

PERSEPSI BIDAN DI DESA TERHADAP TUGAS DAN FUNGSINYA DI KABUPATEN TANGERANG

Helper Sahat P. Manalu, Rachmalina S., Prasojo, Suharjo*

Abstrak

Program penempatan bidan di desa (BDD) adalah merupakan salah satu terobosan yang dilakukan oleh Pemerintah dalam rangka meningkatkan pelayanan kesehatan hingga ke desa-desa. Kebijakan tersebut merupakan komitmen nasional dan akan diupayakan secara maksimal dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan Ibu dan Anak. Untuk mengetahui persepsi BDD terhadap tugas dan fungsinya yang menjadi tanggung jawabnya dan faktor-faktor yang mempengaruhi, telah dilakukan pengumpulan data secara kualitatif di beberapa desa di Kabupaten Tangerang. Didapatkan bahwa terjadi pergeseran tugas dan fungsi BDD itu sendiri karena mereka sudah melakukan pelayanan umum bukan hanya anak dan ibu saja. Hal ini tidak dapat dielakkan karena tuntutan kebutuhan untuk mencari tambahan penghasilan di samping tugas pokoknya sebagai BDD. Sebaiknya perlu penyerahan BDD secara resmi agar keberadaan BDD mendapat dukungan dari pihak-pihak terkait khususnya kepala desa di wilayah binaannya. Untuk itu pembinaan dan pendidikan pada BDD juga perlu ditingkatkan seiring dengan beban tugas dan tanggung jawabnya.

Kata kunci: midwifery, community health services

Pendahuluan

Masih tingginya angka kematian bayi, anak balita dan ibu melahirkan, mencerminkan bahwa pelayanan kesehatan yang ada pada saat ini belum memadai, dan belum dapat menjangkau masyarakat secara maksimal khususnya di daerah pedesaan. Menurut Triratnawati tahun 1995, mengatakan bahwa hal ini mungkin disebabkan karena belum optimalnya pen-dayagunaan bidan di desa (BDD), di samping karena budaya masyarakat yang masih percaya dengan pertolongan dukun. Salah satu penyebabnya adalah pertolongan persalinan di pedesaan, dimana sekitar 75% masih belum ditangani oleh tenaga kesehatan profesional.¹

Untuk mengatasi hal tersebut pemerintah dalam hal ini Departemen Kesehatan menetapkan kebijakan untuk menempatkan BDD, sebagai perpanjangan tangan Puskesmas dalam melaksanakan pelayanan kesehatan masyarakat.

Beberapa hambatan yang dialami BDD dalam melaksanakan tugasnya antara lain adalah umur bidan yang relatif muda, cenderung dinilai kurang berpengalaman dan sulit diterima oleh masyarakat. Hal ini terlihat dari jumlah kunjungan ibu hamil, dan pertolongan persalinan yang dilaku-

lakukan BDD relatif masih rendah.² Penelitian di 4 kabupaten di provinsi Jawa Timur (1993) menyatakan bahwa pemeriksaan ibu hamil oleh bidan di Polindes relatif rendah, yakni 10% sedangkan pengobatan lebih dari 50% (SDKI 1991/1994).³ Di sini menunjukkan bahwa pelayanan KIA oleh BDD kurang memadai, sedangkan misi pengobatannya lebih diutamakan.

Penelitian Sutinah (1996) menunjukkan bahwa BDD terlalu banyak dituntut melakukan pelayanan seperti pertolongan persalinan kasus-kasus sulit, pertolongan masa nifas, pelayanan kesehatan bayi dan anak, pelayanan KB, pengelolaan program KIA di wilayahnya, pembinaan dukun bayi, pembinaan terhadap kader aktif melakukan pendekatan terhadap pamong desa dan tokoh-tokohnya, ikut terlibat dalam kegiatan sosial kemasyarakatan serta aktif mencari target sasaran ibu hamil.⁴ Padahal kita tahu bahwa sebagian besar (82%) BDD tidak memiliki pengalaman sebelum mereka bertugas sebagai BDD.⁵ Beban tugas BDD cukup berat karena menangani lebih 1 desa, sedangkan kemampuan dasar pendidikan masih terbatas dan kurangnya pelatihan keterampilan.⁶

Hasil evaluasi kinerja bidan di Kabupaten Tangerang diketahui hampir semua bidan yang

* Puslitbang Ekologi Kesehatan

ditempatkan di desa tidak melaksanakan tugasnya sebagaimana mestinya malah lebih mengutamakan praktek pribadinya juga kegiatan di Posyandu tidak mempunyai jadwal yang tetap.⁷ Oleh karena itu persepsi BDD terhadap tugas dan fungsinya yang menjadi tanggung jawabnya serta faktor-faktor yang mempengaruhinya, akan dibahas pada makalah ini.

