

**LAPORAN PELAKSANAAN MAGANG
DI DINAS KESEHATAN PROVINSI JAWA TIMUR**

**ANALISIS PERBEDAAN CAKUPAN PELAYANAN ANTENATAL, PENOLONG
PERSALINAN, PELAYANAN IBU NIFAS DAN *MATERNAL MORTALITY RATE*
(MMRATE) MENURUT KAWASAN SOSIO BUDAYA JAWA TIMUR TAHUN 2018**



**Oleh:
DIANATUL FITRI
NIM. 101611133141**

**DEPARTEMEN BIostatistika DAN KEPENDUDUKAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2020**

**LAPORAN PELAKSANAAN MAGANG
DI DINAS KESEHATAN PROVINSI JAWA TIMUR**

Disusun Oleh:
DIANATUL FITRI
NIM. 101611133141

Telah disahkan dan diterima dengan baik oleh:

Pembimbing Departemen,

Tanggal 07 Februari 2020



Yuly Sulistyorini, S.KM., M.Kes
NIP. 197607242008012007

Pembimbing di Dinas Kesehatan Prov.Jawa Timur,

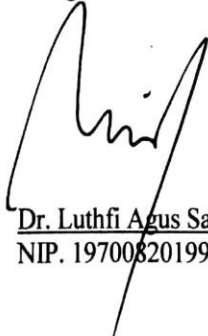
Tanggal 07 Februari 2020



drg. Sulvy Dwi Anggraini, M.Kes
NIP. 197802072005022002

Mengetahui

Tanggal 07 Februari 2020



Dr. Luthfi Agus Salim, S.KM., M.Si
NIP. 197008201997021001

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami haturkan kepada Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga dapat terselesaikannya laporan magang dengan judul “ANALISIS PERBEDAAN CAKUPAN PELAYANAN ANTENATAL, PENOLONG PERSALINAN OLEH TENAGA KESEHATAN, PELAYANAN IBU NIFAS DAN MATERNAL MORTALITY RATE (MMR) MENURUT KAWASAN SOSIO BUDAYA JAWA TIMUR TAHUN 2018”, sebagai salah satu persyaratan dalam rangka menyelesaikan magang di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga dapat terselesaikan dengan baik.

Laporan magang ini menjabarkan tentang cakupan pelayanan antenatal, penolong persalinan oleh tenaga kesehatan, pelayanan ibu nifas, dan *Maternal Mortality Rate* (MMRate) berdasarkan kawasan sosio budaya. Jawa Timur terbagi menjadi 4 kawasan besar yaitu, Mataraman, Arek, Madura, dan Pendalungan. Keempat kawasan tersebut memiliki ciri dan budaya yang berbeda terkait kesehatan masyarakat.

Pada kesempatan ini saya sampaikan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada Yuly Sulistyorini, S.KM., M.Kes selaku dosen pembimbing yang telah memberikan petunjuk, koreksi, dan saran sehingga laporan ini dapat disusun dengan baik. Terima kasih dan penghargaan juga saya sampaikan kepada yang terhormat:

1. drg. Sulvy Dwi Anggraini, M.Kes., selaku Kepala Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi Masyarakat.
2. Siti Fatimah, A. Md. Keb. S.Pd. MM.Kes., selaku penanggung jawab program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA).
3. Susri Rahayu, S.KM. M.MKes., selaku penanggung jawab program Kesehatan Reproduksi (Kespro).
4. Seluruh pegawai di Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi Masyarakat atas bimbingan dan kesempatan untuk belajar.
5. Teman-teman magang di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur atas dukungan dan semangatnya.

Semoga Allah SWT memberikan balasan pahala atas segala amal yang telah diberikan dan semoga proposal skripsi ini berguna baik bagi saya sendiri maupun pihak lain yang memanfaatkan.

Surabaya, 07 Februari 2020

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
KATA PENGANTAR.....	iii
DAFTAR ISI.....	iv
DAFTAR TABEL.....	vi
DAFTAR GAMBAR.....	vii
DAFTAR LAMPIRAN.....	viii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Tujuan dan Manfaat.....	2
1.2.1 Tujuan Umum.....	2
1.2.2 Tujuan Khusus.....	2
1.2.3 Manfaat.....	2
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	4
2.1 Pengelolaan Program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA).....	4
2.2 Indikator Pemantauan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA).....	5
2.2.1 Akses Pelayanan Antenatal (Cakupan K1).....	6
2.2.2 Cakupan Pelayanan Ibu Hamil (Cakupan K4).....	6
2.2.3 Cakupan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan (Pn).....	6
2.2.4 Cakupan Pelayanan Nifas oleh Tenaga Kesehatan (KF3).....	7
2.3 Definisi Kematian Ibu.....	7
2.4 Indikator Kematian Ibu.....	8
2.5 Perbedaan <i>Maternal Mortality Ratio</i> dan <i>Maternal Mortality Rate</i>	9
2.6 Pembagian Kawasan Sosio-Budaya di Jawa Timur.....	9
BAB III METODE KEGIATAN MAGANG.....	12
3.1 Lokasi Magang.....	12
3.2 Waktu Magang.....	12
3.3 Metode Pelaksanaan Kegiatan.....	12
3.4 Variabel, Cara Pengukuran, dan Definisi Operasional.....	12
3.5 Teknik Pengumpulan Data.....	14
3.6 Teknik Analisis Data.....	14
3.7 Output Kegiatan.....	15
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	16
4.1 Gambaran Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.....	16
4.1.1 Tugas dan Fungsi.....	16

4.1.2 Visi Misi	16
4.1.3 Tantangan dan Peluang Pengembangan Pelayanan	17
4.1.4 Isu Strategis	17
4.2 Bidang Kesehatan Masyarakat	18
4.3 Deskripsi Hasil Kegiatan Magang.....	18
4.4 Identifikasi Cakupan K1, K4, Pn, KF3, dan MMRate	
Menurut Kabupaten/Kota	19
4.4.1 Identifikasi Cakupan K1 Menurut Kabupaten/Kota.....	19
4.4.2 Identifikasi Cakupan K4 Menurut Kabupaten/Kota.....	21
4.4.3 Identifikasi Cakupan Pn Menurut Kabupaten/Kota	23
4.4.4 Identifikasi Cakupan KF3 Menurut Kabupaten/Kota	25
4.4.5 Identifikasi Cakupan MMRate Menurut Kabupaten/Kota	27
4.3 Identifikasi Kawasan Sosio Budaya Di Jawa Timur	28
4.4 Analisis Perbedaan Cakupan K1 Menurut Kawasan Sosio Budaya.....	29
4.5 Analisis Perbedaan Cakupan K4 Menurut Kawasan Sosio Budaya.....	31
4.6 Analisis Perbedaan Cakupan Pn Menurut Kawasan Sosio Budaya	33
4.7 Analisis Perbedaan Cakupan KF3 Menurut Kawasan Sosio Budaya	36
4.8 Analisis Perbedaan MMRate Menurut Kawasan Sosio Budaya	38
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	41
5.1 Kesimpulan.....	41
5.2 Saran	42
DAFTAR PUSTAKA	43
LAMPIRAN.....	46

DAFTAR TABEL

Nomor	Judul Tabel	Halaman
3.1	Variabel, Cara Pengukuran, dan Definisi Operasional	12
4.1	Kawasan Sosio Budaya di Jawa Timur	28
4.2	Perbedaan Cakupan K1 Menurut 4 Kawasan Sosio Budaya	29
4.3	Uji <i>Anova One Way</i> Cakupan K1	30
4.4	Uji <i>Least Signifacance Different (LSD)</i> Cakupan K1	30
4.5	Perbedaan Cakupan K4 Menurut 4 Kawasan Sosio Budaya	31
4.6	Uji <i>Anova One Way</i> Cakupan K4	32
4.7	Perbedaan Cakupan Pn Menurut 4 Kawasan Sosio Budaya	33
4.8	Uji <i>Anova One Way</i> Cakupan Pn	34
4.9	Uji <i>Least Signifacance Different (LSD)</i> Cakupan Pn	34
4.10	Karakteristik Bidan di Kawasan Sosio Budaya	35
4.11	Karakteristik Masyarakat di Kawasan Sosio Budaya	36
4.11	Perbedaan Cakupan KF3 Menurut 4 Kawasan Sosio Budaya	36
4.12	Uji <i>Anova One Way</i> Cakupan KF3	37
4.13	Uji <i>Least Signifacance Different (LSD)</i> Cakupan KF3	37
4.14	Perbedaan MMRate Menurut 4 Kawasan Sosio Budaya	38
4.15	Uji <i>Anova One Way</i> MMRate	39

DAFTAR GAMBAR

Nomor	Judul Gambar	Halaman
2.1	Peta Budaya Jawa Timur.....	10
4.1	Cakupan K1 Menurut Kabupaten/Kota.....	20
4.2	Cakupan K4 Menurut Kabupaten/Kota.....	22
4.3	Cakupan Pn Menurut Kabupaten/Kota.....	24
4.4	Cakupan KF3 Menurut Kabupaten/Kota.....	26
4.5	<i>Maternal Mortality Rate</i> Menurut Kabupaten/Kota.....	27

DAFTAR LAMPIRAN

Nomor	Judul Lampiran	Halaman
1	Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.....	46
2	Data Cakupan K1, K4, Pn, dan KF3 Menurut Kabupaten/Kota.....	47
3	Data Kematian Ibu Menurut Kabupaten/Kota.....	48
4	Output SPSS Uji <i>Anova One Way</i> dan LSD.....	49
5	Dokumentasi Kegiatan.....	53
6	Catatan Kegiatan dan Daftar Absen Magang.....	54
7	Surat Izin Magang.....	56

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Angka Kematian Ibu (AKI) menurut *International Classification of Disease* ke-10 (ICD-10) merupakan banyaknya wanita yang meninggal dalam suatu penyebab kematian terkait dengan gangguan kehamilan atau penanganannya (tidak termasuk kecelakaan atau kasus insidental) selama kehamilan, melahirkan, dan masa nifas (42 hari setelah melahirkan) tanpa memperhitungkan lama kehamilan per 100.000 kelahiran hidup (Andriani, 2019). Menurut *World Health Organization* (2013), Angka Kematian Ibu (*Maternal Mortality Rate/ MMRate*) merupakan indikator risiko kematian ibu setiap 1.000 Wanita Usia Subur (WUS). Indikator ini memiliki kelebihan denominator (penyebut) yang mencakup proses kehamilan yang tidak berakhir sampai kelahiran. Sehingga penyebutnya lebih luas yaitu Wanita Usia Subur 15-49 tahun (WUS) (*World Health Organization*, 2013). Berdasarkan definisi tersebut, maka kematian ibu sangat erat kaitannya dengan proses kehamilan, kelahiran, dan paska persalinan.

Program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) mencakup 3 proses penting yang erat terkait dengan kematian ibu yaitu kehamilan, kelahiran, dan nifas. Program tersebut meliputi pelayanan antenatal, pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, dan pelayanan ibu nifas. Ketiga program diukur keberhasilannya dalam indikator pemantauan program KIA, meliputi akses pelayanan antenatal (cakupan K1), kelangsungan pelayanan ibu hamil (cakupan K4), penolong persalinan oleh tenaga kesehatan (cakupan Pn), dan kunjungan ibu nifas (KF3) (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2012).

Ada banyak faktor yang menyebabkan kematian ibu, diantaranya adalah komplikasi selama, setelah kehamilan serta ketika persalinan. Selain itu, terdapat faktor tidak langsung yang menjadi penyebab kematian ibu, yaitu faktor terlambat dan terlalu. Kedua faktor tersebut terkait dengan akses, sosial budaya, pendidikan, dan ekonomi (Andriani, 2019). Menurut Gabrysch dan Campbell dalam Andriani (2019), bahwa identifikasi penyebab keterlambatan ibu untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dikategorikan menjadi 4 faktor, yaitu faktor sosio budaya, kebutuhan atau manfaat yang dirasakan, aksesibilitas ekonomi, dan aksesibilitas geografis.

Masalah kesehatan ibu dan anak sangat erat dengan sosial budaya di masyarakat sehingga memerlukan kajian lebih mendalam dan spesifik pada etnis tertentu. Wujud budaya dapat berupa ide, gagasan, nilai, norma, peraturan, sistem sosial, dan sebagainya. Orientasi budaya menggambarkan sikap, pandangan, dan persepsi atas masalah kehidupan termasuk

masalah kesehatan yang dapat berdampak pada status kesehatan masyarakat secara umum (Angkasawati, Handayani, dan Laksono, 2013).

Permasalahan KIA juga sering menjadi masalah kesehatan lokal yang terkait sosial budaya setempat (Angkasawati, Handayani, dan Laksono, 2013). Jawa Timur dalam konteks sosio budaya secara garis besar memiliki 4 kawasan, yaitu Mataraman, Arek, Madura, dan Pendalungan. Setiap kawasan memiliki persepsi dan budaya yang berbeda terutama dalam lingkup ibu hamil. Oleh karena itu, laporan ini akan membahas analisis perbedaan cakupan K1, K4, Pn, KF3, dan *Maternal Mortality Rate* (MMRate) menurut 4 kawasan sosio BUDAYAdi Jawa Timur.

1.2 Tujuan dan Manfaat

1.2.1 Tujuan Umum

Menjelaskan perbedaan cakupan K1, K4, Pn, KF3, dan MMRate menurut kawasan sosio budaya di Provinsi Jawa Timur.

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi cakupan K1, K4, Pn, KF3 dan MMRate tahun 2018 menurut kabupaten/kota di Jawa Timur.
2. Mengidentifikasi kawasan sosio budaya di Jawa Timur.
3. Menganalisis perbedaan cakupan K1 tahun 2018 menurut kawasan sosio budaya di Provinsi Jawa Timur.
4. Menganalisis perbedaan cakupan K4 tahun 2018 menurut kawasan sosio budaya di Provinsi Jawa Timur.
5. Menganalisis perbedaan cakupan Pn tahun 2018 menurut kawasan sosio budaya di Provinsi Jawa Timur.
6. Menganalisis perbedaan cakupan KF3 tahun 2018 menurut kawasan sosio budaya di Provinsi Jawa Timur.
7. Menganalisis perbedaan MMRate tahun 2018 menurut kawasan sosio budaya di Provinsi Jawa Timur.

1.2.3 Manfaat

1. Bagi Mahasiswa
 - a. Menambah pengalaman, keterampilan, penyesuaian sikap, dan penghayatan pengetahuan di dunia kerja.

- b. Meningkatkan pengetahuan, sikap, dan keterampilan dalam bidang Ilmu Kesehatan Masyarakat.
 - c. Melatih kemampuan bekerja sama dengan orang lain atau tim.
 - d. Sebagai sarana untuk menerapkan atau mengaplikasikan Ilmu Kesehatan Masyarakat khususnya pada bidang Biostatistika dan Kependudukan.
 - e. Mempelajari kondisi di lapangan, permasalahan yang ada, serta mampu mengidentifikasi prosedur kerja di tempat magang.
2. Bagi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur
- a. Mendapatkan masukan baru pengembangan keilmuan di perguruan tinggi.
 - b. Menciptakan kerjasama yang saling menguntungkan dan bermanfaat antara instansi tempat magang dengan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.
 - c. Mengetahui potensi sumber daya manusia (mahasiswa) saat ini, terutama mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga, sehingga dapat digunakan sebagai informasi dalam proses rekrutmen pegawai (tenaga kesehatan).
3. Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat
- a. Laporan magang dapat menjadi salah satu audit internal kualitas pembelajaran.
 - b. Mendapatkan masukan yang bermanfaat untuk menyempurnakan kurikulum yang sesuai dengan kebutuhan lapangan kerja.
 - c. Sebagai data pendahuluan yang dapat digunakan untuk pelaksanaan magang selanjutnya serta dapat meningkatkan kualitas hard skill dan soft skill mahasiswa yang dapat meningkatkan kualitas lulusannya.
 - d. Dapat digunakan sebagai tambahan bacaan atau referensi ruang baca Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga mengenai pengalaman kerja dan pembelajaran selama magang.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Pengelolaan Program KIA

Pengelolaan program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) bertujuan memantapkan dan meningkatkan jangkauan serta mutu pelayanan KIA secara efektif dan efisien (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2012). Ada 10 kegiatan pokok sebagai berikut:

1. Pelayanan antenatal

Pelayanan antenatal adalah pelayanan kesehatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan untuk ibu selama masa kehamilannya, dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan antenatal yang ditetapkan dalam Standar Pelayanan Kebidanan (SPK).

2. Pertolongan persalinan

Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan adalah pelayanan persalinan yang aman yang dilakukan oleh tenaga kesehatan yang kompeten. Pada kenyataan di lapangan, masih terdapat penolong persalinan yang bukan tenaga kesehatan dan dilakukan di luar fasilitas pelayanan kesehatan.

3. Pelayanan kesehatan ibu nifas

Pelayanan kesehatan ibu nifas adalah pelayanan kesehatan sesuai standar pada ibu mulai 6 jam sampai 42 hari pasca bersalin oleh tenaga kesehatan.

4. Pelayanan kesehatan neonatus

Pelayanan kesehatan neonatus adalah pelayanan kesehatan sesuai standar yang diberikan oleh tenaga kesehatan yang kompeten kepada neonatus sedikitnya 3 kali, selama periode 0 sampai dengan 28 hari setelah lahir, baik di fasilitas kesehatan maupun melalui kunjungan rumah.

5. Deteksi dini faktor risiko dan komplikasi kebidanan dan neonatus oleh tenaga kesehatan maupun masyarakat

Deteksi dini kehamilan dengan faktor risiko adalah kegiatan yang dilakukan untuk menemukan ibu hamil yang mempunyai faktor risiko dan komplikasi kebidanan.

6. Penanganan komplikasi kebidanan

Penanganan komplikasi kebidanan adalah pelayanan kepada ibu dengan komplikasi kebidanan untuk mendapat penanganan definitif sesuai standar oleh tenaga kesehatan kompeten pada tingkat pelayanan dasar dan rujukan.

7. Pelayanan neonatus dengan komplikasi

Pelayanan Neonatus dengan komplikasi adalah penanganan neonatus dengan penyakit dan kelainan yang dapat menyebabkan kesakitan, kecacatan dan kematian oleh dokter/bidan/perawat terlatih di polindes, puskesmas, puskesmas PONED, rumah bersalin dan rumah sakit pemerintah/swasta.

8. Pelayanan kesehatan bayi

Pelayanan kesehatan bayi adalah pelayanan kesehatan sesuai standar yang diberikan oleh tenaga kesehatan kepada bayi sedikitnya 4 kali, selama periode 29 hari sampai dengan 11 bulan setelah lahir.

9. Pelayanan kesehatan anak balita

Bentuk pelaksanaan tumbuh kembang anak di lapangan dilakukan dengan mengacu pada pedoman Stimulasi, Deteksi dan Intervensi Tumbuh Kembang Anak (SDIDTK) yang dilaksanakan oleh tenaga kesehatan di puskesmas dan jajarannya seperti dokter, bidan perawat, ahli gizi, penyuluh kesehatan masyarakat dan tenaga kesehatan lainnya yang peduli dengan anak.

10. Pelayanan KB berkualitas

Pelayanan KB berkualitas adalah pelayanan KB sesuai standar dengan menghormati hak individu dalam merencanakan kehamilan sehingga diharapkan dapat berkontribusi dalam menurunkan Angka Kematian Ibu dan menurunkan tingkat fertilitas (kesuburan) bagi pasangan yang telah cukup memiliki anak (2 anak lebih baik) serta meningkatkan fertilitas bagi pasangan yang ingin mempunyai anak.

2.2 Indikator Pemantauan Program KIA

Indikator pemantauan program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) dipakai untuk Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS KIA) meliputi indikator yang dapat menggambarkan kegiatan pokok dalam program KIA. Terdapat 13 indikator program KIA, yaitu cakupan K1, cakupan K4, cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan, cakupan pelayanan nifas oleh tenaga kesehatan, cakupan pelayanan neonatus pertama, cakupan pelayanan kesehatan neonatus lengkap, deteksi faktor risiko dan komplikasi oleh masyarakat, cakupan penanganan komplikasi obstetri, cakupan penanganan komplikasi neonatus, cakupan pelayanan kesehatan bayi, cakupan pelayanan anak balita, cakupan pelayanan kesehatan anak balita sakit yang dilayani sesuai standar, dan cakupan peserta KB aktif (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2012).

