

Evaluasi Pelayanan Kesehatan, Perilaku Masyarakat, dan Lingkungan di Wilayah dengan Angka Kematian Bayi (AKB) Tinggi

The Evaluation of Health Care, Public Behavior, and Environment in A High Infant Mortality Rate (IMR) Region

Endang Sulistyawati¹, Sarah Ayu Budi Asmi¹, Merita Arini¹, Arlina Dewi²

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

²Bagian Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

Abstract

Recently, Pejawaran District has high IMR minimal 5 year and higher than national average. The aims of this research are to evaluate health care, community behavior, and environment in Pejawaran District.

This research uses observational method with survey approach. The 97 sample are women who ever deliver the life baby and live in Pejawaran for 5 years.

Maternal-neonatal health cares in Pejawaran are good, which are enough in available, acceptable-continuely, accessible, affordable, and good quality. Health behaviors are various and some components should be more concerned (proper washing hand, brushing teeth, "kadarzi", birth attendance, health insurance and smoking). Illness behaviors are still low, especially mother knowledge. Sick role behaviors are various especially the community efforts to take medication. Achievement is good in the knowledge of health care places and the understanding of the rights of sick people although the understanding of the duties is low. Unfulfilled health housing component are ratio wide house with family members (22,7%), floor (51,5%), wall (49,5%), roof (3,1%), ventilation (66%), lighting (20,6%), and cages of animal (51,6%). Unfulfilled health basic sanitation are the drinking water source (100%), excreta disposals (87%), garbage bin (4,1%), and waste water disposal (50,5%). The conclusion are maternal-neonatal health care in Pejawaran District have fulfilled requirement; health related behaviors achievement are various, but mostly must be increased; and the majority environment achievement haven't fulfilled health requirements yet.

Keyword: behavior, environment, health care, Infant Mortality Rate

Abstrak

Kecamatan Pejawaran memiliki AKB tinggi selama 5 tahun terakhir dan lebih tinggi dibanding rata-rata nasional. Tujuan penelitian ini adalah mengevaluasi pelayanan kesehatan, perilaku masyarakat, dan lingkungan di Kecamatan Pejawaran.

Penelitian ini menggunakan metode observasional dengan pendekatan survei. Sampel sebanyak 97 yaitu ibu yang pernah melahirkan 1 bayi lahir hidup dan tinggal di Pejawaran minimal 5 tahun.

Pelayanan kesehatan maternal-neonatal cukup tersedia, dapat diterima-berkelanjutan, mudah dicapai, dapat dijangkau, dan berkualitas. Perilaku sehat masyarakat bervariasi, komponen yang masih memerlukan perhatian adalah mencuci tangan dengan benar, menggosok gigi, kadarzi, penolong persalinan, asuransi kesehatan dan merokok. Perilaku sakit masih rendah khususnya pengetahuan ibu. Perilaku peran sakit beragam khususnya perilaku mencari kesembuhan. Pengetahuan adanya tempat pelayanan kesehatan dan pemahaman terhadap hak orang sakit tercapai dengan baik walaupun pemahaman terhadap kewajiban orang sakit masih rendah. Komponen rumah yang belum mencapai syarat kesehatan adalah kepadatan rumah (22,7%), lantai (51,5%), dinding (49,5%), langit-langit (3,1%), ventilasi (66%), pencahayaan (20,6%), dan kandang ternak (51,6%). Sanitasi dasar yang belum mencapai syarat kesehatan adalah sumber air bersih (100%), sarana pembuangan kotoran (87%), sarana pembuangan sampah (4,15%), dan sarana pembuangan limbah (50,5%). Kesimpulan yang diperoleh adalah pelayanan kesehatan maternal-neonatal Kecamatan Pejawaran sudah memenuhi syarat; cakupan perilaku masyarakat terkait kesehatan beragam, namun sebagian besar harus diperbaiki; dan cakupan komponen lingkungan sebagian besar belum memenuhi syarat kesehatan.

Kata kunci: Angka Kematian Bayi (AKB), lingkungan, pelayanan kesehatan, perilaku

Pendahuluan

Angka Kematian Bayi (AKB) masih menjadi isu kesehatan dunia walaupun sudah mengalami penurunan.¹ AKB yang dihitung dari kematian bayi lahir hidup sebelum berusia satu tahun, adalah salah satu indikator sensitif penentu derajat kesehatan dan tingkat kesejahteraan masyarakat suatu negara.^{2,3,4} AKB di Indonesia telah menurun dari 35/1000 kelahiran hidup (2003) menjadi 26,9/1000 kelahiran hidup (2007), namun masih tinggi jika dibandingkan anggota ASEAN lain, yaitu peringkat ketiga setelah Laos dan Burma.^{5,6,7,8}