Metoda dan Cara Kerja

Disain dan Tempat Penelitian

Penelitian ini bersifat *cross sectional* yang dilakukan dengan metoda pengumpulan data secara kualitatif dengan menggunakan tehnik wawancara mendalam, yaitu berupa dialog secara individu dengan menggunakan pedoman pertanyaan.

Penelitian dilakukan di Kabupaten Tangerang pada dua wilayah Puskesmas kecamatan yaitu wilayah kerja Puskesmas kecamatan Cikupa dan wilayah kerja Puskesmas kecamatan Pakuhaji, yang semula akan dibandingkan tetapi karena dari hasil informasi yang didapat tidak ada perbedaan di antara kedua daerah penelitian.

Data yang Dikumpulkan

Informasi yang digali tentang karakteristik BDD (umur, pendidikan dasar terakhir), daerah asal, lama masa tugas di desa sekarang, pernah menerima penghargaan yang berhubungan sebagai BDD, harapan-harapan, pengetahuan dan sikap tentang tugas dan fungsinya serta fasilitas yang ada. Selain itu digali juga mengenai persepsi serta keyakinan terhadap tugas dan fungsi sebagai bidan. Informan penelitian ini adalah BDD sebanyak 18 orang.

Setelah itu dilakukan teknik *snow bowling sample* untuk mendapatkan informasi dan melengkapi informasi.

Analisis Data

Pengolahan data dilakukan secara manual dengan menggunakan matrik kontras untuk mengetahui faktor-faktor penghambat dan pendukung. Kemudian dilakukan validasi melalui teknik triangulasi (mencocokkan, membandingkan hasil wawancara mendalam antar informan) bukan hanya definisi. Data tersebut lalu dianalisis secara deskriptif dan analisis domain untuk mencari isu pokok yang berkaitan dengan makna yang akan dicari.

Hasil Penelitian

Semua bidan mempunyai pendidikan dasar

SLTA kemudian dilanjutkan dengan pendidikan bidan SPK (Sekolah Perawat Kesehatan) ataupun D1 (Diploma Satu) kebidanan. Hampir semua bidan berasal dari daerah Tangerang serta bertempat tinggal di wilayah kerjanya. Mengenai tempat tugas, hampir semua bidan mempunyai tempat tugas sesuai dengan SK (Surat Keputusan) dan tinggal menetap di desa binaannya.

Mengenai lama tugas, beberapa bidan mempunyai masa tugas di desa di atas 2 tahun, hampir semua bidan mempunyai masa tugas keseluruhan sebagai bidan di atas 5 tahun bahkan ada yang sudah bertugas sebagai bidan selama 10 tahun. Mengenai penghargaan yang pernah didapat, hanya seorang bidan yang pernah mendapat penghargaan sebagai "Bidan Teladan", lainnya belum pernah mendapatkan penghargaan apapun. Cakupan kerja/wilayah bidan sebagian besar adalah 1 desa dengan membina Posyandu sekitar 4 sampai 10 buah, di samping itu beberapa BDD juga membina 1 pos lansia.

a. Persepsi tentang Pembinaan dan Lingkungan Kerja

Menurut bidan desa yang menentukan tempat tugas mereka adalah Dinas Kesehatan setempat. Mereka diberi SK (Surat Keputusan) penempatan, kemudian bidan datang ke Puskesmas untuk menyerahkan SK. Selanjutnya dengan diantar oleh staf Puskesmas dan membawa surat pengantar, bidan melapor ke kecamatan, lalu ke desa, langsung diterima oleh Kepala Desa. Setelah itu bidan melakukan "operan" (pengalihan tugas) dari bidan yang lama di Puskesmas. Hampir semua bidan mengatakan tidak ada "acara resmi" penyerahan BDD. Pada umumnya mereka tidak mempunyai persiapan khusus untuk menerima tugas di tempat baru, karena sebagian besar bidan adalah penduduk asli sehingga mereka sudah mengenal situasi desa. Bagi bidan yang masih gadis, yang diperlukan adalah persiapan mental, karena mungkin diperlakukan berbeda (dianggap masih muda) bila dibandingkan dengan bidan yang sudah menikah. Biasanya setelah bertugas dan tinggal di desa, mereka melakukan pendataan ulang masyarakat seperti tentang jumlah penduduk, ibu hamil, balita, pasangan usia subur, wanita usia subur, keluarga miskin dan dukun bayi. Informan mengatakan bahwa sebelumnya ada data tentang desa tempat bertugas, namun data tersebut adalah data lama dan harus diperbaharui, karena itulah dilakukan pendataan ulang. Mengenai kendala bahasa daerah, semua informan

