

PERBEDAAN FAKTOR PERILAKU BIDAN DESA UCI (*Universal Child Immunization*) DAN NON UCI

The Differences of the Behavioral Factors of Midwives in UCI village and non UCI

Siti Fatma Wati¹, Chatarina Umbul W²

¹FKM UA, fatma_watie89@yahoo.com

² Departemen Epidemiologi FKM UA, chatrin03@yahoo.com

Alamat Korepondensi : Departemen Epidemiologi Fakultas Kesehatan Universitas Airlangga
Surabaya, Jawa Timur, Indonesia

ABSTRAK

Sekitar 2-3 juta pada semua kelompok umur meninggal setiap tahun akibat penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi yaitu difteri, pertusis, tetanus dan campak. Hal ini disebabkan karena target UCI desa dari tahun ke tahun tidak mengalami peningkatan. Salah satu penyebab tidak tercapainya target UCI adalah dari faktor petugas. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perbedaan karakteristik dan perilaku petugas di desa UCI dan non UCI di Kabupaten Pasuruan. Penelitian dilaksanakan dengan menggunakan rancangan *cross sectional*. Sampel dalam penelitian ini adalah 76 Bidan Desa. Pengambilan sampel menggunakan cara *stratified random sampling*. Data yang diperoleh dianalisis menggunakan uji statistik *chi square*. Variabel *dependent* adalah Status Desa UCI. Variabel *independent* adalah karakteristik Bidan Desa (umur, latar belakang pendidikan, lama masa kerja, status kepegawaian, pelatihan dan tugas rangkap), tingkat pengetahuan, sikap dan tindakan. Hasil pada penelitian ini adalah terdapat perbedaan yang signifikan pada lama masa kerja Bidan Desa ($p=0,023$), status kepegawaian Bidan Desa ($p=0,030$), tugas rangkap Bidan Desa ($p=0,013$), tingkat pengetahuan Bidan Desa ($p=0,003$), tindakan Bidan Desa ($p=0,017$) dan perilaku Bidan Desa ($p=0,045$). Sedangkan pada variabel umur ($p=0,193$), tingkat pendidikan ($p=0,185$), kegiatan pelatihan ($p=0,762$) dan sikap Bidan Desa ($0,219$) tidak ada perbedaan yang signifikan. Kesimpulan pada penelitian ini adalah terdapat perbedaan diantaranya faktor lama masa kerja, kepegawaian, tugas rangkap, tingkat pengetahuan, tindakan dan perilaku Bidan Desa pada Desa UCI dan non UCI. Untuk itu perlu adanya kebijakan agar Bidan Desa fokus menjalankan program sesuai dengan bidang keahliannya.

Kata Kunci: karakteristik, tugas, perilaku, status UCI Desa, bidan desa

ABSTRACT

2-3 millions of people in all groups of age die every year caused by the diseases that can be prevented by immunization: diphtheria, pertussis, tetanus and measles. It is due to the UCI village target from year to year are not increased properly. One of the reasons of the unattainable UCI's target is due to the factor of the officers. This research aims to determine the differences of the characteristic and the behavioral of the officers in UCI village as well as non-UCI in the District of Pasuruan (Kabupaten Pasuruan). The research is conducted by using the design of cross sectional. The samples in this study were 76 village midwives. Sampling was stratified random sampling method. Data were analyzed using chi square statistical test. The independent variabel is the status of village UCI. The dependent variable is the characteristics of the village midwives (age, background of the knowledge, work experiences, employment status, training and double/dual duty), knowledge, action and attitude. There are significant differences in some variables of obstetricians such as the work experiences ($p=0,023$), the employment status ($p=0,030$), the double/dual duty ($p=0,013$), the knowledge ($p=0,003$), the action ($p=0,017$), and the behavior ($p=0,045$). Meanwhile, several variables have not significant differences, such as the age ($p=0,193$), the knowledge ($p=0,185$), the training activity ($p=0,762$), and the behavioral ($0,219$). Based on the brief explanation above, we can draw the conclusion that there are the differentiations in UCI village as well as non UCI village from the officers including the factors of the work experiences, the staffing, the double duty, the knowledge, the action and behavior. The policy so that the obstetricians will focus on running the programs in accordance with the skills.

Keywords: *the characteristic, the duty, the behavioral, the status of UCI villages, the village midwives.*

PENDAHULUAN

Sekitar 2-3 juta pada semua kelompok umur meninggal setiap tahun akibat penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi yaitu difteri, pertusis, tetanus dan campak (WHO, 2008). Berdasarkan estimasi global yang dilakukan WHO tahun 2007 pelaksanaan imunisasi dapat mencegah kurang lebih 25 juta kematian balita tiap tahun akibat penyakit difteri, tetanus, pertusis (batuk rejan) dan campak. Di seluruh dunia, cakupan imunisasi polio yang diterima bayi dengan 3 dosis vaksin polio tahun 2007 adalah 82% dan cakupan imunisasi Hepatitis B dengan 3 dosis vaksin adalah 65%. Sedangkan cakupan imunisasi DPT dan campak masing-masing sebesar 81% dan 82% (WHO, 2008).

Berdasarkan hasil SDKI 2007, Angka Kematian Bayi di Indonesia pada tahun 2007 adalah sebesar 34 yang berarti dari setiap 1000 kejadian kelahiran hidup terdapat sekitar 34 bayi meninggal sebelum mencapai usia satu tahun (Depkes RI, 2011). Program imunisasi merupakan sub sistem dari pelayanan kesehatan masyarakat yang lebih menekankan pada upaya promotif dan preventif, selain itu imunisasi merupakan upaya yang sangat penting dalam mencegah penyakit serta merupakan *public good* (barang publik) karena manfaatnya dapat dirasakan oleh orang banyak.

Menurut Litbangkes tahun 2010, cakupan imunisasi menurut jenisnya yang tertinggi sampai terendah adalah untuk BCG (86,9%), campak (81,6%), polio tiga kali (71,0%), DPT tiga kali (67,7%) dan terendah hepatitis B (62,8%). Bila dilihat masing-masing imunisasi menurut provinsi, untuk imunisasi BCG yang terendah di Sulawesi Barat (73,2%) dan tertinggi di provinsi DI Yogyakarta (100,0%).

