

PERANAN BIDAN DESA SEBAGAI WAKIL PUSKESMAS DALAM PENINGKATAN PELAYANAN GIZI DI DESA TERTINGGAL DI DUA KABUPATEN, JAWA TENGAH

Oleh : *Syarifuddin Latinulu; Basuki Budiman dan Edwi Saraswati*

ABSTRAK

Ketersediaan fasilitas pelayanan gizi dan kesehatan di desa-desa tertinggal (DT) kurang memadai dibandingkan dengan fasilitas pelayanan di desa-desa tidak tertinggal (DTT) dan tidak adanya program gizi khusus untuk desa DT disertai daya beli masyarakat yang rendah menyebabkan keadaan gizi balitanya juga lebih jelek. Berdasarkan hal ini telah dikaji secara deskriptif faktor-faktor pementu pemanfaatan pelayanan tersebut dan seberapa jauh tingkat penggunaan pelayanan tersebut oleh masyarakat pengguna. Dari hasil studi ini diketahui bahwa tidak ada perbedaan program pelayanan antara desa DT dan desa DTT. Yang berbeda adalah prioritas pencapaian bidan desa dan frekuensi kunjungan paling ke desa DT lebih sering daripada ke desa DTT. Bidan desa sebagai paramedis perawatan juga berperan sebagai TPG tingkat desa. Dengan pendekatan kemitraan kepada kader desa potensial melalui ketas PKK, bidan desa bermitra-sama dengan kader memberikan pelayanan gizi dan kesehatan kepada masyarakat. Pemanfaatan pelayanan gizi dan kesehatan di desa DT dan desa DTT cukup tinggi, khususnya penggunaan jasa bidan desa sebesar 53.3% dan pelayanan puskesmas 82.7%. Keberadaan bidan desa yang ditunjuk sarana pokok bersalin desa (Pollinda) dan pos obat desa (POD) merupakan alternatif pelayanan terdepan di desa DT.

Pendahuluan

Saat ini masyarakat Indonesia berada dalam proses peralihan dari era kehidupan tradisional agraris ke era masyarakat modern industri, terbuka atau global. Salahsatu upaya untuk mencapai global itu ialah peningkatan kualitas sumber daya manusia (SDM) melalui berbagai pendekatan. Kendala utama peningkatan SDM di Indonesia adalah kemiskinan. Jumlah penduduk miskin pada tahun 1993 masih tinggi, yaitu 25.2 juta (13.7%). Angka ini telah mengalami penurunan besar dibanding dengan angka tahun sebelumnya, yaitu 40.1% pada tahun 1976 dan 27.2 juta (15.2%) pada tahun 1990. Penduduk miskin tersebut umumnya bertempat tinggal di pedesaan (1). Pada akhir Repelita I terdapat 34% atau 22.917 desa yang terbelakang dalam pembangunan (2) dan berdasarkan kriteria kemiskinan BPS terdapat 20.633 desa pada akhir 1993 (3). Karena itu upaya peningkatan SDM dimulai dengan pelaksanaan Impres Desa Tertinggal (IDT) sebagai program nasional penanggulangan kemiskinan (3, 4). Sejak program IDT berjalan, jumlah penduduk miskin saat ini tinggal 11% (5, 6). Jumlah tersebut diupayakan turun menjadi kurang dari 4% pada tahun 2005 menjejak dimulainya era globalisasi (7).

Dalam program IDT terjadi proses pemberdayaan penduduk miskin secara ekonomi agar kualitas hidup mereka beranjak sejajar dengan penduduk yang sudah maju. Peningkatan SDM akan lebih berhasil bila didukung oleh keberhasilan pada sektor lain; seperti peningkatan gizi, kesehatan lingkungan dan pendidikan melalui wajib belajar 9 tahun. Melalui program itu diperkirakan kemiskinan absolut dapat ditanggulangi dalam dua Repelita; sedangkan pencapaian semua anak Indonesia berpendidikan tamat SLTP diharapkan setelah tiga Repelita atau Repelita IX (8).

Pada tulisan ini disajikan faktor-faktor dominan penentu pemanfaatan pelayanan gizi-kesehatan masyarakat di desa tertinggal, penekanan khusus pada peranan bidan desa, dengan menggunakan sebagian data dari penelitian "profil status gizi dan pelayanan gizi di daerah miskin," 1995.

