

# FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KESEDIAAN BIDAN DI DESA UNTUK TETAP BEKERJA DAN TINGGAL DI DESA DI KABUPATEN TANGERANG PROPINSI BANTEN TAHUN 2003

Sandra Fikawati<sup>1</sup>, Wastidar Musbir<sup>2</sup>, Ahmad Syafiq<sup>1</sup>

1. Lintas Departemen Kesehatan Reproduksi, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia
2. Ikatan Bidan Indonesia, Jl. Johar Baru V No. 13 D, Percetakan Negara 4, Jakarta Pusat, Indonesia

E-mail: fikawati@makara.cso.ui.ac.id

## Abstrak

Salah satu upaya penting yang sedang ditempuh oleh pemerintah untuk mempercepat penurunan AKI (Angka Kematian Ibu) dan AKB (Angka Kematian Bayi) di Indonesia adalah dengan mendekatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat yang antara lain dilakukan melalui penempatan Bidan di Desa (BDD). Studi ini merupakan studi kuantitatif dengan rancangan potong lintang (*cross sectional*) yang bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kesediaan BDD untuk bekerja dan tinggal di desa di Kabupaten Tangerang. Pengumpulan data dilakukan pada bulan Juli 2003 dengan populasi penelitian adalah seluruh BDD yang bertugas di Kabupaten Tangerang pada bulan tersebut. Data dikumpulkan melalui kuesioner *self-administered* yang telah di ujicoba. Dari total 196 BDD yang ada di Kabupaten Tangerang terkumpul data sebanyak 120 BDD atau 61,2%. Ditemukan bahwa status perkawinan, lama kerja, keinginan untuk melanjutkan pendidikan, lokasi tempat kerja suami, dukungan masyarakat dan dukungan puskesmas merupakan faktor-faktor yang secara signifikan berhubungan dengan kesediaan BDD untuk bekerja dan tinggal di desa. Faktor lama masa bekerja, keinginan melanjutkan pendidikan, lokasi tempat kerja suami, dan dukungan puskesmas merupakan faktor dominan yang berhubungan dengan kesediaan BDD untuk tetap bekerja dan tinggal di desanya. Faktor-faktor tersebut harus dipertimbangkan dalam rangka mempertahankan keberadaan BDD di desa. Pemerintah, baik pusat maupun daerah, lembaga profesional dan institusi akademik harus bekerja sama untuk mencegah menurunnya jumlah BDD.

## Abstract

**Factors Related to Willingness of Village Midwives to Work and to Stay in the Village in Tangerang District, Banten Province Year 2003.** One important effort that has been implemented by the Government of Indonesia to accelerate the reduction of MMR (Maternal Mortality Rate) and IMR (Infant Mortality Rate) in Indonesia is narrowing the distance between health care services and community including placement of village midwives (BDD). This study is a cross-sectional quantitative study aimed to investigate factors related to the willingness of BDDs to work and stay in the villages of Tangerang District. Data were collected in July 2003 from 120 BDDs (among a total of 196 BDDs in Tangerang District or 61.2%) through self-administered questionnaires. The study found that marital status, length of work, motivation to continue study, location of husband's work, community support, and community health center's support were factors significantly related to BDD willingness to work and stay in the village. The most dominant factors were length of work, motivation to study again, location of husband's work, and health center support. Those factors are to be considered if BDD is going to be sustained in the village. Government, both central and local, and professional institution such as Indonesia Midwives Association and academic institution should collaborate to prevent the attrition of BDD from villages where their existence is mostly needed.

*Keywords: village midwives, MMR, IMR, health care services*

## 1. Pendahuluan

Di Indonesia, setiap tahunnya, terjadi lebih dari 5 juta kehamilan dan sekitar 20.000 dari kehamilan tersebut berakhir dengan kematian ibu yang diakibatkan oleh komplikasi obstetri yaitu perdarahan, infeksi, eklampsia dan komplikasi aborsi<sup>1-3</sup>. Keberadaan seorang ibu merupakan tonggak utama untuk tercapainya keluarga yang sejahtera dan kematian seorang ibu merupakan suatu bencana bagi keluarganya<sup>3</sup>. Sekitar 95% bayi yang ibunya meninggal dalam 6 minggu pasca persalinan akan meninggal sebelum berumur 1 tahun<sup>4</sup> dan anak-anak yang telah dilahirkan sebelumnya juga akan mengalami trauma dan stress yang sangat hebat yang akan berpengaruh pada kualitas kehidupan mereka selanjutnya. Dengan demikian dampak sosial dan ekonomi dari kematian ibu sangat besar tidak hanya kepada bayi yang baru dilahirkannya tetapi juga bagi seluruh keluarga dan masyarakat.

