



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGEMBANGAN ALTERNATIF MODEL INDEKS
PEMBANGUNAN KESEHATAN MASYARAKAT**

DISERTASI

Dwi Hapsari Tjandrarini
NPM. 0806474350

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM DOKTOR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
DEPOK
JUNI 2012



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGEMBANGAN ALTERNATIF MODEL INDEKS
PEMBANGUNAN KESEHATAN MASYARAKAT**

DISERTASI

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat

Dwi Hapsari Tjandrarini
NPM. 0806474350

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM DOKTOR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
DEPOK
JUNI 2012

PERNYATAAN ORISINALITAS

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

NAMA : Dwi Hapsari Tjandrarini

NPM : 0806474350

TANDA TANGAN :



TANGGAL : 9 Juni 2012








PENGESAHAN

Disertasi ini diajukan oleh:

NAMA : Dwi Hapsari Tjandrarini
NPM : 0806474350
PROGRAM STUDI : Ilmu Kesehatan Masyarakat
JUDUL DISERTASI : Pengembangan Alternatif Model Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat

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

Dewan Penguji

Promotor : Prof. dr. Purnawan Junadi, MPH, PhD ()
Ko-Promotor : 1. Prof. Dr. dr. Sudijanto Kamsu, SKM ()
2. Prof. dr. Anhari Achadi, SKM, SeD ()
Ketua Tim Penguji : Prof. dr. Amal C. Sjaaf, MPH, Dr.PH ()
Tim Penguji : 1. Dr. Minarto, MPS ()
2. Dr.dr. Trihono, MSc ()
3. dr. Soewarta Kosen, MPH, Dr.PH ()

UCAPAN TERIMAKASIH

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas kasih dan karuniaNya, penulis dapat menyelesaikan studi sampai dengan selesainya penulisan disertasi ini. Penulis juga menyampaikan rasa hormat dan terimakasih yang terhingga kepada:

1. Prof. dr. Purnawan Junadi, MPH, Ph.D yang berkenan menjadi pembimbing dan promotor selama penulisan disertasi. Di tengah kesibukan beliau, senantiasa berkenan memberikan arahan, mengingatkan penulis jika sudah lama tidak berkonsultasi, dan memberikan semangat di saat penulis merasa tidak mempunyai keberanian untuk maju.
2. Prof. Dr. dr. Sudijanto Kamso, SKM yang telah banyak memberikan bimbingan statistik selama penulisan dan Prof. dr. Anhari Achadi, SKM, Scd yang telah banyak memberikan bimbingan penulisan. Berkat kepakaran beliau berdua memberi warna penyempurnaan pada disertasi ini.
3. Prof. dr. Amal C.Sjaaf, MPH, Dr.PH; Dr.Minarto,MPS; dan dr Soewarta Kosen, MPH, Dr.PH selaku tim penguji yang telah berkenan memberikan masukan dan arahan pada setiap ujian sehingga dapat mengantarkan penulis untuk menyelesaikan studi.
4. Dr. dr. Trihono, MSc selaku penguji, pembimbing, dan pimpinan Badan Litbangkes, dimana penulis bekerja. Di tengah kesibukan beliau, senantiasa meluangkan waktu untuk berdiskusi, memberikan arahan, dan memberikan semangat kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan studi, serta tidak pernah berhenti memberikan tantangan-tantangan dalam pekerjaan. Sehingga membuat penulis makin menyadari perlunya terus berkarya.
5. Bambang Wispriyono, MA, PhD selaku Dekan FKMUI beserta seluruh staf pengajar di FKMUI yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu. Penulis telah mendapatkan banyak ilmu terkait kesehatan masyarakat di FKMUI sejak penulis menempuh studi S1 sampai dengan S3.
6. dr. Triono Soendoro, PhD yang telah mendorong penulis untuk mengikuti studi doktor. Mengingat semangat beliau membuat penulis ikut bersemangat menyelesaikan tanggungjawab tugas belajar ini.

7. Seluruh jajaran pimpinan di Badan Litbangkes beserta seluruh staf bagian kepegawaian mulai periode 2008 – 2012 yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu karena dinamika dalam struktur organisasi. Penulis yakin bahwa dukungan selalu diberikan walau tak terucap.
 8. Tim Komisi Doktor Badan Litbangkes yang telah membantu memberikan kritikan membangun serta teguran-teguran pembangkit semangat untuk penulis
 9. Rekan-rekan program Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat terutama angkatan 2008, yang telah melalui suka duka bersama selama studi. Terutama untuk Dr. dr Julianty dan dr Felly selalu bersedia membantu di awal dan di akhir studi, serta menjadi teman seperjuangan di saat menanti pembimbing.
 10. Mbak Dewi beserta rekan-rekan yang dengan keiklasannya membantu sejak penulis menjalani studi dan di setiap pelaksanaan ujian sehingga dapat lancar.
 11. Rekan-rekanku di Laboratorium Manajemen Data terutama Ika, Nunik, Lely, Yudi, bu Sri Muljati, Agus, Olwin, Eddy, Ryan, Narendro, Prisca, Kathy, Puti, mbak Puji yang dengan sukacita bekerjasama menyelesaikan tugas-tugas kantor sehingga penulis mempunyai kesempatan untuk menyelesaikan studi. Tak lupa kepada sahabatku pak Ma'ruf yang dapat menghibur dan memberikan nasehat di saat penulis mengalami kejenuhan.
 12. Bapak dan ibuku tercinta yang senantiasa membantu dalam doa dan semangat, serta dengan sukacita meringankan beban dikala penulis sibuk. Kakakku mas Wahyudi beserta keluarga dan mbak Dyah beserta keluarga yang selalu siap membantu pada saat penulis mengalami kesibukan dan membutuhkan bantuan. Mas Bowo (almarhum), walau sudah tiada tapi penulis yakin tetap mendukung keberhasilan penulis.
 13. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu per satu.
- Hanya ucapan terimakasih dan doa yang dapat penulis berikan, karena.....

*Bekerja dengan rasa cinta, berarti menyatukan diri
dengan diri kita sendiri, diri orang lain, dan kepada Tuhan.
Bekerja dengan rasa cinta, bagaikan menenun kain dengan benang
yang ditarik dari jantung, seolah-olah kekasih yang akan memakainya kelak,*

Depok, 9 Juni 2012

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

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

Nama : Dwi Hapsari Tjandrarini
NPM : 0806474350
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis Karya : Disertasi

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui memberikan kepada UI Hak Bebas Royalti Non eksklusif (Non-exclusive Royalti Free Right) atas karya ilmiah saya yang berjudul "Pengembangan Alternatif Model Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat" beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak bebas Royalti Noneksklusif ini UI berhak menyimpan, mengalihmediakan/memformatkan/ mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/ pencipta dan sebagai pemilik hak cipta.
Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 9 Juni 2012

Yang menyatakan



(Dwi Hapsari Tjandrarini)

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Dwi Hapsari Tjandrarini
NPM : 0806474350
Mahasiswa Program : Doktor
Tahun Akademik : 2008/2009

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

Pengembangan Alternatif Model Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 9 Juni 2012



(Dwi Hapsari Tjandrarini)

**PROGRAM DOKTOR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA**

Dwi Hapsari Tjandrarini

Pengembangan Alternatif Model Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat

xviii + 176 halaman , 73 tabel, 9 gambar

ABSTRAK

Indeks Pembangunan Manusia (IPM) dianggap dapat merefleksikan status pembangunan manusia. IPM merupakan indeks komposit yang salah satunya usia harapan hidup (UHH) yang diperoleh dengan metode tidak langsung. Oleh karena itu dibuat Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM) yang merupakan kumpulan indikator kesehatan yang dapat mudah dan langsung diukur untuk menggambarkan masalah kesehatan yang berkaitan dengan UHH.

Kerangka konsep menggunakan gabungan dari konsep H.L. Blum, Kesejahteraan Sosial, Keluarga Sejahtera, Indeks Pembangunan Manusia, Indikator Kebahagiaan, dan determinan sosial kesehatan, dengan mempertimbangkan keterbatasan data-data yang diperoleh dari Riskesdas 2007, Susenas 2007, dan Podes 2008. Sesuai tujuan penelitian maka kerangka konsep yang digunakan untuk melihat indikator kesehatan yang berperan mempengaruhi usia harapan hidup dan melihat peran indikator sektor lain yang mempengaruhi usia harapan hidup. Sampel yang digunakan 438 kabupaten/ kota yang tersebar di 33 provinsi. Pemilihan variabel sebagai kandidat dan untuk mendapatkan kelompok bobot menggunakan *explanatory factor analysis*, setelah terpilih dilakukan regresi linier untuk menentukan besaran bobot. Besaran bobot menunjukkan prioritas masalah yang harus diselesaikan terlebih dahulu.

IPKM untuk tingkat nasional diperoleh dari 9 indikator, nilai korelasi dengan UHH 2007 sebesar 0,404 dan korelasi dengan IPM 2007 sebesar 0,497. Menggunakan hasil dari rumus terpilih dan dianalisis bersama-sama dengan komponen pembentuk IPM 2007 maka diperoleh nilai korelasi model sebesar 0,561. Pada model tersebut peran IPKM dalam menentukan nilai umur harapan hidup berkisar 17% dan peran terbesar pada pendidikan sebesar 64%.

IPKM nasional dapat digunakan untuk membandingkan keberhasilan antar kabupaten/ kota. IPKM regional melihat masalah kesehatan spesifik di masing-masing regional. IPKM regional Jawa Bali mempunyai nilai korelasi terbaik sehingga dapat digunakan sebagai alat ukur keberhasilan pembangunan kesehatan. IPKM kabupaten dan kotamadya untuk melihat permasalahan lokal di kabupaten dan kotamadya, namun model untuk kotamadya harus ditelaah kembali.

Kata kunci: HDI, Umur Harapan Hidup, Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat

Daftar Pustaka: 56 (1993-2012)

**DOCTORAL STUDIES IN PUBLIC HEALTH
FACULTY OF PUBLIC HEALTH
UNIVERSITY OF INDONESIA**

Dwi Hapsari Tjandrarini

Alternative Models for Public Health Development Index

xviii + 176 pages, 73 tables, 9 pictures

ABSTRACT

Human Development Index (HDI/IPM) can be used as a measure of human development status. IPM is a composite index which includes life expectancy age by indirect calculation as one of the composite variables. Therefore, the Public Health Development Index (PHDI/IPKM) is essential because it directly includes health indicators which describe health issues related to life expectancy.

Conceptual framework in this study explains link between variables using numerous theoretical framework such as from H.L Blum, social welfare, family welfare, human development index, happiness indicators and social determinant of health. This study uses data from RISKESDAS 2007, SUSENAS 2007 and PODES 2008, with considering their specific limitations. This study aims to identify health indicators which contribute to life expectancy and determine other related indicators from non health sectors that associated with the life expectancy. Sample in this study includes population in 438 districts in 33 provinces in Indonesia. Candidate variables for weighted group were selected using explanatory factor analysis and followed by linear regression analysis to calculate the weight number. Weight number shows priority of the health issues that requires priority intervention.

The national IPKM was calculated using nine indicators and the correlation values for 2007 life expectancy is 0.404 and correlation values for 2007 Human Development Index/IPM is 0.497. Using the selected formula and multivariate analysis of 2007 IPM components, the analysis shows model correlation value is 0.561. In this model, the IPKM contributes to the life expectancy measurement as high as 17% and the highest contribution is from the education factor (64%).

The national IPKM can be used to compare performance in health development across districts. The regional IPKM describes the health issues specifically in each region. The regional IPKM for Java and Bali have the best correlation value, which means it can be used as the benchmark for health program performance in other regions. The district IPKM model can be used to illustrate the local health issues, but the model requires further analysis.

Key words: Human Development Index, Life Expectancy, Public Health Development Index

References : 56 (1993 – 2012)

DAFTAR ISI

Pernyataan Orisinalitas	iii
Pengesahan	iv
Ucapan Terimakasih	v
Pernyataan Persetujuan Publikasi Karya Ilmiah untuk Kepentingan Akademis	vii
Abstrak	viii
Daftar Isi	x
Daftar Tabel	xiv
Daftar Gambar	xvii
1. Pendahuluan	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Permasalahan	5
1.3 Tujuan	
1.3.1 Tujuan Umum	6
1.3.2 Tujuan Khusus	6
1.4 Pertanyaan Penelitian	7
1.5 Manfaat	7
2. Tinjauan Pustaka	
2.1 Indikator	8
2.2 Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat	10
2.3 Indeks Pembangunan Manusia	13
2.4 Indikator Kesejahteraan Sosial	17
2.5 Indikator Keluarga Sejahtera	19
2.6 Millenium Development Goals (MDGs)	25
2.7 Gross National Happiness Index	29
2.8 Desentralisasi	33
2.9 Indikator-Indikator dalam Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat	
2.9.1 Status Gizi Balita	35
2.9.2 Lingkungan	37
2.9.3 Kesehatan Balita	39
2.9.4 Tenaga Kesehatan	40
2.9.5 Cakupan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan	42
2.9.6 Diare	43
2.9.7 Hipertensi	44
2.9.8 Pneumonia	44
2.9.9 Perilaku Cuci Tangan	45
2.9.10 Kesehatan Jiwa	46
2.9.11 Perilaku Merokok	47
2.9.12 Kesehatan Gigi dan Mulut	48
2.9.13 Penyakit Asma	49
2.9.14 Disabilitas	50
2.9.15 Cedera	50
2.9.16 Penyakit Sendi	51
2.9.17 Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA)	52

2.10	Penyakit Berbasis Lingkungan	53
2.11	Perilaku yang Berkaitan dengan Kesehatan Anak	54
2.12	Diabetes Mellitus	56
2.13	Bayi Baru Lahir	57
2.14	Anggaran Kesehatan	58
2.15	Kualitas Hidup	59
2.16	Pembangunan Kesehatan	61
2.17	Kerangka Teori	62
3.	Kerangka Konsep	
3.1	Kerangka Konsep	70
3.2	Definisi Operasional	72
4.	Metodologi	
4.1	Sumber Data	89
4.2	Disain	90
4.3	Lokasi	90
4.4	Populasi dan Sampel	91
4.4.1	Penarikan Sampel Blok Sensus	91
4.4.2	Penarikan Sampel Rumah Tangga	92
4.4.3	Penarikan Sampel Anggota Rumah Tangga	92
4.4.4	Sampel Potensi Desa	93
4.5	Keterbatasan Penelitian	93
4.6	Analisis	93
5.	Hasil	
5.1	Gambaran Data	95
5.2	Indikator-Indikator Kesehatan	96
5.3	IPKM Nasional	102
5.3.1	Pemilihan Indikator untuk Nasional	102
5.3.2	Penentuan Bobot Indikator untuk Nasional	104
5.3.3	Aplikasi Indikator pada Indeks Terpilih untuk Nasional terhadap UHH 2008	107
5.3.4	Model Indeks Terpilih untuk Nasional	108
5.4	IPKM Kabupaten	108
5.4.1	Pemilihan Indikator untuk Kabupaten	109
5.4.2	Penentuan Bobot Indikator untuk Kabupaten	110
5.4.3	Aplikasi Indikator pada Indeks Terpilih untuk Kabupaten terhadap UHH 2008	112
5.4.4	Model Indeks Terpilih untuk Kabupaten	113
5.5	IPKM Kotamadya	113
5.5.1	Pemilihan Indikator untuk Kotamadya	114
5.5.2	Penentuan Bobot Indikator untuk Kotamadya	116
5.5.3	Aplikasi Indikator pada Indeks Terpilih untuk Kotamadya terhadap UHH 2008	118
5.5.4	Model Indeks Terpilih untuk Kotamadya	119

5.6	IPKM Regional Sumatera	120
5.6.1	Pemilihan Indikator untuk Regional Sumatera	120
5.6.2	Penentuan Bobot Indikator untuk Regional Sumatera	122
5.6.3	Aplikasi Indikator pada Indeks Terpilih untuk Regional Sumatera terhadap UHH 2008	123
5.6.4	Model Indeks Terpilih untuk Regional Sumatera	125
5.7	IPKM Regional Jawa-Bali	125
5.7.1	Pemilihan Indikator untuk Regional Jawa-Bali	126
5.7.2	Penentuan Bobot Indikator untuk Regional Jawa-Bali	127
5.7.3	Aplikasi Indikator pada Indeks Terpilih untuk Regional Jawa-Bali terhadap UHH 2008	130
5.7.4	Model Indeks Terpilih untuk Regional Jawa Bali	131
5.8	IPKM Regional Kawasan Timur Indonesia	132
5.8.1	Pemilihan Indikator untuk Regional Kawasan Timur Indonesia	132
5.8.2	Penentuan Bobot Indikator untuk Regional Kawasan Timur Indonesia	134
5.8.3	Aplikasi Indikator pada Indeks Terpilih untuk Regional Kawasan Timur Indonesia terhadap UHH 2008	136
5.8.4	Model Indeks Terpilih untuk Regional Kawasan Timur Indonesia	137
5.9	IPKM untuk Wilayah dengan IPM di atas atau sama dengan Rata-Rata Nasional	138
5.9.1	Pemilihan Indikator untuk Wilayah IPM di atas Rata-Rata Nasional	138
5.9.2	Penentuan Bobot Indikator untuk Wilayah di atas Rata-Rata IPM Nasional	140
5.9.3	Model Indeks Terpilih untuk Wilayah di atas Rata-Rata IPM Nasional	141
5.10	IPKM untuk Wilayah dengan IPM di bawah Rata-Rata Nasional	142
5.10.1	Pemilihan Indikator untuk Wilayah IPM di atas Rata-Rata Nasional	142
5.10.2	Penentuan Bobot Indikator untuk Wilayah di bawah Rata-Rata IPM Nasional	144
5.10.3	Model Indeks Terpilih untuk Wilayah di atas Rata-Rata IPM Nasional	145
5.11	Indikator-Indikator dalam Pembentukan Indeks	145
5.12	Validasi Model Pembentukan Indeks Nasional	149
6	Pembahasan	
6.1	Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat untuk Nasional	150
6.2	Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat untuk Kabupaten dan Kotamadya	156
6.3	Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat untuk Regional	157
6.4	Indikator-Indikator dalam Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat Tingkat Nasional	160

6.5	Indikator-Indikator Kandidat dalam IPKM	162
6.6	Faktor Penting dalam Pembangunan Kesehatan Masyarakat	164
6.7	Rumus Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat	167
7	Kesimpulan dan Saran	
7.1	Kesimpulan	169
7.2	Saran	170
	7.2.1 Kebijakan	170
	7.2.2 Penggunaan Rumus	171
	7.2.3 Pelaksana penelitian Riskesdas 2013	171
	Daftar Pustaka	173

Lampiran

1. Nilai RSE Indikator Terpilih
2. Kuesioner Riskesdas 2007
3. Kuesioner Susenas 2007
4. Kuesioner Podes 2008
5. Surat etik Riskesdas 2007
6. Surat Keterangan Ijin Penggunaan Data



DAFTAR TABEL

5.1	Rata-Rata Rasio Jumlah Dokter per Penduduk per desa dan Jumlah Bidan per Penduduk per Desa menurut Provinsi	98
5.2	Uji Normalitas untuk Seleksi Indikator Nasional	103
5.3	Nilai KMO Indikator untuk Indeks Nasional	104
5.4	Nilai KMO Indikator Terpilih untuk Indeks Nasional	104
5.5	Nilai Kemaknaan Indikator untuk Indeks Nasional	105
5.6	Analisis Regresi Linier untuk Indeks Nasional	105
5.7	Korelasi IPKM Nasional	106
5.8	Nilai Korelasi Pembandingan Indeks	106
5.9	Seleksi Indikator Nasional berdasarkan UHH 2008	107
5.10	Analisis Regresi Linier Indikator Nasional berdasarkan UHH 2008	107
5.11	Nilai Korelasi Indeks Nasional berdasarkan UHH 2008	108
5.12	Analisis Regresi Linier Indeks Nasional berdasarkan IPM 2007	108
5.13	Uji Normalitas untuk Seleksi Indikator Kabupaten	109
5.14	Nilai KMO Indikator untuk Indeks Kabupaten	110
5.15	Nilai Kemaknaan Indikator untuk Indeks Kabupaten	111
5.16	Nilai Korelasi Indeks Kabupaten	112
5.17	Analisis Regresi Linier Indikator Kabupaten berdasarkan UHH 2008	112
5.18	Nilai Korelasi Indeks Kabupaten berdasarkan UHH 2008	113
5.19	Analisis Regresi Linier Indeks Kabupaten berdasarkan IPM 2007	113
5.20	Uji Normalitas untuk Seleksi Indikator Kotamadya	114
5.21	Nilai KMO Indikator untuk Indeks Kotamadya	115
5.22	Nilai KMO Indikator Terpilih untuk Indeks Kotamadya	115
5.23	Nilai Kemaknaan Indikator untuk Indeks Kotamadya	116
5.24	Analisis Regresi Linier untuk Indeks Kotamadya	117
5.25	Nilai Korelasi Indeks Kotamadya	117
5.26	Nilai Kemaknaan Indikator untuk Indeks Kotamadya terhadap UHH 2008	118
5.27	Analisis Regresi Linier Indikator Kotamadya berdasarkan UHH 2008	118
5.28	Nilai Korelasi Indeks Kotamadya berdasarkan UHH 2008	119
5.29	Analisis Regresi Linier Indeks Kotamadya berdasarkan IPM 2007	119
5.30	Uji Normalitas untuk Seleksi Indikator Regional Sumatera	120
5.31	Nilai KMO Indikator Regional Sumatera	121
5.32	Nilai Kemaknaan Indikator untuk Indeks Regional Sumatera	122
5.33	Analisis Regresi Linier untuk Indeks Regional Sumatera	122
5.34	Nilai Korelasi Indeks Regional Sumatera	123
5.35	Nilai Kemaknaan Indikator untuk Indeks Regional Sumatera berdasarkan UHH 2008	124

5.36	Analisis Regresi Linier Indikator Regional Sumatera berdasarkan UHH 2008	124
5.37	Nilai Korelasi Indeks Regional Sumatera berdasarkan UHH 2008	125
5.38	Analisis Regresi Linier Indeks Regional Sumatera berdasarkan IPM 2007	125
5.39	Uji Normalitas untuk Seleksi Indikator Regional Jawa Bali	126
5.40	Nilai KMO Indikator Regional Jawa Bali	127
5.41	Nilai Kemaknaan Indikator untuk Indeks Regional Jawa Bali	128
5.42	Analisis Regresi Linier untuk Indeks Regional Jawa Bali	128
5.43	Nilai Korelasi Indeks Regional Jawa Bali	129
5.44	Nilai Kemaknaan Indikator untuk Indeks Regional Jawa Bali berdasarkan UHH 2008	130
5.45	Analisis Regresi Linier Indikator Regional Jawa Bali berdasarkan UHH 2008	130
5.46	Nilai Korelasi Indeks Regional Jawa Bali berdasarkan UHH 2008	131
5.47	Analisis Regresi Linier Indeks Regional Jawa Bali berdasarkan IPM 2007	131
5.48	Uji Normalitas untuk Seleksi Indikator Regional Kawasan Timur Indonesia	132
5.49	Nilai KMO Indikator Regional Kawasan Timur Indonesia	133
5.50	Nilai Kemaknaan Indikator untuk Indeks Regional Kawasan Timur Indonesia	134
5.51	Analisis Regresi Linier untuk Indeks Regional Kawasan Timur Indonesia	134
5.52	Nilai Korelasi Indeks Regional Kawasan Timur Indonesia	135
5.53	Nilai Kemaknaan Indikator untuk Indeks Regional Kawasan Timur Indonesia berdasarkan UHH 2008	136
5.54	Regresi Linier Indikator Regional Kawasan Timur Indonesia berdasarkan UHH 2008	136
5.55	Nilai Korelasi Regional Kawasan Timur Indonesia berdasarkan UHH 2008	137
5.56	Analisis Regresi Linier Indeks Regional Kawasan Timur Indonesia berdasarkan IPM 2007	137
5.57	Uji Normalitas untuk Seleksi Indikator Wilayah IPM di atas Rata-Rata Nasional	138
5.58	Nilai KMO Indikator Wilayah di Atas Rata-Rata IPM Nasional	139
5.59	Analisis Regresi Linier untuk Indeks Wilayah di Atas Rata-Rata IPM Nasional	140
5.60	Nilai Korelasi Indeks Wilayah di Atas Rata-Rata IPM Nasional	141
5.61	Analisis Regresi Linier Indeks Wilayah di Atas Rata-Rata IPM Nasional berdasarkan IPM 2007	141
5.62	Uji Normalitas untuk Seleksi Indikator Wilayah IPM di bawah Rata-Rata Nasional	142
5.63	Nilai KMO Indikator Wilayah di Bawah Rata-Rata IPM Nasional	143

5.64	Analisis Regresi Linier Indeks Wilayah di Atas Rata-Rata IPM Nasional berdasarkan IPM 2007	144
5.65	Nilai Korelasi Indeks Wilayah di Bawah Rata-Rata IPM Nasional	145
5.66	Analisis Regresi Linier Indeks wilayah di Bawah Rata-Rata IPM Nasional berdasarkan IPM 2007	145
5.67	Indikator dan Bobot dalam Pembentukan IPKM	146
5.68	Aplikasi Model IPKM Regional Jawa Bali pada IPKM Nasional	148
5.69	Nilai Korelasi terhadap PSE	149
5.70	Perbandingan Nilai Korelasi Validasi Model	149
6.1	Perbandingan Indikator antar IPKM	161
6.2	Kandidat Indikator dalam IPKM	163
6.3	Korelasi UHH dengan IPKM, Pendidikan, dan Ekonomi	164



DAFTAR GAMBAR

2.1	Indeks Pembangunan Manusia sampai dengan Tahun 2009	16
2.2	Indeks Pembangunan Manusia Tahun 2010	16
2.3	Indeks Pembangunan Manusia sampai dengan Tahun 2009 yang digunakan di Indonesia	63
2.4	Status Kesehatan berdasarkan Teori H.L. Blum (1974)	64
2.5	Indikator Kesejahteraan Sosial	65
2.6	Indikator Keluarga Sejahtera	66
2.7	Gabungan Kerangka Teori	67
3.1	Kerangka Konsep	71
5.1	Titik Potong Penggunaan Air Bersih	100



BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN) merupakan penjabaran dari tujuan dibentuknya Pemerintahan Negara Indonesia yang tercantum dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar 1945, yaitu untuk melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia, memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa, dan ikut menciptakan ketertiban dunia berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi, dan keadilan sosial dalam bentuk rumusan visi, misi, dan arah Pembangunan Nasional (Sistem Kesehatan Nasional). Dalam RPJPN juga tercantum secara ringkas arah pembangunan kesehatan jangka panjang. Untuk dapat memberikan kejelasan yang lebih spesifik dari arah pembangunan kesehatan maka ditetapkan Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan. Pembangunan bidang kesehatan tersebut merupakan upaya untuk memenuhi salah satu hak dasar rakyat. Sesuai dengan Undang-Undang Dasar 1945 dan konstitusi organisasi kesehatan dunia (WHO) serta Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan yang menetapkan bahwa setiap orang berhak atas kesehatan. Rincian setiap pasalnya sebagai berikut Pasal 5 ayat (1) Setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan, (2) Setiap orang mempunyai hak dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau. (3) Setiap orang berhak secara mandiri dan bertanggung jawab menentukan sendiri pelayanan kesehatan yang diperlukan bagi dirinya. Pasal 6 Setiap orang berhak mendapatkan lingkungan yang sehat bagi pencapaian derajat kesehatan. Pasal 7 Setiap orang berhak untuk mendapatkan informasi dan edukasi tentang kesehatan yang seimbang dan bertanggung jawab. Pasal 8 Setiap orang berhak memperoleh informasi tentang data kesehatan dirinya termasuk tindakan dan pengobatan yang telah maupun yang akan diterimanya dari tenaga kesehatan (Depkes, 2009). Pembangunan manusia harus lebih mengupayakan agar penduduk dapat mencapai “usia hidup” yang panjang dan sehat. Berdasarkan UU 36 tahun

2009 tentang Kesehatan mencantumkan bahwa Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis.

Kebijakan pembangunan kesehatan untuk mencapai sasaran, terutama diarahkan pada: (1) peningkatan jumlah jaringan dan kualitas sarana dan prasarana kesehatan; (2) peningkatan kualitas dan kuantitas tenaga kesehatan; (3) pengembangan sistem jaminan kesehatan terutama bagi penduduk miskin; (4) peningkatan sosialisasi kesehatan lingkungan dan pola hidup sehat; (5) peningkatan pendidikan kesehatan pada masyarakat sejak usia dini; (6) pemerataan dan peningkatan kualitas fasilitas kesehatan dasar dan sebaran tenaga kesehatan. Pembangunan kesehatan memprioritaskan upaya promotif dan preventif yang dipadukan secara seimbang dengan upaya kuratif dan rehabilitatif. Permasalahan Bidang Kesehatan yang harus ditangani dalam pembangunan kesehatan meliputi: (1) masih cukup tingginya disparitas status kesehatan antar tingkat sosial ekonomi, antar kecamatan dan perdesaan; (2) mobilitas penduduk yang cukup tinggi; (3) kondisi kesehatan lingkungan masih rendah; (4) perilaku hidup sehat masyarakat yang masih rendah; (5) keterbatasan pelayanan kesehatan; (6) jumlah tenaga kesehatan masih kurang merata; (7) pemanfaatan fasilitas kesehatan yang ada belum optimal; (8) akses masyarakat untuk mencapai fasilitas kesehatan yang ada belum optimal; (9) masih rendahnya kualitas pelayanan kesehatan di Puskesmas dan jaringannya; (10) masih rendahnya kinerja SDM Kesehatan; (11) peran lintas sektor dalam bidang kesehatan belum optimal (Dinkes Musi Rawas, 2011).

Peningkatan aksesibilitas dan kualitas kesehatan masyarakat harus segera diselenggarakan dengan fokus peningkatan sarana dan prasarana kesehatan dasar, penyediaan sumber daya kesehatan terutama untuk daerah perbatasan dan daerah tertinggal. Masyarakat dan unsur lainnya harus diajak serta dalam bentuk pemberdayaan dan kemitraan mengelola kehidupan lingkungan yang layak sehingga konsep sehat secara paripurna dapat tercapai. Terutama, dalam hal pencegahan dan pemberantasan penyakit menular. Pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan masih menempatkan masyarakat sebagai obyek, bukan sebagai subyek pembangunan kesehatan. Kemampuan masyarakat untuk mengemukakan

pendapat dan memilih dalam rangka penyelenggaraan pembangunan kesehatan masih sangat terbatas. Bila masyarakat berperan aktif, seharusnya berbagai masalah kesehatan yang timbul dewasa ini tidak perlu terjadi (Depkes, 2005). Penyelenggaraan pembangunan kesehatan diutamakan bagi penduduk rentan yakni ibu, bayi, anak, usia lanjut, dan keluarga miskin yang dilaksanakan melalui peningkatan upaya pokok pembangunan kesehatan.

Pembangunan kesehatan harus dipandang sebagai suatu investasi untuk peningkatan kualitas sumber daya manusia. Menurut UU kesehatan, bahwa setiap hal yang menyebabkan terjadinya gangguan kesehatan pada masyarakat Indonesia akan menimbulkan kerugian ekonomi yang besar bagi negara. Derajat kesehatan merupakan investasi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomi. Dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2007 tentang RPJPN Tahun 2005-2025 dinyatakan bahwa dalam rangka mewujudkan Sumber Daya Manusia (SDM) yang berkualitas dan berdaya saing, maka kesehatan bersama-sama dengan pendidikan dan peningkatan daya beli masyarakat adalah tiga pilar utama untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia dan Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Indonesia.

Human Development Index (HDI) atau Indeks Pembangunan Manusia (IPM) adalah salah satu alat ukur yang dianggap dapat merefleksikan status pembangunan manusia. Indeks ini pada 1990 dikembangkan oleh pemenang nobel India Amartya Sen dan seorang ahli ekonomi Pakistan Mahbub ul Haq, serta dibantu oleh Gustav Ranis dari Yale University dan Lord Meghnad Desai dari London School of Economics. Sejak itu indeks ini dipakai oleh Program pembangunan PBB pada laporan IPM tahunannya. Amartya Sen menggambarkan indeks ini lebih berfokus pada hal-hal yang lebih sensitif dan berguna daripada hanya sekedar pendapatan perkapita yang selama ini digunakan. Pembangunan manusia melihat secara bersamaan semua isu dalam masyarakat seperti pertumbuhan ekonomi, perdagangan, ketenagakerjaan, kebebasan politik ataupun nilai-nilai kultural dari sudut pandang manusia. IPM merupakan suatu indeks komposit yang mengukur pencapaian rata-rata sebuah negara dalam 3 dimensi dasar pembangunan manusia yang dianggap sangat mendasar yaitu usia harapan hidup, pengetahuan, dan standar hidup layak. Dalam paradigma IPM, fokus utama

ditujukan untuk pengembangan manusia, kemakmuran, keadilan, dan keberlanjutan (UNDP, 2011). Dasar pemikiran paradigma ini mengacu kepada keseimbangan ekologi manusia dan tujuan utamanya adalah aktualisasi optimal potensi manusia.

Dalam mewujudkan aktualisasi potensi manusia, pengetahuan mempunyai peran mendasar untuk pembangunan manusia. Dalam penghitungan IPM, pengetahuan diukur dengan dua indikator yaitu angka melek huruf (Literacy Rate) dan rata-rata lama sekolah (Mean Years School). Alasan menggunakan dua indikator tersebut karena mempertimbangkan ketersediaan data. Indikator lain yang digunakan dalam IPM adalah indikator standard hidup layak dengan menggunakan GDP riil perkapita yang telah disesuaikan. Salah satu komponen Indeks Pembangunan Manusia adalah indikator kesehatan yaitu Umur Harapan Hidup (UHH). Umur Harapan Hidup adalah perkiraan lama hidup rata-rata penduduk dari sejak dilahirkan, dengan asumsi tidak ada perubahan pola mortalitas menurut umur. Penghitungan UHH dilakukan dengan metode tidak langsung, dari keterangan anak lahir hidup dan anak masih hidup pada suatu kurun waktu tertentu. Dengan bantuan tabel kematian, akan diperoleh UHH. Perhitungan masih menggunakan metode tidak langsung karena pelaksanaan registrasi vital yang belum optimal, sehingga perubahan aktivitas vital penduduk (kelahiran, kematian dan migrasi) tidak dapat diketahui secara pasti.

Oleh karena itu, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan membuat Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM). IPKM adalah kumpulan indikator kesehatan yang dapat mudah dan langsung diukur untuk menggambarkan masalah kesehatan yang berkaitan dengan Umur Harapan Hidup. Umur Harapan Hidup adalah salah satu indikator yang digunakan dalam menentukan IPM. IPKM yang telah dibentuk menggunakan 24 indikator mempunyai korelasi yang bermakna dengan UHH. Nilai korelasi IPKM dengan UHH pada tahun yang sama sebesar 0,512 (Kemenkes, 2010). Kelemahan IPKM tersebut adalah dibentuk hanya terbatas dengan indikator yang tersedia dan belum dilakukan ulang untuk tahun berikutnya.

Berdasarkan hasil tersebut maka dalam penelitian ini diharapkan dapat terbentuk indeks yang tidak memerlukan banyak variabel atau indikator sehingga

menyebabkan indeks menjadi tidak sederhana. Prinsip umum indikator adalah sederhana, mudah, dapat diukur, bermanfaat, dipercaya, dan tepat waktu. Nilai korelasi yang masih rendah menunjukkan masih kecilnya kemampuan model menjelaskan hubungan IPKM dengan UHH pada tahun yang sama. Indikator-indikator yang terpilih dalam IPKM lebih menunjukkan dampaknya pada UHH tahun setelah data indikator dikumpulkan. Sebagai contoh keberhasilan pada waktu Repelita untuk peningkatan program pembangunan kesehatan dan dampaknya pada derajat kesehatan antara lain adalah sebagai berikut. Dalam Repelita II yaitu pada tahun 1974 oleh WHO, Indonesia dinyatakan sebagai salah satu negara yang telah bebas dari penyakit cacar. Pernyataan tersebut penting artinya bagi peningkatan pembangunan kesehatan dalam Repelita III dan seterusnya. Selain itu sukses tersebut telah meningkatkan kepercayaan kepada dunia akan kemampuan bangsa Indonesia dalam memberantas penyakit menular dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat pada umumnya. Dalam Repelita IV dan Repelita V berbagai indikator kesehatan yang penting seperti angka kematian bayi dan angka rata-rata harapan hidup menunjukkan adanya peningkatan.

Oleh karena itu dalam pengembangan model ini ingin mendapatkan model yang sederhana dan mempunyai korelasi yang tinggi sehingga dapat menjelaskan model hubungan dengan UHH lebih baik.

1.2 Permasalahan

Umur Harapan Hidup digunakan sebagai wakil indikator kesehatan untuk menghitung IPM, namun cara menghitungnya masih menggunakan metode tidak langsung. Hal tersebut disebabkan karena pelaksanaan registrasi vital yang belum optimal, sehingga perubahan aktivitas vital penduduk (kelahiran, kematian dan migrasi) tidak dapat diketahui secara pasti. Untuk mempermudah melihat perubahan nilai indikator kesehatan dalam IPM maka dibentuk Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM). IPKM yang telah terbentuk melibatkan 24 indikator yang mempunyai korelasi dengan UHH sebesar 0,512. Namun Indeks tersebut masih melibatkan indikator-indikator yang mempunyai komponen sistem yang sama dan nilai korelasi dianggap masih terlalu kecil.

Berdasarkan hal tersebut maka diperlukan penyempurnaan pemilihan indikator yang dapat lebih mewakili keanekaragaman komponen sistem dan dapat dengan mudah diukur serta mempunyai kemampuan yang baik untuk menjelaskan hubungan dengan umur harapan hidup sebagai salah satu bagian dari IPM.

1.3 Tujuan

Uraian tujuan umum dan tujuan khusus sebagai berikut

1.3.1 Tujuan Umum

Menyempurnakan Model Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat sebagai komplemen Indeks Pembangunan Manusia dengan melibatkan indikator yang tidak terlalu banyak tetapi dapat mewakili keanekaragaman komponen sistem kesehatan dan mempunyai korelasi yang optimal dengan umur harapan hidup.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan penelitian ini secara khusus sebagai berikut:

1. Mendapatkan bobot variabel yang diperoleh secara statistik
2. Mendapatkan model dengan menggunakan variabel kesehatan yang mewakili keanekaragaman komponen sistem namun tetap memenuhi syarat sebagai kandidat Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat
3. Mendapatkan model yang dapat menjelaskan hubungan IPKM dengan umur harapan hidup
4. Mendapatkan model yang dapat menjelaskan hubungan IPKM dengan Indeks Pembangunan Manusia (IPM)
5. Mendapatkan model IPKM untuk regional Sumatera, Jawa-Bali, dan Kawasan Timur Indonesia agar diperoleh gambaran permasalahan kesehatan spesifik regional
6. Mendapatkan model IPKM untuk kabupaten dan kota agar diperoleh gambaran perbedaan permasalahan kesehatan kabupaten dan kota

1.4 Pertanyaan Penelitian

Pertanyaan yang diajukan dalam penelitian ini adalah:

1. Variabel kesehatan apa saja yang dapat mewakili keanekaragaman komponen sistem kesehatan sehingga mampu digunakan untuk menentukan Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat
2. Bagaimana model yang dapat digunakan untuk menentukan Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat mempunyai kemampuan yang lebih baik untuk menjelaskan hubungan dengan umur harapan hidup
3. Apakah ada perbedaan model Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat untuk tiga regional.
4. Apakah ada perbedaan model Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat untuk kabupaten/ kota

1.5 Manfaat

Manfaat yang diharapkan diperoleh dari penelitian ini adalah:

1. Mendapat nilai Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat sebagai dasar penilaian kesehatan daerah
2. Mendapat indikator kesehatan yang berperan dalam penentuan nilai Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat yang mempunyai nilai hubungan yang baik dengan umur harapan hidup sehingga dapat digunakan untuk melihat indikator yang dapat diintervensi untuk meningkatkan angka harapan hidup sebagai status kesehatan.
3. Mendapatkan indikator spesifik pada tiga regional yang dapat menjadi bahan acuan intervensi.
4. Mendapatkan indikator spesifik pada kabupaten dan kota yang dapat menjadi bahan acuan intervensi

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pembangunan kesehatan merupakan bagian integral dari pembangunan sumber daya manusia Indonesia. Untuk itu dalam rangka membangun manusia Indonesia seutuhnya dan masyarakat seluruhnya, maka derajat kesehatan rakyat perlu makin ditingkatkan. Prioritas pembangunan kesehatan ditekankan pada upaya peningkatan kesehatan masyarakat dan pencegahan penyakit, tanpa mengabaikan upaya penyembuhan dan pemulihan penyakit. Sejalan dengan prioritas tersebut, sasaran pokok pembangunan kesehatan diarahkan untuk peningkatan umur harapan hidup. Pada bab ini diuraikan hal-hal yang menjadi dasar pemilihan indikator pembentuk IPKM yang diharapkan dapat meningkatkan umur harapan hidup.

2.1 Indikator

Indikator menurut WHO (1981) adalah variabel yang membantu dalam pengukuran perubahan-perubahan yang terjadi baik secara langsung maupun tidak langsung. Definisi lain dari Wilson (1993) bahwa indikator adalah suatu ukuran tidak langsung dari suatu kejadian atau kondisi. Indikator adalah variabel-variabel yang mengindikasikan atau memberi petunjuk tentang keadaan tertentu, sehingga dapat digunakan untuk mengukur perubahan (Gren, 1992). Prinsip umum indikator adalah SMART yaitu Simple artinya sederhana dan mudah, Measurable artinya dapat diukur, Attributable artinya bermanfaat, Reliabel artinya dipercaya, dan Timely artinya tepat waktu (Siregar, 2010).

Penggunaan indikator sebagai salah satu cara menyediakan informasi di dalam bidang kesehatan telah berkembang dengan cepat. Indikator yang ditampilkan di dalam suatu cara dengan lebih mudah dipahami dan lebih relevan kepada penggunaannya akan menambah nilai terhadap data. Oleh karena sebagian besar indikator menggunakan data yang tidak khusus dikumpulkan untuk satu indikator, maka perlu mengenali keterbatasan dan bias dari data yang digunakan. Jika indikator dibuat dengan tepat, dibangun atas pemahaman nyata serta

berdasarkan data dan ilmu yang baik, maka dapat digunakan untuk memantau situasi atau untuk menelusuri efek dari intervensi tertentu. Indikator dapat membantu untuk menilai kinerja terhadap pencapaian tujuan yang diharapkan. Selain itu, indikator tersebut dapat digunakan untuk membandingkan kondisi atau pencapaian di negara atau masyarakat dengan kondisi negara dan masyarakat lainnya.

Dalam merancang indikator perlu mengidentifikasi beberapa hal dengan jelas yaitu tujuan penggunaan indikator, cara menggunakan, pengguna indikator, dan hambatan pada saat proses. Selain itu juga harus dilengkapi dengan pemahaman informasi yang diperlukan, sebuah kerangka kerja konseptual yang jelas, dan kriteria yang tepat dalam pemilihan indikator. Berdasarkan hal tersebut, kebutuhan informasi dapat didefinisikan dengan menjelaskan cara memilih suatu masalah untuk indikator yang telah dirancang dan mengapa indikator tersebut terpilih. Namun perlu diketahui bahwa seleksi dapat berbeda karena dalam area lain, masalah yang berbeda, atau dari perspektif peneliti yang mempunyai minat yang berbeda, sehingga menyebabkan pilihan indikator juga berbeda. Indikator sangat jarang yang bersifat universal. Penekanan pada setiap negara untuk menggunakan indikator-indikator yang sama dapat menyebabkan berbedanya gambaran masalah sesungguhnya dan perbedaan-perbedaan penting yang ada justru tidak terlihat. Konsistensi diperlukan apabila indikator digunakan untuk membuat perbandingan berdasarkan waktu ataupun secara geografis. Konsistensi dan kontinuitas tidak bisa dipertahankan jika menginginkan indikator tetap relevan untuk membuat kebijakan. Pemilihan indikator harus seimbang antara apa yang dibutuhkan dan apa yang dapat dilakukan; antara apa yang ideal dan apa yang akan berjalan.

Sama seperti halnya dengan ‘pengukuran’, yang penting diperhatikan adalah bahwa indikator itu harus bersifat ‘valid’, ‘reliabel’, ‘sensitif’ dan ‘spesifik’. Indikator itu valid bila dapat mengukur situasi yang memang sedang dipelajari. Indikator itu reliabel bila hasil pengukurannya selalu akurat dan konsisten. Indikator itu sensitif bila mampu memperlihatkan perubahan situasi yang sedang dipelajari. Indikator itu spesifik bila dapat secara khas mengidentifikasi situasi yang dipelajari dan tidak mengikutsertakan kasus-kasus

lain sebagai yang dipelajari. Syarat-syarat indikator ini masih dapat ditambah lagi, misalnya kegunaannya yang mempunyai implikasi terhadap tindakan di lapangan, dan keterlaksanaan yaitu memungkinkan tersedianya data yang dibutuhkan. Mengingat seringkali indikator itu diperoleh dari hasil pencatatan dan pelaporan data rutin, maka yang juga perlu diperhatikan adalah yang juga menentukan mutu data hasil pengukuran, yaitu kelengkapan dan tepat waktunya data yang diperoleh.

Pada dasarnya pengembangan indikator kesehatan dilandasi oleh dua hal, yaitu pertama landasan empiris dan kedua landasan teoritis. Landasan empiris diperlukan untuk menunjukkan berbagai perkembangan situasi dan di kondisi-kondisi mana yang secara faktual permasalahan kesehatannya bersifat strategis untuk diperbaiki. Landasan teoritis menjelaskan berbagai kerangka konsep bagaimana situasi kesehatan yang sedang dipelajari itu dapat ditingkatkan. Indikator kesehatan harus dapat memperlihatkan setiap perubahan situasi kesehatan. Karenanya indikator itu bersifat dinamis sejalan dengan dinamika pembangunan kesehatan, sehingga pada suatu waktu perlu dinilai kembali apakah masih mampu mengukur perubahan, atau indikator kesehatan yang baru sudah perlu dikembangkan lagi.

2.2 Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (Kemenkes, 2010)

Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM) adalah indikator komposit yang menggambarkan kemajuan pembangunan kesehatan, dirumuskan dari data kesehatan berbasis komunitas yaitu Riskesdas (Riset Kesehatan Dasar), Susenas (Survei Sosial Ekonomi Nasional), dan Survei Podes (Potensi Desa). IPKM menghasilkan karakteristik kesehatan 440 Kabupaten/ Kota yang sama di ketiga data survey, dengan demikian dapat digunakan sebagai indikator untuk menentukan peringkat Provinsi dan Kabupaten/ Kota dalam keberhasilan pembangunan kesehatan masyarakat. Selain itu juga bermanfaat sebagai bahan advokasi ke Pemerintah Daerah, baik Provinsi maupun Kabupaten/ Kota agar terpacu menaikkan peringkatnya, sehingga sumber daya dan program kesehatan diprioritaskan. Manfaat lain sebagai salah satu kriteria penentuan alokasi dana bantuan kesehatan dari pusat ke daerah (Provinsi maupun Kabupaten/ Kota) dan dari Provinsi ke Kabupaten/ Kota.

IPKM merupakan indeks komposit yang dirumuskan dari 24 indikator kesehatan yaitu balita gizi buruk dan kurang, balita sangat pendek dan pendek, balita sangat kurus dan kurus, akses air bersih, akses sanitasi, penimbangan balita, pemeriksaan neonatal 1, imunisasi lengkap, rasio dokter/ puskesmas, rasio bidan/ desa, cakupan persalinan oleh nakes, balita gemuk, diare, hipertensi, pneumonia, perilaku cuci tangan, gangguan mental, merokok, penyakit gigi mulut, asma, disabilitas, cedera, penyakit sendi, dan ISPA. Tujuan pembentukan IPKM dengan indikator yang banyak bertujuan untuk mendapatkan informasi lebih banyak yang dapat mendukung peningkatan umur harapan hidup. Variabel-variabel yang digunakan pada analisis awal IPKM untuk masing-masing survei berbeda namun saling mendukung sebagai berikut:

1. Variabel pada Susenas yaitu akses air bersih, akses sanitasi lingkungan, dukungan variabel PHBS, penolong persalinan
2. Variabel pada Riskesdas yaitu penyakit, pemanfaatan fasilitas kesehatan, ketanggapan, kesehatan balita, perilaku, status gizi, sanitasi lingkungan
3. Variabel pada Podes yaitu jumlah sarana kesehatan dan jumlah tenaga kesehatan.

IPKM yang sudah terbentuk, memilih indikator yang layak masuk menggunakan pendekatan sebagai berikut:

1. Indikator yang secara substantif layak masuk menjadi bagian dari IPKM, yaitu yang berkaitan dengan umur harapan hidup waktu lahir, dipilih berdasarkan kesepakatan tim.
2. Indikator yang secara statistik bisa mewakili tingkat kabupaten/kota, dalam hal ini dilihat RSE (*Relative Standard Error*), yaitu bila $RSE < 30\%$ meliputi $> 75\%$ Kabupaten/ Kota. Sebagai contoh bila $RSE < 30\%$ namun hanya meliputi 60% Kabupaten/ Kota sedangkan yang 40% Kabupaten/ Kota sisanya mempunyai $RSE > 30\%$, maka indikator ini dinilai tidak layak masuk sebagai bagian dari IPKM.

Setelah menentukan indikator yang layak masuk model kemudian menentukan angka ideal untuk tiap indikator kesehatan. Penentuan angka ideal untuk cakupan adalah 100% yang terbaik dan yang terburuk adalah 0%, namun sulit menentukan angka ideal untuk prevalensi penyakit. Perbedaan penentuan angka ideal

memunculkan ide adanya nilai empiris dan teoritik. Nilai empiris adalah nilai yang diperoleh dari hasil analisis data penelitian, sedangkan nilai teoritik adalah nilai ideal secara teori. Nilai empiris bila angka ideal suatu prevalensi penyakit diambil angka terendah, nilai teoritik bila prevalensi penyakit sama dengan 0% alias tidak ada penyakit tersebut.

Langkah-langkah analisis selanjutnya adalah sebagai berikut:

1. Menghitung nilai empiris. Dilakukan penyetaraan kondisi nilai cakupan dengan nilai prevalensi penyakit atau status kesehatan. Pada variabel cakupan, nilai sesuai dengan cakupan dari hasil analisis. Nilai cakupan semakin tinggi maka semakin baik. Pada variabel prevalensi penyakit atau status kesehatan, dilakukan penyetaraan dengan menggunakan rumus $\{100 - \text{angka prevalensi}\}$. Dengan demikian nilai prevalensi tersebut mempunyai arti yang sama dengan cakupan bahwa semakin tinggi nilai variabel prevalensi maka semakin baik. Untuk ketenagaan dilakukan penghitungan rasio dokter per puskesmas dan rasio bidan per desa.
2. Nilai persen tiap variabel yang sudah dilakukan penyetaraan dikalikan dengan nilai bobot. Kelompok “indikator mutlak” dikalikan bobot 5, kelompok “indikator penting” dikalikan 4, dan kelompok “indikator perlu” dikalikan 3. Hasil perkalian tersebut yang diurutkan menjadi nilai empiris. Makin tinggi nilai yang diperoleh maka makin bagus.
3. Setelah mendapatkan nilai empiris untuk mendapatkan nilai indeks perlu melakukan penghitungan nilai teoritis. Untuk memperoleh nilai teoritis, mengacu:
 - a. Pada cakupan: nilai terburuk sama dengan 0 dan nilai terbaik sama dengan 100
 - b. Pada prevalensi: nilai terburuk sama dengan nilai riil terendah setelah disetarakan dan nilai terbaik sama dengan 100
 - c. Pada ratio: nilai terburuk untuk dokter sama dengan 0 dan nilai terbaik sama dengan 10. Untuk bidan, nilai terburuk sama dengan 0 dan terbaiknya sama dengan 3.
4. Kemudian nilai teoritis seluruh variabel dijumlahkan pada masing-masing kelompok indikator. Penjumlahan tersebut untuk kelompok nilai terburuk dan

kelompok nilai terbaik. Setelah masing-masing kelompok dihitung, kemudian dikalikan bobot masing-masing seperti pada kelompok indikator mutlak, penting, dan perlu. Perkalian ini pun dilakukan untuk masing-masing kelompok nilai terburuk dan kelompok nilai terbaik. Dengan demikian mendapatkan nilai teoritis terburuk dari hasil penghitungan kelompok nilai terburuk dan mendapatkan nilai teoritis terbaik dari hasil penghitungan kelompok nilai terbaik.