Bahan dan Cara

Lokasi

Penelitian dilakukan di Kabupaten Batang dan Kabupaten Temanggung, Jawa Tengah yang mempunyai desa tertinggal terbanyak di Indonesia (9). Kabupaten Batang dipilih karena memiliki persentase jumlah desa tertinggal yang tinggi dan Kabupaten Temanggung dengan persentase menengah.

Di setiap kabupaten dipilih dua Puskesmas yang membawahi desa tertinggal (DT) dan desa tidak tertinggal (DTT). Puskesmas terpilih adalah Puskesmas Subah I, Kecamatan Subah dan Puskesmas Bandar I, Kecamatan Bandar di Kabupaten Batang serta Puskesmas Kandangan, Kecamatan Kandangan dan Puskesmas Gemawang, Kecamatan Jumo di Kabupaten Temanggung.

Di setiap Puskesmas dipilih masing-masing satu desa tertinggal (DT) prevalensi gizi baik dan satu prevalensi gizi kurang dan satu desa tidak tertinggal (DTT) prevalensi gizi baik sebagai pembanding. Atas dasar ini terpilih 12 desa sampel yaitu delapan desa DT dan empat desa DTT. Desa-desanya sampel terpilih di Kabupaten Batang adalah Subah, Kali Manggis, Karang Tengah (Kecamatan Subah), Binangun, Wonodadi dan Woomerto (Kecamatan Bandar); sedangkan di Kabupaten Temanggung adalah Desa Malebo, Banjarsari, Kedawung (Kecamatan Kandangan), Gemawang, Kemiri Ombi dan Muncar (Kecamatan Jumo).

Sampel

Sampel adalah anak balita dan ibunya, Kepala Puskesmas dan informan kunci/tokoh masyarakat. Sampel anak balita (selanjutnya disebut balita) di masing-masing desa ditapis menjadi dua kelompok, yaitu balita gizi kurang (<70 % baku) dan balita gizi baik (>80% baku WHO-NCHS) (10). Kemudian di setiap desa dipilih secara acak sebanyak 15% balita dari setiap kelompok. Atas dasar ini, jumlah sampel balita yang dicakup adalah 456 orang.

Data yang dikumpulkan

Data yang dikumpulkan terdiri dari dua macam, yaitu data dari tingkat pengguna dan data tingkat pelayanan. Data dari tingkat pengguna meliputi data antropometri dan penggunaan sarana pelayanan/jasa gizi dan kesehatan; sedangkan data tingkat pelayanan adalah program gizi tingkat puskesmas dan tingkat desa sampel. Pengumpulan data dilakukan oleh tim peneliti dibantu oleh dua ahli gizi tingkat Kabupaten. Data antropometri diperoleh dengan mengukur berat badan dan tinggi badan

balita dan dicatat dalam formulir. Kegiatan pengukuran berat badan dan tinggi badan balita diawali dengan pendaftaran semua balita di desa terpilih. Data pelayanan dikumpulkan melalui wawancara responden dan menggunakan kuesioner. Data yang berkaitan dengan penggunaan jasa pelayanan diperoleh dari wawancara ibu balita sampel. Konfirmasi penggunaan jasa dan jenis pelayanan diperoleh dengan cara wawancara terhadap kepala puskesmas dan informan kunci lainnya. Pengumpulan data dilakukan pada bulan Agustus dan September 1995.

Analisis Data

Status gizi balita dihitung menggunakan indeks median BB/U dan TB/U. Seorang balita dikatakan menderita gizi kurang apabila berat badan menurut umurnya (BB/U) kurang dari 80% baku atau tinggi badan menurut umurnya (TB/U) kurang dari 90% median TB/U (9, 11).

Gambaran pelayanan gizi yang diterima pengguna disajikan dalam bentuk tabel dan dianalisis secara deskriptif guna mendapatkan faktor-faktor dominan penentu keberhasilan gizi di daerah penelitian.

Hasil dan Bahasan

Hasil

Jumlah sampel balita yang dicakup adalah 299 orang di desa tertinggal dan 157 orang di desa tidak tertinggal. Distribusi sampel menurut puskesmas dan kategori perkembangan desa disajikan pada Tabel 1.

