



**KAJIAN FAKTOR TINGGINYA ANGKA KEMATIAN BAYI (AKB) USIA
0 SAMPAI 28 HARI PADA DESA SIAGA DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS SUKOWONO KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

Oleh

**Yusron Syarifuddin
NIM 102110101060**

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

2017



**KAJIAN FAKTOR TINGGINYA ANGKA KEMATIAN BAYI (AKB) USIA
0 SAMPAI 28 HARI PADA DESA SIAGA DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS SUKOWONO KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat
untuk menyelesaikan Program Pendidikan Kesehatan Masyarakat (S1)
dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh

**Yusron Syarifuddin
NIM 102110101060**

**BAGIAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2017**

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Orang tua saya tercinta, Ibu Muslimah dan Bapak Hariyono, yang selalu memberikan doa terbaik, kasih sayang, dukungan, dan juga motivasi kepada saya;
2. Adikku Yusnia Fara Dilla, yang menjadikan saya lebih termotivasi dalam menjalani hidup;
3. Guru-guru sejak SD, SMP, MA, sampai dengan Perguruan Tinggi, yang telah memberikan ilmu serta pengalaman berharga kepada saya;
4. Almamater yang saya banggakan, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
5. Sahabat-sahabat seperjuangan, yang saya cintai dan semua orang yang mencintai saya.

MOTTO

Dua anak cukup
(BKKBN)*)

Hanya kepada Engkau-lah kami menyembah dan hanya kepada Engkau-lah kami
memohon pertolongan

(Terjemah Al-Qur'an Surat Al-faatihah Ayat 5)**)

Sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan

(Terjemah Al-Qur'an Surat Al Insyirah ayat 6)**)

-
- *⁾ Jatim BKKBN. 2017. Slogan Dua Anak Cukup Harus Dipopulerkan. Jatim.bkkbn.go.id/slogan-dua-anak-cukup-harus-dipopulerkan/ (diakses pada tanggal 10 oktober 2017)
- **⁾ Depag RI. 2007. Al-qur'an terjemah per-kata. Bandung : PT. Sygma Examedia Arkemleema

HALAMAN PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Yusron syarifuddin

NIM : 102110101060

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul: *Kajian Faktor Tingginya Angka Kematian Bayi (AKB) Usia 0 Sampai 28 Hari Pada Desa Siaga Di Wilayah Kerja Puskesmas Sukowono, Kabupaten Jember* adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada institusi manapun, serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan skripsi ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

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

Jember, 07 November 2017

Yang menyatakan,

Yusron Syarifuddin

NIM 102110101060

HALAMAN PEMBIMBINGAN

SKRIPSI

**KAJIAN FAKTOR TINGGINYA ANGKA KEMATIAN BAYI (AKB) USIA
0 SAMPAI 28 HARI PADA DESA SIAGA DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS SUKOWONO KABUPATEN JEMBER**

Oleh

Yusron Syarifuddin
NIM 102110101060

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Christyana Sandra, S.KM., M.Kes

Dosen Pembimbing Anggota : Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes

PENGESAHAN

Skripsi berjudul *Kajian Faktor Tingginya Angka Kematian Bayi (AKB) Usia 0 Sampai 28 Hari Pada Desa Siaga Di Wilayah Kerja Puskesmas Sukowono, Kabupaten Jember* telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada:

Hari : Selasa

Tanggal : 07 November 2017

Tempat : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Pembimbing

Tanda Tangan

1. DPU : Christyana Sandra, S.KM., M.Kes. (.....)
NIP. 198204162010122003

2. DPA : Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes. (.....)
NIP. 198207232010121003

Penguji

1. Ketua : Yennike Tri Herawati, S.KM., M.Kes. (.....)
NIP. 197810162009122001

2. Sekretaris : Iken Nafikadini, S.KM., M.Kes (.....)
NIP. 198311132010122006

3. Anggota : Heriberta Reny, S.KM (.....)
NIP. 197605092000122003

Mengesahkan

Dekan

Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes
NIP. 198005162003122002

RINGKASAN

Kajian Tingginya Angka Kematian Bayi (AKB) Usia 0 Sampai 28 Hari Pada Desa Siaga Di Wilayah Kerja Puskesmas Sukowono Kabupaten Jember;
Yusron syarifuddin; 102110101060; 2017; 79 halaman; Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Visi pembangunan nasional tahun 2005-2025 sebagaimana ditetapkan dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional Tahun 2005-2025 adalah Indonesia yang mandiri, maju, adil dan makmur. Berkaitan dengan hal tersebut, Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan mengamanatkan bahwa pembangunan kesehatan harus ditujukan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis. Desa siaga merupakan gambaran masyarakat yang sadar, mau dan mampu untuk mencegah dan mengatasi berbagai ancaman terhadap kesehatan masyarakat seperti kurang gizi, penyakit menular dan penyakit yang berfungsi menimbulkan Kejadian Luar Biasa, kejadian bencana, kecelakaan, dengan memanfaatkan potensi setempat secara gotong royong.

Pada tahun 2013 desa siaga yang aktif di Kabupaten Jember sebanyak 243 desa atau 69,82%, sedangkan desa siaga yang belum aktif sebanyak 5 desa atau 1,43%. Pada rencana strategis Kabupaten Jember pada tahun 2015 ingin membuat semua desa menjadi status desa siaga, dan sudah tercapai 100% desa siaga pada tahun 2015 yaitu sebanyak 348 desa. Kecamatan Sukowono merupakan kecamatan yang paling banyak memiliki desa siaga sebanyak 12 desa siaga. Pencapaian desa siaga di Kecamatan Sukowono yaitu 8 desa siaga aktif madya dan 4 desa siaga aktif purnama. Kabupaten Jember merupakan salah satu kabupaten yang memiliki AKB tinggi. Pada tahun 2013 AKB pada tahun 2013 sebesar 113 per 1.000 kelahiran hidup, dan pada tahun 2015 meningkat menjadi 287 per 1.000 kelahiran hidup. Dari data tersebut diketahui bahwa AKB masih sangat tinggi. Kecamatan Sukowono

merupakan salah satu kecamatan penyumbang AKB tertinggi yaitu sebesar 20 per 1000 kelahiran hidup. Pentingnya kesadaran gerakan masyarakat dalam hal peningkatan desa siaga menjadi desa siaga aktif yang mana dapat menurunkan AKB di suatu daerah.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengkaji faktor tingginya AKB pada desa siaga di wilayah kerja Puskesmas Sukowono, Kabupaten Jember. Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian kualitatif. Informan yang dilibatkan terdiri dari informan kunci yaitu Bidan Koordinator dan Kepala Puskesmas Sukowono, informan utama yaitu ibu yang memiliki bayi meninggal tahun 2015, kader dan bidan desa, dan informan tambahan yaitu keluarga atau tetangga ibu hamil dan dukun. Sumber data primer yang didapatkan peneliti melalui hasil wawancara mendalam dengan informan kunci, utama, dan tambahan. Sedangkan data sekunder didapatkan melalui studi dokumentasi. Instrumen penelitian data yang digunakan adalah panduan wawancara.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pada faktor ibu, umur ibu yang mengalami kejadian kematian bayi kebanyakan ibu yang berisiko tinggi untuk hamil. Status ekonomi ibu hamil sebagian besar memakai BPJS saat persalinan sehingga tidak terlalu berat dalam pengeluaran. Pendidikan ibu banyak yang sudah melakukan Pendidikan ≥ 6 tahun. Paritas ibu hamil banyak yang mempunyai anak 3 dan yang ketiga meninggal. Jarak kehamilan antar anak ibu hamil jauh jaraknya berkisar ≥ 3 tahun. Pada faktor pelayanan kesehatan, perawatan antenatal ibu-ibu hamil lengkap dari K1-K4, ibu-ibu rutin pergi ke posyandu minimal 3 kali. Penolong persalinan sudah tidak ke dukun, mereka ke pelayanan kesehatan kebanyakan di rujuk ke rumah sakit. Akses tempat tinggal ke pelayanan kesehatan mudah di jangkau semua. Perlu adanya peningkatan promosi kesehatan terkait kehamilan mulai dari umur yang tidak berisiko, banyaknya anak, jarak kehamilan, perawatan antenatal dan penolong persalinan.

SUMMARY

Study of the High Infant Mortality Rate (IMR) Age 0 To 28 Days In Alert Village's Work Area of Sukowono Community Health Center, Jember District;
Yusron Syarifuddin; 102110101060; 2017; 79 pages; Health Administration and Policy of Public Health Faculty, University of Jember.

The vision of national development in 2005-2025 as it's in the Law of Republic of Indonesia Number 17 Year 2007 on the National Long Term Development Plan 2005-2025 is an independent, progressive, just and prosperous Indonesia. In this regard, the Laws of the Republic of Indonesia Number 36 Year 2009 on Health mandates that health development should be aimed at raising awareness, will, and the ability to live healthy people as high as possible, as an investment for the development of human resources that are socially productive and economical. The alert Village's is a description of the conscious, willing and able to prevent and overcome various threats to public health such as malnutrition, infectious diseases and diseases that function to cause outbreaks, disasters, accidents, by utilizing local potentials in mutual assistance.

In 2013, the active alert village's in Jember District was 243 villages or 69.82%, while the alert village's was not as active as 5 villages or 1.43%. In Jember District, strategic plan in 2015 wants to make all villages become alert village status, and has reached 100% alert village in 2015 that is as many as 348 villages. Sukowono is the sub-district with the most number of alert villages as many as 12 alert village's. The achievement of alert village's in Sukowono sub-district is 8 active alert village's (madya) and 4 active full alert village's. Jember District is one of the districts with high IMR. In 2013, the IMR is 113 per 1,000 live births, and in 2015 increases to 287 per 1,000 live births. From the data it is known that the IMR is still very high. Sukowono sub-district is one of the highest contribute of IMR which is 20 per 1000 live births. The important of movement awareness for community in terms increase from alert village's became active alert village which could be decrease the IMR in an area.

The objective of this study was to assess the high factor of IMR in alert village's in the work area of Sukowono Community Health Center, Jember District. The type of research used in this study was qualitative research. The informants involved consisted of key informants, the Coordinating Midwife and the Head of Sukowono Community Health Center, the main informants is mothers with babies dying in 2015, cadres and village midwives, and additional informants is families or neighbors of pregnant women and shamans. Primary data sources obtained by researchers through the results of in-depth interviews with key informants, major, and additional. While the secondary data obtained through study documentation. The data research instrument used is interview guide.

The result of study stated that in maternal factors, the age of mothers who experienced the incidence of infant mortality almost mothers who are at high risk for pregnancy. The economic status of expectant mothers is sufficient and they all use social security agency during labor so it is not too heavy in spending. Many maternal education who have done ≥ 6 years of education. Parity of many pregnant women who have children 3 and the third died. The distance between pregnant women pregnant women far distance ≥ 3 years. On the health service factor, antenatal care of pregnant mothers complete from K1-K4, mothers routinely go to Community Health Center chapter at least 3 times. Childbirth aids are not to the shaman, they most health care in refer to the hospital. Residential access to health services is easily accessible to all. There needs to be an increase in health promotion related to pregnancy ranging from non-risky age, number of children, pregnancy distance, antenatal care and birth attendant.

PRAKATA

Puji syukur kami panjatkan kepada Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul *Kajian Faktor Tingginya Angka Kematian Bayi (AKB) Usia 0 Sampai 28 Hari Pada Desa Siaga Di Wilayah Kerja Puskesmas Sukowono, Kabupaten Jember*. Skripsi ini disusun untuk memenuhi salah satu persyaratan akademis dalam rangka menyelesaikan Program Pendidikan Strata Satu (S1) Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak, oleh karena itu penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes. selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
2. Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes. selaku Kepala Bagian Administrasi Kebijakan Kesehatan sekaligus sebagai Dosen Pembimbing Anggota (DPA) yang selalu memberi motivasi dan bimbingan kepada penulis;
3. Christyana Sandra, S.KM., M.Kes. selaku Dosen Pembimbing Utama (DPU) yang telah memberikan bimbingan, motivasi, saran, dan pengarahan sehingga skripsi ini dapat disusun dan terselesaikan dengan baik;
4. Dr. Farida Wahyu Ningtyias, M.Kes, selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah memberikan bimbingan dan nasihat selama saya belajar di bangku kuliah;
5. Dosen Peminatan Administrasi Kebijakan Kesehatan serta seluruh Dosen Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember yang telah membimbing saya selama saya belajar di bangku kuliah;
6. Kepala Puskesmas Sukowono dan rekan-rekan lainnya yang membantu melancarkan penelitian ini;
7. Orang tua peneliti Bapak Hariyono dan Ibu Muslimah serta adikku Yusnia Fara Dilla. Terima kasih atas segala yang telah diberikan,
8. Semua guru SD Sungai Danau 1, SMP N 1 Gumukmas, MAN 3 Jember yang telah membimbing dan membagi ilmu yang bermanfaat;

9. Sahabat-sahabat yang saya cintai, Mahfida Nur Inayati, Kontrakan Pelindu, Peminatan AKK 2010, Sahabat-sahabat FKM angkatan 2010, Padepokan 5 sekawan, teman-teman se-FKM terimakasih atas cerita pengalaman hidup dan kebersamaannya selama ini.
10. Semua orang yang membantu dalam penyusunan skripsi ini, yang tidak dapat penulis sebutkan namanya satu persatu.

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

Jember, 07 November 2017

Yusron Syarifuddin

DAFTAR ISI

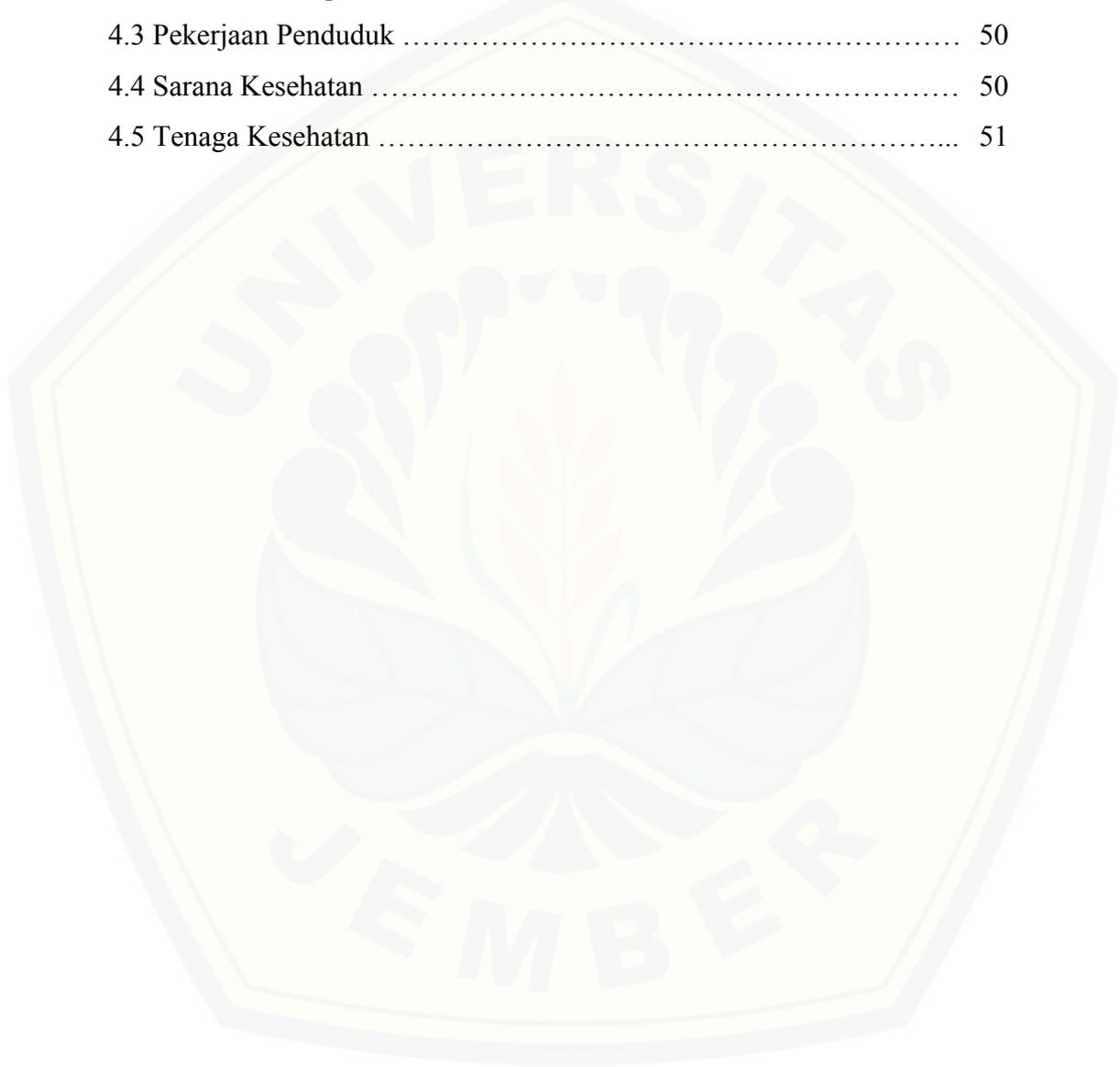
	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
PERSEMBAHAN	iii
MOTTO	iv
HALAMAN PERNYATAAN	v
HALAMAN PEMBIMBINGAN	vi
PENGESAHAN	vii
RINGKASAN	viii
SUMMARY	x
PRAKATA	xii
DAFTAR ISI	xiv
DAFTAR TABEL	xvii
DAFTAR GAMBAR	xviii
DAFTAR LAMPIRAN	xix
DAFTAR SINGKATAN	xx
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan Umum.....	4
1.3.2 Tujuan Khusus.....	5
1.4 Manfaat Penelitian	5
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	5
1.4.2 Manfaat Praktis.....	5
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Puskesmas	6
2.1.1 Pengertian Puskesmas.....	6
2.1.2 Kategori Puskesmas.....	8

2.2 Desa Siaga Aktif.....	12
2.2.1 Latar Belakang Desa Siaga Aktif.....	12
2.2.2 Pengertian Desa Dan Kelurahan Siaga Aktif.....	15
2.2.3 Tujuan Desa Siaga Aktif.....	16
2.2.4 Dasar Hukum Desa Siaga Aktif.....	16
2.2.5 Kriteria Desa Siaga Aktif.....	19
2.2.6 Pentahapan Desa Siaga Aktif.....	19
2.2.7 Indikator Keberhasilan Desa Siaga Aktif.....	22
2.3 Kematian Bayi.....	25
2.3.1 Definisi Kematian Bayi.....	25
2.3.2 Angka Kematian Bayi.....	26
2.4 Faktor-faktor Penyebab Kematian Bayi.....	26
2.4.1 Faktor Bayi.....	27
2.4.2 Faktor Ibu.....	29
2.4.3 Faktor Pelayanan Kesehatan.....	32
2.4.4 Determinan Sosial Ekonomi.....	34
2.5 Kerangka Teori.....	35
2.6 Kerangka Konseptual.....	36
BAB 3. METODE PENELITIAN.....	38
3.1 Jenis Penelitian.....	38
3.2 Tempat dan Waktu Penelitian.....	38
3.2.1 Tempat Penelitian.....	38
3.2.2 Waktu Penelitian.....	38
3.3 Sasaran Penelitian dan Penentuan Informan.....	38
3.3.1 Sasaran Penelitian.....	38
3.3.2 Penentuan Informan Penelitian.....	39
3.4 Fokus Penelitian.....	40
3.5 Data dan Sumber Data.....	41
3.5.1 Data Primer.....	41
3.5.2 Data Sekunder.....	42
3.6 Teknik dan Instrumen Penelitian.....	42

