

**KELANGSUNGAN HIDUP BAYI DI NUSA TENGGARA
BARAT DAN NUSA TENGGARA TIMUR, TAHUN 2007**

TESIS

EVIATI ADAWIYAH

0606023860



**PROGRAM STUDI PASCA SARJANA
KAJIAN KEPENDUDUKAN DAN KETENAGAKERJAAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK
JULI 2009**

**KELANGSUNGAN HIDUP BAYI DI NUSA TENGGARA
BARAT DAN NUSA TENGGARA TIMUR, TAHUN 2007**

TESIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Sains**

EVIATI ADAWIYAH

0606023860

**PROGRAM STUDI PASCA SARJANA
KAJIAN KEPENDUDUKAN DAN KETENAGAKERJAAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK
JULI 2009**

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh:

Nama : Eviati Adawiyah
NPM : 0606023860
Program Studi : Kajian Kependudukan dan Ketenagakerjaan
Judul Tesis : Kelangsungan Hidup Bayi di Nusa Tenggara Barat dan Nusa Tenggara Timur, tahun 2007

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Sains pada Program Studi Kajian Kependudukan dan Ketenagakerjaan, Program Pasca Sarjana, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Ketua Penguji : DR. Sunaryo Urip.

(.....*Sunaryo Urip*.....)

Pembimbing : Prof. DR. dr. Sudijanto Kamso, SKM.

(.....*Sudijanto Kamso*.....)

Pembimbing : Omas Bulan Samosir, PhD.

(.....*Omas Bulan Samosir*.....)

Penguji : DR. dr. Sabarinah Prasetyo, M.Sc.

(.....*Sabarinah Prasetyo*.....)

Penguji : Dwini Handayani, SE., Msi.

(.....*Dwini Handayani*.....)



Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 21 Juli 2009

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji syukur *alhamdulillahirabbil'aalamiin* kepada Allah SWT, karena berkat rahmat dan karuniaNya, penulis dapat menyelesaikan tesis ini. Tesis dengan judul "Kelangsungan Hidup Bayi di Nusa Tenggara Barat dan Nusa Tenggara Timur, Tahun 2007" ini dibuat sebagai salah satu syarat untuk mencapai Magister Sains pada Program Studi Pasca Sarjana Kajian Kependudukan dan Ketenagakerjaan, Universitas Indonesia. Penulis menyadari tanpa bantuan dan bimbingan berbagai pihak, mulai dari masa perkuliahan sampai pada penulisan tesis ini sangatlah sulit bagi penulis untuk menyelesaikan tesis ini. Untuk itu penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Bapak Prof. DR. Dr. Sudijanto Kamsu, SKM, selaku pembimbing pertama yang telah menyediakan waktu dan pikiran dalam mengarahkan penulis dalam penyusunan tesis ini.
2. Ibu Omas Bulan Samosir, Phd., selaku pembimbing kedua yang telah menyediakan waktu dan memberikan masukan dalam penulisan tesis ini.
3. Bapak DR. Sunaryo Urip, sebagai ketua penguji yang telah banyak memberikan masukan untuk perbaikan tesis ini.
4. Ibu DR. Dr. Sabarinah Prasetyo, M.Sc., sebagai penguji yang memberikan masukan dan kritik membangun untuk perbaikan tesis ini.
5. Ibu Dwini Handayani, SE., M.Si., sebagai penguji yang memberikan saran dan kritik membangun untuk penulis.
6. Ibu Prof. Dr. Sri Moertiningsih Adioetomo, Ph.D, selaku kepala Pasca Sarjana Kajian Kependudukan dan Ketenagakerjaan yang telah membimbing pengembangan proposal penelitian dan pertimbangan untuk memberikan kesempatan sidang yang tertunda.
7. Suami tercinta, R. Apit Priyatnakusuma dan gadis pintarku Azizah Nur Umayah R yang telah memberikan keluangan waktu dan kesempatan untuk belajar.

8. Ibunda tercinta yang selalu mendukung melalui do'a dan nasihatnya, dan keluarga besar alm. H. Abdullah Muchsin dan keluarga besar R. Hanapi, kakak-kakak dan keponakan serta Leonardo thepinkynose.
9. Teman dan sahabatku, Fitra Yelda dan Fajar Muqi yang selalu bersedia membantu dan mendukung setiap langkah penulisan. Hanya Allah yang dapat membalasnya.
10. Teman dan kolega di PKBIK, Popy, Eli, Tiwi dan Adit yang telah memberikan waktu dan tempat penulisan tesis ini.
11. Teman-teman seperjuangan, Era Fitranita, Rizqon, Keumala dan Mariana serta Vera, Atiek, Fajar dan Deny. Thanks guys for your time.
12. Mas Hendro dan Mbak Nia di Program Studi Pasca Sarjana Kajian Kependudukan dan Ketenagakerjaan atas bantuan dan dorongan semangatnya dalam menyelesaikan penulisan tesis ini.

Tak lupa penulis juga mengucapkan kepada semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah banyak membantu untuk menyelesaikan penulisan tesis ini. Semoga kebaikan saudara-saudara mendapat balasan yang baik dari Allah SWT. Penulis sangat menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari sempurna, untuk itu saran dan kritik yang membangun akan sangat bermanfaat dalam pengembangan studi ini. Semoga tesis ini berguna untuk perkembangan Ilmu Pengetahuan.

Depok, Juli 2009

Penulis

**LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
KARYA ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS
(Hasil Karya Perorangan)**

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

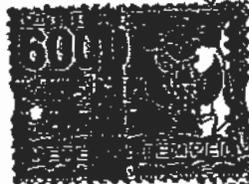
Nama : Eviati Adawiyah
NPM/NIP : 0606023860
Program Studi : Pasca Sarjana Kajian Kependudukan dan Ketenagakerjaan
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia Hak **Royalti Non-Eksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul : Kelangsungan Hidup Bayi di Nusa Tenggara Barat dan Nusa Tenggara Timur, beserta perangkat yang ada (bila diperlukan). Dengan hak mengalihmedia/formatkan, mengelolanya dalam bentuk pangkalan data (*database*), mendistribusikannya, dan menampilkan/mempublikasikannya di internet atau media lain untuk kepentingan akademis tanpa perlu meminta ijin dari saya selama saya tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta. Segala bentuk tuntutan hukum yang timbul atas pelanggaran Hak Cipta dalam karya ilmiah ini menjadi tanggungjawab saya pribadi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya

Dibuat di : Depok
Pada tanggal : 22 Juli 2009

Yang menyatakan



(Eviati Adawiyah)

ABSTRAK

Nama : Eviati Adawiyah
Program studi : Pasca Sarjana Kajian Kependudukan dan Ketenagakerjaan
Judul : Kelangsungan Hidup Bayi di Nusa Tenggara Barat dan Nusa Tenggara Timur, tahun 2007

Masih tingginya angka kematian bayi dan rendahnya status gizi bayi di provinsi Nusa Tenggara Barat dan Nusa Tenggara Timur yang akan berpengaruh terhadap kelangsungan hidup bayi. Status gizi merupakan salah satu proksi untuk mengukur kelangsungan hidup anak (Mosley & Chen, 1984; Pelletier & Frongillo, 2003). Tujuan penelitian untuk mengetahui pola hubungan faktor sosial-ekonomi terhadap kelangsungan hidup bayi melalui faktor proksi determinan di Nusa Tenggara Barat dan Nusa Tenggara Timur tahun 2007.

Penelitian ini memanfaatkan data sekunder dari hasil Survey Perilaku Kesehatan Ibu dan Anak serta Pola Pencarian Pengobatan di Tingkat Masyarakat di Propinsi Nusa Tenggara Barat dan Nusa Tenggara Timur tahun 2007. Sampel pada penelitian ini adalah bayi berumur 0-11 bulan dan memenuhi syarat kelengkapan data yang dibutuhkan oleh peneliti, sehingga total sampel adalah 1937 bayi. Variabel yang diteliti pada penelitian ini adalah variabel pengeluaran per kapita, status bekerja ibu dan tingkat pendidikan ibu (faktor sosial-ekonomi), variabel *stunting*, *underweight* dan *wasting* (kelangsungan hidup bayi), variabel umur ibu, paritas dan jarak kelahiran (faktor maternal), sumber air minum, jenis jamban, kepadatan rumah, jenis dinding, jenis atap, dan jenis lantai (faktor kontaminasi lingkungan), variabel pemberian kolostrum, ASI eksklusif dan kesesuaian pemberian makan tambahan (faktor defisiensi nutrisi), dan kelengkapan imunisasi, kunjungan neonatal pertama dan kedua (faktor pencegahan dan perawatan kesehatan bayi). Metode analisis statistik yang digunakan adalah uji *chi-square* dan *Structural Equation Modeling* (SEM).

Proporsi status gizi kurang berkisar antara 13-16% pada kedua provinsi untuk ketiga jenis pengukuran status gizi (*stunting*, *wasting* dan *underweight*). Terdapat perbedaan bermakna, proporsi bayi *wasting* antara bayi dengan rumah yang padat dibandingkan yang kurang padat ($p < 0,05$). Terdapat perbedaan bermakna, proporsi bayi *stunting*, *underweight* atau *wasting*, pada variabel asi eksklusif, kesesuaian pemberian makanan tambahan, dan kelengkapan imunisasi ($p < 0,01$). *Underweight* merupakan indikator yang paling dominan di antara *stunting* dan *wasting* dalam menjelaskan kelangsungan hidup bayi sebesar 96% ($\chi^2_{\text{standar}} \geq 0,70$; $VE \geq 0,50$; $CR \geq 0,70$). Pada faktor defisiensi nutrisi, variabel pemberian kolostrum dan air susu ibu merupakan indikator yang baik, sedangkan variabel kunjungan neonatal kedua merupakan indikator yang baik dalam menjelaskan faktor pencegahan dan perawatan kesehatan bayi sebesar 98% ($\chi^2_{\text{standar}} \geq 0,70$; $VE \geq 0,50$; $CR \geq 0,70$). Terdapat pola hubungan antara faktor sosial-ekonomi terhadap kelangsungan hidup bayi melalui faktor proksi (faktor maternal, kontaminasi lingkungan, dan defisiensi gizi) ($GFI > 0,90$; $CFI > 0,92$).

Kata kunci:

Kelangsungan hidup bayi, status gizi, *structural equation modeling*(SEM), Nusa Tenggara Barat, Nusa Tenggara Timur

ABSTARCT

Name : Eviati Adawiyah
Study Program : Pasca Sarjana Kajian Kependudukan dan Ketenagakerjaan
Title : Infant Survival in West Nusa Tenggara and East Nusa Tenggara
Year 2007

The high rate of infant mortality and the low rate of nutritional status of infant in Nusa Tenggara Barat and Nusa Tenggara Timur province affect the survival of infant in the area. Nutritional status is one of the proxies in measuring infant survival (Mosley & Chen, 1984; Pelletier & Frongillo, 2003). The objective of the research is to find out the relationship pattern of socioeconomic to infant survival, through proxy determinant factors in West Nusa Tenggara and East Nusa Tenggara province in the year 2007.

The research utilizes secondary data derived from the "Health Behavior of Mother and Child" survey and the "Medication Outlook Pattern" survey in the society level in Nusa Tenggara Barat and Nusa Tenggara Timur province year 2007. The samples taken are infant aging 0-11 months, and is inline with the researcher's standard of data, therefore the total number of samples are 1937 infants. The variables studied in the research are expenditure per capita, maternal working status, and maternal educational status (socioeconomic factors), stunting, underweight, and wasting (infant survival), maternal age, parity, birth distance (maternal factors), source of drinking water, type of toiletry, house density, type of house wall, type of house floor (environmental contaminants factors), colostrums providing, exclusive breastfeeding and the proper supplementary food providing (nutritional deficiency factors), completeness of immunization, first and second neonatal visits (infant health prevention and treatment factors). The method of statistic analysis used is the *chi-square test* and the *Structural Equation Modeling* (SEM).

The proportion of poor nutritional status is around 13-16% in the two provinces for the three types of nutritional status measurement (*stunting*, *wasting*, and *underweight*). There is a significant difference in the proportion of infant *wasting* among infants living in high density housing compared to the infants living in the lower density housing ($p < 0.05$). There is a significant difference in the proportion of infant stunting, underweight, or wasting in the exclusive breastfeeding variable, proper supplementary food providence, and completeness of immunization ($p < 0.01$). *Underweight* is the most dominant indicator among stunting and wasting in explaining infant survival as much as 96% (x standardized ≥ 0.70 ; $VE \geq 0.50$; $CR \geq 0.70$). In the nutritional deficiency factor, the colostrums providing and breastfeeding variables are good indicators, second neonatal visit variable is the proper indicator in explaining the factors of health infant prevention and treatment, as much as 98% (x standardized ≥ 0.70 ; $VE \geq 0.50$; $CR \geq 0.70$). There is a relationship pattern between the socioeconomic factors and the infant survival through proxy factor (maternal, environmental contamination, nutritional deficiency factors) ($GFI > 0.90$; $CFI > 0.92$).

Keywords:

Infant survival, nutritional status, Structural Equation Modeling (SEM), West Nusa Tenggara, East Nusa Tenggara

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
KATA PENGANTAR	iii
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	v
ABSTRAK	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Perumusan Masalah	4
1.3 Pertanyaan Penelitian	6
1.4 Tujuan Penelitian	6
1.4.1 Tujuan Umum	6
1.4.2 Tujuan Khusus	6
1.5 Manfaat Penelitian	7
1.6 Ruang Lingkup Penelitian	7
2. TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1 Kelangsungan Hidup Bayi	9
2.2 Sumber Data Kematian Bayi	10
2.3 Teori Kelangsungan Hidup Bayi Mosley dan Chen	12
2.4 Status Gizi Bayi	14
2.4.1 Indeks Antropometri	15
2.4.2 Klasifikasi Status Gizi	16
2.5 Faktor-faktor yang Berhubungan Terhadap Kelangsungan Hidup Bayi	19
2.5.1 Faktor Sosial-ekonomi	20
2.5.2 Faktor Maternal	22
2.5.3 Faktor Kontaminasi Lingkungan	23
2.5.4 Faktor Defisiensi Nutrisi	24
2.5.5 Faktor Pencegahan dan Perawatan Kesehatan Bayi	25
2.6 Kerangka Pikir	26
2.7 Hipotesis	27
3. METODOLOGI PENELITIAN	29
3.1 Rancangan Penelitian	29
3.2 Gambaran Data Penelitian	29
3.3 Sampel Penelitian	30
3.4 Definisi Operasional	31
3.5 Pengolahan Data	34
3.6 Analisis Data	35

4.	HASIL PENELITIAN	40
4.1	Gambaran Daerah Penelitian	40
4.1.1	Provinsi Nusa Tenggara Barat tahun 2007	40
4.1.2	Provinsi Nusa Tenggara Timur tahun 2007	41
4.2	Keterbatasan Penelitian	42
4.3	Deskriptif Kelangsungan Hidup Bayi	42
4.4	Deskriptif Faktor Determinan	45
4.4.1	Deskriptif Faktor Sosial-ekonomi	45
4.4.2	Deskriptif Faktor Maternal	47
4.4.3	Kontaminasi Lingkungan	48
4.4.4	Deskriptif Faktor Defisiensi Nutrisi	49
4.4.5	Deskriptif Faktor Pencegahan dan Perawatan Kesehatan Bayi	50
4.5	Perbedaan Proporsi Faktor Determinan Terhadap Kelangsungan Hidup Bayi	51
4.6	Analisis Pola Hubungan Faktor Sosial-ekonomi Terhadap Kelangsungan Hidup Bayi Melalui Faktor Determinan Proksi	56
5.	KESIMPULAN DAN SARAN	63
5.1	Kesimpulan	63
5.2	Saran	64
	DAFTAR REFERENSI	66

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	Angka kematian bayi Negara-negara Asia Tenggara pada tahun 1990-2005	2
Tabel 1.2	Angka kematian bayi di 33 Provinsi Indonesia pada tahun 1990 – 2005	3
Tabel 2.1	Klasifikasi Status Gizi menurut Waterlow	18
Tabel 2.2	Klasifikasi Status Gizi menurut WHO-NCHS	19
Tabel 3.1	Uji kesesuaian model struktural menurut jumlah sampel, jumlah variabel indikator dan jenis pengujian	39
Table 4.1	Distribusi bayi menurut jenis kelamin dan kelompok umur (bulan) di NTB & NTT, 2007	43
Tabel 4.2	Distribusi bayi menurut tinggi badan (cm) dan berat badan (kg) di NTB dan NTT, 2007	43
Tabel .4.3	Distribusi status gizi bayi di NTB dan NTT, 2007	44
Tabel 4.4	Distribusi total pengeluaran dan jumlah anggota rumah tangga pada keluarga bayi di NTB dan NTT, 2007	45
Tabel 4.5	Tabel distribusi pengeluaran per kapita, status bekerja ibu dan tingkat pendidikan ibu menurut keluarga bayi di NTB dan NTT, 2007	46
Tabel 4.6	Distribusi umur ibu, paritas ibu dan jarak kelahiran ibu di NTB & NTT, 2007	47
Tabel 4.7	Distribusi bayi menurut variabel/indikator faktor kontaminasi lingkungan di NTB dan NTT, 2007	48
Tabel 4.8	Distribusi bayi menurut pemberian kolostrum, air susu ibu dan kesesuaian frekuensi pemberian makanan tambahan di NTB dan NTT, 2007	49
Tabel 4.9	Distribusi bayi menurut dan kunjungan neonatal dan kelengkapan imunisasi di NTB dan NTT, 2007	50

Tabel 4.10	Perbedaan proporsi bayi <i>stunting</i> , <i>underweight</i> dan <i>wasting</i> menurut variabel/indikator faktor sosio-ekonomi di NTB dan NTT, 2007	51
Tabel 4.11	Perbedaan proporsi bayi <i>stunting</i> , <i>underweight</i> dan <i>wasting</i> menurut variabel/indikator faktor maternal di NTB dan NTT, 2007	52
Tabel 4.12	Perbedaan proporsi bayi <i>stunting</i> , <i>underweight</i> dan <i>wasting</i> menurut variabel/indikator faktor kontaminasi lingkungan di NTB dan NTT, 2007	53
Tabel 4.13	Perbedaan proporsi bayi <i>stunting</i> , <i>underweight</i> dan <i>wasting</i> menurut variabel/indikator faktor defisiensi nutrisi di NTB dan NTT, 2007	54
Tabel 4.14	Perbedaan proporsi bayi <i>stunting</i> , <i>underweight</i> dan <i>wasting</i> menurut variabel/indikator faktor pencegahan dan perawatan kesehatan bayi di NTB dan NTT, 2007	55
Tabel 4.15	Model persamaan pengukuran keseluruhan faktor pada pola hubungan kelangsungan hidup bayi di NTB dan NTT, 2007	56
Tabel 4.16	Tabel persamaan model struktural pola kelangsungan hidup bayi di NTB dan NTT, 2007	59
Tabel 4.17	Tabel uji kesesuaian model struktural pola kelangsungan hidup bayi di NTB dan NTT, 2007	62

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Kerangka teoritis kelangsungan hidup bayi oleh Mosley dan Chen (1984)	14
Gambar 2.2	Hubungan berbagi faktor penyebab kematian bayi dan anak menurut Dov Chernichovsky, 1983 dalam Supriasa (1987)	20
Gambar 2.3	Kerangka pikir kelangsungan hidup bayi	26
Gambar 3.1	Alur pemilihan sampel	31
Gambar 3.2	Model struktural kelangsungan hidup bayi	37
Gambar 4.1	Model pengukuran secara keseluruhan faktor pada pola kelangsungan hidup bayi di NTB dan NTT, 2007.	58
Gambar 4.2	Model struktural pola kelangsungan hidup bayi di NTB dan NTT, 2007	61

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Kuesioner Survei Data Dasar Dukungan Sektor Kesehatan – NTB dan NTT 2007
- Lampiran 2 Output Model Pengukuran dan Model Struktural Faktor Sosio-ekonomi terhadap Kelangsungan Hidup Bayi di NTB dan NTT, 2007



BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Upaya peningkatan pembangunan dapat dilakukan melalui pembangunan berwawasan penduduk. Pembangunan yang mengacu pada kondisi dan potensi penduduk yang ada akan berdampak secara positif terhadap penduduknya karena pembangunan yang dilakukan bersifat tepat guna dan tepat sasaran. Hal tersebut dikarenakan penduduk tidak dijadikan sebagai objek semata, melainkan juga sebagai subjek di dalam pembangunan. Pembangunan berwawasan kependudukan dapat diupayakan melalui pembangunan sumber daya manusia, yaitu dengan meningkatkan kualitas sumber daya manusia.

Salah satu indikator pembangunan berwawasan kependudukan adalah Indeks Pembangunan Manusia (IPM/*HDI*), yang mempertimbangkan aspek pendidikan, kesehatan dan ekonomi. Komponen-komponen penyusun dari ketiga aspek utama IPM adalah panjang umur dan menjalani hidup sehat (aspek kesehatan), penduduk terdidik (aspek pendidikan) dan standar hidup layak (aspek ekonomi). Adapun indikator yang menjelaskan secara lebih rinci mengenai komponen dari aspek kesehatan adalah angka harapan hidup.

Angka Harapan Hidup dapat digunakan sebagai alat untuk mengevaluasi kinerja pemerintah, salah satunya di dalam meningkatkan derajat kesehatan penduduk. Angka harapan hidup dapat dihitung berdasarkan angka kematian menurut umur (*Age Specific Death Rate/ASDR*) yang datanya diperoleh dari catatan registrasi kematian selama bertahun-tahun. Salah satu komponen usia penduduk yang diperhitungkan di dalam angka kematian menurut umur adalah usia bayi, sehingga angka kematian bayi (AKB) menjadi penting untuk diteliti.

Angka kematian bayi Indonesia pada saat ini cukup tinggi, meskipun dalam kurun sepuluh tahun terakhir terjadi penurunan. Di antara negara-negara Asia Tenggara, Indonesia berada di peringkat tertinggi kelima setelah Kamboja, Myanmar, Laos, dan Timor Leste. Penyebab utama kematian bayi di Indonesia antara lain disebabkan oleh infeksi saluran pernafasan akut (ISPA), komplikasi perinatal dan diare.

Tabel 1.1 Angka kematian bayi Negara-negara Asia Tenggara
pada tahun 1990-2005

	Angka Kematian Bayi			
	Kematian per 1000 kelahiran hidup			
	1990	1995	2000	2005
Brunei Darussalam	10	8	8	8
Cambodia	80	88	95	98
Indonesia	60	48	36	28
Lao PDR	120	99	77	62
Malaysia	16	13	11	10
Myanmar	91	83	78	75
Philippines	41	35	30	25
Singapore	7	4	3	3
Thailand	31	23	19	18
Timor-Leste	133	118	85	52
Viet Nam	38	32	23	16

Sumber: UN-ESCAP, Statistical Yearbook for ASIA and Pacific 2007

Angka kematian bayi di Indonesia menunjukkan angka yang bervariasi antar provinsi. Di antara 33 provinsi, Nusa Tenggara Barat dan Nusa Tenggara Timur termasuk provinsi dengan angka kematian bayi tertinggi. Penyebab tingginya angka kematian bayi di Lombok, menurut Roosmalawati Rusman, dkk (1999), adalah masih lambatnya upaya pemberian pertolongan/pengobatan secara medis kepada bayi yang sakit. Hal ini dikarenakan kepercayaan atau keyakinan bahwa segala sesuatu yang terjadi pada mereka merupakan takdir yang sudah ditentukan dan tidak dapat di ubah, dan ketidaktahuan orang tua/keuarga dalam biaya pemeriksaan medis sehingga mereka cenderung untuk mencoba pengobatan tradisional atau pengobatan oleh dukun seperti pemberian ramuan racikan atau pemberian *sembe* (kunyahan daun sirih yang diberikan pada badan/wajah orang yang sakit).

Tabel 1.2 Angka kematian bayi di 33 Provinsi Indonesia pada tahun 1990 – 2005

Provinsi	SDKI 1994 (1985-1994)	SDKI 1997 (1988-1997)	SDKI 2002-2003 (1994-2003)	SDKI 2007 (1998-2007)
DI Aceh	-	-	-	25
Sumatera Utara	61	45	42	46
Sumatera Barat	68	66	48	47
Riau	72	60	43	37
Jambi	60	68	41	39
Sumatera Selatan	60	53	30	42
Bengkulu	74	72	53	46
Lampung	38	48	55	43
Bangka Belitung	-	-	43	39
Pulau Riau	-	-	-	43
DKI Jakarta	30	26	35	28
Jawa Barat	89	61	44	39
Jawa Tengah	51	45	36	26
DI Yogyakarta	30	23	20	19
Jawa Timur	62	36	43	35
Banten	-	-	38	46
Bali	58	40	14	34
Nusa Tenggara Barat	110	111	74	72
Nusa Tenggara Timur	71	60	59	57
Kalimantan Barat	97	70	47	46
Kalimantan Tengah	16	55	40	30
Kalimantan Selatan	83	71	45	58
Kalimantan Timur	61	51	42	26
Sulawesi Utara	66	48	25	35
Sulawesi Tengah	87	95	52	60
Sulawesi Selatan	64	63	47	41
Sulawesi Tenggara	79	78	67	41
Gorontalo	-	-	77	52
Sulawesi Barat	-	-	-	74
Maluku	-	-	-	59
Maluku Utara	-	-	-	51
Papua	-	-	-	36
Papua Barat	-	-	-	41
TOTAL	66	52	43	39

Sumber: *Indonesia Demographic and Health Survey 2007*

Indonesia sebagai salah satu negara yang ikut mengadopsi kesepakatan MDG (Millinium Development Goals) juga menetapkan target-target pencapaian tujuan MDG di tahun 2015, diantaranya adalah penurunan angka kematian bayi. Hal ini juga sejalan dengan komitmen Indonesia pada Konferensi Internasional Kependudukan dan Pembangunan (ICPD) tahun 1994.

Penurunan angka kematian bayi berdampak positif terhadap kelangsungan hidup bayi. Angka Kematian Bayi dapat diukur secara langsung hanya dengan menggunakan data sensus penduduk, sedangkan sensus itu sendiri hanya dilakukan sekali dalam kurun waktu sepuluh tahun sehingga angka kematian bayi yang dihasilkan bersifat per sepuluh tahun. Oleh karena itu, upaya untuk memperoleh angka kematian bayi per tahun, tidak dapat dilakukan secara langsung, melainkan melalui survey, yang akan menghasilkan jumlah kematian bayi yang sangat kecil. Oleh Mosley dan Chen (1984), kelangsungan hidup bayi menggunakan proksi status gizi bayi. Keunggulan dari metode tersebut adalah menggunakan kombinasi antara morbiditas dan mortalitas bayi. Metode tersebut juga didukung oleh hasil penelitian Pelletier dan Frongillo (2003), perubahan kelangsungan hidup anak berhubungan kuat dengan perubahan malnutrisi (BB/U) di beberapa negara berkembang. Hal inilah yang melatar belakangi penelitian ini menggunakan status gizi sebagai variabel untuk menentukan kelangsungan hidup bayi.

Hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2007 menunjukkan bahwa status gizi balita kategori gizi kurang dan buruk di propinsi Nusa Tenggara Timur dan Nusa Tenggara Barat sebesar 33,6% dan 24,8%. Angka tersebut masih di atas target program perbaikan gizi nasional tahun 2015 sebesar 20% dan target MDG 2015 sebesar 18,5%.

Kenneth Hill (2003) dalam artikel review menyatakan bahwa kerangka kerja analisis Mosley dan Chen telah digunakan sebagai model konseptual dalam beberapa penelitian kelangsungan hidup anak, namun demikian masih terbatas pada penggunaan teknik analisis yang menghasilkan beberapa kelebihan dan kelemahan.

1.2. Perumusan masalah

Komitmen Indonesia pada Konferensi Internasional Kependudukan dan Pembangunan (ICPD) tahun 1994 dan pencapaian target MDG (Millinium Development Goals) dalam penurunan angka kematian bayi sebesar 23 per 1000 kelahiran hidup. Masih tingginya angka kematian bayi dan rendahnya status gizi

bayi di provinsi Nusa Tenggara Barat dan Nusa Tenggara Timur yang akan berpengaruh terhadap kelangsungan hidup bayi.

Kelangsungan hidup bayi merupakan kemampuan bayi untuk bertahan hidup, sejak dilahirkan sampai sebelum berusia satu tahun. Analisis kelangsungan hidup bayi dilakukan terhadap bayi yang mati dan dibandingkan terhadap bayi yang bertahan hidup sebelum berusia satu tahun, dengan bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan terhadap kelangsungan hidup bayi.

Perhitungan angka kematian bayi metode langsung di Indonesia, hanya dilakukan tiap sepuluh tahun melalui sensus sehingga data yang dihasilkan merupakan angka kematian sepuluh-tahunan. Sedangkan perhitungan angka kematian bayi tiap tahun menggunakan estimasi melalui metode tidak langsung. Angka kematian bayi dengan menggunakan sampel melalui survey, menunjukkan angka yang relative kecil. Hal ini menyebabkan ketidakseimbangan proporsi bayi yang mati terhadap bayi yang masih hidup dan menjadi kelemahan dari teknik analisis yang akan digunakan.

Mosley dan Chen (1984) memberikan solusi kepada negara-negara berkembang yang memiliki kelemahan dalam sistem registrasi vital khususnya tentang data kematian bayi. Meskipun kematian bayi merupakan kejadian yang nyata dan dapat diukur dengan mudah. Namun, kematian bayi juga merupakan kejadian yang jarang jika dibandingkan terhadap jumlah total bayi yang hidup pada populasi yang besar. Kelangsungan hidup bayi tidak saja dilakukan analisis terhadap bayi mati melainkan pula dapat dilakukan terhadap bayi yang dapat bertahan hidup dengan pendekatan status kesehatan melalui status gizi bayi.

