



**EVALUASI PROGRAM SKRINING STATUS *TETANUS TOXOID*  
WANITA USIA SUBUR (TT WUS) DAN RIWAYAT KEJADIAN  
*TETANUS NEONATARUM* (TN) DI JEMBER TAHUN 2010**

(Studi Kasus pada Bidan di Puskesmas Patrang, Mayang,  
Ledokombo, Sumberjambe, dan Karangduren)

**SKRIPSI**

Oleh

**Ahmad Falih  
NIM 042110101091**

**BAGIAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS JEMBER  
2011**



**EVALUASI PROGRAM SKRINING STATUS *TETANUS TOXOID*  
WANITA USIA SUBUR (TT WUS) DAN RIWAYAT KEJADIAN  
*TETANUS NEONATARUM* (TN) DI JEMBER TAHUN 2010**

(Studi Kasus pada Bidan di Puskesmas Patrang, Mayang,  
Ledokombo, Sumberjambe, dan Karangduren)

**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

**Ahmad Falih  
NIM 042110101091**

**BAGIAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS JEMBER  
2011**

## PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk :

1. Ayahanda Tamim dan Ibunda Syariah yang telah mendidikku dengan tata krama, tetesan air mata, kesabaran dan do'a. Terima kasih atas segala restu, kasih sayang serta nasehat yang Ayah Bunda berikan pada putra tertuamu ini.
2. Bapak Ibu Guruku di MI Bustanul Makmur, MTs Kebunrejo, SMAN 1 Genteng, dan Dosen-dosenku di FKM Universitas Jember. Terima kasih atas semua jasa yang telah Bapak Ibu berikan hingga mengantarkan aku meraih cita serta rangkaian ilmu yang telah aku dapatkan hingga hari ini.
3. Keluarga besarku, tetangga-tetanggaku, dan keluarga besar Ponpes Tamrinatul Wildan Genteng Banyuwangi. Terima kasih atas dukungan dan doanya.
4. Adik-adikku Nasir, Barok, Nikmah, Khamid, Mahmudah, dan Zahro. Dengan sabar kalian telah berikan dukungan dan doanya kepada kakakmu ini meski harus lama dinanti.
5. Teman-temanku seperjuangan di Masjid Kampus Al-Hikmah Universitas Jember. Semangat dan tetap istiqomah mendakwahkan Islam hingga akhir hayat nanti. Suka dan duka telah kita lalui bersama saat bagaimana indahny beraktivitas mengurus masjid serta menghadapi kendala-kendala yang pernah menghadang.
6. Almamaterku tercinta Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

## MOTTO

*“Demi masa. Sesungguhnya manusia senantiasa dalam kerugian, kecuali bagi orang-orang yang beriman, beramal shalih, dan saling menasehati dalam kebaikan (Islam) dan kesabaran”*

(Q.S. Al-Ashr: 1-3)\*

*“Wahai orang-orang yang beriman!. Jika kamu menolong (agama) Allah niscaya Dia akan menolongmu dan meneguhkan kedudukanmu”*

(Q.S. Muhammad: 7)\*

*“Seseorang akan berbuat sesuai dengan apa dan bagaimana dia memahami perbuatan itu”*

(M. Husain Abdullah)\*\*

### Sumber :

\* Kementerian Agama Republik Indonesia. 2008. *Al Qur'an dan terjemahannya*. Bandung: Penerbit Diponegoro.

\*\* M. Husain Abdullah. 1997. *Mafahim Islamiyah*. Surabaya: Penerbit Al-Izzah.

## PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ahmad Falih

NIM : 042110101091

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul: “*Evaluasi Program Skrining Status Tetanus Toxoid Wanita Usia Subur (TT WUS) dan Riwayat Kejadian Tetanus Neonatarum (TN) di Jember Tahun 2010 (Studi Kasus pada Bidan di Puskesmas Patrang, Mayang, Ledokombo, Sumberjambe, dan Karangduren)*” adalah benar-benar hasil karya sendiri kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, belum pernah diajukan pada instansi manapun, serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap 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 dikemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 6 Juni 2011

Yang menyatakan,

Ahmad Falih  
NIM: 042110101091

**SKRIPSI**

**EVALUASI PROGRAM SKRINING STATUS *TETANUS TOXOID*  
WANITA USIA SUBUR (TT WUS) DAN RIWAYAT KEJADIAN  
*TETANUS NEONATARUM* (TN) DI JEMBER TAHUN 2010**

(Studi Kasus pada Bidan di Puskesmas Patrang, Mayang,  
Ledokombo, Sumberjambe, dan Karangduren)

Oleh

**Ahmad Falih**

**NIM : 042110101091**

Pembimbing

Dosen pembimbing utama : Abu Khoiri, S. KM., M. Kes.

Dosen pembimbing anggota : Dewi Rokhmah, S. KM., M. Kes.

## PENGESAHAN

Skripsi berjudul “*Evaluasi Program Skrining Status Tetanus Toxoid Wanita Usia Subur (TT WUS) dan Riwayat Kejadian Tetanus Neonatarum (TN) di Jember Tahun 2010 (Studi Kasus pada Bidan di Puskesmas Patrang, Mayang, Ledokombo, Sumberjambe, dan Karangduren)*” telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada :

Hari : Senin

Tanggal : 6 Juni 2011

Tempat : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Tim Penguji :

Ketua,

Sekretaris,

dr. Pudjo Wahjudi, M. S.

NIP 19540314 198012 1 001

Anggota I,

Dewi Rokhmah, S. KM., M. Kes.

NIP 19780807 200912 2 001

Anggota II,

Abu Khoiri, S. KM., M. Kes.

NIP 19790305 200501 1 002

Dyah Kusworini I, S. KM., M. Si

NIP 19680929 199203 2 014

Mengesahkan

Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat,

Drs. Husni Abdul Gani, M. S.

NIP 19560810 198303 1 003

*Evaluation of Fertile Age Woman Tetanus Toxoid Status Screening Program  
and History Events of Tetanus Neonatarum (TN) in Jember Year 2010  
(Case Study on The Midwife at Public Health Centre of Patrang,  
Mayang, Ledokombo, Sumberjambe, and Karangduren)*

**Ahmad Falih**

*Department of Health Policy and Administration, Public Health Faculty,  
Jember University*

**ABSTRACT**

*TT status screening program has been implemented by Jember District Health Department in early 2010 as a follow up from the level of cases and deaths from tetanus neonatarum (TN) which were still high. However, it had not been the end of 2010, there was already some cases and deaths due to TN. It showed that the implementation of the screening program was already running but was still not optimal so that it needed to be evaluated. The purpose of this study was to evaluate the capacity and motivation of staffs, implementation and results of the TT status screening program in 2010, and the history of incident cases of TN in the village in 2010. The study was a descriptive study using qualitative approach. Samples were divided into 2, namely 1). All screening officers who were willing to become respondents to evaluate the screening program (total population), 2). The whole village midwives cases (the main respondents) with using triangulation to most of the cases of pregnant women and traditional birth attendants cases (respondents support) for the evaluation of TN history events (purposive sampling). Data analysis used was descriptive and thematic content analysis. The results showed that most officers had the capacity with a moderate level (59%), intrinsic motivation with a high level (71%), and extrinsic motivation with a high level (53%). Implementation of TT status screening programs by 2010 by most respondents was still in the category which had not been in accordance with the provisions of the program. Results of T5 and T2 plus pregnant women coverage still did not meet the target. The evaluation results of TN history events indicated that the officers did not perform screening and also did not provide the TT injection in most cases of pregnant women, all pregnant women do birth process cases on traditional birth attendants, and the use of knife and tomang ash in cutting the umbilical cord and treatment in most TN infants.*

**Keywords:** *evaluation, TT status screening program, tetanus neonatarum.*



## RINGKASAN

**Evaluasi Program Skrining Status *Tetanus Toxoid* Wanita Usia Subur (TT WUS) dan Riwayat Kejadian *Tetanus Neonatorum* (TN) di Jember Tahun 2010 (Studi Kasus pada Bidan di Puskesmas Patrang, Mayang, Ledokombo, Sumberjambe, dan Karangduren);** Ahmad Falih, 042110101091; 2011; 130 halaman; Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

*Tetanus Neonatorum* (TN) merupakan salah satu penyakit paling beresiko mengakibatkan kematian. Oleh karena itu, pemerintah telah membuat program MNTE (*Maternal and Neonatal Tetanus Elimination*), yang salah satu strateginya adalah dengan mengupayakan cakupan imunisasi tetanus yang tinggi dan merata. Berbagai macam program imunisasi tetanus telah dilaksanakan sejak 1977. Namun demikian, cakupan imunisasi tetanus masih tetap rendah. Pada tahun 2001 pemerintah mulai menerapkan strategi baru dalam pelaksanaan program imunisasi TT bagi WUS, yaitu dengan melaksanakan program skrining cakupan imunisasi TT dan mencukupkan imunisasi TT sebanyak 5-6 kali saja bagi seorang wanita dalam seumur hidupnya untuk mendapatkan status T5.

Dinas Kesehatan Kabupaten Jember juga telah melaksanakan program skrining TT WUS pada awal tahun 2010. Namun demikian, belum sampai di akhir tahun 2010 ternyata sudah terjadi kasus dan kematian akibat TN, yaitu 6 kasus dengan 3 kematian (CFR 50%). Hal ini menunjukkan bahwa pelaksanaan program skrining sebenarnya sudah berjalan tetapi masih belum optimal sehingga perlu dievaluasi.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengevaluasi kapasitas dan motivasi petugas, pelaksanaan dan hasil program skrining status TT WUS tahun 2010, serta riwayat kejadian TN di desa kasus tahun 2010.

Penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan menggunakan pendekatan kualitatif. Penelitian dilaksanakan pada Januari-Februari 2011 di 5 wilayah kerja

puskesmas Jember. Sampel penelitian ini dibagi menjadi 2, yaitu 1). Seluruh petugas skrining yang bersedia menjadi responden untuk evaluasi program skrining (*total population*); 2). Seluruh bidan desa kasus (responden utama) dengan melakukan proses *triangulasi* pada sebagian dari ibu hamil kasus dan dukun bayi kasus (responden pendukung) untuk evaluasi riwayat kejadian TN (*purposive sampling*). Analisis data menggunakan analisis deskriptif dan *thematic content analysis*.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar petugas memiliki kapasitas dengan tingkat yang sedang (59%), motivasi intrinsik dengan tingkat yang tinggi (71%), dan motivasi ekstrinsik dengan tingkat yang tinggi (53%). Pelaksanaan program skrining status TT WUS tahun 2010 oleh sebagian besar responden ialah masih dalam kategori belum sesuai dengan ketentuan program. Hasil cakupan T5 WUS pada 5 puskesmas masih belum memenuhi target 80% dan hasil cakupan T2 plus bumil juga masih belum memenuhi target 100%. Hasil evaluasi riwayat kejadian TN ialah petugas tidak mengetahui keberadaan pada sebagian kecil bumil kasus selama masa kehamilan, petugas tidak melakukan skrining dan tidak memberikan suntikan TT pada sebagian besar bumil kasus, semua bumil kasus melakukan persalinannya di dukun bayi, pemotongan dan perawatan tali pusar pada sebagian besar bayi TN dengan menggunakan sembilu dan abu toman, sebagian besar bumil kasus dan dukun tidak mengetahui penyakit TN dan faktor resikonya, dan sebagian besar program kemitraan bidan dan dukun bayi masih belum berjalan dengan optimal.

Berdasar hasil penelitian ini disarankan kepada bidan desa untuk meningkatkan kemampuan dalam melaksanakan skrining status TT WUS dengan cara meminta pelatihan kepada penanggung jawab program dan mengaktifkan kembali peran kader posyandu. Disarankan kepada Dinas Kesehatan untuk mengadakan pelatihan kembali terkait tata cara pelaksanaan program skrining status TT WUS secara bertahap di tiap puskesmas dan melaksanakan evaluasi program skrining status TT WUS secara berkala dan berkesinambungan. Disarankan kepada peneliti lain untuk mengadakan penelitian terkait evaluasi akhir pelaksanaan program skrining status TT WUS di tahun 2013 dan analisis beban kerja bagi bidan desa dalam melaksanakan tugasnya.

## PRAKATA

Segala puji hanya milik Allah swt semata atas segala rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “*Evaluasi Program Skrining Status Tetanus Toxoid Wanita Usia Subur (TT WUS) dan Riwayat Kejadian Tetanus Neonatarum (TN) di Jember Tahun 2010 (Studi Kasus pada Bidan di Puskesmas Patrang, Mayang, Ledokombo, Sumberjambe, dan Karangduren)*”. Skripsi ini disusun untuk menyelesaikan program pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (S.KM.) pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada Abu Khoiri, S. KM., M. Kes. dan Dewi Rokhmah, S. KM., M. Kes. selaku dosen pembimbing yang telah banyak memberikan bimbingan, pengarahan, koreksi dan saran sehingga skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik. Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan banyak pihak. Oleh karena itu, penulis juga menyampaikan terima kasih kepada:

1. Drs. Husni Abdul Gani, M.S., selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
2. dr. Olong Fadjri Maulana, MARS., selaku Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Jember.
3. dr. Pudjo Wahjudi, M. S., selaku ketua penguji yang telah memberikan banyak masukan dalam penyusunan skripsi ini.
4. Dyah Kusworini I, S. KM., M. Si., selaku dosen penguji yang telah memberikan banyak saran dalam penyusunan skripsi ini.
5. Anita Dewi PS. S. KM., M. Sc., selaku dosen pembimbing akademik yang telah membimbing selama menjadi mahasiswa di Fakultas Kesehatan Masyarakat.

6. Teman-temanku senasib; Sophi “*tuwek*”, Irphan “*warnet*”, Bayu, dan Nophi. Terima kasih telah membantuku, baik langsung maupun tidak dalam penyusunan skripsi ini.
7. Kawan spesial; Q. Harun (bantu ketik), Q. Timur dan Q. Rizal (pinjem laptop), Q. Akbar (pinjem kamera), Q. Suhud (pinjem sepeda), Q. Aris dan penghuni Baitus Solihin, Baitur Rahman, dan Nurul Haq.
8. Teman-teman angkatan 2004 serta seluruh civitas akademika FKM Universitas Jember.
9. Semua pihak yang membantu dalam penyusunan skripsi ini.

Penulis berharap adanya kritik dan saran yang membangun dari semua pihak demi kesempurnaan penyusunan skripsi ini. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi kita semua. Atas perhatian dan dukungannya, penulis mengucapkan terima kasih.

Jember, 6 Juni 2011

Penulis

## DAFTAR ISI

	<b>Halaman</b>
<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>i</b>
<b>HALAMAN PERSEMBAHAN.....</b>	<b>ii</b>
<b>HALAMAN MOTTO .....</b>	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN.....</b>	<b>iv</b>
<b>HALAMAN PEMBIMBINGAN.....</b>	<b>v</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN .....</b>	<b>vi</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>vii</b>
<b>RINGKASAN .....</b>	<b>viii</b>
<b>PRAKATA .....</b>	<b>x</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>xii</b>
<b>DAFTAR TABEL.....</b>	<b>xvi</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>xviii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xix</b>
<b>DAFTAR ARTI ISTILAH DAN SINGKATAN.....</b>	<b>xx</b>
<b>BAB 1. PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Latar Belakang .....</b>	<b>1</b>
<b>1.2 Perumusan Masalah.....</b>	<b>6</b>
<b>1.3 Tujuan Penelitian .....</b>	<b>6</b>
1.3.1 Tujuan Umum .....	6
1.3.2 Tujuan Khusus.....	6
<b>1.4 Manfaat Penelitian .....</b>	<b>7</b>
1.4.1 Manfaat Teoritis .....	7
1.4.2 Manfaat Praktis .....	7

<b>BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>8</b>
<b>2.1 Penyakit Tetanus Neonatarum (TN) .....</b>	<b>8</b>
2.1.1 Pengertian TN .....	8
2.1.2 Penyebab TN .....	8
2.1.3 Perjalanan TN .....	8
2.1.4 Masa Inkubasi TN .....	8
2.1.5 Gejala TN .....	9
2.1.6 Epidemiologi TN .....	9
2.1.7 Faktor Resiko TN .....	9
2.1.8 Batasan Kriteria TN .....	10
2.1.9 Pengobatan TN .....	10
2.1.10 Pencegahan TN .....	11
<b>2.2 Imunisasi TT WUS.....</b>	<b>11</b>
2.2.1 Pengertian Imunisasi TT WUS .....	11
2.2.2 Karakteristik Vaksin TT WUS .....	12
2.2.3 Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Vaksin.....	13
2.2.4 Cara Pemberian dan Dosis Vaksin TT WUS .....	13
2.2.5 Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi.....	14
2.2.6 Jadwal Pemberian Imunisasi Tetanus .....	15
2.2.7 Tempat Pelayanan Imunisasi TT WUS .....	17
2.2.8 Tujuan Imunisasi TT WUS .....	17
2.2.9 Manfaat Imunisasi TT WUS .....	18
<b>2.3 Program Skrining Status TT WUS.....</b>	<b>19</b>
2.3.1 Pengertian Program Skrining Status TT WUS .....	19
2.3.2 Tujuan Program Skrining Status TT WUS.....	19
2.3.3 Komponen Program Skrining Status TT WUS .....	20
<b>2.4 Evaluasi Program.....</b>	<b>26</b>
2.4.1 Pengertian Evaluasi Program.....	26

2.4.2	Jenis Evaluasi Program.....	26
2.4.3	Tujuan Evaluasi Program.....	27
2.4.4	Kerangka Monitoring dan Evaluasi.....	28
<b>2.5</b>	<b>Sistem.....</b>	<b>29</b>
2.5.1	Pengertian Sistem.....	29
2.5.2	Ciri-ciri Sistem.....	29
2.5.3	Komponen Sistem.....	30
2.5.4	Pendekatan Sistem.....	32
<b>2.6</b>	<b>Kinerja.....</b>	<b>32</b>
2.6.1	Pengertian Kinerja.....	32
2.6.2	Faktor yang Mempengaruhi Kinerja.....	33
2.6.3	Penilaian Kinerja.....	44
2.6.4	Indikator Penilaian Kinerja.....	45
2.6.5	Tujuan Penilaian Kinerja.....	<b>46</b>
<b>2.7</b>	<b>Kerangka Konseptual.....</b>	<b>47</b>
<b>BAB 3.</b>	<b>METODE PENELITIAN.....</b>	<b>50</b>
<b>3.1.</b>	<b>Jenis Penelitian.....</b>	<b>50</b>
<b>3.2.</b>	<b>Tempat dan Waktu Penelitian.....</b>	<b>50</b>
3.2.1	Tempat Penelitian.....	50
3.2.2	Waktu Penelitian.....	50
<b>3.3.</b>	<b>Populasi dan Sampel Penelitian.....</b>	<b>51</b>
3.3.1	Populasi Penelitian.....	51
3.3.2	Sampel Penelitian.....	51
<b>3.4.</b>	<b>Variabel Penelitian dan Definisi Operasional.....</b>	<b>52</b>
<b>3.5.</b>	<b>Data dan Sumber Data.....</b>	<b>63</b>
3.5.1	Data Primer.....	63
3.5.2	Data Sekunder.....	63
<b>3.6.</b>	<b>Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data.....</b>	<b>63</b>

3.6.1	Teknik Pengumpulan Data .....	63
3.6.2	Instrumen Pengumpulan Data .....	64
<b>3.7.</b>	<b>Teknik Penyajian dan Analisis Data .....</b>	<b>64</b>
3.7.1	Teknik Penyajian Data .....	64
3.7.2	Analisis Data .....	64
<b>3.8.</b>	<b>Alur Penelitian.....</b>	<b>65</b>
<b>BAB 4.</b>	<b>HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>66</b>
4.1.	Gambaran Umum Tempat Penelitian .....	66
4.2.	Gambaran Umum Program Skrining.....	66
4.3.	Karakteristik Responden .....	67
4.4.	Kapasitas Petugas .....	69
4.5.	Motivasi Instrinsik Petugas .....	73
4.6.	Motivasi Ekstrinsik Petugas .....	80
4.7.	Pelaksanaan Program Skrining Status TT WUS 2010 .....	87
4.8.	Hasil Program Skrining Status TT WUS Tahun 2010 .....	92
4.9.	Riwayat Kejadian TN.....	96
<b>BAB 5.</b>	<b>KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>124</b>
5.1	Kesimpulan .....	124
5.2	Saran.....	125
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>		<b>126</b>
<b>LAMPIRAN</b>		



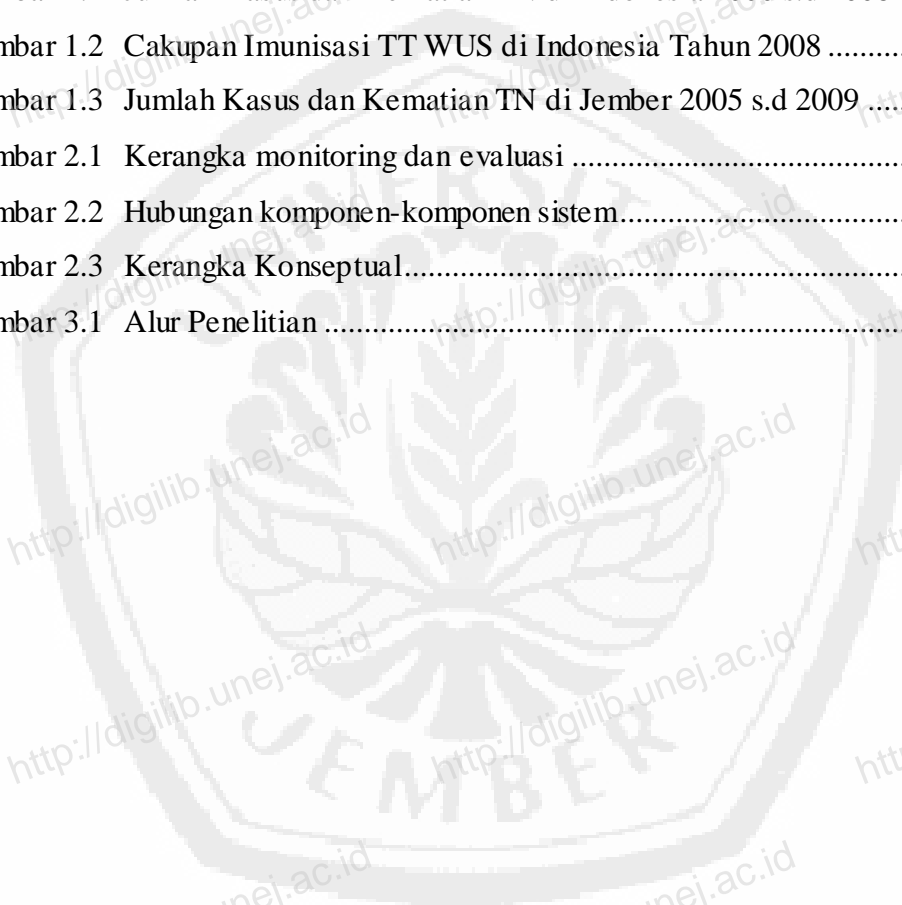
## DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Jadwal pemberian imunisasi pada bayi.....	16
Tabel 2.2 Jadwal pemberian imunisasi pada anak sekolah.....	16
Tabel 2.3 Jadwal pemberian imunisasi TT WUS. ....	16
Tabel 2.4 Daftar masa perlindungan imunisasi TT.....	23
Tabel 2.5 Daftar interval pemberian imunisasi TT.....	23
Tabel 2.6 Daftar tahun dimulainya beberapa program imunisasi tetanus.....	24
Tabel 2.7 Daftar ketentuan kriteria berstatus T5 yang didapat sejak bayi dan usia sekolah.....	25
Tabel 2.8 Daftar ketentuan kriteria berstatus T5 yang tidak didapat sejak bayi dan usia sekolah.....	25
Tabel 4.1 Data umum di lima kecamatan Kab. Jember tahun 2010 .....	66
Tabel 4.2 Distribusi responden berdasarkan kelompok umur .....	67
Tabel 4.3 Distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan.....	68
Tabel 4.4 Distribusi responden berdasarkan lama bertugas .....	68
Tabel 4.5 Distribusi responden berdasarkan status kepegawaian.....	69
Tabel 4.6 Distribusi responden berdasarkan pengetahuan.....	70
Tabel 4.7 Distribusi responden berdasarkan pelatihan .....	71
Tabel 4.8 Distribusi responden berdasarkan kapasitas .....	72
Tabel 4.9 Distribusi responden berdasarkan motivasi instrinsik karena pekerjaan itu sendiri.....	74
Tabel 4.10 Distribusi responden berdasarkan motivasi instrinsik untuk berprestasi.....	75
Tabel 4.11 Distribusi responden berdasarkan motivasi instrinsik karena tanggung jawab .....	76

Tabel 4.12 Distribusi responden berdasarkan motivasi instrinsik untuk mendapatkan pengakuan.....	77
Tabel 4.13 Distribusi responden berdasarkan motivasi instrinsik karena pengembangan diri.....	78
Tabel 4.14 Distribusi responden berdasarkan motivasi instrinsik total .....	80
Tabel 4.15 Distribusi responden berdasarkan motivasi ekstrinsik karena kondisi kerja.....	81
Tabel 4.16 Distribusi responden berdasarkan motivasi ekstrinsik karena hubungan antar pribadi.....	82
Tabel 4.17 Distribusi responden berdasarkan motivasi ekstrinsik karena adanya supervisi .....	84
Tabel 4.18 Distribusi responden berdasarkan motivasi ekstrinsik karena adanya keamanan.....	85
Tabel 4.19 Distribusi responden berdasarkan motivasi ekstrinsik total.....	86
Tabel 4.20 Daftar masa perlindungan imunisasi TT .....	88
Tabel 4.21 Daftar interval pemberian imunisasi TT .....	88
Tabel 4.22 Daftar tahun dimulainya beberapa program imunisasi tetanus .....	89
Tabel 4.23 Cakupan status T5 WUS dan T2 plus ibu hamil di P. Patrang .....	92
Tabel 4.24 Cakupan status T5 WUS dan T2 plus ibu hamil di P. Mayang .....	92
Tabel 4.25 Cakupan status T5 WUS dan T2 plus ibu hamil di P. Ledokombo .....	93
Tabel 4.26 Cakupan status T5 WUS dan T2 plus ibu hamil di P. Sumberjambe ...	93
Tabel 4.27 Cakupan status T5 WUS dan T2 plus ibu hamil di P. Karangduren.....	94

## DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1.1 Jumlah Kasus dan Kematian TN di Indonesia 2000 s.d 2008 ....	1
Gambar 1.2 Cakupan Imunisasi TT WUS di Indonesia Tahun 2008 .....	3
Gambar 1.3 Jumlah Kasus dan Kematian TN di Jember 2005 s.d 2009 .....	3
Gambar 2.1 Kerangka monitoring dan evaluasi .....	28
Gambar 2.2 Hubungan komponen-komponen sistem.....	31
Gambar 2.3 Kerangka Konseptual.....	48
Gambar 3.1 Alur Penelitian .....	65



## DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1. Surat ijin penelitian.....	131
Lampiran 2. Surat persetujuan responden.....	133
Lampiran 3. Lembar kuesioner .....	134
Lampiran 4. Form sampel pelaksanaan skrining status TT WUS.....	140
Lampiran 5. Panduan wawancara riwayat kejadian TN.....	142
Lampiran 6. Tabel bantu skrining status TT WUS Jember 2010.....	144
Lampiran 7. Rekapitulasi karakteristik responden.....	146
Lampiran 8. Rekapitulasi pengetahuan responden.....	148
Lampiran 9. Rekapitulasi pelatihan responden .....	150
Lampiran 10. Rekapitulasi kapasitas responden .....	152
Lampiran 11. Rekapitulasi nilai motivasi instrinsik.....	154
Lampiran 12. Rekapitulasi nilai motivasi ekstrinsik.....	157
Lampiran 13. Rekapitulasi sampel pelaksanaan skrining .....	160
Lampiran 14. Kunci jawaban test skrining.....	162
Lampiran 15. Hasil wawancara mendalam.....	165
Lampiran 16. Dokumentasi Penelitian.....	192

## DAFTAR ARTI ISTILAH DAN SINGKATAN

### Daftar Arti Istilah

- Bidan kasus = Bidan desa yang di wilayahnya terdapat kasus TN  
Bumil kasus = Ibu dari bayi yang terkena kasus TN  
Dukun kasus = Dukun penolong persalinan pada bayi yang terkena kasus TN

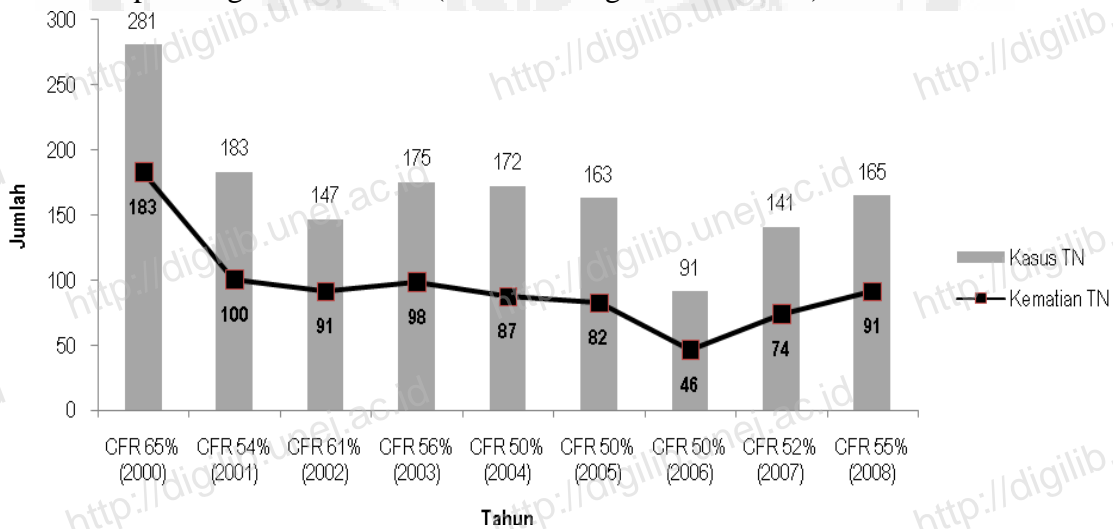
### Daftar Singkatan

- ANC : *Antenatal care*  
ASEAN : *Association of South East Asia Nations*  
Bumil : Ibu hamil  
CFR : *Case fatality rate*  
CT : *Clostridium tetani*  
DPT : *Difteri pertusis tetanus*  
DT : *Difteri tetanus*  
KIA : Kesehatan ibu dan anak  
KIPI : Kejadian ikutan pasca imunisasi  
MNTE : *Maternal and Neonatal Tetanus Elimination*  
MO : Mikroorganisme  
RS : Rumah sakit  
SDM : Sumber daya manusia  
TN : *Tetanus Neonatarum*  
TT : *Tetanus Toxoid*  
WHO : *World Health Organization*  
WUS : Wanita usia subur

## BAB 1. PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

*Tetanus Neonatorum* (TN) merupakan salah satu penyakit paling beresiko mengakibatkan kematian. Kasus TN masih banyak dijumpai di sejumlah negara tropis dan negara yang masih memiliki kondisi kesehatan rendah. Data WHO menunjukkan bahwa kematian akibat TN di negara-negara berkembang adalah 135 kali lebih tinggi daripada negara maju. Pada tahun 2006, 2007, dan 2008 jumlah kasus TN diantara negara-negara ASEAN, Indonesia menempati urutan kedua setelah Filipina dengan jumlah penderita lebih dari 100 orang. Di samping itu, tingkat kasus dan kematian akibat penyakit TN di Indonesia juga masih cukup tinggi dari tahun 2000 sampai dengan tahun 2008 (rata-rata dengan CFR > 50%).



Gambar 1.1 Jumlah Kasus dan Kematian TN di Indonesia Tahun 2000 s.d 2008  
Sumber: Departemen Kesehatan (2009)

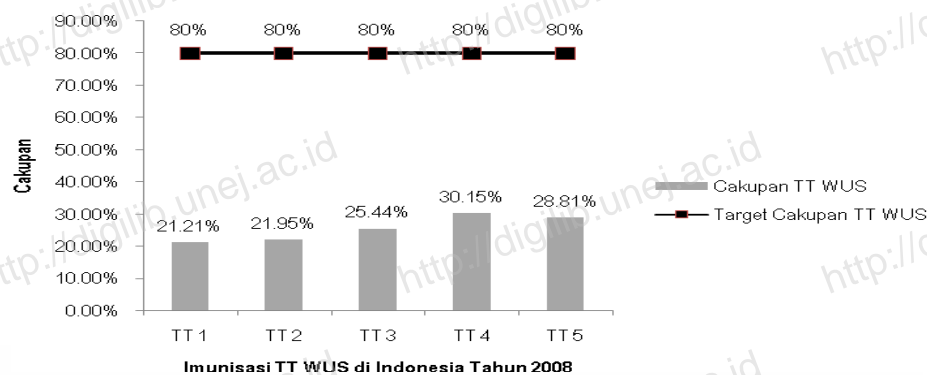
Penyebab TN adalah infeksi karena toksin yang dibuat oleh bakteri *Clostridium Tetani* (CT) di dalam tubuh yang ditandai dengan nyeri, kekakuan, dan *spasme* (kejang) otot. CT masuk ke dalam tubuh bayi melalui tali pusar yang tercemar spora

CT (Departemen Kesehatan, 2006). Oleh karena itu, banyak faktor resiko yang mempengaruhi kemungkinan terjadinya TN. Menurut Departemen Kesehatan (1993); Klaus & Fanaroff (1998); dan Hassan (2000) dapat dikatakan bahwa faktor resiko yang mempengaruhi kemungkinan terjadinya TN ialah karena kurangnya perawatan prenatal pada ibu hamil, misalnya ibu tidak memperoleh vaksin *Tetanus Toxoid* (TT) pada saat hamil, tindakan yang tidak memenuhi syarat kebersihan, misalnya pemotongan tali pusar dengan bambu atau gunting yang tidak steril atau setelah tali pusar dipotong; dibubuhi abu, tanah, minyak, daun-daunan dan sebagainya serta prosedur yang dilaksanakan selama proses persalinan.

Berdasar pada masih tingginya tingkat kasus dan kematian akibat TN serta adanya banyak faktor resiko yang mempengaruhi kemungkinan terjadinya TN tersebut maka pemerintah telah membuat program MNTE (*Maternal and Neonatal Tetanus Elimination*). Program ini dibentuk sebagai upaya untuk eliminasi tetanus pada neonatal dan Wanita Usia Subur (WUS), termasuk ibu hamil. Strategi yang digunakan untuk melaksanakan program ini ialah 1). Pertolongan persalinan yang aman dan bersih, serta 2). Cakupan imunisasi rutin yang tinggi dan merata, dan surveilans (Departemen Kesehatan, 2009).

Upaya pemenuhan cakupan imunisasi rutin yang tinggi dan merata sebagai salah satu strategi untuk eliminasi tetanus telah dilaksanakan sejak tahun 1977 melalui program imunisasi, yaitu setiap bayi umur kurang dari satu tahun diberikan imunisasi DPT 3 kali (1977-sekarang), setiap anak SD diberikan DT 2 kali (kelas 1 laki serta perempuan) dan TT 2 kali (kelas 6 perempuan) (1984-1997), setiap anak SD diberikan DT (kelas 1) dan TT (kelas 2-6) (1998), setiap anak SD diberikan DT (kelas 1) dan TT (kelas 2 dan 3) (2001-sekarang) (Dinas Kesehatan Jember, 2010).

Meskipun demikian, sampai saat ini cakupan imunisasi TT WUS di Indonesia masih sangat rendah. Misalnya, pada tahun 2008 cakupan imunisasi TT 1 sampai dengan TT 5 ialah sebagaimana dalam gambar berikut sedangkan target cakupan seharusnya ialah sebesar 80% (Departemen Kesehatan, 2009).

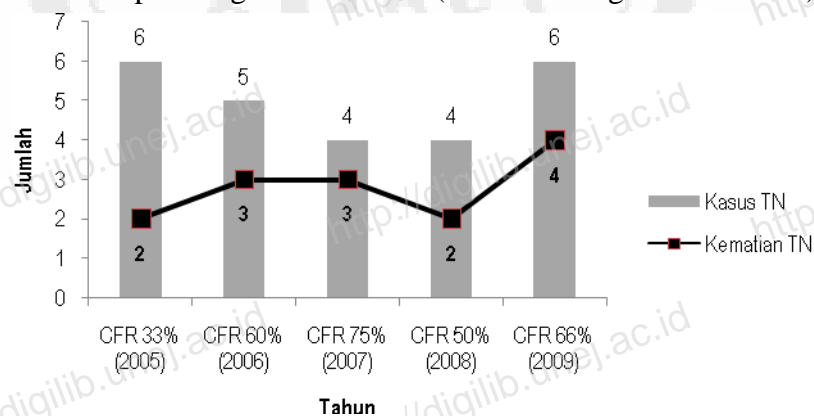


Gambar 1.2 Cakupan Imunisasi TT WUS di Indonesia Tahun 2008

Sumber: Departemen Kesehatan (2009)

Oleh karena itu, untuk mengatasi permasalahan masih rendahnya cakupan imunisasi TT bagi WUS, pada tahun 2001 pemerintah mulai menerapkan strategi baru dalam pelaksanaan program imunisasi TT bagi WUS, yaitu dengan melaksanakan program skrining cakupan imunisasi TT dan mencukupkan imunisasi TT sebanyak 5-6 kali saja bagi seorang wanita dalam seumur hidupnya untuk mendapatkan status T5 (Dinas Kesehatan Jember, 2010). Menurut rekomendasi WHO, perolehan status T5 akan cukup memberikan kekebalan seumur hidup bagi seseorang terhadap tetanus bila imunisasi TT tersebut diberikan sebagaimana pada interval yang telah direkomendasikan (Departemen Kesehatan, 1993).

Dinas Kesehatan Kabupaten Jember juga telah melaksanakan program skrining TT WUS pada awal tahun 2010 sebagai tindak lanjut dari adanya kasus dan kematian akibat TN di Jember yang juga masih tinggi angkanya, terutama dalam rentang waktu antara tahun 2005 sampai dengan tahun 2009 (rata-rata dengan CFR >50%).



Gambar 1.3 Jumlah Kasus dan Kematian TN di Jember Tahun 2005 s.d 2009

Sumber: Dinas Kesehatan (2010)



Namun demikian, belum sampai di akhir tahun 2010, ternyata sudah terjadi kasus dan kematian akibat TN, yaitu 6 kasus dengan 3 kematian (CFR 50%), yang terjadi di wilayah kerja Puskesmas Patrang (1 kasus), Puskesmas Mayang (2 kasus dengan 1 kematian), Puskesmas Ledokombo (1 kasus dengan 1 kematian), Puskesmas Sumberjambe (1 kasus) dan Puskesmas Karangduren (1 kasus dengan 1 kematian). Angka kematian kasus (*Case Fatality Rate*, CFR) dengan angka  $\geq 50\%$  berarti menunjukkan andil yang tinggi terhadap kematian (Departemen Kesehatan, 1993). Kasus dan kematian akibat TN tersebut seharusnya tidak ada karena terjadi di saat program skrining sedang berlangsung.

Kasus dan kematian akibat TN sebenarnya tidak akan terjadi apabila dilaksanakan sesuai dengan kebijakan dan prosedur kerja dalam pelaksanaan program skrining, yaitu dilaksanakan dengan melakukan pemantauan secara berkala dan teratur terhadap kelompok sasaran (WUS, termasuk ibu hamil). Di dalam kebijakan tersebut juga telah ditetapkan bahwa semua WUS harus terpantau dan teridentifikasi status TT-nya, khususnya bagi ibu hamil. Adapun prosedur kerja dalam pelaksanaan skrining ialah mencakup ketepatan menentukan kriteria status TT dan ketepatan pemberian TT berikutnya sampai berstatus TT lengkap (berstatus T5) setelah penentuan kriteria status TT tersebut (Dinas Kesehatan Jember, 2010).

Dengan demikian, dapat dikatakan bahwa pelaksanaan program skrining status TT WUS sebenarnya sudah berjalan tetapi masih belum optimal, yang ditandai dengan masih tetap terdapat adanya kasus dan kematian akibat TN. Oleh karena itu, perlu segera dilakukan evaluasi secara mendalam, yaitu melalui pendekatan sistem karena program skrining merupakan sebuah sistem yang melibatkan komponen input, proses, dan output. Evaluasi terhadap program skrining ini merupakan jenis evaluasi formatif karena evaluasi ini dilaksanakan saat program sedang berjalan.

Evaluasi formatif dilaksanakan pada komponen input dan proses. Evaluasi terhadap komponen input (terutama pada petugasnya) perlu dilakukan karena petugas merupakan salah satu komponen input, yaitu komponen pokok yang diperlukan untuk

menjalankan fungsi komponen berikutnya didalam sebuah sistem atau program (Azwar, 1996). Petugas juga merupakan sumber daya manusia yang menjadi asset utama yang dimiliki oleh setiap organisasi atau perusahaan (Muninjaya, 2004).

Selain itu, keberadaan petugas juga perlu dievaluasi karena banyak faktor yang mempengaruhi dia dalam berbuat, termasuk ketika hendak mencapai kinerja (hasil kerja) yang tinggi. Contoh beberapa faktor yang mempengaruhi kinerja ialah kapasitas atau kemampuan dan motivasi (Ivancevich, 2007). Kapasitas ini meliputi pengetahuan, keterampilan, dan pelatihan (Haryani dan Sanusi, 2006). Motivasi dapat bersumber dari dalam diri seseorang (motivasi instrinsik) dan dapat pula bersumber dari luar (motivasi ekstrinsik) (Siagian, 2004). Motivasi instrinsik meliputi pekerjaan itu sendiri, prestasi, tanggung jawab, pengakuan, dan pengembangan diri (Siregar, 2009) sedangkan motivasi ekstrinsik meliputi kondisi kerja, hubungan antar pribadi, supervisi, dan keamanan (Lubis, 2009).

Di samping itu, evaluasi terhadap komponen proses (terutama pada pelaksanaannya) juga perlu dilakukan karena banyak manfaat yang didapat, yaitu dapat memberikan umpan balik kepada manajer (penanggung jawab) program tentang hasil-hasil yang dicapai serta hambatan-hambatan yang dihadapi saat pelaksanaan program berlangsung sehingga dapat diambil tindakan tertentu dengan segera supaya tujuan dapat dicapai (Wijono, 1999).

Di dalam penelitian ini, selain evaluasi formatif (evaluasi pada komponen input dan proses) yang akan dilakukan, juga akan dilakukan evaluasi summatif (*summative evaluation*), yaitu evaluasi yang dilaksanakan pada hasil akhir kegiatan program (hasil akhir program yang akan dievaluasi dalam penelitian ini ialah hasil program yang telah dilaksanakan selama tahun 2010). Evaluasi sumatif ini dilaksanakan pada komponen output. Evaluasi pada komponen output perlu dilakukan karena untuk melihat hasil secara keseluruhan dari pelaksanaan sebuah program; baik hambatan, peluang maupun potensi yang ada (Wijono, 1999). Di samping itu, dalam penelitian ini juga akan mengevaluasi riwayat kejadian TN.

## 1.2 Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini ialah bagaimanakah evaluasi program skrining status TT WUS dan riwayat kejadian TN di Jember tahun 2010?.

## 1.3 Tujuan Penelitian

### 1.3.1 Tujuan Umum

Mengevaluasi program skrining status TT WUS dan riwayat kejadian TN di Jember tahun 2010.

### 1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengevaluasi kapasitas petugas puskesmas dalam pelaksanaan program skrining status TT WUS di Jember tahun 2010 meliputi pengetahuan dan pelatihan.
- b. Mengevaluasi motivasi intrinsik petugas puskesmas dalam pelaksanaan program skrining status TT WUS di Jember tahun 2010 meliputi pekerjaan itu sendiri, prestasi, tanggung jawab, pengakuan, dan pengembangan diri.
- c. Mengevaluasi motivasi ekstrinsik petugas puskesmas dalam pelaksanaan program skrining status TT WUS di Jember tahun 2010 meliputi kondisi kerja, hubungan antar pribadi, supervisi, dan keamanan.
- d. Mengevaluasi pelaksanaan program skrining status TT WUS di Kabupaten Jember tahun 2010.
- e. Mengevaluasi hasil program skrining status TT WUS di Jember tahun 2010 yang meliputi cakupan status T5 WUS dan T2 plus ibu hamil.
- f. Mengevaluasi riwayat kejadian TN di desa kasus yang terjadi disaat pelaksanaan program skrining status TT WUS sedang berlangsung di Jember tahun 2010.

## **1.4 Manfaat Penelitian**

### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Secara teoritis, hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah referensi ilmiah sehingga dapat berguna dalam pengembangan khasanah ilmu pengetahuan bidang administrasi dan kebijakan kesehatan, terutama mengenai evaluasi program skrining status TT WUS dan riwayat kejadian TN.

### **1.4.2 Manfaat Praktis**

Secara praktis, hasil penelitian ini diharapkan dapat dimanfaatkan sebagai berikut:

- a. Sebagai bahan pertimbangan bagi puskesmas dan Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dalam pelaksanaan program skrining status TT WUS dan upaya penurunan kejadian TN selanjutnya.
- b. Sebagai bahan acuan bagi peneliti lain yang akan mengembangkan hasil penelitian ini, terkait evaluasi program skrining status TT WUS dan riwayat kejadian TN.
- c. Sebagai tambahan wawasan dan pengalaman bagi peneliti dalam menerapkan pengetahuan yang telah didapat untuk dituangkan kedalam sebuah karya tulis ilmiah, melalui penelitian tentang evaluasi program skrining status TT WUS dan riwayat kejadian TN ini.

## BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1 Penyakit Tetanus Neonatarum (TN)

#### 2.1.1 Pengertian TN

Penyakit *tetanus neonatarum* adalah penyakit tetanus yang terjadi pada neonatus (bayi berusia kurang dari 1 bulan) yang disebabkan oleh bakteri *Clostridium Tetani* (CT), yaitu kuman yang mengeluarkan toksin atau racun dan menyerang sistem syaraf pusat (Departemen Kesehatan, 1993).

#### 2.1.2 Penyebab TN

Penyebab TN sama seperti penyebab tetanus, yaitu infeksi karena toksin yang dibuat oleh bakteri CT di dalam tubuh, yang ditandai dengan nyeri, kekakuan, dan *spasme* (kejang) otot. Pada tetanus, CT masuk ke tubuh dalam bentuk spora melalui luka sedangkan pada TN, CT masuk ke dalam tubuh bayi melalui tali pusar yang tercemar spora CT (Departemen Kesehatan, 2008).

#### 2.1.3 Perjalanan TN

Spora dari kuman CT masuk ke dalam tubuh bayi melalui satu-satunya pintu masuk, yaitu melalui tali pusar, baik yang terjadi pada saat pemotongan tali pusar ketika bayi lahir maupun saat perawatannya sebelum puput (lepasnya tali pusar) (Departemen Kesehatan, 1993).

#### 2.1.4 Masa Inkubasi TN

Sejak kuman masuk ke dalam tubuh bayi sampai mulai timbulnya gejala (masa inkubasi) dibutuhkan waktu 3-28 hari (rata-rata 6 hari). Apabila masa inkubasi kurang dari 7 hari biasanya penyakit lebih parah dengan angka kematian tinggi (Departemen Kesehatan, 1993).

### 2.1.5 Gejala TN

Menurut Departemen Kesehatan (1993) dapat dikatakan bahwa ada beberapa gejala klinis tetanus neonatarum, diantaranya ialah:

- a. Bayi yang semula dapat menetek, menjadi sulit menetek karena kejang otot rahang dan faring (tenggorok).
- b. Mulut bayi mencucu seperti mulut ikan.
- c. Kejang, terutama bila terkena rangsang cahaya, suara, dan sentuhan.
- d. Kadang-kadang disertai dengan sesak napas dan wajah bayi membiru, yang dapat mengakibatkan bayi meninggal.

### 2.1.6 Epidemiologi TN

Tetanus neonatarum banyak dijumpai di negara berkembang atau belum berkembang, khususnya pada masyarakat dengan derajat sosial ekonomi rendah, hidup dalam lingkungan yang sangat padat, tingkat pendidikan kurang, dan akses pada pelayanan kesehatan yang minimal (Departemen Kesehatan, 1993). Kasus TN masih banyak dijumpai di sejumlah negara tropis dan negara yang masih memiliki kondisi kesehatan rendah. Data organisasi kesehatan dunia, WHO menunjukkan bahwa kematian akibat TN di negara-negara berkembang adalah 135 kali lebih tinggi daripada negara maju (Departemen Kesehatan, 2009).

### 2.1.7 Faktor Resiko TN

Angka kematian kasus (CFR-*Case Fatality Rate*) sangat tinggi. Pada kasus tetanus neonatarum yang tidak dirawat, hampir dapat dipastikan CFR akan mendekati 100%, terutama pada kasus yang mempunyai masa inkubasi kurang dari 7 hari. CFR kasus tetanus neonatarum yang dirawat di rumah sakit di Indonesia sangat bervariasi dengan kisaran 10,8- 55% (Departemen Kesehatan, 2003).

Menurut Departemen Kesehatan (1993) dapat dikatakan bahwa ada beberapa faktor resiko untuk terjadinya tetanus neonatarum, diantaranya ialah:

- a. Pemberian imunisasi TT pada Wanita Usia Subur (WUS), termasuk ibu hamil tidak dilakukan, tidak lengkap, atau tidak sesuai dengan ketentuan program.
- b. Pertolongan persalinan tidak memenuhi syarat "3 bersih", yaitu bersih tangan penolong persalinan, bersih alat pemotong tali pusar, dan bersih alas tempat bersalin.
- c. Perawatan tali pusar tidak memenuhi syarat kesehatan.

#### 2.1.8 Batasan Kriteria TN

Menurut Departemen Kesehatan (1993) dapat dikatakan bahwa seorang bayi, baru bisa dinyatakan sebagai bayi yang mengidap penyakit tetanus neonatarum maka harus memenuhi semua kriteria sebagai berikut:

- a. Bayi lahir hidup, dapat menangis, dan dapat menetek dengan normal minimal 2 hari.
- b. Pada bulan pertama kehidupan timbul gejala sulit menetek, disertai kekakuan dan atau kejang otot.

#### 2.1.9 Pengobatan TN

Menurut Hassan (2000) dapat dikatakan bahwa penyakit tetanus neonatarum dapat diobati dengan cara :

- a. Diberikan cairan intravena (IVFD) dengan larutan glukosa 5% : NaCl fisiologis = 4:1 selama 48-72 jam sesuai dengan kebutuhan, sedangkan selanjutnya IVFD hanya untuk memasukkan obat. Bila sakit penderita sudah lebih dari 24 jam atau sering kejang atau *apnea*, diberikan larutan glukosa 10% : Natrium bikarbonat 1,5% = 4:1 (sebaiknya jenis cairan yang dipilih disesuaikan dengan hasil pemeriksaan analisis gas darah). Bila setelah 72 jam belum mungkin diberikan minum peroral maka melalui cairan infus perlu diberikan tambahan protein dan kalium.
- b. Diazepam dosis awal 2,5 mg intravena perlahan-lahan selama 2-3 menit. Dosis rumat 8-10 mg/kgbb/hari melalui IVFD (diazepam dimasukkan ke dalam cairan intravena dan diganti tiap 6 jam). Bila kejang masih sering timbul, boleh diberikan

diazepam tambahan 2,5 mg secara intravena perlahan-lahan dan dalam 24 jam boleh diberikan tambahan diazepam 5 mg/kgbb/hari sehingga dosis diazepam keseluruhan menjadi 15 mg/kgbb/hari. Setelah keadaan klinisnya membaik, diazepam diberikan peroral dan diturunkan secara bertahap. Pada penderita dengan hiperbilirubinemia berat atau makin berat diberikan diazepam peroral dan setelah bilirubin turun boleh diberikan diazepam intravena.

- c. ATS 10.000 U/hari dan diberikan selama 2 hari berturut-turut.
- d. Ampisilin 100 mg/kgbb/hari dibagi 4 dosis secara intravena selama 10 hari. Bila terdapat gejala sepsis hendaknya penderita diobati seperti penderita sepsis pada umumnya dan kalau fungsi lumbal tidak dapat dilakukan maka penderita diobati sebagai penderita meningitis bakterial.
- e. Tali pusar dibersihkan dengan alkohol 70% atau betadine.
- f. Perhatikan jalan nafas, diuresis dan keadaan vital lainnya. Bila banyak lendir jalan nafas, harus dibersihkan dan bila perlu diberikan oksigen.

#### 2.1.10 Pencegahan TN

Menurut Departemen Kesehatan (1993) dapat dikatakan bahwa penyakit tetanus neonatarum dapat dicegah dengan cara :

- a. Peningkatan cakupan pelayanan antenatal, termasuk pemberian imunisasi TT.
- b. Pertolongan persalinan "3 bersih" dan perawatan tali pusar yang bersih.
- c. Peningkatan kegiatan surveilans dalam rangka penemuan dini kasus tetanus neonatarum dan penentuan faktor resiko yang menjadi penyebab.
- d. Pelayanan rujukan, baik di rumah sakit maupun di puskesmas dengan rawat inap.
- e. Penyuluhan melalui pamong, kader, tokoh masyarakat, serta keluarga.

## 2.2 Imunisasi TT Wanita Usia Subur (WUS)

### 2.2.1 Pengertian Imunisasi TT WUS

Imunisasi adalah suatu cara untuk meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit sehingga bila kelak dia terpapar dengan penyakit



tersebut, dia tidak akan menderita penyakit itu (Departemen Kesehatan, 2005). Imunisasi merupakan teknik memasukkan sejenis kuman yang sudah dilemahkan atau dimatikan agar sistem kekebalan mempelajarinya, kemudian diharapkan tubuh akan memproduksi antibodi yang sesuai dengan kuman yang dimasukkan tersebut (Achmadi, 2006). Imunisasi TT WUS dilakukan dengan memberikan vaksin TT (*tetanus toxoid*) pada kelompok wanita usia subur (15-39 tahun), termasuk ibu hamil. Jadi, imunisasi TT WUS adalah suatu cara untuk meningkatkan kekebalan seorang wanita secara aktif terhadap penyakit tetanus sehingga bila kelak dia terpapar dengan penyakit tersebut, dia tidak akan menderita penyakit tetanus (*tetanus maternal*) dan kelak bila melahirkan, bayinya juga tidak akan menderita penyakit tetanus (*tetanus neonatal*).

### 2.2.2 Karakteristik Vaksin TT WUS

Vaksin adalah suatu produk biologik yang terbuat dari kuman, komponen kuman, atau racun kuman yang telah dilemahkan atau dimatikan dan berguna untuk merangsang kekebalan seseorang (Departemen Kesehatan, 2005). Vaksin merupakan mikroorganisme atau toksoid yang diubah sedemikian rupa sehingga patogenisitas atau toksisitasnya hilang tetapi masih tetap mengandung sifat antigenesitasnya (Prasetyo, 2008). Vaksin TT (tetanus toksoid) WUS adalah jenis vaksin yang diberikan untuk mencegah penyakit tetanus, baik tetanus maternal maupun tetanus neonatal. Vaksin ini diberikan kepada kelompok WUS (15-39 tahun), termasuk ibu hamil.

Menurut Departemen Kesehatan (2005) menyebutkan bahwa ada beberapa karakteristik vaksin TT, diantaranya ialah:

- a. Vaksin TT sangat sensitif terhadap pembekuan (*freeze sensitive*). Jadi, vaksin TT akan rusak bila terpapar dengan suhu beku.
- b. Suhu ideal untuk penyimpanan vaksin TT adalah pada rentang suhu 2-8°C. Vaksin TT tidak boleh terpapar pada selain rentang suhu tersebut karena vaksin akan rusak akibat meningkatnya konsentrasi zat pengawet yang merusak antigen.