3.6.1 Teknik Pengumpulan Data	42
3.6.2 Instrumen Penelitian.....	44
3.7 Teknik Penyajian dan Analisis Data.....	44
3.7.1 Teknik Penyajian Data	44
3.7.2 Analisis Data	44
3.8 Alur Penelitian	46
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN.....	47
4.1 Hasil	47
4.1.1 Gambaran Tempat Penelitian	47
4.1.2 Sarana Kesehatan	50
4.1.3 Gambaran Informan Penelitian	52
4.2 Pembahasan	55
4.2.1 Umur Ibu	55
4.2.2 Status Ekonomi	57
4.2.3 Pendidikan Ibu	59
4.2.4 Paritas.....	62
4.2.5 Jarak Kehamilan.....	63
4.3 Kajian Faktor Pelayanan Kesehatan Dalam Tingginya Angka Kematian Bayi.....	64
4.3.1 Perawatan Antenatal.....	64
4.3.2 Penolong Persalinan	67
4.3.3 Akses Tempat Tinggal Ke Pelayanan Kesehatan.....	69
BAB 5. PENUTUP	71
5.1 Kesimpulan.....	71
5.2 Saran	71
5.2.1 Saran Untuk Puskesmas dan Dinas Kesehatan	71
5.2.2 Saran Untuk Penelitian Selanjutnya.....	72
DAFTAR PUSTAKA.....	73
LAMPIRAN.....	77

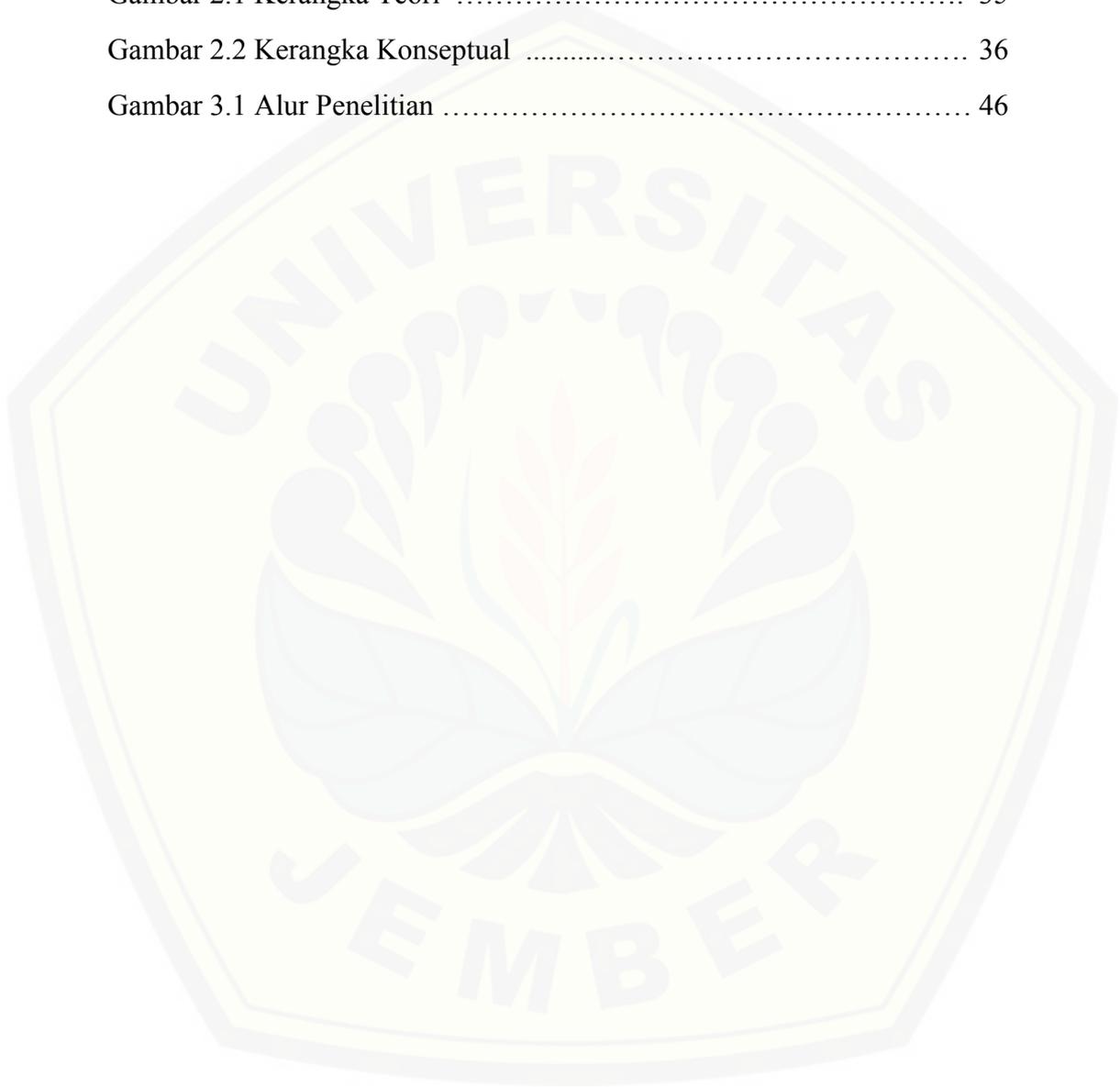
DAFTAR TABEL

3.1 Fokus Penelitian	40
4.1 Jumlah penduduk Sukowono tahun 2016	48
4.2 Sarana-sarana pendidikan di Kecamatan Sukowono	49
4.3 Pekerjaan Penduduk	50
4.4 Sarana Kesehatan	50
4.5 Tenaga Kesehatan	51



DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Kerangka Teori	35
Gambar 2.2 Kerangka Konseptual	36
Gambar 3.1 Alur Penelitian	46



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran A Lembar Persetujuan	77
Lampiran B Lembar Wawancara Informan Utama (Ibu)	78
Lampiran C Lembar Wawancara Informan Utama (Bidan)	80
Lampiran D Lembar Wawancara Informan Utama (Kader)	82
Lampiran E Lembar Wawancara Informan Kunci (BiKoor)	84
Lampiran F Lembar Wawancara Informan Kunci (Kepala PKM)	86
Lampiran G Lembar Wawancara Informan Tambahan (Keluarga)	88
Lampiran H Lembar Wawancara Informan Tambahan (Dukun)	90
Lampiran I Surat Ijin Pengambilan Data Bakesbangpol	92
Lampiran J Surat Ijin Pengambilan Data Dinas Kesehatan	93
Lampiran K Surat Ijin Penelitian Bakesbangpol	94
Lampiran L Surat Ijin Penelitian Dinas Kesehatan	95
Lampiran M Dokumentasi	96

DAFTAR SINGKATAN

AKB	: Angka Kematian Bayi
ANC	: <i>Antenatal Care</i>
BBLR	: Berat Badan Lahir Rendah
BKKBN	: Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional
BOK	: Bantuan Operasional Kesehatan
BPJS	: Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan
IMR	: <i>Infant Mortality Rate</i>
IPM	: Indeks Pembangunan Masyarakat
JKN	: Jaminan Kesehatan Nasional
KIS	: Kartu Indonesia Sehat
KLB	: Kejadian Luar Biasa
MDG's	: <i>Millenium Development Goals</i>
PHBS	: Perilaku Hidup Bersih dan Sehat
PKMD	: Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa
PUP	: Pendewasaan Usia Perkawinan
Puskesmas	: Pusat Kesehatan Masyarakat
SDG's	: <i>Sustainable Development Goals</i>
SDKI	: Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia
SDM	: Sumber Daya Manusia
SPM	: Standart Pelayanan Minimal
TFR	: <i>Total Fertility Rate</i>
UKBM	: Upaya Kesehatan Berbsumberdaya Masyarakat
UKM	: Upaya Kesehatan Masyarakat
UKP	: Upaya Kesehata Perorangan

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Visi pembangunan nasional tahun 2005-2025 sebagaimana ditetapkan dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional Tahun 2005-2025 adalah Indonesia yang mandiri, maju, adil dan makmur. Berkaitan dengan hal tersebut, Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan mengamanatkan bahwa pembangunan kesehatan harus ditujukan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis. Menurut Permenkes No 65 tahun 2013 desa siaga merupakan gambaran masyarakat yang sadar, mau dan mampu untuk mencegah dan mengatasi berbagai ancaman terhadap kesehatan masyarakat seperti kurang gizi, penyakit menular dan penyakit yang berfungsi menimbulkan Kejadian Luar Biasa (KLB), kejadian bencana, kecelakaan, dengan memanfaatkan potensi setempat secara gotong royong. Desa siaga adalah suatu konsep peran serta dan pemberdayaan masyarakat di tingkat desa, disertai dengan pengembangan kesiagaan dan kesiapan masyarakat untuk memelihara kesehatannya secara mandiri (Dinkes Kab. Lumajang, 2014).

Pada tahun 2012 Indonesia memiliki jumlah desa sebanyak 72.944 dan kelurahan sebanyak 8.309 dengan total keseluruhan desa dan kelurahan 81.253. Sedangkan desa siaga sebanyak 52.804 atau sekitar 64,98% desa dan kelurahan (Kemenkes RI, 2010). Provinsi Jawa timur memiliki desa dan kelurahan terbanyak ke-2 di Indonesia dengan jumlah sebanyak 8.505. Sedangkan desa siaga yang dimiliki sebanyak 7.968 atau 93,68% desa dan kelurahan, naik sekitar 2% dari tahun 2011. Capaian ini sudah melebihi target nasional, namun tahapan aktifnya masih didominasi status aktif pratama sehingga perlu dilakukan pembinaan untuk meningkatkan kualitas desa siaga aktifnya (Kominfo Jatim, 2013).

Kabupaten Jember merupakan salah satu kabupaten besar di Jawa Timur dengan 348 desa. Pada tahun 2013 desa siaga yang aktif di Kabupaten Jember

sebanyak 243 desa atau 69,82%, sedangkan desa siaga yang belum aktif sebanyak 5 desa atau 1,43%. Pada rencana strategis Kabupaten Jember pada tahun 2015 ingin membuat semua desa menjadi status desa siaga, dan sudah tercapai 100% desa siaga pada tahun 2015 yaitu sebanyak 348 desa. Kecamatan Sukowono merupakan kecamatan yang paling banyak memiliki desa siaga sebanyak 12 desa siaga. Pencapaian desa siaga di Kecamatan Sukowono yaitu 8 desa siaga aktif madya dan 4 desa siaga aktif purnama (Dinkes Kab. Jember, 2015).

Pembangunan kesehatan merupakan suatu investasi untuk peningkatan kualitas sumber daya manusia (SDM) dalam mendukung percepatan pembangunan nasional. Pelayanan kesehatan dasar menjadi fokus utama upaya bidang kesehatan Indonesia untuk mencapai target *Millenium Development Goals (MDG's)* 2015 yaitu Indonesia dapat menekan Angka Kematian Bayi (AKB) dengan target 15/1.000 kelahiran hidup (Depkes RI, 2009). Pada tahun 2012 Angka Kematian Bayi (AKB) sebesar 32 per 1.000 kelahiran hidup (SDKI, 2012). Pada 2015 target itu belum tercapai. Hal ini sesuai dengan pernyataan Menteri Kesehatan bahwasanya selain permasalahan yang belum tuntas ditangani di antaranya yaitu upaya penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB). Selain itu, pengendalian penyakit HIV/AIDS, TB, Malaria serta peningkatan akses kesehatan reproduksi. MDG's dilanjutkan oleh *Sustainable Development Goals (SDG's)* yang mempunyai jangka waktu hingga 2030, target yang harus dicapai yaitu AKB menjadi 0 per 1.000 kelahiran hidup (sdgsindonesia.or.id, 2015).

Kabupaten Jember merupakan salah satu kabupaten yang memiliki AKB tinggi. Pada tahun 2013 AKB pada tahun 2013 sebesar 113 per 1.000 kelahiran hidup, dan pada tahun 2015 meningkat menjadi 287 per 1.000 kelahiran hidup. Dari data tersebut diketahui bahwa AKB masih sangat tinggi. Kecamatan Sukowono merupakan salah satu kecamatan penyumbang AKB tertinggi yaitu sebesar 20 per 1000 kelahiran hidup (Dinkes Kab. Jember, 2015).

Pentingnya kesadaran gerakan masyarakat dalam hal peningkatan desa siaga menjadi desa siaga aktif yang mana dapat menurunkan AKB di suatu daerah (Dinkes Kab. Balangan, 2011). Berdasarkan hal tersebut dapat disimpulkan bahwa tingginya status desa siaga dapat menurunkan masalah-masalah kesehatan.

Kecamatan Sukowono mempunyai status desa siaga yang tinggi namun juga mempunyai AKB yang tinggi pula.

Menurut Mantra (2003) banyak sekali faktor yang dikaitkan dengan kematian bayi. Dari segi penyebabnya, kematian bayi dapat dibedakan menjadi dua jenis yaitu penyebab endogen dan penyebab eksogen. Penyebab kematian bayi endogen adalah kematian bayi yang disebabkan oleh faktor-faktor anak yang dibawa sejak lahir, diwarisi dari orangtuanya pada saat konsepsi atau di dapat dari ibunya selama kehamilan. Sedangkan penyebab kematian eksogen adalah kematian bayi yang disebabkan oleh faktor-faktor yang berhubungan dengan pengaruh lingkungan luar. Dengan demikian faktor endogen umumnya lebih berperan kepada terjadinya kematian bayi di bawah satu bulan (*neonatal*). Sedangkan penyebab eksogen berperan pada sebagian kecil kematian neonatal dan hampir semua kematian bayi usia di atas satu bulan (*post-neonatal*). Menurut Manuaba (1998) juga menyatakan bahwa banyak faktor yang mempengaruhi angka kematian bayi, antara lain penyakit dan perkembangan kesehatan ibu dan janin serta semua hal yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan baik langsung maupun tidak langsung.

Beberapa penyebab kematian bayi dapat bermula dari masa kehamilan 28 minggu sampai hari ke-7 setelah persalinan (masa perinatal). Penyebab kematian bayi yang terbanyak adalah karena pertumbuhan janin yang lambat, kekurangan gizi pada janin, kelahiran premature dan berat badan bayi lahir yang rendah yaitu sebesar 38,85%. Sedangkan Penyebab lainnya yang cukup banyak terjadi adalah kejadian kurangnya oksigen dalam Rahim (hipoksia intrauterus) dan kegagalan nafas secara spontan dan teratur pada saat lahir atau beberapa saat setelah lahir (asfiksia lahir) yaitu 27,97%. Hal ini menunjukkan bahwa 66,82% kematian perinatal dihubungkan pada kondisi ibu saat melahirkan (Depkes RI, 2008).

Berdasarkan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) dalam BKKBN (2007), menyatakan bahwa penyebab kematian bayi dikelompokkan berdasarkan karakteristik sosial ekonomi dan biodemografis. Variabel social ekonomi mencakup tempat tinggal, pendidikan, serta indeks kekayaan. Variabel biodemografis meliputi umur ibu, paritas, dan jarak kelahiran. Beberapa variabel

lain yang berpengaruh terhadap kematian bayi antara lain berat bayi saat lahir, pemeriksaan kehamilan dan penolong kelahiran, serta komplikasi saat persalinan.

Menurut Komalasari dalam Mudiana (2011:8), menyebutkan bahwa AKB dapat diturunkan jumlahnya dengan meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang pentingnya pemeriksaan kehamilan dan melahirkan di tenaga kesehatan, perlindungan dan pelayanan kesehatan bagi bayi dan balita dari keluarga miskin. Karena kondisi kesehatan dan gizinya secara umum jauh lebih rendah, memperbaiki perilaku keluarga dan masyarakat, terutama perilaku hidup bersih dan sehat termasuk upaya mencari pelayanan kesehatan serta memperbaiki akses, memperkuat mutu manajemen terpadu penyakit bayi dan balita, memperbaiki kesehatan lingkungan termasuk air bersih dan sanitasi, pengendalian penyakit menular, dan pemenuhan gizi yang cukup. Selain itu pemerintah juga berupaya dalam penanggulangan kemiskinan karena hal ini sangat berperan dalam peningkatan derajat kesehatan ibu dan anak secara umum.

Berdasarkan hal tersebutlah maka perlu adanya penelitian tentang “Kajian Faktor Tingginya AKB Usia 0 sampai 28 hari Pada Desa Siaga Di Wilayah Kerja Puskesmas Sukowono Kabupaten Jember”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian di atas, maka dapat dirumuskan suatu masalah sebagai berikut : Bagaimana kajian faktor tingginya AKB usia 0 sampai 28 hari pada desa siaga di wilayah kerja Puskesmas Sukowono, Kabupaten Jember.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengkaji faktor tingginya AKB pada desa siaga di wilayah kerja Puskesmas Sukowono, Kabupaten Jember.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengkaji faktor ibu yang meliputi umur ibu, status ekonomi, pendidikan ibu, paritas dan jarak kehamilan pada desa siaga di wilayah kerja Puskesmas Sukowono, Kabupaten Jember
- b. Mengkaji faktor pelayanan kesehatan yang meliputi perawatan antenatal, penolong persalinan dan akses tempat tinggal ke pelayanan kesehatan pada desa siaga di wilayah kerja Puskesmas Sukowono, Kabupaten Jember

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah keilmuan kesehatan masyarakat khususnya di bidang Administrasi dan Kebijakan Kesehatan yang terkait dengan AKB dan mengenai desa siaga aktif.

1.4.2 Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai informasi dan bahan masukan yang bermanfaat bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dalam menentukan program apa yang tepat untuk menurunkan AKB dan memaksimalkan desa siaga aktif. Bagi Puskesmas Suwono, hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai masukan dalam memberikan solusi untuk menurunkan AKB dan memaksimalkan desa siaga aktif.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Puskesmas

2.1.1 Pengertian Puskesmas

Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas berdasarkan Pemenkes No 75 tahun 2014 adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. Pelayanan Kesehatan adalah upaya yang diberikan oleh Puskesmas kepada masyarakat, mencakup perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, pencatatan, pelaporan, dan dituangkan dalam suatu sistem.