Peningkatan kelangsungan hidup bayi, menurut Mosley dan Chen (1984), dapat dilakukan dengan memperhatikan beberapa faktor yang bersifat langsung (faktor determinan proksi) seperti faktor maternal, defisiensi nutrisi, kontaminasi lingkungan, dan *injury* serta faktor pencegahan dan perawatan kesehatan bayi, serta faktor sosial-ekonomi sebagai faktor tidak langsung.

Kelemahan proporsi kematian bayi pada data survey, khusus tingkat provinsi, agar dapat dilanjutkan pada analisis data, dan alternatif status gizi dalam menjelaskan kelangsungan hidup bayi, serta banyaknya faktor yang diduga berhubungan, baik secara langsung dan tidak langsung, terhadap kelangsungan

hidup bayi, dan belum ditelitinya faktor-faktor yang berhubungan terhadap kelangsungan hidup bayi di Nusa Tenggara Barat dan Nusa Tenggara Timur, mendorong peneliti untuk melakukan penelitian tentang pola hubungan faktor sosial ekonomi terhadap kelangsungan hidup bayi melalui faktor proksi determinan di Nusa Tenggara Barat dan Nusa Tenggara Timur tahun 2007.

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Penelitian ini diharapkan dapat memperlihatkan pola hubungan faktor social-ekonomi dan faktor determinan proksi terhadap kelangsungan hidup bayi di provinsi Nusa Tenggara Barat dan Nusa Tenggara Timur pada tahun 2007.

1.3.2 Tujuan Khusus

- Mengetahui gambaran kelangsungan hidup bayi di provinsi Nusa Tenggara Barat dan Nusa Tenggara Timur tahun 2007.
- Mengetahui hubungan antara faktor sosial-ekonomi terhadap kelangsungan hidup bayi melalui faktor-faktor determinan proksi.
- Mengetahui variabel maternal yang berhubungan terhadap kelangsungan hidup bayi berdasarkan umur ibu saat hamil, paritas dan jarak kelahiran anak terakhir.
- Mengetahui variabel kontaminasi lingkungan yang berhubungan terhadap kelangsungan hidup bayi berdasarkan kepadatan ruang, sumber air minum utama, jenis jamban, jenis atap rumah, jenis dinding rumah, jenis lantai rumah.
- Mengetahui variabel defisiensi nutrisi yang berhubungan terhadap kelangsungan hidup bayi berdasarkan kolostrum, ASI dan PMT.
- Mengetahui variabel pencegahan dan perawatan kesehatan bayi, yang berhubungan terhadap kelangsungan hidup bayi berdasarkan perawatan neonatal N1 dan N2 serta imunisasi.

- Mengetahui model alur hubungan antara factor tidak langsung sosial ekonomi dan factor-faktor determinan proksi terhadap kelangsungan hidup bayi di provinsi Nusa Tenggara Barat dan Nusa Tenggara Timur pada tahun 2007.

1.4. Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi mengenai pola hubungan faktor sosial-ekonomi dan faktor-faktor determinan proksi terhadap kelangsungan hidup bayi, serta diharapkan dapat memberikan masukan bagi pengambil kebijakan pemerintah yang terkait akan permasalahan kependudukan di provinsi Nusa Tenggara Barat dan Nusa Tenggara Timur.

Model kelangsungan hidup bayi dengan penggunaan teknik analisis SEM diharapkan dapat menambah wawasan dan ilmu pengetahuan bagi peneliti dalam pengembangan teknik analisis statistic yang selanjutnya dapat diaplikasikan untuk masyarakat di masa yang akan datang.

1.5. Ruang lingkup Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat menggambarkan alur hubungan faktor sosial-ekonomi dan determinan proksi terhadap kelangsungan hidup bayi dengan menggunakan data Survei Perilaku Kesehatan Ibu dan Anak serta Pola Pencarian Pengobatan di Tingkat Masyarakat di Propinsi Nusa Tenggara Barat dan Nusa Tenggara Timur tahun 2007.

Faktor determinan proksi yang menjadi perhatian dalam penelitian ini adalah faktor maternal (umur ibu saat hamil, paritas, dan jarak kelahiran), faktor kontaminasi lingkungan (kepadatan, sumber air minum, jenis jamban, atap, dinding, dan lantai rumah), faktor defisiensi nutrisi (kolostrum, ASI dan PMT) serta factor perawatan dan pencegahan kesehatan bayi (perawatan neonatal N1 dan N2 serta imunisasi). Faktor social-ekonomi menggunakan variable pengeluaran rumah tangga, pendidikan ibu dan status bekerja ibu.

Subjek dalam penelitian ini adalah bayi anak terakhir yang hidup tunggal dari ibu yg menjadi sample dalam Survei Perilaku Kesehatan Ibu dan Anak serta Pola Pencarian Pengobatan di Tingkat Masyarakat di Propinsi Nusa Tenggara Barat dan Nusa Tenggara Timur tahun 2007. Waktu pelaksanaan penelitian adalah bulan Maret - Juli 2009, meliputi kegiatan penyusunan proposal, analisa data dan penulisan laporan akhir.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kelangsungan Hidup Bayi

Berdasarkan usia anak, Dasvarma, seperti yang dikutip oleh Simbolon (2005), mendefinisikan kelangsungan hidup anak menjadi tiga yaitu kelangsungan hidup bayi (*infant survival*), kelangsungan hidup anak (*child survival*) dan kelangsungan hidup balita (*childhood survival*). Kelangsungan hidup bayi (*infant survival*) menggambarkan kemampuan bayi untuk bertahan hidup sejak seorang bayi lahir sampai usia tepat satu tahun (ulang tahun pertamanya). Kelangsungan hidup anak (*child survival*) digambarkan sebagai kemampuan seorang anak untuk bertahan hidup mulai usia tepat satu tahun sampai usia lima tahun, sedangkan kelangsungan hidup balita (*childhood survival*) adalah kemampuan anak balita sejak lahir sampai usia dibawah lima tahun.

Kelangsungan hidup bayi tidak hanya dilindungi secara hukum internasional, seperti yang tercantum dalam CRC atau *Convention on the right of the child* tahun 1989, melainkan Indonesia telah memiliki pasal 28B ayat 2 UUD 1945 yang berbunyi “setiap anak berhak atas kelangsungan hidup, tumbuh, dan berkembang serta berhak atas perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi” dan memantapkan CRC ke dalam Undang-Undang RI Nomor 23 tahun 2002 tentang perlindungan anak. Perlindungan anak bertujuan untuk menjamin terpenuhinya hak-hak anak agar dapat hidup, tumbuh, berkembang, dan berpartisipasi secara optimal sesuai dengan harkat dan martabat kemanusiaan, serta mendapat perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi, demi terwujudnya anak Indonesia yang berkualitas, berakhlak mulia dan sejahtera (Muthalib, 2004).

Setiap bayi yang lahir mempunyai kondisi masa kehamilan yang berbeda, proses kelahiran yang berbeda dan lingkungan setelah persalinan yang berbeda, sehingga diperkirakan setiap bayi mempunyai umur kelangsungan hidup yang berbeda pula (Nelson, 1985). Edoardo Masset dan Howard White (2003) menyatakan bahwa faktor-faktor determinan kelangsungan hidup bayi terbagi ke dalam empat faktor yaitu faktor biologi (kelahiran kembar, umur ibu, jarak

kelahiran, urutan kelahiran, jenis kelamin), faktor perilaku (injeksi tetanus minimal 2 kali, kunjungan layanan antenatal, pemberian ASI), faktor lingkungan (ketersediaan air bersih, ketersediaan sanitasi dan bahan bakar), serta faktor sosio-ekonomi (indeks kesejahteraan rumah tangga). Namun berdasarkan hasil penelitian di Andhra Pradesh tahun 2003, faktor biologi yang secara bermakna terhadap kelangsungan hidup bayi adalah kelahiran kembar dan jarak kelahiran, sedangkan dari faktor perilaku, injeksi tetanus dan kunjungan layanan antenatal berhubungan terhadap kelangsungan hidup bayi. Faktor Lingkungan dan faktor sosio-ekonomi tidak berhubungan bermakna terhadap kelangsungan hidup bayi di Andhra Pradesh India tahun 2003.

2.2 Sumber Data Kematian Bayi

Sumber data kematian bayi di Indonesia masih menggunakan data sensus atau data survey kependudukan. Hal ini disebabkan masih lemahnya partisipasi masyarakat dalam melaporkan kematian bayi pada sistem registrasi penduduk di Indonesia (BPS, 2005).

Perhitungan angka kematian bayi dapat menggunakan estimasi secara langsung maupun tidak langsung. Estimasi angka kematian bayi secara langsung, dihitung berdasarkan jumlah kematian bayi pada suatu periode tertentu yang kemudian dibagi dengan jumlah bayi yang lahir hidup. Estimasi angka kematian bayi dengan metode langsung di Indonesia, pertama kali dilakukan dengan menggunakan data Survei Prevalensi Kontrasepsi Indonesia (SPI) 1987, kemudian menggunakan data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 1991, 1994, 1997 dan 2002-2003.

Perhitungan angka kematian dengan metode tidak langsung, menggunakan beberapa informasi tertentu yang tidak berhubungan langsung dengan data kematian, seperti struktur umur penduduk, komposisi anggota rumah tangga, jumlah anak lahir hidup dan jumlah anak yang masih hidup yang kemudian dikonversikan dengan metode tertentu. Ada beberapa metode penghitungan AKB dengan metode tidak langsung, yaitu: (1) metode Brass, menghitung rasio kematian anak dengan mengalikan data proporsi anak yang masih hidup dan

proporsi anak yang sudah meninggal menurut umur ibu (selang lima tahunan) dengan suatu faktor pengali, asumsi kematian konstan di masa lalu; (2) metode Sullivan, pengembangan metode Brass dengan perbedaan faktor pengali yang diperoleh melalui persamaan regresi, terdiri dari empat model *life-table* Coale-Demeny; (3) metode Trussel, hampir sama dengan metode Sullivan, pendekatan regresi untuk faktor pengali dan memakai rasio P_1/P_2 dan P_2/P_3 yang akan dikalikan dengan koefisien tertentu, tersedia dalam empat model tabel kematian Coale-Demeny, asumsi perubahan kematian yang sesuai untuk diaplikasikan di Indonesia; (4) metode Feeney, berdasarkan nilai proporsi anak mati dan nilai umur rata-rata melahirkan dengan rasio paritas P_1/P_2 , P_2/P_3 dan P_3/P_4 .

Terdapat beberapa data tentang angka kematian bayi yang dihitung berdasarkan umur bayi. Angka kematian neonatal adalah angka kematian yang terjadi sebelum bayi berumur satu bulan atau 28 hari, per 1000 kelahiran hidup pada satu tahun tertentu. Angka kematian posneonatal adalah kematian yang terjadi setelah bayi berumur satu bulan sampai sebelum bayi berusia satu tahun, per 1000 kelahiran hidup pada periode waktu tertentu. Angka kematian bayi adalah kematian yang terjadi antara kelahiran sampai tepat berusia satu tahun per 1000 kelahiran hidup pada periode waktu tertentu. Angka kematian perinatal adalah kematian bayi pada saat dilahirkan dan kematian bayi sebelum bayi berumur 7 hari per 1000 kehamilan berusia lebih daritujuh bulan.

Berdasarkan pertumbuhan dan perkembangan bayi, kematian bayi dapat disebabkan dua faktor yaitu: faktor internal dan faktor eksternal. Menurut Jelliffe yang dikutip oleh Supriasa (2001), pertumbuhan adalah peningkatan secara bertahap dari tubuh, organ dan jaringan dari masa konsepsi sampai remaja. Sedangkan perkembangan merupakan bertambahnya kemampuan keahlian dalam struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang teratur dan dapat diramalkan sebagai hasil proses pematangan.

Faktor internal yang berpengaruh terhadap pertumbuhan bayi, diantaranya adalah faktor-faktor yang dibawa bayi sejak lahir, genetik, atau yang diturunkan dari ibunya saat konsepsi dan hamil, sampai bayi berusia 1 bulan, seperti umur ibu saat hamil, jarak kelahiran, gizi ibu hamil, dan infeksi yang diserita ibu saat hamil, pemberian air susu ibu, penyakit infeksi yang diserita bayi. Sedangkan faktor

eksternal merupakan faktor lingkungan yang diterima bayi sampai berusia satu tahun, yaitu: (1) lingkungan biologis, seperti: ras, jenis kelamin, umur, gizi perawatan kesehatan, kepekaan terhadap penyakit, penyakit kronis; (2) lingkungan fisik, seperti: cuaca, iklim, musim, keadaan geografis, sanitasi lingkungan, dan keadaan rumah; dan (3) lingkungan psikososial, seperti: motivasi, stimulan, dan interaksi antara bayi dan orang tua.

2.3 Teori Kelangsungan Hidup Bayi Mosley dan Chen

Model kelangsungan hidup bayi, menurut W. Henry Mosley dan Lincoln Chen (1984), merupakan gabungan model pendekatan sosial dan pendekatan medis. Kelangsungan hidup bayi di negara-negara berkembang, tidak saja dipengaruhi oleh faktor determinan proksi (pendekatan medis), melainkan juga dipengaruhi oleh faktor determinan sosial-ekonomi (pendekatan sosial). Faktor determinan sosial-ekonomi mempengaruhi kelangsungan hidup bayi tidak secara langsung, tetapi melalui faktor-faktor determinan proksi.

Faktor determinan proksi terdiri dari lima faktor, yaitu: faktor maternal, kontaminasi lingkungan, defisiensi nutrisi, *injury*, serta faktor pencegahan dan perawatan kesehatan bayi. Kelima faktor tersebut memiliki indikator masing-masing dalam menjelaskan tiap faktor yang dianggap berhubungan terhadap kelangsungan hidup bayi. Indikator yang dapat menjelaskan faktor maternal dalam model ini adalah umur ibu, paritas dan jarak kelahiran, yang dianggap dapat diukur secara langsung saat wawancara.

Kontaminasi lingkungan dapat menggambarkan berbagai penyebaran penyakit yang mungkin dapat diukur secara langsung melalui pengukuran mikrobiologi yang terbawa dalam sampel udara, air, makanan, kulit atau vektor. Pada surveilen kesehatan masyarakat, indikator tunggal yang dapat digunakan adalah pengukuran bakteri *Escherchia Coli* di tinja untuk pencemaran pada air dan makanan. Penilaian yang lebih praktis terhadap intensitas relatif kontaminasi lingkungan adalah mengukur jumlah insiden penyakit-penyakit infeksi akut pada kohort bayi yang akan diteliti. Contoh penyakit pernafasan seperti batuk, influenza dan pneumonia, dapat digunakan sebagai infeksi yang disebabkan melalui udara. Kontaminasi lingkungan dapat diukur secara tidak langsung melalui penilaian

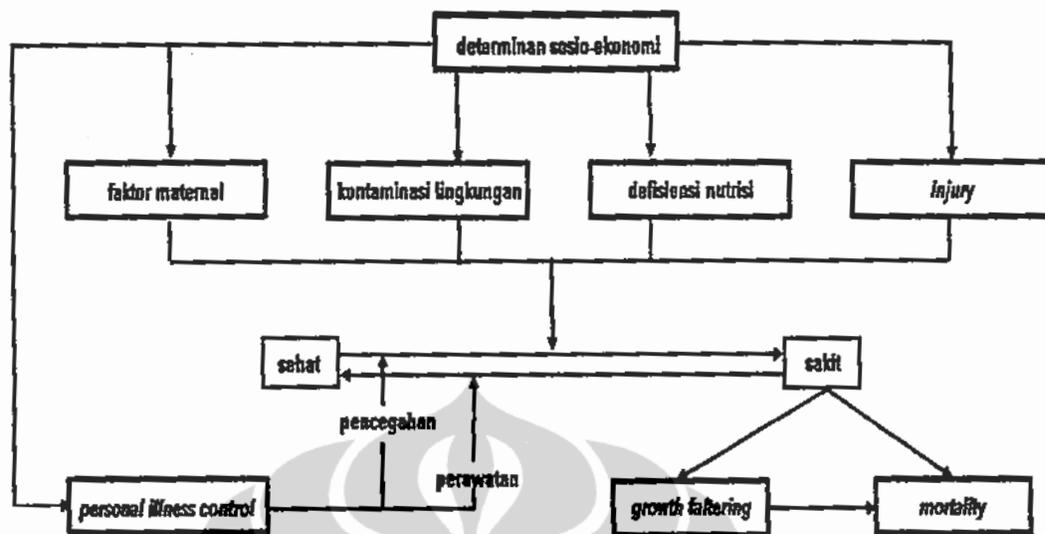
Universitas Indonesia

terhadap faktor-faktor yang dianggap berpotensi terhadap timbulnya penyakit. Contoh kepadatan ruang dianggap sebagai faktor risiko terhadap penyakit pernafasan dan sebagai kontaminasi udara, atau sumber air untuk mengukur kontaminasi air, atau keberadaan jamban atau penggunaan sabun dan air sebagai kontaminasi lingkungan.

Defisiensi nutrisi diukur secara langsung melalui bobot seluruh makanan sebelum di makan, yang dihitung oleh seorang analisis biokimia berdasarkan sampel makanan. Namun demikian, pengukuran fisik dan biokimia juga dapat dilakukan untuk pengukuran status nutrisi. Sedangkan faktor *injury* (luka) dapat diukur melalui insiden luka yang baru terjadi atau kumulatif prevalensi luka yang berhubungan dengan kemampuan hidup bayi seperti luka bakar.

Faktor pencegahan kesehatan bayi dapat diukur melalui penggunaan layanan pencegahan penyakit seperti imunisasi dan layanan antenatal. Pengukuran terhadap perawatan kesehatan bayi dapat menggunakan tipe layanan dan jenis terapi yang diterima dari penyedia layanan kesehatan.

Faktor sosial-ekonomi dikelompokkan ke dalam tiga kelompok besar variabel-variabel, yaitu: variabel-variabel tingkat individu, variabel-variabel tingkat rumah tangga dan variabel-variabel tingkat komunitas. Pada tingkat individu, tingkat sosial-ekonomi dapat diukur berdasarkan produktivitas dan tradisi/norma-norma/cara pandang. Pengukuran produktivitas individu terdiri dari tiga unsur, yaitu keahlian (tingkat pendidikan), kesehatan dan waktu. Berdasarkan tradisi/norma/cara pandang, faktor sosial-ekonomi individu dapat diukur melalui pendekatan kebiasaan/tradisi sosial/cara pandang akan ekonomi dan hubungannya terhadap praktek kesehatan. Pada tingkat rumah tangga, faktor sosial-ekonomi diukur dengan pendapatan atau kesejahteraan keluarga, seperti kepemilikan dan kekayaan. Pada tingkat komunitas, faktor sosial-ekonomi dapat diukur berdasarkan tiga unsur, yaitu ekologi lingkungan (iklim, tanah, hujan, temperatur, ketinggian permukaan dan musim), ekonomi-politik (produksi organisasi, infrastruktur fisik, institusi politik, dan sistem kesehatan). Faktor sosial-ekonomi mempengaruhi kelangsungan hidup bayi melalui faktor proksi determinan. Alur hubungan faktor-faktor tersebut terhadap kelangsungan hidup bayi dapat di lihat pada gambar berikut:



Gambar 2.1 Kerangka teoritis kelangsungan hidup bayi oleh Mosley dan Chen (1984)

Indikator kelangsungan hidup bayi tidak saja berdasarkan pada kematian bayi atau mortalitas melainkan pula dapat menggunakan indikator gabungan mortalitas dan morbiditas bayi melalui status kesehatan pada bayi yang dapat bertahan hidup sebelum berusia satu tahun seperti malnutrisi (kurang gizi). Semakin rendah status gizi bayi maka semakin meningkat risiko bayi untuk mati. Pendekatan kelangsungan hidup bayi tersebut dapat diterapkan di populasi yang tidak terlalu besar.

2.4 Status Gizi Bayi

Status gizi bayi adalah ekspresi dari keadaan keseimbangan gizi pada bayi. Hal ini bertujuan untuk mengetahui keseimbangan gizi yang diperlukan pada bayi. Kekurangan atau kelebihan secara relatif atau absolut, satu atau lebih zat gizi berpengaruh terhadap keadaan patologis bayi (malnutrisi).

Sangatlah penting untuk dilakukan penilaian status gizi pada bayi. Terdapat dua metode penilaian status gizi yaitu penilaian secara langsung (antropometri, klinis, biokimia dan biofisik) dan penilaian status gizi secara tidak langsung (survei konsumsi pangan, statistik vital dan faktor ekologi). Pemilihan metode penilaian tersebut, tergantung pada tujuan, unit sampel yang akan digunakan, jenis

informasi yang akan diperoleh, reliabilitas, fasilitas/sarana, serta tenaga, waktu dan biaya yang dimiliki.

Penilaian status gizi yang paling umum digunakan adalah pengukuran antropometri. Hal ini dikarenakan penilaian paling mudah di antara ketiga penilaian secara langsung. Pengukuran antropometri gizi berkaitan dengan pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkatan umur dan tingkatan gizi. Penilaian tersebut bertujuan untuk melihat ketidakseimbangan asupan protein dan energi melalui pola pertumbuhan fisik dan proporsi jaringan tubuh seperti lemak, otot dan jumlah air dalam tubuh.

Berdasarkan jenis pertumbuhan, pengukuran antropometri gizi terdiri dari dua, yaitu: linier dan massa jaringan. Pertumbuhan linier menggambarkan keadaan status gizi pada waktu lampau, dan parameter yang dipakai adalah ukuran yang berhubungan dengan panjang, seperti panjang badan, lingkaran dada dan lingkaran kepala. Sedangkan pertumbuhan massa jaringan dapat menggambarkan status gizi pada saat sekarang atau saat pengukuran, dan parameter yang digunakan adalah yang berhubungan dengan massa tubuh, seperti berat badan, lingkaran lengan atas, dan tebal lemak bawah kulit.

2.4.1 Indeks Antropometri

Kombinasi beberapa parameter antropometri gizi dapat disebut sebagai indeks antropometri. Beberapa indeks antropometri yang sering digunakan adalah berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U), dan berat badan menurut tinggi badan (BB/TB). Penggunaan indeks antropometri yang berbeda akan menghasilkan prevalensi status gizi yang berbeda pula.

Indeks berat badan menurut umur (BB/U) merupakan pengukuran total berat badan termasuk air, lemak, tulang dan otot. Indeks ini dapat menggambarkan status gizi seseorang saat ini karena karakteristik dari berat badan yang sensitif dan labil terhadap perubahan yang mendadak seperti penurunan atau peningkatan nafsu makan/jumlah makanan yang dikonsumsi. Beberapa kelebihan indeks ini antara lain: lebih mudah dan cepat dimengerti oleh masyarakat umum, baik untuk mengukur status gizi akut atau kronis, sangat sensitif terhadap perubahan-perubahan kecil (berat badan dapat berfluktuasi), serta

dapat mendeteksi kegemukan. Namun demikian, indeks ini memiliki beberapa kekurangan, di antaranya adalah keliru dalam interpretasi status gizi bila terdapat edema atau asites, memerlukan data umur yang akurat khususnya di bawah lima tahun dan dapat terjadi kesalahan pengukuran seperti pengaruh pakaian atau gerakan anak pada saat penimbangan.

Indeks tinggi badan menurut umur (TB/U) dapat menggambarkan status gizi masa lampau. Hal ini dikarenakan karakteristik dari tinggi badan yang menggambarkan keadaan pertumbuhan skeletal dan kurang sensitif terhadap masalah kekurangan gizi dalam waktu yang relatif pendek. Pengaruh defisiensi zat gizi terhadap tinggi badan akan nampak dalam waktu relatif lama. Selain baik untuk menilai status gizi di masa lampau, indeks tinggi badan menurut umur memiliki kelebihan lain yaitu mudah dan murah alat yang akan digunakan. Namun, relatif cukup sulit dalam pengukurannya karena anak harus berdiri tegak atau bayi dengan posisi tidur dan kaki lurus, serta perubahan tinggi badan tidak cepat, bahkan tidak mungkin turun.

Indeks berat badan menurut tinggi badan (BB/TB) merupakan indeks yang dapat menggambarkan status gizi saat ini/sekarang. Berat badan berhubungan linier terhadap tinggi badan. Pada keadaan normal, perkembangan berat badan searah dengan pertumbuhan tinggi badan dengan kecepatan tertentu. Selain independen terhadap umur, indeks ini dapat membedakan proporsi badan (kurus, normal dan gemuk). Namun, indeks ini tidak dapat menggambarkan kelebihan tinggi atau berat menurut umur, serta relatif lebih lama karena pengukuran dilakukan terhadap berat badan dan tinggi badan.

Diantara ketiga indeks antropometri tersebut di atas, BB/U merupakan indikator yang paling umum digunakan sejak tahun 1972 dan dianjurkan juga untuk menggunakan indeks TB/U dan BB/TB agar dapat membedakan antara kurang gizi akut dengan kronis.

2.4.2 Klasifikasi Status Gizi

Klasifikasi status gizi sangatlah ditentukan oleh ambang batas atau *cut of point* dan penentuan ambang batas ini terdiri dari tiga cara, yaitu persen terhadap

median, persentil dan standar deviasi unit. Berdasarkan baku Harvard, status gizi dapat diklasifikasi menjadi gizi lebih, gizi baik, gizi kurang dan gizi buruk.

Baku rujukan Harvard digunakan Gomez tahun 1956 dalam mengklasifikasi status gizi. Klasifikasi Gomez menggunakan ambang batas persentil 50 dan indeks berat badan menurut umur (BB/U) untuk mengklasifikasi status gizi atau kurang energi protein (KEP) yaitu KEP normal (lebih dari sama dengan 90%), KEP ringan (89-75%), KEP sedang (74-60%), dan KEP berat (kurang dari 60%). Hal ini juga tidak jauh berbeda dengan klasifikasi yang dikembangkan oleh Jelliffe yaitu KEP I (90-80%), KEP II (80-70%), KEP III (70-60%) dan KEP IV (kurang dari 60%).

Klasifikasi menurut Wellcome Trust, status gizi terbagi ke dalam empat kelompok dengan memperhatikan keberadaan edema selain persentil 50 baku Harvard. Klasifikasi tersebut terdiri dari gizi kurang (tidak ada edema; $\geq 60\%$), marasmus (tidak ada edema; $< 60\%$), kwashiorkor (ada edema; $\geq 60\%$), dan marasmus-kwashiorkor (ada edema; $< 60\%$).

Bila klasifikasi sebelumnya menggunakan indeks berat badan menurut umur, lain halnya dengan klasifikasi yang dikembangkan oleh Waterlow dengan menggunakan indeks tinggi menurut umur (*stunting*) dan berat badan menurut tinggi (*wasting*). Defisit berat badan terhadap tinggi badan menggambarkan gangguan gizi yang akut dan menyebabkan kurus-kering (*wasting*) sedangkan defisit tinggi badan terhadap umur menggambarkan gangguan gizi yang telah berlangsung sangat lama sehingga menyebabkan anak menjadi pendek (*stunting*) untuk umurnya. Klasifikasi status gizi menurut Waterlow dapat di lihat pada tabel berikut:

Tabel 2.1 Klasifikasi Status Gizi menurut Waterlow

Kelompok	<i>Stunting</i>	<i>Wasting</i>
	(tinggi menurut umur)	(Berat badan menurut umur)
KEP I	>95%	>90%
KEP II	95-90%	90-80%
KEP III	89-85%	80-70%
KEP IV	<85%	<70%

Sumber: Supriasa, Bakri dan Fajar, 2001

Klasifikasi status gizi di Indonesia, berdasarkan rekomendasi Lokakarya Antropometri tahun 1975 serta Puslitbang Gizi pada tahun 1978 menggunakan baku persentil 50 Harvard dan lima indeks antropometri yaitu BB/U, TB/U, LLA/U, BB/TB dan LLA/TB. Klasifikasi terbagi ke dalam tiga kelompok yaitu gizi baik, kurang dan buruk di tiap indeks antropometri. Namun sejak 1999, baku rujukan yang digunakan dalam buku petunjuk Teknis Pemantauan Status Gizi (PSG) adalah baku rujukan WHO-NCHS (*National Centre for Health Statistics*) dengan klasifikasi status gizi yang sama. Klasifikasi ini menggunakan kombinasi ketiga indeks antropometri (BB/TB, BB/U dan TB/U) dan sudah membedakan antara anak laki-laki dan perempuan.

