

LAPORAN PENELITIAN

**Studi *Baseline* Kualitatif PNPM Generasi  
dan PKH:  
Ketersediaan dan Penggunaan Pelayanan  
Kesehatan Ibu dan Anak dan Pendidikan  
Dasar di Provinsi Jawa Barat dan  
Provinsi Nusa Tenggara Timur**

Sri Kusumastuti Rahayu

Nina Toyamah

Stella Hutagalung

Meuthia Rosfadhila

Muhammad Syukri



LAPORAN PENELITIAN

**Studi *Baseline* Kualitatif PNPM Generasi dan PKH:  
Ketersediaan dan Penggunaan Pelayanan  
Kesehatan Ibu dan Anak dan Pendidikan Dasar  
di Provinsi Jawa Barat  
dan Provinsi Nusa Tenggara Timur**

Sri Kusumastuti Rahayu

Nina Toyamah

Stella Aleida Hutagalung

Meuthia Rosfadhila

Muhammad Syukri

**Editor:**

Budhi Adrianto

Liza Hadiz

Lembaga Penelitian SMERU

Jakarta, Juli 2008



Temuan, pandangan, dan interpretasi dalam laporan ini merupakan tanggung jawab penulis dan tidak berhubungan atau mewakili Lembaga Penelitian SMERU maupun lembaga-lembaga yang mendanai kegiatan dan pelaporan SMERU.

Untuk informasi lebih lanjut, mohon hubungi kami di nomor telepon: 62-21-31936336; faks: 62-21-31930850; e-mail: smeru@smeru.or.id; situs web: www.smeru.or.id

Studi *Baseline* Kualitatif PNPM Generasi dan PKH: Ketersediaan dan Penggunaan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak dan Pendidikan Dasar di Provinsi Jawa Barat dan Provinsi Nusa Tenggara Timur/Sri Kusumastuti Rahayu et al. -- Jakarta: Lembaga Penelitian SMERU, 2008.

xxi, 100 p. ; 30 cm. -- (Laporan Penelitian SMERU, Juli 2008)

ISBN 978-979-3872-54-4

1. Bantuan Tunai Bersyarat

I. SMERU

II. Rahayu, Sri Kusumastuti

361.05 / DDC 21



# TIM PENELITIAN

## Penanggung Jawab Penelitian:

Sudarno Sumarto

## Koordinator Penelitian:

Sri Kusumastuti Rahayu

## Penasihat Penelitian:

Asep Suryahadi

## Peneliti Inti dan Koordinator Lapangan:

Sri Kusumastuti Rahayu

Nina Toyamah

Stella Aleida Hutagalung

Meuthia Rosfadhila

Muhammad Syukri

Adri Amiruddin

## Peneliti Lapangan:

### Jawa Barat:

Sri Kusumastuti Rahayu (Jakarta)

Luluk Kholisoh Nurona (Jawa Barat)

Supriono (Jawa Barat)

Muhammad Syukri (Jakarta)

Dewi Amna (Jawa Barat)

Mawardi W. Ghazali (Jawa Barat)

Stella Aleida Hutagalung (Jakarta)

Hendra W. Wardhana (Jawa Barat)

Imron Hanafi (Jawa Barat)

Meuthia Rosfadhila (Jakarta)

Yudi Ardiansyah (Jawa Barat)

Yeni Indra (Jawa Barat)

Nina Toyamah (Jakarta)

Pitriati Solihah (Jawa Barat)

Dudi Lesmana (Jawa Barat)

Adri Amiruddin (Jakarta)

Helmiyati (Jawa Barat)

Heru Pramudhia Wardhana (Jawa Barat)

Erwin Permana (Jawa Barat)

### Nusa Tenggara Timur:

Sri Kusumastuti Rahayu (Jakarta)

Laurensius Sayrani (Kupang)

Sitti Sugar Samauna (Kupang)

Luluk Kholisoh Nurona (Jawa Barat)

Nur Aini (Kupang)

Yans Koliham (Kupang)

Harry Foenay (Kupang)

Stella Aleida Hutagalung (Jakarta)

Emiliana Martuti Lawalu (Soe)

Agustinus Mahur (Kupang)

Fredick H. Kaesmetan (Soe)

Meuthia Rosfadhila (Jakarta)

Nikolaus Serman (Kupang)

Aplonia Toto (Soe)

Muhammad Syukri (Jakarta)

Timoriyani Samauna (Kupang)

Ary CH Bale Lay (Soe)

Adri Amiruddin (Jakarta)

Yakomina W. Nguru (Kupang)

Pascalis Baylon Meja (Kefamanu)

## Editor:

Budhi Adrianto

Liza Hadiz





## UCAPAN TERIMA KASIH

Kami mengucapkan terima kasih dan penghargaan kepada Susan Wong dan Junko Onishi dari Bank Dunia, yang telah memprakarsai dan mendukung penelitian ini, atas petunjuk teknis, komentar, dan saran berharga yang telah mereka berikan selama studi ini berlangsung. Penghargaan juga kami sampaikan kepada Pemerintah Indonesia, Decentralization Support Facility (DSF), Kedutaan Besar Belanda, dan Bank Dunia yang telah mendukung studi ini melalui bantuan pendanaan dan teknisnya bagi PNPM Generasi dan PKH dan evaluasinya.

Kami berterima kasih kepada semua anggota masyarakat, responden, dan informan di seluruh wilayah sampel yang telah ikut ambil bagian dalam studi ini dengan memberikan informasi sehingga studi ini dapat mengungkap fakta-fakta di lapangan. Tanpa mereka, studi ini tidak mungkin terlaksana. Kami menghargai bantuan dalam bentuk data yang telah diberikan aparat pemerintah daerah, khususnya Dinas Kesehatan dan Dinas Pendidikan di tingkat kabupaten/kota di wilayah studi, sehingga kami dapat menetapkan wilayah penelitian. Kami juga sangat menghargai peran camat, aparat desa, dan kader posyandu yang dengan keramahatmahan mereka telah membantu penuh para peneliti dan menyisihkan waktu mereka yang berharga sehingga memungkinkan kami untuk dapat bertemu dan berdiskusi dengan masyarakat. Penghargaan yang tinggi kami berikan kepada para peneliti lokal atas dedikasi mereka selama penelitian berlangsung: bekerja keras tanpa mengeluh, walaupun sering kali mereka harus terjaga sampai larut malam, dan bersedia tinggal di desa dengan segala keterbatasannya.

Akhirnya, penghargaan juga disampaikan atas segala tanggapan dan masukan konstruktif peserta dari lembaga pemerintah terkait, konsultan, lembaga donor, dan lain-lain, pada pertemuan yang membahas hasil temuan survei *baseline* kuantitatif dan studi *baseline* kualitatif PNPM Generasi and PKH yang diselenggarakan di Bappenas (Badan Perencanaan dan Pembangunan Nasional) dan DSF-Bank Dunia pada 24 Januari 2008.



## ABSTRAK

### **Studi *Baseline* Kualitatif PNPM Generasi dan PKH: Ketersediaan dan Penggunaan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak dan Pendidikan Dasar di Provinsi Jawa Barat dan Provinsi Nusa Tenggara Timur**

Studi ini mempelajari data kualitatif tentang mengapa sebagian orang Indonesia tidak menggunakan pelayanan dasar kesehatan ibu dan anak dan mengapa sebagian orang Indonesia tidak menyekolahkan anak mereka ke sekolah dasar atau sekolah menengah pertama. Data ini akan dijadikan sebagai data dasar (*baseline*) bagi kegiatan evaluasi PNPM Generasi (Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat Generasi Sehat dan Cerdas) dan PKH (Program Keluarga Harapan) di masa datang. Berdasarkan hasil FGD, wawancara mendalam, dan pengamatan langsung yang dilakukan di Jawa Barat dan NTT, studi ini menemukan bahwa kendala akses fisik dan keterisolasian, kendala akses ekonomi, dan kepercayaan pada adat tradisional merupakan sebab-sebab utama mengapa sebagian anggota masyarakat tidak menggunakan pelayanan kesehatan ibu dan anak modern selama masa kehamilan, pada saat melahirkan, dan pascalahir. Keterbatasan fisik dan keuangan juga merupakan sebab utama terjadinya kasus putus sekolah dan mengapa sebagian orang tua tidak menyekolahkan anak mereka ke sekolah menengah pertama.

Kata kunci: Data dasar kualitatif, PNPM Generasi, PKH, pelayanan dasar kesehatan ibu dan anak, pelayanan pendidikan dasar, Indonesia.

### **Alasan menggunakan dukun beranak:**

*Lokasi bidan terlalu jauh [sekitar 4 km]. Bahkan, ada pencuri di malam hari. Itu sebabnya kami takut untuk pergi ke sana di malam hari. Jalan ke sana pun sangat jelek. Mau mati rasanya kalau jalan ke sana. Selain itu, masyarakat harus menyebrangi sungai yang tidak ada jembatannya sehingga ketika musim hujan, otomatis mereka tidak dapat menyebrang dan menjangkau fasilitas kesehatan tersebut.*

(FGD Kelompok Bapak, Hauteas, Biboki Utara, TTU, NTT)

*Kalau diperkirakan bayinya keluarinya bakal tidak susah, yah mending cukup dengan dukun beranak.*

(FGD Kelompok Ibu, Jagapura Kidul, Gegesik, Cirebon, Jawa Barat)

### **Anak tidak diimunisasi:**

*Ada memang anak yang tidak diimunisasi karena takut panas setelah diimunisasi. Apalagi setelah lihat di TV ada yang meninggal dan lumpuh setelah diimunisasi, makanya ada masyarakat yang takut.*

(FGD Kelompok Ibu, Jagapura Kidul, Gegesik, Cirebon, Jawa Barat)

*Takut anak panas. Lalu malam harinya rewel dan nangis-nangis setelah disuntik.*

(FGD Kelompok Bapak, Tangkil, Susukan, Cirebon, Jawa Barat)

### **Alasan tidak ke posyandu (pos pelayanan terpadu):**

*Malas ke posyandu. Berat anak tidak naik-naik ... mungkin timbangannya salah. Apalagi kalau tidak ada makanan tambahan [PMT], yang datang setengahnya. Beda kalau ada makanan. Penuh, sampai antri.*

(FGD Kelompok Ibu, Bojongloa, Buahdua, Sumedang, Jawa Barat)

*Orang tua menganggap anaknya sehat. Jadi, tidak perlu ditimbang. Tidak ada pengaruh.*

(FGD Kelompok Bapak, Jagapura Kidul, Gegesik, Cirebon, Jawa Barat)

*Biasanya ibu-ibu yang tidak antar anak ke posyandu itu karna harus jalan jauh, apalagi kalau musim hujan dan banjir. Pasti makin sulit. Kalau sedang panen atau sibuk tanam atau kasi bersih rumput, juga tidak pergi ke posyandu.*

(FGD Kelompok Bapak, Falas, Kie, TTS, NTT)

### **Gizi yang baik tidak selalu membuat ibu bahagia:**

*Kami tidak puas karena anak gizi buruk saja yang mendapat bantuan. Anak saya menang lomba bayi sehat malah tidak dapat apa-apa. Belum lagi ibu-ibu yang dapat bantuan sering kasi iri kami yang tidak dapat bantuan.*

(FGD Kelompok Ibu, Oenenu, Miomaffo Timur, TTU, NTT)

**Manfaat bersekolah:**

... untuk membangun desa. (FGD Kelompok Ibu, Oehela, Batu Putih, TTS, NTT)

... bisa mengerti mana yang baik. (FGD Kelompok Ibu, Fatufetto, Alak, Kupang, NTT)

... bisa berbahasa Indonesia. (FGD Kelompok Ibu, Falas, Kie, TTS, NTT)

... supaya bisa jadi pegawai negeri. (FGD Kelompok Ibu, Sekon, Insana, TTU, NTT)

**Alasan tidak perlu sekolah:**

... bupati su ada, camat su ada, desa su ada, kamu mu ganti sapa? [Bupati sudah ada, camat sudah ada, kepala desa sudah ada, kamu [kalau sekolah] mau menggantikan siapa?]  
(FGD Kelompok Bapak, Hauteas, Biboki Utara, TTU, NTT)

**Alasan tidak lanjut dan putus sekolah:**

Ada yang bapaknya mati. Jadi, dia sendiri tidak mau sekolah. (FGD Kelompok Ibu, Kuanek, Miomaffo Timur, TTU, NTT)

... karena banyak pengaruh ... pengaruh dari teman-teman luar. (FGD Kelompok Ibu, Oenay, Kie, TTU, NTT)

Ojek ajak untuk tidak sekolah. (FGD Kelompok Ibu, Oenenu, Miomaffo Timur dan Hauteas, Biboki Utara, TTU, NTT)

Ada juga [yang putus sekolah] karena malu nggak bisa bayar uang buku.  
(FGD Kelompok Ibu, Jagapura Kidul, Ge gesik, Cirebon, Jawa Barat)

**Alasan absen:**

Di sini kalau yang tidak masuk banyak, pas panen Pak. Soalnya, bantuin orang tuanya. Bisa 3 sampai 7 hari. Tidak pakai izin karena sudah kebiasaan di sini.  
(FGD Kelompok Ibu, Tangkil, Susukan, Cirebon, Jawa Barat)

Kalau seragam terabik [robek], dia tidak mau sekolah. (FGD Kelompok Ibu, Sekon, Insana, TTU, NTT)

Tidak mengerjakan pekerjaan rumah. Takut guru marah. (FGD Kelompok Bapak, Taunbaen, Biboki Utara, TTU, NTT)

Tidak senang dengan guru. (FGD Kelompok Bapak, Oenenu, Miomaffo Timur, TTU, NTT)

Guru jahat. (FGD Kelompok Bapak, Naikolan, Maulaffa, Kupang, NTT)

Tidak suka dengan pelajaran tertentu. (FGD Kelompok Ibu, Naikolan, Maulaffa, Kupang, NTT)

Ada anak yang minta uang jajan [tetapi] tidak kasih. Jadi, alfa tidak pi sekolah.  
(FGD Kelompok Ibu, Kuanek, Miomaffo Timur, TTU, NTT)

# DAFTAR ISI

	Halaman
<b>UCAPAN TERIMA KASIH</b>	iii
<b>ABSTRAK</b>	v
<b>DAFTAR ISI</b>	viii
<b>DAFTAR TABEL</b>	ix
<b>DAFTAR KOTAK</b>	ix
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b>	x
<b>DAFTAR SINGKATAN DAN AKRONIM</b>	xi
<b>RANGKUMAN EKSEKUTIF</b>	xiii
<b>I. PENDAHULUAN</b>	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan Penelitian	2
1.3 Metodologi Penelitian	2
1.4 Wilayah Penelitian	4
1.5 Struktur Laporan	6
<b>II. KARAKTERISTIK WILAYAH SAMPEL</b>	7
2.1 Lokasi Penelitian	7
2.2 Sumber Daya Alam dan Ekonomi	8
2.3 Penduduk	10
2.4 Kelompok Komunitas dan Kelembagaan	11
2.5 Fasilitas Kesehatan dan Pendidikan	12
2.5.1 Fasilitas Kesehatan	12
2.5.2 Fasilitas Pendidikan	13
<b>III. KETERSEDIAAN DAN PENGGUNAAN PELAYANAN KESEHATAN IBU DAN ANAK</b>	15
3.1 Ketersediaan, Kondisi, dan Cakupan Pelayanan Dasar Kesehatan Ibu dan Anak	16
3.1.1 Ketersediaan Fasilitas Pelayanan KIA Modern	16
3.1.2 Sarana dan Prasarana KIA Modern	18
3.1.3 Kendala Lain yang Dihadapi dan Kebutuhan Penyedia Pelayanan KIA	19
3.1.4 Kerja sama dengan Masyarakat dan Jangkauan pada Kelompok Tertentu	20
3.1.5 Pelayanan Tradisional	22
3.2 Penggunaan dan Faktor yang Memengaruhi Penggunaan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak	23
3.2.1 Pengetahuan dan Kesadaran Masyarakat tentang Pentingnya Pelayanan KIA Modern	23
3.2.2 Kendala Akses Fisik dan Keuangan	29
3.2.3 Kualitas Pelayanan KIA Modern	31
3.2.4 Pilihan terhadap Pelayanan KIA Tradisional	34
3.2.5 Aktor yang Memengaruhi Penggunaan Pelayanan KIA Modern	37
<b>IV. KETERSEDIAAN DAN PENGGUNAAN PELAYANAN PENDIDIKAN DASAR</b>	40
4.1 Ketersediaan dan Cakupan Pelayanan Pendidikan Dasar	41
4.1.1 Ketersediaan dan Daya Tampung Sekolah	41
4.1.2 Kendala yang Dihadapi Sekolah dalam Menyediakan Fasilitas Pendidikan yang Menyeluruh	43
4.1.3 Kendala yang Dihadapi Guru dalam Memberi Pelayanan yang Memadai	45
4.1.4 Kendala dalam Menjangkau Kelompok Tertentu	46
4.1.5 Kualitas Pelayanan	47
4.1.6 Peran Aktor dan Partisipasi Masyarakat dalam Menyediakan Fasilitas Sekolah	49

4.2	Penggunaan Pelayanan Pendidikan Dasar dan Faktor yang Memengaruhi Orang Tua untuk Menyekolahkan Anaknya	50
4.2.1	Pengetahuan dan Kesadaran Masyarakat tentang Pentingnya Pendidikan	50
4.2.2	Pilihan dan Akses Masyarakat pada Sekolah yang Ada	54
4.2.3	Akses Fisik dan Keuangan	56
4.2.4	Faktor-faktor Lain yang Memengaruhi Lulusan SD untuk Tidak Melanjutkan ke SMP dan Putus Sekolah	58
4.2.5	Tidak Masuk Sekolah secara Teratur dan Faktor yang Memengaruhi	60
4.2.6	Aktor di Tingkat Desa yang Memengaruhi Masyarakat untuk Menyekolahkan Anaknya	62
4.2.7	Aktor Lain yang Memengaruhi Masyarakat untuk Menyekolahkan Anaknya	65
<b>V.</b>	<b>KESIMPULAN DAN REKOMENDASI</b>	66
5.1	Kesimpulan	66
5.2	Rekomendasi	72
	<b>DAFTAR ACUAN DAN DAFTAR BACAAN</b>	73
	<b>LAMPIRAN</b>	76

## DAFTAR TABEL

	Halaman	
Tabel 1.	Pertanyaan Penelitian	3
Tabel 2.	Lokasi Penelitian	6
Tabel 3.	Kematian Ibu Melahirkan, Proporsi Kelahiran yang Ditolong Nakes, Kematian Bayi, dan Kematian Balita	15
Tabel 4.	Jumlah Dukun Bayi/Beranak, Terlatih dan Tidak Terlatih	22
Tabel 5.	Tingkat Kehadiran di Posyandu Saat Pengamatan Lapangan	28
Tabel 6.	Tingkat Kepuasan terhadap Pelayanan KIA Modern	32
Tabel 7.	APM dan APK SD dan SMP dan Angka Melek Huruf (%)	40
Tabel 8.	Angka Mengulang dan Angka Putus Sekolah (%)	40
Tabel 9.	Jumlah Siswa yang Terdaftar dan Lulusan di SDK Sekon, Insana, TTU	53

## DAFTAR KOTAK

	Halaman	
Kotak 1.	Kepercayaan <i>Se'i</i>	21
Kotak 2.	Diskontinuitas Pendidikan Siswa	52
Kotak 3.	Syarat Kenaikan Kelas	54
Kotak 4.	Mahalnya Biaya Penunjang Sekolah	57

## DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
1. Daftar Informan, FGD, dan Kegiatan di Setiap Desa/Kelurahan dan Kecamatan Sampel	77
2. Peta Kabupaten Sumedang	78
3. Peta Kabupaten Cirebon	79
4. Peta Kabupaten Timor Tengah Utara	80
5. Peta Kabupaten Timor Tengah Selatan	81
6. Peta Kota Kupang	82
7. Akses ke Desa/Kelurahan Sampel di Provinsi Jawa Barat dan NTT	83
8. Pembagian Wilayah Administrasi Desa/Kelurahan Sampel di Jawa Barat dan NTT	84
9. Keadaan Penduduk di Desa/Kelurahan Sampel di Jawa Barat dan NTT	85
10. Kelembagaan di Desa/Kelurahan Sampel di Jawa Barat dan NTT	86
11. Ketersediaan Fasilitas Pelayanan KIA Modern yang Bisa Diakses Masyarakat Desa/Kelurahan Sampel di Jawa Barat dan NTT	87
12. Ketersediaan Fasilitas Pelayanan Pendidikan Dasar yang Dapat Diakses oleh Masyarakat Desa/Kelurahan Sampel di Jawa Barat dan NTT	88
13. Pelayanan yang Dipilih Masyarakat di Wilayah Pedesaan dengan Akses Mudah pada Saat Hamil, Melahirkan, dan Setelah Melahirkan	89
14. Pelayanan yang Dipilih Masyarakat di Wilayah Pedesaan dengan Akses Sulit pada Saat Hamil, Melahirkan, dan Setelah Melahirkan	89
15. Pelayanan yang Dipilih Masyarakat di Wilayah Perkotaan pada Saat Hamil, Melahirkan, dan Setelah Melahirkan	89
16. Tempat Imunisasi Balita Pilihan Masyarakat	90
17. Tempat Penimbangan Balita Pilihan Masyarakat	90
18. Tempat Perawatan Gizi menurut Masyarakat	90
19. Keyakinan dan Kepercayaan Adat Selama Kehamilan, Saat Melahirkan, dan Setelah Melahirkan di Jawa Barat dan NTT	91
20. Kriteria Sekolah dan Guru yang Berkualitas menurut Masyarakat	100



## DAFTAR SINGKATAN DAN AKRONIM

AKABA	: angka kematian anak balita
AKB	: angka kematian bayi
AKI	: angka kematian ibu
APK	: angka partisipasi kasar
APM	: angka partisipasi murni
ART	: anggota rumah tangga
Askeskin	: Asuransi Kesehatan Keluarga Miskin
Bappenas	: Badan Perencanaan dan Pembangunan Nasional
BOS	: bantuan operasional sekolah
BPD	: badan permusyawaratan desa
BPS	: Biro Pusat Statistik
CWS	: Christian World Service
D2	: program diploma dua tahun
FGD	: <i>focus group discussion</i>
Gakin/JPK Gakin	: Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Keluarga Miskin
JPS	: jaring pengaman sosial
KB	: keluarga berencana
KBM	: kegiatan belajar-mengajar
KIA	: kesehatan ibu dan anak
KK	: kepala keluarga
KTSP	: kurikulum tingkat satuan pendidikan
LKS	: lembar kerja siswa
LPM	: Lembaga Pemberdayaan Masyarakat
LSM	: lembaga swadaya masyarakat
MDGs	: <i>Millennium Development Goals</i>
MI	: madrasah ibtidaiah
MTs	: madrasah sanawiah
nakes	: tenaga kesehatan
NTT	: Nusa Tenggara Timur
perdes	: peraturan desa
PKH	: Program Keluarga Harapan
PKK	: Program Kesejahteraan Keluarga
PMT	: pemberian makanan tambahan
PNPM Generasi	: Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat Generasi Sehat dan Cerdas
PNS	: pegawai negeri sipil
Podes	: Potensi Desa
polindes	: pos bersalin desa
posyandu	: pos pelayanan terpadu
PPK	: Program Pengembangan Kecamatan
puskesmas	: pusat kesehatan masyarakat
pusling	: puskesmas keliling
pustu	: puskesmas pembantu
RAPBS	: rencana anggaran pendapatan dan belanja sekolah
RSU	: rumah sakit umum
RT	: rukun tetangga
RW	: rukun warga
SD	: sekolah dasar
SD GMTT	: Sekolah Dasar Gereja Masehi Indonesia Timur

SDK	: sekolah dasar Katolik
SDN	: sekolah dasar negeri
SD-SMP Satap	: SD-SMP Satu Atap
SKTM	: surat keterangan tidak mampu
SMA	: sekolah menengah atas
SMP	: sekolah menengah pertama
SMPN	: sekolah menengah pertama negeri
TA	: tahun ajaran
TK	: taman kanak-kanak
TKI	: tenaga kerja Indonesia
TTS	: Timor Tengah Selatan
TTU	: Timor Tengah Utara
WVI	: World Vision International (Wahana Visi Indonesia)
UNDP	: United Nations Development Programme
USG	: <i>ultrasonogram</i>

# RANGKUMAN EKSEKUTIF

## I. Pendahuluan

### 1.1 Latar belakang

Pada pertengahan 2007, Pemerintah Indonesia memperkenalkan dua program uji coba dalam kerangka Program Bantuan Tunai Bersyarat (BTB) yang dikenal sebagai Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat (PNPM) Generasi Sehat dan Cerdas atau disingkat menjadi PNPM Generasi, dan Program Keluarga Harapan atau PKH. Kedua program tersebut telah dilaksanakan di Gorontalo dan akan diteruskan di Sumatra Barat, DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Timur, Sulawesi Utara, dan NTT (Nusa Tenggara Timur). Kedua program tersebut dirancang untuk mencapai beberapa sasaran yang sama, yaitu meliputi lima dari delapan tujuan MDGs (*Millennium Development Goals*—Tujuan Pembangunan Milenium): mengurangi kemiskinan dan kelaparan, menjamin cakupan pendidikan dasar yang bersifat universal, memajukan kesetaraan gender, dan mengurangi angka kematian ibu dan angka kematian anak. Tidak seperti kebanyakan program pembangunan yang sebelumnya tidak dilengkapi dengan pendataan kondisi awal (*baseline*) sebelum program dijalankan, kali ini Program BTB dilengkapi dengan pendataan awal sebelum program dilaksanakan. Pendataan awal dilakukan melalui survei *baseline* kuantitatif dengan menggunakan kuesioner dilengkapi dengan studi *baseline* kualitatif.

### 1.2 Tujuan

Secara umum, studi *baseline* kualitatif untuk Program PNPM Generasi dan PKH ini mendukung survei *baseline* kuantitatif dalam membantu memahami “mengapa” dan “bagaimana” kedua program tersebut dapat bekerja. Studi juga akan menginvestigasi ketersediaan dan penggunaan pelayanan, dengan menekankan pada interaksi penyedia-pemakai pelayanan, dan menyediakan latar belakang konteks sosial di beberapa lokasi di mana program akan dilaksanakan yang memengaruhi akses terhadap, penggunaan, dan ketersediaan pelayanan kesehatan dan pendidikan. Data dan hasil studi kualitatif menyediakan kondisi dasar yang akan digunakan untuk mengukur dampak program di lokasi yang sama dan menganalisis perubahan yang terjadi dalam rentang waktu tertentu. Secara khusus, tujuan studi adalah (1) mendokumentasikan kondisi dasar ketersediaan dan penggunaan pelayanan dasar kesehatan dan pendidikan yang berkaitan dengan program, yaitu kesehatan ibu hamil, melahirkan, dan pascamelahirkan, kesehatan anak usia balita, dan pendidikan SD (sekolah dasar)/MI (madrasah ibtidaiah) dan SMP (sekolah menengah pertama)/MTs (madrasah sanawiah), dan (2) memahami penyebab dan faktor-faktor yang memengaruhi ketersediaan dan penggunaan kedua pelayanan tersebut yang dapat memengaruhi pelaksanaan program dan hasilnya.

Pertanyaan utama penelitian adalah (1) mengapa sebagian masyarakat tidak menggunakan pelayanan dasar kesehatan ibu dan anak dan (2) mengapa sebagian masyarakat tidak mendaftarkan anak-anak mereka ke SD/MI dan/atau SMP/MTs? Jawaban dari pertanyaan tersebut digali dari sisi *supply* (ketersediaan pelayanan) dan *demand* (penggunaan pelayanan).

### 1.3 Metodologi

Studi dilaksanakan dengan menggunakan pendekatan kualitatif yang dilakukan dengan wawancara mendalam terhadap informan kunci, diskusi kelompok terfokus (FGD/*focus group discussion*) dengan masyarakat pengguna (dan bukan pengguna) fasilitas KIA (kesehatan ibu dan anak) dan pendidikan dasar, yaitu kelompok ibu dan kelompok bapak secara terpisah, dan pengamatan oleh peneliti di posyandu (pos pelayanan terpadu) dan sekolah, baik SD/MI maupun SMP/MTs.

Persiapan penelitian dilakukan mulai Agustus 2007 dan penelitian lapangan di 24 desa/kelurahan sebagai wilayah sampel dilakukan dalam kurun waktu 1,5 bulan antara September–Oktober 2007. Penelitian lapangan di setiap desa/kelurahan dilakukan rata-rata selama 1 minggu.

### 1.4 Wilayah Penelitian

Provinsi Jawa Barat dan Provinsi NTT dipilih sebagai wilayah studi *baseline* kualitatif ini. Empat kabupaten dan satu kota terpilih menjadi wilayah sampel dalam studi ini, yaitu Kabupaten Sumedang dan Kabupaten Timor Tengah Utara (TTU) yang direncanakan menjadi lokasi PNPM Generasi serta Kabupaten Cirebon, Kabupaten Timor Tengah Selatan (TTS), dan Kota Kupang untuk PKH. Empat kecamatan perlakuan PNPM Generasi, empat kecamatan perlakuan PKH, empat kecamatan kontrol PNPM Generasi, dan empat kecamatan kontrol PKH terpilih di kabupaten dan kota tersebut. Secara total, studi *baseline* kualitatif ini telah dilakukan di 24 desa/kelurahan yang mewakili pedesaan dan perkotaan.

## II. Karakteristik Wilayah

**Akses fisik untuk mencapai sebagian besar desa di NTT dan wilayah terpencil di Jawa Barat sulit.** Di NTT, sebagian besar jalan merupakan pengerasan berbatu serta berlumpur pada waktu hujan. Beberapa dusun dipisahkan oleh sungai tanpa jembatan sehingga tidak bisa dilalui selama musim hujan. Hampir tidak ada sarana angkutan pedesaan, kecuali ojek yang relatif mahal. Di Jawa Barat, beberapa desa relatif mudah diakses dan sarana transportasi cukup memadai. Di sebagian desa, tersedia angkutan pedesaan dan hampir semua desa memiliki banyak ojek. Namun demikian, angkutan desa tidak mencapai beberapa desa dan dusun terpencil.

**Mata pencaharian sebagian besar penduduk adalah petani dan nelayan.** Bedanya, lahan di NTT kurang subur dan berbatu, sementara di Jawa Barat tanahnya relatif subur. Oleh karena itu, petani di NTT, selain mengandalkan tanaman keras seperti asam, juga sering menyewa atau membeli lahan di luar desa dan mengolahnya untuk ditanami berbagai macam tanaman semusim. Dalam melakukan kegiatan ini, biasanya petani membawa seluruh keluarganya termasuk istri yang sedang hamil atau akan melahirkan untuk beberapa bulan. Selain itu, ternak "kaki empat" merupakan salah satu usaha perekonomian masyarakat di NTT. Alternatif pekerjaan lain di Jawa Barat lebih banyak daripada di NTT; hal ini dimungkinkan oleh lebih mudahnya akses ke kota besar dan kota kecamatan. Khususnya di wilayah pesisir di Jawa Barat, karena minimnya ikan di wilayah sekitar tempat tinggal, nelayan sering harus mencari ikan di luar daerah. Biasanya mereka membawa seluruh keluarganya termasuk istri yang sedang hamil dan anaknya yang berusia sekolah untuk beberapa waktu.

Fasilitas dasar, seperti listrik dan air, di sebagian besar desa di NTT yang diteliti sangat minim. Minimnya fasilitas dasar ditambah dengan kondisi jalan dan sarana transportasi yang tidak memadai menyebabkan banyak bidan desa dan guru tidak bersedia tinggal di desa. Di sebagian besar desa di Jawa Barat yang diteliti, fasilitas dasarnya cukup memadai, kecuali untuk daerah pesisir di Cirebon yang penduduknya harus membeli air untuk kebutuhan memasaknya.

### III. Temuan Studi

#### 3.1 Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)

##### 3.1.1 Ketersediaan

**Ketersediaan fasilitas KIA modern, dari segi jumlah, di wilayah dengan akses mudah sudah memadai, namun di wilayah yang jauh dari jangkauan masih kurang.** Fasilitas yang tersedia tersebut adalah bidan desa, polindes (pos bersalin desa), dan posyandu. Di beberapa desa di Jawa Barat, juga terdapat pustu (puskesmas pembantu), bidan praktik, dan puskesmas (pusat kesehatan masyarakat). Meskipun terdapat puskesmas di setiap kecamatan dan pustu di sebagian kecamatan di NTT, fasilitas ini kurang populer bagi masyarakat di beberapa wilayah karena letaknya yang jauh. Di wilayah perkotaan, baik di Jawa Barat maupun di NTT, masyarakat juga dapat mengakses dokter kandungan dan RSUD (rumah sakit umum) terdekat bila mengalami komplikasi kandungan atau komplikasi pada saat melahirkan.

**Di wilayah terpencil dengan akses sulit di NTT, tidak semua bidan desa bersedia tinggal di polindes atau desa.** Akibatnya, polindes pun tidak aktif. Hal ini disebabkan oleh minimnya fasilitas air. Beberapa bidan desa yang tinggal di desa juga sering meninggalkan desa atau polindes karena harus menengok orang tuanya yang tinggal di desa lain sehingga masyarakat di malam hari atau sewaktu keadaan darurat tidak terlayani.

**Di NTT, cakupan wilayah kerja yang luas menyebabkan bidan desa tidak dapat melayani semua masyarakat** meskipun bidan desa tinggal di desa. Dusun-dusun lokasinya jauh dari keberadaan bidan desa atau polindes. Idealnya, untuk wilayah yang luas diperlukan lebih dari satu bidan desa.

**Posyandu telah ada di semua desa, bahkan di setiap dusun.** Hampir semuanya aktif, rutin diselenggarakan setiap bulan, dan dikelola oleh tiga hingga lima kader. Meskipun demikian kehadiran peserta (balita dan bumil) masih rendah.

**Selama ini, posisi kader posyandu sangat sentral dalam pelayanan KIA dan pelayanan masyarakat lainnya. Namun, tugas berat kader posyandu—mulai dari melayani pasien, mengamati keadaan kesehatan masyarakat, dan menyediakan informasi sampai menyelesaikan tugas administrasi—kurang mendapat apresiasi dari pihak pemerintah desa.** Hal ini telah memengaruhi kesediaan masyarakat untuk menjadi kader posyandu dan karena kebutuhan ekonomi, banyak kader posyandu yang harus meninggalkan tugasnya, salah satunya bekerja menjadi TKI (tenaga kerja Indonesia).

**Kendala utama yang dihadapi bidan desa adalah sewaktu menjangkau kelompok-kelompok tertentu, yaitu (1) kelompok dengan tingkat kesadaran rendah akan pentingnya KIA, seperti mereka yang masih mempercayai adat.** Di NTT, kelompok ini meliputi

masyarakat yang masih menjalankan *se'i*<sup>i</sup> sementara di Jawa Barat, mereka adalah masyarakat yang tidak ingin vagina istrinya dilihat oleh orang lain; (2) kelompok petani yang sedang bekerja di ladang yang jauh dari pemukiman; dan (3) kelompok nelayan yang sedang melaut ke luar daerah.

**Kendala lain yang dihadapi bidan desa meliputi ketiadaan transportasi untuk menjangkau wilayah yang luas dan terpencil, sedikitnya jumlah bidan desa, dan pendapatan yang tidak lancar.** Di NTT, bidan desa lebih banyak mengandalkan pendapatan dari penggantian biaya melahirkan dari Askeskin (Asuransi Kesehatan Keluarga Miskin)<sup>ii</sup> yang pada kenyataannya tidak mudah diklaim, sedangkan di Jawa Barat, kadang masyarakat lambat mencicil pembayaran jasa bidan desa.

**Meskipun jumlah dan fungsinya berkurang, dukun beranak masih tetap ada.** Sekitar satu hingga lima dukun beranak masih melayani masyarakat di semua desa/kelurahan penelitian. Meskipun demikian, di beberapa desa/kelurahan di NTT, jumlah dukun beranak malahan bertambah. Karena jangkauan bidan desa yang sulit di NTT, dukun beranak masih terlibat dalam perawatan selama kehamilan, terutama untuk memeriksa dan membetulkan letak janin, dan dalam proses persalinan.

**Komunikasi dan kerja sama antara dukun beranak dan bidan desa (dan pelayan KIA modern lainnya) di sebagian besar desa/kelurahan penelitian telah terjalin dengan baik.**

### 3.1.2 Penggunaan

**Secara umum pengetahuan, pemahaman, dan kesadaran sebagian besar masyarakat di desa/kelurahan sampel tentang pentingnya pelayanan KIA modern sudah baik.** Hanya di wilayah yang terpencil dan/atau banyak penduduk miskin, masih ada yang tidak menggunakan KIA modern. Sebagian menggunakan dukun beranak dan sebagian dibantu oleh suami sendiri, keluarga dekat, atau tetangga pada saat melahirkan.

**Selama kehamilan dan pada saat melahirkan, sebagian besar masyarakat memilih bidan desa dan setelah melahirkan mereka juga memeriksakan diri dan bayi mereka ke bidan desa.** Dalam FGD, bidan desa sering muncul pada urutan pertama sebagai pemberi pelayanan KIA selama kehamilan, pada saat melahirkan, dan setelah melahirkan.

**Alasan masyarakat memilih bidan desa dilandasi oleh pengetahuan mereka bahwa secara medis bidan desa bisa dipertanggungjawabkan.** Misalnya, mereka dapat melayani kelahiran berisiko, memiliki peralatan dan obat yang lengkap, dapat memberi “suntik sehat” (suntik obat penghilang sakit dan vitamin), dan dapat memberi rujukan ke rumah sakit. Alasan lainnya adalah karena biaya persalinan dapat dicicil meskipun biayanya relatif lebih mahal daripada biaya persalinan dukun beranak dan mendapatkan fasilitas akta kelahiran.

---

<sup>i</sup>*Se'i* yang secara harfiah berarti “panggung” merupakan sebuah adat di kalangan masyarakat NTT yang mengharuskan seorang ibu yang baru melahirkan untuk tinggal selama 40 hari dalam sebuah bangunan bulat yang dilengkapi dengan sebuah tungku panas yang diletakkan di bawah tempat tidur si ibu. Karena harus menjalani *se'i* ini, si ibu tidak dapat diakses oleh bidan desa.

<sup>ii</sup>Yaitu asuransi kesehatan dari pemerintah yang diberikan kepada keluarga miskin

**Hampir semua anak diimunisasi bidan desa, meskipun masih ada sebagian kecil balita yang pada awalnya tidak diimunisasi.** Alasannya antara lain karena orang tuanya takut apabila anaknya diimunisasi, badannya akan menjadi panas dan merepotkan mereka. Paling banyak imunisasi dilakukan di posyandu.

**Meskipun pengetahuan masyarakat untuk menimbang bayi/balita sudah baik dan sebagian besar masyarakat mengandalkan posyandu, namun sebagian masih ada yang tidak hadir ke posyandu dengan berbagai alasan,** antara lain (1) anak takut dimasukkan ke timbangan (*dacin*); (2) timbangan dinilai salah; (3) anak sakit; (4) orang tua malas karena imunisasi anak sudah lengkap (anak di atas 3 tahun), tidak ada pemberian makanan tambahan (PMT) dan tempat tidak menarik atau tidak ada tempat bermain anak (Bojongloa, Sumedang), biasa dijemput kader posyandu atau aparat desa, atau jalan becek; (5) orang tua sibuk bekerja atau repot (misalnya, berjualan di pasar, melaut, panen); (6) tidak ada yang mengantar, misalnya, karena ibu menjadi TKI dan nenek yang dititipi sudah tua dan tidak sanggup ke posyandu; (7) persepsi orang tua yang salah tentang penimbangan balita, yaitu tidak ada hubungannya dengan kesehatan; (8) si ibu malu datang ke posyandu karena memiliki anak banyak, lebih dari lima, dan melahirkan pada usia di atas 45 tahun; dan (9) sedang banjir, yang artinya sungai tidak bisa diseberangi.

**Walaupun tingkat pengetahuan dan kesadaran masyarakat terkait pelayanan KIA modern sudah baik dan sebagian besar masyarakat telah menggunakan pelayanan tersebut, masih ada sebagian masyarakat yang menggunakan jasa dukun beranak.** Selain itu, ada beberapa ibu yang ingin ditemani oleh dukun beranak pada saat melahirkan dengan bidan desa.

**Penyebab utama sebagian masyarakat di NTT tidak menggunakan pelayanan KIA modern selama kehamilan, pada saat melahirkan, dan pascalahir adalah terbatasnya akses fisik atau keterpencilan, akses keuangan, dan kepercayaan atau keyakinan tentang *se'i*.** Keterpencilan disebabkan oleh jarak yang jauh dari pelayanan KIA modern, kondisi jalan yang buruk dan sulit, ketiadaan transportasi, ketiadaan penerangan jalan, dan ketiadaan bidan desa. Akses keuangan berkaitan dengan mahalnya biaya melahirkan dan transportasi, dan keharusan bekerja jauh dari pemukiman. Selain itu, ketika menjalankan *se'i*, ibu tidak bisa meninggalkan tempat selama 40 hari sehingga tidak dapat diakses oleh bidan desa.

Beberapa penyebab lainnya adalah (1) bidan tidak di tempat; (2) si ibu merasa malu karena memiliki banyak anak atau vagina diperlihatkan kepada orang lain; (3) kepercayaan dan keyakinan turun-temurun dalam menggunakan dukun beranak.

**Kualitas pelayanan tidak menjadi sebab mengapa masyarakat tidak menggunakan pelayanan KIA modern namun sebagian masyarakat tidak puas dengan pelayanan bidan.** Ketidakpuasan terhadap pelayanan bidan desa sering berkaitan dengan karakter bidan, obat yang tidak manjur, pengalaman bidan yang kurang, kesulitan untuk menjangkau bidan, dan tidak adanya bidan di tempat.

**Aktor-aktor di tingkat desa yang turut mendukung penggunaan pelayanan KIA adalah aparat desa, bidan desa, kader posyandu, tokoh agama, tetangga, pasangan hidup (suami/istri), keluarga besar (ibu atau mertua), dan tokoh adat.** Aparat desa melakukan sosialisasi, menerapkan denda, dan melakukan "*sweeping*" bagi mereka yang tidak hadir di posyandu. Kader posyandu sangat aktif dalam mendorong masyarakat untuk hadir di posyandu dan, bersama-sama dengan bidan desa, memberikan penyuluhan tentang

pentingnya KIA. Kader posyandu merupakan sumber pengetahuan bagi masyarakat terkait kesehatan ibu dan anak, dan sumber pertolongan dan pengetahuan tentang kesehatan pada umumnya. Tokoh agama memberikan dukungan dan dorongan terhadap penggunaan KIA modern. Warga desa mengajak tetangganya dan menjadi teman ke posyandu, sementara pasangan hidup dan keluarga besar, serta tokoh adat turut memutuskan pilihan terhadap pelayanan KIA modern atau dukun beranak.

## **3.2 Pelayanan Pendidikan Dasar**

### **3.2.1 Ketersediaan**

**Secara kuantitas, keberadaan SD di setiap desa dinilai sudah mencukupi. Namun, sarana kegiatan belajar-mengajar (KBM) dan prasarana sekolah di Jawa Barat, dari segi kuantitas dan kualitas, masih belum memadai. Bahkan, di NTT, kondisinya memprihatinkan.** Di Jawa Barat, setiap desa memiliki dua hingga tiga SDN, sementara desa-desa di NTT rata-rata hanya memiliki satu SD dan sebagian besar berstatus swasta beragama. Selain jumlah kelasnya kurang, banyak kelas di SD-SD tersebut sudah tidak layak pakai: eternitnya sudah jebol dan bangku-bangkunya kurang terawat. Beberapa SD tidak memiliki perpustakaan; walaupun memiliki, kondisinya tidak layak dan koleksi bukunya tidak lengkap. Begitu pula untuk alat peraga dan alat-alat olahraga; jumlahnya masih minim. Di NTT, masih banyak ditemukan sekolah-sekolah, terutama SD, yang hanya beratap ilalang, berinding *bebak* (pelepeh pohon gawang), dan berlantai tanah.

**Secara kuantitas, keberadaan SMP dinilai masih kurang meskipun sarana KBM dan prasarana sekolahnya lebih baik dari sarana dan prasarana SD.** Fasilitas SMPN (sekolah menengah pertama negeri) umumnya berada di ibu kota kecamatan. Di Jawa Barat, rata-rata jumlah SMP per kecamatan lebih dari tiga, sedangkan di NTT, hanya satu atau dua saja. Jarak yang jauh menyebabkan SMP atau sekolah yang sederajat sulit dijangkau. Oleh karenanya, diperlukan sekolah-sekolah yang lokasinya lebih dekat ke desa atau sekolah-sekolah dalam jumlah besar.

**Dalam situasi normal, daya tampung SD cukup memadai; bahkan, beberapa SD di pedesaan kekurangan murid.** Persoalan muncul ketika sebagian masyarakat yang tinggal di wilayah perkotaan dengan jumlah SD yang lebih dari satu memilih sekolah “favorit”. Keterbatasan daya tampung juga terjadi pada SMP-SMP favorit karena biasanya masyarakat memilih SMP yang ada ibu kota kecamatan. Hal ini karena SMP tersebut berstatus negeri atau merupakan sekolah favorit walaupun lokasinya lebih jauh dari sekolah alternatif yang ada.

**Guna mengatasi persoalan terbatasnya daya tampung, pihak sekolah di beberapa wilayah memberlakukan kriteria tertentu untuk penyeleksian murid,** seperti kriteria usia (minimal 7 tahun untuk SD), memenuhi standar nilai SMP yang bersangkutan, dan mensyaratkan akta kelahiran dari pihak gereja (di NTT). Di hampir semua wilayah, anak dengan keterbelakangan ditolak masuk SD.

**Dalam rangka mengatasi persoalan jarak dan keterpencilan, dalam dua tahun terakhir, pemerintah dan juga masyarakat NTT telah membangun SD-SMP Satu Atap (berada dalam satu lokasi atau disebut “Satap”) dan SD Kecil (kelas jauh dari sekolah dasar induknya).**



**Kendala-kendala utama yang dihadapi sekolah favorit dan sekolah dengan sejumlah ruang belajar yang rusak adalah tidak adanya sumber daya finansial untuk meningkatkan daya tampung, kurangnya jumlah tenaga pengajar, terutama guru mata pelajaran (bidang studi) tertentu, dan rendahnya kualitas guru dalam mengajar.** Bagi sekolah yang kekurangan murid, dana BOS (bantuan operasional sekolah) yang diterima sedikit. Di samping itu, sejak ada BOS, sulit untuk meminta partisipasi masyarakat dalam memenuhi pembiayaan sekolah sebagai akibat pemahaman “sekolah gratis”.

**Kendala utama yang dihadapi guru adalah kurikulum yang kerap berganti-ganti dalam waktu singkat, rendahnya kesadaran dan perhatian orang tua terhadap pendidikan dan kecukupan gizi anaknya, serta murid yang sulit menerima pelajaran.**

**Hambatan lain yang dihadapi guru adalah rendahnya kesejahteraan guru dan terbatasnya transportasi di wilayah terpencil, apalagi hampir semua guru tidak bertempat tinggal di desa yang bersangkutan.**

**Secara umum, tidak ada kendala dalam menjangkau kelompok tertentu guna mendorong mereka supaya menyekolahkan anaknya ke SD. Namun, lain halnya dengan kelompok tertentu yang tidak menyekolahkan anak mereka ke SMP.** Kelompok-kelompok tersebut adalah (1) kelompok nelayan, (2) kelompok masyarakat miskin, (3) kelompok masyarakat yang tinggal di wilayah terpencil, (4) kelompok masyarakat yang masih memegang teguh adat, (5) kelompok masyarakat yang tidak melihat manfaat dari bersekolah dan merasa apatis akan masa depan mereka, (6) kelompok masyarakat yang mempunyai anak perempuan, dan (7) kelompok anak nakal/“bandel”.

**Berdasarkan hasil pengamatan di beberapa sekolah, tampak bahwa tingkat absensi guru cukup tinggi.** Beberapa kelas tampak kosong dan tidak ada gurunya meskipun sebenarnya terdapat sejumlah guru yang sedang duduk-duduk di ruang guru. Berbeda dengan hasil pengamatan tersebut, menurut penjelasan informan, tingkat absensi guru tersebut dinilai rendah–kurang dari 2 hari per bulan–dengan alasan sakit, penataran/pelatihan, keperluan keluarga, atau jarak rumah guru dan sekolah yang jauh.

**Sejak adanya BOS, partisipasi masyarakat dalam menyediakan fasilitas sekolah cenderung menurun, akan tetapi di wilayah terpencil NTT, partisipasi masyarakat tetap tinggi.**

**Secara umum, komite sekolah, baik di SD maupun di SMP, tidak berfungsi secara optimal dan yang banyak berperan hanya ketuanya.** Komite sekolah lebih banyak berperan dalam membantu menyediakan fasilitas sekolah melalui pencarian dana kepada masyarakat daripada dalam meningkatkan kualitas KBM.

### **3.2.2 Penggunaan**

**Pengetahuan masyarakat tentang pentingnya menyekolahkan anak mereka sudah baik. Hal ini terbukti dengan pemahannya masyarakat tentang manfaat dari bersekolah.** Hal ini telah membuat hampir semua orang tua menyekolahkan anaknya ke SD dan sebagian orang tua menyekolahkan anaknya sampai ke SMP.

**Kesadaran sebagian masyarakat untuk menyekolahkan anak mereka yang sudah baik ternyata masih kurang dimiliki sebagian orang tua di wilayah tertentu di NTT.** Sebagian dari mereka masih tidak dapat melihat manfaat dari bersekolah atau mereka tidak

dapat melihat masa depan yang baik dengan bersekolah. Pendapat ini sering juga dikaitkan dengan jarangnyanya atau ketiadaan model-peran (*role model*), yaitu orang-orang yang sukses hidupnya karena bersekolah.

**Sebagian masyarakat NTT juga lebih mementingkan adat dan kehormatan.** Mereka bersedia menjual ternak mereka untuk kepentingan adat tapi tidak untuk kepentingan sekolah. Ada sebagian kecil orang tua yang tidak mau menyekolahkan anak perempuannya ke SMP. Hal ini disebabkan oleh kekhawatiran bahwa jika anak perempuan mereka tinggal di asrama tanpa penjagaan orang tua, nilai *belis*-nya akan berkurang. *Belis* adalah sejumlah uang dan pemberian atas permintaan pihak perempuan yang akan dinikahi yang wajib dipenuhi oleh pihak laki-laki. Semakin tinggi “kualitas” perempuan, baik dari segi fisik maupun moral, maka semakin tinggi pula nilai *belis* yang bisa dia tuntutan dari keluarga calon suaminya.

**Alasan utama mengapa anak tidak melanjutkan sekolah ke SMP atau terpaksa putus sekolah adalah masalah akses fisik atau keterpencilan dan akses keuangan.** Masalah akses fisik atau keterpencilan berkaitan dengan jarak yang jauh; jalan yang buruk, berbukit, becek, dan kadang harus melewati sungai tanpa jembatan; ketiadaan fasilitas SMP atau sekolah sederajat yang dekat; dan ketiadaan sarana transportasi. Masalah akses keuangan berkaitan dengan biaya penunjang sekolah dan kebutuhan keluarga sehari-hari. Biaya penunjang sekolah meliputi biaya-biaya transportasi, pembelian buku, LKS (lembar kerja siswa), peralatan sekolah, seragam, dan uang jajan. Ketidakberdayaan orang tua untuk memenuhi biaya penunjang pendidikan yang mahal tersebut menyebabkan anak merasa malu dan putus sekolah. Di NTT, akses keuangan juga berkaitan dengan ketidakmampuan orang tua untuk membayar uang denda absen anak yang sudah bertumpuk.