### 2.2.3 Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Vaksin TT WUS

Menurut Prasetyo (2008) menyebutkan bahwa ada beberapa faktor yang mempengaruhi kualitas vaksin TT, diantaranya ialah:

#### a. Dosis Pemberian

Dosis vaksin yang terlalu tinggi atau yang terlalu rendah akan mempengaruhi respon imun yang terjadi. Dosis yang terlalu tinggi akan menghambat respon imun yang diharapkan sedangkan dosis yang terlalu rendah tidak akan mampu merangsang sel-sel imunokompeten. Dosis yang tepat dapat diketahui dari hasil uji klinis. Oleh karena itu, dosis yang diberikan harus sesuai dengan dosis yang telah direkomendasikan sebagaimana dalam program imunisasi.

#### b. Frekuensi dan Jarak Pemberian

Frekuensi pemberian juga mempengaruhi respon imun yang terjadi. Respon imun sekunder akan menimbulkan sel afektor aktif lebih cepat, lebih tinggi produksinya, dan afinitasnya lebih tinggi. Selain itu, jarak pemberian juga akan mempengaruhi respon imun yang terjadi. Bila pemberian vaksin berikutnya diberikan pada saat kadar antibodi masih tinggi, antigen yang masuk akan segera dinetralkan oleh antibodi yang masih tinggi tersebut sehingga tidak sempat merangsang sel imunokompeten bahkan dapat terjadi apa yang dinamakan *reaksi Arthus*, yaitu bengkak kemerahan di daerah suntikan antigen akibat pembentukan kompleks antigen dan antibodi lokal. Oleh karena itu, frekuensi dan jarak pemberian yang diberikan harus tepat sebagaimana yang telah direkomendasikan.

#### c. Ajuvan

Ajuvan adalah zat yang secara non spesifik dapat meningkatkan respon imun terhadap antigen. Ajuvan akan meningkatkan respon imun dengan mempertahankan antigen pada atau dekat dengan tempat suntikan.

### 2.2.4 Cara Pemberian dan Dosis Vaksin TT WUS

Pemberian vaksin (imunisasi) TT WUS dilakukan dengan cara menyuntikkan (injeksi) vaksin TT kepada WUS di bawah kulit (subkutan) lengan atas sedangkan

untuk dosis di setiap suntikan adalah sebesar 0,5 cc. Imunisasi TT WUS dilaksanakan pada jarak, frekuensi, dan dengan dosis yang telah direkomendasikan sebagaimana dalam program imunisasi TT WUS (Departemen Kesehatan, 2005).

#### 2.2.5 Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi (KIPI)

Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi (KIPI) adalah semua kejadian sakit dan kematian yang terjadi dalam masa satu bulan setelah imunisasi, yang diduga ada hubungannya dengan pemberian imunisasi.

Organisasi kesehatan dunia, WHO membagi KIPI ke dalam 3 kategori, yaitu:

- a. *Program related* atau hal-hal berkaitan dengan kegiatan imunisasi, misalnya timbul bengkak bahkan abses pada bekas suntikan vaksin. Biasanya karena jarum tidak steril. Contoh lain adalah kelenjar limfe misalnya di daerah ketiak atau lipat paha membengkak dan terasa sedikit nyeri. Ini akibat aktivitas sistem kekebalan tubuh yang menerima vaksin tersebut.
- b. *Reaction related to properties of vaccines* atau reaksi terhadap sifat-sifat yang dimiliki oleh vaksin yang bersangkutan. Misalnya saja, reaksi terhadap bahan campuran vaksin. Seperti kita ketahui, vaksin bukan hanya terdiri dari bahan aktif vaksin itu sendiri tetapi juga terdapat bahan campuran seperti *adjuvant*, pengawet, dan lain-lain. Reaksi ini biasanya berupa pembengkakan, kemerahan, demam (misalnya terhadap vaksin campak, biasanya akan normal kembali dalam satu hari). Pernah dilaporkan adanya radang otak atau *ensefalitis* pada kejadian ikutan pasca imunisasi campak dengan kemungkinan satu dalam sejuta. Contoh lain adalah *syncope* (pingsan sekejap), yaitu gejala anak pucat dan berkeringat. Biasanya hal ini terjadi pada anak-anak sekolah ketika pada saat anak-anak lama antri menunggu pelayanan imunisasi. Setelah anak tersebut ditidurkan biasanya akan sembuh kembali. Hanya saja yang ditakutkan kalau ketika tiba-tiba pingsan dan kepala terbentur sehingga akan menimbulkan akibat yang

lebih serius. Kadang-kadang pingsan ini disertai dengan kejang tetapi biasanya nanti akan sembuh sendiri.

- c. *Coincidental* atau koinsidensi. Koinsidensi adalah dua kejadian secara bersama tanpa adanya hubungan satu sama lain. Ketika anak menerima imunisasi, sebenarnya dia sudah dalam keadaan masa perjalanan penyakit yang sama atau penyakit lain (masa tunas) yang tidak ada hubungannya dengan vaksin yang bersangkutan. Misalnya saja, anak sedang dalam perjalanan mau sakit batuk pilek, atau diare, bahkan seringkali penyakit akut yang lebih serius yang disertai demam. Oleh sebab itu, pastikan bahwa ketika menerima imunisasi anak dalam keadaan sehat. Seorang ibu yang selalu memiliki perhatian pada anak kesayangannya, tentu memahami kalau anak terlihat adanya 'perubahan', misalnya kurang gesit, rewel, atau lesu dan lain-lain yang biasanya merupakan gejala awal perjalanan penyakit. Dalam keadaan seperti ini lebih baik ditunda. Contoh lain misalnya, pada wilayah yang sedang terjangkit wabah, misalnya polio, dalam wilayah tersebut sebenarnya virus sedang beredar. Dalam keadaan demikian kemungkinan anak terinfeksi secara alamiah amat besar. Apabila ada seorang anak yang diberikan vaksin polio, dan keesokan harinya lumpuh, maka sebenarnya anak tersebut sedang dalam masa tunas dan bukan karena vaksin polio yang menyebabkan kelumpuhan pada anak tersebut tetapi disebabkan oleh virus polio liar. Pemberian imunisasi sampai timbul antibodi memerlukan waktu sekitar tiga minggu, sehingga pada kasus diduga KUPI setelah pemberian imunisasi polio kemudian terjadi kelumpuhan, hal ini disebabkan karena pada saat pemberian imunisasi polio, anak tersebut sebenarnya sudah terpapar virus polio liar dan saat itu penyakitnya sedang berjalan.

#### 2.2.6 Jadwal Pemberian Imunisasi Tetanus pada Wanita dalam Seumur Hidupnya

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1116/Menkes/SK/X/1/2005 tentang pedoman penyelenggaraan imunisasi, jadwal pemberian imunisasi tetanus pada seorang wanita dalam seumur hidupnya ialah:

- a. Pada saat bayi (umur kurang dari 1 tahun), jadwal imunisasinya sebagaimana dalam tabel berikut:

Tabel 2.1 Jadwal pemberian imunisasi pada bayi

Umur	Imunisasi	Dosis
2 bulan	DPT 1	0,5 cc
3 bulan	DPT 2	0,5 cc
4 bulan	DPT 3	0,5 cc

Sumber: Departemen Kesehatan (2005).

- b. Pada saat usia sekolah, jadwal imunisasinya sebagaimana didalam tabel berikut:

Tabel 2.2 Jadwal pemberian imunisasi pada anak sekolah

Imunisasi Anak Sekolah	Imunisasi	Dosis
Kelas 1	DT	0,5 cc
Kelas 2	TT	0,5 cc
Kelas 3	TT	0,5 cc

Sumber: Departemen Kesehatan (2005).

- c. Pada saat usia remaja/dewasa (usia subur, 15-39 tahun), jadwal imunisasinya sebagaimana didalam tabel berikut:

Tabel 2.3 Jadwal pemberian imunisasi TT WUS

Imunisasi	Pemberian Imunisasi	Selang Waktu Pemberian Minimal	Masa Perlindungan	Dosis
TT WUS	T1	-	-	0,5 cc
	T2	4 minggu setelah T1	3 tahun	0,5 cc
	T3	6 bulan setelah T2	5 tahun	0,5 cc
	T4	1 tahun setelah T3	10 tahun	0,5 cc
	T5	1 tahun setelah T4	25 tahun	0,5 cc

Sumber: Departemen Kesehatan (2005).

### 2.2.7 Tempat Pelayanan Imunisasi TT WUS

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1116/Menkes/SK/X/1/2005 tentang pedoman penyelenggaraan imunisasi, pelayanan imunisasi TT WUS dapat dilaksanakan di beberapa tempat, antara lain:

- a. Pelayanan imunisasi di komponen statis (puskesmas, puskesmas pembantu, rumah sakit, dan rumah bersalin). Pelayanan ini merupakan pendekatan yang ideal karena sasaran datang sendiri mencari pelayanan.
- b. Pelayanan imunisasi rutin dapat juga diselenggarakan oleh swasta seperti:
  - 1) rumah sakit swasta
  - 2) dokter praktek
  - 3) bidanpraktek
- c. Pelayanan imunisasi di komponen lapangan antara lain dilaksanakan di sekolah, posyandu, dan kunjungan rumah
- d. Di SD, pelayanan imunisasi dilaksanakan selama jam sekolah dan jadwalnya sesuai dengan kesepakatan dari pihak sekolah
- e. Di posyandu, diatur mengikuti sistem pelayanan lima meja. Bila pengunjung datang, dapat dilakukan pendataan sasaran dan sebelum pelayanan dimulai, diberikan penyuluhan kelompok. Selama pemberian imunisasi, penyuluhan perorangan diberikan. Catatan pemberian imunisasi dilakukan segera setelah pelayanan, baik di KMS maupun di buku catatan hasil imunisasi bayi dan ibu (buku merah dan kuning)
- f. Pelayanan imunisasi juga dapat diberikan saat petugas melakukan kunjungan rumah

### 2.2.8 Tujuan Imunisasi TT WUS

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1116/Menkes/SK/X/1/2005 tentang pedoman penyelenggaraan imunisasi, disebutkan bahwa tujuan imunisasi TT WUS adalah untuk menurunkan angka kesakitan, kecacatan, dan kematian akibat penyakit tetanus, baik tetanus maternal maupun tetanus neonatal (insiden di bawah 1 per 1.000 kelahiran hidup dalam setahun).

### 2.2.9 Manfaat Imunisasi TT WUS

Orang yang memiliki kekebalan, yang hidup di masyarakat merupakan penghalang untuk terjadinya penyebaran penyakit. Dengan demikian, imunisasi selain berguna untuk diri sendiri, juga melindungi orang lain terhadap penyebaran penyakitnya. Bila semua orang dalam masyarakat kebal terhadap suatu penyakit tertentu, penyakit tersebut akan hilang dari muka bumi (Enjang, 2000). Oleh karena itu, target jumlah sasaran anak-anak yang harus mendapatkan imunisasi amat penting untuk diketahui dan ditetapkan, kaitannya dengan status *herd immunity* atau kekebalan kelompok dalam suatu wilayah. Kekebalan kelompok adalah daya tahan suatu kelompok masyarakat terhadap masuk dan menyebarnya suatu penyebab penyakit. Daya tahan kelompok masyarakat seperti ini disebabkan adanya sebagian besar anggota kelompok masyarakat yang kebal terhadap suatu penyakit yang menyebar secara merata dalam suatu kelompok masyarakat (Achmadi. 2006).

Bayi-bayi yang baru lahir, anak-anak usia muda yang bersekolah dan orang dewasa sama-sama memiliki risiko tinggi terserang penyakit-penyakit menular yang mematikan seperti difteri, tetanus, hepatitis B, influenza, typhus, radang selaput otak, radang paru-paru, dan masih banyak penyakit lainnya yang sewaktu-waktu muncul dan mematikan. Oleh karena itu, salah satu pencegahan yang terbaik dan sangat vital agar bayi-bayi, anak-anak muda, dan orang dewasa terlindungi hanya dengan melakukan imunisasi. Manfaat imunisasi tidak hanya untuk bayi yang diimunisasi saja tetapi imunisasi juga memberikan manfaat untuk keluarga dan negara. Manfaat imunisasi bagi anak adalah mencegah penderitaan yang disebabkan oleh penyakit, kemungkinan cacat atau kematian yang disebabkan oleh penyakit tersebut; bagi keluarga bermanfaat untuk menghilangkan kecemasan dan psikologi pengobatan bila anak sakit, mendorong pembentukan keluarga apabila orang tua yakin bahwa anaknya akan menjalani masa kanak-kanak yang nyaman sedangkan bagi negara bermanfaat untuk memperbaiki tingkat kesehatan, menciptakan bangsa yang kuat dan berakal untuk melanjutkan pembangunan negara (Pusat Informasi Penyakit Infeksi, 2007).

## 2.3 Program Skrining Status TT WUS

### 2.3.1 Pengertian Program Skrining Status TT WUS

Program skrining status TT WUS adalah kegiatan pemantauan yang dilaksanakan secara berkala dan teratur terhadap jumlah cakupan imunisasi TT, yang kemudian mengelompokkannya berdasarkan status TT-nya dan sekaligus juga melakukan pemantauan terhadap jumlah ibu hamil didalam mendapatkan pertolongan persalinan karena pada dasarnya skrining dilakukan ialah untuk mendukung pelaksanaan program MNTE, yaitu upaya untuk eliminasi tetanus pada neonatal dan WUS, termasuk ibu hamil (Departemen Kesehatan, 1993).

Program skrining TT WUS merupakan tindak lanjut (*follow up*) dari adanya permasalahan masih rendahnya cakupan imunisasi TT bagi WUS. Pada tahun 2001, pemerintah mulai menerapkan strategi baru dalam pelaksanaan program imunisasi TT bagi WUS, yaitu dengan melaksanakan program skrining cakupan imunisasi TT dan mencukupkan imunisasi TT sebanyak 5-6 kali saja bagi seorang wanita dalam seumur hidupnya untuk mendapatkan status T5 karena menurut rekomendasi WHO, bahwa cukup dengan perolehan status T5 saja maka akan cukup memberikan kekebalan seumur hidup bagi seseorang terhadap tetanus dengan syarat jadwal dan dosis pemberian imunisasinya sesuai dengan yang telah direkomendasikan (Dinas Kesehatan Jember, 2010).

### 2.3.2 Tujuan Program Skrining Status TT WUS

Tujuan skrining status TT WUS pada dasarnya ialah untuk mendukung pelaksanaan program MNTE, yaitu upaya untuk eliminasi tetanus pada neonatal dan WUS, termasuk ibu hamil. Skrining ini dilakukan dengan melaksanakan kegiatan surveilans, yaitu pemantauan secara berkala terhadap jumlah ibu hamil didalam mendapatkan pertolongan persalinan dan jumlah cakupan imunisasi TT WUS, termasuk ibu hamil yang kemudian dikelompokkan berdasarkan status TT nya untuk selanjutnya dipantau agar mereka mau melengkapi imunisasi TT secara lengkap (5TT lengkap). Dengan demikian, upaya deteksi dini terhadap munculnya kasus tetanus



juga akan terealisasi dengan dilaksanakannya program skrining tersebut (Departemen Kesehatan, 1993).

### 2.3.3 Komponen Program Skrining Status TT WUS

Komponen dalam program skrining meliputi:

a. *Input*, yaitu kumpulan bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem dan yang diperlukan untuk dapat berfungsinya sistem tersebut;

#### 1) Petugas Skrining (*man*) TT WUS

Tenaga kerja atau petugas merupakan sumber daya manusia (SDM) yang menjadi asset utama yang dimiliki oleh setiap organisasi atau perusahaan. Oleh karena itu, SDM harus dibina dan dikembangkan, baik motivasi, inisiatif maupun keterampilannya agar mereka dapat bekerja lebih produktif. Sesuai dengan sistem manajemen modern dalam puskesmas, petugas puskesmas merupakan faktor produksi utama untuk menghasilkan pelayanan kesehatan yang bermutu. Masalah yang sering dihadapi oleh puskesmas di bidang ketenagaan adalah jumlahnya terbatas, keterampilan rendah, dan kualifikasinya tidak sesuai dengan kebutuhan (Muninjaya, 2004).

Petugas yang bertanggung jawab melaksanakan kegiatan skrining TT WUS adalah bidan (Dinas Kesehatan Jember, 2010). Bidan adalah petugas kesehatan yang bertanggung jawab terhadap pelayanan kesehatan ibu dan anak (KIA), yang meliputi pelayanan antenatal, pertolongan persalinan, dan pelayanan nifas. Dalam pelayanan antenatal, bidan mempunyai tugas untuk memberikan pemeriksaan kehamilan dan konseling yang mencakup pelayanan **7T**, yaitu **T**imbang berat badan; ukur **T**ekanan darah; imunisasi **TT**; ukur **T**inggi fundus uteri; pemberian **T**ablet zat besi; **T**est terhadap penyakit seksual menular, HIV/AIDS dan malaria; serta **T**emu wicara (konseling) dalam rangka persiapan rujukan (Departemen Kesehatan, 2007).

## 2) Pembiayaan Skrining (*money*) TT WUS

Menurut Nasution (1996), bahwa *money* adalah modal yang dipergunakan guna melaksanakan program atau rencana yang telah ditetapkan. Pembiayaan sebagai salah satu faktor *input* dalam suatu kegiatan dapat mempengaruhi *output* dari kegiatan tersebut. Pembiayaan yang dipergunakan dalam pelaksanaan kegiatan skrining TT WUS tidak dianggarkan tersendiri secara khusus karena skrining merupakan bagian dari tanggung jawab seorang bidan (Dinas Kesehatan Jember, 2010).

## 3) Sarana Skrining (*material*) TT WUS

Sarana adalah peralatan yang digunakan dalam operasional untuk menghasilkan barang yang akan dijual (Nasution, 1996). Dengan adanya kemajuan teknologi yang meliputi peralatan yang semakin otomatis dan canggih, bisa mendukung tingkat produksi dan mempermudah manusia dalam melaksanakan pekerjaan (Anoraga, 2005). Sarana atau peralatan kerja sangat penting bagi seseorang dalam melaksanakan tugasnya dalam usaha mencapai sasaran atau tujuan yang ditetapkan. Betapapun positifnya perilaku manusia seperti tercermin dalam kesetiaan yang besar, disiplin yang tinggi serta dedikasi yang tidak diragukan, bila tanpa sarana prasarana kerja maka ia tidak akan dapat berbuat banyak, apalagi meningkatkan efisiensi, efektifitas, dan produktivitas kerjanya (Siagian, 2004). Sarana (peralatan, perangkat, dll) yang diperlukan dalam pelaksanaan kegiatan skrining status TT WUS misalnya alat transportasi dan ketersediaan tabel bantu skrining (Dinas Kesehatan Jember, 2010).

## 4) Metode Skrining (*method*) TT WUS

Metode adalah berbagai kemajuan ilmu dan teknologi yang dimiliki dan yang diterapkan, atau dengan kata lain bahwa metode ialah tata cara (prosedur) yang dimiliki dan ditetapkan, misalnya berupa peraturan, kebijakan, prosedur kerja dan sebagainya (Muninjaya, 2004). Metode dalam skrining TT WUS berupa kebijakan dan prosedur kerja yang telah ditetapkan. Diantara kebijakannya ialah pemerintah berupaya mencukupkan pelayanan imunisasi TT bagi seorang

wanita sebanyak 5 atau 6 kali saja dalam seumur hidupnya, yaitu dilaksanakan dengan melakukan pemantauan secara berkala dan teratur terhadap kelompok sasaran (WUS, termasuk ibu hamil). Di dalam kebijakan tersebut juga telah ditetapkan bahwa semua WUS harus terpantau dan teridentifikasi status TT nya dan tidak boleh ada yang terlewatkan, khususnya bagi ibu hamil karena mereka akan menjadi kelompok resiko tinggi terhadap penyakit tetanus apabila tidak dalam masa perlindungan imunisasi TT sedangkan yang menjadi pelaksanaannya ialah bidan. Adapun prosedur kerja dalam pelaksanaan skrining ialah mencakup ketepatan menentukan kriteria status TT dan ketepatan pemberian TT berikutnya sampai berstatus TT lengkap (berstatus T5) setelah penentuan kriteria status TT tersebut (Dinas Kesehatan Jember, 2010).

b. *Process*, yaitu kumpulan bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem dan yang berfungsi untuk mengubah masukan menjadi keluaran yang direncanakan. Penekanan pada *process* ini ialah pada pelaksanaan skrining itu sendiri. Adapun pelaksanaan kegiatan skrining TT WUS ialah mengacu pada kebijakan dan prosedur kerja yang telah ditetapkan (Dinas Kesehatan Jember, 2010), yaitu mencakup 2 ketentuan:

1) Ketepatan menentukan kriteria status TT;

Ketentuan untuk melihat “benar dan tidaknya” menentukan kriteria status TT:

a) harus mengikuti ketentuan berikut ini;

- (1) bila WUS mengatakan “belum sama sekali atau lupa”, maka berarti dianggap belum sama sekali (berstatus T0)
- (2) bila WUS mengatakan “1 kali”, maka berarti telah satu kali imunisasi TT (berstatus T1)
- (3) bila WUS mengatakan “ $\geq 2$  kali”, maka berarti status TT-nya “sama” sebagaimana jumlah imunisasi TT yang pernah didapat (T2-T5)
- (4) seorang WUS, termasuk ibu hamil idealnya harus mendapatkan imunisasi TT sebanyak 5 kali (berstatus T5) karena dengan jumlah sebanyak itu, sudah dianggap cukup memberikan perlindungan dari penyakit tetanus

bagi seorang wanita dalam seumur hidupnya. Namun, kalau pun belum berstatus T5, maka bagi seorang ibu hamil harus dipastikan bahwa dia “aman” sampai dia melahirkan, yaitu semenjak masa kehamilan sampai dengan saat melahirkan, seorang ibu hamil tersebut berada dalam “masa perlindungan” imunisasi TT.

Tabel 2.4 Daftar masa perlindungan imunisasi TT

Pemberian Imunisasi	Masa Perlindungan
T1	-
T2	3 tahun
T3	5 tahun
T4	10 tahun
T5	25 tahun

b) selain ketentuan pada point (a) harus diikuti, juga harus *mengecek* “benar dan tidaknya” PERNYATAAN WUS tersebut, yaitu dengan cara:

- (1) melihat “interval pemberiannya” (ini mengacu pada ketentuan program imunisasi TT). Dalam ketentuan program disebutkan bahwa “bila pemberian antar TT sebelum dengan TT sesudahnya masih dalam interval dari pemberian TT sebelumnya, maka pemberian TT berikutnya tadi TIDAK DIPERHITUNGKAN”. Namun, untuk pemberian selanjutnya maka status TT tetap dihitung dari tanggal terakhir pemberian imunisasi. Berikut daftar interval pemberian imunisasi tetanus:

Tabel 2.5 Daftar interval pemberian imunisasi TT

Pemberian Imunisasi	Selang Waktu Pemberian minimal
T1	-
T2	4 minggu setelah T1
T3	6 bulan setelah T2
T4	1 tahun setelah T3
T5	1 tahun setelah T4

(2) memperhatikan “tahun” dimulainya beberapa program imunisasi tetanus (ini mengacu pada kebijakan pemerintah dalam program imunisasi TT). Dari kebijakan tersebut dapat disimpulkan bahwa “bila seseorang mengaku telah mendapatkan imunisasi tetanus/suntikan tertentu tetapi pada masa (tahun) di luar tahun program, maka pengakuan tersebut TIDAK BENAR (ini berarti bahwa sebenarnya dia tidak mendapatkan imunisasi tersebut)”.

Berikut daftar tahun dimulainya beberapa program imunisasi tetanus:

Tabel 2.6 Daftar tahun dimulainya beberapa program imunisasi tetanus

No	Kelompok	Program Imunisasi	Dosis	Tahun Program
1.	Bayi	DPT	3 dosis (DPT1, DPT2, dan DPT3)	1977 - sekarang
2.	Usia Sekolah (SD)	DT dan TT	- DT 2 dosis (kelas 1 lk+prp) dan TT 2dosis (kelas 6 prp) - DT (kelas 1) dan TT (kelas 2-6) - DT (kelas 1) dan TT (kelas 2 & 3)	1984 - 1997 1998 2001 - sekarang
3.	Calon Pengantin dan Ibu Hamil	TT	TT 2 dosis	1984

Sumber: Dinas Kesehatan (2010)

2) Ketepatan pemberian TT berikutnya sampai berstatus TT lengkap (berstatus T5) setelah penentuan kriteria status TT

Ketentuan untuk melihat “benar/tidaknya” pemberian TT berikutnya sampai berstatus TT lengkap (berstatus T5) setelah penentuan kriteria status TT adalah dengan cara melihat “interval pemberiannya” (ini mengacu pada ketentuan program imunisasi TT). Dalam ketentuan program disebutkan bahwa “bila pemberian antar TT sebelum dengan TT sesudahnya masih dalam interval dari pemberian TT sebelumnya, maka pemberian TT berikutnya tadi TIDAK

DIPERHITUNGGAN". Namun, untuk pemberian selanjutnya maka status TT tetap dihitung dari tanggal terakhir pemberian imunisasi.

Adapun kriteria untuk mendapatkan status T5 ialah:

- a) bila seorang wanita sudah mendapatkan imunisasi tetanus sejak bayi dan usia sekolah, maka statusnya sebagaimana dalam tabel di bawah ini:

Tabel 2.7 Daftar ketentuan kriteria berstatus T5 yang didapat sejak bayi dan usia sekolah

Kelompok	Umur	Imunisasi	Status
Bayi	2 bulan	DPT 1	-
	3 bulan	DPT 2	T1
	4 bulan	DPT 3	T2
Anak sekolah	Kelas 1 SD	DT	T3
	Kelas 2 SD	TT	T4
	Kelas 3 SD	TT	T5

Sumber: Departemen Kesehatan (2005)

- b) bila seorang wanita belum sama sekali mendapatkan imunisasi tetanus sejak bayi dan usia sekolah, maka statusnya sebagaimana dalam tabel berikut ini:

Tabel 2.8 Daftar ketentuan kriteria berstatus T5 yang tidak didapat sejak bayi dan usia sekolah

Kelompok	Imunisasi	Selang Waktu Pemberian Minimal	Status
WUS	T1	-	T1
	T2	4 minggu setelah T1	T2
	T3	6 bulan setelah T2	T3
	T4	1 tahun setelah T3	T4
	T5	1 tahun setelah T4	T5

Sumber: Departemen Kesehatan (2005)

- c) bila seorang wanita sudah mendapatkan imunisasi tetanus sejak bayi dan usia sekolah tetapi tidak lengkap, maka status TT nya sebagaimana jumlah imunisasi TT yang telah didapatkan untuk kemudian dilanjutkan sampai yang bersangkutan berstatus T5.
- c. *Output*, yaitu kumpulan bagian atau elemen yang dihasilkan dari berlangsungnya proses dalam sistem. Dalam pelaksanaan skrining TT WUS, hasil akhir yang didapat ialah cakupan status T5 WUS dan T2 plus ibu hamil tahun 2010 (Dinas Kesehatan Jember, 2010).

## 2.4 Evaluasi Program

### 2.4.1 Pengertian Evaluasi Program

Penilaian (evaluasi) program adalah kegiatan untuk membandingkan antara hasil yang telah dicapai dengan rencana yang telah ditentukan. Menurut WHO, pengertian penilaian (evaluasi) program adalah suatu cara yang sistematis untuk mempelajari berdasarkan pengalaman dan mempergunakan pelajaran yang dipelajari untuk memperbaiki kegiatan-kegiatan yang sedang berjalan serta meningkatkan perencanaan yang lebih baik dengan seleksi yang seksama untuk kegiatan masa datang. Ini menyangkut analisis yang kritis mengenai berbagai aspek dari pengembangan dan pelaksanaan suatu program dan kegiatan-kegiatan yang membentuk program tersebut, relevansinya, formulasinya, efisiensi dan aktivitasnya, biayanya dan penerimaannya oleh semua pihak yang terlibat (Wijono, 1999).

### 2.4.2 Jenis Evaluasi Program

Menurut Wijono (1999), ada 2 jenis evaluasi program, yaitu *formative evaluation* dan *summative evaluation*;

#### a. *Formative Evaluation*

Evaluasi yang dilaksanakan selama program sedang berjalan (sedang dilaksanakan) dengan tujuan untuk dapat memberikan umpan balik kepada

manajer program tentang hasil-hasil yang dicapai serta hambatan-hambatan yang dihadapi dalam pelaksanaan program sehingga dapat diambil tindakan tertentu dengan segera supaya tujuan dapat dicapai

Macam-macam bentuk evaluasi ini:

1) Evaluasi Proses

Evaluasi ini dimaksudkan untuk memberikan gambaran tentang faktor-faktor yang menghambat, mendorong, memberikan peluang dan tantangan yang ada (*strengths, weakness, opportunities dan treath\_* analisis SWOT).

2) Dengan metode *Program Evaluation Review Technique* (PERT)

b. *Summative Evaluation*

Evaluasi yang dilaksanakan pada akhir kegiatan program untuk dapat melihat keadaan keseluruhan hasil pelaksanaan program secara keseluruhan, hambatan yang ada, peluang, dan potensi yang ada.

### 2.4.3 Tujuan Evaluasi Program

Menurut Wijono (1999), penilaian (evaluasi) program merupakan alat penting untuk membantu pengambilan keputusan sejak tingkat perumusan kebijakan maupun pada tingkat pelaksanaan program. Oleh karena itu, tujuan penilaian dilakukan adalah untuk meningkatkan daya guna dan hasil guna perencanaan dan pelaksanaan program serta memberikan petunjuk dalam pengelolaan tenaga, dana, dan fasilitas untuk program yang ada sekarang dan yang akan datang.

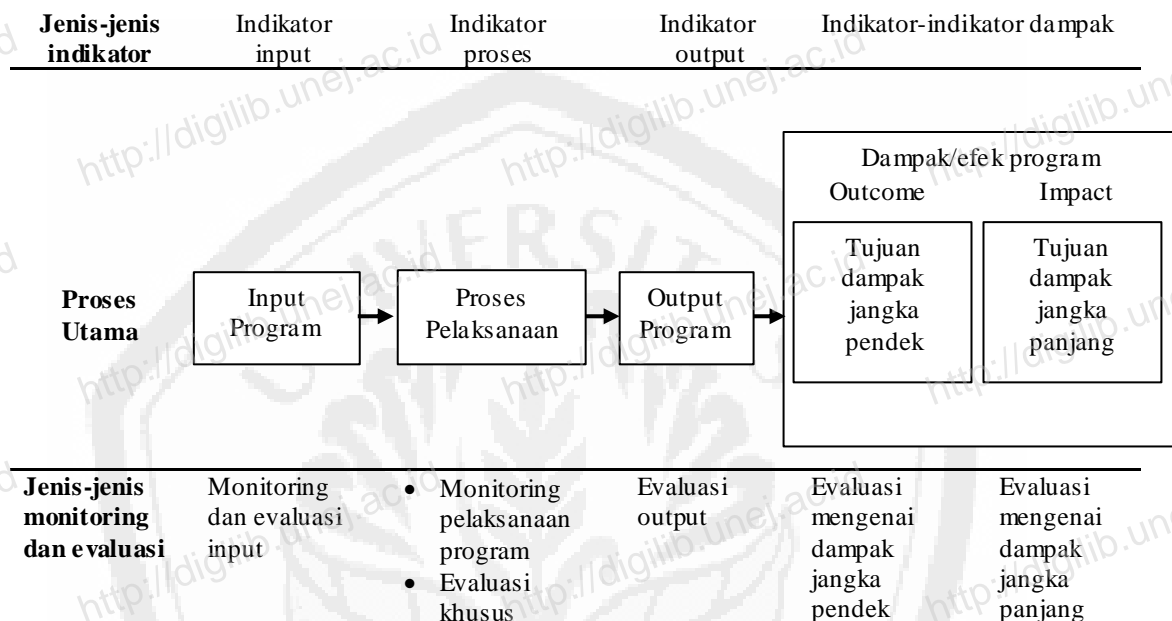
Komponen utama evaluasi yang dipakai sebagai pendekatan untuk menilai pelaksanaan program, yaitu:

- a. Kesesuaian yang berkaitan dengan alas an-alasan atau maksud mengadakan program, rencana kegiatan, pelayanan atau unit-unit
- b. Tinjauan terhadap kemajuan program
- c. Daya guna dan hasil guna program
- d. Dampak pelaksanaan program



#### 2.4.4 Kerangka Monitoring dan Evaluasi dalam Sebuah Sistem

Menurut Wijono (1999), kerangka monitoring dan evaluasi secara umum dapat digambarkan seperti dalam gambar di bawah ini. Monitoring dan evaluasi berkaitan dengan komponen-komponen sistem (program).



Gambar 2.1 Kerangka monitoring dan evaluasi

Penjelasan gambar tersebut ialah:

##### a. Indikator Input

Indikator dari masukan atau input, misalnya dalam sebuah program kesehatan ialah tersedianya tenaga kesehatan, tersedianya anggaran kesehatan, perlengkapan, obat-obatan yang diperlukan, dan tersedianya metode pemberantasan penyakit, *standard operating procedure* klinis dan sebagainya.

##### b. Indikator Proses

Dipandang dari sudut manajemen yang diperlukan adalah pelaksanaan dari fungsi-fungsi manajemen seperti: perencanaan, pengorganisasian, penggerakan, pemantauan, pengendalian, dan penilaian.

c. Indikator Output

Merupakan ukuran-ukuran khusus (kuantitas) bagi output program, misalnya dalam sebuah program kesehatan ialah seperti jumlah puskesmas yang berhasil dibangun, jumlah kader gizi yang terlatih, jumlah anak yang diimunisasi, jumlah MCK yang dibangun, panjang pipa air yang berhasil dipasang dan sebagainya. Jumlah orang yang diobati atau kunjungan yang mendapat pelayanan kesehatan.

d. Indikator Outcome (dampak jangka pendek)

Adalah ukuran-ukuran dari berbagai dampak program, misalnya dalam sebuah program kesehatan ialah meningkatnya derajat kesehatan anak balita dan menurunnya angka kesakitan.

e. Indikator Impact (dampak jangka panjang)

Misalnya dalam sebuah program kesehatan ialah seperti angka kematian bayi, angka kematian ibu, meningkatnya status gizi anak dan sebagainya.

## 2.5 Sistem

### 2.5.1 Pengertian Sistem

Sistem adalah gabungan dari elemen-elemen yang saling dihubungkan oleh suatu proses atau struktur dan berfungsi sebagai satu kesatuan organisasi dalam upaya menghasilkan sesuatu yang telah ditetapkan (Ryans dalam Azwar, 1996).

### 2.5.2 Ciri-Ciri Sistem

Azwar (1996) menyatakan bahwa sesuatu disebut sebagai sistem, apabila ia memiliki beberapa ciri pokok sistem. Ciri-ciri tersebut adalah sebagai berikut:

- a. dalam sistem terdapat bagian atau elemen yang satu sama lain saling berhubungan dan mempengaruhi, yang kesemuanya membentuk satu kesatuan; dalam arti semuanya berfungsi untuk mencapai tujuan yang sama sebagaimana yang telah ditetapkan

- b. fungsi yang diperankan oleh masing-masing bagian atau elemen yang membentuk satu kesatuan tersebut adalah dalam rangka mengubah masukan menjadi keluaran yang direncanakan
- c. dalam melaksanakan fungsi tersebut, semuanya bekerjasama secara bebas tetapi terkait; dalam arti terdapat mekanisme pengendalian yang mengarahkannya agar tetap berfungsi sebagaimana yang telah direncanakan
- d. sekalipun sistem merupakan satu kesatuan yang terpadu, bukan berarti ia tertutup terhadap lingkungan

### 2.5.3 Komponen Sistem

Menurut Azwar (1996) dapat dikatakan bahwa sistem terbentuk dari elemen atau komponen yang saling berhubungan dan saling mempengaruhi. Apabila salah satu bagian atau sub sistem tidak berjalan dengan baik maka akan mempengaruhi bagian yang lain. Secara garis besar, elemen-elemen dalam sistem itu adalah sebagai berikut:

#### a. Masukan

Masukan (*input*) adalah kumpulan bagian atau elemen dasar yang terdapat dalam sistem dan yang diperlukan untuk dapat berfungsinya sistem. Untuk organisasi yang mencari keuntungan, masukan ini terdiri dari 6 M, yaitu manusia (*man*), uang (*money*), sarana (*material*), metoda (*method*), pasar (*market*) serta mesin (*machinary*) sedangkan untuk organisasi yang tidak mencari keuntungan, masukan terdiri dari 4M, yaitu manusia. (*man*), uang (*money*), sarana (*material*) dan metoda (*method*).

#### b. Proses

Proses (*process*) adalah kumpulan bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem dan yang berfungsi untuk mengubah masukan menjadi keluaran yang direncanakan. Dalam praktek sehari-hari, untuk memudahkan pelaksanaannya, biasanya dengan menggunakan fungsi manajemen yang disederhanakan menjadi empat macam saja, yaitu:

- 1) perencanaan (*planning*) yang, termasuk penyusunan anggaran belanja

- 2) pengorganisasian (*organizing*) yang di dalamnya termasuk penyusunan anggaran staf
- 3) pelaksanaan (*implementing*) yang di dalamnya termasuk pengarahan, pengkoordinasian, bimbingan, penggerakan, dan pengawasan
- 4) penilaian (*evaluation*) yang di dalamnya termasuk penyusunan laporan

c. Keluaran

Keluaran (*output*) adalah kumpulan bagian atau elemen yang dihasilkan dari berlangsungnya proses dalam sistem.

d. Umpan Balik

Umpan balik (*feed back*) adalah kumpulan bagian atau elemen yang merupakan keluaran dari sistem dan sekaligus sebagai masukan bagi sistem tersebut

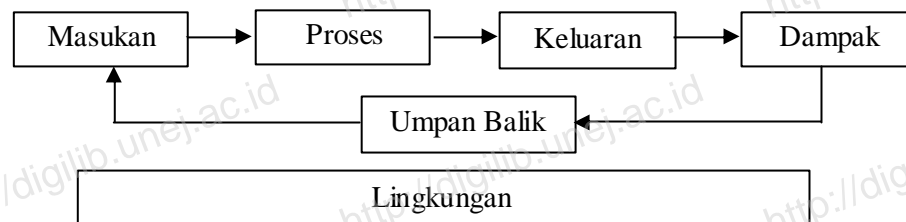
e. Dampak

Dampak (*impact*) adalah akibat yang dihasilkan oleh keluaran suatu sistem dalam jangka waktu yang lebih lama. Untuk pelayanan kesehatan, dampak yang diharapkan adalah makin meningkatnya derajat kesehatan. Peningkatan derajat kesehatan ini hanya akan dapat dicapai apabila kebutuhan (*needs*) dan tuntutan (*demands*) perseorangan, keluarga, kelompok, dan atau masyarakat terhadap kesehatan, pelayanan kedokteran serta lingkungan yang sehat dapat terpenuhi

f. Lingkungan

Lingkungan (*environment*) adalah dunia di luar sistem yang tidak dikelola oleh sistem tetapi mempunyai pengaruh besar terhadap sistem

Keenam komponen sistem ini saling berhubungan dan mempengaruhi yang secara sederhana dapat digambarkan dalam gambar berikut:



Gambar 2.2 Hubungan komponen-komponen sistem

Namun, menurut Muninjaya (2004), generik sebuah sistem adalah masukan, proses, dan keluaran. Umpan balik dan dampak adalah bagian dari keluaran yang terkait dengan lingkungan, Jadi, unsur utama suatu sistem adalah *input*, *process* dan *output*. Umpan balik merupakan bagian dari keluaran yang dapat menjadi masukan bagi sistem sedangkan dampak merupakan hasil dari suatu sistem dalam jangka waktu yang panjang.

#### 2.5.4 Pendekatan Sistem

Dibentuknya suatu sistem pada dasarnya untuk mencapai suatu tujuan tertentu yang telah ditetapkan. Untuk terbentuknya sistem tersebut perlu dirangkai berbagai komponen atau elemen sedemikian rupa sehingga secara keseluruhan membentuk suatu kesatuan dan secara bersama-sama berfungsi untuk mencapai tujuan kesatuan. Apabila prinsip pokok atau cara kerja sistem ini diterapkan pada waktu menyelenggarakan pekerjaan maka prinsip pokok atau cara kerja ini dikenal dengan nama pendekatan sistem (*system approach*), yaitu penerapan suatu prosedur yang logis dan rasional dalam merancang suatu rangkaian komponen-komponen yang berhubungan sehingga dapat berfungsi sebagai satu kesatuan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Komponen-komponen tersebut ialah *input* (SDM, biaya, sarana, dan metode), *process* (fungsi manajemen), dan *output* (hasil yang dimanfaatkan) (Azwar, 1996).

## 2.6 Kinerja

### 2.6.1 Pengertian Kinerja

Kinerja individu adalah dasar kinerja organisasi (Gibson, 1996). Kinerja merupakan hasil kerja yang dicapai oleh seseorang atau kelompok dalam suatu organisasi dalam kurun waktu tertentu, sesuai dengan wewenang dan tanggung jawab masing-masing dalam rangka upaya mencapai tujuan organisasi yang bersangkutan secara legal, tidak melanggar hukum, dan sesuai dengan moral maupun etika (Prawirosentono, 1999). Kinerja pada dasarnya adalah apa yang dilakukan atau

tidak dilakukan karyawan, kinerja karyawan adalah yang mempengaruhi seberapa besar mereka memberi kontribusi kepada organisasi. Perbaikan kinerja, baik untuk individu maupun kelompok, menjadi pusat perhatian dalam upaya meningkatkan kinerja organisasi (Marthis dan Jackson, 2002).

Pengertian kinerja diberi batasan oleh Wibowo (2007) sebagai kesuksesan seseorang di dalam melaksanakan suatu pekerjaan. Lebih tegas Lawyer dan Potor menyatakan bahwa kinerja adalah "*Succesfull role achivemenf*" yang diperoleh seseorang dari perbuatannya. Dari batasan tersebut dapat disimpulkan bahwa kinerja adalah hasil yang dicapai seseorang menurut ukuran yang berlaku untuk pekerjaan yang bersangkutan.

Menurut Mangkunegara (2006b) dapat dikatakan bahwa istilah kinerja berasal dari kata *Job Performance* atau *Actual Performance*. Pengertian kinerja (prestasi kerja) adalah hasil kerja secara kualitas dan kuantitas yang dicapai seorang pegawai dalam melaksanakan tugasnya sesuai dengan tanggung jawab yang diberikan kepadanya.

### 2.6.2 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kinerja

Menurut Ivancevich (2007), kinerja dipandang sebagai fungsi kapasitas untuk berkinerja, kesempatan untuk berkinerja, dan kesediaan untuk berkinerja. Oleh karena itu, secara umum faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja adalah:

#### a. Kapasitas

Tingkat kinerja pekerjaan yang tinggi hanya mungkin dicapai jika seorang karyawan tahu apa yang seharusnya dilakukan dan bagaimana cara melakukannya. Kapasitas (kemampuan) untuk berkinerja berhubungan dengan seberapa baik, pengetahuan, pengalaman individu dalam pekerjaannya (pelatihan), dan keterampilan;

##### 1) Pengetahuan

Menurut Hamalik (2005), pengetahuan adalah informasi yang tersimpan dan terstruktur. Tingkat kinerja hanya mungkin dicapai bila seorang karyawan

mengetahui tugas dan cara mengerjakannya. Di dalam sebuah perusahaan, biasanya seorang karyawan akan diberikan penjelasan/uraian tugas dan tanggung jawab yang berkaitan dengan pekerjaannya. Menurut Moenir (2002), uraian pekerjaan atau tugas menjadi pedoman dan petunjuk bagi semua orang yang terlibat dalam organisasi kerja, baik bagi pimpinan organisasi pada semua tingkat maupun orang per orang sebagai petugas atau pekerja.

Adapun isi uraian tugas atau pekerjaan adalah sebagai berikut:

- a) Pekerjaan atau tugas yang harus dilakukan
- b) Standar hasil pekerjaan
- c) Waktu untuk menyelesaikan pekerjaan atau tugas
- d) Bahan yang dipakai dalam pekerjaan
- e) Alat yang digunakan
- f) Cara melaksanakan pekerjaan atau tugas
- g) Syarat-syarat bagi pelaksana
- h) Kondisi pekerjaan dan lingkungan kerja
- i) Hak-hak bagi pelaksana
- j) Keterangan lain jenis yang perlu diketahui oleh pelaksana

Menurut Sastrohadiwiryo (2005), uraian pekerjaan merupakan pedoman, petunjuk, dan arah tindakan bagi tenaga kerja untuk melaksanakan pekerjaan sesuai dengan tugas dan tanggung jawabnya. Oleh karena itu, dengan adanya uraian pekerjaan, tenaga kerja diharapkan dapat melaksanakan tugas dan tanggung jawabnya secara berdaya guna dan berhasil guna menuju profesionalisme dan produktivitas.

## 2) Pelatihan

Pelatihan merupakan pendidikan dalam arti yang agak sempit, terutama dengan instruksi, tugas khusus, dan disiplin. Pelatihan merupakan suatu proses aplikasi, terutama terhadap peningkatan kecakapan sehingga perlu dipelajari bagaimana caranya melaksanakan tugas dan pekerjaan tertentu. Pelatihan merupakan proses membantu para tenaga kerja untuk memperoleh

efektivitas dalam pekerjaan mereka yang sekarang atau yang akan datang melalui pengembangan kebiasaan tentang pikiran, tindakan, kecakapan, pengetahuan, dan sikap yang layak (Sastrohadiwiryo, 2005).

Pasal 8 ayat 1 Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 32 tahun 1996 tentang tenaga kesehatan menyebutkan bahwa pelatihan di bidang kesehatan diarahkan untuk meningkatkan keterampilan atau penguasaan pengetahuan di bidang teknis kesehatan. Pasal 9 ayat 1 Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 32 tahun 1996 tentang tenaga kesehatan menyebutkan bahwa setiap tenaga kesehatan memiliki kesempatan yang sama untuk mengikuti pelatihan di bidang kesehatan sesuai dengan bidang tugasnya. Menurut pasal 9 ayat 2 dalam Peraturan Pemerintah tersebut, disebutkan bahwa penyelenggara dan atau pimpinan sarana kesehatan bertanggung jawab atas pemberian kesempatan kepada tenaga kesehatan yang ditempatkan dan atau bekerja pada sarana kesehatan yang bersangkutan untuk meningkatkan keterampilan atau pengetahuan melalui pelatihan di bidang kesehatan.

Ada dua tujuan utama program latihan dan pengembangan karyawan. Pertama, latihan dan pengembangan dilakukan untuk menutup 'gap' antara kecakapan atau kemampuan karyawan dengan permintaan jabatan. Kedua, program-program tersebut diharapkan dapat meningkatkan efisiensi dan efektivitas kerja karyawan dalam mencapai sasaran-sasaran kerja yang telah ditetapkan. Lebih lanjut, latihan dan pengembangan membantu mereka dalam menghindarkan diri dan keusangan dan melaksanakan pekerjaan dengan baik. Latihan (*training*) dimaksudkan untuk memperbaiki penguasaan berbagai keterampilan teknik pelaksanaan kerja tertentu, terinci, dan rutin (Handoko, 2001).

### 3) Keterampilan

Keterampilan adalah kemampuan melaksanakan tugas atau pekerjaan dengan menggunakan anggota badan dan peralatan kerja yang tersedia. Jadi,



keterampilan mengarah pada keahlian pegawai dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawabnya serta kemampuan pegawai dalam mengoperasikan peralatan kerja (Moenir, 2002). Keterampilan merupakan kemampuan teknis untuk melaksanakan sesuatu yang menjadi salah satu faktor utama dalam usaha mencapai sukses bagi pencapaian tujuan organisasi. Jadi, dengan adanya peningkatan keterampilan pegawai maka hal tersebut akan mempengaruhi keahlian pegawai dalam melaksanakan tugas (Siagian, 2004).

Menurut Hamalik (2005), aspek keterampilan disusun berdasarkan kategori:

- a) Keterampilan pengetahuan, meliputi pembuatan keputusan, pemecahan masalah dan berpikir logis
- b) Keterampilan psikomotorik adalah keterampilan melakukan tindakan secara fisik
- c) Keterampilan reaktif adalah sikap kebiasaan dan mawas diri
- d) Keterampilan interaktif adalah bertindak dalam interaksi dengan orang lain yang mengandung unsur jasmaniah dan kegiatan berpikir

Menurut Moenir (2002), dengan keterampilan yang memadai maka pelaksanaan tugas atau pekerjaan akan dapat dilakukan dengan baik, cepat, dan memenuhi keinginan semua pihak, baik manajemen itu sendiri maupun masyarakat.

#### b. Kesempatan

Memiliki kesempatan untuk berkinerja juga merupakan faktor yang penting dalam membentuk kinerja. Seorang peneliti perusahaan obat farmasi, yang peralatan laboratoriumnya terus-menerus mengalami kerusakan, jelas tidak akan mampu berkinerja dengan tingkat yang sama seperti seorang peneliti yang tidak menghadapi kesulitan seperti itu. Sama halnya, seorang akuntan yang harus memasukkan jurnal dalam buku besar secara manual tidak akan memiliki kesempatan yang sama untuk berkinerja seperti seseorang yang memiliki akses ke lembar kerja elektronik. Kadang-kadang karyawan mungkin kurang memiliki

kesempatan untuk berkinerja bukan karena peralatan yang buruk atau teknologi yang usang, akan tetapi karena keputusan yang buruk dan sikap yang kuno.

c. Kesiediaan (motivasi)

Kesiediaan untuk berkinerja berhubungan dengan sejauh mana seorang individu ingin ataupun bersedia berusaha untuk mencapai kinerja yang baik di pekerjaan. Dengan kata lain, faktor ini adalah motivasi. Tidak ada kombinasi dari kapasitas dan kesempatan yang akan menghasilkan kinerja tinggi jika tidak ada tingkat motivasi atau keinginan berkinerja.

Motivasi dapat bersumber dari dalam diri seseorang yang sering dikenal dengan istilah motivasi *internal* atau motivasi instrinsik dan dapat pula bersumber dari luar diri seseorang yang dikenal dengan istilah motivasi *eksternal* atau motivasi ekstrinsik (Siagian, 2004);

1) Motivasi instrinsik

Motivasi ini adalah pendorong kerja yang bersumber dari dalam diri pekerja sebagai individu, berupa kesadaran akan pentingnya atau manfaat atau makna pekerjaan yang dilaksanakannya. Dengan kata lain, motivasi ini bersumber dari pekerjaan yang dikerjakan, baik karena mampu memenuhi kebutuhan atau menyenangkan atau memungkinkan mencapai suatu tujuan, maupun karena memberikan harapan tertentu yang positif di masa depan. Misalnya pekerja yang bekerja secara berdedikasi semata-mata karena merasa memperoleh kesempatan untuk mengaktualisasikan atau mewujudkan realisasi dirinya secara maksimal (Nawawi, 2005).

Motivasi instrinsik ini terdiri atas pekerjaan itu sendiri, prestasi, tanggung jawab, pengakuan, dan pengembangan potensi diri;

a) Pekerjaan itu sendiri

Pekerjaan itu sendiri menurut Herzberg merupakan faktor motivasi bagi pegawai untuk berperforma tinggi. Pekerjaan atau tugas yang memberikan perasaan telah mencapai sesuatu, tugas itu cukup menarik,

tugas yang memberikan tantangan bagi pegawai, merupakan faktor motivasi karena keberadaannya sangat menentukan bagi motivasi untuk berperforma tinggi (Samsudin, 2005). Adanya tantangan yang dihadapi, merupakan perangsang kuat bagi manusia untuk mengatasinya. Suatu sasaran yang tidak menantang atau dengan mudah dapat dicapai biasanya tidak mampu menjadi perangsang bahkan cenderung menjadi kegiatan rutin. Tantangan demi tantangan biasanya akan menumbuhkan kegairahan untuk mengatasinya (Sastrohadiwiry, 2005). Menurut Saydam (dalam Samsudin, 2005), suatu pekerjaan akan disenangi oleh seseorang bila pekerjaan itu sesuai dengan kemampuannya, sehingga dia merasa bangga untuk melakukannya.

Siagian (2004) menyatakan bahwa seorang pekerja akan merasa bangga, mempunyai komitmen organisasional yang besar, memiliki motivasi yang tinggi serta kepuasan kerja yang besar jika ia mengetahui bahwa apa yang dilakukannya itu dianggap penting oleh orang lain apalagi kalau orang lain bergantung padanya dalam penyelesaian tugas yang bersangkutan. Setiap manajer tentunya ingin agar setiap pekerja ditempatkan pada tempat yang tepat sesuai dengan pendidikan, pengetahuan, kemampuan dan pengalamannya. Dengan demikian, maka setiap pekerja dapat meraih prestasi kerja yang setinggi mungkin. Hal ini berarti, dengan penempatan staf yang sesuai akan dapat mendorong staf tersebut untuk bekerja dengan sebaik-baiknya.

Dengan demikian, faktor pekerjaan yang dapat mendorong pegawai untuk bekerja dengan sebaik-baiknya adalah arti penting tugas masing-masing pegawai. kesesuaian pekerjaan dengan keahlian atau kemampuan yang dimiliki oleh seorang tenaga kerja dan pekerjaan yang menarik dan penuh tantangan.

#### b) Prestasi

Prestasi kerja adalah hasil kerja yang dicapai oleh seorang tenaga kerja dalam melaksanakan tugas dan pekerjaan yang diberikan kepadanya. Pada umumnya kerja seorang tenaga kerja antara lain dipengaruhi oleh kecakapan, keterampilan, pengalaman dan kesungguhan tenaga kerja yang bersangkutan (Sastrohadiwiryo, 2005). Menurut *Achievement Theory* yang dikemukakan oleh Mc. Clelland, motivasi berprestasi dapat diartikan sebagai suatu dorongan dalam diri seseorang untuk melakukan atau mengerjakan suatu kegiatan atau tugas dengan sebaik-baiknya agar mencapai prestasi dengan predikat terpuji (Mangkunegara, 2006a).

Seseorang yang memiliki keinginan berkinerja sebagai suatu "kebutuhan" atau *needs* dapat mendorongnya mencapai sasaran. Mc. Clelland menjelaskan bahwa tingkat *Needs Of Achievement (n-Ach)* yang telah menjadi naluri kedua (*second nature*), merupakan kunci keberhasilan seseorang. *N-Ach* biasanya juga dikaitkan dengan sikap positif, keberanian mengambil resiko, yang diperhitungkan untuk mencapai sasaran yang telah ditentukan (Sastrohadiwiryo, 2005).

#### c) Tanggung Jawab

Motivasi kerja yang tinggi dapat dilihat dari tanggung jawab karyawan terhadap pekerjaan dan pada perusahaan umumnya. Menurut Matutina (1993), tanggung jawab merupakan faktor motivasi kerja atau kewajiban pegawai untuk melaksanakan tugas sebaik mungkin yang diberikan oleh pimpinan. Tanggung jawab adalah kesanggupan seorang tenaga kerja dalam menyelesaikan tugas dan pekerjaan yang diserahkan kepadanya dengan sebaik-baiknya dan tepat waktu serta berani mengambil resiko atas keputusan yang telah diambilnya atau tindakan yang dilakukannya.