Tabel 2.2 Klasifikasi Status Gizi menurut WHO-NCHS

BB/TB (<i>wasting</i>)	BB/U (<i>underweight</i>)	TB/U (<i>stunting</i>)	Status Gizi
Normal	Rendah	Rendah	Baik, pernah kurang
Normal	Normal	Normal	Baik
Normal	Tinggi	Tinggi	Jangkung, masih baik
Rendah	Rendah	Tinggi	Buruk
Rendah	Rendah	Normal	Buruk, kurang
Rendah	Normal	Tinggi	Kurang
Tinggi	Tinggi	Rendah	Lebih, obesitas
Tinggi	Tinggi	Normal	Lebih, tidak obesitas
Tinggi	Normal	Rendah	Lebih, pernah kurang

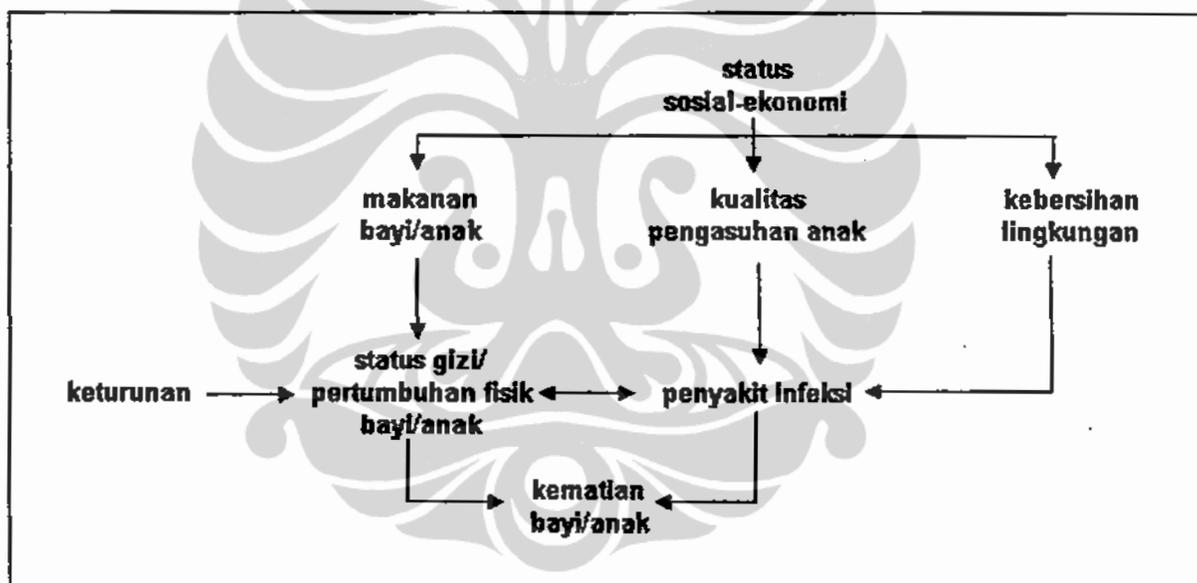
Sumber: Supriasa, Bakri dan Fajar, 2001

Klasifikasi status gizi berdasarkan WHO-NCHS meliputi anak berumur 0 sampai 18 tahun dan disajikan dalam dua versi, yaitu persentil dan skor simpang baku (*standar deviation score=Z-score*). Pemilihan batas ambang penentuan rendah-normal-tinggi, menurut Waterlow dkk dalam Supriasa (2001), didasarkan terhadap kondisi gizi populasi anak-anak di suatu negara. Pada anak-anak di negara dengan gizi baik (*well nourished*) maka batas ambang yang digunakan adalah persentil, sebaliknya, pada anak-anak di negara dengan gizi kurang (*undernourished*) sebaiknya menggunakan skor simpang baku.

2.5 Faktor-faktor yang Berhubungan Terhadap Kelangsungan Hidup Bayi

Kelangsungan hidup bayi, berdasarkan Mosley dan Chen (1984), sangatlah tergantung pada beberapa faktor. Tidak hanya faktor bayi setelah dilahirkan (seperti sosial-ekonomi, lingkungan dan gizi) melainkan juga faktor ibu ketika hamil (seperti kecukupan gizi ibu, dan perilaku kesehatan ibu). Faktor-faktor sebelum dan setelah bayi dilahirkan tersebut berperan terhadap status gizi bayi pada satu tahun pertama hidupnya.

Hubungan beberapa faktor seperti sosial-ekonomi, lingkungan, pola pengasuhan, makanan dan lain-lain, terhadap status gizi dan kematian bayi, menurut Dov Chernichovsky tahun 1983 dalam Supriasa (2001), merupakan keterkaitan antar faktor-faktor tersebut. Konsumsi makanan pada bayi dapat dipengaruhi oleh status sosial-ekonomi keluarga dalam hal ketersediaan dan kecukupan nilai gizi dari makanan. Penyimpangan konsumsi makanan dapat berpengaruh terhadap fungsi faal dan biologik bayi sehingga dapat mengganggu pertumbuhan fisik dan kemampuan imunologik bayi. Penyertaan lingkungan yang buruk atau pengasuhan yang kurang terhadap pertumbuhan yang terhambat serta kemampuan imunologik yang kurang dapat berpengaruh terhadap kelangsungan hidup bayi. Pola keterkaitan faktor-faktor tersebut digambarkan sebagai berikut:



Gambar 2.2 Hubungan berbagai faktor penyebab kematian bayi dan anak menurut Dov Chernichovsky ,1983 dalam Supriasa (2001)

2.5.1 Faktor Sosial-Ekonomi

Peranan faktor sosial-ekonomi terhadap kelangsungan hidup bayi, tidaklah secara langsung melainkan melalui beberapa faktor seperti kemampuan ibu terhadap pemenuhan gizi saat hamil, kemampuan ibu terhadap layanan kesehatan pemeriksaan kehamilan, perawatan dan pencegahan penyakit pada bayi, serta ketersediaan air bersih dan sanitasi. Menurut Mariam Claeson (2004), bayi yang

berasal dari keluarga yang kurang mampu lebih berisiko untuk meninggal dibandingkan bayi seumuran dari keluarga mampu. Hal ini disebabkan karena ketidakadilan sosial-ekonomi pada kelangsungan hidup bayi terhadap faktor risiko yang menyertai hidupnya, kemampuan pencarian pengobatan dan mendapatkan layanan kesehatan yang baik.

Bayi yang berasal dari keluarga kurang mampu, lebih berisiko untuk ketidaksediaan air bersih dan sanitasi, mendapatkan polusi udara dalam ruang, kepadatan, serta lebih berisiko terhadap penyakit. Dan bayi-bayi tersebut juga memiliki status gizi kurang (*undernourished*) sehingga lebih berisiko terhadap penyakit berat serta menderita lebih dari satu macam penyakit ketika mereka sakit.

Girma dan Genebo (2002) menyatakan bahwa semakin tinggi status sosial-ekonomi keluarga maka semakin rendah tingkat status gizi *stunting* anak. Hal ini didasarkan pada penelitian status gizi anak di 15 negara dan beberapa penelitian di Ethiopia. Mereka juga menyatakan bahwa pendidikan ibu merupakan salah satu sumber dari kemampuan ibu dalam penyediaan perawatan yang baik untuk anak-anak mereka, dan merupakan determinan penting terhadap pertumbuhan dan perkembangan anak-anaknya. Penurunan kejadian anak dengan malnutrisi di antara anak-anak sebagai akibat dari peningkatan pendidikan ibu. Ibu yang bekerja tidak hanya berpengaruh positif terhadap pendapatan keluarga melainkan pula dapat berpengaruh negatif terhadap status gizi anak dalam hal ketersediaan waktu ibu untuk perawatan anaknya.

Hal yang sama juga diungkapkan oleh Suhardjo (2002), ibu hamil yang berasal dari kalangan masyarakat miskin biasanya makanan yang tersedia tidak memenuhi persyaratan, selain kurang kemampuan dalam pemeliharaan dan pelayanan kesehatan yang sangat terbatas sehingga lebih berisiko terkena penyakit infeksi dan kurang gizi. Hal ini berkaitan dengan semakin rendahnya berat bayi yang dilahirkan.

2.5.2 Faktor Maternal

Sebelum lahir, bayi mengalami tiga fase pertumbuhan yang sangatlah dipengaruhi oleh kondisi kesehatan dan gizi ibunya saat hamil. Kecukupan gizi ibu saat hamil dapat memberikan gizi yang sangat dibutuhkan oleh janin dalam pertumbuhannya. Tidak saja mencukupi janin saat hamil melainkan pula dapat mencukupi kebutuhan gizi bayi setelah lahir seperti air susu ibu. Janin yang mengalami hambatan dalam pertumbuhan menyebabkan bayi yang terlahir mengalami pertumbuhan yang lambat dan cenderung memiliki penampilan intelektual yang lebih rendah dibandingkan janin yang mengalami pertumbuhan normal (Suhardjo, 2002).

Ibu yang berumur kurang dari 20 tahun, selain rahim dan panggul ibu belum berkembang dengan baik, belum berpengalaman pada masa kehamilan dan kemungkinan akan timbul rasa cemas, takut dan khawatir dalam menghadapi persalinan. Sedangkan ibu berumur di atas 35 tahun, kesehatan dan keadaan rahim ibu sudah tidak sebaik seperti pada umur 20-35 tahun sebelumnya, akan lebih waspada terhadap kemungkinan terjadinya persalinan lama, pendarahan dan risiko cacat bawaan terhadap bayi yang akan dilahirkan. Kehamilan yang paling ideal adalah usia 20 sampai dengan 35 tahun (Ibu Sehat, Bayi Sehat, 2000). Ibu sebaiknya hamil pada umur 20-35 tahun karena pada masa tersebut merupakan masa yang aman untuk hamil.

Selain umur ibu, paritas atau jumlah anak yang pernah dilahirkan merupakan faktor penting dalam menentukan nasib ibu dan janin baik selama kehamilan maupun selama persalinan (Wibowo, 1992). Diharapkan ibu dapat memberikan perhatian yang lebih ketika mereka akan melahirkan bayinya karena bayi yang baru terlahir akan lebih membutuhkan perhatian dan perawatan dibandingkan anak sebelumnya.

Berdasarkan hasil survey DHS di beberapa negara, anak-anak yang dilahirkan dengan jarak kelahiran kurang dari 24 bulan akan lebih banyak mengalami *stunting* dibandingkan anak-anak yang terlahir dengan jarak kelahiran sebelumnya lebih dari 24 bulan. Hal ini berkaitan dengan kecukupan waktu ibu dalam memberikan perawatan dan pemberian makan pada anak, selain kecukupan waktu ibu dalam penyediaan gizi saat hamil (Girma dan Genebo, 2002). Namun

hasil penelitian Shea Rutstein (2000) yang dikutip oleh Espeut dari 17 negara-negara kurang berkembang, tidaklah sesuai dengan selang kelahiran 24 bulan sebelumnya karena anak-anak yang dilahirkan kurang dari 24 bulan setelah kelahiran anak sebelumnya akan 2,5 kali lebih berisiko untuk meninggal sebelum berusia lima tahun dibandingkan anak-anak yang dilahirkan 36-47 bulan setelah kelahiran anak sebelumnya.

2.5.3 Faktor Kontaminasi Lingkungan

Kontaminasi lingkungan dapat diukur secara tidak langsung melalui penilaian terhadap faktor-faktor yang dianggap berpotensi terhadap timbulnya penyakit. Lingkungan dapat terkontaminasi tidak saja oleh air melainkan juga udara dan tanah. Sumber air minum yang tidak terlindung dapat menjadi faktor risiko terhadap timbulnya penyakit seperti diare, keracunan mineral yang berbahaya atau penyakit-penyakit yang disebabkan oleh mikrobiologi dalam air (tifoid, kolera, leptospirosis.dll)

Mukono (2000) menyatakan bahwa rumah dapat berpengaruh terhadap kesehatan. Rumah yang sehat harus memiliki komponen rumah yang baik seperti atap, dinding, jendela, lantai dan pondasi, serta memiliki sarana air bersih, jamban yang baik, tempat pembuangan sampah dan fasilitas penerangan. Jenis lantai, atap dan dinding berpengaruh pada penghuni agar terhindar dari panas, dingin dan hujan. Jenis lantai dari tanah mempermudah penularan penyakit melalui parasit (Sukarni, 1994).

Kepadatan penghuni merupakan merupakan luas lantai dalam rumah dibagi dengan jumlah anggota keluarga penghuni tersebut. Depkes (2000) menyatakan rumah yang padat bila perbandingan luas terhadap penghuni kurang dari sembilan meter per segi per penghuni. Kepadatan penghuni merupakan risiko timbulnya penyakit pernafasan seperti pneumonia, batuk dan influenza.

2.5.4 Faktor Defisiensi Nutrisi

Status gizi bayi, sangatlah dipengaruhi oleh faktor sosial-ekonomi keluarga karena ketersediaan makanan atau pemilihan makanan yang bergizi serta kecukupan gizi dapat berpengaruh terhadap status gizi bayi. Berat bayi saat lahir dapat berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan bayi serta adaptasi terhadap lingkungan dikemudian hari. Di negara-negara yang sedang berkembang, faktor-faktor yang dapat mempengaruhi variasi berat bayi saat lahir, diantaranya kesehatan dan status gizi ibu serta makanan selama ibu hamil (Suhardjo, 2002).

Pemberian air susu ibu pada bayi merupakan salah satu indikator pada faktor diet dan gizi yang berimplikasi pada pertumbuhan dan perkembangan serta kesakitan bayi, yang selanjutnya mempengaruhi kelangsungan hidup bayi (Chen, 1983). Air susu ibu yang keluar setelah melahirkan dan berwarna kekuning-kuningan, kental serta agak lengket, dan dihasilkan hanya selama seminggu pertama adalah kolostrum. Kolostrum ini sangatlah penting untuk diberikan kepada bayi karena kandungan gizi yang dimiliki lebih banyak dibandingkan air susu ibu setelah tujuh hari. Kandungan gizi tersebut diantaranya, mengandung lebih banyak protein, kandungan immunoglobulin A, laktoferin, vitamin A dan natrium serta seng, tetapi kurang dalam lemak dan laktose.

Berdasarkan tinjauan aspek fisiologis dan sosial, air susu ibu merupakan asupan gizi yang paling sesuai untuk bayi selain susu formula ataupun makanan bayi. Bila ditelaah dari aspek fisiologis ASI, memudahkan bayi dalam menghisap susu dan dapat memberikan rangsangan terhadap volume air susu ibu yang dihasilkan kemudian. Kandungan zat gizi dari air susu ibu sangatlah banyak, diantaranya protein, lemak, laktose, mineral dan vitamin. Jika dibandingkan terhadap susu formula, air susu ibu mengandung lebih banyak zat gizinya. Adanya kandungan immunoglobulin A, dapat mencegah bayi terserang penyakit infeksi selain kandungan laktoferin, lisozim dan bifidus. Sedangkan dari aspek sosial, air susu ibu dapat memberikan ikatan (fisik dan batin) yang kuat antara ibu dan bayinya.

Selain air susu ibu, bayi berusia lebih dari sama dengan enam bulan, juga memerlukan makanan tambahan untuk memenuhi kebutuhan gizi yang diperlukan pada pertumbuhan serta perkembangan fisiologis dan psikomotor bayi. Penelitian

Universitas Indonesia

Jundel tahun 1923, yang dikutip dari Suhardjo (2002), menyatakan bahwa pemberian makanan padat mulai umur enam bulan menyebabkan kenaikan berat badan dan lebih tahan terhadap penyakit infeksi.

2.5.5 Faktor Pencegahan dan Perawatan Kesehatan Bayi

Imunisasi berasal dari bahasa Latin 'immunitas' berarti pembebasan atau kekebalan. Sistem imun sendiri adalah sistem dalam tubuh yang terdiri dari sel-sel serta produk zat-zat yang dihasilkannya, dan secara bersama-sama, sel tersebut melawan kuman penyakit atau racun ke dalam tubuh. Menurut Soekidjo, kekebalan terdiri dari dua jenis, yaitu: (1) kekebalan non-spesifik, tubuh manusia secara alamiah dapat melindungi diri sendiri dari suatu penyakit, seperti: kulit, air mata, dll; (2) kekebalan spesifik, berasal dari genetik (seperti: warna kulit), atau yang diperoleh tubuh secara aktif (seperti: kekebalan setelah sakit tertentu/campak, imunisasi), atau secara pasif (seperti: yang diturunkan ibu melalui plasenta, namun hanya bersifat sementara).

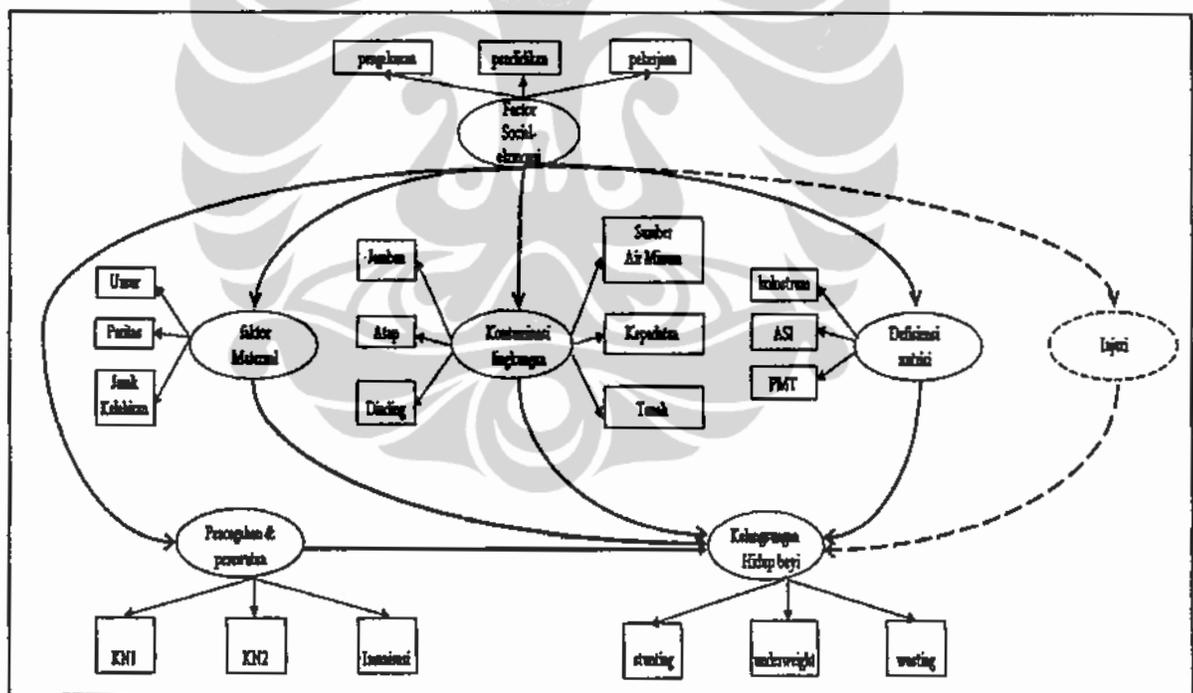
Jenis imunisasi terpenting untuk bayi adalah sebagai berikut:

- BCG (*Bacillus Calmette Guerin*), diberikan sekali pada bayi usia 0-11 bulan.
- DPT (*Difteri Pertusis Tetanus*), diberikan sebanyak tiga kali pada usia 2-11 bulan dengan interval minimal empat minggu. (harus kembali diberikan pada usia anak sekolah dasar).
- Polio, diberikan empat kali pada bayi 0-11 bulan dengan interval minimal empat minggu. (harus kembali diulang sewaktu anak berusia 18 bulan dan lima tahun).
- Campak diberikan satu kali pada bayi usia 9-11 bulan (harus kembali diberikan pada usia anak sekolah).
- Hepatitis B, diberikan tiga kali pada bayi usia 1-11 bulan, dengan interval minimal empat minggu.

2.6 Kerangka Pikir

Kelangsungan hidup bayi dipengaruhi oleh faktor sosial-ekonomi dan faktor determinan proksi yang terdiri faktor maternal, kontaminasi lingkungan, defisiensi nutrisi, dan pencegahan-perawatan kesehatan bayi. Tiap faktor terdiri beberapa indikator yang dapat menjelaskan faktornya dan dianggap berhubungan terhadap kelangsungan hidup bayi. Kelangsungan hidup bayi dapat diukur dengan pendekatan status gizi bayi melalui indeks antropometri

Berdasarkan faktor sosial-ekonomi dan faktor determinan proksi di atas dan tinjauan pustaka, serta adanya keterbatasan akan ketersediaan data sekunder yang ada, maka peneliti mengajukan sebuah model untuk mengestimasi kelangsungan hidup bayi berdasarkan pola hubungan faktor sosio-ekonomi dan faktor determinan proksi, sebagai berikut:



Keterangan: ---- garis putus menandakan bagian yang tidak diteliti.

Gambar 2.3 Kerangka pikir kelangsungan hidup bayi

2.7 Hipotesis

Berdasarkan tujuan dan alur pikir penelitian yang diajukan maka dikembangkan suatu hipotesis, yaitu terdapat pola hubungan faktor sosio-ekonomi (pengeluaran, pendidikan dan status bekerja ibu) terhadap kelangsungan hidup bayi (status gizi bayi) melalui determinan proksi; faktor maternal (umur ibu, paritas dan jarak kelahiran), kontaminasi lingkungan (sumber air minum, kepadatan rumah, jenis jamban, jenis atap rumah, jenis dinding rumah, jenis lantai rumah), defisiensi nutrisi (pemberian kolostrum dan air susu ibu secara eksklusif, serta kesesuaian pemberian makanan tambahan terhadap umur bayi) serta pencegahan -perawatan kesehatan bayi (kunjungan neonatal 7 hari pertama dan 8-28 hari pertama, serta kelengkapan imunisasi) di NTB dan NTT tahun 2007.

Berdasarkan beberapa variable indikator yang dapat menjelaskan faktor determinan proksi dan social-ekonomi maka hipotesis dijabarkan secara lebih rinci sebagai berikut:

- Terdapat hubungan antara pengeluaran per kapita keluarga terhadap kurang gizi pada bayi (*wasting, stunting dan underweight*).
- Terdapat hubungan antara tingkat pendidikan ibu terhadap kurang gizi pada bayi (*wasting, stunting dan underweight*).
- Terdapat hubungan antara status bekerja ibu terhadap kurang gizi pada bayi (*wasting, stunting dan underweight*).
- Terdapat hubungan antara umur ibu terhadap kurang gizi pada bayi (*wasting, stunting dan underweight*).
- Terdapat hubungan antara paritas ibu terhadap kurang gizi pada bayi (*wasting, stunting dan underweight*).
- Terdapat hubungan antara jarak kelahiran terhadap kurang gizi pada bayi (*wasting, stunting dan underweight*).
- Terdapat hubungan antara jenis sumber air minum terhadap kurang gizi pada bayi (*wasting, stunting dan underweight*).
- Terdapat hubungan antara jenis jamban terhadap kurang gizi pada bayi (*wasting, stunting dan underweight*).

- Terdapat hubungan antara kepadatan rumah terhadap kurang gizi pada bayi (*wasting, stunting dan underweight*).
- Terdapat hubungan antara jenis atap rumah terhadap kurang gizi pada bayi (*wasting, stunting dan underweight*).
- Terdapat hubungan antara jenis dinding rumah terhadap kurang gizi pada bayi (*wasting, stunting dan underweight*).
- Terdapat hubungan antara jenis lantai terhadap kurang gizi pada bayi (*wasting, stunting dan underweight*).
- Terdapat hubungan antara pemberian kolostrum terhadap kurang gizi pada bayi (*wasting, stunting dan underweight*).
- Terdapat hubungan antara pemberian ais susu ibu secara eksklusif terhadap kurang gizi pada bayi (*wasting, stunting dan underweight*).
- Terdapat hubungan antara kesesuaian frekuensi pemberian makanan tambahan terhadap kurang gizi pada bayi (*wasting, stunting dan underweight*).
- Terdapat hubungan antara terhadap kurang gizi pada bayi (*wasting, stunting dan underweight*).
- Terdapat hubungan antara kunjungan neonatal 7 hari pertama terhadap kurang gizi pada bayi (*wasting, stunting dan underweight*).
- Terdapat hubungan antara kunjungan neonatal 8-28 hari pertama terhadap kurang gizi pada bayi (*wasting, stunting dan underweight*).
- Terdapat hubungan antara kelengkapan imunisasi terhadap kurang gizi pada bayi (*wasting, stunting dan underweight*).

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian potong lintang (*cross-sectional*) yang bertujuan untuk melihat alur hubungan kelangsungan hidup bayi berdasarkan faktor sosio-ekonomi dan determinan proksi melalui pendekatan observasional atau pengumpulan data yang dilakukan pada saat yang bersamaan. Penelitian ini memanfaatkan data sekunder dari hasil Survey Perilaku Kesehatan Ibu dan Anak serta Pola Pencarian Pengobatan di Tingkat Masyarakat di Propinsi Nusa Tenggara Barat dan Nusa Tenggara Timur tahun 2007 sehingga populasi dan sample pada penelitian ini adalah populasi dan sample dalam survey tersebut.

3.2 Gambaran Data Penelitian

Survey Perilaku Kesehatan Ibu dan Anak serta Pola Pencarian Pengobatan di Tingkat Masyarakat di Propinsi Nusa Tenggara Barat dan Nusa Tenggara Timur tahun 2007 telah dilakukan oleh Pusat Penelitian Kesehatan FKM UI sejak Januari sampai dengan Juni 2007 dengan dukungan biaya dari *Deutsche Gesellschaft fur Technische Zusammenarbeit (GTZ)*. Survey ini bertujuan untuk mengidentifikasi dan memperoleh informasi berbasis komunitas sebagai informasi awal untuk penelitian lanjutan gabungan intervensi dari tiga proyek kesehatan dalam peningkatan penggunaan kualitas layanan kesehatan.

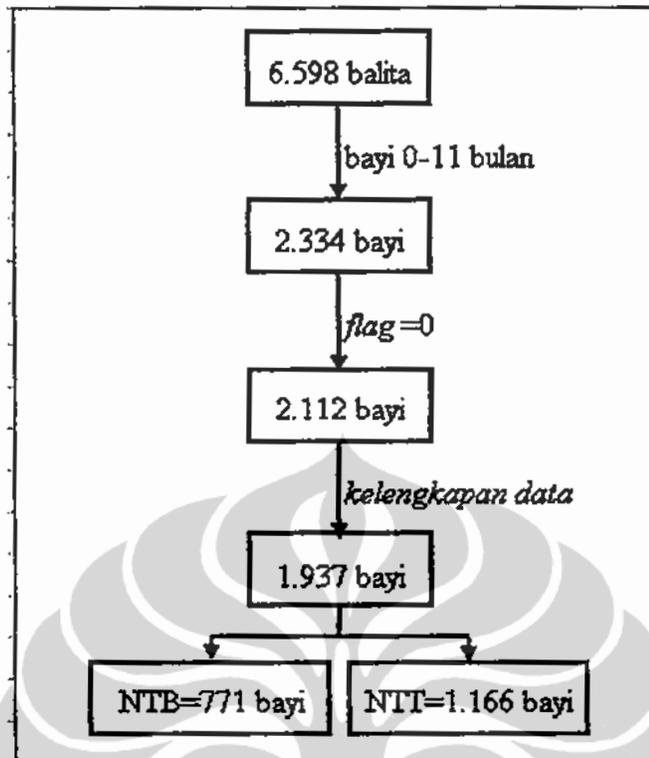
Survey ini tidak hanya penelitian kuantitatif, melainkan juga menggunakan pendekatan kualitatif dengan melakukan wawancara mendalam dan diskusi kelompok terfokus (*focus group discussion/FGD*). Penelitian kuantitatif dilakukan di seluruh sembilan kabupaten di NTB dan 13 dari 16 kabupaten di NTT yang dikelompokkan ke dalam dua klaster untuk tiap propinsi. Populasi survey ini adalah rumah tangga dengan wanita usia subur (15-49 tahun) yang memiliki anak dibawah lima tahun pada saat survey dilakukan. Perhitungan sample berdasarkan tujuan estimasi survey dua proporsi (sebelum dan sesudah intervensi). Tingkat kepercayaan yang digunakan 95%, proporsi estimasi kejadian adalah 50%, presisi

10% dengan design effect adalah 2, setidaknya mampu melihat perbedaan antar proporsi 10% dengan kekuatan penelitian sebesar 80% maka jumlah sample minimal adalah 1565 di tiap klaster. Pemilihan sample dilakukan dengan rancangan sampel *a multistage complex*. Jumlah total sampel yang diperoleh adalah 6.598 responden dari empat klaster di kedua propinsi dan $\pm 30\%$ responden merupakan rumah tangga dengan wanita usia subur (15-49 tahun) yang memiliki anak dibawah satu tahun pada saat survey dilakukan.

3.3 Sampel Penelitian

Sampel pada penelitian ini adalah responden yang memiliki bayi berumur 0-11 bulan dan memenuhi syarat kelengkapan data yang dibutuhkan oleh peneliti. Anak terakhir dipilih karena pertanyaan-pertanyaan pada survey tentang perilaku kesehatan ibu dan anak ditujukan untuk persalinan anak terakhir dan dianggap lebih diingat oleh ibunya.

Total sampel pada data Survei Perilaku KIA adalah 6.598 balita (umur <60 bula) dan 35,37% di antaranya adalah bayi (umur <11 bulan). Data bayi yang akan digunakan sebagai variabel dependen adalah indeks antropometri yang telah dilakukan transformasi ke bentuk skor simpang baku (*Z-score*) dengan menggunakan program piranti Anthrop 2005 yang dikeluarkan oleh WHO. Dari 2.334 data bayi, 90,49% diantaranya merupakan data dengan skor simpang baku yang dapat digunakan dalam analisis status gizi bayi. Namun demikian, data tersebut masih terdapat *missing data* sebesar 9,28% yang berasal dari variabel pendidikan ibu, pengeluaran total, umur ibu dan luas rumah. Total sampel yang akan digunakan dalam analisis sebesar 1.937 bayi.



Gambar 3.1 Gambar alur pemilihan sampel

3.4 Definisi Operasional

Pada *Structural Equation Modelling (SEM)*, model pengukuran merupakan penjabaran dari variabel-variabel laten melalui variabel yang dapat diobservasi. Variabel dependen yang akan diteliti adalah kelangsungan hidup bayi yang diukur melalui indikator antropometri, yaitu *wasting*, *stunting* dan berat badan per umur bayi (*underweight*).

