan dipengaruhi oleh pemahaman instruksi, kualitas interaksi, isolasi sosial dan keluarga, keyakinan, sikap, dan kepribadian. Gibson *et al* (1995:52) menyatakan bahwa perilaku individu dipengaruhi oleh variabel individu (kemampuan dan keterampilan, latar belakang, dan demografis), variabel psikologis (persepsi, sikap, kepribadian, belajar, dan motivasi) dan variabel organisasi (sumber daya, kepemimpinan, imbalan, struktur, desain pekerjaan). Hal ini juga didukung dengan penelitian Dewi dan Salti (2012) yang menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara tingkat pengetahuan dan sikap dukun beranak terhadap tindakan pertolongan persalinan. Yandra (2010) menyatakan bahwa motivasi dukun bayi juga memiliki peran penting dalam penyelenggaraan program kemitraan dan imbalan yang diterima oleh dukun dari bidan secara garis besar juga belum mencukupi di Kabupaten Bangka. Selain itu, hasil penelitian Nurhidayati (2013) menunjukkan bahwa besarnya imbalan untuk dukun sebagai pengganti dana bergulir dukun di Kecamatan Banyuputih Kabupaten Situbondo dianggap masih kurang. Dana bergulir yang tidak mencukupi kebutuhan semua dukun juga merupakan salah satu kendala dalam pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun bayi di Kabupaten Trenggalek (Sulistiawan *et al*, 2012).

Faktor-faktor yang membedakan respons terhadap stimulus yang berbeda disebut determinan perilaku yang dibedakan menjadi faktor internal dan faktor eksternal. Determinan atau faktor internal, yakni karakteristik orang yang bersangkutan, yang bersifat *given* atau bawaan, misalnya tingkat kecerdasan, tingkat emosional, jenis kelamin, dan sebagainya. Determinan atau faktor eksternal, yakni lingkungan, baik lingkungan fisik, sosial, budaya, ekonomi, politik, dan sebagainya. Berdasarkan modifikasi teori dan konsep determinan

perilaku diatas diperoleh faktor yang berhubungan dengan kepatuhan dukun bermitra dalam melakukan pertolongan persalinan yakni dibedakan menjadi faktor internal (ciri individu (usia), pemahaman instruksi, sikap, motivasi, persepsi) dan faktor eksternal (komunikasi dan imbalan).

Ciri kesakitan dan ciri pengobatan tidak diteliti karena tidak berkaitan dengan penelitian ini, sedangkan isolasi sosial dan keluarga atau variabel sosial, keyakinan, sumber daya, kepemimpinan, struktur, dan desain pekerjaan juga tidak diteliti karena peneliti ingin memfokuskan pada gejala kejiwaan yang menjadi determinan perilaku. Notoatmodjo (2012:193) menyatakan bahwa perilaku manusia sebenarnya merupakan refleksi dari berbagai gejala kejiwaan, seperti pengetahuan, keinginan, kehendak, minat, motivasi, persepsi, sikap dan sebagainya. Keyakinan merupakan salah satu komponen pokok sikap yang dapat membentuk sikap yang utuh (*total attitude*), akan tetapi keyakinan bukan sebagai gejala kejiwaan yang menjadi determinan perilaku melainkan menjadi faktor yang mempengaruhi gejala kejiwaan yang menentukan perilaku tersebut, begitu pula dengan latar belakang yang terdiri dari latar belakang keluarga, tingkat sosial dan pengalaman. Variabel kualitas interaksi dalam penelitian ini digabung dengan variabel komunikasi antara bidan dan dukun. Penggabungan ini didasarkan atas kesamaan makna diantara dua variabel tersebut. Variabel kemampuan dan keterampilan yang terdiri dari mental dan fisik, variabel kepribadian serta variabel belajar juga tidak diteliti karena perlu usaha atau upaya yang lebih untuk menentukan variabel-variabel ini kepada setiap dukun bermitra di wilayah kerja Puskesmas Bangsalsari Kabupaten Jember.

2.7 Hipotesis Penelitian

Berdasarkan latar belakang masalah, tinjauan pustaka dan kerangka konseptual, hipotesis penelitian ini adalah:

- a. Ada hubungan antara faktor internal, meliputi ciri individu (usia), pemahaman instruksi, sikap, motivasi dan persepsi dengan kepatuhan dukun

bermitra dalam melakukan pertolongan persalinan di wilayah kerja Puskesmas Bangsalsari.

- b. Ada hubungan antara faktor eksternal, meliputi komunikasi dan imbalan dengan kepatuhan dukun bermitra dalam melakukan pertolongan persalinan di wilayah kerja Puskesmas Bangsalsari.



BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode penelitian yang bersifat analitik, yang bertujuan untuk menganalisis faktor yang berhubungan dengan kepatuhan dukun bermitra dalam melakukan pertolongan persalinan. Penelitian analitik bertujuan mencari keterkaitan antara faktor-faktor penyebab, serta mampu memprediksi kejadian suatu penyakit (Azwar dan Prihartono, 2014:62). Penelitian ini dilakukan dengan pendekatan *cross sectional*, yaitu suatu penelitian untuk mempelajari dinamika korelasi antara faktor risiko dengan efek, dengan cara pendekatan, observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat (*point time approach*), artinya tiap subjek penelitian hanya diobservasi sekali saja dan pengukuran dilakukan terhadap status karakter atau variabel subjek pada saat pemeriksaan (Notoatmodjo, 2010:37-38).

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

3.2.1 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Bangsalsari Kabupaten Jember. Pemilihan tempat penelitian berdasarkan pada data cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang menunjukkan bahwa Puskesmas Bangsalsari memiliki cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terendah jika dibandingkan dengan puskesmas lain di wilayah Kabupaten Jember.

3.2.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan September-Desember 2016.

3.3 Populasi dan Sampel Penelitian

3.3.1 Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas objek/subyek yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2014:148). Populasi pada penelitian ini adalah dukun bermitra yang tercatat di wilayah kerja Puskesmas Bangsalsari tahun 2015 yaitu sebanyak 34 dukun bermitra (Dinkes Kab. Jember, 2016c).

3.3.2 Sampel

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut (Sugiyono, 2014:149). Sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah dukun bermitra di wilayah kerja Puskesmas Bangsalsari Kabupaten Jember yaitu sebanyak 24 dukun bermitra.

3.3.3 Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini ditentukan dengan cara *non probability sampling*, dimana metode pengambilan sampel menggunakan *total sampling* atau sampel jenuh yang merupakan teknik penentuan sampel bila semua anggota populasi digunakan sebagai sampel. Hal ini sering dilakukan bila jumlah populasi relatif kecil, kurang dari 30 orang atau penelitian yang ingin membuat generalisasi dengan kesalahan yang sangat kecil. Istilah lain sampel jenuh adalah sensus, dimana semua anggota populasi dijadikan sampel (Sugiyono, 2011:96).

3.4 Variabel dan Definisi Operasional

3.4.1 Variabel

Variabel adalah suatu atribut atau sifat atau nilai dari orang, objek, organisasi atau kegiatan yang mempunyai variasi tertentu yang ditetapkan oleh

peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2014:96). Variabel yang digunakan dalam penelitian ini meliputi:

a. Variabel bebas (*independent variable*)

Variabel ini sering disebut sebagai variabel stimulus, prediktor, *antecedent*. Variabel bebas merupakan variabel yang mempengaruhi atau yang menjadi sebab perubahannya atau timbulnya variabel dependen (terikat) (Sugiyono, 2014:96). Variabel bebas pada penelitian ini adalah ciri individu (usia), pemahaman instruksi, sikap, motivasi, persepsi, komunikasi, dan imbalan.

b. Variabel terikat (*dependent variable*)

Variabel ini sering disebut sebagai variabel output, kriteria, konsekuen. Variabel terikat merupakan variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat, karena adanya variabel bebas (Sugiyono, 2014:97). Variabel terikat pada penelitian ini adalah kepatuhan dukun bermitra dalam melakukan pertolongan persalinan di wilayah kerja Puskesmas Bangsalsari.

3.4.2 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah suatu definisi yang diberikan kepada suatu variabel atau konstruk dengan cara memberikan arti atau menspesifikkan kegiatan, ataupun memberikan suatu operasional yang diperlukan untuk mengukur konstruk atau variabel tersebut (Nazir, 2011:126). Definisi operasional pada penelitian ini yaitu:

Tabel 3.1 Variabel dan Definisi Operasional

No.	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Pengumpulan Data	Skala Data	Kriteria Pengukuran
1.	Usia	Lama waktu hidup atau sejak dilahirkan terhitung sampai ulang tahun terakhir atau sampai dilakukannya penelitian ini	Wawancara dengan Kuesioner	Nominal	a. Usia pertengahan: 40-<60 tahun b. Usia lanjut: ≥ 60 tahun

No.	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Pengumpulan Data	Skala Data	Kriteria Pengukuran
		berdasarkan pengakuan dukun bayi			
2.	Pemahaman instruksi	<p>Pengetahuan dukun pada tingkatan tahu mengenai:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Isi kesepakatan dalam pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun - Gambaran umum kemitraan bidan dan dukun - Peran dukun dalam pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun pada periode persalinan 	Wawancara dengan kuesioner	Ordinal	<p>Pengetahuan dukun diukur dengan menggunakan 20 item pertanyaan dengan kriteria penentuan skor pada setiap item untuk pertanyaan positif (pada no. 1,3,6,9,13,14,16,17,18,19)</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Benar = 1 b. Salah = 0 <p>Skor pada setiap item untuk pertanyaan negatif (pada no. 2,4,5,7,8,10,11,12,15,20)</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Salah = 1 b. Benar = 0 <p>Ketentuan nilai</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nilai maksimal: $20 \times 1 = 20$ 2. Nilai minimal: $20 \times 0 = 0$ 3. Lebar interval: 5 <p>Kategori:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pemahaman baik apabila mencakup nilai: 16 – 20 b. Pemahaman cukup apabila mencakup nilai: 11 – 15 c. Pemahaman kurang apabila mencakup nilai: 6 – 10

No.	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Pengumpulan Data	Skala Data	Kriteria Pengukuran
					d. Pemahaman buruk apabila mencakup nilai: 0 – 5
3.	Sikap	<p>Reaksi atau respon tertutup dukun pada tingkatan menerima, merespon, menghargai dan bertanggung jawab, mengenai:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Isi kesepakatan dalam pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun - Peran dukun dalam pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun pada periode persalinan 	Wawancara dengan kuesioner	Nominal	<p>Sikap dukun diukur dengan 49 item pertanyaan dengan kriteria penentuan skor pada setiap pertanyaan, yaitu:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Jawaban a (Ya/Setuju) = 1 b. Jawaban b (Tidak/Tidak setuju) = 0 <p>Ketentuan nilai</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Skor maksimal: $49 \times 1 = 49$ 2. Skor minimal: $49 \times 0 = 0$ 3. Lebar interval: 24,5 <p>Kategori:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sikap positif terhadap peran dukun dalam pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun pada periode persalinan apabila mencakup nilai: 24,6 – 49 b. Sikap negatif terhadap peran dukun dalam pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun pada periode persalinan apabila mencakup nilai: 0 – 24,5

No.	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Pengumpulan Data	Skala Data	Kriteria Pengukuran
4.	Motivasi	<p>Keinginan atau dorongan dukun untuk mematuhi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Isi kesepakatan dalam pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun - Gambaran umum kemitraan bidan dan dukun - Peran dukun dalam pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun pada periode persalinan 	Wawancara dengan kuesioner	Ordinal	<p>Motivasi dukun diukur dengan menggunakan 14 item pertanyaan dengan kriteria penentuan skor pada setiap pertanyaan, yaitu:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Jawaban a (Ya) = 1 b. Jawaban b (Tidak) = 0 <p>Ketentuan nilai</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nilai maksimal: $14 \times 1 = 14$ 2. Nilai minimal: $14 \times 0 = 0$ 3. Lebar interval: 4,67 <p>Kategori:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Motivasi tinggi apabila mencakup nilai: 9,37 – 14 b. Motivasi sedang apabila mencakup nilai: 4,68 – 9,36 c. Motivasi rendah apabila mencakup nilai: 0 – 4,67
5.	Persepsi	<p>Penilaian dukun mengenai:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Isi kesepakatan dalam pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun 	Wawancara dengan kuesioner	Ordinal	<p>Persepsi dukun diukur menggunakan 17 item pertanyaan dengan kriteria penentuan skor pada setiap pertanyaan, yaitu:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Jawaban a (Ya) = 1 b. Jawaban b (Tidak) = 0

