

DISERTASI

**KEBERDAYAAN IBU DALAM KELUARGA YANG MERUPAKAN
LINGKUNGAN PENGASUHAN ANAK
SEBAGAI DETERMINAN KEMATIAN BAYI DAN ANAK**



WINDHU PURNOMO

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2002**

**KEBERDAYAAN IBU DALAM KELUARGA YANG MERUPAKAN
LINGKUNGAN PENGASUHAN ANAK
SEBAGAI DETERMINAN KEMATIAN BAYI DAN ANAK**

DISERTASI

**Untuk memperoleh Gelar Doktor
Dalam Program Studi Ilmu Kedokteran
Pada Program Pascasarjana Universitas Airlangga
Telah dipertahankan di hadapan
Panitia Ujian Doktor Terbuka
Pada hari : Selasa
Tanggal : 4 Juni 2002
Pukul 10.⁰⁰ WIB**

Oleh :

**WINDHU PURNOMO
NIM. 099411609 D**

Lembar Pengesahan

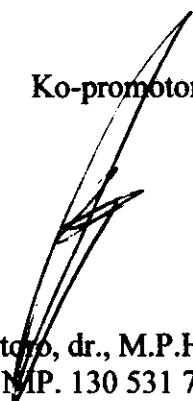
**Disertasi ini telah disetujui
tanggal 28 Pebruari 2002**

Oleh:

Promotor

**Prof. H. Soeprapto Atmosoehardjo, dr., D.P.H.
NIP. 130 162 026**

Ko-promotor



**H. Kuntoro, dr., M.P.H., Dr.P.H.
NIP. 130 531 767**

Telah diuji pada ujian disertasi tahap I (tertutup)
Tanggal 11 Februari 2002

PANITIA PENGUJI DISERTASI

Ketua : Prof. Eddy Pranowo Soedibjo, dr., M.P.H.
Anggota : 1. Prof. Soeprapto Atmosoehardjo, dr., D.P.H.
2. Kuntoro, dr., M.P.H., Dr.P.H.
3. Prof. Dr. Pitono Soeparto, dr., Sp.A.K.
4. Prof. Dr. Rika Subarniati T., dr., S.K.M.
5. Dr. Hariadi Soeparto, dr., D.O.R., M.Sc., A.P.U.
6. Dr. Paiman Soeparmanto, Drs.
7. Oedojo Soedirham, dr., M.P.H., M.A., Ph.D.

Ditetapkan dengan Surat Keputusan
Rektor Universitas Airlangga
Nomor: 1321/J03/PP/2002
Tanggal 20 Februari 2002



UCAPAN TERIMA KASIH

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur Alhamdulillah penulis panjatkan kepada Allah SWT, atas berkah, rahmah taufiq, hidayah dan inayah-Nya, disertasi ini dapat diselesaikan. Hanya karena bimbingan dan anugerahNya, berbagai kendala baik akademis maupun non akademis yang silih berganti selama menyelesaikan karya tulis ini dapat saya lalui. Atas bantuan dari berbagai pihak, yang banyak menolong dalam penyelesaian disertasi ini kami haturkan penghargaan dan rasa terima kasih yang tak terhingga kepada :

Pemerintah Republik Indonesia melalui DirJen Pendidikan Tinggi Yang telah memberikan beasiswa BPPS Selama kami sekolah di Pasca Sarjana Program Doktor (S3) di Universitas Airlangga Surabaya.

Rektor Universitas Airlangga Surabaya, **Prof. Dr. H. Soedarto, dr., Sp.PAR., DTMH., Ph.D.** dan **Prof. Bambang Rahino Setokusumo. dr.** mantan Rektor yang telah memberi kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan di Program Pascasarjana Universitas Airlangga Surabaya.

Direktur Program Pascasarjana Universitas Airlangga Surabaya, **Prof. Dr. Muhammad Amin, dr.** dan **Prof. Dr. Laba Mahaputera, drh., MSc.** selaku Asisten Direktur I PPS Unair dan **Dr. Soenaryo, dr., M.S., MSc.** selaku Asisten Direktur II Airlangga yang telah memberikan bantuan, kesempatan dan fasilitas kepada penulis selama belajar di Program Pascasarjana Universitas Airlangga.

Prof. H. Soeprapto Atmosoehardjo, dr., D.P.H. Sebagai Promotor yang dengan bijaksana dan tulus ikhlas membimbing, mendorong dan memberikan nasihat yang berharga sejak awal perkuliahan, penyusunan proposal hingga pengumpulan data dari disertasi ini.

H. Kuntoro, dr., MPH.Dr.P.H., yang di tengah kesibukan berkenan meluangkan waktu, untuk berdiskusi, memberikan bimbingan, arahan dan senantiasa mendorong penulis untuk segera menyelesaikan disertasi ini

Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Surabaya. **Prof. Dr. H. Tjipto Suwandi, dr., M.OH.,** dan mantan Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Unair. **Prof. Dr. Hj. Rika Subarniati T, dr., S.KM** yang telah mendorong dan memberikan ijin kepada penulis untuk melanjutkan studi program doktoral.

Ketua Program Studi Ilmu Kedokteran Program Pascasarjana Univeristas Airlangga **Prof. Dr. Mandojo Rukmo, drg., M.Sc Sp.KG.** dan mantan Ketua Program Studi Ilmu Kedokteran **Prof. Dr. Hj. Juliati Hood Alsagaf, dr., MS., Sp. PA.F.I.A.C.** yang telah memberikan asuhan akademik selama saya belajar di Program Studi Doktor, serta para dosen **Prof. Dr. H.J. Glinka, SVD., Prof. Soetandyo Wignyosoebroto, MPA, Widodo Jatim Pudjiraharjo, dr., MS, MPH, Dr. PH, Prof. Dr. H. Sarmanu, drh., MS, Prof. H. Eddy Pranowo Soediby, dr., MPH, , H. Fuad Amsyari, dr., MPH, Ph.D, Siti Pariani, dr., MS, MSc, Ph.D, Prof. Dr. Suhartono Taat Putra, dr., MS, Prof. Dr. H. M. Zainuddin, Drs. Apt, Prof. Dr. Hj.**

dr., Sp.PAR., DTMH, Ph.D. Prof. Bambang Rahino Setokusumo. dr. Prof. Purnomo Suryohudojo, dr. Dr. Hariadi Soeparto. dr. DOR. MSc. APU. Dr. Paiman Soeparmanto, drs.

Saudara sebagai Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sumenep yang telah memberikan ijin di daerahnya untuk dilaksanakan penelitian ini.

Semua responden yang tulus ikhlas bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini dari awal hingga akhir pengumpulan data.

Para sahabatku angkatan 1994/1995 program S3 Ilmu Kedokteran yang telah memberikan sumbangan pikiran dan memberikan motivasi tanpa pamrih pada penulis, semoga persahabatan kita terus terjalin selamanya.

Kepada Ketua Bagian Kesehatan Biostatistik dan Kependudukan Bpk. H. Kuntoro. Dr.MPH. Dr.PH. Dr. Arief Wibowo. dr. MS. Hari Basuki Notobroto. Dr.M.Kes. Sunar Natalina M. Ir. M.Kes. Mahmudah. Ir. M.Kes. Rahma Indawati. SKM. MKM. Nunik P. SKM. M.Kes. Lutfi Agus Salim. SKM. MSi. beserta staf administrasi Mbah Indah dan mbak Rini yang telah membantu menemani saya selama pembuatan laporan penelitian.

Terima kasih kami yang tak terhitung kepada sahabat-sahabatku, Dr. Chatarina UW., dr., MS., MPH., Dr. Rahmat Hargono dr., MS., MPH., Denny Ardianto Ir., MS dan Ririh Yudhastuti drh.MSc., yang banyak berperan dalam mendewasakan diri saya dalam menempuh S3, walaupun kadang-kadang timbul konflik, untuk itu juga dengan tulus saya menyampaikan penghargaan dan terimakasihku yang dalam, mungkin karena itulah saya mampu menyelesaikan pendidikan S3 ini.

Saya sampaikan ucapan terimakasih yang sedalam-dalamnya pada Semua mantan guru, dosen serta semua teman saya mulai dari Tamat **SDK St. Gabriel Surabaya, SMPK St Stanilaus Surabaya, SMAN II Surabaya, Fakultas Kedokteran Unair Surabaya dan Program Studi Pasca Sarjana (Magister) Universitas Airlangga Surabaya** Yang telah membekali ilmu dan motivasi hingga keberhasilan saya saat ini.

Kedua orang tua saya Ayahanda – ibunda, mertua serta seluruh keluarga besar, saudara kandung saya beserta ipar saya, yang dengan setia menemani, mendorong dalam suka dan duka. Terimakasih atas segala curahan kasih dan restu yang tak terhitung Ayah, Ibu, saudaraku semua doa restumu kumohon selalu menyertai irama perjalanan hidupku dihari esok.

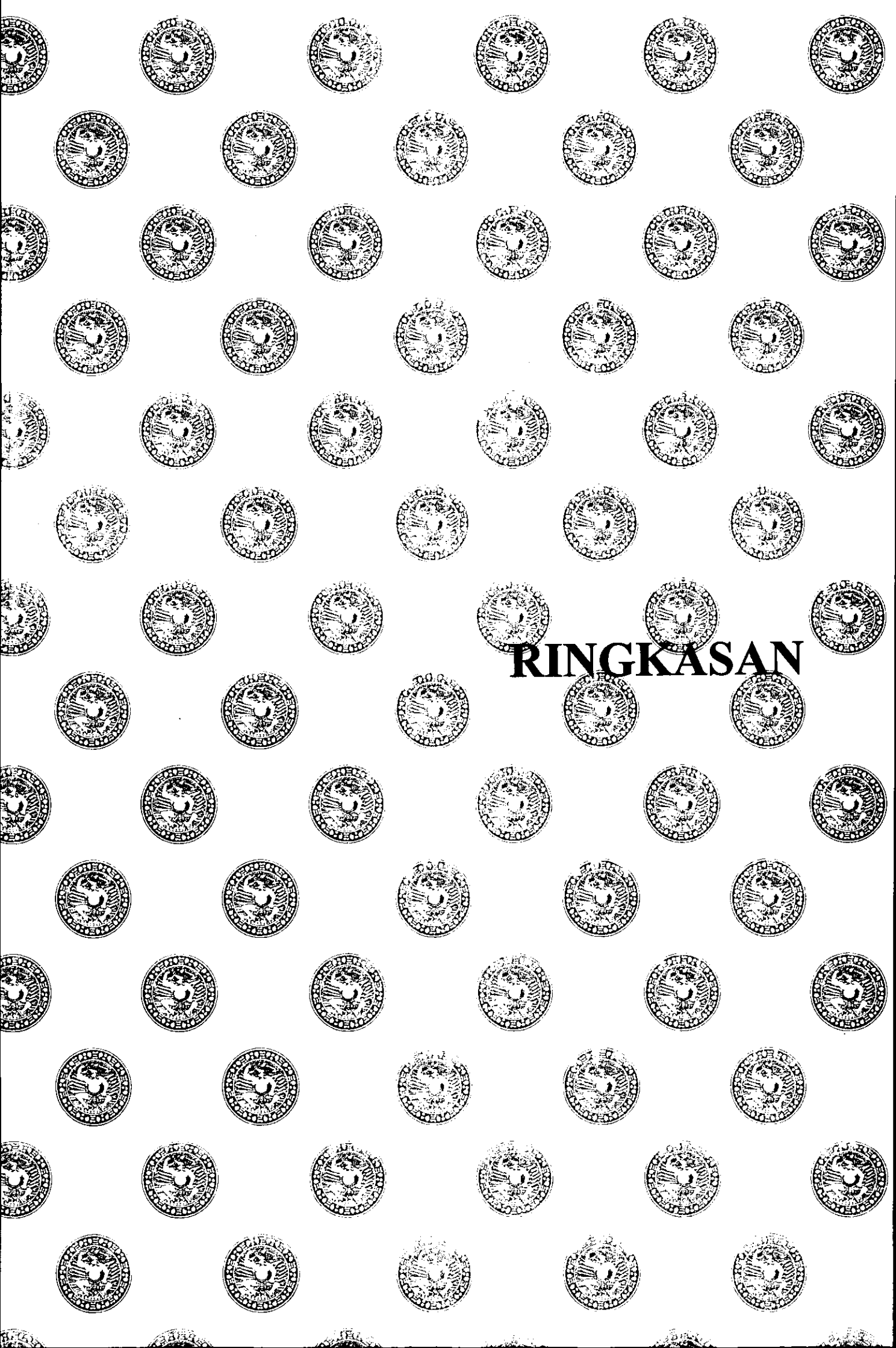
Diantara rangkaian ungkapan terima kasih kepada semua pihak, tak lengkap bila melupakan orang yang paling dekat dan sangat berarti dalam hidup saya yaitu Isteri tercinta **HJ Erna Herjati WP dr.MS**, anak-anakku **Erwin Prima wardana dan Prastantia Winna Hapsari** yang selalu saya tinggal selama menjalankan studi, dia dengan rela mendo'kan keberhasilan ayahandanya, terima kasihku untuk semua dengan pengorbananmu, pengertian, limpahan do'a dan kasih sayang mengiringi perjalanan panjang dan tidak bosan-bosan mendampingi ayah menuju keberhasilan untuk hari esok, maafkan ayah dengan terpaksa sering meninggalkanmu sayang.

Semua pihak yang tidak sempat saya sebutkan satu persatu yang juga telah banyak membantu untuk kelancaran dan penyelesaian studi, semoga budi baik yang telah diberikan dibalas oleh Allah Yang Maha Kuasa. Amin Ya Robbal Alamin.

Perjalanan hidup masih belum berakhir, keberhasilan yang saya raih saat ini bukan merupakan akhir dari sebuah perjuangan hidup, justru hal ini merupakan awal dari rencana perjalanan panjang yang menyimpan tantangan dan rahasia kehidupan untuk dapat meraih kemenangan di hari esok. Semoga saya dapat mengabdikan, mentransformasikan serta mengamalkan apa yang telah saya peroleh selama ini.

Terima kasih Allah, Engkau telah memberiku segalanya dalam hidupku. Terima kasih bapak, ibu, saudara, isteri-anakku, keluarga, teman, sahabat, dan handai taulan, yang telah banyak membantu saya dalam segala hal. Kesuksesan dan keberhasilan ini berkat bantuan semuanya. Saya yakin keberhasilan ini karena dorongan dari semuanya, untuk itu kesuksesan saya juga merupakan keberhasilan kita semua.

Surabaya, Februari 2002



RINGKASAN

RINGKASAN

KEBERDAYAAN IBU DALAM KELUARGA YANG MERUPAKAN LINGKUNGAN PENGASUHAN ANAK SEBAGAI DETERMINAN KEMATIAN BAYI DAN ANAK

Di Indonesia, angka kematian bayi (*infant mortality rate*) pada tahun 1998 masih 50,0 per seribu yang berarti turun sedikit dari sebelumnya 57 per seribu kelahiran hidup pada tahun 1994, sedang angka di Jawa Timur adalah 52 permil (Biro Pusat Statistik, 1995; Biro Pusat Statistik, 1999). Angka tersebut sangat tinggi bila dibandingkan dengan angka kematian di Amerika Serikat yang hanya 8,4 per seribu kelahiran hidup pada tahun 1993, turun 1,8 persen dari angka 8,5 permil pada tahun 1992 (Centers for Disease Control and Prevention, 1996). Bahkan, angka kematian bayi rata-rata tahun 1996-1997 di Selandia Baru jauh lebih rendah lagi, yaitu hanya 7,3 permil. (National Health Committee, 1998.)

Demikian pula angka kematian balita (usia 0- 4 tahun) di Indonesia pada tahun 1997. Masih sebesar 70,6 permil (Gwatkin et al., 2000), sedangkan angka di Jawa Timur pada tahun 1993 sebesar 70,1 permil (Biro Pusat Statistik, 1994b). Pada periode 1985-1990 angka kematian anak (1-4 tahun) di Indonesia sebesar 32,9 permil, jauh lebih tinggi daripada Thailand dan Sri Lanka yang masing-masing hanya 9,1 dan 9,5 permil (Sullivan et al., 1994). Melihat keadaan di atas, jelas terasa ada sesuatu yang salah, yaitu di satu sisi pembangunan di bidang kesehatan, terutama secara kuantitas, sudah begitu baik menjangkau ke seluruh pelosok tanah air Indonesia, tetapi di sisi lain status kesehatan masyarakat masih sangat rendah melalui indikatornya yaitu angka kematian bayi dan angka kematian anak yang masih tinggi, lebih-lebih dibandingkan dengan beberapa negara tetangga, meski pun sudah ada *trend* ke arah yang sedikit membaik. Mungkin masalahnya bukan terletak pada kuantitas dan kualitas pembangunan fisik di bidang kesehatan, tetapi justru terletak pada apa yang terdapat di masyarakat, atau lebih menitik lagi, pada keluarga sebagai unit terkecil dari masyarakat.

Tujuan penelitian ini adalah untuk membuktikan bahwa keberdayaan ibu dalam keluarga, sebagai salah satu karakteristik keluarga yang merupakan lingkungan pengasuhan anak, merupakan determinan dominan dari kematian bayi, kematian anak, dan kematian balita ganda dalam keluarga

Rancangan Penelitian, Penelitian dilakukan melalui pendekatan kuantitatif berupa survei yang bersifat analitik *ex post facto* (Moh. Nazir, 1988; Warwick and Lininger, 1975).

Meski pun jenis rancang bangun ini bukanlah yang terbaik untuk membuktikan hubungan kausatif (Beaglehole et al., 1993), tetapi rancang bangun ini dipilih karena beberapa pertimbangan atau alasan sebagai berikut:

1. Yang utama adalah adanya masalah yang menyangkut etika penelitian bila menggunakan rancang bangun longitudinal kohor (*cohort study*) prospektif, lebih-

lebih bila menggunakan penelitian eksperimental yang memanipulasi paparan yang diduga sebagai faktor risiko, sebab *outcome* penelitian ini adalah suatu kejadian kematian.

Akan terjadi pelanggaran etika bila *outcome* kematian dimungkinkan terjadi, dengan membiarkan beberapa paparan, yang secara teoritis diduga mempengaruhi terjadinya *outcome*, padahal hal ini yang justru akan diamati dan diukur dalam penelitian, tetap berlangsung.

2. Rancang bangun kasus-kontrol (*case control study*) sangat sukar dilakukan karena adanya keterbatasan bahkan ketiadaan data sekunder mengenai kerangka sampel yang berkaitan dengan kasus kematian (bayi, anak, dan balita ganda) dalam empat tahun terakhir.
3. Dengan dua pertimbangan utama di atas, dalam penelitian ini sama sekali tidak dilakukan pembiaran dan manipulasi paparan yang diduga sebagai faktor risiko, sehingga baik *outcome* kematian mau pun paparan (yang diduga faktor risiko) sudah terjadi tanpa campur tangan peneliti.

Agar hubungan kausatif yang akan dibuktikan tetap bisa dipertanggungjawabkan secara metodologis, maka, konsekuensinya, keterbatasan rancang bangun dalam penelitian ini diatasi dengan menetapkan kriteria sampel yang ketat, yaitu data primer tentang paparan (yang diduga sebagai determinan) yang diukur dari responden diupayakan merupakan *fixed (constitution) variables* atau paparan yang (relatif) permanen, atau berlangsung lama sebelum terjadinya kematian yang dimaksud (Hulley and Cummings, 1988). Lokasi penelitian adalah di kecamatan Kecamatan Arjasa, kepulauan Kangean, kabupaten Sumenep, pulau Madura, Jawa Timur, Alasan pemilihan lokasi ini adalah karena kepulauan ini relatif terpencil, 8-11 jam perjalanan laut ke arah timur dari kota Sumenep, sehingga: mobilitas penduduk antar daerah relatif terbatas, karakteristik demografis penduduk (antara lain: agama, etnis, latar belakang budaya) relatif homogen, paparan penduduk terhadap media-massa (radio, televisi, dan surat kabar) cukup terbatas. Waktu penelitian Proses penelitian sejak penyusunan usulan penelitian dimulai bulan Agustus 1996, sedangkan pengumpulan data dilakukan bulan Februari dan April 1999.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi kejadian kematian bayi (usia 0-11 bulan) di kepulauan Kangean berdasarkan temuan penelitian ini yang sebesar 9,8 persen dalam empat tahun terakhir atau rata-rata per tahunnya sebesar 2,45 persen atau 24,5 permil, adalah merupakan angka yang cukup rendah bila dibandingkan dengan angka kematian bayi nasional sebesar 46,0 permil kelahiran hidup pada tahun 1999 (Badan Pusat Statistik, 1999) atau angka di Jawa-Bali yang sebesar 42 permil pada periode 1992-1997 (Saadah et al, 1997).

Tetapi, proporsi kejadian kematian anak (usia 12-59 bulan) yang sebesar 6,5 persen dalam empat tahun terakhir atau rata-rata dalam setahun sebesar 1,63 persen atau 16,3 permil, sedikit lebih tinggi dari pada angka kematian anak nasional, menurut SUSENAS 1998, yang sebesar 15 permil (Bos, 1999).

Hal di atas menunjukkan bahwa secara umum status kesehatan masyarakat di kepulauan ini relatif lebih baik dari pada status kesehatan masyarakat di Indonesia secara umum. Keadaan ini bisa terjadi karena kondisi kesuburan tanahnya yang lumayan baik, lebih

baik dari pada kondisi tanah di pulau Madura umumnya, ini terbukti dari besarnya hasil produksi pertanian seperti padi, di mana 30 persen produksi padi di kabupaten Sumenep disumbang oleh kepulauan ini, dan ini menunjukkan bila tingkat kesejahteraan penduduknya sedikit lebih tinggi dari pada mereka yang berada di daratan pulau Madura yang lebih tandus dan mata pencaharian penduduknya kurang lebih sama. Namun, keadaan ini bukan hal yang sudah menggembirakan bila diingat bahwa proporsi kematian bayi dan anak sebesar itu jauh masih jauh lebih tinggi dari pada angka di beberapa negara tetangga sesama negara Asia Tenggara yang kebanyakan angka kematiannya sudah di bawah 10 permil kelahiran hidup (seperti Brunei, Malaysia, Singapura, dan Muangthai) yang laju pembangunan fisik di bidang kesehatannya kurang lebih sama dengan Indonesia, kecuali Filipina: 24,1 permil dan Vietnam: 77,94 permil (SEAMIC, 1999). Kematian bayi dan kematian anak ternyata benar terbukti ada hubungannya dengan keberdayaan ibu dalam keluarga, terutama yaitu keberdayaan ibu dalam pengambilan keputusan penting yang berkaitan dengan persoalan-persoalan anak dalam keluarga dan keberdayaan ibu yang berkaitan dengan perbedaan umur dengan suami yang besar. Keberdayaan ibu ini berhubungan erat dengan status perempuan yang menyangkut status pendidikan dan status bekerja ibu (Caldwell, 1979; Durrant and Sathar, 2000). Faktor biomaternal, dalam hal ini umur ibu saat melahirkan, juga terbukti merupakan determinan untuk kematian bayi. Di sini ada penjelasan bahwa umur dini (di bawah 20 tahun) dan yang terlalu tua (di atas 34 tahun) memang sudah dibuktikan sebagai umur yang mempunyai risiko tinggi untuk persalinan (Kishor dan Pasuraman, 1998). Umur yang masih dini, secara biologis berkaitan dengan kondisi rahim yang belum matang untuk menerima kehadiran bayi baru dalam kehidupan seorang perempuan, demikian pula secara psikologis. Sedang pada umur yang lebih tua, keadaan rahim sudah tidak *favourable* lagi untuk hamil kembali akibat mulainya proses degenerasi organ-organ reproduksi perempuan, karena akan mengakibatkan mudahnya mengalami perdarahan dan sebagainya. Temuan penting dalam disertasi ini adalah, Meski pun harapan utama yaitu didapatkannya determinan dari kematian balita ganda tidak diperoleh secara memuaskan, tetapi diperoleh suatu temuan penting, yaitu:

Adanya peranan besar dari faktor keberdayaan ibu di dalam keluarga, yaitu keterlibatan dalam pengambilan keputusan dalam keluarga dan perbedaan umur yang besar antara pasangan suami-istri (istri yang jauh lebih muda daripada suami) terhadap kematian bayi dan anak di Indonesia. Selama ini penelitian yang ada yaitu mengenai keterkaitan pemberdayaan wanita dengan partisipasi keluarga berencana, atau peranan status wanita (status pendidikan dan status bekerja) dengan kematian bayi dan anak. Temuan ini akan memperkuat dorongan peningkatan pemberdayaan perempuan, utamanya kaum ibu, melalui penyadaran akan hak-hak reproduksinya yang selama ini masih belum mendapatkan perhatian penuh dari masyarakat, terutama oleh sebagian masyarakat tertentu yang masih memerlukan pencerahan. Berhasil digunakannya indeks kepemilikan hasil survei demografi dan kesehatan Indonesia 1997 untuk menganalisis hubungan antara tingkat ekonomi keluarga dan tingkat kualitas lingkungan fisik rumah tangga dengan kematian bayi dan anak. Ternyata indeks ini cukup adekuat digunakan untuk membuktikan hubungan yang ada di atas.

