

# SIAPA YANG MENGAMBIL MANFAAT DARI PELAYANAN KIA DI INDONESIA TIMUR? ANALISIS DATA SDKI 1991\*

Mubasyir Hasanbasri\*\*

## Abstrak

Maternal and Child Health (MCH) program has been an important national policy measure to prevent child death and to promote child health. In consideration of government restricted budget, the size of and spreadity of Indonesian population, government has provided at least one health center for every subdistrict and has promoted community participation through community based health post to reach the outreach population. This study seeks to explore community's utilization of this program and assesses whether the program has reached the priority target groups such as the children with uneducated mothers and lower economic status. The 1991 Indonesian Demographic and Health Survey data is used and sampel of 860 children of 12-23 month old from eastern Indonesia is the focus of analysis. Logistic regression is used as multivariate analysis. The result shows that the MCH program seems to have solved accessibility problem of economic constraint, however, contrary to the high priority groups being targeted, lower educated mothers use less services than those of more educated. This may be associated with lack of appropriate local conceptual framework in understanding preventive health behaviour among uneducated mothers and less progressive efforts in enforcing the need for social participation from the uneducated mothers.

Key words: Maternal and Child Health, Immunization, Maternal Education, Demographic Health Survey, Eastern Indonesia.

## Pendahuluan

Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) merupakan program pemerintah untuk meningkatkan status kesehatan anak dan ibu serta melindungi anak-anak dari ancaman penyakit khusus yang dapat dicegah seperti tuberkulosis, polio, campak, difteri, dan tetanus. Upaya untuk mendekatkan pelayanan dasar ini telah dilakukan melalui upaya kerja sama puskesmas dan organisasi wanita

PKK dalam bentuk pos pelayanan terpadu (POSYANDU) di masyarakat (Rustam, 1986; Lenart, 1987). Meskipun upaya ini telah dinilai berhasil memperluas jangkauan pelayanan dasar (Leinhach, 1988; Government of Indonesia and Unicef, 1991), pemanfaatannya oleh masyarakat yang menjadi sasaran prioritas sering tidak optimal. *Missed opportunity* dalam

---

\* Paper ini merupakan salah satu bagian dari analisis SDKI 1991 yang diselenggarakan oleh BKKBN Agustus 1992.

\*\* Mubasyir Hasanbasri M.A. adalah staf peneliti pada Pusat Penelitian Kependudukan Universitas Gadjah Mada dan staf pengajar pada Fakultas Kedokteran Umum Universitas Gadjah Mada.

pemanfaatan pelayanan yang disediakan ini sering terjadi. Bukan hal yang jarang bila pelayanan sudah didatangkan tetapi penduduk tidak mempunyai kesempatan hadir baik karena kurang informasi ataupun karena kegiatan lain yang bertabrakan waktu (Sidharta dan Budiarso, 1987).

Bagi masyarakat yang berasal dari status ekonomi yang rendah upaya pemeliharaan kesehatan adalah bersifat mendesak (Riessman, 1974). Artinya, baru ketika keadaan cukup berat seseorang merasakan ada kebutuhan pada pelayanan kesehatan. Di samping karena desakan mencari nafkah untuk penghidupan sehari-hari, upaya nonkuratif tidak mendapat perhatian karena tindakan pencegahan seperti perawatan ante natal dan imunisasi tidak dirasakan pengaruhnya secara langsung. Kelompok masyarakat yang umumnya kurang memperlihatkan permintaan mereka kepada pelayanan ini adalah terutama masyarakat berpendapatan rendah dan masyarakat yang masih belum terbiasa dengan budaya kesehatan preventif. Dalam keadaan seperti ini kebijakan progsam dapat berupa mendatangkan pelayanan ke masyarakat sehingga perjalanan dan waktu tidak menjadi beban kelompok sasaran (Schultz, 1985).