No.	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Pengumpulan Data	Skala Data	Kriteria Pengukuran
		<ul style="list-style-type: none"> - Gambaran umum kemitraan bidan dan dukun - Peran dukun dalam pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun periode persalinan 			Ketentuan nilai <ol style="list-style-type: none"> 1. Nilai maksimal: $17 \times 1 = 17$ 2. Nilai minimal: $17 \times 0 = 0$ 3. Lebar interval: 5,67 Kategori: <ol style="list-style-type: none"> a. Persepsi baik apabila mencakup nilai: 11,35– 17 b. Persepsi sedang apabila mencakup nilai: 5,68 – 11,34 c. Persepsi buruk apabila mencakup nilai: 0 – 5,67
6.	Komunikasi	Penilaian dukun mengenai komunikasi antara bidan dan dukun dalam pembinaan/pertemuan dukun	Wawancara dengan kuesioner	Nominal	Komunikasi dukun diukur dengan menggunakan 5 item pertanyaan dengan kriteria penentuan skor pada setiap pertanyaan, yaitu: <ol style="list-style-type: none"> a. Jawaban a (Ya) = 1 b. Jawaban b (Tidak) = 0 Ketentuan nilai <ol style="list-style-type: none"> 1. Nilai maksimal: $5 \times 1 = 5$ 2. Nilai minimal: $5 \times 0 = 0$ 3. Lebar interval: 2,5 Kategori: <ol style="list-style-type: none"> a. Komunikasi baik apabila mencakup nilai: 2,6 – 5

No.	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Pengumpulan Data	Skala Data	Kriteria Pengukuran
					b. Komunikasi buruk apabila mencakup nilai: 0 – 2,5
7.	Imbalan	Penilaian dukun mengenai insentif/uang transport rujukan oleh dukun pada pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun	Wawancara dengan kuesioner	Nominal	<p>Imbalan dukun diukur dengan menggunakan 5 item pertanyaan dengan kriteria penentuan skor pada setiap pertanyaan, yaitu:</p> <p>a. Jawaban a (Ya) = 1</p> <p>b. Jawaban b (Tidak) = 0</p> <p>Ketentuan nilai:</p> <p>1. Nilai maksimal: $5 \times 1 = 5$</p> <p>2. Nilai minimal: $5 \times 0 = 0$</p> <p>3. Lebar interval: 2,5</p> <p>Kategori:</p> <p>a. Imbalan baik apabila mencakup nilai: 2,6 – 5</p> <p>b. Imbalan buruk apabila mencakup nilai: 0 – 2,5</p>
8.	Kepatuhan	Tingkat kepatuhan dukun bermitra mengenai isi kesepakatan dalam pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun, meliputi: - Merujuk setiap persalinan dengan tepat waktu ke	Wawancara dengan kuesioner	Nominal	<p>Kepatuhan dukun bermitra dalam melakukan pertolongan persalinan diukur dengan menggunakan 12 item pertanyaan dengan kriteria penentuan skor pada setiap pertanyaan, yaitu:</p> <p>a. Jawaban a (Ya) = 1</p>

No.	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Pengumpulan Data	Skala Data	Kriteria Pengukuran
		fasilitas kesehatan - Dukun tidak menolong persalinan sekaligus mengenai peran dukun dalam pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun pada periode persalinan, mulai dari: - Mengantar calon ibu bersalin ke bidan - Mengingatkan keluarga menyiapkan alat transport untuk pergi ke bidan/memanggil bidan - Mempersiapkan sarana prasarana persalinan aman seperti air bersih dan kain bersih - Mendampingi ibu pada saat persalinan - Membantu bidan pada saat proses persalinan - Melakukan ritual keagamaan/tradisional yang sehat sesuai tradisi setempat			b. Jawaban b (Tidak) = 0 Ketentuan nilai 1. Nilai maksimal: $12 \times 1 = 12$ 2. Nilai minimal: $12 \times 0 = 0$ 3. Lebar interval: 6 Kategori: a. Patuh apabila mencakup nilai 7 – 12 b. Tidak patuh apabila mencakup nilai 0 – 6

No.	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Pengumpulan Data	Skala Data	Kriteria Pengukuran
		<ul style="list-style-type: none"> - Membantu bidan dalam perawatan bayi baru lahir - Membantu ibu dalam inisiasi menyusui dini kurang dari 1 jam - Memotivasi rujukan bila diperlukan Membantu bidan membersihkan ibu, tempat dan alat setelah persalinan 			

3.5 Data dan Sumber Data

Data adalah bahan mentah yang perlu diolah sehingga menghasilkan informasi atau keterangan, baik kualitatif maupun kuantitatif yang menunjukkan fakta atau juga dapat didefinisikan sebagai kumpulan fakta atau angka atau segala sesuatu yang dapat dipercaya kebenarannya sehingga dapat digunakan sebagai dasar untuk menarik suatu kesimpulan (Siregar, 2013:16). Penelitian ini menggunakan sumber data primer dan sekunder.

- a. Data primer adalah data yang dikumpulkan sendiri oleh peneliti langsung dari sumber pertama atau tempat objek penelitian dilakukan (Siregar, 2013:16). Data primer pada penelitian ini diperoleh dari hasil wawancara dengan kuesioner pada sampel penelitian.
- b. Data sekunder adalah data yang diterbitkan atau digunakan oleh organisasi yang bukan pengolahannya (Siregar, 2013:16). Data sekunder pada penelitian ini diperoleh dari Puskesmas Bangsalsari dan Dinas Kesehatan Kabupaten Jember.

3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data

3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

Dalam suatu penelitian pengumpulan data merupakan langkah yang sangat penting, karena data yang dikumpulkan akan digunakan untuk pemecahan masalah yang sedang diteliti atau untuk menguji hipotesis yang telah dirumuskan (Siregar, 2013:17). Pengumpulan data dapat dilakukan dalam berbagai *setting*, berbagai sumber, dan berbagai cara. Bila dilihat dari settingnya, data dapat dikumpulkan pada setting alamiah (*natural setting*), pada laboratorium dengan metode eksperimen, di rumah dengan berbagai responden, pada suatu seminar, diskusi, di jalan dan lain-lain. Apabila dilihat dari sumber datanya, maka pengumpulan data dapat menggunakan sumber primer dan sumber sekunder. Selanjutnya apabila dilihat dari segi cara atau teknik pengumpulan data, maka teknik pengumpulan data dapat dilakukan dengan *interview* (wawancara), kuesioner (angket), observasi (pengamatan), dan gabungan ketiganya (Sugiyono, 2014:223-224).

Penelitian ini menggunakan teknik pengumpulan data berupa *interview* (wawancara) yang merupakan proses memperoleh keterangan untuk tujuan penelitian dengan cara tanya jawab sambil bertatap muka antara pewawancara dengan responden atau orang yang diwawancarai, dengan atau tanpa menggunakan pedoman (*guide*) wawancara (Bungin, 2013:133). Wawancara juga digunakan sebagai teknik pengumpulan data apabila peneliti ingin mengetahui hal-hal dari responden yang lebih mendalam dan jumlah respondennya sedikit/kecil (Sugiyono, 2014:224).

Wawancara dapat dilakukan secara terstruktur maupun tidak terstruktur, dan dapat dilakukan melalui tatap muka (*face to face*) maupun dengan menggunakan telepon. Wawancara yang dilakukan pada penelitian ini adalah wawancara terstruktur yang digunakan sebagai teknik pengumpulan data, apabila peneliti atau pengumpul data telah mengetahui dengan pasti tentang informasi apa yang akan diperoleh (Sugiyono, 2014:225).

3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data adalah alat-alat yang digunakan untuk pengumpulan data (Notoatmodjo, 2010:87). Penelitian ini menggunakan instrumen berupa kuesioner, yang merupakan teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara memberi seperangkat pertanyaan atau pertanyaan tertulis kepada responden untuk dijawabnya (Sugiyono, 2014:230). Kuesioner pada penelitian ini berisi pertanyaan terkait ciri individu (usia), pemahaman instruksi, sikap, motivasi, persepsi, komunikasi, imbalan, dan kepatuhan dukun bermitra dalam melakukan pertolongan persalinan yang diperoleh dengan wawancara langsung dengan responden menggunakan kuesioner yang telah ditetapkan. Skala yang digunakan pada penelitian ini adalah skala guttman yang dilakukan bila ingin mendapatkan jawaban yang tegas terhadap suatu permasalahan yang ditanyakan (Sugiyono, 2014:172).

3.7 Teknik Pengolahan dan Penyajian Data

3.7.1 Teknik Pengolahan Data

Pengolahan data adalah suatu proses dalam memperoleh data ringkasan dengan menggunakan cara-cara atau rumusan tertentu (Siregar, 2013:86). Teknik pengolahan data pada penelitian ini meliputi:

a. Pemeriksaan Data (*editing*)

Pemeriksaan data (*editing*) adalah proses pengecekan atau memeriksa data yang telah berhasil dikumpulkan dari lapangan, karena ada kemungkinan data yang telah masuk tidak memenuhi syarat atau tidak dibutuhkan. Tujuan dilakukan *editing* adalah untuk mengoreksi kesalahan-kesalahan dan kekurangan data yang terdapat pada catatan di lapangan. Pada kesempatan ini, kesalahan data dapat diperbaiki dan kekurangan data dilengkapi dengan mengulangi pengumpulan data atau dengan cara penyisipan data (*interpolasi*) (Siregar, 2013:16-17).

b. Pemberian Nilai (*scoring*)

Pemberian nilai (*scoring*) digunakan untuk menentukan skor atau nilai jawaban responden dengan nilai tertinggi sampai terendah dari kuesioner yang diajukan. Pemberian skor didasarkan pada skala nilai yang telah ditentukan. Pilihan jawaban pada pertanyaan memiliki kriteria skor masing-masing yaitu untuk dua pilihan jawaban, rentang kriteria skor antara 0-1 (Sugiyono, 2012:96). Hasil masing-masing skor dari jawaban tersenut kemudian akan dikategorikan untuk masing-masing variabel penelitian.

c. Tabulasi (*tabulating*)

Tabulasi (*tabulating*) adalah proses penempatan data ke dalam bentuk tabel yang telah diberi kode sesuai dengan kebutuhan analisis. Tabel-tabel yang dibuat sebaiknya mampu meringkas agar memudahkan dalam proses analisis data (Siregar, 2013:18).

3.7.2 Teknik Penyajian Data

Penyajian data adalah mengatur dan menyusun data sedemikian rupa sehingga menjadi jelas sifat-sifat yang dimilikinya. Tiga macam cara penyajian data yaitu secara tekstular, tabular dan grafikal (Azwar dan Prihartono, 2014:135-136). Pada penelitian ini data disajikan dalam bentuk tabel dan diberi penjelasan dalam bentuk narasi untuk memberikan gambaran tentang hasil tabel tersebut.

3.7.3 Analisis Data

Analisis data merupakan salah satu langkah dalam kegiatan penelitian yang sangat menentukan ketepatan dan kesahihan hasil penelitian (Yusuf, 2014:255). Analisis data yang dilakukan pada penelitian ini dilakukan dengan cara analisis univariat dan bivariat menggunakan bantuan *software* pengolah data.

a. Analisis univariat

Analisis univariat bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian. Pada umumnya dalam analisis ini

hanya menghasilkan distribusi frekuensi dan persentase dari tiap variabel (Notoatmodjo, 2010:182). Analisis univariat pada penelitian ini digunakan untuk mendeskripsikan distribusi frekuensi responden berdasarkan ciri individu (usia), pemahaman instruksi, sikap, motivasi, persepsi, komunikasi, imbalan, dan kepatuhan.

b. Analisis bivariat

Analisis bivariat dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi (Notoatmodjo, 2010:183). Analisis bivariat pada penelitian ini dilakukan pada variabel ciri individu (usia), pemahaman instruksi, sikap, motivasi, persepsi, komunikasi, imbalan dengan variabel kepatuhan, dengan menggunakan perhitungan non parametrik yaitu rumus *Chi Square* dengan derajat kepercayaan 95% ($\alpha = 0,05$). Uji *Chi Square* dapat dikatakan sebagai uji proporsi untuk dua peristiwa atau lebih dan data berjenis nominal, sehingga datanya bersifat dikrit. Dalam uji *Chi Square* dihadapkan pada suatu pengujian apakah perbedaan antara frekuensi hasil observasi (disimbolkan f_o) dengan frekuensi yang diharapkan oleh peneliti (f_e) dari sampel yang terbatas merupakan perbedaan yang signifikan atau tidak (Siregar, 2013:136). Teknik ini menjadi berarti karena:

1. *Chi Square* merupakan tes perbedaan antara frekuensi yang diobservasi (f_o) dan frekuensi yang diharapkan (f_e).
2. *Chi Square* selalu digunakan dalam gejala yang sekurang-kurangnya dikotomi (Yusuf, 2014:272).

