

POLA SPASIAL TINGKAT KESEHATAN MASYARAKAT

SQUATTER AREA CI LIWUNG

SKRIPSI

INTAN KURNIA SARI

NPM : 030506048Y



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS MATEMATIKA DAN ILMU PENGETAHUAN ALAM
DEPARTEMEN GEOGRAFI
DEPOK
JULI 2009

POLA SPASIAL TINGKAT KESEHATAN MASYARAKAT

SQUATTER AREA CI LIWUNG

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana

INTAN KURNIA SARI

NPM : 030506048Y



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS MATEMATIKA DAN ILMU PENGETAHUAN ALAM
DEPARTEMEN GEOGRAFI
DEPOK
JULI 2009

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

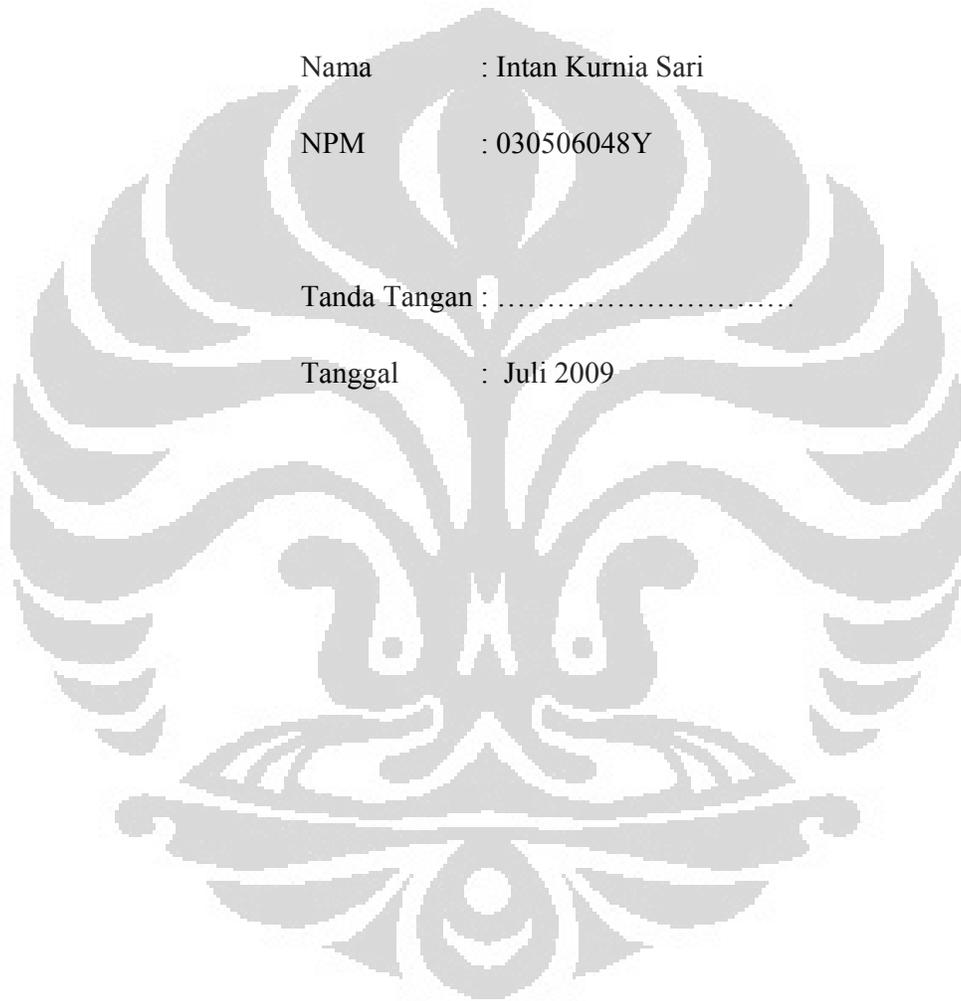
Skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Intan Kurnia Sari

NPM : 030506048Y

Tanda Tangan :

Tanggal : Juli 2009



HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :

Nama : Intan Kurnia Sari
NPM : 030506048Y
Program Studi : Geografi
Judul Skripsi : Pola Spasial Tingkat Kesehatan Masyarakat *Squatter Area*
Ci Liwung

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Sains pada Program Studi Geografi, Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dra. M.H. Dewi Susilowati, M.S. (.....)

Pembimbing : Drs. Mangapul P. Tambunan, M.Si. (.....)

Penguji : Dr. Djoko Harmantyo, MS (.....)

Penguji : Drs. Chollifah Bahaudin, MA. (.....)

Penguji : Dewi Susiloningtyas, S.Si, M.Si. (.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : Juli 2009

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

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

Nama : **Intan Kurnia Sari**
NPM : 030506048Y
Program Studi : Sarjana Reguler
Departemen : Geografi
Fakultas : Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam
Jenis karya : Skripsi

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

Pola Spasial Tingkat Kesehatan Masyarakat *Squatter Area* Ci Liwung

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin dari 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 : Juli 2009

yang menyatakan,

(Intan Kurnia Sari)

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan segala puji dan syukur kepada Allah SWT yang telah memberikan perlindungan, kesehatan, dan kesabaran sehingga penulis dapat menyelesaikan tugas akhir ini tepat pada waktunya.

Adapun maksud dari pembuatan tugas akhir ini adalah untuk memenuhi persyaratan kurikulum sarjana strata-1 di Departemen Geografi, Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam, Universitas Indonesia, Depok. Tugas akhir ini tidak akan terwujud tanpa adanya petunjuk dan bimbingan dari beberapa pihak yang telah membantu serta mengarahkan saya.

Karena itu pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan rasa terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Dra. M.H. Dewi Susilowati, M.S. dan Drs. Mangapul P. Tambunan, M.Si. selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan penulis dalam penyusunan tugas akhir ini;
2. Dr. Djoko Harmantyo, M.S., Dra. Tuty Handayani, M.S., Drs. Chollifah Bahaudin, M.A., Adi Wibowo, S.Si, M.Si., dan Dewi Susiloningtyas, S.Si, M.Si. selaku dosen penguji yang telah memberikan masukan dan saran yang membangun sehingga tugas akhir ini dapat terselesaikan dengan sebaik mungkin dan Hafid Setiadi, S.Si, M.T selaku pembimbing akademik yang telah membimbing penulis selama menuntut ilmu di Departemen Geografi.
3. Seluruh dosen dan karyawan serta segenap civitas akademika yang telah banyak membantu berupa bekal ilmu, kelancaran perkuliahan, saran, pemikiran maupun tenaga selama penulis menjalani kuliah di Departemen Geografi, Universitas Indonesia.
4. Suhaemah dan Saryono yaitu mama dan papa tercinta yang telah mendidik, melimpahkan kasih sayang, dan membimbing tanpa pamrih hingga saat ini, dan untuk seluruh keluarga tercinta yang telah mendukung sehingga penulis dapat menyelesaikan tugas akhir ini dan mempersembahkan yang terbaik untuk keluarga.

5. Keluarga besar Alm. Sura, khususnya nenek penulis yang telah memberi motivasi kepada penulis untuk maju dan berhasil serta dapat menjadi kebanggaan bagi keluarga.
6. Dwi Mulyono, ST yang telah banyak memberikan dukungan moril, mencurahkan segala perhatian, kasih sayang dan cintanya, dan memberikan semangat serta doanya selama proses penyelesaian tugas akhir ini.
7. Spicy Management (Alam, Rias, Manda, Didit, Amel, Hendri, Indra, dan May), sahabat-sahabat terbaik penulis yang telah memberi warna dalam hidup penulis selama di Geografi UI, yang telah menemani dan mendukung penulis hingga saat ini sehingga penulis dapat menyelesaikan tugas akhir ini tepat waktu.
8. Aa Agung (terima kasih kakak terbaikku untuk dukungan dan nasihatnya), Puji, Melisa, Dina, Dini, Rani, Nissa, Eva, Nya2, Titin, Haryo, Dillah, Alif, Rizal, Haris dan seluruh mahasiswa Geografi UI angkatan 2005, anak-anak IRRTAPALA 23 dan pihak-pihak yang tidak dapat penulis sebut satu persatu, yang telah mendukung dan membantu penulis dalam menyelesaikan tugas akhir ini.

Dengan segala kerendahan hati, penulis menyadari sepenuhnya bahwa tugas akhir ini masih banyak sekali kekurangannya dan untuk itu penulis mengharapkan adanya kritik serta saran guna penyempurnaan tugas akhir ini.

Akhir kata penulis berharap bahwa tugas akhir ini dapat memberikan suatu yang berguna bagi para pembacanya.

Depok, Juli 2009

Penulis

ABSTRAK

Nama : Intan Kurnia Sari
Program Studi : Geografi
Judul : Pola Spasial Tingkat Kesehatan Masyarakat *Squatter Area*
Ci Liwung

Squatter Area merupakan suatu wilayah permukiman kumuh yang berdiri di lahan ilegal. Salah satunya ialah *squatter area* di Ci Liwung yang secara administrasi masuk ke dalam DKI Jakarta. Berdasarkan aspek intensitas penggunaan tanahnya *squatter area* di bagi menjadi 3, yaitu *squatter* permanen, *squatter* tumbuh, dan *squatter* potensial. Kondisi lingkungan yang kumuh dan masyarakatnya yang tergolong komunitas miskin menyebabkan masyarakat di *squatter area* rentan terhadap masalah kesehatan. Dengan melihat indikator tingkat kesehatan masyarakat berupa tingkat kematian bayi, angka kejadian penyakit dan status gizi balita maka dapat ditentukan bagaimana tingkat kesehatan masyarakatnya. Selain itu juga dilihat berdasarkan kondisi lingkungan berupa kualitas permukimannya dan kondisi sosial ekonomi masyarakatnya yaitu dari tingkat pendidikan dan pendapatan masyarakatnya.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat kesehatan masyarakat tinggi berada pada *squatter* permanen, tingkat kesehatan sedang di *squatter* tumbuh dan tingkat kesehatan rendah di *squatter* potensial. Selain itu kondisi lingkungan dan kondisi sosial ekonomi berpengaruh terhadap tingkat kesehatan masyarakat, dimana semakin baik kualitas permukiman dan semakin tinggi tingkat pendidikan serta tingkat pendapatan masyarakatnya maka akan semakin tinggi pula tingkat kesehatan masyarakatnya, begitu pula sebaliknya.

Kata Kunci :
Squatter Area, Kesehatan Masyarakat
x + 72 halaman; 9 gambar; 15 tabel; 12 peta;
Bibliografi : 23 (1972 – 2008)

ABSTRACT

Name : Intan Kurnia Sari
Major : Geography
Title : Spatial Pattern of Community Health Level at The Squatter Area in
Ci Liwung

Squatter Areas are slums settlements existed in the illegal land. One of them is Ci Liwung in Jakarta. Based on the intensity of land use, squatter area are divided in to 3, they are the permanent squatter, squatter growth, and potential squatter. By looking at the public health indicator level, it can be determined how the health community. It can also based on the environment condition, the quality of it and social economy condition. The results of research indicate that the highest health level is in permanent squatter, followed by the growth squatter and potential squatter.

Keywords :
Squatter Area, Public Health
x + 72 pages; 9 pictures; 15 tables; 12 maps;
Bibliography : 23 (1972 – 2008)

DAFTAR ISI

	Halaman
KATA PENGANTAR	i
ABSTRAK	iii
DAFTAR ISI	v
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR GAMBAR	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
BAB I. PENDAHULUAN	1
I.1 Latar Belakang	1
I.2 Masalah Penelitian	4
I.3 Tujuan Penelitian	4
I.4 Ruang Lingkup Penelitian	4
I.5 Batasan dan Definisi Operasional	5
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	7
II.1 <i>Squatter Area</i>	7
II.1.1 Pemukiman <i>Squatter</i>	7
II.1.2 Pengertian <i>Squatter</i>	7
II.1.3 Tipologi Pemukiman <i>Squatter</i>	10
II.2 Tingkat Kesehatan Masyarakat	12
II.3 Angka Kematian Bayi dan Angka Harapan Hidup	15
II.4 Angka Kematian Anak Usia Balita	16
II.5 Status Gizi Anak	17
II.5.1 Pengukuran Status Gizi Anak	17
II.5.2 Metode Dalam Penilaian Status Gizi	18
II.6 Frekuensi Masalah Kesehatan	18
II.7 Penelitian Terdahulu Mengenai Geografi Kesehatan.....	20
BAB III. METODOLOGI PENELITIAN	23
III.1 Variabel	23

III.2 Pengumpulan Data	23
III.2.1 Data Primer	23
III.2.1.1 Survey	24
III.2.1.2 Wawancara	24
III.2.1.3 Kuesioner	24
III.2.2 Data Sekunder.....	25
III.3 Pengolahan Data	25
III.3.1 Pra Survey	23
III.3.2 Survey	30
III.2.1 Pasca Survey	31
III.4 Analisis Data	32
III.5. Alur Pikir Penelitian	33
BAB IV. GAMBARAN UMUM DAERAH PENELITIAN	34
IV.1 Administrasi Daerah Penelitian	34
IV.1.1 Jakarta Pusat	34
IV.1.2 Jakarta Selatan	36
IV.2. Penduduk	38
IV.2.1 Jakarta Pusat	38
IV.2.2 Jakarta Selatan	40
IV.3 Tipologi Pemukiman <i>Squatter</i>	41
IV.3.1 <i>Squatter</i> Potensial	42
IV.3.2 <i>Squatter</i> Tumbuh	43
IV.3.3 <i>Squatter</i> Permanen	44
BAB V. HASIL DAN PEMBAHASAN	45
V.1 Tingkat Kesehatan Masyarakat	45
V.1.1 <i>Squatter</i> Potensial	45
V.1.1.1 Tingkat Kematian Bayi	45
V.1.1.2 Angka Kesakitan (Angka Kejadian Penyakit) dan Status Gizi Balita	46
V.1.2 <i>Squatter</i> Tumbuh	47

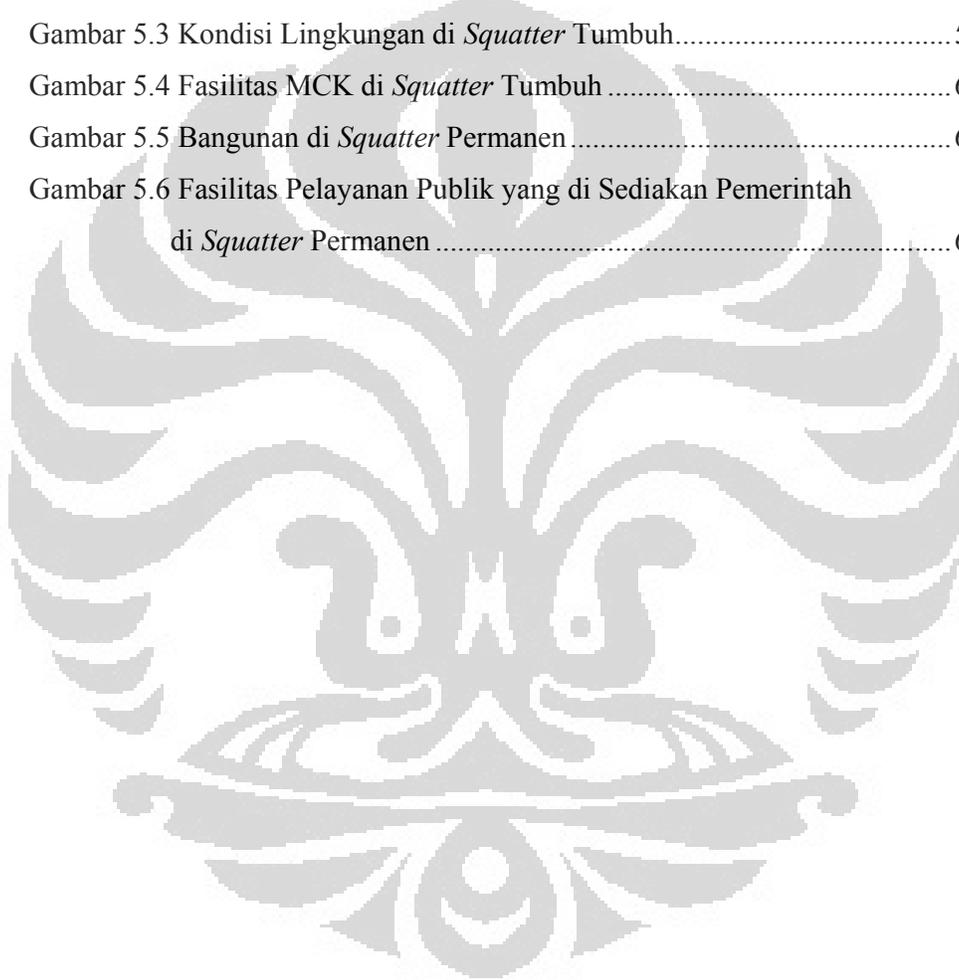
V.1.2.1 Tingkat Kematian Bayi	47
V.1.2.2 Angka Kesakitan (Angka Kejadian Penyakit) dan Status Gizi Balita	47
V.1.3 <i>Squatter</i> Permanen	48
V.1.3.1 Tingkat Kematian Bayi	48
V.1.3.2 Angka Kesakitan (Angka Kejadian Penyakit) dan Status Gizi Balita	49
V.2 Hubungan Antara Tingkat Kesehatan Masyarakat Dengan Faktor Fisiki Lingkungan dan Sosial Ekonomi Masyarakat	50
V.2.1 Tingkat Kesehatan Masyarakat dengan Tingkat Pendidikan	50
V.2.1.1 <i>Squatter</i> Potensial	52
V.2.1.2 <i>Squatter</i> Tumbuh	52
V.2.1.3 <i>Squatter</i> Permanen	52
V.2.2 Tingkat Kesehatan Masyarakat dengan Tingkat Pendapatan	53
V.2.2.1 <i>Squatter</i> Potensial	54
V.2.2.2 <i>Squatter</i> Tumbuh	54
V.2.2.3 <i>Squatter</i> Permanen	55
V.2.3 Tingkat Kesehatan Masyarakat dengan Kualitas Pemukiman	55
V.2.3.1 <i>Squatter</i> Potensial	57
V.2.3.2 <i>Squatter</i> Tumbuh	58
V.2.3.3 <i>Squatter</i> Permanen	61
V.2.4 Tingkat Kesehatan Masyarakat dengan Ketersediaan Sarana Pelayanan Kesehatan	63
V.2.4.1 <i>Squatter</i> Potensial	64
V.2.4.2 <i>Squatter</i> Tumbuh	65
V.2.4.3 <i>Squatter</i> Permanen	66
V.2 Pola Spasial Tingkat Kesehatan Masyarakat	66
KESIMPULAN	68
DAFTAR PUSTAKA	69
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Klasifikasi Kondisi Lingkungan dan Sosial Ekonomi Masyarakat <i>Squatter Area</i> Ci Liwung	28
Tabel 3.2	Klasifikasi Indikator Tingkat Kesehatan Masyarakat <i>Squatter Area</i> Ci Liwung.....	30
Tabel 4.1	Luas Wilayah, Jumlah RW, RT dan Kepala Keluarga Menurut Kelurahan di Kecamatan Menteng, Kotamadya Jakarta Pusat	35
Tabel 4.2	Luas Wilayah, Jumlah RW, RT dan Kepala Keluarga Menurut Kelurahan di Kecamatan Tebet, Kotamadya Jakarta Selatan	37
Tabel 4.3	Luas Wilayah, Jumlah RW, RT dan Kepala Keluarga Menurut Kelurahan di Kecamatan Pancoran, Kotamadya Jakarta Selatan...	38
Tabel 4.4	Penduduk Kotamadya Jakarta Pusat Menurut Kecamatan.....	39
Tabel 4.5	Jumlah Kelahiran, Kematian dan Jumlah Puskesmas Menurut Kecamatan di Kotamadya Jakarta Pusat	39
Tabel 4.6	Penduduk, Jumlah Kelahiran, dan Jumlah Kematian Bayi dan Balita	40
Tabel 4.7	Jumlah Dokter Umum, Bidan dan Jumlah Kasus Penyakit Tertentu	41
Tabel 5.1	Tingkat Kematian Bayi di <i>Squatter</i> Potensial	45
Tabel 5.2	Angka Kejadian Penyakit dan Jumlah Balita Penderita Gizi Buruk di <i>Squatter</i> Potensial	46
Tabel 5.3	Tingkat Kematian Bayi di <i>Squatter</i> Tumbuh	47
Tabel 5.4	Angka Kejadian Penyakit dan Jumlah Balita Penderita Gizi Buruk di <i>Squatter</i> Tumbuh.....	47
Tabel 5.5	Tingkat Kematian Bayi di <i>Squatter</i> Permanen.....	48
Tabel 5.6	Angka Kejadian Penyakit dan Jumlah Balita Penderita Gizi Buruk di <i>Squatter</i> Permanen	49

DAFTAR GAMBAR

Gambar 4.1 <i>Squatter</i> Potensial.....	42
Gambar 4.2 <i>Squatter</i> Tumbuh.....	43
Gambar 4.3 <i>Squatter</i> Permanen	44
Gambar 5.1 Kondisi Lingkungan di <i>Squatter</i> Potensial.....	57
Gambar 5.2 Fasilitas MCK di <i>Squatter</i> Potensial	58
Gambar 5.3 Kondisi Lingkungan di <i>Squatter</i> Tumbuh.....	59
Gambar 5.4 Fasilitas MCK di <i>Squatter</i> Tumbuh	60
Gambar 5.5 Bangunan di <i>Squatter</i> Permanen.....	61
Gambar 5.6 Fasilitas Pelayanan Publik yang di Sediakan Pemerintah di <i>Squatter</i> Permanen	62



DAFTAR LAMPIRAN

Kuesioner Survey

TABEL

Tabel 1. Data Hasil Survey di *Squatter* Potensial

Tabel 2. Data Hasil Survey di *Squatter* Tumbuh

Tabel 3. Data Hasil Survey di *Squatter* Permanen

PETA

Peta 1. Daerah Penelitian *Squatter Area* Ci Liwung DKI Jakarta

Peta 2. Daerah Penelitian *Squatter Area* Ci Liwung

Peta 3. Daerah Penelitian Per Tipologi Perumahan *Squatter Area* Ci Liwung

Peta 4. Jenis Bangunan di *Squatter Area* Ci Liwung

Peta 5. Kualitas Perumahan di *Squatter Area* Ci Liwung

Peta 6. Tingkat Pendidikan Masyarakat *Squatter Area* Ci Liwung

Peta 7. Tingkat Pendapatan Masyarakat *Squatter Area* Ci Liwung

Peta 8. Status Gizi Balita di *Squatter Area* Ci Liwung

Peta 9. Tingkat Kematian Bayi di *Squatter Area* Ci Liwung

Peta 10. Tingkat Kesehatan Masyarakat *Squatter Area* Ci Liwung

Peta 11. Pelayanan Kesehatan di *Squatter Area* Ci Liwung

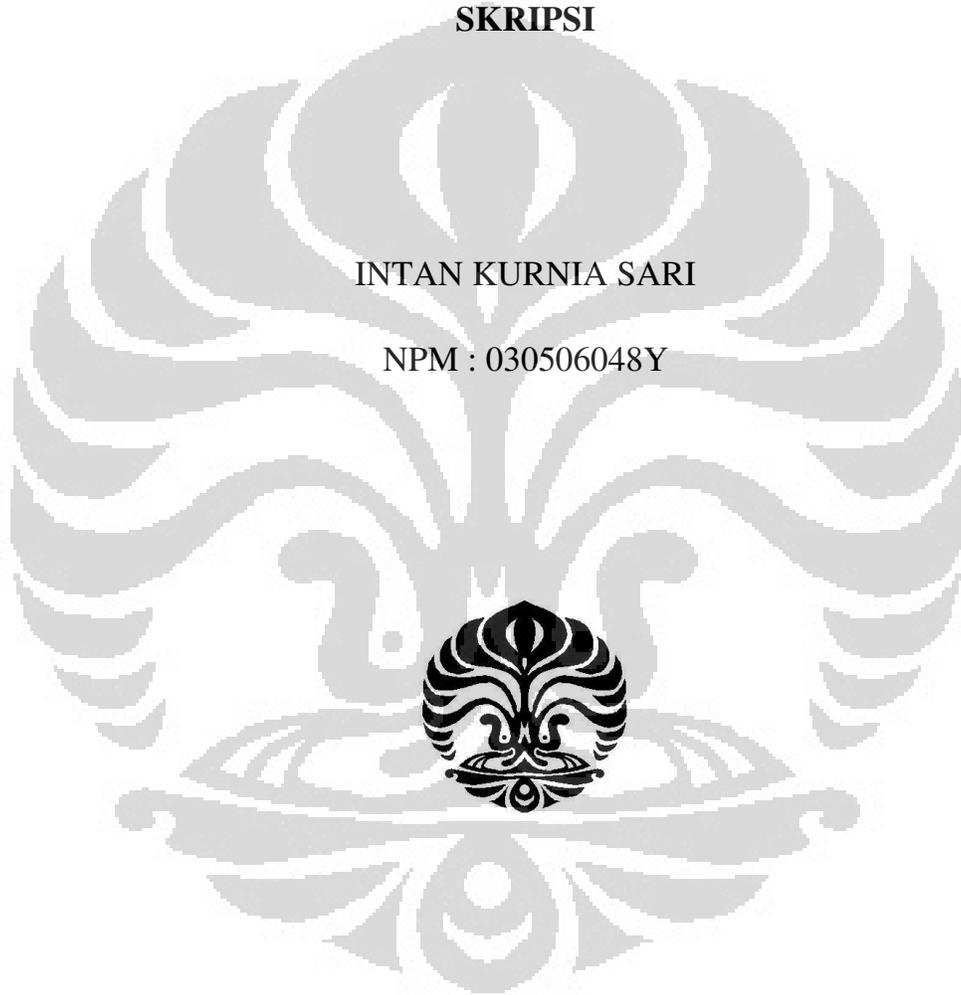
POLA SPASIAL TINGKAT KESEHATAN MASYARAKAT

SQUATTER AREA CI LIWUNG

SKRIPSI

INTAN KURNIA SARI

NPM : 030506048Y



UNIVERSITAS INDONESIA

FAKULTAS MATEMATIKA DAN ILMU PENGETAHUAN ALAM

DEPARTEMEN GEOGRAFI

DEPOK

JULI 2009

POLA SPASIAL TINGKAT KESEHATAN MASYARAKAT

SQUATTER AREA CI LIWUNG

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana

INTAN KURNIA SARI

NPM : 030506048Y



UNIVERSITAS INDONESIA

FAKULTAS MATEMATIKA DAN ILMU PENGETAHUAN ALAM

DEPARTEMEN GEOGRAFI

DEPOK

JULI 2009

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

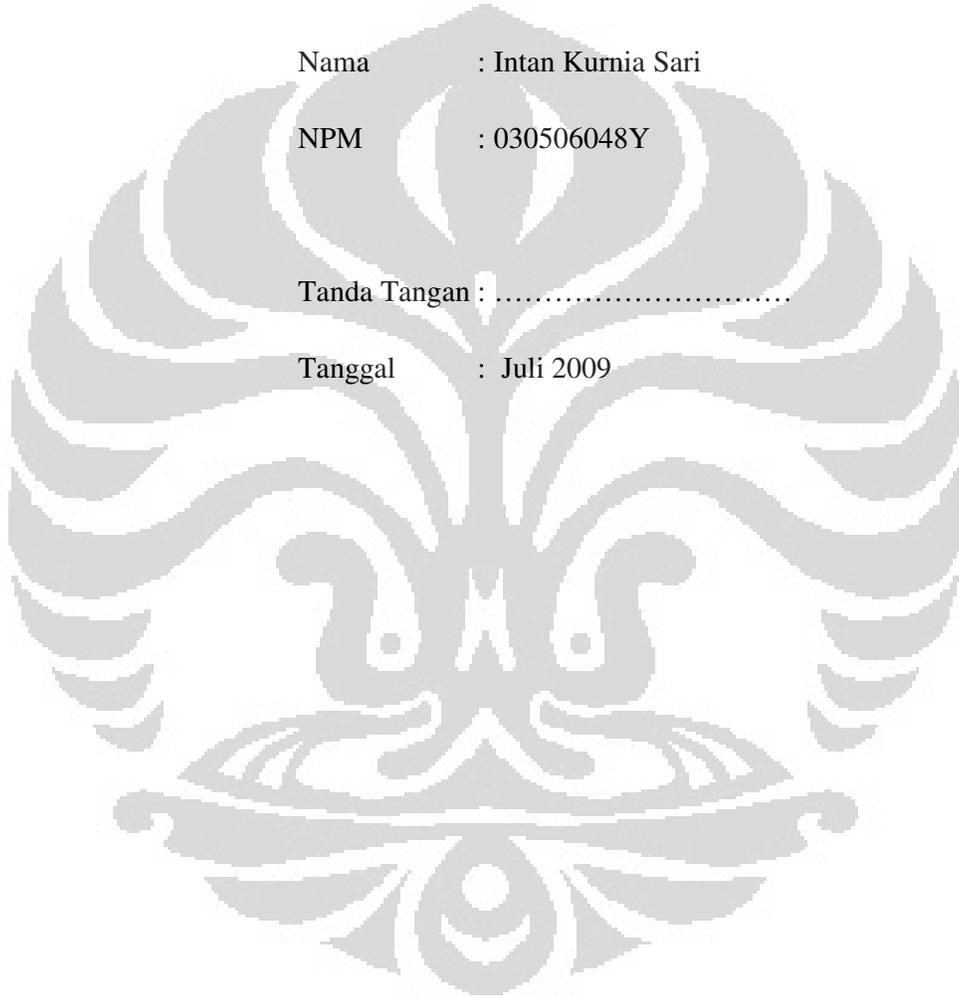
Skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Intan Kurnia Sari

NPM : 030506048Y

Tanda Tangan :

Tanggal : Juli 2009



HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :

Nama : Intan Kurnia Sari
NPM : 030506048Y
Program Studi : Geografi
Judul Skripsi : Pola Spasial Tingkat Kesehatan Masyarakat *Squatter Area*
Ci Liwung

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Sains pada Program Studi Geografi, Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dra. M.H. Dewi Susilowati, M.S. (.....)

Pembimbing : Drs. Mangapul P. Tambunan, M.Si. (.....)

Penguji : Dr. Djoko Harmantyo, MS (.....)

Penguji : Drs. Chollifah Bahaudin, MA. (.....)

Penguji : Dewi Susiloningtyas, S.Si, M.Si. (.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : Juli 2009

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

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

Nama : **Intan Kurnia Sari**
NPM : 030506048Y
Program Studi : Sarjana Reguler
Departemen : Geografi
Fakultas : Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam
Jenis karya : Skripsi

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

Pola Spasial Tingkat Kesehatan Masyarakat *Squatter Area* Ci Liwung

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin dari 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 : Juli 2009

yang menyatakan,

(Intan Kurnia Sari)

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan segala puji dan syukur kepada Allah SWT yang telah memberikan perlindungan, kesehatan, dan kesabaran sehingga penulis dapat menyelesaikan tugas akhir ini tepat pada waktunya.

