

STATUS MORTALITAS BALITA DI DAERAH TERTINGGAL TAHUN 2004

Childhood Mortality Status in Remote Areas 2004

Felly P Senewe*, Tin Afifah*

Abstract. A remote area is the districts (urban/rural) which have geographic factors criteria. Indonesia consist 377 districts i.e. 190 districts remote areas and 187 districts non remote areas. Childhood mortality (Infant mortality rate, child mortality rate and under five mortality rate) are important indicator, especially infant mortality rate (IMR) to show the welfare and community health status. Due to inadequate registration system in Indonesia, estimation of childhood mortality still relies upon census and survey data. National Socio-Economic Survey (NSES) or *Susenas* provide the variable childhood survival which use to indirect technique childhood mortality estimation. The objection of the analysis is to know mortality status in remote areas. Data source of analysis is 2004 NSES Core. Unit analysis is women reproductive aged between in remote and non remote areas. Means of the childhood survival by age group of women reproductive aged are based of analysis by Brass-Trussel Model Equation. The result shows that IMR, CMR and U5MR in National are 31 per 1000, 7 per 1000 and 38 per 1000, and show that IMR, CMR and U5MR in remote areas are 42 per 1000, 12 per 1000 and 54 per 1000. This mortality is higher than in non remote areas (27 per 1000, 6 per 1000 and 32 per 1000). The childhood mortality of male is higher than female. Disparity between in remote areas and National is higher than disparity between in non remote areas and National. Childhood mortality of remote areas is higher than National, and childhood mortality of in remote areas is lowest than National. Based on the endogen and exogenous factors of cause of death child mortality, *Bourgeois-Pichat* quoted that reduction of IMR have three categories i.e. soft rock (IMR > 70 and CMR > 8), intermediate rock (IMR 30-70) and hard rock (IMR <30 and CMR <8). Based on this category, the IMR in remote areas is intermediate rock. This is important for decision maker that indicate how to plan the policy of health services for maternal and children.

Keywords: child mortality rate, health status, infant mortality rate, under five mortality rates, remote areas

PENDAHULUAN

Pembangunan yang dilaksanakan untuk mengisi kemerdekaan Indonesia selama lebih dari setengah abad, dirasa masih kurang merata sehingga muncul istilah daerah tertinggal. Upaya pemerataan pembangunan dalam era kabinet Indonesia Bersatu terbentuk suatu Kementerian Pembangunan Daerah Tertinggal, yang bertugas melakukan akselerasi pembangunan di daerah-daerah tertinggal.

Pembangunan di daerah tertinggal merupakan upaya terencana untuk mengubah suatu wilayah yang dihuni oleh komunitas dengan berbagai permasalahan sosial ekonomi dan keterbatasan fisik, menjadi daerah yang maju dengan komunitas yang kualitas hidupnya sama atau tidak jauh tertinggal dibandingkan dengan masyarakat Indonesia lainnya. Pembangunan daerah tertinggal tidak hanya meliputi pembangunan aspek ekonomi, tetapi juga aspek sosial, budaya dan keamanan. Di samping itu kesejahteraan kelompok masyarakat yang

hidup di daerah tertinggal memerlukan perhatian dan keberpihakan yang besar dari pemerintah. Pengertian daerah tertinggal, didefinisikan berdasarkan kondisi sosial, ekonomi, budaya dan wilayah (fungsi inter dan intra spasial baik pada aspek alam, aspek manusia, maupun prasarana pendukungnya). Daerah tertinggal adalah daerah kabupaten yang relatif kurang berkembang dibandingkan daerah lain dalam skala nasional dan rata-rata status sosial ekonomi yang relatif rendah. Suatu daerah dikategorikan sebagai daerah tertinggal karena beberapa faktor penyebab antara lain faktor geografis. Umumnya secara geografis daerah tertinggal relatif sulit dijangkau karena letaknya yang jauh di pedalaman, perbukitan/pegunungan, kepulauan, pesisir, dan pulau-pulau terpencil atau karena faktor *geomorfologis* lainnya sehingga sulit dijangkau oleh jaringan baik transportasi maupun media komunikasi. Sebaran daerah tertinggal secara geografis digolongkan menjadi beberapa kelompok antara lain daerah yang terletak di pulau-pulau kecil,

