



The Influence of Socio-Cultural Factors, Community Participation, and Factors of Local Government Budget Policy Against Leap Decrease in the Death of Babies in Ngada and Kupang Districts

Pengaruh Faktor Sosial Budaya, Partisipasi Masyarakat, Dan Faktor Kebijakan Anggaran Pemerintah Daerah Terhadap Lompatan Penurunan Kematian Bayi Di Kabupaten Ngada Dan Kupang

Margaretha Maria Ulemadja Wedho

Keperawatan Kupang, Poltekkes Kemenkes Kupang

Email: margarethawedho@poltekkeskupang.ac.id

ARTICLE INFO:

Keywords:

Maternal and child health
Community participation
Government budget
Infant mortality

ABSTARCT/ABSTRAK

The infant mortality rate (IMR) in East Nusa Tenggara Province is still high, with the number of deaths from 2011-2014 fluctuating between 1219-1350 cases. The purpose of this study was to determine the influence of factors of community participation, socio-cultural, and regional government budget policies on reducing infant mortality rates in Ngada and Kupang districts. The type of research used is qualitative with the support of quantitative data. The population in the study were all managers of Maternal and Child Health from the district level (government, health office) to the village level. Purposive non-random sampling is used to obtain a sample consisting of the district level: the head of the financial planner, the head of the maternal and child health department of the health department. The Puskesmas is the head of the Puskesmas and is in charge of Maternal and Child Health. The sub-district level is the head of the health affairs section; village level is the village head, 4 Neighborhood heads / Head of Hamlets / community leaders, and 4 cadres. In terms of recipients of health services are 4 mothers after childbirth and husband. The results showed that the socio-cultural factors of the community, both sex, occupation, and low level of education as well as customs in Kupang Regency greatly influenced the pattern of handling newborns. Plus the low participation of village government resulted in high mortality rates compared to other districts, especially Ngada. Community participation in this case during the pregnancy period in both districts was still low which affected delays in making decisions. Regional government budgetary independence in Ngada and Kupang districts is still

lacking in accelerating the program to reduce infant mortality. The recommendations given are that the health department is expected to focus more on training to reduce the causes of newborn deaths such as the handling of infants with Asphyxia, Acute Respiratory Distress Syndrome, Infection for nurses / midwives; and cadres and community leaders.

Kata Kunci:

Kesehatan Ibu dan Anak
Partisipasi masyarakat
Anggaran pemerintah
Kematian bayi

Angka kematian bayi (AKB) di Provinsi Nusa Tenggara Timur masih termasuk tinggi dengan jumlah kasus kematian dari tahun 2011-2014 berfluktuasi antara 1219-1350 kasus. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui pengaruh faktor partisipasi masyarakat, sosial budaya, dan kebijakan anggaran pemerintah daerah terhadap penurunan angka kematian bayi di Kabupaten Ngada dan Kabupaten Kupang. Jenis penelitian yang digunakan adalah kualitatif dengan dukungan data kuantitatif. Populasi dalam penelitian adalah semua pengelola Kesehatan Ibu dan Anak dari tingkat kabupaten (pemerintah, dinas kesehatan) sampai pada tingkat desa. Purposif non-random sampling digunakan untuk mendapatkan sampel yang terdiri dari tingkat kabupaten: kepala perencana keuangan, kepala seksi Kesehatan Ibu dan Anak dinas kesehatan. Tingkat Puskesmas adalah kepala Puskesmas, dan penanggung jawab Kesehatan Ibu dan Anak. Tingkat kecamatan adalah kepala seksi urusan kesehatan; tingkat desa adalah kepala desa, 4 kepala RT/RW/tokoh masyarakat, dan 4 orang kader. Dari segi penerima pelayanan kesehatan adalah 4 orang ibu paska persalinan dan suami. Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor sosial budaya masyarakat baik jenis kelamin, pekerjaan, dan tingkat pendidikan yang rendah maupun adat kebiasaan di Kabupaten Kupang sangat mempengaruhi pola penanganan bayi baru lahir. Ditambah lagi partisipasi pemerintah desa yang rendah mengakibatkan tingkat kematian masih tinggi bila dibanding Kabupaten lainnya terutama Ngada. Partisipasi masyarakat dalam hal ini suami selama masa kehamilan di kedua Kabupaten masih rendah yang mempengaruhi keterlambatan dalam mengambil keputusan. Keberpihakan anggaran pemerintah daerah di Kabupaten Ngada dan Kupang masih kurang dalam mempercepat program penurunan Kematian Bayi. Rekomendasi yang diberikan adalah diharapkan dinas kesehatan lebih memfokuskan pada pelatihan-pelatihan untuk menekan penyebab terjadinya kematian bayi baru lahir seperti penanganan bayi Asfiksia, *Acute Respiratory Distress Syndrome*, Infeksi bagi perawat/bidan; dan kader serta tokoh masyarakat.

Copyright©2017 Jurnal Info Kesehatan
All rights reserved

Corresponding Author:

Margaretha Maria Ulemadja Wedho
Keperawatan-Poltekkes Kemenkes Kupang - 85111
Email: margarethawedho@poltekkeskupang.ac.id

1. PENDAHULUAN

Pemerintah Indonesia sangat memperhatikan kesehatan anak karena mereka adalah generasi penerus bangsa. Anak diharapkan memiliki fisik yang sehat, cerdas, dan berkualitas sejak dalam kandungan sampai dilahirkan hingga mencapai usia 18 tahun. Pemeliharaan kesehatan anak ditujukan untuk menurunkan angka kematian yang masih tinggi. Angka kematian merupakan indikator terbaik untuk mengukur derajat kesehatan anak. Angka Kematian Neonatal (AKN) mendapat perhatian pemerintah karena memberi kontribusi terbesar terhadap 59% kematian bayi. Angka kematian Neonatal di Indonesia pada tahun 2012 sebesar 19 per 1.000 kelahiran hidup hanya menurun 1 poin dari AKN pada tahun 2002-2003 yaitu 20 per 1.000 kelahiran hidup (Profil Kesehatan Indonesia, 2015). Angka Kematian Bayi (AKB) pada tahun 2015 (SUPAS) meningkat menjadi 22.23 per 1.000 kelahiran hidup, namun sebenarnya sudah mencapai target MDG tahun 2015 yaitu 23 per 1.000 kelahiran hidup (Profil Kesehatan Indonesia, 2015).

Sayangnya Angka kematian Bayi (AKB) di Provinsi NTT masih termasuk dalam kategori tinggi karena tidak menurun dari tahun ke tahun. Jumlah kasus kematian bayi dari tahun 2011-2014 berfluktuasi. Pada tahun 2011 jumlah kasus kematian 1.272 meningkat menjadi 1.350 pada tahun 2012 dan menurun lagi pada tahun 2013 dan 2014

menurun menjadi 1.280 (Profil Dinas Kesehatan Propinsi NTT, 2015).

