

STATUS KESEHATAN MASYARAKAT DI DAERAH TERTINGGAL**COMMUNITY HEALTH STATUS IN LESS DEVELOPMENT AREAS**Felly Philipus Senewe¹ dan Feri Ahmadi¹¹Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat

Email: fellysenewe@yahoo.com

Diterima: 1 Nopember 2012; Disetujui: 29 Nopember 2012

ABSTRACT

Community health status may be aware of the status or disease morbidity, mortality or morbidity of the population and the nutritional status of the population by place of residence. The health of community living in deprived areas is expected to remain very low in comparison with areas which are not left aside. On the basis of the Riskesdas 2007 and SUSENAS 2007 data, conducted a study to know the description of the community health status in less development areas. The review is expected to be used by policy makers and improving the database that affect the community health in less development areas. Samples were taken from 199 areas of lagging region. The result of nutritional status of children weight for age (22.5%), height for age (41.3%) and weight for height (15.2%), and these status remain high in comparison with other areas of full immunization coverage (32.5%) and neonatal visit by health workers (KN1 KN2-42.3% 24.2%) is still low compared to other regions. Assistant labour health coverage (47.1%) still very low compared to other regions. Instead of exclusive breast feeding (44.3%) better than other regions. Coverage of Ante Natal Care (K1: 65.4%) still low compared to other regions. The incidence of infectious diseases/contagious still high in deprived areas than in other areas. Noncommunicable diseases, including mental disorder in most parts of the disadvantaged than in other areas. The prevalence of underweight in adults is quite high compared to other regions. While the prevalence of overweight and obesity is still low compared to other regions. Environmental health status is low (household access to clean water: 51.9%, household access latrine: 30.5%, density of occupancy: 80%, and the ground floor: 83.2%) compared to other regions. Conclusions can be suggested as follows: the more specific policies are needed to improve the community health status in less development areas and need special attention to reduce the morbidity of infectious diseases and non-communicable diseases in the disadvantaged.

Keywords: *Health status, less development areas***ABSTRAK**

Status kesehatan masyarakat dapat diketahui dari status morbiditas atau penyakit, status mortalitas atau tingkat kematian penduduk atau status gizi pada penduduk dalam masyarakat. Berdasarkan data Riskesdas 2007, data Susenas 2007, dilakukan kajian untuk mengetahui gambaran status kesehatan masyarakat yang tinggal di daerah tertinggal. Kajian ini diharapkan dapat dipergunakan oleh pengambil kebijakan dan sebagai data dasar perbaikan yang berdampak ke status kesehatan masyarakat yang berada di daerah tertinggal. Sampel 199 kabupaten daerah tertinggal. Hasilnya status gizi balita BB/U (22,5%), TB/U (41,3%) dan BB/TB (15,2%), kondisi ini masih tinggi dibandingkan daerah yang tidak tertinggal. Cakupan imunisasi lengkap (32,5%) dan kunjungan neonatal ke petugas kesehatan (KN1: 42,3% dan KN2: 24,2%) masih rendah bila dibandingkan daerah tidak tertinggal. Cakupan penolong persalinan oleh tenaga kesehatan (47,1%) masih sangat rendah bila dibandingkan dengan daerah lain. Sebaliknya ASI Eksklusif (44,3%) lebih baik bila dibandingkan daerah tidak tertinggal. Sedangkan cakupan Ante Natal Care (K1: 65,4%) masih rendah dibandingkan daerah tidak tertinggal. Prevalensi penyakit Infeksi/menular masih tinggi di daerah tertinggal dibandingkan daerah tidak tertinggal. Prevalensi penyakit tidak menular termasuk gangguan mental paling banyak di daerah Tertinggal dibandingkan daerah tidak tertinggal. Prevalensi kurus pada orang dewasa cukup tinggi dibandingkan daerah tidak tertinggal. Sedangkan prevalensi berat badan lebih dan obese masih rendah dibandingkan daerah tidak tertinggal. Status kesehatan lingkungan masih jelek/rendah (akses RT air bersih: 51,9%, akses RT jamban: 30,5%, kepadatan hunian: 80%, dan lantai tanah: 83,2%) bila dibandingkan daerah tidak tertinggal. Dari kesimpulan dapat disarankan sebagai berikut: diperlukan kebijakan yang lebih khusus untuk peningkatan status kesehatan masyarakat yang tinggal di daerah tertinggal, perlu mendapat perhatian khusus untuk menurunkan angka kesakitan penyakit menular dan penyakit tidak menular di daerah Tertinggal.

