



UNIVERSITAS INDONESIA

HUBUNGAN KEMANDIRIAN IBU DENGAN KEMATIAN
BALITA DI INDONESIA
(Perbandingan *Cross Sectional* dan *Case Control* menggunakan Data
SDKI 2007)

SKRIPSI

HESTY RAHAYU
0706273184

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT
DEPOK
JUNI 2011



UNIVERSITAS INDONESIA

HUBUNGAN KEMANDIRIAN IBU DENGAN KEMATIAN
BALITA DI INDONESIA
(Perbandingan *Cross Sectional* dan *Case Control* menggunakan Data
SDKI 2007)

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Sarjana Kesehatan Masyarakat

HESTY RAHAYU
0706273184

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT
DEPARTEMEN BIostatistik DAN KEPENDUDUKAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK
JUNI 2011

HALAMAN PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Hesty Rahayu

NPM : 0706273184

Mahasiswa Program : S1 Reguler Kesehatan Masyarakat

Tahun Akademik : 2007-2011

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan skripsi saya yang berjudul:

Hubungan Kemandirian Ibu dengan Kematian Balita di Indonesia
(Perbandingan *Cross Sectional* dan *Case Control* menggunakan Data SDKI
2007)

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 25 Juni 2011



(Hesty Rahayu)

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun yang dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Hesty Rahayu

NPM : 0706273184

Tanda Tangan: 

Tanggal : 25 Juni 2011

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :
Nama : Hesty Rahayu
NPM : 0706273184
Program Studi : Kesehatan Masyarakat
Judul : Hubungan Kemandirian Ibu dengan Kematian Balita di Indonesia (Perbandingan *Cross Sectional* dan *Case Control* menggunakan Data SDKI 2007)

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Besral S.KM., M.Sc. ()

Penguji : Martya Rahmaniati S.Si, M.Si ()

Penguji : Dra. Flourisa J. Sudrajat, Apt. Mkes ()

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 25 Juni 2011

KATA PENGANTAR/UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur saya panjatkan kepada Allah SWT karena atas rahmat dan karunia-Nya, saya dapat menyelesaikan skripsi ini. Meskipun berbagai rintangan menghampiri, atas nikmat-Nya lah penulisan skripsi ini dapat terselesaikan tepat wktu. Shalawat dan salam juga tak lupa saya haturkan kepada Nabi Muhammad S.A.W.

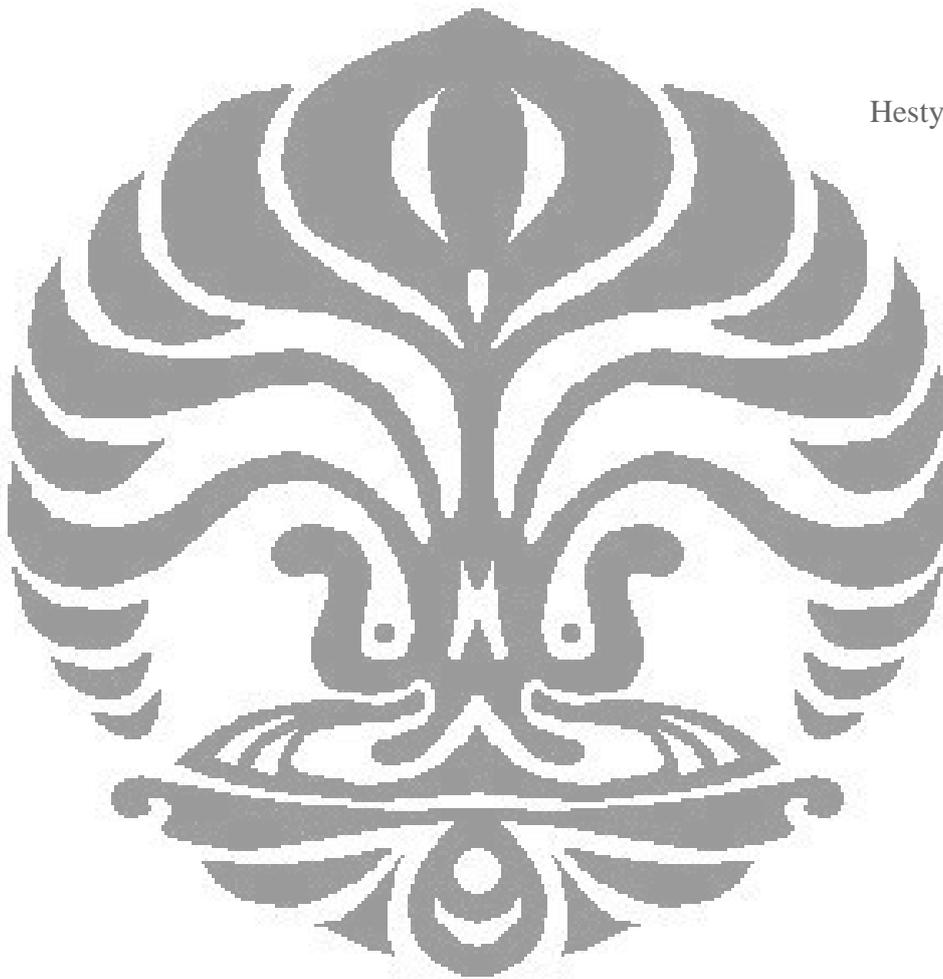
Proses panjang telah dilewati dalam penulisan skripsi ini. Saya pun menyadari bahwa berbagai pihak telah banyak membantu, baik langsung maupun tidak langsung. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada:

1. Allah SWT yang telah mencurahkan segala nikmat-Nya.
2. Kedua orangtua saya, Ibu dan Bapak yang selalu memotivasi dan terus menyemangati saya. Semoga kalian selalu dalam lindungan Allah SWT.
3. Besrat S.KM., M.Sc., selaku dosen pembimbing yang telah banyak meluangkan waktunya untuk memberikan arahan, bimbingan serta masukan dalam penulisan skripsi ini.
4. Martya Rahmaniati S.Si, M.Si dan Dra. Flourisa J. Sudrajat, Apt. Mkes karena telah bersedia meluangkan waktunya untuk menjadi penguji dalam sidang skripsi saya.
5. Fita Rizki Utami, S.K.M atas bantuannya selama ini untuk mendapatkan data penelitian.
6. Seluruh dosen dan staf Departemen Biostatistik dan Ilmu Kependudukan FKM UI.
7. Teman-teman seangkatan dan sejurusan yang telah banyak membantu saya dalam penulisan skripsi ini.

Saya menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna. Skripsi ini masih memiliki berbagai kekurangan yang perlu diperbaiki. Oleh karena itulah, kritik, masukan, serta saran yang membangun sangat saya harapkan. Akhir kata, semoga skripsi ini dapat berguna dan membawa manfaat bagi ilmu pengetahuan.

Depok, Juni

Hesty Rahayu



**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Hesty Rahayu
NPM : 0706273184
Program Studi : Kesehatan Masyarakat
Departemen : Biostatistik dan Kependudukan
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis Karya : Skripsi

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

**Hubungan Kemandirian Ibu dengan Kematian Balita di Indonesia
(Perbandingan *Cross Sectional* dan *Case Control* menggunakan Data SDKI
2007)**

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/format-kan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Pada tanggal : 25 Juni 2011
Yang menyatakan


(Hesty Rahayu)

ABSTRAK

Nama : Hesty Rahayu
Program Studi : Kesehatan Masyarakat
Judul Skripsi : Hubungan Kemandirian Ibu dengan Kematian Balita di Indonesia (Perbandingan *Cross Sectional* dan *Case Control* menggunakan Data SDKI 2007)

Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2007 menunjukkan angka kematian balita di Indonesia adalah sebesar 44 kematian per 1000 kelahiran hidup. Secara keseluruhan, angka kematian balita di Indonesia sudah mengalami penurunan. Namun, bila dilihat di setiap tahun penurunannya semakin kecil. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan disain potong lintang dan kasus kontrol yang bertujuan untuk melihat hubungan antara kemandirian ibu dan kejadian kematian balita di Indonesia, dengan mengikutsertakan beberapa karakteristik responden. Hasil penelitian ini memperlihatkan bahwa ibu yang kemandiriannya kurang baik, dalam kelompok pendidikan rendah memiliki risiko 7,95 kali untuk mengalami kematian balita, dalam kelompok pendidikan menengah memiliki risiko 1,127 kali untuk mengalami kematian balita, serta dalam kelompok pendidikan tinggi memiliki risiko 1,135 kali untuk mengalami kematian balita. Selain itu, beberapa karakteristik ibu, karakteristik balita, karakteristik sosial ekonomi dan lingkungan tempat tinggal, serta interaksi antara kemandirian dan pendidikan juga berhubungan dengan kematian balita. Oleh karena itu, untuk mengatasi masalah kematian balita, proporsi wanita dengan pendidikan tinggi perlu ditingkatkan.

Kata kunci:
Kemandirian, balita, Indonesia

ABSTRACT

Name : Hesty Rahayu
Study Program : Public Health
Title : Relation Between Mother's Autonomy and Under-Five Mortality in Indonesia (Comparison Between Cross Sectional and Case Control using Data IDHS 2007)

Indonesia Demographic and Health Survey (IDHS) 2007 shows that under-five mortality in Indonesia is 44 deaths per 1000 live births. Overall, the number of under-five mortality in Indonesia has reduced. But, if seen in every years, the reduction is more minor. This research is the quantitative research, uses cross-sectional and case control design and wants to know the relation between mother's autonomy and under-five mortality in Indonesia, including some characteristics. According to this research, mother who has not too good autonomy, in low education has probability 7,95 times in under-five mortality, in medium education has probability 1,127 times in under-five mortality, in high education has probability 1,135 times in under-five mortality. Besides, some mother's characteristics, child's characteristics, socioeconomic and surrounding characteristic, and interaction of autonomy and education also related to under-five mortality. Thus, decreasing under-five mortality problem can be done by increasing proportion of woman with high education.

Keywords:
Autonomy, under-five, Indonesia

DAFTAR ISI

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR/UCAPAN TERIMA KASIH	iv
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH.....	vi
ABSTRAK.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Pertanyaan Penelitian.....	5
1.4 Tujuan Penelitian.....	5
1.5 Manfaat Penelitian.....	6
1.6 Ruang Lingkup Penelitian.....	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Kematian.....	7
2.2 Kematian Balita.....	7
2.3 Kematian Balita dalam SDKI 2007.....	8
2.4 Kemandirian Ibu.....	8
2.5 Karakteristik Ibu.....	13
2.6 Karakteristik Balita.....	15
2.7 Karakteristik Lingkungan Tempat Tinggal.....	16
2.8 Ringkasan Hasil Penelitian Terdahulu.....	18
BAB 3 KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL	
3.1 Kerangka Teori.....	20
3.2 Kerangka Konsep.....	21
3.3 Hipotesis.....	22
3.4 Definisi Operasional.....	22
BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN	
4.1 Desain Penelitian.....	25
4.2 Sumber Data.....	25
4.3 Populasi dan Sampel Penelitian.....	27
4.4 Pengolahan Data.....	28
4.5 Analisis Data.....	28
BAB 5 HASIL PENELITIAN	
5.1 Kematian Balita.....	29
5.2 Gambaran Kemandirian Ibu.....	29
5.3 Gambaran Karakteristik Ibu.....	30

5.4	Gambaran Karakteristik Anak.....	32
5.5	Gambaran Karakteristik Tempat Tinggal dan Sosial Ekonomi.....	32
5.6	Hubungan Kemandirian Ibu dengan Kematian Balita.....	33
5.7	Hubungan Karakteristik Ibu dengan Kematian Balita.....	34
5.8	Hubungan Karakteristik Balita dengan Kematian Balita.....	35
5.9	Hubungan Karakteristik Lingkungan Tempat Tinggal dan Sosial Ekonomi dengan Kematian Balita.....	36
5.10	Kemandirian Ibu dan Kematian Balita.....	37
5.11	Model Akhir Hubungan Kemandirian Ibu dan Kematian Balita.....	38
5.12	Hasil Penelitian dengan Disain Kasus Kontrol.....	40

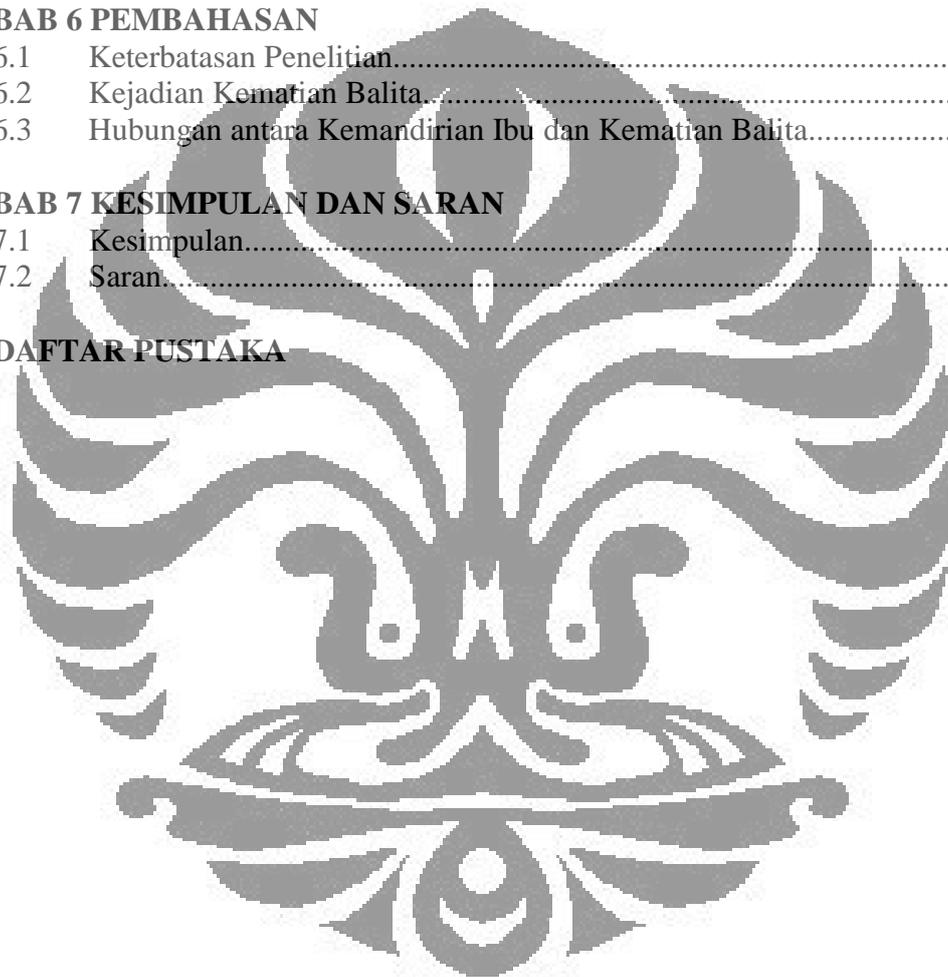
BAB 6 PEMBAHASAN

6.1	Keterbatasan Penelitian.....	43
6.2	Kejadian Kematian Balita.....	43
6.3	Hubungan antara Kemandirian Ibu dan Kematian Balita.....	44

BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN

7.1	Kesimpulan.....	51
7.2	Saran.....	52

DAFTAR PUSTAKA

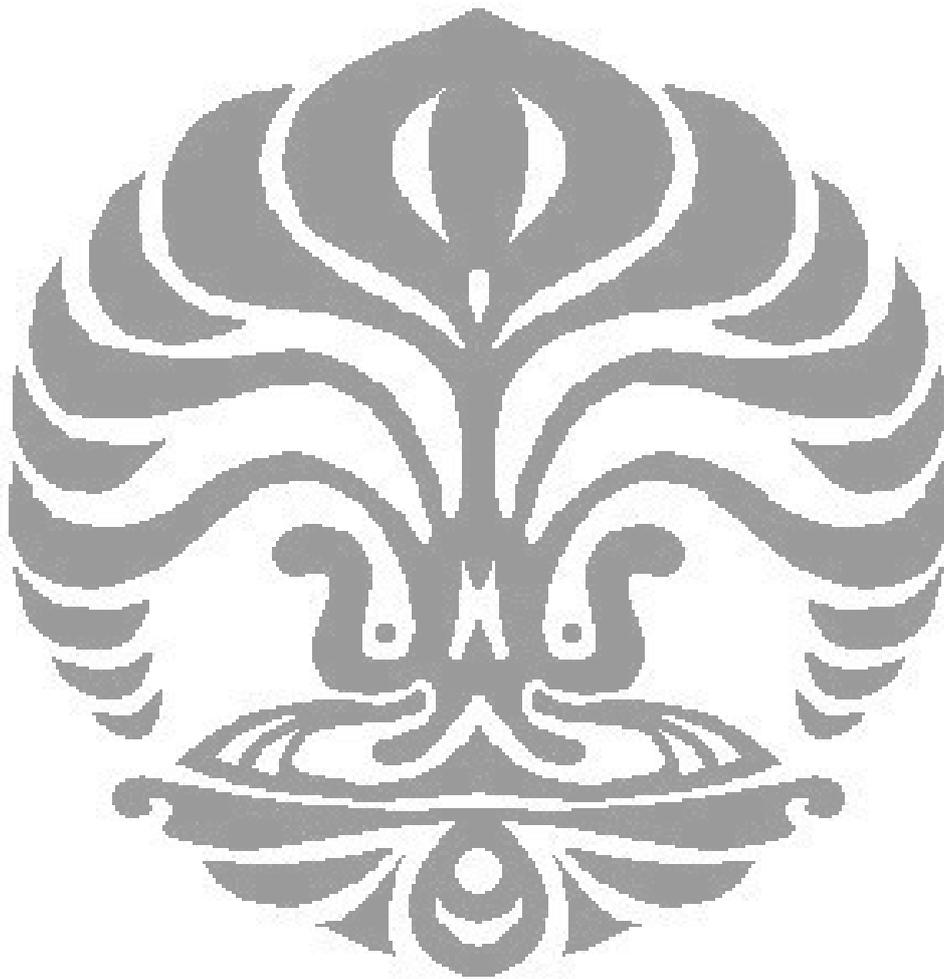


DAFTAR TABEL

Tabel 2.8	Ringkasan Hasil Penelitian Terdahulu Mengenai Faktor Risiko Kematian Bayi/Balita.....	16
Tabel 5.2.1	Distribusi Balita Berdasarkan Kemandirian Ibu di Indonesia pada Tahun 2007.....	30
Tabel 5.2.2	Distribusi Balita Berdasarkan Aspek Kemandirian Ibu di Indonesia pada Tahun 2007.....	30
Tabel 5.3.1	Distribusi Balita Berdasarkan Karakteristik Ibu di Indonesia pada Tahun 2007.....	31
Tabel 5.3.2	Distribusi Balita Berdasarkan Keterpaparan Ibu terhadap Media Informasi di Indonesia pada Tahun 2007.....	31
Tabel 5.4	Distribusi Balita Berdasarkan Karakteristik di Indonesia pada Tahun 2007.....	32
Tabel 5.5	Distribusi Balita Berdasarkan Karakteristik Sosial Ekonomi dan Lingkungan Tempat Tinggal di Indonesia pada Tahun 2007.....	33
Tabel 5.6	Distribusi Kematian Balita Berdasarkan Kemandirian Ibu di Indonesia pada Tahun 2007.....	34
Tabel 5.7	Distribusi Kematian Balita Berdasarkan Karakteristik Ibu di Indonesia pada Tahun 2007.....	35
Tabel 5.8	Distribusi Kematian Balita Berdasarkan Karakteristik di Indonesia pada Tahun 2007.....	36
Tabel 5.9	Distribusi Kematian Balita Berdasarkan Karakteristik Sosial Ekonomi dan Lingkungan Tempat Tinggal di Indonesia pada Tahun 2007.....	37
Tabel 5.10	Model Multivariat Uji Interaksi.....	38
Tabel 5.11.1	Model Akhir Multivariat.....	39
Tabel 5.11.2	Nilai OR Variabel Interaksi antara Kemandirian dan Pendidikan Ibu.....	39
Tabel 5.12.1	Faktor-Faktor Risiko Kematian Balita di Indonesia.....	40