Penyebab kematian neonatal 0–6 hari adalah gangguan pernapasan (37%), prematuritas (34%), sepsis (12%), hipotermi (7%), ikterus (6%) dan kelainan kongenital (1%) (Riskesdas, 2007). Mahmudah (2010) dalam Raharni (2011) menyebutkan bahwa faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian kematian perinatal di Kabupaten Batang adalah pendidikan, pengetahuan ibu, asfiksia dan kelainan kongenital. Damayanti (2010) mengatakan bahwa faktor ibu (umur, paritas, penyulit dalam kehamilan dan persalinan), faktor bidan (pengetahuan bidan dan keterampilan bidan), dan faktor bayi (umur kehamilan, berat badan bayi waktu lahir, dan penyulit lain) pada bayi sama-sama memiliki hubungan bermakna terhadap kematian neonatal. Berat badan bayi waktu lahir memiliki pengaruh paling dominan terhadap kematian Neonatal.

Rahani, dkk (2011) melaporkan bahwa kematian neonatal sebagian besar terjadi pada usia ibu saat melahirkan sudah cukup dewasa yaitu kelompok umur 18–34 tahun, tetapi sebagian besar dengan tingkat pendidikan rendah dan sedang yaitu 53% dan 43%. Kematian neonatal sebagian besar terjadi pada jarak kelahiran dengan kelahiran sebelumnya kurang dari 12 bulan sebanyak 100 (61,3%).

Pemerintah telah melakukan berbagai upaya untuk menurunkan

menurunkan kematian ibu, bayi baru lahir, bayi dan balita yang mencakup: penempatan bidan di desa; pemberdayaan keluarga dan masyarakat dengan menggunakan Buku Kesehatan Ibu dan Anak (Buku KIA) dan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K); menyediakan fasilitas kesehatan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) di Puskesmas perawatan dan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) di rumah sakit. Pemerintah juga telah menggalakkan kembali program KB dan peningkatan gizi, koordinasi tingkat kabupaten dan kotaseperti penyediaan tenaga kesehatan dan alat kesehatan, fasilitas pelayanan sesuai standar. Pemerintah juga telah gencar melakukan pemberdayaan masyarakat untuk promosi kesehatan, peningkatan komunikasi, informasi, dan edukasi di tingkat provinsi dan kabupaten dan kota serta menguatkan kebijakan lokal yang mendukung kesehatan ibu dan anak, penguatan posyandu dan desa siaga aktif.

Namun hingga MDG berakhir pada 2015 Angka Kematian Bayi di Provinsi NTT masih tinggi. Kemungkinan ada faktor penyebab lainnya yang menghambat penurunan kematian bayi. Pada bulan February 2015 Pemerintah dalam hal ini dinas kesehatan meluncurkan Petunjuk Teknis Lompatan Penurunan Kematian Bayi di Provinsi NTT. Tujuan ditetapkannya petunjuk teknis ini adalah untuk mencapai

penurunan kematian Neonatal, bayi dan Balita menjadi AKN 14 per 1.000 kelahiran hidup, AKB menjadi 23 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2015. AKB yang masih tinggi di Provinsi NTT adalah Kabupaten Kupang yaitu 43 kasus pada tahun 2014, meningkat menjadi 63 kasus pada tahun 2015 dan pada tahun 2016 sampai bulan Juli 52 kasus. Sedangkan AKB pada Kabupaten Ngada masih tergolong rendah dengan jumlah kasus: 27 pada tahun 2014; meningkat menjadi 36 pada tahun 2015. Pada tahun 2016 sampai bulan Oktober kasus kematian sebesar 23 (Laporan Dinas Kesehatan Kabupaten Kupang dan Ngada, 2016)

Berdasarkan gambaran masalah telah dipaparkan maka penelitian dengan judul: *Pengaruh Faktor Sosial Budaya, Partisipasi masyarakat, dan Intervensi Anggaran Pemerintah Terhadap Tingkat kematian bayi di Kabupaten Ngada dan Kabupaten Kupang Provinsi NTT perlu dilakukan.*

2. METODE PENELITIAN

2.1. Jenis dan rancangan Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah kualitatif dengan dukungan data kuantitatif, dengan melakukan pengukuran variabel independen dan variabel dependen pada satu waktu tanpa melihat hubungan sebab akibat.

Kegiatan penelitian dilakukan sejak tanggal 1 Mei 2016 sampai 30 Oktober 2016.

2.2. Populasi dan sampel

Populasi dalam penelitian ini mencakup tingkat Kabupaten: kepala seksi keluarga, kepala seksi KIA, dan kepala seksi perencanaan. Tingkat Puskesmas adalah penanggung jawab KIA (bidan dan perawat). Tingkat Kecamatan: kepala camat; kepala seksi urusan kesehatan. Tingkat desa: kepala desa, dan kader. Dari segi penerima pelayanan kesehatan populasinya adalah ibu post melahirkan usia bayi 0-28 hari, suami dan, tokoh masyarakat.

Pemilihan sampel dengan menggunakan purposif non-random sampling. Sampel dari Dinas Kesehatan Kabupaten adalah Kepala Perencanaan Keuangan, dan kepala seksi KIA 1 orang dari masing-masing Kabupaten. Tingkat Puskesmas adalah kepala Puskesmas dan penanggung jawab KIA (bidan). Tingkat Kecamatan: kepala seksi urusan kesehatan. Tingkat desa adalah kepala desa, kepala RT/RW, tokoh masyarakat, dan kader yang berjumlah 4-5 orang. Dari segi penerima pelayanan kesehatan adalah ibu paska melahirkan bayi 0-28 hari, dan suami sebanyak 4-5 orang.

2.3. Pengolahan dan analisa data

Data kuantitatif yang telah dikumpulkan diperiksa kembali kelengkapan pengisiannya, dan diberi kode. Selanjutnya data tersebut ditabulasi dan disajikan secara

deskriptif. Analisa statistik data kuantitatif dilakukan dua cara yaitu analisa univariat dimana variabel dipresentasikan dalam bentuk diagram atau tabel. Analisa data menggunakan skema analisis dari Kelly & Howie (2007, dalam Afyanti & Rachmawati, 2014) yang digunakan pada penelitian naratif. Pada skema ini digunakan kriteria Dollard untuk menganalisis kisah hidup seseorang yang mencakup fitur kontekstual yaitu nilai konteks budaya, aturan sosial dan sistem makna. Data kualitatif dianalisis secara deskriptif.