2.2.1 Akses Pelayanan Antenatal (Cakupan K1)

Akses pelayanan antenatal merupakan cakupan ibu hamil yang pertama kali mendapat pelayanan antenatal oleh tenaga kesehatan di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Indikator akses ini digunakan untuk mengetahui jangkauan pelayanan antenatal serta kemampuan program dalam menggerakkan masyarakat (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2012).

Berikut rumus yang dipakai untuk perhitungan cakupan K1:

$$\frac{\text{Jumlah ibu hamil yang pertama kali mendapat pelayanan antenatal oleh tenaga kesehatan di suatu wilayah kerja dan kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah sasaran ibu hamil di suatu wilayah kerja dalam 1 tahun}} \times 100\%$$

Jumlah sasaran ibu hamil dalam 1 tahun diperoleh melalui proyeksi yang dihitung berdasarkan rumus berikut:

$$1,10 \times \text{Angka Kelahiran Kasar (CBR)} \times \text{Jumlah Penduduk}$$

2.2.2 Cakupan Pelayanan Ibu Hamil (Cakupan K4)

Cakupan pelayanan ibu hamil adalah cakupan ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal sesuai dengan standar, paling sedikit empat kali dengan distribusi waktu 1 kali pada trimester ke-1, 1 kali pada trimester ke-2 dan 2 kali pada trimester ke-3 di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Indikator ini menggambarkan kemampuan manajemen atau kelangsungan program KIA (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2012).

Berikut rumus yang dipakai untuk perhitungan cakupan K4:

$$\frac{\text{Jumlah ibu hamil yang mendapat pelayanan antenatal minimal 4 kali sesuai standar oleh tenaga kesehatan di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah sasaran ibu hamil di suatu wilayah kerja dalam 1 tahun}} \times 100\%$$

Jumlah sasaran ibu hamil dalam 1 tahun diperoleh melalui proyeksi yang dihitung berdasarkan rumus berikut:

$$1,10 \times \text{Angka Kelahiran Kasar (CBR)} \times \text{Jumlah Penduduk}$$

2.2.3 Cakupan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan (Pn)

Cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan adalah cakupan ibu bersalin yang mendapat pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan, di suatu wilayah kerja dalam kurun waktu tertentu. Indikator ini menggambarkan kemampuan manajemen program KIA dalam pertolongan persalinan sesuai standar (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2012).

Berikut rumus yang dipakai untuk perhitungan cakupan Pn:

$$\frac{\text{Jumlah persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan kompeten di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah sasaran ibu bersalin di suatu wilayah kerja dalam 1 tahun}} \times 100\%$$

Jumlah sasaran ibu bersalin dalam 1 tahun diperoleh melalui proyeksi yang dihitung berdasarkan rumus berikut:

$$1,05 \times \text{Angka Kelahiran Kasar (CBR)} \times \text{Jumlah Penduduk}$$

2.2.4 Cakupan Pelayanan Nifas oleh Tenaga Kesehatan (KF3)

Cakupan pelayanan nifas oleh tenaga kesehatan adalah cakupan pelayanan kepada ibu pada masa 6 jam sampai dengan 42 hari pasca bersalin sesuai standar paling sedikit 3 kali dengan distribusi waktu 6 jam s/d hari ke-3 (KF1), hari ke-4 s/d hari ke-28 (KF2) dan hari ke-29 s/d hari ke-42 (KF3) setelah bersalin di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Indikator ini menggambarkan jangkauan dan kualitas pelayanan ibu nifas, Keluarga Berencana, serta kemampuan manajemen atau kelangsungan program KIA (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2012).

Berikut rumus yang dipakai untuk perhitungan cakupan KF3:

$$\frac{\text{Jumlah ibu nifas yang telah memperoleh 3 kali pelayanan nifas sesuai standar oleh tenaga kesehatan di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah sasaran ibu nifas di suatu wilayah kerja dalam 1 tahun}} \times 100\%$$

Jumlah sasaran ibu nifas sama dengan jumlah sasaran ibu bersalin, yaitu diperoleh dari proyeksi yang dihitung dari rumus berikut :

$$1,05 \times \text{Angka Kelahiran Kasar (CBR)} \times \text{Jumlah Penduduk}$$

2.3 Definisi Kematian Ibu

Kematian ibu merupakan kematian seorang wanita yang terjadi saat hamil atau dalam 42 hari setelah akhir kehamilannya yang diakibatkan oleh sebab apapun yang terkait dengan atau diperburuk oleh kehamilannya atau penanganannya, tetapi bukan disebabkan oleh insiden dan kecelakaan (Triana. *et al.*, 2015). Berdasarkan penyebabnya, kematian ibu terbagi menjadi 2, yaitu :

1. Penyebab langsung

Mencakup kematian ibu akibat penyulit obstetrik pada kehamilan, persalinan, atau masa nifas, dan akibat intervensi, kelalaian, kesalahan terapi, atau rangkaian kejadian yang terjadi dari faktor-faktor yang telah disebutkan, seperti kematian ibu akibat perdarahan

karena ruptur uterus (Leveno, 2003). Menurut Leveno (2003), secara umum terdapat 5 penyebab utama langsung kematian ibu yaitu perdarahan, Hipertensi Dalam Kehamilan (HDK), infeksi, partus lama atau macet, dan abortus.

2. Penyebab tidak langsung

Mencakup kematian ibu yang tidak secara langsung disebabkan oleh kasus obstetri, tetapi terjadi akibat penyakit yang sudah ada sebelumnya, atau penyakit yang timbul sewaktu hamil, persalinan, atau masa nifas. Hal ini diperparah oleh adaptasi fisiologis ibu terhadap kehamilan, seperti kematian ibu akibat komplikasi stenosis mitral (Leveno, 2003).

2.4 Indikator Kematian Ibu

Menurut *World Health Organization* (2013), ada 4 indikator yang dikembangkan untuk ukuran kematian ibu, yaitu:

1. *Maternal Mortality Ratio* (MMRatio)

MMRatio merupakan jumlah kematian ibu setiap 100.000 kelahiran hidup. Indikator ini paling sering digunakan.

$$\text{MMRatio} = \frac{\text{Jumlah kematian ibu}}{\text{Jumlah kelahiran hidup}} \times 100.000$$

2. *Maternal Mortality Rate* (MMRate)

MMRate merupakan indikator risiko kematian ibu setiap 1.000 Wanita Usia Subur (WUS).

$$\text{MMRate} = \frac{\text{Jumlah kematian ibu}}{\text{Jumlah wanita usia subur (15-49 tahun)}} \times 1.000$$

Atau

$$\text{MMRate} = \text{MMRatio} \times \text{General Fertility Rate (GFR)}$$

$$\text{GFR} = \frac{\text{Jumlah kelahiran hidup}}{\text{Jumlah wanita usia subur (15-49 tahun)}} \times 1.000$$

3. *Proportion of Maternal Deaths of Reproductive Age* (PMDF)

Indikator ini mengekspresikan arti penting kematian ibu yang relatif terhadap penyebab lain kematian di kalangan WUS.

$$\text{PMDF} = \frac{\text{Jumlah kematian ibu}}{\text{Jumlah kematian wanita usia subur (15-49 tahun)}} \times 1.000$$

4. *Lifetime Risk* (LTR)

Indikator ini digunakan untuk tujuan advokasi. LTR menggambarkan kemungkinan seorang wanita meninggal dengan penyebab *maternal mortality* selama 35 tahun masa reproduksinya.

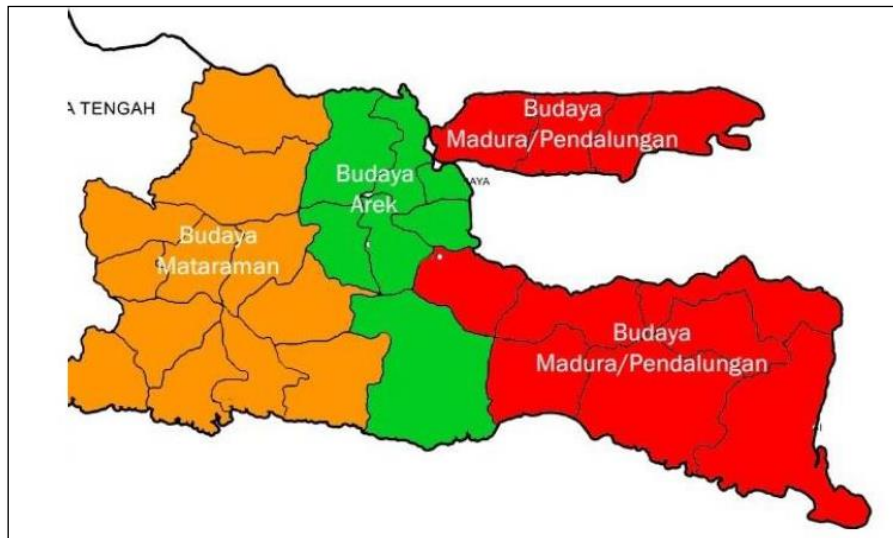
$$\text{LTR} = 1 - \left(1 - \frac{\text{MMRatio}}{100.000}\right)^{\text{TFR}} \text{ atau } 35 \times \text{MMRate}$$

2.5 Perbedaan *Maternal Mortality Ratio* dan *Maternal Mortality Rate*

MMRatio dirancang untuk menggambarkan risiko obstetri tetapi tidak memperhitungkan proses kehamilan yang tidak berakhir sampai kelahiran sebagai denominator (penyebut). Secara teori, untuk melengkapi denominator, maka kehamilan juga diperhitungkan sebagai pelengkap, namun dalam praktiknya jarang tersedia data kehamilan yang tidak berakhir pada kelahiran hidup. MMRatio tidak memperhitungkan kehamilan yang lahir mati pada denominasinya. MMRate mengindikasikan risiko kematian ibu pada WUS. Indikator ini meniadakan efek tingkat kesuburan, namun MMRate memiliki kelebihan denominator yang mencakup proses kehamilan yang tidak berakhir sampai kelahiran. Sehingga denominasinya lebih luas yaitu Wanita Usia Subur 15-49 tahun (WUS) (*World Health Organization*, 2013).

2.6 Pembagian Kawasan Sosio-Budaya di Jawa Timur

Menurut Surokim dan Wahyudi (2013), Provinsi Jawa Timur terbagi menjadi 3 kawasan besar menurut pendekatan sosio budaya, yaitu Budaya Mataraman, Budaya Arek, Budaya Madura atau Pandalungan. Menurut Zoebazary (2017), bahwa antara budaya Madura dan Pandalungan memiliki ciri yang berbeda. Kawasan Pandalungan merupakan tempat bertemunya masyarakat kebudayaan Jawa-Madura yang kemudian membentuk kebudayaan yang unik. Beberapa sumber menyebutkan istilah yang berbeda seperti Pandalungan, Pandalungan, dan Tapal Kuda. Menurut Zoebazary (2017), istilah yang tepat adalah Pandalungan.



Sumber: Surokim dan Wahyudi (2013)

Gambar 2.1 Peta Budaya Jawa Timur

1. Budaya Mataraman

Mewakili budaya masyarakat pedalaman dan terpengaruh oleh budaya kerajaan di Yogyakarta atau Jawa Tengah. Adat istiadat dan bahasa sehari-hari menggunakan bahasa Jawa dan halus. Mayoritas masyarakat bekerja di sektor pertanian, perdagangan, dan industri kecil. Sebaran wilayahnya meliputi Tuban, Lamongan, Bojonegoro, Ngawi, Nganjuk, Madiun, Ponorogo, Pacitan, Trenggalek, Tulungagung, Kediri, dan Blitar (Surokim dan Wahyudi, 2013). Menurut Sunarno (2012), siklus kehidupan manusia diawali oleh masa kehamilan. Pada masa ini merupakan asal mula kehidupan yang terdiri dari unsur fisik dan rohani.

Perilaku ibu di Blitar yang merupakan salah satu kawasan Mataraman menunjukkan bahwa ibu memiliki aturan yang tidak boleh dilakukan. Misalnya, tidak boleh makan menggunakan piring, berhenti di tengah pintu, suami tidak boleh menyembelih atau membunuh hewan, tidak menjelek-jelekkkan orang lain agar kelak anak yang dikandung tidak memiliki sifat seperti orang yang dibicarakan. Konsep sehat pada masa kehamilan diartikan sebagai kehamilan yang disertai hati yang senang, status bersuami, mengadakan *telonan* dan *tingkepan*, dan kehamilan membesar sesuai umur kehamilan. ke bawah (Sunarno, 2012).

2. Budaya Arek

Budaya Arek memiliki gaya hidup metropolis, multi etnis, mobilitas tinggi, lugas, dan egaliter. Kehidupan masyarakatnya cenderung heterogen. Mayoritas masyarakat

bekerja di pusat pemerintahan, pusat perdagangan, industri, dan pendidikan. Sebaran wilayahnya meliputi Surabaya, Sidoarjo, Gresik, Mojokerto, Jombang, Malang, dan Batu.

3. Budaya Madura

Budaya Madura dikenal sebagai komunitas yang memiliki sikap yang ulet dan tangguh. Hal ini disebabkan kondisi alam yang kering dan relatif kurang subur. Sistem pendidikan pesantren dan tradisi pendidikan pesantren sorogan dalam pelajaran di pesantren menempatkan kiai menjadi agen penting dari kehidupan sosio-ekonomi masyarakat Madura. Sebaran wilayahnya meliputi Bangkalan, Pamekasan, Sampang, dan Sumenep. Menurut Devy, *et.al* (2011), pada kawasan sosio budaya Madura, informasi mengenai perawatan kehamilan baik melalui konseling ataupun penyuluhan akan sulit diterima secara terbuka dan sulit dipahami. Hal ini terjadi karena masyarakat masih terbelenggu dengan tradisi dan nasehat orang tua atau perintah sesepuh.

4. Budaya Pendalungan atau Pendalungan atau Tapal Kuda

Budaya Pendalungan merupakan hasil sintesis antara budaya Jawa dan Madura. Pendalungan mewakili budaya masyarakat pesisiran yang bercorak agamis, tradisional dan puritan. Adat istiadat dan bahasa sehari-hari menggunakan bahasa Madura. Mayoritas masyarakatnya bekerja di sektor pertanian, perkebunan, dan nelayan. Sebaran wilayahnya meliputi Pasuruan, Probolinggo, Jember, Situbondo, Besuki, Bondowoso, Lumajang, dan Banyuwangi.

Menurut Angkasawati, Handayani, dan Laksono (2013), Pendalungan adalah daerah Tapal Kuda yang mayoritas penduduknya berasal dari etnis Madura. Sementara itu, persentase gizi buruk-sangat buruk dan persentase gizi pendek-sangat pendek menunjukkan angka yang tinggi di Wilayah Madura dan Pendalungan. Sedangkan persentase imunisasi lengkap, rumah tangga dengan sanitasi yang baik, dan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan menunjukkan angka yang rendah.

BAB III

METODE KEGIATAN MAGANG

3.1 Lokasi Magang

Magang dilaksanakan di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, Jalan A. Yani 118 Ketintang, Kecamatan Gayungan, Kota Surabaya pada Bidang Kesehatan Masyarakat:

1. Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi Masyarakat (KGM)
2. Program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) serta Kesehatan Reproduksi

3.2 Waktu Magang

Pelaksanaan magang dilaksanakan selama 6 minggu yang dimulai sejak 26 Desember 2019 – 30 Januari 2020. Jadwal kegiatan magang pada pukul 07.00 – 15.30 setiap Senin-Jumat.

3.3 Metode Pelaksanaan Kegiatan

Metode yang digunakan dalam pelaksanaan magang di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, antara lain:

1. Wawancara yaitu menggali informasi dengan cara tanya jawab pada penanggung jawab program KIA- Kespro di Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi Masyarakat (KGM) bidang Kesehatan Masyarakat.
2. Partisipasi yaitu ikut aktif dalam kegiatan yang diselenggarakan oleh program KIA- Kespro Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi Masyarakat (KGM) bidang Kesehatan Masyarakat.
3. Studi literatur yaitu mengakses informasi dari buku terkait Program KIA-Kespro dan jurnal terkait permasalahan kematian ibu.

3.4 Variabel, Cara Pengukuran, dan Definisi Operasional

Tabel 3.1 Variabel, Cara Pengukuran, dan Definisi Operasional

No.	Variabel	Cara Pengukuran	Definisi Operasional
1.	Cakupan K1	Data sekunder di Profil Kesehatan Jawa Timur 2018	Cakupan ibu hamil yang pertama kali mendapat pelayanan antenatal oleh tenaga kesehatan di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

No.	Variabel	Cara Pengukuran	Definisi Operasional
2.	Cakupan K4	Data sekunder di Profil Kesehatan Jawa Timur 2018	Cakupan ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal sesuai standar paling sedikit 4 kali dengan distribusi waktu 1 kali pada trimester pertama, 1 kali pada trimester kedua, dan 2 kali pada trimester ketiga di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.
3.	Cakupan Pn	Data sekunder di Profil Kesehatan Jawa Timur 2018	Cakupan ibu bersalin yang mendapat pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan di suatu wilayah kerja dalam kurun waktu tertentu.
4	Cakupan KF3	Data sekunder di Profil Kesehatan Jawa Timur 2018	Cakupan pelayanan kepada ibu pada masa 6 jam sampai dengan 42 hari paska bersalin sesuai standar minimal 3 kali.
5.	<i>Maternal Mortality Rate (MMRate)</i>	Data jumlah kematian ibu dan jumlah WUS di Profil Kesehatan Jawa Timur 2018, kemudian dilakukan perhitungan sebagai berikut: (Jumlah kematian ibu/ Jumlah wanita usia subur (15-49 tahun))X 1.000	Jumlah kematian ibu setiap 1.000 Wanita Usia Subur (15-49 tahun)
6.	Kawasan Sosio Budaya	Data sekunder berupa kabupaten/kota di Profil Kesehatan Jawa Timur 2018, kemudian dikategorikan sebagai berikut: 1. Kawasan Mataraman 2. Kawasan Arek 3. Kawasan Madura 4. Kawasan Pendalungan	Pengelompokkan kabupaten/kota di Jawa Timur berdasarkan kondisi sosial dan budaya yang berkembang di masyarakat.

3.5 Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilaksanakan dengan teknik wawancara kepada pegawai instansi. Wawancara yang dilakukan sebagai sumber informasi tentang program KIA dan memahami alur pelaporan KIA oleh dinas kesehatan kabupaten/kota. Studi literatur yang dilakukan sebagai sumber informasi dalam memahami indikator yang digunakan dalam Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS KIA). Pengambilan data bersumber dari Profil Kesehatan Jawa Timur tahun 2018. Sumber data yang digunakan sebagai berikut:

1. Primer

Wawancara kepada penanggungjawab program KIA-Kespro di Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi Masyarakat (KGM) bidang Kesehatan Masyarakat

2. Sekunder

Data yang digunakan dalam laporan magang merupakan data sekunder dari Profil Kesehatan Jawa Timur 2018. Data cakupan K1, K4, Pn, KF3, dan daftar kabupaten/kota tersedia secara eksplisit di Profil Kesehatan Jawa Timur 2018. Data MMRate diperoleh dari perhitungan sebagai berikut :

$$\frac{\text{Jumlah kematian ibu}}{\text{Jumlah wanita usia subur (15-49 tahun)}} \times 1.000$$

Data jumlah kematian ibu dan jumlah WUS juga diperoleh dari Profil Kesehatan Jawa Timur 2018.

3.6 Teknik Analisis Data

Analisis data menggunakan uji *Anova One Way* yang digunakan untuk mengetahui perbedaan cakupan K1, K4, Pn, KF3, dan MMRate di 4 kawasan sosio budaya budaya Provinsi Jawa Timur. Uji *Anova One Way* digunakan pada data yang memenuhi asumsi skala rasio, berdistribusi normal, dan homogen. Oleh karena itu, memerlukan uji asumsi normalitas dengan *Kolmogorov Smirnov* dan asumsi homogenitas dengan *Levene Test*.

1. H_0 : Tidak ada perbedaan cakupan K1, K4, Pn, KF3, dan MMRate di kawasan sosio budaya Mataraman, Arek, Madura, dan Pandalungan
2. H_1 : Ada minimal 1 pasang perbedaan cakupan K1, K4, Pn, KF3, dan MMRate di kawasan sosio budaya Mataraman, Arek, Madura, dan Pandalungan.