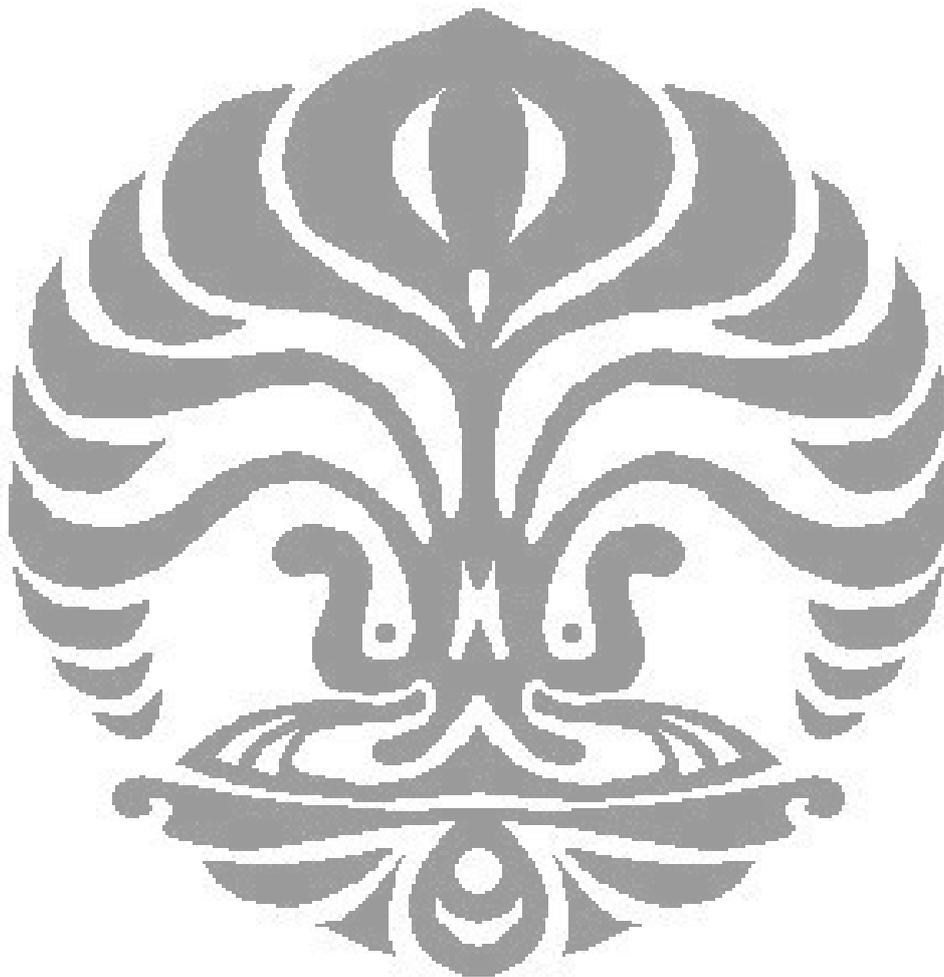
Tabel 5.12.2 Model Multivariat Faktor-Faktor Risiko Kematian Balita di Indonesia..... 42

Tabel 5.12.3 Nilai OR Variabel Interaksi antara Kemandirian dan Pekerjaan Ibu..... 42



DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1	Kerangka Teori.....	20
Gambar 3.2	Kerangka Konsep.....	21
Gambar 5.1	Distribusi Responden Berdasarkan Kejadian Kematian Balita di Indonesia pada Tahun 2007.....	29



BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gambaran mengenai derajat kesehatan masyarakat di suatu negara dapat terlihat dari kejadian kematian dalam masyarakat. Dengan kata lain, kematian atau mortalitas merupakan indikator kesehatan masyarakat. Salah satunya adalah kematian balita. Kematian balita menggambarkan peluang untuk meninggal pada fase antara kelahiran dan sebelum umur tepat lima tahun (SDKI, 2007). Kematian balita merupakan salah satu masalah di Indonesia. Namun beberapa negara telah berhasil menurunkan AKABA (Angka Kematian Balita). Berdasarkan data UNICEF (*The United Nations Children's Fund*) yang dimuat dalam laporan PBB, jumlah anak di seluruh dunia yang meninggal dunia sebelum ulang tahun kelima mereka turun di bawah 10 juta pada 2006 untuk pertama kali dalam sejarah modern (MDG Report, 2008). Dibandingkan tahun 1960, di mana jumlah kematian anak balita masih berkisar 20 juta setiap tahun. Seorang anak yang lahir dan hidup di negara berkembang memiliki probabilitas yang lebih tinggi (13 kali lebih tinggi) untuk tidak bertahan hidup selama lima tahun pertama kehidupannya dibandingkan anak-anak di negara maju.

Berdasarkan data terakhir, angka kematian anak balita terbesar ditempati oleh Afrika dan Asia, yaitu mencapai 93%. Setengah dari jumlah kematian anak balita di negara berkembang berasal dari negara-negara di Afrika Sub-Sahara. Menurut UNICEF, di beberapa negara, kemajuan *Millenium Development Goals* sangat lambat, bahkan tidak ada. Di Afrika Selatan, kematian balita meningkat sejak 1990. Hal tersebut disebabkan oleh banyaknya perempuan yang hidup dengan HIV, sementara kesehatan anak berhubungan dengan kesehatan ibu.

Sementara itu, berdasarkan data *World Health Statistic* 2008 terdapat perbedaan angka kematian balita di negara-negara Asean pada tahun 2006. Angka kematian terendah ditempati oleh Singapura yaitu 3 kematian per 1000 kelahiran hidup dan yang tertinggi ditempati oleh Myanmar dengan angka 104 kematian

per 1000 kelahiran hidup. Sementara angka kematian balita di Indonesia adalah sebesar 36 kematian per 1000 kelahiran hidup.

Penurunan AKABA sudah bisa terlihat di Indonesia. Namun, angka yang dicapai belum mencapai target MDGs. Data menyebutkan bahwa pada 1991, AKABA di Indonesia mencapai 97 kematian per 1000 kelahiran hidup. Kemudian pada tahun 1994 turun menjadi 81 kematian per 1000 kelahiran hidup dan mengalami penurunan drastis mencapai 58 kematian per 1000 kelahiran hidup pada tahun 1997. Pada tahun 2002-2003, AKABA Indonesia sebesar 46 kematian per 1000 kelahiran hidup dan selama selang waktu kurang lebih 5 tahun, yaitu pada 2007, AKABA di Indonesia hanya mengalami penurunan 2 angka yaitu menjadi 44 kematian per 1000 kelahiran hidup (Badan Pusat Statistik, 2008). Angka tersebut menunjukkan bahwa penurunan AKABA yang terjadi semakin melambat dan belum mencapai target AKABA yang ditetapkan oleh MDGs yaitu sebesar 32 kematian per 1000 kelahiran hidup.

Di Indonesia sendiri, angka kematian balita di berbagai provinsi sangat beragam. Yogyakarta menempati posisi terendah dengan 22 kematian per 1000 kelahiran hidup. Kemudian disusul oleh Jawa Tengah dengan 32 kematian per 1000 kelahiran hidup, Kalimantan Tengah dengan 34 kematian per 1000 kelahiran hidup, Jakarta sebesar 36 kematian per 1000 kelahiran hidup, hingga dengan angka tertinggi yang jauh melampaui angka nasional ditempati oleh Sulawesi Barat dengan AKABA sebesar 96 kematian per 1000 kelahiran hidup.

AKABA di Indonesia yang masih tergolong tinggi dan belum mencapai angka yang ditetapkan oleh *Millenium Development Goals* (MDGs), yakni 32 per 1000 kelahiran hidup, akan memberikan pandangan yang buruk mengenai gambaran derajat kesehatan masyarakat, khususnya kesehatan anak balita. Selain itu, AKABA yang tinggi di Indonesia juga menunjukkan bahwa tingkat kesejahteraan masyarakat Indonesia masih rendah (Profil Kesehatan Indonesia 2007).

Berdasarkan data yang ada, sebagian besar penyebab kematian balita adalah penyakit-penyakit infeksi, dimana pengobatan medis sangat dibutuhkan. Perilaku pencarian pengobatan medis dipengaruhi salah satunya oleh tingkat ekonomi. Semakin tinggi tingkat ekonomi keluarga, akan semakin besar peluang

untuk menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan (Sigit, 2004). Menurut Riskesdas tahun 2007, penyebab kematian balita terbesar ditempati oleh diare yaitu sebesar 25,2%, disusul oleh pneumonia sebesar 15,5%, NEC sebesar 10,7%, meningitis/ensefalitis sebesar 8,8%, DBD sebesar 6,8%, campak sebesar 5,8%, tenggelam sebesar 4,9% dan lain-lain (TB, malaria, leukimia) sebesar 9,7%.

Kematian balita dapat terjadi karena dilatarbelakangi oleh beberapa faktor penyebab langsung. Faktor penyebab langsung dari kematian balita antara lain faktor ibu (umur, paritas, jarak kelahiran), kontaminasi lingkungan (air, kulit, insektisida, dll), kekurangan zat gizi (kalori, protein, vitamin, dan mineral), kecelakaan (trauma), serta kontrol penyakit individu (pencegahan dan pengobatan penyakit). Sedangkan faktor tidak langsung kematian balita adalah faktor sosioekonomi (Mosley and Chen, 1983).

Dari teori Mosley dan Chen tersebut terdapat kategori faktor ibu sebagai salah satu determinan kematian balita. Salah satu faktor ibu yang memiliki peran penting dalam kesehatan anak adalah kemandirian. Kemandirian dapat menggambarkan status seorang wanita dalam rumah tangga. Ibu dengan kemandirian yang baik dapat mengambil keputusan-keputusan dalam hidupnya secara mandiri tanpa harus selalu bergantung terhadap suami seperti yang tercermin dalam budaya patriarki. Sebagaimana terkutip dalam berbagai referensi, budaya patriarki masih banyak berlaku di berbagai wilayah di Indonesia. Budaya patriarki ini merupakan salah satu permasalahan gender dimana peran suami senantiasa mendominasi sehingga dipandang sebagai yang terkuat dalam rumah tangga.

Budaya patriarki memberikan kedudukan dan kekuasaan yang dominan pada laki-laki. Keadaan ini menyebabkan status perempuan menjadi lemah dan membuatnya tergantung pada laki-laki atau suami. Ketergantungan istri secara ekonomi kepada suami akan menyebabkan istri rentan terhadap tindak kekerasan rumah tangga. Penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang negatif antara kemandirian dan sikap terhadap kekerasan suami pada istri (Jurnal Psikologi Universitas Diponegoro, Vol. 3 No.1, Juni 2006).

Seperti yang telah diketahui bahwa ibu merupakan orang yang paling dekat dengan anak. Status ibu yang baik dalam rumah tangga dapat menentukan

status kesehatan dan kelangsungan hidup anak. Ketika anak sakit, ibu menjadi orang pertama yang diharapkan bisa mengambil keputusan tepat agar anak mendapatkan pertolongan medis. Ketika budaya patriarki berlaku dimana kemandirian ibu juga tidak baik, ibu tidak memiliki kemampuan untuk mengambil keputusan yang tepat untuk anaknya. Hal ini secara tidak langsung dapat memberikan kontribusi terhadap peningkatan angka kematian balita di Indonesia.

Berdasarkan beberapa ulasan tersebut, penulis tertarik untuk melakukan analisis lebih lanjut mengenai kemandirian ibu dan kematian balita, serta karakteristik lainnya. Karakteristik tersebut meliputi karakteristik ibu, balita, serta sosial ekonomi dan lingkungan tempat tinggal balita tersebut. Analisis tersebut merupakan analisis data sekunder yang dilakukan dengan menggunakan data SDKI 2007.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan data SDKI, AKABA menurun dari 97 kematian per 1000 kelahiran hidup pada tahun 1991 menjadi 81 kematian per 1000 kelahiran hidup pada tahun 1994, tahun 1997 AKABA menjadi 58 kematian per 1000 kelahiran hidup, turun lagi menjadi 46 kematian per 1000 kelahiran hidup pada 2002-2003, dan pada 2007 menjadi 44 kematian per 1000 kelahiran hidup. Hal ini menunjukkan bahwa penurunan AKABA di Indonesia sudah bisa terlihat.

Penurunan secara signifikan pernah dialami oleh Indonesia. Kenyataan tersebut dapat terlihat dari trend AKABA sejak 1991 hingga 2002-2003. Namun, setelah itu penurunan AKABA terlihat sangat melambat. Terbukti dengan AKABA yang hanya turun 2 angka dalam kurun waktu kurang lebih 5 tahun. Melihat hal tersebut, kemungkinan AKABA di Indonesia belum dapat mencapai target MDGs pada tahun 2015, yaitu sebesar 32 per 1000 kelahiran hidup.

Berbagai wilayah di Indonesia juga masih memiliki AKABA yang bervariasi, sebagai contoh Sulawesi Barat yang memiliki AKABA tertinggi di Indonesia, namun Yogyakarta berhasil menurunkan AKABA sampai 22 kematian per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2007.

Banyak penyebab kematian balita, salah satunya faktor ibu (Mosley and Chen, 1983). Sebagaimana yang dihasilkan SDKI 2007 bahwa status wanita

mempengaruhi kematian bayi dan anak. Status wanita yang di dalamnya termasuk aspek kemandirian memiliki keterkaitan dengan kesehatan anak. Kemandirian perempuan yang kurang dan membuatnya tergantung kepada suami merupakan salah satu pemicu kekerasan suami. Hal tersebut merupakan masalah perbedaan gender. Perbedaan gender di masyarakat mempengaruhi apakah perempuan mengenali gejala penyakit dan bagaimana caranya bertindak, apakah mereka dapat mencari dan memperoleh pelayanan kesehatan dan seberapa baik perempuan dapat mengikuti perawatan kesehatan (dcp2.org). Oleh karena itu, pentingnya mengetahui hubungan antara kemandirian ibu dan kematian balita serta karakteristik lainnya mendorong penulis untuk melakukan analisis lebih lanjut. Analisis dilakukan dengan menggunakan data sekunder SDKI 2007.

1.3 Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana gambaran kejadian kematian balita di Indonesia pada tahun 2007?
2. Bagaimana gambaran kemandirian ibu balita yang mengalami kematian di Indonesia pada tahun 2007?
3. Adakah hubungan antara kemandirian ibu dan kejadian kematian balita di Indonesia pada tahun 2007?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Mengetahui hubungan antara kemandirian ibu dan kematian balita di Indonesia pada tahun 2007.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui gambaran kejadian kematian balita di Indonesia pada tahun 2007.
2. Mengetahui gambaran kemandirian ibu balita yang mengalami kematian di Indonesia pada tahun 2007.
3. Mengetahui hubungan antara kemandirian ibu dan kejadian kematian balita di Indonesia pada tahun 2007.

1.5 Manfaat Penelitian

Hasil dari penelitian ini diharapkan berguna bagi pemerintah dalam memberikan gambaran mengenai hubungan antara kemandirian ibu dan kematian balita di Indonesia, serta untuk menindaklanjuti dengan pemberian intervensi yang tepat sesuai sasaran. Selain itu, hasil penelitian juga diharapkan berguna untuk ilmu kesehatan masyarakat. Manfaat tersebut antara lain sebagai bahan masukan dan informasi tambahan untuk meningkatkan wawasan dalam mengetahui hubungan antara kemandirian ibu dan kematian balita beserta karakteristik-karakteristik lainnya. Penelitian ini juga diharapkan dapat dijadikan referensi oleh peneliti lain sebagai bahan perbandingan.

