

KAJIAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT DALAM RANGKA MAKING PREGNANCY SAFER DI DAERAH MISKIN PEDESAAN

A STUDY OF SOCIETY EMPOWERMENT IN MAKING PREGNANCY SAFER PROGRAM IN POOR VILLAGES

Oktarina, Ristrini

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Surabaya

ABSTRACT

Background and Method: In the year 2000, government of Indonesia declared the Making Pregnancy Safer Program (MPS) that serves as focused health sector strategy. The implementation of MPS is part of Safe Motherhood Program as a strategy of Health Society Development toward Healthy Indonesia in 2010 (*Pembangunan Kesehatan Masyarakat Menuju Indonesia Sehat 2010*). The target of this research is to empower people in the MPS program in Ponorogo, Kupang, and Timor Tengah Selatan. The research was done in 2004 by analyzing the situation of empowerment developing in the society.

Result: The result of this research shows that society empowerment; in this case the local midwife empowerment in Ponorogo is giving safe delivery guidance and baby care guidance. Empowerment program in Kupang is giving guidance about immunization, family planning program, nutrition, and baby care. While in Timor Tengah Selatan the empowerment is only on safe delivery guidance. Empowerment on *Pos Obat Desa* or *Warung Obat Desa* is done by providing medicine and zinc pills for pregnant mothers and medicine for post natal mothers helped by local midwives. Active cadre empowerment in Ponorogo is 40,0%, 53,3% in Kupang and 41,8% in Timor Tengah Selatan. The average fee for birth help treatment is Rp152.000,00 but 47,3% of them are free of charge. Post natal mother care is done mostly in Polindes (41,8%) and Posyandu (33,4%). The average fee is Rp7.000,00 and some of them are free of charge because there is JPSBK or PKPS BBM Bidkes.

Conclusion: Because of this condition, it is suggested that the contribution from JPSBK or PKPS BBM Bidkes should be given continuously and truly to the needy. It is also important to consider transportation contribution in natal care and treatment reference note for the poor families in the health base service package of JPK Gakin.

Keywords: empowering, making pregnancy safer, maternal and child health

ABSTRAK

Latar Belakang: Pada tahun 2000 pemerintah Indonesia mencanangkan *Making Pregnancy Safer* (MPS) yang merupakan strategi sektor kesehatan secara terfokus. Pelaksanaan MPS merupakan Strategi Pembangunan Kesehatan Masyarakat Menuju Indonesia Sehat 2010, sebagai bagian dari program *Safe Motherhood*.

Tujuan: Adapun tujuan penelitian ini untuk pemberdayaan masyarakat dalam rangka MPS di daerah Ponorogo, Kupang dan Timor Tengah Selatan. Penelitian ini dilaksanakan pada tahun 2004 dengan melakukan analisis situasi tentang pemberdayaan yang sedang berkembang di masyarakat.

Hasil: Hasil penelitian menunjukkan bahwa pemberdayaan masyarakat dalam hal ini khususnya pemberdayaan dukun di Ponorogo melakukan pembinaan persalinan aman, pendampingan persalinan dan penyuluhan perawatan bayi. Di Kupang dukun melakukan penyuluhan tentang imunisasi, KB, gizi

maupun perawatan bayi. Di Timor Tengah Selatan hanya pembinaan persalinan aman. Pemberdayaan Pos Obat Desa atau Warung Obat Desa dengan cara menyediakan obat pil besi untuk ibu hamil dan obat untuk ibu bersalin. Pemberdayaan posyandu dan polindes dilakukan oleh bidan di desa. Pemberdayaan kader yang aktif di Ponorogo, ada 40,0%, di Kupang 53,3% dan di TTS 41,8%. Biaya persalinan rata-rata adalah Rp152.000,00 tetapi ada 47,3% yang gratis. Pemeriksaan ibu nifas sebagian besar dilakukan di polindes 41,8% dan posyandu 33,4% dengan biaya pemeriksaan rata-rata Rp7.000,00 dan ada yang gratis atas beban JPSBK atau PKPS BBM Bidkes.

Kesimpulan: Untuk itu, disarankan pemberian dana melalui bantuan kesehatan JPSBK ataupun PKPS BBM Bidkes harus dijaga keberlangsungan dan ketepatan sarannya, perlu dipertimbangkan memasukkan komponen transport rujukan persalinan keluarga miskin ke dalam paket pelayanan kesehatan dasar pada JPK Gakin.