Kata kunci: *Status kesehatan, daerah tertinggal*

PENDAHULUAN

Daerah yang dikategorikan tertinggal, letaknya di perbatasan atau pulau-pulau terluar adalah daerah kabupaten yang relatif kurang berkembang dibandingkan daerah lain dalam skala nasional dan berpendudukan yang relatif tertinggal. Menurut Kementerian Negara Pembangunan Daerah Tertinggal, suatu daerah dikategorikan sebagai daerah tertinggal karena beberapa faktor penyebab antara lain faktor geografis, daerah tertinggal relatif sulit dijangkau karena letaknya yang jauh di pedalaman, perbukitan/ pegunungan, kepulauan, pesisir, dan pulau-pulau terpencil sehingga sulit dijangkau oleh jaringan baik transportasi maupun media komunikasi atau jangkauan pelayanan kesehatan. Pembangunan daerah tertinggal merupakan upaya terencana untuk mengubah suatu daerah yang dihuni oleh komunitas dengan berbagai permasalahan sosial ekonomi dan keterbatasan fisik, menjadi daerah yang maju dengan komunitas yang kualitas hidupnya sama atau tidak jauh tertinggal dibandingkan dengan masyarakat Indonesia lainnya. Dalam RPJMN telah ditetapkan 199 kabupaten sebagai daerah tertinggal. Secara kuantitatif jumlah daerah tertinggal tersebut adalah sebanyak 44% dari 456 kab/ kota di Indonesia

Status kesehatan masyarakat dapat diketahui dari status morbiditas atau penyakit, status mortalitas atau tingkat kematian penduduk atau status gizi pada penduduk dalam masyarakat. Status kesehatan masyarakat pada semua tingkat umur dari penduduk, baik dewasa maupun anak-anak. Status kesehatan masyarakat yang tinggal di daerah tertinggal diperkirakan masih sangat rendah bila dibandingkan dengan daerah yang tidak tertinggal. Dari analisa data Kor-Susenas 2004, ditemukan di daerah tertinggal angka kematian bayi sebesar 42/1000 KH, angka kematian anak balita sebesar 12/1000 KH, dan angka kematian balita sebesar 54/1000 KH, serta tingkat kemiskinan sebesar 40,4%. Dengan data Surkesnas 2004 ditemukan prevalensi balita yang menderita sakit dalam 1 bulan terakhir sebesar 29,6%. Status gizi balita dengan prevalensi balita kurus sebesar 14,5%, prevalensi pendek sebesar 27,3% dan prevalensi gizi kurang sebesar 23%.

Penolong persalinan oleh tenaga kesehatan di daerah tertinggal sebesar 55,6%, bayi yang mendapat imunisasi lengkap yaitu BCG, DPT, Polio, Campak, dan Hepatitis B sebesar 63,1%.

Status kesehatan masyarakat dapat dilihat pada kondisi kesehatan balita atau ibu hamil. Status kesehatan balita berhubungan dengan beberapa faktor yaitu faktor pada ibu selama hamil atau melahirkan serta faktor dari bayi/ balita. Faktor lain yang cukup berpengaruh terhadap kesehatan balita yaitu faktor tempat tinggal. Balita yang tinggal di daerah tertinggal mempunyai status kesehatan yang kurang baik.

Riset Kesehatan Dasar 2007 (Riskesdas 2007) merupakan riset berbasis masyarakat yang dilaksanakan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Depkes RI pada tahun 2007. Riset ini didasarkan pada kebutuhan informasi dasar untuk Indonesia tentang berbagai indikator kesehatan yang menjadi komitmen global maupun nasional seperti indikator yang disepakati dalam Millenium Development Goals (MDGs), Grand Strategy Departemen Kesehatan, Renstra Departemen Kesehatan dan Standard Pelayanan Minimum (SPM) bidang kesehatan. Riskesdas telah dilaksanakan di seluruh provinsi di Indonesia. Data yang dikumpulkan meliputi data kesehatan masyarakat dan biomedis (pengambilan darah). Pengumpulan data Riskesdas dilakukan dengan berbagai cara yaitu wawancara, pengamatan, pengukuran, pemeriksaan, dan pengambilan spesimen darah.

Berdasarkan data Riskesdas 2007, dan data Susenas 2007, kami melakukan kajian analisis lebih lanjut untuk mengetahui gambaran status kesehatan masyarakat yang tinggal di daerah tertinggal. Kajian ini diharapkan dapat dipergunakan oleh pengambil kebijakan, baik di tingkat Provinsi dan Kabupaten/ Kota maupun di tingkat Nasional dan juga dapat dipergunakan oleh Kementerian Percepatan Daerah Tertinggal, sebagai data dasar perbaikan yang berdampak ke status kesehatan masyarakat yang berada di daerah tertinggal.