Variabel Dependen	Definisi Operasional	Alat ukur	Skala & Hasil Ukur
Kelangsungan hidup bayi (langsung)	Kemampuan hidup bayi melalui pendekatan status gizi dengan nilai indeks antropometri		Indikator: BB/TB, BB/U, TB/U
Indikator			
BB/U (under)	indeks antropometri berat badan bayi (gram) per umur bayi (bulan)	atp3, atp4, atp7	Skala: ordinal 1: <-2SD 0: ≥-2SD
BB/TB (wasting)	indeks antropometri berat badan bayi (gram) per tinggi badan bayi (cm)	atp3, atp4, atp5, atp6, atp7	Skala: ordinal 1: <-2SD 0: ≥-2SD
TB/U (stunting)	indeks antropometri tinggi badan bayi (cm) per umur bayi (bulan)	atp3, atp4, atp5, atp6, atp7	Skala: ordinal 1: <-2SD 0: ≥-2SD

Variabel independen yang digunakan adalah faktor sosio-ekonomi dan determinan proksi yang dapat diukur melalui beberapa indikator, sebagaimana dijelaskan melalui tabel berikut:

Variabel Independen	Definisi Operasional	Alat ukur	Skala & Hasil Ukur
Faktor sosio-ekonomi			
Pengeluaran (capita2)	Total pengeluaran per kapita satu bulan terakhir dalam kuintil propinsi	b209tot, art	Skala: ordinal 1: >k4 2: k3 – k4 3: k2 – k3 4: k1 – k2 5: <k1
Pendidikan (didikibu)	Tingkat pendidikan formal terakhir dicapai oleh ibu	b108, b109	Skala: ordinal 1: Akad/PT 2: SMA 3: SMP 4: SD 5: pra-sekolah
Pekerjaan (kerja)	Kegiatan yang dilakukan ibu disamping menjadi ibu rumah tangga untuk membantu perekonomian keluarga	b107	Skala: ordinal 1: bekerja 0: tidak bekerja

Variabel Independen	Definisi Operasional	Alat ukur	Skala & Hasil Ukur
Faktor Maternal			
Umur ibu (umuribu)	Tahun hidup ibu saat survei	b104	Skala: ordinal 1: <20 th atau >35 th 0: 20-35 th
Paritas (parity)	Jumlah kelahiran bayi laki-laki maupun perempuan yang hidup	w102A	Skala: ordinal 1: 1 atau >3 anak 0: 2-3 anak
Jarak Kelahiran (selang2)	Selang tahun kelahiran anak terakhir dengan kelahiran anak yang dilahirkan sebelumnya	w111	Skala: ordinal 1: <3 tahun 0: ≥3 tahun
Kontaminasi Lingkungan			
Sumber air minum (air2)	Sumber air minum yang dinilai dari jenis sumber yang terlindungi	b206	Skala: ordinal 1: sumur gali/mata air tidak terlindung/air hujan/refil/air permukaan 0: PDAM/sumur bor/sumur gali terlindung/mata air terlindung/air botol kemasan
Jamban (jamban2)	Dinilai dari jenis dan fungsi isolasi kuman/tinja	b207	Skala: ordinal 1: sungai/kebun/kolam/tanpa septic tank 0: septic tank
Kepadatan rumah (luas2)	Rasio luas lantai rumah dengan jumlah anggota rumah tangga	o1, art	Skala: ordinal 1: padat (<9 m ²) 0: tidak (≥9 m ²)
Jenis atap (atap1)	Dinilai dari segi bahan dan sifat kedap air, panas dan dingin	o2	Skala: ordinal 1: sirap/seng/ijuk/rumbia 0: beton/genting/asbes
Jenis dinding (dinding2)	Dinilai dari segi bahan dan sifat kedap cuaca dan debu	o3	Skala: ordinal 1: bambu/daun 0: tembok/kayu
Jenis lantai (tanah2)	Dinilai dari sifat bahan kedap air atau tanah	04	Skala: ordinal 1: tanah 0: bukan tanah

Variabel Independen	Definisi Operasional	Alat ukur	Skala & Hasil Ukur
Defisiensi nutrisi			
Kolostrum (kolos)	Pemberian air susu yang dikeluarkan pertama kali oleh ibu sebelum bayi berumur >7 hari	c203	Skala: ordinal 1: tidak 0: ya
Air susu ibu (asi)	Pemberian air susu ibu kepada bayi selama 6 bulan pertama tanpa tambahan susu formula atau cairan lain selain asi	c201, c204, c208, c209, c210, c211	Skala: ordinal 1: tidak eksklusif/ tidak asi 0: eksklusif
Pemberian makanan tambahan (pmt)	Kesesuaian frekuensi pemberian makanan selain ASI atau susu formula setelah berumur 6 bulan terhadap umur bayi	c212a – c212f, c213a – c212f	Skala: ordinal 1: tidak sesuai 0: sesuai
Pencegahan dan perawatan kesehatan bayi			
Imunisasi (imunikp)	Mendapatkan vaksinasi BCG, polio, DPT, campak dan hepatitis selama usia bayi	c302a – c302i	Skal: ordinal 1: tidak imunisasi/ kurang lengkap 0: lengkap
Kunjungan neonatal <7 hari (KN1)	Mendapatkan perawatan kesehatan bayi oleh tenaga kesehatan pada 7 hari pertama kelahiran	c105A	Skala: ordinal 1: tidak 0: ya
Kunjungan neonatal 8 - 28 hari (KN1)	Mendapatkan perawatan kesehatan bayi oleh tenaga kesehatan pada hari kedelapan sampai dengan 28 hari pertama kelahiran	c105B	Skala: ordinal 1: tidak 0: ya

3.5 Pengolahan Data

Tahap pengolahan data yang akan dilakukan adalah: 1) *checking*, yaitu memeriksa data (jumlah data dan variable) serta kesesuaian data dengan kode yang ada dalam buku kode; 2) *recode*, yaitu memberikan kode ulang pada data sesuai definisi operasional yang telah ditentukan oleh peneliti; 3) *cleaning* atau membersihkan dan memeriksa ulang data yang bertujuan melihat konsistensi data melalui distribusi frekuensi atau tabulasi silang, serta *missing data* agar matriks kovarian pada teknik SEM yang akan digunakan selanjutnya, dapat dilakukan

perhitungan. Pada tahap *cleaning* dipastikan data sudah siap dilanjutkan untuk tahap analisis.

3.6 Analisis Data

Analisis data terbagi dalam 3 tahap, yaitu: analisis univariat, bivariat dan multivariate dengan menggunakan program perangkat lunak statistik khusus. Pembagian tahapan analisis data bertujuan untuk mendapatkan gambaran kelangsungan hidup bayi, tidak hanya secara deskriptif melainkan pula sampai dengan pola hubungan kelangsungan bayi terhadap faktor sosio-ekonomi dan faktor determinan proksi.

Analisis univariat bertujuan untuk melihat distribusi frekuensi tiap variable indikator yang akan digunakan pada kelangsungan hidup bayi. Selanjutnya dilakukan tabulasi silang tiap variable terhadap status gizi bayi (*stunting*, *wasting*, dan *underweight*).

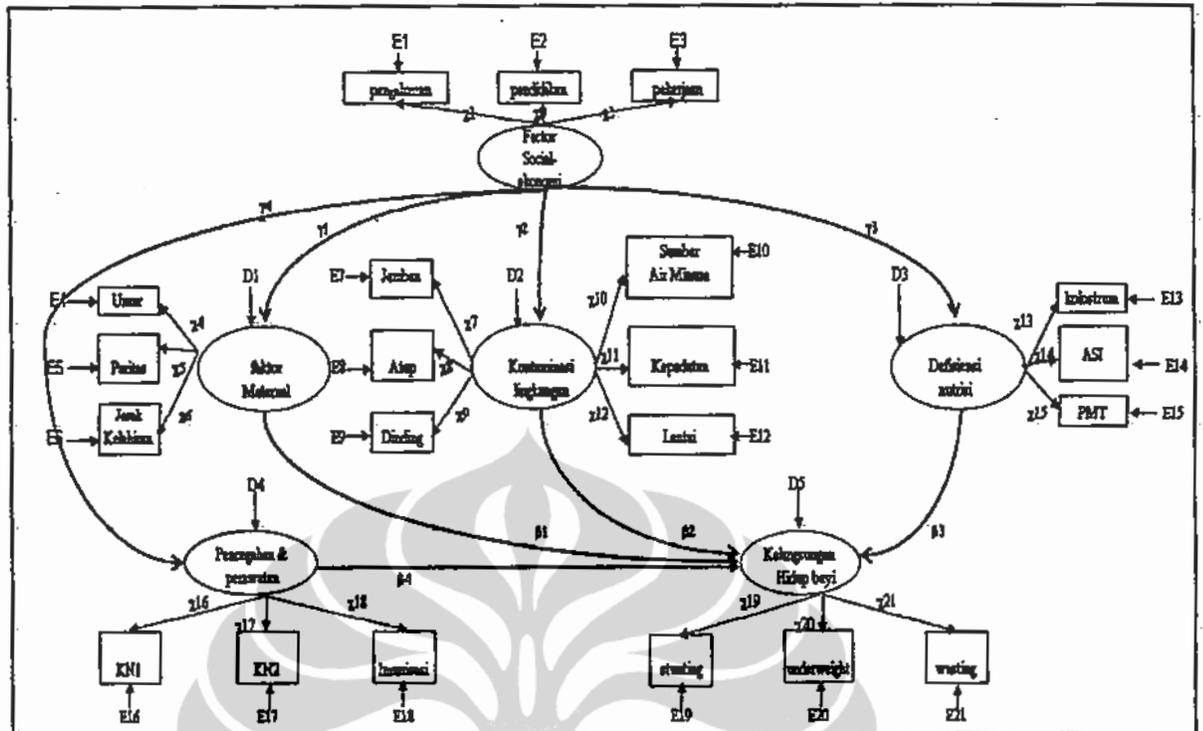
Teknik analisis multivariate yang akan digunakan adalah *Structural Equation Modelling* (SEM). Hal ini dikarenakan SEM dapat mengestimasi model terstruktur secara simultan, serta kemampuan SEM dalam menerangkan konsep-konsep tidak teramati (*unobserved concept*) dan hubungan-hubungan yang ada di dalamnya, dan memperhitungkan kesalahan-kesalahan pengukuran dalam proses estimasi. Model struktural yang diestimasi merupakan spesifikasi dari susunan persamaan regresi ganda yang saling berkaitan dari *multiple interrelated dependence relationship*.

Teknik analisis yang digunakan oleh SEM merupakan gabungan antara analisis factor konfirmatori, analisis path dan regresi linier. Beberapa komponen yang terdapat pada SEM adalah variabel laten dan variabel teramati/indikator, model struktural dan model pengukuran, serta kesalahan struktural dan kesalahan pengukuran.

Hubungan kelangsungan hidup bayi terhadap factor determinan proksi dan hubungan antara faktor sosio-ekonomi terhadap factor determinan proksi tersebut dapat menerapkan teknik SEM. Faktor determinan proksi merupakan variabel yang tidak dapat diukur secara langsung tetapi dapat menggunakan indikator atau variable teramati untuk mendefinisikan factor tersebut. Hubungan antara faktor

determinan proksi terhadap indikator/variabel teramati dapat dilihat melalui teknik analisis faktor konfirmatori atau model pengukuran dalam SEM. Analisis dilanjutkan dengan model struktural dengan menggunakan model pengukuran yang sudah dibuat. Model struktural ini bertujuan melihat pola hubungan antara model pengukuran faktor sosio-ekonomi dan faktor-faktor determinan proksi terhadap model pengukuran kelangsungan hidup bayi secara simultan.

Analisis structural equation modelling terdiri dari lima tahap, yaitu: spesifikasi, identifikasi, estimasi parameter, uji kesesuaian model, dan respesifikasi model. Pada tahap spesifikasi, model struktural yang telah dibuat berdasarkan tinjauan pustaka, digambarkan ke dalam diagram path yang selanjutnya disebut sebagai model hipotetik. Pada model tersebut dilakukan identifikasi yang bertujuan untuk mengetahui jenis model hipotetiknya, apakah memiliki model *just-identified*, model *under-identified* atau model *over-identified*. Jenis model tersebut akan berpengaruh pada tahap estimasi parameter. Identifikasi didasarkan pada derajat kebebasan yang cukup melalui identifikasi jumlah parameter yang akan di estimasi kemudian dan jumlah data point atau informasi yang dimiliki oleh data yang akan digunakan (jumlah varian dan kovarian dari variabel *observed*/indikator). Model hipotetik yang akan dilakukan identifikasi, dapat dilihat sebagai berikut:



Gambar 3.2 Model struktural kelangsungan hidup bayi

Berdasarkan model struktural di atas, maka dapat diidentifikasi jumlah parameter yang akan diestimasi kemudian sebesar 51 parameter (21 χ , 4 β , 21 E dan 5 D). Sedangkan variabel indikator yang digunakan adalah 21 variabel dan menghasilkan data *point* sebesar 231 data *point*.

$$\text{Data point} = \frac{k * (k + 1)}{2} = \frac{21 * (21 + 1)}{2} = 231 \text{ data point}$$

Keterangan: k merupakan jumlah variabel/indikator.

Hasil identifikasi, jumlah parameter kurang dari data *point* sehingga analisis SEM dapat dilanjutkan ke tahap berikutnya. Tahap estimasi parameter bertujuan untuk mengestimasi model untuk menghasilkan nilai-nilai parameter dengan menggunakan metode estimasi *maksimum likelihood*. Terdapat dua jenis pendekatan dalam tahap estimasi, yaitu: (1) pendekatan satu tahap, model pengukuran dan model struktural diestimasi secara simultan dalam sebuah analisis tunggal; dan (2) pendekatan dua tahap, estimasi dilakukan terhadap model

pengukuran terlebih dahulu melalui model CFA (*Confirmatory Factor Analysis*) sehingga model fit terhadap data serta memiliki validitas dan reliabilitas yang baik pula. Dan dilanjutkan dengan melakukan estimasi terhadap model struktural. Pendekatan dua tahap lebih disarankan untuk digunakan, dibandingkan dengan pendekatan satu tahap karena jika terjadi pemodelan dengan hasil uji yang tidak sesuai maka permasalahan berikutnya adalah kesulitan untuk mengetahui permasalahan yang ada, apakah pada model pengukuran atau model strukturalnya.

Analisis terhadap model pengukuran bertujuan untuk mengetahui apakah indikator yang kita gunakan dalam menjelaskan variabel *latent*, dalam hal ini faktor determinan, cukup baik. Uji kesesuaian indikator terhadap faktornya dapat dilihat berdasarkan uji t dari nilai *factor loading*-nya, *standardized factor loading* atau *variance extracted* (VE) untuk menilai validitas indikator, dan *construct reliability* (CR) untuk menilai reliabilitas indikator yang digunakan (Hair et al., 2006).

$$VE = \frac{\sum_{i=1}^n \chi_i^2}{n}$$

$$CR = \frac{\left[\sum_{i=1}^n \chi_i \right]^2}{\left[\sum_{i=1}^n \chi_i \right]^2 + \left[\sum_{i=1}^n \delta_i \right]}$$

Keterangan:

χ = *standardized factor loading*

i = indikator/variabel

n = jumlah indikator/variabel

δ = error variance

Apabila uji t dari *factor loading* signifikan/bermakna dan VE $\geq 0,5$ serta CR $\geq 0,7$ maka indikator tersebut dianggap baik dalam menjelaskan faktor yang terbentuk. Bila seluruh model pengukuran telah baik, estimasi parameter

dilanjutkan terhadap model struktural dengan menggabungkan keseluruhan model pengukuran tadi dan membuat jalur antar faktor. Uji kesesuaian dilanjutkan terhadap model struktural dengan melihat pada *goodness-of-fit*, yang terdiri empat kelompok pengujian, yaitu: dasar (X^2 /chi-square), indeks *absolute fit* (GFI, RMSR, SRMR, RMSEA) dan indeks *incremental fit* (NFI, CFI, TLI, RNI), serta indeks *parsimony fit* (PGFI, PNFI). Matriks uji kesesuaian dapat dilihat sebagai berikut:

Tabel 3.1 Uji kesesuaian model struktural menurut jumlah sampel, jumlah variabel indikator dan jenis pengujian

uji statistik	n < 250			n > 250		
	m ≤ 12	12 < m < 30	m ≥ 30	m ≤ 12	12 < m < 30	m ≥ 30
X^2	tidak signifikan	signifikan	signifikan	tidak signifikan	signifikan	signifikan
CFI or TLI or RNI	≥ 0,97	≥ 0,95	> 0,92	≥ 0,95	> 0,92	> 0,90
RNI	sulit terdiagnosa	≥ 0,95	> 0,92	≥ 0,95 tapi tidak untuk n > 1000	> 0,92 tapi tidak untuk n > 1000	> 0,90 tapi tidak untuk n > 1000
SRMR	bisa bias, gunakan indeks lain	≤ 0,08 (dg CFI ≥ 0,95)	< 0,09 (dg CFI > 0,92)	bisa bias, gunakan indeks lain	≤ 0,08 (dg CFI > 0,92)	≤ 0,08 (dg CFI > 0,92)
RMSEA	< 0,08 dg CFI ≥ 0,97	< 0,08 dg CFI ≥ 0,95	< 0,08 dg CFI > 0,92	< 0,07 dg CFI ≥ 0,97	< 0,07 dg CFI ≥ 0,92	< 0,07 dg CFI ≥ 0,90

Sumber: *Multivariate Data Analysis*, Hair et al (2006; p.753)

BAB IV

HASIL PENELITIAN

4.1 Gambaran Daerah Penelitian

4.1.1 Provinsi Nusa Tenggara Barat tahun 2007

Nusa Tenggara Barat (NTB) terletak pada $115^{\circ}46'$ - $119^{\circ}5'$ Bujur Timur, dan $8^{\circ}10'$ - $9^{\circ}5'$ lintang selatan dengan luas wilayah $49.312,19 \text{ Km}^2$ terdiri dari $20.153,15 \text{ Km}^2$ luas daratan dan $29.159,09 \text{ Km}^2$ luas lautan. Dua buah pulau besar di NTB yaitu Pulau Lombok dengan luas wilayah $4.738,70 \text{ Km}^2$ dan Pulau Sumbawa dengan luas wilayah $15.414,37 \text{ Km}^2$. Wilayah NTB di utara berbatasan dengan Laut Jawa, di selatan dengan Samudera Hindia, di timur dengan Selat Sape, di barat dengan Selat Lombok. Secara administrasi, propinsi NTB beribu kota di Mataram dan terdiri dari tujuh wilayah kabupaten dan dua wilayah kota.

Berdasarkan hasil Susenas, penduduk tahun 2007 jumlah penduduk propinsi NTB sebesar 4.292.491 jiwa dengan komposisi penduduk laki-laki sebesar 2.043.689 orang dan penduduk perempuan sebesar 2.248.802 orang dengan laju pertumbuhan yang bervariasi antara 0,98-2,32% per tahun. Bila dibandingkan dengan luas wilayah propinsi NTB, maka rata-rata kepadatan penduduk sebesar 212,99 orang per Km^2 dengan kepadatan yang jauh berbeda di dua Pulau terbesar, yaitu: pulau Lombok sebesar 641,50 orang per Km^2 dan kepadatan di Pulau Sumbawa 81,26 orang per Km^2 .

Program perbaikan gizi masyarakat yang telah dilakukan, melalui kegiatan-kegiatan pokok, diantaranya: menanggulangi gizi kurang dan menekan gizi buruk pada balita serta menanggulangi KEK pada WUS, bumil dan Bufas, serta penyelenggaraan konsultasi KIA-Gizi dan pemberdayaan masyarakat dalam PMT, kegiatan monitoring dan evaluasi perbaikan gizi masyarakat, serta pemberian bantuan untuk perbaikan gizi bagi masyarakat miskin.

4.1.2 Provinsi Nusa Tenggara Timur tahun 2007

Nusa Tenggara Timur (NTT) terletak pada 1180° - 1250° Bujur Timur, dan 80° - 120° lintang selatan dengan luas daratan 47.349,90 km² yang terdiri dari gugusan pulau besar dan kecil, jumlah seluruh pulau mencapai 1.192 buah, termasuk empat pulau besar yaitu Flores, Sumba, Timor dan Alor. Wilayah NTT di utara berbatasan dengan Laut Flores, di selatan dengan lautan Hindia, di timur dengan Negara Timor Lorosae dan laut Timor, di barat dengan provinsi Nusa Tenggara Barat. Provinsi NTT terdiri dari 19 Kabupaten, satu Kota, 273 Kecamatan dan 2796 Desa/Kelurahan. Dari segi topografis, keadaan permukaan tanahnya sebagian besar ($\pm 70\%$) merupakan daerah bergunung dan berbukit dengan kemiringan rata-rata 50 persen keatas dengan morfologi yang agak gundul. Iklim di Provinsi NTT memiliki hari hujan kurang dari tiga bulan atau sekitar 150 hari selama setahun dan selebihnya adalah musim kemarau.

Berdasarkan data dari BPS, jumlah penduduk NTT tahun 2007 sebanyak 4.448.873 jiwa yang tersebar di seluruh NTT, dengan tingkat kepadatan 93,96 jiwa per km² dan angka pertumbuhan penduduk sebesar 2,10%. Jika dibandingkan dengan penduduk tahun 2006 dilaporkan sebanyak 4.355.121 jiwa, maka terjadi penambahan jumlah penduduk Provinsi NTT sebanyak 13.752 jiwa (0,3%). Kabupaten/Kota pada tahun 2007 yang memiliki kepadatan penduduk tertinggi adalah Kota Kupang, yaitu sebesar 1.785,57 jiwa per km² dan Kabupaten Belu sebesar 170,92 jiwa per km². Kepadatan penduduk terendah di Kabupaten Sumba Timur, yaitu sebesar 31,87 jiwa per km², disusul Kabupaten Alor dan Kabupaten Kupang, masing-masing sebesar 62,47 jiwa per km² dan 68,24 jiwa per km².

Upaya perbaikan gizi masyarakat terhadap permasalahan gizi yang dihadapi masyarakat dan telah dilakukan, diantaranya pemantauan pertumbuhan balita melalui kegiatan penimbangan di Posyandu secara rutin setiap bulan, pelayanan pemberian tablet besi untuk mengatasi kasus anemia ibu hamil, serta kegiatan pemberian kapsul minyak beryodium untuk mengatasi kasus gangguan akibat kekurangan yodium.

4.2 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini menggunakan data sekunder sehingga alur pikir yang di ajukan terbatas pada ketersediaan variable data. Tidak hanya variable , melainkan kelengkapan data di tiap variable yang akan digunakan (*data missing*). Pengurangan jumlah sampel bayi yang berumur 0-11 bulan dari total bayi sebesar 2.334 bayi menjadi 1.937 bayi. Pengurangan tersebut (17%) dikarenakan adanya *data missing* serta kesesuaian perhitungan klasifikasi gizi. Hal inilah yang menjadi keterbatasan hasil penelitian untuk dilakukan generalisasi ke populasinya.

Hasil persamaan struktural kelangsungan hidup bayi dengan faktor maternal, kontaminasi lingkungan, defisiensi nutrisi dan faktor pencegahan dan perawatan kesehatan bayi hanya dapat dijelaskan sebesar 2,3% sehingga masih banyak variabel/indikator yang dapat menerangkan faktor-faktor tersebut yang tidak diteliti, seperti kumulatif insiden penyakit menular atau pengukuran mikrobiologi sampel tinja untuk menjelaskan faktor kontaminasi lingkungan. Hasil hubungan faktor sosio-ekonomi terhadap kelangsungan hidup bayi melalui faktor proksi determinan hanya dapat dijelaskan kurang dari 0,1%. Hal ini kemungkinan dikarenakan masih terdapatnya variabel/indikator yang tidak diteliti untuk dapat menjelaskan faktor sosio-ekonomi seperti status kepemilikan rumah atau barang, pendapatan per kapita, tradisi/norma/cara pandang yang dianut di NTB dan NTT.

4.3 Deskriptif Kelangsungan Hidup Bayi

Total bayi yang akan diteliti adalah 1.937 bayi, 39,80% berasal dari NTB sedangkan 60,20% berasal dari NTT. Berdasarkan kelompok umur bayi, jumlah bayi terus bertambah dan terjadi penurunan pada kelompok bayi berumur 9 bulan di NTB, sedangkan di NTT penurunan mulai terlihat pada kelompok bayi berumur 10 bulan. Secara umum, proporsi antara bayi laki-laki dan perempuan adalah sama, dan jika dilihat berdasarkan kelompok umur bayi, pola proporsi antara bayi laki-laki dan perempuan tidak berbeda antar kedua propinsi, kecuali pada kelompok umur bayi satu bulan, empat bulan dan tujuh bulan. Distribusi data bayi tersebut dapat di lihat pada tabel berikut:

Table 4.1 Distribusi bayi menurut jenis kelamin dan kelompok umur (bulan) di NTB & NTT, 2007

Bayi	NTB				Total	NTT				Total
	jenis kelamin bayi		jenis kelamin bayi			perempuan		laki-laki		
	perempuan	laki-laki	perempuan	laki-laki		n	%	n	%	
Umur (bulan)	n	%	n	%	n	%	n	%		
0	12	0,40	18	0,60	30	20	0,36	36	0,64	56
1	30	0,58	22	0,42	52	42	0,40	64	0,60	106
2	27	0,44	35	0,56	62	38	0,44	48	0,56	86
3	16	0,41	23	0,59	39	46	0,43	61	0,57	107
4	40	0,62	25	0,38	65	50	0,42	70	0,58	120
5	38	0,52	35	0,48	73	50	0,56	40	0,44	90
6	35	0,53	31	0,47	66	53	0,49	56	0,51	109
7	37	0,46	43	0,54	80	60	0,62	37	0,38	97
8	39	0,46	46	0,54	85	48	0,41	68	0,59	116
9	40	0,51	38	0,49	78	48	0,46	57	0,54	105
10	31	0,43	41	0,57	72	42	0,47	47	0,53	89
11	31	0,45	38	0,55	69	39	0,46	46	0,54	85
Total	376	0,49	395	0,51	771	536	0,46	630	0,54	1166

Rata-rata tinggi badan bayi di NTB dan NTT adalah 64,62 cm dengan simpangan baku 6,55 cm. Bayi NTB memiliki rata-rata tinggi badan 1 cm lebih tinggi dibandingkan bayi NTT. Rata-rata berat badan bayi NTB dan NTT sebesar 6,60 kg dengan simpangan baku 1,51 kg. Bayi NTB memiliki rata-rata berat badan lebih berat dibandingkan bayi NTT. Distribusi bayi berdasarkan tinggi badan dan berat badan dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.2 Distribusi bayi menurut tinggi badan (cm) dan berat badan (kg) di NTB dan NTT, 2007

Variabel	Provinsi	rata-rata	SD	Min	Maks	Median	n
Tinggi Badan (cm)	NTB	65,44	6,64	49	85,3	66,2	771
	NTT	64,07	6,43	49	89,5	64,55	1166
	Total	64,62	6,55	49	89,5	65,05	1937
Berat badan (kg)	NTB	6,78	1,52	2,5	12,3	6,8	771
	NTT	6,49	1,5	2,2	12,3	6,6	1166
	Total	6,6	1,51	2,2	12,3	6,7	1937

Nilai tinggi badan dan berat badan kemudian dihitung indeks antropometri dengan memperhatikan umur bayi (bulan) serta jenis kelamin bayi. Klasifikasi status gizi berdasarkan ketiga indeks antropometri, menggunakan transformasi skor simpangan baku dari perhitungan perangkat lunak khusus. Distribusi bayi menurut klasifikasi status gizi, dapat dilihat pada table berikut:

Tabel .4.3 Distribusi status gizi bayi di NTB dan NTT, 2007

status gizi	provinsi				Total	
	NTT		NTB		n	%
	n	%	n	%		
stunting						
baik	1005	86.2	663	86.0	1668	86,11
kurang	161	13.8	108	14.0	269	13,89
underweight						
baik	980	84.0	651	84.4	1631	84,20
kurang	186	16.0	120	15.6	306	15,80
wasting						
baik	1009	86.5	660	85.6	1669	86,16
kurang	157	13.5	111	14.4	268	13,84
	1166	60,20	771	39,80	1937	100,00

Secara umum, proporsi bayi yang mengalami kurang gizi di bawah 20%. Proporsi bayi yang mengalami kurang gizi pada indeks *stunting* sebesar 13,89%, sedangkan pada indeks *underweight* sebesar 15,80%. Perbandingan proporsi ini tidak jauh berbeda antara bayi di NTB dan bayi di NTT. Berdasarkan indeks *wasting*, proporsi bayi yang mengalami kurang gizi lebih besar pada bayi NTB dibandingkan bayi NTT. Bila dibandingkan dengan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007, proporsi bayi yang mengalami kurang gizi pada penelitian ini, jauh lebih kecil. Hal ini kemungkinan dikarenakan jumlah sampel yang jauh berbeda, sampel Riskesdas 2007 sebanyak 5.647 sampel di NTB dan 9.206 sampel di NTT.

4.4 Deskriptif Faktor Determinan

Distribusi bayi tidak saja dilihat berdasarkan kelangsungan hidup bayi, tetapi juga dibuat berdasarkan indikator tiap faktor determinan, baik faktor sosial-ekonomi dan faktor proksi determinan. Distribusi bayi menurut variabel-variabel indikator juga dilihat menurut propinsi.

