

**ANALISIS FAKTOR PEMANFAATAN POLINDES
MENURUT KONSEP MODEL PERILAKU KESEHATAN "ANDERSON"
(Analisis Lanjut Data RISKESDAS 2007)**

Astridya Paramita* dan Setia Pranata

Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat, Badan Litbangkes
E - mail: astreed_skm@yahoo.co.id

***FACTOR ANALYSIS OF POLINDES UTILIZATION
BASED ON ANDERSON'S HEALTH BEHAVIOR MODEL
(Data RISKESDAS 2007 Advanced Analysis)***

Abstract

The difference between the needs and the demands of the community in urban, villages, islands and isolated areas had caused the difference approach towards health facilities. To fulfil the demands, Pondok Bersalin Desa (Polindes), or village delivery house, as a model which goal was to ease the access to delivery care and to solve the mortality problems, the Polindes utilisation was need to be assessed. This article was a part of the advanced analysis of the secondary data of Basic Health Research Study (Riskesdas) 2007. Analysis technique used in this analysis was chi square and multiple logistic regression to get the pictures of the correlation between the characteristics, social status of house hold and the access to the Polindes towards utilization of the Polindes. The results showed that the utilization of Polindes in Indonesia was still low (under-utilized) due to different reasons, among others not requiring Polindes care. Chi Square test showed that there was correlation between time of travel, the distance to the Polindes, the village classification, expenditure per capita, occupation, education and age of the head of HH towards the utilization of the Polindes. The conclusion of this analysis that Polindes is more appropriate to be built for the group of deprived family, low educated, peasants and fisherman and in villages or isolated areas with less access to the Polindes.

Keywords: *characteristic and social state of household, accessibility to Polindes, Polindes utilization*

Abstrak

Perbedaan kebutuhan dan tuntutan masyarakat di perkotaan, perdesaan, daerah kepulauan dan terpencil menyebabkan perlunya pendekatan dan penyediaan model pelayanan yang berbeda pula. Untuk memenuhi kebutuhan tersebut, Pondok Bersalin di Desa (Polindes), sebagai model yang bertujuan memudahkan akses terhadap pelayanan persalinan dan membantu mengatasi masalah mortalitas, perlu dilihat lagi pemanfaatannya. Tulisan ini adalah artikel yang merupakan bagian dari kajian analisis lanjut data sekunder Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007. Teknik analisis yang digunakan adalah uji *chi square* dan regresi logistik multiple untuk memperoleh gambaran hubungan antara karakteristik, status sosial rumah tangga, dan kemudahan akses Polindes terhadap pemanfaatan Polindes. Hasil kajian menunjukkan pemanfaatan Polindes oleh rumah tangga di Indonesia masih rendah dengan alasan tidak butuh pelayanan Polindes. Uji *Chi Square*

Submit : 15-10-2012 Review : 19-11-2012 Review : 20-11-2012 revisi : 25-04-2013

menunjukkan terdapat hubungan bermakna antara jarak tempuh, waktu tempuh, klasifikasi desa, pengeluaran per kapita, pekerjaan, pendidikan, dan umur kepala rumah tangga terhadap pemanfaatan Polindes. Hasil uji regresi logistik multiple menunjukkan adanya kecenderungan pemanfaatan Polindes oleh rumah tangga berdasarkan jarak tempuh, waktu tempuh, klasifikasi desa, pengeluaran per kapita, pekerjaan, pendidikan dan umur kepala rumah tangga. Kesimpulan yang dapat diambil dari tulisan ini adalah Polindes lebih tepat didesain untuk kelompok rumah tangga pra sejahtera, berpendidikan rendah, bermata pencaharian petani atau nelayan, dan berlokasi di pedesaan atau daerah terpencil dengan keterbatasan alat transportasi.

Kata kunci: karakteristik dan status sosial rumah tangga, aksesibilitas Polindes, pemanfaatan Polindes

PENDAHULUAN

Di awal perkembangan Puskesmas sebagai wujud *Basic Health Services* bagi masyarakat, yang dicanangkan WHO pada tahun 1970-an, pemerintah sudah menyadari tentang pentingnya Peran Serta Masyarakat (PSM) karena faktor lokasi, ekonomi dan psikososial yang mengakibatkan jangkauan pelayanan Puskesmas di kecamatan belum memadai. Departemen Kesehatan kemudian merintis usaha untuk mengembangkan kegiatan partisipasi masyarakat yang disebut dengan Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa atau PKMD.¹

Pada perkembangannya PKMD dinyatakan sebagai pendekatan untuk mencapai tujuan jangka panjang pembangunan kesehatan nasional. Saat ini PKMD telah berkembang menjadi suatu gerakan yang dikenal dengan nama Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat atau UKBM.^{2, 3, 4} Banyak kegiatan kesehatan masyarakat yang dinilai merupakan perwujudan pendekatan UKBM. Salah satu program kesehatan yang menggunakan pendekatan UKBM yang mengutamakan peran serta masyarakat adalah Posyandu. Kegiatan Posyandu lebih menekankan upaya preventif dan promotif. Setelah itu untuk memenuhi kebutuhan masyarakat mengenal dan mengobati penyakit sederhana dibentuklah Pos Obat Desa (POD). Guna

memberikan lapangan pekerjaan saat krisis moneter, POD dikembangkan menjadi Warung Obat Desa (WOD).⁵

Pendekatan UKBM juga digunakan untuk membantu mengatasi masalah mortalitas khususnya yang banyak terjadi pada ibu dan anak. Bentuknya adalah dengan mengembangkan program bidan disetiap desa yang bertujuan untuk memudahkan akses masyarakat terhadap pelayanan persalinan di desa. Kegiatan ini pada awalnya dicanangkan oleh Presiden RI pada bulan Mei 1988 sebagai gerakan *safe-motherhood*.

Untuk menunjang gerakan tersebut, upaya yang dilakukan adalah menghasilkan secara besar-besaran tenaga kesehatan bidan. Secara teknis, semua bidan harus menguasai kebidanan klinik dan harus mengetahui ilmu kemasyarakatan. Penguasaan terhadap kedua hal tersebut penting mengingat tujuan utama dari pendayagunaan bidan desa adalah untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan sebagai upaya menurunkan angka kematian ibu, bayi, balita dan angka kelahiran, serta meningkatkan kesadaran masyarakat untuk berperilaku hidup sehat.⁶

Sasaran penempatan bidan desa ditetapkan berdasarkan prioritas daerah. Ini tentunya akan disesuaikan dengan sumber daya, situasi dan kondisi daerah setempat. Biasanya, penentuan penempatan bidan desa

sasaran diusulkan oleh Dinas Kesehatan dengan beberapa pertimbangan seperti adanya kasus kematian ibu, bayi dan anak balita yang tinggi, mempunyai kasus kelahiran bayi yang tinggi dan lokasi yang terletak jauh dari jangkauan pelayanan Puskesmas dan rumah sakit. Kemudian dengan ditetapkan oleh Surat Keputusan Bupati sebagai kepala daerah, desa dengan kriteria tersebut di atas akan diberi/ditempatkan seorang bidan desa.