BAHAN DAN CARA

1. Disain penelitian: Cross sectional
2. Populasi dan sampel: Semua responden yang menjadi sampel di Riskesdas 2007 dan Susenas 2007. Data 456 kab/kota dikelompokkan menjadi data 199 kabupaten daerah tertinggal dan sisanya adalah kabupaten yang tidak tertinggal. Sampel penduduk yang tinggal di 199 Kab daerah Tertinggal.
3. Variabel: Variabel-variabel yang digunakan: 1) Penyakit-penyakit: ISPA, malaria, diare, TB paru, asma, cedera, sendi, gangguan mental; 2) Kesehatan balita: imunisasi lengkap, kunjungan neonatal (KN), ASI Eksklusif; 3) Kesehatan Ibu hamil: pemeriksaan kehamilan(ANC), penolong persalinan; 4) Status Gizi Balita: BB/U, TB/U, BB/TB; 5) Status gizi Dewasa: IMT; 6) Status kesehatan Rumah Tangga: Akses Air bersih, akses jamban, kepadatan hunian, jenis lantai.
4. Prosedur analisis. Data yang akan dikaji diawali dengan: 1) Mengidentifikasi variabel-variabel yang diperlukan. Variabel untuk mengukur status kesehatan penduduk di kabupaten/kota daerah tertinggal. Variabel-variabel tersebut yaitu penyakit-penyakit: ISPA, malaria, diare, TB paru, asma, cedera, sendi, gangguan mental. Kesehatan balita: imunisasi lengkap, kunjungan neonatal (KN), ASI Eksklusif. Kesehatan Ibu hamil: pemeriksaan kehamilan(ANC), penolong persalinan. Status Gizi Balita: BB/U, TB/U, BB/TB. Status gizi Dewasa: IMT. Status kesehatan Rumah Tangga: Akses Air bersih, akses jamban, kepadatan hunian, jenis lantai. 2) Setelah variabel diidentifikasi maka dilakukan penggabungan data, crosstab variabel dan perhitungan angka kesakitan dan kematian balita di daerah tersebut. Data

tersebut dianalisis secara deskriptif. Sumber Data, analisis ini menggunakan data Riskesdas 2007 dan data Kor-Susenas 2007. Data akan dianalisis menggunakan program software SPSS.

HASIL PENELITIAN

Status kesehatan masyarakat di daerah tertinggal mencakup status kesehatan rumah tangga seperti lingkungan yang sehat, status kesehatan individu baik balita maupun ibu melahirkan, dan status penyakit individu semua kelompok umur.

Status Kesehatan Rumah Tangga (RT)

Status kesehatan rumah tangga diukur dari akses RT terhadap air bersih dan akses RT terhadap jamban, kepadatan hunian rumah dan jenis lantai rumah.

Tabel 1. menunjukkan Status kesehatan rumah tangga daerah tertinggal dibandingkan dengan daerah tidak tertinggal. Persentase rumah tangga yang mempunyai akses baik terhadap air bersih sebesar 51,9 persen, jauh lebih rendah dibanding dengan daerah tidak tertinggal. Persentase rumah tangga di daerah tertinggal dengan akses baik terhadap jamban sebesar 30,5 persen, masih lebih rendah dibandingkan dengan daerah tidak tertinggal. Persentase kepadatan hunian di daerah tertinggal sebesar 80 persen, sedikit lebih rendah dibandingkan dengan daerah tidak tertinggal, artinya untuk daerah tertinggal masih sekitar 20 persen yang mempunyai kepadatan hunian tidak memenuhi syarat kesehatan (padat). Persentase rumah tangga di daerah tertinggal yang mempunyai jenis lantai bukan tanah sebesar 83,2 persen, lebih rendah sedikit dibandingkan dengan daerah tidak tertinggal, masih sekitar 17 persen rumah tangga di daerah tertinggal yang mempunyai lantai tanah.

Tabel 1. Status Kesehatan Rumah Tangga di daerah Tertinggal, Riskesdas 2007

STATUS KESEHATAN RT	Tertinggal		Tidak Tertinggal		%	n
	%	n populasi	%	n populasi		
Akses RT terhadap air bersih	51.9	7,288,146	74.7	31,692,113	69.0	38,980,259
Akses RT terhadap jamban	30.5	4,281,891	51.1	21,688,569	46.0	25,970,460
Kepadatan hunian >=8m ² /kapita rumah	80.0	11,137,098	86.5	36,675,137	84.9	47,812,235
Jenis lantai rumah bukan tanah	83.2	11,578,090	87.2	36,953,278	86.2	48,531,368

Status kesehatan balita

Tabel 2, menunjukkan Status kesehatan balita di daerah tertinggal dibandingkan dengan daerah tidak tertinggal. Status imunisasi balita di daerah tertinggal masih sangat rendah yakni 32.5 persen. Persentase balita dengan gizi buruk dan kurang di daerah tertinggal sebesar 22,5 persen, sedikit lebih tinggi dibandingkan dengan target RPJM tahun 2015 yakni sebesar 20 persen. Persentase balita dengan kategori pendek dan sangat pendek untuk

daerah tertinggal masih cukup tinggi yaitu sebesar 41,3 persen. Persentase balita dengan kategori kurus dan sangat kurus di daerah tertinggal sebesar 15,2 persen, masih tidak jauh berbeda dengan persentase balita dengan kategori kurus dan sangat kurus untuk daerah tidak tertinggal. Persentase penolong persalinan oleh tenaga kesehatan di daerah tertinggal sebesar 47,1 persen, jauh lebih rendah dibanding dengan daerah tidak tertinggal.