Kementerian Kesehatan melaksanakan Program Pengembangan Imunisasi (PPI) pada anak dalam upaya menurunkan kejadian penyakit pada anak. Program imunisasi untuk penyakit-penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I) pada anak yang dicakup dalam PPI adalah satu kali imunisasi BCG, tiga kali imunisasi DPT- HB, empat kali imunisasi polio dan satu kali imunisasi campak (Kemenkes RI, 2010).

Indonesia telah menetapkan target tahun 2010 seluruh (100%) desa/kelurahan harus sudah mencapai target UCI (*Universal Child Immunization*). Menurut laporan rutin tahun 2008 pencapaian UCI Desa/Kelurahan 68,2% dan tahun 2009 mencapai 69,2% sehingga diprediksi UCI Desa / Kelurahan

100% pada tahun 2010 sulit dicapai. Kendala yang dihadapi adanya perubahan petugas pelaksana kegiatan imunisasi dan juru imunisasi (jurim) yang diangkat sejak pertengahan tahun 1980-an bertugas khusus bertanggung jawab hanya untuk kegiatan imunisasi, dialihkan kepada bidan yang memiliki tugas ganda. Untuk mencapai target 100% desa mencapai UCI (*Universal Child Immunization*) pada tahun 2014, menteri kesehatan melakukan Gerakan Akselerasi Imunisasi Nasional *Universal Child Immunization* 2010-2014 (GAIN UCI 2010-2014). Gerakan Akselerasi Imunisasi Nasional UCI 2010-2014 adalah upaya percepatan pencapaian UCI di seluruh desa/kelurahan pada tahun 2014 melalui suatu gerakan yang dilaksanakan oleh pemerintah bersama seluruh lapisan masyarakat dan berbagai pihak terkait secara terpadu di semua tingkat administrasi (Kemenkes RI, 2010).

Indikator keberhasilan GAIN UCI mengacu pada RPJMN tahun 2010-2014 dengan target pencapaian tahun 2012 UCI desa/kelurahan 90% dengan persentase bayi usia 0-11 bulan yang mendapat imunisasi dasar lengkap 85% (Kemenkes RI, 2010). Penyebab utama rendahnya pencapaian UCI adalah rendahnya akses pelayanan dan tingginya angka drop out. Hal ini antara lain terjadi karena tempat pelayanan imunisasi jauh dan sulit dijangkau, jadwal pelayanan tidak teratur dan tidak sesuai dengan kegiatan masyarakat, kurangnya tenaga, tidak tersedianya buku imunisasi (buku KIA), rendahnya kesadaran dan pengetahuan masyarakat tentang manfaat, waktu pemberian imunisasi serta gejala ikutan imunisasi. Selain itu faktor budaya dan pendidikan serta kondisi sosial ekonomi juga ikut mempengaruhi rendahnya pencapaian UCI desa/kelurahan (Kemenkes RI, 2010).

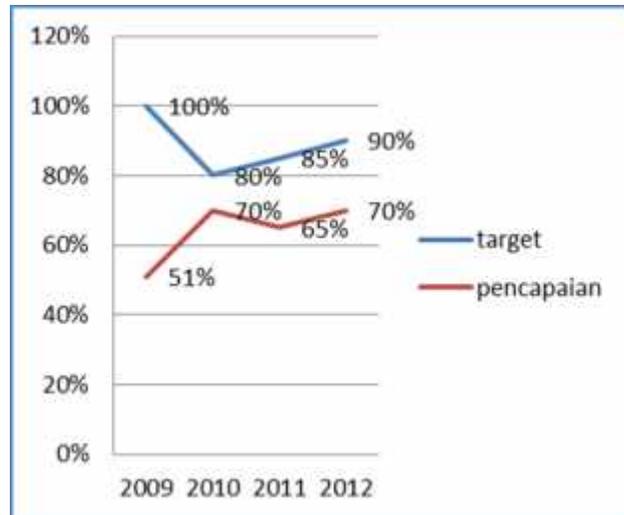
Sejalan dengan makin meningkatnya tingkat pendidikan dan sosial ekonomi di masyarakat, kebutuhan dan tuntutan terhadap pelayanan kesehatan yang bermutu juga semakin meningkat. Kondisi ini menuntut pergeseran titik tekan pelayanan imunisasi dari orientasi pencapaian target menuju orientasi penjagaan mutu pelayanan. Salah satu penentu mutu pelayanan adalah Sumber Daya Manusia (SDM) yang berkualitas sehingga kajian tentang SDM menjadi hal yang sangat penting. Pelaksana imunisasi puskesmas merupakan unsur yang sangat penting dalam pelayanan imunisasi, mereka mempunyai tanggung jawab yang besar dalam keberhasilan

program imunisasi yaitu tercapainya UCI secara merata di tingkat desa.

Menurut Depkes RI (2006), arah kebijakan program pembangunan kesehatan dan kesejahteraan sosial sesuai dengan GBHN 1999-2004 diantaranya adalah meningkatkan mutu sumber daya manusia kesehatan dan lingkungan yang saling mendukung dengan pendekatan paradigma sehat serta meningkatkan dan memelihara mutu lembaga pelayanan kesehatan melalui pemberdayaan sumber daya manusia secara berkelanjutan dan sarana prasarana dalam bidang medis, termasuk ketersediaan obat yang dapat dijangkau oleh masyarakat.

Sejak tahun 1989 kebijakan penempatan bidan di desa merupakan upaya terobosan Departemen Kesehatan untuk mempercepat penurunan angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB). Melalui kebijakan tersebut, sampai tahun 2006 sudah sekitar 40.000 bidan bertugas di desa yang tersebar hampir di seluruh wilayah Indonesia. Keadaan ini menempatkan bidan di desa sebagai tenaga kesehatan terdepan dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi ibu, neonatal, bayi dan anak balita. Kualitas pelayanan yang diberikan oleh bidan di desa masih perlu ditingkatkan. Bidan di desa membutuhkan pembinaan, baik secara klinis profesi bidan maupun dalam hal manajemen program KIA agar dalam menjalankan fungsinya sesuai dengan standar (Kemenkes RI, 2010). Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 1464/Menkes/Per/X/2010 pasal 2 ayat 2 poin b Bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berwenang untuk pemberian imunisasi rutin sesuai program pemerintah.