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian mengenai kemandirian ibu dan kematian balita dilakukan untuk mengetahui bagaimana hubungan antara kemandirian ibu dan kematian balita beserta karakteristik-karakteristik lainnya, yang terdiri dari karakteristik ibu, balita, serta sosial ekonomi dan lingkungan tempat tinggal, di Indonesia pada tahun 2007.

Pengetahuan mengenai hubungan tersebut dapat digunakan sebagai dasar untuk mengembangkan program-program kesehatan yang bertujuan untuk mengatasi kematian balita. Dengan demikian, diharapkan angka kematian balita di Indonesia dapat segera mencapai target MDGs.

Dalam penelitian ini, yang akan diteliti adalah kematian balita, kemandirian ibu dan karakteristik ibu lainnya, karakteristik balita, serta karakteristik sosial ekonomi dan lingkungan tempat tinggal di Indonesia pada tahun 2007. Penelitian ini akan dilakukan dengan menggunakan/menganalisis data sekunder, yaitu data SDKI 2007.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kematian

Kematian atau mortalitas merupakan salah satu dari tiga komponen demografi selain fertilitas dan migrasi, yang dapat mempengaruhi jumlah atau komposisi umur penduduk. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mendefinisikan kematian sebagai suatu peristiwa menghilangnya semua tanda-tanda kehidupan secara permanen yang bisa terjadi setiap saat setelah kelahiran hidup.

Idealnya, data kematian dapat diperoleh dari hasil Registrasi Vital, karena menyajikan data kematian secara langsung. Namun, data registrasi di Indonesia masih belum dapat menyajikan data kematian secara lengkap. Karena itu, estimasi perhitungan angka kematian balita dilakukan dengan metode survei atau sensus. Teknik yang digunakan adalah teknik perhitungan cara tidak langsung (*indirect method*). Beberapa sumber data kematian yaitu Sensus Penduduk, Survey, dan dari sumber-sumber lain seperti rumah sakit, dinas pemakaman, dan kantor polisi.

Berbagai macam indikator mortalitas atau angka kematian yang umum dipakai antara lain *Crude Death Rate* (CDR), Angka Kematian Bayi (AKB), Angka Kematian Balita (AKABA), Angka Kematian Anak (AKA), Angka Kematian Ibu (AKI), dan Angka Harapan Hidup.

2.2 Kematian Balita

Balita atau bawah-lima tahun adalah semua anak termasuk bayi yang baru lahir, yang berusia 0 sampai menjelang tepat usia 5 tahun (4 tahun, 11 bulan, 29 hari).

Kematian balita adalah peluang untuk meninggal antara kelahiran dan sebelum umur tepat lima tahun (SDKI, 2007). Angka Kematian Balita adalah jumlah kematian anak berusia 0-4 tahun selama satu tahun tertentu per 1000 anak umur yang sama pada pertengahan tahun itu (termasuk kematian bayi), dengan formula sebagai berikut:

$$\text{Akaba} = \frac{\text{Banyaknya penduduk yang meninggal pada usia kurang dari 5 tahun}}{\text{Banyaknya balita}} \times 1000$$

(Sumber: SDKI 2007, BPS)

2.3 Kematian Balita dalam SDKI 2007

Data kematian balita hasil SDKI 2007 diperoleh dari pertanyaan riwayat kelahiran yang merupakan bagian dari kuesioner perseorangan. Riwayat kelahiran dimulai dengan menanyakan keterangan riwayat kelahiran responden mengenai jumlah anak kandung laki-laki dan perempuan yang tinggal bersama responden, dan yang tinggal di tempat lain, serta anak yang telah meninggal. Selanjutnya, untuk setiap kelahiran hidup, dicatat keterangan mengenai nama, tanggal lahir, jenis kelamin, apakah kelahirannya merupakan kelahiran tunggal atau kembar, dan status kelangsungan hidup. Untuk anak yang masih hidup, umur saat ulang tahun terakhir dan apakah anak tersebut tinggal bersama dengan ibunya atau tidak juga ditanyakan. Untuk anak responden yang telah meninggal, ditanyakan umur saat meninggal.

2.4 Kemandirian Ibu

Kemandirian pada dasarnya ditandai dengan 3 ciri, yaitu otonomi, kekuasaan, dan otoritas (Saparinah Sadli, 1993). Suatu kemandirian yang secara historis maupun sosial-kultural, secara terpisah dan bersama-sama menentukan kedudukannya dalam masyarakat. Kemandirian perempuan diasosiasikan dengan perempuan yang mempunyai otonomi dan kekuasaan yang cukup tinggi. Perempuan mempunyai otonomi karena dalam memilih kegiatan ekonominya, tidak menggantungkan diri dengan pendapat atau pandangan orang lain. Selain itu, memiliki kekuasaan yang berarti mempunyai kemampuan untuk mengambil keputusan-keputusan secara efektif dan dalam mengadakan transaksi ekonomi.

Kemandirian merupakan salah satu ciri pribadi yang matang. Secara psikologis, kemandirian merupakan salah satu komponen dari 'need for achievement' atau hasrat berprestasi. Perempuan yang mandiri adalah perempuan yang memiliki kemampuan untuk memilih dan mengambil keputusan sendiri

dengan menghargai (mempunyai respek terhadap) pandangan orang lain, tetapi berani tidak mengikuti pandangan tersebut bila ia menganggapnya kurang tepat.

Dalam publikasi SDKI 2007 disebutkan bahwa status wanita dapat mempengaruhi kematian bayi dan anak melalui kemampuan perempuan untuk mengontrol sumber daya dan membuat keputusan. Dalam survei tersebut, responden ditanya mengenai sikap mereka dalam beberapa aspek tertentu dari kemandirian mereka, antara lain mengenai jumlah keputusan dalam rumah tangga yang melibatkan wanita dalam keputusan akhir, jumlah alasan dimana wanita dibenarkan dalam menolak berhubungan seksual dengan suaminya dan sebagainya.

Kemandirian ibu merupakan salah satu faktor yang memiliki peranan yang penting dalam memberikan kontribusi terhadap status kesehatan anak. Kemandirian di sini didefinisikan sebagai sikap ibu yang tidak selalu bergantung kepada suami. Beberapa sumber menginformasikan bahwa budaya patriarki masih banyak berlaku di beberapa wilayah di Indonesia. Budaya patriarki merupakan budaya yang dibangun di atas dasar struktur dominasi dan subordinasi yang mengharuskan suatu hirarki di mana laki-laki dan pandangan laki-laki menjadi suatu norma.

Dari pengertian dan kenyataan yang ada, budaya patriarki merupakan salah satu contoh permasalahan gender. Beberapa sumber menyebutkan bahwa budaya ini merupakan salah satu akar penyebab terjadinya kekerasan dalam rumah tangga. Budaya tersebut membatasi peran antara laki-laki dan perempuan. Dalam prakteknya di rumah tangga, kaum perempuan tidak dapat membuat keputusan secara mandiri, karena peranan suami dianggap yang paling tinggi. Salah satu contohnya, jika anak mengalami sakit keras dan membutuhkan pertolongan medis, namun karena suami tidak mengizinkan si anak untuk di bawa ke fasilitas kesehatan, akhirnya si anak tidak mendapatkan pengobatan secara medis. Jika anak sudah menderita penyakit keras dan tidak segera mendapatkan pertolongan medis hanya karena budaya ini, maka kelangsungan hidup anak akan selamanya terancam dan secara tidak langsung dapat memberikan kontribusi terhadap peningkatan angka kematian balita yang merupakan salah satu indikator kesehatan masyarakat.

Budaya patriarki menunjukkan lemahnya status dan peran wanita dalam rumah tangga. Hal ini dikarenakan dominasi peran suami termasuk dalam pengambilan keputusan yang menyangkut masalah kesehatan. Ada beberapa indikator mengenai status dan peran wanita, antara lain:

- Melek huruf dan pencapaian pendidikan,
- Jabatan dan pekerjaan,
- Daya kendali atas pendapat sendiri,
- Umur pada saat pertama kali menikah,
- Umur pada saat pertama kali melahirkan,
- Penggunaan kontrasepsi,
- Umur pasangan dan perbedaan pendidikan,
- Partisipasi dalam pengambilan keputusan di keluarga,
- Sikap terhadap perilaku suami memukul istri,
- Pendapat mengenai apakah wanita dapat menolak berhubungan seksual dengan suami,
- Rintangan yang dihadapi dalam mengakses pelayanan kesehatan bagi dirinya.

Penelitian yang termuat dalam Buletin PPT-LIPI pada tahun 1993 halaman 35 menyebutkan bahwa pada dasarnya pembagian kerja antara pria dan wanita di dalam rumah tangga masih terlihat dalam kehidupan sehari-hari. Sebagai contoh pengambilan keputusan dalam hal pembelian kebutuhan rumah-tangga sehari-hari merupakan tanggung jawab istri. Sedangkan dalam pembelian keperluan rumah tangga yang lebih besar seperti TV, mobil, parabola dan lain sebagainya, merupakan 76% tanggung jawab bersama, 21% tanggung jawab suami, dan hanya 3% merupakan tanggung jawab istri. Hal tersebut menunjukkan bahwa untuk hal-hal yang dianggap besar, istri belum memiliki wewenang yang cukup.

2.4.1 Perempuan dan Pemberdayaan

Kemandirian perempuan menggambarkan status perempuan. Perempuan dengan status yang baik merupakan perempuan yang berdaya. Ada tiga konsep

kunci dalam pembahasan mengenai perempuan dan pemberdayaan, antara lain gender, mitra sejajar dan pemberdayaan.

Gender merupakan suatu konsep sosial budaya yang digunakan untuk menggambarkan peran, fungsi dan perilaku laki-laki dan perempuan dalam masyarakat. Konsep ini muncul dan berkembang karena ketidakpuasan terhadap konsep seks atau jenis kelamin, yang menggambarkan laki-laki dan perempuan semata-mata dari segi biologis. Dengan menggunakan konsep gender, penggambaran tersebut merujuk pada pemahaman bahwa identitas, peran, fungsi, pola perilaku, kegiatan serta persepsi tentang perempuan dan laki-laki berakar dari kebudayaan dan bukan berdasarkan aspek biologis saja. Dalam konsep ini, terdapat konsep-konsep tentang perilaku perempuan, yaitu *femininitas*, dan perilaku laki-laki, yaitu *maskulinitas*.

Selain gender, terdapat konsep kemitrasejajaran. Konsep tersebut menjelaskan kondisi di mana laki-laki dan perempuan memiliki kesamaan hak dan kewajiban yang terwujud dalam kesempatan, kedudukan, peranan yang dilandasi sikap dan perilaku saling membantu dan saling mengisi di semua bidang kehidupan. Perwujudan kemitrasejajaran yang harmonis merupakan tanggung jawab bersama antara laki-laki dan perempuan.

Konsep selanjutnya adalah pemberdayaan. Dalam bahasa Inggris, pemberdayaan berasal dari kata *empowerment*. Dalam kata tersebut ada pengertian *power*, yang berarti kekuasaan atau kekuatan. Pemberdayaan diberi batasan sebagai penguasaan atas aset material, sumber-sumber intelektual dan ideologi. Tujuan pemberdayaan perempuan adalah untuk menantang ideologi patriarki, yaitu dominasi laki-laki atas perempuan, mengubah struktur dan pranata yang memperkuat dan melestarikan diskriminasi gender dan ketidaksetaraan sosial (termasuk keluarga, kasta, kelas, agama, proses dan pranata pendidikan, media, praktek dan sistem kesehatan, perundangan dan peraturan, proses politik, model-model pembangunan dan pranata pemerintahan), memberi kemungkinan kepada perempuan miskin untuk memperoleh akses kepada sumber-sumber material dan informasi. Dampak psikologis yang mungkin adalah jika perempuan menjadi mitra setara, maka kaum laki-laki dibebaskan dari peran penindas dan pengeksploitasi serta dari stereotip gender. Sedangkan dampak terhadap keluarga

yaitu akses kaum perempuan kepada sumber material dan pengetahuan secara langsung bermanfaat bagi laki-laki dan anak-anak dalam keluarganya, karena memperluas cakrawalanya terhadap gagasan-gagasan baru dan kualitas kehidupan yang lebih baik.

2.4.2 Sumber Kemandirian Perempuan Indonesia

Di dalam Buletin PPT-LIPI, 1993 halaman 70-75 disebutkan bahwa setidaknya ada tiga sumber yang dapat merangsang berkembangnya kemandirian perempuan di Indonesia. Sumber tersebut antara lain:

1. Sosial Ekonomi

Keadaan sosial ekonomi yang rendah dapat mengajarkan seorang anak, misalnya anak perempuan mengenai apa yang perlu dilakukan bagi adik, ayah dan keluarganya. Sosialisasi ini bila dilakukan sejak dini, akan cenderung menumbuhkan kemandirian perempuan yang bersangkutan pada usia yang relatif muda. Dengan keadaan sosial ekonomi yang kurang dapat mengajarkan bagi perempuan untuk dapat hidup dan menghidupi keluarganya. Sehingga, kemandirian bukan merupakan pilihan melainkan suatu keharusan dan tuntutan hidup baginya.

2. Tradisi dan Sistem Sosial

Tradisi dan sistem sosial merupakan salah satu sumber yang dapat memicu kemandirian perempuan. Beberapa literatur menyebutkan bahwa perempuan Aceh, Sumatera Barat dan Batak selalu mempunyai peranan penting dalam kehidupan ekonomi. Hal ini berkaitan dengan tradisi dalam suku-suku tersebut mengenai anggota keluarga lelaki yang pergi meninggalkan keluarga untuk kerja dan mencari pengalaman. Di Sumatera Barat dan Batak, lelaki yang pergi biasanya adalah lelaki yang belum berumah tangga. Sedangkan di Aceh, banyak lelaki yang telah berkeluarga pergi dari kampung untuk mencari uang untuk dapat dikirim kepada keluarga yang ditinggalkannya di kampung. Dalam keadaan tersebut, perempuanlah yang bertanggung jawab terhadap rumah dan masalah-masalah keluarga. Hal ini menggambarkan bahwa migrasi lelaki dan penguasaan ekonomi keluarga oleh perempuan merupakan sesuatu yang

memang dilakukan oleh keluarga di beberapa suku tertentu. Dengan demikian, dari fakta tersebut menggambarkan bahwa kemandirian perempuan di keluarga-keluarga dalam suku-suku tersebut merupakan suatu kenyataan hidup.

3. Pendidikan dan Pengalaman

Pendidikan merupakan suatu proses yang dapat memberikan pengalaman untuk mengembangkan akal budi seseorang dan memberikan pengalaman untuk dapat secara mandiri menerapkan pengetahuan dan keahlian yang diperoleh. Selain itu, pendidikan juga dapat memberikan pengalaman untuk dapat memecahkan berbagai permasalahan secara mandiri. Dengan semakin banyak perempuan yang mengikuti berbagai jenjang pendidikan dan memiliki berbagai keahlian, maka perempuan berpendidikan juga memiliki kesempatan untuk mengembangkan kemandiriannya. Kini semakin banyak perempuan yang bekerja di lingkungan formal di mana yang dituntut adalah prestasi yang terukur dan dapat bersaing di pasaran kerja yang kompetitif. Kondisi ini menuntut perempuan untuk dapat mengambil keputusan secara efektif, berfikir serta bertindak secara mandiri.

2.5 Karakteristik Ibu

Salah satu faktor penyebab langsung dari kematian balita adalah faktor ibu (Mosley dan Chen, 1983). Sebagaimana diketahui, ibu merupakan orang yang paling dekat dan banyak melakukan interaksi dengan balita. Karakteristik ibu seperti usia, pendidikan, pekerjaan, dan keterpaparan terhadap informasi merupakan beberapa faktor yang memberikan kontribusi terhadap status kesehatan anak yang akan berujung kepada ketahanan hidup anak.

Salah satunya adalah umur ibu. Penelitian yang dilakukan oleh Joko Irianto dkk (2003) dalam Buletin Penelitian Kesehatan, membuktikan bahwa perbedaan rata-rata anak lahir hidup (ALH) dengan anak masih hidup (AMH), terlihat bahwa semakin tua kelompok umur wanita semakin lebar perbedaan antara rata-rata ALH dan AMH, atau dengan kata lain, semakin meningkat

kelompok umur wanita maka semakin banyak jumlah anak yang dilahirkan, tetapi juga semakin banyak yang meninggal.

Sama halnya dengan umur, peran status pekerjaan ibu dapat menentukan status kesehatan anak. Menurut Soetjiningsih (1997), ibu bekerja merupakan salah satu permasalahan dalam pemberian ASI yang dianjurkan diberikan secara eksklusif baik oleh Departemen Kesehatan, maupun organisasi kesehatan dunia WHO. Seperti yang telah diketahui bahwa ASI merupakan sumber gizi utama yang dapat meningkatkan ketahanan tubuh anak sehingga dapat berpengaruh terhadap kelangsungan hidup anak.

Selain itu, faktor ibu yang juga berperan adalah pendidikan. Dalam penelitian Tin Afifah dkk pada tahun 2008 disebutkan bahwa terdapat hubungan terbalik antara pendidikan dengan kelangsungan hidup anak. Penelitian yang memanfaatkan data Susenas 1998, 2001, dan 2003 itu menyebutkan bahwa semakin tinggi pendidikan ibu semakin rendah angka kematiannya. Disparitas angka kematian terbesar adalah antara kelompok pendidikan rendah dengan kelompok pendidikan tinggi (Buletin Penelitian Kesehatan, Vol. 36 No. 3, 2008).

Pendidikan adalah usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik secara aktif mengembangkan potensi dirinya untuk memiliki kekuatan spiritual keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta keterampilan yang diperlukan dirinya dan masyarakat.

Faktor pendidikan ibu sebagai proxy dari status sosial (Ariaga, 1979) merupakan faktor pengaruh yang kuat terhadap kematian balita. Pendidikan menentukan seberapa besar tingkat pengetahuan yang dimiliki seseorang. Hal ini terkait dengan ibu balita yang memiliki pendidikan tinggi akan semakin memiliki pengetahuan mengenai perilaku hidup sehat, sehingga dapat menentukan status kesehatan balita yang lebih baik.