mengatakan tidak ada kesulitan dalam menggunakan bahasa daerah setempat. Hal ini disebabkan karena mereka memang asli penduduk Tangerang serta cukup lama tinggal di wilayah Tangerang.

Semua bidan mengatakan pernah mendapatkan pelatihan/pengetahuan tambahan selain pendidikan formal kebidanan. Pelatihan-pelatihan yang umumnya diikuti oleh bidan antara lain adalah tentang Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat), imunisasi, KB (Keluarga Berencana), ANC (*Ante Natal Care*) dan DJJ (Diklat Jarak Jauh), LSS (*Life Saving Skills*), KIE (Komunikasi Informasi Edukasi). Umumnya pelatihan-pelatihan tersebut baru mereka dapatkan sekitar tahun 2000, tetapi mengenai LSS mereka sudah mendapatkan sejak pertama kali bertugas sebagai Bidan di Desa di Dinas Kesehatan. Kesan mereka mengenai pelatihan adalah senang karena bisa menambah ilmu dan mengerti karena sekarang ini banyak ilmu dan teori baru mengenai kesehatan, khususnya mengenai kebidanan, sehingga nantinya dapat disampaikan kepada teman yang lain saat pertemuan bulanan. Selain itu dapat meningkatkan kinerja bidan. Sebelum bertugas di desa, hampir semua bidan sudah mempunyai pengalaman praktek kebidanan di tempat lain, baik itu di wilayah kerja sebelumnya maupun di Rumah Sakit atau Klinik.

Informan mengatakan bahwa pembinaan yang dilakukan oleh petugas Puskesmas terhadap bidan desa sudah berjalan baik. Petugas puskesmas relatif sering mengadakan pembinaan terhadap bidan desa yaitu dengan mengadakan penyuluhan tentang KIA, pertemuan bulanan yang juga dimaksudkan untuk memberi pengarahan mengisi kohort ibu hamil (buku pemantauan), mengisi formulir laporan, pembinaan tentang tugas bidan, serta memberikan informasi baru dan informasi kasus ibu hamil. Terkadang bidan mempunyai tugas lain dari Puskesmas di luar tugas pokoknya antara lain yaitu penyuluhan UKS (Usaha Kesehatan Sekolah), JP SBK (Jaminan Pengaman Sosial Bidang Kesehatan), melaksanakan imunisasi BIAS (Bulan Imunisasi Anak Sekolah), pemberian obat cacing, penimbangan anak TK, SD dan Posyandu lansia.

Peralatan dasar yang dimiliki oleh para bidan desa untuk melakukan tugas kebidanan, umumnya didapat dari Dinas Kesehatan dan diberikan saat pertama kali akan menjalankan tugasnya di desa. Peralatan tersebut terdiri dari

BidanKit, KIEKit, IUDKit diberikan sesudah mereka mendapat pelatihan dari BKKBN (Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional) dan Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional Kabupaten, baru alat tersebut diberikan. Jika alat-alat tersebut ada yang rusak (misalnya gunting jadi tumpul atau karatan) maka mereka harus membeli alat yang baru dengan uang mereka sendiri. Selain itu hampir semua informan mengatakan tidak mendapatkan bantuan kendaraan dinas atau alat transportasi. Namun mereka diberikan uang pengganti ongkos untuk bertugas, sewa "ojek" sebesar Rp. 5.000 – Rp. 10.000 per hari.

Dalam upaya melancarkan tugas BDD, ternyata tidak semua Kepala Desa "tanggap" dan membantu, hanya sebagian kecil Kepala Desa yang membantu, misalnya dengan menyediakan kader yang siap pakai dan membantu bidan dalam pengadaan tempat Posyandu. Mengenai tempat tinggal, ternyata tidak ada bantuan dari Kepala Desa dengan alasan antara lain bahwa bidan berasal dari desa itu sendiri; sehingga sudah mempunyai tempat tinggal. Sebelum bertugas para BDD mencari rumah kontrakan dulu untuk tempat tinggalnya sampai sekarang. Demikian pula bantuan dari sektor lain, ternyata selama ini tidak pernah ada untuk memasyarakatkan BDD.

