STATUS MORBIDITAS BALITA DI DAERAH TERTINGGAL TAHUN 2004

Felly Phlipus Senewe*, **Lamria Pangaribuan***, dan **Kirana Pritasari****

ABSTRACTS

In Indonesia, the health of under-five-year old children is still far from the expectation because of the higher cases of the under-five year-old deaths. The mortality of children under five years old was high as 46 per 1,000 live births during the period of 1998 to 2002. The health status of children under five years old associated with some factors among mothers during pregnancies and deliveries, and also among the under five-year old children. Remote areas were districts which relatively less developed in comparison to other areas in the national scale and with relatively less developed population. This study used SUSENAS or National Socio-Economic Survey data year 2004 aimed to determine the health status of children under five years old and their associated factors in remote areas. It hopes that the results could be used for family health program (children under five years old) and less developed areas. The data collection was using cross sectional design. Samples of the children under five years old were collected from 190 remote or islands areas and 187 non remotes areas. The total samples were 99,118 children under five years old. The result showed that the health status of the under-five-year old children having symptoms in the past one month were the same prevalence, 30%, either in remote or non remote areas. The most common symptoms were fever, cough, and influenza with the ranges of 26% to 29%. There were 55% of the sick under-five-year old children had outpatient cares, and there were 1.3% of the sick children received inpatient cares. There were just 19% of the sick under-five-year old children had health insurances, in which mostly were the healthy cards, and were of 12% in remote areas. Twenty nine percent 29%, of the sick under-five-year old children were poor, whereas in remote areas were 40%. There were 68% of the sick under-five-year old children had complete immunizations. The coverage of exclusive breast feeding were 54% for 6 months. There were different accessibility and availability of health infrastructures in remote and in non remote areas. In seeking treatment, the health facilities owned by government were also preferable, either in remote and in non remote areas. This study suggests that the accessibility for the sick under-five-year old children should be improved to shorten the health services for the people/children under five years old. The policy to locate village midwives should be enhanced. The revitalization of village health post, community health development, including infants and children under five years old, need responsibility and participation of other programs or sectors.

Key words: *morbidity status, remote areas, accessibility, under-five-year old children*

PENDAHULUAN

Kesehatan bayi di bawah lima tahun (Balita) di Indonesia masih jauh dari keadaan yang diharapkan karena besarnya jumlah Balita yang meninggal. Menurut Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2002/2003 dan Soemantri 2004, menunjukkan bahwa kematian balita sebesar 46 per 1.000 kelahiran hidup selama periode 1998–2002. Status kesehatan Balita berhubungan dengan beberapa faktor ibu selama hamil dan melahirkan. Permasalahan pada Balita selama hidup antara lain, masih rendahnya kunjungan neonatal, atau cakupan imunisasi yang masih rendah, hal ini menyebabkan kesehatan Balita makin rendah. Balita yang sakit dapat menyebabkan terjadi gangguan pertumbuhan atau akibat yang buruk yaitu dapat meninggal.

Susenas merupakan survei sosial ekonomi nasional yang dilaksanakan tiap tahun mencakup 30 provinsi di Indonesia, di mana di dalamnya juga berisi informasi tentang kesehatan Balita. Informasi kesehatan yang diidentifikasi adalah keluhan kesehatan dalam satu bulan terakhir, berobat jalan, tersedianya jaminan pembiayaan, riwayat penolong persalinan, riwayat imunisasi dan riwayat pemberian air susu ibu (ASI). Saat ini terdapat 190 kabupaten yang tergolong kabupaten dengan kategori kabupaten tertinggal (Kementerian Pembangunan Daerah Tertinggal). Daerah tertinggal adalah daerah

* Peneliti Puslitbang Ekologi dan Status Kesehatan, Badan Litbangkes, Jalan Percetakan Negara 29 Jakarta
** Subdit Kesehatan Balita, Direktorat Kesehatan Keluarga Ditjen Binkesmas, Depkes RI, Jalan Rasuna Said Blok X5, Kav 4–9, Kuningan Jakarta.

kabupaten yang relatif kurang berkembang dibandingkan daerah lain dalam skala nasional dan rata-rata status sosial ekonomi yang relatif rendah. Suatu daerah dikategorikan sebagai daerah tertinggal karena beberapa faktor penyebab antara lain faktor geografis. Umumnya secara geografis daerah tertinggal relatif sulit dijangkau karena letaknya yang jauh di pedalaman, perbukitan/pegunungan, kepulauan, pesisir, dan pulau-pulau terpencil atau karena faktor *geomorfologis* lainnya sehingga sulit dijangkau oleh jaringan baik transportasi maupun media komunikasi. Sebaran daerah tertinggal secara geografis digolongkan menjadi beberapa kelompok antara lain daerah yang terletak di pulau-pulau kecil, gugusan pulau yang berpenduduk dan memiliki kesulitan akses ke daerah lain yang lebih maju, daerah yang secara administratif sebagian atau seluruhnya terletak diperbatasan antarnegara baik batas darat maupun laut, daerah yang terletak di wilayah rawan bencana alam baik gempa, longsor, gunung api, maupun banjir atau daerah yang sebagian besar wilayahnya berupa pesisir. Permasalahan yang dihadapi daerah tertinggal antara lain kualitas sumber daya manusia di daerah tertinggal relatif lebih rendah di bawah rata-rata nasional akibat terbatasnya akses masyarakat terhadap kesehatan (Strategi Nasional PDT). Analisis ini bertujuan untuk memberi gambaran status kesehatan Balita dan penyakit-penyakit yang dialami oleh Balita di daerah tertinggal. Dengan demikian dapat memberi masukan kepada program dan para pengambil kebijakan dalam upaya perencanaan pembangunan untuk meningkatkan kesejahteraan dan status kesehatan Balita sehingga tingkat kesakitan Balita di daerah tertinggal dapat diturunkan.