Kesimpulannya adalah bahwa, Kondisi keberdayaan ibu di wilayah penelitian, yaitu

meski pun sudah ada 10,3 persen ibu yang dalam kondisi sangat berdaya, tetapi masih didapatkan sebanyak 4,9 persen ibu yang dalam kondisi sangat tidak berdaya. Di antara karakteristik keluarga, indikator keberdayaan ibu dalam keluarga, yang merupakan determinan dominan dari kejadian kematian bayi, adalah: keterlibatan ibu dalam pengambilan keputusan di dalam keluarga, yang terbukti sebagai faktor protektif dari kejadian kematian bayi; perbedaan usia ibu dengan suami, mana kala usia ibu yang tidak terpaut jauh dengan suami terbukti sebagai faktor protektif dari kejadian kematian bayi. Selain itu, karakteristik keluarga lain yang terbukti merupakan determinan dominan dari kejadian kematian bayi, adalah: tingkat status sosial ekonomi, yang dicerminkan oleh indeks kepemilikan atau aset keluarga, sebagai determinan yang paling dominan; dan banyaknya atau jumlah anak yang hidup dalam keluarga merupakan determinan dominan kedua dari kematian bayi. Faktor lain, di luar karakteristik keluarga, yang terbukti menjadi determinan dominan kematian bayi adalah faktor maternal, yaitu usia ibu saat melahirkan. Di antara karakteristik keluarga, indikator keberdayaan ibu dalam keluarga, yang terbukti merupakan determinan dominan dari kejadian kematian anak, adalah: keterlibatan ibu dalam pengambilan keputusan di dalam keluarga, yang terbukti sebagai faktor protektif dari kejadian kematian bayi; perbedaan usia ibu dengan suami, mana kala usia ibu yang tidak terpaut jauh dengan suami terbukti sebagai faktor protektif dari kejadian kematian bayi. Selain keberdayaan ibu dalam keluarga, karakteristik keluarga lain yang terbukti merupakan determinan dominan dari kejadian kematian anak adalah tingkat status sosial ekonomi, yang dicerminkan oleh indeks kepemilikan atau aset keluarga, sebagai determinan yang paling dominan.

1. Didapatkan bukti bahwa keterlibatan ibu dalam pengambilan keputusan di dalam keluarga sebagai indikator keberdayaan ibu merupakan determinan kritis dari kesejahteraan dan kelangsungan hidup anak.
2. Pada penelitian disertasi ini tidak ditemukan sebuah variabel pun yang merupakan determinan dominan dari kejadian kematian balita ganda dalam keluarga.
3. Dengan adanya temuan beberapa determinan kejadian kematian bayi dan kematian anak, maka dapat disusun dua buah model matematik, yaitu model kematian bayi dan model kematian anak yang akan digunakan untuk melakukan prediksi probabilitas atau risiko kematian bayi dan kematian anak dari nilai prediktor atau determinan yang dimiliki oleh seorang ibu dengan karakteristik tertentu.

Disarankan dengan adanya temuan bahwa keberdayaan perempuan atau ibu dalam keluarga sangat penting dalam menjaga dan meningkatkan kelangsungan hidup anak, maka diperlukan suatu rekayasa sosial untuk lebih memberdayakan para perempuan, utamanya para ibu. Pemberdayaan ini dilakukan agar para perempuan sadar akan hak-haknya, termasuk hak-hak reproduksinya, baik untuk menentukan kapan bereproduksi, kapan menunda, dan kapan berhenti bereproduksi. Bukan hanya para perempuan yang harus sadar akan hak-haknya, demikian pula kaum laki-laki perlu disadarkan bahwa para perempuan, termasuk para pasangan mereka, mempunyai hak-hak semacam itu. Kesadaran ini tentu tidak mungkin tumbuh begitu saja dengan cepat tanpa rekayasa, sehingga harus ditumbuhkan melalui advokasi, edukasi dan pelatihan, yaitu melalui edukasi reproduksi sehat dan edukasi hak-hak azasi manusia sejak dini di sekolah yang dilakukan secara terintegrasi dengan beberapa mata ajaran lain. Melalui edukasi dan

pelatihan semacam itu, yang bisa diselenggarakan oleh pemerintah atau lembaga non pemerintah, dalam diri para perempuan akan muncul kesadaran bahwa mereka mempunyai kemampuan dan kesanggupan untuk ikut aktif berpartisipasi dalam pengambilan keputusan penting dalam keluarga, demi kesejahteraan dan kelangsungan hidup anak. Karena ketidakadilan gender dan ketidakberdayaan perempuan dikonstruksikan oleh budaya dan dilembagakan, maka media massa diharapkan perannya untuk mensosialisasikan penghapusan ketidakadilan yang mengakibatkan ketidakberdayaan tersebut melalui keberanian untuk mengubah wacana ketidakadilan tersebut. Untuk ini media massa harus melakukan perubahan pemilihan *angle* dari suatu berita atau diksi yang digunakan dalam penulisan atau penayangan berita yang tidak merugikan perempuan. Salah satu tindakan nyata yang bisa dilakukan, yaitu para perempuan harus lebih banyak memasuki industri media massa yang bersifat kapitalistik-patriarkhis ini, baik dalam hal pemilikan saham, penguasaan direksi, mau pun penguasaan jajaran jurnalis oleh para perempuan yang mempunyai kesadaran tinggi dalam hal keberdayaan perempuan. Dengan demikian, di ujungnya nanti, media massa akan mempunyai sumbangan yang sangat berarti dalam meningkatkan kesejahteraan dan kelangsungan hidup anak. Pada aspek legal, harus ditinjau ulang banyaknya aturan hukum atau peraturan perundang-undangan yang masih menganut prinsip hukum berorientasi laki-laki, yaitu prinsip yang berasal dari sejarah panjang tentang hegemoni budaya patriarkhis yang menganggap perempuan tak bisa melakukan perbuatan hukum, tidak mungkin mandiri, dan hanya berada di sektor domestik (rumah tangga). Karena ada bukti bahwa perbedaan umur merupakan determinan kematian bayi dan anak, maka secara individual, maka bagi mereka yang ingin menghindari munculnya situasi subordinatif pihak yang satu terhadap lainnya, terutama bagi istri yang jauh lebih muda, yang kelak akan mempengaruhi kesejahteraan dan kelangsungan hidup anak mereka, dianjurkan ketika akan memutuskan memasuki dunia perkawinan, untuk mempertimbangkan perbedaan umur yang sangat jauh antara kedua calon pasangan suami-istri, meski pun pilihan calon pasangan hidup merupakan hak azasi dari setiap orang. Melihat adanya bukti bahwa status sosial-ekonomi melalui perhitungan indeks kepemilikan merupakan determinan yang paling dominan dari kematian bayi dan kematian anak, maka pemerintah, baik pemerintah pusat mau pun pemerintah daerah otonom, harus selalu memprioritaskan anggaran pembangunannya untuk peningkatan kesejahteraan rakyat, terutama bagi masyarakat miskin, agar mereka selalu mempunyai akses yang baik terhadap fasilitas pelayanan kesehatan publik berkualitas tinggi tanpa terkendala oleh kemampuan daya beli mereka yang rendah. Tanpa prioritas sasaran pembangunan semacam itu, di saat sebagian masyarakat saat ini mengalami kesulitan ekonomi yang seolah-olah tidak berkesudahan, maka bisa diramalkan bahwa *trend* penurunan angka kematian bayi dan angka kematian anak di negeri ini akan tetap berjalan lambat. Melalui temuan bahwa jumlah anak hidup di suatu keluarga merupakan determinan yang cukup dominan dalam kematian bayi, maka gerakan keluarga berencana tetap dipertahankan atau bahkan ditingkatkan, agar bukan hanya manfaat makro kependudukan dari gerakan kependudukan dan keluarga berencana yang dinikmati oleh banyak orang, tetapi lebih-lebih manfaat mikro untuk kesejahteraan keluarga dan kelangsungan hidup anak. Dengan bukti bahwa faktor maternal, dalam hal ini usia ibu pada saat melahirkan, tetap

merupakan determinan penting kematian bayi meski pun bukan yang paling dominan, maka para pelaksana program di lapangan, terutama para bidan di daerah, harus tetap mempertahankan sistem pemantauan keadaan ibu hamil dan janin yang dikandungnya dengan menggunakan kartu pemantauan kehamilan risiko tinggi, yang usia ibu hamil. Karena hipotesis yang berkaitan dengan determinan dari kematian balita ganda ditolak, yang mungkin disebabkan kecilnya temuan kasus kematian balita ganda, maka disarankan dilakukan penelitian lanjut untuk determinan kematian balita ganda dalam keluarga dengan skala lebih luas, yaitu level propinsi atau nasional (multi-senter), meski pun tidak ada jaminan akan munculnya determinan dominan yang diharapkan. Penelitian mengenai determinan dominan kematian balita ganda dalam keluarga sangat penting, selain dari manfaat aplikasi disiplin demografi kedokteran atau kesehatan, tetapi juga untuk manfaat pengembangan metodologi yang relevan dengan studi mortalitas yang tergugus (terkluster) dalam kelompok tertentu, di antaranya keluarga. Agar bisa ditemukan suatu konsep keberdayaan perempuan yang sesuai dengan kondisi negeri seperti di Indonesia, diperlukan studi lanjut yang memvalidasi subvariabel-subvariabel yang cocok dalam mengkonstruksi konsep keberdayaan perempuan yang relevan dengan kesejahteraan anak.

SUMMARY

WOMEN'S EMPOWERMENT WITHIN THE HOUSEHOLD, AS A SPHERE OF THE CHILD CARE, IS A DETERMINANT OF CHILD AND INFANT MORTALITY

Infant Mortality Rate (IMR) popular for indicator of social economic and health services in country. Infant Mortality Rate (IMR) in develop country is still high. The childhood mortality is still a major public health problem in Indonesia. This study investigated determinants, especially women's empowerment within the household, as a sphere of the child care, with infant (0-11 months), child (12-59 months), and multiple under five child (0-59 months) mortality in Arjasa subdistrict, Kangean island, Sumenep district, Madura, East Java.

An ex post facto study was performed by interview and observation. Data were collected in February-April, 1999. The population was women who ever bore live child. Sampling technique was random walk.

The outcome variables were the infant mortality, the child mortality, and the multiple under five child mortality. The predictor (explanatory) variables included family characteristics which consisted: women's empowerment within the household (mobility, fear of disagreeing with husband, domestic violence, access to financial resources, decision making autonomy on family issues, work outside home, 6+ years older husband), assets index, wife's educational level, husband's educational level, family form, previous child death in family, and live children. Other explanatory variables were child characteristics (sex, birth order), maternal characteristics (age of mother at birth of child, birth interval), husband is blood relative, health care behaviour (health care seeking, place of child born), and distance to health facilities.

Multiple logistic regression methods were used to model the infant, child, multiple under five child mortality as the function of predictor variables.

Two hundreds and four women were interviewed.

The results were: generally, the level of women's empowerment within household was low (60.8 percent had no sufficient mobility, 52.9 percent expressed a lot of fear about disagreeing with their husbands, 26.4 percent had ever been beaten by their husbands, 54.4 percent had no decision making autonomy on family's issues, 62.7 percent had low educational level, although 60.8 percent had access to financial resources and only 32.8 percent had 6+ years older husband).

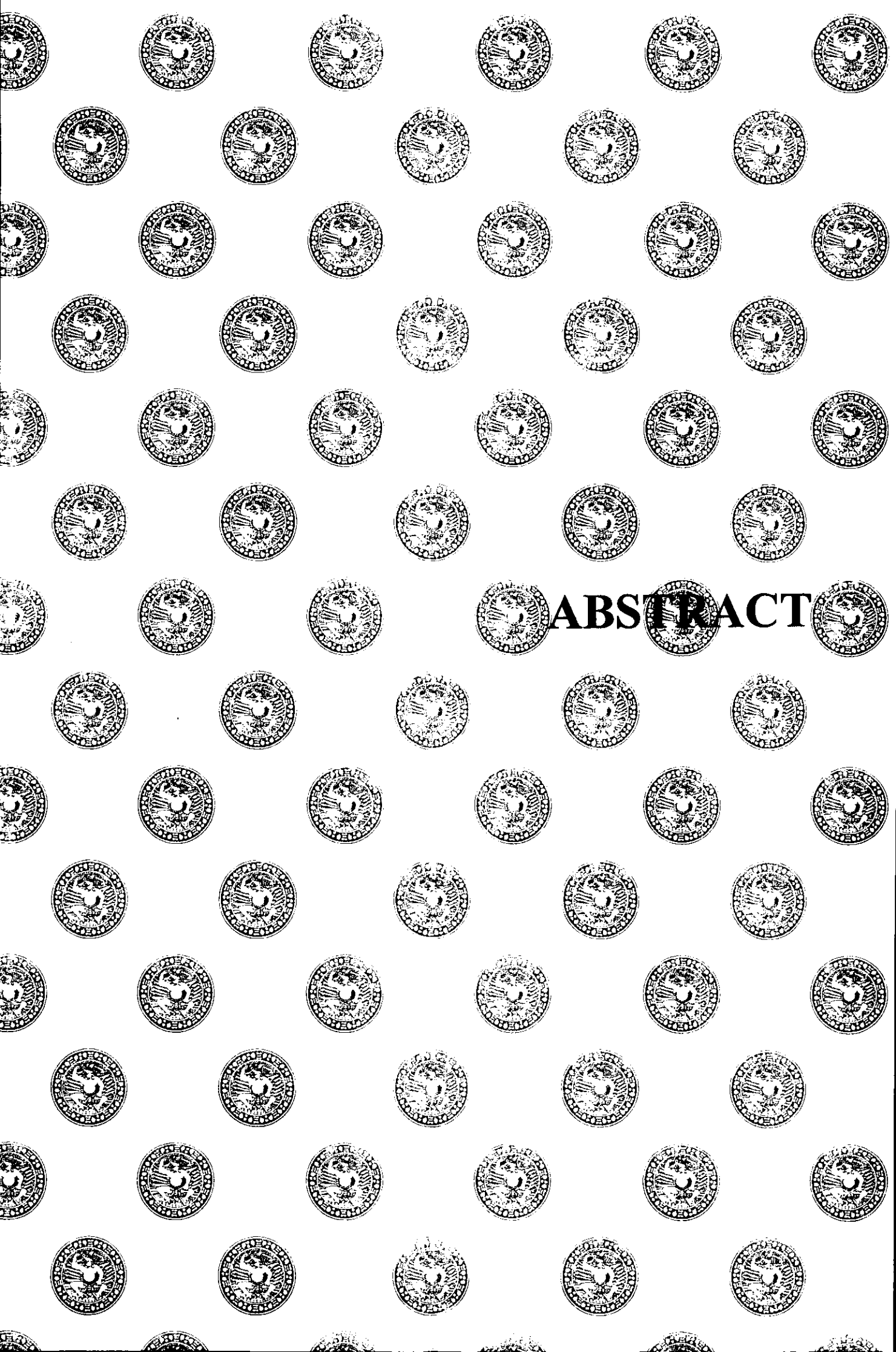
By using the multiple logistic regression technique, this study found the results as follows:

First, the determinants of the infant mortality were the assets index ($p=0.004$), 6+ years older husband ($p=0.004$ with estimate of the relative risk or $e RR=0.117$), the age of mother at birth of child ($p=0.045$ with $e RR=6.439$), and the decision making autonomy on family's issues ($p=0.047$ with $e RR=0.134$);

Second, the determinants of the child mortality were the assets index ($p=0.004$), the decision making autonomy on family's issues ($p=0.013$ with e RR=0.058), and husbands 6+ years older husband ($p=0.038$ with e RR=0.209); and
Third, no determinants of the multiple under five child mortality were found significantly.

Based on the result finding, the two important recommendations can be proposed as follows:

First, a social engineering by advocating, education, training, and other activities should have be done to accelerate women's empowerment, in order that women will have awareness about their rights and sense of equality with men and others, to increasing child survival and welfare. Second, the government should give priority constantly to increase prosperity of the people who have low income, in order to access health care facilities, especially for children and women. Research about dominant determinant of double under five child mortality in a family very crucial , Beside useful medicine discipline demography for application or health discipline demography for application .



ABSTRACT

ABSTRACT

WOMEN'S EMPOWERMENT WITHIN THE HOUSEHOLD, AS A SPHERE OF THE CHILD CARE, IS A DETERMINANT OF CHILD AND INFANT MORTALITY

Windhu Purnomo

The childhood mortality is still a major public health problem in Indonesia. This study investigated determinants, especially women's empowerment within the household, as a sphere of the child care, with infant (0-11 months), child (12-59 months), and multiple underfive child (0-59 months) mortality in Arjasa subdistrict, Kangean island, Sumenep district, Madura, East Java.

An ex post facto study was performed by interview and observation. Data were collected in February-April, 1999. The population was women who ever bore live child. Sampling technique was random walk.

The outcome variables were the infant mortality, the child mortality, and the multiple underfive child mortality. The predictor (explanatory) variables included family characteristics which consisted: women's empowerment within the household (mobility, fear of disagreeing with husband, domestic violence, access to financial resources, decision making autonomy on family issues, work outside home, 6+ years older husband), assets index, wife's educational level, husband's educational level, family form, previous child death in family, and live children. Other explanatory variables were child characteristics (sex, birth order), maternal characteristics (age of mother at birth of child, birth interval), husband is blood relative, health care behaviour (health care seeking, place of child born), and distance to health facilities. Multiple logistic regression methods were used to model the infant, child, multiple underfive child mortality as the function of predictor variables.

Two hundreds and four women were interviewed.

The results were: generally, the level of women's empowerment within household was low (60.8 percent had no sufficient mobility, 52.9 percent expressed a lot of fear about disagreeing with their husbands, 26.4 percent had ever been beaten by their husbands, 54.4 percent had no decision making autonomy on family's issues, 62.7 percent had low educational level, although 60.8 percent had access to financial resources and only 32.8 percent had 6+ years older husband).

By using the multiple logistic regression technique, this study found the results as follows:

First, the determinants of the infant mortality were the assets index ($p=0.004$), 6+ years older husband ($p=0.004$ with estimate of the relative risk or eRR=0.117), the age of

mother at birth of child ($p=0.045$ with $eRR=6.439$), and the decision making autonomy on family's issues ($p=0.047$ with $eRR=0.134$);

Second, the determinants of the child mortality were the assets index ($p=0.004$), the decision making autonomy on family's issues ($p=0.013$ with $eRR=0.058$), and husbands 6+ years older husband ($p=0.038$ with $eRR=0.209$); and

Third, no determinants of the multiple underfive child mortality were found significantly.

Based on the result finding, the two important recommendations can be proposed as follows:

First, a social engineering by advocating, education, training, and other activities should have be done to accelerate women's empowerment, in order that women will have awareness about their rights and sense of equality with men and others, to increasing child survival and welfare.

Second, the government should give priority constantly to increase prosperity of the people who have low income, in order to access health care facilities, especially for children and women.