Adanya rasa ikut memiliki (*sense of belonging*) atau *rumongso handarbeni* akan menimbulkan motivasi untuk turut merasa bertanggung

jawab (Sastrohadiwiryono, 2005). Agar tanggung jawab seorang karyawan dapat tumbuh dan berkembang maka perlu penggunaan hubungan kerja antara karyawan dengan pimpinan melalui pemberian tugas-tugas tertentu disertai penghindaran pengawasan yang berlebihan dengan memberikan kesempatan bagi karyawan untuk melaksanakan tugas sepanjang tugas-tugas tersebut memungkinkan dan menerapkan prinsip partisipasi. Jadi, bertanggung jawab tidaknya karyawan dapat dilihat dari sikap dan tindak tanduknya terhadap pekerjaan yang diberikan.

d) Pengakuan

Seperti dikemukakan oleh Maslow bahwa setiap manusia mempunyai kebutuhan *sense of belonging* (rasa ingin dihargai). Pengakuan terhadap prestasi merupakan alat motivasi yang cukup ampuh (Saydam, 1996 dalam Samsudin, 2005). Menurut Siagian (1995) penghargaan itu dapat diwujudkan dalam bentuk:

- (1) Pujian yang dinyatakan dengan kata-kata
- (2) Pujian yang dinyatakan secara tertulis dalam bentuk piagam/sejenisnya
- (3) Percepatan kenaikan gaji
- (4) Percepatan kenaikan pangkat
- (5) Pemberian suatu barang yang bermanfaat bagi yang bersangkutan dalam melaksanakan tugas

Penghargaan, pengakuan atau *recognition* atas suatu kinerja yang telah dicapai seseorang akan merupakan perangsang yang kuat. Pengakuan atas suatu kinerja akan memberikan kepuasan batin yang lebih tinggi daripada penghargaan dalam bentuk materi atau hadiah. Penghargaan atau pengakuan dalam bentuk piagam penghargaan atau medali dapat menjadikan perangsang yang lebih kuat dibandingkan hadiah berupa barang atau bonus berupa uang (Sastrohadiwiryono, 2005).

e) Pengembangan diri

Pengembangan kemampuan seseorang, baik dari pengalaman kerja atau kesempatan untuk maju dapat merupakan perangsang kuat bagi tenaga kerja untuk bekerja lebih giat atau lebih bergairah. Apalagi jika pengembangan perusahaan selalu dikaitkan dengan kinerja atau produktivitas tenaga kerja (Sastrohadiwiryono, 2005).

Pengembangan merupakan salah satu faktor pendorong bagi para pegawai untuk meningkatkan kualitas dan kemampuan kerja. Oleh karena itu, seorang pemimpin atau manajer dapat memulainya dengan melatih pegawainya untuk tugas-tugas yang menuntut tanggung jawab. Bila hal ini terlaksana dengan baik dapat dilanjutkan dengan memberikan pendidikan atau pelatihan bagi para pegawainya (Matutina, 1993). Menurut Samsudin (2005) setiap karyawan menghendaki adanya kemajuan atau perubahan dalam pekerjaannya yang tidak hanya dalam hal jenis pekerjaan yang berbeda atau bervariasi, tetapi juga posisi yang lebih baik. Setiap karyawan menginginkan adanya promosi ke jenjang yang lebih tinggi, mendapatkan peluang untuk meningkatkan pengalamannya dalam bekerja. Peluang bagi pengembangan potensi diri akan menjadi motivasi yang kuat bagi pegawai untuk bekerja lebih baik.

2) Motivasi ekstrinsik

Motivasi ini adalah pendorong kerja yang bersumber dari luar diri pekerja sebagai individu, berupa suatu kondisi yang mengharuskannya melaksanakan pekerjaan secara maksimal. Misalnya berdedikasi tinggi dalam bekerja karena upah atau gaji yang tinggi. Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Herzberg diketahui bahwa apabila para pekerja merasa tidak puas dengan pekerjaannya, ketidakpuasan itu pada umumnya dikaitkan dengan faktor-faktor yang sifatnya ekstrinsik artinya bersumber dari luar diri pekerja yang bersangkutan, seperti kebijakan organisasi, pelaksanaan kebijakan yang

telah ditetapkan, kondisi kerja, hubungan *interpersonal*, supervisi oleh para manajer, dan keamanan (Siagian, 2004).

Motivasi ekstrinsik meliputi:

a) Kondisi kerja

Kondisi pekerjaan dapat berupa kondisi fisik dan non fisik. Kondisi kerja fisik terdiri dari ruangan; kursi meja, sinar, warna dinding dan lain-lain yang menyenangkan, termasuk juga alat transportasi, sarana/peralatan kerja seperti komputer yang baik dan cukup. Kondisi kerja fisik merupakan faktor yang berpengaruh langsung atau tidak langsung terhadap pelaksanaan pekerjaan. Kondisi kerja non fisik berkenaan dengan iklim kerja yang terbentuk berdasarkan hubungan kerja antara atasan dengan bawahan dan bawahan dengan bawahan, yang dirasakan menyenangkan atau tidak menyenangkan. Dalam kondisi kerja yang terus bertambah baik dari keadaan sebelumnya, motivasi kerja akan meningkat dan pekerjaan akan berlangsung secara optimal (Nawawi. 2003).

Kondisi kerja yang baik merupakan hal yang sangat penting bagi efektivitas suatu organisasi karena meskipun pegawai memiliki tingkat keterampilan yang tinggi tidak akan banyak artinya apabila tidak didukung oleh kondisi kerja yang memadai. Misalnya ruangan kerja yang pengab dapat mengakibatkan berbagai hal negatif seperti cepat lelah, sesak nafas yang dapat berakibat fatal bagi pekerja yang bersangkutan dan bagi organisasi (Siagian, 2004).

b) Hubungan antar pribadi

Dalam kehidupan organisasional, seseorang mau tidak mau harus melakukan interaksi dengan orang lain, apakah itu rekan sekerjanya, atasannya dan bagi mereka yang menduduki jabatan manajerial, dengan para bawahannya. Keharusan melakukan interaksi itu timbul karena adanya saling ketergantungan dan keterkaitan antara satu tugas dengan tugas lain.

Keberhasilan pendapat ini semakin disadari karena satuan-satuan kerja yang terdapat dalam suatu organisasi yang melakukan tugas-tugas spesifik dengan jenis spesialisasi yang khas pula hanyalah "*sub sistem*" yang keberhasilan penyelesaiannya sangat ditentukan oleh interaksi antara orang-orang yang terdapat dalam suatu satuan kerja tertentu. Itulah sebabnya interaksi positif antara rekan setingkat yang melakukan kegiatan berbeda dalam satu satuan kerja tertentu merupakan keharusan yang tidak mungkin dielakkan (Siagian, 2004). Selain itu, dukungan atasan pun juga sangat penting. Sudah pasti dukungan yang bisa dan harus diberikan atasan itu beraneka ragam sifat dan bentuknya, misalnya memberikan pujian, memberikan nasehat dan penghargaan serta bersedia menerima saran dan pendapat para bawahan tersebut.

#### c) Supervisi

Supervisi atau pengawasan adalah melakukan pengamatan secara langsung dan berkala oleh atasan terhadap pekerjaan yang dilaksanakan oleh bawahan untuk kemudian apabila ditemukan masalah segera diberikan petunjuk atau bantuan yang bersifat langsung guna mengatasinya (Azwar, 1996). Ada empat hal pokok dalam kegiatan supervisi yaitu;

- (1) menetapkan beberapa masalah dan penyebab masalah
- (2) membuat satu buah prioritas pemecahan masalah
- (3) melaksanakan jalan keluar sesuai dengan yang telah ditetapkan
- (4) menilai hasil yang dicapai untuk tindak lanjut

Tujuan pengawasan ialah meyakinkan apakah usaha-usaha atau kegiatan dalam manajemen itu sudah baik. Pengawasan bukan yang sekali dilakukan setelah itu selesai tetapi secara terus menerus. Pengawasan merupakan bagian yang erat dengari fungsi manajemen. Pelaksanaan pengawasan harus melalui beberapa fase atau tahap untuk mempermudah pelaksanaan dalam



merealisasikan tujuan. Menurut Manullang (2005) fase atau tahap pelaksanaan pengawasan tersebut adalah sebagai berikut:

- (1) menetapkan alat ukur (standar)
- (2) mengadakan penilaian
- (3) mengadakan tindakan perbaikan

Menurut Glueck (dalam Samsudin, 2005), supervisi yang efektif akan membantu peningkatan produktivitas pekerja melalui penyelenggaraan kerja yang baik, pemberian petunjuk-petunjuk yang nyata sesuai standar kerja dan perlengkapan pembekalan yang memadai serta dukungan-dukungan lainnya.

#### d) Keamanan

Keamanan dalam arti luas tidak hanya dalam arti fisik akan tetapi juga keamanan yang bersifat psikologis, termasuk perlakuan adil dalam pekerjaan seseorang (Siagian, 1995). Keamanan dalam arti fisik mencakup keamanan ditempat pekerjaan dan keamanan dari dan ke tempat pekerjaan. Akan tetapi keamanan tidak bisa dilihat dari segi keamanan fisik saja. Segi-segi keamanan yang bersifat psikologis juga mutlak penting mendapat perhatian. Perlakuan yang manusiawi dan adil adalah salah satu contohnya. Keamanan juga menyangkut apa yang bisa disebut *security of tenure*, artinya terdapat jaminan bahwa seseorang tidak akan mengalami pemutusan hubungan kerja selama yang bersangkutan menunjukkan prestasi yang memuaskan dan tidak melakukan berbagai tindakan yang sangat merugikan organisasi.

### 2.6.3 Penilaian Kinerja

Penilaian kinerja adalah penilaian yang dilakukan secara sistematis untuk mengetahui hasil pekerjaan karyawan dan kinerja organisasi (Mangkunegara, 2006b). Menurut Hellriegel dan Slocum (dalam Aditama, 2004), penilaian prestasi kerja

(*performance appraisal*) adalah suatu proses sistematis untuk mengevaluasi kelebihan dan kekurangan setiap karyawan serta menemukan jalan untuk memperbaiki prestasi kerja.

Proses penilaian prestasi ini ditujukan untuk memahami prestasi kerja seseorang, dimana kegiatan ini terdiri dari identifikasi, observasi, pengukuran, dan pengembangan hasil kerja karyawan dalam sebuah organisasi. Tahapan pada proses penilaian meliputi:

a. Identifikasi

Identifikasi merupakan tahap awal dari proses, yang terdiri atas penentuan unsur-unsur yang akan diamati. Kegiatan ini diawali dengan melakukan analisis pekerjaan agar dapat mengenali unsur-unsur yang akan dinilai dan dapat mengembangkan skala penilaian sehingga yang dinilai adalah hal yang benar-benar berkaitan dengan pekerjaan.

b. Observasi

Observasi dilakukan dengan melakukan pengamatan secara seksama dan periodik. Semua unsur yang dinilai harus diamati secara seksama agar dapat dibuat penilaian yang wajar dan tepat. Observasi yang jarang dilakukan dan tidak berkaitan dengan prestasi kerja akan menghasilkan penilaian sesaat dan tidak akurat.

c. Pengukuran

Dalam pengukuran, para penilai akan memberikan penilaian terhadap tingkat prestasi karyawan yang didasarkan pada hasil pengamatan pada tahap observasi.

#### 2.6.4 Indikator Penilaian Kinerja

Indikator penilaian kinerja adalah:

- a. Kuantitas kerja (jumlah pekerjaan yang harus diselesaikan), yaitu pencapaian prestasi kerja yang diukur atas dasar hasil pekerjaan yang dicapai karyawan dalam bekerja. Indikator ini dapat diukur melalui output atau hasil kerja yang dibandingkan dengan standar output yang ditetapkan

perasaan, serta dapat tidaknya diandalkan dalam menyelesaikan pekerjaan sesuai ataupun tanpa instruksi pimpinan.

- b. Kualitas kerja (mutu yang dihasilkan), yaitu pencapaian prestasi kerja yang dapat dilihat pada diri karyawan itu sendiri saat bekerja; yang meliputi akurasi, ketelitian, kerapian dalam melaksanakan tugas pekerjaan yang diberikan, mempergunakan dan memelihara alat-alat kerja, ketrampilan, dan kecakapan dalam bekerja.

#### 2.6.5 Tujuan Penilaian Kinerja

Secara garis besar tujuan utama penilaian prestasi kerja yaitu evaluasi terhadap tujuan (*goal*) organisasi, yang mencakup:

- a. *Feedback* pada pekerjaan untuk mengetahui di mana posisi mereka
- b. Pengembangan data yang valid untuk pembayaran upah atau bonus dan keputusan promosi serta menyediakan media komunikasi untuk keputusan tersebut
- c. Membantu manajemen membuat keputusan pemberhentian sementara atau PHK dengan memberikan "peringatan" kepada pekerja tentang kinerja kerja

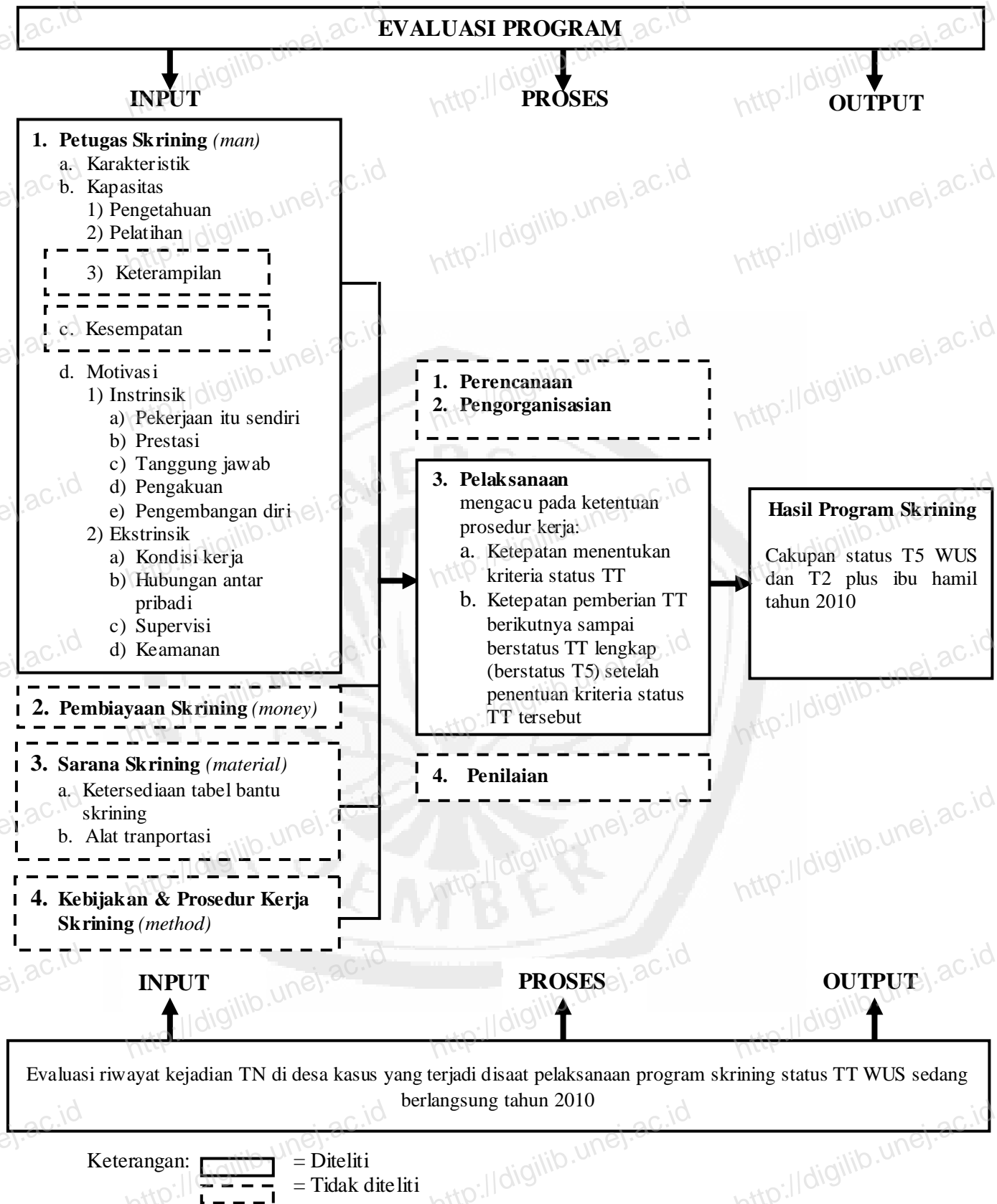
## 2.7 Kerangka Konseptual

Kerangka konseptual dalam penelitian ini dibuat berdasarkan dari beberapa sumber, yaitu Azwar (1996); Wijono (1999); Siagian (2004); dan Ivancevich (2007).

Setiap program adalah sistem yang melibatkan banyak komponen. Oleh karena itu, menurut Azwar (1996), sistem merupakan kumpulan elemen atau komponen yang saling berhubungan dan saling mempengaruhi. Secara umum komponen dalam sistem terdiri atas input, proses, dan output.

SDM sebagai salah satu komponen input merupakan asset utama yang dimiliki oleh setiap organisasi atau perusahaan sehingga perlu dikembangkan agar menghasilkan kinerja yang optimal. Menurut Ivancevich (2007), hasil kerja (kinerja) seseorang dipandang sebagai fungsi kapasitas, kesempatan, dan kesediaan (motivasi) untuk berkinerja sedangkan menurut Siagian (2004), motivasi sebagai salah satu pendorong kerja, dapat bersumber dari dalam diri seseorang (motivasi intrinsik) dan dapat pula bersumber dari luar (motivasi ekstrinsik). Banyak faktor yang mempengaruhi motivasi seseorang, baik motivasi intrinsik maupun motivasi ekstrinsik.

Keberadaan sebuah sistem atau program sudah sewajarnya bila harus dievaluasi agar tercapai tujuannya. Menurut Wijono (1999), evaluasi terhadap suatu program dapat dilakukan selama program sedang berlangsung (evaluasi terhadap komponen input dan proses) dan juga bisa dilakukan setelah kegiatan program selesai dilaksanakan (evaluasi terhadap komponen output).



Gambar 2.3 Kerangka Konseptual

Dari kerangka konseptual penelitian tersebut dapat diketahui bahwa evaluasi dilaksanakan di saat program sedang berjalan (*Formative Evaluation*) dan juga setelah kegiatan program berakhir (*Summative Evaluation*). Dalam kerangka evaluasi pada sebuah sistem; *Formative Evaluation* dilaksanakan pada komponen input dan proses dengan tujuan untuk dapat memberikan umpan balik kepada manajer program tentang hasil-hasil yang dicapai serta hambatan-hambatan yang dihadapi dalam pelaksanaan program sehingga dapat diambil tindakan tertentu dengan segera supaya tujuan dapat dicapai sedangkan *Summative Evaluation* dilaksanakan pada komponen output dengan tujuan untuk dapat melihat keadaan keseluruhan dari hasil pelaksanaan program; baik hambatan, peluang maupun potensi yang ada.

Komponen input terdiri atas petugas skrining (*man*), pembiayaan skrining (*money*), sarana skrining (*material*), serta kebijakan dan prosedur kerja skrining (*method*). Dalam penelitian ini, komponen input yang akan dievaluasi adalah petugas skrining. Evaluasi terhadap petugas dilakukan dengan cara mengamati faktor yang mempengaruhi mereka dalam mencapai kinerja (hasil kerja). Beberapa faktor yang mempengaruhi kinerja petugas ialah kapasitas atau kemampuan (pengetahuan, keterampilan, dan pelatihan), motivasi intrinsik (pekerjaan itu sendiri, prestasi, tanggung jawab, pengakuan, dan pengembangan diri), dan motivasi ekstrinsik (kondisi kerja, hubungan antar pribadi, supervisi, dan keamanan). Komponen proses yang akan dievaluasi ialah pada pelaksanaan skrining dengan mengacu pada ketentuan ketepatan menentukan kriteria status TT dan ketepatan pemberian TT berikutnya sampai berstatus TT lengkap (berstatus T5) setelah penentuan kriteria status TT. Adapun komponen output yang akan dievaluasi ialah berupa cakupan status T5 WUS dan T2 plus ibu hamil tahun 2010. Selain itu, dalam penelitian ini juga akan mengevaluasi riwayat kejadian TN di desa kasus yang terjadi disaat pelaksanaan program skrining status TT WUS sedang berlangsung di Kabupaten Jember tahun 2010.

## **BAB 3. METODE PENELITIAN**

### **3.1 Jenis Penelitian**

Berdasarkan bentuk pelaksanaannya, penelitian ini merupakan penelitian evaluasi, yaitu penelitian untuk menilai suatu program yang sedang atau sudah dilaksanakan (Notoatmojo, 2002) sedangkan dari jenisnya, merupakan jenis penelitian deskriptif dengan menggunakan pendekatan studi kasus (untuk evaluasi program skrining TT WUS). Penelitian deskriptif dengan menggunakan pendekatan studi kasus adalah penelitian yang dilakukan terhadap suatu objek tertentu selama kurun waktu tertentu dengan cukup mendalam dan menyeluruh untuk menemukan hubungan antara faktor-faktor tersebut satu dengan yang lainnya (Umar, 2003).

Di samping itu, penelitian ini juga menggunakan pendekatan kualitatif (untuk evaluasi riwayat kejadian TN), yaitu prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dari orang-orang dan perilaku yang diamati (Moeleong, 2004).

### **3.2 Tempat dan Waktu Penelitian**

#### **3.2.1 Tempat Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan di 5 wilayah kerja puskesmas Kabupaten Jember karena di tempat tersebut pada tahun 2010 merupakan daerah resiko tinggi kejadian *tetanus neonatarum* (TN). Sementara itu, pada tahun yang sama; program skrining status TT WUS juga telah dilaksanakan tetapi masih tetap ditemukan kasus dan kematian akibat TN di tempat tersebut. Lima wilayah kerja puskesmas tersebut ialah Puskesmas Patrang, Mayang, Ledokombo, Sumberjambe dan Karangduren.

#### **3.2.2 Waktu Penelitian**

Penelitian ini mulai dilaksanakan pada bulan Januari - Februari 2011.

### 3.3 Populasi dan Sampel Penelitian

#### 3.3.1 Populasi Penelitian

Populasi adalah himpunan keseluruhan karakteristik dari objek yang diteliti atas keseluruhan objek psikologis yang dibatasi oleh kriteria tertentu (Sedarmayanti, 2002). Populasi dalam penelitian ini terdiri atas seluruh bidan yang bertugas di 5 wilayah kerja puskesmas tersebut (untuk evaluasi program skrining TT WUS) dan seluruh bidan desa kasus, ibu hamil kasus, dan dukun kasus (untuk evaluasi riwayat kejadian TN).

Bidan menjadi populasi dalam penelitian ini karena dia adalah petugas yang bertanggung jawab melaksanakan program skrining sedangkan adanya bidan desa kasus, ibu hamil kasus, dan dukun kasus dijadikan sebagai populasi ialah karena mereka merupakan sumber informasi (informan) terhadap kejadian TN (Dinas Kesehatan Jember, 2010).

#### 3.3.2 Sampel Penelitian

Jumlah sampel untuk evaluasi program skrining ini ialah seluruh bidan yang bertugas di 5 wilayah kerja puskesmas tersebut serta bersedia untuk menjadi responden (*total population*) sedangkan jumlah sampel untuk evaluasi riwayat kejadian TN ialah seluruh bidan desa kasus (responden utama) serta sebagian dari ibu hamil kasus dan dukun bayi kasus (responden pendukung).

Alasan pengambilan seluruh bidan sebagai sampel ialah karena jumlahnya sekitar 50 orang (<100) sehingga lebih baik diambil semua (Arikunto, 1996) sedangkan alasan pengambilan sampel pada seluruh bidan desa kasus (responden utama) serta sebagian dari ibu hamil kasus dan dukun bayi kasus (responden pendukung) ialah karena didasarkan pada sampai didapatkannya informasi yang dibutuhkan. Pengambilan sampel seperti ini disebut *purposive sampling*, yaitu pengambilan sampel karena adanya pertimbangan peneliti yang didasarkan pada pertimbangan dari orang-orang yang berpengalaman (Budiarto, 2001).



### 3.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengumpulan dan Skala Data	Kriteria Penilaian
1.	<b>Kapasitas</b>	Kemampuan petugas terkait dengan pekerjaannya berupa pengetahuan dan pelatihan	Pengisian kuesioner dan test pada badan (no. 1-22) Ordinal	<p>Tingkat kapasitas diukur melalui kuesioner dengan 22 pernyataan dan test simulasi skrining TT WUS tahun 2010. Dengan klasifikasi penilaian:</p> <p>a. untuk “pernyataan dan jawaban yang benar” serta “pernah (untuk pelatihan)” maka diberi skor = 1</p> <p>b. untuk “pernyataan dan jawaban yang salah” serta “belum pernah (untuk pelatihan)” maka diberi skor = 0</p> <p>jadi, skor yang didapat:</p> <p>1) nilai maksimal : <math>1 \times 22 = 22</math></p> <p>2) nilai minimal : <math>0 \times 22 = 0</math></p> <p>Dari range tersebut kemudian dikelompokkan menjadi 3 kategori; tinggi, sedang, dan rendah (banyak kelas)</p> <p>3) panjang kelas interval pada masing-masing kategori, menurut Sudjana (2002) ditentukan berdasar aturan distribusi frekuensi dengan rumus:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- rentang = nilai maks. – nilai min. = <math>22 - 0 = 22</math></li> <li>- banyak kelas = 3</li> <li>- panjang kelas interval:               <math display="block">= \frac{\text{rentang}}{\text{banyak kelas}}</math> <math display="block">= \frac{22}{3}</math> <math display="block">= 7,3</math> </li> </ul> <p>Jadi, pemberian skor tingkat kapasitas ditetapkan dengan klasifikasi:</p> <p>a) Tinggi = 14,6 – 22,0</p> <p>b) Sedang = 7,30 – 14,5</p> <p>c) Rendah = 0,00 – 7,20</p>

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengumpulan dan Skala Data	Kriteria Penilaian
	a. Pengetahuan	<p>Segala sesuatu yang diketahui petugas terkait dengan pekerjaannya, termasuk prosedur kerja yang harus dilakukan, yang terdiri atas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pengetahuan tentang TN dan imunisasi TT</li> <li>2) Pengetahuan tentang skrining TT WUS dan cara melaksanakannya</li> </ol>	<p>Pengisian kuesioner dan test pada bidan (no. 1-21) Ordinal</p>	<p>Tingkat pengetahuan diukur melalui kuesioner dengan 11 pernyataan dan test simulasi skrining TT WUS tahun 2010 dengan 10 pertanyaan (test ini dibuat oleh Dinas Kesehatan Jatim pada tahun 2010). Dengan klasifikasi penilaian: a) untuk “pernyataan dan jawaban yang benar”, maka diberi skor = 1 b) untuk “pernyataan dan jawaban yang salah”, maka diberi skor = 0 (Khusus untuk ketentuan jawaban yang benar pada test simulasi ialah jawaban untuk 2 pertanyaan harus benar semua) Jadi, pemberian skor tingkat pengetahuan ditetapkan dengan klasifikasi: (1) Tinggi = 14 – 21 (2) Sedang = 7 – 13 (3) Rendah = 0 – 6</p>
	b. Pelatihan	<p>Kemampuan yang didapat melalui proses pembelajaran berupa aplikasi (praktek) dari pihak berwenang berkenaan dengan pekerjaan, yang pernah diikuti oleh petugas dan bisa menunjukkan bukti (dapat ditunjukkan oleh petugas sendiri dan atau oleh keterangan atasannya [penanggung jawab program skrining]), yang terdiri atas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pelatihan tentang cara melaksanakan skrining yang pernah diikuti meskipun 1 kali</li> </ol>	<p>Pengisian kuesioner oleh bidan (no. 22) Ordinal</p>	<p>Status pelatihan diukur melalui kuesioner dengan 1 pertanyaan. Dengan klasifikasi penilaian: -bila “pernah” = 1 -bila “tidak pernah” = 0 Jadi, pemberian skor status pelatihan ditetapkan dengan klasifikasi: a) pernah, bila nilainya 1 b) tidak pernah, bila nilainya 0</p>

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengumpulan dan Skala Data	Kriteria Penilaian
2.	<b>Motivasi Instrinsik</b>	Pendorong kerja yang bersumber dari dalam diri petugas berupa kesadaran akan pentingnya pekerjaan yang dimilikinya, baik bagi dirinya maupun bagi orang lain. Motivasi instrinsik ini terdiri atas pekerjaan itu sendiri, prestasi, tanggung jawab, pengakuan, dan pengembangan diri	Pengisian kuesioner oleh bidan (no. 23-39) Ordinal	<p>Tingkat motivasi instrinsik diukur melalui kuesioner dengan 17 pernyataan.</p> <p>Dengan klasifikasi penilaian:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>untuk pernyataan “sangat setuju”, skor = 4</li> <li>untuk pernyataan “setuju”, skor = 3</li> <li>untuk pernyataan “tidak setuju”, skor = 2</li> <li>untuk pernyataan “sangat tidak setuju”, skor = 1</li> </ol> <p>Jadi, skor yang didapat:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>nilai maksimal : <math>4 \times 17 = 68</math></li> <li>nilai minimal : <math>1 \times 17 = 17</math></li> </ol> <p>Dari range 17-68 tersebut kemudian dikelompokkan menjadi 4 kategori; sangat tinggi, tinggi, rendah, dan sangat rendah (banyaknya kelas)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>panjang kelas interval pada masing-masing kategori, menurut Sudjana (2002) ditentukan berdasar aturan distribusi frekuensi dengan rumus: <ul style="list-style-type: none"> <li>- rentang = nilai maks. – nilai min. = <math>68 - 17 = 51</math></li> <li>- banyaknya kelas = 4</li> <li>- panjang kelas interval: <math display="block">= \frac{\text{rentang}}{\text{banyak kelas}}</math> <math display="block">= 51/4</math> <math display="block">= 12,75 \text{ dibulatkan menjadi } 13</math> </li> </ul> </li> </ol> <p>Jadi, pemberian skor tingkat motivasi instrinsik ditetapkan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Sangat tinggi = 56 – 68</li> <li>Tinggi = 43 – 55</li> <li>Rendah = 30 – 42</li> <li>Sangat rendah = 17 – 29</li> </ol>

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengumpulan dan Skala Data	Kriteria Penilaian
	a. Pekerjaan itu sendiri	<p>Dorongan dari dalam diri petugas berupa kondisi pekerjaan yang dapat menimbulkan daya tarik baginya untuk melaksanakan pekerjaannya, yang terdiri atas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kepuasan dalam melaksanakan skrining</li> <li>2) Tantangan dalam melaksanakan skrining</li> <li>3) Perasaan adanya arti penting terhadap program skrining bagi masyarakat</li> <li>4) Kesesuaian tugas skrining dengan kemampuan atau keahliannya</li> </ol>	<p>Pengisian kuesioner oleh bidan (no. 23-26) Ordinal</p>	<p>Tingkat motivasi karena pekerjaan itu sendiri diukur melalui kuesioner dengan 4 pernyataan. Dengan klasifikasi penilaian:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) untuk pernyataan “sangat setuju”, diberi skor = 4</li> <li>b) untuk pernyataan “setuju”, diberi skor = 3</li> <li>c) untuk pernyataan “tidak setuju”, diberi skor = 2</li> <li>d) untuk pernyataan “sangat tidak setuju”, diberi skor = 1</li> </ol> <p>Jadi, pemberian skor tingkat motivasi karena pekerjaan itu sendiri ditetapkan dengan klasifikasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) Sangat tinggi = 13 – 16</li> <li>(2) Tinggi = 10 – 12</li> <li>(3) Rendah = 7 – 9</li> <li>(4) Sangat rendah = 4 – 6</li> </ol>
	b. Prestasi	<p>Dorongan dari dalam diri petugas berupa keinginan untuk menjadi yang terbaik dalam melaksanakan pekerjaannya, yang terdiri atas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kesungguhan petugas</li> <li>2) Keterampilan petugas</li> <li>3) Pengalaman petugas, dan</li> <li>4) Kemauan untuk bersaing dalam melaksanakan skrining</li> </ol>	<p>Pengisian kuesioner oleh bidan (no. 27-31) Ordinal</p>	<p>Tingkat motivasi untuk berprestasi diukur melalui kuesioner dengan 5 pernyataan. Dengan klasifikasi penilaian:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) untuk pernyataan “sangat setuju”, diberi skor = 4</li> <li>b) untuk pernyataan “setuju”, diberi skor = 3</li> <li>c) untuk pernyataan “tidak setuju”, diberi skor = 2</li> <li>d) untuk pernyataan “sangat tidak setuju”, diberi skor = 1</li> </ol> <p>Jadi, pemberian skor tingkat motivasi untuk berprestasi ditetapkan dengan klasifikasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) Sangat tinggi = 17 – 20</li> <li>(2) Tinggi = 13 – 16</li> <li>(3) Rendah = 9 – 12</li> <li>(4) Sangat rendah = 5 – 8</li> </ol>

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengumpulan dan Skala Data	Kriteria Penilaian
	c. Tanggung jawab	<p>Dorongan dari dalam diri petugas berupa kesadaran atas tugas dan kewajiban yang diberikan untuk melaksanakan pekerjaannya, yang terdiri atas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Penyelesaikan skrining dengan baik dan benar</li> <li>2) Penyelesaikan skrining dengan tepat waktu</li> <li>3) Keberanian mengambil resiko atas tindakan yang dilakukan</li> </ol>	<p>Pengisian kuesioner oleh bidan (no. 32-34) Ordinal</p>	<p>Tingkat motivasi karena tanggung jawab diukur melalui kuesioner dengan 3 pernyataan. Dengan klasifikasi penilaian:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) untuk pernyataan “sangat setuju”, diberi skor = 4</li> <li>b) untuk pernyataan “setuju”, diberi skor = 3</li> <li>c) untuk pernyataan “tidak setuju”, diberi skor = 2</li> <li>d) untuk pernyataan “sangat tidak setuju”, diberi skor = 1</li> </ol> <p>Jadi, pemberian skor tingkat motivasi karena tanggung jawab ditetapkan dengan klasifikasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) Sangat tinggi = 9 – 12</li> <li>(2) Tinggi = 7 – 8</li> <li>(3) Rendah = 5 – 6</li> <li>(4) Sangat rendah = 3 – 4</li> </ol>
	d. Pengakuan	<p>Dorongan dari dalam diri petugas berupa keinginan akan penghargaan (berupa pujian atau barang) dari atasan yang diberikan padanya atas hasil kerja yang dilakukan, yang terdiri atas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Bentuk penghargaan yang diberikan atas hasil pekerjaan yang dilakukan</li> </ol>	<p>Pengisian kuesioner oleh bidan (no. 35-38) Ordinal</p>	<p>Tingkat motivasi untuk mendapat pengakuan diukur melalui kuesioner dengan 4 pernyataan. Dengan klasifikasi penilaian:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) untuk pernyataan “sangat setuju”, diberi skor = 4</li> <li>b) untuk pernyataan “setuju”, skor = 3</li> <li>c) untuk pernyataan “tidak setuju”, diberi skor = 2</li> <li>d) untuk pernyataan “sangat tidak setuju”, skor = 1</li> </ol> <p>Jadi, pemberian skor tingkat motivasi untuk mendapat pengakuan ditetapkan dengan klasifikasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) Sangat tinggi = 13 – 16</li> <li>(2) Tinggi = 10 – 12</li> <li>(3) Rendah = 7 – 9</li> <li>(4) Sangat rendah = 4 – 6</li> </ol>

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengumpulan dan Skala Data	Kriteria Penilaian
	e. Pengembangan diri	Dorongan dari dalam diri petugas berupa keinginan akan kesempatan untuk mengembangkan kemampuannya dalam melaksanakan pekerjaannya, yang terdiri atas: 1) Kesempatan untuk mengikuti pendidikan dan pelatihan	Pengisian kuesioner oleh bidan (no. 39) Ordinal	Tingkat motivasi karena pengembangan diri diukur melalui kuesioner dengan 1 pernyataan. Dengan klasifikasi penilaian: a) untuk pernyataan “sangat setuju”, diberi skor = 4 b) untuk pernyataan “setuju”, diberi skor = 3 c) untuk pernyataan “tidak setuju”, diberi skor = 2 d) untuk pernyataan “sangat tidak setuju”, diberi skor = 1  Jadi, pemberian skor tingkat motivasi karena pengembangan diri ditetapkan dengan klasifikasi: (1) Sangat tinggi = 4 (2) Tinggi = 3 (3) Rendah = 2 (4) Sangat rendah = 1
3.	<b>Motivasi Ekstrinsik</b>	Pendorong kerja yang bersumber dari luar diri petugas, berupa suatu kondisi yang dapat mendorongnya untuk melaksanakan pekerjaannya secara maksimal. Motivasi eksternal ini terdiri atas kondisi kerja, hubungan antar pribadi, supervisi, dan keamanan	Pengisian kuesioner oleh bidan (no. 40-50) Ordinal	Tingkat motivasi ekstrinsik diukur melalui kuesioner dengan 11 pernyataan. Dengan klasifikasi penilaian: a. untuk pernyataan “sangat setuju”, diberi skor = 4 b. untuk pernyataan “setuju”, diberi skor = 3 c. untuk pernyataan “tidak setuju”, diberi skor = 2 d. untuk pernyataan “sangat tidak setuju”, diberi skor = 1 jadi, skor yang didapat: 1) nilai maksimal : $4 \times 11 = 44$ 2) nilai minimal : $1 \times 11 = 11$ Dari range 11 - 44 tersebut kemudian dikelompokkan menjadi 4 kategori, sangat tinggi, tinggi, rendah, dan sangat rendah (banyaknya kelas) 3) panjang kelas interval pada masing-masing kategori, menurut Sudjana (2002) ditentukan berdasar aturan distribusi frekuensi dengan rumus:

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengumpulan dan Skala Data	Kriteria Penilaian
				<ul style="list-style-type: none"> <li>- rentang : nilai maks.– nilai min = <math>44 - 11 = 33</math></li> <li>- banyaknya kelas = 4</li> <li>- panjang kelas interval:  <math display="block">= \frac{\text{rentang}}{\text{banyak kelas}}</math> <math display="block">= \frac{33}{4}</math> <math display="block">= 8,25 \text{ dibulatkan menjadi } 8</math> </li> </ul> <p>Jadi, pemberian skor tingkat motivasi ekstrinsik ditetapkan dengan klasifikasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Sangat tinggi = 35 – 44</li> <li>b) Tinggi = 27 – 34</li> <li>c) Rendah = 19 – 26</li> <li>d) Sangat rendah = 11 – 18</li> </ul>
	a. Kondisi kerja	<p>Dorongan dari luar diri petugas berupa suasana kerja yang dapat mendorongnya untuk melaksanakan pekerjaannya dengan sebaik-baiknya, yang terdiri atas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kenyamanan di tempat kerja (kondisinya bersih dan ventilasi serta penerangan cukup )</li> <li>2) Fasilitas kerja memadai</li> </ol>	<p>Pengisian kuesioner oleh bidan (no. 40-43)</p> <p>Ordinal</p>	<p>Tingkat motivasi karena kondisi kerja diukur melalui kuesioner dengan 4 pernyataan.</p> <p>Dengan klasifikasi penilaian:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) untuk pernyataan “sangat setuju”, diberi skor = 4</li> <li>b) untuk pernyataan “setuju”, skor = 3</li> <li>c) untuk pernyataan “tidak setuju”, diberi skor = 2</li> <li>d) untuk pernyataan “sangat tidak setuju”, skor = 1</li> </ul> <p>Jadi, pemberian skor tingkat motivasi karena kondisi kerja ditetapkan dengan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) Sangat tinggi = 13 – 16</li> <li>(2) Tinggi = 10 – 12</li> <li>(3) Rendah = 7 – 9</li> <li>(4) Sangat rendah = 4 – 6</li> </ul>

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengumpulan dan Skala Data	Kriteria Penilaian
	b. Hubungan antar pribadi	<p>Dorongan dari luar diri petugas berupa interaksinya di tempat kerja, baik dengan rekan kerja, pimpinan, maupun dengan masyarakat di lingkungan kerjanya yang dapat mendorongnya untuk melaksanakan pekerjaannya dengan sebaik-baiknya, yang terdiri atas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Hubungan baik dengan rekan kerja (bisa saling membantu)</li> <li>2) Hubungan baik dengan pimpinan (komunikatif)</li> <li>3) Hubungan baik dengan masyarakat (diterima dan didukung oleh masyarakat)</li> </ol>	<p>Pengisian kuesioner oleh bidan (no. 44-46) Ordinal</p>	<p>Tingkat motivasi karena hubungan antar pribadi diukur melalui kuesioner dengan 3 pernyataan. Dengan klasifikasi penilaian:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) untuk pernyataan “sangat setuju”, diberi skor = 4</li> <li>b) untuk pernyataan “setuju”, diberi skor = 3</li> <li>c) untuk pernyataan “tidak setuju”, diberi skor = 2</li> <li>d) untuk pernyataan “sangat tidak setuju”, diberi skor = 1</li> </ol> <p>Jadi, pemberian skor tingkat motivasi karena hubungan antar pribadi ditetapkan dengan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) Sangat tinggi = 9 – 12</li> <li>(2) Tinggi = 7 – 8</li> <li>(3) Rendah = 5 – 6</li> <li>(4) Sangat rendah = 3 – 4</li> </ol>
	c. Supervisi	<p>Dorongan dari luar diri petugas berupa pengawasan yang dilakukan oleh pimpinan atas pekerjaannya yang dapat mendorongnya untuk melaksanakannya dengan sebaik-baiknya, yang terdiri atas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Penilaian pimpinan terhadap hasil kerja petugas</li> <li>2) Petunjuk pimpinan (koreksi dan arahan) kepada petugas dalam melaksanakan pekerjaan</li> </ol>	<p>Pengisian kuesioner oleh bidan (no. 47-48) Ordinal</p>	<p>Tingkat motivasi karena supervisi diukur melalui kuesioner dengan 2 pernyataan. Dengan klasifikasi penilaian:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) untuk pernyataan “sangat setuju”, diberi skor = 4</li> <li>b) untuk pernyataan “setuju”, diberi skor = 3</li> <li>c) untuk pernyataan “tidak setuju”, diberi skor = 2</li> <li>d) untuk pernyataan “sangat tidak setuju”, diberi skor = 1</li> </ol> <p>Jadi, pemberian skor tingkat motivasi karena supervisi ditetapkan dengan klasifikasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) Sangat tinggi = 8</li> <li>(2) Tinggi = 6 – 7</li> <li>(3) Rendah = 4 – 5</li> <li>(4) Sangat rendah = 2 – 3</li> </ol>



No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengumpulan dan Skala Data	Kriteria Penilaian
	d. Keamanan	Dorongan dari luar petugas berupa perasaan tenang dan aman di tempat kerja yang dapat mendorongnya untuk melaksanakan pekerjaannya dengan sebaik-baiknya, yang terdiri atas: 1) Perasaan aman selama berada di tempat kerja 2) Jaminan untuk tidak di PHK selama bisa menunjukkan prestasi yang memuaskan	Pengisian kuesioner oleh bidan (no. 49-50) Ordinal	Tingkat motivasi karena keamanan diukur melalui kuesioner dengan 2 pernyataan. Dengan klasifikasi penilaian: a) untuk pernyataan “sangat setuju”, diberi skor = 4 b) untuk pernyataan “setuju”, diberi skor = 3 c) untuk pernyataan “tidak setuju”, diberi skor = 2 d) untuk pernyataan “sangat tidak setuju”, diberi skor = 1  Jadi, pemberian skor tingkat motivasi karena keamanan ditetapkan dengan klasifikasi: (1) Sangat tinggi = 8 (2) Tinggi = 6 – 7 (3) Rendah = 4 – 5 (4) Sangat rendah = 2 – 3
4.	<b>Pelaksanaan Program Skrining</b>	Petugas melaksanakan 2 prosedur kerja dalam menjalankan pekerjaannya;	Dokumentasi (data hasil skrining tahun 2010)	Pelaksanaan dikategorikan menjadi: 1. <u>Sesuai program</u> = bila petugas melaksanakan 2 prosedur kerja dalam menjalankan pekerjaannya 2. <u>Belum sesuai program</u> = bila petugas belum melaksanakan 2 prosedur kerja dalam menjalankan pekerjaannya Prosedur kerja terdiri atas 2 hal, yaitu: a. Ketepatan menentukan kriteria status TT b. Ketepatan pemberian TT berikutnya
	a. Ketepatan menentukan kriteria status TT	Petugas benar dalam menentukan status TT pada saat awal skrining dilakukan	Dokumentasi (data hasil skrining tahun 2010)	Petugas bisa dikatakan “benar” dalam menentukan status TT pada saat awal skrining dilakukan, bila petugas memenuhi 3 (semua) point di bawah ini: a) mengikuti ketentuan berikut: (1) bila WUS mengatakan “belum sama sekali atau lupa”, maka berarti dianggap belum sama sekali (berstatus T0)

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengumpulan dan Skala Data	Kriteria Penilaian
				<p>(2) bila WUS mengatakan “1 kali”, maka berarti telah satu kali imunisasi TT (berstatus T1)</p> <p>(3) bila WUS mengatakan “<math>\geq 2</math> kali”, maka berarti status TT-nya “sama” sebagaimana jumlah imunisasi TT yang pernah didapat (T2-T5)</p> <p>(4) khusus bumil, petugas harus bisa memastikan bahwa dia “aman”( dalam masa perlindungan imunisasi TT) sampai melahirkan</p> <p>b) bisa memutuskan “benar dan tidaknya” pernyataan WUS (responden petugas) terkait “interval pemberian antar TT”</p> <p>c) bisa memutuskan “benar dan tidaknya” pernyataan WUS (responden petugas) terkait “tahun suatu program imunisasi tetanus dilaksanakan”</p>
	b. Ketepatan pemberian TT berikutnya sampai berstatus T lengkap ( T5) setelah penentuan kriteria status TT tersebut	Petugas benar dalam memberikan TT berikutnya sesuai interval yang direkomendasikan (sampai T5) setelah penentuan status TT pada saat awal skrining dilakukan	Dokumentasi (data hasil skrining tahun 2010)	Petugas bisa dikatakan “benar” dalam memberikan TT berikutnya (sampai T5), bila petugas memberikan TT berikutnya sesuai interval yang direkomendasikan
5.	<b>Hasil Program Skrining</b>	Cakupan status T5 WUS dan T2 plus ibu hamil tahun 2010	Dokumentasi (data hasil skrining tahun 2010)	Penentuan cakupan status TT didasarkan pada jumlah total WUS yang ada di wilayah kerja suatu puskesmas, yaitu perbandingan antara jumlah WUS yang mendapatkan imunisasi TT dengan jumlah total WUS yang seharusnya mendapatkan imunisasi, untuk kemudian dikelompokkan berdasarkan status TT nya

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengumpulan dan Skala Data	Kriteria Penilaian
6.	<b>Riwayat Kejadian TN</b>	Kasus TN yang terjadi di desa pada saat pelaksanaan program skrining status TT WUS sedang berlangsung pada tahun 2010	Wawancara mendalam ( <i>in depth interview</i> ) pada semua bidan kasus (responden utama), sebagian dari bumil kasus dan dukun kasus (responden pendukung)	<p>Untuk mempermudah evaluasi kejadian TN ini maka hasil wawancara mendalam dibuat satuan-satuan kajian sebagai berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sebagian besar : jika terdapat &gt; 2 wilayah kerja puskesmas</li> <li>- Sebagian kecil : jika terdapat ≤ 2 wilayah kerja puskesmas</li> <li>- Seluruhnya : jika terdapat = 5 wilayah kerja puskesmas</li> </ul> <p>meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Riwayat ibu hamil kasus selama masa kehamilan (sebelum melahirkan)</li> <li>2. Riwayat saat menjelang kelahiran sampai bayi dinyatakan positif TN</li> <li>3. Riwayat setelah bayi dinyatakan positif TN</li> <li>4. Informasi terkait dukun penolong persalinan</li> <li>5. Informasi terkait ibu hamil kasus, dan</li> <li>6. Upaya yang pernah dilakukan dalam menekan angka persalinan oleh dukun</li> </ol>

### 3.5 Data dan Sumber Data

#### 3.5.1 Data Primer

Data primer merupakan data yang didapat dari sumber pertama, baik dari individu seperti hasil wawancara maupun dari hasil pengisian kuesioner yang dilakukan oleh peneliti (Sugiarto, 2003). Data primer diperoleh melalui pengisian kuesioner dan test simulasi skrining TT WUS dari responden, yaitu bidan desa (untuk evaluasi program skrining TT WUS) serta wawancara mendalam dari bidan desa kasus, ibu hamil kasus, dan dukun kasus (untuk evaluasi riwayat kejadian TN).

#### 3.5.2 Data Sekunder

Data sekunder adalah data primer yang diperoleh dari pihak lain atau data primer yang telah diolah atau disajikan. Data sekunder digunakan untuk memberikan gambaran tambahan, pelengkap ataupun diproses lebih lanjut (Sugiarto, 2003). Data sekunder dalam penelitian ini ialah data hasil program skrining TT WUS tahun 2010.

### 3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data

#### 3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data dilakukan melalui pengisian kuesioner, test, dan studi dokumentasi (untuk evaluasi program skrining TT WUS) serta wawancara mendalam (untuk evaluasi riwayat kejadian TN). Test dilakukan untuk mengumpulkan data yang sifatnya mengevaluasi hasil proses atau untuk mendapatkan kondisi awal sebelum proses (*pre test* dan *post tes*) (Umar, 2003). Adapun studi dokumentasi ialah pengumpulan data yang dilakukan terhadap informasi yang didokumentasikan dalam rekaman; baik berupa gambar, suara, tulisan, maupun dalam bentuk lainnya (Arikunto, 2000). Wawancara mendalam dilakukan kepada responden utama (bidan desa kasus) dan melakukan proses *triangulasi* berupa *in depth interview* pada informan pendukung, yaitu ibu hamil kasus dan dukun bayi kasus. Hal ini dilakukan untuk memperkuat dan melengkapi data yang dibutuhkan oleh peneliti, sehingga analisis yang diperoleh lebih dalam (Moeleong, 2004).

### 3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data

Dalam penelitian ini instrumen yang digunakan ialah kuesioner (untuk evaluasi program skrining TT WUS) dan panduan wawancara mendalam (untuk evaluasi riwayat kejadian TN). Menurut Notoatmodjo (2005a) dapat dikatakan bahwa kuesioner adalah daftar pertanyaan yang sudah tersusun dengan baik dan sudah matang, yaitu responden dan *interviewer* tinggal memberikan jawaban atau dengan memberikan tanda-tanda tertentu.

## 3.7 Teknik Penyajian dan Analisis Data

### 3.7.1 Teknik Penyajian Data

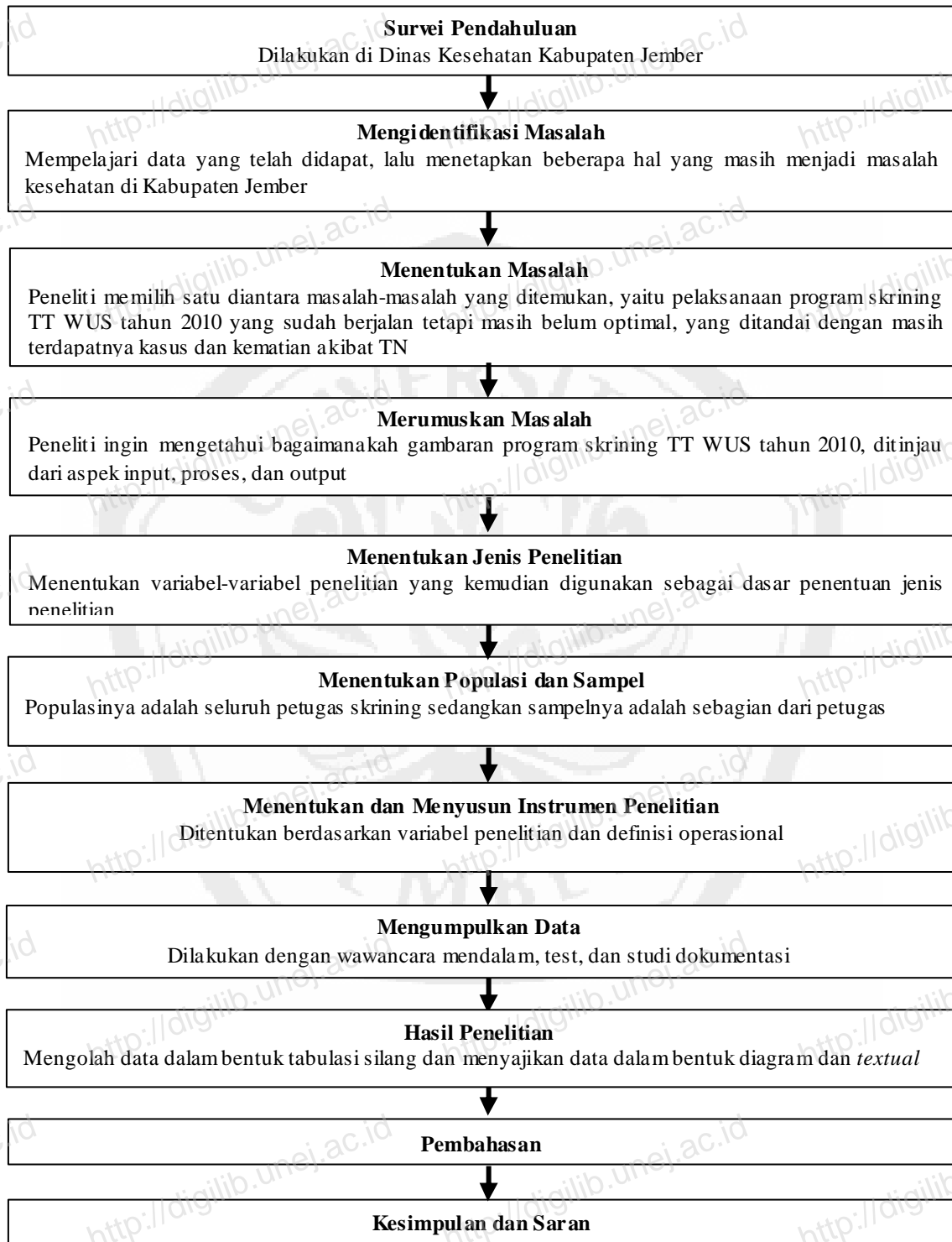
Data yang telah terkumpul kemudian disajikan dalam bentuk tabel dan *textular*. Penyajian data dalam bentuk tabel dimaksudkan agar orang mudah memperoleh gambaran rinci tentang hasil penelitian yang telah dilakukan sedangkan penyajian dalam bentuk *textular* ialah penyajian data dalam bentuk tulisan (narasi) yang dimaksudkan untuk melengkapi penyajian data dalam bentuk tabel (Budiarto, 2001).

### 3.7.2 Analisis Data

Analisis data ialah proses penyederhanaan data kedalam bentuk yang lebih mudah dipahami untuk interpretasi. Dalam penelitian ini, analisis dilakukan dengan menggunakan analisis deskriptif, baik secara kuantitatif maupun kualitatif. Analisis deskriptif secara kuantitatif (uji statistik deskriptif) dilakukan dengan cara membuat frekuensi, persentase, dan analisis silang dengan menggunakan tabulasi silang (*crosstab*) sedangkan secara kualitatif dilakukan dengan menggunakan metode *thematic content analysis* (analisis isi berdasarkan tema), yaitu metode yang berusaha mengidentifikasi, menganalisa dan melaporkan pola-pola yang ada berdasarkan data yang terkumpul (Moeleong, 2004). Data kualitatif ini didapat dengan cara menggali informasi secara mendalam (*in depth interview*) dari subjek yang diteliti.

Analisis deskriptif tidak bertujuan menguji hipotesis untuk ditarik kesimpulan yang bisa digeneralisasikan terhadap populasi (Purwanto dan Sulistyastuti, 2007).