5. Tahap selanjutnya untuk mendapatkan nilai indeks adalah sebagai berikut:

$$\text{Indeks} = \frac{(\text{nilai empiris} - \text{nilai terburuk})}{(\text{nilai terbaik} - \text{nilai terburuk})}$$

Langkah-langkah pembuatan indeks tersebut dilakukan pada beberapa model dengan melibatkan variasi variabel, kemudian dilakukan korelasi dengan nilai Umur Harapan Hidup setiap Kabupaten/ Kota. Pemilihan indeks berdasarkan nilai prioritas variabel yang ikut serta dalam model dan besarnya nilai korelasi yang dihasilkan.

Alternatif IPKM yang ada kemudian dilakukan uji korelasi dengan Umur Harapan Hidup (UHH) waktu lahir. Alternatif IPKM yang mempunyai korelasi tertinggi adalah yang terbaik, sehingga terpilih sebagai IPKM yang definitif.

2.3 Indeks Pembangunan Manusia

Salah satu alat ukur yang dianggap dapat merefleksikan status pembangunan manusia adalah Indeks Pembangunan Manusia (IPM). IPM merupakan suatu indeks komposit yang mencakup tiga bidang pembangunan manusia yang dianggap sangat mendasar yaitu umur harapan hidup, pengetahuan, dan standar hidup layak. (BPS,2010)

Sebenarnya banyak indikator yang dapat digunakan untuk mengukur usia hidup tetapi dengan mempertimbangkan ketersediaan data secara global, UNDP memilih indikator angka harapan hidup waktu lahir (life expectancy at birth). Umur Harapan Hidup adalah perkiraan lama hidup rata-rata penduduk dari sejak dilahirkan, dengan asumsi tidak ada perubahan pola mortalitas menurut umur. Penghitungan UHH dilakukan dengan metode tidak langsung, dari keterangan

anak lahir hidup dan anak masih hidup pada suatu kurun waktu tertentu. Dengan bantuan tabel kematian, akan diperoleh UHH. Perhitungan masih menggunakan metode tidak langsung karena pelaksanaan registrasi vital yang belum optimal, sehingga perubahan aktivitas vital penduduk (kelahiran, kematian dan migrasi) tidak dapat diketahui secara pasti.

Indeks Kesehatan merupakan komponen pertama dari Indeks Pembangunan Manusia. Hanya satu ukuran yang digunakan sebagai indikator kesehatan yaitu Umur Harapan Hidup. Perhitungan masih menggunakan metode tidak langsung karena pelaksanaan registrasi vital yang belum optimal, sehingga perubahan aktivitas vital penduduk (kelahiran, kematian dan migrasi) tidak dapat diketahui secara pasti. UHH kemudian menjadi input tunggal untuk memperoleh indeks kesehatan, dengan nilai maksimum dan nilai minimum. Berdasarkan hasil perhitungan, diperoleh indeks kesehatan untuk seluruh kabupaten/ kota.

Selain usia hidup, pengetahuan juga diakui secara luas sebagai unsur mendasar dari pembangunan manusia. Dengan pertimbangan ketersediaan data, pengetahuan diukur dengan dua indikator yaitu angka melek huruf (Literacy Rate) dan rata-rata lama sekolah (Mean Years School).

Berbeda dengan indikator untuk kedua unsur IPM lainnya, indikator standar hidup layak diakui sebagai indikator input, bukan indikator dampak, sehingga sebenarnya kurang sesuai sebagai unsur IPM. Walaupun demikian UNDP tetap mempertahankannya karena indikator lain yang sesuai tidak tersedia secara global. Selain itu, dipertahankannya indikator input juga merupakan argumen bahwa selain usia hidup dan pengetahuan masih banyak variabel input yang pantas diperhitungkan dalam perhitungan IPM. Dilemanya, memasukkan banyak variabel atau indikator akan menyebabkan indikator komposit menjadi tidak sederhana. Dengan alasan itu maka GDP riil perkapita yang telah disesuaikan dianggap mewakili indikator input IPM lainnya. (Gatt, 2005)

Tahapan Perhitungan IPM

Beberapa tahapan dalam penghitungan IPM dapat dijelaskan sebagai berikut:

Tahap pertama penghitungan IPM adalah menghitung indeks masing-masing komponen IPM (Indeks Harapan Hidup = X_1 , Pengetahuan = X_2 , dan Standar Hidup Layak = X_3)

$$\text{Indeks (Xi)} = (\text{Xi} - \text{Xmin}) / (\text{Xmaks} - \text{Xmin})$$

dimana: X_i : Indikator komponen pembangunan manusia ke-i, $i=1,2,3$

X_{\min} : Nilai minimum X_i

X_{\max} : Nilai Maksimum X_i

Tahapan kedua perhitungan IPM adalah menghitung rata-rata sederhana dari masing-masing indeks X_i dengan rumus:

$$\text{IPM} = \{X_1 + X_2 + X_3\} / 3$$

dimana :

X_1 = Indeks Angka Harapan Hidup

X_2 = $2/3$ (Indeks Melek Huruf) + $1/3$ (Indeks Rata-rata Lama Sekolah)

X_3 = Indeks rata-rata pengeluaran perkapita riil yang disesuaikan

Tahap ketiga adalah menghitung Reduksi Shortfall, yang digunakan untuk mengukur kecepatan perkembangan nilai IPM dalam suatu kurun waktu tertentu.

$$r = \{ (\text{IPM}_{t+n} - \text{IPM}_t) / (\text{IPM}_{\text{ideal}} - \text{IPM}_t) \times 100 \}^{1/n}$$

dimana:

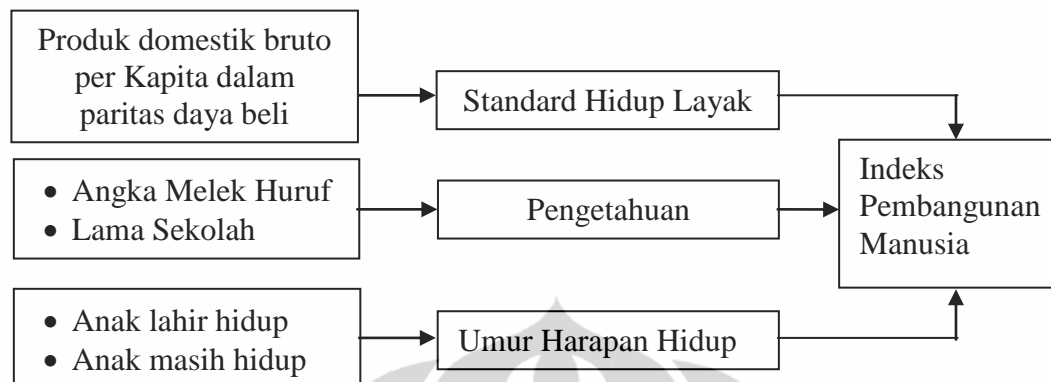
IPM_t = IPM pada tahun t

IPM_{t+n} = IPM pada tahun $t+n$

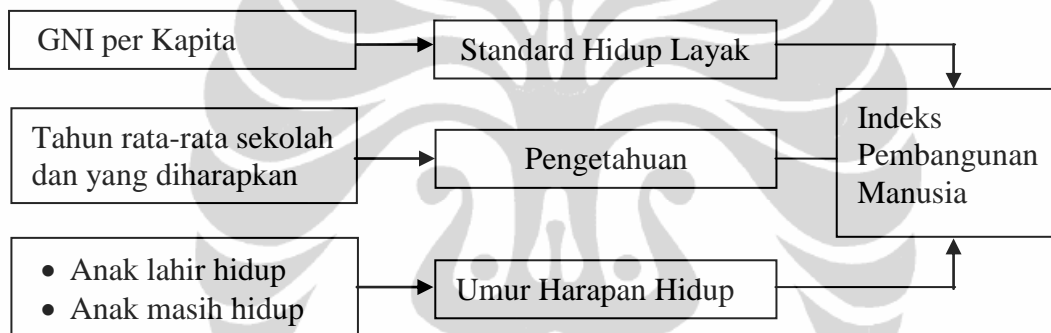
$\text{IPM}_{\text{ideal}}$ = 100

Komponen yang dihitung untuk masing-masing indikator pada tahun 2010 terjadi perubahan. Untuk mendapatkan indikator standard hidup layak, sampai dengan tahun 2009 dihitung berdasarkan produk domestik bruto per kapita dalam paritas daya beli dan di Indonesia dihitung menggunakan pendekatan rata-rata pengeluaran per kapita riil yang disesuaikan. Pada tahun 2010 indikator tersebut dihitung dari GNI per kapita. Perbedaan juga terlihat pada indikator pengetahuan. Pada tahun 2010 diperoleh dari tahun rata-rata sekolah dan yang diharapkan,

sedangkan sampai dengan tahun 2009 diperoleh dari angka melek huruf dan lama sekolah.



Gambar 2.1 Indeks Pembangunan Manusia sampai dengan Tahun 2009



Gambar 2.2 Indeks Pembangunan Manusia Tahun 2010

Parameter kunci atau prioritas pembangunan manusia dapat berkembang dari waktu ke waktu dan bervariasi baik di luar dan di dalam negara. Beberapa isu dan tema saat ini dianggap paling penting bagi pembangunan manusia meliputi:

1. Sosial, akses yang lebih baik terhadap pengetahuan, gizi dan pelayanan kesehatan.
2. Ekonomi, pentingnya pertumbuhan ekonomi sebagai sarana untuk mengurangi kesenjangan dan meningkatkan pembangunan manusia.
3. Efisiensi dalam hal ketersediaan dan penggunaan sumber daya. Pembangunan manusia harus berpihak pada orang miskin, perempuan dan kelompok rentan lainnya.
4. Ekuitas dalam hal pertumbuhan ekonomi dan parameter pembangunan manusia lainnya.

5. Partisipasi dan kebebasan, khususnya pemberdayaan pemerintahan yang demokratis, kesetaraan gender, hak-hak sipil dan politik, dan kebebasan berbudaya bagi kelompok-kelompok marginal yaitu jenis kelamin, kota-desa, usia, agama, etnis, fisik/ mental.
6. Kesenambungan untuk generasi masa depan secara ekologi, ekonomi dan sosial.
7. Keamanan dalam kehidupan sehari-hari terhadap ancaman yang bersifat kronis seperti kelaparan, pengangguran, konflik, dan lain lain.

2.4 Indikator Kesejahteraan Sosial

Dengan dikeluarkannya *Human Development Index*, terjadi perubahan perspektif yang tercermin pada pembangunan kualitas manusia. Pendekatan ini menitikberatkan pada manusia sebagai titik sentral pembangunan yang tidak lagi melihat pembangunan manusia dari individu-individu, akan tetapi sebagai himpunan dari individu-individu. Pembangunan pada hakekatnya adalah untuk menaikkan kualitas manusia dan masyarakatnya yang memiliki tiga elemen yaitu kesehatan, pendidikan, dan kemampuan ekonomi. Dalam pelaksanaannya ketiga elemen ini dituangkan ke dalam tiga indikator output yaitu umur harapan hidup, kemampuan membaca-menulis, dan pendapatan per kapita.

Komitmen yang tinggi dari para pengkaji masalah-masalah pembangunan serta kepeduliannya terhadap nilai-nilai kemanusiaan yang hakiki, telah mendorong memikirkan paradigma baru, memikirkan indikator-indikator baru yang lebih sensitif dan yang lebih memperhitungkan dimensi sosial. Pertumbuhan ekonomi tetap dianggap penting, tetapi dengan memperhatikan ukuran-ukuran keberhasilan lainnya, seperti dalam pemenuhan kebutuhan pokok yaitu pendidikan, pelayanan kesehatan, gizi, air bersih, dan perumahan. Pendekatan pemenuhan kebutuhan pokok dalam model pembangunan ini sangat menonjol di dasawarsa tujuh puluhan. Suatu konsep yang sudah mengarah pada kualitas hidup dan bukan semata-mata pertumbuhan ekonomi. Kuantifikasi dari konsep ini dituangkan ke dalam Indeks Mutu Hidup (IMH) dengan tiga parameter yaitu angka kematian bayi, angka harapan hidup, dan tingkat melek huruf.

Konsep Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS) dikembangkan dari cara pandang melihat seberapa besar dimensi dan keterkaitan antar elemen yang ada dalam PMKS. Dimensi ini bertolak dari konsep siklus hidup keluarga dilihat dalam berbagai hubungan mulai dari individu, keluarga, masyarakat. Dalam hubungan ini berbagai faktor mempengaruhi kondisi hubungan tersebut. Dan kondisi ini lebih dikaitkan problem ekonomi (kemiskinan, keterlantaran), problem kesehatan (kecacatan), problem alamiah (ketunaan).

Definisi Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial adalah seseorang, keluarga atau kelompok masyarakat, yang karena suatu hambatan, kesulitan atau gangguan, tidak dapat melaksanakan fungsi sosialnya dan karenanya tidak dapat menjalin hubungan yang serasi dan kreatif dengan lingkungannya sehingga tidak dapat terpenuhi kebutuhan hidupnya (rohani, jasmani dan sosial) secara memadai dan wajar. Hambatan, kesulitan atau gangguan tersebut dapat berupa kemiskinan, keterlantaran, kecacatan, ketuna-sosialan, keterbelakangan atau keterasingan dan kondisi atau perubahan lingkungan (secara mendadak) yang kurang mendukung atau menguntungkan.

Dengan demikian konsep, definisi dan kriteria PMKS akan sangat dinamis sifatnya, khususnya dalam menetapkan kriteria yang dapat mengakomodasi perbedaan pandangan, perubahan yang dinamis yang ada di masyarakat, negara, maupun internasional dalam berbagai perspektif. Konsep PMKS menyatukan antara berbagai konsep seperti HDI, Indeks Mutu Hidup (IMH), siklus kehidupan manusia, dan pembangunan ekonomi. Penyatuan hubungan dari berbagai konsep tersebut bermuara dari dua permasalahan yaitu individu dan keluarga dalam satu dimensi, dan dimensi lainnya karakteristik masalah yang melekat pada individu maupun keluarga seperti kemiskinan, keterlantaran, keterasingan, dan sebagainya. Masalah kemiskinan adalah fenomena dunia yang telah dicoba untuk diatasi oleh banyak negara dengan banyak cara juga telah dilakukan namun hingga kini tidak satupun negara mampu mengatakan dirinya telah bebas dari kemiskinan. Secara umum kemiskinan dapat didefinisikan sebagai suatu keadaan dimana seseorang tidak sanggup memelihara dirinya sendiri dengan taraf kehidupan yang layak dan juga tidak mampu memanfaatkan tenaga, mental maupun fisiknya untuk memenuhi kebutuhan dengan baik.

Dengan indikator kesejahteraan sosial diharapkan diketahui besaran masalah sosial, kinerja program-program kesejahteraan sosial, maupun aspek perencanaan. Selain itu dapat diidentifikasi korelasi antara kemajuan kondisi kesejahteraan sosial dengan hasil pembangunan sektor atau instansi lain, dalam menangani masalah sosial. Untuk mengetahui keberhasilan upaya pembangunan kesejahteraan sosial perlu tersedia instrumen pengukur, yaitu indikator kesejahteraan sosial. Dengan indikator ini akan dapat diketahui dari waktu ke waktu kondisi atau kemajuan kesejahteraan sosial sebagai hasil atau dampak intervensi jaringan kesejahteraan sosial secara umum diseluruh wilayah dan perbandingan antara wilayah yang satu dengan lainnya. Bahkan sekarang ini diharapkan dapat mencerminkan tingkat kesejahteraan sosial nasional dalam kawasan regional.

2.5 Indikator Keluarga Sejahtera

Dalam UU No. 10 Tahun 1992 Bab I Pasal 1 Ayat (11) tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera, keluarga sejahtera didefinisikan sebagai keluarga yang dibentuk berdasarkan atas perkawinan yang sah, mampu memenuhi kebutuhan hidup spirituil dan materiil yang layak, bertaqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa, memiliki hubungan yang serasi, selaras dan seimbang antar anggota dan antara keluarga dengan masyarakat dan lingkungan. Berdasarkan definisi tersebut, maka dapat diambil kesimpulan bahwa keluarga sejahtera harus memenuhi syarat-syarat sebagai berikut (Mardiya,2009):

1. Dibentuk berdasarkan atas perkawinan yang sah. Artinya, keluarga yang sejahtera hanya dapat terwujud jika pasangan pria wanita yang membentuk keluarga itu merupakan pasangan suami isteri yang telah dianggap sah oleh agama maupun oleh pemerintah setempat.
2. Mampu memenuhi kebutuhan materiil dan spirituil yang layak. Artinya, keluarga sejahtera hanya dapat tercipta apabila kebutuhan dasar dan pengembangan setiap anggota keluarga dapat terpenuhi. Sehingga dalam pengertian yang lebih luas dapat dikatakan bahwa keluarga sejahtera adalah merupakan keluarga dimana anggota-anggotanya sudah tercukupi lahiriah (sandang, pangan, papan dan kesehatan) dan batiniahnya (rasa

aman, tenteram, dan nyaman) serta tercukupi kebutuhan pengembangannya.

3. Bertaqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa. Artinya, keluarga sejahtera haruslah merupakan keluarga yang anggota-anggotanya memiliki jiwa keimanan dan ketaqwaan yang tinggi. Rajin ibadah menurut agamanya masing-masing dan selalu memiliki jiwa yang pasrah terhadap Tuhan Yang Maha Esa serta berperilaku sesuai dengan norma-norma dan kaidah agama.
4. Memiliki hubungan yang serasi, selaras dan seimbang antar anggota keluarga dan antara keluarga dengan masyarakat dan lingkungan. Artinya, keluarga yang sejahtera harus memiliki hubungan yang dinamis di antara ayah-ibu-anak, tanpa ada rasa tekanan dan paksaan dari masing-masing pihak. Lebih dari itu, keluarga dapat menyesuaikan diri dengan lingkungan serta turut berperan aktif dalam pengembangan perannya di masyarakat.

Dalam arti luas, keluarga kurang sejahtera atau miskin dapat diartikan sebagai suatu keadaan dimana seseorang tidak sanggup memelihara dirinya sendiri dengan taraf kehidupan yang dimiliki dan juga tidak mampu memanfaatkan tenaga, mental maupun fisiknya untuk memenuhi kebutuhan hidupnya. Miskin atau tidak sejahtera, bisa disebabkan oleh faktor internal dan eksternal. Faktor internal yaitu kesakitan, kebodohan, ketidaktrampilan, ketertinggalan teknologi, ketidakpunyaan modal. Faktor eksternal yaitu struktur sosial ekonomi yang menghambat peluang untuk berusaha dan meningkatkan pendapatan, nilai-nilai dan unsur-unsur budaya yang kurang mendukung upaya peningkatan kualitas keluarga, dan kurangnya akses keluarga untuk dapat memanfaatkan fasilitas pembangunan.

Secara konseptual, keluarga sejahtera selalu bercirikan kemandirian dan ketahanan keluarga yang tinggi. Kemandirian keluarga yang dimaksud adalah sikap mental dalam hal berupaya meningkatkan kepedulian masyarakat dalam pembangunan, mendewasakan usia perkawinan, membina dan meningkatkan ketahanan keluarga, mengatur kelahiran dan mengembangkan kualitas dan kesejahteraan keluarga, berdasarkan kesadaran dan tanggung jawab. Sedangkan yang dimaksud dengan ketahanan keluarga adalah kondisi dinamik suatu keluarga

yang memiliki keuletan dan ketangguhan serta mengandung kemampuan fisik-materiil dan psikis mental spiritual guna hidup mandiri dan mengembangkan diri dan keluarganya untuk hidup harmonis dalam meningkatkan kesejahteraan lahir maupun kebahagiaan batin.

Secara operasional, keluarga sejahtera bercirikan keluarga yang dapat melaksanakan fungsi-fungsi keluarga. Fungsi-fungsi keluarga tersebut menurut Peraturan Pemerintah (PP) No. 21 Tahun 1994 tentang Penyelenggaraan Pembangunan Keluarga Sejahtera Bab II Pasal 4 Ayat (2), terdiri dari 8 fungsi keluarga adalah:

1. Fungsi Keagamaan

Dalam keluarga sejahtera, keluarga dan anggotanya mau dan mampu mengembangkan kehidupan keluarga sebagai wahana persemaian nilai-nilai agama dan nilai-nilai luhur budaya bangsa, yang akan menjadikan dirinya sebagai insan-insan yang agamis, penuh iman dan taqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa.

2. Fungsi Sosial

Budaya Terkait dengan fungsi ini, keluarga selalu memberikan kesempatan kepada keluarga dan seluruh anggotanya untuk mengembangkan kekayaan budaya bangsa yang beraneka ragam dalam satu kesatuan.

3. Fungsi Cinta Kasih

Dalam keluarga yang sejahtera, keluarga akan memberikan landasan yang kokoh terhadap hubungan anak dengan anak, orang tua dengan anaknya, serta hubungan kekerabatan antar generasi sehingga keluarga menjadi wadah utama berseminya kehidupan yang penuh cinta kasih lahir dan batin.

4. Fungsi Melindungi

Keluarga yang sejahtera akan ditandai oleh kemampuannya dalam menumbuhkan rasa aman dan kehangatan bagi seluruh anggota-anggotanya.

5. Fungsi Reproduksi

Keluarga sejahtera dapat melaksanakan mekanisme untuk melanjutkan keturunan sesuai dengan rencana dan dapat menunjang terciptanya kesejahteraan manusia di dunia yang penuh iman dan taqwa.

6. Fungsi Sosialisasi dan Pendidikan

Dalam hubungannya dengan fungsi ini, keluarga sejahtera memiliki karakteristik suami isteri dapat mendidik keturunan agar bisa melakukan penyesuaian dengan alam kehidupannya di masa depan.

7. Fungsi Ekonomi

Keluarga yang sejahtera akan selalu dapat mengembangkan kemampuan ekonominya, sehingga semua anggota keluarga mampu mengembangkan kemampuan tersebut secara mandiri.

8. Fungsi Pembinaan Lingkungan

Keluarga yang sejahtera akan terlihat mampu menciptakan lingkungan hidup baik fisik maupun non fisik yang sejuk, sehat dan penuh dengan kenyamanan. Secara fisik lingkungan hidup yang sejuk, sehat dan penuh kenyamanan ditandai dengan terjaganya kebersihan dalam dan luar rumah. Secara non fisik, lingkungan hidup yang sejuk, sehat dan penuh kenyamanan adalah lingkungan di mana hubungan antar anggota keluarga dengan masyarakat dan lingkungan terjalin dengan baik, tidak ada percekocokan/ perselisihan, tidak ada rasa dendam, curiga atau prasangka. Yang ada justru rasa penghormatan, saling menghargai, tolong menolong dan saling mengasihi. Bukan sekedar dalam bentuk tutur kata dan sikap, tetapi juga dalam bentuk tindakan dan perilaku yang nyata dalam kehidupan sehari-hari.

Disinilah peran keluarga sejahtera sebagai wahana pembentukan Sumber Daya Manusia (SDM) yang berkualitas benar-benar teruji. Dengan demikian dalam konseptual yang logis, keluarga sejahtera dipastikan akan mampu menghasilkan manusia-manusia pembangunan yang handal. Tidak saja sehat, cerdas dan trampil, tetapi juga bertaqwa dan berbudi pekerti yang luhur, bertanggung jawab serta memiliki disiplin kerja yang tinggi.

Kesejahteraan maupun kebahagiaan sebuah keluarga sulit diukur hanya dengan satu atau dua parameter. Tingkat kesejahteraan dan kebahagiaan sangatlah relatif, bersifat pribadi dan penilaiannya selalu berhubungan dengan faktor emosi. Sebenarnya telah banyak dihasilkan indikator, namun diputuskan untuk menyederhanakan indikator tersebut dan mengambil bagian-bagian yang bersifat *mutable* saja. Artinya, indikator-indikator itu adalah variabel-variabel yang dapat

diintervensi dan apabila berhasil dapat merangsang keinginan perubahan perilaku dari keluarga yang bersangkutan. Dengan 21 indikator yang disederhanakan, BKKBN membagi tingkat kesejahteraan keluarga di Indonesia menjadi 5 tahap dari yang belum sejahtera sampai tahap kesejahteraan yang paling tinggi.

Kelima tahapan keluarga sejahtera tersebut adalah sebagai berikut :

1. Keluarga Pra Sejahtera

Yaitu jika keluarga belum dapat memenuhi kebutuhan dasar minimumnya. Indikator yang dipergunakan adalah keluarga tersebut tidak dapat atau belum dapat memenuhi syarat-syarat sebagai Keluarga Sejahtera I (KS I).

2. Keluarga Sejahtera I (KS I)

Yaitu jika keluarga telah dapat memenuhi kebutuhan dasar minimumnya dalam hal pangan, sandang, papan, pelayanan kesehatan, KB, dan sekolah yang sangat mendasar. Indikator yang dipergunakan adalah sebagai berikut:

- a. Pada umumnya seluruh anggota keluarga makan dua kali sehari atau lebih,
- b. Anggota keluarga memiliki pakaian yang berbeda untuk di rumah, bekerja/sekolah dan bepergian.
- c. Rumah yang ditempati keluarga mempunyai atap, lantai dan dinding yang baik,
- d. Bila anggota keluarga sakit dibawa ke sarana kesehatan,
- e. Bila Pasangan Usia Subur (PUS) ingin ber-KB pergi ke sarana pelayanan kontrasepsi,
- f. Semua anak umur 7-15 tahun dalam keluarga bersekolah.

3. Keluarga Sejahtera II (KS II)

Yaitu jika keluarga dapat memenuhi kebutuhan dasar minimumnya dan dapat pula memenuhi kebutuhan sosial psikologisnya, tetapi belum dapat memenuhi kebutuhan pengembangannya. Indikator yang dipergunakan selain 6 indikator yang pertama, keluarga tersebut harus pula memenuhi syarat-syarat sebagai berikut:

- g. Pada umumnya anggota keluarga melaksanakan ibadah sesuai dengan agama dan kepercayaannya masing-masing,

- h. Paling kurang sekali seminggu seluruh anggota keluarga makan daging/ikan/ telur,
- i. Seluruh anggota keluarga memperoleh paling kurang satu stel pakaian baru dalam setahun,
- j. Luas lantai rumah paling kurang 8 m² untuk tiap penghuni rumah,
- k. Tiga bulan terakhir keluarga dalam keadaan sehat sehingga dapat melaksanakan tugas/fungsi masing-masing,
- l. Ada seorang atau lebih anggota keluarga yang bekerja untuk memperoleh penghasilan,
- m. Seluruh anggota keluarga umur 10-60 tahun bisa baca tulisan latin,
- n. Seluruh anak berusia 7-15 tahun bersekolah pada saat ini,
- o. Pasangan Usia Subur dengan anak 2 atau lebih menggunakan alat/obat kontrasepsi.

4. Keluarga Sejahtera III (KS III)

Yaitu keluarga yang dapat memenuhi kebutuhan dasar minimum, kebutuhan sosial psikologisnya, dan sekaligus dapat memenuhi kebutuhan pengembangannya, tetapi belum aktif dalam usaha kemasyarakatan dalam lingkungan desa atau wilayahnya. Keluarga tersebut harus memenuhi syarat-syarat di bawah ini, selain syarat di atas:

- p. Keluarga berupaya meningkatkan pengetahuan agama,
- q. Sebagian dari penghasilan keluarga ditabung dalam bentuk uang maupun barang,
- r. Kebiasaan keluarga makan bersama paling kurang seminggu sekali dan dimanfaatkan untuk berkomunikasi,
- s. Keluarga sering ikut dalam kegiatan masyarakat di lingkungan tempat tinggal,
- t. Keluarga memperoleh informasi dari surat kabar/majalah/radio/TV.

5. Keluarga Sejahtera III Plus (KS III+)

Yaitu keluarga yang telah dapat memenuhi kebutuhan dasar minimum, kebutuhan sosial psikologis, kebutuhan pengembangan, dan sekaligus secara teratur ikut menyumbang dalam kegiatan sosial dan aktif pula mengikuti gerakan semacam itu. Dimasukkan dalam tingkatan KS III Plus, apabila

keluarga-keluarga itu memenuhi syarat-syarat (a) sampai (t) dan juga memenuhi syarat-syarat di bawah ini:

- u. Keluarga secara teratur dengan sukarela memberikan sumbangan materiil untuk kegiatan sosial,
- v. Ada anggota keluarga yang aktif sebagai pengurus perkumpulan/ Yayasan/ Institusi Masyarakat.

Indikator yang berjumlah 21 tersebut belumlah cukup untuk mengukur tingkat kesejahteraan. Namun pentahapan keluarga sejahtera yang ada untuk sementara menggunakan 21 indikator tersebut sudah cukup representatif untuk kondisi saat ini yang dapat dijadikan sebagai kepentingan pembangunan.

2.6 Millenium Development Goals (MDGs)

MDGs yang diadopsi oleh 199 negara, termasuk Indonesia, merupakan upaya untuk mempercepat pembangunan manusia dan sekaligus merupakan upaya untuk mempercepat pembangunan suatu negara secara keseluruhan. Pembangunan Millenium sebagai kerangka kerja pembangunan manusia mempunyai delapan tujuan (*Goals*), yaitu:

- (1) Menanggulangi Kemiskinan dan Kelaparan;
- (2) Mencapai Pendidikan Dasar Untuk Semua;
- (3) Mendorong Kesetaraan Gender dan Pemberdayaan Perempuan;
- (4) Menurunkan Angka Kematian Anak;
- (5) Meningkatkan Kesehatan Ibu;
- (6) Memerangi HIV/AIDS, Malaria, dan Penyakit Menular Lainnya;
- (7) Memastikan Kelestarian Lingkungan Hidup; dan
- (8) Membangun Kemitraan Global Untuk Pembangunan.

Pencapaian MDGs Indonesia 2009 memaparkan keadaan dan kecenderungan pencapaian sasaran MDGs sampai tahun 2008/2009. Keadaan dan kecenderungan menceritakan perkembangan secara umum. Untuk menggambarkan keadaan pencapaian setiap target digunakan indikator utama yang merupakan tujuan yang diamanatkan dalam MDGs. Sebagai pelengkap digunakan pula indikator pendukung yang bukan merupakan indikator yang langsung diamanatkan dalam MDGs, tetapi mempunyai relevansi yang erat

dengan indikator utama. Indikator ini diharapkan dapat menjelaskan kondisi spesifik di Indonesia. Pemilihan indikator ini mempertimbangkan relevansi dan keberlanjutan sumber data untuk memonitor pencapaian sasaran MDGs. Idealnya, berdasarkan indikator yang digunakan dapat dilakukan penilaian apakah posisi pencapaian sudah sesuai (*on-track*) atau meleset (*off-track*). Penilaian ini penting terutama untuk indikator utama.

Tujuan Pembangunan Millenium yang meliputi 8 tujuan terdiri dari beberapa target sesuai pengelompokan tujuan.

1. Menanggulangi Kemiskinan dan Kelaparan

Target 1a : Menurunkan proporsi penduduk yang tingkat pendapatannya di bawah US\$1 per hari menjadi setengahnya dalam kurun waktu 1990-2015. Indonesia menggunakan garis kemiskinan nasional berdasarkan kelompok makanan untuk memenuhi 2100 kilo kalori per orang per hari dan kelompok bukan makanan. Garis kemiskinan nasional ini kurang lebih setara dengan USD 1,55.

Target 1b : Mencapai kesempatan kerja penuh dan produktif serta pekerjaan layak bagi semua termasuk perempuan dan penduduk usia muda. Indikator yang digunakan untuk mengukur adalah lapangan kerja formal.

Target 2 : Menurunkan proporsi penduduk yang menderita kelaparan menjadi setengahnya dalam kurun waktu 1990-2015. Indikator yang digunakan untuk mengukur dalam konteks Indonesia adalah Status Kekurangan Gizi pada Balita

2. Mencapai Pendidikan Dasar Untuk Semua

Target 3 : Memastikan pada tahun 2015, semua anak, di manapun, laki-laki maupun perempuan, dapat menyelesaikan pendidikan dasar. Indikator yang digunakan untuk mengukur pencapaian adalah Angka Partisipasi Murni SD/MI (7-12 tahun) dan Angka Partisipasi Kasar SMP/MTs.

3. Mendorong Kesetaraan Gender dan Pemberdayaan Perempuan

Target 4 : Menghilangkan ketimpangan gender di tingkat pendidikan dasar dan lanjutan pada tahun 2005, dan di semua jenjang pendidikan tidak lebih dari tahun 2015. Indikator yang digunakan untuk mengukur pencapaian adalah Rasio Angka Partisipasi Murni perempuan terhadap anak laki-laki (P/L) di jenjang pendidikan dasar, pendidikan menengah, dan pendidikan tinggi.

4. Menurunkan Kematian Anak

Target 5 : Menurunkan Angka Kematian Balita (AKBA) sebesar dua-pertiganya dalam kurun waktu 1990-2015. Indikator yang digunakan untuk mengukur pencapaian adalah Angka Kematian Bayi (AKB) per 1.000 kelahiran hidup dan Angka Kematian Balita (AKBA) per 1.000 kelahiran hidup.

5. Meningkatkan Kesehatan Ibu

Target 6 : Menurunkan Angka Kematian Ibu sebesar tiga-perempatnya dalam kurun waktu 1990-2015. Indikator yang digunakan adalah Angka Kematian Ibu (AKI) per 100.000 kelahiran hidup pada saat melahirkan.

6. Memerangi HIV/AIDS, Malaria, dan Penyakit Menular Lainnya

Target 7 : Mengendalikan penyebaran HIV/AIDS dan mulai menurunnya jumlah kasus baru pada tahun 2015. Indikator yang digunakan untuk mengukur pencapaian adalah Jumlah Kasus Baru dan Jumlah Kumulatif Kasus AIDS

Target 8 : Mengendalikan penyakit malaria dan mulai menurunnya jumlah kasus malaria dan penyakit lainnya pada tahun 2015. Indikator yang digunakan untuk mengukur pencapaian adalah *Annual Parasite Incidence* (API) (per 1000 penduduk) dan *Annual Malaria Incidence* (AMI) (per 1000 penduduk).

7. Memastikan Kelestarian Lingkungan Hidup

- Target 9 : Memadukan prinsip-prinsip pembangunan berkelanjutan dengan kebijakan dan program nasional serta mengembalikan sumber daya lingkungan yang hilang. Indikator yang digunakan: (1) Penetapan Kawasan Hutan (ha); dan (2) Konsumsi Bahan Perusak Ozon (BPO) Terlarang (metrik ton).
- Target 10 : Menurunkan separuhnya, proporsi penduduk tanpa akses terhadap sumber air minum yang aman dan berkelanjutan, serta fasilitas sanitasi dasar pada 2015. Indikator yang digunakan (1) Penduduk dengan Akses Air Minum Layak (Penduduk dengan Akses Pelayanan Air Minum Perpipaan dan Non-Perpipaan Terlindungi) (%); dan (2) Penduduk Dengan Akses Fasilitas Sanitasi Layak (%).
- Target 11 : Mencapai perbaikan yang berarti dalam kehidupan penduduk miskin di pemukiman kumuh pada tahun 2020. Indikator yang digunakan adalah proporsi rumah tangga yang memiliki atau menyewa rumah, baik secara pribadi maupun kelompok (%).

8. Membangun Kemitraan Global Untuk Pembangunan

- Target 12 : Mengembangkan sistem keuangan dan perdagangan yang terbuka, berbasis peraturan, dapat diprediksi, dan tidak diskriminatif.
- Target 13 : Menangani hutang negara berkembang melalui upaya nasional maupun internasional agar pengelolaan hutang berkesinambungan dalam jangka panjang.
- Target 14 : Bekerjasama dengan swasta dalam memanfaatkan teknologi baru, terutama teknologi informasi dan komunikasi.

Sesungguhnya Indonesia dalam melaksanakan pembangunan telah memasukkan pembangunan manusia sebagai prioritas jauh sebelum Deklarasi

MDGs dicanangkan pada tahun 2000. Indonesia bahkan sejak awal pembangunannya telah melaksanakan berbagai program pembangunan yang di kemudian hari sejalan dengan pencapaian Tujuan MDGs.

2.7 Gross National Happiness Index

Kebijakan negara telah lama hanya terkonsentrasi pada bidang ekonomi, sekarang terlihat semakin diarahkan untuk meningkatkan kesejahteraan rakyat. Kesejahteraan meliputi kesehatan dan kebahagiaan. Dua hal yang berbeda tapi memiliki garis sangat tipis yang memisahkan satu sama lain. Faktor-faktor penentu seperti pendidikan dan pendapatan dapat menyebabkan kesehatan yang baik serta kebahagiaan. Kebahagiaan mengarah ke kesehatan lebih baik atau sebaliknya adalah hal yang saling berkaitan. Sebuah studi oleh Gerdtham et al (1997) menemukan kesehatan yang baik memiliki efek positif yang signifikan terhadap kebahagiaan, yaitu kesehatan yang buruk kemungkinan merasa bahagia adalah 0,42 sedangkan dengan kesehatan yang baik mempunyai probabilitas itu 0,60 untuk bahagia. Promosi kesehatan dan kebahagiaan rakyatnya adalah tujuan paling akhir dari kebijakan Negara. Gross National Happiness (GNH) Index atau dapat diartikan Indeks Nasional tentang kebahagiaan dibentuk dengan menggunakan indikator yang dapat digunakan untuk membuat upaya membangun tujuan dan arti harmonis.

Indeks GNH terdiri dari (1) GNH status indikator, (2) GNH demografi indikator, dan (3) GNH hubungan dan sebab indikator. Indeks GNH mempunyai 9 dimensi yaitu Psikologi, Penggunaan waktu, Kemampuan masyarakat, Budaya, Kesehatan, Pendidikan, Keragaman Lingkungan, Standard hidup, dan Pemerintahan. Masing-masing dimensi tersebut diurai lagi menjadi beberapa indikator. Uraian tersebut secara rinci dapat dilihat sebagai berikut (www.grossnationalhappiness.com).

Psikologi:

1. Indikator psikologi umum
2. Indikator emosi yang seimbang
3. Indikator spiritual

Tujuan domain dari psikologis adalah kesejahteraan yang mencakup kepuasan dengan semua elemen kehidupan, kenyamanan hidup, dan kesejahteraan subjektif. Seperti kebahagiaan adalah tujuan utama dalam masyarakat, kesejahteraan secara psikologis adalah kepentingan utama dalam mengukur keberhasilan negara dalam menyediakan pelayanan dan kebijakan yang tepat. Penggunaan waktu

1. Indikator waktu tidur
2. Indikator total waktu kerja

Domain dari penggunaan waktu adalah salah satu jendela yang paling efektif terhadap kualitas hidup, karena menganalisis sifat waktu yang dihabiskan dalam jangka waktu 24-jam, serta kegiatan yang menempati waktu yang cukup lama. Fungsi penting dari menghitung penggunaan waktu adalah untuk mengetahui nilai waktu non-kerja yang berdampak kebahagiaan. Waktu yang tersedia untuk kegiatan non-kerja seperti tidur, perawatan pribadi, partisipasi masyarakat, pendidikan dan pembelajaran, kegiatan keagamaan, kegiatan sosial dan budaya, olahraga dan rekreasi dan perjalanan langsung dapat menunjukkan keragaman kegiatan yang menambah kehidupan yang kaya dan berkontribusi ke tingkat kebahagiaan. Penghitungan waktu untuk mencurahkan aktivitas kerja yang tidak dibayar seperti merawat anak-anak dan anggota keluarga yang sakit, dan pemeliharaan rumah tangga, dapat memberikan suatu ukuran pendekatan dari kontribusi yang dibuat oleh kegiatan yang belum dihitung sebagai kesejahteraan.

Kemampuan masyarakat

1. Indikator kemampuan keluarga
2. Indikator keamanan
3. Indikator timbal balik
4. Indikator kepercayaan
5. Indikator dukungan sosial
6. Indikator sosialisasi
7. Indikator kepadatan

Domain dari kemampuan masyarakat berfokus pada kekuatan dan kelemahan dari hubungan dan interaksi dalam masyarakat. Hal ini mengkaji sifat kepercayaan, belongingness, kepedulian, keselamatan di rumah dan masyarakat, dan memberi

dengan sukarela. Indikator-indikator ini dapat melihat perubahan merugikan yang mempengaruhi pada vitalitas masyarakat.

Budaya

1. Indikator penggunaan dialek
2. Indikator olah raga tradisional
3. Indikator festival komunitas
4. Indikator kemampuan seni
5. Indikator nilai penyebaran
6. Indikator aturan dasar

Pemeliharaan tradisi dan budaya telah menjadi salah satu tujuan kebijakan utama, sebagai tradisi dan keragaman budaya berkontribusi terhadap identitas, nilai, dan kreativitas. Domain budaya berfokus pada keragaman dan kekuatan tradisi budaya. Domain memperhitungkan sifat dan jumlah fasilitas budaya, pola menggunakan bahasa dan keragaman, dan partisipasi dalam perayaan masyarakat dan rekreasi yang bersifat tradisional. Indikator memperhitungkan nilai inti, dan persepsi perubahan nilai-nilai dan tradisi.

Kesehatan

1. Indikator status kesehatan
2. Indikator pengetahuan kesehatan
3. Indikator hambatan kesehatan

Indikator kesehatan menilai status kesehatan penduduk, faktor-faktor penentu kesehatan dan sistem kesehatan. Indikator status kesehatan menunjukkan informasi tentang kesehatan diri, cacat, indeks massa tubuh, jumlah hari sehat per bulan. Indikator kesehatan juga mencakup prevalensi pengetahuan tentang penularan HIV dan praktek menyusui. Hambatan untuk pelayanan kesehatan dinilai dalam hal masalah akses seperti harus berjalan kaki ke fasilitas kesehatan terdekat atau masalah budaya.

Pendidikan

1. Indikator pendidikan
2. Indikator bahasa
3. Indikator melek sejarah bangsa

Pendidikan memberikan kontribusi pengetahuan, nilai-nilai, kreativitas, keterampilan, dan kepekaan masyarakat. Sebuah domain seperti pendidikan tidak dimaksudkan hanya untuk mengukur keberhasilan pendidikan dalam dan dari dirinya sendiri, melainkan untuk menilai efektivitas pendidikan dalam bekerja menuju tujuan kolektif kesejahteraan. Domain pendidikan antara lain melihat faktor partisipasi, keterampilan.

Keragaman Lingkungan

1. Indikator degradasi ekologi
2. Indikator pengetahuan ekologi
3. Indikator penanaman hutan

Domain keanekaragaman ekologi dan ketahanan dimaksudkan untuk menggambarkan dampak penawaran dan permintaan domestik terhadap ekosistem, tetapi survei GNH mengumpulkan persepsi tentang ekologi.

Standard Hidup

1. Indikator pendapatan
2. Indikator perumahan
3. Indikator keamanan makanan
4. Indikator kesulitan/ penderitaan

Domain standar hidup meliputi status ekonomi rakyat. Indikator menilai tingkat pendapatan di tingkat individu dan rumah tangga, rasa keamanan finansial, luas rumah perkapita, ketahanan pangan, kepemilikan rumah. Indikator juga untuk melihat kesulitan ekonomi seperti yang ditunjukkan oleh ketidakmampuan untuk perbaikan rumah, ketidakmampuan untuk berkontribusi kegiatan masyarakat, dan membeli pakaian.

Pemerintahan yang baik

1. Indikator performance pemerintahan
2. Indikator kebebasan
3. Indikator kepercayaan institusi

Domain dari pemerintahan yang baik mengevaluasi bagaimana orang memandang berbagai fungsi pemerintah dalam hal keberhasilan, kejujuran, dan kualitas. Tema indikator termasuk hak asasi manusia, kepemimpinan di berbagai tingkatan pemerintahan, kinerja pemerintah dalam memberikan pelayanan dan

mengendalikan kesenjangan dan korupsi, kepercayaan masyarakat di media, peradilan, dan polisi.

2.8 Desentralisasi

Sejak adanya kebijakan otonomi daerah di Indonesia mulai tahun 1999, pemerintah daerah mempunyai kewenangan yang lebih luas dalam mengelola pemerintahan. Berdasarkan UU No 32 Tahun 2004 tentang pemerintahan daerah, selain kewenangan politik luar negeri, pertahanan, yustisi, moneter/ fiskal dan agama, kewenangan urusan pemerintahan lainnya didesentralisasikan kepada pemerintah daerah. Salah satu urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah adalah bidang kesehatan. Dalam era desentralisasi, konsep pengelolaan kesehatan seharusnya menggunakan pendekatan kemasyarakatan. Artinya, pembangunan bidang pelayanan kesehatan haruslah sesuai dengan kebutuhan masyarakat lokal. Bagaimanapun juga, kandungan makna substansial dari desentralisasi adalah bagaimana menyejahterakan dan menciptakan keadilan bagi kehidupan masyarakat di daerah sehingga pembangunan akan lebih optimal.

Dalam visi misi Kementerian Kesehatan tahun 1999 disebutkan bahwa desentralisasi bidang kesehatan diharapkan mampu mewujudkan Indonesia sehat 2010. Visi itu ingin membangun generasi bangsa yang sehat dengan ditandai masyarakatnya yang hidup dalam lingkungan yang sehat, mampu berperilaku hidup bersih dan sehat. Masyarakat harus mampu menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu, adil, dan merata. Sementara misi Kementerian Kesehatan melakukan pembangunan untuk mendorong kemandirian masyarakat menuju hidup sehat. Masyarakat diharapkan dapat aktif menjaga kesehatan serta lingkungannya dan pemerintah mampu memberikan mutu pelayanan kesehatan yang lebih baik terhadap masyarakat (www.simpuldemokrasi.com)

Berdasarkan sambutan Menteri Kesehatan pada Rakerkesnas tahun 2010 bahwa sasaran pembangunan kesehatan tahun 2010 – 2014, meliputi 8 prioritas yaitu 1) meningkatnya status kesehatan dan gizi masyarakat, 2) menurunnya angka kesakitan akibat penyakit menular; 3) menurunnya disparitas status kesehatan dan status gizi antar wilayah dan antar tingkat sosial ekonomi serta gender; 4) meningkatnya penyediaan anggaran publik untuk kesehatan; 5)

meningkatnya Perilaku Hidup Bersih dan Sehat; 6) terpenuhinya kebutuhan tenaga kesehatan strategis di Daerah Tertinggal, Terpendek, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK); 7) pengendalian penyakit tidak menular di seluruh provinsi; serta 8) pelaksanaan standar pelayanan minimal (SPM) di seluruh kabupaten/kota. Untuk mencapai kedelapan sasaran strategis pembangunan kesehatan, dibutuhkan reformasi kesehatan masyarakat yang mendasar guna mencapai tujuan tersebut. Berkaitan dengan hal itu, Kementerian Kesehatan telah menetapkan roadmap reformasi kesehatan masyarakat meliputi 7 prioritas, yaitu (Puskomlik Kemenkes RI, 2010):

Pertama, Revitalisasi pelayanan kesehatan dasar, hal ini perlu dilakukan dalam rangka mendukung berjalannya kegiatan pelayanan kesehatan dasar. Salah satu upaya penting dalam revitalisasi kesehatan dasar adalah bantuan operasional kesehatan (BOK) yaitu bantuan pembiayaan untuk operasional Puskesmas khususnya untuk mendukung upaya promotif dan preventif. Selama ini, komponen biaya operasional Puskesmas belum optimal dianggarkan oleh pemerintah daerah.

Kedua, di bidang sumber daya manusia, khususnya dalam upaya meningkatkan keberadaan (distribusi) dan menjamin mutu tenaga kesehatan. Distribusi tenaga kesehatan di daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan perlu mendapat perhatian khusus. Oleh karena itu perlu disusun skenario jangka pendek, jangka menengah, dan jangka panjang dalam perencanaan dan pengembangan sumberdaya manusia kesehatan.

Ketiga, penggalakan pemanfaatan obat generik untuk meringankan biaya pelayanan kesehatan karena sebagian besar biaya pelayanan ditentukan untuk pembelian obat. Di lain pihak, mengingat pada saat ini 80% dari bahan baku obat berasal dari luar negeri maka perlu mempersiapkan diri agar mampu memproduksi bahan baku obat sendiri. Dengan saintifikasi jamu, juga memperkuat penggunaan jamu sebagai obat.

Keempat, jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas) dengan berbagai cara penjaminan saat ini baru mencapai 50,8% penduduk yang mempunyai jaminan kesehatan, dengan kontribusi terbesar dari peserta Jamkesmas. Perluasan cakupan kepesertaan terus diupayakan secara bertahap pada tahun 2014.

Kelima, mengatasi permasalahan pelayanan kesehatan di Daerah yang Bermasalah Kesehatan (PDBK) dengan pendekatan spesifik yang tidak bisa disamakan dengan daerah lainnya. Hasil Riskesdas tahun 2007 menghasilkan instrumen pengukuran Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM). Dengan IPKM, dapat diketahui dimana daerah-daerah bermasalah tersebut dapat dipetakan berdasarkan peringkat kabupaten/kota.

Keenam, Reformasi Birokrasi dalam arti yang lebih luas, memberikan makna muatan antisipatif untuk menghindari terjadinya penyimpangan-penyimpangan administratif.

Ketujuh, World Class Health Care. Sudah saatnya masyarakat Indonesia mendapatkan pelayanan kesehatan dengan taraf Internasional, sehingga tidak perlu lagi warga negara Indonesia perlu berobat keluar negeri. Selain memenuhi tuntutan masyarakat, upaya ini juga akan mengurangi mengalirnya devisa Indonesia yang cukup besar ke luar negeri (www.depkes.go.id).

2.9 Indikator-Indikator dalam Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat

Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat atau IPKM yang sudah terbentuk menggunakan 24 indikator yang dikelompokkan sebagai berikut:

2.9.1 Status Gizi Balita

Akibat krisis ekonomi salah satunya menyebabkan meningkatnya keluarga miskin sehingga rendahnya daya beli untuk memenuhi kebutuhan pangan sehari-hari dan dengan dampak yang lebih besar yaitu meningkatnya gizi buruk pada anak-anak terutama balita. Kurang gizi pada saat janin menyebabkan bayi lahir dengan berat lahir rendah, yang kemudian menyebabkan pertumbuhan linier terganggu. Infeksi dan status gizi berjalan sinergis. Anak-anak di daerah miskin dengan gizi kurang, lebih sering menderita infeksi dan infeksi ini memperburuk status gizi. Faktor lain yang mempengaruhi status gizi anak adalah pola asuh yaitu perilaku kesehatan dan perilaku ibu yang tidak benar dalam menjaga kesehatan dan gizi anaknya.

Baik di negara sedang berkembang maupun negara maju untuk penilaian status gizi menggunakan anthropometri. Pengukuran anthropometri dipilih diantara metode penilaian status gizi lainnya seperti penilaian fungsional,

biokimia, dan klinis karena pengukuran anthropometri tidak bersifat invasive, lebih murah, dan tidak memerlukan pelatihan yang terlalu intensif (Wahyuniar, 2004).

Salah satu hasil pengukuran anthropometri adalah status pendek. Status pendek pada balita telah dikembangkan sebagai indikator kondisi ekonomi. Kelemahan indikator tersebut ialah dari pemilihan kelompok umur balita untuk menggambarkan kondisi ekonomi karena menurut hasil studi penyimpangan positif yang dilaksanakan di daerah yang mempunyai tingkat penghasilan rendah, status gizi anak dipengaruhi oleh pola asuh dan pola distribusi pangan di dalam keluarga. Perbedaan ekonomi dan gaya hidup terlihat antara area perdesaan dan perkotaan yang telah menyebabkan perbedaan status gizi diantara keduanya. Prevalensi gizi kurang terlihat jelas lebih buruk di area perdesaan daripada perkotaan (Anwer, 2003) dan itu merupakan ciri khas di negara berkembang (Allen, 2001). Prevalensi pendek (TB/U) yang rendah secara konsisten lebih tinggi di area perdesaan daripada di perkotaan. Perbedaan prevalensi tersebut mengindikasikan adanya perbedaan kualitas diet yang lebih dahulu mempengaruhi risiko pendek di perdesaan daripada perkotaan. Status gizi yang lebih baik di area perkotaan kemungkinan disebabkan oleh efek kumulatif serangkaian kondisi sosial ekonomi, seperti pendidikan ibu dan ayah, akses terhadap sanitasi dan air bersih, serta status ekonomi keluarga, yang pada akhirnya mengarah kepada praktik perawatan ibu dan anak yang lebih baik.