**Anak tidak mau sekolah juga menjadi persoalan utama mengapa anak tidak melanjutkan sekolah ke SMP atau terpaksa putus sekolah.** Anak tidak mau sekolah karena ia lebih memilih membantu orang tuanya yang sedang menghadapi kesulitan ekonomi dengan bekerja/mencari uang. Selain itu, ia juga merasa tidak melihat masa depan yang lebih baik dengan melanjutkan sekolah. Alasan-alasan lainnya meliputi “otak berat” yang “kebandelan” atau kenakalan remaja.

**Sebagian besar siswa tidak pernah tidak masuk sekolah dalam waktu yang panjang.** Sebagian besar siswa masuk sekolah secara teratur, baik di tingkat SD maupun SMP. Anak tidak masuk sekolah karena alasan sakit, tidak membuat PR, pulang ke rumah dari asrama (SMP) untuk mengambil bahan makanan, menghadiri acara adat, urusan keluarga, atau ada “hari pasar”. Alasan ekonomi juga menjadi sebab mengapa anak tidak masuk sekolah. Selama masa panen, murid-murid yang tidak secara langsung membantu orang tuanya di sawah harus menjaga adiknya. Ada pula murid-murid yang harus ikut orang tuanya yang bekerja ke luar kota. Ada juga murid-murid yang tidak masuk sekolah karena mereka tidak punya baju seragam pengganti, sementara baju yang ada sudah rusak atau kotor.

**Beberapa alasan mengapa murid tidak masuk sekolah berkaitan dengan kualitas sekolah dan guru** seperti sarana dan prasarana sekolah yang tidak memadai, cara mengajar guru yang membosankan, perilaku guru yang tidak dapat menjadi contoh (sering meninggalkan kelas, cara menegur siswa yang tidak baik, dll), dan guru yang sering terlambat hadir.

**Aktor-aktor di tingkat desa yang mendorong orang tua untuk menyekolahkan anaknya adalah aparat desa, komite sekolah, dan tetangga.** Aparat desa khususnya menerapkan denda dan menjelaskan kepada orang tua tentang pentingnya menyekolahkan

anak, dan mengupayakan agar anak yang tidak melanjutkan ke SMP dapat mengikuti Program Kejar Paket B.

#### IV. Rekomendasi

1. Berdasarkan temuan-temuan tersebut, pelaksana PNPM Generasi dan PKH harus memperhatikan paling tidak tiga hal utama, yaitu: (1) bagaimana kedua program dapat menjawab persoalan-persoalan utama mengapa masyarakat tidak menggunakan pelayanan KIA modern dan mengapa orang tua tidak menyekolahkan anaknya, (2) bagaimana kedua program dapat menjangkau kelompok-kelompok tertentu, dan (3) bagaimana kedua program dapat mengikutsertakan aktor-aktor yang berpengaruh di tingkat desa.
2. Kelompok-kelompok yang harus dijangkau adalah kelompok masyarakat di wilayah terpencil, kelompok masyarakat miskin, kelompok petani dan nelayan yang bekerja jauh dari tempat tinggalnya, kelompok masyarakat yang biasa menggunakan dukun beranak karena kepercayaan dan tradisi, kelompok masyarakat yang mempunyai banyak anak, kelompok masyarakat yang masih mengagungkan adat dibandingkan kepentingan sekolah, kelompok masyarakat yang tidak melihat pentingnya sekolah, orang tua yang tidak melihat pentingnya menyekolahkan anak perempuan, dan anak-anak yang tidak mau bersekolah.
3. Memperhatikan data dan informasi yang diperoleh di lapangan dan metodologi yang digunakan, peneliti yang akan melakukan penelitian dampak dan evaluasi terhadap program perlu memperhatikan hal-hal berikut.
  - a. Peneliti perlu melakukan penggalian yang lebih mendalam tentang topik-topik khusus, seperti kebijakan denda, inisiatif masyarakat, peran kelembagaan, dinamika aparat dan masyarakat, struktur masyarakat, modal sosial, pemberian makanan tambahan di posyandu dan sekolah, pengamatan lokasi-lokasi tempat bermain anak-anak yang absen, dimensi gender, dan lain-lain.
  - b. Informan hendaknya tidak dibatasi pada informan tertentu tetapi bergantung pada kebutuhan dan kelengkapan informasi yang diperoleh di lapangan (*snowballing*) sehingga ada klarifikasi dan triangulasi informasi.
  - c. Terkait dengan butir b, informan di setiap tingkat tidak hanya dibatasi pada informan tertentu. Misalnya, di tingkat kecamatan, hendaknya dilakukan wawancara kelompok di kantor camat dengan camat dan stafnya yang menangani atau yang mengetahui dinamika KIA, pendidikan dasar, dan konteks desa. Demikian juga di tingkat desa, perlu dilakukan wawancara terhadap kepala dusun, kepala urusan kesejahteraan, dan lainnya.
  - d. Waktu penelitian di desa hendaknya dibuat lebih lama (minimal 10 hari).



# I. PENDAHULUAN

## 1.1 Latar Belakang

Pada pertengahan 2007, Pemerintah Indonesia memperkenalkan dua program uji coba dalam kerangka Program Bantuan Tunai Bersyarat yang juga dikenal sebagai *Conditional Cash Transfer* (CCT), yaitu Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat (PNPM) Generasi Sehat dan Cerdas, atau disingkat menjadi PNPM Generasi (*Community Conditional Cash Transfer*), dan Program Keluarga Harapan atau PKH (*Household Conditional Cash Transfer*). Kedua program uji coba tersebut dilaksanakan di tujuh provinsi, dimulai dari Gorontalo dan diteruskan ke Sumatera Barat, DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Timur, Sulawesi Utara, dan NTT (Nusa Tenggara Timur). Kedua program tersebut didesain untuk mencapai sejumlah tujuan yang sama yaitu pengurangan penduduk miskin dan kelaparan, pendidikan dasar untuk semua, kesetaraan gender, pengurangan angka kematian anak, dan pengurangan kematian ibu melahirkan. Tujuan-tujuan tersebut merupakan lima dari delapan target MDGs (*Millennium Development Goals*).<sup>1</sup>

Dalam PNPM Generasi, dana tunai dialokasikan ke komunitas, bukan ke rumah tangga secara perseorangan. Dengan menerapkan prinsip-prinsip pembangunan berbasis komunitas, komunitas akan memutuskan bentuk terbaik penggunaan dana tersebut untuk mencapai target-target di bidang pendidikan dan kesehatan. PNPM Generasi menggunakan pendekatan yang digunakan oleh PPK (Program Pengembangan Kecamatan/Kecamatan *Development Project*-KDP) selama ini.

PKH menerapkan desain tradisional Dana Tunai Bersyarat dengan membagi dana tunai setiap kuartal kepada rumah tangga miskin yang telah diidentifikasi sebelumnya melalui pendataan BPS (Biro Pusat Statistik). Rumah tangga penerima dana tunai menerima transfer dana secara rutin melalui kantor pos sepanjang mereka memenuhi persyaratan untuk menggunakan pelayanan kesehatan dan pendidikan yang telah ditentukan.

Kedua program ini menargetkan 12 indikator sebagai syarat penerimaan rutin program. Indikator di bidang kesehatan meliputi keharusan bagi ibu hamil untuk melakukan pemeriksaan kehamilan ke fasilitas kesehatan dan mendapatkan serta mengonsumsi suplemen tablet Fe; keharusan melahirkan dengan pertolongan tenaga kesehatan; keharusan bagi ibu nifas untuk melakukan pemeriksaan kesehatan (ibu dan bayinya); keharusan anak usia 0–11 bulan dan 12–59 bulan untuk memperoleh imunisasi lengkap (BCG, DPT, Polio, Campak, dan Hepatitis B) dan imunisasi tambahan serta ditimbang berat badannya secara rutin; dan keharusan bagi anak usia 6–11 bulan untuk mendapatkan Vitamin A. Selain itu, indikator pendidikan meliputi keharusan bagi peserta PKH untuk mendaftarkan anaknya ke SD (sekolah dasar)/MI (madrasah ibtidaiah) atau SMP (sekolah menengah pertama)/MTs (madrasah sanawiah) dan mengikuti kehadiran di kelas minimal 85% dari hari sekolah.

Dalam PNPM Generasi, persyaratan didasarkan pada kinerja pengelolaan keuangan di tiap desa. Kinerja desa terhadap pencapaian 12 indikator diukur, dikumpulkan, dan dibandingkan dengan kinerja desa-desa lain di kecamatan yang bersangkutan dalam sebuah pertemuan desa pada akhir program. Agar dapat menerima transfer dana secara penuh, penerima PKH diharuskan mengunjungi fasilitas kesehatan dan hadir di sekolah. Fasilitas kesehatan dan sekolah bersangkutan secara rutin melaporkan tingkat penggunaan kedua pelayanan tersebut

---

<sup>1</sup>Tiga target MDGs lainnya adalah memerangi HIV/AIDS, malaria, dan penyakit menular lainnya, memastikan kelestarian lingkungan hidup, dan mengembangkan kemitraan global untuk pembangunan.

oleh penerima PKH kepada kantor pengelola PKH di tingkat kecamatan. Jika penerima PKH gagal untuk memenuhi persyaratan ini dan telah mendapatkan beberapa kali peringatan, transfer dana tunai akan dihentikan.

Agar efektivitas kedua program dapat diukur secara lebih baik, diperlukan data dasar (*baseline*), baik kuantitatif maupun kualitatif. Data tersebut akan menjadi dasar untuk evaluasi dampak program di wilayah yang sama. Efektivitas program diukur dengan membandingkan kondisi sebelum dan sesudah program dijalankan. Salah satu manfaat hasil studi ini berupa masukan bagi penyelenggaraan PNPM Generasi dan Program Keluarga Harapan. Data dan informasi tentang ketersediaan dan penggunaan pelayanan kesehatan ibu dan anak, serta pendidikan dasar nantinya dapat menjadi data dasar bagi evaluasi terhadap kedua program tersebut.

## 1.2 Tujuan Penelitian

Secara umum, studi kualitatif ini dapat membantu memahami mengapa dan bagaimana kedua program tersebut bekerja. Studi juga menyediakan latar belakang konteks sosial beberapa lokasi program. Data dan hasil studi kualitatif ini akan menyediakan *baseline* (dasar) yang digunakan untuk menganalisis perubahan dalam rentang waktu tertentu.

Sebagai pendukung survei kuantitatif, studi kualitatif ini akan menggali lebih dalam tentang ketersediaan pelayanan dan penggunaannya, yang terutama menekankan pada interaksi penyedia dan pengguna termasuk faktor-faktor kontekstual dalam komunitas yang memengaruhi akses terhadap pelayanan kesehatan dan pendidikan, serta penggunaan dan ketersediaannya.

Secara khusus, tujuan studi *baseline* kualitatif untuk program PNPM Generasi dan PKH ini adalah

1. untuk mendokumentasikan kondisi dasar ketersediaan dan penggunaan pelayanan dasar kesehatan dan pendidikan yang berkaitan dengan program, yaitu kesehatan ibu selama kehamilan, saat melahirkan, dan pascalahir, dan kesehatan anak usia balita, serta pendidikan SD/MI dan SMP/MTs; dan
2. untuk memahami penyebab dan faktor-faktor yang memengaruhi ketersediaan dan penggunaan kedua pelayanan tersebut dan dapat memengaruhi pelaksanaan program dan hasilnya.

Pertanyaan utama penelitian adalah (1) mengapa sebagian masyarakat tidak menggunakan pelayanan dasar kesehatan ibu dan anak dan (2) mengapa sebagian masyarakat tidak mendaftarkan anak-anak mereka ke SD/MI dan/atau SMP/MTs? Jawaban dari pertanyaan tersebut digali dari sisi *supply* (ketersediaan pelayanan) dan *demand* (penggunaan pelayanan). Rincian pertanyaan pokok disajikan dalam Tabel 1.

## 1.3 Metodologi Penelitian

Penelitian lapangan yang dilakukan dalam kurun waktu 1,5 bulan antara September–Oktober 2007 atau rata-rata 1 minggu per desa/kelurahan dan kecamatan ini menggunakan pendekatan kualitatif. Instrumen yang digunakan meliputi wawancara mendalam terhadap informan kunci, diskusi kelompok terfokus (FGD/*focus group discussion*) dengan masyarakat pengguna (dan bukan pengguna) fasilitas, yaitu kelompok ibu dan kelompok bapak secara terpisah, dan pengamatan oleh peneliti di posyandu (pos pelayanan terpadu) dan sekolah, baik SD/MI maupun SMP/MTs. Daftar informan dan FGD di setiap desa/kelurahan disajikan pada Lampiran 1.

Wawancara mendalam terhadap informan kunci menggunakan panduan pertanyaan. Jumlah informan kunci di tingkat kota/kabupaten dan kecamatan adalah sekitar enam hingga delapan informan yang terdiri dari camat, kepala cabang dinas TK (taman kanak-kanak)-SD tingkat kecamatan/kepala subdinas TK-SD tingkat kota/kepala subdinas SMP-SMA (sekolah menengah atas) tingkat kabupaten/kota, kepala puskesmas (pusat kesehatan masyarakat), kepala sekolah SMP, ketua komite sekolah SMP, dan kelompok guru SMP, sementara di tingkat desa terdapat sekitar 8-10 informan, yaitu kepala desa/lurah, tokoh masyarakat, bidan, kader posyandu, dukun beranak, kepala sekolah SD, ketua komite sekolah, dan kelompok guru SD.

**Table 1. Pertanyaan Penelitian**

**Garis besar pertanyaan penelitian:**

1. Mengapa sebagian masyarakat Indonesia tidak menggunakan pelayanan dasar kesehatan?
2. Mengapa sebagian masyarakat Indonesia tidak menyekolahkan anak mereka ke SD (MI) dan SMP (MTs)?

Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)	Pelayanan Pendidikan Dasar (SD-SMP)
<p><b>Sisi Permintaan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mengapa sebagian perempuan (dapat) menggunakan pelayanan dasar KIA (yang dipersyaratkan program Bantuan Tunai Bersyarat), sementara yang lain tidak?</li> <li>▪ Apa perbedaan alasan kelompok yang berbeda untuk menggunakan atau tidak menggunakan pelayanan KIA?</li> </ul>	<p><b>Sisi Permintaan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mengapa sebagian orang tua menyekolahkan anak mereka, sementara yang lain tidak?</li> <li>▪ Apa perbedaan alasan kelompok yang berbeda di suatu desa untuk tidak menyekolahkan anak mereka?</li> </ul>
<p><b>Sisi Penawaran</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mengapa penyedia pelayanan tidak dapat menyediakan pelayanan KIA secara penuh?</li> <li>▪ Apakah penyedia pelayanan mengalami masalah yang berbeda dalam menjangkau kelompok yang berbeda?</li> <li>▪ Siapakah kelompok ini dan apa masalahnya?</li> </ul>	<p><b>Sisi Penawaran</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mengapa sekolah-sekolah tidak dapat menampung dan memastikan kehadiran seluruh anak usia sekolah?</li> <li>▪ Apakah penyedia pelayanan/sekolah mengalami masalah yang berbeda dalam menjangkau kelompok yang berbeda?</li> <li>▪ Siapakah kelompok ini dan apa masalahnya?</li> </ul>
<p><b>Aktor-aktor lain (terutama pemerintahan desa)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bagaimana aktor-aktor di tingkat desa memengaruhi perempuan untuk menggunakan atau tidak menggunakan pelayanan KIA?</li> </ul>	<p><b>Aktor-aktor lain (terutama pemerintahan desa)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bagaimana aktor-aktor di tingkat desa memengaruhi orang tua untuk menyekolahkan atau tidak menyekolahkan anak mereka?</li> </ul>
<p><b>Interaksi penyedia pelayanan dan pengguna:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Seberapa besar dan kapan pengguna dan bukan pengguna KIA terlibat dalam penyediaan pelayanan KIA?</li> </ul>	<p><b>Interaksi penyedia pelayanan dan pengguna:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Seberapa besar dan kapan orang tua terlibat dalam pengambilan keputusan tentang pengelolaan sekolah SD dan SMP?</li> </ul>

FGD dilakukan menggunakan panduan pertanyaan diskusi. Delapan FGD telah dilakukan di setiap desa, yaitu FGD dengan dua kelompok ibu dari anak usia balita (satu di dusun yang dekat dengan pusat desa atau posyandu aktif dan satu di dusun paling jauh dari pusat desa atau posyandu tidak aktif), dua kelompok bapak dari anak usia balita (satu di dusun yang dekat dengan pusat desa atau posyandu aktif dan satu di dusun paling jauh dari pusat desa atau posyandu tidak aktif), satu kelompok ibu dari anak usia SD, satu kelompok bapak dari anak usia SD, satu kelompok ibu dari anak usia SMP, dan satu kelompok bapak dari anak usia SMP.

Selain pendekatan tersebut, juga dilakukan pengamatan terhadap penyelenggaraan posyandu di 18 posyandu dan penyelenggaraan pendidikan di 24 SD dan 12 SMP pada saat kegiatan posyandu dan belajar-mengajar di sekolah sedang berlangsung. Beberapa posyandu di beberapa desa/kota tidak dapat diamati karena waktu penyelenggaraan posyandu yang semuanya dilakukan sebulan sekali pada tanggal-tanggal tertentu terjadi sebelum atau setelah penelitian lapangan dilakukan. Beberapa pengamatan terhadap posyandu kemudian dilakukan setelah penelitian lapangan utama selesai. Pengamatan di beberapa sekolah juga harus diulang mengingat saat penelitian lapangan utama dilakukan, penyelenggaraan kegiatan belajar-mengajar (KBM) di SD atau SMP tidak normal, dalam arti mereka harus pulang cepat karena menjelang puasa hari pertama, tes sedang diselenggarakan, atau ada kegiatan desa atau keagamaan. Hasil pengamatan tersebut kemudian didokumentasikan dalam formulir pengamatan dengan kerangka yang standar untuk setiap pengamatan.

Seluruh hasil wawancara dan FGD dicatat dalam catatan lapangan (*field notes*) yang lengkap. Catatan lapangan dari setiap wawancara dan FGD yang diketik rapih menjawab seluruh pertanyaan yang tertuang dalam pedoman pertanyaan. Setiap FGD dan wawancara didokumentasikan dalam daftar informan yang menyebutkan kapan wawancara dilakukan, nama pewawancara/peneliti yang mencatat/fasilitator, dan nama dari informan.

## 1.4 Wilayah Penelitian

Sementara studi *baseline* kuantitatif dari dua program ini dilakukan di enam provinsi, yaitu NTT, Gorontalo, Sulawesi Utara, Jawa Barat, Jawa Timur, dan DKI Jakarta, studi *baseline* kualitatif ini dilakukan di dua provinsi dari keenam provinsi tersebut: Provinsi Jawa Barat dan Provinsi NTT dipilih menjadi wilayah studi *baseline* kualitatif ini. Kriteria pemilihan kedua provinsi ini didasarkan pada tingkat kemiskinan yang dikombinasikan dengan ketersediaan waktu yang hanya 1,5 bulan untuk melakukan penelitian lapangan. Di setiap provinsi kemudian dipilih satu hingga tiga kabupaten/kota untuk mewakili PNPM Generasi dan PKH, baik perlakuan maupun kontrol, dengan menggunakan kriteria pemilihan yang sama, yaitu tingkat kemiskinan dan akses.

Di Provinsi Jawa Barat, dua kabupaten yang dipilih adalah Kabupaten Sumedang dan Kabupaten Cirebon. Kabupaten Sumedang dipilih untuk mewakili wilayah yang direncanakan untuk menjadi lokasi PNPM Generasi dan memiliki tingkat kemiskinan yang relatif rendah, sementara Kabupaten Cirebon dipilih untuk mewakili wilayah yang direncanakan untuk menjadi lokasi PKH dan memiliki tingkat kemiskinan yang relatif tinggi.

Di Provinsi NTT, dua kabupaten dan satu kota dipilih, yaitu Kabupaten Timor Tengah Utara (TTU), Kabupaten Timor Tengah Selatan (TTS), dan Kota Kupang. Kabupaten TTU dipilih untuk mewakili wilayah pedesaan yang direncanakan untuk menjadi lokasi PNPM Generasi dan memiliki tingkat kemiskinan yang tinggi. Kabupaten TTS dipilih untuk mewakili wilayah pedesaan yang direncanakan untuk menjadi lokasi PKH dan memiliki tingkat kemiskinan yang tinggi. Kota Kupang dipilih untuk mewakili wilayah perkotaan yang juga direncanakan untuk menjadi lokasi PKH dengan tingkat kemiskinan yang relatif rendah.

Untuk setiap kabupaten/kota, kemudian dipilih satu hingga tiga kecamatan yang pemilihannya dilakukan di tingkat kabupaten/kota setelah peneliti memperoleh cukup data dan informasi dari Dinas Kesehatan dan Dinas Pendidikan di tingkat kabupaten/kota. Kecamatan dipilih berdasarkan kombinasi data dari kedua sektor, daftar kecamatan dari survei kuantitatif, ketersebaran wilayah, dan akses terhadap ibu kota kabupaten/kota. Data



dari tingkat kabupaten meliputi antara lain tingkat putus sekolah/tingkat tidak melanjutkan SMP, angka partisipasi murni (APM), kematian ibu melahirkan, prevalensi gizi buruk, keberadaan dukun beranak, dan ketercakupan pelayanan.

Di Provinsi Jawa Barat, terpilih lima kecamatan pedesaan (tiga kecamatan di Kabupaten Sumedang dan dua kecamatan di Kabupaten Cirebon), yaitu Rancakalong, Buahdua, Darmaraja, Gegesik Kulon, dan Susukan, dan dua kecamatan dengan nuansa perkotaan, keduanya di Kabupaten Cirebon, yaitu Mundu dan Gunung Jati yang sebelumnya bernama Cirebon Utara. Di NTT, terpilih lima kecamatan pedesaan (tiga kecamatan di TTU dan dua kecamatan di TTS), yaitu Biboki Utara, Insana, Miomaffo Timur, Kie, dan Batu Putih, dan dua kecamatan perkotaan, keduanya di Kota Kupang, yaitu Alak dan Maulaffa. Peta kabupaten dan kecamatan tersebut dapat dilihat pada Lampiran 2–6.

Setelah kecamatan terpilih, berdasarkan informasi dan data yang diperoleh di tingkat kecamatan, yaitu dari pihak kecamatan, cabang dinas pendidikan TK-SD, dan puskesmas, dengan menggunakan kriteria yang sama di tingkat kabupaten/kota, dalam setiap kecamatan kemudian dipilih dua desa/kelurahan untuk melihat perbedaan akses terhadap fasilitas kesehatan dan pendidikan. Kriteria tambahan dalam pemilihan desa/kelurahan adalah jarak dari puskesmas dan tingkat keaktifan posyandu. Pemilihan desa/kelurahan juga mempertimbangkan keberadaan dan jadwal penyelenggaraan posyandu. Atas dasar kriteria di atas, studi *baseline* kualitatif ini telah dilakukan di 24 desa/kelurahan (Tabel 2).

Di setiap desa/kelurahan dipilih dua area (biasanya dusun) sebagai wilayah studi di tingkat komunitas, yaitu satu wilayah yang dekat dan satu wilayah yang jauh dari pusat desa dan pusat pelayanan KIA, atau satu wilayah dengan posyandu aktif dan satu wilayah yang posyandunya tidak aktif. Karena hampir semua posyandu aktif, dipilahlah dua area dengan ketercakupan peserta posyandu yang masing-masing relatif tinggi dan rendah, selain mempertimbangkan jarak dusun ke pusat desa dan pusat pelayanan KIA.

Terkait penyelenggaraan FGD, peserta diskusi KIA biasanya dipilih dari daftar peserta posyandu dengan beberapa kriteria yang antara lain adalah bukan aparat desa, bukan PNS (pegawai negeri sipil) atau guru, bukan perantau, dan bukan orang yang sukar diajak berdiskusi. Diupayakan supaya di antara peserta FGD, ada juga yang sedang hamil. Untuk peserta FGD yang berdiskusi tentang pendidikan SD dan SMP, dipilih masyarakat yang memiliki anak usia SD dan SMP yang dikombinasikan dengan acuan yang sama ketika memilih FGD KIA. Di antara peserta tersebut, juga diupayakan supaya ada orang tua yang anaknya putus sekolah atau tidak melanjutkan sekolah. Karena pada kebanyakan kasus kader posyandu mengetahui sebagian besar anggota masyarakat di lingkungannya, biasanya pemilihan peserta FGD didasarkan pada informasi kader posyandu.

**Tabel 2. Lokasi Penelitian**

No.	Kabupaten/Kota	Kecamatan	Kategori	Desa/Kelurahan
<b>Jawa Barat</b>				
1.	<b>Sumedang</b>	Rancakalong	PNPM- <i>Perlakuan-Pedesaan Tidak mendapat insentif</i>	Nagarawangi
2.				Pamekaran
3.		Angka kemiskinan 2004: 11,74%	Buahdua	PNPM- <i>Perlakuan-Pedesaan Mendapat insentif</i>
4.	Bojongloa			
5.	Darmaraja		PNPM- <i>Kontrol-Pedesaan</i>	Sukaratu
6.				Neglasari
7.	<b>Cirebon</b>	Gegesik	PKH- <i>Perlakuan-Pedesaan</i>	Gegesik Kulon
8.				Jagapura Kidul
9.		Susukan	PKH- <i>Kontrol-Pedesaan</i>	Susukan
10.				Tangkil
11.				Mundu
12.				Mundu Pesisir
	Gunung Jati/ Cirebon Utara	PKH- <i>Perlakuan-Perkotaan</i>	Mertasinga	
<b>Nusa Tenggara Timur (NTT)</b>				
13.	<b>Timor Tengah Utara (TTU)</b>	Biboki Utara	PNPM- <i>Perlakuan-Pedesaan Tidak mendapat insentif</i>	Taunbaen
14.				Hauteas
15.	Angka kemiskinan 2004: 30,65%	Insana	PNPM- <i>Perlakuan-Pedesaan Mendapat insentif</i>	Sekon
16.				Susulaku
17.		Miomaffo Timur	PNPM- <i>Kontrol-Pedesaan</i>	Oenenu
18.				Kuanek
19.	<b>Timor Tengah Selatan (TTS)</b>	Kie	PKH- <i>Perlakuan-Pedesaan</i>	Oenay
20.				Falas
21.		Batu Putih	PKH- <i>Kontrol-Pedesaan</i>	Boentuka
22.				Oehela
23.	<b>Kota Kupang</b>	Alak	PKH- <i>Perlakuan-Perkotaan</i>	Fatufetto
24.		Maulaffa	PKH- <i>Kontrol-Perkotaan</i>	Naikolan

Keterangan: \*Perbedaan antara tidak mendapat insentif dan mendapat insentif terletak pada distribusi dana hibah ke desa-desa pada tahun kedua, dengan kecamatan yang mendapat insentif mendistribusikan seperlima dari dana hibah tersebut ke desa-desa berdasarkan pencapaian keduabelas indikator desa-desa bersangkutan pada tahun pertama. Hal ini akan menguji efektivitas dana hibah bersyarat terhadap pencapaian dalam meningkatkan pencapaian komunitas dan manfaat keseluruhan program.

Untuk pemilihan dan pengamatan SD dan SMP, jika ada lebih dari satu SD/MI di desa/kelurahan terpilih, dipilih sekolah yang paling banyak menampung anak dari area (dusun) terpilih. Prinsip yang sama akan diterapkan dalam pemilihan SMP/MTs. Pemilihan sekolah ini pada kebanyakan kasus dilakukan setelah dilakukan FGD di tingkat SD dan SMP.

## 1.5 Struktur Laporan

Laporan ini dibagi menjadi lima bab. Bab I menyajikan pendahuluan yang berisi latar belakang mengapa penelitian ini dilakukan dan manfaat dari penelitian ini, tujuan penelitian, metodologi dan pendekatan yang digunakan dalam penelitian, sampel dan pemilihan sampel penelitian, dan struktur laporan. Bab II membahas karakteristik wilayah sampel penelitian secara umum untuk memberikan gambaran dan pemahaman kepada para pembaca tentang wilayah yang diteliti sehingga dapat mengaitkan kondisi ini dengan hasil temuan penelitian. Bab III merupakan sintesis dari ketersediaan dan penggunaan pelayanan kesehatan ibu dan anak. Bab IV merupakan sintesis dari ketersediaan dan penggunaan pelayanan pendidikan dasar. Bab V menyajikan kesimpulan dari keseluruhan penelitian dan rekomendasi untuk pelaksanaan dan hasil PNPM Generasi dan PKH. Kesimpulan dan rekomendasi juga menyoroti pelajaran yang dapat dipetik terkait metodologi penelitian yang dipakai dengan tujuan perbaikan instrumen penelitian ketika evaluasi terhadap program akan dilakukan.

## II. KARAKTERISTIK WILAYAH SAMPEL

Sebagaimana diuraikan pada bab pendahuluan dan sesuai dengan kerangka pemilihan lokasi sampel, khususnya di wilayah pedesaan, dipilihlah dua desa sampel di setiap kecamatan terpilih, yaitu satu desa yang mudah diakses dan satu desa yang relatif sulit diakses. Tingkat aksesibilitas tidak selalu diukur dari jauh atau dekatnya lokasi desa dari pusat kecamatan, tetapi juga mempertimbangkan baik atau buruknya kondisi jalan dan ketersediaan alat transportasi umum dari dan ke desa sampel. Pusat kecamatan dijadikan sebagai patokan mengingat di tempat inilah lokasi fasilitas pelayanan KIA, yaitu puskesmas, dan pelayanan pendidikan dasar setingkat SMP umumnya berada.

Pemilihan lokasi sampel untuk daerah perkotaan, khususnya di Kabupaten Cirebon, Jawa Barat, ditetapkan dengan pertimbangan bahwa desa yang dipilih telah bercirikan perkotaan dan sekaligus merupakan desa pesisir. Sebagai perwakilan daerah perkotaan di Kabupaten Cirebon, dipilihlah dua kecamatan sampel yang letaknya berbatasan langsung dengan wilayah Kota Cirebon dan dari tiap-tiap kecamatan, dipilihlah satu desa yang paling bercirikan perkotaan sekaligus merupakan desa pesisir. Demikian pula di Kota Kupang, NTT, dari dua kecamatan sampel, dipilihlah masing-masing satu kelurahan yang berpenduduk paling padat. Selain pertimbangan pemilihan tersebut, pertimbangan lainnya adalah bahwa kedua kelurahan memiliki dukun beranak paling banyak.

### 2.1 Lokasi Penelitian

Di Kabupaten Sumedang dan Kabupaten Cirebon, semua desa sampel mudah dijangkau; desa yang paling jauh hanya berjarak sekitar 6–7 km dari pusat kecamatan. Desa sampel di daerah pedesaan yang dikategorikan mudah diakses dalam penelitian ini adalah desa-desa yang berada di pusat kota kecamatan atau desa yang letaknya berbatasan langsung dengan pusat kecamatan. Desa-desa tersebut meliputi Desa Nagawangi di Kecamatan Rancakalong, Desa Buahdua di Kecamatan Buahdua, Desa Sukaratu di Kecamatan Darmaraja, Desa Gegesik Kulon di Kecamatan Gegesik, dan Desa Susukan di Kecamatan Susukan. Masyarakat desa-desa tersebut dapat dengan mudah menjangkau berbagai fasilitas pelayanan KIA dan pendidikan dasar, baik yang ada di kecamatan setempat maupun yang ada di kecamatan lain atau ibu kota kabupaten, atau kota terdekat. Desa-desa itu juga dilalui oleh jalan raya kabupaten yang dilewati oleh sarana angkutan umum antarkota kecamatan dan kabupaten/kota. Desa Sukaratu dilalui oleh jalan raya alternatif yang menghubungkan Kota Tasikmalaya dan Jakarta, sementara kedua desa di Kecamatan Gegesik juga dilalui oleh jalan kabupaten yang dilewati oleh angkutan umum yang menghubungkan wilayah Indramayu dan Kota Cirebon melalui Arjawinangun. Demikian pula dengan Desa Mertasinga di Kecamatan Gunung Jati dan Desa Mundu Pesisir di Kecamatan Mundu, keduanya di Kabupaten Cirebon, yang terletak di jalur pantura yang cukup ramai dan dekat dengan Kota Cirebon sehingga tersedia pilihan sarana transportasi yang cukup banyak.

Desa sampel di kedua kabupaten terpilih di Jawa Barat yang lokasinya relatif sulit diakses hanya berjarak antara 2 dan 7 km dari pusat kecamatan. Namun, ada juga dua desa yang masih mengalami hambatan dalam mengakses sarana angkutan umum, yaitu Desa Pamekaran di Kecamatan Rancakalong, Sumedang dan Desa Tangkil di Kecamatan Susukan, Cirebon. Di Desa Pamekaran, angkutan umum tidak sampai masuk ke dalam desa dan hanya beroperasi pada jam tertentu, sedangkan di Desa Tangkil, terutama dari dusun terjauh,

masyarakat harus berjalan kaki atau menggunakan ojek dengan biaya sekitar Rp5.000 sekali jalan untuk mencapai jalan raya kabupaten yang dilalui angkutan umum.

Seperti halnya di Jawa Barat, di Kabupaten TTU dan Kabupaten TTS, sebagian besar lokasi desa sampel yang mudah diakses jaraknya relatif dekat dari pusat kecamatan. Desa Boentuka di Kecamatan Batu Putih khususnya berada di jalur jalan utama Kupang–Soe. Untuk desa sampel yang relatif sulit diakses seperti Desa Taunbaen di Kecamatan Biboki Utara, Desa Susulaku di Kecamatan Insana, Desa Kuanek di Kecamatan Miomaffo Timur, Desa Falas di Kecamatan Kie, dan Desa Oehela di Kecamatan Batu Putih, sebagian besar jalannya rusak dan hanya berupa jalan tanah berbatu dan berkelok-kelok. Jika musim hujan tiba, jalan tersebut menjadi licin dan tidak bisa dilalui oleh kendaraan. Akses ke semua desa sampel di Jawa Barat dan NTT disajikan dalam Lampiran 7.

Jika dilihat dari topografi wilayahnya, semua desa di Kabupaten Sumedang merupakan dataran tinggi yang sebagian besar berbatasan dengan desa-desa lainnya di satu kecamatan. Namun, ada juga desa yang wilayahnya berbatasan langsung dengan wilayah hutan atau gunung, atau berbatasan dengan wilayah kabupaten lain. Hanya Desa Sukaratu di Kecamatan Darmaraja yang wilayahnya relatif rata. Selain itu, di Kecamatan Buahdua, kedua desa sampel juga dilalui beberapa sungai. Semua desa di Kabupaten TTU dan Kabupaten TTS juga berada di dataran tinggi berbukit.

Sebaliknya, di Kabupaten Cirebon, pada umumnya wilayah desa sampel merupakan dataran rendah, khususnya Desa Mertasinga dan Desa Mundu Pesisir yang merupakan desa pesisir, dilalui oleh sungai yang bermuara di Laut Jawa, dan berbatasan langsung dengan wilayah Kota Cirebon. Dua kelurahan di Kota Kupang juga berada di dataran rendah yang relatif dekat dengan pantai.

Seperti dapat dilihat dalam Lampiran 8, secara administratif, desa-desa sampel di Jawa Barat terdiri dari tiga sampai lima dusun dan sebagian besar desa-desa tersebut terdiri dari delapan RW (rukun warga) dengan kisaran antara 5 dan 14 RW, serta terdapat lebih dari 20 RT (rukun tetangga) untuk setiap desanya. Di NTT, jumlah dusun, RW, dan RT di setiap desa lebih sedikit daripada jumlah dusun, RW, dan RT di desa-desa di Jawa Barat.

## **2.2 Sumber Daya Alam dan Ekonomi**

Sektor pertanian menjadi tumpuan hidup bagi sebagian besar masyarakat di wilayah pedesaan, baik di Jawa Barat maupun di NTT. Sebagian besar masyarakat Jawa Barat lebih bertumpu pada subsektor pertanian tanaman pangan yang didukung oleh kondisi lahan yang cukup subur, sementara di NTT, masyarakatnya lebih bertumpu pada subsektor tanaman pangan lahan kering karena kondisi lahan yang kurang mendukung. Sebagian masyarakat NTT juga mengandalkan tanaman tahunan/keras. Selain lahannya tidak subur, curah hujannya pun sangat rendah. Oleh karena itu, mereka tidak hanya mengandalkan pertanian lahan kering saja, namun mereka juga beternak dan berkebun.

Di seluruh desa sampel di Kabupaten Sumedang, sebagian besar masyarakatnya bekerja sebagai petani penggarap padi sawah. Pekerjaan ini tidak hanya dilakukan oleh para laki-laki, tetapi juga melibatkan peran perempuan, terutama pada saat menanam dan memanen padi, dan menyiangi sawah. Hal ini juga terlihat dari proporsi penggunaan lahan yang didominasi oleh lahan pertanian, terutama berupa lahan sawah. Selain padi, sebagian masyarakat juga mengusahakan palawija, seperti jagung, kacang tanah, dan ubi kayu, serta sayur-sayuran,

seperti kacang panjang, terong, mentimun, dan cabai, sebagai tanaman penyelang. Di Desa Bojongloa, Kecamatan Buahdua, ada pula yang berkebun kelapa, kopi, cengkeh, lada, dan vanili. Selain itu, mereka juga menanam buah-buahan, seperti mangga, pepaya, dan rambutan, walaupun skala usahanya terbatas dan hanya diperlakukan sebagai tanaman pekarangan. Jenis pekerjaan lainnya yang banyak dilakukan oleh masyarakat desa sampel adalah pekerjaan sebagai buruh tani, pedagang (kios atau berdagang ke Jakarta), tukang (bangunan, kayu), tukang ojek, peternak, buruh/pegawai swasta lainnya, dan PNS (termasuk pensiunan). Selain itu, di beberapa desa, ditemukan keberadaan tenaga kerja anak yang umumnya bekerja sebagai buruh di industri rumah tangga, tukang ojek, kernet angkot, pembantu rumah tangga, dan pedagang.

Terdapat lebih banyak masyarakat yang bekerja sebagai buruh tani di sebagian besar desa sampel di Kabupaten Cirebon, padahal Kecamatan Gegecik dikenal sebagai lumbung beras di Kabupaten Cirebon. Bahkan, luas lahan sawahnya mendominasi wilayah desa. Masyarakat pesisir di Desa Mundu Pesisir dan Desa Mertasinga lebih banyak yang bekerja sebagai nelayan. Jenis pekerjaan lainnya yang juga dilakukan masyarakat di desa-desa tersebut adalah pekerjaan sebagai pedagang, buruh industri, tukang (bangunan, kayu), tukang ojek/becak, sopir, dan, khususnya bagi banyak perempuan, TKI (tenaga kerja Indonesia) di Arab Saudi.

Di Kabupaten TTU dan Kabupaten TTS, sebagian besar masyarakatnya tidak saja bekerja sebagai petani dengan bertanam jagung, ubi jalar, ubi kayu, kacang tanah, dan padi ladang, tetapi juga beternak dan memungut hasil kebun, seperti asam, pinang, jambu mete, kelapa, dan kemiri. Selain itu, sebagian dari mereka juga bekerja sebagai pedagang, tukang ojek, atau PNS. Masyarakat di dua kelurahan sampel di Kota Kupang sebagian besar bekerja di sektor jasa, yaitu sebagai pedagang, buruh, dan PNS serta pensiunan. Khususnya di Desa Fatufetto, ada juga yang bekerja sebagai nelayan.

Rumah penduduk, khususnya di Kabupaten Sumedang, sudah didominasi oleh bangunan permanen dan hanya sebagian kecil saja yang masih berupa rumah panggung. Demikian pula halnya di desa sampel di Kabupaten Cirebon, rumah penduduk juga didominasi oleh bangunan permanen, kecuali di Desa Jagapura Kidul, Kecamatan Gegecik yang masih didominasi oleh rumah semi/tidak permanen. Di desa-desa yang sebagian masyarakatnya bekerja sebagai TKI, terdapat cukup banyak bangunan permanen yang baru/sedang dibangun dari hasil upah bekerja sebagai TKI. Sebaliknya, di desa-desa sampel di TTU, rumah penduduk didominasi oleh rumah yang hanya beratap alang-alang, berdinding *bebak* (pelepah pohon gewang), dan berlantai tanah. Namun, di dua kelurahan di Kota Kupang, rumah penduduk sudah didominasi oleh bangunan permanen.

Di Jawa Barat, sumber penerangan di semua desa sampel adalah listrik dari PLN, sementara di NTT belum semua desa terjangkau listrik. Beberapa desa di NTT, seperti Desa Taunbaen di Kecamatan Biboki Utara, kedua desa di Kecamatan Miomaffo Timur, dan kedua desa di Kecamatan Kie masih menggunakan pelita dan hanya sebagian kecil saja yang telah menggunakan genset dan tenaga matahari. Di desa-desa yang sudah dialiri listrik, baru sebagian masyarakat saja yang mampu mengaksesnya; itu pun dengan daya yang masih terbatas. Sumber air bersih bagi masyarakat di sebagian desa di Kabupaten Sumedang telah disalurkan dengan pipa ke rumah-rumah penduduk atas inisiatif masyarakat sendiri, sementara sebagian masyarakat lainnya masih menggunakan sumur pompa dan sumur gali. Sebagian besar desa sampel di Kabupaten Cirebon juga mengalami kesulitan air bersih. Mereka tidak bisa memanfaatkan air tanah akibat intrusi air laut sehingga untuk memenuhi keperluan air minum, sebagian dari mereka harus membeli air bersih. Kondisi kelangkaan air bersih yang lebih buruk lagi dihadapi oleh masyarakat di NTT. Di musim kemarau, air bersih

menjadi barang langka bagi masyarakat. Seperti halnya yang terjadi di Desa Oehela, Kecamatan Batu Putih, masyarakat harus berjalan kaki selama sekitar 30 menit untuk mendapatkan sumber air bersih.

Di beberapa desa di Jawa Barat, terutama desa yang berlokasi di pusat kecamatan, masyarakatnya dapat dengan mudah mengakses sarana ekonomi, seperti pasar dan pertokoan (Desa Buahdua, Desa Susukan, dan Desa Mundu Pesisir). Selain itu, ada juga beberapa desa yang menjadi lokasi berbagai industri pengolahan. Misalnya, di Desa Nagarawangi, Kecamatan Rancakalong, terdapat industri rumah tangga konveksi, meubel, dan sapu ijuk, sedangkan di Desa Gegesik Kulon, terdapat juga industri pengolahan makanan kecil dan berkembang pula usaha pengumpul/pedagang rongsokan. Di Desa Mundu Pesisir, selain terdapat industri pengolahan berskala kecil, terdapat pula industri pengolahan berskala besar.

## 2.3 Penduduk

Jumlah penduduk dan KK (kepala keluarga) di desa sampel di Kabupaten Sumedang lebih kecil daripada jumlah penduduk dan KK di desa sampel di Kabupaten Cirebon. Dilihat dari jumlah anggota rumah tangga (ART)/KK, terdapat rata-rata sekitar tiga ART/KK di desa sampel di Kabupaten Sumedang, sedangkan di Kabupaten Cirebon, ada lebih dari tiga ART/KK; bahkan di Desa Mertasinga, Kecamatan Gunung Jati, terdapat lima ART/KK. Dilihat dari tingkat kepadatan penduduknya, di desa sampel di Kabupaten Sumedang, umumnya ada kurang dari 900 jiwa/km<sup>2</sup>; bahkan di Desa Bojongloa, hanya ada sekitar 600 jiwa/km<sup>2</sup>. Namun, ada pengecualian untuk Desa Sukaratu, Kecamatan Darmaraja, yang kepadatan penduduknya mencapai 1.979/km<sup>2</sup>, yaitu melebihi kepadatan penduduk desa sampel di Kabupaten Cirebon. Jumlah dan tingkat kepadatan penduduk desa sampel di Kabupaten TTU dan Kabupaten TTS dipastikan jauh lebih rendah lagi daripada jumlah dan kepadatan penduduk desa-desa sampel di Jawa Barat.

Tingkat kepadatan penduduk dua desa perkotaan di Kabupaten Cirebon berbeda jauh. Kepadatan penduduk Desa Mundu Pesisir adalah sekitar 3.784 jiwa/km<sup>2</sup>, sedangkan kepadatan penduduk Desa Mertasinga jauh lebih tinggi, yaitu mencapai 8.231 jiwa/km<sup>2</sup>. Tingkat kepadatan penduduk dua kelurahan sampel di Kota Kupang lebih tinggi lagi, yaitu mencapai lebih dari 8.400 jiwa/km<sup>2</sup>, seperti dapat dilihat dalam Lampiran 9.

Dilihat dari proporsi jumlah laki-laki terhadap jumlah perempuan, di desa-desa di Kabupaten Sumedang, cenderung terdapat lebih banyak perempuan daripada laki-laki, kecuali di Desa Bojongloa, Kecamatan Buahdua dan Desa Neglasari, Kecamatan Darmaraja. Di desa-desa sampel di Kabupaten Cirebon, terjadi keadaan sebaliknya, yaitu dari enam desa sampel, empat di antaranya memiliki jumlah laki-laki yang lebih besar daripada jumlah perempuan. Di desa-desa sampel di TTU dan TTS, jumlah laki-laki cenderung lebih besar daripada jumlah perempuan, kecuali di Desa Oehela. Di Kelurahan Fatufetto, proporsi laki-laki terhadap perempuan adalah seimbang, sementara di Kelurahan Naikolan, jumlah perempuan lebih banyak daripada jumlah laki-laki.

Berdasarkan tingkat pendidikan, baik di Jawa Barat maupun di NTT, sebagian besar penduduknya hanya mengenyam pendidikan hingga SD. Bahkan, di dua desa pesisir di Kabupaten Cirebon khususnya, banyak ditemui peserta FGD yang tidak tamat SD; umumnya mereka putus sekolah ketika mereka masih duduk di kelas 4 dan 5 SD.

## 2.4 Kelompok Komunitas dan Kelembagaan

Kelembagaan standar di tingkat desa/kelurahan yang seharusnya ada meliputi

- BPD (badan permusyawaratan desa), yaitu lembaga yang mengawasi kinerja aparat desa;
- Lembaga Pemberdayaan Masyarakat (LPM), yaitu pihak yang membantu kepala desa/kelurahan dalam melaksanakan pembangunan desa;
- Karang taruna sebagai lembaga yang mengkoordinasi berbagai kegiatan kepemudaan, seperti kesenian dan olahraga;
- PKK (Program Kesejahteraan Keluarga; diketuai oleh istri kepala desa/kelurahan), yaitu wadah kegiatan ibu-ibu; dan
- Kelompok tani yang mengkoordinasi kegiatan para petani (khususnya di desa sampel di Jawa Barat, dikenal pula keberadaan sebuah lembaga, yaitu Mitra Cai (Ulu-Ulu) yang bertanggung jawab atas pembagian air irigasi).

Setiap lembaga desa tersebut tidak selalu ada atau disebutkan di setiap desa sampel, baik di Jawa Barat maupun di NTT. Demikian pula, kinerja tiap lembaga berbeda-beda antardesa sampel, seperti dapat dilihat dalam Lampiran 10. Keberadaan berbagai lembaga formal tersebut belum sepenuhnya dimanfaatkan dalam upaya memperbaiki ketercakupannya pelayanan kesehatan dan pendidikan dasar. Namun demikian, di beberapa desa, lembaga seperti PKK sudah terlibat dalam berbagai kegiatan menyangkut pelayanan KIA, seperti di Kecamatan Darmaraja. Di kecamatan ini, PKK sangat mendukung kegiatan posyandu dan selalu berkoordinasi dengan bidan desa, termasuk dalam kegiatan pembentukan Desa Siaga. Demikian pula halnya dengan keberadaan karang taruna yang sangat bermanfaat bagi dan sangat relevan dengan berbagai program terkait kesehatan dan pendidikan di tingkat desa.

Di beberapa desa sampel di NTT, masyarakat bersama pengurus desa dan gereja telah berinisiatif untuk membangun berbagai sarana penunjang sekolah walaupun kondisinya cenderung seadanya. Misalnya, di dua desa di Kecamatan Biboki Utara, untuk meningkatkan daya tampung SD dan memudahkan akses ke sekolah, dibangunlah sebuah SD Kecil di dusun yang lokasinya terpencil. Demikian pula halnya di Desa Oehela, Kecamatan Batu Putih. Masyarakat dan aparat desa setempat juga berinisiatif untuk membangun sebuah TK. Di dua desa di Kecamatan Miomaffo Timur, masyarakat juga membangun sebuah asrama untuk siswa SMP dengan tujuan mengatasi masalah jarak sehingga siswa tidak perlu bolak-balik pergi ke rumah dan sekolah setiap hari.

Selain kelembagaan formal, di beberapa desa sampel, juga ditemui lembaga atau kelompok komunitas lain yang berbasis kegiatan keagamaan, ekonomi, dan sosial, termasuk lembaga adat. Diperkirakan bahwa di setiap desa di Jawa Barat berlangsung kegiatan kelompok komunitas yang berbasis agama berupa kelompok pengajian dan majelis taklim. Demikian pula halnya di NTT yang semarak juga dengan kegiatan komunitas gereja. Di Kecamatan Biboki Utara dan Kecamatan Miomaffo Timur, terdapat sejenis organisasi kepemudaan seperti karang taruna yang disebut Mudika (Muda-mudi Katolik). Khusus di Desa Jagapura Kidul, Kecamatan Gegecik, cukup banyak yayasan pendidikan Islam yang sangat berperan dalam menyediakan berbagai fasilitas pendidikan dasar dan lanjutan.

## 2.5 Fasilitas Kesehatan dan Pendidikan

### 2.5.1 Fasilitas Kesehatan

Fasilitas pelayanan KIA yang tersedia di tingkat desa/kelurahan dan kecamatan didominasi oleh fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah seperti puskesmas, pustu (puskesmas pembantu) atau pusling (puskesmas keliling), dan polindes (pos bersalin desa) dengan bidan desanya, diikuti bidan praktik swasta dan kegiatan posyandu. Untuk kondisi darurat, yaitu jika bidan dan puskesmas tidak mampu menangani proses kelahiran yang bermasalah, pasien akan dirujuk ke rumah sakit rujukan (RSUD/rumah sakit umum daerah) yang dimiliki oleh pemda dan umumnya berada di ibu kota kabupaten.

Di hampir semua desa sampel, terdapat polindes yang dikelola oleh bidan desa. Selain itu, di setiap kecamatan, juga tersedia puskesmas dan di beberapa desa, juga ada puskesmas pembantu. Bagi wilayah terpencil di NTT, puskesmas juga menyediakan fasilitas pusling yang melayani masyarakat tiga kali seminggu. Posyandu juga terdapat di hampir setiap dusun, bahkan di setiap RW, dan secara rutin, yaitu setiap bulan sekali, menyediakan pelayanan. Ketersediaan fasilitas pelayanan KIA di desa sampel di Jawa Barat dapat dilihat dalam Lampiran 11.