Sebagai tindak lanjut dari Konferensi Internasional tentang *Safe Motherhood* di Nairobi tahun 1987, dilaksanakan suatu Lokakarya Nasional tentang Kesejahteraan Ibu, yang menghasilkan komitmen lintas sektoral untuk menurunkan AKI (Angka Kematian Ibu) sebesar 50% dari 450 pada tahun 1986 menjadi 225 per 100.000 kelahiran hidup di tahun 2000<sup>5</sup>. Dalam perkembangannya, penurunan AKI yang dicapai tidak seperti yang diharapkan. Pada tahun 1995 AKI di Indonesia masih sebesar 373 per 100.000 kelahiran hidup<sup>1</sup>, angka ini sangat tinggi jika dibandingkan dengan negara-negara di wilayah Asia Tenggara apalagi dengan negara-negara maju<sup>3,6</sup>. Data estimasi SDKI (Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia) 2003 menunjukkan bahwa dalam periode 1998-2002 AKI di Indonesia hanya mengalami penurunan sedikit menjadi 307/100.000 kelahiran hidup<sup>7</sup>.

Tingginya AKI di Indonesia ini dipengaruhi pula oleh belum memadainya cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan dan rendahnya cakupan penanganan kasus obstetri. Ada korelasi yang jelas antara cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan dengan AKI<sup>3</sup>. Semakin tinggi cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan maka akan semakin rendah AKI suatu negara. Data SDKI 1994 menunjukkan bahwa di Indonesia, 72,4% ibu yang melahirkan di desa dan 25,2% ibu yang melahirkan di kota masih ditolong oleh dukun<sup>8</sup>, sementara data SDKI 1997 menunjukkan belum banyak perubahan yaitu 65,3% pertolongan persalinan di desa dan 23,1% di kota masih dilakukan oleh dukun<sup>9</sup>.

Untuk itu salah satu upaya penting yang ditempuh dalam mempercepat penurunan AKI dan AKB (Angka Kematian Bayi) adalah dengan mendekatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Pada tahun 1989 Pemerintah membuat kebijakan melaksanakan "*crash program*" secara nasional yang memperbolehkan lulusan Sekolah Pendidikan Keperawatan (SPK) untuk langsung masuk ke Program Pendidikan Bidan yang dikenal sebagai Program Pendidikan Bidan A (PPB/A). Lama pendidikan bidan ini hanya 1 tahun dan lulusannya langsung di tempatkan di desa-desa yang kemudian disebut sebagai Bidan di Desa (BDD). Pada tahun 1996 telah diluluskan sejumlah 54.000 orang BDD yang ditempatkan di seluruh wilayah Indonesia dan sampai Maret 1998 dilaporkan jumlah BDD adalah sebanyak 58.882 orang<sup>10</sup>.

Selama bekerja di desa tugas pokok BDD tidak hanya melaksanakan pelayanan kebidanan tetapi juga harus dapat melayani pengobatan umum. Penelitian yang dilakukan oleh Hull, dkk<sup>11</sup>. dan BKKBN di Indonesia Timur pada tahun 1999 menunjukkan bahwa masyarakat menganggap BDD sebagai tenaga medis yang tidak hanya harus bisa menolong persalinan tetapi juga harus dapat memberikan pengobatan umum. Penelitian Sugianto, dkk.<sup>12</sup> melaporkan bahwa dari 600 respondennya, 73% responden memilih berobat di tempat pelayanan kesehatan yang berlokasi di desanya sendiri dan BDD merupakan salah satu alternatif pilihan setelah Puskesmas dan Bidan Praktek Swasta. Dengan demikian pada kenyataannya peran BDD tidak semata-mata hanya sebagai penolong persalinan tetapi juga sebagai tenaga promotif, preventif, dan kuratif yang sangat diandalkan oleh masyarakat desa. Sampoerno<sup>13</sup> menyebutkan BDD sebagai "bidadari di desa" yang berperan penting dalam pembangunan investasi dini yaitu penanganan kesehatan ibu hamil dan laktasi sebagai modal dasar pembangunan sumber daya manusia (SDM).