Dampak kurang gizi terhadap perkembangan sudah banyak diteliti. Kurang Energi Protein (KEP) dipengaruhi oleh banyak faktor yang saling berinteraksi. Tomkins (1989) mengungkapkan hubungan antara ketidakcukupan asupan dan penyakit. Ketidakcukupan asupan gizi akan menyebabkan penurunan berat badan, penurunan daya tahan, yang akan mempengaruhi insiden penyakit, keseriusan dan lama sakit. Sebaliknya infeksi penyakit akan menyebabkan gangguan metabolisme, penyerapan, kehilangan zat gizi, dan nafsu makan yang akan mempengaruhi rendahnya asupan. UNICEF (1998) mengelompokkan penyebab Kurang Energi Protein dalam 3 kategori yaitu penyebab langsung, penyebab tidak langsung, dan penyebab dasar. Penyebab langsung karena ketidakcukupan asupan dan penyakit. Penyebab tidak langsung meliputi tidak cukupnya ketersediaan

pangan, keadaan sanitasi, air bersih, dan pelayanan kesehatan yang tidak memadai, serta perilaku ibu dalam memberikan asuhan gizi yang kurang memadai. Faktor-faktor sosial ekonomi, politik pendidikan dan kesempatan kerja dikelompokkan sebagai penyebab dasar.

Kurang Energi Protein tidak terjadi secara tiba-tiba atau akut, tetapi merupakan kejadian kronis yang selalu ditandai dengan kenaikan berat badan yang tidak cukup. Perubahan berat badan merupakan indikator yang dianggap sensitif untuk mendeteksi perubahan keadaan gizi masyarakat.

2.9.2 Lingkungan

Masalah lingkungan tingkat rumah tangga yang tinggal pada satu perkampungan mempunyai kecenderungan serupa, namun pada kehidupan sehari-hari dapat juga mengalami masalah lingkungan yang berbeda. Hal ini terjadi karena perbedaan perilaku anggota rumah tangga, perbedaan tingkat ekonomi, dan pendidikan. Kondisi ini menyebabkan perbedaan keadaan tempat tinggal, akses pada air bersih, pembuangan sampah, tempat buang air besar, dan lain-lain.

Air bersih dibutuhkan dalam pemenuhan kebutuhan manusia untuk melakukan segala kegiatan, sehingga perlu diketahui bagaimana air dikatakan bersih dari segi kualitas dan bisa digunakan dalam jumlah yang memadai dalam kegiatan sehari-hari. Ditinjau dari segi kualitas, ada beberapa persyaratan yang harus dipenuhi, di antaranya kualitas fisik yang terdiri atas jernih, tidak bau, tidak berwarna, temperature normal, tidak mengandung zat padat, dan tidak berasa, kualitas kimia seperti pH dan kesadahan, serta kualitas biologi dimana air terbebas dari mikroorganisme penyebab penyakit. Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1405/menkes/sk/xi/2002 tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Kerja Perkantoran dan Industri terdapat pengertian mengenai Air Bersih yaitu air yang dipergunakan untuk keperluan sehari-hari dan kualitasnya memenuhi persyaratan kesehatan air bersih sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku dan dapat diminum apabila dimasak.

Air bersih harus tersedia dalam jumlah yang memadai sesuai dengan aktifitas manusia pada tempat tertentu dan kurun waktu tertentu agar

kelangsungan hidup manusia dapat berjalan lancar. Bagi manusia kebutuhan akan air sangat mutlak karena sebenarnya zat pembentuk tubuh manusia sebagian besar terdiri dari air yang jumlahnya sekitar 73% dari bagian tubuh. Dihitung dari kebutuhan volume air untuk Perusahaan Air Minum (PAM), perusahaan ini hanya mampu mencukupi 30% kebutuhan dari air minum, sedangkan sisanya dipenuhi dari air tanah dan sumber lainnya seperti air mineral. Ketidakmampuan PAM mencukupi kebutuhan air minum karena terbatasnya baku air untuk minum dan kebocoran pada waktu penyaluran air minum melalui pipa yang diduga mencapai 40%. Upaya pemenuhan kebutuhan air oleh manusia dapat mengambil air dari dalam tanah, air permukaan, atau langsung dari air hujan. Dari ke tiga sumber air tersebut, air tanah yang paling banyak digunakan karena air tanah memiliki beberapa kelebihan di banding sumber-sumber lainnya antara lain karena kualitas airnya yang lebih baik serta pengaruh akibat pencemaran yang relatif kecil. (J.Gergen dan Denis, 2010)

Ditinjau dari jumlah atau kuantitas air yang dibutuhkan manusia, kebutuhan dasar air bersih adalah jumlah air bersih minimal yang perlu disediakan agar manusia dapat hidup secara layak yaitu dapat memperoleh air yang diperlukan untuk melakukan aktivitas dasar sehari-hari (Sunjaya dalam Urip, 2010). Ditinjau dari segi kuantitasnya, kebutuhan air rumah tangga adalah:

- a. Kebutuhan air untuk minum dan mengolah makanan 5 liter per orang per hari.
- b. Kebutuhan air untuk mandi dan membersihkan dirinya 25 – 30 liter per orang per hari.
- c. Kebutuhan air untuk mencuci pakaian dan peralatan 25 – 30 liter per orang per hari.
- d. Kebutuhan air untuk menunjang pengoperasian dan pemeliharaan fasilitas sanitasi atau pembuangan kotoran 4 – 6 liter/ orang per hari, sehingga total pemakaian per orang adalah 60 – 70 liter/ hari di kota. Banyaknya pemakaian air tiap harinya untuk setiap rumah tangga berlainan, selain pemakaian air tiap harinya tidak tetap banyak keperluan air bagi tiap orang atau setiap rumah tangga itu masih tergantung dari beberapa faktor diantaranya adalah pemakaian air di daerah panas akan lebih banyak dari pada di daerah dingin, kebiasaan hidup dalam rumah tangga misalnya ingin rumah dalam keadaan bersih selalu

dengan mengepel lantai dan menyiram halaman, keadaan sosial rumah tangga semakin mampu atau semakin tinggi tingkat sosial kehidupannya semakin banyak menggunakan air serta pemakaian air dimusim panas akan lebih banyak dari pada dimusim hujan.

Masalah lain adalah rendahnya efisiensi pengangkutan sampah dari rumah ke tempat penampungan sementara, dan dari tempat penampungan sementara ke penampungan akhir. Salah satu bahaya yang tidak mungkin timbul dari tidak terangkutnya sampah adalah meningkatnya jumlah tikus, kecoa, nyamuk, dan lalat yang mungkin menjadi vektor salah satu penyakit pada manusia. Sebagian penduduk membakar sampah yang tidak terangkut sehingga dapat menjadi salah satu sumber pencemaran udara. Masalah utama yang berkaitan dengan pencemaran udara adalah konsentrasi kendaraan, industri, dan kepadatan penduduk yang tinggi.

Upaya mengatasi masalah lingkungan, pemerintah menyusun kebijakan perbaikan lingkungan dan pelaksananya adalah masing-masing wilayah kota. Disamping kebijakan pemerintah, partisipasi masyarakat melalui perubahan perilaku dan kegiatan di tingkat rumah tangga dan masyarakat merupakan salah satu syarat mutlak untuk menjamin keberhasilan upaya perbaikan lingkungan.

2.9.3 Kesehatan Balita

Griffith (1996) dan Hall (2000) mendefinisikan pemantauan pertumbuhan sebagai serangkaian kegiatan yang terdiri dari 4 kegiatan utama, yaitu: (1) Penilaian pertumbuhan anak secara teratur (terdiri dari penimbangan setiap bulan, pengisian Kartu Menuju Sehat (KMS), menentukan status pertumbuhan berdasarkan kenaikan berat badan), (2) menindaklanjuti setiap kasus gangguan pertumbuhan, (3) menindaklanjuti berupa kebijakan program di tingkat masyarakat, serta meningkatkan motivasi untuk memberdayakan keluarga, dan (4) melakukan pemantauan, evaluasi serta tindak lanjut.

Semua bayi yang dibawa ke Puskesmas atau Posyandu untuk pemeriksaan kesehatan mendapatkan Kartu Menuju Sehat (KMS), yang mencatat pertumbuhan, pemberian minuman dan makanan, serta imunisasi yang diperoleh. Di samping KMS, jenis dan tanggal imunisasi dapat diketahui atau dicatat dalam buku register

oleh juru imunisasi. Oleh karena itu sangatlah penting KMS tersebut dimiliki dan disimpan ibu untuk memantau pertumbuhan anak serta untuk pencatatan jadwal imunisasi. Sangatlah penting semua bayi dibawa ke Puskesmas/ Posyandu untuk mendapatkan perawatan paska kelahiran. Diharapkan setiap anak sebelum ulang tahunnya yang pertama sudah mendapat imunisasi dasar lengkap. Imunisasi dasar lengkap seharusnya diberikan dalam hitungan dosis dan urutan waktu yang tepat.

WHO pada tahun 1977 memulai pelaksanaan program imunisasi sebagai upaya global secara resmi dan disebut suatu *Expanded Programme on Immunization* (EPI) yang dikenal di Indonesia sebagai Program Pengembangan Imunisasi (PPI). Di Indonesia, program imunisasi secara resmi dimulai di 55 Puskesmas pada tahun 1977. Pada tahun 1990 dibuat kesepakatan internasional yaitu Universal Child Immunization (UCI) yang kemudian menjadi program nasional. Sasaran secara operasional adalah tercapainya cakupan imunisasi minimal 80 persen (DPT3, Polio3, dan Campak) sebelum anak berusia satu tahun, dan cakupan untuk DPT1, Polio1 dan BCG minimal 90 persen. Bayi dikatakan telah memperoleh imunisasi dasar lengkap apabila sebelum ulang tahunnya yang pertama telah memperoleh 1 dosis vaksin BCG, 3 dosis vaksin DPT dan Hepatitis B, 4 dosis vaksin polio, dan 1 dosis vaksin campak (Depkes, 2000).

Faktor yang harus diperhatikan dalam meningkatkan pencapaian target imunisasi adalah faktor pengelolaan program yang berkaitan dengan perilaku ibu, yaitu keikutsertaan ibu yang mempunyai balita. Keikutsertaan ibu adalah keterlibatan ibu secara sadar, penuh tanggungjawab dan adanya inisiatif sendiri secara aktif dalam pencapaian tujuan yang ditentukan oleh karakteristik ibu sebagai faktor internal, dan juga ditentukan oleh faktor eksternal yang meliputi lingkungan sosial, program kesehatan, pengetahuan, dan pemanfaatan pelayanan kesehatan.

2.9.4 Tenaga Kesehatan

Pelayanan kesehatan bagi sebagian besar masyarakat dianggap merupakan barang mewah. Demikian pula tingginya laju inflasi, meningkatnya permintaan masyarakat, perubahan pola penyakit dan pola pelayanan kesehatan maupun perubahan pola hubungan pasien dokter serta terhambatnya pengembangan

mekanisme pengendalian biaya kesehatan, menyebabkan biaya pelayanan kesehatan di Indonesia semakin hari semakin meningkat. (Anies,2006)

Pasien sebagai konsumen pelayanan kesehatan, bukan lagi dianggap sebagai subyek melainkan obyek. Pendekatan yang dianut dalam mengatasi permasalahan kesehatan adalah pendekatan individu. Bahkan seringkali bukan pendekatan individu lagi, melainkan pendekatan organ atau sistem tubuh. Pelayanan kesehatan kuratif menjadi andalan, sementara promotif dan preventif semakin jauh dari harapan.(Anies, 2000)

Di samping itu, meskipun upaya kesehatan tingkat primer telah banyak dilakukan, tetapi sebagai bagian dari jaringan pelayanan kesehatan secara keseluruhan, penyelenggaraan upaya pelayanan kesehatan tingkat primer masih menghadapi banyak masalah antara lain:

1. Kualitas (mutu) pelayanan masih rendah
2. Inefisiensi pelayanan
3. Mutu sumber daya penyelenggara upaya pelayanan masih rendah
4. Upaya promotif dan preventif belum merupakan prioritas
5. Sistem rujukan belum berjalan dengan baik
6. Fragmentasi pelayanan kesehatan
7. Pola pembiayaan dan subsidi yang tidak terarah
8. Menurunnya etos profesionalisme serta banyak ditemukan berbagai pelanggaran norma dan etika kedokteran.

Secara umum berdasarkan delapan permasalahan dalam pelayanan primer, sekurang-kurangnya terdapat dua masalah besar dalam pelayanan kesehatan di Indonesia yaitu masalah mutu pelayanan dan biaya pelayanan.

Peningkatan kualitas pelayanan menurut Parasuraman at.al (dalam Fandy Tjiptono 2000: 70) meliputi lima dimensi pokok, yaitu:

1. Bukti langsung (*tangibles*), meliputi fasilitas fisik, perlengkapan, pegawai, dan sarana komunikasi.
2. Keandalan (*reliability*) yaitu kemampuan memberikan pelayanan yang dijanjikan dengan segera, akurat, dan memuaskan.
3. Daya tanggap (*responsiveness*) yaitu keinginan para staf untuk membantu para pelanggan dan memberikan pelayanan dengan tanggap.

4. Jaminan (*assurance*), mencakup pengetahuan kemampuan, kesopanan, dan sifat dapat dipercaya yang dimiliki para staf, bebas dari bahaya, risiko atau keragu-raguan.
5. *Empati*, meliputi kemudahan dalam melakukan hubungan, komunikasi yang baik, perhatian pribadi, dan memahami kebutuhan para pelanggan.

Keberhasilan memecahkan masalah kesehatan bukan tergantung pada kecanggihan teknologi kedokteran yang digunakan maupun keunggulan pengobatan yang dilakukan, akan tetapi harus diikuti dengan pendekatan sosial. Kepercayaan dan kepatuhan pasien adalah kunci utama keberhasilan pelayanan dengan pola pendekatan yang sesuai.

2.9.5 Cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan

Persalinan oleh tenaga kesehatan di Indonesia masih dianggap mahal dan jangkauannya rendah. Jika diikuti perkembangannya dari tahun ke tahun maka akan dapat dilihat dinamika pola kenaikan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan. Walaupun demikian masih cukup banyak ibu yang melakukan persalinan ke dukun bayi, akibatnya dapat menunjang tingginya angka kematian ibu.

Kematian ibu terutama banyak terjadi di negara berkembang. Sebagian besar disebabkan oleh salah satu atau lebih kombinasi tiga kondisi yang timbul sebagai akibat komplikasi kehamilan, persalinan, ataupun komplikasi penanganannya. Keadaan ini dipengaruhi oleh faktor risiko saat ibu hamil seperti umur ibu, interval kelahiran, paritas, pendidikan ibu, penolong persalinan, dan fasilitas kesehatan. Pada prinsipnya pertolongan persalinan harus memperhatikan dua hal yaitu sterilitas maupun cara-cara yang memenuhi persyaratan teknis medis dan pengembangan sistem rujukan yang adekuat. Kebiasaan persalinan secara tradisional dan dilakukan di rumah, serta rendahnya keadaan ekonomi penduduk dapat diperkirakan sebagai anteseden kematian bayi dan ibu (Bueken, 2001).

Upaya terobosan yang dilakukan sejak tahun 1989/ 1990 untuk menangani hal di atas adalah mendekatkan pelayanan profesional ke ibu hamil dengan penempatan bidan di desa. Upaya tersebut merupakan salah satu cara untuk memenuhi agar setiap persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih, setiap

komplikasi obstetrik dan neonatal mendapat pelayanan yang adekuat, setiap wanita usia subur mempunyai akses terhadap pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan, dan penanganan komplikasi keguguran (Depkes, 1996). Oleh karena itu diharapkan semakin tinggi cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan diharapkan semakin rendah risiko terjadinya kematian ibu.

2.9.6 Diare

Di Indonesia sebagai salah satu negara berkembang, penyakit diare masih menjadi salah satu masalah kesehatan masyarakat yang utama. Hal ini ditunjukkan dengan tingginya angka kesakitan dan kematian yang disebabkan oleh penyakit diare, khususnya yang terjadi pada bayi dan anak balita. Kematian akibat diare umumnya disebabkan oleh buang air besar yang terus menerus, sehingga penderita kehilangan cairan dan elektrolit dalam tubuh menyebabkan terjadinya dehidrasi. Kejadian ini diperparah bila disertai dengan malnutrisi. Semakin pendek jarak antara buang air besar yang satu dengan yang berikutnya akan mempercepat terjadinya dehidrasi, karena cairan dan elektrolit yang dikeluarkan dari tubuh semakin banyak. Setiap episode diare rata-rata terjadi empat sampai lima kali buang air besar.

Penyakit diare selalu ada di masyarakat dengan prevalensi yang tinggi, oleh karena itu harus diupayakan mencegah penyakit ini agar tidak menjadi parah ketika menyerang penderita khususnya anak balita. Dengan ditekannya tingkat keparahan penyakit ini maka risiko terjadinya kematian akan semakin kecil, yang diharapkan dapat menurunkan angka kematian anak balita. Beberapa hasil penelitian sebelumnya menyatakan kepadatan hunian merupakan faktor lingkungan yang paling berperan dibandingkan faktor lain terhadap kejadian diare pada anak balita. Faktor lain yang berperan yaitu jenis sumber air minum yang digunakan dan jenis jamban, infeksi, keracunan makanan, alergi, atau dapat juga sebagai gejala penyakit lain. Kemajuan ilmu kedokteran telah banyak membantu menyembuhkan penderita diare. Banyak penelitian menyimpulkan bahwa apapun penyebab diare bahaya utamanya terletak pada kekurangan cairan tubuh atau dehidrasi. Oleh karena itu pengobatannya adalah dengan memberikan cairan sebagai pengganti cairan tubuh yang hilang. Tindakan ini dikenal dengan

upaya rehidrasi oral yaitu penggunaan oralit atau larutan gula garam yang dapat dibuat sendiri dalam rumah tangga.

2.9.7 Hipertensi

Hipertensi merupakan penyakit kronik akibat gangguan sistem sirkulasi darah. Dampak dari penyakit hipertensi ini jika tidak ditanggulangi dengan baik menimbulkan masalah besar bagi kehidupan karena komplikasi yang ditimbulkan seperti stroke, miokard infark, gagal ginjal, sampai kematian akibat “krisis hipertensi” yaitu situasi yang gawat akibat peninggian tekanan darah yang tiba-tiba. Batasan hipertensi adalah tekanan darah sistolik lebih besar atau sama dengan 140 mmHg dan atau tekanan darah diastolik lebih besar atau sama dengan 90 mmHg. Kondisi ini tidak sedang mengonsumsi obat antihipertensi. Bila terdapat perbedaan derajat antara sistolik dan diastolik, maka derajat yang digunakan yang lebih tinggi. Batasan ini digunakan setelah dilakukan dua kali atau lebih pengukuran.

Berdasarkan penyebabnya, hipertensi dikelompokkan menjadi hipertensi primer atau hipertensi esensial dan hipertensi sekunder. Hipertensi primer memiliki proporsi 95% dari seluruh kasus hipertensi. Hipertensi primer adalah yang tidak diketahui penyebabnya namun dapat diidentifikasi dari faktor-faktor yang dapat mempengaruhi perjalanan hipertensi yaitu asupan garam, obesitas, pekerjaan, konsumsi alkohol, aktivitas fisik, dan stres emosional. Hipertensi sekunder berhubungan dengan gangguan pada sekresi hormon dan/ atau fungsi ginjal. Umumnya hipertensi sekunder dapat disembuhkan dengan penatalaksanaan penyebabnya yang tepat (Hasurungan, 2002).

Sampai saat ini, hipertensi masih tetap menjadi masalah karena masih banyak pasien hipertensi yang belum mendapat pengobatan atau yang sudah diobati namun belum mencapai target serta adanya penyakit penyerta dan komplikasi yang dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas (Sigarlaki, 2006).

2.9.8 Pneumonia

Walaupun kini telah banyak kemajuan dalam pengobatan infeksi saluran nafas ternyata pneumonia masih merupakan masalah kesehatan masyarakat secara

umum dan khususnya pada golongan usia lanjut. Pneumonia pada usia lanjut memberi gejala klinik yang bermacam-macam sehingga sering sulit membuat diagnosis yang tepat. Sedangkan penatalaksanaan infeksi saluran nafas akan berhasil dengan baik apabila diagnosis penyakit ditegakkan lebih dini sehingga pengobatan dapat diberikan sebelum penyakit berkembang lebih lanjut.

Infeksi saluran nafas bawah dapat terjadi melalui beberapa mekanisme yaitu kolonisasi, aspirasi sekret orofaring, inokulasi langsung, inhalasi, penyebaran langsung dan secara hematogen. Aspirasi kuman yang potensial patogen di orofaring merupakan penyebab tersering terjadinya pneumonia. Menurut gambaran klinik, pneumonia dibagi atas typical pneumonia dan atypical pneumonia atau pneumonia yang tidak khas. Typical pneumonia secara klinik ditandai dengan demam tinggi, perasaan dingin, nyeri dada dan batuk produktif, terdapat leukositosis, secara radiologis biasanya melibatkan satu lobus. Atypical pneumonia sering tanpa gejala demam, rasa dingin, batuk tidak produktif, nyeri kepala, mialgia, leukositosis yang tidak terlalu tinggi, secara radiologis didapat gambaran bronkopneumonia (Soetrisna, 1993).

2.9.9 Perilaku Cuci Tangan

Berbagai upaya pemerintah untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat telah dilakukan. Upaya-upaya tersebut berupa pelayanan kesehatan dasar yang meliputi antara lain pencegahan dan pemberantasan penyakit, peningkatan gizi, penyediaan dan pengelolaan air bersih serta penyehatan lingkungan pemukiman yang disertai upaya promotif berupa penyuluhan. Tujuan upaya promotif untuk menumbuhkembangkan perilaku hidup sehat masyarakat. Perubahan sikap dan perilaku masyarakat belum terjadi secara cepat untuk menuju perilaku sehat karena hambatan dalam masyarakat yang menyangkut aspek sosial budaya. Masyarakat masih mempertahankan nilai-nilai tradisional serta persepsi yang bertentangan dengan nilai-nilai atau konsep-konsep promotif. Dampaknya sebagian besar perilaku anggota masyarakat kurang mengarah pada perilaku hidup sehat, sehingga terjadi kesenjangan antara harapan yang dikehendaki pemerintah melalui program-program yang diterapkan dan yang terjadi di masyarakat.

Perilaku hidup sehat adalah setiap tindakan individu dalam mencegah terjadinya penyakit seperti melakukan higiene perorangan.

Pola kebiasaan penduduk seringkali belum menunjukkan perilaku yang didasari atas kesadaran terhadap arti pentingnya pencegahan daripada mengobati penyakit. Penyakit yang erat kaitannya dengan perilaku tentang higiene perorangan salah satunya diare. Higiene perorangan masih kurang diperhatikan, contohnya sehabis dari sawah atau sungai tidak mencuci tangan dan kaki dengan air bersih, tidak cuci tangan sebelum dan setelah makan, selain itu masih banyak juga masyarakat yang tidak mencuci tangan dengan menggunakan sabun setelah buang air besar. Perilaku ini tidak mengarah kepada upaya pencegahan. Pada kenyataannya pengetahuan yang tinggi dan sikap positif, tidak selalu mempunyai hubungan linier dengan perilaku. Perilaku dipengaruhi oleh suatu sistem nilai budaya yang terdiri dari konsepsi-konsepsi yang hidup dalam alam pikiran sebagian besar masyarakat mengenai hal-hal yang harus dianggap sangat bernilai dalam hidup. Oleh karena itu jika masyarakat kurang memberi nilai tinggi terhadap higiene perorangan maka tindakan masyarakat menjadi kurang positif walaupun pengetahuan dan sikapnya positif.

2.9.10 Kesehatan Jiwa

Faktor yang sangat mempengaruhi timbulnya gangguan jiwa adalah peristiwa-peristiwa kehidupan, terutama peristiwa yang bersifat traumatik. Sebelum terjadi gangguan jiwa, seseorang akan mengalami fase distres. Distres menandakan seseorang sedang mengalami keadaan yang mengganggu psikis, akan tetapi distres belum tentu berakhir menjadi suatu gangguan. Jika mekanisme pertahanan jiwa seseorang baik dan seluruh faktor risiko timbulnya gangguan jiwa dapat dikendalikan, maka individu tidak mengalami gangguan jiwa. Dukungan sosial yang tinggi juga akan mengurangi risiko individu mengalami gangguan. Faktor-faktor lain yang berperan menimbulkan gangguan jiwa baik ringan sampai dengan berat antara lain faktor personal seperti faktor biologik berupa genetik, faktor psikologik berupa pola asuh dan jenis kepribadian.

Penilaian kesehatan jiwa menggunakan kuesioner *Self Reporting Questioner* (SRQ) yang terdiri dari 20 butir pertanyaan (lampiran kuesioner

Riskesmas). Kuesioner ini dikembangkan oleh World Health Organization sebagai alat skrining gangguan jiwa dan terutama digunakan di negara berkembang. Seluruh pertanyaan mengenai gejala neurotik mempunyai pilihan jawaban ya dan tidak. Jika responden menjawab ya pada 6 pertanyaan atau lebih maka diindikasikan mengalami masalah kesehatan jiwa neurosis.

2.9.11 Perilaku Merokok

Indonesia merupakan salah satu negara di dunia yang membuat rokok menjadi komoditi ekspor yang penting. Tanaman tembakau menjadi salah satu komoditi non migas yang merupakan sumber devisa negara. Hal ini mendukung perilaku merokok yang masih banyak terlihat dari kalangan anak, remaja, dewasa, dan orang tua. Perilaku merokok adalah suatu kebiasaan yang dilakukan dalam kehidupan sehari-hari. Perilaku merokok mempunyai bermacam alasan seperti untuk menenangkan pikiran, supaya terlihat jantan atau hanya iseng.

Merokok merupakan kebiasaan buruk yang bukan hanya mengganggu kesehatan anak tetapi juga mengganggu mental anak. Anak-anak yang merokok sejak SD diramalkan setelah 10-15 tahun menjadi perokok akan menderita penyakit kanker paru dan Penyakit Paru Obstruksi Menahun (PPOM) atau bronkhitis kronik dan emfisema. Hal ini disebabkan pada saat merokok terjadi proses pembakaran tembakau atau daun padat gas. Diantaranya yang membahayakan bagi perokok maupun orang sekitarnya adalah tar (balangking), nikotin, karbon monoksida (CO) atau asap rokok, nitrogen sianida, benzopirin, dietil nitrosamin, N-Nitrosan nikotin, katekol, fenol, dan akrolein. Dampak lainnya, mereka bisa menjadi anak bermasalah karena merokok merupakan faktor predisposisi untuk menjadi peminum alkohol dan obat terlarang.

Asap rokok mengandung 4.000 zat kimia, termasuk arsenik, aseton, butan, karbon monoksida, dan sianida. Asap rokok yang dihirup oleh perokok aktif maupun perokok pasif akan mengandung 43 zat yang diketahui menyebabkan kanker. Asap rokok dari tembakau yang diisap mengandung banyak zat kimia yang dapat merusak paru-paru. Zat ini dapat memicu terjadinya kanker khususnya pada paru-paru. Kanker paru-paru merupakan kanker paling umum yang diakibatkan oleh merokok. Penyebaran kanker paru-paru dalam tubuh terjadi

secara diam-diam hingga menjadi stadium yang tinggi. Dalam banyak kasus, kanker paru-paru membunuh dengan cepat.

Rokok juga merupakan salah satu penyebab utama serangan jantung. Bahkan rokok rendah tar atau rendah nikotin tidak akan mengurangi risiko penyakit jantung. Karena beberapa dari rokok-rokok yang menggunakan filter meningkatkan jumlah karbon monoksida yang dihirup, yang membuat rokok tersebut bahkan lebih buruk untuk jantung daripada rokok yang tidak menggunakan filter. Nikotin yang dikandung dalam sebatang rokok bisa membuat jantung berdebar lebih cepat dan meningkatkan kebutuhan tubuh akan oksigen. Asap rokok juga mengandung karbon monoksida yang beracun. Zat beracun ini berjalan menuju aliran darah dan sebenarnya menghalangi aliran oksigen ke jantung dan ke organ-organ penting lainnya. Hal ini yang menyebabkan para perokok memiliki risiko terkena penyakit jantung yang sangat tinggi.

2.9.12 Kesehatan Gigi dan Mulut

Kesehatan merupakan hal yang penting dalam kehidupan sehari-hari untuk mendapatkan generasi bangsa yang kuat. Kesehatan juga bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat agar terwujud kesehatan yang optimal. Kesehatan gigi merupakan bagian integral yang tidak dapat dipisahkan dari kesehatan pada umumnya. Kesehatan gigi dan mulut khususnya periodonsia merupakan salah satu unsur yang mendukung Paradigma Sehat dan merupakan Strategi Pembangunan Nasional mewujudkan Indonesia Sehat 2010. Penyebab penyakit periodontal adalah multifaktorial dengan kesetaraan dan keterkaitan erat antara pekerjaan, lingkungan, merokok, jenis kelamin, stres, dan psikososial. Selain itu tingkat pendidikan dan sosial ekonomi yang rendah dapat mengakibatkan kurangnya kesadaran akan pentingnya kebersihan rongga mulut.

Banyak penduduk yang potensial sakit gigi tetapi tidak disadari karena sifat penyakit gigi yang progresif dan irreversible dengan perjalanan penyakit yang cukup lama dan bersifat kumulatif. Rasa sakit gigi biasanya terjadi pada tingkat keparahan yang sudah tinggi dan akibatnya gigi sulit dipertahankan. Anjuran kontrol 6 bulan sekali agar tidak terjadi akumulasi akibat keluhan akibat

perawatan yang tertunda. Tahapan pencegahan sesuai dengan tahapan patogenesis penyakit gigi meliputi promotif, protektif, deteksi dini serta terapi, kuratif, dan rehabilitatif.

2.9.13 Penyakit Asma

Pada saat motto Indonesia Sehat 2010 dicanangkan, yang diharapkan adalah keadaan dimana bangsa Indonesia hidup sehat dalam lingkungan yang baik, berperilaku hidup sehat, dan dapat menjangkau, memilih, serta menggunakan sarana pelayanan kesehatan secara adil dan merata, sehingga bangsa Indonesia memiliki derajat kesehatan yang optimal. Lingkungan yang baik ditandai dengan keadaan lingkungan fisik, biologi, sosial yang sehat, bebas dari dari faktor-faktor yang dapat menyebabkan penyakit. Namun, akibat dari bertambahnya jumlah penduduk, transportasi, dan industrialisasi ataupun urbanisasi menyebabkan terjadinya pencemaran lingkungan, salah satunya polusi udara, yang mengakibatkan penyakit saluran pernafasan.

Di negara-negara berkembang seperti Indonesia, penyakit saluran pernafasan seperti asma berhubungan dengan polusi udara akibat kendaraan bermotor. Sementara Hu et al (1997), melaporkan bahwa kelembaban di dalam rumah berhubungan dengan penyakit asma yang didiagnosis oleh tenaga kesehatan. Di samping itu, perilaku merokok dikenal sebagai salah satu faktor risiko yang berhubungan dengan penyakit sistem pernafasan. Pada anak-anak, asap rokok di dalam rumah merupakan faktor risiko terhadap asma dan kombinasi antara kelembaban di dalam rumah dan keterpaparan dengan asap rokok dapat meningkatkan risiko tersebut. Pada orang dewasa, asap rokok di dalam rumah juga berhubungan dengan meningkatnya risiko terjadinya asma.

Menurut Riskesdas 2007, prevalensi penyakit asma untuk semua golongan umur sebesar 4% berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan dan menurut persepsi penderita sendiri berdasarkan tanda dan gejala yang mereka rasakan. Faktor keberhasilan penatalaksanaan asma akan banyak tergantung pada faktor pasien. Kondisi perumahan, lokasi geografis, sulitnya mendapatkan pertolongan medis, status sosial ekonomi dan budaya pasien dapat merupakan masalah dan penyulit dalam penatalaksanaan asma. Tidak adanya ahli yang mendalami asma, pengobatan

yang tidak teratur, tidak ada tindak lanjut, penyuluhan yang tidak memadai dapat merupakan penyulit untuk mencapai hasil penatalaksanaan yang baik, di samping dapat meningkatkan kematian.

2.9.14 Disabilitas

Disabilitas didefinisikan sebagai ketidakmampuan untuk terlibat dalam aktivitas penting yang berguna oleh karena keterbatasan fisik/ mental yang dapat ditentukan secara medis dan dapat berakibat kematian atau telah berlangsung atau diperkirakan akan berlangsung secara terus menerus dalam kurun waktu tidak kurang dari 12 bulan. World Health Organization (WHO) memberikan definisi disabilitas sebagai keadaan terbatasnya kemampuan untuk melakukan aktivitas dalam batas-batas yang dianggap normal oleh manusia.

Tiga syarat yang harus dipenuhi untuk mendefinisikan disabilitas yaitu durasi waktu, tidak adanya aktivitas penting yang berguna, dan keterbatasan yang dapat ditentukan secara medis. Dalam menentukan disabilitas, beberapa tolak ukur subyektif dan terkadang tidak akurat harus dipertimbangkan seperti faktor ekonomi, sosial, dan geografi (Gibofsky, 1995).

2.9.15 Cedera

Cedera menurut Baker (1985) yang dikutip oleh Jazan (1996) disebabkan oleh pajanan yang akut dari agen secara fisik seperti energi mekanis, panas, listrik, zat kimia, dan radiasi ion-ion yang berinteraksi dengan tubuh dalam jumlah yang besar, melebihi batas toleransi tubuh manusia. Dalam beberapa kasus seperti banjir atau dingin, cedera dapat terjadi karena secara tiba-tiba terjadi kurangnya agen yang penting bagi tubuh seperti oksigen ataupun panas. Sekitar tiga perempat dari kasus cedera disebabkan karena energi mekanisme termasuk cedera karena tabrakan kendaraan bermotor, jatuh, cedera olah raga, dan karena tertembak.

Pada umumnya cedera memiliki waktu yang relatif singkat antara waktu terkena pajanan sampai terjadi akibat. Beberapa ahli juga berpendapat bahwa rentang waktu antara terjadi pajanan sampai terjadinya cedera dapat berlangsung lama seperti pada kasus keracunan gas monoksida, penyalahgunaan alkohol, atau

logam berat. Keakutan dari suatu faktor pajanan yang diterima sangat mempengaruhi seberapa besar bahaya tersebut menimbulkan dampak fisik. Jika pajanan terjadi dalam waktu yang relatif singkat maka dampak yang akan terjadi lebih kepada terjadinya cedera daripada penyakit.

Suatu cedera biasanya digambarkan dalam bentuk cedera anatomis juga cedera fisiologis. Gambaran untuk mengestimasi dampak kasus perlu kategori yang jelas. Mengetahui keparahan kasus cedera merupakan tujuan sistim penanggulangan cedera. Waktu merupakan faktor yang berperan dalam sistem penanggulangan cedera. Keterlambatan penanggulangan seringkali menyebabkan kematian.

2.9.16 Penyakit sendi

Penyakit yang diakibatkan kejadian biologik dan mekanik yang menyebabkan gangguan keseimbangan antara proses degradasi dan sintesis dari kondrosit, matriks ekstraseluler tulang rawan sendi dan tulang subkondral disebut osteoarthritis. Penyakit yang melibatkan seluruh jaringan dalam sendi diartrodial ini diawali banyak faktor antara lain faktor genetik, perkembangan, metabolik dan traumatik (Hilmy, 1993).

Penyakit osteoarthritis bermanifestasi sebagai perubahan morfologik, biokimia, molekuler dan biomekanik dari sel dan matriks yang mengakibatkan perlunakan, fibrilasi, ulserasi, menipisnya tulang rawan sendi, sklerosis dan eburnasi tulang subkondral, osteofit, dan kista subkondral. Secara klinik ditandai dengan nyeri sendi, nyeri gerak, limitasi gerak, krepitus, kadang-kadang efusi, dan berbagai tingkat inflamasi tanpa disertai gejala sistemik. Penyakit ini merupakan salah satu penyakit reumatik yang paling sering ditemui. Sendi yang banyak terserang ialah lutut, panggul, dan tangan. Faktor risiko dibedakan dalam faktor risiko kejadian awal dan faktor risiko progresivitas dan beratnya yang mungkin dipengaruhi oleh faktor lingkungan dan latar belakang genetik yang sangat bervariasi.

Faktor risiko kejadian awal berupa faktor sistemik dan lokal biomekanik. Faktor sistemik meliputi etnik, usia, gender, obesitas, genetik, nutrisi, dan densitas tulang. Faktor lokal meliputi trauma, pekerjaan, olah raga, kelemahan otot.

Progresivitas biasanya berlangsung lambat dan berbeda antar individu. Osteoarthritis di berbagai sendi meningkat progresif dengan usia tetapi osteoarthritis lutut merupakan bentuk yang paling sering menimbulkan keluhan dan disabilitas.

2.9.17 Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA)

Kualitas udara yang buruk sering ditemui pada pemukiman kumuh dan pada umumnya pemukiman yang demikian tidak memenuhi persyaratan kesehatan, sehingga memudahkan terjadinya penularan penyakit, terutama penyakit yang ditularkan melalui udara seperti Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA). Kualitas udara dalam rumah berkaitan dengan ventilasi dan kegiatan penghuni di dalamnya yang seringkali menyebabkan terjadinya pencemaran udara dalam rumah seperti merokok, penggunaan bahan bakar masak dan penggunaan obat nyamuk bakar. Keadaan akan bertambah buruk dengan bertambahnya jumlah penduduk yang berarti menyebabkan kepadatan hunian dan sulit membuat ventilasi yang cukup.

Menurut WHO (2000) sekitar satu milyar penduduk, terutama wanita dan anak-anak terpapar pencemaran udara di dalam ruangan dengan tingkat 100 kali lebih tinggi dari ambang batas yang telah ditetapkan. Beberapa penelitian juga menunjukkan bahwa polusi udara dapat meningkatkan insiden penyakit saluran pernafasan. Selain pencemaran udara, kondisi rumah menunjukkan hubungan yang tinggi antara jumlah koloni bakteri dan kepadatan hunian per m². Dimana sumber pencemar mempunyai potensi untuk menekan reaksi kekebalan bersamaan dengan terjadinya peningkatan bakteri patogen dan kepadatan penghuni pada setiap rumah.

Penyakit ISPA merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat. Hal ini terlihat masih tingginya angka kematian karena ISPA terutama pada bayi dan anak balita. Berdasarkan penyebabnya maka diperlukan penyuluhan kesehatan lingkungan dalam rumah seperti ventilasi dan kelembaban rumah dengan cara membuat jendela atau lubang angin yang cukup dan pemasangan genteng kaca, sehingga cahaya matahari dapat masuk ke dalam rumah dan akan mengurangi kelembaban dalam rumah.

2.10 Penyakit Berbasis Lingkungan (Hasyim, 2008)

Penyakit berbasis lingkungan yang baru terdeteksi dan penyakit yang tadinya sudah terkendali namun kemudian meningkat kembali (New Emerging and Re emerging Infectious Diseases), merupakan masalah kesehatan masyarakat yang telah menimbulkan kekhawatiran, dampak kerugian ekonomi, menelan banyak korban, aspek politik, dan lain sebagainya. Adanya triple burden of diseases, tingginya pencemaran lingkungan, upaya kesehatan yang belum sepenuhnya dikaitkan dengan pembangunan merupakan beberapa faktor yang menyebabkan masalah kesehatan bangsa.

Penyakit klasik tular vektor seperti Malaria, Demam Berdarah Dengue tetap memberikan kontribusi masalah kesehatan masyarakat yang serius dan sampai saat ini telah menimbulkan korban kesakitan dan kematian. Kelompok Re Emerging Infectious Diseases antara lain Cholera, Diphtheria, Malaria, Tuberkulosis, Dengue Fever, dan lain sebagainya. Hendrik L. Blum (1974) secara jelas menyatakan bahwa determinan status kesehatan masyarakat merupakan hasil interaksi domain lingkungan, perilaku dan genetika serta bukan hasil pelayanan medis semata-mata. Kualitas lingkungan merupakan determinan penting terhadap kesehatan masyarakat, penurunan kualitas lingkungan memiliki peran terhadap terjadinya penyakit diare, ISPA, malaria, dan penyakit vektor lainnya. Program pemberantasan penyakit menular langsung (P2ML) antara lain mengfokuskan pada upaya pemberantasan penyakit TB, pemberantasan penyakit kusta dan frambusia, penyakit ISPA dan penyakit diare.

Berbagai faktor dapat berperan dalam timbulnya penyakit lingkungan berbasis wilayah seperti water borne diseases, air borne diseases, vector borne diseases, food borne diseases, antara lain dukungan ekosistem sebagai habitat dari pelbagai vektor, peningkatan iklim global (global warming) yang meningkatkan akselerasi perkembangbiakan nyamuk, peningkatan kepadatan populasi penduduk yang dijadikan hamparan kultur biakan bagi berbagai macam penyakit serta dijadikan persemaian subur bagi virus sekaligus sarana eksperimen rekayasa genetika. Pada kejadian suatu penyakit, berbagai variabel lingkungan dan kependudukan termasuk didalamnya perilaku hidup sehat adalah dua faktor risiko utama

penyakit. Penyehatan lingkungan dan pemberdayaan masyarakat merupakan upaya utama pengendalian berbagai faktor risiko penyakit dalam satu wilayah.

2.11 Perilaku yang Berkaitan dengan Kesehatan Anak

Salah satu masalah kesehatan adalah Kurang Energi Protein (KEP) yaitu seseorang yang kurang gizi yang disebabkan oleh rendahnya konsumsi energi protein dalam makan sehari-hari dan atau gangguan penyakit tertentu sehingga tidak memenuhi Angka Kecukupan Gizi (AKG). Pelayanan gizi balita KEP pada dasarnya setiap balita yang berobat atau dirujuk ke rumah sakit dilakukan pengukuran berat badan, tinggi badan dan lingkar lengan atas (lila) untuk menentukan status gizinya, selain melihat tanda-tanda klinis dan laboratorium. Penentuan status gizi maka perlu direncanakan tindakan sebagai berikut :

- (1) Balita KEP ringan, memberikan penyuluhan gizi dan nasehat pemberian makanan di rumah (bilamana pasien rawat jalan, dianjurkan untuk memberi makanan di rumah (bayi umur < 4 bulan) dan terus diberi ASI sampai 3 tahun.
- (2) Balita KEP sedang; (a) Penderita rawat jalan : diberikan nasehat pemberian makanan dan vitamin serta teruskan ASI dan pantau terus berat badannya. (b) Penderita rawat inap : diberikan makanan tinggi energi dan protein, dengan kebutuhan energi 20-50% diatas kebutuhan yang dianjurkan (angka kecukupan gizi/AKG) dan diet sesuai dengan penyakitnya. (c) Balita KEP berat : harus dirawat inap dan dilaksanakan sesuai pemenuhan kebutuhan nutrisinya.

Kegiatan penanganan KEP balita meliputi program PMT balita adalah program intervensi bagi balita yang menderita KEP yang ditujukan untuk mencukupi kebutuhan zat gizi balita gar meningkat status gizinya sampai mencapai gizi baik (pita hijau dalam KMS), pemeriksaan dan pengobatan yaitu pemeriksaan dan pengobatan untuk mengetahui kemungkinan adanya penyakit penyerta guna diobati seperlunya sehingga balita KEP tidak semakin berat kondisinya, asuhan kebidanan/keperawatan yaitu untuk memberikan bimbingan kepada keluarga balita KEP agar mampu merawat balita KEP sehingga dapat mencapai status gizi yang baik melalui kunjungan rumah dengan kesepakatan keluarga agar bisa dilaksanakan secara berkala, suplementasi gizi/ paket pertolongan gizi hal ini diberikan untuk jangka pendek. Suplementasi gizi

meliputi : pemberian sirup zat besi; vitamin A (berwarna biru untuk bayi usia 6-11 bulan dosis 100.000 IU dan berwarna merah untuk balita usia 12-59 bulan dosis 200.000 IU); kapsul minyak beryodium, adalah larutan yodium dalam minyak berkapsul lunak, mengandung 200 mg yodium diberikan satu kali dalam setahun.

Selama krisis ekonomi melanda Indonesia, insiden kurang vitamin A (KVA) pada ibu dan balita di daerah miskin perkotaan meningkat. Beberapa data menunjukkan hampir 10 juta balita menderita KVA sub klinis, 60.000 di antaranya disertai dengan bercak bitot yang terancam buta. Selain itu, di beberapa provinsi di Indonesia, ditemukan kasus-kasus baru KVA yang terjadi pada balita bergizi buruk. Ada konsekuensi lain yang terjadi pada orang yang KVA, seperti buta senja (hemarofia), sel epitel conjunctiva yang abnormal, tingginya kesakitan terutama diare dan ISPA, tingginya kematian pada balita, rendahnya respons imun tubuh dan pertumbuhan terganggu.

Vitamin A tidak hanya bermanfaat untuk kesehatan anak saja. Vitamin A juga berperan penting untuk kesehatan ibu yang baru melahirkan. Pada ibu hamil dan menyusui vitamin A berperan penting. Karena, hal ini terkait erat dengan kejadian anemia pada ibu, berat badan kurang, kurang gizi, meningkatnya risiko infeksi dan penyakit reproduksi. Serta, menurunkan kelangsungan hidup ibu sampai dua tahun setelah melahirkan. Dengan menghitung rata-rata masa menyusui 18-20 bulan untuk setiap anak dan tingkat fertilitas saat ini, diperkirakan seorang ibu akan membutuhkan vitamin A yang tinggi pada 1/3 kurun waktu masa usia subur. Hal ini terkait dengan air susu ibu (ASI), yang merupakan sumber vitamin A yang terbaik untuk bayi. Oleh karena itu, sangatlah penting bagi seorang ibu untuk meningkatkan asupan makanan yang mengandung vitamin A agar kandungan vitamin itu pada ASI meningkat.

ASI adalah satu jenis makanan yang mencukupi seluruh unsur kebutuhan bayi baik fisik, psikologi, sosial, maupun spiritual. ASI mengandung nutrisi, hormone, unsure kekebalan factor pertumbuhan, antialergi, serta anti inflamasi. Pemberian ASI dapat menurunkan kemungkinan bayi terkena infeksi disebabkan peran kolostrum sebagai imunitasi pasif yang dikeluarkan segera setelah bayi lahir. Peran kolostrum sampai hari ke-3 setelah persalinan selain sebagai imunitasi pasif juga mempunyai fungsi sebagai pencahar untuk mengeluarkan mekonium dari

usus bayi. Jumlah komposisi ASI masih cukup untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi sampai bayi berumur 6 bulan apabila ASI diberikan secara tepat dan benar. Anak yang menyusu ASI sampai 6 bulan jauh lebih sehat daripada bayi yang menyusu ASI hanya sampai 4 bulan, frekuensi terkena diare jauh lebih kecil. Bayi yang hanya menyusu ASI saja selama 6 bulan akan merangsang hormone prolaktin secara terus-menerus sehingga memperbanyak produksi ASI sehingga dapat bertahan sampai bayi berumur dua tahun.

2.12 Diabetes Mellitus

Diabetes melitus (DM) merupakan penyakit kronis yang timbul akibat kadar gula darah yang tinggi. Kadar gula darah tinggi itu disebabkan ketidakmampuan tubuh memproduksi hormon insulin atau penggunaan yang tidak efektif dari produksi insulin. Apabila gula darah tidak terkontrol, dapat terjadi komplikasi. Komplikasi berhubungan dengan perubahan metabolik. Di ginjal, misalnya, terjadi gangguan atau perubahan pada sirkulasi serta fungsi penyaringan. Di dalam ginjal terdapat jutaan pembuluh darah kecil yang berfungsi sebagai penyaring guna mengeluarkan produk sisa dari darah. Kadar gula darah yang tinggi membuat ginjal menyaring terlalu banyak darah. Setelah beberapa tahun, sistem penyaring akan bocor sehingga protein keluar di urine. Kerja ginjal yang berat tersebut menyebabkan ginjal kehilangan kemampuan menyaring darah sehingga terjadi gagal ginjal. Kontrol terhadap gula darah dan tekanan darah akan memperkecil kemungkinan kerusakan ginjal. Cara menjaga kadar gula darah dan tekanan darah, antara lain, yaitu dengan diet yang tepat, olahraga teratur, dan konsumsi obat jika diperlukan.

Komplikasi lainnya ialah gangguan terhadap jantung. Sekitar 75-80 persen kematian pada diabetes karena kelainan jantung dan pembuluh darah. Hal ini karena timbulnya timbunan lemak di pembuluh darah sehingga aliran darah terhambat. Jika itu terjadi di pembuluh darah jantung, maka dapat menimbulkan serangan jantung. Selain itu, komplikasi juga dapat menimpa pembuluh darah lain di mata (kebutaan), kaki, dan otak. Bayi lahir dari ibu dengan Diabetes Mellitus, berisiko untuk terjadi hipoglikemia pada 3 hari pertama setelah lahir, walaupun bayi sudah dapat minum dengan baik. Kematian bayi dari ibu dengan DM

mempunyai risiko lima kali dibandingkan dari ibu tidak dengan DM, dan sering mengalami abortus ataupun kematian dalam kandungan (Depkes, 2004). Gula darah dapat meningkat karena makanan, stres, sakit, dan obat-obatan tertentu. Faktor pencetus diabetes melitus, antara lain, adalah kurang gerak, makan berlebihan, dan kekurangan produksi hormon insulin. Diabetes tidak dapat disembuhkan, tetapi kadar gula darah dapat dikendalikan sehingga berbagai komplikasi dapat dicegah.

2.13 Bayi Baru Lahir

Pada umumnya bayi baru lahir dari ibu yang bermasalah, dalam arti menderita suatu penyakit, tidak menunjukkan gejala sakit pada saat dilahirkan atau beberapa waktu setelah lahir. Namun bukan berarti bayi baru lahir tersebut aman dari gangguan akibat penyakit yang diderita ibu. Hal tersebut dapat menimbulkan akibat meningkatkan morbiditas dan mortalitas bayi. Ibu bermasalah disini diartikan sebagai ibu yang menderita sakit, sebelum, selama hamil, atau pada saat menghadapi proses persalinan.

Dikutip oleh Indarso (2010) dari State of the World's Newborn, Save The Children 2001 bahwa terdapat rumus dua per tiga. Lebih dari 7 juta bayi meninggal setiap tahun antara lahir hingga umur 12 bulan, hampir dua pertiga bayi yang meninggal terjadi pada bulan pertama, dari yang meninggal tersebut, dua pertiga meninggal pada umur satu minggu, dan dua pertiga diantaranya meninggal pada dua puluh empat jam pertama kehidupannya. Disini sangat jelas bahwa masalah kesehatan Neonatal tidak dapat dilepaskan dari masalah kesehatan perinatal dimana proses kehamilan, dan persalinan memegang faktor yang sangat penting

Sasaran kesehatan anak tahun 2010 diantaranya adalah angka kematian bayi turun dari 45,7 per seribu kelahiran, menjadi 36 per seribu kelahiran (SKN,2009), BBLR (Bayi Berat Lahir Rendah atau kurang 2500 gram) menurun setinggi-tingginya 7% (SKN), di mana secara nasional th 1995-1999 diperkirakan BBLR 8% (Save The Children 2001) akan tetapi kalau dilihat dari tahun ke tahun, angka kematian Neonatus penurunannya sangat lambat, dan menempati 47% dari angka

kematian bayi, bahkan pada tahun 2003 AKN 20 per seribu kelahiran. Dari angka tersebut, 79,4% kematian pada bayi baru lahir berumur kurang dari tujuh hari.