Teori Human Capital menekankan pentingnya faktor pendidikan dalam meningkatkan kualitas hidup seseorang. Makin tinggi tingkat pendidikan seseorang, diharapkan dapat memperoleh kehidupan sosial ekonomi yang lebih baik. Di sisi lain, pendidikan juga dapat meningkatkan kemampuan seseorang untuk membuat keputusan atau menentukan pilihan dalam hidupnya, sehingga

dapat memenuhi kebutuhan dengan lebih tepat dan lebih baik. Beberapa studi melihat bahwa perempuan dengan pendidikan tinggi lebih memiliki kebebasan dalam bekerja dan meningkatkan karirnya (Laila Nagib, 1993).

Pendidikan dianggap sebagai faktor penting dalam meningkatkan kualitas hidup seseorang, baik dalam arti ekonomis, maupun sosial psikologis. Melalui pendidikan, kaum perempuan dapat meningkatkan statusnya dalam rumah tangga maupun masyarakat sehingga mereka dapat lebih mandiri untuk mengambil keputusan-keputusan dalam hidupnya. Dengan kata lain, pendidikan dapat meningkatkan kemandirian seseorang.

2.6 Karakteristik Balita

Kematian diawali dengan kejadian tidak sehat/sakit atau gangguan pertumbuhan (Mosley dan Chen, 1983). Gangguan pertumbuhan merupakan salah satu masalah jangka panjang yang mungkin timbul pada bayi-bayi dengan berat lahir rendah. Dari hubungan tersebut dapat terlihat bahwa BBLR juga memiliki peranan dalam hal kematian.

Secara keseluruhan, proporsi berat bayi lahir rendah (BBLR) di Indonesia adalah sebesar 11,5%. Namun, cakupan antar provinsi masih bervariasi. Cakupan BBLR tertinggi ditempati oleh Provinsi Papua (27%), diikuti oleh Papua Barat (23,8%), NTT (20,3%), dan terendah ditempati oleh Sulawesi Utara dengan cakupan sebesar 7,9% (Riskesdas 2007, Depkes RI).

Status kesehatan anak juga sangat ditentukan oleh Air Susu Ibu (ASI), terlebih lagi jika diberikan secara eksklusif seperti yang disarankan oleh Departemen Kesehatan dan WHO. ASI merupakan suatu emulsi lemak dalam larutan protein, laktosa, dan garam-garam organik yang disekresi oleh kedua kelenjar payudara ibu sebagai bahan makanan utama bagi bayi (Soetjningsih, 1997). Pemberian ASI saja selama 6 bulan tanpa makanan/minuman lain sangat bermanfaat bagi bayi dan dapat memenuhi kebutuhan gizi cukup untuk bayi. Hal ini membuat status gizi bayi terpenuhi dan dapat menunjang terjadinya pertumbuhan dan perkembangan yang optimal.

Selain itu, imunisasi juga memiliki peranan penting dalam ketahanan

hidup anak. Imunisasi dapat memberikan sistem imun yang baik kepada balita. Sebagaimana diketahui bahwa setiap balita wajib mendapatkan imunisasi dasar lengkap, seperti imunisasi BCG, polio, DPT, hepatitis B, dan campak. Seorang anak dikatakan sudah memperoleh imunisasi lengkap, bila sudah mendapatkan semua jenis imunisasi, yaitu satu kali BCG, tiga kali DPT, tiga kali polio, tiga kali HB, dan satu kali imunisasi campak (Risksdas 2007, Depkes RI). Kelengkapan status imunisasi dasar tersebut membentuk ketahanan tubuh balita dalam melawan penyakit-penyakit yang menyerangnya sehingga kelangsungan hidupnya dapat terjamin.

Beberapa indikator yang terkait dengan kesehatan anak, antara lain:

- Imunisasi,
- Prevalens dan perawatan penyakit ISPA,
- Prevalens penyakit diare,
- Fasilitas dan material untuk cuci tangan,
- Pembuangan kotoran anak,
- Pengetahuan mengenai perawatan diare,
- Perilaku perawatan diare, dan
- Pemberian makanan selama diare.

2.7 Karakteristik Sosial Ekonomi dan Lingkungan Tempat Tinggal

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Tin Afifah, dkk (2003) yang termuat dalam *Buletin Penelitian Kesehatan*, disebutkan bahwa terdapat keterkaitan antara besaran angka kematian bayi dan angka kematian anak dengan sosial ekonomi dan lingkungan. Berdasarkan hasil analisis, dari kuintil strata ekonomi, terlihat bahwa kelompok kuintil strata ekonomi miskin menunjukkan angka kematian bayi dan anak yang paling tinggi jika dibandingkan kuintil strata ekonomi lainnya.

Sementara itu, Suhardjo (1986) menyebutkan keterkaitan antara jumlah anggota rumah tangga dengan kemungkinan kekurangan gizi. Hal ini dikarenakan jumlah anggota keluarga dapat menentukan jumlah pangan yang diterima oleh anak. Selain itu, anak-anak yang hidup dalam suatu keluarga miskin, rawan terhadap kekeurangan gizi di antara seluruh anggota keluarga yang lain.

Selain itu, menurut Budi Utomo dkk, penyebab kematian bayi atau balita dapat dilihat dari sudut pandang penyebab endogen dan eksogen. Penyebab endogen berkaitan dengan faktor yang dibawa sejak lahir, yaitu diwarisi dari orang tua pada saat konsepsi, sedangkan faktor eksogen berkaitan dengan faktor yang berasal dari lingkungan luar. Dengan meningkatnya usia bayi, penyebab endogen akan semakin berkurang dan penyebab eksogen akan semakin meningkat. Demikian pula dengan kematian balita, di mana faktor eksogen memainkan peranan penting.

Kontaminasi lingkungan juga merupakan salah satu faktor yang berperan dalam kematian balita (Mosley dan Chen, 1983). Hal ini dikarenakan lingkungan terkait dengan sanitasi. Menurut WHO, sanitasi lingkungan (*environmental sanitation*) adalah upaya pengendalian semua faktor lingkungan fisik manusia yang mungkin menimbulkan atau dapat menimbulkan hal-hal yang merugikan bagi perkembangan fisik, kesehatan, dan daya tahan tubuh manusia.

Sanitasi yang buruk dapat mencemarkan kebersihan makanan atau minuman yang dikonsumsi oleh balita, serta lingkungan yang menjadi tempat hidup balita. Sebagaimana diketahui bahwa kematian balita paling banyak disebabkan oleh penyakit-penyakit infeksi, misalnya diare dan pneumonia yang merupakan penyebab kematian dua urutan tertinggi di dunia pada anak di bawah umur lima tahun, dengan *Proportional Mortality Rate* (PMR) 17% dan 19%.

Sama halnya dengan sanitasi, peran air minum dalam kehidupan perlu mendapatkan perhatian serius. Air merupakan zat yang memiliki peranan sangat penting dalam kelangsungan hidup manusia dan makhluk hidup lainnya. Akibat kekurangan air lebih serius dibandingkan jika kekurangan makanan. Air yang digunakan untuk keperluan minum memiliki persyaratan khusus, salah satunya harus steril.

JMP (*Join Monitoring Program*) WHO/UNICEF pada tahun 2008 mengelompokkan sumber air minum ke dalam 3 kategori. Kategori pertama adalah sumber air minum berkualitas baik (*improved drinking water source*), yaitu sumber air perpipaan. Kategori kedua adalah sumber air minum berkualitas baik lainnya (*other improved drinking water source*), yaitu air keran, pipa hidran, sumur pipa atau sumur bor, sumur galian terlindung, mata air terlindung, dan air

hujan. Kategori ketiga adalah sumber air minum tidak berkualitas baik (*not improved / unimproved*), yaitu sumur galian tidak terlindung, mata air tidak terlindung, truk tangki air/air pikulan, dan air permukaan (sungai, bendungan, danau, kolam, sungai kecil, kanal, dan saluran irigasi).

Berdasarkan hasil Riskesdas 2007, penggunaan air kemasan, ledeng eceran, ledeng meteran, dan sumur bor lebih tinggi di daerah perkotaan dibandingkan dengan daerah perdesaan. Sedangkan sumur (terlindung dan tidak terlindung), mata air, air sungai, dan air hujan lebih dominan digunakan di daerah perdesaan.

2.8 Ringkasan Hasil Penelitian Terdahulu

Berikut ini merupakan ringkasan hasil penelitian-penelitian terkait yang sudah pernah dilakukan sebelumnya.

Tabel 2.8
Ringkasan Hasil Penelitian Terdahulu
Mengenai Faktor Risiko Kematian Bayi/Balita

No.	Judul Penelitian	Peneliti	Tahun	Sumber	Faktor Risiko Kematian Bayi/Balita
1.	Pengaruh faktor sosioekonomi terhadap mortalitas anak balita di Kabupaten Probolinggo Propinsi Jawa Timur	- Sri Widodo - Kasto - Djamatudin - Ancok	1988	lib.ugm.ac.id	- Umur ibu kawin pertama - Pendidikan ibu
2.	Tren dan disparitas Angka Kematian Bayi (AKB), Angka Kematian Anak Balita (AKA), Angka Kematian Balita (AKBA) menurut sosial ekonomi di Indonesia, SUSENAS 1998, 2001 dan 2003	- Tin Afifah - Sarimawar - Djaja - Joko Irianto	2008	Buletin penelitian kesehatan Vol. 36, No. 3, tahun 2008: 115-126	- Daerah tempat tinggal (desa/kota) - Pendidikan ibu - Strata ekonomi
3	Tren angka kematian bayi dan angka kematian	- Joko Irianto - Soeharsono	2003	Buletin penelitian	- Umur ibu - Pendidikan ibu

	anak balita di Indonesia	Soemantri - Tin Afifah		kesehatan Vol. 31, No. 4, 2003: 197-210	- Daerah tempat tinggal - Status ekonomi rumah tangga
4.	Faktor-faktor yang berhubungan dengan kematian bayi (0 -1 tahun) di kawasan timur Indonesia (analisis data sekunder SDKI 2002 - 2003)	Selni Paressa Masakke	2005	Skripsi FKMUI	- Pemberian ASI - Tempat persalinan - Penolong persalinan - Tempat tinggal
5.	Faktor-faktor yang berhubungan dengan kematian anak 0 -24,0 bulan di propinsi Nusa Tenggara Barat (analisis data sekunder SDKI 1997)	Ella Tresnasarie	2003	Skripsi FKMUI	- Umur kehamilan saat anak dilahirkan - Paritas (lebih dari 3 anak) - Imunisasi TT
6.	Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian kematian anak (0 – 2 tahun) di Propinsi Jawa Barat (analisis data sekunder SDKI 1997)	Inti Wikanestri	2001	Skripsi FKMUI	- Umur kehamilan saat anak dilahirkan - Jarak kelahiran - Pemberian ASI - Pendidikan ibu
7.	Faktor-faktor yang berhubungan dengan kematian bayi di Propinsi Jambi 1992 – 1997 (analisis data SDKI 1997)	Eres Inventori	2001	Skripsi FKMUI	- Umur ibu - Berat lahir
8.	Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian kematian bayi di Propinsi Nusa Tenggara Barat (analisis data sekunder SDKI tahun 2002-2003)	Istiqomah	2005	Skripsi FKMUI	- Pendidikan ibu - Frekuensi ANC - Berat lahir - Tempat persalinan - Penolong persalinan

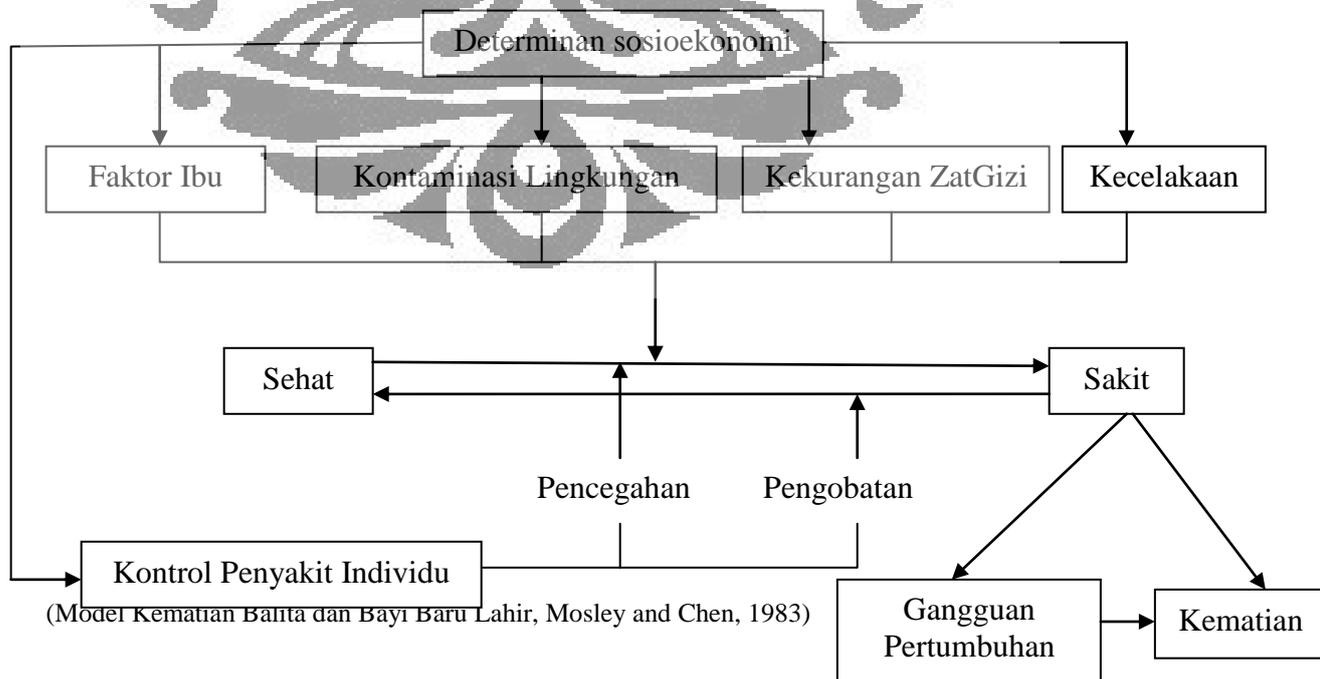
BAB III

KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI PENELITIAN

3.1 Kerangka Teori

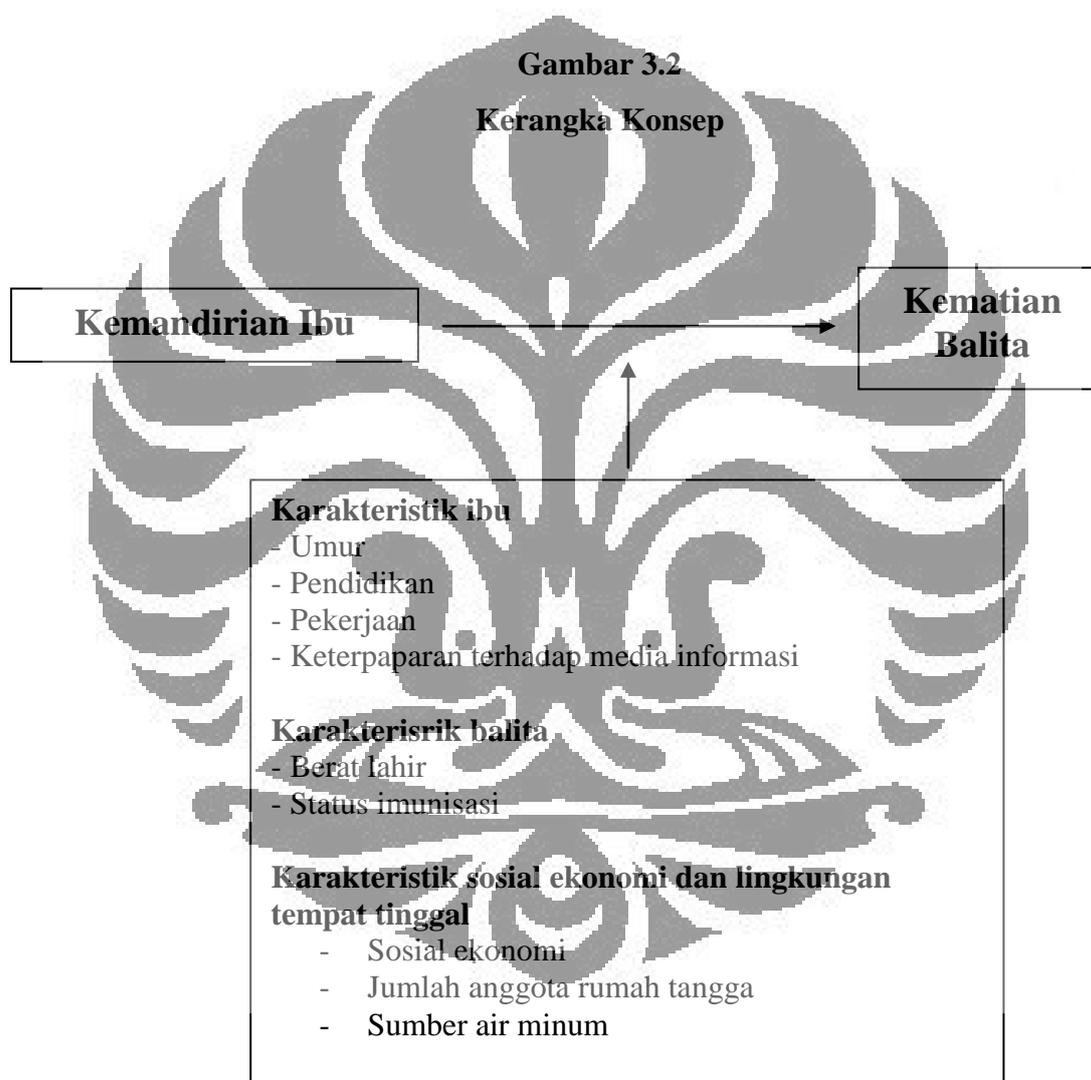
Kerangka teori yang digunakan adalah bagan pengetahuan yang menjelaskan faktor-faktor yang mempengaruhi kematian balita. Bagan pengetahuan yang digunakan merupakan suatu model kematian balita dan bayi baru lahir yang disebabkan oleh berbagai faktor *proximate determinant* (penyebab langsung) oleh Mosley dan Chen. Berdasarkan model tersebut, kematian balita disebabkan oleh berbagai penyebab langsung seperti faktor ibu (umur, paritas, jarak kelahiran), kontaminasi lingkungan (air, kulit, tanah, insektisida, dll), kekurangan zat gizi (kalori, protein, vitamin, mineral), kecelakaan (trauma), dan kontrol penyakit individu (pencegahan dan pengobatan penyakit) serta penyebab tidak langsung yaitu faktor sosioekonomi.