Berdasarkan *health and well being paradigm* oleh H. L. Blum, terdapat 4 faktor utama yang mempengaruhi derajat kesehatan dan merupakan faktor determinan tidak langsung yang berinteraksi menimbulkan terjadinya kematian bayi yaitu: pelayanan kesehatan, perilaku kesehatan, lingkungan, dan genetik.⁹ Di Indonesia, faktor perilaku manusia merupakan faktor determinan yang paling besar dan paling sulit ditanggulangi, diikuti faktor lingkungan, pelayanan kesehatan, dan genetika.¹⁰

Pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan secara sendiri/bersama dalam suatu organisasi untuk

memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perseorangan, keluarga, dan masyarakat. Pelayanan kesehatan dinilai baik jika memenuhi persyaratan: *available and continue; acceptable and appropriate, accesible; affordable; dan quality*.¹¹

Kesehatan ibu-anak merupakan indikator kesehatan terkait pelayanan kesehatan secara umum. Pelayanan kesehatan maternal neonatal terdiri dari perawatan antenatal (ANC), perinatal, dan postnatal (PNC). ANC adekuat bersifat promotif, preventif, dan konstruktif dapat memberikan hasil persalinan yang baik, termasuk menurunkan morbiditas dan mortalitas pada ibu-anak.^{12,13} Perawatan perinatal penting karena saat melahirkan dan minggu pertama setelahnya merupakan periode kritis bagi ibu dan bayi. PNC penting untuk menilai keadaan ibu dan neonatal yaitu untuk mencegah, mendeteksi, dan menangani masalah yang terjadi.¹⁴

Perilaku adalah semua kegiatan/aktivitas manusia, baik yang dapat diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar. Becker (1979) membagi perilaku manusia terkait kesehatan (*health related behavior*) menjadi tiga, perilaku

kesehatan (*health behavior*), perilaku sakit (*illness behavior*), dan perilaku peran sakit (*sick role behavior*).⁹

Kesehatan adalah tanggung jawab seluruh pihak termasuk masyarakat. Pemberdayaan masyarakat untuk berperilaku hidup bersih dan sehat menjadi misi pembangunan kesehatan Indonesia.¹⁵ Sesuai dengan desentralisasi atau otonomi daerah di bidang kesehatan, Propinsi Jawa Tengah di mana Kecamatan Pejawaran terletak di salah satu kabupatennya menetapkan Standar Pelayanan Minimal (SPM), termasuk penyuluhan perilaku kesehatan masyarakat untuk kabupaten/kota di Propinsi Jawa Tengah.^{15,16}

Lingkungan hidup adalah kesatuan ruang dengan semua benda, daya, keadaan, dan makhluk hidup, termasuk manusia dan perilakunya, yang mempengaruhi perikehidupan, kesehatan dan kesejahteraan manusia serta makhluk hidup lainnya.¹⁷ Ruang lingkup kesehatan lingkungan mencakup perumahan dan sanitasi dasar (pembuangan tinja, penyediaan air bersih, pembuangan sampah, pembuangan air limbah, kandang ternak). Kondisi lingkungan optimum berpengaruh positif terhadap status kesehatan optimal.⁹ Penyakit karena lingkungan yang menyebabkan kematian bayi di Indonesia antara lain ISPA, komplikasi perinatal, dan diare.¹⁸

Upaya menangani penyebab tidak langsung kematian bayi lebih sulit dibandingkan penyebab langsung. Fokus penanganannya pada peningkatan perilaku masyarakat yang menjamin kehamilan, kelahiran, dan perawatan bayi yang lebih sehat. Tantangan yang dihadapi adalah sulitnya memperbaiki perilaku keluarga dan masyarakat, terutama perilaku hidup bersih dan sehat, termasuk upaya mencari pelayanan kesehatan; memperbaiki akses; memperkuat mutu manajemen terpadu penyakit bayi dan balita; memperbaiki kesehatan lingkungan; pengendalian penyakit menular; dan pemenuhan gizi yang cukup.¹⁸

Daerah dengan AKB tinggi perlu lebih diperhatikan untuk menurunkan AKB Indonesia. Seperti halnya Kecamatan

Pejawaran yang tinggi dalam beberapa tahun terakhir (46,8/1000 kelahiran hidup pada tahun 2007) dan lebih tinggi dari pada AKB nasional.^{5,6,7,8,19}

Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi pelayanan kesehatan, perilaku masyarakat, dan lingkungan di daerah AKB tinggi.

Bahan dan Cara

Penelitian ini menggunakan metode observasional dengan pendekatan survei, dilaksanakan pada Agustus 2008 di Kecamatan Pejawaran. Jenis penelitian ini adalah deskriptif kategorik sehingga berdasarkan rumus Lameshow besar sampel penelitian ini 97.²⁰ Penentuan desa dilakukan secara *purposive sampling* yaitu Desa Penusupan (di pusat kecamatan), Desa Pejawaran (kasus melahirkan tanpa ditolong nakes yang tinggi), dan Desa Darmayasa (cakupan sanitasi dan PHBS yang rendah). Sedangkan sampel yaitu ibu rumah tangga yang pernah melahirkan minimal 1 bayi lahir hidup dan menetap di Kecamatan Pejawaran minimal 5 tahun ditentukan secara *unproportional random sampling*.