4.4.1 Deskriptif Faktor Sosial-ekonomi

Salah satu variabel indikator yang digunakan menjelaskan faktor sosial-ekonomi adalah pengeluaran per kapita dengan membagi total pengeluaran selama satu bulan terakhir dengan 30 hari dan jumlah anggota rumah tangga yang ada dalam satu rumah tangga. Distribusi total pengeluaran dan jumlah anggota rumah tangga dari keluarga bayi, dapat di lihat pada tabel berikut:

Tabel 4.4 Distribusi total pengeluaran dan jumlah anggota rumah tangga pada keluarga bayi di NTB dan NTT, 2007

total pengeluaran (ribuan) & anggota rumah tangga	NTB	NTT	Total
rata-rata	526,57	354,10	422,75
simpangan baku	2386,01	489,76	1554,27
Kuintil			
K1 (20%)	190	100	100
K2 (40%)	300	159,2	200
K3 (60%)	400	281	300
K4 (80%)	600	500	500
anggota rumah tangga			
rata-rata	5	6	5
SD	2	2	2

Rata-rata total pengeluaran satu bulan terakhir sebesar Rp. 422.750 dengan simpangan baku sebesar Rp 1.554.270. Rata-rata total pengeluaran sebulan terakhir dari keluarga bayi di NTB lebih besar dibandingkan keluarga bayi di NTT. Rata-rata jumlah anggota rumah tangga sebesar 5 orang dengan simpangan baku sebesar 2 orang. Rata-rata jumlah anggota rumah tangga pada keluarga bayi di NTB lebih satu dibandingkan keluarga bayi di NTT. Perbandingan total pengeluaran per hari terhadap jumlah anggota rumah tangga atau pengeluaran per

kapita dilakukan pengelompokan ke dalam 5 kelompok berdasarkan nilai kuintil tiap propinsi.

Tabel 4.5. Tabel distribusi pengeluaran per kapita, status bekerja ibu dan tingkat pendidikan ibu menurut keluarga bayi di NTB dan NTT, 2007

Bayi	provinsi				Total	
	NTB		NTT		n	%
	n	%	n	%		
Faktor Sosial-ekonomi						
pendidikan ibu						
akad/univ	30	3,89	34	2,92	64	3,30
SMA	191	24,77	250	21,44	441	22,77
SMP	204	26,46	255	21,87	459	23,70
SD	345	44,75	622	53,34	967	49,92
pra-sekolah	1	0,13	5	0,43	6	0,31
status bekerja ibu						
tidak bekerja	515	66,80	840	72,04	1355	69,95
bekerja	256	33,20	326	27,96	582	30,05
pengeluaran per kapita						
>k4	145	18,81	232	19,90	377	19,46
k3-k4	155	20,10	230	19,73	385	19,88
k2-k3	162	21,01	183	15,69	345	17,81
k1-k2	150	19,46	276	23,67	426	21,99
<k1	159	20,62	245	21,01	404	20,86
Total	771	39,80	1166	60,20	1937	100,00

Secara umum, proporsi kumulatif pengeluaran per kapita kurang dari 40% lebih besar pada keluarga bayi NTT (44,68%) dibandingkan keluarga bayi NTB (40,08%). Sedangkan proporsi ibu bekerja, kurang dari proporsi ibu yang tidak bekerja. Jika dibandingkan, proporsi ibu yang bekerja dari bayi NTT lebih besar dibandingkan ibu yang bekerja dari bayi NTB. Proporsi ibu dengan tingkat pendidikan tinggi (\geq SMP) hampir seimbang dengan proporsi ibu dengan tingkat pendidikan rendah ($<$ SMP). Jika dibandingkan antar provinsi, proporsi ibu dengan tingkat pendidikan rendah ($<$ SMP) lebih banyak pada ibu dari bayi NTT (53,77%). Secara keseluruhan, bayi yang berasal dari keluarga di NTT memiliki faktor sosial-ekonomi rendah dibandingkan bayi yang berasal dari keluarga di NTB.

4.4.2 Deskriptif Faktor Maternal

Pemilihan variabel/indikator pada faktor maternal berdasarkan faktor-faktor risiko terhadap pertumbuhan janin dan akan berpengaruh terhadap pertumbuhan bayi setelah lahir dan juga dipengaruhi lingkungannya. Indikator pada faktor maternal tersebut adalah umur ibu, paritas ibu dan jarak kelahiran antara bayi terakhir dengan bayi sebelum terakhir yang dilahirkan. Distribusi dari ketiga indikator tersebut dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.6 Distribusi umur ibu, paritas ibu dan jarak kelahiran ibu di NTB & NTT, 2007

Bayi	provinsi				Total	
	NTB		NTT		n	%
	n	%	n	%		
Faktor Maternal						
umur ibu						
20-35 th	629	81,58	903	77,44	1532	79,09
<20 th atau >35 th	142	18,42	263	22,56	405	20,91
jarak kelahiran						
≥3 th atau anak pertama	679	88,07	853	73,16	1532	79,09
<3 th	92	11,93	313	26,84	405	20,91
paritas						
2-3	381	49,42	481	41,25	862	44,50
1 atau ≥4	390	50,58	685	58,75	1075	55,50
Total	771	39,80	1166	60,20	1937	100,00

Proporsi umur ibu 20 sampai dengan 35 tahun, lebih besar dibandingkan proporsi ibu berumur <20 tahun atau >35 tahun. Jika dibandingkan antar kedua provinsi, proporsi ibu berumur 20 sampai dengan 35 tahun dari bayi di NTB lebih besar dibandingkan ibu dari bayi di NTT. Pola yang sama juga terlihat pada jarak kelahiran anak terakhir terhadap anak sebelumnya yang pernah dilahirkan ibu. Sedangkan proporsi ibu antar kelompok paritasnya, seimbang antara ibu dengan paritas dua atau tiga dan ibu dengan paritas satu atau lebih dari tiga. Secara keseluruhan, proporsi ibu dengan faktor risiko tinggi (umur ibu dan jarak kelahiran), kurang dari 30%.

4.4.3 Deskriptif Faktor Kontaminasi Lingkungan

Variabel/indikator yang dapat menjelaskan faktor kontaminasi lingkungan merupakan variabel yang berhubungan dengan rumah sehat, seperti kepadatan rumah, jenis dinding, jenis lantai, jenis atap, jenis jamban dan sumber air minum utama yang digunakan seluruh anggota rumah tangga. Rumah yang kurang sehat dianggap berpotensi terhadap risiko timbulnya penyakit dan akan mempengaruhi status kesehatan bayi.

Tabel 4.7 Distribusi bayi menurut variabel/indikator faktor kontaminasi lingkungan di NTB dan NTT, 2007

Bayi	provinsi				Total	
	NTB		NTT		n	%
	n	%	n	%		
Kontaminasi Lingkungan sumber air minum utama						
baik	604	78,34	807	69,21	1411	72,84
kurang	167	21,66	359	30,79	526	27,16
jenis jamban yg biasa digunakan						
baik	449	58,24	729	62,52	1178	60,82
kurang	322	41,76	437	37,48	759	39,18
kepadatan						
baik/tidak padat	440	57,07	618	53,00	1058	54,62
kurang/padat	331	42,93	548	47,00	879	45,38
jenis dinding						
baik	151	19,58	665	57,03	816	42,13
kurang	620	80,42	501	42,97	1121	57,87
jenis lantai						
baik	673	87,29	690	59,18	1363	70,37
kurang	98	12,71	476	40,82	574	29,63
jenis atap						
baik	634	82,23	28	2,40	662	34,18
kurang	137	17,77	1138	97,60	1275	65,82
Total	771	39,80	1166	60,20	1937	100,00

Proporsi bayi dengan kelompok sumber air utama baik, lebih besar (72,84%) dibandingkan kelompok bayi dengan sumber air utama kurang baik. Jika dibandingkan antar kedua propinsi, proporsi bayi dengan sumber air utama baik, lebih besar di NTB dibandingkan di NTT. Pola yang sama dapat terlihat dari jenis lantai. Proporsi bayi dengan jenis jamban yang baik juga lebih besar dibandingkan proporsi bayi dengan jamban yang kurang baik. Sedangkan

kelompok bayi di NTT memiliki proporsi dengan jamban baik, lebih tinggi dibandingkan kelompok bayi di NTB.

Proporsi bayi dengan rumah yang tidak padat, hampir sama dengan bayi yang padat rumahnya. Proporsi bayi dengan jenis dinding rumahnya yang kurang baik, lebih banyak dibandingkan proporsi bayi dengan jenis dinding rumahnya yang baik. Proporsi ini juga terlihat di NTB tetapi sebaliknya di NTT. Proporsi bayi dengan jenis atap rumah kurang baik, lebih besar dibandingkan bayi dengan jenis atap yang baik. Perbandingan proporsi tersebut sama dengan yang terlihat di NTT tetapi sebaliknya di NTB, proporsi bayi dengan jenis atap rumah yang baik, lebih besar dibandingkan bayi dengan jenis atap yang kurang baik.

4.4.4 Deskriptif Faktor Defisiensi Nutrisi

Faktor defisiensi nutrisi dijelaskan dengan menggunakan variabel/indikator pemberian kolostrum, air susu ibu eksklusif dan kesesuaian frekuensi pemberian makanan tambahan pada bayi. Distribusi bayi menurut variabel-variabel tersebut dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.8 Distribusi bayi menurut pemberian kolostrum, air susu ibu dan kesesuaian frekuensi pemberian makanan tambahan di NTB dan NTT, 2007

Bayi	provinsi				Total	
	NTB		NTT		n	%
	n	%	n	%		
Defisiensi Nutrisi						
pemberian kolostrum						
diberikan	676	87,68	989	84,82	1665	85,96
tidak	95	12,32	177	15,18	272	14,04
ASI eksklusif						
eksklusif	209	27,11	335	28,73	544	28,08
tidak	562	72,89	831	71,27	1393	71,92
kesesuaian frekuensi pemberian makanan tambahan dengan umur						
sesuai	411	53,31	571	48,97	982	50,70
tidak sesuai	360	46,69	595	51,03	955	49,30
Total	771	39,80	1166	60,20	1937	100,00

Proporsi bayi yang diberikan kolostrum oleh ibunya, lebih banyak dibandingkan proporsi bayi yang tidak diberikan kolostrum. Proporsi bayi yang diberikan kolostrum, lebih banyak di NTB dibandingkan di NTT. Sedangkan bayi

yang tidak mendapatkan air susu ibu secara eksklusif, lebih banyak dibandingkan bayi yang menerima air susu ibu secara eksklusif. Di antara kedua propinsi, NTB memiliki bayi dengan menerima air susu ibu tidak eksklusif, lebih banyak dibandingkan di NTT.

Frekuensi pemberian makanan tambahan sesuai bila pada bayi berumur 6 sampai dengan 8 bulan mendapatkan lebih dari satu kali frekuensi atau bayi berumur lebih dari 8 bulan mendapatkan frekuensi makanan lebih dari dua kali. Bayi yang mendapatkan makanan tambahan sesuai dengan umurnya, hampir sama dengan bayi yang tidak sesuai dengan frekuensi pemberian makanan tambahan. Bayi di NTB lebih banyak yang menerima frekuensi makanan sesuai umurnya dibandingkan dengan bayi di NTT.

4.4.5 Deskriptif Faktor Pencegahan dan Perawatan Kesehatan Bayi

Variabel/indikator yang dapat menjelaskan faktor pencegahan dan perawatan kesehatan bayi adalah kelengkapan imunisasi yang diterima bayi, kunjungan neonatal tujuh hari pertama dan delapan sampai dengan 28 hari pertama hidupnya. Distribusi bayi menurut variabel-variabel tersebut dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.9 Distribusi bayi menurut kunjungan neonatal dan kelengkapan imunisasi di NTB dan NTT, 2007

Bayi	provinsi				Total	
	NTB		NTT		n	%
	N	%	n	%		
Pencegahan dan Perawatan						
kunjungan neonatal 7 hari pertama						
ya	392	50,84	481	41,25	873	45,07
tidak	379	49,16	685	58,75	1064	54,93
kunjungan neonatal 8-28 hari pertama						
ya	405	52,53	471	40,39	876	45,22
tidak	366	47,47	695	59,61	1061	54,78
imunisasi lengkap						
lengkap	176	22,83	205	17,58	381	19,67
tidak lengkap	595	77,17	961	82,42	1556	80,33
Total	771	39,80	1166	60,20	1937	100,00

Proporsi bayi yang melakukan kunjungan neonatal tujuh hari pertama, sama dengan proporsi bayi yang melakukan kunjungan neonatal delapan sampai 28 hari pertama ($\pm 45\%$). Proporsi bayi yang melakukan kunjungan neonatal, baik tujuh hari pertama dan delapan sampai 28 hari pertama, lebih banyak di NTB dibandingkan di NTT. Sedangkan proporsi bayi yang menerima imunisasi lengkap, lebih sedikit dibandingkan bayi yang menerima imunisasi tidak lengkap. Proporsi bayi yang menerima imunisasi lengkap, lebih banyak berasal dari NTB dibandingkan di NTT.

4.5 Perbedaan Proporsi Faktor Determinan Terhadap Kelangsungan Hidup Bayi

Tabulasi silang tiap variabel/indikator faktor determinan terhadap kelangsungan hidup bayi bertujuan untuk melihat kemaknaan perbedaan proporsi tiap variabel/indikator tersebut terhadap indikator kelangsungan hidup bayi. Kemaknaan perbedaan proporsi menggunakan uji *chi-square*. Perbedaan proporsi bayi di tiap variabel/indikator menurut *stunting*, *underweight* dan *wasting* dapat di lihat pada tabel berikut:

Tabel 4.10 Perbedaan proporsi bayi *stunting*, *underweight* dan *wasting* menurut variabel/indikator dari faktor sosio-ekonomi di NTB dan NTT, 2007

Faktor sosial-ekonomi	stunting		underweight		wasting		Total
	n	%	n	%	n	%	
pengeluaran per kapita							
>k4	47	12,47	54	14,32	55	14,59	377
k3-k4	61	15,84	78	20,26	68	17,66	385
k2-k3	49	14,20	55	15,94	49	14,20	345
k1-k2	58	13,62	61	14,32	46	10,80	426
<k1	54	13,37	58	14,36	50	12,38	404
status bekerja ibu							
tidak bekerja	194	14,32	216	15,94	188	13,87	1355
Bekerja	75	12,89	90	15,46	80	13,75	582
pendidikan ibu							
akad/univ	8	12,50	9	14,06	9	14,06	64
SMA	58	13,15	69	15,65	66	14,97	441
SMP	56	12,20	77	16,78	61	13,29	459
SD	147	15,20	150	15,51	130	13,44	967
pra-sekolah	0	0,00	1	16,67	2	33,33	6

Proporsi bayi yang mengalami *stunting*, *underweight* atau *wasting*, lebih banyak berada pada kelompok pengeluaran per kapita kuintil tiga sampai kuintil empat. Namun perbedaan proporsi tersebut tidak bermakna. Sedangkan proporsi bayi yang mengalami *underweight* atau *wasting*, tidak berbeda antara ibu yang bekerja dengan ibu yang tidak bekerja. Proporsi bayi dengan *stunting*, lebih banyak pada ibu yang tidak bekerja dibandingkan ibu yang bekerja. Perbedaan proporsi tersebut juga tidak berbeda bermakna. Pada bayi *stunting*, proporsi terbesar pada kelompok ibu berpendidikan tamat SD. Proporsi bayi *underweight*, proporsi terbesar pada kelompok ibu berpendidikan SMP. Dan proporsi terbesar dari bayi *wasting* adalah pada kelompok ibu berpendidikan SMA. Namun, perbedaan proporsi tersebut juga tidak berbeda bermakna antar tingkat pendidikan ibu. Secara umum, tidak terdapat perbedaan bermakna proporsi bayi *stunting*, *underweight*, atau *wasting* antar kelompok pengeluaran per kapita keluarga, status bekerja ibu dan tingkat pendidikan ibu.

Tabel 4.11 Perbedaan proporsi bayi *stunting*, *underweight* dan *wasting* menurut variabel/indikator dari faktor maternal di NTB dan NTT, 2007

Faktor Maternal	stunting		underweight		wasting		Total
	n	%	n	%	n	%	
umur ibu							
20-35 th	207	13,51	236	15,40	217	14,16	1532
<20 th atau >35 th	62	15,31	70	17,28	51	12,59	405
Paritas							
2-3 anak	117	13,57	133	15,43	117	13,57	862
1 atau ≥4 anak	152	14,14	173	16,09	151	14,05	1075
jarak kelahiran							
≥3 th atau anak pertama	211	13,77	248	16,19	209	13,64	1532
<3 th	58	14,32	58	14,32	59	14,57	405

Pada kelompok bayi *stunting* dan *underweight*, proporsi lebih banyak pada ibu yang berumur <20 tahun atau >35 tahun, sedangkan pada bayi *wasting*, proporsi lebih banyak pada kelompok ibu berumur 20 sampai dengan 35 tahun. Bila perbandingan antar kelompok paritas ibu, proporsi bayi *stunting*, *underweight* ataupun *wasting* lebih banyak pada kelompok ibu dengan paritas satu atau lebih dari sama dengan 4 anak. Pada bayi *stunting* atau *wasting*, proporsi lebih banyak pada kelompok ibu dengan jarak kelahiran kurang dari tiga tahun dibandingkan kelompok ibu dengan jarak kelahiran lebih dari dan sama dengan

tiga tahun. Perbedaan proporsi bayi *stunting*, *underweight* maupun *wasting* antar kelompok ibu, tidak menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna.

Tabel 4.12 Perbedaan proporsi bayi *stunting*, *underweight* dan *wasting* menurut variabel/indikator dari faktor kontaminasi lingkungan di NTB dan NTT, 2007

Faktor kontaminasi lingkungan	stunting		underweight		wasting		Total
	n	%	n	%	n	%	
sumber air minum utama							
baik	199	14,10	216	15,31	206	14,60	1411
kurang	70	13,31	90	17,11	62	11,79	526
Kepadatan							
Baik	156	14,74	177	16,73	164	15,50*	1058
Kurang	113	12,86	129	14,68	104	11,83*	879
jenis jamban yg biasa digunakan							
Baik	152	12,90	180	15,28	167	14,18	1178
Kurang	117	15,42	126	16,60	101	13,31	759
jenis dinding							
Baik	120	14,71	138	16,91	105	12,87	816
Kurang	149	13,29	168	14,99	163	14,54	1121
jenis lantai							
Baik	191	14,01	210	15,41	187	13,72	1363
Kurang	78	13,59	96	16,72	81	14,11	574
jenis atap							
Baik	94	14,20	102	15,41	95	14,35	662
Kurang	175	13,73	204	16,00	173	13,57	1275

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

Proporsi bayi *stunting* ataupun *wasting*, lebih banyak pada kelompok bayi dengan sumber air minum baik. Sebaliknya, proporsi bayi *underweight* dengan sumber air minum kurang baik, lebih banyak dibandingkan dengan sumber air minum yang baik. Pola proporsi yang sama juga terjadi pada jenis atap. Namun perbedaan tersebut tidak ada yang bermakna. Proporsi bayi *stunting*, *underweight* maupun *wasting*, lebih banyak pada kelompok bayi dengan kepadatan rumah baik dibandingkan yang kurang baik. Perbedaan bermakna hanya pada kelompok *wasting*.

Proporsi bayi *stunting* atau *underweight*, lebih banyak pada kelompok bayi dengan jenis jamban yang kurang baik. Tapi tidak demikian dengan bayi *wasting*, proporsi lebih besar pada bayi dengan jenis jamban baik. Perbedaan proporsi tersebut tidak bermakna. Proporsi bayi *stunting* ataupun *underweight*, lebih banyak pada kelompok bayi dengan jenis dinding baik dibandingkan yang kurang baik.

Sedangkan proporsi bayi *wasting*, lebih banyak pada kelompok bayi dengan jenis dinding kurang baik. Perbedaan proporsi bayi *stunting*, *wasting* atau *wasting* berdasarkan jenis dinding menunjukkan tidak berbeda bermakna.

Tabel 4.13 Perbedaan proporsi bayi *stunting*, *underweight* dan *wasting* menurut variabel/indikator dari faktor defisiensi nutrisi di NTB dan NTT, 2007

Faktor defisiensi nutrisi	stunting		underweight		wasting		Total
	n	%	n	%	n	%	
pemberian kolostrum							
diberikan	230	13,81	254	15,26	230	13,81	1665
tidak	39	14,34	52	19,12	38	13,97	272
ASI eksklusif							
eksklusif	54	9,93**	50	9,19**	51	9,38**	544
tidak	215	15,43**	256	18,38**	217	15,58**	1393
kesesuaian umur dg frekuensi pemberian makanan tambahan							
Tidak sesuai	200	20,37**	269	27,39**	182	18,53**	982
sesuai	69	7,23**	37	3,87**	86	9,01**	955

* p<0,05

** p<0,01

Proporsi bayi *stunting*, *underweight* ataupun *wasting*, lebih banyak pada kelompok bayi yang tidak diberikan kolostrum dibandingkan bayi yang diberikan kolostrum oleh ibunya. Namun, perbedaan proporsi tersebut tidak bermakna. Perbedaan bermakna terdapat pada proporsi bayi *stunting*, *underweight* ataupun *wasting*, antara bayi yang diberikan air susu secara eksklusif maupun yang tidak secara eksklusif oleh ibunya. Proporsi bayi *stunting*, *underweight* atau *wasting*, lebih banyak pada kelompok bayi yang tidak menerima air susu ibu secara eksklusif dibandingkan kelompok bayi yang tidak eksklusif.

Perbedaan proporsi yang bermakna juga terlihat antara bayi yang menerima makanan tambahan sesuai umur dibandingkan yang tidak sesuai umur. Proporsi bayi *stunting*, *underweight* ataupun *wasting*, lebih besar pada bayi yang tidak sesuai frekuensi pemberian makanan tambahan dibandingkan kelompok bayi yang sesuai frekuensi makanan tambahan dengan umur bayi. Hal ini sejalan dengan Chen (1983) bahwa air susu ibu dan pemberian makanan tambahan merupakan faktor diet dan gizi dalam mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak.

Tabel 4.14 Perbedaan proporsi bayi *stunting*, *underweight* dan *wasting* menurut variabel/indikator dari faktor pencegahan dan perawatan kesehatan bayi di NTB dan NTT, 2007

Faktor pencegahan dan perawatan kesehatan bayi	stunting		underweight		wasting		Total
	n	%	n	%	n	%	
imunisasi lengkap							
lengkap	81	21,26**	101	26,51**	65	17,06*	381
tidak lengkap	188	12,08**	205	13,17**	203	13,05*	1556
kunjungan neonatal 7 hari pertama							
ya	120	13,75	142	16,27	124	14,20	873
tidak	149	14,00	164	15,41	144	13,53	1064
kunjungan neonatal 8-28 hari pertama							
ya	118	13,47	138	15,75	121	13,81	876
tidak	151	14,23	168	15,83	147	13,85	1061
Total	269	13,89	306	15,80	268	13,84	1937

* p<0,05

** p<0,01

Proporsi bayi *stunting*, *underweight* ataupun *wasting*, lebih banyak pada kelompok bayi yang menerima imunisasi lengkap dibandingkan dengan bayi yang menerima imunisasi tidak lengkap. Perbedaan proporsi tersebut bermakna. Namun, perbedaan tersebut tidak sesuai dengan pustaka. Penelitian Vaugelade et al (2004) di Burkina Faso, semakin anak tidak menerima imunisasi maka peluang tetap hidup anak tersebut semakin berkurang, dan proporsi yang tidak tervaksin akan lebih banyak pada anak dengan gizi buruk. Kemungkinan hasil yang tidak sesuai dikarenakan sampel tidak cukup kuat mendapatkan bayi yang mengalami kurang gizi sehingga terjadi ketimpangan proporsi atau terjadinya ketimpangan proporsi sebagai akibat dari intervensi program imunisasi yang terfokus pada daerah dengan bayi kurang gizi dan mengabaikan yang cukup gizi.

Proporsi bayi *stunting*, lebih banyak pada kelompok bayi yang tidak mendapatkan kunjungan neonatal tujuh hari pertama dibandingkan bayi yang mendapatkan kunjungan. Sedangkan proporsi bayi *underweight* ataupun *wasting*, lebih banyak pada kelompok bayi yang mendapatkan kunjungan neonatal tujuh hari pertama dibandingkan bayi yang tidak mendapatkan kunjungan neonatal tujuh hari pertama. Namun, perbedaan proporsi tersebut tidak bermakna.

Proporsi bayi, baik *stunting*, *underweight* dan *wasting*, menunjukkan proporsi yang lebih pada kelompok bayi yang tidak mendapatkan kunjungan neonatal hari kedelapan sampai 28 hari pertama bayi tersebut dilahirkan. Hal ini juga tidak menunjukkan perbedaan proporsi yang bermakna.

4.6 Analisis Pola Hubungan Faktor Sosial-ekonomi Terhadap Kelangsungan Hidup Bayi Melalui Faktor Determinan Proksi

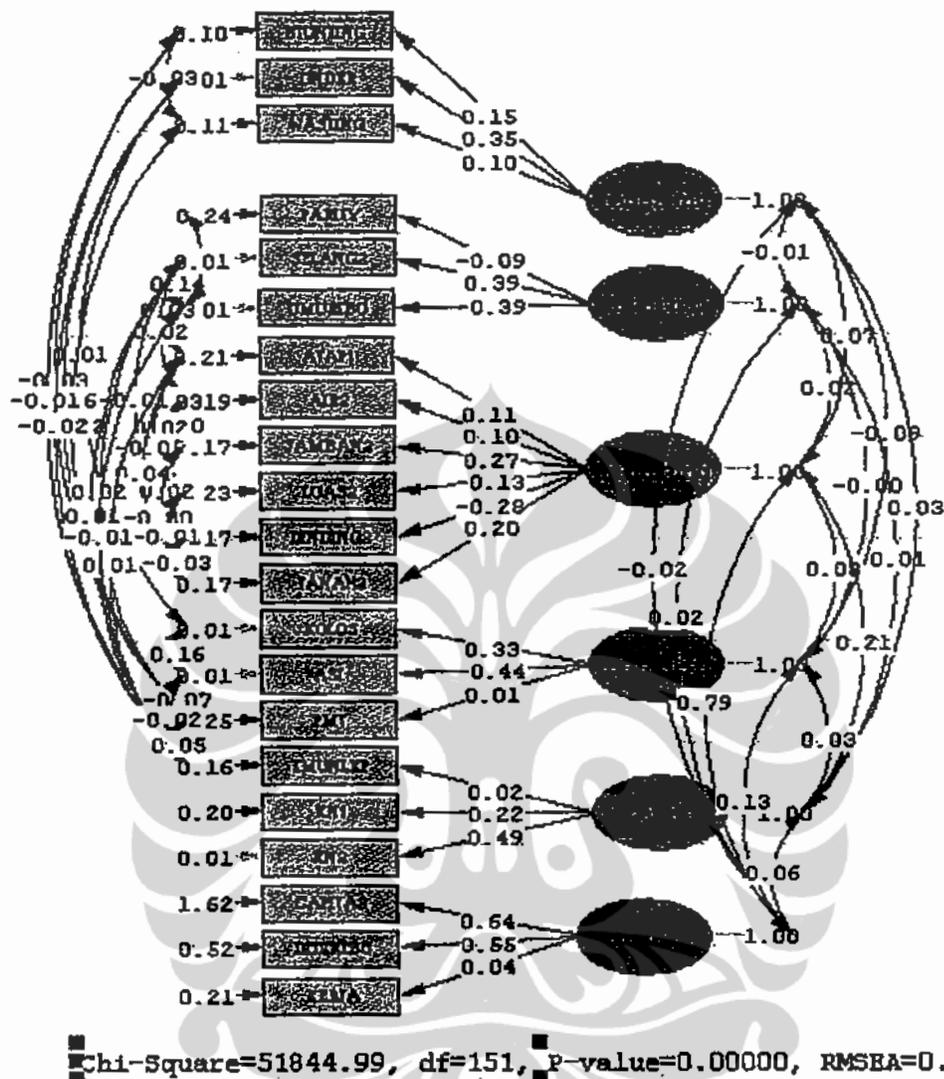
Model hipotetik pola hubungan faktor sosial-ekonomi terhadap kelangsungan hidup bayi melalui faktor determinan proksi merupakan model yang *over-identified* sehingga dapat dilanjutkan pada tahap estimasi parameter. Pendekatan dua tahap akan digunakan dalam mengestimasi parameter. Tahap pertama, estimasi parameter untuk model pengukuran dan dilanjutkan pada tahap kedua yaitu estimasi model structural.