gugusan pulau yang berpenduduk dan memiliki kesulitan akses ke daerah lain yang lebih maju, daerah yang secara administratif sebagian atau seluruhnya terletak dipergunungan antarnegara baik batas darat maupun laut, daerah yang terletak di wilayah rawan bencana alam baik gempa, longsor, gunung api, maupun banjir atau daerah yang sebagian besar wilayahnya berupa pesisir. Permasalahan yang dihadapi daerah tertinggal antara lain kualitas sumber daya manusia di daerah tertinggal relatif lebih rendah di bawah rata-rata nasional akibat terbatasnya akses masyarakat terhadap kesehatan (Strategi Nasional PDT,2004).

Ukuran untuk menilai tingkat kesehatan masyarakat suatu daerah salah satunya adalah dengan menggunakan tingkat kematian anak. Kematian anak terdiri dari angka kematian bayi (AKB), angka kematian anak balita (AKABA) dan angka kematian balita (AKBA). Bayi yang baru lahir sangat sensitif terhadap lingkungan serta pelayanan kesehatan yang tersedia. Dengan demikian AKB merupakan tolok ukur yang sensitif dari semua upaya intervensi yang dilakukan pemerintah, baik bidang kesehatan, sosial dan ekonomi. Selain itu faktor lingkungan juga memberi pengaruh terhadap kematian anak, dimana kematian anak merupakan cermin kondisi kesehatan lingkungan yang mempengaruhi kesehatan anak. Dengan demikian AKB, AKABA dan AKBA terutama AKB merupakan indikator yang dapat digunakan untuk melihat tingkat kesehatan masyarakat atau kesejahteraan suatu negara atau wilayah termasuk untuk menilai kesehatan masyarakat di daerah tertinggal. (BPS-Depkes-BKKBN,2003)

Kesehatan balita (<5 tahun) di Indonesia masih jauh dari keadaan yang diharapkan karena besarnya jumlah balita yang meninggal. Menurut Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2002/2003 dan Soemantri (2004), menunjukkan bahwa kematian balita sebesar 46 per 1.000 kelahiran hidup selama periode 1998-2002. Status kesehatan bayi berhubungan dengan beberapa faktor ibu selama hamil dan melahirkan. Permasalahan kesehatan ibu seperti masih rendahnya pemeriksaan selama hamil atau *antenatal care*, masih rendahnya persalinan di tolong oleh tenaga kesehatan, status gizi ibu hamil

yang rendah. Demikian juga permasalahan pada balita selama hidup antara lain, masih rendahnya kunjungan neonatal, atau cakupan imunisasi yang masih rendah. Beberapa hal ini menyebabkan kesehatan balita makin rendah (SKRT 2001 dan Depkes-BPS-Unicef, 2000).

Di negara maju, tingkat kematian diperoleh dari data registrasi vital. Di Indonesia sumber data registrasi vital masih belum memadai sehingga untuk menghitung tingkat kematian anak biasanya menggunakan teknik demografi dari data sensus atau survei. Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) merupakan survei sosial ekonomi nasional yang dilaksanakan tiap tahun mencakup seluruh provinsi di Indonesia, dimana didalamnya juga berisi informasi tentang kelangsungan hidup anak. Informasi inilah yang digunakan untuk melihat tingkat kematian anak, termasuk tingkat kematian (AKB, AKA dan AKABA) di daerah tertinggal.

Saat ini terdapat 190 kabupaten yang tergolong kabupaten dengan kategori kabupaten tertinggal (Kementerian Pembangunan Daerah Tertinggal). Dari beberapa kabupaten tertinggal termasuk juga kabupaten yang berada di daerah kepulauan. Dari beberapa masalah dan kondisi dari masyarakat yang tinggal di daerah tertinggal maka perlu diketahui sejauh mana tingkat kematian anak di daerah tertinggal. Tulisan ini bertujuan untuk melihat tingkat kematian anak (AKB, AKA dan AKBA) di daerah tertinggal, bila dibandingkan dengan daerah tidak tertinggal. Dengan demikian diharapkan dari tulisan ini dapat memberi masukan kepada program tentang kesehatan balita dan kepada program pembangunan di daerah tertinggal.