Variabel penelitian ini adalah ANC dan *perinatal care* (penilaian terhadap *quality, available, accessible, affordable, acceptable*), perilaku masyarakat terkait kesehatan menurut Becker (1979) (perilaku kesehatan, perilaku sakit, dan perilaku peran sakit), serta lingkungan (perumahan dan sanitasi dasar).⁹ Data berupa data primer (didapatkan dari jawaban responden atas pertanyaan pada kuisisioner, *iodine test* dan uji bakteriologis air) dan sekunder (laporan profil kesehatan Puskesmas Pejawaran tahun 2007). Data diolah dengan statistik deskriptif.

Hasil

Berdasarkan hasil penelitian, dari 97 responden terdapat 9 orang yang memiliki bayi meninggal sebelum berumur 1 tahun dengan penyebab hipotermia, asfiksia, muntaber, diare, dan kelainan jantung. Karakteristik responden dapat dilihat pada tabel 1, 2 dan 3.

Tabel 1. Karakteristik responden

No.	Karakteristik	Min	Max	Mean	SD
1.	Umur ibu	16	40	25,92	5,748
2.	Umur suami	20	52	30,42	6.159
3.	Jumlah anak dalam keluarga	0	8	1,74	1,044
4.	Jumlah anak mati dalam keluarga	0	1	0,1	0,306
5.	Anggaran kesehatan perbulan	0	400.000	9291.67	46246

Tabel 2. Distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan

Pendidikan	Responden	Suami
tidak tamat SD	9 (9,3%)	11 (11,3%)
tamat SD	55 (56,7%)	44 (45,4%)
tamat SMP	24 (24,7%)	24 (24,7%)
tamat SMA	4 (4,1%)	9 (9,3%)
PT/akademi	4 (4,1%)	4 (4,1%)
tidak sekolah	1 (1%)	2 (2,1%)
Total	97 (100%)	97 (100%)

Tabel 3. Distribusi responden berdasarkan pekerjaan

Pekerjaan	Responden	Suami
lain (formal)	5 (5,2%)	6 (6,2%)
Wiraswasta	4 (4,1%)	13 (13,4%)
Petani	50 (51,5%)	61 (62,9%)
lain (nonformal)	2 (2,1%)	1 (1%)
tidak bekerja/ibu RT/mahasiswa	36 (37,1%)	1 (1%)
buruh penghasilan tetap	-	3 (3,1%)
buruh penghasilan tidak tetap	-	12 (12,4%)
Total	97 (100%)	97 (100%)

Pelayanan kesehatan maternal neonatal Kecamatan Pejawaran yang meliputi syarat pelayanan kesehatan dapat dilihat pada tabel 4.

Tabel 4. Pelayanan Kesehatan

Komponen	Hasil	
<i>Available dan continue</i>	• Perbandingan tenaga kesehatan (nakes) dan populasi • Dokter umum : populasi (4,8/100.000) • Bidan : populasi (48/100.000) • Perawat : populasi (9,6/100.000)	Catatan: Profil Indonesia 2005: • Dokter umum : populasi (18,72/100.000) • Bidan : populasi (33,45/100.000) • Perawat : populasi (129,78/100.000)
<i>Acceptable dan appropriate</i>	• Perbandingan kunjungan puskesmas dan populasi (1: 4) • 100 % responden menyatakan pernah memanfaatkan pelayanan kesehatan.	
<i>Affordable</i>	Biaya perawatan kehamilan • 13,4% gratis • 73,2% terjangkau • 13,4% tidak terjangkau	Biaya persalinan • 19,6 % gratis • 58.8 % terjangkau • 21.6 % tidak terjangkau
<i>Accessible</i>	• 17,5% lokasi tidak tercapai	
<i>Quality</i>	• Komponen ANC : 10,3% tidak lengkap • Pertimbangan memilih penolong persalinan : biaya (11, 34 %), lokasi (6,18%), kualitas (23,71 %), kepercayaan (39 %), kenyamanan (30,92 %), lainnya (54,63 %). • Kebersihan penolong persalinan : 84,5% tidak mencuci tangan dan menggunakan sarung tangan • Kunjungan neonatal (KN) : 28,9% tidak dilakukan	

Berikut ini adalah perilaku terkait kesehatan masyarakat Kecamatan

Pejawaran dibandingkan target Indikator Indonesia Sehat dan SPM Jateng 2010.