Pada awalnya status yang diberikan kepada setiap BDD adalah pegawai negeri sipil (PNS), namun karena keterbatasan dana yang dimiliki Pemerintah maka mulai tahun 1994 status yang diberikan kepada BDD adalah sebagai pegawai tidak tetap (PTT). Imbauan Menteri Dalam Negeri kepada Pemerintah Daerah untuk terus melanjutkan kontrak BDD PTT ataupun mengangkat mereka sebagai PNS daerah sulit dilaksanakan karena daerah merasa bahwa dana yang mereka miliki sangat terbatas terutama untuk pembiayaan BDD. Sampoerno<sup>14</sup> menyatakan bahwa umumnya dana yang dialokasikan oleh kabupaten untuk pembiayaan sektor kesehatan sangat rendah, karena sektor kesehatan dianggap sebagai sektor konsumtif bukan investasi.

Keadaan ini sangat berpengaruh terhadap kesinambungan keberadaan BDD. Tingkat *drop-out* BDD meningkat (berkisar antara 20%-70%) atau rata-rata sekitar 2000 BDD meninggalkan desa setiap tahunnya<sup>15</sup>. Berdasarkan data Biro Kepegawaian Depkes RI, diketahui bahwa jumlah BDD terus menurun dari 62.906 BDD pada tahun 2000 menjadi sekitar 39.906 BDD pada bulan Juli 2003<sup>16</sup>.

Baik disadari ataupun tidak, dampak yang dialami oleh masyarakat desa dengan berkurangnya jumlah BDD sangat hebat. Pertama, adalah menurunnya pelayanan kesehatan masyarakat di desa karena untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, masyarakat harus pergi ke luar desa dengan mengeluarkan ongkos transportasi yang cukup besar. Kedua, karena tidak adanya BDD dikhawatirkan masyarakat desa akan kembali mencari pertolongan persalinan ke dukun dan target penurunan AKI menjadi semakin jauh untuk dicapai. Ketiga, hilangnya fungsi BDD sebagai tenaga kesehatan yang berperan penting dalam upaya investasi dini akan menyebabkan semakin mudah terjadinya *lost of generation* yang akan menyebabkan semakin terpuruknya kualitas SDM.

Pemerintah Pusat, dalam hal ini Menteri Kesehatan, menyatakan bersedia membantu membayar gaji BDD untuk daerah-daerah yang kurang mampu, asal didukung dengan tersedianya data mengenai keinginan BDD untuk tetap tinggal di desa<sup>17</sup>. Namun demikian upaya pemerintah ini tampaknya bukanlah suatu pemecahan masalah yang tepat karena hilangnya BDD tidak berdampak langsung pada pemerintah pusat tetapi sebenarnya justru berdampak langsung pada pengembangan SDM setempat. Pemerintah daerah setempatlah yang seharusnya sadar bahwa hilangnya BDD merupakan bencana besar bagi daerahnya.

Untuk mempertahankan keberadaan BDD dibutuhkan upaya untuk menumbuhkan kesadaran pemerintah setempat akan pentingnya BDD dan informasi mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan kesediaan BDD untuk tetap bekerja dan tinggal di desanya. Data dan penelitian yang ada mengenai BDD sangat terbatas bahkan hampir tidak ada. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kesediaan BDD untuk tinggal dan bekerja di desa. Kabupaten Tangerang dipilih sebagai lokasi penelitian mengingat letaknya yang dekat dengan kota Jakarta dan besarnya jumlah BDD yang pindah dan bekerja ke kota. Sebagai kabupaten yang berpenduduk padat (3.091.787 jiwa) maka jumlah BDD yang dimiliki termasuk sangat rendah. Berdasarkan laporan Dinas Kesehatan Tangerang<sup>18</sup> dari total 328 desa yang ada di Kabupaten Tangerang hanya 196 desa yang kini mempunyai BDD.