Pembangunan kesehatan yang diselenggarakan di Puskesmas bertujuan untuk mewujudkan masyarakat yang:

- a. memiliki perilaku sehat yang meliputi kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat
- b. mampu menjangkau pelayanan kesehatan bermutu
- c. hidup dalam lingkungan sehat; dan
- d. memiliki derajat kesehatan yang optimal, baik individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

Puskesmas mempunyai prinsip-prinsip yang harus dijalankan. Berikut adalah prinsip-prinsip puskesmas :

- a. Prinsip paradigma sehat

Puskesmas mendorong seluruh pemangku kepentingan untuk berkomitmen dalam upaya mencegah dan mengurangi resiko kesehatan yang dihadapi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat\

- b. Prinsip pertanggungjawaban wilayah

Puskesmas menggerakkan dan bertanggung jawab terhadap pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya

c. Prinsip kemandirian

Puskesmas mendorong kemandirian hidup sehat bagi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat

d. Prinsip pemerataan

Puskesmas menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang dapat diakses dan terjangkau oleh seluruh masyarakat di wilayah kerjanya secara adil tanpa membedakan status sosial, ekonomi, agama, budaya dan kepercayaan

e. Prinsip teknologi tepat guna

Puskesmas menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan memanfaatkan teknologi tepat guna yang sesuai dengan kebutuhan pelayanan, mudah dimanfaatkan dan tidak berdampak buruk bagi lingkungan

f. Prinsip keterpaduan dan kesinambungan

Puskesmas mengintegrasikan dan mengkoordinasikan penyelenggara UKM dan UKP lintas program dan lintas sector serta melaksanakan Sistem Rujukan yang didukung dengan manajemen Puskesmas

Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dalam rangka mendukung terwujudnya kecamatan sehat. Dalam melaksanakan tugas tersebut Puskesmas menyelenggarakan fungsi sebagai berikut :

a. Penyelenggaraan UKM tingkat pertama di wilayah kerjanya

Dalam menyelenggarakan fungsi ini puskesmas berwenang :

- 1) Melaksanakan perencanaan berdasarkan analisis masalah kesehatan masyarakat dan analisis kebutuhan pelayanan yang diperlukan
- 2) Melaksanakan advokasi dan sosialisasi kebijakan kesehatan
- 3) Melaksanakan komunikasi, informasi, edukasi, dan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan
- 4) Menggerakkan masyarakat untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan pada setiap tingkat perkembangan masyarakat yang bekerjasama dengan sektor lain terkait
- 5) Melaksanakan pembinaan teknis terhadap jaringan pelayanan dan upaya kesehatan berbasis masyarakat

- 6) Melaksanakan peningkatan kompetensi sumber daya manusia Puskesmas
 - 7) Memantau pelaksanaan pembangunan agar berwawasan kesehatan
 - 8) Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap akses, mutu, dan cakupan Pelayanan Kesehatan
 - 9) Memberikan rekomendasi terkait masalah kesehatan masyarakat, termasuk dukungan terhadap sistem kewaspadaan dini dan respon penanggulangan penyakit
- b. Penyelenggaraan UKP tingkat pertama di wilayah kerjanya
- Dalam menyelenggarakan fungsi ini puskesmas berwenang :
- 1) Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dasar secara komprehensif, berkesinambungan dan bermutu
 - 2) Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang mengutamakan upaya promotif dan preventif
 - 3) Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang berorientasi pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat
 - 4) Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang mengutamakan keamanan dan keselamatan pasien, petugas dan pengunjung
 - 5) Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dengan prinsip koordinatif dan kerja sama inter dan antar profesi
 - 6) Melaksanakan rekam medis
 - 7) Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap mutu dan akses Pelayanan Kesehatan
 - 8) Melaksanakan peningkatan kompetensi Tenaga Kesehatan
 - 9) Mengkoordinasikan dan melaksanakan pembinaan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama di wilayah kerjanya
 - 10) Melaksanakan penapisan rujukan sesuai dengan indikasi medis dan Sistem Rujukan

2.1.2 Kategori Puskesmas

Dalam rangka pemenuhan Pelayanan Kesehatan yang didasarkan pada kebutuhan dan kondisi masyarakat, Puskesmas dapat dikategorikan berdasarkan

karakteristik wilayah kerja dan kemampuan penyelenggaraan. Berdasarkan karakteristik wilayahnya Puskesmas dikategorikan menjadi :

a. Puskesmas kawasan perkotaan

Puskesmas kawasan perkotaan merupakan puskesmas yang wilayah kerjanya meliputi kawasan yang memenuhi paling sedikit 3 dari 4 kriteria kawasan perkotaan sebagai berikut :

- 1) Aktivitas lebih dari 50% (lima puluh persen) penduduknya pada sektor non agraris, terutama industri, perdagangan dan jasa
- 2) Memiliki fasilitas perkotaan antara lain sekolah radius 2,5 km, pasar radius 2 km, memiliki rumah sakit radius kurang dari 5 km, bioskop, atau hotel
- 3) Lebih dari 90% (sembilan puluh persen) rumah tangga memiliki listrik
- 4) Terdapat akses jalan raya dan transportasi menuju fasilitas perkotaan

Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan oleh Puskesmas kawasan perkotaan memiliki karakteristik sebagai berikut:

- 1) Memprioritaskan pelayanan UKM
- 2) Pelayanan UKM dilaksanakan dengan melibatkan partisipasi masyarakat
- 3) Pelayanan UKP dilaksanakan oleh Puskesmas dan fasilitas pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh pemerintah atau masyarakat
- 4) Optimalisasi dan peningkatan kemampuan jaringan pelayanan Puskesmas dan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan
- 5) Pendekatan pelayanan yang diberikan berdasarkan kebutuhan dan permasalahan yang sesuai dengan pola kehidupan masyarakat perkotaan

b. Puskesmas kawasan pedesaan

Puskesmas kawasan pedesaan merupakan puskesmas yang wilayah kerjanya meliputi kawasan yang memenuhi paling sedikit 3 atau 4 kriteria kawasan pedesaan sebagai berikut :

- 1) Aktivitas lebih dari 50% (lima puluh persen) penduduk pada sector agraris

- 2) Memiliki fasilitas antara lain sekolah radius lebih dari 2,5 km, pasar dan perkotaan radius lebih dari 2 km, rumah sakit radius lebih dari 5 km, tidak memiliki fasilitas berupa bioskop atau hotel
- 3) Rumah tangga dengan listrik kurang dari 90% (Sembilan puluh persen)
- 4) Terdapat akses jalan dan transportasi menuju fasilitas

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan oleh puskesmas kawasan pedesaan memiliki karakteristik sebagai berikut :

- 1) Pelayanan UKM dilaksanakan dengan melibatkan partisipasi masyarakat
- 2) Pelayanan UKP dilaksanakan oleh Puskesmas dan fasilitas pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh masyarakat
- 3) Optimalisasi dan peningkatan kemampuan jaringan pelayanan Puskesmas dan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan
- 4) Pendekatan pelayanan yang diberikan menyesuaikan dengan pola kehidupan masyarakat pedesaan

c. Puskesmas kawasan terpencil dan sangat terpencil

Puskesmas kawasan terpencil dan sangat terpencil merupakan puskesmas yang wilayah kerjanya meliputi kawasan dengan karakteristik sebagai berikut :

- 1) Berada di wilayah yang sulit dijangkau atau rawan bencana, pulau kecil, gugus pulau, atau pesisir
- 2) Akses transportasi umum rutin 1 kali dalam 1 minggu, jarak tempuh pulang pergi dari ibukota kabupaten memerlukan waktu lebih dari 6 jam, dan transportasi yang ada sewaktu-waktu dapat terhalang iklim atau cuaca
- 3) Kesulitan pemenuhan bahan pokok dan kondisi keamanan yang tidak stabil

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan oleh Puskesmas kawasan terpencil dan sangat terpencil memiliki karakteristik sebagai berikut :

- 1) Memberikan pelayanan UKM dan UKP dengan penambahan kompetensi tenaga kesehatan
- 2) Dalam pelayanan UKP dapat dilakukan penambahan kompetensi dan kewenangan tertentu bagi dokter, perawat, dan bidan

- 3) Pelayanan UKM diselenggarakan dengan memperhatikan kearifan local
- 4) Pendekatan pelayanan yang diberikan menyesuaikan dengan pola kehidupan masyarakat di kawasan terpencil dan sangat terpencil;
- 5) Optimalisasi dan peningkatan kemampuan jaringan pelayanan Puskesmas dan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan
- 6) Pelayanan UKM dan UKP dapat dilaksanakan dengan pola gugus pulau/cluster dan/atau pelayanan kesehatan bergerak untuk meningkatkan aksesibilitas

Puskesmas menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat tingkat pertama dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama. Upaya kesehatan dilaksanakan secara terintegrasi dan berkesinambungan. Upaya kesehatan masyarakat tingkat pertama meliputi upaya kesehatan masyarakat esensial dan upaya kesehatan masyarakat pengembangan. Upaya kesehatan masyarakat esensial meliputi : a) Pelayanan promosi kesehatan, b) Pelayanan kesehatan lingkungan, c) Pelayanan kesehatan ibu, anak dan keluarga berencana, d) Pelayanan gizi, e) Pelayanan pencegahan dan pengendalian penyakit. Upaya kesehatan masyarakat esensial harus diselenggarakan oleh setiap Puskesmas untuk mendukung pencapaian standar pelayanan minimal kabupaten/kota bidang kesehatan. Upaya kesehatan masyarakat pengembangan merupakan upaya kesehatan masyarakat yang kegiatannya memerlukan upaya yang sifatnya inovatif dan/atau bersifat ekstensifikasi dan intensifikasi pelayanan, disesuaikan dengan prioritas masalah kesehatan, kekhususan wilayah kerja dan potensi sumber daya yang tersedia di masing-masing Puskesmas. Upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama dilaksanakan dalam bentuk : a) Rawat jalan, b) Pelayanan gawat darurat, c) Pelayanan satu hari (*one day care*), d) *Home care*, e) Rawat inap berdasarkan pertimbangan kebutuhan pelayanan kesehatan. Upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama dilaksanakan sesuai dengan standar prosedur operasional dan standar pelayanan (Permenkes No 75, 2014).

2.2 Desa Siaga Aktif

2.2.1 Latar Belakang Desa Siaga Aktif

Visi pembangunan nasional tahun 2005-2025 ditetapkan dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional Tahun 2005-2025 adalah “Indonesia yang mandiri, maju, adil dan makmur”. Guna mewujudkan visi tersebut ditetapkan delapan arah pembangunan jangka panjang, salah satunya adalah mewujudkan bangsa yang berdaya saing. Mewujudkan bangsa yang berdaya saing, salah satu arah yang ditetapkan dengan mengedepankan pembangunan sumber daya manusia, yang ditandai dengan meningkatnya Indeks Pembangunan Manusia (IPM). Unsur penting bagi peningkatan IPM adalah derajat kesehatan, tingkat pendidikan, dan pertumbuhan ekonomi. Derajat kesehatan dan tingkat pendidikan pada hakikatnya adalah investasi bagi terciptanya sumber daya manusia berkualitas yang mendorong pertumbuhan ekonomi dan menurunkan tingkat kemiskinan. Mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setingginya, pembangunan kesehatan diarahkan dalam meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang. Oleh sebab itu, pembangunan kesehatan dalam kurun waktu lima tahun kedepan (Tahun 2010-2014) diarahkan pada beberapa hal prioritas, antara lain kesehatan dan pendidikan (Kemenkes RI, 2010).

Pembangunan kesehatan tidak terlepas dari komitmen Indonesia sebagai warga masyarakat dunia untuk ikut merealisasikan tercapainya *Millenium Development Goals* (MDGs). Kesehatan dapat dikatakan sebagai unsur dominan, Karena dari delapan agenda MDG’s lima di antaranya berkaitan langsung dengan kesehatan, dan tiga yang lain berkaitan secara tidak langsung. Lima agenda yang berkaitan langsung dengan kesehatan itu adalah agenda ke-1 (memberantas kemiskinan dan kelaparan), agenda ke-4 (menurunkan angka kematian anak), agenda ke-5 (meningkatkan kesehatan ibu), agenda ke-6 (memerangi HIV dan AIDS, malaria dan penyakit lainnya), serta agenda ke-7 (melestarikan lingkungan hidup). Berkaitan dengan hal tersebut. Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan mengamanatkan bahwa pembangunan kesehatan harus ditujukan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup

sehat masyarakat yang setingginya, sebagai investasi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomi.

Setiap orang berhak atas kesehatan dan setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan. Namun di samping itu, setiap orang juga tidak luput dari kewajiban di bidang kesehatan. Pemerintah memiliki sejumlah tanggung jawab yang harus dilaksanakannya, yang meliputi tanggungjawab untuk merencanakan, mengatur, menyelenggarakan, membina, dan mengawasi penyelenggaraan upaya kesehatan yang merata serta terjangkau oleh masyarakat. Pemerintah bertanggungjawab untuk mem-berdayakan dan mendorong peran aktif masyarakat dalam segala bentuk upaya kesehatan. Pada 1970an–1980an, Pemerintah berhasil menggalang peran aktif dan memberdayakan masyarakat dibidang kesehatan melalui gerakan Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD). Seluruh sektor pemerintahan yang terkait pada saat ini, organisasi kemasyarakatan, dunia usaha, serta para pengambil keputusan dan pemangku kepentingan, bekerjasama dalam menggerakkan, memfasilitasi, dan membantu masyarakat di desa dan kelurahan untuk membangun kesehatan. Akan tetapi, akibat terjadinya krisis ekonomi dan faktor lain, gerakan pemberdayaan masyarakat dibidang kesehatan berangsur melemah. Organisasi yang masih bertahan setelah masa orde baru salah satunya adalah Tim Penggerak Pemberdayaan dan Kesejahteraan Keluarga (Tim Penggerak PKK) dari tingkat pusat sampai ke tingkat desa atau kelurahan, masih hidupnya gerakan kelompok Dasawisma, dan masih berkembangnya sejumlah Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM). Walaupun harus menghadapi berbagai kendala, Tim Penggerak PKK masih tetap berjuang menghidupkan Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) di desa dan kelurahan, hingga saat ini 84,3% desa dan kelurahan memiliki Posyandu aktif (Kemenkes RI, 2010).

Masa kejayaan PKMD itu perlu dibangkitkan kembali melalui gerakan pengembangan dan pembinaan Desa Siaga yang dimulai pada tahun 2006. Ditetapkannya Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 564/Menkes /SK/VIII/2006 tentang Pedoman Pelaksanaan Pengembangan Desa Siaga. Tahun 2009 tercatat 42.295 desa dan kelurahan (56,1%) dari 75.410 desa dan kelurahan yang ada di

Indonesia telah memulai upaya mewujudkan Desa Siaga dan Kelurahan Siaga. Namun demikian, banyak yang belum berhasil menciptakan Desa Siaga atau Kelurahan Siaga yang disebut sebagai Desa Siaga Aktif atau Kelurahan Siaga Aktif. Hal ini dapat dipahami, karena pengembangan dan pembinaan Desa Siaga dan Kelurahan Siaga yang menganut konsep pemberdayaan masyarakat memang memerlukan suatu proses. Atas dasar pertimbangan tersebut, untuk melaksanakan revitalisasi terhadap program pengembangan Desa Siaga guna mengakselerasi pencapaian target Desa Siaga Aktif pada tahun 2015. Sebagaimana diketahui, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 741/Menkes/Per/VII/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan di Kabupaten dan Kota dan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 828/Menkes/SK/IX/2008 tentang Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan di Kabupaten dan Kota menetapkan bahwa pada tahun 2015 sebanyak 80% desa telah menjadi Desa Siaga Aktif. Sebagian desa yang ada di Indonesia telah berubah status menjadi kelurahan, maka perlu ditegaskan bahwa dalam target tersebut juga tercakup Kelurahan Siaga Aktif. Target SPM harus dimaknai sebagai tercapainya 80% desa dan kelurahan menjadi Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah mengamanatkan adanya urusan pemerintahan yang menjadi urusan wajib Pemerintah Provinsi, Pemerintah Kabupaten dan Pemerintah Kota. Pengembangan Desa Siaga Aktif merupakan salah satu urusan wajib yang harus diselenggarakan oleh Pemerintah Kabupaten dan Pemerintah Kota. Pemerintah Kabupaten dan Pemerintah Kota harus berperan aktif dalam proses pemberdayaan masyarakat desa dan kelurahan di wilayahnya, agar target cakupan Desa Siaga Aktif dapat dicapai. Namun demikian, berperan aktif bukan berarti bekerja sendiri. Kerangka Negara Kesatuan Republik Indonesia, baik Pemerintah Provinsi maupun Pemerintah (Pusat) memiliki tanggungjawab dan perannya dalam menyukseskan pembangunan kesehatan masyarakat desa dan kelurahan. Bahkan tidak hanya pihak pemerintah, tetapi organisasi kemasyarakatan, dunia usaha, serta para pengambil keputusan dan pemangku kepentingan lain, besar perannya dalam mendukung keberhasilan pembangunan kesehatan masyarakat desa dan kelurahan.

Bertolak dari kesadaran tersebut di atas, maka disusunlah Pedoman Umum Pengembangan Desa Siaga Aktif sebagai acuan untuk kesamaan pemahaman bagi semua pemangku kepentingan dalam rangka akselerasi Program Pengembangan Desa Siaga guna mencapai target Desa dan Kelurahan Siaga Aktif pada tahun 2015. Pemahaman yang sama diharapkan akan terjadi sinkronisasi dan kerjasama yang baik dalam rangka mengupayakan tercapainya Desa dan Kelurahan Sehat, Kecamatan Sehat, Kabupaten/Kota Sehat, Provinsi Sehat, dan Indonesia Sehat (Kemenkes RI, 2010).

2.2.2 Pengertian Desa Dan Kelurahan Siaga Aktif

Desa dan Kelurahan Siaga Aktif adalah bentuk pengembangan dari Desa Siaga yang telah dimulai sejak tahun 2006. Desa atau Kelurahan Siaga Aktif adalah desa atau yang disebut dengan nama lain atau kelurahan, yang:

- a. Penduduknya dapat mengakses dengan mudah pelayanan kesehatan dasar yang memberikan pelayanan setiap hari melalui Pos Kesehatan Desa (Poskesdes) atau sarana kesehatan yang ada di wilayah tersebut seperti, Pusat Kesehatan Masyarakat Pembantu (Pustu), Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) atau sarana kesehatan lainnya.
- b. Penduduknya mengembangkan UKBM dan melaksanakan survailans berbasis masyarakat (meliputi pemantauan penyakit, kesehatan ibu dan posyandu anak, gizi, lingkungan dan perilaku), kedaruratan kesehatan dan penanggulangan bencana, serta penyehatan lingkungan sehingga masyarakatnya menerapkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) melalui kader PHBS.

Berdasarkan pengertian tersebut di atas maka Desa atau Kelurahan Siaga Aktif memiliki komponen (1) Pelayanan kesehatan dasar, (2) Pemberdayaan masyarakat melalui pengembangan UKBM dan mendorong upaya survailans berbasis masyarakat, kedaruratan kesehatan dan penanggulangan bencana serta penyehatan lingkungan, (3) Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) (Kemenkes RI, 2010).