Jika H_0 ditolak pada level signifikansi $< 0,05$ maka dilanjutkan dengan uji *Least Signifacance Different* (LSD) untuk melihat perbedaan antar kelompok Mataraman, Arek, Madura, dan Pandalungan.

3.7 Output Kegiatan

Kegiatan magang ini dilaksanakan di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur yang Berlangsung sejak 26 Desember 2019- 30 Januari 2020. Output atau luaran kegiatan magang yang dihasilkan sebagai berikut:

1. Pengenalan instansi dan kondisi lapangan

Pengenalan kepada para pegawai di seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi Masyarakat (KGM) serta mengetahui ruang lingkup program yang dinaungi oleh seksi tersebut.

2. Studi literatur

Studi literatur selama kegiatan magang adalah membaca beberapa buku teks terkait program KIA Kespro, meliputi Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat KIA (PWS KIA), Petunjuk Teknis Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Reproduksi dan Kesehatan Reproduksi dan Seksual bagi Calon Pengantin, Pedoman Keluarga Berencana, Panduan Untuk Caregiver Dalam Perawatan Jangka Panjang, Pedoman Untuk Puskesmas Dalam Perawatan Jangka Panjang Pada Lansia, dan Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial. Studi literature juga bersumber dari Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 97 Tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, serta Pelayanan Kesehatan Seksual. Sumber lain juga diperoleh dari internet untuk memperoleh referensi dalam bentuk e-book maupun artikel.

3. Pengumpulan data sekunder dan wawancara

Data sekunder yang dikumpulkan diambil dari Profil Kesehatan Jawa Timur 2018. Data yang diambil meliputi cakupan kunjungan K1, K4, Pn, KF3, serta jumlah kematian ibu dan jumlah Wanita Usia Subur (WUS) yang dibutuhkan untuk menghitung *Maternal Mortality Rate* (MMRate). Melakukan wawancara untuk memperoleh informasi mendalam untuk laporan magang. Pelaksanaan magang selalu dibimbing oleh pembimbing dari program KIA Kespro.

4. Terlibat dalam kegiatan

Mahasiswa terlibat dalam kegiatan yang ada di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.

5. Laporan magang

Penulisan laporan magang dibuat sesuai dengan topik penelitian. Laporan tersebut sebagai bahan evaluasi dan masukan terhadap program KIA Kespro.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Gambaran Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

4.1.1 Tugas dan Fungsi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Berdasarkan Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur Nomor 8 Tahun 2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Inspektorat, Badan Perencanaan Pembangunan Daerah, dan Lembaga Teknis Daerah Provinsi Jawa Timur, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur merupakan salah satu unsur yang menyelenggarakan urusan pemerintahan dalam bidang kesehatan di Jawa Timur yang dipimpin oleh Kepala Dinas Kesehatan Provinsi yang bertanggung jawab kepada Gubernur Jawa Timur. Menurut Peraturan Gubernur Nomor 74 Tahun 2016 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Uraian Tugas dan Fungsi Serta Tata Kerja Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur mempunyai tugas membantu Gubernur melaksanakan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan Pemerintah Provinsi di bidang Kesehatan serta tugas pembantuan dan menyelenggarakan fungsi:

1. Perumusan kebijakan di bidang kesehatan
2. Pelaksanaan kebijakan di bidang kesehatan
3. Pelaksanaan evaluasi dan pelaporan di bidang kesehatan
4. Pelaksanaan administrasi Dinas di bidang kesehatan
5. Pelaksanaan fungsi lain yang diberikan oleh Gubernur terkait dengan tugas dan fungsinya.

4.1.2 Visi Misi

1. Visi

“Terwujudnya Masyarakat Jawa Timur Yang Adil, Sejahtera, Unggul Dan Berakhlak Dengan Tata Kelola Pemerintahan Yang Partisipatoris Inklusif Melalui Kerja Bersama Dan Semangat Gotong Royong.”

2. Misi

“Terciptanya Kesejahteraan yang Berkeadilan Sosial, Pemenuhan Kebutuhan Dasar Terutama Kesehatan dan Pendidikan, Penyediaan Lapangan Kerja dengan Memperhatikan Kelompok Rentan.”

4.1.3 Tantangan dan Peluang Pengembangan Pelayanan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Hasil analisis terhadap Renstra Kementerian Kesehatan RI dan Renstra Kabupaten/Kota menunjukkan bahwa tantangan yang perlu untuk ditindaklanjuti di Provinsi Jawa Timur adalah upaya intensif untuk mempercepat penurunan stunting, Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB), pengendalian penyakit menular dan tidak menular serta peningkatan cakupan imunisasi. Faktor determinan kematian ibu dan bayi serta stunting disebabkan oleh faktor multidimensi dimana penanganannya perlu dilakukan dengan melibatkan lintas sektor. Pengendalian penyakit menular dan tidak menular juga perlu untuk melibatkan lintas sektor dan masyarakat. Tantangan lain yang juga tidak bisa diabaikan adalah tentang ketersediaan jumlah, jenis, distribusi dan kualitas tenaga kesehatan yang belum mampu memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan di seluruh wilayah di Jawa Timur, khususnya di daerah terpencil/kepulauan.

Sistem Kesehatan Provinsi Jawa Timur mengatur upaya mewujudkan derajat kesehatan setinggi-tingginya bersama masyarakat, Pemerintah Pusat dan Pemerinatah Kabupaten/kota melalui Upaya Kesehatan Masyarakat, Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Kegawaydaruratan kejadian luar biasa dan bencana. Pemerintah Provinsi Jawa Timur memiliki 5 RS Provinsi yaitu 4 rumah sakit merupakan RSU yaitu RSUD Dr. Soetomo, RSUD Dr Saiful Anwar, RSU Haji dan RSUD Dr. Soedono, serta 1 rumah sakit khusus yaitu RS Jiwa Menur. Disamping itu, terdapat pula 9 RS yang merupakan UPT Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. Adanya perubahan regulasi di bidang kesehatan merupakan salah satu tantangan sekaligus sebagai peluang bagi Dinas Kesehatan, RS provinsi dan UPT Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur dalam mengembangkan pelayanan bidang kesehatan di Jawa Timur.

4.1.4 Isu Strategis

Adapun Isu Strategis Renstra Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2019-2024 adalah:

1. Peningkatan kualitas akuntabilitas kinerja Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur
2. Prevalensi penyakit menular utama (HIV/AIDS dan TB) yang masih tinggi serta meningkatnya penyakit tidak menular yang disebabkan oleh pola hidup tidak sehat
3. Penurunan AKI dan AKB yang lambat
4. Prevalensi stunting yang masih tinggi
5. Proporsi rumah tangga dengan akses sanitasi layak yang masih rendah dan masih ada kabupaten/kota yang belum ODF

6. Distribusi tenaga kesehatan yang belum merata, baik dalam jumlah maupun jenis tenaga
7. Sistem rujukan pelayanan kesehatan masih belum optimal
8. Belum semua penduduk di Jawa Timur menjadi peserta Jaminan Kesehatan Nasional

4.2 Bidang Kesehatan Masyarakat

Bidang Kesehatan Masyarakat mempunyai tugas melaksanakan perumusan dan pelaksanaan kebijakan operasional serta koordinasi di bidang kesehatan keluarga dan gizi masyarakat, promosi kesehatan, pemberdayaan masyarakat, kesehatan lingkungan, kesehatan kerja dan kesehatan olah raga. Untuk melaksanakan tugas dimaksud, Bidang Kesehatan Masyarakat mempunyai fungsi:

1. Penyiapan perumusan kebijakan operasional di bidang kesehatan keluarga dan gizi masyarakat, promosi kesehatan, pemberdayaan masyarakat, kesehatan lingkungan, kesehatan kerja dan kesehatan olah raga.
2. Penyiapan pelaksanaan kebijakan operasional di bidang kesehatan keluarga dan gizi masyarakat, promosi kesehatan, pemberdayaan masyarakat, kesehatan lingkungan, kesehatan kerja dan kesehatan olah raga.
3. Pelaksanaan koordinasi di bidang kesehatan keluarga dan gizi masyarakat, promosi kesehatan, pemberdayaan masyarakat, kesehatan lingkungan, kesehatan kerja dan kesehatan olah raga.
4. Pelaksanaan bimbingan teknis dan supervisi di bidang kesehatan keluarga dan gizi masyarakat, promosi kesehatan, pemberdayaan masyarakat, kesehatan lingkungan, kesehatan kerja dan kesehatan olah raga.
5. Pemantauan evaluasi dan pelaporan di bidang kesehatan keluarga dan gizi masyarakat, promosi kesehatan, pemberdayaan masyarakat, kesehatan lingkungan, kesehatan kerja dan kesehatan olah raga.
6. Pelaksanaan tugas-tugas lain yang diberikan kepala dinas.

Bidang Kesehatan Masyarakat terdiri atas:

1. Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi Masyarakat
2. Seksi Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat
3. Seksi Kesehatan Lingkungan, Kesehatan Kerja dan Olah Raga

4.3 Deskripsi Hasil Kegiatan Magang

Pelaksanaan magang di Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi Masyarakat (KGM) pada program Kesehatan Ibu Anak (KIA) dan Kesehatan Reproduksi (Kespro). Kegiatan selama

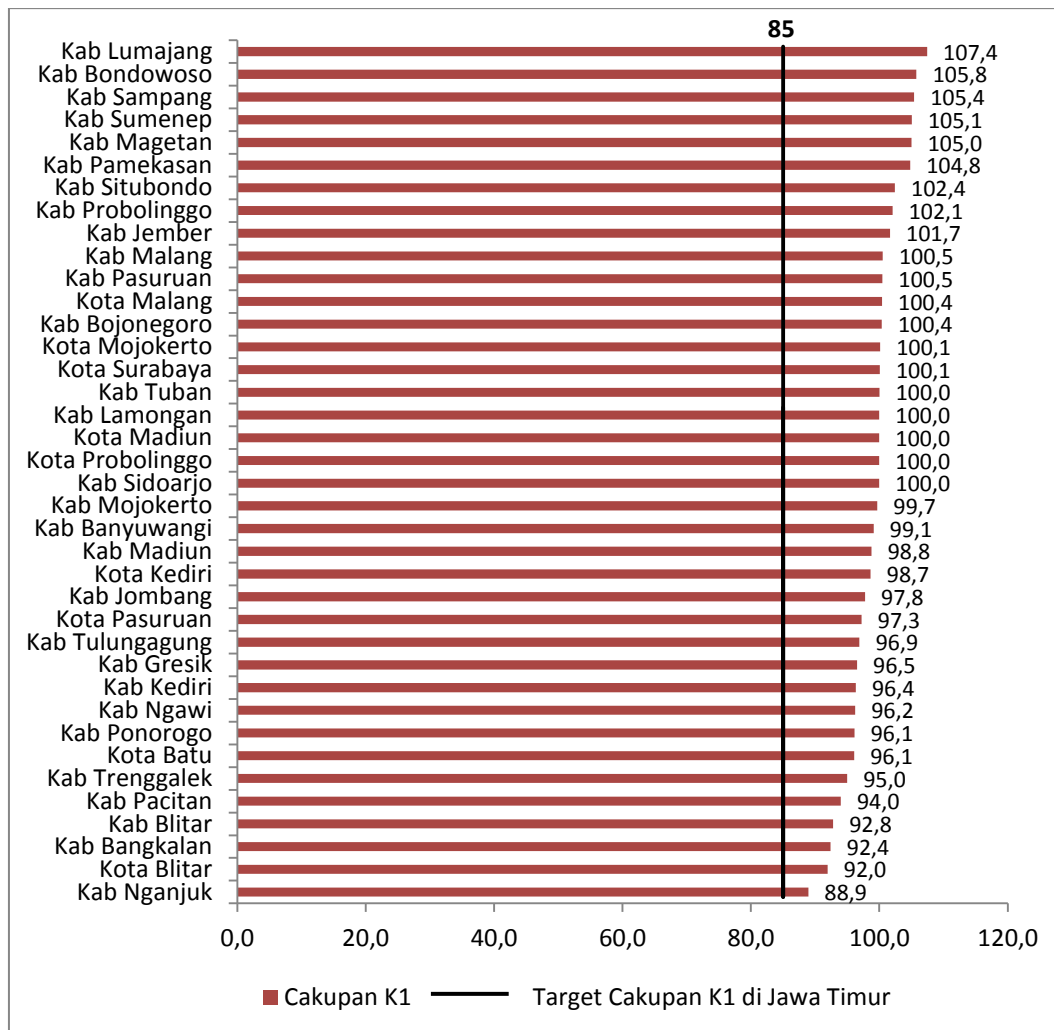
magang yaitu membantu beberapa tugas pegawai di Seksi KGM seperti membantu menyiapkan materi presentasi, membuat daftar tilik supervisi dan fasilitas pelayanan KB, mengikuti workshop review SOP ANC PNC, dan tugas kecil lainnya. Selain itu, mahasiswa lebih banyak melakukan studi literatur terkait pedoman maupun buku terkait KIA Kespro dan mendiskusikan langsung ke penanggung jawab program jika ada materi yang kurang dimengerti. Buku yang dipelajari selama magang terdiri dari:

1. Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat KIA (PWS KIA)
2. Petunjuk Teknis Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Reproduksi dan Kesehatan Reproduksi dan Seksual bagi Calon Pengantin
3. Pedoman Keluarga Berencana, Panduan Untuk Caregiver Dalam Perawatan Jangka Panjang, Pedoman Untuk Puskesmas Dalam Perawatan Jangka Panjang Pada Lansia
4. Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 97 Tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, serta Pelayanan Kesehatan Seksual.

4.4 Identifikasi Cakupan K1, K4, Pn, KF3, dan *Maternal Mortality Rate* (MMRate) Menurut Kabupaten/Kota

4.4.1 Identifikasi Cakupan K1 Menurut Kabupaten/Kota

Cakupan K1 merupakan persentase kunjungan ibu hamil pertama kali ke pelayanan kesehatan. Menurut Zulyanto. *et al* (2014), bahwa K1 atau ANC minimal 1 kali adalah persentase kelahiran yang mendapat pelayanan kesehatan ibu hamil minimal 1 kali tanpa memperhitungkan periode waktu pemeriksaan. Namun, K1 ideal dilakukan pada trimester 1. Indikator cakupan K1 digunakan untuk mengetahui jangkauan pelayanan antenatal atau akses ibu hamil terhadap layanan antenatal. Menurut Sayekti dan Pirmaningroem (2015), K1 dibagi menjadi 2, yaitu K1 murni dan K1 akses. K1 murni adalah kontak pertama ibu hamil dengan tenaga kesehatan yang mempunyai kompetensi pada usia kehamilan kurang dari 12 minggu. K1 akses adalah kontak pertama ibu hamil dengan tenaga kesehatan yang mempunyai kompetensi pada usia kehamilan lebih dari 12 minggu. Target cakupan K1 menurut Kementerian Kesehatan adalah 100%, sedangkan target program di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur adalah 85%. Berikut cakupan K1 di Jawa Timur menurut kabupaten/kota.



Sumber : Profil Kesehatan Jawa Timur 2018

Gambar 4.1 Cakupan K1 Menurut Kabupaten/Kota di Jawa Timur

Berdasarkan Gambar 4.1 menunjukkan bahwa capaian cakupan K1 adalah 85%. Semua kabupaten/kota di Jawa Timur telah mencapai target cakupan K1. Menurut Profil Kesehatan Jawa Timur 2018, rata-rata cakupan K1 di Jawa Timur adalah 99,4%. Data cakupan K1 masih menunjukkan kuantitas bukan kualitas. Beberapa kabupaten/kota memiliki nilai cakupan yang lebih besar dari 100%. Hal ini terjadi, karena perhitungan cakupan K1 berdasarkan persentase jumlah ibu hamil dibagi proyeksi ibu hamil dalam 1 tahun. Ketika proyeksi ibu hamil lebih kecil daripada ibu hamil pada kenyatannya di tahun 2018 maka persentase cakupan K1 juga lebih dari 100%. Kabupaten/kota yang belum mencapai cakupan K1 100% menunjukkan adanya pelayanan antenatal yang terlambat.

Persentase cakupan K1 tertinggi pada Kabupaten Lumajang (107,4%) kemudian diikuti Kabupaten Bondowoso (105,8%) dan terendah pada Kabupaten Nganjuk (88,9%). Kabupaten Nganjuk memiliki persentase cakupan K1 yang cukup jauh dari rata-rata K1 di

Jawa Timur. Rendahnya kunjungan K1 dapat dipengaruhi oleh umur. Ibu yang berumur 20-35 cenderung melakukan kunjungan pertama pada usia kehamilan < 12 minggu. Ibu yang tidak mengalami komplikasi selama kehamilan maka tidak akan merasa perlu untuk memeriksakan kehamilannya (Sayekti dan Pirmaningroem, 2015). Hal ini sejalan dengan data Survei Demografi dan Kesehatan (SDKI) 2017, bahwa mayoritas ibu hamil (64,3%) di Kabupaten Nganjuk tidak melakukan kunjungan antenatal. Sebesar 88,5% ibu yang tidak melakukan ANC di Kabupaten Nganjuk berusia lebih dari 35 tahun.

4.4.2 Identifikasi Cakupan K4 Menurut Kabupaten/Kota

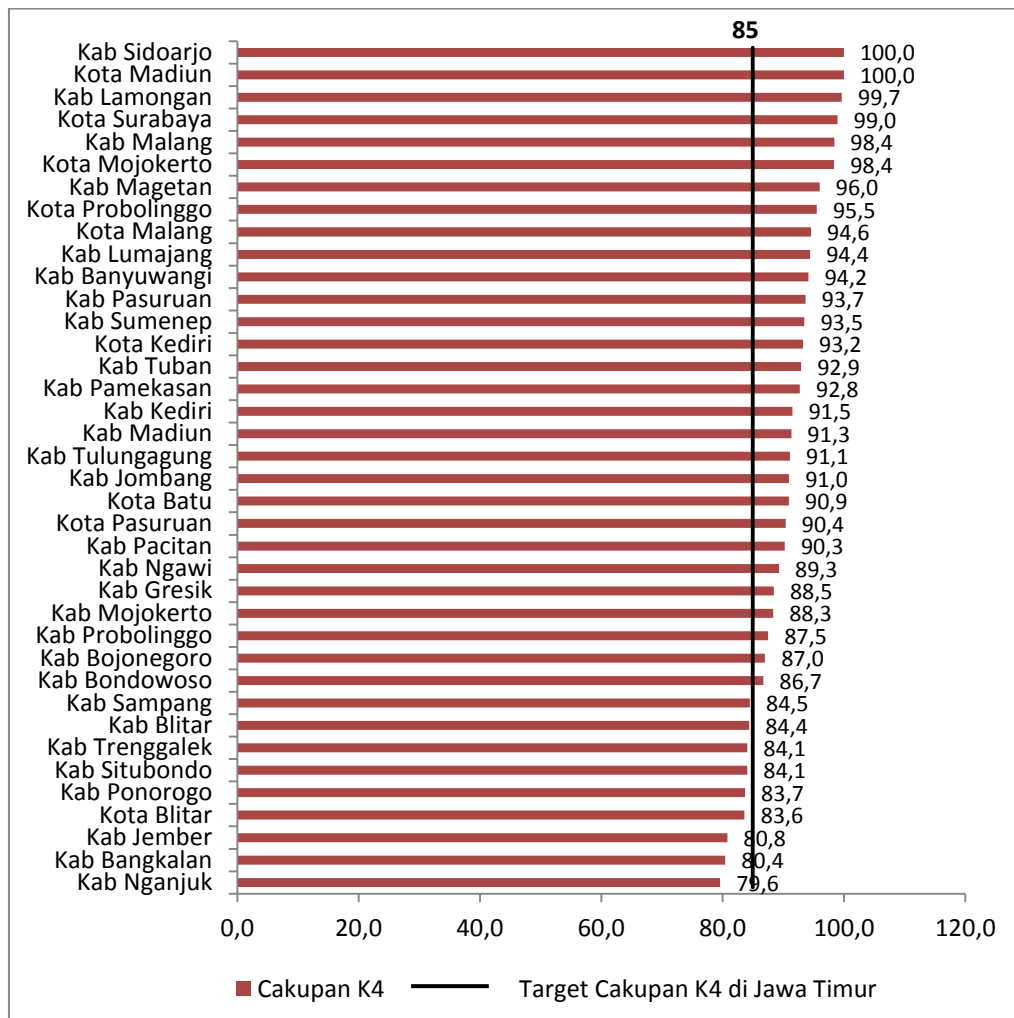
Cakupan K4 merupakan persentase kunjungan ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal sesuai standar paling sedikit 4 kali dengan distribusi waktu 1 kali pada trimester pertama, 1 kali pada trimester kedua, dan 2 kali pada trimester ketiga di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Pelayanan antenatal sesuai standar meliputi anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium rutin dan khusus, serta intervensi umum dan khusus. Secara operasional kegiatan yang dilakukan di pelayanan antenatal meliputi :

1. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan
2. Ukur tekanan darah
3. Nilai status gizi (ukur lingkar lengan atas)
4. Ukur tinggi fundus uteri
5. Menentukan presentasi janin dan denyut jantung janin
6. Skrining status imunisasi tetanus dan tetanus toksoid bila diperlukan
7. Pemberian tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan
8. Tes laboratorium (rutin dan khusus)
9. Tatalaksana kasus
10. Temu wicara (konseling), termasuk Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K), serta KB pasca persalinan

Pemeriksaan laboratorium rutin meliputi pemeriksaan golongan darah, hemoglobin, protein urine dan gula darah puasa. Pemeriksaan khusus dilakukan di daerah prevalensi tinggi dan atau kelompok berisiko, pemeriksaan yang dilakukan adalah hepatitis B, HIV, Sifilis, malaria, tuberkulosis, kecacingan, dan thalasemia.