Bila dikaji lebih mendalam, 87% kematian tersebut dapat dicegah apabila deteksi dini bayi risiko cepat diketahui, dan dapat segera dirujuk agar mendapat pertolongan yang akurat dan cepat. Diperkirakan tiap jam terdapat 12 neonatus meninggal. Berdasarkan Riskesdas 2010 menunjukkan sekitar 21% bayi tidak memperoleh kunjungan neonatal. Oleh karena itu, tenaga kesehatan di lini terdepan baik di pelayanan perifer ataupun di pusat, sangat diharapkan mempunyai ketrampilan yang baik untuk deteksi dini bayi risiko ataupun penanganan kegawatan, dan menentukan waktu yang tepat kapan bayi akan dirujuk, dan persiapan apa yang harus dilakukan.

Bayi yang berumur kurang dari tujuh hari, kelainan yang di derita lebih banyak terkait dengan kehamilan dan persalinan, sedangkan bayi berumur lebih dari tujuh hari sampai dua bulan banyak terkait dengan pola penyakit anak. Karena kebanyakan bayi baru lahir yang sakit jarang dibawa oleh orang tua ke pusat pelayanan karena budaya masyarakat, maka kunjungan rumah oleh tenaga kesehatan sangat diperlukan. Pemerintah telah banyak melakukan upaya untuk menurunkan angka kematian bayi, diantaranya adalah program Asuhan Persalinan Normal, Safe Mother Hood, Pelayanan Obstetri Neonatal Esensial Dasar dan Komprehensif, awal Sehat untuk hidup sehat, Manajemen Terpadu Balita Sakit, dan Manajemen Bayi Muda Sakit.

2.14 Anggaran Kesehatan

Anggaran adalah alat akuntabilitas, manajemen, dan kebijakan ekonomi. Sebagai instrumen kebijakan ekonomi, anggaran berfungsi untuk mewujudkan pertumbuhan dan stabilitas perekonomian serta pemerataan pendapatan dalam rangka mencapai tujuan negara. Belanja negara atau daerah dirinci sampai dengan unit organisasi, fungsi, program, kegiatan, dan jenis belanja. Saat penyusunan anggaran memerlukan pemilihan prioritas. Penentuan prioritas dilakukan dengan menggunakan pendekatan kinerja artinya penyusunan anggaran dilaksanakan dengan mengutamakan pencapaian hasil kerja atau output dari perencanaan alokasi biaya atau input yang ditetapkan (pasal 8 dan penjelasan pasal 8 PP No

105/2000). Penentuan pilihan prioritas program, kegiatan dan jenis belanja di kalangan pelaku kesehatan masih ditandai dengan adanya perbedaan sudut pandang yang ekstrim. Dana kesehatan sangat terbatas, sedangkan harus memilih dan memutuskan antara mengalokasikan dana untuk membeli alat canggih dan mahal untuk rumah sakit di kota atau membiayai puskesmas yang dapat menyelamatkan ratusan bayi dan anak (Irwansyah, 2003).

Sumber pembiayaan untuk pembangunan kesehatan berasal dari pemerintah pusat, daerah, masyarakat dan dari dana upaya kesehatan lain seperti yang dijelaskan dalam Sistem Kesehatan Nasional. Pembiayaan kesehatan di era desentralisasi memerlukan penataan sumberdaya keuangan yang mengatur penggalan, pemupukan dan pembelanjaan dengan prinsip efisien, ekonomis, efektif, adil, berkelanjutan, transparan, dan akuntabel (Widyastuti, 2003)

Menurut Azrul Azwar (1996), suatu biaya kesehatan yang baik harus memenuhi beberapa syarat pokok yaitu harus tersedia dalam jumlah yang cukup dalam arti dapat membiayai semua penyelenggaraan upaya kesehatan yang dibutuhkan serta tidak menyulitkan masyarakat yang ingin memanfaatkan. Syarat lain penyebaran dana harus sesuai dengan kebutuhan. Jika dana yang tersedia tidak dapat dialokasikan dengan baik maka akan menyulitkan penyelenggaraan upaya kesehatan. Syarat pokok terakhir adalah pengaturan pemanfaatan yang seksama dan berkelanjutan. Bertitik tolak bahwa jumlah dana yang tersedia selalu terbatas maka dalam upaya lebih pada pengaturan penyebaran serta pemanfaatan dana yang tersedia dan bukan pada upaya penambahan dana.

2.15 Kualitas Hidup

Salah satu tujuan pembangunan negara Republik Indonesia adalah peningkatan kualitas manusia dan kualitas masyarakat. Salah satu bentuknya adalah kualitas hidup yang pada awalnya adalah keluaran dari kualitas manusia. Kualitas hidup yang sering diidentikkan dengan kesejahteraan, akhir-akhir ini makin banyak didengungkan. Salah satu sebabnya adalah munculnya kesadaran bahwa pembangunan tidak cukup diukur kesuksesannya dengan membangun *input* yang banyak, tetapi justru yang lebih penting adalah *output*. Secara teoritis, manusia yang berkualitas, misalnya cerdas, berpendidikan dan yang sehat, akan

selalu meningkatkan kualitasnya dan sekaligus sebagai anggota masyarakat akan ikut membantu meningkatkan kualitas hidup bermasyarakat. Dengan demikian kualitas hidup merupakan salah satu tolak ukurnya (Faturochman, 1990).

UNDP menggunakan HDI (*Human Development Index*) sebagai tolak ukur, yang tidak hanya menggunakan pendapatan per kapita sebagai indikator, tetapi juga usia harapan hidup, angka melek huruf, dan daya beli masyarakat. Tujuan komposit indikator yang terakhir ini digunakan, bukan saja pertumbuhan yang diukur, tetapi juga pemerataan. Hal lain yang menarik dari HDI atau indeks pembangunan manusia ialah adanya kesamaan dengan IMH (indeks mutu hidup) versi yang diusulkan Morris (1979) dan dianut oleh Badan Pusat Statistik dalam membandingkan tingkat kesejahteraan. Terdapat dua indikator yang sama-sama digunakan pada kedua indeks tersebut, yaitu usia harapan hidup dan angka melek huruf.

Menurut Organization of Economic and Culture Development (OECD 1982), indikator kualitas hidup adalah pendapatan, perumahan, lingkungan, stabilitas sosial, kesehatan, pendidikan, dan kesempatan kerja. Indikator yang diajukan OECD bisa dikatakan sangat memadai, dalam arti sudah mencakup banyak hal sebagai cerminan kualitas hidup. Masalahnya adalah indikator tersebut belum operasional. Dengan kata lain, masing-masing indikator tersebut masih perlu dijabarkan lebih lanjut. Beberapa ahli sudah berusaha menjabarkan indikator-indikator kualitas hidup, seperti halnya mengukur Indeks Mutu Hidup. Hasil penelitian yang dikutip BPS pada tahun 1987, menunjukkan bahwa tingkat kematian bayi mencerminkan ketersediaan sumber air bersih, keadaan lingkungan di dalam rumah, dan keadaan kesehatan ibu. Angka harapan hidup pada umur satu tahun juga dapat memberikan gambaran status gizi keluarga dan ciri-ciri kehidupan diluar rumah. Angka Harapan hidup dan tingkat kematian bayi merupakan indikator aspek-aspek penting dari kemajuan sosial, sebab keduanya menyajikan efek dari interaksi sosial. Disamping itu, angka melek huruf juga merupakan indikator penting karena selain merupakan ukuran taraf kesejahteraan rakyat, juga merupakan ukuran dari keterampilan minimal yang diperlukan dalam proses pembangunan.

Masih ada beberapa indikator lain yang mencerminkan kualitas hidup, seperti perkembangan indikator yang mengarah pada indikator nonfisik. Indikator-indikator seperti kebahagiaan, kenyamanan, kepuasan, mulai dipertimbangkan sebagai indikator yang penting. Sangat ideal jika bisa memasukkan indikator-indikator tersebut dalam melihat kualitas hidup, namun pada kenyataannya sangat sulit memasukkan berbagai indikator tersebut sekaligus. Faktor cakupan wilayah adalah salah satu faktor yang dapat menghambat realisasi hal itu. Untuk wilayah yang luas dengan penduduk yang banyak akan sulit mengukur indikator yang bersifat psikis. Sebaliknya untuk unit analisis yang kecil kurang memenuhi syarat untuk mengukur data-data seperti IMR dan TFR. Menyadari adanya keterbatasan-keterbatasan seperti itu maka banyak ahli yang berorientasi pragmatis dengan jalan hanya menggunakan sedikit indikator yang relevan saja. Salah satu asumsinya adalah karena tingginya korelasi antar indikator sehingga menggunakan sedikit indikator saja sudah cukup mewakili. Namun oleh karena arah pembangunan tidak hanya pada peningkatan kuantitas (fisik, bangunan) tetapi juga kualitas (hidup, manusia) maka berbagai sektor memiliki peran yang penting. Pembangunan yang merata di berbagai sektor merupakan kunci peningkatan kualitas hidup.

2.16 Pembangunan Kesehatan

Pembangunan kesehatan adalah bagian integral dari Pembangunan Nasional yang pada hakekatnya merupakan upaya untuk mencapai kemampuan hidup sehat bagi setiap penduduk agar terwujud derajat kesehatan yang optimal. Dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan telah dilakukan perubahan cara pandang (mindset) dari paradigma sakit menuju paradigma sehat.

Pembangunan kesehatan suatu negara tidak dapat terlepas dari suatu sistem yang disebut dengan sistem kesehatan. Pada intinya sistem kesehatan mempunyai tujuan utama untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Oleh karena itu, sistem kesehatan tidak hanya mencakup pelayanan kesehatan, tetapi meliputi promosi kesehatan, pembiayaan sehingga dapat melindungi masyarakat dari beban keuangan dan beban ekonomi karena penyakit. Bagian penting lain dari sistem kesehatan mengenai kepuasan konsumen, kejelasan informasi dan hak memilih

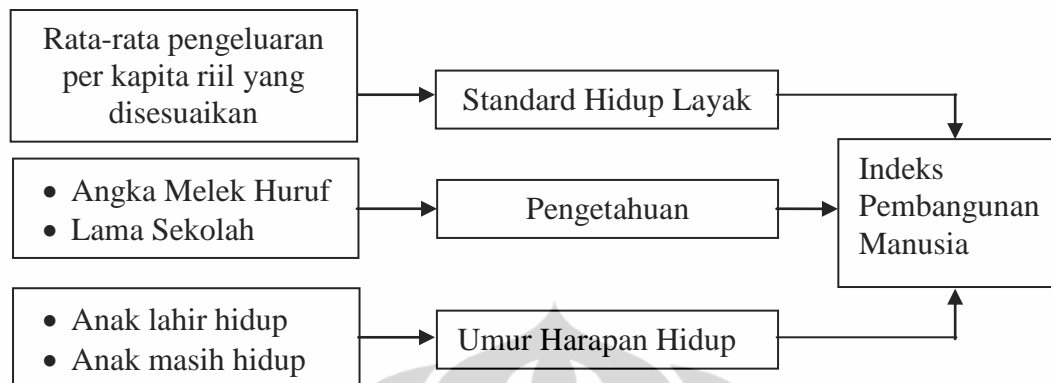
pelayanan. Sistem kesehatan juga harus mampu memberikan manfaat kepada masyarakat dengan distribusi yang adil. Sistem kesehatan tidak hanya menilai dan berfokus pada “tingkat manfaat” yang diberikan, tetapi juga bagaimana manfaat itu didistribusikan. Untuk mencapai tujuan-tujuan tersebut, sistem kesehatan melakukan setidaknya empat fungsi yang meliputi pembiayaan, pemberian pelayanan, produksi sumber daya dan pembimbingan.

Dalam konstitusi Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28 H ayat (1) Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan, dan dalam pasal 34 ayat (3) Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak. Hal ini merupakan kebijakan politik di bidang kesehatan, yang mengharapkan pemerintah serta masyarakat dapat melakukan upaya kesehatan secara tersusun, menyeluruh, dan merata. Upaya tersebut secara empiris merupakan upaya pembangunan melalui sektor yang terkait langsung dengan bidang kesehatan, seperti upaya promosi kesehatan, upaya pelayanan kesehatan, dan upaya pembiayaan kesehatan. Begitupun dalam pembangunan sektor lainnya, seperti pembangunan infra struktur, ekonomi, pendidikan, harus berorientasi dan berwawasan kesehatan.

2.17 Kerangka Teori

Status pembangunan manusia secara komprehensif diukur berdasarkan Indeks Pembangunan Manusia (IPM) yang merupakan indikator gabungan dari segi ekonomi, pendidikan dan kesehatan. Indikator derajat kesehatan masyarakat diukur dari Umur Harapan Hidup (UHH) yang terkait erat dengan angka kematian ibu, angka kematian bayi, dan status gizi bayi dan balita. AKI, AKB, dan status gizi buruk/ kurang pada bayi dan balita sangat terkait dengan faktor perilaku seperti perilaku pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan pada tenaga kesehatan, pemenuhan gizi ibu dan anak. Terwujudnya Indonesia Sehat menggambarkan penduduk yang hidup dalam lingkungan yang sehat, berperilaku

hidup sehat, serta mampu menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu, adil dan merata serta memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

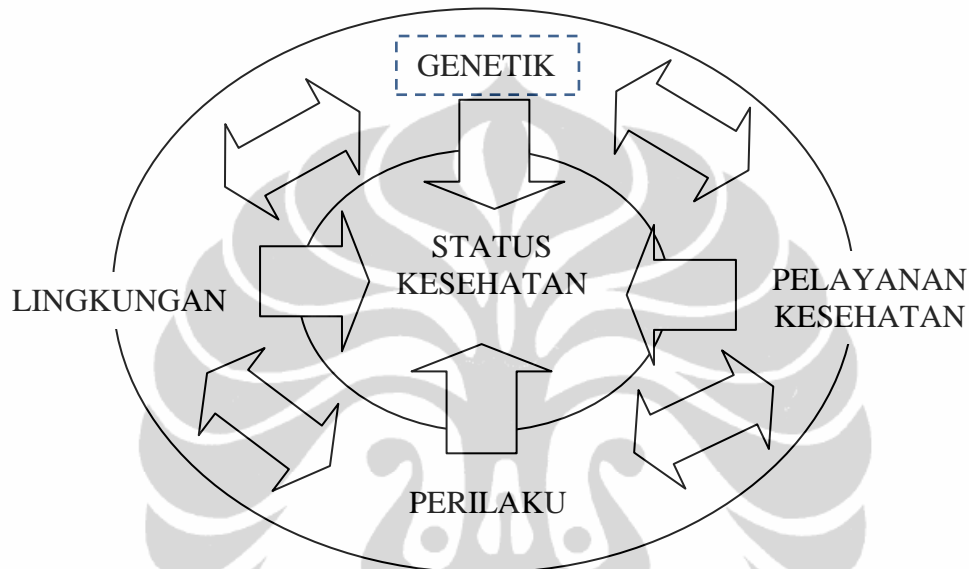


Gambar 2.3 Indeks Pembangunan Manusia sampai dengan tahun 2009 yang digunakan di Indonesia

H.L. Blum (1974) mengemukakan suatu model yang disebut sebagai Input to Health. Dalam model tersebut, kesehatan dipengaruhi oleh empat faktor yaitu keturunan sebagai faktor paling kecil, disusul oleh upaya pelayanan kesehatan, sedangkan di urutan ketiga adalah perilaku sedangkan lingkungan merupakan faktor yang pengaruhnya paling besar. Sehat menurut WHO adalah suatu keadaan sehat jasmani, rohani dan sosial dan tidak hanya bebas dari penyakit serta kecacatan. Menurut Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Menurut Whitehead (1995) dalam Lalonde CSDH WHO bahwa kesehatan dipengaruhi oleh faktor yang dapat dan tidak dapat dikontrol individu. Hal yang tidak dapat dikontrol adalah umur, jenis kelamin, dan genetik. Hal yang dapat dikontrol seperti gaya hidup, sosial, budaya, ekonomi, dan lingkungan. Manusia dalam keadaan sehat diharapkan beraktivitas maksimal dalam kehidupan terutama untuk kelangsungan hidup.

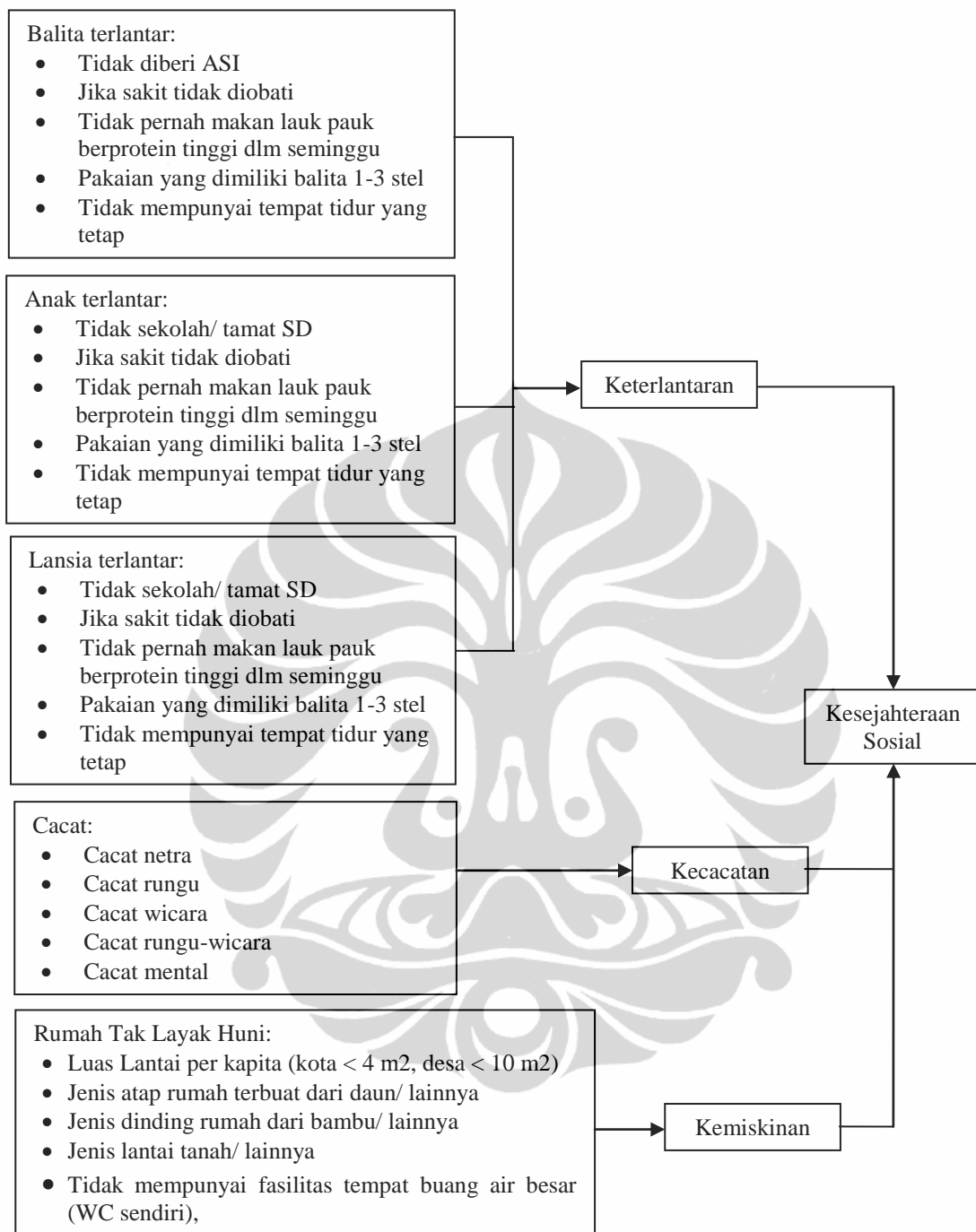
Kondisi sehat berhubungan dengan lingkungan fisik, biologi, dan sosial. Lingkungan fisik meliputi semua aspek abiotik yang ada di sekitar manusia mulai dari substansi terkecil seperti atom dan partikel serta sampai yang besar seperti udara, air, dan geografi. Jika komponen tersebut tidak seimbang maka terjadi ketimpangan yang dapat mengganggu kesehatan. Lingkungan biologi meliputi

semua biotik dari virus dan mikroorganisme sampai pada binatang dan tumbuh-tumbuhan. Komponen yang berpengaruh langsung terhadap kesehatan adalah agen yang masuk ke dalam tubuh manusia dan reaksinya berupa gejala atau simptom sakit. Pengaruh tidak langsung yaitu agen berkembang biak di dalam hewan atau tumbuhan terlebih dahulu. Lingkungan sosial merupakan lingkungan dimana manusia saling berinteraksi dan membentuk kelompok masyarakat.



Gambar 2.4 Status Kesehatan berdasarkan teori H.L. Blum (1974)

Faktor kedua yang berperan dalam status kesehatan adalah perilaku perorangan dalam kehidupan sehari-hari melalui interaksi dengan keluarga meliputi pandangan terhadap kebersihan diri, kebersihan lingkungan, pola makan, hubungan antar anggota keluarga. Diperlukan juga interaksi individu terhadap lingkungan sosial yang bersifat makro yaitu adaptasi terhadap budaya yang ada di masyarakat. Faktor lain adalah pelayanan kesehatan yang disediakan dengan tujuan promosi kesehatan, pencegahan, pengobatan, dan rehabilitasi. Diharapkan masyarakat sadar untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan karena sudah disediakan mulai dari unit terdepan puskesmas sampai Rumah Sakit. Faktor keturunan mempunyai pengaruh yang relatif kecil terhadap status kesehatan. Hal yang termasuk dalam faktor keturunan adalah bentuk fisiologi dan psikologi manusia, erat kaitannya dengan genetik yang dipengaruhi oleh kromosom.



Sumber: Depsos (1999)

Gambar 2.5 Indikator Kesejahteraan Sosial

Gambar 2.5 dan 2.6 menampilkan kerangka teori lain yang mendukung bahwa kualitas manusia ditentukan oleh berbagai faktor yang berkaitan dengan kesehatan. Salah satunya indikator kesejahteraan sosial.

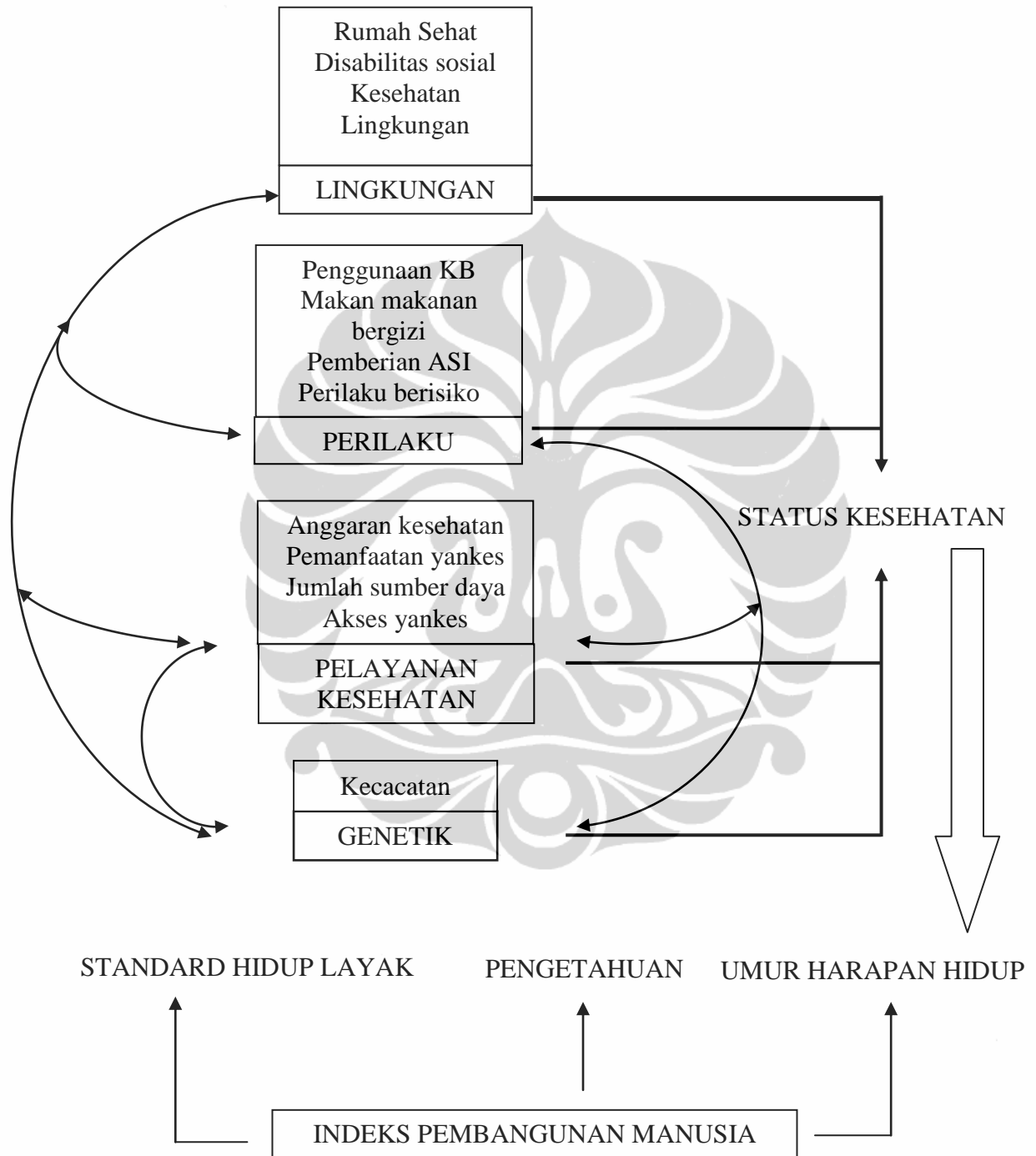
Berdasarkan indikator keluarga sejahtera yang dikelompokkan menjadi lima tahapan. Keluarga yang belum sejahtera dan keluarga sejahtera dengan empat tahapan kelompok.

<ul style="list-style-type: none"> a. seluruh anggota keluarga makan dua kali sehari atau lebih, b. Anggota keluarga memiliki pakaian yang berbeda untuk di rumah, bekerja/sekolah dan bepergian. c. Rumah yang ditempati keluarga mempunyai atap, lantai dan dinding yang baik, d. Bila anggota keluarga sakit dibawa ke sarana kesehatan, e. Bila Pasangan Usia Subur (PUS) ingin ber-KB pergi ke sarana pelayanan kontrasepsi, f. Semua anak umur 7-15 tahun dalam keluarga bersekolah. 	Keluarga Sejahtera I			
<ul style="list-style-type: none"> g. anggota keluarga melaksanakan ibadah sesuai dengan agama dan kepercayaannya masing-masing, h. Paling kurang sekali seminggu seluruh anggota keluarga makan daging/ ikan/ telur, i. Seluruh anggota keluarga memperoleh minimal satu stel pakaian baru dalam setahun, j. Luas lantai rumah minimal 8 m² untuk tiap penghuni k. Tiga bulan terakhir keluarga dalam keadaan sehat sehingga dapat melaksanakan tugas/fungsi masing-masing, l. Ada seorang atau lebih anggota keluarga yang bekerja untuk memperoleh penghasilan, m. Seluruh anggota keluarga umur 10-60 tahun bisa baca tulisan latin, n. Seluruh anak berusia 7-15 tahun bersekolah pada saat ini, o. Pasangan Usia Subur dengan anak 2 atau lebih menggunakan alat/ obat kontrasepsi. 	Keluarga Sejahtera II	Keluarga Sejahtera II	Keluarga Sejahtera III	Keluarga Sejahtera III Plus
<ul style="list-style-type: none"> p. Keluarga berupaya meningkatkan pengetahuan agama, q. Sebagian dari penghasilan keluarga ditabung dalam bentuk uang maupun barang, r. Kebiasaan keluarga makan bersama paling kurang seminggu sekali dan dimanfaatkan untuk berkomunikasi, s. Keluarga sering ikut dalam kegiatan masyarakat di lingkungan tempat tinggal, t. Keluarga memperoleh informasi dari surat kabar/ majalah/ radio/ TV. 				
<ul style="list-style-type: none"> u. Keluarga secara teratur dengan sukarela memberikan sumbangan materiil untuk kegiatan sosial, v. Ada anggota keluarga yang aktif sebagai pengurus perkumpulan/ Yayasan/ Institusi Masyarakat. 				

Sumber: Mardiya (2009)

Gambar 2.6 Indikator Keluarga Sejahtera

Berdasarkan beberapa teori yang telah dikemukakan dan roadmap dari kementerian kesehatan, maka dapat dirangkum sebagai berikut.



Gambar 2.7 Gabungan Kerangka Teori

Kerangka teori gabungan diawali dengan dasar konsep H.L. Blum (1974) yang mengemukakan suatu model yaitu status sehat dipengaruhi oleh empat faktor yaitu keturunan, upaya pelayanan kesehatan, perilaku, dan lingkungan. Konsep kesejahteraan sosial juga mencakup hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan seperti kesehatan balita seperti pemberian ASI dan pola makan yang dapat dikelompokkan dalam perilaku karena lebih banyak peran perilaku ibu untuk mempengaruhi kesehatan balita. Masalah pencarian pengobatan yang dapat dikelompokkan ke dalam akses pelayanan kesehatan. Indikator rumah sehat merupakan bagian dari kelompok lingkungan dalam konsep H.L. Blum, sedangkan indikator kecacatan dimungkinkan bagian dari genetik. Demikian juga dengan konsep keluarga sejahtera, komponen-komponen di dalamnya merupakan bagian-bagian dari konsep H.L. Blum. Perilaku penggunaan KB dan pola makan adalah komponen dari perilaku. Disabilitas sosial, rumah sehat, dan kesehatan lingkungan merupakan bagian dari lingkungan. Beberapa indikator lain yang tercantum dalam kerangka teori adalah bagian dari roadmap Kementerian Kesehatan dan determinan sosial dari Lalonde.

Status kesehatan tersebut mempengaruhi penentuan umur harapan hidup. Umur harapan hidup merupakan salah satu bagian dari Indeks Pembangunan Manusia, selain standard hidup layak dan pengetahuan. Standard hidup layak dan pengetahuan ini juga menjadi hal penting dalam konsep kesejahteraan sosial dan keluarga sejahtera.

BAB 3

KERANGKA KONSEP

Kerangka konsep yang digunakan dalam penelitian ini adalah merupakan gabungan dari konsep H.L. Blum, Kesejahteraan Sosial, Keluarga Sejahtera, Indeks Pembangunan Manusia, Indikator Kebahagiaan, dan determinan sosial kesehatan, namun dikarenakan keterbatasan data-data yang diperoleh dari Riskesdas 2007, Susenas 2007, dan Podes 2008 maka beberapa indikator tidak dapat diikutsertakan dalam kerangka konsep.

Indikator yang ditanyakan, diukur, atau diperiksa pada Riskesdas tahun 2007, Susenas 2007, dan Podes 2008 adalah:

a. Status kesehatan mencakup variabel:

1. Mortalitas (pola penyebab kematian untuk semua umur)
2. Morbiditas, meliputi prevalensi penyakit menular dan penyakit tidak menular
3. Status gizi (berdasarkan pengukuran berat badan dan tinggi badan untuk semua umur, pengukuran lingkar perut untuk penduduk dewasa 15 tahun keatas, dan pengukuran lingkar lengan atas untuk wanita usia 15-45 tahun)
4. Kesehatan jiwa
5. Disabilitas

b. Faktor lingkungan mencakup variabel:

Lingkungan fisik, meliputi air minum, sanitasi, polusi dan sampah

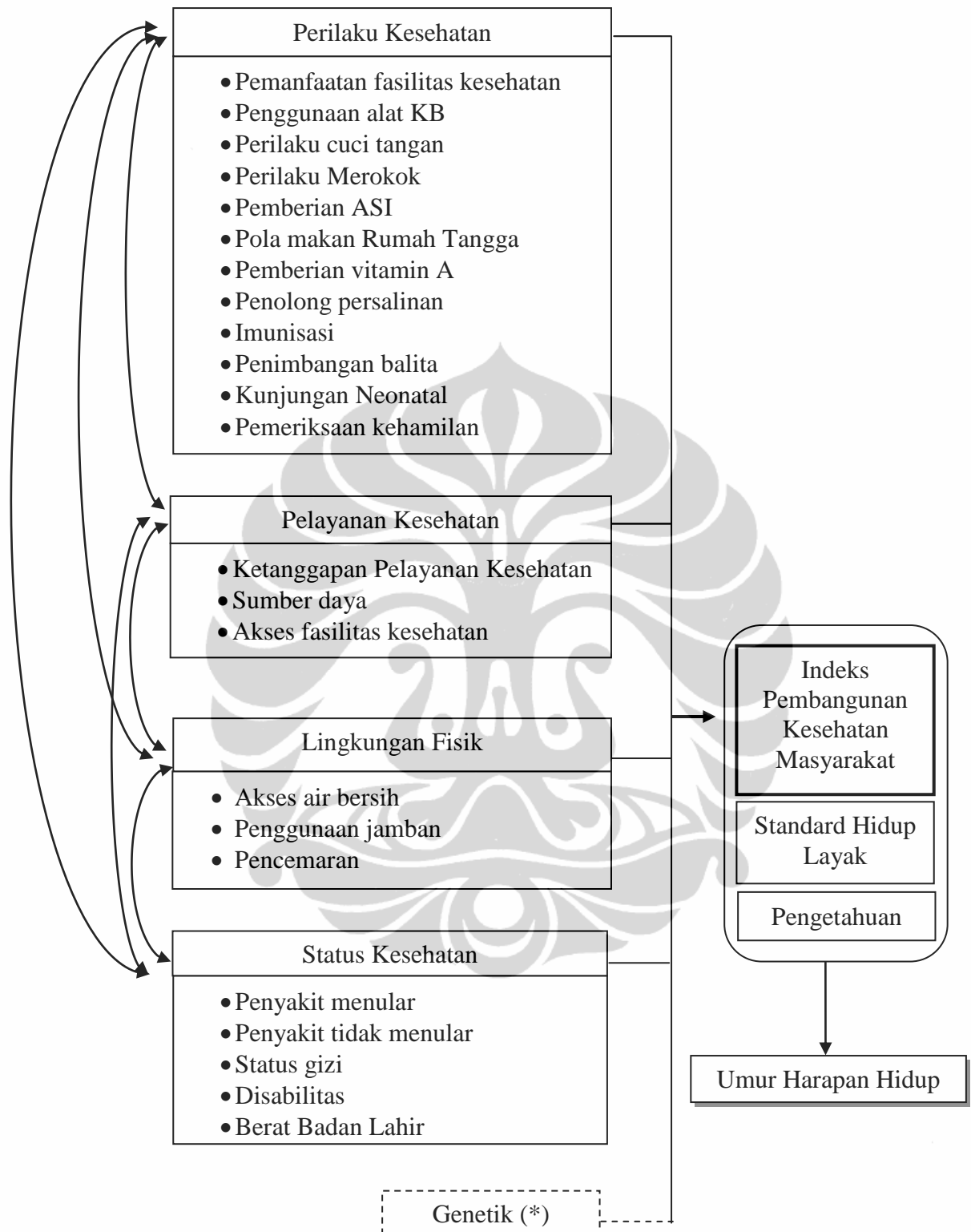
c. Faktor perilaku mencakup variabel:

1. Perilaku merokok/konsumsi tembakau
2. Perilaku minum alkohol.
3. Perilaku konsumsi sayur dan buah.
4. Perilaku aktivitas fisik.
5. Perilaku gosok gigi.
6. Perilaku higienis (cuci tangan, buang air besar)
7. Pengetahuan, sikap dan perilaku terhadap flu burung, HIV/AIDS

8. Konsumsi gizi, meliputi konsumsi energi, protein, vitamin dan mineral
 9. Penggunaan KB
 10. Pemberian ASI
- d. Pelayanan kesehatan mencakup variabel:
1. Akses terhadap pelayanan kesehatan
 2. Pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan
 3. Ketanggapan pelayanan kesehatan
 4. Pemeriksaan kehamilan,
 5. Pemeriksaan bayi
 6. Pemberian imunisasi
- e. Genetik, seperti kecacatan

3.1 Kerangka Konsep

Model kerangka konsep dalam penelitian diajukan untuk melihat indikator-indikator yang berperan mempengaruhi usia harapan hidup dan untuk melihat peran indikator sektor lain yang berperan terhadap usia harapan hidup. Indikator yang dilibatkan sama. Kerangka konsep digunakan sebagai dasar analisis untuk penentuan indeks dalam ruang lingkup nasional, regional, kabupaten, dan kotamadya.



Keterangan: (*) Tidak dianalisis

Gambar 3.1 Kerangka Konsep

3.2 Definisi Operasional

1. Status Kesehatan

a. Diare

Penduduk yang didiagnosis diare oleh tenaga kesehatan atau mengalami gejala diare (buang air besar lebih dari 3 kali dalam sehari dengan kotoran/ tinja lembek atau cair) dalam 1 bulan terakhir.
Sumber: B10-B11 Riskesdas 2007

Analisis pertama menjadi dua kelompok dengan menghitung persentase di setiap kabupaten/ kota untuk:

0. Tidak didiagnosa diare oleh tenaga kesehatan dan tidak mengalami gejala diare
1. Didiagnosa diare oleh tenaga kesehatan atau mengalami gejala diare

Analisis kedua menggunakan nilai persentase dari yang tidak diare masing-masing kabupaten/ kota menjadi data numerik

b. ISPA

Penduduk yang pernah didiagnosis menderita sakit ISPA oleh tenaga kesehatan atau mengalami gejala sakit ISPA (panas disertai batuk berdahak/ kering atau pilek) dalam 1 bulan terakhir.
Sumber: B01-B02 Riskesdas 2007

Analisis pertama menjadi dua kelompok dengan menghitung persentase di setiap kabupaten/ kota untuk:

0. Tidak didiagnosa ISPA oleh tenaga kesehatan dan tidak mengalami gejala ISPA
1. Didiagnosa ISPA oleh tenaga kesehatan atau mengalami gejala ISPA

Analisis kedua menggunakan nilai persentase dari yang tidak ISPA masing-masing kabupaten/ kota menjadi data numerik

c. Pneumonia

Penduduk yang didiagnosis pneumonia oleh tenaga kesehatan atau mengalami gejala pneumonia (panas tinggi disertai batuk berdahak dan nafas lebih cepat dan pendek dari biasa/ sesak nafas dengan tanda tarikan dinding dada bagian bawah) dalam 1 bulan terakhir

Sumber: B03-B04 Riskesdas 2007

Analisis pertama menjadi dua kelompok dengan menghitung persentase di setiap kabupaten/ kota untuk:

0. Tidak didiagnosa pneumonia oleh tenaga kesehatan dan tidak mengalami gejala pneumonia
1. Didiagnosa pneumonia oleh tenaga kesehatan atau mengalami gejala pneumonia

Analisis kedua menggunakan nilai persentase dari yang tidak pneumoni masing-masing kabupaten/ kota sebagai data numerik

d. Malaria

Penduduk yang didiagnosis malaria oleh tenaga kesehatan

Sumber: B07-B09 Riskesdas 2007

Analisis pertama menjadi dua kelompok dengan menghitung persentase di setiap kabupaten/ kota untuk:

0. Tidak didiagnosa malaria oleh tenaga kesehatan
1. Didiagnosa malaria oleh tenaga kesehatan

Analisis kedua menggunakan nilai persentase dari yang tidak malaria masing-masing kabupaten/ kota sebagai data numerik

e. Demam Thypoid

Penduduk yang didiagnosis demam thypoid oleh tenaga kesehatan

Sumber: B05 Riskesdas 2007

Analisis pertama menjadi dua kelompok dengan menghitung persentase di setiap kabupaten/ kota untuk:

0. Tidak didiagnosa demam thypoid oleh tenaga kesehatan
1. Didiagnosa demam thypoid oleh tenaga kesehatan

Universitas Indonesia

Analisis kedua menggunakan nilai persentase dari yang tidak demam thypoid masing-masing kabupaten/ kota sebagai data numerik

f. Campak

Penduduk yang didiagnosis campak oleh tenaga kesehatan

Sumber: B13 Riskesdas 2007

Analisis pertama menjadi dua kelompok dengan menghitung persentase di setiap kabupaten/ kota untuk:

0. Tidak didiagnosa campak oleh tenaga kesehatan

1. Didiagnosa campak oleh tenaga kesehatan

Analisis kedua menggunakan nilai persentase dari yang tidak campak masing-masing kabupaten/ kota sebagai data numerik

g. TB paru

Penduduk yang didiagnosis TB paru oleh tenaga kesehatan

Sumber: B15 Riskesdas 2007

Analisis pertama menjadi dua kelompok dengan menghitung persentase di setiap kabupaten/ kota untuk:

0. Tidak didiagnosa TB paru oleh tenaga kesehatan

1. Didiagnosa TB paru oleh tenaga kesehatan

Analisis kedua menggunakan nilai persentase dari yang tidak TB paru masing-masing kabupaten/ kota sebagai data numerik

h. Demam Berdarah Dengue

Penduduk yang didiagnosis DBD oleh tenaga kesehatan

Sumber: B17 Riskesdas 2007

Analisis pertama menjadi dua kelompok dengan menghitung persentase di setiap kabupaten/ kota untuk:

0. Tidak didiagnosa DBD oleh tenaga kesehatan

1. Didiagnosa DBD oleh tenaga kesehatan

Analisis kedua menggunakan nilai persentase dari yang tidak DBD masing-masing kabupaten/ kota sebagai data numerik

i. Hepatitis

Penduduk yang didiagnosis hepatitis oleh tenaga kesehatan

Sumber B19 Riskesdas 2007

Analisis pertama menjadi dua kelompok dengan menghitung persentase di setiap kabupaten/ kota untuk:

0. Tidak didiagnosa hepatitis oleh tenaga kesehatan

1. Didiagnosa hepatitis oleh tenaga kesehatan

Analisis kedua menggunakan nilai persentase dari yang tidak hepatitis masing-masing kabupaten/ kota sebagai data numerik

j. Asma

Penduduk yang pernah didiagnosis asma oleh tenaga kesehatan atau mengalami gejala asma (sesak nafas disertai bunyi/ rasa tertekan di dada/ terbangun karena dada terasa tertekan di pagi hari atau waktu lainnya, serangan sesak nafas/ terengah-engah tanpa sebab yang jelas ketika tidak sedang berolah raga atau melakukan aktivitas fisik lainnya) dalam 12 bulan terakhir

Sumber: B24 Riskesdas 2007

Analisis pertama menjadi dua kelompok dengan menghitung persentase di setiap kabupaten/ kota untuk:

0. Tidak didiagnosa asma oleh tenaga kesehatan dan tidak mengalami gejala dalam 12 bulan terakhir

1. Didiagnosa asma oleh tenaga kesehatan atau mengalami gejala dalam 12 bulan terakhir

Analisis kedua menggunakan nilai persentase dari yang tidak asma masing-masing kabupaten/ kota sebagai data numerik

k. Gigi mulut

Penduduk yang mempunyai masalah dengan gigi dan/ atau mulut dalam 12 bulan terakhir.

Sumber: B25 Riskesdas 2007

Analisis pertama menjadi dua kelompok dengan menghitung persentase di setiap kabupaten/ kota untuk:

0. Tidak mempunyai masalah gigi dan/ atau mulut

1. Mempunyai masalah gigi dan/ atau mulut

Analisis kedua menggunakan nilai persentase dari yang tidak mempunyai masalah gigi dan/ atau mulut masing-masing kabupaten/ kota sebagai data numerik

l. Jantung

Penduduk yang didiagnosis sakit jantung oleh tenaga kesehatan
Sumber: B33 Riskesdas 2007

Analisis pertama menjadi dua kelompok dengan menghitung persentase di setiap kabupaten/ kota untuk:

0. Tidak didiagnosis sakit jantung oleh tenaga kesehatan

1. Didiagnosis sakit jantung oleh tenaga kesehatan

Analisis kedua menggunakan nilai persentase dari yang tidak sakit jantung masing-masing kabupaten/ kota sebagai data numerik

m. Diabetes Melitus

Penduduk yang didiagnosis diabetes melitus oleh tenaga kesehatan
Sumber: B35 Riskesdas 2007

Analisis pertama menjadi dua kelompok dengan menghitung persentase di setiap kabupaten/ kota untuk:

0. Tidak didiagnosis diabetes melitus oleh tenaga kesehatan

1. Didiagnosis diabetes melitus oleh tenaga kesehatan

Analisis kedua menggunakan nilai persentase dari yang tidak diabetes melitus masing-masing kabupaten/ kota sebagai data numerik

n. Tumor

Penduduk yang didiagnosis tumor/ kanker oleh tenaga kesehatan
Sumber: B37 Riskesdas 2007

Analisis pertama menjadi dua kelompok dengan menghitung persentase di setiap kabupaten/ kota untuk:

0. Tidak didiagnosis tumor/ kanker oleh tenaga kesehatan
1. Didiagnosis tumor/ kanker oleh tenaga kesehatan

Analisis kedua menggunakan nilai persentase dari yang tidak tumor masing-masing kabupaten/ kota sebagai data numerik

o. Hipertensi

Umur 15 tahun ke atas, diperiksa sistole dan diastole saat penelitian.

Hipertensi jika sistole ≥ 140 mmHg atau diastole ≥ 90 mmHg

Sumber: XI.3a-3h Riskesdas 2007

Analisis pertama menjadi dua kelompok dengan menghitung persentase di setiap kabupaten/ kota untuk:

0. Tidak menderita hipertensi
1. Menderita hipertensi

Analisis kedua menggunakan nilai persentase dari yang tidak hipertensi masing-masing kabupaten/ kota sebagai data numerik

p. Balita gizi buruk dan kurang

Perbandingan berat badan dan umur. Buruk dan kurang jika mempunyai nilai Z score < -2 SD. Gizi lebih > 2 SD. Normal jika mempunyai nilai Z score ≥ -2 SD dan Z score ≤ 2 SD

Sumber: XI.1-2b Riskesdas 2007

Analisis pertama menjadi dua kelompok dengan menghitung persentase di setiap kabupaten/ kota untuk:

0. Gizi normal
1. Gizi buruk dan kurang

Analisis kedua menggunakan nilai persentase dari yang gizi normal masing-masing kabupaten/ kota sebagai data numerik

q. Balita pendek dan sangat pendek

Perbandingan tinggi badan dan umur. Pendek dan sangat pendek jika mempunyai nilai Z score kurang dari -2 SD. Normal jika mempunyai nilai Z score lebih dan sama dengan -2 SD

Sumber: XI.1-2b Riskesdas 2007

Analisis pertama menjadi dua kelompok dengan menghitung persentase di setiap kabupaten/ kota untuk:

0. Balita normal

1. Balita pendek dan sangat pendek

Analisis kedua menggunakan nilai persentase dari yang balita normal masing-masing kabupaten/ kota sebagai data numerik

r. Balita kurus dan sangat kurus

Perbandingan berat badan dan tinggi badan. Kurus jika mempunyai nilai Z score kurang dari -2 SD. Sangat kurus jika mempunyai nilai Z score kurang dari -3 SD. Gemuk jika mempunyai nilai Z score lebih dari 2 SD

Sumber: XI.1-2b Riskesdas 2007

Analisis pertama menjadi tiga kelompok dengan menghitung persentase di setiap kabupaten/ kota untuk:

0. Balita normal

1. Balita kurus dan sangat kurus

2. Balita gemuk

Analisis kedua menggunakan nilai persentase dari yang balita normal masing-masing kabupaten/ kota sebagai data numerik

s. Status gizi dewasa

Perbandingan berat badan dan tinggi badan yang menggambarkan Indeks Massa Tubuh

Sumber: XI.1-2a Riskesdas 2007

Analisis pertama menjadi tiga kelompok dengan menghitung persentase di setiap kabupaten/ kota untuk:

0. Status gizi normal (IMT 18,5 – 24,9)

1. Status gizi lebih (IMT \geq 25)

2. Status gizi kurang (IMT < 18,5)

Analisis kedua menggunakan nilai persentase dari yang status gizi normal masing-masing kabupaten/ kota sebagai data numerik

t. Disabilitas

Penduduk berumur 15 tahun ke atas yang mempunyai minimal satu keterbatasan dan atau membutuhkan bantuan.

Sumber: E01-E23 Riskesdas 2007

Analisis pertama menjadi dua kelompok dengan menghitung persentase di setiap kabupaten/ kota untuk:

0. Tidak mengalami disabilitas

1. Mengalami disabilitas

Analisis kedua menggunakan nilai persentase dari yang tidak mengalami disabilitas masing-masing kabupaten/ kota sebagai data numerik

u. Kesehatan Mental

Berdasarkan skor dari 20 pertanyaan SRQ. Kesehatan mental terganggu jika mempunyai skor 6 ke atas.

Sumber: F01-F20 Riskesdas 2007

Analisis pertama menjadi dua kelompok dengan menghitung persentase di setiap kabupaten/ kota untuk:

0. Tidak mengalami gangguan kesehatan mental

1. Mengalami gangguan kesehatan mental

Analisis kedua menggunakan nilai persentase dari yang tidak mengalami gangguan kesehatan mental masing-masing kabupaten/ kota sebagai data numerik

v. Berat Badan Lahir

Hasil penimbangan berat badan anak pada saat dilahirkan berdasarkan catatan

Sumber: H01-H03 Riskesdas 2007

Analisis pertama menjadi dua kelompok dengan menghitung persentase di setiap kabupaten/ kota untuk:

0. Berat badan lahir 2500 gram ke atas
1. Berat badan lahir kurang dari 2500 gram

Analisis kedua menggunakan nilai persentase dari yang mempunyai berat badan lahir 2500 gram ke atas masing-masing kabupaten/ kota sebagai data numerik

2. Lingkungan Fisik

a. Akses air

Penggunaan air perkapita dalam rumah tangga dalam kondisi tidak keruh, tidak berwarna, tidak berasa, tidak berbusa, dan tidak berbau

Sumber: VII.1 Riskesdas 2007

Analisis pertama mencari titik potong data empiris jumlah air yang digunakan untuk menjadi dua kelompok. Setelah menjadi dua kelompokkan dikompositkan dengan kualitas air. Tahap berikutnya menghitung persentase di setiap kabupaten/ kota untuk:

0. Akses air baik, jika minimal penggunaan air per hari sejumlah 22.33 liter per orang dengan kondisi tidak keruh, tidak berwarna, tidak berasa, tidak berbusa, dan tidak berbau
1. Akses air kurang, jika selain kondisi pada kode 0

Analisis kedua menggunakan nilai persentase dari akses air baik masing-masing kabupaten/ kota sebagai data numerik

b. Penggunaan jamban

Jenis kloset yang digunakan oleh rumah tangga dan tempat pembuangan akhir tinja

Sumber: VI.9b-9c Susenas 2007

Analisis pertama menjadi dua kelompok dengan menghitung persentase di setiap kabupaten/ kota untuk:

0. Baik, menggunakan jenis kloset leher angsa untuk buang air besar dan tempat pembuangan akhir tinjanya berupa tangki/ SPAL
1. Kurang baik, tidak menggunakan jenis kloset leher angsa untuk buang air besar dan tempat pembuangan akhir tinjanya tidak berupa tangki/ SPAL

Analisis kedua menggunakan nilai persentase dari penggunaan jamban yang baik masing-masing kabupaten/ kota sebagai data numerik

c. Pencemaran

Pencemaran yang terjadi di sekitar rumah tinggal

Sumber: VII.16-17 Riskesdas 2007

Analisis pertama menjadi dua kelompok dengan menghitung persentase di setiap kabupaten/ kota untuk:

0. Tidak memelihara binatang dalam rumah dan tidak ada sumber pencemaran sekitar rumah
1. Memelihara binatang dalam rumah atau ada sumber pencemaran di sekitar rumah

Analisis kedua menggunakan nilai persentase dari yang tidak memelihara binatang dalam rumah dan tidak ada sumber pencemaran sekitar rumah masing-masing kabupaten/ kota sebagai data numerik

3. Pelayanan Kesehatan

a. Ketanggapan Pelayanan Kesehatan

Penilaian masyarakat terhadap sistem pelayanan kesehatan yang dialami baik rawat inap atau rawat jalan.