### 3.8 Alur Penelitian



Gambar 3.1 Alur Penelitian

## BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN

### 4.1 Gambaran umum tempat penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di 5 wilayah kerja puskesmas Kabupaten Jember karena di tempat tersebut pada tahun 2010 merupakan daerah resiko tinggi kejadian *tetanus neonatarum* (TN). Sementara itu, pada tahun yang sama; program skrining status TT WUS juga telah dilaksanakan tetapi masih tetap ditemukan kasus dan kematian akibat TN di tempat tersebut. Lima wilayah kerja puskesmas tersebut ialah Puskesmas Patrang, Mayang, Ledokombo, Sumberjambe dan Karangduren.

Adapun secara umum, gambaran kelima tempat penelitian tersebut pada tahun 2010 dapat tersaji dalam tabel 4.1 berikut ini.

Tabel 4.1 Data umum di lima kecamatan Kab. Jember tahun 2010

No	Kecamatan	Jumlah Penduduk	Jumlah Bidan Desa	Jumlah WUS	Jumlah Bumil
1	Patrang	94.344	11	27.497	1.662
2	Mayang	49.536	10	13.720	829
3	Ledokombo	64.785	10	17.756	1.073
4	Sumberjambe	62.959	11	17.061	1.031
5	Karangduren	78.073	5	10.325	624

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Jember (2011)

### 4.2 Gambaran umum program skrining status TT WUS

Program skrining status TT WUS adalah kegiatan pemantauan yang dilaksanakan secara berkala dan teratur terhadap jumlah cakupan imunisasi TT, yang kemudian mengelompokkannya berdasarkan status TT nya dan sekaligus juga melakukan pemantauan terhadap jumlah ibu hamil didalam mendapatkan pertolongan persalinan karena pada dasarnya skrining dilakukan ialah untuk mendukung pelaksanaan program MNTE (*Maternal and Neonatal Tetanus Elimination*), yaitu

upaya untuk eliminasi tetanus pada neonatal dan WUS, termasuk ibu hamil (Departemen Kesehatan, 1993).

Program skrining TT WUS merupakan tindak lanjut (*follow up*) dari adanya permasalahan masih rendahnya cakupan imunisasi TT bagi WUS. Pada tahun 2001, pemerintah mulai menerapkan strategi baru dalam pelaksanaan program imunisasi TT bagi WUS, yaitu dengan melaksanakan program skrining cakupan imunisasi TT dan mencukupkan imunisasi TT sebanyak 5-6 kali saja bagi seorang wanita dalam seumur hidupnya untuk mendapatkan status T5 karena menurut rekomendasi WHO, bahwa cukup dengan perolehan status T5 saja maka akan cukup memberikan kekebalan seumur hidup bagi seseorang terhadap tetanus dengan syarat jadwal dan dosis pemberian imunisasinya sesuai dengan yang telah direkomendasikan (Dinas Kesehatan Jember, 2010).

#### 4.3 Karakteristik Responden

Karakteristik responden dalam penelitian ini meliputi umur, tingkat pendidikan, lama bertugas, dan status kepegawaian.

##### a. Umur responden

Umur responden dalam penelitian ini dikelompokkan menjadi umur 20-29 tahun dan umur 30 tahun ke atas. Berikut distribusi responden berdasarkan kelompok umur, secara ringkas dapat tersaji dalam tabel 4.2.

Tabel 4.2 Distribusi responden berdasarkan kelompok umur

Kelompok Umur	Puskesmas										TOTAL	
	Patrang		Mayang		L.kombo		S.jambe		K.duren		N	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
20-29 tahun	3	27	4	50	6	60	7	64	4	44	24	49
≥ 30 tahun	8	73	4	50	4	40	4	36	5	56	25	51
<b>Jumlah</b>	11	100	8	100	10	100	11	100	9	100	49	100

Sumber: Data Primer Terolah (2011)

Berdasarkan tabel 4.2 di atas dapat diketahui bahwa sebagian besar responden dalam penelitian ini ialah berumur 30 tahun ke atas (51%).



b. Tingkat pendidikan responden

Tingkat pendidikan responden dalam penelitian ini dikelompokkan menjadi D1 Kebidanan, D3 Kebidanan, dan P2B. Berikut distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan yang secara ringkas dapat tersaji dalam tabel 4.3.

Tabel 4.3 Distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan

Tingkat Pendidikan	Puskesmas										TOTAL	
	Patrang		Mayang		L.kombo		S.jambe		K.duren		N	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
D1	1	9	1	12,5	1	10	0	0	0	0	3	6
D3	10	91	7	87,5	9	90	11	100	8	89	45	92
P2B	0	0	0	0	0	0	0	0	1	11	1	2
<b>Jumlah</b>	11	100	8	100	10	100	11	100	9	100	49	100

Sumber: Data Primer Terolah (2011)

Berdasarkan tabel 4.3 di atas dapat diketahui bahwa sebagian besar responden dalam penelitian ini ialah berpendidikan dengan tingkat D3 Kebidanan (92%).

c. Lama bertugas responden

Lama bertugas responden dalam penelitian ini yang dimaksudkan adalah selama bertugas menjadi bidan, yang dikelompokkan menjadi kurang dari 10 tahun dan 10 tahun ke atas. Berikut distribusi responden berdasarkan lama bertugas yang secara ringkas dapat tersaji dalam tabel 4.4.

Tabel 4.4 Distribusi responden berdasarkan lama bertugas

Lama Bertugas	Puskesmas										TOTAL	
	Patrang		Mayang		L.kombo		S.jambe		K.duren		N	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
< 10 tahun	6	56	5	62,5	7	70	9	82	5	56	32	65
≥ 10 tahun	5	44	3	37,5	3	30	2	18	4	44	17	35
<b>Jumlah</b>	11	100	8	100	10	100	11	100	9	100	49	100

Sumber: Data Primer Terolah (2011)

Berdasarkan tabel 4.4 di atas dapat diketahui bahwa sebagian besar responden dalam penelitian ini ialah bertugas selama menjadi bidan dengan jangka waktu kurang dari 10 tahun (65%).

d. Status kepegawaian responden

Status kepegawaian responden dalam penelitian ini dikelompokkan menjadi PNS, PTT, Honorer dan magang. Berikut distribusi responden berdasarkan status kepegawaian yang secara ringkas dapat tersaji dalam tabel 4.5.

Tabel 4.5 Distribusi responden berdasarkan status kepegawaian

Status Kepegawaian	Puskesmas										TOTAL	
	Patrang		Mayang		L.kombo		S.jambe		K.duren		N	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
PNS	5	44	3	37,5	3	30	4	36	5	56	20	41
PTT	6	56	5	62,5	5	50	4	36	2	22	22	45
Honorer dan magang	0	0	0	0	2	20	3	28	2	22	7	14
<b>Jumlah</b>	11	100	8	100	10	100	11	100	9	100	49	100

Sumber: Data Primer Terolah (2011)

Berdasarkan tabel 4.5 di atas dapat diketahui bahwa sebagian besar responden dalam penelitian ini ialah berstatus PTT (45%).

#### 4.4 Kapasitas petugas puskesmas dalam pelaksanaan program skrining status TT WUS di Jember tahun 2010

Penilaian kapasitas dalam penelitian ini meliputi pengetahuan dan pelatihan.

a. Pengetahuan petugas

Penilaian pengetahuan responden ini meliputi pengetahuan tentang TN, imunisasi TT, dan cara melaksanakan skrining status TT WUS. Berikut distribusi responden berdasarkan pengetahuan yang secara ringkas dapat tersaji dalam tabel 4.6. Adapun distribusi responden berdasarkan pengetahuan yang lebih terinci dapat dilihat pada lampiran 8.

Tabel 4.6 Distribusi responden berdasarkan pengetahuan

Pengetahuan	Puskesmas										TOTAL	
	Patrang		Mayang		L.kombo		S.jambe		K.duren		N	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Tinggi	1	9	1	12,5	7	70	9	82	2	22	20	41
Sedang	10	91	7	87,5	3	30	2	18	7	78	29	59
Rendah	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Jumlah</b>	11	100	8	100	10	100	11	100	9	100	49	100

Sumber: Data Primer Terolah (2011)

Berdasarkan tabel 4.6 di atas dapat diketahui bahwa sebagian besar responden dalam penelitian ini memiliki pengetahuan dengan tingkat yang sedang (59%).

Pengetahuan yang dinilai meliputi test pengetahuan umum (penyakit TN dan imunisasi TT) dan test praktik melaksanakan skrining. Dari seluruh soal test pengetahuan umum; terdapat pertanyaan yang beberapa responden masih belum bisa menjawabnya dengan benar, yaitu pengetahuan terkait penularan TN, jumlah pemberian imunisasi TT bagi seorang wanita dalam seumur hidupnya, interval pemberian imunisasi TT serta kebijakan terbaru untuk standar pelayanan minimal pada *antenatal care* sedangkan dari seluruh soal test praktik skrining; terdapat sebagian besar responden yang juga masih belum bisa menjawab semua pertanyaan dengan benar, termasuk oleh para responden (petugas skrining) yang telah mendapatkan pelatihan langsung dari Dinas Kesehatan Jember. Oleh karena itu, meskipun secara umum responden memiliki pengetahuan dengan tingkat sedang, tetapi pengetahuan mereka tentang cara melaksanakan skrining masih sangat kurang. Hal ini perlu diperhatikan karena pengetahuan tentang cara melaksanakan skrining merupakan syarat pokok yang harus dikuasai oleh seorang petugas dalam melaksanakan program skrining. Sebagaimana menurut Ivancevich (2007) bahwa kinerja petugas hanya bisa mungkin dicapai bila seorang petugas mengetahui apa yang seharusnya dilakukan dan bagaimana cara melakukannya.

b. Pelatihan petugas

Pelatihan petugas (responden) dalam penelitian ini dikategorikan menjadi pernah dan tidak pernah, yaitu pernah dan tidaknya seorang responden dalam memperoleh pelatihan tentang praktik melaksanakan skrining status TT WUS. Berikut distribusi responden berdasarkan pelatihan yang secara ringkas dapat tersaji dalam tabel 4.7. Adapun distribusi responden berdasarkan pelatihan yang lebih terinci dapat dilihat pada lampiran 9.

Tabel 4.7 Distribusi responden berdasarkan pelatihan

Pelatihan	Puskesmas										TOTAL	
	Patrang		Mayang		L.kombo		S.jambe		K.duren		N	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Pernah	11	100	8	100	10	100	11	100	9	100	49	100
Tidak pernah	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Jumlah</b>	11	100	8	100	10	100	11	100	9	100	49	100

Sumber: Data Primer Terolah (2011)

Berdasarkan tabel 4.7 di atas dapat diketahui bahwa seluruh responden dalam penelitian ini pernah mengikuti pelatihan melaksanakan skrining TT WUS (100%).

Pelatihan merupakan suatu proses aplikasi yang diberikan untuk membantu para tenaga kerja dalam memperoleh efektivitas kerja, baik dalam masa sekarang maupun dalam masa yang akan datang (Sastrohadiwiryono, 2005). Pelatihan tentang tata cara melaksanakan skrining sudah pernah diikuti oleh semua responden (100%); baik pelatihan itu didapat secara resmi, seperti dari mini lokakarya di puskesmas dan dari pelatihan di Dinas Kesehatan maupun didapat secara tidak resmi, seperti dari bertanya langsung secara pribadi kepada koordinator KIA (kesehatan ibu dan anak), rekan kerja yang pernah mendapatkan pelatihan secara langsung dari Dinas Kesehatan, ataupun sesama rekan kerja lainnya yang tidak pernah mendapatkan pelatihan secara langsung dari Dinas Kesehatan Jember.

Namun demikian, karena pelatihan yang didapat oleh sebagian besar bidan (responden) tidak secara langsung dari Dinas Kesehatan Jember maka hasilnya masih kurang memuaskan, yaitu mereka masih belum mengetahui tata cara

pelaksanaan skrining dengan benar. Hal ini terjadi karena yang memberikan pelatihan di puskesmas adalah petugas yang sebelumnya telah mendapatkan pelatihan dari Dinas Kesehatan, tetapi petugas itu sendiri ternyata juga masih belum bisa mempraktikkan tata cara pelaksanaan skrining tersebut dengan benar. Buktinya hasil test skrining dari petugas (responden) yang mendapat pelatihan langsung di Dinas Kesehatan, yang telah diberikan dalam penelitian ini juga masih kurang memuaskan.

Dari Dinas Kesehatan Jember memang memerintahkan pada seluruh puskesmas untuk mendelegasikan (menugaskan) sebagian saja dari petugasnya dalam rangka untuk pemberian pelatihan skrining status TT WUS, kemudian petugas tersebut diberikan tugas untuk mensosialisasikannya kepada rekan kerjanya di puskesmas masing-masing (Dinas Kesehatan Jember, 2011). Pelatihan bagi petugas perlu diberikan agar mereka dapat melaksanakan pekerjaannya dengan baik dan benar. Sebagaimana menurut Handoko (2001) bahwa pelatihan dimaksudkan untuk memperbaiki penguasaan berbagai keterampilan teknik pelaksanaan kerja tertentu.

#### c. Kapasitas petugas

Penilaian terhadap kapasitas responden ini didasarkan pada kemampuan yang dimiliki, yaitu meliputi pengetahuan dan pelatihan yang pernah diikuti. Berikut distribusi responden berdasarkan kapasitas yang secara ringkas dapat tersaji dalam tabel 4.8. Adapun distribusi responden berdasarkan kapasitas yang lebih terinci dapat dilihat pada lampiran 10.

Tabel 4.8 Distribusi responden berdasarkan kapasitas

Kapasitas	Puskesmas										TOTAL	
	Patrang		Mayang		L.kombo		S.jambe		K.duren		N	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Tinggi	1	9	1	12,5	7	70	9	82	2	22	20	41
Sedang	10	91	7	87,5	3	30	2	18	7	78	29	59
Rendah	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Jumlah</b>	11	100	8	100	10	100	11	100	9	100	49	100

Sumber: Data Primer Terolah (2011)

Berdasarkan tabel 4.8 di atas dapat diketahui bahwa sebagian besar responden dalam penelitian ini memiliki kapasitas dengan tingkat yang sedang (59%).

Sebagaimana telah di sebutkan di atas bahwa secara umum petugas memiliki pengetahuan dengan tingkat sedang, serta pernah mengikuti pelatihan sehingga menjadikan kapasitas petugas juga dengan tingkat sedang.

Namun demikian, meskipun kapasitas (kemampuan) mereka dengan tingkat sedang, tetapi kemampuan mereka dalam melaksanakan skrining masih sangat kurang. Hal ini perlu di perhatikan karena kemampuan untuk melaksanakan skrining adalah syarat pokok yang harus dimiliki oleh seorang petugas skrining. Oleh karena itu, kapasitas (kemampuan) perlu dimiliki oleh setiap petugas agar dapat melaksanakan tugasnya dengan baik. Menurut Ivancevich (2007) bahwa kapasitas adalah kemampuan pekerja untuk berkinerja yang berhubungan dengan seberapa baik pengetahuan dan pengalamannya dalam bekerja sehingga seorang pekerja mengetahui apa yang seharusnya dilakukan dan bagaimana cara melakukannya.

#### **4.5 Motivasi intrinsik petugas puskesmas dalam pelaksanaan program skrining status TT WUS di Jember tahun 2010**

Motivasi intrinsik ini meliputi pekerjaan itu sendiri, prestasi, tanggung jawab, pengakuan, dan pengembangan diri.

##### **a. Motivasi intrinsik petugas karena pekerjaan itu sendiri**

Penilaian terhadap motivasi intrinsik petugas (responden) karena pekerjaan itu sendiri didasarkan pada kondisi pekerjaan yang dapat menimbulkan daya tarik bagi petugas untuk melaksanakan pekerjaannya.

Berikut distribusi responden berdasarkan motivasi intrinsik karena pekerjaan itu sendiri yang secara ringkas dapat tersaji dalam tabel 4.9. Adapun distribusi responden berdasarkan motivasi intrinsik karena pekerjaan itu sendiri yang lebih terinci dapat dilihat pada lampiran 11.

Tabel 4.9 Distribusi responden berdasarkan motivasi instrinsik karena pekerjaan itu sendiri

Pekerjaan itu Sendiri	Puskesmas										TOTAL	
	Patrang		Mayang		L.kombo		S.jambe		K.duren		N	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Sangat Tinggi	5	45	3	38	5	50	6	55	6	67	25	51
Tinggi	6	55	5	62	5	50	5	45	3	33	24	49
Rendah	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sangat Rendah	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Jumlah</b>	11	100	8	100	10	100	11	100	9	100	49	100

Sumber: Data Primer Terolah (2011)

Berdasarkan tabel 4.9 di atas dapat diketahui bahwa sebagian besar responden dalam penelitian ini memiliki motivasi instrinsik karena pekerjaan itu sendiri dengan tingkat yang sangat tinggi (51%).

Pekerjaan itu sendiri menurut Herzberg merupakan faktor motivasi bagi pegawai untuk berperforma tinggi. Pekerjaan yang memberikan perasaan telah mencapai sesuatu, cukup menarik, dan memberikan tantangan bagi pegawai merupakan faktor motivasi karena keberadaannya sangat menentukan bagi motivasi untuk berperforma tinggi (Samsudin, 2005).

Motivasi instrinsik karena pekerjaan itu sendiri yang telah dimiliki petugas skrining dengan tingkat yang sangat tinggi ini perlu dipertahankan karena motivasi ini bisa mempengaruhi kinerja petugas. Sebagaimana hasil penelitian dari Ginting (2009) yang mengatakan bahwa pekerjaan itu sendiri merupakan variabel motivasi intrinsik yang secara signifikan berpengaruh terhadap kinerja petugas.

b. Motivasi instrinsik petugas untuk berprestasi

Penilaian terhadap motivasi instrinsik petugas (responden) untuk berprestasi didasarkan pada keinginan untuk menjadi yang terbaik dalam melaksanakan pekerjaannya.

Berikut distribusi responden berdasarkan motivasi instrinsik untuk berprestasi yang secara ringkas dapat tersaji dalam tabel 4.10. Adapun distribusi responden

berdasarkan motivasi instrinsik untuk berprestasi yang lebih terinci dapat dilihat pada lampiran 11.

Tabel 4.10 Distribusi responden berdasarkan motivasi instrinsik untuk berprestasi

Prestasi	Puskesmas										TOTAL	
	Patrang		Mayang		L.kombo		S.jambe		K.duren			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Sangat Tinggi	5	45	1	12,5	4	40	1	9	3	33	14	29
Tinggi	6	55	7	87,5	6	60	10	91	6	67	35	71
Rendah	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sangat Rendah	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Jumlah</b>	11	100	8	100	10	100	11	100	9	100	49	100

Sumber: Data Primer Terolah (2011)

Berdasarkan tabel 4.10 di atas dapat diketahui bahwa sebagian besar responden dalam penelitian ini memiliki motivasi instrinsik untuk berprestasi dengan tingkat yang tinggi (71%).

Motivasi berprestasi dapat diartikan sebagai suatu dorongan dalam diri seseorang untuk melakukan atau mengerjakan suatu kegiatan atau tugas dengan sebaik-baiknya agar mencapai prestasi dengan predikat yang terpuji (Mangkunegara, 2006a).

Motivasi instrinsik untuk berprestasi yang telah dimiliki petugas skrining dengan tingkat yang tinggi ini perlu dipertahankan karena motivasi ini bisa menjadikan seorang petugas bekerja dengan sebaik-baiknya. Sebagaimana hasil penelitian dari Siregar (2009) yang menyebutkan bahwa keinginan untuk berprestasi merupakan variabel motivasi intrinsik yang paling berpengaruh dalam menciptakan kinerja seorang petugas.

#### c. Motivasi instrinsik petugas karena tanggung jawab

Penilaian terhadap motivasi instrinsik petugas (responden) karena tanggung jawab didasarkan pada kesadaran atas tugas dan tanggung jawab yang diberikan untuk melaksanakan pekerjaannya.



Berikut distribusi responden berdasarkan motivasi instrinsik karena tanggung jawab yang secara ringkas dapat tersaji dalam tabel 4.11. Adapun distribusi responden berdasarkan motivasi instrinsik karena tanggung jawab yang lebih terinci dapat dilihat pada lampiran 11.

Tabel 4.11 Distribusi responden berdasarkan motivasi instrinsik karena tanggung jawab

Tanggung Jawab	Puskesmas										TOTAL	
	Patrang		Mayang		L.kombo		S.jambe		K.duren		N	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Sangat Tinggi	11	100	4	50	10	100	11	100	8	89	44	90
Tinggi	-	-	4	50	-	-	-	-	1	11	5	10
Rendah	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sangat Rendah	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Jumlah</b>	11	100	8	100	10	100	11	100	9	100	49	100

Sumber: Data Primer Terolah (2011)

Berdasarkan tabel 4.11 di atas dapat diketahui bahwa sebagian besar responden dalam penelitian ini memiliki motivasi instrinsik karena tanggung jawab dengan tingkat yang sangat tinggi (90%).

Menurut Matutina (1993), tanggung jawab merupakan faktor motivasi kerja atau kewajiban pegawai untuk melaksanakan tugas sebaik mungkin yang diberikan oleh pimpinan. Tanggung jawab adalah kesanggupan seorang tenaga kerja dalam menyelesaikan tugas dan pekerjaan yang diserahkan kepadanya dengan sebaik-baiknya dan tepat waktu serta berani mengambil resiko atas keputusan yang telah diambilnya atau tindakan yang dilakukannya.

Motivasi instrinsik karena tanggung jawab yang telah dimiliki petugas skrining dengan tingkat yang tinggi ini perlu dipertahankan karena motivasi ini bisa mempengaruhi kinerja petugas. Sebagaimana hasil penelitian dari Ginting (2009) yang mengatakan bahwa tanggung jawab merupakan variabel motivasi intrinsik yang secara signifikan berpengaruh terhadap kinerja petugas.

d. Motivasi instrinsik petugas untuk mendapatkan pengakuan

Penilaian terhadap motivasi instrinsik petugas (responden) untuk mendapatkan pengakuan didasarkan pada keinginan akan penghargaan (berupa pujian atau barang) dari atasan yang diberikan padanya atas hasil kerja yang dilakukan.

Berikut distribusi responden berdasarkan motivasi instrinsik untuk mendapatkan pengakuan yang secara ringkas dapat tersaji dalam tabel 4.12. Adapun distribusi responden berdasarkan motivasi instrinsik untuk mendapatkan pengakuan yang lebih terinci dapat dilihat pada lampiran 11.

Tabel 4.12 Distribusi responden berdasarkan motivasi instrinsik untuk mendapatkan pengakuan

Pengakuan	Puskesmas										TOTAL	
	Patrang		Mayang		L.kombo		S.jambe		K.duren		N	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Sangat Tinggi	-	-	1	13	-	-	1	9	2	23	4	6
Tinggi	8	73	3	37	3	30	3	27	3	33	20	41
Rendah	3	27	3	37	6	60	7	64	4	44	23	47
Sangat Rendah	-	-	1	13	1	10	-	-	-	-	2	6
<b>Jumlah</b>	11	100	8	100	10	100	11	100	9	100	49	100

Sumber: Data Primer Terolah (2011)

Berdasarkan tabel 4.12 di atas dapat diketahui bahwa sebagian besar responden dalam penelitian ini memiliki motivasi instrinsik untuk mendapatkan pengakuan dengan tingkat yang rendah (47%).

Penghargaan, pengakuan atau *recognition* atas suatu kinerja yang telah dicapai seseorang akan merupakan perangsang yang kuat (Sastrohadiwiryono, 2005). Menurut Siagian (1995) penghargaan itu dapat diwujudkan dalam bentuk pujian yang dinyatakan dengan kata-kata atau tertulis, pemberian piagam, percepatan kenaikan gaji, percepatan kenaikan pangkat, dan pemberian suatu barang yang bermanfaat bagi yang bersangkutan dalam melaksanakan tugasnya.

Motivasi instrinsik untuk mendapatkan pengakuan yang masih dimiliki petugas skrining dengan tingkat yang rendah ini perlu ditingkatkan karena bila tidak

ditingkatkan, dikhawatirkan akan menjadikan seorang petugas bekerja dengan apa adanya tanpa mempedulikan kualitas kerjanya. Oleh karena itu, motivasi ini perlu ditingkatkan agar petugas giat dan puas dalam melaksanakan tugas-tugasnya. Sebagaimana menurut hasil penelitian dari Gatot dan Adisasmito (2005) yang menyebutkan bahwa penghargaan (pengakuan) merupakan faktor dominan yang menyebabkan kepuasan kerja bagi petugas.

e. Motivasi instrinsik petugas karena pengembangan diri

Penilaian terhadap motivasi instrinsik petugas (responden) karena pengembangan diri didasarkan pada keinginan akan kesempatan untuk mengembangkan kemampuannya dalam melaksanakan pekerjaannya.

Berikut distribusi responden berdasarkan motivasi instrinsik karena pengembangan diri yang secara ringkas dapat tersaji dalam tabel 4.13. Adapun distribusi responden berdasarkan motivasi instrinsik karena pengembangan diri yang lebih terinci dapat dilihat pada lampiran 11.

Tabel 4.13 Distribusi responden berdasarkan motivasi instrinsik karena pengembangan diri

Pengembangan Diri	Puskesmas										TOTAL	
	Patrang		Mayang		L.kombo		S.jambe		K.duren		N	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Sangat Tinggi	8	73	2	25	1	10	3	27	2	23	16	33
Tinggi	3	27	6	75	9	90	8	73	7	77	33	67
Rendah	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sangat Rendah	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Jumlah</b>	11	100	8	100	10	100	11	100	9	100	49	100

Sumber: Data Primer Terolah (2011)

Berdasarkan tabel 4.13 di atas dapat diketahui bahwa sebagian besar responden dalam penelitian ini memiliki motivasi instrinsik karena pengembangan diri dengan tingkat yang tinggi (67%).

Pengembangan kemampuan seseorang, baik dari pengalaman kerja maupun kesempatan untuk maju dapat merupakan perangsang kuat bagi tenaga kerja untuk bekerja lebih giat dan bergairah (Sastrohadwiryo, 2005).

Motivasi instrinsik karena pengembangan diri yang telah dimiliki petugas skrining dengan tingkat yang tinggi ini perlu dipertahankan karena pengembangan merupakan salah satu faktor pendorong bagi para pegawai untuk meningkatkan kualitas dan kemampuan kerja. Oleh karena itu, seorang pemimpin atau manajer dapat memulainya dengan melatih pegawainya untuk tugas-tugas yang menuntut tanggung jawab. Bila hal ini terlaksana dengan baik dapat dilanjutkan dengan memberikan pendidikan atau pelatihan bagi para pegawainya (Matutina, 1993). Menurut Samsudin (2005) setiap karyawan menghendaki adanya kemajuan atau perubahan dalam pekerjaannya yang tidak hanya dalam hal jenis pekerjaan yang berbeda atau bervariasi, tetapi juga posisi yang lebih baik. Setiap karyawan menginginkan adanya promosi ke jenjang yang lebih tinggi, mendapatkan peluang untuk meningkatkan pengalamannya dalam bekerja. Peluang bagi pengembangan potensi diri akan menjadi motivasi yang kuat bagi pegawai untuk bekerja lebih baik.

f. Motivasi instrinsik total petugas

Penilaian terhadap motivasi instrinsik total ini didasarkan pada tingkat motivasi karena pekerjaan itu sendiri, prestasi, tanggung jawab, pengakuan, dan pengembangan diri.

Distribusi responden berdasarkan motivasi instrinsik total yang secara ringkas dapat tersaji dalam tabel 4.14. Adapun distribusi responden berdasarkan motivasi instrinsik total yang lebih terinci dapat dilihat pada lampiran 11.

Tabel 4.14 Distribusi responden berdasarkan motivasi intrinsik total

Motivasi Intrinsik Total	Puskesmas										TOTAL	
	Patrang		Mayang		L.kombo		S.jambe		K.duren		N	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Sangat Tinggi	4	36	1	12,5	3	30	1	9	4	44	13	27
Tinggi	7	64	6	75	7	70	10	91	5	56	35	71
Rendah	-	-	1	12,5	-	-	-	-	-	-	1	2
Sangat Rendah	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Jumlah</b>	11	100	8	100	10	100	11	100	9	100	49	100

Sumber: Data Primer Terolah (2011)

Berdasarkan tabel 4.14 di atas dapat diketahui bahwa sebagian besar responden dalam penelitian ini memiliki motivasi intrinsik total dengan tingkat yang tinggi (71%).

Motivasi intrinsik adalah pendorong kerja yang bersumber dari dalam diri pekerja sebagai individu, berupa kesadaran akan pentingnya atau manfaat atau makna pekerjaan yang dilaksanakannya. Dengan kata lain, motivasi ini bersumber dari pekerjaan yang dikerjakan, baik karena mampu memenuhi kebutuhan atau menyenangkan atau memungkinkan mencapai suatu tujuan, maupun karena memberikan harapan tertentu yang positif di masa depan (Nawawi, 2005).

Motivasi intrinsik total yang telah dimiliki petugas skrining dengan tingkat yang tinggi ini harus dipertahankan agar petugas selalu menyukai pekerjaannya serta bisa bekerja dengan penuh rasa tanggung jawab sehingga hasil kerja (kinerja) yang diharapkan bisa tercapai. Hal ini telah sesuai dengan beberapa hasil penelitian yang telah disebutkan di atas.

#### 4.6 Motivasi ekstrinsik petugas puskesmas dalam pelaksanaan program skrining status TT WUS di Jember tahun 2010

Motivasi ekstrinsik ini meliputi kondisi kerja, hubungan antar pribadi, supervisi, dan keamanan.

a. Motivasi ekstrinsik petugas karena kondisi kerja

Penilaian terhadap motivasi ekstrinsik petugas (responden) karena kondisi kerja didasarkan pada suasana kerja yang dapat mendorongnya untuk melaksanakan pekerjaannya dengan sebaik-baiknya.

Berikut distribusi responden berdasarkan motivasi ekstrinsik karena kondisi kerja yang secara ringkas dapat tersaji dalam tabel 4.15. Adapun distribusi responden berdasarkan motivasi ekstrinsik karena kondisi kerja yang lebih terinci dapat dilihat pada lampiran 12.

Tabel 4.15 Distribusi responden berdasarkan motivasi ekstrinsik karena kondisi kerja

Kondisi Kerja	Puskesmas										TOTAL	
	Patrang		Mayang		L.kombo		S.jambe		K.duren		N	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Sangat Tinggi	8	73	3	38	4	40	2	18	-	-	17	35
Tinggi	3	27	5	62	6	60	9	82	9	100	32	65
Rendah	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sangat Rendah	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Jumlah</b>	11	100	8	100	10	100	11	100	9	100	49	100

Sumber: Data Primer Terolah (2011)

Berdasarkan tabel 4.15 di atas dapat diketahui bahwa sebagian besar responden dalam penelitian ini memiliki motivasi ekstrinsik karena kondisi kerja dengan tingkat yang tinggi (65%).

Kondisi kerja dapat berupa kondisi fisik dan non fisik. Kondisi kerja fisik terdiri dari ruangan; kursi meja, sinar, warna dinding dan lain-lain yang menyenangkan, termasuk juga alat transportasi, sarana (peralatan) kerja seperti komputer yang baik dan cukup. Kondisi kerja fisik merupakan faktor yang berpengaruh langsung atau tidak langsung terhadap pelaksanaan pekerjaan. Kondisi kerja non fisik berkenaan dengan iklim kerja yang terbentuk berdasarkan hubungan kerja antara atasan dengan bawahan dan bawahan dengan bawahan, yang dirasakan menyenangkan atau tidak menyenangkan, Dalam

kondisi kerja yang terus bertambah baik dari keadaan sebelumnya, motivasi kerja akan meningkat dan pekerjaan akan berlangsung secara optimal (Nawawi, 2003).

Motivasi ekstrinsik karena kondisi kerja yang telah dimiliki petugas skrining dengan tingkat yang tinggi ini harus dijaga karena motivasi ini sangat penting bagi efektivitas suatu organisasi (Siagian, 2004). Berdasarkan hasil penelitian dari Lubis (2009) disebutkan bahwa kondisi kerja merupakan variabel motivasi ekstrinsik yang berpengaruh terhadap kinerja petugas.

b. Motivasi ekstrinsik petugas karena hubungan antar pribadi

Penilaian terhadap motivasi ekstrinsik petugas (responden) karena hubungan antar pribadi didasarkan pada interaksinya di tempat kerja, baik dengan rekan kerja, pimpinan, maupun dengan masyarakat di lingkungan kerjanya yang dapat mendorongnya untuk melaksanakan pekerjaannya dengan sebaik-baiknya.

Berikut distribusi responden berdasarkan motivasi ekstrinsik karena hubungan antar pribadi yang secara ringkas dapat tersaji dalam tabel 4.16. Adapun distribusi responden berdasarkan motivasi ekstrinsik karena hubungan antar pribadi yang lebih terinci dapat dilihat pada lampiran 12.

Tabel 4.16 Distribusi responden berdasarkan motivasi ekstrinsik karena hubungan antar pribadi

Hubungan Antar Pribadi	Puskesmas										TOTAL	
	Patrang		Mayang		L.kombo		S.jambe		K.duren		N	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Sangat Tinggi	11	100	8	100	10	100	11	100	9	100	49	100
Tinggi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rendah	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sangat Rendah	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Jumlah</b>	11	100	8	100	10	100	11	100	9	100	49	100

Sumber: Data Primer Terolah (2011)

Berdasarkan tabel 4.16 di atas dapat diketahui bahwa seluruh responden dalam penelitian ini memiliki motivasi ekstrinsik karena hubungan antar pribadi dengan tingkat yang sangat tinggi.

Dalam kehidupan organisasional, seseorang mau tidak mau harus melakukan interaksi dengan orang lain, baik dengan rekan sekerjanya maupun dengan atasannya. Satuan-satuan kerja yang terdapat dalam suatu organisasi yang melakukan tugas-tugas spesifik dengan jenis spesialisasi yang khas pula hanyalah "*sub sistem*" yang keberhasilan penyelesaiannya sangat ditentukan oleh interaksi antara orang-orang yang terdapat dalam suatu satuan kerja tertentu. Itulah sebabnya interaksi positif antara rekan setingkat yang melakukan kegiatan berbeda dalam satu satuan kerja tertentu merupakan keharusan yang tidak mungkin dielakkan. Selain itu, dukungan atasan pun juga sangat penting. Sudah pasti dukungan yang bisa dan harus diberikan atasan itu beraneka ragam sifat dan bentuknya, misalnya memberikan pujian, memberikan nasehat dan penghargaan serta bersedia menerima saran dan pendapat para bawahan tersebut (Siagian, 2004).

Motivasi ekstrinsik karena hubungan antar pribadi yang telah dimiliki petugas skrining dengan tingkat yang sangat tinggi ini harus benar-benar dipertahankan karena motivasi ini bisa mempengaruhi kinerja seorang petugas. Sebagaimana hasil penelitian dari Haryani dan Sanusi (2006) yang menyebutkan bahwa hubungan antar pribadi merupakan salah satu variabel yang mempunyai hubungan signifikan dengan hasil kerja yang dicapai oleh petugas.

c. Motivasi ekstrinsik petugas karena adanya supervisi

Penilaian terhadap motivasi ekstrinsik petugas (responden) karena adanya supervisi didasarkan pada pengawasan yang dilakukan oleh pimpinan atas pekerjaannya yang dapat mendorongnya untuk melaksanakannya dengan sebaik-baiknya.

Berikut distribusi responden berdasarkan motivasi ekstrinsik karena adanya supervisi yang secara ringkas dapat tersaji dalam tabel 4.17. Adapun distribusi responden berdasarkan motivasi ekstrinsik karena adanya supervisi yang lebih terinci dapat dilihat pada lampiran 12.



Tabel 4.17 Distribusi responden berdasarkan motivasi ekstrinsik karena adanya supervisi

Supervisi	Puskesmas										TOTAL	
	Patrang		Mayang		L.kombo		S.jambe		K.duren		N	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Sangat Tinggi	8	73	-	-	1	10	4	36	3	33	16	33
Tinggi	3	27	6	75	9	90	7	64	6	67	31	63
Rendah	-	-	2	25	-	-	-	-	-	-	2	4
Sangat Rendah	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Jumlah</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>9</b>	<b>100</b>	<b>49</b>	<b>100</b>

Sumber: Data Primer Terolah (2011)

Berdasarkan tabel 4.17 di atas dapat diketahui bahwa sebagian besar responden dalam penelitian ini memiliki motivasi ekstrinsik karena adanya supervisi dengan tingkat yang tinggi (63%).

Supervisi atau pengawasan adalah melakukan pengamatan secara langsung dan berkala oleh atasan terhadap pekerjaan yang dilaksanakan oleh bawahan untuk kemudian apabila ditemukan masalah segera diberikan petunjuk atau bantuan yang bersifat langsung guna mengatasinya (Azwar, 1996). Motivasi ekstrinsik karena adanya supervisi yang telah dimiliki petugas skrining dengan tingkat yang tinggi ini perlu dipertahankan karena motivasi ini bisa mempengaruhi petugas untuk bekerja lebih serius apalagi bila supervisi ini dilakukan secara efektif. Sebagaimana menurut Syamsudin (2005) disebutkan bahwa supervisi yang efektif akan membantu peningkatan produktivitas pekerja melalui penyelenggaraan kerja yang baik, pemberian petunjuk-petunjuk yang nyata sesuai standar kerja dan perlengkapan pembekalan yang memadai serta dukungan-dukungan lainnya.

#### d. Motivasi ekstrinsik petugas karena adanya keamanan

Penilaian terhadap motivasi ekstrinsik petugas (responden) karena adanya keamanan didasarkan pada perasaan tenang dan aman di tempat kerja yang dapat mendorongnya untuk melaksanakan pekerjaannya dengan sebaik-baiknya.

Berikut distribusi responden berdasarkan motivasi ekstrinsik karena adanya keamanan yang secara ringkas dapat tersaji dalam tabel 4.18.

Tabel 4.18 Distribusi responden berdasarkan motivasi ekstrinsik karena adanya keamanan

Keamanan	Puskesmas										TOTAL	
	Patrang		Mayang		L.kombo		S.jambe		K.duren		N	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Sangat Tinggi	1	9	2	25	1	10	4	36	1	11	9	18
Tinggi	10	91	6	75	9	90	5	46	5	56	35	72
Rendah	-	-	-	-	-	-	2	18	3	33	5	10
Sangat Rendah	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Jumlah</b>	11	100	8	100	10	100	11	100	9	100	49	100

Sumber: Data Primer Terolah (2011)

Berdasarkan tabel 4.18 di atas dapat diketahui bahwa sebagian besar dari seluruh petugas yang menjadi responden dalam penelitian ini memiliki motivasi ekstrinsik karena adanya keamanan dengan tingkat yang tinggi (72%).

Motivasi ekstrinsik karena adanya keamanan yang telah dimiliki petugas skrining dengan tingkat yang tinggi ini perlu juga untuk dipertahankan karena motivasi ini bisa memberikan rasa nyaman dan tenang bagi seorang petugas dalam melaksanakan pekerjaannya, terutama adanya keamanan (jaminan) bagi petugas untuk tidak di PHK selama masih bisa menunjukkan prestasi kerjanya. Sebagaimana menurut Siagian (1995), disebutkan bahwa keamanan dalam arti luas tidak hanya dalam arti fisik akan tetapi juga keamanan yang bersifat psikologis, termasuk perlakuan adil dalam pekerjaan seseorang. Misalnya jaminan bahwa seseorang tidak akan mengalami pemutusan hubungan kerja selama yang bersangkutan menunjukkan prestasi yang memuaskan dan tidak melakukan berbagai tindakan yang sangat merugikan organisasi.

#### e. Motivasi ekstrinsik total petugas

Penilaian terhadap motivasi ekstrinsik total ini didasarkan pada tingkat motivasi karena kondisi kerja, hubungan antar pribadi, supervisi, dan keamanan.

Distribusi responden berdasarkan motivasi ekstrinsik total yang secara ringkas dapat tersaji dalam tabel 4.19. Adapun distribusi responden berdasarkan motivasi ekstrinsik total yang lebih terinci dapat dilihat pada lampiran 12.

Tabel 4.19 Distribusi responden berdasarkan motivasi ekstrinsik total

Motivasi Ekstrinsik Total	Puskesmas										TOTAL	
	Patrang		Mayang		L.kombo		S.jambe		K.duren		N	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Sangat Tinggi	8	73	3	38	4	40	4	36	4	44	23	47
Tinggi	3	27	5	62	6	60	7	64	5	56	36	53
Rendah	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sangat Rendah	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Jumlah</b>	11	100	8	100	10	100	11	100	9	100	49	100

Sumber: Data Primer Terolah (2011)

Berdasarkan tabel 4.19 di atas dapat diketahui bahwa sebagian besar responden memiliki motivasi ekstrinsik total dengan tingkat yang tinggi (53%).

Motivasi ekstrinsik adalah pendorong kerja yang bersumber dari luar diri pekerja sebagai individu berupa suatu kondisi yang mengharuskannya melaksanakan pekerjaan secara maksimal. Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Herzberg diketahui bahwa apabila para pekerja merasa tidak puas dengan pekerjaannya, ketidakpuasan itu pada umumnya dikaitkan dengan faktor-faktor yang sifatnya ekstrinsik artinya bersumber dari luar diri pekerja yang bersangkutan; seperti kebijakan organisasi, pelaksanaan kebijakan yang telah ditetapkan, kondisi kerja, hubungan *interpersonal*, supervisi oleh para manajer, dan keamanan (Siagian, 2004).

Motivasi ekstrinsik total yang telah dimiliki petugas skrining dengan tingkat yang tinggi ini harus dipertahankan agar petugas selalu menyukai pekerjaannya serta bisa bekerja dengan penuh rasa tanggung jawab sehingga hasil kerja (kinerja) yang diharapkan bisa tercapai. Hal ini telah sesuai dengan beberapa hasil penelitian yang telah disebutkan di atas.

#### 4.7 Pelaksanaan program skrining status TT WUS di Kabupaten Jember tahun 2010

Penilaian terhadap pelaksanaan program skrining ini dilakukan pada data hasil skrining yang telah dilaksanakan oleh petugas pada tahun 2010. Pelaksanaan program skrining dalam penelitian ini dikategorikan menjadi 2:

1. Sesuai program, bila petugas melaksanakan 2 prosedur kerja dalam menjalankan pekerjaannya
2. Belum sesuai program, bila petugas belum melaksanakan 2 prosedur kerja dalam menjalankan pekerjaannya

Prosedur kerja terdiri atas 2 hal, yaitu:

- a. Ketepatan menentukan kriteria status TT pada saat awal pendataan (skrining);

Ketentuan untuk “ketepatan” dalam menentukan kriteria status TT:

- 1) Harus mengikuti ketentuan berikut ini;

- a) Bila WUS mengatakan “belum sama sekali atau lupa”, maka berarti dianggap belum sama sekali (berstatus T0)
- b) Bila WUS mengatakan “1 kali”, maka berarti telah satu kali imunisasi TT (berstatus T1)
- c) Bila WUS mengatakan “ $\geq 2$  kali”, maka berarti status TT-nya “sama” sebagaimana jumlah imunisasi TT yang pernah didapat (T2-T5)
- d) Seorang WUS, termasuk ibu hamil idealnya harus mendapatkan imunisasi TT sebanyak 5 kali (berstatus T5) karena dengan jumlah sebanyak itu, sudah dianggap cukup memberikan perlindungan dari penyakit tetanus bagi seorang wanita dalam seumur hidupnya. Namun, kalau pun belum berstatus T5, maka bagi seorang ibu hamil harus dipastikan bahwa dia “aman” sampai dia melahirkan, yaitu semenjak masa kehamilan sampai dengan saat melahirkan, seorang ibu hamil tersebut berada dalam “masa perlindungan” imunisasi TT.

Berikut ini daftar masa perlindungan imunisasi TT:

Tabel 4.20 Daftar masa perlindungan imunisasi TT

Pemberian Imunisasi	Masa Perlindungan
T1	-
T2	3 tahun
T3	5 tahun
T4	10 tahun
T5	25 tahun

Sumber: Departemen Kesehatan (2005)

2) Selain ketentuan pada point (1) harus diikuti, juga harus *mengecek* “benar dan tidaknya” PERNYATAAN WUS tersebut, yaitu dengan cara:

- a) Melihat “interval pemberiannya” (ini mengacu pada ketentuan program imunisasi TT). Dalam ketentuan program disebutkan bahwa “bila pemberian antar TT sebelum dengan TT sesudahnya masih dalam interval dari pemberian TT sebelumnya, maka pemberian TT berikutnya tadi TIDAK DIPERHITUNGKAN”. Namun, untuk pemberian selanjutnya maka status TT tetap dihitung dari tanggal terakhir pemberian imunisasi. Berikut daftar interval pemberian imunisasi tetanus:

Tabel 4.21 Daftar interval pemberian imunisasi TT

Pemberian Imunisasi	Selang Waktu Pemberian minimal
T1	-
T2	4 minggu setelah T1
T3	6 bulan setelah T2
T4	1 tahun setelah T3
T5	1 tahun setelah T4

Sumber: Departemen Kesehatan (2005)

- b) Memperhatikan “tahun” dimulainya beberapa program imunisasi tetanus (ini mengacu pada kebijakan pemerintah dalam program imunisasi TT).

Dari kebijakan tersebut dapat disimpulkan bahwa “bila seseorang mengaku telah mendapatkan imunisasi tetanus atau suntikan tertentu tetapi pada masa (tahun) di luar tahun program, maka pengakuan tersebut TIDAK BENAR (ini berarti bahwa sebenarnya dia tidak mendapatkan imunisasi tersebut)”. Berikut daftar tahun dimulainya beberapa program imunisasi tetanus.

Tabel 4.22 Daftar tahun dimulainya beberapa program imunisasi tetanus

No	Kelompok	Program Imunisasi	Dosis	Tahun Program
1.	Bayi	DPT	3 dosis (DPT1, DPT2, dan DPT3)	1977 - sekarang
2.	Usia Sekolah (SD)	DT dan TT	- DT 2 dosis (kelas 1 lk+prp) dan TT 2dosis (kelas 6 prp) - DT (kelas 1) dan TT (kelas 2-6) - DT (kelas 1) dan TT (kelas 2 & 3)	1984 – 1997 1998 2001 - sekarang
3.	Calon Pengantin dan Ibu Hamil	TT	TT 2 dosis	1984

Sumber: Dinas Kesehatan Jember (2010)

- b. Ketepatan pemberian TT berikutnya sampai berstatus TT lengkap (berstatus T5) setelah penentuan kriteria status TT

Ketentuan untuk melihat “benar atau tidaknya” pemberian TT berikutnya sampai berstatus TT lengkap (berstatus T5) setelah penentuan kriteria status TT adalah dengan cara melihat “interval pemberiannya” (ini mengacu pada ketentuan program imunisasi TT). Dalam ketentuan program disebutkan bahwa “bila pemberian antar TT sebelum dengan TT sesudahnya masih dalam interval dari pemberian TT sebelumnya, maka pemberian TT berikutnya tadi TIDAK DIPERHITUNGKAN”. Namun, untuk pemberian selanjutnya maka status TT tetap dihitung dari tanggal terakhir pemberian imunisasi.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden, termasuk responden yang telah mendapatkan pelatihan langsung dari Dinas Kesehatan,

dalam melaksanakan program skrining status TT WUS tahun 2010 dengan mengambil sampel sebanyak 3 WUS ialah masih dalam kategori belum sesuai dengan ketentuan program. Sebagian besar petugas belum tepat menentukan kriteria status TT WUS pada saat awal skrining dilakukan (saat awal pendataan), yaitu status TT bagi seorang WUS seringkali “dinaikkan” dari status TT yang seharusnya. Misalnya seorang WUS yang seharusnya masih berstatus T3 tetapi ditetapkan telah berstatus T4. Hal ini terjadi karena memang mereka masih belum bisa melaksanakan tata cara pelaksanaan skrining dengan benar meskipun mereka sudah pernah mendapatkan pelatihan, baik secara langsung dari Dinas Kesehatan maupun dari rekan kerjanya. Selain itu, beberapa petugas (responden) juga beranggapan bahwa program skrining status TT WUS tidak terlalu memberikan manfaat dalam menghilangkan atau mengurangi angka kejadian TN. Menurut mereka, untuk menurunkan TN maka hal terpenting yang harus diupayakan adalah pertolongan persalinan harus oleh tenaga kesehatan dan bukan oleh dukun bayi.

Oleh karena itu, anggapan ini akhirnya membuat petugas kurang mempedulikan terhadap kesuksesan program skrining tersebut. Buktinya, dari petugas banyak yang tidak memiliki “tabel bantu skrining” serta untuk WUS, termasuk ibu hamil (bumil) yang seharusnya sudah waktunya mereka diberikan “suntikan TT berikutnya” tetapi petugas juga tetap belum memberikannya padahal sudah melewati batas minimal interval yang telah direkomendasikan. Selain itu, anggapan tersebut juga berdampak pada sikap (keputusan) beberapa petugas dalam memberikan “suntikan TT”, yaitu petugas akan memberikan suntikan TT sebanyak 2 kali pada setiap bumil yang datang ke posyandu tanpa mempedulikan status TT sebelumnya. Alasan mereka mengambil keputusan tersebut ialah untuk mencari “aman”, yaitu agar tidak terjadi permasalahan di kemudian hari, termasuk dipermasalahkannya petugas oleh Dinas Kesehatan karena di wilayah kerjanya terdapat kasus TN.

Tabel bantu skrining merupakan perangkat bantu bagi seorang petugas dalam melaksanakan skrining status TT WUS, yaitu sebagai alat bantu untuk menentukan

kriteria status TT serta menentukan pemberian TT berikutnya. Penentuan kriteria status TT ini terkait dengan tahun suatu program imunisasi tetanus yang pernah di canangkan oleh pemerintah. Sedangkan program imunisasi tetanus sendiri terdiri atas berbagai program dengan masa berlaku yang berbeda-beda. Oleh karena itu, seorang petugas akan kesulitan menentukan benar dan tidaknya pengakuan dari WUS saat di skrining dalam menentukan status TT nya bila petugas tidak memiliki tabel bantu tersebut.

Pengetahuan tentang manfaat yang akan didapat dari pelaksanaan program skrining status TT WUS masih belum dimiliki oleh beberapa petugas. Hal ini perlu diperhatikan karena pengetahuan petugas terhadap manfaat dari pekerjaan yang dilaksanakannya akan mempengaruhi kinerja mereka. Sebagaimana menurut Ivancevich (2007) bahwa kinerja petugas hanya bisa mungkin dicapai bila seorang petugas mengetahui apa yang seharusnya dilakukan dan bagaimana cara melakukannya, termasuk mengetahui manfaat yang akan didapat dari pekerjaannya.

Banyak manfaat yang akan didapat dari pelaksanaan program skrining status TT WUS, yaitu selain sebagai upaya deteksi dini terhadap munculnya kasus tetanus (baik maternal maupun neonatal), juga sebagai upaya untuk menjadikan setiap wanita dalam seumur hidupnya agar cukup mendapatkan suntikan TT sebanyak 5-6 kali saja untuk memperoleh status T5. Jadi, tidak perlu diberikan suntikan yang berlebihan. Ada 2 alasan ditetapkan demikian, yaitu *pertama* karena menurut rekomendasi WHO bahwa cukup dengan perolehan status T5 saja maka akan cukup memberikan kekebalan seumur hidup bagi seseorang terhadap tetanus dengan syarat jadwal dan dosis pemberian imunisasinya sesuai dengan yang telah direkomendasikan (Depkes, 1993); dan *kedua* karena dimaksudkan agar pemberian imunisasi TT bisa dilakukan secara efektif (berhasil guna) dan efisien (berdaya guna), terutama dalam penggunaan anggaran negara untuk pembelian vaksin TT tersebut (Dinas Kesehatan Jember, 2011).



#### 4.8 Hasil program skrining status TT WUS di Jember tahun 2010

Hasil program skrining status TT WUS adalah berupa cakupan status T5 WUS dan T2 plus ibu hamil. Target cakupan status T5 WUS adalah 80% sedangkan target cakupan status T2 plus ibu hamil adalah 100% (Dinas Kesehatan, 2010). Cakupan status T5 WUS dan T2 plus ibu hamil pada masing-masing puskesmas adalah sebagai berikut:

##### a. Cakupan status T5 WUS dan T2 plus ibu hamil di Puskesmas Patrang

Tabel 4.23 Cakupan status T5 WUS dan T2 plus ibu hamil di Puskesmas Patrang

Kecamatan	Jumlah WUS	Jumlah Bumil	Status TT WUS							
			T1	T2	T3	T4	T5		T2 plus bumil	
							n	%	n	%
Patrang	27.497	1.662	9	60	676	1296	5771	21	176	11

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Jember (2011)

Berdasarkan tabel 4.23 di atas dapat ditunjukkan bahwa dari 27.497 WUS di Kecamatan Patrang, sekitar 28% telah teridentifikasi status TT nya (T1-T5) sedangkan sisanya, 72% masih belum teridentifikasi. Selain itu, dari tabel tersebut juga terlihat bahwa cakupan T5 WUS di Puskesmas Patrang belum memenuhi target, yaitu masih sebesar 21% sedangkan cakupan T2 plus ibu hamil juga belum memenuhi target, yaitu masih sebesar 11%.

##### b. Cakupan status T5 WUS dan T2 plus ibu hamil di Puskesmas Mayang

Tabel 4.24 Cakupan status T5 WUS dan T2 plus ibu hamil di Puskesmas Mayang

Kecamatan	Jumlah WUS	Jumlah Bumil	Status TT WUS							
			T1	T2	T3	T4	T5		T2 plus bumil	
							n	%	n	%
Mayang	13.720	829	19	105	604	994	3379	25	144	17

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Jember (2011)

Berdasarkan tabel 4.24 di atas dapat ditunjukkan bahwa dari 13.720 WUS di Kecamatan Mayang, baru sekitar 37% saja yang telah teridentifikasi status TT nya (T1-T5) sedangkan sisanya, 63% masih belum teridentifikasi. Selain itu, dari tabel tersebut juga terlihat bahwa cakupan T5 WUS di Puskesmas Mayang belum

memenuhi target, yaitu masih sebesar 25% sedangkan cakupan T2 plus ibu hamil juga belum memenuhi target, yaitu masih sebesar 17%.

c. Cakupan status T5 WUS dan T2 plus ibu hamil di Puskesmas Ledokombo

Tabel 4.25 Cakupan status T5 WUS dan T2 plus ibu hamil di Puskesmas Ledokombo

Kecamatan	Jumlah WUS	Jumlah Bumil	Status TT WUS							
			T1	T2	T3	T4	T5		T2 plus bumil	
							n	%	n	%
Ledokombo	17.756	1.073	1594	1169	1719	1884	1704	10	289	27

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Jember (2011)

Berdasarkan tabel 4.25 di atas dapat ditunjukkan bahwa dari 17.756 WUS di Kecamatan Ledokombo, baru sekitar 45% saja yang telah teridentifikasi status TT nya (T1-T5) sedangkan sisanya, 55% masih belum teridentifikasi. Selain itu, dari tabel tersebut juga terlihat bahwa cakupan T5 WUS di Puskesmas Ledokombo belum memenuhi target, yaitu masih sebesar 10% sedangkan cakupan T2 plus ibu hamil juga belum memenuhi target, yaitu masih sebesar 27%.

d. Cakupan status T5 WUS dan T2 plus ibu hamil di Puskesmas Sumberjambe

Tabel 4.26 Cakupan status T5 WUS dan T2 plus ibu hamil di Puskesmas Sumberjambe

Kecamatan	Jumlah WUS	Jumlah Bumil	Status TT WUS							
			T1	T2	T3	T4	T5		T2 plus bumil	
							n	%	n	%
Sumberjambe	17.061	1.031	282	924	2388	3463	2950	17	257	25

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Jember (2011)

Berdasarkan tabel 4.26 di atas dapat ditunjukkan bahwa dari 17.061 WUS di Kecamatan Sumberjambe, sekitar 59% telah teridentifikasi status TT nya (T1-T5) sedangkan sisanya, 41% masih belum teridentifikasi. Selain itu, dari tabel tersebut juga terlihat bahwa cakupan T5 WUS di Puskesmas Sumberjambe belum memenuhi target, yaitu masih sebesar 17% sedangkan cakupan T2 plus ibu hamil juga belum memenuhi target (25%).