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kesediaan BDD untuk bekerja dan tinggal di desa di Kabupaten Tangerang tahun 2003. Sedangkan tujuan khususnya adalah: mengetahui proporsi BDD yang bersedia untuk tetap bekerja dan tinggal di desanya di Kabupaten Tangerang Propinsi Banten tahun 2003. Mengetahui faktor-faktor (umur, status perkawinan, tempat tugas, lama tugas, status kepegawaian, keinginan melanjutkan pendidikan, lokasi tempat kerja suami, pendapatan tambahan di luar gaji, ketersediaan polindes, dukungan masyarakat, dan dukungan puskesmas) yang berhubungan dengan kesediaan BDD untuk bekerja dan tinggal di desa di Kabupaten Tangerang tahun 2003. Mengetahui faktor paling dominan yang berhubungan dengan kesediaan BDD untuk bekerja dan tinggal di desa di Kabupaten Tangerang tahun 2003.

## 2. Metode Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan rancangan potong lintang (*cross sectional*) yang bersifat deskriptif analitik. Penelitian dilaksanakan pada bulan Juli 2003, dengan populasi penelitian adalah seluruh BDD yang bertugas di Kabupaten Tangerang pada bulan tersebut. Data dikumpulkan melalui kuesioner *self-administered* yang telah di ujicoba oleh peneliti.

Dari 196 BDD yang ada di Kabupaten Tangerang terkumpul data sebanyak 120 BDD atau 61,2%. Sejumlah 76 BDD tidak dapat diambil datanya karena berhalangan hadir pada saat diundang untuk pengisian kuesioner. Analisis dengan menggunakan uji *Chi-square* ( $X^2$ ) dilakukan untuk melihat adanya perbedaan variabel independen pada kelompok variabel dependen dan analisis statistik regresi logistik dilakukan untuk menentukan faktor dominan yang berhubungan dengan kesediaan BDD untuk bekerja dan tinggal di desa.

## 3. Hasil dan Pembahasan

Pada Tabel 1 terlihat bahwa sebanyak 77,5% BDD masih bersedia untuk tetap bekerja dan tinggal di desanya. Data yang terkumpul antara lain menunjukkan bahwa sebagian besar BDD adalah berstatus PTT (85,8%), berumur >25 tahun (82,5%), telah menikah (85,8%), dan bertugas di desa biasa (bukan desa terpencil) (97,5%). Mereka umumnya ingin

melanjutkan pendidikan (88,3%) dan 61,2% mempunyai suami yang tempat kerjanya jauh dari desa. Selama bekerja di desa, BDD ini sebagian besar tidak didukung oleh fasilitas polindes (83,3%), tetapi banyak mendapat dukungan dari masyarakat (93,3%) dan puskesmas (68,3%).

Tabel 2 menunjukkan hasil uji Chi-square mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan kesediaan BDD untuk bekerja dan tinggal di desanya.

Faktor yang secara signifikan ( $p < 0,05$ ) berhubungan dengan kesediaan BDD untuk bekerja dan tinggal di desa adalah status perkawinan, lama bekerja, keinginan untuk melanjutkan pendidikan, lokasi tempat kerja suami, dukungan masyarakat dan dukungan puskesmas.

Berdasarkan hasil analisis regresi logistik dengan metode *enter* maka didapatkan hasil bahwa faktor-faktor yang dominan berhubungan dengan kesediaan BDD untuk tetap bekerja dan tinggal di desa adalah: lama masa bekerja, keinginan melanjutkan pendidikan, lokasi tempat kerja suami, dan dukungan puskesmas (Tabel 3).