Tabel 1. Distribusi sampel menurut puskesmas dan kategori desa

Puskesmas	Desa Tertinggal	Desa Tidak Tertinggal	Total
Bandar I Kec. Bandar	72	40	112
Subah I Kec. Subah	92	49	141
Kandangan Kec. Kandangan	68	33	101
Gemawang Kec. Jumo	67	35	102
Jumlah	299	157	456

Program pelayanan gizi di keempat puskesmas sampel adalah sama, yaitu mengikuti buku "Pedoman Kerja Puskesmas" yang dikeluarkan oleh Depkes (12). Di

puskesmas tersebut tidak terdapat program khusus bagi desa tertinggal (DT) kecuali prioritas pertama penempatan bidan desa dan kunjungan puskesmas keliling yang lebih sering daripada ke desa DTT. Kunjungan ini di prioritas ke desa DT yang belum memiliki puskesmas pembantu (pustu) atau pondok bersalin desa (polindes). Khusus di Kabupaten Temanggung terdapat program penanggulangan gizi buruk oleh Ikatan Bidan Indonesia (IBI), setiap bidan diprogramkan mengentaskan seorang balita gizi buruk menjadi gizi baik.

Persamaan dan perbedaan faktor-faktor penentu keberhasilan pelayanan gizi di desa DT dan desa DDT disajikan pada Tabel 2.

Tabel 2. Perbedaan dan persamaan faktor-faktor penentu keberhasilan pelayanan gizi di desa tertinggal dan desa tidak tertinggal di daerah penelitian 1995.

NO	Item	Desa tertinggal (8 desa)		Desa tdk tertinggal (4 desa)	
			%		%
1.	Desa terpencil, tidak ada alat transportasi (mobil, motor/ojek)	2 desa	25	-	0
2.	Ada dukuh terpencil	6 desa	75	2 desa	50
3.	Frekuensi Pusling ke desa-desa/Posyandu	> 1 kali	-	<=1 kali	-
4.	Cakupan penimbangan balita per bulan < 60%	2 desa	25	2 desa	50
5.	Distribusi vitamin A dan pil besi >80%	8 desa	100	4 desa	100
6.	Jumlah kader yang aktif	121 org	41.9	79 org	64.2
7.	Ada puskesmas di desa	-	0	2 desa	50
8.	Ada puskesmas pembantu (Pustu)	1 desa	12.5	1 desa	25
9.	Ada pondok bersalin desa (Polindes)	2 desa	25	-	-
10.	Ada pos obat desa (POD)	2 desa	25	-	-
11.	Ada kartu sehat	4 desa*	50	-	-
12.	Ada dana sehat	5 desa	62.5	2 desa	50
13.	Penempatan bidan desa	Pertama	-	Kedua	-
14.	Ada pengentasan balita giziburuk	4 desa	50	2 desa	50
15.	Ada dacin dan sarung timbang	8 desa**	100	4 desa**	100
16.	>= 1 buah	7 desa	87.5	3 desa	75
17.	Peran ketua PKK: Baik/aktif	5 desa	62.5	1 desa	25
	Ada bidan desa di desa				

Keterangan:

* Belum sepenuhnya berjalan baik

** Tidak setiap posyandu memiliki dacin

Tingkat pemanfaatan sarana pelayanan gizi dan kesehatan berdasarkan pernyataan ibu balita disajikan pada Tabel 3. Sebanyak 82.7% ibu balita menyatakan bahwa jika anaknya sakit maka berobatnya ke puskesmas, 55.3% ke bidan desa, hanya sebagian kecil (8.7%) yang menyatakan ke tempat praktek atau klinik dan 5.5% membeli obat di warung (13). Semua sarana atau tempat pelayanan (Puskesmas, Pustu, Polindes, POD dan Posyandu) dimanfaatkan oleh masyarakat, kecuali Pustu di Desa Wonomerto antara lain karena tidak ada bidan desa atau perawat yang ditempatkan di desa.

Tabel 3. Pemanfaatan sarana pelayanan gizi dan kesehatan balita di desa tertinggal dan desa tidak tertinggal di daerah penelitian 1995

NO	Sarana Pelayanan	Pemanfaatan
1.	Puskesmas, Puskesmas pembantu	82.7 %
2.	Tempat praktek atau klinik	8.7 %
3.	Bidan desa	55.3 %
4.	Warung	5.5 %

Pada Tabel 4 terlihat bahwa jumlah balita gizi kurang berdasarkan median berat badan menurut umur (BB/U) di desa DT adalah 42.8% dan 35.7% di desa DTT, sedangkan berdasarkan tinggi badan menurut umur (TB/U) adalah 25.1% di desa DT dan 29.9% di desa DTT. Dari hasil antropometri ini tampak keadaan gizi di desa DT dan desa DTT relatif sama.