Pencegahan terhadap penyakit infeksi yang dapat dicegah dengan imunisasi telah menampilkan hasilnya. Meskipun program pemberian imunisasi sudah dijalankan dengan baik, namun masih terdapat beberapa cakupan imunisasi yang tidak tercapai. Masalah rendahnya cakupan imunisasi kemungkinan disebabkan oleh beberapa faktor diantaranya adalah, kurangnya pengetahuan ibu tentang imunisasi, kurangnya informasi dan penyuluhan yang diberikan kepada ibu yang mempunyai bayi dan balita tentang imunisasi, sosial ekonomi, kebudayaan dan jauhnya fasilitas pelayanan kesehatan serta sulitnya vaksin yang didapat didaerah terpencil.



Gambar 1. Kurva Pencapaian UCI Desa di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan Tahun 2009-2012

Imunisasi campak merupakan salah satu indikator dalam Millenium Development Goals (MDGs). Oleh karena Riskesdas 2010 ditujukan pada indikator yang ada dalam MDGs, dalam laporan ini hanya analisis untuk imunisasi campak. Cakupan imunisasi campak pada anak umur 12 – 23 bulan dapat dilihat secara keseluruhan, cakupan imunisasi campak dalam Riskesdas sebesar 74,5 persen, menurun 6,1 persen dibanding Riskesdas 2007 (81,6%). Cakupan imunisasi terendah di provinsi Papua (47,4%) dan tertinggi di DI Yogyakarta (96,4%). Terdapat 19 provinsi cakupan imunisasi campak di bawah rata-rata nasional. Hasil laporan Riskesdas tahun 2010 diperoleh bahwa cakupan imunisasi campak di Propinsi Jawa Timur mencapai 83,1% yang mengalami penurunan dari hasil Riskesdas 2007 yang mencapai 83,3% (Kemenkes RI, 2010).

Dari data yang di dapatkan, cakupan UCI Kabupaten Pasuruan Tahun 2011-2012 tidak mengalami peningkatan pencapaian cakupan UCI Desa. Pada tahun 2011 Pencapaian UCI Desa sebesar 65% masih berada dibawah target cakupan UCI Desa tahun 2011 yaitu sebesar 85%. Pada tahun 2012 mengalami peningkatan pencapaian yaitu sebesar 70%, tetapi pada tahun 2012 target UCI Desa juga meningkat yaitu sebesar 90%. Tujuan penelitian

ini adalah untuk mengetahui perbedaan perilaku bidan desa pada Desa UCI dan NonUCI di Wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan tahun 2012.

METODE

Ditinjau dari tujuannya, penelitian ini merupakan penelitian analitik yaitu menggambarkan dan menjelaskan hubungan antara variabel-variabel yang diteliti. Desain dalam penelitian ini adalah *cross sectional* yang mempelajari dinamika korelasi antara faktor-faktor risiko dengan efek, diobservasi sekaligus pada waktu yang sama (Notoatmodjo, 2003).

Populasi pada penelitian ini seluruh Bidan Desa yang ada di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan yaitu sebanyak 355 Bidan Desa. Sampel pada penelitian ini adalah sebagian dari Bidan Desa yaitu sebanyak 76 Bidan Desa. Cara pengambilan sampel dengan *stratified random sampling*. Lokasi penelitian dilakukan pada 76 Desa di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan. Waktu Penelitian dari pembuatan proposal sampai hasil penelitian di seminarkan.

Variabel penelitian dalam penelitian ini yaitu Variabel (*Dependent*) terikat adalah Status UCI Desa. Variabel (*Independent*) bebas adalah karakteristik, perilaku Bidan Desa. Karakteristik Bidan desa meliputi umur, latar belakang pendidikan, pelatihan, status kepegawaian, masa kerja dan tugas rangkap. Sedangkan untuk perilaku meliputi pengetahuan, sikap dan tindakan.

Data diperoleh dari data primer dan sekunder. Data primer yang dikumpulkan adalah data mengenai karakteristik, pengetahuan, sikap dan tindakan responden dengan menggunakan kuesioner. Data sekunder yang dibutuhkan antara lain adalah Data demografi Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan, Data tentang jumlah bidan yang ada di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan, Data tentang rekapan cakupan imunisasi dasar lengkap pada tahun 2012 dari Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan. Data yang diperoleh dari hasil pengumpulan akan dianalisis statistik untuk mengetahui perbedaan antara variabel penelitian yaitu dengan menggunakan uji statistik *chi square* untuk mengetahui perbedaan faktor perilaku dan kinerja Bidan Desa pada Desa UCI dan nonUCI.

HASIL

Bidan Desa terdiri dari 23 Bidan Desa non UCI dan 53 Bidan Desa UCI.

Umur

Umur Bidan Desa pada kategori tua lebih banyak pada desa UCI (58,5%) dibandingkan pada desa non UCI (39,1%). Sedangkan pada kategori tua lebih banyak pada desa non UCI (60,9%) dibandingkan pada desa UCI (41,5%).

Bidan Desa pada Desa non UCI dan Desa UCI ada yang berusia muda dan ada yang berusia muda. Hasil analisis statistik dengan menggunakan uji *chi-square* menunjukkan nilai $p= 0,193 > (=0,05)$ ini berarti tidak ada perbedaan yang signifikan umur Bidan Desa pada desa UCI dan non UCI.

Tingkat Pendidikan

Tingkat Pendidikan P2B lebih banyak pada desa UCI (3,8%) dibandingkan pada desa non UCI (0%). Sedangkan tingkat pendidikan D3/D4 Kebidanan lebih banyak pada Desa non UCI (100%) dibandingkan pada desa UCI (96,2%).

Bidan Desa pada Desa non UCI dan Desa UCI pendidikan Bidan Desa adalah D3 Kebidanan. Hasil analisis statistik dengan menggunakan uji *chi-square* menunjukkan nilai $p= 0,484 > (=0,05)$ ini berarti tidak ada perbedaan yang signifikan pada tingkat pendidikan Bidan Desa pada desa UCI dan non UCI.

Masa Kerja

Masa kerja Bidan Desa pada kategori baru lebih banyak pada Desa non UCI (52,2%) dibandingkan dengan Desa UCI (20,8%). Sedangkan masa kerja lama lebih banyak pada Desa UCI (56,6%) dibandingkan non UCI (47,8%).