METODA

Analisis data adalah menggunakan subset data Susenas KOR 2004 khusus (ART < 5 tahun), dan data Potensi Desa (PODES) 2003 untuk aksesibilitas balita ke fasilitas kesehatan, dan melakukan analisis deskriptif.

Menurut Mosley and Chen (1988), faktor sosial ekonomi dan budaya mempengaruhi kelangsungan hidup anak melalui berbagai faktor. Faktor-faktor tersebut antara lain adalah faktor ibu, faktor lingkungan, kekurangan gizi, trauma dan upaya pencegahan dari individu itu sendiri. Faktor ibu adalah termasuk umur ibu, paritas dan jarak kehamilan, faktor lingkungan yaitu berhubungan dengan media penyebaran penyebab penyakit seperti udara, air, makanan, kulit, tanah, serangga, dll. Kekurangan gizi yaitu kekurangan kalori, protein dan kekurangan vitamin dan mineral, sedangkan faktor upaya pencegahan penyakit individu yaitu termasuk imunisasi dan pengobatan.

Jumlah sampel Kor (tanpa modul) Susenas 2004 secara keseluruhan/Nasional sebanyak 182.304 rumah tangga, dengan jumlah kabupaten/kota yang tercakup sebanyak 377 kabupaten/kota. Sampel dalam analisis ini sebanyak 377 kabupaten dalam sampel Susenas KOR 2004. Di dalamnya termasuk kabupaten/kota yang terdiri dari 190 kabupaten tertinggal[1] dan kepulauan dan 187 kabupaten tidak tertinggal. Untuk keperluan estimasi tingkat kabupaten/kota, beberapa kabupaten/kota baru (pemekaran) masih mengikuti kabupaten/kota induknya (asal). Rumah tangga dicacah dengan menggunakan kuesioner Kor yang berisi pertanyaan tentang keterangan tiap anggota keluarga/perorangan mengenai kesehatan termasuk kesehatan balita.

Sampel terpilih adalah kabupaten sesuai dengan kriteria daerah tertinggal (Kementerian Pembangunan Daerah Tertinggal). Kabupaten tersebut yaitu NAD 11 kab, Sumut 4 kab, Sumbar 6 kab, Bengkulu 3 kab, Riau 2 kab, Kep. Riau 1 kab, Jambi 3 kab, Sumsel 5 kab, Lampung 5 kab, Babel 2 kab, Jabar 2 kab, Jateng 3 kab, DIY 2 kab, Jatim 6 kab, Banten 2 kab, Bali 1 kab, NTB 6 kab, NTT 14 kab, Kalbar 7 kab, Kalteng 6 kab, Kaltim 3 kab, Kalsel 2 kab, Sulut 2 kab, Sulteng 8 kab, Sulbar 5 kab, Sulsel 10 kab, Sultra 4 kab, Gorontalo 2 kab, Maluku 4 kab, Maluku Utara 2 kab, Irian Jaya Barat 3 kab, Papua 9 kab.

Variabel yang dianalisis yaitu umur Balita (12–59 bulan) dan bayi (0–11 bulan), jenis kelamin, tempat tinggal: perdesaan dan perkotaan, kawasan: Jawa-Bali dan luar Jawa-Bali, riwayat keluhan 1 bulan terakhir (status kesehatan balita) misalnya panas, batuk, pilek, asma, diare, sakit kepala dan sakit gigi. Riwayat imunisasi dasar (BCG 1 kali, DPT 3 kali, Polio 3 kali, Campak 1 kali dan Hepatitis B 3 kali), pemberian ASI Eksklusif yaitu bayi yang berumur 0–6 bulan hanya diberi ASI saja, status ekonomi: miskin dan tidak miskin, dengan menggunakan subset data Susenas Kor 2004. Untuk menganalisis aksesibilitas ke sarana kesehatan menggunakan subset data PODES 2003, dengan menanyakan ketersediaan dan jarak sarana