2.2.3 Tujuan Desa Siaga Aktif

a. Tujuan Umum Desa Siaga Aktif :

Percepatan terwujudnya masyarakat desa dan kelurahan yang peduli, tanggap, dan mampu mengenali, mencegah serta mengatasi permasalahan kesehatan yang dihadapi secara mandiri, sehingga derajat kesehatannya meningkat.

b. Tujuan Khusus Desa Siaga Aktif:

- 1) Mengembangkan kebijakan pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif disetiap tingkat Pemerintahan.
- 2) Meningkatkan komitmen dan kerjasama semua pemangku kepentingan pusat, provinsi, kabupaten, kota, kecamatan, desa dan kelurahan untuk pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
- 3) Meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dasar di desa dan kelurahan.
- 4) Mengembangkan UKBM yang dapat melaksanakan survailans berbasis masyarakat (meliputi pemantauan penyakit, kesehatan ibu, pertumbuhan anak, lingkungan, dan perilaku), penanggulangan bencana dan kedaruratan kesehatan, serta penyehatan lingkungan.
- 5) Meningkatkan ketersediaan sumber daya manusia, dana, maupun sumber daya lain, yang berasal dari pemerintah, masyarakat dan swasta/dunia usaha, untuk pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
- 6) Meningkatkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) di Rumah Tangga di desa atau kelurahan (Kemenkes RI, 2010).

2.2.4 Dasar Hukum Desa Siaga Aktif

Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif dilaksanakan dengan mengacu kepada peraturan perundang-undangan sebagai berikut:

- a. Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular
- b. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah

- c. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pusat dan Pemerintah Daerah
- d. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
- e. Peraturan Pemerintah Nomor 40 Tahun 1991 tentang Penanggulangan Wabah Penyakit Menular
- f. Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 2005 tentang Desa
- g. Peraturan Pemerintah Nomor 73 Tahun 2005 tentang Kelurahan
- h. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi, dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota
- i. Peraturan Pemerintah Nomor 19 Tahun 2008 tentang Kecamatan
- j. Peraturan Pemerintah Nomor 19 Tahun 2010 tentang Tata Cara Pelaksanaan Tugas dan Wewenang Serta Kedudukan Gubernur Selaku Wakil Pemerintah di Daerah
- k. Peraturan Presiden Nomor 24 Tahun 2010 tentang Kedudukan, Tugas, dan Fungsi Kementerian Negara serta Susunan Organisasi, Tugas, dan Fungsi Eselon I Kementerian Negara
- l. Peraturan Bersama Menteri Dalam Negeri dan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2005 dan Nomor 1138/MENKES/PB/VIII/2005 tentang Penyelenggaraan Kabupaten/Kota Sehat
- m. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 30 Tahun 2006 tentang Tata Cara Penyerahan Urusan Pemerintah Kabupaten/Kota kepada Desa
- n. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 5 Tahun 2007 tentang Pedoman Penataan Lembaga Kemasyarakatan
- o. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2007 tentang Kader Pemberdayaan Masyarakat
- p. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 12 Tahun 2007 tentang Pedoman menyusun dan mendayagunaan profil Desa/Kelurahan
- q. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2007 tentang Penyelenggaraan Perlombaan Desa dan Kelurahan

- r. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 19 Tahun 2007 tentang Pelatihan Pemberdayaan Masyarakat dan Desa/Kelurahan
- s. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 35 Tahun 2007 tentang Pedoman Umum Tata Cara Pelaporan dan Pertanggungjawaban Penyelenggaraan Pemerintahan Desa
- t. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 36 Tahun 2007 tentang Pelimpahan Urusan Pemerintahan Kabupaten/Kota kepada Lurah
- u. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 37 Tahun 2007 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Desa
- v. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 66 Tahun 2007 tentang Perencanaan Pembangunan Desa
- w. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 741/Menkes/Per/VII/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota
- x. Keputusan Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat Nomor 25 Tahun 2007 tentang Pedoman Umum Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat Mandiri
- y. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 128/Menkes/SK/II/2004 tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat
- z. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 564/Menkes/SK/VIII/2006 tentang Pedoman Pelaksanaan Pengembangan Desa Siaga
- aa. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 828/Menkes/SK/IX/2008 tentang Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota
- bb. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 374/Menkes/SK/V/2009 tentang Sistem Kesehatan Nasional
- cc. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 267/Menkes/SK/II/2010 tentang Penetapan Roadmap Reformasi Kesehatan Masyarakat (Kemenkes RI, 2010).

2.2.5 Kriteria Desa Siaga Aktif

Untuk menjamin kemantapan dan kelestarian, pembangunan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif dilaksanakan secara bertahap, dengan memperhatikan kriteria atau unsur-unsur yang harus dipenuhi, yaitu :

- a. Kepedulian Pemerintah Desa atau Kelurahan dan pemuka masyarakat terhadap Desa dan Kelurahan Siaga Aktif yang tercermin dari keberadaan dan keaktifan Forum Desa dan Kelurahan
- b. Keberadaan Kader Pemberdayaan Masyarakat/kader teknis Desa dan Kelurahan Siaga Aktif
- c. Kemudahan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dasar yang buka atau memberikan pelayanan setiap hari
- d. Keberadaan UKBM yang dapat melaksanakan (a) survailans berbasis masyarakat, (b) penanggulangan bencana dan kedaruratan kesehatan, (c) penyehatan lingkungan
- e. Tercakupnya (terakomodasikannya) pendanaan untuk pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif dalam Anggaran Pembangunan Desa atau Kelurahan serta dari masyarakat dan dunia usaha
- f. Peran serta aktif masyarakat dan organisasi kemasyarakatan dalam kegiatan kesehatan di Desa dan Kelurahan Siaga Aktif
- g. Peraturan di tingkat desa atau kelurahan yang melandasi dan mengatur tentang pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif
- h. Pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) di Rumah Tangga di desa atau kelurahan (Kemenkes RI, 2010)

2.2.6 Pentahapan Desa Siaga Aktif

Berdasarkan kriteria Desa Siaga Aktif yang telah ditetapkan, maka perlu dilakukan pentahapan dalam pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif, sehingga dapat dicapai tingkatan-tingkatan atau kategori Desa Siaga Aktif atau Kelurahan Siaga Aktif sebagai berikut :

- a. Desa dan Kelurahan Siaga Aktif Pratama, yaitu desa/kelurahan yang:
 - 1) Sudah memiliki Forum Masyarakat Desa/Kelurahan, tetapi belum berjalan

- 2) Sudah memiliki Kader Pemberdayaan Masyarakat/kader kesehatan Desa/Kelurahan Siaga Aktif minimal 2 orang
 - 3) Sudah ada kemudahan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dasar yang memberikan pelayanan setiap hari
 - 4) Sudah memiliki Posyandu, tetapi UKBM lainnya tidak aktif
 - 5) Sudah ada dana untuk pengembangan Desa/Kelurahan Siaga Aktif dalam anggaran pembangunan desa atau kelurahan tetapi belum ada sumber dana lainnya
 - 6) Ada peran aktif dari masyarakat namun belum ada peran aktif organisasi kemasyarakatan dalam kegiatan Desa/Kelurahan Siaga Aktif
 - 7) Belum memiliki peraturan di tingkat desa atau kelurahan yang melandasi dan mengatur pengembangan Desa/Kelurahan Siaga Aktif
 - 8) Kurang dari 20 persen rumah tangga di desa/kelurahan mendapat pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) (Kemenkes RI, 2010)
- b. Desa dan Kelurahan Siaga Aktif Madya, yaitu desa/kelurahan yang:
- 1) Sudah memiliki Forum Masyarakat Desa dan Kelurahan yang berjalan, tetapi belum secara rutin setiap triwulan
 - 2) Sudah memiliki Kader Pemberdayaan Masyarakat/kader kesehatan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif antara 3-5 Orang
 - 3) Sudah ada kemudahan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dasar yang memberikan pelayanan setiap hari
 - 4) Sudah memiliki Posyandu dan 2 (dua) UKBM lainnya yang aktif
 - 5) Sudah mengakomodasi dana untuk pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif dalam anggaran pembangunan desa atau kelurahan serta satu sumber dana lainnya baik dari masyarakat ataupun dunia usaha
 - 6) Sudah ada peran aktif masyarakat dan peran aktif dari satu ormas dalam kegiatan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif
 - 7) Sudah memiliki peraturan di tingkat desa atau kelurahan yang melandasi dan mengatur pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif, tetapi belum direalisasikan

- 8) Minimal 20 persen rumah tangga di desa dan kelurahan mendapat pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) (Kemenkes RI, 2010)
- c. Desa Siaga Aktif Purnama, yaitu desa dan kelurahan yang :
- 1) Sudah memiliki Forum Masyarakat Desa dan Kelurahan yang berjalan secara rutin, setiap triwulan
 - 2) Sudah memiliki Kader Pemberdayaan Masyarakat/kader kesehatan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif antara 6-8 orang
 - 3) Sudah ada kemudahan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dasar yang memberikan pelayanan setiap hari
 - 4) Sudah memiliki Posyandu dan 3 (tiga) UKBM lainnya yang aktif
 - 5) Sudah mengakomodasi dana untuk pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif dalam anggaran pembangunan desa atau kelurahan serta mendapat dukungan dana dari masyarakat dan dunia usaha
 - 6) Sudah ada peran aktif masyarakat dan peran aktif dari dua ormas dalam kegiatan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif
 - 7) Sudah memiliki peraturan formal (tertulis) di tingkat desa atau kelurahan yang melandasi dan mengatur pengembangan Desa/Kelurahan Siaga Aktif
 - 8) Minimal 40 persen rumah tangga di Desa dan Kelurahan mendapat pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) (Kemenkes RI, 2010)
- d. Desa dan Kelurahan Siaga Aktif Mandiri, yaitu desa/kelurahan yang :
- 1) Sudah memiliki Forum Masyarakat Desa/Kelurahan yang berjalan secara rutin setiap bulan
 - 2) Sudah memiliki Kader Pemberdayaan Masyarakat/kader kesehatan Desa/ Kelurahan Siaga Aktif lebih dari sembilan orang
 - 3) Sudah ada kemudahan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dasar yang memberikan pelayanan setiap hari
 - 4) Sudah memiliki Posyandu dan lebih dari 4 (empat) UKBM lainnya yang aktif dan berjejaring
 - 5) Sudah mengakomodasi dana untuk pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif dalam anggaran pembangunan desa atau kelurahan serta mendapat dukungan dana dari masyarakat dan dunia usaha

- 6) Sudah ada peran aktif masyarakat dan peran aktif lebih dari dua ormas dalam kegiatan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif
- 7) Sudah memiliki peraturan formal (tertulis) di tingkat desa atau kelurahan yang melandasi dan mengatur pengembangan Desa/ Kelurahan Siaga Aktif
- 8) Minimal 70 persen rumah tangga di Desa dan Kelurahan mendapat pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) (Kemenkes RI, 2010).

Dengan ditetapkannya tingkatan atau kategorisasi tersebut di atas, maka Desa Siaga dan Kelurahan Siaga yang saat ini sudah dikembangkan harus dievaluasi untuk menetapkan apakah masih dalam kategori Desa dan Kelurahan Siaga atau sudah dapat dimasukkan ke dalam salah satu dari tingkatan/kategori Desa Siaga Aktif. Evaluasi ini dilakukan dengan mengacu kepada petunjuk teknis yang disusun bersama oleh Kementerian Dalam Negeri dan Kementerian Kesehatan (Kemenkes RI, 2010).

2.2.7 Indikator Keberhasilan Desa Siaga Aktif

Keberhasilan pengembangan Desa atau Kelurahan Siaga Aktif di suatu desa atau kelurahan dapat dilihat dari pencapaian upaya-upaya yang dilakukan di Pusat, Provinsi, Kabupaten/Kota, Kecamatan, serta Desa dan Kelurahan sebagai berikut :

a. Indikator Keberhasilan Tingkat Pusat

- 1) Adanya kebijakan yang mendukung operasionalisasi pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif
- 2) Terbentuknya Kelompok Kerja Operasional (Pokjanal) Desa dan Kelurahan Siaga Aktif Tingkat Pusat
- 3) Adanya Sistem Informasi Desa Siaga Aktif yang terintegrasi dalam profil desa dan kelurahan
- 4) Adanya dan tersosialisasinya petunjuk-petunjuk teknis yang diperlukan dalam rangka pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif
- 5) Terselenggaranya pelatihan untuk pelatih (*Training of Trainers*) pengembangan Desa Siaga Aktif bagi aparaturnya Provinsi

- 6) Teralokasinya Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) peningkatan kinerja Puskesmas dan jaringannya untuk pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif serta PHBS
 - 7) Terselenggaranya pertemuan berkala (minimal 2 kali setahun) untuk pemantauan perkembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif lingkup nasional
 - 8) Adanya pembinaan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif terintegrasi secara berjenjang (Kemenkes RI, 2010)
- b. Indikator Keberhasilan Tingkat Provinsi
- 1) Adanya kebijakan-kebijakan koordinatif dan pembinaan dalam bentuk penetapan peraturan atau keputusan tentang pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif
 - 2) Terbentuknya forum Pokjandal Desa dan Kelurahan Siaga Aktif di tingkat Provinsi
 - 3) Terselenggaranya pelatihan untuk pelatih (*Training of Trainers*) pengembangan Desa Siaga Aktif bagi aparatur Kabupaten dan Kota
 - 4) Adanya Sistem Informasi Desa Siaga Aktif yang terintegrasi dalam profil desa dan kelurahan lingkup provinsi
 - 5) Terselenggaranya pertemuan berkala Pokjandal Desa dan Kelurahan Siaga Aktif (minimal 2 kali setahun) di tingkat Provinsi untuk pemantauan perkembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif
 - 6) Adanya pembinaan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif terintegrasi secara berjenjang (Kemenkes RI, 2010)
- c. Indikator Keberhasilan Tingkat Kabupaten/ Kota
- 1) Adanya kebijakan-kebijakan koordinatif dan pembinaan dalam bentuk penetapan peraturan atau keputusan tentang pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif
 - 2) Terbentuknya forum Pokjandal Desa dan Kelurahan Siaga Aktif di tingkat Kabupaten/Kota

- 3) Terselenggaranya orientasi pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif bagi aparat desa dan kelurahan, KPM dan lembaga kemasyarakatan serta pihak-pihak lain
 - 4) Adanya bantuan pembiayaan dari APBD Kabupaten/Kota dan sumber daya lain untuk pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif
 - 5) Terselenggaranya Sistem Informasi Desa Siaga Aktif yang terintegrasi dalam profil desa dan kelurahan lingkup kabupaten/kota, melalui penetapan langkah dan mekanisme penyelenggaraan dan pelaporan penyelenggaraan secara berjenjang dari Desa dan Kelurahan-Kecamatan-Kabupaten/Kota-Provinsi dan Pemerintah Pusat
 - 6) Terselenggaranya pertemuan berkala Pokjandal Desa dan Kelurahan Siaga Aktif di tingkat Kabupaten/Kota (minimal 3 kali setahun) untuk pemantauan perkembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif
 - 7) Adanya pembinaan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif terintegrasi secara berjenjang (Kemenkes RI, 2010)
- d. Indikator Keberhasilan Tingkat Kecamatan
- 1) Terkoordinasi dan terintegrasinya pelaksanaan pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif dengan kegiatan pemberdayaan masyarakat lainnya
 - 2) Terkoordinasinya penerapan kebijakan/peraturan perundang-undangan berkaitan dengan pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif
 - 3) Terbentuknya Forum Desa dan Kelurahan Siaga tingkat Kecamatan
 - 4) Adanya Sistem Informasi Desa Siaga Aktif yang terintegrasi dalam profil desa dan kelurahan lingkup kecamatan
 - 5) Terselenggaranya pertemuan berkala Pokjandal Desa dan Kelurahan Siaga Aktif di tingkat kecamatan (minimal 4 kali setahun) untuk pemantauan perkembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif
 - 6) Adanya pembinaan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif terintegrasi secara berjenjang (Kemenkes RI, 2010)
- e. Indikator Keberhasilan Tingkat Desa dan Kelurahan
- 1) Keberadaan dan keaktifan Forum Desa dan Kelurahan.

- 2) Adanya Kader Pemberdayaan Masyarakat/kader kesehatan dan Kelurahan Siaga Aktif
- 3) Kemudahan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dasar yang buka atau memberikan pelayanan setiap hari
- 4) Keberadaan UKBM yang dapat melaksanakan penanggulangan bencana dan kegawatdaruratan kesehatan, survailans berbasis masyarakat serta penyehatan lingkungan
- 5) Adanya pendanaan untuk pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Desa (APBDes) atau Anggaran Kelurahan, masyarakat dan dunia usaha
- 6) Adanya peran serta aktif masyarakat dan organisasi kemasyarakatan dalam kegiatan kesehatan di Desa dan Kelurahan Siaga Aktif
- 7) Adanya peraturan di desa atau kelurahan yang melandasi dan mengatur tentang pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif
- 8) Adanya pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) di Rumah Tangga (Kemenkes RI, 2010)

2.3 Kematian Bayi

2.3.1 Definisi Kematian Bayi

Kematian atau mortalitas adalah salah satu dari tiga komponen proses demografi yang berpengaruh terhadap sector penduduk. Menurut Budi Utomo dalam Mudiana (2011), mati adalah peristiwa hilangnya semua tanda-tanda kehidupan secara permanen yang bias terjadi setiap saat setelah kelahiran hidup. Sedangkan pengertian kematian bayi yang lain adalah kematian yang terjadi antara saat setelah bayi lahir hidup hingga berumur kurang dari satu tahun. Adapun Narenda (2005) mengklasifikasikan kematian bayi menjadi dua yaitu :

- a. Kematian neonatal (*neonatal death*) adalah kematian bayi sesaat setelah dilahirkan sampai sebelum berumur satu bulan
- b. Kematian post neonatal (*post neonatal death*) adalah kematian bayi setelah berumur satu bulan hingga kurang dari satu tahun

Menurut Mantra (2003) menyatakan bahwa kematian bayi secara umum merupakan konsekuensi akhir dari perjalanan kumulatif dari berbagai pengalaman morbiditas. Hal ini berarti bahwa reduksi kematian melalui program-program kesehatan tidak cukup hanya dengan memberantas penyakit-penyakit penyebab kematian saja, tetapi harus memasukkan tindakan-tindakan yang mengarah pada permasalahan yang lebih mendasar yang menyangkut proses morbiditas dan mortalitas secara keseluruhan.