2.4. Ethical Clearance

Proposal Penelitian ini sudah disetujui tim Pakar Poltekes Kementerian Kesehatan Kupang pada tanggal 15 Nopember 2016

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

3.1. HASIL

Penelitian ini dilakukan pada dua (2) Kabupaten yaitu Kabupaten Ngada dan Kabupaten Kupang. Kedua Kabupaten ini dipilih sebagai area penelitian karena angka kematian neonatus pada Kabupaten Ngada cukup rendah sedangkan Kabupaten Kupang tinggi dalam kurun waktu 3 tahun dari 2014 sampai 2016. Empat Puskesmas dipilih untuk dijadikan sampel dalam penelitian yaitu 2 Puskesmas dari Kabupaten Ngada yang memiliki kasus kematian terendah yaitu Waepana Soa dan Aimere. Puskesmas Kabupaten Kupang yang memiliki kasus

kematian tertinggi adalah Tarus dan Camplong.

3.1.1 Faktor sosial dan budaya

Pada faktor ini indikator utama yang diukur adalah usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan pekerjaan. Indikator yang

menggambarkan faktor budaya mencakup adat istiadat yang berkaitan dengan keyakinan dan nilai-nilai tentang kesehatan ibu dan bayi sejak saat kehamilan, kelahiran, persalinan, dan masa setelah melahirkan sampai masa menyusui.

Tabel. 1 Distribusi Responden Berdasarkan Usia, Jenis Kelamin, Pendidikan, dan Pekerjaan di Kabupaten Ngada Puskesmas Waepana dan Aimere Tahun 2016

Kategori	Jumlah (Σ)	Persentase (%)
1. Rentang Usia		
18-30	8	29,62
31-50	17	62,96
51-65	1	3,7
>65	1	3,7
Total	27	100
2. Jenis Kelamin		
Laki-laki	13	48
Perempuan	14	52
3. Pendidikan		
SMP	2	7,4
SMA/SMK	13	48
D3	5	18,51
S1	6	22,22
S2	1	3,7
4. Pekerjaan		
Petani	4	14,81
Ibu RT	4	14,81
Wiraswasta	4	14,81
Kepala Desa	4	14,81
Staf desa	1	3,7
PNS	9	33
Pensiunan	1	3,7

Tabel 1 menunjukkan bahwa rentang usia responden paling besar adalah berkisar antara 31-50 tahun; jenis kelamin hampir seimbang antara laki dan perempuan. Gambaran tingkat pendidikan yang paling besar di kabupaten Ngada adalah SMA dan pekerjaan paling banyak adalah PNS sebesar 33%.

Tabel. 2 Distribusi Responden Berdasarkan Usia, Jenis Kelamin, Pendidikan, dan Pekerjaan di Kabupaten Kupang Puskesmas Tarus dan Camplong Tahun 2016

Kategori	Jumlah (Σ)	Persentase (%)
----------	------------------------	-------------------

1. Rentang Usia		
18-30	3	11
31-50	23	85
51-65	1	4
>65	-	
2. Jenis Kelamin		
Laki-laki	5	19
Perempuan	22	81xx
3. Pendidikan		
Tidak Sekolah	1	3,7
SD	15	55,55
SMP	2	7,4
SMA/SMK	5	18,51
D3	1	3,7
S1	2	7,4
S2	1	3,7
Tidak Sekolah	1	3,7
4. Pekerjaan		
Petani	2	7
Ibu RT	19	70
Penjahit	1	4
PNS	5	19
Petani	2	7
Ibu RT	19	70
Penjahit	1	4

Gambaran yang ditampilkan pada tabel 3 menunjukkan bahwa usia responden adalah usia 31-50 tahun (85%) dengan jumlah perempuan 81%. Pendidikan terbanyak adalah SD sebesar 56% dan pekerjaan responden terbanyak 70% adalah IRT.

Masyarakat Waepana Kabupaten dengan cara mengenakan benda-benda Ngada mengatakan bahwa janin yang khusus yang disepakati. Berikut kutipan dikandung perlu dilindungi dari roh jahat salah seorang responden:

“.....Saat hamil saya diwajibkan untuk memakai peniti di dada dengan menusukkan genoak pada peniti tersebut. Bila tidak tersedia saya menusukkan paku pada konde di kepala atau membawa gunting kecil dalam dompet. Ini tujuannya untuk mengusir roh jahat yang dapat mengganggu janin....”

Pada saat bayi akan dilahirkan tidak ada acara khusus. Keluarga dan suami memanggil kader dan bersama kader ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat. Berikut salah satu penjelasan dari responden:

“.....Kami mewajibkan ibu hamil untuk melahirkan di fasilitas kesehatan karena berdasarkan aturan desa bila dilanggar akan membayar denda sebesar Rp 500.000. Demikian pula jika bidan melanggar aturan dengan menolong persalinan di rumah masyarakat akan dikenakan denda Rp1,000,000 juta. Dengan demikian tidak ada lagi ibu yang melahirkan di rumah....”

Pada suku Timur ibu hamil dilarang makan ikan karena dapat mengakibatkan Air Susu Ibu (ASI) berbau amis, juga tidak boleh makan lawar dan pedis. Setelah melahirkan ibu diberi minum akar kulit kayu/ramuan untuk cuci perut; mandi air panas dengan daun lagundi.

Pada masyarakat Camplong ibu tidak diperkenankan keluar rumah setelah melahirkan dan setelah 40 hari baru ke gereja. Tetapi saat diskusi grup ibu-ibu paska persalinan mengatakan mereka tetap ke Puskesmas untuk kunjungan pemeriksaan paska melahirkan terhadap ibu dan bayinya. Berikut kutipan pernyataan seorang responden:

“.....kalau dulu waktu melahirkan anak pertama saya tidak diperbolehkan keluar rumah sampai 40 hari. Tetapi sekarang sudah dilarang bidan, kami harus tetap memeriksakan diri ke Puskesmas.....”

3.1.2 Faktor Partisipasi Masyarakat

Masyarakat yang dimaksudkan disini adalah keterlibatan suami, kader, dan pemerintah desa dalam menurunkan kematian bayi. Dalam diskusi kelompok terfokus para suami di Puskesmas Soa, Aimere Kabupaten Ngada dan Camplong serta Tarus Kabupaten Kupang mengatakan bahwa mereka mengantarkan istri melakukan pemeriksaan ke Puskesmas. Pernyataan tersebut dibantah oleh responden kelompok kader dan kepala Puskesmas Soa dan Ibu-Ibu serta toma dari Camplong dan Tarus. Mereka mengatakan suami biasanya tidak mengantar istri pada kunjungan pemeriksaan kehamilan. Kemungkinan besar alasannya adalah malu atau tidak terbiasa. Kelompok kader dalam diskusi terfokus dari Soa dan Aimere mengatakan:

“.....para suami disini merasa malu untuk mengantarkan istrinya ke Puskesmas. Mereka biasanya membiarkan istrinya sendiri datang ke Puskesmas. Mungkin hanya satu dari 50 orang suami yang mengantarkan istrinya untuk pemeriksaan kehamilan.....”