Literatur secara luas telah menunjukkan ibu sebagai pengguna jasa pelayanan kesehatan adalah menentukan status kematian anak mereka (Caldwell, 1979; Mosley, 1985; Sandiford *et al.* 1991). Pendidikan ibu adalah utama karena dengan pendidikan itu seseorang lebih terbuka bagi penangkapan informasi baru dan kunci bagi cara hidup yang lebih sehat. Pendidikan mempunyai arti simbolik

kebudayaan modern. Kebiasaan sanitasi seperti buang air kecil atau buang air besar pada tempatnya lebih merupakan perubahan simbolik cara hidup modern bagi anak-anak yang bersekolah dibandingkan dengan pola berpikir sanitasi yang diajarkan kepada anak-anak melalui sekolah (Cleland dan van Ginneken, 1988). Disamping faktor-faktor positif dari kebudayaan dalam bidang kesehatan (Hull, 1979; Nations, 1985), sering pula konsep tentang logika problema kesehatan sama sekali berbeda dengan logika biomedik dan oleh karena itu permintaan akan pelayanan dasar ini pun dapat menjadi berkurang (Rienks dan Iskandar, 1985; Raharjo dan Corner, 1990; Streatfield *et al.*, 1990).

#### Permasalahan

Penurunan angka kematian anak merupakan salah satu dari tujuan pembangunan kesehatan dan percepatan dalam upaya ini menjadi prioritas kebijakan kesehatan nasional dalam Pembangunan Jangka Panjang Tahap Kedua mendatang (Menteri Kesehatan RI, 1993). Kebijakan ini dilandasi oleh prinsip bahwa kesehatan merupakan dimensi yang penting dalam pengembangan sumber daya manusia. Membiarkan seseorang sakit di dalam masyarakat dapat memperluas beban sosial dan ekonomi karena kemungkinan penularan dan biaya langsung maupun tidak langsung yang diakibatkan oleh kesakitan. Sensus Penduduk yang selama ini dilakukan memperlihatkan angka kematian bayi (AKB) di propinsi-propinsi Indonesia Timur yang lebih tinggi daripada angka nasional. Supas 1985 memperlihatkan AKB dari propinsi-propinsi di bagian

timur yang lebih tinggi dari rata-rata nasional yang 71 per 1000 kelahiran hidup. Selain Sulawesi Utara (AKB = 57), propinsi lain berkisar antara 73 dan 112 (Meliala dan Poerwanto, 1991: 13). Sesuai dengan keadaan ini, Kawasan Indonesia Timur merupakan daerah prioritas utama bagi program kesehatan anak dan ibu (Rai, 1991).

Permasalahan yang hendak diangkat dalam tulisan ini adalah apakah upaya program pemerintah di Kawasan Indonesia Timur ini telah dimanfaatkan oleh kelompok sasaran yang menjadi prioritas, yaitu masyarakat dengan status pendidikan dan ekonomi rendah. Bila kelompok sasaran ini tidak tercapai maka upaya program ini menjadi suatu kerugian. Tujuan dari tulisan ini adalah melakukan penilaian pemanfaatan pelayanan oleh segenap lapisan masyarakat yang dapat diperlukan untuk menetapkan apakah sasaran penduduk prioritas telah terjangkau oleh pelayanan kesehatan ibu dan anak. Bila jangkauan sudah tidak memandang aspek status sosial ekonomi penduduk, maka secara ringkas dapat dirumuskan hipotesis bahwa tidak ada perbedaan yang berarti secara statistik antara kelompok sosial ekonomi masyarakat dalam pemanfaatan pelayanan KIA yang sudah menjadi program pemerintah.

Data untuk analisis ini diambil dari Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 1991 yang dilakukan sekitar bulan Juni 1991 dengan cakupan seluruh propinsi di Indonesia. Meskipun telah dilaporkan bahwa karena alasan geografis dan jarangya penduduk, jumlah sampel untuk pengumpulan data di Indonesia Kawasan Timur ini relatif lebih kecil dibandingkan dengan di Jawa Bali dan

Indonesia Bagian Barat. Data yang ada ini dimaksudkan untuk mendapat wawasan tentang pemanfaatan pelayanan kesehatan dari data yang dikumpulkan dari masyarakat. Oleh karena itu penemuan dari analisis ini merupakan salah satu pendekatan untuk menjelaskan fenomena pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh sampel SDKI 1991 untuk Indonesia Kawasan Timur. Bukan untuk menilai cakupan program pemerintah yang sesungguhnya di daerah pengamatan.

### Bahan dan Metode

Untuk kepentingan analisis ini, sampel diambil berdasarkan anak yang berusia 12 hingga 23 bulan pada waktu survei dilakukan dan diperoleh jumlah 860 kasus. Anak yang belum cukup 12 bulan pada waktu survei tidak dimasukkan dalam analisis karena mereka tidak mempunyai kesempatan yang lengkap untuk memperoleh pelayanan imunisasi.