Sumber: ca04-ca11 dan cb04-cb08 Riskesdas 2007

Analisis pertama menjadi tiga kelompok dengan menghitung persentase di setiap kabupaten/ kota untuk:

0. Baik, jika seluruh sistem dinilai dalam rentang skor 24 ke atas
1. Sedang, jika seluruh sistem dinilai dalam rentang skor di bawah 18

Universitas Indonesia

Analisis kedua menggunakan nilai persentase dari yang memberi nilai baik terhadap ketanggapan sistem kesehatan masing-masing kabupaten/ kota sebagai data numerik

b. Rasio dokter

Jumlah dokter per penduduk per desa.

Sumber: 606a Podes 2008

Analisis pertama menghitung rasio jumlah dokter per 10.000 penduduk di setiap desa. Dilanjutkan mendapatkan rata-rata rasio di setiap provinsi. Analisis kedua mengelompokkan menjadi dua kelompok untuk tingkat desa:

0. Baik jika di atas atau sama dengan rata-rata nasional rasio dokter per 10.000 penduduk.
1. Kurang jika di bawah rata-rata nasional rasio dokter per 10.000 penduduk.

kemudian menghitung persentase desa untuk kedua kelompok di setiap kabupaten/ kota. Nilai rata-rata dapat dilihat pada tabel 5.1

Analisis ketiga menggunakan nilai persentase dari rasio dokter dalam kelompok baik masing-masing kabupaten/ kota sebagai data numerik

c. Rasio bidan

Jumlah bidan per penduduk per desa.

Sumber: 606c Podes 2008

Analisis pertama menghitung rasio jumlah bidan per 10.000 penduduk di setiap desa. Dilanjutkan mendapatkan rata-rata rasio di setiap provinsi. Analisis kedua mengelompokkan menjadi dua kelompok untuk tingkat desa:

0. Baik jika di atas atau sama dengan rata-rata nasional rasio bidan per 10.000 penduduk.
1. Kurang jika di bawah rata-rata nasional rasio bidan per 10.000 penduduk.

kemudian menghitung persentase desa untuk kedua kelompok di setiap kabupaten/ kota. Nilai rata-rata dapat dilihat pada tabel 5.1

Analisis ketiga menggunakan nilai persentase dari rasio bidan dalam kelompok baik masing-masing kabupaten/ kota sebagai data numerik

d. Akses fasilitas kesehatan

Kemudahan penduduk mencapai fasilitas kesehatan

Sumber: 604.5 Podes 2008

Analisis pertama menjadi dua kelompok dengan menghitung persentase di setiap kabupaten/ kota untuk:

0. Mudah menurut penduduk untuk mencapai fasilitas kesehatan

1. Tidak mudah menurut penduduk untuk mencapai fasilitas kesehatan

Analisis kedua menggunakan nilai persentase dari kemudahan akses ke fasilitas kesehatan masing-masing kabupaten/ kota sebagai data numerik

4. Perilaku Kesehatan

a. Pemanfaatan fasilitas kesehatan

Penggunaan fasilitas kesehatan untuk rawat jalan atau rawat inap

Sumber: Ca01 dan Cb01 Riskesdas 2007

Analisis pertama menjadi dua kelompok dengan menghitung persentase di setiap kabupaten/ kota untuk:

0. Pernah menggunakan fasilitas kesehatan untuk rawat jalan atau rawat inap

1. Tidak pernah menggunakan fasilitas kesehatan

Analisis kedua menggunakan nilai persentase dari pernah menggunakan fasilitas kesehatan masing-masing kabupaten/ kota sebagai data numerik

b. Penggunaan alat KB

Pasangan usia subur yang masih aktif menggunakan alat KB

Sumber: V.33 Susenas 2007

Analisis pertama menjadi dua kelompok dengan menghitung persentase di setiap kabupaten/ kota untuk:

0. Sedang menggunakan alat KB

1. Tidak menggunakan lagi atau tidak pernah menggunakan alat KB

Analisis kedua menggunakan nilai persentase dari yang sedang menggunakan KB masing-masing kabupaten/ kota sebagai data numerik

c. Perilaku cuci tangan

Kebiasaan penduduk 10 tahun ke atas mencuci tangan dengan sabun.

Sumber: D08a-d Riskesdas 2007

Analisis pertama menjadi dua kelompok dengan menghitung persentase di setiap kabupaten/ kota untuk:

0. Kebiasaan baik jika mencuci tangan menggunakan sabun pada saat sebelum makan dan sebelum menyiapkan makanan dan setelah memegang binatang (unggas, kucing, anjing)

1. Kebiasaan buruk jika tidak melakukan salah satu atau seluruh kebiasaan mencuci tangan

Analisis kedua menggunakan nilai persentase dari yang mempunyai kebiasaan baik masing-masing kabupaten/ kota sebagai data numerik

d. Perilaku merokok

Kebiasaan merokok atau mengunyah tembakau

Sumber: D11 Riskesdas 2007

Analisis pertama menjadi dua kelompok dengan menghitung persentase di setiap kabupaten/ kota untuk:

0. Kebiasaan baik jika tidak pernah merokok atau mengunyah tembakau

1. Kebiasaan buruk jika dilakukan setiap hari atau kadang-kadang atau pernah.

Analisis kedua menggunakan nilai persentase dari yang mempunyai kebiasaan baik masing-masing kabupaten/ kota sebagai data numerik

e. Pemberian ASI

Pemberian Air Susu Ibu sampai anak berumur 2 tahun atau lebih

Sumber: VB.14a-b Susenas 2007

Analisis pertama menjadi dua kelompok dengan menghitung persentase di setiap kabupaten/ kota untuk:

0. Diberikan ASI sampai dengan anak berumur 2 tahun atau lebih
1. Tidak diberikan ASI atau diberi ASI tidak sampai anak berumur 2 tahun atau lebih

Analisis kedua menggunakan nilai persentase dari yang mempunyai memberikan ASI masing-masing kabupaten/ kota sebagai data numerik

f. Pemberian vitamin A

Pemberian vitamin A untuk anak umur di bawah lima tahun pada 6 bulan terakhir

Sumber: G04 Riskesdas 2007

Analisis pertama menjadi dua kelompok dengan menghitung persentase di setiap kabupaten/ kota untuk:

0. Balita diberi vitamin A
1. Balita tidak diberi vitamin A

Analisis kedua menggunakan nilai persentase dari balita yang diberikan vitamin A masing-masing kabupaten/ kota sebagai data numerik

g. Kecukupan energi dan protein

Konsumsi energi dan protein Rumah Tangga selama 24 jam terakhir

Sumber: Kuesioner Konsumsi Riskesdas 2007

Analisis pertama menjadi dua kelompok dengan menghitung persentase di setiap kabupaten/ kota untuk:

0. Konsumsi energi 80% ke atas dan konsumsi protein 80% ke atas
1. Konsumsi energi di bawah 80% atau protein di bawah 80%

Analisis kedua menggunakan nilai persentase dari balita yang konsumsi energi protein 80% ke atas masing-masing kabupaten/ kota sebagai data numerik

h. Penolong persalinan

Penolong pertama dalam persalinan dengan unit analisis balita. Tenaga kesehatan yang dimaksud adalah dokter dan bidan

Sumber: V.12 Susenas 2007

Analisis pertama menjadi dua kelompok dengan menghitung persentase di setiap kabupaten/ kota untuk:

0. Persalinan dibantu oleh dokter atau bidan
1. Persalinan dibantu oleh tenaga paramedis lain, dukun bersalin, famili, atau lainnya

Analisis kedua menggunakan nilai persentase dari yang persalinan dibantu dokter atau bidan masing-masing kabupaten/ kota sebagai data numerik

i. Imunisasi

Imunisasi lengkap yang telah diperoleh anak umur 12-23 bulan.

Sumber: G07-G10 Riskesdas 2007

Analisis pertama menjadi dua kelompok dengan menghitung persentase di setiap kabupaten/ kota untuk:

0. Lengkap jika anak tersebut telah diimunisasi 1 kali BCG dan minimal 3 kali DPT dan minimal 3 kali Polio dan 1 kali campak.
1. Tidak lengkap jika tidak mendapatkan salah satu imunisasi atau tidak mendapatkan sama sekali

Analisis kedua menggunakan nilai persentase dari yang imunisasi lengkap masing-masing kabupaten/ kota sebagai data numerik

j. Penimbangan balita

Balita yang dalam 6 bulan terakhir ditimbang berat badannya.

Sumber: G02 Riskesdas 2007

Analisis pertama menjadi dua kelompok dengan menghitung persentase di setiap kabupaten/ kota untuk:

0. Baik jika ditimbang 1-3 kali atau lebih dalam 6 bulan terakhir.

1. Kurang baik jika tidak pernah ditimbang

Analisis kedua menggunakan nilai persentase dari yang penimbangan baik masing-masing kabupaten/ kota sebagai data numerik

k. Kunjungan Neonatal

Bayi umur di bawah 12 bulan yang mendapat pelayanan kesehatan pada 1-7 hari dan atau 8-28 hari setelah lahir.

Sumber: H07 Riskesdas 2007

Analisis pertama menjadi dua kelompok dengan menghitung persentase di setiap kabupaten/ kota untuk:

0. Mendapatkan pelayanan kesehatan pada kunjungan atau mengunjungi tenaga kesehatan

1. Tidak mendapatkan pelayanan kesehatan

Analisis kedua menggunakan nilai persentase dari yang mendapatkan pelayanan masing-masing kabupaten/ kota sebagai data numerik

l. Pemeriksaan kehamilan

Pemeriksaan yang berkaitan dengan kehamilan dilakukan oleh tenaga kesehatan

Sumber: H05 Riskesdas 2007

Analisis pertama menjadi dua kelompok dengan menghitung persentase di setiap kabupaten/ kota untuk:

0. Mendapatkan pemeriksaan kehamilan

1. Tidak mendapatkan pemeriksaan kehamilan

Analisis kedua menggunakan nilai persentase dari yang mendapatkan pemeriksaan kehamilan masing-masing kabupaten/ kota sebagai data numerik

5. Umur Harapan Hidup

Perkiraan umur yang dapat dicapai dihitung dari sejak lahir.

Sumber: Data IPM dari BPS

Analisis menggunakan nilai umur harapan hidup masing-masing kabupaten/ kota sebagai data numerik

6. Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat

Indeks yang terbentuk dari kumpulan indikator status kesehatan, pelayanan kesehatan, perilaku, dan kesehatan lingkungan

Jenis data yang dihasilkan data numerik

7. Indeks Pembangunan Manusia

Indeks yang terbentuk dari kumpulan indikator standard hidup layak, indikator pengetahuan, dan umur harapan hidup

Sumber: Data IPM dari BPS

Analisis menggunakan nilai Indeks masing-masing kabupaten/ kota sebagai data numerik

BAB 4 METODOLOGI

4.1 Sumber Data

Data utama yang digunakan adalah data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007. Departemen Kesehatan RI (DepKes RI) telah membuat visi “masyarakat yang mandiri untuk hidup sehat” dan mengembangkan misi “membuat rakyat sehat”. DepKes melalui Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) yang diselenggarakan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Balitbangkes) telah mempunyai indikator dan data dasar kesehatan berbasis komunitas. Data dasar tersebut mencakup seluruh Provinsi dan Kabupaten/Kota, tidak hanya menggambarkan indikator kesehatan berskala nasional tetapi juga dapat menggambarkan provinsi atau ke tingkat kabupaten/kota. Riskesdas telah menghasilkan serangkaian informasi situasi kesehatan berbasis komunitas yang spesifik daerah, sehingga merupakan masukan yang amat berarti bagi perencanaan bahkan perumusan kebijakan dan intervensi yang lebih terarah, lebih efektif, dan lebih efisien. Riskesdas adalah sebuah *policy tool* bagi pembuat kebijakan kesehatan diberbagai jenjang administrasi dalam mewujudkan visi Depkes. Hal ini sejalan dengan pelaksanaan Undang-Undang Nomor 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, maka kewenangan yang lebih besar dalam perencanaan kesehatan kini berada di tingkat pemerintahan kabupaten/kota. Rencana pembangunan kesehatan yang *appropriate* dan *adequate* membutuhkan data berbasis komunitas yang dapat mewakili pada berbagai jenjang administrasi.

Pelaksanaan Riskesdas 2007 adalah upaya mengisi salah satu dari 4 (empat) *grand strategy* Departemen Kesehatan, yaitu berfungsinya sistem informasi kesehatan yang *evidence-based* di seluruh Indonesia. Data dasar yang dihasilkan Riskesdas 2007 terdiri dari indikator kesehatan utama tentang: 1. Status gizi; 2. Akses dan pemanfaatan pelayanan kesehatan; 3. Sanitasi lingkungan; 4. Konsumsi makanan; 5. Penyakit menular, penyakit tidak menular dan riwayat penyakit keturunan; 6. Ketanggapan pelayanan kesehatan; 7. Pengetahuan, sikap dan perilaku; 8. Disabilitas; 9. Kesehatan mental; 10. Imunisasi dan pemantauan

pertumbuhan; 11. Kesehatan bayi; 12. Pengukuran anthropometri, tekanan darah, lingkaran perut dan lingkaran lengan atas; 13. Pengukuran biomedis; 14. Pemeriksaan visus; 15. Pemeriksaan gigi; 16. Berbagai autopsi verbal peristiwa kematian; dan 17. Mortalitas.

Penelitian ini juga didukung beberapa data dari Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) 2007 yang tidak dikumpulkan pada Riskesdas 2007. Data-data yang berkaitan dengan Sumber Daya menggunakan data Potensi Desa (Podes) 2008 dari Badan Pusat Statistik. Data yang dikumpulkan Podes 2008 adalah data-data tahun 2007. Data Angka Harapan Hidup dan IPM sebagai acuan untuk menentukan Indeks Kesehatan.

4.2 Disain

Riskesdas, Susenas, dan Podes adalah sebuah survei yang dilakukan secara *cross sectional* atau potong lintang yang bersifat deskriptif. Disain Riskesdas terutama dimaksudkan untuk menggambarkan masalah kesehatan penduduk di Indonesia dan berorientasi pada kepentingan para pengambil keputusan di berbagai tingkat administratif. Selain itu, karena menggunakan metodologi yang sama dengan Susenas 2007, data Riskesdas 2007 dapat dikorelasikan dengan data Susenas 2007. Riskesdas 2007 dan Susenas 2007 menyediakan data dasar yang dikumpulkan melalui survei berskala nasional sehingga hasilnya dapat digunakan untuk penyusunan kebijakan kesehatan bahkan sampai ke tingkat kabupaten/kota.

Data survei lainnya seperti data Potensi Desa (Podes) dapat mendukung memperkaya informasi kesehatan. Dengan demikian, para pembentuk kebijakan dan pengambil keputusan di bidang pembangunan kesehatan dapat menarik manfaat yang optimal dari ketersediaan data Riskesdas 2007 dan survei lain yang berkaitan.

4.3 Lokasi

Sampel Riskesdas 2007 di tingkat kabupaten/kota berasal dari 440 kabupaten/kota (dari jumlah keseluruhan sebanyak 456 kabupaten/kota) yang tersebar di 33 (tiga puluh tiga) provinsi Indonesia, dengan catatan sebagai berikut:

- a. Sebanyak 16 (enam belas) kabupaten tidak termasuk dalam sampel Riskesdas 2007 karena merupakan pengembangan kabupaten baru yang pada saat perencanaan Riskesdas belum diperhitungkan, sementara Susenas 2007 sudah mengikuti jumlah kabupaten/kota yang ada. Kabupaten dimaksud adalah sebagai berikut: 1) Kab. Pidie Jaya, 2) Kota Subussalam (Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam); 3) Kabupaten Batubara (Provinsi Sumatera Utara); 4) Kabupaten Empat Lawang (Provinsi Sumatera Selatan); 5) Kabupaten Bandung Barat (Provinsi Jawa Barat); 6) Kabupaten Kayong Utara (Provinsi Kalimantan Barat); 7) Kabupaten Bolaang Mongondow Utara, 8) Kabupaten Kepulauan SiaoTagolandang Biaro, 9) Minahasa Tenggara, 10) Kota Mobagu (Provinsi Sulawesi Utara); 11) Kabupaten Buton Utara, 12) Kabupaten Konawe Utara (Provinsi Sulawesi Tenggara); 13) Kabupaten Gorontalo Utara (Provinsi Gorontalo); 14) Kabupaten Sumba Barat Daya, 15) Kabupaten Sumba Tengah, 16) Kabupaten Nagekeo (Provinsi Nusa Tenggara Timur).
- b. Sebanyak 2 (dua) kabupaten masuk kedalam sampel Riskesdas 2007, walaupun tidak masuk kedalam sampel Susenas 2007, yaitu: 1) Kabupaten Puncak Jaya dan 2) Kabupaten Pegunungan Bintang (Provinsi Papua).

4.4 Populasi dan Sampel

Populasi dalam Riskesdas 2007 adalah seluruh rumah tangga pada 33 provinsi di Indonesia. Sampel rumah tangga dan anggota rumah tangga dalam Riskesdas 2007 dirancang identik dengan daftar sampel rumah tangga dan anggota rumah tangga Susenas 2007. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007 berhasil mengumpulkan sebanyak 258.366 sampel rumah tangga dan 987.205 sampel anggota rumah tangga. Metodologi penghitungan dan cara penarikan sampel untuk Riskesdas 2007 identik pula dengan *two stage sampling* yang digunakan dalam Susenas 2007. Berikut ini adalah uraian singkat cara penghitungan dan cara penarikan sampel dimaksud.

4.4.1 Penarikan Sampel Blok Sensus

Seperti yang telah diuraikan sebelumnya, Riskesdas menggunakan sepenuhnya sampel yang terpilih dari Susenas 2007. Dari setiap kabupaten/kota yang masuk dalam kerangka sampel kabupaten/kota diambil sejumlah blok sensus

yang proporsional terhadap jumlah rumah tangga di kabupaten/kota tersebut. Kemungkinan sebuah blok sensus masuk kedalam sampel blok sensus pada sebuah kabupaten/kota bersifat proporsional terhadap jumlah rumah tangga pada sebuah kabupaten/kota (*probability proportional to size*). Bila dalam sebuah blok sensus terdapat lebih dari 150 (seratus lima puluh) rumah tangga maka dalam penarikan sampel di tingkat ini akan dibentuk sub-blok sensus. Secara keseluruhan, berdasarkan sampel blok sensus dalam Susenas 2007 yang berjumlah 17.357 (tujuh belas ribu tiga ratus lima puluh tujuh) sampel blok sensus, tetapi Riskesdas berhasil mengunjungi 17.150 blok sensus dari 438 jumlah kabupaten/kota. Pada Riskesdas, terdapat 15 blok sensus dari 2 kabupaten di Papua yang dikeluarkan Susenas 2007 sehingga total blok sensus yang dikunjungi 17.165

4.4.2 Penarikan Sampel Rumah Tangga

Dari setiap blok sensus terpilih kemudian dipilih 16 (enam belas) rumah tangga secara acak sederhana (*simple random sampling*), yang menjadi sampel rumah tangga dengan jumlah rumah tangga di blok sensus tersebut.

Secara keseluruhan, jumlah sampel rumah tangga dari 438 kabupaten/kota Susenas 2007 adalah 277.630 (dua ratus tujuh puluh tujuh enam ratus tiga puluh), sedang Riskesdas 2007 berhasil mengumpulkan 258.284 rumah tangga. Diluar itu, pada Riskesdas 2007, terkumpul 182 rumah tangga tambahan dari dua (2) kabupaten di Papua.

4.4.3 Penarikan Sampel Anggota Rumah Tangga

Seluruh anggota rumah tangga dari setiap rumah tangga yang terpilih dari kedua proses penarikan sampel tersebut diatas diambil sebagai sampel individu. Dengan begitu, dalam 438 kabupaten/ kota pada Susenas 2007 terdapat 1.134.225 (satu juta seratus tiga puluh empat ribu dua ratus dua puluh lima) sampel anggota rumah tangga. Riskesdas 2007 berhasil mengumpulkan 972.989 individu yang sama dengan Susenas. Pada Riskesdas 2007, dari dua (2) kabupaten di Papua yang dikeluarkan Susenas, terkumpul 673 sampel anggota rumah tangga.

4.4.4 Sampel Potensi Desa

Potensi Desa menggunakan unit sampelnya adalah seluruh desa yang ada di Indonesia. Data-data tersebut diperoleh dari jawaban Kepala Desa tentang desa tersebut. Jumlah desa yang berhasil diperoleh informasinya sebanyak 77.882 desa.

6.5 Keterbatasan Penelitian

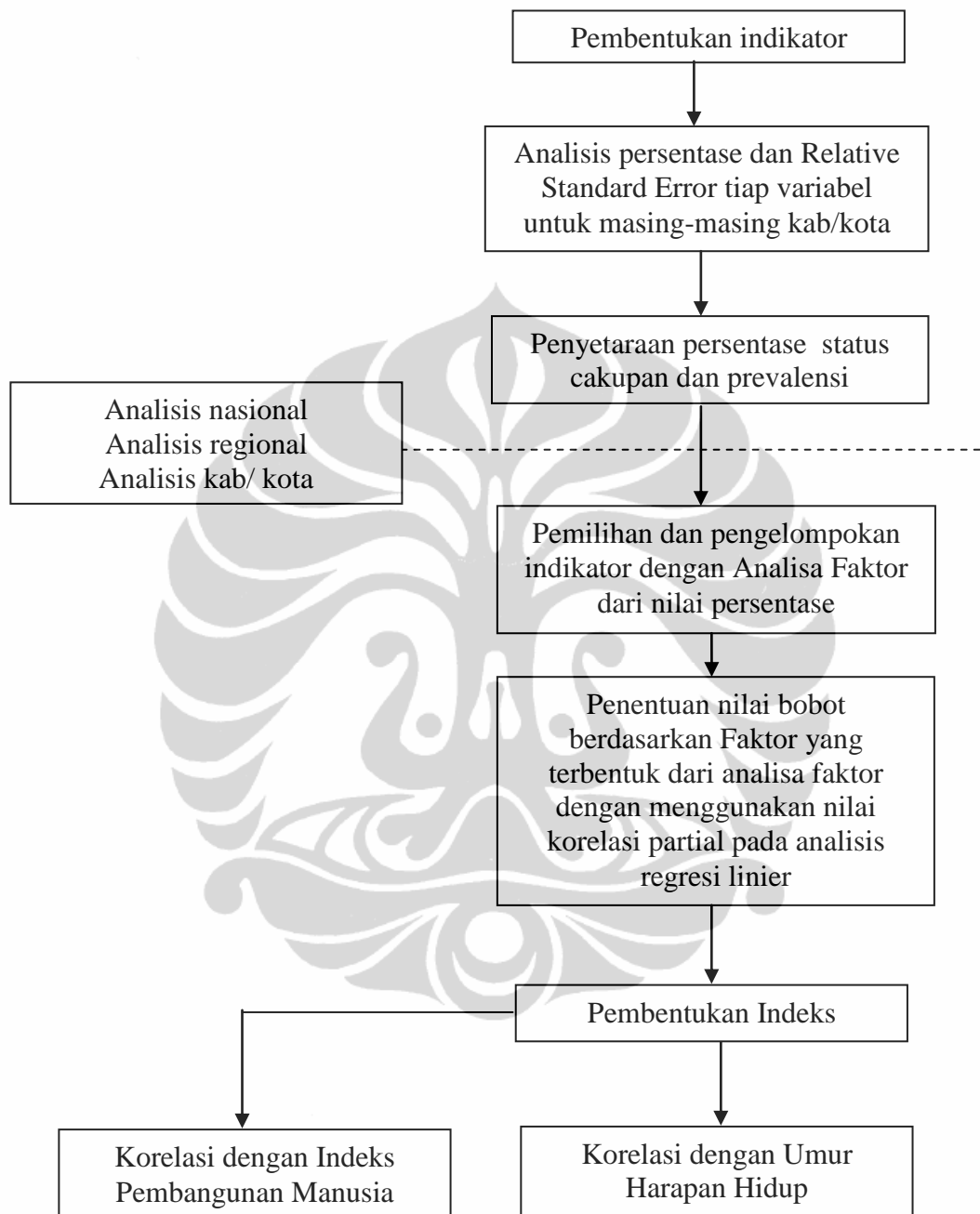
Keterbatasan dalam penelitian ini adalah pemilihan indikator hanya dapat menggunakan data-data yang dikumpulkan oleh Riskesdas, Susenas, dan Podes. Indikator yang dianggap penting dalam pembentukan indeks tetapi tidak terdapat dalam survei, tidak dapat dilibatkan. Sebagai contoh data pemeriksaan TB paru tidak disertai pemeriksaan sputum, pemeriksaan darah untuk penyakit diabetes dan malaria tidak dilakukan untuk seluruh wilayah. Waktu pengumpulan data tidak dilakukan dalam satu kurun waktu, mungkin dapat sedikit menggambarkan perbedaan kondisi.

4.6 Analisis

Analisis menggunakan data Riskesdas dan Susenas tahun 2007 serta Podes 2008. Variabel-variabel dianalisis awal secara deskriptif dengan *relative standard error* (RSE) akan menyertai setiap estimasi indikator untuk masing-masing kabupaten/ kota. Berdasarkan hasil analisis dapat memperoleh gambaran yang utuh dan rinci mengenai berbagai masalah kesehatan yang ditanyakan, diukur, atau diperiksa. Penyetaraan kondisi cakupan dan prevalensi dilakukan pada analisis ini.

Nilai persentase indikator selanjutnya dianalisis menggunakan *explanatory factor analysis* untuk penapisan indikator yang mempunyai faktor loading $\geq |0,5|$ dan mengelompokkan indikator sehingga diperoleh kelompok bobot. Langkah selanjutnya melakukan analisis regresi linier yang bertujuan untuk pemilihan faktor yang mempunyai hubungan dengan UHH dan penentuan besaran nilai bobot. Setelah indikator terpilih dan bobot diperoleh maka dilakukan penghitungan indeks dan dilakukan korelasi dengan UHH dan IPM.

Tahapan analisis dapat digambarkan sebagai berikut:



Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat dihubungkan dengan nilai UHH 2007 dan kemudian diaplikasikan pada UHH 2008 untuk melihat konsistensi keterlibatan indikator dalam model. Model terpilih bersama-sama dengan komponen lain yang berperan dalam pembentukan IPM yaitu standard hidup layak dan pengetahuan dihubungkan dengan nilai UHH tahun 2007.

BAB 5 HASIL

5.1 Gambaran Data

Data yang digunakan dalam analisis ini adalah data Riskesdas 2007, Susenas 2007, Podes 2008, Angka Harapan Hidup 2008, Indeks Pembangunan Manusia 2007 dan 2008. Data Riskesdas 2007 mencakup 440 kabupaten/ kota, sedangkan Susenas 2007 mencakup 454 kabupaten/ kota, dan Podes mencakup 465 kabupaten/ kota. IPM tahun 2007 mencakup 440 kabupaten/ kota dan tahun 2008 mencakup 484 kabupaten/ kota. Kabupaten/ kota yang dianalisis dalam penelitian ini adalah kabupaten/ kota yang sama dikumpulkan oleh semua studi. Jumlah tersebut adalah 438 kabupaten/ kota.

Riset Kesehatan Dasar atau disingkat menjadi Riskesdas adalah riset yang dilaksanakan pertama kali untuk tingkat Kabupaten/ Kota oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan pada tahun 2007 guna mengumpulkan data-data dasar khusus tentang kesehatan yaitu penyakit, disabilitas, imunisasi, perilaku, pelayanan kesehatan, dan status gizi. Data-data tersebut dikumpulkan dengan metode wawancara, pengukuran, dan pemeriksaan. Desain penelitian yang digunakan oleh Riskesdas adalah potong lintang. Kerangka sampel yang digunakan sama dengan kerangka sampel KOR Susenas 2007. Susenas adalah survey sosial ekonomi yang dilaksanakan oleh Badan Pusat Statistik. Data ini digunakan sebagai pendukung data kesehatan. Metode pengumpulan datanya dengan wawancara. Data yang digunakan untuk analisis ini adalah KB, lama penggunaan ASI, penolong persalinan, dan jenis jamban.

Data Potensi Desa atau biasa disebut Podes merupakan sumber data lain yang digunakan dalam analisis ini. Podes mengumpulkan data-data yang menggambarkan karakteristik desa. Pengumpulan data menggunakan metode wawancara dengan kepala desa. Data dari Podes yang berkaitan dengan kesehatan yang akan digunakan meliputi jumlah dokter, jumlah bidan, dan kemudahan

mencapai fasilitas kesehatan. Data Indeks Pembangunan Manusia atau IPM adalah indeks yang digunakan secara internasional membandingkan peringkat negara. Di Indonesia, IPM tersebut dihitung sampai dengan tingkat kabupaten/kota dengan melibatkan indikator angka harapan hidup, angka melek huruf, rata-rata lama sekolah, dan rata-rata pengeluaran perkapita.

5.2 Indikator-Indikator Kesehatan

Pada tahap ini, indikator diproses menggunakan cara yang sama untuk enam kelompok yaitu kelompok nasional, kelompok Sumatera, kelompok Jawa-Bali, kelompok Kawasan Timur Indonesia, kelompok Kabupaten, dan kelompok Kotamadya. Indikator-indikator yang dianalisis pada penelitian ini dibagi menjadi empat kelompok, yaitu:

1. Kelompok perilaku kesehatan terdiri dari 12 indikator. Cara hitung indikator pada kelompok ini menggunakan indikator positif. Secara rinci sebagai berikut:
 - a. indikator pemanfaatan fasilitas kesehatan yaitu persentase yang pernah menggunakan fasilitas kesehatan yaitu pemanfaatan fasilitas kesehatan
 - b. indikator penggunaan alat KB yaitu persentase pasangan yang menggunakan alat KB
 - c. indikator perilaku merokok yaitu persentase yang tidak merokok
 - d. indikator perilaku cuci tangan yaitu persentase yang mencuci tangan menggunakan sabun pada saat sebelum makan dan sebelum menyiapkan makanan dan setelah memegang binatang (unggas, kucing, anjing)
 - e. indikator pemberian ASI yaitu persentase balita yang diberi ASI selama 2 tahun
 - f. indikator kecukupan energi-protein yaitu persentase yang mempunyai konsumsi energi 80% ke atas dan konsumsi protein 80% ke atas
 - g. indikator pemberian vitamin A yaitu persentase balita yang diberi vitamin A
 - h. indikator penolong persalinan yaitu persentase balita yang kelahirannya ditolong oleh dokter atau bidan

- i. indikator imunisasi yaitu persentase anak umur 12-23 bulan yang mendapatkan imunisasi lengkap (1 kali BCG dan minimal 3 kali DPT dan minimal 3 kali Polio dan 1 kali campak)
 - j. indikator penimbangan yaitu persentase balita yang ditimbang 1-3 kali atau lebih dalam 6 bulan terakhir
 - k. indikator kunjungan neonatal yaitu persentase anak umur di bawah 12 bulan yang mendapatkan kunjungan neonatal 1 dan 2
 - l. indikator pemeriksaan kehamilan yaitu persentase balita yang pada saat dikandung, ibunya mendapat pemeriksaan kehamilannya oleh tenaga kesehatan
2. Kelompok pelayanan kesehatan terdiri dari 5 indikator dan yang digunakan adalah indikator positif yaitu:
- a. indikator ketanggapan pelayanan kesehatan yaitu persentase penilaian terhadap seluruh sistem pelayanan kesehatan yang dialami baik rawat inap atau rawat jalan dengan nilai total dalam rentang skor 24 ke atas
 - b. indikator jumlah tenaga kesehatan, salah satunya dilihat dari rasio jumlah dokter per penduduk per desa. Rasio jumlah dokter per penduduk dihitung dari jumlah total dokter dalam satu desa dibagi dengan jumlah total penduduk dalam satu desa yang sama. Untuk mengikutsertakan indikator ini ke dalam analisis selanjutnya, maka rasio tersebut dibuat menjadi persentase. Langkah-langkah berikut merubah rasio menjadi persentase. Dihitung nilai rata-rata rasio dokter per penduduk per desa setiap provinsi kemudian dikalikan dengan 10.000. Nilai rata-rata untuk masing-masing provinsi dapat dilihat pada tabel 5.1. Rata-rata yang diperoleh untuk seluruh provinsi sebesar 1,29. Langkah selanjutnya membagi menjadi 2 kelompok pada masing-masing Kabupaten/ Kota. Nilai rasio yang sama atau lebih tinggi dari nilai rata-rata (1,29) dianggap cukup dan yang kurang dari rata-rata dianggap tidak cukup, kemudian dihitung persentasenya.

Tabel 5.1 Rata-Rata Rasio Jumlah Dokter per Penduduk per Desa dan Jumlah Bidan per Penduduk per Desa Menurut Provinsi

Kode Provinsi	Provinsi	Jml dokter/ penduduk	Jml bidan/ penduduk
11	Aceh	1.43	13.09
12	Sumatera Utara	1.25	11.56
13	Sumatera Barat	2.69	8.36
14	Riau	1.36	5.98
15	Jambi	1.25	6.63
16	Sumatera Selatan	0.67	6.80
17	Bengkulu	1.45	10.79
18	Lampung	0.68	4.44
19	Bangka Belitung	1.47	4.49
21	Kepulauan Riau	2.38	5.63
31	DKI Jakarta	5.28	1.83
32	Jawa Barat	0.97	3.05
33	Jawa Tengah	1.18	4.17
34	DI Yogyakarta	2.37	2.74
35	Jawa Timur	1.19	4.02
36	Banten	0.91	3.01
51	Bali	2.87	5.19
52	Nusa Tenggara Barat	1.01	3.18
53	Nusa Tenggara Timur	0.96	7.61
61	Kalimantan Barat	0.66	3.78
62	Kalimantan Tengah	0.91	6.85
63	Kalimantan Selatan	0.98	6.57
64	Kalimantan Timur	1.44	5.02
71	Sulawesi Utara	3.19	6.82
72	Sulawesi Tengah	0.98	8.59
73	Sulawesi Selatan	1.27	4.64
74	Sulawesi Tenggara	1.04	6.12
75	Gorontalo	1.78	4.31
76	Sulawesi Barat	1.27	3.61
81	Maluku	1.55	11.31
82	Maluku Utara	1.58	8.62
91	Irian Jaya Barat	1.74	14.78
94	Papua	2.09	8.11
Total		1.29	6.68

- a. indikator jumlah tenaga kesehatan lainnya yang diikutsertakan dalam analisis ini adalah rasio jumlah bidan per penduduk per desa. Rasio bidan dihitung dengan menjumlahkan seluruh bidan dalam satu desa dan kemudian dibagi dengan jumlah penduduk dalam desa yang sama. Untuk

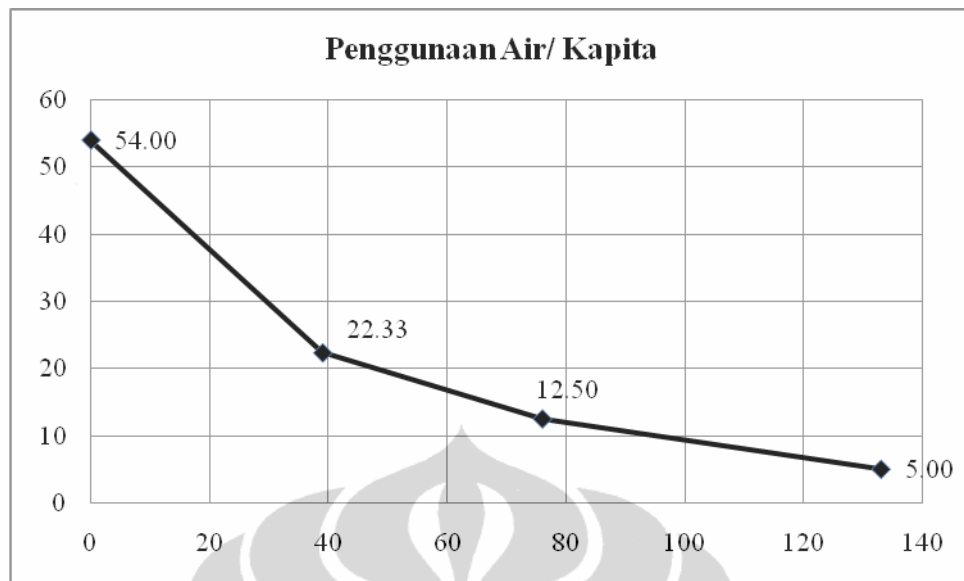
mengikutsertakan indikator ini ke dalam analisis selanjutnya, maka rasio tersebut dibuat menjadi persentase.

Langkah-langkah berikut merubah rasio menjadi persentase. Dihitung nilai rata-rata rasio bidan per penduduk per desa setiap provinsi kemudian dikalikan dengan 10.000. Nilai rata-rata untuk masing-masing provinsi dapat dilihat pada tabel 5.1.

Rata-rata yang diperoleh untuk seluruh provinsi sebesar 6,68. Langkah selanjutnya membagi menjadi dua kelompok pada masing-masing Kabupaten/ Kota. Nilai rasio yang sama atau lebih tinggi dari nilai rata-rata (6,68) dianggap cukup dan yang kurang dari rata-rata dianggap tidak cukup.

- b. indikator akses fasilitas kesehatan adalah persentase desa yang mudah atau sangat mudah mencapai sarana kesehatan. Sarana kesehatan yang dimaksud adalah Rumah Sakit, Rumah Sakit Bersalin/ Rumah Bersalin, Poliklinik/ Balai pengobatan, Puskesmas, Puskesmas pembantu, tempat praktek dokter, tempat praktek bidan, dan Poskesdes.
3. Kelompok lingkungan fisik terdiri dari 3 indikator dan yang digunakan adalah indikator positif yaitu:
 - a. indikator akses air yaitu persentase rumah tangga yang dapat mengakses air minimal 22,33 liter per orang per hari dengan kualitas air tidak keruh, tidak berwarna, tidak berasa, tidak berbusa, dan tidak berbau.

Gambar 5.1 menunjukkan patahan yang menunjukkan batasan angka yang ada di masyarakat. Berdasarkan hasil empiris batasan akses air bersih di masyarakat yang dikelompokkan baik adalah 22,3 liter atau lebih.



Gambar 5.1 Titik Potong Penggunaan Air Bersih

- b. indikator penggunaan jamban yaitu persentase rumah tangga yang menggunakan jenis kloset leher angsa untuk buang air besar dan tempat pembuangan akhir tinjanya berupa tangki/ SPAL
 - c. indikator pencemaran yaitu persentase rumah tangga yang tidak memelihara binatang dalam rumah dan tidak ada sumber pencemaran sekitar rumah
4. Kelompok status kesehatan terdiri dari 21 indikator dan yang digunakan adalah indikator positif yaitu:
- a. indikator penyakit diare yaitu persentase individu yang tidak didiagnosa diare oleh tenaga kesehatan dan tidak mengalami gejala diare
 - b. indikator penyakit ISPA yaitu persentase individu yang tidak didiagnosa ISPA oleh tenaga kesehatan dan tidak mengalami gejala ISPA
 - c. indikator penyakit pneumonia yaitu persentase individu yang tidak didiagnosa pneumonia oleh tenaga kesehatan dan tidak mengalami gejala pneumonia
 - d. indikator penyakit malaria yaitu persentase individu yang tidak didiagnosa malaria oleh tenaga kesehatan
 - e. indikator penyakit demam thypoid yaitu persentase individu yang tidak didiagnosa demam thypoid oleh tenaga kesehatan

- f. indikator penyakit campak yaitu persentase individu yang tidak didiagnosa campak oleh tenaga kesehatan
- g. indikator penyakit TB paru yaitu persentase individu yang tidak didiagnosa TB paru oleh tenaga kesehatan
- h. indikator penyakit DBD yaitu persentase individu yang tidak didiagnosa DBD oleh tenaga kesehatan
- i. indikator penyakit hepatitis yaitu persentase individu yang tidak didiagnosa hepatitis oleh tenaga kesehatan
- j. indikator penyakit asma yaitu persentase individu yang tidak didiagnosa asma oleh tenaga kesehatan dan tidak mengalami gejala dalam 12 bulan terakhir
- k. indikator kesehatan gigi dan mulut yaitu persentase individu yang tidak mempunyai masalah gigi dan/ atau mulut
- l. indikator penyakit jantung yaitu persentase individu yang tidak didiagnosis sakit jantung oleh tenaga kesehatan
- m. indikator penyakit diabetes mellitus yaitu individu yang tidak didiagnosis diabetes melitus oleh tenaga kesehatan
- n. indikator penyakit kanker yaitu individu yang tidak didiagnosis tumor/ kanker oleh tenaga kesehatan
- o. indikator penyakit hipertensi yaitu individu umur 15 tahun ke atas dengan hasil pemeriksaan sistolik dan diastolik pada saat penelitian tidak dalam kelompok hipertensi (sistolik < 140 mmHg dan diastolik < 90 mmHg)
- p. indikator gizi normal pada balita yaitu persentase balita yang mempunyai nilai Z score dengan rentang -2 SD sampai dengan +2 SD dari hasil perbandingan berat badan dan umur
- q. indikator balita normal (tidak pendek atau tidak sangat pendek) yaitu persentase balita yang mempunyai nilai Z score lebih atau sama dengan -2 SD dari hasil perbandingan tinggi badan dan umur
- r. indikator balita normal (tidak kurus atau tidak sangat kurus) yaitu persentase balita yang mempunyai nilai Z score lebih atau sama dengan -2 SD dari hasil perbandingan berat badan dan tinggi badan

- s. indikator status gizi normal pada dewasa yaitu persentase individu umur 15 tahun ke atas yang mempunyai perbandingan berat badan dan tinggi badan atau yang biasa disebut indeks massa tubuh dengan nilai antara 18,5-24,9
- t. indikator disabilitas yaitu persentase individu umur 15 tahun ke atas yang tidak mempunyai keterbatasan dan tidak membutuhkan bantuan
- u. indikator kesehatan mental yaitu persentase individu yang berdasarkan dari 20 pertanyaan SRQ mempunyai skor di bawah 6
- v. indikator berat badan lahir yaitu persentase bayi umur di bawah 12 bulan yang mempunyai berat badan lahir normal sebesar 2500 gram ke atas

Semua nilai indikator kesehatan dianalisis untuk tingkat kabupaten/ kota. Dengan demikian nilai agregat kabupaten/ kota tersebut yang untuk selanjutnya diikutsertakan dalam analisis.

5.3 IPKM Nasional

Analisis pada kelompok nasional melibatkan seluruh kabupaten/ kota yang sama untuk seluruh data yang digunakan. Jumlah tersebut adalah 438 kabupaten/ kota.

5.3.1 Pemilihan Indikator untuk Nasional

Pemilihan indikator yang akan dilibatkan ke dalam model diproses melalui analisis faktor explanatory. Indikator-indikator kesehatan sebagai variabel bebas dan variabel tidak bebasnya adalah nilai IPM (Indeks Pembangunan Manusia) tahun 2007 untuk masing-masing Kabupaten/ Kota. Uji yang dilakukan pertama kali adalah uji normalitas yaitu indikator yang mempunyai nilai kemaknaan lebih besar dari 0,05 ($p > 0,05$) berarti mempunyai distribusi normal. Analisis secara nasional pada awal proses menggunakan 41 indikator dengan 438 record yang merupakan jumlah Kabupaten/ Kota yang terlibat dalam analisis IPKM ini.

Tabel 5.2 Uji Normalitas untuk Seleksi Indikator Nasional

No	Indikator	Sig	No	Indikator	Sig
1	ISPA	0.05	24	BBLR	0.00
2	Pneumonia	0.00	25	Pemeriksaan Kehamilan	0.00
3	Thypoid	0.00	26	Kunjungan Neonatal	0.28
4	Malaria	0.00	27	BB/U Balita	0.13
5	Diare	0.00	28	TB/U Balita	0.16
6	Campak	0.00	29	BB/TB balita	0.02
7	Tb paru	0.00	30	Disabilitas	0.39
8	DBD	0.00	31	Penolong Persalinan	0.00
9	Hepatitis	0.00	32	Lama Pemberian ASI	0.91
10	Asma	0.00	33	KB	0.00
11	Gigi-mulut	0.83	34	Jamban	0.04
12	Jantung	0.00	35	Pencemaran Lingkungan	0.00
13	Diabetes	0.00	36	Kecukupan Energi Protein	0.86
14	Tumor	0.00	37	Vitamin A	0.00
15	Hipertensi	0.72	38	Penggunaan Air Bersih	0.16
16	IMT	0.80	39	Kemudahan Akses Fasilitas Kesehatan	0.00
17	Pemanfaatan Fasilitas Kesehatan	0.50	40	Rasio Dokter/ Penduduk	0.00
18	Perilaku Cuci Tangan	0.16	41	Rasio Bidan/ Penduduk	0.87
19	Kesehatan Mental	0.00	42	Umur Harapan Hidup (2007)	0.36
20	Perilaku merokok	0.11	43	Umur Harapan Hidup (2008)	0.39
21	Ketanggapan Sistem Kesehatan	0.00	44	Indeks Pembangunan Manusia (2007)	0.02
22	Penimbangan Balita	0.00	45	Indeks Pembangunan Manusia (2008)	0.01
23	Imunisasi lengkap	0.02			

Uji selanjutnya adalah uji korelasi antar indikator. Nilai korelasi berkisar 0,00 sampai dengan 0,54 yang berarti nilai korelasi $< 0,8$ sehingga seluruh indikator memenuhi syarat tidak terjadi kolinearity untuk analisis faktor explanatory. Pada analisa faktor, KMO Bartlett's test mempunyai nilai 0,621 ($> 0,5$) yang berarti cukup dapat menjelaskan model dan nilai signifikansi sebesar 0,00 yang menunjukkan terdapat korelasi antara indikator.

Tabel 5.3 Nilai KMO Indikator untuk Indeks Nasional

Indikator	KMO	Indikator	KMO
ISPA	0.600	Kunjungan Neonatal	0.743
Kesehatan Gigi Mulut	0.665	BB/U Balita	0.620
Hipertensi	0.617	TB/U Balita	0.675
IMT	0.673	Disabilitas	0.596
Pemanfaatan Fasilitas Kesehatan	0.542	Kecukupan Energi Protein	0.526
Perilaku Cuci Tangan	0.718	Rasio Bidan per Penduduk	0.487
Perilaku Merokok	0.524		

KMO indikator Rasio Bidan per penduduk menunjukkan $< 0,5$ yang berarti indikator tersebut tidak mampu menjelaskan indikator tersebut sendiri, maka indikator ini tidak diikutsertakan dalam proses selanjutnya. Oleh karena itu dilakukan analisis kembali dan tanpa mengikutsertakan rasio bidan per penduduk. Pada Tabel 5.4 adalah indikator yang memenuhi syarat KMO dan faktor loadingnya $> 0,5$.

Tabel 5.4 Nilai KMO Indikator Terpilih untuk Indeks Nasional

Indikator	KMO	Indikator	KMO
ISPA	0.612	Kunjungan Neonatal	0.706
Kes. Gigi Mulut	0.678	BB/U Balita	0.560
Hipertensi	0.591	TB/U Balita	0.623
Pemanfaatan Fasilitas Kesehatan	0.558	Disabilitas	0.613
Perilaku Cuci Tangan	0.637	Kecukupan Energi Protein	0.516
Perilaku Merokok	0.543		

11 indikator terbagi ke dalam 4 faktor dengan nilai faktor loading $\geq |0,5|$:

Faktor 1: ISPA, Pemanfaatan fasilitas kesehatan

Faktor 2: Perilaku cuci tangan, Kunjungan neonatal, BB/U balita, TB/U balita

Faktor 3: Kesehatan gigi mulut, Hipertensi, Disabilitas

Faktor 4: Perilaku Merokok, Kecukupan Energi Protein

5.3.2 Penentuan Bobot Indikator untuk Nasional

Setelah dilakukan analisis faktor, empat faktor yang telah terbentuk dari sebelas indikator dilanjutkan dengan analisis regresi linier untuk menentukan faktor yang mempunyai hubungan dengan Umur Harapan Hidup tahun 2007 dan untuk memperoleh nilai bobot yang akan digunakan dalam pembentukan indeks. Nilai kemaknaan masing-masing faktor dapat dilihat pada tabel 5.5. Model dengan empat faktor ini mempunyai nilai korelasi 0,476.

Tabel 5.5 Nilai Kemaknaan Indikator untuk Indeks Nasional

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Correlations
	B	SE	Beta			
Kontanta	68.014	.121		562.234	.000	
Faktor 1	.209	.121	.073	1.726	.085	.073
Faktor 2	1.323	.121	.462	10.921	.000	.462
Faktor 3	.259	.121	.090	2.136	.033	.090
Faktor 4	-.042	.121	-.015	-.344	.731	-.015

Dependent Variable: UHH 2007

Dari empat faktor yang memenuhi syarat untuk terlibat dalam pembentukan indeks adalah tiga faktor. Syarat tersebut adalah faktor mempunyai nilai kemaknaan $< 0,1$ pada saat analisis regresi linier multivariat, secara rinci dapat dilihat pada tabel 5.6. Nilai korelasi model tersebut sebesar 0,476 dan nilai ini tidak berbeda dengan nilai korelasi yang melibatkan empat faktor.

Tabel 5.6 Analisis Regresi Linier untuk Indeks Nasional

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Correlations partial
	B	SE	Beta			
Konstanta	68.014	.121		562.806	.000	
Faktor 1	.209	.121	.073	1.727	.085	.073
Faktor 2	1.323	.121	.462	10.932	.000	.462
Faktor 3	.259	.121	.090	2.138	.033	.090

Dependent Variable: UHH 2007

Nilai korelasi partial dari hasil regresi linier terpilih digunakan sebagai dasar penghitungan bobot untuk masing-masing indikator terpilih. Cara penghitungan bobot secara rinci dapat dilihat pada bab 6. Besaran bobot menunjukkan prioritas masalah yang harus diselesaikan terlebih dahulu. Makin besar nilai bobot menjadi prioritas masalah.

Bobot yang digunakan untuk IPKM nasional:

FAKTOR	INDIKATOR	BOBOT
Faktor 1	ISPA, Pemanfaatan fasilitas kesehatan	1
Faktor 2	Perilaku cuci tangan, Kunjungan neonatal, BB/U balita, TB/U balita	23
Faktor 3	Kesehatan gigi mulut, Hipertensi, Disabilitas	2

Berdasarkan rincian tersebut maka rumus yang digunakan untuk menghitung IPKM nasional (Rumus 5.1):

$$(ISPA*1) + (Pemanfaatan fasilitas kesehatan*1) + (perilaku cuci tangan*23) + (kunjungan neonatal*23) + (BB/U balita*23) + (TB/U balita*23) + (kesehatan gigi mulut*2) + (hipertensi*2) + (disabilitas*2)$$

$$(100*1) + (100*1) + (100*23) + (100*23) + (100*23) + (100*23) + (100*2) + (100*2) + (100*2)$$

Nilai pembagi menggunakan nilai 100 bertujuan hasil penghitungan menunjukkan tingkat masing-masing kabupaten/ kota. Kabupaten/ kota yang mendapatkan nilai

1 berdasarkan rumus tersebut adalah kabupaten/ kota yang mempunyai nilai terbaik atau ranking tertinggi untuk nasional.

Hasil analisis korelasi indeks dengan rumus 5.1 menunjukkan nilai sebesar 0,404 terhadap umur harapan hidup tahun 2007. Nilai korelasi dengan IPM tahun 2007 sebesar 0,497. Nilai korelasi tersebut lebih kecil dari nilai korelasi yang diperoleh IPKM sebelumnya. Korelasi dengan IPKM lama sebesar 0,779 yang berarti sedikit merubah ranking kabupaten/ kota sebelumnya.

Tabel 5.7 Korelasi IPKM Nasional

	UHH 2007	IPM 2007	IPKM
Pearson Correlation	.404	.497	.779
Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000
N	438	438	438

Nilai korelasi yang digunakan sebagai pembanding berdasarkan IPKM yang terbentuk sebelumnya (Tabel 5.8).