DEFINISI OPERASIONAL

Variabel	Definisi Operasional	Skala Kategori
Daerah Tertinggal	Daerah kabupaten yang relatif kurang berkembang dibandingkan daerah lain dalam skala nasional dan berpenduduk yang relatif tertinggal.	1. Tertinggal 2. Tidak tertinggal Skala Nominal
Status kesehatan balita	Kesehatan balita yang diukur dari keluhan balita dengan keluhan panas atau batuk atau pilek atau asma atau diare atau sakit kepala atau sakit gigi atau lainnya dan disertai terganggu kesehatannya dalam 1 bulan terakhir.	1. Sakit 2. Tidak sakit Skala Nominal
Umur	Usia anak yang diukur dalam bulan.	1. 12–59 bulan (balita) 2. 0–11 bulan (bayi) Skala Nominal
Jenis kelamin	Jenis kelamin anak.	1. Laki-laki 2. Perempuan Skala Nominal
Tempat tinggal	Klasifikasi desa/kelurahan sesuai BPS.	1. Perdesaan 2. Perkotaan Skala Nominal
Kawasan	Lokasi balita berada dikelompokkan dari beberapa Provinsi.	1. Jawa-Bali 2. Luar Jawa-Bali Skala Nominal
Jumlah ART	Banyaknya anggota rumah tangga yang berada dalam 1 rumah tangga, dengan asumsi rata-rata di dalam 1 RT terdapat minimal 4 orang.	1. ≥ 5 ART 2. 0–4 ART Skala Nominal
Imunisasi dasar	Riwayat balita pernah mendapat imunisasi BCG 1 kali, DPT 1 kali, polio 1 kali, campak 1 kali, dan hepatitis B 1 kali.	1. Tidak lengkap 2. Lengkap Skala Nominal
ASI eksklusif	Balita yang diberikan hanya Air Susu Ibu selama 6 bulan tanpa minuman/makanan lainnya. Dianalisis bayi yang berumur < 4 bulan, < 6 bulan dan umur 6–9 bulan.	1. Tidak ASI eksklusif 2. ASI eksklusif Skala Nominal
Status ekonomi	Perbandingan garis kemiskinan perkotaan dan perdesaan (Rp/kapita/bulan). Tahun 2004 per kapita/bulan di perkotaan Rp143.455,00 dan perdesaan Rp108.725,00. Disebut miskin bila RT yang pendapatan perkapita perbulan lebih kecil dari garis kemiskinan perkotaan - perdesaan. (BPS) (Suhariyanto K).[17]	1. Miskin 2. Tidak miskin Skala Nominal
Akte kelahiran	Balita yang kelahirannya dicatatkan ke Kantor Catatan Sipil. Sebagai indikator hak anak untuk mengetahui identitasnya. Akte kelahiran dipakai sebagai variabel proxi untuk menunjukkan tingkat pendidikan dan pendapatan dari orang tua balita.	1. Tidak ada akte 2. Ada akte Skala Nominal
Ketersediaan sarana kesehatan	Ketersediaan sarana kesehatan di desa.	1. Tersedia 2. Tidak tersedia Skala Nominal

kesehatan dari kantor desa ke sarana kesehatan tersebut dan yang diwawancarai adalah kepala desa/ kelurahan. Unit analisis adalah bayi berumur di bawah lima tahun (Balita) 0–4 tahun pada 377 Kabupaten di Indonesia.

HASIL

Dari data Susenas Kor 2004 ditemukan sebanyak 99118 bayi dan anak di bawah lima tahun (balita), yang terbagi atas 27.281 balita (27,5%) berada di daerah tertinggal dan 71.837 balita (72,5%) berada di daerah tidak tertinggal.

Tabel 1. Persentase jenis keluhan balita 1 bulan terakhir dan pengobatan di daerah tertinggal dan tidak tertinggal, Susenas 2004

Jenis Keluhan dan Pengobatan	Daerah Tertinggal		Nasional	
	Ya	Tidak	%	N
a. Jenis keluhan:				
– Panas	28,7	28,7	28,7	28.470
– Batuk	23,8	25,9	25,3	25.110
– Pilek	24,6	27,9	27,0	26.756
– Asma	1,1	0,7	0,8	765
– Diare	4,3	3,7	3,9	3.824
– Sakit kepala	1,4	1,0	1,1	1.123
– Sakit gigi	0,5	0,5	0,5	485
– Lainnya	3,8	3,4	3,5	3.490
b. Pengobatan				
– Berobat sendiri	64,6	58,6	60,2	24.531
– Obat tradisional	42,1	26,4	31,0	7.593
– Obat modern	84,2	89,5	88,0	21.589
– Lainnya	12,4	9,8	10,6	2.593

KELUHAN KESEHATAN, PENGOBATAN, PERAWATAN DAN CAKUPAN BALITA

Keluhan kesehatan Balita dalam 1 bulan terakhir paling banyak Balita mengeluh panas, batuk dan pilek. Keluhan sakit gigi, sakit kepala dan asma/sesak napas masih sangat jarang dijumpai pada balita. Keluhan kesehatan balita misalnya panas, asma, diare, sakit kepala dan sakit gigi relatif sama terjadi di daerah tertinggal maupun tidak tertinggal. Balita yang mengeluh sakit dan berobat sendiri paling banyak ditemukan di daerah tertinggal daripada di daerah tidak tertinggal. Selanjutnya dari balita sakit diobati sendiri ternyata sebagian besar (84,2%) menggunakan obat modern, namun cukup banyak juga (42,1%) Balita yang menggunakan obat tradisional khususnya balita di daerah tertinggal (Tabel 1).

Selanjutnya pada semua Balita ditanyakan apakah pernah dirawat jalan dalam 1 bulan terakhir atau pernah dirawat inap dalam 1 tahun terakhir sebelum survei. Ternyata lebih dari setengah (55,2%) Balita pernah dirawat jalan dalam 1 bulan terakhir, dan persentase yang berobat jalan di daerah tidak tertinggal lebih tinggi daripada daerah tertinggal. Puskesmas merupakan tempat yang banyak dipilih untuk rawat jalan, terutama di daerah tertinggal. Banyak juga Balita yang dibawa berobat jalan ke sarana kesehatan swasta seperti praktek dokter dan nakes terutama di daerah tidak tertinggal. Balita yang pernah rawat inap 1 tahun terakhir cukup rendah, dan tidak berbeda antara daerah tertinggal dan tidak tertinggal. Untuk Balita yang pernah rawat inap 1 tahun terakhir, Rumah Sakit Pemerintah masih merupakan pilihan tempat rawat inap yang cukup banyak, terutama di daerah tertinggal. Di samping itu, RS swasta juga menjadi pilihan untuk rawat inap khususnya di daerah tidak tertinggal (Tabel 2).

Tabel 3, menunjukkan jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan yang tersedia masih sangat rendah, dan pola ini hampir sama menurut daerah tertinggal dan tidak tertinggal. Jenis jaminan kesehatan yang banyak tersedia yaitu kartu sehat, dan jenis jaminan ini banyak ditemukan di daerah tertinggal dibandingkan tidak tertinggal.