Gambar 3.1
Kerangka Teori



3.2 Kerangka Konsep

Kerangka konsep merupakan simplifikasi (penyederhanaan) dari kerangka teori. Peneliti mengambil kemandirian ibu dan karakteristik ibu, karakteristik balita, serta lingkungan tempat tinggal dan sosial ekonomi sebagai variabel independen. Sebagaimana diketahui bahwa karakteristik-karakteristik tersebut merupakan salah satu faktor penting dalam kesehatan balita (Mosley dan Chen, 1983).



3.3 Hipotesis

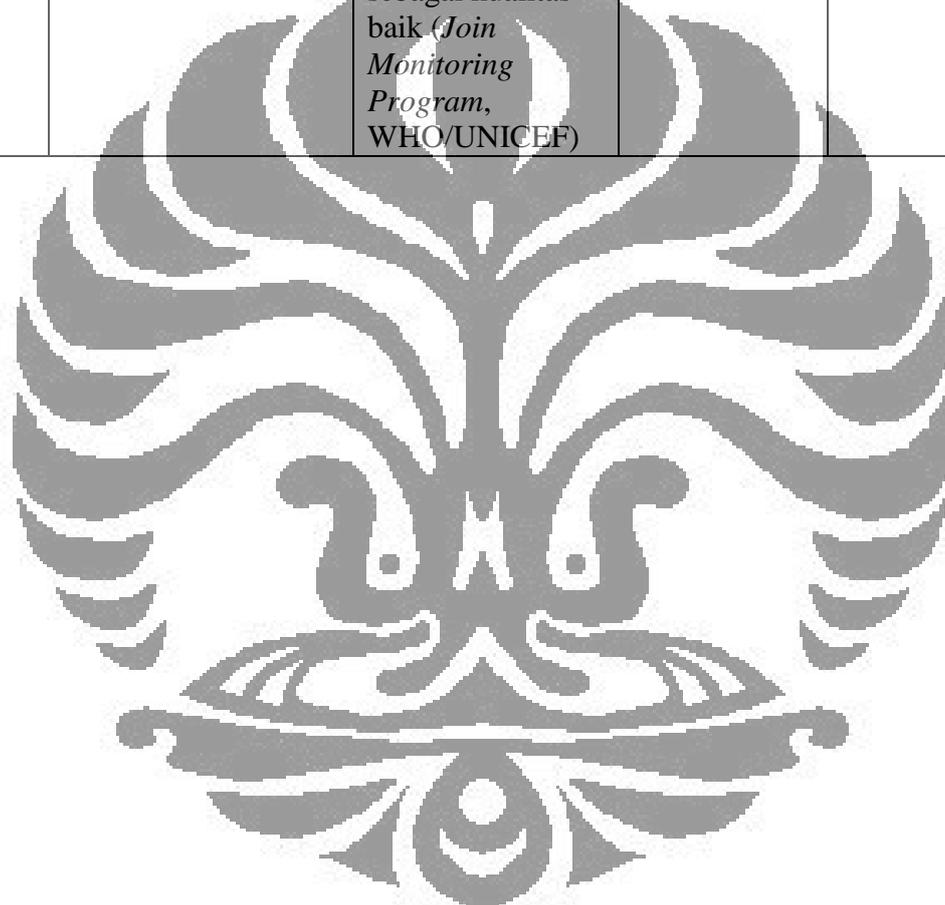
1. Ada hubungan antara kemandirian ibu dan kematian balita di Indonesia pada tahun 2007.
2. Ada hubungan antara karakteristik ibu dan kejadian kematian balita di Indonesia pada tahun 2007.
3. Ada hubungan antara karakteristik balita dan kejadian kematian balita di Indonesia pada tahun 2007.
4. Ada hubungan antara karakteristik lingkungan tempat tinggal dan kejadian kematian balita di Indonesia pada tahun 2007.

3.4 Definisi Operasional

Variabel	Definisi	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Kematian Balita	Peluang untuk meninggal pada fase antara kelahiran dan sebelum umur tepat lima tahun yang terjadi pada anak terakhir yang lahir 5 tahun sebelum survei.	Mengelompokkan umur kematian anak, jika kurang dari 5 tahun dihitung sebagai kematian balita	Kuesioner No. 220 Modul WPK	0. Tidak 1. Ya	Ordinal
Kemandirian	Sikap yang menunjukkan bahwa ibu terlibat dalam pengambilan keputusan rumah tangga, dapat secara mandiri mendapat perawatan kesehatan, dapat menolak berhubungan seksual untuk beberapa alasan yang dibenarkan, serta tidak setuju alasan apapun yang membenarkan pemukulan suami terhadap istri.	Membuat skoring beberapa pertanyaan, bila memiliki semua aspek kemandirian yang tersebut di dalam definisi dihitung sebagai kemandirian baik	Kuesioner No. 490 (pernyataan 2, 3, 6), 623, 628, 717, 719, 721, 489 Modul WPK	0. Baik 1. Kurang baik	Ordinal

Umur ibu	Usia hidup ibu sejak tahun lahir hingga tahun survei	Membagi umur ke dalam 3 kelompok dengan SPSS	Kuesioner No. 105 Modul WPK	0. < 30 tahun 1. 30-38 tahun 2. > 38 tahun	Ordinal
Pendidikan ibu	Tingkat pendidikan yang telah ditamatkan ibu	Mengelompokkan jenjang pendidikan menjadi 3 kategori	Kuesioner No. 108 Modul WPK	0. Tinggi (> SMA) 1. Menengah (SMP - SMA) 2. Rendah (\leq SD)	Ordinal
Pekerjaan ibu	Pekerjaan yang dilakukan ibu dengan meninggalkan rumah	Wawancara	Kuesioner No. 714 Modul WPK	0. Bekerja di rumah/tidak bekerja 1. Bekerja di luar rumah	Ordinal
Keterpaparan terhadap informasi	Keterpaparan terhadap media cetak, radio, dan televisi	Membuat skoring keterpaparan terhadap media informasi, jika terpapar satu kali dalam seminggu terhadap salah satu jenis media informasi, dianggap terpapar dengan baik.	Kuesioner No. 114, 115, 116 Modul WPK	0. Baik 1. Kurang baik (jika tidak sama sekali/kurang dari seminggu sekali)	Ordinal
Berat lahir	Berat badan balita ketika lahir	Mengelompokkan berat lahir, jika < 2500 gram dihitung sebagai BBLR	Kuesioner No. 425 Modul WPK	0. BBLN 1. BBLR 2. Tidak ditimbang/tidak tahu	Ordinal
Status imunisasi	Kelengkapan lima imunisasi dasar yang didapatkan balita	Melihat jenis imunisasi yg didapat balita	Kuesioner No. 463 Modul WPK	0. Lengkap 1. Tidak lengkap 2. Tidak menjawab	Ordinal
Sosial Ekonomi	Tingkat ekonomi keluarga berdasarkan indeks kekayaan	Diukur melalui beberapa karakteristik oleh BPS	Indeks kekayaan kuantil (variabel baru yang sudah dikembangkan BPS RI)	0. Paling kaya 1. Kaya 2. Menengah 3. Miskin 4. Paling miskin	Ordinal
Jumlah anggota rumah tangga	Jumlah keseluruhan orang yang tinggal dan hidup dalam satu rumah (Depkes RI,	Menghitung jumlah anggota keluarga, jika > 4 orang dihitung	Modul RT Bagian Daftar Anggota	0. Keluarga kecil (\leq 4 orang) 1. Keluarga	Ordinal

	1991)	sebagai keluarga besar	Rumah Tangga	besar (> 4 orang)	
Sumber air minum	Sumber air yang digunakan untuk minum keluarga	Mengelompokkan jenis sumber air minum, jika sumber air perpipaan, sumur galian terlindung, mata air terlindung, air pikulan, pipa hidran dihitung sebagai kualitas baik (<i>Join Monitoring Program, WHO/UNICEF</i>)	Kuesioner No. 20 Modul RT	0. Kualitas baik 1. Kualitas kurang baik 2. Tidak tahu	Ordinal



BAB IV

METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dengan desain *cross sectional*, dimana variabel dependen dan variabel independen diukur pada waktu yang bersamaan. Selain itu, penelitian juga dilakukan dengan disain *case control* atau kasus kontrol untuk melihat asosiasi atau hubungan masing-masing variabel independen terhadap variabel dependen dengan melakukan perhitungan OR. Penelitian ini dilakukan dengan menganalisis data sekunder, yaitu data SDKI 2007.

4.2 Sumber Data

Data yang digunakan adalah data hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia pada tahun 2007 (SDKI 2007). Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) merupakan salah satu survei sosial kependudukan yang secara berkala diselenggarakan oleh Badan Pusat Statistik (BPS) sejak tahun 1987. Hingga saat ini, BPS telah menyelenggarakan kegiatan SDKI sebanyak enam kali yaitu pada tahun 1987, 1991, 1994, 1997, 2002-2003, dan 2007. SDKI khusus dirancang untuk mengumpulkan berbagai informasi mengenai tingkat kelahiran, kematian, prevalensi keluarga berencana, dan kesehatan khususnya kesehatan reproduksi. Sebagai bagian dari program internasional, survei serupa juga dilaksanakan di negara-negara Amerika Latin, Asia, Afrika, dan Timur Tengah. Sejalan dengan itu, pertanyaan-pertanyaan yang dicakup dalam SDKI secara umum merujuk pada DHS (*Demographic and Health Surveys*) yang telah berskala internasional.

Seperti pelaksanaan SDKI sebelumnya, kegiatan SDKI Tahun 2007 (SDKI07) juga diselenggarakan BPS bekerja sama dengan Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) dan Departemen Kesehatan (DepKes). Secara teknis, BPS juga dibantu oleh United States Agency for International Development (USAID) melalui proyek Demographic and Health Surveys yang

dilaksanakan oleh ORC Macro International, Inc yang berkantor pusat di Calverton, Maryland, Amerika Serikat. Sebagian besar materi yang dicakup dalam SDKI07 masih mengadopsi materi pertanyaan SDKI Tahun 2002-2003, sedangkan sebagian lagi merupakan pertanyaan baru yang dipilih secara ketat melalui proses uji coba.

Kegiatan SDKI 2007 dibiayai oleh pemerintah Indonesia. United Nations Population Fund (UNFPA) membantu pembiayaan untuk pencetakan dan pengiriman kuesioner. MEASURE DHS Macro International Inc. menyediakan bantuan teknis yang didukung oleh U.S. Agency for International Development (USAID). Ford Foundation menyediakan dana untuk penambahan sampel di 15 kabupaten di Jawa untuk estimasi sampel level kabupaten. UNICEF juga menyediakan dana untuk estimasi tingkat kabupaten di Nangroe Aceh Darussalam dan dua kabupaten NIAS dan NIAS Selatan di Sumatera Utara.

Kegiatan SDKI07 mencakup pencatatan rumah tangga dan tiga modul individu, yaitu:

1. Modul WPK (Wanita Pernah Kawin), ditanyakan kepada responden wanita pernah kawin dan berusia 15-49 tahun.
2. Modul PK (Pria Kawin), ditanyakan kepada responden pria berstatus kawin dan berusia 15-54 tahun.
3. Modul R (Remaja), ditanyakan kepada responden remaja usia 15-24 tahun.

Pencatatan rumah tangga dilakukan dengan menggunakan Daftar Rumah Tangga (SDKI07-RT) yang bertujuan untuk mengumpulkan keterangan pokok anggota rumah tangga dan kondisi fasilitas tempat tinggal. Selain itu, Daftar SDKI07-RT juga digunakan untuk mengidentifikasi WPK berusia 15-49 tahun, PK berusia 15-54 tahun dan R berusia 15-24 tahun. Daftar SDKI07-RT ditanyakan kepada kepala rumah tangga (KRT) atau anggota rumah tangga (ART) yang mewakili.

Modul WPK digunakan untuk mengumpulkan keterangan mengenai anak-anak yang dilahirkan, pengetahuan dan praktek keluarga berencana (KB), kesehatan ibu dan anak, pengetahuan tentang AIDS dan Penyakit Menular Seksual

(PMS) lainnya, kematian ibu, dan informasi lain yang diperlukan untuk penyusunan kebijakan/program di bidang kesehatan dan KB.

Modul PK digunakan untuk mengumpulkan informasi mengenai kesehatan reproduksi, pengetahuan dan praktek KB, pengetahuan mengenai AIDS dan PMS lainnya, dan kematian ibu. Selain itu, modul PK digunakan untuk mengumpulkan informasi mengenai persepsi tentang perkawinan dan sikap terhadap perempuan, preferensi fertilitas, partisipasi dalam perawatan kesehatan.

Informasi yang dikumpulkan melalui Modul R meliputi pengetahuan tentang pubertas, KB dan kesehatan reproduksi, perilaku dan pengetahuan seksual, merokok dan minuman beralkohol, dan pengetahuan tentang AIDS dan PMS lainnya.

4.3 Populasi dan Sampel Penelitian

Populasi dalam SDKI 2007 adalah seluruh rumah tangga di Indonesia. Sedangkan sampel dalam SDKI 2007 adalah rumah tangga terpilih yang dapat diwawancarai. Sementara itu, populasi dalam penelitian ini adalah seluruh wanita pernah kawin di Indonesia. Sedangkan sampelnya adalah wanita yang memiliki anak yang lahir 5 tahun sebelum survei. Selain itu, unit analisis dalam penelitian ini adalah anak terakhir yang lahir 5 tahun sebelum survei.

Badan Pusat Statistik menggunakan daftar Blok Sensus (BS) yang sebagai dasar pengambilan sampel untuk berbagai survei. SDKI 2007 menggunakan daftar blok sensus terpilih Sakernas 2007 sebagai kerangka sampel (frame).

Pelaksanaan SDKI 2007 mencakup sekitar 42.350 rumah tangga sampel yang tersebar di seluruh wilayah geografis Indonesia. Jumlah blok sensus terpilih untuk kegiatan SDKI07 adalah sebanyak 1.694 blok sensus dengan rata-rata jumlah sampel sebanyak 25 rumah tangga per blok sensus. Dari jumlah sampel tersebut, diperoleh responden yang memenuhi syarat (*eligible respondent*) masing-masing sebanyak sekitar 33.880 responden wanita pernah kawin (WPK) yang berusia 15-49 tahun, sebanyak 12.197 responden pria berstatus kawin yang berusia 15-54 tahun dan sebanyak 21.939 remaja usia 15-24 tahun.

4.4 Pengolahan Data

Pengolahan data dilakukan dengan menggunakan software statistik SPSS 17. Tahapan yang dilakukan dalam pengolahan data antara lain data coding, data editing, data structure, data entry, dan data cleaning. Namun, penulis hanya melakukan tahapan data coding, karena tahapan pengolahan data yang lain telah dilakukan dalam pelaksanaan SDKI 2007.

4.5 Analisis Data

Analisis yang dilakukan dalam penelitian ini merupakan analisis univariat, bivariat, serta multivariat. Analisis univariat dilakukan untuk mendeskripsikan gambaran dari masing-masing variabel yaitu kematian balita, karakteristik ibu, balita, serta sosial ekonomi dan lingkungan tempat tinggal. Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan antara variabel dependen (kematian balita) dan independen (karakteristik ibu, balita, serta sosial ekonomi dan lingkungan tempat tinggal) dengan menggunakan analisis k² kuadrat. Sedangkan, analisis multivariat, yang dilakukan dengan metode analisis regresi logistik ganda model faktor risiko, dilakukan untuk melihat beberapa karakteristik yang berhubungan dengan kematian balita. Sementara untuk disain kasus kontrol, analisis dilakukan dengan perhitungan OR.

BAB V

HASIL PENELITIAN

5.1 Kematian Balita

Hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi kematian balita adalah sebesar 2,3% atau sebesar 23 kematian per 1000 kelahiran hidup. Dari total 15180 jumlah anak yang lahir antara tahun 2002 hingga 2007, 345 di antaranya mengalami kejadian kematian balita. Secara visual, proporsi kematian balita dapat dilihat pada gambar 5.1 berikut.

Gambar 5.1
Distribusi Responden Berdasarkan Kejadian Kematian Balita
Di Indonesia pada Tahun 2007



5.2 Gambaran Kemandirian Ibu

Berdasarkan hasil penelitian yang dapat dilihat pada tabel 5.2.1, sebagian besar balita memiliki ibu dengan kemandirian yang kurang baik. Balita yang berasal dari ibu dengan kemandirian baik adalah sebanyak 2780 orang atau sebesar 18,3%, sedangkan balita yang berasal dari ibu dengan kemandirian kurang

baik adalah sebanyak 12400 orang (81,7%). Beberapa aspek kemandirian disajikan dalam tabel 5.2.2.