Tabel 4.15 Model persamaan pengukuran keseluruhan faktor pada pola hubungan kelangsungan hidup bayi di NTB dan NTT, 2007

Konstruk	Indikator	Persamaan pengukuran	R ²	standardized	VE	CR
langsung	stunting	= 0,15*langsung + 0,098	0,180	0,43	0,84	0,93
	under	= 0,35*langsung + 0,010	0,920	0,96		
	wasting	= 0,099*langsung + 0,11	0,082	0,29		
sosek	kerja	= 0,043*sosek + 0,210	0,009	0,09	0,2	0,36
	capita2	= 0,64*sosek + 1,62	0,200	0,45		
	didikibu	= 0,55*sosek + 0,52	0,370	0,61		
maternal	selang2	= 0,390*maternal + 0,0100	0,940	0,97	0,88	0,14
	umuribu	= -0,39*maternal + 0,010	0,940	-0,97		
	parity	= -0,091* maternal + 0,24	0,034	-0,18		
lingkung	atap1	= 0,11*lingkung + 0,21	0,051	0,23	0,46	0,25
	air2	= 0,10*lingkung + 0,19	0,034	0,23		
	jamban2	= 0,27*lingkung + 0,17	0,300	0,54		
	luas2	= -0,13*lingkung + 0,23	0,071	-0,27		
	dinding2	= -0,28*lingkung + 0,17	0,310	-0,56		
	tanah2	= 0,20*lingkung + 0,17	0,200	0,45		
nutrisi	kolos	= 0,33*nutrisi + 0,01	0,920	0,96	0,87	0,93
	asi	= -0,44*nutrisi + 0,01	0,950	0,97		
	pmt	= 0,0068*nutrisi + 0,25	0,000	0,01		
rawat	imunlcp	= 0,018*rawat + 0,16	0,002	0,05	0,76	0,85
	kn1	= 0,22*rawat + 0,20	0,190	0,44		
	kn2	= 0,49*rawat + 0,01	0,960	0,98		

Hasil pengujian keseluruhan model pengukuran adalah kurang baik karena nilai $\chi^2 = 51.844,99$; $df=151$ dengan $p=0,000$ serta nilai RMSEA = 0,42 (lebih dari 0,10). Model yang kurang baik ini kemungkinan dikarenakan ada beberapa indikator yang kurang baik dalam menjelaskan faktornya, seperti variable pekerjaan, pengeluaran per kapita dan tingkat pendidikan ibu dalam menjelaskan faktor social-ekonomi serta memiliki validitas dan reliabilitas yang rendah. Hal yang sama pada variable jenis atap, sumber air minum, jenis jamban, kepadatan rumah, jenis dinding rumah dan jenis lantai rumah memiliki validitas dan reliabilitas yang rendah dalam menerangkan faktor kontaminasi lingkungan. Hasil estimasi model pengukuran tersebut dapat dilihat pada gambar berikut:





Gambar 4.1 Model pengukuran secara keseluruhan faktor pada pola kelangsungan hidup bayi di NTB dan NTT, 2007

Namun demikian, model pengukuran tersebut akan dilanjutkan dalam estimasi model struktural. Hal ini dikarenakan, model di atas merupakan model dengan nilai *chi-square* yang terendah jika dibandingkan terhadap model-model sebelumnya, yang telah dibuat. Pada tahap estimasi model struktural, jalur antar faktor dibuat sesuai dengan model hipotetik yang diajukan. Estimasi parameter dilakukan secara bertahap dengan memperhatikan hasil uji kesesuaian model. Model hipotetik yang diajukan memiliki uji kesesuaian yang kurang fit sehingga dicoba modifikasi model struktural dengan meniadakan jalur faktor sosial-ekonomi terhadap faktor pencegahan dan perawatan kesehatan bayi.

Tidak adanya jalur faktor sosial-ekonomi terhadap faktor pencegahan dan perawatan kesehatan bayi, kemungkinan dikarenakan adanya jaminan dari pemerintah daerah dalam program upaya peningkatan cakupan imunisasi. Adanya jaminan tersebut memberikan kesempatan yang lebar terhadap masrakat dalam mendapatkan imunisasi gratis di Pos Pelayanan Terpadu atau Puskesmas. Hasil persamaan model struktural dapat di lihat pada tabel berikut:

Tabel 4.16 Tabel persamaan model struktural pola kelangsungan hidup bayi di NTB dan NTT, 2007

Konstruk	Persamaan struktural	R ²
langsung	$= -0,0077 * \text{maternal} + 0,0002 * \text{lingkung} - 0,044 * \text{nutrisi} + 0,029 * \text{rawat} + 0,24$	0,0230
maternal	$= 0,021 * \text{sosek} + 0,89$	0,0005
lingkung	$= 0,66 * \text{sosek} + 0,30$	0,5900
nutrisi	$= 0,10 * \text{sosek} + 1,00$	0,0100

Persamaan model struktural di atas menunjukkan bahwa 2,30% variasi kelangsungan hidup bayi dapat diterangkan oleh variasi faktor maternal, kontaminasi lingkungan, defisiensi nutrisi dan faktor pencegahan dan perawatan kesehatan bayi. Bila persamaan model struktural tersebut dilakukan penyederhanaan persamaan maka kelangsungan hidup bayi merupakan $0,0045 * \text{faktor sosial-ekonomi}$, namun persamaan ini tidak signifikan ($t < 2$). Dan di antara ketiga faktor determinan proksi, faktor kontaminasi lingkungan memiliki proporsi varian yang besar (59%) yang dapat dijelaskan oleh variasi faktor sosial-ekonomi.

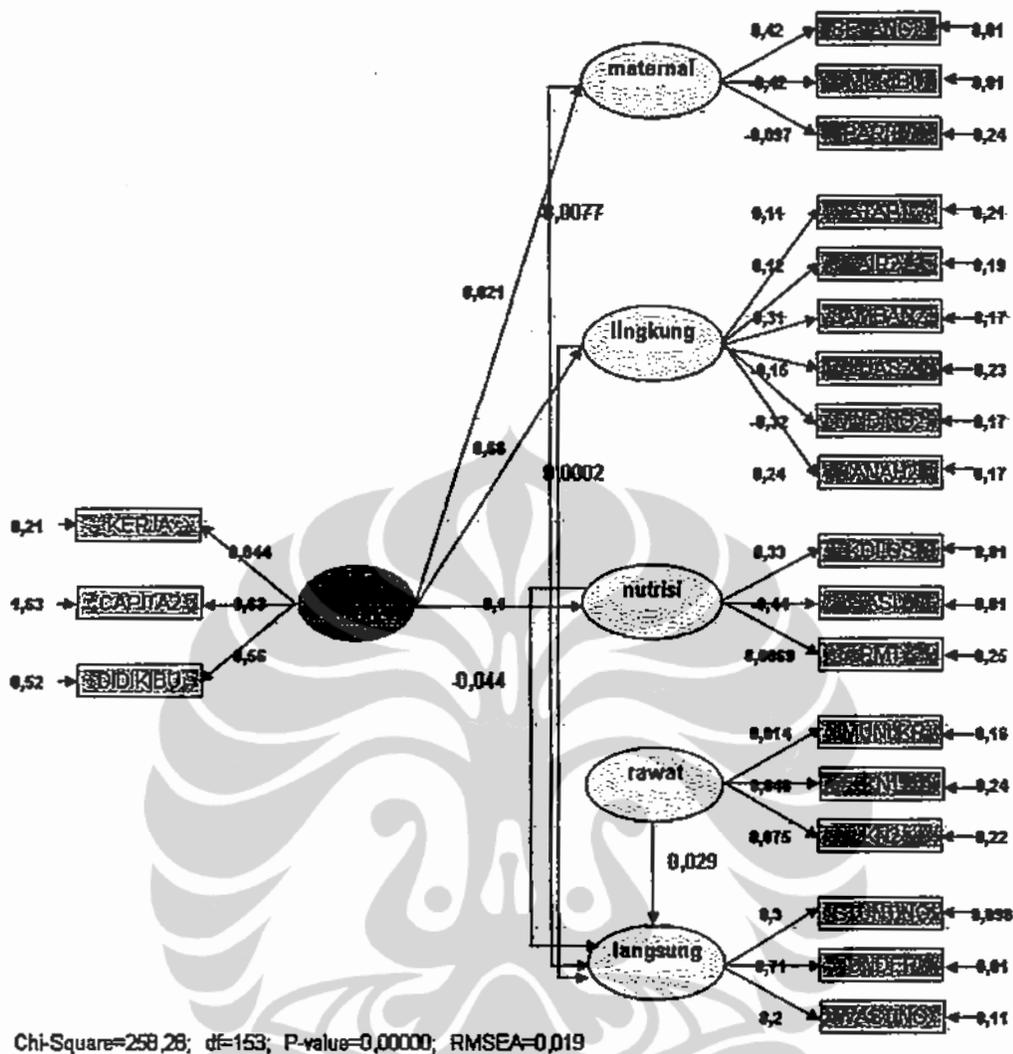
Rendahnya koefisien determinan model kelangsungan hidup di atas kemungkinan dikarenakan masih banyaknya variabel/indikator yang dapat menjelaskan faktor proksi determinan yang tidak diteliti, seperti status gizi ibu saat hamil dalam menjelaskan faktor maternal; kumulatif insiden penyakit, pemeriksaan mikrobiologi pada tinja dalam menjelaskan kontaminasi lingkungan; berat bayi lahir rendah, berat makanan yang dikonsumsi, *recall diet*, defisiensi vitamin A, defisiensi kadar besi dalam darah dalam menjelaskan faktor defisiensi

nutrisi; jenis terapi dan layanan kesehatan dalam menjelaskan faktor pencegahan dan perawatan kesehatan bayi.

Hal yang sama juga dapat terjadi pada pola hubungan faktor sosial-ekonomi terhadap kelangsungan hidup bayi. Masih banyaknya variabel/indikator yang dapat menjelaskan faktor sosio-ekonomi yang tidak diteliti pada penelitian ini, seperti pendapatan keluarga, kepemilikan rumah/tanah/barang, tradisi/norma/perilaku sosial, keyakinan terhadap suatu hal yang berhubungan dengan pemilihan pengobatan penyakit, ketersediaan sandang, pangan dan papan di lingkup rumah tangga, ekologi lingkungan dalam menjelaskan faktor sosio-ekonomi.

Faktor defisiensi nutrisi merupakan faktor dengan nilai estimasi yang signifikan di antara ketiga faktor proksi determinan lainnya. Namun demikian, koefisien path yang dihasilkan tidak sesuai dengan pustaka. Koefisien path tersebut menunjukkan nilai yang negatif atau semakin baik defisiensi nutrisi maka semakin rendah status gizi bayi. Adanya penurunan kelangsungan hidup bayi sebesar 0,044 dari faktor defisiensi nutrisi, setelah dikontrol faktor proksi determinan lainnya, kemungkinan dikarenakan adanya kontribusi variasi faktor determinan lainnya. Sedangkan hasil sebelumnya, menunjukkan adanya perbedaan bermakna proporsi kurang gizi lebih banyak pada variabel/indikator defisiensi gizi kurang.

Model struktural dapat dilihat pada gambar berikut:



Gambar 4.2 Model struktural pola kelangsungan hidup bayi di NTB dan NTT, 2007

Uji kesesuaian model struktural yang dihasilkan adalah cukup baik dengan membandingkan beberapa uji kesesuaian model struktural terhadap nilai ambangnya. Perbandingan beberapa uji kesesuaian pada model struktural dapat di lihat pada tabel berikut:

Tabel 4.17 Tabel uji kesesuaian model struktural pola kelangsungan hidup bayi di NTB dan NTT, 2007

indeks	uji	Hasil uji	Batas
Chi-square	X^2	258,39 (p=0,00)	
<i>Absolute fit</i>	GFI (Goodness of fit index)	0,99	>0,90
	RMSEA (the root mean square error of approxoimation)	0,019	<0,05
	RMR (the root mean square resisual)	0,0080	<0,05
<i>Incremental fit</i>	CFI (comparative fit indeks)	0,98	>0,92

Berdasarkan perbandingan hasil uji kesesuaian terhadap batasan dari beberapa uji, model struktural di atas merupakan model yang "good fit" atau baik.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

1. Secara umum, proporsi bayi dengan status gizi kurang tidak lebih dari 16%. NTB memiliki proporsi bayi dengan status gizi kurang lebih rendah dibandingkan di NTT tahun 2007.
2. Terdapat perbedaan bermakna, proporsi bayi *wasting* antara bayi dengan rumah yang padat dibandingkan yang kurang padat ($p < 0,05$).
3. Terdapat perbedaan bermakna, proporsi bayi *stunting* antara bayi yang menerima air susu ibu secara eksklusif dan bayi yang tidak menerima secara eksklusif ($p < 0,01$).
4. Terdapat perbedaan bermakna, proporsi bayi *underweight* antara bayi yang menerima air susu ibu secara eksklusif dan bayi yang tidak menerima secara eksklusif ($p < 0,01$).
5. Terdapat perbedaan bermakna, proporsi bayi *wasting* antara bayi yang menerima air susu ibu secara eksklusif dan bayi yang tidak menerima secara eksklusif ($p < 0,01$).
6. Terdapat perbedaan bermakna, proporsi bayi *stunting* antara bayi yang sesuai menerima frekuensi makanan tambahan dan bayi yang tidak sesuai menerima frekuensi makanan tambahan ($p < 0,01$).
7. Terdapat perbedaan bermakna, proporsi bayi *underweight* antara bayi yang sesuai menerima frekuensi makanan tambahan dan bayi yang tidak sesuai menerima frekuensi makanan tambahan ($p < 0,01$).
8. Terdapat perbedaan bermakna, proporsi bayi *wasting* antara bayi yang sesuai menerima frekuensi makanan tambahan dan bayi yang tidak sesuai menerima frekuensi makanan tambahan ($p < 0,01$).
9. Terdapat perbedaan bermakna, proporsi bayi *stunting* antara bayi yang menerima imunisasi lengkap dan bayi yang tidak menerima imunisasi lengkap ($p < 0,01$).

10. Terdapat perbedaan bermakna, proporsi bayi *underweight* antara bayi yang menerima imunisasi lengkap dan bayi yang tidak menerima imunisasi lengkap ($p < 0,01$).
11. Terdapat perbedaan bermakna, proporsi bayi *wasting* antara bayi yang menerima imunisasi lengkap dan bayi yang tidak menerima imunisasi lengkap ($p < 0,01$).
12. *Underweight* merupakan indikator yang paling dominan di antara *stunting* & *wasting* dalam menjelaskan kelangsungan hidup bayi sebesar 96% ($\chi^2_{\text{terstandar}} \geq 0,70$; $VE \geq 0,50$; $CR \geq 0,70$).
13. Pada faktor defisiensi nutrisi, indikator pemberian kolostrum dan air susu ibu merupakan indikator yang baik dan dapat menjelaskan defisiensi nutrisi $> 90\%$ ($\chi^2_{\text{terstandar}} \geq 0,70$; $VE \geq 0,50$; $CR \geq 0,70$).
14. Indikator kunjungan neonatal kedua merupakan indikator yang baik dalam menjelaskan faktor pencegahan dan perawatan kesehatan bayi sebesar 98% ($\chi^2_{\text{terstandar}} \geq 0,70$; $VE \geq 0,50$; $CR \geq 0,70$).
15. Terdapat pola hubungan antara faktor sosial-ekonomi terhadap kelangsungan hidup bayi melalui faktor proksi (faktor maternal, kontaminasi lingkungan, dan defisiensi gizi). Namun, nilai estimasi parameter yang dihasilkan adalah rendah. ($GFI > 0,90$; $CFI > 0,92$)

5.2 Rekomendasi

1. *Underweight* paling dominan dalam menjelaskan status gizi bayi sehingga penentuan status gizi dalam program monitoring cakupan gizi bayi selama ini, dapat terus dipertahankan, selain memiliki beberapa kelebihan penggunaan indeks BB/U (mudah dan murah)
2. Adanya perbedaan bermakna, proporsi bayi *stunting*, *underweight* ataupun *wasting* antara bayi yang menerima air susu ibu secara eksklusif dan bayi yang tidak, serta pemberian air susu ibu merupakan indikator yang baik dalam menjelaskan defisiensi nutrisi. Dan kelangsungan hidup bayi berhubungan terhadap defisiensi nutrisi maka perlu dilakukan peningkatan perilaku ibu

dalam menyusui ASI eksklusif dan secara dini melalui program peningkatan pengetahuan ibu hamil & menyusui.

3. Hal yang sama juga dapat dilakukan melalui program kesehatan ibu dan anak melalui pos pelayanan terpadu di tiap desa/RW tentang peningkatan perilaku ibu untuk memberikan makanan tambahan sesuai umur bayi dengan peningkatan pengetahuan ibu tentang pentingnya gizi bagi bayi yang sedang tumbuh dan berkembang.
4. Perbedaan bermakna pada proporsi bayi *stunting*, *underweight* ataupun *wasting*, antara bayi yang menerima imunisasi lengkap dan bayi yang tidak menerima dengan lengkap maka perlu ditingkatkan kegiatan pemberian imunisasi pada program kesehatan ibu dan anak melalui kegiatan Posyandu di tiap desa/RW.
5. Perlu dilakukan analisis lanjutan dengan membandingkan model antar kedua propinsi pada model kelangsungan hidup bayi (status gizi) dan pola hubungannya dengan faktor sosial-ekonomi melalui faktor determinan proksi di NTB & NTT
6. Alternatif penggunaan teknik statistic kelangsumngan hidup bayi dengan menggunakan variable dependen kelangsungan bayi yang kurang gizi (umur bayi), melalui penggunaan teknik analisis survival.

DAFTAR REFERENSI

- BPS. (2005). *Proyeksi Penduduk Indonesia 2005-2015*, Jakarta: Badan Pusat Statistik
- BPS. (2007). *Beberapa indikator utama social-ekonomi Indonesia*. Jakarta: Badan Pusat Statistik.
- Chen, Lincoln, C. (1983). *Child survival: Levels, trends, and determinants*. Bulatao RA, Lee RD, ed. *Determinants of fertility in developing countries*. Volume 1; p199-232. *Supply and demand for children*. New York: Academic Press, (Studies in Population)
- Claeson, Mariam. (2004). *Child mortality trends and determinant – policy implications for child survival in India*. February 11, 2009.
<http://www.kcci.org.in/resources/doc55/Claeson-child%20mortality.pdf>
- Depkes. (2000). *Pedoman program pemberantasan penyakit ISPA untuk penanggulangan pneumonia pada balita*. Jakarta: Dir. Jen. P2MPL.
- Depkes RI. (2000). *Ibu sehat, bayi sehat*. Jakarta: Pusat Penyuluhan Kesehatan Masyarakat Departemen Kesehatan RI.
- Depkes RI. (2008). *Riset kesehatan dasar 2007*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI.
- Espeut, Donna. (2009) *Spacing birth, saving lives: Ways to turn the latest birth spacing recommendation into results*. April 13, 2009.
<http://www.childsurvival.com/documents/CSTS/SpacingBirthsSavingLives.pdf>
- Girma, Woldemariam., & Genebo, Timotiows. (2002). *Determinants of nutritional status of women and children in Ethiopia*. Calverton, Maryland, USA: ORC Macro.
- Hair, Joseph F. et al. (2006). *Multivariate data analysis*, 6th ed. Upper Saddle River, New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Hill, Kenneth. (2003). *Frameworks for studying the determinants of child survival*. *Bulletin of the World Health Organization* 2003, v.81(2); p.138-139. February 2, 2009.
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2572395>

- Junaidi. (2007). *Pembangunan berwawasan kependudukan*. February 8, 2009.
<http://re-searchengines.com/0107junaidi.html>
- Kline, Rex B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling*.
 Second editon. New York: The Guilford Press.
- Masset, Edoardo. & White, Howard. (2003). *Infant and child mortality in Andhra Pradesh: Analysing changes over time and between states*. April 13, 2009.
http://mpira.ub.uni-muenchen.de/11206/1/MPRA_paper_11206.pdf
- Mosley, W. Henry., Chen, Lincoln C. (1984). *An analytical framework for the study of child survival in developing countries*. January 24, 2004. Population and Development Review, Vol. 10, Supplement: Child Survival: Strategies for Research, pp. 25-45. Published by: Population Council Stable URL:
<http://www.jstor.org/stable/2807954>
- Mukono, J. (2000). *Prinsip dasar kesehatan lingkungan*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Munro, Barbara Hazard. (2005). *Statistical methods for health care research*.
 Fifth edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Muthalib, Alfian. (2004). *Perlindungan anak dan implementasinya*. 30 Januari 2009. [http:// openlibrary.org/index/03/index_03740.html](http://openlibrary.org/index/03/index_03740.html)
- Pelletier, David L., and Frongillo, Edward A. (2003). Changes in child survival are strongly associated with changes in malnutrition in developing countries. *Journal of Nutrition*. Vol 133: 107-119.
- PPKUI. (2008). *Maternal and child health practices and care-seeking behavior at the community level in West & East Nusatenggara Indonesia 2007*. Report of a community baseline survey. Depok: Pusat Penelitian Kesehatan FKM UI.
- Ronsmans, Carine. (1996). Birth spacing and child survival in rural Senegal. *International Journal of Epidemiology*. Vol 25, No.5. 989-997
- Rusman, Roosmalawati., Djohan, Eniarti., & Hull, Terence H. (1999). *They simply die: Searching for the causes of high infant mortality in Lombok*. Jakarta: PPT-LIPI.
- Rutstein. (2000). *Effects of birth interval on mortality and health: Multivariate cross-country analysis*. Presented at the U.S. Agency for International. April 13, 2009. <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/SPA7/08References08.pdf>.

- Simbolon, Demsa. (2005). *Kelangsungan hidup bayi di perkotaan dan pedesaan Indonesia serta faktor-faktor yang berhubungan*. Tesis. Program Pasca Sarjana, FKM-UI
- Sukarni, Mariyati. (1994). *Kesehatan keluarga dan lingkungan*. Yogyakarta: Penerbit Kanisius.
- Suhardjo. (2002). *Pemberian makanan pada bayi dan anak*, Cetakan kedelapan, Yogyakarta: Penerbit Kanisius.
- Supriasa, I Dewa Nyoman., Fajar, Ibnu. dan Bakri, Bachyar. (2001). *Penilaian Status Gizi*, Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Statistics Indonesia (Badan Pusat Statistik—BPS) and Macro International. (2008). *Indonesia demographic and health survey 2007*. Calverton, Maryland, USA: BPS and Macro International.
- Syamala, T.S. (2004). *Relationship between socio demographic factors and child survival: Evidences from Goa, India*.
- Tabachnick, Barbara G. & Fidell, Linda S. (2007). *Using multivariate statistics*. Fifth edition. Boston, MA: Pearson Education, Inc.
- UN-ESCAP. (2007). *Statistical yearbook for ASIA and Pacific*. April 9, 2009. <http://www.unescap.org/stat/data/syb2007/>
- Vaugelade, J., et all. (2004). *Non-specific effects of vaccination on child survival: Prospective cohort study in Burkina Faso*. March 18, 2009. http://www.bmj.com/cgi/reprint_abc/329/7478/1309.pdf.
- Wibowo, Adik. (1992). *Pemanfaatan Pelayanan Antenatal: faktor-faktor yang mempengaruhi dan hubungannya dengan BBLR*. Disertasi. Program Pasca Sarjana FKMUI.
- Wijanto, Setyo Hari. (2008) *Structural equation modelling dengan Lisrel 8.8: Konsep & tutorial*. Cetakan pertama, Yogyakarta: Graha Ilmu.

SURVEI DATA DASAR DUKUNGAN SEKTOR KESEHATAN - NTB DAN NTT 2007

Rahasia

I. PENGENALAN TEMPAT	KODE/NO URUT
1. PROPINSI: <u>NUSA TENGGARA BARAT</u>	<input type="text" value="1"/>
2. KABUPATEN/KOTAMADYA: <u>SUMBAWA BARAT</u>	<input type="text" value="05"/>
3. KECAMATAN: <u>JEREWATU</u>	<input type="text" value="2"/>
4. DESA/KELURAHAN: <u>DESA RERU</u>	<input type="text" value="1"/>
5. RT/DUSUN/DUKUH: <u>RT 03 RW 05 JELENGA</u>	<input type="text" value="1"/>
6. NAMA KEPALA RUMAH TANGGA: <u>WYAH</u> (LP)	
7. NAMA RESPONDEN: <u>ASMAWATI</u>	
8. NOMOR URUT RUMAH TANGGA:	<input type="text" value="09"/>
9. LAKUKAN KONFIRMASI BAHWA IBU : PERNAH HAMIL (A) SEDANG HAMIL B MEMILIKI ANAK BALITA, JUMLAHNYA 1	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="1"/>

II. KETERANGAN WAWANCARA DAN PENGECEKAN					
TANGGAL WAWANCARA	I	II	III	TANGGAL PENGECEKAN	.....
WAKTU (PUKUL) MULAI	15.30	.....	.....	(cross check)	.....
SELESAI	16.30	.....	.....	NAMA PENGECEK (PEWAWANCARA 2)	.....
NAMA PEWAWANCARA	.....	.....	.....	PARAF	.....
PARAF	.....	.....	.....		.....

DISTRICT FIELD COORDINATOR (DFC)		PETUGAS DATA ENTRY	
NAMA/PARAF	<u>Deni WP</u>		<u>[Signature]</u>
TANGGAL	<u>19/01/07</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INFORMED CONSENT

Selamat siang/sore, nama saya ... dan sedang bekerja dengan Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia. Kami sedang melakukan survei rumah tangga. Kami akan menanyakan tentang kesehatan Ibu dan anak di rumah tangga Ibu. Informasi ini akan membantu pemerintah dalam merencanakan pelayanan kesehatan. Wawancara akan berlangsung sekitar 1 jam. Informasi yang Ibu berikan akan dijaga kerahasiaannya dan tidak akan ditunjukkan kepada orang lain. Partisipasi di dalam survei ini bersifat sukarela dan Ibu dapat menolak untuk menjawab pertanyaan atau tidak melanjutkan wawancara. Kami berharap Ibu dapat berpartisipasi karena pendapat Ibu sangat penting.

Saat ini, apakah Ibu bersedia berpartisipasi dalam survei ini? Apakah saya dapat memulai wawancara ini?

BILA RESPONDEN SETUJU UNTUK DIWAWANCARAI, WAWANCARA DIMULAI.
 BILA RESPONDEN TIDAK SETUJU DIWAWANCARAI → AKHIRI DAN CARI RESPONDEN LAIN SESUAI CARA SAMPLING.

PARAF/TANDA SETUJU RESPONDEN (BILA MEMUNGKINKAN):

B1. DAFTAR ANGGOTA RUMAH TANGGA

Sekarang saya ingin memperoleh beberapa keterangan mengenai orang-orang yang tinggal di rumah tangga (satu dapur).

NO	NAMA	HUBUNGAN	UMUR	JENIS KELAMIN		STATUS KAWIN	JENIS PEKERJAAN	TINGKAT PENDIDIKAN						
				L	P			Apakah (NAMA) pernah sekolah?	Tingkat sekolah tertinggi yang diikuti? (TST)	Apakah (NAMA) masih sekolah?	Apakah (NAMA) dapat membaca?			
(101)	(102)	(103)	(104)	(105)	(106)	(107)	(108)	(109)	(110)	(111)				
	Sebutkan nama orang-orang yang tinggal di rumah tangga ini, HAL TENTANG RESPONDEN DITANYAKAN TERAKHIR KALI.	Apakah hubungan (NAMA) dengan responden? *	Berapa tahun umur (NAMA)? DI BAWAH 1 TAHUN TULIS '0'	Apakah (NAMA) laki-laki atau perempuan ?		Apakah (NAMA) saat ini tidak kawin, kawin atau cerai? **	Apakah pekerjaan utama (NAMA)? ***	Apakah (NAMA) pernah sekolah?	Tingkat sekolah tertinggi yang diikuti? (TST) Kelas tertinggi yang diselesaikan? (KLS) ****	Apakah (NAMA) masih sekolah?	Apakah (NAMA) dapat membaca? DITANYAKAN BILA 108=2, atau 109 = TST = 1 atau 2			
			TAHUN	L	P		YA	TDK	TST	KLS	YA	TDK	YA	TDK
01	ASMIKATI	01	35	1	2	2	25	2	2	6	1	2	1	2
02	YAJAH	02	42	1	2	2	08	2	2	6	1	2	1	2
03	NI. ZAINUDIN	03	12	1	2	1	12	2	3	3	1	2	1	2
04	DIAU NESTIANA	03	10	1	2	1	12	2	2	6	1	2	1	2
05	DARWIAPENDA	03	4	1	2	1	13	2			1	2	1	2
06				1	2			2			1	2	1	2
07				1	2			2			1	2	1	2
08				1	2			2			1	2	1	2
09				1	2			2			1	2	1	2
10				1	2			2			1	2	1	2
11				1	2			2			1	2	1	2
12				1	2			2			1	2	1	2
13				1	2			2			1	2	1	2

* KODE 103

- 01 = Responden
- 02 = Suami responden
- 03 = Anak kandung
- 04 = Menantu
- 05 = Cucu
- 06 = Orang tua
- 07 = Mertua
- 08 = Saudara kandung
- 09 = Saudara lain
- 10 = Anak adopsi
- 11 = Anak tiri
- 12 = Tidak ada hubungan keluarga
- 99 = Tidak tahu

** KODE 105

- 1 = Tidak kawin
- 2 = Kawin
- 3 = Cerai hidup
- 4 = Cerai mati

*** KODE 107

- 01 = Ibu rumah tangga
- 02 = Pegawai Negeri Sipil
- 03 = Profesional
- 04 = Karyawan swasta
- 05 = Petani/berkebun milik sendiri
- 06 = Pemilik perahu/mobil/motor
- 07 = Wiraswasta/pemilik salon/bengkel
- 08 = Berdagang/pemilik warung
- 09 = Buruh/Supir/Tukang/Ojek
- 10 = Nelayan
- 11 = Honorer
- 12 = Pelajar
- 13 = Tidak bekerja
- 99 = Lain-lain

**** KODE 109

- Tingkat pendidikan (TST)
- 1 = Pra-sekolah
 - 2 = SD
 - 3 = Sekolah menengah pertama
 - 4 = Sekolah menengah atas
 - 5 = Akademi
 - 6 = Universitas
 - 8 = Tidak tahu
- Kelas (KLS)
- SD = 1-6
 - SMP = 1-3
 - SMA = 1-3
- Akademi/universitas = Lengkap (1)
Tidak lengkap (2)

B2. KARAKTERISTIK SOSIAL EKONOMI

Pewawancara tidak membacakan pilihan jawaban, kecuali bila ada petunjuk.

