

Title of the project	<b>Survei Data Dasar Dukungan Sektor Kesehatan, NTB-NTT</b>
Conducted by	Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia
Supported/funded by	GTZ
Collaboration with	MOH, DHO in NTB and NTT, University of Mataram, CEDES, University of Nusa Nipa, and University of Nusa Cendana
Date	2007
Sample size	6598 household
Team	Sabarinah B. Prasetyo, Farida Mutiarawati, Fitra Yelda, Amry Ismail, Dian Sidik Arsyad, Dini Dachlia, Hendri Hartati

Telah dilaksanakan studi data dasar di tingkat masyarakat di seluruh kabupaten di NTB dan 13 dari 16 kabupaten di NTT, serta menerapkan pendekatan kuantitatif dan kualitatif di awal tahun 2007. Survei menjangkau 6598 rumah tangga dengan ibu balita sebagai responden utama, ditambah 685 rumah tangga dengan ibu pernah hamil tanpa balita, di mana pemilihan rumah tangga mengikuti rancangan sampel yang kompleks. Diskusi kelompok terarah diselenggarakan di Lombok, Sumbawa dan Timor Barat, dengan 32 diskusi, juga wawancara mendalam kepada 5 pemangku kepentingan di tiap kabupaten.

Hasil survei memperlihatkan responden ibu balita berusia lebih muda (20 sampai 30 tahun) dan sedikit yang bekerja di luar rumah (38% di NTB dan 22% di NTT) daripada ibu tanpa balita yang berusia lebih tua (34 sampai 35 tahun dan bekerja 42% di NTB dan 24% di NTT). Anak balita rata-rata berumur 24 bulan di NTB dan 21 bulan di NTT. Pendidikan ibu di NTT lebih baik daripada di NTB. Juga perempuan lebih rendah dua kali tingkat pendidikannya daripada laki-laki. Kualitas rumah di kedua provinsi diamati masih buruk. Studi ini memperlihatkan tingkat sosioekonomi di kedua provinsi masih memprihatinkan, hampir semua rumah tangga ada di bawah garis miskin, dihitung dengan titik potong \$1 atau \$2 per kepala per hari, atau modifikasi model BPS. Kepala rumah tangga hampir seluruhnya laki-laki dengan rata-rata jumlah anggota rumah tangga 5. Pengambil keputusan berkaitan hal kesehatan utamanya adalah responden sebagai ibu rumah tangga, tetapi jumlah yang sama mengakui dibuat ibu dan suami.

#### Fertilitas dan keluarga berencana

Angka kehamilan, anak pernah dilahirkan dan anak masih hidup, polanya sama antara kedua provinsi. Umur hamil pertama rata-rata di bawah 20 tahun. NTT memiliki angka fertilitas lebih tinggi daripada NTB karena proporsi ibu dengan jarak antar kelahiran kurang dari 2 tahun masih tinggi. Prevalensi kontrasepsi saat ini sebesar 45% di NTT, ini lebih rendah daripada 74% di NTB. Cara disukai adalah suntik 3-bulan, pil, dan AKDR. Isu ketersediaan dan pemantauan efek samping di fasilitas kesehatan juga ditemukan.

#### Asuhan antenatal

Rendahnya kualitas pelayanan asuhan antenatal/kehamilan diungkap. Indikator K1 tentang kunjungan pertama ke petugas kesehatan di trimester pertama kehamilan di NTB lebih tinggi dari di NTT, demikian juga K4 yang mencerminkan jumlah kunjungan minimal 4 kali (1-1-2). Namun hanya ada separuh jumlah ibu yang menerima lima jenis pelayanan esensial (timbang badan, suntik tetanus-toxoid, ukur tekanan darah, ukur tinggi fundus di perut, dan pembagian tablet besi) yang disebut sebagai indikator K4-q. Tes darah dan pembagian anti-malaria di masa kehamilan masih perlu ditingkatkan.

Dukun juga banyak dipilih untuk perawatan kehamilan. Di kedua provinsi, memang hampir semua ibu (90%) memilih bidan, tetapi juga dukun (78%). Tingkat pengetahuan ibu akan

komplikasi maternal masih rendah, hanya separuh jumlah ibu mengetahui tanda bahaya kehamilan. Kenyataannya, separuh jumlah ibu melaporkan mengalami komplikasi kehamilan, di NTT lebih tinggi angkanya daripada di NTB. Hampir semua ibu melakukan istirahat segera, dan hanya sepertiga jumlah ibu pergi ke puskesmas.