BAHAN DAN CARA

- a. Sumber data : data Susenas 2004 Kor
- b. Unit analisis : wanita usia subur (19-54 tahun)

Sampel: ukuran sampel Kor (tanpa modul) Susenas 2004 secara keseluruhan/Nasional sebanyak 182.304 rumah tangga dari 377 kabupaten/kota. Berdasarkan sampel tersebut terdiri dari 190 kabupaten tertinggal dan kepulauan dan 187 kabupaten tidak tertinggal. Untuk keperluan estimasi tingkat

kabupaten/kota, beberapa kabupaten/kota baru (pemekaran) masih mengikuti kabupaten/kota induknya (asal).

d. Variabel yang digunakan adalah :

1) Kriteria daerah :

1 = Daerah tertinggal

2 = Tidak Daerah Tertinggal

Kabupaten daerah tertinggal sesuai dengan kriteria daerah tertinggal (Kementerian Pembangunan Daerah Tertinggal) sebesar 190 kabupaten yaitu NAD 11 kab, Sumut 4 kab, Sumbar 6 kab, Bengkulu 3 kab, Riau 2 kab, Kep. Riau 1 kab, Jambi 3 kab, Sumsel 5 kab, Lampung 5 kab, Babel 2 kab, Jabar 2 kab, Jateng 3 kab, DIY 2 kab, Jatim 6 kab, Banten 2 kab, Bali 1 kab, NTB 6 kab, NTT 14 kab, Kalbar 7 kab, Kalteng 6 kab, Kaltim 3 kab, Kalsel 2 kab, Sulut 2 kab, Sulteng 8 kab, Sulbar 5 kab, Sulsel 10 kab, Sultra 4 kab, Gorontalo 2 kab, Maluku 4 kab, Maluku 2 kab, Irija 3 kab, Papua 9 kab.

Daerah tidak tertinggal: 187 Kabupaten.

2) Data kelangsungan hidup anak :

a. Anak lahir hidup (laki-laki, perempuan, laki-laki + perempuan)

b. Anak masih hidup (laki-laki, perempuan, laki-laki + perempuan)

3) Kelompok umur wanita :

- a. 15-19 th d. 30-34 th f. 40-44 th
b. 20-24 th e. 35-39 th g. 45-49 th
c. 25-29 th

e. Definisi operasional

Variabel	Definisi Operasional	Skala Pengukuran
Daerah Tertinggal	Daerah kabupaten yang relatif kurang berkembang dibandingkan daerah lain dalam skala nasional dan berpenduduk yang relatif tertinggal.	Nominal (Tertinggal, Tidak tertinggal)

Angka kematian bayi (AKB)	AKB adalah probabilitas anak lahir hidup yang meninggal sebelum mencapai umur satu tahun (dihitung per 1000).	Ratio
Angka kematian anak balita (AKA)	AKA adalah probabilitas anak mencapai umur tepat satu tahun yang akan meninggal sebelum mencapai umur empat tahun (dihitung per 1000).	Ratio
Angka kematian balita (AKBA)	AKBA adalah probabilitas anak lahir hidup yang meninggal sebelum mencapai umur lima tahun (dihitung per 1000).	Ratio

f. Analisis Data:

Tahapan analisis:

- 1) Estimasi AKB, AKA dan AKBA
 - a) menghitung rata-rata anak lahir hidup (ALH) dan rata-rata anak masih hidup (AMH) menurut wanita kelompok umur 15-19 tahun, 20-24 tahun, 25-29 tahun, 30-34 tahun, 35-39 tahun, 40-44 tahun, 45-49 tahun dan 50-54 tahun.
 - b) Menghitung estimasi AKB, AKA dan AKBA
Teknik perhitungan cara tidak langsung yang digunakan adalah metode Trussell (West

Model), yang prinsipnya merupakan modifikasi cara Brass.