Bidan Desa pada Desa non UCI memiliki masa kerja baru sedangkan pada Desa UCI, Bidan Desa memiliki masa kerja yang lama. Hasil analisis statistik dengan menggunakan uji *chi-square* menunjukkan nilai $p= 0,014 < (=0,05)$ ini berarti ada perbedaan yang signifikan pada masa kerja Bidan Desa pada desa UCI dan non UCI.

Status Kepegawaian

Status kepegawaian PTT lebih banyak pada Desa non UCI (78,3%) dibandingkan pada Desa UCI

(37,7%). Sedangkan status kepegawaian PNS lebih banyak pada Desa UCI (62,3%) dibandingkan pada Desa non UCI (21,7%).

Bidan Desa pada Desa non UCI memiliki status kepegawaian PTT sedangkan Bidan Desa pada Desa UCI memiliki status kepegawaian PNS. Hasil analisis statistik dengan menggunakan uji *chi-square* menunjukkan nilai $p = 0,03 < (=0,05)$ ini berarti ada perbedaan yang signifikan pada status kepegawaian Bidan Desa pada desa UCI dan non UCI.

Pelatihan

Kegiatan pelatihan Bidan Desa lebih banyak pada Desa non UCI (52,2%). dibandingkan pada Desa UCI (45,3%). Sedangkan yang tidak pernah mengikuti kegiatan pelatihan lebih banyak pada Desa UCI (54,7%) dibandingkan pada Desa non UCI (47,8%).

Bidan Desa pada Desa non UCI dan Desa UCI pernah mengikuti kegiatan pelatihan tentang imunisasi. Hasil analisis statistik dengan menggunakan uji *chi-square* menunjukkan nilai $p = 0,762 < (=0,05)$ ini berarti tidak ada perbedaan yang signifikan pada kegiatan pelatihan Bidan Desa pada desa UCI dan non UCI.

Tugas Rangkap

Tugas rangkap >1 program lebih banyak pada Desa non UCI (73,9%) dibandingkan pada Desa UCI (39,6%). Sedangkan pada tugas rangkap 1 program lebih banyak pada Desa UCI (60,4 %) dibandingkan pada Desa non UCI (26,1%).

Bidan Desa pada Desa non UCI mempunyai tugas rangkap yaitu lebih dari 1 program sedangkan Bidan Desa pada Desa UCI hanya memegang 2 program saja. Hasil analisis statistik dengan menggunakan uji *chi-square* menunjukkan nilai $p = 0,013 < (=0,05)$ ini berarti ada perbedaan yang signifikan pada tugas rangkap Bidan Desa pada desa UCI dan non UCI.

Tabel 1. Perbedaan Karakteristik Bidan Desa pada Desa UCI dan non UCI di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan tahun 2013

Karakteristik Petugas	Status Desa			
	UCI	%	Non UCI	%
Umur				
Tua (>35 tahun)	31	59%	9	39%
Muda (≤ 35 tahun)	22	41%	14	61%

Status Kepegawaian				
P2B	2	2%	0	0%
D3/D4Kebidanan	51	96,2%	23	100%
Lama Masa Kerja				
Baru	11	20,8%	12	52,2%
Lama	42	79,2%	11	47,8%
Status Kepegawaian				
PTT	20	38%	18	78%
PNS	33	62%	5	22%
Kegiatan Pelatihan				
Tidak Pernah	29	55%	11	48%
Pernah	24	45%	12	52%
Tugas Rangkap				
>1 Program	21	39,6%	17	74%
1 Program	32	60,4%	6	26%

Tingkat Pengetahuan

Tingkat pengetahuan kurang lebih banyak pada Desa non UCI (53,8%) dibandingkan Desa UCI (46,2%). Sedangkan tingkat pengetahuan baik lebih banyak pada Desa UCI (82%) dibandingkan Desa non UCI (18%).

Tabel 2. Perbedaan Tingkat Pengetahuan Bidan Desa pada desa UCI dan non UCI di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan tahun 2013

Status Desa	Tingkat Pengetahuan		Total
	Kurang	Baik	
Non UCI	14 (53,8%)	9 (18%)	23 (100%)
UCI	12 (46,2%)	41 (82%)	53 (100%)
TOTAL	26 (34,2%)	50 (65,8%)	76 (100%)

Bidan Desa pada Desa non UCI mempunyai tingkat pengetahuan yang kurang baik sedangkan Bidan Desa pada Desa UCI mempunyai tingkat pengetahuan yang baik. Hasil analisis statistik dengan menggunakan uji *chi-square* menunjukkan nilai $p = 0,003 < (=0,05)$ ini berarti ada perbedaan yang signifikan tingkat pengetahuan Bidan Desa pada desa UCI dan non UCI.

Sikap

Sikap dengan kategori kurang lebih banyak pada Desa non UCI (30,4%) dibandingkan pada Desa UCI (15,1%). Sedangkan sikap dengan kategori baik lebih banyak pada Desa UCI (84,9%) dibandingkan pada Desa non UCI (69,6%).

Tabel 3. Perbedaan Sikap Bidan Desa pada desa UCI dan non UCI di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan tahun 2013

Status Desa	Sikap		Total
	Kurang	Baik	
Non UCI	7 (30,4%)	16 (69,6%)	23 (100%)
UCI	8 (15,1%)	45 (84,9%)	53 (100%)
TOTAL	15 (19,7%)	61 (80,3%)	76 (100%)

Bidan Desa pada Desa non UCI dan Desa UCI memiliki sikap yang baik. Hasil analisis statistik dengan menggunakan uji *chi-square* menunjukkan nilai $p = 0,219 > (\alpha = 0,05)$ ini berarti tidak ada perbedaan yang signifikan sikap Bidan Desa pada desa UCI dan non UCI.

Tindakan

Tindakan dengan kategori kurang lebih banyak pada Desa non UCI (43,5%) dibandingkan pada Desa UCI (15,1%). Sedangkan pada kategori baik lebih banyak pada Desa UCI (84,9%) dibandingkan pada Desa non UCI (56,5%).