Berbeda dari apa yang dimaksud dengan pembagian daerah pengamatan Luar Jawa Bali II berdasarkan analisis SDKI 1991 (Biro Pusat Statistik, 1993), yang dimasukkan dalam Indonesia Kawasan Timur di sini adalah Irian Jaya, Maluku, Sulawesi, Nusa Tenggara dan Timor Timur (Meliala dan Poerwanto, 1991).

Pendidikan ibu diklasifikasi berdasarkan tidak sekolah, sekolah dasar, sekolah lanjutan pertama, dan sekolah lanjutan atas, tanpa memandang apakah mereka tamat atau tidak. Status ekonomi keluarga dalam analisis ini dinilai dari pemilikan TV, kompor, sepeda atau perahu, motor, dan radio. Dua klasifikasi diambil dengan mempertimbangkan distribusi pemilikan

barang-barang itu dalam sampel. Status ekonomi keluarga rendah apabila keluarga itu tidak memiliki salah satu dari 5 jenis barang yang diidentifikasi. Status ekonomi lebih baik bila keluarga mempunyai 1 atau lebih barang-barang tersebut.

Status perawatan ante natal dinyatakan dalam skala dikotomik. Tidak pernah melakukan perawatan ante natal di salah satu dari Posyandu, puskesmas atau pelayanan kesehatan resmi dinyatakan tidak pernah. Pernah ANC mengacu kepada paling tidak sekali memeriksakan kehamilan. Status pemilikan KMS terdiri dari (1) memiliki dan dapat ditunjukkan pada waktu survai, (2) memiliki tetapi disimpan petugas dan (3) tidak memiliki. Untuk kepentingan analisis regresi status pemilikan ini dibuat dikotomik -- yaitu (1) dan (2) sebagai 'memiliki' dan (3) sebagai 'tidak memiliki'. Pemasukan sampel dari yang tidak memiliki KMS ini dapat mempengaruhi hasil oleh karena informasi imunisasi dapat keliru oleh faktor ingatan. Namun mengingat informasi imunisasi yang dapat dipercaya melalui Kartu Menuju Sehat (KMS) hanya lebih kurang separuh dari jumlah anak antara 12-23 bulan maka diasumsikan bahwa ibu-ibu masih cukup baik mengingat apakah anak mereka mendapat suntikan apa saja dan berapa kali anak tanpa KMS dimasukkan dalam analisis.

Imunisasi yang tercatat dalam survai ini adalah BCG (1), Polio (3 kali), DPT (3 kali), dan campak (1). Informasi BCG, polio, dan campak tercatat baik bagi yang memiliki maupun yang tidak memiliki KMS. Imunisasi DPT hanya dicatat bagi yang memiliki KMS. Dalam variabel imunisasi dalam analisis ini,

jumlah kali imunisasi dihitung dari BCG, 3 kali polio dan 1 campak. Bila mencapai 4-5 kali dinyatakan lengkap. 1-3 tidak lengkap, dan 0 bila tidak pernah sama sekali mendapat imunisasi.

### Hasil

*Gambaran Sampel.* Pendidikan ibu dari sampel memperlihatkan variasi yang cukup proporsional. Demikian pula status pekerjaan ibu. Di antara ibu-ibu yang bekerja, relatif kecil status pekerjaan di luar bidang pertanian (17,2 persen). Sampel yang memiliki TV atau motor atau boat termasuk relatif kecil jumlahnya. Namun jumlah sampel yang tidak memiliki salah satu dari barang yang ditanyakan ada cukup substansial (53 persen).

Tabel 1.  
Ciri Rumah Tangga Sampel

Variabel	N	%
Pendidikan Ibu		
Tidak Sekolah	231	26,9
Sekolah Dasar	249	29,0
SMP	169	19,7
SMA ke atas	211	24,5
Pekerjaan Ibu		
Bekerja di luar rumah		
Pertanian	256	29,8
Nonpertanian	148	17,2
Ibu rumah tangga	456	53,0
Status pemilikan barang		
Televisi	59	6,9
Motor	38	5,0
Sepeda/boat	101	13,4
Radio	209	27,7
Kompor	106	12,3
Tidak memiliki salah satu	455	52,9
Residensi		
Kota	136	15,8
Desa	724	84,2

Kondisi ekonomi yang relatif rendah dapat diperlihatkan oleh pemilikan kompor yang hanya 12 persen. Ini dapat merupakan indikasi bahwa untuk