2.3.2 Angka Kematian Bayi

Angka Kematian Bayi (*Infant Mortality Rate/IMR*) merupakan salah satu indikator penting dalam menemukan tingkat kesehatan masyarakat. Karena dapat menggambarkan kesehatan penduduk secara umum. Angka ini sangat sensitif terhadap perubahan tingkat kesehatan dan kesejahteraan. Angka kematian bayi tersebut dapat didefinisikan sebagai kematian yang terjadi antara saat setelah bayi lahir sampai bayi belum berusia tepat satu tahun (Mantra, 2003). Sedangkan untuk menghitung angka kematian bayi dapat dihitung dengan rumus (BPS, 2008) :

$$AKB = \frac{D_{0- < 1 \text{ tahun}}}{\Sigma \text{ Lahir Hidup}} \times 1000$$

Keterangan :

- AKB : Angka Kematian Bayi / *Infant Mortality Rate* (IMR)
 D 0 - < 1 tahun : Jumlah kematian bayi (berumur kurang dari 1 tahun) pada satu tahun tertentu di daerah tertentu
 Σ lahir hidup : Jumlah kelahiran hidup pada satu tahun tertentu di daerah tertentu
 K : 1000

2.4 Faktor-faktor Penyebab Kematian Bayi

Menurut Mantra (2003) banyak sekali faktor yang dapat dikaitkan dengan kematian bayi. Dari segi penyebabnya, kematian bayi di bedakan menjadi dua jenis

yaitu endogen dan eksogen. Penyebab kematian bayi endogen adalah kematian bayi yang disebabkan oleh faktor-faktor anak yang dibawa sejak lahir, diwarisi oleh orangtuanya pada saat konsepsi atau didapat dari ibunya selama kehamilan. Sedangkan penyebab kematian bayi eksogen adalah kematian bayi yang disebabkan oleh faktor-faktor yang berhubungan dengan pengaruh lingkungan luar, dimana pada bayi usia di bawah satu bulan faktor penyebab kematian neonatal lebih besar disebabkan oleh faktor endogen. Sedangkan faktor eksogen bertanggung jawab pada sebagian kecil kematian neonatal dan hampir semua kematian bayi usia di atas satu bulan (*post-neonatal*). Menurut Manuaba (1998) juga menyatakan bahwa banyak faktor yang mempengaruhi angka kematian bayi, antara lain penyakit dan perkembangan kesehatan ibu dan janin serta semua hal yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan baik langsung maupun tidak langsung.

2.4.1 Faktor Bayi

Beberapa penyebab kematian bayi menurut Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 2007 dapat bermula dari masa kehamilan 28 minggu sampai hari ke-7 setelah persalinan (masa perinatal). Penyebab kematian bayi yang terbanyak adalah karena pertumbuhan janin yang lambat, kekurangan gizi pada janin, kelahiran premature dan berat badan bayi lahir yang rendah yaitu sebesar 38,85%. Sedangkan Penyebab lainnya yang cukup banyak terjadi adalah kejadian kurangnya oksigen dalam Rahim (hipoksia intrauterus) dan kegagalan nafas secara spontan dan teratur pada saat lahir atau beberapa saat setelah lahir (asfiksia lahir) yaitu 27,97%. Hal ini menunjukkan bahwa 66,82% kematian perinatal dihubungkan pada kondisi ibu saat melahirkan (Depkes RI, 2008). Penyebab langsung kematian bayi menurut Mochtar dalam Mudiana (2011) diuraikan sebagai berikut :

a. Berat badan lahir rendah (BBLR)

Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) adalah bayi bayi baru lahir yang berat badannya saat lahir kurang dari 2500 gram. Gejala klinisnya berupa tengkorak kepala keras, gerkan bayi terbatas, kulit tipis dan berlipat-lipat, abdomen cekung atau rata dan tali pusat tipis

b. Prematuritas

Adalah masa getasi kurang dari 37 minggu. Prematuritas dapat meningkatkan angka kematian bayi Karena fungsi organ yang belum sempurna. Dengan kurangnya masa getasi, maka berat badan lahir cenderung rendah. Masalah yang mungkin timbul adalah hipotermia, masalah pada pernafasan, infeksi dan gangguan neurologic

c. Asfiksia neonatorum

Asfiksia neonatorum merupakan suatu keadaan bayi baru lahir yang mengalami kegagalan bernafas secara spontan dan teratur segera setelah lahir. Keadaan ini biasanya disertai hipoksia, hiperkapnia dan berakhir dengan asidosis. Gejalanya berupa pernapasan cepat, pernapasan dengan menggunakan cuping hidung dan denyut nadi cepat

d. Hipotermia

Hipotermia merupakan penurunan suhu tubuh di bawah $36,5^{\circ}\text{C}$ padahal suhu normal bayi adalah $36,5^{\circ}\text{C}$ hingga $37,5^{\circ}\text{C}$ pada pengukuran melalui ketiak. Gejala hipotermia adalah bayi tidak mau netek, lesu, sering terlihat ngantuk, tubuh bayi terasa dingin, denyut jantung melemah dan kulit tubuh mengkerut

e. Tetanus neonatorum

Tetanus neonatorum merupakan penyakit tetanus yang terjadi pada neonatus (bayi berusia kurang dari satu bulan) yang disebabkan oleh *clostridium tetani* yaitu kuman yang mengeluarkan toksin dan menyerang sistem syaraf pusat. Gejala klinis berupa bayi tidak mau menetek, sesak nafas, wajah menjadi berwarna biru, kejang pada otot rahang, dan faring serta anggota tubuh yang lain apabila terkena rangsangan cahaya, suara dan sentuhan

f. Trauma lahir

Trauma lahir merupakan perlukaan pada bayi yang terjadi Karena partus lama, baik yang normal maupun pada tindakan bedah kebidanan yang disebabkan oleh alat yang digunakan

g. Kelainan kongenital

Kelainan kongenital merupakan kelainan dalam pertumbuhan struktur yang timbul kehidupan hasil konsepsi telur. Kelainan kongenital merupakan

penyebab terjadinya keguguran, lahir mati, atau kematian setelah persalinan pada minggu pertama, dan dapat mencapai kehidupan yang lebih besar, karena itu pada setiap kehamilan perlu melakukan pemeriksaan *antenatal* untuk mengetahui kelainan kongenital diantaranya dengan pemeriksaan Ultra Sonografi (USG), pemeriksaan air ketuban, dan pemeriksaan darah janin.

h. Infeksi neonatus

Infeksi ini lebih sering ditemukan pada bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR). Tanda awalnya berupa gelisah, malas menetek, frekuensi pernapasan meningkat, berat badan tiba-tiba turun, gerakan kurang, muntah, diare, edema, sklerema dan pendarahan. Suhu tubuh dapat meningkat atau normal bahkan dapat turun. Pada bayi berat badan lahir rendah sering terdapat hipotermia dan sklerema.

2.4.2 Faktor Ibu

Menurut Wiknjastro dalam Mahmudah (2011), faktor ibu yang berhubungan dengan kematian bayi adalah sebagai berikut :

a. Status Ekonomi

Faktor sosial ekonomi tidak berpengaruh langsung terhadap terjadinya kematian bayi, tetapi sosial ekonomi yang buruk akan mempengaruhi seseorang dalam memperoleh pelayanan kesehatan dan gizi yang baik selama kehamilan. Keadaan sosial ekonomi yang rendah sering dihubungkan dengan malnutrisi dan bermacam-macam penyakit infeksi seperti malaria, cacangan, dan tuberculosis.

b. Tingkat Pendidikan Ibu

Tingkat pendidikan ibu tidak berpengaruh secara langsung terhadap kematian bayi, akan tetapi akan berpengaruh terhadap kesadaran ibu dalam memanfaatkan sarana kesehatan, frekuensi pemeriksaan kehamilan, dan kewaspadaannya dalam menghadapi masalah-masalah kesehatan yang mungkin dijumpai selama kehamilan. Tingkat pendidikan ibu juga bisa mempengaruhi kepercayaan dan kebiasaan ibu, serta perhatian dan perawatan terhadap dirinya dan bayinya (Manuaba, 1998).

c. Umur Ibu

Umur yang dianjurkan Depkes RI (1999) untuk hamil dan persalinan yang aman adalah pada rentang usia 20 tahun hingga usia 35 tahun. Pada usia kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun risiko terjadinya prematuritas dan komplikasi kehamilan akan semakin meningkat. Hal ini disebabkan karena pada usia kurang dari 20 tahun kondisi ibu masih dalam masa pertumbuhan sehingga mengakibatkan gangguan pertumbuhan janin dalam kandungan, sedangkan pada usia lebih dari 35 tahun seorang ibu sudah mulai dihindangi berbagai macam penyakit ditambah dengan menurunnya kekuatan ibu untuk melakukan proses persalinan bayi karena faktor usia maupun penyakit yang dideritanya (Manuaba, 1998).

d. Pengetahuan Ibu

Pengetahuan ibu memegang peranan penting untuk mewujudkan kesehatan ibu dan bayi. Pengetahuan ibu diantaranya meliputi pengetahuan ibu tentang kesehatan kehamilan, penyakit-penyakit yang menyertai kehamilan, pemeriksaan kehamilan yang harus dilakukan, dan imunisasi yang harus dilakukan selama masa kehamilan (Manuaba, 1998). Ibu yang mempunyai pengetahuan tentang kesehatan terutama kesehatan selama kehamilan, persalinan dan masa nifas akan berusaha meningkatkan kemampuannya untuk merawat kehamilannya sehingga dapat mengakhiri masa kehamilannya dengan sehat dan selamat serta menghasilkan keturunan yang berkualitas (Notoatmodjo, 2011). Rendahnya kesadaran ibu hamil untuk memeriksakan kehamilannya ke sarana kesehatan mengakibatkan tidak terdeteksinya faktor risiko yang sesungguhnya dapat dicegah pada akhirnya tidak dapat ditangani. Faktor risiko ini baru diketahui pada saat persalinan yang seringkali Karena kasusnya sudah terlambat maka dapat berakibat fatal yaitu kematian ibu maupun kematian bayi (Narendra, 2005)

e. Paritas

Seorang ibu yang sudah mempunyai empat anak atau lebih dan menjadi hamil lagi keadaan kesehatannya sudah tampak menurun dan sering mengalami kurang darah (anemia). Selama hamil sering terjadi perdarahan jalan lahir dan

letak bayi sungsang atau melintang. Akibat keadaan tersebut maka persalinan menjadi sulit dan lama, bahkan mengalami perdarahan dan infeksi. Paritas di atas lima merupakan faktor risiko penyebab kematian perinatal (Manuaba, 1998).

f. Jarak Antar Kelahiran

Pembatasan kelahiran dan membuat jarak kelahiran paling sedikit 2 tahun baik untuk menjaga kesehatan ibu dan anak, mengingat setiap kehamilan membawa risiko kesehatan yang potensial untuk ibu, walaupun ibu tersebut terlihat sehat dan berisiko rendah.

g. Hamil dengan Penyakit

Menurut Wiknjosastro dalam Mahmudah (2011) menyatakan hamil disertai dengan penyakit yang sudah ada sebelum kehamilan dan menjadi lebih berat karena pengaruh kehamilan itu, atau karena penyakit yang timbul selama kehamilan itu sendiri. Penyakit yang menyertai antara lain penyakit jantung, hipertensi, diabetes melitus, penyakit paru, infeksi, dan penyakit endokrin

h. Hamil dengan Komplikasi

Beberapa wanita ada kemungkinan mengalami penyimpangan dalam perjalanan kehamilannya. Komplikasi yang dapat dialami wanita hamil dibagi sesuai masa kehamilannya yaitu pada kehamilan muda atau kehamilan trimester ketiga (Manuaba, 1998)

i. Komplikasi Persalinan

Komplikasi dalam persalinan antara lain :

1) Ketuban Pecah Dini

Ketuban pecah dini yaitu pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan, dan ditunggu satu jam sebelum dimulainya tanda persalinan. Makin lama periode laten makin besar kemungkinan infeksi dalam rahim, persalinan prematuritas, dan selanjutnya meningkatkan kejadian kesakitan dan kematian ibu dan bayi atau janin dalam rahim (Manuaba, 1998).

2) Pre-eklamsi / Eklamsi

Menurut Wiknjosastro dalam Mahmudah (2011) Pre-eklamsi adalah penyakit dengan tanda-tanda hipertensi, edema, dan proteinuria yang

timbul karena kehamilan. Penyakit ini umumnya terjadi dalam triwulan ketiga kehamilan, tetapi dapat terjadi sebelumnya. Pre-eklamsi dibagi dalam golongan ringan dan berat, sedangkan eklamsi merupakan kelanjutan dari pre-eklamsi berat 18 ditambah dengan kejang atau koma yang dapat berlangsung mendadak.

3) Kala II Tak Maju

Menurut Muchtar dalam Mahmudah (2011) Persalinan dengan syarat yang adekuat tidak menunjukkan kemajuan pada pembukaan serviks, turunnya kepala dan putar faksi selama 2 jam terakhir berakhir. Hal ini dapat meningkatkan kejadian asfiksia dan *Intra Uterine Fetal Distress* (IUFD).

4) Persalinan Lama

Persalinan pada *primigravida* (kehamilan pertama) umumnya berlangsung dalam waktu 18-20 jam dan pada *multigravida* (kehamilan lebih dari satu) selama 12-14 jam, mereka yang lebih lama dari 24 jam disebut persalinan lama. Kontraksi rahim selama 24 jam tersebut telah dapat mengganggu aliran darah menuju janin, sehingga janin dalam rahim menjadi dalam situasi yang berbahaya (Manuaba, 1998)

5) Perlukaan Kelahiran dalam Persalinan

Persalinan selalu memberikan perlukaan pada bayi akibat kelahiran. Perlukaan ini diantaranya adalah *cephalhematoma* yang terjadi akibat persalinan normal dan terutama pada persalinan dengan *cunam* (Manuaba, 1998).

2.4.3 Faktor Pelayanan Kesehatan

a. Perawatan Antenatal

Wiknjosastro dalam Mahmudah (2011) menyatakan pelaksanaan *antenatal care* sangat penting karena dapat memberikan gambaran keadaan ibu hamil, janin dalam kandungan, dan kesejahteraan umum. Asuhan antenatal adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetrik untuk optimalisasi luaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan. Alasan penting untuk mendapatkan asuhan antenatal, yaitu:

membangun rasa percaya antara ibu dan petugas kesehatan, terwujudnya kondisi terbaik bagi ibu dan bayi, memperoleh informasi dasar tentang kesehatan ibu dan kehamilannya, mengidentifikasi kehamilan risiko tinggi, dan memberikan pendidikan kesehatan yang diperlukan dalam menjaga kualitas kehamilan. Pemeriksaan kehamilan yang baik adalah apabila diperiksa pada tenaga kesehatan yang terlatih sejak dini dan dilakukan secara teratur karena akan terdeteksi masalah kesehatan dan implikasinya. Sesuai dengan anjuran Depkes RI (1999), pada triwulan I (konsepsi tiga bulan) minimal 1 kali ibu memeriksakan diri, triwulan II (4 – 6 bulan) minimal 1 kali, sedangkan triwulan III (7 – 9 bulan) minimal 2 kali memeriksakan diri ke tenaga kesehatan. Hasil penelitian Ambarwati (2006) menunjukkan bahwa responden yang tidak lengkap pemeriksaan antenatal mempunyai risiko 4,037 kali lebih besar untuk terjadinya kematian perinatal dibandingkan ibu yang lengkap pemeriksaan antenatal.

b. Penolong Persalinan

Ibu yang mendapat pertolongan persalinan oleh dukun berisiko lebih besar untuk melahirkan bayi mati dibandingkan dengan ibu yang melahirkan oleh tenaga kesehatan. Tingginya kematian bayi diantaranya disebabkan oleh belum memadainya cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan dan rendahnya cakupan penanganan kasus obstetri. Pertolongan oleh dukun menimbulkan berbagai masalah dan penyebab utama tingginya angka kematian dan kesakitan ibu dan perinatal (Manuaba, 1998).

c. Akses Pelayanan Kesehatan

Konsep jarak tempat tinggal merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi perilaku seseorang dalam melakukan suatu kegiatan. Semakin jauh jarak antara tempat tinggal dengan tempat kegiatan akan semakin menurunkan motivasi seseorang dalam melakukan aktivitas. Sebaliknya semakin dekat jarak tempat tinggal dengan tempat kegiatan dapat meningkatkan usaha. Pengaruh jarak tempat tinggal dengan tempat kegiatan tak terlepas dari adanya besar biaya yang digunakan dan waktu yang lama. Kaitannya dengan kesadaran masyarakat akan pentingnya kesehatan masih rendah, sehingga jarak antara rumah tinggal

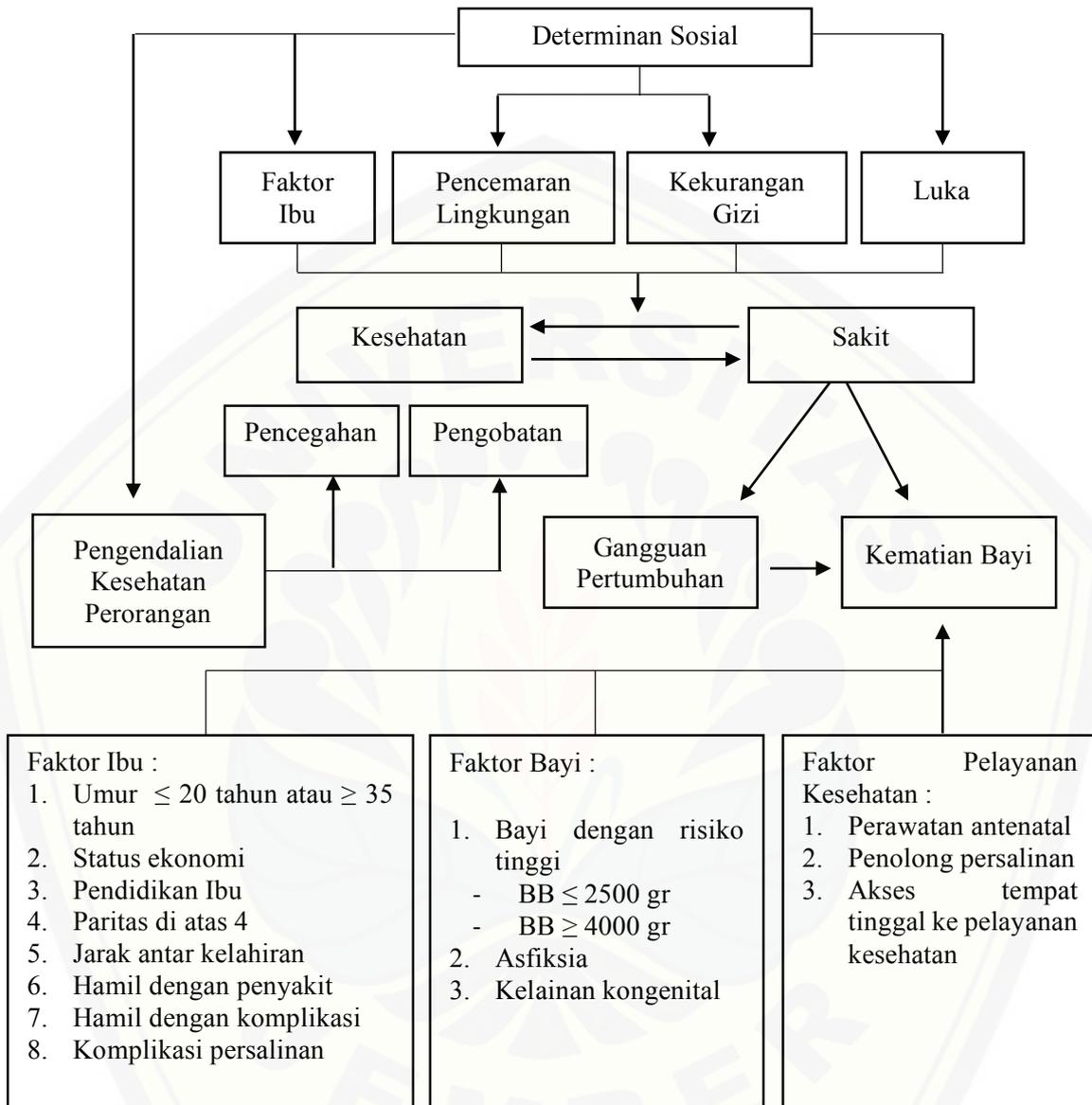
dan tempat pelayanan kesehatan mempengaruhi perilaku mereka (Azwar, 1996). Penelitian dari Nara (2014) juga mengungkapkan hasil yang sama yaitu akses pelayanan kesehatan oleh ibu bersalin mempunyai hubungan yang signifikan dengan pemanfaatan fasilitas persalinan yang memadai di wilayah kerja Puskesmas Kawangu tahun 2014.