Adapun maksud dari pembuatan tugas akhir ini adalah untuk memenuhi persyaratan kurikulum sarjana strata-1 di Departemen Geografi, Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam, Universitas Indonesia, Depok. Tugas akhir ini tidak akan terwujud tanpa adanya petunjuk dan bimbingan dari beberapa pihak yang telah membantu serta mengarahkan saya.

Karena itu pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan rasa terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Dra. M.H. Dewi Susilowati, M.S. dan Drs. Mangapul P. Tambunan, M.Si. selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan penulis dalam penyusunan tugas akhir ini;
2. Dr. Djoko Harmantyo, M.S., Dra. Tuty Handayani, M.S., Drs. Chollifah Bahaudin, M.A., Adi Wibowo, S.Si, M.Si., dan Dewi Susiloningtyas, S.Si, M.Si. selaku dosen penguji yang telah memberikan masukan dan saran yang membangun sehingga tugas akhir ini dapat terselesaikan dengan sebaik mungkin dan Hafid Setiadi, S.Si, M.T selaku pembimbing akademik yang telah membimbing penulis selama menuntut ilmu di Departemen Geografi.
3. Seluruh dosen dan karyawan serta segenap civitas akademika yang telah banyak membantu berupa bekal ilmu, kelancaran perkuliahan, saran, pemikiran maupun tenaga selama penulis menjalani kuliah di Departemen Geografi, Universitas Indonesia.
4. Suhaemah dan Saryono yaitu mama dan papa tercinta yang telah mendidik, melimpahkan kasih sayang, dan membimbing tanpa pamrih hingga saat ini, dan untuk seluruh keluarga tercinta yang telah mendukung sehingga penulis dapat menyelesaikan tugas akhir ini dan mempersembahkan yang terbaik untuk keluarga.
5. Keluarga besar Alm. Sura, khususnya nenek penulis yang telah memberi motivasi kepada penulis untuk maju dan berhasil serta dapat menjadi kebanggaan bagi keluarga.

6. Dwi Mulyono, ST yang telah banyak memberikan dukungan moril, mencurahkan segala perhatian, kasih sayang dan cintanya, dan memberikan semangat serta doanya selama proses penyelesaian tugas akhir ini.
7. Spicy Management (Alam, Rias, Manda, Didit, Amel, Hendri, Indra, dan May), sahabat-sahabat terbaik penulis yang telah memberi warna dalam hidup penulis selama di Geografi UI, yang telah menemani dan mendukung penulis hingga saat ini sehingga penulis dapat menyelesaikan tugas akhir ini tepat waktu.
8. Aa Agung (terima kasih kakak terbaikku untuk dukungan dan nasihatnya), Puji, Melisa, Dina, Dini, Rani, Nissa, Eva, Nya2, Titin, Haryo, Dillah, Alif, Rizal, Haris dan seluruh mahasiswa Geografi UI angkatan 2005, anak-anak IRRTAPALA 23 dan pihak-pihak yang tidak dapat penulis sebut satu persatu, yang telah mendukung dan membantu penulis dalam menyelesaikan tugas akhir ini.

Dengan segala kerendahan hati, penulis menyadari sepenuhnya bahwa tugas akhir ini masih banyak sekali kekurangannya dan untuk itu penulis mengharapkan adanya kritik serta saran guna penyempurnaan tugas akhir ini.

Akhir kata penulis berharap bahwa tugas akhir ini dapat memberikan suatu yang berguna bagi para pembacanya.

Depok, Juli 2009

Penulis

ABSTRAK

Nama : Intan Kurnia Sari
Program Studi : Geografi
Judul : Pola Spasial Tingkat Kesehatan Masyarakat *Squatter Area*
Ci Liwung

Squatter Area merupakan suatu wilayah permukiman kumuh yang berdiri di lahan ilegal. Salah satunya ialah *squatter area* di Ci Liwung yang secara administrasi masuk ke dalam DKI Jakarta. Berdasarkan aspek intensitas penggunaan tanahnya *squatter area* di bagi menjadi 3, yaitu *squatter* permanen, *squatter* tumbuh, dan *squatter* potensial. Kondisi lingkungan yang kumuh dan masyarakatnya yang tergolong komunitas miskin menyebabkan masyarakat di *squatter area* rentan terhadap masalah kesehatan. Dengan melihat indikator tingkat kesehatan masyarakat berupa tingkat kematian bayi, angka kejadian penyakit dan status gizi balita maka dapat ditentukan bagaimana tingkat kesehatan masyarakatnya. Selain itu juga dilihat berdasarkan kondisi lingkungan berupa kualitas permukimannya dan kondisi sosial ekonomi masyarakatnya yaitu dari tingkat pendidikan dan pendapatan masyarakatnya.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat kesehatan masyarakat tinggi berada pada *squatter* permanen, tingkat kesehatan sedang di *squatter* tumbuh dan tingkat kesehatan rendah di *squatter* potensial. Selain itu kondisi lingkungan dan kondisi sosial ekonomi berpengaruh terhadap tingkat kesehatan masyarakat, dimana semakin baik kualitas permukiman dan semakin tinggi tingkat pendidikan serta tingkat pendapatan masyarakatnya maka akan semakin tinggi pula tingkat kesehatan masyarakatnya, begitu pula sebaliknya.

Kata Kunci :

Squatter Area, Kesehatan Masyarakat

x + 72 halaman; 9 gambar; 15 tabel; 12 peta;

Bibliografi : 23 (1972 – 2008)

ABSTRACT

Name : Intan Kurnia Sari

Major : Geography

Title : Spatial Pattern of Community Health Level at The Squatter Area in
Ci Liwung

Squatter Areas are slums settlements existed in the illegal land. One of them is Ci Liwung in Jakarta. Based on the intensity of land use, squatter area are divided in to 3, they are the permanent squatter, squatter growth, and potential squatter. By looking at the public health indicator level, it can be determined how the health community. It can also based on the environment condition, the quality of it and social economy condition. The results of research indicate that the highest health level is in permanent squatter, followed by the growth squatter and potential squatter.

Keywords :

Squatter Area, Public Health

x + 72 pages; 9 pictures; 15 tables; 12 maps;

Bibliography : 23 (1972 – 2008)

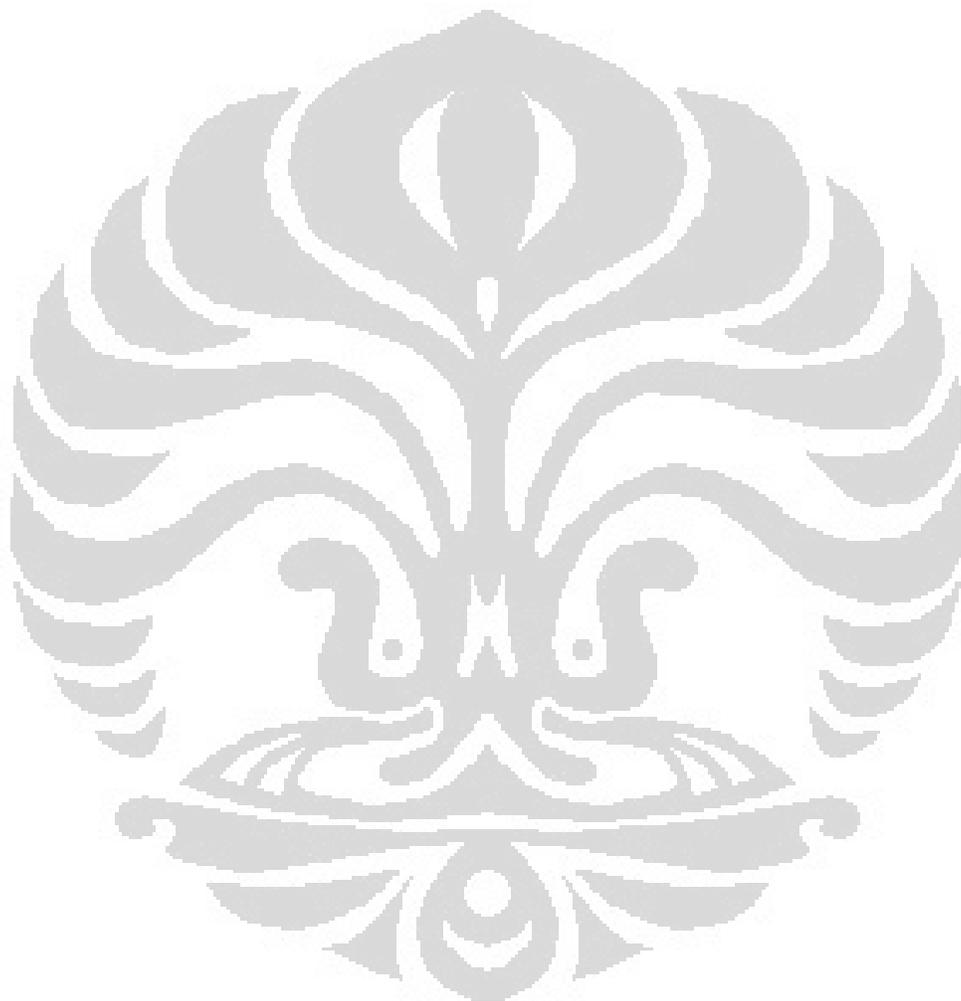
DAFTAR ISI

	Halaman
KATA PENGANTAR	i
ABSTRAK	iii
DAFTAR ISI	v
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR GAMBAR	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
BAB I. PENDAHULUAN	1
I.1 Latar Belakang	1
I.2 Masalah Penelitian	4
I.3 Tujuan Penelitian	4
I.4 Ruang Lingkup Penelitian	4
I.5 Batasan dan Definisi Operasional	5
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	7
II.1 <i>Squatter Area</i>	7
II.1.1 Pemukiman <i>Squatter</i>	7
II.1.2 Pengertian <i>Squatter</i>	7
II.1.3 Tipologi Pemukiman <i>Squatter</i>	10
II.2 Tingkat Kesehatan Masyarakat	12
II.3 Angka Kematian Bayi dan Angka Harapan Hidup	15
II.4 Angka Kematian Anak Usia Balita	16
II.5 Status Gizi Anak	17
II.5.1 Pengukuran Status Gizi Anak	17
II.5.2 Metode Dalam Penilaian Status Gizi	18
II.6 Frekuensi Masalah Kesehatan	18
II.7 Penelitian Terdahulu Mengenai Geografi Kesehatan.....	20

BAB III. METODOLOGI PENELITIAN	23
III.1 Variabel	23
III.2 Pengumpulan Data	23
III.2.1 Data Primer	23
III.2.1.1 Survey	24
III.2.1.2 Wawancara	24
III.2.1.3 Kuesioner	24
III.2.2 Data Sekunder	25
III.3 Pengolahan Data	25
III.3.1 Pra Survey	23
III.3.2 Survey	30
III.3.3 Pasca Survey	31
III.4 Analisis Data	32
III.5. Alur Pikir Penelitian	33
BAB IV. GAMBARAN UMUM DAERAH PENELITIAN	34
IV.1 Administrasi Daerah Penelitian	34
IV.1.1 Jakarta Pusat	34
IV.1.2 Jakarta Selatan	36
IV.2. Penduduk	38
IV.2.1 Jakarta Pusat	38
IV.2.2 Jakarta Selatan	40
IV.3 Tipologi Pemukiman <i>Squatter</i>	41
IV.3.1 <i>Squatter</i> Potensial	42
IV.3.2 <i>Squatter</i> Tumbuh	43
IV.3.3 <i>Squatter</i> Permanen	44
BAB V. HASIL DAN PEMBAHASAN	45
V.1 Tingkat Kesehatan Masyarakat	45
V.1.1 <i>Squatter</i> Potensial	45

V.1.1.1 Tingkat Kematian Bayi	45
V.1.1.2 Angka Kesakitan (Angka Kejadian Penyakit) dan Status Gizi Balita	46
V.1.2 <i>Squatter</i> Tumbuh	47
V.1.2.1 Tingkat Kematian Bayi	47
V.1.2.2 Angka Kesakitan (Angka Kejadian Penyakit) dan Status Gizi Balita	47
V.1.3 <i>Squatter</i> Permanen	48
V.1.3.1 Tingkat Kematian Bayi	48
V.1.3.2 Angka Kesakitan (Angka Kejadian Penyakit) dan Status Gizi Balita	49
V.2 Hubungan Antara Tingkat Kesehatan Masyarakat Dengan Faktor Fisiki Lingkungan dan Sosial Ekonomi Masyarakat	50
V.2.1 Tingkat Kesehatan Masyarakat dengan Tingkat Pendidikan	50
V.2.1.1 <i>Squatter</i> Potensial	52
V.2.1.2 <i>Squatter</i> Tumbuh	52
V.2.1.3 <i>Squatter</i> Permanen	52
V.2.2 Tingkat Kesehatan Masyarakat dengan Tingkat Pendapatan	53
V.2.2.1 <i>Squatter</i> Potensial	54
V.2.2.2 <i>Squatter</i> Tumbuh	54
V.2.2.3 <i>Squatter</i> Permanen	55
V.2.3 Tingkat Kesehatan Masyarakat dengan Kualitas Pemukiman	55
V.2.3.1 <i>Squatter</i> Potensial	57
V.2.3.2 <i>Squatter</i> Tumbuh	58
V.2.3.3 <i>Squatter</i> Permanen	61
V.2.4 Tingkat Kesehatan Masyarakat dengan Ketersediaan Sarana Pelayanan Kesehatan	63
V.2.4.1 <i>Squatter</i> Potensial	64
V.2.4.2 <i>Squatter</i> Tumbuh	65
V.2.4.3 <i>Squatter</i> Permanen	66

V.2 Pola Spasial Tingkat Kesehatan Masyarakat	66
KESIMPULAN	68
DAFTAR PUSTAKA	69
LAMPIRAN	

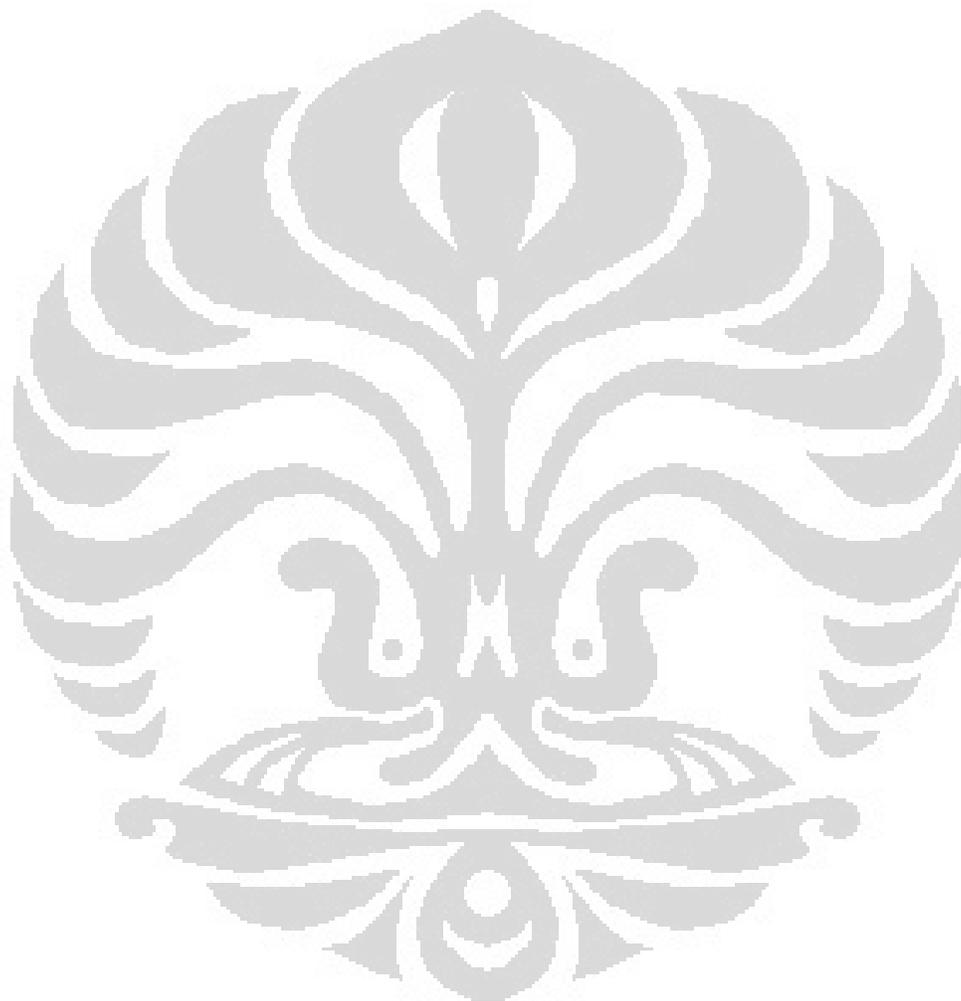


DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Klasifikasi Kondisi Lingkungan dan Sosial Ekonomi Masyarakat <i>Squatter Area</i> Ci Liwung	28
Tabel 3.2	Klasifikasi Indikator Tingkat Kesehatan Masyarakat <i>Squatter Area</i> Ci Liwung	30
Tabel 4.1	Luas Wilayah, Jumlah RW, RT dan Kepala Keluarga Menurut Kelurahan di Kecamatan Menteng, Kotamadya Jakarta Pusat	35
Tabel 4.2	Luas Wilayah, Jumlah RW, RT dan Kepala Keluarga Menurut Kelurahan di Kecamatan Tebet, Kotamadya Jakarta Selatan	37
Tabel 4.3	Luas Wilayah, Jumlah RW, RT dan Kepala Keluarga Menurut Kelurahan di Kecamatan Pancoran, Kotamadya Jakarta Selatan...	38
Tabel 4.4	Penduduk Kotamadya Jakarta Pusat Menurut Kecamatan	39
Tabel 4.5	Jumlah Kelahiran, Kematian dan Jumlah Puskesmas Menurut Kecamatan di Kotamadya Jakarta Pusat	39
Tabel 4.6	Penduduk, Jumlah Kelahiran, dan Jumlah Kematian Bayi dan Balita	40
Tabel 4.7	Jumlah Dokter Umum, Bidan dan Jumlah Kasus Penyakit Tertentu	41
Tabel 5.1	Tingkat Kematian Bayi di <i>Squatter</i> Potensial	45
Tabel 5.2	Angka Kejadian Penyakit dan Jumlah Balita Penderita Gizi Buruk di <i>Squatter</i> Potensial	46
Tabel 5.3	Tingkat Kematian Bayi di <i>Squatter</i> Tumbuh	47
Tabel 5.4	Angka Kejadian Penyakit dan Jumlah Balita Penderita Gizi Buruk di <i>Squatter</i> Tumbuh	47

Tabel 5.5 Tingkat Kematian Bayi di *Squatter* Permanen.....48

Tabel 5.6 Angka Kejadian Penyakit dan Jumlah Balita Penderita Gizi Buruk di *Squatter* Permanen.....49



DAFTAR GAMBAR

Gambar 4.1 <i>Squatter</i> Potensial	42
Gambar 4.2 <i>Squatter</i> Tumbuh	43
Gambar 4.3 <i>Squatter</i> Permanen.....	44
Gambar 5.1 Kondisi Lingkungan di <i>Squatter</i> Potensial	57
Gambar 5.2 Fasilitas MCK di <i>Squatter</i> Potensial	58
Gambar 5.3 Kondisi Lingkungan di <i>Squatter</i> Tumbuh	59
Gambar 5.4 Fasilitas MCK di <i>Squatter</i> Tumbuh.....	60
Gambar 5.5 Bangunan di <i>Squatter</i> Permanen	61
Gambar 5.6 Fasilitas Pelayanan Publik yang di Sediakan Pemerintah di <i>Squatter</i> Permanen.....	62

DAFTAR LAMPIRAN

Kuesioner Survey

TABEL

Tabel 1. Data Hasil Survey di *Squatter* Potensial

Tabel 2. Data Hasil Survey di *Squatter* Tumbuh

Tabel 3. Data Hasil Survey di *Squatter* Permanen

PETA

Peta 1. Daerah Penelitian *Squatter Area* Ci Liwung DKI Jakarta

Peta 2. Daerah Penelitian *Squatter Area* Ci Liwung

Peta 3. Daerah Penelitian Per Tipologi Pemukiman *Squatter Area* Ci Liwung

Peta 4. Jenis Bangunan di *Squatter Area* Ci Liwung

Peta 5. Kualitas Permukiman di *Squatter Area* Ci Liwung

Peta 6. Tingkat Pendidikan Masyarakat *Squatter Area* Ci Liwung

Peta 7. Tingkat Pendapatan Masyarakat *Squatter Area* Ci Liwung

Peta 8. Status Gizi Balita di *Squatter Area* Ci Liwung

Peta 9. Tingkat Kematian Bayi di *Squatter Area* Ci Liwung

Peta 10. Tingkat Kesehatan Masyarakat *Squatter Area* Ci Liwung

Peta 11. Pelayanan Kesehatan di *Squatter Area* Ci Liwung

BAB I. PENDAHULUAN

I.1. Latar Belakang

Perkembangan kota yang pesat menyebabkan timbulnya berbagai permasalahan baik sosial, ekonomi maupun masalah penataan ruang. Kebutuhan tempat menyebabkan semakin berkurangnya luas ruang terbuka. Pertumbuhan penduduk yang tinggi tanpa diimbangi penambahan fasilitas, sarana, prasarana cenderung membentuk permukiman yang sangat padat. Permukiman penduduk yang sangat padat memberikan peluang atau penyebab kondisi lingkungan kota menjadi buruk. Kapasitas ruang yang ada tidak mampu melayani rumah bermukim penduduk secara layak, sehingga muncul permukiman *squatter*.

Keterbatasan pemerintah kota dalam hal pengawasan dan pengendalian permukiman kota, ditambah keterbatasan kesadaran dan pengetahuan masyarakat tentang cara bermukim di kota menyebabkan banyak munculnya *squatter area* yaitu suatu permukiman yang berada pada suatu daerah atau tanah secara illegal.

Salah satu wilayah yang menjadi *Squatter Area* ialah sepanjang bantaran *Ci Liwung*. *Ci Liwung* sendiri merupakan sungai yang memiliki luas permukaan air yang semakin sempit dimana terjadi penyempitan badan sungai disebabkan oleh semakin banyak muncul permukiman liar yang berdiri di sepanjang bantaran *Ci Liwung* yang dihuni oleh komunitas miskin kota. Keberadaan maupun karakteristik suatu permukiman di suatu daerah seperti *squatter* tidak hanya ditentukan oleh faktor fisik, namun juga ditentukan oleh faktor penduduk sebagai penghuninya. Penduduk dengan jumlah dan berbagai tingkat budaya dan teknologi dalam memenuhi kebutuhan hidupnya tidak lagi ditentukan oleh kondisi komponen lingkungan biofisik, tetapi juga ditentukan oleh kondisi sosial ekonomi dan budayanya.

Dalam peningkatan kualitas SDM, manusia dan masyarakat ditempatkan sebagai titik pusat dari pembangunan, baik sebagai modal dasar maupun kekuatan. Salah satu faktor penunjang terciptanya peningkatan kualitas SDM adalah tercapainya tingkat kesehatan masyarakat yang memadai. Disadari bahwa untuk mencapai tingkat kesehatan yang baik, tidaklah mudah mengingat belum meratanya jangkauan dan kualitas pelayanan kesehatan.

Salah satu indikator dalam menentukan tingkat kesehatan masyarakat yang dapat digunakan ialah dengan melihat angka harapan hidup waktu lahir. Angka ini sekaligus memperlihatkan keadaan dan sistem pelayanan kesehatan yang ada dalam suatu masyarakat, karena dapat dipandang sebagai bentuk akhir dari hasil upaya peningkatan taraf kesehatan secara keseluruhan.

Beberapa indikator tingkat kesehatan masyarakat yang mencerminkan tingkat kesehatan masyarakat, diantaranya ialah Angka Kematian Bayi, Angka Kematian Balita, Angka Kesakitan, status gizi serta angka harapan hidup. Besarnya angka dari indikator-indikator tersebut berkaitan erat dengan tingkat kesejahteraan masyarakat. Sementara tingkat kesejahteraan masyarakat itu sendiri dipengaruhi oleh berbagai faktor misalnya latar belakang pendidikan, status pekerjaan, dan kondisi sosial ekonomi. Sebaliknya tingkat kesehatan juga memiliki hubungan dengan budaya maupun kebiasaan hidup masyarakat setempat. Masyarakat yang belum terbiasa dengan pola hidup sehat maupun bersih, tentu tidak mudah menanamkan kebiasaan tersebut. Misalnya penduduk yang sudah terbiasa membuang hajat di sungai, walaupun disediakan fasilitas MCK, tetap akan meneruskan kebiasaan lamanya. Hal ini disebabkan karena kebiasaan yang telah dijalankan bertahun-tahun bahkan sejak lahir akan sulit diubah dalam waktu singkat.

Bagi masyarakat yang tinggal di sekitar *Ci Liwung*, sungai berfungsi sebagai tempat untuk pembuangan sampah dan kakus terpanjang. Hal ini dapat terlihat dimana sering ditemui bilik-bilik bambu yang dibuat seadanya yang dijadikan sebagai MCK bagi penduduk. Padahal sebenarnya mereka memiliki MCK pribadi atau menggunakan MCK umum yang memang disediakan oleh pemerintah setempat. Namun alasan kurang lancarnya distribusi pengaliran air dianggap warga menyulitkan sehingga mereka memilih untuk buang air langsung ke sungai yang tidak memerlukan air yang banyak. Ketersediaan jamban yang kurang memadai semakin menambah kuat alasan warga untuk lebih memilih buang air langsung ke sungai dibandingkan dengan menggunakan jamban. Namun uniknya, selain dijadikan sebagai tempat pembuangan limbah rumah tangga dan tempat buang air, sungai memiliki peranan lain yaitu sebagai tempat untuk mandi, mencuci pakaian bahkan mencuci peralatan masak dan peralatan makan langsung

di sungai. Pola pikir dan gaya hidup seperti inilah yang semakin memicu munculnya banyak penyakit yang di derita oleh masyarakat miskin di sekitar *Ci Liwung*. Khususnya anak-anak usia balita yang memang memiliki kerentanan lebih besar untuk terserang penyakit seperti diare, demam berdarah, dan masih banyak lagi.

Kondisi ini menyebabkan munculnya permasalahan kesehatan bagi masyarakat yang berada di *squatter area*. Dimana keterbatasan yang dimiliki penduduk memicu semakin mudahnya masyarakat yang tinggal di *squatter area* mengalami masalah kesehatan. Tak hanya lingkungan namun juga pola pikir yang terbentuk dari masyarakat itu sendiri juga semakin menambah rentannya masyarakat untuk mengalami masalah dengan kesehatan mereka.

Jacques (2001) berpendapat bahwa Geografi Kesehatan menganalisis komponen-komponen lingkungan penentu, status kesehatan dan penyakit di suatu wilayah tertentu pada waktu tertentu (spasial – temporal) dan melakukan perbandingan dengan kondisi di wilayah lainnya serta menganalisis perubahannya untuk menghasilkan pola spasial suatu penyakit.

Berdasarkan pengertian geografi kesehatan diatas maka sangat jelas bahwa peranan disiplin ilmu geografi ikut dalam mengatasi masalah kesehatan masyarakat dimana memberikan alternatif pencegahan menularnya penyakit ke wilayah lainnya, menemukan faktor-faktor yang memiliki korelasi terhadap berjangkitnya suatu penyakit di suatu wilayah atau dengan kata lain menghasilkan informasi karakteristik wilayah kejadian penyakit, arah dan kecepatan penularannya.

Dalam penelitian ini, peran dari Geografi Kesehatan itu sendiri ialah sebagai disiplin ilmu yang dijadikan sebagai salah satu landasan pemikiran dalam menganalisis bagaimana pola spasial tingkat kesehatan masyarakat yang terbentuk pada *squatter area* Ci Liwung berdasarkan dari karakteristik *squatternya* dan melihat hubungan antara tingkat kesehatan dengan kondisi lingkungan maupun kondisi sosial ekonomi masyarakatnya.

I.2. Rumusan Masalah

1. Bagaimana pola spasial tingkat kesehatan masyarakat di *Squatter Area Ci Liwung*?
2. Apakah terdapat hubungan antara tingkat kesehatan masyarakat dengan karakteristik *squatter*nya yang dilihat dari kondisi lingkungan dan kondisi sosial ekonomi masyarakatnya?

I.3. Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian ini ialah untuk mengetahui bagaimana pola spasial tingkat kesehatan masyarakat yang ada di *squatter area Ci Liwung* dilihat dari karakteristik wilayah *squatter* yang akan dikaitkan dengan kondisi lingkungan maupun kondisi sosial ekonomi masyarakatnya.

I.4. Ruang Lingkup Penelitian

Pembahasan obyek dalam penelitian ini ialah mengenai bagaimana pola spasial tingkat kesehatan masyarakat yang berada di *squatter area* di bantaran Ci Liwung. Oleh karena itu, untuk melihat pola spasial yang terbentuk, maka penulis membagi wilayah *squatter* menjadi 3 wilayah berdasarkan pada karakteristik tipologi pemukimannya yang dilihat dari segi aspek intensitas penggunaan tanahnya. Diantaranya ialah *squatter* potensial, *squatter* tumbuh, dan *squatter* permanen. Dimana masing-masing *squatter* tersebut diasumsikan memiliki perbedaan karakteristik baik secara fisik maupun kondisi sosial ekonominya sehingga diharapkan hasilnya nanti akan dapat memperlihatkan bagaimana pola spasial yang terbentuk pada ketiga wilayah tersebut.

I.5. Batasan dan Definisi Operasional

1. **Daerah penelitian** meliputi daerah *squatter area Ci Liwung* (15 meter di bagian kanan dan kiri sungai) yang secara administratif masuk ke dalam Kecamatan Menteng Kotamadya Jakarta Pusat, serta Kecamatan Tebet, Kecamatan Pancoran dan Kecamatan Jagakarsa Kotamadya Jakarta Selatan.