Key words:

women's empowerment
child survival
infant mortality
child mortality
decision making autonomy



DAFTAR ISI

DAFTAR ISI

Halaman

SAMPUL DALAM	i
LEMBAR JUDUL DISERTASI	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI DISERTASI	iv
UCAPAN TERIMA KASIH	v
RINGKASAN	viii
ABSTRACT	x
DAFTAR ISI	xii
DAFTAR TABEL	xv
DAFTAR GAMBAR	xx
DAFTAR LAMPIRAN	xxi
DAFTAR NOTASI DAN SINGKATAN	xxii
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang Permasalahan	1
1.2. Rumusan Masalah	9
1.3. Tujuan Penelitian	10
1.3.1. Tujuan Umum	10
1.3.2. Tujuan Khusus	10
1.4. Manfaat Penelitian	12
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	13
2.1. Kerangka Analisis Studi Kelangsungan Hidup Anak di Negara Berkembang	13
2.2. Kompleks Penyebab Kematian Bayi dan Anak	24
2.3. Faktor Risiko dari Gangguan Kualitas Tumbuh Kembang dan Kelangsungan Hidup Anak	27
2.4. Keluarga, Struktur dan Fungsinya	31
2.5. Status, Peran dan Keberdayaan Perempuan	33
2.5.1. Status Perempuan	33
2.5.2. Keberdayaan Perempuan	37
2.6. Jalan Menuju Kelangsungan Hidup	42

BAB 3. KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN	47
3.1. Kerangka Konseptual	47
3.2. Hipotesis	50
 BAB 4. METODE PENELITIAN	 51
4.1. Rancangan Penelitian	51
4.2. Lokasi dan Waktu Penelitian	52
4.2.1. Lokasi	52
4.2.2. Waktu Penelitian	53
4.3. Populasi dan Sampel	54
4.3.1. Populasi	54
4.3.2. Sampel dan Kriteria Sampel	54
4.3.3. Teknik Pengambilan Sampel dan Besar Sampel	55
4.3.4. Unit Analisis	57
4.3.5. Sub-sampel	57
4.4. Variabel	58
4.4.1. Variabel Tergantung (Variabel <i>Outcome</i>)	58
4.4.2. Variabel Bebas (Variabel Eksplanatoris)	58
4.5. Definisi Operasional	60
4.6. Kerangka Operasional Analisis	66
4.7. Cara Pengumpulan Data	67
4.8. Instrumen Pengumpul Data	68
4.9. Manajemen dan Analisis Data	69
 BAB 5. HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS HASIL PENELITIAN	 71
5.1. Hasil Penelitian	71
5.1.1. Situasi Daerah Penelitian	71
5.1.2. Distribusi Unit Sampel	76
5.1.3. Deskripsi Karakteristik Responden	79
5.2. Analisis Hasil Penelitian	87
5.2.1. Model Kematian Bayi	87
5.2.2. Model Kematian Anak	102
5.2.3. Model Kematian Balita Ganda dalam Keluarga	115
5.2.4. Rangkuman Model Kematian dan Prediksi	127

BAB 6. PEMBAHASAN	133
6.1. Kejadian Kematian Bayi dan Anak	133
6.2. Karakteristik Keluarga, Status dan Keberdayaan Perempuan dalam Keluarga	135
6.3. Hubungan antara Karakteristik Keluarga, Status dan Keberdayaan Perempuan dalam Keluarga dengan Kelangsungan Hidup Anak	139
6.4. Otonomi Ibu dalam Pengambilan Keputusan di dalam Keluarga dan Sosialisasi Keberdayaan Perempuan dalam Keluarga	146
6.5. Beberapa Faktor di luar Faktor Karakteristik Keluarga	148
6.6. Konsekuensi dari Keterbatasan Penelitian	149
6.7. Temuan Kritis Studi	150
BAB 7. SIMPULAN DAN SARAN	152
7.1. Simpulan	152
7.2. Saran atau Rekomendasi	154
DAFTAR PUSTAKA	158

DAFTAR TABEL

Halaman

Tabel 1.1.	Perbandingan angka kematian bayi dan angka kematian balita di antara beberapa negara di Asia Tenggara, tahun 1999	4
Tabel 1.2.	Status ibu di beberapa kabupaten di Jawa Barat, tahun 1991	6
Tabel 1.3.	Proporsi pihak yang diharapkan ibu untuk berpengaruh kuat saat pengambilan keputusan di dalam keluarga	8
Tabel 4.1.	Definisi operasional variabel	60
Tabel 5.1.	Situasi desa sampel terpilih, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999	75
Tabel 5.2.	Distribusi sampel kejadian kematian bayi (usia 0 bulan – 11 bulan) berdasarkan desa, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999	77
Tabel 5.3.	Distribusi sampel kejadian kematian anak (usia 12 bulan – 59 bulan) berdasarkan desa, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999	78
Tabel 5.4.	Distribusi sampel kejadian kematian balita (usia 0 bulan – 59 bulan) ganda pada ibu yang pernah melahirkan hidup lebih dari seorang anak berdasarkan desa, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999	79
Tabel 5.5.	Deskripsi setiap variabel eksplanatoris yang bersifat kategorikal dari sampel, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999	81
Tabel 5.6.	Distribusi responden ibu menurut tingkat keberdayaan, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999	84
Tabel 5.7.	Deskripsi setiap variabel eksplanatoris yang bersifat kuantitatif dari sampel, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999	84

Tabel 5.8.	Hasil analisis regresi logistik ganda untuk model kematian bayi (usia 0 bulan – 11 bulan), pada sampel, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999	88
Tabel 5.9.	Faktor mobilitas ibu terhadap kematian bayi, pada sampel, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999	91
Tabel 5.10.	Faktor keberanian ibu berbeda pendapat dengan suami terhadap kematian bayi, pada sampel, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999	91
Tabel 5.11.	Faktor kekerasan domestik yang dialami ibu terhadap kematian bayi, pada sampel, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999	92
Tabel 5.12.	Faktor akses ibu ke sumber finansial terhadap kematian bayi, pada sampel, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999	93
Tabel 5.13.	Faktor keterlibatan ibu dalam pengambilan keputusan terhadap kematian bayi, pada sampel, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999	94
Tabel 5.14.	Faktor ibu bekerja di luar rumah terhadap kematian bayi, pada sampel, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999	95
Tabel 5.15.	Faktor besarnya perbedaan usia ibu dengan suami terhadap kematian bayi, pada sampel, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999	96
Tabel 5.16.	Faktor indeks kepemilikan terhadap kematian bayi, pada sampel, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999	97
Tabel 5.17.	Faktor pendidikan formal ibu terhadap kematian bayi, pada sampel, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999	98
Tabel 5.18.	Faktor pendidikan formal ayah terhadap kematian bayi, pada sampel, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999	98
Tabel 5.19.	Faktor bentuk rumah tangga terhadap kematian bayi, pada sampel, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999	99

Tabel 5.20.	Faktor kematian anak sebelumnya terhadap kematian bayi, pada sampel, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999	100
Tabel 5.21.	Faktor jumlah anak yang hidup terhadap kematian bayi, pada sampel, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999	100
Tabel 5.22.	Faktor usia ibu saat melahirkan terhadap kematian bayi, pada sampel, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999	101
Tabel 5.23.	Hasil analisis regresi logistik ganda untuk model kematian anak (usia 12 bulan – 59 bulan), pada sampel, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999	102
Tabel 5.24.	Faktor mobilitas ibu terhadap kematian anak, pada sampel, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999	105
Tabel 5.25.	Faktor keberanian ibu berbeda pendapat dengan suami terhadap kematian anak, pada sampel, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999	106
Tabel 5.26.	Faktor kekerasan domestik yang dialami ibu terhadap kematian anak, pada sampel, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999	106
Tabel 5.27.	Faktor akses ibu ke sumber finansial terhadap kematian anak, pada sampel, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999	107
Tabel 5.28.	Faktor keterlibatan ibu dalam pengambilan keputusan terhadap kematian anak, pada sampel, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999	108
Tabel 5.29.	Faktor ibu bekerja di luar rumah terhadap kematian anak, pada sampel, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999	109
Tabel 5.30.	Faktor besarnya perbedaan usia ibu dengan suami terhadap kematian anak, pada sampel, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999	110
Tabel 5.31.	Faktor indeks kepemilikan terhadap kematian anak, pada sampel, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999	111

Tabel 5.32.	Faktor pendidikan formal ibu terhadap kematian anak, pada sampel, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999	112
Tabel 5.33.	Faktor pendidikan formal ayah terhadap kematian anak, pada sampel, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999	112
Tabel 5.34.	Faktor bentuk rumah tangga terhadap kematian anak, pada sampel, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999	113
Tabel 5.35.	Faktor kematian anak sebelumnya terhadap kematian anak, pada sampel, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999	114
Tabel 5.36.	Faktor jumlah anak yang hidup terhadap kematian anak, pada sampel, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999	114
Tabel 5.37.	Hasil analisis regresi logistik ganda untuk model kematian ganda (<i>multiple death</i>) anak balita (usia 0 bulan – 59 bulan) dari ibu yang pernah melahirkan hidup lebih dari seorang, pada sampel, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999	116
Tabel 5.38.	Faktor mobilitas ibu terhadap kematian balita ganda, pada sampel, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999	119
Tabel 5.39.	Faktor keberanian ibu berbeda pendapat dengan suami terhadap kematian balita ganda, pada sampel, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999	119
Tabel 5.40.	Faktor kekerasan domestik yang dialami ibu terhadap kematian balita ganda, pada sampel, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999	120
Tabel 5.41.	Faktor akses ibu ke sumber finansial terhadap kematian balita ganda, pada sampel, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999	121
Tabel 5.42.	Faktor keterlibatan ibu dalam pengambilan keputusan di keluarga terhadap kematian balita ganda, pada sampel, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999	122

	Halaman
Tabel 5.43. Faktor ibu bekerja di luar rumah terhadap kematian balita ganda, pada sampel, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999	122
Tabel 5.44. Faktor besarnya perbedaan usia ibu dengan suami terhadap kematian balita ganda, pada sampel, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999	123
Tabel 5.45. Faktor indeks kepemilikan terhadap kematian balita ganda, pada sampel, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999	124
Tabel 5.46. Faktor pendidikan formal ibu terhadap kematian balita ganda, pada sampel, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999	124
Tabel 5.47. Faktor pendidikan formal ayah terhadap kematian balita ganda, pada sampel, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999	125
Tabel 5.48. Faktor bentuk rumah tangga terhadap kematian balita ganda, pada sampel, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999	126
Tabel 5.49. Faktor jumlah anak yang hidup terhadap kematian balita ganda, pada sampel, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999	126
Tabel 5.50. Rangkuman hasil analisis model kematian, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999	128
Tabel 5.51. Contoh hasil prediksi probabilitas terjadinya kematian untuk nilai prediktor tertentu yang terdapat pada sebuah keluarga	131

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1.1. Kecenderungan angka kematian balita, angka kematian bayi, dan angka kematian anak, menggunakan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 1997	2
Gambar 1.2. Kecenderungan angka kematian bayi (per 1000 kelahiran hidup) antar negara Asia	3
Gambar 2.1. Kerangka teoritis arah hubungan berbagai variabel dengan keberhasilan perempuan di dalam keluarga	39
Gambar 2.2. Kerangka konseptual Jalan menuju Kelangsungan Hidup (<i>Pathways to Survival</i>)	45
Gambar 3.1. Kerangka konseptual penelitian	48
Gambar 4.1. Kerangka operasional analisis penelitian	66
Gambar 5.1. Distribusi responden penelitian, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999	76
Gambar 5.2. Rerata umur responden dan suaminya, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999	80
Gambar 5.3. Distribusi responden ibu menurut banyaknya komponen keberhasilan yang dimiliki, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999	83

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Peta Lokasi Penelitian
- Lampiran 2. Kepemilikan dan Skor Faktor
(*Assets and Factor Scores*)
Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 1997
- Lampiran 3. Hasil Analisis Regresi Logistik Ganda Model Kematian
- Lampiran 4. Daftar Pertanyaan
- Lampiran 5. Data Penelitian
- Lampiran 6. *Printout* Hasil Analisis Data Penelitian
- Lampiran 7. Hasil Validasi Daftar Pertanyaan

DAFTAR NOTASI DAN SINGKATAN

α	batas atas peluang kesalahan tipe I (tingkat kemaknaan)
β	koefisien regresi
ASI	Air Susu Ibu
<i>BASICS</i>	<i>Basic Support for Institutionalizing Child Survival</i>
BBLR	Bayi Berat Lahir Rendah
BPS	Badan Pusat Statistik
<i>CI</i>	<i>Confidence Interval</i>
<i>EPI</i>	<i>Expanded Programme on Immunization</i>
<i>F.A.T.E.</i>	<i>Facilitating Awareness Through Empowerment</i>
<i>eRR</i>	<i>estimate of the Relative Risk</i>
JPS-BK	Jaring Perlindungan Sosial Bidang Kesehatan
LSPPA	Lembaga Studi dan Perkembangan Perempuan dan Anak
<i>n</i>	besar sampel
<i>p</i>	peluang kesalahan tipe I
<i>rc</i>	<i>reference group</i>
<i>SD</i>	<i>Standard Deviation</i>
<i>SEAMIC</i>	<i>Southern and Eastern African Mineral Centre</i>
<i>UNFPA</i>	<i>United Nations Population Fund</i>
<i>UNICEF</i>	<i>United Nations Children's Fund</i>
<i>WHO</i>	<i>World Health Organization</i>

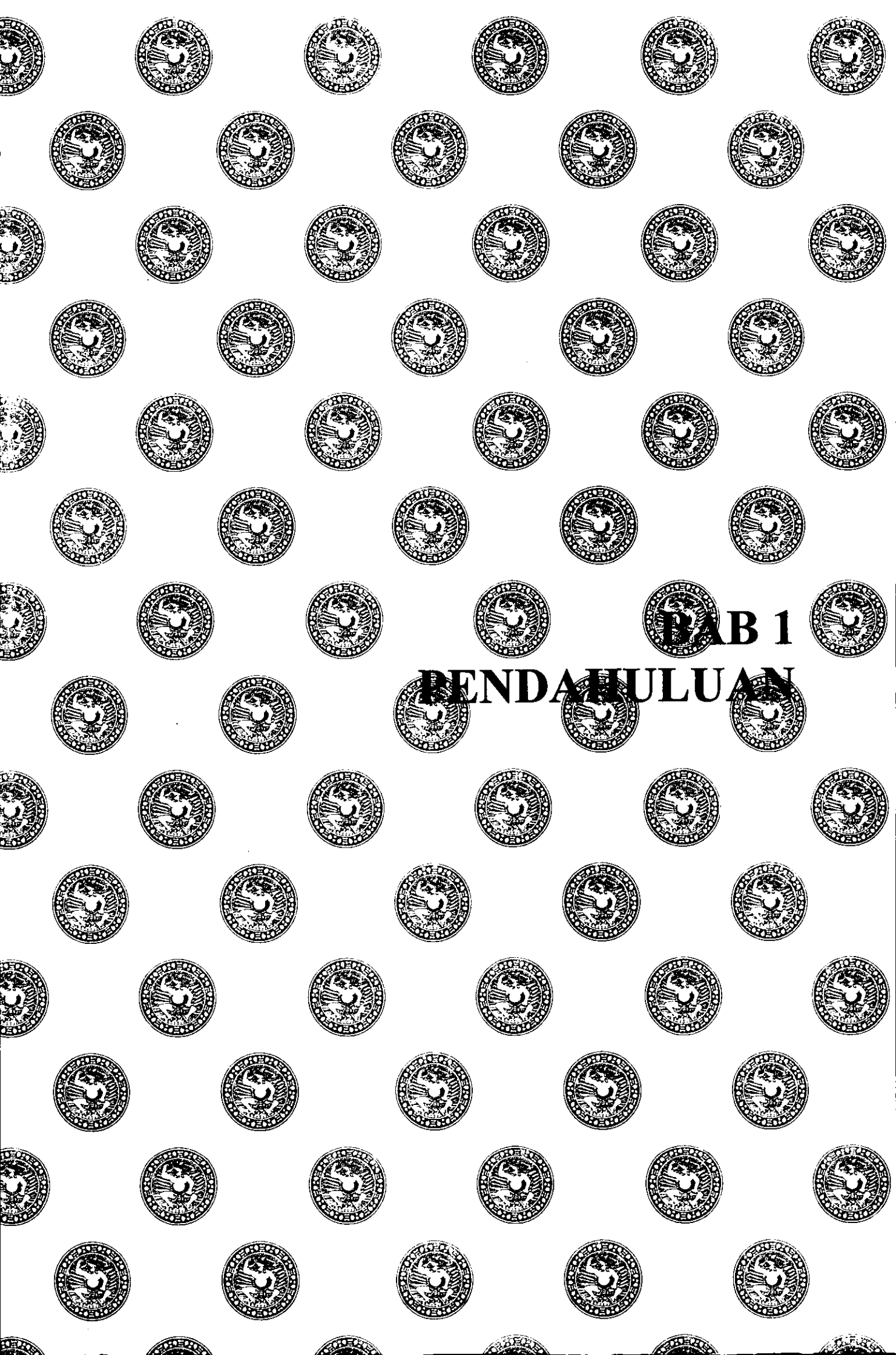
*We are guilty of many errors and many faults,
but our worst crime
is abandoning the children,
neglecting the fountain of life.*

*Many of the things we need can wait,
the child cannot.*

*Right now is the time his bones are being formed,
his blood is being made
and his senses are being developed.*

*To him we cannot answer "Tomorrow".
His name is "Today".*

--- Gabriela Mistral



BAB 1
BENDA MULU

BAB 1

PENDAHULUAN

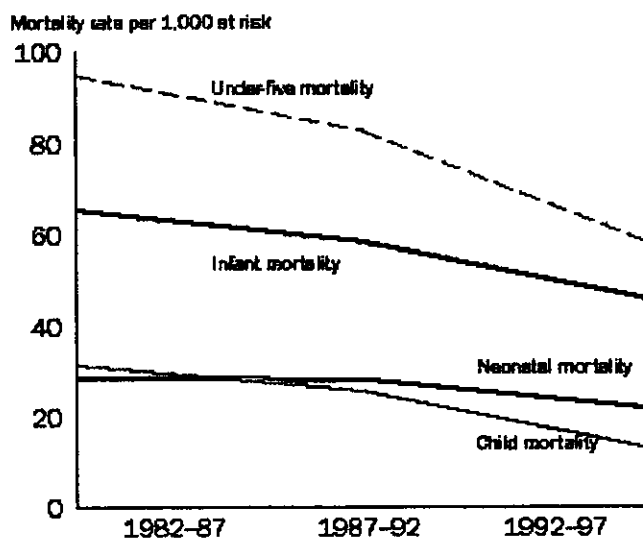
1.1. Latar Belakang Permasalahan

Angka kematian bayi dikenal secara internasional sebagai indikator yang sensitif dari kondisi sosial ekonomi dan adekuasi dari pelayanan kesehatan di suatu negara.

Angka kematian bayi maupun angka kematian anak di berbagai negara yang sedang berkembang masih cukup tinggi.

Di Indonesia, angka kematian bayi (*infant mortality rate*) pada tahun 1998 masih 50,0 per seribu yang berarti turun sedikit dari sebelumnya 57 per seribu kelahiran hidup pada tahun 1994, sedang angka di Jawa Timur adalah 52 permil (Biro Pusat Statistik, 1995; Biro Pusat Statistik, 1999). Angka tersebut sangat tinggi bila dibandingkan dengan angka kematian di Amerika Serikat yang hanya 8,4 per seribu kelahiran hidup pada tahun 1993, turun 1,8 persen dari angka 8,5 permil pada tahun 1992 (Centers for Disease Control and Prevention, 1996). Bahkan, angka kematian bayi rata-rata tahun 1996-1997 di Selandia Baru jauh lebih rendah lagi, yaitu hanya 7,3 permil. (National Health Committee, 1998.) Demikian pula angka kematian balita (usia 0- 4 tahun) di Indonesia pada tahun 1997 masih sebesar 70,6 permil (Gwatkin et al., 2000), sedangkan angka di Jawa Timur pada tahun 1993 sebesar 70,1 permil (Biro Pusat Statistik, 1994b). Pada periode 1985-1990 angka kematian anak (1-4 tahun) di Indonesia sebesar 32,9 permil, jauh lebih tinggi daripada Thailand dan Sri Lanka yang masing-masing hanya 9,1 dan 9,5 permil (Sullivan et al., 1994).

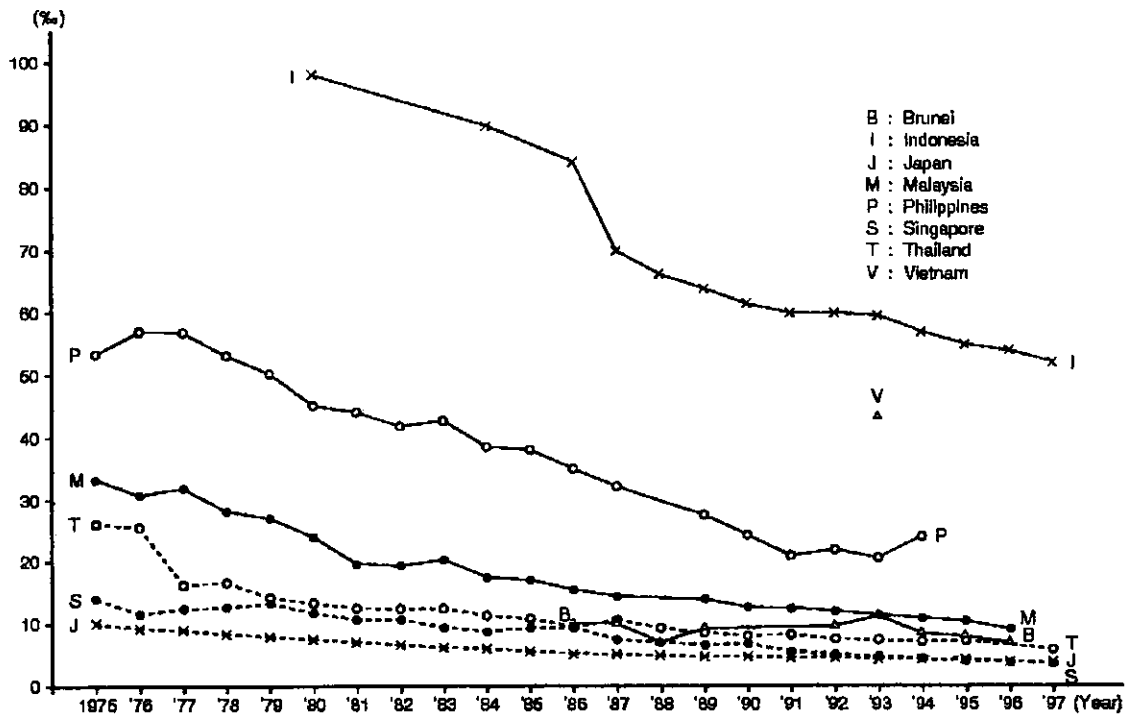
Pola kecenderungan angka kematian bayi dan angka kematian balita antar periode waktu di Indonesia bisa dilihat di Gambar 1.1, sedangkan perbandingan angka kematian bayi antar beberapa negara Asia dan pola kecenderungan antar waktu bisa dilihat pada Gambar 1.2.



Gambar 1.1.

Kecenderungan angka kematian balita, angka kematian bayi, dan angka kematian anak, menggunakan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 1997
(Sumber: Bos and Saadah, 1999. East Asia and the Pacific Region: Watching Brief)

Sampai tahun 1999 pun, angka kematian bayi (38 per 1000 kelahiran hidup) dan angka kematian balita (52 per 1000 balita) di Indonesia masih tertinggi di Asia Tenggara (United Nations Children's Fund, 2001), yang bisa dilihat di Tabel 1.1.



Gambar 1.2.

Kecenderungan angka kematian bayi (per 1000 kelahiran hidup) antar negara Asia
(Sumber: SEAMIC, 1999).

1. Indonesia Demographic and Health Survey 1997, Central Bureau of Statistics
2. Vietnam, Ministry of Health
3. Philippines, Health Intelligence Service, Department of Health
4. Vital Statistics Peninsular Malaysia, Sabah and Sarawak, Department of Statistics
5. Thailand, Health Statistics Division, Ministry of Public Health
6. Brunei, Registration of Birth and Death and Adoptions, Department of Immigration and Registration of Nationals, Ministry of Home Affairs and Department of Economic Planning and Development, Ministry of Finance
7. Singapore, Report on Registration of Births and Deaths, National Registration Department
8. Vital Statistics Japan, Ministry of Health and Welfare)

Di Punjab, India (Das Gupta, 1990; Das Gupta, 1997) terdapat kematian anak yang mengumpul atau ter'kluster' pada beberapa keluarga tertentu dengan kematian ganda. Dijumpai 62,2 persen kematian balita yang mengumpul pada 12,6 persen keluarga,

yang berarti beberapa keluarga ini mengalami lebih dari sekali kematian anak (*multiple child losses*). Data di Guatemala (Guo, 1993) menunjukkan 53 persen kematian balita mengumpul pada 11 persen keluarga. Demikian pula pada tahun 1993 di Brasilia 45 persen kematian postneonatal mengumpul pada 2,5 persen keluarga (Curtis et al., 1993). Di Jawa dan Bali pada tahun 1970 ditemukan probabilitas kematian anak lebih tinggi pada anak-anak yang dilahirkan pertama setelah anak yang dilahirkan sebelumnya mati daripada pada anak-anak yang tidak mempunyai karakteristik seperti itu (Hull dan Gubhaju, 1986).

Tabel 1.1.
Perbandingan angka kematian bayi dan angka kematian balita
di antara beberapa negara di Asia Tenggara, tahun 1999

Negara	Tahun 1999	
	Angka kematian bayi per 1000 kelahiran hidup	Angka kematian balita per 1000 balita
Indonesia	38	52
Thailand	26	30
Filipina	31	42
Malaysia	8	9
Brunei Darussalam	8	9
Singapura	4	4

Sumber: United Nations Children's Fund. 2001.

Terdapat kenyataan bahwa status kesehatan masyarakat masih rendah di Indonesia dilihat dari angka kematian bayi dan angka kematian anak yang masih tinggi seperti yang diuraikan di atas, padahal di sisi lain, pembangunan di bidang kesehatan masyarakat sudah begitu pesatnya dengan bukti dalam 30 tahun terakhir telah berhasil disediakan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan secara merata di seluruh pelosok tanah air

Indonesia (Departemen Kesehatan RI, 1999). Untuk memenuhi pelayanan kesehatan dasar sampai dengan tahun 1999 telah tersedia 7243 puskesmas (pusat kesehatan masyarakat), yang 1676 buah di antaranya telah ditingkatkan menjadi puskesmas perawatan yang memiliki sarana tempat tidur, 21115 puskesmas pembantu, dan 6849 puskesmas keliling, sehingga rasio antara puskesmas terhadap penduduk adalah 1:27600, dan rasio puskesmas pembantu terhadap penduduk adalah 1:9400. Jumlah dan penyebaran tenaga kesehatan mengalami peningkatan yang sangat berarti, sehingga saat ini sudah tercatat sekitar 32 ribuan tenaga medis (dokter umum, dokter spesialis, dan dokter gigi), 160 ribuan tenaga perawat, 65 ribuan bidan yang termasuk di antaranya 52042 bidan di desa.