**Tabel 1. Distribusi BDD berdasarkan Variabel Dependen dan Independen di Kabupaten Tangerang Propinsi Banten tahun 2003**

No	Variabel	Kategori	Persen
1	Kesediaan bekerja dan tinggal di desa	Ya	77,5
		Tidak	22,5
2	Umur	> 25 tahun	82,5
		<= 25 tahun	17,5
3	Status perkawinan	Menikah	85,8
		Tidak Menikah	14,2
4	Tempat tugas	Desa biasa	97,5
		Desa terpencil	2,5
5	Lama kerja	> 6 tahun	58,3
		<= 6 tahun	41,7
6	Status Kepegawaian	PTT	85,8
		PNS	14,2
7	Keinginan Melanjut Pend.	Ya	88,3
		Tidak	11,7
8	Lokasi tempat kerja suami	Dekat dari desa	38,8
		Jauh dari desa	61,2
9	Pendapatan tambahan di luar gaji.	> Rp 500.000	43,3
		<= Rp 500.000	56,7
10	Ketersediaan Polindes	Ada	16,7
		Tidak ada	83,3
11	Dukungan masyarakat	Ada	93,3
		Tidak ada	6,7
12	Dukungan puskesmas	Ada	68,3
		Tidak ada	31,7

**Tabel 2. Faktor-faktor yang berhubungan dengan kesediaan BDD untuk bekerja dan tinggal di desa di Kabupaten Tangerang Propinsi Banten tahun 2003**

No	Variabel	Kategori	Kesediaan BDD bekerja dan tinggal di desa		X <sup>2</sup>	P value	OR
			Ya (%)	Tdk (%)			
1	Umur	> 25 th	79,8	20,2	1.043	0,307	1,975
		≤ 25 th	66,7	33,3			
2	Status Perkawinan	Kawin	84,5	15,5	17.511	0,000 *	9.969
		Tidak Kawin	35,3	64,7			

3	Tempat Tugas	Desa Biasa Desa Terpencil	78,6 33,3	21,4 66,7	1.334	0,64	7.360
4	Lama kerja	> 6 tahun ≤ 6 tahun	87,1 64,0	12,9 36,0	7.680	0,006 *	3.813
5	Status kepeg.	PTT PNS	80,6 58,8	19,4 41,2	2.812	0,094	2,905
6	Keinginan melanjutkan pendidikan	Ya Tidak	82,1 42,9	17,9 57,1	8.775	0,003 *	6.105
7	Lokasi tempat kerja suami	Dekat dr desa Jauh dari desa	97,5 76,2	2,5 23,8	6.921	0,009 *	12.188
8	Pendapatan tambahan di luar gaji	> Rp 500.000 ≤ Rp 500.000	78,8 76,5	21,2 23,5	0,008	0,930	1.147
9	Ketersediaan Polindes	Tidak ada Ada	78 75	22 25	0,000	1,000	1,182
10	Dukungan masyarakat	Ada Tidak ada	81,3 25,0	18,7 75	10.515	0,001 *	13.000
11	Dukungan Puskesmas	Ya Tidak	90,2 50,0	9,8 50	21.865	0,000 *	9.250

\* Signifikan pada  $\alpha = 0,05$

Tabel 3. *P-value* variabel independen pada model terakhir regresi logistik

N o.	Variabel independen	<i>P-value</i>
1	Ingin melanjutkan pendidikan	0.002
2	Lama masa bekerja	0,175
3	Dukungan puskesmas	0,021
4	Lokasi tempat kerja suami	0,024

Berdasarkan uji perbedaan *Chi-square* yang dilakukan, terlihat bahwa status perkawinan, lama kerja, keinginan untuk melanjutkan pendidikan, lokasi tempat kerja suami, dukungan masyarakat dan dukungan puskesmas merupakan faktor-faktor yang secara signifikan berhubungan dengan kesediaan BDD untuk bekerja dan tinggal di desa. BDD yang telah menikah lebih besar (84,5%) keinginannya untuk tetap bekerja dan tinggal di desa dibandingkan dengan BDD yang tidak menikah (15,5%). Hal serupa ditemukan pada penelitian yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kalimantan Tengah (2003) yang menyimpulkan bahwa BDD yang sudah berkeluarga lebih betah untuk tetap bekerja dan tinggal di desanya karena merasa mantap telah mempunyai keluarga dan rumah di desa tersebut<sup>19</sup>.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa BDD yang sudah bekerja lebih dari 6 tahun (87,1%) bersedia untuk bekerja dan tinggal di desa dibandingkan yang baru bekerja kurang dari 6 tahun (64,0%). Faktor lama masa bekerja ini juga merupakan salah satu faktor yang dominan berhubungan dengan kesediaan BDD untuk tetap bekerja dan tinggal di desanya. Hal ini dapat dipahami, karena BDD yang telah bekerja cukup lama sudah saling mengenal masyarakat di wilayah kerjanya. Waktu pengenalan yang cukup lama membuat rasa keterikatan dan saling memiliki dapat terjalin dengan lebih baik. Penelitian Rustam<sup>20</sup> di Kuningan, Jawa Barat menyebutkan bahwa para BDD umumnya membutuhkan waktu yang cukup untuk dapat beradaptasi dengan masyarakat dan lingkungannya. BDD tidak dapat langsung bekerja tanpa adanya penyesuaian diri dengan lingkungan kerjanya. Penelitian lain<sup>21</sup> menyatakan bahwa lamanya seorang BDD tinggal di desa mempunyai korelasi yang bermakna terhadap kinerja kerjanya dalam hal ini cakupan kunjungan antenatal dan postnatal di desa.