Berikut kutipan pernyataan kelompok Ibu-Ibu di Puskesmas Camplong dan Tarus:

“.....Tidak semua suami ikut mengantar kami melakukan pemeriksaan kehamilan mungkin sibuk bekerja ke kebun atau karena kami sudah terbiasa

sendiri dengan jalan kaki atau naik ojek ke puskesmas. Penyuluhan kesehatan yang diberikan kader atau bidan hanya kami sendiri yang mengetahui karena suami jarang sekali mengikuti penyuluhan tersebut.....”

Partisipasi kader pada kedua kabupaten hampir sama tetapi lebih menonjol pada kabupaten Ngada. Mereka sangat berperan dalam menjalankan posyandu sesuai dengan tupoksi yaitu menimbang bayi/balita, mencatat, dan memberikan penyuluhan, memotivasi sasaran (BUMIL, BUSUI, dan balita) untuk mengunjungi Posyandu sehari sebelumnya dan mencari ibu dan bayi/balita yang tidak hadir posyandu.

Partisipasi Pemerintah dalam menurunkan kematian bayi yang paling menonjol adalah Kabupaten Ngada. Pemerintah desa berperan mulai dari pembentukan kader; membangun rumah Posyandu; menyiapkan Sarpras Kesehatan Posyandu; memberikan insentif bagi kader; menyiapkan dana untuk PMT (bayi/balita dan ibu hamil). Semua kegiatan tersebut didanai dari Alokasi Dana Desa (ADD) sebesar 20-30 juta pertahun. Peran kedua adalah pembentukan desa siaga yang meliputi menyiapkan fasilitator; menyiapkan dasolin (dana untuk bersalin), yang merupakan dana murni swadaya masyarakat yang secara kolektif dikumpulkan oleh Gereja sebesar Rp 10.000 (sepuluh ribu rupiah) pertahun per KK. Pemerintah desa juga membentuk jejaring darah dalam rangka menyiapkan

dana dan sumber daya untuk transfusi darah bila dibutuhkan; dan pembentukan jejaring ASI eksklusif. Peran desa ketiga adalah pembentukan Badan Penyantun Puskesmas (BPP) yang bersumber dari dana setiap desa sebesar Rp 1.000.000 (satu juta rupiah) dari 14 desa. Dana ini digunakan untuk operasional rumah tunggu, yang dikelola sendiri untuk mendukung Puskesmas. Peran keempat, melakukan sosialisasi/penyuluhan tentang kesehatan masyarakat termasuk kesehatan ibu dan anak. Alokasi dana untuk mendukung kegiatan ini kurang lebih 20 juta. Dana ini bersumber dari Anggaran Dana Desa (ADD). Pada Puskesmas Aimere pemerintah desa juga menyiapkan anggaran yang dialokasikan lewat APB DES untuk membiayai kesehatan ibu dan anak meliputi:

- a) Dana Insentif kader: Rp 6.000.000/4 posyandu;
- b) PMT untuk ibu hamil dan bayi/balita: Rp 8.000.000 per 4 posyandu;
- c) Pelatihan kader: Rp 7.000.000.-

Peran pemerintah desa di Kabupaten Kupang bertentangan dengan Kabupaten Ngada. Menurut responden dalam FGD alokasi dana kelurahan untuk kesehatan ibu dan anak biasanya langsung ditujukan ke Puskesmas. Pemerintah tidak mengalokasikan dana lewat Kelurahan/RW/RT. Sampai saat inipun

peraturan desa yang berkaitan dengan penurunan kematian bayi belum ada.

Salah satu contoh alokasi anggaran pemerintah daerah kabupaten Ngada untuk kegiatan penurunan angka kematian ibu dan anak pada tahun 2016

3.1.3 Alokasi Anggaran untuk kegiatan kesehatan Ibu dan Anak (KIA)

Table 3. Distribusi Anggaran Dana Pemerintah Kabupaten Ngada untuk kegiatan yang berkaitan dengan kesehatan Ibu dan Anak (KIA) tahun 2016

Sumber dana	Jumlah	Kegiatan	Jumlah
APBD 11	297.240,000.	Refresing Stimulasi deteksi dan intervensi tumbuh kembang anak	44.810.000
		Monev kelas ibu balita	10.655,000
		Kegiatan Advokasi Pengembangan center 2H2	12,600,000
		Pengembangan Center 2H2 Puskesmas	70,300,000
		Cetak kartu tafsiran persalinan	20,640,000
		Pelacakan kasus kematian ibu dan bayi	5,480,000
		Monev kelas ibu hamil	10,240,000
		kegiatan orientasi IVA tes	15,215,000
		kegiatan AMP klinis	14,800,000
		kegiatan Kemitraan bidan dan dukun	15,920,000
		Kegiatan berkala bidan	12,840,000
		Pekan Keselamatan ibu dan anak	5,600,000
		Sosialisasi kartu skor Poedji Rohjati	18,830,000
		Monev kepatuhan SOP ANC,INC dan PNC	21,820,000
		Supervisi Suportif	10,630,000
		Konsultasi Program KIA ke Provinsi	12,300,000
DANA GIZI	272,820,000,		

Tabel 3 menunjukkan alokasi dana tahun anggaran 2016 belum terfokus pada penurunan kematian bayi atau tindakan-tindakan untuk penurunan kematian bayi.

NO	SUMBER	KEGIATAN	ALOKASI	REALISASI	SISA DANA
1	APBD	Pelacakan kasus kematian Ibu dan Bayi	21.600.000,-	13,600,000	8,000,000
2		Pertemuan Kajian Kasus Kematian Ibu dan Bayi (AMP)	22,680,000	21,230,000	1,450,000

3	Pertemuan evaluasi program kesehatan ibu dan anak	18,220,500	16,620,000	1,600,500
4	Pelatihan PONE	104,178,500	104,178,500	0
5	Pelatihan pertumbuhan dan perkembangan BALITA	18,466,000	0	18,466,000
	Jumlah	185,145,000.-	155,628,500	29,516,500
JK3 (Dinkes)	Kemitraan Pelayanan Kesehatan	9,575,815,000		
JKN (Dinkes)	Program JKN	12,723,135,120		

Table 4. Distribusi Anggaran Dana Pemerintah Kabupaten Kupang untuk kegiatan yang berkaitan dengan kesehatan Ibu dan Anak (KIA) tahun 2015

Alokasi dana pada table 4 belum ditujukan untuk menurunkan kematian bayi.