Menurut Syafrudin dan Hamidah (2009), K4 adalah kontak ibu hamil dengan tenaga profesional yang keempat atau lebih. Target cakupan K1 menurut Kementerian Kesehatan

adalah 100%, sedangkan target program di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur adalah 85%. Berikut cakupan K4 menurut kabupaten/kota di Jawa Timur:



Sumber : Profil Kesehatan Jawa Timur 2018

Gambar 4.2 Cakupan K4 Menurut Kabupaten/Kota di Jawa Timur

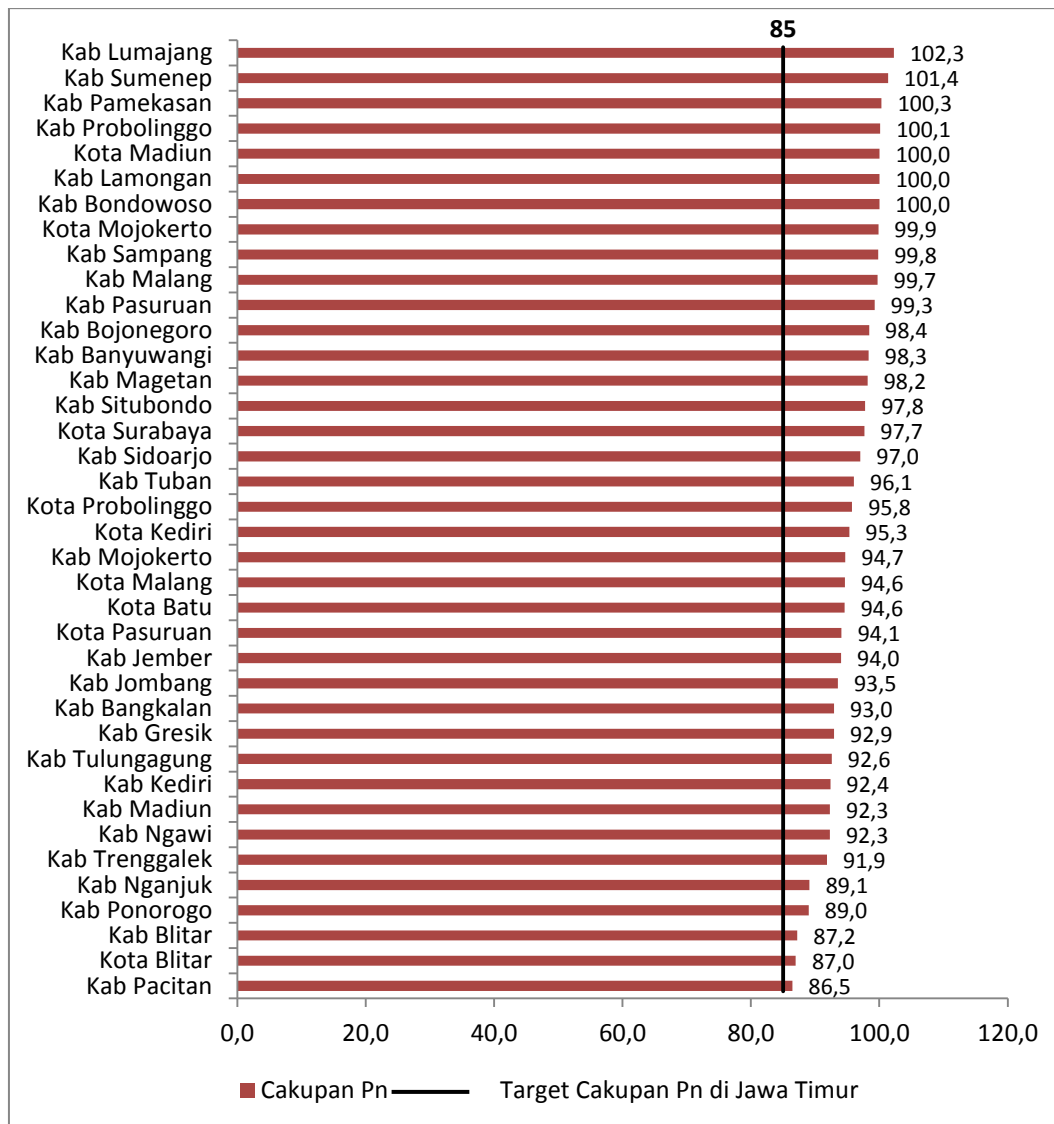
Berdasarkan Gambar 4.2 menunjukkan bahwa capaian cakupan K4 adalah 85%. Terdapat 3 kabupaten yang belum mencapai target cakupan K4, yaitu Kabupaten Nganjuk, Kabupaten Bangkalan, Kabupaten Jember. Berdasarkan Profil Kesehatan Jawa Timur 2018, rata-rata cakupan K4 di Jawa Timur adalah 91,2%. Indikator cakupan K4 memiliki fungsi yang berbeda dengan K1. Indikator ini digunakan untuk mengetahui kelangsungan program KIA. Pada rata-rata cakupan K1 menunjukkan persentase yang sangat tinggi (99,1%), namun pada rata-rata cakupan K4 persentase kunjungan semakin menurun (91,2%). Idealnya, ibu hamil yang mendapat pelayanan antenatal di trimester 1 seharusnya mendapat pelayanan ibu hamil yang berkelanjutan hingga trimester 3. Cakupan K4 dapat dimanfaatkan untuk melihat kualitas pelayanan kesehatan ibu hamil (Dinata, Arundita, dan Suharmiati, 2015). Selisih

antara K1 dan K4 menunjukkan, adanya kehamilan yang tidak optimal mendapatkan pelayanan antenatal (Zulyanto. *et al*, 2014).

Persentase cakupan K4 tertinggi pada Kabupaten Sidoarjo (100%) kemudian diikuti Kota Madiun (100%) dan terendah pada Kabupaten Nganjuk (79,6%). Cakupan pelayanan antenatal baik K1 maupun K4 di Kabupaten Nganjuk menunjukkan cakupan yang terendah. Menurut Wulandari, Wigati, dan Sriatmi (2017), bahwa faktor yang terkait dengan banyaknya ibu hamil yang berkunjung pelayanan antenatal adalah Sumber Daya Manusia (SDM), dana, sarana dan prasarana, metode, perencanaan, penggerakan, dan penilaian. SDM yang berperan secara langsung adalah bidan, sedangkan dalam pelaksanaannya kader juga diberayakan untuk membantu dan memudahkan tugas bidan. Berdasarkan profil kesehatan Kabupaten Sidoarjo 2017 menunjukkan bahwa 37,82% desa di Sidoarjo berstrata desa siaga Purnama. Desa siaga purnama memiliki kriteria jumlah kader siaga aktif sebanyak 6-8 orang. Sedangkan di Nganjuk, hanya sebesar 7,04% desa yang berstrata desa siaga Purnama. Mayoritas desa masih berstrata madya (3-5 kader). Peran kader sangat besar, diantaranya adalah mengamati dan memantau kesehatan ibu dan anak serta pelaporan cepat kepada petugas kesehatan.

4.4.3 Identifikasi Cakupan Pn Menurut Kabupaten/Kota

Cakupan Pn merupakan persentase ibu bersalin yang ditolong oleh tenaga kesehatan. Persalinan oleh tenaga kesehatan adalah salah satu upaya penting dalam menurunkan angka kematian ibu. Persalinan oleh tenaga kesehatan yang kompeten adalah persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan meliputi dokter umum, dokter kandungan (dokter spesialis kandungan dan kebidanan), bidan, dan perawat terlatih (Badan Pusat Statistika. *et al*, 2017). Berdasarkan laporan Riset Kesehatan Dasar 2018 (RISKESDAS), proporsi penolong persalinan oleh dukun di Jawa Timur sebesar 2,3%. Berikut cakupan Pn menurut kabupaten/kota.



Sumber : Profil Kesehatan Jawa Timur 2018

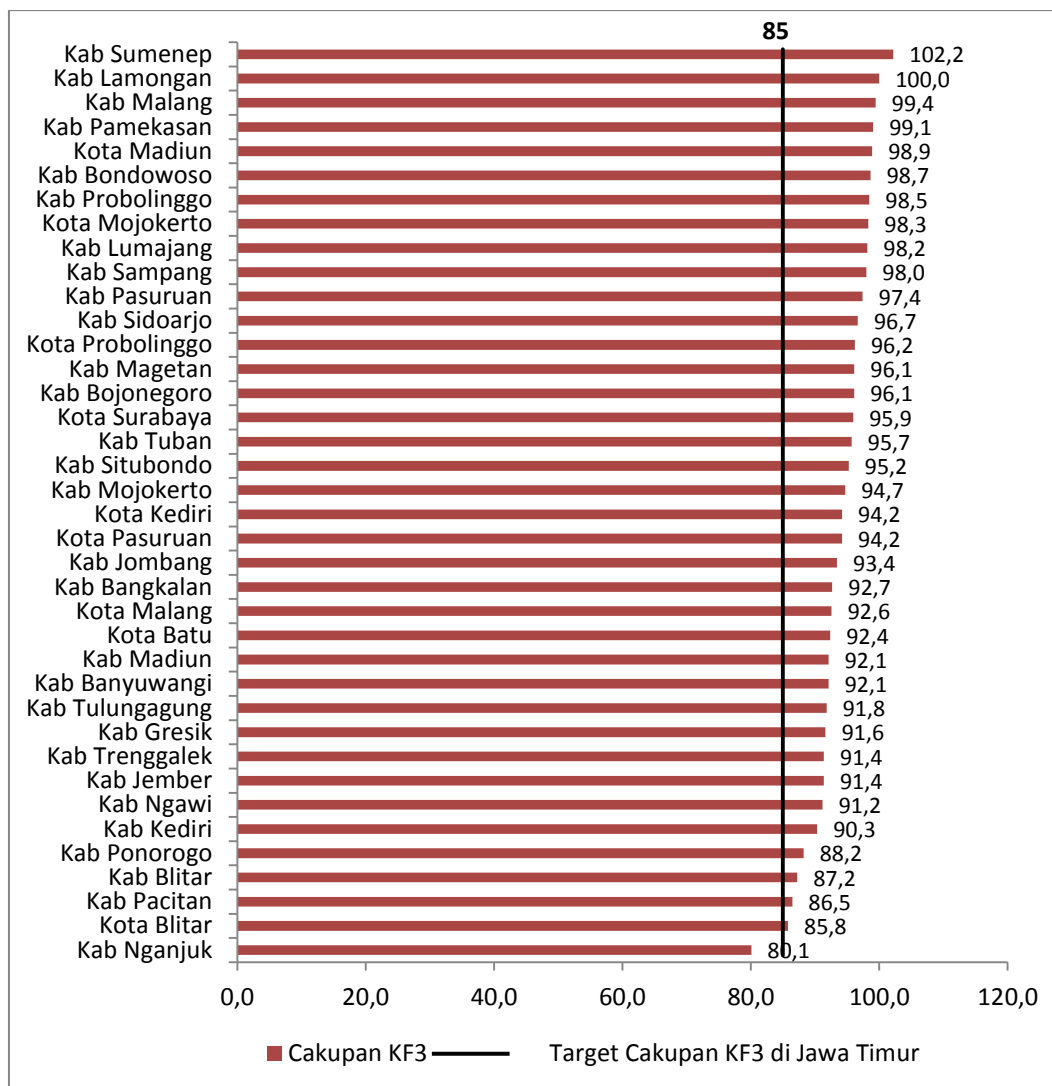
Gambar 4.3 Cakupan Pn Menurut Kabupaten/Kota di Jawa Timur

Berdasarkan Gambar 4.3 menunjukkan bahwa capaian cakupan Pn adalah 85%. Semua kabupaten/kota di Jawa Timur telah mencapai target cakupan Pn. Menurut Profil Kesehatan Jawa Timur 2018, rata-rata cakupan penolong persalinan oleh tenaga kesehatan (Pn) di Jawa Timur adalah 96%. Indikator cakupan Pn menggambarkan kemampuan manajemen program KIA dalam pertolongan persalinan sesuai standar. Data cakupan Pn masih menunjukkan kuantitas bukan kualitas. Beberapa kabupaten/kota memiliki nilai cakupan yang lebih besar dari 100%, hal ini terjadi, karena perhitungan cakupan Pn berdasarkan persentase jumlah ibu bersalin yang ditolong oleh tenaga kesehatan dibagi proyeksi ibu bersalin dalam 1 tahun. Oleh karena itu, ketika proyeksi ibu bersalin lebih kecil daripada ibu bersalin di tahun 2018 maka persentase cakupan Pn juga lebih dari 100%.

Persentase cakupan Pn tertinggi pada Kabupaten Lumajang (102,3%) kemudian diikuti Kabupaten Sumenep (101,4%) dan terendah pada Kabupaten Pacitan (86,5%). Menurut Hermawan, Prabandari, dan Wilopo (2016), rasio bidan per 10.000 penduduk dapat berdampak terhadap perbaikan persalinan oleh tenaga kesehatan dengan memperhatikan aksesibilitas ke puskesmas. Rasio bidan di Kabupaten Lumajang 36,66 per 100.000 penduduk memiliki cakupan Pn tertinggi, sedangkan rasio bidan di Kabupaten Pacitan 105,05 per 100.000 penduduk memiliki cakupan Pn terendah. Hal ini memungkinkan terjadi karena adanya hambatan dalam mencapai indikator Pn disebabkan beberapa faktor, seperti faktor tingkat pendidikan dan pengetahuan, faktor keberadaan dukun bayi, dan faktor pengenalan tanda-tanda persalinan (Rachmat, 2018). Berdasarkan data SDKI 2017, bahwa Kabupaten Nganjuk memiliki persentase tingkat pendidikan rendah pada ibu yang telah melahirkan lebih besar (29,4%) dibandingkan di Lumajang (20%)

4.4.4 Identifikasi Cakupan KF3 Menurut Kabupaten/Kota

Cakupan KF3 adalah persentase pelayanan kepada ibu pada masa 6 jam sampai dengan 42 hari pasca bersalin sesuai standar paling sedikit 3 kali dengan distribusi waktu 6 jam s/d hari ke-3 (KF1), hari ke-4 s/d hari ke-28 (KF2) dan hari ke-29 s/d hari ke-42 (KF3) setelah bersalin di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Bidan memberikan pelayanan nifas dengan cara berkunjung ke rumah ibu pada minggu ke-2 dan minggu ke-6 setelah persalinan untuk membantu proses pemulihan ibu, deteksi dini hingga rujukan komplikasi yang mungkin terjadi di masa nifas, serta memberi penjelasan kesehatan secara umum (Syafudin dan Hamidah, 2009). Berdasarkan laporan Riset Kesehatan Dasar 2018 (RISKESDAS), Jawa Timur memiliki 1,5% ibu yang tidak pernah diperiksa setelah bersalin. Berikut cakupan KF3 menurut kabupaten/kota di Jawa Timur.



Sumber : Profil Kesehatan Jawa Timur 2018

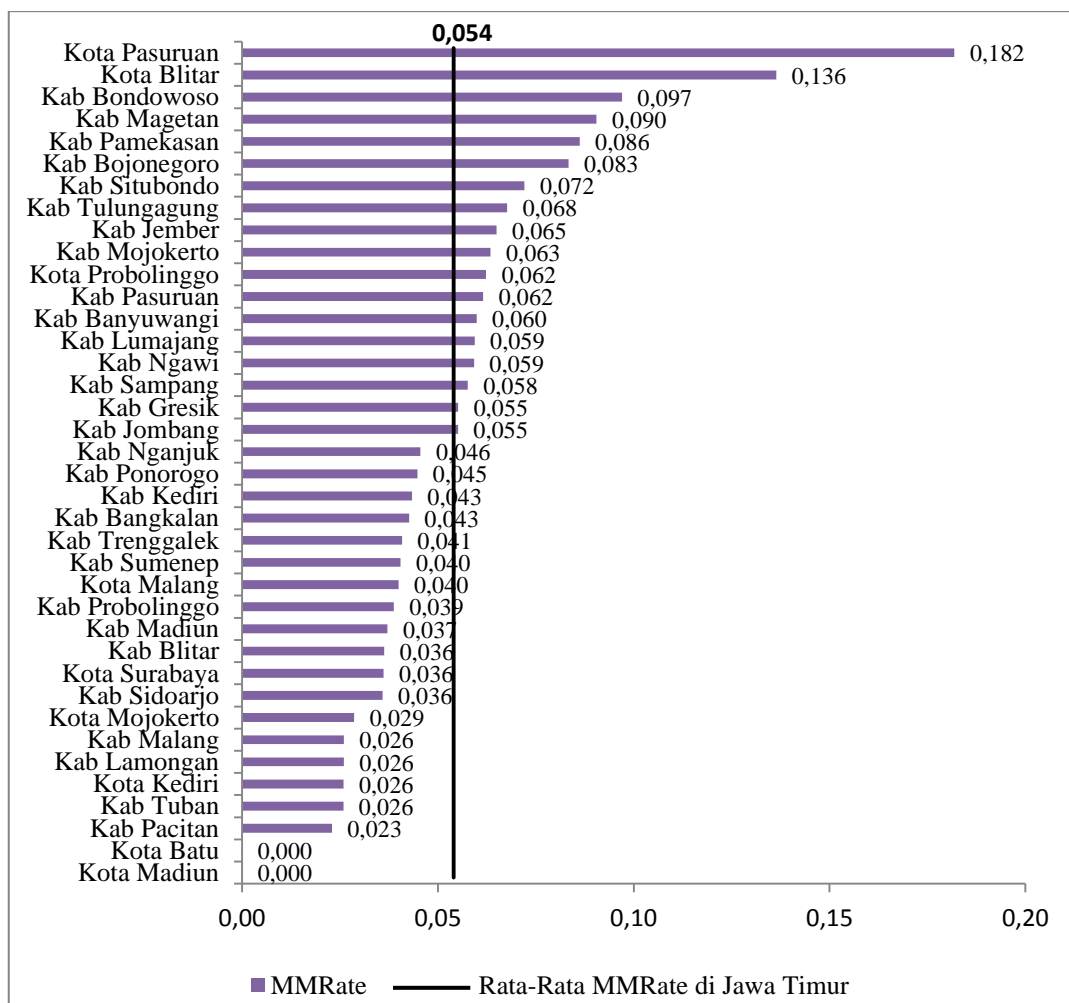
Gambar 4.4 Cakupan Kf3 Menurut Kabupaten/Kota di Jawa Timur

Berdasarkan Gambar 4.4 menunjukkan bahwa capaian cakupan Kf3 adalah 85%. Terdapat 1 kabupaten yang belum mencapai target cakupan Kf3, yaitu Kabupaten Nganjuk. Berdasarkan Profil Kesehatan Jawa Timur 2018, rata-rata cakupan Kf3 di Jawa Timur adalah 94,4%. Indikator cakupan Kf3 menggambarkan jangkauan dan kualitas pelayanan ibu nifas. Data cakupan Kf3 masih menunjukkan kuantitas bukan kualitas. Kabupaten Sumenep memiliki nilai cakupan yang lebih besar dari 100%, hal ini terjadi, karena perhitungan cakupan Kf3 berdasarkan persentase jumlah ibu nifas yang memperoleh pelayanan tenaga kesehatan dibagi proyeksi ibu nifas dalam 1 tahun. Oleh karena itu, ketika proyeksi ibu nifas lebih kecil daripada ibu nifas pada kenyataannya di tahun 2018 maka persentase cakupan Kf3 juga lebih dari 100%.