#### Kelahiran

Sebagai penolong persalinan, dukun dipilih oleh sepertiga jumlah ibu di NTT (35%) dan seperempat jumlah ibu (26%) di NTB. Mayoritas ibu memilih bidan sebagai penolong persalinan. Rumah merupakan tempat mereka bersalin di NTT (60%) lebih banyak daripada di NTB (30%). Sekitar sepertiga ibu mengakui mengalami komplikasi persalinan, mencakup ketuban pecah dini (16%), partus lama (13%), dan perdarahan (10%). Di NTB, beristirahat merupakan tindakan awal, kemudian puskesmas, rumahsakit, bidan di desa dan polindes, merupakan rujukan ketika ibu mencari penanganan di luar rumah. Di NTT, sepertinya dukun bersaing dengan bidan di desa.

#### Neonatal dan asuhan nifas

Umumnya kontak neonatal dilaksanakan oleh 60% jumlah ibu. Mayoritas mereka pergi ke bidan dan memeriksakan kesehatan bayi baru lahir. Ibu menerima penjelasan tentang ASI, menghangatkan bayi dan perawatan tali pusat.

Kejadian komplikasi neonatal diakui oleh 32% ibu di NTB dan 40% ibu di NTT. Kebanyakan komplikasinya adalah diare, batuk, dan demam tinggi. Resusitasi dilaporkan oleh 10% ibu. Ibu menangani komplikasi biasanya dengan pergi ke puskesmas. Pola di kedua provinsi sama. Kontak nifas di NTT terjadi lebih awal (3 hari) daripada di NTB (7 hari). Komplikasi nifas lebih sering terjadi di NTT (28%) daripada di NTB (13%), dengan jenis komplikasi tersering adalah demam nifas (12% di NTT dan 8% di NTB), sementara bayi berat lahir rendah dilaporkan sekitar 8%. Dapat dianalisis lanjut hubungan komplikasi nifas dan neonatal dengan dukun sebagai penolong persalinan.

#### Praktek pemberian makanan pada anak

Sekitar 85% ibu mengakui memberi kolostrum kepada bayi mereka. Namun makanan prelaktal cukup sering (27% di NTB dan 38% di NTT) biasanya susu formula. Pemberian ASI eksklusif, yaitu sampai umur 6 bulan, ternyata sangat rendah hanya 16% bayi di kedua provinsi. Keragaman makanan anak yang berusia lebih tua dari 2 tahun ternyata belum maksimal. Disimpulkan praktek pemberian makanan pada anak masih rendah (13% di NTB dan 10% di NTT) dan lebih tinggi proporsinya pada anak laki-laki.

#### Kesehatan anak

Balita diare dalam 2 minggu terakhir terjadi cukup banyak (35% di NTB dan 25% di NTT). Kemungkinan ini berhubungan dengan rendahnya kebiasaan cuci tangan dengan sabun. Untuk pengobatannya, seperlima ibu di NTB dan NTT memberi lebih banyak cairan. Selanjutnya puskesmas menjadi acuan utama mencari pertolongan, di samping praktek dokter swasta. ISPA terjadi pada 6% anak balita di kedua provinsi. Ibu mengatasi awalnya dengan memberi obat batuk (bebas). Selanjutnya puskesmas dituju, di samping dokter dan bidan. Sementara itu, suspek malaria dilaporkan di sekitar 7% anak, dan ibu memberi obat penurun panas, juga ramuan tradisional atau daun-daunan.

Cakupan imunisasi lengkap pada anak usia 1 sampai 2 tahun masih kurang dari 80%, sementara imunisasi campak mencapai 83% di NTB dan 91% di NTT. Buku KIA dipunyai oleh hampir semua ibu, namun kepemilikan buku ini tidak mempengaruhi tingkat pengetahuan akan KIA yang ternyata masih rendah.

Kurang gizi pada balita di kedua provinsi terjadi cukup parah, proporsinya meningkat tajam pada usia anak 6 sampai 12 bulan; dan pada umur 24 sampai 35 bulan, separuh anak mengalami kuntet dan kurang berat, dan seperempatnya kurus. Kemungkinan kondisi ini berhubungan dengan rendahnya praktek pemberian makanan yang baik, maupun beberapa penyakit menular seperti diare. Tingkat kemiskinan memperlihatkan efeknya, yaitu kelompok miskin cenderung anak balitanya kurang gizi.