3.2. PEMBAHASAN

3.2.1. Faktor Sosial Budaya

Notoatmodjo (2007) mengatakan faktor Sosial Budaya sangat mempengaruhi perilaku kesehatan seseorang. Sosial budaya sering kali dijadikan petunjuk dan tata cara berperilaku dalam bermasyarakat, hal ini dapat berdampak positif namun juga dapat berdampak negative. Masyarakat akan memegang aturan dan norma serta perilaku yang diwariskan turun temurun dalam masyarakat yang sulit untuk dirubah walaupun memiliki dampak yang negatif bagi derajat kesehatan masyarakat. Contohnya dalam penelitian ini cara suami menanggapi kehamilan sebagai suatu hal yang biasa dan wajar sehingga istri tidak perlu diantar ke Puskesmas. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pernyataan responden kelompok istri dan kader mendukung teori ini. Bahwa dalam suatu masyarakat yang telah memiliki aturan, nilai-nilai yang diturunkan akan sulit untuk

dirubah. Suami tidak mengantar istrinya ke fasilitas kesehatan untuk diperiksa karena sudah terbiasa seperti itu "Istri pergi sendiri". Akibatnya penyuluhan tentang nutrisi, obat tambah darah, tanda bahaya kehamilan dan nifas, perawatan bayi dan lainnya tidak diperoleh suami. Ketidaktahuan ini dapat berdampak lambatnya mengambil tindakan.

Contoh lain, sosial budaya mempengaruhi kesehatan adalah pandangan suatu masyarakat terhadap tindakan yang mereka lakukan ketika mereka mengalami sakit, ini akan sangat dipengaruhi oleh budaya, tradisi, dan kepercayaan yang ada dan tumbuh dalam masyarakat tersebut. Misalnya masyarakat yang sangat mempercayai dukun yang memiliki kekuatan gaib sebagai penyembuh ketika mereka sakit, dan bayi yang menderita demam atau diare berarti pertanda bahwa bayi tersebut akan pintar berjalan. Jadi, dapat disimpulkan bahwa social budaya sangat mempengaruhi

kesehatan baik itu individu maupun kelompok (Notoatmodjo, 2007). Hasil penelitian menggambarkan kepercayaan tentang sehat sakit di Kabupaten Ngada. Apabila bayi mengalami demam atau panas, maka ibu atau keluarga akan menggosokkan bayi dengan minyak yang dicampur bawang merah dan genoak; atau dibawa ke dukun. Jika tidak tertolong baru diantar ke Puskesmas.

Kebiasaan ini membawa dampak yang buruk karena dapat menyebabkan keterlambatan dalam memberikan tindakan. Sering anak diantar ke fasilitas kesehatan dalam kondisi kritis. Penyebab kematian pada neonatus di Kabupaten Ngada terbesar adalah Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), Aspyxia, Tetanus dan Infeksi. Penyebab kematian di Kabupaten Kupang juga sama (Laporan KIA Provinsi NTT, 2014). Contoh lain dalam penelitian ini adalah larangan bagi ibu hamil untuk makan ikan karena dapat mengakibatkan Air Susu Ibu (ASI) amis. Larangan ini berdampak negatif karena protein yang paling mudah diperoleh dan terjangkau bagi janin dan ibu masa kehamilan di Kabupaten Kupang adalah ikan. Bila ibu tidak makan ikan akibatnya nutrisi yang dibutuhkan akan tidak terpenuhi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa penyebab pertama kematian bayi adalah BBLR 30% di Kabupaten Kupang dan 8% di Kabupaten Ngada.

Dampak yang kurang baik bagi bayi bila ibu kurang makan protein dan sayuran

adalah bayi kekurangan nutrisi karena kandungan ASI kurang protein, mineral dan zat lainnya yang dibutuhkan bayi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden istri mengatakan mereka sudah memberi tambahan makanan pada usia 4 bulan karena bayinya menangis terus akibat lapar. Hasil ini menunjukkan bahwa ibu yang berpengetahuan rendah akan sulit memahami pentingnya pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan dan pentingnya nutrisi bagi ibu hamil.

Tingkat pendidikan sangat berpengaruh terhadap penerimaan dan penginternalisasian informasi atau ide-ide yang diberikan seseorang (Notoatmodjo, 2003). Dalam rangka menurunkan kematian ibu dan bayi penyuluhan telah diberikan kepada masyarakat. Tingkat pemahaman materi masyarakat yang berpendidikan SD akan sangat lamban dibanding seorang lulusan SLTA atau sarjana. Tingkat pendidikan yang rendah menyebabkan kesulitan untuk mengakses dan mendapatkan informasi dari media masa maupun dari penyuluhan-penyuluhan. Kurang adanya pemahaman tentang cara-cara pencegahan terjadinya kematian bayi neonatal menyebabkan masyarakat terutama suami bersikap apatis terhadap seluruh kegiatan pemerintah dalam menurunkan kematian bayi. Suami kurang termotivasi untuk memberikan dukungan terhadap istri yang sedang hamil, saat melahirkan dan paska persalinan. Mereka

lebih memilih sibuk dengan pekerjaan sawah atau berkebun.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa angka kematian Neonatal Kabupaten Ngada di Puskesmas Aimere tahun 2014-2016 sebanyak 5 kasus. Dan Puskesmas Waepana Soa 5 kasus. Total kematian pada 2 Puskesmas dalam kurun waktu 3 tahun adalah 5 kasus lebih rendah 2.70 kali lipat dari Kabupaten Kupang. Kematian neonatal pada tahun 2014-2016 di Pusksemas Tarus dan Camplong adalah 27 kasus (Dinkes Provinsi, NTT dan Laporan Kabupaten). Gambaran kematian Neonatus ini mendukung hasil penelitian yang menggambarkan tingkat pendidikan, pekerjaan, dan jenis kelamin. Dengan demikian hasil ini mendukung teori dari Koentjaraningrat (2002) yang mengatakan bahwa faktor usia, jenis kelamin, pekerjaan mempengaruhi status kesehatan dan Clyde Kluckhohm dalam Sudarma (2008) menambahkan lagi wujud budaya yang mempengaruhi kesehatan salah satunya adalah system pendidikan, dan pengetahuan.