Persentase cakupan KF3 tertinggi pada Kabupaten Sumenep (102,2%) kemudian diikuti Kabupaten Lamongan (100%) dan terendah pada Kabupaten Nganjuk (80,1%). Menurut Zahtamal, Restuastuti, dan Chandra (2011), faktor *enabling* (pemungkin) ibu berkunjung ke pelayanan kesehatan adalah tersedianya pemberi pelayanan (bidan). Rasio bidan di Kabupaten Nganjuk adalah 46,82 per 100.000 penduduk, sedangkan rasio bidan di Kabupaten Sumenep lebih tinggi yaitu 47,36 per 100.000 penduduk.

4.4.5 Identifikasi MMRate Menurut Kabupaten/Kota

Angka Kematian Ibu (AKI) kebanyakan didefinisikan sebagai jumlah kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup. Namun, menurut WHO (2013), definisi tersebut diartikan sebagai *Maternal Mortality Ratio* (MMRatio), sedangkan *Maternal Mortality Rate* (MMRate/ AKI) merupakan jumlah kematian ibu per 1.000 Wanita Usia Subur (WUS). MMRate mengindikasikan risiko kematian ibu pada WUS. Berikut MMRate menurut kabupaten/kota di Provinsi Jawa Timur tahun 2018:



Sumber : Profil Kesehatan Jawa Timur 2018

Gambar 4.5 *Maternal Mortality Rate* Menurut Kabupaten/Kota di Jawa

Berdasarkan Gambar 4.5 dapat diketahui bahwa rata-rata Angka Kematian Ibu (AKI) di Jawa Timur adalah 0,054 yang berarti paling banyak ada 1 ibu yang meninggal setiap 1.000 WUS pada tahun 2018. MMRate memiliki cara interpretasi yang berbeda dengan MMRatio. Berdasarkan Profil Kesehatan Jawa Timur 2018, sebanyak 91,45 ibu meninggal setiap 100.000 kelahiran hidup. Menurut Ambarwati (2012), MMRatio digunakan untuk mengukur kualitas sistem pelayanan kesehatan, sedangkan MMRate untuk mengukur risiko kematian dan tingkat kesuburan di populasi berdasarkan wilayah geografis.

MMRate menunjukkan angka yang tinggi pada daerah yang jumlah kelahiran dan risiko kelahiran tinggi (Blanc, Winfrey, dan Ross, 2013). Indikator ini mengindikasikan beban kematian ibu pada populasi wanita dewasa (Cynthia, Abderrahim, dan Hill, 1997) . MMRate tertinggi pada tahun 2018 terletak di Kota Pasuruan, yakni 0,182. Kemudian diikuti Kota Blitar (0,136), sedangkan Kota Batu dan Kota Madiun tidak ada kematian ibu di tahun 2018. Menurut Pratama (2016), di antara faktor yang meningkatkan risiko kematian ibu adalah jarak kehamilan yang kurang dari 2 tahun dan pemeriksaan ANC kurang dari 4 kali. Cakupan K4 Kota Pasuruan lebih rendah dibandingkan Kota Batu dan Kota Madiun.

4.5 Identifikasi Kawasan Sosio Budaya di Jawa Timur

Jawa Timur memiliki wilayah terluas diantara 6 provinsi lain di Pulau Jawa. Mayoritas penduduk adalah Suku Jawa, namun etnisitas di Jawa Timur lebih heterogen. Suku Jawa menyebar hampir di seluruh wilayah Jawa Timur. Suku Madura lebih banyak mendiami Pulau Madura dan Tapal Kuda atau Pendalungan (Surokom dan Wahyudi, 2013). Jawa Timur dibagi menjadi 4 kawasan besar berdasarkan sosio budaya yang ada di masyarakat, yaitu Mataraman, Arek, Madura, dan Pendalungan.

Tabel 4.1 Kawasan Sosio Budaya di Jawa Timur

No	Kawasan	Jumlah Kabupaten/Kota
1.	Mataraman	16
2.	Arek	9
3.	Madura	4
4.	Pendalungan	9
Total		38

Mataraman terdiri dari 16 kabupaten /kota, meliputi Pacitan, Ngawi, Madiun, Magetan, Kediri, Nganjuk, Blitar, Tulungagung, Trenggalek, Tuban, Lamongan, Bojonegoro, dan Ponorogo. Kawasan Arek terdiri dari 9 kabupaten/kota, meliputi Surabaya, Sidoarjo, Gresik, Mojokerto, Jombang, dan Malang. Madura terdiri dari 4 kabupaten, meliputi Bangkalan, Pamekasan, Sampang, dan Sumenep. Pendalungan terdiri dari 9 kabupaten/kota,

meliputi Pasuruan, Probolinggo, Lumajang, Jember, Bondowoso, Banyuwangi, dan Situbondo. Kawasan Mataraman memiliki budaya yang tidak jauh berbeda dari masyarakat di Surakarta dan Yogyakarta. Kawasan Arek merupakan kawasan metropolis yang kebanyakan didukung oleh fasilitas yang memadai. Kawasan Madura memiliki corak budaya yang khas, khususnya ada beberapa aturan maupaun pantangan bagi ibu. Kawasan Pandalungan merupakan gabungan antara budaya Jawa dan Madura, namun mayoritas masyarakat berasal dari Madura.

4.6 Analisis Perbedaan Cakupan K1 Menurut Kawasan Sosio Budaya

Indikator K1 digunakan untuk melihat keterjangkuan akses ibu hamil ke pelayanan kesehatan untuk memeriksakan kehamilannya. Setiap daerah memiliki kondisi ketersediaan fasilitas dan tenaga kesehatan yang berbeda. Kondisi geografis juga dapat menjadi kendala ibu hamil untuk mengakses pelayanan kesehatan. Berikut perbedaan cakupan K1 menurut 4 kawasan sosio budaya:

Tabel 4.2 Perbedaan Cakupan K1 Menurut 4 Kawasan Sosio Budaya

No	Kawasan	Rata-Rata	Minimum	Maximum
1.	Mataraman	96,95	88,90	105,00
2.	Arek	99,02	96,10	100,50
3.	Madura	101,93	92,40	105,40
4.	Pandalungan	101,81	97,30	107,40

Berdasarkan tabel 4.2 rata-rata cakupan K1 tertinggi di kawasan Madura (101,93) dan diikuti oleh kawasan Pandalungan (101,81). Sedangkan kawasan Mataraman memiliki cakupan K1 terendah (96,95%). Pada kawasan Mataraman, selisih antara cakupan maksimal dan minimal cukup besar. Cakupan K1 tertinggi di Kawasan Mataraman adalah Kabupaten Magetan, sedangkan terendah pada Kabupaten Nganjuk. Rentang selisih yang cukup jauh ini perlu menjadi perhatian pemerataan akses pelayanan kesehatan ibu hamil di Kawasan Mataraman. Pada Kawasan Arek menunjukkan selisih antara cakupan minimal dan maksimal yang lebih rendah dibandingkan kawasan lain. Kawasan Arek merupakan kawasan metropolis dengan mobilitas masyarakat yang tinggi. Sehingga akses menuju ke pelayanan kesehatan lebih mudah dijangkau.

Cakupan K1 mengindikasikan jangkuan akses ibu hamil terhadap pelayanan antenatal. Pengukuran K1 didasarkan pada kunjungan ibu hamil pertama kali ke pelayanan antenatal tanpa memperhatikan pada trimester berapa ibu berkunjung. Sehingga, ada kemungkinan ibu baru pertama kali berkunjung di trimester kedua maupun ketiga. Oleh karena itu, meskipun cakupan K1 di wilayah Madura dan Pandalungan tinggi, belum cukup membuktikan kualitas

layanan antenatal di kawasan tersebut. Cakupan K1 menunjukkan perbedaan rata-rata antar 4 kawasan sosio budaya di Jawa Timur. Namun, perlu ditinjau lebih lanjut apakah perbedaan rata-rata tersebut memiliki perbedaan yang signifikan.

Tabel 4.3 Uji *Anova One Way* Cakupan K1

No	Analisis Perbedaan K1		Keterangan
1.	Normalitas	Signifikasi	0,525
		Keterangan	Data berdistribusi normal
2.	Homogenitas	Signifikasi	0,076
		Keterangan	Variasi data homogen
3.	<i>Anova One Way</i>	Signifikasi	0,012
		Keterangan	Minimal ada 1 pasang kawasan yang memiliki perbedaan cakupan K1 yang signifikan

Berdasarkan tabel 4.3 menunjukkan uji asumsi normalitas menggunakan *Kolmogorov Smirnov* menunjukkan pada variabel cakupan K1 berdistribusi normal, sehingga asumsi normalitas telah terpenuhi. Uji asumsi homogenitas menggunakan Uji *Lavene Test* juga terpenuhi, yang berarti variasi data homogen. Cakupan K1 memiliki signifikansi < 0,05 sehingga dapat disimpulkan bahwa minimal ada sepasang perbedaan cakupan K1 yang signifikan pada 4 kawasan sosio budaya di Jawa Timur.

Tabel 4.4 Uji *Least Significance Different (LSD)* Cakupan K1

No	Variabel	Kawasan	Kawasan	Signifikasi	Keterangan
1.	Cakupan K1	Mataraman	Madura	0,021	Perbedaan rata-rata cakupan K1 yang signifikan antar kelompok
			Pendalungan	0,003	Perbedaan rata-rata cakupan K1 yang signifikan antar kelompok

Berdasarkan tabel 4.4 pada cakupan K1 menunjukkan perbedaan yang signifikan antara Kawasan Mataraman dengan Madura dan Mataraman dengan Pendalungan. Kawasan Mataraman memiliki budaya yang hampir sama dengan masyarakat Jawa Surakarta dan Yogyakarta. Masyarakat Mataraman masih menganggap penting upacara *tingkeban* (dilakukan pada saat usia kehamilan 7 bulan di kehamilan pertama) dan *sepasaran* (dilakukan setelah bayi berusia 5 hari) (Zoebazary, 2017). Selain itu, budaya yang berkembang di Kawasan Mataraman adalah *wejangan-wejangan rias manten*. Perias akan memberikan nasihat kepada calon pengantin menggunakan bahasa Jawa. Nasihat yang disampaikan yakni anjuran untuk segera berkunjung ke fasilitas kesehatan jika mengalami terlambat datang bulan.

Menurut Angkasawati, Handayani, dan Laksono (2013), di kawasan Madura seluruh anggota keluarga memberikan perhatian lebih kepada ibu hamil. Masyarakat Madura akan

mengadakan slametan dan ada pantangan bagi ibu hamil yang tanpa diketahui mengakibatkan dampak baik atau buruk bagi kesehatan ibu dan janinnya. Biasanya ibu hamil akan memeriksakan kandungannya di dukun bayi atau pergi ke bidan di Polindes. Menurut (Zoebazary, 2017), masyarakat Pendalungan memiliki pandangan yang lebih sederhana terhadap tradisi. Budaya di Kawasan Pendalungan tidak sekental kawasan lain, karena Pendalungan merupakan kawasan campuran antara budaya Jawa dan Madura.

4.7 Analisis Perbedaan Cakupan K4 Menurut Kawasan Sosio Budaya

Indikator K4 digunakan untuk melihat kelangsungan pelayanan antenatal. Rata-rata cakupan K4 lebih rendah dibandingkan cakupan K1. Hal ini menunjukkan ibu hamil masih belum mendapatkan pelayanan antenatal yang ideal. Setiap daerah memiliki budaya dan perspektif yang berbeda dalam perawatan kehamilan. Berikut perbedaan cakupan K4 menurut 4 kawasan sosio budaya:

Tabel 4.5 Perbedaan Cakupan K4 Menurut 4 Kawasan Sosio Budaya

No	Kawasan	Rata-Rata	Minimum	Maximum
1.	Mataraman	89,86	79,60	100,00
2.	Arek	94,34	88,30	100,00
3.	Madura	87,80	80,40	93,50
4.	Pendalungan	89,70	80,80	95,50

Rata-rata cakupan K4 tertinggi di kawasan Arek (94,34) dan terendah pada kawasan Madura (87,80). Cakupan K4 mengindikasikan kelangsungan program KIA. Secara operasional, pelayanan antenatal yang lengkap dilaksanakan minimal 4 kali selama kehamilan, dengan ketentuan waktu sebagai berikut :

- a. Minimal 1 kali pada trimester pertama
- b. Minimal 1 kali pada trimester kedua
- c. Minimal 2 kali pada trimester ketiga

Standar minimal waktu pelayanan antenatal tersebut untuk menjamin perlindungan ibu hamil, deteksi dini faktor risiko, pencegahan dan penanganan komplikasi.

Kawasan Mataraman memiliki rentang selisih nilai minimal dan maksimal yang cukup besar. Hal ini perlu menjadi perhatian agar dapat terjadi pemerataan kualitas pelayanan antenatal di Mataraman. Kawasan Arek merupakan kawasan metropolis dengan multi etnis dan cenderung berpikiran terbuka. Kawasan ini memiliki perekonomian yang lebih tinggi dibandingkan kawasan yang lain (Surokim dan Wahyudi, 2013). Fasilitas dan tenaga kesehatan di kawasan Arek juga lebih memadai. Sehingga cakupan K4 yang tertinggi di kawasan Arek sangat wajar terjadi.

Kawasan Madura memiliki cakupan K4 yang terendah. Hal ini karena kondisi geografis dan sarana kesehatan yang kurang mendukung di wilayah tersebut. Hal ini didukung oleh Mudjiono. *et al* (2014), bahwa di Kabupaten Sampang kondisi kesehatan masyarakat dapat dikatakan kurang baik, karena sarana dan prasarana kesehatan masih kurang. Menurut Mursyida, Mawarni, dan Agushybana (2012) sebanyak 49,4% ibu di wilayah Puskesmas Tanjung Sampang Madura tidak puas dengan layanan antenatal, diantara penyebabnya adalah bidan yang tidak ramah. Ketidak puasan layanan antenatal ini memungkinkan ibu tidak melanjutkan pelayanan antenatal di trimester berikutnya.

Dalam memutuskan pemeriksaan kehamilan, masyarakat Madura perlu berdiskusi dahulu terutama pada pihak keluarga, tetangga, bahkan kepala dusun (Devy. *et al*, 2011). Banyaknya orang yang menentukan pengambilan keputusan ibu hamil untuk melakukan pemeriksaan kehamilan juga dapat menjadi kendala kelangsungan pelayanan antenatal. Menurut Devy. *et al* (2011), mayoritas ibu hamil melakukan pemeriksaan kehamilan ke posyandu dan dukun. Dukun dianggap lebih mengetahui letak atau posisi bayi dan memperoleh pijatan agar bayi lebih mudah keluar. Sedangkan kunjungan ibu ke posyandu cenderung ingin mendapatkan PMT. Pada Kawasan Madura dan Pandalungan, terdapat pantangan bagi ibu hamil, agar tidak keluar rumah sebelum menginjak usia 4 bulan kehamilan. Hal ini dapat menjadi kendala ibu untuk memeriksakan kehamilannya di trimester 1.

Cakupan K4 menunjukkan perbedaan rata-rata antar 4 kawasan sosio budaya di Jawa Timur. Namun, perlu ditinjau lebih lanjut apakah perbedaan rata-rata tersebut memiliki perbedaan yang signifikan.

Tabel 4.6 Uji *Anova One Way* Cakupan K4

No	Analisis Perbedaan K4		Keterangan
1.	Normalitas	Signifikasi	0,874
		Keterangan	Data berdistribusi normal
2.	Homogenitas	Signifikasi	0,893
		Keterangan	Variasi data homogen
3.	<i>Anova One Way</i>	Signifikasi	0,149
		Keterangan	Tidak ada perbedaan cakupan K4 yang signifikan pada 4 kawasan sosio budaya di Jawa Timur

Berdasarkan tabel 4.6 menunjukkan uji asumsi normalitas menggunakan *Kolmogorov Smirnov* menunjukkan variabel cakupan K4 berdistribusi normal, sehingga asumsi normalitas telah terpenuhi. Uji asumsi homogenitas menggunakan Uji *Lavene Test* juga terpenuhi, yang berarti variasi data homogen. Cakupan K4 memiliki signifikansi $> 0,05$ sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan cakupan K4 yang signifikan pada 4 kawasan sosio

budaya di Jawa Timur. Meskipun tidak ada perbedaan yang signifikan antara 4 kawasan sosio budaya tersebut, namun cakupan K4 di 4 kawasan mengalami penurunan dari K1 sehingga perlu solusi untuk meningkatkan kelangsungan pelayanan antenatal di semua kawasan.

4.8 Analisis Perbedaan Cakupan Pn Menurut Kawasan Sosio Budaya

Indikator Pn digunakan untuk menggambarkan pertolongan persalinan sesuai standar. Setiap daerah memiliki budaya dan perspektif yang berbeda dalam memilih penolong persalinan. Keberadaan dukun bayi juga masih ditemukan di Jawa Timur. Berikut perbedaan cakupan Pn menurut 4 kawasan sosio budaya:

Tabel 4.7 Perbedaan Cakupan Pn Menurut 4 Kawasan Sosio Budaya

No	Kawasan	Rata-Rata	Minimum	Maximum
1.	Mataraman	93,02	86,50	100,00
2.	Arek	96,07	92,90	99,90
3.	Madura	98,63	93,00	101,40
4.	Pendalungan	97,97	94,00	102,30

Rata-rata cakupan penolong persalinan oleh tenaga kesehatan (Pn) tertinggi di Kawasan Madura (98,63) kemudian diikuti oleh Kawasan Pendalungan ((957,97) dan terendah di Kawasan Mataraman (93,02). Pada Kawasan Mataraman menunjukkan selisih cakupan minimal dan maksimal yang tinggi dibandingkan kawasan lain. Cakupan terendah di Kawasan Mataraman terdapat di Kabupaten Pacitan. Indikator cakupan Pn dapat memperlihatkan tingkat kemampuan pemerintah daerah dalam menyediakan pelayanan persalinan berkualitas oleh tenaga kesehatan selain itu, akses menuju pelayanan persalinan juga harus dimudahkan (Izati, 2018).

Cakupan Pn tertinggi di Kawasan Madura, hal ini mungkin terjadi karena menurut Angkasawati, Handayani, Laksono (2013), bahwa sejak bidan desa aktif dan berada di tengah-tengah masyarakat madura, keberadaan dukun bayi sudah bergeser peran. Dukun bayi tidak lagi menolong persalinan tetapi bertugas merawat bayi paska persalinan dan sebagai dukun pijat. Cakupan Pn mengindikasikan gambaran kemampuan manajemen program KIA dalam menolong persalinan sesuai standar. Menurut Mudjiono. *et al* (2014), sebagian besar persalinan di Kabupaten Pamekasan ditangani oleh bidan dan dibantu dukun bayi yang telah dilatih / kursus dari bidan. Dukun ini kemudian bekerja sama dengan bidan dalam membantu persalinan.

Cakupan Pn menunjukkan perbedaan rata-rata antar 4 kawasan sosio budaya di Jawa Timur. Namun, perlu ditinjau lebih lanjut apakah perbedaan rata-rata tersebut memiliki perbedaan yang signifikan.

Tabel 4.8 Uji *Anova One Way* Cakupan Pn

No	Analisis Perbedaan Pn		Keterangan
1.	Normalitas	Signifikasi	0,666
		Keterangan	Data berdistribusi normal
2.	Homogenitas	Signifikasi	0,201
		Keterangan	Variasi data homogen
3.	<i>Anova One Way</i>	Signifikasi	0,008
		Keterangan	Minimal ada 1 pasang kawasan yang memiliki perbedaan cakupan Pn yang signifikan

Berdasarkan tabel 4.8 menunjukkan uji asumsi normalitas menggunakan *Kolmogorov Smirnov* menunjukkan pada variabel cakupan Pn berdistribusi normal, sehingga asumsi normalitas telah terpenuhi. Uji asumsi homogenitas menggunakan Uji *Lavene Test* juga terpenuhi, yang berarti variasi data homogen. Cakupan Pn memiliki signifikansi $< 0,05$ sehingga dapat disimpulkan bahwa minimal ada sepasang perbedaan cakupan Pn yang signifikan pada 4 kawasan sosio budaya di Jawa Timur.