#### HIV dan AIDS

Tingkat pengetahuan ibu akan HIV dan AIDS masih rendah, karena persen yang pernah dengar HIV dan AIDS ada 44% di NTB dan 59% di NTT. Sumber informasi yang diakui oleh ibu untuk HIV dan AIDS ini adalah televisi, radio, dan surat kabar.

#### Sumber informasi KIA

Di NTT, ibu mendapatkan informasi tentang KIA dalam setahun terakhir lebih sering (69%) daripada di NTB (54%). Petugas kesehatan disebut sebagai sumber informasi (37% di NTB dan 51% di NTT).

#### Akses ke fasilitas pelayanan kesehatan

Fasilitas kesehatan terdekat jarak maupun waktu tempuhnya di kedua provinsi diakui oleh ibu adalah posyandu, polindes, dan puskesmas. Dilaporkan oleh ibu bahwa paling mahal biaya pelayanan kesehatan adalah dari fasilitas milik swasta.

Biaya bersalin dilaporkan oleh ibu sebagai tertinggi. Tetapi yang dipandang ibu termahal adalah biaya penanganan komplikasi neonatal. Seperti ini berhubungan dengan kesiapan keluarga dan masyarakat dalam mengantisipasi kejadian komplikasi, serta tidak menyiapkan dana cadangan. Penguatan kesiapan di tingkat masyarakat agaknya perlu ditingkatkan. Biaya transpor ke fasilitas kesehatan sampai sekitar 10 ribu rupiah. Biaya untuk obat yang disediakan fasilitas kesehatan swasta dipandang ibu cukup mahal. Bila ibu mengalami kekurangan jumlah uang untuk hal-hal ini, kebanyakan akan meminjam ke tetangga atau keluarga.

Cakupan asuransi kesehatan sekitar 60% di kedua provinsi. Kenyataannya, 38% ibu di NTB dan 22% ibu di NTT menyebut memiliki askeskin, walaupun ada sebagian kecil pemilik askeskin termasuk golongan tak miskin.

#### Perilaku pencarian perawatan

Bila ada anggota rumah tangga yang mengalami demam, kebanyakan ibu akan membeli obat di warung atau toko obat, di samping pergi ke puskesmas. Selanjutnya bila demam tak teratasi, puskesmas menjadi rujukan utama (50% di NTB dan 40% di NTT).

#### Persepsi kualitas pelayanan kesehatan

Umumnya responden menilai pelayanan kesehatan yang terakhir dikunjungi cukup memuaskan dengan skor berkisar 7,1 sampai 8,8 dari skala 10. Namun proporsi ibu yang menilai dengan skor tinggi (8+) ternyata masih rendah, mencerminkan kebutuhan akan perbaikan mutu pelayanan kesehatan di semua jenis fasilitas modern.

#### Rekomendasi

Menghadapi tantangan di atas, pelayanan KIA termasuk KB harus ditingkatkan, mencakup juga sumberdaya manusianya, baik jumlah dan keterampilan, terutama di puskesmas dan rumahsakit pemerintah. Pengadaan alat kontrasepsi juga perlu diperhatikan. Di kedua provinsi, masalah gizi anak mengundang perhatian serius, berkaitan dengan faktor sosioekonomi, yang berhubungan

dengan kemampuan membayar dan pengetahuan mereka akan pemberian makanan yang baik pada anak.

Tingginya proporsi komplikasi maternal dapat diturunkan dengan asuhan masa kehamilan yang baik mutunya. Di samping menyediakan pelayanan esensial, termasuk tes darah, kegiatan KIE juga perlu ditegaskan diterapkan melalui berbagai sumber. Utilisasi dukun yang masih tinggi memerlukan perhatian serius berkaitan dengan definisi jelas tentang perannya, di samping peran penting bidan di desa dan puskesmas, serta rumahsakit pemerintah. Perlu dicatat kemungkinan hubungan antara dukun sebagai penolong persalinan dengan komplikasi nifas dan neonatal.

Di samping kegiatan yang sifatnya preventif seperti disebut di atas, sistem askeskin hendaknya dapat disebar ratakan pada yang berhak. Isu biaya transpor dapat dipertimbangkan, di antaranya juga melalui kesiapan masyarakat dalam menghadapi persitiwa lahirnya bayi.