3.8 Pengukuran Validitas dan Reliabilitas Instrumen

3.8.1 Uji Validitas Instrumen

Validitas atau kesahihan adalah menunjukkan sejauh mana suatu alat ukur mampu mengukur apa yang ingin diukur (*a valid measure if it successfully measure the phenomenon*) (Siregar, 2013:46). Sementara itu, Yusuf (2014:234) mengemukakan bahwa validitas suatu instrumen yaitu seberapa jauh instrumen itu benar-benar mengukur apa (objek) yang hendak diukur. Pada penelitian ini

pengujian validitas menggunakan koefisien reproduibilitas dan koefisien skalabilitas. Koefisien reproduibilitas dengan ketentuan $K_r > 0,90$ dianggap baik dan koefisien skalabilitas dengan ketentuan $K_s > 0,60$ maka dianggap baik (Singarimbun dan Effendi, 2014:118-119). Adapun rumus untuk menghitung koefisien Reproduibilitas dan Skalabilitas adalah sebagai berikut:

1) Koefisien Reproduibilitas (K_r)

$$K_r = 1 - \frac{e}{n}$$

Keterangan:

K_r = Koefisien Reproduibilitas

e = Jumlah Kesalahan

n = Jumlah Total Pilihan Jawaban (jumlah pertanyaan x jumlah responden)

2) Koefisien Skalabilitas (K_s)

$$K_s = 1 - \frac{e}{c(n-Tn)}$$

Keterangan:

K_s = Koefisien Skalabilitas

e = Jumlah Kesalahan

k = Jumlah kesalahan yang diharapkan = $c(n-Tn)$ dimana c adalah kemungkinan mendapatkan jawaban yang benar, karena jawaban adalah “ya” dan “tidak” (dikotomi) maka $c = 0,5$

Tn = Jumlah Pilihan Jawaban

Uji validitas pada penelitian ini dilakukan dengan responden sebanyak 10 dukun bermitra di wilayah kerja Puskesmas Sukorejo Kabupaten Jember. Dalam melakukan penghitungan skala reproduibilitas dan skalabilitas, peneliti menggunakan program analisis Skala Guttman (SKALO) milik Wahyu Widhiarso dari Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada (Widhiarso, 2011). Hasil koefisien reproduibilitas dan skalabilitas pada masing-masing variabel penelitian menunjukkan bahwa salah satu variabel belum terpenuhi nilai reproduibilitas dan skalabilitasnya. Variabel tersebut adalah pemahaman instruksi dimana koefisien

reproduksibilitasnya hanya mencapai 0,88 atau <0,90, sehingga dapat disimpulkan bahwa koefisien reproduksibilitas untuk kuesioner ini hampir memenuhi. Jumlah soal yang peneliti eliminasi adalah 4 soal. Tabel skala Guttman dengan menggunakan program SKALO akan disajikan dalam lampiran.

3.8.2 Uji Reliabilitas Instrumen

Reliabilitas adalah untuk mengetahui sejauh mana hasil pengukuran tetap konsisten, apabila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama dengan menggunakan alat pengukur yang sama pula. Uji reliabilitas alat ukur dapat dilakukan secara eksternal maupun internal. Secara eksternal, pengujian dapat dilakukan *test-retest*, *equivalent*, dan gabungan keduanya. Secara internal, reliabilitas alat ukur dapat diuji dengan menganalisis konsistensi butir-butir yang ada pada instrumen dengan teknik tertentu (Siregar, 2013:55). Sementara itu, menurut Yusuf (2014:242), reliabilitas merupakan konsistensi atau kestabilan skor suatu instrumen penelitian terhadap individu yang sama, dan diberikan dalam waktu yang berbeda. Instrumen yang *reliable* berarti instrumen yang bila digunakan beberapa kali untuk mengukur objek yang sama akan menghasilkan data yang sama (Sugiyono, 2012:121). Kriteria reliabilitas menurut Sugiyono adalah sebagai berikut:

Nilai	Kriteria Reliabilitas
-1,00 – 0,20	Reliabilitas sangat rendah
0,21 – 0,40	Reliabilitas rendah
0,41 – 0,70	Reliabilitas cukup
0,71 – 0,90	Reliabilitas tinggi
0,91 – 1,00	Reliabilitas sangat tinggi

Pada penelitian ini pengujian reliabilitas menggunakan rumus Kuder Richardson 21, karena rumus ini dapat digunakan untuk pilihan jawaban yang sifatnya dikotomi, misal “ya” atau “tidak” (Simamora, 2002:75). Adapun rumusnya adalah:

$$r_{11} = \left(\frac{k}{k-1} \right) \left(1 - \frac{M(k-M)}{kVt} \right)$$

Keterangan:

r_{11} = Reliabilitas Instrumen

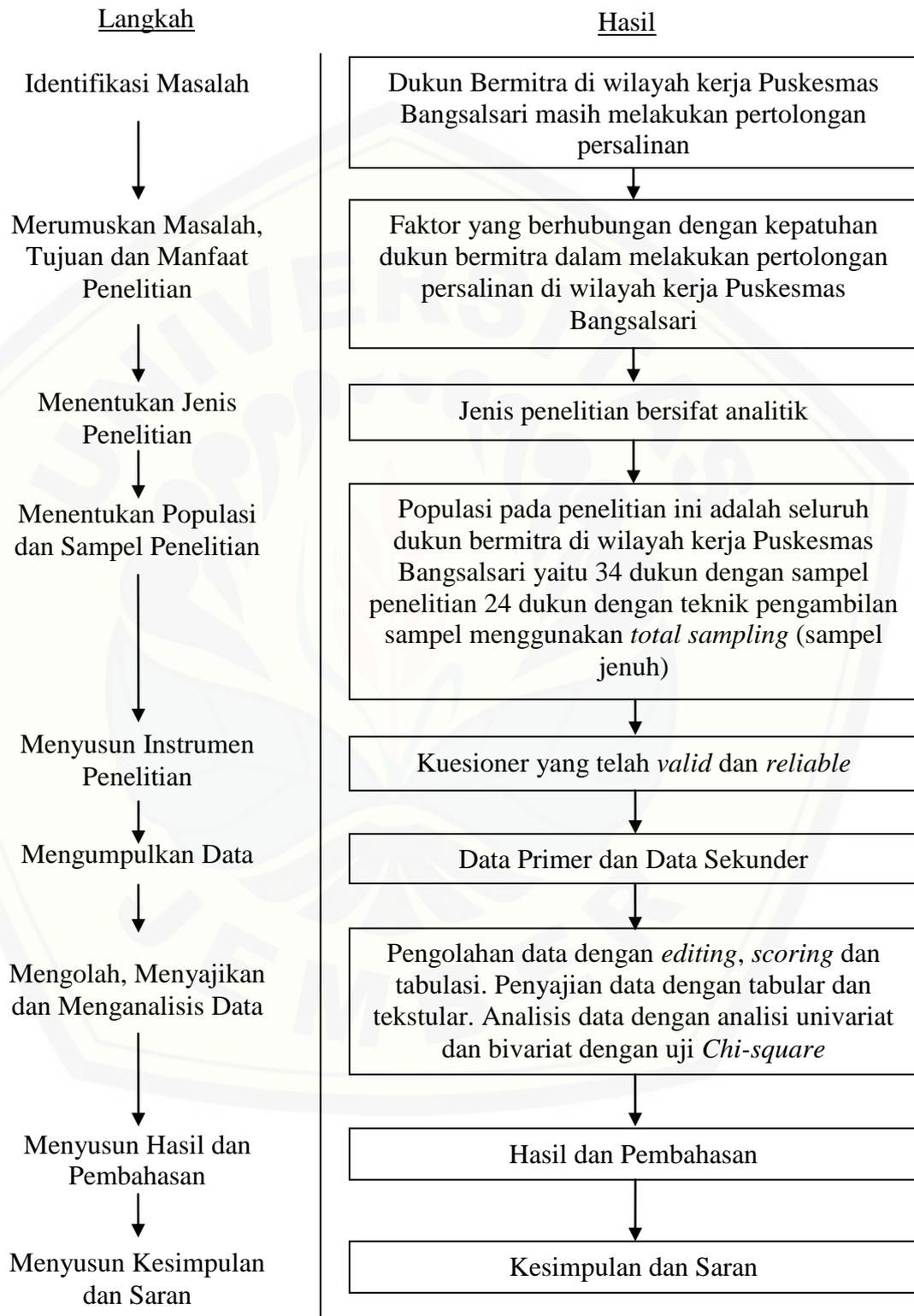
k = Banyaknya Butir Soal atau Pertanyaan

M = Rata-rata Skor Total

V_t = Varians Total

Pada penelitian ini, penghitungan uji reliabilitas dilakukan dengan bantuan Ms. Excel dan diperoleh koefisien $r_{11} = 0,80$. Berdasarkan tabel kriteria reliabilitas, hasil yang diperoleh memiliki reliabilitas tinggi atau dengan kata lain instrumen dapat digunakan. Hasil uji reliabilitas dengan Ms. Excel akan disajikan dalam lampiran.

3.9 Alur Penelitian



Gambar 3.1 Alur Penelitian

BAB 5. PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Kesimpulan hasil penelitian mengenai faktor yang berhubungan dengan kepatuhan dukun bermitra dalam melakukan pertolongan persalinan di wilayah kerja Puskesmas Bangsalsari adalah sebagai berikut:

1. Berdasarkan faktor internal, mayoritas dukun bermitra di wilayah kerja Puskesmas Bangsalsari berusia lanjut (≥ 60 tahun). Terdapat dukun bermitra yang masih memiliki tingkat pemahaman instruksi buruk, kurang, dan cukup, tingkat sikap negatif, tingkat motivasi sedang, serta tingkat persepsi buruk dan sedang.
2. Berdasarkan faktor eksternal, terdapat dukun bermitra yang masih menilai komunikasi dan imbalan atau dana bergulir dukun berupa insentif/uang transport rujukan dukun berada pada tingkat yang baik.
3. Berdasarkan kepatuhan, terdapat dukun bermitra yang masih tidak patuh dalam melakukan pertolongan persalinan.
4. Hubungan faktor internal dengan kepatuhan menunjukkan bahwa ciri individu (usia), pemahaman instruksi, sikap, dan motivasi tidak berhubungan, tetapi persepsi berhubungan dengan kepatuhan dukun bermitra dalam melakukan pertolongan persalinan.
5. Hubungan faktor eksternal dengan kepatuhan menunjukkan bahwa komunikasi dan imbalan tidak berhubungan dengan kepatuhan dukun bermitra dalam melakukan pertolongan persalinan.