2. **Squatter Area** adalah daerah pemukiman kumuh yang berdiri di atas lahan ilegal (tak berijin) yang berada di bantaran sungai. Dimana dalam penelitian ini berada di 15 meter kanan dan kiri *Ci Liwung* yang secara administratif masuk ke dalam wilayah DKI Jakarta.
3. **Karakteristik Squatter** yang digunakan dalam penelitian ini dilihat dari tipologi pemukiman *squatter*nya yang dilihat dari aspek intensitas penggunaan tanahnya. Dimana *squatter* tersebut di bagi menjadi 3 yaitu *squatter* potensial, *squatter* tumbuh, dan *squatter* permanen.
4. **Intensitas penggunaan tanah** yang dimaksud dalam penentuan tipologi pemukiman *squatter area* berdasarkan pada intensitas akibat pengaruh dari faktor manusia yang dilihat dari jumlah, kepadatan dan pertumbuhan penduduknya (Sandy, 1985).
5. **Kondisi fisik** yang akan dibahas dalam penelitian ini adalah kondisi fisik setiap tipologi pemukiman *squatter* yaitu dengan melihat kualitas permukiman. Sedangkan **kondisi sosial** yang akan dibahas adalah ketersediaan sarana pelayanan kesehatan, tingkat pendapatan, dan tingkat pendidikan masyarakatnya.
6. **Kualitas permukiman** adalah ukuran untuk menyatakan kelayakan suatu pemukiman untuk dijadikan sebagai tempat tinggal dan tempat bermukim. Dalam penelitian ini dilihat dari jenis bangunan, penggunaan MCK, sumber air bersih, dan sistem pembuangan (limbah dan sampah),
7. **Kondisi penduduk** adalah gambaran fakta yang ada mengenai keadaan penduduk. Pada penelitian ini penduduk yang dimaksudkan ialah penduduk yang memiliki bayi dan anak usia balita dan tinggal di *squatter area Ci Liwung* yang berada pada wilayah administrasi DKI Jakarta.
8. **Tingkat Kesehatan Masyarakat** yang dimaksud dalam penelitian ini ialah tingkat kesehatan anak-anak. Dimana dibatasi hanya pada bayi dan balita (≤ 5 tahun).
9. **Indikator Tingkat Kesehatan Masyarakat** yang digunakan dalam penelitian ini hanya menggunakan 3 indikator diantaranya ialah tingkat kematian bayi, angka kesakitan (*period prevalence rate*) dan status gizi balita.

10. **Bayi** adalah anak yang berusia dibawah 1 tahun.
11. **Balita** adalah anak-anak yang masih berusia antara 1 tahun hingga sama dengan 5 tahun.
12. **Pelayanan Kesehatan** adalah berupa sarana dan prasarana kesehatan yang tersedia yang dapat melayani masyarakat dalam menangani masalah kesehatan, seperti untuk berobat saat sakit, tempat pemeriksaan rutin kesehatan, pemberian vaksin, imunisasi dan lain sebagainya. Dalam penelitian ini pelayanan kesehatan yang dimaksud ialah mulai dari Posyandu, Puskesmas, Klinik hingga Rumah Sakit.
13. **Tingkat Kematian Bayi** dalam penelitian ini adalah jumlah kematian bayi per jumlah kelahiran hidup per satuan daerah penelitian.
14. **Angka Kesakitan (*Period Prevalence Rate*)** adalah banyaknya kasus penderita penyakit tertentu dalam jangka waktu tertentu. Dalam penelitian ini lebih dibatasi pada jenis penyakit dengan media air (*Water Born Disease*) yaitu diare, kulit, leptopirosis, demam berdarah, dan malaria. Namun lebih dikhususkan pada jenis penyakit yang paling sering diderita oleh balita yaitu diare dan demam berdarah.
15. **Status Gizi Anak Balita** adalah status gizi yang diukur berdasarkan indikator berat badan, tinggi badan dan lingkar lengan atas berdasarkan standar yang di tetapkan. (*Departemen Kesehatan R.I, 1982*)

BAB II. TINJAUAN PUSTAKA

II.1. *Squatter Area*

II.1.1. Permukiman *Squatter*

Masyarakat yang membanjiri kota (urbanisasi) dengan berbagai keterbatasan, sebagian memilih terpaksa tinggal di kawasan yang secara tata ruang dan kelayakan tidak diperuntukkan bagi para pemukim (PPMS, 2004).

Persoalan yang muncul kemudian, seperti halnya dengan masalah di kota-kota besar lainnya adalah ketersediaan tempat tinggal yang layak. Kenyataannya bagi sebagian pendatang untuk mendirikan tempat tinggal di tanah negara atau di tempat-tempat lainnya seperti pinggir kali, pinggir rel kereta api atau di tanah pekuburan sehingga menimbulkan terbangunlah suatu pemukiman baru yang berdiri di atas tanah yang bukan haknya atau sering dikenal dengan pemukiman *squatter*. Meskipun berstatus tanah negara tapi tidak lantas menghalangi penghuninya untuk memperoleh fasilitas pendukung seperti jaringan listrik, telpon dan air bersih.

Pemukiman *squatter* yaitu suatu daerah tempat tinggal atau bangunan tempat tinggal yang dihuni oleh pemukim tanpa hak bermukim artinya perorangan atau sekelompok orang yang menghuni suatu lahan baik secara hukum maupun kewenangan tidak diizinkan untuk dijadikan sebagai daerah tempat tinggal.

II.1.2. Pengertian *Squatter*

A Squatter is an individual who occupies a building or land (a squat) that an individual does not own, rent, or otherwise have permission to use (Prasad, 1997). *Squatter* adalah pemukim tanpa hak bermukim (sumber : PPMS, 2004)

Pemukim *squatter* adalah kategori penduduk yang memiliki masalah legal karena bermukim di areal-areal yang ditetapkan sebagai zona bebas okupasi (pendudukan). Ramto (dalam DepKimpraswil, 2003) menyatakan bahwa status tanah di pemukiman *squatter* ada 3 kemungkinan, yaitu : (1) status tanah negara, yang sudah lama ditempati, kemungkinan sudah berpuluh-puluh tahun dan seakan-akan tanah tersebut menjadi milik mereka ; (2) status tanah milik perorangan, tanah bekas tuan tanah dulu yang disewa dan ditempati sejak lama

dan sudah berkali-kali pindah tangan dan (3) tanah-tanah yang sesuai dengan ketentuan tidak boleh ditempati atau tidak boleh mendirikan bangunan, tidak sesuai dengan RTRW (Rencana Tata Ruang Wilayah) misalnya di bantaran sungai, situ, di bawah sutet (tegangan tinggi), jalur hijau, pinggiran rel kereta api, maupun dibawah jalan layang.

Menurut Sutanto, UNHCS (1982; dalam Socki, 1993) membedakan daerah permukiman kumuh (*slum area*) dengan permukiman *squatter* (*Squatter area*) dengan ciri-ciri sebagai berikut :

1. Permukiman kumuh (*slum area*) : (a) sebagian besar terdiri atas rumah tua (rusak) pada bagian lama kota (semula didirikan dengan ijin), (b) sebagian besar penghuni merupakan penyewa, (c) di beberapa tempat ada rumah bertingkat (pemilik sekaligus menyewakan beberapa rumah kumuh), (d) kepadatan rumahnya tinggi, (e) ada yang berasal dari proyek perumahan yang kurang terpelihara, dan (f) ada yang dibangun oleh sektor informal, dengan sewa murah untuk menampung migrant ekonomi lemah yang datang dari desa.
2. Permukiman *squatter* : (a) permukiman golongan ekonomi lemah, (b) sebagian besar dibangun oleh penghuni, (c) jaringan jalan, pelayanan masyarakat, dan pemeliharaan serba kurang, (d) berbeda dengan *slum*, *squatter* tidak terletak di pusat kota.

Menurut Departemen Kimpraswil (2003), permukiman *squatter* adalah permukiman yang berada pada daerah yang menurut perencanaan kota tidak diperuntukkan bagi perumahan atau dihuni oleh masyarakat yang tidak memiliki hak bermukim di tempat tersebut karena tidak memenuhi peraturan bermukim yang berlaku baik secara hukum maupun kewenangan.

Srinivas (2005) menyatakan bahwa permukiman *squatter* merupakan suatu permukiman dengan status tanah tanpa ijin atau semi legal status, infrastruktur dan pelayanan publik masih sangat kurang memadai. Permukiman *squatter* dapat dilihat berdasarkan beberapa karakteristik antara lain fisik, sosial, dan karakteristik legal.

a. Karakteristik Fisik

Permukiman *squatter* memiliki infrastruktur dan pelayanan yang sangat minim seperti kurangnya sumber air bersih, sanitasi yang buruk, listrik, jalan dan drainase yang buruk, jauh dari sarana pendidikan, kesehatan dan pusat perbelanjaan, dan lain-lain.

b. Karakteristik Sosial

Masyarakat yang tinggal di lingkungan *squatter* umumnya mempunyai penghasilan yang rendah atau yang bekerja secara informal. *Squatter* umumnya merupakan pendatang.

c. Karakteristik Legal

Kunci permasalahan dari *squatter* adalah mereka umumnya tinggal di tempat-tempat yang tidak dimanfaatkan oleh pemilik lahan.

Sedangkan Purwadhi (2002) menyatakan bahwa permukiman kumuh yang termasuk tipe *squatter* didasarkan pada kondisi fisik dan kondisi geografis yang tidak memadai dan status kepemilikan yang tidak jelas, yaitu :

a. Kondisi fisik *Squatter Area*, antara lain:

- Permukiman tidak layak menurut peruntukan ruang
- Permukiman padat penduduknya
- Permukiman dengan prasarana sanitasi tidak berfungsi baik
- Permukiman yang belum tersentuh oleh program peremajaan kota atau program perbaikan kampung
- Permukiman yang kondisi fisik bangunannya buruk

b. Kondisi geografis *Squatter Area*, antara lain:

- Permukiman kumuh yang berlokasi di kawasan bantaran sungai atau area selebar 15 meter di kiri-kanan sungai. Kawasan bantaran sungai dilarang untuk didirikan bangunan atau sebagai lokasi permukiman, karena daerah kawasan rawan banjir. Penduduk pada permukiman di bantaran sungai biasanya membuang sampah rumah tangga langsung ke sungai, sehingga menyebabkan polusi air sungai.

- Permukiman kumuh yang berlokasi di pinggiran rel kereta api, dibawah sutet atau jaringan listrik tegangan tinggi, di daerah jalur hijau, ditempat fasilitas umum, baik yang sudah terbangun ataupun belum terbangun.
- c. Status permukiman kumuh yang termasuk *squatter area* biasanya menempati daerah yang dilarang atau illegal, sehingga tidak ada status kepemilikan rumah. Contoh permukiman yang menempati tanah/lahan milik negara atau badan usaha lain baik pemerintah maupun swasta yang belum dibangun atau lahannya masih kosong.

Srinivas (2005) mengatakan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi keberadaan *squatter* pada suatu tempat dapat dibagi menjadi 2, yaitu faktor internal dan faktor eksternal, sebagai berikut :

1. *Internal Attributes*

- Agama/etnik
- Tempat Kerja
- Asal Daerah
- Bahasa
- Lama bermukim di lokasi *squatter*
- Investasi dalam pembuatan rumah
- Kegiatan konstruksi/pembangunan
- Adanya penyewa

2. *External Attributes*

- Kepemilikan tanah
- Jaminan keamanan
- Kebijakan Pemerintah Daerah
- Lama bermukim di kota tersebut

II.1.3. Tipologi Permukiman *Squatter*

Tumbuhnya permukiman *squatter* di latarbelakangi oleh beberapa motivasi para pemukim yang berbeda-beda. Selain itu, aspek lokasi, tipe hunian

dan jenis usaha dan intensitas penggunaan lahan squatter juga berbeda-beda. Jenis tipologi tersebut adalah sebagai berikut :

a. Berdasarkan aspek hunian, dilihat dari pemanfaatan lahannya dapat dibagi menjadi :

- Penggarap penghuni

Diindikasikan dengan adanya fungsi bangunan sebagai hunian (tempat tinggal)

- Penggarap non penghuni

Penggarap tidak menempati tempat atau bangunan *squatter*. Penggarap menggunakan bangunan untuk tempat usaha atau dikontrakkan kepada pihak lain.

- Pengontrak

Diindikasikan oleh penggarap mengontrak atau menyewa kepada pihak *squatter* penggarap non penghuni.

b. Berdasarkan aspek intensitas penggunaan tanah, dapat dibedakan sebagai berikut:

- Pemukim *squatter* potensial

Berupa permukiman baru dengan intensitas yang rendah. Ciri dari permukiman ini ialah jumlah permukiman kecil, dengan bangunan tidak permanen dan biasanya bersifat temporer hanya bermukim/memanfaatkan lokasi tersebut untuk jangka waktu yang relatif pendek.

- Pemukim *squatter* tumbuh

Berupa permukiman dengan jumlah unit bangunan yang mulai besar dengan intensitas penggunaan lahan meningkat dengan tipe hunian yang beragam.

- Pemukim kawasan *squatter*

Berupa kawasan dengan ciri permukiman padat dengan jumlah *squatter* yang tinggi dimana berbagai kegiatan komunitas *squatter* ini beragam seperti lazimnya permukiman pada umumnya.

c. Berdasarkan aspek lokasi yaitu sebagai berikut :

- Permukiman *squatter* di bantaran rel kereta api

- Permukiman *squatter* di bantaran Sungai/Situ
- Permukiman *squatter* di Kawasan konservasi
- Permukiman *squatter* di sekitar simpul transportasi
- Permukiman *squatter* di sepanjang jalan raya (DAMIJA)
- Permukiman *squatter* di sekitar TPA

(PPMS, 2004)

II.2. Tingkat Kesehatan Masyarakat

Menurut WHO (Ratna Budiarmo, 1986), untuk mencapai tujuan "Kesehatan untuk semua menjelang tahun 2000", diperlukan indikator yang berkaitan yang akan bermanfaat untuk :

1. Memungkinkan pemerintah memantau dan menilai dayaguna dan hasilguna dari strategi upaya kesehatan yang dilaksanakan.
2. Memantau pelaksanaan dan evaluasi hasil kegiatan pada dua tingkatan, yakni: tingkatan kebijaksanaan dan tingkatan manajerial dan teknik, yang keduanya saling berkaitan.

a) Faktor-faktor yang mempengaruhi status kesehatan

Tingkat kesehatan seseorang dapat dikatakan dipengaruhi oleh beberapa faktor yang berasal dari pribadi orang tersebut, lingkungannya maupun faktor secara struktural. Faktor-faktor tersebut antara lain :

1. Faktor Perantara

Hal ini terdiri dari tingkat pengetahuan seseorang terhadap kondisi kesehatan keluarganya maupun lingkungan tempat tinggalnya dan perilaku orang tersebut dalam mengatasi masalah kesehatannya maupun masalah kesehatan lingkungannya. Misalnya tingkat pendidikan dan pengetahuan seorang ibu mengenai kesehatan akan saling mempengaruhi dengan tingkat kematian anak.

2. Faktor Dasar

Faktor ini terdiri dari faktor fisik lingkungan seperti lokasi tempat tinggal, faktor sosial-ekonomi seperti pendapatan, ketersediaan infrastuktur seperti jenis dan keberadaan pelayanan kesehatan, dan faktor biologis seperti usia dan jenis kelamin.

3. Faktor Struktural

Faktor ini terdiri dari kebijakan, peraturan, norma dan tindakan yang dilakukan oleh pemerintah dan mengenai kesehatan secara nasional maupun kesehatan ekonomi wilayah tersebut. Di beberapa negara berkembang tekanan politik-ekonomi menjadi salah satu rintangan yang harus dihadapi dalam mengatasi masalah kesehatan.

Untuk itu diperlukan dua jenis indikator, satu untuk mengukur status kesehatan yang berhubungan dengan kualitas hidup, dan yang kedua untuk mengukur kelengkapan pelayanan kesehatan. Mengukur tidak saja kehidupan, tetapi juga kualitas hidup. Contoh untuk ini adalah indikator-indikator untuk pertumbuhan dan perkembangan, status gizi, angka kesakitan, terutama pada anak-anak.

Indikator-indikator lain berhubungan dengan keadaan sosial dan faktor-faktor yang langsung maupun tidak langsung berguna untuk pelayanan kesehatan; sebagai contoh: pendidikan dan tingkat kebudayaan, status wanita terhadap rumah tangga dan keadaan lingkungan, faktor-faktor psikososial dan aspek kesehatan jiwa yang mempengaruhi derajat hidup.

Indikator-indikator status kesehatan meliputi : Berat badan waktu lahir, Berat dan tinggi badan, Lingkaran lengan, Kematian bayi, Kematian anak-anak, Kematian balita, Kematian menurut umur di bawah 5 tahun, Harapan hidup, Kematian Ibu Hamil, Kematian Kasar, Kelahiran, Kematian karena penyakit tertentu, Kesakitan (*Incidence & Prevalence*).

Beberapa indikator penentu tingkat kesehatan masyarakat :

- **Tingkat Kematian Bayi :**
Jumlah kematian bayi (0 — 12 bulan) per 1000 kelahiran hidup.
- **Tingkat Kematian Anak Balita :**
Jumlah kematian anak balita (1 — 4 tahun) per 1000 anak balita.
- **Tingkat Kematian Ibu Bersalin/Hamil :**
Jumlah kematian ibu karena kehamilan, persalinan dan masa nifas per 1000 kelahiran hidup.

- **Tingkat Kematian Kasar :**
Jumlah kematian per 1000 penduduk.
- **Tingkat Kelahiran Kasar :**
Jumlah kelahiran hidup per 1000 penduduk.
- **Angka Kecelakaan/Cedera :**
Jumlah penderita kecelakaan /cedera per 1000 penduduk.
- **Angka Kesakitan (*Period Prevalence Rate*) :**
Banyaknya kasus per 1000 penduduk dalam jangka waktu tertentu (dalam data yang dikumpulkan ini 1 bulan).
- **Harapan Hidup Rata-rata :**
Rata-rata umur penduduk (dalam tahun).
- **Harapan Hidup Waktu Lahir :**
Berapa lama lagi rata-rata seseorang masih dapat mengharapkan hidup, setelah lahir.
- **Berat Badan Waktu Lahir kurang dari 2.500 Gram (*Low birth weight/LBW*) :**
Bayi yang dilahirkan dengan berat badan kurang dari 2.500 gram, ditimbang dalam waktu 1 jam setelah lahir.
- **Status Gizi Anak Balita :**
Status gizi diukur dengan indikator berat badan, tinggi badan dan lingkaran lengan atas berdasarkan standar yang telah ditetapkan .

b) Kebijakan Kesehatan yang Berpihak pada Masyarakat Miskin (Pro Poor Health Policy)

Kemiskinan dan penyakit terjadi saling kait-mengkait, dengan hubungan yang tidak akan pernah putus terkecuali dilakukan intervensi pada salah satu atau kedua sisi, yakni pada kemiskinannya atau penyakitnya. Kemiskinan mempengaruhi kesehatan sehingga orang miskin menjadi rentan terhadap pelbagai macam penyakit, karena mereka mengalami gangguan sebagai berikut:

1. Menderita gizi buruk
2. Pengetahuan kesehatan kurang
3. Perilaku kesehatan kurang

4. Lingkungan pemukiman buruk
5. Biaya kesehatan tidak tersedia

Sebaliknya kesehatan mempengaruhi kemiskinan. Masyarakat yang sehat menekan kemiskinan karena orang yang sehat memiliki kondisi sebagai berikut:

1. Produktivitas kerja tinggi
2. Pengeluaran berobat rendah
3. Investasi dan tabungan memadai
4. Tingkat pendidikan maju
5. Tingkat fertilitas dan kematian rendah
6. Stabilitas ekonomi mantap

Beberapa data empiris global menemukan hubungan sebagai berikut:

1. Kematian bayi keluarga miskin tiga kali lebih tinggi dari keluarga tidak miskin
2. Kematian balita keluarga miskin lima kali lebih tinggi dari keluarga tidak miskin
3. Pertumbuhan ekonomi negara dengan tingkat kesehatan lebih baik (IMR antara 50-100 per 1000 kelahiran hidup) adalah 37 kali lebih tinggi dibandingkan dengan negara dengan tingkat kesehatan lebih buruk (IMR>150 per 1000 kelahiran hidup).

Uraian tentang alasan pentingnya pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin, merupakan dorongan untuk mempercepat penanggulangan kemiskinan dan keharusan mutlak untuk melaksanakan upaya peningkatan status kesehatan penduduk miskin. Apalagi, memasuki era globalisasi ini, untuk pertumbuhan ekonomi suatu negara dituntut daya saing yang memerlukan sumberdaya manusia dengan kuantitas dan kualitas tinggi.

II.3. Angka Kematian Bayi dan Angka Harapan Hidup

Angka kematian bayi dan angka harapan hidup lazim digunakan sebagai indikator bagi kesejahteraan masyarakat. Semakin rendah angka kematian bayi di

suatu negara diasumsikan semakin sejahtera masyarakatnya. Demikian pula halnya dengan angka harapan hidup, semakin maju (sejahtera) suatu negara, maka angka harapan hidup penduduknya akan semakin tinggi. Kedua indikator diatas, erat kaitannya dengan tingkat pendidikan keluarga, keadaan sosial ekonomi rumah tangga, kebersihan perumahan dan lingkungan, serta sarana dan prasarana kesehatan termasuk pelayanan kesehatan.

Angka kematian bayi adalah rasio dari banyaknya bayi yang lahir hidup yang meninggal sebelum mencapai usia satu tahun terhadap 1.000 kelahiran hidup. Dimana jika nilai $IMR = < 50$ per 1000 penduduk maka tingkat kematian bayi masih tergolong rendah, $IMR = 50 - 100$ per 1000 penduduk tingkat kematian bayi tergolong sedang, namun jika $IMR > 100$ per 1000 penduduk maka tingkat kematian bayi tergolong tinggi.

Usia satu tahun pertama merupakan masa yang kritis bagi bayi, karena pada masa itu bayi sangat rentan terhadap berbagai penyakit sehingga perlu mendapatkan perhatian yang serius dari orang tuanya. Bayi perlu mendapatkan imunisasi yang lengkap dan selalu dijaga kebersihannya agar tidak terinfeksi oleh suatu penyakit. Oleh karena itu, kelangsungan hidup bayi sangat tergantung pada pengetahuan tentang kesehatan pada orangtuanya, terutama ibunya.

Seiring dengan meningkatnya kesadaran masyarakat akan pentingnya kesehatan diri dan lingkungan, tingkat kesehatan masyarakat juga meningkat. Hal ini berimplikasi pada menurunnya angka kematian bayi dari tahun ke tahun.

II.4. Angka Kematian Anak Usia Bawah Lima Tahun (Balita) / Child (Under Five) Mortality Rate (5q0)

Definisi :

Jumlah kematian anak di bawah usia 5 tahun per 1000 penduduk usia di bawah 5 tahun pada suatu waktu di daerah tertentu, dan biasanya dinyatakan per 1000 penduduk usia di bawah 5 tahun.

Kegunaan :

Indikator ini untuk mengetahui tingkat kesehatan masyarakat.

Rumus :

$$5q0 = \frac{\text{Jumlah kematian anak usia < 5 tahun}}{\text{Jumlah penduduk usia < 5 tahun}} \times 1000$$

Catatan:

Nilai normatif : > 140 sangat tinggi; 71 – 140 tinggi; 21 – 70 sedang; <20 Rendah. Angka kematian bayi dan angka kematian balita biasanya tidak dihitung secara langsung akan tetapi dihitung dengan cara tidak langsung berdasarkan metode Brass; Sullivan Trussel dan Enney dengan menggunakan software MCPDA atau Mortpak.

II.5. Status Gizi Anak

Status gizi merupakan keadaan fisik seseorang atau sekelompok orang yang diakibatkan oleh konsumsi, penyerapan, dan penggunaan zat gizi makanan. Dengan menilai status gizi seseorang atau sekelompok orang tersebut maka dapat diketahui apakah seseorang atau sekelompok atau orang tersebut status gizinya baik atau tidak baik (Riyadi, 1995).

II.4.1. Pengukuran Status Gizi Anak

Dalam melakukan pengukuran status gizi anak menggunakan pengukuran berdasarkan berat dan tinggi badan. Dimana data hasil pengukuran tersebut ditabulerkan yang kemudian akan di spasialkan menjadi data spasial untuk menjadi salah satu indikator penentu tingkat kesehatan masyarakat.

Indeks Berat Badan (BB) dan Tinggi Badan (TB) dapat memberikan gambaran proporsi berat badan relative terhadap tinggi badan dengan kata lain indeks ini merupakan indikator kekurusan.

Cara pengukuran indeks ini dapat dilakukan dengan menggunakan cara persen terhadap Median NCHS/WHO (The Nation Center for Health Statistics of United States).

Berat badan menurut tinggi badan anak dibandingkan dengan berat badan menurut tinggi badan standar. Kemudian dikalikan dengan 100 persen. Hasilnya diklasifikasikan menurut interval kelas sebagai berikut :

- Status gizi baik jika nilai bobotnya lebih besar dari 85%

- Status gizi kurang jika nilai bobotnya berada antara interval 70% - 85%
- Status gizi buruk jika nilai bobotnya kurang dari 70%

II.4.2. Metode Dalam Penilaian Status Gizi

Beberapa cara yang dapat digunakan untuk menilai status gizi. antara lain konsumsi makanan, antropometri, biokimia, dan cara klinis. Untuk penilaian status gizi yang digunakan dalam penelitian ini adalah cara Antropometri, yaitu cara penilaian status gizi menurut ukuran-ukuran tubuh. Beberapa indikator antropometri yang dipakai dalam penelitian ini adalah :

1. Berat Badan (BB) untuk mengetahui massa tubuh
2. Panjang atau Tinggi Badan (PB/TB) untuk mengetahui dimensi linier tubuh

Pengukuran antropometri maksudnya adalah pengukuran yang dilakukan terhadap berat badan, tinggi badan, lingkaran bagian-bagian tubuh, serta ketebalan lapisan kulit (*skinfold*). Indeks antropometri dapat dinyatakan dengan istilah *Z-score*, Persentil, atau Persen terhadap Median, yang kemudian digunakan untuk membandingkan seseorang atau kelompok anak dengan populasi referensi.

Cara pengukuran indeks Persen terhadap Median NCHS/WHO (The National Center for Health Statistics of United States) adalah sebagai berikut :

$$\frac{\text{Berat Badan Anak}}{\text{Median}} \times 100\%$$

Pengukuran dilakukan dengan cara membandingkan Berat Badan dengan Tinggi Badan anak. Adapun formula matematis yang digunakan untuk mengukur status gizi anak ini adalah :

$$\frac{\text{Berat Badan Anak}}{\text{Berat Badan Terhadap Tinggi}} \times 100\%$$

II.6. Frekuensi Masalah Kesehatan

Azwar (1999) mengatakan secara sederhana yang dimaksud dengan frekuensi masalah kesehatan ialah keterangan tentang banyaknya suatu masalah kesehatan yang ditentukan dalam sekelompok manusia dinyatakan dengan angka mutlak, rate dan ratio.

Dalam melakukan pengukuran frekuensi kesehatan ada beberapa hal pokok yang harus diperhatikan, yaitu:

1. Mengupayakan agar masalah kesehatan yang akan diukur hanya masalah yang dimaksudkan saja.
2. Mengupayakan agar semua masalah kesehatan yang akan diukur dapat masuk dalam pengukuran.
3. Mengupayakan agar penyajian hasil pengukuran adalah dalam bentuk yang memberikan keterangan optimal.

Secara umum, bentuk penyajian yang dimaksud dapat dibedakan atas tiga macam yaitu :

1. Angka mutlak
2. Rate

Rate ialah perbandingan suatu peristiwa dibagi dengan jumlah penduduk yang mungkin terkena peristiwa yang dimaksud dalam waktu yang sama yang dinyatakan dalam persen atau permil.

3. Ratio

Ratio adalah perbandingan suatu peristiwa dengan peristiwa lainnya yang tidak berhubungan.

Cara mengukur frekuensi masalah kesehatan yang dapat dipergunakan pada penelitian epidemiologi deskriptif sangat beraneka ragam karena semuanya tergantung dari macam masalah kesehatan yang ingin diukur dan atau yang ingin diteliti. Ukuran yang dapat dipergunakan untuk masalah penyakit yang sering dipergunakan ialah :

1. Insiden

Insiden adalah gambaran tentang frekuensi penderita baru suatu penyakit yang ditemukan pada suatu waktu tertentu di satu kelompok masyarakat. Untuk dapat melakukan perhitungan angka insiden perlu dilakukan dua kali penelitian yaitu penelitian tentang jumlah penderita baru, dan penderita tentang jumlah penduduk yang mungkin terkena penyakit. Untuk menghitung jumlah penduduk yang mungkin terkena

penyakit (penduduk yang rentan), perlu diketahui terlebih dahulu jumlah penduduk yang tidak rentan.

Secara umum angka insiden ini dapat dibedakan menjadi 3 macam, yaitu : *incidence rate*, *attack rate*, dan *secondary attack rate*.

2. Prevalen

Prevalen ialah gambaran tentang frekuensi penderita lama dan baru yang ditemukan pada suatu jangka waktu tertentu di sekelompok masyarakat tertentu. Pada perhitungan nilai prevalen, rentan atau tidaknya seseorang terhadap penyakit tertentu dihitung, tidaklah terlalu dipersoalkan. Secara umum nilai prevalen ini dibedakan atas 2 macam, yaitu :

a. *Period Prevalence Rate*

Jumlah penderita lama dan baru suatu penyakit yang ditemukan pada suatu jangka waktu tertentu di bagi dengan jumlah penduduk pada pertengahan jangka waktu yang bersangkutan dalam persen atau permil.

b. *Point Prevalence Rate*

Jumlah penderita lama dan baru pada suatu saat dibagi dengan jumlah penduduk pada saat itu dalam persen atau permil. Nilai *point prevalence rate* seringkali disebut sebagai nilai *prevalence rate* saja.

II.7. Penelitian Terdahulu Mengenai Geografi Kesehatan

Berbagai penelitian yang berkaitan dengan *spatial epidemiology* telah banyak dilakukan di Departemen Geografi FIMPA – UI. Penelitian-penelitian tersebut ditujukan untuk mendeskripsikan dan menganalisis variasi geografis mengenai penyebaran atau penularan penyakit dengan mempertimbangkan faktor demografs, lingkungan, perilaku, sosial ekonomi, genetik, dan resiko infeksi yang antara lain berupa *disease mapping*, *geographic correlation studies*, dan *disease clustering*.

Penelitian mengenai kasus flu burung (*avian influenza*) di Jakarta oleh Amelia (2007). Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa rendahnya tingkat biosekuriti pada peternakan ayam *dope* mempercepat penyebaran flu burung

terutama pada radius kurang dari 1 km. Melalui aplikasi spatial-statistics, Saptaningsih (2003) memperlihatkan bahwa meluasnya persebaran Diare di Kabupaten Tangerang selama tahun 1995-2000 berkaitan erat dengan memburuknya kualitas air bersih dan saluran pembuangan air limbah.

Penelitian lain mengenai persebaran Diare dilakukan oleh Lia Savitri (2001) dengan memasukkan variabel iklim. Hasilnya menunjukkan bahwa pada musim hujan terjadi peningkatan kasus diare pada permukiman padat penduduk. Selain penelitian-penelitian di atas, masih banyak penelitian spatial epidemiology yang dilakukan oleh mahasiswa tingkat sarjana dan pascasarjana di Departemen Geografi FMIPA-UI, di antaranya mengenai endemik gondok (Rayuna Handawati, 2001), persebaran tuberculosis paru (Zulkhaida Puspita, 2004), kasus gizi buruk pada balita (Yulia Hidayati, 2003), difusi polio (Detty Hidayah, 2006), kasus ISPA (Guntur Atur Parulian, 2001) serta penyakit pernafasan dan kulit (Irma Susanti, 2002).