Tingkat pekerjaan dari responden sangat berpengaruh terhadap persepsi masyarakat tentang informasi kesehatan yang diberikan dan perilaku kesehatan yang ditampilkan oleh masyarakat. Responden di Kabupaten Kupang hampir mendekati 100% (97%) adalah IRT, sedangkan Kabupaten Ngada 33% adalah PNS. Bekerja di luar rumah memberi kesempatan pada

seseorang untuk dapat bertukar informasi dan bersosialisasi tentang kehidupan termasuk bagaimana merawat diri saat hamil, melahirkan, menyusui, merawat anak, dan juga bagaimana sikap suami menghadapi istri yang hamil, melahirkan, dan paska persalinan. Bekerja di luar rumah juga memberi kesempatan pada seseorang untuk lebih banyak mengakses informasi lewat media koran, majalah, TV, atau seminar, workshop, dan lainnya. Informasi yang diperoleh dapat digunakan untuk mengelola rumah tangga.

Faktor jenis kelamin juga berperan penting dalam mendukung program percepatan penurunan kematian bayi baru lahir. Pada Kabupaten Ngada kehadiran responden perempuan dan laki-laki hampir seimbang. Sedangkan Kabupaten Kupang responden perempuan lebih besar 81% dari responden laki-laki. Bahkan Camplong responden laki-lakinya hanya 1 orang atau 4%. Kondisi ini menggambarkan bahwa suami di Kabupaten Kupang kurang menunjukkan perannya seperti yang tertuang dalam petunjuk teknis lompatan percepatan penurunan kematian bayi di Provinsi NTT dalam mendukung program lompatan percepatan kematian bayi (2015)

Dalam petunjuk teknis lompatan penurunan kematian bayi (2015) ditekankan peran serta masyarakat dan pemerintah dalam menurunkan angka kematian bayi. Kelompok sasaran adalah Wanita Usia Subur dan Pasangan Usia Subur

(WUS/PUS), ibu hamil, ibu intra natal, dan post neonatal. Dalam penelitian ini didiskusikan tentang peran masyarakat (suami, ibu post partus, kader, dan tokoh masyarakat) dan peran pemerintah (kepala desa/dusun, RW/RT, kepala lurah, kepala seksi perencanaan dan kepala seksi KIA) dalam menurunkan kematian bayi lewat peran serta mereka saat ibu hamil, melahirkan dan ibu paska persalinan.

Peran suami dalam buku petunjuk teknis mencakup mengantar ibu hamil memeriksa kehamilan, memonitor ketaatan ibu hamil dalam minum tablet Fe secara rutin. Suami juga perlu mengenali tanda dan bahaya kehamilan sehingga dapat segera bertindak mengantar ibu hamil ke fasilitas pelayanan kesehatan.

Ketidak hadirannya suami atau kurangnya dukungan suami menyebabkan informasi yang diberikan saat penyuluhan tidak sampai kepada mereka. Didukung dengan tingkat pendidikan yang rendah maka keterlibatan masyarakat dan suami dalam kegiatan-kegiatan pemerintah dalam menurunkan kematian bayi pun rendah. Tingkat pendidikan responden di Kabupaten Ngada terbesar adalah SMA 48%, tingkat pendidikan tinggi (D3, S1, dan S2) 45%, sisanya SMP. Kontras dengan tingkat pendidikan responden di Kabupaten Kupang sebahagian besarnya adalah SD 56%.

3.2.2. Partisipasi masyarakat

Partisipasi masyarakat yang dituntut sesuai petunjuk teknis dalam kebijakan lompatan penurunan kematian bayi tidak sepenuhnya ditaati oleh masyarakat. Dalam buku petunjuk (Dinkes Provinsi, 2015) disebutkan suami dan keluarga berperan aktif dalam mendukung ibu hamil melakukan pemeriksaan kehamilannya. Suami dan keluarga juga harus memantau kepatuhan ibu hamil mengkonsumsi makanan bergizi dan minum obat tablet Fe secara teratur. Suami juga harus mengenal tanda dan bahaya kehamilan, melapor ke tenaga kesehatan tentang adanya ibu hamil di wilayah, dan harus ada kemitraan antara petugas, dukun, dan kader serta toga/toma.

Hasil penelitian pada Puskesmas/Desa Waepana Soa dan Puskesmas/Desa Aimere kurang mendukung kebijakan tersebut. Dalam diskusi kelompok terfokus responden istri, kader, dan kepala Puskesmas mengatakan bahwa hampir 100% suami tidak mengantar istrinya ke Posyandu atau Puskesmas. Demikian pula dengan hasil penelitian di Kabupaten Kupang, responden kader dan istri dalam diskusi kelompok terfokus juga mengatakan hal yang sama yaitu suami jarang mengantar istri ke posyandu atau Puskesmas, dan bahkan responden suami yang mengikuti diskusi kelompok terfokus di Camplong hanya 1 orang. Akibatnya penyuluhan atau informasi kesehatan tentang nutrisi ibu, tanda bahaya kehamilan maupun lainnya tidak diketahui suami.

Dampak lanjutannya adalah bahwa suami tidak membantu mengontrol ketaatan istri minum obat Fe.

Hasil penelitian ini juga kurang mendukung kebijakan Pemerintah yang tertuang dalam buku petunjuk teknis lompatan penurunan kematian bayi (2015 di Provinsi NTT). Para suami tidak mengantar mereka ke fasilitas kesehatan baik saat hamil maupun paska persalinan. Suami juga tidak mendukung dalam inisiasi menyusui dini, tidak terlibat dalam penyuluhan-penyuluhan yang diberikan petugas kesehatan maupun kader. Akibatnya suami tidak mengenali tanda dan bahaya kehamilan, melahirkan dan paska persalinan. Hal ini sangat mendukung kenyataan bahwa penyebab kematian ibu pertama adalah perdarahan, dan kematian bayi pertama adalah BBRL dan Asfiksia kedua. Kondisi tersebut terjadi karena keterlambatan mengambil keputusan untuk segera mencari pertolongan akibat kurang pengetahuan.

Menurut Wazir (1999) partisipasi masyarakat artinya masyarakat ikut serta, terlibat, ambil bagian, dalam memecahkan suatu masalah yang dihadapi di area kehidupan mereka dengan melakukan kegiatan bersama. Partisipasi dituntut suatu kerelaan dan kesediaan untuk turut terlibat, sehingga segala bentuk keterpaksaan tidak dirasakan oleh masyarakat. Keberhasilan dari partisipasi berdasarkan kesadaran masyarakat akan membuahkan hasil yang sangat baik.