5.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian mengenai faktor yang berhubungan dengan kepatuhan dukun bermitra dalam melakukan pertolongan persalinan di wilayah kerja Puskesmas Bangsalsari, maka saran yang dapat diberikan oleh peneliti adalah sebagai berikut:

a. Bagi Dukun

Dukun bermitra di wilayah kerja Puskesmas Bangsalsari sebaiknya memahami dan mematuhi isi kesepakatan dalam kemitraan bidan dan dukun khususnya dalam melakukan pertolongan persalinan, gambaran kemitraan bidan dan dukun, serta peran dukun dalam pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun pada periode persalinan. Hal ini disebabkan tugas dukun ditekankan pada alih peran dukun dalam menolong persalinan menjadi merujuk ibu hamil dan merawat ibu nifas dan bayi baru lahir berdasarkan kesepakatan antara bidan dengan dukun. Selain itu, memahami makna dan tujuan program merupakan salah satu kunci keberhasilan kemitraan bidan dan dukun.

b. Bagi Bidan

Bidan di Puskesmas Bangsalsari khususnya bidan yang bertanggung jawab dalam program kemitraan bidan dan dukun sekaligus bidan desa sebaiknya:

1. Memahami peran bidan sekaligus peran dukun dalam pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun. Hal ini sangat penting karena antara bidan dan dukun memiliki peran masing-masing, dimana kegiatan bidan mencakup aspek teknis kesehatan sedangkan kegiatan dukun mencakup aspek non teknis kesehatan. Kemitraan bidan dan dukun akan berhasil jika terjalin kerjasama yang harmonis dan tanpa mengurangi status dukun sebagai tokoh yang dihormati dan berpengalaman di suatu wilayah yang masih kental akan tradisi yang sangat percaya terhadap peran dukun.
2. Memberikan dukungan dengan menghormati peran dukun yang dapat memberikan sentuhan psikologis bagi ibu hamil dan melahirkan, sehingga dukun dapat melaksanakan peran dukun dalam kemitraan bidan dan dukun pada periode persalinan.

c. Bagi *Multi Stakeholder Forum* (MSF)

Diharapkan camat dan kepala desa dapat memberikan dukungan dengan menggerakkan dana dari swadaya masyarakat di setiap desa di wilayah kerja Puskesmas Bangsalsari, yang akan digunakan untuk membiayai insentif

bagi dukun bayi yang merujuk setiap persalinan ke bidan. Selain itu, dukungan dalam penyusunan kesepakatan mengenai mekanisme pembagian biaya persalinan atau dana bergulir dukun juga penting.

d. Bagi Puskesmas Bangsalsari

Diharapkan dari hasil penelitian ini, Puskesmas Bangsalsari Kabupaten Jember dapat melakukan:

1. Penekanan dan pemahaman kembali melalui pembinaan/pertemuan dukun dengan memberikan informasi mengenai isi kesepakatan dalam pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun, gambaran umum kemitraan bidan dan dukun, serta peran bidan dan dukun dalam pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun periode persalinan. Disamping untuk meningkatkan pengetahuan dukun, hal ini juga bertujuan untuk membentuk persepsi atau pandangan yang sama (kesamaan perhatian) antara pihak yang bermitra.
2. Memperbaiki komunikasi yang berlangsung antara bidan dan dukun dalam kegiatan pembinaan/pertemuan dukun untuk meningkatkan pengetahuan dukun dan membentuk persepsi atau pandangan yang sama (kesamaan perhatian) antara pihak yang bermitra.
3. Memperbaiki isi kesepakatan dalam pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun. Isi kesepakatan tersebut sebaiknya dapat mencantumkan tentang kewajiban, tanggung jawab, dan hak masing-masing yang bermitra termasuk kesepakatan mengenai mekanisme pembagian biaya persalinan atau dana bergulir dukun.
4. Memberi penghargaan (*reward*) kepada dukun yang patuh dalam melakukan pertolongan persalinan melalui lembar penilaian kepatuhan mengenai isi kesepakatan dalam pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun sekaligus peran dukun dalam kemitraan bidan dan dukun sebagai upaya untuk meningkatkan motivasi dukun.
5. Sosialisasi kepada seluruh masyarakat khususnya ibu hamil mengenai perubahan peran dukun dan pentingnya persalinan oleh tenaga

kesehatan, karena realisasi dari kegiatan ini menjadi keberhasilan program kemitraan bidan dan dukun.

e. Bagi Peneliti Berikutnya

Peneliti berikutnya sebaiknya melakukan penelitian lebih lanjut mengenai faktor yang berhubungan dengan kepatuhan dukun bermitra dalam melakukan pertolongan persalinan dengan jumlah sampel yang lebih besar dan meneliti variabel lain yang tidak diteliti oleh peneliti, sehingga hasil penelitian semakin berkembang dan diperoleh solusi yang tepat.



DAFTAR PUSTAKA

- Azwar. A. 1996. Pengantar Administrasi Kesehatan. Edisi Ketiga. Tangerang: Binarupa Aksara.
- Azwar, A., & Prihartono, J. 2014. *Metodologi Penelitian*. Tangerang: Binarupa Aksara.
- Anggorodi, R. 2009. Dukun Bayi Dalam Persalinan Oleh Masyarakat Indonesia. *Makara Kesehatan*, 13 (1): 9-14. [serial online]. <http://journal.ui.ac.id/index.php/health/article/download/328/324>. [12 Juni 2016].
- Baety, A. 2011. *Biologi Reproduksi: Kehamilan dan Persalinan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Bungin, B. 2013. *Metodologi Penelitian Sosial dan Ekonomi: Format-format Kuantitatif dan Kualitatif untuk Studi Sosiologi, Kebijakan, Publik, Komunikasi, Manajemen, dan Pemasaran*. Jakarta: Prenadamedia Group.
- Budiyono, Suparwati A., BM S., dan Nikita A. 2012. Inisiasi Kemitraan Bidan dan Dukun Bayi di Wilayah Kerja Puskesmas Mranggen I dalam Mendukung Penurunan Angka Kematian Ibu di Kabupaten Demak. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 11 (1): 1-11. [serial online]. <http://ejournal.undip.ac.id/index.php/mkmi/article/download/6159/5212>. [18 Oktober 2016].
- Departemen Kesehatan RI. 2008a. Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 828/Menkes/SK/IX/2008 *tentang Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota*. Jakarta: Departemen Kesehatan.
- Departemen Kesehatan RI, 2008b. *Pedoman Pelaksanaan Kemitraan Bidan dan Dukun*. Jakarta: Depkes RI.

Dewi, Y. I. & Salti, D. 2012. Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Sikap Dukun Beranak Terhadap Tindakan Pertolongan Persalinan. *Jurnal Ners Indonesia*, 2 (2): 1-8. [serial online]. <http://ejournal.unri.ac.id/index.php/JNI/article/viewFile/2024/1989>. [25 Mei 2016].

Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. 2016a. *Data Angka Kematian Ibu dan Bayi tahun 2014-2015*. Jember: Dinas Kesehatan Kabupaten Jember.

Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. 2016b. *Data Cakupan Pertolongan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan. 2015*. Jember: Dinas Kesehatan Kabupaten Jember.

Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. 2016c. *Data Kemitraan Bidan dan Dukun tahun 2015*. Jember: Dinas Kesehatan Kabupaten Jember.

Fitriani, S. 2011. *Promosi Kesehatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

Gibson., Ivancevich., dan Donnelly. 1995. *Organisasi Edisi Kelima Jilid 1*. Jakarta: Erlangga.

Gibson., Ivancevich., dan Donnelly. 1996. *Organisasi Edisi Kedelapan Jilid 1*. Jakarta: Binarupa Aksara.

Hamid, S. 2014. *Manajemen Sumber Daya Manusia Lanjutan*. Yogyakarta: Deepublish. [serial online]. <https://books.google.co.id/books?id=NFCiCgAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=sanusi+hamid&hl=en&sa=X&ved=0ahUKEwin672N-IbQAhWIRo8KHZB7C1cQ6AEIGjAA>. [13 September 2016].

Hariandja, M. T. E. 2002. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Jakarta: PT. Grasindo. [serial online]. https://books.google.co.id/books?id=d_HHWRqvNecC&printsec=frontcover&dq=hariandja+sumber+daya+manusia&hl=en&sa=X&ved=0ahUKEwjhs eXI64bQAhUKOo8KHc6RDtUQ6AEIGjAA. [15 Juni 2016].

- Hermawati., Kuntjoro, T., dan Sriatmi, A. 2013. Implementasi Program Kemitraan Bidan-Dukun oleh Bidan Desa di Kabupaten Buton Provinsi Sulawesi Tenggara (Studi Kasus di Puskesmas Wakaokili). *Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia*, 1 (1): 1-10. [serial online]. <http://ejournal.undip.ac.id/index.php/jmki/article/download/10310/8189>. [18 Oktober 2016].
- Ilmiawati, I. 2014. “Faktor yang Berhubungan dengan Keputusan Pemilihan Pertolongan Persalinan oleh Dukun (Studi Kasus di Wilayah Kerja Puskesmas Bangsalsari Kabupaten Jember)”. Tidak Dipublikasikan. Skripsi. Jember: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
- Kementerian Kesehatan RI, 2013. *Riset Kesehatan Dasar 2013*. Jakarta: Badan Litbangkes, Kementerian Kesehatan RI. [serial online]. <http://www.depkes.go.id/resources/download/general/Hasil%20Riskasdas%202013.pdf>. [27 Mei 2016].
- Kementerian Kesehatan RI, 2014a. Infodatin: Pusat Data dan Informasi. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI, 2014b. *Panduan Penerapan Praktik Cerdas Kemitraan Bidan Dukun Bayi dan Kader Posyandu*. Jakarta: Tim BASICS. [serial online]. http://www.basicsproject.or.id/uploads/publications/files/2014-11-28-75_1_Panduan_Penerapan_Kemitraan_Bidan_Dukun_dan_Kader_Posyandu.pdf. [23 Mei 2016].
- Kementerian Kesehatan RI, 2014c. *Tata Kelola Persalinan Aman Seri Pembelajaran dari USAID-KINERJA*. Jakarta: Tim USAID-KINERJA. [serial online]. <http://www.kinerja.or.id/pdf/b583809b-15bf-40b3-9702-1f00804fa7f3.pdf>. [19 Oktober 2016].
- Kementerian Kesehatan RI, 2015. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2014*, Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kulsum, U. & Jauhar, M. 2014. *Pengantar Psikologi Sosial*. Jakarta: Prestasi Pustakaraya.
- Maulana, H. D. J. 2007. *Promosi Kesehatan*. Jakarta: EGC.

- Muchlas, M. 2005. *Perilaku Organisasi*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Nanur, F. 2015. “Kemitraan Dukun Dengan Bidan dalam Pertolongan Persalinan Di Kecamatan Borong Kabupaten Manggarai Timur Provinsi Nusa Tenggara Timur”. Tesis. Denpasar: Program Pascasarjana Universitas Udayana. [serial online]. http://www.pps.unud.ac.id/thesis/pdf_thesis/unud-1470-1347882048-tesis%20fransiska%20nova%20nanur%20pdf.pdf. [25 Mei 2016].
- Nasir, A., Muhith, A., Sajidin, M., dan Mubarak, W. 2011. *Komunikasi Dalam Keperawatan Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nazir, M. 2011. *Metode Penelitian*. Jakarta: Ghalia Indonesia.
- Niven, N. 2000. *Psikologi Kesehatan Pengantar untuk Perawat & Profesional Kesehatan Lain*. Edisi Kedua. Jakarta: EGC.
- Norwitz, & Schorge. 2008. *At a Glance Obstetri dan Ginekologi*. Edisi Kedua. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Notoatmodjo, S. 2002. *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2005. *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2010. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2012. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

- Notoatmodjo, S. 2014. *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Novita, S. I. & Inayanti, E. 2010. Kemitraan Dukun Bayi dengan Bidan di Wilayah Kerja Puskesmas Kalipare Kecamatan Kalipare Kabupaten Malang. *Jurnal Insan Kesehatan*, 2 (1): 1-37. [serial online]. <http://www.stikes-insan-seagung.ac.id/wp-content/uploads/2013/01/INKES-Vol-2-no-1.pdf>. [18 Oktober 2016].
- Nugroho, W. 2009. *Komunikasi dalam Keperawatan Gerontik*. Jakarta: EGC. [serial online]. <https://books.google.co.id/books?isbn=9794489972>. [9 November 2016].
- Nurhidayati. 2013. *Evaluasi Program Kemitraan Bidan dan Dukun di Puskesmas Banyuputih dan Puskesmas Kendit Kabupaten Situbondo Jawa Timur*. Tesis. Yogyakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada.
- Oktaviani, Hesti, 2015. “Hubungan Pengetahuan dengan Kepatuhan Perawat dalam Pelaksanaan Standar Prosedur Operasional Pencegahan Resiko Jatuh Pasien di Rumah Sakit Panti Waluyo Surakarta”. Skripsi. Surakarta: Stikes Kusuma Husada. [serial online]. <http://digilib.stikeskusumahusada.ac.id/files/disk1/22/01-gdl-hestioktav-1054-1-skripsi--p.pdf>. [13 Juni 2016].
- Permatasari. 2009. “Analisis Faktor yang Berpengaruh Terhadap Kemitraan Bidan dan Dukun di Wilayah Kerja Puskesmas Kaliwates dan Gumukmas Kabupaten Jember”. Tidak Dipublikasikan. Skripsi. Jember: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
- Permatasari, E. & Kholifah, S. 2014. Analisis Strategi Bina Suasana dalam Pelaksanaan Kemitraan Bidan dan Dukun Bayi. *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 4 (2): 1-12. [serial online]. <http://digilib.unmuhjember.ac.id/files/disk1/53/umj-1x-elokpermat-2634-1-7.artik-k.pdf> elok permatasari 2014. [18 Oktober 2016].
- Pertiwi, R. 2013. “Gambaran Persepsi Bidan di Desa dalam Pelaksanaan Program Kemitraan Bidan dengan Dukun Bayi di Kecamatan Sukaraja Kabupaten Bogor Provinsi Jawa Barat”. Skripsi. Bogor: Universitas Indonesia. [serial

online]. <http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/20358331-S-Retna%20Pertiwi.pdf>. [16 Juni 2016].