NO	PERTANYAAN	JAWABAN DAN KODE KATEGORI	SKIP
B201	Pada bulan dan tahun berapakah Ibu dilahirkan?	BULAN 05 TIDAK TAHU 98 TAHUN 1972 TIDAK TAHU 9998	
B202	Apakah status kepemilikan rumah yang saat ini Ibu tempati? [JAWABAN HANYA SATU]	MILIK SENDIRI 1 MILIK ORANG TUA/KELUARGA 2 ANGSURAN 3 KONTRAK/SEWA 4 DINAS 5 LAINNYA (SEBUTKAN) 8	
B203	Apakah rumah tangga Ibu memiliki.....? GUNAKAN KARTU BANTU	LISTRIK A KASUR B TEMPAT TIDUR/RANJANG C KURSI D MEJA E JAM DINDING/TANGAN F KIPAS ANGIN G RADIO/ TRANSISTOR H TELEVISI I PARABOLA J TELPON/HANDPHONE K KULKAS L POMPA AIR (TANGAN ATAU MESIN) M SEPEDA N SEPEDA MOTOR/SKUTER O MOBIL P TRUK Q TRAKTOR R PERAHU DAYUNG S PERAHU MOTOR T	
B204	Siapakah yang paling sering mengambil keputusan bila ada yang sakit di rumah tangga ini?	RESPONDEN SENDIRI 11 SUAMI 12 RESPONDEN & SUAMI BERSAMA-SAMA 13 SUAMI & ORANG LAIN YANG DIPERCAYA 14 RESPONDEN & ORANG LAIN YANG DIPERCAYA 15 KETUA ADAT/SUKU/DESA 18 ORANG TUA 17 LAINNYA (SEBUTKAN) 98	
B205	Berapa jumlah ruangan yang ada di rumah ini?	JUMLAH RUANGAN 03 TIDAK ADA PEMBAGIAN RUANGAN 99	
B206	Apa sumber air minum utama di rumah tangga ini?	AIR LEDENG PDAM 11 SUMUR BOR (POMPA TANGAN, MESIN AIR) 21 SUMUR GALI TERLINDUNG 22 SUMUR GALI TIDAK TERLINDUNG 23 MATA AIR TERLINDUNG 31 MATA AIR TIDAK TERLINDUNG 32 AIR HUJAN 41 ISI ULANG/REFILL 51 AIR BOTOL KEMASAN 61 AIR PERMUKAAN (SUNGAI/KOLAM/DANAU/ DAM/ALIRAN LAUT KANAL/SALURAN IRIGASI) 71 LAINNYA, SEBUTKAN 96	baik

NO	PERTANYAAN	JAWABAN DAN KODE KATEGORI	SKIP
B207	Apa jenis jamban yang biasanya dipakai di rumah tangga ini?	JAMBAN DENGAN TANGKI SEPTIK.....11 JAMBAN TANPA TANGKI SEPTIK .....12 DIKOMPOSKAN/JAMBAN KERING.....22 JAMBAN GANTUNG/ HELIKOPTER/KOLAM IKAN .....31 TIDAK ADA FASILITAS (SUNGAI, SEMAK, KANTONG PLASTIK).....41 LAINNYA, SEBUTKAN.....96	
B208	Menurut ibu, berapa kira-kira seluruh penghasilan rutin rumah tangga ini setiap bulan? LAKUKAN PROBING BILA IBU KESULITAN.	DALAM RIBU RUPIAH 0 0 2 0 0	
B209	Berapa rata-rata pengeluaran keluarga ibu per bulan secara keseluruhan dan beberapa keperluan berikut...:	TOTAL SELURUH PENGELUARAN (DALAM RIBU RUPIAH) 0 0 1 0 0 a. Uang sekolah (SPP): b. Rokok: c. Alkohol:	

W1. KARAKTERISTIK REPRODUKSI

NO	PERTANYAAN	JAWABAN dan KODE KATEGORI	SKIP
W101	Berapa jumlah anak laki-laki dan anak perempuan ibu, yang lahir hidup dan masih ada hingga saat ini?	ANAK LAKI-LAKI 0 2 ANAK PEREMPUAN 0 1	
W102	Berapa jumlah anak laki-laki dan anak perempuan ibu, yang lahir hidup tapi saat ini sudah tiada/meninggal?	ANAK LAKI-LAKI 0 0 ANAK PEREMPUAN 0 0	
W102A JUMLAHKAN SELURUH KELAHIRAN HIDUP = W101 + W102			0 2
W103	Berapa jumlah seluruh kehamilan yang berakhir dengan keguguran atau digugurkan?	JUMLAH KEGUGURAN , ATAU DIGUGURKAN 0 1	
W104	Berapa jumlah seluruh kehamilan yang berakhir dengan lahir mati?	JUMLAH LAHIR MATI..... 0 0	
W104A JUMLAHKAN SELURUH KEHAMILAN = W101 + W102 + W103 + W104			0 6
W105	Berapa kali ibu pernah melahirkan anak kembar	FREKUENSI 1 0	
W106	Pada usia berapa ibu pertama kali hamil?	USIA DALAM TAHUN 2 1	
W107	Pada usia berapa ibu pertama kali melahirkan anak hidup?	USIA DALAM TAHUN 2 2	

Sekarang saya ingin mencatat tiga anak terakhir yang ibu lahirkan, baik yang masih hidup maupun sudah tiada atau lahir mati, mulai dari anak terakhir.

W108 Siapa nama anak ibu yang terakhir? Setelah yang terakhir?	W109 Apakah persalinan tersebut kembang?		W110 Apa jenis kelamin anak ini?		W111 Pada bulan dan tahun berapa anak ini dilahirkan? BILA TIDAK MENGGUNAKAN TANGGAL MASEHI LAKUKAN KONVERSI	W112 Apakah anak ini masih hidup?		W113 BILA SUDAH TIADA: Pada usia berapa anak ini meninggal? Tulis dalam bulan bila kurang dari 2 TAHUN. Tulis dalam hari bila kurang dari 1 BULAN. BILA kurang dari 1 hari TULIS '00' dalam kolom HARI
	Ya	Tdk	L	P		Ya	Tdk	
01 <i>DARWIN ERENDA</i>	1	2	1	2	BULAN TAHUN 11 02	1 anak berikutnya	2 W113	1 TAHUN 2 BULAN 3 HARI 4 Lahir mati
02 <i>DIAN NERTIANA</i>	1	2	1	2	BULAN TAHUN 08 97	1 anak berikutnya	2 W113	1 TAHUN 2 BULAN 3 HARI 4 Lahir mati
03 <i>M. BAHUPPIN</i>	1	2	1	2	BULAN TAHUN 02 94	1 W2	2 W113	1 TAHUN 2 BULAN 3 HARI 4 Lahir mati

W2. KELUARGA BERENCANA

NO	PERTANYAAN	JAWABAN dan KODE KATEGORI	SKIP
W201	Dapatkan ibu sebutkan alat/cara KB apa saja yang dapat dipakai untuk mencegah atau menunda kehamilan? Ada lagi? (PROBING)	MOW/TUBEKTOMI/STERIL A MOP/VASEKTOMI/STERIL B IMPLAN/SUSUK C IUD/SPIRAL D SUNTIK E PIL F KONDOM G DIAFRAGMA/INTRAVAG/JELLY/TISSUE H KONTRASEPSI EMERGENSI I SENGGAMA TERPUTUS J ALAMIAH (ASI, PUASA, KALENDER) K LAINNYA, (SEBUTKAN) X TIDAK TAHU Z	

NO	PERTANYAAN	JAWABAN dan KODE KATEGORI	SKIP
W202	Di mana saja ibu dapat memperoleh alat/cara KB tersebut? Di mana lagi? (PROBING)	RUMAH SAKIT A PUSKESMAS B KLINIK C DOKTER PRAKTEK D BIDAN PRAKTEK E PETUGAS PLKB F MOBIL KELILING G POLINDES H BIDAN DI DESA I POSYANDU J POS KB K FARMASI/APOTIK/TOKO OBAT L SUPERMARKET/TOKO/WARUNG/MAL M LAINNYA (SEBUTKAN) X TIDAK TAHU Z	
W203	Menurut ibu, di mana ibu dapat memperoleh kondom yang paling mudah atau cepat?	RUMAH SAKIT 11 PUSKESMAS 12 KLINIK 13 DOKTER PRAKTEK 14 BIDAN PRAKTEK 15 PETUGAS PLKB 16 MOBIL KELILING 17 POLINDES 18 BIDAN DI DESA 19 POSYANDU 20 POS KB 21 FARMASI/APOTIK/TOKO OBAT 22 HOTEL/BAR 23 PEKERJA SEKS/LOKALISASI 24 SUPERMARKET/TOKO/MAL 25 LAINNYA (SEBUTKAN) 96 TIDAK TAHU 98	
W204	Apakah saat ini atau sebelum ini ibu atau suami menggunakan alat/cara KB tertentu?	YA 1 TIDAK 2	→ W208
W205	Bila tidak, apa alasannya?	INGIN HAMIL A SEDANG HAMIL B SEDANG MENYUSUI C BARU MELAHIRKAN D ANAK MASIH KECIL E TIDAK BOLEH OLEH SUAMI F BIAYA MAHAL G ADA KELUHAN/EFEK SAMPING H ADAT/AGAMA/KEPERCAYAAN I KURANG PENGETAHUAN J TIDAK TERSEDIA ALAT KONTRASEPSI K LAINNYA (SEBUTKAN) X	→ W207 → W207
W206	Apakah saat ini ibu ingin hamil tapi nanti atau tidak ingin hamil lagi?	INGIN HAMIL, TAPI NANTI 1 TIDAK INGIN HAMIL LAGI 2	
W207	Apakah ibu atau suami pernah menggunakan alat/cara KB tertentu?	YA 1 TIDAK 2	→ W209 → W210

NO	PERTANYAAN	JAWABAN dan KODE KATEGORI	SKIP
W208	Cara/alat KB apa yang ibu atau suami gunakan? BILA RESPONDEN SEBUTKAN SUNTIK ATAU IMPLAN, LAKUKAN PROOBING: 'SUNTIK BERAPA BULANAN?' 'IMPLAN BERAPA TAHUNAN?' BILA RESPONDEN GUNAKAN LEBIH DARI SATU CARA. TENTUKAN SATU CARA/ALAT KB YANG URUTANNYA LEBIH AWAL	MOW/TUBEKTOMI/STERIL .....11 MOP/VASEKTOMI/STERIL .....12 IMPLAN/SUSUK 5 TAHUNAN .....13 IMPLAN/SUSUK 3 TAHUNAN .....14 IUD/SPIRAL .....15 SUNTIK 3 BULANAN .....16 SUNTIK 1 BULANAN .....17 PIL .....18 KONDOM .....19 DIAFRAGMA/INTRAVAG/JELLY/TISSUE .....20 KONTRASEPSI EMERGENSI .....21 SENGGAMA TERPUTUS .....22 ALAMIAH (ASI, PUASA, KALENDER) .....23 LAINNYA (SEBUTKAN) .....96	
W209	a. Metoda KB apa yang paling ibu sukai? b. Metoda KB apa yang tersedia pada petugas atau fasilitas kesehatan di daerah ini? c. Metoda KB apa yang dianjurkan oleh petugas kesehatan di daerah ini?	MOW/TUBEKTOMI/STERIL .....11 MOP/VASEKTOMI/STERIL .....12 IMPLAN/SUSUK 5 TAHUNAN .....13 IMPLAN/SUSUK 3 TAHUNAN .....14 IUD/SPIRAL .....15 SUNTIK 3 BULANAN .....16 SUNTIK 1 BULANAN .....17 PIL .....18 KONDOM .....19 DIAFRAGMA/INTRAVAG/JELLY/TISSUE .....20 KONTRASEPSI EMERGENSI .....21 SENGGAMA TERPUTUS .....22 ALAMIAH (ASI, PUASA, KALENDER) .....23 A. LAINNYA (SEBUTKAN) .....96 B. LAINNYA (SEBUTKAN) .....X C. LAINNYA (SEBUTKAN) .....X TIDAK ADA YANG DISUKAI/TIDAK TERSEDIA/TIDAK DIANJURKAN .....97	a b c A B C D E F G H I J K L M X Z A B C D E F G H I J K L M X Z A B C D E F G H I J K L M X Z
W210	Sepengetahuan ibu, apa yang biasanya dilakukan bila terjadi kehamilan yang tidak diinginkan?	DIGUGURKAN SENDIRI (JAMU, RAMUAN, OBAT, DLL) .....A DIGUGURKAN DENGAN BANTUAN DUKUN .....B DIGUGURKAN DENGAN BANTUAN TENAGA KESEHATAN .....C DIGUGURKAN DENGAN BANTUAN ORANG LAIN .....D DICOBA UNTUK DIGUGURKAN .....E DITERIMA/KEHAMILAN DILANJUTKAN .....F KONSULTASI DENGAN SUAMI/ORANG LAIN .....G LAINNYA (SEBUTKAN) .....X TIDAK TAHU .....Y	

M1. PENGALAMAN KEHAMILAN ANAK TERAKHIR (KHUSUS IBU BALITA)

NO	PERTANYAAN	JAWABAN dan KODE KATEGORI	SKIP
M101	Selama hamil (NAMA), apakah ibu memeriksa kehamilan pada petugas kesehatan?	YA .....1 TIDAK .....2	→ M105
M102	Siapa petugas kesehatan yang biasa memeriksa kehamilan (NAMA)?	PETUGAS KESEHATAN: DOKTER UMUM 1 DOKTER SPESIALIS KEBIDANAN 2 BIDAN 3 PERAWAT 4 LAINNYA (SEBUTKAN) 6	

NO	PERTANYAAN	JAWABAN dan KODE KATEGORI	SKIP						
M103	Mohon dirinci, berapa kali ibu memeriksakan kehamilan (NAMA) kepada petugas kesehatan pada : BACAKAN A HINGGA C. TULIS '98' BILA TIDAK TAHU.	A. Bulan ke-1 sampai ke-3 kehamilan B. Bulan ke-4 sampai ke-6 kehamilan C. Bulan ke-7 sampai melahirkan.....	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>3</td></tr> <tr><td>0</td><td>3</td></tr> <tr><td>0</td><td>3</td></tr> </table>	0	3	0	3	0	3
0	3								
0	3								
0	3								
M104	Selama memeriksa kehamilan (NAMA) apakah ibu menerima pelayanan berikut: BACAKAN A SAMPAI Q. BILA C TIDAK DILAKUKAN, BAGIAN D TIDAK PERLU DIBACAKAN.	Ditimbang berat badannya? A Diukur tinggi badannya? (B) Disuntik di lengan atas untuk mencegah bayi dari kejang-kejang setelah lahir? C Diberikan suntikan tersebut 2 kali selama hamil? D Diukur tekanan darahnya? (E) Diukur/diraba perutnya? F Dites darah untuk mengetahui kadar Hb darah? G Dites darah untuk mengetahui risiko/penyakit? H Dites darah, tapi tidak diberi tahu untuk apa? I Diperiksa/dites air kencing? J Diberi tablet penambah darah/TTD/Fe? K Diberi tablet penambah vitamin A L Diberi obat pencegahan anti malaria? M Diberi pesan/informasi tentang: - Tanda bahaya kehamilan N - Tindakan yang harus dilakukan bila ada tanda bahaya O - Persiapan persalinan (penolong persalinan, donor darah) P - ASI dan menyusui Q Tidak dilakukan pelayanan apa pun Y							
M105	Selama hamil (NAMA), apakah ibu memeriksa kehamilan pada dukun?	YA 1 TIDAK 2	→ M107						
M106	Berapa kali ibu memeriksakan kandungan kepada dukun selama mengandung (NAMA)? TULIS '98' BILA TIDAK TAHU.	FREKUENSI.....	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>3</td></tr> </table>	0	3				
0	3								
M107	Selama kehamilan (NAMA) apakah Ibu pernah membicarakan hal-hal berikut ini dengan suami : BACAKAN A SAMPAI F.	Di mana akan melahirkan A Siapa yang akan menolong saat melahirkan B Dana/ongkos untuk melahirkan C Kendaraan yang akan digunakan bila diperlukan D Dana cadangan bila ada masalah persalinan E Di mana akan mendapatkan donor darah bila diperlukan F Tidak membicarakan salah satu di atas (Y) Tidak ada suami Z							
M108	Menurut ibu, tanda bahaya/masalah kesehatan apa saja yang dapat menyulitkan seorang ibu saat hamil melahirkan, dan nifas? Ada lagi? (PROBING)	MUAL DAN MUNTAH BERLEBIHAN (A) MULES BERKEPANJANGAN (B) PERDARAHAN MELALUI JALAN LAHIR C TUNGKAI KAKI BENGKAK DAN PUSING KEPALA D KEJANG-KEJANG (E) TEKANAN DARAH TINGGI (F) DEMAM/PANAS TINGGI G KETUBAN PECAH SEBELUM WAKTUNYA H LAINNYA (SEBUTKAN) X TIDAK TAHU Z							

NO	PERTANYAAN	JAWABAN dan KODE KATEGORI	SKIP
M115	Apakah saat hamil (NAMA) ibu merokok?	YA 1 TIDAK ②	
M116	Apakah saat hamil (NAMA) ada anggota keluarga lain yang serumah, yang merokok?	YA ① TIDAK 2	

M2. PENGALAMAN PERSALINAN ANAK TERAKHIR (Khusus Ibu Balita)

NO	PERTANYAAN	JAWABAN dan KODE KATEGORI	SKIP
M201	Sebelum lahir, siapa yang ibu rencanakan akan menolong persalinan (NAMA)?	PETUGAS KESEHATAN ① DUKUN ② TIDAK MEMPUNYAI RENCANA 7	
M202	Sebelum lahir, dimana ibu merencanakan akan melahirkan (NAMA)?	TEMPAT PELAYANAN KESEHATAN 1 RUMAH DUKUN 2 RUMAH SENDIRI ③ TIDAK MEMPUNYAI RENCANA 7	
M203	Siapa penolong utama saat ibu melahirkan (NAMA)? PENOLONG PERSALINAN: ORANG YANG BERPERAN LEBIH UTAMA, MEMEGANGI JABANG BAYI SAAT KELUAR ATAU YANG DIBAYAR LEBIH BESAR OLEH IBU.	PETUGAS KESEHATAN: DOKTER UMUM 11 DOKTER SPESIALIS KEBIDANAN 12 BIDAN ⑬ PERAWAT 14 NON-PETUGAS KESEHATAN: DUKUN ⑮ TEMAN/KELUARGA 16 LAINNYA (SEBUTKAN) 96 TIDAK ADA PENOLONG 97	
M204	Di mana ibu melahirkan (NAMA)? BILA RUMAH SAKIT ATAU KLINIK: LAKUKAN PROBING, MILIK PEMERINTAH ATAU SWASTA?	PEMERINTAH: RUMAH SAKIT 11 PUSKESMAS 12 KLINIK 13 SWASTA: RUMAH SAKIT 21 KLINIK 22 RUMAH BERSALIN 23 DOKTER PRAKTEK 24 BIDAN PRAKTEK 25 MASYARAKAT: BIDAN DI DESA 31 POLINDES 32 DI RUMAH DUKUN 41 DI RUMAH ORANG LAIN 42 DI RUMAH RESPONDEN ④③ LAINNYA (SEBUTKAN) 96	
M205	Apakah (NAMA) dilahirkan dengan normal, dengan alat bantuan atau operasi?	NORMAL/SPONTAN ① OKSITOSIN 2 VAKUM/FORCEP/CARA/ALAT BANTU LAINNYA 3 OPERASI 4	
M206	Berapa biaya untuk persalinan (NAMA) saat itu? (untuk semua biaya persalinan yang dikeluarkan)?	DALAM RIBU RUPIAH 0300	
M207	Menurut ibu, apakah biaya tersebut termasuk mahal, sedang, murah?	MAHAL ① SEDANG 2 MURAH 3	

C1. PERAWATAN BAYI BARU LAHIR ANAK TERAKHIR (KHUSUS IBU BALITA)

NO	PERTANYAAN	JAWABAN dan KODE KATEGORI	SKIP				
C101	Apakah (NAMA) ditimbang saat lahir?	YA 1 TIDAK..... 2	→ C103				
C102	Berapakah berat badan (NAMA) saat lahir? TULISKAN '9998' BILA TIDAK TAHU.	GRAM <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>3</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td></tr></table>	3	0	0	0	
3	0	0	0				
C103	Apakah setelah lahir, bayi diberikan bantuan pemafasan melalui selang dan pompa oleh petugas kesehatan?	YA 1 TIDAK..... 2 TIDAK TAHU 8					
C104	Dalam 28 hari setelah (NAMA) lahir, apakah ada petugas kesehatan yang memeriksa kesehatan (NAMA)? MEMERIKSA: MENGUNJUNGI ATAU DIKUNJUNGI PETUGAS KESEHATAN.	YA 1 TIDAK..... 2	→ C108				
C105	Mohon dirinci, berapa kali (NAMA) diperiksa oleh petugas kesehatan dalam: a. 1-7 hari setelah lahir? b. 8-28 hari setelah lahir?	A. 1-7 HARI SETELAH LAHIR B. 8-28 HARI SETELAH LAHIR..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>					
C106	Siapa saja petugas yang memeriksa kesehatan (NAMA) saat itu? Ada lagi? (PROBING)	PETUGAS KESEHATAN: DOKTER UMUM A DOKTER SPESIALIS ANAK B BIDAN C PERAWAT D LAINNYA (SEBUTKAN) X					
C107	Pada pemeriksaan tersebut, apakah ibu mendapatkan hal-hal berikut: BACAKAN A SAMPAI L.	UNTUK IBU: Diberitahu tanda bahaya setelah melahirkan? A Diberitahu apa yang harus dilakukan bila ada tanda bahaya/komplikasi setelah melahirkan? B Diberitahu tentang gizi baik bagi ibu? C Dilukur/diraba perut D Diperiksa/dilihat jalan lahir? E Diukur tekanan darah? F Diberitahu alat/cara KB? G UNTUK ANAK: Dianjurkan untuk menyusui? H Dianjurkan untuk menghangatkan bayi? I Diberitahu cara merawat tali pusat? J Diberitahu tanda bahaya pada bayi baru lahir? K Diberitahu apa yang harus dilakukan bila ada tanda bahaya/komplikasi? L Tidak dilakukan pelayanan apa pun Z					

NO	PERTANYAAN	JAWABAN dan KODE KATEGORI	SKIP
C108	Menurut Ibu, tanda bahaya/masalah kesehatan apa saja yang dapat dialami oleh bayi pada 28 hari setelah dilahirkan? Ada lagi? (PROBING)	BAYI KECIL/BBLR..... A BAYI KUNING..... B BAYI BIRU..... C DEMAM/PANAS TINGGI..... D BAYI KEDINGINAN..... E SULIT BERNAFAS/BAYI TIDAK MENANGIS..... F GANGGUAN PENCERNAAN/PERUT..... G DIARE, MENCRET, BUANG-BUANG AIR..... H BATUK BERKEPANJANGAN..... I PNEUMONIA..... J MUNTAH-MUNTAH BERLEBIHAN..... K KEJANG..... L TIDAK MAU MENYUSU..... M LAINNYA (SEBUTKAN)..... X TIDAK TAHU..... Z	
C109	Dalam 28 hari setelah dilahirkan, apakah NAMA) mengalami masalah berikut: BACA KAN A SAMPAI M.	Bayi kecil /Berat bayi lahir rendah..... A Bayi kuning..... B Bayi biru..... C Demam/Panas tinggi..... D Bayi kedinginan..... E Sulit bernafas/Bayi tidak menangis..... F Gangguan pencernaan/ perut..... G Diare, Mencret, Buang-buang air..... H Batuk berkepanjangan..... I Pneumonia/radang paru..... J Muntah-muntah berlebihan..... K Kejang..... L Tidak mau menyusui..... M Lainnya (SEBUTKAN)..... X TIDAK MENGALAMI MASALAH..... Y TIDAK TAHU..... Z	→ C201 → C201
C110	Apa saja yang Ibu lakukan untuk mengatasi masalah (NAMA) tersebut? Ada lagi? (PROBING) BILA DISEBUTKAN RUMAH SAKIT ATAU KLINIK: LAKUKAN PROBING, MILIK PEMERINTAH ATAU SWASTA'?	PENGobatan SENDIRI: BERISTIRAHAT..... A MINUM OBAT..... B MINUM JAMU/RAMUAN..... C KONSULTASI DENGAN KELUARGA..... D KONSULTASI DENGAN ORANG LAIN..... E KONSULTASI DENGAN APOTEKER..... F KE PETUGAS KESEHATAN/SESEORANG DI: PEMERINTAH: RUMAH SAKIT..... G PUSKESMAS..... H KLINIK..... I RUMAH BERSALIN..... J MOBIL KELILING..... K SWASTA: RUMAH SAKIT..... L KLINIK..... M RUMAH BERSALIN..... N DOKTER PRAKTEK..... O BIDAN PRAKTEK..... P MASYARAKAT: POLINDES..... Q BIDAN DI DESA..... R POSYANDU..... S NON-TENAGA KESEHATAN DUKUN..... T LAINNYA (SEBUTKAN)..... X TIDAK ADA YANG DILAKUKAN..... Y	→ C201 → C201

NO	PERTANYAAN	JAWABAN dan KODE KATEGORI	SKIP
C111	Berapa biaya yang dikeluarkan untuk pengobatan tersebut? TULIS '9999' BILA TIDAK INGAT	DALAM RIBU RUPIAH..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
C112	Menurut ibu, apakah biaya tersebut termasuk mahal, sedang, murah?	MAHAL..... 1 SEDANG..... 2 MURAH..... 3	

C2. MENYUSUI/PEMBERIAN-MAKANAN ANAK TERAKHIR (KHUSUS IBU BALITA)

NO	PERTANYAAN	JAWABAN dan KODE KATEGORI	SKIP
C201	Apakah ibu pernah menyusui (NAMA)?	YA..... ① TIDAK..... 2	→ C208
C202	Berapa lama setelah melahirkan (NAMA), ibu menempekan pertama kali mulut (NAMA) pada puting susu ibu? BILA KURANG DARI 1 JAM TULIS '00' DALAM KOTAK 'JAM'.	DALAM JAM 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DALAM HARI 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	
C203	Apakah ibu memberikan ASI yang keluar pertama kali setelah melahirkan kepada (NAMA)? PROBING; ASI YANG BERWARNA KUNING/KOLOSTRUM	YA..... ① TIDAK..... 2	
C204	Dalam 3 hari pertama setelah lahir, apakah (NAMA) diberi minuman, makanan, atau cairan lain selain ASI?	YA..... 1 TIDAK..... ②	→ C206
C205	Minuman, cairan, atau makanan apa saja yang diberikan kepada (NAMA)? Ada lagi? (PROBING)	SUSU FORMULA/SUSU BAYI..... A AIR PUTIH..... B AIR GULA/MANIS..... C AIR TAJIN/ AJR BERAS..... D SARI BUAH..... E TEH..... F MADU..... G PISANG..... H LAINNYA (SEBUTKAN)..... X	
C206	Apakah saat ini (NAMA) masih disusui ASI?	YA..... 1 TIDAK..... ②	→ C208
C207	Pada usia berapa (NAMA) berhenti disusui ASI?	BULAN..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
C208	Apakah (NAMA) pernah diberi susu formula secara teratur?	YA..... 1 TIDAK..... ②	→ C210
C209	Pada usia berapa (NAMA) mulai diberi susu formula secara teratur?	BULAN..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
C210	Apakah (NAMA) sudah diberi makanan lain secara teratur selain ASI/susu formula?	YA..... 1 TIDAK..... ②	→ C212

NO	PERTANYAAN	JAWABAN dan KODE KATEGORI	SKIP
C211	Pada usia berapa (NAMA) mulai menerima makanan tersebut?	DALAM BULAN..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
C212	Berapa kali (NAMA) minum cairan berikut dari pagi hingga malam hari kemarin?		FREKUENSI
	a. Air putih		3
	b. Susu formula bayi		-
	c. Susu kental manis, susu bubuk full cream, susu segar, susu kotak		-
	d. Sari buah, jus berbagai buah, madu		-
	e. Cairan seperti air sayur, air tajin		-
	f. Cairan seperti sirup, minuman ringan, teh, kopi		-
C213	Berapa kali (NAMA) makan makanan berikut dari pagi hingga malam hari kemarin?		FREKUENSI
	a. Makanan dari karbohidrat: nasi, bubur nasi, bubur susu, roti, mie, biskuit, jagung, bakso, dsb		1
	b. Umbi-umbian seperti kentang, singkong, ubi, dsb.		2
	c. Sayuran seperti bayam, kangkung, buncis, dsb		-
	d. Buah-buahan seperti pisang, jeruk, pepaya, alpukat, tomat, dsb		2
	e. Daging, ayam, telur, hati, ikan asin, ikan segar, dsb		-
	f. Makanan dari kacang-kacangan, tempe, tahu, oncom.		-
	g. Keju atau yoghurt		-
	h. Camilan mengandung minyak/lemak/mentega, gorengan, dsb		-
C214	Jadi, sejak kemarin pagi hingga malam hari berapa kali (NAMA) diberi makan besar? TIDAK TERMASUK MAKANAN KECIL, JAJANAN, ATAU MAKANAN SELINGAN.	FREKUENSI PEMBERIAN..... <input type="text"/> <input type="text"/> TIDAK TAHU..... 98	
C215	Pada keadaan apa saja ibu mencuci tangan dengan SABUN?	SEBELUM MEMPERSIAPKAN MAKANAN..... SEBELUM MAKAN..... SEBELUM MENYUAPI ANAK..... SESUDAH BUANG AIR BESAR..... SESUDAH MENCEBOKI ANAK..... LAIN LAIN, SEBUTKAN..... TIDAK MELAKUKAN KEGIATAN DI ATAS.....	A B C D E X Z