Diketahui bahwa tidak semua bidan berkenan menetap di desa yang menjadi wilayah kerjanya sehingga tidak setiap masyarakat dapat akses terhadap pertolongan bidan.⁷ Adanya fasilitas dari pemerintah dan bantuan masyarakat, diharapkan dapat dibangun pondok bersalin di desa (Polindes) yang menjadi tempat bidan desa memberikan pelayanan pertolongan persalinan yang adekuat kepada masyarakat desa sehingga dapat menurunkan angka kematian ibu dan bayi (AKI dan AKB). Kontribusi keberadaan Polindes dalam meningkatkan cakupan dan pelayanan kesehatan ibu dan anak cukup besar, namun belum diimbangi dengan menurunnya AKI. Dari data yang ada menunjukkan bahwa jumlah Polindes sampai dengan tahun 2003 mencapai 25.723 dengan rincian 70% merupakan Polindes pratama dan madya. Untuk saat ini jumlah tersebut diperkirakan masih belum bertambah banyak.⁴

Hasil penelitian Suripto tentang pemanfaatan Polindes sebagai sarana pelayanan kesehatan ibu dan anak di Kabupaten Sukabumi menyebutkan bahwa sebagian besar masyarakat sudah mengetahui tentang Polindes dan sarana tersebut dibutuhkan masyarakat, namun belum ditunjang perilaku pemanfaatan Polindes, walaupun lokasi Polindes dapat dijangkau oleh masyarakat, serta biaya yang mudah dijangkau.⁸ Sehubungan dengan hasil tersebut disarankan dilakukannya penelitian lebih lanjut mengenai faktor-faktor yang berpengaruh terhadap pemanfaatan Polindes.⁸

Sebuah kajian tentang pemanfaatan Polindes berparadigma manajemen pemasaran membuktikan bahwa bauran pemasaran (fasilitas, pelayanan, lokasi, harga, produk), lingkungan dan karakteristik individu memiliki pengaruh terhadap keputusan konsumen untuk memanfaatkan Polindes.⁹ Tulisan ini bermaksud memberikan gambaran pemanfaatan Polindes dari sisi yang berbeda yaitu dari sisi individu sebagai sasaran pelanggan Polindes dengan menggunakan model perilaku kesehatan yang dikembangkan oleh Anderson, dan secara khusus akan memaparkan hubungan pemanfaatan pelayanan Polindes dengan karakteristik, status sosial-ekonomi rumah tangga dan akses terhadap Polindes. Studi yang dilakukan Soemantri mengidentifikasi bahwa budaya, status sosial-ekonomi yang rendah dan faktor geografis berpengaruh terhadap kemauan dan kemampuan untuk akses ke tempat pelayanan kesehatan.¹⁰

Model perilaku kesehatan "Anderson" menggambarkan suatu sekuensi determinan individu terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh keluarga. Ada tiga hal yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh keluarga, antara lain: 1) predisposisi keluarga untuk memanfaatkan jasa pelayanan kesehatan, 2) kemampuan keluarga untuk memanfaatkan jasa pelayanan kesehatan, dan 3) kebutuhan keluarga terhadap jasa pelayanan kesehatan tersebut.

Komponen pertama yaitu komponen predisposisi keluarga adalah karakteristik rumah tangga dan terdapat kecenderungan yang berbeda dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan berdasarkan karakteristik rumah tangga. Komponen kedua adalah kemampuan keluarga untuk memanfaatkan jasa pelayanan kesehatan yaitu kemampuan dari kondisi sosial-ekonomi keluarga yang memungkinkan anggota rumah tangga untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan atau setidaknya-tidaknya siap memanfaatkannya. Jika

komponen predisposisi keluarga dan kemampuan untuk melaksanakan itu ada, maka variasi persepsi terhadap penyakit dan cara menanggapi penyakit akan menentukan seberapa besar orang mempunyai kebutuhan untuk menggunakan pelayanan kesehatan tersebut, yang merupakan komponen ketiga dari konsep determinan pemanfaatan jasa pelayanan kesehatan.

Diharapkan tulisan ini bisa menjadi acuan dalam membuat pendekatan dan penyediaan model pelayanan Polindes sesuai dengan karakteristik rumah tangga, kondisi sosial ekonomi dan geografis daerah.

BAHAN DAN METODE

Tulisan ini merupakan studi *non-reactive* atau *unobtrusive method*, yaitu studi yang tidak memerlukan respon dari responden atau partisipan, atau responden tidak berpartisipasi aktif¹¹ karena merupakan bagian dari kajian analisis lanjut data sekunder Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007.

Oleh karena Polindes juga berfungsi sebagai tempat konsultasi, penyuluhan dan pendidikan kesehatan yang diperuntukkan bagi seluruh masyarakat, bukan hanya untuk ibu hamil dan anak, maka kajian ini sepenuhnya mengikuti populasi dan kerangka sampel kegiatan Riskesdas 2007. Populasi adalah seluruh rumah tangga di Indonesia dengan kerangka sampel yang digunakan (*sampling frame*) dalam Riskesdas adalah kerangka sampel Susenas tahun 2007 dengan jumlah sampel 280.000 RT mencakup seluruh provinsi di Indonesia.¹²

Instrumen dan cara pengumpulan data pada kajian ini sepenuhnya memanfaatkan data sekunder Riskesdas 2007 hasil survei dengan cara wawancara menggunakan instrumen kuesioner terstruktur RKD07.RT dan kuesioner Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) Kor 2007. Disain analisis yang

digunakan adalah potong lintang (*cross sectional*) karena data dalam kegiatan Riskesdas 2007 dan Susenas 2007 dikumpulkan secara bersamaan dalam satu periode waktu tertentu.

Sehubungan dengan pendekatan konseptual yang digunakan untuk menganalisis pemanfaatan UKBM, khususnya pelayanan yang diberikan oleh Polindes, adalah model perilaku kesehatan yang dikembangkan oleh Anderson maka dilakukan pemilahan variabel dari data sekunder Riskesdas 2007. Variabel Riskesdas 2007 yang digunakan menurut komponen model perilaku Anderson yaitu 1) komponen predisposisi (karakteristik rumah tangga): klasifikasi desa, umur kepala rumah tangga, pengeluaran per kapita, pekerjaan, dan pendidikan; 2) komponen kemampuan: jarak tempuh, waktu tempuh, dan ketersediaan angkutan umum; dan 3) komponen kebutuhan: pemanfaatan Polindes.