Dasar perhitungan estimasi AKB, AKA dan AKBA adalah dengan rumus sebagai berikut (UN, 1993) :

(1) Proporsi kematian anak, $D_i = 1 - (S_i) / (P_i)$

$S(i)$ = rata-rata anak masih hidup dari wanita kelompok umur i

$P(i)$ = rata-rata anak yang dilahirkan hidup dari wanita kelompok umur i

(2) Probabilitas kematian, $Q_x = D_i \times K_i$

$$K_i = a_i + b_i \times P1/P2 + c_i \times P2/P3$$

$P1$ = rata-rata anak lahir hidup kelompok wanita umur 15-19 tahun

$P2$ = rata-rata anak lahir hidup kelompok wanita umur 20-24 tahun

$P3$ = rata-rata anak lahir hidup kelompok wanita umur 25-29 tahun

a, b, c = koefisien regresi

Perhitungan tersebut [(a) dan (b)] dilakukan dengan menggunakan program **KeSim**, sehingga diperoleh keluaran model kependudukan ${}_1q_0$ (AKB), ${}_4q_1$ (AKA) dan ${}_5q_0$ (AKBA).

Penetapan nilai AKB, AKA dan AKBA didasarkan pada rerata tiga hasil Q-Five West Model dari kelompok umur ibu 20-24, 25-29 dan 30-34 .

- 2) Estimasi AKB, AKA dan AKBA menurut kriteria daerah tertinggal dan tidak tertinggal.
 - a) menghitung rata-rata anak lahir hidup (ALH) dan rata-rata anak masih hidup (AMH) menurut wanita kelompok umur 15-19 tahun, 20-24 tahun, 25-29 tahun, 30-34 tahun, 35-39 tahun, 40-44 tahun, 45-49 tahun dan 50-54 tahun menurut kriteria daerah.

- b) Menghitung estimasi AKB, AKA dan AKBA hasil perhitungan 2a tersebut dengan program Q Five.

3) Menghitung disparitas antara daerah tertinggal dan tidak tertinggal

Disparitas dalam analisis adalah persen perubahan indikator yang diukur dengan rumus sbb :

$$\frac{a-b}{a} \times 100\%$$

Misalkan

a = estimasi AKB laki-laki adalah 49

b = estimasi AKB perempuan adalah 42

Perhitungan :

$$AKB = \frac{49 - 42}{49} \times 100\% = 14,28 \%$$

Kesimpulan: disparitas antara laki-laki dan perempuan adalah sebesar 14,28%. Kematian bayi laki-laki lebih banyak dibanding bayi perempuan

g. Interpretasi data

Angka kematian yang dihitung dengan teknik demografi ini merujuk keadaan 4-6 tahun sebelum survei.

HASIL

Hasil analisis tingkat kematian di daerah tertinggal dan daerah tidak tertinggal (Tabel 1) menunjukkan bahwa terdapat perbedaan tingkat kematian anak menurut jenis kelamin di daerah tertinggal dan tidak tertinggal. Demikian juga untuk tingkat kematian anak di daerah tertinggal dan tidak tertinggal

Tabel 1.
AKB, AKABA dan AKBA menurut jenis kelamin
di daerah tertinggal, tidak tertinggal dan Indonesia, Susenas 2004

Daerah	AKB per 1000 KH			AKABA per 1000 KH			AKBA per 1000 KH		
	Lk	Pr	Lk+ Pr	Lk	Pr	Lk+ Pr	Lk	Pr	Lk+Pr
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
Tertinggal	47	37	42	14	9	12	61	46	54
Tidak Tertinggal	30	23	27	7	4	6	36	27	32
Indonesia	35	27	31	8	6	7	43	32	38

Tingkat kematian anak laki-laki lebih banyak dibanding anak perempuan. Tingkat kematian anak daerah tertinggal lebih besar dibanding daerah tidak tertinggal. AKB, AKA dan AKBA di daerah tertinggal berturut-turut adalah 42 pr 1000 KH, 12 per 1000 KH dan 54 per 1000 KH, sedangkan di daerah tidak tertinggal berturut-turut adalah 27 per 1000 KH, 6 per 1000 KH dan 32 per 1000 KH. Angka tersebut merujuk pada kondisi tahun 1998.

Bila dibandingkan dengan tingkat kematian nasional, tingkat kematian di daerah tertinggal menunjukkan angka lebih besar dibanding tingkat kematian nasional, sebaliknya daerah tidak tertinggal sudah lebih kecil dibandingkan tingkat kematian nasional.