Kata Kunci: pemberdayaan, *making pregnancy safer*, kesehatan ibu dan anak

PENGANTAR

Upaya untuk menurunkan angka kematian ibu telah banyak dilakukan, baik melalui kegiatan posyandu, pendirian pondok bersalin desa (polindes), penempatan 48.000 tenaga bidan di desa pada tahun 1996 dan tahun 2000, pemerintah mencanangkan Program *Making Pregnancy Safer* (MPS) atau Gerakan Nasional Kehamilan yang Aman, yang merupakan strategi sektor kesehatan secara terfokus.¹ Dalam rangka mempercepat keberhasilan program MPS yaitu upaya menurunkan angka kematian menjadi 125 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2010 di satu pihak dan upaya peningkatan kemandirian masyarakat miskin di lain pihak, serta memperhatikan pula kemampuan pemerintah yang sangat terbatas, maka pemberdayaan masyarakat merupakan prioritas utama untuk percepat proses ini.

Kontribusi WHO berfokus pada sektor kesehatan agar dapat menjamin bahwa: 1) setiap persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih, 2) setiap komplikasi obstetri dan bayi baru lahir mendapat pelayanan yang optimal, 3) setiap wanita subur

yang tidak diinginkan dan penanganan komplikasi keguguran. *Making Pregnancy Safer* (MPS) ini tampaknya sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal dan Visi Indonesia Sehat 2010.¹ Pemberdayaan masyarakat adalah segala upaya yang bukan bersifat paksaan atau perintah guna meningkatkan pengetahuan dan kemampuan masyarakat agar mampu mengenali masalah, merencanakan dan melakukan pemecahannya dengan memanfaatkan potensi dan fasilitas setempat. Pemberdayaan masyarakat merupakan suatu proses gerakan sosial dan yang dihasilkan adalah kemandirian masyarakat dengan memanfaatkan potensi setempat tanpa bergantung pada bantuan luar.²

Surat Keputusan Menkes No. 553/Menkes/SK/2003 tanggal 22 April 2003 yang dimaksud dengan keluarga miskin dalam pelaksanaan Program Kompensasi Pengurangan Subsidi BBM adalah sebagai berikut: 1) tidak mampu memenuhi kebutuhan kecukupan gizi dan pangan, sehingga mereka rentan terhadap penyakit, terutama bayi, balita dan ibu hamil, maupun ibu menyusui, 2) apabila sakit tidak dapat memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan karena tidak memiliki biaya untuk berobat, 3) jika memiliki biaya dan dapat memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan, mereka tidak mampu membeli obat yang sesuai, 4) kalau harus dirawat di rumah sakit, mereka tidak memiliki biaya transportasi ke rumah sakit, dan perawatan di rumah sakit, 5) walaupun tidak sakit, bayi dan balita serta ibu hamil dari kelompok masyarakat ini harus memperoleh imunisasi yang lengkap dan sesuai.³ Percepatan proses melalui pemberdayaan masyarakat khususnya masyarakat miskin di pedesaan harus dipercepat pertumbuhannya dengan mengkombinasikan berbagai potensi yang ada dan dapat dikembangkan. Untuk itu, diperlukan suatu penelitian tentang kajian pemberdayaan dengan memanfaatkan potensi masyarakat dalam rangka MPS berbasis masyarakat di daerah miskin pedesaan. Terdapat tiga model pemberdayaan yang diimplementasikan yaitu pemberdayaan masyarakat melalui peningkatan upaya kesehatan yang ada di pedesaan khususnya yang banyak dimanfaatkan oleh keluarga miskin (pondok bersalin desa dan pos obat desa), melalui penggalian sumber dana yang pernah ada di masyarakat pedesaan (dana sehat, tabungan masyarakat atau tabulin), dan melalui penggunaan teknologi tepat guna dalam deteksi dini risiko persalinan.