Melihat keadaan di atas, jelas terasa ada sesuatu yang salah, yaitu di satu sisi pembangunan di bidang kesehatan, terutama secara kuantitas, sudah begitu baik menjangkau ke seluruh pelosok tanah air Indonesia, tetapi di sisi lain status kesehatan masyarakat masih sangat rendah melalui indikatornya yaitu angka kematian bayi dan angka kematian anak yang masih tinggi, lebih-lebih dibandingkan dengan beberapa negara tetangga, meski pun sudah ada *trend* ke arah yang sedikit membaik.

Mungkin masalahnya bukan terletak pada kuantitas dan kualitas pembangunan fisik di bidang kesehatan, tetapi justru terletak pada apa yang terdapat di masyarakat, atau lebih menitik lagi, pada keluarga sebagai unit terkecil dari masyarakat.

Fokus perhatian khusus diberikan terhadap status dan keberdayaan ibu di dalam keluarga setelah memperhatikan memperhatikan hasil studi dari Widayatun (1991) di Jawa Barat, yang hasil studinya disajikan di Tabel 1.2. Tabel tersebut menunjukkan

bahwa status ibu atau perempuan masih lebih rendah daripada laki-laki, seperti rerata proporsi pasangan di mana istri mempunyai pendidikan yang lebih tinggi daripada suami adalah 4 persen, dengan rerata proporsi perempuan yang sekurang-kurangnya menyelesaikan pendidikan dasarnya hanya 10 persen. Demikian pula rerata proporsi perempuan yang bekerja di sektor non pertanian dan dibayar di sektor perdagangan atau jasa hanya 11 persen.

Tabel 1.2.
Status ibu di beberapa kabupaten di Jawa Barat, tahun 1991

Status ibu	Rerata	(SD)
1. Proporsi pasangan di mana umur istri lebih tua daripada suami	0,03	(0,01)
2. Proporsi pasangan di mana tingkat pendidikan istri lebih tinggi daripada suami	0,13	(0,02)
3. Rasio perempuan berpendidikan terhadap suami berpendidikan	0,80	(0,03)
4. Rasio perempuan lulus SLTP terhadap suami lulus SLTP	0,53	(0,03)
5. Rasio perempuan angkatan kerja terhadap laki-laki angkatan kerja	0,25	(0,06)
6. Rasio perempuan bekerja di sektor non pertanian terhadap laki-laki bekerja di sektor non pertanian	0,89	(0,05)
7. Proporsi perempuan menikah yang bekerja	0,15	(0,04)

Lanjutan Tabel 1.2.

Status ibu	Rerata	(SD)
8. Proporsi perempuan yang sekurang-kurangnya menyelesaikan pendidikan dasar	0,10	(0,08)
9. Proporsi perempuan usia 15-24 tahun yang belum menikah	0,26	(0,04)
10. Proporsi perempuan usia 15-49 tahun yang bekerja di sektor non pertanian	0,14	(0,03)
11. Proporsi perempuan bekerja di sektor non pertanian dan bekerja dengan bayaran di sektor perdagangan dan jasa	0,11	(0,03)

(Sumber: Widayatun. 1991)

Studi lain (Siti Hidayati Amal et al., 1997) menunjukkan tentang siapa yang diinginkan para ibu untuk berpengaruh kuat dalam pengambilan keputusan mengenai berbagai topik di dalam rumah tangga bisa dilihat di Tabel 1.3. Dari tabel yang merupakan hasil studi di Jakarta dan Ujung Pandang tersebut tampak bahwa untuk beberapa topik tertentu, terutama yang berkaitan dengan kesehatan keluarga dan kesehatan reproduksi, banyak istri masih menginginkan peranan suami atau pihak lain (misalnya orangtua, mertua) masih lebih kuat daripada peranan istri sendiri dalam mengambil keputusan di keluarga, seperti lebih dari separuh (56,3 persen) istri di Jakarta yang menginginkan keputusan diambil oleh suami mengenai topik "mempunyai anak lagi", masih lebih banyak istri di Jakarta (44,3 persen) menginginkan suami lah yang mengambil keputusan tentang "membawa anak yang demam ke dokter", dibandingkan

hanya 24,9 persen istri yang menginginkan keputusan tentang hal tersebut diambil oleh istri.

Tabel 1.3.
Proporsi pihak yang diharapkan ibu untuk berpengaruh kuat saat pengambilan keputusan di dalam keluarga

Topik keputusan sosial	Jakarta			n	Ujung Pandang		
	Istri (%)	Suami (%)	Lainnya (%)		Istri (%)	Suami (%)	Lainnya (%)
Mempunyai anak lagi	28,0	56,3	15,7	400	9,9	9,4	80,7
Sekolah anak	54,2	35,6	10,2	400	16,0	20,4	63,6
Membawa anak yang demam ke dokter	24,9	44,3	30,8	393	26,3	17,2	56,5
Bepergian sendiri ke komunitas lain	58,5	15,0	43,5	400	12,1	46,2	41,7

(Sumber: Siti Hidayati Amal et al. 1997)

Irwanto et al. (1997) menemukan bahwa sebagian besar perempuan di Sumatera Selatan dan Lampung menyatakan bahwa keputusan, baik untuk memilih dan berpindah metode alat kontrasepsi, mau pun kapan harus berhenti menggunakan alat kontrasepsi berada di tangan pihak suami.

Hal tersebut di atas menunjukkan belum munculnya kesadaran sebagian besar para ibu untuk memberdayakan dirinya sendiri, di antaranya untuk melibatkan diri di dalam pengambilan keputusan di dalam keluarga.

1.2. Rumusan Masalah

Dari latar belakang masalah di atas dapat diidentifikasi masalah sebagai berikut:

1. Meski pun terdapat penurunan dari periode ke periode, tetapi angka kematian bayi dan angka kematian anak di Indonesia masih tinggi, dan tertinggi di antara negara-negara Asia Tenggara, apalagi bila dibandingkan dengan angka di negara maju, pada hal di sisi lain pembangunan fisik di bidang kesehatan di Indonesia sudah begitu pesat.
2. Keberdayaan perempuan, utamanya ibu di dalam keluarga, di negara yang sedang berkembang, termasuk di Indonesia, masih belum dalam tingkat yang cukup tinggi, sehingga ada dugaan faktor inilah yang mungkin juga mempunyai peran terhadap tingginya angka kematian bayi dan anak.

Berdasarkan identifikasi masalah di atas dapat disusun beberapa pertanyaan penelitian sebagai berikut:

1. Apakah keberdayaan ibu dalam keluarga, yang merupakan lingkungan pengasuhan anak, merupakan determinan dominan dari kematian bayi?
2. Apakah keberdayaan ibu dalam keluarga, yang merupakan lingkungan pengasuhan anak, merupakan determinan dominan dari kematian anak?
3. Apakah keberdayaan ibu dalam keluarga, yang merupakan lingkungan pengasuhan anak, merupakan determinan dominan dari kematian balita ganda dalam keluarga?
4. Faktor lain apakah yang mempengaruhi kematian bayi, kematian anak, dan kematian balita ganda dalam keluarga?

1.2. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk membuktikan bahwa keberdayaan ibu dalam keluarga, sebagai salah satu karakteristik keluarga yang merupakan lingkungan pengasuhan anak, merupakan determinan dominan dari kematian bayi, kematian anak, dan kematian balita ganda dalam keluarga.

1.3.2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah:

1. Memperoleh informasi mengenai pola karakteristik keluarga, terutama keberdayaan ibu dalam keluarga, yang diduga berkaitan dengan kejadian kematian bayi dan anak di masyarakat.
2. Menganalisis dan membuktikan bahwa keberdayaan ibu dalam keluarga (dengan komponen mobilitas, keberanian berbeda pendapat, pengalaman kekerasan domestik, akses ke sumber finansial, keterlibatan pengambilan keputusan, bekerja di luar rumah, perbedaan usia yang besar dengan suami), sebagai lingkungan pengasuhan anak, merupakan determinan dominan kematian bayi.

3. Menganalisis dan membuktikan bahwa keberdayaan ibu dalam keluarga (dengan komponen mobilitas, keberanian berbeda pendapat, pengalaman kekerasan domestik, akses ke sumber finansial, keterlibatan pengambilan keputusan, bekerja di luar rumah, perbedaan usia yang besar dengan suami), sebagai lingkungan pengasuhan anak, merupakan determinan dominan kematian anak.
4. Menganalisis dan membuktikan bahwa keberdayaan ibu dalam keluarga (dengan komponen mobilitas, keberanian berbeda pendapat, pengalaman kekerasan domestik, akses ke sumber finansial, keterlibatan pengambilan keputusan, bekerja di luar rumah, perbedaan usia yang besar dengan suami), sebagai lingkungan pengasuhan anak, merupakan determinan dominan kematian balita ganda dalam keluarga.
5. Menganalisis faktor-faktor lain yang mempengaruhi kematian bayi, kematian anak, dan kematian balita ganda dalam keluarga.
6. Menyusun model matematik yang memperlihatkan pola hubungan antara determinan dominan dengan kejadian kematian, yaitu model kematian bayi, model kematian anak, dan model kematian balita ganda dalam keluarga.

1.4. Manfaat Penelitian

Manfaat penelitian ini dibedakan atas manfaat teoritik-akademik dan manfaat terapan.

1. Manfaat teoritik-akademik penelitian ini adalah:
 - a. Didapatkannya bukti ilmiah mengenai determinan dominan kematian bayi dan anak pada tingkat keluarga sebagai unit terkecil dari masyarakat..
 - b. Ditemukannya konsep keberdayaan ibu yang berhubungan dengan probabilitas kematian bayi dan anak.
 - c. Tersusunnya suatu model prediktif kematian bayi dan anak.
 - d. Sebagai dasar pengembangan konsep keberdayaan dan status perempuan yang relevan dengan kesejahteraan dan kelangsungan hidup anak.
2. Manfaat terapan penelitian ini adalah bahwa temuan ilmiah yang didapatkan diharapkan bisa dipakai sebagai:
 - a. Dasar pertimbangan penyusunan strategi yang tepat dalam upaya mempercepat penurunan angka kematian bayi dan anak
 - b. Pengembangan kebijakan berdasarkan peran dan keberdayaan perempuan dalam keluarga dan masyarakat yang sesuai dengan upaya peningkatan kualitas pengasuhan anak dalam keluarga..



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Kerangka Analisis Studi Kelangsungan Hidup Anak di Negara Berkembang

Semua faktor sosial ekonomi harus bekerja melalui beberapa mekanisme biologi dasar atau yang disebut sebagai variabel antara (yaitu faktor maternal, masukan gizi, kontaminasi lingkungan, kecelakaan, dan faktor pengendalian perorangan terhadap penyakit), untuk menghasilkan tingkat dan pola morbiditas dan kematian pada populasi. Perkembangan suatu pendekatan variabel antara atau determinan langsung (*proximate determinants*) untuk studi kelangsungan hidup anak didasarkan atas beberapa pandangan (Mosley and Chen, 1984):

1. Dalam lingkungan yang optimal, 98 persen bayi yang baru lahir dapat diharapkan berhasil mencapai ulang-tahunnya yang kelima.
2. Reduksi probabilitas kelangsungan hidup anak dikarenakan bekerjanya faktor-faktor sosial ekonomi, biologi dan lingkungan.
3. Determinan sosial ekonomi (atau variabel pengaruh) harus memberikan pengaruh melalui variabel antara yang lebih mendasar yang pada gilirannya akan mempengaruhi risiko penyakit dan hasil dari proses penyakit tersebut.
4. Penyakit tertentu dan kekurangan gizi yang tampak pada penduduk yang masih bertahan hidup dapat dianggap sebagai indikator biologis dari pengaruh variabel antara.

5. Gangguan pertumbuhan (*growth faltering*), dan akhirnya kematian anak (sebagai variabel terpengaruh) merupakan konsekuensi kumulatif dari proses berbagai macam penyakit (termasuk interaksi bio-sosialnya), walaupun pengalaman morbiditas pada seorang anak dapat bersifat temporer. Kematian seorang anak jarang disebabkan hanya oleh penyakit tunggal.

Tingginya angka kematian anak di negara yang sedang berkembang berhubungan dengan banyak faktor seperti: kelalaian pemeliharaan anak, tradisi budaya dalam perawatan anak, tekanan kependudukan, tingkat pendidikan ibu yang rendah, kurangnya perawatan kesehatan dan sumber daya dasar yang tidak cukup.

Terdapat tiga tingkat (peringkat) faktor yang mempengaruhi tingginya angka kematian anak (Millard, 1994):

1. Peringkat terdekat (*proximate tier*): kondisi biomedis segera yang menghasilkan kematian, yaitu interaksi antara malnutrisi dan infeksi;
2. Peringkat menengah (*intermediate tier*): di sini termasuk praktek perawatan anak dan perilaku-perilaku lain yang meningkatkan paparan terhadap anak yang menyebabkan kematian pada *proximate tier*.
3. Peringkat terakhir (*ultimate tier*): proses dan struktur sosial, ekonomi dan kultural yang membawa ke perbedaan distribusi kebutuhan dasar, terutama makanan, tempat tinggal dan sanitasi.

Untuk mempengaruhi kelangsungan hidup anak, semua determinan sosial dan ekonomi harus melalui beberapa variabel antara (*proximate tier*) yang dikelompokkan dalam lima kategori, yaitu (Mosley and Chen, 1984):



1. Faktor maternal:.

Masing-masing faktor maternal mempunyai pengaruh sendiri-sendiri terhadap hasil kehamilan dan kelangsungan hidup bayi melalui pengaruhnya terhadap kesehatan ibu.

Mungkin juga terdapat sinergisme di antara variabel-variabel ibu, misalnya jarak kelahiran yang dekat ditambah dengan umur ibu yang muda.

2. Kontaminasi lingkungan (David, 1997):

Pencemaran lingkungan berkaitan dengan penularan penyakit kepada anak (dan ibu).

Keempat kategori yang menggambarkan jalur-jalur utama penularan penyakit ke sekelompok besar penduduk meliputi: udara, jalur penyebarluasan penyakit melalui pernapasan dan banyak penyakit yang ditularkan melalui kontak; makanan, air dan jari, merupakan jalur utama penyebarluasan diare dan penyakit usus lainnya; kulit, tanah dan benda mati, jalur infeksi kulit; dan serangga pembawa penyakit, yang menularkan penyakit parasit dan virus.

3. Masukan gizi:

Kekurangan gizi berhubungan dengan jumlah ketiga kelompok utama gizi, yaitu kalori, protein, dan gizi mikro (vitamin dan mineral).

Suatu hal penting di sini adalah bahwa kelangsungan hidup anak tidak hanya dipengaruhi oleh tersedianya gizi bagi anak, melainkan juga bagi ibu. Gizi dan diet ibu selama masa menyusui mempengaruhi jumlah dan kualitas gizi susu ibu.

4. Luka:

Luka meliputi luka fisik, luka bakar dan keracunan. Meskipun luka kecelakaan sering dianggap sebagai kejadian kebetulan, tingkat dan polanya pada kelompok penduduk

pada dasarnya mencerminkan risiko lingkungan yang berbeda-beda sesuai dengan konteks lingkungan dan sosial ekonominya. Luka dapat juga ditimbulkan secara sengaja, contoh yang paling nyata adalah pembunuhan bayi.

5. Faktor pengendalian penyakit perorangan:

Sebagai salah satu komponen dalam pengendalian penyakit perorangan, orang sehat mengambil tindakan preventif untuk mencegah penyakit. Hal ini meliputi tingkah laku tradisional seperti mengikuti tabu, dan praktek-praktek modern seperti imunisasi atau pencegahan penyakit malaria. Suatu hal penting adalah praktek dan kualitas perawatan selama hamil dan kelahiran anak. Komponen kedua dalam kategori ini, perawatan dokter, berkaitan dengan usaha-usaha yang dilakukan untuk mengobati penyakit setelah timbul penyakit.

Faktor sosial ekonomi, sebagai *ultimate tier*, bisa dibedakan menjadi tiga kategori variabel umum, yaitu:

1. Variabel tingkat individu: produktifitas individu (ayah atau ibu), serta tradisi, norma, dan sikap.

Tiga unsur yang menentukan produktifitas anggota rumah tangga adalah berupa: pertama, ketrampilan, yang khususnya diukur dari tingkat pendidikan, pengetahuan, kepercayaan, sikap atau nilai, dan sumber daya ekonomi; kedua, kesehatan, dan ketiga, waktu.

Pendidikan ayah merupakan faktor yang sangat mempengaruhi aset rumah tangga dan komoditi pasar yang dikonsumsi rumah tangga. Pendidikan ayah dapat juga mempengaruhi sikap dan kecenderungan dalam memilih barang konsumsi, termasuk

pelayanan pengobatan anak. Hal ini mungkin merupakan hal yang paling berarti untuk kelangsungan hidup anak pada saat ayah yang lebih berpendidikan menikah dengan perempuan yang berpendidikan kurang.

Untuk ibu, situasinya berbeda. Keterampilan, waktu dan kesehatan ibu mempunyai pengaruh secara langsung terhadap variabel antara, karena hubungan biologis antara ibu dan bayi selama masa hamil dan menyusui, kesehatan dan status gizi ibu serta pola reproduksinya mempengaruhi kesehatan dan kelangsungan hidup anak.

Karena tanggungjawab pribadinya untuk merawat dirinya sendiri selama masa hamil dan mengasuh anaknya melalui beberapa tahap yang paling rawan dalam hidupnya, tingkat pendidikan ibu dapat mempengaruhi kelangsungan hidup anak dengan mempengaruhi pilihan-pilihannya dan meningkatkan ketrampilannya dalam praktek upaya perawatan kesehatan yang berkaitan dengan kontrasepsi, gizi, ilmu kesehatan, pencegahan, dan pengobatan penyakit. Kenyataannya, untuk mengubah kesempatan kelangsungan hidup anak dengan radikal, begitu banyak variabel antara yang secara langsung dapat dipengaruhi oleh pendidikan ibu sehingga proses ini disebut sinergi sosial (Mosley, 1983b).

Produksi seorang anak yang sehat juga membutuhkan waktu yang digunakan ibu untuk pemeriksaan antenatal, kunjungan ke klinik bayi yang baik, pemberian air susu ibu (ASI), penyiapan makanan, mencuci pakaian, memandikan anak, membersihkan rumah, dan mengobati penyakit. Waktu seorang ibu dapat juga dibutuhkan untuk kegiatan lain yang secara ekonomis bersifat produktif, yang bisa juga berhubungan dengan kesehatan anak.

Dalam masyarakat tradisional, suatu pembagian kerja yang jelas menurut jenis kelamin, cenderung memaksimalkan waktu ibu untuk mengasuh anak. Sebaliknya, dalam masyarakat transisional yang merupakan ciri banyak negara berkembang, waktu mengasuh anak sering digunakan untuk mengerjakan pekerjaan yang menghasilkan pendapatan (Eagle, 1981), sehingga konsekuensi untuk kesehatan dan kematian bayi sangat tergantung pada keadaan ekonomi rumah tangga (David, 1997).

Yang tergolong kategori tradisi, norma, dan sikap adalah beberapa faktor yang membentuk dan mengubah pilihan ekonomi dan kebiasaan individu yang berkaitan dengan kesehatan menurut norma dan tradisi budaya masyarakat.

Dalam masyarakat tradisional, meskipun ibu mempunyai tanggungjawab penuh untuk mengasuh anak, ia hanya mempunyai kekuasaan yang kecil dalam hal alokasi sumber daya (makanan) untuk dirinya atau pun anaknya, atau mengenai hal yang gawat dalam mengasuh anak (Safilios-Rothschild, 1980).

Selain itu, semakin banyak bukti bahwa nilai anak juga penting untuk kelangsungan hidup anak (Simmons et al., 1982). Studi di pedesaan Bangladesh menunjukkan bahwa kematian anak perempuan lebih tinggi daripada kematian anak laki-laki karena perbedaan pemberian makanan dan kebiasaan perawatan kesehatan (Chen, 1981).

Kepercayaan masyarakat tentang penyebab penyakit membentuk tingkah laku yang berpengaruh pada variabel antara kelangsungan hidup anak. Hal ini meliputi mulai dari praktek pencegahan penyakit secara ritual, sampai ke pemilihan terapi dan orang-orang yang mengobati penyakit, tabu serta pantang berhubungan kelamin untuk mencegah penyakit bagi anak-anak yang masih menyusu (Kleinman et al., 1996).

Salah satu manifestasi dari gejala ini adalah yang biasa dilaporkan sebagai *underutilization* atau kurang dimanfaatkannya fasilitas kesehatan modern (Barat) bila fasilitas tersebut disediakan bagi masyarakat tradisional. Salah satu pengaruh paling kuta dari pendidikan formal adalah penyebaran konsep pengobatan ilmiah yang modern. Bila ibu mendapat informasi tersebut, hal itu dapat mengubah preferensi ibu dalam praktek pemeliharaan kesehatan dan meningkatkan kelangsungan hidup anak secara berarti, sering tanpa investasi sumber daya ekonomi tambahan.

Pola diet yang dipilih dan diikuti mungkin merupakan selera manusia yang paling dipengaruhi budaya, yang dibuktikan oleh adanya berbagai pola makanan dalam berbagai kebudayaan, bahkan di negara maju.

Diet ibu selama hamil dan menyusui, serta pola menyusui dan makanan tambahan merupakan beberapa faktor penting dari kelangsungan hidup anak. Preferensi makanan dapat dianggap penting di banyak negara berkembang, terutama dalam masyarakat di mana pantangan dan pembatasan makanan biasanya dilakukan selama masa hamil, menyusui, menyapih, dan sakit.

2. Variabel tingkat rumah tangga: pendapatan, kekayaan.

Berbagai macam barang, jasa dan aset pada tingkat rumah tangga akan mempengaruhi tingkat kesehatan dan kematian anak melalui variabel antara (Mosley and Chen, 1984).

a. Makanan: Yang paling penting adalah senantiasa tersedianya suplai makanan pokok untuk menjamin agar semua gizi tersedia dalam jumlah yang memadai.

Kualitas kebersihan makanan (bersih, segar, tidak busuk) juga penting dalam mencegah penularan penyakit.

b. Air: Jumlah dan kualitas persediaan air merupakan determinan penting yang mempengaruhi kerawanan terhadap penyakit. Harus tersedia air dalam jumlah yang cukup untuk mandi, mencuci, dan membersihkan, serta mempunyai kualitas yang memadai untuk minum dan memasak makanan, tidak hanya pada sumber airnya, tetapi juga dalam rumah tangga.

c. Pakaian dan kain tempat tidur: Pakaian yang cukup untuk melindungi diri dari kondisi iklim setempat dan punya pakaian ganti pada saat pakaian dicuci, akan mengurangi timbulnya infeksi kulit dan gangguan parasit.

d. Rumah: Ukuran dan kualitas rumah adalah penting. Ventilasi yang tidak baik dan kondisi kamar tidur yang padat mempengaruhi timbulnya infeksi kulit dan pernapasan pada anggota rumah tangga.

e. Bahan bakar atau energi: Suplai bahan bakar yang memadai penting untuk memasak makanan dan merebus air, untuk mengawetkan makanan yang disimpan. Energi dibutuhkan untuk pendinginan guna mencegah diare yang disebabkan terlalu banyaknya bakteri dalam makanan yang disimpan, dan untuk menghangatkan badan dan mengurangi infeksi pernapasan pada iklim yang dingin.

f. Transportasi: Sarana transportasi penting untuk mencapai fasilitas kesehatan preventif dan pengobatan, pemasaran barang konsumsi dan makanan serta tempat kerja untuk mencari nafkah.