Untuk melihat seberapa jauh persentase disparitas tingkat kematian anak antara daerah tertinggal dan daerah tidak tertinggal disajikan pada Tabel 2 berikut:

Tabel 2.
Persentase Disparitas AKB, AKA dan AKBA antara daerah tertinggal, tidak tertinggal dan Indonesia, Susenas 2004

Disparitas	AKB	AKA	AKBA
1. Laki-laki & Perempuan daerah tertinggal	21,3	35,7	35,6
2. Daerah Tertinggal dan Tidak tertinggal	35,7	50,0	40,7
3. Daerah tertinggal & Indonesia	26,2	41,7	29,6
4. Daerah tidak tertinggal & Indonesia	-14,8	-16,7	-18,8

Hasil perhitungan Tabel 2 di atas menunjukkan bahwa kisaran persentase disparitas tingkat kematian antara 21 – 50 persen. Disparitas AKABA pada semua disparitas menunjukkan persentase yang paling besar. Tidak ada perbedaan disparitas AKABA dan AKBA pada laki-laki dan perempuan di daerah tertinggal. Disparitas tingkat kematian antara daerah tertinggal dengan angka nasional berkisar antara 26-42 persen dimana tingkat kematian di daerah tertinggal lebih besar dibandingkan dengan

nasional. Sedangkan disparitas antara daerah tidak tertinggal dengan nasional berkisar antara 15-19 persen. Tanda negatif pada disparitas nomor 4 menunjukkan tingkat kematian di daerah tidak tertinggal lebih kecil dibanding angka nasional.

PEMBAHASAN

Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) Indonesia dibandingkan dengan negara-negara di ASEAN termasuk dalam kelompok yang

mempunyai angka yang tertinggi. Di negara-negara maju, perhitungan angka kematian didasarkan atas hasil pencetakan penduduk, yaitu pencatatan kematian, kelahiran dan peristiwa vital lainnya (registrasi vital). Hal ini dapat dilakukan karena sistem registrasi vital sudah sangat baik dan tepat waktu. Keadaan ini belum dapat dilakukan di Indonesia karena sistem registrasi vital yang belum memadai, sehingga penghitungan angka kematian dengan menggunakan teknik-teknik demografi dari data kelangsungan anak yang dikumpulkan melalui sensus atau survei. AKB, AKABA dan AKBA dianalogikan dengan nilai-nilai fungsi life table ${}_1q_0$, ${}_4q_1$ dan ${}_5q_0$. Perhitungan perkiraan AKABA dilakukan dengan cara tidak langsung (*Brass type Trussel equation - West model*).

Angka kematian bayi, angka kematian anak dan angka kematian balita, terutama AKB merupakan suatu alat ukur yang penting. AKB, AKABA dan AKBA merupakan indikator yang sangat berguna, bukan saja untuk status kesehatan anak, juga terhadap status kesehatan penduduk secara keseluruhan dan kondisi ekonomi dimana penduduk tersebut bertempat tinggal (Soemantri 2004).

Angka kematian ibu, angka kematian anak (AKB dan AKBA), dan umur harapan hidup waktu lahir telah ditetapkan sebagai indikator-indikator derajat kesehatan dalam Indonesia Sehat 2010. AKB, AKABA dan AKBA tidak hanya mencerminkan besarnya masalah kesehatan seperti diare infeksi saluran pernafasan, salah gizi, penyakit-penyakit infeksi spesifik dan kondisi perinatal, tetapi mencerminkan pula tingkat kesehatan ibu, tingkat kunjungan antenatal dan postnatal ibu dan bayi, kebijakan keluarga berencana dan kondisi kesehatan lingkungan (Renstra Depkes 2005-2009).

Angka kematian bayi merupakan indikator yang dianggap sensitif untuk mengukur tingkat kesehatan masyarakat suatu wilayah, juga merupakan indikator kesejahteraan suatu negara. Bayi yang baru lahir sensitif terhadap lingkungan tempat tinggal orang tuanya, dan berkaitan erat dengan tingkat pendidikan ibu, status ekonomi orang tuanya, sistem nilai dan adat istiadat setempat, kebersihan dan kesehatan

lingkungan orang tuanya dan akses ke pelayanan kesehatan yang tersedia. (BPS, 1999, *Indikator Kesejahteraan Anak 1998*, Jakarta)