Tabel 5. Perilaku Masyarakat terkait Kesehatan

Komponen Perilaku	%	Komponen Perilaku	%
A. PERILAKU YANG SUDAH BAIK			
Perilaku sehat		Perilaku sakit	
• Makan beranekaragam	97,94	• Pengetahuan tentang tempat pelayanan kesehatan yang layak di daerahnya	94,85
• Kecukupan waktu memantau kesehatan, dan tumbuh kembang keluarga	90, 72	• Pengetahuan tentang hak orang sakit	100
• Penimbangan Balita secara teratur ke sarana kesehatan	88,66		
• KB	91,75		
• Penyalahgunaan alkohol dan NAPZA	0		
• Persediaan obat sederhana	91, 75		
• Penggunaan dan atau budidaya TOA	75,26		

Komponen Perilaku	%	Komponen Perilaku	%
B. PERILAKU YANG KURANG			
1. Perilaku Sehat		2. Perilaku Sakit	
• CTPS sebelum makan	41,67	• Pengetahuan : Ciri-ciri Bayi Sehat	53,61
• CTPS setelah BAB	63,92	• Pengetahuan : Ciri-ciri Bayi Sakit	54,64
• Menggosok gigi ≥ 2 kali/hari	83,51	• Pengetahuan : Penyebab Bayi Sakit	62,89
• Frekuensi kebiasaan sarapan	54,64	3. Perilaku Peran Sakit	
• Penggunaan garam beryodium	3,16	a. Perilaku Mencari Kesembuhan	
• Pemberian ASI eksklusif	22,68	• Membiarkan agar sembuh sendiri, baru berobat bila semakin parah	10,3
• K(4)	88,66	• Segera mengobati sendiri	22,7
• Persalinan dengan tenaga kesehatan	54,64	• Segera mencari pengobatan ke puskesmas, pusku atau tenaga kesehatan	79,38
• Keikutsertaan keluarga dalam Asuransi Kesehatan/ JKPM	58,76	• Segera mencari pengobatan kepada selain tenaga kesehatan	4,12
• Pelaksanaan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN)	60,83	• Tetap ke dokter/ pelayanan kesehatan lain secara rutin/ berkala walaupun tidak sakit (cek kesehatan)	0
• Pemberian makanan PMT oleh Ibu yang Tahu Pernah Ada Program	65	b. Sikap Ketika Sakit	5,2
• Kehadiran dalam Penyuluhan Kesehatan	57,73	• Merahasiakan kondisi sakit	
• Kebiasaan Merokok dalam Keluarga	83,51	• Sikap hati-hati ketika sakit	73,20

Pencapaian lingkungan berdasarkan standar penilaian rumah sehat dari

Direktorat Jendral PPM dan PL dapat dilihat pada tabel 7.

Tabel 7. Pencapaian Lingkungan

Komponen	Syarat Minimum Penilaian	Pemenuhan syarat kesehatan (%)	
		Ya	Tidak
1. Perumahan:			
- Kepadatan hunian	Luas rumah per anggota keluarga 10 m ² (pedesaan)	77,3	22,7
- Langit-langit dan komponennya ("reng" dan "usuk")	Ada, bersih, tidak dapat dijadikan sarang binatang pengerat, dan tidak rawan kecelakaan	93,8	6,2
- Dinding	Semipermanen/setengah tembok/pasangan bata atau batu yang tidak diplester/papan yang tidak kedap air	50,47	49,53
- Lantai	diplester/ubin/keramik/papan/rumah panggung	48,5	51,5
- Jendela	Ada	68	32
- Ventilasi	Ada dan dibuat secara sengaja	34	66

Komponen	Syarat Minimum Penilaian	Pemenuhan syarat kesehatan (%)	
		Ya	Tidak
- Pencahayaan	Matahari dapat dengan mudah masuk rumah	79,4	20,6
- Fasilitas lain:			
a. Tidak memiliki kandang ternak		32,9	---
b. Memiliki kandang ternak	Kandang terletak di luar rumah, jarak minimal 10 meter dari rumah	15,5	51,6
2. Sanitasi dasar			
a. Sarana air bersih	Ada, bukan milik sendiri dan memenuhi syarat bakteriologis	0	100
b. Sarana pembuangan kotoran (jamban)	Ada, bukan leher angsa ada tutup (leher angsa), disalurkan ke sungai/kolam	33	87
c. Sarana pembuangan sampah	Ada dan sampah dibuang ke dalamnya	95,85	4,15
d. Sarana pembuangan limbah	Ada, dialirkan ke selokan terbuka dan tidak mencemari sumber air	49,5	50,5

Diskusi

Pertolongan kesehatan berpengaruh signifikan terhadap kematian bayi, terutama pelayanan kesehatan ibu-anak.²¹ Sehingga, diperlukan peningkatan pelayanan kesehatan dari segi *available* dan *continue*, *acceptable* dan *appropriate*, *affordable*, *accessible*, *quality* untuk mengendalikan AKB.

Dalam rangka pemerataan pelayanan kesehatan di Kecamatan Pejawaran, setiap desa ditangani 1 bidan, posyandu rutin sebulan sekali di balai desa yang lokasinya terjangkau, puskesmas pembantu, dan puskesmas keliling.¹⁹ Pemanfaatan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh pendapatan, pendidikan, budaya, dan kepercayaan.¹²

Biaya pemeriksaan kehamilan gratis karena ibu memiliki Askes. Namun, responden kadang memilih untuk memeriksakan diri ke bidan praktik walaupun harus membayar (Rp15.000,00 s.d. Rp 20.000,00) karena beranggapan bahwa pelayanan yang didapatkan di puskesmas tidak sebaik di tempat praktik

bidan. Hal ini disebabkan oleh anggapan adanya diskriminasi dan atau mutu pelayanan di puskesmas memang belum baik.