Tabel 4. Distribusi balita gizi kurang menurut kemajuan desa

	n	Gizikurang	
		BB/U	TB/U
Desa tertinggal	290	42.8 %	25.1 %
Desa tidak tertinggal	157	35.7 %	29.9 %

Bahasan

Berdasar pada kriteria desa miskin Biro Pusat Statistik, sebagian besar desa tertinggal memiliki jenis fasilitas pelayanan gizi dan kesehatan masyarakat yang minim. Fasilitas minim berkaitan erat dengan daya beli masyarakat yang rendah. Karena itu, mereka diberdayakan melalui program Inpres Desa Tertinggal (IDT). Ketidakterdayaan memperoleh pelayanan karena daya beli rendah atau tidak mampu telah diidentifikasi sejak tahun 1970-an (14). Selain pemberdayaan melalui program

IDT dilakukan juga upaya lain seperti penempatan bidan desa sebagai wakil puskesmas yang di Jawa Tengah di prioritaskan bagi desa tertinggal.

Peranan ketua PKK dan kader tidak diragukan lagi dan sudah diungkap sejak dulu, sejak adanya Taman Gizi (16). Karena itu bahasan difokuskan pada peranan bidan desa sebagai motivator/penggerak dan pembina masyarakat desa untuk berperilaku sehat (13) dan sadar gizi di samping sebagai pemberi jasa pelayanan di wilayahnya. Sebagai wakil puskesmas di tingkat desa, maka bidan juga bertugas sebagai TPG di desa. Diharapkan dengan peran ini kehadirannya merupakan faktor penentu pelayanan gizi di desa DT.

Pelayanan gizi dan kesehatan di tingkat desa tidak terlepas dari kebijakan yang digariskan oleh pimpinan puskesmas setempat. Karena itu kajian di tingkat desa tidak bisa dilakukan tanpa melihat kebijakan pelayanan pada tingkat puskesmas.

Pelayanan tingkat puskesmas

Pelayanan yang diterima masyarakat pada tingkat puskesmas ditentukan oleh beberapa faktor, yaitu peranan kepala puskesmas, tenaga pelaksana gizi (TPG) dan tenaga paramedis lainnya.

Peranan kepala puskesmas lebih tampak pada kegiatan koordinasi kerja dengan camat dan lintas sektor setempat, serta frekuensi pembinaan ke Posyandu di desa-desa tertinggal. Namun tidak semua dari empat kepala puskesmas dapat melakukan hubungan koordinasi dengan baik. Demikian pula kunjungan ke desa-desa tertinggal. Hal ini tampak di salahsatu puskesmas sampel. Pada situasi seperti ini maka kemandirian TPG puskesmas dalam menjalin hubungan baik dengan berbagai pihak, khususnya camat, ketua PKK kecamatan, kepala desa dan ketua PKK desa sangat menentukan keberhasilan pelayanan kepada masyarakat desa. Tampaknya pendekatan informal (hubungan baik) yang berperan daripada hubungan formal. Hal ini jelas terlihat di empat puskesmas sampel.

Meskipun kunjungan pusling ke desa DT ditingkatkan, tetapi tidak mutlak setiap bulan harus ke desa DT yang sama. Kegiatan tersebut tergantung pada ketersediaan tenaga, ada atau tidaknya kegiatan program serta ketersediaan kendaraan pusling. Kaitan faktor terakhir ini dengan frekuensi kunjungan ke desa DT terlihat di Puskesmas Gemawang, Kecamatan Jumo, Temanggung, yang biasanya menunggu pinjaman mobil pusling dari Puskesmas Jumo. Pada keadaan seperti ini maka kegiatan pusling, khususnya penyuluhan diambil alih oleh bidan desa setempat.

Dari Tabel 3 tampak bahwa kesadaran masyarakat untuk meningkatkan taraf kesehatan sudah semakin baik dan cukup tinggi, meskipun mereka ke puskesmas bukan karena anak gizi kurang. Sebagian dari mereka menyatakan membeli obat di warung sebelum akhirnya dibawa ke puskesmas atau bidan/polindes jika tidak ada perubahan setelah makan obat di warung (13).