2.4.4 Determinan Sosial Ekonomi

Teori Mosley and Chen dalam Mudiana (2011) memberikan gambaran mengenai cara kerja determinan-determinan faktor ibu (umur, paritas dan jarak kelahiran), kontaminasi lingkungan (berhubungan dengan sanitasi air, tanah dan penggunaan insektisida), kekurangan zat gizi (baik kalori, protein, vitamin maupun mineral) dan luka terhadap kematian bayi. Keempat determinan tersebut akan mempengaruhi tingkat pergeseran kesehatan seseorang mulai dari sangat sehat hingga kondisi sakit.

Teori Mosley and Chan lebih menekankan pada faktor sosial dan ekonomi sebagai penentu mortalitas bayi. Meskipun dalam kenyataannya faktor sosial ekonomi mempunyai pengaruh yang bersifat tidak langsung terhadap kematian bayi, Karena faktor sosial ekonomi harus melalui mekanisme biologi tertentu yaitu empat faktor determinan tersebut di atas. Setelah berinteraksi dengan keempat determinan tersebut, barulah faktor sosial ekonomi dapat menimbulkan resiko morbiditas pada bayi. Apabila morbiditas pada bayi tidak segera ditangani maka bayi tidak akan sembuh dan dapat mengakibatkan kecacatan bahkan dapat mengaibatkan kematian.

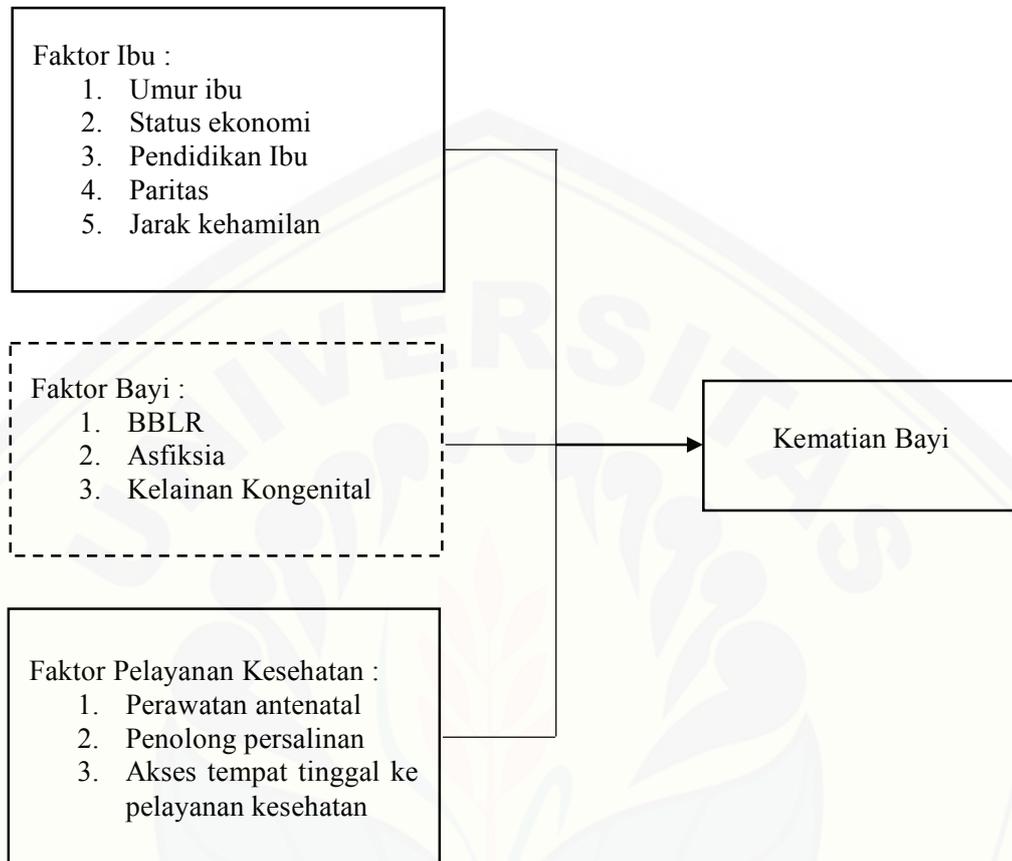
2.5 Kerangka Teori



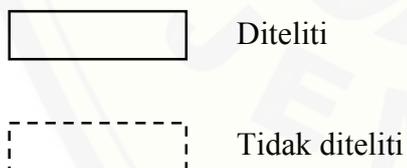
Gambar 2.1 Kerangka Teori

Modifikasi Pengaruh Sosial Ekonomi terhadap Mortalitas bayi (Mosley and Chen dalam Mudiana, 2011), Manuaba (1998) dan Wiknjosastro dalam Mahmudah (2011)

2.6 Kerangka Konseptual



Gambar 2.2 Kerangka Konsep



Dari kerangka konseptual diketahui bahwa kematian bayi disebabkan oleh berbagai faktor yaitu faktor ibu, faktor bayi dan faktor pelayanan kesehatan. Faktor ibu meliputi umur ibu, status ekonomi, Pendidikan ibu, paritas dan jarak kehamilan. Faktor bayi meliputi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), asfiksia dan kelainan kongenital. Faktor pelayanan kesehatan meliputi perawatan antenatal, penolong persalinan dan akses tempat tinggal ke pelayanan kesehatan. Faktor ibu dan faktor pelayanan kesehatan yang diteliti sedangkan faktor bayi tidak diteliti karena faktor bayi bisa dimasukkan ke dalam faktor ibu sehingga nanti pada saat penelitian akan ditanyakan juga terkait hal yang menyebabkan kematian bayi.



BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian kualitatif. Penelitian kualitatif adalah metode penelitian yang digunakan untuk menjelaskan dan memberi pemahaman dan interpretasi tentang berbagai perilaku dan pengalaman individu dalam berbagai bentuk. Fenomena yang diteliti dalam pendekatan kualitatif dapat dilakukan dengan mengamati secara langsung, melakukan wawancara dengan individu yang memiliki banyak informasi tentang fenomena yang diteliti, dan mempelajari berbagai dokumen tentang fenomena yang diteliti tanpa mengadakan perhitungan statistic (Afiyanti dan Rachmawati, 2014:6).

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

3.2.1 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada desa siaga di wilayah kerja Puskesmas Sukowono, Kabupaten Jember.

3.2.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Mei 2017 – Juni 2017

3.3 Sasaran Penelitian dan Penentuan Informan

3.3.1 Sasaran Penelitian

Menurut Sugiyono (2013:50), sampel dalam sampel dalam penelitian kualitatif adalah narasumber, partisipan, informan, teman atau guru penelitian. Dalam penelitian kualitatif tidak menggunakan populasi karena penelitian kualitatif berangkat dari kasus tertentu yang ada pada situasi sosial tertentu dan hasil kajiannya tidak akan diberlakukan ke populasi. Sasaran yang digunakan dalam penelitian ini adalah ibu yang memiliki bayi meninggal, bidan desa dan Kepala Puskesmas Sukowono.

3.3.2 Penentuan Informan Penelitian

Informan merupakan orang yang menguasai dan memahami data, informasi, ataupun fakta dari suatu objek penelitian (Bungin, 2007:108). Pada penelitian ini menggunakan teknik sampling *purposive sampling* yaitu teknik pengambilan sampel sumber data dengan pertimbangan tertentu. Subjek penelitian akan menjadi informan yang akan memberikan berbagai macam informasi yang diperlukan selama proses penelitian, kriteria sumber data atau sebagai informan sebaiknya memenuhi kriteria antara lain:

- a. Mereka yang menguasai atau memahami sesuatu melalui proses enkulturasi, sehingga sesuatu itu bukan sekedar diketahui, tetapi juga dihayati
- b. Mereka yang tergolong ikut berkecimpung atau terlibat pada kegiatan yang tengah diteliti
- c. Mereka yang mempunyai waktu yang memadai untuk dimintai informasi (Sugiyono, 2013:54).

Informan penelitian ini meliputi tiga macam, yaitu informan kunci (*key informan*) informan utama, dan informan tambahan. Informan penelitian yang digunakan dalam penelitian ini terdiri dari:

- a. Informan kunci adalah mereka yang mengetahui dan memiliki berbagai informasi pokok yang diperlukan dalam penelitian, informan kunci dalam penelitian ini adalah bidan koordinator kecamatan dan kepala puskesmas di wilayah kerja Puskesmas Sukowono Kabupaten Jember.
- b. Informan utama adalah mereka yang terlibat secara langsung dalam interaksi sosial yang diteliti. Dalam penelitian ini yang menjadi informan utama adalah ibu yang memiliki bayi meninggal pada tahun 2015, kader posyandu dan bidan desa pada desa siaga di wilayah kerja Puskesmas Sukowono, Kabupaten Jember.
- c. Informan tambahan adalah mereka yang dapat memberikan informasi walaupun tidak langsung terlibat dalam interaksi sosial yang diteliti. Informan tambahan dalam penelitian ini adalah kerabat ibu bayi meninggal seperti suami, ibu atau tetangga dan dukun bayi pada desa siaga di wilayah kerja Puskesmas Sukowono, Kabupaten Jember.

3.4 Fokus Penelitian

Fokus penelitian mengandung penjelasan mengenai dimensi-dimensi apa yang menjadi pusat perhatian serta kelak dibahas secara mendalam dan tuntas (Bungin, 2007:41). Fokus penelitian dalam penelitian kualitatif berkaitan erat dengan rumusan masalah, dimana rumusan masalah penelitian dijadikan acuan dalam menentukan fokus penelitian. Dalam hal ini fokus penelitian dapat berkembang atau berubah sesuai dengan perkembangan masalah penelitian di lapangan. Hal tersebut sesuai dengan sifat pendekatan kualitatif yang lentur, dimana segala sesuatu dalam penelitian ini ditentukan dari hasil akhir pengumpulan data yang mencerminkan keadaan yang sebenarnya. Adapun fokus penelitian dan pengertian yang digunakan dalam penelitian ini adalah :

3.1 Fokus Penelitian

No	Fokus Penelitian	Pengertian	Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data	Informan
1	Faktor Ibu a. Umur Ibu	Usia seorang wanita pada saat hamil sebaiknya tidak terlalu muda dan tidak terlalu tua. Umur yang kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun, berisiko tinggi untuk melahirkan.	Wawancara mendalam (panduan wawancara) dan Dokumentasi pada lembar kuisioner A	Informan utama
	b. Status Ekonomi	Kedudukan seseorang atau keluarga di masyarakat berdasarkan pendapatan per bulan. Status ekonomi dapat dilihat dari pendapatan yang disesuaikan dengan harga barang pokok	Wawancara mendalam (panduan wawancara) dan Dokumentasi pada lembar kuisioner A	Informan utama
	c. Pengetahuan Ibu	Pengetahuan ibu diantaranya meliputi pengetahuan ibu tentang kesehatan kehamilan, penyakit-penyakit yang menyertai kehamilan, pemeriksaan kehamilan yang harus dilakukan, dan imunisasi yang harus dilakukan selama masa kehamilan	Wawancara mendalam (panduan wawancara) dan Dokumentasi pada lembar kuisioner A	Informan utama

No	Fokus Penelitian	Pengertian	Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data	Informan
	d. Paritas	Seorang ibu yang sudah mempunyai empat anak atau lebih dan menjadi hamil lagi keadaan kesehatannya sudah tampak menurun dan sering mengalami kurang darah (anemia)	Wawancara mendalam (panduan wawancara) dan Dokumentasi pada lembar kuisisioner A	Informan utama
	e. Jarak Kehamilan	Pembatasan kelahiran dan membuat jarak kelahiran paling sedikit 2 tahun baik untuk menjaga kesehatan ibu dan anak	Wawancara mendalam (panduan wawancara) dan Dokumentasi pada lembar kuisisioner A	Informan utama
2	Faktor Pelayanan Kesehatan			
	a. Perawatan Antenatal	Upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetrik untuk optimalisasi luaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan	Wawancara mendalam (panduan wawancara) dan Dokumentasi pada lembar kuisisioner A, B, C, D, E dan F	Informan utama dan informan kunci
	b. Penolong Persalinan	Seseorang yang melakukan pertolongan pada saat melakukan persalinan	Wawancara mendalam (panduan wawancara) dan Dokumentasi pada lembar kuisisioner A, B, C, D, E dan F	Informan utama dan informan kunci
	c. Akses Pelayanan Kesehatan	Kondisi jalan dan jarak yang ditempuh untuk mencapai pelayanan kesehatan terdekat	Wawancara mendalam (panduan wawancara) dan Dokumentasi pada lembar kuisisioner A, B, C, D, E dan F	Informan utama dan informan kunci

3.5 Data dan Sumber Data

3.5.1 Data Primer

Data primer merupakan data yang didapat dari sumber pertama. Data sumber pertama yang diperoleh dari individu atau perorangan dapat berupa hasil kumpulan wawancara yang dilakukan oleh peneliti (Sugiyono, 2013:156). Pengumpulan data primer pada penelitian ini dilakukan dengan wawancara kepada

informan menggunakan panduan wawancara. Data primer pada penelitian ini adalah hasil wawancara dengan masing-masing informan secara mendalam.

3.5.2 Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari pihak lain atau data primer yang telah diolah lebih lanjut dan disajikan baik oleh pengumpul data primer atau oleh pihak lain yang pada umumnya disajikan dalam bentuk tabel atau diagram (Sugiyono, 2013:156). Data sekunder dapat juga berupa data yang diperoleh dari buku literatur, arsip dan dokumen yang dimiliki oleh instansi bersangkutan atau media yang lain (Sugiarto, 2003:143). Data sekunder dalam penelitian ini yaitu data AKB pada tahun 2013, 2014 dan 2015 yang didapat dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember.

3.6 Teknik dan Instrumen Penelitian

3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data merupakan prosedur yang sistematis dan standart untuk memperoleh data yang diperlukan. Teknik pengumpulan data merupakan bagian instrumen pengumpulan data yang menentukan keberhasilan suatu penelitian (Nazir, 2005:175). Data pada peneelitan ini akan dikumpulkan dengan cara sebagai berikut :

a. Wawancara Mendalam (*In depth interview*)

Salah satu teknik pengumpulan data dalam penelitian kualitatif adalah wawancara (Afifuddin, 2009:56). Wawancara merupakan suatu metode yang digunakan untuk mengumpulkan data keterangan secara lisan dari seorang subjek penelitian (informan) dengan cara bercakap-cakap dengan informan tersebut (Notoatmodjo, 2010:102). Wawancara dapat pula dilakukan dengan menggunakan alat yang dinamakan *interview guide* atau panduan wawancara (Nazir, 2005:193). Wawancara digunakan sebagai teknik pengumpulan data apabila peneliti ingin mengetahui hal-hal dari responden yang lebih mendalam (Sugiyono, 2013:72).

Wawancara mendalam dilakukan dengan menggunakan jenis wawancara tidak terstruktur. Wawancara tidak terstruktur adalah wawancara yang bebas

dimana peneliti tidak menggunakan pedoman wawancara yang telah tersusun secara sistematis dan lengkap untuk pengumpulan datanya (Sugiyono, 2013:74). Pedoman wawancara yang digunakan hanya berupa garis besar permasalahan yang akan ditanyakan. Pada penelitian ini, peneliti melakukan wawancara secara mendalam kepada seluruh informan untuk mendapatkan data yang dibutuhkan oleh peneliti.

b. Studi Dokumen

Studi dokumen merupakan metode pengumpulan data berdasarkan pada catatan, transkrip, buku, surat kabar, majalah, agenda, notulen rapat dan sebagainya (Arikunto, 2006:135). Penggunaan studi dokumentasi dalam penelitian ini didasarkan Karena dokumen dapat memberi informasi yang tidak dapat diperoleh melalui wawancara dan sekaligus merupakan upaya triangulasi. Studi dokumentasi dilakukan guna mengumpulkan data terkait faktor kematian bayi di wilayah kerja Puskesmas Sukowono, Kabupaten Jember.

c. Triangulasi

Triangulasi diartikan sebagai teknik pengumpulan data yang bersifat menggabungkan dari berbagai teknik pengumpulan data yang ada. Pengumpulan data dengan triangulasi ini sebenarnya peneliti mengumpulkan data sekaligus menguji kredibilitas data (Sugiyono, 2013:137). Oleh Karena itu, triangulasi digunakan sebagai teknik pemeriksa keabsahan data yang memanfaatkan sesuatu yang lain dalam membandingkan hasil wawancara terhadap objek penelitian (Moleong, 2004:138).

Triangulasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah triangulasi sumber yaitu untuk mendapatkan data dari sumber yang berbeda-beda dengan menggunakan teknik yang sama. Triangulasi Sumber untuk menguji kredibilitas data dilakukan dengan cara mengecek data yang telah diperoleh melalui beberapa sumber, data dari berbagai sumber tersebut tidak bias dirata-ratakan, tetapi dideskripsikan, dikategorisasikan, mana pandangan yang sama, yang berbeda, dan yang spesifik dari sumber, selanjutnya dianalisis dan disimpulkan (Sugiyono, 2013:83). Teknik pengumpulan data melalui wawancara.

3.6.2 Instrumen Penelitian

Instrumen atau alat penelitian dalam penelitian kualitatif adalah peneliti sendiri. Akan tetapi, setelah fokus penelitian menjadi jelas, maka dapat dikembangkan instrumen penelitian sederhana yang dapat membantu dalam kegiatan pengumpulan data, seperti panduan wawancara dan checklist (Sugiyono, 2013:61). Instrumen yang digunakan dalam pengumpulan data yaitu dengan menggunakan wawancara, kertas untuk mencatat dan pulpen untuk mempermudah peneliti dalam melakukan wawancara dibantu dengan menggunakan tape recorder untuk merekam wawancara, yang digunakan adalah *handphone*. Serta kamera *handphone* sebagai alat dokumentasi.