Potter. & Perry. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses dan Praktik*. Edisi Keempat. Jakarta: EGC.

Pramono, M. S. & Sadewo, S. 2012. Analisis Keberadaan Bidan Desa dan Dukun Bayi di Jawa Timur. *Buletin Penelitian Kesehatan*, 15 (3): 1-9. [serial online]. <http://ejournal.litbang.depkes.go.id/index.php/hsr/article/viewFile/3005/2239>. [20 Oktober 2016].

Pratama, I R.A. 2013. "Faktor yang Berhubungan dengan Pemilihan Pertolongan Persalinan pada Ibu Bersalin di Wilayah Kerja Puskesmas Sumbermalang Kabupaten Situbondo Tahun 2012". Tidak Dipublikasikan. Skripsi. Jember: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Pratama, Utami, dan Mayowan. 2015. Pengaruh Imbalan dan Hukuman Terhadap Kepuasan Kerja dan Kinerja Karyawan. *Jurnal Administrasi Bisnis*, 22 (1): 1-10. [serial online]. [http://download.portalgaruda.org/article.php?article=326531&val=6468&title=PENGARUH%20IMBALAN%20DAN%20HUKUMAN%20TERHADAP%20KEPUASAN%20KERJA%20DAN%20KINERJA%20KARYAWAN%20\(Studi%20pada%20Karyawan%20Departemen%20Statistik%20Bank%20Indonesia%20Jakarta\)](http://download.portalgaruda.org/article.php?article=326531&val=6468&title=PENGARUH%20IMBALAN%20DAN%20HUKUMAN%20TERHADAP%20KEPUASAN%20KERJA%20DAN%20KINERJA%20KARYAWAN%20(Studi%20pada%20Karyawan%20Departemen%20Statistik%20Bank%20Indonesia%20Jakarta)). [15 Juni 2016].

Puskesmas Bangsalsari, 2016a. *Data Persalinan Dukun tahun 2015*. Jember: Puskesmas Bangsalsari.

Puskesmas Bangsalsari, 2016b. *Kesepakatan Pelaksanaan Kemitraan Bidan dan Dukun tahun 2012*. Jember: Puskesmas Bangsalsari.

Rafidah, I. & Wibowo, A. 2012. Pengaruh Dukungan Suami Terhadap Akseptor Melakukan KB Suntik. *Jurnal Biometrika dan Kependudukan*, 1 (1): 1-7. [serial online]. [http://journal.unair.ac.id/download-fullpapers-8.Ida%20Rafidah-Arief%20Wibowo%20\(Volume%201%20Nomor%201\).pdf](http://journal.unair.ac.id/download-fullpapers-8.Ida%20Rafidah-Arief%20Wibowo%20(Volume%201%20Nomor%201).pdf). [13 Juni 2016].

- Rasdini, Githa, dan Gama. 2014. Pengaruh Imbalan, Kepuasan Kerja dan Iklim Organisasi Terhadap Kinerja Dosen Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Denpasar. *Jurnal Skala Husada*, 11 (1): 1-5. [serial online]. <http://www.poltekkesdenpasar.ac.id/files/JSH/V11N1/I%20Gusti%20Ayu%20Ari%20Rasdini1,%20I%20Wayan%20Githa2,%20Ketut%20Gama3%20JSH%20V11N1.pdf>. [17 Juni 2016].
- Ratnaningtyas, T. O. 2012. “Kajian Kejadian Pertolongan Persalinan Dukun Bayi (Non Tenaga Kesehatan) di Era Jaminan Persalinan (Jampersal) Tahun 2011”. Tidak Dipublikasikan. Skripsi. Jember: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
- Reeder., Martin., dan Griffin. 2011. *Keperawatan Maternitas Kesehatan Wanita, Bayi dan Keluarga*. Jakarta: EGC.
- Robbins, S. 2002. *Prinsip-prinsip Perilaku Organisasi*. Edisi Kelima. Jakarta: Erlangga.
- Robbins, S. 2006. *Perilaku Organisasi*. Edisi Kesepuluh. Jakarta: PT. INDEKS.
- Robbins, S., & Judge, T. 2015. *Perilaku Organisasi*. Jakarta: Salemba Empat.
- Rukmini & Ristrini. 2007. Persepsi Dukun Bayi Terhadap Kemitraan dengan Bidan dalam Pertolongan Persalinan di Pedesaan (Studi di Provinsi Jawa Timur dan Kalimantan Selatan). *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 10 (2): 1-7. [serial online]. <http://ejournal.litbang.depkes.go.id/index.php/hsr/article/viewFile/1780/2587>. [19 Oktober 2016].
- Said, M. 2010. *Kepemimpinan Pengembangan Organisasi Team Building dan Perilaku Inovatif*. Malang: UIN-Maliki Press.
- Saragih, G. 2011. “Motivasi Ibu Dalam Pemanfaatan Posyandu Bayi di Desa Bangun Tobing Kecamatan STM Hilir Kabupaten Deli Serdang Tahun 2008”. Skripsi. Medan: Universitas Sumatera Utara. [serial online]. <http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/23727/5/Chapter%20I.pdf>. [15 Juni 2016].

- Siagian, S. P. 2004. *Teori dan Motivasi dan Aplikasinya*. Jakarta: PT. Asdi Mahasatya.
- Simamora, B. 2002. *Panduan Riset Perilaku Konsumen*. Jakarta: Gramedia.
- Singarimbun, R. J. 2013. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kinerja Dukun Bayi Terlatih dalam Melakukan Pertolongan Persalinan di wilayah Kerja Puskesmas Kejuruan Muda Kabupaten Aceh Tamiang. Skripsi. Aceh: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara. [serial online]. <http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/38979/5/Chapter%20I.pdf>. [11 Juni 2016].
- Singarimbun, M dan Effendi S. 2014. *Metode Penelitian Survei*. Jakarta: PT Pustaka LP3ES Indonesia.
- Siregar, S. 2013. *Metode Penelitian Kuantitatif: Dilengkapi Perbandingan Perhitungan Manual & SPSS*. Edisi Pertama. Jakarta: Prenadamedia Group.
- Smet, B. 1994. *Psikologi Kesehatan*. Jakarta: PT. Grasindo.
- Sofyan, D. A. 2014. "Peran Dukun dalam Implementasi Kemitraan Bidan dan Dukun Bayi di wilayah Kerja Puskesmas Bangsalsari Kabupaten Jember". Tidak Dipublikasikan. Skripsi. Jember: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
- Stanley. & Beare. 2006. *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*. Edisi Kedua. Jakarta: EGC.
- Sugiyono, 2011. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Sugiyono, 2012. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D cetakan ke-17*. Bandung: Alfabeta.
- Sugiyono, 2014. *Metode Penelitian Manajemen*. Bandung: Alfabeta.

Sulistiawan, D., Nurmalasari., dan Saputra, R. B. 2012. *Kemitraan Bidan dan Dukun Bayi di Kabupaten Trenggalek*. Skripsi. Yogyakarta: Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Gadjah Mada.

Sunaryo. 2013. *Psikologi untuk Keperawatan*. Edisi Kedua. Jakarta: EGC.

Supratman, L. P., & Mahadian, A. B. 2016. *Psikologi Komunikasi*. Yogyakarta: Deepublish. [serial online]. <https://books.google.co.id/books?isbn=602401290X>. [14 Juni 2016].

Tamher, S., & Noorkasiani. 2009. *Kesehatan Usia Lanjut dengan Pendekatan Asuhan Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.

Thoha, M. 2005. *Perilaku Organisasi, Konsep Dasar dan Aplikasinya*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.

Umar, H. 2005. *Sumber Daya Manusia Dalam Organisasi*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.

Wahjono, S. I. 2010. *Perilaku Organisasi*. Jakarta: Graha Ilmu.

Wade, C., & Travis, C. 2007. *Psikologi*. Edisi Kesembilan. Jilid dua. Jakarta: Erlangga.

Widhiarso, W. 2011. *SKALO: Program Analisis Skala Guttman*. Program Komputer. Yogyakarta: Fakultas Psikologi Universitas Gajah Mada.

Wursanto. 2005. *Dasar-dasar Ilmu Organisasi*. Yogyakarta: Andi Offset.

Yandra, B. 2010. *Motivasi Bidan serta Dukun Bayi dalam Pelaksanaan Program Kemitraan Pertolongan Persalinan di Kabupaten Bangka*. Tesis. Yogyakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Gadjah Mada.

Yulifah, R., & Yuswanto, T. 2014. *Asuhan Kebidanan Komunitas*. Edisi Kedua. Jakarta: Salemba Medika.

Yusuf, M. 2014. *Metode Penelitian: Kuantitatif, Kualitatif, dan Penelitian Gabungan*: Edisi Pertama. Jakarta: Prenadamedia Group.



Lampiran A. Lembar Persetujuan (*Informed Consent*)



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Jalan Kalimantan 1/93 – Kampus Bumi Tegal Boto Kotak Pos 159 Jember 68121

Telepon 0331-337878, 331743 Faksimile 0331-322995

Laman : www.fkm.unej.ac.id

INFORMED CONSENT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Alamat :

No. Telepon :

Menyatakan bersedia menjadi subjek penelitian (responden) dalam penelitian yang dilakukan oleh :

Nama : Izza Afkarina

NIM : 122110101183

Judul : Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Dukun Bermitra dalam Melakukan Pertolongan Persalinan di wilayah kerja Puskesmas Bangsalsari Kabupaten Jember.

Prosedur penelitian ini tidak akan memberikan dampak dan risiko apapun terhadap subjek (responden) penelitian, karena semata-mata untuk kepentingan ilmiah, serta kerahasiaan jawaban yang saya berikan dijamin sepenuhnya oleh peneliti. Dengan ini saya menyatakan secara sukarela untuk ikut sebagai subjek (responden) dalam penelitian ini dan saya bersedia menjawab semua pertanyaan dengan sejujur-jujurnya.

Jember,2016

Responden

(.....)

Lampiran B. Kuesioner Penelitian



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Jalan Kalimantan 1/93 – Kampus Bumi Tegal Boto Kotak Pos 159 Jember 68121

Telepon 0331-337878, 331743 Faksimile 0331-322995

Laman : www.fkm.unej.ac.id

KUESIONER PENELITIAN

FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEPATUHAN DUKUN
BERMITRA DALAM MELAKUKAN PERTOLONGAN PERSALINAN
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS BANGSALSARI

Tanggal wawancara :

Panduan wawancara :

- a. Mohon dengan hormat bantuan dan kesediaan Ibu dalam menjawab seluruh pertanyaan yang ada.
- b. Mohon jawab pertanyaan dengan jujur dan sesuai dengan hati nurani.