BDD yang ingin melanjutkan pendidikan lebih banyak (82,1%) yang bersedia bekerja dan tinggal di desa dibandingkan dengan yang tidak ingin melanjutkan pendidikan (42,9%). Hal ini mungkin dapat disebabkan karena mereka umumnya belum merasa benar-benar mampu mengatasi masalah kesehatan di desa. Mereka adalah hasil pendidikan *crash program*, yaitu SPK ditambah pendidikan bidan hanya 1 tahun. Dengan banyaknya permasalahan dalam menangani kesehatan ibu dan anak dibutuhkan bidan yang berpengalaman luas dan keterampilan yang baik. Selain itu, dengan bertambahnya pengalaman di lapangan mereka semakin menyadari bahwa BDD ternyata juga harus mampu untuk dapat memberikan pertolongan pada kegawat daruratan kehamilan, persalinan, masa nifas maupun bayi dan anak.

Hampir semua (97,5%) BDD yang suaminya bekerja dekat desa tempatnya bertugas bersedia tetap bekerja dan tinggal di desa dibandingkan dengan BDD yang suaminya bekerja jauh dari desa (76,2%). Faktor ini juga merupakan salah satu faktor dominan yang berhubungan dengan kesediaan BDD untuk tetap bekerja dan tinggal di desa tersebut. Hasil survei BDD di Kalimantan Tengah menunjukkan bahwa BDD cenderung berkeinginan pindah mengikuti suami bila lokasi tempat kerja suami jauh dari desa<sup>19</sup>.

Sebagian besar (81,1%) BDD yang merasa mendapatkan dukungan dari masyarakat bersedia bekerja dan tinggal di desa dibandingkan dengan BDD yang merasa tidak mendapat dukungan masyarakat (25%). Bentuk dukungan masyarakat yang diberikan kepada BDD bermacam-macam namun umumnya berupa dukungan moral dan penghargaan sosial seperti undangan kepada BDD untuk menghadiri acara-acara yang diadakan di desa. Pada acara-acara resmi tersebut umumnya BDD mendapat kehormatan untuk duduk di barisan paling depan dengan para tokoh masyarakat desa sehingga mereka merasa bahwa kehadiran mereka diharapkan dan dihargai oleh masyarakat. Contoh lain dukungan sejenis adalah tawaran dari masyarakat agar BDD ikut terlibat dalam kegiatan pengajian ataupun arisan masyarakat dan melalui seringnya BDD diminta bantuannya untuk konsultasi masalah keluarga atau masalah lain di luar bidang kesehatan<sup>22</sup>.

Dari hasil penelitian ini ditemukan bahwa hampir semua (90,2%) BDD yang mendapat dukungan puskesmas bersedia bekerja dan tinggal di desa, dibandingkan dengan BDD yang tidak mendapat dukungan puskesmas (50%). Salah satu alasan yang disampaikan BDD untuk tetap tinggal dan bekerja di desa adalah karena mereka merasa mendapat pembinaan dari puskesmas. Dukungan Puskesmas terhadap BDD memang sangat bervariasi mulai dari pemberian kesempatan magang untuk pembinaan teknis, mendapat kunjungan pembinaan sampai mendapat bantuan obat serta alat-alat medis. Hasil-hasil penelitian menunjukkan bahwa kelengkapan peralatan medis yang dimiliki oleh BDD sangat bervariasi<sup>17,19,20</sup>. Penelitian di Jawa Timur tahun 1997/1998 terhadap 64 BDD menyebutkan bahwa 63,6% BDD mempunyai sarana lengkap, 34,8% cukup lengkap dan hanya 1,5% yang tidak lengkap<sup>20</sup> berbeda dengan penelitian PUSKA UI di Sulawesi Utara yang menunjukkan bahwa peralatan medis BDD kurang (84,7%) dan obat-obatan yang diterima tidak mencukupi, terutama antibiotik, uterotonik, alkohol, kasa, dan betadine (71,5%)<sup>23</sup>.