Teknik analisis data dilakukan secara bertahap yaitu: 1) Analisis Univariat untuk memperoleh gambaran distribusi frekuensi dari setiap variabel independen yang diperkirakan sebagai faktor pengaruh variabel dependen, 2) Analisis Bivariat untuk melihat hubungan dua variabel yaitu variabel independen dan variabel dependen dengan menggunakan Uji *Chi Square*, dan 3) Analisis Multivariat untuk menganalisa dan meramalkan hubungan antara variabel-variabel independen dengan variabel dependen secara bersamaan dengan menggunakan Uji *Multiple Logistic Regression*.

Adapun keterbatasan analisa dari kajian ini adalah ketidakmampuan mengidentifikasi jarak dan waktu tempuh ke Polindes secara khusus karena pertanyaan dalam kuesioner merupakan jarak dan waktu tempuh ke sarana pelayanan kesehatan UKBM terdekat (Posyandu/Poskesdes/Polindes). Pertanyaan jarak dan waktu tempuh dalam kuesioner tidak diperuntukkan khusus akses ke Polindes.

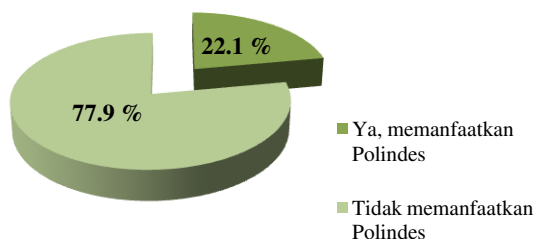
HASIL

Pemanfaatan Polindes

Yang dimaksud Polindes dalam kajian ini adalah tempat dimana bidan desa memberikan pelayanan kesehatan ibu dan anak, pelayanan pemeriksaan kehamilan dan pertolongan persalinan, serta tempat konsultasi, penyuluhan dan pendidikan kesehatan masyarakat dan dukun bayi maupun kader. Dengan demikian Polindes diperuntukkan bagi seluruh warga masyarakat, bukan hanya untuk ibu hamil atau anak.

Data sekunder Riskesdas 2007, pemanfaatan Polindes oleh rumah tangga di Indonesia secara umum masih rendah (22,1%). Berikut deskripsi pemanfaatan Polindes dalam tiga bulan terakhir sebelum pengumpulan data kegiatan Riskesdas 2007:

Distribusi Pemanfaatan Polindes



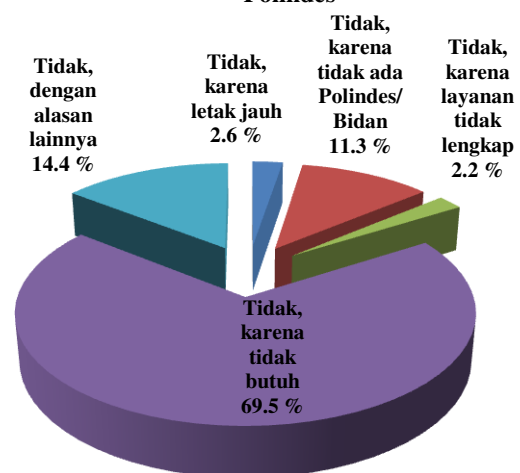
Gambar 1. Distribusi Pemanfaatan Polindes

Menurut provinsi di Indonesia, daerah yang tertinggi dalam pemanfaatan Polindes adalah Sumatera Barat (33,8%) dan yang tidak banyak memanfaatkan adalah Daerah Khusus Ibukota Jakarta (5,8%). Untuk mengetahui mengapa angka tersebut begitu rendah, perlu penelusuran penyebab 77,9% rumah tangga tidak memanfaatkan Polindes.

Gambar 2 menunjukkan bahwa alasan utama yang dikemukakan mengapa tidak memanfaatkan Polindes adalah karena memang tidak butuh (69,5%) dan alasan lainnya

(14,4%). Identifikasi dari kedua alasan ini antara lain karena dalam rumah tangga itu tidak ada balita, tidak ada ibu hamil, tidak ada ibu yang melahirkan dan karena tidak ada anggota rumah tangga yang sakit. Sedangkan alasan lain tidak memanfaatkan Polindes adalah karena memang tidak ada Polindes (11,3%), letak Polindes yang jauh (2,6%) serta layanan yang tidak lengkap (2,2%) .

Distribusi Alasan Tidak Memanfaatkan Polindes



Gambar 2. Distribusi alasan tidak memanfaatkan Polindes

Pemanfaatan Polindes berdasarkan karakteristik

Menurut konsep model perilaku kesehatan oleh Anderson dalam Muzaham (1995), predisposisi dan kemampuan keluarga dinilai sebagai variabel yang berkontribusi terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan.¹³ Dalam tulisan ini, predisposisi diterjemahkan sebagai karakteristik kepala rumah tangga dan kemampuan secara sosial-ekonomi merupakan kondisi yang perlu diperhatikan dalam menganalisis pemanfaatan Polindes. Pemanfaatan pelayanan Polindes (Tabel 1) yang menggambarkan pemanfaatan Polindes dalam tiga bulan terakhir sebelum pengumpulan data kegiatan Riskesdas 2007 menurut karakteristik rumah tangga, status

sosial ekonomi dan tipe lokasi tempat tinggal.

Tabel. 1. Distribusi pemanfaatan polindes menurut karakteristik kepala rumah tangga di Indonesia tahun 2007

Karakteristik kepala rumah tangga	Pemanfaatan polindes	
	Ya	Tidak
Umur :		
≤ 24 tahun	20,6%	79,4%
25-34 tahun	30,8%	69,2%
35-44 tahun	25,7%	74,3%
45-54 tahun	19,3%	80,7%
55-64 tahun	17,4%	82,6%
65-74 tahun	15,8%	84,2%
≥ 75 tahun	14,4%	85,6%
Pendidikan :		
Tidak Sekolah	18,7%	81,3%
Tidak Tamat SD	22,5%	77,5%
Tamat SD	25,0%	75,0%
Tamat SMP	24,7%	75,3%
Tamat SMA	20,0%	80,0%
Tamat Perguruan Tinggi	14,5%	85,5%
Pekerjaan :		
Tidak Kerja	14,5%	85,5%
Pegawai	17,6%	82,4%
Wiraswasta	22,1%	77,9%
Petani/nelayan/buruh	25,6%	74,4%
Lainnya	17,2%	82,8%
Tipe daerah :		
Kota	16,4%	83,6%
Desa	26,4%	73,6%
Pengeluaran rumah tangga per kapita :		
Kuintil 1	24,9%	75,1%
Kuintil 2	24,6%	75,4%
Kuintil 3	23,1%	76,9%
Kuintil 4	21,0%	79,0%
Kuintil 5	17,0%	83,0%

Hasil analisis univariat, Tabel 1, menunjukkan bahwa distribusi frekuensi pemanfaatan Polindes meningkat pada rumah tangga dengan usia kepala keluarga antara 25 – 34 tahun, dan sesudahnya makin menurun. Berdasarkan tingkat pendidikan kepala rumah tangga, mereka yang berpendidikan tamat SD (25,0%) dan SMP (24,7%) adalah yang paling banyak memanfaatkan Polindes. Mereka yang berpendidikan PT (14,5%) adalah kelompok yang paling sedikit dalam memanfaatkan Polindes. Jenis pekerjaan sebagai petani, nelayan dan buruh adalah yang terbanyak memanfaatkan Polindes (25,6%). Persentase pemanfaatan Polindes oleh rumah tangga di perdesaan lebih tinggi (26,4%) dibandingkan dengan di perkotaan yang pemanfaatannya hanya 16,4%. Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita terlihat adanya kecenderungan bahwa semakin tinggi tingkat pengeluaran per kapita maka semakin sedikit yang memanfaatkan pelayanan Polindes. Polindes lebih banyak dimanfaatkan oleh kelompok rumah tangga dengan pengeluaran terendah atau kelompok rumah tangga dengan status sosial ekonomi rendah (kuintil 1) sebesar 24,9%.