I. DATA UMUM RESPONDEN

- a. Nama :
- b. Usia :
- c. Alamat (Desa) :

II. PEMAHAMAN INSTRUKSI

No.	Pernyataan	Jawaban	
		Benar	Salah
1.	Dukun diwajibkan merujuk setiap persalinan dengan tepat waktu ke fasilitas kesehatan		
2.	Dukun diperbolehkan menolong persalinan		
3.	Dukun bermitra dengan bidan untuk merawat bayi baru lahir		
4.	Dukun yang menolong persalinan tidak dikenakan sanksi		

	hukum sesuai dengan peraturan yang berlaku		
5.	Tujuan umum kemitraan bidan dan dukun adalah untuk meningkatkan akses ibu dan bayi terhadap pelayanan persalinan ke dukun		
6.	Tujuan khusus kemitraan bidan dan dukun adalah meningkatkan rujukan persalinan oleh dukun ke tenaga kesehatan		
7.	Tujuan khusus kemitraan bidan dan dukun adalah meningkatkan alih peran dukun menjadi penolong persalinan		
8.	Tujuan khusus kemitraan bidan dan dukun adalah meningkatkan persalinan oleh dukun		
9.	Tugas dukun pada pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun adalah merujuk ibu hamil dan merawat ibu nifas dan bayi baru lahir		
10.	Pencapaian target kemitraan bidan dan dukun adalah meningkatkan persalinan oleh dukun		
11.	Mengantar calon ibu bersalin ke bidan bukan peran dukun		
12.	Mengingatkan keluarga menyiapkan alat transport untuk pergi ke bidan/memanggil bidan bukan peran dukun		
13.	Mempersiapkan sarana prasarana persalinan aman seperti air bersih dan kain bersih merupakan peran dukun		
14.	Mendampingi ibu pada saat persalinan merupakan peran dukun		
15.	Dukun tidak perlu membantu bidan pada saat proses persalinan		
16.	Dukun berperan melakukan ritual keagamaan/tradisional yang sehat sesuai tradisi setempat		
17.	Dukun berperan membantu bidan dalam merawat bayi baru lahir		

18.	Membantu ibu dalam inisiasi menyusui dini kurang dari 1 jam merupakan peran dukun		
19.	Dukun berperan memotivasi rujukan bila diperlukan		
20.	Membantu Bidan membersihkan ibu, tempat dan alat setelah persalinan bukan peran dukun		

III. SIKAP

1. Bagaimana menurut ibu jika dukun diwajibkan merujuk setiap persalinan dengan tepat waktu ke fasilitas kesehatan?
 - a. Setuju
 - b. Tidak setuju
2. Apakah ibu berkeinginan merujuk setiap persalinan dengan tepat waktu ke fasilitas kesehatan?
 - a. Ya
 - b. Tidak
3. Apakah ibu berkeinginan memberitahu dukun lain untuk merujuk setiap persalinan dengan tepat waktu ke fasilitas kesehatan?
 - a. Ya
 - b. Tidak
4. Apakah ibu berkeinginan merujuk setiap persalinan dengan tepat waktu ke fasilitas kesehatan walaupun ibu berhalangan/sibuk?
 - a. Ya
 - b. Tidak
5. Bagaimana menurut ibu jika dukun tidak diperbolehkan menolong persalinan?
 - a. Setuju
 - b. Tidak setuju
6. Apakah ibu berkeinginan untuk tidak menolong persalinan?
 - a. Ya
 - b. Tidak
7. Apakah ibu berkeinginan memberitahu dukun lain untuk tidak menolong persalinan?
 - a. Ya
 - b. Tidak
8. Apakah ibu berkeinginan untuk tidak menolong persalinan walaupun

17. Apakah ibu berkeinginan menyiapkan alat transport untuk pergi ke bidan/memanggil bidan jika ibu lupa mengingatkan keluarga menyiapkan alat transport untuk pergi ke bidan/memanggil bidan?
 - a. Ya
 - b. Tidak
18. Bagaimana menurut ibu jika dukun berperan mempersiapkan sarana prasarana persalinan aman seperti air bersih dan kain bersih?
 - a. Setuju
 - b. Tidak setuju
19. Apakah ibu berkeinginan mempersiapkan sarana prasarana persalinan aman seperti air bersih dan kain bersih?
 - a. Ya
 - b. Tidak
20. Apakah ibu berkeinginan memberitahu dukun lain untuk mempersiapkan sarana prasarana persalinan aman seperti air bersih dan kain bersih?
 - a. Ya
 - b. Tidak
21. Apakah ibu berkeinginan mempersiapkan sarana prasarana persalinan aman seperti air bersih dan kain bersih walaupun tidak ada/tidak punya?
 - a. Ya
 - b. Tidak
22. Bagaimana menurut ibu jika dukun berperan mendampingi ibu bersalin pada saat persalinan?
 - a. Setuju
 - b. Tidak setuju
23. Apakah ibu berkeinginan mendampingi ibu bersalin pada saat persalinan?
 - a. Ya
 - b. Tidak
24. Apakah ibu berkeinginan memberitahu dukun lain untuk mendampingi ibu bersalin pada saat persalinan?
 - a. Ya
 - b. Tidak
25. Apakah ibu berkeinginan mendampingi ibu bersalin pada saat persalinan walaupun ibu berhalangan/tidak bisa mendampingi?
 - a. Ya
 - b. Tidak

26. Bagaimana menurut ibu jika dukun berperan membantu bidan pada saat proses persalinan?
 - a. Setuju
 - b. Tidak setuju
27. Apakah ibu berkeinginan membantu bidan pada saat proses persalinan?
 - a. Ya
 - b. Tidak
28. Apakah ibu berkeinginan memberitahu dukun lain untuk membantu bidan pada saat proses persalinan?
 - a. Ya
 - b. Tidak
29. Apakah ibu berkeinginan membantu bidan pada saat proses persalinan walaupun ibu berhalangan/tidak bisa membantu bidan?
 - a. Ya
 - b. Tidak
30. Bagaimana menurut ibu jika dukun berperan melakukan ritual keagamaan/tradisional yang sehat sesuai tradisi setempat?
 - a. Setuju
 - b. Tidak setuju
31. Apakah ibu berkeinginan melakukan ritual keagamaan/tradisional yang sehat sesuai tradisi setempat?
 - a. Ya
 - b. Tidak
32. Apakah ibu berkeinginan memberitahu dukun lain untuk melakukan ritual keagamaan/tradisional yang sehat sesuai tradisi setempat?
 - a. Ya
 - b. Tidak
33. Apakah ibu berkeinginan melakukan ritual keagamaan/tradisional yang sehat sesuai tradisi setempat walaupun ibu berhalangan/sibuk?
 - a. Ya
 - b. Tidak
34. Bagaimana menurut ibu jika dukun berperan membantu bidan dalam perawatan bayi baru lahir?
 - a. Setuju
 - b. Tidak setuju
35. Apakah ibu berkeinginan membantu bidan dalam perawatan bayi baru lahir?
 - a. Ya
 - b. Tidak

46. Bagaimana menurut ibu jika dukun berperan membantu bidan membersihkan ibu, tempat dan alat setelah persalinan?
 - a. Setuju
 - b. Tidak setuju
47. Apakah ibu berkeinginan membantu bidan membersihkan ibu, tempat dan alat setelah persalinan?
 - a. Ya
 - b. Tidak
48. Apakah ibu berkeinginan memberitahu dukun lain untuk membantu bidan membersihkan ibu, tempat dan alat setelah persalinan?
 - a. Ya
 - b. Tidak
49. Apakah ibu berkeinginan membantu bidan membersihkan ibu, tempat dan alat setelah persalinan walaupun ibu berhalangan?
 - a. Ya
 - b. Tidak

IV. MOTIVASI

1. Apakah ibu memahami isi kesepakatan dalam pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun?
 - a. Ya
 - b. Tidak
2. Apakah kesepakatan tersebut mempermudah pekerjaan ibu?
 - a. Ya
 - b. Tidak
3. Apakah ibu merasa aman dan nyamandalam melaksanakan isi kesepakatan dalam pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun?
 - a. Ya
 - b. Tidak
4. Apakah ibu puas dengan isi kesepakatan dalam pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun?
 - a. Ya
 - b. Tidak
5. Apakah ibu memahami peran dukun dalam pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun periode persalinan?
 - a. Ya
 - b. Tidak

6. Apakah peran dukun dalam pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun periode persalinan memudahkan pekerjaan ibu?
 - a. Ya
 - b. Tidak
7. Apakah dukungan dari bidan mempermudah ibu dalam melaksanakan peran dukun dalam pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun periode persalinan?
 - a. Ya
 - b. Tidak
8. Apakah bidan bekerjasama dengan baik dalam melaksanakan peran dukun dalam pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun periode persalinan?
 - a. Ya
 - b. Tidak
9. Apakah ibu bekerjasama dengan bidan secara baik dalam melaksanakan kemitraan bidan dan dukun periode persalinan?
 - a. Ya
 - b. Tidak
10. Apakah komunikasi dengan bidan mempermudah ibu dalam melaksanakan peran dukun dalam pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun periode persalinan?
 - a. Ya
 - b. Tidak
11. Apakah ibu merasa aman dan nyaman dengan kebijakan peran dukun dalam pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun periode persalinan?
 - a. Ya
 - b. Tidak
12. Apakah ibu merasa aman dan nyaman dalam melaksanakan peran dukun dalam pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun periode persalinan?
 - a. Ya
 - b. Tidak
13. Apakah ibu merasa aman dan nyaman dalam bekerjasama dengan bidan?
 - a. Ya
 - b. Tidak
14. Apakah ibu puas dengan perandukun dalam pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun periode persalinan?
 - a. Ya
 - b. Tidak

V. PERSEPSI

1. Apakah pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun bermanfaat untuk ibu?
 - a. Ya
 - b. Tidak
2. Apakah pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun dapat meningkatkan rujukan persalinan oleh dukun ke tenaga kesehatan?
 - a. Ya
 - b. Tidak
3. Apakah pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun dapat meningkatkan persalinan oleh tenaga kesehatan?
 - a. Ya
 - b. Tidak
4. Apakah ibu mampu merujuk setiap persalinan dengan tepat waktu ke fasilitas kesehatan?
 - a. Ya
 - b. Tidak
5. Apakah ibu mampu untuk tidak menolong persalinan?
 - a. Ya
 - b. Tidak
6. Apakah pelaksanaan kemitraan bidan dan dukun dapat membagi peran bidan dan dukun secara jelas?
 - a. Ya
 - b. Tidak
7. Apakah menjadi mitra bidan bermanfaat untuk ibu?
 - a. Ya
 - b. Tidak
8. Apakah ibu mampu mengantar calon ibu bersalin ke bidan?
 - a. Ya
 - b. Tidak
9. Apakah ibu mampu mengingatkan keluarga menyiapkan alat transport untuk pergi ke bidan/memanggil bidan?
 - a. Ya
 - b. Tidak
10. Apakah ibu mampu mempersiapkan sarana prasarana persalinan aman seperti air bersih dan kain bersih?
 - a. Ya
 - b. Tidak
11. Apakah ibu mampu mendampingi ibu pada saat persalinan?
 - a. Ya
 - b. Tidak

12. Apakah ibu mampu membantu bidan pada saat proses persalinan?
 - a. Ya
 - b. Tidak
13. Apakah ibu mampu melakukan ritual keagamaan/tradisional yang sehat sesuai tradisi setempat?
 - a. Ya
 - b. Tidak
14. Apakah ibu mampu membantu bidan dalam merawat bayi baru lahir?
 - a. Ya
 - b. Tidak
15. Apakah ibu mampu membantu ibu bersalin dalam inisiasi menyusui dini kurang dari 1 jam?
 - a. Ya
 - b. Tidak
16. Apakah ibu mampu memotivasi rujukan bila diperlukan?
 - a. Ya
 - b. Tidak
17. Apakah ibu mampu membantu bidan membersihkan ibu bersalin, tempat dan alat setelah persalinan?
 - a. Ya
 - b. Tidak

VI. KOMUNIKASI

1. Apakah bidan setempat berkomunikasi dengan baik dengan ibu dalam pertemuan dukun maupun kunjungan rumah dukun?
 - a. Ya
 - b. Tidak
2. Apakah ibu berkomunikasi dengan baik dengan bidan dalam pertemuan dukun maupun kunjungan rumah dukun?
 - a. Ya
 - b. Tidak
3. Apakah bidan setempat melakukan pembinaan dukun dengan bahasa yang mudah dimengerti oleh ibu?
 - a. Ya
 - b. Tidak
4. Apakah bidan setempat melakukan pembinaan dukun dengan alat/sarana/media yang mudah dimengerti oleh ibu?
 - a. Ya
 - b. Tidak