Setiap posyandu biasanya dikelola oleh tiga hingga lima orang kader. Di Kabupaten Sumedang khususnya, jadwal kegiatan posyandu ditetapkan pada tanggal tertentu setiap bulannya, kecuali di Desa Sukaratu, Kecamatan Darmaraja. Karena bidan desa setempat sedang menempuh pendidikan D3-Kebidanan, maka jadwal kegiatan posyandu ditetapkan setiap hari Kamis pada saat bidan tersebut dapat hadir. Di Kabupaten Cirebon, jadwal kegiatan posyandu umumnya ditetapkan pada hari dan minggu tertentu, namun ada juga yang ditentukan secara fleksibel, tergantung pada kesibukan ibu-ibu setempat (Desa Mertasinga). Demikian pula halnya di NTT, khususnya di Kabupaten TTU dan Kabupaten TTS, jadwal kegiatan posyandu juga ditetapkan setiap tanggal tertentu. Untuk tempat pelaksanaan kegiatan, di Jawa Barat, ada posyandu yang sudah memiliki pos tersendiri, namun ada juga posyandu yang menggunakan rumah salah seorang kader, rumah tokoh masyarakat, kantor desa, polindes atau pustu, atau bahkan puskesmas. Di NTT, ada kegiatan posyandu yang dilaksanakan di *lopo*<sup>2</sup> milik desa, polindes, atau rumah salah seorang kader posyandu (Desa Falas). Di Desa Boentuka dan Desa Oehela, Kecamatan Batu Putih, dan Desa Sekon, Kecamatan Insana, pelaksanaan kegiatan semua posyandu di setiap desa dipusatkan di polindes dan dilaksanakan secara bersama-sama. Dengan demikian, bidan desa dapat dengan lebih mudah mengkoordinasi pelaksanaannya. Konsekuensi negatifnya adalah bahwa masyarakat harus menempuh jarak yang cukup jauh untuk datang ke polindes tersebut.

Di Jawa Barat, walaupun belum semua desa memiliki polindes, pelayanan bidan dapat dengan sangat mudah diakses mengingat pada umumnya mereka berdomisili atau tinggal di desa atau di dekat desa tempat mereka bertugas. Hampir semua bidan desa juga membuka praktik di luar jam kerja dinas. Oleh karenanya, masyarakat juga dapat dengan mudah mengakses tempat praktik bidan desa atau bidan swasta. Namun demikian, pelayanan dukun beranak masih tetap digunakan oleh sebagian kecil masyarakat, baik di Kabupaten Sumedang maupun di Kabupaten Cirebon.

---

<sup>2</sup>Bangunan khas NTT (Kabupaten TTU) berbentuk melingkar, terbuat dari empat tiang kayu (sekarang, juga dari semen), dan beratap daun kering. Bangunan yang biasanya terletak di depan rumah ini berfungsi sebagai tempat pertemuan keluarga, pelangsungan upacara adat, atau penyambutan tamu. Masyarakat setempat juga biasanya menenun di tempat ini. *Lopo* ini sejuk sehingga sering digunakan sebagai tempat melepas lelah.



Berbeda dengan kondisi di Jawa Barat, di NTT, khususnya di desa-desa di Kabupaten TTU dan Kabupaten TTS, bidan desa tidak membuka pelayanan praktik karena masyarakat tidak mampu membayar. Di Kota Kupang, walaupun akses masyarakat ke tempat praktik bidan relatif lebih mudah, penggunaan pelayanan dukun beranak masih tetap tinggi.

Masyarakat desa sampel di Jawa Barat dapat mengakses puskesmas atau pustu dengan relatif mudah; bahkan ada beberapa kecamatan di provinsi ini yang memiliki dua puskesmas, seperti Kecamatan Gegecik di Cirebon. Beberapa desa sampel di Jawa Barat menjadi lokasi puskesmas, seperti Desa Buahdua di Kabupaten Sumedang, dan Desa Susukan dan Desa Mertasinga di Kabupaten Cirebon. Selain itu, ada juga desa yang menjadi lokasi pustu, yaitu Desa Pamekaran di Kabupaten Sumedang. Bagi desa sampel lainnya, walaupun puskesmas atau pustu berlokasi di luar desa, puskesmas atau pustu tersebut masih mudah diakses dengan tersedianya angkutan umum berupa mobil dan motor.

Di NTT, hanya di Desa Taunbaen, Kecamatan Biboki Utara terdapat pustu. Masyarakat desa lainnya harus mengakses puskesmas atau pustu yang ada di luar desa. Hal ini tidak berlaku di wilayah perkotaan. Masyarakat di dua kelurahan di Kota Kupang dapat menjangkau puskesmas dengan relatif mudah, bahkan di Kelurahan Fatufetto, tersedia pustu.

### **2.5.2 Fasilitas Pendidikan**

Fasilitas pendidikan setara SD telah tersedia di semua desa sampel baik di Jawa Barat maupun di NTT, sementara untuk fasilitas pendidikan setara SMP, hanya di pusat kecamatan sajalah sebagian besar sekolah ini berada. Peran pemerintah dalam penyediaan berbagai fasilitas sekolah setara SD dan SMP masih sangat dominan; namun demikian, di beberapa daerah, peran pihak swasta juga tidak kalah penting dalam memperluas cakupan pelayanan pendidikan dasar. Di beberapa desa di NTT, bahkan hanya ada SD swasta beragama, seperti SDK (sekolah dasar Katolik).

Di Jawa Barat, di setiap desa sampel, terdapat dua sampai tiga SD, sedangkan di NTT, di setiap desa/kelurahan sampel, terdapat satu sampai tiga SD. Di desa/kelurahan sampel yang memiliki lebih dari satu SD, letak sekolah tersebar di beberapa dusun sehingga masyarakat bisa dengan mudah mengakses sekolah terdekat (Lampiran 12). Di Kabupaten TTU, dalam rangka mendekatkan fasilitas sekolah kepada masyarakat, kepala sekolah dan guru, bekerja sama dengan aparat desa dan masyarakat setempat, membangun kelas tambahan di dusun terjauh. Di Desa Taunbaen, misalnya, dibuka sebuah kelas kecil (disebut SD Kecil) yang diperuntukkan bagi siswa kelas 1 hingga kelas 3, sedangkan di Desa Hauteas, dibangun pula 'kelas jauh' sebanyak dua kelas.

Sebagian desa sampel merupakan lokasi sekolah setingkat SMP, sementara masyarakat sebagian desa lainnya harus mengaksesnya ke luar desa. Di Jawa Barat, masyarakat dapat mengakses fasilitas sekolah setingkat SMP dengan relatif mudah. Selain itu, mereka juga masih bisa menjangkau sekolah lainnya yang berada di luar wilayah kecamatan. Misalnya, masyarakat Desa Tangkil dapat mengakses SMP yang berada di Kecamatan Caringin dan Kecamatan Arjawinangun. Masyarakat Desa Mundu Pesisir juga bisa mengakses SMP yang berada di Kecamatan Arjawinangun atau di Kota Cirebon. Di Desa Pamekaran, Kabupaten Sumedang, tidaklah sulit untuk mencapai SMPN (Sekolah Menengah Pertama Negeri) 1 Rancakalong dari desa, namun karena tidak ada angkutan umum roda empat yang melalui desa itu dan hanya ada jasa ojek, biaya transportasi menjadi mahal dan siswa harus berjalan kaki.

Keberadaan sekolah swasta berbasis keagamaan juga memberikan pilihan lain bagi masyarakat. Peran sekolah semacam ini relatif lebih menonjol di Kabupaten Cirebon. Di Kecamatan Gegesik dan Kecamatan Mundu, misalnya, terdapat beberapa MI dan MTs, serta beberapa SD dan SMP yang didirikan atas nama suatu yayasan Islam.

### III. KETERSEDIAAN DAN PENGGUNAAN PELAYANAN KESEHATAN IBU DAN ANAK

Hasil pemantauan mutakhir terhadap pencapaian MDGs Indonesia 2007 (UNDP<sup>3</sup>-Bappenas<sup>4</sup> 2007) menunjukkan bahwa indikator-indikator untuk mencapai tujuan nomor 4, yaitu menurunkan angka kematian anak, telah mengalami perbaikan. Hal ini ditandai dengan angka kematian bayi (AKB) yang mengalami penurunan dari 57 (57 kematian per 1.000 kelahiran hidup) pada 1994 menjadi 35 pada 2002–2003 dan angka kematian anak balita (AKABA) pada tahun-tahun tersebut yang turun dari 81 (81 kematian per 1.000 kelahiran hidup) menjadi 46. Provinsi NTT merupakan wilayah dengan AKB tertinggi ketiga setelah Nusa Tenggara Barat dan Gorontalo, yaitu 46, sedangkan Jawa Barat berada pada urutan ke-9 dengan AKB 37.

Selain itu, indikator-indikator untuk mencapai tujuan nomor 5, yaitu meningkatkan kesehatan ibu, juga mengalami sedikit perbaikan. Angka kematian ibu melahirkan (AKI) mengalami penurunan dari 390 (390 kematian per 100.000 kelahiran hidup) pada 1994 menjadi 307 pada 2002–2003, sementara proporsi kelahiran yang ditolong tenaga kesehatan (nakes) pada 2006 mencapai 72,41% (UNDP-Bappenas 2007). Meskipun gejalanya membaik, setiap tahunnya masih ada sekitar 20.000 ibu meninggal akibat komplikasi kehamilan atau persalinan yang belum sepenuhnya dapat ditangani. Dengan kondisi seperti ini, target MDGs 2015 diperkirakan tidak dapat dicapai. Penyebab langsung kematian ibu adalah pendarahan (30%), eklampsia atau keracunan pada kehamilan (25%), partus lama (5%), komplikasi aborsi (5%), dan infeksi (12%). Resiko kematian dapat meningkat bila ibu menderita anemia, kekurangan energi kronik, atau terkena penyakit menular (UNDP-Bappenas 2007). Data tentang indikator-indikator kinerja penurunan kematian balita dan peningkatan kesehatan ibu disajikan pada Tabel 3.

**Tabel 3. Kematian Ibu Melahirkan, Proporsi Kelahiran yang Ditolong Nakes, Kematian Bayi, dan Kematian Balita**

	Angka Kematian Ibu Melahirkan per 100.000 Kelahiran Hidup	Proporsi Kelahiran yang Ditolong Tenaga Kesehatan/Nakes (%)	Angka Kematian Bayi per 1.000 Kelahiran Hidup	Angka Kematian Balita per 1.000 Kelahiran Hidup
<b>Indonesia</b>				
1992	n.a.	n.a.	68	97
1994	390	n.a.	57	81
1997	n.a.	n.a.	46	n.a.
2002–2003	307	n.a.	35	46
2005	n.a.	n.a.	n.a.	40
Proyeksi 2015*	163	n.a.	n.a.	n.a.
2006	n.a.	72,41	n.a.	n.a.

Sumber: Laporan Pencapaian MDGs Indonesia 2007 (UNDP-Bappenas 2007: 49–59)

Keterangan: n.a. = data tidak tersedia

Data tersebut menunjukkan bahwa ketersediaan dan penggunaan pelayanan KIA masih dihadapkan pada sejumlah permasalahan sehingga cakupan pelayanan masih belum optimal. Paparan selanjutnya akan menjelaskan kondisi ketersediaan dan penggunaan pelayanan KIA saat ini.

<sup>3</sup>United Nations Development Programme

<sup>4</sup>Badan Perencanaan dan Pembangunan Nasional

### **3.1 Ketersediaan, Kondisi, dan Cakupan Pelayanan Dasar Kesehatan Ibu dan Anak**

Tidak dapat dipungkiri bahwa penggunaan pelayanan KIA modern oleh masyarakat sangat dipengaruhi oleh ketersediaan pelayanan tersebut di tingkat desa. Dengan adanya fasilitas KIA yang terletak dekat dengan tempat tinggal masyarakat, masyarakat menjadi lebih sadar akan keberadaan fasilitas tersebut dan diharapkan akan menggunakan fasilitas tersebut. Selama bertahun-tahun pemerintah telah berupaya untuk mencukupi kebutuhan masyarakat akan pelayanan KIA, termasuk dengan menyediakan bidan desa, polindes, dan pustu di tingkat desa. Harapannya adalah bahwa fasilitas tersebut dapat dengan mudah dijangkau masyarakat. Bahkan, kini pemerintah daerah (puskesmas dan pemerintah desa) di beberapa wilayah di Jawa Barat yang terletak jauh dari polindes berinisiatif untuk menyelenggarakan balai pengobatan; beberapa di antaranya sampai menjangkau tingkat RT. Namun demikian, fasilitas pelayanan KIA tersebut masih belum memadai, terutama di wilayah-wilayah terpencil. Langkanya petugas pelayanan KIA modern di wilayah ini menjadi sebab mengapa masyarakat menggunakan fasilitas pelayanan KIA tradisional.

#### **3.1.1 Ketersediaan Fasilitas Pelayanan KIA Modern**

Ketersediaan fasilitas KIA modern di wilayah dengan akses mudah sudah memadai, namun di wilayah yang jauh dari jangkauan, ketersediaannya masih kurang. Fasilitas yang tersedia adalah bidan desa, polindes, dan posyandu. Di beberapa desa di Jawa Barat, juga terdapat bidan praktik, pustu, dan puskesmas yang mudah diakses masyarakat, sementara di NTT, meskipun terdapat puskesmas di setiap kecamatan dan pustu di sebagian kecamatan, fasilitas ini kurang populer bagi masyarakat di beberapa wilayah karena letaknya yang jauh. Di wilayah perkotaan, baik di Jawa Barat maupun di NTT, masyarakat dapat mengakses dokter kandungan. Mereka juga dapat mengakses RSUD (rumah sakit umum) terdekat bila mengalami komplikasi kandungan atau komplikasi saat kelahiran.

Bagi area terpencil yang jauh dari jangkauan layanan KIA modern, tambahan fasilitas kesehatan masih dibutuhkan. Hal ini sesuai dengan pernyataan seorang kepala desa di Rancakalong, Sumedang, Jawa Barat, “Pelayanan kesehatan masih dianggap kurang karena terlalu jauh dari fasilitas dan kurangnya peralatan.”

Khusus di NTT, tepatnya di wilayah terpencil dengan akses sulit, tidak semua bidan desa bersedia tinggal di desa dan sebagai akibatnya, polindes pun tidak aktif. Misalnya, di Kecamatan Miomaffo Timur, TTU, dari 11 desa yang ada, hanya 6 desa yang memiliki bidan desa yang tinggal di desa, sementara bidan desa di kelima desa sisanya tetap mengoperasikan polindes setiap hari, tetapi mereka tidak menetap di desa tersebut. Bidan di Desa Kuanek dan Desa Oenenu, Miomaffo Timur, TTU tinggal di Kefamenanu, ibu kota Kabupaten TTU karena mereka harus mengurus keluarga mereka. Contoh lain adalah di Desa Sekon, Insana, TTU. Meskipun bidan desa tinggal di desa, ia seringkali tidak ada di tempat karena ia harus menjaga orang tuanya yang tinggal di desa lain. Hal ini menyebabkan masyarakat sulit untuk mengakses pelayanan kesehatan pada malam hari jika dibutuhkan atau sewaktu keadaan mendesak. Oleh karenanya, mereka harus menjangkau pelayanan KIA modern yang terdapat di desa lain dengan berjalan kaki berkilo-kilo jauhnya, melewati jalan yang terjal dan bila hujan, jalan menjadi becek dan licin. Minimnya sarana transportasi menyebabkan masyarakat harus mengeluarkan biaya yang tidak sedikit untuk menyewa ojek.

Sejak 2002, Desa Falas, Kecamatan Kie, TTS, NTT tidak memiliki bidan desa. Masyarakat hanya dilayani oleh mantri pada saat ada pelayanan posyandu dan pusling, sementara bidan koordinator atau petugas dari Puskesmas Kie hanya sesekali datang untuk memantau. Karena

ketiadaan bidan desa tersebut, polindes di desa ini juga tidak berfungsi sama sekali. Ketidakadaan air menyebabkan bidan desa tidak bersedia untuk tinggal di polindes atau desa tersebut. Sampai kini, tidak ada bidan pengganti di desa ini.

Di NTT, cakupan wilayah kerja yang luas menyebabkan tidak semua masyarakat dapat dilayani bidan desa, meskipun bidan desa tinggal di desa. Ada dusun-dusun yang lokasinya jauh, berjarak 10 km dari lokasi keberadaan bidan desa atau polindes. Kondisi-kondisi seperti jalan yang berbatu, menanjak, dan licin dan becek bila hujan; ketidakadaan transportasi; dan ketidakadaan listrik semakin mempersulit bidan untuk bisa datang melayani warga ataupun warga untuk bisa datang ke bidan. Terkadang, bidan harus berkeliling dari satu rumah warga ke rumah warga lainnya yang lokasinya saling berjauhan dan terpaksa “meninggalkan” tugasnya di polindes. Hal ini disampaikan oleh seorang perawat yang bertugas sebagai bidan di Biboki Utara, TTU: “Bidan tidak berada di tempat bukan berarti bidan meninggalkan desa. Tapi, luasnya desa dan begitu banyaknya pasien yang harus kami urus, bahkan di berbagai pelosok, membuat kami terkadang tidak ada di polindes.”

Secara umum, pelayanan bidan desa meliputi pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan, pemberian imunisasi kepada bayi, pemberian “suntik sehat” (suntik obat penghilang sakit dan vitamin) kepada ibu setelah melahirkan, pengontrolan kesehatan ibu dan bayi, pemberian penyuluhan kepada ibu dan calon ibu tentang KIA, pelayanan KB (keluarga berencana), perawatan gizi buruk, dan pengobatan anak bila sakit. Biasanya, sambil melakukan tindakan, misalnya imunisasi, bidan memberikan penjelasan kepada ibu tentang jadwal imunisasi. Cakupan wilayah tugas bidan desa dan polindes meliputi seluruh desa. Pelayanan polindes dibatasi mulai pukul 7.00 hingga pukul 14.00; namun, bidan yang menetap di desa biasanya melayani warga selama 24 jam sehari.

Posyandu sudah berada di setiap dusun di Jawa Barat secara menyeluruh. Hampir semua posyandu aktif dan dikelola dengan baik oleh kader posyandu. Posyandu adalah ujung tombak pelayanan KIA di tingkat masyarakat yang dikelola oleh bidan desa bersama dengan kader posyandu (berjumlah tiga hingga lima orang). Mereka menjalankan fungsi mencatat, menimbang, mengukur, memberi imunisasi, dan memberi penyuluhan (sering disingkat menjadi fungsi lima meja). Proses kegiatan posyandu akan terganggu jika jumlah kader tidak mencukupi, seperti halnya yang terjadi di Desa Tangkil, Cirebon. Desa ini hanya memiliki sembilan orang kader yang aktif melayani enam posyandu. Sebagai akibatnya, ada dua posyandu yang tidak memiliki kader sama sekali; mereka hanya mengandalkan bidan dan petugas puskesmas.

Selama ini posisi kader posyandu sangat sentral, baik dalam pelayanan KIA modern maupun dalam kehidupan masyarakat. Mereka biasanya aktif dalam berbagai kegiatan desa bersama dengan kepala desa dan bidan desa. Bagi masyarakat, kader posyandu merupakan sumber pengetahuan dan pertolongan terkait kesehatan ibu dan anak. Kader posyandu jauh lebih paham mengenai situasi dan kondisi nyata masyarakat di desa dan dusunnya. Mayoritas kader posyandu adalah perempuan, kecuali di NTT yang memiliki kader posyandu laki-laki dalam jumlah banyak, misalnya, di Desa Falas dan Desa Oenay, TTS. Kader posyandu adalah pihak pertama yang mengetahui siapa yang sedang hamil, keluarga mana yang mempunyai balita, balita mana yang sudah diimunisasi, bagaimana status gizi balita, di mana tempat tinggal warga, berapa jumlah anggota rumah tangga, bagaimana status ekonomi rumah tangga warga, warga mana saja yang sehat atau sedang sakit, dan bahkan warga mana saja yang memiliki anak usia SD atau SMP, ataupun anak yang tidak bersekolah.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup>Karena hal inilah, para peneliti biasanya mengandalkan kader posyandu dalam mempersiapkan FGD, termasuk dalam penentuan sampel yang diundang ke FGD. Dengan menggunakan buku register posyandu yang biasanya disimpan kader posyandu, sebelum menentukan siapa yang akan diundang ke FGD, peneliti akan menanyakan kepada kader beberapa kriteria seperti pasien posyandu mana yang sedang hamil, bukan PNS, miskin, dan tidak sedang merantau ke luar desa.

Sayangnya, keberadaan kader posyandu kurang mendapat apresiasi dari pihak pemerintah desa, padahal tugas mereka berat mulai dari melayani pasien di posyandu, memantau kondisi kesehatan masyarakat, dan memberi penyuluhan sampai dengan melakukan tugas-tugas administrasi. Hal ini pada akhirnya memengaruhi kesediaan masyarakat untuk menjadi kader posyandu. Selain kader utama atau ketua kader, kader posyandu yang lain cenderung berganti-ganti dan tidak bertahan lama. Di Desa Susukan dan Desa Tangkil, Cirebon, misalnya, karena kebutuhan ekonomi, banyak kader posyandu yang harus meninggalkan tugasnya—salah satunya dengan bekerja di luar negeri sebagai TKI, terutama setelah krisis moneter. Oleh karena itu, posyandu di kedua desa tersebut kemudian hanya dikelola oleh dua hingga tiga kader posyandu, atau kurang dari ketentuan jumlah untuk menjadi posyandu madya dan mandiri.

Kurangnya apresiasi terhadap kader posyandu tidak hanya bisa dilihat dari jumlah insentif yang diberikan kepada mereka—paling banyak hanya Rp120.000 per tahun<sup>6</sup>—tetapi juga dari pelatihan yang mereka peroleh. Meskipun posisi mereka sentral dalam peningkatan taraf kesehatan masyarakat, tidak semuanya mendapatkan pelatihan. Bahkan, di berbagai daerah, kader posyandu yang sudah mendapatkan pelatihan berjumlah tidak lebih dari 25%, sebagaimana diakui oleh kepala sebuah puskesmas (laki-laki) di Kupang. Biasanya kader-kader posyandu yang mendapatkan pelatihan hanya para koordinator kader, baik di tingkat desa maupun di tingkat dusun. Dengan melatih para koordinator kader ini, diharapkan bahwa mereka akan menyampaikan pengetahuan yang mereka dapat kepada kader-kader lain yang belum mendapatkan pelatihan.

Jenis pelatihan yang diberikan kepada para kader ini umumnya tidak baku dan berbeda tiap daerahnya. Secara umum, materi-materi yang diberikan berhubungan dengan kesehatan ibu hamil dan ibu melahirkan, pelaksanaan posyandu, gizi, imunisasi dan penimbangan, KB, pencegahan penyakit-penyakit tertentu seperti muntaber, demam berdarah, malaria, dan lain-lain, dan kesehatan lingkungan.

Puskesmas tidak populer di NTT karena adanya kendala akses fisik. Meskipun puskesmas sudah ada di seluruh kecamatan, keberadaannya tidak begitu populer bagi masyarakat di sebagian besar pedesaan di NTT. Puskesmas yang letaknya jauh (3–15 km) hanya akan diakses jika memang keadaan sudah sangat mendesak, misalnya, karena masyarakat membutuhkan perawatan dengan fasilitas yang lebih lengkap atau karena mereka dirujuk oleh bidan ke puskesmas. Selain itu, ada juga dusun yang aksesnya lebih dekat ke puskesmas di desa tetangga daripada ke polindes di desa bersangkutan.

### 3.1.2 Sarana dan Prasarana KIA Modern

Meskipun bidan telah dapat memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dengan peralatan yang ada, peralatan ini dirasa belum lengkap. Pada umumnya, bidan desa telah memiliki “bidan kit”, infus, dan pengukur tekanan darah. “Perlengkapan untuk praktik pribadi maupun perlengkapan di posyandu saya rasa belum cukup memadai saat ini, yaitu belum adanya laboratorium, perlengkapan pendeteksi detak jantung yang modern, dan masih banyak lagi,” ungkap bidan desa di Rancakalong, Sumedang, Jawa Barat. Bidan desa di wilayah perkotaan telah memiliki peralatan yang lebih lengkap, seperti alat USG (*ultrasonogram*) untuk memantau kondisi bayi.

---

<sup>6</sup>Pada umumnya, kader posyandu menerima Rp5.000–Rp10.000 per kegiatan posyandu.

Kualitas sarana dan prasarana polindes, yang biasanya berada dalam satu lokasi dengan rumah bidan desa dan berdekatan dengan kantor desa, bervariasi. Sebagian bangunan polindes telah permanen lengkap dengan ruang pemeriksaan dan ruang inap bagi ibu pascalahir; bahkan, ada juga bangunan polindes yang sekaligus menjadi tempat tinggal bidan. Ada beberapa bangunan polindes juga yang dibangun atas prakarsa masyarakat, selain melalui kegiatan PPK. Namun, ada juga polindes yang bangunannya belum permanen dan tidak memiliki fasilitas air dan listrik.

Pada kebanyakan hasil pengamatan, posyandu tidak memiliki bangunan permanen. Hal ini selaras dengan konsep awal posyandu bahwa posyandu adalah milik komunitas sehingga posyandu tidak harus memiliki bangunan permanen. Meskipun demikian, banyak anggota masyarakat yang menginginkan diadakannya bangunan permanen ini. Pada akhirnya, di beberapa desa, bangunan permanen posyandu dibangun oleh masyarakat dan sebagian lainnya dibangun melalui kegiatan PPK. Lembaga donor juga telah membantu pembangunan fasilitas kesehatan, seperti halnya dengan Plan International yang telah mendirikan rumah bidan, polindes, dan *lopo* untuk kegiatan posyandu di beberapa desa di NTT.

### 3.1.3 Kendala Lain yang Dihadapi dan Kebutuhan Penyedia Pelayanan KIA

Ketiadaan transportasi merupakan salah satu kendala utama yang dihadapi bidan desa yang harus memberi pelayanan kesehatan dalam wilayah yang luas cakupannya dan terpencil. Keadaan menjadi lebih buruk lagi dengan tidak adanya fasilitas dasar seperti listrik. Mereka memerlukan kendaraan bermotor atau kendaraan lainnya yang dapat menjangkau wilayah terpencil melalui jalan yang buruk dan berbukit.

Sedikitnya jumlah bidan desa dibandingkan dengan luasnya cakupan wilayah pelayanan menyebabkan beban kerja bidan menjadi berat; beban kerja mereka menjadi lebih berat lagi dengan adanya kondisi infrastruktur jalan yang buruk. Idealnya, dalam satu desa dengan wilayah yang luas cakupannya dan terpencil, diperlukan lebih dari satu bidan desa. Dengan keadaan yang ada, terdapat bidan desa yang menggabungkan dua posyandu atau lebih dalam satu kali penyelenggaraan posyandu. Sebagai akibatnya, masyarakat yang berada di wilayah yang jauh dan terpencil harus datang ke posyandu tersebut dengan menempuh perjalanan jauh.

Dengan beban kerja yang berat akibat kendala akses fisik di atas, bidan desa di NTT lebih banyak mengandalkan pendapatan yang berasal dari penggantian biaya melahirkan dari Askeskin (Asuransi Kesehatan Keluarga Miskin) atau bayaran sebesar Rp50.000–Rp100.000 per kelahiran dari masyarakat. Proses penggantian biaya Askeskin terkadang juga tidak berjalan dengan mudah. Contohnya, bila ada kesalahan dalam proses administrasinya (misalnya, tanggal partusnya salah), klaim asuransi tersebut tidak akan mendapatkan penggantian. Biaya melahirkan di NTT lebih kecil daripada biaya melahirkan di Jawa Barat yang berkisar antara Rp400.000–600.000. Karena adanya praktik pribadi bidan, seperti yang terjadi di Jawa Barat, sulit untuk membedakan antara jam kerja resmi dan jam kerja praktik pribadi. Hal ini juga menyulitkan masyarakat dalam membedakan antara biaya pemerintah dan biaya swasta karena bidan desa sering melayani pasien praktik pribadi di rumahnya pada saat jam kerja resmi. Tidak seperti di Jawa Barat, di NTT, bidan desa tidak melakukan praktik pribadi.<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup>Bidan desa di NTT memang tidak membuka praktik, tetapi beberapa di antara mereka mengakui bahwa jika mereka memberi pelayanan di luar jam kerja polindes, mereka bisa mendapat uang jasa yang lebih besar (misalnya, Rp10.000).

### 3.1.4 Kerja sama dengan Masyarakat dan Jangkauan pada Kelompok Tertentu

Pemerintah masih mendominasi upaya penyediaan pelayanan KIA secara proaktif. Kecuali kader posyandu, pada umumnya masyarakat masih sepenuhnya menjadi pengguna jasa pelayanan. Mereka tidak terlibat secara langsung dalam proses pengambilan keputusan menyangkut penyediaan pelayanan. Peningkatan pelayanan KIA juga masih sangat bergantung pada pemerintah dan pihak pemberi pelayanan. Namun demikian, tingkat keikutsertaan masyarakat dalam membantu pembangunan fasilitas kesehatan sangat tinggi seperti halnya yang terjadi di NTT. Di provinsi ini, polindes dan rumah bidan umumnya dibangun oleh warga desa.

Secara umum, kerja sama penyedia pelayanan KIA dengan masyarakat, termasuk aparat desa dan tokoh masyarakat, sangat baik. Bahkan, masyarakat sangat mendukung dan mengandalkan posyandu. Di beberapa wilayah, masyarakat secara sukarela mengadakan iuran (antara Rp500 dan Rp1.000 per kedatangan) untuk PMT seperti bubur kacang hijau atau makanan bergizi lainnya. Masyarakat juga bersedia menjadi kader posyandu walau tanpa insentif sekalipun, atau walaupun ada, sangat kecil jumlahnya. Di beberapa wilayah, masyarakat pun bersedia berjalan berkilo-kilo jauhnya untuk hadir di posyandu.

Dukungan aparat desa dan tokoh masyarakat terhadap pelayanan KIA modern juga sangat besar. Selain memberikan penyuluhan tentang pentingnya KIA, mereka juga melakukan *sweeping* ke rumah-rumah warga yang tidak hadir di posyandu. Aparat desa juga sering hadir dalam kegiatan posyandu. Di beberapa wilayah, aparat desa juga menyepakati diterapkannya denda yang diperkuat oleh perdes (peraturan desa). Misalnya, di Desa Oehela, TTS, ditetapkan denda sebesar Rp2.500 bagi ibu yang hamil dan/atau memiliki anak balita tetapi tidak hadir di posyandu.

Di NTT, peran lembaga donor cukup dominan dalam mendorong masyarakat untuk menggunakan pelayanan KIA. Misalnya, CARE mendirikan pos rehabilitasi gizi di beberapa desa, sementara CWS (Christian World Service) memberikan bantuan berupa makanan tambahan seperti susu untuk ibu hamil, serta sayur, telur, dan lain-lain, selain memberikan pelatihan cara memasak sehat. CWS juga memberikan obat cacing kepada anak-anak. Selain itu, WFP (World Food Programme) memberikan susu, gula, minyak goreng, dan biskuit.

Secara umum, penyedia pelayanan KIA tidak mengalami masalah dalam menjangkau kelompok-kelompok masyarakat tertentu, termasuk kelompok yang selama ini menggunakan dukun beranak (atau dikenal juga dengan nama *paraji* di Jawa Barat). Namun, secara khusus mereka mengalami kesulitan dalam menjangkau paling tidak tiga kelompok masyarakat tertentu, yaitu (1) kelompok petani yang sedang bekerja di ladang yang jauh dari pemukiman, (2) kelompok nelayan yang sedang melaut ke luar daerah, dan (3) kelompok masyarakat yang masih mempercayai adat *se'i* (lihat Kotak 1).



### Kotak 1. Kepercayaan *Se'i*

*Se'i* yang secara harfiah berarti 'panggang' ini dilakukan setelah proses persalinan. Di TTS, si ibu harus tinggal dalam sebuah rumah bulat (atap dan dinding terbuat dari daun ilalang), sementara di Insana, TTU, si ibu tinggal dalam salah satu ruangan di dalam rumah. Di bawah tempat tidurnya, diletakkan tungku perapian yang panas. Suami biasanya sudah mulai menyiapkan kayu bakar pada saat usia kandungan sang istri sudah memasuki usia tujuh bulan. Masyarakat mengatakan bahwa si ibu dan bayi harus berada dalam kondisi di-*se'i* selama 40 hari. Bahkan, sang ibu tidak bisa keluar dari ruang *se'i*, kecuali sangat terpaksa. Jika ingin keluar dari ruangan, seluruh badan si ibu harus diselimuti kain atau selimut. Selama di-*se'i*, ibu juga harus makan makanan panas dan minum minuman panas. Jagung *bose* dianggap sebagai makanan pokok bagi ibu yang baru melahirkan agar kondisinya pulih dan ASI ibu banyak. Di Desa Sekon, Insana, TTU, para ibu harus makan bubur panas dan minum air panas.

Proses *se'i* ini mengakibatkan proses pelayanan KIA terganggu karena si anak tidak bisa mendapat imunisasi sampai proses ini selesai dalam 40 hari dan si ibu tidak dapat menjalani proses perawatan pascalahir. Hal inilah yang sangat disayangkan oleh para bidan desa. Namun, tradisi ini tampaknya masih sulit untuk dihilangkan di beberapa desa. Bahkan, di Desa Hauteas, Biboki Utara, TTU, ada beberapa ibu yang tetap bersikeras untuk memilih di-*se'i* meskipun hal tersebut dilarang oleh bidan desa, dan mereka bahkan memilih untuk tidak menggunakan jasa bidan dalam proses perawatan saat hamil, melahirkan, dan pascalahir.

Dinas Kesehatan, bidan, dan kader posyandu sebenarnya sudah menjelaskan bahaya *se'i* ini, yaitu si anak yang masih bayi dan si ibu bisa terkena penyakit pneumonia (sakit paru-paru) dan mengalami dehidrasi, kekurangan gizi, infeksi saluran pernapasan, dan kekurangan darah. Namun, terkadang hal ini sepenuhnya belum dapat diterima oleh sebagian masyarakat. Menurut penuturan peserta FGD di Desa Sekon, kadang kala karena si ibu harus melakukan panggang, tindakan bidan dapat menjadi bertolak belakang dengan *se'i*; misalnya, jahitan vagina yang dilakukan oleh bidan dapat memperlambat proses penyembuhan saat *se'i*.

Di wilayah seperti Desa Taunbaen, TTU, pada akhir musim kemarau, masyarakat setempat biasanya melakukan pembersihan lahan (*tofa rumput*) yang umumnya terletak jauh dari tempat tinggal sebelum menanam lahan tersebut dengan tanaman pangan maupun tanaman komersial dalam kurun waktu dua bulan. Ibu yang sedang hamil tua juga masih terlibat dalam aktivitas ini sehingga bidan desa tidak dapat menjangkau mereka karena lokasinya yang jauh dari pemukiman. Hal yang sama terjadi di Desa Oehela, Batu Putih, TTU. Karena tidak adanya lahan pertanian di desa ini, masyarakat umumnya membeli atau menyewa lahan pertanian di luar desa yang jaraknya bisa mencapai 10 km dari rumah mereka di desa. Masyarakat membangun rumah kebun di ladang mereka untuk ditempati selama musim persiapan lahan dan musim panen. Hal ini membuat bidan desa mengalami kesukaran untuk dapat menjangkau mereka.

Di Kabupaten Cirebon, nelayan seringkali harus mencari ikan jauh ke luar daerah. Hal ini disampaikan oleh seorang bidan koordinator di Mundu, Cirebon, Jawa Barat, "Apabila nelayan harus mencari ikan ke luar daerah, biasanya mereka membawa seluruh keluarganya. Dengan demikian, petugas akan sulit dalam memastikan rutinitas mereka melakukan pemeriksaan."

Di Kabupaten TTU dan Kabupaten TTS, masih ada kelompok yang mempercayai dan menjalankan adat *se'i*, sebagaimana disampaikan oleh seorang kepala puskesmas (laki-laki) di TTS, NTT: "Setelah melahirkan, masih banyak ibu dan bayi yang di-*se'i* selama 40 hari. Mereka dimasukkan dalam rumah bulat dan dipanaskan. Ibu dan anak dilarang keluar dari rumah bulat selama 40 hari yang mengakibatkan mereka tidak mengakses layanan KIA. Petugas kesehatanlah yang harus mendatangi mereka."

### 3.1.5 Pelayanan Tradisional

Meskipun jumlah dan fungsinya cenderung menurun, dukun beranak<sup>8</sup> masih tetap ada, sebagaimana disajikan dalam Tabel 4. Tabel tersebut juga mengindikasikan bahwa di NTT, ada wilayah yang jumlah dukunnya justru meningkat, seperti di Kecamatan Insana dan Kecamatan Kie untuk dukun beranak yang terlatih dan di Kecamatan Biboki Utara untuk dukun beranak tidak terlatih. Yang juga mengherankan adalah bahwa jumlah dukun beranak tidak terlatih di wilayah perkotaan (Kecamatan Alak dan Kecamatan Maulaffa) justru meningkat.

**Tabel 4. Jumlah Dukun Bayi/Beranak, Terlatih dan Tidak Terlatih**

Puskesmas	Kecamatan	Jumlah Dukun Bayi Terlatih		Jumlah Dukun Bayi Tidak Terlatih	
		2003	2005	2003	2005
<b>Jawa Barat</b>					
<b>Sumedang (data Podes)</b>					
Rancakalong	Rancakalong	34	29	0	0
Buahdua	Buahdua	23	23	1	0
Darmaraja	Darmaraja	33	30	2	0
<b>Cirebon (data Podes)</b>					
Susukan	Susukan	35	32	6	2
Mundu	Mundu	26	17	0	10
Cirebon Utara	Cirebon Utara	11	10	0	2
<b>NTT</b>					
<b>TTU (data Podes)</b>					
Lurasik	Biboki Utara	31	30	23	24
Oelolok	Insana	35	51	42	25
	Miomaffo Timur	90	78	59	33
<b>TTS (data Podes)</b>					
Kie	Kie	38	45	63	46
	Batuputih	28	25	2	29
<b>Kupang (data Podes)</b>					
Bakunase	Maulaffa	24	7	1	4
Alak	Alak	44	29	15	39

Sumber: Podes 2003 dan 2005 (diolah dari data per desa)

Di sebagian besar wilayah Jawa Barat, kecuali di wilayah terpencil, keberadaan dan peran dukun beranak semakin berkurang. Bahkan, keberadaannya cenderung semakin bergeser dari semula terlibat dalam proses persalinan menjadi hanya sebagai pembantu bidan dan lebih berperan mengurus ibu melahirkan dan bayinya atau sebagai pelengkap dari pelayanan yang diberikan oleh bidan. Berikut ini beberapa pernyataan masyarakat.

*Paraji hanya sebagai pendamping.* (FGD Kelompok Bapak, Sukaratu, Darmaraja, Sumedang, Jawa Barat)

*Masih ada sebagian [masyarakat yang memakai paraji] buat ngurut.* (FGD Kelompok Bapak, Sukaratu, Darmaraja, Sumedang, Jawa Barat)

*Masyarakat cenderung akan semakin banyak yang menggunakan bidan, selain karena regenerasi paraji tidak ada, juga karena alasan merasa lebih aman, memberikan perawatan dengan obat-obatan, dan peralatan yang lebih lengkap, seperti ada alat ukur tekanan darah, dikunjungi hingga pusar bayi lepas, serta pemberian pelayanan akte kelahiran.* (Kepala desa di Darmaraja, Sumedang, West Java)

<sup>8</sup>Dalam data Potensi Desa (Podes), dukun beranak disebut dukun bayi.

*Paraji itu biasanya hanya untuk upacara adat, seperti digeyong begitu. Ada juga upacara penguburan tali ari-ari juga dilakukan oleh paraji itu.* (FGD Kelompok Bapak, Mundu Pesisir, Mundu, Cirebon, Jawa Barat)

Adanya peraturan pemerintah bahwa proses persalinan hanya boleh dilaksanakan oleh bidan turut memperkecil peran dukun beranak. Di Kabupaten Sumedang, dukun beranak yang melayani proses persalinan harus membayar *panglob* (denda), sementara di Kecamatan Susukan, bidan malah akan memberikan uang sebesar Rp25.000–Rp50.000 kepada dukun beranak jika ia mau bekerja sama dengan bidan dalam menangani persalinan. Seorang dukun beranak di Darmaraja, Sumedang, Jawa Barat memberikan kesaksian berikut: “Dulu, tiap bulan ada rata-rata tiga persalinan, tapi sekarang setelah ada aturan harus berdampingan dengan bidan, sudah jarang.” Secara berkala, jumlah pelatihan yang diberikan oleh puskesmas kepada dukun beranak yang sudah ada dikurangi, sementara dukun beranak baru tidak mendapat pelatihan sama sekali.

Di NTT, dukun beranak—baik perempuan maupun laki-laki—masih terlibat pada saat kehamilan, terutama untuk memeriksa dan membetulkan letak janin, dan dalam proses persalinan. Pada Tabel 4, terlihat bahwa jumlah dukun beranak di beberapa kecamatan justru meningkat. Peningkatan ini disebabkan oleh kurangnya jumlah bidan desa dan sulitnya bidan desa mengakses warga yang tinggal di wilayah terpencil.<sup>9</sup>

Komunikasi dan kerja sama antara pemberi pelayanan (kesehatan) tradisional dan penyedia pelayanan KIA (modern) di sebagian besar wilayah penelitian telah terjalin dengan baik. Adanya kebijakan Pemerintah Kabupaten Sumedang bernama “Tri Mitra”, misalnya, telah memperkuat komunikasi dan kerja sama antara bidan desa, dukun beranak, dan kader posyandu (lihat bagian 3.2.4). Kebijakan ini juga telah mengurangi persaingan antara pemberi pelayanan kesehatan tradisional dan pemberi pelayanan KIA modern. Di Kabupaten Cirebon, dukun beranak sekarang turut dilibatkan dalam rapat koordinasi yang diselenggarakan setiap 3 bulan sekali di puskesmas. Baik bidan desa maupun dukun beranak di kabupaten ini mengaku tidak ada persaingan di antara mereka. Di NTT, dukun beranak bahkan juga menjadi kader posyandu.

## **3.2 Penggunaan dan Faktor yang Memengaruhi Penggunaan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak**

### **3.2.1 Pengetahuan dan Kesadaran Masyarakat tentang Pentingnya Pelayanan KIA Modern**

Secara umum, pengetahuan, pemahaman, dan kesadaran sebagian besar masyarakat di desa/kelurahan sampel tentang pentingnya pelayanan KIA modern sudah baik. Hanya di wilayah yang terpencil dan/atau banyak penduduk miskinnya, masih ada yang tidak menggunakan KIA modern. Akan tetapi, tidak ada masyarakat yang tidak pernah menggunakan fasilitas KIA modern sama sekali. Di antara seluruh pelayanan KIA modern yang ada, masyarakat telah mengakses paling tidak satu atau beberapa pelayanan KIA modern, sebagaimana disebutkan oleh seorang bidan desa di Darmaraja, Sumedang.

---

<sup>9</sup>Di Kecamatan Kie, ada tiga desa (Desa Falas, Desa Fatuulan, dan Desa Tesiafano) yang tidak memiliki bidan desa.

*Untuk ibu hamil, dapat dikatakan bahwa selurubnya telah melakukan pemeriksaan kesehatan secara rutin. Saat melahirkan memang masih ada yang menggunakan jasa paraji, akan tetapi selalu dibimbau agar selalu memberitabukan bidan. Sementara saat pascalahir, walaupun masih ada yang ditolong paraji, mereka tetap melakukan kontrol ke bidan.*

Pada saat hamil dan melahirkan, sebagian besar masyarakat memilih untuk dilayani oleh bidan desa dan pada saat pascalahir pun mereka memeriksakan diri dan bayinya ke bidan desa (lihat lampiran 13–15). Dalam diskusi dengan kelompok ibu dan kelompok bapak yang memiliki anak usia balita, bidan desa sering muncul pada urutan pertama sebagai pemberi pelayanan yang digunakan saat hamil, melahirkan, dan pascalahir, diikuti oleh dukun beranak di urutan kedua.<sup>10</sup> Di sebagian besar wilayah sampel, tidak ada perbedaan urutan pemberi pelayanan antara wilayah pedesaan terpencil dan pedesaan dengan akses mudah, ataupun wilayah perkotaan, baik di Jawa Barat maupun di NTT. Hal tersebut tergambar dalam beberapa pernyataan berikut ini.

*Kalau tidak ada Bidan Eulis, baru ke puskesmas; tapi, yang utama ke Bidan Eulis.*  
(FGD Kelompok Bapak, Sukaratu, Darmaraja, Sumedang, Jawa Barat)

*Kami selalu ke Bidan Tilde [nama seorang bidan desa di Desa Kuanek, TTU] karena dia selalu siap, tidak hanya di polindes pada jam pelayanan, tetapi juga pada malam hari jika ditelepon. Hujan-bujan pun kami pergi ke ibu bidan karena dari dia kami dapat semua pelayanan kesehatan mama-mama dan bayi di sini. Ibu bidan yang kasi suntik, imunisasi, obat dan ajar kami cara merawat bayi dan cara menyusui bayi. Banyak sekali kebaikan ibu bidan.* (FGD Kelompok Ibu, Kuanek, Miomaffo Timur, TTU, NTT)

Namun demikian, khusus di Desa Nagarawangi, Sumedang; Desa Jagapura Kidul, Cirebon; Desa Falas, TTS; dan Kelurahan Fatufetto, Kupang, dukun beranak muncul di urutan pertama pemberi pelayanan saat melahirkan. Dukun beranak juga muncul pada urutan pertama pemberi pelayanan pascalahir di desa-desa berikut: Desa Neglasari dan Desa Buahdua di Sumedang, Desa Jagapura Kidul dan Desa Mundu Pesisir di Cirebon, Desa Falas di TTS, dan Desa Naikolan di Kupang. Setelah melahirkan, masyarakat di NTT umumnya tidak banyak menggunakan dukun beranak; tidak seperti di Jawa Barat. Seorang laki-laki dari Desa Mundu Pesisir, Mundu, Cirebon, Jawa Barat membenarkan: “Iya. Begini, Pak. Kalau ke Ibu Dede dibantu oleh Ibu Ayu. Tapi, begitu di rumah, Bidan Dede dan Bu Ayu itu hanya ngontrol. Jadi, setelah itu saya dibantu Mbo’ Kunah sampai puput juga, sampai *digeyong*, dan upacara adat itu.” (FGD Kelompok Bapak)

Hal yang membedakan antara Jawa Barat dan NTT adalah tempat yang dipilih masyarakat untuk mendapatkan pelayanan bidan desa. Di Jawa Barat, pada saat hamil, masyarakat lebih banyak melakukan pemeriksaan di rumah/tempat praktik bidan desa, posyandu, atau puskesmas. Pada saat melahirkan, mereka datang ke tempat praktik bidan atau memanggil bidan ke rumah mereka. Di NTT, masyarakat sangat mengandalkan posyandu dan polindes untuk pemeriksaan pada saat hamil. Ketika melahirkan, mereka juga mengandalkan polindes atau memanggil bidan desa ke rumah mereka. Ketergantungan masyarakat NTT terhadap polindes adalah karena di NTT, polindes selalu buka dan siap melayani masyarakat setiap hari, sedangkan di Jawa Barat polindes hanya buka sekali atau dua kali seminggu saja.

---

<sup>10</sup>Data diolah dari empat FGD di setiap desa, yaitu dua FGD dengan kelompok ibu dan dua FGD dengan kelompok bapak, dan kemudian digabungkan menurut pedesaan dan perkotaan, serta akses (pedesaan dengan akses mudah, pedesaan dengan akses sulit, dan perkotaan).

Alasan masyarakat untuk memilih bidan desa dilandasi oleh pengetahuan bahwa pelayanan bidan secara medis bisa dipertanggungjawabkan. Jadi, masyarakat lebih memilih bidan desa karena bidan desa dapat melayani kelahiran berisiko, memiliki peralatan dan obat yang lengkap, dapat memberi “suntik sehat”, dan dapat memberi surat rujukan ke rumah sakit, selain karena mereka takut apabila anak pertama mereka ditangani oleh dukun beranak. Selain itu juga, alasan lain masyarakat memilih bidan desa adalah karena biaya persalinan dapat dicicil meskipun biayanya relatif lebih mahal daripada biaya persalinan dukun beranak; takut dengan denda; takut bila tidak melahirkan dengan bidan desa, sesudahnya bidan tidak bersedia memeriksa lagi; dan mendapatkan fasilitas lain seperti akta kelahiran, perlengkapan bayi, dan tindak bagi anak perempuan. Beberapa pernyataan berikut ini menggambarkan hal tersebut.

*Kalau tensi darahnya tinggi atau kehamilan berisiko, ibu bidan bisa tangani. Penanganan lebih cepat. Ibu bidan juga kasi “suntik sehat” setelah ibu melahirkan. (FGD Kelompok Ibu, Susukan, Susukan, Cirebon, Jawa Barat)*

*Bidan punya alat lengkap. Ada infus, ukur tensi darah, suntikan, obat, alat timbang bayi. Bidan juga sedia kamar di polindes buat mama-mama yang baru melahirkan. (FGD Kelompok Ibu, Kuanek, Miomaffo Timur, TTU, NTT)*

*Biaya melahirkan dengan bidan memang lebih mahal, untungnya bisa dicicil. Ngutang dulu kalau belum punya uang. (FGD Kelompok Bapak, Sukaratu, Darmaraja, Sumedang, Jawa Barat)*

*Biaya melahirkan dengan Rp350.000 dengan bidan sudah termasuk pembuatan akta kelahiran. (FGD Kelompok Ibu, Neglasari, Darmaraja, Sumedang, Jawa Barat)*

*Jika tidak pakai bidan nanti bidan marah. (FGD Kelompok Bapak, Hauteas, Biboki Utara, TTU, NTT)*

*Takut kalau tidak melahirkan dengan bidan, nanti kalau ada apa-apa, misalnya anak sakit, bidan tidak mau periksa. (FGD Kelompok Ibu, Oehela, Batu Putih, TTS, NTT)*

Sebagian besar masyarakat sudah mengimunisasi anak mereka dengan bantuan bidan desa. Imunisasi paling banyak dilakukan di posyandu (lihat Lampiran 16). Kesadaran masyarakat yang cukup tinggi untuk mengimunisasi anak mereka terbukti ketika mereka tidak dapat membawa anaknya ke posyandu dan jadwal imunisasi anak terlewatkan, para ibu akan membawa anak mereka ke polindes atau puskesmas terdekat. Bahkan di Jawa Barat, mereka pergi ke tempat praktik bidan untuk mendapatkan imunisasi. Pengetahuan tentang imunisasi bahkan juga dipahami beberapa bapak yang mengetahui jumlah dan jenis-jenis imunisasi yang diberikan kepada anak mereka. Berikut beberapa pernyataan masyarakat.

*Semua anak diimunisasi di posyandu. Ada BCG, hepatitis, polio, dan campak. (FGD Kelompok Ibu, Taunbaen, Biboki Utara, TTU, NTT)*

*Pokoknya anak harus lengkap imunisasinya, sampai selesai. Kalau jadwal imunisasi pasti, semua hadir kecuali anak sedang sakit. (FGD Kelompok Bapak, Gegesik Kulon, Gegesik, Cirebon, Jawa Barat)*

Namun demikian, masih ada sebagian kecil balita yang pada awalnya tidak diimunisasi karena orang tua mereka takut badan anaknya akan menjadi panas setelah diimunisasi dan merepotkan mereka. Untuk kasus seperti ini, bidan desa atau kader posyandu akan mengupayakan agar anak tersebut tetap mendapat imunisasi dengan cara menjemput langsung peserta. Di beberapa daerah, bahkan kepala dusun ikut turun tangan untuk menjemput para ibu agar hadir di posyandu untuk mengimmunisasi anak mereka. Hal ini digambarkan oleh pernyataan-pernyataan berikut ini.