Kelengkapan komponen ANC dan frekuensi kunjungan penting dalam mempengaruhi *outcome* bayi yang dilahirkan. Survei di Cirebon pada ibu yang memiliki neonatus meninggal memperlihatkan proporsi kematian neonatal lebih banyak terjadi pada bayi yang lahir dari ibu yang frekuensi dan komponen ANC-nya kurang baik yaitu sebesar 92%.²²

Ibu memilih penolong persalinan dengan berbagai pertimbangan. Pertimbangan pertama adalah kepercayaan. Dukun bayi rata-rata cukup berumur sehingga berpengalaman dan dipercaya, sedangkan bidan umumnya masih muda, belum menikah sehingga menimbulkan persepsi bahwa bidan belum berpengalaman. Kualitas dijadikan pertimbangan lain. Ibu yang memilih persalinan ditolong bidan berpendapat bahwa pada masa sekarang yang terpenting adalah kesehatan dan

keselamatan, masalah biaya dapat diusahakan. Ibu yang memilih dukun berpendapat bahwa dukun sudah berpengalaman dalam menolong persalinan dan memberikan pelayanan menyeluruh (membantu pekerjaan rumah, serta membantu merawat bayi hingga lepas tali pusat dan kondisi ibu pulih). Pertimbangan ke-3 yaitu kenyamanan. Ibu dan dukun bayi biasanya bertetangga, sehingga sudah terjalin keakraban dan ibu tidak merasa 'rikuh'. Pertimbangan ke-4 yaitu biaya (biaya jasa penolong persalinan, transportasi, dan akomodasi selama persalinan). Ibu yang memilih dukun bayi mengatakan bahwa pembayaran upah dukun bayi dengan uang sekedarnya dan sembako. Biaya persalinan oleh nakes (bidan) bisa mencapai Rp 300.000,00. Pertimbangan lain yaitu jarak meliputi jarak dalam kilometer, ketersediaan sarana transportasi, dan waktu tempuh, yang memungkinkan persalinan dibantu nakes. Ibu memilih persalinan dibantu bidan mengungkapkan pertimbangan lainnya yaitu karena peraturan kemitraan bidan-dukun.

Upaya pencegahan terhadap infeksi perinatal penting dilakukan karena merupakan penyebab terbanyak ke-2 kematian bayi.¹⁸ Upaya ini terlihat dari tindakan mencuci tangan, menggunakan sarung tangan, perawatan tali pusat.

Kebiasaan CTPS (cuci tangan pakai sabun) merupakan aspek penting perilaku sehat untuk mencegah *food borne disease*.²³ Menggosok gigi minimal dua kali sehari menjaga kebersihan gigi dan mulut, serta mencegah penyakit lokal dan sistemik.²⁴

Keluarga perlu diberdayakan menjadi keluarga sadar gizi (Kadarzi), dikarenakan kompleks dan beragamnya masalah gizi masyarakat.^{16,25} Sebagian besar keluarga telah mengonsumsi makanan beraneka ragam, namun sangat terbatas pada jagung sebagai makanan pokok, ikan asin sebagai lauk utama, sayur mayur, dan lainnya. Konsumsi makanan beraneka ragam penting untuk memenuhi kebutuhan gizi sebab tak ada satu jenis makanan pun lengkap kandungannya.²⁵ Sarapan teratur terutama dengan pemilihan menu tepat, dapat membantu peningkatan

asupan nutrisi, termasuk bagi wanita hamil sebagai populasi berisiko.²⁶ Penggunaan garam beryodium baik (kadar yodium >30 ppm) sangat penting.¹⁶ Kekurangan yodium bila terjadi pada ibu hamil berakibat abortus, lahir-mati, kematian perinatal, kelainan kongenital, melahirkan bayi kretin, dan lainnya.^{27,28} Kecukupan waktu untuk memantau tumbuh kembang dan kesehatan keluarga, khususnya ibu hamil dan balita perlu ditingkatkan. Pengetahuan dan kesadaran masyarakat diperlukan untuk meningkatkan kualitas pemantauan karena keluarga diharapkan dapat mengenali masalah kesehatan dan gizi serta kemudian dapat mengatasi sendiri secara dini atau dengan bantuan petugas kesehatan.²⁵ ASI eksklusif penting karena pemberian tambahan cairan atau makanan pendamping ASI (MP-ASI) pada bayi berumur <6 bulan di negara berpendapatan rendah tidak bermanfaat dan menyebabkan kelebihan berat badan hingga obesitas, meningkatkan morbiditas dan mortalitas karena memicu alergi, gangguan pencernaan dan infeksi seperti diare dan pneumonia.^{28,29}