5. Apakah frekuensi pertemuan dukun mempermudah komunikasi antara ibu dan bidan?
 - a. Ya
 - b. Tidak

VII. IMBALAN

1. Apakah ibu merujuk setiap persalinan ke fasilitas kesehatan dan menerima insentif/uang transport rujukan?
 - a. Ya
 - b. Tidak
2. Apakah insentif/uang transport rujukan oleh dukun diberikan setelah dukun merujuk persalinan ke bidan?
 - a. Ya
 - b. Tidak
3. Apakah insentif/uang transport rujukan oleh dukun akan membuat ibu melakukan rujukan semua persalinan ke bidan?
 - a. Ya
 - b. Tidak
4. Apakah insentif/uang transport rujukan oleh dukun akan membuat ibu bekerjasama dengan bidan?
 - a. Ya
 - b. Tidak
5. Apakah insentif/uang transport rujukan oleh dukun yang telah diberikan/berjalan telah sesuai (puas) dengan peran yang ibu laksanakan?
 - a. Ya
 - b. Tidak

VIII. KEPATUHAN DUKUN BERMITRA

1. Apakah ibu merujuk setiap persalinan dengan tepat waktu ke fasilitas kesehatan?
 - a. Ya
 - b. Tidak
2. Apakah ibu sudah tidak menolong persalinan?
 - a. Ya
 - b. Tidak

3. Apakah ibu mengantar calon ibu bersalin ke bidan?
 - a. Ya
 - b. Tidak
4. Apakah ibu mengingatkan keluarga menyiapkan alat transport untuk pergi ke bidan/memanggil bidan?
 - a. Ya
 - b. Tidak
5. Apakah ibu mempersiapkan sarana prasarana persalinan aman seperti air bersih dan kain bersih?
 - a. Ya
 - b. Tidak
6. Apakah ibu mendampingi ibu pada saat persalinan?
 - a. Ya
 - b. Tidak
7. Apakah ibu membantu bidan pada saat proses persalinan?
 - a. Ya
 - b. Tidak
8. Apakah ibu melakukan ritual keagamaan/tradisional yang sehat sesuai tradisi setempat?
 - a. Ya
 - b. Tidak
9. Apakah ibu membantu bidan dalam perawatan bayi baru lahir?
 - a. Ya
 - b. Tidak
10. Apakah ibu membantu ibu dalam inisiasi menyusui dini kurang dari 1 jam?
 - a. Ya
 - b. Tidak
11. Apakah ibu memotivasi rujukan bila diperlukan?
 - a. Ya
 - b. Tidak
12. Apakah ibu membantu bidan membersihkan ibu, tempat dan alat setelah persalinan?
 - a. Ya
 - b. Tidak

3. Variabel Motivasi

	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD	AE	AF	AG	AH			
1	SKALO										Wahyu Widhiarso																									
2	Program Analisis Skala Guttman										Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada 2011																									
3																																				
4	A. PETUNJUK															OUTPUT																				
5	1. Masukkan Jumlah Butir dan Ukuran Sampel pada Kolom yang disediakan															Jumlah Potensi Error															100					
6	2. Masukkan data pada kolom INPUT DATA															Jumlah Error															0					
7	Catatan : Urutan butir harus sudah disesuaikan dengan urutan tingkat kesulitannya secara teoritik																																			
8																																				
9	B. INPUT BUTIR & SAMPEL															Koefisien Reprodusibilitas															1					
10	Masukkan Jumlah Butir															Koefisien Skalabilitas															1					
11	Masukkan Ukuran Sampel																														10					
12																																				
13																																				
14	C. INPUT DATA																																			
15																																				
16	P	1	1	1	1	1	1	1	1	0.9	0.9	0.8																								
17	ITEM	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9	A10	A11	A12	A13	A14	A15	A16	A17	A18	A19	A20	A21	A22	A23	A24	A25	A26	A27	A28	A29	A30	A31	A32			
18	ID_1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0																								
19	ID_2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1																								
20	ID_3	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0																								
21	ID_4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1																								
22	ID_5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1																								
23	ID_6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1																								
24	ID_7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1																								
25	ID_8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1																								
26	ID_9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1																								
27	ID_10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1																								
28	ID_11																																			
29	ID_12																																			

4. Variabel Persepsi

	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD	AE	AF	AG	AH				
1	SKALO										Wahyu Widhiarso																										
2	Program Analisis Skala Guttman										Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada 2011																										
3																																					
4	A. PETUNJUK															OUTPUT																					
5	1. Masukkan Jumlah Butir dan Ukuran Sampel pada Kolom yang disediakan															Jumlah Potensi Error															150						
6	2. Masukkan data pada kolom INPUT DATA															Jumlah Error															4						
7	Catatan : Urutan butir harus sudah disesuaikan dengan urutan tingkat kesulitannya secara teoritik																																				
8																																					
9	B. INPUT BUTIR & SAMPEL															Koefisien Reprodusibilitas															0.973						
10	Masukkan Jumlah Butir															Koefisien Skalabilitas															0.947						
11	Masukkan Ukuran Sampel																														15						
12																																					
13																																					
14	C. INPUT DATA																																				
15																																					
16	P	1	1	1	1	1	1	1	1	0.9	0.9	0.9	0.8	0.8																							
17	ITEM	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9	A10	A11	A12	A13	A14	A15	A16	A17	A18	A19	A20	A21	A22	A23	A24	A25	A26	A27	A28	A29	A30	A31	A32				
18	ID_1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1																									
19	ID_2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1																									
20	ID_3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1																									
21	ID_4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1																									
22	ID_5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1																									
23	ID_6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1																									
24	ID_7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1																									
25	ID_8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1																									
26	ID_9	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0																									
27	ID_10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1																									
28	ID_11																																				
29	ID_12																																				

5. Variabel Komunikasi

	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD	AE	AF	AG	AH
1	SKALO				Wahyu Widhiarso																												
2	Program Analisis Skala Guttman				Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada 2011																												
3																																	
4	A. PETUNJUK																																
5	1. Masukkan Jumlah Butir dan Ukuran Sampel pada Kolom yang disediakan																																
6	2. Masukkan data pada kolom INPUT DATA																																
7	Catatan : Urutan butir harus sudah disesuaikan dengan urutan tingkat kesulitannya secara teoritik																																
8																																	
9	B. INPUT BUTIR & SAMPEL																																
10	Masukkan Jumlah Butir																																
11	Masukkan Ukuran Sampel																																
12																																	
13																																	
14	C. INPUT DATA																																
15																																	
16		P	1	1	0,9	0,9	0																										
17	ITEM	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9	A10	A11	A12	A13	A14	A15	A16	A17	A18	A19	A20	A21	A22	A23	A24	A25	A26	A27	A28	A29	A30	A31	A32
18	ID_1	1	1	1	1	1	0																										
19	ID_2	1	1	1	1	1	0																										
20	ID_3	1	1	1	1	1	0																										
21	ID_4	1	1	1	1	1	0																										
22	ID_5	1	1	1	1	1	0																										
23	ID_6	1	1	1	1	1	0																										
24	ID_7	1	1	1	1	1	0																										
25	ID_8	1	1	1	1	1	0																										
26	ID_9	1	1	1	1	1	0																										
27	ID_10	1	1	0	0	0																											
28	ID_11																																
29	ID_12																																

6. Variabel Imbalan

	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD	AE	AF	AG	AH
1	SKALO				Wahyu Widhiarso																												
2	Program Analisis Skala Guttman				Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada 2011																												
3																																	
4	A. PETUNJUK																																
5	1. Masukkan Jumlah Butir dan Ukuran Sampel pada Kolom yang disediakan																																
6	2. Masukkan data pada kolom INPUT DATA																																
7	Catatan : Urutan butir harus sudah disesuaikan dengan urutan tingkat kesulitannya secara teoritik																																
8																																	
9	B. INPUT BUTIR & SAMPEL																																
10	Masukkan Jumlah Butir																																
11	Masukkan Ukuran Sampel																																
12																																	
13																																	
14	C. INPUT DATA																																
15																																	
16		P	0,9	0,9	0,9	0,9	0,4																										
17	ITEM	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9	A10	A11	A12	A13	A14	A15	A16	A17	A18	A19	A20	A21	A22	A23	A24	A25	A26	A27	A28	A29	A30	A31	A32
18	ID_1	1	1	0	0	0																											
19	ID_2	1	1	1	1	1																											
20	ID_3	0	0	1	0	0																											
21	ID_4	1	1	1	1	1	0																										
22	ID_5	1	1	1	1	1	0																										
23	ID_6	1	1	1	1	1	0																										
24	ID_7	1	1	1	1	1	1																										
25	ID_8	1	1	1	1	1	1																										
26	ID_9	1	1	1	1	1	0																										
27	ID_10	1	1	1	1	1	1																										
28	ID_11																																
29	ID_12																																

7. Variabel Kepatuhan

	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD	AE	AF	AG	AH				
1	SKALO										Wahyu Widhiarso																										
2	Program Analisis Skala Guttman										Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada 2011																										
3																																					
4	A. PETUNJUK										OUTPUT																										
5	1. Masukkan Jumlah Butir dan Ukuran Sampel pada Kolom yang disediakan										Jumlah Potensi Error										100																
6	2. Masukkan data pada kolom INPUT DATA										Jumlah Error										8																
7	Catatan : Urutan butir harus sudah disesuaikan dengan urutan tingkat kesulitannya secara teoritik																																				
8																																					
9	B. INPUT BUTIR & SAMPEL										Koefisien Reprodusibilitas										0.92																
10	Masukkan Jumlah Butir										Koefisien Skalabilitas										0.84																
11	Masukkan Ukuran Sampel																																				
12																																					
13																																					
14	C. INPUT DATA																																				
15																																					
16	P	1	0.9	0.8	0.8	0.6	0.6	0.5	0.4	0.4	0.2																										
17	ITEM	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9	A10	A11	A12	A13	A14	A15	A16	A17	A18	A19	A20	A21	A22	A23	A24	A25	A26	A27	A28	A29	A30	A31	A32				
18	ID_1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1																										
19	ID_2	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0																										
20	ID_3	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0																										
21	ID_4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0																										
22	ID_5	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0																										
23	ID_6	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0																										
24	ID_7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1																										
25	ID_8	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0																										
26	ID_9	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0																										
27	ID_10	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0																										
28	ID_11																																				
29	ID_12																																				

Lampiran D. Hasil Uji Reliabilitas

1. Hasil Uji Reliabilitas Sebelum Soal di Eliminasi

k	105
Σpq	11,49
var	77,81
Mean	85,7
ρ (KR 20)	0,860528111
ρ (KR 21)	0,805220804

2. Hasil Uji Reliabilitas Setelah Soal di Eliminasi

k	101
Σpq	11,4
var	74,76
Mean	81,8
ρ (KR 20)	0,855987159
ρ (KR 21)	0,799919743

Lampiran E. Hasil Uji Analisis Data

1. Faktor Internal

a. Variabel Ciri Individu (Usia)

Usia * Kepatuhan Crosstabulation

			Kepatuhan		Total
			Tidak patuh	Patuh	
Usia	Usia pertengahan (40-<60 tahun)	Count	1	5	6
		Expected Count	1.8	4.2	6.0
		% of Total	4.2%	20.8%	25.0%
	Usia lanjut (>60 tahun)	Count	6	12	18
		Expected Count	5.2	12.8	18.0
		% of Total	25.0%	50.0%	75.0%
Total		Count	7	17	24
		Expected Count	7.0	17.0	24.0
		% of Total	29.2%	70.8%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.605 ^a	1	.437		
Continuity Correction ^b	.067	1	.795		
Likelihood Ratio	.653	1	.419		
Fisher's Exact Test				.629	.414
Linear-by-Linear Association	.580	1	.446		
N of Valid Cases ^b	24				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.75.

b. Computed only for a 2x2 table

b. Variabel Pemahaman Instruksi

Hasil Uji *Chi-square* 1

Pemahaman * Kepatuhan Crosstabulation

			Kepatuhan		Total
			tidak patuh	patuh	
Pemahaman buruk	Count	1	0	1	
	Expected Count	.3	.7	1.0	
	% of Total	4.2%	.0%	4.2%	
kurang	Count	2	0	2	
	Expected Count	.6	1.4	2.0	
	% of Total	8.3%	.0%	8.3%	
sedang	Count	1	7	8	
	Expected Count	2.3	5.7	8.0	
	% of Total	4.2%	29.2%	33.3%	
baik	Count	3	10	13	
	Expected Count	3.8	9.2	13.0	
	% of Total	12.5%	41.7%	54.2%	
Total	Count	7	17	24	
	Expected Count	7.0	17.0	24.0	
	% of Total	29.2%	70.8%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8.595 ^a	3	.035
Likelihood Ratio	8.901	3	.031
Linear-by-Linear Association	3.901	1	.048
N of Valid Cases	24		

a. 6 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .29.