## e. Cakupan status T5 WUS dan T2 plus ibu hamil di Puskesmas Karangduren

Tabel 4.27 Cakupan status T5 WUS dan T2 plus ibu hamil di P. Karangduren

Kecamatan	Jumlah WUS	Jumlah Bumil	Status TT WUS							
			T1	T2	T3	T4	T5		T2 plus bumil	
							n	%	n	%
Karangduren	10.325	624	1035	491	1054	1104	660	6	95	15

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Jember (2011)

Berdasarkan tabel 4.27 di atas dapat ditunjukkan bahwa dari 10.325 WUS di Puskesmas Karangduren, baru sekitar 42% saja yang telah teridentifikasi status TT nya (T1-T5) sedangkan sisanya, 58% masih belum teridentifikasi. Selain itu, dari tabel tersebut juga terlihat bahwa cakupan T5 WUS di Puskesmas Karangduren belum memenuhi target, yaitu masih sebesar 6% sedangkan cakupan T2 plus ibu hamil juga belum memenuhi target, yaitu masih sebesar 15%.

Berdasarkan data dan penjelasan di atas dapat disimpulkan bahwa kelima puskesmas tersebut masih mengalami permasalahan yang sama, yaitu belum teridentifikasinya status TT pada semua WUS serta belum terpenuhinya target cakupan T5 WUS dan cakupan T2 plus ibu hamil. Berikut akan disebutkan beberapa faktor yang menyebabkan adanya permasalahan tersebut.

## 1) Belum teridentifikasinya status TT pada semua WUS

Permasalahan belum teridentifikasinya status TT pada semua WUS ini ialah karena adanya ketidaklengkapan data laporan petugas skrining kepada dinas kesehatan Jember sehingga data yang dilaporkan; yang kemudian diolah oleh dinas, tidak menggambarkan keadaan yang sebenarnya di lapangan. Menurut pihak Dinas Kesehatan Jember (2011) bahwa ketidaklengkapan data tersebut disebabkan karena petugas skrining memang tidak membuat laporan secara lengkap. Selain itu, belum teridentifikasinya status TT pada semua WUS ialah juga karena skrining dilakukan petugas pada WUS yang datang ke posyandu saja dan tidak dilakukan melalui kunjungan rumah sehingga wajar bila tidak semua WUS teridentifikasi karena memang semua WUS tidak semua datang ke posyandu.

Sementara itu, perolehan status TT bagi WUS yang telah didapat pada tahun 2010 tersebut harus bisa ditingkatkan statusnya pada tahun 2011 ini, yaitu dengan target: T1 bisa diupayakan maksimal menjadi T3, T2 bisa diupayakan maksimal menjadi T3, T3 bisa diupayakan maksimal menjadi T4, dan T4 bisa diupayakan maksimal menjadi T5 (Dinas Kesehatan Jember, 2011).

2) Belum tercapainya target cakupan T5 WUS

Permasalahan belum tercapainya target cakupan T5 WUS ini ialah karena beberapa WUS yang telah teridentifikasi status TT nya pada saat awal pendataan atau awal kunjungan ke posyandu dengan status T4, selama tahun 2010 petugas tidak memberikan “suntikan TT yang berikutnya” untuk mendapatkan status T5. Padahal semestinya petugas harus melakukannya karena telah melewati batas minimal interval pemberian TT serta untuk mengejar target cakupan agar terpenuhi sebagaimana yang telah ditetapkan oleh Dinas Kesehatan Jember. Menurut keterangan dari beberapa bidan bahwa hal ini terjadi karena suntikan TT hanya bisa diberikan petugas bila WUS berkunjung ke posyandu, petugas tidak memberikan suntikan melalui kunjungan rumah, dan adakalanya memang dari petugas sendiri yang lupa untuk memberikan suntikan berikutnya.

Adapun beberapa WUS yang telah teridentifikasi status TT nya pada saat awal pendataan (awal kunjungan posyandu) pada tahun 2010 dengan status T0 sampai dengan T3, maka perolehan status T5 bagi mereka tidak ditargetkan karena seorang WUS untuk mendapatkan status T5 memerlukan waktu sekitar 3 tahun.

3) Belum tercapainya target cakupan T2 plus ibu hamil

Status TT minimal bagi ibu hamil yang harus dimiliki ialah 100% harus berstatus T2. Asumsi penetapan 100% harus berstatus T2 ini ialah bila pemberian imunisasi TT dilakukan pertama kali pada saat dia hamil yang sekarang (baik kehamilan saat ini merupakan kehamilan I, II, maupun III dan seterusnya). Hal ini sebagaimana telah disebutkan dalam pedoman pelayanan

antenatal; setiap ibu hamil yang belum pernah diberikan imunisasi tetanus harus mendapatkannya paling sedikit 2 kali suntikan selama kehamilannya, yaitu pertama pada saat kunjungan antenatal pertama dan kedua pada 4 minggu kemudian (Departemen Kesehatan, 2007). Dengan demikian, dengan perolehan status T2 ini telah cukup memberikan masa perlindungan terhadap tetanus kepada ibu hamil dan kandungannya selama masa kehamilan hingga melahirkan.

Adapun bila imunisasinya telah dilakukan pertama kali sebelum kehamilan yang saat ini (misalnya sudah pernah diberikan saat SD atau catin) maka tinggal melanjutkan saja pemberiannya (dilanjutkan status TT nya). Oleh karena itu, bagi ibu hamil itu tidak harus berstatus T5. Berapapun status TT nya, yang penting bisa dipastikan bahwa ibu hamil itu “aman” dalam masa perlindungan vaksin TT. Hanya saja, perlindungan itu baru bisa didapatkan oleh ibu hamil bila dia minimal telah berstatus T2 (Dinas Kesehatan Jember, 2011).

Menurut keterangan dari beberapa bidan bahwa permasalahan belum tercapainya target cakupan T2 plus ibu hamil ini ialah karena ibu hamil itu sendiri yang “menghilang”, yaitu mereka tidak berkunjung lagi ke posyandu sehingga pemberian “suntikan TT berikutnya” tidak bisa diberikan serta terkadang dari petugas (bidan) sendiri yang lupa untuk memberikannya.

#### **4.9 Riwayat kejadian TN di desa kasus yang terjadi disaat pelaksanaan program skrining status TT WUS sedang berlangsung di Jember tahun 2010**

Untuk mempermudah evaluasi kejadian TN ini maka hasil wawancara mendalam dibuat satuan-satuan kajian sebagai berikut:

- Sebagian besar : jika terdapat  $> 2$  wilayah kerja puskesmas
- Sebagian kecil : jika terdapat  $\leq 2$  wilayah kerja puskesmas
- Seluruhnya : jika terdapat = 5 wilayah kerja puskesmas

Riwayat kejadian TN ini meliputi riwayat ibu hamil kasus selama masa kehamilan (sebelum melahirkan), riwayat saat menjelang kelahiran sampai bayi dinyatakan positif TN, riwayat setelah bayi dinyatakan positif TN, informasi terkait dukun penolong persalinan, informasi terkait ibu hamil kasus, dan upaya yang pernah dilakukan dalam menekan angka persalinan oleh dukun.

a. Riwayat ibu hamil kasus selama masa kehamilan (sebelum melahirkan)

1) Keberadaan ibu hamil kasus

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan 5 responden, didapatkan bahwa sebagian besar (di 3 wilayah kerja puskesmas) keberadaan ibu hamil kasus sudah diketahui oleh bidan desa.

Keberadaan para ibu hamil (bumil) kasus yang diketahui oleh bidan desa ialah mereka yang pernah datang ke posyandu untuk memeriksakan kehamilannya (*antenatal care-ANC*). Sedangkan para bumil kasus yang tidak diketahui ialah mereka yang tidak pernah datang ke posyandu. Hal ini sesuai dengan pernyataan berikut:

“...keberadaan ibu ini sebenarnya sudah saya ketahui sebelum melahirkan atau selama masa kehamilannya karena memang beberapa kali, sekitar 3 kali datang pada kegiatan posyandu. Tepatnya setelah sekitar 4 bulan umur kehamilan...” (Responden I, 15 Pebruari 2011)

“...ibu ini sebenarnya sudah saya ketahui sebelum melahirkan karena ibu ini beberapa kali, sekitar 6 kali datang pada kegiatan posyandu. Setelah sekitar 2 bulan umur kehamilan...” (Responden II, 17 Pebruari 2011)

“...sebenarnya ibu itu sudah beberapa kali, yaitu sekitar 3 kali datang ke posyandu. Kira-kira pada 6 bulan umur kehamilan...” (Responden V, 22 Pebruari 2011)

Sebagian besar dari para bumil kasus yang sudah mau datang ke posyandu untuk ANC; menunjukkan bahwa pengetahuan, sikap, dan perhatian mereka terhadap kesehatan diri dan janinnya sudah baik. Mereka mengetahui manfaat periksa kehamilan. Pengetahuan terhadap apa yang akan dilakukan dan manfaat yang akan didapat merupakan faktor yang dapat mempermudah terjadinya perilaku pada diri seseorang (Notoatmodjo, 2005b).

Adapun penyebab sebagian kecil bumil kasus yang tidak pernah datang ke posyandu adalah karena mereka memang sengaja untuk tidak memberitahukan kehamilannya kepada khalayak, termasuk kepada bidan desa dan kader posyandu. Mereka sengaja tidak memberitahukan kehamilannya karena malu telah memiliki banyak anak. Selain itu, dari petugas sendiri (bidan desa dan kader) juga tidak mencari keberadaan para bumil di wilayahnya sehingga keberadaan bumil kasus tidak diketahui selama masa kehamilannya. Hal ini sesuai dengan pernyataan berikut:

“...Selain itu, juga adanya kesengajaan dari ibu ini untuk “tidak mengharapkan lagi kehadiran seorang anak” karena ada perasaan malu, sudah punya 6 anak yang sebagian besar sudah berkeluarga dan apalagi ibu ini sedang mengalami penyakit kanker payudara yang telah dideritanya selama kurang lebih 2 tahun sehingga merasa malu bila ternyata hamil lagi...” (Responden III, 10 Pebruari 2011)

“...Waktu saya tanya dulu, katanya dia malu ke posyandu karena sudah punya banyak anak. Apalagi sebagian besar anaknya sudah berkeluarga...” (Responden IV, 16 Pebruari 2011)

Keberadaan bumil yang tidak diketahui oleh petugas selama masa kehamilan, baik karena bumil sendiri yang sengaja ingin menutupi kehamilannya maupun karena petugas tidak menemukan keberadaan mereka akan mengakibatkan bumil tersebut tidak akan berkunjung ke posyandu sehingga tidak mendapatkan pelayanan antenatal, tidak terpantau kondisi kehamilannya, serta menyebabkan mereka pergi ke dukun bayi pada saat persalinan.

## 2) Skrining status TT

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan 5 responden, didapatkan bahwa sebagian besar (di 3 wilayah kerja puskesmas) skrining status TT WUS tidak dilakukan. Hal ini sesuai dengan pernyataan berikut:

“...Skrining TT pada ibu ini lupa saya lakukan dan suntik TT pun selama dia hamil juga lupa, apakah sudah saya berikan atau belum...” (Responden I, 15 Pebruari 2011)

“...Ya, saya tidak menskrining dan tidak menyuntik TT karena selama dia hamil, dia tidak pernah ke posyandu...” (Responden III, 10 Pebruari 2011)

“...Ya, saya tidak menskrining dan tidak menyuntik TT karena selama dia hamil, dia tidak pernah ke posyandu. Dan saat itu, keberadaannya tidak diketahui, termasuk oleh kader dan tetangganya...” (Responden IV, 16 Pebruari 2011)

Sebagian besar dari para bumil kasus yang tidak teridentifikasi status TT nya, menunjukkan bahwa petugas masih belum optimal dalam menjalankan tugasnya sebagaimana yang telah ditetapkan. Dalam pedoman pelayanan antenatal disebutkan bahwa tindakan pertama yang harus dilakukan oleh petugas dalam ANC ialah melakukan anamnesa, yaitu mendeteksi komplikasi-komplikasi dan menyiapkan kelahiran dengan mempelajari keadaan kehamilan ibu sekarang, kehamilan, dan kelahiran terdahulu, kesehatan umum serta kondisi sosio ekonomi. Salah satu tindakan anamnesa tersebut ialah menanyakan riwayat kesehatan bumil, termasuk menanyakan status imunisasi TT (Departemen Kesehatan, 2007).

Dalam penelitian ini juga didapatkan temuan, ternyata dari sebagian petugas (baik bidan kasus maupun bidan yang lainnya) masih menganggap bahwa program skrining status TT WUS (yaitu program pemberian imunisasi TT berikutnya didasarkan pada status TT sebelumnya sampai seorang WUS mendapatkan status T5) tidak terlalu memberikan manfaat dalam menghilangkan atau mengurangi angka kejadian TN. Menurut mereka, untuk menurunkan angka kejadian TN maka hal terpenting yang harus diupayakan ialah pertolongan persalinan harus oleh tenaga kesehatan meskipun status TT nya lengkap. Apalagi setelah terdapat kejadian TN di wilayah kerja mereka yang justru terjadi pada ibu yang sudah diberi imunisasi TT selama kehamilan tetapi pertolongan persalinannya oleh dukun maka semakin menambah kuat anggapan tersebut. Oleh karena itu, anggapan ini akhirnya membuat petugas kurang mempedulikan kesuksesan program skrining ini. Buktinya, selain banyak dari petugas yang tidak memiliki “Tabel Bantu Skrining”, tidak



memberikan “suntikan TT berikutnya” padahal sudah waktunya, juga dalam memberikan suntikan TT; mereka tanpa menanyakan atau melihat status TT sebelumnya. Menurut mereka, yang penting setiap bumil harus diberi suntikan TT 2 kali tanpa mempedulikan status TT sebelumnya. Inipun mereka lakukan karena alasan untuk mencari “aman” saja agar kelak petugas tidak disalahkan bila terjadi apa-apa, termasuk kejadian TN.

Jawaban atas anggapan sebagian petugas tersebut ialah bahwa semua faktor resiko untuk terjadinya TN harus dihindari, yaitu pemberian imunisasi TT pada WUS (termasuk ibu hamil) tidak dilakukan, pertolongan persalinan tidak memenuhi syarat “3 bersih” (bersih tangan penolong persalinan, bersih alat pemotong tali pusar, dan bersih alas tempat bersalin), dan perawatan tali pusar tidak memenuhi syarat kesehatan (Departemen Kesehatan, 1993). Dikatakan demikian karena beberapa alasan:

- a). walaupun sudah diberikan vaksin TT tetapi kemungkinan berkurangnya kualitas vaksin yang telah diberikan tersebut bisa saja terjadi. Ada beberapa faktor yang mempengaruhi kualitas vaksin sehingga dapat memberikan perlindungan sebagaimana yang diharapkan, yaitu dosis, frekuensi, dan jarak pemberian (Prasetyo, 2008) serta masa kadaluarsa dan penanganan *cold chain* (rantai dingin) pada vaksin (Departemen Kesehatan, 2005).
  - b). walaupun pertolongan persalinan telah dilakukan oleh tenaga kesehatan tetapi kemungkinan adanya alat yang digunakan untuk pemotongan tali pusar tidak bersih (tidak steril) bisa saja terjadi. Apalagi syarat bersih itu tidak hanya pada alat saja tetapi juga harus bersih tangan dan alas tempat bersalin. Oleh karena itu, bisa jadi meskipun alat sudah disterilkan tetapi karena tangan dan alas tidak bersih pada saat proses persalinan maka alat tersebut telah terkontaminasi oleh spora *C. titani*.
- Selain itu, juga dimungkinkan adanya ketidakberhasilan dalam proses sterilisasi alat. Banyak faktor yang mempengaruhi keberhasilan proses sterilisasi, diantaranya jenis dan jumlah mikroorganisme (MO) yang ada,

jenis dan jumlah materi organik yang melindungi MO, serta retakan dan celah pada peralatan sebagai tempat menempel MO. Dengan demikian, tanpa pembersihan yang teliti untuk membuang sisa bahan organik yang melindungi MO selama proses sterilisasi pada alat-alat, maka tidak akan dapat menjamin tercapainya sterilisasi walaupun waktu sterilisasinya diperpanjang (Tietjen, 2004).

Sulitnya menjaga kebersihan (kesterilan) pada 3 hal tersebut; alat, tangan, dan alas dikarenakan oleh karakteristik bakteri *C. tetani* itu sendiri, yaitu spora dari bakteri ini resisten terhadap panas dan juga biasanya terhadap antiseptik. Spora dapat bertahan pada *autoclave* pada suhu 249,8°F (121°C) selama 10-15 menit. Juga resisten terhadap phenol dan agen kimia lainnya. Spora bakteri ini bisa dijumpai pada tinja binatang, terutama kuda juga bisa pada manusia serta tanah yang terkontaminasi dengan tinja tersebut. Spora ini bisa bertahan hingga beberapa tahun (Ritarwan, 2004).

Dengan demikian, program skrining status TT WUS masih tetap penting untuk dilaksanakan oleh petugas. Diantara alasannya sebagaimana telah disebutkan di atas, yaitu untuk deteksi dini (pencegahan) terhadap kejadian TN dengan cara menghindari semua faktor resiko, untuk mencukupkan seorang wanita mendapat TT sebanyak 5-6 kali saja dalam seumur hidupnya serta untuk efisiensi penggunaan anggaran negara.

### 3) Imunisasi TT selama masa kehamilan

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan 5 responden, didapatkan bahwa sebagian besar (di 3 wilayah kerja puskesmas) imunisasi TT selama masa kehamilan tidak diberikan. Hal ini sesuai dengan pernyataan berikut:

“...Skrining TT pada ibu ini lupa saya lakukan dan suntik TT pun selama dia hamil juga lupa, apakah sudah saya berikan atau belum...” (Responden I, 15 Pebruari 2011)

“...Ya, saya tidak menskrining dan tidak menyuntik TT karena selama dia hamil, dia tidak pernah ke posyandu...” (Responden III, 10 Pebruari 2011)

“...Ya, saya tidak menskrining dan tidak menyuntik TT karena selama dia hamil, dia tidak pernah ke posyandu. Dan saat itu, keberadaannya tidak diketahui, termasuk oleh kader dan tetangganya...” (Responden IV, 16 Pebruari 2011)

Sebagian besar dari para bumil kasus yang tidak terimunisasi TT disebabkan karena sebagian dari mereka memang tidak pernah datang ANC ke posyandu sehingga tidak mendapatkan suntikan TT serta kadang petugas sendiri yang lupa memberikannya. Pemberian TT bagi WUS, terutama bagi bumil harus dilakukan karena telah mampu mencegah terjadinya tetanus bagi ibu dan bayinya. Sebagaimana menurut hasil penelitian disebutkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara status imunisasi TT bumil dengan kejadian TN. Bumil yang tidak pernah menerima imunisasi TT dan imunisasi TT tidak lengkap masing-masing mempunyai peluang bayinya mengalami kejadian TN 10,98 dan 5,70 kali lebih besar dibandingkan dengan mereka yang memperoleh imunisasi TT lengkap (Kurniawati, 1996).

b. Riwayat saat menjelang kelahiran sampai bayi dinyatakan positif TN

1) Kondisi kelahiran bayi

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan 5 responden, didapatkan bahwa seluruhnya (di 5 wilayah kerja puskesmas) kelahiran bayi dalam kondisi sehat dan normal, kecuali 1 bayi yang terlahir prematur. Hal ini sesuai dengan pernyataan berikut:

“...Bayi yang terkena TN ini dilahirkan pada tanggal 21 Juni 2010 dalam keadaan normal dan sehat; tidak cacat, berat badan normal sekitar 2,7 kg. Selain itu, bayi juga dikandung selama kurang lebih 9 bulan. Bayi ini merupakan anak yang ke-4...” (Responden I, 15 Pebruari 2011)

“...Bayi yang terkena TN ini dilahirkan pada 17 Januari 2010 dalam keadaan sehat dan normal; tidak cacat dan berat badan normal sekitar 3,4 kg. Selain itu, bayi ini dikandung selama hampir 10 bulan. Bayi ini merupakan anak yang ke-2 ...” (Responden II, 17 Pebruari 2011)

“...Bayi yang terkena TN ini dilahirkan pada 28 September 2010 dalam keadaan normal dan sehat; tidak cacat, berat badan normal; kira-kira 3,5 kg. Selain itu, bayi juga dikandung selama kurang lebih 9 bulan...” (Responden V, 22 Pebruari 2011)

Kondisi bayi yang bisa menetek dengan normal pada beberapa hari semenjak kelahiran menunjukkan bahwa kriteria terhadap penyakit TN telah terpenuhi. Sebagaimana menurut Departemen Kesehatan (1993) bahwa seorang bayi, baru bisa dinyatakan sebagai bayi yang mengidap penyakit TN maka harus memenuhi semua kriteria berikut:

- a) Bayi lahir hidup, dapat menangis, dan dapat menetek dengan normal minimal 2 hari
  - b) Pada bulan pertama kehidupan timbul gejala sulit menetek, disertai kekakuan dan atau kejang otot.
- 2) Penolong persalinan

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan 5 responden, didapatkan bahwa seluruhnya (di 5 wilayah kerja puskesmas) penolong persalinan pada bayi TN adalah seorang dukun bayi. Hal ini sesuai dengan pernyataan berikut:

“...Orang yang melakukan proses persalinan pada bayi yang terkena TN ini adalah seorang dukun...” (Responden III, 10 Pebruari 2011)

“...Orang yang melakukan proses persalinan pada bayi yang terkena TN ini adalah seorang dukun...” (Responden IV, 16 Pebruari 2011)

Seluruh dari para bumil kasus yang pertolongan persalinannya oleh dukun bayi, menunjukkan bahwa mereka telah terpapar oleh faktor resiko, yaitu pertolongan persalinan dilakukan oleh orang yang tidak terampil (tidak profesional). Hasil penelitian menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara tenaga penolong persalinan dengan kejadian TN (Indrawati, 1997). Badan kesehatan dunia, WHO memprediksi bahwa setiap bumil dapat mengalami komplikasi yang membahayakan jiwa. Namun demikian, hampir tidak mungkin untuk memprediksi ibu mana yang akan mengalami komplikasi tersebut. Oleh karena itu, faktor yang memegang peranan penting dalam mengurangi angka kematian bumil adalah tenaga kesehatan yang terampil dalam menolong ibu pada saat persalinan (Departemen Kesehatan, 2007).

### 3) Pemotongan dan perawatan tali pusar

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan 5 responden, didapatkan bahwa sebagian besar (di 4 wilayah kerja puskesmas) pemotongan dan perawatan tali pusar pada bayi TN itu adalah dengan menggunakan sembilu, abu tomang, dan daun sirih. Hal ini sesuai dengan pernyataan berikut:

“...Dukun bayi segera tiba, lalu memotong tali pusarnya dengan bambu dan membubuhi tali pusar yang telah terpotong tadi dengan abu tomang ...”  
(Responden III, 10 Pebruari 2011)

“...Dukun ini memotong tali pusarnya dengan bambu lalu membubuhi tali pusar yang telah terpotong tadi dengan daun sirih yang telah dilumat halus...”  
(Responden I, 15 Pebruari 2011)

“...Dukun ini memotong tali pusarnya dengan bambu lalu membubuhi tali pusarnya yang telah dipotong tadi dengan abu tomang dan daun sirih...”  
(Responden IV, 16 Pebruari 2011)

Pernyataan beberapa responden tersebut juga diperkuat oleh pernyataan dari beberapa dukun bayi, yaitu:

“...Sudah biasanya saya potong dengan *pelat bambu*. Setelah itu, saya kasih abu dapur dan ditutup dengan daun sirih. Alasannya menggunakan *pelat bambu* karena lebih tajam sedangkan alasan *pake* abu karena sudah menjadi kebiasaan dari dahulu. Lagian, banyak juga kok mas!, yang selamat meskipun ditolong oleh dukun. Buktinya, banyakkkan?!, orang-orang dahulu dan orang-orang sekarang yang ditolong oleh dukun tapi bisa hidup selamat...” (Dukun II, 12 Pebruari 2011)

“...Saat motong tali pusar, saya pakai bambu, setelah itu saya kasih abu tomang dicampur dengan daun sirih yang dilumat halus. Ya, alasannya karena memang sudah “biasa” begitu, nak!. Sudah warisan dari orang-orang tua dahulu. Banyak juga kok nak!, yang selamat meskipun ditolong dukun...” (Dukun I, 18 Pebruari 2011)

Sebagian besar dari para bumil kasus yang pemotongan dan perawatan tali pusarnya menggunakan sembilu dan abu, menunjukkan bahwa mereka telah terpapar oleh faktor resiko, yaitu alat pemotong dan bahan perawat tali pusar tidak steril. Hasil penelitian menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara alat pemotong dan bahan perawat tali pusar dengan kejadian TN (Indrawati, 1997). Alat pemotong tali pusar yang tidak steril memberikan resiko

3,14 kali lebih besar untuk kejadian TN dibandingkan dengan alat pemotong tali pusar yang steril (Kurniawati, 1996)

TN terjadi karena *C. titani* masuk melalui tali pusar sewaktu proses pertolongan persalinan. Spora yang masuk disebabkan oleh proses persalinan yang tidak steril, baik dengan penggunaan alat pemotong maupun bahan perawat tali pusar yang telah terkontaminasi. Kebiasaan menggunakan alat dan obat tradisional yang tidak steril merupakan faktor utama terjadinya TN (Ritarwan, 2004).

Sementara itu, alasan dukun menggunakan sembilu dan abu sebagai alat pemotong dan bahan perawat tali pusar karena sudah menjadi kebiasaan (tradisi) menunjukkan bahwa mereka masih memegang kuat tradisi yang telah terwariskan secara turun temurun itu sehingga sulit bagi mereka untuk meninggalkannya. Hal ini sesuai yang telah disebutkan oleh G. M. Foster (dalam Notoatmodjo, 2005b) bahwa tradisi merupakan salah satu aspek budaya yang dapat mempengaruhi status dan perilaku seseorang. Ditambah lagi, adanya keyakinan dari dukun bahwa hidup matinya seseorang ialah karena “sudah waktunya”, bukan salah dukun. Mereka memberikan contoh bahwa selama ini banyak juga yang selamat persalinannya meskipun ditolong oleh dukun. Keyakinan ini juga menjadikan dukun semakin bertambah kuat dalam memegang tradisi tersebut. Keyakinan merupakan salah satu faktor yang dapat mempermudah terjadinya perilaku pada diri seseorang.

#### 4) Masa inkubasi penyakit TN

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan 5 responden, didapatkan bahwa sebagian besar (di 4 wilayah kerja puskesmas) masa inkubasi penyakit TN ialah < 7 hari:

“...di hari ke-5 ini pun ternyata bayi terus rewel, demam, dan mencejeng. Melihat kondisi bayi tadi, lalu ibu ini menyuruh keluarganya untuk memanggil saya...Oleh karena itu, pada saat itu juga saya langsung membawa bayi tadi ke RS. Soebandi..Setelah pemeriksaan oleh petugas RS dilakukan akhirnya ditetapkan bahwa bayi tadi memang positif TN.” (Responden I, 15 Pebruari 2011)

“...Hari ke-6 kelahiran. Pada waktu itu bayi selalu menangis, kejang, dan demam. Melihat kondisi itu, lalu keluarganya membawa bayi tersebut ke rumah saya...Setiba di rumah saya, lalu saya memeriksa bayi tadi dan mendapatinya dalam keadaan menegang dan mulutnya mencucu dengan disertai tangisan bayi. Melihat kondisi ini, saya mulai curiga bahwa bayi ini telah terjangkit TN...lalu saya meminta kepada orang yang membawa bayi tadi (kakak tertua si bayi) untuk bersedia membawa bayi tadi ke Puskesmas Sumberjambe...Saat di Puskesmas Sumberjambe, setelah diperiksa petugas, dengan meyakinkan bahwa bayi tadi memang positif TN...” (Responden III, 10 Pebruari 2011)

Sebagian besar dari penyakit TN yang diderita oleh bayi kasus tersebut dengan masa inkubasi kurang dari 7 hari, menunjukkan bahwa tingkat *prognosis* (harapan keberhasilan perawatan) penyakit TN tersebut buruk, yaitu penyakit dengan tingkat angka kematian kasus (CFR – *Case Fatality Rate*) yang tinggi. Pada kasus TN yang tidak dirawat, hampir dapat dipastikan CFR akan mendekati 100%, terutama yang punya masa inkubasi < 7 hari (Departemen Kesehatan, 1993).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa bayi yang menderita TN dengan masa inkubasi 7 hari atau kurang mempunyai resiko meninggal dunia 20,06 kali dibanding bayi penderita TN dengan masa inkubasi > 7 hari (Tantijati, 2002).

c. Riwayat setelah bayi dinyatakan positif TN

1) Bayi dirujuk ke rumah sakit

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan 5 responden, didapatkan bahwa seluruhnya (di 5 wilayah kerja puskesmas) bayi yang telah diketahui positif TN telah sempat dirawat di rumah sakit. Hal ini sesuai dengan pernyataan berikut:

“...Oleh karena itu, pada saat itu juga saya langsung membawa bayi tadi ke RS. Soebandi...” (Responden I, 15 Pebruari 2011)”

“...Melihat kenyataan ini, lalu pihak puskesmas bersama saya dan orang yang membawa bayi tadi dan memutuskan untuk merujuknya ke RS. Soebandi...” (Responden III, 10 Pebruari 2011)

## 2) Perawatan bayi di rumah sakit sampai dinyatakan sembuh

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan 5 responden, didapatkan bahwa sebagian besar (di 3 wilayah kerja puskesmas) perawatan bayi TN di rumah sakit (RS) tidak sampai sembuh, baik karena meninggal maupun karena pulang paksa. Hal ini sesuai dengan pernyataan berikut:

“...Bayi TN tadi akhirnya dirawat di RS selama 7 hari sampai kemudian dinyatakan “meninggal”. Jadi, bayi itu meninggal dalam usia 10 hari...” (Responden II, 17 Pebruari 2011)

“...Setelah bayi tiba di RS lalu bayi tadi dirawat di sana. Bayi TN dirawat di RS selama 2 hari saja karena “pulang paksa”, yaitu menghentikan perawatan sebelum dinyatakan sembuh. Pihak keluarga, saya sebagai bidan, dan petinggi desa sudah tidak sanggup lagi untuk menanggung biaya yang harus dikeluarkan sehingga akhirnya mereka mengambil keputusan tersebut. Selama 2 hari perawatan tersebut dikenakan biaya; tidak gratis karena keluarga pemilik bayi ini tidak memiliki kartu Jamkesmas...” (Responden III, 10 Pebruari 2011)

“...Bayi dirawat selama 2 hari. Pada hari ke-2 perawatan tersebut ternyata akhirnya bayi tadi meninggal...” (Responden V, 22 Pebruari 2011)

## 3) Kondisi bayi saat ini

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan 5 responden, didapatkan bahwa sebagian besar (di 3 wilayah kerja puskesmas) kondisi bayi saat ini sudah meninggal, baik meninggal di RS saat perawatan maupun meninggal di rumah setelah perawatan di RS. Hal ini sesuai dengan pernyataan berikut:

“...Bayi TN tadi akhirnya dirawat di RS selama 7 hari sampai kemudian dinyatakan “meninggal”. Jadi, bayi itu meninggal dalam usia 10 hari...” (Responden II, 17 Pebruari 2011)

“...Setelah bayi “pulang paksa” dari RS, lalu bayi itu dirawat di rumah sampai kemudian akhirnya meninggal. Bayi ini meninggal dalam usia kira-kira 2 minggu. Jadi, bayi ini dirawat di rumah setelah perawatan di RS adalah sekitar 5–6 hari...” (Responden III, 10 Pebruari 2011)

“...Bayi dirawat selama 2 hari. Pada hari ke-2 perawatan tersebut ternyata akhirnya bayi tadi meninggal...” (Responden V, 22 Pebruari 2011)

Semua bayi TN telah dirujuk dan dirawat di rumah sakit (RS) setelah diketahui adanya gejala. Namun, sebagian dari mereka ada yang perawatannya



sampai sembuh, meninggal sebelum tuntas perawatan, dan pulang paksa (akhirnya meninggal di rumah). Bayi meninggal sebelum tuntas perawatan dimungkinkan karena masa inkubasi yang kurang dari 7 hari. Sebagaimana menurut Ritarwan (2004) bahwa semakin pendek masa inkubasi maka biasanya prognosisnya semakin buruk. Sementara itu, bayi yang pulang paksa sebelum tuntas perawatan dikarenakan faktor biaya. Sebagian dari bumil kasus tidak memiliki Kartu Jamkesmas sehingga biaya perawatan di RS saat itu tidak gratis.

Menurut keterangan bidan desa yang di wilayahnya terdapat bayi TN tetapi pulang paksa pada saat perawatan di rumah sakit adalah bahwa bayi TN itu dirujuk dan dirawat di RS selama 2 hari saja karena "pulang paksa", yaitu menghentikan pengobatan atau perawatan sebelum dinyatakan sembuh. Selama 2 hari perawatan dikenakan biaya (tidak gratis) karena keluarga pemilik bayi ini adalah orang *kurang mampu* ekonominya tetapi juga tidak memiliki kartu Jamkesmas. Bertolak dari kenyataan tersebut, lalu bidan desa berupaya mencari solusi (biayanya), yaitu dengan memberitahukan kondisi bayi yang terkena TN serta kondisi ekonomi orang tua bayi tersebut kepada pihak desa, pihak puskesmas, dan bahkan ke pihak Dinas Kesehatan tetapi hasilnya masih "belum memuaskan". Untung saja akhirnya ada juga yang mau menanggung biayanya, yaitu petinggi desa setempat. Namun, setelah melihat biaya perawatan yang mahal selama 2 hari saja (menurut keterangan bidan sebesar kurang lebih Rp. 2 Juta) maka petinggi desa tersebut menyatakan tidak sanggup lagi untuk menanggung dan akhirnya keputusan pulang paksa itu diambil. Biaya tadi adalah dari uang pribadi bukan dari kantor desa.

Sebagaimana menurut Tjipta (2004) bahwa sistem rujukan neonatus merupakan suatu sistem yang memberikan suatu gambaran tata cara pengiriman neonatus resiko tinggi dari tempat yang kurang mampu memberikan penanganan ke RS yang dianggap mempunyai fasilitas yang lebih mampu dalam hal penatalaksanaannya secara menyeluruh. Namun, yang paling banyak menimbulkan masalah dalam rujukan ialah di tempat rujukan sering terbayang

oleh mereka tentang berapa banyak uang yang harus dikeluarkan untuk perawatan.

d. Informasi terkait dukun penolong persalinan

1) Dukun bayi bermitra dengan bidan desa

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan 5 responden, didapatkan bahwa seluruhnya (di 5 wilayah kerja puskesmas) dukun penolong persalinan pada bayi TN tidak atau belum bermitra dengan bidan desa. Hal ini sesuai dengan pernyataan berikut:

“...Dukun penolong persalinan ini berasal dari luar desa tetapi tempat tinggal dukun masih dekat dengan tempat ibu yang melahirkan tadi; berada di perbatasan desa. Dukun ini masih belum bermitra dengan bidan, yaitu membawa atau menyarankan kepada setiap ibu yang hendak melahirkan ke tempatnya untuk dibawa ke tempat praktek bidan. Karena sampai saat ini dukun ini masih melakukan pertolongan persalinan...” (Responden V, 22 Pebruari 2011)

“...Dukun penolong ini masih belum bermitra dengan bidan, yaitu membawa kepada setiap ibu yang hendak melahirkan di tempatnya agar dibawa ke tempat pelayanan kesehatan; puskesmas atau bidan desa. Sampai saat ini pun dukun ini masih membuka “praktek” melakukan pertolongan persalinan...” (Responden III, 10 Pebruari 2011)

“...Dukun penolong bayi berasal dari luar desa karena pada saat melahirkan, ibu ini pulang ke daerah asalnya. Jadi, keberadaan dukun tersebut berada di luar wilayah saya. Namun, menurut saya dia belum bermitra karena buktinya dia masih mau menolong...” (Responden II, 17 Pebruari 2011)

Kemitraan bidan dan dukun adalah bentuk kerjasama yang saling menguntungkan antara bidan dan dukun, yang diharapkan seluruh pertolongan persalinan ditangani oleh tenaga kesehatan yang mempunyai kemampuan dan keterampilan khusus dalam pertolongan persalinan dengan tetap melibatkan dukun pada “kegiatan yang terbatas” dan tidak membahayakan ibu dan bayinya (Dinas Kesehatan Jatim, 2006).

Dukun bayi tidak bermitra dimungkinkan salah satu faktornya ialah karena kurang sosialisasi dari petugas. Sebagaimana hasil penelitian dari Permatasari (2009) disebutkan bahwa terdapat pengaruh pengetahuan dukun bayi tentang kemitraan terhadap terrealisasinya kemitraan bidan dan dukun bayi tersebut.

## 2) Dukun bayi pernah mengikuti pelatihan

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan 5 responden, didapatkan bahwa sebagian besar (di 4 wilayah kerja puskesmas) dukun penolong persalinan pada bayi TN tidak pernah mengikuti pelatihan khusus bagi dukun bayi. Hal ini sesuai dengan pernyataan berikut:

“...Setahu saya, dia belum pernah mengikuti pelatihan bagi dukun bayi...”  
(Responden I, 15 Pebruari 2011)

“...Setahu saya, belum...” (Responden III, 10 Pebruari 2011)

Pernyataan beberapa responden tersebut juga diperkuat oleh pernyataan dari beberapa dukun bayi, yaitu:

“...Saya belum pernah mengikuti pelatihan bagi dukun bayi...” (Dukun I, 18 Pebruari 2011)

Dukun bayi terlatih adalah dukun bayi yang telah mendapatkan latihan oleh tenaga kesehatan dan dinyatakan lulus sedangkan dukun bayi tidak terlatih adalah dukun bayi yang belum pernah dilatih atau sudah pernah dilatih tetapi belum dinyatakan lulus (Mochtar, 1998).

## 3) Pengetahuan dukun bayi terhadap penyakit TN

Berdasarkan hasil wawancara mendalam, didapatkan bahwa seluruhnya (di 5 wilayah kerja puskesmas) dukun tidak memiliki pengetahuan tentang penyakit TN. Hal ini sesuai dengan pernyataan berikut:

“...Saya nggak ngerti penyakit tetanus. Pokoknya kalau ada bayi yang sakitnya parah dibawa ke rumah saya, maka saya suruh ibunya untuk membawanya ke puskesmas atau rumah sakit saja...” (Dukun II, 12 Pebruari 2011)

“...Saya ndak tahu. Tapi nak!, orang itu; hidup, sakit, dan mati adalah dari Gusti Allah, termasuk bayi yang sakit dan meninggal. Kalo ada bayi sakit atau meninggal berarti juga ibunya kurang sehat. Orang sakit dan meninggal karena memang “sudah waktunya”. Ini semua adalah “ujian”. Jadi, harus “*nrimo*” dan sabar...” (Dukun I, 18 Pebruari 2011)

Ketidaktahuan dukun terhadap penyakit TN dan faktor resikonya, termasuk ketidaktahuan dukun terhadap tindakannya memotong dan merawat tali pusar;

yang merupakan faktor resiko terjadinya TN, maka telah menjadikan dukun tersebut masih tetap melakukan pertolongan persalinan.

Selain itu, masih adanya keyakinan dari dukun bahwa hidup, sakit, dan matinya seseorang adalah karena “*takdir*” (kehendak Pencipta) maka menjadikan dukun tersebut semakin bertambah kuat untuk tetap melakukan pertolongan persalinan. Dukun berkeyakinan bahwa bila ada bayi yang telah ditolongnya kemudian menderita penyakit tertentu, termasuk TN, maka bukanlah salah dia tetapi itu semua karena memang sudah *takdir*. Menurut G. M. Foster (dalam Notoatmodjo, 2005b) disebutkan bahwa sikap fatalistik merupakan salah satu aspek budaya yang dapat mempengaruhi status dan perilaku seseorang. Contohnya seseorang yang mempercayai bahwa sakit dan mati adalah karena *takdir* maka perilaku orang tersebut akan kurang berusaha untuk mencari pertolongan pengobatan bagi anaknya yang sakit atau menyelamatkan seseorang dari kematian.

#### 4) Sikap dukun penolong bayi TN terhadap kehadiran bidan desa

Berdasarkan hasil wawancara mendalam, didapatkan bahwa seluruhnya (di 5 wilayah kerja puskesmas) sikap dukun penolong bayi TN terhadap kehadiran bidan desa adalah setuju dan senang. Hal ini sesuai dengan pernyataan berikut:

“...Ya, saya senang sekali dengan adanya ibu bidan, karena bisa nolong orang sakit...” (Dukun I, 18 Pebruari 2011)

“...Saya sangat senang dengan kehadiran bidan, bidan desa dan bidan swasta. Kalo ada bidan maka bisa nolong orang melahirkan. Apalagi bila ada dukun seperti saya sudah tidak mampu lagi maka bidanlah yang akan menolongnya...” (Dukun III, 22 Pebruari 2011)

Sikap positif dukun tersebut menunjukkan bahwa sebenarnya mereka setuju dan senang terhadap kehadiran bidan desa. Ditambah lagi, menurut mereka bahwa sebenarnya mereka sudah berniat untuk tidak mau menolong lagi tetapi karena masih banyak dari masyarakat dan bumil sendiri yang justru memintanya untuk menolong maka dukun pun melakukannya. Namun demikian, pengakuan dukun tersebut masih perlu dipertanyakan karena sampai

sekarang pun mereka ternyata masih tetap melakukan pertolongan persalinan. Sebagaimana menurut keterangan beberapa bidan bahwa dukun masih tetap melakukan pertolongan persalinan disebabkan karena beberapa alasan, diantaranya 1). karena terpaksa, yaitu dipaksa atas permintaan dari bumil sendiri dan atau oleh keluarganya 2). karena sudah “*kepepet* (mendesak)” seperti bumil melahirkan sendiri maka dukun akan memotong dan merawat tali pusar bayinya

Selain alasan di atas, alasan lainnya adalah keyakinan dukun bahwa dapat menolong persalinan merupakan “perbuatan baik” karena bisa menolong antar sesama. Adapun alasan menolong persalinan sebagai bagian dari “penghasilan” juga diduga masih menjadi penyebabnya (meskipun bila dukun ditanya langsung tentang hal itu maka dukun tersebut pasti akan menyangkalnya). Buktinya adalah pernah ada kejadian seorang dukun membawa ibu yang hendak melahirkan ke tempat praktek bidan lalu dukun tadi ternyata tidak diberi uang sebagaimana informasi yang didapatkan padahal menurut dukun sebagaimana informasi yang diperolehnya bahwa bila ada dukun membawa ibu (yang hendak melahirkan) ke bidan maka dukun akan diberi uang tetapi ternyata si dukun tadi tidak diberi ataupun bila diberi tetapi tidak sesuai dengan informasi yang telah dia dapat.

Bertolak dari kejadian itu, dukun tersebut yang sebelumnya bersedia membawa bumil (yang hendak melahirkan) ke tempat bidan, sekarang dukun tadi tidak mau lagi membawanya ke tempat bidan karena merasa kecewa.

Dukun dalam mendapatkan upah dari persalinan memang tidak “pasang tarif” tetapi didasarkan pada kemampuan bumil yang bersangkutan sehingga banyak dari para ibu hamil yang *kurang mampu ekonominya* pergi ke dukun saat persalinan daripada ke bidan. Namun, pada kenyataannya bumil yang melahirkan di tempat dukun, tidak selalu orang yang *“kurang mampu ekonominya”* tetapi justru orang-orang yang mampu ekonominya. Oleh karena itu, “*bisnis*” membuka pertolongan persalinan ini masih sangat menjanjikan sehingga sulit juga bagi seorang dukun untuk melepaskan pekerjaan tersebut.

Ditambah lagi; pada saat acara-acara khusus, seperti pada saat acara “*selamatan bayi*”, si dukun kadang diberi sembako, sandang, dan uang.

Keterangan beberapa bidan tersebut ada benarnya karena bila dukun memang sudah tidak mau menolong persalinan lagi maka seharusnya dukun tersebut melakukan hal berikut sebagaimana dalam pedoman program kemitraan bidan dan dukun (Departemen Kesehatan, 2007):

- a) Melaporkan ke bidan bila ada bumil baru, ibu mau bersalin, atau bila terjadi kematian ibu atau bayi
  - b) Memotivasi bumil agar mau periksa ke bidan, memotivasi persalinan ke bidan, dan bila perlu mengantar bumil bersalin ke bidan
  - c) Bila bumilnya yang meminta (memaksa) maka harus meyakinkan kepada bumil itu bahwa dia sekarang tidak menolong persalinan lagi karena takut terjadi resiko. Lebih baik ke bidan saja karena lebih terjamin keselamatannya. Bila bumil keberatan ke bidan desa karena masalah biaya (misalnya tidak mampu dan tidak mempunyai Jamkesmas) maka dia harus meyakinkan bahwa masalah biaya bisa dirundingkan nanti, yang penting persalinan harus di bidan
  - d) Mengumumkan diri bahwa dirinya sudah tidak menolong persalinan lagi
- e. Informasi terkait ibu hamil kasus
- 1) Penolong persalinan pada anak sebelum anak yang terkena TN

Berdasarkan hasil wawancara mendalam, didapatkan bahwa seluruhnya (di 5 wilayah kerja puskesmas) penolong persalinan pada anak sebelum anak yang terkena TN ialah seorang dukun bayi. Hal ini sesuai dengan pernyataan berikut:

“...Saya sudah punya 4 anak, mas !. Semuanya ke dukun. Tapi yang kedua keguguran 4 bulan dan anak ketiga saya juga meninggal setelah umur kira-kira 1 minggu...” (Bumil I, 19 Pebruari 2011)

“...Semuanya ke dukun mas!, anak saya dua. Dan semuanya ke dukun persalinannya...” (Bumil II, 17 Pebruari 2011)

“...Anak saya yang meninggal dulu itu adalah anak yang ke-2, yang persalinannya oleh dukun. Dan anak ke-1 juga di dukun. Jadi, semuanya di dukun ...” (Bumil III, 22 Pebruari 2011)

Keluarga di pedesaan yang mempunyai kebiasaan untuk menggunakan pelayanan dukun maka akan berpengaruh terhadap perilaku anaknya dalam mencari pertolongan pengobatan pada saat mereka sudah berkeluarga. Hal ini sebagaimana menurut Notoatmodjo (2005b) bahwa *image* seorang individu sangat dipengaruhi oleh *image* kelompok.

## 2) Alasan persalinan pada dukun bayi

Berdasarkan hasil wawancara mendalam, didapatkan bahwa seluruhnya (di 5 wilayah kerja puskesmas) alasan persalinan pada dukun bayi ialah karena adanya tradisi keluarga dan faktor biaya. Hal ini sesuai dengan pernyataan:

“...Sudah “cocok”, mas!. Apalagi dukun itu adalah saudara mertua saya. Jadi, “*sungkan*” mas ! kalau nolak. Lagian juga sudah kebiasaannya begitu dikalangan keluarga dan sebagian masyarakat disini juga masih ke dukun. Makanya suami saya pun menyuruh ke dukun. Selain itu, saya sebenarnya juga punya Jamkesmas yang katanya gratis kalo melahirkan di bidan. Tapi saya masih takut ya mas kalo nanti ada biaya lain. Masalahnya kemarin pernah ada tetangga, katanya masih diminta uang padahal dia punya jamkesmas...” (Bumil I, 19 Pebruari 2011)

“...Karena sudah “biasa” mas !. Keluarga dan masyarakat di sini juga begitu. Suami dan keluarga saya melarang untuk ke bidan karena biaya, apalagi saya juga tidak punya Jamkesmas...” (Bumil II, 17 Pebruari 2011)

“...Pada saat itu keadaannya mendesak Mas !, karena sudah keburu lahir. Jadi, saya tidak mungkin ke bidan, apalagi malam-malam, kan “*sungkan*” karena takut mengganggu apalagi tempat bidan juga lebih jauh daripada tempat dukun. Lagi pula; di malamnya, saya sebenarnya juga sudah ke bidan swasta sebenarnya waktu itu saya hanya mau periksa saja tetapi ternyata kata bidannya, bayinya sudah mau keluar. Tapi karena ketubannya pecah maka bidan itu nyuruh saya ke rumah sakit. Tapi saya tidak menurutinya karena masih mau dibicarakan dengan keluarga. Lantas, saya pulang sampai akhirnya saya melahirkan sendiri di rumah yang pada akhirnya suami saya panggil dukun. Alasan lainnya karena saya sudah “cocok” dengan dukun itu bahkan sudah saya anggap seperti keluarga sendiri mas!. Melahirkan di dukun sudah menjadi “kebiasaan” di sini, di lingkungan keluarga dan bagi sebagian masyarakat di sini. Selain itu, saya juga masih takut, nanti ada biaya lagi walaupun saya punya jamkesmas, yang katanya gratis kalo melahirkan di bidan. Dan kalo ke bidan, saya takut “dijahit” mas!...” (Bumil III, 22 Pebruari 2011)

Alasan bumil yang tidak memanfaatkan pelayanan antenatal di posyandu dan tidak melakukan persalinan di bidan ialah karena malu telah memiliki banyak anak, tradisi keluarga, dan biaya. Kurangnya pemanfaatan pelayanan antenatal oleh bumil berhubungan dengan jumlah anak yang telah dimiliki (Peranginangin, 2006). Kebiasaan (tradisi) melakukan persalinan pada dukun bayi merupakan pengaruh *image* kelompok terhadap seseorang dalam berperilaku. Sebagaimana menurut Notoatmodjo (2005b) bahwa *image* seorang individu sangat dipengaruhi oleh *image* kelompok. Contohnya, keluarga di pedesaan yang mempunyai kebiasaan untuk menggunakan pelayanan dukun maka akan berpengaruh terhadap perilaku anaknya dalam mencari pertolongan pengobatan pada saat mereka sudah berkeluarga. Menurut Nurhayati (2008) bahwa faktor budaya juga berperan dalam upaya menentukan siapa yang akan menolong persalinan seorang ibu. Ada budaya yang berlaku di masyarakat tertentu yang hanya mau memilih dukun bayi sebagai penolong persalinan.

Biaya sebagai alasan bagi seorang bumil untuk tidak melakukan persalinan di bidan merupakan hal yang wajar apalagi bagi keluarga *kurang mampu ekonominya* yang juga tidak memiliki Kartu Jamkesmas karena biaya persalinan di bidan lebih mahal daripada di dukun. Kenyataan ini juga sesuai dengan hasil penelitian dari Basariah (2008), bahwa faktor pemanfaatan sarana pertolongan persalinan dipengaruhi oleh faktor sosial budaya, sikap petugas, faktor ekonomi, fasilitas, sarana, dan geografis.

### 3) Pengetahuan ibu hamil kasus terhadap penyakit TN

Berdasarkan hasil wawancara mendalam, didapatkan bahwa seluruhnya (di 5 wilayah kerja puskesmas) bumil kasus tidak memiliki pengetahuan tentang penyakit TN. Hal ini sesuai dengan pernyataan berikut:

“...Saya tidak tahu, Mas. Tetapi menurut saya sakit dan matinya seseorang sudah ada yang mengaturnya, termasuk kejadian yang menimpa bayi saya dulu. Ini adalah *ujian* yang harus dijalani. Jadi, harus diterima dan bersabar. Bayi saya kemarin meninggal bukan karena salah dukun mas!, tetapi memang “sudah waktunya” sakit dan meninggal...” (Bumil II, 17 Pebruari 2011)



“...Saya tidak tahu, Mas !...” (Bumil I, 19 Pebruari 2011)

Ketidaktahuan bumil kasus terhadap penyakit TN serta faktor resikonya, termasuk ketidaktahuan bumil terhadap tindakan dukun dalam memotong dan merawat tali pusar bayi; yang merupakan faktor resiko terjadinya penyakit TN, telah menjadikan bumil masih tetap mempercayakan persalinannya di dukun. Ditambah lagi, adanya keyakinan dari bumil kasus bahwa bila bayinya ditolong dukun kemudian sakit atau meninggal maka itu bukanlah salah dukun tetapi karena memang sudah kehendak Sang Pencipta maka menjadikan bumil tersebut semakin bertambah kuat untuk tetap mempercayakan persalinannya pada dukun. Menurut G. M. Foster (dalam Notoatmodjo, 2005b) bahwa sikap fatalistik merupakan salah satu aspek budaya yang dapat mempengaruhi status dan perilaku seseorang. Contohnya seseorang yang mempercayai bahwa sakit dan mati adalah karena takdir maka perilaku orang tersebut akan kurang berusaha untuk mencari pertolongan pengobatan bagi anaknya yang sakit atau menyelamatkan seseorang dari kematian.

#### 4) Sikap ibu hamil kasus terhadap kegiatan posyandu

Berdasarkan hasil wawancara mendalam, didapatkan bahwa sebagian besar (di 3 wilayah kerja puskesmas) sikap ibu hamil kasus terhadap kegiatan posyandu ialah senang dan mereka bersedia untuk datang. Hal ini sesuai dengan pernyataan:

“...Ya, senang mas!, bisa berobat di sana. Pas hamil kemarin saya juga datang ke posyandu kira-kira 3 kali. Dan pada umur 3 hari, saya bawa bayi saya ke bidan. Disana bayi saya disuntik. Kata bidan, itu suntik imunisasi...” (Bumil Kasus I, 19 Pebruari 2011)

“...Senang mas!, dengan adanya kegiatan posyandu. Waktu itu saya datang ke posyandu kira-kira 6 kali karena bermanfaat untuk periksa kehamilan...” (Bumil II, 17 Pebruari 2011)

“...Ya, senang mas!. Waktu itu saya datang ke posyandu 3 kali, sekitar setelah 6 bulan umur kehamilan. Saya waktu itu disuntik. Dan di hari ke-3 kelahiran, saya bawa bayi saya waktu itu untuk imunisasi...” (Bumil III, 22 Pebruari 2011)

Sebagian besar dari para bumil kasus yang sudah mau datang ke posyandu, menunjukkan bahwa sikap mereka terhadap kegiatan posyandu sudah positif. Mereka sudah mau memeriksakan kehamilannya ke posyandu karena sudah mengetahui manfaat periksa kehamilan bahkan sikap positif mereka terhadap kegiatan posyandu bisa ditunjukkan dengan kesediaan mereka mengimunisasikan bayinya. Menurut Notoatmodjo (2005b) bahwa faktor yang dapat mempermudah terjadinya perilaku pada diri seseorang adalah pengetahuan dan sikap seseorang tersebut terhadap apa yang akan dilakukan.