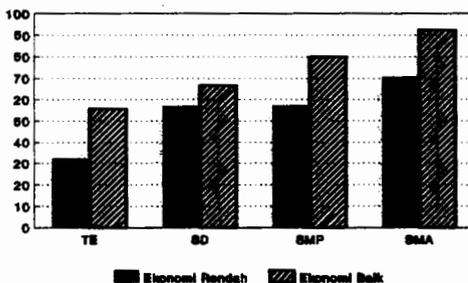
mencukupi kebutuhan dasar makan dari sampel ini bergantung sekali pada sumber kayu bakar alami.

Sejumlah 37,3 persen tidak pernah sama sekali melakukan kunjungan ante natal. Di pedesaan angka ini jauh lebih tinggi dibandingkan dengan di perkotaan. Pernah ANC lebih besar persentasenya pada status ekonomi keluarga yang lebih baik, meskipun dikontrol oleh pendidikan ibu (Gambar 1). Sejumlah besar anak dilahirkan di rumah (86,2 persen). Tinggal di pedesaan merupakan ketidakberuntungan dalam akses pada pelayanan kesehatan dasar. Ini dapat merupakan indikasi bahwa pertolongan yang aman sebagaimana yang diupayakan pemerintah pada pelayanan persalinan formal masih belum dapat dilakukan di pedesaan. Dari sudut pemeliharaan kesehatan anak, terdapat 38,2 persen ibu-ibu tidak memiliki KMS. Sedang yang mengakui memiliki KMS pun, hanya sepertiga bagian saja dari mereka dapat menunjukkan KMS pada saat dilakukan survai. Hal ini dapat pula berkaitan dengan masih rendahnya tingkat kebiasaan masyarakat berhubungan dengan pola perawatan yang teratur dan dapat pula berarti

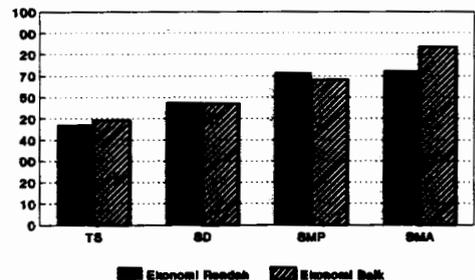
bahwa sebagian masyarakat belum menganggap kesehatan anak mereka sebagai tanggung jawab mereka.

Hampir dua per tiga dari sampel ini telah sempat kontak dengan pelayanan imunisasi. Namun demikian dari mereka ini praktek imunisasi lengkap baru diperlihatkan oleh sekitar 21 persen. Rata-rata frekuensi imunisasi adalah 2 kali. Frekuensi lebih dari 2 kali diperlihatkan oleh anak-anak dengan pendidikan ibu lebih tinggi dari SD. Pola pendidikan ibu ini memperlihatkan kecenderungan linier yang positif. Hal ini dibuktikan pula dalam Gambar 2 tentang status imunisasi menurut pendidikan ibu dan status ekonomi keluarga.

Gambar 1  
Status Pernah Kunjungan ANC menurut Pendidikan Ibu & Status Ekonomi Keluarga



Gambar 2  
Status Pernah Imunisasi menurut Pendidikan Ibu & Status Ekonomi Keluarga



Data menunjukkan bahwa rata-rata ibu menggunakan imunisasi di kota lebih tinggi daripada di desa ( $p < 0.01$ ). Penggunaan pelayanan imunisasi yang lebih baik di kota dibandingkan di desa ini dapat berkaitan dengan ketersediaan pelayanan yang lebih luas dan aksesibilitas terhadap pelayanan yang lebih baik di perkotaan dibandingkan dengan di pedesaan yang antara lain diperantairi oleh kemudahan faktor transportasi dan jarak yang relatif dekat.