Berdasarkan penelitian-penelitian sebelumnya, riwayat kunjungan ANC dan frekuensinya merupakan faktor yang berhubungan dengan kematian perinatal pada tahun 1997-2003 dan berpengaruh terhadap kelangsungan hidup bayi di pedesaan di Indonesia.^{30,31}

Persalinan didampingi nakes adalah salah satu faktor yang mempengaruhi kelangsungan hidup bayi di pedesaan Indonesia.^{30,31} Hal ini menjadi perhatian pemerintah karena kelainan persalinan sering tak terduga, di samping perlunya jaminan kebersihan ibu dan bayi.³²

Edukasi kepada masyarakat mengenai penimbangan balita secara teratur tiap bulan diperlukan, karena banyak ibu merasa tidak perlu lagi menimbang anaknya yang dirasa telah cukup besar meskipun belum 5 tahun. Kepedulian terhadap pemantauan pertumbuhan merupakan bagian dari strategi dan usaha untuk menurunkan kematian bayi dan balita dalam PNBAI (Program Nasional Bagi Anak Indonesia).³³

Responden yang tidak ber-KB sebagian besarnya merupakan responden yang tidak pernah menghadiri penyuluhan kesehatan. Promosi perlu terus diupayakan karena jelas terdapat hubungan antara keikutsertaan ber-KB dengan penurunan kematian bayi dan balita.⁷

Sebanyak 58,76 % keluarga telah mengikuti asuransi kesehatan dalam berbagai bentuk. Kondisi ini lebih baik dari cakupan asuransi kesehatan nasional di mana 50 % penduduk Indonesia tidak memiliki asuransi kesehatan. Mengingat pentingnya jaminan kesehatan, diharapkan persentase penduduk peserta Jaminan Pemeliharaan Kesehatan dalam Indikator Indonesia Sehat 2010 sebesar 80 %, sedangkan dalam target SPM Jawa Tengah 2010 cakupan jaminan pemeliharaan kesehatan keluarga miskin (gakin) dan masyarakat rentan 100 %, cakupan penduduk peserta jaminan pemeliharaan kesehatan pra-bayar 80 %.^{15,16}

Termasuk program prioritas Posyandu adalah penyuluhan kesehatan, PMT dan imunisasi. Posyandu diharapkan menjadi sarana peningkatan pengetahuan masyarakat, karena pengalaman dan pengetahuan merupakan penentu perilaku masyarakat terkait kesehatan.⁹ PMT merupakan strategi perbaikan gizi dalam PNBAI. Balita yang diimunisasi lengkap sesuai umur telah mencapai target, namun AKB masih tinggi.^{15,16} Peningkatan cakupan imunisasi adalah hal penting dalam penurunan secara signifikan kematian anak di bawah 5 tahun di pedesaan, namun efeknya diestimasi tidak lebih besar terhadap AKB.³³

Tidak ada keluarga yang menyalahgunakan miras dan NAPZA, namun kebiasaan merokok masih terdapat pada sebagian besar keluarga. Dengan demikian berarti kematian bayi di Pejawaran tidak disebabkan akibat penyalahgunaan tersebut, seperti *Intra-Uterin Growth Retardation (IUGR)*, Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR), kelainan kongenital, dan sebagainya.³⁵ Penyakit-penyakit pernafasan dan BBLR yang dapat ditimbulkan akibat pajanan asap rokok merupakan faktor

langsung penyebab kematian bayi di Indonesia.³⁶

Upaya pengobatan tradisional dengan TOA merupakan peran serta masyarakat dan penerapan teknologi tepat guna penunjang pembangunan kesehatan dalam pelayanan primer.³⁷ Oleh karena itu, aplikasinya oleh masyarakat perlu mendapat bimbingan dan pengawasan.

Kemampuan ibu mengetahui kapan bayi sakit dengan mengenali ciri-ciri bayi sehat dan sakit, serta penyebabnya merupakan bagian penting dari perilaku sakit yang diperlukan untuk pencegahan dan titik tolak dimulainya perilaku mencari pengobatan.⁹ Pemberdayaan keluarga terutama dalam hal pengetahuan ibu tentang kesehatan anak perlu ditingkatkan karena dalam PNBAI peningkatan pengetahuan, sikap dan perilaku keluarga dan pengasuhan anak usia dini merupakan salah satu strategi perbaikan dan peningkatan kesehatan anak.³³

Perilaku peran sakit terkait dengan pengetahuan tentang fasilitas kesehatan yang layak, perilaku mencari kesembuhan dan pengetahuan tentang hak dan kewajiban orang sakit.⁹ Pemberdayaan keluarga dalam meningkatkan perilaku mencari pertolongan kesehatan (*health seeking care*) secara tepat waktu ke tenaga profesional menjadi salah satu strategi PNBAI.