C3. IMUNISASI, DIARE, ISPA DAN PENANGANANNYA (KHUSUS IBU BALITA)

NO	PERTANYAAN	KODE KATEGORI	SKIP
C301	Apakah ibu mempunyai catatan imunisasi (KMS, Buku KIA) untuk anak terakhir (NAMA)?	YA..... TIDAK.....	1 2

NO	PERTANYAAN	KODE KATEGORI	SKIP
C302	<p>BILA (NAMA) MEMILIKI KMS/BUKU KIA DAN DAPAT DIPINJAM, SALINLAH CATATAN KMS SESUAI JAWABAN.</p> <p>BILA BUKU KIA TIDAK ADA TANYAKAN:</p> <p>Apakah (NAMA) sudah memperoleh imunisasi berikut ini.....:</p> <p>BACAKAN A SAMPAI L.</p> <p>BILA IBU TIDAK INGAT, LAKUKAN PROBING DENGAN MEMBACAKAN PENJELASAN SEPerti DALAM KURUNG.</p>	<p>BCG (Suntikan di lengan atas dan biasanya meninggalkan bekas parut) ... A</p> <p>POLIO1 (Vaksinasi putih/merah yang diteteskan di mulut) B</p> <p>POLIO2..... C</p> <p>POLIO3..... D</p> <p>POLIO4..... E</p> <p>DPT1 (Suntikan di paha biasanya menimbulkan demam disuntik)..... F</p> <p>DPT2 G</p> <p>DPT3 H</p> <p>CAMPAK (Suntikan di lengan atas mencegah campak)..... I</p> <p>HEPATITIS1 (Suntikan pada bagian luar paha)..... J</p> <p>HEPATITIS2..... K</p> <p>HEPATITIS3..... L</p> <p>BELUM DIBERIKAN VAKSIN APA PUN..... Y</p> <p>TIDAK INGAT Z</p>	
C303	Menurut ibu, apa saja tanda-tanda bahaya yang menyangkut kehidupan pada anak?	<p>TIDAK BISA MENETEK/MENYUSU A</p> <p>TIDAK BISA MINUM ATAU MALAS MINUM..... B</p> <p>SELALU MEMUNTAHKAN SEMUANYA C</p> <p>KEJANG D</p> <p>TIDAK SADAR..... E</p> <p>PANAS TINGGI/DEMAM F</p> <p>SESAK NAFAS..... G</p> <p>LAINNYA, SEBUTKAN X</p> <p>TIDAK TAHU Z</p>	
RIWAYAT DIARE (NAMA) DALAM 2 MINGGU TERAKHIR			
C304	Apakah (NAMA) mengalami mencret/diare/buang air cair 3 kali atau lebih perhari dalam 2 minggu terakhir?	<p>YA 1</p> <p>TIDAK 2</p>	→ C306
C305	<p>Kemana ibu mencari pengobatan untuk mengatasi sakit tersebut?</p> <p>Ada lagi? (PROBING)</p> <p>BILA RUMAH SAKIT ATAU KLINIK: LAKUKAN PROBING, MILIK PEMERINTAH ATAU SWASTA?</p>	<p>PENGobatan SENDIRI:</p> <p>TETAP MEMBERIKAN ASI, BILA MASIH MENYUSUI A</p> <p>MEMBERIKAN CAIRAN LEBIH BANYAK B</p> <p>TETAP MEMBERIKAN MAKANAN..... C</p> <p>MEMBERIKAN ORALIT/LGG..... D</p> <p>ANAK DISURUH ISTIRAHAT E</p> <p>ANAK DIMINUMKAN JAMU/RAMUAN F</p> <p>PERGI KE PETUGAS KESEHATAN DI:</p> <p>PEMERINTAH:</p> <p>RUMAH SAKIT..... G</p> <p>PUSKESMAS..... H</p> <p>KLINIK I</p> <p>MOBIL KELILING..... J</p> <p>SWASTA:</p> <p>RUMAH SAKIT..... K</p> <p>KLINIK L</p> <p>DOKTER PRAKTEK M</p> <p>BIDAN PRAKTEK N</p> <p>SEKTOR MASYARAKAT:</p> <p>POLINDES..... O</p> <p>BIDAN DI DESA..... P</p> <p>POSYANDU..... Q</p> <p>LAINNYA (SEBUTKAN) X</p> <p>TIDAK MELAKUKAN APA PUN..... Y</p>	

NO	PERTANYAAN	KODE KATEGORI	SKIP
RIWAYAT BATUK DALAM 2 MINGGU TERAKHIR			
C306	Apakah (NAMA) pernah mengalami batuk dalam 2 minggu terakhir?	YA 1 TIDAK 2	→ C310
C307	Apakah batuk tersebut disertai dengan sesak nafas?	YA 1 TIDAK 2	
C308	<p>Apa saja yang Ibu lakukan untuk mengatasi sakit tersebut?</p> <p>Ada lagi? (PROBING)</p> <p>BILA RUMAH SAKIT ATAU KLINIK: LAKUKAN PROBING, 'MILIK PEMERINTAH ATAU SWASTA'?</p>	<p>PENGobatan SENDIRI:</p> <p>BILA MASIH MENYUSUI TETAP MEMBERIKAN ASI A</p> <p>MEMBERIKAN CAIRAN LEBIH BANYAK B</p> <p>JAUHKAN ANAK DARI ASAP ROKOK C</p> <p>TETAP MEMBERIKAN MAKANAN D</p> <p>MEMBERIKAN KECAP MANIS, MADU/AIR JERUK E</p> <p>ANAK DISURUH ISTIRAHAT F</p> <p>ANAK DIBERI OBAT BATUK G</p> <p>ANAK DIMINUMKAN JAMU/RAMUAN H</p> <p>PERGI KE PETUGAS KESEHATAN DI:</p> <p>PEMERINTAH:</p> <p>RUMAH SAKIT I</p> <p>PUSKESMAS J</p> <p>KLINIK K</p> <p>MOBIL KELILING L</p> <p>SWASTA:</p> <p>RUMAH SAKIT M</p> <p>KLINIK N</p> <p>DOKTER PRAKTEK O</p> <p>BIDAN PRAKTEK P</p> <p>SEKTOR MASYARAKAT:</p> <p>POLINDES Q</p> <p>BIDAN DI DESA R</p> <p>POSYANDU S</p> <p>LAINNYA (SEBUTKAN) X</p> <p>TIDAK Mencari pengobatan Y</p>	→ C310
C309	Apakah (NAMA) mendapatkan obat antibiotik (obat yang harus dihabiskan dalam pemakaiannya dalam 4-5 hari pengobatan)?	YA 1 TIDAK 2 TIDAK TAHU 3	
RIWAYAT PANAS DALAM 2 MINGGU TERAKHIR			
C310	Apakah (NAMA) pernah mengalami panas (suhu badan meningkat) dalam 2 minggu terakhir?	YA 1 TIDAK 2	→ C313
C311	Apakah panas tersebut disertai dengan demam menggigil dan berulang?	YA 1 TIDAK 2	

NO	PERTANYAAN	KODE KATEGORI	SKIP
C312	<p>Apakah Ibu juga mencari pengobatan untuk mengatasi sakit demam tersebut?</p> <p>Ada lagi? (PROBING)</p> <p>BILA RUMAH SAKIT ATAU KLINIK: LAKUKAN PROBING, 'MILIK PEMERINTAH ATAU SWASTA'?</p>	<p>PENGobatan SENDIRI:</p> <p>BILA MASIH MENYUSUI TETAP MEMBERIKAN ASI A</p> <p>MEMBERIKAN CAIRAN LEBIH BANYAK..... B</p> <p>TETAP MEMBERIKAN MAKANAN..... C</p> <p>MENGURANGI PEMBERIAN MINUMAN DAN MAKANAN..... D</p> <p>MEMBERIKAN OBAT PEREDA PANAS..... E</p> <p>USAHAKAN TIDUR MENGGUNAKAN KELAMBU F</p> <p>TIDAK MENGGUNAKAN PAKAIAN TEBAL..... G</p> <p>MENKOMPRES UNTUK MENURUNKAN SUHU TUBUH H</p> <p>ANAK DISURUH ISTIRAHAT I</p> <p>ANAK DIBERI OBAT PANAS..... J</p> <p>ANAK DIMINUMKAN JAMU/RAMUAN K</p> <p>PERGI KE PETUGAS KESEHATAN DI:</p> <p>PEMERINTAH:</p> <p>RUMAH SAKIT..... L</p> <p>PUSKESMAS..... M</p> <p>KLINIK N</p> <p>MOBIL KELILING..... P</p> <p>SWASTA:</p> <p>RUMAH SAKIT..... Q</p> <p>KLINIK R</p> <p>DOKTER PRAKTEK S</p> <p>BIDAN PRAKTEK T</p> <p>SEKTOR MASYARAKAT:</p> <p>BIDAN DI DESA U</p> <p>POLINDES..... V</p> <p>POSYANDU..... W</p> <p>LAINNYA (SEBUTKAN)..... X</p> <p>TIDAK ADA YANG LAKUKAN Y</p>	
C313	Apakah (NAMA) diberikan obat anti malaria (pil kina)?	<p>YA..... 1</p> <p>TIDAK..... 2</p> <p>TIDAK TAHU..... 8</p>	
C314	Apakah rumah tangga ini mempunyai kelambu atau jaring penutup untuk tidur?	<p>YA..... ①</p> <p>TIDAK..... 2</p> <p>TIDAK TAHU..... 8</p>	<p>→ H101</p> <p>→ H101</p>
C315	Apakah kelambu atau jaring penutup untuk tidur tersebut digunakan?	<p>YA, ANAK-ANAK YANG MENGGUNAKAN ①</p> <p>YA, DEWASA YANG MENGGUNAKAN..... B</p> <p>TIDAK DIGUNAKAN C</p>	

H1. AKSES PELAYANAN KESEHATAN

NO	PERTANYAAN	KODE KATEGORI	SKP
H101	Biasanya apa saja yang dilakukan pertama kali ketika ada anggota keluarga yang sakit demam?	<u>PENGobatan SENDIRI:</u> ISTIRAHAT (11) MINUM OBAT WARUNG..... (12) MINUM AIR DOA..... 13 MINUM JAMU/RAMUAN 14 KOMPRES AIR DINGIN 15 KOMPRES AJR BIASA/HANGAT 16 <u>PERGI KE PETUGAS KESEHATAN DI:</u> <u>PEMERINTAH:</u> RUMAH SAKIT 21 PUSKESMAS 22 KLINIK 23 MOBIL KELILING 24 <u>SWASTA:</u> RUMAH SAKIT 31 KLINIK 32 DOKTER PRAKTEK 33 BIDAN PRAKTEK..... 34 <u>MASYARAKAT:</u> BIDAN DI DESA 41 POLINDES 42 POSYANDU 43 MANTRI KESEHATAN 44 DUKUN..... 45 LAINNYA (SEBUTKAN) 96 TIDAK ADA YANG LAKUKAN 97	
H102	Bila sakit tidak membaik kemana biasanya akan mencari pengobatan?	<u>PEMERINTAH:</u> RUMAH SAKIT 11 PUSKESMAS (12) KLINIK..... 13 MOBIL KELILING 14 <u>SWASTA:</u> RUMAH SAKIT 21 KLINIK..... 22 DOKTER PRAKTEK 23 BIDAN PRAKTEK..... 24 <u>MASYARAKAT:</u> BIDAN DI DESA 31 POLINDES 32 POSYANDU 33 MANTRI KESEHATAN 34 DUKUN..... 35 LAINNYA (SEBUTKAN) 96 TIDAK ADA YANG LAKUKAN 97	
H103	Biasanya untuk alasan apa Ibu atau anggota keluarga pergi ke Bidan Di Desa?	PEMERIKSAAN FISIK..... A MENDAPATKAN OBAT..... B MENDAPATKAN PERAWATAN..... C MELAHIRKAN D PELAYANAN KB E KECELAKAAN..... F LAINNYA, SEBUTKAN X TIDAK PERNAH KE BIDAN DIDESA..... (Y)	
H104	Biasanya untuk alasan apa Ibu atau anggota keluarga pergi ke Dukun?	PIJAT..... (A) RAMUAN/JAMU B RITUAL/DOA..... C LAINNYA, SEBUTKAN X TIDAK PERNAH KE DUKUN Y	

NO	PERTANYAAN	KODE KATEGORI	SKIP
PENGALAMAN MENGGUNAKAN PELAYANAN KESEHATAN TERAKHIR			
H105	Kapan terakhir kali ibu pergi ke petugas atau fasilitas kesehatan? TULIS 99 BILA TIDAK INGAT <input type="text" value="99"/> BULAN YANG LALU	
H106	Untuk alasan apa ibu pergi ke petugas atau fasilitas kesehatan tersebut?	RAWAT JALAN KARENA SAKIT DIALAMI DIRI SENDIRI A RAWAT JALAN KARENA SAKIT DIALAMI ANGGOTA KELUARGA B MEMERIKSAKAN KESEHATAN DARI DIRI SENDIRI C MEMERIKSAKAN KESEHATAN DARI ANGGOTA KELUARGA D MEMERIKSAKAN KEHAMILAN E MENDAPATKAN LAYANAN KB F RAWAT INAP KARENA BERSALIN G RAWAT INAP KARENA SAKIT LAIN H LAINNYA, SEBUTKAN X	
H107	Apa jenis petugas atau fasilitas kesehatan yang ibu kunjungi pada saat itu?	PEMERINTAH: RUMAH SAKIT 11 PUSKESMAS 12 KLINIK 13 MOBIL KELILING 14 SWASTA: RUMAH SAKIT 21 KLINIK 22 DOKTER PRAKTEK 23 BIDAN PRAKTEK 24 MASYARAKAT: BIDAN DI DESA 31 POLINDES 32 POSYANDU 33 LAINNYA (SEBUTKAN) 96 TIDAK TAHU 98	
H108	Kapan ibu berkunjung ke petugas/fasilitas pelayanan tersebut?	DI DALAM MASA JAM KERJA (JAM 08.00 -14.00) 1 DI LUAR JAM KERJA 2 HARI KERJA 3 HARI LIBUR 4	
H109	Apa alasan ibu memilih waktu berkunjung tersebut?	PELAYANAN LEBIH BAIK A SESUAI DENGAN KETERSEDIAAN WAKTU YANG ADA B KARENA SAAT ITU MENGALAMI SAKIT C HARGA LEBIH MURAH D OBAT LEBIH BAIK E LAINNYA, SEBUTKAN X	
H110	Berapa kira-kira jarak rumah ibu dengan fasilitas (JAWABAN H107) tersebut? LAKUKAN PROBING BILA RESPONDEN SULIT MENINGAT	JARAK DALAM KM <input type="text" value="0007"/>	
H111	Dengan cara apa ibu mencapai fasilitas tersebut (JAWABAN H107)?	KENDARAAN RODA EMPAT A KENDARAAN RODA DUA B BERJALAN KAKI C PERAHU/SAMPAN D DOKAR/DELMAN/KUDA E BECAK MOTOR F CIDOMO (CIKAR DOKAR MOTOR) G LAINNYA, SEBUTKAN X TIDAK TAHU Z	

NO	PERTANYAAN	KODE KATEGORI	SKIP
H112	Berapa lama kira-kira waktu yang ditempuh dari rumah Ibu ke fasilitas (JAWABAN H107) tersebut? LAKUKAN PROBING BILA RESPONDEN SULIT MENINGAT	WAKTU TEMPUH: 00 JAM 30 MENIT	
H113	Berapa besar biaya transportasi untuk sampal di fasilitas kesehatan tersebut?	BIAYA TRANSPORT DALAM RIBU 0020	
H114	Apakah fasilitas tersebut (JAWABAN H107) yang terdekat dari rumah Ibu?	YA..... 1 TIDAK..... 2	
H115	Apakah petugas/fasilitas kesehatan tersebut (JAWABAN H107) dapat ditemui/dikunjungi setiap waktu (kapan saja)?	YA..... 1 TIDAK..... 2	
H116	Siapakah yang pertama kali menerima Ibu saat tiba di fasilitas kesehatan (JAWABAN H107)?	PETUGAS PENDAFTARAN 11 PETUGAS JAGA/PIKET 12 DOKTER YANG MEMERIKSA 13 PERAWAT/BIDAN YANG MEMERIKSA 14 LAINNYA, SEBUTKAN 96 TIDAK TAHU 98	
H117	Apa yang dilakukan oleh petugas tersebut (JAWABAN H112) kepada Ibu dari awal hingga dipersilahkan menunggu giliran? TULISKAN NOMOR URUTAN SESUAI DENGAN YANG DISEBUTKAN OLEH IBU.	MENGAJUKAN PERTANYAAN (A) 2	URUTAN
		MENDAFTAR (B) 1	
		MEMINTA PEMBAYARAN UANG MUKA/UANG JAMINAN C	
		MEMINTA PELUNASAN BIAYA PELAYANAN D	
		MEMERIKSA FISIK/BADAN E	
		MENGUKUR SUHU TUBUH F	
		MENGUKUR TEKANAN DARAH G	
		MENIMBANG BERAT BADAN H	
		MENULIS RESEP I	
		MEMBERI OBAT J	
		LAINNYA, SEBUTKAN X	
		TIDAK DILAKUKAN PEMERIKSAAN APA PUN Y	
TIDAK INGAT Z			
H118	Berapa lama Ibu harus menunggu dari sejak tiba di fasilitas (JAWABAN H107) sampai akhirnya mendapat giliran untuk diperiksa?	LAMA MENUNGGU: 00 JAM 00 MENIT	
H119	Menurut Ibu, apakah waktu menunggu tersebut sebentar, sedang-sedang saja atau lama	LAMA..... 1 SEDANG-SEDANG 2 SEBENTAR..... 3 TIDAK TAHU 9	
H120	Selama Ibu menunggu giliran tersebut apa yang dilakukan oleh Ibu?	MENDENGARKAN PENYULUHAN YANG DIBERIKAN PERTUGAS A MEMBACA BUKU/MAJALAH/KORAN B MEMBACA POSTER YANG DITEMPEL C MELIHAT TELEVISI D BERBINCANG-BINCANG DENGAN PETUGAS KESEHATAN E BERBINCANG-BINCANG DENGAN PENGUNJUNG LAIN (F) LAINNYA, SEBUTKAN X TIDAK ADA YANG DILAKUKAN Y	

NO	PERTANYAAN	KODE KATEGORI	SKIP
H121	Siapakah yang memeriksa Ibu di ruang pemeriksaan ((JAWABAN H107) saat itu?	DOKTER..... 1 BIDAN 2 PERAWAT..... 3 LAINNYA, SEBUTKAN 6 TIDAK INGAT 8	
H122	Apakah Ibu juga mendapatkan penjelasan dari petugas (JAWABAN H107) tentang sakit yang Ibu alami?	YA..... 1 TIDAK..... 2	→ H125
H123	Dapatkan Ibu sebutkan, penjelasan apa saja yang Ibu terima pada saat itu?	HASIL PEMERIKSAAN..... A SAKIT YANG DIALAMI B HAL-HAL YANG HARUS DILAKUKAN UNTUK MENGATASI C HAL-HAL YANG HARUS DILAKUKAN UNTUK MENCEGAH D HAL-HAL YANG HARUS DIHINDARI E LAINNYA, SEBUTKAN X TIDAK INGAT Z	
H124	Menurut Ibu, kira-kira berapa lama Ibu mendapatkan penjelasan tersebut?	LAMA MENDAPAT PENJELASAN: 00 JAM 05 MENIT	
H125	a. Apakah Ibu mempunyai kartu yang dapat digunakan untuk berobat secara gratis/bayar sebagian, mohon disebutkan... b. Mohon ditunjukkan..	ASKES A ASKESKIN B ASURANSI SWASTA C JAMSOSTEK D SURAT KETERANGAN TIDAK MAMPU E LAINNYA, SEBUTKAN X TIDAK MEMILIKI Z	a b A A B B C C D D E E X X Z Z
H126	Apakah Ibu menggunakan kartu gratis berobat (Kartu Sehat, Askes, Askeskin, JPKM, Asuransi Swasta) pada saat itu?	YA..... 1 TIDAK..... 2	→ H130
H127	Jika ya, apa jenis kartu gratis berobat yang Ibu gunakan?	ASKES 1 ASKESKIN 2 ASURANSI SWASTA 3 JAMSOSTEK 4 SURAT KETERANGAN TIDAK MAMPU 5 LAINNYA, SEBUTKAN 6	
H128	Apakah ada biaya tambahan yang harus dibayar lagi? Jika Ya, untuk apa saja?	TIDAK..... A YA, - UNTUK MENUTUPI SISA PEMBAYARAN YANG TIDAK DITANGGUNG B - UNTUK TAMBAHAN PELAYANAN LAIN C - UNTUK PEMBELIAN OBAT/ALAT KESEHATAN D	
H129	Bila Ibu mengalami kekurangan untuk membayar biaya pengobatan, biasanya apa yang Ibu lakukan?	MEMINJAM KEPADA SAUDARA A MEMINJAM KEPADA TETANGGA B MEMINJAM KEPADA KOPERASI/KAS DESA C MENGAMBIL UANG SIMPANAN/TABUNGAN D MENJUAL TANAH/BARANG BERHARGA E MENGGADAIKAN BARANG BERHARGA F LAINNYA, SEBUTKAN X	

NO	PERTANYAAN	KODE KATEGORI	SKIP
H130	Apakah fasilitas kesehatan (JAWABAN H107) tersebut menyediakan obat yang ibu perlukan?	YA..... 1 TIDAK..... 2	→ H132
H131	Menurut ibu, dibandingkan dengan tempat lain, apakah harga obat tersebut lebih murah, sama saja atau lebih mahal?	LEBIH MURAH..... 1 SAMA SAJA..... 2 LEBIH MAHAL..... 3 SATU PAKET DENGAN PELAYANAN YANG DITERIMA..... 4 TIDAK TAHU..... 8	

KEPUASAN PELAYANAN YANG DITERIMA

H132	Apakah sewaktu berobat ke pelayanan tersebut (Jawaban H107) ibu merasa puas dengan beberapa keadaan berikut...: BACAKAN A SAMPAI J, MINTA IBU UNTUK MEMBERIKAN PENILAIAN. SEMAKIN BESAR NILAI SEMAKIN PUAS, GUNAKAN KARTU BANTU	Sangat tidak puas..... sangat puas 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	a. Keramahan petugas pemberi pelayanan.....	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	b. Keterampilan petugas dalam memberikan pengobatan.....	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	c. Kelengkapan alat yang disediakan.....	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	d. Kebersihan fasilitas pelayanan.....	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	e. Waktu menunggu diberikannya pelayanan.....	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	f. Memberikan pelayanan yang privasi/pribadi/rahasia.....	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	g. Memberikan rasa aman kepada diri sendiri.....	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	h. Memberikan kepastian hasil pengobatan.....	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	i. Keterjangkauan tempat fasilitas pelayanan.....	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	j. Biaya relatif murah.....	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
H133	Pelayanan apa saja yang disediakan di fasilitas yang ibu kunjungi tersebut?	PEMERIKSAAN KEHAMILAN..... A KELUARGA BERENCANA..... B PENANGANAN PENYAKIT..... C VAKSINASI ATAU IMUNISASI..... D TEMPAT BERSALIN..... E PEMERIKSAAN KESEHATAN ANAK..... F LAINNYA, SEBUTKAN..... X
H134	Bila ibu merasa tidak puas, apa yang ibu lakukan?	MENGADU KE PIMPINAN FASILITAS/PETUGAS..... A MENULIS SARAN UNTUK DIMASUKKAN KE KOTAK SARAN..... B MARAH KE PETUGAS..... C MARAH TIDAK DIHADAPAN PETUGAS..... D TIDAK MENGANJURKAN ORANG LAIN UNTUK DATANG..... X LAINNYA (SEBUTKAN):..... Y TIDAK MELAKUKAN APA APA..... Z
H135	Secara keseluruhan, bagaimana kepuasan ibu terhadap pelayanan yang diberikan oleh petugas kesehatan (JAWABAN H107)	SANGAT PUAS..... 1 PUAS..... 2 KURANG PUAS..... 3 TIDAK PUAS..... 4
H136	Apakah ibu akan menganjurkan orang lain untuk juga mendapatkan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh petugas/fasilitas tersebut (JAWABAN H107)	YA..... 1 TIDAK..... 2 TIDAK TAHU..... 3

NO	PERTANYAAN	KODE KATEGORI	SKIP
H137	Dalam setahun terakhir apakah ibu pernah mendapatkan informasi tentang KB, kehamilan, persalinan dan perawatan bayi baru lahir?	YA..... 1 TIDAK..... 2	→ H201
H138	Di mana/dari siapa ibu mendapatkan informasi tersebut?	MAJALAH..... A KORAN..... B POSTER/ LEAFLET C BUKU SAKU..... D RADIO E TELEVISI..... F TEMPAT IBADAH..... G PERTEMUAN DESA H DI SEKOLAH..... I DI TEMPAT KERJA..... J DI PUSKESMAS/ RS/KLINIK..... K PETUGAS KESEHATAN..... L KADER KESEHATAN..... M TEMAN/KELUARGA..... N LAINNYA (SEBUTKAN)..... X TIDAK TAHU..... Z	

H2. PENGETAHUAN HIV DAN AIDS

NO	PERTANYAAN	JAWABAN dan KODE KATEGORI	SKIP
H201	Apakah ibu pernah mendengar tentang penyakit HIV/AIDS?	YA..... 1 TIDAK..... 2	→ H203
H202	Darimana saja ibu mendengar tentang penyakit HIV/AIDS? Ada lagi? (PROBING)	RADIO A TELEVISI..... B KORAN..... C MAJALAH D POSTER/PAMPHLET/SPANDUK E PETUGAS KESEHATAN..... F PUSKESMAS/RS/KLINIK..... G KADER KESEHATAN..... H LEMBAGA KEAGAMAAN..... I SEKOLAH..... J PERTEMUAN DESA K TEMAN/KELUARGA/SUAMI..... L TEMPAT KERJA..... M LAINNYA (SEBUTKAN)..... X TIDAK TAHU..... Z	
H203	Menurut ibu, bagaimana penyakit HIV/AIDS dapat menular?	PERTUKARAN GAIRAN TUBUH..... A BARI IBU PENDERITA KEPADA ANAK YANG DIKANDUNG..... B BARI SUAMI PENDERITA KEPADA ISTRI C PENGUNAAN JARUM SUNTIK SAMA SAMA D LAINNYA, SEBUTKAN..... X TIDAK TAHU..... Z	
H204	Menurut ibu, bagaimana cara mencegah penyakit HIV/AIDS?	TIDAK MELAKUKAN HUBUNGAN SEKS..... A SETIA TERHADAP SATU PASANGAN..... B GUNAKAN KONDOM PADA SETIAP HUBUNGAN SEKS..... C TIDAK BERTUKAR JARUM SUNTIK BERSAMAAN D LAINNYA, SEBUTKAN..... X TIDAK TAHU..... Z	

NO	PERTANYAAN	JAWABAN dan KODE KATEGORI	SKIP	
			a	b
H205	a. Menurut ibu, di mana saja seseorang dapat memperoleh pelayanan yang memberikan penjelasan HIV/AIDS (konseling) dan melakukan uji/tes HIV/AIDS? b. Menurut ibu, di mana saja seseorang dapat mencari pengobatan untuk penyakit kelamin?	RUMAH SAKIT	A	A
		PUSKESMAS	B	B
		KLINIK	C	C
		RUMAH BERSALIN	D	D
		UNIT KESEHATAN KELILING	E	E
		DOKTER PRAKTEK	F	F
		BIDAN PRAKTEK	G	G
		POLINDES	H	H
		BIDAN DI DESA	I	I
		SEKOLAH	J	J
		GEREJA/MASJID	K	K
		HOTLINE HIV/AIDS	L	L
		LSM YANG MENANGANI HIV/AIDS	M	M
		YAYASAN/LEMBAGA YANG MENANGANI HIV/AIDS	N	N
		DUKUN	O	O
A. LAINNYA, SEBUTKAN	X	X		
B. LAINNYA, SEBUTKAN				
TIDAK TAHU	(Z)	(Z)		

PENGUKURAN BERAT DAN TINGGI BADAN ANAK TERAKHIR
CATATLAH HASIL DALAM TABEL BERIKUT.

INFORMASI IDENTIFIKASI				HASIL DAN CARA PENGUKURAN		
NO BARIS ANGGOTA RUMAH TANGGA *	NAMA	TANGGAL, BULAN DAN TAHUN LAHIR **	SEX ANAK	TINGGI BADAN	METODE PENGUKURAN TINGGI BADAN ANAK	BERAT BADAN
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
				CM	1: BERBARING 2: BERDIRI	KG
05	Indah	05 11 02	P	097,2	1 (2)	12,2

* No baris ini harus sama dengan yang ditulis pada B101 halaman 2.
** Bagian ini harus diperoleh, lakukan konversi bila menggunakan penanggalan/kalender lokal.

PENGAMATAN:

O1	Luas bangunan rumah ini (perkiraan panjang dan lebar rumah)	DALAM METER PERSEGI.....	20
O2	Jenis atap terluas	BETON..... (11) GENTING..... (12) SIRAP..... (13) SENG..... (14) ASBES..... (15) LUK/RUMBIA..... (16) LAINNYA, SEBUTKAN..... 96	
O3	Jenis dinding terluas	TEMBOK..... (1) KAYU..... (2) BAMBU..... (3) LAINNYA, SEBUTKAN..... 6	
O4	Jenis lantai terluas	TANAH..... 1 BUKAN TANAH..... (2)	

UCAPKAN TERIMA KASIH ATAS WAKTU YANG DIBERIKAN OLEH RESPONDEN.