- g. **Higiene dan pelayanan preventif:** Pelayanan preventif ini membutuhkan biaya untuk membeli sabun, bahan pembersih, insektisida, dan pemakaian rumah tangga lain, serta vitamin, tambahan zat besi, alat kontrasepsi dan alat, juga untuk membayar pelayanan seperti perawatan antenatal, perawatan anak yang sehat, dan imunisasi.
 - h. **Pengobatan penyakit:** Hal ini meliputi biaya jasa dan komoditi seperti dokter, pemondokan, dan obat-obatan, termasuk perawatan ibu selama melahirkan anak.
 - i. **Informasi:** Melalui radio, televisi, surat kabar, majalah, buku, dan saluran informal, rumah tangga dapat memperoleh informasi yang memadai mengenai gizi, kesehatan, kontrasepsi, dan imunisasi.
3. **Variabel tingkat masyarakat:** lingkungan ekologi, ekonomi politik, dan sistem kesehatan (Hobcraft et al., 1985).

Lingkungan ekologi meliputi iklim, tanah, curah hujan, temperatur, letak ketinggian, dan musim. Dalam masyarakat subsistensi pedesaan, beberapa variabel ini mempunyai pengaruh yang besar terhadap kelangsungan hidupanak dengan mempengaruhi jumlah dan jenis bahan makanan yang dihasilkan, persediaan dan kualitas air, penyebarluasan serangga pembawa penyakit, tingkat bertambahnya bakteri dalam makanan yang disimpan, kelangsungan hidup telur dan larva parasit dalam tanah, dan drainase saluran pembuangan kotoran. Variabel ekologi dapat juga mempengaruhi tersedianya pekerjaan yang memberikan pendapatan, kesempatan dan pemakaian fasilitas kesehatan, dan waktu yang digunakan ibu untuk mengasuh anak.

Studi klasik mengenai penduduk India menghubungkan antara kenaikan harapan hidup yang besar (dari 25 tahun menjadi 50 tahun) pada pertengahan abad ke 20



dengan pencegahan berulangnya kelaparan menjadi ciri khas sejarah penduduk di benua itu (Davis, 1951).

Pentingnya struktur politik dan administrasi ditunjukkan dalam perbandingan regional seperti perbandingan internasional kematian anak (United Nations Population Division, 1983).

Dalam model variabel antara, sistem kesehatan formal dipandang berpengaruh melalui cara-cara (Mosley and Chen, 1984):

Pertama, pelembagaan tindakan, misalnya usaha pemberantasan penyakit melalui undang-undang, dengan tujuan untuk mengurangi kerawanan terhadap penyakit.

Kedua, pemberian subsidi biaya untuk mengubah harga relatif barang dan jasa yang berhubungan dengan kesehatan, terutama bertujuan untuk pemberantasan penyakit perorangan.

Ketiga, informasi, pendidikan, dan motivasi kepada masyarakat, yang secara politis dapat mempengaruhi pemerintah untuk mengalokasikan lebih banyak dana atau secara lebih efektif menggunakan sumber-sumber daya yang terbatas untuk pelayanan kesehatan, atau untuk mengubah strategi pembangunan umum untuk memelihara kesehatan penduduk dengan lebih baik. Secara institusional hal itu dapat meningkatkan dan secara individu dapat mempertinggi ketrampilan para praktisi tradisional atau petugas kesehatan, dan secara individu ia dapat mempertinggi ketrampilan dan mengubah sikap dan preferensi orangtua, terutama ibu, dan dengan demikian meningkatkan kelangsungan hidup anak.

Keempat, teknologi kedokteran meningkatkan efektifitas dan efisiensi yang dimanfaatkan oleh sistem kesehatan untuk mempengaruhi variabel antara.

Kerangka model cara kerja lima variabel antara dan praktek-praktek sosial rumah tangga dalam mempengaruhi morbiditas dan kematian bayi dan anak (Mosley, 1983a) mengilustrasikan dalam bentuk yang sederhana suatu model yang menunjukkan bagaimana variabel antara berhubungan dengan kematian. Dalam kerangka ini, keadaan nutrisi dikaitkan dengan faktor fisiologi individu yang bersangkutan, yaitu nafsu makan, absorpsi dan metabolisme. Demikian pula, risiko yang berhubungan dengan kontaminasi lingkungan dipengaruhi oleh resistensi individu terhadap infeksi. Resistensi individu dapat turun karena perlukaan, atau immaturitas kelahiran, atau naik karena vaksin. Model ini mengilustrasikan adanya konsep sinergisme biologi dan sinergisme sosial. Malnutrisi dan infeksi merupakan contoh sinergisme biologi. Infeksi menurunkan nafsu makan dan mengubah fungsi fisiologis dan meningkatkan malnutrisi, sedang malnutrisi menurunkan resistensi dan meningkatkan risiko infeksi. Sinergisme sosial merupakan faktor risiko. Sinergisme sosial dimaksudkan bahwa faktor penentu yang sama, misalnya kemiskinan, dapat bekerja secara independen terhadap lebih dari satu variabel antar untuk mempengaruhi risiko kematian bayi atau anak, menghasilkan suatu risiko kombinasi yaitu suatu risiko yang lebih tinggi daripada risiko hasil kerja setiap variabel antara yang terlibat walau dijumlahkan. Sebagai contoh, seorang anak dari keluarga miskin cenderung untuk menerima makanan yang kurang, lebih mudah terpapar infeksi, dan lebih kecil kemungkinannya memperoleh pengobatan modern apabila sakit.

2.2. Kompleks Penyebab Kematian Bayi dan Anak

Kompleks penyebab utama kematian bayi dan anak adalah:

1. Faktor prasyarat, misalnya: malnutrisi
2. Awal keadaan sakit, misalnya: diare dan infeksi saluran pernapasan bagian bawah
3. Pukulan, misalnya: dehidrasi dan pneumonia, yang terakhir ini mengakibatkan kematian.

Tiga serangkai tersebut bersifat sinergistik (Hull and Rohde, 1980).

Beberapa faktor penting yang mempengaruhi perbedaan kematian adalah karakteristik status sosial ekonomi, perbedaan latar-belakang tempat tinggal, faktor-faktor kesukuan, agama dan lingkungan yang berkaitan dengan perbedaan kebudayaan, serta jenis kelamin (World Health Organization, 1983).

Sifat pengalaman kelangsungan hidup anak-anak sekandung (*sibling*) merupakan suatu bentuk peng'kluster'an. Dalam hal ini anak-anak yang berasal dari sebuah keluarga akan lebih mempunyai kemiripan atau kesamaan dalam hal kelangsungan hidupnya dibandingkan dengan anak-anak di luar keluarga tersebut. Anak-anak dari keluarga yang sama akan mempunyai faktor genetik yang serupa. Juga, anak-anak dalam keluarga yang sama ini akan mengalami perawatan prenatal dan neonatal yang mirip. Demikian pula, lingkungan fisik keluarga akan memberi pengaruh yang sama terhadap anak-anak dalam keluarga tersebut sejak lahir sampai bertumbuh-kembang selanjutnya. Dengan kata lain, sebuah keluarga akan memberi pengaruh yang eksklusif terhadap anak-anaknya pada awal kehidupannya (Guo, 1993).

Jika seorang anak telah meninggal dalam sebuah keluarga dengan dua anak, maka kelangsungan hidup anak yang lain akan lebih lemah dibandingkan dari rata-rata anak pada umumnya.

Probabilitas terjadinya kematian anak yang dilahirkan berikutnya lebih tinggi pada keluarga-keluarga yang pernah mengalami kematian anak sebelumnya dibandingkan pada keluarga-keluarga yang tidak pernah mengalami kematian anak sebelumnya, di mana keadaan ini didukung oleh beberapa studi yang temuannya seperti di bawah ini.

1. Di Bangladesh pada periode 1975-1976 ditemukan probabilitas kematian lebih rendah pada bayi yang mempunyai kakak kandung yang hidup daripada mereka yang mempunyai kakak kandung yang mati sebelumnya (Majumder, 1989). Jika seorang anak mempunyai dua kakak kandung atau lebih, maka probabilitas kematian anak akan lebih tinggi pada mereka yang kedua kakaknya meninggal sebelumnya. Demikian pula probabilitas kematian anak lebih tinggi pada mereka yang mempunyai pasangan kakak kandung pertama hidup dan kakak kandung kedua meninggal daripada mereka yang mempunyai pasangan kakak kandung pertama meninggal dan kakak kandung kedua hidup.
2. Di Punjab pada periode 1958-1973 ditemukan probabilitas kematian anak-anak berumur 0-36 bulan yang mempunyai ibu yang tidak berpendidikan (berpendidikan rendah) lebih tinggi pada ibu yang muda, nomor urut kelahiran yang tinggi, jarak kelahiran sebelumnya yang pendek, dan kematian anak sebelumnya (Kost and Amin, 1992).

3. Di pedesaan Nepal pada tahun 1976 ditemukan probabilitas kematian bayi lebih tinggi di antara anak ibu-ibu yang mempunyai anak mati sebelumnya (Gubhaju, 1984; Gubhaju, 1985). Risiko kematian pada anak yang dilahirkan oleh ibu yang sebelumnya mengalami kematian anak adalah dua kali dibandingkan yang anak sebelumnya hidup. Terdapat fakta bahwa pada jarak kelahiran yang cukup *favorable* (18-35 bulan dan 3 tahun atau lebih), kematian anak yang lebih tua meningkatkan risiko kematian anak berikutnya, hal ini menunjukkan adanya efek lingkungan keluarga (*family environment effect*).
Disimpulkan pada studi ini bahwa ibu muda dengan (1) paritas tinggi yang (2) mempunyai sejarah kehilangan anak sebelumnya karena kematian dan (3) jarak kelahiran yang pendek merupakan faktor yang meningkatkan risiko kematian bayi atau anak dari kelahiran hidup berikutnya.
4. Di Filipina pada tahun 1983, ditemukan efek yang signifikan dari kematian anak kandung sebelumnya terhadap kematian anak yang dilahirkan sesudahnya (Cabigon, 1992).

Efek neto terbesar terhadap kematian anak diberikan oleh: (1) kelangsungan hidup anak yang dilahirkan sebelumnya, dan (2) jarak kelahiran dengan anak yang dilahirkan sebelumnya (Mahadevan, 1986).

2.3. Faktor Risiko dari Gangguan Kualitas Tumbuh Kembang dan Kelangsungan Hidup Anak

Kualitas tumbuh kembang dan kelangsungan hidup anak merupakan hasil interaksi antara faktor genetik dan faktor lingkungan, baik lingkungan sebelum anak dilahirkan mau pun lingkungan setelah anak itu lahir (Soetjiningsih, 1995).

Faktor lingkungan yang mempengaruhi tumbuh kembang dan kelangsungan hidup anak sangat majemuk. Semua ini tergantung pada bagaimana anak itu ditangani, oleh karena anak bukanlah miniatur dari orang dewasa, sehingga anak memerlukan perhatian khusus yang berbeda penanganannya terhadap orang dewasa.

Faktor yang mempengaruhi tumbuh kembang dan kelangsungan hidup anak terdiri dari (Satoto, 1990; Soetjiningsih, 1995):

1. Faktor pra nikah atau pra hamil:

Faktor pra nikah atau pra hamil ini di antaranya adalah penyakit keturunan yang bisa diturunkan pada anaknya kelak, seperti diabetes melitus, thalasemia, juga kelainan kromosom yang dapat mengakibatkan cacat bawaan. Usia ibu saat hamil ikut berperan dalam lahirnya bayi dengan cacat bawaan seperti sindroma Down atau Mongoloid, yaitu usia hamil di atas 35 tahun menambah risiko itu.

2. Faktor pranatal:

Masa pranatal meliputi masa embrionik (mudigah) dan masa fetal (janin).

Pada masa embrionik saat terjadi organogenesis, peran lingkungan intrauterin pada kehamilan muda (trimester pertama) dapat menimbulkan cacat bawaan.

Sedang pada masa fetal yang ditandai dengan pertumbuhan janin yang cepat dan peningkatan fungsi organ, maka hal-hal yang mempengaruhi tumbuh kembang dan kelangsungan hidup anak adalah: gizi ibu saat hamil, obat-obatan, toksin atau zat kimia, keadaan hormon atau endokrin, kelainan mekanis misalnya yang menyangkut posisi janin, penyakit pada ibu (baik infeksi mau pun bukan infeksi), radiasi, imunitas (misalnya antagonisme antibodi rhesus dan ABO), anoksia akibat menurunnya oksigenasi janin melalui gangguan pada plasenta dan tali pusat, dan keadaan kejiwaan ibu.

3. Faktor perinatal:

Masa perinatal adalah masa yang penting karena merupakan fase maturasi dan sosialisasi yang intensif. Keadaan penting yang harus diperhatikan pada masa ini adalah: asfiksia neonatorum, trauma lahir, hipoglikemia, hiperbilirubinemia, bayi berat lahir rendah (BBLR), dan infeksi.

4. Faktor pascanatal (*postnatal*):

Faktor pascanatal yang mempengaruhi kualitas dan kelangsungan hidup anak adalah faktor bio-fisiko-psiko-sosial. Contoh untuk komponen biologis adalah kesehatan tubuh atau organ, keadaan gizi, kekebalan terhadap penyakit; komponen fisis adalah kondisi perumahan, kebersihan lingkungan, fasilitas kesehatan, dan pendidikan; komponen psikososial adalah kesehatan jiwa, stimulasi mental, pengaruh keluarga, sekolah, dan masyarakat, nilai sosial budaya, tradisi, adat dan agama.

Faktor lingkungan pascanatal yang penting adalah:

a. Gizi anak:

Makanan memegang peran penting dalam kualitas dan kelangsungan hidup anak, karena anak sedang tumbuh sehingga mempunyai kebutuhan yang berbeda dengan orang dewasa. Kekurangan makanan yang bergizi akan menyebabkan retardasi pertumbuhan anak, sebaliknya makan yang berlebihan dapat menyebabkan obesitas. Kedua keadaan ini dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas anak.

b. Kesehatan anak:

Kesehatan anak harus mendapat perhatian dari para orangtua, yaitu dengan cara segera membawa anaknya yang sakit ke tempat pelayanan kesehatan yang terdekat, jangan sampai, misalnya karena keterlambatan dalam mengambil keputusan, penyakit sudah parah yang bisa membahayakan jiwanya.

c. Imunisasi:

Pemberian imunisasi pada anak penting untuk mengurangi morbiditas dan mortalitas terhadap beberapa penyakit yang bisa dicegah dengan imunisasi, misalnya penyakit TBC, difteria, tetanus, pertusis, polio, campak, dan hepatitis B.

d. Kondisi perumahan:

Keadaan perumahan yang layak dengan konstruksi bangunan yang tidak membahayakan penghuninya, akan menjamin keselamatan dan kesehatan penghuninya termasuk anak.

e. Sanitasi lingkungan:

Kebersihan, baik kebersihan perorangan mau pun kebersihan lingkungan memegang peranan penting pada kualitas dan kelangsungan hidup anak.

Lingkungan yang layak akan meningkatkan rasa aman bagi ibu atau pengasuh anak dalam menyediakan kesempatan bagi anak untuk mengeksplorasi lingkungan.

f. Stimulasi:

Stimulasi atau perangsangan yang datang dari lingkungan luar anak merupakan hal yang penting bagi kualitas tumbuh kembang dan kelangsungan hidup anak.

Stimulasi akan mempercepat perkembangan anak, selain berfungsi sebagai penguat yang bermanfaat bagi perkembangan anak.

g. Keluarga berencana:

Dengan keluarga berencana, sebuah keluarga dapat merencanakan kapan mulai mempunyai anak, berapa jumlah anak yang diinginkan, berapa tahun jarak antara anak yang satu dengan lainnya, dan kapan berhenti untuk tidak hamil lagi.

Penundaan kehamilan sampai paling sedikit berusia 20 tahun bagi ibu akan mengurangi kemungkinan melahirkan BBLR yang angka morbiditas dan mortalitasnya tinggi, demikian pula kehamilan pada usia ibu di atas 35 tahun akan kembali meningkatkan risiko bagi anak dan ibu.

Jarak yang terlalu dekat antar kehamilan dapat mengganggu tumbuh kembang anak baik fisik mau pun mental, sebab ibu tidak mempunyai banyak waktu untuk menyiapkan makanan anak, ibu terpaksa menghentikan ASI, juga berkurangnya

perhatian dan kasih sayang. Kehamilan yang terlalu cepat akan sering melahirkan BBLR.

Mempunyai anak lebih dari 4 orang akan menambah risiko terhadap ibu dan bayinya.

h. Keluarga:

Suasana damai dan kasih sayang dalam keluarga sangat penting dalam kualitas dan kelangsungan hidup anak. Interaksi orangtua anak merupakan suatu proses yang majemuk yang dipengaruhi banyak faktor, yaitu kepribadian orangtua, sifat bawaan anak, kelahiran anak yang lain, tingkah laku setiap anggota keluarga, interaksi antar anggota keluarga, dan pengaruh luar.

2.4. Keluarga, Struktur dan Fungsinya

Keluarga, yang terdiri dari suami, istri beserta anak-anaknya yang belum menikah (keluarga batih atau *nuclear family*), sebenarnya adalah suatu sistem sosial (menurut teori struktural-fungsionalisme) yang memiliki unsur sistem sosial seperti kepercayaan, perasaan, tujuan, kaidah, kedudukan dan peranan, tingkatan atau jenjang, kekuasaan, dan fasilitas (Soerjono Soekanto, 1990; Goode, 1991).

Unsur sistem sosial tersebut bisa dijabarkan sebagai berikut (Soerjono Soekanto, 1990):

1. adanya kepercayaan bahwa terbentuknya keluarga ini merupakan kodrat dari Tuhan,
2. adanya perasaan-perasaan tertentu pada diri para anggota keluarga (rasa saling mencintai, saling menghargai, dan saling bersaing),



3. adanya tujuan keluarga sebagai wadah sosialisasi dan jaminan mendapatkan ketenteraman jiwa,
4. adanya beberapa kaidah yang mengatur timbal balik antar anggotanya, maupun dengan berbagai pihak di luar keluarga,
5. keluarga maupun para anggotanya mempunyai kedudukan dan peranan tertentu dalam masyarakat,
6. para anggota keluarga, misalnya suami-istri sebagai ayah-ibu mempunyai kekuasaan yang menjadi salah satu dasar bagi pengawasan proses hubungan kekeluargaan,
7. setiap anggota keluarga mempunyai posisi sosial tertentu dalam hubungan kekeluargaan, kekerabatan, maupun dengan pihak luar,
8. adanya berbagai sanksi positif maupun negatif yang lazim diterapkan dalam keluarga, baik bagi yang patuh maupun yang menyeleweng,
9. adanya fasilitas untuk mencapai tujuan berkeluarga, misalnya berbagai sarana untuk mengadakan proses sosialisasi.

Sehingga suatu keluarga pada dasarnya mempunyai fungsi-fungsi sebagai (Soerjono Soekanto, 1990):

1. unit terkecil dalam masyarakat yang mengatur hubungan seksual yang wajar dan sah;
2. wadah tempat berlangsungnya sosialisasi, yaitu proses di mana para anggota masyarakat yang baru mendapatkan pendidikan untuk mengenal, memahami, mentaati, dan menghargai berbagai kaidah serta nilai yang berlaku;
3. unit terkecil dalam masyarakat yang memenuhi kebutuhan-kebutuhan ekonomis;

4. unit terkecil dalam masyarakat tempat anggota-anggotanya mendapatkan perlindungan bagi ketenteraman dan perkembangan jiwanya.

Dengan demikian, dalam kehidupan sehari-hari keluarga mempunyai ikatan yang tidak dapat dipisahkan dengan lingkungan dan masyarakat sekitarnya untuk memenuhi keperluan hidupnya. Ada berbagai norma, pola tingkah laku dan sistem nilai yang berlaku sebagai pengatur hubungan dalam sebuah keluarga, sehingga tercipta suasana kekeluargaan yang harmonis, penuh kesadaran, tanggung jawab, dan kesetiaan untuk berkorban serta penuh kasih sayang satu sama lain. Suasana kekeluargaan yang baik, akan merupakan media yang baik untuk tumbuh kembang anak (Soetjiningsih, 1995).

2.5. Status, Peran dan Keberdayaan Perempuan

2.5.1. Status Perempuan

Status perempuan merupakan konsep dengan definisi operasional yang ambigu. Definisi teoritis mempertimbangkan akses perempuan kepada sumber daya material dan sosial (Widayatun, 1991). Ini adalah fenomena multidimensional yang terdiri dari beberapa variabel yang berbeda dan mempunyai interdependensi. Secara individual, status seorang perempuan bervariasi menurut lingkungan sosialnya, di mana status seorang perempuan akan berbeda tingkatnya pada konteks yang berbeda, misalnya: seorang perempuan mungkin mempunyai status yang tinggi di rumah tangga, tetapi mempunyai status yang rendah di luar rumah, dan sebaliknya.

Status perempuan dapat dikonseptualisasikan dalam dua tingkat, yaitu tingkat mikro dalam keluarga, dan tingkat makro dalam masyarakat.

Demikian pula ada sedikitnya dua dimensi, yaitu status perempuan *vis-à-vis* (berhadapan dengan) laki-laki, dan status perempuan *vis-à-vis* sesama perempuan lain.

Indikator konvensional dari status perempuan direfleksikan dalam bentuk posisi perempuan di rumah tangga dan di masyarakat.

Indikator status perempuan di rumah tangga direfleksikan melalui posisi relatifnya dengan laki-laki (suami) dalam hal kewenangan pengambilan keputusan mengenai aktifitas produktif dan ekonomi, atau keputusan yang mempengaruhi kehidupan keluarga, seperti pindah rumah, besar keluarga, atau pembiayaan perawatan anak. Jadi, indikator status perempuan di rumah tangga merupakan refleksi dari posisi relatifnya terhadap laki-laki berkenaan dengan sumber daya sosial seperti pengetahuan, hak dan kekuasaan, dan sumber daya material seperti penghasilan, tanah, makanan, dan kekayaan.

Indikator konvensional dari status perempuan di rumah tangga adalah tingkat pendidikan dan pekerjaan.

Tingkat pendidikan dan penghasilan juga sering digunakan sebagai indikator status perempuan di masyarakat. Akses perempuan terhadap sumber daya sosial diukur melalui partisipasinya yang penuh dalam pendidikan, sedangkan akses perempuan terhadap sumber daya material diindikasikan oleh pekerjaan dan aktifitas ekonomi.

Pencapaian pendidikan dan pekerjaan merupakan kontributor penting pada status perempuan *vis-à-vis* laki-laki. Pendidikan akan menunda perkawinan perempuan, dan meningkatkan peluang menjadi pekerja dibayar dalam sektor modern, yang akan membebaskan perempuan melalui kebebasan ekonomi dan meningkatkan status mereka secara relatif terhadap suaminya.

Status perempuan *vis-à-vis* sesama perempuan lain dapat diukur melalui tingkat pendidikan relatifnya.

Pendidikan bagi perempuan juga melepaskan mereka dari pekerjaan melelahkan di sektor pertanian, dan membebaskan mereka dari peran ibu rumah tangga murni yang membatasi mereka dari iklim rumah.

Status perempuan atau status ibu di sini adalah seperti yang dirumuskan oleh Stoler (1977), yaitu mencakup dua aspek sekaligus: aspek otonomi perempuan dan aspek kekuasaan sosial. Aspek otonomi perempuan dapat memberikan gambaran sejauh mana perempuan mempunyai kekuasaan ekonomi atas dirinya dibandingkan dengan kaum laki-laki, sedang aspek kekuasaan sosial mencerminkan kekuasaan perempuan terhadap orang lain di luar rumah tangganya.

Status pendidikan dan status bekerja perempuan merupakan pencerminan dari status perempuan yang berhubungan dekat dengan kematian bayi dan anak (Durrant and Sathar, 2000).



Berbagai studi sudah membuktikan adanya pengaruh pendidikan terhadap kematian bayi, di mana makin tinggi pendidikan akan diikuti dengan makin tingginya kelangsungan hidup bayi dan anak.