Tabel 5.2.1
Distribusi Balita Berdasarkan Kemandirian Ibu
Di Indonesia pada Tahun 2007

Kemandirian	Frekuensi	Persentase (%)
Baik	2780	18,3
Kurang baik	12400	81,7
Total	15180	100

Tabel 5.2.2
Distribusi Balita Berdasarkan Aspek Kemandirian Ibu
Di Indonesia pada Tahun 2007

Aspek Kemandirian	Kurang baik		Baik	
	Frekuensi	Persentase (%)	Frekuensi	Persentase (%)
Pengambilan keputusan	6528	43	8652	57
Masalah dalam mengakses pelayanan kesehatan	5192	34,2	9988	65,8
Alasan menolak berhubungan seksual	6137	40,4	9043	59,6
Sikap terhadap perilaku suami memukul istri	5395	35,5	9785	64,5

5.3 Gambaran Karakteristik Ibu

Karakteristik ibu yang digunakan sebagai variabel dalam penelitian ini adalah pendidikan, pekerjaan, keterpaparan terhadap informasi, dan umur. Secara singkat, gambaran karakteristik ibu disajikan dalam tabel 5.3.1 dan uraian media informasi disajikan dalam tabel 5.3.2.

Tabel 5.3.1
Distribusi Balita Berdasarkan Karakteristik Ibu
Di Indonesia pada Tahun 2007

Karakteristik Ibu	Frekuensi	Persentase (%)
Pendidikan		
- Tinggi	1171	7,7
- Menengah	7206	47,5
- Rendah	6803	44,8
Pekerjaan		
- Bekerja di rumah/tidak bekerja	9587	63,2
- Bekerja di luar rumah	5593	36,8
Keterpaparan terhadap Informasi		
- Baik	12535	82,6
- Kurang baik	2645	17,4
Umur		
- < 30 tahun	7320	48,2
- 30-38 tahun	6035	39,8
- > 38 tahun	1825	12

Tabel 5.3.2
Distribusi Balita Berdasarkan Keterpaparan Ibu terhadap Media Informasi
Di Indonesia pada Tahun 2007

Media Informasi	Kurang baik		Baik	
	Frekuensi	Persentase (%)	Frekuensi	Persentase (%)
Media koran/majalah	13279	87,5	1901	12,5
Media radio	11025	72,6	4155	27,4
Media televisi	3256	21,4	11924	78,6

Berdasarkan hasil analisis, sebagian besar ibu memiliki pendidikan menengah, yaitu sebanyak 47,5% dan hanya sebagian kecil yang berpendidikan tinggi, yaitu 7,7%. Dilihat dari status pekerjaan, sebanyak 63,2% ibu bekerja di rumah/tidak bekerja. Selain itu, dalam keterpaparan terhadap informasi, sebanyak 82,6% ibu sudah terpapar media informasi paling tidak satu kali dalam seminggu, di mana sebagian besar ibu terpapar dengan baik terhadap media televisi. Sementara dalam hal umur, sebagian besar ibu berusia kurang dari 30 tahun dan hanya sebagian kecil yang berusia lebih dari 38 tahun.

5.4 Gambaran Karakteristik Balita

Variabel yang digunakan sebagai karakteristik balita dalam penelitian ini adalah berat lahir dan status imunisasi. Gambaran dari masing-masing variabel ini dapat terlihat dalam tabel berikut.

Tabel 5.4
Distribusi Balita Berdasarkan Karakteristik
Di Indonesia pada Tahun 2007

Karakteristik Anak	Frekuensi	Persentase (%)
Berat Lahir		
- BBLN	11018	78,5
- BBLR	729	5,2
- Tidak ditimbang/tidak tahu	3433	16,3
Status Imunisasi		
- Lengkap	12076	79,6
- Tidak lengkap	1968	13
- Tidak menjawab	1136	7,47,5

Sebagian besar balita lahir dengan berat badan normal. Sebesar 78,5% balita terlahir dengan berat badan normal dan 5,2% terlahir dengan berat badan rendah. Sementara itu, jika dilihat dari status imunisasi, sebanyak 79,6% sudah mendapat imunisasi lengkap dan 13% belum mendapat imunisasi lengkap.

5.5 Gambaran Karakteristik Sosial Ekonomi dan Lingkungan Tempat Tinggal

Beberapa karakteristik sosial ekonomi dan lingkungan tempat tinggal yang merupakan variabel dalam penelitian ini antara lain sosial ekonomi, jumlah anggota rumah tangga, dan jenis sumber air minum. Distribusi frekuensi dari variabel-variabel tersebut disajikan dalam tabel berikut.

Tabel 5.5
Distribusi Balita Berdasarkan Karakteristik Sosial Ekonomi
dan Lingkungan Tempat Tinggal
Di Indonesia pada Tahun 2007

Karakteristik Sosial Ekonomi dan Lingkungan Tempat Tinggal	Frekuensi	Persentase (%)
Sosial Ekonomi		
- Paling kaya	2914	19,2
- Kaya	3004	19,8
- Menengah	3033	20
- Miskin	3012	19,8
- Paling miskin	3217	21,2
Jumlah Anggota Rumah Tangga		
- Keluarga kecil	6245	41,1
- Keluarga besar	8935	58,9
Jenis Sumber Air Minum		
- Kualitas baik	12152	80,1
- Kualitas kurang baik	2674	17,6
- Tidak tahu	354	2,3

Distribusi balita berdasarkan sosial ekonomi keluarga hampir merata. Sebagian besar menempati kelompok paling miskin dengan persentase sebesar 21,2% dan sebagian kecil menempati kelompok paling kaya dengan persentase sebesar 19,2%. Sementara itu jika dilihat dari jumlah anggota rumah tangga, sebagian besar keluarga terdiri lebih dari 4 orang. Lebih lanjut dilihat dari sisi sumber air minum, sebagian besar keluarga menggunakan sumber air minum berkualitas baik dengan persentase sebesar 80,1%.

5.6 Hubungan Kemandirian Ibu dengan Kematian Balita

Hubungan antara kemandirian ibu dan kematian balita dapat dilihat pada tabel 5.6. Dari hasil analisis bivariat, dapat diketahui bahwa kemandirian ibu secara statistik berhubungan dengan kematian balita. Sebanyak 2,4 % ibu dengan kemandirian yang kurang baik mengalami kejadian kematian balita. Sedangkan sebanyak 1,5% kematian balita terjadi pada kelompok ibu dengan kemandirian baik. Dari nilai OR sebesar 1,67 diketahui bahwa ibu dengan kemandirian yang kurang baik memiliki risiko 1,67 kali lebih besar untuk mengalami kejadian

kematian balita dibandingkan dengan ibu dengan kemandirian yang baik. Hasil uji statistik menunjukkan P value sebesar 0,031 yang membuktikan bahwa ada perbedaan yang signifikan kejadian kematian balita antara kelompok ibu dengan kemandirian yang kurang baik dan ibu dengan kemandirian yang baik.

Tabel 5.6
Distribusi Kematian Balita Berdasarkan Kemandirian Ibu
Di Indonesia pada Tahun 2007

Kemandirian Ibu	Hidup		Meninggal		OR (95% CI)	P Value
	Jumlah	(%)	Jumlah	(%)		
Baik	2739	98,5	41	1,5	1,67 (1,04 – 2,67)	0,031
Kurang baik	12096	97,6	304	2,4		

5.7 Hubungan Karakteristik Ibu dengan Kematian Balita

Karakteristik ibu adalah beberapa variabel independen yang diteliti dalam penelitian ini. Variabel-variabel tersebut antara lain pendidikan, pekerjaan, keterpaparan terhadap media informasi dan umur. Hubungan antara karakteristik ibu dengan kematian balita dapat dilihat pada tabel 5.7.

Hasil analisis menunjukkan bahwa pendidikan, pekerjaan dan umur secara statistik berhubungan dengan kematian balita. Pada kelompok ibu yang memiliki pendidikan rendah, terjadi kematian balita sebesar 2,8%, 1,9% terjadi pada kelompok ibu dengan pendidikan menengah dan 1,6% terjadi pada kelompok ibu dengan pendidikan tinggi. Hasil uji statistik mendapatkan P value sebesar 0,027. P value tersebut menunjukkan bahwa secara statistik, ada hubungan yang bermakna antara pendidikan ibu dengan kematian balita.

Seperti halnya pendidikan, pekerjaan ibu pun memiliki hasil yang sama. Dalam kelompok ibu yang bekerja di luar rumah (bekerja dengan meninggalkan rumah), terjadi 3,4% kematian balita. Hasil uji statistik mendapatkan P value sebesar 0,0005 yang membuktikan bahwa pekerjaan ibu berhubungan secara statistik terhadap kematian balita.

Lebih lanjut, analisis hubungan antara umur ibu dan kematian balita menunjukkan bahwa umur ibu berhubungan dengan kematian balita. Kejadian kematian balita terbanyak terjadi pada kelompok ibu berusia lebih dari 38 tahun yaitu sebesar 5%. Hasil uji statistik mendapatkan P value sebesar 0,0005 yang berarti bahwa ada perbedaan yang bermakna kejadian kematian balita di setiap kelompok umur ibu.

Tabel 5.7
Distribusi Kematian Balita Berdasarkan Karakteristik Ibu
Di Indonesia pada Tahun 2007

Karakteristik Ibu	Hidup		Meninggal		OR (95% CI)	P Value
	Jumlah	(%)	Jumlah	(%)		
Pendidikan						
- Tinggi	1152	98,4	18	1,6		0,027
- Menengah	7069	98,1	137	1,9	1,22 (0,63-2,35)	
- Rendah	6614	97,2	190	2,8	1,8 (0,96-3,37)	
Pekerjaan						
- Bekerja di rumah/tidak bekerja	9431	98,4	156	1,6		0,0005
- Bekerja di luar rumah	5404	96,6	189	3,4	2,12 (1,53-2,95)	
Keterpaparan terhadap media informasi						
- Baik	12263	97,8	272	2,2		0,146
- Kurang baik	2572	97,3	73	2,7	1,27 (0,92-1,76)	
Umur						
- < 30 tahun	7206	98,4	114	1,6		0,0005
- 30-38 tahun	5894	97,7	141	2,3	1,51 (1,07-2,13)	
- > 38 tahun	1735	95	90	5	3,31 (2,26-4,84)	

5.8 Hubungan Karakteristik Balita dengan Kematian Balita

Hasil analisis hubungan antara variabel-variabel karakteristik balita dengan kematian balita disajikan dalam tabel 5.8. Hasil uji statistik membuktikan bahwa berat lahir dan status imunisasi berhubungan secara signifikan terhadap kematian balita. Sejumlah 6,5% anak yang lahir dengan berat badan rendah mengalami kematian balita. P value yang didapat untuk variabel berat lahir adalah 0,0005. Hal ini menunjukkan bahwa secara statistik, berat lahir memiliki hubungan yang

signifikan terhadap kematian balita. Sementara itu, 15,2% anak yang memperoleh imunisasi tidak secara lengkap, mengalami kematian sebelum usianya mencapai tepat lima tahun, sedangkan anak yang menerima imunisasi dasar secara lengkap, hanya 0,5% yang mengalami kematian balita. Hasil uji statistik untuk variabel status imunisasi mendapatkan P value sebesar 0,0005 yang berarti bahwa ada perbedaan yang bermakna kematian balita antara kelompok anak yang menerima imunisasi secara tidak lengkap dan anak yang menerima imunisasi secara lengkap.

Tabel 5.8
Distribusi Kematian Balita Berdasarkan Karakteristik
Di Indonesia pada Tahun 2007

Karakteristik Balita	Hidup		Meninggal		OR (95% CI)	P Value
	Jumlah	(%)	Jumlah	(%)		
Berat lahir						
- BBLN	10878	98,7	139	1,3		0,0005
- BBLR	682	93,5	47	6,5	5,40 (3,4-8,55)	
- Tidak ditimbang/tidak tahu	3275	95,4	158	4,6	3,78 (2,69-5,3)	
Status Imunisasi						
- Lengkap	12074	99,5	2	0,5		0,0005
- Tidak lengkap	1668	84,8	300	15,2	1345,48 (1123,5-1611,2)	
- Tidak menjawab	1093	96,2	43	3,8	295,8 (186,5-469,2)	

5.9 Hubungan Karakteristik Sosial Ekonomi dan Lingkungan Tempat Tinggal dengan Kematian Balita

Tabel 5.9 menunjukkan hasil analisis hubungan antara karakteristik sosial ekonomi dan lingkungan tempat tinggal terhadap kematian balita. Dari tabel, terlihat bahwa jumlah anggota rumah tangga dan sosial ekonomi berhubungan dengan kematian balita. Dari hasil penelitian, didapatkan bahwa 1,7% anak yang anggota keluarganya berjumlah lebih dari 4 orang dan 3,2% anak dalam keluarga miskin, mengalami kematian sebelum mencapai tepat usia lima tahun. P value yang didapatkan untuk kedua variabel ini berada di bawah nilai α 5%, sehingga dapat disimpulkan bahwa kedua variabel ini memiliki hubungan secara statistik terhadap kematian balita.

Tabel 5.9
Distribusi Kematian Balita Berdasarkan Karakteristik Sosial Ekonomi dan
Lingkungan Tempat Tinggal
Di Indonesia pada Tahun 2007

Karakteristik Balita	Hidup		Meninggal		OR (95% CI)	P Value
	Jumlah	(%)	Jumlah	(%)		
Sosial ekonomi						
- Paling kaya	2867	98,4	47	1,6		0,001
- Kaya	2964	98,7	40	1,3	0,83 (0,44–1,57)	
- Menengah	2969	97,9	63	2,1	1,31 (0,74–2,31)	
- Miskin	2916	96,8	96	3,2	2,02 (1,23–3,33)	
- Paling miskin	3118	96,9	99	3,1	1,95 (1,23–3,11)	
Jumlah ART						
- Keluarga kecil	6054	97	190	3		0,0005
- Keluarga besar	8781	98,3	155	1,7	0,56 (0,4-0,78)	
Jenis sumber air minum						
- Kualitas baik	11870	97,7	282	2,3		0,114
- Kualitas kurang baik	2614	97,7	60	2,3	0,97 (0,64-1,48)	
- Tidak tahu	351	99,2	3	0,8	0,32 (0,11-0,94)	

5.10 Kemandirian Ibu dan Kematian Balita

Pada analisis multivariat, uji statistik yang digunakan adalah analisis regresi logistik dengan model faktor risiko. Pada model ini, analisis dilakukan dengan tujuan untuk mengestimasi hubungan antara kemandirian ibu dan kejadian kematian balita dengan mengontrol beberapa variabel lain. Ada beberapa tahap dalam analisis ini, pertama pemodelan dibuat lengkap dengan mencakup semua variabel dan interaksinya dengan variabel independen utama. Setelah itu, penilaian interaksi dan konfounding dilakukan untuk mendapatkan model akhir dan mengetahui variabel-variabel apa saja yang berhubungan dengan kematian balita. Pemodelan disajikan dalam tabel 5.10.

Tabel 5.10
Model Multivariat
Uji Interaksi

No.	Model	B	SE	OR	95% CI	P Value
1.	Kemandirian ibu	19,79	0,0005	3,95	3,41-3,41	0,0005
	Pendidikan	2,35	0,89	10,53	1,92-57,82	0,003
	Pekerjaan	1,79	0,51	6,02	2,21-16,38	0,0005
	Keterpaparan media informasi	-0,13	0,55	0,88	0,30-2,60	0,243
	Umur	3,28	0,73	26,65	6,31-112,48	0,0005
	Berat lahir	1,17	0,76	3,22	0,72-14,38	0,0005
	Status imunisasi	22,85	0,0005	8,40	8,40-8,40	0,0005
	Jumlah ART	-1,38	0,51	0,25	0,09-0,68	0,0005
	Jenis sumber air minum	0,51	0,57	1,66	0,54-5,11	0,025
	Sosial ekonomi	-1,71	0,93	1,18	0,03-1,13	0,059
	Mandiri*pendidikan	-2,73	0,97	0,06	0,01-0,44	0,003
	Mandiri*pekerjaan	-1,18	0,55	0,31	0,10-0,91	0,033
	Mandiri*informasi	-0,44	0,60	0,65	0,2-2,09	0,466
	Mandiri*umur	-1,75	0,79	0,17	0,04-0,81	0,025
	Mandiri*berat lahir	0,55	0,83	1,73	0,34-8,85	0,291
	Mandiri*imunisasi	-15,52	0,0005	1,82	1,82-1,82	0,0005
	Mandiri*jumlah ART	0,23	0,55	1,26	0,43-3,67	0,675
	Mandiri*sumber air minum	-0,71	0,63	0,49	0,14-1,69	0,279
	Mandiri*sosial ekonomi	1,34	1,02	3,82	0,51-28,35	0,340

5.11 Model Akhir Hubungan Kemandirian Ibu dan Kematian Balita

Setelah dilakukan pemodelan multivariat secara lengkap, didapatkan hanya ada satu interaksi yang terjadi yaitu interaksi kemandirian ibu dengan pendidikan. Setelah pengujian interaksi, yang dilakukan adalah uji konfounding dengan melihat variabel dengan nilai P terbesar. Secara berturut-turut, variabel yang memiliki nilai P terbesar adalah sumber air minum dan sosial ekonomi, sehingga kedua variabel tersebut dikeluarkan. Namun, setelah kedua variabel tersebut keluar dari model, tidak terjadi perubahan OR variabel utama sebesar lebih dari 10%. Dengan demikian, sumber air minum dan sosial ekonomi tetap dikeluarkan dari model. Model akhir multivariat disajikan dalam tabel 5.11.1.