Namun demikian, sikap positif sebagian besar dari bumil kasus yang sudah mau datang ke posyandu tidak disertai dengan kesediaan mereka melakukan persalinan di bidan. Hal ini sesuai dengan pernyataan berikut:

“...Ya, itu mas!, kalau cuma periksa pas hamil; suami saya membolehkannya. Tapi kalau melahirkan; keluarga saya menyuruh ke dukun...” (Bumil Kasus I, 19 Pebruari 2011)

“...Karena kalau periksa di sana gratis, mas!. Tapi kalau melahirkan pasti bayar. Saya juga tidak punya jamkesmas...” (Bumil II, 17 Pebruari 2011)

“...Kalau hanya periksa saja, keluarga saya membolehkannya. Tapi kalau melahirkan, suami saya suruh ke dukun saja ...” (Bumil III, 22 Pebruari 2011)

Sebagian besar dari para bumil kasus yang tidak melakukan persalinan di dukun meskipun mereka sudah mau ke posyandu, menunjukkan bahwa biaya dan kebiasaan keluarga masih menjadi faktor penyebabnya. Faktor ekonomi (biaya) merupakan salah satu faktor seseorang dalam memanfaatkan sarana pertolongan persalinan (Basariah, 2008). Kebiasaan juga merupakan salah satu faktor seseorang untuk berperilaku yang dipengaruhi oleh *image* kelompoknya, termasuk keluarga dan orang terdekatnya (Notoatmodjo, 2005b)

##### 5) Kepemilikan terhadap kartu Jamkesmas

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan 5 responden, didapatkan bahwa sebagian besar (di 3 wilayah kerja puskesmas) ibu hamil kasus memiliki kartu Jamkesmas. Hal ini sesuai dengan pernyataan berikut:

“...Setelah bayi dinyatakan positif TN oleh RS, lalu bayi tadi dirawat di sana. Bayi dirawat selama kurang lebih 2 minggu sampai kemudian dinyatakan sembuh. Selama perawatan di sana, tidak dipungut biaya; gratis karena ibu ini memiliki kartu Jamkesmas...” (Responden I, 15 Pebruari 2011)

“...Bayi TN tersebut dirawat di RS selama kira-kira 40 hari sampai kemudian dinyatakan sembuh. Selama perawatan bayi itu, tidak dipungut biaya karena memiliki kartu Jamkesmas...” (Responden IV, 16 Pebruari 2011)

“...Bayi dirawat selama 2 hari. Pada hari ke-2 perawatan tersebut ternyata akhirnya bayi tadi meninggal. Selama 2 hari perawatan bayi tadi, ibu dan keluarganya tidak dipungut biaya karena mereka memiliki kartu Jamkesmas...” (Responden V, 22 Pebruari 2011)

Sebagian besar dari bumil kasus yang telah mendapatkan Jamkesmas, menunjukkan bahwa mereka sebenarnya telah mendapat jaminan gratis terhadap pelayanan kesehatan, termasuk jaminan pelayanan persalinan oleh bidan dan perawatan di RS. Hanya saja, sangat disayangkan pada saat persalinan, mereka tidak memanfaatkan layanan gratis tersebut. Mereka justru pergi ke dukun dengan berbagai alasan; diantaranya karena tradisi keluarga, perintah suami dan keluarga, malu karena banyak anak, takut suntik, dan jahit.

#### 6) Sikap ibu hamil kasus terhadap kehadiran bidan desa

Berdasarkan hasil wawancara mendalam, didapatkan bahwa seluruhnya (di 5 wilayah kerja puskesmas) sikap ibu hamil kasus terhadap kehadiran bidan desa ialah setuju dan senang. Hal ini sesuai dengan pernyataan berikut:

“...Saya sangat senang dengan kehadiran bidan...” (Bumil I, 19 Pebruari 2011)

“...Saya sangat senang dengan kehadiran bidan, bidan desa dan bidan swasta. Buktinya saya juga mau ke posyandu dan beberapa kali saya pergi ke bidan swasta untuk periksa kehamilan. ...” (Bumil III, 22 Pebruari 2011)

Sikap positif bumil kasus tersebut menunjukkan bahwa mereka setuju dan senang terhadap kehadiran bides. Buktinya mereka mau pergi ke posyandu dan mau memeriksakan anaknya yang sakit ke polindes. Menurut Notoatmodjo (2005b) bahwa sikap positif seseorang merupakan faktor yang dapat mempermudah terjadinya perilaku terhadap apa yang akan dilakukan.

7) Sikap ibu hamil kasus terhadap kehadiran dukun bayi

Berdasarkan hasil wawancara mendalam, didapatkan bahwa seluruhnya (di 5 wilayah kerja puskesmas) sikap ibu hamil kasus terhadap dukun bayi ialah setuju dan senang. Hal ini sesuai dengan pernyataan berikut:

“...Tapi, saya juga senang dengan kehadiran dukun bayi di masyarakat karena dukun bayi masih diperlukan sebagai penolong persalinan, apalagi bagi keluarga yang tidak mampu ekonominya dan untuk memandikan bayi, mas!...” (Bumil III, 22 Pebruari 2011)

“...Meskipun kalo melahirkan disuruh ke bidan. Tetapi dukun juga masih dibutuhkan, mas!, seperti memandikan bayi pada beberapa hari baru lahir. Dan bisa memijat orang hamil serta anak-anak kecil...” (Bumil I, 19 Pebruari 2011)

Sikap bumil kasus tersebut menunjukkan bahwa mereka masih tetap setuju dan senang terhadap kehadiran dukun bayi. Menurut mereka bahwa keberadaan dukun bayi masih diperlukan sebagai “alternatif” bagi keluarga yang tidak mampu dan tidak memiliki Jamkesmas karena biaya melahirkan di dukun lebih murah bahkan kadang digratiskan bila benar-benar tidak mampu. Berdasarkan petunjuk teknis kemitraan bidan dan dukun bayi (2006) disebutkan bahwa kehadiran dukun bayi juga masih diperlukan. Hanya saja bukan sebagai penolong persalinan tetapi sebagai partner bides dalam memberikan perawatan terhadap bayi pasca persalinan, misalnya untuk memandikan bayi.

f. Upaya yang pernah dilakukan dalam menekan angka persalinan oleh dukun

1) Program kemitraan dukun bayi dengan bidan desa

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan 5 responden, didapatkan bahwa seluruhnya (di 5 wilayah kerja puskesmas) program kemitraan dukun bayi dengan bidan desa tidak berjalan, yaitu program yang menargetkan adanya kesediaan bagi dukun bayi untuk membawa dan menyarankan kepada setiap ibu hamil yang hendak melahirkan di tempatnya ke tempat praktek bidan. Hal ini sesuai dengan pernyataan berikut:

“...Di sini, tidak satu pun dukun bayi yang sudah bermitra dengan bidan desa...” (Responden I, 15 Pebruari 2011)

“...Beberapa tahun yang lalu, sebenarnya sudah pernah ada upaya untuk mengajak para dukun agar bermitra kepada bidan, yaitu saat puskesmas mengundang dukun-dukun di wilayah kecamatan sini untuk mengikuti acara pelatihan bagi dukun bayi. Sebagian dari mereka banyak yang datang. Dalam pelatihan tersebut, para dukun diajari tentang cara memijat bumil yang benar, serta cara merawat bayi. Selain itu, para dukun juga ditanyai tentang kesediaan mereka untuk bermitra dengan bidan, yaitu membawa setiap bumil yang hendak melahirkan di tempat dukun untuk dibawa ke tempat bidan. Mendapat pertanyaan tersebut, para dukun pun saat itu “menyanggupinya” untuk bermitra dengan bidan. Namun, kenyataannya selepas kegiatan tersebut dan sampai sekarang masih banyak dukun-dukun yang tidak mau bermitra. Di Desa sini, dukun yang sudah mau bermitra hanya 1 orang. Masyarakat sini; selain masih kuat “kepercayaannya” pada dukun bayi, juga masih kuat “kepercayaannya” pada tokoh agama sebagai pengobatan alternatif sehingga masyarakat; baru mau ke tempat pelayanan kesehatan; polindes atau puskesmas bila sudah parah atau apabila si tokoh agama tersebut menyarankan agar dibawa ke puskesmas...” (Responden III, 10 Pebruari 2011)

Berdasarkan hasil dalam penelitian ini ditemukan bahwa tidak berjalannya program kemitraan ini (menurut keterangan beberapa bidan), dimungkinkan karena beberapa faktor; diantaranya kurangnya sosialisasi, dukungan, dan kontrol pada program kemitraan. Selain itu, juga karena adanya faktor dari dukun itu sendiri, yaitu keyakinan dukun bahwa menolong persalinan adalah perbuatan baik; yang merupakan panggilan hati nuraninya sehingga dia masih tetap melakukan pertolongan persalinan, dan anggapan dukun bahwa bidan desa sebagai pesaingnya; yang telah merebut sebagian dari sumber penghasilannya sehingga sulit bagi seorang dukun untuk bisa menerima program kemitraan tersebut. Sebagian dukun merasa “iri” dan “kurang suka” terhadap bidan desa. Ditambah lagi, bila harus membawa setiap bumil yang hendak melahirkan di tempatnya ke tempat bidan. Hal ini sesuai dengan pernyataan berikut:

“...menurut saya, penyebabnya adalah selain karena faktor dukun sendiri; juga karena kurang sosialisasi serta kurangnya dukungan dana ...” (Responden I, 15 Pebruari 2011)

“...Ya, dan menurut saya, penyebabnya adalah selain karena faktor dukun sendiri; juga karena kurang sosialisasi serta dukungan dana dan kontrol ...” (Responden III, 10 Pebruari 2011)

Program kemitraan bidan dan dukun adalah bentuk kerjasama yang saling menguntungkan antara bidan dan dukun, yang diharapkan seluruh pertolongan persalinan ditangani oleh tenaga kesehatan yang mempunyai kemampuan dan keterampilan khusus dalam pertolongan persalinan dengan tetap melibatkan dukun pada “kegiatan yang terbatas” dan tidak membahayakan ibu dan bayinya (Dinas Kesehatan Jatim, 2006).

Tujuan kemitraan ini ialah untuk meningkatkan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan dengan melakukan upaya berikut: a). mengalihkan peran dukun dari penolong persalinan menjadi mitra bidan dalam merawat ibu pada masa nifas dan bayinya, b). menurunkan cakupan pertolongan persalinan dukun dengan cara dukun merujuk setiap kasus persalinan kepada bidan atau tenaga kesehatan lainnya yang berkompeten, dan c). meningkatkan peran dukun sebagai kader kesehatan (Dinas Kesehatan Jatim, 2006).

Menurut Departemen Kesehatan (2007) bahwa dalam program kemitraan bidan dan dukun bayi; peran dukun masih diperlukan, yaitu:

a) Peran dalam pelayanan antenatal

- (1) Melaporkan ke bidan bila ada bumil baru, ibu mau bersalin, atau bila terjadi kematian ibu atau bayi, dilaporkan terhadap petugas kesehatan
- (2) Memotivasi bumil agar mau diperiksa, bila perlu diantar
- (3) Memotivasi rujukan bila ada tanda berbahaya
- (4) Dukun bayi melakukan ritual (tradisi upacara kehamilan) serta memotivasi rencana KB setelah persalinan

b) Peran dalam persalinan

- (1) Memotivasi persalinan ke bidan
- (2) Memotivasi persiapan transportasi (untuk persalinan maupun rujukan)
- (3) Bila perlu mengantar bumil bersalin ke bidan
- (4) Memotivasi pemberian ASI segera
- (5) Memotivasi rujukan
- (6) Dukun mendampingi bumil pada saat bersalin

(7) Dukun merawat bayi baru lahir

c) Peran dalam nifas

- (1) Melakukan ritual (tradisi) yang sehat
- (2) Membantu perawatan nifas dan bayi baru lahir
- (3) Memotivasi rujukan bila diperlukan
- (4) Melaporkan ke bidan segera bila ditemukan tanda gejala sakit

2) Upaya dengan melibatkan tokoh masyarakat atau tokoh agama setempat

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan 5 responden, didapatkan bahwa seluruhnya (di 5 wilayah kerja puskesmas) upaya dengan melibatkan tokoh masyarakat atau tokoh agama setempat dalam menekan angka persalinan oleh dukun masih belum dilakukan. Hal ini sesuai dengan pernyataan berikut:

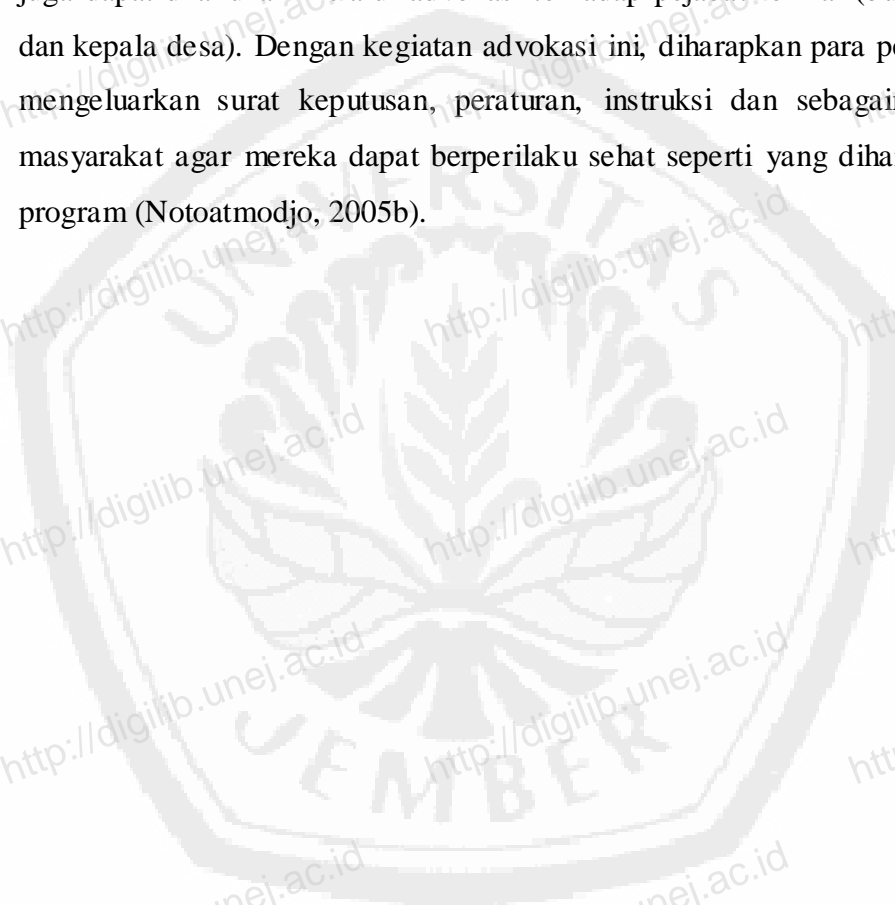
“...Iya, menurut saya; ide itu bagus untuk dicoba karena sangat efektif hasilnya. Mungkin nanti saya akan coba pendekatan itu...” (Responden V, 22 Pebruari 2011)

“...Ya, upaya itu mungkin memang perlu dipertimbangkan apalagi kepercayaan masyarakat di sini terhadap tokoh agama masih sangat kuat...” (Responden II, 17 Pebruari 2011)

Pengetahuan, sikap, dan fasilitas yang tersedia kadang belum menjamin terjadinya perilaku seseorang atau masyarakat. Sering terjadi bahwa masyarakat sudah mengetahui manfaat periksa hamil dan juga telah tersedia di lingkungannya fasilitas pelayanan antenatal tetapi mereka masih belum mau memeriksakan kehamilannya karena alasan yang sederhana, yakni bahwa keluarga atau istri dari tokoh masyarakat yang dihormatinya tidak atau belum mau memeriksakan kehamilan.

Oleh karena itu, upaya dengan melibatkan tokoh agama atau tokoh masyarakat merupakan langkah yang efektif agar masyarakat mau merubah perilakunya, termasuk perilaku masyarakat untuk tidak lagi ke dukun saat persalinan. Upaya untuk melibatkan para tokoh masyarakat dapat dilakukan dengan memberikan pelatihan kepada mereka. Ada 2 tujuan yang dapat diperoleh, yaitu agar para tokoh masyarakat tersebut mampu; “berperilaku

contoh” bagi masyarakat sekitarnya, serta dapat mentransformasikan pengetahuan-pengetahuan tentang kesehatan kepada masyarakat sesuai dengan ketokohan mereka. Misalnya, apabila dia seorang tokoh agama (kyai atau pendeta) maka dia bisa menyisipkan pesan-pesan kesehatan kepada jamaahnya melalui khotbahnya. Selain itu, upaya untuk melibatkan para tokoh masyarakat juga dapat dilakukan melalui advokasi terhadap pejabat formal (bupati, camat, dan kepala desa). Dengan kegiatan advokasi ini, diharapkan para pejabat dapat mengeluarkan surat keputusan, peraturan, instruksi dan sebagainya kepada masyarakat agar mereka dapat berperilaku sehat seperti yang diharapkan oleh program (Notoatmodjo, 2005b).





## BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

### 5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil dan pembahasan pada penelitian tentang evaluasi program skrining status *tetanus toxoid* wanita usia subur (TT WUS) dan riwayat kejadian *tetanus neonatarum* (TN) di Jember tahun 2010 ini dapat diambil kesimpulan:

- a. Kapasitas yang dimiliki oleh sebagian besar petugas, yang meliputi pengetahuan dan pelatihan termasuk dalam kategori tingkat yang sedang (59%).
- b. Motivasi intrinsik yang dimiliki oleh sebagian besar petugas, yang meliputi pekerjaan itu sendiri, prestasi, tanggung jawab, pengakuan, dan pengembangan diri termasuk dalam kategori tingkat yang tinggi (71%).
- c. Motivasi ekstrinsik yang dimiliki oleh sebagian besar petugas, yang meliputi kondisi kerja, hubungan antar pribadi, supervisi, dan keamanan termasuk dalam kategori tingkat yang tinggi (53%).
- d. Pelaksanaan program skrining status TT WUS tahun 2010 oleh sebagian besar responden ialah masih dalam kategori belum sesuai dengan ketentuan program.
- e. Hasil cakupan T5 WUS pada 5 puskesmas masih belum memenuhi target 80% sedangkan hasil cakupan T2 plus bumil juga masih belum memenuhi target 100%.
- f. Hasil evaluasi riwayat kejadian TN di desa kasus ialah petugas tidak mengetahui keberadaan pada sebagian kecil bumil kasus selama masa kehamilan, petugas tidak melakukan skrining dan tidak memberikan suntikan TT pada sebagian besar bumil kasus, semua bumil kasus melakukan persalinannya di dukun bayi, pemotongan dan perawatan tali pusar pada sebagian besar bayi TN dengan menggunakan sembilu dan abu tomang, sebagian besar bumil kasus dan dukun tidak mengetahui penyakit TN dan faktor resikonya, dan sebagian besar program kemitraan bidan dan dukun bayi masih belum berjalan dengan optimal.

## 5.2 Saran

Saran peneliti sebagai tindak lanjut hasil penelitian ini ialah sebagai berikut:

a. Bagi bidan desa:

- 1) Meningkatkan kemampuan dalam melaksanakan skrining status TT WUS dengan cara meminta pelatihan kepada penanggung jawab program.
- 2) Mengaktifkan kembali peran kader posyandu, yaitu kader melakukan penyisiran di lingkungannya secara berkala untuk mencari keberadaan bumil.

b. Bagi Dinas Kesehatan:

- 1) Mengadakan pelatihan kembali terkait tata cara pelaksanaan program skrining status TT WUS secara bertahap di tiap puskesmas.
- 2) Melaksanakan evaluasi program skrining status TT WUS secara berkala dan berkesinambungan.

c. Bagi peneliti lain:

- 1) Diharapkan untuk mengadakan penelitian terkait evaluasi akhir pelaksanaan program skrining status TT WUS di tahun 2013.
- 2) Diharapkan untuk mengadakan penelitian terkait analisis beban kerja bagi bidan desa dalam melaksanakan tugasnya.

## DAFTAR PUSTAKA

- Achmadi, U. F. 2006. *Imunisasi Mengapa Perlu?*. Jakarta: Penerbit Buku Kompas.
- Aditama, T. 2004. *Manajemen Administrasi Rumah Sakit Edisi Kedua*. Jakarta: UIP.
- Anoraga, P. 2005. *Psikologi Kerja*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Arikunto, S. 1996. *Prosedur Penelitian*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Arikunto, S. 2000. *Manajemen Penelitian*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Azwar, A. 1996. *Pengantar Administrasi Kesehatan. Edisi Ketiga*. Jakarta: Binarupa Aksara.
- Budiarto, E. 2001. *Biostatika untuk Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Departemen Kesehatan. 1993. *Petunjuk Teknis Terpadu Eliminasi Tetanus Neonatarum*. Jakarta: Depkes.
- Departemen Kesehatan. 2003. *Panduan Praktis Surveilans Epidemiologi Penyakit Edisi I*. Jakarta: Depkes.
- Departemen Kesehatan. 2005. *Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 1611/MENKES/SK/XII/2005 tentang Pedoman Penyelenggaraan Imunisasi*. Jakarta: Depkes.
- Departemen Kesehatan. 2006. *Glosarium Data dan Informasi Kesehatan*. Jakarta: Depkes.
- Departemen Kesehatan. 2007. *Pedoman Pelayanan Antenatal*. Jakarta: Depkes.
- Departemen Kesehatan. 2008. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2006*. Jakarta: Depkes.
- Departemen Kesehatan. 2009. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2008*. Jakarta: Depkes.
- Dinas Kesehatan. 2010. *Profil Kesehatan Kabupaten Jember Tahun 2009*. Jember: Dinkes Kabupaten Jember.

- Dinas Kesehatan Jatim. 2010. *Uji Coba Imunisasi TT WUS di Kab. Jember, Probolinggo, dan Blitar*. Surabaya: Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur.
- Entjang, I. 2000. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Bandung: Citra Aditya Bakti.
- Gatot, D.B. dan Adisasmito, W. 2005. *Hubungan Karakteristik Perawat, Isi Pekerjaan dan Lingkungan Pekerjaan terhadap Kepuasan Kerja Perawat di Instalasi Rawat Inap RSUD Gunung Jati Cirebon*. Jakarta: UI. <http://journal.ui.ac.id>. [16 Juli 2010].
- Gibson. 1996. *Organisasi Jilid I*. Jakarta: Binarupa Aksara.
- Ginting, A. E. 2009. *Pengaruh Motivasi Kerja Petugas KIA terhadap Mutu Pelayanan KIA di Puskesmas Kabupaten Aceh Tenggara Tahun 2008*. Medan: USU. <http://repository.usu.ac.id>. [16 Juli 2010].
- Hamalik, O. 2005. *Pengembangan Sumber Daya Manusia: Manajemen Pelatihan Ketenagakerjaan Pendekatan Terpadu*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Handoko, H. T. 2001. *Manajemen Personalia dan Sumber Daya Manusia*. Yogyakarta: BPF.
- Haryani, N dan Sanusi, R. 2006. *Kebijakan Praktek Bidan: Penegakan Kebijakan Registra dan Praktek Bidan Swasta di Kota Jambi*. Yogyakarta: UGM. <http://www.lrc-kmpk.ugm.ac.id>. [16 Juli 2010].
- Hassan, R. 2000. *Ilmu Kesehatan Anak Jilid 2*. Jakarta: Percetakan Info Medika.
- Indrawati, L. 1997. *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Tetanus Neonatorum di Kotamadya Daerah Tingkat II Tangerang Tahun 1994 - 1996*. Jakarta: UI. <http://www.digilib.ui.ac.id>. [7 Juni 2010].
- Isbagio, Handayani, Siburian, dan Sumarno. 2004. *Pengaruh Status Imunisasi Difteri, Pertusis, dan Tetanus terhadap Respon Kekebalan Difteri dan Tetanus pada Murid Kelas 1 Sekolah Dasar di Kecamatan Cimandala*. Jakarta: <http://www.depkes.go.id>. [19 Maret 2010].
- Ivancevich, J., Konopaske, R., dan Matteson, M. 2005. *Perilaku dan Manajemen Organisasi*. Terjemahan oleh Gina Gania. 2007. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Klaus, M. H. dan Fanaroff, A. A. *Penatalaksanaan Neonatus Resiko Tinggi*. Terjemahan oleh Achmad Surjono. 1998. Jakarta: EGC.

- Kurniawati, N. 1996. *Identifikasi Faktor-Faktor yang Erat Hubungannya dengan Kejadian Tetanus Neonatorum di Kabupaten Serang Tahun 1994-1995*. Jakarta: UI. <http://www.digilib.ui.ac.id>. [5 Juni 2010].
- Lubis, E. 2009. *Pengaruh Karakteristik Individu dan Motivasi Ekstrinsik terhadap Kinerja Dokter dalam Kelengkapan Pengisian Rekam Medis Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit PTP Nusantara IV (Persero) Tahun 2008*. Medan: USU. <http://repository.usu.ac.id>. [16 Juli 2010].
- Mangkunegara, A. A. 2006a. *Perencanaan dan Pengembangan Sumber Daya Manusia*. Bandung: PT. Refika Aditama.
- Mangkunegara, A. A. 2006b. *Evaluasi Kinerja SDM*. Bandung: PT. Refika Aditama.
- Manullang, M. 2005. *Dasar-Dasar Manajemen*. Yogyakarta: Gajah Mada University Press.
- Marthis, R. L. dan Jackson, J. H. 2001. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Jakarta: Salemba Empat.
- Matutina, D. C. 1993. *Manajemen Personalia*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Moeleong. 2004. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: PT. Bandung Remaja Rosdakarya.
- Moenir, H. A. S. 2002. *Manajemen Pelayanan Umum di Indonesia*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Muninjaya, A. A. 2004. *Manajemen Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Nasution, M. 1996. *Pengantar Manajemen*. Jakarta: Djambatan.
- Nawawi, H. 2003. *Perencanaan SDM untuk Organisasi Profit yang Kompetitif*. Yogyakarta: Gajah Mada University Press.
- Nawawi, H. 2005. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Yogyakarta: Gajah Mada University Press.
- Nazir, M. 2003. *Metode Penelitian*. Jakarta: Penerbit Ghalia Indonesia.
- Notoatmodjo, S. 2002. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2005a. *Metodologi Penelitian Kesehatan Cetakan Ketiga*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.

- Notoatmodjo, S. 2005b. *Promosi Kesehatan, Teori dan Aplikasi*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Peranginangin, H. 2006. *Telaah Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Antenatal Care pada Sarana Kesehatan, Pemeliharaan Kesehatan Ibu Hamil dalam Upaya Pengelolaan SDA dan Lingkungan Hidup*. Bogor: IPB.
- Peraturan Pemerintah RI Nomor 32 tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan.
- Prasetyo, R. 2008. *Pedoman Pelaksanaan Imunisasi Puskesmas*. Jember: Fakultas Kedokteran Unej.
- Prawirosentono, S. 1999. *Manajemen Sumber Daya Manusia (Kebijakan Kinerja Karyawan)*. Yogyakarta: BPFE.
- Priyatni, N. B. 2001. *Hubungan Imunitas Bayi dengan Kejadian Tetanus Neonatorum di Propinsi Jawa Barat Tahun 1999 - 2000*. Jakarta: UI. <http://www.digilib.ui.ac.id>. [3 Juni 2010].
- Purwanto, E. A. dan Sulistyastuti, D. R. 2007. *Metode Penelitian Kuantitatif untuk Administrasi Publik dan Masalah-Masalah Sosial*. Yogyakarta: Gava Media.
- Ratgono, A. 2002. *Faktor-Faktor Resiko pada Tetanus Neonatorum di Kabupaten Tangerang*. Jakarta: UI. <http://www.digilib.ui.ac.id>. [7 Juni 2010].
- Resmiati, F. 1994. *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Praktek Pencegahan Tetanus Neonatarum di Kabupaten Bogor*. 1993. Jakarta: UI. <http://www.digilib.ui.ac.id>. [20 Juni 2010].
- Samsudin. 2005. *Faktor yang Mempengaruhi Kinerja Kepala Desa dalam Pelaksanaan Tugas Pemerintahan Desa di Kabupaten Katingan Propinsi Kalimantan Tengah*. <http://damandiri.or.id>. [8 Oktober 2009].
- Sastrohadiwiryo, B. S. 2005. *Manajemen Tenaga Kerja Indonesia: Pendekatan Administratif dan Operasional*. Jakarta: PT. Bumi Aksara.
- Sedarmayanti dan Hidayat, S. 2002. *Metode Penelitian*. Bandung: Mandar Maju.
- Siagian, S. P. 1995. *Teori Motivasi dan Aplikasinya*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Siagian, S. P. 2004. *Teori Motivasi dan Aplikasinya*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.

- Siregar, M. 2009. *Pengaruh Motivasi terhadap Kinerja Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Swadana Tarutung Tapanuli Utara Tahun 2008*. Medan: USU. <http://repository.usu.ac.id>. [16 Juli 2010].
- Sudjana. 2002. *Metode Statistika*. Bandung: Tarsito.
- Sugiarto. 2003. *Teknik Sampling*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Tantijati, L. 2002. *Hubungan Usia Neonatus dengan Kematian Akibat Tetanus Neonatarum di Kab. Indramayu dan Kab. Cirebon Tahun 1996-2001*. Jakarta: UI. <http://www.digilib.ui.ac.id>. [20 Juni 2010].
- Tietjen, L., Bossemeyer, D., dan Intosh, N. *Panduan Pencegahan Infeksi untuk Fasilitas Pelayanan Kesehatan dengan Sumber Daya Terbatas*. Terjemahan oleh Abdul Bari Saifudin. 2004. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Tjipta, G. D. 2004. *Sistem Rujukan Neonatus*. Medan: FK USU.
- Umar, H. 2003. *Metode Penelitian untuk Skripsi dan Tesis Bisnis*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.
- Universitas Jember. 2009. *Pedoman Penulisan Karya Ilmiah*. Jember: Jember University Press.
- Wibowo. 2007. *Manajemen Kinerja*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.
- Wijono, D. 1999. *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan. Volume 1: Teori, Strategi dan Aplikasi*. Surabaya: Airlangga University Press.

## Lampiran 1: Surat Ijin Penelitian



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER

**BADAN KESATUAN BANGSA POLITIK DAN LINMAS**

Jl. Letjen S Parman No. 89 □ 337853 Jember

Jember, 07 Januari 2011

Kepada :  
Yth. Sdr. Kepala Dinas Kesehatan  
Kabupaten Jember

Di - **JEMBER**

**SURAT REKOMENDASI**

Nomor : 072/16/314/2011

Tentang

**IJIN PENELITIAN**

Dasar : 1. Peraturan Daerah Kabupaten Jember No.15 Tahun 2008 tanggal 23 Desember 2008 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah.  
2. Peraturan Bupati Jember Nomor 62 tahun 2008 tanggal 23 Desember 2008 tentang Tugas Pokok dan Fungsi Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember.

Memperhatikan : Surat dari Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember Tanggal 29 Desember 2010 Nomor : 2747/II.3.AU/FIKes/2010

**MEREKOMENDASIKAN :**

Nama : **AHMAD FALIH**  
NIM : 042110101091  
Fakultas : Kesehatan Masyarakat Universitas Jember  
Alamat : Jl. Kalimantan I/93 Jember.  
Keperluan : Mengadakan Penelitian Tentang "Evaluasi Status TT WUS di Puskesmas Kabupaten Jember Tahun 2010 (Studi Kasus Pada Bidan di Puskesmas Mayang, Puskesmas Ledokombo, Puskesmas Karang Duren, Puskesmas Patrang dan Puskesmas Sumberjambe)"

Lokasi : Puskesmas Mayang, Puskesmas Ledokombo, Puskesmas Karang Duren, Puskesmas Patrang dan Puskesmas Sumberjambe Kabupaten Jember.

Waktu : 07 Januari s/d 28 Februari 2011.

Apabila tidak mengganggu kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan, tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud :

Pelaksanaan Rekomendasi ini diberikan dengan ketentuan :

1. Penelitian ini benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas Politik
3. Apabila situasi dan kondisi Wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian Kegiatan

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih

Ditetapkan di : Jember

Pada tanggal : 07 Januari 2011

**KEPALA BAKESBANGPOL DAN LINMAS  
KABUPATEN JEMBER**

**Drs. H. EDY B. SUSILO,MSi**

Pembina Tingkat I

NIP. 19681214 198809 1 001

Tembusan :

Yth. Sdr. Kepala Dinas Kesehatan Masyarakat





**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER**  
**DINAS KESEHATAN**

Jl. Srikoyo I/03 Jember Telp. (0331) 487577 Fax (0331) 426624  
e-mail : [sikdajember@yahoo.co.id](mailto:sikdajember@yahoo.co.id)

Jember, 10 Januari 2011

Nomor : 440 / 161 / 414/ 2011  
Sifat : Penting  
Lampiran : -  
Perihal : Ijin Penelitian

Kepada :  
Yth. Sdr. Kepala Puskesmas  
.....  
di -  
**JEMBER**

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/16/314/2010 , Tanggal 07 Januari 2011, Perihal Ijin Penelitian , dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :

Nama : AHMAD FALIH  
NIM : 042110101091  
Fakultas : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember  
Alamat : Jl. Kalimantan I/93 Jember  
Keperluan : Megadakan Penelitian tentang " Evaluasi Status TT WUS di Puskesmas Kabupaten Jember Tahun 2010 ( Studi kasus pada Bidan Puskesmas Mayang, Puskesmas Ledokombo, Puskesmas Karang Duren, Puskesmas Patrang dan Puskesmas Sumberjambe )"   
Waktu Pelaksanaan : 07 Januari 2011 s/d 28 Februari 2011

Sehubungan dengan hal tersebut pada prinsipnya kami tidak keberatan, dengan catatan untuk kepentingan ilmiah dan tidak untuk publikasi masyarakat/umum, Selanjutnya Saudara dapat memberi bimbingan dan arahan kepada yang bersangkutan.

Demikian dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

**KEPALA DINAS KESEHATAN  
KABUPATEN JEMBER**

**dr. OLONG FADJRI MAULANA, MARS**  
Pembina Utama Muda  
NIP : 19540513 198012 1 002

Tembusan :  
Yth. Sdr. Yang bersangkutan di Tempat

## Lampiran 2

### SURAT PERSETUJUAN RESPONDEN EVALUASI PROGRAM SKRINING STATUS TT WUS DAN RIWAYAT KEJADIAN TN DI JEMBER TAHUN 2010

---

#### INFORMED CONSENT SURAT PERSETUJUAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama Lengkap :

Umur :

Alamat :

menyatakan **BERSEDIA** menjadi responden dalam penelitian dari:

Nama Lengkap : Ahmad Falih

NIM : 042110101091

Fakultas : Kesehatan Masyarakat Univ. Jember

Judul : Evaluasi Program Skrining Status TT WUS dan

Riwayat Kejadian TN di Jember Tahun 2010

(Studi Kasus pada Bidan di Puskesmas Ledokombo,  
Sumberjambe, Karang Duren, Patrang, dan Mayang)

Prosedur dalam penelitian ini tidak akan memberikan dampak dan resiko apapun pada saya karena semata-mata untuk kepentingan ilmiah serta kerahasiaan jawaban dalam kuesioner dijamin sepenuhnya oleh peneliti. Saya telah diberi penjelasan mengenai hal tersebut di atas dan saya telah diberikan kesempatan untuk bertanya mengenai hal-hal yang belum saya mengerti dan telah mendapatkan jawaban dengan jelas.

Demikian surat persetujuan ini saya buat untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Jember,.....

Responden

(.....)

### Lampiran 3



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN NASIONAL  
UNIVERSITAS JEMBER  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**

Jl. Kalimantan I/93 Kampus Tegal Boto Telp. 0331 932296 Jember

### LEMBAR KUESIONER

#### PETUNJUK PENGISIAN:

1. Mohon dengan hormat, bantuan dan kesediaan Ibu untuk menjawab seluruh pertanyaan yang ada
2. Mohon Ibu memberikan jawaban dengan sejujur-jujurnya

Nomor Responden :  
Tanggal :

PUSKESMAS:

#### I. IDENTITAS RESPONDEN

- a. Nama :
- b. Usia :
- c. Pendidikan :  D1 Kebidanan  D4 / S1 Kebidanan  
 D3 Kebidanan  S2 Kebidanan
- d. Lama Bertugas :
- e. Jabatan :
- f. Status Kepegawaian : a. PNS b. lainnya.....(sebutkan)

#### II. PENGETAHUAN

Berilah tanda centang (✓) pada jawaban yang sesuai:

No	Pernyataan	Ya	Tidak
1	Sesuai dengan standar pelayanan antenatal TERBARU disebutkan bahwa dalam penerapan operasionalnya, petugas harus melaksanakan standar minimal <b>5 T</b> (Timbang BB, ukur Tekanan darah, imunisasi <b>TT</b> , ukur Tinggi fundus uteri, dan beri Tablet zat besi)		
2	Penyakit <i>Tetanus Neonatarum</i> (TN) adalah sebutan untuk penyakit tetanus yang HANYA diderita oleh bayi berusia kurang dari 1 bulan		
3	Penyakit TN ditularkan dari ibunya TIDAK HANYA melalui tali pusar		
4	Faktor resiko TN adalah imunisasi TT pada WUS yang tidak dilakukan atau tidak lengkap, pertolongan persalinan yang tidak memenuhi syarat "3 bersih", serta pemotongan dan perawatan tali pusar yang tidak steril		
5	Imunisasi TT WUS diberikan kepada kelompok wanita yang berusia 15-39 tahun, TIDAK termasuk ibu hamil		

6	Menurut rekomendasi WHO, seorang wanita dalam seumur hidupnya cukup diberikan imunisasi tetanus sebanyak <b>5 KALI</b> saja untuk memberikan perlindungan seumur hidupnya dari penyakit tetanus		
7	(masih terkait dengan pertanyaan no. 6), dan <b>tidak boleh</b> bila diberikan <u>lebih</u> dari 5 kali karena akan membahayakan tubuh		
8	(masih terkait dengan pertanyaan no.6), tetapi bila diberikan <u>kurang</u> dari 5 kali, maka akan beresiko terkena penyakit tetanus		
9	Jadwal pemberian imunisasi tetanus <b>BOLEH</b> diberikan sewaktu-waktu, artinya tidak harus mengikuti jadwal sebagaimana yang telah ditetapkan dalam program imunisasi		
10	Pada tahun 2010, Dinkes Kab. Jember telah membuat program skrining status TT bagi WUS dan pelaksanaannya ialah bidan		
11	Tujuan skrining status TT WUS ialah sebagai upaya deteksi dini terhadap munculnya kasus tetanus		
<p><b>TEST SIMULASI SKRINING STATUS TT WUS YANG DILAKSANAKAN PADA TAHUN 2010</b></p> <p><i>(Test simulasi skrining ini bersumber dari Dinkes Jatim yang dibuat pada tahun 2010)</i></p> <p>Jawablah pertanyaan berikut ini dengan memberi tanda centang (√) pada jawaban yang benar</p>			
12	WUS lahir tahun 1975, datang untuk ANC ( <i>antenatal care</i> ) anak ke-3. WUS mengaku: saat catin (calon pengantin) tidak disuntik/imunisasi, saat hamil anak ke-1 mendapat imunisasi 2 kali, dan saat hamil anak ke-2 mendapat imunisasi 2 kali. <b>a. Berapa status TT WUS tersebut?.....</b> <input type="checkbox"/> T1 <input type="checkbox"/> T2 <input type="checkbox"/> T3 <input type="checkbox"/> T4 <input type="checkbox"/> T5 <b>b. Apakah WUS harus diberi imunisasi saat ANC sekarang?..</b> <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak		
13	WUS usia 37 tahun, datang untuk ANC anak ke-2. WUS mengaku: saat catin mendapat imunisasi 2 kali dan saat hamil anak ke-1 mendapat imunisasi 2 kali. <b>a. Berapa status TT WUS tersebut?.....</b> <input type="checkbox"/> T1 <input type="checkbox"/> T2 <input type="checkbox"/> T3 <input type="checkbox"/> T4 <input type="checkbox"/> T5 <b>b. Apakah WUS harus diberi imunisasi saat ANC sekarang?..</b> <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak		
14	WUS lahir tahun 1975, datang untuk ANC anak ke-3. WUS mengaku: saat SD (kelas 1 mendapat 2 kali DT, kelas 6 mendapat 1 kali TT), saat catin tidak disuntik/imunisasi, saat hamil anak ke-1 mendapat imunisasi 2 kali, dan saat hamil anak ke-2 mendapat imunisasi 2 kali. <b>a. Berapa status TT WUS tersebut?.....</b> <input type="checkbox"/> T1 <input type="checkbox"/> T2 <input type="checkbox"/> T3 <input type="checkbox"/> T4 <input type="checkbox"/> T5 <b>b. Apakah WUS harus diberi imunisasi saat ANC sekarang?..</b> <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak		
15	WUS usia 21 tahun, datang untuk ANC anak ke-2. WUS mengaku: saat SD (kelas 1 mendapat DT 2 kali, kelas 6 mendapat 1 kali TT), saat catin mendapat		

	<p>imunisasi 2 kali, dan saat hamil ke-1 mendapat imunisasi 2 kali.</p> <p><b>a. Berapa status TT WUS tersebut?.....</b> <input type="checkbox"/> T1 <input type="checkbox"/> T2 <input type="checkbox"/> T3 <input type="checkbox"/> T4 <input type="checkbox"/> T5</p> <p><b>b. Apakah WUS harus diberi imunisasi saat ANC sekarang?..</b> <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</p>
16	<p>WUS lahir tahun 1982, datang untuk ANC anak ke-2. WUS mengaku: pendidikan WUS tamat SD. Saat SD mendapat suntikan 1 kali (kelas 1) dan 1 kali (kelas 6). Saat catin, WUS tidak disuntik. Saat hamil anak ke-1 mendapat imunisasi 2 kali.</p> <p><b>a. Berapa status TT WUS tersebut?.....</b> <input type="checkbox"/> T1 <input type="checkbox"/> T2 <input type="checkbox"/> T3 <input type="checkbox"/> T4 <input type="checkbox"/> T5</p> <p><b>b. Apakah WUS harus diberi imunisasi saat ANC sekarang?..</b> <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</p>
17	<p>WUS usia 18 tahun, datang untuk ANC anak ke-1. WUS mengaku: Pendidikannya kelas 2 SMP. Saat SD mendapat imunisasi 1 kali (kelas 1) dan 1 kali (kelas 5) dan saat catin mendapat imunisasi 2 kali.</p> <p><b>a. Berapa status TT WUS tersebut?.....</b> <input type="checkbox"/> T1 <input type="checkbox"/> T2 <input type="checkbox"/> T3 <input type="checkbox"/> T4 <input type="checkbox"/> T5</p> <p><b>b. Apakah WUS harus diberi imunisasi saat ANC sekarang?..</b> <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</p>
18	<p>WUS lahir tahun 1991, datang untuk ANC anak ke-2. WUS mengaku: Pendidikannya tamat SD. Saat SD mendapat suntikan/imunisasi 1 kali (kelas 1) dan 1 kali (kelas 6), saat catin tidak disuntik/imunisasi, dan saat hamil anak ke-1 mendapat imunisasi 2 kali.</p> <p><b>a. Berapa status TT WUS tersebut?.....</b> <input type="checkbox"/> T1 <input type="checkbox"/> T2 <input type="checkbox"/> T3 <input type="checkbox"/> T4 <input type="checkbox"/> T5</p> <p><b>b. Apakah WUS harus diberi imunisasi saat ANC sekarang?..</b> <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</p>
19	<p>WUS usia 18 tahun, datang untuk ANC anak ke-1. WUS mengaku: Pendidikan WUS kelas 2 SMP. Saat SD mendapat imunisasi 1 kali (kelas 1), 1 kali (kelas 3), 1 kali (kelas 4), dan saat catin mendapat imunisasi 2 kali.</p> <p><b>a. Berapa status TT WUS tersebut?.....</b> <input type="checkbox"/> T1 <input type="checkbox"/> T2 <input type="checkbox"/> T3 <input type="checkbox"/> T4 <input type="checkbox"/> T5</p> <p><b>b. Apakah WUS harus diberi imunisasi saat ANC sekarang?..</b> <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</p>
20	<p>WUS lahir 1984, datang untuk ANC anak ke-4. WUS mengaku: mendapat suntikan/imunisasi 2 kali (kelas 1 SD) dan 1 kali (kelas 6 SD), saat catin disuntik/imunisasi 1 kali, saat hamil anak ke-1 mendapat imunisasi 2 kali, saat hamil anak ke-2 mendapat imunisasi 2 kali, dan saat hamil anak ke-3 mendapat imunisasi 1 kali.</p> <p><b>a. Berapa status TT WUS tersebut?.....</b> <input type="checkbox"/> T1 <input type="checkbox"/> T2 <input type="checkbox"/> T3 <input type="checkbox"/> T4 <input type="checkbox"/> T5</p> <p><b>b. Apakah WUS harus diberi imunisasi saat ANC sekarang?..</b> <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</p>
21	<p>WUS usia 27 tahun, datang untuk ANC anak ke-2. WUS mengaku: saat SD mendapat imunisasi 2 kali (kelas 6), saat catin mendapat imunisasi 2 kali, dan saat hamil anak ke-1 mendapat imunisasi 2 kali.</p> <p><b>a. Berapa status TT WUS tersebut?.....</b> <input type="checkbox"/> T1 <input type="checkbox"/> T2 <input type="checkbox"/> T3 <input type="checkbox"/> T4 <input type="checkbox"/> T5</p> <p><b>b. Apakah WUS harus diberi imunisasi saat ANC sekarang?..</b> <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</p>
<b>III. PELATIHAN</b>	
22	<p>Apakah Ibu pernah mengikuti pelatihan atau pembekalan tentang “cara melaksanakan skrining TT WUS”, misalnya pernah mengikuti mini lokakarya tentang tata cara melaksanakan skrining yang diadakan oleh puskesmas?</p> <p>a. Pernah</p>

b. Tidak pernah Bila pernah, Ibu bisa menunjukkan sertifikat, piagam, atau surat keterangan bahwa Ibu pernah mengikuti pelatihan atau pembekalan tersebut?
---

#### IV. MOTIVASI

Berilah jawaban pernyataan berikut sesuai dengan pendapat Anda dengan cara memberi centang (✓) pada kolom yang tersedia.

**Keterangan:**

**SS** = Sangat Setuju

**S** = Setuju

**TS** = Tidak Setuju

**STS** = Sangat Tidak Setuju

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS
<b>Pekerjaan itu sendiri</b>					
23	Saya berusaha melaksanakan skrining status TT WUS dengan sebaik-baiknya karena saya merasa SENANG/PUAS dengan pekerjaan tersebut				
24	Saya berusaha melaksanakan skrining status TT WUS dengan sebaik-baiknya karena pekerjaan tersebut penuh TANTANGAN				
25	Saya berusaha melaksanakan skrining status TT WUS dengan sebaik-baiknya karena saya merasa bahwa pekerjaan tersebut sangat mulia, mempunyai ARTI PENTING (bermanfaat) bagi masyarakat luas				
26	Saya berusaha melaksanakan skrining status TT WUS dengan sebaik-baiknya karena saya merasa bahwa pekerjaan tersebut sesuai dengan KEMAMPUAN/KEAHLIAN saya				
<b>Prestasi</b>					
27	Untuk dapat melaksanakan skrining dibutuhkan keterampilan tertentu				
28	Saya akan bersungguh-sungguh melaksanakan skrining meskipun keterampilan yang saya miliki masih sedikit, tetapi dengan tetap berusaha untuk menambah keterampilan yang saya miliki tersebut				
29	Untuk dapat melaksanakan skrining dibutuhkan pengalaman (misalnya pernah mengikuti pelatihan skrining)				
30	Saya akan bersungguh-sungguh melaksanakan skrining meskipun pengalaman yang saya miliki masih sedikit, tetapi dengan tetap berusaha untuk menambah				

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS
	pengalaman yang saya miliki tersebut				
31	Demi mencapai hasil kerja yang optimal, saya akan memacu diri dan bersaing dengan rekan kerja yang memiliki tugas yang sama				
<b>Tanggung Jawab</b>					
32	Saya punya keinginan kuat untuk melaksanakan skrining dengan baik dan benar				
33	Melaksanakan skrining adalah TANGGUNG JAWAB saya dan harus saya selesaikan tepat waktu (sesuai rekomendasi dari atasan)				
34	Saya berani menerima RESIKO (menerima kritikan atau sanksi dari atasan) bila dalam melaksanakan skrining terdapat kesalahan/keteledoran				
<b>Pengakuan</b>					
35	Saya berusaha bekerja dengan sebaik-baiknya agar setiap saya selesai mengerjakannya akan mendapatkan penghargaan berupa PUJIAN secara langsung (ucapan selamat dan ucapan terima kasih)				
36	Pemberian penghargaan berupa PIAGAM akan membuat saya lebih giat untuk bekerja				
37	Pemberian penghargaan berupa UANG akan membuat saya lebih giat untuk bekerja				
38	Pemberian penghargaan berupa kesempatan untuk DIPROMOSIKAN akan membuat saya lebih semangat untuk bekerja				
<b>Pengembangan Diri</b>					
39	Pemberian KESEMPATAN untuk mengikuti <u>pendidikan</u> dan atau <u>pelatihan</u> dalam upaya pengembangan kemampuan akan membuat saya semakin bergairah dalam bekerja				
<b>Kondisi Kerja</b>					
40	Kondisi tempat kerja yang BERSIH, akan membuat saya nyaman dan semangat dalam bekerja				
41	Kondisi tempat kerja dengan VENTILASI yang cukup, akan membuat saya nyaman dalam bekerja				
42	Kondisi tempat kerja dengan PENERANGAN yang cukup, akan membuat saya nyaman dalam bekerja				
43	Kondisi tempat kerja dengan FASILITAS yang memadai, akan membuat saya nyaman dan semangat dalam bekerja				

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS
<b>Hubungan Antar Pribadi</b>					
44	Penerimaan teman sekerja terhadap saya, baik dalam hubungan kerja (dalam satu tim kerja) maupun dalam hubungan di luar kerja, akan membuat semangat kerja saya semakin meningkat				
45	Sifat keterbukaan dan "mau mendengar" yang dapat ditunjukkan oleh atasan kepada bawahannya, akan membuat saya semangat dalam bekerja				
46	Penerimaan (dukungan) masyarakat terhadap pekerjaan yang saya lakukan, akan membuat saya senang dan semakin bersemangat dalam bekerja				
<b>Supervisi</b>					
47	Adanya penilaian (evaluasi) yang dilakukan oleh pimpinan atas hasil kerja yang saya hasilkan, akan membuat saya berusaha untuk lebih baik lagi dalam menjalankan pekerjaan				
48	Adanya petunjuk (koreksi dan arahan) yang diberikan oleh pimpinan kepada saya karena kesalahan/keteledoran yang saya lakukan, justru akan membuat saya senang dan akan saya jadikan sebagai masukan untuk melaksanakan pekerjaan berikutnya agar lebih baik				
<b>Keamanan</b>					
49	Tempat kerja yang bisa memberikan jaminan rasa aman (harta dan jiwa), akan membuat saya tenang dalam bekerja				
50	Tempat kerja yang dapat memberikan jaminan bagi pekerjaanya untuk tidak di PHK selama masih bisa menunjukkan prestasi kerja, akan membuat saya berhati-hati dan serius dalam bekerja				



Lampiran 4

**FORM SAMPEL PELAKSANAAN  
SKRINING STATUS TT WUS**

BIDAN:

- I. -Nama WUS :.....  
-Tgl/Bln/Thn LAHIR :...../...../.....  
-Tgl/Bln/Thn saat dilakukan SKRINING :...../...../.....

**Saat di skrining, WUS tersebut mengaku:**

1. Saat SD : disuntik.....kali (Kelas:  1 [...kali]  2 [...kali]  3 [...kali]  
 4 [...kali]  5 [...kali]  6 [...kali])
2. Saat Catin : disuntik.....kali
3. Saat Hamil I : disuntik.....kali
4. Saat Hamil II : disuntik.....kali
5. Saat Hamil III : disuntik.....kali
6. Saat Hamil IV : disuntik.....kali
7. Saat Hamil V : disuntik.....kali

**JADI;**

- a. Berapa status TT WUS tersebut?.....  T1  T2  T3  T4  T5
- b. Setelah Skrining tersebut dilaksanakan, apakah Ibu pernah memberikan suntikan TT lagi?...  Ya  Tidak

**KAPAN SAJA ?**

- 1) Tgl:.....Bln:.....Thn:.....
- 2) Tgl:.....Bln:.....Thn:.....
- 3) Tgl:.....Bln:.....Thn:.....

- II. -Nama WUS :.....  
-Tgl/Bln/Thn LAHIR :...../...../.....  
-Tgl/Bln/Thn saat dilakukan SKRINING :...../...../.....

**Saat di skrining, WUS tersebut mengaku:**

1. Saat SD : disuntik.....kali (Kelas:  1 [...kali]  2 [...kali]  3 [...kali]  
 4 [...kali]  5 [...kali]  6 [...kali])
2. Saat Catin : disuntik.....kali
3. Saat Hamil I : disuntik.....kali
4. Saat Hamil II : disuntik.....kali
5. Saat Hamil III : disuntik.....kali
6. Saat Hamil IV : disuntik.....kali
7. Saat Hamil V : disuntik.....kali

**JADI;**

- a. Berapa status TT WUS tersebut?.....  T1  T2  T3  T4  T5  
 b. Setelah Skrining tersebut dilaksanakan, apakah Ibu pernah memberikan suntikan TT lagi?...  Ya  Tidak

**KAPAN SAJA ?**

- 1) Tgl:.....Bln:.....Thn:.....  
 2) Tgl:.....Bln:.....Thn:.....  
 3) Tgl:.....Bln:.....Thn:.....

**III. -Nama WUS****-Tgl/Bln/Thn LAHIR****-Tgl/Bln/Thn saat dilakukan SKRINING**

:.....

:...../...../.....

:...../...../.....

**Saat di skrining, WUS tersebut mengaku:**

1. Saat SD : disuntik.....kali ( Kelas:  1 [...kali]  2 [...kali]  3 [...kali]  
 4 [...kali]  5 [...kali]  6 [...kali] )  
 2. Saat Catin : disuntik.....kali  
 3. Saat Hamil I : disuntik.....kali  
 4. Saat Hamil II : disuntik.....kali  
 5. Saat Hamil III : disuntik.....kali  
 6. Saat Hamil IV : disuntik.....kali  
 7. Saat Hamil V : disuntik.....kali

**JADI;**

- a. Berapa status TT WUS tersebut?.....  T1  T2  T3  T4  T5  
 b. Setelah Skrining tersebut dilaksanakan, apakah Ibu pernah memberikan suntikan TT lagi?...  Ya  Tidak

**KAPAN SAJA ?**

- 1) Tgl:.....Bln:.....Thn:.....  
 2) Tgl:.....Bln:.....Thn:.....  
 3) Tgl:.....Bln:.....Thn:.....

## Lampiran 5

### PANDUAN WAWANCARA RIWAYAT KEJADIAN TN EVALUASI PROGRAM SKRINING STATUS TT WUS DAN RIWAYAT KEJADIAN TN DI JEMBER TAHUN 2010

---

#### 1. Pertanyaan untuk **bidan desa**

- a. Apakah Anda sudah mengetahui “keberadaan” ibu hamil (bumil) kasus sebelum terjadi kasus TN?
- b. Selama masa pemeriksaan kehamilan, apakah Anda pernah menemukan “kelainan”?
- c. Apakah bumil kasus pernah menyampaikan “keluhan” kepada Anda?
- d. Adakah “penolakan-penolakan” yang dilakukan oleh bumil kasus atau keluarganya terkait tindakan ANC yang akan Anda lakukan?
- e. Sudahkah Anda melakukan skrining status TT-nya?, berapa status TT-nya?
- f. Kemudian, selama masa kehamilannya, Anda pernah memberikan suntikan TT?..., berapa kali?..., dengan jarak berapa?
- g. Kapan bayi TN itu dilahirkan dan bagaimana kondisinya?
- h. Siapakah penolong persalinannya?
- i. Bagaimanakah perjalanan ibu hamil kasus ini dimulai dari saat menjelang kelahiran sampai dengan bayi dinyatakan positif TN.?
- j. Bagaimana perawatan bayi tadi setelah dinyatakan TN?
- k. Apakah dukun penolong itu sudah bermitra dengan bidan desa?
- l. Menurut Anda, kenapa dukun ini dan dukun-dukun lainnya masih tetap menolong persalinan?
- m. Apakah dukun ini pernah mengikuti pembinaan?
- n. Menurut ibu, bagaimana penerimaan dukun terhadap bidan desa?
- o. Bagaimanakah upaya selama ini dalam meningkatkan kunjungan ibu hamil ke posyandu serta menekan angka persalinan oleh dukun?
- p. Jadi, menurut Ibu, program kemitraan bidan dan dukun bayi masih belum optimal?
- q. Lantas, menurut ibu, cukup efektifkah upaya dengan melibatkan tokoh masyarakat atau tokoh agama setempat?