Tabel 2. Status Kesehatan Individu (Balita) di Daerah Tertinggal, Riskesdas 2007

STATUS KESEHATAN INDIVIDU (BALITA)	Tertinggal		Tidak Tertinggal		%	n	
	%	n populasi	%	n populasi			
Imunisasi Lengkap	32.5	372,670	43.4	1,255,655	40.3	1,628,325	
Kategori status gizi BB/U	Gizi buruk	7.3	499,968	4.7	802,097	5.4	1,302,065
	Gizi kurang	15.2	1,040,149	12.1	2,078,203	13.0	3,118,352
	Gizi baik	73.4	5,006,723	78.8	13,490,520	77.2	18,497,243
	Gizi lebih	4.0	275,956	4.4	758,556	4.3	1,034,512
Kategori status gizi TB/U	Sangat pendek	22.3	1,388,858	17.3	2,766,729	18.7	4,155,587
	Pendek	19.0	1,183,918	17.6	2,809,789	18.0	3,993,707
	Normal	58.7	3,649,668	65.1	10,382,486	63.3	14,032,154
Kategori status gizi BB/TB	Sangat kurus	7.4	453,885	5.8	905,456	6.2	1,359,341
	Kurus	7.8	483,557	7.3	1,137,952	7.4	1,621,509
	Normal	72.9	4,490,423	74.7	11,670,363	74.1	16,160,786
	Kegemukan	11.9	735,349	12.3	1,919,455	12.2	2,654,804
Penolong persalinan	Tenaga kesehatan	47.1	2,777,790	74.6	11,150,471	66.8	13,928,261

Tabel 3, menunjukkan persentase kunjungan neonatal baik kunjungan neonatal pertama maupun kedua masih sangat rendah cakupannya yakni 42,3 persen dan 24,2

persen. Persentase pemberian ASI eksklusif sebesar 44,3 persen, lebih tinggi dibandingkan persentase pemberian ASI eksklusif di daerah tidak tertinggal.

Tabel 3. Status Kesehatan Individu (Umur 0-12 bulan & 0-6 bulan) di Daerah Tertinggal, Riskesdas 2007

STATUS KESEHATAN INDIVIDU (umur 0-12 bulan & 0-6 bulan)		Tertinggal		Tidak Tertinggal		%	n
		%	n populasi	%	n populasi		
UMUR 0-12 BULAN							
Kunjungan Neonatal	KN1	42.3	407,360	53.5	1,442,115	50.6	1,849,475
	KN2	24.2	233,143	32.4	873,201	30.3	1,106,344
UMUR 0-6 BULAN							
ASI Eksklusif		44.3	288,683	39.4	648,078	40.8	936,761

Tabel 4, menunjukkan status kesehatan balita menurut pemeriksaan kehamilan. Persentase pemeriksaan kehamilan pada trimester satu (K1) sebesar 65,4 persen, masih jauh lebih rendah dibandingkan daerah tidak tertinggal.

Demikian juga persentase pemeriksaan kehamilan pada trimester dua dan tiga (K4) masih rendah yaitu sebesar 57,0 persen, jauh lebih rendah dibandingkan dengan daerah tidak tertinggal.

Tabel 4. Status Kesehatan Individu (Balita di 5 Provinsi) di Daerah Tertinggal, Riskesdas 2007

STATUS KESEHATAN INDIVIDU (Balita di 5 Provinsi)		Tertinggal		Tidak Tertinggal		%	n
		%	n populasi	%	n populasi		
Pemeriksaan kehamilan	K1 >=1	65.4	484,351	85.2	87,670	67.8	572,021
	K4 >=2	57.0	424,227	79.4	81,181	59.7	505,408

Status Penyakit/Morbiditas Penduduk

Tabel 5, menunjukkan status penyakit penduduk didaerah tertinggal dibandingkan daerah tidak tertinggal. Pola penyakit untuk daerah tertinggal tidak

berbeda dengan daerah tidak tertinggal. Persentase tertinggi adalah penyakit ISPA (28,1) persen, kemudian Diare di urutan kedua (10,8) persen dan diikuti dengan Cedera sebesar 8.0 persen.

Tabel 5. Status Penyakit/Morbiditas Seluruh Umur di Daerah Tertinggal, Riskesdas 2007

STATUS KESEHATAN SELURUH UMUR		Tertinggal		Tidak Tertinggal		%	n
		%	n populasi	%	n populasi		
Penyakit	ISPA	28.1	16,192,028	23.6	38,493,047	24.8	54,685,075
	Malaria	4.2	2,418,019	0.8	1,275,051	1.7	3,693,070
	Diare	10.8	6,250,120	8.2	13,447,594	8.9	19,697,714
	TB paru	1.1	647,258	1.0	1,567,004	1.0	2,214,262
	Asma	4.3	2,465,136	3.0	4,860,108	3.3	7,325,244
	Cedera	8.0	4,639,655	8.0	13,003,993	8.0	17,643,648

Tabel 6, memperlihatkan persentase penduduk umur 15 tahun keatas yang mengalami penyakit sendi sebesar 35,3 persen, lebih tinggi dibanding dengan daerah tidak tertinggal (31,0) persen. Persentase penduduk 15 tahun keatas yang mengalami gangguan mental sebesar 12,1 persen tidak

berbeda dibandingkan dengan daerah tidak tertinggal.

Persentase penduduk 15 tahun keatas yang mempunyai berat badan lebih dan obese sebesar 14,5 persen, lebih rendah bila dibandingkan dengan daerah tidak tertinggal (20,5) persen.