Hasil Uji *Chi-square 2*

Pemahaman * Kepatuhan Crosstabulation

			Kepatuhan		Total
			tidak patuh	patuh	
Pemahaman buruk	Count	3	0	3	
	Expected Count	.9	2.1	3.0	
	% of Total	12.5%	.0%	12.5%	
cukup	Count	1	7	8	
	Expected Count	2.3	5.7	8.0	
	% of Total	4.2%	29.2%	33.3%	
baik	Count	3	10	13	
	Expected Count	3.8	9.2	13.0	
	% of Total	12.5%	41.7%	54.2%	
Total	Count	7	17	24	
	Expected Count	7.0	17.0	24.0	
	% of Total	29.2%	70.8%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8.595 ^a	2	.014
Likelihood Ratio	8.901	2	.012
Linear-by-Linear Association	3.335	1	.068
N of Valid Cases	24		

a. 4 cells (66.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .88.

Hasil Uji *Chi-square* 3

Pemahaman * Kepatuhan Crosstabulation

			Kepatuhan		Total
			Tidak patuh	Patuh	
Pemahaman Buruk	Count	4	7	11	
	Expected Count	3.2	7.8	11.0	
	% of Total	16.7%	29.2%	45.8%	
Baik	Count	3	10	13	
	Expected Count	3.8	9.2	13.0	
	% of Total	12.5%	41.7%	54.2%	
Total	Count	7	17	24	
	Expected Count	7.0	17.0	24.0	
	% of Total	29.2%	70.8%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.509 ^a	1	.476		
Continuity Correction ^b	.069	1	.793		
Likelihood Ratio	.509	1	.476		
Fisher's Exact Test				.659	.395
Linear-by-Linear Association	.488	1	.485		
N of Valid Cases ^b	24				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.21.

b. Computed only for a 2x2 table

c. Variabel Sikap

Sikap * Kepatuhan Crosstabulation

			Kepatuhan		Total
			Tidak patuh	Patuh	
Sikap Negatif	Count	2	1	3	
	Expected Count	.9	2.1	3.0	
	% of Total	8.3%	4.2%	12.5%	
Positif	Count	5	16	21	
	Expected Count	6.1	14.9	21.0	
	% of Total	20.8%	66.7%	87.5%	
Total	Count	7	17	24	
	Expected Count	7.0	17.0	24.0	
	% of Total	29.2%	70.8%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2.334 ^a	1	.127		
Continuity Correction ^b	.720	1	.396		
Likelihood Ratio	2.103	1	.147		
Fisher's Exact Test				.194	.194
Linear-by-Linear Association	2.236	1	.135		
N of Valid Cases ^b	24				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .88.

b. Computed only for a 2x2 table

d. Variabel Motivasi

Hasil Uji *Chi-square* 1

Motivasi * Kepatuhan Crosstabulation

			Kepatuhan		Total
			Tidak patuh	Patuh	
Motivasi Sedang	Count	3	1	4	
	Expected Count	1.2	2.8	4.0	
	% of Total	12.5%	4.2%	16.7%	
Tinggi	Count	4	16	20	
	Expected Count	5.8	14.2	20.0	
	% of Total	16.7%	66.7%	83.3%	
Total	Count	7	17	24	
	Expected Count	7.0	17.0	24.0	
	% of Total	29.2%	70.8%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.881 ^a	1	.027		
Continuity Correction ^b	2.582	1	.108		
Likelihood Ratio	4.460	1	.035		
Fisher's Exact Test				.059	.059
Linear-by-Linear Association	4.677	1	.031		
N of Valid Cases ^b	24				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.17.

b. Computed only for a 2x2 table

Hasil Uji Chi-square 2

Motivasi * Kepatuhan Crosstabulation

		Kepatuhan		Total
		Tidak patuh	Patuh	
Motivasi Rendah	Count	3	1	4
	Expected Count	1.2	2.8	4.0
	% of Total	12.5%	4.2%	16.7%
Tinggi	Count	4	16	20
	Expected Count	5.8	14.2	20.0
	% of Total	16.7%	66.7%	83.3%
Total	Count	7	17	24
	Expected Count	7.0	17.0	24.0
	% of Total	29.2%	70.8%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.881 ^a	1	.027		
Continuity Correction ^b	2.582	1	.108		
Likelihood Ratio	4.460	1	.035		
Fisher's Exact Test				.059	.059
Linear-by-Linear Association	4.677	1	.031		
N of Valid Cases ^b	24				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.17.

b. Computed only for a 2x2 table

e. Variabel Persepsi

Hasil Uji *Chi-square* 1

Persepsi * Kepatuhan Crosstabulation

			Kepatuhan		Total
			tidak patuh	patuh	
Persepsi buruk	Count	1	0	1	
	Expected Count	.3	.7	1.0	
	% of Total	4.2%	.0%	4.2%	
sedang	Count	4	1	5	
	Expected Count	1.5	3.5	5.0	
	% of Total	16.7%	4.2%	20.8%	
baik	Count	2	16	18	
	Expected Count	5.2	12.8	18.0	
	% of Total	8.3%	66.7%	75.0%	
Total	Count	7	17	24	
	Expected Count	7.0	17.0	24.0	
	% of Total	29.2%	70.8%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	11.523 ^a	2	.003
Likelihood Ratio	11.413	2	.003
Linear-by-Linear Association	10.445	1	.001
N of Valid Cases	24		

a. 4 cells (66.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .29.

Hasil Uji *Chi-square 2*

Persepsi * Kepatuhan Crosstabulation

			Kepatuhan		Total
			Tidak patuh	Patuh	
Persepsi Buruk	Count	5	1	6	
	Expected Count	1.8	4.2	6.0	
	% of Total	20.8%	4.2%	25.0%	
Baik	Count	2	16	18	
	Expected Count	5.2	12.8	18.0	
	% of Total	8.3%	66.7%	75.0%	
Total	Count	7	17	24	
	Expected Count	7.0	17.0	24.0	
	% of Total	29.2%	70.8%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	11.361 ^a	1	.001		
Continuity Correction ^b	8.134	1	.004		
Likelihood Ratio	11.010	1	.001		
Fisher's Exact Test				.003	.003
Linear-by-Linear Association	10.888	1	.001		
N of Valid Cases ^b	24				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.75.

b. Computed only for a 2x2 table

2. Faktor Eksternal

a. Variabel Komunikasi

Komunikasi * Kepatuhan Crosstabulation

			Kepatuhan		Total
			Tidak patuh	Patuh	
Komunikasi Buruk	Count	2	2	4	
	Expected Count	1.2	2.8	4.0	
	% of Total	8.3%	8.3%	16.7%	
Baik	Count	5	15	20	
	Expected Count	5.8	14.2	20.0	
	% of Total	20.8%	62.5%	83.3%	
Total	Count	7	17	24	
	Expected Count	7.0	17.0	24.0	
	% of Total	29.2%	70.8%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.008 ^a	1	.315		
Continuity Correction ^b	.161	1	.688		
Likelihood Ratio	.936	1	.333		
Fisher's Exact Test				.552	.328
Linear-by-Linear Association	.966	1	.326		
N of Valid Cases ^b	24				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.17.

b. Computed only for a 2x2 table

b. Variabel Imbalan

Imbalan * Kepatuhan Crosstabulation

			Kepatuhan		Total
			Tidak patuh	Patuh	
Imbalan	Buruk	Count	5	5	10
		Expected Count	2.9	7.1	10.0
		% of Total	20.8%	20.8%	41.7%
	Baik	Count	2	12	14
		Expected Count	4.1	9.9	14.0
		% of Total	8.3%	50.0%	58.3%
Total		Count	7	17	24
		Expected Count	7.0	17.0	24.0
		% of Total	29.2%	70.8%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3.601 ^a	1	.058		
Continuity Correction ^b	2.080	1	.149		
Likelihood Ratio	3.628	1	.057		
Fisher's Exact Test				.085	.075
Linear-by-Linear Association	3.451	1	.063		
N of Valid Cases ^b	24				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.92.

b. Computed only for a 2x2 table

Lampiran F. Surat Izin Penelitian



**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
DINAS KESEHATAN**

JL.Srikoyo I/03 Jember Telp. (0331) 487577 Fax (0331) 426624
Website : dinkes.jemberkab.go.id E-mail : sikdajember@yahoo.co.id

Jember, 26 Agustus 2016

Nomor : 440 / 33270 /414/ 2016
Sifat : Penting
Lampiran : -
Perihal : Ijin Penelitian

Kepada :
Yth.Sdr.Plt. Kepala Puskesmas Bangsalsari
di -

J E M B E R

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/1337/314/2016, Tanggal 26 Agustus 2016, Perihal Ijin Penelitian, dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :

Nama : Izza Afkarina
NIM : 122110101183
Alamat : Jl. Kalimantan I/93 Kampus Bumi Tegal Boto Jember
Fakultas : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
Keperluan : Mengadakan Penelitian Untuk Penyusuna Skripsi Berjudul "Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Dukun Bermitra Dalam Melakukan Pertolongan Persalinan"
Waktu Pelaksanaan : 26 Agustus 2016 s/d 30 September 2016

Sehubungan dengan hal tersebut pada prinsipnya kami tidak keberatan, dengan catatan:

1. Penelitian ini benar-benar untuk kepentingan penelitian
2. Tidak dibenarkan melakukan aktifitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan

Selanjutnya Saudara dapat memberi bimbingan dan arahan kepada yang bersangkutan.

Demikian dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.


**KEPALA DINAS KESEHATAN
KABUPATEN JEMBER**
dr. BAMBANG SUWARTONO, MM
Pembina Utama Muda
NIP. 19570202 198211 1 002

Tembusan:
Yth. Sdr. Yang bersangkutan
di Tempat

Lampiran G. Isi Kesepakatan Pelaksanaan Kemitraan Bidan dan Dukun

KESEPAKATAN
NO: 445/99/414.47/2012

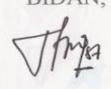
Berdasarkan tingginya angka Kematian Ibu dan Kematian Bayi di Kecamatan Bangsalsari, maka dibuat kesepakatan bersama sebagai berikut:

1. Dukun diwajibkan merujuk setiap persalinan dengan tepat waktu ke Puskesmas/ Polindes/ Pustu/ atau BPS dilingkungan wilayah Puskesmas Bangsalsari/ Sukorejo.
2. Dukun *Tidak diperbolehkan Menolong Persalinan Lagi.*
3. Dukun bermitra dengan Bidan untuk merawat bayi yang baru lahir.
4. Apabila dikemudian hari masih ditemukan Dukun yang menolong persalinan maka dikenakan *Sanksi hukum sesuai dengan Peraturan yang berlaku.*

Demikian kesepakatan ini dibuat untuk menurunkan angka Kematian Ibu dan Kematian Bayi di Wilayah Kecamatan Bangsalsari.

Bangsalsari, 26 April 2012

Yang membuat kesepakatan,
DUKUN,

 Kepala Puskesmas Bangsalsari, dr. KOESHAR YUDYARTO NIP.19720606 200212 1 011	<p>BIDAN,</p>  WINDA IRMA S. NRPTT. 13.4.027525	 Yang membuat kesepakatan, DUKUN, MASMI
--	--	--

 Kecamatan Bangsalsari, MIL 0825/15 M. TRIKO I. Kapten Infanteri NRP. 522541	<p>Kepala Desa Bangsalsari</p>  NANING RONIANI	<p>KAPOLSEK Bangsalsari,</p>  M. ANOMBAN 11140032
---	--	---

 Kecamatan Bangsalsari, Drs. Ir. S. SUKARDI, MSi NIP. 19640904 199103 1 007