Status ibu yang baik akan memberikan keuntungan pada kelangsungan hidup anak melalui berkurangnya fatalisme, meningkatnya kemampuan ibu untuk memanipulasi 'dunia' yaitu dengan meningkatkan kemampuan untuk mencari fasilitas pelayanan kesehatan, dan mengubah keseimbangan kekuasaan dalam hubungan keluarga. Peningkatan status ibu akan meningkatkan penggunaan fasilitas kesehatan menjadi lebih baik. Informasi kesehatan juga lebih memungkinkan dicapai oleh ibu yang mempunyai status perempuan yang cukup. Paparan informasi ini juga akan mengubah perilaku ibu yang berhubungan dengan praktik perawatan kesehatan seperti pencarian pengobatan dan perbaikan cara perawatan bayi. Pendidikan ibu juga akan menurunkan kematian bayi melalui penangkapan berbagai informasi spesifik, misalnya kemampuan untuk mendeteksi berbagai masalah kesehatan yang dialami si anak.

Beberapa aspek dari status perempuan adalah pengambilan keputusan (termasuk keputusan untuk membeli berbagai barang keperluan rumah tangga), mobilitas (ke rumah sakit, pasar, rumah teman, dan desa sekitarnya), dan pengendalian tanpa keharusan didahului konsultasi dengan suami atau anggota keluarga yang lain (Kishor and Parasuraman, 1998).

2.5.2. Keberdayaan Perempuan

Keberdayaan adalah sekaligus sebagai proses dan tujuan (*goal*).

Keberdayaan didefinisikan sebagai sebuah proses kesadaran dan pembangunan kapasitas menuju ke peran serta (partisipasi) yang lebih besar, ke kekuasaan dan penguasaan pengambilan keputusan yang lebih besar, dan ke aktifitas perubahan (Karl, 1995).

Menurut Batliwala (1994), keberdayaan adalah suatu proses menantang keberadaan hubungan kekuasaan dan proses memperoleh pengendalian yang lebih besar terhadap sumber kekuasaan.

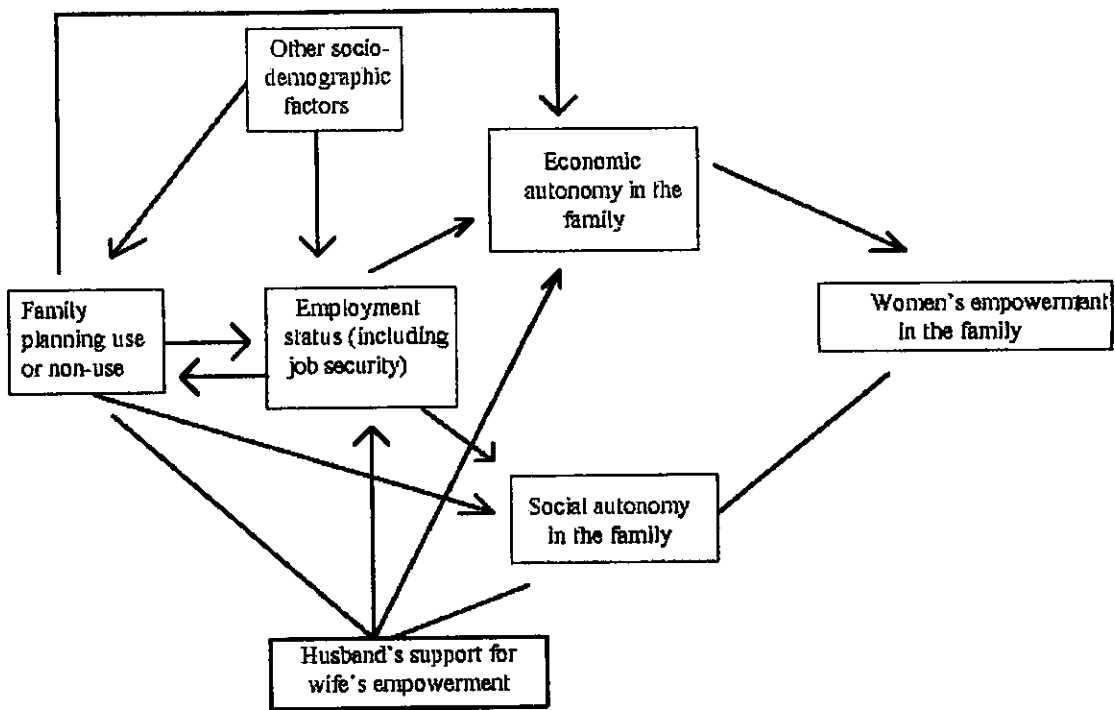
Definisi lain (F.A.T.E., 2001), keberdayaan adalah suatu proses di mana seseorang dapat mengubah hubungan kekuasaan yang ada melalui tiga dimensi, yaitu dimensi material, manusia, dan intelektual. Ini adalah sebuah proses untuk menolak dan mengubah ideologi, atau sekumpulan ide (*ideas*), sikap (*attitudes*), kepercayaan (*beliefs*), dan praksis (*practices*), di mana sudah tertanam bias gender atau bias sosial seperti perbedaan kasta, ekonomi, kelas, wilayah dan kultur.

Secara lebih singkat, UNFPA (2001) memberikan definisi bahwa keberdayaan perempuan adalah suatu proses ketika relasi kekuasaan yang tidak setara ditransformasikan, dan perempuan makin memperoleh kesetaraan dengan laki-laki. Pada tingkat pemerintah, hal itu meliputi perluasan hak-hak dasar sosial, ekonomi, dan politik dari para perempuan. Pada tingkat individu, hal itu meliputi proses ketika perempuan memperoleh kekuasaan internal untuk mengekspresikan

dan mempertahankan hak-haknya, dan memperoleh harga diri dan pengendalian yang lebih besar dalam hidupnya, baik secara personal mau pun dalam hubungan sosialnya. Peran serta dan penerimaan kaum laki-laki terhadap perubahan peran tersebut sangat esensial bagi keberdayaan perempuan.

Tujuan (*goal*) dari keberdayaan perempuan adalah untuk menolak ideologi patriarkhal, untuk mengubah baik struktur mau pun lembaga yang menguatkan dan melestarikan diskriminasi gender dan ketidaksetaraan sosial, dan memungkinkan perempuan lemah atau miskin untuk memperoleh tambahan akses dan mengendalikan baik materi mau pun sumber daya informasional (Batliwala, 1994).

Keberdayaan mempunyai tiga dimensi, yaitu dimensi personal, relasional, dan kolektif (Rowlands, 1997). Dimensi personal mengembangkan rasa percaya diri atau individual, dan meruntuhkan efek dari tekanan yang terinternalisasi. Dimensi relasional mengembangkan kemampuan bernegosiasi dan mempengaruhi sifat dasar hubungan dan keputusan yang terbuat di dalamnya. Dimensi kolektif di mana berbagai individu saling bekerja sama untuk mencapai pengaruh yang lebih luas dari pada bila dikerjakan sendiri.



Gambar 2.1.

Kerangka teoritis arah hubungan berbagai variabel dengan
keberdayaan perempuan di dalam keluarga

(Sumber: Siti Hidayati Amal et al. 1997. Final Report prepared for
the Women's Studies Project Family Health International.)

Keberdayaan beroperasi pada dua tingkat (F.A.T.E., 2001). Yang pertama yaitu proses ekstrinsik di mana proses ini terjadi di lingkungan luar melalui penguasaan oleh perempuan yang lebih besar terhadap berbagai sumber daya.

Yang kedua adalah proses intrinsik yang mengubah lingkungan ideologi, di mana perempuan meningkatkan kepercayaan diri, yang karenanya akan memberikan kekuatan dan motivasi perempuan untuk menunjang keberdayaannya.

Untuk mencapai keberdayaan, proses tersebut dimulai dengan memperoleh dan mempertinggi tingkat kesadaran (*awareness and consciousness*) para perempuan.

Berbagai program upaya pemberdayaan perempuan individual pada dasarnya bertujuan untuk mendorong partisipasi perempuan, penguasaan ketrampilan yang cukup, pengembangan kapasitas pengambilan keputusan, dan penguasaan sumber daya.

Hubungan antara beberapa variabel dengan keberdayaan perempuan dalam keluarga digambarkan dalam Gambar 2.1.

Dengan demikian, seorang perempuan disebut berdaya adalah bila dapat (Hall, 1992):

- a. mendefinisikan sendiri berbagai nilai dalam hubungannya dengan minat (*interest*)-nya yang nyata dan memformulasikan keyakinannya sendiri;
- b. mempunyai otonomi dan menuntut kebebasan dari hirarkhi laki-laki, menilai sendiri keunikannya sebaik rasa memiliki pada kelompoknya;
- c. bertahan hidup melebihi rasa ketertundukan sebelumnya, dan melatih bakat untuk mengisi hidupnya;
- d. tidak merasa lebih superior daripada laki-laki, melainkan menanggapi laki-laki secara sejajar; tidak menantang dominasi laki-laki, melainkan mempunyai pikiran dan perasaan setara dengan laki-laki;
- e. berpartisipasi di jalan agama yang akan memperkuat diri dan saling mendukung perempuan lainnya;
- f. memahami bahwa kesejahteraan individu hanya dapat dicapai dengan merujuk ke sesama para perempuan, memperkuat diri melalui dukungan antar sesama perempuan;

- g. bekerja untuk memberdayakan dan memungkinkan para perempuan lain menuju pengisian hidup, bekerja sama untuk kebaikan bersama;
- h. sangat menjaga keberadaan keluarga, pekerjaan, dan agama;
- i. menentukan sendiri bagaimana cara memelihara tanggungjawab keluarga tradisionalnya;
- j. mengambil keputusan sendiri berkenaan dengan pekerjaan;
- k. memantapkan idealnya sendiri yang berkaitan dengan sumber daya dari keputusan dan kegiatan;
- l. menentukan sendiri bagaimana cara hidupnya, menunjang moral dan visinya.

Keberdayaan ibu dalam keluarga dipengaruhi oleh otonomi secara ekonomi dan sosial dalam keluarga (Siti Hidayati Amal et al., 1997).

Otonomi ibu secara sosial dan ekonomi dipengaruhi oleh status bekerja ibu dan dukungan suami untuk memberdayakan ibu.

Status bekerja ibu di luar rumah dengan imbalan upah atau uang akan menurunkan tingkat kematian anak, oleh karena bekerja di luar rumah akan memperluas pengalaman melalui penghasilan dan paparan publik (Mencher, 1988). Selain itu, keberdayaan ibu melalui peningkatan statusnya (pendidikan dan pekerjaan) ini akan menurunkan ekses kematian anak perempuan dan berbagai perbedaan atau bias gender yang lain.

Efek positif dari bekerja adalah meningkatnya paparan terhadap berbagai peluang, nilai-nilai modern, dan tentu saja, penghasilan.

Keberdayaan ibu di antaranya meliputi mobilitas, kebebasan finansial, pengambilan keputusan dalam tingkat keluarga, bebas dari ketakutan, misalnya ketakutan berbeda pendapat dengan suami, ketakutan terhadap kemungkinan kekerasan domestik dari suami (Siti Hidayat Amal et al., 1997; Durrant and Sathar, 2000).

2.6. Jalan Menuju Kelangsungan Hidup

BASICS, the Center for Disease Control and Prevention (CDC), dan USAID telah mengembangkan sebuah kerangka konseptual, yaitu Jalan Menuju Kelangsungan Hidup (*Pathways to Survival*), yang membantu pengembangan dan pemantauan program manajemen kasus terpadu (Waldman et al., 1996).

Kerangka ini berbasis pada dua batas, yaitu sehat-sakit dan perawatan di dalam-luar rumah (BASICS II, 2001; Claeson and Waldman, 2000; Waldman et al., 1996)

1. Sehat –sakit:

Meski pun pencegahan sakit pada anak adalah suatu komponen esensial dari program kelangsungan hidup anak, tetapi sebagian besar anak di negara-negara sedang berkembang masih mengalami sakit dalam berbagai peristiwa. Kerangka ini menghadapi manajemen sakit anak, mana kala pengenalan sakit dan kebutuhan perawatan oleh pengasuh anak merupakan langkah pertama yang esensial.

2. Perawatan di dalam-luar rumah:

Perawatan yang dilayani di dalam rumah akan mencegah ke morbiditas dan komplikasi yang lebih parah, memperbaiki kesehatan dan nutrisi, dan di beberapa

kasus akan secara langsung mencegah kematian. Untuk sebagian besar anak, kualitas perawatan yang mereka terima di rumah pada saat mulai sakit dan dilanjutkan dengan kontak ke petugas kesehatan profesional merupakan kontribusi utama untuk kesehatan dan kelangsungan hidup mereka.

Bila pengasuh anak merasa membutuhkan dukungan perawatan di atas kemampuannya, ketersediaan perawatan di luar rumah dan pengambilan keputusan untuk mencari perawatan adalah sesuatu yang kritis.

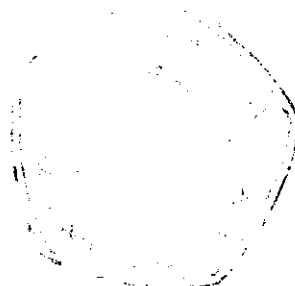
Pada kasus anak sakit yang parah, ketersediaan dan kualitas perawatan di luar rumah secara substansial sangat menentukan kesehatan dan *outcome* kelangsungan hidup anak tersebut.

Di samping ketersediaan obat-obatan dan sarana lain yang esensial, kualitas perawatan baik di dalam rumah mau pun di fasilitas pelayanan kesehatan tergantung dari tingkat pengetahuan, motivasi, dan ketrampilan pengasuh (ibu) dari anak yang bersangkutan.

Pathway ini dibagi dalam tiga wilayah (lihat Gambar 2.2.), yaitu manajemen kasus di dalam rumah, *interface* antara pelayanan dalam dan luar rumah, dan manajemen kasus di luar rumah (BASICS II, 2001; Claeson and Waldman, 2000; Waldman et al., 1996).

1. Manajemen kasus di dalam rumah:

Ketika terjadi sakit, beberapa langkah kritis yang diperlukan untuk merestorasi kesehatan anak harus diambil di dalam rumah. Hal ini termasuk di antaranya adalah: pengenalan kebutuhan perawatan atau pengobatan, melakukan perawatan yang sesuai



di rumah, pencarian perawatan tambahan bila diperlukan, melakukan perawatan lanjut sesudah menerima pertolongan di luar rumah, pengenalan kebutuhan pencarian pengobatan lanjut bila kondisi anak memburuk.

Bila sakit terjadi, determinan kritis dari *outcome* yang diinginkan adalah pengenalan sakit oleh pengasuh anak.

2. *Interface* antara rumah dan pelayanan kesehatan di luar rumah:

Dua langkah kritis menghubungkan antara perawatan dalam rumah dengan perawatan di luar rumah, yaitu langkah pencarian pengobatan di luar rumah, dan melakukan perawatan lanjut sesudah melakukan konsultasi ke luar rumah.

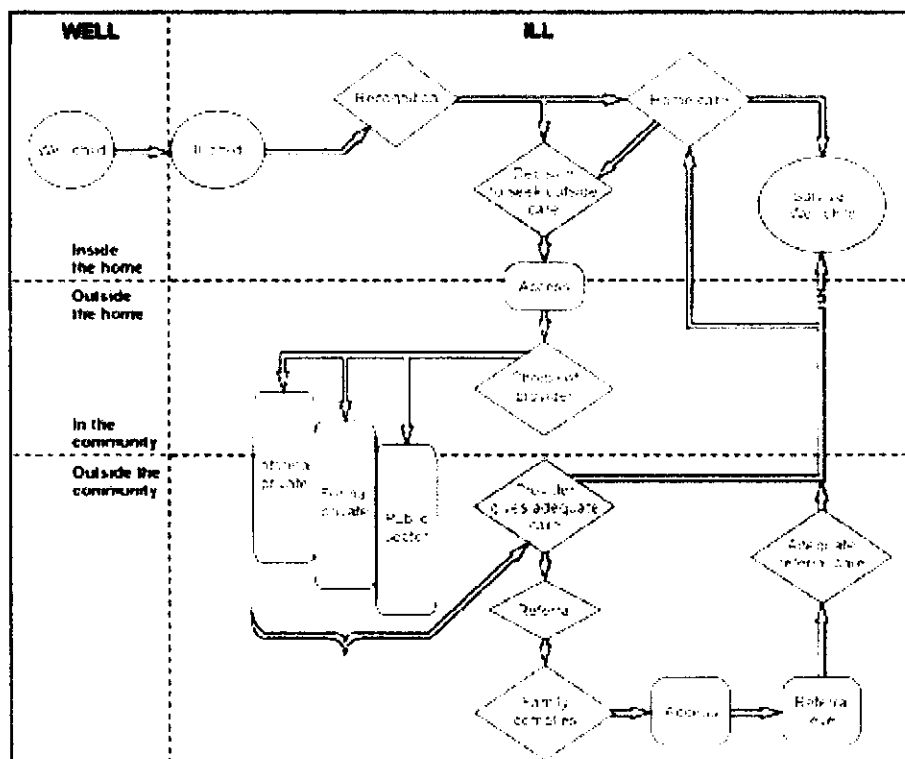
Beberapa variasi perilaku yang dibutuhkan tergantung dari jenis penyakit. Meski pun begitu, untuk semua penyakit, perilaku tersebut di antaranya adalah mendefinisikan indikasi untuk mencari pengobatan di luar rumah, mendapatkan informasi yang efektif melalui perbaikan komunikasi yang strategis, menjamin ketersediaan obat dan sarana lain untuk pengobatan lanjut, dan memperbaiki hubungan antara pelayanan kesehatan dan masyarakat atau keluarga.

3. Manajemen kasus di luar rumah:

Meningkatkan akses ke manajemen penyakit yang berkualitas tinggi di luar rumah harus merupakan tujuan dasar dari program kelangsungan hidup anak. Untuk anak sakit yang parah, perawatan merupakan determinan kritis dari kelangsungan hidupnya.

Pelayanan kesehatan di luar rumah sangat beragam. Di masyarakat mungkin terdapat sektor formal seperti dokter, perawat, ahli farmasi, petugas kesehatan masyarakat, dan

penjual obat yang melakukan pelayanan modern yang berorientasi “Barat” (*Western-oriented*). Selain itu terdapat sektor informal seperti pengobat tradisional (dukun) atau jamu tradisional lokal, yang melayani pengobatan dan nasehat secara tradisional. Diversitas lain berkaitan dengan fasilitas kesehatan publik milik pemerintah dan fasilitas privat milik non pemerintah. Di dalam pencarian pengobatannya, para ibu sering menggunakan berbagai macam pelayanan kesehatan sekaligus (*multiple services*) untuk sebuah episode sakit.



Gambar 2.2.
Kerangka konseptual Jalan menuju Kelangsungan Hidup
(Sumber: BASICS II. 2001. Pathways to Survival.)

Kerangka itu mengindikasikan bahwa pelayanan kualitas (*quality care*) harus berpegang pada suatu standar yang diterima, dengan penekanan pada pelayanan kualitas di masyarakat dan di fasilitas pelayanan kesehatan. Kerangka ini mengakui bahwa sebagian besar perawatan anak yang sakit terjadi di luar fasilitas pelayanan kesehatan dan bahwa baik pengenalan sakit mau pun penentuan perawatan oleh pengasuh anak merupakan suatu komponen yang kritis.



BAB 2
KERANGKA KONSEPTUAL
DAN HIPOTESIS PENELITIAN

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

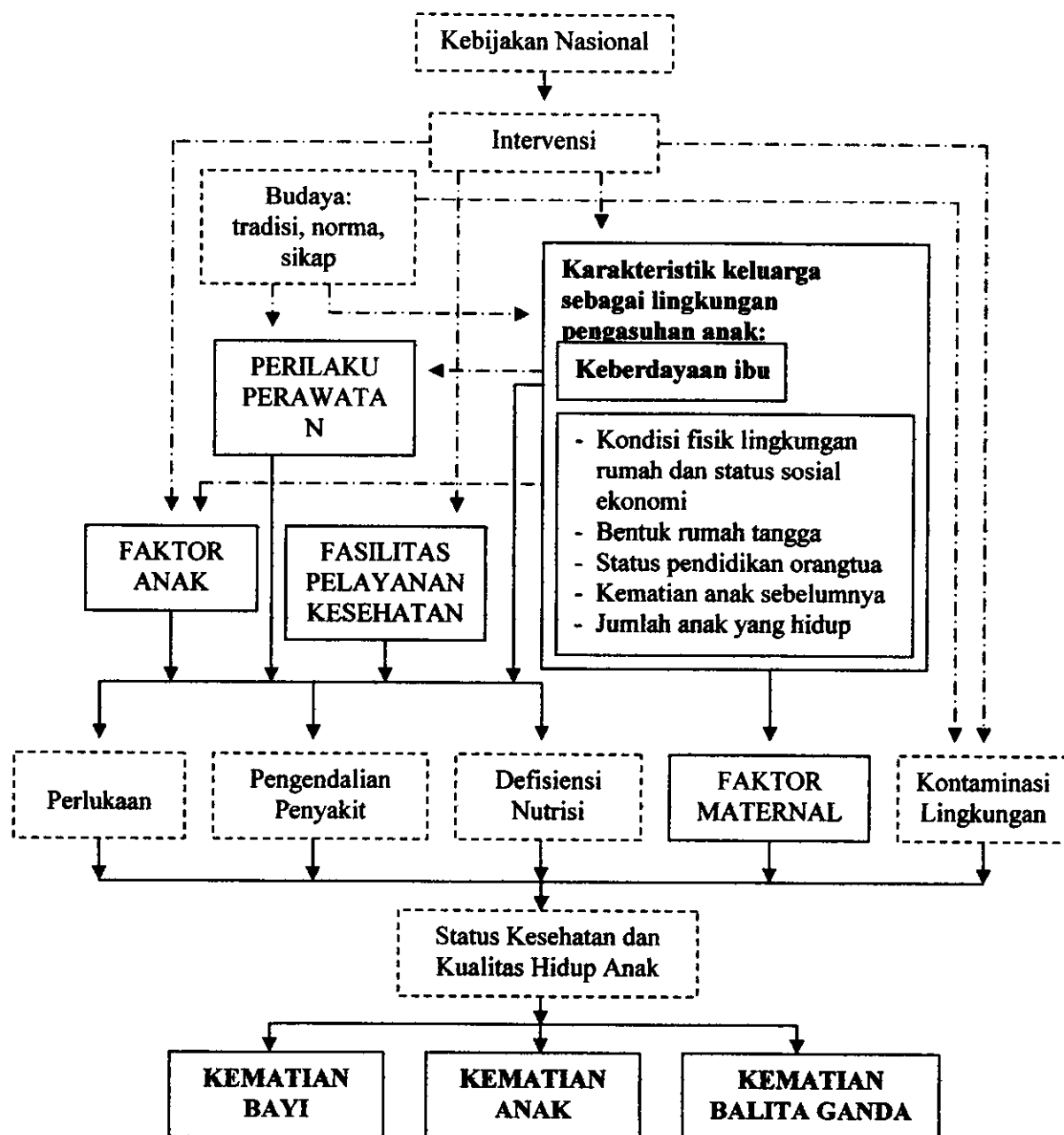
Kerangka Konseptual

Dari landasan teoritis yang diuraikan terdahulu, dapat dideduksi menjadi suatu kerangka konseptual sebagai yang didekripsikan di bawah ini.

Secara deduktif, probabilitas kematian anak dipengaruhi oleh determinan sosial ekonomi, yang di dalamnya termasuk faktor keluarga, melalui beberapa variabel antara sebagai variabel terdekat yaitu faktor maternal, defisiensi nutrisi atau kekurangan gizi, perlukaan, dan pengendalian penyakit perorangan.