Pemanfaatan Polindes berdasarkan jarak, waktu dan ketersediaan angkutan

Jarak dan waktu tempuh serta ketersediaan angkutan menuju tempat pelayanan Polindes adalah beberapa data RISKESDAS 2007 yang tersedia untuk mengetahui kemampuan seseorang memanfaatkan tempat pelayanan tersebut. Perlu diketahui, terdapat suatu kelemahan untuk memberikan penilaian terhadap keakuratan data terkait dengan jarak, waktu tempuh dan ketersediaan angkutan. Keadaan ini terjadi karena dalam kuesioner, pertanyaan tentang hal tersebut merupakan satu pertanyaan antara Polindes, Poskesdes dan Posyandu. Padahal ketiga tempat pelayanan tersebut jelas berbeda, baik dilihat dari konsep dan terutama dari lokasinya. Berikut ini adalah gambaran pemanfa-

atan Polindes menurut jarak tempuh, waktu tempuh dan ketersediaan angkutan umum menuju ke tempat pelayanan tersebut, dengan kelemahan keakuratan data yang ada

Berdasarkan Tabel 2, rumah tangga yang mempunyai jarak tempuh antara 1 – 3 km adalah yang terbanyak memanfaatkan Polindes. Keadaan ini sekilas tampak aneh, mengapa rumah tangga yang mempunyai jarak <1 km lebih sedikit memanfaatkan Polindes (22,3%) dibandingkan dengan yang mempunyai jarak antara 1 – 3 km (23,7%). Tetapi kalau kita lihat alasan mengapa mereka tidak memanfaatkan, tampak bahwa diantara mereka yang mempunyai jarak <1 km memang banyak yang tidak membutuhkan Polindes (54,6%). Sementara kelompok rumah tangga dengan jarak tempuh lebih dari 3 km adalah kelompok yang paling sedikit memanfaatkan pelayanan Polindes.

Selain faktor tidak butuh, dari alasan mengapa tidak memanfaatkan, terlihat bahwa semakin besar jarak semakin besar mereka yang memberi jawaban ”letak jauh”. Hal ini menunjukkan bahwa semakin jauh lokasi pelayanan Polindes maka ada kecenderungan tidak memanfaatkan pelayanan Polindes. Semakin jauh lokasi Polindes maka waktu tempuh lebih lama. Berdasarkan waktu tempuh, mereka yang mempunyai waktu tempuh lebih dari 60 menit ternyata juga kelompok yang paling sedikit memanfaatkan Polindes.

Jika dikaji dari waktu tempuh dan alasan tidak memanfaatkan Polindes adalah ”tidak ada Polindes”, maka makin lama waktu tempuh menuju tempat pelayanan Polindes, makin banyak yang beralasan tidak ada Polindes. Hal tersebut terutama tampak pada daerah tempat tinggal perkotaan sebagaimana tampilan Tabel 3.

Tabel 2. Distribusi pemanfaatan polindes menurut jarak , waktu tempuh dan angkutan umum

Determinan	Pemanfaatan Polindes						Total
	Memanfa- atkan	Tidak Memanfaatkan					
		letak jauh	tidak ada Polindes	Pelaya- nan tidak lengkap	lainnya	tidak butuh	
Jarak Tempuh							
<1km	22,3%	1,5%	8,7%	1,6%	11,3%	54,6%	100,0%
1-3 km	23,7%	5,9%	6,9%	2,8%	10,9%	49,8%	100,0%
>3 km	17,7%	8,6%	12,1%	2,3%	10,8%	48,5%	100,0%
Waktu Tempuh							
< 15 menit	22,3%	1,4%	8,5%	1,6%	11,4%	54,8%	100,0%
15-30	22,6%	4,3%	8,1%	2,1%	10,8%	52,0%	100,0%
31-60	21,6%	13,2%	10,9%	2,1%	10,2%	42,1%	100,0%
>60	17,4%	6,3%	16,4%	2,6%	9,6%	47,6%	100,0%
Angkutan Umum							
Ya	21,6%	1,4%	9,5%	1,7%	11,4%	54,4%	100,0%
Tidak	22,6%	2,6%	8,2%	1,7%	11,1%	53,8%	100,0%

Sumber : Data Riskesdas 2007

Tabel 3. Distribusi alasan tidak memanfaatkan polindes menurut waktu tempuh dan klasifikasi tempat tinggal

Wak- tu	Klasi- fikasi Desa	Alasan Tidak Memanfaatkan Poslindes/Bidan										Total	
		Letak jauh		Tidak ada Polindes/ Bidan		Layanan tidak lengkap		Tidak butuh		Lainnya			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
< 15 menit	Kota	710	0,9	11302	14,9	1513	2,0	53102	70,0	9271	12,2	75898	100
	Desa	2016	2,5	5900	7,3	1697	2,1	57243	71,1	13662	17,0	80518	100
	Total	2726	1,7	17202	11,0	3210	2,1	110345	70,5	22933	14,7	156416	100
15-30 menit	Kota	104	2,1	724	14,8	158	3,2	3270	66,7	643	13,1	4899	100
	Desa	859	7,0	1061	8,7	313	2,6	8255	67,4	1761	14,4	12249	100
	Total	963	5,6	1785	10,4	471	2,7	11525	67,2	2404	14,0	17148	100
31-60 menit	Kota	23	4,5	112	21,8	15	2,9	297	57,8	67	13,0	514	100
	Desa	544	19,0	358	12,5	74	2,6	1516	53,0	371	13,0	2863	100
	Total	567	16,8	470	13,9	89	2,6	1813	53,7	438	13,0	3377	100
> 60 menit	Kota	28	1,3	452	21,1	50	2,3	1384	64,6	230	10,7	2144	100
	Desa	424	11,1	734	19,3	138	3,6	2049	53,8	466	12,2	3811	100
	Total	452	7,6	1186	19,9	188	3,2	3433	57,6	696	11,7	5955	100

Sumber : Data Riskesdas 2007

Kemampuan rumah tangga untuk memanfaatkan keberadaan Polindes kalau dilihat menurut ketersediaan angkutan umum menuju ke Polindes, menunjukkan tidak banyak terdapat perbedaan antara mereka yang mempunyai fasilitas ketersediaan angkutan umum dan mereka yang tidak punya. Melihat mereka yang tidak memanfaatkan Polindes dari aspek ketersediaan angkutan umum, kelompok rumah tangga yang tidak tersedia angkutan umum cenderung merasa letak Polindes lebih jauh dibanding kelompok yang mempunyai fasilitas angkutan umum (Tabel 2).