Tabel 5.8 Nilai Korelasi Pembanding Indeks

IPKM	UHH 2007	UHH 2008	IPM 2007	IPM 2008
	Pearson Correlation	0.513	0.510	0.643
Sig. (2-tailed)	0.000	0.000	0.000	0.000
N	438	438	438	438

5.3.3 Aplikasi Indikator pada Indeks Terpilih untuk Nasional terhadap UHH 2008

Pada empat faktor yang terbentuk dilakukan analisis regresi linier dengan menghubungkan umur harapan hidup tahun 2008. Nilai korelasi model ini sebesar 0,473 namun faktor ke empat mempunyai nilai kemaknaan $> 0,1$ sehingga tidak dapat diikutsertakan ke dalam proses selanjutnya.

Tabel 5.9 Seleksi Indikator Nasional berdasarkan UHH 2008

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Correlations
	B	SE	Beta			
Konstanta	68.208	.120		569.216	.000	
Faktor 1	.204	.120	.072	1.697	.090	.072
Faktor 2	1.299	.120	.459	10.829	.000	.459
Faktor 3	.245	.120	.086	2.042	.042	.086
Faktor 4	-.047	.120	-.017	-.393	.695	-.017

Dependent Variable: UHH 2008

Dari empat faktor yang terbentuk, tiga faktor memenuhi syarat untuk terlibat dalam pembentukan indeks. Syarat tersebut adalah indikator mempunyai nilai kemaknaan $< 0,1$ pada saat analisis regresi linier multivariat. Dengan demikian indikator yang berhubungan dengan Umur Harapan Hidup tahun 2008 sama dengan indikator yang berhubungan dengan Umur Harapan Hidup tahun 2007. Nilai korelasi yang terbentuk dengan tiga faktor sebesar 0,472.

Tabel 5.10 Analisis Regresi Linier Indikator Nasional berdasarkan UHH 2008

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Correlations
	B	SE	Beta			
Konstanta	68.208	.120		569.772	.000	
Faktor 1	.204	.120	.072	1.699	.090	.072
Faktor 2	1.299	.120	.459	10.840	.000	.459
Faktor 3	.245	.120	.086	2.044	.042	.086

Dependent Variable: UHH 2008

Dengan menggunakan rumus indeks 5.1 mendapatkan nilai korelasi sebesar 0,400 terhadap umur harapan hidup tahun 2008. Nilai korelasi dengan IPM tahun 2008 sebesar 0,497. Indikator-indikator yang berperan terhadap UHH 2007 dan UHH 2008 konsisten, demikian juga dengan besaran korelasinya tidak ada perubahan.

Tabel 5.11 Nilai Korelasi Indeks Nasional berdasarkan UHH 2008

	UHH 2008	IPM 2008
Pearson Correlation	.400	.497
Sig. (2-tailed)	.000	.000
N	438	438

5.3.4 Model Indeks Terpilih untuk Nasional

Rumus indeks terpilih untuk tingkat nasional sebagai berikut:

$$(ISPA*1) + (\text{Pemanfaatan fasilitas kesehatan}*1) + (\text{perilaku cuci tangan}*23) + (\text{kunjungan neonatal}*23) + (\text{BB/U balita}*23) + (\text{TB/U balita}*23) + (\text{kesehatan gigi mulut}*2) + (\text{hipertensi}*2) + (\text{disabilitas}*2)$$

$$(100*1) + (100*1) + (100*23) + (100*23) + (100*23) + (100*23) + (100*2) + (100*2) + (100*2)$$

Dengan menggunakan hasil dari rumus terpilih dan dianalisis bersama-sama dengan komponen-komponen pembentuk IPM 2007 maka diperoleh nilai korelasi

model sebesar 0,561. Peran IPKM dalam menentukan nilai umur harapan hidup berkisar 17% dan peran terbesar pada pendidikan sebesar 64%.

5.12. Analisis Regresi Linier Indeks Nasional berdasarkan IPM 2007

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Correlations Partial
	B	Std. Error	Beta			
Konstanta	41.622	4.591		9.067	.000	
IPKM	.073	.018	.186	4.044	.000	.191
Melek Huruf	-.055	.017	-.177	-3.220	.001	-.153
Lama Sekolah	.858	.114	.443	7.496	.000	.339
Ekonomi	.034	.008	.190	4.278	.000	.201

Dependent Variabel: UHH 2007

5.4 IPKM Kabupaten

Analisis kelompok kabupaten dilakukan untuk melihat perbedaan indikator yang berperan dalam membentuk indeks dibandingkan dengan kotamadya. Jumlah record yang terlibat dalam analisis IPKM sebanyak 347 kabupaten. Analisis indikator yang berperan dalam membentuk indeks sebelumnya, belum pernah dilakukan untuk kabupaten.

5.4.1 Pemilihan Indikator untuk Kabupaten

Analisis faktor explanatory dilakukan juga untuk pemilihan indikator pada tingkat kabupaten. Pada awal proses menggunakan 41 indikator sama dengan indikator yang dilibatkan pada proses IPKM tingkat nasional. Dari 41 indikator tersebut diperoleh 14 indikator yang mempunyai distribusi normal. Seleksi selanjutnya dengan melihat nilai korelasi antar indikator. Seluruh indikator mempunyai nilai $< 0,8$ yaitu berkisar 0,1-0,5 yang mempunyai arti bahwa tidak terjadi kolinearitas antar indicator

Tabel 5.13 Uji Normalitas untuk Seleksi Indikator Kabupaten

No	Indikator	Sig	No	Indikator	Sig
1	ISPA	0.04	24	BBLR	0.00
2	Pneumonia	0.00	25	Pemeriksaan Kehamilan	0.04
3	Thypoid	0.00	26	Kunjungan Neonatal	0.63
4	Malaria	0.00	27	BB/U Balita	0.58
5	Diare	0.00	28	TB/U Balita	0.58
6	Campak	0.00	29	BB/TB balita	0.04
7	Tb paru	0.00	30	Disabilitas	0.74
8	DBD	0.00	31	Penolong Persalinan	0.02
9	Hepatitis	0.00	32	Lama Pemberian ASI	0.70
10	Asma	0.05	33	KB	0.00
11	Gigi-mulut	0.98	34	Jamban	0.22
12	Jantung	0.00	35	Pencemaran Lingkungan	0.01
13	Diabetes	0.04	36	Kecukupan Energi Protein	0.94
14	Tumor	0.00	37	Vitamin A	0.00
15	Hipertensi	0.57	38	Penggunaan Air Bersih	0.12
16	IMT	0.39	39	Kemudahan Akses Fasilitas Kesehatan	0.00
17	Pemanfaatan Fasilitas Kesehatan	0.58	40	Rasio Dokter/ Penduduk	0.00
18	Perilaku Cuci Tangan	0.17	41	Rasio Bidan/ Penduduk	0.81
19	Kesehatan Mental	0.00	42	Umur Harapan Hidup (2007)	0.19
20	Perilaku merokok	0.24	43	Umur Harapan Hidup (2008)	0.18
21	Ketanggapan Sistem Kesehatan	0.00	44	Indeks Pembangunan Manusia (2007)	0.00
22	Penimbangan Balita	0.03	45	Indeks Pembangunan Manusia (2008)	0.00
23	Imunisasi lengkap	0.01			

KMO and Bartlett's test mempunyai nilai 0,600 ($> 0,5$) yang berarti cukup dapat menjelaskan indeks yang akan dibentuk. Nilai signifikansi sebesar 0,00 yang menunjukkan terdapat korelasi antara indikator, namun KMO indikator pemanfaatan fasilitas kesehatan, perilaku merokok, dan kecukupan energi protein menunjukkan $< 0,5$ yang berarti indikator tersebut tidak mampu menjelaskan indikator tersebut sendiri. Indikator-indikator tersebut dikeluarkan secara bertahap hingga semua indikator dalam model yang terbentuk mempunyai nilai KMO $> 0,5$. Selain dilihat nilai KMO juga dilihat factor loading masing-masing indikator. Indikator yang dilibatkan dalam proses selanjutnya yang mempunyai nilai factor loading $\geq |0,5|$. Berdasarkan hal tersebut maka dari 14 indikator yang memenuhi syarat untuk dianalisis selanjutnya sebanyak 10 indikator.

Tabel 5.14 Nilai KMO Indikator untuk Indeks Kabupaten

Indikator	KMO	Indikator	KMO
Kes. Gigi Mulut	0.548	TB/U Balita	0.599
IMT	0.716	Disabilitas	0.522
Perilaku Cuci Tangan	0.670	Lama Pemberian ASI	0.681
Kunjungan Neonatal	0.707	Air Bersih	0.749
BB/U Balita	0.640	Rasio Bidan per Penduduk	0.741

Sepuluh indikator yang memenuhi syarat diagnostik membentuk 3 kelompok dengan rincian sebagai berikut:

Kelompok 1: kunjungan neonatal, lama pemberian ASI, penggunaan air bersih, rasio bidan per penduduk.

Kelompok 2: Perilaku cuci tangan, BB/U, TB/U

Kelompok 3: Kesehatan gigi mulut, IMT, Disabilitas

5.4.2 Penentuan Bobot Indikator untuk Kabupaten

Setelah dilakukan analisis faktor, tiga faktor yang telah terbentuk dari sepuluh indikator dilanjutkan dengan analisis regresi linier untuk menentukan faktor yang mempunyai hubungan dengan Umur Harapan Hidup tahun 2007 dan untuk memperoleh nilai bobot yang akan digunakan dalam pembentukan indeks. Nilai kemaknaan masing-masing faktor dapat dilihat pada tabel 5.15. Model dengan tiga faktor ini mempunyai nilai korelasi 0,380.

Tabel 5.15 Nilai Kemaknaan Indikator untuk Indeks Kabupaten

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Correlations partial
	B	SE	Beta			
Konstanta	67.509	.141		479.864	.000	
Faktor 1	.651	.141	.231	4.624	.000	.231
Faktor 2	.805	.141	.285	5.712	.000	.285
Faktor 3	.283	.141	.100	2.008	.045	.100

Dependent Variable: UHH 2007

Dari tiga faktor, seluruhnya memenuhi syarat untuk terlibat dalam pembentukan indeks. Syarat tersebut adalah faktor mempunyai nilai kemaknaan $< 0,1$ pada saat analisis regresi linier multivariat, secara rinci dapat dilihat pada tabel 5.15. Dari hasil regresi linier tersebut diperoleh korelasi partial yang akan digunakan sebagai

bobot. Cara menghitung bobot sama dengan cara menghitung bobot pada model nasional

Bobot yang digunakan untuk IPKM kabupaten:

FAKTOR	INDIKATOR	BOBOT
Faktor 1	kunjungan neonatal, lama pemberian ASI, penggunaan air bersih, rasio bidan per penduduk	9
Faktor 2	Perilaku cuci tangan, BB/U balita, TB/U balita	19
Faktor 3	Kesehatan gigi mulut, IMT, Disabilitas	2

Rumus yang digunakan untuk menghitung IPKM kabupaten (Rumus 5.2):

$$\frac{(\text{kunjungan neonatal} \times 9) + (\text{lama pemberian asi} \times 9) + (\text{penggunaan air} \times 9) + (\text{rasio bidan per penduduk} \times 9) + (\text{perilaku cuci tangan} \times 19) + (\text{BB/U balita} \times 19) + (\text{TB/U balita} \times 19) + (\text{kesehatan gigi mulut} \times 2) + (\text{IMT} \times 2) + (\text{disabilitas} \times 2)}{(100 \times 9) + (100 \times 9) + (100 \times 9) + (100 \times 9) + (100 \times 19) + (100 \times 19) + (100 \times 19) + (100 \times 2) + (100 \times 2) + (100 \times 2)}$$

Berdasarkan rumus diatas maka diperoleh nilai korelasi dengan umur harapan hidup sebesar 0,340, Indeks Pembangunan Manusia sebesar 0,377, dan dengan IPKM yang dahulu sebesar 0,783. Nilai korelasi dengan IPKM menunjukkan sedikit perubahan pada ranking kabupaten jika menggunakan model indeks yang baru dengan indikator khusus yang berperan untuk kabupaten.

Tabel 5.16 Nilai Korelasi Indeks Kabupaten

	UHH 2007	IPM 2007	IPKM
Pearson Correlation	.340	.377	.783
Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000
N	347	347	347

5.4.3 Aplikasi Indikator pada Indeks Terpilih untuk Kabupaten terhadap UHH 2008

Faktor dan indikator yang terpilih berdasarkan UHH 2007 untuk membentuk indeks, diaplikasikan kembali dengan menggunakan UHH 2008 sebagai variabel *dependen*. Dengan menggunakan regresi linier, dari 3 faktor yang terlibat seluruhnya menunjukkan $p < 0,1$. Hal ini berarti faktor dan indikator yang berhubungan dengan Umur Harapan Hidup tahun 2008 sama dengan faktor dan indikator yang berhubungan dengan Umur Harapan Hidup tahun 2007. Nilai

korelasi model ini tidak berbeda dengan model yang dihubungkan dengan UHH 2007 yaitu sebesar 0,377.

Tabel 5.17 Analisis Regresi Linier Indikator Kabupaten berdasarkan UHH 2008

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Correlations partial
	B	SE	Beta			
Konstanta	67.710	.139		486.335	.000	
Faktor 1	.639	.139	.229	4.581	.000	.229
Faktor 2	.792	.139	.284	5.683	.000	.284
Faktor 3	.259	.139	.093	1.855	.065	.093

Dependent Variable: UHH 2008

Hasil analisis korelasi indeks yang terbentuk dengan nilai bobot menunjukkan nilai sebesar 0,336 terhadap UHH tahun 2008 dan 0,375 terhadap IPM 2008. Model indeks ini masih harus ditelaah walaupun indikator-indikator yang terlibat sudah konsisten tetapi korelasinya cukup kecil.

Tabel 5.18 Nilai Korelasi Kabupaten berdasarkan UHH 2008

	UHH 2008	IPM 2008
Pearson Correlation	.336	.375
Sig. (2-tailed)	.000	.000
N	347	347

5.4.4 Model Indeks Terpilih untuk Kabupaten

Rumus yang digunakan untuk menghitung IPKM kabupaten adalah

$$(\text{kunjungan neonatal} \times 9) + (\text{lama pemberian asi} \times 9) + (\text{penggunaan air} \times 9) + (\text{rasio bidan per penduduk} \times 9) + (\text{perilaku cuci tangan} \times 19) + (\text{BB/U balita} \times 19) + (\text{TB/U balita} \times 19) + (\text{kesehatan gigi mulut} \times 2) + (\text{IMT} \times 2) + (\text{disabilitas} \times 2)$$

$$(100 \times 9) + (100 \times 9) + (100 \times 9) + (100 \times 9) + (100 \times 19) + (100 \times 19) + (100 \times 19) + (100 \times 2) + (100 \times 2) + (100 \times 2)$$

Dengan menggunakan hasil dari rumus terpilih dan dianalisis bersama-sama dengan komponen-komponen pembentuk IPM 2007 maka diperoleh nilai korelasi model terhadap umur harapan hidup sebesar 0,492. Peran IPKM dalam menentukan nilai umur harapan hidup berkisar 25%. Peran terbesar pada peningkatan pendidikan sebesar 62%.

5.19 Analisis Regresi Linier Indeks Kabupaten berdasarkan IPM 2007

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Correlations Partial
	B	SE	Beta			
Konstanta	40.914	5.225		7.831	.000	
IPKM	.113	.023	.248	4.852	.000	.254
Melek Huruf	-.086	.021	-.295	-4.108	.000	-.217
Lama Sekolah	1.262	.189	.475	6.664	.000	.339
Ekonomi	.032	.009	.180	3.524	.000	.187

Dependent Variable: UHH 2007

5.5 IPKM Kotamadya

Analisis kelompok kotamadya untuk melihat perbedaan indikator yang berperan dalam membentuk indeks dibandingkan dengan kabupaten. Jumlah record yang terlibat dalam analisis IPKM sebanyak 91 kotamadya. Analisis tingkat kotamadya untuk indikator-indikator yang berperan membentuk indeks, belum pernah dilakukan sehingga belum dapat dibandingkan.

5.5.1 Pemilihan Indikator untuk Kotamadya

Pemilihan indikator yang akan dilibatkan ke dalam model diproses melalui analisis faktor explanatory. Indikator-indikator kesehatan sebagai variabel bebas dan variabel tidak bebasnya adalah nilai IPM (Indeks Pembangunan Manusia) tahun 2007 untuk masing-masing Kabupaten/ Kota. Uji yang dilakukan pertama kali adalah uji normalitas yaitu indikator yang mempunyai nilai kemaknaan lebih besar dari 0,05 ($p > 0,05$) berarti mempunyai distribusi normal. Analisis dengan ruang lingkup kotamadya pada awal proses menggunakan 41 indikator.

Tabel 5.20 Uji Normalitas untuk Seleksi Indikator Kotamadya

No	Indikator	Pvalue	No	Indikator	Pvalue
1	ISPA	0.677	24	BBLR	0.300
2	Pneumonia	0.020	25	Pemeriksaan Kehamilan	0.022
3	Thypoid	0.092	26	Kunjungan Neonatal	0.264
4	Malaria	0.000	27	BB/U Balita	0.365
5	Diare	0.339	28	TB/U Balita	0.654
6	Campak	0.038	29	BB/TB balita	0.696
7	Tb paru	0.006	30	Disabilitas	0.102
8	DBD	0.000	31	Penolong Persalinan	0.003
9	Hepatitis	0.000	32	Lama Pemberian ASI	0.955
10	Asma	0.095	33	KB	0.993
11	Gigi-mulut	0.960	34	Jamban	0.604
12	Jantung	0.104	35	Pencemaran Lingkungan	0.045
13	Diabetes	0.521	36	Kecukupan Energi Protein	0.922
14	Tumor	0.330	37	Vitamin A	0.534
15	Hipertensi	0.911	38	Penggunaan Air Bersih	0.957
16	IMT	0.961	39	Kemudahan Akses Fasilitas Kesehatan	0.000
17	Pemanfaatan Fasilitas Kesehatan	0.484	40	Rasio Dokter/ Penduduk	0.740
18	Perilaku Cuci Tangan	0.345	41	Rasio Bidan/ Penduduk	0.797
19	Kesehatan Mental	0.277	42	Umur Harapan Hidup (2007)	0.243
20	Perilaku merokok	0.776	43	Umur Harapan Hidup (2008)	0.266
21	Ketanggapan Sistem Kesehatan	0.115	44	Indeks Pembangunan Manusia (2007)	0.248
22	Penimbangan Balita	0.228	45	Indeks Pembangunan Manusia (2008)	0.425
23	Imunisasi lengkap	0.708			

Uji selanjutnya adalah uji korelasi antar indikator. Nilai korelasi berkisar 0,00 sampai dengan 0,5 yang berarti nilai korelasi $< 0,8$ sehingga seluruh indikator memenuhi syarat tidak terjadi kolinearitas untuk analisis faktor explanatory. Pada analisa faktor, KMO Bartlett's test mempunyai nilai 0,680 ($> 0,5$) yang berarti cukup dapat menjelaskan model dan nilai signifikansi sebesar 0,00 yang menunjukkan terdapat korelasi antara indikator.

Tabel 5.21 Nilai KMO Indikator untuk Indeks Kotamadya

Indikator	KMO	Indikator	KMO
ISPA	0.606	Imunisasi lengkap	0.664
Thypoid	0.731	BBLR	0.563
Diare	0.704	Kunjungan neonatal	0.502
Asma	0.784	BB/U	0.642
Kes. gigi mulut	0.761	TB/U	0.607
Jantung	0.778	BB/TB	0.802
Diabetes	0.650	Disabilitas	0.723
Tumor	0.880	pemberian ASI	0.643
Hipertensi	0.694	KB	0.554
IMT	0.744	Jamban	0.540
Akses faskes	0.619	Kecukupan Energi Protein	0.582
Perilaku cuci tangan	0.580	Vitamin A	0.558
Kesehatan mental	0.728	Air Bersih	0.510
Perilaku merokok	0.780	Rasio Dokter/ penduduk	0.470
Ketanggapan	0.487	Rasio Bidan/ penduduk	0.578
Penimbangan	0.676		

KMO indikator ketanggapan dan Rasio Bidan per penduduk menunjukkan $< 0,5$ yang berarti indikator tersebut tidak mampu menjelaskan indikator tersebut sendiri, maka indikator ini tidak diikutsertakan dalam proses selanjutnya. Oleh karena itu dilakukan analisis kembali dan tanpa mengikutsertakan rasio bidan per penduduk. Pada Tabel 5.22 adalah indikator yang memenuhi syarat KMO dan faktor loadingnya $> |0,5|$.

Tabel 5.22 Nilai KMO Indikator Terpilih untuk Indeks Kotamadya

Indikator	KMO	Indikator	KMO
ISPA	0.673	Imunisasi lengkap	0.682
Thypoid	0.755	BB/U	0.619
Diare	0.700	TB/U	0.645
Asma	0.763	BB/TB	0.850
Kes. gigi mulut	0.727	Disabilitas	0.802
Tumor	0.903	pemberian ASI	0.663
Hipertensi	0.737	KB	0.553
IMT	0.787	Jamban	0.650
Akses faskes	0.621	Kecukupan Energi Protein	0.485
Perilaku cuci tangan	0.588	Vitamin A	0.510
Kesehatan mental	0.760	Rasio Bidan/ penduduk	0.612
Penimbangan	0.684		

Dari 23 indikator terbagi ke dalam 7 faktor dengan nilai faktor loading masing-masing indikator $\geq |0,5|$:

Faktor 1: Tumor, hipertensi, IMT, kesehatan mental, BB/TB, disabilitas

Faktor 2: Thypoid, asma, kesehatan gigi mulut

Faktor 3: ISPA, diare, pemanfaatan fasilitas kesehatan

Faktor 4: Perilaku cuci tangan, penggunaan jamban sehat, rasio bidan per penduduk

Faktor 5: BB/U, TB/U, lama pemberian ASI

Faktor 6: Imunisasi, KB

Faktor 7: Kecukupan energi protein , vitamin A

5.5.2 Penentuan Bobot Indikator untuk Kotamadya

Setelah dilakukan analisis faktor, tujuh faktor yang telah terbentuk dari 23 indikator dilanjutkan dengan analisis regresi linier untuk menentukan faktor yang mempunyai hubungan dengan Umur Harapan Hidup tahun 2007 dan untuk memperoleh nilai bobot yang akan digunakan dalam pembentukan indeks. Nilai kemaknaan masing-masing faktor dapat dilihat pada tabel 5.23. Model dengan tujuh faktor ini mempunyai nilai korelasi 0,398.

Tabel 5.23 Nilai Kemaknaan Indikator untuk Indeks Kotamadya

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Correlations
	B	SE	Beta			
Konstanta	69.942	.213		327.957	.000	
Faktor 1	-.043	.214	-.020	-.201	.841	-.020
Faktor 2	.411	.214	.193	1.917	.059	.193
Faktor 3	.014	.214	.007	.065	.949	.007
Faktor 4	.662	.214	.311	3.086	.003	.311
Faktor 5	.315	.214	.148	1.470	.145	.148
Faktor 6	-.100	.214	-.047	-.468	.641	-.047
Faktor 7	.012	.214	.006	.058	.954	.006

Dependent Variable: UHH 2007

Dari tujuh faktor, yang memenuhi syarat untuk terlibat dalam pembentukan indeks adalah dua faktor. Syarat tersebut adalah faktor mempunyai nilai kemaknaan $< 0,1$ pada saat analisis regresi linier multivariat. Nilai korelasi yang diperoleh dengan dua faktor sebesar 0,366. Nilai korelasi tersebut tidak berbeda dengan nilai korelasi tujuh faktor.

Tabel 5.24 Analisis Regresi Linier untuk Indeks Kotamadya

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Correlations
	B	SE	Beta			
Konstanta	69.942	.210		332.860	.000	
Faktor 2	.411	.211	.193	1.946	.055	.193
Faktor 4	.662	.211	.311	3.132	.002	.311

Dependent Variable: UHH 2007

Dari hasil regresi linier tersebut diperoleh korelasi partial yang akan digunakan sebagai bobot. Cara menghitung bobot sama dengan cara menghitung bobot pada model nasional

Bobot yang digunakan untuk IPKM kotamadya:

FAKTOR	INDIKATOR	BOBOT
Faktor 2	Thypoid, asma, kesehatan gigi mulut	9
Faktor 4	Perilaku cuci tangan, penggunaan jamban sehat, rasio bidan per penduduk	24

Rumus yang digunakan untuk menghitung IPKM kotamadya (Rumus 5.3):

$$(\text{thypoid} \times 9) + (\text{asma} \times 9) + (\text{kesehatan gigi mulut} \times 9) + (\text{perilaku cuci tangan} \times 24) + (\text{penggunaan jamban} \times 24) + (\text{rasio bidan per penduduk} \times 24)$$

$$(100 \times 9) + (100 \times 9) + (100 \times 9) + (100 \times 24) + (100 \times 24) + (100 \times 24)$$

Berdasarkan rumus diatas maka diperoleh nilai korelasi dengan umur harapan hidup sebesar 0,158, Indeks Pembangunan Manusia sebesar 0,174, dan dengan IPKM yang dahulu sebesar 0,322. Nilai korelasi dengan IPKM dapat menunjukkan bahwa jika menggunakan model indeks yang baru dengan indikator khusus yang berperan untuk kabupaten maka akan terjadi perubahan ranking kabupaten.

Tabel 5.25 Nilai Korelasi Indeks Kotamadya

	UHH 2007	IPM 2007	IPKM
Pearson Correlation	.158	.174	.322
Sig. (2-tailed)	.133	.098	.002
N	91	91	91

5.5.3 Aplikasi Indikator pada Indeks Terpilih untuk Kotamadya terhadap UHH 2008

Faktor dan indikator yang terpilih berdasarkan UHH 2007 untuk membentuk indeks, diaplikasikan kembali dengan menggunakan UHH 2008 sebagai variabel *dependen*. Dengan menggunakan regresi linier, dari 7 faktor yang terlibat, 2 faktor menunjukkan $p < 0,1$. Hal ini berarti faktor dan indikator yang berhubungan dengan Umur Harapan Hidup tahun 2008 sama dengan faktor dan indikator yang berhubungan dengan Umur Harapan Hidup tahun 2007. Nilai korelasi model ini tidak berbeda dengan model yang dihubungkan dengan UHH 2007 yaitu sebesar 0,377.

Tabel 5.26 Nilai Kemaknaan Indikator untuk Indeks Kotamadya terhadap UHH 2008

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Correlations partial
	B	SE	Beta			
Konstanta	70.109	.212		330.392	.000	
Faktor 1	-.051	.213	-.024	-.238	.813	-.024
Faktor 2	.407	.213	.192	1.907	.060	.192
Faktor 3	-.001	.213	-.001	-.006	.996	-.001
Faktor 4	.639	.213	.302	2.995	.004	.302
Faktor 5	.324	.213	.153	1.520	.132	.153
Faktor 6	-.104	.213	-.049	-.486	.628	-.049
Faktor 7	-.001	.213	.000	-.004	.997	.000

Dependent Variable: UHH 2008

Seluruh indikator yang berperan pada saat analisis dengan UHH 2007 juga bermakna pada saat analisis dengan umur harapan hidup tahun 2008. Oleh karena itu tidak ada perubahan indikator. Nilai korelasi yang terbentuk adalah 0,358.

Tabel 5.27 Analisis Regresi Linier Indikator Kotamadya berdasarkan UHH 2008

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Correlations partial
	B	SE	Beta			
Konstanta	70.109	.209		334.987	.000	
Faktor 2	.407	.210	.192	1.934	.056	.192
Faktor 4	.639	.210	.302	3.036	.003	.302

Dependent Variable: UHH 2008

Hasil analisis korelasi indeks yang terbentuk dengan nilai bobot menunjukkan nilai sebesar 0,145 terhadap umur harapan hidup tahun 2008 dan 0,169 terhadap Indeks Pembangunan Manusia. Oleh karena itu model indeks ini masih harus ditelaah walaupun indikator-indikator yang terlibat sudah cukup konsisten tetapi korelasinya sangat kecil.

Tabel 5.28 Nilai Korelasi Kotamadya berdasarkan UHH 2008

	UHH 2008	IPM 2008
Pearson Correlation	.145	.169
Sig. (2-tailed)	.169	.109
N	91	91

5.5.4 Model Indeks Terpilih untuk Kotamadya

Rumus yang digunakan untuk menghitung IPKM kotamadya adalah

$$(\text{thypoid} \times 9) + (\text{asma} \times 9) + (\text{kesehatan gigi mulut} \times 9) + (\text{perilaku cuci tangan} \times 24) + (\text{penggunaan jamban} \times 24) + (\text{rasio bidan per penduduk} \times 24)$$

$$(100 \times 9) + (100 \times 9) + (100 \times 9) + (100 \times 24) + (100 \times 24) + (100 \times 24)$$

Dengan menggunakan hasil dari rumus terpilih dan dianalisis bersama-sama dengan komponen-komponen pembentuk IPM 2007 maka diperoleh nilai korelasi model sebesar 0,596. Peran IPKM dalam meningkatkan umur harapan hidup hanya berkisar 4%, peran terbesar pada pendidikan sebesar 59%.

5.29 Analisis Regresi Linier Indeks Kotamadya berdasarkan IPM 2007

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Correlations Partial
	B	SE	Beta			
Konstanta	4.759	16.286		.292	.771	
IPKM	.025	.031	.073	.812	.419	.087
Melek Huruf	.265	.122	.230	2.167	.033	.228
Lama sekolah	.756	.284	.304	2.666	.009	.276
Ekonomi	.048	.018	.253	2.741	.007	.283

Dependent Variable: UHH 2007

5.6 IPKM Regional Sumatera

Analisis regresi linier dilakukan juga untuk pemilihan indikator pada regional Sumatera. Jumlah record yang dianalisis sebanyak 132 dan merupakan jumlah kabupaten/kota di regional Sumatera yang terlibat dalam analisis IPKM ini. Pada IPKM sebelumnya, belum dilakukan analisis indikator yang berperan membentuk indeks untuk regional Sumatera.

5.6.1 Pemilihan Indikator untuk Regional Sumatera

Analisis faktor explanatory dilakukan untuk pemilihan indikator pada regional Sumatera. Pada awal proses menggunakan 41 indikator sama dengan indikator yang dilibatkan pada proses IPKM tingkat nasional. Dari 41 indikator tersebut diperoleh 24 indikator yang mempunyai distribusi normal.

Tabel 5.30 Uji Normalitas untuk Seleksi Indikator Regional Sumatera

No	Indikator	Pvalue	No	Indikator	Pvalue
1	ISPA	0.55	24	BBLR	0.22
2	Pneumonia	0.00	25	Pemeriksaan Kehamilan	0.19
3	Thyloid	0.01	26	Kunjungan Neonatal	0.65
4	Malaria	0.00	27	BB/U Balita	0.67
5	Diare	0.00	28	TB/U Balita	0.74
6	Campak	0.00	29	BB/TB balita	0.92
7	Tb paru	0.00	30	Disabilitas	0.38
8	DBD	0.00	31	Penolong Persalinan	0.22
9	Hepatitis	0.00	32	Lama Pemberian ASI	0.87
10	Asma	0.02	33	KB	0.05
11	Gigi-mulut	0.65	34	Jamban	0.09
12	Jantung	0.00	35	Pencemaran Lingkungan	0.56
13	Diabetes	0.16	36	Kecukupan Energi Protein	0.97
14	Tumor	0.01	37	Vitamin A	0.67
15	Hipertensi	0.95	38	Penggunaan Air Bersih	0.65
16	IMT	0.73	39	Kemudahan Akses Fasilitas Kesehatan	0.00
17	Pemanfaatan Fasilitas Kesehatan	0.35	40	Rasio Dokter/ Penduduk	0.00
18	Perilaku Cuci Tangan	0.02	41	Rasio Bidan/ Penduduk	0.86
19	Kesehatan Mental	0.00	42	Umur Harapan Hidup (2007)	0.39
20	Perilaku merokok	0.89	43	Umur Harapan Hidup (2008)	0.55
21	Ketanggapan Sistem Kesehatan	0.09	44	Indeks Pembangunan Manusia (2007)	0.23
22	Penimbangan Balita	0.29	45	Indeks Pembangunan Manusia (2008)	0.40
23	Imunisasi lengkap	0.22			

Seleksi selanjutnya dengan melihat nilai korelasi antar indikator. Seluruh indikator mempunyai nilai $< 0,8$ yang mempunyai arti bahwa tidak terjadi

kolinearitas antar indikator. KMO and Bartlett's test mempunyai nilai 0,740 ($>0,5$) yang berarti cukup dapat menjelaskan indeks yang akan dibentuk. Nilai signifikansi sebesar 0,00 yang menunjukkan terdapat korelasi antara indikator, namun KMO indikator BB/U, TB/U, dan penggunaan air bersih menunjukkan $<0,5$ yang berarti indikator tersebut tidak mampu menjelaskan indikator tersebut sendiri. Indikator-indikator tersebut dikeluarkan secara bertahap hingga semua indikator dalam model yang terbentuk mempunyai nilai KMO $>0,5$.

Selain dilihat nilai KMO juga dilihat factor loading masing-masing indikator. Indikator yang dilibatkan dalam proses selanjutnya yang mempunyai nilai factor loading $\geq |0,5|$. Berdasarkan hal tersebut maka dari 24 indikator yang memenuhi syarat untuk dianalisis selanjutnya sebanyak 21 indikator.

Tabel 5.31 Nilai KMO Indikator Regional Sumatera

No	Indikator	KMO	No	Indikator	KMO
1	ISPA	0.668	12	Kunjungan Neonatal	0.714
2	Gigi-mulut	0.704	13	BB/TB balita	0.735
3	Diabetes	0.738	14	Disabilitas	0.701
4	Hipertensi	0.590	15	Penolong Persalinan	0.768
5	IMT	0.786	16	Lama Pemberian ASI	0.686
6	Pemanfaatan Fasilitas Kesehatan	0.728	17	Jamban	0.803
7	Perilaku merokok	0.741	18	Pencemaran Lingkungan	0.604
8	Penimbangan Balita	0.747	19	Kecukupan Energi Protein	0.560
9	Imunisasi lengkap	0.752	20	Vitamin A	0.759
10	BBLR	0.844	21	Rasio Bidan/ Penduduk	0.601
11	Pemeriksaan Kehamilan	0.858			

Dua puluh satu indikator yang memenuhi syarat diagnostik membentuk 6 faktor:

Faktor 1 : BBLR, pemeriksaan kehamilan, kunjungan neonatal, penolong persalinan, penggunaan jamban sehat

Faktor 2 : ISPA, kesehatan gigi mulut, pemanfaatan fasilitas kesehatan

Faktor 3 : Diabetes, IMT, perilaku merokok

Faktor 4 : Hipertensi, BB/TB, disabilitas, pencemaran

Faktor 5 : Penimbangan, vitamin A, Rasio bidan per penduduk

Faktor 6 : Imunisasi lengkap, Lama pemberian ASI, Kecukupan Energi Protein

5.6.2 Penentuan Bobot Indikator untuk Regional Sumatera

Setelah dilakukan analisis faktor, enam faktor yang telah terbentuk dari 21 indikator dilanjutkan dengan analisis regresi linier untuk menentukan faktor yang

mempunyai hubungan dengan Umur Harapan Hidup tahun 2007 dan untuk memperoleh nilai bobot yang akan digunakan dalam pembentukan indeks. Nilai kemaknaan masing-masing faktor dapat dilihat pada tabel 5.32. Model dengan enam faktor ini mempunyai nilai korelasi 0,553.

Tabel 5.32 Nilai Kemaknaan Indikator untuk Indeks Regional Sumatera

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Correlations partial
	B	SE	Beta			
Konstanta	68.427	.142		480.345	.000	
Faktor 1	.746	.143	.389	5.220	.000	.389
Faktor 2	.112	.143	.059	.786	.434	.059
Faktor 3	.688	.143	.358	4.811	.000	.358
Faktor 4	.021	.143	.011	.144	.886	.011
Faktor 5	.117	.143	.061	.815	.416	.061
Faktor 6	-.268	.143	-.140	-1.873	.063	-.140

Dependent Variable: UHH 2007

Dari enam faktor, tiga faktor memenuhi syarat untuk terlibat dalam pembentukan indeks. Syarat tersebut adalah faktor mempunyai nilai kemaknaan $< 0,1$ pada saat analisis regresi linier multivariat, secara rinci dapat dilihat pada tabel 5.33. Nilai korelasi total sebesar 0,547.

Tabel 5.33 Analisis Regresi Linier untuk Indeks Regional Sumatera

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Correlations partial
	B	SE	Beta			
Konstanta	68.427	.142		483.561	.000	
Faktor 1	.746	.142	.389	5.255	.000	.389
Faktor 3	.688	.142	.358	4.843	.000	.358
Faktor 6	-.268	.142	-.140	-1.885	.062	-.140

Dependent Variable: UHH 2007

Dari hasil regresi linier tersebut diperoleh korelasi partial yang akan digunakan sebagai bobot. Cara menghitung bobot sama dengan cara menghitung bobot pada model nasional

Bobot yang digunakan untuk IPKM Regional Sumatera:

FAKTOR	INDIKATOR	BOBOT
Faktor 1	BBLR, pemeriksaan kehamilan, kunjungan neonatal, penolong persalinan, penggunaan jamban sehat	10
Faktor 3	Diabetes, IMT, perilaku merokok	14
Faktor 6	Imunisasi lengkap, Lama pemberian ASI, Kecukupan Energi Protein	2

Universitas Indonesia

Rumus yang digunakan untuk menghitung IPKM Regional Sumatera

$$(BBLR*10) + (\text{pemeriksaan kehamilan}*10) + (\text{kunjungan neonatal}*10) + (\text{penolong persalinan } *10) + (\text{penggunaan jamban}*10) + (\text{diabetes}*14) + (\text{IMT}*14) + (\text{perilaku merokok}*14) + (\text{imunisasi lengkap}*2) + (\text{lama pemberian asi}*2) + (\text{kecukupan energi protein}*2)$$

$$(100*10) + (100*10) + (100*10) + (100*10) + (100*10) + (100*14) + (100*14) + (100*14) + (100*14) + (100*2) + (100*2) + (100*2)$$

Berdasarkan rumus diatas maka diperoleh nilai korelasi dengan umur harapan hidup sebesar 0,471, Indeks Pembangunan Manusia sebesar 0,674, dan dengan IPKM yang dahulu sebesar 0,853. Nilai korelasi dengan IPKM menunjukkan sedikit perubahan pada ranking regional Sumatera jika menggunakan model indeks yang baru dengan indikator khusus yang berperan untuk regional Sumatera.

Tabel 5.34 Nilai Korelasi Indeks Regional Sumatera

	UHH 2007	IPM 2007	IPKM
Pearson Correlation	.471	.674	.853
Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000
N	132	132	132

5.6.3 Aplikasi Indikator pada Indeks Terpilih untuk Regional Sumatera terhadap UHH 2008

Faktor dan indikator yang terpilih berdasarkan UHH 2007 untuk membentuk indeks, diaplikasikan kembali dengan menggunakan UHH 2008 sebagai variabel *dependen*. Dengan menggunakan regresi linier, dari enam faktor yang terlibat tiga faktor menunjukkan $p < 0,1$. Hal ini berarti faktor dan indikator yang berhubungan dengan Umur Harapan Hidup tahun 2008 sama dengan faktor dan indikator yang berhubungan dengan Umur Harapan Hidup tahun 2007. Nilai korelasi model ini tidak berbeda dengan model yang dihubungkan dengan UHH 2007 yaitu sebesar 0,550.

Tabel 5.35 Nilai Kemaknaan Indikator untuk Indeks Regional Sumatera berdasarkan UHH 2008

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Correlations partial
	B	SE	Beta			
Konstanta	68.590	.142		482.673	.000	
Faktor 1	.745	.143	.390	5.223	.000	.390
Faktor 2	.114	.143	.060	.803	.424	.060
Faktor 3	.679	.143	.355	4.759	.000	.355
Faktor 4	.004	.143	.002	.027	.979	.002
Faktor 5	.110	.143	.057	.769	.444	.057
Faktor 6	-.251	.143	-.132	-1.761	.081	-.132

Dependent Variable: UHH 2008

Faktor dan indikator yang berhubungan dengan Umur Harapan Hidup tahun 2008 sama dengan faktor dan indikator yang berhubungan dengan Umur Harapan Hidup tahun 2007. Nilai korelasi 0,544 dan tidak ada perubahan indikator.

Tabel 5.36 Analisis Regresi Linier Indikator Regional Sumatera berdasarkan UHH 2008

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Correlations Partial
	B	SE	Beta			
Konstanta	68.590	.141		486.035	.000	
Faktor 1	.745	.142	.390	5.259	.000	.422
Faktor 3	.679	.142	.355	4.792	.000	.390
Faktor 6	-.251	.142	-.132	-1.773	.079	-.155

Dependent Variable: UHH 2008

Hasil analisis korelasi indeks yang terbentuk dengan nilai bobot menunjukkan nilai sebesar 0,469 terhadap umur harapan hidup tahun 2008 dan 0,680 terhadap indeks pembangunan manusia. Oleh karena itu model indeks ini masih harus ditelaah walaupun indikator-indikator yang terlibat sudah konsisten tetapi korelasinya cukup kecil.

Tabel 5.37 Nilai Korelasi Regional Sumatera berdasarkan UHH 2008

	UHH 2008	IPM 2008
Pearson Correlation	.469	.680
Sig. (2-tailed)	.000	.000
N	132	132

5.6.4 Model Indeks Terpilih untuk Regional Sumatera

Rumus yang digunakan untuk menghitung IPKM Regional Sumatera adalah

$$(BBLR*10) + (\text{pemeriksaan kehamilan}*10) + (\text{kunjungan neonatal}*10) + (\text{penolong persalinan}*10) + (\text{penggunaan jamban}*10) + (\text{diabetes}*14) + (\text{IMT}*14) + (\text{perilaku merokok}*14) + (\text{imunisasi lengkap}*2) + (\text{lama pemberian asi}*2) + (\text{kecukupan energi protein}*2)$$

$$(100*10) + (100*10) + (100*10) + (100*10) + (100*10) + (100*14) + (100*14) + (100*14) + (100*2) + (100*2) + (100*2) + (100*2)$$

Dengan menggunakan hasil dari rumus terpilih dan dianalisis bersama-sama dengan komponen-komponen pembentuk IPM 2007 maka diperoleh nilai korelasi model sebesar 0,611. Peran IPKM dalam meningkatkan umur harapan hidup hanya berkisar 9% dan peran terbesar pada pendidikan berkisar 79%.

5.38 Analisis Regresi Linier Indeks Regional Sumatera berdasarkan IPM 2007

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Correlations Partial
	B	SE	Beta			
Konstanta	62.647	7.125		8.793	.000	
IPKM	.058	.031	.183	1.869	.064	.164
Melek Huruf	-.198	.069	-.270	-2.878	.005	-.247
Lama Sekolah	.833	.165	.530	5.048	.000	.409
Ekonomi	.023	.010	.173	2.149	.034	.187

Dependent Variable: UHH 2007

5.7 IPKM Regional Jawa Bali

Analisis regional Jawa-Bali melibatkan 124 yang merupakan jumlah kabupaten/kota di regional Jawa-Bali dalam analisis IPKM ini. Pada IPKM sebelumnya, belum dilakukan analisis indikator yang berperan membentuk indeks untuk regional Jawa Bali.

5.7.1 Pemilihan Indikator untuk Regional Jawa Bali

Analisis faktor explanatory dilakukan untuk pemilihan indikator pada regional Jawa Bali. Pada awal proses menggunakan 41 indikator sama dengan indikator yang dilibatkan pada proses IPKM tingkat nasional. Dari 41 indikator tersebut diperoleh 27 indikator yang mempunyai distribusi normal.

Tabel 5.39 Uji Normalitas untuk Seleksi Indikator Regional Jawa Bali

No	Indikator	Pvalue	No	Indikator	Pvalue
1	ISPA	0.93	24	BBLR	0.38
2	Pneumonia	0.03	25	Pemeriksaan Kehamilan	0.08
3	Thypoid	0.03	26	Kunjungan Neonatal	0.42
4	Malaria	0.00	27	BB/U Balita	0.26
5	Diare	0.14	28	TB/U Balita	0.79
6	Campak	0.08	29	BB/TB balita	0.28
7	Tb paru	0.00	30	Disabilitas	0.55
8	DBD	0.00	31	Penolong Persalinan	0.01
9	Hepatitis	0.00	32	Lama Pemberian ASI	0.94
10	Asma	0.34	33	KB	0.59
11	Gigi-mulut	0.98	34	Jamban	0.57
12	Jantung	0.07	35	Pencemaran Lingkungan	0.02
13	Diabetes	0.02	36	Kecukupan Energi Protein	0.57
14	Tumor	0.49	37	Vitamin A	0.03
15	Hipertensi	0.23	38	Penggunaan Air Bersih	0.91
16	IMT	0.78	39	Kemudahan Akses Fasilitas Kesehatan	0.00
17	Pemanfaatan Fasilitas Kesehatan	0.64	40	Rasio Dokter/ Penduduk	0.00
18	Perilaku Cuci Tangan	0.41	41	Rasio Bidan/ Penduduk	0.51
19	Kesehatan Mental	0.16	42	Umur Harapan Hidup (2007)	0.12
20	Perilaku merokok	0.68	43	Umur Harapan Hidup (2008)	0.13
21	Ketanggapan Sistem Kesehatan	0.04	44	Indeks Pembangunan Manusia (2007)	0.58
22	Penimbangan Balita	0.66	45	Indeks Pembangunan Manusia (2008)	0.43
23	Imunisasi lengkap	0.34			

Seleksi selanjutnya dengan melihat nilai korelasi antar indikator. Seluruh indikator mempunyai nilai $< 0,8$ yang mempunyai arti bahwa tidak terjadi kolinearitas antar indikator. KMO and Bartlett's test mempunyai nilai 0,729 ($>0,5$) yang berarti cukup dapat menjelaskan indeks yang akan dibentuk. Nilai signifikansi sebesar 0,00 yang menunjukkan terdapat korelasi antara indikator. Berdasarkan nilai KMO indikator $> 0,5$ dan factor loading indikator $> |0,5|$ yang menunjukkan indikator tersebut mampu menjelaskan indikator tersebut sendiri, maka yang tidak memenuhi syarat tersebut, indikator dikeluarkan secara bertahap hingga semua indikator dalam model yang terbentuk memenuhi syarat. Berdasarkan hal tersebut maka dari 27 indikator yang memenuhi syarat untuk dianalisis selanjutnya sebanyak 23 indikator.

Tabel 5.40 Nilai KMO Indikator Regional Jawa Bali

No	Indikator	KMO	No	Indikator	KMO
1	ISPA	0.732	13	Penimbangan Balita	0.812
2	Diare	0.759	14	Imunisasi lengkap	0.648
3	Campak	0.861	15	Pemeriksaan Kehamilan	0.504
4	Asma	0.789	16	Kunjungan Neonatal	0.736
5	Gigi-mulut	0.782	17	BB/U Balita	0.655
6	Jantung	0.837	18	TB/U Balita	0.848
7	Hipertensi	0.512	19	BB/TB balita	0.737
8	IMT	0.617	20	Disabilitas	0.829
9	Pemanfaatan Fasilitas Kesehatan	0.673	21	Jamban	0.698
10	Perilaku Cuci Tangan	0.756	22	Kecukupan Energi Protein	0.540
11	Kesehatan Mental	0.776	23	Penggunaan Air Bersih	0.539
12	Perilaku merokok	0.630			

Dua puluh tiga indikator yang memenuhi syarat diagnostik membentuk 7 faktor dengan rincian sebagai berikut:

Faktor 1: campak, asma, kesehatan mental, perilaku merokok, BB/TB, disabilitas

Faktor 2: jantung, IMT, perilaku cuci tangan, TB/U, penggunaan jamban sehat

Faktor 3: ISPA, diare, kesehatan gigi mulut, pemanfaatan fasilitas kesehatan

Faktor 4: hipertensi, penimbangan balita, imunisasi lengkap

Faktor 5: pemeriksaan kehamilan, kunjungan neonatal

Faktor 6: BB/U, konsumsi

Faktor 7: penggunaan air bersih

5.7.2 Penentuan Bobot Indikator untuk Regional Jawa Bali

Setelah dilakukan analisis faktor, tujuh faktor yang telah terbentuk dari 23 indikator dilanjutkan dengan analisis regresi linier untuk menentukan faktor yang mempunyai hubungan dengan Umur Harapan Hidup tahun 2007 dan untuk memperoleh nilai bobot yang akan digunakan dalam pembentukan indeks. Nilai kemaknaan masing-masing faktor dapat dilihat pada tabel 5.41. Model dengan tujuh faktor ini mempunyai nilai korelasi 0,773.

Tabel 5.41 Nilai Kemaknaan Indikator untuk Indeks Regional Jawa Bali

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Correlations partial
	B	SE	Beta			
Konstanta	68.772	.172		399.879	.000	
Faktor 1	.688	.173	.235	3.984	.000	.235
Faktor 2	1.489	.173	.508	8.624	.000	.508
Faktor 3	.393	.173	.134	2.277	.025	.134
Faktor 4	1.280	.173	.436	7.411	.000	.436
Faktor 5	.245	.173	.083	1.418	.159	.083
Faktor 6	.761	.173	.260	4.407	.000	.260
Faktor 7	-.123	.173	-.042	-.711	.479	-.042

Dependent Variable: UHH 2007

Dari tujuh faktor, yang memenuhi syarat untuk terlibat dalam pembentukan indeks adalah lima faktor. Syarat tersebut adalah faktor mempunyai nilai kemaknaan $< 0,1$ pada saat analisis regresi linier multivariat. Nilai korelasi yang diperoleh dengan lima faktor sebesar 0,767. Nilai korelasi tersebut tidak berbeda dengan nilai korelasi tujuh faktor.

Tabel 5.42 Analisis Regresi Linier untuk Indeks Regional Jawa Bali

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Correlations		
	B	SE	Beta			Zero-order	Partial	Part
Konstanta	68.772	.172		399.010	.000			
Faktor 1	.688	.173	.235	3.976	.000	.235	.344	.235
Faktor 2	1.489	.173	.508	8.605	.000	.508	.621	.508
Faktor 3	.393	.173	.134	2.272	.025	.134	.205	.134
Faktor 4	1.280	.173	.436	7.395	.000	.436	.563	.436
Faktor 6	.761	.173	.260	4.398	.000	.260	.375	.260

Dependent Variable: UHH 2007

Dari hasil regresi linier tersebut diperoleh korelasi partial yang akan digunakan sebagai bobot. Cara menghitung bobot sama dengan cara menghitung bobot pada model nasional.

Bobot yang digunakan untuk IPKM Regional Jawa Bali:

FAKTOR	INDIKATOR	BOBOT
Faktor 1	campak, asma, kesehatan mental, perilaku merokok, BB/TB, disabilitas	2
Faktor 2	jantung, IMT, perilaku cuci tangan, TB/U, penggunaan jamban sehat	9
Faktor 3	ISPA, diare, kesehatan gigi mulut, pemanfaatan fasilitas kesehatan	1
Faktor 4	hipertensi, penimbangan balita, imunisasi lengkap	10
Faktor 6	BB/U, kecukupan energi protein	6

Rumus yang digunakan untuk menghitung IPKM Regional Jawa Bali:

$$\begin{aligned} & (\text{campak*2}) + (\text{asma*2}) + (\text{kesehatan mental*2}) + (\text{perilaku merokok*2}) + \\ & (\text{BB/TB balita*2}) + (\text{disabilitas*2}) + (\text{jantung*9}) + (\text{IMT*9}) + (\text{perilaku cuci} \\ & \text{tangan*9}) + (\text{TB/U balita*9}) + (\text{penggunaan jamban sehat*9}) + (\text{ISPA*1}) + \\ & (\text{diare*1}) + (\text{kesehatan gigi mulut*1}) + (\text{pemanfaatan fasilitas kesehatan*1}) + \\ & (\text{hipertensi*10}) + (\text{penimbangan balita*10}) + (\text{imunisasi lengkap*10}) + \\ & (\text{BB/Ubalita*6}) + (\text{kecukupan energi protein*6}) \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} & (100*2) + (100*2) + (100*2) + (100*2) + (100*2) + (100*2) + \\ & (100*9) + (100*9) + (100*9) + (100*9) + (100*9) + (100*1) + (100*1) + (100*1) \\ & + (100*1) + (100*10) + (100*10) + (100*10) + (100*6) + (100*6) \end{aligned}$$

Berdasarkan rumus diatas maka diperoleh nilai korelasi dengan umur harapan hidup sebesar 0,686, Indeks Pembangunan Manusia sebesar 0,575, dan dengan IPKM yang dahulu sebesar 0,882. Nilai korelasi dengan IPKM cukup bagus sehingga perubahan hanya sedikit terjadi pada ranking regional Jawa Bali jika menggunakan model indeks yang baru dengan indikator khusus yang berperan untuk regional Jawa Bali.