Tabel 5.11.1
Model Akhir Multivariat

Model	B	SE	OR	95% CI	P Value
Kemandirian ibu (kurang baik)	2,073	0,64	7,95	2,26-27,90	0,006
Pendidikan (rendah)	1,63	0,67	5,11	1,36-19,17	0,05
Pekerjaan (bekerja di luar rumah)	0,74	0,18	2,09	1,46-3,00	0,0005
Umur (> 38 tahun)	1,62	0,24	5,05	3,15-8,12	0,0005
Berat lahir (BBLR)	1,61	0,27	5,00	2,94-8,53	0,0005
Status imunisasi (tidak lengkap)	7,48	0,12	1779,6	1395,9-2268,8	0,0005
Jumlah ART (> 4 orang)	-1,20	0,19	0,30	0,21-0,43	0,0005
Sosek (paling miskin)	-0,80	0,33	0,45	0,23-0,86	0,004
Mandiri (kurang baik)*didik (rendah)	-1,953	0,75	0,03	0,03-0,61	0,019

Tabel 5.11.1 menunjukkan hubungan antara kemandirian ibu dan kematian balita dengan beberapa variabel konfounding. Variabel konfounding tersebut antara lain pekerjaan ibu, umur ibu, berat lahir, status imunisasi, jumlah anggota rumah tangga dan sosial ekonomi. Selain itu, ditemukan juga variabel interaksi yang berhubungan dengan kematian balita, yaitu interaksi antara kemandirian ibu dan pendidikan ibu. Kemandirian ibu memiliki hubungan yang bermakna terhadap kematian balita. Hal ini terlihat dari nilai P sebesar 0,006. Dalam model akhir tersebut ternyata ditemukan interaksi antara kemandirian ibu dan pendidikan ibu. Karena adanya interaksi tersebut, nilai OR harus dilaporkan secara terpisah dan dihitung secara manual seperti yang terlihat pada tabel 5.11.2.

Tabel 5.11.2
Nilai OR Variabel Interaksi antara
Kemandirian dan Pendidikan Ibu

Pendidikan	Kemandirian	Perhitungan OR	OR
Rendah	Kurang baik	$e((2,073*1)+(-1,953*0))$	7,95
	Baik	1	1
Menengah	Kurang baik	$e((2,073*1)+(-1,953*1))$	1,127
	Baik	1	1
Tinggi	Kurang baik	$e((2,073*1)+(-1,946*1))$	1,135
	Baik	1	1

Tabel 5.11.2 menunjukkan nilai OR kemandirian ibu untuk setiap kelompok pendidikan. Pada kondisi pendidikan rendah, ibu dengan kemandirian kurang baik memiliki peluang 7,95 kali untuk mengalami kejadian kematian balita dibandingkan ibu dengan kemandirian baik. Pada kondisi pendidikan menengah, ibu dengan kemandirian kurang baik memiliki peluang 1,127 kali untuk mengalami kejadian kematian balita. Sedangkan pada kondisi pendidikan tinggi, ibu dengan kemandirian kurang baik juga memiliki peluang 1,135 kali untuk mengalami kejadian kematian balita.

5.12 Hasil Penelitian dengan Disain Kasus Kontrol

Dalam sub bab ini akan dijelaskan mengenai hasil penelitian untuk disain kasus kontrol. Kasus adalah semua anak terakhir yang lahir 5 tahun sebelum survey yang mengalami kematian balita atau sudah meninggal pada saat survei. Sedangkan Kontrol adalah anak terakhir yang lahir 5 tahun sebelum survey yang tidak mengalami kematian balita atau masih hidup pada saat survey. Jumlah kasus adalah 345, yaitu merupakan jumlah total anak terakhir yang lahir 5 tahun sebelum survey yang mengalami kematian. Sedangkan untuk jumlah Kontrol adalah 885, yaitu jumlah bayi yang lahir 5 tahun sebelum survei dan masih hidup. Berikut ini adalah hasil analisis dari faktor-faktor yang diamati.

Tabel 5.12.1
Faktor-Faktor Risiko Kematian Balita di Indonesia

No.	Variabel	Kasus (+)	Kontrol (-)	OR (95% CI)	P Value
1.	Kemandirian Ibu - Kurang baik - Baik	304 41	714 171	1,76 (1,07-2,89)	0,023
2.	Pendidikan - Rendah - Menengah-tinggi	190 155	390 495	1,55 (1,13-2,12)	0,006
3.	Pekerjaan - Bekerja di luar rumah - Bekerja di rumah/tidak	189 156	309 576	2,26 (1,64-3,11)	0,0005

	bekerja				
4.	Keterpaparan media informasi	73	164	1,17 (0,81-	0,39
	- Kurang baik	272	721	1,69)	
	- Baik				
5.	Umur ibu				
	- > 38 tahun	90	111	2,49 (1,74-	0,0005
	- <= 38 tahun	255	774	3,55)	
6.	Berat lahir				
	- BBLR	47	44	3,07 (1,75-	0,0005
	- BBLN/tidak ditimbang	298	841	5,38)	
7.	Status imunisasi				
	- Tidak lengkap	300	107	48,62	0,0005
	- Lengkap/tidak menjawab	45	778	(30,37-	
				77,84)	
8.	Sosial ekonomi				
	- Miskin-paling miskin	195	356	1,93 (1,45-	0,0005
	- Menengah ke atas	150	529	2,56)	
9.	Jumlah anggota rumah tangga				
	- >4 orang	155	550	0,49 (0,36-	0,0005
	- <= 4 orang	190	335	0,68)	
10.	Jenis sumber air minum				
	- Kurang baik	60	175	0,86 (0,61-	0,40
	- Baik/tidak diketahui	285	710	1,22)	

Dari hasil perhitungan OR, didapatkan hasil seperti yang tertera pada tabel di atas. Tabel tersebut memperlihatkan kemungkinan peranan berbagai variabel terhadap kejadian kematian balita. Dari perhitungan OR, terlihat bahwa faktor kemandirian ibu, pendidikan ibu, pekerjaan ibu, umur ibu, keterpaparan ibu terhadap media informasi, berat lahir, status imunisasi, jumlah anggota rumah tangga, jenis sumber air minum dan sosial ekonomi mempunyai asosiasi terhadap kejadian kematian balita. Penghitungan OR menunjukkan bahwa faktor jenis sumber air minum ($OR = 0,86 = 1,16$) dan keterpaparan ibu terhadap media informasi ($OR = 1,17$) memiliki asosiasi yang lemah ($OR = 1,0 - 1,5$). Sedangkan untuk faktor yang lain memiliki asosiasi yang kuat terhadap kematian balita.

Hasil analisis multivariat menunjukkan hubungan antara kemandirian ibu dan kematian balita. Beberapa faktor tersebut adalah kemandirian, pekerjaan,

umur, status imunisasi dan jumlah anggota rumah tangga, serta ditemukan satu variabel interaksi antara kemandirian dan pekerjaan. Perhitungan OR ditunjukkan pada tabel 5.12.3.

Tabel 5.12.2
Model Multivariat Faktor-Faktor Risiko Kematian Balita
Di Indonesia

Model	B	SE	OR	95% CI	P Value
Kemandirian ibu (kurang baik)	1,36	0,53	3,91	1,56-9,77	0,218
Pekerjaan (bekerja di luar rumah)	2,43	0,74	11,38	2,68-48,37	0,0005
Umur (> 38 tahun)	1,55	0,24	4,7	2,94-7,52	0,0005
Status imunisasi (tidak lengkap)	4,23	0,25	68,7	42,33-111,54	0,0005
Jumlah ART (keluarga besar)	-1,15	0,24	0,32	0,20-0,50	0,0005
Mandiri (kurang baik)*kerja (di luar rumah)	-1,74	0,79	0,17	0,04-0,84	0,029

Tabel 5.12.3
Nilai OR Variabel Interaksi antara
Kemandirian dan Pekerjaan Ibu

Pekerjaan	Kemandirian	Perhitungan OR	OR
Di luar rumah	Kurang baik	$e((1,36*1)+(-1,74*0))$	3,89
	Baik	1	1
Di rumah/ tidak bekerja	Kurang baik	$e((1,36*1)+(-1,74*1))$	0,68
	Baik	1	1

Tabel 5.11.2 menunjukkan nilai OR kemandirian ibu untuk setiap kelompok pekerjaan. Pada kondisi bekerja di luar rumah, ibu dengan kemandirian kurang baik memiliki peluang 3,89 kali untuk mengalami kejadian kematian balita dibandingkan ibu dengan kemandirian baik. Sementara pada kondisi bekerja di rumah, ibu dengan kemandirian kurang baik memiliki peluang 0,68 kali untuk mengalami kejadian kematian balita.

BAB VI

PEMBAHASAN

6.1 Keterbatasan Penelitian

Salah satu keterbatasan penelitian ini adalah ketersediaan variabel. Data yang digunakan adalah data sekunder yang berasal dari hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia tahun 2007 (SDKI 2007). Seperti penggunaan data sekunder lainnya yang sudah pasti menemukan keterbatasan dalam hal variabel, dalam penelitian ini, peneliti tidak bisa secara leluasa untuk menentukan sendiri variabel yang diinginkan. Peneliti hanya dapat memilih variabel yang tersedia dalam SDKI 2007 dan membentuk variabel baru dengan menggabungkan beberapa pertanyaan yang ada. Dalam hal disain penelitian yang dipilih adalah disain *cross sectional* sehingga tidak dapat diketahui hubungan sebab akibat dengan lebih jelas. Selain itu, untuk disain *case control* juga terdapat kekurangan karena hanya membatasi seluruh variabel menjadi 2 kategori serta hanya sedikit hasil dan pembahasan yang ditampilkan.

Selain itu, kendala juga ditemukan pada beberapa pertanyaan yang mengandung missing, sehingga harus diubah ke dalam kategori sendiri. Dalam hal keakuratan pengukuran juga ditemukan keterbatasan, misalnya dalam variabel status imunisasi. Pengukuran yang kurang akurat disebabkan karena hanya melibatkan anak terakhir yang lahir 5 tahun sebelum survei dan banyak data missing. Terbatasnya variabel yang dianalisis pada karakteristik balita dan lingkungan tempat tinggal menyebabkan keterbatasan analisis, sehingga informasi yang didapat menjadi kurang lengkap.

6.2 Kejadian Kematian Balita

Dalam penelitian ini didapatkan proporsi kematian balita sebesar 2,3%. Dari total jumlah anak terakhir yang lahir antara tahun 2002 sampai dengan 2007 sebanyak 15180, terdapat 345 balita yang mengalami kematian balita. Sebanyak 1 orang dari 44 anak, mengalami kematian sebelum usianya mencapai tepat 5 tahun. Angka tersebut berbeda dengan angka kematian balita nasional dari SDKI 2007,

yaitu sebesar 44 kematian per 1000 kelahiran hidup. Hal ini dikarenakan definisi operasional dalam penelitian ini berbeda dengan SDKI. Dalam penelitian ini yang dihitung hanya anak terakhir yang lahir sejak 5 tahun sebelum survei.

Namun demikian, angka kematian balita di Indonesia masih merupakan permasalahan. Hal ini dikarenakan angkanya belum mencapai target MDGs yaitu sebesar 32 kematian per 1000 kelahiran hidup. Berdasarkan data nasional terakhir, angka kematian balita pada tahun 2007 adalah sebesar 44 kematian per 1000 kelahiran hidup (SDKI, 2007). Secara keseluruhan, AKABA di Indonesia mengalami penurunan sejauh ini. Hal ini terbukti dari AKABA pada tahun 1997 yang mencapai angka 69 kematian per 1000 kelahiran hidup. Namun, bila dilihat antar tahun, ternyata penurunannya semakin kecil. Jika ditinjau dari survei sebelumnya pada 2002, terlihat penurunan yang terjadi selama lima tahun hanya 2 angka (46 kematian per 1000 kelahiran hidup pada 2002 dan 44 kematian per 1000 kelahiran hidup pada 2007). Sementara menurut data World Health Statistic 2008, AKABA Indonesia pada 2006 menempati urutan tertinggi ke-4 dalam kelompok negara-negara ASEAN. Hal ini masih menjadi masalah dan perlu mendapat perhatian serius mengingat kematian balita merupakan salah satu indikator kesehatan masyarakat dan merupakan tujuan MDGs.

6.3 Hubungan antara Kemandirian Ibu dan Kematian Balita

Penelitian ini menghasilkan hubungan antara kemandirian dan kematian balita dilihat dari disain potong lintang dan kasus kontrol. Secara umum, faktor-faktor yang berhubungan dengan kematian balita adalah sama. Hanya terlihat sedikit perbedaan. Dalam disain kasus kontrol, faktor-faktor yang terlihat berhubungan dengan kematian balita lebih sedikit daripada yang dihasilkan dengan disain potong lintang. Hal ini kemungkinan disebabkan oleh beberapa perbedaan, antara lain jumlah sampel dan pengelompokkan variabel. Namun demikian, kemandirian ibu tetap merupakan faktor risiko kematian balita jika dikontrol dengan beberapa faktor lain.

Dalam disain potong lintang, penelitian ini menghasilkan hubungan antara kemandirian ibu dan kematian balita, beserta beberapa variabel konfounding. Variabel konfounding yang masuk ke dalam model hubungan antara kemandirian

ibu dan kematian balita antara lain pekerjaan ibu, umur ibu, berat lahir, status imunisasi, jumlah anggota rumah tangga dan sosial ekonomi. Selain itu, terdapat satu variabel interaksi yang juga masuk ke dalam model hubungan tersebut, yaitu interaksi antara kemandirian ibu dan pendidikan ibu. Sehingga, di dalam model akhir, terdapat 8 variabel dan satu variabel interaksi.

Secara statistik, variabel independen utama, kemandirian ibu, yang menjadi fokus dalam penelitian ini berhubungan dengan kematian balita setelah dikontrol beberapa variabel lain. Kemandirian ibu diukur melalui pertanyaan mengenai keikutsertaan ibu terhadap pembuatan keputusan rumah tangga serta beberapa alasan seperti menolak berhubungan seks dan masalah dalam mengakses perawatan kesehatan. Hasil uji statistik dalam analisis multivariat mendapatkan nilai P untuk kemandirian ibu adalah sebesar 0,006. Hal tersebut menunjukkan bahwa ada perbedaan yang bermakna kejadian kematian balita antara kelompok ibu kemandirian baik dan kelompok ibu kemandirian kurang baik.

Hal tersebut sesuai dengan hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2007. Dalam publikasinya disebutkan bahwa status wanita secara tidak langsung mempengaruhi kematian bayi dan anak. Status wanita dalam SDKI didapatkan dari pertanyaan-pertanyaan mengenai sikap mereka dalam beberapa aspek tertentu dari kemandiriannya. Dari hasil survei didapatkan bahwa wanita yang semakin banyak menyetujui alasan untuk menolak berhubungan seksual dengan suaminya, mengalami kejadian kematian balita yang lebih sedikit. Sama halnya dalam kelompok wanita yang tidak setuju alasan apapun yang membenarkan pemukulan terhadap istri, mengalami kejadian kematian balita yang lebih kecil dibandingkan dengan wanita yang semakin banyak menyetujui alasan tersebut.

Kemandirian mengindikasikan status ibu dalam rumah tangga. Ibu yang mandiri akan mampu membuat keputusan-keputusan sendiri dan tidak selalu bergantung dengan suami. Hal ini terkait dengan budaya patriarki yang masih banyak berlaku di beberapa daerah di Indonesia. Dalam budaya tersebut mengindikasikan wanita yang masih selalu bergantung dengan suami. Apapun yang suami katakan, seorang istri wajib mengikuti dan mematuhi. Keadaan ini merupakan salah satu masalah gender yang merupakan salah satu fokus dalam

MDGs dalam tujuan ke-3, yaitu mendorong kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan. Dalam tujuan tersebut terlihat bahwa pemberdayaan perempuan merupakan hal yang sangat penting. Hal tersebut dikarenakan, pemberdayaan perempuan akan meningkatkan kemandirian perempuan. Semakin mandiri seorang perempuan, statusnya akan semakin baik dalam rumah tangga maupun masyarakat. Selain itu, dengan kemandirian yang lebih baik, diharapkan tidak ada lagi dominasi peran suami dalam rumah tangga yang menyebabkan ruang gerak perempuan menjadi terbatas.

Dalam penelitian ini, pendidikan memiliki hubungan secara statistik terhadap kematian balita. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Ahmad Faisal (2010). Dalam penelitian tersebut ditemukan bahwa semakin rendah tingkat pendidikan ibu akan semakin besar peluang terjadinya kasus kematian bayi. Pendidikan merupakan faktor penting dalam usaha peningkatan kualitas hidup manusia dalam kaitannya dengan aspek kependudukan, kesehatan, urbanisasi dan lingkungan. Studi di negara maju menemukan bahwa pendidikan orangtua khususnya ibu, mempunyai hubungan positif dengan turunya kelahiran, kesehatan dan nutrisi keluarga serta pendidikan generasi muda. Pendidikan akan meningkatkan kemampuan seseorang untuk membuat keputusan atau membuat pilihan dari berbagai kemungkinan. Dengan pendidikan, perempuan diharapkan akan lebih mudah menerima ide keluarga kecil dan lebih siap untuk melakukan keluarga berencana.

Dalam SDKI 2007, didapatkan bahwa pendidikan ibu berhubungan dengan kematian anak. Anak dari ibu dengan pendidikan rendah memiliki tingkat kematian lebih tinggi dibandingkan dengan anak dari ibu dengan pendidikan tinggi. Dalam survei tersebut terlihat bahwa angka kematian balita semakin besar untuk pendidikan yang semakin rendah. Selain itu, dalam penelitian yang dilakukan oleh Tin Afifah dkk, didapatkan bahwa terdapat hubungan terbalik antara pendidikan ibu dengan kelangsungan hidup anak. Dalam publikasinya disebutkan bahwa semakin tinggi pendidikan ibu semakin rendah angka kematiannya (Buletin Penelitian Kesehatan, Vol. 36 No. 3, 2008).

Tingkat pendidikan seseorang dapat menentukan seberapa besar pengetahuan yang dimilikinya. Hal ini terkait dengan perilaku sehat terhadap diri

sendiri, anak, dan keluarga. Jika seorang wanita memiliki pengetahuan yang lebih baik, maka akan menerapkan perilaku sehat yang lebih baik, dan hal ini akan berdampak terhadap kesehatan anak dan kelangsungan hidupnya. Lebih lanjut lagi, pendidikan dapat meningkatkan kemampuan seseorang untuk membuat keputusan atau menentukan pilihan dalam hidupnya. Pendidikan dapat meningkatkan status wanita dalam rumah tangga dan dapat membuat mereka lebih mandiri. Menurut Caldwell (Sri Widodo dkk, 1988), mekanisme operasional pendidikan ibu sangat erat kaitannya terhadap reaksi serta pembuatan keputusan rumah tangga terhadap penyakit. Itulah sebabnya, terdapat interaksi yang signifikan antara kemandirian dan pendidikan.