Tabel 4. Perbedaan Tindakan Bidan Desa pada desa UCI dan non UCI di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan tahun 2013

Status Desa	Tindakan		Total
	Kurang	Baik	
Non UCI	10 (43,5%)	13 (56,5%)	23 (100%)
UCI	8 (15,1%)	45 (84,9%)	53 (100%)
TOTAL	18 (23,7%)	58 (76,3%)	76 (100%)

Bidan Desa pada Desa non UCI mempunyai tindakan yang kurang baik sedangkan Bidan Desa pada Desa UCI mempunyai tindakan yang baik. Hasil analisis statistik dengan menggunakan uji *chi-square* menunjukkan nilai $p = 0,017 < (\alpha = 0,05)$ ini berarti ada perbedaan yang signifikan tindakan Bidan Desa pada desa UCI dan non UCI.

Perilaku

Perilaku dengan kategori kurang lebih banyak pada Desa non UCI (17,4%) dibandingkan pada Desa UCI (1,9%). Sedangkan pada kategori baik lebih

banyak pada Desa UCI (98,1%) dibandingkan pada Desa non UCI (82,6%).

Tabel 5. Perbedaan Perilaku Bidan Desa pada desa UCI dan non UCI di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan tahun 2013

Status Desa	Perilaku		Total
	Kurang	Baik	
Non UCI	4 (17,4%)	19 (82,6%)	23 (100%)
UCI	1 (1,9%)	52 (98,1%)	53 (100%)
TOTAL	5 (6,6%)	71 (93,4%)	76 (100%)

Bidan Desa pada Desa non UCI lebih banyak mempunyai perilaku yang kurang sedangkan Bidan Desa pada Desa UCI lebih sedikit mempunyai perilaku yang kurang baik. Hasil analisis statistik dengan menggunakan uji *chi-square* menunjukkan nilai $p = 0,027 < (\alpha = 0,05)$ ini berarti ada perbedaan yang signifikan perilaku Bidan Desa pada desa UCI dan non UCI.

PEMBAHASAN

Tidak adanya perbedaan antara umur Bidan Desa pada Desa UCI dan non UCI dikarenakan pada kedua Desa tersebut memiliki Bidan Desa pada kriteria umur tua dan muda. Sifat umur manusia adalah dinamis, semakin bertambah usia manusia ada kemungkinan produktivitas manusia itu menurun. Menurut Robbins (1999), hubungan usia dengan produktivitas kerja berbentuk parabola, merosot selama usia setengah baya dan naik lagi pada tahun berikutnya. Usia adalah umur seseorang yang dapat dihitung dari semenjak lahir sampai dengan batas akhir hidup seseorang. Dalam beberapa hal, usia memang sangat mempengaruhi seseorang untuk berperilaku semisal dalam berperilaku untuk merokok pada usia muda.

Menurut Mardiah (2011), Usia bidan sudah tua namun ilmu pengetahuan yang dimilikinya hanya sebatas pendidikan yang didapatnya sewaktu sekolah dulu, meskipun bidan sudah berusia tua, tapi belum pernah mengikuti pelatihan maka kinerjanya tidak akan sebaik bidan yang pernah mengikuti pelatihan.

Tidak terdapatnya perbedaan antara tingkat pendidikan Bidan Desa pada desa UCI dan non UCI disebabkan karena pada kedua Desa, pendidikan yang dimiliki oleh Bidan desa adalah sama, yaitu D3

kebidanan. Pendidikan tidak selamanya selalu berdampak pada pengambilan keputusan dalam berperilaku, dimana masih banyak faktor selain pendidikan seseorang yang mendasari seseorang untuk berperilaku seperti faktor lingkungan sekitar (Festingen, 2008).

Pendidikan merupakan penuntun manusia untuk berbuat dan mengisi kehidupan yang dapat digunakan untuk mendapatkan informasi, sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup. Pada desa UCI dan non UCI, rata-rata dari seluruh Bidan Desa mempunyai tingkat pendidikan D3 Kebidanan. Azwar (2005) menyebutkan bahwa pendidikan merupakan kegiatan yang dilakukan untuk mendapatkan pengetahuan, keterampilan, dan sikap seseorang. Pendidikan formal akan memberikan kita mengenai dasar – dasar pengetahuan, informasi terkini, teori, logika, dan kemampuan.

Program pendidikan dan pelatihan adalah suatu acuan pegangan sumber dan modal dasar dalam rangka melaksanakan perannya dalam sebuah institusi atau organisasi. Seseorang harus berpendidikan terlebih dahulu terhadap stimulan yang berupa materi diluarnya, sehingga menimbulkan pengetahuan baru pada orang tersebut dan selanjutnya menimbulkan respon batin dalam bentuk sikap dan ketrampilan seseorang terhadap hasil pemeriksaan apapun (Kustono, 2005).

Menurut Notoatmodjo (2003), bahwa pendidikan biasanya akan menentukan tingkat pengetahuan seseorang, paling tidak kemampuan berpikir seseorang dengan pendidikan tinggi akan lebih luas. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan langgeng dari pada yang tidak didasari oleh pengetahuan.

Masa kerja menggambarkan pengalaman seseorang dalam menguasai bidang tugasnya. Pada umumnya petugas dengan pengalaman kerja yang banyak tidak memerlukan banyak bimbingan dibandingkan dengan petugas yang pengalaman kerjanya sedikit. Adanya perbedaan lama masa kerja Bidan Desa pada desa UCI dan non UCI dikarenakan pada Desa non UCI masa kerja Bidan Desa masih tergolong pada kategori baru, sedangkan pada Desa UCI masa kerja Bidan Desa berada pada kategori lama. Hal ini selaras dengan penelitian Hariman (1998) dalam penelitiannya yang menyatakan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara lama masa

kerja dengan kinerja kepala puskesmas dalam menurunkan angka kematian ibu. Penelitian yang dilakukan Elitha (2003) juga menemukan hubungan yang bermakna antara masa kerja dengan tingkat penampilan kinerja Bidan. Menurut Ranupandoyo dan Husnan (2005), yang menyatakan semakin lama seseorang bekerja pada suatu organisasi, maka ia akan semakin berpengalaman sehingga memiliki kecakapan kerja yang semakin baik.