Tabel 6. Status Penyakit dan IMT (umur ≥ 15 tahun) di Daerah Tertinggal, Riskesdas 2007

Status Penyakit & IMT (umur ≥ 15 tahun)	Tertinggal		Tidak Tertinggal		Total	n Total	
	%	n populasi	%	n populasi			
Penyakit	Sendi	35.3	13,542,874	31.0	35,781,546	32.1	49,324,420
	Gangguan Mental	12.1	4,628,698	12.9	14,822,003	12.7	19,450,701
IMT	Kurus	15.8	5,924,889	14.5	16,295,690	14.8	22,220,579
	Normal	69.8	26,204,422	65.0	73,305,584	66.2	99,510,006
	BB lebih	7.2	2,694,286	9.4	10,599,183	8.8	13,293,469
	Obese	7.3	2,739,606	11.1	12,540,172	10.2	15,279,778

PEMBAHASAN

Status kesehatan rumah tangga diukur melalui akses rumah tangga terhadap air bersih, akses rumah tangga terhadap jamban, kepadatan hunian rumah (lebih dari 8 m²/kapita), dan jenis lantai rumah bukan tanah. Akses rumah tangga terhadap air bersih di daerah tertinggal (52%) sudah cukup baik bila dibandingkan daerah tidak tertinggal. Menurut Joint Monitoring Program WHO, dikatakan akses terhadap air bersih 'baik' bila pemakaian air minimal 20 liter per orang per hari, sarana air yang digunakan improved, dan sarana sumber air berada dalam radius 1 kilometer dari rumah. Berdasarkan hal tersebut, untuk daerah tertinggal baru 51,9 persen rumah tangga mempunyai akses yang baik, artinya hampir separuh rumah tangga di daerah tertinggal mempunyai akses air bersih kurang baik. Akses rumah tangga terhadap jamban masih sangat rendah pada daerah tertinggal (31%) bila dibandingkan daerah lain. Demikian juga untuk pemakaian jamban, persentasenya masih sangat rendah, hampir 70 persen rumah tangga tidak mempunyai akses terhadap jamban. Hal ini perlu mendapatkan perhatian dari pemerintah oleh karena masih cukup banyak rumah tangga yang tidak mempunyai akses terhadap jamban. Kepadatan hunian rumah (≥ 8 m²/kapita) ternyata lebih padat hunian di daerah terluar (81%) dan daerah tertinggal (80%) bila dibandingkan daerah lain. Jenis lantai rumah (bukan tanah) proporsi hampir sama di semua daerah sekitar 83%-85%. Pada daerah tertinggal 20 persen rumah tangga masih belum memenuhi persyaratan kepadatan hunian atau masih padat dan kurang lebih 17 persen mempunyai jenis lantai dari tanah.

Status gizi balita diukur melalui BB/U, TB/U dan BB/TB. Status gizi di daerah tertinggal lebih rendah bila

dibandingkan dengan daerah tidak tertinggal. Status balita gizi buruk dan kurang (23%), balita pendek dan sangat pendek (41%), dan balita yang gizi kurus (15%). Status Gizi dewasa diukur melalui indeks masa tubuh (IMT) yaitu penduduk yang kurus lebih banyak di daerah tertinggal (16%) dibandingkan daerah tidak tertinggal. Sedangkan berat badan lebih dan obesitas lebih rendah dibandingkan daerah tidak tertinggal. Indikator kesehatan balita berdasarkan BB/U menggambarkan status gizi yang sifatnya umum dan tidak spesifik. Tinggi rendahnya prevalensi gizi buruk dan gizi kurang menandakan adanya masalah gizi pada balita akan tetapi tidak memberikan indikasi apakah masalah gizi tersebut bersifat kronis atau akut. Persentasi gizi buruk dan kurang di daerah tertinggal masih tinggi yakni 22,5 persen. Indikator TB/U menggambarkan status gizi yang sifatnya menahun atau kronis, hal ini terjadi akibat dari keadaan yang berlangsung lama dan sangat berkaitan erat dengan kemiskinan, perilaku pola asuh yang tidak benar, sering menderita penyakit secara berulang, juga dapat disebabkan karena higiene dan sanitasi yang kurang baik. Pada daerah tertinggal masalah ini masih cukup tinggi persentasenya, yakni sebesar 41,3 persen untuk kategori balita pendek dan sangat pendek.