Tabel 4.9 Uji *Least Signifacance Different (LSD)* Cakupan Pn

No	Variabel	Kawasan	Kawasan	Signifikasi	Keterangan
1.	Cakupan Pn	Mataraman	Madura	0,011	Perbedaan rata-rata cakupan Pn yang signifikan antar kelompok
			Pendalungan	0,003	Perbedaan rata-rata cakupan Pn yang signifikan antar kelompok

Berdasarkan tabel 4.9 pada cakupan Pn menunjukkan perbedaan yang signifikan antara Kawasan Mataraman dengan Madura dan Mataraman dengan Pendalungan. Pada budaya Mataraman, peran dukun bayi dalam pemeliharaan kehamilan dan penolong persalinan mulai tergeser oleh tenaga kesehatan profesional. Namun, tidak dapat dipungkiri bahwa dukun bayi masih memiliki peran yang kompleks di masyarakat budaya Mataraman. Dukun bayi dianggap representasi dari tetua yang memiliki pengetahuan lebih banyak tentang tradisi. Peranan dukun bayi di Kawasan Mataraman tidak hanya terbatas pada penolong persalinan, tetapi juga mencuci baju setelah ibu melahirkan, memandikan dan mencuci rambut ibu setelah 40 hari melahirkan, memijat, serta melakukan upacara sedekah agar pasien memperoleh ketenangan. Selain itu, dukun juga berperan memberikan nasihat apa yang boleh dan tidak boleh dilakukan oleh ibu. Besarnya peran dukun bayi ini dapat menumbuhkan kedekatan antara ibu dan dukun bayi dalam aspek psikologis (Kasnodihardjo, Kristiana, dan Angkasawati, 2014).

Menurut Mudjiono. *et al* (2013), keberadaan dukun bayi di Kawasan Madura masih banyak ditemui, namun didukung oleh pelatihan atau kursus dukun dari bidan. Di Pamekasan,

dari 392 dukun sebanyak 336 telah dibina dan diawasi oleh bidan. Menurut Angkasawati, Handayani, Laksono (2013), sebagian besar masyarakat di Madura percaya bahwa tempat seseorang melahirkan akan menjadi tempat yang barokah dan dipenuhi rezeki. Jika bersalin di rumah, maka rumah tersebut akan menjadi tempat yang dipenuhi rezeki. Oleh karena itu, bagi masyarakat Madura, persalinan lebih baik di rumah sendiri daripada Polindes atau fasilitas kesehatan lainnya. Pada Kawasan Pendalungan, mayoritas dihuni oleh etnis Madura, sehingga budaya terkait persalinan juga tidak jauh berbeda dengan Kawasan Madura.

Keberadaan dukun bayi dapat menjadi penghambat ibu untuk menentukan penolong persalinan. Setiap dukun bayi di 4 kawasan sosio budaya di Jawa Timur memiliki ciri yang berbeda. Berikut tipologi bidan di 4 kawasan sosio budaya:

Tabel 4.10 Karakteristik Bidan di 4 Kawasan Sosio Budaya

No.	Kriteria	Kawasan Arek dan Mataraman	Kawasan Pendalungan dan Madura
1.	Usia	> 35 tahun	< 35 tahun
2.	Asal sekolah	Sekolah kebidanan kedinasan	Sekolah kebidanan non-kedinasan
3.	Asal tempat tinggal sebelum penempatan	Bukan penduduk asli	Penduduk asli
4.	Tempat tinggal	Cenderung di ibukota kecamatan	Di desa
5.	Status di Puseksmas	Bidan Puskesmas/Koordinasi	Bidan desa
6.	Status perkawinan	Sudah menikah	Belum menikah
7.	Pengalaman memiliki balita	Sangat baik	Kurang
8.	Pengalaman menangani persalinan	Sangat baik	Kurang
9.	Pengetahuan tentang budaya kehamilan, perawatan bumil, dan bayi	Tinggi	Tinggi
10.	Penolakan dari dukun	Tidak	Tinggi
11.	Penolakan masyarakat lokal (bumil)	Rendah	Tinggi
12.	Status	Bidan senior	Bidan muda

Sumber: Pramono dan Sadewo (2012)

Tabel 4.11 Karakteristik Masyarakat di Kawasan Sosio Budaya

No.	Kriteria	Kawasan Mataraman	Kawasan Arek	Kawasan Pendalungan	Kawasan Madura
1.	Bahasa	Jawa halus	Jawa <i>ngoko</i>	Bahasa Jawa dengan dialek Madura	Madura
2.	Asal Budaya	Surakarta dan Yogyakarta	Jawa Timur	Madura dan Jawa	Madura
3.	Karakter	Masyarakat pedalaman yang tercampur budaya kerajaan	Semangat juang tinggi, terbuka, dan mudah beradaptasi	Agraris, egaliter, bekerja keras, agresif, ekspansif, memiliki solidaritas yang tinggi, tokoh agama sebagai tokoh sentral	Pola pemukiman terpecah, tidak memiliki solidaritas desa, dan hubungan sosial bersifat individual

Sumber: Budi (2016)

4.9 Analisis Perbedaan Cakupan KF3 Menurut Kawasan Sosio Budaya

Indikator KF3 digunakan untuk menggambarkan jangkauan dan kualitas pelayanan ibu nifas. Setiap daerah memiliki budaya dan perspektif yang berbeda terhadap ibu setelah persalinan. Pada beberapa daerah dukun bayi juga merawat ibu nifas. Berikut perbedaan cakupan KF3 menurut 4 kawasan sosio budaya:

Tabel 4.12 Perbedaan Cakupan KF3 Menurut 4 Kawasan Sosio Budaya

No	Kawasan	Rata-Rata	Minimum	Maximum
1.	Mataraman	91,60	80,10	100,00
2.	Arek	95,00	91,60	99,40
3.	Madura	98,00	92,70	102,20
4.	Pendalungan	95,77	91,40	98,70

Rata-rata cakupan pelayanan ibu nifas (KF3) tertinggi di kawasan Madura (98,00) kemudian diikuti oleh kawasan Pendalungan (95,77) dan terendah pada kawasan Mataraman (91,60). Pada Kawasan Mataraman menunjukkan selisih cakupan minimal dan maksimal yang tinggi dibandingkan kawasan lain. Cakupan terendah di Kawasan Mataraman terdapat di Kabupaten Nganjuk. Menurut Badan Pusat Statistika, *et al* (2017), mayoritas ibu yang tidak memperoleh pemeriksaan nifas berada di daerah pedesaan. Kunjungan ibu nifas juga bisa dipengaruhi oleh tingkat pendidikan karena pendidikan yang kurang akan menghambat seseorang untuk menerima nilai-nilai yang baru dikenalkan (Sari, 2019). Cakupan KF3 mengindikasikan gambaran kelangsungan program KIA dan jangkauan serta kualitas pelayanan kesehatan ibu nifas. Kunjungan ibu nifas minimal sebanyak 3 kali dengan rincian waktu sebagai berikut:

- a. Kunjungan pertama pada rentang 6 jam sampai 3 hari setelah persalinan
- b. Kunjungan kedua pada rentang hari ke-4 sampai ke-28 setelah persalinan
- c. Kunjungan ketiga pada rentang hari ke-29 sampai ke-42 setelah persalinan.

Cakupan KF3 menunjukkan perbedaan rata-rata antar 4 kawasan sosio budaya di Jawa Timur. Namun, perlu ditinjau lebih lanjut apakah perbedaan rata-rata tersebut memiliki perbedaan yang signifikan.

Tabel 4.13 Uji *Anova One Way* Cakupan KF3

No	Analisis Perbedaan KF3	Keterangan	
1.	Normalitas	Signifikasi	0,772
		Keterangan	Data berdistribusi normal
2.	Homogenitas	Signifikasi	0,238
		Keterangan	Variasi data homogen
3.	<i>Anova One Way</i>	Signifikasi	0,019
		Keterangan	Minimal ada 1 pasang kawasan yang memiliki perbedaan cakupan KF3 yang signifikan

Berdasarkan tabel 4.12 menunjukkan uji asumsi normalitas menggunakan *Kolmogorov Smirnov* menunjukkan pada variabel cakupan KF3 berdistribusi normal, sehingga asumsi normalitas telah terpenuhi. Uji asumsi homogenitas menggunakan Uji *Lavene Test* juga terpenuhi, yang berarti variasi data homogen. Cakupan KF3 memiliki signifikansi < 0,05 sehingga dapat disimpulkan bahwa minimal ada sepasang perbedaan cakupan KF3 yang signifikan pada 4 kawasan sosio budaya di Jawa Timur.

Tabel 4.14 Uji *Least Significance Different (LSD)* Cakupan KF3

No	Variabel	Kawasan	Kawasan	Signifikasi	Keterangan
1.	Cakupan KF3	Mataraman	Madura	0,009	Perbedaan rata-rata cakupan KF3 yang signifikan antar kelompok
			Pendalungan	0,021	Perbedaan rata-rata cakupan KF3 yang signifikan antar kelompok

Berdasarkan tabel 4.13 pada cakupan KF3 menunjukkan perbedaan yang signifikan antara Kawasan Mataraman dengan Madura dan Mataraman dengan Pendalungan. Budaya di Kawasan Mataraman menunjukkan peran dukun bayi masih sangat penting di masyarakat. Kabupaten Trenggalek merupakan salah satu daerah di Kawasan Mataraman. Dua per tiga kondisi geografi di wilayah tersebut merupakan pegunungan sehingga sangat mempengaruhi akses ibu nifas menuju tempat pelayanan kesehatan ataupun kunjungan tenaga medis menjadi kurang terjangkau. Di sisi lain, keberadaan dukun bayi di masyarakat dianggap memberi kekuatan spritual. Pada kebudayaan Mataraman, dukun bayi menerapkan pijet walik di ibu

nifas. Pijet walik tidak dianjurkan karena dapat menimbulkan pendarahan (Kasnodihardjo, Krstiana, dan Angkasawati, 2014).

Pada kebudayaan Madura dan Pandalungan, secara kuantitatif dukun bayi lebih berpeluang akses langsung ibu hamil dan nifas. Ditunjang dari sisi keeratan emosional dengan masyarakat dan tradisi setempat serta kondisi geografis yang sulit dijangkau bidan, maka peran dukun sangat dominan. Peran program kemitraan dukun bayi semakin menggeser fungsi dukun di masyarakat. Dukun bayi akan dibina dan diawasi sehingga tidak lagi berperan sebagai penolong persalinan tetapi membantu bidan ketika proses kelahiran. Bidan akan datang ketika mendekati proses kelahiran kemudian akan kembali lagi setelah 5 sampai 7 hari. Sedangkan dukun bayi akan mengunjungi bayi sehari 2 kali untuk memandikan dan memberi jamu pada ibu setelah melahirkan (Angkasawati, Handayani, dan Laksono, 2013).

4.10 Analisis Perbedaan MMRate Menurut Kawasan Sosio Budaya

Maternal Mortality Rate (MMRate) mengindikasikan risiko kematian ibu pada WUS di wilayah tertentu. Penyebab kematian ibu diantaranya adalah “3 terlambat”, yaitu terlambat pemeriksaan kehamilan, terlambat memperoleh pelayanan persalinan oleh tenaga kesehatan, dan terlambat tiba di fasilitas kesehatan ketika kondisi emergensi. Kondisi geografis dan etnis sangat mempengaruhi 3 kondisi tersebut. Berikut MMRate menurut 4 kawasan sosio budaya di Jawa Timur.

Tabel 4.15 Perbedaan MMRate Menurut 4 Kawasan Sosio Budaya

No	Kawasan	Rata-Rata	Minimum	Maximum
1.	Mataraman	0,049	0,000	0,136
2.	Arek	0,038	0,000	0,063
3.	Madura	0,057	0,040	0,086
4.	Pandalungan	0,078	0,039	0,182

Maternal Mortality Rate (MMRate) antara 4 kawasan di Jawa Timur menunjukkan angka kematian ibu tertinggi adalah Kawasan Pandalungan (0,078) yang berarti paling banyak 1 ibu yang meninggal setiap 1.000 WUS dan diikuti kawasan Madura (0,057). MMRate maksimal di Kawasan Pandalungan dan Mataraman masih menunjukkan angka kematian ibu yang tinggi. Rata-rata kematian ibu di Kawasan Pandalungan dan Madura lebih tinggi dibandingkan Mataraman dan Arek. Hal ini menunjukkan Kawasan Pandalungan dan Madura memiliki risiko kematian ibu yang lebih tinggi dibandingkan kawasan lainnya.

Menurut Angkasawati, Handayani, Laksono (2013), bahwa hampir semua indikator kesehatan masyarakat yang diukur di wilayah Madura dan Pandalungan bisa dikatakan rendah dibandingkan kabupaten/kota lain di Jawa Timur. Kawasan Madura dan Pandalungan

memiliki cakupan K1, Pn, dan KF3 yang lebih tinggi dibandingkan kawasan lainnya, namun hal ini belum berdampak pada penurunan Angka Kematian Ibu (AKI). Ibu yang meninggal di kawasan Madura dan Pandalungan lebih banyak dibandingkan Kawasan Mataraman yang memiliki cakupan K1, Pn, dan KF3 yang lebih rendah. Hal ini mungkin terjadi karena cakupan K4 terendah ada di wilayah Madura, sehingga minimnya deteksi dini ibu hamil yang berisiko mengalami komplikasi. Di Kawasan Madura, ibu yang mengalami kehamilan bermasalah cenderung memilih persalinan di fasilitas kesehatan. Sehingga dapat dikatakan penolong persalinan oleh tenaga kesehatan cenderung terjadi ketika terjadi *emergency* pada ibu bersalin. Oleh karena itu, perlu diperhatikan kembali kualitas program pelayanan antenatal, penolong persalinan tenaga kesehatan, dan pelayanan ibu nifas di kawasan Madura dan Pandalungan.

Tabel 4.16 Uji *Anova One Way* MMRate

No.	Analisis Perbedaan MMRate		Keterangan
1.	Normalitas	Signifikasi	0,276
		Keterangan	Data berdistribusi normal
2.	Homogenitas	Signifikasi	0,507
		Keterangan	Variasi data homogen
3.	<i>Anova One Way</i>	Signifikasi	0,071
		Keterangan	Tidak ada perbedaan MMRate yang signifikan pada 4 kawasan sosio budaya di Jawa Timur

Berdasarkan tabel 4.15 menunjukkan uji asumsi normalitas menggunakan *Kolmogorov Smirnov* menunjukkan variabel MMRate berdistribusi normal, sehingga asumsi normalitas telah terpenuhi. Uji asumsi homogenitas menggunakan Uji *Lavene Test* juga terpenuhi, yang berarti variasi data homogen. MMRate memiliki signifikansi $> 0,05$ sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan angka kematian ibu yang signifikan pada 4 kawasan sosio budaya di Jawa Timur.

Kawasan Mataraman cenderung tidak memiliki kendala dalam pelayanan antenatal, penolong persalinan oleh tenaga kesehatan dan pelayanan ibu nifas. Rata-rata cakupan KI, Pn, dan KF3 terendah di kawasan Mataraman, namun AKI di kawasan tersebut lebih rendah dibandingkan Madura dan Pandalungan yang memiliki rata-rata cakupan program tertinggi. Sehingga dapat disimpulkan bahwa meskipun rata-rata cakupan K1, Pn, dan KF3 lebih rendah, tetapi efektif meminimalisir kematian ibu dibandingkan kawasan Madura dan Pandalungan. Cakupan K1, Pn, dan KF3 masih bersifat kuantitatif, belum menunjukkan kualitas yang baik.

Pada kawasan Arek tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan dengan kawasan lain. Kawasan Arek merupakan wilayah yang memiliki perekonomian pesat dan budaya yang

lebih heterogen karena banyak bersentuhan dengan budaya pendatang (Damasari dan Wibowo, 2017). Kematian ibu dapat terjadi ketika ibu hamil, melahirkan, maupun di masa nifas. Kesehatan ibu dan anak erat terkait dengan budaya setempat. Oleh karena itu, untuk menurunkan kematian ibu di Jawa Timur maka perlu memperhatikan aspek sosio budaya dalam meningkatkan kualitas pelayanan antenatal, penolong persalinan oleh tenaga kesehatan, dan pelayanan ibu nifas di 4 kawasan tersebut.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

1. Cakupan K1 tertinggi di Kabupaten Lumajang dan terendah di Kabupaten Nganjuk. Salah satu faktor yang mempengaruhi kunjungan ibu ke pelayanan antenatal adalah usia. Di Kabupaten Nganjuk, sebesar 88,5% ibu yang tidak melakukan kunjungan ANC pada usia lebih dari 35 tahun
2. Cakupan K4 tertinggi di Kabupaten Sidoarjo dan terendah di Kabupaten Nganjuk. Salah satu faktor yang terkait dengan capaian K4 adalah Sumber Daya Manusia (SDM). Mayoritas desa siaga di Kabupaten Nganjuk masih berstrata Madya (3-5 kader) dan 7,04% berstrata Purnama (6-8 kader). Sedangkan sebesar 37,82% desa di Kabupaten Sidoarjo berstrata Purnama. Peran kader sangat besar, diantaranya adalah mengamati dan memantau kesehatan ibu dan anak serta pelaporan cepat kepada petugas kesehatan.
3. Cakupan Pn tertinggi di Kabupaten Lumajang dan Kabupaten Pacitan. Salah satu faktor yang terkait dengan capaian Pn adalah tingkat pendidikan ibu. Persentase ibu yang berpendidikan rendah di Kabupaten Pacitan lebih tinggi dibandingkan Kabupaten Lumajang.
4. Cakupan KF3 tertinggi di Kabupaten Sumenep dan terendah di Kabupaten Nganjuk. Salah satu faktor *enabling* (pemungkin) ibu melakukan pelayanan nifas adalah tersedianya tenaga kesehatan. Rasio bidan di Kabupaten Nganjuk lebih rendah dibandingkan Kabupaten Sumenep.
5. MMRate tertinggi di Kota Pasuruan dan terendah di Kota Batu dan Madiun. Salah satu faktor yang mempengaruhi kematian ibu adalah kunjungan antenatal ibu kurang dari 4 kali. Kota Pasuruan memiliki capaian K4 yang lebih rendah dibandingkan Kota Batu dan Madiun.
6. Kawasan sosio budaya terbagi menjadi 4, yaitu Mataraman, Arek, Madura, dan Pandalungan.
7. Rata-rata cakupan K1 terendah di Kawasan Mataraman. Belum ditemukan budaya di Kawasan Mataraman yang dapat menghambat kunjungan ibu hamil ke pelayanan antenatal. Budaya yang berkembang di Mataraman adalah *wejangan-wejangan rias manten*.
8. Rata-rata cakupan K4 terendah di Kawasan Madura. Hal ini disebabkan oleh sarana prasarana kesehatan masih kurang, ditemukan ibu yang tidak puas terhadap pelayanan

antenatal, dan terlalu banyak pihak yang memutuskan apakah sebaiknya ibu berkunjung ke pelayanan antenatal atau tidak.

9. Rata-rata cakupan Pn terendah di Kawasan Mataraman. Budaya yang berkembang di Kawasan Mataraman adalah dukun bayi yang dianggap representatif tetua dan memiliki peran kompleks sehingga meningkatkan kedekatan hubungan psikologis ibu dengan dukun.
10. Rata-rata cakupan KF3 terendah di Kawasan Mataraman. Salah satu kendala di Kawasan Mataraman adalah akses ke pelayanan kesehatan karena kondisi geografis yang sulit dilewati.
11. Rata-rata MMRate tertinggi di Kawasan Pandalungan dan Madura. Hal ini disebabkan cakupan K4 yang rendah di kedua kawasan tersebut, sehingga minimnya deteksi dini komplikasi kehamilan. Ibu cenderung ke fasilitas kesehatan ketika terjadi *emergency*.