Tabel 5.43 Nilai Korelasi Indeks Regional Jawa Bali

	UHH 2007	IPM 2007	IPKM
Pearson Correlation	.686	.575	.882
Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000
N	124	124	124

5.7.3 Aplikasi Indikator pada Indeks Terpilih untuk Regional Jawa-Bali terhadap UHH 2008

Faktor dan indikator yang terpilih berdasarkan UHH 2007 untuk membentuk indeks, diaplikasikan kembali dengan menggunakan UHH 2008 sebagai variabel *dependen*. Dengan menggunakan regresi linier, dari 7 faktor yang terlibat, lima faktor menunjukkan $p < 0,1$.

Tabel 5.44 Nilai Kemaknaan Indikator untuk Indeks Regional Jawa Bali berdasarkan UHH 2008

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Correlations		
	B	SE	Beta			Zero-order	Partial	Part
Konstanta	68.954	.172		401.513	.000			
Faktor 1	.669	.172	.231	3.881	.000	.231	.339	.231
Faktor 2	1.448	.172	.500	8.395	.000	.500	.615	.500
Faktor 3	.386	.172	.133	2.237	.027	.133	.203	.133
Faktor 4	1.265	.172	.437	7.334	.000	.437	.563	.437
Faktor 5	.224	.172	.077	1.298	.197	.077	.120	.077
Faktor 6	.752	.172	.260	4.362	.000	.260	.375	.260
Faktor 7	-.139	.172	-.048	-.804	.423	-.048	-.074	-.048

Dependent Variable: UHH 2008

Faktor dan indikator yang berhubungan dengan Umur Harapan Hidup tahun 2008 sama dengan faktor dan indikator yang berhubungan dengan Umur Harapan Hidup tahun 2007. Nilai korelasi yang terbentuk adalah 0,762.

Tabel 5.45 Analisis Regresi Linier Indikator Regional Jawa Bali berdasarkan UHH 2008

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Correlations partial
	B	SE	Beta			
Konstanta	68.954	.172		400.951	.000	
Faktor 1	.669	.173	.231	3.876	.000	.231
Faktor 2	1.448	.173	.500	8.383	.000	.500
Faktor 3	.386	.173	.133	2.234	.027	.133
Faktor 4	1.265	.173	.437	7.323	.000	.437
Faktor 6	.752	.173	.260	4.356	.000	.260

Dependent Variable: UHH 2008

Hasil analisis korelasi indeks yang terbentuk dengan nilai bobot menunjukkan nilai sebesar 0,678 terhadap umur harapan hidup tahun 2008 dan 0,577 terhadap indeks pembangunan manusia. Model indeks ini melibatkan indikator-indikator yang konsisten dan korelasi terhadap umur harapan hidup juga cukup konsisten.

Tabel 5.46 Nilai Korelasi Indeks Regional Jawa Bali berdasarkan UHH 2008

	UHH 2008	IPM 2008
Pearson Correlation	.678	.577
Sig. (2-tailed)	.000	.000
N	124	124

5.7.4 Model Indeks Terpilih untuk Regional Jawa Bali

Rumus yang digunakan untuk menghitung IPKM Regional Jawa Bali adalah

$$\begin{aligned} & (\text{campak*2}) + (\text{asma*2}) + (\text{kesehatan mental*2}) + (\text{perilaku merokok*2}) + \\ & (\text{BB/TB balita*2}) + (\text{disabilitas*2}) + (\text{jantung*9}) + (\text{IMT*9}) + (\text{perilaku cuci} \\ & \text{tangan*9}) + (\text{TB/U balita*9}) + (\text{penggunaan jamban sehat*9}) + (\text{ISPA*1}) + \\ & (\text{diare*1}) + (\text{kesehatan gigi mulut*1}) + (\text{pemanfaatan fasilitas kesehatan*1}) + \\ & (\text{hipertensi*10}) + (\text{penimbangan balita*10}) + (\text{imunisasi lengkap*10}) + (\text{BB/U} \\ & \text{balita*6}) + (\text{kecukupan energi protein*6}) \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} & (100*2) + (100*2) + (100*2) + (100*2) + (100*2) + (100*2) + \\ & (100*9) + (100*9) + (100*9) + (100*9) + (100*9) + (100*1) + (100*1) + (100*1) \\ & + (100*1) + (100*10) + (100*10) + (100*10) + (100*6) + (100*6) \end{aligned}$$

Dengan menggunakan hasil dari rumus terpilih dan dianalisis bersama-sama dengan komponen-komponen pembentuk IPM 2007 maka diperoleh nilai korelasi model sebesar 0,736. Peran IPKM dalam menentukan umur harapan hidup berkisar 89%.

5.47 Analisis Regresi Linier Indeks Regional Jawa Bali berdasarkan IPM 2007

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Correlations Partial
	B	SE	Beta			
Konstanta	23.269	16.349		1.423	.157	
IPKM	.335	.049	.535	6.797	.000	.529
Melek Huruf	.028	.046	.063	.620	.536	.057
Lama sekolah	.364	.237	.197	1.534	.128	.139
Ekonomi	.030	.025	.091	1.179	.241	.107

Dependent Variable: UHH 2007

5.8 IPKM Regional Kawasan Timur Indonesia

Dalam pemilihan indikator pada regional Kawasan Timur Indonesia, jumlah record yang dianalisis sebanyak 182 dan merupakan jumlah kabupaten/kota di regional Kawasan Timur Indonesia yang terlibat dalam analisis IPKM ini. Pada IPKM sebelumnya, belum dilakukan analisis indikator yang berperan membentuk indeks untuk regional Kawasan Timur Indonesia.

5.8.1 Pemilihan Indikator untuk Regional Kawasan Timur Indonesia

Analisis faktor explanatory dilakukan untuk pemilihan indikator pada regional Sumatera. Pada awal proses menggunakan 41 indikator sama dengan

indikator yang dilibatkan pada proses IPKM tingkat nasional. Dari 41 indikator tersebut diperoleh 22 indikator yang mempunyai distribusi normal.

Tabel 5.48 Uji Normalitas untuk Seleksi Indikator Regional Kawasan Timur Indonesia

No	Indikator	Pvalue	No	Indikator	Pvalue
1	ISPA	0.02	24	BBLR	0.02
2	Pneumonia	0.00	25	Pemeriksaan Kehamilan	0.34
3	Thypoid	0.00	26	Kunjungan Neonatal	0.83
4	Malaria	0.00	27	BB/U Balita	0.88
5	Diare	0.00	28	TB/U Balita	0.48
6	Campak	0.00	29	BB/TB balita	0.09
7	Tb paru	0.00	30	Disabilitas	0.89
8	DBD	0.00	31	Penolong Persalinan	0.67
9	Hepatitis	0.00	32	Lama Pemberian ASI	0.67
10	Asma	0.12	33	KB	0.05
11	Kesehatan gigi-mulut	0.69	34	Jamban	0.18
12	Jantung	0.00	35	Pencemaran Lingkungan	0.08
13	Diabetes	0.00	36	Kecukupan Energi Protein	0.88
14	Tumor	0.00	37	Vitamin A	0.03
15	Hipertensi	0.89	38	Penggunaan Air Bersih	0.26
16	IMT	0.54	39	Kemudahan Akses Fasilitas Kesehatan	0.00
17	Pemanfaatan Fasilitas Kesehatan	0.49	40	Rasio Dokter/ Penduduk	0.00
18	Perilaku Cuci Tangan	0.26	41	Rasio Bidan/ Penduduk	0.99
19	Kesehatan Mental	0.03	42	Umur Harapan Hidup (2007)	0.22
20	Perilaku merokok	0.08	43	Umur Harapan Hidup (2008)	0.16
21	Ketanggapan Sistem Kesehatan	0.00	44	Indeks Pembangunan Manusia (2007)	0.01
22	Penimbangan Balita	0.07	45	Indeks Pembangunan Manusia (2008)	0.02
23	Imunisasi lengkap	0.15			

Seleksi selanjutnya dengan melihat nilai korelasi antar indikator. Seluruh indikator mempunyai nilai $< 0,8$ yang mempunyai arti bahwa tidak terjadi kolinearitas antar indikator. KMO and Bartlett's test mempunyai nilai 0,695 ($>0,5$) yang berarti cukup dapat menjelaskan indeks yang akan dibentuk. Nilai signifikansi sebesar 0,00 yang menunjukkan terdapat korelasi antara indikator.

KMO masing-masing indikator juga dilihat, jika menunjukkan $< 0,5$ berarti indikator tersebut tidak mampu menjelaskan indikator tersebut sendiri. Indikator-indikator tersebut dikeluarkan secara bertahap hingga semua indikator dalam model yang terbentuk mempunyai nilai KMO $>0,5$. Selain dilihat nilai KMO juga dilihat factor loading masing-masing indikator. Indikator yang dilibatkan dalam proses selanjutnya yang mempunyai nilai factor loading $\geq |0,5|$.

Berdasarkan hal tersebut maka dari 21 indikator, yang memenuhi syarat untuk dianalisis selanjutnya sebanyak 14 indikator.

Tabel 5.49 Nilai KMO Indikator Regional Kawasan Timur Indonesia

No	Indikator	KMO	No	Indikator	KMO
1	Asma	0.675	8	Pemeriksaan Kehamilan	0.755
2	Gigi-mulut	0.636	9	BB/U Balita	0.748
3	IMT	0.746	10	TB/U Balita	0.635
4	Perilaku Cuci Tangan	0.618	11	Disabilitas	0.685
5	Perilaku merokok	0.606	12	Penolong Persalinan	0.771
6	Penimbangan Balita	0.568	13	Jamban	0.780
7	Imunisasi lengkap	0.720	14	Kecukupan Energi Protein	0.580

Empat belas indikator yang memenuhi syarat diagnostik membentuk 5 faktor dengan rincian sebagai berikut:

Faktor 1: Penimbangan balita, imunisasi lengkap, pemeriksaan kehamilan

Faktor 2: BB/U balita, TB/U balita

Faktor 3: Asma, kesehatan gigi mulut, disabilitas

Faktor 4: IMT, perilaku merokok, penolong persalinan, penggunaan jamban sehat

Faktor 5: Perilaku cuci tangan, kecukupan energi dan protein

5.8.2 Penentuan Bobot Indikator untuk Regional Kawasan Timur Indonesia

Setelah dilakukan analisis faktor, lima faktor yang telah terbentuk dari 14 indikator dilanjutkan dengan analisis regresi linier untuk menentukan faktor yang mempunyai hubungan dengan Umur Harapan Hidup tahun 2007 dan untuk memperoleh nilai bobot yang akan digunakan dalam pembentukan indeks. Nilai kemaknaan masing-masing faktor dapat dilihat pada tabel 5.50. Model dengan lima faktor ini mempunyai nilai korelasi 0,526.

Tabel 5.50 Nilai Kemaknaan Indikator untuk Indeks Regional Kawasan Timur Indonesia

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Correlations partial
	B	SE	Beta			
Konstanta	67.200	.204		330.045	.000	
Faktor 1	-.389	.204	-.122	-1.907	.058	-.122
Faktor 2	1.421	.204	.446	6.961	.000	.446
Faktor 3	.241	.204	.076	1.180	.240	.076
Faktor 4	.672	.204	.211	3.294	.001	.211
Faktor 5	-.343	.204	-.108	-1.680	.095	-.108

Dependent Variable: UHH 2007

Dari lima faktor, yang memenuhi syarat untuk terlibat dalam pembentukan indeks adalah empat faktor. Syarat tersebut adalah faktor mempunyai nilai kemaknaan <0,1 pada saat analisis regresi linier multivariat. Nilai korelasi yang diperoleh dengan lima faktor sebesar 0,520. Nilai korelasi tersebut tidak berbeda dengan nilai korelasi lima faktor.

Tabel 5.51 Analisis Regresi Linier untuk Indeks Regional Kawasan Timur Indonesia

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Correlations
	B	SE	Beta			
Konstanta	67.200	.204		329.681	.000	
Faktor 1	-.389	.204	-.122	-1.905	.058	-.122
Faktor 2	1.421	.204	.446	6.953	.000	.446
Faktor 4	.672	.204	.211	3.290	.001	.211
Faktor 5	-.343	.204	-.108	-1.678	.095	-.108

Dependent Variable: UHH 2007

Dari hasil regresi linier tersebut diperoleh korelasi partial yang akan digunakan sebagai bobot. Cara menghitung bobot sama dengan cara menghitung bobot pada model nasional

Bobot yang digunakan untuk IPKM Regional Kawasan Timur Indonesia:

FAKTOR	INDIKATOR	BOBOT
Faktor 1	Penimbangan balita, imunisasi lengkap, pemeriksaan kehamilan	2
Faktor 2	BB/U balita, TB/U balita	37
Faktor 4	IMT, perilaku merokok, penolong persalinan, penggunaan jamban sehat	4
Faktor 5	Perilaku cuci tangan, kecukupan energi dan protein	2

Rumus yang digunakan untuk menghitung IPKM Regional Kawasan Timur Indonesia (Rumus 5.6) adalah

$$\begin{aligned}
 & (\text{penimbangan balita} \times 2) + (\text{imunisasi lengkap} \times 2) + (\text{pemeriksaan kehamilan} \times 2) + \\
 & (\text{BB/U balita} \times 37) + (\text{TB/U balita} \times 37) + (\text{IMT} \times 4) + (\text{perilaku merokok} \times 4) + \\
 & (\text{penolong persalinan} \times 4) + (\text{penggunaan jamban} \times 4) + (\text{perilaku cuci tangan} \times 2) + \\
 & (\text{kecukupan energi protein} \times 2)
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 & (100 \times 2) + (100 \times 2) + (100 \times 2) + (100 \times 37) + (100 \times 37) + (100 \times 4) + \\
 & (100 \times 4) + (100 \times 4) + (100 \times 4) + (100 \times 2) + (100 \times 2)
 \end{aligned}$$

Berdasarkan rumus diatas maka diperoleh nilai korelasi dengan umur harapan hidup sebesar 0,389. Korelasi dengan Indeks Pembangunan Manusia sebesar 0,502 dan dengan IPKM yang dahulu sebesar 0,760. Nilai korelasi dengan IPKM menunjukkan sedikit perubahan pada ranking regional Kawasan Timur Indonesia jika menggunakan model indeks yang baru dengan indikator khusus yang berperan untuk regional Kawasan Timur Indonesia.

Tabel 5.52 Nilai Korelasi Indeks Regional Kawasan Timur Indonesia

	UHH 2007	IPM 2007	IPKM
Pearson Correlation	.389	.502	.760
Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000
N	182	182	182

5.8.3 Aplikasi Indikator pada Indeks Terpilih untuk Regional Kawasan Timur Indonesia terhadap IPM 2008

Faktor dan indikator yang terpilih berdasarkan UHH 2007 untuk membentuk indeks, diaplikasikan kembali dengan menggunakan UHH 2008 sebagai variabel *dependen*. Dengan menggunakan regresi linier, dari 5 faktor yang terlibat, empat faktor menunjukkan $p < 0,1$ dengan nilai korelasi model sebesar 0,524.

Tabel 5.53 Nilai Kemaknaan Indikator untuk Indeks Regional Kawasan Timur Indonesia berdasarkan UHH 2008

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Correlations		
	B	SE	Beta			Zero-order	Partial	Part
Konstanta	67.423	.202		334.120	.000			
Faktor 1	-.379	.202	-.120	-1.872	.063	-.120	-.140	-.120
Faktor 2	1.397	.202	.443	6.904	.000	.443	.462	.443
Faktor 3	.219	.202	.070	1.084	.280	.070	.081	.070
Faktor 4	.682	.202	.217	3.373	.001	.217	.246	.217
Faktor 5	-.340	.202	-.108	-1.679	.095	-.108	-.126	-.108

Dependent Variable: UHH 2008

Faktor dan indikator yang berhubungan dengan Umur Harapan Hidup tahun 2008 sama dengan faktor dan indikator yang berhubungan dengan Umur Harapan Hidup tahun 2007. Nilai korelasi yang terbentuk adalah 0,519.

Tabel 5.54 Regresi Linier Indikator Regional Kawasan Timur Indonesia berdasarkan UHH 2008

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Correlations		
	B	SE	Beta			Zero-order	Partial	Part
Konstanta	67.423	.202		333.954	.000			
Faktor 1	-.379	.202	-.120	-1.871	.063	-.120	-.139	-.120
Faktor 2	1.397	.202	.443	6.901	.000	.443	.460	.443
Faktor 4	.682	.202	.217	3.371	.001	.217	.246	.217
Faktor 5	-.340	.202	-.108	-1.678	.095	-.108	-.125	-.108

Dependent Variable: UHH 2008

Hasil analisis korelasi indeks yang terbentuk dengan nilai bobot menunjukkan nilai sebesar 0,388 terhadap umur harapan hidup tahun 2008 dan 0,563 terhadap indeks pembangunan manusia. Model indeks ini melibatkan indikator-indikator yang konsisten dan korelasi terhadap umur harapan hidup juga cukup konsisten.

Tabel 5.55 Nilai Korelasi Regional Kawasan Timur Indonesia berdasarkan UHH 2008

	UHH 2008	IPM 2008
Pearson Correlation	.388	.563
Sig. (2-tailed)	.000	.000
N	182	182

5.8.4 Model Indeks Terpilih untuk Regional Kawasan Timur Indonesia

Rumus yang digunakan untuk menghitung IPKM Regional Kawasan Timur Indonesia adalah

$$\begin{aligned}
 & (\text{penimbangan balita} \times 2) + (\text{imunisasi lengkap} \times 2) + (\text{pemeriksaan kehamilan} \times 2) + \\
 & (\text{BB/U balita} \times 37) + (\text{TB/U balita} \times 37) + (\text{IMT} \times 4) + (\text{perilaku merokok} \times 4) + \\
 & (\text{penolong persalinan} \times 4) + (\text{penggunaan jamban} \times 4) + (\text{perilaku cuci tangan} \times 2) + \\
 & (\text{kecukupan energi protein} \times 2)
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 & (100 \times 2) + (100 \times 2) + (100 \times 2) + (100 \times 37) + (100 \times 37) + (100 \times 4) + \\
 & (100 \times 4) + (100 \times 4) + (100 \times 4) + (100 \times 2) + (100 \times 2)
 \end{aligned}$$

Dengan menggunakan hasil dari rumus terpilih dan dianalisis bersama-sama dengan komponen-komponen pembentuk IPM 2007 maka diperoleh nilai korelasi model sebesar 0,464. Peran IPKM dalam meningkatkan umur harapan hidup berkisar 27% dan pendidikan mempunyai peran 50%.

5.56 Analisis Regresi Linier Indeks Regional Kawasan Timur Indonesia berdasarkan IPM 2007

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Correlations Partial
	B	SE	Beta			
Konstanta	41.148	7.763		5.301	.000	
IPKM	.102	.043	.198	2.377	.019	.176
Melek Huruf	-.043	.027	-.164	-1.601	.111	-.119
Lama sekolah	.686	.245	.319	2.803	.006	.206
Ekonomi	.030	.014	.165	2.158	.032	.160

Dependent Variable: UHH 2007

5.9 IPKM untuk Wilayah dengan IPM di atas atau sama dengan Rata-Rata Nasional

Dalam pemilihan indikator, jumlah record yang dianalisis sebanyak 223 dan merupakan jumlah kabupaten/kota yang mempunyai nilai IPM di atas atau sama dengan rata-rata IPM nasional ($\geq 69,96$).

5.9.1 Pemilihan Indikator untuk Wilayah IPM di atas Rata-Rata Nasional

Analisis faktor explanatory dilakukan untuk pemilihan indikator. Pada awal proses menggunakan 41 indikator sama dengan indikator yang dilibatkan pada proses IPKM tingkat nasional. Dari 41 indikator tersebut diperoleh 20 indikator yang mempunyai distribusi normal.

Tabel 5.57 Uji Normalitas untuk Seleksi Indikator Wilayah IPM di atas Rata-Rata Nasional

No	Indikator	Pvalue	No	Indikator	Pvalue
1	ISPA	0.78	24	BBLR	0.06
2	Pneumonia	0.00	25	Pemeriksaan Kehamilan	0.01
3	Thypoid	0.00	26	Kunjungan Neonatal	0.91
4	Malaria	0.00	27	BB/U Balita	0.07
5	Diare	0.00	28	TB/U Balita	0.23
6	Campak	0.00	29	BB/TB balita	0.10
7	Tb paru	0.00	30	Disabilitas	0.05
8	DBD	0.00	31	Penolong Persalinan	0.00
9	Hepatitis	0.00	32	Lama Pemberian ASI	1.00
10	Asma	0.00	33	KB	0.14
11	Gigi-mulut	0.85	34	Jamban	0.23
12	Jantung	0.02	35	Pencemaran Lingkungan	0.01
13	Diabetes	0.01	36	Kecukupan Energi Protein	0.86
14	Tumor	0.00	37	Vitamin A	0.03
15	Hipertensi	0.70	38	Penggunaan Air Bersih	0.81
16	IMT	0.98	39	Kemudahan Akses Fasilitas Kesehatan	0.00
17	Pemanfaatan Fasilitas Kesehatan	0.75	40	Rasio Dokter/ Penduduk	0.00
18	Perilaku Cuci Tangan	0.49	41	Rasio Bidan/ Penduduk	0.44
19	Kesehatan Mental	0.00	42	Umur Harapan Hidup (2007)	0.99
20	Perilaku merokok	0.61	43	Umur Harapan Hidup (2008)	0.99
21	Ketanggapan Sistem Kesehatan	0.00	44	Indeks Pembangunan Manusia (2007)	0.02
22	Penimbangan Balita	0.00	45	Indeks Pembangunan Manusia (2008)	0.02
23	Imunisasi lengkap	0.22			

Seleksi selanjutnya dengan melihat nilai korelasi antar indikator. Seluruh indikator mempunyai nilai $< 0,8$ yang mempunyai arti bahwa tidak terjadi kolinearitas antar indikator. KMO masing-masing indikator juga dilihat, jika menunjukkan $< 0,5$ berarti indikator tersebut tidak mampu menjelaskan indikator tersebut sendiri. Indikator-indikator tersebut dikeluarkan secara bertahap hingga semua indikator dalam model yang terbentuk mempunyai nilai KMO $> 0,5$. Selain dilihat nilai KMO juga dilihat factor loading masing-masing indikator. Indikator yang dilibatkan dalam proses selanjutnya yang mempunyai nilai faktor loading $\geq |0,5|$. KMO and Bartlett's test mempunyai nilai 0,704 ($> 0,5$) yang berarti cukup dapat menjelaskan indeks yang akan dibentuk. Nilai signifikansi sebesar 0,00 yang menunjukkan terdapat korelasi antara indikator. Berdasarkan hal tersebut maka dari 20 indikator, yang memenuhi syarat untuk dianalisis selanjutnya sebanyak 17 indikator.

Tabel 5.58 Nilai KMO Indikator Wilayah di Atas Rata-Rata IPM Nasional

No	Indikator	KMO	No	Indikator	KMO
1	ISPA	0.592	10	Kunjungan Neonatal	0.801
2	Gigi-mulut	0.653	11	BB/U Balita	0.705
3	Hipertensi	0.772	12	TB/U Balita	0.811
4	IMT	0.717	13	BB/TB Balita	0.745
5	Pemanfaatan fasilitas kesehatan	0.576	14	Disabilitas	0.734
6	Perilaku cuci tangan	0.746	15	Lama pemberian ASI	0.631
7	Perilaku merokok	0.661	16	KB	0.576
8	Imunisasi Lengkap	0.790	17	Penggunaan jamban	0.718
9	BBLR	0.676			

Tujuh belas indikator yang memenuhi syarat diagnostik membentuk 5 faktor dengan rincian sebagai berikut:

Faktor 1: IMT, perilaku cuci tangan, TB/U balita, penggunaan jamban sehat

Faktor 2: Hipertensi, perilaku merokok, BB/TB balita, disabilitas

Faktor 3: ISPA, kesehatan gigi mulut, pemanfaatan fasilitas kesehatan

Faktor 4: Imunisasi lengkap, lama pemberian ASI, KB

Faktor 5: BBLR, kunjungan neonatal, BB/U balita

5.9.2 Penentuan Bobot Indikator untuk Wilayah di Atas Rata-Rata IPM Nasional

Setelah dilakukan analisis faktor, lima faktor yang telah terbentuk dari 17 indikator dilanjutkan dengan analisis regresi linier untuk menentukan faktor yang mempunyai hubungan dengan Umur Harapan Hidup tahun 2007 dan untuk memperoleh nilai bobot yang akan digunakan dalam pembentukan indeks. Dari lima faktor, dua faktor yang memenuhi syarat untuk terlibat dalam pembentukan indeks. Faktor tersebut mempunyai nilai kemaknaan $<0,1$ pada saat analisis regresi linier multivariat. Nilai korelasi yang diperoleh dengan dua faktor sebesar 0,390. Nilai korelasi tidak berbeda dengan nilai korelasi lima faktor.

Tabel 5.59 Analisis Regresi Linier untuk Indeks Wilayah di Atas Rata-Rata IPM Nasional

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Correlations Partial
	B	SE	Beta			
Konstanta	69.772	.119		586.781	.000	
Faktor 1	.713	.119	.372	5.983	.000	.372
Faktor 2	.225	.119	.117	1.891	.060	.117

Dependent Variable: UHH 2007

Dari hasil regresi linier diperoleh korelasi partial yang digunakan sebagai bobot. Cara menghitung bobot sama dengan cara menghitung bobot pada model nasional Bobot yang digunakan untuk IPKM wilayah di atas rata-rata IPM nasional:

FAKTOR	INDIKATOR	BOBOT
Faktor 1	IMT, perilaku cuci tangan, TB/U balita, penggunaan jamban sehat	23
Faktor 2	Hipertensi, perilaku merokok, BB/TB balita, disabilitas	2

Rumus yang digunakan untuk menghitung IPKM wilayah di atas rata-rata nilai IPM nasional (Rumus 5.7) adalah

$$(IMT*23) + (\text{perilaku cuci tangan}*23) + (TB/U \text{ balita}*23) + (\text{penggunaan jamban}*23) + (\text{hipertensi}*2) + (\text{perilaku merokok}*2) + (BB/TB \text{ balita}*2) + (\text{disabilitas}*2)$$

$$(100*23) + (100*23) + (100*23) + (100*23) + (100*2) + (100*2) + (100*2) + (100*2)$$

Berdasarkan rumus diatas maka diperoleh nilai korelasi dengan umur harapan hidup sekitar 0,42. Korelasi dengan Indeks Pembangunan Manusia sebesar 0,596.

Tabel 5.60 Nilai Korelasi Indeks Wilayah di atas Rata-Rata IPM Nasional

	UHH 2007	IPM 2007	IPKM	UHH 2008	IPM 2008
Pearson Correlation	.428	.596	.766	.424	.596
Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000
N	223	223	223	223	223

5.9.3 Model Indeks Terpilih untuk Wilayah di atas Rata-Rata IPM Nasional

Rumus yang digunakan untuk menghitung IPKM:

$$\frac{(IMT*23) + (\text{perilaku cuci tangan}*23) + (TB/U balita*23) + (\text{penggunaan jamban}*23) + (\text{hipertensi}*2) + (\text{perilaku merokok}*2) + (BB/TB balita*2) + (\text{disabilitas}*2)}{(100*23) + (100*23) + (100*23) + (100*23) + (100*2) + (100*2) + (100*2) + (100*2)}$$

Dengan menggunakan hasil dari rumus terpilih dan dianalisis bersama-sama dengan komponen-komponen pembentuk IPM 2007 maka diperoleh nilai korelasi model sebesar 0,557. Peran IPKM dalam meningkatkan umur harapan hidup berkisar 14% dan pendidikan mempunyai peran 79%.

5.61 Analisis Regresi Linier Indeks Wilayah di Atas Rata-Rata IPM Nasional berdasarkan IPM 2007

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Correlations Partial
	B	SE	Beta			
Konstanta	101.694	8.334		12.203	.000	
IPKM	.063	.020	.250	3.165	.002	.210
Melek huruf	-.257	.043	-.473	-6.040	.000	-.379
Lama sekolah	.660	.138	.441	4.793	.000	.309
Ekonomi	-.026	.012	-.136	-2.183	.030	-.146

Dependent Variable: UHH 2007

5.10 IPKM untuk Wilayah dengan IPM di bawah Rata-Rata Nasional

Dalam pemilihan indikator, jumlah record yang dianalisis sebanyak 215 dan merupakan jumlah kabupaten/kota yang mempunyai nilai IPM di bawah rata-rata IPM nasional.

5.10.1 Pemilihan Indikator untuk Wilayah IPM di bawah Rata-Rata

Nasional

Analisis faktor explanatory dilakukan untuk pemilihan indikator. Pada awal proses menggunakan 41 indikator sama dengan indikator yang dilibatkan pada proses IPKM tingkat nasional. Dari 41 indikator tersebut diperoleh 24 indikator yang mempunyai distribusi normal.

Tabel 5.62 Uji Normalitas untuk Seleksi Indikator Wilayah IPM di bawah Rata-Rata Nasional

No	Indikator	Pvalue	No	Indikator	Pvalue
1	ISPA	0.25	24	BBLR	0.00
2	Pneumonia	0.00	25	Pemeriksaan Kehamilan	0.15
3	Thypoid	0.00	26	Kunjungan Neonatal	0.57
4	Malaria	0.00	27	BB/U Balita	0.80
5	Diare	0.00	28	TB/U Balita	0.80
6	Campak	0.00	29	BB/TB balita	0.30
7	Tb paru	0.00	30	Disabilitas	0.91
8	DBD	0.00	31	Penolong Persalinan	0.16
9	Hepatitis	0.00	32	Lama Pemberian ASI	0.48
10	Asma	0.14	33	KB	0.01
11	Gigi-mulut	0.72	34	Jamban	0.21
12	Jantung	0.00	35	Pencemaran Lingkungan	0.07
13	Diabetes	0.05	36	Kecukupan Energi Protein	0.68
14	Tumor	0.00	37	Vitamin A	0.01
15	Hipertensi	0.67	38	Penggunaan Air Bersih	0.16
16	IMT	0.48	39	Kemudahan Akses Fasilitas Kesehatan	0.00
17	Pemanfaatan Fasilitas Kesehatan	0.49	40	Rasio Dokter/ Penduduk	0.00
18	Perilaku Cuci Tangan	0.17	41	Rasio Bidan/ Penduduk	0.21
19	Kesehatan Mental	0.01	42	Umur Harapan Hidup (2007)	0.18
20	Perilaku merokok	0.26	43	Umur Harapan Hidup (2008)	0.27
21	Ketanggapan Sistem Kesehatan	0.00	44	Indeks Pembangunan Manusia (2007)	0.00
22	Penimbangan Balita	0.24	45	Indeks Pembangunan Manusia (2008)	0.00
23	Imunisasi lengkap	0.10			

Seleksi selanjutnya dengan melihat nilai korelasi antar indikator. Seluruh indikator mempunyai nilai $< 0,8$ yang mempunyai arti bahwa tidak terjadi kolinearitas antar indikator. KMO masing-masing indikator juga dilihat, jika menunjukkan $< 0,5$ berarti indikator tersebut tidak mampu menjelaskan indikator tersebut sendiri. Indikator-indikator tersebut dikeluarkan secara bertahap hingga semua indikator dalam model yang terbentuk mempunyai nilai KMO $> 0,5$.

Selain dilihat nilai KMO juga dilihat factor loading masing-masing indikator. Indikator yang dilibatkan dalam proses selanjutnya yang mempunyai nilai faktor loading $\geq |0,5|$. KMO and Bartlett's test mempunyai nilai 0,709 ($>0,5$) yang berarti cukup dapat menjelaskan indeks yang akan dibentuk. Nilai signifikansi sebesar 0,00 yang menunjukkan terdapat korelasi antara indikator. Berdasarkan hal tersebut maka dari 24 indikator, yang memenuhi syarat untuk dianalisis selanjutnya sebanyak 19 indikator.

Tabel 5.63 Nilai KMO Indikator Wilayah di Bawah Rata-Rata IPM Nasional

No	Indikator	KMO	No	Indikator	KMO
1	ISPA	0.699	11	Kunjungan Neonatal	0.758
2	Asma	0.712	12	BB/U Balita	0.652
3	Gigi-mulut	0.740	13	TB/U Balita	0.561
4	Diabetes	0.697	14	BB/TB Balita	0.643
5	Hipertensi	0.679	15	Disabilitas	0.753
6	IMT	0.668	16	Penolong persalinan	0.761
7	Pemanfaatan fasilitas kesehatan	0.662	17	Lama pemberian ASI	0.740
8	Perilaku cuci tangan	0.568	18	Kecukupan energi protein	0.568
9	Imunisasi Lengkap	0.820	19	Penggunaan air bersih	0.762
10	Pemeriksaan kehamilan	0.792			

Sembilan belas indikator membentuk 6 faktor dengan rincian sebagai berikut:

Faktor 1: Imunisasi lengkap, pemeriksaan kehamilan, kunjungan neonatal, penolong persalinan, lama pemberian ASI, penggunaan air bersih

Faktor 2: Asma, kesehatan gigi mulut, disabilitas

Faktor 3: ISPA, Hipertensi, pemanfaatan fasilitas kesehatan

Faktor 4: IMT, BB/TB balita

Faktor 5: BB/U balita, TB/U balita

Faktor 6: diabetes, perilaku cuci tangan, kecukupan energi protein

5.10.2 Penentuan Bobot Indikator untuk Wilayah di Bawah Rata-Rata IPM Nasional

Setelah dilakukan analisis faktor, enam faktor yang telah terbentuk dari 19 indikator dilanjutkan dengan analisis regresi linier untuk menentukan faktor yang mempunyai hubungan dengan Umur Harapan Hidup tahun 2007 dan untuk memperoleh nilai bobot yang akan digunakan dalam pembentukan indeks. Dari enam faktor, yang memenuhi syarat untuk terlibat dalam pembentukan indeks adalah dua faktor. Syarat tersebut adalah faktor mempunyai nilai kemaknaan $<0,1$ pada saat analisis regresi linier multivariat. Nilai korelasi yang diperoleh dengan dua faktor sebesar 0,305.

Tabel 5.64 Analisis Regresi Linier untuk Indeks Wilayah di Bawah Rata-Rata IPM Nasional

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Correlations Partial
	B	SE	Beta			
Konstanta	66.192	.165		402.035	.000	
Faktor 5	.771	.165	.305	4.671	.000	.305

Dependent Variable: UHH 2007

Dari hasil regresi linier tersebut diperoleh korelasi partial yang akan digunakan sebagai bobot. Cara menghitung bobot sama dengan cara menghitung bobot pada model nasional

Bobot yang digunakan untuk IPKM wilayah di atas rata-rata IPM nasional:

FAKTOR	INDIKATOR	BOBOT
Faktor 5	BB/U balita, TB/U balita	50

Rumus yang digunakan untuk menghitung IPKM wilayah di bawah rata-rata nilai IPM nasional (Rumus 5.8) adalah

$$\frac{(TB/U \text{ balita} * 50) + (BB/U \text{ balita} * 50)}{(100 * 50) + (100 * 50)}$$

Berdasarkan rumus diatas maka diperoleh nilai korelasi dengan umur harapan hidup sekitar 0,24. Korelasi dengan Indeks Pembangunan Manusia sebesar 0,2.

Tabel 5.65 Nilai Korelasi Indeks Wilayah di bawah Rata-Rata IPM Nasional

	UHH 2007	IPM 2007	IPKM	UHH 2008	IPM 2008
Pearson Correlation	.243	.200	.512	.240	.193
Sig. (2-tailed)	.000	.003	.000	.000	.005
N	215	215	215	215	215

5.10.3 Model Indeks Terpilih untuk Wilayah di bawah Rata-Rata IPM Nasional

Rumus yang digunakan untuk menghitung IPKM:

$$\frac{(TB/U \text{ balita} * 50) + (BB/U \text{ balita} * 50)}{(100 * 50) + (100 * 50)}$$

Dengan menggunakan hasil dari rumus terpilih dan dianalisis bersama-sama dengan komponen-komponen pembentuk IPM 2007 maka diperoleh nilai korelasi model sebesar 0,264. Peran IPKM dalam meningkatkan umur harapan hidup berkisar 87% dan ekonomi mempunyai peran 12,5%.

Tabel 5.66 Analisis Regresi Linier Indeks Wilayah di Bawah Rata-Rata IPM Nasional berdasarkan IPM 2007

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Correlations Partial
	B	SE	Beta			
Konstanta	69.382	6.899		10.056	.000	
IPKM	.107	.027	.282	3.939	.000	.262
Melek huruf	.007	.026	.034	.290	.772	.020
Lama sekolah	-.034	.284	-.014	-.121	.904	-.008
Ekonomi	-.018	.012	-.110	-1.459	.146	-.100

Dependent Variable: UHH 2007

5.11 Indikator-Indikator dalam Pembentukan Indeks

Berdasarkan hasil analisis di kelompok nasional, kabupaten, kotamadya, Sumatera, Jawa-Bali, dan Kawasan Timur Indonesia maka dihasilkan Indeks menurut masing-masing kelompok. Beberapa indikator terlihat banyak berperan dalam membentuk Indeks. Peran tersebut ditandai dengan frekuensi dan bobot pada saat membentuk indeks.

Indikator yang banyak berperan adalah perilaku cuci tangan, BB/U Balita, TB/U Balita, IMT dewasa, dan penggunaan jamban sehat. Indikator ini ada di empat kelompok indeks yang dibentuk dengan bobot cukup besar di masing-masing indeks. Indikator kesehatan gigi mulut berperan juga di empat kelompok indeks namun bobotnya tidak besar. Indikator kedua yang paling sering muncul dengan bobot besar adalah kunjungan neonatal.

Berdasarkan tabel 5.67 terlihat beberapa indikator yang menjadi indikator spesifik regional. Pada regional Sumatera yang menjadi indikator penting adalah IMT, diabetes, dan perilaku merokok. Regional Jawa-Bali mempunyai indikator kesehatan penting yaitu hipertensi, imunisasi lengkap, dan penimbangan balita. Indikator BB/U dan TB/U merupakan indikator penting di regional Kawasan Timur Indonesia. Beberapa indikator muncul di regional Sumatera, Jawa-Bali, dan Kawasan Timur Indonesia tetapi tidak menjadi masalah nasional. Indikator tersebut adalah IMT, penggunaan jamban sehat, perilaku merokok, imunisasi lengkap, dan kecukupan energi protein.

Tabel 5.67 Indikator dan Bobot dalam Pembentukan IPKM (1)

INDIKATOR	BOBOT					
	Nasional	Kabupaten	Kotamadya	Sumatera	Jabal	KTI
ISPA	1				1	
Pemanfaatan fasilitas kesehatan	1				1	
Perilaku cuci tangan	23	19	24		9	2
Kunjungan neonatal	23	9		10		
BB/U Balita	23	19			6	37
TB/U Balita	23	19			9	37
Kesehatan gigi mulut	2	2	9		1	
Hipertensi	2				10	
Disabilitas	2	2			2	
Lama pemberian ASI		9		2		
Penggunaan air bersih		9				
Rasio bidan per penduduk		9	24			
IMT		2		14	9	4
Thypoid			9			
Asma			9		2	
Penggunaan jamban sehat			24	10	9	4
BBLR				10		
Pemeriksaan kehamilan				10		2
Penolong persalinan				10		4
Diabetes				14		
Perilaku merokok				14	2	4
Imunisasi lengkap				2	10	2
Kecukupan energi protein				2	6	2
Campak					2	
Kesehatan mental					2	
BB/TB balita					2	
Jantung					9	
Diare					1	
Penimbangan balita					10	2
Korelasi dengan UHH 2007	0.404	0.340	0.158	0.471	0.686	0.389
Korelasi dengan IPM 2007	0.497	0.377	0.174	0.674	0.575	0.562
Korelasi dengan IPKM (lama)	0.779	0.783	0.322	0.853	0.882	0.833
P value dengan UHH 2007	0.000	0.000	0.133	0.000	0.000	0.000

Indikator yang berperan pada kabupaten lebih banyak indikator yang berkaitan dengan kesehatan anak. Indikator yang membentuk IPKM kotamadya masih harus ditelaah kembali karena model ini tidak bermakna. Analisis lain dilakukan berdasarkan batasan nilai IPM kabupaten/ kota di bawah rata-rata nilai nasional dan sebaliknya.

Tabel 5.67 Indikator dan Bobot dalam Pembentukan IPKM (2)

INDIKATOR	BOBOT	
	≥Rata-Rata	<Rata-Rata
IMT	23	
Perilaku cuci tangan	23	
BB/U		50
TB/U Balita	23	50
BB/TB Balita	2	
Penggunaan jamban sehat	23	
Hipertensi	2	
Disabilitas	2	
Perilaku merokok	2	
Korelasi dengan UHH 2007	0.428	0.243
Korelasi dengan IPM 2007	0.596	0.200
Korelasi dengan IPKM (lama)	0.766	0.512
P value dengan UHH 2007	0.000	0.000

Indikator status gizi balita sangat berperan pada kedua kelompok tersebut, walaupun nilai korelasi model pada kelompok di bawah rata-rata tidak bagus. Indikator ini harus menjadi perhatian termasuk IMT dewasa juga berperan pada wilayah di atas rata-rata.

Berdasarkan alternatif model yang ada, nilai korelasi terbaik dengan UHH terlihat pada IPKM regional Jawa Bali dibandingkan dengan model IPKM lainnya, kemudian model tersebut dilakukan analisis korelasi kembali dengan nilai PSE (Pendataan Status Ekonomi). PSE adalah nilai proporsi kemiskinan pada kabupaten. Makin besar nilai PSE mempunyai arti makin besar proporsi yang miskin. Nilai korelasi yang diperoleh sebesar -0,360. Nilai negatif menunjukkan hubungan terbalik, jadi makin besar nilai IPKM maka makin kecil nilai PSE. Nilai korelasi tersebut tidak terlalu kuat untuk membuktikan peran kemiskinan terhadap kesehatan.

Model IPKM regional Jawa Bali karena mempunyai nilai korelasi terbaik maka diujicobakan diaplikasikan menjadi model IPKM nasional. Nilai korelasi terhadap UHH 2007, IPM 2007, dan IPKM yang lama hampir tidak ada perbedaan dibandingkan dengan model IPKM nasional yang terbentuk. Nilai ini tidak berbeda bermakna, namun mencakup indikator yang lebih mewakili banyak komponen kesehatan. Secara rinci nilai korelasi dapat dilihat pada tabel 5.68.

Tabel 5.68 Aplikasi Model IPKM Regional Jawa Bali pada IPKM Nasional

IPKM (20)	UHH 2007	UHH 2008	IPM 2007	IPM 2008	IPKM
Pearson Correlation	.359	.357	.453	.454	.791
Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000
N	438	438	438	438	438

Tabel 5.69 menunjukkan nilai korelasi dengan PSE terhadap IPKM nasional, UHH 2007, dan IPM 2007. Tidak ada perbedaan nilai korelasi IPKM nasional baik dengan model awal ataupun dengan aplikasi model Jawa Bali untuk nasional, maupun dengan UHH 2007. Nilai korelasi terlihat cukup baik pada saat dianalisis dengan IPM 2007. Hal ini menunjukkan bahwa ada komponen lain selain kesehatan yang berperan menentukan nilai korelasi dengan kemiskinan.

Tabel 5.69 Nilai Korelasi terhadap PSE

PSE	IPKM nasional (9)	IPKM nasional (20)	UHH 2007	IPM 2007
Pearson Correlation	-.360	-.313	-.376	-.630
Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000
N	438	438	438	438

5.12 Validasi Model Pembentukan Indeks Nasional

Salah satu cara untuk melihat konsistensi model alternatif IPKM nasional, dilakukan validasi dengan menggunakan setengah sampel kabupaten/ kota dari sumber sampel yang sama diambil secara acak. Kemudian model terpilih diaplikasikan pada sampel tersebut dan dianalisis nilai korelasinya dengan umur harapan hidup (UHH) dan indeks pembangunan manusia (IPM).

Tabel 5.70 Perbandingan Nilai Korelasi Validasi Model

	Nilai Korelasi	UHH 2007	IPM 2007	IPKM	UHH 2008	IPM 2008
IPKM (9)	Validasi	0.434	0.560	0.801	0.432	0.560
	Model	0.404	0.497	0.779	0.400	0.497
IPKM (20)	Validasi	0.437	0.523	0.834	0.435	0.524
	Model	0.359	0.453	0.791	0.357	0.454

Pada IPKM dengan 9 indikator maupun 20 indikator terlihat tidak ada perbedaan nilai korelasi, baik terhadap UHH maupun IPM. Dengan demikian model tersebut konsisten untuk diterapkan.

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1 Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat untuk Nasional

Perubahan perspektif terjadi sejak dikeluarkannya Indeks Pembangunan Manusia yang tercermin pada pembangunan kualitas manusia. Pendekatan ini menitikberatkan pada manusia sebagai titik sentral pembangunan yang tidak lagi melihat pembangunan manusia dari individu-individu, akan tetapi sebagai himpunan dari individu-individu. Pembangunan pada hakekatnya adalah untuk menaikkan kualitas manusia dan masyarakatnya yang memiliki tiga elemen yaitu kesehatan, pendidikan, dan kemampuan ekonomi.

Permasalahan di bidang kesehatan yang harus ditangani dalam pembangunan kesehatan meliputi: (1) masih cukup tingginya disparitas status kesehatan antar tingkat sosial ekonomi, antar kecamatan dan perdesaan; (2) mobilitas penduduk yang cukup tinggi; (3) kondisi kesehatan lingkungan masih rendah; (4) perilaku hidup sehat masyarakat yang masih rendah; (5) keterbatasan pelayanan kesehatan; (6) jumlah tenaga kesehatan masih kurang merata; (7) pemanfaatan fasilitas kesehatan yang ada belum optimal; (8) akses masyarakat untuk mencapai fasilitas kesehatan yang ada belum optimal; (9) masih rendahnya kualitas pelayanan kesehatan di Puskesmas dan jaringannya; (10) masih rendahnya kinerja SDM Kesehatan; (11) peran lintas sektor dalam bidang kesehatan belum optimal. Permasalahan ini muncul karena kemampuan masyarakat untuk memilih dan mengemukakan pendapat masih sangat terbatas. Bila masyarakat berperan aktif, seharusnya berbagai masalah kesehatan yang timbul dewasa ini tidak perlu terjadi.

Dalam rangka menggambarkan pencapaian pembangunan kesehatan untuk masing-masing Kabupaten/ Kota maka dibentuk Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM) yang dirumuskan dengan menggunakan beberapa indikator. Indikator tersebut disusun dengan menggunakan data berbasis komunitas yang

berkaitan dengan bidang kesehatan yaitu Riskesdas (Riset Kesehatan Dasar), Susenas (Survei Sosial Ekonomi Nasional), dan Survei Podes (Potensi Desa). Oleh karena sebagian besar indikator menggunakan data yang tidak khusus dikumpulkan untuk satu indikator, maka perlu mengenali keterbatasan dan bias dari data yang digunakan. Cara memilih suatu masalah untuk indikator yang telah dirancang dan mengapa indikator tersebut terpilih membutuhkan informasi. Seleksi dapat berbeda karena dalam area lain, masalah yang berbeda, atau dari perspektif peneliti yang mempunyai minat yang berbeda, sehingga menyebabkan pilihan indikator juga berbeda.

Pembentukan IPKM dengan indikator yang banyak mempunyai tujuan untuk mendapatkan informasi lebih banyak tentang indikator yang berperan untuk meningkatkan umur harapan hidup. Oleh karena dengan meningkatnya umur harapan hidup maka dapat meningkatkan pula Indeks Pembangunan Manusia. Indikator dapat digunakan untuk memantau situasi atau untuk menelusuri efek dari intervensi tertentu. Indikator dapat membantu untuk menilai kinerja terhadap pencapaian tujuan yang diharapkan.

Berdasarkan hasil analisis untuk nasional, Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat terbentuk dari 9 indikator yaitu ISPA, pemanfaatan fasilitas kesehatan, perilaku cuci tangan, kunjungan neonatal, BB/U balita, TB/U balita, kesehatan gigi mulut, hipertensi, dan disabilitas. Pemilihan indikator ini berdasarkan statistik dengan batasan nilai *factor loading* > 0,5 pada analisa faktor dan nilai kemaknaan < 0,1 pada uji regresi linier. Batasan ini digunakan karena pertimbangan adanya indikator yang secara substansi dianggap penting. Oleh karena pada dasarnya pengembangan indikator kesehatan dilandasi oleh dua hal, yaitu landasan empiris dan landasan teoritis. Landasan empiris diperlukan untuk menunjukkan berbagai perkembangan situasi dan di kondisi-kondisi mana yang secara faktual permasalahan kesehatannya bersifat strategis untuk diperbaiki. Landasan teoritis menjelaskan berbagai kerangka konsep bagaimana situasi kesehatan yang sedang dipelajari itu dapat ditingkatkan. Seperti halnya dari 9 indikator yang membentuk IPKM, telah mewakili sebagian komponen dalam kerangka konsep yang mengacu pada H.L Blum. Dalam komponen status kesehatan yang dapat menjadi perhatian utama adalah BB/U balita, TB/U balita,

ISPA, hipertensi, kesehatan gigi dan mulut. Komponen perilaku dapat diberi perhatian pada kunjungan neonatal, perilaku cuci tangan, dan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Untuk komponen lingkungan dan pelayanan kesehatan, tidak terwakili dalam IPKM yang terbentuk. Indikator-indikator dalam IPKM mempunyai hubungan yang cukup bermakna untuk meningkatkan umur harapan hidup dan hal ini berarti sejalan dengan meningkatkan IPM. Peran IPKM semakin penting untuk meningkatkan IPM jika melibatkan indikator pendidikan dan ekonomi.

Pemilihan indikator menggunakan dasar teori-teori yang dianggap berperan dan didukung dengan analisis statistik, sebagai contoh indikator penyakit infeksi dan status gizi berjalan sinergis. Anak-anak di daerah miskin dengan gizi kurang, lebih sering menderita infeksi dan infeksi ini memperburuk status gizi. Unicef (1998) mengelompokkan penyebab KEP dalam 3 kategori yaitu penyebab langsung, penyebab tidak langsung, dan penyebab dasar. Penyebab langsung karena ketidakcukupan asupan dan penyakit. Penyebab tidak langsung meliputi tidak cukupnya ketersediaan pangan, keadaan sanitasi, air bersih, dan pelayanan kesehatan yang tidak memadai, serta perilaku ibu dalam memberikan asuhan gizi yang kurang memadai. Faktor-faktor sosial ekonomi, politik pendidikan dan kesempatan kerja dikelompokkan sebagai penyebab dasar.

Peran status gizi pada balita sangat dominan dalam pembentukan IPKM. Pada kelompok balita diperlukan pemantauan pertumbuhan dengan serangkaian kegiatan yang terdiri dari 4 kegiatan utama, yaitu: (1) Penilaian pertumbuhan anak secara teratur, terdiri dari penimbangan setiap bulan, pengisian Kartu Menuju Sehat (KMS), dan menentukan status pertumbuhan berdasarkan kenaikan berat badan, (2) menindaklanjuti setiap kasus gangguan pertumbuhan, (3) menindaklanjuti berupa kebijakan program di tingkat masyarakat serta meningkatkan motivasi untuk memberdayakan keluarga, dan (4) melakukan pemantauan, evaluasi serta tindak lanjut. Salah satu tujuan pengisian KMS adalah memantau imunisasi. Faktor yang harus diperhatikan dalam meningkatkan pencapaian target imunisasi adalah faktor pengelolaan program dan berkaitan dengan perilaku keikutsertaan ibu yang mempunyai balita. Keikutsertaan ibu adalah keterlibatan ibu secara sadar, penuh tanggungjawab dan adanya inisiatif

sendiri secara aktif membawa balitanya untuk imunisasi. Dalam mencapai tujuan ditentukan oleh karakteristik ibu sebagai faktor internal dan juga ditentukan oleh faktor eksternal yang meliputi lingkungan sosial, program kesehatan, pengetahuan, dan pemanfaatan pelayanan kesehatan.