#### 4. Kesimpulan

Sejumlah 77,5% BDD bersedia untuk tetap bekerja dan tinggal di desanya sedangkan sisanya (22,5%) BDD tidak bersedia lagi untuk tinggal dan bekerja di desanya. Faktor-faktor yang secara signifikan berhubungan dengan kesediaan BDD untuk bekerja dan tinggal di desa adalah status telah menikah, masa kerja lebih dari 6 tahun, adanya keinginan untuk melanjutkan pendidikan, lokasi tempat kerja suami yang dekat dengan desa, adanya dukungan masyarakat dan dukungan puskesmas. Faktor dominan yang berhubungan dengan kesediaan BDD untuk tetap bekerja dan tinggal di desa adalah masa bekerja, keinginan melanjutkan pendidikan, lokasi tempat kerja suami, dan dukungan puskesmas. Beberapa saran hasil penelitian ini antara lain Dinas Kesehatan Kabupaten Tangerang perlu secara pro-aktif meyakinkan akan pentingnya peran BDD, perlu peningkatan dukungan Puskesmas terhadap BDD, perlu mempertimbangkan lokasi tempat bekerja pasangan BDD dalam proses penempatan BDD.

Ikatan Bidan Indonesia diharapkan bantuannya dengan memfasilitasi kesempatan melanjutkan pendidikan atau peningkatan kemampuan BDD.

#### Ucapan Terima Kasih

Penulis mengucapkan terima kasih kepada Dr. Syafri Guricci, MSc, Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jakarta, Dr. Bachtiar Oesman, MSc, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Tangerang, Ketua PD IBI Propinsi Banten Bidan Aan Andanawati, dan para Bidan Koordinator yang telah membantu mengumpulkan data-data. Tidak lupa terima kasih disampaikan kepada Ir. Yusron N. dan Edy Purnama dari PUSKA UI yang telah membantu dalam menganalisis data.

#### Daftar Acuan

1. Departemen Kesehatan RI. *Survei Kesehatan Rumah Tangga 1995*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI, 1995.
2. Unicef-RI. *The Situation of Women and Children in Indonesia*. Jakarta: Unicef-RI, 2000.
3. World Health Organization, Departemen Kesehatan RI, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. *Safe Motherhood*. Materi Ajar Modul. Jakarta: Departemen Kesehatan RI, 2000.