Hubungan Pemanfaatan Polindes dengan Karakteristik, Status Sosial Ekonomi Rumah Tangga dan Kemudahan Akses

Sebagaimana konsep model perilaku kesehatan oleh Anderson dalam Muzaham (1995), disamping komponen predisposisi keluarga, dalam hal ini karakteristik kepala rumah tangga dan kemampuan secara sosial-ekonomi, komponen kemampuan untuk melakukan akses pada UKBM dan tempat pelayanan kesehatan lainnya juga dapat berkontribusi terhadap pemanfaatan UKBM itu sendiri. Jika faktor predisposisi keluarga dan kemampuan untuk melaksanakan itu ada, maka variasi persepsi terhadap penyakit dan

cara menanggapi penyakit akan menentukan seberapa besar orang mempunyai kebutuhan untuk menggunakan pelayanan kesehatan tersebut.¹² Karena keterbatasan data persepsi terhadap penyakit dan cara penanganan, kajian ini tidak dapat membuktikan teori tersebut.

Untuk mengetahui hubungan antara pemanfaatan Polindes yang berfungsi sebagai variabel terikat dengan berbagai variabel bebas seperti karakteristik rumah tangga dan kemudahan akses (yang diterjemahkan dengan melihat jarak tempuh ke lokasi Polindes dan waktu yang diperlukan untuk mencapai tempat pelayanan Polindes) maka dilakukan uji regresi logistik. Pada proses regresi logistik dilakukan pembagian kategori variabel dan pemberian kode ulang (*recode*) pada variabel terikat dan bebas. Setelah pengkategorian ulang dan pengkodean ulang, dilakukan uji regresi logistik, dan Tabel 4 adalah gambaran hasil uji regresi logistik yang dilakukan.

Dari Tabel 4 diketahui bahwa nilai *chi-square* untuk variabel jarak tempuh, waktu tempuh, klasifikasi desa, kuintil, pekerjaan, pendidikan dan umur terhadap variabel pemanfaatan Polindes adalah 19.997, 70.656, 3335.641, 623.082,

1997.060, 534.918, dan 1897.328, dengan tingkat signifikan 0.000. Nilai Asym. Sig. (2 tailed) semua variabel bebas < taraf nyata ($\alpha = 0.05$), maka H_0 ditolak, yang artinya semua variabel bebas dan variabel terikat tidaklah saling bebas. Dengan kata lain variabel jarak tempuh, waktu tempuh, klasifikasi desa, pengeluaran rumah tangga

per kapita, pekerjaan, pendidikan dan umur kepala rumah tangga mempengaruhi adanya pemanfaatan Polindes sampai pada tingkat signifikan 0.000. Dari ketujuh variabel bebas semuanya memiliki nilai $p \leq 0,25$ sehingga memenuhi syarat untuk masuk dalam model regresi logistik.

Tabel 4. Distribusi pemanfaatan polindes menurut jarak tempuh, waktu tempuh, klasifikasi desa dan karakteristik sosial ekonomi kepala rumah tangga, dan hubungannya

	Pemanfaatan Polindes					
	Ya	Tidak	Chi-Square	P value	OR	CI 95%
Jarak Tempuh						
< 1 km	22,3%	77,7%	19,997	0,000	0,926	0,896 – 0,958
≥ 1 km	21,0%	79,0%				
Waktu tempuh						
≤ 30 menit	22,3%	77,7%	70,656	0,000	0,815	0,777 – 0,855
> 30 menit	19,0%	81,0%				
Klasifikasi desa						
Pedesaan	26,4%	73,6%	3335,641	0,000	0,547	0,535 – 0,558
Perkotaan	16,4%	83,6%				
Kuintil (Pengeluaran rumah tangga per kapita)						
Miskin (Kuintil 1 dan 2)	24,8%	75,2%	623,082	0,000	0,779	0,764 – 0,794
Kaya (Kuintil 3, 4 dan 5)	20,4%	79,6%				
Pekerjaan						
Petani/nelayan/buruh	25,6%	74,4%	1997,060	0,000	0,492	0,474 – 0,510
Pegawai/wiraswasta	20,3%	79,7%				
Lainnya	17,2%	82,8%			0,664	0,640 – 0,690
Tidak kerja	14,5%	85,5%			0,815	0,763 – 0,871
Pendidikan						
Rendah (≤ tamat SD)	23,0%	77,0%	534,918	0,000	0,569	0,542 – 0,597
Menengah (tamat SMP – SMA)	22,0%	78,0%				
Tinggi (tamat perguruan tinggi)	14,5%	85,5%			0,603	0,574 – 0,634
Umur (tahun)						
≤ 24	20,6%	79,4%	1897,328	0,000	0,757	0,707 – 0,812
25 – 54	24,7%	75,3%				
> 54	16,5%	83,5%			0,601	0,588 – 0,615

Sumber : Data Riskesdas 2007

Tabel 5. Kecenderungan pemanfaatan Polindes menurut jarak tempuh, waktu tempuh, klasifikasi desa dan karakteristik sosial ekonomi kepala rumah tangga

	Pemanfaatan Polindes	
	OR	CI 95%
Jarak Tempuh		
< 1 km	1,189	0,810 – 0,873
≥ 1 km	1	
Waktu tempuh		
≤ 30 menit	1,246	0,761 – 0,845
> 30 menit	1	
Klasifikasi desa		
Pedesaan	1,779	0,549 – 0,575
Perkotaan	1	
Kuintil (Pengeluaran rumah tangga per kapita)		
Miskin (Kuintil 1 dan 2)	1,180	0,830 – 0,865
Kaya (Kuintil 3, 4 dan 5)	1	
Pekerjaan		
Petani/nelayan/buruh	1,406	0,684 - 0,739
Pegawai/wiraswasta	1,156	0,809 – 0,926
Lainnya	1,310	0,732 – 0,795
Tidak kerja	1	
Pendidikan		
Rendah (≤ tamat SD)	1,453	0,654 – 0,724
Menengah (tamam SMP – SMA)	1,396	0,680 – 0,755
Tinggi (tamam perguruan tinggi)	1	
Umur (tahun)		
≤ 24	1,623	0,601 – 0,631
25 – 54	1,477	0,631 – 0,727
> 54	1	