3.7 Teknik Penyajian dan Analisis Data

3.7.1 Teknik Penyajian Data

Penyajian data dalam penelitian bertujuan untuk mempermudah peneliti dalam menginformasikan hasil penelitian yang sudah dilakukan. Penyajian data merupakan kegiatan yang dilakukan dalam pembuatan laporan hasil penelitian agar laporan dapat dipahami dan dianalisis sesuai dengan tujuan yang diinginkan kemudian ditarik kesimpulan sehingga dapat menggambarkan hasil penelitian (Notoatmodjo, 2010:194). Teknik penyajian data yang digunakan dalam penelitian ini adalah dalam bentuk cerita detail sesuai dengan bahasa dan pandangan informan, sehingga dari ungkapan dan bahasa asli informan, dapat dikemukakan temuan peneliti.

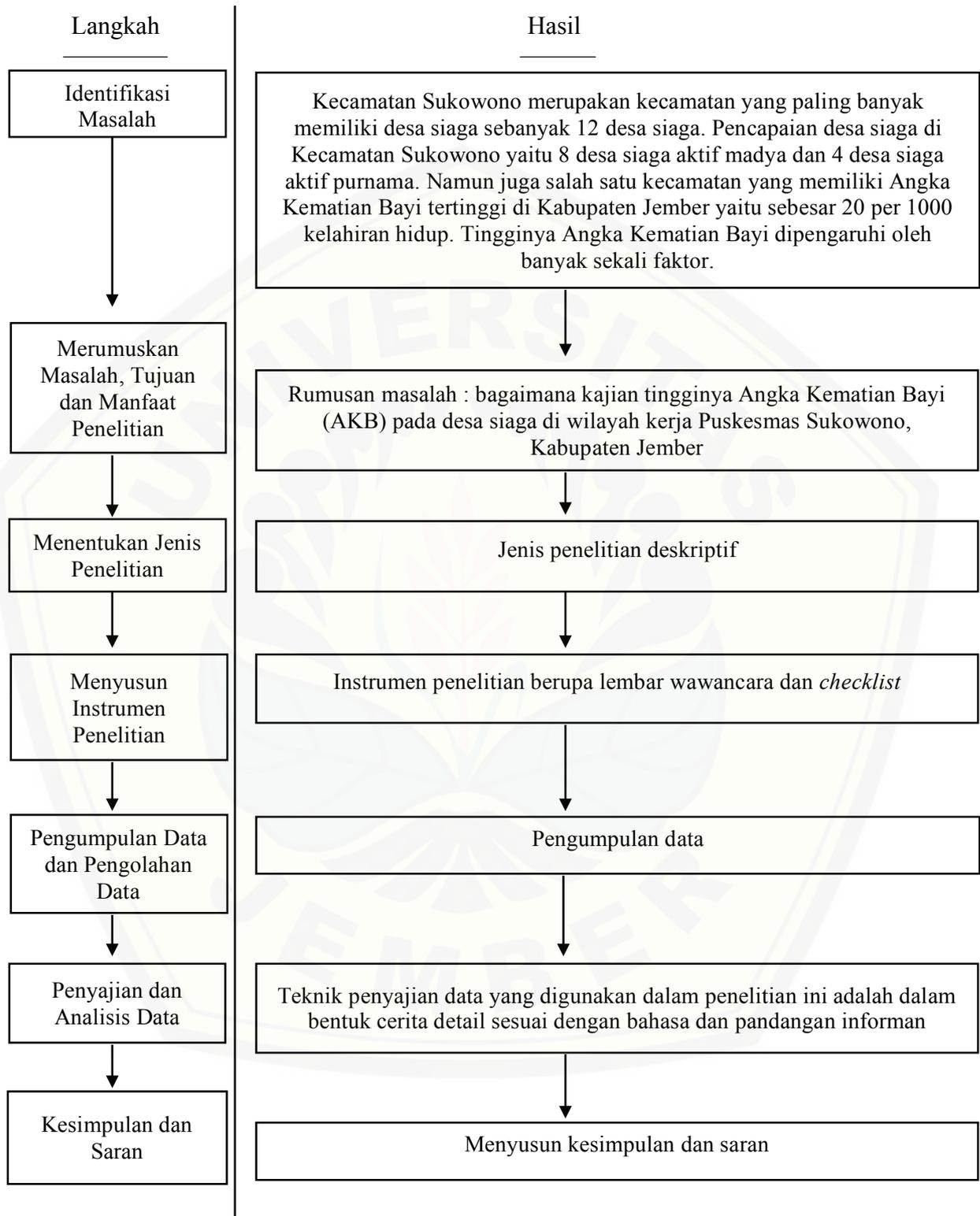
3.7.2 Analisis Data

Analisis data dalam penelitian kualitatif dilakukan sejak sebelum memasuki lapangan, selama di lapangan, dan setelah selesai di lapangan, analisis dimulai sejak merumuskan dan menjelaskan masalah, sebelum terjun ke lapangan, dan berlangsung terus sampai penulisan hasil penelitian (Sugiyono, 2013:88). Data kualitatif diolah berdasarkan karakteristik pada penelitian ini dengan metode *thematic content analysis* (analisis isi berdasarkan tema), yaitu metode yang berusaha mengidentifikasi, menganalisis dan melaporkan pola-pola yang ada

berdasarkan data yang terkumpul. Pada proses analisis ini berdasarkan tema ada 5 tahap yang dikumpulkan, yaitu (Moleong,2010) :

- a. Mendalami data dengan menyalin data, membaca ulang dan mencatat ide-ide yang muncul
- b. Melakukan generalisasi terhadap kode-kode yang muncul. Gambaran kode-kode yang sesuai dalam bentuk yang sistematis terkait dengan kata yang diperoleh membandingkan data yang berhubungan dengan kode-kode
- c. Mencari tema yang sesuai. Membandingkan data terhadap tema-tema yang mungkin muncul, mengemukakan data yang sesuai dengan masing-masing tema
- d. Melakukan *review* terhadap tema-tema tersebut. Melakukan pengecekan jika tema-tema berhubungan dengan kode-kode yang ada
- e. Mendefinisikan dan memberi nama tema-tema. Melakukan analisis dalam menyempurnakan masing-masing tema dan semua informasi yang akan diceritakan, melakukan generalisasi definisi secara jelas dan memberi nama pada masing-masing tema
- f. Menghasilkan laporan

3.8 Alur Penelitian



Gambar 3.1 Alur Penelitian

BAB 5. PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian mengenai Kajian Faktor Tingginya Angka Kematian Bayi (AKB) pada Desa Siaga di Wilayah Kerja Puskesmas Sukowono Kabupaten Jember, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

- a. Umur ibu yang mengalami kejadian kematian bayi mayoritas ibu yang berisiko tinggi untuk hamil yaitu kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun. Status ekonomi ibu hamil sebagian besar mereka semua memakai BPJS saat persalinan sehingga tidak terlalu berat dalam pengeluaran. Sudah banyak ibu yang melakukan Pendidikan ≥ 6 tahun atau tamat sekolah dasar. Ibu banyak yang mempunyai anak 3 dan anak yang ketiga meninggal. Jarak kehamilan antar anak berkisar ≥ 3 tahun.
- b. Perawatan antenatal ibu-ibu hamil lengkap dari K1-K4, ibu-ibu rutin pergi ke posyandu minimal 3 kali. Penolong persalinan sudah tidak ke dukun, mereka pelayanan kesehatan kebanyakan dirujuk ke rumah sakit. Akses tempat tinggal ke pelayanan kesehatan mudah dijangkau semua.

5.2 Saran

5.2.1 Saran Untuk Puskesmas dan Dinas Kesehatan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan maka saran yang dapat diberikan oleh peneliti adalah sebagai berikut :

- a. Melakukan pemberdayaan kader dan membekali kader sebagai pendamping ibu hamil dan ibu hamil yang resiko tinggi
- b. Melakukan pemberdayaan keluarga ibu hamil yaitu pada saat ada kelas ibu hamil selain ibu hamil juga diundang keluarga ibu hamil agar keluarga ibu hamil juga mengerti dan menjaga ibu hamil

5.2.2 Saran Untuk Penelitian Selanjutnya

Peneliti menyadari banyaknya kekurangan dalam penelitian ini sehingga untuk penelitian berikutnya dapat menambahkan bahasan tentang faktor budaya dan peran keikutsertaan tokoh masyarakat dalam menurunkan AKB.



DAFTAR PUSTAKA

- Achmadi. 2010. *Dasar-Dasar Penyakit Berbasis Lingkungan*. Jakarta: PT. Raja Gafindo Persada.
- Adriana N *et al.* 2016. Akses Pelayanan Kesehatan Berhubungan dengan Pemanfaatan Fasilitas Persalinan yang Memadai Di Puskesmas Kawangu. *Jurnal*. Universitas Udayana. Bali
- Afifuddin. 2009. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: CV Pustaka Setia
- Ambarwati. 2006. Hubungan Antara Karakteristik Ibu dan Pelayanan Kesehatan dengan Kejadian Kematian Perinatal di Wilayah Kerja Puskesmas Rembang Kabupaten Purbalingga Tahun 2006. *Jurnal*. Purwokerto : Universitas Udayana
- Anggraeni. 2010. *Stop Demam Berdarah Dengue*. Bogor: Cita Insan Madani.
- Arikunto. 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: PT. Rineka Cipta
- Azwar, Azrul. 1996. *Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta : Sinar Harapan
- Badan Pusat Statistika. 2008. *Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB)*
- Badan Pusat Statistika. 2012. *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia*
- Bagoes Mantra, Ida. 2003. *Demografi Umum*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- BKKBN. 2014. *Pendewasaan Usia Perkawinan*. Jambi [http://jambi.bkkbn.go.id/ layouts/mobile/dispform.aspx?List=8c526a76-8b88-44fe-8f81-2085df5b7dc7&View=69dc083c-a8aa-496a-9eb7-b54836a53e40&ID=834](http://jambi.bkkbn.go.id/layouts/mobile/dispform.aspx?List=8c526a76-8b88-44fe-8f81-2085df5b7dc7&View=69dc083c-a8aa-496a-9eb7-b54836a53e40&ID=834) (di akses pada tanggal 21 September 2017)
- Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan. 2014. *Panduan Praktis Panduan Kebidanan dan Neonatal*. Jakarta
- Budiarto, E. 2003. *Pengantar Epidemiologi*. Jakarta: EGC.
- Burhan, Bungin. 2007. *Analisis Penelitian Data Kualitatif*. Jakarta: Raja Grafindo
- Departemen Kesehatan RI. 1999. *Rencana Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2008. *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta

- Departemen Kesehatan RI. 2009. *Sistem Kesehatan Nasional*. Jakarta
- Dinas Kesehatan Kabupaten Balangan. 2011. *Desa Siaga Aktif Dalam Upaya Penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB)*. Balangan
- Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. 2015. *Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi*. Jember
- Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. 2015. *Desa Siaga Aktif*. Jember
- Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang. 2014. *Konsep Desa Siaga Aktif*. Lumajang
- Dinas Komunikasi dan Informatika Provinsi Jawa Timur. 2013. *Desa Siaga Aktif Jawa Timur*. Jawa Timur. <http://kominfo.jatimprov.go.id/read/umum/34836>, diakses pada tanggal 3 November 2016
- Kementerian Kesehatan RI. 2010. *Untuk Menurunkan Angka Kematian Ibu dan Kematian Bayi Perlu Kerja Keras*. <http://www.depkes.go.id/article/print/793/untuk-menurunkan-angka-kematian-ibu-dan-kematian-bayi-perlu-kerja-keras.html>, diakses pada tanggal 26 Oktober 2016
- Keputusan Menteri Kesehatan RI No 1529. 2010. *Pedoman Umum Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif*. Jakarta: Pusat Prmosi Kesehatan
- Kompasiana. 2015. *Kelas Ibu Hamil Wujudkan Ibu Hamil Yang Sehat Dan Selamat*. Jakarta https://www.kompasiana.com/pujih/kelas-ibu-hamil-wujudkan-ibu-hamil-yang-sehat-dan-selamat_54f91711a333115f378b4bd1 (diakses pada tanggal 22 September 2017)
- Latifah N. 2012. Hubungan Frekuensi Kunjungan ANC Selama Kehamilan Dengan Kejadian Kematian Neonatal (Analisis Data SDKI 2007). *Tesis*. Depok
- Mahmudah, U. 2011. Analisis Faktor Ibu dan Bayi yang Berhubungan dengan Kejadian Kematian Perinatal di Kabupaten Batang Tahun 2010. *Skripsi*. Batang : Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang.
- Mala V Y. 2015. Analisa Penyebab Angka Kematian Bayi (AKB), Intervensi Program KKB dalam Mencapai Sasaran MDG's. *Jurnal*. BKKBN Provinsi Sumatera Selatan
- Manuaba, I.B.G. 1998. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandung dan KB*. EGC. Jakarta
- Moleong, L.J. 2010. *Metode Penelitian Kualitatif*. Bandung: Remaja Rosdakarya

- Mudiana, L.H. 2011. Faktor yang Berhubungan dengan Kematian Bayi di Kabupaten Jember. *Skripsi*. Jember: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
- Nara, Adriana. 2014. Hubungan Pengetahuan, Sikap, Akses Pelayanan Kesehatan, Jumlah Sumber Informasi dan Dukungan Keluarga dengan Pemanfaatan Fasilitas Persalinan yang Memadai oleh Ibu Bersalin di Puskesmas Kawangu Kabupaten Sumba Timur. *Skripsi*. Sumba Timur : Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Udayana.
- Narendra, B.M. 2005. *Tumbuh Kembang Anak dan Remaja Edisi Pertama*. Jakarta: CV. Sagung Seto
- Nazir, M. 2005. *Metode Penelitian Cetakan IV*. Bogor: Ghalia Indonesia
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2010. *Metode Penelitian Kesehatan, Cetakan Pertama* Jakarta: PT. Rineka Cipta
- Peraturan Menteri Kesehatan No 65. 2013. *Pedoman Pelaksanaan dan Pembinaan Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan*. Jakarta
- Peraturan Menteri Kesehatan No 75. 2014. *Puskesmas*. Jakarta
- Peraturan Pemerintah RI No 61. 2014. *Kesehatan Reproduksi*. Jakarta
- Ramadian N. 2010. Hubungan Antara Frekuensi Antenatal Care Dengan Kematian Perinatal Di RSUD Dr. Moewardi Surakarta. *Skripsi*. Universitas Sebelas Maret. Surakarta
- Rifdiani I. 2016. Pengaruh Paritas, BBL, Jarak Kehamilan dan Riwayat Perdarahan Terhadap Kejadian Perdarahan Postpartum. *Jurnal*. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Airlangga
- Sawitri L *et al.* 2014. Hubungan Jarak Kehamilan Dengan Kejadian Hemoragik Postpartum. *Jurnal*
- Sibuea, M D. 2013. Persalinan Pada Usia \geq 35 Tahun Di RSUD Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. *Jurnal*. Universitas Sam Ratulangi
- Sufiawati W. 2012. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemilihan Tenaga Penolong Persalinan Di Puskesmas Cibadak Kabupaten Lebak Provinsi Banten. *Skripsi*. Banten
- Sugiarto. 2003. *Teknik Sampling*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama

- Sugiharto M *et al.* 2010. *Analisis Perbedaan Antar Paritas Ibu dengan Kematian Neonatal*. Jurnal. Pusat Penelitian dan Pengembangan Sistem Dan Kebijakan Kesehatan. Surabaya
- Sugiyono. 2013. *Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta
- Suraya I *et al.* 2016. *Hubungan Akses Pelayanan Kesehatan Dengan Kematian Neonatal Dini*. Jurnal. Arsip Kesehatan Masyarakat
- Tarigan M. 2013. Pengaruh Umur, Paritas, Efek Samping Dan Dukungan Suami Terhadap Kelangsungan Pemakaian Alat Kontrasepsi Dalam Rahim Di Wilayah Kerja Puskesmas Kabanjahe. *Tesis*. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Sumatera Utara
- Tresnawati F. 2012. *Asuhan Kebidanan Jilid 1 Cetakan Pertama*. Jakarta : Prestasi Pustaka
- Undang-Undang no 24. 2011. *Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan (BPJS)*
- Undang-Undang RI No 17. 2007. *Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional Tahun 2005-2015*
- Undang-Undang RI No 36. 2009. *Kesehatan*. Jakarta
- Undang-Undang RI No 23. 2002. *Perlindungan Anak*. Jakarta
- Undang-Undang RI No 24. 2011. *Badan Penyelenggara Jaminan Sosial*. Jakarta
- Wahyuningrum T *et al.* 2015. Hubungan Paritas Dengan Berat Bayi Lahir Di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Wahidin Sudiro Husodo Mojokerto. *Jurnal*. Kebidanan Stikes Bina Sehat. Mojokerto
- Wandira A K *et al.* 2012. Faktor Penyebab Kematian Bayi Di Kabupaten Sidoarjo. *Jurnal*. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Airlangga
- Warsita W M *et al.* 2015. Pengaruh PDRB Per Kapita, Pendidikan Ibu, Dan Pelayanan Kesehatan Terhadap Angka Kematian Bayi Di Provinsi Bali. *Jurnal*. Fakultas Ekonomi dan Bisnis. Universitas Udayana
- Yunita A *et al.* 2014. Diskriminasi Faktor Sosial Ekonomi Terhadap Mortalitas Bayi Di Kecamatan Sukowono Kabupaten Jember. *Jurnal*. Fakultas Ekonomi. Universitas Jember

LAMPIRAN

LAMPIRAN A. Lembar Persetujuan



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Jln. Kalimantan I/93 Kampus Tegal Boto Kotak Pos 159 Jember 68121

Telp. (0331) 337878, 322995, 331743 Fax (0331) 322995

Laman : www.fkm-unej.ac.id

LEMBAR PERSETUJUAN

INFORMED CONSENT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Alamat :

Usia :

Menyatakan bersedia menjadi responden dalam penelitian dari :

Nama : Yusron Syarifuddin

NIM : 102110101060

Judul : Kajian Faktor Tingginya Angka Kematian Bayi (AKB) pada Desa Siaga Di Wilayah Kerja Puskesmas Sukowono Kabupaten Jember

Prosedur penelitian ini tidak akan menimbulkan resiko dan dampak apapun terhadap responden penelitian, Karena semata-mata untuk kepentingan ilmiah serta kerahasiaan jawaban kuisioner yang saya berikan dijamin sepenuhnya oleh peneliti. Oleh Karena itu, saya bersedia menjawab pertanyaan-pertanyaan berikut secara benar dan jujur.

Jember, 2017

Responden,

(.....)