5.2 Saran

1. Sebaiknya kader mendampingi ibu hamil yang berusia lebih dari 35 tahun agar mau berkunjung ke pelayanan antenatal sedini mungkin.
2. Wilayah dengan cakupan K4 rendah sebaiknya memperbanyak kader di setiap desa, sehingga secara efektif, kader dapat mendampingi ibu hamil.
3. Meningkatkan pengetahuan terkait Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) pada wilayah yang masih banyak ditemukan ibu berpendidikan rendah.
4. Menambah jumlah bidan di wilayah yang memiliki indikator KIA rendah.
5. Memperbaiki kualitas pelayanan antenatal di Kawasan Madura
6. Penyuluhan pentingnya memeriksakan kehamilan minimal 4 kali pada tokoh agama maupun tokoh yang berpengaruh di Kawasan Madura.
7. Mengawasi kemitraan dukun dan bidan pada wilayah yang masih menganggap penting dukun.
8. Tenaga kesehatan lebih intens dan peka untuk berkunjung ke ibu nifas di wilayah dengan kendala geografis yang sulit dilewati.

DAFTAR PUSTAKA

- Ambarwati, L. 2012. Studi Analisis Kasus Kematian Ibu dengan Menggunakan Metode Rapid Di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Belitung Provinsi Kepulauan Bangka Belitung Tahun 2011 [skripsi]. Tersedia di: <https://lib.ui.ac.id> [05 Februari 2020].
- Andriani, Rininta. 2019. *Pencegahan Kematian Ibu Saat Hamil dan Melahirkan Berbasis Komunitas*. [e-book] Sleman: Depublish Publisher. Tersedia di: <https://books.google.co.id> [27 Januari 2020].
- Angkasawati, T. J., Handayani, L., Laksono, A.D. 2013. *Simpang Jalan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak Sebuah Studi Etnografi*. [e-book] Yogyakarta: Penerbit Kanisius. Tersedia di: [http://dinus.ac.id/repository/docs/ajar/Simpang Jalan Pelayanan KIA.pdf](http://dinus.ac.id/repository/docs/ajar/Simpang_Jalan_Pelayanan_KIA.pdf) [27 Januari 2020].
- Badan Pusat Statistik, et al. 2017. *Survei Demografi Kesehatan Indonesia*. [pdf] Jakarta: Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional. Tersedia di: <http://sdki.bkkbn.go.id/files/buku/2017IDHS.pdf> [27 Januari 2020].
- Blanc, A.K., Winfrey, W., Ross, J. 2013. New Findings for Maternal Mortality Age Patterns: Aggregated Results for 38 Countries. *PLOS One*. [e-journal] 8(4) pp 1-9. Tersedia di: <https://www.plosone.org> [27 Januari 2020].
- Budi, A. 2016. Ini Keunikan yang Hanya Dimiliki Masyarakat Jawa Timur [artikel]. Tersedia di: <https://www.goodnewsfromindonesia.id/2016/12/27/ini-keunikan-yang-hanya-dimiliki-masyarakat-jawa-timur> [13 Februari 2020].
- Damasari. L. S., Wibowo. A. 2017. Analisis Angka Harapan Hidup di Jawa Timur Tahun 2015. *Jurnal Biometrika dan Kependudukan*. [e-journal] 6(1) pp 17-25. Tersedia di: <https://e-journal.unair.ac.id/JBK/article/view/4769> [27 Januari 2020]
- Devy. et al. 2012. Perawatan Kehamilan dalam Perspektif Budaya Madura di Desa Tambak dan Desa Rapalaok Kecamatan Omben Kabupaten Sampang. *Jurnal Promosi Kesehatan*. [e-journal] 1(1) pp 50-62. Tersedia di: <http://www.journal.unair.ac.id/> [27 Januari 2020].
- Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang. 2016. Profil Kesehatan Kabupaten Lumajang 2016. [pdf] Lumajang: Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang. Tersedia di: <https://dinkes.lumajangkab.go.id> [05 Februari 2020].
- Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk. 2017. Profil Kesehatan Kabupaten Nganjuk 2017. [pdf] Nganjuk: Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk. Tersedia di: <https://www.nganjukkab.go.id> [05 Februari 2020].
- Dinas Kesehatan Kabupaten Pacitan. 2016. Profil Kesehatan Kabupaten Pacitan 2016. [pdf] Pacitan: Dinas Kesehatan Kabupaten Pacitan. Tersedia di: <https://dinkes.pacitankab.go.id> [05 Februari 2020].
- Dinas Kesehatan Kota Pasuruan. 2017 Profil Kesehatan Kota Pasuruan 2017. [pdf] Pasuruan: Dinas Kesehatan Kota Pasuruan. Tersedia di: <https://dinkes.pasuruankota.go.id> [05 Februari 2020].
- Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo. 2017. Profil Kesehatan Kabupaten Sidoarjo 2017. [pdf] Sidoarjo: Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo. Tersedia di: <https://dinkes.sidoarjokab.go.id> [05 Februari 2020].

- Dinas Kesehatan Kabupaten Sumenep. 2018. Profil Kesehatan Kabupaten Sumenep 2018. [pdf] Sumenep: Dinas Kesehatan Kabupaten Sumenep. Tersedia di: <https://dinkessumenep.org> [05 Februari 2020].
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. 2012. *Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA)*. Surabaya: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. 2018. *Profil Kesehatan Jawa Timur Tahun 2018*. [pdf] Surabaya: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. Tersedia di: <https://dinkes.jatimprov.go.id> [05 Februari 2020].
- Dinata, A., Arundita, N. N., Suharmiati. 2015. *Kesehatan Ibu dan Anak dalam Lingkaran Ritual Etnis Pesisir Kabupaten Tapanuli Tengah*. [e-book] Surabaya: UNESA University Press. Tersedia di: <https://books.google.co.id> [27 Januari 2020].
- Kasnodihardjo., Kristiana, L., Angkasawati, T.J. 2014. Peran Dukun Bayi Dalam Menunjang Kesehatan Ibu dan Anak. *Media Litbangkes*. [e-journal] 24(2) pp 57- 66. Tersedia di: <https://www.researchgate.net/publication/313680714> [05 Februari 2020]
- Kementerian Kesehatan. 2018. Laporan Nasional Riskesdas 2018. [pdf] Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Tersedia di: <https://labdata.litbang.depkes.go.id> [05 Februari 2020].
- Leveno, K. J. *et al.* 2003. *Obstetri Williams*. [e-book] Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC. Tersedia di: <https://books.google.co.id> [23 Januari 2020].
- Mudjiono. *et al.* 2014. Kearifan Lokal Orang Madura Tentang Jamu Untuk Kesehatan Ibu dan Anak. [e-book] Yogyakarta: Balai Pelestarian Nilai Budaya (BNPB) Yogyakarta. Tersedia di: <https://repositori.kemdikbud.go.id/1151/> [27 Januari 2020].
- Mursyida, R. F., Mawarni. A., Agushybana. 2012. Kepuasan Ibu Hamil dan Persepsi Kualitas Pelayanan Antenatal Care di Puskesmas Tanjung Kabupaten Sampang. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*. [e-journal] 11(2). pp 174-181. Tersedia di: <https://media.neliti.com> [27 Januari 2020].
- Pramono, M.S., Sadewo, F. S. 2012. Analisis Keberadaan Bidan Desa dan Dukun Bayi Di Jawa Timur. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*. [e-journal] 15(3) pp 305-313. Tersedia di: <https://ejournal.litbang.kemkes.go.id> [05 Februari 2020].
- Pratama, M. 2016. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Kematian Maternal Di Solo Raya (Studi Kasus Di RSUD Dr. Moewardi Surakarta) [skripsi]. Tersedia di: <https://eprints.ums.ac.id> [05 Februari 2020].
- Rachmat, H. H. 2018. *Penguatan Upaya Kesehatan Masyarakat dan Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan Di Indonesia*. [e-book] Yogyakarta: Gajah Mada University Press. Tersedia di: <https://books.google.co.id> [27 Januari 2020].
- Sari, D. P. 2019. Persepsi Ibu Nifas Terhadap Pelayanan Kunjungan Nifas. *Jurnal Biomedika*. [e-journal] 12(1) pp 92-99. Tersedia di: <http://ejournal.setiabudi.ac.id/ojs/index.php/biomedika> [05 Februari 2020].
- Sayekti, I. Y., Pirmaningroem, S. 2015. Umur dan Paritas Ibu Hamil Terhadap Kunjungan Kehamilan Pertama (K-1). *Griya Husada*. [e-journal] 2(1) pp 14-19. Tersedia di: <https://griyahusada.id/> [27 Januari 2020].

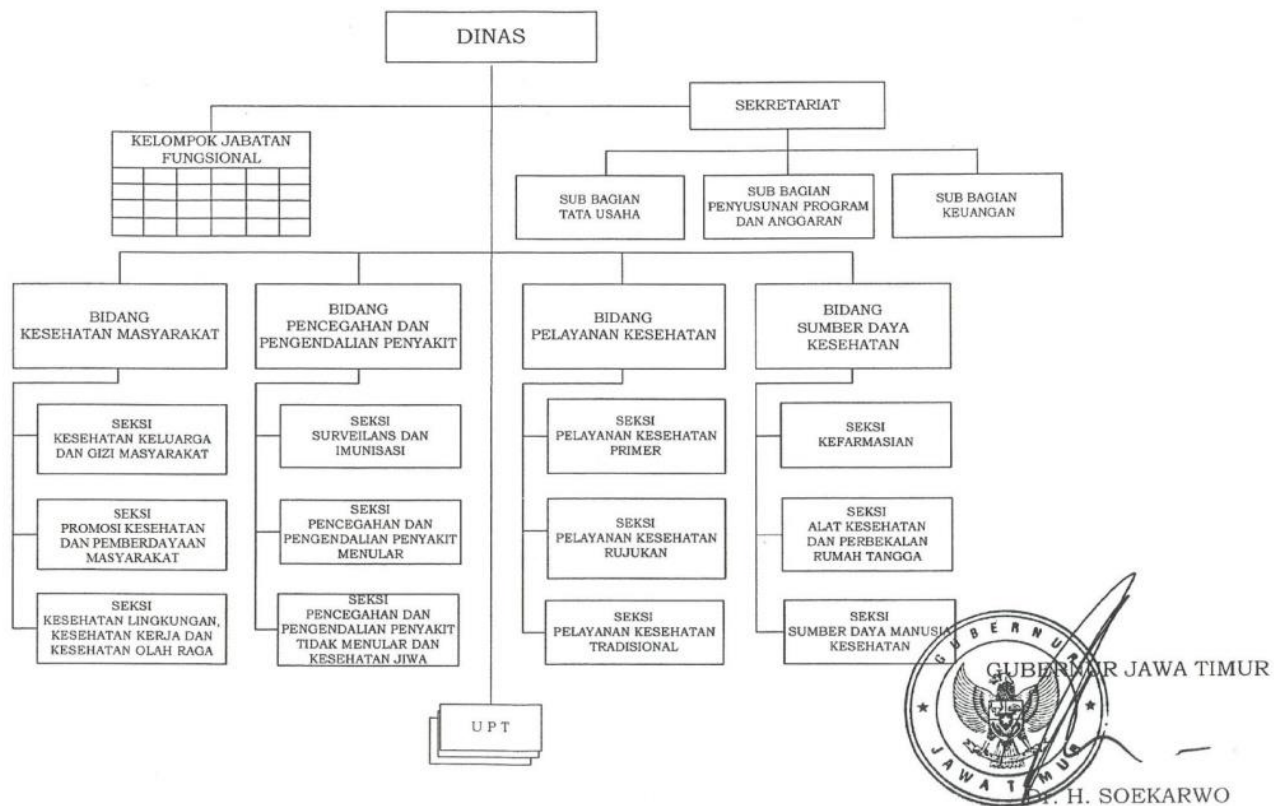
- Stanton, C., Abderrahim, N., Hill, K. 1997. *DHS Maternal Mortality Indicators: An Assesment of Data Quality and Implications for Data Use*. [e-book] Maryland: Macro International Inc. Tersedia di: <https://dhsprogram.com/> [27 Januari 2020].
- Sunarno, Imam. 2012. *Konsep Sehat Menurut Perspektif Budaya Jawa (Stufi Perilaku Masyarakat Jawa dalam Menjaga dan Meningkatkan Kesehatan di Blitar Jawa Timur)* [disertasi]. Tersedia di: <https://repository.unair.ac.id> [27 Januari 2020].
- Surokim., Wahyudi, M. 2013. *Strategi Jitu Memenangkan Persaingan dan Merebut Pemirsa TV*. [e-book] Madura: UTM Press. Tersedia di: https://www.academia.edu/31797563/TELEVISI_LOKAL_Strategi_Jitu_Memenangkan_Persaingan_and_Merebut_Pemirsa_TV [27 Januari 2020].
- Syafrudin., Hamidah. 2009. *Kebidanan Komunitas*. [e-book] Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC. Tersedia di: <https://books.google.co.id> [27 Januari 2020].
- World Health Organization. 2013. *WHO Guidance for Measuring Maternal Mortality From A Census*. [pdf] Switzerland: World Health Organization. Tersedia di: <https://apps.who.int/> [05 Februari 2020].
- Wulandari, A., Wigati, P.A., Sriatmi, A. 2017. Analisis Pelayanan Antenatal dan Faktor-Faktor yang Berkaitan dengan Cakupan Pelayanan Antenatal oleh Bidan Desa di Kabupaten Jember. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. [e-journal] 5(1) pp 14-23. Tersedia di: <https://ejournal-s1.undip.ac.id/index.php/jkm> [13 Februari 2020].
- Zahtamal., Restuastuti, T., Chandra, F. 2011. Analisis Faktor Determinan Permasalahan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. [e-journal] 6(1) pp 9-16. Tersedia di: <https://journal.fkm.ui.ac.id> [05 Februari 2020].
- Zoebazary. M. I. 2017. *Orang Pendalungan Penganyam Kebudayaan di Tapal Kuda*. [e-book] Jember: Paguyupan Pandhalungan Jember. Tersedia di: <https://repository.unej.ac.id> [27 Januari 2020].
- Zulyanto., et al. 2014. *Pencapaian MDGs Di Indonesia*. [e-book] Bandung: Unpad Press. Tersedia di: <https://books.google.co.id> [27 Januari 2020].

Lampiran 1

Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

LAMPIRAN PERATURAN GUBERNUR JAWA TIMUR
 NOMOR : 74 TAHUN 2016
 TANGGAL : 21 OKTOBER 2016

BAGAN STRUKTUR ORGANISASI
 DINAS KESEHATAN PROVINSI JAWA TIMUR



Lampiran 2

Data Cakupan K1, K4, Pn, dan KF3 Menurut Kabupaten/Kota

No	Kabupaten/Kota	K1	K4	Pn	KF3
1	Kab Pacitan	94,0	90,3	86,5	86,5
2	Kab Ponorogo	96,1	83,7	89,0	88,2
3	Kab Trenggalek	95,0	84,1	91,9	91,4
4	Kab Tulungagung	96,9	91,1	92,6	91,8
5	Kab Blitar	92,8	84,4	87,2	87,2
6	Kab Kediri	96,4	91,5	92,4	90,3
7	Kab Malang	100,5	98,4	99,7	99,4
8	Kab Lumajang	107,4	94,4	102,3	98,2
9	Kab Jember	101,7	80,8	94,0	91,4
10	Kab Banyuwangi	99,1	94,2	98,3	92,1
11	Kab Bondowoso	105,8	86,7	100,0	98,7
12	Kab Situbondo	102,4	84,1	97,8	95,2
13	Kab Probolinggo	102,1	87,5	100,1	98,5
14	Kab Pasuruan	100,5	93,7	99,3	97,4
15	Kab Sidoarjo	100,0	100,0	97,0	96,7
16	Kab Mojokerto	99,7	88,3	94,7	94,7
17	Kab Jombang	97,8	91,0	93,5	93,4
18	Kab Nganjuk	88,9	79,6	89,1	80,1
19	Kab Madiun	98,8	91,3	92,3	92,1
20	Kab Magetan	105,0	96,0	98,2	96,1
21	Kab Ngawi	96,2	89,3	92,3	91,2
22	Kab Bojonegoro	100,4	87,0	98,4	96,1
23	Kab Tuban	100,0	92,9	96,1	95,7
24	Kab Lamongan	100,0	99,7	100,0	100,0
25	Kab Gresik	96,5	88,5	92,9	91,6
26	Kab Bangkalan	92,4	80,4	93,0	92,7
27	Kab Sampang	105,4	84,5	99,8	98,0
28	Kab Pamekasan	104,8	92,8	100,3	99,1
29	Kab Sumenep	105,1	93,5	101,4	102,2
30	Kota Kediri	98,7	93,2	95,3	94,2
31	Kota Blitar	92,0	83,6	87,0	85,8
32	Kota Malang	100,4	94,6	94,6	92,6
33	Kota Probolinggo	100,0	95,5	95,8	96,2
34	Kota Pasuruan	97,3	90,4	94,1	94,2
35	Kota Mojokerto	100,1	98,4	99,9	98,3
36	Kota Madiun	100,0	100,0	100,0	98,9
37	Kota Surabaya	100,1	99,0	97,7	95,9
38	Kota Batu	96,1	90,9	94,6	92,4

Lampiran 3

Data Kematian Ibu Menurut Kabupaten/Kota

No	Kabupaten/Kota	Jumlah Kematian Ibu	Jumlah WUS	MMRatio	MMRate
1	Kab Pacitan	3	130.834	44,35	0,023
2	Kab Ponorogo	9	201.165	82,99	0,045
3	Kab Trenggalek	7	171.437	78,48	0,041
4	Kab Tulungagung	18	265.953	118,84	0,068
5	Kab Blitar	10	275.829	59,62	0,036
6	Kab Kediri	17	392.068	70,12	0,043
7	Kab Malang	17	654.156	44,25	0,026
8	Kab Lumajang	16	269.511	111,89	0,059
9	Kab Jember	41	630.913	114,31	0,065
10	Kab Banyuwangi	24	400.714	106,16	0,060
11	Kab Bondowoso	19	195.866	187,73	0,097
12	Kab Situbondo	13	180.276	145,89	0,072
13	Kab Probolinggo	12	309.826	68,72	0,039
14	Kab Pasuruan	28	454.892	116,98	0,062
15	Kab Sidoarjo	23	641.723	65,31	0,036
16	Kab Mojokerto	19	299.504	113,13	0,063
17	Kab Jombang	18	326.459	93,01	0,055
18	Kab Nganjuk	12	263.506	78,52	0,046
19	Kab Madiun	6	161.715	65,80	0,037
20	Kab Magetan	13	143.700	162,93	0,090
21	Kab Ngawi	12	202.649	11,20	0,059
22	Kab Bojonegoro	27	324.024	162,23	0,083
23	Kab Tuban	8	309.284	50,09	0,026
24	Kab Lamongan	8	308.123	50,66	0,026
25	Kab Gresik	20	362.711	96,64	0,055
26	Kab Bangkalan	11	258.136	71,00	0,043
27	Kab Sampang	15	260.293	98,07	0,058
28	Kab Pamekasan	21	243.676	165,29	0,086
29	Kab Sumenep	12	296.857	86,24	0,040
30	Kota Kediri	2	77.293	46,88	0,026
31	Kota Blitar	5	36.668	231,48	0,136
32	Kota Malang	10	250.486	83,28	0,040
33	Kota Probolinggo	4	64.199	107,76	0,062
34	Kota Pasuruan	10	54.985	301,75	0,182
35	Kota Mojokerto	1	34.926	48,97	0,029
36	Kota Madiun	0	45.948	0,00	0,000
37	Kota Surabaya	31	858.627	72,99	0,036
38	Kota Batu	0	54.365	0,00	0,000