Kebutuhan dan tingkat permintaan akan pelayanan publik, termasuk di bidang kesehatan sangat dipengaruhi oleh distribusi penduduk. Namun akibat kondisi sosial ekonomi, budaya, serta politik yang berbeda-beda tidak semua penduduk dapat menikmati pelayanan kesehatan secara optimal.

Berkaitan dengan itu, Departemen Geografi FMIPA-UI mengembangkan kajian-kajian di bidang pelayanan kesehatan. Titik berat kajian-kajian tersebut diletakkan pada efektifitas keterjangkauan pelayanan kesehatan (effective accesibility) yang mencakup keterjangkauan geograFis, sosial budaya, ekonomi, dan fungsional. Sehingga, selain aspek lokasi, aspek-aspek lain seperti kelas sosial, harga dan kualitas pelayanan, perilaku atau kebiasaan masyarakat, serta kebijakan pemerintah juga mendapat perhatian.

Afar Husnan (2003), misalnya, memperlihatkan bagaimana dampak faktor lokasi dan kualitas pelayanan mempengaruhi jangkauan dan tingkat penggunaan fasilitas kesehatan di Kota Depok. Pada sisi lain, Tri Putro Dody (2004) melakukan studi mengenai jangkauan, pelayanan Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) dengan menggunakan neighborhood analysis dan network analysis tools. Hasilnya menunjukkan hanya 60% wilayah Jakarta Selatan yang terlayani Puskesmas secara optimal.

Melalui penelitian di Kabupaten Sukabumi Jawa Barat, Lia Kusumawati (2003) menunjukkan pengaruh rendahnya minat berobat ke tenaga medis di wilayah pegunungan terhadap tingginya angka kematian ibu pangsot melahirkan. Sementara di wilayah pesisir, Faktor utama yang paling mempengaruhi adalah persebaran Fasilitas yang tidak merata serta lokasinya yang saling berjauhan. Dalam hal pelayanan Keluarga Berencana (KB), Sunu Pratomo (2006) memperlihatkan bahwa peningkatan jumlah akseptor KB baik di pusat maupun di pinggiran kota ternyata sejalan dengan peningkatan jumlah wanita pekerja. Adapun Andi Helmi (2006) menunjukkan bahwa tingginya jumlah peserta KB pangsot suatu wilayah turut meningkatkan status gizi balita.

Berkaitan dengan pemenuhan gizi masyarakat, terutama anak-anak, penelitian Freud TPH (2003) memperlihatkan bahwa faktor kemiskinan dan kualitas lingkungan menyebabkan wilayah perkotaan di Jabodetabek dan Karawang memiliki tingkat kerawanan gizi yang lebih tinggi dibandingkan pedesaan. Sementara itu, Endang Indrasih (2005) melakukan penelitian mengenai pengaruh kondisi fisik, aksesibilitas, dan sosial ekonomi terhadap pola konsumsi garam beryodium di Kabupaten Rembang, Jawa Tengah.

BAB III. METODOLOGI PENELITIAN

Dalam penelitian ini data yang digunakan untuk mendapatkan informasi mengenai objek kajian dilakukan dengan menggunakan data primer dan data sekunder. Data primer didapatkan dengan melakukan survey langsung ke lapangan meliputi data hasil pengamatan dan wawancara dengan menggunakan kuesioner. Data sekunder meliputi citra dan data digital, data kuantitatif yaitu data berupa angka mengenai variabel yang digunakan seperti data sosial ekonomi dan studi literatur yang diolah menjadi data spasial berupa peta. Sedangkan informasi mengenai gambaran umum wilayah penelitian diperoleh dengan melakukan studi literatur melalui jurnal, buku, dan informasi dari media elektronik (internet) serta menggunakan data tambahan yang berasal dari instansi maupun hasil survey.

III.1. Variabel

Variabel yang digunakan dalam penelitian ini meliputi :

1. Kualitas Pemukiman (saluran pembuangan limbah rumah tangga, ketersediaan fasilitas air bersih dan jamban)
2. Ketersediaan pelayanan kesehatan
3. Pendidikan orang tua
4. Pendapatan orang tua
5. Tingkat Kematian Bayi
6. Angka Kesakitan (*Period Prevalence Rate*)
7. Status Gizi Anak Balita

III.2. Pengumpulan Data

Jenis data yang digunakan dalam penelitian ini ialah berupa data kuantitatif atau data-data berupa angka-angka. Dimana sumber data yang digunakan ialah data primer dan data sekunder.

III.2.1. Data Primer

Data primer yang digunakan berasal dari pengamatan dan survey langsung ke lapangan yaitu dengan melakukan wawancara menggunakan kuesioner.

Dimana data primer tersebut meliputi pendapatan, pendidikan, dan data kualitas pemukiman (saluran pembuangan limbah, air bersih, MCK, dan cara pembuangan sampah) berasal dari hasil survey lapang dengan metode wawancara dengan menggunakan kuesioner.

III.2.1.1. Survey

Survey lapang dilakukan untuk mengetahui kondisi atau fakta yang sebenarnya di lapangan dan kemudian untuk membandingkannya dengan asumsi yang telah dibuat sebelumnya. Daerah yang di survey hanya *squatter area Ci Liwung* yang berjarak 15 meter di bagian kanan dan kiri sungai yang secara administratif masuk ke dalam wilayah DKI Jakarta.

III.2.1.2. Wawancara

Wawancara dilakukan terhadap warga sekitar daerah penelitian agar diperoleh hasil survey yang valid dan akurat. Metode ini diterapkan kepada setiap objek geografi yang diteliti.

III.2.1.3. Kuesioner

Kuesioner digunakan sebagai alat untuk mendapatkan data primer. Kuesioner berisi daftar pertanyaan mengenai data sosial ekonomi. Dimana pertanyaan-pertanyaan tersebut terkait dengan objek kajian yang disebar ke beberapa penduduk dengan metode *Random Sampling*.

III.2.2. Data Sekunder

Data sekunder yang digunakan dalam penelitian ini meliputi data digital, data variabel tingkat kesehatan masyarakat dan demografi sebagai data pendukung.

- Data digital

Data digital bersumber dari Departemen Pekerjaan Umum, digunakan untuk memperoleh gambaran wilayah penelitian yang akan dikonversikan ke dalam bentuk peta digital dengan menggunakan

software ArcView 3.3. Dimana akan menghasilkan gambaran umum wilayah penelitian sehingga dapat menarik deliniasi dengan ukuran tertentu.

- **Data Kuantitatif (Data Angka)**

Data kuantitatif merupakan data-data berupa angka. Data kuantitatif dalam penelitian ini meliputi data sosial ekonomi yang diolah dan diklasifikasikan yang kemudian dirubah menjadi data tabel, grafik dan data spasial berupa peta.

- **Studi Literatur**

Studi ini bertujuan untuk mendapatkan informasi secara umum mengenai wilayah penelitian sebelum melakukan survey. Studi literatur diperoleh melalui buku, jurnal, dan informasi dari media elektronik (internet). Data yang diperoleh kemudian dikaji agar dapat menentukan tema dan fokus penelitian, dimana lokasi yang akan dijadikan sebagai titik sampel, rencana kerja penelitian, laporan pendahuluan dan analisa setelah dilakukan survey lapang.

III.3. Pengolahan Data

III.3.1. Pra-Survey

1. Membuat Peta Daerah Penelitian

Peta daerah penelitian didapatkan dari hasil digitasi dari data digital yang berasal dari *Google Earth* dan Departemen Pekerjaan Umum menjadi peta digital dengan menggunakan software ArcView 3.3 dengan membagi peta daerah penelitian menjadi 3 segmen berdasarkan pembagian atas lokasi *squatter area* yang dilihat dari tipologi pemukimannya, yaitu :

- Segmen 1
Squatter Potensial
- Segmen 2
Squatter Tumbuh

- Segmen 3

Squatter Permanen

2. Membuat Peta Variabel

Variabel yang digunakan ialah kualitas permukiman, tingkat pendapatan, dan tingkat pendidikan. Dimana masing-masing variabel tersebut akan memiliki output berupa peta yang menggambarkan kondisi di setiap lokasi permukiman *squatter* yang telah ditentukan sebelumnya. Berikut peta variabel yang akan dibuat, diantaranya ialah :

1. Peta Tingkat Pendidikan

Peta ini menggambarkan tingkat pendidikan masyarakat di setiap permukiman *squatter*. Dimana dapat terlihat bagaimana kondisi sosial masyarakatnya.

2. Peta Tingkat Pendapatan

Peta ini menggambarkan tingkat pendapatan masyarakat di setiap permukiman *squatter*. Dimana dapat terlihat kondisi ekonomi masyarakat yang tinggal di setiap permukiman *squatter*.

3. Peta Lokasi Pelayanan Kesehatan

Peta ini menggambarkan lokasi pelayanan kesehatan terdekat yang tersedia di sekitar lokasi permukiman *squatter*. Pelayanan kesehatan yang dimaksud dalam penelitian ini diantaranya ialah Puskesmas dan Rumah Sakit.

4. Peta Kualitas Permukiman

Peta ini menggambarkan kualitas permukiman setiap lokasi permukiman *squatter*. Dalam menentukan kualitas permukiman digunakan beberapa variabel, diantaranya ialah penggunaan MCK, Sumber Air Bersih, Sistem Pembuangan Limbah dan Sistem Pembuangan Sampah yang ada di setiap lokasi permukiman *squatter*. variabel

penentu kualitas permukiman juga dibuat dalam bentuk peta yaitu terdiri dari :

- Peta Penggunaan MCK

Menggambarkan mengenai penggunaan MCK masyarakat di permukiman *squatter* apakah di dominasi oleh penggunaan MCK sendiri, MCK umum atau masih mengandalkan sungai sebagai MCK.

- Peta Sumber Air Bersih

Menggambarkan mengenai asal sumber air bersih yang digunakan oleh masyarakat di setiap lokasi permukiman *squatter*.

- Peta Pembuangan Limbah

Menggambarkan mengenai sistem pembuangan limbah yang paling dipilih digunakan oleh masyarakat di setiap lokasi permukiman *squatter*.

- Peta Pembuangan Sampah

Menggambarkan mengenai sistem pembuangan sampah yang paling dipilih oleh masyarakat di setiap lokasi permukiman *squatter*.

- Peta Jenis Bangunan

Menggambarkan jenis bangunan yang mendominasi di setiap lokasi permukiman. Hal ini merupakan salah satu indikator penentu karakteristik *squatter* yang ada.

3. Membuat Klasifikasi

Membuat klasifikasi dengan menggunakan asumsi awal sebagai dasar untuk nantinya membantu proses analisis data kuesioner yang di dapat pada saat survey ke lapangan.

Tabel 3.1. Klasifikasi Kondisi Lingkungan dan Sosial Ekonomi Masyarakat
Squatter Area Ci Liwung

Variabel	Asumsi	Klasifikasi
Kualitas pemukiman		
Sumber air bersih	semakin tinggi proporsi jumlah rumah tangga yang menggunakan air PAM menunjukkan semakin baik kondisi ketersediaan air bersih di lingkungan tersebut	PAM
		Sumur
		Sungai
MCK	semakin tinggi proporsi jumlah rumah tangga yang memiliki MCK pribadi menunjukkan semakin baik fasilitas lingkungan untuk mandi, cuci dan kakus	MCK Sendiri
		MCK Umum
		Sungai
Pembuangan sampah	semakin banyak rumah tangga yang membuang sampah di TPS menunjukkan semakin baik fasilitas pengelolaan sampahnya	Diangkut Petugas
		Dibakar
		Sungai
Saluran Pembuangan Limbah	semakin banyak proporsi rumah tangga yang membuang air limbah rumah tangga dengan menggunakan saluran tertutup menunjukkan semakin baik kondisi lingkungan pemukimannya	Tertutup
		Terbuka
		Tidak Ada
Jumlah sarana pelayanan kesehatan	semakin banyak proporsi jumlah sarana pelayanan kesehatannya menunjukkan semakin baik tingkat kesehatan masyarakatnya	Tinggi
		Sedang
		Rendah
Penduduk		
Pendapatan	semakin besar jumlah pendapatannya menunjukkan semakin baik tingkat kesejahteraan hidup masyarakatnya	Tinggi
		Rendah
Tingkat pendidikan	semakin tinggi tingkat pendidikannya menunjukkan semakin baik tingkat kesejahteraan hidup masyarakatnya	Tinggi
		Rendah

*Sumber : Pengolahan Data, 2009

4. Menentukan Tingkat Klasifikasi Tingkat Kesehatan Masyarakat

Dalam menentukan bagaimana tingkat kesehatan masyarakat pada penelitian ini, penulis menggunakan beberapa indikator tingkat kesehatan masyarakat, diantaranya ialah indikator tingkat kematian bayi, angka kesakitan (*period prevalence rate*) dan status gizi balita. Dimana masing-masing indikator tersebut di klasifikasikan dan kemudian di formulasikan dengan rumus sebagai berikut :

$$\text{TKM} = f(\text{Tkb} + \text{Akp} + \text{Sgb})$$

dimana:

TKM = Tingkat Kesehatan Masyarakat

- Rendah (TKM 1)
- Sedang (TKM 2)
- Tinggi (TKM 3)

Tkb = Tingkat Kematian Bayi

- Rendah (Tkb 1)
IMR < 50 bayi per 1000 kelahiran
- Sedang (Tkb 2)
IMR 50 – 100 bayi per 1000 kelahiran
- Tinggi (Tkb 3)
IMR > 100 bayi per 1000 kelahiran

Akp = Angka kesakitan (Angka kejadian penyakit)

- Rendah (Akp 1)
Akp < 50 kejadian per 1000 penduduk
- Sedang (Akp 2)
Akp 50 – 100 kejadian per 1000 penduduk
- Tinggi (Akp 3)
Akp > 100 kejadian per 1000 penduduk

Sgb = Status Gizi Balita

- Buruk (Sgb 1)

Jumlah balita penderita gizi buruk > 10 % per jumlah balita

- Sedang (Sgb 2)

Jumlah balita penderita gizi buruk antara 1 – 10 % per jumlah balita

- Tinggi (Sgb 3)

Jumlah balita penderita gizi buruk < 1 % per jumlah balita

Dengan asumsi bahwa :

$$\text{TKM Tinggi} = f(\text{Tkb 1} + \text{Akp 1} + \text{Sgb 3})$$

$$\text{TKM Sedang} = f(\text{Tkb 2} + \text{Akp 2} + \text{Sgb 2})$$

$$\text{TKM Rendah} = f(\text{Tkb 3} + \text{Akp 3} + \text{Sgb 1})$$

Dimana formula tersebut diterapkan di setiap lokasi permukiman *squatter*. Hingga akhirnya dapat terlihat di daerah mana yang tingkat kesehatan masyarakatnya tinggi, sedang, maupun rendah.

Tabel 3.2. Klasifikasi Indikator Tingkat Kesehatan Masyarakat
Squatter Area Ci Liwung

Variabel	Asumsi	Klasifikasi
Tingkat Kesehatan Masyarakat		
Tingkat Kematian Bayi	semakin besar jumlah kematian bayi maka semakin rendah tingkat kesehatan masyarakatnya.	Tinggi
		Sedang
		Rendah
Angka Kesakitan (Period Prevalence Rate)	semakin besar angka kejadian penyakit per 1000 penduduk maka semakin rendah tingkat kesehatan masyarakatnya	Tinggi
		Sedang
		Rendah
Status Gizi Balita	semakin banyak jumlah balita penderita gizi buruk maka semakin rendah tingkat kesehatan masyarakatnya	Tinggi
		Sedang
		Rendah

*Sumber : Pengolahan Data, 2009

III.3.2. Survey

Dari peta daerah penelitian dilakukan pengamatan langsung ke lapangan dan melakukan identifikasi bagaimana kondisi *squatter area* itu sendiri untuk melihat perbedaan yang muncul antar tipologi permukiman *squatter* yang ada. Selain itu, dilakukan wawancara terhadap beberapa responden untuk mengisi lembar kuesioner. Hal ini untuk mendapatkan pola yang akan dihubungkan dengan data sosial ekonomi yang didapatkan dari hasil wawancara.

III.3.3. Pasca Survey

1. Melakukan perbaikan dan menyesuaikan dengan data hasil pengamatan di lapangan dan hasil kuesioner.
2. Mengkorelasikan data-data yang memiliki kaitan untuk menjelaskan fakta di lapangan.

III.4. Analisis Data

Analisis data yang digunakan pada penelitian ini adalah analisis spasial dan statistik. Analisis spasial digunakan untuk melihat pola spasial yang terbentuk

dari tingkat kesehatan masyarakat berdasarkan dari tipologi permukiman *squatter area* di *Ci Liwung* dengan visualisasi berupa peta, sedangkan analisis statistik digunakan untuk melihat korelasi yang terjalin antar-variabel dengan cara overlay peta dan angka koefisien kontingensi akan menunjukkan besarnya korelasi. Korelasi antar-variabel tersebut akan diuji dengan Chi Square (X^2) yang rumusnya adalah :

$$X^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

Dimana :

X^2 = Korelasi

O = Hasil pengamatan di lapangan

E = Hasil yang diharapkan/diasumsikan

Peta hasil dalam penelitian ini meliputi peta tingkat kesehatan masyarakat di *squatter area Ci Liwung*, yang terdiri dari tingkat kesehatan tinggi, sedang, dan rendah. Peta tersebut kemudian dikorelasikan dengan peta yang mengandung informasi kondisi lingkungan dan sosial ekonomi yang telah ditentukan, sehingga pada akhirnya dengan menggunakan analisis spasial deskriptif dengan mengacu kepada indikator penentu tingkat kesehatan masyarakat yang ada, sehingga akhirnya dapat menjelaskan mengenai hubungan antara tingkat kesehatan masyarakatnya dengan kondisi fisik lingkungan dan kondisi sosial ekonomi masyarakat yang berada di *squatter area Ci Liwung*.

BAB IV. GAMBARAN UMUM DAERAH PENELITIAN

IV.1. ADMINISTRASI DAERAH PENELITIAN

Secara administratif daerah penelitian meliputi 4 kelurahan yaitu Cikini dan Pegangsaan yang masuk ke dalam Kecamatan Menteng, Kotamadya Jakarta Pusat. Kelurahan Rawa Jati yang masuk ke dalam Kecamatan Pancoran dan Kelurahan Bukit Duri yang masuk ke dalam Kecamatan Tebet, dan keduanya masuk ke dalam wilayah administratif Kotamadya Jakarta Selatan. Dimana daerah penelitian ditetapkan berdasarkan lokasi tipologi permukiman squatternya. Yaitu squatter permanen di wakili oleh Kelurahan Cikini di Kecamatan Menteng, Kotamadya Jakarta Pusat. Kemudian untuk squatter tumbuh di wakili oleh Kelurahan Pegangsaan di Kecamatan Menteng, Kotamadya Jakarta Pusat dan Kelurahan Bukit Duri di Kecamatan Tebet, Kotamadya Jakarta Selatan. Sedangkan untuk squatter potensial terdiri dari 4 lokasi yaitu Kelurahan Pegangsaan di Kecamatan Menteng, Kotamadya Jakarta Pusat, kemudian Kelurahan Balekambang di Kecamatan Kramat Jati, Kotamadya Jakarta Timur, dan Kelurahan Rawa Jati di Kecamatan Pancoran serta Kelurahan Lenteng Agung di Kecamatan Jagakarsa, Kotamadya Jakarta Selatan.

IV.1.1. JAKARTA PUSAT

Posisi Kota Administrasi Jakarta Pusat terletak antara $106^{\circ}22'42''$ BT sampai dengan $106^{\circ}58'18''$ BT dan $5^{\circ}19'12''$ LS sampai dengan $6^{\circ}23'54''$ LS. Dengan batas wilayah sebagai berikut :

- Utara = Kotamadya Jakarta Utara dan Jakarta Barat
- Timur = Kotamadya Jakarta Timur
- Selatan = Kotamadya Jakarta Selatan dan Jakarta Timur
- Barat = Kotamadya Jakarta Barat

Jakarta Pusat memiliki luas wilayah $48,13 \text{ Km}^2$ yang terletak 4 meter diatas permukaan laut dengan 8 kecamatan, 44 kelurahan, 394 RW dan 4.662 RT. Kelurahan di wilayah Jakarta Pusat yang dilalui oleh Ci Liwung ialah Kelurahan Pegangsaan, Kelurahan Cikini, Kelurahan Kwitang, Kelurahan Senen, Kelurahan Pasar Baru, dan Kelurahan Gunung Sahari Selatan.

A. KECAMATAN MENTENG

Kecamatan Menteng memiliki luas wilayah 48,13 Km² yang terdiri dari 5 kelurahan, yang terbagi ke dalam 38 RW dan 425 RT dengan 25.503 Kepala Keluarga. Kecamatan Menteng memiliki batas-batas wilayah sebagai berikut :

- Utara : Kecamatan Gambir
- Timur : Kecamatan Senen
- Barat : Kecamatan Tanah Abang
- Selatan: Kecamatan Tebet, Kotamadya Jakarta Selatan

Tabel 4.1. Luas Wilayah, Jumlah RW, RT dan Kepala Keluarga Menurut Kelurahan di Kecamatan Menteng, Kotamadya Jakarta Pusat

KECAMATAN MENTENG				
KELURAHAN	LUAS (Km2)	KK	RT	RW
Kebon Sirih	0.83	5,023	77	10
Gondangdia	1.46	1,799	40	5
Cikini	0.82	2,214	66	5
Menteng	2.44	8,372	138	10
Pegangsaan	0.98	8,095	106	8
TOTAL	6.53	25,503	425	38

(Bapeda DKI Jakarta, 2006)

A.1. Kelurahan Cikini

Kelurahan Cikini terletak di bagian Timur wilayah Kecamatan Menteng dengan luas keseluruhan 8.209 Km², dengan batas-batas sebagai berikut :

- Utara = Kelurahan Kebon Sirih
- Timur = Ci Liwung
- Barat = Kelurahan Gondangdia
- Selatan= Kelurahan Pegangsaan

Dari keseluruhan luas Kelurahan Cikini, 79 Km² merupakan tanah negara dimana salah satunya ialah wilayah RW 03 yang merupakan tanah negara yang berada di sepanjang aliran Ci Liwung (\pm 15 meter dari pinggir sungai). RW 03 memiliki luas 2,4842 Ha, dimana terdapat 9 RT yang merupakan pemukiman yang berdiri di atas tanah negara, diantaranya RT 03, 09, 10, 11, 17, 18, 19, 20, dan 21.

Daerah penelitian di Kelurahan Cikini terdiri dari 9 RT di RW 12 dimana wilayahnya berada tepat di bantaran Ci Liwung.

A.2. Kelurahan Pegangsaan

Kelurahan Pegangsaan terletak di bagian Tenggara wilayah Kecamatan Menteng dengan luas keseluruhan 9.825 km². Dimana terdapat 8 RW dan 106 RT, dengan batas-batas sebagai berikut:

- Utara = Kelurahan Cikini
- Timur = Ci Liwung
- Barat = Kelurahan Menteng
- Selatan = Kelurahan Manggarai (Kec. Tebet)

Daerah penelitian di Kelurahan Pegangsaan terdiri dari 2 RT yaitu RT 01 dan RT 07 di RW 01. Dimana hanya 2 RT tersebut yang lokasinya tepat berada di bantaran Ci Liwung.

IV.1.2. JAKARTA SELATAN

Wilayah Administrasi Jakarta Selatan memiliki luas wilayah 145,73 km² yang berada pada posisi 106°45'00" dan 06°15'40,8" LS dengan ketinggian 26,2 meter di atas permukaan laut. Dengan batas-batas wilayah sebagai berikut :

- Utara : Kotamadya Jakarta Pusat dan Jakarta Barat
- Timur : Kotamadya Jakarta Timur dan Ci Liwung
- Selatan : Kotamadya Depok, Propinsi Jawa Barat
- Barat : Kabupaten Tangerang, Propinsi Banten

Wilayah Jakarta Selatan terbagi ke dalam 10 kecamatan dan 65 kelurahan, dimana terdapat 4 kecamatan yang berada di sepanjang bantaran Ci Liwung diantaranya ialah Kecamatan Tebet, Pasar Minggu, Jagakarsa dan Pancoran.

A. Kecamatan Tebet

Kecamatan Tebet memiliki luas wilayah 9,53 Km² yang terdiri dari 7 kelurahan, yang terbagi ke dalam 81 RW dan 950 RT dengan 57.020 Kepala Keluarga. Kecamatan Tebet memiliki batas-batas wilayah sebagai berikut :

- Utara : Kecamatan Menteng

- Timur : Kecamatan Jatinegara, Kotamadya Jakarta Timur dan Ciliwung
- Barat : Kecamatan Kebayoran Baru
- Selatan : Kecamatan Mampang Prapatan

Tabel 4.2. Luas Wilayah, Jumlah RW, RT dan Kepala Keluarga Menurut Kelurahan di Kecamatan Tebet, Kotamadya Jakarta Selatan

KECAMATAN TEBET				
KELURAHAN	LUAS(Km2)	KK	RT	RW
Manggarai	0.95	8,885	164	12
Manggarai Selatan	0.51	6,245	131	10
Bukit Duri	1.08	8,958	151	12
Menteng Dalam	2.58	10,087	139	14
Tebet Timur	1.39	5,876	110	11
Tebet Barat	1.72	7,721	102	8
Kebon Baru	1.30	9,248	153	14
TOTAL	9.53	57,02	950	81

(Bapeda DKI Jakarta, 2006)

A.1. Kelurahan Bukit Duri

Kelurahan Bukit Duri merupakan daerah yang paling padat penduduknya di Kecamatan Tebet. Dimana memiliki luas wilayah 1.080 Km². Dengan batas-batas wilayah sebagai berikut :

- Utara : Kelurahan Manggarai
- Timur : Ciliwung
- Barat : Kelurahan Manggarai Selatan
- Selatan: Kelurahan Kebon Baru

Kelurahan Bukit Duri di dominasi oleh pemukiman kumuh, dimana terdapat 6 RW yang berdiri di lahan negara. Diantaranya ialah RW 01, 08, 09, 10, 11 dan 12. Daerah penelitian di Kelurahan Bukit Duri terdiri dari 5 RT yaitu RT 01, 02, 03, 04, dan 05 yang berada di RW 012.

B. Kecamatan Pancoran

Kecamatan Pancoran memiliki luas wilayah 8,23 Km² yang terdiri dari 6 kelurahan yang terbagi ke dalam 42 RW dan 456 RT dengan 28. 199 Kepala Keluarga. Kecamatan Pancoran memiliki batas-batas wilayah sebagai berikut :

- Utara : Kecamatan Mampang Prapatan
- Timur : Kecamatan Kramat Jati, Kotamadya Jakarta Timur, dan Ci Liwung
- Barat : Kecamatan Cilandak
- Selatan : Kecamatan Pasar Minggu

Tabel 4.3. Luas Wilayah, Jumlah RW, RT dan Kepala Keluarga Menurut Kelurahan di Kecamatan Pancoran, Kotamadya Jakarta Selatan

KECAMATAN PANCORAN				
KELURAHAN	LUAS(Km2)	KK	RT	RW
Pancoran	1.24	4,585	58	5
Duren Tiga	2.45	6,325	76	7
Kalibata	2.20	6,76	116	9
Cikokol	0.72	2,45	42	5
Pengadegan	0.95	4,199	84	8
Rawajati	0.67	3,88	80	8
TOTAL	8.23	28,199	456	42

(Bapeda DKI Jakarta, 2006)

B.1. Kelurahan Rawa Jati

Kelurahan Rawa Jati merupakan Kelurahan yang memiliki luasan paling kecil di Kecamatan Pancoran, Kotamadya Jakarta Selatan. Dimana luas wilayahnya 0.670 Km², dengan batas-batas wilayah sebagai berikut :

- Utara : Kelurahan Duren Tiga
- Timur : Ci Liwung
- Barat : Kelurahan Pengadegan
- Selatan : Kelurahan Kalibata

Di Kelurahan Rawa Jati terdapat 3 RW yang berbatasan langsung dengan Ci Liwung yaitu RW 01, 03, dan 07. Daerah penelitian di Kelurahan Rawa Jati terdiri dari 3 RT yaitu RT 02, 03, dan 04 yang berada di RW 07.

IV.2. PENDUDUK

IV.2.1. Jakarta Pusat

Jakarta Pusat memiliki jumlah penduduk 814.166 jiwa (BPS, 2008) dengan jumlah 236.380 KK. Terdiri dari 409.790 jiwa penduduk laki-laki dan 404.376 jiwa penduduk perempuan. Dengan kepadatan penduduk 16,916 jiwa/km². Dimana jumlah balitanya yaitu 67.408 jiwa terdiri dari 35.200 jiwa balita laki-laki dan 32.208 jiwa balita perempuan.

Tabel 4.4. Penduduk Kotamadya Jakarta Pusat Menurut Kecamatan

Kecamatan	Luas Wilayah (km ²)	RW	RT	KK	Penduduk	Kepadatan Penduduk (Jiwa/Km ²)
Tanah Abang	9,31	67	731	34.910	102.563	11,016
Menteng	6,53	38	423	26.150	78.542	12,028
Senen	4,22	47	512	20.788	93.069	22,054
Johar Baru	2,38	40	558	24.403	101.192	42,518
Cempaka Putih	4,69	30	367	18.912	64.951	13,849
Kemayoran	7,25	77	984	55.406	187.771	25,899
Sawah Besar	6,16	49	598	32.670	102.717	16,675
Gambir	7,59	46	489	23.141	83.361	10,983

(Badan Pusat Statistik (BPS) DKI Jakarta, 2008)

Pada tahun 2008, jumlah kelahiran di Kotamadya Jakarta Pusat yaitu mencapai 246 kelahiran dan terdapat 335 jumlah kematian. Seperti yang tercantum pada tabel di bawah ini.

Tabel 4.5. Jumlah Kelahiran, Kematian dan Jumlah Puskesmas Menurut Kecamatan di Kotamadya Jakarta Pusat

Kecamatan	Lahir	Mati	Jumlah Puskesmas
Tanah Abang	12	52	7
Menteng	16	35	5
Senen	36	27	6
Johar Baru	22	39	4
Cempaka Putih	24	28	3
Kemayoran	56	84	8
Sawah Besar	46	48	5
Gambir	34	22	9

(Badan Pusat Statistik (BPS) DKI Jakarta, 2008)

Jumlah Rumah Sakit di Kota Administrasi Jakarta Pusat ada 32 buah, Rumah Bersalin 18 buah, Puskesmas Kecamatan 8 buah, Puskesmas 36 buah, Balai Pengobatan Umum (Poliklinik) 39 buah, Posyandu 498 buah, Apotik 207 buah, Dokter praktek (Umum, Spesialis, dan Gigi) 2.093 buah, dan Bidan 96 orang.