Secara umum tujuan penelitian ini untuk memberdayakan masyarakat dalam MPS melalui peningkatan upaya-upaya kesehatan yang berbasis masyarakat miskin di pedesaan, khususnya yaitu melakukan analisis situasi terhadap kondisi pemberdayaan masyarakat pada upaya-upaya pelayanan kesehatan yang ada di pedesaan, yang meliputi polindes, posyandu, pos obat desa atau warung obat desa dalam kaitannya dengan aksesibilitas kunjungan kelompok masyarakat miskin pedesaan, melakukan analisis situasi terhadap pemberdayaan masyarakat miskin di pedesaan dengan menghidupkan kembali model penggalian sumber dana di masyarakat khususnya yang berkaitan dengan aksesibilitas fasilitas kesehatan maternal, melakukan analisis situasi pemberdayaan masyarakat khususnya dukun dan pamong desa melalui penggunaan teknologi tepat guna dalam deteksi dini risiko persalinan yang berbasis pada masyarakat miskin di pedesaan.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini merupakan deskriptif eksploratif dengan melakukan kajian terhadap pemberdayaan masyarakat dalam rangka MPS melalui peningkatan upaya kesehatan yang berbasis masyarakat miskin pedesaan. Penelitian ini dilakukan pada tahun 2004 dengan melakukan analisis situasi tentang pemberdayaan yang sedang berkembang di masyarakat di daerah miskin pedesaan. Kegiatan ini merupakan kegiatan penelitian aksi yang mencoba untuk memberdayakan semua potensi desa yang telah dibangun sebelumnya secara komprehensif, baik infrastruktur maupun potensi sumber daya dan partisipasi masyarakat miskin di pedesaan dalam pembangunan. Penelitian ini merupakan pendekatan pemberdayaan dengan memanfaatkan potensi masyarakat miskin di pedesaan dalam rangka peningkatan upaya-upaya kesehatan berbasis masyarakat. Sebagai populasi dalam penelitian ini adalah seluruh desa di wilayah dua propinsi tersebut (Jawa Timur/Jatim dan Nusa Tenggara Timur/NTT) yang dipilih dengan menggunakan *'purpose sampling'*. Pemilihan sampel dilakukan melalui tahapan sebagai berikut: a) untuk Jatim dipilih 1 kabupaten secara *'purposive'* yaitu Ponorogo untuk daerah studi dan 1 kabupaten di NTT yaitu Kabupaten Kupang, sedangkan 1 kabupaten lainnya yaitu Kabupaten Timor Tengah Selatan/TTS digunakan sebagai pembanding (kontrol). Semua informasi yang

berkaitan dengan pemberdayaan masyarakat miskin di pedesaan diambil dari 3 kabupaten tersebut, b) pada tiap kabupaten dipilih 10 desa miskin dalam penelitian sebagai unit analisis. Pengumpulan data dilakukan dengan beberapa cara yaitu dengan wawancara mendalam, wawancara terstruktur yang dilakukan terhadap masyarakat (ibu hamil dan bersalin), pencatatan data sekunder, dan *Focus Group Discussion* dengan petugas puskesmas, bidan di desa, tokoh masyarakat, dan pamong desa.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pemberdayaan upaya-upaya kesehatan yang berbasis masyarakat miskin di pedesaan sudah dilakukan walaupun intensitasnya belum sesuai dengan yang diharapkan. Pemberdayaan dukun dilakukan melalui pendampingan persalinan, penyuluhan dan pembinaan persalinan aman yang dilakukan oleh bidan di desa. Menurut pendapat tokoh masyarakat dan pamong hal tersebut sudah memberikan dampak terhadap naiknya kunjungan ke posyandu dan polindes. Dalam hal pemberdayaan Pos Obat Desa atau Warung Obat Desa dilakukan dengan penyediaan obat untuk ibu hamil termasuk pil besi dan obat untuk ibu bersalin yang dilakukan oleh bidan di desa dampaknya belum terlalu dirasakan masyarakat. Pemberdayaan posyandu dilakukan dengan kunjungan ke desa wisma, supervisi dan pertemuan ditingkat desa yang dilakukan oleh bidan desa, serta sebagian oleh puskesmas dan kader kesehatan dan dampaknya telah dirasakan oleh masyarakat dengan naiknya jumlah kunjungan ibu hamil ke fasilitas pelayanan kesehatan maternal di desa.