Indikator lain untuk kesehatan balita yaitu BB/TB menggambarkan keadaan status gizi yang sifatnya akut, merupakan akibat dari keadaan yang berlangsung dalam waktu yang singkat, seperti menurunnya nafsu makan akibat sakit atau karena balita menderita diare. Dalam keadaan penyakit ini berat badan balita akan cepat turun sehingga tidak proporsional lagi dengan tinggi badannya dan anak tampak kurus. Disamping mengindikasikan adanya masalah gizi yang bersifat akut, indikator BB/TB juga

dapat digunakan sebagai indikator kegemukan. Dalam hal ini berat badan anak melebihi proporsi normal terhadap tinggi badannya. Kegemukan dapat terjadi akibat dari pola makan yang kurang baik. Masalah kekurusandan kegemukan pada usia balita dapat berakibat terhadap berbagai penyakit degeneratif pada usia dewasa nanti. Penyakit menular yang paling banyak ditemukan di daerah tertinggal yakni ISPA (28%) dan Diare (11). Penyakit malaria ditemukan 4 persen dan diare banyak ditemukan di daerah tertinggal (11%). Penyakit TB paru masih kecil (hanya 1,1%) bila dibandingkan dengan daerah lain. Penyakit tidak menular, paling banyak ditemukan gangguan sendi 35% di daerah tertinggal. Juga gangguan mental banyak di daerah tertinggal (12%).

Pemeriksaan kehamilan pertama kali saat hamil (K1) paling tinggi di daerah tertinggal. Sebaliknya untuk pemeriksaan kehamilan minimal 1 kali trimester pertama, min 1 kali trimester kedua dan minimal 2 kali trimester ketiga paling tinggi di daerah tertinggal (57%). Penelitian yang dilakukan Sadik (FKM-UI, 1996) mengemukakan hasil penelitiannya bahwa beberapa variabel yang berhubungan erat dengan derajat pemanfaatan pelayanan *antenatal care* yaitu umur Ibu hamil, pendidikan Ibu hamil, jumlah anak Ibu hamil, jarak anak Ibu hamil, pengetahuan Ibu hamil, sikap Ibu hamil, jarak tempat tinggal Ibu hamil dengan pusat sarana kesehatan, *social support* dan lain-lain. Ibu hamil usia di bawah 30 tahun cenderung memeriksakan kehamilannya dengan baik. Faktor ini erat kaitannya dengan jumlah anak dan jarak hamil. Ibu hamil yang mempunyai anak kurang dari 3 orang memeriksakan kehamilannya sekitar 58,9% sedangkan Ibu hamil yang mempunyai anak 3 orang atau lebih memeriksakan kehamilannya 35,6%. Jadi Ibu hamil dengan jumlah anak lebih sedikit cenderung akan lebih baik dalam memeriksakan kehamilannya daripada Ibu hamil dengan jumlah anak lebih banyak. Bahwa Ibu hamil yang memiliki pengetahuan yang baik tentang kesehatan Ibu hamil dengan jarak kehamilan yang jarang serta dekatnya lokasi pusat pelayanan antenatal dan dengan mendapat dorongan dari keluarganya, terutama suami Ibu hamil, maka pemanfaatan pelayanan *antenatalnya* cenderung baik.

Kunjungan pemeriksaan kehamilan merupakan salah satu bentuk perilaku. Menurut Lawrence Green, faktor – faktor yang berhubungan dengan perilaku ada 3 yaitu: faktor predisposisi, faktor pendukung, dan faktor pendorong. Yang termasuk faktor predisposisi diantaranya : pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi, dan nilai. Sedangkan yang termasuk faktor pendukung adalah ketersediaan sarana-sarana kesehatan, dan yang terakhir yang termasuk faktor pendorong adalah sikap dan perilaku petugas kesehatan (Notoatmodjo, 2003). Secara teori memang perubahan perilaku atau mengadopsi perilaku baru itu mengikuti tahap – tahap, yakni melalui proses perubahan: pengetahuan (knowledge), sikap (attitude), praktik (practice) atau "KAP". Beberapa penelitian telah membuktikan hal itu, namun penelitian lainnya juga membuktikan bahwa proses tersebut tidak selalu seperti teori diatas (K-A-P), bahkan di dalam praktik sehari-hari terjadi sebaliknya. Artinya, seseorang telah berperilaku positif, meskipun pengetahuan dan sikapnya masih negatif (Notoatmodjo, 2003).

Analisis data menggunakan uji regresi berganda. Hasil penelitian menunjukkan seluruh Ante Natal Care responden dilakukan oleh tenaga kesehatan (100%), tetapi cakupan K1 masih rendah, yaitu 69,4%. Jarak tempuh dari tempat tinggal responden ke pelayanan kesehatan sebagian besar 66,3%, berjarak <5 Km (dekat), waktu tempuh yang singkat < 15 menit sebesar 63,3%, dan 60,2% ada transportasi umum. Faktor perilaku (pengetahuan, sikap dan tindakan) dalam Ante Natal Care, yaitu pengetahuan kategori baik (52,0%), sikap kategori baik (63,3%), tindakan kategori baik (73,5%). Secara statistik seluruh faktor geografis (jarak, waktu tempuh dan sarana transportasi) berpengaruh terhadap Ante Natal Care ($p < 0,05$). Variabel perilaku (pengetahuan, sikap dan tindakan) berpengaruh terhadap Ante Natal Care ($p < 0,05$). Salah satu faktor masih tingginya angka kematian, baik kematian ibu maupun kematian bayi dan bayi adalah faktor penolong persalinan. Masih tingginya penolong persalinan oleh bukan tenaga kesehatan merupakan salah satu hal yang dapat berakibat tingginya angka kematian ibu dan bayi. Di daerah tertinggal

penolong persalinan oleh tenaga kesehatan baru mencapai 47,1 persen, artinya kurang lebih 53 persen persalinan di daerah tertinggal adalah tidak aman. Selain faktor penolong persalinan, masalah lain yaitu masih rendahnya cakupan kunjungan neonatal, baik kunjungan neonatal pertama maupun kedua juga mempengaruhi tingginya angka kematian bayi. Pada kunjungan neonatal diharapkan apabila ada kelainan atau penyakit pada bayi akan segera tertangani. Kematian bayi sering terjadi pada usia 0-7 hari. Pada daerah tertinggal persentase kunjungan neonatal satu dan dua masih perlu mendapat perhatian dari pengelola program.