Masa kerja menggambarkan pengalaman seseorang dalam menguasai bidang tugasnya. Pada umumnya petugas dengan pengalaman kerja yang banyak tidak memerlukan banyak bimbingan dibandingkan dengan petugas yang pengalaman kerjanya sedikit. Masa kerja dapat mempengaruhi tenaga kerja baik positif maupun negatif. Memberikan pengaruh positif terhadap tenaga kerja apabila dengan seseorang lamanya bekerja maka akan semakin berpengalaman dalam melakukan tugasnya. Sebaliknya akan memberikan pengaruh negatif apabila semakin lamanya seseorang bekerja akan menimbulkan kebosanan. Semakin lama seseorang bekerja pada suatu organisasi, maka ia akan semakin berpengalaman sehingga memiliki kecakapan kerja yang semakin baik.

Sebagian Bidan Desa pada Desa UCI mempunyai masa kerja pada kategori lama. Anderson (2004) makin lama masa kerja seseorang maka semakin terampil petugas tersebut. Biasanya seseorang yang sudah lama bekerja pada bidang tugas yang dimiliki, maka semakin mudah untuk memahami tugas dan tanggung jawab sehingga memberi peluang untuk meningkatkan prestasi serta terampil dalam melakukan pekerjaan. Menurut Gagne (2002), pengalaman merupakan akumulasi proses belajar yang dialami oleh seseorang yang kemudian akan mempengaruhi pertimbangan dirinya dalam menerima ide baru. Semakin lama seorang petugas kesehatan berada dalam lingkungan wilayah sasaran, semakin banyak yang dilihat, didengar dan dirasakan. Menurut Siagian (2003), menyatakan bahwa pengalaman adalah keseluruhan pelajaran yang dipetik seseorang dari peristiwa-peristiwa yang dilalui dalam perjalanan hidupnya. Bertitik tolak dari pengertian tersebut memberitahukan kepada kita pengalaman seseorang sejak kecil turut membentuk perilaku dan kepribadian orang yang bersangkutan dalam kehidupan organisasi. Perubahan perilaku dapat disebabkan karena proses pendewasaan (*maturation*). Melalui pengalaman, individu yang bersangkutan telah melakukan adaptasi perilaku terhadap lingkungan.

Di Indonesia bidan yang bertugas dapat dibedakan menjadi dua yaitu Bidan Pegawai Tetap (PTT) yang biasanya ditugaskan di desa-desa dan Bidan Pegawai Negeri Sipil (PNS) yang bertugas di Puskesmas atau Rumah Sakit.

Adanya perbedaan status kepegawaian pada desa UCI dan non UCI dikarenakan pada Desa non UCI status kepegawaian Bidan Desa adalah PTT, sedangkan pada Desa UCI status kepegawaian Bidan Desa adalah PNS. Hasil penelitian ini sesuai dengan pendapat yang menyatakan bahwa status kepegawaian petugas dapat berpengaruh terhadap tanggung jawab tugas yang diembannya. Hal ini berkaitan dengan sanksi yang jelas baginya. Pegawai negeri adalah mereka yang memenuhi syarat yang ditentukan dalam peraturan perundang-undangan yang berlaku. Seorang petugas dengan status pegawai negeri atau karyawan tetap kemungkinan akan lebih dapat berkonsentrasi dan bertanggung jawab (Siswanto, 2003).

Sebagian Bidan Desa pada Desa UCI mempunyai status kepegawaian PNS. Pada dasarnya institusi harus menggunakan personel (Bidan Desa) yang dipekerjakan oleh atau dibawah kontrak institusi (PNS). Karena itu ketika personel kontrak, institusi harus memastikan bahwa petugas tersebut diawasi dan kompeten serta bekerja sesuai dengan sistem (Anwar, 2000).

Tidak adanya perbedaan antara kegiatan pelatihan Bidan Desa pada Desa UCI dan non UCI tidak selaras dengan penelitian (Agus, 2012). Hal ini dikarenakan pada desa UCI dan non UCI sebagian besar Bidan desa, sudah pernah mendapatkan sosialisasi tentang imunisasi. Keikutsertaan dan lamanya petugas dalam mengikuti beberapa diklat akan mempengaruhi pengetahuan dan ketrampilannya. Pelaksanaan pendidikan dan pelatihan-pelatihan pada pertimbangan-pertimbangan waktu pelaksanaan. Diasumsikan jika jumlah dan mutu kemampuan yang hendak dipelajari dalam pelatihan tersebut lebih banyak waktunya maka akan semakin tinggi mutu hasilnya (Hemalik, 2000).

Pelatihan kerja diselenggarakan dan diarahkan untuk membekali, meningkatkan dan mengembangkan ketrampilan atau keahlian kerja guna meningkatkan kemampuan produktivitas dan kesejahteraan tenaga kerja. Pelatihan kerja diselenggarakan berdasarkan program pelatihan yang mengacu pada standar kualifikasi ketrampilan atau keahlian yang pelaksanaannya dilakukan secara berjenjang dan berlanjut. Pelatihan kerja yang merupakan hak setiap pekerja dalam rangka

meningkatkan dan mengembangkan ketrampilan serta keahlian sesuai bakat, minat dan kemampuannya diselenggarakan oleh lembaga pelatihan pemerintah (Siswanto, 2003). Tujuan dilakukannya pelatihan adalah untuk mengurangi jarak antara kecakapan dan kemampuan bidan dengan tugas dalam jabatannya serta untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas kerja dalam mencapai sasaran yang telah ditetapkan.

Adanya perbedaan tugas rangkap Bidan Desa pada Desa UCI dan non UCI dikarenakan pada Desa non UCI Bidan Desa memegang >1 program di Puskesmas, sedangkan pada Desa UCI Bidan Desa hanya memegang 1 program di Puskesmas. Seorang pekerja akan disibukkan

dengan pekerjaannya, sehingga terkadang akan lupa dengan tanggung jawab lainnya. Berdasarkan teori yang dikemukakan Ruhimat (2000) beban kerja sangat berpengaruh terhadap kinerja individu dalam melaksanakan pekerjaan yang dilakukan, beban kerja tidak hanya dilihat dari beban fisik semata akan tetapi beban kerja juga bisa berupa beban mental. Tugas yang cukup banyak untuk bidan desa membawa akibat yang tidak diinginkan oleh jajaran kesehatan yaitu terbelengkalainya program-program kesehatan terutama yang berhubungan penurunan angka kematian ibu dan bayi.