IV.2.2. Jakarta Selatan

Jakarta Selatan terbagi kedalam 10 kecamatan yang terbagi ke dalam 65 kelurahan, 575 RW, 6.120 RT, dan 399.073 Kepala Keluarga. Jumlah kelahiran yang hidup yaitu 10.356 kelahiran dan jumlah kelahiran yang mati yaitu 172 kelahiran. Dengan jumlah bayi yang meninggal selama 2008 yaitu 258 bayi dan balita yang meninggal sebanyak 11 balita.

Tabel 4.6. Penduduk, Jumlah Kelahiran, Jumlah Kematian Bayi dan Balita

Kecamatan	Kelurahan	RW	RT	KK	Lahir Mati	Lahir Hidup	Jumlah Bayi Mati (0 - < 1 Tahun)	Jumlah Balita Mati (1 - 5 Tahun)
Jagakarsa	6	54	540	51.501	762	6	6	1
Pasar Minggu	7	65	725	54.654	*	*	*	*
Cilandak	5	45	471	37.387	2.979	118	208	0
Pesanggrahan	5	50	523	26.126	1.596	13	13	6
Kebayoran Lama	6	77	856	51.967	*	*	*	*
Kebayoran Baru	10	74	658	31.327	1.372	17	29	4
Mampang Prapatan	5	38	411	26.790	*	*	*	*
Pancoran	6	43	479	28.757	1.844	0	0	0
Tebet	7	80	945	64.524	158	0	0	0
Setia Budi	8	49	512	26.040	1.645	18	2	0

* Tidak ada data

(Badan Pusat Statistik (BPS) DKI Jakarta, 2008)

Fasilitas kesehatan di Jakarta Selatan terdiri dari 66 buah Rumah Sakit, 118 buah Poliklinik atau Balai Kesehatan, 304 buah Apotik dan 94 buah Toko Obat.

Di Jakarta Selatan juga terjadi beberapa kasus penyakit yang paling sering muncul pada musim hujan, yaitu penyakit DBD. Terdapat 22.062 kasus dimana angka terbesar terjadi di Kecamatan Cilandak yaitu hampir lebih dari 15.000 kasus. Sedangkan untuk kasus penyakit lain yang sering muncul yaitu Diare, dimana penyakit ini paling sering di derita oleh bayi dan balita. Pada tahun 2008 terjadi 15.116 kasus Diare untuk jumlah kasus seluruh Jakarta Selatan.

Tabel 4.7. Jumlah Dokter Umum, Bidan dan Jumlah Kasus Penyakit Tertentu

Kecamatan	Dokter Umum	Bidan	Diare	DBD
Jagakarsa	56	6	224	138
Pasar Minggu	81	13	*	*
Cilandak	99	3	7.226	15.258
Pesanggrahan	54	4	2.416	2.887
Kebayoran Lama	76	4	304	11
Kebayoran Baru	127	0	511	553
Mampang Prapatan	55	2	716	*
Pancoran	47	2	907	1.497
Tebet	101	1	722	386
Setia Budi	95	4	2.090	1.332

*Tidak Ada Data

(Badan Pusat Statistik (BPS) DKI Jakarta, 2008)

IV.3. Tipologi Pemukiman Squatter

IV.3.1. Squatter Potensial

Squatter potensial ialah suatu pemukiman *squatter* yang intensitas penggunaan lahannya masih rendah. Kriteria *squatter* potensial itu sendiri ialah sebagai berikut :

1. Intensitas penggunaan lahannya masih rendah
2. Jumlah permukiman yang masih sangat kecil lingkupnya (meskipun mengelompok kemungkinan hanya terdapat beberapa rumah saja)
3. Tipe bangunan hunian tidak permanen
4. Bersifat temporer atau hanya untuk jangka waktu tertentu

Squatter potensial dalam penelitian ini berada tersebar di beberapa wilayah kelurahan yang ada di Kecamatan Menteng yang masuk ke dalam wilayah

administrasi Kotamadya Jakarta Pusat, Kecamatan Kramat Jati yang masuk ke dalam wilayah administrasi Kotamadya Jakarta Timur, serta Kecamatan Pancoran dan Kecamatan Jagakarsa, Kotamadya Jakarta Selatan.

Umumnya penduduk di wilayah ini tidak terdaftar secara administrasi di kantor pemerintah di lokasi tempat tinggal mereka.



Foto 4.1. *Squatter* Potensial
Kelurahan Rawa Jati, Kecamatan Pancoran (29 Mei 2009)

IV.3.2. *Squatter* Tumbuh

Squatter tumbuh ialah suatu permukiman *squatter* dimana intensitas penggunaan lahannya mulai beragam dengan berbagai jenis tempat tinggal.

Kriteria *squatter* tumbuh itu sendiri ialah sebagai berikut :

1. Jumlah unit bangunan meningkat mulai mengelompok membentuk suatu komunitas
2. Tipe hunian beragam (permanen, semi permanen, hingga tidak permanen), namun di dominasi oleh bangunan semi permanen.
3. Biasanya di dominasi oleh pendatang
4. Fasilitas publik yang tersedia umumnya swadaya oleh masyarakatnya sendiri yang tinggal di lokasi tersebut
5. Terdapat sarana dan prasarana pelayanan publik namun masih sangat minim.

Squatter tumbuh dalam penelitian ini merupakan permukiman paling luas dan paling banyak di sepanjang bantaran Ci Liwung. Kita dapat menemui permukiman dengan tipologi ini pada kelurahan-kelurahan di Kecamatan Tebet serta Pancoran yang masuk ke dalam wilayah Kotamadya Jakarta Selatan. Umumnya wilayah *squatter* tumbuh merupakan wilayah yang cukup padat

penduduk dan tergolong kumuh. Dimana masyarakatnya tercatat secara administrasi namun tidak memiliki sertifikat tanah untuk tinggal, karena yang dimiliki hanya berupa kuitansi bukti pembayaran dari pemilik tanah sebelumnya. Tetapi penduduk di wilayah ini tetap dibebankan pajak yaitu PBB (Pajak Bumi Bangunan) untuk keberadaan rumah mereka.



Foto 4.2. *Squatter* Tumbuh
Kelurahan Bukit Duri, Kecamatan Tebet (29 Mei 2009)

IV.3.3. *Squatter* Permanen

Squatter permanen merupakan suatu pemukiman *squatter* yang intensitas penggunaannya sudah mulai tinggi dan layak pemukiman pada umumnya dengan aktivitas yang beragam di dalamnya. *Squatter* permanen memiliki kriteria sebagai berikut :

1. Permukiman padat
2. Di dominasi oleh bangunan permanen
3. Fasilitas pelayanan publik seperti kebutuhan sumber air bersih untuk minum maupun MCK disediakan oleh pemerintah
4. Umumnya sudah bertahun-tahun (lebih dari 15 tahun) keberadaan lokasinya bahkan rata-rata penduduknya ialah penduduk asli
5. Layaknya pemukiman pada umumnya dengan segala kegiatan masyarakatnya yang beragam
6. Secara administrasi penduduknya tercatat di kantor pemerintah meskipun bangunan atau tempat tinggal yang mereka tempati masih tetap berstatus illegal (hanya menggunakan bukti kuitansi sebagai pengganti akta tanah dari pemilik tanah sebelumnya)

7. Biasanya lokasinya dekat dengan pusat kegiatan
8. Sarana dan prasarana mulai lengkap dan dengan segala fasilitas pendukung seperti fasilitas kesehatan dan pendidikan

Squatter permanen dalam penelitian ini diwakili oleh wilayah Kelurahan Cikini dan Pegangsaan yang masuk ke dalam wilayah administrasi Kecamatan Menteng, Kotamadya Jakarta Pusat. *Squatter* permanen pada umumnya berada pada wilayah dekat pusat kota sehingga fasilitas pelayanan publiknya pun dapat dikatakan lengkap hampir sama dengan ketersediaan fasilitas pelayanan yang ada di pemukiman pada umumnya. Meskipun tanah yang mereka tempati bersifat illegal karena merupakan tanah negara. Dimana umumnya mereka hanya mempunyai surat girik atau kuitansi bukti pembayaran sebagai tanda kepemilikan atas bangunan yang mereka tempati. Selain itu rata-rata permukiman ini terbentuk sudah berpuluh-puluh tahun sehingga membuat pemerintah akhirnya membiarkan keberadaan *squatter* permanen ini karena dianggap sebagai kelalaian pemerintah.



Foto 4.3. *Squatter* Permanen
Kelurahan Cikini, Kecamatan Menteng (29 Mei 2009)

BAB V. HASIL DAN PEMBAHASAN

5.1. Tingkat Kesehatan Masyarakat

Dimana setelah melakukan pengolahan data dengan mengklasifikasikan pada setiap indikator di masing-masing tipologi permukiman, maka di dapatkan hasil bahwa tingkat kesehatan masyarakat rendah berada pada *squatter* potensial, tingkat kesehatan masyarakat sedang berada pada *squatter* tumbuh dan tingkat kesehatan masyarakat tinggi berada pada *squatter* permanen.

5.1.1. *Squatter* Potensial

5.1.1.1. Tingkat Kematian Bayi

Tabel 5.1. Tingkat Kematian Bayi di Wilayah *Squatter* Potensial

Squatter	Jumlah Kelahiran Bayi	Lahir Hidup	Lahir Mati	Tingkat Kematian Bayi
Potensial	14	12	2	143

Hasil Survey dan Pengolahan Data, 2009

Tingkat kematian bayi di wilayah *squatter area* potensial dapat dikategorikan tinggi. Dimana terdapat 143 bayi yang meninggal per 1000 kelahiran penduduknya. Selain itu, kurangnya asupan gizi bagi si ibu sewaktu mengandung semakin meningkatkan resiko tersebut. Hal ini menunjukkan masih rendahnya kepedulian masyarakat di wilayah ini akan pentingnya kesehatan ibu maupun anaknya yang merupakan salah satu indikator penentu tingkat kesehatan suatu masyarakat tertentu.

5.1.1.2. Angka Kesakitan (Angka Kejadian Penyakit) dan Status Gizi Balita

Tabel 5.2. Angka Kejadian Penyakit dan Jumlah Balita Penderita Gizi Buruk di Wilayah *Squatter* Potensial

Squatter	Kelurahan	Jumlah Balita	Gizi Buruk	%	Jumlah Kejadian Penyakit			
					DBD	Angka Kesakitan	Diare	Angka Kesakitan
Potensial	Pegangsaan	7	1	14,3	2	285,7	2	285,7
	Balekambang	9	1	11,1	1	111,1	2	222,2
	Rawa Jati	24	3	12,5	1	41,7	5	208,3
	Lenteng Agung	18	2	11,1	3	166,7	3	166,7

Hasil Survey dan Pengolahan Data, 2009

Jumlah balita berdasarkan hasil survey disesuaikan dengan jumlah dari pemukiman yang ada (jumlah sesuai sampel, yaitu total 30 sampel)

Berdasarkan hasil pengolahan data, dapat terlihat bahwa status gizi balita di wilayah *squatter area* tergolong buruk. Hal ini dapat terlihat dari persentase balita yang menderita gizi buruk yang rata-rata melebihi 10% dari jumlah balita yang ada di wilayah *squatter area* potensial. Selain itu, angka kejadian penyakit DBD dan Diare yang terjadi juga cukup tinggi, dimana rata-rata dari 1000 penduduk angka kejadian penyakitnya mencapai lebih dari 200. Hal ini disebabkan oleh kondisi lingkungan tempat tinggal mereka yang tergolong buruk dan cara hidup masyarakat di wilayah ini yang mengkonsumsi air minum yang berasal dari sumur yang dapat dikatakan airnya sudah tercemar oleh bakteri, karena air sumur yang mereka konsumsi berasal dari sumur yang berada di bantaran sungai yang pastinya tercemar oleh air sungai yang meresap ke dalam tanah di bantaran dimana mereka tinggal.

Berdasarkan hasil pengolahan data di dapatkan hasil bahwa tingkat kesehatan masyarakat di wilayah *squatter potensial* dikategorikan rendah. Hal ini disebabkan oleh karena tingginya tingkat kematian bayi di wilayah *squatter* ini. Status gizi balita di wilayah *squatter potensial* juga dikategorikan buruk. Tingginya angka kejadian penyakit DBD dan Diare juga menjadi salah satu faktor penentu kenapa tingkat kesehatan masyarakat disini rendah.

5.1.2. Squatter Tumbuh

5.1.2.1. Tingkat Kematian Bayi

Tabel 5.3. Tingkat Kematian Bayi di Wilayah Squatter Tumbuh

Squatter	Jumlah Kelahiran Bayi	Lahir Hidup	Lahir Mati	Tingkat Kematian Bayi
Tumbuh	61	17	4	66

Hasil Survey dan Pengolahan Data, 2009

Tingkat kematian bayi tergolong sedang yaitu tidak tinggi ataupun rendah, yaitu 66 bayi meninggal dari 1000 kelahiran bayi. Dimana hal ini berkaitan dengan tingkat pendapatan dan pendidikan masyarakat di wilayah ini sudah cukup tinggi. Selain itu kemudahan akses untuk mendapatkan pelayanan kesehatan juga membantu ibu di wilayah *squatter* ini untuk lebih memperhatikan kondisi kesehatannya sewaktu mengandung sehingga memperkecil resiko kematian bayi saat lahir.

5.1.2.2. Angka Kesakitan (Angka Kejadian Penyakit) dan Status Gizi Balita

Tabel 5.4. Angka Kejadian Penyakit dan Jumlah Balita Penderita Gizi Buruk di Wilayah Squatter Tumbuh

Squatter	Kelurahan	Lokasi RW	Jumlah Balita	Gizi Buruk	%	Jumlah Kejadian Penyakit			
						DBD	Angka Kejadian	Diare	Angka Kejadian
Tumbuh	Bukit Duri	12	654	6	0,92	9	13,76	14	21,41
	Rawa Jati	7	85	1	1,2	5	58,82	11	129,41

Hasil Survey dan Pengolahan Data, 2009

Status gizi balita di wilayah *squatter* tumbuh tergolong kurang karena ada sebagian wilayahnya terdapat lebih dari 1% penderita gizi buruk dari jumlah keseluruhan balita yang ada. Hal ini menunjukkan masih kurangnya perhatian masyarakat khususnya orang tua si balita dalam hal pemenuhan kebutuhan gizi anaknya. Namun ini juga disebabkan oleh tingkat pendapatan masyarakat di wilayah ini yang tergolong kalangan menengah ke bawah, dimana baru sebagian

masyarakat yang memiliki pendapatan melebihi UMR dan sebagian lainnya masih dibawah UMR. Sehingga untuk sebagian masyarakatnya masih ada yang belum bisa mencukupi kebutuhan gizi balitanya sesuai standar yang dibutuhkan oleh balita itu sendiri.

Rata-rata angka kejadian penyakit yang terjadi di wilayah squatter ini dapat dikatakan tidak terlalu tinggi. Khususnya untuk penyakit DBD dimana kemungkinan dari 1000 penduduk hanya < 100 kejadian. Namun untuk penyakit Diare di sebagian wilayahnya tergolong tinggi yaitu kemungkinan dari 1000 penduduk terdapat > 100 kejadian yang terjadi. Hal ini dapat terjadi karena di wilayah ini penanganan penyakit DBD sudah cukup baik dimana setiap 3 bulan sekali dilakukan pengasapan (*fogging*) di wilayah ini sehingga memperkecil resiko semakin mewabahnya penyakit ini. Sedangkan untuk penyakit Diare hal ini disebabkan oleh gaya hidup masyarakat di wilayah ini yang sebagian masih mengandalkan air sumur galian (pompa) sebagai sumber air bersih untuk konsumsi dimana airnya sudah tercemar oleh air sungai yang sudah terkontaminasi banyak bakteri yang meresap ke dalam tanah di sepanjang bantaran sungai.

Berdasarkan hasil pengolahan data didapatkan hasil bahwa tingkat kesehatan masyarakat wilayah pemukiman squatter tumbuh dikategorikan sedang. Hal ini terlihat dari tingkat kematian bayi sedang dan status gizi balita juga sedang. Selain itu rata-rata angka kejadian penyakit yang terjadi di wilayah squatter tumbuh juga tergolong sedang atau tidak terlalu banyak kejadian penyakit yang terjadi.

5.1.3. *Squatter* Permanen

5.1.3.1. Tingkat Kematian Bayi

Tabel 5.5. Tingkat Kematian Bayi di Wilayah *Squatter* Permanen

Squatter	Jumlah Kelahiran Bayi	Lahir Hidup	Lahir Mati	Tingkat Kematian Bayi
Kawasan	27	26	1	37

Hasil Survey dan Pengolahan Data, 2009

Tingkat kematian bayi di *squatter* permanen tergolong rendah. Dimana hanya sekitar 37 bayi yang meninggal dari 1000 kelahiran bayi yang ada. Hal ini karena tingkat pendidikan dan pendapatan masyarakat di wilayah ini sudah tinggi dan dekatnya lokasi pemukiman dengan pelayanan kesehatan seperti Rumah Sakit maupun klinik juga membantu ibu yang berada di wilayah ini lebih mudah mendapatkan pelayanan kesehatan yang memadai sehingga memperkecil resiko kematian bayi saat lahir karena lebih cepat mendapat pertolongan pada saat melahirkan.

5.1.3.2. Angka Kesakitan (Angka Kejadian Penyakit) dan Status Gizi Balita

Tabel 5.6. Angka Kejadian Penyakit dan Balita Penderita Gizi Buruk di Wilayah *Squatter* Permanen

Squatter	Kelurahan	Jumlah Balita	Gizi Buruk	%	Jumlah Kejadian Penyakit			
					DBD	Angka Kejadian	Diare	Angka Kejadian
Kawasan	Cikini	745	1	0,001	46	61,74	9	12,08
	Pegangsaan	2.167	2	0,0009	80	36,92	73	33,68

*Hasil Survey dan Pengolahan Data, 2009
Jumlah keseluruhan dalam satu kelurahan*

Berdasarkan hasil pengolahan data yang dilakukan dapat terlihat bahwa status gizi balita di kawasan *squatter* ini baik. Dimana dari < 1% penderita balita gizi buruk dari keseluruhan balita yang ada. Hal ini menunjukkan bahwa kemampuan masyarakat di wilayah ini sudah mampu memenuhi kebutuhan gizi bagi balitanya sehingga dapat dikatakan tingkat kesejahteraan masyarakatnya sudah cukup baik.

Rata-rata angka kejadian penyakit tidak terlalu tinggi dimana rata-rata kejadian penyakit yang terjadi hanya terdapat < 100 kejadian per 1000 penduduk yang ada. Hal ini disebabkan oleh kepedulian masyarakat yang cukup baik dalam penanganan masalah penyakit ini. Meskipun angka kejadian penyakit DBD melebihi angka kejadian penyakit Diare yang terjadi namun cepatnya penanganan pemerintah untuk menangani masalah kesehatan ini membantu mengurangi

jumlah kejadian penyakit tersebut. Misalnya pada saat terjadi kasus DBD maka lokasi terjadinya kasus akan langsung di *fogging* (pengasapan). Selain itu aktifnya masyarakat dalam pemberantasan jentik juga semakin membantu mengurangi jumlah kasus yang terjadi. Dimana setiap jumat dilakukan pemeriksaan jentik nyamuk ke rumah-rumah warga yang dilakukan oleh kader kesehatan dari di wilayah setempat. Sedangkan untuk kasus Diare, kasus rata-rata terjadi pada masyarakat yang masih mengkonsumsi air bersih yang berasal dari sumur namun itupun tidak terlalu tinggi.

Berdasarkan pengolahan data yang dilakukan di dapatkan hasil bahwa tingkat kesehatan masyarakat di kawasan squatter di kategorikan tinggi. Hal ini terlihat dari rendahnya tingkat kematian bayi yang terjadi, dan juga rendahnya angka kejadian penyakit DBD dan Diare di daerah ini. Selain itu, status gizi balita di wilayah permukiman ini tergolong baik.

5.2. Hubungan Antara Tingkat Kesehatan Masyarakat Dengan Faktor Fisik Lingkungan dan Sosial Ekonomi Masyarakat

5.2.1. Tingkat Kesehatan Masyarakat dengan Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan merupakan variabel yang digunakan untuk menggambarkan bagaimana tingkat pengetahuan dan kepedulian masyarakat terhadap kesehatan keluarganya. Dimana tingkat pengetahuan seorang ibu mengenai kesehatan saling mempengaruhi pada tingkat kematian anak. Semakin tinggi tingkat pendidikan ibu maka tingkat kematian anak akan semakin menurun karena diasumsikan seorang ibu yang memiliki tingkat pendidikan tinggi maka dia akan cenderung lebih memperhatikan kesehatan pada saat mengalami kehamilan sehingga mengurangi resiko kematian bayi pada saat melahirkan.

Berdasarkan hasil perhitungan dengan menggunakan rumus Chi Square di dapatkan hasil nilai signifikansinya ialah 0,000 pada tingkat kepercayaan 95%. Hal ini berarti bahwa nilai signifikansinya yaitu 0,000 lebih kecil dari 0,05, dengan nilai koefisien kontingensi sebesar 0,525 sehingga dapat diketahui bahwa terdapat korelasi atau hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan tingkat kesehatan masyarakat. (Lihat Tabel)

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	34,238(a)	2	,000
Likelihood Ratio	36,518	2	,000
Linear-by-Linear Association	30,022	1	,000
N of Valid Cases	90		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12,33.

Symmetric Measures

	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	,525	,000
N of Valid Cases	90	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Tingkat pendidikan mempengaruhi tingkat kesehatan masyarakat dimana semakin tinggi tingkat pendidikan masyarakatnya maka tingkat kesehatan masyarakatnya pun juga akan semakin tinggi. Hal ini terlihat dari gambaran mengenai tingkat pendidikan di setiap permukiman *squatter* yang ada di daerah penelitian. Dimana berdasarkan hasil survey dan pengolahan data diketahui bahwa tingkat pendidikan masyarakat di *squatter* permanen yang tingkat kesehatan masyarakatnya tergolong tinggi juga dikategorikan tinggi. Meskipun terdapat perbedaan pada wilayah *squatter* tumbuh, dimana tingkat kesehatan masyarakatnya tergolong sedang namun tingkat pendidikannya tergolong tinggi meskipun masih ada sebagian yang tergolong rendah. Sedangkan wilayah *squatter* potensial tergolong tingkat kesehatannya rendah dimana tingkat pendidikan masyarakatnya juga tergolong rendah.

Crosstabulation

Count

		Pendidikan		Total
		Rendah	Tinggi	
Kesehatan	Rendah	25	5	30
	Sedang	8	22	30
	Tinggi	4	26	30
Total		37	53	90

Berdasarkan hasil perhitungan diperoleh hasil bahwa pada daerah dengan tingkat kesehatan rendah terdapat 83,3% tingkat pendidikan masyarakatnya tergolong rendah (setara lulusan SMP dan hanya 16,7% yang pendidikannya tinggi (setara lulusan SMA berdasarkan pada ketentuan Departemen Pendidikan yaitu wajib belajar 9 tahun). Pada daerah tingkat kesehatan sedang terdapat 26,7% tingkat pendidikan rendah dan 73,3% tingkat pendidikan tinggi, sedangkan pada daerah dengan tingkat kesehatan tinggi terdapat 13,3% tingkat pendidikan masyarakatnya yang rendah dan 86,7% tingkat pendidikan tinggi.

5.2.1.1. *Squatter* Potensial

Pada wilayah *squatter area* potensial rata-rata tingkat pendidikan seorang ibu rendah. Ditunjukkan dengan 83,3% tingkat pendidikan rendah yaitu setara lulusan SD dimana paling tinggi setara lulusan SMP dan hanya 16,7% tingkat pendidikan tinggi yaitu setara lulusan SMA. Hal ini disebabkan keterbatasan biaya, karena pada umumnya mereka berasal dari keluarga kurang mampu di daerah pedesaan. Hal ini ditunjukkan dengan kurang lebih 76,7% merupakan pendatang atau berasal dari luar Jakarta dan mereka ke Jakarta untuk mencoba peruntungan yaitu mencari pekerjaan namun ada juga karena alasan mengikuti suami yang bekerja di Jakarta.

5.2.1.2. *Squatter* Tumbuh

Tingkat pendidikan rata-rata ibu di wilayah *squatter* tumbuh tergolong tinggi dimana 73,3% tingkat pendidikannya setara dengan lulusan SMA dan hanya 26,7% yang setara dengan lulusan SMP. Hal inilah yang menjadi salah satu alasan dimana tingkat kepedulian ibu akan pentingnya kesehatan anak di wilayah ini tergolong tinggi yaitu sekitar 73,3% ibu peduli dan memahami pentingnya kesehatan.

5.2.1.3. *Squatter* Permanen

Tingkat pendidikan ibu di *squatter* permanen tergolong tinggi karena 86,7% setara dengan lulusan SMA dimana 23,3% dari 86,7% merupakan lulusan perguruan tinggi dan hanya 13,3% yang setara dengan lulusan SMP. Hal ini

berpengaruh pada kondisi gizi anak mereka dimana dapat terlihat 70% bergizi baik dan hanya 30% yang gizinya kurang namun itupun untuk sebagian penduduk yang berpenghasilan di bawah UMR. Umumnya masyarakat di wilayah ini merupakan penduduk asli dengan persentase sekitar 70% merupakan penduduk asli dan 30% merupakan pendatang.

5.2.2. Tingkat Kesehatan Masyarakat dengan Tingkat Pendapatan

Berdasarkan hasil perhitungan dengan menggunakan rumus Chi Square di dapatkan hasil nilai signifikansinya ialah 0,035 pada tingkat kepercayaan 95%. Hal ini berarti bahwa nilai signifikansinya yaitu 0,035 lebih kecil dari 0,05, dengan nilai koefisien kontingensi sebesar 0,263 sehingga dapat diketahui bahwa terdapat korelasi atau hubungan yang signifikan antara tingkat pendapatan dengan tingkat kesehatan masyarakat. (Lihat Tabel)

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,696(a)	2	,035
Likelihood Ratio	6,829	2	,033
Linear-by-Linear Association	6,622	1	,010
N of Valid Cases	90		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14,00.

Symmetric Measures

	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	,263	,035
N of Valid Cases	90	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Crosstabulation

Count

		Pendapatan		Total
		Rendah	Tinggi	Rendah
Kesehatan	Rendah	19	11	30
	Sedang	14	16	30
	Tinggi	9	21	30
Total		42	48	90

Berdasarkan hasil perhitungan diperoleh hasil bahwa pada daerah dengan tingkat kesehatan rendah terdapat 66,7% tingkat pendapatan masyarakatnya tergolong rendah (yaitu dibawah Upah Minimum Regional DKI Jakarta) dan 33,3% yang pendapatannya tinggi (lebih besar dari UMR). Pada daerah tingkat kesehatan sedang terdapat 46,7% tingkat pendapatan rendah dan 53,3% tingkat pendapatan tinggi, sedangkan pada daerah dengan tingkat kesehatan tinggi terdapat 30% tingkat pendapatan masyarakatnya yang rendah dan 70% tingkat pendapatan tinggi.

5.2.2.1. *Squatter* Potensial

Pada wilayah *squatter area* potensial rata-rata pekerjaan masyarakatnya ialah pedagang dan buruh, dimana 66,7% merupakan buruh lepas yang bekerja hanya pada saat tertentu (musiman), misalnya sebagai kuli bangunan dan lainnya. Sedangkan 33,3%-nya merupakan pedagang kaki lima maupun pedagang keliling dengan pendapatan rendah. Rata-rata pendapatan masyarakat di wilayah ini berada di bawah Upah Minimum Regional (UMR) DKI Jakarta (yaitu satu juta rupiah). Dimana 63,3% berpenghasilan di bawah UMR dan 36,7% berpenghasilan diatas UMR, itupun dikarenakan mereka bekerja sambil maupun memiliki penghasilan gabungan dengan anak yang sudah bekerja namun belum menikah.

5.2.2.2. *Squatter* Tumbuh

Tingkat pendapatan masyarakat di wilayah *squatter* tumbuh rata-rata berada diatas Upah Minimum Regional (UMR) DKI Jakarta yaitu 53,3% berpenghasilan diatas UMR dan 46,7% berpenghasilan di bawah UMR. Hal ini disebabkan sekitar 23,3% masyarakatnya bekerja sebagai buruh dan 76,7% bekerja sebagai pegawai swasta seperti supir taxi, cleaning service, office boy, dan lain-lain. Selain itu, karena rata-rata mereka bekerja di wilayah Jakarta yang dekat dengan lokasi tempat tinggal sehingga biaya untuk transport berkurang. Bahkan ada sekitar 36,7% masyarakat yang memang sudah memiliki kendaraan pribadi seperti motor yang tidak terlalu banyak memakan biaya, 36,7% menggunakan angkutan umum seperti bus, angkot atau kereta dan 26,6% mereka hanya berjalan kaki atau menggunakan sepeda dimana tidak mengeluarkan biaya

karena lokasi bekerja mereka yang sangat dekat dengan lokasi tempat tinggal mereka.

5.2.2.3. Squatter Permanen

Tingkat pendapatan masyarakat di *squatter* permanen tergolong tinggi dimana masyarakat yang berpenghasilan lebih dari Upah Minimum Regional (UMR) DKI Jakarta terdapat 70% dan hanya 30% yang berpenghasilan di bawah UMR. Rata-rata jenis pekerjaan masyarakat di wilayah ini ialah pegawai swasta yaitu sekitar 63,3%, 20% merupakan wirausaha atau pedagang dan hanya 16,7% yang bekerja sebagai buruh lepas. Selain itu, sebagian besar masyarakatnya memiliki kendaraan pribadi, yaitu sekitar 53,3% memiliki kendaraan pribadi seperti motor, dan sisanya menggunakan angkutan umum.

5.2.3. Tingkat Kesehatan Masyarakat dengan Kualitas Pemukiman

Berdasarkan hasil perhitungan dengan menggunakan rumus Chi Square di dapatkan hasil nilai signifikansinya ialah 0,000 pada tingkat kepercayaan 95%. Hal ini berarti bahwa nilai signifikansinya yaitu 0,000 lebih kecil dari 0,05, dengan nilai koefisien kontingensi sebesar 0,61 sehingga dapat diketahui bahwa terdapat korelasi atau hubungan yang signifikan antara kualitas pemukiman dengan tingkat kesehatan masyarakat. (Lihat Tabel)

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	53,353(a)	4	,000
Likelihood Ratio	60,895	4	,000
Linear-by-Linear Association	40,734	1	,000
N of Valid Cases	90		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,00.

Symmetric Measures

	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	,610	,000
N of Valid Cases	90	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Hal ini berarti bahwa kualitas pemukiman memiliki pengaruh atau korelasi terhadap tingkat kesehatan masyarakat dimana semakin baik kualitas pemukimannya maka tingkat kesehatan masyarakatnya pun juga akan semakin baik atau tinggi.