*Ada memang anak yang tidak diimmunisasi karena takut panas setelah diimmunisasi, apalagi setelah libat di TV ada yang meninggal dan lumpuh setelah diimmunisasi; makanya ada masyarakat yang takut. (FGD Kelompok Ibu, Jagapura Kidul, Gegecik, Cirebon, Jawa Barat)*

*Takut anak panas lalu malam harinya rewel dan nangis-nangis setelah disuntik. (FGD Kelompok Bapak, Tangkil, Susukan, Cirebon, Jawa Barat)*

Pengetahuan dan kesadaran masyarakat untuk menimbang bayi/balita sudah baik dan sebagian besar masyarakat mengandalkan posyandu untuk hal ini (Lampiran 17). Warga perkotaan yang mampu, seperti sebagian warga di Kota Kupang, membawa anak mereka ke dokter spesialis kandungan untuk ditimbang sekaligus diimmunisasi. Berikut kesaksian mereka.

*Semua anak-anak ditimbang di posyandu atau polindes. Kami mau tabu anak masuk gizi buruk atau tidak. (FGD Kelompok Ibu, Kuanek, Miomaffo Timur, TTU, NTT)*

*Anak ditimbang di posyandu dan beratnya dicatat kader di buku. (FGD Kelompok Bapak, Bojongloa, Buahdua, Sumedang, Jawa Barat)*

Pengetahuan masyarakat tentang pencegahan gizi buruk dan perawatan gizi sudah baik. Sebagian besar masyarakat mendapat pengetahuan gizi dari posyandu dan bidan desa. Di sebagian besar posyandu, masyarakat bahkan secara sukarela membayar iuran untuk PMT. Masyarakat juga mengetahui bahwa bila ada balita yang kekurangan gizi, balita tersebut akan dirawat di puskesmas yang ditunjuk atau akan langsung dirujuk ke rumah sakit yang ada di kabupaten (lihat Lampiran 18). Berikut beberapa pernyataan terkait hal tersebut.

*Biasanya anak-anak yang sudah kena garis merah atau berat badannya kurang nanti kader atau ibu bidan suruh ke puskesmas. Anak dapat susu selama beberapa bulan supaya berat badan naik. Bapak Kuru (kepala desa) juga kadang kasih makanan di Kantor Balai Desa; ibu-ibu yang masak. (FGD Kelompok Ibu, Susukan, Susukan, Cirebon, Jawa Barat)*

*Kalau ada anak gizi buruk di sini, nanti ibu bidan kasi vitamin. Kader juga kasi makanan. Atau, orang tua disuruh bawa anak ke puskesmas atau di Soe [Kabupaten TTS], ada tempat untuk menampung anak gizi buruk. (FGD Kelompok Bapak, Oenay, Kie, TTS, NTT)*

Walaupun pengetahuan masyarakat NTT tentang gizi sudah cukup baik, terbatasnya kemampuan ekonomi menyebabkan mereka kurang memberikan asupan makanan yang bergizi pada anaknya. Kenyataan bahwa masih ada cukup banyak anak gizi kurang, gizi buruk, dan busung lapar di tiap desa, antara 10–40 kasus, menunjukkan adanya masalah

dalam memenuhi kebutuhan gizi ini. Selain itu, banyaknya bantuan berupa susu kaleng, beras, dan telur untuk anak-anak yang kurang gizi menyebabkan para ibu untuk cenderung membiarkan anaknya dalam kondisi kurang gizi dan mereka “senang” jika anak mereka termasuk ke dalam kategori anak bergizi kurang seperti yang terjadi di Desa Oenenu dan sebagian daerah Biboki Utara, TTU. Berikut beberapa kesaksian tentang hal tersebut.

*Saya melihat jumlah anak-anak yang kekurangan gizi di kecamatan ini cenderung bertambah. Menurut saya, kendalanya lebih banyak pada kesadaran ibu-ibu untuk memperhatikan makanan anak-anaknya rendah dan nampak gejala di mana dengan adanya banyak bantuan untuk anak-anak kurang gizi, ibu-ibu cenderung membiarkan anaknya kurang gizi untuk mendapat bantuan. (Kepala (perempuan) sebuah puskesmas di Biboki Utara, TTU)*

*Penambahan makanan bergizi untuk anak (di posyandu) tidak gratis. Kami ekonomi sudah lemah jadi disuruh bayar. Sulit. (FGD Kelompok Bapak, Oehela, Batu Putih, TTS, NTT)*

*Kami tidak puas karena anak gizi buruk saja yang mendapat bantuan. Anak saya menang lomba bayi sehat malah tidak dapat apa-apa. Belum lagi ibu-ibu yang dapat bantuan sering kasi iri kami yang tidak dapat bantuan. (FGD Kelompok Ibu, Oenenu, Miomaffo Timur, TTU, NTT)*

Sebagai ujung tombak pelayanan KIA modern bagi masyarakat, ternyata posyandu di sebagian besar wilayah sampel kurang diminati masyarakat. Hal ini ditunjukkan oleh kehadiran masyarakat di posyandu yang masih kurang dari target. Berdasarkan hasil pengamatan di beberapa posyandu, tingkat kehadiran masyarakat di posyandu berkisar antara 29%–95% dan di wilayah perkotaan, tingkat kehadiran masyarakat di posyandu justru lebih rendah (Tabel 5). Di NTT, karena posyandu merupakan andalan utama masyarakat, tingkat kehadiran masyarakat di posyandu lebih tinggi. Seorang kader posyandu berkomentar tentang tingkat kehadiran masyarakat di posyandu: “Pada dasarnya, semua pernah ke posyandu, namun di setiap kegiatan tingkat kehadiran hanya berkisar sekitar 50% dari total balita yang terdaftar” (Kader posyandu, Jagapura Kidul, Gegesik, Cirebon, Jawa Barat).

Beberapa di antara alasan mengapa masyarakat tidak menggunakan pelayanan posyandu adalah (1) anak takut dimasukkan ke timbangan (*dacin*), (2) timbangan dinilai salah, (3) anak sakit, (4) malas karena imunisasi sudah lengkap (untuk anak di atas tiga tahun), (5) tidak ada PMT, (6) tempat tidak menarik atau tidak ada tempat bermain anak (Bojongloa, Sumedang), (7) biasa dijemput kader posyandu atau aparat desa, (5) sibuk bekerja atau repot; misalnya, berjualan di pasar, melaut, atau panen, (6) tidak ada yang mengantar; misalnya, karena ibu menjadi TKI dan nenek yang dititipi sudah tua dan tidak sanggup ke posyandu, (7) persepsi yang salah tentang penimbangan balita, yaitu tidak ada hubungannya dengan kesehatan, (8) malu ke posyandu karena kebiasaan memiliki anak banyak–lebih dari lima–dan melahirkan pada usia di atas 45 tahun<sup>11</sup> (Mundu Pesisir, Cirebon), dan (9) jalan becek atau banjir selama musim hujan sehingga sungai tidak bisa diseberangi. Berikut beberapa pernyataan yang mendukung hal-hal tersebut.

*Saat jadwal posyandu, ibu-ibu sedang jual kain di Tegal Gubug. Mereka lebih perhatikan cari uang. Ada juga yang malas. Sudah diajak, tapi tidak mau, walau sudah diumumkan oleh bapak RW lewat speaker keliling. (FGD Kelompok Ibu, Susukan, Susukan, Cirebon, Jawa Barat)*

<sup>11</sup>Di Desa Mertasinga, Kecamatan Gunung Jati, seorang peserta FGD berusia 45 tahun sedang mengandung anak kedelapannya.

*Malas ke posyandu. Berat anak tidak naik-naik ... Mungkin timbangannya salah. Apalagi kalau tidak ada makanan tambahan [PMT], yang datang setengahnya. Beda kalau ada makanan, penuh, sampai antri. (FGD Kelompok Ibu, Bojongloa, Buahdua, Sumedang, Jawa Barat)*

*Orang tua menganggap anaknya sehat, jadi tidak perlu ditimbang. Tidak ada pengaruh. (FGD Kelompok Bapak, Jagapura Kidul, Gegecik, Cirebon, Jawa Barat)*

*Biasanya ibu-ibu yang tidak antar anak ke posyandu itu karena harus jalan jauh, apalagi kalau musim hujan dan banjir, pasti makin sulit. Kalau sedang panen atau sibuk tanam atau kasi bersih rumput, juga tidak pergi ke posyandu. (FGD Kelompok Bapak, Falas, Kie, TTS, NTT)*

**Tabel 5. Tingkat Kehadiran di Posyandu Saat Pengamatan Lapangan**

Nama Posyandu	Desa/Kelurahan	Jumlah Balita Terdaftar	Jumlah Balita yang Hadir Saat Pengamatan	% Kehadiran
<b>Sumedang</b>				
Arwana IV	Nagarawangi	47	38	80,85
Merpati 2	Pamekaran	16	9	56,25
Tampomas 1	Buahdua	72	65	90,28
<b>(Tidak diamati)</b>	Bojongloa	-	-	-
Tulip 2	Neglasari	108	59	54,63
Flamboyan 1	Sukaratu	100	49	49,00
<b>Cirebon</b>				
Gandarasa V	Gegecik Kulon*	-	-	-
Merpati III	Jagapura Kidul	107	40	37,38
Sumber Jaya	Susukan	58	45	77,59
<b>(Tidak diamati)</b>	Tangkil	-	-	-
<b>(Tidak diamati)</b>	Mundu Pesisir	-	-	-
Lawang Mas	Mertasinga	56	47	83,93
<b>TTU</b>				
<b>(Tidak diamati)</b>	Taunbaen	-	-	-
Pos 1	Hauteas	75	44	58,67
Posyandu A dan B	Sekon	143	126	88,11
<b>(Tidak diamati)</b>	Susulaku	-	-	-
Tekin 1	Oenenu	99	90	90,90
Posyandu B	Kuanek	60	57	95,00
<b>TTS</b>				
Posyandu A	Falas	57	53	92,98
Pos II Feuknoni	Oenay	140	128	91,43
Boentuka	Boentuka	19**	19**	100
<b>(Tidak diamati)</b>	Oehela	-	-	-
<b>Kupang</b>				
Sehati	Naikolan	110	41	29,29
Melati 2	Fatufetto	125	45	36,00

Sumber: Hasil pengamatan posyandu selama penelitian lapangan

Keterangan: Beberapa posyandu tidak dapat diamati karena tanggal penyelenggaraannya berada di luar jadwal penelitian lapangan.

\*Catatan jumlah kehadiran anak balita di posyandu ini sulit diverifikasi sehingga tidak dicantumkan dalam tabel.

\*\* Hanya ibu hamil



Meskipun pengetahuan dan kesadaran masyarakat tentang KIA modern sudah baik dan sebagian besar dari mereka telah menggunakan pelayanan KIA modern, masih ada sebagian masyarakat yang hanya menggunakan jasa dukun beranak. Selain itu, sebagian masyarakat lainnya melahirkan hanya dengan bantuan suami, orang tua, atau saudara, sementara sebagian lainnya lagi merasa perlu didampingi dukun beranak ketika melahirkan dengan bantuan bidan desa. Seorang laki-laki dari Desa Sukaratu, Darmaraja, Sumedang, Jawa Barat menyatakan “Masih ada yang lahir di *paraji*, tapi selalu didampingi bidan” (FGD Kelompok Bapak).

Di atas, telah dijelaskan bahwa masyarakat sudah memiliki pengetahuan yang memadai mengenai berbagai pelayanan KIA modern, seperti persalinan yang aman, imunisasi, penimbangan berat bayi, makanan bergizi, ASI, dan KB. Karena bidan desa dan kader posyandu merupakan tenaga kesehatan yang bisa mereka temui bahkan hampir setiap hari, tidak heran kalau informasi mengenai berbagai jenis pelayanan di atas terutama mereka peroleh dari bidan dan kader posyandu tersebut. Mereka juga banyak mendapatkan informasi tersebut dari puskesmas, dokter, dan, khusus untuk masalah KB, petugas lapangan keluarga berencana (PLKB). Tidak sedikit juga dari masyarakat yang mendapatkan informasi dari televisi, koran, buku, poster, atau selebaran. Aparat desa, ibu-ibu PKK, keluarga, tetangga, atau teman juga mempunyai andil dalam menyebarkan informasi tentang berbagai jenis pelayanan KIA di atas meskipun tidak seefektif aktor-aktor yang disebutkan sebelumnya.

Dari sekian banyak sumber informasi tersebut, bidan menempati peringkat pertama sebagai sumber informasi paling dipercaya masyarakat. Posisi kedua ditempati oleh kader posyandu, diikuti oleh dokter. Besarnya kepercayaan masyarakat kepada bidan tampaknya bisa dipahami karena bidan juga setia merawat dan memperhatikan kesehatan mereka dari waktu ke waktu, di samping karena bidan adalah aparat kesehatan formal.

Masyarakat mendapatkan informasi dari para aktor tersebut pada saat berhubungan untuk kepentingan medis atau dalam berbagai pertemuan formal atau informal. Namun, masyarakat tidak pernah mendapatkan informasi melalui program sosialisasi yang sengaja dirancang untuk menyebarkan informasi mengenai KIA modern.

### **3.2.2 Kendala Akses Fisik dan Keuangan**

Keterpencilan (akses fisik yang susah) merupakan kendala utama masyarakat dalam mengakses KIA modern sehingga mereka tidak menggunakan KIA modern. Keterpencilan ini disebabkan oleh beberapa hal berikut: (1) jarak yang jauh ke tempat pelayanan KIA modern, selain kondisi jalan yang buruk, berbukit, terkadang harus melewati sungai tanpa jembatan, dan melewati hutan; (2) tidak adanya transportasi—adapun, biayanya mahal (Rp8.000–Rp40.000 p.p.); (3) tidak adanya listrik sehingga jalan gelap dan rawan perampokan; (4) ketiadaan bidan desa; dan (5) masyarakat hanya dapat mengandalkan posyandu atau pusling, atau petugas puskesmas yang tidak setiap waktu ada. Kondisi ini didukung oleh beberapa pernyataan berikut.

*Lokasi bidan terlalu jauh [sekitar 4 km], bahkan ada pencuri di malam hari. Itu sebabnya kami takut untuk pergi ke sana di malam hari. Jalan ke sana pun sangat jelek. Mau mati rasanya kalau jalan ke sana. Selain itu, masyarakat harus menyebrangi sungai yang tidak ada jembatannya, sehingga ketika musim hujan, otomatis mereka tidak dapat menyeberang dan menjangkau fasilitas kesehatan tersebut. (FGD Kelompok Bapak, Hauteas, Biboki Utara, TTU, NTT)*

*Jalan ke puskesmas atau ke sarana kesehatan itu harus baik, kami punya jalan jelek mau mati. Kalau malam ke bidan sulit, jaraknya jauh. Jadi, kami pakai dukun [beranak] saja. (FGD Kelompok Bapak, Hauteas, Biboki Utara, TTU, NTT)*

*... Dengan kondisi ekonomi masyarakat yang rata-rata rendah, apalagi dengan jarak yang jauh dan kondisi jalan yang kurang baik terutama pada musim hujan di mana biasanya jalan becek dan harus melewati kali/sungai tanpa jembatan, pada saat-saat seperti ini, terkadang mereka harus mengambil sikap untuk tidak menggunakan pelayanan kesehatan yang ada. (Kepala puskesmas (perempuan) di TTU, NTT)*

Jarak yang jauh menyebabkan ibu yang akan segera melahirkan tidak sempat menunggu kedatangan bidan, apalagi bila bidan tidak ada di tempat ketika diperlukan. Hal ini menyebabkan mayoritas ibu lebih memilih dukun beranak.

Selain kendala akses fisik, kendala akses keuangan, seperti mahalnya biaya melahirkan, dan keharusan bekerja jauh dari pemukiman juga menjadi kendala utama dalam menggunakan pelayanan KIA modern. Di beberapa desa sampel, hal ini terutama karena biaya melahirkan yang ditetapkan oleh bidan desa relatif lebih mahal daripada biaya melahirkan dengan dukun beranak. Biaya melahirkan yang ditetapkan bidan desa di Jawa Barat dan di NTT masing-masing adalah Rp400.000–Rp600.000 dan Rp50.000–Rp100.000, sementara dukun beranak menarifikasi maksimal sebesar Rp100.000 di Jawa Barat dan Rp50.000 di NTT untuk jasanya. Hal ini didukung oleh beberapa pernyataan berikut.

*Kita ibu bidan datang dong [mereka] kasih duit. Mau kasih apa, istilahnya “uang tempat sirih”. “Uang sirih pinang”. Dia mau kasih itu “uang sirih pinang”. Bagaimana mau kasi? Sulit sekali. Kendalanya di situ. Jadi lebih baik dong ke dukun [beranak], supaya dong omongnya kekeluargaan, gitu. (Bidan desa, Batu Putih, TTS)*

*Alasan memakai jasa dukun beranak, yah karena masalah biaya. Kalau pakai dukun beranak lebih murah, mungkin juga karena faktor kepercayaan. (FGD Kelompok Bapak, Jagapura Kidul, Gegesik, Cirebon, Jawa Barat)*

*Di wilayah Kecamatan Darmaraja, masih ada ibu-ibu yang menggunakan jasa dukun beranak karena alasan biaya yang relatif lebih murah, yaitu hanya setengahnya dari [biaya] jasa bidan, dan pelayanan dukun [beranak] biasanya diberikan lebih lama. (Kepala puskesmas (laki-laki), Sumedang, Jawa Barat)*

*Yang tidak melahirkan di bidan karena tidak punya biaya dan jauh dari rumah. (FGD Kelompok Bapak, Mundu Pesisir, Mundu, Cirebon, Jawa Barat)*

Bila biaya ini dibandingkan dengan penghasilan mereka sebagai buruh tani, buruh kasar lainnya, atau nelayan, memang biaya ini terasa berat. Sebagai gambaran, penghasilan nelayan di Cirebon berdasarkan musim dan selama beberapa bulan, mereka sering tidak melaut disebabkan oleh musim angin barat, sementara sebagai buruh tani, masyarakat hanya memperoleh Rp20.000 per hari. Meskipun biaya melahirkan di NTT relatif murah menurut ukuran nasional, biaya tersebut tetap dirasa sangat mahal oleh masyarakat setempat, mengingat rendahnya kemampuan ekonomi masyarakat dan ketidaksuburan lahan di sebagian besar desa, seperti digambarkan oleh seorang kepala desa di Batu Putih, TTS, “Lahir di Oehela ibarat sudah langsung masuk neraka.”

Adanya Askeskin ternyata tidak secara serta-merta membuat masyarakat langsung menggunakan pelayanan KIA modern karena pada kenyataannya Askeskin tidak mencakup semua keluarga miskin dan hanya berlaku untuk melahirkan anak pertama saja, sementara banyak kelompok masyarakat miskin yang memiliki anak lebih dari satu. Bahkan, di beberapa wilayah, ada yang memiliki banyak anak (wilayah pesisir Kabupaten Cirebon). Berikut penggambaran kondisi tersebut oleh seorang bidan di Biboki Utara, TTU.

*Biasanya yang tidak mampu ke bidan atau ke puskesmas adalah mereka yang sangat miskin tapi tidak mendapat kartu Askeskin. Jumlah mereka cukup banyak karena yang mempunyai kartu Askeskin di desa ini hanya 141 KK [dari total 391 KK]. Memang mereka bisa mendapat pelayanan gratis asal mengurus pembuatan SKTM [surat keterangan tidak mampu], tapi ternyata tidak banyak yang mau mengurus hal ini.*

Di sebagian wilayah Kabupaten Sumedang, terlepas dari tujuan positif kebijakan “Tri Mitra”, biaya untuk proses persalinan yang ditangani oleh bidan bersama dengan dukun beranak dan kader posyandu, menurut masyarakat, menjadi lebih mahal. Selama ini, bila dengan bidan saja, mereka hanya membayar bidan saja, sementara sekarang mereka juga harus mengeluarkan biaya untuk dukun beranak, yaitu dengan tambahan biaya sekitar Rp100.000, dan kader posyandu (yang biasanya diambil dari biaya bidan).

Khususnya di TTU dan TTS, kegiatan bertani di tempat yang terletak jauh dari pemukiman membuat masyarakat sulit untuk mengakses pelayanan KIA modern. Di wilayah seperti Desa Taunbaen, TTU, pada akhir musim kemarau, masyarakat setempat biasanya melakukan pembersihan lahan yang umumnya terletak jauh dari tempat tinggal sebelum menanam lahan tersebut dengan tanaman pangan maupun tanaman komersial dalam kurun waktu dua bulan. Ibu yang sedang hamil tua juga masih terlibat dalam aktivitas ini. Pada saat akan melahirkan, ibu hamil tidak sempat untuk kembali ke rumah atau diantar ke bidan desa atau polindes sehingga sering terjadi seorang ibu melahirkan di ladang dan hanya dibantu oleh suami atau dukun beranak yang bisa segera dipanggil. Di Desa Oehela, Batu Putih, TTU, karena tidak adanya lahan pertanian, masyarakat umumnya membeli atau menyewa lahan pertanian di luar desa yang jaraknya bisa mencapai 10 km dari rumah mereka di desa. Masyarakat membangun rumah kebun di ladang mereka untuk ditempati selama musim persiapan lahan dan musim panen. Jika mereka membutuhkan pelayanan kesehatan, misalnya si ibu akan melahirkan atau si anak sedang demam, mereka tidak mempunyai pilihan lain selain memanggil dukun beranak atau hanya mengandalkan suami (untuk proses persalinan). Kesaksian seorang perempuan dari Desa Oehela, Batu Putih, TTS, NTT terkait hal tersebut: “Saya pakai dukun [beranak] karena saat melahirkan sedang di rumah kebun dan saat itu sedang hujan. Suami saya yang panggil dukun [beranak] untuk bantu saya” (FGD Kelompok Ibu).

### **3.2.3 Kualitas Pelayanan KIA Modern**

Tidak dapat dipungkiri bahwa pilihan masyarakat terhadap berbagai fasilitas KIA juga dipengaruhi oleh kinerja pelayanan itu sendiri yang diukur salah satunya dari tingkat kepuasan masyarakat. Bagi masyarakat, ukuran kepuasan dan kualitas pelayanan yang baik adalah ramah terhadap pasien, biayanya murah dan bisa dicicil jika tidak mampu, tempat praktiknya bagus dan bersih, antrinya tidak terlalu lama, obatnya manjur, bisa memberi pelayanan 24 jam jika dibutuhkan, dan fasilitas yang lengkap. Berdasarkan kriteria tersebut, Tabel 6 menyajikan tingkat kepuasan masyarakat terhadap pelayanan KIA modern.

**Tabel 6. Tingkat Kepuasan terhadap Pelayanan KIA Modern**

Pemberi Pelayanan	Tingkat Kepuasan	Alasan
Bidan desa	Pada umumnya puas	Proses persalinan tidak menimbulkan efek sakit sesudahnya karena diberi suntikan; bidan desa memiliki peralatan yang lengkap (ada infus, pengukur tensi, penyedot air ketuban), dapat memberikan surat rujukan ke puskesmas atau rumah sakit jika ada masalah, bisa menyembuhkan penyakit anak, memberikan obat yang kualitasnya bagus, melayani dengan ikhlas dan tulus, sabar menunggu sampai pagi, teliti, dan obatnya cocok; kehadirannya tepat waktu dan tidak perlu disusul; bidan desa baik, sabar, ramah, dan cekatan; bidan desa melakukan kontrol ke rumah; biaya pelayanan bidan desa termasuk akta (di beberapa tempat, pasien diberi tas dan mendapat jasa melubangi telinga/tindik); biaya dapat diangsur; bidan desa membolehkan suami pasien untuk menunggui istri saat melahirkan, sering bertanya pada pasien dan pasien mendapat penjelasan, dan cantik.
	Sebagian kecil tidak puas	Bidan desa tidak ada ketika pasien membutuhkan dan kurang teliti; pasien JPS (Jaring Pengaman Sosial) sering dinomorduakan; biaya pelayanan bidan desa harus lunas sekaligus (tidak dapat diangsur); obat tidak manjur; bidan judes, tidak sabar, tidak menemani pasien ketika pasien kesakitan menunggu <i>partus</i> , dan kasar saat membantu persalinan.
Kader posyandu	Pada umumnya puas	Kader posyandu merupakan bagian dari masyarakat sehingga mereka memperhatikan masyarakat; mereka juga mendatangi/menyusul masyarakat yang tidak hadir, bersegera dalam menyampaikan bantuan, mengumumkan kegiatan, memberi pelayanan KIA sebelum ke bidan desa, dan ramah.
Posyandu	Pada umumnya puas	Posyandu diselenggarakan setiap bulan sekali; selalu ada bidan selama penyelenggaraan; balita ditimbang dan diimunisasi; imunisasi diselenggarakan tepat waktu dan dosisnya bagus; ada PMT; jumlah kadernya cukup; timbangannya bagus.
	Sebagian kecil tidak puas	Tidak ada PMT (di posyandu tertentu, anak malahan diberi <i>chiki</i> ); tidak ada vitamin; petugas dari puskesmas sering terlambat; dosis imunisasi tidak tepat.
Puskesmas	Sebagian tidak puas	Pelayanan diberikan seperlunya; pemeriksaan tidak teliti karena banyaknya pasien; pasien Askeskin/Gakin (JPK Gakin–Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Keluarga Miskin) <sup>12</sup> kurang diperhatikan; antrean panjang; bidan berganti-ganti; terkadang, petugas salah memberi obat dan kurang ramah.
	Sebagian puas	Biaya pelayanan gratis/murah; ada dokter; bidan banyak dan ada yang ramah; tempat bersih; pelayanan bagus; pasien antre menurut nomor; pasien cepat sembuh; bila minta obat yang bagus diberi obat bagus; obatnya manjur; antreannya adil; pemeriksaannya teliti; perawatnya baik; dokternya komplrit: dokter anak dan dokter gigi; ada fasilitas periksa darah.
Pustu	Pada umumnya tidak puas	Obatnya tidak manjur.
	Sebagian kecil puas	Peralatannya lengkap.
RSU	Pada umumnya tidak puas	Pasien Askeskin/Gakin kurang diperhatikan; pasien harus menyediakan uang muka (jika ada uang, baru ada pelayanan); rumah sakit sekarang cenderung “tidak memiliki perasaan lagi”; perawat dan petugas administrasi kurang ramah/judes; harga obat mahal.
	Sebagian kecil puas	Peralatannya canggih; ada dokter dan dokternya baik; obatnya lengkap; obat untuk pasien Askeskin/Gakin dan pasien umum tidak dibedakan; tempat/fasilitas bagus; ada vitamin kurang darah; ada pemeriksaan kandungan; pasien mendapat pemeriksaan USG; dokternya ganteng.
Praktik dokter	Pada umumnya puas	Walau biaya lebih mahal, hasilnya memuaskan: obatnya bagus, pemeriksaannya teliti dan tepat waktu (sesuai dengan jadwal), ada pemberian vitamin, dan pasien mendapat pemeriksaan USG.

Sumber: Rangkuman hasil FGD

<sup>12</sup>Sebuah program pemerintah yang ditujukan untuk mendanai pemeliharaan kesehatan keluarga miskin

Pada umumnya, masyarakat merasa puas dengan pelayanan yang diberikan oleh bidan desa dan polindes. Alasan mereka adalah karena bidan desa dapat membantu proses persalinan yang tidak menimbulkan efek sakit sesudahnya dengan memberikan suntikan, memiliki peralatan yang lengkap (ada infus, pengukur tensi, penyedot air ketuban), dapat memberikan surat rujukan ke puskesmas atau rumah sakit jika ada masalah, bisa menyembuhkan penyakit anak, mampu memberikan obat yang kualitasnya bagus, melayani dengan ikhlas dan tulus, sabar menunggu sampai pagi, teliti, dan perhatian. Masyarakat juga merasa senang karena biayanya juga dapat dicicil. Hal tersebut dapat dilihat dari beberapa pernyataan berikut ini.

*Ibu Bidan Yuliana mau datang jam berapapun kalau dipanggil. Dia melayani kita 24 jam, bahkan mau datang ke dusun kita yang jauh ini* (FGD Kelompok Ibu, Oenay, Kie, TTS, NTT)

*[Bidan Dede] sabar, telaten, fasilitas memadai, biaya bisa nyicil, sejak hamil besar boleh nabung, dan bisa konsultasi.* (FGD Kelompok Ibu, Mundu Pesisir, Mundu, Cirebon, Jawa Barat)

Ketidakpuasan terhadap pelayanan bidan desa sering berkaitan dengan karakter bidan yang bersangkutan, obat dari bidan yang tidak manjur, pengalaman bidan yang kurang memadai, kesulitan untuk menjangkau bidan, dan bidan yang tidak selalu ada di tempat. Karakter bidan yang dimaksud oleh masyarakat adalah sifat tidak sabar dan tidak ramah dari bidan tersebut. Saat si ibu *muku/ngejan* (akan melahirkan), biasanya ia menghendaki kesabaran dan keramahan. Sebagian bidan desa yang rata-rata berumur lebih muda dari dukun beranak dinilai kurang berpengalaman.

Hampir semua masyarakat merasa puas dengan pelayanan kader posyandu. Selain dinilai memuaskan dalam memberikan pelayanan penimbangan bayi dan memasak bagi anak-anak di posyandu, para kader posyandu juga dinilai mampu memberikan penyuluhan dan cukup perhatian, serta aktif menyampaikan informasi kepada warga, bahkan mereka sampai menjemput warga pada saat kegiatan posyandu.

Di Desa Sekon, Insana, TTU, masyarakat sering merasa kecewa terhadap petugas dari puskesmas yang tidak hadir pada saat pelaksanaan posyandu karena artinya kegiatan imunisasi harus ditunda sampai pelaksanaan posyandu pada bulan berikutnya. Masyarakat juga merasa kecewa karena petugas puskesmas sering terlambat hadir.<sup>13</sup>

Sebagian masyarakat tidak puas terhadap fasilitas pelayanan KIA di luar desa, terutama puskesmas dan rumah sakit rujukan. Alasannya adalah berkaitan dengan karakter pemberi pelayanan (kurang teliti, tidak ramah), antrean yang panjang, penerima Askeskin yang terkadang disepelekan, obat yang tidak manjur, dan jenis obat yang diberikan sama untuk penyakit yang berbeda. Berikut ini beberapa contoh kasusnya.

*Kurang puas karena kurang teliti, kurang ramah, dan kadang judes.* (FGD Kelompok Bapak, Sukaratu, Darmaraja, Sumedang, Jawa Barat)

*Dulu puskesmas bayar. Sekarang gratis, tapi kadang buat peserta JPS kadang disepelekan.* (FGD Kelompok Bapak, Sukaratu, Darmaraja, Sumedang, Jawa Barat)

---

<sup>13</sup>Pernah terjadi, petugas baru tiba jam 14.00, padahal para ibu dan anak sudah menunggu sejak jam 8.00.

*Saya agak kecewa karena dulu waktu pendaraban, saya sudah masuk malah harus ada duit dulu baru dilayani. (FGD Kelompok Bapak, Sukaratu, Darmaraja, Sumedang, Jawa Barat)*

*Ya, sabar. Baik sih baik. Hanya karena kebanyakan pasien saja, harus antri. Puskesmas penuh. (FGD Kelompok Ibu, Sukaratu, Darmaraja, Sumedang, Jawa Barat)*

*Kurang respon. Kurang tanggap. (FGD Kelompok Bapak, Sukaratu, Darmaraja, Sumedang, Jawa Barat)*

Meskipun demikian, sebagian masyarakat lainnya merasa puas terhadap pelayanan puskesmas karena pasien dirawat dengan baik dan diberi obat sesuai penyakit, serta ada dokter yang bisa memeriksa. Terhadap pelayanan pustu yang banyak terdapat dan diakses masyarakat di perkotaan, sebagian masyarakat merasa puas (Kelurahan Fatufetto, Kupang) dan sebagian lainnya tidak merasa puas (Kelurahan Naikolan). Alasan mereka yang tidak merasa puas adalah terutama karena peralatan medisnya kurang lengkap, ada petugas yang kasar, dan seringkali, petugas pustu tidak ada di tempat. Berikut ini penggambaran mereka.

*Tidak dicuekin. Pelayanan cepat. (FGD Kelompok Bapak, Sukaratu, Darmaraja, Sumedang, Jawa Barat)*

*Puas, Pak, karena pelayanannya bagus, alat-alat komplit, dokternya baik, obat sama antara yang bayar dan Gakin, kualitas obat juga sama, fasilitas bagus, nyaman. (FGD Kelompok Bapak, Sukaratu, Darmaraja, Sumedang, Jawa Barat)*

### 3.2.4 Pilihan terhadap Pelayanan KIA Tradisional

Selain alasan keterbatasan akses fisik dan keuangan, terdapat alasan lain yang tidak kalah penting mengapa masyarakat memilih dukun beranak.

1. **Bidan tidak di tempat.** Karena alasan tidak mau tinggal di desa, menengok orang tua di kota, atau mengurus keluarga yang tidak tinggal di desa, di beberapa wilayah, bidan desa sering tidak berada di tempat dan masyarakat terpaksa menggunakan jasa dukun beranak. Berikut kesaksian masyarakat.

*Waktu anak ketiga lahir, saya ditolong dukun [beranak] karena saat itu Bidan Sonde [tidak] ada di tempat. (FGD Kelompok Ibu, Oehela, Batu Putih, TIS, NTT)*

*Biaya lebih murah, lahir duluan [keberosotan], bisa nyicil, karena paraji rumahnya dekat, Bidan Dede lagi tidak ada di tempat. (FGD Kelompok Ibu, Mundu Pesisir, Mundu, Cirebon, Jawa Barat)*

2. **Malu.** Masyarakat merasa malu karena mempunyai banyak anak dan para suami tidak ingin vagina istrinya dilihat orang lain.
3. **Kepercayaan dan keyakinan secara turun-temurun.** Masyarakat percaya dan yakin pada pilihan yang sudah diwariskan oleh para orang tua untuk menggunakan dukun beranak yang kemudian menjadi suatu kebiasaan.

4. **Keahlian dan pengalaman dukun beranak yang sering tidak dimiliki bidan.** Dukun beranak biasanya lebih tua dan juga dinilai memiliki pengalaman hidup yang lebih banyak daripada bidan. Hal ini memungkinkan pasien untuk dapat bertanya tentang banyak hal dan dukun beranak untuk dapat membimbing “ibu baru” (baru mempunyai anak pertama) dalam hal menyusui, memandikan anak, dan kesehatan tradisional lainnya. Kenyataannya adalah bahwa pascatahun 80-an, banyak dukun beranak yang sudah terlatih. Mengetahui hal ini, kekhawatiran masyarakat tentang profesionalisme dukun beranak pun berkurang dan ini juga menjadi alasan mereka untuk menggunakan jasa dukun beranak.
5. **“Sentuhan keibuan”.** Dukun beranak dinilai masyarakat memiliki sentuhan keibuan dan dapat memosisikan dirinya sebagai pengganti ibu yang sabar, bisa menenangkan, bisa memijat dan mengurut, dan dapat melayani dalam waktu yang lama (intensif, rutin). Hal tersebut digambarkan oleh masyarakat seperti berikut ini.

*.. Bisa dipijat. Kalau mau melabirkan ditungguin. Sabar.* (FGD Kelompok Ibu, Mundu Pesisir, Mundu, Cirebon, Jawa Barat)

*Dukun [beranak] bantu di bidan ambil air, kain-kain kecil, urut perut.* (FGD Kelompok Bapak, Hauteas, Biboki Utara, TTU, NTT)

6. **Upacara adat.** Dukun beranak membantu melakukan upacara adat, seperti acara empat bulanan dan tujuh bulanan kehamilan, serta acara 40 hari setelah kelahiran bayi. Dukun beranak juga bersedia mengubur ari-ari bayi (di Jawa Barat). Seorang perempuan dari Jagapura Kidul, Gegesik, Cirebon, Jawa Barat menjelaskan, “Dukun beranak juga bisa mengurut ibunya sampai 40 hari setelah lahir. Kalau bidan cuman ngontrol kesehatan ibu dan bayi dua sampai tiga kali dalam minggu pertama. Setelah itu, dukun beranak yang berperan.” (FGD Kelompok Ibu)
7. **Hubungan darah.** Jika masih ada hubungan darah dengan dukun beranak, masyarakat lebih percaya kepada dukun beranak, tidak merasa malu, dan biayanya sangat murah. Hal ini disampaikan oleh seorang dukun beranak dari Sukaratu, Sumedang, “Sekarang sudah semuanya ke puskesmas atau ke bidan, ke *paraji* itu hanya *kepepet* saja *misal kebrosoan*, tidak memiliki uang, takut dengan alat kebidanan, dan karena ada hubungan *sodara*.”
8. **Apabila posisi janin baik dan kelahiran diperkirakan lancar,** masyarakat hanya menggunakan jasa dukun beranak saja. Hal ini didukung oleh beberapa pernyataan berikut ini.

*Kalau diperkirakan bayinya keluarnya bakal tidak susah, yab mending cukup dengan dukun beranak.* (FGD Kelompok Ibu, Jagapura Kidul, Gegesik, Cirebon, Jawa Barat)

*Kalau istri saya ke dukun [beranak] dulu. Kalau dukunnya tidak sanggup baru ke bidan, apalagi sekarang paraji juga harus dampingi dengan bidan.* (FGD Kelompok Bapak, Mundu Pesisir, Mundu, Cirebon, Jawa Barat)

9. **Dukun beranak dapat meluruskan janin yang sungsang dengan mengurut.** Rasa lelah dan sakit setelah melahirkan akan hilang setelah dipijat dukun beranak.

10. **Dukun beranak dipercaya dapat memberikan kekuatan psikis dan supranatural melalui pembacaan doa dan pemberian jimat dan *jampe-jampe* (mantra) sehingga pasiennya merasa tenang dan aman.** Hal ini disampaikan oleh informan berikut: “Biasanya para ibu masih membutuhkan kehadiran dukun beranak di saat persalinan karena akan merasa lebih tenang dan dukun [beranak] biasanya bisa memberikan jampi-jampi dengan menyemburkan sirih pinang ke perut ibu.” (camat TTU, NTT)
11. **Dukun beranak bisa mengangkat posisi peranakan ibu** dengan cara pengurutan setelah melahirkan.
12. **Dukun beranak tidak menjahit vagina ibu setelah ibu melahirkan.** Masyarakat sering merasa takut apabila sobekan pada vagina setelah melahirkan dijahit. Berbeda dengan bidan yang kadang harus menjahit vagina ibu setelah menjalani proses persalinan, dukun beranak tidak pernah menjahit vagina ibu. Penyembuhan luka di vagina kemudian dilakukan dengan *di-se'i* (NTT).
13. **Dukun beranak bersedia mengikuti permintaan ibu terkait posisi melahirkan yang diinginkan ibu:** berbaring, jongkok, ataupun berdiri. Terkait dengan hal ini, sebenarnya bidan desa di Miomaffo Timur, TTU menjelaskan bahwa saat ini, para bidan sudah dianjurkan untuk juga mau mengikuti permintaan ibu terkait dengan posisi saat melahirkan asalkan hal tersebut tidak membahayakan nyawa ibu dan bayi. Anjuran ini dinamakan “gerakan sayang ibu”.
14. **Keyakinan dan kepercayaan adat *se'i*** di TTU dan TTS. *Se'i* dilakukan untuk memulihkan kesehatan ibu setelah melahirkan dan untuk mengeringkan luka vagina.

Terlepas dari pro dan kontra tentang penggunaan jasa dukun beranak, peran dukun beranak di NTT tetap penting, mengingat keterbatasan jumlah pelayanan KIA modern, terutama bidan, di provinsi ini. Dukun beranak, terutama yang terlatih, selalu berusaha untuk menjalin komunikasi dengan para bidan desa. Jika kondisi mendesak, mereka akan menemani pasien sambil menunggu kehadiran bidan. Dan, jika memang diharuskan, mereka akan turun tangan membantu proses persalinan. Setelahnya, pasti mereka akan mengingatkan pasien untuk mengontrol kondisi kesehatan mereka ke bidan.

Meskipun masih ada keyakinan/kepercayaan tradisional terkait kesehatan ibu pada saat hamil, melahirkan, dan pascalahir di kalangan masyarakat Jawa Barat (lihat Lampiran 19), hal itu tidak memengaruhi sebagian besar dari mereka dalam mengakses pelayanan KIA modern. Bahkan, ada sebagian dari mereka yang tidak lagi mempercayai atau tidak menjalankan hal-hal tersebut. Dalam berbagai diskusi mengenai hal tersebut, justru yang muncul adalah kesadaran mereka akan pentingnya asupan makanan bergizi bagi ibu selama masa kehamilan dan setelah melahirkan, serta pentingnya berolahraga/banyak bergerak, terutama menjelang melahirkan.

Kebiasaan lain yang juga sempat menghambat fungsi bidan adalah bahwa anak pertama harus dibantu proses kelahirannya oleh suami sendiri dan adalah tabu bagi masyarakat apabila vagina sang istri dilihat oleh orang lain. Hal ini, misalnya, terjadi di Desa Taunbaen, Biboki Utara, TTU. Terkait hal ini, bidan desa mencoba menjelaskan bahwa bidan perlu ada untuk membantu proses kelahiran dan tidak melarang kehadiran suami atau keluarga.



### 3.2.5 Aktor yang Memengaruhi Penggunaan Pelayanan KIA Modern

**Peran pemerintah daerah.** Pengetahuan dan kesadaran masyarakat yang sudah baik sebagaimana diuraikan di atas sebagian merupakan hasil upaya keras pemerintah daerah (pemda) tingkat kabupaten/kota, tingkat kecamatan, dan tingkat desa yang mengajak dan menggerakkan masyarakat untuk menggunakan pelayanan KIA modern. Di Kabupaten Sumedang, misalnya, khusus untuk pelayanan saat hamil dan saat melahirkan, pemda membuat kebijakan untuk merangkul *paraji* dan masyarakat yang masih menggunakan jasa *paraji* melalui program kemitraan “Tri Mitra” antara bidan, *paraji*, dan kader posyandu. Melalui program ini, dilakukan pembagian kerja dan fungsi antara ketiganya. Pelaksanaan kebijakan program kemitraan ini diperkuat dengan pemberlakuan *panglob* bagi yang tidak mengikutsertakan salah satu dari ketiga pemberi pelayanan tersebut ketika melahirkan. Meskipun masyarakat tidak mengetahui secara jelas besarnya *panglob* tersebut (menurut kepala puskesmas, nilainya hanya Rp50.000, tapi menurut masyarakat, nilainya bisa mencapai jutaan rupiah), masyarakat menjadi semakin banyak menggunakan jasa bidan daripada jasa dukun beranak. Selain menerapkan kebijakan ini, Pemda Kabupaten Sumedang juga menerapkan kebijakan penggratisan biaya pelayanan puskesmas yang semakin menarik minat masyarakat untuk menggunakan fasilitas ini, termasuk untuk jenis pelayanan KIA. Meskipun pelaksanaan kebijakan ini di lapangan masih belum dapat memuaskan masyarakat, kebijakan ini telah semakin memperlebar akses masyarakat ke pelayanan KIA modern. Hal-hal yang dikritik masyarakat adalah bahwa antrean menjadi semakin panjang dan obat yang diberikan sama untuk segala jenis penyakit. Di samping itu, kebijakan lainnya adalah pengembangan Desa Siaga; misalnya, di Desa Pamekaran, aparat desa mulai menarik iuran Rp1.000 per keluarga untuk dana pertolongan melahirkan berisiko.

Di Kabupaten Cirebon, pemda setempat menerapkan kebijakan pembuatan kelembagaan di tingkat desa; bahkan, di beberapa desa, kelembagaan ini sampai tingkat RT. Misalnya, di Jagapura Kidul, Kecamatan Gegesik, ada sebuah pusat kesehatan desa (PKD) yang diselenggarakan setiap hari Kamis, sementara di Kelurahan Mundu, ada sebuah balai pengobatan (BP). Selain itu, *paraji* juga dilibatkan dalam pertemuan rutin di puskesmas yang diselenggarakan setiap 3 bulan sekali dan Kabupaten Cirebon kini juga sedang marak mempersiapkan pembentukan Desa Siaga.

**Peran aparat desa.** Aparat desa merupakan aktor yang semestinya paling berpengaruh dalam meningkatkan kesadaran masyarakat akan pentingnya KIA. Namun demikian, keaktifan dan peran aparat desa bervariasi sehingga menghasilkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat yang juga berbeda. Sebagai contoh, kebijakan Pemda Kabupaten Sumedang dilaksanakan dengan sangat baik di tingkat desa. Di Kabupaten Cirebon, peran aparat desa bervariasi. Misalnya, di Desa Gegesik Kulon, Kecamatan Gegesik, aparat desa seperti *bekel* (kepala dusun) dan *lebe* (kepala urusan kesejahteraan/kaur kesra) melakukan *sweeping* dan penjemputan masyarakat ke rumah-rumah bila mereka belum hadir di posyandu. Kepala dusun dan kaur kesra juga selalu menyempatkan diri untuk hadir di posyandu.

Di NTT, kepala desa, kepala dusun, dan kader posyandu selalu memantau siapa saja yang belum mendapat pelayanan KIA. Mereka selalu menyempatkan diri untuk mengunjungi posyandu dan melihat keberadaan polindes. Bahkan, ada beberapa kepala desa yang mengerahkan warganya untuk membangun polindes dan rumah bidan sederhana. Di samping itu, aparat desa juga memberlakukan denda sebesar Rp2.500–Rp5.000 bagi masyarakat yang tidak hadir di posyandu. Pelaksanaannya di lapangan kemudian diwujudkan oleh bidan desa dan kader posyandu. Belum diketahui apakah kesadaran masyarakat pada saat ini merupakan kesadaran murni masyarakat atau disebabkan oleh faktor denda. Namun, ketika masyarakat

sudah merasakan manfaatnya, lama-kelamaan kesadaran murni tersebut akan timbul dengan sendirinya. Para ibu di beberapa desa penelitian mengaku bahwa mereka selalu berusaha datang ke posyandu karena jika tidak, mereka akan didenda dan dimarahi bidan.

**Peran nakes di tingkat desa.** Kader posyandu dengan sangat aktif mengajak masyarakat untuk pergi ke posyandu dan, bersama dengan bidan, menjelaskan kepada masyarakat pentingnya KIA. Kader posyandu merupakan tempat masyarakat untuk mendapat pengetahuan mengenai kesehatan ibu dan anak dan mendapat pertolongan dan informasi mengenai kesehatan, sebagaimana diakui oleh peserta FGD. Seperti diuraikan sebelumnya, posisi kader posyandu sangat sentral dalam mendorong masyarakat untuk menggunakan KIA modern. Bahkan, kader posyandu juga merupakan tempat mereka mengadu dan meminta pendapat serta pertolongan di bidang kemasyarakatan.

**Peran tokoh masyarakat (tokoh agama dan tokoh adat).** Peran tokoh agama dan tokoh adat dalam mendorong masyarakat untuk menggunakan pelayanan KIA juga tidak bisa diabaikan. Di Jawa Barat, kiai adalah tokoh sentral dalam masyarakat yang tidak jarang ikut mendorong umatnya untuk menggunakan pelayanan kesehatan dalam berbagai khotbah atau pengajiannya. Bahkan, seorang kiai di Nagrarawangi, Sumedang adalah tokoh utama gerakan “Rancakalong bersih dan sehat.” Hal yang sama juga dilakukan oleh para pendeta di NTT dengan cara memberikan dorongan maupun informasi mengenai kesehatan ibu dan anak. Memang, ada juga sebagian tokoh agama yang masih tidak mendukung program KIA, terutama apabila program tersebut berkaitan dengan isu KB. Alasan mereka adalah bahwa program itu bertentangan dengan doktrin agama; namun, persoalan itu tidak mencuat di tengah masyarakat.

Tokoh adat, terutama di NTT, adalah aktor lain yang juga ikut berperan dalam mendorong ibu-ibu untuk menggunakan pelayanan KIA. Meskipun perannya tidak begitu mengemuka, karena jumlahnya dan signifikansi keberadaannya juga sudah mulai memudar, di beberapa daerah seperti di Biboki Utara dan Batu Putih, peran mereka terlihat sangat jelas dalam merumuskan peraturan desa tentang denda bagi ibu-ibu yang tidak menggunakan pelayanan KIA.

**Peran keluarga.** Di tingkat masyarakat, penggunaan pelayanan KIA juga sangat dipengaruhi oleh faktor-faktor dalam keluarga. Di Jawa Barat, pola pengambilan keputusan untuk menggunakan pelayanan KIA modern banyak diwarnai oleh pihak istri dan didukung oleh suami dan orang tua, atau mertua. Sebagian masyarakat juga mengakui bahwa keputusan untuk memilih jenis pemberi pelayanan KIA untuk memeriksakan kehamilan atau untuk persalinan merupakan hasil kesepakatan bersama antara istri dan suami. Di NTT, aktor dalam keluarga, terutama suami dan anggota keluarga besar (orang tua, mertua), sangat berperan dalam pengambilan keputusan terkait penggunaan pelayanan KIA, baik untuk pemeriksaan saat hamil, saat melahirkan, maupun setelah melahirkan.

Keputusan keluarga itu sendiri banyak dipengaruhi oleh pengetahuan dan kesadaran mereka tentang pentingnya KIA modern yang mereka peroleh. Dalam hal ini, dorongan terkuat terutama berasal dari kader posyandu dan juga teman/tetangga. Namun demikian, adanya dorongan dari luar keluarga tidak dengan serta-merta diikuti oleh peningkatan pengetahuan dan kesadaran masyarakat untuk menggunakan pelayanan KIA modern. Perubahannya juga bergantung pada tingkat kemiskinan yang juga terkait erat dengan tingkat pendidikan yang rendah. Sebagai contoh, Kabupaten Cirebon dengan angka kemiskinan sebesar 16,6% lebih miskin daripada Kabupaten Sumedang yang angka kemiskinannya 11,7% (data BPS 2004). Hal ini berakibat pada tingkat penggunaan KIA modern di Kabupaten Sumedang yang lebih baik daripada di Kabupaten Cirebon.

**Organisasi sosial kemasyarakatan (ormas) dan organisasi nonpemerintah (ornop).** Di sebagian daerah, ada organisasi sosial kemasyarakatan yang terlibat dalam kegiatan KIA. Dalam penelitian ini, ditemukan bahwa organisasi ibu-ibu PKK juga terlibat aktif dalam menyukseskan program KIA, sebagaimana yang dilakukan oleh ibu-ibu PKK di Sumedang dengan membantu mempersiapkan Program Desa Siaga di tingkat desa.

Dalam rangka memastikan keberhasilan upaya perbaikan gizi di NTT, sejak tahun 2000, lembaga-lembaga internasional, seperti CARE International dan WVI (World Vision International, atau diindonesiakan menjadi Wahana Visi Indonesia), secara rutin telah memberikan bantuan berupa makanan dan susu kepada anak yang bergizi buruk dan terkena busung lapar, terutama, di Desa Oenenu, Miomaffo Timur.

Bantuan dari lembaga internasional ini dan pemberian makanan tambahan juga diduga telah menyebabkan sebagian warga secara sengaja “memiskinkan diri” agar mendapat bantuan. Bantuan ini bahkan dikonsumsi oleh seluruh keluarga, padahal bantuan tersebut diperuntukkan bagi anak-anak yang gizinya kurang/buruk dan terkena busung lapar. Hal ini disampaikan oleh seorang bidan di Batu Putih, TTS, NTT.