Mosley and Chen (1988) juga menyatakan bahwa faktor sosial ekonomi dan budaya mempengaruhi kelangsungan hidup anak melalui berbagai faktor. Faktor-faktor tersebut antara lain adalah faktor ibu, faktor lingkungan, kekurangan gizi, trauma dan upaya pencegahan dari individu itu sendiri. Faktor ibu adalah termasuk umur ibu, paritas dan jarak kehamilan, faktor lingkungan yaitu berhubungan dengan media penyebaran penyebab penyakit seperti udara, air, makanan, kulit, tanah, serangga dll. Kekurangan gizi yaitu kekurangan kalori, protein dan kekurangan vitamin dan mineral, sedangkan faktor upaya pencegahan penyakit individu yaitu termasuk imunisasi dan pengobatan. Beberapa variabel yang dapat dilakukan analisis seperti variabel karakteristik demografi (umur dan jenis kelamin balita), faktor kematian bayi atau balita. Balita yang sakit dapat menyebabkan balita itu terjadi gangguan pertumbuhan atau akibat yang buruk yaitu dapat meninggal.

Penyebab kematian bayi dapat dibedakan karena penyebab endogen dan penyebab eksogen (Utomo 1988). Penyebab endogen menyangkut faktor penyebab yang dibawa oleh anak sejak lahir, diwarisi dari orang tuanya pada saat konsepsi atau didapat dari ibunya selama kehamilan, sedangkan penyebab eksogen menyangkut faktor penyebab yang bertalian dengan pengaruh lingkungan luar. Dimana dengan semakin meningkatnya usia bayi, penyebab endogen utamanya berperan pada kematian bayi usia di bawah satu bulan (neonatal). Sedangkan penyebab eksogen bertanggung jawab pada sebagian kecil kematian neonatal dan hampir semua kematian bayi usia di atas satu bulan (post-neonatal). Tenaga kesehatan lebih banyak berperan dalam kelangsungan hidup anak usia neonatal. Hal ini menjelaskan bahwa faktor luar berkontribusi besar sebagai penyebab kematian anak balita, dimana pada Tabel 2 disparitas AKABA menunjukkan persentase paling besar. Kelompok anak balita merupakan masa tumbuh kembang anak mulai banyak berhubungan dengan lingkungan. Pengendalian kualitas lingkungan termasuk kondisi hygiene,

sanitasi dan sosial ekonomi serta adanya upaya pencegahan seperti imunisasi dan gizi balita sangat menentukan tinggi rendahnya angka kematian anak.

Peranan tenaga kesehatan pada pencegahan kematian bayi adalah dengan kunjungan neonatal oleh tenaga kesehatan, baik kunjungan langsung ke rumah oleh tenaga kesehatan atau sebaliknya kunjungan bayi baru lahir ke tenaga kesehatan/fasilitas kesehatan. Hal ini terkait sekali dengan ketersediaan tenaga dan fasilitas pelayanan kesehatan dengan aksesibilitas.

Bourgeois-Pichat, membagi penurunan tingkat kematian bayi dan anak berdasarkan faktor endogen dan eksogen dalam tiga kategori yaitu :

- a. *Soft rock* untuk AKB di atas 70 dan AKABA di atas 8
- b. *Intermediate rock* untuk AKB antara 30-70
- c. *Hard rock* untuk AKB kurang dari 30 dan AKABA dibawah 8

Dengan memperhatikan pembagian kategori *B-pichat* tersebut, dapat dianalisis penyebab kematiannya sehingga dapat diperoleh upaya apa yang perlu sebagai upaya penurunan kematian bayi. Pada "*soft rock*", penyebab kematian didominasi oleh penyakit infeksi dan parasit yang merupakan penyakit eksogen. Faktor eksogen lebih mudah ditanggulangi oleh teknologi kesehatan yang saat ini tersedia, seperti berbagai pendekatan kesehatan masyarakat, pengendalian vektor penyakit, pemberian imunisasi dan pemberian antibiotik. Pada "*intermediate rock*", penyebab kematian karena penyakit infeksi, malnutrisi, prematuritas dan kecelakaan persalinan. Untuk mengurangi penyebab kematian tersebut, perlu adanya perubahan tatanan sosial masyarakat, penyediaan makanan dan pelayanan kesehatan yang memadai dengan prioritas kesehatan ibu dan anak termasuk pemeriksaan antenatal dan postnatal. Sedangkan untuk "*hard rock*", penyebab kematian didominasi oleh kelainan congenital dan penyakit jantung. Dalam fase ini penurunan kematian akan lebih sulit, karena penanggulangan berbagai jenis penyakit ini memerlukan ilmu dan teknologi kedokteran yang lebih maju.