Keluarga sebagai unit terkecil dari masyarakat walaupun mempunyai struktur yang mirip dengan struktur masyarakat makro, tetapi mempunyai fungsi dan karakteristik yang agak berbeda dengan masyarakat makro.

Kerangka konseptual yang telah diintroduksi oleh Mosley dan Chen (1984), yaitu konsep determinan kelangsungan hidup anak yang berupa pendekatan analitis yang memadukan ilmu-ilmu sosial dan ilmu kedokteran, dianalogikan juga berlaku untuk masyarakat mikro yaitu keluarga, dipadukan dengan kerangka *Pathways to Survival* (BASICS II, 2001; Waldman et al., 1996) untuk menjelaskan determinan dan langkah kritis menuju kelangsungan hidup anak.



Gambar 3.1.
Kerangka Konseptual Penelitian

Demikian pula diferensial kematian yang terjadi antar kelompok masyarakat yang mempunyai karakteristik berbeda tentunya berlaku juga antar keluarga yang berbeda. Anak yang dibesarkan dalam keluarga yang berbeda berarti mempunyai lingkungan pengasuhan dan lingkungan hidup yang berbeda yang tentunya menyebabkan probabilitas kematian anak yang berbeda pula.

Hasil yang ingin dicapai adalah tarikan kesimpulan bahwa keluarga sebagai lingkungan pengasuhan anak mempunyai pengaruh terhadap probabilitas kematian anak dalam keluarga yang bersangkutan.

Faktor keluarga di sini mencakup: keberdayaan ibu, status sosial ekonomi dan lingkungan fisik, tingkat pendidikan orangtua, bentuk rumah tangga, kematian anak sebelumnya, dan jumlah anak yang hidup.

Pendekatan strategis untuk penelitian kematian bayi dan anak yang dijelaskan melalui kerangka ini sejajar dengan berbagai metode yang digunakan dalam epidemiologi penyakit kronis dan bukan penyakit akut. Proses penyakit kronis disebabkan oleh berbagai macam faktor, melalui masa inkubasi yang panjang, dan sangat dipengaruhi oleh gaya hidup dan lingkungan sosial ekonomi, berbeda dengan proses penyakit akut yang hanya merupakan fenomena dari satu penyebab tunggal.

Penelitian ini memberi penekanan perhatian dalam hal analisisnya pada masalah pokok, yaitu determinan sosial ekonomi, utamanya determinan yang menyangkut karakteristik keluarga sebagai lingkungan yang merupakan *ultimate tier*, selain determinan perilaku perawatan kesehatan yang merupakan *intermediate tier*, sedang *proximate tier* (faktor biomedik dan lingkungan fisiko-biologik eksternal) sebagai

variabel antara yang langsung mempengaruhi kejadian kematian bayi dan anak tidak diamati, kecuali faktor maternal. Pembatasan ini dilakukan karena yang diinginkan pada penelitian ini adalah melihat akar sosial keluarga dari masalah kematian yang ada.

Skema kerangka konseptual ini bisa dilihat di Gambar 3.1.

Hipotesis

Hipotesis utama penelitian ini adalah:

1. Keberdayaan ibu dalam keluarga (dengan komponen mobilitas, keberanian berbeda pendapat, pengalaman kekerasan domestik, akses ke sumber finansial, keterlibatan pengambilan keputusan, bekerja di luar rumah, perbedaan usia yang besar dengan suami) merupakan determinan dominan dari kematian bayi.
2. Keberdayaan ibu dalam keluarga (dengan komponen mobilitas, keberanian berbeda pendapat, pengalaman kekerasan domestik, akses ke sumber finansial, keterlibatan pengambilan keputusan, bekerja di luar rumah, perbedaan usia yang besar dengan suami) merupakan determinan dominan dari kematian anak.
3. Keberdayaan ibu dalam keluarga (dengan komponen mobilitas, keberanian berbeda pendapat, pengalaman kekerasan domestik, akses ke sumber finansial, keterlibatan pengambilan keputusan, bekerja di luar rumah, perbedaan usia yang besar dengan suami) merupakan determinan dominan dari kematian balita ganda.





BAB 4
METODE PENELITIAN

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1. Rancangan Penelitian

Penelitian dilakukan melalui pendekatan kuantitatif berupa survei yang bersifat analitik *ex post facto* (Moh. Nazir, 1988; Warwick and Lininger, 1975).

Meski pun jenis rancang bangun ini bukanlah yang terbaik untuk membuktikan hubungan kausatif (Beaglehole et al., 1993), tetapi rancang bangun ini dipilih karena beberapa pertimbangan atau alasan sebagai berikut:

1. Yang utama adalah adanya masalah yang menyangkut etika penelitian bila menggunakan rancang bangun longitudinal kohor (*cohort study*) prospektif, lebih-lebih bila menggunakan penelitian eksperimental yang memanipulasi paparan yang diduga sebagai faktor risiko, sebab *outcome* penelitian ini adalah suatu kejadian kematian.
Akan terjadi pelanggaran etika bila *outcome* kematian dimungkinkan terjadi, dengan membiarkan beberapa paparan, yang secara teoritis diduga mempengaruhi terjadinya *outcome*, padahal hal ini yang justru akan diamati dan diukur dalam penelitian, tetap berlangsung.
2. Rancang bangun kasus-kontrol (*case control study*) sangat sukar dilakukan karena adanya keterbatasan bahkan ketiadaan data sekunder mengenai kerangka sampel yang berkaitan dengan kasus kematian (bayi, anak, dan balita ganda) dalam empat tahun terakhir.

3. Dengan dua pertimbangan utama di atas, dalam penelitian ini sama sekali tidak dilakukan pembiaran dan manipulasi paparan yang diduga sebagai faktor risiko, sehingga baik *outcome* kematian mau pun paparan (yang diduga faktor risiko) sudah terjadi tanpa campur tangan peneliti.

Agar hubungan kausatif yang akan dibuktikan tetap bisa dipertanggungjawabkan secara metodologis, maka, konsekuensinya, keterbatasan rancang bangun dalam penelitian ini diatasi dengan menetapkan kriteria sampel yang ketat, yaitu data primer tentang paparan (yang diduga sebagai determinan) yang diukur dari responden diupayakan merupakan *fixed (constitution) variables* atau paparan yang (relatif) permanen, atau berlangsung lama sebelum terjadinya kematian yang dimaksud (Hulley and Cummings, 1988).

4.2. Lokasi dan Waktu Penelitian

4.2.1. Lokasi Penelitian

Kecamatan Arjasa, kepulauan Kangean, kabupaten Sumenep, pulau Madura, Jawa Timur.

Alasan pemilihan lokasi ini adalah karena kepulauan ini relatif terpencil, 8-11 jam perjalanan laut ke arah timur dari kota Sumenep, sehingga:

1. mobilitas penduduk antar daerah relatif terbatas;
2. karakteristik demografis penduduk (antara lain: agama, etnis, latar belakang budaya) relatif homogen;

3. paparan penduduk terhadap media-massa (radio, televisi, dan surat kabar) cukup terbatas.

Konsekuensi dari pemilihan lokasi ini, dalam upaya membuktikan beberapa faktor utama sebagai determinan kematian (bayi, anak, dan balita ganda), validitas internal penelitian akan menjadi cukup tinggi karena beberapa faktor yang mempengaruhi *outcome* kematian sudah terkendali. Tetapi, sebaliknya, validitas eksternal dalam arti tingkat generalisasi penelitian ini akan berkurang (Hulley and Cummings, 1988).

Karena disadari bahwa suatu penelitian dengan sasaran masyarakat sangat sukar untuk bisa memenuhi kedua jenis validitas tersebut sekaligus, maka sehubungan dengan tujuan, pada penelitian ini sengaja dipilih alternatif untuk lebih memprioritaskan validitas internal dari pada validitas eksternal.

4.2.2. Waktu Penelitian

Proses penelitian sejak penyusunan usulan penelitian dimulai bulan Agustus 1996, sedangkan pengumpulan data dilakukan bulan Februari dan April 1999.

4.3. Populasi dan Sampel

4.3.1. Populasi

Populasi penelitian ini adalah ibu yang pernah melahirkan hidup dan tinggal di kecamatan Arjasa, kepulauan Kangean, kabupaten Sumenep, propinsi Jawa Timur tahun 1999.

4.3.2. Sampel dan Kriteria Sampel

Kriteria responden sampel terpilih adalah ibu dari sebuah keluarga yang:

1. pernah kawin dan pernah mempunyai anak yang dilahirkan hidup;
2. jika tidak mempunyai anak meninggal saat berusia kurang dari 5 tahun, usia anak serendah-rendahnya 5 tahun (60 bulan) dan setinggi-tingginya 9 tahun (119 bulan);
3. jika mempunyai anak yang meninggal, usia anak pada waktu meninggal lebih dari 28 hari, dan setinggi-tingginya 59 bulan (kurang dari 5 tahun);
4. jika mempunyai anak yang meninggal, waktu meninggal anak tersebut kurang dari 5 tahun (paling lama 59 bulan) dari saat penelitian;
5. kondisi sosial-ekonomi keluarga relatif tetap (tidak berubah) dalam 5 tahun terakhir.

4.3.3. Teknik Pengambilan dan Besar Sampel

Mengingat kondisi wilayah sasaran penelitian yang tidak mempunyai kerangka sampel yang jelas, yaitu keterbatasan bahkan ketiadaan data sekunder yang pasti mengenai nama dan tempat tinggal keluarga yang memenuhi kriteria sampel yang ditentukan di atas, sehingga sukar ditentukan besar populasi dan domisilinya, maka teknik pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan modifikasi dari metode *random walk* yang digunakan dalam metode survei EPI baku yang diperkenalkan oleh UNICEF/WHO (United Nations Children's Fund, 1995).

Langkah pengambilan sampel sebagai berikut:

1. Pengambilan sampel desa:

Desa sampel dipilih sebanyak lima desa.

Karena penelitian ini difasilitasi oleh Pusat Penelitian Kependudukan dan Pembangunan, Lembaga Penelitian, Universitas Airlangga, melalui penggunaan daerah penelitian Pemantauan Program Jaring Perlindungan Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK), maka tiga sampel desa pertama menggunakan sampel desa penelitian JPS-BK yang sebelumnya sudah dipilih secara acak, yaitu desa Arjasa, Pandeman, dan Saobi, yang kemudian ditambah dua sampel desa yang diambil secara acak dari sisa desa di kecamatan Arjasa yang sebelumnya belum terpilih, yaitu desa Pabian dan Kangayan.

2. Pengambilan sampel individu:

Untuk keperluan penelitian dengan pendekatan kuantitatif ini, besar sampel ditetapkan secara *convenience* dan arbitrer paling sedikit sebesar 40 unit untuk setiap desa, sehingga diharapkan terkumpul seluruhnya sekurang-kurangnya sebesar 200 unit sampel.

a. Untuk desa Arjasa, Pandeman, dan Saobi:

Calon anggota sampel (individu responden) pertama untuk setiap desa diambil secara acak dari populasi penelitian JPS-BK yang sudah ditentukan kriterianya.

Penentuan calon anggota sampel kedua dilakukan dengan cara *random walk*, yaitu dengan mencari keluarga yang mempunyai pintu rumah terdekat dengan rumah anggota sampel sebelumnya. Calon anggota sampel ketiga ditentukan melalui cara yang sama, tetapi dengan mengabaikan anggota sampel yang sudah terpilih sebelumnya.

Bila rumah yang terpilih ternyata pada seleksi awal tidak mempunyai calon anggota sampel (responden) yang memenuhi kriteria sampel, maka digugurkan sebagai calon sampel, dan pencarian calon anggota sampel diteruskan dengan cara yang sama seperti sebelumnya.

Demikian seterusnya dengan cara yang sama, didapatkan anggota sampel sampai mencapai besar sampel yang dianggap memadai.

b. Untuk desa Pabian dan Kangayan:

Calon anggota sampel pertama adalah keluarga yang mempunyai rumah dengan pintu yang paling dekat dengan mesjid terbesar di desa yang bersangkutan. Penentuan calon anggota sampel berikutnya dilakukan dengan cara yang sama dengan tiga desa pertama.

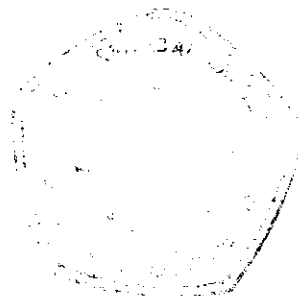
4.3.4. Unit Analisis

Unit analisis pada penelitian ini adalah pasangan ibu dan anak terakhir yang pernah dilahirkan hidup, baik yang saat pengamatan berlangsung anak bersangkutan masih hidup mau pun sudah meninggal, yang memenuhi kriteria sampel.

4.3.5. Sub-sampel

Karena terdapat tiga model kematian yang akan dianalisis, yaitu model kematian bayi, model kematian anak, dan model kematian balita ganda, maka sampel penelitian akan dibagi menjadi tiga sub-sampel, yaitu:

1. sub-sampel untuk model kematian bayi, yang terdiri dari seluruh unit sampel (sesuai dengan kriteria sampel);
2. sub-sampel untuk model kematian anak, yang terdiri dari seluruh unit sampel (sesuai dengan kriteria sampel) dikurangi dengan unit sampel ibu yang pernah mengalami kejadian kematian bayi;



3. sub-sampel untuk model kematian balita ganda, yang terdiri dari seluruh unit sampel (sesuai dengan kriteria sampel) dikurangi dengan unit sampel ibu yang pernah melahirkan hidup tidak lebih dari seorang anak.

4.4. Variabel

4.4.1. Variabel Tergantung (Variabel *Outcome*):

Penelitian ini mempunyai tiga variabel tergantung yang akan dianalisis secara terpisah, yaitu:

1. Kematian bayi
2. Kematian anak
3. Kematian balita ganda

4.4.2. Variabel Bebas (Variabel Eksplanatoris):

Variabel bebas penelitian ini adalah:

a. Karakteristik keluarga:

1) Keberdayaan perempuan (ibu) dalam keluarga:

- (a) Mobilitas ibu
- (b) Keberanian ibu berbeda pendapat dengan suami
- (c) Kekerasan domestik yang dialami ibu
- (d) Akses ibu ke berbagai sumber finansial

- (e) Keterlibatan ibu dalam pengambilan keputusan mengenai persoalan anak
 - (f) Bekerja di luar rumah
 - (g) Besarnya perbedaan usia ibu dengan suami
- 2) Status sosial-ekonomi (Indeks kepemilikan)
 - 3) Pendidikan formal ibu
 - 4) Pendidikan formal ayah
 - 5) Bentuk rumah-tangga
 - 6) Kematian anak (saudara kandung) sebelumnya
 - 7) Jumlah anak yang hidup dan tinggal serumah dengan orangtua
- b. Karakteristik biologik anak:
- 1) Jenis kelamin anak
 - 2) Urutan kelahiran anak
- c. Karakteristik biomaternal:
- 1) Usia ibu saat melahirkan
 - 2) Jarak kelahiran dengan anak yang dilahirkan sebelumnya
- d. Hubungan sedarah (kekerabatan) dengan suami
- e. Perilaku perawatan kesehatan ibu:
- 1) Perilaku ibu dalam hal pencarian pengobatan
 - 2) Tempat anak dilahirkan
- f. Jarak antara rumah dengan fasilitas pelayanan kesehatan

4.5. Definisi Operasional

Definisi operasional setiap variabel diuraikan pada Tabel 4.1.

Tabel 4.1.
Definisi Operasional Variabel

No. Variabel	Definisi operasional dan atribut (kategori)	Skala pengukuran
1. Kematian anak	Kejadian kematian anak, bukan karena sebab kecelakaan, berumur di antara 12 bulan sampai dengan 59 bulan, dengan atribut: 0 = hidup 1 = meninggal	Nominal
2. Kematian bayi	Kejadian kematian anak, bukan karena sebab kecelakaan, berumur di antara 0 bulan sampai dengan 11 bulan, dengan atribut: 0 = hidup 1 = meninggal	Nominal
3. Kematian balita ganda	Kejadian kematian ganda anak balita dalam suatu keluarga, bukan karena sebab kecelakaan, berumur di antara 0 bulan sampai dengan 59 bulan, dengan atribut: 0 = bukan kematian ganda 1 = kematian ganda	Nominal
4. Keberdayaan perempuan (ibu) dalam keluarga	Keadaan ketika relasi kekuasaan yang tidak setara ditransformasikan, sehingga perempuan (ibu) makin memperoleh kesetaraan dengan laki-laki.	
a. Mobilitas ibu	Indeks yang mengindikasikan seorang ibu berkemungkinan pergi sendirian ke luar rumah untuk aktifitas sosial, dengan atribut: 1 = berkemungkinan pergi tanpa menunggu ijin suami untuk berbelanja, ke fasilitas pelayanan kesehatan, atau ke rumah teman 2 = tidak punya kemungkinan pergi tanpa ijin*	Nominal
b. Keberanian ibu berbeda pendapat dengan suami	Keberanian ibu untuk berbeda pendapat dengan suami, dengan atribut: 1 = berani 2 = tidak berani*	Nominal

Lanjutan Tabel 4.1.

No. Variabel	Definisi operasional dan atribut (kategori)	Skala pengukuran
c. Kekerasan domestik yang dialami ibu	Pengalaman ibu mendapatkan kekerasan yang dilakukan suami di rumah (misalnya ditampar, dipukul, ditendang, disekap), dengan atribut: 1 = tidak pernah 2 = kadang-kadang** 3 = sering*	Ordinal
d. Akses ibu ke sumber-sumber finansial	Indeks yang mengindikasikan seorang ibu mempunyai akses ke berbagai sumber finansial (keuangan), dengan atribut: 1 = memegang keuangan rumah tangga, atau mempunyai sendiri tanah atau rumah tempat tinggal, atau mempunyai sendiri barang berharga (emas, berlian, dan semacamnya) 2 = tidak mempunyai akses*	Nominal
e. Keterlibatan ibu dalam pengambilan keputusan mengenai persoalan anak	Indeks yang mengindikasikan seorang ibu mempunyai keterlibatan dalam pengambilan keputusan mengenai hal-hal yang berkaitan dengan anak (misalnya menghukum anak, berbuat sesuatu bila anak sakit, menentukan di mana anak akan disekolahkan dan sampai seberapa tinggi anak sekolah) dengan atribut: 1 = punya keterlibatan 2 = tidak punya keterlibatan*	Nominal
f. Ibu bekerja di luar rumah	Pekerjaan yang dilakukan ibu di luar rumah dengan tujuan untuk mendapatkan imbalan uang (upah), dengan atribut: 1 = bekerja di luar rumah dengan imbalan uang 2 = tidak bekerja, atau bekerja di luar rumah tanpa mendapatkan imbalan uang*	Nominal
g. Besarnya perbedaan usia ibu dengan suami	Perbedaan usia ibu dengan suami sebesar 5 tahun atau lebih, di mana suami lebih tua, dengan atribut: 1 = usia suami tidak lebih tua 5 tahun atau lebih 2 = usia suami lebih tua 5 tahun atau lebih*	Nominal

Lanjutan Tabel 4.1.

No. Variabel	Definisi operasional dan atribut (kategori)	Skala pengukuran
5. Indeks kepemilikan, dengan subvariabel sebagai berikut:	Indeks kepemilikan barang rumah tangga dan kualitas lingkungan rumah yang mencerminkan status sosial ekonomi keluarga (World Bank Group, 1999), merupakan variabel komposit, dengan menggunakan jumlah skor semua item seperti yang bisa dilihat di Lampiran 2 (nilai minimum=-1 dan maksimum=1)	Rasio
a. Barang rumah-tangga	<ol style="list-style-type: none"> 1) Radio atau <i>tape-recorder</i> 2) Sepeda angin 3) Sepeda motor 4) Kompor gas 5) Kompor minyak 	
b. Bekerja di tanah garapan (sawah, ladang) milik keluarga		
c. Sumber air minum:	<ol style="list-style-type: none"> 1) Air berpipa dalam rumah 2) Air berpipa di halaman rumah 3) Sungai, air permukaan 4) Air berpipa umum 5) Air sumur pompa 6) Air hujan 7) Sumber air minum lain 8) Air sumur dengan pelindung 9) Air sumur tanpa pelindung 	
d. Fasilitas kakus (jamban):	<ol style="list-style-type: none"> 1) Kakus umum 2) Kakus pribadi 3) Semak-semak, tanah 4) Lain-lain 	

Lanjutan Tabel 4.1.

No. Variabel	Definisi operasional dan atribut (kategori)	Skala pengukuran
e. Lantai rumah:	1) Kotor, tanah 2) Kayu, papan 3) Keramik, marmer 4) Batu bata 5) Bambu 6) Semen 7) Jenis lain	
f. Atap	1) Genteng 2) Beton 3) Asbestos, seng 4) Kayu 5) Daun 6) Jenis lain	
g. Dinding rumah:	1) Papan kayu 2) Bambu 3) Batu bata 4) Jenis lain	
6. Pendidikan formal ibu	Pendidikan formal yang pernah diikuti ibu, dengan atribut: 1 = pendidikan cukup (pernah sekolah menengah ke atas) 2 = pendidikan rendah (tidak pernah sekolah, atau hanya sampai sekolah dasar)*	Nominal
7. Pendidikan formal ayah	Pendidikan formal yang pernah diikuti ayah, dengan atribut: 1 = pendidikan cukup (pernah sekolah menengah ke atas) 2 = pendidikan rendah (tidak pernah sekolah, atau hanya sampai sekolah dasar)*	Nominal
8. Bentuk rumah-tangga	Jenis keluarga ditinjau dari anggota keluarga, dengan atribut: 1 = keluarga inti (<i>nuclear family</i> , terdiri dari ayah, ibu dan anak-anak) 2 = keluarga yang diperluas (<i>extended family</i>)*	Nominal

Lanjutan Tabel 4.1.

No. Variabel	Definisi operasional dan atribut (kategori)	Skala pengukuran
9. Kematian anak (saudara kandung) sebelumnya	Kejadian kematian anak sebelumnya (kakak dari anak) pada usia di bawah 5 tahun, bukan karena sebab kecelakaan, dengan atribut: 1 = ada kematian 2 = tidak ada kematian, atau anak pertama (tidak punya kakak kandung)*	Nominal
10. Jumlah anak yang hidup	Jumlah anak yang hidup yang tinggal serumah dengan orangtua dan masih dalam tanggungan orangtua (untuk anak yang meninggal: jumlah anak yang hidup sampai saat si anak meninggal), dalam satuan orang	Rasio
11. Jenis kelamin anak	Jenis kelamin anak, dengan atribut: 1 = laki-laki 2 = perempuan*	Nominal
12. Urutan kelahiran anak	Urutan kelahiran dari anak-anak yang pernah dilahirkan hidup, dengan atribut: 1 = urutan ke 5 atau lebih 2 = urutan ke 2 sampai dengan ke 4** 3 = urutan pertama*	Ordinal
13. Usia ibu saat melahirkan	Usia ibu saat melahirkan, dengan atribut: 1 = usia di bawah 20 tahun atau lebih dari 34 tahun 2 = usia 20-34 tahun*	Nominal
14. Jarak kelahiran dengan anak yang dilahirkan sebelumnya	Jarak kelahiran dengan anak yang dilahirkan sebelumnya (kakak kandung), dengan atribut: 1 = kurang dari 24 bulan 2 = 24 bulan atau lebih, atau tidak punya kakak kandung (anak pertama)*	Nominal
15. Hubungan sedarah (kekerabatan) dengan suami	Hubungan darah (kekerabatan) dengan suami (misalnya: paman, sepupu), dengan atribut: 1 = ada hubungan darah 2 = tidak ada hubungan darah*	Nominal
16. Perilaku ibu dalam hal pencarian pengobatan	Perilaku ibu dalam hal kemana mencari pengobatan, dengan atribut: 1 = sering (lebih dari 50%) ke fasilitas pelayanan kesehatan modern 2 = sering (lebih dari 50%) ke fasilitas pelayanan kesehatan tradisional, atau diobati sendiri*	Nominal

Lanjutan Tabel 4.1.