*Seperti waktu itu, ada program makanan tambahan untuk anak gizi kurang dan gizi buruk selama 90 hari. Warga diberi paket makanan kering. Di sini, ibu-ibu kalau disuruh masak untuk anaknya, mereka pikir itu satu hal yang buang waktu, menyita waktu mereka untuk kerja: kerja kebun, ke sawah, atau ke mana saja. Jadi kita buat paket kering. Kasih telur dan susu SGM. Kita sudah beri penyuluhan bahwa satu hari anak harus makan satu butir telur. Tetapi kenyataannya, bukan anak sendiri yang makan, satu rumahpun turut makan. Susu SGM pun diminum satu rumah.*

Masalah bantuan ini juga ditemui ketika pengamatan sedang berlangsung di salah satu posyandu di Desa Sekon, TTU. Pada saat itu, orang tua dari balita saling bersitegang karena adanya bantuan makanan tambahan berupa susu yang dinilai tidak merata. Ternyata, masyarakat yang tidak berhak pun mendapatkan bantuan susu “dalam kotak kecil”.

## IV. KETERSEDIAAN DAN PENGGUNAAN PELAYANAN PENDIDIKAN DASAR

Menurut data mutakhir yang dihimpun untuk memantau pencapaian MDGs Indonesia 2007 terhadap tujuan kedua, yaitu mencapai pendidikan dasar untuk semua (UNDP-Bappenas 2007), beberapa indikator (APM—angka partisipasi murni, APK—angka partisipasi kasar, dan angka melek huruf) secara nasional menunjukkan kecenderungan yang membaik (Tabel 7). Akan tetapi, apabila dilihat dari APM dan APK SMP, ada banyak anak usia 13–15 tahun yang tidak melanjutkan sekolah ke SMP. APM dan APK SMP di NTT lebih rendah daripada APM dan APK SMP di Jawa Barat. Indikator lain yang digunakan untuk melihat pencapaian di bidang pendidikan dasar adalah tingkat putus sekolah, tingkat kelulusan, dan tingkat mengulang. Data dari sumber yang sama menunjukkan bahwa proporsi siswa yang berhasil menyelesaikan pendidikan dasar SD dari tahun ajaran (TA) 1993/1994 hingga TA 1999/2000 adalah rata-rata sebesar 73%. Angka ini membaik dari tahun ke tahun walaupun perubahannya terjadi dengan sangat lambat. Hal ini ditunjukkan oleh sebuah fakta bahwa proporsi siswa yang berhasil menyelesaikan pendidikan dasar SD dari TA 1999/2000 hingga TA 2005/2006 adalah rata-rata sebesar 75%.

**Tabel 7. APM dan APK SD dan SMP, dan Angka Melek Huruf (%)**

Indonesia dan Provinsi	APM SD	APK SD	APM SMP	APK SMP	Angka Melek Huruf
<b>Indonesia (nasional)</b>					
- 1992	88,70	102,00	41,90	55,60	96,58
- 2006	94,73	109,95	66,52	88,68	98,84
<b>Jawa Barat</b>					
- 2006	93,00*	n.a.	60,00*	n.a.	n.a.
<b>Nusa Tenggara Timur</b>					
- 2006	92,00*	n.a.	49,00*	n.a.	n.a.

Sumber: Laporan Pencapaian MDGs Indonesia 2007 (UNDP-Bappenas 2007: 25–28)

Keterangan: \* perkiraan dari grafik pada Gambar 2.4; n.a. = data tidak tersedia

Walaupun angka mengulang mengalami penurunan, jumlahnya masih cukup besar. Angka putus sekolah justru meningkat dari TA 2001/2002 sampai TA 2005/2006 (Tabel 8).

**Tabel 8. Angka Mengulang dan Angka Putus Sekolah (%)**

Kejadian Sekolah	TA 2001/2002–TA 2002/2003		TA 2004/2005–TA 2005/2006	
	Jumlah Siswa	%	Jumlah Siswa	%
Angka Mengulang	1.368.163	5,9	1.026.275	3,9
Angka Putus Sekolah	683.056	2,7	824.684	3,2

Sumber: Laporan Pencapaian MDGs Indonesia 2007 (UNDP-Bappenas 2007)

Dari perkembangan indikator pencapaian di bidang pendidikan tersebut, masih besar tantangan yang harus dihadapi, baik dari sisi ketersediaan maupun sisi penggunaannya. Paparan berikut ini akan menjelaskan kondisi ketersediaan dan penggunaan fasilitas pendidikan dasar di beberapa kabupaten di provinsi sampel.

## 4.1 Ketersediaan dan Cakupan Pelayanan Pendidikan Dasar

### 4.1.1 Ketersediaan dan Daya Tampung Sekolah

Dampak positif dari kebijakan pemerintah untuk membangun SD Inpres secara menyeluruh di pelosok tanah air terlihat dari ketersediaan SDN (sekolah dasar negeri) di banyak desa di Indonesia. Namun, hal ini tidak berlaku di sebagian besar desa di NTT. Sebagaimana disajikan dalam Bab II, di Jawa Barat, setiap desa, baik yang bernuansa pedesaan maupun perkotaan, paling tidak rata-rata memiliki dua hingga tiga SD dengan status negeri. Namun, di NTT, khususnya di wilayah pedesaan, setiap desa rata-rata hanya memiliki satu SD, itupun sebagian besar tidak berstatus negeri. Dari sepuluh desa yang menjadi daerah penelitian kategori pedesaan, hanya Desa Falas, TTS—terletak di daerah pergunungan dengan akses fisik yang lumayan sulit—yang memiliki tiga SDN.

Kebanyakan SD di sebagian besar desa di NTT merupakan SD swasta agama, didominasi oleh SDK; lainnya adalah SD GMT (Sekolah Dasar Gereja Masehi Indonesia Timur). Sebagai contoh, dari enam desa yang menjadi daerah penelitian di TTU, hanya Desa Taunbaen yang memiliki SDN, yaitu SD-SMP Satu Atap<sup>14</sup> Oenale.

Secara kuantitas, keberadaan SD di setiap desa dinilai sudah mencukupi. Namun, dari segi kualitas, sarana KBM dan prasarana sekolah di Jawa Barat masih belum memadai dan bahkan, di NTT keadaannya lebih memprihatinkan. Di Cirebon, jumlah ruang kelas di beberapa SD kurang sehingga harus ada pergantian kelas antara kelas 1 dan kelas 2 atau kelas menjadi sangat padat di sekolah favorit. Selain itu, banyak kelas yang kondisinya sudah tidak layak pakai lagi, seperti eternit yang sudah jebol dan bangku sekolah yang kurang terawat sehingga kenyamanan dan keamanan murid terganggu. Beberapa SD tidak memiliki perpustakaan atau walaupun ada, kondisinya sudah tidak layak dan koleksi bukunya tidak lengkap terutama untuk buku paket. Begitu pula halnya dengan alat peraga dan alat-alat olahraga yang jumlahnya masih minim di setiap sekolah. Kalau di Jawa Barat hampir semua bangunan SD dan SMP sudah permanen, lain halnya di NTT. Di NTT, masih banyak ditemukan sekolah-sekolah, terutama SD, yang hanya beratapkan ilalang, ber dinding *bebak* dan berlantai tanah. Kondisi ini banyak ditemukan di Desa Hauteas, Biboki Utara, TTU dan Desa Falas, Kie, TTS.

Tidak seperti SD, secara kuantitas, SMP dinilai masih kurang meskipun sarana KBM dan prasarana sekolahnya lebih baik dari SD. SMPN umumnya berada di ibu kota kecamatan, baik di Jawa Barat maupun di NTT. Perbedaannya adalah bahwa kalau di Jawa Barat rata-rata jumlah SMP/ sederajat di tingkat kecamatan lebih dari tiga, di NTT, rata-rata jumlahnya hanya satu atau dua. Jarak sekolah yang jauh menyebabkan SMP atau sekolah yang sederajat tidak terjangkau sehingga diperlukan sekolah yang lebih dekat atau jumlah sekolah yang lebih banyak.

Dalam situasi normal, daya tampung SD cukup memadai. Bahkan, beberapa SD di pedesaan kekurangan murid. Persoalan muncul ketika sebagian besar masyarakat yang tinggal di wilayah perkotaan dengan SD yang jumlahnya lebih dari satu memilih sebuah sekolah favorit tertentu. Sebagai akibatnya, ruang-ruang kelas di sekolah favorit tersebut menjadi padat siswa, sementara sekolah-sekolah lain yang tidak diminati justru kekurangan murid. Sebagai contoh, di Desa Mundu Pesisir, Mundu, Cirebon, masyarakat lebih banyak memilih SDN 3. Contoh lainnya, di SDN Gegesik Kulon 1 dan 2 yang letaknya bersebelahan dan terletak di desa

---

<sup>14</sup>SD-SMP Satu Atap biasa disingkat menjadi SD-SMP Satap.

dengan nuansa perkotaan di Kabupaten Cirebon, masyarakat lebih banyak memilih SDN 2. Di sekolah-sekolah favorit ini, ruang kelas 1 dipadati 70–80 murid. Masyarakat tidak menyebutkan secara eksplisit alasan mereka untuk memilih SD favorit, namun dari diskusi tentang tingkat kepuasan, tampaknya pilihan masyarakat pada umumnya tidak terlepas dari kualitas pelayanan yang diberikan oleh sekolah tersebut dan prestasi yang diraihinya selama ini. Selain dua alasan tersebut, seorang ibu yang menjadi salah satu peserta FGD menjelaskan bahwa alasannya memilih SDN 3, yaitu sebuah SD favorit di desanya, adalah karena alasan “keamanan”, yaitu anak-anak tidak harus menyeberang jalan besar. “Dekat dari rumah *sih*, Bu! Tidak *nyebrang*. Kalau harus *nyebrang*, khawatir. Jadinya repot,” katanya (FGD Kelompok Ibu, Mundu Pesisir, Mundu, Cirebon, Jawa Barat).

Persoalan daya tampung ini juga terjadi di wilayah pedesaan yang memiliki SD di setiap dusunnya. Karena alasan jarak, masyarakat lebih banyak memilih SD di dusun terdekat meskipun ada SD yang lebih bagus di dusun lain. Hal ini mengakibatkan adanya SD yang jumlah muridnya hanya belasan siswa per kelas, padahal menurut ketentuan tiap kelasnya dapat menampung 35–40 murid. Berikut kesaksian beberapa peserta FGD.

*Tidak ada [yang ditolak]. Yang masih kecil juga tetap diterima, biar sebagai “anak bawang” katanya. Di Cakrawati, ada tiga anak yang masih kecil yang seharusnya masih di TK. (FGD Kelompok Ibu, Sukaratu, Darmaraja, Sumedang, Jawa Barat)*

*Tidak ada, Bu [yang ditolak]. Bahkan yang umur 5 tahun juga diterima walaupun sebagai “pancingan”. (FGD Kelompok Bapak, Sukaratu, Darmaraja, Sumedang, Jawa Barat)*

*Di sini, daya tampung banyak tapi calon murid sedikit. (FGD Kelompok Bapak, Sukaratu, Darmaraja, Sumedang, Jawa Barat)*

Persoalan terbatasnya daya tampung sekolah juga terjadi pada SMP favorit. Meskipun di beberapa wilayah terdapat juga SMP di desa yang terletak di luar ibu kota kecamatan, sekolah yang berada di ibu kota kecamatan biasanya lebih banyak diminati oleh masyarakat. Masyarakat lebih memilih menyekolahkan anaknya ke sekolah yang berada di ibu kota kecamatan, selain karena statusnya negeri, juga karena sekolah tersebut adalah sekolah favorit walaupun jaraknya jauh, yaitu mencapai 5 km. “Orang tua kadang punya harapan supaya anaknya masuk di sekolah favorit,” kata seorang bapak dari Mundu Pesisir, Mundu, Cirebon, Jawa Barat (FGD Kelompok Bapak).

Guna mengatasi persoalan terbatasnya daya tampung sekolah, di beberapa wilayah, pihak sekolah memberlakukan kriteria pendaftaran sekolah tertentu. Misalnya, kriteria usia minimal masuk SD ditetapkan harus berumur 7 tahun. SMP juga hanya menerima mereka yang memiliki nilai hasil tes yang sesuai dengan standar sekolah. Bahkan, di sekitar Desa Jagapura Kidul, pemerintah desanya melarang anak-anak untuk bersekolah di SMP utama yang berlokasi di pusat kecamatan dan memaksa mereka untuk bersekolah di SMP baru yang mereka bangun agar SMP tersebut tidak kekurangan murid. Di hampir semua wilayah, anak dengan keterbelakangan mental juga ditolak masuk SD. Di NTT, sekolah juga mensyaratkan akta kelahiran dari pihak gereja untuk memastikan latar belakang orang tua calon murid. Hal ini disampaikan oleh seorang kepala sekolah (laki-laki) sebuah SD di Biboki Utara, TTU, NTT.

*... Kalaupun ada yang kita tolak, itu karena mereka tidak memenuhi syarat. Syarat-syarat untuk bisa mendaftar adalah bahwa anak yang didaftarkan sudah usia sekolah, yaitu umur 6 atau 7 tahun. Kedua, mempunyai akta kelahiran. Akta ini tidak mesti dari catatan sipil, tapi cukup akta gereja. Bagi yang tidak punya juga tidak langsung ditolak, tapi terlebih dahulu disuruh untuk mengurusnya.*

Selain sekolah-sekolah reguler di atas, sebetulnya di beberapa daerah, masih ada sekolah-sekolah nonreguler seperti sekolah terbuka dan Program Kejar Paket A dan B. Namun, dalam berbagai kesempatan wawancara dengan masyarakat, terungkap bahwa sekolah nonreguler ini tidak begitu mereka ketahui sehingga mereka tidak menjadikannya sebagai alternatif tempat menyekolahkan anak mereka. Ada juga sebagian orang tua yang merasa gengsi kalau harus menyekolahkan anak mereka di sekolah tersebut. “Kalo SMP terbuka, walau gratis, banyak yang *gak* mau karena gengsi. Minder,” kata seorang peserta FGD Kelompok Ibu yang berasal dari Susukan, Cirebon, Jawa Barat. Akan tetapi, di Desa Pamekaran, Kecamatan Rancakalong, Sumedang, Jawa Barat, keberadaan sekolah ini banyak diungkap oleh aparat desa, pihak sekolah, dan komite sekolah. Saat ini, Program Kejar Paket B di desa ini vakum karena ketiadaan dana. Lulusan SD tahun ini yang tidak melanjutkan ke SMP dan sudah mendaftar ke Program Kejar Paket B hingga saat penelitian lapangan ini belum bersekolah.

Di NTT, guna mengatasi persoalan jarak dan keterpencilan, dalam dua tahun terakhir, pemerintah dan juga masyarakat telah melakukan pembangunan SD-SMP Satap dan SD Kecil. SD-SMP Satap adalah sebuah model SD dan SMP yang berada dalam satu lokasi sehingga anak-anak yang tamat dari SD tersebut bisa melanjutkan sekolahnya ke SMP di lokasi yang sama. Dengan adanya SD-SMP Satap ini, jarak dan akses fisik tidak lagi menjadi masalah bagi masyarakat. SD-SMP Satap terdapat di hampir semua kecamatan di TTU dan TTS. Menurut seorang pejabat Dinas Pendidikan, model sekolah semacam ini akan diusahakan untuk diadakan di semua kecamatan di NTT, terutama kecamatan-kecamatan yang mengalami persoalan jarak. Tidak kalah dari pemerintah, masyarakat juga berswadaya dalam rangka mencari solusi bagi masalah keterbatasan akses ini dengan membangun SD Kecil. SD Kecil adalah sebutan masyarakat setempat untuk merujuk pada kelas jauh dari sebuah sekolah dasar induk. SD Kecil ini didirikan di daerah-daerah yang jauh atau terhalang aksesnya. Namun, sayangnya SD Kecil ini baru didirikan di Desa Hauteas dan Desa Taunbaen saja.

#### **4.1.2 Kendala yang Dihadapi Sekolah dalam Menyediakan Fasilitas Pendidikan yang Menyeluruh**

Kendala utama yang dihadapi oleh sekolah favorit dan sekolah dengan sejumlah ruang belajar rusak adalah ketiadaan sumber daya untuk meningkatkan daya tampung dan memperbaiki kondisi fisik sekolah, baik dari segi pendanaan maupun dari segi sumber daya manusia (SDM). Karena terpaksa, sejumlah SD harus menampung murid yang jumlahnya melebihi kapasitas kelas dan pada akhirnya mengakibatkan terganggunya proses belajar, kurangnya konsentrasi murid, dan juga tidak optimalnya pengawasan guru terhadap anak didik. Berdasarkan informasi dari salah satu anggota komite sekolah di Jawa Barat, dana dari pemerintah juga terbatas sehingga diperlukan upaya khusus dari komite sekolah untuk mendapatkan dana untuk memperbaiki bangunan sekolah.

Ketidaktersediaan dana juga sering dikeluhkan oleh sekolah-sekolah dengan jumlah murid sedikit karena dengan tidak tersedianya dana ini, mereka tidak dapat menyediakan pelayanan pendidikan dasar yang memadai. Guna memenuhi kebutuhan sarana dan prasarana, saat ini sekolah-sekolah hanya mengandalkan pemerintah, melalui dana BOS (bantuan operasional

sekolah). Karena jumlah murid sedikit, dana BOS yang diterima pun sedikit sehingga sekolah tidak dapat menjalankan KBM standar, atau KBM yang memadai. Di samping itu, sejak adanya BOS, sulit untuk meminta kesediaan masyarakat untuk memenuhi pembiayaan sekolah sebagai akibat pemahaman “sekolah gratis.”

Adanya BOS tidak secara otomatis menarik minat orang tua untuk menyekolahkan anaknya, terutama ke SMP. Hal ini karena BOS tidak mencakup biaya penunjang pendidikan seperti biaya-biaya seragam, transportasi, dan uang jajan. Diakui bahwa dengan adanya BOS, persoalan pembiayaan sekolah tetap ada, malahan lebih sulit karena partisipasi pembiayaan dari masyarakat cenderung berkurang. Selama ini, dana BOS dimanfaatkan untuk membiayai 12 komponen seperti pendaftaran/penerimaan siswa baru (PSB), pengadaan ATK (alat tulis kantor), alat-alat pembelajaran, pengembangan profesi guru, pembiayaan kegiatan ekstrakurikuler, peralatan ibadah, pengadaan mebel sekolah, dan pelaporan.

Masalah kekurangan tenaga pengajar, terutama guru mata pelajaran tertentu, juga menjadi kendala utama sekolah. Di Jawa Barat, sebagian besar guru, baik guru SD maupun guru SMP, adalah PNS, sementara di NTT, sebagian besar gurunya adalah guru honorer. Bahkan, ada sekolah yang hanya memiliki dua orang guru PNS, seperti halnya di Desa Oehela, Batu Putih, TTS dan Desa Oenay, Kie, TTS. Hal ini memengaruhi tingkat keberadaan guru dalam kelas selama jam pelajaran, selain juga memengaruhi tingkat kehadiran guru.

Sekolah-sekolah di NTT umumnya kekurangan bahkan tidak memiliki guru mata pelajaran matematika dan IPA, sementara sekolah-sekolah di Jawa Barat kekurangan guru bahasa Inggris untuk kelas 4, 5, dan 6 SD. Di Kecamatan Susukan, Kabupaten Cirebon, jumlah guru yang tersedia baru memenuhi 35 persen dari kebutuhan guru sehingga masih banyak dibutuhkan guru kelas dan guru-guru bidang studi agama dan olahraga. Sebagai gambaran, hanya 5 sekolah dari 27 sekolah di kecamatan ini yang memiliki guru agama dan guru olahraga. Di beberapa sekolah, kekurangan guru ini ditanggulangi dengan cara merekrut lulusan SMA atau mahasiswa D2 (program diploma dua tahun) dengan status guru honorer.

Kesulitan lainnya adalah rendahnya kualitas guru dalam mengajar. Sebagian besar guru, terutama guru SD, bukan sarjana dan yang lebih penting lagi adalah bahwa mereka sering tidak memiliki kapasitas mengajar yang baik. Hal ini banyak dikeluhkan oleh para orang tua. Untuk perbaikan kesejahteraan dan kualitas, beberapa guru sudah memperoleh kesempatan untuk melanjutkan sekolah dan mengikuti proses sertifikasi. Akan tetapi, guru-guru tersebut harus mengeluarkan dana sendiri untuk bisa mengikuti proses sertifikasi ini. Selain itu, ada beberapa guru yang memilih untuk tidak mengikuti proses sertifikasi karena kendala usia. Waktu pensiun yang sudah dekat cenderung membuat guru enggan mengikuti proses sertifikasi dan perbaikan pendidikan karena bagi mereka, hal ini hanya sekedar membuang biaya. Di samping itu, ada juga guru, terutama di NTT, yang menganggap bahwa persyaratan sertifikasi guru itu terlalu berat dan tidak relevan penerapannya dengan kondisi pendidikan di daerah mereka.

Hambatan lainnya adalah kondisi fisik bangunan yang tidak memadai (rusak atau sangat rusak) dan kurangnya sarana dan prasarana seperti buku, alat-alat kesenian dan olahraga, perpustakaan, dan laboratorium. Kondisi meja dan kursi, serta WC di beberapa sekolah juga tidak memadai. Kelangkaan sarana air bersih juga merupakan hambatan tersendiri. Pada musim-musim tertentu, sekolah dapat mengandalkan air bersih dari sumur. Namun, masalahnya adalah bahwa seringkali tidak ada sumur di dekat sekolah sehingga kebersihan kurang. Di NTT, ketiadaan air di sekolah bahkan telah menyebabkan anak murid diminta sekolah untuk membawa air setiap hari untuk mengisi air di WC.



Ketiadaan tenaga administrasi di SD, tidak seperti di SMP, menyebabkan para guru dibebani juga oleh pengelolaan administrasi. Untuk kasus sekolah yang memiliki sedikit murid, mungkin hal semacam ini tidak terlalu menjadi soal. Namun, bagi sekolah (SD) yang memiliki murid banyak hingga di atas 400 orang jumlahnya, seperti halnya yang terjadi di SDN 2 Jagapura Kidul atau SDN 3 Mundu Cirebon, pengelolaan administrasi menjadi masalah besar dan sangat memberatkan guru.

#### 4.1.3 Kendala yang Dihadapi Guru dalam Memberi Pelayanan yang Memadai

Kurikulum yang terus berganti dalam waktu singkat merupakan kendala utama yang dihadapi guru. Sewaktu Kurikulum Berbasis Kompetensi tahun 2004 yang menggantikan kurikulum tahun 1994 masih dalam proses internalisasi bagi guru-guru, kurikulum ini sudah digantikan oleh Kurikulum Tingkat Satuan Pendidikan (KTSP) tahun 2006. Hal ini memerlukan/mengharuskan penyesuaian terutama terhadap penguasaan materi dan menyebabkan beban guru menjadi lebih berat. Lebih-lebih bila penerapan kurikulum tersebut tidak diikuti oleh pelatihan penguasaan kurikulum bagi para guru. Dan sejatinya, pelatihan untuk para guru hampir tidak ada karena ketiadaan dana; dan walaupun ada, pelatihan yang biasanya terkait dengan pelaksanaan program nasional hanya mengikutsertakan sebagian guru saja. Hal ini dituturkan oleh seorang guru laki-laki dari sebuah SD di Gegesik, Cirebon, Jawa Barat: “Masalah lain yang juga serius adalah pergantian kurikulum. Pergantian ini menyulitkan karena kurikulum yang sekarang ini sulit diterapkan di sekolah seperti [sekolah] kami karena begitu banyak keterbatasan, seperti kemampuan sekolah, guru, murid, dan orang tua mereka sendiri.”

Rendahnya kesejahteraan guru menjadi penyebab adanya kecenderungan guru hanya mengajar karena kewajiban, bukan karena panggilan jiwa sebagai pendidik; oleh karena itu, mereka hanya sekedar menyampaikan materi yang diwajibkan. Hal ini menyebabkan kapasitas pembelajaran siswa tidak optimal. Hal ini masih ditambah dengan belum adanya fasilitas yang lengkap untuk menunjang kesehatan guru, terutama guru honorer. Khusus mengenai guru honor di NTT, tingkat kedisiplinannya sangat rendah. Hal itu karena jumlah insentif yang mereka terima sangat kurang, hanya berkisar antara Rp100.000 dan Rp150.000 per bulan. Kurangnya jumlah insentif ini mengakibatkan longgarnya komitmen mereka dalam mengajar. Ketidaksiwaan ini juga adalah karena mereka harus membagi perhatian mereka kepada usaha mereka untuk mencari penghasilan tambahan guna mencukupi kebutuhan keluarga. Seorang kepala sekolah (laki-laki) sebuah SD di Batu Putih, TTS, NTT mengatakan,

*Gaji mereka hanya berkisar seratus sampai seratus lima puluh ribu sebulan. Tentu saja itu tidak cukup. Dengan gaji segitu, kita juga tidak bisa mengharapkan loyalitas mereka sepenuhnya karena mereka harus mencukupi kebutuhan keluarga. Makanya, banyak guru yang absen seenaknya. Bahkan, ada yang tidak datang hingga seminggu berturut-turut. Tapi, kita juga tidak bisa mengenakan hukuman pendisiplinan kepada mereka karena mereka bisa pergi begitu saja dan kita tidak punya guru lagi.*

Kesulitan-kesulitan ini masih diperparah oleh kendala transportasi karena hampir semua guru tidak bertempat tinggal di desa yang bersangkutan. Bahkan, di sebuah sekolah di Kecamatan Insana, ada seorang guru yang tinggal di Kefamanu (ibu kota Kabupaten TTU) yang berjarak 25 km dari sekolah; ditambah lagi, tidak ada transportasi angkutan umum yang masuk ke desa/sekolah tersebut. Sebagai akibat dari kendala ini, para guru sering datang terlambat, apalagi bila sedang musim hujan; guru sampai di sekolah sekitar pukul 11.00 dan datang hanya untuk mengisi daftar hadir. Hal ini pada akhirnya memengaruhi kualitas pelayanan pendidikan.

Adalah sangat dilematis bahwa di satu sisi, guru harus mengejar ketertinggalan mereka akibat perubahan kurikulum dan lemahnya daya tangkap murid, sementara di sisi lain, mereka hanya memiliki pendidikan yang terbatas (hanya sedikit yang lulusan perguruan tinggi) dan tingkat kesejahteraan mereka pun kurang memadai. Meskipun hasil pengamatan di lapangan menunjukkan bahwa rumah para guru biasanya berupa bangunan permanen dan lebih bagus dari rumah kebanyakan, serta mereka pun memiliki sepeda motor, ternyata kondisi tersebut mereka peroleh dari kemudahan fasilitas kredit. Kredit tersebut mudah untuk mereka peroleh karena mereka hanya perlu menjaminkan SK pegawai negeri mereka. Karena penghasilan para guru harus dipotong untuk pembayaran kredit, banyak dari mereka yang harus menerima sisa penghasilan bulanannya dalam jumlah sedikit. Pada akhirnya, para guru menghadapi kesulitan keuangan dan tidak bisa memenuhi biaya transpor sehari-hari mereka ke dan dari sekolah.

Kendala lain yang dihadapi guru (dan sekolah) adalah rendahnya perhatian orang tua terhadap pendidikan anaknya. Dalam hal ini, orang tua masih cenderung menuruti keinginan anak sehingga hasil belajar si anak menjadi kurang optimal. Orang tua juga kurang memberikan perhatian pada pelajaran yang diterima anaknya di sekolah, selain juga perhatian pada kecukupan gizi anaknya. Di samping itu, masih banyak orang tua yang menyertakan anaknya dalam kegiatan ekonomi mereka terutama dalam sektor pertanian (saat panen), perikanan (saat melaut), dan perdagangan yang menjadi mata pencaharian utama mereka.

Guru juga menghadapi masalah terkait murid yang sulit menerima pelajaran. Selain karena kurikulum yang sering berganti, kesulitan murid dalam menerima pelajaran juga disebabkan oleh kurangnya nutrisi anak. Guna mengatasi hal itu, di NTT, tambahan pelajaran diberikan pada sore hari, bahkan juga pada malam hari. Selain itu, guru juga harus memberikan tambahan-tambahan *remedial*, pengulangan pelajaran untuk mengejar ketertinggalan murid. SDK Sekon, misalnya, harus melakukan tatap muka sebanyak tiga kali, yaitu di pagi hari pada pukul 07.00–13.00, di sore hari pada pukul 15.00–16.00, dan di malam hari pada pukul 19.00–20.00. Kesulitan ini masih ditambah dengan kendala ketiadaan fasilitas-fasilitas penunjang belajar, misalnya buku, alat peraga, laboratorium, dan lain-lain; walaupun ada, fasilitas-fasilitas tersebut tersedia dalam jumlah yang sangat terbatas dengan kondisi yang sebagian sudah tidak layak dan tidak mutakhir.<sup>15</sup>

#### **4.1.4 Kendala dalam Menjangkau Kelompok Tertentu**

Secara umum, tidak ada kendala bagi sekolah dalam menjangkau kelompok tertentu untuk menyekolahkan anaknya ke SD. Namun, sekolah menemui kendala dalam menjangkau kelompok tertentu untuk menyekolahkan anak mereka ke SMP. Kelompok-kelompok tersebut adalah (1) kelompok nelayan, (2) kelompok masyarakat miskin, (3) kelompok masyarakat yang tinggal di wilayah terpencil, (4) kelompok masyarakat yang masih memegang teguh adat, (5) kelompok masyarakat yang tidak melihat adanya manfaat dari bersekolah dan merasa apatis akan masa depan mereka, (6) kelompok masyarakat yang mempunyai anak perempuan, dan (7) kelompok anak “bandel”.

Kelompok-kelompok tersebut susah dijangkau karena alasan yang berbeda-beda. Kelompok nelayan susah dijangkau karena pada masa-masa tertentu, mereka melaut hingga jauh dari pemukiman mereka dengan membawa keluarga mereka. Kelompok masyarakat miskin susah

---

<sup>15</sup>Setelah selesai wawancara dan pengamatan di sebuah SMP, peneliti sempat ditemui oleh seorang guru geografi yang menanyakan tentang ketersediaan peta mutakhir yang diperlukannya untuk mengajar. Peta yang ada saat ini adalah peta keluaran tahun 1970.

dijangkau karena kendala ekonomi. Kendala ekonomi ini lebih berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan pendukung sekolah, misalnya biaya transpor, pakaian, uang jajan, dan lain-lain. Seorang laki-laki dari Susulaku, Insana, TTU, NTT menggambarkan mengapa ada anak yang tidak sekolah: “Bantu orang tua. Orang tuanya cacat. Anak umur 10 tahun tidak sekolah sama sekali. Dia punya kakak umur 16 tahun. Kakaknya juga tidak sekolah” (FGD Kelompok Bapak).

Kelompok masyarakat yang tinggal di wilayah terpencil susah dijangkau karena tidak adanya infrastruktur jalan dan transportasi yang memadai ke daerah mereka, atau walaupun ada, biayanya mahal sekali. Kelompok masyarakat yang masih memegang teguh adat menjadi susah dijangkau ketika keterlibatan anak mereka dalam pendidikan bertentangan dengan kepentingan adat mereka. Misalnya, ketika anak perempuan mereka bersekolah jauh dari daerah mereka, nilai *belis*<sup>16</sup> (semacam mahar di NTT) anaknya menjadi turun hanya karena dugaan bahwa mereka sudah “tidak suci lagi”. Kelompok masyarakat yang merasa apatis dengan fungsi sekolah susah diakses karena mereka tidak melihat adanya manfaat bersekolah. Oleh karenanya, walaupun mereka mampu secara ekonomi, tetap saja mereka tidak menyekolahkan anaknya. Sikap apati itu sebagian juga disebabkan oleh tidak adanya model-peran (*role model*) di daerah mereka yang sukses hidupnya karena bersekolah. Anak perempuan susah untuk dijangkau agar bersekolah karena masih adanya pandangan yang bias gender di sebagian kecil masyarakat, yaitu mereka masih mengutamakan pendidikan untuk anak laki-laki. Anak-anak yang “bandel” susah sekali di suruh bersekolah karena pengaruh banyak faktor seperti lingkungan, pergaulan, perhatian orang tua, dan lain-lain. Mereka lebih memilih bermain daripada sekolah.

#### 4.1.5 Kualitas Pelayanan

Masyarakat yang hanya memiliki satu pilihan sekolah (biasanya yang terdekat) tidak mempunyai pilihan lain kecuali bersekolah di sekolah tersebut walaupun sarana dan prasarannya terbatas dan pelayanannya kurang memuaskan. Mungkin karena ketiadaan pilihan inilah, sulit bagi masyarakat untuk menilai kualitas sekolah dan guru. Pengetahuan tentang kualitas sekolah dan guru ini mereka butuhkan guna menentukan keputusan mereka dalam memilih sekolah. Biasanya, setelah melalui proses *probing* (investigasi) yang cukup lama, pada akhirnya peneliti dapat mengungkapkan pandangan masyarakat tentang kriteria sekolah berkualitas. Seperti ketika berusaha mengungkapkan kualitas sekolah, masyarakat pada awalnya juga mengalami kesulitan dalam mengungkapkan kriteria kualitas guru. Tidak diketahui apakah hal ini karena masyarakat tidak biasa berpendapat dan mengemukakan kritik, merasa takut, atau memang tidak tahu. Pendapat tentang kriteria sekolah dan guru yang berkualitas dijelaskan pada Lampiran 20.

Kriteria sekolah yang baik berdasarkan persepsi masyarakat berkaitan dengan lingkungan dan kegiatan sosial, kedisiplinan baik guru dan murid, prestasi akademis dan kegiatan lain (olahraga, kesenian, pramuka), tingkat kelulusan, tingkat penerimaan siswa yang lulus dari sekolah ini di sekolah-sekolah lanjutan, kemampuan guru dalam mengajar dan berkreasi, tingkat kesuksesan lulusan, interaksi sekolah dan orang tua, dan kondisi fisik bangunan serta kelengkapan sarana dan prasarana. Adapun kriteria guru yang baik menyangkut kemampuan mengajar, pemahaman dan penyampaian yang baik tentang topik yang diajarkan, cara mengajar, kedisiplinan, sikap, dan karakter (bijaksana, tidak galak, dapat menjadi panutan, tidak meninggalkan kelas sewaktu kelas berjalan, dan taat beragama).

---

<sup>16</sup>*Belis* adalah sejumlah uang dan pemberian atas permintaan pihak perempuan yang akan dinikahi yang wajib dipenuhi oleh pihak laki-laki. Semakin tinggi kualitas seorang perempuan, baik dari segi fisik maupun moral, semakin tinggi pula nilai *belis* yang bisa dia tuntut kepada keluarga calon suaminya, dan begitu pula sebaliknya.

Sebagian orang tua tidak peduli dengan kualitas SD yang diukur berdasarkan kriteria tersebut karena mereka memilih sekolah bukan berdasarkan kualitas, melainkan berdasarkan lokasi yang terdekat dan aman. Untuk SMP, sebagian besar orang tua merasa puas dengan kualitasnya. Berdasarkan hasil penilaian orang tua terhadap kualitas guru SD, sebagian dari mereka tidak merasa puas karena guru sering terlambat, sikap guru yang buruk (terkadang memukul), guru tidak dapat mengajar, dan guru sering meninggalkan kelas selama jam pelajaran. Untuk guru SMP, sebagian besar orang tua tidak mengetahui kualitasnya karena lokasi SMP tersebut jauh, meskipun ada beberapa orang tua yang mengemukakan bahwa guru tidak bisa mengajar dan tidak kreatif, pemarah (bahkan, ada yang suka memukul murid), dan sering meninggalkan kelas. Berikut ini adalah beberapa kesaksian masyarakat.

*Saya juga puas karena hasilnya sudah kelihatan; anak [SD saya] menjadi pintar. (FGD Kelompok Ibu, Sukaratu, Darmaraja, Sumedang, Jawa Barat)*

*Semua guru baik. Hanya mereka tidak tinggal di dekat sekolah jadi susah kontrol. Kami sebagai orang tua menyesalkan kepada kepala sekolah yang jarang masuk. Seminggu hanya empat kali saja. Hari Senin masuk dan Selasa tidak masuk. Kepala sekolah terlambat terus. Kami orang tua tidak puas. (FGD Kelompok Ibu, Kuanek, Miomaffo Timur, TTU, NTT)*

*Secara pribadi saya belum puas karena anak saya kelas 5 [SD] belum bisa baca. Tidak tahu anaknya bodoh atau gurunya tidak bagus. Malah saya jadi malu dan pusing. Tapi kayaknya, gurunya kurang perhatian dan tidak fokus ke anak yang lambat. (FGD Kelompok Bapak, Sukaratu, Darmaraja, Sumedang, Jawa Barat)*

*Belum puas karena tenaga guru masih pakai guru SD. Guru fak belum ada. (FGD Kelompok Bapak, Boentuka, Batu Putih, TTS, NTT)*

*Tidak puas dengan guru wali kelas dari anak saya. Pernah pukul anak saya, tetapi saya tidak marah atau ngamuk. (FGD Kelompok Bapak, Oenu, Miomaffo Timur, TTU, NTT)*

*Anak sopan pada orang tua atau berkelakuan baik. Pengetahuan lebih luas. (FGD Kelompok Ibu, Sukaratu, Darmaraja, Sumedang, Jawa Barat)*

*Puas karena guru banyak yang kuliah. Yang kuliah empat orang. (FGD Kelompok Ibu, Taunbaen, Biboki Utara, TTU, NTT)*

*Guru kelas 1 dan 2 sering banyak ngobrol. (FGD Kelompok Ibu, Bojongloa, Buahdua, Sumedang, Jawa Barat)*

Berdasarkan hasil pengamatan di beberapa sekolah, tampak bahwa tingkat absensi guru cukup tinggi. Beberapa kelas tampak kosong, tidak ada gurunya, sementara beberapa di antaranya sedang duduk-duduk di ruang guru. Berbeda dengan hasil pengamatan tersebut, menurut penjelasan informan, tingkat absensi guru rendah, yaitu kurang dari 2 hari per bulan. Bila guru absen, hal ini biasanya karena alasan sakit, penataran/pelatihan, atau keperluan keluarga. Penyebab lain absennya guru adalah jarak rumah guru dan sekolah yang jauh.

#### 4.1.6 Peran Aktor dan Partisipasi Masyarakat dalam Menyediakan Fasilitas Sekolah

Sejak adanya BOS, partisipasi masyarakat dalam menyediakan fasilitas sekolah menurun, namun di wilayah terpencil di NTT, partisipasi masyarakat sangat tinggi. Karena kesadaran yang sangat tinggi akan pentingnya sekolah dan terbatasnya akses fisik ke sekolah, sebagian masyarakat NTT berpartisipasi aktif dalam menyediakan sarana dan prasarana pendidikan. Dengan berswadaya murni, banyak masyarakat di wilayah ini (seperti di Desa Oehela, Desa Falas, dan Desa Oenay, ketiganya di TTS; dan di Desa Oenenu dan Desa Kuanek, keduanya di TTU) membangun rumah tinggal bagi guru. Ada juga sebagian masyarakat yang bahkan berswadaya membangun keseluruhan gedung sekolah itu sendiri, meskipun dalam bentuk yang sederhana (SD Kecil), sebagaimana terjadi di Desa Hauteas dan Desa Taunbaen di TTU atau membangun asrama sebagaimana terjadi di Kecamatan Insana, TTU. Tingginya semangat berpartisipasi ini membuat sebagian masyarakat menyayangkan adanya larangan partisipasi orang tua dalam pembiayaan sekolah, sebagaimana dinyatakan oleh seorang kepala desa (laki-laki) di Batu Putih, TTS, NTT berikut ini.

*Tapi, adanya dana bantuan BOS berikut ketentuannya telah membunuh kreativitas komite. Di antara ketentuan penerima dana BOS adalah sekolah tidak boleh lagi meminta uang sumbangan apa pun kepada wali murid. Padahal, menurut saya, orang tua seharusnya ikut bertanggung jawab terhadap perbaikan fisik sekolah. Karena kalau mereka tidak dibebani tanggung jawab seperti sekarang, perasaan berkorban mereka juga tidak ada sehingga "harga" pendidikan anak pun menjadi tidak tinggi. Kalau orang mengorban banyak hal untuk mendapatkan sesuatu, maka sesuatu itu akan menjadi sangat berharga baginya.*

Peran aparat desa dalam membantu menyediakan fasilitas sekolah yang memadai sebagian diwujudkan melalui keterlibatan mereka dalam rapat yang membahas rencana anggaran pendapatan dan belanja sekolah (RAPBS) dan usaha mereka bersama-sama dengan komite sekolah dalam mencari dana tambahan bagi pembiayaan operasional sekolah; terutama sekolah dengan sedikit murid yang berakibat pada perolehan dana BOS yang sedikit pula.

Peran aparat desa dalam memastikan kehadiran murid dilakukan dengan (1) melakukan pendataan anak usia sekolah, (2) memberikan penyuluhan kepada orang tua tentang pentingnya sekolah agar mereka menyekolahkan anak-anaknya, (3) melakukan kunjungan ke rumah orang tua yang tidak menyekolahkan anaknya, (4) menjelaskan bahwa biaya sekolah untuk pendidikan dasar 9 tahun sudah lebih ringan karena adanya BOS, dan (5) mengeluarkan SKTM (Surat Keterangan Tidak Mampu) agar orang tua mendapatkan keringanan dalam pengadaan buku dan biaya-biaya lainnya.

Komite sekolah selama ini berandil lebih banyak dalam penyediaan fasilitas sekolah melalui pencarian dana kepada masyarakat daripada dalam KBM. Sebagian besar fungsi komite sekolah hanya diperankan oleh ketuanya. Ketua komite sekolah biasanya adalah tokoh masyarakat atau bekas kepala sekolah. Anggota-anggota komite sekolah yang umumnya laki-laki jumlahnya bervariasi dan sebagian besar terdiri dari tokoh masyarakat, orang tua siswa, dan guru.

Di sebagian wilayah, peran komite sekolah dalam memastikan anak-anak bersekolah dilakukan secara tidak langsung dengan menerima masukan maupun keluhan dari orang tua siswa maupun guru dan sekolah. Masukan yang diterima komite sekolah dari orang tua siswa dapat membantu mengontrol pelaksanaan pendidikan di sekolah. Kasus yang pernah terjadi adalah bahwa ada seorang guru yang dianggap berlaku terlalu keras terhadap anak didiknya. Komite sekolah bereaksi dengan cara memberitahukan hal ini kepada pihak sekolah supaya mereka memperingatkan guru yang bersangkutan akan cara mengajarnya.

Ada beberapa penjelasan dari berbagai informan mengenai alasan kenapa komite sekolah tidak aktif. Di antara alasan tersebut adalah karena kualitas dan komitmen anggota komite sekolah memang rendah. Ada juga yang menganggap bahwa adanya dana BOS telah berdampak langsung terhadap aktivitas komite sekolah. Hal ini disebabkan oleh pemahaman komite sekolah bahwa tugas mereka adalah sekadar untuk mencari tambahan dana bagi pembiayaan pembangunan sekolah yang biasanya dimintakan kepada para orang tua siswa. Padahal, dengan adanya dana BOS, pihak sekolah, dan juga komite, dilarang memungut biaya apapun dari orang tua murid. Seorang peserta FGD dari Fatufetto, Alak, Kupang, NTT mengatakan, “Komite sekolah tidak ada lagi karena sudah tidak bayar uang komite sekolah.” Penjelasan lainnya adalah bahwa secara kelembagaan, legitimasi yang dimiliki komite sekolah memang lemah. Kalau kepala sekolah mendapatkan SK (surat keputusan) dari bupati untuk pengangkatannya, maka komite sekolah hanya mendapat SK dari kepala sekolah. Padahal, secara struktural, paling tidak posisi komite sekolah sama dengan posisi kepala sekolah, seperti halnya dengan kedudukan presiden dan DPR.

## **4.2 Penggunaan Pelayanan Pendidikan Dasar dan Faktor yang Memengaruhi Orang Tua untuk Menyekolahkan Anaknya**

### **4.2.1 Pengetahuan dan Kesadaran Masyarakat tentang Pentingnya Pendidikan**

Kesadaran masyarakat akan pentingnya menyekolahkan anak mereka sudah baik, seperti diungkapkan oleh beberapa pernyataan peserta FGD terkait manfaat sekolah berikut ini.

*Bisa baca tulis, bisa sbolat, masa depannya lebih baik, bisa dapat kerja.* (FGD Kelompok Bapak, Buahdua, Buahdua, Sumedang, Jawa Barat)

*Supaya bisa tau membaca dan menulis.* (FGD Kelompok Ibu, Boentuka, Batu Putih, TTS, NTT)

*Bisa itung-itungan.* (FGD Kelompok Ibu, Oehela, Batu Putih, TTS, NTT)

*Supaya bisa berbahasa Indonesia.* (FGD Kelompok Ibu, Falas, Kie, TTS, NTT)

*Bisa bahasa Inggris.* (FGD Kelompok Ibu, Buahdua, Buahdua, Sumedang, Jawa Barat)

*Bisa komputer.* (FGD Kelompok Ibu, Susukan, Susukan, Cirebon, Jawa Barat)

*Bisa mengerti mana yang baik.* (FGD Kelompok Ibu, Fatufetto, Alak, Kupang, NTT)

*Hormat dan patuh pada orang tua.* (FGD Kelompok Ibu, Buahdua, Buahdua, Sumedang, Jawa Barat)

*Supaya lebih pintar dari saya [orang tua].* (FGD Kelompok Ibu, Susukan, Susukan, Cirebon, Jawa Barat)

*Supaya lebih baik daripada orang tua.* (FGD Kelompok Ibu, Naikolan, Maulaffa, Kupang, NTT)

*Anak harus lebih maju dari orang tua, bisa kerja, tidak ketinggalan pendidikan. Manfaat harus dirasakan oleh si anak sendiri.* (FGD Kelompok Bapak, Sukaratu, Darmaraja, Sumedang, Jawa Barat)

*Menyekolahkan anak hanya menjalankan amanat UUD 1945 untuk mencerdaskan bangsa. Orang tua berkewajiban menyekolahkan anak walaupun mahal. (FGD Kelompok Bapak, Mundu Pesisir, Mundu, Cirebon, Jawa Barat)*

*Supaya kehidupan anak di masa depan lebih baik. (FGD Kelompok Bapak, Oehela, Batu Putih, TTS, NTT)*

*Supaya bisa jadi pegawai negeri. (FGD Kelompok Ibu, Sekon, Insana, TTU, NTT)*  
*Mengubah sikap dan mental. (FGD Kelompok Ibu, Sekon, Insana, TTU, NTT)*

*Memanusiakkan manusia.... (FGD Kelompok Bapak, Sekon, Insana, TTU, NTT)*

*Menurut saya, sekolah anak untuk membangun desa. (FGD Kelompok Ibu, Oehela, Batu Putih, TTS, NTT)*

Tingginya pengetahuan dan kesadaran masyarakat akan pentingnya sekolah telah membuat hampir semua orang tua menyekolahkan anaknya ke SD dan sebagian orang tua menyekolahkan anaknya sampai ke SMP. Oleh karenanya, kecuali anak penyandang cacat, semua anak usia 7–12 tahun di wilayah sampel sudah mendaftarkan ke SD.

*Kalau di desa ini, hampir semua masuk sekolah. Paling cuma 19 kancing.<sup>17</sup> (FGD Kelompok Ibu, Tangkil, Susukan, Cirebon, Jawa Barat)*

*Yang tidak sekolah itu kebanyakan usia SMP. Kalau usia SD, semua sekolah. (FGD Kelompok Ibu, Sukaratu, Darmaraja, Sumedang, Jawa Barat)*

*Ada Pak, sekitar 20%. Dari yang 20% itu, sekitar 4%-nya tidak daftar, dan 16% yang putus sekolah. (FGD Kelompok Bapak, Jagapura Kidul, Gegesik, Cirebon, Jawa Barat)*

*Tidak ada yang tidak sekolah, semuanya bersekolah. (FGD Kelompok Bapak, Orang Tua Anak Usia SD, Naikolan, Maulaffa, Kupang, NTT)*

Pada kenyataannya, masih ada anak berusia 6 tahun yang belum bersekolah karena persoalan daya tampung sekolah, daya tangkap anak dalam menerima pelajaran, dan kecacatan yang disandang anak. Di Desa Neglasari, Darmaraja, Sumedang, sekolah tidak bersedia menerima anak berumur di bawah 7 tahun karena anak seusia ini dianggap belum mampu mengikuti pelajaran.

Berbeda dengan fenomena di atas, di Desa Oehela dan Desa Boentuka (SD GMT Boentuka), Kecamatan Batu Putih, TTS, banyak anak-anak yang sebenarnya belum mencapai usia 6 tahun justru telah disekolahkan oleh orang tuanya. Bahkan, ada anak-anak yang masih masuk dalam kategori balita pun (3–5 tahun) sudah dimasukkan ke SD. Hal ini dilakukan karena di desa itu, tidak ada TK untuk menampung anak di bawah usia 7 tahun. Seorang kepala desa (laki-laki) di Batu Putih, TTS, NTT menjelaskan, “Belum adanya sekolah untuk anak yang belum usia sekolah (di bawah 6 tahun). Padahal, masyarakat di sini sangat ingin memasukkan anak-anaknya itu ke sekolah. Sehingga bisa dilihat di SD ada anak-anak yang baru berusia 3 atau 4 tahun tapi sudah duduk di kelas satu.”

---

<sup>17</sup>Metode kancing ini adalah sebuah cara yang digunakan pada saat kegiatan FGD dalam penelitian kualitatif untuk menghitung persentase populasi dengan menggunakan 100 kancing. Peserta FGD tidak mengetahui jumlah total kancing tersebut. Seluruh kancing merupakan representasi dari keseluruhan populasi yang akan diteliti. Peserta FGD hanya diminta untuk memisahkan sebagian kancing dari sisa kancing yang ada untuk memperkirakan persentase populasi yang menggambarkan jawaban setiap pertanyaan yang diajukan peneliti.

Dari mereka yang mendaftar ke SD, sebagian kecil pada akhirnya tidak bisa menamatkan pendidikan SD atau putus sekolah, atau setelah mereka tamat SD, mereka tidak bisa melanjutkan ke SMP dengan sebab yang bermacam-macam. Anak-anak yang sudah terdaftar di SMP pun kemudian tidak semuanya bisa menamatkan pendidikannya, terputus begitu saja di tengah jalan. Fenomena putus sekolah di SD dan SMP atau fenomena tidak melanjutkan pendidikan dari SD ke SMP ini terjadi secara hampir merata di semua daerah dengan jumlah yang bervariasi antarwilayah (lihat Kotak 2).

## **Kotak 2. Diskontinuitas Pendidikan Siswa**

### **Kasus putus sekolah SD**

Kecuali di Desa Neglasari, Darmaraja, Sumedang; Desa Taunbaen, Biboki Utara, TTU; dan Desa Fatufetto, Alak, Kupang, kasus putus sekolah SD terdapat di semua desa, sebagian dalam jumlah yang cukup besar. Pada tahun 2007, misalnya, di salah satu SDN di Desa Jagapura Kidul, Gegesik, Cirebon, 10 siswa dari 69 siswa yang termasuk ke dalam kohor yang sama putus sekolah. Di salah satu SDN di Desa Mundu Pesisir, Mundu, Cirebon, terdapat 3–4 kasus putus sekolah dari total 425 siswa. Di dua desa di Cirebon, yaitu di Desa Mundu Pesisir dan di Desa Mertasinga, yang letaknya di pesisir pantai dan sebagian masyarakatnya bekerja sebagai nelayan, kasus putus sekolah banyak dijumpai terjadi pada anak laki-laki kelas 5 dan kelas 6 SD, sementara di Desa Tangkil, ditemui kasus anak yang berhenti belajar di SD dan pindah ke pesantren.