Selain pelayanan melalui kegiatan pusling juga terdapat pembinaan gizi ke desa-desa yang dilakukan oleh TPG pada setiap penimbangan bulanan balita. Di wilayah Puskesmas Kandangan, Temanggung yang membina 10 desa tertinggal terdapat

pemberian jamban keluarga. Di samping itu, juga terdapat program pengentasan balita gizi buruk bagi setiap bidan, satu anak satu bidan yang bekerjasama dengan IBI. Evaluasi program ini dibahas dalam pertemuan bulanan para bidan yang dilaksanakan secara bergilir dari satu puskesmas ke puskesmas lainnya.

Demikian halnya di wilayah Puskesmas Subah I, Kabupaten Batang, yang mencakup 16 desa DT dari 19 desa di wilayahnya. Di puskesmas ini terdapat program jambanisasi, arisan desa dan penanganan masalah sampah. Frekuensi kunjungan ke desa DT di wilayah Puskesmas Subah I ini dilakukan dalam rangka pembinaan dan pemantauan langsung perkembangan program tadi.

Pelayanan tingkat desa

Pelayanan gizi pada tingkat desa meliputi penimbangan bulanan balita, distribusi pil besi, distribusi vitamin A setiap enam bulanan, pemberian kapsul minyak beryodium pada beberapa desa tertentu serta penyuluhan gizi dan kesehatan. Kelancaran dan kesinambungan kegiatan program ini di tingkat desa tergantung pada konsistensi pembinaan TPG puskesmas dan tingkat keterlibatan bidan desa sebagai motivator/penggerak serta pembina masyarakat desa untuk berperilaku sehat (13) dan sadar gizi serta pemberi jasa pelayanan di wilayahnya. Karena itu, bidan desa juga diberi tanggungjawab sebagai TPG di tingkat desa, khususnya bagi desa tertinggal yang terisolir sehingga sulit dijangkau puskesmas keliling, seperti Desa Banjarsari dan Desa Kedawung, Kecamatan Kandangan. Jadi, berfungsi tidaknya pelayanan gizi dan kesehatan di desa tertinggal tergantung pada kreatifitas dan sistem pendekatan bidan desa yang bersangkutan kepada ketua PKK, kepala desa dan tokoh masyarakat guna meningkatkan peran aktif masyarakat agar sadar gizi dan berperilaku sehat.

Dalam penelitian ini pendekatan informal bidan desa berdasarkan kemitraan kepada kader desa yang potensial melalui ketua PKK merupakan alternatif pendekatan yang jitu dalam meningkatkan peran aktif para ibu balita. Fenomena ini terlihat nyata dari situasi di desa-desa sampel terpilih. Salah satu faktor penentu kendali kesinambungan kegiatan pelayanan ialah tingkat kedekatan antara bidan desa dengan ketua PKK dan kepala desa. Atas dasar hubungan baik itu, maka di sebagian besar desa penelitian ini kegiatan pelayanan gizi berfungsi baik.

Pada desa-desa sampel yang ketua PKK nya aktif maka partisipasi masyarakatnya juga baik. Sebagian besar ibu-ibu balita menyatakan malu kalau tidak hadir pada penimbangan bulanan atau pada posyandu asalkan kegiatan tersebut dikomunikasikan dua atau tiga hari sebelumnya. Di daerah penelitian ini pengertian posyandu dibedakan dengan pos penimbangan bulanan. Bagi ibu-ibu sampel, dikatakan posyandu jika pada penimbangan bulanan itu terdapat pelayanan kesehatan dari paramedis perawatan. Jika yang hadir adalah paramedis non-perawatan maka itu hanya disebut sebagai penimbangan balita.

Dari aspek ini tampak bahwa yang terpenting bukan adanya bidan yang tinggal di desa, tetapi ada atau tidaknya pelayanan rutin di desa. Di beberapa desa DT bidan desa tidak berdomisili di desa tanggungjawabnya, namun kegiatan pelayanan berjalan baik karena diadakan pertemuan dengan ibu-ibu balita dan ibu-ibu hamil minimal sekali dalam sebulan. Jadi bukan sarananya yang utama, tetapi "orang pelayanan" yang

matlak ada setiap bulan. Hal seperti ini tampak di Desa Kedawung dan Banjarsari. Di Desa Kedawung tidak ada bidan desa, sementara dirangkap oleh bidan desa dari desa terdekat namun pelayanan gizi dan kesehatan berjalan baik. Demikian pula di Banjarsari, meskipun ibu hamil masih memilih dukun untuk melahirkan tetapi dalam hal pemeriksaan dan perawatan kehamilan dikonsultasikan pada bidan desa.