Beban kerja Bidan Desa disebabkan karena beban kerja yang tidak berhubungan langsung dengan tugas pokok dan fungsinya sebagai Bidan Desa mengalami kejenuhan, terutama tugas-tugas yang bersifat administratif sehingga berdampak kepada angka cakupan UCI. Seorang tenaga kerja memiliki kemampuan tersendiri dalam hubungannya dengan beban kerja. Ada diantara dari petugas lebih cocok untuk beban fisik dan mental. n.persamaan yang umum, petugas hanya mampu memikul beban kerja sampai batas tertentu. Bahkan ada beban yang dirasa optimal bagi petugas sehingga penempatan petugas yang tepat pada pekerjaan yang tepat mempengaruhi kinerja petugas. Menurut Mangkuprawira (2002) bahwa pelatihan merupakan sebuah proses mengajarkan pengetahuan dan keahlian tertentu serta sikap agar karyawan semakin terampil dan mampu melaksanakan tanggung jawabnya dengan semakin baik, sesuai dengan standart.

Laporan-laporan yang dibuat oleh bidan desa adalah laporan bulanan (LB3) KIA, laporan bulanan (LB3) KB, cakupan PWS, kinerja, laporan kegiatan bidan desa, laporan persalinan, laporan kematian ibu dan balita, laporan Posyandu, Diare dan ISPA. Sebagian besar Bidan Desa pada desa non UCI

memegang lebih dari 1 program yang dijalankan. Apabila melihat kondisi di lapangan diketahui tugas rangkap yang tidak berhubungan dengan tugas pokok dan fungsinya sebagai bidan desa cukup berat, hal tersebut dimungkinkan karena dalam satu desa hanya ada satu petugas kesehatan, sedangkan kegiatan-kegiatan yang harus Bidan Desa ikuti tidak dapat diwakilkan.

Adanya perbedaan tingkat pengetahuan Bidan Desa pada Desa UCI dan non UCI dikarenakan tingkat pengetahuan pada kategori baik lebih banyak terdapat pada Bidan desa UCI dibandingkan Bidan desa non UCI. Menurut Notoatmodjo (2003), perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih baik dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Semakin tinggi tingkat pengetahuan seseorang maka semakin tahu tentang pentingnya kepemilikan rumah sehat untuk menunjang kehidupan dan kesehatan keluarga.

Pengetahuan seseorang memiliki pengaruh terhadap perilaku seseorang. Adopsi penerimaan perilaku baru yang didasari dengan pengetahuan dan kesadaran yang positif akan bersifat langgeng (*long lasting*), sebaliknya apabila perilaku itu tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran maka tidak akan berlangsung lama. Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui pancaindra manusia yaitu indra penglihatan, pendengaran, penciuman rasa dan raba (Notoatmodjo, 2012).

Tidak adanya perbedaan sikap Bidan Desa pada Desa UCI dan non UCI disebabkan karena sikap Bidan Desa sebagian besar berada pada kategori baik. Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Manifestasi sikap tidak dapat langsung dilihat tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku tertutup (Notoatmodjo, 2012). Menurut Azwar (2005) sikap merupakan suatu bentuk reaksi dari perasaan, dimana sikap dapat dinyatakan dengan perasaan mendukung atau memihak maupun tidak mendukung atau tidak memihak.

Sikap dapat terbentuk dengan didahului oleh rangsangan atau stimulus dan melewati proses stimulus sehingga dalam penentuan sikap yang utuh, pengetahuan, pikiran, keyakinan dan emosi memegang peranan penting. Bidan desa dapat bersikap baik terhadap pelaksanaan imunisasi setelah memiliki pengetahuan, keyakinan dan emosi dalam

dirinya terhadap akibat yang ditimbulkan (Notoatmodjo,2003).

Menurut Sarwono (2005) dijelaskan bahwa sikap seseorang dapat berubah dengan diperolehnya tambahan informasi tentang objek tersebut, melalui persuasi serta tekanan dari kelompok sosialnya. Seseorang yang telah mengetahui stimulus atau objek kesehatan, kemudian mengadakan penilaian terhadap apa yang diketahui, diharapkan seseorang tersebut dapat melaksanakan apa yang telah diketahui (Notoatmodjo 2012).

Sikap yang baik juga tidak selalu menghasilkan suatu tindakan yang baik pula. Seperti diungkapkan Notoatmodjo (2003), sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, tetapi adalah predisposisi tindakan suatu perilaku. Sikap masih merupakan respon tertutup dan bukan merupakan reaksi terbuka atau tingkah laku terbuka. Jadi dapat diambil kesimpulan bahwa sikap yang baik belum tentu terwujud dalam suatu tindakan yang baik pula.

Adanya perbedaan tindakan Bidan Desa tentang pelaksanaan imunisasi di desa UCI dan nonUCI dikarenakan tindakan Bidan Desa yang memiliki tindakan pada kategori baik lebih banyak pada desa UCI dibandingkan desa non UCI.

Seseorang yang telah mengetahui stimulus atau obyek kesehatan, kemudian mengadakan penilaian atau pendapat terhadap apa yang diketahui, proses selanjutnya diharapkan akan melaksanakan atau mempraktekkan apa yang dinilai baik (Notoatmodjo, 2003). Bidan desa yang telah mengetahui tentang UCI dan telah melakukan penilaian, maka kemudian akan menentukan apakah bidan desa tersebut akan melaksanakan atau tidak.

Adanya perbedaan perilaku Bidan Desa tentang pelaksanaan imunisasi di desa UCI dan nonUCI dikarenakan seseorang yang memiliki tingkat pengetahuan yang baik akan terbentuk perilaku yang baik pula. Hal ini sesuai dengan teori menurut Notoatmodjo (2012) yang menyebutkan bahwa salah satu terbentuknya perilaku seseorang dikarekan oleh pengetahuan seseorang mengenai suatu subyek. Pengetahuan merupakan salah satu faktor predisposisi atau faktor pencetus seseorang untuk berperilaku. Pengetahuan dengan perilaku seseorang didapatkan hasil bahwa perilaku yang dilakukan dengan dasar pengetahuan akan lebih bertahan lama dibandingkan dengan perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan atau atas dasar keterpaksaan. Konsep pengetahuan,

sikap, niat dan perilaku dalam kaitannya dengan suatu kegiatan yang berkaitan dengan hal tersebut. Niat untuk melakukan suatu kegiatan akan menjadi tindakan apabila mendapat dukungan sosial dan tersedianya fasilitas. Kegiatan tersebut yang dinamakan perilaku.