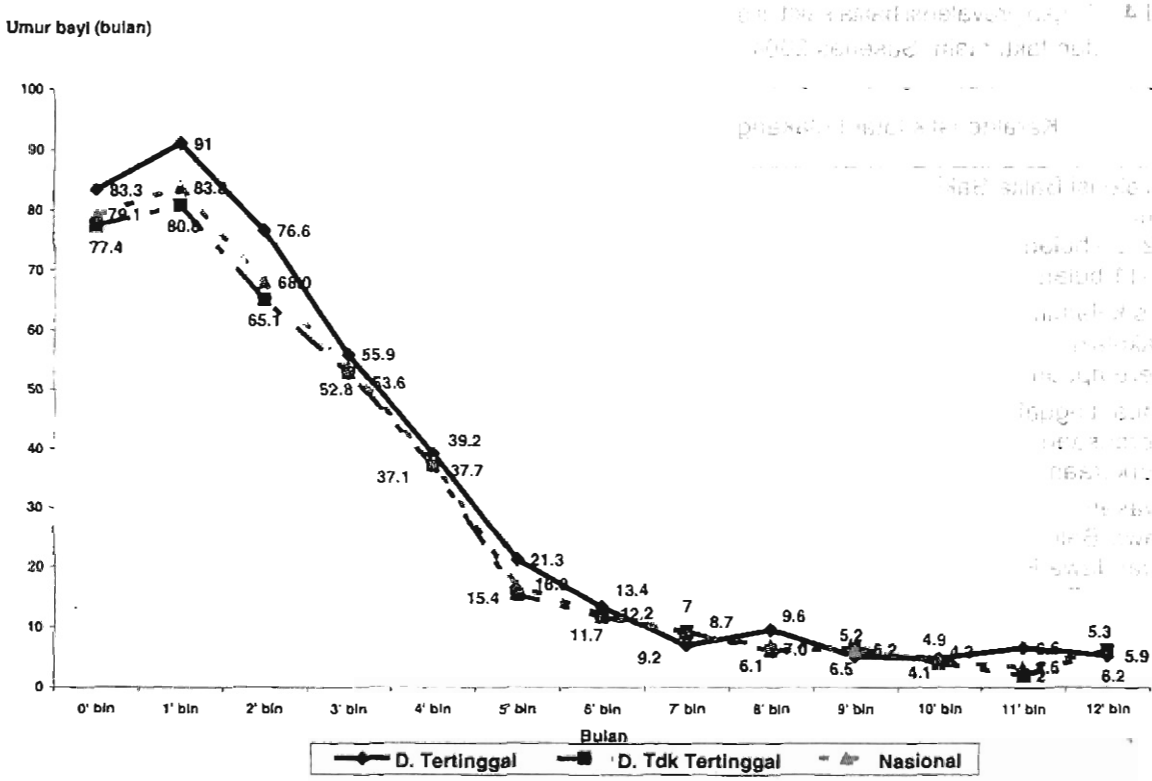
Penolong persalinan terakhir oleh tenaga kesehatan sudah cukup tinggi tetapi cakupan ini masih sangat rendah di daerah tertinggal. Kepemilikan akte kelahiran balita masih rendah terutama di daerah tertinggal. Dua dari 5 Balita dengan status ekonomi miskin dan paling banyak dijumpai di daerah tertinggal. Cakupan imunisasi dasar lengkap (minimal pernah mendapat imunisasi BCG, DPT 1 kali, Polio 1 kali, Campak dan hepatitis B 1 kali) sudah cukup baik walaupun belum mencapai target Universal Child Immunization (UCI) > 90%. Pola cakupan imunisasi dasar lengkap relatif sama menurut daerah tertinggal maupun tidak tertinggal. ASI Eksklusif yaitu anak balita yang berusia 0–6 bulan hanya mendapat ASI saja tanpa pemberian makanan tambahan. Cakupan ASI eksklusif pada balita berusia < 4 bulan atau berusia

Tabel 2. Persentase rawat jalan 1 bulan terakhir, rawat inap 1 tahun terakhir dan tempat pengobatan di daerah Tertinggal dan Tidak tertinggal, Susenas 2004

Rawat Jalan, Rawat Inap dan Tempat Pengobatan	Daerah Tertinggal		Nasional	
	Ya	Tidak	%	N
a. Rawat jalan	47,6	58,0	55,2	22.500
b. Tempat rawat jalan:				
– RS pemerintah	3,8	3,0	3,2	717
– RS swasta	0,9	3,2	2,7	603
– Praktik dokter	14,7	28,1	25,0	5.622
– Puskesmas	61,2	43,0	47,2	10.630
– Poliklinik	2,9	5,2	4,6	1.045
– Praktik nakes	20,2	23,2	22,5	5.071
– Praktik batra	1,2	1,1	1,1	255
c. Rawat inap	0,8	1,5	1,3	1.309
d. Tempat rawat inap:				
– RS pemerintah	50,0	39,9	41,6	544
– RS swasta	15,5	40,3	36,1	472
– Puskesmas	22,7	10,8	12,8	168
– Praktik nakes	7,7	9,0	8,8	115
– Praktik batra	0,9	1,2	1,1	15

Tabel 3. Persentase jaminan kesehatan/asuransi, penolong persalinan, akte, status ekonomi, imunisasi dasar dan ASI eksklusif di daerah tertinggal dan tidak tertinggal, Susenas 2004