Selain itu, dalam penelitian ini juga ditemukan beberapa variabel konfounder. Salah satunya adalah pekerjaan ibu. Status pekerjaan ibu merupakan salah satu faktor risiko kematian balita. Ibu yang bekerja dengan meninggalkan rumah lebih berisiko untuk mengalami kejadian kematian balita dibandingkan dengan ibu yang bekerja di rumah atau tidak bekerja. Hal ini tidak sejalan dengan penelitian Ella Tresnasarie pada tahun 2003, yang menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara status bekerja ibu dengan kematian balita. Namun sejalan dengan penelitian Ahmad Faisal (2010) yang mendapatkan bahwa status pekerjaan ibu mempengaruhi kematian bayi. Dalam penelitiannya disebutkan bahwa ibu yang bekerja memiliki peluang yang lebih besar untuk mengalami kejadian kematian bayi. Bila dihubungkan dengan pemberian ASI eksklusif. Status pekerjaan ibu dapat menjadi kendala. Ibu bekerja merupakan salah satu permasalahan dalam pemberian ASI eksklusif (Soetjiningsih, 1997).

Selain itu, umur ibu juga memiliki hubungan yang signifikan terhadap kematian balita. Ibu yang berusia > 38 tahun memiliki peluang 5,05 kali lebih besar untuk mengalami kejadian kematian balita dibandingkan dengan ibu yang berusia < 30 tahun. Dengan nilai OR dan estimasi interval yang dihasilkan, disimpulkan bahwa umur ibu merupakan faktor risiko kematian balita. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Joko Irianto dkk (2003). Dalam penelitian itu diketahui bahwa semakin meningkat kelompok umur wanita, semakin banyak anak yang dilahirkan, namun semakin banyak pula yang meninggal. Hal ini dikarenakan semakin bertambah usia ibu semakin berkurang

kekuatan fisik dan semakin rentan kesehatannya sehingga berdampak terhadap kelangsungan hidup anak.

Dalam hal karakteristik balita, variabel yang menjadi konfounder adalah berat lahir. Bayi yang lahir dengan berat badan kurang dari 2500 gram memiliki peluang yang lebih besar untuk mengalami kejadian kematian balita dibandingkan dengan bayi yang lahir dengan berat badan sebesar 2500 gram atau lebih. Hal ini sesuai dengan hasil SDKI 2007. Dalam publikasinya, disebutkan bahwa ukuran bayi saat lahir mempunyai hubungan yang kuat dengan kelangsungan hidup anak, terutama dalam kelangsungan hidup bulan pertama. Terlihat bahwa untuk setiap jenis kematian anak, angkanya selalu lebih tinggi pada kelompok berat lahir dengan ukuran kecil/sangat kecil. Sementara itu, diutarakan juga dalam penelitian Sri Widodo dkk (1988) bahwa dari berbagai penelitian golongan bayi BBLR, berat bayi yang lahir kurang dari 2500 gram sangat rentan terhadap penyakit dan angka kematian golongan ini lebih tinggi dibandingkan dengan bayi yang lahir dengan berat lebih dari 2500 gram (Alisjahbana, 1982).

Berat lahir yang rendah memiliki dampak jangka panjang terhadap pertumbuhan bayi. Sebagaimana yang disebutkan oleh Mosley dan Chen dalam teorinya mengenai model determinan kematian balita, bahwa kematian diawali dengan kejadian tidak sehat/sakit atau gangguan pertumbuhan. BBLR dapat disebabkan oleh prematuritas ataupun pertumbuhan intrauterin terhambat, serta berkaitan dengan status gizi ibu semasa hamil. Gizi ibu merupakan variabel yang erat hubungannya dengan prevalensi BBLR. Di Ujung Berung, bayi yang dilahirkan dari ibu-ibu dengan kondisi gizi yang baik memiliki prevalensi BBLR yang rendah (Sri Widodo dkk, 1988). Oleh karena itu, sangat penting untuk ibu hamil dapat memperhatikan asupan gizi mereka selama hamil, agar dapat melahirkan bayi dengan gizi yang baik pula.

Selain berat lahir, variabel dalam karakteristik balita yang juga berhubungan dengan kematian balita adalah status imunisasi. Anak yang status imunisasinya tidak lengkap memiliki peluang lebih besar untuk tidak mencapai usia tepat lima tahun dibandingkan dengan kelompok anak yang status imunisasinya lengkap. Sebagaimana diketahui bahwa sekitar 1,7 juta kematian yang terjadi pada anak atau 5% pada balita di Indonesia disebabkan oleh penyakit

yang dapat dicegah oleh imunisasi (PD3I) seperti TBC, difteri, pertusis, campak, tetanus, polio, dan hepatitis B (Depkominfo, 2007). Sebagaimana diketahui bahwa imunisasi merupakan suatu bentuk perlindungan dan meningkatkan sistem kekebalan tubuh pada anak untuk mencegah penyakit dan kematian akibat penyakit infeksi. Salah satu imunisasi yang memiliki dampak langsung terhadap kematian anak adalah imunisasi campak. Hal ini dibuktikan dengan peningkatan cakupan imunisasi sebesar 3% dapat menurunkan jumlah kematian anak balita sebesar 1 per 1000 kelahiran hidup (UNSD 2009, ADB). Namun demikian, bahwa penyakit-penyakit penyebab kematian balita bukan hanya campak melainkan juga TBC, pertusis, polio serta hepatitis B, yang sama halnya, dapat dicegah dengan imunisasi.

Dalam hal karakteristik lingkungan tempat tinggal, variabel yang merupakan konfounder adalah jumlah anggota rumah tangga. Dari hasil analisis, diketahui bahwa jumlah anggota rumah tangga merupakan faktor proteksi terhadap kematian balita. Sebagaimana yang diketahui bahwa jumlah anggota rumah tangga dapat menentukan jumlah pangan yang diterima oleh anak. Menurut Suhardjo (1986), anak-anak yang tumbuh dalam suatu keluarga miskin, rawan terhadap kekurangan gizi di antara seluruh anggota keluarga yang lainnya, karena terpengaruh oleh kurang pangan. Hal ini mengindikasikan bahwa jumlah anggota rumah tangga berkaitan dengan pemenuhan kebutuhan gizi.

Variabel terakhir yang berhubungan secara signifikan terhadap kematian balita adalah sosial ekonomi. Salah satu faktor tidak langsung yang mempengaruhi kematian balita (Mosley and Chen, 1983). Dalam penelitian ini ditemukan bahwa sosial ekonomi berhubungan secara statistik terhadap kematian balita. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Tin Afifah dkk (2003). Dalam penelitian itu disebutkan bahwa terdapat hubungan yang terbalik antara sosial ekonomi dan kelangsungan hidup anak. Semakin tinggi strata ekonomi, semakin rendah AKB, AKA, atau AKBA. Selain itu, hal ini juga sesuai dengan teori yang dikembangkan oleh Mosley dan Chen mengenai determinan kematian balita yang mengatakan bahwa sosial ekonomi merupakan penyebab tidak langsung kematian balita.

Sosial ekonomi menaruh peranan yang penting dalam kematian balita. Hal ini disebabkan, secara substansi faktor ini merupakan penyebab tidak langsung kematian balita. Seperti yang tergambar dalam skema teori Mosley dan Chen, sosial ekonomi mendasari faktor ibu, kontaminasi lingkungan, kekurangan zat gizi dan kecelakaan. Sosial ekonomi menentukan kemampuan dalam memenuhi kebutuhan gizi anak. Jika sosial ekonomi keluarga rendah, kemampuan untuk memenuhi kecukupan gizi anak juga rendah sehingga anak mendapat asupan gizi yang kurang dan kelangsungan hidupnya menjadi terancam.

Melihat hubungan yang terjadi antara kemandirian ibu dan kematian balita, ternyata juga terdapat beberapa faktor yang terlibat. Dengan adanya beberapa faktor tersebut, hal ini menjadikan kematian balita perlu mendapatkan perhatian serius dan komitmen bersama. Bukan hanya pemerintah yang berperan dalam pembentukan program-program kesehatan untuk mendukung kelangsungan hidup anak, namun juga semua elemen masyarakat. Setiap kontribusi yang diberikan oleh semua pihak akan sangat berguna dalam menciptakan kesehatan bagi balita, sehingga kelangsungan hidupnya terjamin. Hal ini akan berdampak pada penurunan jumlah kematian balita, meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Indonesia, dan mendapatkan pandangan yang baik dari dunia.

BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan dalam penelitian ini, dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Asosiasi yang didapat dari hasil penelitian dengan disain kasus kontrol hampir sama dengan hasil penelitian dengan disain potong lintang.
2. Proporsi kematian balita yang terjadi di Indonesia pada tahun 2007 adalah sebesar 2,3%.
3. Secara statistik, terdapat hubungan yang bermakna antara kemandirian ibu dengan kematian balita. Ibu yang memiliki kemandirian kurang baik memiliki peluang 7,95 kali lebih besar untuk mengalami kejadian kematian balita dibandingkan dengan ibu yang memiliki kemandirian baik.
4. Karakteristik ibu yang berhubungan dengan kematian balita adalah pekerjaan dan umur. Ibu yang bekerja di luar rumah memiliki peluang yang lebih besar untuk mengalami kejadian kematian balita dibandingkan dengan ibu yang bekerja di rumah/tidak bekerja. Selain itu, ibu yang berusia lebih dari 38 tahun memiliki peluang yang lebih besar untuk mengalami kejadian kematian balita dibandingkan dengan ibu yang berusia kurang dari 30 tahun.
5. Karakteristik balita yang berhubungan dengan kematian balita adalah berat lahir dan status imunisasi. Anak yang terlahir dengan berat lahir rendah memiliki peluang lebih besar untuk mengalami kejadian kematian balita. Demikian juga pada status imunisasi, anak yang status imunisasinya tidak lengkap memiliki peluang lebih besar untuk mengalami kematian balita.
6. Karakteristik sosial ekonomi dan lingkungan tempat tinggal yang berhubungan dengan kematian balita adalah sosial ekonomi dan jumlah anggota rumah tangga.
7. Variabel interaksi yang signifikan terhadap kematian balita adalah interaksi antara kemandirian dan pendidikan ibu. Ibu yang berpendidikan

rendah dan memiliki kemandirian kurang baik memiliki peluang yang lebih besar untuk mengalami kejadian kematian balita.

7.2 Saran

Dari beberapa faktor yang ditemukan berhubungan dengan kematian balita, penelitian ini menyarankan:

1. Kerjasama seluruh elemen untuk melakukan upaya peningkatan pemberdayaan perempuan agar kemandiriannya semakin meningkat, seperti mendirikan rumah baca, penyuluhan, kursus mengenai keterampilan tertentu, dsb. Selain itu, pemberdayaan wanita juga dapat dilakukan dengan metode KIE (Komunikasi, Informasi dan Edukasi) untuk meningkatkan pengetahuan ibu terutama dalam perilaku hidup sehat.
2. Saran untuk jangka panjang yaitu menjamin meratanya pendidikan tinggi untuk perempuan, mengingat masih cukup tinggi proporsi ibu yang berpendidikan rendah. Misalnya dengan menyediakan beasiswa pendidikan tinggi yang dikhususkan untuk perempuan. Hal ini dikarenakan pendidikan dapat meningkatkan kemandirian seseorang dan statusnya di masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Afifah, et al. (2003). *Kecenderungan penyakit penyebab kematian bayi dan anak balita di Indonesia: 1992-2001*. Buletin Penelitian Kesehatan Vol. 31 No. 2, 2003: 48-59.
- Afifah, et al. (2008). *Tren dan disparitas Angka Kematian Bayi (AKB), Angka Kematian Anak Balita (AKA), Angka Kematian Balita (AKBA) menurut sosial ekonomi di Indonesia, Susenas 1998, 2001 dan 2003*. Buletin Penelitian Kesehatan Vol. 36 No. 3, 2008: 115-126.
- Astuti, Arie Dyah, et al. (2006). *Hubungan antara kemandirian dengan sikap terhadap kekerasan suami pada istri yang bekerja di Kelurahan Sampangan Kec. Gajah Mungkur Kota Semarang*. Jurnal Psikologi Universitas Diponegoro Vol. 3 No. 1, Juni 2006.
- Badan Pusat Statistik. (2008). *Survei demografi dan kesehatan Indonesia 2007*. Jakarta: Badan Pusat Statistik.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2008). *Riset kesehatan dasar 2007*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Depkes RI.
- Depkominfo. (2007). *5% Kematian balita dapat dicegah dengan imunisasi*. 10 Mei 2011. <http://www.depkominfo.go.id/berita/berita-utama-berita/5-kematian-balita-dapat-dicegah-dengan-imunisasi/>
- Dumaria, Febrina. (2005). *Analisis hubungan sub-sub komponen pada komponen sumber daya manusia, penerapan kurikulum dan sarana prasarana dengan indkes prestasi lulusan institusi pendidikan tenaga kesehatan di Pulau Jawa tahun 2005*. Tesis, Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Depok.
- Faisal, Ahmad. (2010). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan kematian bayi di Indonesia tahun 2003 -2007 (Analisis data SDKI 2007)*. Skripsi, Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Depok.

- Inventori, Eres. (2001). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan kematian bayi di Propinsi Jambi Tahun 1992-1997 (Analisis data SDKI 1997)*. Skripsi, Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Depok.
- Irianto, et al. (2003). *Tren angka kematian bayi dan angka kematian anak balita di Indonesia*. Buletin Penelitian Kesehatan Vol.31 No. 4, 2003: 197-210.
- Istiqomah. (2005). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian kematian bayi di Provinsi Nusa Tenggara Barat (Analisis data sekunder SDKI tahun 2002-2003)*. Skripsi, Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Depok.
- Lestari, Dian. (2009). *Faktor ibu bayi yang berhubungan dengan pemberian ASI eksklusif di Indonesia tahun 2007 (Analisis survei demografi dan kesehatan Indonesia 2007)*. Skripsi, Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Depok.
- Masakke, Selni Paressa. (2005). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan kematian bayi (0-1 Tahun) di kawasan timur Indonesia (Analisis data sekunder survei demografi kesehatan Indonesia 2002-2003)*. Skripsi, Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Depok.
- Nagib, Laila. (1993). *Perempuan berpendidikan tinggi: Karir dan kesejahteraan keluarga*. Buletin PPT-LIPI Jilid IV No. 1, 1993: 43-44.
- Oktavianti, Vita dan Sri Pingit Wulandari. *Pemetaan wilayah Jawa Timur berdasarkan akses sanitasi dan air bersih yang layak*. Maret 2011. <http://digilib.its.ac.id/public/ITS-Undergraduate-12363paper.pdf>
- Patriani, Ana Adina. (1995). *Karakteristik keluarga yang berhubungan dengan kematian bayi di desa tertinggal Jawa Barat, Jawa Tengah dan Sumatera Selatan tahun 1994 (Analisis data sekunder profil keluarga sejahtera)*. Skripsi, Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Depok.
- Priyo Hastono, Sutanto. (2006). *Analisis multivariat*. Depok: FKM UI.

- Purwatmoko, Sigit Budi. (2004). *Pengaruh tingkat ekonomi terhadap pencarian pengobatan untuk balita penderita ISPA tahun 2001*. Tesis, Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Depok.
- Rahardjo, Setiyowati. (2005). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan pemberian ASI dalam satu jam pertama setelah melahirkan (Analisis data sekunder survei demografi dan kesehatan Indonesia 2002 - 2003)*. Tesis, Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Depok.
- Sadli, Saporinah. (1993). *Kemandirian perempuan: Tinjauan psikologi*. Buletin PPT-LIPI Jilid IV No. 1, 1993: 62-77.
- Simbolon, Demsa. (2006). *Kelangsungan hidup bayi di perkotaan dan pedesaan Indonesia*. Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional FKMUI.
- Sudarto, Sudiariandini. (2005). *Hubungan faktor sosio demografi terhadap pengalaman kematian neonatus ibu di Indonesia tahun 1998-2002 (Analisis data sekunder data SDKI 2002-2003)*. Skripsi, Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Depok.
- Sugiharti. (2002). *Hubungan karakteristik sosiodemografi ibu dengan pemanfaatan tenaga kesehatan sebagai penolong persalinan di Pulau Jawa (Analisis data sekunder SUSENAS 2001)*. Skripsi, Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Depok.
- Sulani, Fatni. (2008). *Strategi percepatan penurunan angka kematian bayi dan balita dan dukungan lintas program*. Bandung: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Tan, Mely G. (1997). *Perempuan dan pemberdayaan*. Jakarta: Program Studi Kajian Wanita, Program Pasca Sarjana Universitas Indonesia, bekerja sama dengan harian Kompas dan Penerbit Obor
- Tresnasarie, Ella. (2003). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan kematian anak 0-24,0 bulan di Propinsi Nusa Tenggara Barat (Analisis data sekunder survei demografi dan kesehatan Indonesia 1997)*. Skripsi, Program Studi

Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Depok.

Widiasih, Dyah Ayu, et al. (2006). *Kajian kasus-kontrol avian influenza pada unggas di Jawa Timur, Jawa Tengah dan Daerah Istimewa Yogyakarta*.

Juni 2011. <http://i-lib.ugm.ac.id/jurnal/download.php?dataId=8646>

Wikanestri, Inti. (2001). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian kematian anak (0 – 2 Tahun) di Propinsi Jawa Barat (Analisis data sekunder SDKI 1997)*. Skripsi, Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Depok.

World Health Organization Population Reference Bureau. (2008). *Sex, gender, and woman's health: Why women usually comes last*. Juni 2011. <http://www.dcp2.org/file/222/dcpp-gender-web.pdf>