Pemberdayaan polindes dilaksanakan dan dioperasionalkan oleh bidan desa dengan melakukan penyuluhan dan pembinaan dalam persalinan aman dan pendampingan pertolongan persalinan dan juga sebagai petugas kesehatan yang mempunyai kewajiban memberdayakan masyarakat untuk hidup sehat. Pemberdayaan kader kesehatan dilakukan melalui pelatihan deteksi dini risiko tinggi, supervisi kegiatan kader dan mengadakan pertemuan rutin dengan kader. Jenis kegiatan kader yang paling banyak dilakukan adalah pelayanan di posyandu, penyuluhan dan kunjungan rumah. Jumlah kader yang aktif relatif jarang yaitu 41,8% dari kader yang

ada. Banyak kader yang *drop out* sebagian besar disebabkan karena faktor ekonomi (tidak dapat bayaran) dan kesibukan rumah tangga, serta kadernya telah bekerja. Hasil yang dapat dirasakan masyarakat dengan meningkatnya kunjungan ibu hamil, bersalin dan nifas ke unit pelayanan kesehatan maternal.

Kegiatan pemberdayaan masyarakat dalam memobilisasi dana untuk kesehatan maternal sangat sulit dilakukan yang terbukti dana kesehatan yang pernah ada 10% dari jumlah desa sekarang tinggal satu desa saja, sedangkan melalui tabungan ibu bersalin yang sebelumnya ada 10,9% dari desa yang ada, sekarang tinggal separonya 5,4%. Di samping itu, masih ada kegiatan arisan persalinan yang dilakukan oleh ibu-ibu melalui PKK di desa. Pemberdayaan masyarakat untuk membantu penyediaan alat transportasi di desa tampaknya kurang mendapat respons dari masyarakat. Rujukan persalinan dilakukan dengan mobil penumpang umum 41,8%, pinjam mobil warga desa 36,3% dan menggunakan ambulans puskesmas 18,2%. Beban biaya rujukan bukan menjadi beban bersama tetapi atas beban pribadi atau keluarga 72,8% dan yang menjadi beban kelompok termasuk JPKM hanya 20 % saja. Sulitnya perkembangan dalam model ini karena masyarakat yang menjadi sasaran penelitian ini adalah masyarakat miskin di pedesaan.

Penanggung jawab polindes di pedesaan sebagian besar adalah bidan di desa dengan fasilitas polindes yang bersih dengan peralatan yang kurang memadai. Bidan *kit* yang merupakan peralatan utama di polindes ternyata tidak semua polindes ada bidan *kit*-nya, dan perolehan bidan *kit* ada yang dibeli oleh bidan di desa secara pribadi. Sebagian besar alat di polindes atas pengadaan dari Dinas Kesehatan atau Puskesmas dan sedikit yang atas biaya pribadi kecuali alat yang relatif murah. Obat-obatan yang tersedia masih belum sesuai dengan standar obat di polindes. Pembiayaan polindes sebagian besar atau keseluruhannya atas beban pemerintah dan prioritas penggunaannya tidak sama, misalnya di Ponorogo prioritas penggunaan dana untuk kegiatan promotif, di TTS upaya kuratif, sedangkan di Kupang secara merata. Hasil kunjungan K1 dan K4 di polindes hanya 4-7 orang per bulan dan jumlah persalinan oleh polindes atau bidan di desa antara 2,80-4,30 orang per bulan per polindes. Dampak kegiatan polindes

adalah menurunnya angka BBLR dan kasus tetanus neonatorum di desa.

Usia kehamilan pada pemeriksaan pertama adalah 2,7-3,5 bulan yang biasa dilakukan oleh bidan di desa yang dilakukan di polindes, posyandu atau rumah bidan. Pertolongan persalinan biasanya dilakukan oleh bidan di desa 77,8% di rumah ibu hamil 78,4%. Persalinan di polindes masih sangat rendah dan ada persalinan yang dilakukan di RSUD pemerintah oleh dokter spesialis melalui program JPSBK atau PKPS BBM Bidkes. Biaya persalinan rata-rata adalah Rp152.000,00 tetapi ada 47,3% yang gratis. Pemeriksaan ibu nifas sebagian besar dilakukan di polindes 41,8% dan posyandu 33,4% dengan biaya pemeriksaan rata-rata Rp7.000,00 dan ada yang gratis atas beban JPSBK atau PKPS BBM bidkes.