Dari hasil wawancara diketahui bahwa sekarang ini untuk pemeriksaan kehamilan kira-kira 80% ibu-ibu sudah pemeriksaan ke BDD, sisanya masih pemeriksaan ke dukun. Hal ini disebabkan karena masih adanya kepercayaan pada kebiasaan suka melakukan "nyelap"/"digidog" (diurut perutnya oleh dukun) dengan maksud memperbaiki posisi bayi karena ibu merasa sakit atau ada perubahan pada posisi bayi. Mereka melakukan ini karena sudah menjadi kebiasaan turun temurun dari orang tua.

Pencarian pertolongan persalinan yang dilakukan oleh ibu-ibu, meskipun sebagian besar sudah ditolong oleh BDD, namun biasanya dukun dipanggil dahulu, sedang kalau sudah waktunya melahirkan atau kalau kesulitan persalinan baru BDD dimintai bantuan/dipanggil untuk membantu persalinan. Setelah melahirkan biasanya bidan membantu perawatan ibu atau bayi pada hari ke 3, 7, 14 dan 40 kemudian biasanya mereka meminta untuk mendapatkan pelayanan KB. Dukun merawat bayi, memandikan sampai tali pusatnya "puput"/lepas. Pada hari ke-40 dukun akan datang lagi untuk melakukan kebiasaan adat "mencuci tangan" yaitu tangan ibu dicuci, dikerik supaya bersih karena bekas darah. Bagi yang mampu,

dimeriahkan dengan “Marhaban”. Bayi dikemas (dicuci rambutnya) memakai air kembang 7 rupa, upacara ini disebut “bebersih”. Untuk itu semua biaya yang dikeluarkan untuk upacara lengkap adalah Rp. 150.000 untuk dukun, sedang untuk bidan adalah Rp. 300.000. Kadang-kadang dukun diberi tambahan oleh bidan sebesar Rp. 20.000 – Rp. 30.000, dengan demikian hubungan antara dukun dan bidan tetap baik karena ada pendampingan. Adapun faktor-faktor yang membuat masyarakat tidak mau datang ke tempat pelayanan kesehatan antara lain karena malas antri di Puskesmas, waktu buka Puskesmas terbatas, jarak tempuh relatif jauh, tidak punya uang, jalan rusak/becek, dan masih percaya pada dukun termasuk air yang diberikan oleh dukun sembur dapat mempercepat kelahiran.

Mengenai praktek swasta, semua bidan ternyata membuka praktek di rumahnya di luar jam kerja, dengan alasan antara lain karena gaji tidak cukup untuk kebutuhan sehari-hari, untuk menerapkan ilmu yang dia miliki, agar bisa menjangkau pasien. Praktek tersebut antara lain melakukan pengobatan pada masyarakat, imunisasi, KB, tindik, sunat bayi dan periksa kehamilan. Untuk persalinan biasanya bidan datang ke rumah pasien. Tentang ijin praktek, semua informan mengatakan sudah mendapatkan ijin praktek dari Dinas Kesehatan dan ketua IBI, untuk itu hanya sebagian kecil yang mengatakan mendapatkan kesulitan untuk mendapatkan ijin praktek karena statusnya bidan PTT dan pendidikannya masih D1. Sedang bidan lainnya mengatakan tidak ada kesulitan untuk mendapatkan ijin, karena sebelumnya sudah survei ke tempat prakteknya. Semua bidan mengatakan tidak ada bantuan dalam pengembangan praktek karena itu adalah keinginan sendiri, selain itu tempat pelayanan/praktek swasta adalah di rumah tinggal sendiri.