Lampiran 4

Output SPSS Uji Anova One Way dan LSD

		Descriptives							
		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
MMRATE	Mataraman	16	,04906	,032628	,008157	,03168	,06645	,000	,136
	Arek	9	,03778	,018985	,006328	,02318	,05237	,000	,063
	Madura	4	,05675	,021030	,010515	,02329	,09021	,040	,086
	Pendalungan	9	,07756	,041979	,013993	,04529	,10982	,039	,182
	Total	38	,05395	,033716	,005469	,04287	,06503	,000	,182
K1	Mataraman	16	96,9500	3,93039	,98260	94,8556	99,0444	88,90	105,00
	Arek	9	99,0222	1,73981	,57994	97,6849	100,3596	96,10	100,50
	Madura	4	101,9250	6,35472	3,17736	91,8132	112,0368	92,40	105,40
	Pendalungan	9	101,8111	3,16798	1,05599	99,3760	104,2462	97,30	107,40
	Total	38	99,1158	4,12458	,66910	97,7601	100,4715	88,90	107,40
K4	Mataraman	16	89,8563	5,87718	1,46930	86,7245	92,9880	79,60	100,00
	Arek	9	94,3444	4,74819	1,58273	90,6947	97,9942	88,30	100,00
	Madura	4	87,8000	6,40677	3,20338	77,6054	97,9946	80,40	93,50
	Pendalungan	9	89,7000	5,20673	1,73558	85,6978	93,7022	80,80	95,50
	Total	38	90,6658	5,72341	,92846	88,7846	92,5470	79,60	100,00
Pn	Mataraman	16	93,0188	4,58188	1,14547	90,5772	95,4603	86,50	100,00
	Arek	9	96,0667	2,60336	,86779	94,0655	98,0678	92,90	99,90
	Madura	4	98,6250	3,80909	1,90455	92,5639	104,6861	93,00	101,40
	Pendalungan	9	97,9667	2,84517	,94839	95,7797	100,1537	94,00	102,30
	Total	38	95,5026	4,26371	,69166	94,1012	96,9041	86,50	102,30
KF3	Mataraman	16	91,6000	5,24671	1,31168	88,8042	94,3958	80,10	100,00
	Arek	9	95,0000	2,75409	,91803	92,8830	97,1170	91,60	99,40
	Madura	4	98,0000	3,95559	1,97779	91,7058	104,2942	92,70	102,20
	Pendalungan	9	95,7667	2,74181	,91394	93,6591	97,8742	91,40	98,70
	Total	38	94,0658	4,57303	,74184	92,5627	95,5689	80,10	102,20

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

	MMRATE	K1	K4	Pn	KF3
N	38	38	38	38	38
Normal Parameters ^{a,b}	,05395	5,3955	99,1158	90,6658	95,5026
	,033716	3,37790	4,12458	5,72341	4,26371
Most Extreme	,161	,161	,132	,096	,118

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		MMRATE	K1	K4	Pn	KF3
Differences	,161	,161	,132	,096	,078	,071
	-,127	-,126	-,111	-,080	-,118	-,108
Kolmogorov-Smirnov Z		,992	,812	,593	,727	,663
Asymp. Sig. (2-tailed)		,278	,525	,874	,666	,772

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

Test of Homogeneity of Variances

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
MMRATE	,800	3	34	,502
K1	2,502	3	34	,076
K4	,203	3	34	,893
Pn	1,626	3	34	,201
KF3	1,476	3	34	,238

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
MMRATE	Between Groups	,008	3	,003	2,573	,070
	Within Groups	,034	34	,001		
	Total	,042	37			
K1	Between Groups	172,079	3	57,360	4,264	,012
	Within Groups	457,372	34	13,452		
	Total	629,451	37			
K4	Between Groups	173,524	3	57,841	1,894	,149
	Within Groups	1.038,502	34	30,544		
	Total	1.212,026	37			
Pn	Between Groups	195,218	3	65,073	4,634	,008
	Within Groups	477,412	34	14,042		
	Total	672,630	37			
KF3	Between Groups	193,086	3	64,362	3,769	,019
	Within Groups	580,680	34	17,079		
	Total	773,766	37			

Multiple Comparisons

LSD

Dependent Variable	(I) Kawasan sosio budaya	(J) Kawasan sosio budaya	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
MMRATE	Mataraman	Arek	,011285	,013230	,400	-,01560	,03817

Multiple Comparisons

LSD

Dependent Variable	(I) Kawasan sosio budaya	(J) Kawasan sosio budaya	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
		Madura	-,007688	,017750	,668	-,04376	,02838
		Pendalungan	-,028493	,013230	,038	-,05538	-,00161
		Mataraman	-,011285	,013230	,400	-,03817	,01560
	Arek	Madura	-,018972	,019080	,327	-,05775	,01980
		Pendalungan	-,039778	,014968	,012	-,07020	-,00936
		Mataraman	,007688	,017750	,668	-,02838	,04376
	Madura	Arek	,018972	,019080	,327	-,01980	,05775
		Pendalungan	-,020806	,019080	,283	-,05958	,01797
		Mataraman	,028493	,013230	,038	,00161	,05538
	Pendalungan	Arek	,039778	,014968	,012	,00936	,07020
		Madura	,020806	,019080	,283	-,01797	,05958
	K1	Mataraman	Arek	-2,07222	1,52821	,184	-5,1779
Madura			-4,97500*	2,05031	,021	-9,1417	-,8083
Pendalungan			-4,86111*	1,52821	,003	-7,9668	-1,7554
Arek		Mataraman	2,07222	1,52821	,184	-1,0335	5,1779
		Madura	-2,90278	2,20402	,197	-7,3819	1,5763
		Pendalungan	-2,78889	1,72898	,116	-6,3026	,7248
Madura		Mataraman	4,97500*	2,05031	,021	,8083	9,1417
		Arek	2,90278	2,20402	,197	-1,5763	7,3819
Pendalungan		Mataraman	,11389	2,20402	,959	-4,3652	4,5930
		Mataraman	4,86111*	1,52821	,003	1,7554	7,9668
		Arek	2,78889	1,72898	,116	-,7248	6,3026
			Madura	-,11389	2,20402	,959	-4,5930
K4	Mataraman	Arek	-4,48819	2,30278	,060	-9,1680	,1916
		Madura	2,05625	3,08951	,510	-4,2224	8,3349
		Pendalungan	,15625	2,30278	,946	-4,5236	4,8361
	Arek	Mataraman	4,48819	2,30278	,060	-,1916	9,1680
		Madura	6,54444	3,32112	,057	-,2049	13,2938
		Pendalungan	4,64444	2,60530	,084	-,6502	9,9391
	Madura	Mataraman	-2,05625	3,08951	,510	-8,3349	4,2224
		Arek	-6,54444	3,32112	,057	-13,2938	,2049
		Pendalungan	-1,90000	3,32112	,571	-8,6493	4,8493
	Pendalungan	Mataraman	-,15625	2,30278	,946	-4,8361	4,5236
		Arek	-4,64444	2,60530	,084	-9,9391	,6502
			Madura	1,90000	3,32112	,571	-4,8493

Multiple Comparisons

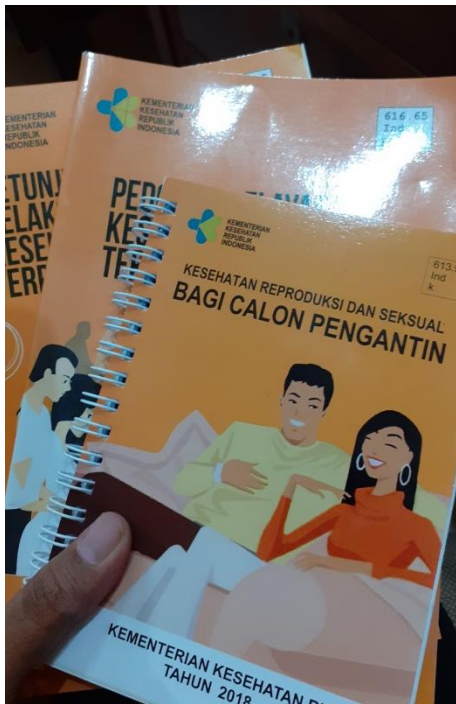
LSD

Dependent Variable	(I) Kawasan sosio budaya	(J) Kawasan sosio budaya	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Pn	Mataraman	Arek	-3,04792	1,56133	,059	-6,2209	,1251
		Madura	-5,60625*	2,09475	,011	-9,8633	-1,3492
		Pendalungan	-4,94792*	1,56133	,003	-8,1209	-1,7749
	Arek	Mataraman	3,04792	1,56133	,059	-,1251	6,2209
		Madura	-2,55833	2,25179	,264	-7,1345	2,0179
		Pendalungan	-1,90000	1,76645	,290	-5,4899	1,6899
	Madura	Mataraman	5,60625*	2,09475	,011	1,3492	9,8633
		Arek	2,55833	2,25179	,264	-2,0179	7,1345
		Pendalungan	,65833	2,25179	,772	-3,9179	5,2345
	Pendalungan	Mataraman	4,94792*	1,56133	,003	1,7749	8,1209
		Arek	1,90000	1,76645	,290	-1,6899	5,4899
		Madura	-,65833	2,25179	,772	-5,2345	3,9179
KF3	Mataraman	Arek	-3,40000	1,72194	,056	-6,8994	,0994
		Madura	-6,40000*	2,31022	,009	-11,0949	-1,7051
		Pendalungan	-4,16667*	1,72194	,021	-7,6661	-,6673
	Arek	Mataraman	3,40000	1,72194	,056	-,0994	6,8994
		Madura	-3,00000	2,48342	,235	-8,0469	2,0469
		Pendalungan	-,76667	1,94815	,696	-4,7258	3,1925
	Madura	Mataraman	6,40000*	2,31022	,009	1,7051	11,0949
		Arek	3,00000	2,48342	,235	-2,0469	8,0469
		Pendalungan	2,23333	2,48342	,375	-2,8136	7,2802
	Pendalungan	Mataraman	4,16667*	1,72194	,021	,6673	7,6661
		Arek	,76667	1,94815	,696	-3,1925	4,7258
		Madura	-2,23333	2,48342	,375	-7,2802	2,8136

*. The mean difference is significant at the 0,05 level.

Lampiran 5

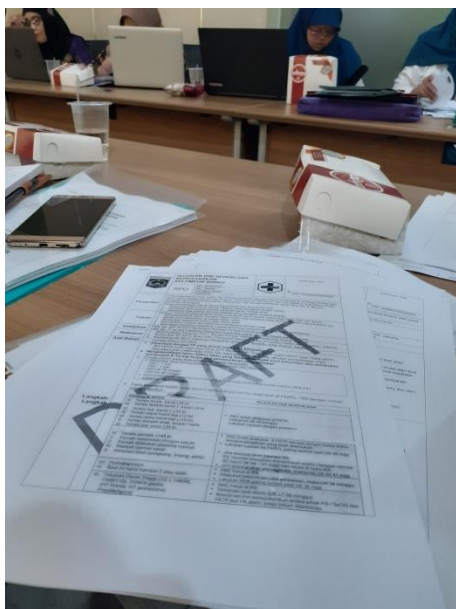
Dokumentasi Kegiatan



Contoh Beberapa buku yang dipelajari



Upacara Korpri



Rapat Pembuatan SOP ANC PNC



Supervisi dosen pembimbing

Lampiran 6

Catatan Kegiatan dan Absensi Magang

Lembar Catatan Kegiatan dan Absensi Magang

Nama Mahasiswa : Dianatul Fitri
 NIM : 101611133141
 Tempat Magang : Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi Masyarakat – Bidang Kesehatan Masyarakat – Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Tanggal	Kegiatan	Paraf Pembimbing Instansi
Minggu ke-1		
26 Desember 2019	Membantu input data di Seksi Sumber Daya Kesehatan	f
27 Desember 2019	Perizinan di Kepala Bidang Kesehatan Masyarakat	f
Minggu ke-2		
30 Desember 2019	Izin seminar proposal skripsi	f
31 Desember 2019	Izin seminar proposal skripsi	f
02 Januari 2020	Izin seminar proposal skripsi	f
03 Januari 2020	Mempelajari Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) KIA	f
Minggu ke-3		
06 Januari 2020	Membuat daftar tilik superfisi dan fasilitas pelayanan KB	f
07 Januari 2020	Menentukan topik laporan magang	f
08 Januari 2020	Input data kematian ibu dari Profil Kesehatan Jawa Timur 2018 untuk laporan magang	f
09 Januari 2020	Input data Wanita Usia Subur (WUS) dari Profil Kesehatan Jawa Timur 2018 untuk laporan magang	f
10 Januari 2020	Menghitung <i>Maternal Mortality Rate</i> (MMRate)	f
Minggu ke-4		
13 Januari 2020	Mempelajari Pedoman Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu	f
14 Januari 2020	Mempelajari Petunjuk Teknis Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Reproduksi dan Kesehatan Reproduksi dan Seksual bagi Calon Pengantin, mempelajari pelaporan data kespro dan pembagian ruang lingkup kespro dengan	f

	seksi lain.	
15 Januari 2020	Mempelajari output data kespro yang dilaporkan di profil kesehatan Membantu membuat grafik SKDN (N/D) menurut wilayah kerja	f
16 Januari 2020	Mempelajari pedoman Keluarga Berencana Membantu membuat grafik vitamin A (N/D) menurut wilayah kerja	f
17 Januari 2020	Mempelajari kebutuhan kesehatan reproduksi untuk bencana	f
Minggu ke-5		
20 Januari 2020	Mempelajari pedoman tatalaksana kasus kekerasan terhadap perempuan dan anak	f
21 Januari 2020	Menyusun latar belakang masalah laporan magang dan mempelajari panduan untuk caregiver dalam perawatan jangka panjang	f
22 Januari 2020	Mengerjakan tinjauan pustaka dan mempelajari pedoman untuk Puskesmas dalam perawatan jangka panjang pada lansia. Mengkonsultasikan topik laporan magang dan supervisi oleh dosen pembimbing magang dari FKM	f
23 Januari 2020	Mempelajari pelayanan kesehatan neonatal esensial dan menyusun tinjauan pustaka laporan magang Mengolah data skrining pada pelajar SMP/MTs/SLB dan interpretasi hasil	f
24 Januari 2020	Mengolah data skrining pada pelajar SMP/MTs/SLB dan interpretasi hasil	f
Minggu ke-6		
27 Januari 2020	Menyusun metode kegiatan magang Mengolah data skrining pada pelajar SMP/MTs/SLB dan interpretasi hasil	f
28 Januari 2020	Menyusun hasil dan pembahasan laporan magang serta konsultasi hasil ke penanggung jawab program KIA	f
29 Januari 2020	Memperbaiki hasil dan pembahasan yang telah mendapat <i>feed back</i> dari dosen pembimbing	f
30 Januari 2020	Membuat PPT seminar magang dan mengatur jadwal seminar dengan pembimbing instansi	f

Lampiran 7

Surat Izin Magang

PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR
DINAS KESEHATAN

Jl. Jend. A. Yani No.118 Telp. 8280356 – 8280660 – 8280713
Fax (031) 8290423 Surabaya 60231

Kepada Yth : 1. Sekretaris
 : 2. Kabid Kesmas
Dari : Kepala Bidang SDK
Nomor : 845 / SDK / ND / XII / 2019
Tanggal : 26 Desember 2019
Perihal : Permohonan Ijin Magang

Sehubungan dengan adanya surat dari Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat nomor : 8042/UN3.1.7/PPd/2019, tanggal 12 November 2019, perihal : Permohonan Ijin Magang, bersama ini kami mohon kesediaan Saudara untuk memberikan bimbingan terkait program di Dinas Kesehatan Provinsi pada kegiatan mahasiswa dimaksud, yang akan dilaksanakan mulai:


Hari /Tanggal : Jumat / 27 Desember 2019

Waktu : Menyesuaikan Jadwal Kantor

Minat Program : Daftar Terlampir

Demikian, atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Kepala Bidang
Sumber Daya Kesehatan


Drg. MVS MAHANANI, M.Kes.
NIP. 19650908 199102 2 002

DAFTAR NAMA MAHASISWA MAGANG
27 DESEMBER – 30 JANUARI 2019

NO	NAMA	NIM	MINAT PROGRAM
1	Salsabila Naim	101611133218	Penyusunan Program dan Anggaran
2.	Nadiyah Firdaus	101611133114	Penyusunan Program dan Anggaran
3.	Dianatul Fitri	101611133114	Kesehatan Gizi Masyarakat
4.	Ita Mamlu'atul MUfidah	101611133114	Kesehatan Gizi Masyarakat



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. 031-5920948, 5920949 Fax. 031-5924618

Website: <http://www.fkm.unair.ac.id>; E-mail: info@fkm.unair.ac.id

Nomor : 8042/UN3.1.10/PPd/2019
Lampiran : 1 (satu) berkas
Hal : **Permohonan izin magang**

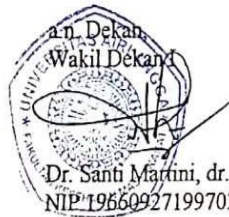
12 Nopember 2019

Yth. Kepala
Dinas Kesehatan
Provinsi Jawa Timur
Jl. Ahmad Yani No. 118
SURABAYA

Sehubungan dengan pelaksanaan program magang bagi mahasiswa Program Studi Kesehatan Masyarakat, Program Sarjana (S1) Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Tahun Akademik 2019/2020, dengan ini kami mohon Saudara mengizinkan mahasiswa, atas nama (terlampir).

Sebagai peserta magang di Instansi Saudara.

Atas perhatian dan kerjasama Saudara kami sampaikan terima kasih.



Tembusan :

1. Dekan FKM UNAIR;
2. Ketua Departemen Epidemiologi, FKM UNAIR;
3. Ketua Departemen Biostatistik & Kependudukan, FKM UNAIR;
4. Ketua Departemen Administrasi & Kebijakan Kesehatan, FKM UNAIR;
5. Ketua Departemen Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku, FKM UNAIR;
6. Koordinator Program Studi Kesehatan Masyarakat, Program Sarjana, FKM UNAIR;
7. Koordinator Magang Program Studi Kesehatan Masyarakat, Program Sarjana, FKM UNAIR;
8. Yang bersangkutan.



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. 031-5920948, 5920949 Fax. 031-5924618

Website: <http://www.fkm.unair.ac.id>; E-mail: info@fkm.unair.ac.id

DAFTAR NAMA PESERTA MAGANG
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS AIRLANGGA

No.	Nama Mahasiswa	NIM	Peminatan	Tempat Magang	Pembimbing	Pelaksanaan
1.	Anugrah Lintang Indrawati	101611133058	Epidemiologi	Bagian Penyakit Tidak Menular	Dr. Lucia Yovita Hendrati, S.KM., M.Kes	23 Desember 2019 s.d. 24 Januari 2020
2.	Nida Luthfina	101611133097				
3.	Indria Dwi Saraswati	101611133037				
4.	Annisa Nur Illahi	101611133191		Bagian Surveillans	Laura Navika Yamani, S.Si., M.Si., Ph.D	
5.	Alya hanifa Rasyidi	101611133147				
6.	Made Nita Sintari	101611133161				
7.	Erren Silvia Herdiyani	101611133045		Bagian Penyakit Menular	Prof. Dr., Chatarina Umbul Wahyuni, dr., M.S., M.PH	
8.	Elvira Revita	101611133042				
9.	Armya Zakiah Safitri	101611133182				
10.	Tashya Angelie Tamara	101611133035	Administrasi & Kebijakan Kesehatan	Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur	Ilham Aksanu Ridlo, S.KM., M.Kes	Januari s.d. Februari 2020
11.	Aldila Mazaya Ghaisani	101611133158				
12.	Ana mariatul Ulfa	101611133082				
13.	Riphyana Novayanti	101611133031				



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. 031-5920948, 5920949 Fax. 031-5924618

Website: <http://www.fkm.unair.ac.id>, E-mail: info@fkm.unair.ac.id

No.	Nama Mahasiswa	NIM	Peminatan	Tempat Magang	Pembimbing	Pelaksanaan
14.	Salsabila Naim	1016111218	Biostatistika	Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur	Yuly Sulistyorini, S.KM., M.Kes	23 Desember 2019 s.d. 24 Januari 2020
15.	Nadiyah Firdaus	101611133114				
16.	Dianatul Fitri	101611133141				
17.	Ita mamlu'atul Mufidah	101611133165				
18.	Annisa Fitrah Alifia	101611133160	PKIP	Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur	Riris Diana Rachmayanti, SKM., M.Kes	6 Januari s.d. 6 Februari 2020
19.	Ferina Agustia Y.	101611133121				
20.	M. Baharrudin Wisudawan	101611133063				
21.	Putri Faradina H.	10161113357				
22.	Nabila Maliha	101611133178				

Surabaya, 12 Nopember 2019

a.n. Dekan,
Wakil Dekan I

Dr. Santi Martini, dr., M.Kes.
NIP.196609271997022001