Tampak jelas bahwa kehadiran bidan desa secara nyata dapat terobosan-terobosan untuk meningkatkan kualitas masyarakat di desanya. Pada desa-desa yang ketua PKK dan kepala desanya berperan aktif maka kader-kader potensial juga aktif dan para ibu-ibu balita pun memiliki kepedulian yang tinggi. Keberadaan bidan desa merupakan suatu alternatif perolehan jasa pelayanan gizi yang terjangkau seperti yang dinyatakan 55.3% ibu-ibu balita. Hal seperti ini tampak di sebagian besar desa sampel penelitian, yaitu Desa Kalimanggis, Karang Tengah, Subah, Malebo, Kandangan, Muncar, Kemiri Obo dan Banjarsari. Bidan desa sebagai figur tempat masyarakat berkonsultasi tentang berbagai hal yang berkaitan dengan gizi dan kesehatan. Sebaliknya pada desa DT yang tanpa bidan desa maka kegiatan posyandunya sering terhambat.

Status gizi balita

Status gizi balita di desa tertinggal dan desa tidak tertinggal tidak berbeda secara bermakna. Prevalensi gizi kurang yang tinggi didapati di kedua kelompok desa tersebut. Hal ini terjadi karena balita sampel tidak dipilih khusus dari penerima program IDT, tetapi dari semua rumah tangga yang punya balita. Namun, penelitian di empat daerah tingkat II di Sumatera Barat yang mengkaji dampak program IDT terhadap penerima program dinyatakan terlihat perbedaan yang bermakna (17, 18). Balita kelompok penerima IDT bertumbuh baik dibanding dengan balita bukan penerima IDT setelah satu tahun program berjalan.

Faktor penunjang lainnya

Faktor penunjang lain terhadap keberadaan bidan desa ialah adanya polindes (pondok bersalin desa) dan POD (pos obat desa) yang menyediakan pelayanan sederhana, sehingga tidak perlu ke puskesmas untuk pengobatan symptom penyakit yang ringan. Polindes merupakan alternatif pelayanan karena pelayanan pusling kurang terjamin rutinitasnya.

Faktor penunjang lain yang tampaknya cukup memacu masyarakat ialah sejak program IDT digulirkan maka perhatian berbagai pihak cukup besar dalam upaya meningkatkan keberdayaan penduduk miskin menjadi penduduk berdaya beli tinggi.

Faktor kendala

Yang menjadi kendala ialah tidak semua bidan desa adalah pegawai negeri. Sebagian dari mereka adalah tenaga tidak tetap atau bidan PTT, sehingga setelah masa tugasnya (tiga tahun) habis maka bidan tersebut meninggalkan desa itu. Melihat fakta

ini, maka dibutuhkan perhatian pemerintah guna mencari cara pemecahan masalahnya agar di desa-desa tadi tetap ada bidan desa. Pendekatan kasuistik tentang hal ini di Kabupaten Temanggung, tampaknya ada.

Simpulan

Berdasar pada hasil dan bahasan di atas, maka beberapa simpulan dapat ditarik sebagai berikut :

1. Fungsi bidan desa sebagai motivator atau penggerak sadar hidup sehat dan sadar gizi di desa tertinggal dapat berhasil melalui pendekatan kemitraan dalam menggalang kerjasama dengan ketua PKK dan kader desa potensial merupakan kunci sukses pelayanan gizi di desa tertinggal.
2. Keadaan gizi balita di desa DT dan desa DTT relatif sama karena balita sampel bukan spesifik penerima program IDT, tetapi dari semua penduduk tanpa melihat perbedaan tingkat ekonominya.
3. Bentuk pelayanan gizi dan kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat di desa DT adalah terdapat figur tempat berkonsultasi setiap dibutuhkan. Kehadiran bidan desa di tengah-tengah masyarakat desa DT merupakan suatu alternatif yang tepat.
4. Jenis pelayanan gizi antara desa tertinggal (DT) dan desa tidak tertinggal (DTT) tidak perlu dibedakan. Yang dibutuhkan adalah frekuensi pembinaan rutin setiap bulan ke desa memacu kesinambungan pelayanan gizi di desa.
5. Status tenaga bidan desa di sebagian desa tertinggal (DT) adalah pegawai tidak tetap (PTT). Karena itu dibutuhkan kebijakan khusus dalam pengadaan tenaga pengganti sebelum masa kontrak bidan yang bertugas berakhir.