Menurut informan kunjungan ke desa dari Depkes/Dinkes untuk melihat kinerja BDD jarang dilakukan. Supervisi biasanya hanya dilakukan 1 tahun 2 kali, namun dari Puskesmas rutin dilakukan yaitu 2 bulan sekali. Meskipun demikian informan mengatakan belum pernah dilakukan pemeriksaan peralatan yang dimiliki oleh BDD seperti BidanKit yang sampai sekarang belum mendapat penggantian alat yang baru.

b. Persepsi Tugas dan Fungsi

Menurut informan, pelayanan KIA yang diberikan pada masyarakat antara lain adalah melakukan kegiatan penimbangan di Posyandu, imu-

nisasi, memberikan vitamin dan PMT (Pemberian Makanan Tambahan). Pelayanan untuk ibu hamil antara lain melakukan konseling ANC, PNC, pertolongan persalinan, KB, penyuluhan ASI, penimbangan berat badan, pemeriksaan tekanan darah, imunisasi TT. Sedang pelayanan KB yang diberikan antara lain adalah memberikan obat/pil KB, penyuntikan KB dan pemasangan alat kontrasepsi. Namun demikian sebelumnya diberikan pengarahan/penyuluhan dahulu tentang KB serta efek sampingnya sehingga mereka jelas untuk memilih kontrasepsi yang akan digunakan. Jika ditemukan efek misalnya, ada keluhan karena ada perubahan hormon (ada bercak darah), maka mereka akan diobati dahulu, lalu mengganti dengan alat kontrasepsi lain. Jika mereka menemukan persalinan sulit maka hampir semua informan umumnya akan merujuk ke rumah sakit terdekat karena takut risikonya. Seorang bidan mengatakan pertama akan memanggil temannya dahulu, kalau tidak mampu baru dirujuk ke RSUD Tangerang. Kalau pasien mengalami hipertensi berat maka langsung dirujuk ke RSUD. Kalau pasien mengalami pendarahan maka akan diinfus dahulu, baru dirujuk ke RSUD.

Dari hasil wawancara diketahui ternyata tidak ada kelompok Dasawisma di desa wilayah kerja bidan alasannya karena ibu lurah tidak aktif, atau belum ada kelompok yang baru. Untuk menggerakkan partisipasi masyarakat selama ini yang dilakukan oleh bidan desa adalah mengadakan pendekatan pada masyarakat dengan melakukan kunjungan atau ngobrol secara santai kalau resmi biasanya sulit, bersama kader dan ibu-ibu PKK, menghimbau masyarakat untuk aktif ke Posyandu, memberikan penyuluhan kepada masyarakat melalui Rakor Desa, melakukan pendekatan pada Kepala Desa, TOMA, mengumumkan adanya kartu sehat dengan biaya murah, menggerakkan pos lansia, pusling, memberikan penyuluhan pada masyarakat di Posyandu.

Adapun hambatan yang ditemui oleh para bidan dalam menjalankan tugas dan fungsinya antara lain adalah masalah transportasi, masyarakat kurang peduli pada masalah kesehatan terutama pada penduduk asli, ada masyarakat yang belum percaya kepada tenaga kesehatan, sarana untuk Posyandu masih belum memadai (misalnya meja untuk Posyandu tidak ada), Posyandu masih kurang mendapat dukungan dari desa, akses jalan ke Puskesmas sangat jelek/rusak dan lain-lain. Sehingga saran yang disampaikan oleh para bidan antara lain adalah sarana dan prasarana untuk para

bidan sebaiknya dipenuhi, kesejahteraan bidan sebaiknya diperhatikan dan ditingkatkan, pelatihan sebaiknya lebih banyak sehingga semua BDD mendapat kesempatan.

Pembahasan

Dalam rangka pencapaian tujuan upaya pemerintah untuk pemerataan pelayanan kesehatan khususnya untuk menurunkan angka kematian Ibu dan Anak, salah satu program pemerintah adalah penempatan BDD. BDD merupakan tenaga kesehatan yang diharapkan dapat memberikan pelayanan persalinan yang aman dan mudah dijangkau. Meskipun demikian distribusi tenaga BDD masih belum merata. Hampir 50% provinsi di Indonesia dengan 30-60% desa yang tidak memiliki BDD, dan hanya 27% provinsi dengan 70% atau lebih desa memiliki BDD.⁸ Keberadaan BDD ternyata tidak menjamin ketersediaan pelayanan maternal yang bermutu. Ketidakmampuan BDD dalam teknis pertolongan persalinan, menyebabkan rasa percaya diri bidan rendah dan tidak tumbuhnya kepercayaan masyarakat.⁹ Apalagi jika bidan yang usianya masih muda saat menolong persalinan berdampingan dengan dukun yang sudah "berumur" yang merasa mengetahui masa kecil si bidan.