Merujuk hasil Tabel 1 dan kategori *B-pichat* tersebut di atas, status kematian bayi daerah tertinggal termasuk pada kategori *intermediate rock* sedangkan daerah tidak tertinggal sudah pada kategori *hard rock* ($AKB < 30$ dan $AKABA < 8$). Dengan demikian penyebab kematian di daerah tertinggal karena penyakit infeksi, malnutrisi, prematuritas dan kecelakaan persalinan. Untuk menurunkan tingkat kematian diperlukan adanya perubahan tatanan sosial masyarakat, penyediaan makanan dan pelayanan kesehatan yang memadai, prioritas kesehatan ibu dan anak termasuk pemeriksaan antenatal dan postnatal di daerah tertinggal. Sehingga perhatian pembangunan di daerah tertinggal hendaknya pada peningkatan akses ibu dan anak ke tenaga dan fasilitas kesehatan.

Hasil perhitungan disparitas angka kematian antara daerah tertinggal dan tidak tertinggal (Tabel 2) menunjukkan bahwa kondisi kesehatan khususnya balita di daerah tertinggal masih tetap menjadi perhatian agar tidak terlalu lebar perbedaan angka kematian bayi dengan daerah tidak tertinggal. Dengan demikian diharapkan sasaran-sasaran dampak pembangunan kesehatan sebagaimana ditetapkan dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional tahun 2005-2009 sektor kesehatan dapat dicapai yaitu menurunnya angka kematian bayi (AKB) dari 35 menjadi 26 per 1000 kelahiran hidup (Renstra Depkes 2005-2009). Untuk penyelenggaraan pembangunan kesehatan dilaksanakan beberapa kebijakan antara lain pengembangan sumberdaya kesehatan dengan anggaran yang memadai antara lain diarahkan untuk pelayanan kesehatan bagi penduduk miskin, dan pembangunan kesehatan di daerah terpencil/tertinggal. Program upaya kesehatan masyarakat dengan kegiatan pokok pengembangan upaya kesehatan keluarga seperti kesehatan ibu, bayi dan balita (Renstra Depkes 2005-2009).

Daerah yang masuk dalam kriteria daerah tertinggal adalah pada masalah sulitnya transportasi, sulit dari sudut geografi sehingga menghambat masyarakat untuk melakukan akses terhadap fasilitas kesehatan. Untuk mendekatkan akses mereka terhadap tenaga kesehatan diperlukan terobosan penyediaan tenaga kesehatan

dalam jumlah yang memadai dan penyediaan fasilitas kesehatan yang jenis disesuaikan dengan kondisi geografisnya. Ketersediaan fasilitas dan tenaga kesehatan serta kemudahan transportasi akan meningkatkan akses masyarakat daerah tertinggal untuk meningkatkan status kesehatan mereka. Diperlukan suatu komitmen dan kerjasama lintas sektor dan lintas program, integrasi seluruh elemen daerah menjadi faktor penting dalam upaya meningkat status kesejahteraan daerah tertinggal dan pada gilirannya termasuk status kesehatan sehingga disparitas dengan daerah tidak tertinggal semakin kecil dan bisa sejajar.

KESIMPULAN

Status kematian anak di daerah tertinggal lebih besar dibanding daerah tidak tertinggal. Angka Kematian Bayi secara Nasional tahun 2004 sebesar 31 per 1000 kelahiran hidup

Disparitas antara daerah tertinggal dengan nasional lebih besar dibandingkan disparitas daerah tidak tertinggal. Status kematian anak di daerah tertinggal lebih besar dibanding tingkat kematian nasional, sebaliknya tingkat kematian daerah tertinggal lebih kecil dibandingkan dengan status kematian anak nasional.

Kategori tingkat kematian menurut faktor endogen dan eksogen di daerah tertinggal adalah *intermediate rock*. Kategori ini dapat menjadi dasar dalam perencanaan dan evaluasi program kesehatan ibu dan anak.