Penolong persalinan ibu hamil oleh tenaga kesehatan di daerah tertinggal (47%) masih sangat rendah bila dibandingkan daerah tidak tertinggal. Sedangkan pemberian ASI Eksklusif artinya hanya memberikan air susu ibu kepada bayi sampai usia maksimal 6 bulan. Cakupan ASI Eksklusif di daerah tertinggal (44%) masih rendah. Cakupan imunisasi Balita, masih rendah di daerah tertinggal sebesar 33%. Kunjungan bayi berusia 0-7 hari (KN1) ke sarana kesehatan sebesar 42% di daerah tertinggal dan hal yang sama juga pada KN2 usia 8-28 hari sebesar 24%.

Menurut Joint Monitoring Program WHO, dikatakan akses terhadap air bersih 'baik' bila pemakaian air minimal 20 liter per orang per hari, sarana air yang digunakan *improved*, dan sarana sumber air berada dalam radius 1 kilometer dari rumah. Berdasarkan hal tersebut, untuk daerah tertinggal baru 51,9 persen rumah tangga mempunyai akses yang baik, artinya hampir separuh rumah tangga di daerah tertinggal mempunyai akses air bersih kurang baik. Demikian juga untuk pemakaian jamban, persentasenya masih sangat rendah, hampir 70 persen rumah tangga tidak mempunyai akses terhadap jamban. Hal ini perlu mendapatkan perhatian dari pemerintah oleh karena masih cukup banyak rumah tangga yang tidak mempunyai akses terhadap jamban. Pada daerah tertinggal 20 persen rumah tangga masih belum memenuhi persyaratan kepadatan hunian atau masih padat dan kurang lebih 17 persen mempunyai jenis lantai dari tanah. Indikator kesehatan balita berdasarkan BB/U menggambarkan

status gizi yang sifatnya umum dan tidak spesifik. Tinggi rendahnya prevalensi gizi buruk dan gizi kurang menandakan adanya masalah gizi pada balita akan tetapi tidak memberikan indikasi apakah masalah gizi tersebut bersifat kronis atau akut. Persentasi gizi buruk dan kurang di daerah tertinggal masih tinggi yakni 22,5 persen. Indikator TB/U menggambarkan status gizi yang sifatnya menahun atau kronis, hal ini terjadi akibat dari keadaan yang berlangsung lama dan sangat berkaitan erat dengan kemiskinan, perilaku pola asuh yang tidak benar, sering menderita penyakit secara berulang, juga dapat disebabkan karena higiene dan sanitasi yang kurang baik. Pada daerah tertinggal masalah ini masih cukup tinggi persentasenya, yakni sebesar 41,3 persen untuk kategori balita pendek dan sangat pendek. Indikator lain untuk kesehatan balita yaitu BB/TB menggambarkan keadaan status gizi yang sifatnya akut, merupakan akibat dari keadaan yang berlangsung dalam waktu yang singkat, seperti menurunnya nafsu makan akibat sakit atau karena balita menderita diare. Dalam keadaan penyakit ini berat badan balita akan cepat turun sehingga tidak proporsional lagi dengan tinggi badannya dan anak tampak kurus. Disamping mengindikasikan adanya masalah gizi yang bersifat akut, indikator BB/TB juga dapat digunakan sebagai indikator kegemukan. Dalam hal ini berat badan anak melebihi proporsi normal terhadap tinggi badannya. Kegemukan dapat terjadi akibat dari pola makan yang kurang baik. Masalah kekurusan dan kegemukan pada usia balita dapat berakibat terhadap berbagai penyakit degeneratif pada usia dewasa nanti. Salah satu faktor masih tingginya angka kematian, baik kematian ibu maupun kematian bayi dan bayi adalah faktor penolong persalinan. Masih tingginya penolong persalinan oleh bukan tenaga kesehatan merupakan salah satu hal yang dapat berakibat tingginya angka kematian ibu dan bayi. Di daerah tertinggal penolong persalinan oleh tenaga kesehatan baru mencapai 47,1 persen, artinya kurang lebih 53 persen persalinan di daerah tertinggal adalah tidak aman. Selain faktor penolong persalinan, masalah lain yaitu masih rendahnya cakupan kunjungan neonatal, baik kunjungan neonatal pertama maupun kedua juga mempengaruhi tingginya angka kematian bayi. Pada kunjungan

neonatal diharapkan apabila ada kelainan atau penyakit pada bayi akan segera tertangani. Kematian bayi sering terjadi pada usia 0-7 hari. Pada daerah tertinggal persentase kunjungan neonatal satu dan dua masih perlu mendapat perhatian dari pengelola program.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Dari hasil kajian daerah tertinggal dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

Status kesehatan masyarakat di daerah tertinggal menurut status gizi balita BB/U ditemukan sebesar (22,5%), TB/U (41,3%) dan BB/TB (15,2%) dan kondisi ini masih tinggi dibandingkan daerah yang tidak tertinggal.