Jaminan kesehatan/asuransi, penolong persalinan, akte, status ekonomi, imunisasi dasar dan ASI eksklusif	Daerah tertinggal		Nasional	
	Ya	Tidak	%	N
a. Jaminan kesehatan (Ada)	18,9	19,3	19,2	19.014
b. Jenis jaminan kesehatan:				
– Askes	2,8	4,1	3,8	3.743
– Astek	0,4	3,4	2,5	2.522
– Perusahaan	0,6	2,8	2,2	2.196
– JPKM	1,2	0,7	0,8	792
– Dana sehat	0,3	0,3	0,3	310
– Kartu sehat	12,4	7,4	8,8	8.684
– Lainnya	1,8	2,0	1,9	1.911
c. Penolong persalinan (nakes)	55,6	77,6	71,5	70.893
d. Akte kelahiran (ada)	23,8	46,6	40,3	39.947
e. Status ekonomi (miskin)	40,4	24,9	29,2	28.908
f. Imunisasi dasar (lengkap minimal pernah mendapat 1 kali)	63,1	69,8	67,9	67.335
g. ASI Eksklusif:				
– umur < 4 bulan	75,1	66,9	69,1	4.098
– umur < 6 bulan	60,0	52,3	54,3	6.378
– umur 6–9 bulan	9,0	8,3	8,5	5.154
h. Jumlah ART:				
– < 5 ART	44,6	50,8	49,1	48.668
– 5+ ART	55,4	49,2	50,9	50.449



Gambar 1. Cakupan ASI menurut umur bayi (bulan)

< 6 bulan sudah cukup tinggi dan cakupan ini jauh lebih tinggi di daerah tertinggal. Hal ini karena memang anak bayi masih minum ASI (*on going*). Sedangkan balita yang berumur 6–9 bulan, riwayat pernah mendapat ASI saja ternyata cakupan makin menurun dan semakin rendah, serta tidak terlalu berbeda menurut daerah tertinggal dan tidak.

Gambar 1, menunjukkan cakupan pemberian ASI menurut umur bayi (dalam bulan). Pemberian air susu ibu pada bayi sejak lahir masih sedikit rendah, hal ini kemungkinan karena air susu ibu belum keluar sempurna pada ibu. Pemberian air susu ibu mulai berkurang setelah bayi berusia di atas 6 bulan hal ini karena setelah usia di atas 6 bulan balita telah diberikan makanan pendamping atau juga diberikan pengganti air susu ibu (PASI). Gambaran ini terjadi sama baik bayi yang tinggal di daerah tertinggal maupun di daerah tidak tertinggal. Bayi 0–5 bulan yang berada di daerah tertinggal cenderung lebih tinggi cakupan ASI dibandingkan bayi di daerah tidak tertinggal. Hal ini kemungkinan, karena ibu-ibu yang berada di daerah tertinggal masih banyak yang tidak bekerja di luar rumah sehingga mempunyai banyak waktu untuk menyusui bayinya, sedangkan ibu-ibu yang berada di daerah tidak tertinggal kebanyakan sudah sibuk dengan pekerjaan di luar rumah sehingga sangat sulit untuk memberikan ASI secara teratur.

STATUS MORBIDITAS/KESAKITAN BALITA

Status Kesehatan Balita diukur dari Balita yang mempunyai keluhan dalam 1 bulan terakhir dan disertai terganggu kesehatannya. Prevalensi balita sakit ditemukan 1 dari 3 balita menderita sakit, hal ini tidak berbeda menurut daerah tertinggal maupun tidak tertinggal. Menurut karakteristik latar belakang, prevalensi balita sakit tidak banyak berbeda, hanya prevalensi lebih tinggi dijumpai pada balita yang berada di kawasan Jawa Bali dibandingkan luar Jawa Bali. Pola ini tidak berbeda menurut daerah tertinggal maupun tidak tertinggal (Tabel 4).

AKSESIBILITAS BALITA KE FASILITAS KESEHATAN

Keterjangkauan/aksesibilitas balita ke fasilitas kesehatan dapat diukur melalui faktor ketersediaan

Tabel 4. Angka prevalensi balita sakit di daerah tertinggal dan tidak tertinggal menurut karakteristik latar belakang dan faktor lain, Susenas 2004

Karakteristik latar belakang	Daerah tertinggal		Nasional	
	Ya	Tidak	%	N
Prevalensi Balita Sakit	29,6	29,6	29,6	29.370
Umur:				
– 12–59 bulan	29,9	30,0	30,0	25.156
– 0–11 bulan	27,7	27,5	27,5	3.854
Jenis kelamin:				
– Laki-laki	29,8	29,6	29,7	15.127
– Perempuan	29,4	29,7	29,6	14.213
Tempat tinggal:				
– Perdesaan	29,5	29,9	29,8	16.996
– Perkotaan	30,1	29,4	29,5	12.374
Kawasan:				
– Jawa-Bali	33,0	31,8	32,0	17.860
– Luar Jawa Bali	28,6	24,8	26,6	11.510

sarana kesehatan (ada atau tidak) di desa, selanjutnya ditanyakan jika tidak ada sarana kesehatan berapa jarak dari kantor desa ke sarana kesehatan (rata-rata dalam km). Untuk analisis data digunakan data PODES (potensi desa) tahun 2003. Pada Tabel 5, ditunjukkan ketersediaan sarana kesehatan di desa/ kelurahan pada kabupaten/kota. Secara Nasional sarana kesehatan yang banyak tersedia di desa/ kelurahan yaitu posyandu dan RS/RB, sedangkan sarana kesehatan yang jarang dijumpai yaitu RSU dan apotik. Di daerah tertinggal sarana kesehatan yang relatif lebih banyak tersedia (33,3%) dibandingkan di daerah tidak tertinggal (30,1%) yaitu puskesmas pembantu. Sedangkan ketersediaan sarana kesehatan dengan persentase perbandingan yang relatif besar antara daerah tidak tertinggal dan tertinggal yaitu RS Bersalin, posyandu, poliklinik/BP, tempat praktek dokter dan bidan, apotik, dan toko obat/ jamu.