Kelompok kader dalam penelitian ini mengatakan bahwa mereka cukup mendukung kegiatan Pemerintah antara lain melakukan kunjungan rumah, memberikan penyuluhan di posyandu, mengantar ibu hamil ke puskesmas; memotivasi sasaran (BUMIL, BUSUI, dan balita) untuk mengunjungi Posyandu. Pada hari Posyandu mereka mendampingi bumil, saat pemeriksaan, menimbang bayi/balita, dan melayani pemberian makanan tambahan (PMT) bagi sasaran, bila ada kasus gizi buruk/kurang pada bayi/balita dirujuk ke Puskesmas. Hasil penimbangan; dan hasil kegiatan posyandu dilaporkan ke kepala desa/lurah pada formulir kader. Hasil penelitian ini sejalan dengan teori Wazier (1999).

Pemerintah desa di Kabupaten Ngada menyiapkan dana untuk kegiatan yang bertujuan menurunkan kematian bayi dan menetapkan peraturan desa bagi ibu bersalin ke fasilitas kesehatan. Mereka bertanggungjawab dalam pembentukan kader; membangun rumah Posyandu; menyiapkan Sarpras Kesehatan Posyandu; memberikan insentif bagi kader; menyiapkan dana untuk PMT (bayi/balita dan ibu hamil). Alokasi Dana Desa (ADD) sebesar 20-30 juta pertahun mendanai seluruh kegiatan tersebut. Pemerintah desa juga bertanggung jawab dalam pembentukan desa siaga yang meliputi menyiapkan fasilitator; menyiapkan dasolin (dana untuk bersalin), yang merupakan dana murni swadaya

masyarakat. Pemerintah desa juga membentuk jejaring darah dalam rangka menyiapkan dana dan sumber daya untuk transfusi darah bila dibutuhkan; dan pembentukan jejaring ASI eksklusif. Pembentukan Badan Penyantun Puskesmas (BPP) yang bersumber dari dana setiap desa sebesar Rp 1.000.000 (satu juta rupiah) dari 14 desa juga tanggung jawab Pemdes. Dana ini digunakan untuk operasional rumah tunggu, yang dikelola sendiri untuk mendukung Puskesmas. Alokasi dana untuk mendukung kegiatan ini kurang lebih 20 juta. Dana ini bersumber dari Anggaran Dana Desa (ADD). Hasil penelitian ini mendukung kebijakan dalam petunjuk teknis lompatan penurunan kematian bayi di Provinsi NTT (Dinkes Prop NTT, 2015).

Hasil penelitian ini juga mendukung teorinya Holil, Soelaiman (1980: 81) yang menyajikan tentang bentuk-bentuk partisipasi. Menurut Holil, Sulaiman (1981) partisipasi dapat berupa uang; harta benda; tenaga; partisipasi ketrampilan; partisipasi buah pikiran; partisipasi sosial, partisipasi dalam proses pengambilan keputusan; dan partisipasi representative. Semua bentuk partisipasi masyarakat tersebut telah dilaksanakan di Kabupaten Ngada sehingga hasil penelitian mendukung teori ini. Partisipasi ini berdampak pada menurunnya jumlah kematian bayi di kedua Puskesmas ini yaitu rata-rata dalam 3 tahun terakhir 5 kasus kematian saja.

Peran pemerintah desa di Kabupaten Kupang bertentangan dengan peran pemerintah desa di Kabupaten Ngada. Menurut responden dalam diskusi kelompok terfokus pemerintah tidak memiliki peraturan desa tentang penurunan angka kematian bayi dan tidak pernah mengalokasikan dana untuk hal tersebut. Selama ini dana kesehatan langsung ditujukan ke Puskesmas. Pemerintah desa hanya memberikan himbauan saja kepada masyarakat untuk menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di wilayahnya dengan baik. Hasil penelitian tentang dukungan pemerintah di Kabupaten Kupang sama sekali kurang mendukung kebijakan lompatan penurunan kematian bayi di Provinsi NTT (Dinkes Provinsi NTT, 2015). Akibatnya kematian bayi masih tetap tinggi di Kabupaten Kupang.

3.2.3. Faktor Kebijakan Anggaran Pemerintah

Sumber dana secara khusus untuk mendukung lompatan penurunan kematian bayi di Provinsi NTT tidak dialokasikan tetapi sudah terinklud dalam dana untuk pelayanan pertolongan persalinan serta penanganan komplikasi obstetric dan neonatal serta rujukan. Dana untuk kegiatan tersebut berasal dari beberapa sumber meliputi: dana APBN (Dekon, DAK, TP); APBD Provinsi; External Agency; Dana Masyarakat; Swasta termasuk CSR (Corporate Social Responsibility); Askes; dan bantuan kerjasama dengan pihak lain resmi yang

tidak mengikat (Pedoman Revolusi KIA Provinsi NTT, 2014).

Dana yang ada dialokasikan untuk beberapa kegiatan termasuk didalamnya ada biaya untuk operasional dan manajemen puskesmas PONED dan Rumah sakit PONEK. Alokasi dana tersebut ditetapkan dengan surat keputusan Bupati sesuai dengan kebutuhan Puskesmas dan Rumah Sakit dalam melayani ibu melahirkan. Pemerintah bertanggung jawab terhadap seluruh pembiayaan berkaitan dengan persalinan baik normal maupun komplikasi; rujukan kasus ibu hamil dari rumah ke Puskesmas PONEK ataupun ke rumah sakit PONEK termasuk keluarga dan pengantar pergi dan pulang. Pemerintah juga membiayai rumah tunggu mulai dari pengadaan, dan penyediaan fasilitas. Rumah tunggu berguna untuk tempat penginapan bagi ibu hamil normal yang jauh dari fasilitas kesehatan. Mereka dapat menginap di rumah tunggu bersama keluarga dan 1 bidan penganggung jawab. Lamanya tinggal di rumah tunggu adalah 4 hari (sebelum melahirkan 2 hari dan sesudah melahirkan 2 hari). Akomodasi dan fasilitas ditanggung pemerintah tetapi konsumsi ditanggung keluarga. Apabila ibu hamil mengalami komplikasi dapat tinggal di rumah tunggu 2 minggu sebelum melahirkan dan 1 minggu setelah melahirkan. Tanggungan pemerintah atau pemerintah daerah juga termasuk biaya transportasi donor darah. Dana untuk biaya operasional dan manajemen Puskesmas

PONED dan rumah sakit PONEK dialokasikan dari APBN (dekon, DAK, atau TP). Dana tersebut dialokasikan dari DAK non fisik termasuk pembelian bahan habis pakai.