Tabel 2.  
 Status Pemanfaatan Pelayanan KIA menurut Residensi (n=860)

Status	Kota	Desa	Kota Desa
Status ANC			
Ya	91,1	57,3	62,7
Tidak	8,9	42,7	37,3
Tempat persalinan			
Di rumah	49,6	93,1	86,3
Di pelayanan	50,4	6,9	13,7
BCG			
Ya	23,5	41,2	38,4
tidak	76,5	58,8	61,6
Status pemilikan KMS			
KMS disimpan sendiri	34,1	17,6	20,2
KMS disimpan petugas	49,6	40,2	41,7
tidak mempunyai KMS	16,3	42,2	38,2
Status Imunisasi			
Tidak imunisasi	21,3	40,1	37,1
1-5 kali	78,7	59,9	62,9
Kelengkapan			
1-4	73,8	80,0	78,7
5 kali	26,2	20,0	21,3
N	136	724	860

Tidak ada perbedaan antara rerata jumlah imunisasi yang diperoleh anak atas dasar status apakah ibu mereka bekerja atau tidak bekerja. Fakta ini menolak pendapat yang dulu sering diungkapkan bahwa pelayanan KIA sering berbenturan dengan jam-jam kerja ibu sehingga terjadi banyak *missed opportunity*. Tetapi anak-anak yang dilahirkan oleh ibu-ibu dengan pekerjaan di luar pertanian adalah lebih baik dalam rerata jumlah imunisasi anak mereka. Keadaan ini mungkin berkaitan dengan kemungkinan status pekerjaan nonpertanian yang lebih memberikan kesempatan kepada mereka yang berpendidikan lebih baik.

#### Analisis Multivariat

Untuk melihat pentingnya variabel dalam menentukan pola penggunaan pelayanan kesehatan telah dilakukan regresi logistik. Hasil regresi logistik dengan kunjungan ANC, pemilikan KMS dan status imunisasi sebagai variabel dependen diperoleh konsistensi dalam hal pentingnya variasi pendidikan sebagai prediktor perilaku ibu-ibu dalam perawatan anak. Status pendidikan ibu misalnya selalu bermakna secara statistik dalam hal menentukan probabilitas seorang anak memperoleh ANC, KMS dan imunisasi.

**Tabel 3.**  
**Rerata Kali Imunisasi untuk Seluruh Sampel**

Variabel	Rerata	Simpangan baku	N
<b>Pendidikan</b>			
Tidak sekolah	1,4	1,6	231
SD	1,8	1,7	249
SLTP	2,2	1,7	169
SLTA	2,8	1,7	211
<b>Status ekonomi keluarga</b>			
Kurang baik	1,8	1,7	455
Lebih baik	2,3	1,8	405
<b>Pekerjaan ibu</b>			
Tidak bekerja	2,0	1,8	447
Bekerja	2,0	1,7	404
Bekerja nonpertanian	2,4	1,7	148
Bekerja pertanian	1,8	1,7	256
<b>Residensi</b>			
Desa	1,9	1,8	724
Kota	2,7	1,7	136
<b>Total</b>	<b>2,0</b>	<b>1,8</b>	<b>860</b>

Variasi status ekonomi keluarga terhadap beberapa status kesehatan anak tampak tidak mempunyai arti yang penting setelah dikontrol oleh variabel pendidikan dan pekerjaan ibu. Dalam hal perawatan ante natal ibu-ibu dari keluarga dengan ekonomi rendah mempunyai probabilitas yang lebih rendah dibandingkan dengan ibu yang berasal dari status ekonomi lebih baik. Kenyataan bahwa variasi ekonomi keluarga yang hanya berarti dalam hal perawatan ante natal - tidak pada status pemilihan KMS dan imunisasi - dapat mengemukakan kemungkinan perbedaan dalam prioritas ibu-ibu dalam menanggapi kehamilan dibandingkan imunisasi anak. Ibu-ibu yang berasal dari keluarga ekonomi rendah barangkali

kurang mementingkan kunjungan kehamilan di tempat pelayanan yang disediakan pemerintah karena mungkin mereka mempunyai kebiasaan berkonsultasi kepada dukun beranak setempat. Penjelasan ini dapat didukung oleh fakta bahwa sebagian besar ibu-ibu masih melahirkan anak mereka di rumah (Lihat Tabel 2).

Anak dengan ibu berpendidikan rendah memperlihatkan probabilitas untuk memperoleh pelayanan imunisasi lebih kecil dibandingkan dengan pendidikan yang lebih baik. Dibandingkan ibu berpendidikan SMA hanya 20 persen probabilitas ibu yang tidak berpendidikan membawa anak mereka untuk diimunisasi. Angka ini adalah 30 persen untuk ibu dengan

Tabel 4.