Crosstabulation

Count		Kualitas pem			Total
		Buruk	Sedang	Baik	Buruk
Kesehatan	Rendah	17	13	0	30
	Sedang	6	24	0	30
	Tinggi	0	15	15	30
Total		23	52	15	90

Berdasarkan hasil perhitungan diperoleh hasil bahwa pada daerah dengan tingkat kesehatan rendah terdapat 56,7% kualitas pemukimannya tergolong sedang dan 43,3% kualitas pemukimannya buruk. Pada daerah tingkat kesehatan sedang terdapat 80% kualitas pemukiman sedang dan 20% kualitas pemukimannya buruk, sedangkan pada daerah dengan tingkat kesehatan tinggi terdapat 50% kualitas pemukimannya tergolong baik dan 50% tergolong kualitas pemukiman sedang.

5.2.3.1. Squatter Potensial

Kualitas pemukiman wilayah squatter area potensial dapat dikatakan cukup buruk, dimana 56,7% tergolong buruk dan 43,3% tergolong kurang baik kualitasnya. Hal ini dapat terlihat dari ketersediaan MCK, sumber air bersih untuk mandi maupun konsumsi, sistem pembuangan limbah dan sampah serta kondisi bangunan untuk tinggal. Selain itu, 90% jenis bangunan tempat tinggalnya merupakan bangunan tidak permanen yaitu bangunan yang hanya terbuat sisa kayu, seng, terpal maupun kardus. Hal ini karena masyarakat squatter area potensial sadar bahwa mereka mendirikan bangunan di lahan ilegal yaitu tanah negara dimana sewaktu-waktu mereka bisa saja digusur oleh pemerintah.

Sehingga mereka memilih mendirikan bangunan yang mudah dibangun, karena yang terpenting bagi mereka adalah memiliki tempat untuk berteduh sementara.



Foto 5.1. Kondisi lingkungan di *squatter potensial*

Pada wilayah *squatter area* potensial 56,7% masyarakatnya masih mengandalkan sungai untuk MCK dan hanya 43,3% yang memiliki MCK sendiri namun itupun MCK darurat yang mereka buat dari kayu dan seng bahkan dalam kondisi terbuka tanpa sekat. Sedangkan sumber air bersih untuk mandi berasal dari air sumur galian yang mereka buat sendiri dan air bersih untuk konsumsi 46,7% mengandalkan air isi ulang atau membeli secara eceran serta 53,3% mengandalkan air sumur galian untuk konsumsi air minum.



Foto 5.2. Fasilitas MCK di *squatter* potensial

Selain itu, mereka tidak memiliki saluran pembuangan limbah. Dimana mereka membuang limbah langsung ke sungai sedangkan untuk pembuangan sampah, 73,3% masyarakat membuang sampah langsung ke sungai dan hanya 26,7% yang membakar sampah rumah tangga mereka. Masyarakat berpendapat membuang sampah ke sungai dinilai lebih efisien atau mudah dibandingkan harus membakar sampah tersebut, karena menurut mereka sampah yang mereka buang tidak terlalu banyak. Selain itu, kondisi sungai yang memang sudah tercemar dan dipenuhi sampah semakin memperkuat alasan mereka bahwa membuang sampah langsung ke sungai merupakan cara yang paling mudah mereka lakukan.

5.2.3.2. *Squatter* Tumbuh

Kualitas pemukiman di wilayah *squatter area* tumbuh tergolong kurang memadai. Dimana 80% kurang memadai dan 20% sangat tidak memadai sebagai lokasi pemukiman untuk tinggal. Hal ini dapat terlihat dari ketersediaan MCK, sumber air, sistem pembuangan limbah dan sampahnya, serta kondisi bangunan tempat tinggalnya.

Jenis bangunan yang mendominasi wilayah ini terdiri dari 73,3% bangunan permanen, 16,7% bangunan semi permanen (setengah tembok, setengah lagi papan) dan 10% merupakan bangunan tidak permanen. Dalam hal status kepemilikan bangunan, 36,7% merupakan hak milik, 30% sewa atau kontrak dengan rata-rata Rp.150.000,- – Rp. 300.000,- per bulannya dan 33,3% merupakan rumah hibah atau rumah warisan dari orang tua.



Foto 5.3. Kondisi lingkungan di *squatter* tumbuh

Sedangkan ketersediaan MCK maupun sumber air bersihnya yaitu masyarakat yang menggunakan MCK sendiri terdapat 63,3%, 23,3% menggunakan MCK umum untuk kegiatan sehari-hari dan 13,4% menggunakan air sungai sebagai MCK. Sumber air minum sendiri sekitar 30% masyarakat membeli air isi ulang secara eceran dengan harga Rp.3.000,- per galon dan 70% masih mengandalkan air sumur dimana sumur yang mereka gunakan ialah sumur pompa maupun sumur timba. Sedangkan sumber air untuk mandi maupun mencuci 96,7% masyarakat menggunakan air sumur dan terdapat 3,3% masyarakat masih menggunakan air sungai untuk mandi maupun mencuci.



Foto 5.4. Fasilitas MCK di wilayah *squatter* tumbuh

Untuk sistem pembuangan limbah 26,7% masyarakat memiliki saluran pembuangan limbah tertutup, 53,3% menggunakan saluran terbuka atau parit dan 20% tidak memiliki saluran pembuangan limbah, biasanya rumah yang tidak memiliki saluran pembuangan limbah berada tepat di bibir sungai sehingga untuk membuang limbah langsung mereka buang ke sungai. Sedangkan untuk pembuangan sampah, 35% masyarakat membuang sampah langsung ke sungai. Hal ini seperti pada wilayah Kelurahan Bukit Duri, Kecamatan Tebet Kotamadya Jakarta Selatan yang sangat padat penduduk dan rumah-rumahnya sebagian besar memang tepat di bibir sungai tanpa ada sisa lahan kosong sedikitpun sehingga hal ini semakin memicu masyarakat untuk menjadikan sungai sebagai tempat sampah terbesar. Sedangkan 30% membuang sampah mereka dengan membakarnya seperti di wilayah Kelurahan Rawa Jati, Kecamatan Pancoran Kotamadya Jakarta Selatan. Dimana warga sekitar lebih memilih untuk membakar sampah mereka, karena mereka masih memiliki sedikit lahan tepat di bibir sungai sebagai tempat untuk membakar sampah dengan membuat lubang. Namun hanya 35% masyarakat yang menggunakan jasa pengangkut sampah untuk membuang sampah mereka, hal inipun bukan atas dasar kesadaran masyarakatnya namun karena ada upaya beberapa pihak tertentu yang bergerak dan inisiatif untuk mengangkut sampah yang ada dengan sukarela.

5.2.3.3. *Squatter* Permanen

Kualitas pemukiman di *squatter* permanen tergolong baik dimana sekitar 86,7% kondisi bangunannya memadai untuk menjadi tempat tinggal. Hal ini dapat

terlihat dari ketersediaan MCK, sumber air bersih, sistem pembuangan limbah dan sampahnya serta jenis bangunan yang ada.

Jenis bangunan di *squatter* permanen kurang lebih 86,7% merupakan bangunan permanen, dan hanya 13,3% yang merupakan bangunan semi permanen. Selain itu sekitar 56,7% masyarakatnya memiliki MCK sendiri dan hanya 43,3% yang menggunakan MCK umum. Selain itu sistem pembuangan limbah dan sampahnya juga tergolong memadai dengan 40% masyarakatnya menggunakan saluran tertutup untuk pembuangan limbah dan 60% dengan saluran terbuka atau parit. Sedangkan untuk pembuangan sampah sekitar 63,3% masyarakat menggunakan jasa petugas pengangkut sampah untuk membuang sampah mereka dan hanya sekitar 36,7% masyarakat yang membuang sampah ke sungai dan itupun hanya untuk masyarakat yang rumahnya tepat di bibir sungai. Untuk kebutuhan sumber air bersih untuk konsumsi sekitar 60% masyarakatnya menggunakan air isi ulang yang dibeli eceran dan hanya 40% yang menggunakan sumber air dari sumur.



Foto 5.5. Bangunan di *squatter* permanen

Dalam hal kepemilikan bangunan sekitar 50% merupakan hak milik meskipun tidak memiliki surat sertifikat tanah namun menurut mereka terdapat surat kuitansi atau girik yang menjadi tanda terima kepemilikan atas lokasi tempat tinggal mereka yang diberikan oleh pemilik tanah sebelumnya. Sedangkan hanya sekitar 10% yang merupakan rumah sewa/kontrak dan sisanya sekitar 40% merupakan rumah hibah maupun warisan dari orang tua, dimana hal ini

menunjukkan bahwa keberadaan mereka memang sudah lama bahkan sudah bertahun-tahun lamanya. Umumnya mereka mengetahui bahwa mereka tinggal di tanah negara yang sewaktu-waktu bisa saja digusur oleh pemerintah.

Namun, meskipun *squatter* permanen berada di tanah negara, ketersediaan fasilitas pelayanan publik dapat dikatakan lengkap. Hal ini dapat terlihat dari keberadaan MCK umum yang dibangun oleh pemerintah DKI Jakarta yang bekerja sama dengan LSM dari Korea dan terdapatnya lokasi depo air minum isi ulang guna memenuhi kebutuhan konsumsi air bersih bagi masyarakat setempat.



Foto 5.6. Fasilitas pelayanan publik yang disediakan pemerintah di wilayah *squatter* permanen

Selain itu jaringan listrik dan PAM yang memang tersedia bahkan disediakan oleh pemerintah setempat semakin meyakinkan bahwa meskipun

mereka tinggal di tanah negara namun mereka mendapatkan fasilitas publik seperti pemukiman pada umumnya yang bukan *squatter*.

5.2.4. Tingkat Kesehatan Masyarakat dengan Ketersediaan Sarana Pelayanan Kesehatan

Berdasarkan hasil perhitungan dengan menggunakan rumus Chi Square di dapatkan hasil nilai signifikansinya ialah 0,000 pada tingkat kepercayaan 95%. Hal ini berarti bahwa nilai signifikansinya yaitu 0,000 lebih kecil dari 0,05, dengan nilai koefisien kontingensi sebesar 0,584 sehingga dapat diketahui bahwa terdapat korelasi atau hubungan yang signifikan antara ketersediaan sarana pelayanan kesehatan dengan tingkat kesehatan masyarakat. (Lihat Tabel)

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	46,580(a)	4	,000
Likelihood Ratio	55,590	4	,000
Linear-by-Linear Association	35,802	1	,000
N of Valid Cases	90		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,00.

Symmetric Measures

	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	,584	,000
N of Valid Cases	90	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Hal ini berarti bahwa ketersediaan sarana pelayanan kesehatan di suatu wilayah sangat berpengaruh pada tingkat kesehatan masyarakatnya dimana semakin lengkap dan memadai ketersediaan sarana pelayanan kesehatan di suatu wilayah maka tingkat kesehatan masyarakatnya pun juga akan semakin tinggi.

Kesehatan * Pelayanan_kes Crosstabulation

Count

		Pelayanan_kes			Total
		Kurang Memadai	Cukup Memadai	Memadai	
Kesehatan	Rendah	15	15	0	30
	Sedang	0	22	8	30
	Tinggi	0	15	15	30
Total		15	52	23	90

Berdasarkan hasil perhitungan diperoleh hasil bahwa pada daerah dengan tingkat kesehatan rendah terdapat 50% ketersediaan pelayanan kesehatannya kurang memadai dan 50% cukup memadai. Pada daerah tingkat kesehatan sedang terdapat 73,3% ketersediaan pelayanan kesehatannya memadai dan 26,7% ketersediaan pelayanan kesehatannya cukup memadai, sedangkan pada daerah dengan tingkat kesehatan tinggi terdapat 50% ketersediaan pelayanan kesehatannya memadai dan 50% ketersediaan pelayanan kesehatannya cukup memadai.

5.2.4.1. Squatter Potensial

Sarana pelayanan kesehatan di wilayah *squatter area* potensial sangat minim, biasanya masyarakatnya lebih memilih untuk berusaha mengobati atau menyembuhkan penyakit yang mereka derita dengan membeli obat di warung. Meskipun tak jauh dari lokasi mereka tinggal terdapat pelayanan kesehatan yaitu PUSKESMAS. Namun karena mereka merupakan pemukim ilegal yang secara administrasi tidak tercatat maka akses mereka untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang memadai juga sulit. Hal ini disebabkan, untuk bisa berobat di PUSKESMAS masyarakat harus memiliki surat pengantar dari RT atau RW tempat mereka tinggal agar mendapatkan keringanan biaya bahkan hingga bebas dari biaya.

Dalam hal pemenuhan kebutuhan imunisasi bagi anaknya, masyarakat cenderung kurang antusias memeriksakan balitanya ke pelayanan kesehatan setempat. Dimana kurang lebih hanya 50% masyarakat di wilayah *squatter area* potensial yang setidaknya masih memeriksakan kondisi kesehatan keluarga

mereka ke pelayanan kesehatan setempat namun itupun hanya 6 bulan sekali bahkan sebagian lainnya hanya pada saat mereka benar-benar sakit.

5.2.4.2. *Squatter* Tumbuh

Sarana pelayanan kesehatan yang tersedia di wilayah *squatter area* tumbuh sudah mulai memadai dimana terdapat pelayanan kesehatan berupa POSYANDU dan PUSKESMAS. Dimana pada umumnya wilayah ini masyarakatnya sudah mulai banyak dan memang telah membentuk suatu komunitas tertentu sehingga membentuk suatu pemukiman, namun tergolong pemukiman kumuh yang padat penduduk. Wilayah ini di dominasi oleh penduduk miskin dapat dilihat dari kondisi bangunan tempat tinggal maupun kondisi pemukimannya. Dimana 63,3% merupakan penduduk asli dan 36,7% merupakan pendatang.

Ketersediaan fasilitas kesehatan di wilayah *squatter area* tumbuh sudah mulai memadai karena lokasi pelayanan kesehatan yang memang tidak jauh dari lokasi pemukiman dimana terdapat POSYANDU dan PUSKESMAS untuk membantu masyarakat memeriksakan kesehatan anaknya setiap bulan atau untuk memeriksakan kondisi kesehatan keluarga pada saat sakit. Hal ini dapat terlihat dari sekitar 23,3% masyarakat memilih klinik terdekat sebagai lokasi untuk berobat, dan 63,3% masyarakat memilih PUSKESMAS sebagai tempat untuk memeriksakan kesehatan keluarganya. Dimana biaya untuk berobat di PUSKESMAS terjangkau bagi penduduk yang tinggal di wilayah *squatter* tumbuh yang rata-rata merupakan masyarakat kalangan menengah ke bawah. Lokasi PUSKESMAS yang memang dekat dengan pemukiman juga menjadi salah satu alasan masyarakat lebih memilih PUSKESMAS untuk berobat. Sedangkan POSYANDU biasanya digunakan ibu-ibu yang memiliki balita untuk memeriksakan kondisi kesehatan anaknya setiap bulannya meskipun masih ada masyarakat yang malas datang ke POSYANDU disebabkan oleh kurangnya pemahaman ibu mengenai pentingnya kesehatan bagi balitanya. Sehingga sekitar 33,3% balita di wilayah penelitian yang imunisasinya masih belum lengkap.

5.2.4.3. *Squatter* Permanen

Sarana pelayanan kesehatan di *squatter* permanen dapat dikatakan sudah sangat lengkap seperti pemukiman pada umumnya. Dimana pada wilayah penelitian yaitu kawasan *squatter* yang berada di Kelurahan Cikini lokasinya berdekatan dengan Rumah Sakit besar seperti RSCM, PGI Cikini, dan lainnya. Selain itu terdapat klinik, PUSKESMAS dan POSYANDU. Lokasinya yang memang dekat dengan pusat kota memungkinkan masyarakat di *squatter* permanen ini untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang baik dan mendapatkan fasilitas lainnya.

Hal ini dapat terlihat dari pemilihan lokasi berobat oleh masyarakatnya, dimana 16,7% memilih Rumah Sakit untuk memeriksakan kesehatan keluarganya, 33,3% memilih klinik, dan 50% memilih PUSKESMAS yang memang lokasinya sangat dekat dengan pemukiman mereka sebagai tempat untuk berobat.

5.3. POLA SPASIAL TINGKAT KESEHATAN MASYARAKAT

Berdasarkan hasil pengolahan data dan analisis yang dilakukan diperoleh hasil bahwa semakin ke hilir tipologi pemukiman *squatter*nya semakin berkembang. Hal ini dapat dilihat dari semakin ke hilir jenis bangunan di *squatter area* menjadi semakin permanen. Dimana terlihat dari dominasi jenis bangunan yang ada di *squatter* potensial di dominasi oleh bangunan tidak permanen, *squatter* tumbuh di dominasi oleh jenis bangunan semi permanen dan *squatter* permanen di dominasi oleh jenis bangunan permanen. Hal ini juga menunjukkan lama waktu keberadaan *squatter* tersebut, dimana semakin lama keberadaan *squatter area* tersebut maka kondisi *squatter area* semakin baik kualitas pemukimannya dan di dukung dengan keberadaan fasilitas publik sebagai penunjang kehidupan masyarakat seperti MCK, sumber air minum, pelayanan kesehatan, dan sebagainya. Tak hanya itu semakin ke hilir tingkat kematian bayi di *squatter area* semakin rendah dimana hal ini dipengaruhi oleh tingkat kesadaran masyarakat akan pentingnya keselamatan pada saat melahirkan juga tinggi dapat dilihat dari tingkat pendidikan masyarakatnya semakin ke hilir semakin tinggi dan ditunjang dengan tingkat pendapatan yang tinggi juga. Selain itu status gizi balita di *squatter area* semakin ke hilir semakin baik.

Berdasarkan analisis diatas pola spasial tingkat kesehatan masyarakat yang terbentuk di *squatter area* Ci Liwung cenderung mengikuti lokasi tipologi permukiman *squatter* dan berada dekat dengan lokasi pelayanan kesehatan. Dengan hasil bahwa tingkat kesehatan masyarakat di *squatter area* Ci Liwung semakin ke hilir semakin tinggi. Dimana tingkat kesehatan masyarakat yang tinggi berada pada wilayah *squatter* permanen, tingkat kesehatan masyarakat sedang berada di wilayah *squatter* tumbuh dan tingkat kesehatan masyarakat rendah berada di wilayah *squatter* potensial.

Hal ini terlihat dimana tingkat kesehatan yang tinggi berada di wilayah *squatter* yang dekat dengan pusat pelayanan kesehatan seperti Rumah Sakit maupun Puskesmas dan wilayah yang kualitas pemukimannya baik serta tingkat pendidikan dan pendapatan masyarakatnya tinggi. Sedangkan tingkat kesehatan yang rendah berada di wilayah *squatter* yang jauh dari pusat pelayanan kesehatan dan di wilayah dengan kualitas pemukiman buruk serta tingkat pendidikan dan pendapatan masyarakatnya juga rendah.

BAB VI. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil pengolahan data dan analisis yang dilakukan diperoleh kesimpulan dimana tingkat kesehatan masyarakat yang tinggi berada pada wilayah *squatter* permanen, tingkat kesehatan masyarakat sedang berada di wilayah *squatter* tumbuh dan tingkat kesehatan masyarakat rendah berada di wilayah *squatter* potensial. Hal ini terlihat dimana tingkat kesehatan yang tinggi berada di wilayah *squatter* yang dekat dengan pusat pelayanan kesehatan seperti Rumah Sakit maupun Puskesmas dan wilayah yang kualitas pemukimannya baik serta tingkat pendidikan dan pendapatan masyarakatnya tinggi. Sedangkan tingkat kesehatan yang rendah berada di wilayah *squatter* yang jauh dari pusat pelayanan kesehatan dan di wilayah dengan kualitas pemukiman buruk serta tingkat pendidikan dan pendapatan masyarakatnya juga rendah.

Selain itu kondisi lingkungan dan kondisi sosial ekonomi berpengaruh terhadap tingkat kesehatan masyarakat, dimana semakin baik kualitas permukiman dan semakin tinggi tingkat pendidikan serta tingkat pendapatan masyarakatnya maka akan semakin tinggi pula tingkat kesehatan masyarakatnya, dan semakin buruk kualitas pemukiman serta semakin rendah tingkat pendidikan dan pendapatan masyarakatnya maka akan semakin rendah tingkat kesehatan masyarakatnya

DAFTAR PUSTAKA

Bartley, M. *Unemployment and Ill Health: Understanding the Relationship*.
Journal of Epidemiology and Community Health. 1994.

Departemen Permukiman dan Prasarana Wilayah. 2003. *PEDOMAN
UMUM: Proyek Percontohan Program Pemberdayaan
Masyarakat Squatter (PPM – S) edisi April 2003*. Dirjen
Perumahan dan Pemukiman, Jakarta.

Dirjen Penataan Ruang – Depkimpraswil. *Sinkronisasi Penataan Ruang
dengan Pembangunan Perumahan dan Pemukiman*. Makalah
Pada Orientasi Wartawan Bidang Properti dan Konstitusi,
Bandung 17 Mei 2003.

Freud, TPH, 2005. *Persebaran Wilayah Rawan Gizi di Daerah Perkotaan dan
Pedesaan*. Tesis Program Pascasarjana Departemen Geografi,
FMIPA – UI.

Hastono, Sutanto Priyo, 2008. *Statistik Kesehatan*. Jakarta : Rajawali Pers.

Kaplan, G.A., Pamuk, E.R., Lynch, J.W., Coden, R.D., Balfour, J.L. *Inequity
in Income and Mortality in the United States: Analysis of Mortality
and Potential Pathways*. British Medical Journal. 1996.

Style Sheet : www.jurnalnet.com

(5 Februari 2009)

Karjadi, D, 1989. Makalah Pada Lokakarya Ekonomi Kesehatan : *Perumusan
dan Aplikasi Ilmu Ekonomi Kesehatan di Indonesia*.

Style Sheet : www.jurnalnet.com

(5 Februari 2009)

Kusnindar, 1992. *Tinjauan Derajat Kesehatan Masyarakat di Indonesia dalam masa PELITA I sampai PELITA IV*. Jurnal Pusat Penelitian Ekologi Kesehatan. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan R.I, Jakarta.
Style Sheet : www.jurnalnet.com
(5 Februari 2009)

Maliki, Artianto, 2005. *Persebaran Penyakit Kulit dan Diare di Bantaran Ci Liwung Tahun 2005*. Skripsi Sarjana Departemen Geografi, FMIPA – UI.

Maureen, Yovita, 2008. *Identifikasi Karakteristik Squatters Serta Tingkat Kemampuan dan Kesiadaannya Membayar Tempat Tinggal di Kota Batam*. Skripsi Program Sarjana Jurusan Planologi, Institut Teknologi Bandung.

Nuraeni, Reni Isti, 2005. *Pola Persebaran Pemukiman Squatter di Kota Depok*. Tesis Program Pascasarjana Departemen Geografi, FMIPA – UI.

Pacione, Michael, 2001. *Urban Geography : A Global Perspective (Health In The Third World)*. London and New York : Routledge. (Hal 537 – 550)

Pramesti, Getut, 2008. *Solusi Express SPSS 15.0*. Jakarta : PT. Elex Media Komputindo

Purwadhi, F. Sri Hardiyanti, 2004. *Deteksi Pemukiman Kumuh Dari Citra IKONOS (Studi Kasus :Kabupaten Bekasi dan Karawang, Jawa Barat*. Jurnal Geografi. Departemen Geografi, FMIPA-UI, Depok.

Riyadi, Hadi, 1995. *Prinsip dan Petunjuk Penilaian Status Gizi*. Skripsi Sarjana Jurusan Gizi Masyarakat dan Sumberdaya Keluarga, Fakultas Pertanian, IPB.

Salim, E, 1980. *Pembangunan Ekonomi dan Pemerataan*. Idayu , Jakarta.

Sandy, I Made. 1977. *Penggunaan Tanah di Indonesia, Publikasi 75*. Depok : UI.

Sandy, I Made. 1985. *Geografi Regional Indonesia*. Jurusan Geografi, FMIPA, UI.

Sartika, Ria, 2007. *Karakteristik Wilayah Kejadian Luar Biasa (KLB) Chikungunya (Studi Kasus :Kelurahan Cinere, Kecamatan Limo, Kota Depok Tahun 2006*. Skripsi Sarjana Departemen Geografi, FMIPA –UI.

Srinivas, H, 2005. *Define Squatter Settlement*.

Soendoro, T, 1999. *Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan : Tindakan Strategis Untuk Mengurangi Dampak Krisis di Sektor Kesehatan*. Medika Edisi Khusus.

Suryawati, Chriswardani, 2005. *Memahami Kemiskinan Secara Multidimensional*. Jurnal Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro, Semarang.

Style Sheet : www.jurnalnasional.com

(5 Februari 2009)

Taylor, John L, 1972. *The Slum and Squatter Settlement of South East Asia Cities*. Quaker International Seminars in Southeast Asia.

Turgut, H, Dkk, 1995. *Home and Street, Relationships of Home – Street in Squatter Settlements and Urbanization VII*. International Building and Life '95.

Weinreb, L., Goldberg, R., Bassuk, E., Perloff, L. *Determinants of Health and Services Use Patterns in Homeless and Low Income Housed Children*. Journal of Pediatrics. 1998.

Style Sheet : www.jurnalnet.com

(5 Februari 2009)



**PENGUMPULAN DATA PRIMER
SURVEY LAPANGAN
TINGKAT KESEHATAN MASYARAKAT DI *SQUATTER AREA*
CILIWUNG**

NAMA PEWAWANCARA :

.....



**DEPARTEMEN GEOGRAFI
UNIVERSITAS INDONESIA
2009**

DAFTAR PERTANYAAN

I. IDENTITAS RESPONDEN

1. Kecamatan :
2. Desa/Kelurahan :
3. RT/RW :
4. Tanggal Wawancara :
5. No. Responden :
6. Nama Responden :
7. Lokasi Responden :
(plot dalam peta)
8. Jarak lokasi responden dari sungai : meter
9. Kegiatan sekitar lokasi :
Industri ()
Perdagangan ()
Perkantoran/Perusahaan ()
Pusat Pemerintahan ()
Wisata ()
Pemukiman ()
Lainnya (sebutkan)..... ()

II. KETERANGAN ANGGOTA RUMAH TANGGA

1. Jumlah anggota keluarga :
2. Jumlah anak :

3. Jumlah bayi dan balita :

III. PEKERJAAN

1. Pekerjaan kepala keluarga :
 - Wiraswasta (5)
 - Wirausaha (4)
 - Pegawai Pemerintah (3)
 - Pegawai Swasta (2)
 - Buruh (1)
 - Lainnya (sebutkan)
2. Jumlah anggota keluarga yang bekerja :
3. Transportasi yang digunakan :
 - Motor (4)
 - Kereta Api (3)
 - Bus (2)
 - Angkot (1)
 - Lainnya (sebutkan).....
4. Lokasi bekerja :
 - Jakarta (2)
 - Luar Jakarta (1)

IV. PENDAPATAN DAN PENGELUARAN

1. Berapa pendapatan per bulan :
 - Kepala Keluarga : Rp.....
 - Anggota keluarga lain: Rp.....
2. Berapa pengeluaran untuk biaya kebutuhan makan keluarga rata-rata per hari
 - < Rp.25.000,- (1)
 - Rp.25.000,- s/d Rp.50.000,- (2)
 - Rp.50.000,- s/d Rp.75.000,- (3)
 - > Rp.75.000,- (4)
 - Lainnya (sebutkan).....
3. Berapa pengeluaran untuk biaya transportasi bekerja
 - < Rp.10.000,- (1)
 - Rp.10.000,- s/d Rp.25.000 (2)
 - > Rp.25.000,- (3)
 - Lainnya (sebutkan).....
4. Berapa pengeluaran untuk biaya pendidikan anak per semester
 - < Rp.50.000,- (1)
 - Rp.50.000,- s/d Rp.100.000,- (2)
 - Rp.100.000,- s/d Rp.500.000,- (3)
 - > Rp.500.000,- (4)
 - Lainnya (sebutkan).....
5. Berapa pengeluaran untuk biaya listrik/air/kebutuhan lain
 - < Rp.50.000,- (1)
 - Rp.50.000,- s/d Rp.100.000,- (2)
 - > Rp.100.000,- (3)
 - Lainnya (sebutkan).....

6. Berapa pengeluaran untuk biaya kesehatan keluarga
 - < Rp.25.000,- (1)
 - Rp.25.000,- s/d Rp.50.000,- (2)
 - Rp.50.000,- s/d Rp.100.000,- (3)
 - > Rp.100.000,- (4)
 - Lainnya (sebutkan).....

V. KONDISI TEMPAT TINGGAL

1. Status kepemilikan tanah/rumah yang ditempati
 - Milik sendiri (4)
 - Rumah Keluarga/warisan (3)
 - Sewa/kontrak (2)
 - Rumah hibah (1)
 - Lainnya (sebutkan).....
2. Jenis bangunan fisik rumah
 - Tunggal bertingkat (4)
 - Tunggal tidak bertingkat (3)
 - Rumah kopel (2)
 - Rumah petak (1)
3. Umur bangunan yang ditempati
 - < 5 tahun (5)
 - 5 – 9 tahun (4)
 - 10 – 15 tahun (3)
 - > 15 tahun (2)
 - Tidak tahu/tidak ingat (1)
4. Bahan dinding rumah
 - Batu bata/tembok (4)
 - Papan/kayu (3)
 - Bilik bambu (2)
 - Kardus bekas (1)
5. Bahan lantai rumah
 - Keramik (3)
 - Semen (2)
 - Tanah (1)
 - Lainnya (sebutkan).....
6. Bahan atap rumah
 - Genteng (4)
 - Asbes (3)
 - Seng (2)
 - Terpal (1)
 - Lainnya (sebutkan).....

VI. KONDISI LINGKUNGAN TEMPAT TINGGAL DAN FASILITAS YANG TERSEDIA

1. Fasilitas mandi dan buang air besar
 - Milik sendiri (3)
 - MCK umum (2)
 - Sungai (1)

- 
2. Sumber air untuk mandi
 - PAM (3)
 - Sumur (2)
 - Sungai (1)
 3. Sumber air untuk konsumsi (minum dan memasak)
 - PAM (3)
 - Sumur (2)
 - Sungai (1)
 4. Bahan bakar untuk memasak
 - Gas/LPG (4)
 - Minyak tanah (3)
 - Briket (2)
 - Kayu bakar (1)
 5. Cara pembuangan air limbah
 - Saluran tertutup (3)
 - Saluran terbuka/parit (2)
 - Tidak ada saluran (1)
 6. Cara pembuangan sampah
 - Diangkut petugas (4)
 - Dibakar (3)
 - Ditimbun/dikubur (2)
 - Dibuang ke sungai (1)
 7. Kondisi saluran air/selokan disekitar rumah
 - Lancar (4)
 - Mengalir tapi lambat (3)
 - Tergenang (2)
 - Tidak ada selokan/got (1)
 8. Kondisi jalan
 - Aspal (4)
 - Semen (3)
 - Batu (2)
 - Tanah (1)
 9. Kondisi jalan saat hujan
 - Tidak ada genangan (4)
 - Tergenang segera kering (3)
 - Tergenang sekitar 1 jam (2)
 - Tergenang > 1 jam (1)

VII. ASAL DAERAH

1. Apakah anda asli daerah ini
 - Ya (lanjut ke no.5) (1)
 - Tidak (lanjut ke no.2) (2)
2. Dari mana asal kelahiran anda
 - Kelurahan.....
 - Kecamatan.....
 - Kabupaten/Kota.....
 - Provinsi.....
3. Apa alasan anda pindah dan tinggal di lokasi ini?.....