Cakupan imunisasi lengkap (32,5%) dan kunjungan neonatal ke petugas kesehatan (KN1: 42,3% dan KN2: 24,2%) masih rendah. Cakupan penolong persalinan oleh tenaga kesehatan (47,1%) masih sangat rendah bila dibandingkan dengan daerah lain. Sebaliknya ASI Eksklusif (44,3%) lebih baik bila dibandingkan daerah lain. Sedangkan cakupan Ante Natal Care (K1: 65,4%) masih rendah.

Prevalensi penyakit Infeksi/menular masih tinggi di daerah Tertinggal. Prevalensi penyakit tidak menular termasuk gangguan mental paling banyak di daerah Tertinggal. Prevalensi kurus pada orang dewasa cukup tinggi dibandingkan daerah lain. Sedangkan prevalensi berat badan lebih dan obese masih rendah.

Status kesehatan lingkungan masih jelek/rendah (akses RT air bersih: 51,9%, akses RT jamban: 30,5%, kepadatan hunian: 80%, dan lantai tanah: 83,2%) bila dibandingkan daerah lain

Saran

Dari kesimpulan dapat disarankan sebagai berikut: diperlukan kebijakan yang lebih khusus untuk peningkatan status kesehatan masyarakat yang tinggal di daerah tertinggal. Perlu mendapat perhatian khusus untuk menurunkan angka kesakitan penyakit

menular dan penyakit tidak menular di daerah Tertinggal.

UCAPAN TERIMA KASIH

Kami menyampaikan terima kasih kepada Pimpinan yang telah memberikan kesempatan untuk analisis ini. Juga terima kasih untuk rekan-rekan peneliti (dr. Julianty Pradono, MS, Dwi Hapsari Tjandrarini, SKM, M.Kes dan dr. Yuana Wiryawan, M.Kes) yang sudah membantu dalam analisis ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Badan Litbang Depkes RI: Panduan penyusunan proposal – protokol, penilaian proposal dan laporan akhir penelitian, tahun 2005
- Badan Litbang Depkes RI: Pedoman pewawancara Riskesdas dan Kuesioner RKD07.RT dan RKD07.IND. tahun 2007
- Badan Litbang Depkes RI: Protokol penelitian Riskesdas tahun 2007
- Ir. H.M. Lukman Edy, M.Si., Evaluasi 3 tahun daerah tertinggal, Januari 2008.
- Kesehatan di daerah tertinggal, <http://www.lukman-edy.web.id/article/2/tahun/2007/bulan/12/tanggal/13/id/89/>. Desember 2007.
- McCarthy, James and Deborah Maine. A framework for analyzing the determinants of maternal mortality. In studies of Family Planning, 23 (1): 23-33, 1992
- Mosley, W Henry and Lincoln C Chen. An analytical framework for study of child survival in developing countries. In Population and Development Reviews 10 (suppl):22-45, 1984
- Notoatmodjo Sukidjo, 2008: Pengantar Ilmu Perilaku, FKM UI, 2008.
- Rencana Strategis Departemen Kesehatan 2005-2009, Depkes RI tahun 2005.
- Senewe, FP, Pangaribuan, L, Pritasari K.: Status Morbiditas Balita di Daerah Tertinggal tahun 2004. Buletin Penelitian Sistem Kesehatan, April tahun 2006, vol.9, no.2,hal.82-92.
- Senewe, FP., Afifah Tin: Status Mortalitas Balita di Daerah Tertinggal tahun 2004. Jurnal Ekologi Kesehatan, April tahun 2006, vol.5, no.1, hal.394-402.
- Senewe, FP., Sanjaya: Status Gizi Balita di Daerah Tertinggal tahun 2004: Kajian Data SKRT 2004 (*Nutritional Status of Under-Five in Less Developed Areas Analysis of Household Health Survey of 2004*). Jurnal Penelitian Gizi dan Makanan (*The Journal of Food and Nutrition Research*), Juni tahun 2006, vol.29, no.1, hal.48-55.
- Strategi Nasional Pembangunan Daerah Tertinggal, Menteri Negara Pembangunan Daerah Tertinggal RI, Jakarta 2004.

Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) 2002/2003

Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) 2007

Susenas 2007, Pedoman Pencacah Kor dan kuesioner VSEN2007.K, Badan Pusat Statistik (BPS), Jakarta 2007

United Nations Development Program. Human Development Report 2003. Millenium Development Goals (MDGs): a compact among nations to end human poverty, New York, Oxfprd University Press, 2003.

WHO 2003, Millenium Development Goals, World Health Organization – Geneva 2003.

PROOF READING