Ringkasan Hasil Regresi Logistik untuk Kunjungan ANC, Pemilikan KMS dan Imunisasi

Variabel independen	Kunjungan ANC		Pemilikan KMS		Mendapat imunisasi	
	B	Rasio Odds	B	Rasio Odds	B	Rasio Odds
Pendidikan ibu						
Tidak sekolah	-1,93*	0,14	-1,69*	0,18	-1,54*	0,21
SD	-1,03*	0,35	-1,15*	0,31	-1,12*	0,32
SLTP	-0,77	0,45	-0,73*	0,47	-0,56+	0,57
SLTA ke atas (ref)	0,00	1,00	0,00	1,00	0,00	1,00
Status ekonomi						
Rendah	-0,78*	0,45	-0,06	0,93	-0,11	0,09
Tinggi (ref)	0,00	1,00	0,00	1,00	0,00	1,00
Pekerjaan ibu						
Tidak bekerja	-0,09	0,90	-0,21	0,00	-0,30+	0,73
Bekerja (ref)	0,0	1,00	0,0	1,00	0,00	1,00
Konstanta	1,97		1,51		1,65	

Catatan: \*  $p < 0,01$ , +  $p < 0,05$

pendidikan SD. Perubahan probabilitas yang cukup besar baru terjadi bila ibu mempunyai pendidikan tingkat SLTP. Hampir 60 persen probabilitas ibu berpendidikan SLTP membawakan anak mereka untuk imunisasi dibandingkan ibu yang berpendidikan SLTA ke atas.

**Pembahasan**

Penemuan tentang ketiadaan variasi yang berarti dalam status ekonomi keluarga dalam pemanfaatan pelayanan KIA dapat berarti bahwa hambatan ekonomi terhadap akses pada pelayanan tidak dijumpai. Ini dapat karena memang pelayanan telah mampu mengurangi hambatan jarak yang mungkin berimplikasi pada biaya sosial maupun biaya ekonomis. Yang penting lagi, biaya pelayanan POSYANDU maupun KIA Puskesmas sejauh ini sangat murah, yakni berkisar Rp 500,00. Artinya subsidi yang dikeluarkan oleh

pemerintah saat ini adalah efektif menuju sasaran kelompok masyarakat bawah.

Berbeda dari sudut pola hubungan yang tidak linear antara status pendidikan ibu dan status imunisasi anak oleh hasil penelitian di Jawa (Streatfield *et al.*, 1990) yang mengungkapkan bahwa ibu-ibu pada kelompok pendidikan rendah menunjukkan kesempatan yang hampir sama dalam hal pemanfaatan pelayanan imunisasi dibandingkan dengan mereka yang berpendidikan lebih tinggi. Ibu-ibu dengan status pendidikan di tengah malah memperlihatkan probabilitas pemanfaatan pelayanan imunisasi lebih rendah daripada mereka yang berpendidikan yang lebih rendah maupun yang di atasnya. Penemuan ini dapat terjadi mungkin karena pelaksanaan program KIA kurang memperhatikan mekanisme pendidikan

informal melalui PKK dan komitmen kepemimpinan setempat dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan terhadap masyarakat sasaran. Penelitian di Jawa memperlihatkan bahwa keterlibatan pemimpin masyarakat setempat baik formal maupun yang informal dalam memberikan semacam *social pressure* kepada ibu-ibu untuk memanfaatkan pelayanan yang sudah disediakan sungguh mempunyai arti dalam menjangkau masyarakat sasaran (Streatfield dan Singarimbun, 1988; Heering, 1993). Komitmen tokoh formal dan informal dalam promosi pelayanan KIA dalam sudah memadai (Mboi, 1987) tetapi partisipasi yang dapat diberikan oleh kelompok pendidikan rendah ini mungkin lemah (Mosley, 1985). Tanpa melakukan perubahan yang lebih mendasar yang dapat memberikan daya berpartisipasi seperti dengan lebih banyak penggalakan dalam pendidikan informal bagi yang sudah terlanjur tidak mempunyai kesempatan bersekolah dan memperluas serta mendorong kesempatan memanfaatkan pelayanan pendidikan dasar oleh pemerintah kepada generasi usia sekolah yang sekarang, partisipasi yang rendah dalam pemanfaatan program KIA yang mungkin disebabkan oleh keterasingan budaya yang diperantarai oleh sekolah akan terus berlangsung.