LAMPIRAN B. Lembar Wawancara Untuk Informan Utama**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER****FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**

Jln. Kalimantan I/93 Kampus Tegal Boto Kotak Pos 159 Jember 68121

Telp. (0331) 337878, 322995, 331743 Fax (0331) 322995

Laman : www.fkm-unej.ac.id

PANDUAN WAWANCARA UNTUK IBU

Judul : Kajian Faktor Tingginya Angka Kematian Bayi (AKB) pada Desa
Siaga Di Wilayah Kerja Puskesmas Sukowono Kabupaten Jember

Nama Informan :

Tanggal Wawancara :

Lokasi Wawancara :

Petunjuk Panduan Wawancara :

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

Panduan Wawancara (*Interview Guide*)

1. Berapakah usia ibu?
2. Apakah pendidikan terakhir ibu?
3. Berapakah usia saat menikah?
4. Mengapa menikah di umur tersebut?
5. Apa pekerjaan ibu dan suami?
6. Berapakah pendapatan keluarga sebulan?
7. Apakah penyebab bayi ibu meninggal?
8. Ibu memiliki anak berapa?
9. Jarak kelahiran anak ibu berapa tahun?
10. Apakah ibu selalu datang ke posyandu?
11. Apakah bidan atau kader menyampaikan sesuatu saat ibu hamil?
12. Apakah ibu mengikuti KB?

13. Bagaimana jarak dan kondisi jalan ke pelayanan kesehatan terdekat bu?

Penutup :

- a. Terima kasih atas kesediaan Anda untuk berpartisipasi dalam penelitian ini
- b. Semoga partisipasi Anda dapat bermanfaat bagi kemajuan ilmu pengetahuan

Jember,

2017

Yusron Syarifuddin



LAMPIRAN C. Lembar Wawancara Untuk Informan Utama

**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER**

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Jln. Kalimantan I/93 Kampus Tegal Boto Kotak Pos 159 Jember 68121

Telp. (0331) 337878, 322995, 331743 Fax (0331) 322995

Laman : www.fkm-unej.ac.id

PANDUAN WAWANCARA UNTUK BIDAN

Judul : Kajian Faktor Tingginya Angka Kematian Bayi (AKB) pada Desa Siaga Di Wilayah Kerja Puskesmas Sukowono Kabupaten Jember

Nama Informan :

Tanggal Wawancara :

Lokasi Wawancara :

Pedoman Panduan Wawancara :

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

Panduan Wawancara (*Interview Guide*)

1. Berapakah usia ibu sekarang?
2. Sudah berapa lama menjadi bidan disini?
3. Apakah Pendidikan terakhir ibu?
4. Di daerah sini paling banyak bayi meninggalnya kenapa bu?
5. Usaha apa yang bidan dan kader lakukan agar ibu hamil dan bayinya selamat?
6. Kalau ada ibu hamil yang lupa ke posyandu apa yang dilakukan oleh bidan?
7. Apakah ada kriteria khusus untuk memilih seseorang menjadi kader?
8. Sosialisasi ke ibu hamil apakah terus dilakukan?
9. Bagaimana untuk dukun dan persalinan ke dukun bu?
10. Kalau misalkan saat posyandu menemukan ibu hamil yang risiko tinggi, apa yang dilakukan?
11. Pelatihan apa yang pernah ibu ikuti?

Penutup :

- a. Terima kasih atas kesediaan Anda untuk berpartisipasi dalam penelitian ini
- b. Semoga partisipasi Anda dapat bermanfaat bagi kemajuan ilmu pengetahuan

Jember,

2017

Yusron Syarifuddin



LAMPIRAN D. Lembar Wawancara Untuk Informan Utama**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER****FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**

Jln. Kalimantan I/93 Kampus Tegal Boto Kotak Pos 159 Jember 68121

Telp. (0331) 337878, 322995, 331743 Fax (0331) 322995

Laman : www.fkm-unej.ac.id**PANDUAN WAWANCARA UNTUK KADER POSYANDU**

Judul : Kajian Faktor Tingginya Angka Kematian Bayi (AKB) pada Desa
Siaga Di Wilayah Kerja Puskesmas Sukowono Kabupaten Jember

Nama Informan :

Tanggal Wawancara :

Lokasi Wawancara :

Pedoman Panduan Wawancara :

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

Panduan Wawancara (*Interview Guide*)

1. Berapakah usia ibu?
 2. Sudah berapa lama menjadi kader?
 3. Mengapa bida menjadi kader?
 4. Pendidikan terakhir ibu apa?
 5. Kelengkapan peralatan di posyandu bagaimana bu?
 6. Kalau ada ibu hamil risiko tinggi apa yang akan dilakukan kader bu?
 7. Untuk persalinan apakah ada yang ke dukun bu?
 8. Apakah ibu mengetahui kunjungan rumah?
 9. Apakah pernah ibu melakukan kunjungan rumah?
 10. Bagaimana untuk honor dan banyaknya kader bu? Apakah sudah cukup?
-

Penutup :

- a. Terima kasih atas kesediaan Anda untuk berpartisipasi dalam penelitian ini
- b. Semoga partisipasi Anda dapat bermanfaat bagi kemajuan ilmu pengetahuan

Jember,

2017

Yusron Syarifuddin



LAMPIRAN E. Lembar Wawancara Untuk Informan Kunci

**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER**

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Jln. Kalimantan I/93 Kampus Tegal Boto Kotak Pos 159 Jember 68121

Telp. (0331) 337878, 322995, 331743 Fax (0331) 322995

Laman : www.fkm-unej.ac.id

PANDUAN WAWANCARA UNTUK BIDAN KOORDINATOR KECAMATAN

Judul : Kajian Faktor Tingginya Angka Kematian Bayi (AKB) pada Desa Siaga Di Wilayah Kerja Puskesmas Sukowono Kabupaten Jember

Nama Informan :

Tanggal Wawancara :

Lokasi Wawancara :

Pedoman Panduan Wawancara :

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

Panduan Wawancara (*Interview Guide*)

1. Berapakah usia ibu?
2. Sudah berapa lama menjadi bidan?
3. Apakah pendidikan terakhir ibu?
4. Dimanakah tempat tinggal ibu?
5. Di daerah sini dukun bagaimana bu?
6. Apakah mungkin puskesmas mempunyai cara untuk mengurangi persalinan ke dukun atau mengurangi bahkan tidak ada dukun melakukan persalinan?
7. Apa penyebab bayi meninggal disini bu?
8. Unruk kedepannya apakah ada target budan apakah ada cara baru untuk mengurangi AKB ini?
9. Untuk pelatihan bidan bagaimana bu? Pelatihan apa saja yang sudah diikuti bidan?

Penutup :

- a. Terima kasih atas kesediaan Anda untuk berpartisipasi dalam penelitian ini
- b. Semoga partisipasi Anda dapat bermanfaat bagi kemajuan ilmu pengetahuan

Jember,

2017

Yusron Syarifuddin



LAMPIRAN F. Lembar Wawancara Untuk Informan Kunci**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER****FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**

Jln. Kalimantan I/93 Kampus Tegal Boto Kotak Pos 159 Jember 68121

Telp. (0331) 337878, 322995, 331743 Fax (0331) 322995

Laman : www.fkm-unej.ac.id**PANDUAN WAWANCARA UNTUK KEPALA PUSKESMAS**

Judul : Kajian Faktor Tingginya Angka Kematian Bayi (AKB) pada Desa Siaga Di Wilayah Kerja Puskesmas Sukowono Kabupaten Jember

Nama Informan :

Tanggal Wawancara :

Lokasi Wawancara :

Pedoman Panduan Wawancara :

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

Panduan Wawancara (*Interview Guide*)

1. Berapa usia bapak sekarang?
2. Sudah berapa lama menjadi kepala puskesmas?
3. Apakah pendidikan terakhir bapak?
4. Bagaimana cara bapak mengurangi kematian bayi di Kecamatan Sukowono?
5. Apakah ada kendala dan solusinya?
6. Apakah bapak pernah mengeluarkan kebijakan?
7. Bagaimana dukun di Kecamatan Sukowono sekarang pak?
8. Bagaimana cara Puskesmas Sukowono bapak memberitahu dukun agar tidak melakukan persalinan dan memberitahu ibu hamil agar tidak melakukan persalinan ke dukun?
9. Apakah ada target kedepannya pak untu menurunkan AKB di Kecamatan Sukowono ini?

10. Disini apakah ada daerah terpencil atau sulit di jangkau pak?

11. Kalau ada bagaimana cara bapak menjangkau daerah tersebut?

Penutup :

- a. Terima kasih atas kesediaan Anda untuk berpartisipasi dalam penelitian ini
- b. Semoga partisipasi Anda dapat bermanfaat bagi kemajuan ilmu pengetahuan

Jember,

2017

Yusron Syarifuddin



LAMPIRAN G. Lembar Wawancara Untuk Informan Tambahan**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER****FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**

Jln. Kalimantan I/93 Kampus Tegal Boto Kotak Pos 159 Jember 68121

Telp. (0331) 337878, 322995, 331743 Fax (0331) 322995

Laman : www.fkm-unej.ac.id**PANDUAN WAWANCARA KELUARGA ATAU TETANGGA**

Judul : Kajian Faktor Tingginya Angka Kematian Bayi (AKB) pada Desa
Siaga Di Wilayah Kerja Puskesmas Sukowono Kabupaten Jember

Nama Informan :

Tanggal Wawancara :

Lokasi Wawancara :

Pedoman Panduan Wawancara :

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

Panduan Wawancara (*Interview Guide*)

1. Berapakah usia Anda?
2. Ada hubungan apa Anda dengan beliau?
3. Apakah Anda tau atau mengantar kalau beliau pergi ke posyandu?
4. Kalau mengantar, apakah beliau rutin ke posyandu?
5. Kalau mengantar, apa saja yang dilakukan kader atau bidan kepada beliau?
6. Menurut Anda bagaimana pelayanan petugas kesehatan didaerah sini?
7. Bagaimana kondisi jalan dan jarak dari rumah Anda ke pelayanan kesehatan terdekat?

Penutup :

- a. Terima kasih atas kesediaan Anda untuk berpartisipasi dalam penelitian ini
- b. Semoga partisipasi Anda dapat bermanfaat bagi kemajuan ilmu pengetahuan

Jember,

2017

Yusron Syarifuddin



LAMPIRAN H. Lembar Wawancara Untuk Informan Tambahan**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER****FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**

Jln. Kalimantan I/93 Kampus Tegal Boto Kotak Pos 159 Jember 68121

Telp. (0331) 337878, 322995, 331743 Fax (0331) 322995

Laman : www.fkm-unej.ac.id**PANDUAN WAWANCARA DUKUN BAYI**

Judul : Kajian Faktor Tingginya Angka Kematian Bayi (AKB) pada Desa Siaga Di Wilayah Kerja Puskesmas Sukowono Kabupaten Jember

Nama Informan :

Tanggal Wawancara :

Lokasi Wawancara :

Pedoman Panduan Wawancara :

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

Panduan Wawancara (*Interview Guide*)

1. Berapa umur ibu?
2. Sudah berapa lama menjadi dukun bayi?
3. Dari mana belajar memiliki keahlian dukun bayi?
4. Dulu apakah banyak yang datang atau manggil ibu?
5. Setiap persalinan mendapat berapa bu uangnya?
6. Peralatan apa saja yang digunakan bu?
7. Kegiatannya apa saja bu?
8. Apakah pernah petugas kesehatan kesini untuk memberitahu ibu?
9. Apa saja yang di beritahukan petugas kesehatan bu?
10. sekarang kan dukun bermitra, berapa yang di dapat ibu kalau mengantarkan ibu yang mau bersalin?
11. Apakah ibu pernah di oanggil ke puskesmas?

12. Disana di kasih tau apa saja?

Penutup :

- a. Terima kasih atas kesediaan Anda untuk berpartisipasi dalam penelitian ini
- b. Semoga partisipasi Anda dapat bermanfaat bagi kemajuan ilmu pengetahuan

Jember,

2017

Yusron Syarifuddin



LAMPIRAN I. Surat Ijin Pengambilan Data Bakesbangpol



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
 Jalan Letjen S Parman No. 89 ☎ 337853 Jember

Kepada
 Yth. Sdr. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Jember
 di -
 J E M B E R

SURAT REKOMENDASI

Nomor : 072/184/314/2016

Tentang

PENGAMBILAN DATA

- Dasar : 1. Peraturan Daerah Kabupaten Jember No. 6 Tahun 2012 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kab. Jember
 2. Peraturan Bupati Jember No. 46 Tahun 2014 tentang Pedoman Penertiban Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember.
- Memperhatikan : Surat Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember tanggal 01 Pebruari 2016 Nomor : 402/UN25.1.12/SP/2016 perihal Ijin Pengambilan Data

MEREKOMENDASIKAN

- Nama / NIM. : Yusron Syarifuddin 102110101060
 Instansi : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
 Alamat : Jl. Kalimantan I/93 Kampus Bumi Tegal Boto Jember
 Keperluan : Mengadakan Pengambilan Data untuk penyusunan Skripsi tentang :
 - Program utama dari Dinas Kesehatan terkait promosi kesehatan untuk Puskesmas se-Kabupaten Jember
 - Capaian program utama terkait promosi kesehatan Puskesmas se-Kabupaten Jember (data terbaru).
- Lokasi : Dinas Kesehatan Kabupaten Jember
 Tanggal : 04-02-2016 s/d 04-03-2016

Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

Pelaksanaan Rekomendasi ini diberikan dengan ketentuan :

1. Kegiatan dimaksud 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
 Tanggal : 04-02-2016

An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK
 KABUPATEN JEMBER
 Kabid Kajian Strategis & Politis



Drs. SLAMET WIJOKO, M.Si.
 Pembina
 NIP. 19631212 198606 1004

- Tembusan :
 Yth. Sdr. : 1. Dekan FKM Universitas Jember
 2. Ybs.

LAMPIRAN J. Surat Ijin Pengambilan Data Dinas Kesehatan



**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
DINAS KESEHATAN**

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

Jember, 04 Februari 2016

Nomor : 440 / 4750 / 414 / 2016
Sifat : Penting
Lampiran : -
Perihal : Ijin Pengambilan Data

Kepada :
Yth. Sdr. Kepala Bidang PPM Dinas Kesehatan
Kab. Jember
di -

JEMBER

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/184/314/2016, Tanggal 04 Februari 2016, Perihal Ijin Pengambilan Data, dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :

Nama : Yusron Syarifuddin
NIM : 102110101060
Alamat : Jl. Kalimantan I/93 Kampus Bumi Tegal Boto Jember
Fakultas : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
Keperluan : Mengadakan Pengambilan Data :
- Program Utama dari Dinas Kesehatan Terkait Promosi Kesehatan untuk Puskesmas Se - Kabupaten Jember
- Capaian Program Utama Terkait Promosi Kesehatan Puskesmas Se - Kabupaten Jember (Data Terbaru)
Waktu Pelaksanaan : 04 Februari 2016 s/d 04 Maret 2016

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

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

Selanjutnya Saudara dapat memberi bimbingan dan arahan kepada yang bersangkutan.

Demikian dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

**KEPALA DINAS KESEHATAN
KABUPATEN JEMBER**


dr. BAMBANG SUWARTONO, MM
Pembina Utama Muda
NIP. 19570202 198211 1 002

Tembusan:
Yth. Sdr. Yang bersangkutan
di Tempat

LAMPIRAN K. Surat Ijin Penelitian Bakesbangpol



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
 Jalan Letjen S Parman No. 89 ☎ 337853 Jember

Kepada
 Yth. Sdr. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Jember
 di -

T E M P A T

SURAT REKOMENDASI

Nomor : 072/2621/314/2017

Tentang

PENELITIAN

- Dasar : 1. Peraturan Daerah Kabupaten Jember No. 6 Tahun 2012 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kab. Jember
 2. Peraturan Bupati Jember No. 46 Tahun 2014 tentang Pedoman Penertiban Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember.
- Memperhatikan : Surat Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember tanggal 11 April 2017 Nomor : 1814/UN25.1.12/SP/2017 perihal Ijin Penelitian

MEREKOMENDASIKAN

- Nama / NIM. : Yusron Syarifuddin 102110101060
 Instansi : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
 Alamat : Jl. Kalimantan I/93 Kampus Bumi Tegal Boto Jember
 Keperluan : Mengadakan Penelitian Mandiri dengan judul :
 "Kajian Faktor Tingginya Angka Kematian Bayi (AKB) Pada Desa Siaga di Wilayah Kerja Puskesmas Sukowono Kabupaten Jember".
 Lokasi : Dinas Kesehatan dan Puskesmas Sukowono Kabupaten Jember
 Waktu Kegiatan : April s/d Juni 2017

Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

1. Kegiatan dimaksud 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
 Tanggal : 17-04-2017

An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK
 KABUPATEN JEMBER
 Kabid. Kajian Strategis dan Politis


ACHMAD DAVID F. S. Sos
 Penata Tk. I
 NIP. 19690912 199602 1 001

- Tembusan :
 Yth. Sdr. : 1. Dekan FKM Universitas Jember;
 2. Ybs.

LAMPIRAN L. Surat Ijin Penelitian Dinas Kesehatan

**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
DINAS KESEHATAN**

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

Jember, 21 April 2017

Nomor : 440 / 8263 / 311 / 2017
Sifat : Penting
Lampiran : -
Perihal : Ijin Penelitian

Kepada :
Yth.Sdr. 1. Kepala Bidang Kesmas
Dinas Kesehatan Kab. Jember
2. Plt. Kepala Puskesmas Sukowono
di -

J E M B E R

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/2621/314/2016, Tanggal 17 April 2017, Perihal Ijin Penelitian, dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :

Nama : YUSRON SYARIFUDDIN
NIM : 102110101060
Alamat : Jl. Kalimantan I/93 Kampus Bumi Tegal Boto Jember
Fakultas : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
Keperluan : Melaksanakan Penelitian Tentang
Kajian Faktor Tingginya Angka Kematian Bayi (AKB) pada Desa
Siaga di Wilayah Kerja Puskesmas Sukowono Kabupaten Jember
Waktu Pelaksanaan : 21 April 2017 s/d 21 Mei 2017

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

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

Selanjutnya Saudara dapat memberi bimbingan dan arahan kepada yang bersangkutan.

Demikian dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

**KEPALA DINAS KESEHATAN
KABUPATEN JEMBER**



dr. SITI NURUL QOMARIYAH, M.Kes
Pembina Tingkat I
NIP. 19680206 199603 2 004

Tembusan:
Yth. Sdr. Yang bersangkutan
di Tempat

LAMPIRAN M. Dokumentasi



Dokumentasi 1.

Wawancara mendalam dengan IU 1



Dokumentasi 2.

Wawancara mendalam dengan IU 2



Dokumentasi 3.

Wawancara mendalam dengan IU 8



Dokumentasi 4.

Wawancara mendalam dengan IU 11



Dokumentasi 5.

Wawancara mendalam dengan IK 1



Dokumentasi 6.

Wawancara mendalam dengan IK 2



Dokumentasi 7.

Wawancara mendalam dengan IT 1