Perilaku kerja yang ditunjukkan karyawan sesungguhnya merupakan gambaran atau cerminan sikap seseorang, apabila sikap tersebut positif dan dikembangkan sejak awal oleh individu maka perilaku kerja yang ditimbulkan adalah baik, dengan perilaku kerja yang positif mewujudkan kinerja yang tinggi bukan pekerjaan yang susah. Perilaku seseorang sangat dipengaruhi dan ditentukan oleh beberapa faktor baik faktor dari dalam maupun faktor dari luar. Menurut Notoatmodjo (2012), determinan perilaku dipengaruhi dengan adanya niat, dukungan, terjangkaunya informasi, adanya kebebasan pribadi dan adanya kondisi yang memungkinkan.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Dari penelitian yang telah dilakukan di Wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan, maka diperoleh kesimpulan sebagai berikut : Terdapat perbedaan yang signifikan pada beberapa variabel diantaranya variabel lama masa kerja, status kepegawaian, tugas rangkap, tingkat pengetahuan, tindakan dan perilaku Bidan Desa pada desa UCI dan non UCI. Tidak ada perbedaan yang signifikan pada beberapa variabel diantaranya umur, tingkat pendidikan, kegiatan pelatihan serta sikap Bidan Desa pada desa UCI dan non UCI.

Saran

Adanya perbedaan yang signifikan pada beberapa variabel diantaranya variabel lama masa kerja, status kepegawaian, tugas rangkap, tingkat pengetahuan, tindakan dan perilaku Bidan Desa pada desa UCI dan non UCI, maka diberikan saran sebagai berikut : Pada Desa non UCI sebaiknya ditempatkan tenaga kesehatan yang terlatih dan mempunyai masa kerja yang lama. Pada Desa non UCI sebaiknya ditempatkan tenaga kesehatan yang memiliki status kepegawaian yang tetap (PNS). Pada Desa non UCI sebaiknya tugas rangkap yang diberikan dikurangi. Beban kerja yang diberikan disesuaikan dengan wewenang Bidan. Pada Desa non UCI peningkatkan pengetahuan dan ketrampilan petugas melalui sosialisasi dan pelatihan.

REFERENSI

- Agus, Kholik. 2012. *Karakteristik Petugas Mikroskopis Tuberkulosis Paru Puskesmas yang Berhubungan dengan Angka Kesalahan Laboratorium*. Skripsi, Surabaya: Universitas Airlangga.
- Anderson, Robert. (2004). *Unified Threat Management New Opportunities for Enterprise Security*.
- Anwar Hadi. 2000. *Sistem Manajemen Mutu Laboratorium*. Jakarta Percetakan PT SUN
- Azwar, Saifuddin. 2005. *Sikap Manusia: Teori dan Pengukurannya*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Depkes RI. 2006. *Profil Kesehatan Indonesia tahun 2006*. Dalam <http://www.depkes.go.id> (sitasi tanggal 12 Desember 2012).
- Depkes RI. 2011. *Profil Statistik Kesehatan Indonesia tahun 2011*. Dalam <http://www.depkes.go.id> (sitasi tanggal 12 Desember 2012).
- Dinkes Kabupaten Pasuruan. 2012. *Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan*. Pasuruan : Dinkes Kabupaten Pasuruan.
- Elitha, Fauziah. 2003. *Hubungan Faktor Individu, Motivasi, Sosial-Budaya dan Penunjang Kegiatan dalam Penampilan Kerja Bidan di Desa Jawa*. Tesis, Depok; Universitas Indonesia.
- Festingen L. 2008. *Cognitif Disonance Theory*. New Jersey.
- Gagne, Mills R. 2002. *The Conditions of Learning*. Yale.
- Hariman. 1998. *Faktor-faktor yang berhubungan dengan Prestasi Kerja Tenaga Pelaksana Kerja KIA Puskesmas Kabupaten Nias*. Tesis. Depok ; Universitas Indonesia.
- Hemalik, Oemar. (2000). *Proses Belajar Mengajar*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Kemenkes RI. 2010. *Gerakan Akselerasi Imunisasi Nasional Universal Child Immunization 2010-2014*. Jakarta
- Kustono A.S. 2005. *Pengaruh Jender dan Lokus Kendali terhadap Kinerja Karyawan Perguruan Tinggi*. Jember : Unej.
- Litbangkes RI. 2010 . *Laporan Nasional RISKESDAS Tahun 2010*. Jakarta.
- Mangkuprawira, Tb. Sjafrri, 2002. *Manajemen Sumber Daya Manusia Strategik*. Jakarta : Ghalia.
- Mardiah. 2011. *Faktor Yang Berhubungan Dengan Kinerja Bidan Desa dalam Menukung Program Inisiasi Menyusui Dini (IMD) di*

- Kota Pekanbaru Tahun 2011*. Skripsi, Padang : UNAND.
- Notoatmodjo, S. 2003. *Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta : PT. Rineka Cipta
- Notoatmodjo, S. 2012. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan (Edisi Revisi)*. Jakarta : Rineka Cipta
- Ranupandoyo, H. Dan Husnan Saud. 2005. *Manajemen Personalia Edisi ke-4*. BPFE : Yogyakarta.
- Robbins, Stephen P Mary Coulter. 1999. *Management Prentice Hall Inc*. New Jersey.
- Ruhimat M. (2000). *Mobilitas Tenaga Kerja Indonesia dalam Era Globalisasi*.
- Sarwono P. 2005. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka.
- Siagian Sondang. 2003. *Teori Motivasi dan Aplikasinya*. Bina Aksara : Jakarta.
- Siswanto Satrohadiwiryono. 2003. *Manajemen Tenaga Kerja Indonesia*. Jakarta : PT Bumi Aksara.
- WHO.2008. *Global Immunization Coverage*, dalam http://www/who/int/immunization_monitoring/data/en/.com (sitasi 23november 2012)