Meskipun variasi status ekonomi keluarga tidak menentukan probabilitas untuk memperoleh pelayanan KIA, ibu bekerja memperlihatkan probabilitas lebih baik dibandingkan ibu yang tidak bekerja ( $p < 0.05$ ). Keadaan ini berbeda dari pendapat bahwa waktu penyelenggaraan imunisasi yang berbenturan dengan jam-jam kerja ibu rumah tangga di pedesaan yang terjadi

pada waktu yang lampau dapat menjadi hambatan penggunaan pelayanan imunisasi. Penemuan ini dapat mengungkapkan kepada kita bahwa ada dua kemungkinan perubahan telah terjadi. Yang pertama adalah penyelenggaraan pelayanan imunisasi telah memperhatikan aspek waktu yang sesuai dengan kesempatan senggang ibu. Yang kedua adalah ibu-ibu yang bekerja mempunyai perilaku perawatan kesehatan anak yang positif yang memberikan kesempatan bagi perawatan anak mereka.

### **Kesimpulan dan Implikasi Kebijakan**

Hambatan ekonomi keluarga dalam akses pada pelayanan dasar KIA tampaknya tidak terbukti untuk sampel rumah tangga dari penduduk di Kawasan Indonesia Timur namun terdapat variasi dalam pemanfaatan pelayanan KIA dengan status pendidikan ibu. Keadaan pertama ini dapat mempunyai kaitan dengan sifat dari program yang datang mengunjungi masyarakat melalui POSYANDU dan penerapan biaya pelayanan yang sangat minimal. Keadaan kedua mungkin berkaitan dengan pendekatan program yang kurang memberikan daya tarik bagi ibu-ibu yang tidak berpendidikan.

Karena tidak ada variasi di antara status ekonomi keluarga dalam pemanfaatan pelayanan KIA, modus program KIA seperti sekarang ini, yaitu dengan subsidi pemerintah dan penggalakan partisipasi masyarakat melalui POSYANDU tetap penting dalam memperluas akses kepada terutama masyarakat berpendapatan rendah. Kedekatan jarak dan biaya ini masih memerlukan upaya pendekatan yang lebih sesuai dengan ibu-ibu yang tidak

berpendidikan sebagai kelompok prioritas. Kegiatan kelompok Pendidikan Kesejahteraan Keluarga (PKK) atau organisasi sosial lain ke arah pengenalan pengertian pemeliharaan kehamilan dan penyakit-penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi terutama dalam bentuk penyesuaian kousep sakit modern ke dalam kousep kebudayaan setempat perlu mendapat perhatian. Di samping itu, pembetulan terhadap miskonsepsi dalam hal tindakan-tindakan ante natal dan imunisasi yang mungkin dipersepsi oleh kelompok sasaran dapat merupakan hal yang kunci pula. Dengan kehadiran konsep lokal yang mudah difahami oleh ibu-ibu berpendidikan rendah sebagai kelompok prioritas maka kehadiran pelayanan akan lebih dapat diterima. Pemilikan KMS dan dipegang sendiri bagi ibu-ibu kelompok sasaran adalah penting karena di dalam KMS terkandung informasi-informasi yang diperlukan oleh ibu-ibu dalam pemeliharaan bayi.

#### Daftar Pustaka

Biro Pusat Statistik. 1993. *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 1991*. Jakarta.

Caldwell, J. C. 1979. "Education as a Factor in Mortality Decline: an Examination of Nigerian Data", *Population Studies*, 33(3): 395-413.

Chernichovsky, D. dan Meesook, A. 1986. "Utilization of Health Services in Indonesia", *Social Sciences and Medicine*, 23(6): 611-20.

Cleland, J. G. dan van Ginneken, J. K. 1988. "Maternal Education and Child Survival in Developing Countries - the Search for Pathways of Influence", *Social Science and Medicine* 27(12): 1357-1368.

Government of Indonesia & Unicef. 1989. *Situation Analysis of Children and Women in Indonesia*. A report. Jakarta.

Heering, L. 1993. "Case Study on the Way in Which an Urban and a Rural Community in Yogyakarta Participate in Health and Health Care for Children", Working Paper. Haque: Institute of Social Studies.

Hull, T. H. 1990. "Roots of Primary Health Care Institutions in Indonesia", dalam *What We Know about Health Transition*, John Caldwell et al. (eds.). Health Transition Series No. 2. Canberra: Australian National University, hlm. 500-508.

Hull, V. J. 1979. "Women, Doctors and Family Health Care: Some Lessons from Rural Java", *Studies in Family Planning* 10(11/12): 315-325.