Sumber : Data Riskesdas 2007

Beberapa kondisi yang dapat dibaca dari Tabel 5 yaitu: 1) mereka yang memiliki jarak tempuh < 1 km ke Polindes cenderung memanfaatkan Polindes 1,2 kali daripada mereka yang memiliki jarak tempuh ≥ 1 km, 2) mereka yang memiliki waktu tempuh ≤ 30 menit ke Polindes cenderung memanfaatkan Polindes 1,2 kali daripada mereka yang memiliki jarak tempuh > 30 menit, 3) mereka yang tinggal di pedesaan cenderung memanfaatkan Polindes 1,8 kali daripada mereka yang tinggal di perkotaan, 4) mereka yang berstatus ekonomi miskin cenderung memanfaatkan Polindes 1,2 kali daripada mereka yang status ekonomi kaya, 5) mereka yang bekerja sebagai petani/nelayan/buruh cenderung memanfaatkan Polindes 1,4 kali daripada mereka yang tidak bekerja, 6) semakin rendah tingkat pendidikan maka semakin tinggi kecenderungan pemanfaatan Polindes, dan 7) kecenderungan pemanfaatan Polindes tampak pada mereka yang berusia dibawah 25 tahun dikarenakan usia tersebut merupakan usia produktif sehingga pergi ke Polindes untuk memeriksakan kehamilannya atau bersalin.

PEMBAHASAN

Pemanfaatan Polindes

Untuk mengatasi masalah mortalitas khususnya yang banyak terjadi pada ibu dan anak, pemerintah sadar bahwa tidak mungkin mengatasi masalah itu sendiri. Peran serta masyarakat untuk terlibat langsung mengatasi masalah tersebut, sangat diperlukan. Pada akhir tahun 80-an, pemerintah merintis usaha untuk mengembangkan kegiatan partisipasi masyarakat untuk memudahkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan di desa, membantu menurunkan angka kematian ibu, bayi dan balita, menurunkan angka kelahiran dan meningkatkan kesadaran masyarakat untuk dapat hidup bersih dan sehat. Bentuk partisipasi masyarakat adalah

dengan mengembangkan program bidan di setiap desa.

Melihat pada tujuan yang akan dicapai melalui keberadaan Polindes dengan bidan desanya, harus diakui bahwa program tersebut sangat bagus. Penerapan prinsip "kalau masyarakat tidak dapat datang, maka pelayanan yang harus mendatangi masyarakat" tampaknya sudah mendapat apresiasi dari masyarakat. Namun demikian, harus diakui bahwa masih banyak faktor yang mempengaruhi keberhasilan program Polindes ini.

Rendahnya pemanfaatan Polindes (diagram 1 dan diagram 2) sejalan dengan beberapa penelitian yang menyatakan penyebab rendahnya pemanfaatan yaitu pada umumnya Polindes hanya dianggap sebagai wadah pelayanan kesehatan untuk pemeriksaan kehamilan awal (K1) atau pemeriksaan umum lainnya yang bersifat rawat jalan^{14, 15, 16}. Dengan lain kata persepsi peruntukan Polindes yang ada di masyarakat adalah hanya untuk pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan, pelayanan kesehatan ibu dan anak (termasuk KB). Sesungguhnya Polindes juga berfungsi sebagai tempat konsultasi, penyuluhan dan pendidikan kesehatan bagi masyarakat, dukun bayi, kader, serta media deteksi dini masalah kesehatan yang ada di pedesaan agar dapat ditangani dengan cepat sesuai kondisi dan potensi masyarakat setempat.

Penyebab lainnya yaitu: 1) tradisi masyarakat yang lebih memilih persalinan si ibu di rumah sendiri dengan pertolongan bidan desa atau mantri senior kesehatan, maupun oleh dukun bayi;¹⁵ 2) fasilitas di Polindes kurang lengkap;¹⁶ 3) bidan desa tidak berdomisili di polindes;¹⁶ 4) kurangnya promosi;¹⁷ 5) rendahnya partisipasi dan komitmen kepemilikan masyarakat;¹⁷ 6) *image* bidan jelek;¹⁷ 7) pelaporan data yang kurang lengkap;¹⁷ serta 8) rendahnya mutu pelayanan.¹⁷

Pendekatan konseptual yang digunakan tulisan ini untuk menganalisis pemanfaatan UKBM, khususnya pelayanan yang diberikan oleh Polindes, adalah model perilaku kesehatan yang dikembangkan oleh Anderson (Muzaham, 1995).¹³ Ada tiga hal yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh keluarga, antara lain predisposisi keluarga untuk menggunakan jasa pelayanan kesehatan, kemampuan keluarga untuk melaksanakan dan faktor kebutuhan keluarga terhadap jasa pelayanan kesehatan tersebut.¹³

Pemanfaatan Polindes berdasarkan karakteristik

Sebagaimana konsep model perilaku kesehatan oleh Anderson, maka komponen predisposisi yang diterjemahkan dengan karakteristik rumah tangga (tabel 1) terdapat kecenderungan yang berbeda dalam penggunaan pelayanan kesehatan Polindes.

Dengan asumsi usia istri (ibu hamil) tidak jauh dari usia kepala rumah tangga, maka dapat dikatakan hasil analisis pemanfaatan Polindes berdasarkan karakteristik rumah tangga (Tabel 1) sejalan dengan hasil analisis lanjut data RISKESDAS 2007 yang dilakukan Sugiharti dan Heny Lestary (2011) dimana pemanfaatan Posyandu/Polindes pada kelompok umur 20-34 tahun lebih tinggi (67,1%) bila dibandingkan dengan kelompok umur, 20 dan ≥ 35 tahun yang hanya sebesar 54,4%,¹⁸ demikian juga dengan hasil penelitian Ristrini (2005) yang menyebutkan bahwa sebagian besar ibu yang melakukan persalinan di Polindes sebagian besar berumur 21-30 tahun.¹⁹

Berdasarkan klasifikasi desa, maka hasil analisis tulisan ini sejalan dengan hasil analisis lanjut data RISKESDAS 2007 yang dilakukan Sugiharti dan Heny Lestary (2011) bahwa proporsi pemanfaatan Posyandu/Polindes sebagian besar pada ibu hamil yang tinggal di pedesaan (65,5%) dibandingkan

yang tinggal di perkotaan (59,9%).¹⁸ Menurut Raharni, Supardi S., dan Susyanty A.L (2010), Polindes sebagai salah satu unit UKBM lebih banyak berlokasi di pedesaan sebesar 64,2% dibandingkan di perkotaan.²⁰

Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, hasil analisis tulisan ini telah membuktikan dengan lebih spesifik teori yang dikemukakan Soemantri dan Siregar (2004) bahwa status sosial-ekonomi yang rendah berpengaruh terhadap kemauan dan kemampuan untuk akses ke tempat pelayanan kesehatan⁸.