Hasil penelitian tidak mendukung kebijakan pemerintah tersebut karena yang disiapkan untuk kegiatan menurunkan kematian bayi hanya sedikit. Contoh pada Kabupaten Ngada pada anggaran tahun 2016 belum dianggarkan untuk kegiatan penurunan kematian bayi misalnya KNI, II, dan KN III; kunjungan rumah neonatal/bayi resti dan lainnya.kegiatan lainnya yang berkaitan dengan kunjungan neonatus seperti: pemeriksaan neonatus; pemantauan kesehatan neonatus termasuk neonatus risiko tinggi; kunjungan rumah tindak lanjut *Screening Hipothyroid Kongenital* (SHK); pemantauan Kesehatan Bayi (pengukuran pertumbuhan, pemantauan perkembangan, pemberian vitamin A, imunisasi dasar lengkap), dan kunjungan rumah/pendampingan tidak dialokasikan

Dana BOK 2016 untuk Kabupaten Kupang belum ada di DIPA sedang menunggu perubahan APBD 2016. Dana yang ada untuk 2016 adalah JK3 sebesar 7,630,660,279 (7 M) untuk 26 Kecamatan dan 2 Rumah Sakit. Sedangkan dana JKN sebesar 13,830,250,179 (13 M) digunakan untuk program JKN dana yang tersedia di Kabupaten Kupang begitu besar namun yang tersedia untuk kegiatan penurunan kematian bayi baru lahir dan neonatal tidak teralokasi

dengan jelas. Dari dana APBD sebesar Rp 185,145,000 hanya dialokasikan 21,600,000 untuk pelacakan kasus kematian ibu dan bayi dan direalisasikan Rp 13,600,000.

4. PENUTUP

4.1. SIMPULAN

Faktor sosial budaya masyarakat baik jenis kelamin, pekerjaan, dan tingkat pendidikan yang rendah maupun adat kebiasaan di Kabupaten Kupang sangat mempengaruhi pola penanganan bayi baru lahir, yang mengakibatkan tingkat kematian masih tinggi. Faktor adat istiadat di Kabupaten Ngada dalam penanganan bayi sakit yang masih dipegang teguh oleh masyarakat sangat mempengaruhi kematian bayi.

Partisipasi suami selama masa kehamilan di kedua Kabupaten masih rendah sehingga upaya menekan angka kematian bayi baru lahir mengalami hambatan. Partisipasi kader cukup baik pada kedua Kabupaten, sedangkan partisipasi Pemerintah di Kabupaten Ngada cukup baik

dibanding dengan kabupaten Kupang. Dampak lanjut adalah masih tingginya angka kematian bayi di kabupaten kupang bila dibandingkan dengan Kabupaten Ngada dan lainnya.

Keberpihakan anggaran pemerintah daerah di Kabupaten Ngada dan Kabupaten kupang masih kurang dalam mempercepat program penurunan angka kematian bayi baru lahir.

4.2. SARAN

- a. Keterlibatan masyarakat dalam menurunkan angka kematian bayi perlu tetap ditingkatkan dengan melakukan sosialisasi secara kontinyu tentang semua kebijakan pemerintah
- b. Perlu adanya kebijakan yang jelas di tingkat desa tentang pengalokasian dana untuk kesehatan Ibu dan Anak disertai petunjuk penggunaannya

Penyegaran kader Posyandu perlu dilakukan setiap tahun agar kemampuan mereka dalam memberikan penyuluhan meningkat.

REFERENCES

- Badan Litbang Depkes, 2007. Laporan Nasional Riskesdas 2007, Jakarta.
- Barends N. 2005. Karakteristik Individu dan Kualitas Pelayanan Rujukan sebagai Faktor Resiko Kematian Perinatal di RSUD Abepura, Jayapura.
- Damayanti. 2010. Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan Kematian Neonatal pada Persalinan di Rumah Penderita Ditolong Bidan, Bengkulu.
- Dharma K.K., 2011: Metodology Penelitian Keperawatan: Panduan Melaksanakan dan Menerapkan Hasil Penelitian, CV Trans Info Media, Jakarta
- Dinas Kesehatan Propinsi Nusa Tenggara Timur, 2014: Pedoman Revolusi KIA di Propinsi NTT (Pergub, Juklak, dan Juknis), Edisi Revisi, DInkes, Kupang
- _____. 2015. Profil Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Timur, Dinkes, Kupang
- _____. 2015: Petunjuk Teknis Lompatan Penurunan Kematian Bayi di Propinsi NTT, DInkes, Kupang
- Kementerian Kesehatan RI, 2012. Petunjuk Teknis Bantuan Operasional Kesehatan, Jakarta
- _____. 2015. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 84 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Oenggunaan Dana Alokasi Khusus Bidang Kesehatan Tahun Anggaran 2015, Jakarta
- Kementerian Keuangan RI, 2016. Kebijakan Alokasi dan Pelaksanaa DAK Kesehatan TA 2016 dan Pengalokasian DAK TA 2017: Disampaikan oleh Direktur Dana Perimbangan DITJEN Perimbangan Keuangan 5 April 2016, Hotel Bidakara Jakarta
- Laksmiarti, T., & Roosihermiati., 2007, Kebijakan Dalam Upaya Menurunkan Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi di Lima Kabupaten/Kota Propinsi Kalimantan Selatan, Buletin Penelitian Sistem Kesehatan Vol-10 No.2 (109-115).
- Nawawi, Ismail. 2009. Public Policy (Analisis, Strategi Advokasi Teori dan Praktek). Penerbit PMN. Surabaya.
- Notoatmodjo, S., 2010. Metodology Penelitian Kesehatan, Rineka Cipta, Jakarta
- _____. 2010. Promosi Kesehatan: Teori dan Aplikasi, Cetakan Kedua, Rineka Cipta, Jakarta
- _____. 2007. Pendidikan dan Perilaku Kesehatan, Cetakan 2: PT. Rineka Cipta, Jakarta
- _____. 2005. Promosi Kesehatan: Teori dan Aplikasi, Cetakan Pertama, Rineka Cipta, Jakarta
- Kementerian Kesehatan RI, 2015. Profil Kesehatan Indonesia, Kemenkes RI, Jakarta
- Raharni, Iskakh, B., dan Diana, I., 2011. Profil Kematian Neonatal Berdasarkan Sosio Demografi dan Kondisi Ibu Saat Hamil di Indonesia, Buletin Kesehatan Vol 14.4(291-398).

Saptono, I., Rea, H., & Probo, W., 2013: Jalan Terjal Menurunkan Angka Kematian Ibu, INFID, Jakarta

Saputra, W., Fanggidae, V., Maftuchan, A., 2013. Efektifitas Kebijakan Daerah Dalam Penurunan Angka Kematian Ibu dan Bayi, *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, Vol. 7. 12 (531-537)

Sudarma, M., 2008. Sosiologi Untuk Kesehatan, Salemba Medika, Jakarta

Wazir, 1999. Panduan Penguatan Manajemen Lembaga Swadaya Masyarakat, Sekretariat Bina Desa, Jakarta.