Leinbach, T. R. 1988. "Child Survival in Indonesia", *Third World Planning Review*, 10(3): 255-69.

Lenart, J. C. 1988. "Lessons for the Developed - from the Third World", *World Health Forum*, 9: 454-460.

Mboi, N. 1987. "Immunization and the War against the Child Killers of Nusa Tenggara Timur Indonesia", *Berita Kesehatan Masyarakat*, 3(5): 156-69.

Meliala, A. M. dan Poerwanto, S. 1991. "Masalah Kesehatan di Indonesia Bagian Timur", *Media Litbangkes*, 1(4): 9-20.

- Menteri Kesehatan RI. 1993. "Kebijakan dan Program Kesehatan untuk Mempercepat Penurunan Kematian Ibu, Bayi dan Anak serta Kaitannya dalam Pengembangan Penduduk sebagai Kekuatan Pembangunan", dalam *Prosiding Konferensi Kependudukan Indonesia*, Jakarta, 13-15 Juli 1993.
- Mosley, W. H. 1985. "Will Primary Health Care Reduce Infant and Child Mortality?: a Critique of Some Current Strategies, with Special Reference to Africa and Asia", dalam *Seminar Proceedings on Health Policy, Social Policy and Mortality Prospects*, Jacques Vallin dan Alan D. Lopez (eds). Paris: February 28 - March 4, 1983, hlm. 105-137.
- Nations, M. K. 1985. "Cousideration of Cultural Factors in Child Health", dalam *Good Health at Low Cost*, Scott B Halstead, Julia A Walsh and Kenneth S Warren (eds.). Conference Report. Bellagio: Rockefeller Foundation.
- Raharjo, Y. dan Corner, L. 1989. "Cultural Attitudes to Health and Sickness in Public Health Programs: a Demand-Creation Approach Using Data from West Aceh Indonesia", dalam *What We Know about Health Transition: the Cultural, Social and Behavioural Determinants of Health*, John Caldwell et al. (eds). Canberra: Health Transition Center, hlm. 522-533.
- Rai, N. K. 1991. "Kebijaksanaan Pembangunan Kesehatan Indonesia Bagian Timur", *Media Litbangkes* 1(4): 30-4.
- Rienks, A.S. dan Iskandar, P. 1985. "Penyakit dan Pengobatan di Jawa Tengah: Persepsi Desa kontra Persepsi Pemerintah", dalam *Peranan Kebudayaan Tradisional Indonesia dalam Modernisasi*, Michael R Dove (ed.). Jakarta: Yayasan Obor.
- Riessman, C. K. 1974. "The Use of Health Services by the Poor", *Social Policy*, May/June: 41-49.
- Rustam, K. S. 1986. "Grass-Root Development with the PKK", *Prisma* 40: 77-84.
- Sandiford, P., Morales, P., Garter, A., Coyle, E., and Smith, G.D. 1991. "Why Do Child Mortality Rates Fall?: an Analysis of the Nicaraguan Experience", *Ameriean Journal of Public Health*, 81(1): 30-37.
- Schultz, T. P. 1985. "Household Economic and Community Variables as Determinants of Mortality", dalam *Child Survival Strategies for Research*, W.H. Mosley et al (eds). A supplement to Population and Development Review Vol. 10: 225-36.
- Sidharta, Y. dan Budiarmo L. R. 1987. "Imunisasi: Cakupan, Drop Out dan Missed Opportunity", dalam *Prosiding Seminar Survai Kesehatan Rumah Tangga 1986*, Ratna L. Budiarmo, et al. (eds). Jakarta: Pusat Penelitian Ekologi Kesehatan, hlm. 125-36.
- Streatfield K, Tampubolon, L.H., dan Suryadi, C. 1990. "Investigating Health Beliefs and Health Seeking behaviour among the Urban Poor of Jakarta", dalam *What We Know about Health Transition*, John Caldwell et al. (eds.), Health Transition Series No. 3. Canberra: Australian National University, hlm. 342-353.
- Streatfield, K. dan Singarimbun, M. 1988. "Social Factors Affecting Use of Immunization in Indonesia", *Social Science and Medicine*, 27(11): 1237-1245.
- Streatfield, K., Singarimbun, M. dan Diamond, I. 1990. "Maternal Education and Child Immunization", *Demography*, 27(3): 447-455.