### **Kasus putus sekolah SMP**

Untuk tingkat SMP, tidak ada satu pun wilayah sampel dari penelitian ini yang bersih dari kasus putus sekolah dan di NTT, kecenderungannya tinggi. Sebagai contoh, di SMPN 2 Insana, TTU, pada TA 2006/2007, ada 14 siswa (atau sekitar 4%) yang putus sekolah dan pada tahun ajaran yang sama, di SMPN 2 Amanuban Barat, Batu Putih, ada lima orang yang putus sekolah.

### **Kasus tidak melanjutkan pendidikan ke SMP**

Salah satu keberhasilan kebijakan Wajar Dikdas 9 Tahun dan pelaksanaan berbagai program pendidikan, misalnya BOS, adalah turunnya angka tidak melanjutkan sekolah. Sebagai gambaran, di Desa Oehela, Batu Putih, TTS, misalnya, masyarakat memperkirakan maksimal hanya 1% saja anak-anak usia SMP yang tidak mendaftarkan diri ke SMP. Keterangan masyarakat ini diperkuat oleh informasi dari para informan bahwa untuk anak lulusan SD tahun 2007 memang tidak satu pun yang tidak mendaftarkan diri ke SMP. Proporsi tidak melanjutkan pendidikan ke SMP di wilayah perkotaan cenderung lebih kecil daripada proporsi tidak melanjutkan pendidikan ke SMP di wilayah pedesaan.

Hal sebaliknya dari kondisi Desa Oehela terjadi di beberapa desa lainnya. Contohnya, di Desa Pamekaran, Sumedang, dari 13 lulusan SDN Cikeusik tahun 2007, hanya tujuh di antaranya yang melanjutkan pendidikan ke SMP. Sisa lulusan lainnya sampai saat ini masih diupayakan oleh aparat desa untuk dapat masuk ke Program Kejar Paket B.

### **Kasus tidak naik kelas, mengulang, dan tidak lulus**

Sebagian besar siswa SD di setiap desa naik kelas. Mereka yang tidak naik kelas pada umumnya adalah para siswa yang berada di kelas 1 dan kelas 2 dan para siswa yang tidak naik dari kelas 5 ke kelas 6 karena mereka tidak dapat memenuhi syarat kenaikan kelas. Pada 2006, di salah satu SDN di Desa Mundu Pesisir, Mundu, Cirebon, terdapat delapan siswa yang tidak naik di kelas 1 dan enam siswa yang tidak naik di kelas 2. Di SDK Sekon, Insana, TTU, ada sekitar 20-an siswa yang terpaksa tidak dinaikkan, yaitu 9 siswa kelas 1 (5 laki-laki dan 4 perempuan), 5 siswa kelas 2 (2 laki-laki dan 3 perempuan), 6 siswa kelas 3 (3 laki-laki dan 3 perempuan), 3 siswa laki-laki kelas 4, 8 siswa kelas 5 (5 laki-laki dan 3 perempuan).

Untuk tingkat SMP, di SMPN 2 Insana, TTU, misalnya, pada TA 2006/2007, ada 7 siswa dari 100 siswa (atau 7%) yang tidak naik kelas dari kelas 2 ke kelas 3. Demikian pula halnya dengan para siswa yang tidak naik kelas dari kelas 1 ke kelas 2; menurut sekolah, di kelas 1 ini lebih banyak wajah-wajah yang “kurang pandai”.

Tidak seperti angka tidak naik kelas dan angka mengulang kelas yang relatif rendah, angka ketidakhadiran murid untuk SMP lumayan tinggi. Sebagai contoh, di SMPN 2 Insana, TTU, pada TA 2006/2007, dari 96 siswa kelas 3, 21 di antaranya (atau 22%) tidak lulus UAN (ujian akhir nasional).



Hasil pengamatan di beberapa sekolah menunjukkan jumlah lulusan sekolah SD yang lebih kecil daripada perkiraan masyarakat. Sebagai contoh, Tabel 9 menyajikan perkembangan jumlah siswa terdaftar dan lulusan di SDK Sekon, Insana, TTU. Data tersebut mengindikasikan bahwa dari mereka yang mendaftar diri ke SD, tidak semuanya lulus (lihat kohor 1996/1997 yang semestinya lulus pada akhir TA 2001/2002, atau pada Juni 2002). Sebagian dari mereka mungkin juga tidak naik kelas dan/atau putus sekolah.

**Tabel 9. Jumlah Siswa yang Terdaftar dan Lulusan di SDK Sekon, Insana, TTU**

Tahun Ajaran	Siswa yang Terdaftar			Jumlah Lulusan		
	P	L	Jumlah	P	L	Jumlah
1996/1997	16	18	34			
1997/1998	16	14	30			
1998/1999	13	16	29			
1999/2000	13	19	32			
2000/2001	14	16	30			
2001/2002				6	15	21
2002/2003				16	9	25
2003/2004				13	11	14
2004/2005				9	9	18

Keterangan: P = perempuan dan L = laki-laki

Sebagian besar anak-anak yang putus sekolah atau tidak melanjutkan ke SMP bekerja. Di Desa Negarawangi, Rancakalong, Sumedang, banyak anak-anak putus sekolah yang bekerja di industri kecil pembuatan tas dan mebel, sedangkan di Desa Tangkil, Susukan, Cirebon, anak-anak putus sekolah memilih bekerja sebagai kuli genteng. Di Desa Bojongloa, Buahdua, Sumedang, anak-anak putus sekolah memilih bekerja sebagai kenek angkutan kota, sedangkan di Desa Jagapura Kidul, Gegesik, Cirebon, anak-anak putus sekolah memilih bekerja sebagai penyemir sepatu; bahkan, ada di antara anak-anak tersebut yang menjadi pengemis di Jakarta karena diajak/dipaksa oleh orang tua mereka. Di Desa Mertasinga, terdapat seorang anak perempuan yang putus sekolah pada saat ia kelas 6 dan memilih menjadi TKI atas permintaan orang tuanya.

Meskipun sebagian besar anak-anak yang putus sekolah atau tidak melanjutkan ke SMP tersebut bekerja, ada juga di antara mereka yang kemudian menganggur. Hal ini didukung oleh pernyataan seorang peserta FGD: “Biasanya banyak yang *nongkerong-nongkerong* di pasar; jadi *enggak karuan*” (FGD Kelompok Bapak, Tangkil, Susukan, Cirebon, Jawa Barat).

Ternyata, sebagian orang tua di wilayah tertentu di NTT masih kurang memiliki kesadaran untuk menyekolahkan anak mereka. Sebagian dari mereka masih tidak melihat adanya manfaat dan pentingnya sekolah atau mereka tidak melihat adanya masa depan yang baik dengan bersekolah. Hal ini disampaikan oleh seorang laki-laki dari Desa Hauteas, Biboki Utara, TTU, NTT dalam bentuk ungkapan yang lazim beredar di kalangan masyarakat TTU: “Bupati *su* ada [Bupati sudah ada]. Camat *su* ada [Camat sudah ada]. Desa *su* ada [Kepala desa sudah ada]. Kamu *mu* ganti sapa? [Kamu kalau sekolah mau menggantikan siapa?]” (FGD Kelompok Bapak).

Ungkapan di atas berarti, “Buat apa lelah bersekolah. Nantinya juga tidak akan menjadi pejabat” (FGD Kelompok Bapak, Hauteas, Biboki Utara, TTU, NTT). Masyarakat wilayah ini menilai bahwa perbaikan hidup hanya akan terjadi bila anak-anak mereka menjadi pejabat.

Oleh sebab itu, ukuran keberhasilan mereka adalah menjadi pejabat, menjadi PNS, atau mendapatkan pekerjaan yang bagus. Sayangnya, di wilayah penelitian ini, jarang sekali ada model-peran yang sukses hidupnya karena bersekolah. Sebagian besar masyarakat yang bersekolah di wilayah ini akhirnya melakukan pekerjaan yang sama dilakukan oleh orang tuanya, yaitu bertani atau menggembala ternak, sehingga persepsi tentang bersekolah sebagai instrumen untuk mengubah nasib pun kandas.

### Kotak 3. Syarat Kenaikan Kelas

Untuk kelas 1 dan kelas 2 SD, syarat-syarat kenaikan kelas adalah bisa membaca, menulis, dan berhitung, sementara untuk syarat-syarat kenaikan kelas 5 dan kelulusan kelas 6 mempertimbangkan tingkat kesiapan siswa dalam menghadapi ujian akhir dengan standar nilai Bahasa Indonesia, Matematika, dan Agama yang lebih dari 5.

Untuk SMP, selain memenuhi syarat minimal tatap muka, standar kenaikan kelas adalah nilai per mata pelajaran yang minimal 65 dan hasil penilaian terhadap sikap anak yang positif. Selama ini, untuk SMP, toleransi tidak naik kelas adalah 2 tahun; oleh karenanya, bila seorang siswa tidak naik kelas lagi untuk ketiga kalinya, ia terpaksa dinaikkan.

Karena kesadaran yang kurang, ada sebagian masyarakat yang di satu sisi, rela mengorbankan beberapa ekor ternaknya untuk kebutuhan upacara adat, namun di sisi lain, tidak mau menjual seekor ternak pun untuk biaya sekolah anaknya. Mereka lebih mementingkan adat daripada menyekolahkan anak. Kasus ini terjadi di Kecamatan Insana. Menurut para guru SMP, bila sapi dari sebagian masyarakat tersebut berkurang, misalnya untuk membiayai pendidikan anak mereka, mereka akan merasa bahwa kekayaannya berkurang dan oleh karenanya, “nama” mereka akan dihilangkan dari “adat”. Hal ini akan berbeda apabila mereka memotong sapi untuk keperluan adat; walaupun jumlah sapi mereka berkurang, mereka akan tetap diperhitungkan dalam “adat”.

Masih berkaitan dengan adat, di Kecamatan Biboki Utara, TTU, ada sebagian kecil orang tua yang tidak mau menyekolahkan anak perempuannya ke SMP karena takut hal ini akan mengurangi nilai *belis* anak perempuan mereka. Karena jarak sekolah yang jauh, siswa perempuan terpaksa harus menginap di tempat kos atau asrama sehingga orang tua mereka tidak bisa lagi menjaga mereka. Bagi orang tua, ada kekhawatiran bahwa reputasi anak mereka bisa tercoreng jika mereka tinggal terpisah dari orang tua mereka. Bila anak perempuan mereka berpacaran, terlebih lagi secara bebas, dan berakibat hamil (dipandang tidak lagi “suci”) atau telah bergaul dengan siswa laki-laki karena letak asrama yang berdekatan, nilai *belis* mereka akan berkurang.

#### 4.2.2 Pilihan dan Akses Masyarakat pada Sekolah yang Ada

Di Jawa Barat, fasilitas SD yang berada hampir di setiap dusun telah membantu masyarakat di pedesaan untuk bisa menyekolahkan anaknya. Status SD yang negeri dan lokasi sekolah yang dekat dengan rumah merupakan pertimbangan utama dalam memilih sekolah, sebagaimana disampaikan oleh salah satu orang tua, “Saya *nyekolahin* anak saya ke SDN Darondong soalnya dekat dari rumah saya. Kalo ke SDN Buahdua 2, terlalu jauh. Kasihan anaknya” (FGD Kelompok Bapak, Buahdua, Buahdua, Sumedang, Jawa Barat).

Alasan sebagian besar masyarakat untuk memilih sekolah tertentu adalah biaya. Meskipun ada BOS, masyarakat masih tetap harus mengeluarkan biaya lainnya seperti biaya transportasi. Berikut penuturan masyarakat terkait hal ini.

*Sekolahnya kan sudah digratiskan. Jadi, kalo sekolahnya jauh, sama juga boong karena biayanya jadi besar.* (FGD Kelompok Bapak, Buahdua, Buahdua, Sumedang, Jawa Barat)

*Berat di ongkos. Kita bisa tidak kuat, Pak. Kasian anak-anak kalo tidak bisa berangkat karena tidak ada ongkos.* (FGD Kelompok Bapak, Neglasari, Darmaraja, Sumedang, Jawa Barat)

Alasan lainnya untuk memilih sekolah adalah mematuhi peraturan atau keamanan. Di Desa Buahdua, Sumedang, misalnya, pemerintah desa menganjurkan warganya untuk menyekolahkan anak mereka di tempat yang dekat, sementara di Desa Mundu Pesisir, Cirebon, masyarakat memilih SD dengan alasan keamanan bagi anaknya. Seorang laki-laki dari Desa Buahdua, Buahdua Sumedang, Jawa Barat menyatakan, “Dari desa itu ada anjuran untuk *nyekolahin* anaknya di tempat yang paling *deket*” (FGD Kelompok Bapak).

Keputusan pemerintah Desa Buahdua agar masyarakat menyekolahkan anaknya ke sekolah yang dekat berkaitan dengan sangat kurangnya jumlah siswa di sekolah tersebut dibandingkan dengan dayaampungnya. Suksesnya Program KB di Kabupaten Sumedang telah berakibat pada minimnya jumlah anak usia sekolah di beberapa desa. Hal ini menyebabkan jumlah murid per kelas di beberapa SD lebih kecil daripada kapasitas sebenarnya. Menurut aturan, kapasitas normal per kelas adalah 40 murid. Namun, jumlah murid per kelas di salah satu SDN di Desa Buahdua hanya 15 orang murid. Hal serupa terjadi di ketiga SDN di Desa Pamekaran, Sumedang dan di SDN 1 Jagapura Kidul, Cirebon. Bahkan, di Kecamatan Buahdua yang merupakan kecamatan yang paling sukses dalam menerapkan Program KB se-Kabupaten Sumedang, SMPN yang paling banyak diakses oleh masyarakat memiliki jumlah murid yang masih berada di bawah dayaampungnya. Selain itu, kebijakan serupa diterapkan juga oleh pemerintah desa di desa-desa yang ada di Jagapura (Lor, Kidul, Kulon, Wetan), Cirebon, yaitu semua anak usia SMP di empat desa tersebut diharuskan untuk bersekolah di SMPN 2 Jagapura karena sedikitnya jumlah murid di sekolah yang bukan merupakan sekolah favorit ini.

Karena sebagian besar SMPN berlokasi di ibu kota kecamatan atau di luar desa, masyarakat di pedesaan tidak memiliki pilihan kecuali menyekolahkan anaknya ke SMP terdekat, kadang tanpa mempertimbangkan kualitas sekolah.<sup>18</sup> Lain halnya dengan masyarakat di wilayah yang memiliki banyak sekolah (SD/SMP), baik di wilayah perkotaan maupun pedesaan yang berbatasan dengan perkotaan. Selain masyarakat mempunyai akses yang jauh lebih baik, mereka juga memiliki banyak pilihan. Mudahnya akses dan banyaknya pilihan ini membuat masyarakat mulai mempertimbangkan kualitas sekolah, bukan hanya jarak dan biaya. Akibat selanjutnya adalah bahwa sekolah-sekolah yang berkualitas dan favorit mengalami persoalan terbatasnya dayaampung.

Bagi mereka yang tidak melanjutkan pendidikannya ke SMP, ada sebagian kecil yang diarahkan oleh pihak aparat/sekolah untuk mengikuti Program Kejar Paket B. Namun, peminat Program Kejar Paket B masih sangat sedikit dan di beberapa desa, program ini belum tersedia. Di Desa Pamekaran, Sumedang, karena masih menunggu kepastian dana, Program Kejar Paket B pada tahun ini tidak bisa berjalan. Hal ini menyebabkan siswa lulusan SD tahun ini yang tidak melanjutkan pendidikannya ke SMP menjadi terkatung-katung.

---

<sup>18</sup>Hal ini juga yang menyebabkan masyarakat di hampir semua wilayah sulit mengungkapkan pendapatnya tentang sekolah dan guru yang berkualitas karena selama ini masyarakat tidak memilih sekolah berdasarkan kualitasnya, melainkan kemudahannya.

Tidak seperti di Jawa Barat, terbatasnya ketersediaan fasilitas pendidikan di berbagai daerah di NTT lebih berimplikasi pada terbatasnya pilihan masyarakat dalam memilih sekolah. Masyarakat tidak memiliki pilihan dan harus menyekolahkan anaknya ke satu-satunya SD yang tersedia di desa. Kasus berbeda ditemukan di daerah perkotaan. Di Kota Kupang, misalnya, dalam satu desa, bisa terdapat lebih dari satu SDN sehingga masyarakat mempunyai beberapa pilihan dan biasanya mereka memilih sekolah yang terdekat. Menariknya adalah bahwa afiliasi agama ternyata menjadi pertimbangan bagi masyarakat dalam memilih sekolah bagi anak-anak mereka. Kasus ini terjadi di desa yang memiliki lebih dari satu SD dengan afiliasi agama berbeda seperti yang ditemukan di Desa Boentuka, Batu Putih, TTS. Sebagaimana dijelaskan oleh kepala desanya, di desa yang didominasi oleh penduduk beragama Kristen ini, masyarakat yang beragama Kristen biasanya memilih untuk menyekolahkan anaknya ke SD Inpres Boentuka, sementara masyarakat yang beragama Katolik biasanya menyekolahkan anak mereka ke SDK Yasuari.

Untuk tingkat SMP, pada umumnya, masyarakat tetap memilih SMP yang terdekat atau SMP favorit, baik di pedesaan maupun di perkotaan. Sebagai contoh, di Kecamatan Insana, TTU, walaupun terdapat lebih banyak pilihan SMP, baik SMPN maupun SMP Kristen, masyarakat di Desa Sekon, TTU tetap memilih SMP terdekat, SMPN 2 Insana, dan masyarakat di Desa Susulaku lebih memilih SMP Kristen. Namun, karena beberapa kecamatan hanya memiliki satu SMP (terutama sebelum tahun 2006), masyarakat tidak memiliki pilihan kecuali melanjutkan sekolah anaknya di SMP tersebut. Hal itu terjadi, misalnya, di Kecamatan Kie dan di Kecamatan Batu Putih, keduanya di TTS, dan di Kecamatan Biboki Utara, TTU.

Perlu dicatat bahwa kata “terdekat” tidak berarti jaraknya memang betul-betul dekat. Jarak ke SMP terdekat kebanyakan lebih dari 4 km. Bahkan, di beberapa daerah seperti Desa Oenay, Kie, TTS, SMP terdekat berjarak 10 km. Namun, semenjak dibangunnya SMP Satu Atap dan SMP Terbuka di berbagai daerah sebagai bagian dari usaha untuk mengatasi persoalan daya tampung dan jarak, kondisinya sudah lumayan berubah sehingga masyarakat pun kini mempunyai pilihan.

#### **4.2.3 Akses Fisik dan Keuangan**

Masalah keterpencilan wilayah adalah persoalan yang paling sering dikeluhkan oleh masyarakat, terutama masyarakat di wilayah pedesaan. Keterpencilan ini menyebabkan mereka tidak dapat melanjutkan pendidikan anaknya ke SMP atau anak mereka terpaksa putus sekolah. Keterpencilan wilayah berkaitan dengan jarak yang jauh, kondisi jalan yang buruk, berbukit, becek, dan kadang harus melewati sungai tanpa jembatan, ketiadaan fasilitas SMP atau sederajat yang dekat, dan ketiadaan transportasi. Di NTT, anak-anak desa kadang harus menempuh jarak 3–4 km untuk dapat mencapai SD mereka, dan untuk mencapai SMP, jaraknya lebih jauh lagi. Di Desa Taunbaen, Biboki Utara dan di Desa Oenenu, Miomafo Timur (keduanya berada di TTU), misalnya, siswa SMP harus menempuh jarak lebih dari 10 km. Anak-anak di Desa Susulaku, Insana, TTU menempuh jarak yang lebih dekat, yaitu sejauh 4 km, untuk mencapai SMP terdekat. Di TTS, seperti di Desa Oehela, Batu Putih dan di Desa Oenay, Kie, jarak yang harus ditempuh anak-anak untuk mencapai SMP adalah sekitar 4–5 km.

Persoalan jarak di wilayah perkotaan tidak terlalu menjadi masalah karena transportasi banyak tersedia. Akan tetapi, di desa-desa di NTT, jarak yang jauh kadang tidak dibarengi dengan ketersediaan transportasi yang memadai. Walaupun transportasi ada, jenis dan jumlahnya terbatas sehingga biaya transpor menjadi mahal. Oleh karena itu, banyak anak sekolah yang harus berjalan kaki hingga 2–3 jam. Jarak menjadi masalah bukan saja karena untuk menempuhnya anak sekolah harus menguras banyak energi dan memakan waktu, tetapi juga

karena ini bisa mengurangi semangat mereka untuk belajar dan berangkat ke sekolah. Konsentrasi belajar mereka juga akan terganggu setelah menempuh perjalanan panjang, apalagi kalau mereka tidak dibekali makan pagi sebelumnya. Jarak yang jauh juga menjadi permasalahan yang sering membuat anak-anak sekolah tidak sampai ke sekolah dan akhirnya tidak masuk sekolah, atau membolos. Kalaupun mereka berupaya masuk, mereka takut terkena hukuman guru karena telah datang terlambat.

Pada akhirnya, persoalan jarak ini tidak dapat dipisahkan dari masalah akses keuangan yang terbatas. Bagi anak-anak sekolah yang tidak kuat berjalan atau jarak tempuhnya terlalu jauh sehingga memerlukan waktu yang lama, mereka harus menyediakan dana untuk biaya transportasi. Meskipun di beberapa wilayah, persoalan jarak ini dapat diatasi dengan dibangunnya sebuah asrama yang dekat dengan sekolah, anak-anak diwajibkan untuk membawa makanan sendiri dan membayar iuran untuk kos, selain juga ada masalah daya tampung yang terbatas.

Persoalan keterbatasan akses keuangan juga merupakan alasan utama bagi masyarakat untuk tidak melanjutkan pendidikan ke SMP atau putus sekolah. Menurut pihak sekolah, keluarga miskin tetap diterima, bahkan di Sumedang mereka diprioritaskan. Hal ini dimungkinkan dengan adanya BOS yang dapat menekan biaya menyekolahkan anak. Namun, persoalan keterbatasan ekonomi masyarakat yang sebenarnya lebih berkaitan dengan biaya penunjang sekolah dan kebutuhan keluarga sehari-hari. Kedua hal inilah yang menyebabkan masyarakat tidak dapat melanjutkan pendidikan ke SMP, atau bahkan putus sekolah.

Biaya penunjang sekolah yang dimaksud meliputi biaya-biaya transportasi, pembelian buku, LKS (lembar kerja siswa), peralatan sekolah, seragam, dan uang jajan (lihat Kotak 4). Sejatinya, kondisi kesejahteraan/kemampuan ekonomi calon murid bukan merupakan salah satu kriteria penerimaan siswa, namun ketika masyarakat miskin dihadapkan pada biaya-biaya pendukung sekolah tersebut, sebagian dari mereka kemudian mengundurkan diri. Sebagai contoh, di beberapa SMPN di Sumedang, calon siswa baru diharuskan membayar uang bangku/bangunan, uang buku (LKS dan sebagian buku paket), dan uang baju (seragam, batik, olahraga, muslim) yang berkisar antara Rp400.000 dan Rp600.000. Demikian pula halnya yang terjadi di NTT. Menurut ibu-ibu yang memiliki anak usia SMP, ada di antara mereka yang harus membayar tidak kurang dari Rp700.000 di awal tahun anaknya bersekolah di sebuah SMP (lihat Kotak 4). Ketidakberdayaan orang tua untuk memenuhi biaya penunjang pendidikan yang mahal tersebut menyebabkan anak merasa malu dan putus sekolah, sebagaimana dinyatakan oleh seorang perempuan dari Desa Jagapura Kidul, Gresik Cirebon, Jawa Barat “Ada juga yang (putus sekolah) karena malu *nggak* bisa bayar uang buku” (FGD Kelompok Ibu).

#### **Kotak 4. Mahalnya Biaya Penunjang Sekolah**

Seorang ibu di Desa Oehela, TTS yang memiliki seorang anak SMP mengaku telah mengeluarkan biaya penunjang sekolah untuk tahun pertama anaknya bersekolah di SMP sebagai berikut.

2 pasang seragam:	Rp230.000
3 buku tulis:	Rp75.000–Rp90.000/tahun
Pensil/bolpoin:	Rp22.000/tahun
2 pasang sepatu:	Rp130.000–Rp140.000
Fotokopi buku:	Rp60.000–Rp65.000/tahun
BP3 (Komite Sekolah):	Rp90.000/tahun
Uang pendaftaran:	Rp5.000

Sebagian kecil dana BOS ternyata disisihkan untuk membantu biaya transportasi murid yang kurang mampu, namun pada kebanyakan kasus, dana BOS hanya dapat menghilangkan iuran bulanan siswa (SPP). Sebagian besar dana BOS digunakan untuk biaya-biaya operasional sekolah, keperluan murid (ekstrakurikuler), dan honor guru.

Bantuan untuk anak-anak miskin hanya diberikan oleh pihak-pihak dari luar sekolah, yaitu bantuan-bantuan dari pihak asing, seperti bantuan biskuit dari Pemerintah Australia untuk SD-SD di Kecamatan Batu Putih, TTS; bantuan Pemerintah Belanda berupa uang tunai dan beasiswa untuk anak-anak sekolah SD dan SMP di Biboki Utara; bantuan DBEP (Decentralized Basic Education Project) untuk pembangunan dan renovasi sekolah di TTS; dan bantuan dari beberapa LSM (lembaga swadaya masyarakat) internasional seperti Plan International, CWS, WVI, CARE, dan lain-lain.

Karena ketidakmampuan orang tua secara ekonomi, tidak sedikit anak-anak yang terpaksa harus membantu orang tuanya mencari uang. Di NTT, anak-anak bekerja sebagai petani membantu di ladang atau sawah, penggembala, pengojek, *konjak oto* (kernet mobil), atau penjaja kue. Di Jawa Barat, anak-anak juga terpaksa bekerja sebagai nelayan atau buruh (genteng, konveksi, rumah tangga, penjaga toko), bekerja di perantauan sebagai TKI, pedagang dan pemulung di Jakarta, atau bekerja sebagai pengamen. Sebagian anak-anak yang telah terlanjur bekerja kemudian tidak melanjutkan sekolahnya karena waktu sekolahnya tersita untuk bekerja dan, bagi sebagian lainnya, karena mereka telah merasakan “enaknya uang” dan akhirnya menjadi malas bersekolah. Seorang laki-laki peserta FGD dari Desa Jagapura Kidul, Gresik Cirebon, Jawa Barat mengungkapkan, “Ada, Pak [yang putus sekolah]. Biasanya dibawa orang tuanya ke Jakarta. Kalau sudah dibawa ke Jakarta, anak sudah merasakan dapat *duit*, ya anak jadi *males* untuk sekolah.”

Selain itu, di NTT, ada juga orang tua yang tidak sanggup membayar uang denda absen anak yang sudah bertumpuk. Di sebagian besar daerah di TTU dan TTS, ada pemberlakuan denda bagi anak yang absen. Untuk setiap hari ketidakhadiran anak, orang tua akan didenda dengan jumlah yang bervariasi antardaerah. Di Desa Hauteas, TTU, misalnya, besarnya denda untuk setiap hari absen anak adalah Rp1.000. Ketika jumlah absen anak sudah terlalu banyak dan jumlah denda telah menumpuk, orang tua tidak lagi mampu membayarnya dan si anak pun akhirnya menjadi korban putus sekolah.

#### **4.2.4 Faktor-faktor Lain yang Memengaruhi Lulusan SD untuk Tidak Melanjutkan ke SMP dan Putus Sekolah**

Selain persoalan jarak dan ekonomi, alasan lain anak-anak tidak melanjutkan pendidikannya ke SMP adalah karena mereka tidak mau sekolah dan tidak lulus SD. Alasan anak-anak tidak mau sekolah merupakan faktor yang perlu mendapat perhatian. Selain mereka lebih memilih membantu orang tua mereka yang sedang menghadapi kesulitan ekonomi dengan bekerja/mencari uang, mereka juga tidak melihat adanya masa depan yang lebih baik dengan melanjutkan sekolah. Selain alasan-alasan kurangnya perhatian orang tua dan anak “bandel” atau kenakalan remaja, alasan lainnya adalah karena “otak berat” yang kemungkinan merupakan akibat dari kurangnya asupan nutrisi. Dengan kondisi seperti ini, mereka tidak dapat naik kelas atau tidak lulus.

Kenakalan remaja ditengarai merupakan akibat dari pengaruh lingkungan seperti bermain dengan teman-teman yang tidak bersekolah, bermain *game* seperti Playstation/PS, diajak oleh temannya, dan kurangnya perhatian orang tua. Berikut ini adalah ungkapan beberapa peserta FGD.

*Karena banyak pengaruh ... pengaruh dari teman-teman luar. (FGD Kelompok Ibu, Oenay, Kie, TTU, NTT)*

*Ojek ajak untuk tidak sekolah. (FGD Kelompok Ibu, Hauteas, Biboki Utara TTU, NTT)*

*Yang sama kaya saya punya. Tabun lalu ikut [Program Kejar] Paket C tapi sama saja karena dia ikut pengaruh lingkungan. Jadi sekarang ikut perahu/lampara. (FGD Kelompok Bapak, Fatufetto, Alak, Kupang, NTT)*

Bagi mereka yang tidak melanjutkan sekolah karena ditolak, masalahnya biasanya berkaitan dengan masalah kenakalan remaja. Kebanyakan kasus kenakalan siswa SMP berkaitan dengan pergaulan bebas yang menyebabkan kehamilan atau penggunaan narkoba. Sebagai akibatnya, mereka merasa malu untuk melanjutkan sekolah atau dikeluarkan oleh sekolah.

Dari keterangan masyarakat dan pihak sekolah, tidak sedikit anak-anak putus sekolah yang disebabkan oleh kenakalan anak yang bersangkutan. Pihak sekolah dan pemerintah desa seringkali menyoroti bahwa anak-anak ini menjadi nakal karena mereka tidak mendapatkan perhatian yang memadai dari orang tua mereka yang sibuk bekerja. Bagaimanapun juga, persoalan ekonomi, perhatian orang tua, dan kenakalan anak ini memang merupakan tiga hal yang terjalin berkelindan satu sama lain. Seorang kepala sekolah (laki-laki) di Biboki Utara, TTU membahas kasus anak putus sekolah ini.

*Tapi, tentu saja kesalahan tidak bisa ditimpakan kepada anak-anak. Usia mereka yang baru 6–12 tahun belum memungkinkan mereka memahami pentingnya sekolah. Oleh sebab itu, tidak adanya kemauan anak sebetulnya mencerminkan tidak adanya kesadaran dan dorongan dari orang tua agar si anak bersekolah dengan baik. Bagi sebagian orang tua, tidak adanya dorongan disebabkan oleh kondisi hidup mereka sendiri yang tidak berkecukupan. Jadi, bukannya memperhatikan pendidikan anak, mereka malah sibuk sendiri mencari penghidupan keluarga sehingga anak-anaknya kurang begitu diperhatikan.*

Kurangnya perhatian orang tua dapat diakibatkan oleh, antara lain, dampak perceraian orang tua, meninggalnya orang tua, dan ditiptkannya anak kepada seorang saudara yang tidak mampu memberi perhatian penuh. Hal-hal tersebut didukung oleh pernyataan beberapa berikut ini.

*Ada yang bapanya mati. Jadi, dia sendiri tidak mau sekolah. (FGD Kelompok Ibu, Kuanek, Miomaffo Timur, TTU, NTT)*

*Kalau mama yang meninggal, bapa biasanya kawin lagi dan dia banya urus istrinya yang baru, tidak memperhatikan anak dari istrinya yang pertama. Dengan demikian, anak kurang suka dengan orang tuanya lagi sehingga dia lebih memilih untuk putus sekolah dan pergi cari kerja. (FGD Kelompok Ibu, Oenenu, Miomaffo Timur, TTU, NTT)*

Seperti yang terjadi di Desa Jagapura Kidul, Gegesik dan Desa Susukan, Susukan (keduanya di Cirebon), sebagian masyarakatnya bekerja di perantauan atau menjadi TKI sehingga anak mereka ditiptkan kepada saudaranya yang tidak memberikan perhatian penuh kepada anak-anak mereka. Di Desa Mundu Pesisir yang sebagian masyarakatnya bekerja sebagai nelayan, pada saat masyarakat melaut ke luar daerah, biasanya mereka membawa serta istri dan sebagian anak mereka yang masih kecil, sedangkan anak yang sudah sekolah biasanya ditiptkan kepada

saudara yang pada kenyataannya tidak memberikan perhatian kepada anak tersebut. Di Desa Susukan, Kecamatan Susukan, Cirebon, kebanyakan kasus putus sekolah di tingkat SD disebabkan oleh dampak perceraian orang tua. Contoh lain dari kombinasi antara kurangnya perhatian orang tua dan keterpaksaan ekonomi adalah sewaktu anak diajak berpindah tempat tinggal untuk mengikuti orang tuanya merantau (misalnya, pergi berdagang ke Jakarta).

Karena kekurangan nutrisi, anak tidak dapat mengikuti pelajaran, “otak lemah”, atau “otak berat”. “Otak berat” ini ditengarai merupakan akibat dari kombinasi antara kurangnya asupan nutrisi dan minimnya perhatian orang tua. Pada kebanyakan kasus, kurangnya asupan nutrisi disebabkan oleh masalah ekonomi, yaitu keterbatasan dalam menyediakan makanan bergizi dalam jumlah yang mencukupi.

Karena keterbatasan ekonomi, makanan yang disediakan terbatas dan tidak bervariasi sehingga anak-anak menjadi enggan untuk makan. Selain itu, siswa yang harus berangkat pagi ke sekolah dan kadang harus berjalan kaki, tidak sempat makan karena orang tua mereka belum menyiapkan sarapan. Seorang guru dari sebuah SMP di Biboki Utara, TTU, NTT bercerita tentang pengalaman mengajar anak-anak yang kekurangan asupan gizi ini. “... Kita *ngajar* di sini itu hanya bisa serius sampai jam 10. Lebih dari itu, saya lebih banyak *guyonnya* karena [kalau serius di atas jam 10] tidak akan masuk ke kepala anak. Biar dipaksa sekalipun. Mereka jadi mengantuk.”

#### **4.2.5 Tidak Masuk Sekolah secara Teratur dan Faktor yang Memengaruhi**

Sebagian besar siswa tidak pernah tidak masuk sekolah dalam waktu yang panjang. Sebagian besar siswa masuk sekolah secara teratur, baik di tingkat SD maupun SMP. Meskipun demikian, di semua daerah, terdapat siswa yang absen, walau dalam waktu yang tidak lama (kurang dari tiga hari), dengan alasan yang sangat beragam. Hanya di Desa Tangkil, Susukan, Cirebon, pada musim panen, orang tua mengizinkan anak mereka untuk tidak masuk sekolah sampai tujuh hari lamanya. Musim panen bagi warga Desa Tangkil yang sebagian besar bekerja sebagai petani dan buruh tani dianggap “berkah” sehingga orang tua biasanya membiarkan anak-anak mereka tidak bersekolah untuk membantu di ladang ataupun menjaga adiknya di rumah. Hal ini didukung oleh pernyataan seorang perempuan dari Desa Tangkil, Susukan Cirebon, Jawa Barat “Di sini, kalau yang tidak masuk, banyak pas panen, Pak. Soalnya bantuin orang tuanya. Bisa 3 sampai 7 hari. Tidak pakai izin karena sudah kebiasaan di sini.”

Alasan untuk tidak masuk sekolah yang paling sering dikemukakan adalah sakit. Hanya terdapat sebagian kecil siswa saja yang tidak masuk sekolah karena alasan ekonomi, kecuali di Desa Tangkil, Susukan, Cirebon, Jawa Barat (lihat paparan di atas). Masih berkaitan dengan alasan keterbatasan ekonomi, sebagian orang tua tidak dapat membelikan anaknya baju seragam baru sebagai pengganti baju seragam yang sudah rusak. Hal ini mengakibatkan anak hanya bergantung pada satu baju seragam dan pada akhirnya terpaksa bolos karena pakaian seragamnya sedang kotor atau sudah jelek. Karena keterbatasan ekonomi juga, orang tua kadang tidak memberikan uang jajan kepada anak dan hal ini menyebabkan anak tidak masuk sekolah.

*Kalau seragam terabik (robek), dia tidak mau sekolah.* (FGD Kelompok Ibu, Sekon, Insana, TTU, NTT)

*Ada anak yang minta uang jajan [dan] tidak kasih; jadi alfa tidak pi sekolah.* (FGD Kelompok Ibu, Kuanek, Miomaffo Timur, TTU, NTT)



Alasan siswa absen lainnya adalah karena tidak membuat PR atau tugas lain dari guru sehingga mereka takut bertemu sang guru. “Tidak mengerjakan pekerjaan rumah. Takut guru marah” (FGD Kelompok Bapak, Taunbaen, Biboki Utara, TTU, NTT). Anak tidak mengerjakan PR dan tugas dari guru sebagian merupakan refleksi kurangnya perhatian orang tua. Hal ini dikombinasikan dengan alasan “otak berat”, terlambat bangun tidur, dan kenakalan remaja. Di daerah perkotaan seperti Kupang, keberadaan sarana permainan PS sangat mengganggu dan acapkali mendorong anak untuk bolos.

Di Miomaffo Timur, TTU, misalnya, banyak dari mereka yang harus tinggal di asrama atau tempat kos di dekat sekolah bolos sekolah setiap hari Sabtu karena mereka pulang ke kampung untuk mengambil makanan. Pihak sekolah tidak mengenakan sanksi kepada mereka karena hal ini merupakan kebutuhan utama murid.

*Banyak anak-anak yang jarak rumahnya ke SMP lebih dari 10 km sehingga kalau perempuan, biasanya tinggal di asrama. Tapi kalau laki-laki, tidak ada asramanya. Jadi, mereka kos di rumah penduduk di sekitar sekolah. (Guru (perempuan) SMP di Miomaffo Timur, TTU, NTT)*

*Kalau hari Sabtu, mereka sering bolos karena harus pulang ke rumahnya menjemput bekal. (Guru (laki-laki) SMP di Miomaffo Timur, TTU, NTT)*

Di NTT, adanya kebiasaan pesta adat dan “hari pasar” menyebabkan anak membolos sekolah. Pesta adat biasanya dipersiapkan jauh hari sebelum pelaksanaannya dan masyarakat sering bekerja sama mempersiapkannya sampai malam hari. Sebagai akibatnya, anak-anak kurang tidur dan terlambat bangun; pada akhirnya, mereka tidak masuk sekolah. Selain itu, karena akses ke pasar yang sulit, hari pasar yang hanya seminggu atau sebulan sekali menjadi atraksi yang menarik bagi warga desa dan anak-anak. Pada hari pasar tersebut, biasanya orang tua menjual hasil kebun atau hasil tenun mereka ke pasar dan sekaligus membeli keperluan rumah tangga mereka. Pada saat itu, anak-anak ingin menemani orang tuanya berjualan sekaligus melihat atraksi yang jarang mereka saksikan. Hal ini juga telah menyebabkan mereka membolos sekolah.

Sebagian anak juga membolos karena urusan keluarga, yaitu karena diajak orang tua untuk menghadiri kegiatan keluarga atau kegiatan adat serta agama, atau karena disuruh orang tuanya untuk menjaga adik pada saat orang tua bekerja. Di samping itu, ada juga yang bolos hanya karena terlambat bangun, selain banyak alasan lainnya.

Keengganan siswa untuk hadir di sekolah bukan karena persoalan individu siswa atau orang tua semata, tetapi juga karena faktor sekolah dan guru. Sarana dan prasarana yang tidak memadai, cara mengajar guru yang membosankan, perilaku guru yang tidak dapat dijadikan contoh (sering meninggalkan kelas selama jam pelajaran, cara menegur siswa kurang baik, dan lain-lain), dan guru yang sering terlambat hadir menyebabkan siswa “malas” untuk hadir di sekolah. Berikut adalah beberapa contoh.

*Tidak senang dengan guru. (FGD Kelompok Bapak, Oenenu, Miomaffo Timur, TTU, NTT)*

*Guru jahat. (FGD Kelompok Bapak, Naikolan, Maulaffa, Kupang, NTT)*

*Tidak suka dengan pelajaran tertentu. (FGD Kelompok Ibu, Naikolan, Maulaffa, Kupang, NTT)*

Sebagai bentuk kesadaran masyarakat di bidang pendidikan dan untuk mencegah anak tidak masuk sekolah, sebagian orang tua menempuh beberapa strategi untuk memastikan supaya anaknya bersekolah secara teratur. Upaya yang dilakukan antara lain dengan menanyakan langsung kepada anaknya tentang aktivitas anak di sekolah setelah anak pulang sekolah, memeriksa PR dan pelajaran anak, bertanya tentang anak pada teman atau gurunya, atau mengantar anak langsung ke sekolah. Hal ini tergambar dari beberapa ungkapan masyarakat berikut.

*Biasanya, ibunya nanya tadi belajar apa, ada PR atau tidak.* (FGD Kelompok Bapak, Buahdua, Buahdua, Sumedang, Jawa Barat)

*Memeriksa hasil pelajarannya.* (FGD Kelompok Bapak, Buahdua, Buahdua, Sumedang, Jawa Barat)

*Mengawasi anak lewat temannya atau gurunya agar tidak kecolongan.* (FGD Kelompok Bapak, Buahdua, Buahdua, Sumedang, Jawa Barat)

*Kan sekolahnya dekat, dilihat saja.* (FGD Kelompok Ibu, Gegesik Kulon, Gegesik, Cirebon, Jawa Barat)

*Diantar ke sekolah.* (FGD Kelompok Ibu, Gegesik Kulon, Gegesik, Cirebon, Jawa Barat)

#### **4.2.6 Aktor di Tingkat Desa yang Memengaruhi Masyarakat untuk Menyekolahkan Anaknya**

Dalam keluarga, inisiatif paling besar untuk bersekolah berasal dari si anak sendiri yang mendapat dorongan dari orang tua. Namun, selain dipengaruhi oleh dorongan orang tua, keinginan anak untuk bersekolah juga dipengaruhi oleh lingkungan tempat si anak bergaul. Kebanyakan orang tua menganggap bahwa menyekolahkan anak adalah kewajiban mereka sehingga kalau si anak tidak mau bersekolah, mereka merasa bertanggung jawab untuk menyuruh atau bahkan memaksa anaknya untuk bersekolah, walaupun dengan menggunakan kekerasan, sebagaimana diakui oleh seorang bapak peserta FGD di Kelurahan Fatufetto, Alak, Kupang, NTT, “Sampai saya pukul dia...kepala berdarah-darah...tapi dia tetap tidak mau sekolah.”

Tidak jarang juga inisiatif bersekolah datang dari si anak sendiri yang mendapat pengaruh dari kawan-kawan sepermainannya. Di tingkat SD, biasanya yang menentukan ke sekolah mana si anak akan bersekolah adalah orang tua si anak. Namun, di tingkat SMP, biasanya si anaklah yang menentukan ke sekolah mana ia akan bersekolah dan hal ini biasanya karena ia mengikuti pilihan sejawatnya.

Aparat desa di beberapa desa berperan dalam mendorong pemahaman dan kesadaran masyarakat untuk menyekolahkan anaknya. Mereka secara proaktif mendorong bahkan memaksa warganya untuk bersekolah. Di Jawa Barat, hal ini terutama ditujukan pada keluarga miskin dengan dibuatkannya SKTM bagi mereka. Di Desa Tangkil, Susukan, Cirebon, pendaftaran siswa SMP langsung diurus oleh sekolah dengan menggunakan dana BOS, sedangkan anak yang ingin melanjutkan ke SMP tetapi tidak mampu dapat langsung diterima di SMP setempat tanpa harus menjalani tes terlebih dahulu seperti anak-anak yang lain, asalkan si anak telah mendapatkan SKTM dari desa. Pada tahun ajaran lalu, ada enam anak dari salah satu SD di Desa Tangkil yang mendapat SKTM dari desa untuk dapat melanjutkan pendidikan mereka ke SMP.

Peranan dan kepedulian aparat desa juga terlihat di Desa Pamekaran, Rancakalong, Sumedang. Di wilayah ini, aparat desa dan komite sekolah mengetahui dengan sangat baik jumlah lulusan SD dan jumlah lulusan yang tidak melanjutkan ke SMP. Mereka kemudian mengupayakan agar siswa yang tidak lulus dapat masuk dalam Program Kejar Paket B. Di Desa Buahdua, Buahdua, Sumedang, pemerintah desa bekerja sama dengan pihak sekolah untuk mendirikan Posko Wajar Dikdas yang bertugas mendata anak usia sekolah dengan cara mendatangi rumah orang tua yang mempunyai anak usia sekolah. Sebagai hasilnya, semua anak usia SD dapat dipastikan sudah terdaftar kecuali anak penyandang cacat mental. Di Kecamatan Darmaraja, Sumedang, ada kebijakan dari pihak sekolah (SMPN) untuk melakukan penyisiran ke SD-SD agar semua lulusan SD melanjutkan ke SMP. Untuk menjamin hal ini, SMPN tersebut, antara lain, memperpanjang waktu pendaftaran siswa dan mencari kejelasan alasan siswa tidak melanjutkan sekolah selama penyisiran tersebut.

Di beberapa wilayah di NTT, dorongan dari pemimpin dan pemuka masyarakat terhadap pemahaman dan kesadaran bersekolah diwujudkan dalam bentuk perumusan perdes. Di sebagian desa, ada juga denda adat, yaitu pemberian denda kepada warga yang tidak menyekolahkan anaknya. Tampaknya, perumusan peraturan desa dan pemberlakuan denda semacam itu adalah bentuk prakarsa lokal dalam menerjemahkan ketentuan wajib belajar nasional.

*Tingginya partisipasi sekolah di sini sebagian juga disebabkan oleh ketentuan yang kita buat bahwa kalau ada anak-anak usia sekolah yang tidak sekolah maka orang tuanya akan dikenai sanksi, yaitu "Balek Tanah", yaitu menggarap lahan sekolah dan kemudian ditanami tanaman untuk keperluan sekolah. Ketentuan ini sudah diberlakukan semenjak tahun 2004. (Kepala desa (laki-laki) di Batu Putih, TTS, NTT)*

Namun demikian, masih ditemui juga sejumlah aparat desa yang kurang menunjukkan perannya. Malahan, mereka tidak peduli dengan rendahnya tingkat kesadaran masyarakat untuk menyekolahkan anak mereka atau tidak peduli dengan persoalan masyarakat sehingga akhirnya masyarakat tidak menyekolahkan anak mereka.

Berbeda dengan peranan positif aparat desa, komite sekolah di sebagian besar desa masih kurang dalam mendukung dan mendorong orang tua dan masyarakat agar menyekolahkan anaknya. Sebagian anggota komite sekolah juga ditengarai belum paham secara keseluruhan mengenai pengetahuan fungsi dan tugas komite sekolah. Sebagaimana diungkapkan beberapa peserta FGD, komite sekolah sering hanya berperan dalam penggalangan dana untuk pembangunan sekolah.

*Iya, yang menghubungkan guru dengan orang tua masalah uang [komite sekolah]. (FGD Kelompok Ibu, Buahdua, Buahdua, Sumedang, Jawa Barat)*

*Komite merupakan perwakilan orang tua murid. Tugasnya biasanya cari dana, menyelesaikan masalah. (FGD Kelompok Ibu, Tangkil, Susukan, Cirebon, Jawa Barat)*

*Kerja komite sekolah bagus, sudah membangun sekolah, merehab. (FGD Kelompok Ibu, Pamekaran, Rancakalong, Sumedang, Jawa Barat)*

*Kalau komite itu fungsinya memang pendanaan bangunan. (FGD Kelompok Bapak, Sukaratu, Darmaraja, Sumedang, Jawa Barat)*

*Komite sekolah dari orang tua siswa yang dipercaya untuk pegang dana keperluan sekolah. (FGD Kelompok Ibu, Neglasari, Darmaraja, Sumedang, Jawa Barat)*

Karena komite sekolah selama ini lebih banyak berperan sebagai pencari dana, sejak adanya dana BOS, banyak komite sekolah yang tidak berfungsi secara optimal kecuali ketika mereka memberikan persetujuan dalam laporan RAPBS. Memang, beberapa sekolah masih mengikutsertakan komite sekolah dalam penyusunan RAPBS dan dalam rapat sekolah dengan orang tua murid, baik pada awal tahun maupun pada akhir tahun atau saat kelulusan. Namun, di sebagian kecil desa, komite sekolah, bersama orang tua dan sekolah, berperan dalam menyelesaikan permasalahan yang menyangkut aktivitas belajar anak. Sebagai contoh, di Desa Buahdua, Buahdua, Sumedang, pernah permainan *dingdong* (semacam permainan yang mengarah ke perjudian) masuk ke desa. Sebagai akibatnya, banyak anak keranjingan permainan ini dan tidak masuk sekolah. Pada akhirnya, orang tua, bersama dengan sekolah dan komite sekolah, membuat peraturan untuk melarang anak main *dingdong*. Pada beberapa kasus, komite sekolah juga berperan dalam menampung aspirasi orang tua dan menjadi penengah dalam perselisihan antara pihak sekolah dan orang tua.

Berkaitan dengan KBM sebuah sekolah di Tangkil, Susukan, Cirebon, pihak sekolah melibatkan komite sekolah dalam penyusunan KTSP dan program pengajaran. Komite sekolah juga dilibatkan dalam pemantauan kinerja guru. Hasil pemantauannya disampaikan kepada kepala sekolah atau pengawas sekolah.

Sama halnya dengan minimnya peranan komite sekolah, peran anggota masyarakat lainnya sebagai pendorong orang tua untuk menyekolahkan anak juga masih minim. Sebagian masyarakat hanya bisa merasa kasihan dan tidak berani ikut campur bila ada orang tua yang tidak menyekolahkan anaknya. Pengalaman tidak enak yang pernah mereka alami sewaktu mereka menasehati orang tua yang tidak menyekolahkan anaknya (orang tua bersangkutan tersinggung) menyebabkan mereka tidak berani memberikan pendapat.

*Ya tega, tidak sayang sama anak.* (FGD Kelompok Bapak, Buahdua, Buahdua, Sumedang, Jawa Barat)

*Tapi gimana nanti mereka bilang emangnya mau dimodalin.* (FGD Kelompok Ibu, Buahdua, Buahdua, Sumedang, Jawa Barat)

*Takut tersinggung.* (FGD Kelompok Ibu, Buahdua, Buahdua, Sumedang, Jawa Barat)

*Tersinggung, itu kan kakaknya meninggal, saya stres 40 hari mikirin, jadinya adiknya nggak keurus, jadinya putus sekolah.* (FGD Kelompok Ibu, Gegesik Kulon, Gegesik, Cirebon, Jawa Barat)

Keberadaan fisik sekolah di suatu wilayah telah berperan dalam membangkitkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat serta mendorong mereka untuk menyekolahkan anaknya. Sekolah formal di sebagian daerah di NTT sudah ada sejak awal abad ke-20. Menurut masyarakat, misalnya, masyarakat di wilayah Biboki dan Insana, sekolah dasar sudah ada sejak tahun 1928 dan SMP sudah berdiri sejak tahun 1930-an. Meskipun banyak dari mereka tidak mengenyam pendidikan, paling tidak memori tentang sekolah dan segala hal yang berhubungan dengannya telah tertanam lama di kepala mereka. Di samping itu, dominannya agama Katolik dan agama Protestan dalam tradisi sekolah formal juga sangat berpengaruh.