Salah satu kewajiban orang sakit adalah memberitahukan sakitnya terutama kepada orang lain untuk memudahkan mereka menentukan sikap dalam rangka mencegah tertularnya penyakit maupun sebagai upaya pemberdayaan keluarga/masyarakat dan petugas kesehatan untuk mengatasi masalah kesehatan yang ada. Kewajiban lain orang sakit adalah bersikap hati-hati karena penyakit mudah menular dari penderita secara langsung maupun melalui vektor.⁹

Interaksi antara rumah dan manusia menyebabkan rumah menjadi komponen lingkungan yang tidak bisa dipisahkan dengan manusia.³⁸ Peningkatan status kesehatan keluarga dapat tercapai apabila

komponen rumah dan sanitasi dasar sebagai syarat rumah sehat terpenuhi.³⁹ Rumah dan sanitasi dasar sebagai komponen lingkungan (*environment*) yang sehat dapat memutus rantai penularan penyakit, khususnya penyakit menular (*agent-environment-host theory*).⁴⁰

Kombinasi penyakit menular seperti ISPA, diare dan komplikasi perinatal menyebabkan 75% penyebab kematian bayi di Indonesia. Kejadian ISPA dipengaruhi oleh kepadatan penghuni, ventilasi, penerangan alami, dan jarak rumah dengan tempat sampah.^{38,41} Proses pembusukan kotoran hewan dan sampah menghasilkan gas pencemar udara, berbau, dan beracun, serta dapat menyebabkan penyakit saluran pernapasan dan radang paru.⁴¹ Sedangkan diare yang disebabkan oleh Rotavirus, *E. Colli*, Shigellosis (disentri basilar), *Cryptosporidium*, Norovirus dan Hepatitis A ditularkan melalui *fecal-oral-route* dipengaruhi oleh sanitasi yang kurang baik khususnya pencemaran sumber air bersih oleh tinja, sampah atau air limbah; dan kontaminasi makanan.⁴³ Selain itu diare yang penyebarannya dibantu oleh binatang (*zoonosis diarrhea*) misalnya lalat sering dihubungkan dengan kotoran hewan dan sampah.⁴² Adapun komplikasi perinatal berhubungan dengan faktor genetik dan faktor perilaku ibu saat mengandung seperti konsumsi makanan dan obat tertentu.⁴⁴

Pencegahan lebih baik daripada mengobati. Pemanfaatan komponen rumah seperti: pencahayaan alami (sinar matahari) dapat membunuh virus dan bakteri di dalam rumah; ventilasi sebagai pengatur sirkulasi kadar polutan di dalam rumah; dan dinding sebagai *barrier* lingkungan dalam rumah dengan luar; dan sanitasi dasar seperti: penyediaan air bersih yang dimasak sebelum dikonsumsi; jamban sehat yang berfungsi dengan baik; sarana pembuangan sampah yang dikelola dengan baik; dan tempat pembuangan limbah yang tidak mencemari sumber air; dapat mencegah terjadinya kematian bayi dalam keluarga dan masyarakat.

Kesimpulan

- Pelayanan kesehatan kehamilan dan persalinan secara keseluruhan telah diusahakan untuk ditingkatkan, tercermin dalam upaya pemerataan pelayanan kesehatan.
- Pencapaian perilaku terkait kesehatan (*health related behavior*) beragam, di mana sebagian telah baik namun sebagian besar masih perlu ditingkatkan.
- Lingkungan Kecamatan Pejawaran sebagian besar belum mencapai syarat kesehatan sehingga perhatian perlu ditingkatkan untuk promosi penataan lingkungan.

Daftar Pustaka

1. Bajracharya, A. (2003). *Socio-Economic Factors that Influence the IMRs in Developing Nations: A Cross-Country Regression Analysis*. Diakses 6 Mei 2008, dari <http://www.people.cornell.edu>
2. Suwoto, A. (2007). *Kinerja Profesi Perawat dalam Upaya Meningkatkan Kemandirian Rakyat Hidup Sehat Menuju Kekuatan Negara Republik Indonesia*. Diakses 10 April 2008, dari <http://www.bppsdmk.depkes.go.id>
3. BPS Indonesia. (2008). *Angka Kematian Bayi*. Diakses 10 April 2008, dari <http://www.datastatistik-indonesia.com>.
4. Bappenas. (2004). *Bab 27; Peningkatan Akses Masyarakat terhadap Layanan Kesehatan yang Lebih Berkualitas*. Diakses 10 April 2008, dari <http://www.bappenas.go.id>
5. Ditjen Binkesmas, Depkes RI. (2008). *Keluarga Berencana dan Upaya Penurunan Angka Kematian Bayi dan Balita*. Diakses 17 April 2008, dari <http://www.bkkbn.go.id>
6. BPS Bekasi. (2001). *Indeks Mutu Hidup*. Diakses 10 April 2008, dari <http://www.geocities.com>
7. PPJK, Depkes RI. (2008). *Tentang Jaminan Kesehatan Masyarakat*. Diakses 12 April 2008, dari <http://www.jpkmonline.net>