2. Pertanyaan untuk **dukun** penolong persalinan bayi TN
  - a. Bagaimana tindakan Ibu saat menolong persalinan, kenapa?
  - b. Ibu pernah mengikuti bimbingan/pelatihan buat dukun bayi dari puskesmas atau bidan desa?
  - c. Anda tahu apakah penyakit TN atau tetanus itu dan penyebabnya (faktor resiko)?
  - d. Bagaimana menurut Ibu, tentang kehadiran bidan desa?
3. Pertanyaan untuk **bumil** yang bayinya terkena kasus TN
  - a. Kepada siapa proses persalinan pada anak-anak Ibu sebelum anak yang sakit/meninggal?
  - b. Apa alasan Ibu memilih persalinan ke dukun?
  - c. Bagaimana menurut Ibu terhadap kegiatan posyandu?
  - d. Anda tahu apakah penyakit TN atau tetanus itu dan penyebabnya (faktor resiko)?
  - e. Apakah Anda punya Kartu Jamkesmas?
  - f. Bagaimanakah penerimaan Ibu terhadap bidan dan dukun bayi?
  - g. Kalau ibu memang senang dengan kegiatan posyandu dan sudah pernah kesana, serta senang dengan kehadiran bidan desa, kenapa Ibu tidak sekalian melahirkan di bidan juga?

## Lampiran 6

**TABEL BANTU SKRINING STATUS TT WUS JEMBER 2010  
EVALUASI PROGRAM SKRINING STATUS TT WUS DAN  
RIWAYAT KEJADIAN TN DI JEMBER TAHUN 2010**

**DASAR:**

1. Vaksinasi bayi DPT 3 kali dimulai sejak 1977 – sekarang = bayi umur 2, 3, dan 4 bulan  
 2. Vaksinasi anak SD/MI (BIAS) DT & TT tahun 1984-1997 = kelas 1 laki+ perempuan (DT 2 kali) & kelas 6 perempuan (TT 2 kali)  
 3. Vaksinasi anak SD/MI (BIAS) DT & TT tahun 1998 = kelas 1(DT) s/d kelas 2-6 (TT)  
 4. Vaksinasi anak SD/MI (BIAS) DT & TT tahun 2001- sekarang = kelas 1, 2 & 3  
 5. Vaksinasi CPWCATIN & BUMIL dosis dimulai 1984 = TT 2kali

NO	PROGRAM	THN Lahr	UMUR Sekarang	TAHUN IMUNISA SI	TAHUN SAAT DPT BIAS (KELAS)		TAHUN SAAT DPT BIAS (KELAS)						TAHUN SAAT DPT BIAS (KELAS)			PERNAH /TDK DIVAKSINASI SAAT				JADI STATUS TT pd 2010		
					1 (DT 2)	6 (TT 2)	1	2	3	4	5	6	1	2	3	CANTIN TH IMUN TERCPT	HAMIL YANG KE				BILA TERTIB & TANPA HITUNG TT SAAT HAMIL	STATUS TT RIIL LAKUKAN SKRINING
																	1	2	3	4		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
		1971	39	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1986						
		1972	38	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1987						
		1973	37	0	0	1984	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1988						
		1974	36	0	0	1985	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1989						
A	DPT UNTUK BAYI	1975	35	0	0	1986	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1990						
		1976	34	0	0	1987	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1991						
		1977	33	1977-1978	0	1988	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1992						
B.	PLUS BIAS KELAS 1&6	1978	32	1978-1979	1984	1989	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1993						
		1979	31	1979-1980	1985	1990	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1994						
		1980	30	1980-1981	1986	1991	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1995						
		1981	29	1981-1982	1987	1992	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1996						
		1982	28	1982-1983	1988	1993	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1997						
		1983	27	1983-1984	1989	1994	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1998						
		1984	26	1984-1985	1990	1995	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1999						
		1985	25	1985-1986	1991	1996	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2000						
		1986	24	1986-1987	1992	1997	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2001						

		1987	23	1987-1988	1993	0	0	0	0	0	0	1998	0	0	0	2002						
		1988	22	1988-1989	1994	0	0	0	0	0	1998	1999	0	0	0	2003						
		1989	21	1989-1990	1995	0	0	0	0	1998	1999	2000	0	0	0	2004						
		1990	20	1990-1991	1996	0	0	0	1998	1999	2000	0	0	0	0	2005						
		1991	19	1991-1992	1997	0	0	1998	1999	2000	0	0	0	0	0	2006						
C.	PLUS BIAS KELAS 1-6	1992	18	1992-1993	0	0	1998	1999	2000	0	0	0	0	0	0	2007						
		1993	17	1993-1994	0	0	1999	2000	0	0	0	0	0	0	2001	2008						
		1994	16	1994-1995	0	0	2000	0	0	0	0	0	0	2001	2002	2009						
D.	PLUS BIAS KELAS 1-6	1995	15	1995-1996	0	0	0	0	0	0	0	0	2001	2002	2003	2010						
		1996	14	1996-1997	0	0	0	0	0	0	0	0	2002	2003	2004	2011						
		1997	13	1997-1998	0	0	0	0	0	0	0	0	2003	2004	2005	2012						
		1998	12	1998-1999	0	0	0	0	0	0	0	0	2004	2005	2006	2013						
		1999	11	1999-2000	0	0	0	0	0	0	0	0	2005	2006	2007	2014						
		2000	10	2000-2001	0	0	0	0	0	0	0	0	2006	2007	2008	2015						
		2001	9	2001-2002	0	0	0	0	0	0	0	0	2007	2008	2009	2016						
		2002	8	2002-2003	0	0	0	0	0	0	0	0	2008	2009	0	2017						
		2003	7	2003-2004	0	0	0	0	0	0	0	0	2009	0	0	2018						
		2004	6	2004-2005	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2019						
		2005	5	2005-2006	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2020						
		2006	4	2006-2007	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2021						
		2007	3	2007-2008	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2022						
		2008	2	2008-2009	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2023						
		2009	1	2009-2010	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2024						



## Lampiran 7

### REKAPITULASI KARAKTERISTIK RESPONDEN EVALUASI PROGRAM SKRINING STATUS TT WUS DAN RIWAYAT KEJADIAN TN DI JEMBER TAHUN 2010

No	Resp.	Karakteristik			
		Kelompok Umur (dalam tahun)	Tingkat Pendidikan	Lama Bertugas (dalam tahun)	Status Kepegawaian
1	P1	30	D3	4	PTT
2	P2	24	D3	1.5	PTT
3	P3	30	D3	4	PTT
4	P4	38	D1	15	PNS
5	P5	37	D3	10	PNS
6	P6	31	D3	1	PTT
7	P7	39	D3	19	PNS
8	P8	51	D3	15	PNS
9	P9	23	D3	2	PTT
10	P10	31	D3	11	PNS
11	P11	29	D3	4	PTT
12	M1	40	D3	20	PNS
13	M2	25	D3	3.5	PTT
14	M3	26	D3	3	PTT
15	M4	48	D3	19	PNS
16	M5	42	D1	18	PNS
17	M6	24	D3	2	PTT
18	M7	31	D3	4	PTT
19	M8	23	D3	2	PTT
20	L1	30	D3	8	PTT
21	L2	27	D3	3	PTT
22	L3	25	D3	3	PTT
23	L4	33	D3	12	PNS
24	L5	28	D3	4	PTT
25	L6	27	D3	3	PTT
26	L7	37	D3	12	PNS
27	L8	23	D3	1	MAGANG
28	L9	40	D1	19	PNS

No	Resp.	Karakteristik			
		Kelompok Umur (dalam tahun)	Tingkat Pendidikan	Lama Bertugas (dalam tahun)	Status Kepegawaian
29	L10	22	D3	1	MAGANG
30	S1	26	D3	3	PTT
31	S2	23	D3	0.9	HONORER
32	S3	25	D3	2	PTT
33	S4	40	D3	19	PNS
34	S5	22	D3	1	HONORER
35	S6	27	D3	4	PTT
36	S7	30	D3	6	PNS
37	S8	24	D3	0.1	HONORER
38	S9	41	D3	20	PNS
39	S10	26	D3	2.5	PTT
40	S11	33	D3	6	PNS
41	K1	23	D3	3	PTT
42	K2	53	D3	33	PNS
43	K3	26	D3	4	PNS
44	K4	22	D3	1	HONORER
45	K5	45	P2B	20	PNS
46	K6	30	D3	2	PTT
47	K7	35	D3	10	PNS
48	K8	25	D3	2	HONORER
49	K9	33	D3	15	PNS



## Lampiran 8

### REKAPITULASI PENGETAHUAN RESPONDEN EVALUASI PROGRAM SKRINING STATUS TT WUS DAN RIWAYAT KEJADIAN TN DI JEMBER TAHUN 2010

No	Resp.	Jumlah Jawaban Benar		Jumlah Total	Kriteria
		Pengetahuan Umum	Test Skrining		
1	P1	7	8	15	Tinggi
2	P2	9	1	10	Sedang
3	P3	9	1	10	Sedang
4	P4	9	2	11	Sedang
5	P5	8	3	11	Sedang
6	P6	9	2	11	Sedang
7	P7	8	3	11	Sedang
8	P8	8	2	10	Sedang
9	P9	8	4	12	Sedang
10	P10	8	4	12	Sedang
11	P11	8	5	13	Sedang
12	M1	5	3	8	Sedang
13	M2	6	3	9	Sedang
14	M3	9	5	14	Tinggi
15	M4	6	2	8	Sedang
16	M5	8	5	13	Sedang
17	M6	8	2	10	Sedang
18	M7	8	3	11	Sedang
19	M8	5	3	8	Sedang
20	L1	8	6	14	Tinggi
21	L2	9	4	13	Sedang
22	L3	9	6	15	Tinggi
23	L4	9	6	15	Tinggi
24	L5	8	8	16	Tinggi
25	L6	9	7	16	Tinggi
26	L7	8	7	15	Tinggi
27	L8	9	4	13	Sedang
28	L9	10	5	15	Tinggi

No	Resp.	Jumlah Jawaban Benar		Jumlah Total	Kriteria
		Pengetahuan Umum	Test Skrining		
29	L10	9	4	13	Sedang
30	S1	10	4	14	Tinggi
31	S2	10	5	15	Tinggi
32	S3	10	11	21	Tinggi
33	S4	10	8	18	Tinggi
34	S5	8	6	14	Tinggi
35	S6	8	5	13	Sedang
36	S7	10	8	18	Tinggi
37	S8	8	3	11	Sedang
38	S9	7	8	15	Tinggi
39	S10	9	8	17	Tinggi
40	S11	9	8	17	Tinggi
41	K1	5	3	8	Sedang
42	K2	8	3	11	Sedang
43	K3	9	7	16	Tinggi
44	K4	8	9	17	Tinggi
45	K5	5	4	9	Sedang
46	K6	9	3	12	Sedang
47	K7	9	3	12	Sedang
48	K8	5	3	8	Sedang
49	K9	9	2	11	Sedang

## Lampiran 9

### REKAPITULASI PELATIHAN RESPONDEN EVALUASI PROGRAM SKRINING STATUS TT WUS DAN RIWAYAT KEJADIAN TN DI JEMBER TAHUN 2010

---

No	Resp.	Kriteria	
		pernah	tidak pernah
1	P1	√	
2	P2	√	
3	P3	√	
4	P4	√	
5	P5	√	
6	P6	√	
7	P7	√	
8	P8	√	
9	P9	√	
10	P10	√	
11	P11	√	
12	M1	√	
13	M2	√	
14	M3	√	
15	M4	√	
16	M5	√	
17	M6	√	
18	M7	√	
19	M8	√	
20	L1	√	
21	L2	√	
22	L3	√	
23	L4	√	
24	L5	√	
25	L6	√	
26	L7	√	
27	L8	√	

No	Resp.	Kriteria	
		pernah	tidak pernah
28	L9	√	
29	L10	√	
30	S1	√	
31	S2	√	
32	S3	√	
33	S4	√	
34	S5	√	
35	S6	√	
36	S7	√	
37	S8	√	
38	S9	√	
39	S10	√	
40	S11	√	
41	K1	√	
42	K2	√	
43	K3	√	
44	K4	√	
45	K5	√	
46	K6	√	
47	K7	√	
48	K8	√	
49	K9	√	

## Lampiran 10

### REKAPITULASI KAPASITAS RESPONDEN EVALUASI PROGRAM SKRINING STATUS TT WUS DAN RIWAYAT KEJADIAN TN DI JEMBER TAHUN 2010

No	Resp.	Jumlah Jawaban Benar		Jumlah Total	Kriteria
		Pengetahuan	Pelatihan		
1	P1	15	1	16	Tinggi
2	P2	10	1	11	Sedang
3	P3	10	1	11	Sedang
4	P4	11	1	12	Sedang
5	P5	11	1	12	Sedang
6	P6	11	1	12	Sedang
7	P7	11	1	12	Sedang
8	P8	10	1	11	Sedang
9	P9	12	1	13	Sedang
10	P10	12	1	13	Sedang
11	P11	13	1	14	Sedang
12	M1	8	1	9	Sedang
13	M2	9	1	10	Sedang
14	M3	14	1	15	Tinggi
15	M4	8	1	9	Sedang
16	M5	13	1	14	Sedang
17	M6	10	1	11	Sedang
18	M7	11	1	12	Sedang
19	M8	8	1	9	Sedang
20	L1	14	1	15	Tinggi
21	L2	13	1	14	Sedang
22	L3	15	1	16	Tinggi
23	L4	15	1	16	Tinggi
24	L5	16	1	17	Tinggi
25	L6	16	1	17	Tinggi
26	L7	15	1	16	Tinggi
27	L8	13	1	14	Sedang

No	Resp.	Jumlah Jawaban Benar		Jumlah Total	Kriteria
		Pengetahuan	Pelatihan		
28	L9	15	1	16	Tinggi
29	L10	13	1	14	Sedang
30	S1	14	1	15	Tinggi
31	S2	15	1	16	Tinggi
32	S3	21	1	22	Tinggi
33	S4	18	1	19	Tinggi
34	S5	14	1	15	Tinggi
35	S6	13	1	14	Sedang
36	S7	18	1	19	Tinggi
37	S8	11	1	12	Sedang
38	S9	15	1	16	Tinggi
39	S10	17	1	18	Tinggi
40	S11	17	1	18	Tinggi
41	K1	8	1	9	Sedang
42	K2	11	1	12	Sedang
43	K3	16	1	17	Tinggi
44	K4	17	1	18	Tinggi
45	K5	9	1	10	Sedang
46	K6	12	1	13	Sedang
47	K7	12	1	13	Sedang
48	K8	8	1	9	Sedang
49	K9	11	1	12	Sedang

Lampiran 11

**REKAPITULASI NILAI MOTIVASI INSTRINSIK  
EVALUASI PROGRAM SKRINING STATUS TT WUS DAN  
RIWAYAT KEJADIAN TN DI JEMBER TAHUN 2010**

Resp	Pekerjaan itu Sendiri					Prestasi						Tanggung Jawab				Pengakuan					Pengembangan Diri		Motivasi Instrinsik Total	
	Skor				Kriteria	Skor					Kriteria	Skor			Kriteria	Skor				Kriteria	Skor 1	Kriteria	Skor Total	Kriteria
	1	2	3	4		1	2	3	4	5		1	2	3		1	2	3	4					
P1	3	4	4	4	15(ST)	4	4	4	4	3	19(ST)	4	4	4	12(ST)	2	3	2	3	10(T)	4	ST	60	ST
P2	3	3	4	4	14(ST)	3	4	3	4	3	17(ST)	4	4	4	12(ST)	2	2	3	4	11(T)	4	ST	58	ST
P3	3	3	4	4	14(ST)	3	4	3	4	3	17(ST)	4	4	4	12(ST)	2	2	3	4	11(T)	4	ST	58	ST
P4	3	3	4	4	14(ST)	3	4	3	4	3	17(ST)	3	3	3	9(ST)	2	2	3	4	11(T)	4	ST	55	T
P5	3	2	4	3	12(T)	3	3	4	2	2	14(T)	3	3	3	9(ST)	3	3	3	2	11(T)	4	ST	50	T
P6	3	3	4	4	14(ST)	3	4	3	4	3	17(ST)	4	4	4	12(ST)	2	2	3	4	11(T)	4	ST	58	ST
P7	3	2	4	3	12(T)	3	3	4	2	2	14(T)	3	3	3	9(ST)	3	3	3	2	11(T)	4	ST	50	T
P8	3	2	4	3	12(T)	3	3	4	3	2	15(T)	3	3	3	9(ST)	3	3	3	2	11(T)	4	ST	51	T
P9	3	3	3	3	12(T)	4	4	1	3	3	15(T)	3	3	3	9(ST)	1	2	2	2	7(R)	3	T	46	T
P10	3	3	3	3	12(T)	4	4	1	3	3	15(T)	3	3	3	9(ST)	1	2	2	2	7(R)	3	T	46	T
P11	3	3	3	3	12(T)	4	4	1	3	3	15(T)	3	3	3	9(ST)	1	2	2	2	7(R)	3	T	46	T
M1	2	2	3	3	10(T)	3	3	3	3	2	14(T)	3	3	2	8(T)	1	2	1	2	6(SR)	3	T	41	R
M2	3	3	3	2	11(T)	3	3	3	3	2	14(T)	3	3	3	9(ST)	2	2	2	3	9(R)	3	T	46	T
M3	3	2	3	3	11(T)	3	3	4	4	2	16(T)	3	3	3	9(ST)	2	2	2	3	9(R)	4	ST	49	T
M4	3	3	4	3	13(ST)	3	3	4	3	3	16(T)	3	3	3	9(ST)	3	3	3	4	13(ST)	4	ST	55	T
M5	3	3	4	3	13(ST)	4	4	4	4	3	19(ST)	4	3	3	10(ST)	2	3	3	3	11(T)	3	T	56	ST

Resp	Pekerjaan itu Sendiri					Prestasi						Tanggung Jawab				Pengkakuan				Pengembangan Diri		Motivasi Instrinsik Total		
	Skor				Kriteria	Skor					Kriteria	Skor			Kriteria	Skor				Kriteria	Skor Total	Kriteria		
	1	2	3	4		1	2	3	4	5		1	2	3		1	2	3	4				1	
M6	4	2	4	3	15(S T)	3	3	2	3	3	14(T)	3	2	3	8(T)	2	3	2	2	9(R)	3	T	49	T
M7	3	2	3	3	11(T)	3	3	2	3	2	13(T)	3	2	3	8(T)	2	3	3	2	10(T)	3	T	45	T
M8	3	2	3	3	11(T)	3	3	2	3	2	13(T)	3	2	3	8(T)	2	3	3	2	10(T)	3	T	45	T
L1	3	2	3	3	11(T)	3	3	3	3	3	15(T)	3	3	3	9(ST)	2	2	2	2	8(R)	3	T	46	T
L2	3	2	4	3	12(T)	3	3	3	3	3	15(T)	3	3	3	9(ST)	2	2	2	2	8(R)	3	T	47	T
L3	3	3	3	3	12(T)	3	3	3	3	3	15(T)	3	3	3	9(ST)	2	2	2	2	8(R)	3	T	47	T
L4	3	3	4	3	13(ST)	4	4	4	4	3	19(ST)	3	4	4	11(ST)	1	2	2	2	7(R)	3	T	53	T
L5	4	4	4	4	16(ST)	4	4	4	4	4	20(ST)	4	3	4	11(ST)	2	3	3	3	11(T)	3	T	61	ST
L6	3	3	4	3	13(ST)	3	3	3	3	2	14(T)	4	3	3	10(ST)	2	3	3	2	10(T)	3	T	50	T
L7	4	4	4	4	16(ST)	4	4	4	4	4	20(ST)	4	4	4	12(ST)	1	1	1	1	4(SR)	4	ST	56	ST
L8	3	2	3	3	11(T)	3	3	3	3	3	15(T)	3	3	3	9(ST)	2	2	2	2	8(R)	3	T	46	T
L9	4	4	4	4	16(ST)	4	4	4	4	4	20(ST)	4	3	4	11(ST)	2	3	3	3	11(T)	3	T	61	ST
L10	3	2	3	3	11(T)	3	3	3	3	3	15(T)	3	3	3	9(ST)	2	2	2	2	8(R)	3	T	46	T
S1	4	3	4	3	14(ST)	3	3	4	3	2	15(T)	3	3	3	9(ST)	2	1	2	3	8(R)	3	T	49	T
S2	4	3	4	3	14(ST)	3	3	4	3	2	15(T)	3	3	3	9(ST)	2	1	2	3	8(R)	3	T	49	T
S3	4	4	4	4	16(ST)	4	4	4	4	4	20(ST)	4	4	4	12(ST)	1	4	4	4	13(ST)	4	ST	65	ST
S4	4	4	3	3	14(ST)	3	3	4	3	3	16(T)	3	3	3	9(ST)	3	3	3	3	12(T)	4	ST	55	T
S5	4	2	3	3	12(T)	3	3	2	3	3	14(T)	3	3	3	9(ST)	2	2	3	3	10(T)	3	T	48	T
S6	3	3	3	3	12(T)	3	3	3	3	2	14(T)	3	3	3	9(ST)	2	2	2	2	8(R)	3	T	46	T
S7	4	4	3	3	14(ST)	3	3	4	3	3	16(T)	3	3	3	9(ST)	3	3	3	3	12(T)	4	ST	55	T
S8	4	3	4	4	15(ST)	3	3	2	4	3	15(T)	3	4	3	10(ST)	1	2	3	3	9(R)	3	T	52	T
S9	3	3	3	3	12(T)	3	3	3	3	2	14(T)	3	3	3	9(ST)	2	2	2	2	8(R)	3	T	46	T
S10	3	3	3	3	12(T)	3	3	3	3	2	14(T)	3	3	3	9(ST)	2	2	2	2	8(R)	3	T	46	T



Resp	Pekerjaan itu Sendiri					Prestasi						Tanggung Jawab				Pengakuan				Pengembangan Diri		Motivasi Instrinsik Total		
	Skor				Kriteria	Skor					Kriteria	Skor			Kriteria	Skor				Kriteria	Skor	Kriteria	Skor Total	Kriteria
	1	2	3	4		1	2	3	4	5		1	2	3		1	2	3	4					
S11	3	3	3	3	12(T)	3	3	3	3	2	14(T)	3	3	3	9(ST)	2	2	2	2	8(R)	3	T	46	T
K1	4	4	4	3	15(ST)	3	3	3	3	3	15(T)	3	3	3	9(ST)	2	2	2	2	8(R)	3	T	50	T
K2	3	3	3	3	12(T)	3	3	2	3	3	14(T)	3	2	2	7(T)	2	2	2	2	8(R)	3	T	44	T
K3	3	3	3	3	12(T)	3	3	2	3	3	14(T)	3	3	3	9(ST)	2	2	2	2	8(R)	3	T	46	T
K4	3	3	3	3	12(T)	3	3	2	3	3	14(T)	3	3	3	9(ST)	2	2	2	2	8(R)	3	T	46	T
K5	4	4	4	4	16(ST)	3	3	3	3	3	15(T)	4	3	3	10(ST)	3	3	3	3	12(T)	4	ST	57	ST
K6	4	3	4	3	14(ST)	3	3	4	3	4	17(ST)	4	4	4	12(ST)	3	3	4	4	14(ST)	3	T	60	ST
K7	4	3	4	3	14(ST)	3	3	4	3	4	17(ST)	4	4	4	12(ST)	3	3	4	4	14(ST)	3	T	60	ST
K8	4	4	4	3	15(ST)	4	3	3	3	4	17(ST)	3	3	3	9(ST)	3	3	3	3	12(T)	4	ST	57	ST
K9	3	3	3	4	13(ST)	3	3	3	3	3	15(T)	3	3	3	9(ST)	2	3	3	2	10(T)	3	T	50	T

Lampiran 12

**REKAPITULASI NILAI MOTIVASI EKSTRINSIK  
EVALUASI PROGRAM SKRINING STATUS TT WUS DAN  
RIWAYAT KEJADIAN TN DI JEMBER TAHUN 2010**

Resp	Pekerjaan itu Sendiri					Prestasi						Tanggung Jawab				Pengakuan					Pengembangan Diri		Motivasi Instrinsik Total	
	Skor				Kriteria	Skor					Kriteria	Skor			Kriteria	Skor				Kriteria	Skor 1	Kriteria	Skor Total	Kriteria
	1	2	3	4		1	2	3	4	5		1	2	3		1	2	3	4					
P1	3	4	4	4	15(ST)	4	4	4	4	3	19(ST)	4	4	4	12(ST)	2	3	2	3	10(T)	4	ST	60	ST
P2	3	3	4	4	14(ST)	3	4	3	4	3	17(ST)	4	4	4	12(ST)	2	2	3	4	11(T)	4	ST	58	ST
P3	3	3	4	4	14(ST)	3	4	3	4	3	17(ST)	4	4	4	12(ST)	2	2	3	4	11(T)	4	ST	58	ST
P4	3	3	4	4	14(ST)	3	4	3	4	3	17(ST)	3	3	3	9(ST)	2	2	3	4	11(T)	4	ST	55	T
P5	3	2	4	3	12(T)	3	3	4	2	2	14(T)	3	3	3	9(ST)	3	3	3	2	11(T)	4	ST	50	T
P6	3	3	4	4	14(ST)	3	4	3	4	3	17(ST)	4	4	4	12(ST)	2	2	3	4	11(T)	4	ST	58	ST
P7	3	2	4	3	12(T)	3	3	4	2	2	14(T)	3	3	3	9(ST)	3	3	3	2	11(T)	4	ST	50	T
P8	3	2	4	3	12(T)	3	3	4	3	2	15(T)	3	3	3	9(ST)	3	3	3	2	11(T)	4	ST	51	T
P9	3	3	3	3	12(T)	4	4	1	3	3	15(T)	3	3	3	9(ST)	1	2	2	2	7(R)	3	T	46	T
P10	3	3	3	3	12(T)	4	4	1	3	3	15(T)	3	3	3	9(ST)	1	2	2	2	7(R)	3	T	46	T
P11	3	3	3	3	12(T)	4	4	1	3	3	15(T)	3	3	3	9(ST)	1	2	2	2	7(R)	3	T	46	T
M1	2	2	3	3	10(T)	3	3	3	3	2	14(T)	3	3	2	8(T)	1	2	1	2	6(SR)	3	T	41	R
M2	3	3	3	2	11(T)	3	3	3	3	2	14(T)	3	3	3	9(ST)	2	2	2	3	9(R)	3	T	46	T
M3	3	2	3	3	11(T)	3	3	4	4	2	16(T)	3	3	3	9(ST)	2	2	2	3	9(R)	4	ST	49	T
M4	3	3	4	3	13(ST)	3	3	4	3	3	16(T)	3	3	3	9(ST)	3	3	3	4	13(ST)	4	ST	55	T
M5	3	3	4	3	13(ST)	4	4	4	4	3	19(ST)	4	3	3	10(ST)	2	3	3	3	11(T)	3	T	56	ST

Resp	Pekerjaan itu Sendiri					Prestasi						Tanggung Jawab				Pengkuan					Pengembangan Diri		Motivasi Instrinsik Total	
	Skor				Kriteria	Skor					Kriteria	Skor			Kriteria	Skor				Kriteria	Skor	Kriteria	Skor Total	Kriteria
	1	2	3	4		1	2	3	4	5		1	2	3		1	2	3	4					
M6	4	2	4	3	15(S T)	3	3	2	3	3	14(T)	3	2	3	8(T)	2	3	2	2	9(R)	3	T	49	T
M7	3	2	3	3	11(T)	3	3	2	3	2	13(T)	3	2	3	8(T)	2	3	3	2	10(T)	3	T	45	T
M8	3	2	3	3	11(T)	3	3	2	3	2	13(T)	3	2	3	8(T)	2	3	3	2	10(T)	3	T	45	T
L1	3	2	3	3	11(T)	3	3	3	3	3	15(T)	3	3	3	9(ST)	2	2	2	2	8(R)	3	T	46	T
L2	3	2	4	3	12(T)	3	3	3	3	3	15(T)	3	3	3	9(ST)	2	2	2	2	8(R)	3	T	47	T
L3	3	3	3	3	12(T)	3	3	3	3	3	15(T)	3	3	3	9(ST)	2	2	2	2	8(R)	3	T	47	T
L4	3	3	4	3	13(ST)	4	4	4	4	3	19(ST)	3	4	4	11(ST)	1	2	2	2	7(R)	3	T	53	T
L5	4	4	4	4	16(ST)	4	4	4	4	4	20(ST)	4	3	4	11(ST)	2	3	3	3	11(T)	3	T	61	ST
L6	3	3	4	3	13(ST)	3	3	3	3	2	14(T)	4	3	3	10(ST)	2	3	3	2	10(T)	3	T	50	T
L7	4	4	4	4	16(ST)	4	4	4	4	4	20(ST)	4	4	4	12(ST)	1	1	1	1	4(SR)	4	ST	56	ST
L8	3	2	3	3	11(T)	3	3	3	3	3	15(T)	3	3	3	9(ST)	2	2	2	2	8(R)	3	T	46	T
L9	4	4	4	4	16(ST)	4	4	4	4	4	20(ST)	4	3	4	11(ST)	2	3	3	3	11(T)	3	T	61	ST
L10	3	2	3	3	11(T)	3	3	3	3	3	15(T)	3	3	3	9(ST)	2	2	2	2	8(R)	3	T	46	T
S1	4	3	4	3	14(ST)	3	3	4	3	2	15(T)	3	3	3	9(ST)	2	1	2	3	8(R)	3	T	49	T
S2	4	3	4	3	14(ST)	3	3	4	3	2	15(T)	3	3	3	9(ST)	2	1	2	3	8(R)	3	T	49	T
S3	4	4	4	4	16(ST)	4	4	4	4	4	20(ST)	4	4	4	12(ST)	1	4	4	4	13(ST)	4	ST	65	ST
S4	4	4	3	3	14(ST)	3	3	4	3	3	16(T)	3	3	3	9(ST)	3	3	3	3	12(T)	4	ST	55	T
S5	4	2	3	3	12(T)	3	3	2	3	3	14(T)	3	3	3	9(ST)	2	2	3	3	10(T)	3	T	48	T
S6	3	3	3	3	12(T)	3	3	3	3	2	14(T)	3	3	3	9(ST)	2	2	2	2	8(R)	3	T	46	T
S7	4	4	3	3	14(ST)	3	3	4	3	3	16(T)	3	3	3	9(ST)	3	3	3	3	12(T)	4	ST	55	T
S8	4	3	4	4	15(ST)	3	3	2	4	3	15(T)	3	4	3	10(ST)	1	2	3	3	9(R)	3	T	52	T
S9	3	3	3	3	12(T)	3	3	3	3	2	14(T)	3	3	3	9(ST)	2	2	2	2	8(R)	3	T	46	T
S10	3	3	3	3	12(T)	3	3	3	3	2	14(T)	3	3	3	9(ST)	2	2	2	2	8(R)	3	T	46	T

Resp	Pekerjaan itu Sendiri					Prestasi						Tanggung Jawab				Pengakuan				Pengembangan Diri		Motivasi Instrinsik Total		
	Skor				Kriteria	Skor					Kriteria	Skor			Kriteria	Skor				Kriteria	Skor	Kriteria	Skor Total	Kriteria
	1	2	3	4		1	2	3	4	5		1	2	3		1	2	3	4					
S11	3	3	3	3	12(T)	3	3	3	3	2	14(T)	3	3	3	9(ST)	2	2	2	2	8(R)	3	T	46	T
K1	4	4	4	3	15(ST)	3	3	3	3	3	15(T)	3	3	3	9(ST)	2	2	2	2	8(R)	3	T	50	T
K2	3	3	3	3	12(T)	3	3	2	3	3	14(T)	3	2	2	7(T)	2	2	2	2	8(R)	3	T	44	T
K3	3	3	3	3	12(T)	3	3	2	3	3	14(T)	3	3	3	9(ST)	2	2	2	2	8(R)	3	T	46	T
K4	3	3	3	3	12(T)	3	3	2	3	3	14(T)	3	3	3	9(ST)	2	2	2	2	8(R)	3	T	46	T
K5	4	4	4	4	16(ST)	3	3	3	3	3	15(T)	4	3	3	10(ST)	3	3	3	3	12(T)	4	ST	57	ST
K6	4	3	4	3	14(ST)	3	3	4	3	4	17(ST)	4	4	4	12(ST)	3	3	4	4	14(ST)	3	T	60	ST
K7	4	3	4	3	14(ST)	3	3	4	3	4	17(ST)	4	4	4	12(ST)	3	3	4	4	14(ST)	3	T	60	ST
K8	4	4	4	3	15(ST)	4	3	3	3	4	17(ST)	3	3	3	9(ST)	3	3	3	3	12(T)	4	ST	57	ST
K9	3	3	3	4	13(ST)	3	3	3	3	3	15(T)	3	3	3	9(ST)	2	3	3	2	10(T)	3	T	50	T

Lampiran 13

**REKAPITULASI SAMPEL PELAKSANAAN SKRINING  
EVALUASI PROGRAM SKRINING STATUS TT WUS DAN  
RIWAYAT KEJADIAN TN DI JEMBER TAHUN 2010**

No	Resp.	Jumlah Ketentuan yang Benar						Kategori (Sesuai program= bila sampel data hasil skrining tahun 2010 yang diambil sebanyak 3 adalah benar semua, dengan memenuhi semua ketentuan tersebut)
		Penentuan Status			Pemberian Berikutnya			
		1	2	3	1	2	3	
1	P1	S	S	S	-	-	-	S
2	P2	S	B	S	-	-	-	S
3	P3	B	B	S	-	-	-	S
4	P4	S	S	S	B	B	B	S
5	P5	S	S	S	S	S	B	S
6	P6	S	B	B	B	B	B	S
7	P7	B	B	B	B	B	B	B
8	P8	S	S	S	-	-	-	S
9	P9	B	B	B	B	B	B	B
10	P10	S	S	S	-	-	-	S
11	P11	B	S	S	B	S	S	S
12	M1	S	S	S	S	B	B	S
13	M2	B	B	B	B	B	B	B
14	M3	S	B	S	B	B	B	S
15	M4	B	B	S	B	B	B	S
16	M5	B	S	B	B	B	B	S
17	M6	B	S	S	-	-	-	S
18	M7	S	S	B	S	-	B	S
19	M8	S	S	B	B	B	B	S
20	L1	S	S	B	B	B	B	S
21	L2	S	S	B	B	B	B	S
22	L3	B	S	B	B	B	B	S
23	L4	B	B	B	B	B	B	B
24	L5	B	S	B	B	B	B	S
25	L6	S	B	B	B	B	B	S
26	L7	S	B	B	B	B	B	S
27	L8	B	B	B	B	-	-	B
28	L9	S	B	S	S	B	S	S

No	Resp.	Jumlah Ketentuan yang Benar						Kategori (Sesuai program= bila sampel data hasil skrining tahun 2010 yang diambil sebanyak 3 adalah benar semua, dengan memenuhi semua ketentuan tersebut)	
		Penentuan Status			Pemberian Berikutnya				
		1	2	3	1	2	3		
29	L10	B	B	B		B	B	B	B
30	S1	B	S	B		-	-	-	S
31	S2	B	B	B		-	-	-	B
32	S3	B	B	B		B	B	B	B
33	S4	B	B	S		-	-	-	S
34	S5	B	B	S		B	B	B	S
35	S6	S	B	B		B	B	B	S
36	S7	B	B	B		B	B	B	B
37	S8	B	B	B		B	B	B	B
38	S9	B	S	B		-	-	-	S
39	S10	S	S	B		B	-	-	S
40	S11	B	S	S		-	-	-	S
41	K1	S	S	S		-	-	-	S
42	K2	B	S	B		-	B	-	S
43	K3	B	B	B		B	B	B	B
44	K4	B	B	B		B	B	B	B
45	K5	B	S	S		B	B	B	S
46	K6	S	B	B		B	B	B	S
47	K7	S	B	B		B	B	B	S
48	K8	B	S	S		B	B	B	S
49	K9	S	S	S		B	B	B	S

**Keterangan:** B = benar, S = salah, = belum

**Lampiran 14**

**KUNCI JAWABAN TEST SKRINING  
EVALUASI PROGRAM SKRINING STATUS TT WUS DAN  
RIWAYAT KEJADIAN TN DI JEMBER TAHUN 2010**

a. Kunci jawaban untuk soal nomor 1 dan 2

<b>RIWAYAT</b>	<b>Skrining WUS umur 35 th</b>	<b>Skrining WUS umur 37 th</b>
CATIN	0	+ → T1
	0	+ → T2
HAMIL I	+ → T1	+ → T3
	+ → T2	+
HAMIL II	+ → T3	Status skrining → T3
	+	DIIMUNISASI → T4
HAMIL III	Status skrining → T3	
	DIIMUNISASI → T4	

b. Kunci jawaban untuk soal nomor 3 dan 4

<b>RIWAYAT</b>	<b>Hasil Skrining no. 3</b>	<b>Hasil Skrining no. 4</b>
SD kelas 1		DT → 1
		DT → 2
SD kelas 6	TT → 1	TT → 3
	0	TT → 0
CATIN	0	TT → 4
	0	TT → 0
HAMIL I	TT → 2	TT → 5
	TT → 0	TT → 0
HAMIL II	TT → 3	
	TT → 0	
HAMIL III	Status skrining → T3	Status skrining → T5
	SUNTIK → T4	TIDAK DISUNTIK

c. Kunci jawaban untuk soal nomor 5 dan 6

RIWAYAT	Hasil Skrining no. 5	Hasil Skrining no. 6
SD kelas 1	DT → 1 0	DT → 1 -
SD kelas 6	TT → 2 0	0
CATIN	0 0	TT → 2 TT → 0
HAMIL I	TT → 3 TT → 0	Status skrining → T2 SUNTIK → T3
HAMIL II	Status skrining → T3 SUNTIK → T4	

d. Kunci jawaban untuk soal nomor 7 dan 8

RIWAYAT	Hasil Skrining no. 7	Hasil Skrining no. 8
SD kelas 1	DT → 1	DT → 1 - Kelas 3, TT → 2
SD kelas 6	TT → 0	
CATIN		TT → 3 TT → 0
HAMIL I	TT → 2 TT → 0	Status skrining → T3 SUNTIK → T4
HAMIL II	Status skrining → T2 SUNTIK → T3	



e. Kunci jawaban untuk soal nomor 9 dan 10

RIWAYAT	Hasil Skrining no. 9	Hasil Skrining no. 10
SD kelas 1	DT → 1  DT → 2	
SD kelas 6	TT → 3	TT → 1  TT → 2
CATIN	TT → 4	TT → 3  TT → 0
HAMIL I	TT → 5  TT → 0	Status skrining → T4  SUNTIK → 0
HAMIL II	TT → 6  TT → 0	Status skrining → T4  SUNTIK → T5
HAMIL III	TT → 7  TT → 0	
HAMIL IV	Status skrining → T7  <b>TIDAK DISUNTIK</b>	

## Lampiran 15

### HASIL WAWANCARA MENDALAM EVALUASI PROGRAM SKRINING STATUS TT WUS DAN RIWAYAT KEJADIAN TN DI JEMBER TAHUN 2010

---

#### a. HASIL WAWANCARA MENDALAM DENGAN BIDAN KASUS (RESPONDEN UTAMA)

##### RESPONDEN I

**TANGGAL : 15 FEBRUARI 2011**

Peneliti : Apakah Anda sudah mengetahui “keberadaan” ibu hamil (bumil) kasus sebelum terjadi kasus TN?

Responden : “Ya, keberadaan ibu ini sebenarnya sudah saya ketahui sebelum melahirkan atau selama masa kehamilannya karena memang beberapa kali, sekitar 3 kali datang pada kegiatan posyandu. Tepatnya setelah sekitar 4 bulan umur kehamilan. Hanya saja, pada saat melahirkan; ibu ini pergi ke dukun dan bukan ke bidan”

Peneliti : Selama masa pemeriksaan kehamilan, apakah Anda pernah menemukan “kelainan”?

Responden : “Tidak, ibu ini sebelum mengandung bayi yang terkena TN dalam keadaan sehat bahkan selama masa ANC; pemeriksaan dan perawatan kehamilan, ibu ini juga sehat; tidak ditemukan penyakit tertentu yang membahayakan kesehatan diri dan bayinya”

Peneliti : Apakah bumil kasus pernah menyampaikan “keluhan” kepada Anda?

Responden : “Tidak”

Peneliti : Adakah “penolakan-penolakan” yang dilakukan oleh bumil kasus atau keluarganya terkait tindakan ANC yang akan Anda lakukan?

Responden : “Selama ANC, ibu ini bersedia untuk mendapatkan semua tindakan-tindakan dalam kegiatan posyandu; diantaranya ukur berat badan, tinggi badan dan tekanan darahnya”

Peneliti : Sudahkah Anda melakukan skrining status TT-nya?, berapa status TT-nya?

Responden : “Skrining TT pada ibu ini lupa saya lakukan dan suntik TT pun selama dia hamil juga lupa, apakah sudah saya berikan atau belum...”

Peneliti : Kemudian, selama masa kehamilannya, Anda pernah memberikan suntikan TT?..., berapa kali?..., dengan jarak berapa?

Responden : “Ya itu, saya lupa berikan suntikan TT, sudah apa belum”

Peneliti : Kapan bayi TN itu dilahirkan dan bagaimana kondisinya?

Responden : “Bayi yang terkena TN ini dilahirkan pada tanggal 21 Juni 2010 dalam keadaan normal dan sehat; tidak cacat, berat badan normal sekitar 2,7 kg. Selain itu, bayi juga dikandung selama kurang lebih 9 bulan. Bayi ini merupakan anak yang ke-4”

Peneliti : Siapakah penolong persalinannya?

Responden : “Orang yang melakukan proses persalinan pada bayi yang terkena TN ini adalah seorang dukun yang tinggal tidak jauh dari tempat tinggal ibu hamil ini”

Peneliti : Bagaimanakah perjalanan ibu hamil kasus ini dimulai dari saat menjelang kelahiran sampai dengan bayi dinyatakan positif TN.?

Responden : “Gambaran perjalanan dari saat menjelang kelahiran sampai dengan bayi dinyatakan positif TN kurang lebih secara ringkas seperti ini:”

1. Hari I kelahiran (21 Juni 2010), ibu ini sudah semakin merasakan akan melahirkan. Oleh karena itu, kemudian keluarganya memanggil dukun bayi untuk menolong persalinannya. Pada hari itu juga, akhirnya bayi terlahir dengan selamat
2. Dukun ini memotong tali pusarnya dengan bambu lalu membubuhi tali pusat yang telah terpotong tadi dengan daun sirih yang telah dilumat halus
3. Hari III kelahiran (23 Juni 2010). Saya, baru mengetahui kelahiran tersebut dari kader dan pada waktu itu pula saya langsung menjenguknya dan mendapati bayi tadi dalam keadaan sehat. Saya tidak menemukan gejala penyakit tertentu, termasuk gejala TN. Pada hari itu sempat saya berikan suntikan Hb I pada bayi tadi
4. Hari IV kelahiran (24 Juni 2010). Ibu ini mendapati bayinya rewel, terus menangis, dan demam. Menurut pengakuan ibu ini bahwa semua itu karena disuntik oleh bidan pada hari sebelumnya. Oleh karena itu, semenjak kejadian itu, ibu ini beserta suami dan keluarganya tidak mau menyuntikkan bayinya. Dan setahu saya bahwa penolakan mereka terhadap imunisasi pada bayi juga disampaikan kepada tetangganya
5. Hari V kelahiran (25 Juni 2010). Sampai di hari ke-5 ini pun ternyata bayi terus rewel, demam, dan mengejang. Melihat kondisi bayi tadi, lalu ibu ini menyuruh keluarganya untuk memanggil saya. Setelah saya datang dan memeriksanya, saya dapati bayi tadi tidak bisa menetek, wajah membiru, mengejang, dan mulutnya mencucu seperti mulut ikan. Melihat kondisi tersebut, saya sudah tidak ragu lagi dan sudah yakin bahwa bayi tadi telah terjangkit penyakit TN. Oleh karena itu, pada saat itu juga saya langsung membawa bayi tadi ke RS. Soebandi dengan disertai keluarga bayi itu. Alasan saya untuk langsung membawanya ke RS dan tidak ke puskesmas adalah karena selain saya sudah yakin bahwa bayi yang dibawanya telah terkena TN juga karena jarak ke

RS lebih dekat daripada ke puskesmas. Setelah pemeriksaan oleh petugas RS dilakukan akhirnya ditetapkan bahwa bayi tadi memang positif TN

Peneliti : Bagaimana perawatan bayi tadi setelah dinyatakan TN?

Responden : “Setelah bayi dinyatakan positif TN oleh RS, lalu bayi tadi dirawat di sana. Bayi dirawat selama kurang lebih 2 minggu sampai kemudian dinyatakan sembuh. Selama perawatan di sana, tidak dipungut biaya; gratis karena ibu ini memiliki kartu Jamkesmas”

Peneliti : Apakah dukun penolong itu sudah bermitra dengan bidan desa?

Responden : “Dukun penolong ini masih belum bermitra dengan bidan, yaitu membawa kepada setiap ibu yang hendak melahirkan ke tempatnya agar dibawa ke tempat pelayanan kesehatan; puskesmas atau bidan desa. Sampai saat ini pun dukun ini masih membuka “praktek” melakukan pertolongan persalinan. Di sini, tidak satu pun dukun bayi yang sudah bermitra dengan bidan desa”

Peneliti : Menurut Anda, kenapa dukun ini dan dukun-dukun lainnya masih tetap menolong persalinan?

Responden : “Menurut saya, mungkin dukun merasa bahwa menolong adalah perbuatan baik. Selain itu, mungkin juga karena faktor bahwa itu bisa mendatangkan penghasilan”

Peneliti : Apakah dukun ini pernah mengikuti pembinaan?

Responden : “Setahu saya, dia belum pernah mengikuti pelatihan bagi dukun bayi”

Peneliti : Menurut ibu, bagaimana penerimaan dukun terhadap bidan desa?

Responden : “Menurut saya, semua dukun hampir sama keadaannya, yaitu mereka terkesan “menutup diri” dan sengaja untuk tidak mau “terlalu dekat” dengan bidan. Buktinya meskipun bila bidan atau kader berjumpa dan menyarankan si dukun untuk membawa setiap bumil yang hendak melahirkan di tempatnya agar dibawa ke bidan maka jawab si dukun tadi adalah “bersedia”. Namun, pada faktanya sampai sekarang pun mereka tidak pernah membawanya ke bidan. Kemungkinan besar kehadiran bidan desa masih dianggapnya sebagai “pesaingnya”, yang merebut sebagian dari sumber penghasilannya. Oleh karena itu, sebagian dukun merasa “iri” dan “kurang suka” terhadap kehadiran bidan apalagi bila harus disuruh membawa setiap bumil yang hendak melahirkan di tempatnya untuk dibawa ke tempat bidan”

Peneliti : Bagaimanakah upaya selama ini dalam meningkatkan kunjungan ibu hamil ke posyandu serta menekan angka persalinan oleh dukun?

Responden : “Upaya yang telah dilakukan oleh pihak petugas kesehatan, terutama bidan desa adalah masih terbatas pada “kader posyandu”. Adapun upaya untuk melibatkan tokoh masyarakat atau agama, dukun bayi, dan masyarakat sendiri dalam meningkatkan kunjungan bumil ke posyandu masih belum dilakukan”

Peneliti : Jadi, menurut Ibu, program kemitraan bidan dan dukun bayi masih belum optimal?

Responden : “Ya, dan menurut saya, penyebabnya adalah selain karena faktor dukun sendiri; juga karena kurang sosialisasi serta kurangnya dukungan dana”

Peneliti : Lantas, menurut ibu, cukup efektifkah upaya dengan melibatkan tokoh masyarakat atau tokoh agama setempat?

Responden : “Ya, upaya itu mungkin memang perlu dipertimbangkan apalagi kepercayaan masyarakat di sini masih kuat, khususnya bagi mereka yang masih kuat penghormatannya terhadap tokoh agama”

## **RESPONDEN II**

**TANGGAL : 17 FEBRUARI 2011**

Peneliti : Apakah Anda sudah mengetahui “keberadaan” ibu hamil (bumil) kasus sebelum terjadi kasus TN?

Responden : “Ya, keberadaan ibu ini sebenarnya sudah saya ketahui sebelum melahirkan karena ibu ini beberapa kali, sekitar 6 kali datang pada kegiatan posyandu. Setelah sekitar 2 bulan umur kehamilan. Hanya saja; sekitar 2 bulan menjelang kelahiran, ibu ini tidak pernah kelihatan, terutama pada saat kegiatan posyandu diadakan dan parahnya pada saat melahirkan, ibu ini bukannya ke bidan tetapi ke dukun”

Peneliti : Selama masa pemeriksaan kehamilan, apakah Anda pernah menemukan “kelainan”?

Responden : “Tidak, ibu ini sebelum mengandung bayi yang terkena TN dalam keadaan sehat bahkan selama masa pemeriksaan kehamilan, ibu ini juga sehat; tidak ditemukan penyakit tertentu yang membahayakan”

Peneliti : Apakah bumil kasus pernah menyampaikan “keluhan” kepada Anda?

Responden : “Tidak”

Peneliti : Adakah “penolakan-penolakan” yang dilakukan oleh bumil kasus atau keluarganya terkait tindakan ANC yang akan Anda lakukan?

Responden : “Selama ANC, ibu ini bersedia untuk mendapatkan semua tindakan-tindakan dalam kegiatan posyandu, yaitu diukur berat badannya, tinggi badannya, tinggi fundus uterinya, tekanan darahnya, dan di suntik lengan kirinya untuk imunisasi TT”

Peneliti : Sudahkah Anda melakukan skrining status TT-nya?, berapa status TT-nya?

Responden : “Ya, skrining status TT WUS pada ibu ini sudah saya lakukan, yaitu dengan menanyakan riwayat imunisasi tetanus pada saat SD, catin, dan hamil sebelumnya. Ibu ini saat ditanya status TT nya mengaku bahwa dirinya pernah disuntik di lengan kirinya pada waktu hamil yang pertama sebanyak 1 kali. Berdasarkan pengakuan ibu ini, lalu saya menetapkan bahwa ibu ini berstatus T1”

Peneliti : Kemudian, selama masa kehamilannya, Anda pernah memberikan suntikan TT?... , berapa kali?... dengan jarak berapa?

Responden : “Ya itu tadi, Oleh karenanya dia telah berstatus T1, maka saya memutuskan paling tidak selama masa kehamilan ibu tadi akan saya berikan 2 kali suntikan dengan jarak minimal 6 bulan (T2 dan T3). Alasannya jarak minimal pemberian antara T2 dan T3 adalah 6 bulan. Namun, kenyataannya saya hanya bisa memberikan 1 suntikan (T2) saja karena pada waktu pemberian suntikan yang ke-2 (T3) ternyata tidak bisa dilakukan karena ibu tadi tidak pernah datang lagi ke posyandu sampai ibu tadi melahirkan di dukun”

Peneliti : Kapan bayi TN itu dilahirkan dan bagaimana kondisinya?

Responden : “Bayi yang terkena TN ini dilahirkan pada 17 Januari 2010 dalam keadaan sehat dan normal; tidak cacat dan berat badan normal sekitar 3,4 kg. Selain itu, bayi ini dikandung selama hampir 10 bulan. Bayi ini merupakan anak yang ke-2 yang hadir di tengah keluarga”

Peneliti : Siapakah penolong persalinannya?

Responden : “Orang yang melakukan proses persalinan pada bayi yang terkena TN ini adalah seorang dukun. Pada waktu itu, ibu hamil ini merupakan pendatang baru di sini. Oleh karena itu; saat melahirkan, ibu ini pulang ke daerah asalnya dan ditolong oleh dukun di desanya Daerah asalnya di Kecamatan Silo. Dengan demikian, dukun yang menolongnya adalah dukun di luar wilayah”

Peneliti : Bagaimanakah perjalanan ibu hamil kasus ini dimulai dari saat menjelang kelahiran sampai dengan bayi dinyatakan positif TN?

Responden : “Seingat saya gambaran perjalanan dari saat menjelang kelahiran sampai dengan bayi dinyatakan positif TN adalah sebagai berikut:”

1. Beberapa hari sebelum melahirkan bayinya, ibu hamil ini pulang ke daerah asalnya, Kecamatan Silo karena sudah merasa akan segera melahirkan. Dari awal ibu ini memang sudah bermaksud untuk melahirkan di rumah ibunya agar nanti pada saat bayi lahir serta perawatannya bisa dibantu oleh keluarganya
2. Pada hari Minggu (17 Januari 2010), ibu ini sudah semakin merasakan akan melahirkan. Oleh karena itu, kemudian suaminya memanggil dukun bayi untuk menolong persalinan istrinya. Pada hari itu juga, dengan dibantu oleh dukun akhirnya bayi bisa lahir dengan selamat
3. Dukun ini memotong tali pusarnya dengan bambu lalu membubuhi tali pusar yang telah dipotong tadi dengan abu tomang yang di campur dengan sirih dan garam
4. Saya, sudah mengetahui kelahiran bayi itu pada hari yang sama setelah dikasih tahu oleh kader tetapi saya belum sempat menjenguk keberadaan ibu dan bayinya yang baru lahir tersebut.
5. Sekitar 2 – 3 hari setelah hari kelahiran, kata ibunya; bayinya rewel, menangis tiada hentinya, dan panas. Akhirnya oleh saudara ibu ini disarankan untuk periksa ke Puskesmas Mayang. Lantas, bayi baru bisa diperiksa ke Puskesmas pada hari ke-4 kelahiran.
6. Hari IV kelahiran (20 Januari 2010), kondisi bayi di hari itu semakin memburuk. Melihat kenyataan ini, lalu saudara ibu ini membawa bayi tadi ke Puskesmas Mayang untuk diperiksa karena takut terjadi “*apa-apa*” pada bayi tadi
7. Pada hari yang sama; setelah diperiksa oleh petugas puskesmas, dengan meyakinkan bahwa bayi ini positif terjangkit TN. Petugas saat itu menemukan gejala-gejala TN pada bayi itu, yaitu muka membiru, merintih, dan mulutnya mencucu seperti ikan. Adapun saya, baru mengetahui bahwa bayi tadi positif TN tersebut dari petugas puskesmas lewat telepon. Pada saat pemberitahuan itu, saya sedang berada di Jember kota untuk urusan tertentu. Namun; setelah mendapat berita itu, lalu saya langsung ke Puskesmas Mayang. Setelah saya mengetahui sendiri kondisi bayi itu maka semakin membuat yakin bahwa bayi tadi memang benar-benar positif TN. Melihat kenyataan itu, lalu pihak puskesmas dan saya memutuskan untuk merujuknya ke RS. Soebandi setelah meyakinkan orang yang membawa bayi TN tersebut karena pada awalnya orang tadi menolak dengan alasan biaya. Saya telah meyakinkan orang tadi bahwa

urusan biaya akan “dipikirkan” nanti, yang penting ada upaya terlebih dahulu untuk menyelamatkan sang bayi itu

Peneliti : Bagaimana perawatan bayi tadi setelah dinyatakan TN?