Pemanfaatan Polindes menurut jarak, waktu dan ketersediaan angkutan

Jarak dan waktu tempuh serta ketersediaan angkutan menuju tempat pelayanan Polindes adalah beberapa data RISKESDAS 2007 yang tersedia untuk mengetahui kemampuan seseorang memanfaatkan tempat pelayanan kesehatan, sebagai komponen kemampuan pemanfaatan Polindes menurut konsep model perilaku kesehatan Anderson.

Dari aspek jarak tempuh, hasil analisis data (Tabel 2) dalam tulisan ini tidak sesuai dengan hasil penelitian Sugiharti dan Heny Lestary (2011) yang menyebutkan bahwa proporsi pemanfaatan Posyandu/Polindes oleh ibu hamil yang jarak ke Posyandu/Polindesnya ≤ 247 m dari rumah (65,8%) lebih besar dibandingkan yang jarak ke Posyandu/Polindesnya > 247 m.¹⁸ Ketidaksesuaian ini diketahui mereka yang mempunyai jarak < 1 km banyak yang tidak butuh Polindes (54,6%). Selain faktor tidak butuh, dari alasan mengapa tidak memanfaatkan, terlihat bahwa semakin besar jarak semakin besar mereka yang memberi jawaban "letak jauh".

Jika dikaji dari waktu tempuh dan alasan tidak memanfaatkan Polindes adalah "tidak ada Polindes", maka makin lama waktu tempuh menuju tempat pelayanan Polindes, makin banyak yang beralasan tidak

ada Polindes terutama di daerah perkotaan (Tabel 3). Menurut Raharni, Supardi S., dan Susyanty A.L (2010), Polindes sebagai salah satu unit UKBM lebih banyak berlokasi di pedesaan sebesar 64,2% dibandingkan di perkotaan.²⁰ Menurut Kristianti (2008), masyarakat kota lebih cenderung memilih pelayanan kesehatan swasta.²¹

Hasil analisis aspek ketersediaan angkutan umum (tabel 2) menunjukkan ketersediaan angkutan umum mempunyai pengaruh terhadap pemanfaatan Polindes yang berlokasi jauh. Jika Polindes berlokasi jauh dan tidak ada angkutan umum maka semakin banyak yang tidak dapat mengakses Polindes. Faktor tidak adanya angkutan umum dapat menyebabkan responden malas memanfaatkan Polindes yang letaknya jauh, dan lebih memilih sarana kesehatan lain yang letaknya lebih dekat dengan tempat tinggal.

Di luar alasan tidak memanfaatkan Polindes karena rumah tangga memang tidak butuh Polindes dan alasan lainnya, secara keseluruhan rumah tangga, baik berdasarkan jarak, waktu tempuh dan ketersediaan angkutan menuju Polindes, mereka sebetulnya mempunyai kecenderungan memanfaatkan pelayanan Polindes. Artinya, keberadaan Polindes masih dimanfaatkan oleh mereka yang jarak tempuh jauh, waktu tempuh lama dan tidak tersediaan angkutan umum, walaupun jumlah atau persentasenya kecil.

Hubungan Pemanfaatan Polindes dengan Karakteristik, Status Sosial Ekonomi Rumah Tangga dan Kemudahan Akses

Hasil analisis hubungan pemanfaatan Polindes dengan beberapa faktor penduga (Tabel 4), diketahui sejalan dengan penelitian analisis lanjut data Riskesdas 2007 (Raharni, 2010) yang menyatakan bahwa faktor-faktor yang berperan terhadap pemanfaatan dan pelayanan Usaha Kesehatan Berbasis Masyarakat (Posyandu, Poskesdes, Polindes, POD/WOD) adalah sarana transportasi,

lokasi, jenis kelamin kepala rumah tangga (KRT), pendidikan kepala rumah tangga, dan banyaknya anggota rumah tangga.²⁰

Hasil analisis regresi faktor pengaruh pemanfaatan Polindes (Tabel 5) sejalan dengan beberapa hasil penelitian Sugiharti dan Heny Lestary (2011).¹⁸ Pertama, ada hubungan yang bermakna antara akses ibu ke Posyandu/Polindes ($p=0,005$), ibu hamil yang jarak ke Posyandu/Polindesnya ≤ 247 meter mempunyai kecenderungan memanfaatkan Posyandu/Polindes 1,147 kali dibandingkan ibu hamil yang jarak ke Posyandu/Polindes > 247 m. Kedua, ada hubungan yang bermakna antara daerah tempat tinggal dengan pemanfaatan Posyandu/Polindes ($p=0,000$), ibu hamil yang tinggal di pedesaan mempunyai kecenderungan memanfaatkan Posyandu/Polindes 1,270 kali dibandingkan ibu hamil yang tinggal di perkotaan. Ketiga, ada hubungan yang bermakna antara status ekonomi dengan pemanfaatan Posyandu/Polindes ($p=0,006$), ibu hamil dengan status ekonomi menengah ke bawah mempunyai kecenderungan memanfaatkan Posyandu/Polindes 1,129 kali dibandingkan ibu hamil dengan status ekonomi menengah ke atas. Ristrini (2005) menyatakan sebagian besar ibu dari masyarakat miskin memeriksakan kehamilannya di Polindes atau rumah bidan dan Posyandu.¹⁹ Keempat, ada hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan pemanfaatan Posyandu/Polindes ($p=0,002$), ibu hamil dengan pendidikan rendah mempunyai kecenderungan memanfaatkan Posyandu/Polindes 1,155 kali dibandingkan ibu hamil dengan pendidikan tinggi. Kelima, ada hubungan yang bermakna antara umur ibu hamil dengan pemanfaatan Posyandu/Polindes ($p=0,000$), ibu hamil usia 20-34 tahun mempunyai kecenderungan memanfaatkan Posyandu/Polindes 1,710 kali dibandingkan ibu hamil usia < 20 atau ≥ 35 tahun. Green dalam Mamdy (1980), umur merupakan faktor predisposisi yang

menggambarkan ciri individu dalam kecenderungan memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada di sekitar tempat tinggalnya.²²

KESIMPULAN

Pemanfaatan Polindes oleh rumah tangga di Indonesia masih rendah. Alasan rendahnya pemanfaatan Polindes yaitu karena sedang tidak hamil sehingga tidak membutuhkan pelayanan Polindes, tidak ada Polindes karena bertempat tinggal di perkotaan, karena letak yang jauh, dan pelayanan tidak lengkap. Secara keseluruhan, baik berdasarkan jarak, waktu tempuh dan ketersediaan angkutan menuju Polindes, keberadaan Polindes masih dimanfaatkan oleh beberapa kelompok rumah tangga meskipun hanya sebagian kecil.

Adapun rumah tangga yang memanfaatkan Polindes, memiliki karakteristik yaitu semakin tua usia kepala rumah tangga makin tidak banyak memanfaatkan, kepala rumah tangga dengan pendidikan SD dan SMP adalah kelompok yang paling banyak memanfaatkan, masyarakat pedesaan lebih banyak memanfaatkan Polindes dibanding perkotaan, dan berdasarkan pengeluaran, makin tinggi pengeluaran makin sedikit yang memanfaatkan.