Hasil pemberdayaan pada posyandu bagi perilaku sehat baik ibu hamil, bersalin maupun nifas dari masyarakat miskin di desa ternyata banyak dirasakan oleh masyarakat Ponorogo, Kupang, dan masyarakat TTS. Di Ponorogo menurut pendapat masyarakat, hasil yang paling tampak dirasakan adalah naiknya jumlah kunjungan ibu hamil masyarakat miskin ke fasilitas layanan kesehatan maternal di desa. Di Kupang kondisi pemberdayaan tersebut juga berdampak pada kunjungan ibu maternal dari masyarakat miskin di desa ke fasilitas layanan kesehatan maternal, pemberdayaan polindes terhadap perilaku sehat baik ibu hamil, bersalin maupun ibu nifas dari masyarakat miskin di desa. Menurut pendapat Pamong Desa, dirasakan oleh kurang lebih separo dari masyarakat Ponorogo. Di Kupang hanya dirasakan oleh sekitar 30%-40% masyarakat Kupang dan masyarakat TTS dampak pemberdayaan polindes tersebut hanya dirasakan 40%-45% penduduknya. Untuk itu, bila pemerintah benar-benar akan meningkatkan keberhasilan MPS, maka pembiayaan polindes harus diperhatikan⁴ dan pengalokasian anggaran melalui APBD untuk polindes harus segera dilakukan. Pemberian kelonggaran izin kepada bidan di desa untuk praktik pengobatan sudah harus dilakukan bila tidak ingin bidan di desa keluar dari desanya.

Masalah kader memang sejak dulu menjadi masalah tersendiri karena tingkat *drop out* yang sangat tinggi. Jumlah kader aktif relatif kecil yaitu 40% di Ponorogo, 53,3% di Kupang, dan di TTS sebanyak 41,8%. Faktor penyebab terbesar kader '*drop out*' di desa Kabupaten Ponorogo adalah karena kader tidak

dibayar, sedangkan di Kupang adalah karena kesibukan rumah tangga dan TTS karena tidak dibayar dan kesibukan rumah tangga. Tidak adanya '*reward*' akan menimbulkan kebosanan pada kader, sehingga wajar bila kader akan berhenti bila memperoleh pekerjaan. Pemberdayaan kader bagi perilaku sehat di Ponorogo, baik ibu hamil, bersalin maupun ibu nifas dirasakan sangat positif, dan sebagian besar desa menyatakan kunjungannya meningkat. Kader merupakan ujung tombak pelaksana program kesehatan di lapangan sehingga dibutuhkan kemampuan untuk memahami permasalahan kesehatan reproduksi.⁵ Hal sangat sulit dilakukan adalah pemberdayaan masyarakat dalam memobilisasi dan untuk persalinan aman, di Ponorogo hanya 10% desa yang menyelenggarakan dana sehat, 5% desa menyelenggarakan tabungan ibu bersalin (*tabulin*), 30% desa menyelenggarakan arisan ibu hamil, serta 10% desa menyelenggarakan JPKM. Kondisi sekarang setelah ada kucuran dana dari PKPS BBM tinggal sekitar 15% dari desa yang pernah menyelenggarakan. Hal tersebut sangat wajar karena program PKPS BBM tersebut akan menggantikan atau menggratiskan semua pelayanan bagi masyarakat miskin.

Dalam hal penggunaan transportasi di desa untuk rujukan persalinan yang menggunakan ambulans dalam rangka rujukan persalinan aman masyarakat miskin relatif jarang 15%-20%, sedangkan yang menggunakan mobil warga desa cukup banyak 30%-45%, dan mobil penumpang umum 35%-50%. Di samping itu, ada juga warga yang mau melahirkan dirujuk dengan sepeda motor. Kondisi tersebut tampaknya perlu diantisipasi karena pertolongan persalinan secara gratis tidak banyak merubah perilaku masyarakat miskin karena ketiadaan dana untuk transportasi. Jika dilihat pada biaya transportasi masyarakat miskin dalam mencari pertolongan persalinannya, tampaknya belum banyak teratasi karena sebagian besar biaya transportasi masih menjadi tanggungan penderita sendiri, sedangkan yang menjadi beban kelompok masyarakat di Kabupaten Ponorogo dilakukan di satu desa 5% dan Kupang di dua desa 13,3%. Dana sehat atau JPKM juga menanggung beban transportasi penderita rujukan maternal di Kabupaten Ponorogo dilakukan di 3 desa 15%, di Kabupaten Kupang di 2 desa 13,3%, sedangkan di Kabupaten TTS oleh 3 desa 15%. Di TTS ada beban transportasi yang

ditanggung oleh donatur yaitu di 1 desa 5% dan oleh bidan di 3 desa 15%.