Meskipun sebagian besar masyarakat sudah melakukan ANC pada bidan di Puskesmas tetapi ternyata saat pemeriksaan hamil dan persalinan masih ada yang tetap memanggil atau menggunakan jasa dukun bayi. Studi kepustakaan menunjukkan bahwa dukun masih merupakan tenaga penolong persalinan yang terbanyak. Data SDKI 1997 menunjukkan dukun penolong 69% persalinan di desa dan 24% di kota. Hasil SKRT 2001 menunjukkan persalinan oleh tenaga kesehatan 61%.⁹ Masih banyak ibu hamil yang melakukan persalinan bukan di pelayanan kesehatan (34%) dibandingkan dengan ke pelayanan kesehatan (66%).¹⁰ Tingginya peranan dukun ini berkaitan dengan sosial budaya, ekonomi, kenyamanan dan jarak. Dukun bayi tidak akan pernah dituntut atas perbuatannya walaupun ada yang tidak benar karena dianggap sebagai ibu angkat oleh keluarga yang ditolongnya.¹¹ Begitu juga di Tangerang, dukun bayi menjadi pilihan alternatif bagi masyarakat sebab dirasa murah, lebih dekat dan sudah kebiasaan dari orang tua.

Sehubungan dengan persepsi BDD mengenai tugas dan fungsinya, dari hasil penelitian diketahui bahwa tugas dan fungsi BDD telah "melebar". Beban kerja bidan dan BDD juga seringkali

dikeluhkan karena mendapatkan tugas integrasi yang seringkali tidak sesuai dengan kemampuan teknis yang dimiliki. Puskesmas yang memiliki kewajiban menjalankan 18 program pokok terpaksa menyerahkan tugas-tugas lain kepada bidan, seperti administrasi JPS, administrasi imunisasi, dll. Meskipun ada pendapat lain, yang mengatakan bahwa apabila bidan hanya melaksanakan tugas utama dan diperhitungkan dengan jumlah sarannya, maka beban kerja bidan akan sangat ringan.⁹ Penambahan beban kerja bidan juga tidak terlepas dari ketersediaan bidan untuk menerima beban kerja di luar kemampuan teknisnya. Seperti yang telah diuraikan di depan, misalnya pendaftaran JPS, administrasi BIAS, dll.

Dari hasil penelitian diketahui bahwa bagi Kepala Puskesmas, kinerja bidan dalam melakukan pelayanan kesehatan kepada masyarakat telah "melewati" kapasitasnya sebagai BDD. Dalam praktek pribadinya mereka juga melakukan pengobatan umum, yang tidak hanya ditujukan bagi ibu dan anak saja tetapi juga bagi para bapak. Sehubungan dengan hal tersebut, kebijakan yang memperbolehkan petugas kesehatan pemerintah melakukan praktek swasta dinilai memiliki efek negatif kepada pelayanan publik antara lain dilihat dari penggunaan jam kerja dan fasilitas untuk melayani pasien pribadi, dan tidak ada motivasi untuk aktif melaksanakan kunjungan ke keluarga miskin.⁹

Keenganan beberapa masyarakat terutama ibu hamil di daerah Tangerang untuk menggunakan pelayanan kesehatan adalah akibat rendahnya pengetahuan para ibu mengenai risiko kesehatannya. Rendahnya pengetahuan ibu dan keluarga tentang tanda-tanda bahaya pada kehamilan mendasari pemanfaatan sistem rujukan yang masih kurang. Selain itu juga dari masyarakat kurang adanya dukungan untuk memanfaatkan sistem rujukan seperti penyediaan dana, memanfaatkan teknologi komunikasi, serta pengaturan sistem transportasi bagi ibu-ibu.⁹

Telah dikatakan di atas bahwa menurut para para suami dan ibu hamil, faktor ekonomi (karena tidak punya uang, dukun lebih murah daripada bidan) membuat mereka lebih memilih menggunakan jasa dukun. Hasil ini sesuai dengan studi kualitatif di 3 provinsi menunjukkan bahwa rendahnya kemampuan ekonomi keluarga tampaknya turut mempengaruhi keputusan apakah akan bersalin di tenaga kesehatan atau tidak. Walaupun tingkat kunjungan ANC di tenaga kesehatan cukup tinggi, persalinan di dukun lebih dipilih

karena biaya rendah. Di semua daerah, walaupun keluarga telah mengenal bidan yang ada di daerahnya, tetapi mereka lebih memilih melahirkan di rumah dan minta pertolongan persalinan pada dukun karena sudah menjadi kebiasaan turun temurun serta biaya dianggap lebih murah. Umumnya upaya merujuk atau memanggil bidan baru dilakukan apabila telah menyadari adanya kelainan persalinan atau komplikasi perdarahan. Keterlambatan merujuk ke fasilitas kesehatan (RS) tersebut akan menimbulkan terjadinya kasus ibu meninggal sewaktu melahirkan.⁹