#### 4.2.7 Aktor Lain yang Memengaruhi Masyarakat untuk Menyekolahkan Anaknya

Dalam menyediakan fasilitas pendidikan, pemerintah kabupaten/kota merupakan aktor utama, baik di Jawa Barat maupun NTT. Namun, dalam rangka mendorong lebih banyak orang tua untuk menyekolahkan anak mereka, pemerintah kabupaten tidak begitu banyak berperan. Dibandingkan pemerintah daerah di Jawa Barat, pemerintah daerah di NTT lebih aktif keterlibatannya. Untuk konteks pemerintah daerah sendiri, pemerintah kecamatan lebih banyak berperan dalam mendorong, bahkan memaksa, orang tua agar menyekolahkan anak mereka daripada pemerintah kabupaten. Dinas Pendidikan Kecamatan Biboki Utara, misalnya, pada 2006 berperan dalam menyampaikan kegiatan kampanye pendidikan ke seluruh desa agar masyarakat lebih bersemangat dalam menyekolahkan anak mereka. Kacadin Pendidikan dan Kebudayaan Biboki Utara, menyatakan, “Pada tahun 2006, kami mengadakan kampanye pendidikan ke semua desa. Itu usaha untuk meningkatkan kesadaran, sementara untuk masalah fasilitas kami hanya bisa mengusulkan.”

Selain itu, Camat Miomaffo Timur menerapkan kebijakan berupa paksaan dengan memberlakukan berbagai bentuk denda terhadap orang tua yang tidak menyekolahkan anak mereka. Bahkan, Camat Insana meminta kepada anggota masyarakat yang mengetahui adanya anak yang tidak bersekolah untuk melaporkan kepadanya sehingga polisi dapat memprosesnya. Meskipun pada kenyataannya hal ini tidak terjadi, kebijakan tersebut telah membuat banyak anggota masyarakat menyekolahkan anaknya.

Aktor lainnya yang juga berperan dalam mendorong orang tua untuk menyekolahkan anaknya adalah LSM, terutama LSM internasional, dan lembaga/negara donor, baik yang bersifat unilateral maupun multilateral. Peran lembaga-lembaga semacam ini hanya ditemukan di NTT. Misalnya, WVI yang memberikan bantuan baik di bidang pendidikan maupun kesehatan di hampir semua daerah NTT menjalankan sebuah program semacam Program Orang Tua Asuh yang didanai oleh lembaga donor asing (Kanada). Dalam program tersebut, mereka tidak sekadar memberi dukungan finansial, tetapi juga dukungan moral agar para orang tua menyekolahkan anak mereka.

Negara donor tertentu juga ikut mendorong orang tua atau anak untuk tetap bersekolah. Pemerintah Australia, misalnya, memberikan bantuan makanan tambahan berupa biskuit kepada anak-anak yang hadir di sekolah-sekolah SD di TTS. Menurut pihak sekolah, semenjak adanya makanan tambahan ini tingkat kehadiran anak di kelas menjadi bertambah.

*Setahun belakangan ini, kami mendapatkan bantuan [dari Australia] berupa biskuit. Biskuit ini dibagikan setiap hari kepada anak-anak. Mereka suka. Dan semenjak ada pembagian biskuit ini, anak-anak jarang yang absen. Jadi, ini semacam hadiah bagi anak-anak agar tetap ke sekolah setiap hari. (Guru SD (perempuan) di Batu Putih, TTS, NTT)*

Pemerintah Belanda adalah negara donor lainnya yang ikut mendorong orang tua untuk menyekolahkan anak mereka dengan cara memberikan bantuan beasiswa kepada anak-anak yang masuk dalam kategori keluarga miskin. Dengan bantuan itu, diharapkan anak-anak yang tidak rutin bersekolah karena alasan ekonomi bisa bersekolah dengan rutin.

## V. KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

### 5.1 Kesimpulan

#### Karakteristik wilayah sampel yang memengaruhi penggunaan pelayanan KIA modern dan pendidikan dasar

1. Akses fisik untuk mencapai sebagian besar desa di NTT dan wilayah terpencil di Jawa Barat sulit. Di NTT, sebagian besar jalan merupakan jalan hasil pengerasan yang berbatu, mendaki dan menurun, berbelok, dan licin, serta berlumpur pada waktu hujan. Beberapa dusun dipisahkan oleh sungai tanpa jembatan sehingga sungai tersebut sering tidak bisa ditempuh pada musim hujan karena airnya meluap. Hampir tidak ada sarana angkutan pedesaan, kecuali ojek yang relatif mahal untuk ukuran masyarakat setempat. Di Jawa Barat, beberapa desa relatif mudah diakses dan sarana transportasi cukup memadai. Di sebagian desa, tersedia angkutan pedesaan dan di hampir semua desa, terdapat banyak ojek. Namun demikian, angkutan pedesaan tersebut tidak mencapai beberapa desa dan dusun terpencil.
2. Mata pencaharian sebagian besar penduduk, baik di NTT dan Jawa Barat, adalah petani dan nelayan. Perbedaannya adalah bahwa lahan di NTT kurang subur dan berbatu, sementara lahan di Jawa Barat relatif subur. Oleh karena itu, petani di NTT, selain mengandalkan tanaman keras, seperti asam, juga sering menyewa atau membeli lahan di luar desa dan mengolahnya untuk ditanami berbagai macam tanaman semusim. Dalam melakukan kegiatan ini, biasanya petani membawa serta seluruh keluarganya, termasuk istrinya yang sedang hamil atau akan melahirkan, selama beberapa bulan. Khusus di wilayah pesisir di Jawa Barat, karena minimnya ikan di wilayah sekitar tempat tinggal, nelayan sering harus mencari ikan di luar daerah. Biasanya, mereka membawa serta seluruh keluarganya, termasuk istrinya yang sedang hamil dan anaknya yang berusia sekolah, untuk beberapa waktu.
3. Fasilitas dasar, seperti listrik dan air, di sebagian besar desa yang diteliti di NTT sangat minim. Desa-desanya sulit memperoleh air bersih untuk kebutuhan rumah tangga dan bertani, serta untuk kebutuhan murid di sekolah. Hanya desa-desa yang dekat dengan pusat kecamatan yang dapat mengakses listrik dari PLN. Dengan keadaan seperti ini, ditambah lagi dengan kondisi jalan dan sarana transportasi yang tidak memadai, terdapat banyak bidan desa dan guru yang tidak bersedia untuk tinggal di desa. Di sebagian besar desa yang diteliti di Jawa Barat, fasilitas dasar cukup memadai, kecuali di daerah-daerah pesisir di Cirebon yang masyarakatnya harus membeli air untuk kebutuhan memasak dan minum.

#### Mengapa sebagian masyarakat Indonesia tidak menggunakan pelayanan kesehatan ibu dan anak?

##### Ketersediaan

1. Di wilayah dengan akses mudah, ketersediaan fasilitas KIA modern, dari segi jumlah, sudah memadai, sementara di wilayah yang jauh dari jangkauan, fasilitas ini masih kurang. Bidan desa merupakan pemberi pelayanan KIA yang utama di desa. Di wilayah dengan akses sulit atau terpencil di NTT, tidak semua bidan desa bersedia untuk tinggal

di desa tempat ia bertugas karena minimnya fasilitas dasar dan/atau karena keluarga bidan desa yang bersangkutan tidak tinggal di desa tersebut. Sebagai akibatnya, polindes pun menjadi tidak aktif.

2. Cakupan wilayah kerja yang luas menyebabkan bidan desa tidak dapat melayani semua anggota masyarakat, meskipun bidan desa tinggal di desa tempat ia bertugas. Bila bidan desa harus berkeliling dari satu rumah warga ke rumah lainnya yang lokasinya berjauhan, ia harus “meninggalkan” tugasnya di polindes. Idealnya, untuk wilayah yang luas, diperlukan lebih dari satu bidan desa.
3. Posyandu telah ada di semua desa, bahkan di setiap dusun; semuanya aktif, rutin diselenggarakan setiap bulan, dan dikelola dengan baik oleh tiga hingga lima kader di setiap posyandunya. Meskipun demikian, kehadiran peserta posyandu (balita dan bumil) masih rendah. Selama ini, posisi kader posyandu sangat sentral. Tidak seperti di Jawa Barat yang seluruh kadernya adalah perempuan, di NTT, terdapat sangat banyak kader laki-laki.
4. Kendala utama yang dihadapi bidan desa dalam melayani masyarakat terjadi ketika mereka berusaha menjangkau kelompok-kelompok tertentu, yaitu (1) kelompok masyarakat yang tidak sadar atau rendah tingkat kesadarannya akan pentingnya KIA, seperti mereka yang masih mempercayai adat. Di NTT, kelompok ini meliputi masyarakat yang menjalankan *se'i*, sementara di Jawa Barat, kelompok ini meliputi mereka yang tidak ingin vagina istrinya dilihat orang lain; (2) kelompok petani yang sedang bekerja di ladang yang lokasinya jauh dari pemukiman; dan (3) kelompok nelayan yang sedang melaut ke luar daerah.
5. Kendala lain yang dihadapi bidan desa adalah, antara lain, ketiadaan transportasi untuk menjangkau wilayah yang luas dan terpencil, sedikitnya jumlah bidan desa, dan pendapatan yang tidak lancar. Di NTT, bidan desa lebih banyak mengandalkan pendapatan dari penggantian biaya melahirkan dari Askeskin yang pada kenyataannya tidak mudah untuk diklaim, sementara di Jawa Barat, masyarakat terkadang terlambat mencicil pembayaran jasa bidan desa.
6. Meskipun jumlahnya berkurang, dukun beranak masih tetap ada. Di semua desa/kelurahan penelitian, terdapat sekitar satu hingga lima dukun beranak yang masih melayani masyarakat. Peran dukun beranak di Jawa Barat semakin bergeser dari semula terlibat dalam proses persalinan menjadi hanya sebagai pembantu bidan dan lebih berperan dalam mengurus ibu melahirkan dan bayinya, atau, dengan kata lain, sebagai pelengkap dari pelayanan yang diberikan oleh bidan. Di NTT, meski secara umum masyarakatnya juga sudah menggunakan jasa bidan, di wilayah dengan jangkauan bidan desa yang sulit, dukun beranak masih terlibat pada proses pemeriksaan kehamilan, terutama untuk memeriksakan dan membetulkan letak janin, dan dalam proses persalinan.

## Penggunaan

1. Alasan masyarakat untuk memilih bidan desa dilandasi oleh pengetahuan mereka bahwa secara medis, keahlian bidan desa bisa dipertanggungjawabkan, seperti dapat melayani kelahiran berisiko, memiliki peralatan dan obat yang lengkap, dapat memberi “suntik sehat”, dan dapat memberi surat rujukan ke rumah sakit, selain karena mereka takut kalau anak pertama ditangani dukun beranak, bukannya bidan desa. Selain itu, beberapa alasan lain masyarakat untuk memilih bidan desa adalah karena biaya persalinannya dapat dicicil meskipun biaya tersebut relatif lebih mahal daripada biaya yang ditetapkan dukun

beranak, takut dikenakan denda, takut bidan tidak bersedia memeriksa mereka lagi jika mereka tidak melahirkan dengan bantuan bidan desa, dan mereka mendapatkan tambahan fasilitas lain seperti akta kelahiran, hadiah perlengkapan bayi, dan jasa tindik bagi anak perempuan.

2. Hampir semua anak diimunisasi oleh bidan desa meskipun ada juga sebagian kecil balita yang pada awalnya tidak diimunisasi. Alasannya adalah antara lain karena orang tuanya takut kalau anaknya diimunisasi, badannya akan menjadi panas dan merepotkan mereka saja. Imunisasi paling banyak dilakukan di posyandu.
3. Meskipun kesadaran masyarakat akan pentingnya menimbang bayi/balita sudah baik dan sebagian besar masyarakat sudah mengandalkan posyandu, masih ada sebagian masyarakat yang tidak hadir di posyandu dengan berbagai alasan, antara lain, seperti (1) anak takut dimasukkan ke timbangan; (2) timbangan dinilai salah; (3) anak sakit; (4) malas karena: imunisasi sudah lengkap (anak di atas tiga tahun), tidak ada PMT, tempat tidak menarik atau tidak ada tempat bermain anak, biasa dijemput kader posyandu atau aparat desa, atau jalan becek; (5) sibuk bekerja atau repot, misalnya berjualan di pasar, melaut, atau panen; (6) tidak ada yang mengantar, misalnya, karena ibu menjadi TKI dan nenek yang dititipi sudah tua dan tidak sanggup pergi ke posyandu; (7) persepsi yang salah tentang penimbangan balita, yaitu tidak ada hubungannya dengan kesehatan; (8) malu pergi ke posyandu karena memiliki anak banyak, yaitu lebih dari lima, dan melahirkan pada usia di atas 45 tahun; dan (9) banjir, yaitu sungai tidak bisa diseberangi karena air meluap pada musim hujan.
4. Penyebab utama sebagian masyarakat di NTT tidak menggunakan pelayanan KIA modern ketika hamil, melahirkan, dan pascalahir adalah terbatasnya akses fisik atau keterpencilan, terbatasnya akses keuangan, dan kepercayaan *se'i*. Keterpencilan disebabkan oleh jarak yang jauh dari pelayanan KIA modern; kondisi jalan yang buruk, sulit, berbukit, dan kadang harus melewati sungai tanpa jembatan dan hutan; ketiadaan transportasi; ketiadaan fasilitas dasar seperti listrik sehingga jalan gelap dan rawan perampokan; dan ketiadaan bidan desa. Pada akhirnya, sebagian masyarakat tersebut hanya mengandalkan posyandu, pusling, atau petugas puskesmas yang tidak setiap waktu ada. Keterbatasan akses keuangan berkaitan dengan mahalnya biaya melahirkan dan biaya transportasi, dan keharusan bekerja jauh dari pemukiman. Selain itu, ibu yang sedang menjalankan *se'i* tidak bisa meninggalkan tempat selama 40 hari sehingga tidak bisa diakses oleh bidan desa.
5. Penyebab lainnya adalah, antara lain, (1) bidan tidak di tempat; (2) ibu merasa malu karena memiliki banyak anak atau vaginanya diperlihatkan pada orang lain; (3) secara turun-temurun, masyarakat percaya pada penggunaan jasa dukun beranak; (4) masyarakat percaya pada keahlian dukun beranak.
6. Kualitas pelayanan tidak menjadi sebab mengapa masyarakat tidak menggunakan pelayanan KIA modern, namun terdapat sebagian masyarakat yang tidak merasa puas dengan pelayanan bidan. Ketidakpuasan ini sering berkaitan dengan karakter bidan, obat yang tidak manjur, pengalaman bidan yang minim, sulitnya bidan untuk dijangkau, dan ketiadaan bidan di tempat.
7. Sebagian masyarakat yang pada saat melahirkan tidak menggunakan pelayanan KIA modern dan juga tidak menggunakan dukun beranak biasanya dibantu oleh suami sendiri, keluarga dekat, atau tetangga. Hal ini biasanya terjadi karena *keberosotan/kebrojolan*, yaitu bayi keluar sebelum bidan desa atau dukun beranak datang.



8. Aktor-aktor di tingkat desa yang turut mendukung penggunaan pelayanan KIA modern adalah aparat desa, bidan desa, kader posyandu, tokoh agama, tetangga, pasangan hidup (suami/istri), keluarga besar (ibu atau mertua), dan adat.

### **Mengapa sebagian masyarakat Indonesia tidak menyekolahkan anak mereka ke SD/ sederajat dan SMP/ sederajat?**

#### **Ketersediaan**

1. Secara kuantitas, keberadaan SD di setiap desa dinilai sudah mencukupi. Namun, dari segi kuantitas dan kualitas, sarana KBM dan prasarana sekolah di Jawa Barat masih belum memadai; bahkan di NTT keadaannya memprihatinkan. Di Jawa Barat, setiap desa memiliki dua hingga tiga SDN, sementara desa-desa di NTT rata-rata hanya memiliki satu SD dan sebagian besarnya SD swasta beragama. Selain jumlah kelasnya kurang, banyak kelas yang sudah tidak layak pakai lagi: eternitnya sudah jebol dan bangku sekolahnya kurang terawat. Beberapa SD tidak memiliki perpustakaan; walaupun ada, kondisinya tidak layak dan koleksi bukunya tidak lengkap. Begitu pula halnya dengan alat peraga dan alat-alat olahraga yang jumlahnya masih minim. Di NTT, masih banyak ditemukan sekolah-sekolah, terutama SD, yang hanya beratap ilalang, berdinding *bebak*, dan berlantai tanah.
2. Secara kuantitas, keberadaan SMP dinilai masih kurang meskipun sarana KBM dan prasarana sekolahnya lebih baik dari apa yang dimiliki SD. Fasilitas SMPN umumnya berada di ibu kota kecamatan. Di Jawa Barat, rata-rata jumlah SMP per kecamatan adalah lebih dari tiga, sedangkan di NTT, jumlah rata-ratanya adalah hanya satu atau dua saja. Jarak yang jauh menyebabkan SMP atau sekolah yang sederajat tidak terjangkau sehingga diperlukan sekolah yang lebih dekat atau jumlah sekolah yang lebih banyak.
3. Dalam situasi normal, daya tampung sekolah SD cukup memadai. Bahkan, beberapa SD di pedesaan kekurangan murid. Persoalannya muncul ketika sebagian besar masyarakat yang tinggal di wilayah perkotaan dengan jumlah SD yang lebih dari satu memilih sekolah favorit. Persoalan yang sama juga terjadi di SMP favorit karena biasanya masyarakat menyekolahkan anaknya ke SMP yang berada di ibu kota kecamatan.
4. Guna mengatasi persoalan terbatasnya daya tampung ini, pihak sekolah di beberapa wilayah memberlakukan kriteria untuk proses seleksi murid. Misalnya, kriteria usia bagi SD, standar nilai sekolah bagi calon murid SMP, dan khususnya di NTT, adanya akta kelahiran dari pihak gereja untuk memastikan latar belakang orang tua calon murid. Di hampir semua wilayah, anak dengan keterbelakangan mental ditolak masuk SD.
5. Guna mengatasi persoalan jarak dan keterpencilan, dalam dua tahun terakhir, pemerintah dan juga masyarakat di NTT telah membangun SD-SMP Satap dan SD Kecil.
6. Kendala utama yang dihadapi oleh sekolah favorit dan sekolah dengan sejumlah ruang belajar yang rusak adalah ketiadaan sumber dana dan sumber daya manusia untuk meningkatkan daya tampung. Sejak adanya dana BOS, sulit untuk meminta partisipasi masyarakat dalam pembiayaan sekolah sebagai akibat pemahaman bahwa dengan adanya dana BOS, sekolah menjadi gratis.
7. Kendala lain yang dihadapi sekolah adalah kekurangan jumlah tenaga pengajar, terutama guru mata pelajaran (bidang studi) tertentu, dan rendahnya kualitas guru dalam mengajar. Sebagian besar guru di Jawa Barat, baik guru SD maupun guru SMP, adalah PNS. Di

NTT, sebagian besar gurunya berstatus honorer. Mereka antara lain direkrut dari lulusan SMA atau mahasiswa D2.

8. Kendala utama yang dihadapi guru adalah kurikulum yang terus berganti dalam waktu singkat, rendahnya perhatian orang tua terhadap pendidikan dan kecukupan gizi anaknya, serta kesulitan murid untuk menerima pelajaran. Selain itu, masih banyak orang tua yang menyertakan anaknya untuk membantu kegiatan ekonomi keluarga, misalnya, pada saat panen atau melaut.
9. Kendala lain yang dihadapi guru adalah rendahnya kesejahteraan guru dan terbatasnya sarana transportasi di wilayah terpencil. Hampir semua guru tidak bertempat tinggal di desa yang bersangkutan sehingga keterbatasan transportasi ini merupakan sebuah kendala yang serius bagi mereka. Selain itu, para guru juga merasa sangat direpotkan oleh urusan administrasi sebab di sebagian besar SD belum ada tenaga administrasinya.
10. Secara umum, tidak ada kendala dalam menjangkau kelompok tertentu untuk dapat menyekolahkan anak mereka ke SD. Namun, kendala semacam ini ditemui ketika menjangkau kelompok tertentu untuk dapat menyekolahkan anak mereka ke SMP. Kelompok-kelompok tersebut adalah (1) kelompok nelayan, (2) kelompok masyarakat miskin, (3) kelompok masyarakat yang tinggal di wilayah terpencil, (4) kelompok masyarakat yang masih memegang teguh adat, (5) kelompok masyarakat yang tidak melihat adanya manfaat dari bersekolah dan merasa apatis akan masa depan mereka jika bersekolah, (6) kelompok masyarakat yang memiliki anak perempuan, dan (7) kelompok anak “nakal”.
11. Sejak adanya dana BOS, partisipasi masyarakat dalam menyediakan fasilitas sekolah cenderung menurun; akan tetapi, di wilayah terpencil di NTT, partisipasi masyarakat tetap tinggi. Dengan adanya kesadaran yang sangat tinggi akan pentingnya bersekolah dan menyadari terbatasnya akses fisik ke sekolah, sebagian masyarakat di NTT telah berpartisipasi secara aktif dalam menyediakan sarana dan prasarana pendidikan.
12. Secara umum, komite sekolah tidak berfungsi secara optimal dan yang cenderung berperan aktif adalah hanya ketuanya, baik di tingkat SD maupun SMP. Komite sekolah lebih banyak berperan dalam membantu menyediakan fasilitas sekolah melalui pencarian dana kepada masyarakat daripada berperan dalam KBM.

## Penggunaan

1. Tingkat kesadaran yang baik untuk menyekolahkan anak ternyata masih kurang dimiliki oleh sebagian orang tua di wilayah tertentu di NTT. Sebagian dari mereka masih tidak dapat melihat manfaat dan pentingnya bersekolah atau mereka tidak melihat adanya masa depan yang baik dengan bersekolah. Pendapat ini sering juga dikaitkan dengan jaranganya atau ketiadaan model-peran (*role model*) orang yang sukses hidupnya karena bersekolah.
2. Sebagian masyarakat NTT juga lebih mementingkan adat dan kehormatan. Mereka bersedia menjual ternak untuk keperluan adat, tetapi tidak untuk keperluan sekolah anaknya. Sebagian kecil orang tua yang tidak mau menyekolahkan anak perempuannya ke SMP beralasan bahwa hal ini akan mengurangi nilai *belis* anak mereka.
3. Alasan utama mengapa orang tua atau anak tidak melanjutkan sekolah ke SMP atau terpaksa putus sekolah adalah masalah akses fisik atau keterpencilan dan masalah akses keuangan. Akses fisik atau keterpencilan berkaitan dengan jarak yang jauh; jalan yang

buruk, berbukit, becek, dan kadang harus melewati sungai tanpa jembatan; ketiadaan fasilitas SMP atau sekolah sederajat yang dekat; dan ketiadaan sarana transportasi.

4. Masalah akses keuangan berkaitan dengan biaya penunjang sekolah dan biaya untuk kebutuhan keluarga sehari-hari. Biaya penunjang sekolah meliputi biaya-biaya transportasi, pembelian buku, LKS, peralatan sekolah, seragam, dan uang jajan. Ketidakberdayaan orang tua untuk memenuhi biaya penunjang pendidikan yang mahal menyebabkan anak merasa malu dan akhirnya putus sekolah. Bahkan, tidak sedikit anak-anak yang terpaksa putus sekolah karena mereka harus membantu orang tuanya untuk mencari uang dengan bekerja. Masalah akses keuangan juga berkaitan dengan ketidaksanggupan orang tua di NTT untuk membayar uang denda absen anak yang sudah bertumpuk. Meskipun biaya menyekolahkan anak dapat ditekan dengan adanya BOS, biaya penunjang sekolah yang jumlahnya cukup besar sangat memberatkan masyarakat.
5. Sebab lain mengapa anak tidak melanjutkan sekolah ke SMP atau terpaksa putus sekolah adalah karena anak tidak mau sekolah. Anak lebih memilih membantu orang tua mereka yang sedang menghadapi kesulitan ekonomi dengan cara bekerja/mencari uang dan mereka tidak melihat adanya masa depan yang lebih baik dengan melanjutkan sekolah. Alasan lainnya adalah “otak berat” yang kemungkinan disebabkan oleh kurangnya asupan nutrisi, kurangnya perhatian orang tua, dan kenakalan remaja.
6. Sebagian besar siswa tidak pernah tidak masuk sekolah dalam waktu yang panjang. Sebagian besar siswa masuk sekolah secara teratur, baik siswa SD maupun siswa SMP. Umumnya, jika anak tidak masuk sekolah, hal ini karena alasan sakit, tidak membuat PR, pulang ke rumah dari asrama (SMP) untuk mengambil bahan makanan, menghadiri acara adat, urusan keluarga, atau ada “hari pasar”.
7. Alasan ekonomi juga menjadi sebab anak tidak masuk sekolah. Bagi siswa yang tidak secara langsung membantu orang tua mereka di sawah atau ladang, mereka biasanya diharuskan menjaga adiknya atau ikut orang tua mereka ke luar kota ketika orang tua mereka bekerja. Karena keterbatasan ekonomi, sebagian orang tua juga tidak dapat membelikan baju seragam sebagai pengganti bagi seragam yang sudah rusak. Sebagai akibatnya, anak hanya bergantung pada satu seragam dan akhirnya akan bolos jika pakaian seragamnya sedang rusak atau kotor.
8. Beberapa alasan untuk tidak masuk sekolah yang berkaitan dengan kualitas sekolah dan guru meliputi, antara lain, sarana dan prasarana yang tidak memadai, cara guru mengajar yang membosankan, perilaku guru yang tidak patut menjadi contoh (seperti sering meninggalkan kelas sewaktu jam pelajaran, cara menegur siswa yang kurang baik, dan lain-lain), dan seringkali guru hadir terlambat.
9. Aktor-aktor di tingkat desa yang ikut mendorong orang tua untuk menyekolahkan anaknya adalah aparat desa, komite sekolah, dan tetangga. Aparat desa menerapkan denda pada orang tua yang tidak menyekolahkan anaknya dan menjelaskan kepada orang tua tentang pentingnya menyekolahkan anak, serta mengupayakan agar anak dapat ikut Program Kejar Paket B. Komite sekolah senantiasa menghadiri rapat sekolah bersama orang tua meskipun peranannya lebih banyak kepada pencarian dana. Tetangga biasanya ikut andil dalam mengingatkan orang tua untuk menyekolahkan anak mereka meskipun kadang orang tua tersebut menjadi tersinggung.

## 5.2 Rekomendasi

1. Berdasarkan temuan-temuan tersebut, pelaksana PNPM Generasi dan PKH seyogyanya memperhatikan paling tidak tiga hal utama berikut ini.
  - a. Kedua program dapat menjawab persoalan-persoalan utama yang berkaitan dengan sebab-sebab mengapa masyarakat tidak menggunakan pelayanan KIA modern dan mengapa orang tua tidak menyekolahkan anaknya.
  - b. Program-program tersebut dapat menjangkau kelompok-kelompok tertentu, yaitu
    1. kelompok masyarakat yang berada di wilayah terpencil;
    2. kelompok masyarakat miskin;
    3. kelompok petani dan nelayan yang bekerja jauh dari tempat tinggal mereka;
    4. kelompok masyarakat yang biasa menggunakan dukun beranak karena alasan kepercayaan dan tradisi;
    5. kelompok masyarakat yang mempunyai banyak anak;
    6. kelompok masyarakat yang lebih mengagungkan adat daripada pentingnya bersekolah;
    7. kelompok masyarakat yang tidak melihat pentingnya bersekolah;
    8. kelompok masyarakat yang memiliki anak perempuan; dan
    9. kelompok anak “nakal”.
  - c. Kedua program tersebut hendaknya mengikutsertakan aktor-aktor yang berpengaruh di tingkat desa, seperti kader posyandu.
2. Memperhatikan data dan informasi yang diperoleh dari lapangan dan metodologi yang digunakan, para peneliti yang akan melakukan penelitian dampak dan evaluasi terhadap program perlu memperhatikan beberapa hal berikut ini.
  - a. Para peneliti perlu melakukan penggalian yang lebih mendalam terhadap topik-topik khusus, seperti kebijakan denda, inisiatif masyarakat, peran kelembagaan, dinamika aparat dan masyarakat, struktur masyarakat, modal sosial, pemberian makanan tambahan, pengamatan lokasi-lokasi bermain anak-anak absen, dimensi gender, dan lain-lain.
  - b. Informan tidak dibatasi pada informan tertentu, tetapi bergantung pada kebutuhan dan kelengkapan informasi yang diperoleh dari lapangan (*snowballing*) sehingga ada klarifikasi dan triangulasi informasi.
  - c. Berkaitan dengan butir b tersebut, informan di setiap tingkat tidak hanya dibatasi pada informan tertentu. Misalnya, di tingkat kecamatan, dilakukan wawancara kelompok di kantor camat terhadap camat dan stafnya yang menangani atau mengetahui dinamika KIA, pendidikan dasar, dan konteks desa-desa. Demikian juga halnya di tingkat desa, perlu dilakukan wawancara terhadap kepala dusun, kepala urusan kesejahteraan, dan lainnya.
  - d. Metode evaluasi perlu ditentukan dengan cermat sebab berbagai program bantuan telah masuk ke hampir semua daerah di NTT. Hal ini dapat mengaburkan dampak yang diamati. Di samping itu, para peneliti perlu juga berhati-hati dalam memilih daerah perlakuan dan kontrol sebab ada daerah yang menurut ketentuan program belum akan menerima bantuan namun ternyata sudah menerimanya.
  - e. Perlu ditetapkan waktu penelitian yang lebih lama di desa (minimal 10 hari).

## DAFTAR ACUAN

- Tim Penyusun Pedoman Umum PKH Lintas Kementerian dan Lembaga (2007) *Pedoman Umum Program Keluarga Harapan 2007*. Jakarta: Tim Penyusun Pedoman Umum PKH Lintas Kementerian dan Lembaga
- Departemen Dalam Negeri Republik Indonesia (2007) *Buku Panduan Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat Generasi Sehat dan Cerdas: Untuk Fasilitator Desa dan Tim Pengelola Kegiatan*. Jakarta: Departemen Dalam Negeri Republik Indonesia
- UNDP-Bappenas (2007) *Laporan Pencapaian Millenium Development Goals Indonesia 2007*. Jakarta: UNDP-Bappenas

## DAFTAR BACAAN

### Sumber Internet

- APN+, Policy Project, and USAID (2005) *Baseline Survey of GIPA and Stigma and Discrimination in the Greater Mekong Region—Report on qualitative surveys in Lao PDR, Thailand, Vietnam, and Guangxi and Yunnan Provinces, China* [online] <<http://www.apnplus.org/document/Baseline%20Survey%20of%20GIPA%20and%20stigma%20and%20discrimination%20in%20Greater%20Mekong%20Region.pdf>> [20 August 2007]
- AusAID (2003) *Baseline Study Guidelines* [online] <[http://www.usaid.gov/locations/indonesia/development/economic/baseline\\_study\\_guidelines.pdf](http://www.usaid.gov/locations/indonesia/development/economic/baseline_study_guidelines.pdf)> [20 August 2007]
- Folden, Claus and Katarina Gembicka (2006) *Baseline Research on Smuggling of Migrants in, from, and through Central Asia* [online] <[http://iom.ramdisk.net/iom/images/uploads/Baseline%20Research%20on%20smuggling%20of%20Migrants%20in%20Central%20Asia1\\_1161347902.pdf](http://iom.ramdisk.net/iom/images/uploads/Baseline%20Research%20on%20smuggling%20of%20Migrants%20in%20Central%20Asia1_1161347902.pdf)> [20 August 2007]
- Gertler, Paul (2005) *The Impact of Conditional Cash Transfers on Human Development Outcomes: A Review of Evidence from PROGRESA in Mexico and Some Implications for Policy Debates in South and Southern Africa* [online] <[http://www.sarpn.org.za/documents/d0001109/P1224-SARPN-Gertler\\_Jan2005.pdf](http://www.sarpn.org.za/documents/d0001109/P1224-SARPN-Gertler_Jan2005.pdf)> [20 August 2007]
- Glewwe, Paul and Pedro Olinto (2004) *Evaluating of the Impact of Conditional Cash Transfers on Schooling: An Experimental Analysis of Honduras' PRAF Program* [online] <[http://siteresources.worldbank.org/INTISPMA/Resources/383704-1109618370585/No168\\_Glewwe\\_04.pdf](http://siteresources.worldbank.org/INTISPMA/Resources/383704-1109618370585/No168_Glewwe_04.pdf)> [20 August 2007]

### Data Sekunder

- Data Penduduk per Usia Sekolah Kabupaten Sumedang (2007)
- Data Potensi Kecamatan Rancakalong Semester II (2006)

Daftar Hadir Guru Bulan Mei Tahun 2007 SMPN 1 Rancakalong (2007)

Daftar Hadir Guru Bulan Juni Tahun 2007 SMPN 1 Rancakalong (2007)

Daftar Hadir Guru Bulan Juli Tahun 2007 SMPN 1 Rancakalong (2007)

Laporan Hasil Penimbangan Desa Rancakalong Bulan Agustus 2007

Jumlah Rumah Tangga dan Anggota Rumah Tangga Miskin per Desa/Kelurahan, Kecamatan Rancakalong (2006)

Jumlah Lembaga Pendidikan Kabupaten Sumedang Tahun 2007

Data Klasifikasi Posyandu: Data Sarana dan Prasarana Posyandu Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon (2006)

Program Penuntasan Wajar Dikdas 9 Tahun di Kabupaten Cirebon

Rekapitulasi APK dan APM Dinas Pendidikan Kabupaten Cirebon TA 2005/2006

Data Persentase Posyandu Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon Tahun 2006

Laporan Tahunan Bidang Kesehatan Keluarga Kabupaten Cirebon Tahun 2006

Kabupaten Cirebon dalam Angka Tahun 1999

Kabupaten Cirebon dalam Angka Tahun 2005–2006

Jadwal Posyandu UPTD Puskesmas Gegesik, Kabupaten Cirebon (2007)

Profil Sistem Informasi Administrasi Kependudukan Kecamatan Gegesik, Kabupaten Cirebon Tahun 2006/Seksi Pelayanan Umum Kecamatan Gegesik

Program Kerja Komite Sekolah SMPN 1 Gegesik, Kabupaten Cirebon (2007)

Program Kerja Komite Sekolah SMPN 1 Gegesik, Kabupaten Cirebon Tahun 2006/2007

Profil Desa Gegesik Kulon Kecamatan Gegesik, Kabupaten Cirebon Provinsi Jawa Barat Tahun 2007

Profil Kesehatan Kabupaten Timor Tengah Utara Tahun 2006

Daftar Isian Potensi (Profil) Desa/Kelurahan Biboki Utara, TTU Tahun 2005

Profil Pendidikan di Kecamatan Biboki Utara Tahun 2006

Insana dalam Angka 2005/Badan Pusat Statistik Kabupaten Timor Tengah Utara

Data Penduduk, Pendidik, dan Tenaga Kependidikan, serta Data Program Pendidikan Non-formal Tahun 2007 Se-Kota Kupang (2007)

Profil Pendidikan Kota Kupang 2006/2007

Daftar Isian Profil Kelurahan Tingkat Kelurahan Kota Kupang Tahun 2007: Peraturan Menteri Dalam Negeri RI No. 12 Tahun 2007, Tanggal 12 Maret 2007

Daftar Isian Profil Kelurahan Tingkat Kelurahan Kota Kupang: Surat Menteri Dalam Negeri RI No. 414.3/316/PMD, Tanggal 17 Pebruari 2003

Kecamatan Alak dalam Angka 2007, Badan Pusat Statistik Kota Kupang

Kecamatan Maulaffa dalam Angka 2007, Badan Pusat Statistik Kota Kupang

## **Peraturan**

Peraturan Menteri Pendidikan Nasional RI No. 24 Tahun 2007 tentang Standar Sarana dan Prasarana untuk Sekolah Dasar/Madrasah Ibtidaiyah (SD/MI), Sekolah Menengah Pertama/Madrasah Sanawiah (SMP, MTs), dan Sekolah Menengah Atas/Madrasah Aliyah (SMA/MA)

# LAMPIRAN

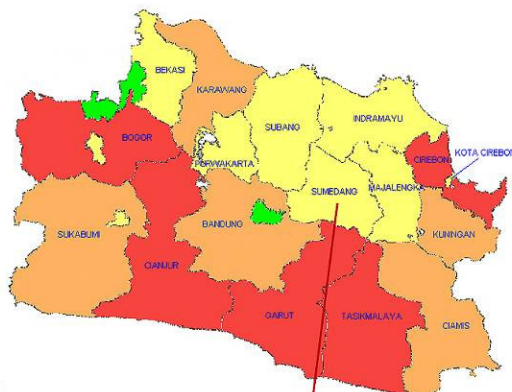


## **Lampiran 1. Daftar Informan, FGD, dan Kegiatan di Setiap Desa/Kelurahan dan Kecamatan Sampel**

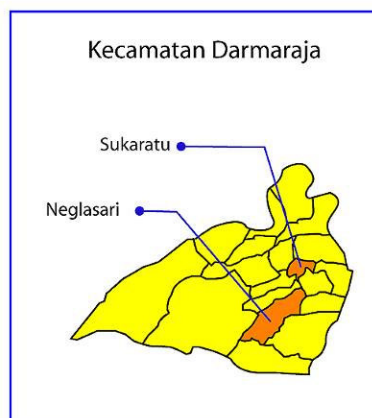
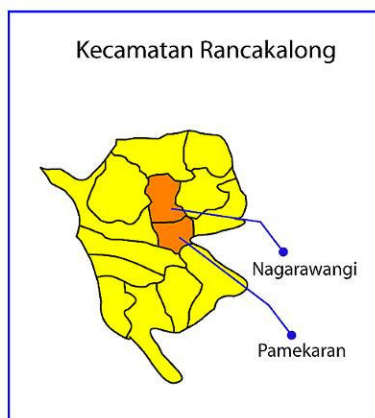
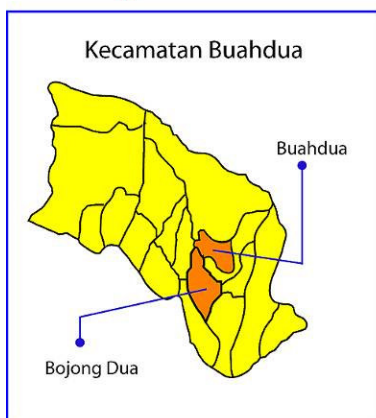
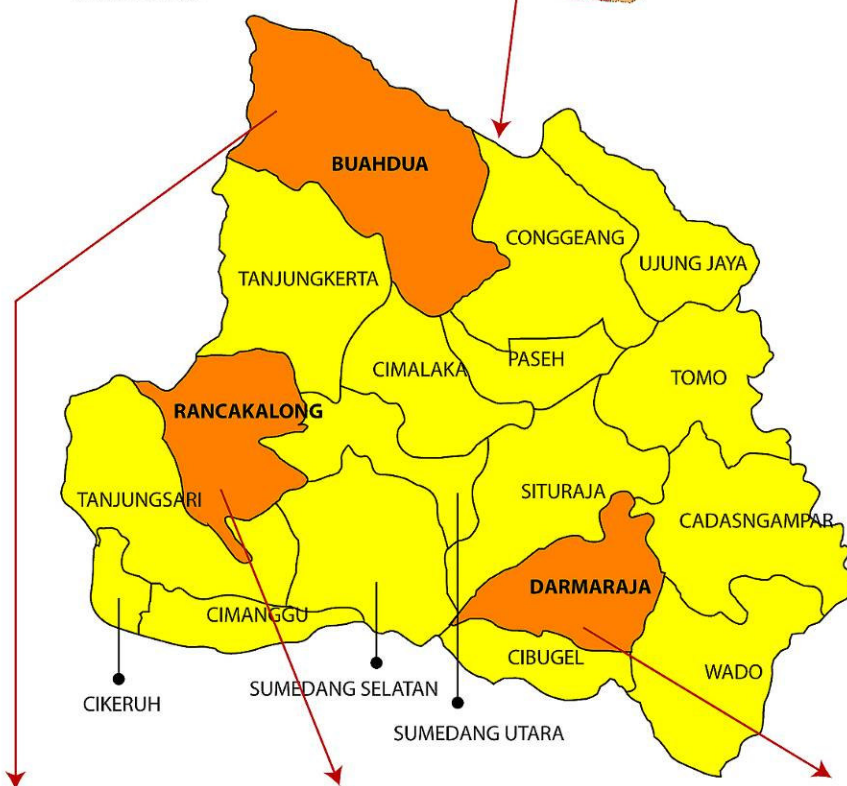
1. Camat
2. Kepala Cabang Dinas Pendidikan
3. Kepala Puskesmas
4. Kepala Sekolah SMP
5. Komite Sekolah SMP
6. Kelompok Guru SMP
7. Observasi SMP
8. Kepala Desa/Kelurahan
9. Tokoh Masyarakat/Agama
10. Kepala Sekolah SD
11. Komite Sekolah SD
12. Kelompok Guru SD
13. Observasi SD
14. Bidan
15. Kader Posyandu
16. Dukun Beranak
17. Observasi Posyandu
18. FGD Kelompok Ibu Anak Usia Balita 1
19. FGD Kelompok Bapak Anak Usia Balita 1
20. FGD Kelompok Ibu Anak Usia Balita 2
21. FGD Kelompok Bapak Anak Usia Balita 2
22. FGD Kelompok Ibu Anak Usia SD
23. FGD Kelompok Bapak Anak Usia SD
24. FGD Kelompok Ibu Anak Usia SMP
25. FGD Kelompok Bapak Anak Usia SMP

## Lampiran 2. Peta Kabupaten Sumedang

JAWA BARAT

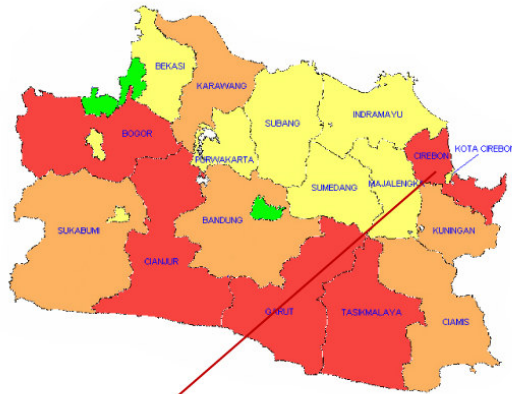


SUMEDANG

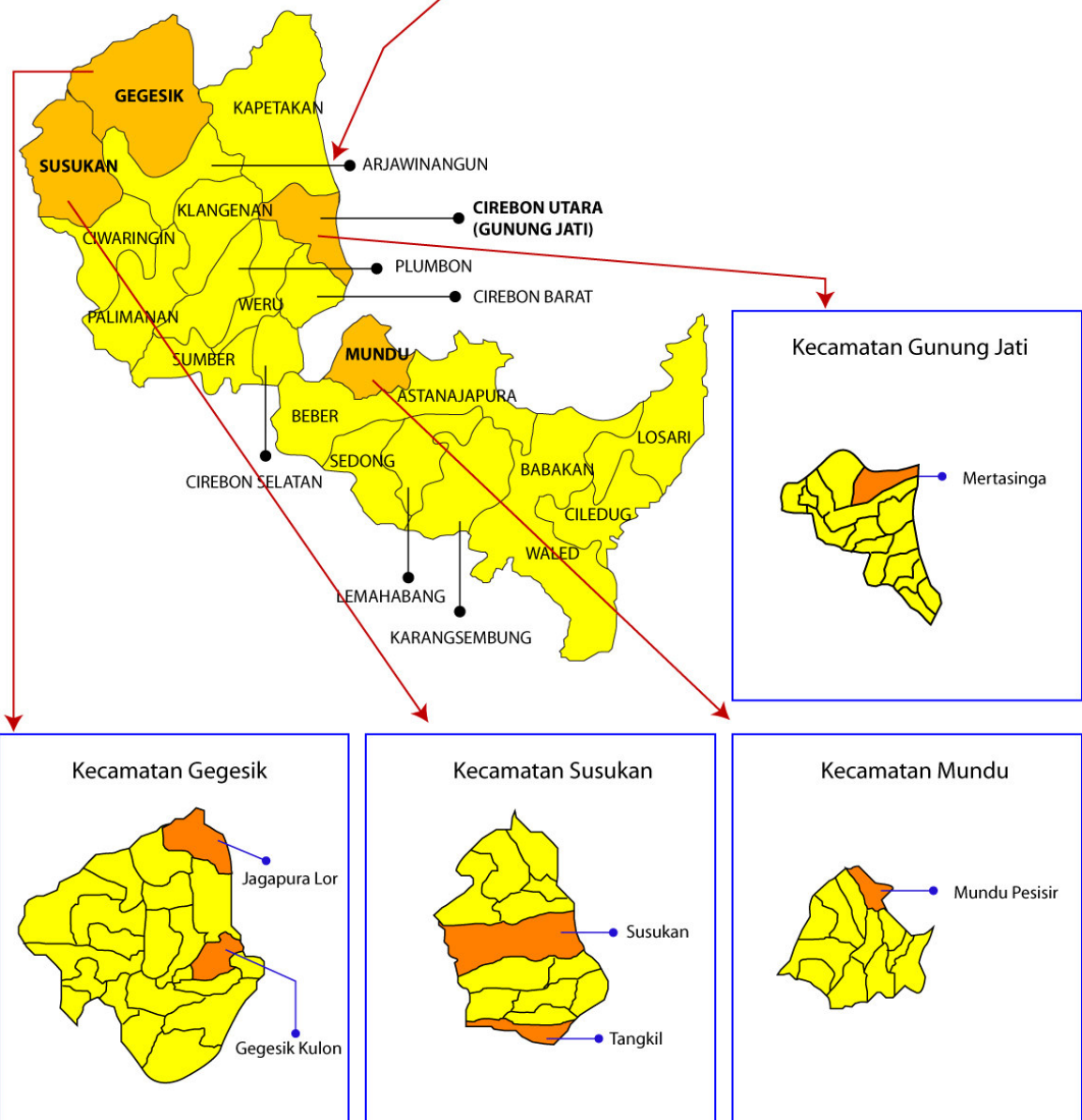


### Lampiran 3. Peta Kabupaten Cirebon

JAWA BARAT

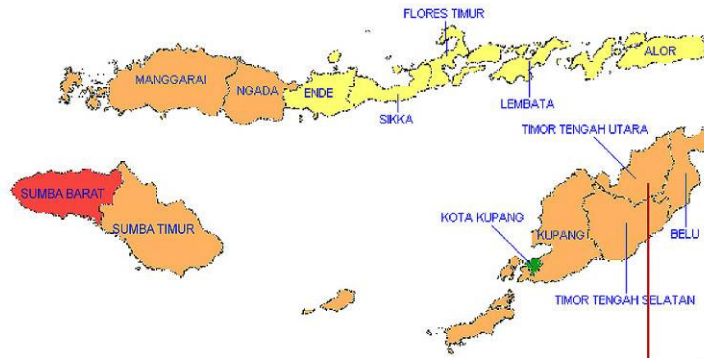


CIREBON

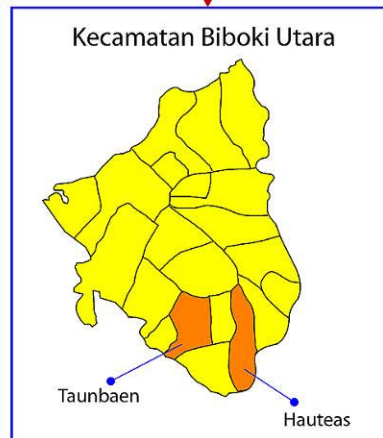
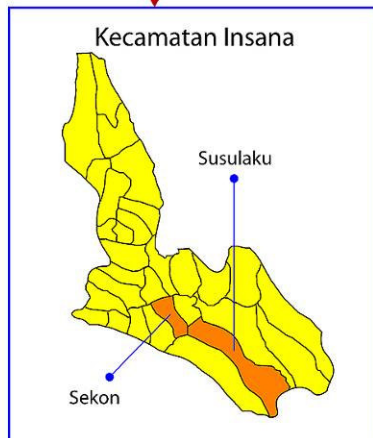
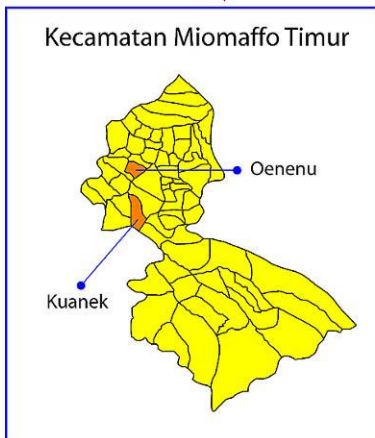
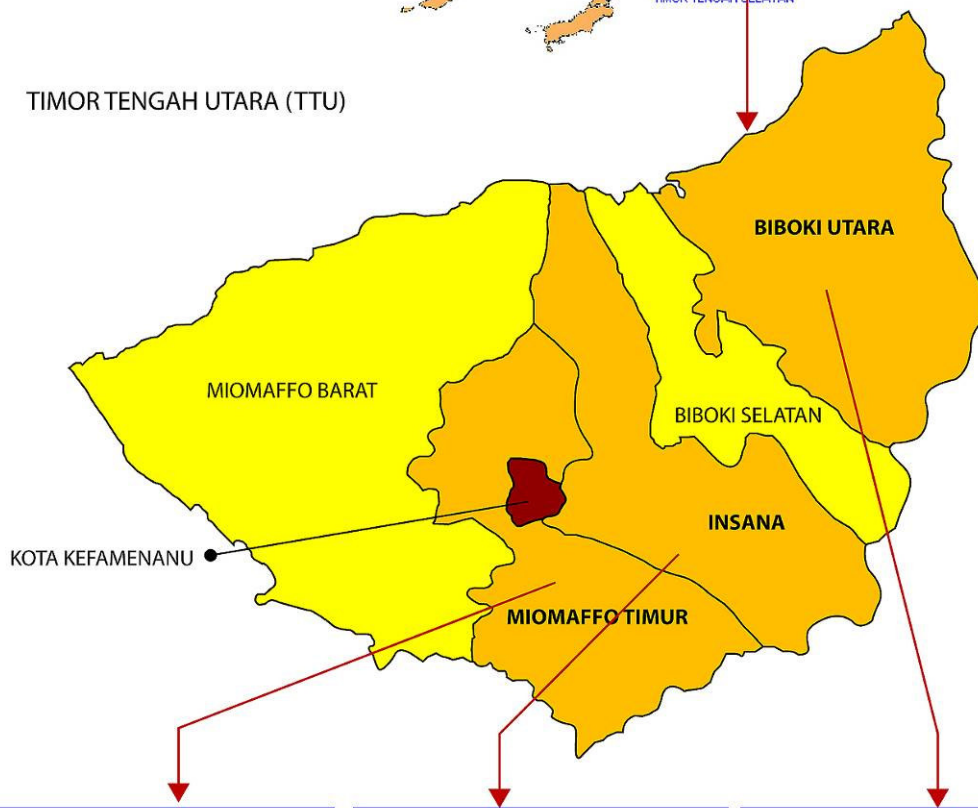