JARAK RATA-RATA (KM) DARI DESA KE SARANA KESEHATAN

Jika tidak tersedia fasilitas kesehatan di desa, ditanyakan jarak dari kantor desa atau kelurahan ke

Tabel 5. Persentase ketersediaan sarana kesehatan menurut di daerah tertinggal dan tidak tertinggal, PODES 2003

Ketersediaan sarana kesehatan	Daerah		Nasional	
	Tertinggal	Tidak tertinggal	%	N
– RS Umum	0,8	2,7	1,9	1.307
– RS Bersalin/RB	35,4	66,2	53,4	36.751
– Poliklinik/BP	4,8	12,6	9,3	6.426
– Puskesmas	9,5	12,5	11,3	7.762
– Puskesmas pembantu	33,3	30,1	31,4	21.632
– Tempat praktik dokter	7,7	20,7	15,3	10.500
– Tempat praktik bidan	22,7	51,0	39,2	27.004
– Posyandu	84,5	94,6	90,4	62.210
– Polindes	43,0	42,7	42,8	29.455
– Apotik	1,7	8,0	5,4	3.729
– Pos Obat Desa	8,3	9,9	9,2	6.364
– Toko Obat/Jamu	3,8	14,5	10,1	6.928

sarana kesehatan (rata-rata km). Pada Tabel 6 ditunjukkan secara Nasional rata-rata jarak dari kantor desa ke sarana kesehatan paling jauh sekitar 30–37 km yaitu ke pos obat desa, RSB, RSU dan apotik. Dan rata-rata jarak dari kantor desa ke sarana kesehatan yang paling pendek/dekat sekitar < 5 km hanya ke sarana Posyandu. Di daerah tertinggal, rata-rata jarak dari desa ke sarana kesehatan (km) paling jauh (> 45 km) yaitu RS Bersalin/RB dan RSU. Sedangkan rata-rata jarak paling dekat (< 5 km) yaitu posyandu.

PEMBAHASAN

Prevalensi balita sakit

Prevalensi Balita sakit di daerah tertinggal relatif sama dengan angka nasional (30 persen). Angka prevalensi ini lebih tinggi bila dibandingkan angka nasional tahun 2001 Balita yang mempunyai keluhan kesehatan sebulan terakhir (25 persen). Tetapi angka prevalensi Balita sakit masih lebih rendah bila dibandingkan dengan analisis Handayani 2002 bahwa persentase balita sakit (35%) dan bayi sakit (34%) (Susenas 2004). Angka prevalensi Balita sakit tidak berbeda apakah balita berdomisili di daerah tertinggal atau di daerah tidak tertinggal. Keadaan ini cukup menggembirakan karena selama ini diasumsikan balita yang tinggal di daerah tertinggal akan mempunyai masalah kesehatan yang lebih banyak ternyata menurut survei tidak ditemukan. Memang jika dibandingkan dengan angka nasional sedikit lebih tinggi, hal ini kemungkinan karena faktor berbeda unit sampel yang dianalisis, kalau di Susenas 2001 untuk semua penduduk, sedangkan pada kajian ini hanya khusus pada Balita. Menurut SDKI 2002/2003, infeksi saluran pernapasan bawah akut terutama pneumonia adalah penyebab umum kesakitan dan kematian pada anak umur di bawah lima tahun, 8% anak mengalami gejala ISPA dalam 2 minggu sebelum survei. Prevalensi tertinggi ISPA ditemukan pada anak umur 6–23 bulan (9%).

Secara umum, Balita sakit di daerah tertinggal banyak ditemukan pada balita yang berada di kawasan Jawa-Bali. Balita sakit kemungkinan berhubungan dengan faktor kondisi lingkungan tempat tinggal yang sudah tercemar, sebaliknya di daerah luar Jawa-Bali relatif lebih baik. Atau juga karena tingkat pengetahuan dan pendidikan dari ibu-ibu di Jawa Bali yang telah lebih mampu mendeteksi atau mengetahui anaknya sakit atau tidak. Selanjutnya pemberian ASI Eksklusif, ditemukan balita sakit lebih banyak pada balita yang tidak mendapat ASI Eksklusif. Jika dibandingkan proporsi antara balita sakit di daerah tertinggal dan tidak tertinggal yang mendapat ASI Eksklusif terlihat bahwa terjadi disparitas yang cukup lebar. Balita di daerah tertinggal lebih banyak mendapat ASI Eksklusif dibandingkan balita di daerah tidak tertinggal. Hal ini kemungkinan karena para ibu Balita mempunyai waktu yang cukup banyak untuk mengasuh dan memberikan ASI saja sampai dan selama 6 bulan, sedangkan para ibu balita di daerah tidak tertinggal oleh karena faktor pekerjaan dan waktu bersama anak yang terbatas sehingga kurang dapat memberikan ASI saja sampai

Tabel 6. Jarak rata-rata (Km) dari desa ke sarana kesehatan di daerah tertinggal dan tidak tertinggal, PODES 2003