SARAN

- a. Pembangunan kesehatan masyarakat termasuk bayi/balita perlu tanggung jawab bersama dengan keterlibatan lintas sektor maupun lintas program.
- b. Perlunya terobosan baru untuk meningkatkan akses ke tenaga atau fasilitas kesehatan yang menyangkut pada program dan kebijakan yang mendukung ketersediaan tenaga kesehatan dalam jumlah yang memadai dan fasilitas kesehatan yang tepat.

UCAPAN TERIMA KASIH

Disampaikan kepada bapak Soeharsono Soemantri, Dr. L. Ratna Budiarmo dan Agustina Lubis, MSc yang telah memberikan masukan dalam pelaksanaan analisis ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Afifah Tin, dkk., 2003. Kecenderungan penyakit penyebab kematian bayi dan anak balita di Indonesia:1992-2001, Buletin Penelitian Kesehatan, vol 31 No.2-2003, Badan Litbangkes, Jakarta, hal. 48-59.
- Badan Pusat Statistik, Departemen Kesehatan, BKKBN dan ORC Macro: Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) 2002-2003, Desember 2003. Jakarta, hal 107-169.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. 2002. Survei Kesehatan Rumah Tangga, 2001. Jakarta: Badan Litbang Depkes.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. 2002. Laporan SKRT 2001: Studi Kesehatan Ibu dan Anak (SKIA), Tim Surkesnas - Jakarta: Badan Litbang Depkes.
- Bisara, D, et.all., 2003. Status gizi wanita usia subur (WUS) dan Balita di Indonesia menurut data SKRT 2001. Buletin Penelitian Kesehatan, vol.31 No.3 – 2003. p. 143 – 154. Jakarta.
- Depkes - BPS – Unicef, 2000: End Decade Statistical Report: Data and Descriptive Analysis, Jakarta.
- Irianto Joko, dkk. 2003: Tren angka kematian bayi dan angka kematian anak balita di Indonesia. Buletin Penelitian Kesehatan, vol 31 No.4-2003, Badan Litbangkes, Jakarta, hal. 197-210
- Kementrian Pembangunan Daerah Tertinggal RI, Strategi Nasional Pembangunan Daerah Tertinggal, Jakarta, 2004.
- Mosley, W. Henry and Chen, C. Lincoln, 1988. Child Survival, Strategies for Research, Population and Development Review.
- Profil Kementerian Negara Pembangunan Percepatan Daerah Tertinggal, Media Indonesia, No.9077 tahun XXXVI, 18 Oktober 2005, Jakarta, hal 6.
- Rencana Strategis Departemen Kesehatan 2005-2009, Depkes RI tahun 2005.
- Soemantri S.dkk. 2004, Kajian Kematian Ibu dan Anak di Indonesia. Tim Kajian AKI-AKA, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Januari - 2004, Jakarta.
- Status Kesehatan, Pelayanan kesehatan, perilaku hidup sehat dan kesehatan lingkungan, Susenas 2004 – Substansi Kesehatan, SURKESNAS Balitbangkes, p. 1-3, 23-29, Jakarta Mei 2005.
- Susenas 2004, Pedoman Pencacah Kor, Badan Pusat Statistik, Jakarta 2004.
- Setyowati T., Budiarmo R, 1999: Pemberian air susu ibu (ASI) dan pemberian minuman/ makanan pada bayi, Buletin Penelitian Kesehatan, 26 (4) 1989/1999 hal 157. Jakarta
- Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) 2004 – Surkesnas: Status Kesehatan Masyarakat Indonesia, volume 2 Badan Litbangkes Depkes RI Jakarta, Mei 2005, hal 22 - 25.

- .Utomo Budi, 1988; Kelangsungan hidup anak di Indonesia: Pengertian, masalah, program dan bahasan metodologi, Unit penelitian kelangsungan hidup anak, Pusat Penelitian Kesehatan - Lembaga Penelitian UI, Jakarta hal. 1-12
- United Nation, 1993; Manual X, Indirect Techniques for Demographic Estimation, New York 1993.
- Yusuf Saifullah, Menneg Pembangunan Percepatan Daerah Tertinggal(PPDT): "Tugas Pokok Kami Mengurangi Disparitas", Media Indonesia, No.9077 tahun XXXVI, 18 Oktober 2005, Jakarta, hal 6.
- WHO 2003, Millenium Development Goals, World Health Organization – Geneva 2003.
-