Untuk peningkatan pemanfaatan pelayanan kesehatan, pasien sebagai konsumen pelayanan kesehatan, bukan lagi dianggap sebagai subyek melainkan obyek. Pendekatan yang dianut dalam mengatasi permasalahan kesehatan adalah pendekatan individu. Bahkan seringkali bukan pendekatan individu lagi, melainkan pendekatan organ atau sistem tubuh. Seringkali pelayanan kesehatan kuratif menjadi andalan, sementara promotif dan preventif semakin jauh dari harapan. Keberhasilan memecahkan masalah kesehatan bukan tergantung pada kecanggihan teknologi kedokteran yang digunakan maupun keunggulan pengobatan yang dilakukan, akan tetapi harus diikuti dengan pendekatan sosial. Kepercayaan dan kepatuhan pasien adalah kunci utama keberhasilan pelayanan dengan pola pendekatan yang sesuai. Sebagai contoh, jika diikuti perkembangannya dari tahun ke tahun maka akan dapat dilihat dinamika pola kenaikan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan. Walaupun demikian masih cukup banyak ibu yang melakukan persalinan ke dukun bayi yang dapat berakibat menunjang tingginya angka kematian ibu. Hal ini disebabkan persalinan oleh tenaga kesehatan di Indonesia masih dianggap mahal dan jangkauannya rendah. Upaya terobosan yang dilakukan sejak tahun 1989/ 1990 untuk menangani hal di atas adalah mendekatkan pelayanan profesional ke ibu hamil dengan penempatan bidan di desa. Upaya tersebut merupakan salah satu cara untuk memenuhi agar setiap persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih, setiap komplikasi obstetrik dan neonatal mendapat pelayanan yang adekuat, setiap wanita usia subur mempunyai akses terhadap pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan, dan penanganan komplikasi keguguran. Oleh karena itu diharapkan semakin tinggi cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan diharapkan semakin rendah risiko terjadinya kematian ibu. Dengan demikian harus memperhitungkan kebutuhan jumlah tenaga kesehatan yang harus ditempatkan di suatu daerah agar mudah dicapai oleh masyarakat. Peningkatan aksesibilitas dan kualitas kesehatan masyarakat harus segera diselenggarakan dengan fokus peningkatan sarana dan

prasarana kesehatan dasar, penyediaan sumber daya kesehatan terutama untuk daerah perbatasan dan daerah tertinggal.

Kebijakan pembangunan kesehatan untuk mencapai sasaran, terutama diarahkan pada: (1) peningkatan jumlah jaringan dan kualitas sarana dan prasarana kesehatan; (2) peningkatan kualitas dan kuantitas tenaga kesehatan; (3) pengembangan sistem jaminan kesehatan terutama bagi penduduk miskin; (4) peningkatan sosialisasi kesehatan lingkungan dan pola hidup sehat; (5) peningkatan pendidikan kesehatan pada masyarakat sejak usia dini; (6) pemerataan dan peningkatan kualitas fasilitas kesehatan dasar dan sebaran tenaga kesehatan. Kebijakan peningkatan sosialisasi kesehatan lingkungan dan pola hidup sehat adalah indikator yang berkaitan dengan masalah lingkungan. Lingkungan tingkat rumah tangga yang tinggal pada satu wilayah mempunyai kecenderungan serupa, namun pada kehidupan sehari-hari dapat juga mengalami masalah lingkungan yang berbeda. Hal ini terjadi karena perbedaan perilaku anggota rumah tangga, perbedaan tingkat ekonomi, dan pendidikan. Kondisi ini menyebabkan perbedaan keadaan tempat tinggal, akses pada air bersih, pembuangan sampah, tempat buang air besar, dan lain-lain. Perbedaan ini yang dapat menyebabkan dampak yang berbeda pula terhadap kesehatan di masyarakat. Masyarakat dan unsur lainnya harus diajak serta dalam bentuk pemberdayaan dan kemitraan mengelola kehidupan lingkungan yang layak sehingga konsep sehat secara paripurna dapat tercapai. Terutama, dalam hal pencegahan dan pemberantasan penyakit menular.

Untuk mengetahui keberhasilan upaya pembangunan kesehatan digunakan indikator-indikator yang membentuk Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM). IPKM dapat membantu aspek perencanaan dan untuk menilai kinerja terhadap pencapaian tujuan yang diharapkan. Selain itu, indikator tersebut dapat digunakan untuk membandingkan kondisi atau pencapaian di wilayah atau masyarakat dengan kondisi wilayah dan masyarakat lainnya dari waktu ke waktu sebagai hasil atau dampak intervensi. Pembangunan kesehatan harus dipandang sebagai suatu investasi untuk peningkatan kualitas sumber daya manusia. Oleh karena kesehatan tidak berdiri sendiri tetapi mempunyai korelasi dengan kemajuan kondisi kesejahteraan sosial yang merupakan hasil pembangunan sektor

atau instansi lain. Kesejahteraan sosial yang menjadi indikator dalam Indeks Pembangunan Manusia adalah pendidikan dan ekonomi. Kesejahteraan sosial berawal dari keluarga. Secara konseptual, keluarga sejahtera selalu bercirikan kemandirian dan ketahanan keluarga yang tinggi. Kemandirian keluarga yang dimaksud adalah sikap mental dalam hal berupaya meningkatkan kepedulian masyarakat dalam pembangunan, mendewasakan usia perkawinan, membina dan meningkatkan ketahanan keluarga, mengatur kelahiran dan mengembangkan kualitas dan kesejahteraan keluarga, berdasarkan kesadaran dan tanggung jawab. Sedangkan yang dimaksud dengan ketahanan keluarga adalah kondisi dinamik suatu keluarga yang memiliki keuletan dan ketangguhan serta mengandung kemampuan fisik-materiil dan psikis mental spiritual guna hidup mandiri dan mengembangkan diri dan keluarganya untuk hidup harmonis dalam meningkatkan kesejahteraan lahir maupun kebahagiaan batin. Miskin atau tidak sejahtera, bisa disebabkan oleh faktor internal dan eksternal. Faktor internal yaitu kesakitan, kebodohan, ketidaktrampilan, ketertinggalan teknologi, ketidakpunyaan modal. Faktor eksternal yaitu struktur sosial ekonomi yang menghambat peluang untuk berusaha dan meningkatkan pendapatan, nilai-nilai dan unsur-unsur budaya yang kurang mendukung upaya peningkatan kualitas keluarga, dan kurangnya akses keluarga untuk dapat memanfaatkan fasilitas pembangunan.

Berdasarkan uraian di atas, semua indikator yang sudah terpilih menjadi bagian dari Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat adalah penting. Indeks tersebut sudah diaplikasikan korelasinya dengan IPM 2007 dan IPM 2008. Model terpilih mempunyai korelasi terbaik dengan keduanya. Perbedaan nilai bobot menunjukkan indikator yang diberi bobot besar berarti harus mendapatkan perhatian yang lebih banyak agar dapat meningkatkan nilai IPKM. Dapat dilihat pada bab hasil bahwa bobot terbesar pada BB/U balita, TB/U balita, dan perilaku mencuci tangan. Bobot indikator-indikator tersebut berkisar 19% - 37%. Oleh karena itu indikator-indikator tersebut harus mendapatkan perhatian lebih banyak dibandingkan indikator lainnya. Nilai indeks yang terbentuk walaupun mempunyai nilai korelasi yang tidak tinggi dengan UHH ataupun IPM, tetapi bermakna secara statistik. Hal ini dapat diartikan IPKM mempunyai peran untuk meningkatkan IPM melalui indikator-indikator yang membentuk IPKM.

Dukungan lain untuk tingkat nasional adalah analisis berdasarkan status IPM dengan membagi 2 kelompok, wilayah dengan IPM di bawah rata-rata nasional dan sebaliknya. Pada kelompok di atas rata-rata mendapatkan model dengan nilai korelasi yang lebih baik daripada kelompok di bawah rata-rata. Indikator penting pada kelompok di atas rata-rata IPM nasional, berkaitan dengan status gizi balita dan dewasa, serta perilaku hidup bersih. Indikator-indikator tersebut mempunyai bobot besar sehingga berperan penting untuk meningkatkan umur harapan hidup. Status gizi balita TB/U merupakan persamaan indikator penting yang terlibat pada kedua kelompok. Hal ini menunjukkan perbaikan status gizi terutama yang bersifat kronis sangat penting untuk membantu meningkatkan umur harapan hidup. Pada kelompok di bawah rata-rata nasional hanya melibatkan dua indikator dan nilai korelasi sangat kecil sehingga model ini masih harus dipertimbangkan lagi, namun dapat menjadi perhatian adanya kemungkinan peran sektor lain seperti pendidikan atau ekonomi untuk meningkatkan umur harapan hidup

6.2 Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat untuk Kabupaten dan Kotamadya

Dalam era desentralisasi, konsep pengelolaan kesehatan seharusnya menggunakan pendekatan kemasyarakatan. Artinya, pembangunan bidang pelayanan kesehatan haruslah sesuai dengan kebutuhan masyarakat lokal. Bagaimanapun juga, kandungan makna substansial dari desentralisasi adalah bagaimana menyejahterakan dan menciptakan keadilan bagi kehidupan masyarakat di daerah sehingga pembangunan akan lebih optimal.

Sasaran pembangunan kesehatan tahun 2010 – 2014, meliputi 8 prioritas yaitu 1) meningkatnya status kesehatan dan gizi masyarakat, 2) menurunnya angka kesakitan akibat penyakit menular; 3) menurunnya disparitas status kesehatan dan status gizi antar wilayah dan antar tingkat sosial ekonomi serta gender; 4) meningkatnya penyediaan anggaran publik untuk kesehatan; 5) meningkatnya Perilaku Hidup Bersih dan Sehat; 6) terpenuhinya kebutuhan tenaga kesehatan strategis di daerah DTPK; 7) pengendalian penyakit tidak menular di seluruh provinsi; serta 8) pelaksanaan standar pelayanan minimal

(SPM) di seluruh kabupaten/ kota. Untuk mencapai kedelapan sasaran strategis pembangunan kesehatan, dibutuhkan reformasi kesehatan masyarakat yang mendasar guna mencapai tujuan tersebut.

Untuk mencapai sasaran pembangunan kesehatan dalam rangka desentralisasi maka Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat juga dianalisis serta dibedakan untuk kabupaten dan kotamadya. IPKM untuk Kabupaten dibentuk oleh 10 indikator yang terdiri dari BB/U balita, TB/U balita, perilaku cuci tangan, kunjungan neonatal, lama pemberian ASI, penggunaan air bersih, rasio bidan per penduduk, kesehatan gigi mulut, disabilitas, dan IMT. Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat untuk Kotamadya terdiri dari 6 indikator. Indikator yang sama dan mempunyai bobot yang besar adalah rasio bidan per penduduk, perilaku cuci tangan, dan kesehatan gigi mulut. Ketiga indikator tersebut mempunyai peran pada saat pembentukan IPKM untuk kabupaten dan kota. Dengan demikian jika rasio bidan per penduduk dan perilaku cuci tangan dapat ditingkatkan maka dapat diharapkan meningkatkan nilai umur harapan hidup dan IPM. IPKM kotamadya mempunyai nilai korelasi yang kecil dan tidak bermakna, sehingga model ini masih harus dipertimbangkan. Indikator yang berperan di Kabupaten lebih banyak untuk kesehatan balita, sedangkan di Kotamadya lebih banyak pada kelompok status kesehatan. Perbedaan indikator yang berperan menunjukkan bahwa untuk mencapai sasaran pembangunan harus memperhatikan masalah spesifik di masing-masing daerah.

6.3 Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat untuk Regional

Penekanan pada setiap negara atau daerah untuk menggunakan indikator-indikator yang sama dapat menyebabkan berbedanya gambaran masalah sesungguhnya dan perbedaan-perbedaan penting yang ada justru tidak terlihat. Konsistensi diperlukan apabila indikator digunakan untuk membuat perbandingan berdasarkan waktu ataupun secara geografis. Seperti halnya indeks kesejahteraan sosial, indeks kesehatan juga diharapkan tidak hanya bersifat nasional tetapi dapat mencerminkan kondisi wilayah, minimal pada tingkat regional.

Setelah dilakukan analisa ditemukan indikator-indikator yang berperan dalam membentuk IPKM berbeda untuk tiga regional di Indonesia. Secara rinci sebagai berikut:

1. Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat untuk regional Sumatera terdiri dari 11 indikator yaitu kunjungan neonatal, lama pemberian ASI, IMT, penggunaan jamban sehat, BBLR, pemeriksaan kehamilan, penolong persalinan, diabetes, perilaku merokok, imunisasi lengkap, dan kecukupan energi protein.
2. Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat untuk regional Jawa-Bali terdiri dari 20 indikator yaitu ISPA, pemanfaatan fasilitas kesehatan, perilaku cuci tangan, BB/U balita, TB/U balita, kesehatan gigi mulut, hipertensi, disabilitas, IMT, asma, penggunaan jamban sehat, perilaku merokok, imunisasi lengkap, kecukupan energi protein, campak, kesehatan mental, BB/TB balita, jantung, diare, penimbangan balita.
3. Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat untuk regional Kawasan Timur Indonesia terdiri dari 11 indikator yaitu perilaku cuci tangan, BB/U balita, TB/U balita, IMT, penggunaan jamban sehat, pemeriksaan kehamilan, penolong persalinan, perilaku merokok, imunisasi lengkap, kecukupan energi protein, penimbangan balita.

Perbedaan indikator yang terlihat antara IPKM untuk regional dan IPKM nasional atau Kabupaten/ Kota adalah perilaku merokok, imunisasi lengkap, dan kecukupan energi protein. Ketiga masalah ini muncul di tiga wilayah regional, mungkin disebabkan masih kurangnya pengetahuan kesehatan di masyarakat sehingga berakibat pada perilaku yang tidak mendukung untuk sehat.

Masalah spesifik di regional Sumatera adalah BBLR dan diabetes. BBLR berkaitan dengan masalah kurang gizi pada saat janin dapat menyebabkan bayi lahir dengan berat lahir rendah, sehingga kemudian menyebabkan pertumbuhan linier terganggu. IMT dan perilaku merokok juga menjadi hal yang harus diprioritaskan di regional Sumatera untuk meningkatkan nilai UHH. Jika dilihat secara keseluruhan di regional Sumatera, penyelesaian masalah dapat berawal dari perilaku. Ibu yang mempunyai perilaku hidup sehat dan didukung mendapat pelayanan persalinan yang tepat maka dapat menghindari lahirnya bayi dengan

BBLR. Oleh karena itu intervensi diutamakan pada program promosi kesehatan perilaku sehat untuk mendukung tumbuh kembang yang harus dipantau sejak masa kehamilan. Pada regional Jawa-Bali, masalah pentingnya adalah imunisasi lengkap, penimbangan balita, dan hipertensi. Masalah di regional Jawa-Bali lebih mengarah ke perilaku untuk mendukung kesehatan anak dan perilaku pola hidup sehat, maka intervensinya pada peran serta masyarakat. Masalah yang lebih banyak berperan di regional Kawasan Timur Indonesia adalah BB/U dan TB/U. Perhatian untuk mengatasi hal ini juga pada faktor perilaku. Perilaku untuk mendukung kesehatan anak sejak dini.

Hal yang menarik dari IPKM yang terbentuk adalah pada saat dilakukan analisis korelasi dengan IPM 2008, indikator-indikator yang berperan dalam IPKM tidak mengalami perubahan dari indikator-indikator yang berkorelasi dengan IPM 2007. Nilai korelasinya IPKM dengan IPM cukup stabil antara 2007 dan 2008, maka dapat dimungkinkan model indeks ini relatif stabil. Untuk melihat kestabilan indeks pada tingkat nasional dilakukan uji korelasi kembali dengan menggunakan sub sampel, dan menghasilkan nilai korelasi relatif sama.

Namun hal lain yang dapat menjadi pertimbangan bahwa konsistensi dan kontinuitas terkadang tidak bisa dipertahankan, jika menginginkan indikator tetap relevan untuk membuat kebijakan. Pemilihan indikator harus seimbang antara apa yang dibutuhkan dan apa yang dapat dilakukan; antara apa yang ideal dan apa yang akan berjalan. Landasan teoritis dapat digunakan untuk menjelaskan berbagai kerangka konsep, bagaimana situasi kesehatan yang sedang dipelajari itu dapat ditingkatkan. Indikator kesehatan harus dapat memperlihatkan setiap perubahan situasi kesehatan, maka indikator bersifat dinamis sejalan dengan dinamika pembangunan kesehatan. Oleh karena itu pada suatu waktu indikator kesehatan perlu dinilai kembali apakah masih mampu mengukur perubahan atau sudah perlu dikembangkan yang baru lagi.

6.4 Indikator-Indikator dalam Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat Tingkat Nasional

Indikator-indikator yang berbeda atau sama pada saat membentuk IPKM (24) dan IPKM (9) atau IPKM (20) dapat dilihat secara rinci di Tabel 6.1. Dari 24 indikator yang terdahulu, 8 indikator digunakan juga dalam pembentukan IPKM (9). Hal ini berarti hampir seluruhnya digunakan dalam model IPKM dengan 9 indikator sehingga jika model tersebut digunakan tidak banyak merubah peringkat kabupaten/ kota sebelumnya. Hal ini dibuktikan dengan besaran korelasi antara IPKM (24) dan IPKM (9) yaitu sekitar 0,8.

Hal yang sama ditemukan dalam model ini adalah dalam porsi pemberian bobot untuk beberapa indikator. Porsi bobot yang besar diberikan pada indikator status gizi balita yaitu BB/U dan TB/U serta indikator perilaku cuci tangan. Ketiga indikator tersebut mempunyai peranan penting dengan model indeks manapun. Peningkatan cakupan indikator perilaku cuci tangan, mungkin tidak berdampak langsung terhadap UHH tetapi perilaku tersebut dapat merupakan gambaran perilaku yang berdampak ke status kesehatan. Berdasarkan hal tersebut maka peningkatan nilai pada ketiga indikator tersebut dapat meningkatkan nilai IPKM. Peranan status gizi balita sangat dominan, hal ini terlihat terlibat hampir di seluruh model IPKM dan mempunyai nilai bobot yang cukup besar. Dengan demikian peningkatan prevalensi status gizi baik menjadi prioritas.

Perbedaan indikator yang digunakan dalam IPKM adalah penggunaan batasan definisi operasional untuk penggunaan air bersih dan rasio tenaga kesehatan. Berdasarkan hasil empiris batasan akses air bersih di masyarakat yang dikelompokkan baik adalah 22,3 liter atau lebih. Hal ini yang menyebabkan pada saat analisis kondisi di masyarakat tidak sesuai dengan teori yang berlaku seharusnya mengkonsumsi air minimal 60 liter per hari. Selain itu kondisi air secara fisik juga menjadi batasan dalam pembentukan indikator tersebut. Indikator rasio tenaga kesehatan, dalam analisis ini menggunakan perbandingan jumlah dokter per 10.000 penduduk untuk masing-masing desa. Demikian juga untuk jumlah bidan per 10.000 penduduk. Kemudian dihitung persentase desa yang mempunyai rasio tenaga kesehatan di atas atau sama dengan rata-rata rasio tingkat

nasional. Namun kedua indikator ini tidak berperan dalam pembentukan IPKM nasional.

Tabel 6.1 Perbandingan Indikator antar IPKM

Indikator	Bobot Nasional		
	IPKM dengan 24 indikator	IPKM dengan 9 indikator	IPKM dengan 20 indikator
ISPA	3	1	1
Pneumoni	4		
Campak			2
Diare	4		1
Hipertensi	4	2	10
Kesehatan mental	3		2
Kesehatan gigi mulut	3	2	1
Asma	3		2
Disabilitas	3	2	2
Cedera	3		
Sendi	3		
Jantung			9
BB/U	5	23	6
TB/U	5	23	9
BB/TB (sangat kurus dan kurus)	5		2
BB/TB (gemuk)	4		
IMT			9
Akses air bersih	5		
Imunisasi lengkap	5		10
Penimbangan balita	5		10
Pemanfaatan fasilitas kesehatan		1	1
Kecukupan energi protein			6
Kunjungan neonatal	5	23	
Persalinan oleh tenaga kesehatan	5		
Perilaku cuci tangan	4	23	9
Perilaku Merokok	3		2
Penggunaan jamban sehat	5		9
Jumlah dokter/ puskesmas	5		
Jumlah bidan/ desa	5		

Perbedaan antara IPKM (24) dan IPKM (9) selain jumlah indikator adalah rumus yang digunakan. Pada indikator dengan 9 indikator, batasan ideal yang digunakan adalah 100%. Persentase ini digunakan karena diharapkan semua kondisi dapat mencapai nilai ideal seperti cakupan dapat mencapai 100%, sedangkan prevalensi penyakit dapat mencapai 0% atau tidak ada lagi kasus

penyakit tersebut. Keuntungan menggunakan batasan ini untuk menghitung IPKM tahun berikutnya dapat melihat terjadinya peningkatan atau penurunan peringkat kabupaten/ kotamadya dengan tahun sebelumnya.

6.5 Indikator-Indikator Kandidat dalam IPKM

Dalam analisis ini menghasilkan beberapa model IPKM yang berbeda. Perbedaan ini bertujuan agar dapat mengintervensi indikator-indikator yang tepat sesuai dengan kebutuhan wilayah. Indikator yang menjadi kandidat dalam pembentukan IPKM nasional sebanyak 11 indikator, namun indikator perilaku merokok dan kecukupan energi protein tidak ikut dalam proses selanjutnya karena terseleksi secara statistik. Dua indikator tersebut tetap dapat menjadi perhatian sebagai bagian untuk meningkatkan UHH, walaupun tidak menjadi prioritas. IPKM nasional digunakan untuk membandingkan pencapaian masing-masing kabupaten/ kotamadya sehingga dapat dilihat urutan peringkatnya secara keseluruhan.

Analisis secara nasional dilihat juga dari nilai IPM per kabupaten/ kotamadya. Nilai tersebut dibagi menjadi dua bagian, di bawah rata-rata IPM nasional dan sebaliknya. Kandidat indikator yang terpilih pada model ini sebanyak 9 indikator sama dengan indikator yang terlibat pada pembentukan IPKM nasional selain indikator lain yang mendukung terbentuknya indeks pada kelompok ini. Berdasarkan tabel 6.2 jika ingin meningkatkan UHH ditinjau secara nasional dan pada kelompok IPM di atas rata-rata nasional maka indikator yang menjadi prioritas untuk dilakukan intervensi adalah TB/U balita dan perilaku cuci tangan tanpa mengabaikan indikator lain yang ikut berperan dalam pembentukan IPKM.

Sebelas kandidat indikator untuk membentuk IPKM nasional, sebagian besar menjadi kandidat dalam membentuk IPKM regional. Oleh karena itu untuk meningkatkan peringkat selain memilih indikator dengan bobot terbesar juga memilih indikator yang sama terlibat di regional dan nasional, sehingga peringkat kabupaten/ kota tersebut dapat dibandingkan. Sebagai contoh meningkatkan ranking kabuapten/ kota yang ada di regional Sumatera maka indikator kunjungan neonatal dapat menjadi prioritas karena indikator tersebut berperan

dalam pembentukan IPKM regional Sumatera dan nasional serta mempunyai bobot yang besar.

Tabel 6.2 Kandidat Indikator dalam IPKM

	Indikator	Nasio- nal	Kabu- paten	Kota- madya	Suma- tera	Jawa Bali	KTI	≥ Rata- Rata IPM	< Rata- Rata IPM
1	ISPA	1		+	+	1		+	+
2	Pemanfaatan fasilitas kes.	1		+	+	1		+	+
3	Perilaku cuci tangan	23	19	24		9	2	23	+
4	Kunjungan neonatal	23	9		10	+		+	+
5	BB/U Balita	23	19	+		6	37	+	50
6	TB/U Balita	23	19	+		9	37	23	50
7	Kesehatan gigi mulut	2	2	9	+	1	+	+	+
8	Hipertensi	2		+	+	10		2	+
9	Disabilitas	2	2	+	+	2	+	2	+
10	Perilaku merokok	+			14	2	4	2	
11	Kecukupan energi protein	+		+	2	6	2		+
12	Lama pemberian ASI		9	+	2			+	+
13	Penggunaan air bersih		9			+			+
14	Rasio bidan per penduduk		9	24	+				
15	IMT		2	+	14	9	4	23	+
16	Tumor			+					
17	Kesehatan mental			+		2			
18	BB/TB Balita			+	+	2		2	+
19	Thypoid			9					
20	Asma			9		2	+		+
21	Diare			+		1			
22	Penggunaan jamban sehat			24	10	9	4	23	
23	Imunisasi lengkap			+	2	10	2	+	+
24	KB			+				+	
25	Vitamin A			+	+				
26	BBLR				10			+	
27	Pemeriksaan kehamilan				10	+	2		+
28	Penolong persalinan				10		4		+
29	Diabetes				14				+
30	Pencemaran lingkungan				+				
31	Penimbangan balita				+	10	2		
32	Campak					2			
33	Jantung					9			

Demikian juga untuk regional lain, regional Jawa Bali dapat mengutamakan masalah hipertensi untuk diintervensi terlebih dahulu, sedangkan

regional kawasan timur Indonesia dapat mengutamakan intervensi status gizi balita yaitu BB/U dan TB/U. Kemudian dapat disusul dengan indikator-indikator lain yang mempunyai nilai bobot yang besar.

Hal lain yang dapat dicermati pada Tabel 6.2 adalah kandidat indikator yang cukup sering muncul tetapi terseleksi pada saat proses statistik yaitu KB dan vitamin A. Kedua indikator ini dapat dipertimbangkan untuk perbaikan model IPKM dengan melakukan perubahan-perubahan pertanyaan pada saat pengumpulan data agar mendapatkan informasi yang lebih tepat. Demikian juga malaria, secara tinjauan pustaka merupakan masalah spesifik wilayah timur, namun tidak muncul menjadi kandidat indikator di manapun. Data tersebut perlu didukung pemeriksaan darah, sehingga menggambarkan masalah sesungguhnya. Masalah TB masih menjadi sorotan MDGs namun tidak menjadi kandidat indikator dalam pembentukan IPKM, data ini juga perlu didukung pemeriksaan sputum sehingga dapat lebih menggambarkan kondisi di masyarakat.

6.6 Faktor Penting dalam Pembangunan Kesehatan Masyarakat

Berdasarkan analisis yang telah dilakukan, peningkatan UHH tidak hanya disebabkan oleh faktor kesehatan tetapi juga didukung oleh faktor lain. Pada Tabel 6.3 yang berisi rangkuman nilai korelasi menunjukkan bahwa nilai korelasi akan meningkatkan setelah peran IPKM ditambah dengan peran pendidikan dan ekonomi.

Tabel 6.3 Korelasi UHH dengan IPKM, Pendidikan, dan Ekonomi

	Korelasi UHH		Kontribusi korelasi UHH (%)		
	IPKM	IPKM + Pendidikan + Ekonomi	IPKM	Pendidikan	Ekonomi
Nasional	0.404	0.561	17	64	19
Kabupaten	0.340	0.492	25	62	13
Kotamadya	0.158	0.596	4	59	37
Sumatera	0.471	0.611	9	79	12
Jawa Bali	0.686	0.736	89	7	4
KTI	0.389	0.464	27	50	23
≥ Rata-rata IPM nasional	0.428	0.557	14	79	7
< Rata-rata IPM nasional	0.243	0.264	87	12.5	0.5

Secara umum peran pendidikan menjadi penting dalam meningkatkan korelasi dengan UHH. Peran kesehatan masih tinggi di Jawa Bali dan daerah dengan nilai

IPM di bawah rata-rata nasional. Oleh karena itu indikator-indikator sosial yang mendukung peningkatan UHH seperti pendidikan dan ekonomi dapat dipertimbangkan dalam penyempurnaan indeks kesehatan.

Dalam pembangunan kesehatan masyarakat diperlukan faktor sosial selain empat faktor yang berperan dalam status kesehatan. Menurut Dahlgren and Whitehead (1991), secara umum faktor sosial yang harus diperhatikan untuk memperbaiki kondisi kesehatan dan sebagai isu-isu pembangunan di masyarakat adalah:

1. Faktor ekonomi. Ketimpangan ekonomi dapat menyebabkan stres, depresi, atau penyakit fisik pada masyarakat. Hal ini mempunyai pengaruh yang besar pada prospek pendidikan, akses ke pelayanan kesehatan, perilaku berisiko tinggi seperti penyalahgunaan obat yang dapat berakibat terjadinya kekerasan dalam rumah tangga
2. Partisipasi sosial. Faktor ini dapat mendorong partisipasi masyarakat, mengarahkan kepada pengembangan masyarakat, dan kesetaraan sosial ekonomi. Dengan demikian hubungan sosial kemasyarakatan dapat berakibat baik pada kesehatan dan dapat mengurangi tingkat kematian. Dengan melakukan hubungan sosial maka pengetahuan dapat ditularkan dari satu orang ke orang lain, maka hal ini dapat membantu penyebaran pengetahuan kesehatan.
3. Pendidikan. Orang dengan pendidikan yang lebih tinggi, memiliki lebih banyak pengetahuan untuk melakukan pilihan dalam mengontrol kesehatan dan kualitas hidup.
4. Ras atau etnis. Ras atau etnis dapat menimbulkan diskriminasi sosial yang mengakibatkan perbedaan peluang mendapatkan pelayanan kesehatan, pendidikan, atau pelayanan lainnya. Oleh karena itu hal ini harus menjadi perhatian sektor kesehatan.
5. Perilaku Komunitas. Merokok atau penyalahgunaan alkohol dapat menjadi bagian dari perilaku sebuah komunitas. Situasi ini dapat memberi peluang orang yang menyukai akan mengadopsinya. Hal ini juga harus menjadi perhatian sektor kesehatan.

6. Faktor budaya. Banyak unsur budaya yang dapat memiliki pengaruh yang luas pada kesehatan. Sebagai contoh peran gender dalam budaya dapat menyebabkan perbedaan kesempatan dalam segala hal untuk laki dan perempuan. Perbedaan itu dapat berupa kesenjangan dalam gizi, kesehatan, pendidikan, dan kesempatan kehidupan bagi anak-anak. Selain masalah gender, budaya makanan memiliki dampak kesehatan yang berbeda pula. Anak-anak yang gemuk dianggap adalah anak-anak sehat, karena anak-anak gemuk jelas mendapatkan cukup makan, namun harus menjadi kehati-hatian bahwa anak yang terlalu gemuk atau obesitas dapat menimbulkan masalah penyakit.
7. Pengaruh media massa. Media terutama televisi dapat membantu menyampaikan pesan tentang pembangunan kesehatan masyarakat. Media juga dapat menjadi pendorong untuk hidup tidak sehat seperti menampilkan iklan makanan siap saji yang menyebabkan kegemukan atau iklan rokok yang menarik. Kontrol hal-hal yang disajikan media massa harus dilakukan oleh sektor kesehatan.
8. Politik. Undang-undang atau kebijakan dapat digunakan untuk kepentingan satu kelompok atau kepentingan masyarakat banyak. Pemerintah harus bertanggung jawab untuk menyediakan layanan sosial yang dapat memiliki konsekuensi yang sangat besar di masyarakat.
9. Kondisi lingkungan sekitar. Lingkungan sekitar yang nyaman dapat berefek menghindari tekanan hidup. Seperti halnya tinggal di lingkungan yang tenang dan terawat, akan lebih baik dibandingkan tinggal di lingkungan yang bising dan gelap.
10. Geografi. Lokasi berpengaruh terhadap kesempatan seseorang untuk menerima pelayanan atau tidak. Di negara berkembang, masyarakat dari desa-desa terpencil di pegunungan atau di pantai, mungkin kurang atau bahkan tidak memiliki kesempatan untuk pelayanan kesehatan atau perawatan medis, dan pendidikan. Pelayanan tersebut dapat diakses jika tersedianya sarana dan prasarana transportasi yang memadai.

Masalah kesehatan yang timbul akibat dari faktor penentu sosial, harus ditangani dalam jangka waktu panjang. Penanganannya harus pada akar

penyebabnya sehingga masalah yang sama tidak muncul kembali. Jika berhasil mengatasi akar permasalahan maka masalah jangka pendek mungkin akan teratasi juga. Sebagai contoh menyembuhkan penyakit diare, salah satu langkah penting adalah penyediaan air bersih bukan pengobatan diarenya. Faktor sosial ini tidak ada dalam data yang menjadi sumber analisis indeks ini. Hal ini menjadi suatu keterbatasan, oleh karena kemungkinan faktor tersebut berperan dalam pembentukan indeks pembangunan kesehatan masyarakat.

Dengan memahami faktor sosial dapat meningkatkan peluang untuk menyelesaikan masalah dari akar permasalahan dalam jangka panjang. Pendekatan terbaik biasanya melalui kondisi lingkungan dan kebijakan, bukan dengan mengubah faktor-faktor sosial yang luas dan tertanam dalam budaya masyarakat. Perubahan berkelanjutan dapat membantu penduduk setempat belajar keterampilan untuk mengambil alih dan kemudian melanjutkan sendiri, serta pastikan upaya tersebut tanpa batas waktu, dan akhirnya akan berhasil dalam mengembangkan masyarakat yang sehat.

6.7 Rumus Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat

Langkah-langkah menghitung Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat:

1. Indikator-indikator yang terlibat dalam masing-masing indeks dianalisis menjadi indikator positif. Contohnya pada kelompok indikator penyakit, yang digunakan adalah angka tidak sakit ISPA, tidak diare, dan lain-lain. Demikian juga untuk tiga kelompok status gizi, yang digunakan adalah yang mempunyai status gizi normal. Indikator KB adalah yang menggunakan alat KB, penolong persalinan adalah yang persalinannya ditolong oleh tenaga kesehatan, dan lain-lain
2. Indikator diberi bobot sesuai dengan indikator dan peruntukan IPKM. Indikator-indikator tersebut dalam rumus sebagai pembilang.
3. Nilai ideal yang akan dicapai adalah 100% terhadap indikator positif. Nilai ideal ini dalam rumus sebagai penyebut.
4. Nilai ideal diberi bobot sama dengan nilai indikator
5. Nilai indeks diperoleh dari pembilang dibagi penyebut dan dikali dengan 100

Secara ringkas rumus IPKM dapat dituliskan sebagai berikut:

$$\frac{(X_1 * \text{bobot } X_1) + (X_2 * \text{bobot } X_2) + \dots + (X_y * \text{bobot } X_y)}{(100 * \text{bobot } X_1) + (100 * \text{bobot } X_2) + \dots + (100 * \text{bobot } X_y)} \times 100$$

Keterangan: Nilai bobot lihat tabel 5.67

Cara menghitung bobot indikator secara statistik:

1. Kelompok indikator (faktor) yang terbentuk dari analisa faktor diposisikan sebagai variabel bebas dan umur harapan hidup sebagai variabel terikat,
2. Analisa regresi linier dilakukan pada variabel bebas dan terikat untuk mendapatkan nilai korelasi partial masing-masing variabel bebas (kelompok indikator),
3. Nilai korelasi partial masing-masing kelompok indikator dikuadratkan,
4. Hasil kuadrat nilai korelasi dari masing-masing kelompok indikator dijumlahkan, nilai ini mendekati nilai korelasi model. Hasil penjumlahan merupakan nilai total yang digunakan sebagai penyebut,
5. Masing-masing nilai kuadrat kelompok indikator (pembilang) dibagi dengan nilai total (penyebut) dikali 100 maka didapatkan bobot total untuk masing-masing kelompok indikator,
6. Satu kelompok indikator terdiri dari beberapa indikator yang jumlahnya berbeda pada masing-masing kelompok. Nilai bobot yang diperoleh pada poin 5 dibagi sama besar untuk indikator-indikator yang membentuk kelompok indikator. Contoh jika suatu kelompok indikator mempunyai bobot total 60 dan dibentuk oleh 3 indikator maka masing-masing indikator pada kelompok tersebut mempunyai bobot 20.
7. Total nilai bobot yang digunakan dalam satu model IPKM berkisar 100.

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Kesimpulan yang diperoleh dari hasil penelitian ini sebagai berikut:

1. Bobot yang digunakan dalam rumus IPKM berdasarkan pengelompokan indikator yang diperoleh dari analisa statistik. Satu kelompok indikator mempunyai nilai bobot yang sama. Besaran bobot menunjukkan prioritas masalah yang harus diselesaikan terlebih dahulu untuk meningkatkan nilai IPKM atau peringkat kabupaten/ kota. Pada tingkat nasional melibatkan 9 indikator dengan 3 nilai bobot, model untuk kabupaten melibatkan 10 indikator dengan 3 nilai bobot dan kotamadya melibatkan 6 indikator dengan menggunakan 2 nilai bobot, sedangkan regional Sumatera melibatkan 11 indikator dengan 3 nilai bobot, regional Jawa-Bali melibatkan 20 indikator dengan 5 nilai bobot, dan regional Kawasan Timur Indonesia melibatkan 11 indikator dengan 3 nilai bobot. Model yang diperoleh berbeda-beda, digunakan sesuai kepentingan peningkatan peringkat IPKM.
2. Model tingkat nasional yang bertujuan untuk membandingkan profil antar kabupaten/ kota terbentuk dengan 9 indikator, namun hanya mewakili dua komponen dalam kerangka konsep, maka diaplikasikan model IPKM Jawa-Bali yang mempunyai korelasi terbaik. Menggunakan 20 indikator mempunyai nilai korelasi sama tetapi indikator terpilih lebih mewakili keanekaragaman komponen kesehatan sehingga lebih banyak yang bisa ditangani. Model dengan 9 indikator maupun 20 indikator, keduanya didominasi dengan kesehatan balita. Intervensi yang tepat terhadap 20 indikator, dapat meningkatkan nilai indeks dan rangking kabupaten/ kotamadya.

3. Perbedaan-perbedaan indikator yang berperan dalam model, memberikan arti bahwa masalah yang harus ditangani di setiap daerah berbeda. Oleh karena setiap daerah mempunyai profil kesehatan yang berbeda. Perbedaan dapat diurai sebagai berikut:
 - a. Indikator penting pada model IPKM untuk regional Sumatera adalah IMT, diabetes, dan perilaku merokok. Intervensi ditujukan untuk perubahan perilaku hidup sehat.
 - b. Pada regional Jawa-Bali, masalah penting adalah hipertensi, imunisasi lengkap, dan penimbangan balita. Intervensinya pada perilaku yang mendukung kesehatan anak.
 - c. Masalah BB/U dan TB/U yang berperan di regional Kawasan Timur Indonesia yang juga merupakan indikator IPKM nasional. Perhatian untuk mengatasi hal ini adalah perubahan perilaku. Perilaku untuk hidup sehat sejak dini.
4. Indikator yang berperan di Kabupaten lebih banyak pada kelompok kesehatan anak, sedangkan di Kotamadya masih harus ditelaah kembali karena model yang diperoleh tidak bermakna secara statistik.
5. Secara umum indikator penting yang harus diintervensi adalah BB/U dan TB/U pada balita. Masalah kesehatan dapat ditangani jika pendidikan di masyarakat cukup baik. Hal ini dibuktikan pada hasil analisis menunjukkan pendidikan mempunyai peran cukup besar dalam meningkatkan umur harapan hidup.
6. Indikator KB dan vitamin A dapat menjadi pertimbangan untuk perbaikan model IPKM, karena dua indikator tersebut penting dan menjadi kandidat indikator tetapi dikarenakan alasan statistik tidak dapat dilibatkan.

7.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh maka disarankan untuk:

7.2.1 Kebijakan

1. Indikator status gizi balita yaitu BB/U dan TB/U mempunyai peran yang penting dalam meningkatkan nilai IPKM Indikator ini harus menjadi

perhatian pertama pelaksana program. Program pemantauan status gizi di masyarakat harus ditunjukkan mulai usia dini.

2. Melibatkan indikator dari faktor penentu sosial yang berperan dalam membentuk status kesehatan, baik dalam model IPKM maupun pelaksanaan program. Program kesehatan tidak dapat berdiri sendiri, karena pendidikan mempunyai peran yang cukup besar untuk meningkatkan umur harapan hidup. Melalui pendidikan dapat mendekatkan pelayanan promotif dan preventif kepada masyarakat, seperti pendidikan kesehatan di sekolah-sekolah formal dan secara budaya dapat dimasukkan dalam kegiatan kemasyarakatan.

7.2.2 Penggunaan Rumus

1. Rumus IPKM nasional untuk membandingkan antar kabupaten, dapat menggunakan IPKM dengan 9 indikator yang mencakup 2 komponen kesehatan sebagai prioritas jika adanya keterbatasan sumber daya. Seluruh kabupaten/ kota menggunakan indikator yang sama sehingga dapat disusun peringkat secara nasional.
2. Rumus IPKM nasional dengan 20 indikator mencakup 3 komponen kesehatan, dapat digunakan jika ingin melakukan intervensi masalah kesehatan yang lebih luas tanpa meninggalkan 9 indikator utama.
3. Rumus IPKM untuk melihat masalah yang spesifik regional dapat menggunakan IPKM masing-masing regional. Rumus IPKM kabupaten untuk melihat masalah spesifik di kabupaten, sedangkan rumus IPKM kotamadya untuk melihat masalah spesifik di kotamadya. 9 indikator utama yang masuk dalam IPKM nasional dan terpilih di masing-masing IPKM regional menjadi prioritas masalah yang harus diselesaikan selain indikator spesifik.

7.2.3 Pelaksana Penelitian Riskedas 2013

1. Penambahan indikator KB, dengan memperhatikan cara memperoleh informasi yang tepat. Indikator KB menjadi penting dipertimbangkan karena secara konseptual, keluarga sejahtera selalu bercirikan kemandirian dan ketahanan keluarga yang tinggi. Sebagai contoh kemandirian keluarga

yang dimaksud adalah mendewasakan usia perkawinan, mengatur kelahiran dan mengembangkan kualitas dan kesejahteraan keluarga.

2. Penyempurnaan data vitamin A agar dapat berperan dalam model karena vitamin A mempunyai peran penting untuk tumbuh kembang balita
3. Penyempurnaan data malaria dan TB dengan melengkapi pemeriksaan darah dan sputum agar terlihat masalah sesuai dengan kondisi sesungguhnya
4. Penambahan indikator-indikator dari faktor penentu sosial seperti pendidikan, ekonomi, ras, budaya yang berperan dalam membentuk status kesehatan karena perubahan umur harapan hidup tidak hanya ditentukan dari faktor kesehatan saja.
5. Rumus IPKM untuk seluruh tingkat baru diterapkan pada satu tahun survei maka harus diujicobakan kembali pada data beberapa tahun. Jika indikator-indikator dalam rumus tersebut sudah tidak berubah maka rumus tersebut dapat menjadi baku.

Daftar Pustaka

- Allen L, Gillespie S. What works? A Review of the Efficacy and Effectiveness of Nutrition Interventions. Administrative Committee on Coordination/ Sub Committee on Nutrition, Nutrition Policy Paper No 19. Geneva: World Health Organization. 2001
- Andries, Lilian R. Pengaruh Faktor Keparahan Cedera Anatomis terhadap Kematian Kasus Cedera di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Pendidikan Nasional Dr Cipto Mangunkusumo Jakarta 1993. Tesis. FKMUI. 1997
- Anies. Peranan Dokter Keluarga sebagai Gate Keeper dalam Pelayanan Kesehatan di Indonesia, *Majalah Kesehatan Perkotaan* Volume 13 Nomor 2, Desember 2006
- Anies. Peran Fakultas Kedokteran dalam Menyiapkan Dokter yang berwawasan Keluarga. Kongres Nasional Kolese Dokter Keluarga Indonesia ke V. Yogyakarta. 2000
- Anwer I and Awan JA. Nutritional Status Comparison of Rural with Urban school Children in Faisalabad District. 2003
- Bappenas. Laporan Singkat Pencapaian Millenium Development Goals: Indonesia 2009. Juli 2009
- Boutayeb, Abdesslam and Mansour Serghini. Health indicators and human development in the Arab region. *International Journal of Health Geographics* BPS. Indeks Pembangunan Manusia 2006-2007
- Bueken, P., Is estimating Maternal Mortality Usefull?, *Bulletin of World Health Organization*, Vol 79(3) 2001, p:179.2001
- Cristal S, Johnson RW, Harman J, et al. Out of Pocket Health Care Cost among Older Americans. *J Gerontologi B Phsycol Sei Soc Sei*; 55(1): S51-62. 2000
- Departemen Kesehatan, Undang-Undang Kesehatan 2009
- Departemen Kesehatan, Renstra Depkes 2005-2009 hal 3
- Departemen Kesehatan RI, Subdit Imunisasi, Panduan Program Imunisasi, 2000
- Departemen Kesehatan RI, Pedoman Penanganan Pertolongan Persalinan dan Nifas bagi Petugas Puskesmas, Jakarta, 1996

- Departemen Sosial, Pusdatin Kesejahteraan Sosial. Menuju Pengembangan Sistem Indikator Kesejahteraan Sosial. 1999
- Denis. Rica, Kualitas dan Kuantitas Air Bersih untuk Pemenuhan Kebutuhan Manusia, <http://uripsantoso.wordpress.com/2010/01/18>
- Faturochman, Kualitas Hidup sebagai Sasaran Pembangunan, Kompas, 1990
- Faturochman, Kualitas Manusia: Sumber Utama Pembangunan, Yogya Post, 7 Agustus 1990
- Gatt, Elaine. The Human Development Index and Small States. Bank of Valetta Review No.32. Autumn 2005
- Gibofsky A, Hirsh HL. Impaired and disabled patients. In: Sanbar SS, Gibofsky A, Firestone MH, Leblang TR. Legal Medicine, American College of Legal Medicine Textbook Committee, 3rd ed. St.Louis: Mosby; 1995. p. 531-3.
- Hasyim, Hamzah, Manajemen Penyakit Lingkungan Berbasis Wilayah, Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan Vol 11 No. 02 Juni 2008
- Hasurungan, Jefri. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Hipertensi pada Lansia di Kota Depok Tahun 2002. Tesis. FKMUI. 2002
- Hilmy, C. Rukni. Kelainan-Kelainan pada Sendi Lutut, suatu tantangan bagi para Ahli Bedah Orthopaedi di Indonesia di Masa Mendatang. Pidato pengukuhan Guru Besar Ilmu Bedah pada FKUI. 1993
- <http://bandungkab.go.id>. Pelaksanaan Program/ Kegiatan Bidang Kesehatan
- [http:// mardiya.wordpress.com/ 2009/ 12/ 07/ buku-pegangan-membangun-keluarga-sejahtera-bersama-pkk/](http://mardiya.wordpress.com/2009/12/07/buku-pegangan-membangun-keluarga-sejahtera-bersama-pkk/)
- <http://www.simpuldemokrasi.com/artikel-opini/2281-desentralisasi-kesehatan-dan-problematikanya.html>
- Indarso, Fatimah, Penatalaksanaan Bayi Baru Lahir Dari Ibu Yang Bermasalah, Makalah Bag./SMF Ilmu Kesehatan Anak, FK Unair/RSU Dr. Soetomo, Surabaya. <http://www.pediatrik.com/buletin/06224114304-s45flw.pdf>, diunduh 23 Januari 2012
- Irwansyah. Analisis Pembiayaan Sektor Kesehatan bersumber Pemerintah di Kabupaten Lampung Selatan Tahun anggaran 2003. Tesis. 2003

- Jazan, Saiful. Faktor-faktor yang Berpengaruh pada Cedera karena Kecelakaan Rumah Tangga pada Balita di Wilayah Bojonagara dan Tegalega Kotamadya Bandung. Tesis. FKMUI. 1996
- J.Gergen, Peter MD, MPh dan Andrea J Apter, MD, MA, MSC. Faktor Resiko non konvensional: jalur lain untuk memahami disparitas (perbedaan) kesehatan, <http://banyakbaca.wordpress.com/2010/02/20/faktor-resiko-disparitas-kesehatan>
- Kementerian Kesehatan. Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat. 2010
- Minarto. Berat Badan Tidak Naik sebagai Indikator Dini Gangguan Pertumbuhan pada Bayi sampai Usia 12 bulan di Kabupaten Bogor Provinsi Jawa Barat. Disertasi. FKMUI. 2006
- MNH-JHPIEGO-IDAI UKK Perinatologi dan Departemen Kesehatan RI. Buku Panduan Manajemen Masalah Bayi Baru Lahir untuk Dokter, Perawat, Bidan di Rumah Sakit. 2004.
- Mulia, Aryago. Analisis Penetapan Penduduk Miskin BPS Studi Kasus di Kabupaten Kupang Nusa Tenggara Timur. Jurnal Statistika tahun II. Nomor 4 Desember 2006
- O'Donnell, Owen. Who pays for health care in Asia. *Journal of Health Economics* 27 (2008) 460-475
- O'Donnell, Owen. The incidence of Public Spending on Healthcare: Comparative Evidence from Asia. *The World Bank Economic Review*, Vol 21 No 1, pp 93-123
- Pilai N, Vijayamohan. CES Function. Generalised Mean and Human Poverty Index: Exploring Some Links
- Ruel MT, Rivera, J, Castro, H, Habicht, JP, Martorell, R. Secular Trends in Adult and Child Anthropometry in Four Guatemalan Villages. www.unu.edu.1998
- Sampoerno, Does. Membangun Bangsa yang Sehat Produktif. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*. Volume 3 Nomor 1 Agustus 2008
- Sigarlaki, Herke J.O. Karakteristik dan Faktor berhubungan dengan Hipertensi di Desa Bocor, Kecamatan Bulus Pesantren, Kabupaten Kebumen, Jawa Tengah Tahun 2006. *Makara, Kesehatan*, Vol 10 No 2 Desember 2006: 78-88

- Sistem Kesehatan Nasional. Analisis Situasi dan Kecenderungan Sistem Kesehatan Nasional.
- Siregar, Kemal. Bahan Kuliah Penyusunan Indikator dalam Konteks Paradigma Sehat. Tidak diterbitkan. 2010
- Soetrisna, Bambang. Faktor Risiko Pneumonia pada Balita dan Penanggulangannya. Disertasi FKMUI.1993
- Sitorus, Jeffry R.H. Pembentukan Indeks Ketertinggalan Tingkat Desa di Sumatera Utara Tahun 2002, Jurnal Statistika tahun II, Nomor 4 Desember 2006
- Tjiptono, Fandy. 2000, " Manajemen Jasa", Penerbit ANDI, Yogyakarta
- Tomkins A, Atson P (1989) Malnutrition and infection. ACC/ SCN State of the art series policies discussion paper no. 5. Geneva
- United Nations Development Programme, Human Development Report 2011, Sustainability and Equity: A Better Future for All, USA, 2011
- Van doorslaer, Eddy. Effect of payments forhealth care on poverty estimates in 11 countries in Asia: an analysis of household survey data.www.thelancet.com vol 368 October 14, 2006
- Wahyuniar, Lely. Anthropometri Keluarga sebagai Indikator Kondisi Ekonomi Keluarga. Disertasi. Universitas Indonesia. 2004
- Wangdi, Karma Health Indicators. Centre for Bhutan Studies. www.Bhutanstudies.org.bt
- Walpole, R. E. 1988. Pengantar Statistika. Gramedia. Jakarta
- Widya Karya Nasional Pangan dan Gizi. Keterkaitan antara krisis Ekonomi, Kemiskinan, Ketahanan Pangan dan Keadaan Gizi. LIPI. Jakarta. 2000
- www.damandiri.or.id/file/nurhasyimadunairbab2.pdf. Pengertian pelayanan. Unduh tanggal 24 april 2011
- www.depkes.go.id. Tingkatkatkan Sinergi dan Koordinasi Pusat dan Daerah
- www.desentralisasi-kesehatan.net. Rancangan Sistem Kesehatan Nasional. Kegiatan Diskusi On Line Mailing List Volume II/01/2004.
- www.grossnationalhappiness.com. The Centre for Bhutan Studies. Gross National Happiness.
- www.musi.rawas.go.id. Peningkatan Kualitas Pelayanan Kesehatan