Walaupun dalam aturannya bahwa semua biaya pelayanan kesehatan dasar termasuk pelayanan kesehatan maternal adalah gratis, ternyata tidak sepenuhnya bebas dari beban biaya. Biaya persalinan yang dikeluarkan oleh ibu bersalin dari masyarakat miskin di desa tampaknya sangat variatif sekali yaitu antara Rp16.868,00 - Rp360.715,00. Di samping itu, terdapat pasien yang harus membayar biaya Rp. 0,50-1 juta dan di atas Rp1 juta sebesar 1,1%. Walaupun biaya tersebut merupakan biaya rujukan ke provinsi dan pembelian obat di apotek luar, sewajarnya biaya tersebut tidak harus terjadi karena masyarakat memang benar-benar miskin dan pemerintah telah mengucurkan dana lewat PKPS BBM. Hasil penelitian di 3 desa di Kabupaten Malang menunjukkan bahwa angka morbiditas penduduk miskin jauh lebih tinggi dari angka morbiditas nasional.⁶ Jika dilihat bahwa tempat persalinan ibu bersalin yang miskin di desa paling banyak dilakukan di rumah ibu bersalin sendiri dan sebagai penolongnya sebagian besar adalah bidan di desa. Kondisi tersebut sudah cukup baik, mengingat persalinan sudah dilakukan oleh bidan, walaupun jumlah persalinan di polindes masih sangat kecil. Hal tersebut akan lebih baik fungsi polindes dialihkan untuk pengobatan di desa termasuk perawatan kehamilan dan nifas. Kondisi polindes di luar Pulau Jawa memang sangat memprihatinkan atau dapat pula disebut sebagai tempat yang kurang layak untuk persalinan. Khusus di Pulau Jawa pertolongan persalinan di rumah bidan juga cukup banyak karena akses ke rumah bidan relatif lebih mudah. Sebagian besar persalinan yang terakhir adalah persalinan spontan 97,6% dan ada yang dilakukan tindakan operasi seksio 1,3% dan tindakan per vaginam 1,3%. Hal yang positif dari kajian ini adalah bahwa terdapat persalinan dari masyarakat miskin di desa yang dilakukan di RS pemerintah dengan penolongnya dokter spesialis kandungan, walaupun pertolongan tersebut menggunakan dana PKPS BBM.

Banyak penelitian yang membuktikan bahwa biaya erat kaitannya dengan perilaku pencarian pengobatan. Penelitian di Kabupaten Karanganyar menunjukkan pendapatan keluarga berhubungan secara bermakna dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan.⁷ Studi kasus menyatakan bahwa walaupun tarif pelayanan kesehatan murah, masih

menjadi hambatan yang berarti bagi keluarga miskin dan tindakan mengobati sendiri menjadi pilihan pertama dalam perilaku pencarian pengobatan bagi keluarga miskin⁸, sehingga sudah saatnya dipikirkan untuk membantu mengatasi transportasi rujukan persalinan bagi keluarga miskin.