Jarak rata-rata (km) dari desa ke sarana kesehatan	Daerah		Nasional	
	Tertinggal	Tidak tertinggal	Km	N
– RS Umum	51,53	22,85	34,76	68.816
– RS Bersalin/RB	55,02	22,45	35,98	68.816
– Poliklinik/BP	42,70	17,29	27,85	68.816
– Puskesmas	14,60	6,78	10,02	68.816
– Puskesmas pembantu	8,63	4,21	6,04	68.816
– Tempat praktek dokter	31,03	9,15	18,24	68.816
– Tempat praktek bidan	27,84	6,42	15,31	68.816
– Posyandu	4,34	0,81	2,28	68.816
– Polindes	18,06	8,75	12,61	68.816
– Apotik	47,49	18,31	30,43	68.816
– Pos Obat Desa	46,96	29,07	36,50	68.816
– Toko Obat/Jamu	41,24	13,43	24,98	68.816

dan selama 6 bulan. Penyebab lain menurut Setyowati (1999) dalam kajian SDKI 1997, di antara anak yang masih mendapat ASI sekitar 42% bayi umur kurang 4 bulan sudah mendapat minuman atau makanan pendamping ASI. Balita yang mendapat makanan pendamping ASI berhubungan dengan faktor eksternal atau internal Balita tersebut. Faktor eksternal misalnya sudah melakukan aktifitas yang cukup banyak, sedangkan faktor internal adalah keadaan/kondisi yang telah dibawa sejak lahir. Kebiasaan pemberian makanan yang benar amat penting untuk kelangsungan hidup, pertumbuhan, perkembangan, kesehatan dan gizi dari bayi dan anak balita. Untuk menurunkan tingkat kesakitan dan kematian anak, United Nation Childrens Fund (UNICEF) dan the World Health Organization (WHO) menganjurkan agar anak disusui selama paling sedikit 6 bulan. Makanan padat hanya diberikan pada umur 7 bulan atau lebih dan pemberian ASI harus dilanjutkan dengan baik sampai tahun ke dua kehidupan. Pada tahun 2003 pemberian ASI eksklusif dari 4 bulan menjadi 6 bulan. 55% anak < 4 tahun mendapat ASI eksklusif selama 4 bulan. Dan 40% ASI eksklusif pada usia < 6 bulan. Pengenalan dini makanan yang rendah energi dan gizi atau yang disiapkan dalam kondisi tidak higienes mungkin dapat mengakibatkan gizi kurang, infeksi dan kekebalan yang lebih rendah terhadap penyakit pada bayi. Hal yang tidak menguntungkan di Indonesia pemberian makanan tambahan dimulai terlalu dini, yang tidak sejalan dengan anjuran pemerintah. Pemberian ASI eksklusif tidak diterapkan secara luas. Oleh karena itu hanya 1 dari 7 bayi mendapat ASI eksklusif pada umur ketika semua bayi dianjurkan diberi ASI eksklusif.

Aksesibilitas ke Sarana Kesehatan

Keterjangkauan/aksesibilitas Balita ke fasilitas kesehatan dapat diukur melalui faktor ketersediaan sarana kesehatan (ada atau tidak) di desa, kemudian jika tidak ada sarana kesehatan berapa jarak dari desa ke sarana kesehatan (km) lalu kesulitan untuk mencapai sarana kesehatan (sulit dan mudah). Secara nasional sarana kesehatan yang banyak tersedia di desa/kelurahan lebih dari 50% yaitu posyandu dan RS Bersalin. Sarana kesehatan yang relatif masih kurang di desa misalnya polindes (43%) atau praktek bidan (39%). Hasil ini relatif sama dengan laporan Tim Kajian AKI/AKA menemukan polindes hanya didapati kurang dari 50% desa. Padahal kebijakan nasional adalah setiap desa memiliki satu polindes, bahkan desa dengan jumlah penduduk lebih besar mungkin memerlukan lebih dari satu polindes. Sarana kesehatan di daerah tertinggal relatif sama dengan di daerah tidak tertinggal dan nasional. Seharusnya dengan makin banyaknya tersedia sarana kesehatan di desa maka pelayanan kesehatan balita dan ibu hamil/melahirkan dapat ditingkatkan. Peran sektor swasta ternyata sudah mulai terlihat sampai di desa-desa. Semestinya pelayanan KIA dapat dimanfaatkan lebih baik maka diharapkan angka kesakitan dan kematian pada balita dapat diturunkan. Sedangkan sarana kesehatan yang jarang dijumpai yaitu RSU, apotik, dan pos obat desa. Justru sarana kesehatan pemerintah seperti RS umum, puskesmas dan puskesmas pembantu sangat terbatas.

Dari penduduk yang mengatakan tidak ada sarana kesehatan di desanya maka jarak dari desa atau kelurahan ke sarana kesehatan (km), secara nasional rata-rata jarak yang paling jauh sekitar 30–37 km yaitu ke pos obat desa, RSB, RSU dan apotik. Dan rata-rata jarak yang paling pendek/dekat sekitar < 5 km hanya ke sarana posyandu. Di daerah tertinggal, rata-rata jarak dari desa ke sarana kesehatan (km) paling jauh sekitar > 45 km yaitu RSB, RSU dan apotik. Sementara di daerah tidak tertinggal rata-rata jarak paling jauh > 20 km yaitu pos obat desa, RS Umum, dan RSB. Akses ke fasilitas pelayanan merupakan faktor yang berpengaruh terhadap tingginya AKI/AKA. Jarak ke pelayanan kesehatan berpengaruh terhadap kemampuan masyarakat dalam pengeluaran biaya transportasi.