4. Sebelum tinggal di lokasi ini, anda tinggal dimana
Kelurahan.....
Kecamatan.....
Kabupaten/Kota.....
Provinsi.....
5. Sudah berapa lama anda tinggal disini
< 5 tahun (3)
5 – 10 tahun (2)
> 10 tahun (1)
6. Apakah anda memiliki KTP daerah ini
Sudah (1)
Belum (2)
(kalau belum) KTP daerah mana yang anda miliki.....

VIII. PENGETAHUAN MENGENAI KESEHATAN

1. Pendidikan terakhir anda
Perguruan Tinggi (5)
SMA (4)
SMP (3)
SD (2)
Tidak sekolah (1)
2. Kalau ada anggota keluarga yang sakit kemana biasanya anda berobat
Rumah Sakit (5)
Dokter Umum/Klinik (4)
PUSKESMAS (3)
Bidan/Mantri (2)
Dukun (1)
3. Apakah menggunakan vitamin
Ya (2)
Tidak (1)
4. Seberapa sering anda/keluarga memeriksakan kesehatan setiap bulannya
Seminggu sekali (5)
Dua minggu sekali (4)
Sebulan sekali (3)
Kadang-kadang (> 6 bulan) (2)
Tidak pernah (1)
5. Apakah anak anda sudah imunisasi lengkap
Ya (3)
Kurang (2)
(Ada beberapa yang belum)
Tidak sama sekali (1)

IX. ASUPAN GIZI (BERDASARKAN MAKANAN DAN MINUMAN YANG DIKONSUMSI)

1. Menu makanan anda sehari-hari
4 sehat 5 sempurna (3)

- Nasi dan lauk seadanya (2)
- Nasi saja (1)
- Lainnya (sebutkan).....
- 2. Berapa kali anda dan keluarga makan setiap harinya
 - 3 kali sehari (4)
 - 2 kali sehari (3)
 - 1 kali sehari (2)
 - Kadang makan kadang tidak (1)
- 3. Apakah menu makan anda selalu berbeda-beda setiap hari
 - Ya (2)
 - Tidak (1)

X. JENIS PENYAKIT

- 1. Apakah keluarga anda ada yang menderita penyakit tertentu
 - Ya, siapa.....(1)
 - Tidak (2)
- 2. Jenis penyakit yang di derita.....
- 3. Apakah upaya yang anda lakukan untuk menyembuhkan penyakit tersebut
 - Berobat ke pelayanan kesehatan (3)
 - Minum obat warung (2)
 - Tidak ada (1)

XI. PELAYANAN KESEHATAN

- 1. Apakah terdapat pelayanan kesehatan di sekitar rumah anda
 - Ya (lanjut ke no.2) (2)
 - Tidak (1)
- 2. Jenis pelayanan kesehatan yang ada di sekitar rumah anda
 - Rumah Sakit (5)
 - Dokter Umum/Klinik (4)
 - PUSKESMAS (3)
 - Bidan/Mantri (2)
 - Dukun (1)

-TERIMA KASIH-

Tabel 3. Data Hasil Survey di *Squatter* Permanen

No	Kecamatan	Kelurahan	RT/RW	Nama	Jarak (meter)	Squatter	Usia Balita (Tahun)	Pekerjaan		Pendapatan		Pengeluaran					Tempat Tinggal					
								KK	Transport	UMR	≠ UMR	Makan	Transport	Pendidikan	Lain2	Kesehatan	Status	Jenis	Umur	Dinding	Lantai	Atap
1	Menteng	Cikini	17/03	Rahma	10	Permanen	1.5	2	5		V	2	1	1	3	1	2	4	5	4	4	2
2	Menteng	Cikini	17/03	Yuni	5	Permanen	3	3	5	V		3	2	3	3	4	4	4	2	4	3	4
3	Menteng	Cikini	21/03	Sumtini	5	Permanen	4	2	1	V		3	1	3	1	2	4	4	2	4	4	4
4	Menteng	Cikini	10/03	Rifka	10	Permanen	1	4	5	V		2	3	1	2	3	3	4	2	4	4	2
5	Menteng	Cikini	10/03	Hasti	5	Permanen	1	3	5	V		3	2	1	1	3	4	4	2	4	3	3
6	Menteng	Cikini	03/03	Risma	5	Permanen	4	3	5		V	2	1	3	2	2	4	4	4	3	3	3
7	Menteng	Cikini	03/03	Lia	5	Permanen	3	1	1		V	1	1	1	1	1	3	2	2	3	3	2
8	Menteng	Cikini	21/03	Noni	10	Permanen	1	2	5	V		3	2	2	2	2	3	4	2	4	4	4
9	Menteng	Cikini	21/03	Eka	5	Permanen	1	1	3		V	2	2	1	1	1	3	3	2	4	4	4
10	Menteng	Cikini	17/03	Tina	10	Permanen	3	3	5	V		3	3	3	3	4	4	3	2	4	4	3
11	Menteng	Cikini	17/03	Nila	5	Permanen	2	3	5	V		3	3	3	3	2	4	4	2	4	4	3
12	Menteng	Cikini	17/03	Leni	10	Permanen	1	3	5	V		3	2	2	2	3	3	4	3	4	4	3
13	Menteng	Cikini	03/03	Mia	5	Permanen	1	3	4	V		2	3	3	3	3	4	4	2	4	4	3
14	Menteng	Cikini	10/03	Vera	10	Permanen	3	3	3	V		3	2	3	2	2	3	4	2	4	4	3
15	Menteng	Cikini	10/03	Risa	5	Permanen	3.5	1	1		V	1	1	2	2	2	2	3	2	3	3	2
16	Menteng	Cikini	10/03	Prima	10	Permanen	2.5	2	2	V		2	2	3	3	2	3	4	2	4	4	3
17	Menteng	Cikini	03/03	Muti	5	Permanen	3	3	5	V		3	3	3	3	4	4	4	2	4	3	4
18	Menteng	Cikini	03/03	Eva	5	Permanen	1.5	3	5	V		3	3	2	2	3	4	3	3	4	3	3
19	Menteng	Cikini	03/03	Mis	10	Permanen	2	3	5	V		3	3	3	2	3	4	4	2	4	4	4
20	Menteng	Pegangsaan	05/01	Was	5	Permanen	4	3	5		V	2	1	3	2	2	4	4	4	3	3	3
21	Menteng	Pegangsaan	05/01	Esti	5	Permanen	3	1	1		V	1	1	1	1	1	3	2	2	3	3	2
22	Menteng	Pegangsaan	07/01	Nuraini	10	Permanen	1	2	5	V		3	2	2	2	2	3	4	2	4	4	4
23	Menteng	Pegangsaan	07/01	Yani	5	Permanen	1	1	3		V	2	2	1	1	1	3	3	2	4	4	4
24	Menteng	Pegangsaan	05/01	Nia	5	Permanen	3	3	5	V		3	3	3	3	3	4	4	3	4	4	4
25	Menteng	Pegangsaan	05/01	Citra	5	Permanen	4	3	5	V		3	3	3	3	3	4	4	2	4	4	4
26	Menteng	Pegangsaan	05/01	Poni	5	Permanen	4	3	4	V		2	3	2	2	4	3	3	2	4	4	4
27	Menteng	Pegangsaan	07/01	Weri	10	Permanen	3	3	3	V		2	2	3	2	2	4	4	2	3	4	3
28	Menteng	Pegangsaan	07/01	Darsiah	5	Permanen	2	3	3	V		2	2	3	2	3	4	4	3	4	4	3
29	Menteng	Pegangsaan	07/01	Kokom	5	Permanen	2	3	4	V		2	3	3	3	4	3	3	2	4	4	3
30	Menteng	Pegangsaan	07/01	Mun	5	Permanen	1.5	2	1		V	1	1	1	1	2	2	3	2	3	3	2

Tabel 3. Data Hasil Survey di *Squatter* Permanen

Sarana dan Prasarana							Asal		Pendidikan	Gizi			Pelayanan Kesehatan	
MCK	Mandi	Minum	Bahan Bakar	Limbah	Sampah	Jalan	Asli	Pendatang		Makan	Vitamin	Imunisasi	Jenis	Frekuensi
3	3	3	4	3	4	4	V		4	2	2	3	3	2
3	3	3	4	3	4	4	V		4	3	2	3	3	3
3	3	3	4	3	4	4		V	4	3	2	3	3	3
3	3	3	4	2	4	4	V		5	3	2	3	4	3
3	3	3	4	2	4	4	V		4	3	2	3	5	3
2	3	3	4	2	1	4		V	3	3	2	3	4	3
2	3	3	4	2	1	4	V		3	3	1	3	3	3
3	2	2	3	2	4	3	V		4	3	2	3	3	3
3	2	2	4	2	4	2	V		4	3	2	3	3	3
2	3	3	4	2	4	4	V		5	3	2	3	5	3
2	3	3	4	2	4	4	V		4	3	2	3	4	3
3	2	2	4	3	1	3	V		5	3	2	3	4	3
3	2	2	4	3	4	4	V		4	3	2	3	3	3
3	2	2	4	3	4	4		V	4	3	1	3	3	3
2	3	3	3	2	1	2		V	4	3	1	3	3	3
3	2	2	4	3	4	4		V	4	3	1	3	3	3
3	2	2	4	3	4	4	V		5	3	2	3	5	3
2	3	3	4	2	4	4	V		5	3	2	3	4	3
2	3	3	4	2	4	4		V	5	3	2	3	4	3
2	3	3	4	2	1	4	V		3	3	1	3	3	3
3	2	2	3	2	4	3	V		4	3	2	3	3	3
3	2	2	4	2	4	2	V		4	3	2	3	3	3
3	2	2	4	3	1	2		V	4	3	1	3	4	3
2	3	3	4	3	4	3	V		5	3	2	3	4	3
3	2	2	4	3	1	2	V		5	3	2	3	5	3
3	2	2	4	3	1	2	V		4	3	2	3	3	3
2	3	3	4	2	4	3	V		4	3	2	3	4	3
2	3	3	4	2	1	2		V	4	3	1	3	5	3
2	3	3	3	2	1	3	V		4	2	1	3	3	3

Tabel 1. Data Hasil Survey di Squatter Potensial

No	Kecamatan	Kelurahan	Nama	Jarak (meter)	Squatter	Usia Balita (Tahun)	Pekerjaan		Pendapatan		Pengeluaran					Tempat Tinggal							
							KK	Transport	UMR	≠ UMR	Makan	Transport	Pendidikan	Lain2	Kesehatan	Status	Jenis	Umur	Dinding	Lantai	Atap	MCK	Mandi
1	Menteng	Pegangsaan	Neni	5	Potensial	4	2	2	V		2	2	2	1	1	4	2	4	3	1	2	3	2
2	Menteng	Pegangsaan	Ita	5	Potensial	3	2	2	V		2	2	2	1	1	4	2	4	3	1	2	3	2
3	Menteng	Pegangsaan	Yuni	5	Potensial	2.5	1	1		V	1	1	2	1	1	4	1	5	2	1	2	3	2
4	Menteng	Pegangsaan	Eni	5	Potensial	1	1	1		V	1	1	1	2	1	4	1	5	2	1	2	3	2
5	Menteng	Pegangsaan	Ety	10	Potensial	1	2	1	V		2	2	2	2	1	4	1	5	2	1	2	1	2
6	Kramat Jati	Balekambang	Umi	5	Potensial	2	1	1		V	1	1	1	1	1	4	1	5	2	1	2	1	2
7	Kramat Jati	Balekambang	Haerani	5	Potensial	2	1	1		V	1	1	1	1	1	4	1	5	2	1	2	1	2
8	Kramat Jati	Balekambang	Masitoh	5	Potensial	4	1	1		V	1	1	1	1	1	4	2	4	2	1	2	1	2
9	Kramat Jati	Balekambang	Ningsih	10	Potensial	3	1	2	V		2	1	2	1	1	4	1	5	2	1	2	1	2
10	Kramat Jati	Balekambang	Nur	5	Potensial	4	2	1		V	1	2	1	1	1	4	1	5	3	1	2	1	2
11	Pancoran	Rawa Jati	Meti	5	Potensial	2	2	1		V	1	2	1	1	1	4	1	5	3	1	2	3	2
12	Pancoran	Rawa Jati	Marni	5	Potensial	1	1	1		V	1	1	1	2	1	4	1	5	3	1	2	3	2
13	Pancoran	Rawa Jati	Dina	5	Potensial	3	1	1		V	1	1	2	1	1	4	1	4	3	1	2	3	2
14	Pancoran	Rawa Jati	Opi	10	Potensial	2	1	2	V		1	1	2	1	1	4	1	5	2	1	2	3	2
15	Pancoran	Rawa Jati	Puput	5	Potensial	3.5	1	1		V	1	1	1	1	1	4	1	5	3	1	2	1	2
16	Pancoran	Rawa Jati	Anisa	5	Potensial	4.5	1	1		V	1	1	1	1	1	4	1	5	2	1	2	1	2
17	Pancoran	Rawa Jati	Rani	5	Potensial	5	1	1		V	1	1	1	1	1	4	1	5	2	1	2	1	2
18	Pancoran	Rawa Jati	lis	5	Potensial	1.5	1	1		V	1	1	1	2	1	4	1	5	3	1	2	3	2
19	Pancoran	Rawa Jati	Lina	5	Potensial	2	2	1		V	1	2	1	1	1	4	1	5	3	1	2	3	2
20	Pancoran	Rawa Jati	Riska	10	Potensial	1	2	2	V		2	2	2	2	1	4	1	5	3	1	2	1	2
21	Jagakarsa	Lenteng Agung	Ipah	10	Potensial	4	1	1	V		1	1	2	1	1	4	1	4	3	1	2	3	2
22	Jagakarsa	Lenteng Agung	Yeni	5	Potensial	2	2	1		V	1	2	1	1	1	4	1	5	3	1	2	1	2
23	Jagakarsa	Lenteng Agung	Novi	10	Potensial	3	1	2	V		1	1	2	1	1	4	1	4	2	1	2	1	2
24	Jagakarsa	Lenteng Agung	Marsinah	5	Potensial	5	1	1		V	1	1	1	1	1	4	1	4	2	1	2	1	2
25	Jagakarsa	Lenteng Agung	Leli	10	Potensial	2	1	1	V		1	1	2	1	1	4	1	5	3	1	2	3	2
26	Jagakarsa	Lenteng Agung	Sapiah	5	Potensial	3	1	1		V	2	1	1	1	1	4	1	4	3	1	2	1	2
27	Jagakarsa	Lenteng Agung	Maskum	10	Potensial	1	2	2	V		2	2	2	2	1	4	1	5	3	1	2	1	2
28	Jagakarsa	Lenteng Agung	Weni	5	Potensial	4	2	1		V	1	1	1	1	1	4	1	5	3	1	2	3	2
29	Jagakarsa	Lenteng Agung	Siti	5	Potensial	3	1	1		V	1	1	2	1	1	4	1	4	2	1	2	1	2
30	Jagakarsa	Lenteng Agung	Fatimah	10	Potensial	1	1	2	V		1	2	2	2	1	4	1	5	2	1	2	1	2

Tabel 1. Data Hasil Survey di *Squatter* Potensial

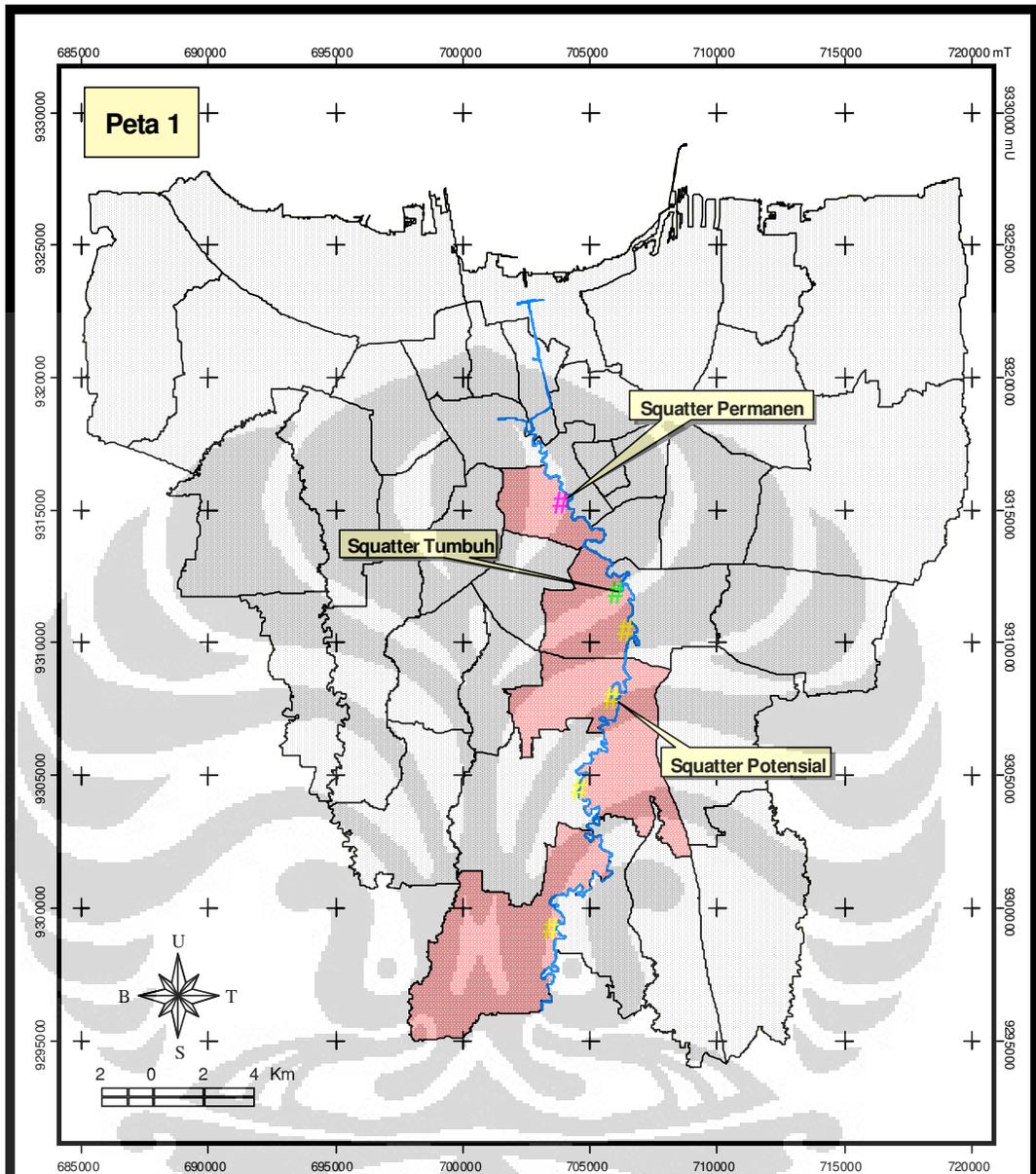
Sarana dan Prasarana					Asal		Pendidikan	Gizi			Pelayanan Kesehatan	
Minum	Bahan Bakar	Limbah	Sampah	Jalan	Asli	Pendatang		Makan	Vitamin	Imunisasi	Jenis	Frekuensi
3	3	1	3	1		V	3	2	1	1	3	2
3	3	1	3	1		V	4	2	1	2	3	1
3	3	1	1	1		V	3	2	1	1	3	1
2	3	1	1	1		V	2	2	1	1	3	1
2	3	1	1	1		V	2	2	1	1	3	1
2	3	1	1	1		V	3	2	1	1	3	2
2	3	1	1	1	V		4	2	1	2	3	2
2	3	1	3	1		V	3	2	1	1	3	2
2	3	1	3	1		V	3	2	1	1	3	1
3	3	1	1	1		V	2	2	1	1	3	1
3	3	1	1	1		V	3	2	1	1	3	2
3	3	1	1	1		V	3	2	1	1	3	1
3	3	1	1	1	V		4	2	2	2	3	2
2	3	1	1	1	V		3	2	1	2	3	1
2	3	1	1	1	V		4	2	2	1	3	2
2	3	1	1	1		V	4	2	2	2	3	2
3	3	1	1	1		V	3	2	1	2	3	2
3	3	1	1	1		V	2	2	1	1	3	1
3	3	1	1	1		V	2	2	1	1	3	1
2	3	1	1	1		V	3	2	1	1	3	1
2	3	1	1	1		V	3	2	1	2	3	2
2	3	1	3	1		V	2	2	1	2	3	2
3	3	1	3	1		V	3	2	1	2	3	2
3	3	1	1	1	V		3	2	1	2	3	2
2	3	1	1	1		V	2	2	1	1	3	1
3	3	1	1	1	V		3	2	1	1	3	1
3	3	1	1	1	V		2	2	1	1	3	1
2	3	1	1	1		V	3	2	1	2	3	2
2	3	1	3	1		V	3	2	1	1	3	2
2	3	1	3	1		V	2	2	1	2	3	1

Tabel 2. Data Hasil Survey di *Squatter* Tumbuh

No	Kecamatan	Kelurahan	RT/RW	Nama	Jarak (meter)	Squatter	Usia Balita (Tahun)	Pekerjaan		Pendapatan		Pengeluaran					Tempat Tinggal						
								KK	Transport	UMR	≠ UMR	Makan	Transport	Pendidikan	Lain2	Kesehatan	Status	Jenis	Umur	Dinding	Lantai	Atap	MCK
1	Tebet	Bukit Duri	01/012	Erna	0	Tumbuh	1	3	5	V		1	2	1	3	4	3	4	3	4	3	3	3
2	Tebet	Bukit Duri	01/012	Risnaini	10	Tumbuh	4	1	1	V		2	1	4	1	1	4	4	2	4	2	2	3
3	Tebet	Bukit Duri	01/012	Nursanti	10	Tumbuh	2	3	5	V		2	2	1	3	3	3	4	4	4	2	3	3
4	Tebet	Bukit Duri	01/012	Nurhasanah	0	Tumbuh	1	3	3		V	2	1	1	3	4	3	4	2	4	3	3	3
5	Tebet	Bukit Duri	05/012	Sarifah	5	Tumbuh	1	1	5		V	1	1	1	3	1	4	2	2	3	3	2	1
6	Tebet	Bukit Duri	05/012	Aisyah	10	Tumbuh	3	3	1		V	1	1	2	1	1	4	2	2	3	2	2	1
7	Tebet	Bukit Duri	05/012	Nurjanah	10	Tumbuh	2	1	2		V	2	1	2	3	1	2	1	2	3	1	2	2
8	Tebet	Bukit Duri	05/012	Ningsih	5	Tumbuh	3	3	1	V		1	1	3	1	1	3	2	2	2	3	1	2
9	Tebet	Bukit Duri	05/012	Yunengsih	0	Tumbuh	4	1	1		V	2	1	3	1	1	4	2	2	3	2	2	1
10	Tebet	Bukit Duri	03/012	Maemunah	0	Tumbuh	2	3	5	V		2	2	2	2	2	2	1	2	4	4	4	2
11	Tebet	Bukit Duri	03/012	Marsinah	0	Tumbuh	1.5	3	2	V		1	2	1	3	3	3	4	2	4	3	4	3
12	Tebet	Bukit Duri	03/012	Nety	5	Tumbuh	3	3	5	V		2	3	4	3	2	4	4	2	4	3	3	3
13	Tebet	Bukit Duri	03/012	Neneng	5	Tumbuh	3.5	3	1	V		2	1	1	3	2	2	4	4	4	3	3	3
14	Tebet	Bukit Duri	04/012	Rubiah	10	Tumbuh	4	3	5		V	1	3	4	4	1	4	4	3	4	3	3	3
15	Tebet	Bukit Duri	04/012	Sami	5	Tumbuh	2.5	3	5	V		1	2	3	3	1	2	4	2	4	3	3	3
16	Tebet	Bukit Duri	04/012	Nina	5	Tumbuh	3	3	3		V	2	1	4	2	1	4	3	3	4	2	4	3
17	Tebet	Bukit Duri	04/012	Heni	0	Tumbuh	4	1	1		V	1	1	2	1	1	3	2	3	3	3	2	1
18	Tebet	Bukit Duri	06/012	Ani	5	Tumbuh	5	3	2		V	2	2	3	2	1	4	3	2	3	4	2	2
19	Tebet	Bukit Duri	06/012	Nita	5	Tumbuh	2	3	1		V	1	1	2	2	1	3	3	3	3	3	2	2
20	Tebet	Bukit Duri	06/012	Fatonah	5	Tumbuh	1	3	2	V		2	2	3	2	2	2	3	2	3	3	2	2
21	Pancoran	Rawa Jati	03/07	Kalyani	5	Tumbuh	2	3	5	V		2	2	2	2	2	2	1	2	4	4	4	2
22	Pancoran	Rawa Jati	03/07	Yanti	10	Tumbuh	1.5	3	2	V		1	2	1	3	3	3	4	2	4	3	4	3
23	Pancoran	Rawa Jati	03/07	Marni	5	Tumbuh	3	3	5	V		2	3	4	3	2	4	4	2	4	3	3	3
24	Pancoran	Rawa Jati	03/07	Hijriah	5	Tumbuh	3.5	3	1	V		2	1	1	3	2	2	4	4	4	3	3	3
25	Pancoran	Rawa Jati	03/07	Erma	10	Tumbuh	4	3	5		V	1	3	4	4	1	4	4	3	4	3	3	3
26	Pancoran	Rawa Jati	03/07	Yani	10	Tumbuh	2.5	3	5	V		1	2	3	3	1	2	4	2	4	3	3	3
27	Pancoran	Rawa Jati	04/07	Rosidah	5	Tumbuh	3	3	3		V	2	1	4	2	1	4	3	3	4	2	4	3
28	Pancoran	Rawa Jati	04/07	Mita	5	Tumbuh	2.5	1	2		V	1	1	1	1	1	3	2	3	4	4	3	3
29	Pancoran	Rawa Jati	04/07	Desi	5	Tumbuh	1.5	1	2	V		1	1	2	1	1	2	2	3	4	4	3	3
30	Pancoran	Rawa Jati	04/07	Ria	5	Tumbuh	1	3	3		V	2	2	3	3	2	3	3	2	4	4	4	3

Tabel 2. Data Hasil Survey di *Squatter* Tumbuh

Sarana dan Prasarana						Asal		Pendidikan	Gizi			Pelayanan Kesehatan	
Mandi	Minum	Bahan Bakar	Limbah	Sampah	Jalan	Asli	Pendatang		Makan	Vitamin	Imunisasi	Jenis	Frekuensi
2	2	4	2	1	3	V		5	3	2	3	4	3
2	2	4	4	1	4		V	5	3	2	3	3	3
2	2	4	3	1	4	V		5	3	2	3	3	3
2	2	4	1	1	3		V	4	3	1	2	4	3
2	2	3	1	1	3		V	2	3	1	2	3	3
2	3	3	1	1	3	V		2	2	2	3	3	3
2	3	3	2	1	2	V		4	3	2	3	4	3
1	2	3	1	1	1	V		2	2	1	2	3	3
2	3	3	1	1	1	V		1	2	2	1	4	1
2	2	4	2	1	3		V	4	2	1	2	3	3
2	2	4	2	3	3	V		5	3	2	3	5	3
2	2	3	2	3	3	V		5	3	2	3	4	3
2	3	4	2	3	3		V	3	3	2	3	2	3
2	2	4	2	3	3	V		4	3	2	3	3	3
2	2	4	2	3	3		V	4	3	2	3	3	3
2	2	4	3	3	4		V	4	3	1	3	3	3
2	3	3	1	1	1	V		3	2	1	1	3	3
2	3	3	2	1	2	V		4	3	2	2	3	3
2	3	3	3	1	2	V		3	2	1	2	4	3
2	3	3	3	1	3	V		4	3	2	2	2	3
2	2	4	2	1	3		V	4	2	1	2	3	3
2	2	4	2	3	3	V		5	3	2	3	5	3
2	2	3	2	3	3	V		5	3	2	3	4	3
2	3	4	2	3	3		V	3	3	2	3	2	3
2	2	4	2	3	3	V		4	3	2	3	3	3
2	2	4	2	3	3		V	4	3	2	3	3	3
2	2	4	3	3	4		V	4	3	1	3	3	3
2	2	4	2	3	4	V		4	3	2	3	2	3
2	2	4	3	3	4	V		4	3	2	3	3	3
2	2	4	3	3	4	V		4	3	2	3	3	3



Daerah Penelitian Squatter Area Ci Liwung - DKI Jakarta

Keterangan :

-  Aliran Ci Liwung
-  Daerah Penelitian
-  Squatter Permanen
-  Squatter Tumbuh
-  Squatter Potensial

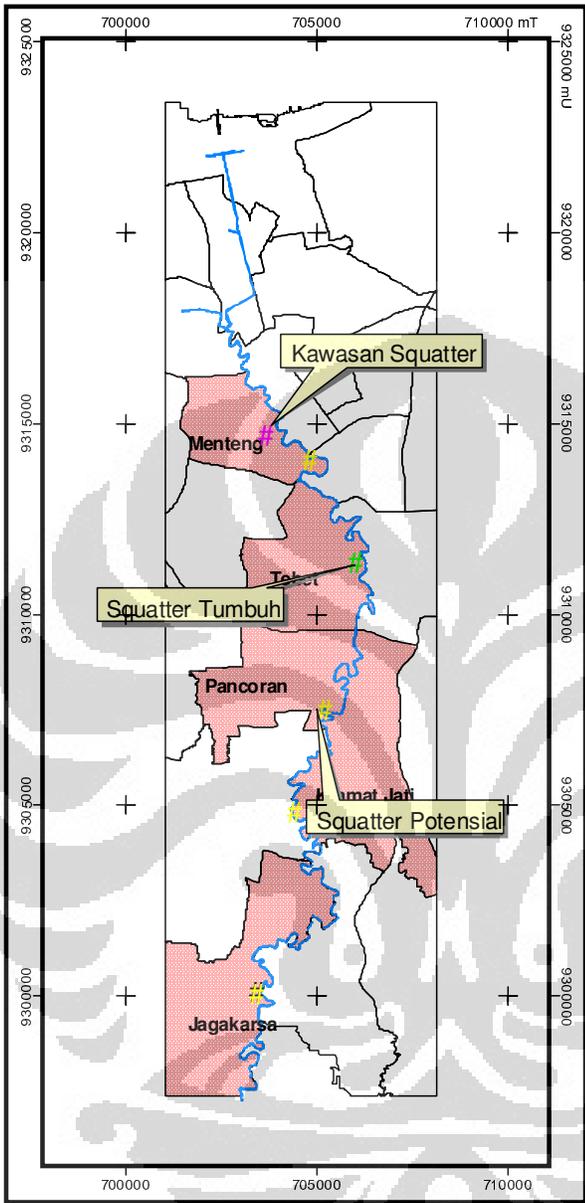
Kartografer :
Intan Kurnia Sari (030506048Y)