## Lampiran 4. Peta Kabupaten Timor Tengah Utara

NUSA TENGGARA TIMUR

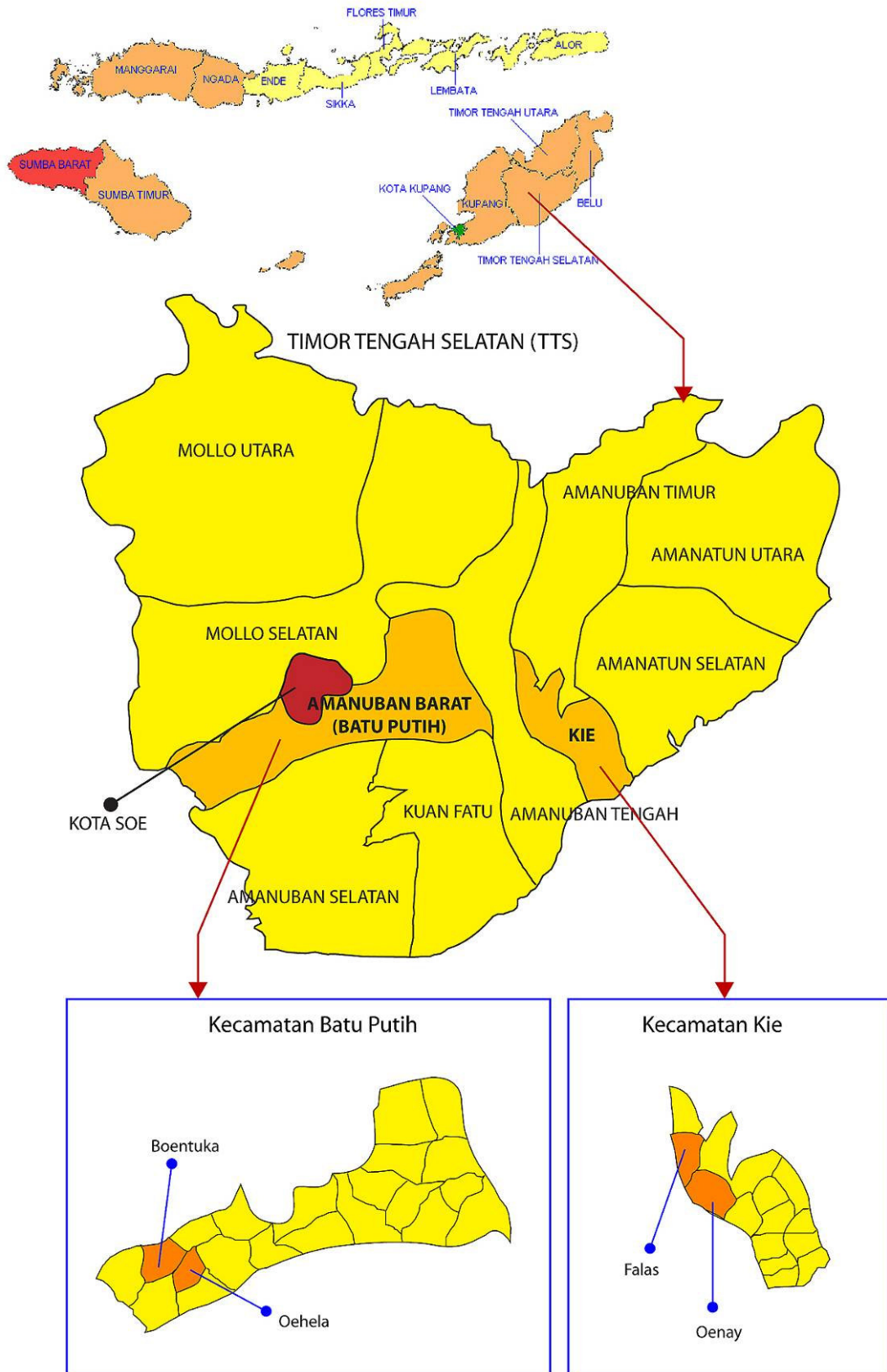


TIMOR TENGAH UTARA (TTU)



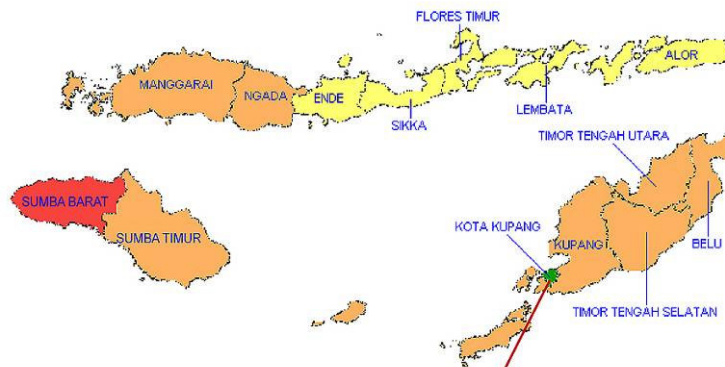
## Lampiran 5. Peta Kabupaten Timor Tengah Selatan

NUSA TENGGARA TIMUR

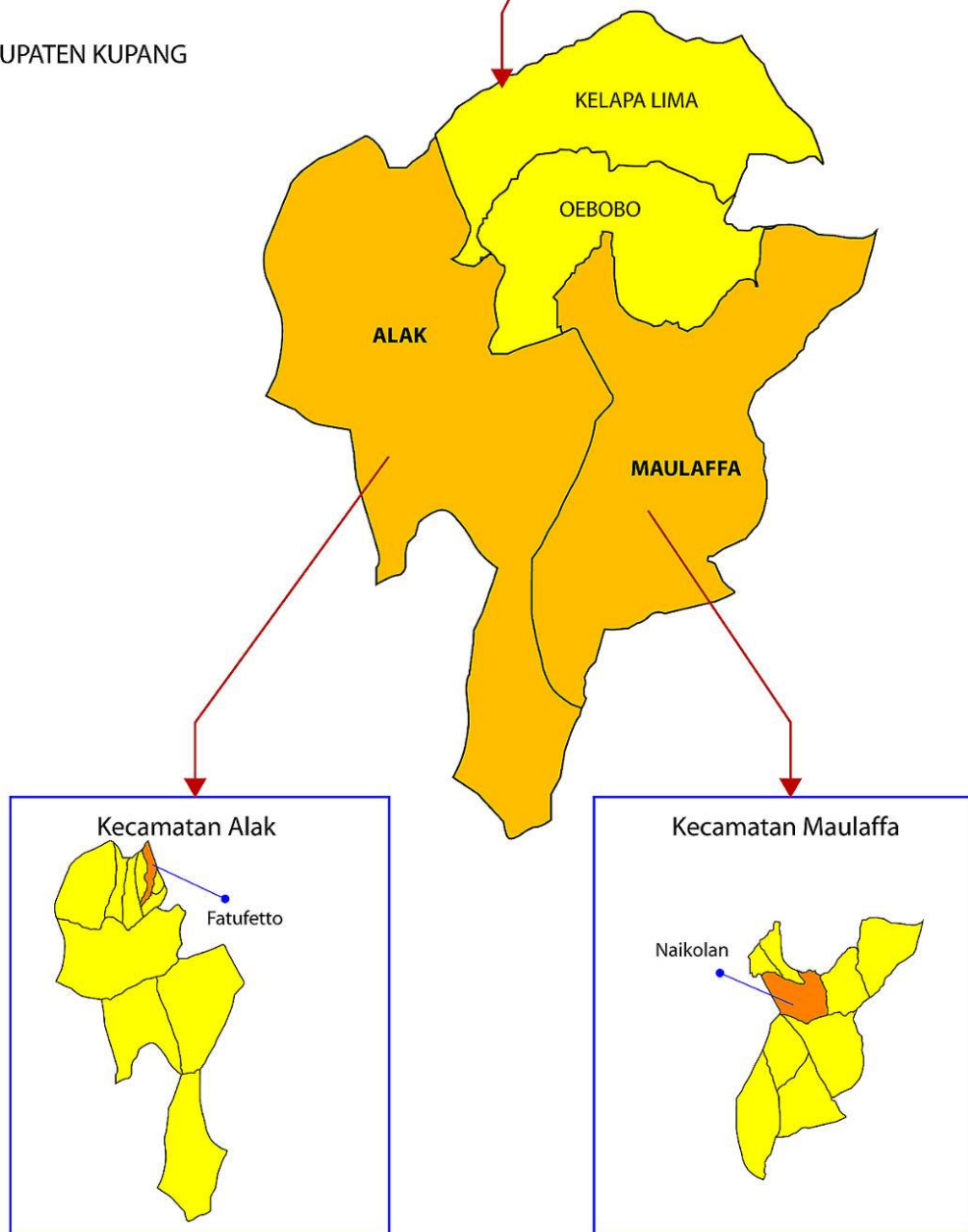


## Lampiran 6. Peta Kota Kupang

NUSA TENGGARA TIMUR



KABUPATEN KUPANG



### Lampiran 7. Akses ke Desa/Kelurahan Sampel di Provinsi Jawa Barat dan NTT

Kecamatan/ Kabupaten/Kota	Nama Desa/ Kelurahan Sampel	Kategori Akses	Jarak Desa ke Pusat Kecamatan (km)
1. <b>Rancakalong</b> /Sumedang	1. Nagarawangi	Mudah	0
	2. Pamekaran	Sulit	2
2. <b>Buahdua</b> /Sumedang	3. Buahdua	Mudah	0
	4. Bojongloa	Sulit	3
3. <b>Darmaraja</b> /Sumedang	5. Sukaratu	Mudah	0,3
	6. Neglasari	Sulit	2
4. <b>Gegesik</b> /Cirebon	7. Gegesik Kulon	Mudah	<1
	8. Jagapura Kidul	Sulit	6–7
5. <b>Susukan</b> /Cirebon	9. Susukan	Mudah	0
	10. Tangkil	Sulit	5
6. <b>Gunung Jati</b> /Cirebon	11. Mertasinga	Mudah	6
7. <b>Mundu</b> /Cirebon	12. Mundu Pesisir	Mudah	2
8. <b>Biboki Utara</b> /TTU	13. Taunbaen	Sulit	12
	14. Hauteas	Mudah	2
9. <b>Insana</b> /TTU	15. Sekon	Sedang	6
	16. Susulaku	Sulit	6
10. <b>Miomaffo Timur</b> /TTU	17. Oenenu	Mudah	4
	18. Kuanek	Sulit	15
11. <b>Kie</b> /TTS	19. Oenay	Mudah	6
	20. Falas	Sulit	7
12. <b>Batu Putih</b> /TTS	21. Boentuka	Mudah	5
	22. Oehela	Sulit	10
13. <b>Alak</b> /Kota Kupang	23. Fatufetto	Mudah	0
14. <b>Maulaffa</b> /Kota Kupang	24. Naikolan	Mudah	0

Sumber: Kecamatan dalam Angka 2007, data di kantor kecamatan di tiap-tiap kecamatan, dan/atau verifikasi lapangan

### Lampiran 8. Pembagian Wilayah Administrasi Desa/Kelurahan Sampel di Jawa Barat dan NTT

	Kecamatan/ Kabupaten/Kota	Nama Desa/ Kelurahan Sampel	Jumlah Dusun	Jumlah RW	Jumlah RT	Jarak Antardusun (km)
1.	Rancakalong/Sumedang	1. Nagarawangi	3	9	37	1
		2. Pamekaran	3	6	21	1,5
2.	Buahdua/Sumedang	3. Buahdua	3	12	42	3–4
		4. Bojongloa	4	14	32	Menyatu
3.	Darmaraja/Sumedang	5. Sukaratu	3	8	26	1
		6. Neglasari	4	8	32	2
4.	Gegesik/Cirebon	7. Gegesik Kulon	4	11	39	3 ke Dusun IV
		8. Jagapura Kidul	4	8	29	Menyatu
5.	Susukan/Cirebon	9. Susukan	5	n.a.	32	9 ke Dusun IV
		10. Tangkil	5	5	23	4–5
6.	Gunung Jati/Cirebon	11. Mertasinga	n.a.	6	18	Menyatu
7.	Mundu/Cirebon	12. Mundu Pesisir	4	8	28	Menyatu
8.	Biboki Utara/TTU	13. Taunbaen	4	7	14	5
		14. Hauteas	4	8	16	4
9.	Insana/TTU	15. Sekon	3	6	12	Menyatu
		16. Susulaku	2	2	5	0,5
10.	Miomaffo Timur/TTU	17. Oenenu	2	4	8	Menyatu
		18. Kuanek	3	3	6	2–4
11.	Kie/TTS	19. Oenay	4	8	18	Menyebarkan
		20. Falas	3	11	15	Menyebarkan
12.	Batu Putih/TTS	21. Boentuka	4	8	16	Menyebarkan
		22. Oehela	2	4	9	Menyatu
13.	Alak/Kota Kupang	23. Fatufetto	2	7	24	Menyatu
14.	Maulaffa/Kota Kupang	24. Naikolan	3	8	26	Menyatu

Sumber: Profil desa dari tiap-tiap desa dan pengamatan lapangan; n.a. = data tidak tersedia



**Lampiran 9. Keadaan Penduduk di Desa/Kelurahan Sampel  
di Jawa Barat dan NTT**

	Kecamatan/ Kabupaten/Kota	Nama Desa/ Kelurahan Sampel	Jumlah Penduduk	Jumlah KK	Proporsi Laki-laki: Perempuan	Kepadatan Penduduk (jiwa/km <sup>2</sup> )
1.	Rancakalong/Sumedang	1. Nagarawangi	4.131	1.416	47,2 : 52,8	1.009
		2. Pamekaran	3.027	1.026	48,9 : 51,1	808
2.	Buahdua/Sumedang	3. Buahdua	3.332	998	49,6 : 50,4	895
		4. Bojongloa	3.208	n.a.	51,5 : 48,5	600
3.	Darmaraja/Sumedang	5. Sukaratu	2.576	812	48,1 : 51,9	1.979
		6. Neglasari	4.405	1.156	52,5 : 47,5	908
4.	Gegesik/Cirebon	7. Gegesik Kulon	5.779	1.805	51,1 : 48,9	1.445
		8. Jagapura Kidul	7.411	2.248	48,2 : 51,8	1.746
5.	Susukan/Cirebon	9. Susukan	6.708	1.619	49,7 : 50,3	n.a.
		10. Tangkil	6.906	1.780	52,0 : 48,0	3.200
6.	Gunung Jati/Cirebon	11. Mertasinga	6.088	1.271	51,4 : 48,6	8.231
7.	Mundu/Cirebon	12. Mundu Pesisir	6.016	1.285	50,4 : 49,6	3.785
8.	Biboki Utara/TTU	13. Taunbaen	1.432	339	50,8 : 49,2	73
		14. Hauteas	1.739	391	50,5 : 49,5	820
9.	Insana/TTU	15. Sekon	867	223	51,1 : 48,9	n.a.
		16. Susulaku	943	225	50,1 : 49,9	94
10.	Miomaffo Timur/TTU	17. Oenenu	2.461	568	n.a.	n.a.
		18. Kuaneke	510	154	48,2 : 51,8	n.a.
11.	Kie/TTS	19. Oenay	2.354	120	n.a.	n.a.
		20. Falas	2.038	535	54,6 : 45,4	n.a.
12.	Batu Putih/TTS	21. Boentuka	1.644	406	51,6 : 48,4	n.a.
		22. Oehela	912	258	49,8 : 50,2	n.a.
13.	Alak/Kota Kupang	23. Fatufetto	4.661	1.037	50,0 : 50,0	n.a.
14.	Maulaffa/Kota Kupang	24. Naikolan	6.912	1.411	45,5 : 54,5	8.429

Sumber: Profil desa dari tiap-tiap desa/kelurahan dan Kecamatan dalam Angka 2007 (sebagian kecamatan); n.a. = data tidak tersedia

### Lampiran 10. Kelembagaan di Desa/Kelurahan Sampel di Jawa Barat dan NTT

	Kecamatan/ Kabupaten/Kota	Nama Desa/ Kelurahan Sampel	BPD	LPMD*/ LKMD**	PKK	Karang Taruna	Kelompok Tani/ Kelompok Usaha
1.	Rancakalong/Sumedang	1. Nagarawangi		Aktif	Aktif	Ada	
		2. Pamekaran				Aktif	4 kelompok tani
2.	Buahdua/Sumedang	3. Buahdua	Aktif	Aktif	Aktif	Aktif	
		4. Bojongloa	Aktif	Aktif	Aktif	Aktif	Kelompok peternak
3.	Darmaraja/Sumedang	5. Sukaratu	Aktif	Aktif	Aktif	Aktif	1 kelompok tani
		6. Neglasari					
4.	Gegesik/Cirebon	7. Gegesik Kulon		Ada	Ada	Ada	Bank desa, koperasi tani, lumbung desa
		8. Jagapura Kidul			Aktif	Aktif	Aktif
5.	Susukan/Cirebon	9. Susukan	Aktif	Aktif	Aktif	Aktif	Koperasi, arisan
		10. Tangkil					
6.	Gunung Jati/Cirebon	11. Mertasinga					Kelompok nelayan <i>Nadran</i>
7.	Mundu/Cirebon	12. Mundu Pesisir	Aktif	Aktif	Aktif	Aktif	-
8.	Biboki Utara/TTU	13. Taunbaen				Mudika	3 kelompok tani
		14. Hauteas		Aktif			
9.	Insana/TTU	15. Sekon					
		16. Susulaku					
10.	Miomaffo Timur/TTU	17. Oenenu				Mudika	
		18. Kuanek	Ada	Ada			
11.	Kie/TTS	19. Oenay					
		20. Falas					
12.	Batu Putih/TTS	21. Boentuka		Aktif			
		22. Oehela		Aktif	Aktif	Aktif	
13.	Alak/Kota Kupang	23. Fatufetto				Aktif	
14.	Maulaffa/Kota Kupang	24. Naikolan		Ada			

Sumber: Profil desa dan penjelasan kepala desa/lurah setiap desa/kelurahan

Keterangan: \*Lembaga Pemberdayaan Masyarakat Desa; \*\*Lembaga Ketahanan Masyarakat Desa

### Lampiran 11. Ketersediaan Fasilitas Pelayanan KIA Modern yang Bisa Diakses Masyarakat Desa/Kelurahan Sampel di Jawa Barat dan NTT

Kecamatan/ Kabupaten/Kota	Nama Desa/ Kelurahan Sampel	Jumlah Pos- yandu	Polindes/ Bidan Desa	Bidan Desa Praktik	Praktik Bidan Lain	Lokasi Puskesmas/Pustu dan Perkiraan Jarak dari Desa Sampel
1. <b>Rancakalong/</b> Sumedang	1. Nagarawangi	8	Ada	Ada	Ada	Luar desa, 1–2 km
	2. Pamekaran	5	Ada	Ada	Ada	Ada pustu
2. <b>Buahdua/</b> Sumedang	3. Buahdua	4	Puskesmas	Ada	Ada	Ada
	4. Bojongloa	4	Ada	Ada	Ada	Luar desa, 3 km
3. <b>Darmaraja/</b> Sumedang	5. Sukaratu	4	Ada	Luar desa	Luar desa	Luar desa, 1–2 km
	6. Neglasari	4	Ada	Ada	Ada	Luar desa, 2–5 km
4. <b>Gegesik/Cirebon</b>	7. Gegesik Kulon	5	Ada	Ada	Luar desa	Luar desa, 2–5 km
	8. Jagapura Kidul	7	Ada	Ada	Ada	Luar desa, dekat
5. <b>Susukan/Cirebon</b>	9. Susukan	8		Luar desa	Ada	Ada
	10. Tangkil	6	Ada	Ada	Luar desa	Luar desa, 3 km
6. <b>Gunung Jati/</b> Cirebon	11. Mertasinga	6	Puskesmas	Ada	Ada	Ada
7. <b>Mundu/Cirebon</b>	12. Mundu Pesisir	5	Ada	Ada	Ada	Luar desa, 1–2 km
8. <b>Biboki Utara/TTU</b>	13. Taunbaen	3	Ada	Tidak ada	Tidak ada	Ada pustu
	14. Hauteas	4	Ada	Tidak ada	Tidak ada	Luar desa, 1,5 km
9. <b>Insana/TTU</b>	15. Sekon	2	Ada	Tidak ada	Tidak ada	Luar desa
	16. Susulaku	2	Ada	Tidak ada	Tidak ada	Luar desa
10. <b>Miomaffo</b> <b>Timur/TTU</b>	17. Oenenu	2	Ada	Tidak ada	Tidak ada	Ada
	18. Kuanek	3	Ada	Luar desa	Tidak ada	Luar desa, 13–15 km
11. <b>Kie/TTS</b>	19. Oenay	4	Ada	Tidak ada	Tidak ada	Luar desa, 5–10 km
	20. Falas	3	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Luar desa, 8 km
12. <b>Batu Putih/TTS</b>	21. Boentuka	2	Ada	Ada	Tidak ada	Luar desa
	22. Oehela	2	Ada	Tidak ada	Tidak ada	Luar desa, jauh
13. <b>Alak/Kota Kupang</b>	23. Fatufetto	4	Pustu	Tidak ada	Tidak ada	Ada pustu
14. <b>Maulaffa/</b> Kota Kupang	24. Naikolan	4	Pustu	Ada	Ada	Luar kelurahan, 2–3 km

Sumber: Profil desa wilayah penelitian; penjelasan informan: kepala puskesmas, bidan, dan kepala desa; dan hasil FGD

**Lampiran 12. Ketersediaan Fasilitas Pelayanan Pendidikan Dasar yang  
Dapat Diakses oleh Masyarakat Desa/Kelurahan Sampel  
di Jawa Barat dan NTT**

Kecamatan/ Kabupaten/Kota	Desa/Kelurahan Sampel	Di Desa/Kelurahan Sampel		Di Luar Desa/Kelurahan Sampel	
		SD dan SMPN	SD dan SMP Swasta	SD dan SMPN	SD dan SMP Swasta
1. <b>Rancakalong</b> /Sumedang	1. Nagarawangi	3 SD, 1 SMP		2 SMP	
	2. Pamekaran	3 SD		2 SMP	
2. <b>Buahdua</b> /Sumedang	3. Buahdua	3 SD	1 MTs	1 SMP	
	4. Bojongloa	2 SD		2 SMP	1 MTs
3. <b>Darmaraja</b> /Sumedang	5. Sukaratu	3 SD		2 SMP, 1 MTs	
	6. Neglasari	2 SD, 1 SMP		1 SD, 1 SMP	
4. <b>Gegesik</b> /Cirebon	7. Gegesik Kulon	3 SD	1 SDIT, 2 MI	2 SMP	1 MTs
	8. Jagapura Kidul	2 SD, 1 SMP	4 MI, 4 MTs		
5. <b>Susukan</b> /Cirebon	9. Susukan	3 SD	1 SD, 1 SMP	1 SD, 2 SMPN	1 SMP
	10. Tangkil	3 SD		6 SMP, 1 MTs	
6. <b>Gunung Jati</b> /Cirebon	11. Mertasinga	2 SD, 2 SMP			
7. <b>Mundu</b> /Cirebon	12. Mundu Pesisir	3 SD	2 MI, 2 SMP/MTs	2 SMP	1 SMP
8. <b>Biboki Utara</b> /TTU	13. Taunbaen	2 SD, 1 SMP		1 SMP	
	14. Hauteas	1 SD		1 SMP	
9. <b>Insana</b> /TTU	15. Sekon	-	1 SD (Kristen)	2 SMP	2 SMP
	16. Susulaku	-	1 SD (Kristen)	2 SMP	2 SMP
10. <b>Miomaffo Timur</b> /TTU	17. Oenenu	1 SD	1 SD (Kristen)	3 SMP	1 SMP
	18. Kuanek		1 SD (Kristen)	2 SD, 1 SMP	1 SMP
11. <b>Kie</b> /TTS	19. Oenay	1 SD Inpres	1 SD GMIT, 1 SMP Kristen		1 SMP
	20. Falas	3 SD, 1 SMP			1 SMP
12. <b>Batu Putih</b> /TTS	21. Boentuka	1 SD, 1 SMP	1 SD	1 SD, 3 SMP	
	22. Oehela	1 SD		1 SMP	
13. <b>Alak</b> /Kota Kupang	23. Fatufetto	2 SD Inpres	-	4 SMP	
14. <b>Maulaffa</b> /Kota Kupang	24. Naikolan	3 SD Inpres	-	4 SMP	

Sumber: Profil desa/kelurahan wilayah penelitian; hasil FGD; penjelasan informan: kepala Dinas Pendidikan tingkat kecamatan, dan kepala sekolah SD dan SMP

**Lampiran 13. Pelayanan yang Dipilih Masyarakat di Wilayah Pedesaan dengan Akses Mudah pada Saat Hamil, Melahirkan, dan Setelah Melahirkan**

Selama Hamil	Saat Melahirkan	Setelah Melahirkan
Bidan desa/bidan terdekat	Bidan desa/bidan terdekat	Bidan desa/bidan terdekat
Puskesmas	Dukun beranak	Dukun beranak
Dukun beranak	Puskesmas	Puskesmas
Posyandu setempat	Polindes	Posyandu setempat
Polindes	Dokter praktik swasta	Polindes
Klinik terdekat	Rumah sakit terdekat	Rumah sakit terdekat
Rumah sakit terdekat		Susteran
Susteran		

Sumber: Diolah dari hasil FGD

**Lampiran 14. Pelayanan yang Dipilih Masyarakat di Wilayah Pedesaan dengan Akses Sulit pada Saat Hamil, Melahirkan, dan Setelah Melahirkan**

Selama Hamil	Saat Melahirkan	Setelah Melahirkan
Bidan desa/bidan terdekat	Bidan desa/bidan terdekat	Bidan desa/bidan terdekat
Dukun beranak	Dukun beranak	Dukun beranak
Puskesmas	Rumah sakit terdekat	Posyandu setempat
Posyandu setempat	Puskesmas	Puskesmas
Polindes	Polindes	Polindes
Pustu		Rumah sakit terdekat

Sumber: Diolah dari hasil FGD

**Lampiran 15. Pelayanan yang Dipilih Masyarakat di Wilayah Perkotaan pada Saat Hamil, Melahirkan, dan Setelah Melahirkan**

Selama Hamil	Saat Melahirkan	Setelah Melahirkan
Bidan desa/bidan terdekat	Bidan desa/bidan terdekat	Bidan desa/bidan terdekat
Puskesmas	Rumah sakit terdekat	<i>Paraji</i>
Posyandu	Dukun beranak	Keluarga
Rumah sakit terdekat	Puskesmas	Posyandu
Dokter praktik		Puskesmas
Klinik terdekat		Rumah sakit
Dukun beranak		
Polindes		
Pustu		

Sumber: Diolah dari hasil FGD

### Lampiran 16. Tempat Imunisasi Balita Pilihan Masyarakat

Pedesaan dengan Akses Mudah	Pedesaan dengan Akses Sulit	Perkotaan
Posyandu setempat	Posyandu setempat	Posyandu setempat
Puskesmas	Puskesmas	Puskesmas
Bidan desa/bidan terdekat	Bidan desa/bidan terdekat	Pustu
Polindes	Polindes	Bidan desa/bidan terdekat
Rumah sakit terdekat	Rumah sakit terdekat	Rumah sakit terdekat
Susteran		

Sumber: Diolah dari hasil FGD

### Lampiran 17. Tempat Penimbangan Balita Pilihan Masyarakat

Pedesaan dengan Akses Mudah	Pedesaan dengan Akses Sulit	Perkotaan
Posyandu setempat	Posyandu setempat	Posyandu setempat
Puskesmas	Puskesmas	Puskesmas
Bidan desa/bidan terdekat	Bidan desa/bidan terdekat	Pustu
Polindes	LSM	Bidan desa/bidan terdekat
Klinik terdekat	Polindes	Posyandu setempat
Rumah sakit terdekat	Pustu	

Sumber: Diolah dari hasil FGD

### Lampiran 18. Tempat Perawatan Gizi menurut Masyarakat

Pedesaan dengan Akses Mudah	Pedesaan dengan Akses Sulit	Perkotaan
Posyandu setempat	Puskesmas	Posyandu setempat
Puskemas	Posyandu setempat	Puskesmas
Bidan desa/bidan terdekat	Bidan desa/bidan terdekat	Pustu
Dokter	Doker setempat	Rumah sakit terdekat
Rumah sakit terdekat	Bidan terdekat	
LSM	Polindes	
Pos gizi	LSM	
	Pondok gizi	
	Rumah sakit terdekat	

Sumber: Diolah dari hasil FGD

## Lampiran 19. Keyakinan dan Kepercayaan Adat Selama Kehamilan, Saat Melahirkan, dan Setelah Melahirkan di Jawa Barat dan NTT

### Selama Kehamilan – Jawa Barat

#### Hal-hal yang Harus Dihindari

- Banyak tidur
- Tidur tengkurap
- Tidur siang; bila tidur, harus mandi
- Melilit handuk/sarung di leher (takut terlilit)
- Mengikat sembarangan
- Berdiri di pintu (bayi tidak keluar-keluar)
- Duduk di atas batu
- Duduk *ngajongkok*/berjongkok
- Duduk berselonjor
- Duduk tumpang kaki
- Membuka-buka perut
- Bersih-bersih
- Jalan saat panas/siang hari
- Keluar rumah magrib/malam
- Keluar rumah sehabis subuh
- Pergi ke sungai/jamban terlalu sore
- Benci terhadap orang lain/sesuatu yang jelek
- Sering marah
- Sering mengumpat
- Bicara sembarangan
- Usil
- Bicara yang jelek-jelek
- Mengejek orang cacat
- Membunuh binatang (ada yang membenci kera, anaknya menjadi seperti kera; melihat anak sumbing, bayinya menjadi sumbing; harus bilang *tengiling/amit-amit*)
- Memotong ayam (jari anak tidak lengkap)
- Makan di piring besar
- Makan yang pedas-pedas (anak akan botak)
- Mengumpulkan sampah atau menyapu harus sekalian tuntas; jangan duduk di pintu
- Potong ayam
- Makan mie
- Sembarangan memakai jarum
- Menjahit (anak cacat)
- Tidak boleh kerja keras
- Lubang-lubang air tidak boleh mampat
- Minum yang manis-manis
- Memasak nasi; mengambilnya tanpa *langseng*
- Makan buah-buahan tidak boleh makan langsung; harus dikupas memakai pisau
- Makan di *pincuk*–dengan bungkus daun, tidak dibuka *biting*-nya (lidinya) (melahirkan susah)
- Makan es atau sambal (anaknya jadi besar)
- Makan ikan *bancel* (ari-ari tidak keluar)
- Makan jangan langsung digigit/harus menggunakan pisau
- Makan jantung pisang, labu, dan pepaya
- Makan pisang (anaknya kegemukan)
- Makan mengkudu (anaknya borok)
- Makan buah nanas
- Makan jengkol
- Makan terong

- Makan udang (anaknya akan menjadi malas)
- Makan kerupuk (agar napas tidak terganggu)
- Makan kepiting
- Makan bakso
- Makan kerak nasi (anak akan hitam)
- Minum jamu sembarangan
- Melangkahi kayu melintang (bayi sungsang)
- Melangkahi lidi
- Melangkahi suami
- Mencuci baju tidak boleh menyiram kaki
- Mngupas kelapa
- Memakai celana panjang
- Menggerai rambut; rambut harus diikat
- Memotong rambut
- Memakai perhiasan bila usia kehamilan sudah lanjut
- Suami memotong-motong sesuatu
- Berhubungan seksual
- Merokok dekat ibu hamil
- Memasukkan makanan ke saku (buah zakar besar)
- Kalo tidur siang, harus mandi

#### **Hal-hal yang Wajib Dilakukan**

- Masuk kolong tempat tidur bila ada gerhana
- Pada saat gerhana bulan, harus mandi di depan rumah dan dimandikan suami
- Alat-alat dapur ditelentangkan
- Bangun dan mandi pagi-pagi
- Bangun tidur harus menungging
- Banyak mencuci dan mengepel
- Banyak bergerak
- Banyak jalan/gerak
- Banyak makan hati untuk menambah darah
- Membawa gunting kecil atau benda tajam
- Membawa bawang putih, *panglay*/peniti (tidak diganggu setan)
- Berbuat baik
- Bersih-bersih kamar mandi dan halaman rumah (anak bersih dan lahirnya lancar)
- Mengatakan *ingat-ingat* atau *amit-amit* kalau ada yang tidak disukai
- Membaca Quran
- Banyak berdoa
- Bersih-bersih badan
- Membersihkan got yang mampat
- Makan buah
- Banyak minum air putih
- Minum perasan air kapur
- Melakukan syukuran 4 dan 7 bulanan
- Menurut perintah orang tua
- Berhati-hati pada saat naik kendaraan
- Kalau duduk, harus pakai alas
- Kalau jatuh, harus menepuk kain
- Kalau makan buah, harus dibelah dua
- Kalau mandi, juga harus *sebrat-sebrot panglay*
- Kalau menyapu, harus langsung diangkat
- Kalau mencuci yang hitam seperti penggorengan, harus bersih
- Keinginan istri harus diikuti
- Makan buah delima
- Makan di piring kecil
- Makan kuning telur dan minyak ikan menjelang melahirkan



- Makan telur ayam
- Minum jamu, susu, dan kunyit
- Minum air kelapa dan air sirih (lancar melahirkan)
- Minum sesendok minyak kelapa dicampur jeruk
- Memakai daster
- Memakai peniti di BH (menjaga hal-hal yang gaib)
- Plastik sampah harus dibuka
- Sering urut sebulan sekali
- Salat lima waktu
- Mandi siang agar bayi di kandungan merasa segar

Sumber: Diolah dari hasil FGD

## Saat Melahirkan – Jawa Barat

### Hal-hal yang Harus Dihindari

- Memakai emas
- Rambut diikat (akan menyebabkan bayi susah keluar)
- Panik
- Putus asa (harus kuat)
- Banyak bicara
- Menangis
- Banyak makan
- Makan kerupuk; takut nafasnya tidak kuat
- *Merem* (mata tertutup), ketiduran
- Gigi jangan beradu
- Banyak bergerak
- Angkat pinggul tinggi-tinggi
- Mengangkat kaki
- *Mengangkang* (kaki membuka)
- Duduk
- Berselonjor
- Pergi ke WC
- Lari (menyebabkan beresot)
- *Ngeden* (mengejan) keras-keras, bersuara (malu kalau melahirkan berteriak-teriak)
- *Ngeden* (mengejan) sebelum waktunya
- *Ngeden* (mengejan) sekaligus
- *Ngeden* (mengejan) di leher
- Gorden dan pintu tidak boleh ditutup
- Memakai bantal
- Banyak memikirkan hal yang “aneh-aneh”
- Suami berada dalam satu ruangan.
- Suami memakai celana (harus memakai sarung).
- Suami keluyuran (akan ada yang mengikuti).

### Hal-hal yang Wajib Dilakukan

- Membuka semua alat dapur yang tertutup
- Membuka semua pintu dan jendela
- Menyiapkan pisau kecil, kipas, dan lilin; diletakkan di samping yang akan melahirkan
- Memakai kain panjang
- Menyiapkan ramuan-ramuan seperti *panglay*
- Suami harus memberi semangat dan dorongan kepada istri agar ia kuat dan tabah.
- Banyak berdoa
- Banyak jalan kaki, jongkok, dan sujud
- Banyak minum susu
- Payudara diusap-usap
- Ranjang diberi minyak agar licin
- Suami memakai sarung, bukan celana.

- 
- Suami melek malam (begadang/selalu terjaga)
  - Suami meniup ubun-ubun (istri); supaya bayi cepat keluar
  - Menyebut nama Tuhan supaya kelahiran lancar
  - Minum daun mustajab agar kelahiran lancar
  - Minum minyak kelapa supaya kelahiran lancar
  - Makan dulu agar kuat
  - Makan bagian kuning telur ayam kampung dicampur madu
  - Makan *kulit warak* supaya cepat melahirkan
  - Makan cingcau supaya cepat lahir
  - Makan gula jawa supaya tidak pedih
  - Makan lada dan bawang putih
  - Makan sangrai kacang
  - Masak air panas untuk memandikan bayi
  - Mata melotot (jangan merem)
  - Telentang
  - Tidur dengan posisi miring
  - Kaki harus diluruskan
  - Lutut ditekuk
  - *Ngeden* (mengejan) yang kencang (kuat)
  - Menarik napas yang panjang agar *ngeden*-nya kuat
  - Mengumandangkan azan (saat anak sudah keluar)
  - Pada bukaan 1 harus jalan-jalan
  - Kalau susah keluar bayinya, perut ibunya harus dilangkahi
  - Minum air daun sembung dan sirih; supaya darah tidak berbau
  - Minum jeruk nipis supaya sehat
  - Minum sprite, teh manis, atau temu kunci
  - Minum *godogan* (rebusan) kunyit
- 

Sumber: Diolah dari hasil FGD

## Setelah Melahirkan – Jawa Barat

### Hal-hal yang Harus Dihindari

- Buang air besar dengan berjongkok (harus berdiri)
  - Istri mencuci sebelum 7 hari setelah melahirkan; karena darah belum kering
  - Kalau melahirkan dengan *paraji*, selama 40 hari istri dilarang mencuci/kerja keras
  - Duduk *mengangkang* (kaki terbuka)
  - Mengangkat barang berat; bekerja berat
  - Banyak bergerak
  - Makan makanan yang mengandung minyak
  - Banyak makan sayuran
  - Makan nanas
  - Makan asam; karena tidak bagus untuk ASI
  - Makan mie
  - Makan labu; agar perut tidak besar
  - Makan malam selama 40 hari
  - Makan nasi kuning
  - Makan makanan yang panas
  - Makan makanan yang pedas-pedas
  - Minum air panas
  - Makan ikan asin dan telur
  - Makan jengkol dan pete
  - Makan kacang panjang
  - Makan pisang ambon; karena perut masih luka
  - Makan salak dan nangka
  - Makan santan
  - Makan sembarang makanan (menjaga makanan)
  - Minum es
-

- Keramas sampai darah bersih, 40 hari
- Mandi 3–4 hari, hanya dilap (diusap memakai kain basah) saja
- Sebelum 40 hari tidak boleh tidur siang (kata *paraji* dan orang tua)
- Berdandan; supaya suami tidak tertarik
- Tidur siang; karena dapat menyebabkan darah naik ke mata
- Meninggalkan bayi
- Menyusui sambil tiduran
- Terlalu lama berdiri
- Duduk di kursi yang sudah *ngedelewo* atau yang sudah rusak (masuk ke dalam); takut pendarahan lagi
- Memotong rambut
- Mengikat pagar (tangan anak terputar)
- Menyakiti binatang
- Menyalakan mesin (anak bergetar)

#### **Hal-hal yang Harus Dilakukan**

- Azan buat bayi; agar jadi anak baik
- Mengubur ari-ari dengan baik
- 50 hari tidak dekat-dekat istri/tidak boleh bersetubuh
- Suami harus melakukan kegiatan sehari-hari sampai tali ari-ari anak puput
- Suami mencuci di sungai (darah bekas melahirkan)
- Banyak bekerja
- Banyak istirahat
- Selalu ditemani setiap pagi dan sore selama 40 hari
- Puser diputar-putar; agar darah cepat keluar
- Memakai bengkung/stagen sampai 40 hari
- Ber-KB setelah 40 hari
- Diurut
- Duduk di atas abu hangat
- Duduk harus berselonjor
- Dibalur beras kencur (ibu dan bayi)
- Bayi dijemur di pagi hari
- Memberikan ASI
- Olahraga atau jalan-jalan pagi (supaya lancar) dan memeriksakan kandungan
- Mandi di-*grujuk* (kepala dibasahi) setiap pagi dan sore
- *Mapas* (suami mencicipi semua makanan istri) sampai tali ari-ari anak puput
- Selama 40 hari setelah melahirkan, tidak boleh makan setelah magrib
- Makan asam; karena peranakan akan segar lagi
- Makan asin; supaya haus terus dan ASI banyak
- Makan hati, daging ayam, sayur bayem, kangkung, bengkuang, dan pepaya
- Makan daun kelor
- Makan gizi (nasi, sayur, buah, susu, tempe, ikan, ayam)
- Makan makanan bergizi seperti ikan supaya sehat dan fit
- Makan kacang dan jagung; supaya ASI banyak
- Makan nasi kuning
- Makan sayur katuk, biji *jaat* (kacang kecipir), daun pepaya, pucuk waluh (labu), daun singkong; agar ASInya banyak
- Minum air daun sembung; mengerutkan peranakan
- Minum air gula merah
- Minum air manis/teh manis
- Minum jahe; supaya air susu hangat
- Minum jamu pascalahir selama 40 hari
- Minum obat
- Minum sirih sembung; supaya cepat kecil peranakan
- Minum susu

Sumber: Diolah dari hasil FGD

## Selama Kehamilan – NTT

### Hal-hal yang Harus Dihindari

- Tiga bulan tidak boleh kumpul
- Bergerak berlebihan pada usia kandungan 7 bulan
- Duduk di depan pintu; karena melahirkan akan sulit
- Duduk jongkok dan tidur telentang; nanti melahirkan menjadi sulit
- Duduk tidak melipat kaki; agar kaki tidak bengkak
- Gunting rambut
- Jalan jauh menggunakan angkutan umum; nanti ada gangguan
- Jalan malam; nanti bisa kena angin jahat
- Jalan saat panas (siang-siang)
- Jangan makan makanan keras; karena melahirkan akan susah
- Makan gurita dan cumi-cumi; nanti tali ari-ari lengket
- Makan ikan; nanti anaknya bisa cacat
- Makan jantung pisang, labu, dan pepaya
- Makan pisang; nanti anaknya kegemukan
- Mandi malam
- Membunuh binatang
- Menenun
- Menggantungkan handuk di leher; karena tali pusar akan terlilit
- Menghina orang dan marah-marah; karena melahirkan akan susah
- Menjahit di tempat tidur; nanti telinga putus
- Minum es
- Minum mabuk
- Minum sembarang obat
- Mengolok-olok orang yang sumbing; nanti anak lahir cacat
- Potong binatang; nanti anak cacat
- Sering naik kendaraan
- Tidak boleh bawa pisau
- Tidak boleh berhubungan seksual
- Tidak boleh duduk membelakangi orang lain
- Tidak boleh jalan sendiri
- Tidak boleh jalan di siang bolong
- Tidak boleh kerja keras (hamil 1–4 bulan)
- Tidak boleh makan jagung goreng (anak susah keluar)
- Tidak boleh makan kurus (lombok) karena mata anak bisa bengkak dan anak bisa tidak punya rambut
- Tidak boleh makan *laok mone* (ubi berbulu)
- Tidak boleh makan tebu (bisa pendarahan)
- Tidak boleh makan udang (sulit melahirkan)
- Tidak boleh mandi malam; nanti muncul bayi kembar air
- Tidak boleh memakai perhiasan seperti cincin dan gelang; nanti tali pusar melilit bayi
- Tidak boleh memaki/memukul
- Tidak boleh minum minuman yang manis-manis
- Tidak boleh naik motor
- Tidak boleh naik pohon
- Tidak boleh menaruh sirih pinang di kepala
- Tidak boleh terlalu sering makan makanan yang bergizi, kecuali ikan
- Tidak boleh tidur *malenggang* (telentang); karena anak bisa kembar dan kalau mau balik badan, harus bangun dulu
- Tidak menggendong anak
- Tidak minum obat dari resep dokter

### Hal-hal yang Wajib Dilakukan

- 7–8 bulan harus pikul kayu, timba air, dan gerak banyak
- Banyak istirahat
- Banyak jalan

- 
- Duduk hati-hati supaya tidak jatuh; karena bisa keguguran
  - Harus makan buah-buahan
  - Harus makan bubur
  - Harus makan ikan
  - Jalan bawa kunci lemari
  - Jalan malam tunjuk paku di rambut
  - Jalan pagi dan mengepel rumah
  - Kalau mau balik badan waktu tidur, harus bangun dulu
  - Keluar malam bawa gunting, paku, dan sisir; supaya setannya takut
  - Kerja yang ringan
  - Makan daun *merunggai*/kelor, 7 bulan ke atas; supaya tali ari-ari mudah keluar
  - Makan telur, daging, sayur, dan susu
  - Membawa paku, gunting, dan pisau untuk mengusir setan
  - Minum air kelapa supaya anaknya bersih
  - Minum minyak kelapa menjelang melahirkan
  - Minum satu seloki Sofi Kepala (minuman keras) seminggu sekali
  - Perbaiki rumah adat
  - Rajin mandi
  - Saling meminta maaf
  - Segera menguburkan yang sudah mati
  - Sembayang pada usia kandungan 7 bulan
  - Setelah 6–7 bulan, kerja berat seperti angkat kayu dan pacul kebun
  - Suami mengumpulkan kayu untuk perasapan
  - Balik badan saat tidur harus bangun dulu; supaya posisi anak bagus
  - Diurut oleh dukun beranak
- 

Sumber: Diolah dari hasil FGD

## Saat Melahirkan – NTT

### Hal-hal yang Harus Dihindari

- Bakar lilin
  - Memakai perhiasan
  - Memakai jepit rambut; supaya persalinan lancar
  - Rambut diikat
  - Duduk berlutut
  - Duduk saat buang air kecil; karena takut air ketuban pecah
  - Kaki mengangkang
  - Suami selingkuh; nanti anak jadi korban dan istri susah melahirkan
  - Suami memakai cincin
  - *Muku* (mengejan) paksa; akan menyebabkan lemas
  - Suami memakai ikat pinggang atau selimut
  - Bergerak; agar anak tidak ikut bergerak
  - Bolak-balik (badan)
  - Makan buah pepaya
  - Mata tertutup; akan menyebabkan mata buta
  - Melihat ke atas
  - Angkat pantat; nanti sobekannya lebih banyak
  - Menarik nafas; nanti bayinya masuk kembali ke dalam
  - Berteriak; akan cepat capek/tidak bisa *muku*/ngeden
  - Sandar pada bantal ketika tidur
  - Makan asam
  - Makan daging babi
  - Minum air dingin
  - Mandi air dingin
-

### Hal-hal yang Harus Dilakukan

- Bakar lilin di kuburan nenek moyang; sehingga jika ada masalah dengan keluarga, bisa lahir dengan mudah
- Membicarakan dengan duduk bersama antara keluarga ibu dan bapak tentang *belis* yang belum terbayarkan semua
- Hambur beras di rumah adat
- Melepas perhiasan
- Melepas konde dan rambut dibiarkan terurai
- Suami buka ikat pinggang dan celana
- Banyak jalan
- Mengumpulkan tenaga
- Jalan harus pelan-pelan
- Minum air doa bila terasa terlalu sakit
- Minum air gula
- Minum jamu beranak/anggur beranak
- Minum madu dan telur
- Minum minyak kelapa 1 sendok supaya licin
- Hanya bidan dan dukun beranak yang boleh berada di kamar bersalin
- Minta maaf kepada yang bersangkutan kalau ada masalah
- Keluarga menyemburkan air ke kepala ibu
- Mengunyah *alia* dan meniupkannya ke ubun-ubun; supaya tali ari-ari keluar lancar
- Makan biji labu yang digoreng; supaya proses kelahirannya mudah
- Hanya memakai kain saat melahirkan
- Memutar badan; supaya posisi anak tetap atau tidak miring
- Berdoa dengan dibantu oleh dukun beranak
- Mengangkat kepala
- Menggosok perut dengan pasir dan kemiri
- Ikat tali dan pegang erat-erat
- Kalau bayi susah keluar, suami melangkahi istri 3 kali
- Menahan nafas/tarik napas pelan-pelan
- Tekan di bagian punggung atau belakang
- Posisi melahirkan tidur atau berlutut
- Memegang bahu suami
- '*Muku*' (mengejan) kencing
- Membuka kaki
- Makan *bose* (jagung tumbuk), telur, sayur, minum susu, dan buah
- Makan bubur
- Makan tidak pakai garam
- Mandi dengan menyeka/melap badan saja; supaya anak cepat melompat keluar

Sumber: Diolah dari hasil FGD

### **Setelah Melahirkan – NTT**

#### Hal-hal yang Harus Dihindari

- Turun ranjang sampai 1 minggu
- Keluar sebelum 40 hari (sebagian sampai 60 hari); harus tutup badan kalau mau keluar
- *Maktua* dan *bayitua* jangan dipegang terutama oleh bapak (suami)
- Mandi air dingin; karena dapat menyebabkan darah putih naik ke kepala
- Cuci rambut sebelum 40 hari
- Mencuci dan memasak selama 3 bulan
- Bergerak
- Banyak bekerja
- Makan garam selama 40 hari
- Makan jagung; karena dapat menyebabkan sakit perut
- Makan makanan berminyak; daging babi

- 
- Makan ikan; karena menyebabkan ASI berbau amis
  - Makan daun pepaya, garam, dan makanan keras
  - Makan cabai; karena kandungan masih luka
  - Makan daging selama 4 hari
  - Minum air dingin dan makanan dingin; supaya ASI lancar
  - Marah; karena dapat menyebabkan darah putih naik ke kepala
  - Menjahit dan menonton TV selama 1-2 minggu; nanti darah putih bisa naik
  - Mengangkat benda yang berat-berat

#### **Hal-hal yang Harus Dilakukan**

- Tidur pertama kali setelah melahirkan harus *metono*/tengkurap
- Memakai kemiri, kemudian *tatobi* (kompres air panas)
- Kompres dengan daun besi dan daun asam
- Mandi air panas antara 5–9 hari
- *Se'i* 40 hari (ibu dan anak dimasukkan ke dalam rumah bulat atau rumah adat; kemudian “dipanggang” supaya luka ibu cepat mengering; arang diletakkan di bawah tempat tidur)
- Selama 3 bulan mandi/dilap dengan air panas
- Perut diikat menggunakan bengkung agar tidak besar
- Turun dari tempat tidur setelah 4 hari
- Jika keluar, ibu harus membungkus diri dengan kain (darah putih bisa naik)
- Menutup semua pintu dan jendela
- Membakar kemenyan
- Makan bubur panas
- Makan jagung dan kacang-kacangan; agar air susu lancar
- Makan kacang-kacangan
- Makan sayur, daging, dan telur
- Makan makanan yang panas-panas
- Banyak minum air putih
- Minum ramuan kampung
- Menyimpan tali ari-ari selama 3 hari dengan membungkusnya dan menaruhnya di dalam guci kemudian digantung di atas pohon
- Bayi diberi ASI
- Membuat syukuran pada usia anak 40 hari dan memanggil dukun beranak

---

Sumber: Diolah dari hasil FGD

## Lampiran 20. Kriteria Sekolah dan Guru yang Berkualitas menurut Masyarakat

Provinsi	Sekolah yang Berkualitas	Guru yang Berkualitas
Jawa Barat	Tingkat kepiintaran anak yang lulus Kegiatan sekolah variatif Kualitas pendidik/guru baik Tingkat pendidikan guru tinggi (D3*-S1**) Kedisiplinan guru tinggi Kondisi fisik bangunan sekolah baik Kelengkapan sarana prasarana seperti komputer, sarana olahraga, sarana ibadah Belajar sesuai jadwal Komunikasi orang tua dengan guru berlangsung lancar Metode pengajaran bagus Murid disiplin Guru disiplin Perhatian guru kepada murid tinggi Dapat mengubah perilaku anak menjadi lebih baik	Tingkat pendidikan relatif tinggi Guru mengikuti kuliah lagi Kedisiplinan tinggi, tepat waktu Perilaku yang baik/akhlak yang baik Metode pengajaran yang bagus Memberikan perhatian yang tinggi kepada murid Cara mengajar harus secara rinci, jangan hanya menulis di papan tulis dan ditinggal pergi Punya wibawa, tegas tapi tidak ditakuti <i>"harus leuleus jeujeur liat tali"</i> Punya rasa humor Punya wawasan yang luas
NTT	Pendidikan terjamin Guru dan murid aktif Masuk tepat jam Mengajar tepat jam Murid belajar (tidak main) Muridnya sopan Guru memberikan pelajaran pagi, sore, dan malam Guru tidak memukul anak Guru memberi PR Berprestasi, bila lomba menang Buku-buku lengkap Lulusannya diterima di sekolah lanjutan	Ramah-tamah Baik dengan orang tua murid Cara mengajar baik; tidak harus sarjana Materi yang disampaikan sesuai dengan kemampuan murid. Bila guru absen, guru yang menggantikan materinya harus sesuai. Guru aktif—setiap hari memberi materi. Tepat waktu, tidak menyita waktu

Sumber: Diolah dari hasil FGD

Keterangan: \*program diploma tiga tahun; \*\*program sarjana