8. UNICEF. (2008). *At Glance: Indonesia; Statistics; Basic Indicators*. Diakses 12 April 2008, dari <http://www.unicef.org>
9. Notoatmojo, S. (2003). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
10. Notoatmojo, S. (1997). *Ilmu Kesehatan Masyarakat Prinsip-prinsip Dasar, Cetakan I*. PT Rineka Cipta. Jakarta.
11. Azwar, A. (1996). *Pengantar Administrasi Kesehatan* (ed. 3). Jakarta: Binarupa Aksara.
12. Léger, P. (Juli, 2006). *Kesehatan Ibu: Untuk Keselamatan Ibu. Pembawa Pesan Kesehatan, Aide Médicale Internationale*. Edisi 3 / Juli 2006, diakses 20 April 2008.
13. Tobing, B. L. (1999). *Luaran Ibu dan Anak pada Persalinan Terdaftar dan Tidak Terdaftar di RSUPH. Adam Malik dan RS. dr. Pirngadi Medan*. Diakses 17 April 2008, dari <http://www.library.usu.ac.id>
14. Maas, Linda.T. (2004). *Kesehatan Ibu dan Anak: Persepsi Budaya dan Dampak Kesehatannya*. Diakses 20 April 2008, dari <http://library.usu.ac.id>
15. Depkes RI. (2003). *Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat: Keputusan Menkes no. 1202/Menkes/ SK/VIII/2003*. Jakarta : Departemen Kesehatan. Diakses 12 April 2008, dari <http://www.koalisi.org>
16. Dinkes Propinsi Jawa Tengah. (2005). *Standar pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Kabupaten/Kota di Propinsi Jawa Tengah; Pelayanan Kesehatan yang Wajib Dilakukan oleh Kabupaten/Kota*. Diakses 25 April 2008, dari <http://www.health-lrc.or.id>
17. Mukono. (2000). *Prinsip Dasar Kesehatan Lingkungan*. Cetakan I. Airlangga University Press. Surabaya
18. UNDP. (2004). *Menurunkan Angka Kematian Bayi. Dalam Laporan Perkembangan Pencapaian Tujuan Pembangunan Millenium Indonesia*. Diakses 2 Mei 2008, dari <http://www.undp.or.id>
19. Puskesmas Pejawaran. (2008). *Program Kesehatan Ibu Anak Puskesmas Pejawaran*. Banjarnegara: Puskesmas Pejawaran
20. Dahlan, Sopiudin. (2005). *Seri Evidence Based Medicine (2): Besar Sampel dalam Penelitian Kedokteran dan Kesehatan*. PT Arkans. Jakarta.
21. Mishra and Newhouse. (2007). *Health Aid and Infant Mortality*. IMF.
22. Djaja, S., Hapsari, D., Kosen, S. (2006). *Pengaruh Faktor Kesehatan Ibu terhadap Kematian Bayi Baru Lahir di Kabupaten Cirebon, 2004*. *Damianus*, Vol. 5, No. 3, 201.
23. WHO. (2006). *Penyakit Bawaan Makanan: Fokus Pendidikan Kesehatan* (Andry Hartono, Penerjemah). Jakarta: EGC. (Buku asli diterbitkan tahun 2000).
24. Persatuan Dokter Gigi Indonesia (PDGI). (2008). *Gigi yang Rusak Sumber Infeksi Berbagai Penyakit Kronik*. Diakses 26 November 2008, dari www.pdgi-online.com
25. Depkes RI. (2004). *Prinsip Pengelolaan Program KIA*. Dalam: Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA).
26. Breakfast Research Institute (BRI). (2008). *Breakfast Consumption and Nutrient Intakes in U.S. Adults*. Diakses 3 Desember 2008, dari <http://www.breakfastresearchinstitute.org>
27. WHO. (2005). *Is it true that lack of iodine really causes brain damage?* Diakses 29 November 2008, dari <http://www.who.int>
28. Pudjiadi, Solihin. (2000). *Ilmu Gizi Klinis pada Anak, Edisi Keempat*. Jakarta: Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
29. Asuh Indonesia. (2006). *Asi Eksklusif*. Diakses tanggal 26 November 2008, dari <http://asuh.wikia.com>
30. Simbolon, Demsa. (2006). *Kelangsungan Hidup Bayi di Perkotaan dan Pedesaan Indonesia. Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, Vol. 1, No. 1, Agustus 2006.

31. Prameswari, M.F. (2007). *Kematian Perinatal di Indonesia dan Faktor yang Berhubungan, Tahun 1997-2003. Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, Vol. 1, No. 4, Februari 2007.
32. Saifuddin, Abdul B., George A., Gulardi H.W., Djoko W.(Eds.). (2000). *Buku of Child Mortality in Low Income Countries: Its of*
38. Yusup, Nur. Ahmad., Sulistyorini, Lilis. (2005). *Hubungan Sanitasi Rumah Secara Fisik dengan Kejadian ISPA pada Balita*. Diakses 1 Mei 2008, dari <http://journal.unair.ac.id>
39. Keman, Soedjajadi (2005). *Kesehatan Perumahan dan Lingkungan*
40. Bantayan, H. (2001). *Marital Status and its Effect on Child Mortality in Indonesia*. (1999)