Rendahnya tingkat pendidikan masyarakat pada umumnya berkaitan dengan terbatasnya pengetahuan dan informasi yang mereka dapatkan tentang kesehatan. Dari hasil penelitian terlihat bahwa sebagian besar informan terutama para ibu dan anak sudah dilaksanakan, ternyata informasi demikian belum mampu menyebar pada seluruh sasaran yang dituju. Hal ini berhubungan juga dengan tingkat partisipasi mereka di Posyandu.⁹

Kesimpulan

Dari uraian di atas, hasil penelitian ini dapat ditarik beberapa kesimpulan sebagai berikut:

1. Bidan tidak diserahkan secara resmi ketika akan mulai bertugas.
2. Dukungan lintas sektor khususnya dalam sosialisasi BDD kepada masyarakat masih perlu ditingkatkan.
3. Telah terjadi pergeseran tugas dan fungsi serta pola pelayanan BDD, selain tugas pokok sebagai BDD, mereka juga melakukan pengobatan umum pada masyarakat.
4. Bidan tidak pernah memperoleh bantuan untuk pengembangan praktek swastanya.
5. Usia muda BDD dapat menimbulkan opini masyarakat bahwa mereka belum sepenuhnya mampu menjalankan perannya di masyarakat.
6. Puskesmas setempat seringkali memberikan tugas-tugas lain di luar tugas sebagai BDD sehingga tugas pokoknya tidak bisa dilaksanakan secara maksimal.

Saran

1. Masih perlu dicari teknis penyerahan yang tepat BDD dari Kabupaten ke desa agar keberadaan BDD mendapat dukungan dari pihak-pihak terkait.

2. Sarana transportasi perlu mendapat perhatian dari dinas kesehatan setempat/Pemerintah daerah untuk memperlancar tugas pelayanan BDD.
3. Hubungan kerja sama dengan lintas sektor/pamong desa perlu dijalin dan ditingkatkan.
4. Pembinaan dan pendidikan pada BDD perlu ditingkatkan seiring dengan perkembangan kemampuan dan tanggung jawabnya.

Daftar Pustaka

1. Triratnawati. Pendekatan Antropologi dalam Penempatan BDD, dalam JEN Januari 112. 1995.
2. Bambang Sumitro. Peranan BDD dalam Pelayanan KB/Kesehatan pada Daerah Sulit Dijangkau di Provinsi Lampung. 1996.
3. Departemen Kesehatan RI, BKKBN, Biro Pusat Statistik. Survei Demografi Kesehatan Indonesia 1994, Badan Litbangkes. 1994.
4. Sutinah, ISI. Peran BDD dalam Pelayanan Keluarga Berencana dan Kesehatan pada Daerah Sulit Dijangkau di Jawa Timur. 1996.
5. Bambang Hartono. Analisis Kebijakan Pengadaan dan Penempatan BDD. 1994.
6. Badan Litbangkes Departemen Kesehatan RI, Survei Kesehatan Nasional (SURKESNAS) 2002-2003. 2003.
7. Dinas Kesehatan Kabupaten Tangerang, Laporan Rekapitulasi Hasil Kinerja BDD Kabupaten Tangerang Tahun 2002. 2002.
8. Depkes dan Kessos, Pedoman Pemberdayaan Pondok Bersalin Desa, Jakarta. 2000.
9. Depkes, Studi Kajian Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Anak di Tiga Provinsi di Indonesia, Jakarta, Departemen Kesehatan RI (belum diterbitkan). 2004.
10. Badan Litbangkes. Laporan SKRT 2001 Studi Tindak Lanjut Ibu Hamil Deskripsi Awal dari WH-1, Jakarta, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Depkes. 2002.
11. Iskandar, Meiwita. Mengungkap Misteri Kematian Ibu di Jawa Barat: Penelusuran Kembali atas Saksi-saksi Hidup (Determinan Ibu dan Bayi di Jawa Barat) Depok PPK Lembaga Penelitian Universitas Indonesia. 1996.