Responden : “Bayi TN tadi akhirnya dirawat di RS selama 7 hari sampai kemudian dinyatakan “meninggal”. Jadi, bayi itu meninggal dalam usia 10 hari. Selama hari perawatan bayi tersebut, dikenakan biaya; tidak gratis karena keluarga pemilik bayi ini tidak memiliki kartu Jamkesmas. Biaya perawatan tadi, saya dan petinggi desa yang mencarikannya”

Peneliti : Apakah dukun penolong itu sudah bermitra dengan bidan desa?

Responden : “Dukun penolong bayi berasal dari luar desa karena pada saat melahirkan, ibu ini pulang ke daerah asalnya. Jadi, keberadaan dukun tersebut berada di luar wilayah saya. Namun, menurut saya dia belum bermitra karena buktinya dia masih mau menolong”

Peneliti : Menurut Anda, kenapa dukun ini dan dukun-dukun lainnya masih tetap menolong persalinan?

Responden : “Menurut saya, mungkin karena alasan uang. Buktinya adalah pernah ada kejadian seorang dukun membawa ibu yang hendak melahirkan ke tempat praktek saya lalu dukun tadi tidak saya kasih uang. Pada waktu itu memang saya tidak kasih uang karena kebetulan ibu bersalin tadi adalah orang yang *tidak punya* sehingga saya gratiskan. Saya sebenarnya juga sudah rugi bila dilihat dari sisi materi, karena peralatan dan obat yang digunakan untuk menolong ibu tadi adalah milik pribadi dan bukan milik polindes. Ini terjadi karena memang kebetulan “proses persalinan tadi” sudah di luar jam dinas. Bertolak dari kejadian itu, dukun tersebut yang tadinya bersedia membawa bumil yang hendak melahirkan ke tempat bidan, kini dukun tadi tidak mau lagi membawanya ke tempat bidan karena merasa kecewa”

Peneliti : Apakah dukun ini pernah mengikuti pembinaan?

Responden : “Setahu saya, belum”

Peneliti : Menurut ibu, bagaimana penerimaan dukun terhadap bidan desa?

Responden : “Menurut saya, semua dukun hampir sama. Mereka terkesan “menutup diri” dan sengaja untuk tidak mau “terlalu dekat” dengan bidan. Buktinya meskipun bila bidan atau kader berjumpa dan menyarankan si dukun untuk membawa setiap bumil yang hendak melahirkan di tempatnya agar dibawa ke bidan maka jawab si dukun tadi adalah “bersedia”. Namun, pada faktanya sampai sekarang pun mereka tidak pernah



membawanya ke bidan. Kemungkinan besar kehadiran bidan desa masih dianggap sebagai ‘pesaingnya’, yang merebut sebagian dari sumber penghasilannya. Oleh karena itu, sebagian dukun merasa “iri” dan “kurang suka” terhadap kehadiran bidan apalagi bila harus membawa setiap bumil yang hendak melahirkan di tempatnya untuk dibawa ke tempat bidan”

Peneliti : Bagaimanakah upaya selama ini dalam meningkatkan kunjungan ibu hamil ke posyandu serta menekan angka persalinan oleh dukun?

Responden : “Upaya yang telah dilakukan masih terbatas pada “kader posyandu”.

Peneliti : Jadi, menurut Ibu, program kemitraan bidan dan dukun bayi masih belum optimal?

Responden : “Ya, dan menurut saya, penyebabnya adalah karena faktor dukun sendiri; dan karena kurang sosialisasi serta kurangnya kontrol”

Peneliti : Lantas, menurut ibu, cukup efektifkah upaya dengan melibatkan tokoh masyarakat atau tokoh agama setempat?

Responden : “Ya, upaya itu mungkin memang perlu dipertimbangkan apalagi kepercayaan masyarakat di sini terhadap tokoh agama masih sangat kuat”

### **RESPONDEN III**

**TANGGAL : 10 FEBRUARI 2011**

Peneliti : Apakah Anda sudah mengetahui “keberadaan” ibu hamil (bumil) kasus sebelum terjadi kasus TN?

Responden : “Saya tidak mengetahui keberadaan ibu ini selama masa kehamilan; termasuk kader, tetangga, dan keluarga bahkan ibu ini sendiri juga tidak menyadari kalau dia sedang mengandung. Hanya saja, dia sering mengeluhkan perutnya sakit. Menurut pengakuan ibu ini bahwa dia tidak menyadari kehamilannya karena mengira bahwa dia hanya sakit perut yang merupakan bagian dari penyakit kanker payudaranya. Sakitnya perut yang dia rasakan sebenarnya juga tidak begitu dia rasakan karena masih “kalah” dengan sakitnya payudara yang terkena kanker itu. Ibu ini tidak menyadari kehamilannya juga karena merasa bahwa sebelum hamil pun menstruasinya juga sering tidak lancar sehingga pada waktu ibu ini tidak menstruasi selama beberapa bulan pun juga dianggap sebagai hal yang biasa. Artinya merasa bukan sebagai tanda kehamilan. Selain itu, dia juga mengatakan bahwa selama kehamilannya, dia tidak pernah merasa mual serta tidak merasakan adanya gerakan bayi dalam kandungannya. Keberadaan ibu ini tidak

diketahui selama masa kehamilannya juga karena ibu ini sedang menderita penyakit kanker payudara yang dalam kesehariannya, ibu ini terlihat lemas dan kesakitan; merasakan sakitnya penyakit yang dia derita sehingga tidak banyak orang tahu bahwa ibu ini juga sedang hamil. Selain itu, juga adanya kesengajaan dari ibu ini untuk “tidak mengharapkan lagi kehadiran seorang anak” karena ada perasaan malu, sudah punya 6 anak yang sebagian besar sudah berkeluarga dan apalagi ibu ini sedang mengalami penyakit kanker payudara yang telah dideritanya selama kurang lebih 2 tahun sehingga merasa malu bila ternyata hamil lagi. Oleh karena itu, ibu hamil ini baru mengetahui bahwa dia hamil adalah karena diberi tahu oleh dukun yang memijatnya waktu itu. Dukun memberitahukan bahwa ibu ini sedang mengandung tetapi masih belum waktunya melahirkan. Tapi setelah dipijat dan ditinggal pulang oleh dukun, ternyata bayinya lahir; yaitu terlahir dengan sendirinya. Saat itu diduga umur kehamilannya adalah sekitar 7 bulan. Adapun saya, baru mengetahui keberadaan ibu ini setelah diberi tahu oleh tetangga ibu tadi yang pada waktu itu sedang berkunjung ke polindes. Itu pun 2 hari setelah ibu ini melahirkan. Namun; setelah mendapat informasi tersebut, saya tidak langsung menjenguknya tetapi baru pada hari ke-4 kelahiran; saya datang menjenguknya dan mendapati bayinya dalam keadaan sehat; tidak menemukan tanda penyakit tertentu, termasuk gejala TN”

Peneliti : Jadi, anda tidak sempat menskrining dan berikan suntikan TT?

Responden : “Ya, saya tidak menskrining dan tidak menyuntik TT karena selama dia hamil, dia tidak pernah ke posyandu. Selain itu, ibu ini sebenarnya sebelum mengandung bayi yang terkena TN dalam kondisi sakit, yaitu menderita penyakit kanker payudara. Saat itu sudah diderita selama kurang lebih 2 tahun”

Peneliti : Kapan bayi TN itu dilahirkan dan bagaimana kondisinya?

Responden : “Bayi yang terkena TN ini dilahirkan pada bulan Juni 2010 dalam keadaan prematur dikandung selama kira-kira 7 bulan dan berat badannya kurang dari 2,5 kg. Bayi ini merupakan anak yang ke-7”

Peneliti : Siapakah penolong persalinannya?

Responden : “Orang yang melakukan proses persalinan pada bayi yang terkena TN ini adalah seorang dukun yang tinggal tidak jauh dari tempat tinggal ibu hamil ini”

Peneliti : Bagaimanakah perjalanan ibu hamil kasus ini dimulai dari saat menjelang kelahiran sampai dengan bayi dinyatakan positif TN.?

Responden : “Gambaran perjalanan dari saat menjelang kelahiran sampai dengan bayi dinyatakan positif TN dapat saya sebutkan secara ringkas berikut ini:”

1. Sekitar bulan Juni 2010, ibu ini merasakan perutnya sakit. Pada waktu itu, ibu ini belum mengetahui bahwa dia sedang hamil. Oleh karena itu, keluarganya kemudian memanggil dukun untuk memeriksanya
2. Setelah diperiksa, dukun ini mengatakan bahwa ibu ini sedang mengandung tetapi masih belum waktunya melahirkan. Lantas; setelah dukun ini memijat perut ibu tadi, dukun langsung pulang karena memang menurut dukun masih belum waktunya melahirkan
3. Setelah ditinggal pulang dukun, beberapa jam kemudian ternyata bayi terlahir dengan sendirinya. Dengan dibantu oleh keluarganya, ibu dan bayinya yang baru terlahir itu dirawat ala kadarnya. Adapun suaminya segera memanggil kembali si dukun tadi
4. Dukun bayi segera tiba, lalu memotong tali pusarnya dengan bambu dan membubuhi tali pusar yang telah terpotong tadi dengan abu toman
5. Hari ke-2 kelahiran; saya, baru mengetahui keberadaan ibu ini serta kelahiran bayinya dari tetangganya yang saat itu sedang berkunjung ke polindes. Namun, setelah mendapat informasi tersebut saya tidak langsung menjenguknya tetapi baru bisa menjenguknya pada hari ke-4.
6. Hari ke-4 kelahiran. Pada waktu saya menjenguk ibu dan bayinya yang baru terlahir tersebut, mendapati bayi itu dalam keadaan sehat; tidak menemukan tanda penyakit tertentu, termasuk gejala TN meskipun pada waktu itu badan bayi juga terlihat lebih kecil karena terlahir pre matur
7. Hari ke-6 kelahiran. Pada waktu itu bayi selalu menangis, kejang, dan demam. Melihat kondisi itu, lalu keluarganya membawa bayi tersebut ke rumah saya. Setiba di rumah saya (rumah bidan dan polindes berada di satu tempat), lalu saya memeriksa bayi tadi dan mendapatinya dalam keadaan menegang dan mulutnya mencucu dengan disertai tangisan bayi. Melihat kondisi ini, saya mulai curiga bahwa bayi ini telah terjangkit TN. Namun, masih belum yakin dan untuk meyakinkannya lalu saya meminta kepada orang yang membawa bayi tadi (kakak tertua si bayi) untuk bersedia membawa bayi tadi ke Puskesmas Sumberjambe. Keputusan saya untuk membawa ke Puskesmas Sumberjambe dan bukannya ke Puskesmas Ledokombo adalah karena menurut saya lebih memadai. Pada awalnya orang tersebut menolak karena alasan biaya sehingga berniat untuk membawa pulang saja si bayi tadi karena sudah “pasrah” atas apa yang sedang dan akan terjadi pada bayi

itu. Namun, setelah saya yakinkan bahwa masalah biaya akan “dipikirkan” nanti dan yang penting ada upaya dahulu untuk menyelamatkan sang bayi, akhirnya orang tadi menyetujuinya. Lantas, di hari itu juga saya bersama orang tadi membawa bayi tersebut ke Puskesmas Sumberjambe.

8. Saat di Puskesmas Sumberjambe. Setelah diperiksa petugas, dengan meyakinkan bahwa bayi tadi memang positif TN. Petugas saat itu menemukan gejala TN, yaitu tubuhnya mengejang dan mulutnya mencucu seperti ikan. Melihat kenyataan ini, lalu pihak puskesmas bersama saya dan orang yang membawa bayi tadi dan memutuskan untuk merujuknya ke RS. Soebandi. Pada awalnya orang yang membawa bayi tadi juga menolak saat hendak di rujuk ke RS karena alasan biaya. Menurut orang tadi bahwa biaya pengobatan dan perawatan di RS tentu tidak murah. Lagi pula semenjak awal sebenarnya orang tersebut dengan mengatasnamakan keluarga sudah “pasrah” tetapi setelah diyakinkan kembali maka orang tadi menurut saja

Peneliti : Bagaimana perawatan bayi tadi setelah dinyatakan TN?

Responden : “Setelah bayi tiba di RS lalu bayi tadi dirawat di sana. Bayi TN dirawat di RS selama 2 hari saja karena ”pulang paksa”, yaitu menghentikan perawatan sebelum dinyatakan sembuh. Pihak keluarga, saya sebagai bidan, dan petinggi desa sudah tidak sanggup lagi untuk menanggung biaya yang harus dikeluarkan sehingga akhirnya mereka mengambil keputusan tersebut. Selama 2 hari perawatan tersebut dikenakan biaya; tidak gratis karena keluarga pemilik bayi ini tidak memiliki kartu Jamkesmas. Biaya yang selama 2 hari itu ditanggung oleh petinggi desa setempat dan itu adalah uang pribadi sebesar kurang lebih Rp. 2 Juta. Oleh karena itu, melihat biaya yang tinggi tersebut lalu petinggi desa tadi memutuskan untuk tidak sanggup lagi menanggung biayanya sedangkan saya, sudah berupaya mencari biaya, yaitu dengan memberitahukan kondisi bayi yang terkena TN serta kondisi ekonomi orang tua bayi tersebut kepada pihak desa, pihak puskesmas, bahkan ke pihak Dinas Kesehatan Jember tetapi hasilnya masih “belum memuaskan”. Untung saja petinggi desa masih mau membantu biaya meskipun tidak sampai sembuh. Adapun pihak keluarga sebenarnya dari awal sudah pasrah atas apa yang sedang dan akan dialami oleh bayi tadi sehingga sebenarnya pihak keluarga tidak setuju bila harus dirawat di puskesmas atau di RS karena sudah menyadari bahwa biayanya pasti mahal sedangkan mereka adalah orang yang *tak berpunya*. Keinginan keluarga adalah membiarkan bayi untuk dirawat di rumah. Setelah bayi “pulang paksa” dari RS, lalu bayi itu dirawat di rumah sampai kemudian akhirnya meninggal. Bayi ini

meninggal dalam usia kira-kira 2 minggu. Jadi, bayi ini dirawat di rumah setelah perawatan di RS adalah sekitar 5 – 6 hari”

Peneliti : Apakah dukun penolong itu sudah bermitra dengan bidan desa?

Responden : “Dukun penolong ini masih belum bermitra dengan bidan, yaitu membawa kepada setiap ibu yang hendak melahirkan di tempatnya agar dibawa ke tempat pelayanan kesehatan; puskesmas atau bidan desa. Sampai saat ini pun dukun ini masih membuka “praktek” melakukan pertolongan persalinan”

Peneliti : Menurut Anda, kenapa dukun ini dan dukun-dukun lainnya masih tetap menolong persalinan?

Responden : “Menurut saya, kenapa dukun masih menolong adalah karena beberapa faktor, diantaranya 1). karena terpaksa, yaitu dipaksa atas permintaan yang sangat dari bumil sendiri dan atau oleh keluarganya 2). bila sudah “*kepepet* (mendesak)” seperti bumil melahirkan sendiri maka dukun akan memotong dan merawat tali pusar bayi yang telah terlahir tadi. Ini pun atas permintaan bumil dan keluarganya. Selain alasan di atas, alasan lainnya adalah dapat menolong persalinan merupakan “perbuatan baik” karena bisa menolong antar sesama. Adapun alasan menolong persalinan sebagai bagian dari “pendapatan” adalah juga diduga masih menjadi penyebabnya. Meskipun bila dukun ditanya langsung tentang hal itu maka dukun tersebut pasti akan menyangkalnya. Buktinya adalah pernah ada kejadian seorang dukun membawa ibu yang hendak melahirkan ke tempat saya lalu dukun tadi ternyata tidak dikasih uang sebagaimana informasi yang didapatkan padahal menurut dukun sebagaimana informasi yang diperolehnya bahwa bila ada dukun membawa ibu yang hendak melahirkan ke bidan maka dukun tadi akan diberi uang sebesar Rp. 100 ribu tetapi ternyata si dukun tadi hanya diberi Rp. 30 Ribu. Bertolak dari kejadian itu, dukun tersebut yang tadinya bersedia membawa bumil yang hendak melahirkan ke tempat bidan, kini dukun tadi tidak mau lagi membawanya ke tempat bidan karena merasa kecewa. Dukun dalam mendapatkan upah dari persalinan memang tidak “pasang tarif” tetapi didasarkan pada kemampuan bumil yang bersangkutan apalagi yang ditolong adalah sebagian besar merupakan orang *tidak mampu*. Namun, pada faktanya ternyata bumil yang hendak melahirkan di tempat dukun, bukanlah selalu orang yang “*tidak mampu*”. Tidak sedikit dari mereka adalah justru orang-orang yang mampu. Oleh karena itu, “bisnis” membuka pertolongan persalinan ini masih sangat menjanjikan sehingga sulit juga bagi seorang dukun untuk melepaskan profesinya ini apalagi pada saat momen-momen khusus, seperti pada saat acara “selamatan bayi”, si dukun kadang diberi sembako, sandang, dan uang”

Peneliti : Apakah dukun ini pernah mengikuti pembinaan?

Responden : “Setahu saya, belum”

Peneliti : Menurut ibu, bagaimana penerimaan dukun terhadap bidan desa?

Responden : “Menurut saya, dukun penolong ini hampir sama dengan dukun-dukun pada umumnya. Keberadaan dukun bayi di sini masih belum semua bisa diketahui oleh pihak petugas kesehatan, terutama oleh bidan desa apalagi kadang bumil juga mencari dukun bayi di luar desa. Mereka terkesan “menutup diri” dan sengaja untuk tidak mau “terlalu dekat” dengan bidan. Buktinya meskipun bila bidan atau kader berjumpa dan menyarankan si dukun untuk membawa setiap bumil yang hendak melahirkan di tempatnya agar dibawa ke bidan maka jawab si dukun tadi adalah “bersedia”. Namun, pada faktanya sampai sekarang pun mereka tidak pernah membawanya ke bidan. Kemungkinan besar kehadiran bidan desa masih dianggapnya sebagai “pesaingnya”, yang merebut sebagian dari sumber penghasilannya. Oleh karena itu, sebagian dukun merasa “iri” dan “kurang suka” terhadap kehadiran bidan apalagi bila harus membawa setiap bumil yang hendak melahirkan di tempatnya untuk dibawa ke tempat bidan”

Peneliti : Bagaimanakah upaya selama ini dalam meningkatkan kunjungan ibu hamil ke posyandu serta menekan angka persalinan oleh dukun?

Responden : “Upaya yang telah dilakukan adalah masih terbatas pada “kader posyandu”. Adapun upaya untuk melibatkan tokoh masyarakat dan agama, dukun bayi, dan masyarakat sendiri dalam meningkatkan kunjungan bumil ke posyandu serta menekan angka persalinan oleh dukun secara umum masih belum dilakukan secara intensif. Beberapa tahun yang lalu, sebenarnya sudah pernah ada upaya untuk mengajak para dukun agar bermitra kepada bidan, yaitu saat puskesmas mengundang dukun-dukun di wilayah kecamatan sini untuk mengikuti acara pelatihan bagi dukun bayi. Sebagian dari mereka banyak yang datang. Dalam pelatihan tersebut, para dukun diajari tentang cara memijat bumil yang benar, serta cara merawat bayi. Selain itu, para dukun juga ditanyai tentang kesediaan mereka untuk bermitra dengan bidan, yaitu membawa setiap bumil yang hendak melahirkan di tempat dukun untuk dibawa ke tempat bidan. Mendapat pertanyaan tersebut, para dukun pun saat itu “menyanggupinya” untuk bermitra dengan bidan. Namun, kenyataannya selepas kegiatan tersebut dan sampai sekarang masih banyak dukun-dukun yang tidak mau bermitra. Di Desa sini, dukun yang sudah mau bermitra hanya 1 orang. Masyarakat sini; selain masih kuat “kepercayaannya” pada dukun bayi, juga masih kuat “kepercayaannya” pada tokoh agama sebagai pengobatan

alternatif sehingga masyarakat; baru mau ke tempat pelayanan kesehatan; polindes atau puskesmas bila sudah parah atau apabila si tokoh agama tersebut menyarankan agar dibawa ke puskesmas”

Peneliti : Jadi, menurut Ibu, program kemitraan bidan dan dukun bayi masih belum optimal?

Responden : “Ya, dan menurut saya, penyebabnya adalah selain karena faktor dukun sendiri; juga karena kurang sosialisasi serta dukungan dana dan kontrol”

Peneliti : Lantas, menurut ibu, cukup efektifkah upaya dengan melibatkan tokoh masyarakat atau tokoh agama setempat?

Responden : “Upaya untuk melibatkan tokoh agama memang menurut saya perlu. Apalagi sebagian masyarakat di sini masih menjadikan tokoh agama sebagai tempat alternatif untuk mencari pengobatan. Saya mau mencobanya dan akan saya sampaikan hal itu kepada petinggi desa agar didukung dan dibantu”

#### **RESPONDEN IV**

**TANGGAL : 16 FEBRUARI 2011**

Peneliti : Apakah Anda sudah mengetahui “keberadaan” ibu hamil (bumil) kasus sebelum terjadi kasus TN?

Responden : “Tidak, keberadaan ibu ini tidak saya ketahui selama masa kehamilannya. Bahkan juga oleh kader dan tetangga sekitarnya. Ini terjadi karena pada waktu hamil, ibu ini masih beraktivitas hingga menjelang kelahiran seperti biasanya sebelum dia hamil, yaitu sebagai buruh tani. Selain itu, ketidaktahuan kader dan masyarakat sekitar terhadap kehamilan ibu tersebut adalah karena ibu hamil ini memakai pakaian longgar, semacam daster yang memang kesehariannya sebelum hamil pun juga biasa memakai pakaian longgar tersebut sehingga orang tidak tahu bahwa ibu ini sedang hamil dan memang ada “kesengajaan” dari ibu ini dan keluarganya untuk “menutup-nutupi” kehamilannya karena ada perasaan malu karena sudah punya 8 anak, yang sebagian besar sudah berkeluarga sehingga merasa malu bila ternyata hamil lagi. Waktu saya tanya dulu, katanya dia malu ke posyandu karena sudah punya banyak anak. Apalagi sebagian besar anaknya sudah berkeluarga. Anak yang kena TN itu adalah anak yang ke-9. Oleh karena itu; saya, baru mengetahui keberadaan ibu ini setelah lebih dari 1 minggu semenjak kelahiran, yaitu setelah bayinya dibawa ke polindes. Saat itu bayinya sedang sakit, yang ternyata kemudian diketahui bahwa bayi itu terkena penyakit TN”

Peneliti : Jadi, anda tidak sempat menskrining dan berikan suntikan TT?

Responden : “Ya, saya tidak menskrining dan tidak menyuntik TT karena selama dia hamil, dia tidak pernah ke posyandu. Dan saat itu, keberadaannya tidak diketahui, termasuk oleh kader dan tetangganya”

Peneliti : Kapan bayi TN itu dilahirkan dan bagaimana kondisinya?

Responden : “Bayi yang terkena TN ini dilahirkan pada bulan November 2010 dalam keadaan sehat dan normal. Selain itu, bayi juga dikandung selama kira-kira 9 bulan. Bayi ini merupakan anak yang ke-9”

Peneliti : Siapakah penolong persalinannya?

Responden : “Orang yang melakukan proses persalinan pada bayi yang terkena TN ini adalah seorang dukun”

Peneliti : Bagaimanakah perjalanan ibu hamil kasus ini dimulai dari saat menjelang kelahiran sampai dengan bayi dinyatakan positif TN.?

Responden : “Gambaran perjalanan dari saat menjelang kelahiran sampai dengan bayi dinyatakan positif TN dapat disebutkan dengan berurutan secara ringkas berikut ini:”

1. Sekitar bulan November 2010, bumil ini sudah semakin merasakan akan melahirkan. Oleh karena itu, kemudian keluarganya memanggil dukun bayi untuk menolong persalinan. Pada hari itu juga, akhirnya bayi bisa terlahir dengan selamat
2. Dukun ini memotong tali pusarnya dengan bambu lalu membubuhi tali pusarnya yang telah dipotong tadi dengan abu tomang dan daun sirih
3. Setelah lebih dari 1 minggu umur kelahiran, bayi ini rewel dan demam selama beberapa hari sehingga membuat keluarga memutuskan untuk membawanya ke bidan desa. Namun, pada saat itu saya tidak ada karena sedang “cuti nikah” sehingga oleh kader disarankan untuk membawanya ke Puskesmas Sumberjambe. Kader juga ikut menyertainya
4. Pada hari itulah; saya, baru tahu keberadaan ibu ini serta kelahiran bayinya, yang terlahir di dukun setelah mendapatkan informasi dari kader lewat telepon (bidan dan kader, baru tahu keberadaan ibu dan bayinya tersebut adalah ketika mereka datang ke polindes)
5. Saat di Puskesmas Sumberjambe. Setelah diperiksa oleh petugas puskesmas, dengan meyakinkan bahwa bayi ini positif terkena TN. Petugas saat itu menemukan tanda-tanda TN pada bayi itu, yaitu tubuhnya menggejang dan mulutnya mencucu seperti



ikan. Adapun saya, baru mengetahuinya dari petugas puskesmas lewat telepon. Namun, saya tidak bisa langsung menjenguknya karena sedang cuti nikah. Saya, baru bisa menjenguknya saat dirawat di RS. Soebandi. Sekitar 2 minggu semenjak dirawat di RS

Peneliti : Bagaimana perawatan bayi tadi setelah dinyatakan TN?

Responden : “Setelah dinyatakan positif TN oleh Puskesmas Sumberjambe, lalu pihak puskesmas langsung merujuknya ke RS. Soebandi yang disertai kader dan keluarga bayi. Bayi TN tersebut dirawat di RS selama kira-kira 40 hari sampai kemudian dinyatakan sembuh. Selama perawatan bayi itu, tidak dipungut biaya karena memiliki kartu Jamkesmas. Saya, baru bisa menjenguknya saat di RS sekitar 2 minggu semenjak dirawat di RS”

Peneliti : Apakah dukun penolong itu sudah bermitra dengan bidan desa?

Responden : “Dukun penolong ini masih belum bermitra dengan bidan karena sampai saat ini pun dukun ini masih membuka “praktek”, melakukan pertolongan persalinan”

Peneliti : Menurut Anda, kenapa dukun ini dan dukun-dukun lainnya masih tetap menolong persalinan?

Responden : “Menurut saya, mungkin karena faktor uang, yaitu bisa mendatangkan penghasilan. Apalagi pada saat acara khusus, seperti pada saat acara “selamatan bayi”, si dukun kadang diberi sembako, sandang, atau uang”

Peneliti : Apakah dukun ini pernah mengikuti pembinaan?

Responden : “Setahu saya, belum”

Peneliti : Menurut ibu, bagaimana penerimaan dukun terhadap bidan desa?

Responden : “Menurut saya, mereka terkesan “menutup diri” dan sengaja untuk tidak mau “terlalu dekat” dengan bidan. Kemungkinan besar kehadiran bidan desa masih dianggapnya sebagai “pesaingnya”, yang merebut sebagian dari sumber penghasilannya. Oleh karena itu, sebagian dukun merasa “iri” terhadap kehadiran bidan”

Peneliti : Bagaimanakah upaya selama ini dalam meningkatkan kunjungan ibu hamil ke posyandu serta menekan angka persalinan oleh dukun?

Responden : “Upaya yang telah dilakukan adalah masih terbatas pada “kader posyandu”. Adapun upaya untuk melibatkan tokoh agama, dukun bayi, dan masyarakat sendiri dalam meningkatkan kunjungan bumil ke posyandu serta menekan angka persalinan oleh dukun masih belum dilakukan”

Peneliti : Jadi, menurut Ibu, program kemitraan bidan dan dukun bayi masih belum optimal?

Responden : “Ya, mungkin selain karena faktor dukun sendiri; juga karena kurang sosialisasi”

Peneliti : Lantas, menurut ibu, cukup efektifkah upaya dengan melibatkan tokoh masyarakat atau tokoh agama setempat?

Responden : “Ya, saya setuju, upaya itu mungkin memang perlu dipertimbangkan”

## **RESPONDEN V**

**TANGGAL : 22 FEBRUARI 2011**

Peneliti : Apakah Anda sudah mengetahui “keberadaan” ibu hamil (bumil) kasus sebelum terjadi kasus TN?

Responden : “Ya, sebenarnya ibu itu sudah beberapa kali, yaitu sekitar 3 kali datang ke posyandu. Kira-kira pada 6 bulan umur kehamilan. Hanya saja, pada saat melahirkan, ibu ini tidak ke bidan tetapi ke dukun.”

Peneliti : Selama masa pemeriksaan kehamilan, apakah Anda pernah menemukan “kelainan”?

Responden : “Tidak, ibu ini sebelum mengandung bayi yang terkena TN dalam keadaan sehat bahkan selama masa ANC; pemeriksaan dan perawatan kehamilan, ibu ini juga sehat; tidak ditemukan penyakit tertentu yang membahayakan kesehatan diri dan bayinya”

Peneliti : Apakah bumil kasus pernah menyampaikan “keluhan” kepada Anda?

Responden : “Tidak”

Peneliti : Adakah “penolakan-penolakan” yang dilakukan oleh bumil kasus atau keluarganya terkait tindakan ANC yang akan Anda lakukan?

Responden : “Selama masa ANC, ibu ini bersedia untuk mendapatkan tindakan-tindakan dalam kegiatan posyandu, diantaranya diukur berat badannya, tinggi badannya, tinggi fundus uterinya, tekanan darahnya, dan di suntik untuk imunisasi TT”

Peneliti : Sudahkah Anda melakukan skrining status TT-nya?, berapa status TT-nya?

Responden : “Ya, skrining TT WUS pada ibu ini sudah saya lakukan, yaitu dengan menanyakan riwayat imunisasi tetanus saat SD, catin, dan hamil sebelumnya. Ibu ini saat ditanya status TT nya mengaku bahwa dirinya pernah di suntik lengan kirinya pada saat SD sebanyak 5 kali (kelas I, II, IV, V, dan VI). Menurut pengakuannya bahwa sebenarnya saat SD; dia mendapatkan 6 kali tetapi pada kelas III, dia bersama-sama temannya lari menghindar dari petugas imunisasi. Selain itu, saat catin ibu ini juga mendapatkan 2 kali

suntikan serta pada kehamilan pertama juga mendapatkannya 2 kali dari BPS (bidan praktek swasta). Oleh karena itu, dengan sudah banyaknya suntikan TT yang sudah didapat oleh ibu ini maka saya menetapkan bahwa ibu ini sudah berstatus T5”

Peneliti : Kemudian, selama masa kehamilannya, Anda pernah memberikan suntikan TT?..., berapa kali?..., dengan jarak berapa?

Responden : “Ya itu, karena menurut saya, dia telah berstatus T5 maka saya memutuskan untuk memberikan suntikan TT sekali saja karena menurut saya bahwa suntikan itu pun sebenarnya hanya sebagai penguat saja (*booster*)”

Peneliti : Kapan bayi TN itu dilahirkan dan bagaimana kondisinya?

Responden : “Bayi yang terkena TN ini dilahirkan pada 28 September 2010 dalam keadaan normal dan sehat; tidak cacat, berat badan normal; kira-kira 3,5 kg. Selain itu, bayi juga dikandung selama kurang lebih 9 bulan. Bayi ini merupakan anak yang ke-2”

Peneliti : Siapakah penolong persalinannya?

Responden : “Orang yang melakukan proses persalinan pada bayi yang terkena TN ini adalah seorang dukun yang tinggal tidak jauh dari tempat tinggal ibu hamil ini”

Peneliti : Bagaimanakah perjalanan ibu hamil kasus ini dimulai dari saat menjelang kelahiran sampai dengan bayi dinyatakan positif TN.?

Responden : “Gambaran perjalanan dari saat menjelang kelahiran sampai dengan bayi dinyatakan positif TN dapat disebutkan dengan berurutan secara ringkas berikut ini:”

1. Pada Senin malam (27 September 2010), bumil ini pergi ke tempat praktek BPS (bidan praktek swasta). Ibu ini bermaksud memeriksakan kehamilannya saja tanpa merasakan hendak melahirkan; dengan diantar oleh keluarganya karena merasa perutnya sakit.
2. BPS lalu memeriksanya dan menyatakan bahwa “ketubannya pecah” dan dalam kondisi “tekanan darah tinggi” sehingga BPS menyarankan kepada bumil ini untuk pergi ke rumah sakit (RS) saja karena menurut BPS kondisi tersebut sudah di luar jangkauan wewenangnya dan khawatir bila tidak segera di bawa ke RS maka kondisinya akan semakin parah sehingga bisa mengancam keselamatan ibu dan bayinya. Namun, bumil ini menolak ke RS dengan alasan masih mau dirundingkan dengan keluarganya karena berkenaan dengan biaya yang tentunya tidak murah.
3. Selasa, dini hari (28 September 2010), bumil ini ternyata melahirkan sendiri. Kejadian itu tidak dilakukan dengan sengaja tetapi secara tiba-tiba bumil merasakan

hendak melahirkan dan saat melahirkannya pun lancar tanpa kesulitan berarti. Dengan dibantu keluarganya, ibu dan bayinya yang baru lahir itu dirawat ala kadarnya. Adapun anggota keluarganya yang lain segera memanggil dukun bayi untuk merawat ibu dan bayi yang baru lahir tadi.

4. Dukun bayi segera datang, lalu memotong tali pusarnya dengan “gunting bawaannya” lalu membalut tali pusar yang telah dipotong tadi dengan kain kassa dan betadine.
5. Saya, baru mengetahui keadaan ibu yang baru melahirkan itu juga pada hari yang sama (pagi hari, 28 September 2010). Hanya saja sudah dalam keadaan bayi telah di tolong oleh dukun. Saya berkunjung ke rumah ibu ini setelah sebelumnya mendapatkan informasi dari BPS tadi bahwa ada bumil di wilayah saya yang mengalami kesakitan, yaitu ketubannya pecah dan disarankan untuk periksa ke RS tetapi tidak mau dengan alasan masih mau dirundingkan dengan keluarganya.
6. Saat saya berkunjung di hari I kelahiran, saya dapati bahwa keadaan bayi dalam kondisi sehat dan normal, tidak ada gejala kejang
7. Hari III kelahiran (30 September 2010), ibu ini sudah bisa berjalan dan membawa serta bayinya ke Pustu untuk diperiksa. Pada hari yang ke-3 ini saya telah memberikan suntikan Hb pertama pada bayi itu. Adapun tanda-tanda kejang pada bayi di hari itu, saya tidak menemukannya.
8. Hari IV kelahiran (1 Oktober 2010), bayi selalu menangis dengan tidak hentinya (setelah 1 hari sebelumnya di bawa ke Pustu dan telah mendapatkan suntikan Hb). Melihat bayinya terus menangis, ibunya lalu membawa bayinya ke rumah saya karena waktu itu Pustu sudah tutup. Setiba di rumah saya, saya lalu memeriksa kondisi bayi itu yang masih terus menangis dan mendapatinya tidak bisa “menetek”. Melihat kondisi itu, saya mulai curiga bahwa bayi ini telah terjangkit TN walaupun tadinya tangisan bayi tadi saya sangka sebagai efek atau reaksi atas imunisasi Hb yang saya berikan 1 hari sebelumnya. Lantas, saya menghubungi teman saya lewat telepon yang juga seorang bidan desa, yang di wilayahnya pernah terjadi TN. Setelah saya menceritakan kondisi bayi tersebut kepada teman saya, lalu teman saya mengatakan bahwa dugaan kuat bayi itu telah terjangkit TN. Sarannya, lebih baik segera dibawa ke puskesmas atau RS. Setelah saya mendapatkan jawaban tadi, lalu saya ini menyuruh ibu tadi untuk membawa bayinya ke puskesmas. Namun, ibu tadi menolak karena kebetulan tangis bayinya pada saat itu mulai mereda. Ibu ini

menyangka bahwa kondisi bayinya sudah membaik sehingga tidak perlu di bawa ke puskesmas. Lantas, ibu ini pulang.

9. Hari VII kelahiran (4 Oktober 2010), di hari ini ternyata bayi kembali menangis dengan disertai kejang. Teringat dengan saran saya pada 3 hari sebelumnya, lantas ibu dan keluarganya membawa bayi tadi ke RS. Balung. Setelah pemeriksaan oleh pihak RS dilakukan, lantas dinyatakan bahwa bayi tadi memang telah positip TN

Peneliti : Bagaimana perawatan bayi tadi setelah dinyatakan TN?

Responden : “Setelah bayi dinyatakan positip TN, lalu bayi tadi dirawat di RS Balung. Bayi dirawat selama 2 hari. Pada hari ke-2 perawatan tersebut ternyata akhirnya bayi tadi meninggal. Selama 2 hari perawatan bayi tadi, ibu dan keluarganya tidak dipungut biaya karena mereka memiliki kartu Jamkesmas”

Peneliti : Apakah dukun penolong itu sudah bermitra dengan bidan desa?

Responden : “Dukun penolong persalinan ini berasal dari luar desa tetapi tempat tinggal dukun masih dekat dengan tempat ibu yang melahirkan tadi; berada di perbatasan desa. Dukun ini masih belum bermitra dengan bidan, yaitu membawa atau menyarankan kepada setiap ibu yang hendak melahirkan ke tempatnya untuk dibawa ke tempat praktek bidan. Karena sampai saat ini dukun ini masih melakukan pertolongan persalinan”

Peneliti : Menurut Anda, kenapa dukun ini dan dukun-dukun lainnya masih tetap menolong persalinan?

Responden : “Menurut saya, karena dukun merasa bahwa dapat “menolong” persalinan merupakan “perbuatan terpuji”, yang sekaligus merupakan “panggilan hati nuraninya” untuk menolong antar sesama apalagi dia juga merasa bahwa dia sudah mendapatkan pelatihan dari petugas kesehatan dan telah mendapatkan “sertifikat” maka tindakan dia untuk menolong persalinan adalah sah-sah saja dan telah “diakui”. Selain itu, mungkin juga karena faktor uang, yaitu karena bisa mendatangkan penghasilan”

Peneliti : Apakah dukun ini pernah mengikuti pembinaan?

Responden : “Ya, dukun ini pernah mengikuti “pelatihan bagi dukun bayi” yang telah diadakan oleh petugas kesehatan. Pelatihan tersebut dilaksanakan pada tahun 1996 di Puskesmas Balung saat itu, sekarang sudah menjadi RS. Balung. Dan dukun ini juga telah mendapatkan “sertifikat” serta “gunting khusus” pemotong tali pusar”

Peneliti : Menurut ibu, bagaimana penerimaan dukun terhadap bidan desa?

Responden : “Menurut saya, semua dukun hampir sama keadaannya, yaitu mereka terkesan “menutup diri” dan sengaja untuk tidak mau “terlalu dekat” dengan bidan. Buktinya meskipun bila bidan atau kader berjumpa dan menyarankan si dukun untuk membawa setiap bumil yang hendak melahirkan di tempatnya agar dibawa ke bidan maka jawab si dukun tadi adalah “bersedia”. Namun, pada faktanya sampai sekarang pun mereka tidak pernah membawanya ke bidan. Kemungkinan besar kehadiran bidan desa masih dianggapnya sebagai “pesaingnya”, yang merebut sebagian dari sumber penghasilannya. Oleh karena itu, sebagian dukun merasa “iri” dan “kurang suka” terhadap kehadiran bidan apalagi bila harus membawa setiap bumil yang hendak melahirkan di tempatnya untuk dibawa ke tempat bidan”

Peneliti : Bagaimanakah upaya selama ini dalam meningkatkan kunjungan ibu hamil ke posyandu serta menekan angka persalinan oleh dukun?

Responden : “Upaya yang telah dilakukan oleh pihak petugas kesehatan adalah masih terbatas pada “kader posyandu”. Adapun upaya untuk melibatkan tokoh masyarakat, dukun bayi, dan masyarakat sendiri dalam meningkatkan kunjungan bumil ke posyandu serta menekan angka persalinan oleh dukun masih belum dilakukan”

Peneliti : Jadi, menurut Ibu, program kemitraan bidan dan dukun bayi masih belum optimal?

Responden : “Ya, dan menurut saya, penyebabnya adalah selain karena faktor dukun sendiri; juga karena kurang sosialisasi”

Peneliti : Lantas, menurut ibu, cukup efektifkah upaya dengan melibatkan tokoh masyarakat atau tokoh agama setempat?

Responden : “Iya, menurut saya; ide itu bagus untuk dicoba karena sangat efektif hasilnya. Mungkin nanti saya akan coba pendekatan itu”

#### b. HASIL WAWANCARA MENDALAM DENGAN BUMIL KASUS (RESPONDEN PENDUKUNG)

##### **BUMIL I**

**TANGGAL : 19 FEBRUARI 2011**

Peneliti : Kepada siapa proses persalinan pada anak-anak Ibu sebelum anak yang sakit/meninggal?

Responden : “Saya sudah punya 4 anak, mas !. Semuanya ke dukun. Tapi yang kedua keguguran 4 bulan dan anak ketiga saya juga meninggal setelah umur kira-kira 1 minggu”

Peneliti : Apa alasan Ibu memilih persalinan ke dukun?

Responden : “Sudah “cocok”, mas!. Apalagi dukun itu adalah saudara mertua saya. Jadi, “*sungkan*” mas ! kalau nolak. Lagian juga sudah kebiasaannya begitu dikalangan keluarga dan sebagian masyarakat disini juga masih ke dukun. Makanya suami saya pun menyuruh ke dukun. Selain itu, saya sebenarnya juga punya Jamkesmas yang katanya gratis kalo melahirkan di bidan. Tapi saya masih takut ya mas kalo nanti ada biaya lain. Masalahnya kemarin pernah ada tetangga, katanya masih diminta uang padahal dia punya jamkesmas”

Peneliti : Bagaimana menurut Ibu terhadap kegiatan posyandu?

Responden : “Ya, senang mas!, bisa berobat di sana. Pas hamil kemarin saya juga datang ke posyandu kira-kira 3 kali. Dan pada umur 3 hari, saya bawa bayi saya ke bidan. Disana bayi saya disuntik. Kata bidan, itu suntik imunisasi. Tetapi setelah itu saya ndak suntikkan lagi mas!, karena bayi saya malah rewel. Saya kasihan sama dia, juga sangat merepotkan orang tuanya kalo bayi terus rewel.”

Peneliti : Anda tahu apakah penyakit TN atau tetanus itu dan penyebabnya (faktor resiko)?

Responden : “Saya tidak tahu, Mas !”

Peneliti : Apakah Anda punya Kartu Jamkesmas?

Responden : “Ya, saya punya”

Peneliti : Bagaimanakah penerimaan Ibu terhadap bidan dan dukun bayi?

Responden : “Saya sangat senang dengan kehadiran bidan. Meskipun kalo melahirkan disuruh ke bidan. Tetapi dukun juga masih dibutuhkan, mas!, seperti memandikan bayi pada beberapa hari baru lahir. Dan bisa memijat orang hamil serta anak-anak kecil”

Peneliti : Kalau ibu memang senang dengan kegiatan posyandu dan sudah pernah kesana, serta senang dengan kehadiran bidan desa, kenapa Ibu tidak sekalian melahirkan di bidan juga?

Responden : “Ya, itu mas!, kalau cuma periksa pas hamil; suami saya membolehkannya. Tapi kalau melahirkan; keluarga saya menyuruh ke dukun”

**BUMIL II****TANGGAL : 17 FEBRUARI 2011**

Peneliti : Kepada siapa proses persalinan pada anak-anak Ibu sebelum anak yang sakit/meninggal?

Responden : “Semuanya ke dukun mas!, anak saya dua. Dan semuanya ke dukun persalinannya”

Peneliti : Apa alasan Ibu memilih persalinan ke dukun?

Responden : “Karena sudah “biasa” mas !. Keluarga dan masyarakat di sini juga begitu. Suami dan keluarga saya melarang untuk ke bidan karena biaya, apalagi saya juga tidak punya Jamkes mas”

Peneliti : Bagaimana menurut Ibu terhadap kegiatan posyandu?

Responden : “Senang mas!, dengan adanya kegiatan posyandu. Waktu itu saya datang ke posyandu kira-kira 6 kali karena bermanfaat untuk periksa kehamilan”

Peneliti : Anda tahu apakah penyakit TN atau tetanus itu dan penyebabnya (faktor resiko)?

Responden : “Saya tidak tahu, Mas. Tetapi menurut saya sakit dan matinya seseorang sudah ada yang mengaturnya, termasuk kejadian yang menimpa bayi saya dulu. Ini adalah *ujian* yang harus dijalani. Jadi, harus diterima dan bersabar. Bayi saya kemarin meninggal bukan karena salah dukun mas!, tetapi memang “sudah waktunya” sakit dan meninggal. Tapi, setelah dikasih tahu kalau yang menyebabkan adalah karena dukun maka nanti bila mau melahirkan lagi akan ke bidan. Sekarang saya sedang mengandung lagi dalam usia 8 bulan. Nanti saat melahirkan, saya mau ke bidan. Karena takut kejadian pada bayi saya dahulu menimpa lagi. Dan saya juga “*sungkan*” mas!, karena telah berhutang budi kepada bidan yang telah mencarikan biaya untuk bayi saya dulu yang meninggal saat dirawat di RS selama 7 harian”

Peneliti : Apakah Anda punya Kartu Jamkesmas?

Responden : “Tidak, saya ndak punya”

Peneliti : Bagaimanakah penerimaan Ibu terhadap bidan dan dukun bayi?

Responden : “Saya sangat senang dengan kehadiran bidan, karena bisa nolong orang sakit. Saya juga senang dengan kehadiran dukun bayi karena masih diperlukan untuk nolong melahirkan bagi keluarga yang tidak mampu dan tidak memiliki Jamkesmas seperti saya. Dukun bayi juga masih dibutuhkan untuk merawat bayi setiap harinya seperti memandikan bayi”



Peneliti : Kalau ibu memang senang dengan kegiatan posyandu dan sudah pernah kesana, serta senang dengan kehadiran bidan desa, kenapa Ibu tidak sekalian melahirkan di bidan juga?

Responden : “Karena kalau periksa di sana gratis, mas!. Tapi kalau melahirkan pasti bayar. Saya juga tidak punya jamkesmas”

### **BUMIL III**

**TANGGAL : 22 FEBRUARI 2011**

Peneliti : Kepada siapa proses persalinan pada anak-anak Ibu sebelum anak yang sakit/meninggal?

Responden : “Anak saya yang meninggal dulu itu adalah anak yang ke-2, yang persalinannya oleh dukun. Dan anak ke-1 juga di dukun. Jadi, semuanya di dukun”

Peneliti : Apa alasan Ibu memilih persalinan ke dukun?

Responden : “Pada saat itu keadaannya mendesak Mas !, karena sudah keburu lahir. Jadi, saya tidak mungkin ke bidan, apalagi malam-malam, kan “*sungkan*” karena takut mengganggu apalagi tempat bidan juga lebih jauh daripada tempat dukun. Lagi pula; di malamnya, saya sebenarnya juga sudah ke bidan swasta sebenarnya waktu itu saya hanya mau periksa saja tetapi ternyata kata bidannya, bayinya sudah mau keluar. Tapi karena ketubannya pecah maka bidan itu nyuruh saya ke rumah sakit. Tapi saya tidak menurutinya karena masih mau dibicarakan dengan keluarga. Lantas, saya pulang sampai akhirnya saya melahirkan sendiri di rumah yang pada akhirnya suami saya panggil dukun. Alasan lainnya karena saya sudah “cocok” dengan dukun itu bahkan sudah saya anggap seperti keluarga sendiri mas!. Melahirkan di dukun sudah menjadi “kebiasaan” di sini, di lingkungan keluarga dan bagi sebagian masyarakat di sini. Selain itu, saya juga masih takut, nanti ada biaya lagi walaupun saya punya jamkesmas, yang katanya gratis kalo melahirkan di bidan. Dan kalo ke bidan, saya takut “dijahit” mas!

Peneliti : Bagaimana menurut Ibu terhadap kegiatan posyandu?

Responden : “Ya, senang mas!. Waktu itu saya datang ke posyandu 3 kali, sekitar setelah 6 bulan umur kehamilan. Saya waktu itu disuntik. Dan di hari ke-3 kelahiran, saya bawa bayi saya waktu itu untuk imunisasi”

Peneliti : Anda tahu apakah penyakit TN atau tetanus itu dan penyebabnya (faktor resiko)?

Responden : “Nggak tahu. Menurut saya sakit dan matinya seseorang sudah ada yang mengaturnya, termasuk kejadian yang menimpa bayi saya dulu. Ini adalah musibah yang harus

dijalani. Jadi, sabar saja. Kematian bayi saya dulu bukan karena salah dukun tetapi memang “sudah waktunya” sakit dan meninggal. Buktinya banyak juga kok mas!, bayi-bayi yang ditolong oleh dukun tetapi juga selamat. Tapi, dengan adanya kejadian ini dan setelah mendapat pemberitahuan dari banyak orang yang mengatakan bahwa penyebab kematian bayinya adalah karena ditolong dukun maka saya nanti bila mau melahirkan lagi akan ke bidan tapi harus meyakinkan suami dan keluarga biar didukung”

Peneliti : Apakah Anda punya Kartu Jamkesmas?

Responden : “Ya, saya punya”

Peneliti : Bagaimanakah penerimaan Ibu terhadap bidan dan dukun bayi?

Responden : “Saya sangat senang dengan kehadiran bidan, bidan desa dan bidan swasta. Buktinya saya juga mau ke posyandu dan beberapa kali saya pergi ke bidan swasta untuk periksa kehamilan. Tapi, saya juga senang dengan kehadiran dukun bayi di masyarakat karena dukun bayi masih diperlukan sebagai penolong persalinan, apalagi bagi keluarga yang tidak mampu ekonominya dan untuk memandikan bayi, mas!”

Peneliti : Kalau ibu memang senang dengan kegiatan posyandu dan sudah pernah kesana, serta senang dengan kehadiran bidan desa, kenapa Ibu tidak sekalian melahirkan di bidan juga?

Responden : “Kalau hanya periksa saja, keluarga saya membolehkannya. Tapi kalau melahirkan, suami saya suruh ke dukun saja”

#### c. HASIL WAWANCARA MENDALAM DENGAN DUKUN KASUS (RESPONDEN PENDUKUNG)

##### **DUKUN I**

**TANGGAL : 18 FEBRUARI 2011**

Peneliti : Bagaimana tindakan Ibu saat menolong persalinan, kenapa?

Responden : “Saat motong tali pusar, saya pakai bambu, setelah itu saya kasih abu toman dicampur dengan daun sirih yang dilumat halus. Ya, alasannya karena memang sudah “biasa” begitu, nak!. Sudah warisan dari orang-orang tua dahulu. Banyak juga kok nak!, yang selamat meskipun ditolong dukun. Buktinya orang-orang dahulu dan orang-orang sekarang yang ditolong dukun juga banyak yang selamat”

Peneliti : Ibu pernah mengikuti bimbingan/pelatihan buat dukun bayi dari puskesmas atau bidan desa?

Responden : “Saya belum pernah mengikuti pelatihan bagi dukun bayi”

Peneliti : Anda tahu apakah penyakit TN atau tetanus itu dan penyebabnya (faktor resiko)?

Responden : “Saya ndak tahu. Tapi nak!, orang itu; hidup, sakit, dan mati adalah dari Gusti Allah, termasuk bayi yang sakit dan meninggal. Kalo ada bayi sakit atau meninggal berarti juga ibunya kurang sehat. Orang sakit dan meninggal karena memang “sudah waktunya”. Ini semua adalah “ujian”. Jadi, harus “*nrimo*” dan sabar”

Peneliti : Bagaimana menurut Ibu, tentang kehadiran bidan desa?

Responden : “Ya, saya senang sekali dengan adanya ibu bidan, karena bisa nolong orang sakit”

## DUKUN II

**TANGGAL : 12 FEBRUARI 2011**

Peneliti : Bagaimana tindakan Ibu saat menolong persalinan, kenapa?

Responden : “Sudah biasanya saya potong dengan *pelat bambu*. Setelah itu, saya kasih abu dapur dan ditutup dengan daun sirih. Alasannya menggunakan *pelat bambu* karena lebih tajam sedangkan alasan *pake* abu karena sudah menjadi kebiasaan dari dahulu. Lagian, banyak juga kok mas!, yang selamat meskipun ditolong oleh dukun. Buktinya, banyakkah?!, orang-orang dahulu dan orang-orang sekarang yang ditolong oleh dukun tapi bisa hidup selamat”

Peneliti : Ibu pernah mengikuti bimbingan/pelatihan buat dukun bayi dari puskesmas atau bidan desa?

Responden : “Nggak pernah, mas!”

Peneliti : Anda tahu apakah penyakit TN atau tetanus itu dan penyebabnya (faktor resiko)?

Responden : “Menurut saya hidup mati itu sudah ada yang mengaturnya, mas!. Orang sakit dan meninggal adalah karena memang “sudah waktunya”. Ini semua adalah “musibah”. Jadi, harus terima dan bersabar. Saya nggak ngerti penyakit tetanus. Pokoknya kalau ada bayi yang sakitnya parah dibawa ke rumah saya, maka saya suruh ibunya untuk membawanya ke puskesmas atau rumah sakit saja”

Peneliti : Bagaimana menurut Ibu, tentang kehadiran bidan desa?

Responden : “Ya, saya setuju sekali dengan adanya ibu bidan, karena bisa nolong orang melahirkan”

### **DUKUN III**

**TANGGAL : 22 PEBRUARI 2011**

Peneliti : Bagaimana tindakan Ibu saat menolong persalinan, kenapa?

Responden : “Saat motong tali pusar, saya menggunakan gunting khusus untuk potong tali pusar, yang saya dapatkan dahulu saat pelatihan, setelah itu saya balut dengan kain kassa yang diberi *betadine*. Kalo ditanya alasannya, ya karena sudah sesuai seperti pada waktu saya mendapatkan pelatihan dari petugas kesehatan tahun 1996 lalu”

Peneliti : Ibu pernah mengikuti bimbingan/pelatihan buat dukun bayi dari puskesmas atau bidan desa?

Responden : “Ya, saya pernah mengikuti “pelatihan bagi dukun bayi”. Dulu diadakan oleh petugas kesehatan. Pelatihannya dilaksanakan di Puskesmas Balung, yang sekarang sudah menjadi rumah sakit tahun 1996. Dalam pelatihan itu semua dukun diajari cara merawat bumil, seperti cara memijat perut ibu hamil, serta cara memotong dan merawat tali pusar. Dalam pelatihan itu juga semua dukun yang hadir telah diberi “sertifikat” dan “gunting khusus” pemotong tali pusar”

Peneliti : Anda tahu apakah penyakit TN atau tetanus itu dan penyebabnya (faktor resiko)?

Responden : “Ndak tahu, Mas!. Tapi menurut saya semuanya; hidup, sakit dan mati sudah ada yang mengaturnya. Kalo ada bayi yang sakit karena ibunya yang kurang sehat. Jadi, orang sakit dan meninggal itu karena memang “sudah waktunya”. Ujian hidup, mas!. Jadi, harus *nrimo*. Tapi kalau saya ada bayi yang “*nyungsang*” maka saya suruh ibunya untuk ke tempat bidan atau rumah sakit”

Peneliti : Bagaimana menurut Ibu, tentang kehadiran bidan desa?

Responden : “Saya sangat senang dengan kehadiran bidan, bidan desa dan bidan swasta. Kalo ada bidan maka bisa nolong orang melahirkan. Apalagi bila ada dukun seperti saya sudah tidak mampu lagi maka bidanlah yang akan menolongnya”