4. Affandi B. *Kesehatan Reproduksi, Ilmu Pengetahuan dan Kepemimpinan*. Naskah Pidato Pengukuhan Guru Besar Tetap Ilmu Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; Jakarta: UI Press, 2000.
5. Departemen Kesehatan RI. *Perjalanan Menuju Indonesia Sehat 2010*. Rakernas Evaluasi Kegiatan Indonesia Sehat 2010. Jakarta: Departemen Kesehatan RI, 2002.
6. Kholil A, Iskandar MB, Sciortino R. *Penyelamat Kehidupan: Gerakan Sayang Ibu di Indonesia*. Jakarta: Kantor Menteri Negara Peranan Wanita Republik Indonesia dan Ford Foundation, 1999.
7. Biro Pusat Statistik, ORC Macro. *Indonesia Demographic and Health Survey 2002-2003*. Maryland: Biro Pusat Statistik and ORC Macro, 2003.
8. Central Bureau of Statistics, State Ministry of Population, National Family Planning Coordinating Board, Ministry of Health, Macro International Inc. *Indonesia Demographic and Health Survey 1994*. Maryland, Central Bureau Statistics & Macro International Inc, 1995.
9. Central Bureau of Statistics, State Ministry of Population/National Family Planning Coordinating Board, Ministry of Health, Macro International Inc. *Indonesia Demographic and Health Survey 1997*. Maryland: Central Bureau Statistics & Macro International Inc, 1998.
10. Departemen Kesehatan RI. *Realisasi Penempatan BDD*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI, 2002.
11. Hull HT, et.al. *Village Midwives in Maluku*. 1st ed. Jakarta: Policy Paper, 1999.
12. Sugianto. *Pemanfaatan Bidan Penyuluh KB di Sumatera Utara, Jawa Barat dan Jawa Tengah*. Laporan Penelitian Kuantitatif. Surakarta: Pusat Studi Kependudukan Universitas Sebelas Maret, 1995.
13. Sampoerno D. Kata Sambutan. Dalam: Sofyan M, Madjid NA, Siahaan R, editor. *50 Tahun Ikatan Bidan Indonesia: Bidan Menyongsong Masa Depan*. Jakarta: PP Ikatan Bidan Indonesia, 2001.
14. Sampoerno, D. *Reformulasi Peran Kesehatan dalam Pembangunan Nasional*. Makalah Kuliah Kebijakan Kesehatan. Jakarta: FIKES UMJ, 2001.
15. Departemen Kesehatan RI. *Indonesia Sehat 2010*. Jakarta: Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat Departemen Kesehatan RI, 2000.
16. Departemen Kesehatan RI. *Penempatan dan Keberadaan BDD*. Jakarta: Biro Kepegawaian Departemen Kesehatan RI, Juli 2003.
17. Ikatan Bidan Indonesia. *Audiensi Ikatan Bidan Indonesia dengan Menteri Kesehatan RI dalam Rangka Persiapan Kongres Nasional Ikatan Bidan Indonesia ke XIII*. Jakarta: Ikatan Bidan Indonesia, 2003.
18. Dinas Kesehatan Kabupaten Tangerang. *Profil Kesehatan Kabupaten Tangerang Tahun 2002*. Tangerang: Dinas Kesehatan Kabupaten Tangerang, 2002.
19. Dinas Kesehatan Kalimantan Tengah. *Survei Cepat Bidan, mengenai Minat Praktek Mandiri BDD di Kalimantan Tengah*. Laporan Survei. Palangkaraya: Dinas Kesehatan Kalimantan Tengah, 2003.
20. Rustam AW, Parker E. *The Bidan di Desa Program: A Literatur and Policy Review*. Jakarta: MNH JHPIEGO Corporation, 2003.
21. Sulistomo A. *Assesment of CIDA Funded Safe Motherhood Program in Jawa Tengah, Jawa Timur and Sulawesi Selatan*. Laporan Penelitian. Jakarta, 1999.
22. Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia, JHPIEGO Corporation. *Analisis Ekonomi Program Bidan di Desa; Studi kasus di Kab. Kuningan, Kab. Cirebon dan Kota Cirebon*. Laporan Hasil Penelitian. Depok, 2001.
23. Pusat Kelangsungan Hidup Anak Universitas Indonesia. *Pola Kegiatan, Penyesuaian dengan Lingkungan Kerja dan Penerimaan Masyarakat di Desa di Jawa Tengah dan Sulawesi Selatan*. Laporan Studi. Depok: Pusat Kelangsungan Hidup Anak Universitas Indonesia, 1993.

#### **Peraturan-peraturan Mengenai BDD**

1. Keputusan Presiden (Keppres) No.23 tahun 1994: Masa kontrak BDD adalah 3 tahun
2. Keppres No.77 tahun 2000: Masa kontrak BDD adalah 3 tahun dan kemudian (dapat) diperpanjang 3 tahun lagi.
3. Instruksi Menteri Dalam Negeri (Mendagri) No.446/174/SJ tertanggal 26 Juli 2000 perihal pendayagunaan BDD. Instruksi Mendagri kepada seluruh gubernur/bupati/walikota agar tetap mendayagunakan tenaga BDD dan bila formasi tersedia sedapat mungkin mengangkat mereka sebagai PNS berstatus daerah.
4. Keputusan Menteri Kesehatan (Kepmenkes) No. 1212 tahun 2002: Kontrak BDD PTT dapat terus diperpanjang (tidak dicantumkan lagi mengenai batas waktu kontrak).