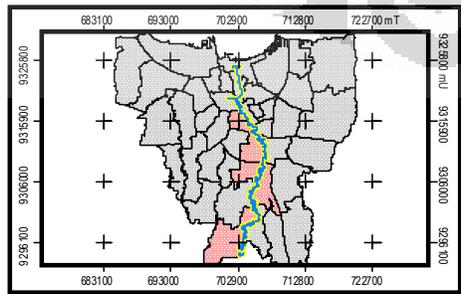
Sumber :
Departemen PU 2008 dan Pengolahan Data 2009

PETA 2

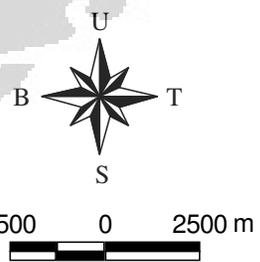
Daerah Penelitian *Squatter Area* Ci Liwung



- Keterangan :
- # Kawasan Squatter
 - # Squatter Tumbuh
 - # Squatter Potensial
 - Sungai
 - Daerah Penelitian



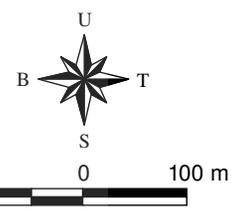
■ Daerah Penelitian



Sumber :
Departemen PU 2008 dan Pengolahan Data 2009
Kartografer :
Intan Kurnia Sari (030506048Y)

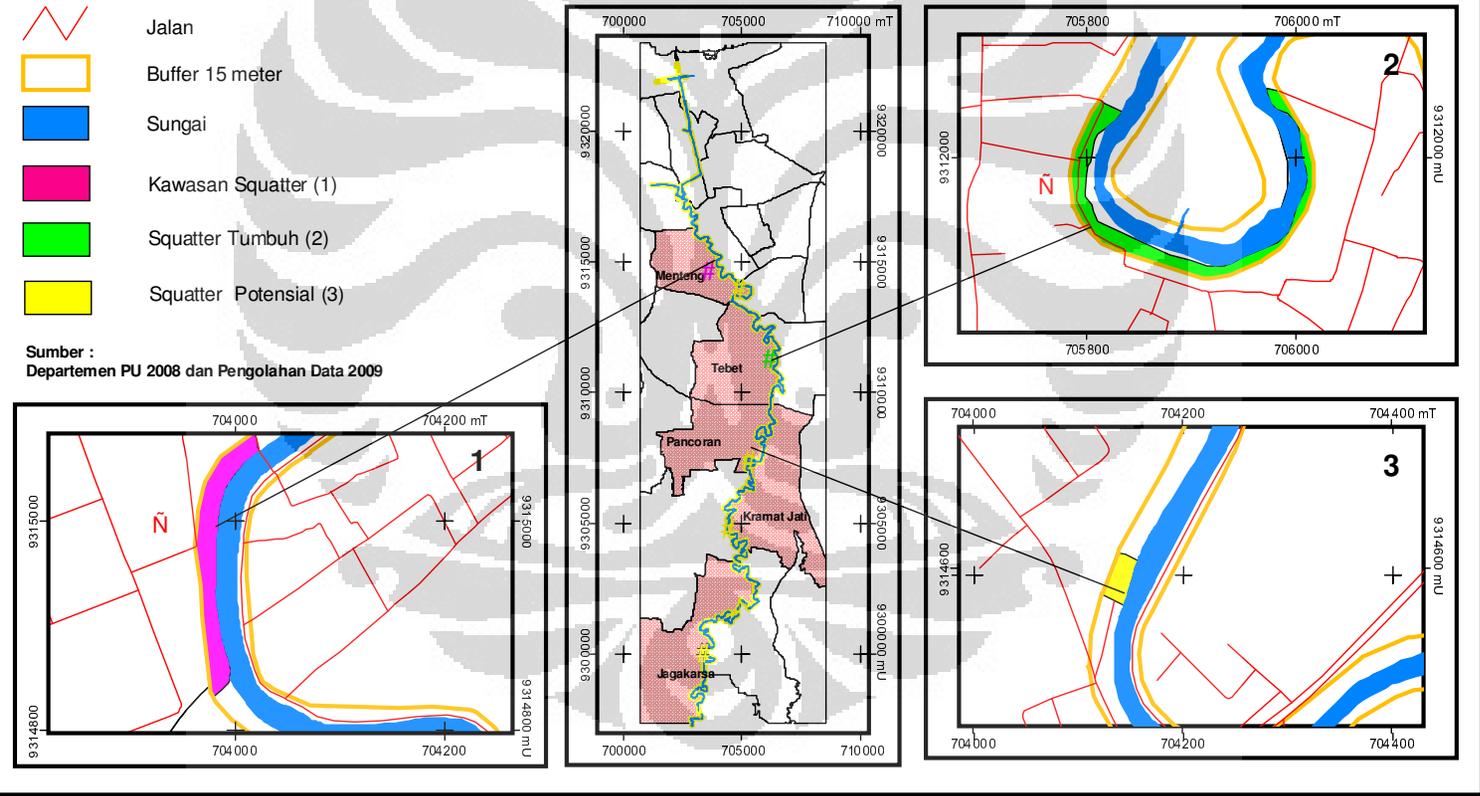
Daerah Penelitian Per Tipologi Pemukiman di *Squatter Area* Ci Liwung

PETA 3



- Keterangan :**
- Pelayanan Kesehatan
 - Jalan
 - Buffer 15 meter
 - Sungai
 - Kawasan Squatter (1)
 - Squatter Tumbuh (2)
 - Squatter Potensial (3)

Sumber :
Departemen PU 2008 dan Pengolahan Data 2009



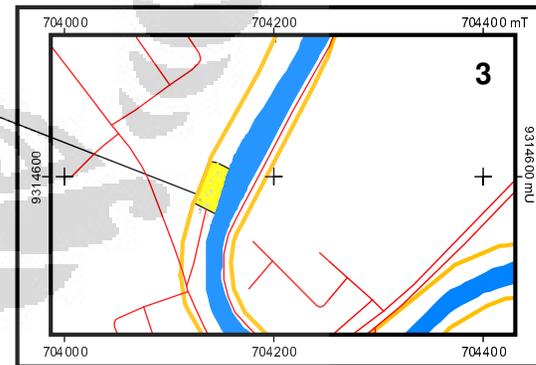
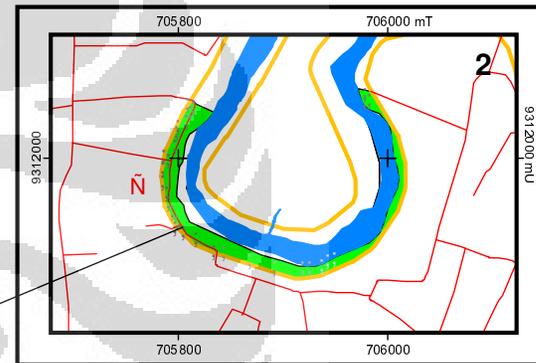
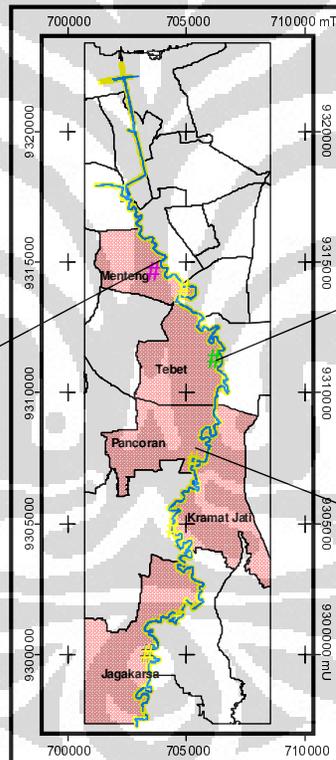
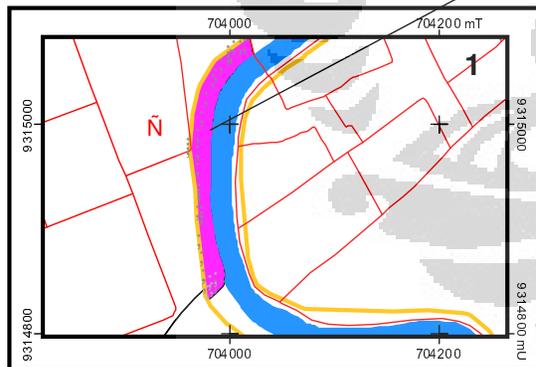
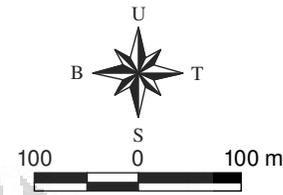
Jenis Bangunan di Squatter Area Ci Liwung

PETA 4

Keterangan :

-  Pelayanan Kesehatan
 -  Jalan
 -  Buffer 15 meter
 -  Sungai
 -  Kawasan Squatter (1)
 -  Squatter Tumbuh (2)
 -  Squatter Potensial (3)
- | | |
|----------------|---|
| Permanen | ; |
| Semi Permanen | ; |
| Tidak Permanen | ; |

Sumber :
Departemen PU 2008 dan Pengolahan Data 2009



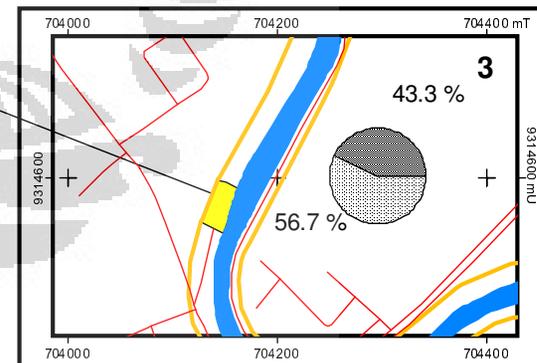
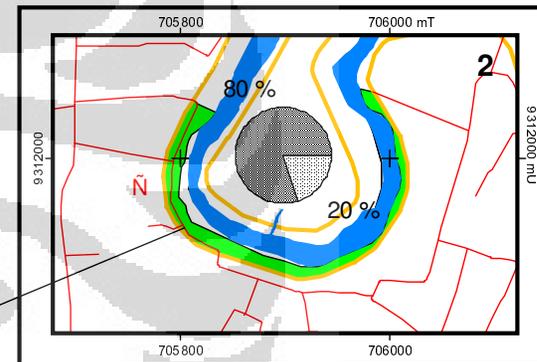
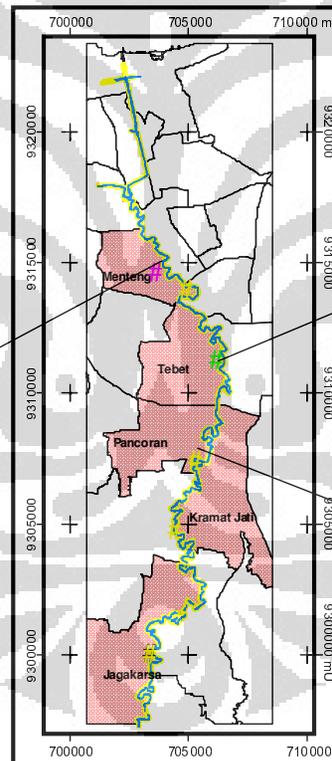
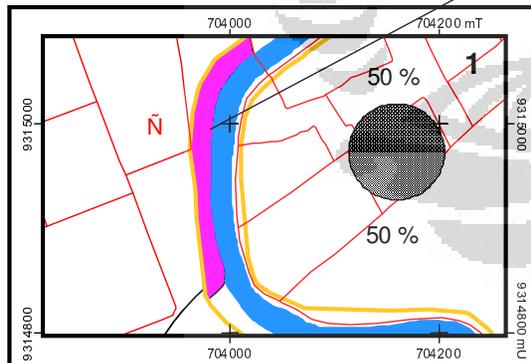
Kualitas Pemukiman Squatter Area Ci Liwung

PETA 5

Keterangan :

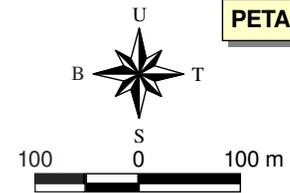
-  Pelayanan Kesehatan
-  Jalan
-  Buffer 15 meter
-  Sungai
-  Kawasan Squatter (1)
-  Squatter Tumbuh (2)
-  Squatter Potensial (3)
-  Baik
-  Sedang
-  Buruk

Sumber :
Departemen PU 2008 dan Pengolahan Data 2009



Tingkat Pendidikan Masyarakat di *Squatter Area* Ci Liwung

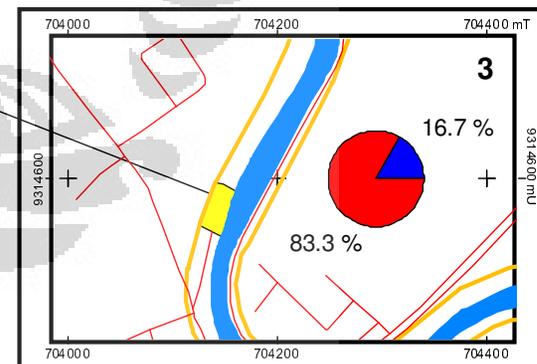
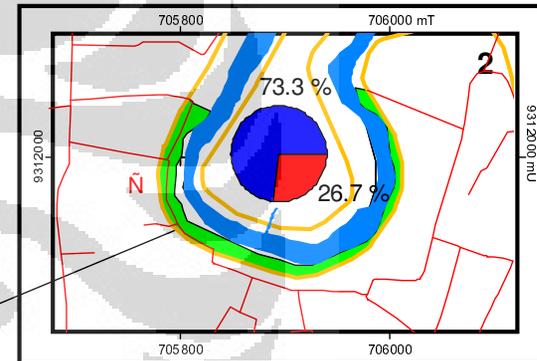
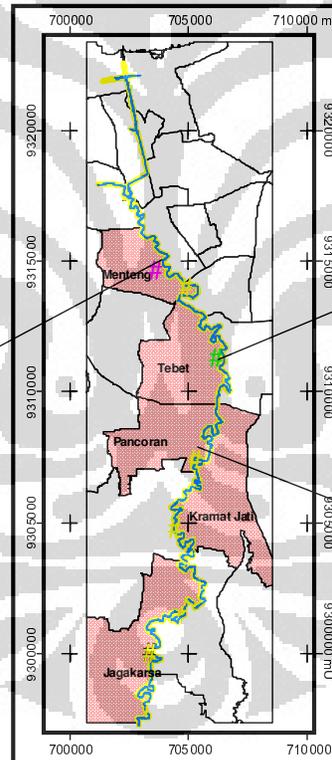
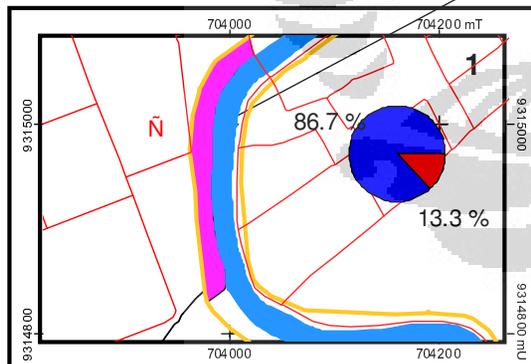
PETA 6



Keterangan :

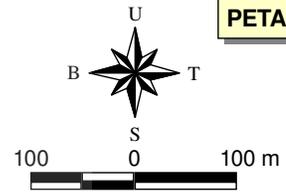
-  Pelayanan Kesehatan
-  Jalan
-  Buffer 15 meter
-  Sungai
-  Kawasan Squatter (1)
-  Squatter Tumbuh (2)
-  Squatter Potensial (3)
-  Tinggi
-  Rendah

Sumber :
Departemen PU 2008 dan Pengolahan Data 2009



Tingkat Pendapatan Masyarakat di *Squatter Area* Ci Liwung

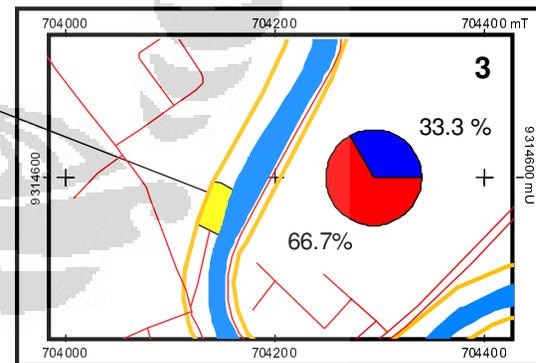
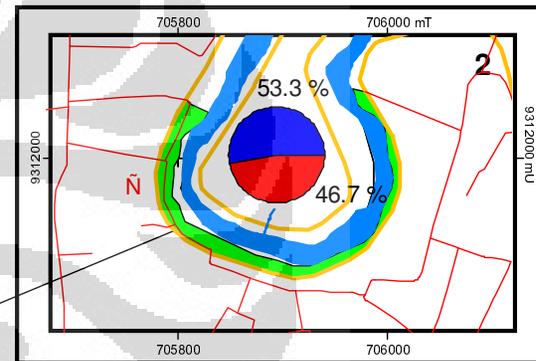
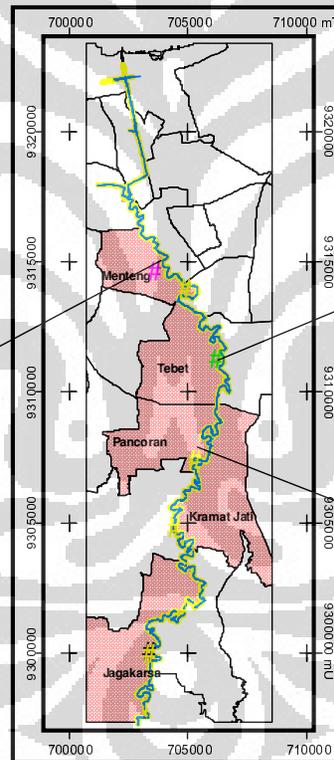
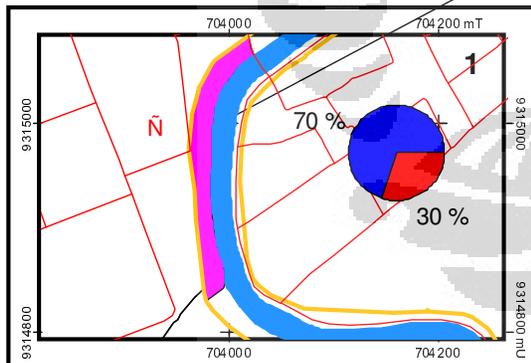
PETA 7



Keterangan :

- Pelayanan Kesehatan
- Jalan
- Buffer 15 meter
- Sungai
- Kawasan Squatter (1)
- Squatter Tumbuh (2)
- Squatter Potensial (3)
- > UMR
- < UMR

Sumber :
Departemen PU 2008 dan Pengolahan Data 2009



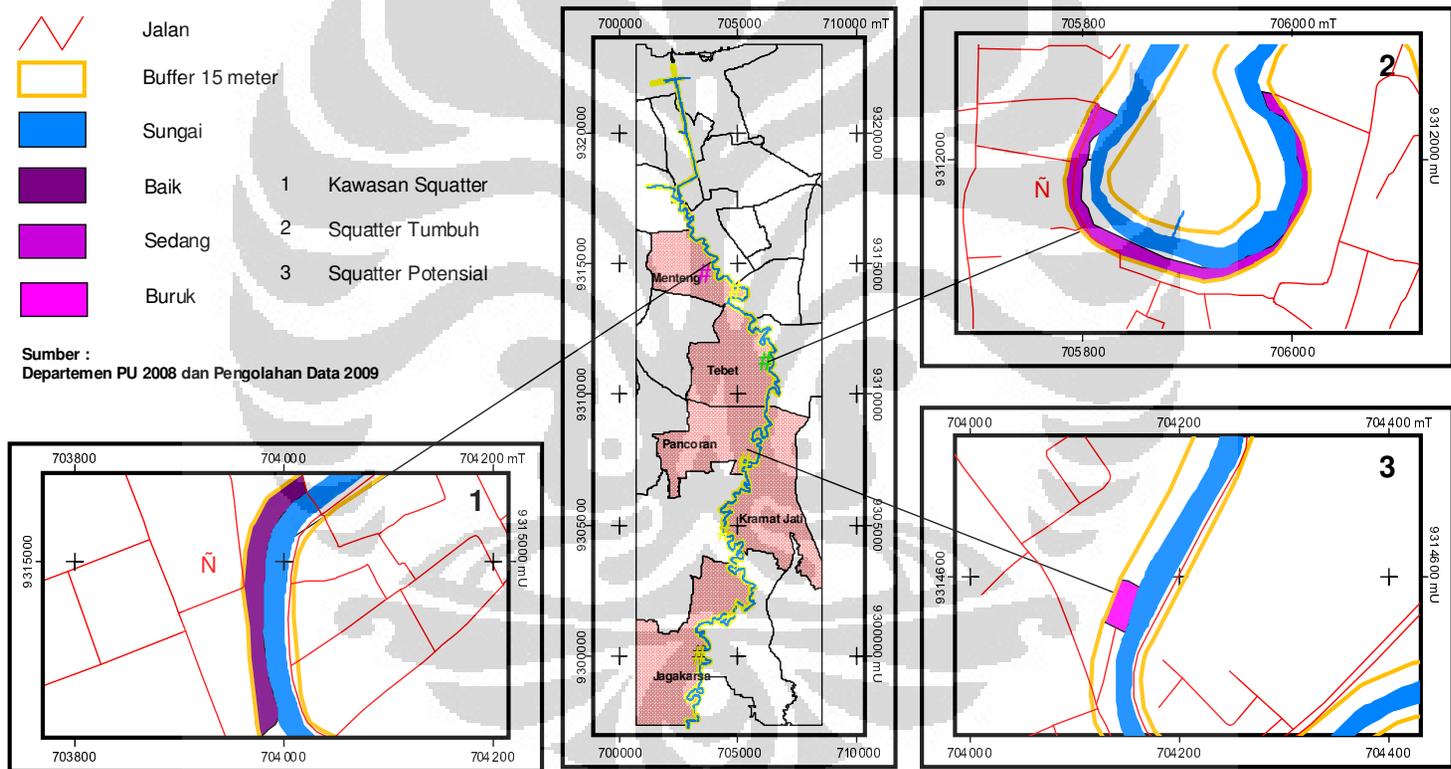
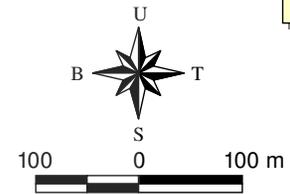
Status Gizi Balita di *Squatter Area* Ci Liwung

PETA 8

Keterangan :

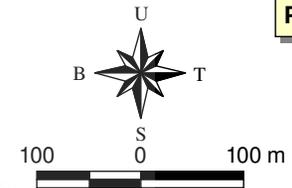
-  Pelayanan Kesehatan
 -  Jalan
 -  Buffer 15 meter
 -  Sungai
 -  Baik
 -  Sedang
 -  Buruk
- 1 Kawasan Squatter
 - 2 Squatter Tumbuh
 - 3 Squatter Potensial

Sumber :
Departemen PU 2008 dan Pengolahan Data 2009



Tingkat Kematian Bayi di *Squatter Area* Ci Liwung

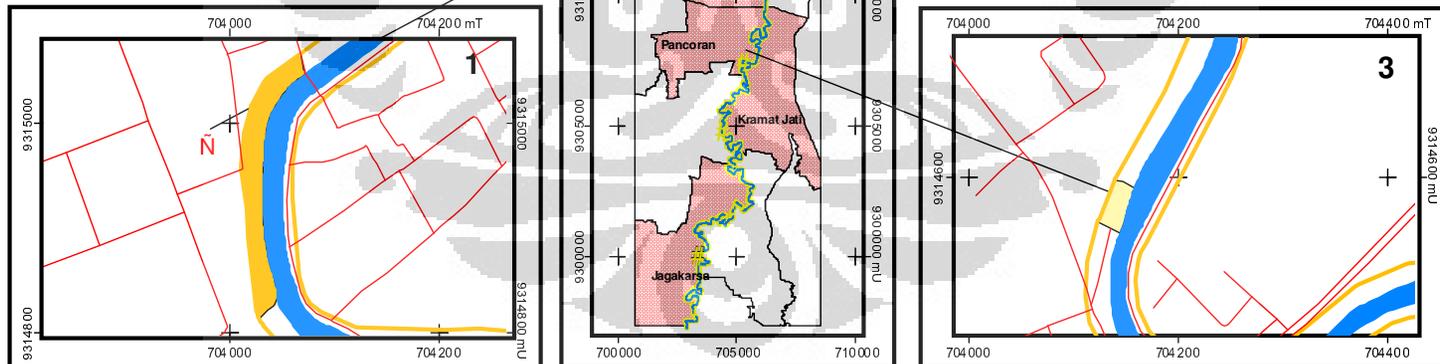
PETA 9



Keterangan :

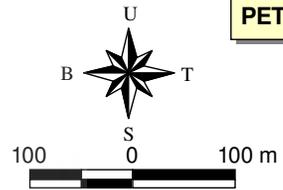
-  Pelayanan Kesehatan
 -  Jalan
 -  Buffer 15 meter
 -  Sungai
 -  Tinggi
 -  Sedang
 -  Rendah
-
- 1 Kawasan *Squatter*
 - 2 *Squatter* Tumbuh
 - 3 *Squatter* Potensial

Sumber :
Departemen PU 2008 dan Pengolahan Data 2009



Tingkat Kesehatan Masyarakat Squatter Area Ci Liwung

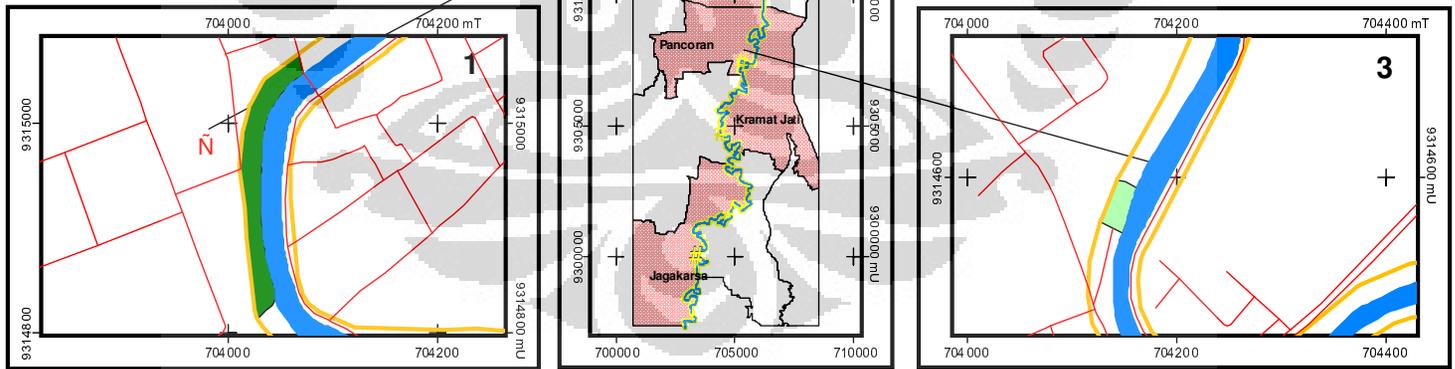
PETA 10



Keterangan :

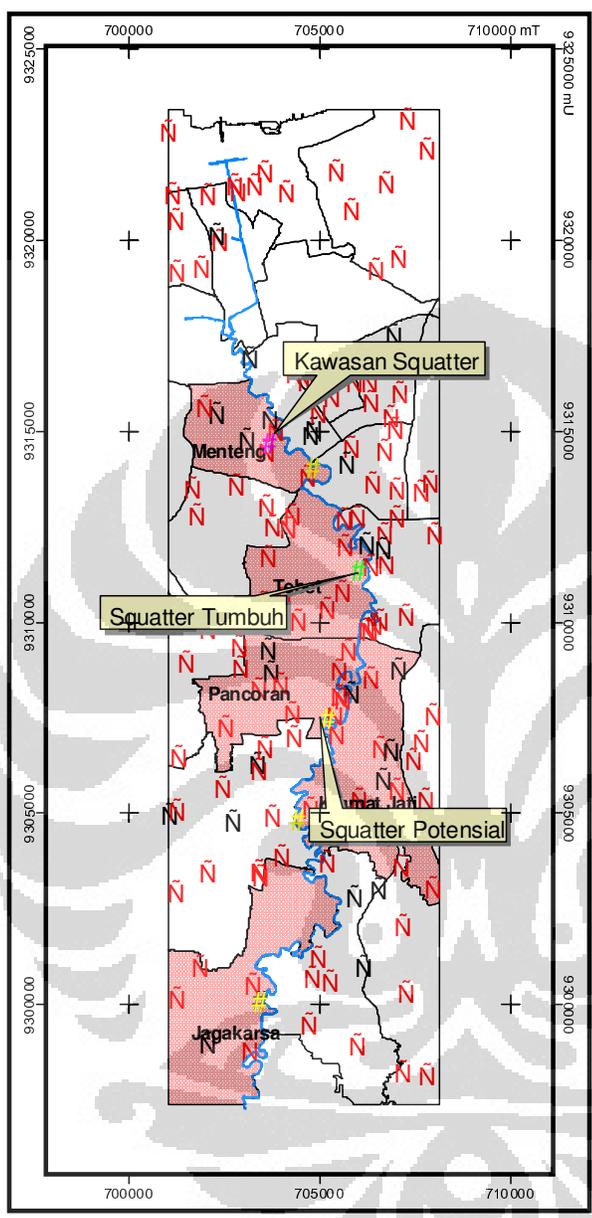
-  Pelayanan Kesehatan
 -  Jalan
 -  Buffer 15 meter
 -  Sungai
 -  Tinggi
 -  Sedang
 -  Rendah
-
- 1 Kawasan Squatter
 - 2 Squatter Tumbuh
 - 3 Squatter Potensial

Sumber :
Departemen PU 2008 dan Pengolahan Data 2009



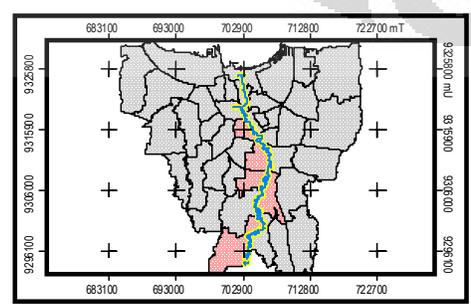
PETA 11

Pelayanan Kesehatan di Squatter Area Ci Liwung



Keterangan :

- N PUSKESMAS
- N Rumah Sakit
- # Kawasan Squatter
- # Squatter Tumbuh
- # Squatter Potensial
- Sungai
- Daerah Penelitian



Daerah Penelitian



Sumber :
Departemen PU 2008 dan Pengolahan Data 2009

Kartografer :
Intan Kurnia Sari (030506048Y)