Rujukan

1. Biro Pusat Statistik. *Kemiskinan di Indonesia*. Disampaikan pada Lokakarya Peningkatan Ketahanan Pangan Untuk Menanggulangi Kemiskinan. Bulog, Jakarta, 17 Juli 1993.
2. Soehoed, W.P. *Peranan lumbung pangan dan lembaga pedesaan dalam meningkatkan ketahanan pangan dan mengatasi kemiskinan*. Disampaikan pada Lokakarya Peningkatan Ketahanan Pangan dan Untuk Menanggulangi Kemiskinan. Bulog, Jakarta, 17 Juli 1993.
3. Mubyarto. *Strategi pembangunan ekonomi dalam upaya pengentasan kemiskinan*. Simposium Nasional Penanggulangan Kemiskinan. Serpong, September 1994.
4. Mubyarto. *Menuju kebijaksanaan nasional pengentasan kemiskinan*. Disampaikan pada Lokakarya Peningkatan Ketahanan Pangan dan Untuk Menanggulangi Kemiskinan. Bulog, Jakarta, 17 Juli 1993 (a).
5. Soeharto. *Penduduk miskin dunia bertambah. Di Indonesia justeru berkurang*. Kompas No.072-THN Ke-33,9 Sept.19787.Hal.1.
6. Soeharto. *Pidato kenegaraan presiden Republik Indonesia di depan Sidang Dewan Perwakilan Rakyat*. Jakarta 16 Agustus 1996. Kompas 18 Agt. 1997.

7. Kartasamita, G. *Tahun 2005, orang miskin di bawah lima persen*. Kompas, No.072-THN Ke-33, 9 Sept. 1997. Hal. 1.
8. Soeharto. *Pidato kenegaraan Presiden Republik Indonesia di depan sidang Dewan Perwakilan Rakyat*. Jakarta 16 Agt. 1996. Kompas 18 Agt 1996.
9. Biro Pusat Statistik. *Daftar nama desa miskin menurut kabupaten/kotamadya dan kecamatan pulau Jawa dan Madura*. Jakarta: BPS-PM01B, 1993.
10. Jahari, A.B.; dkk. *Perbandingan baku Harvard dan baku WHO-NCHS: suatu kajian aplikasi analisis terhadap sub set data PSG*. Gizi Indonesia 1990,14(2):37-50.
11. Abunain, D. *Aplikasi antropometri sebagai alat ukur status gizi di Indonesia*. Gizi Indonesia 1990,14(2):37-50.
12. Departemen Kesehatan. *Pedoman kerja puskesmas I-IV*. 1992, Jakarta.
13. Arif, M dan Chusnul Chuluq. *Penempatan bidan desa dan dukun bersalin: Masalah dan implikasinya*. Majalah Kesehatan Masyarakat Indonesia 1995,XII(11):731-736.
14. Djalil, TM; Hartaman and Rivai, A. *Some social aspects of diarrhoea disease in new born and children under two years of age at Kecamatan Andir Garuda, Bandung*. Paediatrica Indonesianan 1972,12(7):301.
15. Latinulu, S.; dkk. *Status gizi dan pelayanan gizi di daerah miskin*. Laporan Penelitian. Bogor: Puslitbang Gizi, 1996.
16. Sayogyo; Amini Nasution dan Marlinah Djajanegara. *Pedoman untuk kader di desa dalam membina taman gizi*. Bogor: Lembaga Sosiologi Pedesaan-IPB, 1977.
17. Sudiman, H.; dkk. *Proyek pengembangan wilayah untuk rehabilitasi lahan kritis dan perlindungan sumber daya alam dan lingkungan hidup*. Kertas kerja No.11. Kerjasama Indonesia-Jerman. Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Tingkat I Sumatera Barat dan Deutsche Gesellcaft Fuer Technische Zusammenarbeit (GIZ) GMBH. Jakarta- Padang 1995.
18. Ridwan, E. dan Herman Sudiman. *Konsumsi pangan keluarga dan status gizi anak balita: studi kasus di dua desa tertinggal di Pasaman, Sumatera Barat*. Dalam: Kongres Nasional V Perhimpunan Peminat Gizi dan Pangan Indonesia. Surabaya: Pergizi Pangan Indonesia-Kantor Menteri Negara Urusan Pangan - Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga. 1996.