Dari penduduk yang ditanya mengenai ketersediaan sarana kesehatan diketahui ada penduduk yang mengatakan tidak ada sarana kesehatan tersebut di desanya. Selanjutnya pada mereka ditanyakan berapa perkiraan jarak dari desa untuk mencapai ke sarana kesehatan tersebut. Kesulitan untuk mencapai sarana kesehatan, secara nasional paling banyak mengatakan sulit ke posyandu, praktek bidan dan polindes. Di daerah tertinggal sarana kesehatan yang ada ternyata sulit untuk dijangkau yakni posyandu, polindes dan RSB. Sedangkan di daerah tidak tertinggal sarana kesehatan yang ada tetapi sulit untuk dijangkau yaitu posyandu, praktek bidan dan polindes. Salah satu bentuk keterlibatan masyarakat dalam pelayanan kesehatan yang berkaitan dengan kesehatan ibu dan

anak adalah melalui Posyandu. Posyandu menurut PODES 2000 dilaporkan pada 92% desa. Separo atau 50% dari desa yang tidak memiliki posyandu menyatakan mudah menjangkau posyandu. Menurut Surkesnas 2001, 72% balita memanfaatkan posyandu, akan tetapi dengan meningkatnya umur, persentase tersebut makin menurun.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

1. Status kesehatan Balita dengan keluhan 1 bulan terakhir ternyata mempunyai angka prevalensi sakit yang sama baik di daerah tertinggal atau tidak tertinggal.
2. Cakupan pemberian ASI eksklusif (usia 0-6 bulan), dan cakupan imunisasi dasar relatif masih terdapat perbedaan antara di daerah tertinggal dan tidak tertinggal
3. Kartu sehat masih merupakan jaminan kesehatan yang relatif banyak dimiliki Balita di daerah tertinggal
4. Status ekonomi (masyarakat miskin) ada perbedaan menurut wilayah di daerah tertinggal atau tidak tertinggal
5. Aksesibilitas dan ketersediaan sarana kesehatan masih terdapat perbedaan/kesenjangan antara daerah tertinggal dan tidak tertinggal
6. Sarana kesehatan milik pemerintah masih menjadi pilihan untuk pencarian pengobatan baik di daerah tertinggal atau tidak.

Saran

1. Aksesibilitas untuk Balita sakit perlu ditingkatkan agar supaya lebih mendekatkan pelayanan kepada masyarakat/balita, misalnya melalui posyandu atau polindes.
2. Pendekatan/kebijakan penempatan bidan di desa merupakan kebijakan yang perlu ditingkatkan
3. Program jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat merupakan kebijakan yang perlu ditingkatkan khususnya pada masyarakat di daerah tertinggal.

UCAPAN TERIMA KASIH

Kami mengucapkan banyak terima kasih kepada Bapak S Soemantri, PhD, APU-Ketua Tim Teknis Surkesnas Badan Litbangkes Jakarta yang telah memberikan kesempatan untuk melakukan analisis dari data Susenas 2004 ini serta memberikan masukannya. Juga kami ucapkan terima kasih kepada Dr Ratna Budiarso, MPH, Titiek Setyowati, SKM, MSi (alm) dan Agustina Lubis, MSc yang telah banyak memberikan masukan dan saran. Yang terakhir kami ucapkan terima kasih kepada rekan-rekan peneliti di KPP Indikator Status Kesehatan Puslitbang Ekologi dan Status Kesehatan yang banyak memberi saran dan masukannya untuk analisis ini.

DAFTAR PUSTAKA

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. 2002. *Survei Kesehatan Rumah Tangga*, 2001. Jakarta: Badan Litbang Depkes.

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. 2002. *Laporan SKRT 2001: Studi Kesehatan Ibu dan Anak (SKIA)*, Badan Litbang Depkes.

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Status Kesehatan, Pelayanan Kesehatan, Perilaku Hidup Sehat dan Kesehatan Lingkungan, Susenas 2004 – Substansi Kesehatan, SURKESNAS, p. 1-3. 23–29, Jakarta Mei 2005.

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Status Kesehatan Masyarakat Indonesia, Jakarta, (Mei) 2005: 22–25.

Badan Pusat Statistik, 2003. *Survei Demografi Kesehatan Indonesia* (SDKI) 2002–2003, Desember. Jakarta, hal. 107–169.

Bisara D, et al., 2003. Status gizi wanita usia subur (WUS) dan Balita di Indonesia menurut data SKRT 2001. *Buletin Penelitian Kesehatan*, 31(3): 143–154.

Badan Pusat Statistik, 2000. *End Decade Statistical Report: Data and Descriptive Analysis*, Jakarta.

Handayani L, Siswono. Pola keluhan kesakitan penduduk Indonesia, Analisis data Susenas 2001, Puslitbang Yantekes, *Buletin Penelitian Kesehatan*, 30(4): 192.

Indonesia, Departemen Kesehatan, 2005. *Rencana Strategis Departemen Kesehatan 2005–2009.*

Kementrian Pembangunan Daerah Tertinggal RI, 2004. *Strategi Nasional Pembangunan Daerah Tertinggal*, Jakarta.

Mosley W Henry and Chen C Lincoln, 1988. *Child Survival, Strategies for Research, Population and Development Review.*

Profil Kementerian Negara Pembangunan Percepatan Daerah Tertinggal, *Media Indonesia*, tahun XXXVI (9077), Oktober: 6.

Setyowati T, Budiarso R, 1999. Pemberian air susu ibu (ASI) dan pemberian minuman/makanan pada bayi, *Buletin Penelitian Kesehatan*, 26(4): 157.

Soemantri S, dkk. 2004, *Kajian Kematian Ibu dan Anak di Indonesia, Tim Kajian AKI-AKA*, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Januari-2004, Jakarta.

Suhariyanto, Kecuk, Avensora A, 2005. Pengukuran Kemiskinan di Indonesia, Paper pada, *Pertemuan Surkesnas di Giri Kembang Cipanas Oktober 2005 Badan Pusat Statistik*. Jakarta.

Yusuf Saifullah, "Tugas Pokok Kami Mengurangi Disparitas" *Media Indonesia*. XXXVI (9077): Oktober: 6.

WHO 2003. Millenium Development Goals, Geneva.