KESIMPULAN DAN SARAN

Pemberdayaan masyarakat khususnya pemberdayaan dukun, posyandu, polindes, pemberdayaan pos obat desa atau warung obat desa merupakan strategi yang paling jitu dalam rangka menuju persalinan aman 2010 mengingat prioritas pembangunan kesehatan dewasa ini masih diarahkan pada penurunan angka kematian ibu bersalin. Menurut pendapat tokoh masyarakat dan pamong, dampaknya belum terlalu dirasakan oleh masyarakat, tetapi pendapat masyarakat bahwa hasilnya telah dirasakan oleh masyarakat dengan naiknya jumlah kunjungan ibu hamil ke fasilitas pelayanan kesehatan maternal di desa. Hal sangat sulit dilakukan adalah pemberdayaan masyarakat dalam memobilisasi dana untuk persalinan aman, di Ponorogo hanya 10% desa yang menyelenggarakan dana sehat, 5% desa menyelenggarakan tabungan ibu bersalin (tabulin), 30% desa menyelenggarakan arisan ibu hamil, serta 10% desa menyelenggarakan JPKM. Kondisi sekarang setelah ada kucuran dana dari PKPS BBM tinggal sekitar 15% dari desa yang pernah menyelenggarakan. Usia kehamilan pada pemeriksaan pertama adalah 2,7-3,5 bulan yang biasa dilakukan oleh bidan di desa yang dilakukan di polindes, posyandu atau rumah bidan. Pertolongan persalinan biasanya dilakukan oleh bidan di desa di rumah ibu yang melahirkan, dengan biaya persalinan rata-rata Rp152.000,00 tetapi terdapat 47,3% yang gratis. Pemeriksaan ibu nifas sebagian besar dilakukan di polindes 41,8% dan posyandu 33,4% dengan biaya pemeriksaan rata-rata Rp7.000,00 dan ada yang gratis atas beban JPSBK atau PKPS BBM bidkes.

Pemberian dana melalui bantuan kesehatan PKPS BBM Bidkes harus dijaga keberlangsungannya, khususnya yang berkaitan dengan upaya promotif dan preventif yang akan mempunyai dampak besar terhadap kesehatan ibu dan bayinya. Di samping itu, juga perlu dipikirkan adanya bantuan transport untuk rujukan persalinan bagi masyarakat miskin

Perilaku masyarakat yang cukup baik terhadap keberadaan bidan di desa, polindes dan posyandu tetap dipertahankan sebagai *provider* pelayanan kesehatan di desa. Di samping itu, perlu dikembangkan strategi diversifikasi melalui pengintegrasian program-program kesehatan di desa seperti pos obat desa dan polindes.

KEPUSTAKAAN

1. Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Rencana Strategis Nasional Making Pregnancy Safer (MPS) di Indonesia 2001-2010. Jakarta. 2003.
2. Azwar, A. Pemberdayaan Masyarakat Dalam Pengembangan Kesehatan Nasional Menuju Indonesia Sehat 2001 Depkes RI, Jakarta. 2001.
3. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Pelaksanaan Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak Bidang Kesehatan (PKPS BBM Bid Kes), Jakarta. 2003.
4. Ristrini. Intervensi Lengkap Model Peningkatan Utilisasi Polindes dan Bidan di Desa di Propinsi Jawa Timur, Puslitbang Yantekes, Surabaya. 2002.
5. Purwaningsih, Sri Sunarti, Ade Latifa, Zarfiel Tafal. Pemberdayaan Perempuan dalam Kesehatan Reproduksi: Lesson Learned dari Nusa Tenggara Barat, Majalah Kesehatan Perkotaan. 2003;10(1) Juni: 56-69.
6. Rachmawati, T. Survei Morbiditas dan Implikasi Biaya Obat pada Penduduk Miskin di Tiga Desa di Kecamatan Singosari Kabupaten Malang 1999, Media Medika Indonesiana. 2003;38(1) Suplemen:17-23.
7. Gani, A. Studi Penggunaan Pelayanan Kesehatan di Propinsi Kalimantan Timur dan NTB. Health Project YPKM-FKM UI-Depkes, Jakarta. 1990;45-8.
8. Anies. Perilaku Keluarga Miskin dalam Upaya Pencarian Pengobatan bagi Anak Balitanya, Majalah Kesehatan Perkotaan. 2003;10(1) Juni: 1-7.
9. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Survei Dasar Kesehatan Indonesia 1996, Jakarta. 1997.
10. Setyowati, Titik, S. Soemantri, Sarimawar, D. Angka Kematian Ibu di Indonesia (Analisis Data Susenas 2000), Badan Litbangkes, Depkes, Jakarta. 2002.
11. Sudarti, K., Gail H. Acute Respiratory Infection of Children under Five Years in Indramayu, West Java, Indonesia. Rapid Ethnographic Assesment. Medical Anthropology. 1991;115 (3): 425-34.