Berdasarkan jarak dan waktu tempuh, diperoleh gambaran pemanfaatan Polindes bahwa semakin dekat jarak tempuh ke Polindes, semakin besar kemungkinan memanfaatkan Polindes, dan semakin sedikit waktu tempuh ke Polindes, semakin besar kemungkinan memanfaatkan Polindes.

Dari hasil analisis dapat disimpulkan bahwa sesungguhnya Polindes lebih tepat didesain untuk kelompok rumah tangga yang sangat miskin (kuintil 1) dan miskin (kuintil 2), berpendidikan rendah, bermata pencaharian petani atau nelayan, berlokasi di pedesaan atau daerah terpencil dengan keterbatasan

alat transportasi. Namun demikian kualitas pelayanan yang diberikan juga harus memenuhi standar pelayanan minimal Polindes dan ditunjang dengan sumber daya, peralatan yang memadai, harga terjangkau, dan reward/kompensasi kesejahteraan yang sesuai kepada bidan desa yang telah melaksanakan tugasnya dengan baik, bahkan jemput bola pasien.

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur kepada Tuhan YME atas hikmatNya sehingga analisis ini terselesaikan. Penulis menghaturkan banyak terima kasih kepada Bapak dr. Triono Sundoro, Ph.D dan Bapak drg. Agus Suprpto, M.Kes yang telah memberi kesempatan kepada peneliti untuk berpartisipasi dalam Rikesdas, kemudian menganalisis lebih lanjut dan memberi kesempatan untuk mempublikasikannya.

DAFTAR RUJUKAN

1. Ajik P. Suwondo (ed). Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD), Pengertian dan pandangan dasar, Pusat Penelitian dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan, Surabaya. 1979.
2. Indonesia, Departemen Kesehatan R.I, Pusat Promosi Kesehatan. Pedoman Pelaksanaan Pengembangan Desa Siaga, Jakarta, Departemen Kesehatan. 2006 a.
3. Indonesia, Departemen Kesehatan R.I. Rencana Pembangunan Kesehatan Tahun 2005 – 2009, Jakarta, Departemen Kesehatan. 2006 b.
4. Indonesia, Departemen Kesehatan R.I, Sekretariat Jenderal. Rencana Strategis Departemen Kesehatan Tahun 2005 – 2009, Jakarta, Departemen Kesehatan. 2006 c.
5. Indonesia, Departemen Kesehatan R.I. Pedoman Penyelenggaraan Warung Obat Desa (WOD), Departemen Kesehatan. Jakarta, 2004.
6. Indonesia, Departemen Kesehatan R.I. Panduan Bidan di Tingkat Desa, Departemen Kesehatan. Jakarta, 1990.
7. Martodipuro, Subagyo dan Soeharti. Indepth Interview Dengan Para Bidan di NTB dan Kabupaten Malang. Majalah Kesehatan Masyarakat Depkes, 1993;48: 23-27.
8. Suripto. Tesis. Pemanfaatan Pondok Bersalin Desa sebagai Sarana Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak di Kabupaten Sukabumi, Universitas Indonesia, Jakarta. 1997.
9. Siswanto. POLINDES. 25 Mei 2011. <http://yuni-afriani.blogspot.com/2011/05/normal-0-false-false-false-en-us-x-none.html> (sitasi 20 Desember 2012).
10. S Sumantri, Siregar KN. Kajian kematian ibu dan anak di Indonesia, Ringkasan Eksekutif. Jakarta: Badan Litbangkes Depkes RI; 2004.
11. Scholl J., dan Lago D. Using Non-reactive Methods to Study and Improve 4-H Programs. Journal of Extension. 1994; Vol. 32 No 3 (October). <http://www.joe.org/joe/1994october/tt3.php>.
12. Indonesia, Departemen Kesehatan R.I. Pedoman Pengisian Kuesioner Riset Kesehatan Dasar 2007, Badan Litbangkes Depkes RI. Jakarta, 2007.
13. Muzaham, Fauzi. Memperkenalkan Sosiologi Kesehatan, UI Press, Jakarta, 1995.
14. Ristrini dan Wasis B. Studi Tentang Pembiayaan, Kepuasan Kerja dan Perilaku Pelanggan Polindes di Daerah Terpencil; Analisis Situasi Dalam Rangka Making Pregnancy Safer (MPS). Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan. 2004; Vol.7 No.03 (September): 147-155.
15. Yulkardi. Tesis. Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku pemanfaatan Polindes terhadap pelayanan-perawatan kehamilan dan persalinan Di Desa Rimbo Panjang Kabupaten Agam - Sumatera Barat, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta. 2003.
16. Sunarto. Skripsi. Pemanfaatan Polindes Ngudi Waras Dalam pelayanan Kesehatan Ibu Hamil di Desa Kliwonan Kecamatan Masaran kabupaten Sragen Februari 2005, Universitas Diponegoro, Semarang. 2005.
17. Arafah dkk. Makalah. Pengembangan dan Pengorganisasian Masyarakat Polindes Sungai Ayak Desa Karang Ayak Kecamatan Belitang Hilir Kalimantan Barat, Universitas Mulawarman, Samarinda. 2010. <http://www.scribd.com/doc/44426395/MAKALAH-polindes>, diakses 25 Februari 2012).

18. Sugiharti dan Heny Lestary, Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pemanfaatan Posyandu/Polindes Pada Ibu Hamil di Indonesia. Jurnal Ekologi Kesehatan; Vol. 10 No. 2 Juni 2011: 65-71.
19. Ristrini dan Budiarto W, Utilisasi Pelayanan Kesehatan Maternal Oleh Masyarakat Miskin di Pedesaan Dalam Rangka Kehamilan Aman. Berita Kedokteran Masyarakat; Vol. 21 No. 1, 2005.
20. Raharni, Supardi S., dan Susyanty A.L, Faktor-Faktor Yang Berperan Terhadap Pemanfaatan dan Pelayanan "UKBM" (Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat) Pada Rumah Tangga di Indonesia. Buletin Penelitian Sistem Kesehatan; Vol. 13 No. 2 April 2010: 132-139.
21. Kristianti, Paulina, dkk. Distribusi dan Akses Terhadap Pelayanan kesehatan Ibu dan Anak di Kabupaten Ngawi, Kajian Data Potensi Desa Tahun 2005, Working Paper Series No. 8 Januari 2008, KMPK, Universitas Gadjah Mada.
22. Mamdy, Zulasmi. Perencanaan Pendidikan Kesehatan Sebuah Pendekatan Diagnostik, Proyek Pengembangan FKM, Depdikbud RI, Jakarta, 1980.

HALAMAN INI
SENGAJA
DIKOSONGKAN