No. Variabel	Definisi operasional dan atribut (kategori)	Skala pengukuran
17. Tempat anak dilahirkan	Tempat anak dilahirkan, dengan atribut: 1 = di fasilitas pelayanan kesehatan (puskesmas, polindes, dll) 2 = di rumah*	Nominal
18. Jarak antara rumah dengan fasilitas pelayanan kesehatan	Jarak antara desa tempat tinggal responden dengan tempat fasilitas pelayanan kesehatan terdekat (puskesmas atau puskesmas pembantu), dalam satuan kilometer	Rasio

Keterangan:

**) pada prediksi melalui model matematik, diberi nilai = 0*

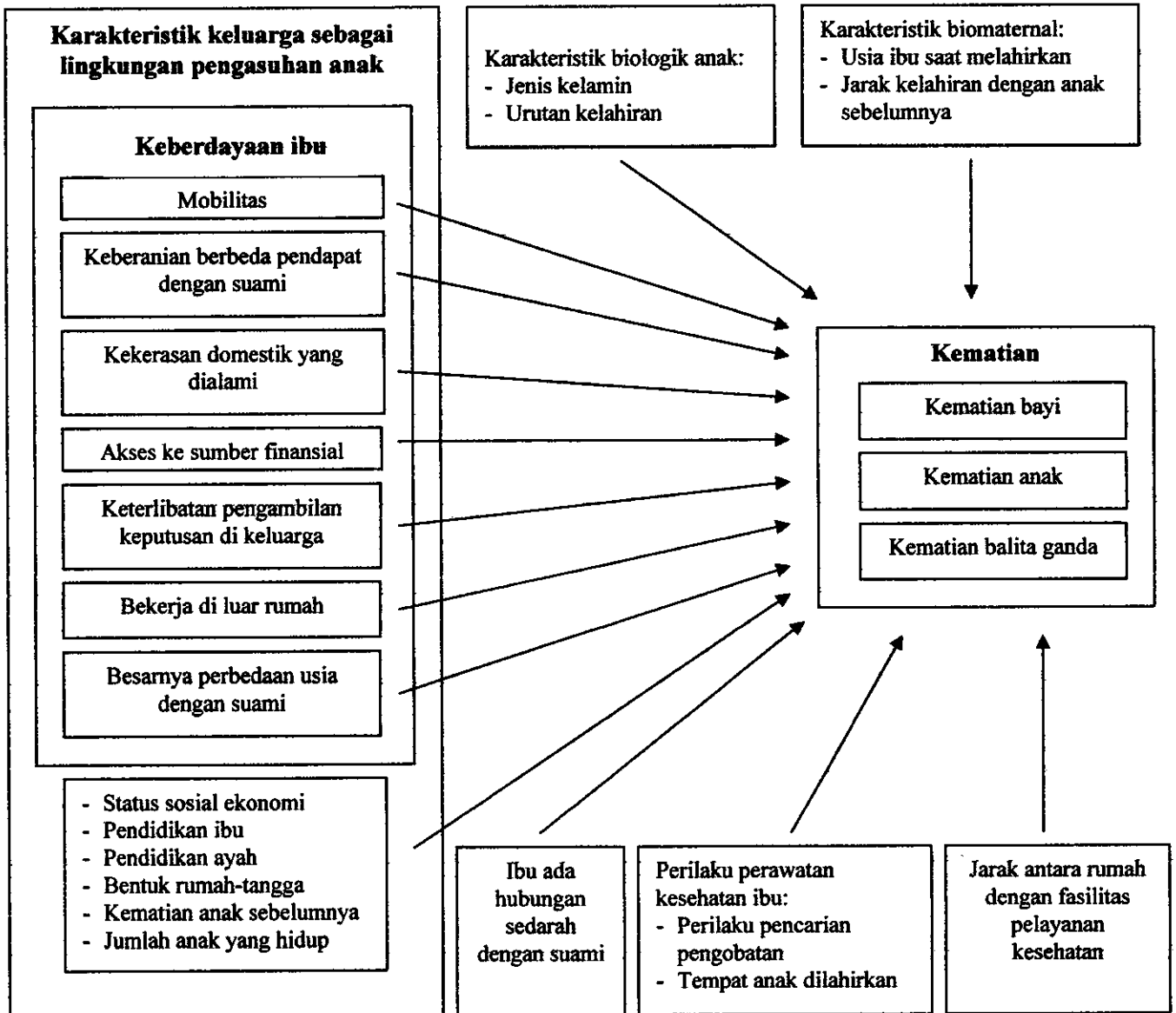
****) pada prediksi melalui model matematik, diberi nilai = 1*

pada variabel kategorik, atribut dengan nilai = 1 tetap diberi nilai = 1, sedangkan nilai dari variabel kuantitatif tetap diberi nilai aslinya

Untuk sampel atau responden ibu yang mengalami kematian bayi atau kematian anak, semua nilai variabel bebas yang bukan merupakan constitution variable adalah nilai atau keadaan sebelum kematian terjadi.

4.6. Kerangka Operasional Analisis

Kerangka konseptual yang diuraikan pada Bab 3, ditransformasi menjadi suatu kerangka operasional analisis penelitian sebagai yang tampak pada Gambar 4.1.



Gambar 4.1.
Kerangka Operasional Analisis Penelitian

4.7. Cara Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan oleh peneliti dan beberapa pembantu peneliti yang dilatih secukupnya terlebih dulu.

Data dikumpulkan dengan cara:

1. Wawancara:

Wawancara dilakukan secara langsung dengan responden terpilih dengan menggunakan bahasa yang dipahami oleh responden, sehingga wawancara dilakukan oleh pewawancara yang memahami bahasa setempat atau pewawancara didampingi oleh orang yang memahami bahasa setempat.

2. Observasi:

Observasi dilakukan terhadap kepemilikan barang rumah tangga dan kondisi lingkungan rumah tinggal responden.

3. Penelusuran dokumen:

Penelusuran dokumen yang berupa data sekunder dan tersier dilakukan untuk melengkapi dan menunjang penemuan yang berasal dari data primer yang diperoleh melalui wawancara dan observasi.

Dokumen ini diperoleh dari pemerintah daerah, kantor statistik, perpustakaan, media massa, dan situs internet.

4. Komunikasi dengan informan:

Komunikasi dengan informan tertentu di luar responden sampel penelitian (pejabat lokal, tokoh masyarakat, warga masyarakat) untuk mendapatkan data penunjang.

4.8. Instrumen Pengumpul Data

Penelitian menggunakan alat atau instrumen sebagai berikut:

1. Daftar pertanyaan atau kuesioner terstruktur.

Daftar pertanyaan tersebut sebelum digunakan telah divalidasi dengan mengujicobakannya terlebih dahulu pada sekelompok orang yang karakteristiknya (latar belakang pendidikan dan budaya) yang hampir sama dengan calon responden penelitian. Uji coba dilakukan dua kali (*test* dan *retest*) pada kelompok orang yang sama dalam selang waktu dua hari.

Hasil uji coba dianalisis tingkat reliabilitasnya secara kuantitatif-statistikal dengan teknik analisis korelasi bivariat (Kerlinger, 1993) yang hasilnya bisa dilihat di Lampiran 7.

Daftar pertanyaan bisa dilihat di Lampiran 4.

2. Daftar tilik (*check-list*) observasi.

Untuk melakukan perhitungan indeks kepemilikan (*asset and factor score*) sebagai pencerminan dari status sosial-ekonomi (kepemilikan barang-barang rumah tangga) dan lingkungan fisik keluarga, digunakan skor baku dari Bank Dunia berdasarkan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 1997 (World Bank Group, 1999).

Untuk mengukur indeks kepemilikan (*assets and factor score*) digunakan suatu daftar tilik.

Daftar tilik bisa dilihat di Lampiran 4.

Uji validitas konstruksi dan uji reliabilitas daftar tilik tersebut tidak dilakukan lagi karena instrumen ini sudah divalidasi oleh Bank Dunia dan sudah dinyatakan sah (*valid*) untuk digunakan di Indonesia.

Skor faktor dan kepemilikan tersebut bisa dilihat di Lampiran 2.

4.9. Manajemen dan Analisis Data

Data yang terkumpul diolah dan divalidasi melalui beberapa tahap: *data editing* di lapangan, *coding*, dan setelah dilakukan *data entry* dengan bantuan komputer menggunakan perangkat lunak manajemen basis data, dilanjutkan dengan pembersihan data (*data cleaning*) sebagai upaya validasi yang terakhir.

Analisis data awal berupa analisis deskriptif dalam bentuk penyusunan tabel frekuensi, perhitungan proporsi dan rerata, sampai dengan pembuatan diagram yang diperlukan.

Analisis data secara inferensial menggunakan teknik regresi logistik ganda (Johnson and Wichern, 1992; Kleinbaum et al. 1987).

Teknik regresi logistik ganda ini digunakan dengan pertimbangan: (1) tidak adanya pengukuran variabel antara, maka variabel-variabel bebas yang ada mempunyai posisi yang setingkat, dan (2) dianalisis hubungannya secara simultan dengan variabel tergantung, yang (3) skala pengukurannya nominal dikotomik.



Melalui teknik analisis regresi logistik ini akan dapat ditemukan (Kahn and Sempos, 1989):

1. faktor risiko atau faktor protektif dari *outcome* (kejadian kematian bayi, kematian anak, kematian balita ganda) yang signifikan;
2. urutan dominansi dari yang tertinggi sampai yang terendah beberapa faktor risiko yang signifikan;
3. perbandingan risiko atau probabilitas terjadinya *outcome* (kejadian kematian bayi, kematian anak, kematian balita ganda) antara kelompok yang mempunyai faktor risiko dan yang tidak mempunyai faktor risiko, yang lazim disebut sebagai *estimate of the Relative Risk (eRR)*;
4. model matematik yang memperlihatkan pola hubungan antara faktor risiko dominan dengan *outcome*, yang akan digunakan untuk melakukan peramalan probabilitas atau risiko terjadinya *outcome* (kejadian kematian bayi, kematian anak, kematian balita ganda)

Pengolahan dan analisis data menggunakan komputer dengan bantuan paket perangkat lunak analisis statistik yang sesuai.



BAB 5
HASIL PENELITIAN DAN
ANALISIS HASIL PENELITIAN

BAB 5.

HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS HASIL PENELITIAN

5.1. Hasil Penelitian

5.1.1. Situasi Daerah Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Kepulauan Kangean yang merupakan sebuah kecamatan, yaitu Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, Madura, Jawa Timur. Kepulauan ini mempunyai luas 1989,49 kilometer persegi, kurang lebih seluas kabupaten Sampang Madura, di antaranya area pedesaan yang dihuni penduduk seluas 460,96 kilometer persegi.

Posisi wilayah Kecamatan Arjasa sebelah utara dibatasi Laut Jawa, selatan dibatasi Selat Madura, timur dibatasi kecamatan Sapeken Kabupaten Sumenep, dan barat dibatasi Selat Madura. Untuk sampai ke kepulauan ini terutama melalui perjalanan laut menggunakan kapal perintis atau ferry yang menempuh perjalanan selama 8-11 jam, tergantung keadaan laut dan cuaca, dari pelabuhan Kalianget, Sumenep. Peta kepulauan atau kecamatan ini bisa dilihat pada Lampiran 1.

Sekitar dua puluh pulau menyusun kepulauan ini, baik yang berpenghuni (seperti pulau Kangean, Mamburit, Saobi, Sapapan, Bunginnyarat, dan Sagubing), mau pun sebagian besar yang tidak berpenghuni, yang secara administratif merupakan sebuah kecamatan rural dengan 28 desa berpenduduk seluruhnya berjumlah 78468 jiwa pada tahun 1999, terdiri dari 37949 laki-laki dan 40519 perempuan. Rata-rata kepadatan penduduk adalah 170,2 orang per kilometer persegi.

Dari data sekunder didapatkan bahwa seluruh (100 persen) penduduknya adalah beragama Islam, dengan mayoritas penduduk bersuku Madura. Bahasa yang digunakan penduduk sehari-hari adalah bahasa Madura yang beberapa di antaranya sedikit dipengaruhi oleh bahasa Bugis atau Makasar. Kadang-kadang ada terdengar bahasa yang tercampur dengan bahasa Melayu (Malaysia), karena cukup banyak penduduknya, kebanyakan laki-laki, merantau ke Malaysia atau Brunei. Akibat dari cukup banyaknya penduduk laki-laki yang merantau, maka jumlah penduduk perempuan lebih banyak dari pada jumlah penduduk laki-laki dengan rasio jenis kelamin sebesar 93,7 orang laki-laki per 100 orang perempuan. Karena banyak perantau laki-laki berada di perantauan, terutama Malaysia, dengan waktu yang cukup lama sampai bertahun-tahun bahkan sebagian di antaranya tidak mengirim kabar berita ke kampung, sampai ada julukan bagi para perempuan yang ditinggal lama oleh suaminya di rantau (di antaranya tidak lagi jelas status perkawinannya) yaitu "*jamal*" yang merupakan singkatan dari "janda Malaysia".

Hasil produksi pertanian utama adalah padi dengan jumlah per produksi pada tahun 1999 sebanyak 320287,20 kuintal (sekitar 30 persen produksi padi dari Kabupaten Sumenep), diikuti oleh ketela pohon (130647 kuintal), jagung (75554 kuintal), dan kacang hijau (9715 kuintal).

Binatang ternak terbanyak adalah ayam dan kuda. Kepulauan ini terkenal dengan budi daya ayam bekisar dengan keistimewaan kemerduan suara kokok dan indahnyanya bulu, yang merupakan hasil persilangan antara ayam betina jenis buras dengan ayam hutan

(*Gallus varius*) jantan. Karena keunikannya itulah maka ayam bekisar terpilih sebagai maskot Jawa Timur untuk jenis fauna.

Potensi lain dari kepulauan ini adalah luasnya kawasan ikan laut beraneka ragam bernilai ekonomis tinggi, baik sebagai potensi wisata bahari yang indah dengan berbagai ikan hias, batu koral, dan terumbu karangnya, juga potensi ikan untuk konsumsi makanan yang sayang sebagian dirusak melalui tindakan pengeboman liar, belum lagi potensi tambang gas alam dan kayu jati kualitas ekspor yang saat ini setiap hari terancam dengan penebangan liar.

Fasilitas pendidikan terdiri dari 20 buah Sekolah Dasar (SD), 6 buah Madrasah Ibtidaiyah (MI), 2 buah Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama (SLTP) Negeri, 4 buah Madrasah Tsanawiyah (MTs), 1 buah Sekolah Menengah Umum (SMU) Negeri, 2 buah SMU Swasta, dan 1 buah Madrasah Aliyah (MA).

Sarana atau fasilitas fisik kesehatan terdiri dari sebuah puskesmas yang terletak di desa Arjasa sebagai ibukota kecamatan, 5 buah puskesmas pembantu, 17 buah polindes, dan 63 buah posyandu.

Tenaga kesehatan terdiri dari seorang dokter berstatus pegawai tidak tetap (PTT), seorang bidan, seorang pembantu bidan, 12 orang perawat, 13 orang bidan di desa (seorang berstatus pegawai negeri sipil dan sisanya PTT), 17 orang non paramedis, dibantu dengan 47 orang dukun bayi terlatih, dan sama sekali tidak ada dukun bayi yang belum terlatih.

(BPS Kabupaten Sumenep, 1999; Kantor Statistik Kecamatan Arjasa, 1999; Jatim Mall, 2001).



Responden yang terpilih sebagai sampel berasal dari lima desa, yaitu desa Arjasa (ibukota kecamatan), Pandeman, Pabian, Kangayan, dan Saobi. Lima desa pertama terletak di daratan pulau Kangean, sedang desa Saobi berada di pulau Saobi yang terletak di selatan pulau Kangean.

Desa Saobi adalah desa terjauh dari ibukota kecamatan (desa Arjasa), yang untuk menuju ke desa tersebut dari arah ibukota kecamatan harus menempuh perjalanan darat menggunakan motor atau truk dengan kondisi jalan yang sangat buruk sejauh 28 kilometer ke timur sampai ke desa Kangayan atau 22 kilometer ke arah selatan sampai ke desa Pajanangger, setelah itu dilanjutkan perjalanan laut yang indah dengan perahu motor ke arah barat daya dari arah desa Kangayan selama satu sampai satu setengah jam atau ke tenggara dari desa Pajanangger selama setengah sampai satu jam. Desa Saobi mempunyai sebuah puskesmas pembantu.

Sebagian besar penduduk desa sampel mempunyai mata pencaharian sebagai petani.

Hampir semua desa sampel mempunyai bidan di desa, kecuali desa Kangayan.

Kondisi desa sampel bisa dilihat pada Tabel 5.1.

Tabel 5.1.
Situasi desa sampel terpilih, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999

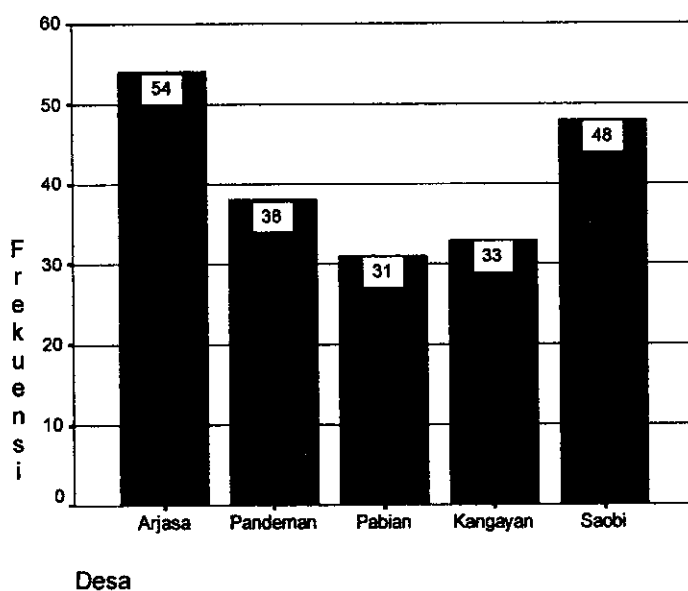
	Desa				
	Arjasa	Pandeman	Pabian	Kangayan	Saobi
Luas (km ²)	1,88	5,32	7,75	33,09	19,76
Jarak rata-rata ke ibukota kecamatan (km)	0,5	3	7	28	34
Jumlah penduduk:					
Laki-laki	1788	866	413	1832	1458
Perempuan	1825	890	419	2085	1499
Total	3613	1756	832	3917	2957
Jumlah rumah tangga	957	522	310	1348	864
Jumlah pasangan usia subur (PUS)	749	452	251	948	534
Jumlah akseptor alat kontrasepsi modern (% pemakaian per PUS)	580 (77,4)	345 (76,3)	207 (82,5)	723 (76,3)	417 (78,1)
Pekerjaan:					
Pegawai negeri/tentara	252	28	0	36	12
Pedagang	130	2	2	19	18
Nelayan	6	5	40	268	476
Petani	1882	973	350	1697	1274
Buruh tani	146	39	11	772	171
Tukang	32	18	2	29	19
Sarana dan petugas kesehatan:					
Puskesmas pembantu	-	-	-	-	1
Bidan di desa	1	1	1	-	1
Perawat	4	-	-	2	-
Jumlah dukun bayi terlatih	6	3	2	2	2

(Sumber: Kantor Statistik Kecamatan Arjasa, 1999)

5.1.2. Distribusi Unit Sampel

Dari sejumlah 225 unit sampel yang terjaring sebelumnya sesuai dengan kriteria sampel, yang akhirnya terpilih sebagai sampel sah sebesar 204 unit, sebab sisanya (21 unit) harus digugurkan oleh karena adanya jawaban yang tidak lengkap atau diragukan kualitasnya.

Distribusi besar sampel dari masing-masing desa yaitu proporsi terbesar pada desa Arjasa, sebanyak 54 unit (26 persen), dan terkecil pada desa Pabian, 31 unit (15 persen), yang proporsi lengkap untuk setiap desa bisa dilihat pada Gambar 5.1.



Gambar 5.1.
Distribusi responden penelitian, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999

Sampel sebesar 204 unit responden ini digunakan untuk penelusuran determinan yang berkaitan dengan kematian bayi (berusia 0 bulan sampai dengan 11 bulan), di mana distribusi kematian bayi untuk setiap desa bisa dilihat pada Tabel 5.2. Di situ tampak bahwa dari 204 unit sampel, ada 20 kematian bayi yang terjadi dalam kurun jangkauan penelusuran sampai empat tahun sebelumnya. Proporsi kematian bayi tertinggi pada desa Saobi (7 orang atau 14,6 persen), dan terendah pada desa Pabian (2 orang atau 6,5 persen).

Tabel 5.2.
Distribusi sampel kejadian kematian bayi* (usia 0 bulan – 11 bulan) berdasarkan desa, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999

Desa	Bayi meninggal	Bayi hidup	Jumlah
Arjasa	4 (7,4%)	50 (92,6%)	54 (100,0%)
Pandeman	4 (10,5%)	34 (89,5%)	38 (100,0%)
Pabian	2 (6,5%)	29 (93,5%)	31 (100,0%)
Kangayan	3 (9,1%)	30 (90,9%)	33 (100,0%)
Saobi	7 (14,6%)	41 (85,4%)	48 (100,0%)
Jumlah	20 (9,8%)	184 (92,2%)	204 (100,0%)

*Keterangan: * kejadian kematian bayi selama 4 tahun terakhir*

Dari 204 unit sampel tersebut didapatkan sub-sampel sebanyak 184 unit yang digunakan untuk penelusuran determinan yang berkaitan dengan kematian anak (berusia antara 12 bulan sampai dengan 59 bulan), yaitu dengan menyisihkan 20 unit yang merupakan kejadian kematian bayi. Distribusi sampel kejadian kematian anak bisa dilihat

pada Tabel 5.3. Di situ tampak bahwa dalam kurun penelusuran sampai empat tahun sebelumnya, dari 12 kejadian kematian anak, proporsi kematian anak tertinggi terdapat pada desa Pandeman (3 orang atau 8,8 persen), dan terendah pada desa Pabian (1 orang atau 3,4 persen).

Tabel 5.3.

Distribusi sampel kejadian kematian anak* (usia 12 bulan – 59 bulan) berdasarkan desa, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999

Desa	Anak meninggal	Anak hidup	Jumlah
Arjasa	3 (6,0%)	47 (94,0%)	50 (100,0%)
Pandeman	3 (8,8%)	31 (91,2%)	34 (100,0%)
Pabian	1 (3,4%)	28 (96,6%)	29 (100,0%)
Kangayan	2 (6,7%)	28 (93,3%)	30 (100,0%)
Saobi	3 (7,3%)	38 (92,7%)	41 (100,0%)
Jumlah	12 (6,5%)	172 (93,5%)	184 (100,0%)

*Keterangan: * kejadian kematian anak selama 4 tahun terakhir*

Kemudian, dari 204 unit sampel tersebut juga didapatkan sub-sampel lain sebesar 127 unit yang digunakan untuk penelusuran determinan dari kematian balita (usia 0 bulan sampai dengan 59 bulan) ganda dalam keluarga, dengan menyisihkan semua unit responden yang pernah melahirkan hidup tidak lebih dari seorang anak. Dalam kurun penelusuran empat tahun terakhir, didapatkan sampel kematian balita ganda sebanyak lima kejadian. Dari Tabel 5.4 terlihat bahwa proporsi kematian balita ganda terbesar di

desa Saobi (2 orang atau 7,1 persen) dan terendah di desa Pandeman dan Pabian yaitu sebesar 0,0 persen.

Tabel 5.4.

Distribusi sampel kejadian kematian balita (usia 0 bulan – 59 bulan) ganda* pada ibu yang pernah melahirkan hidup lebih dari seorang anak berdasarkan desa, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999

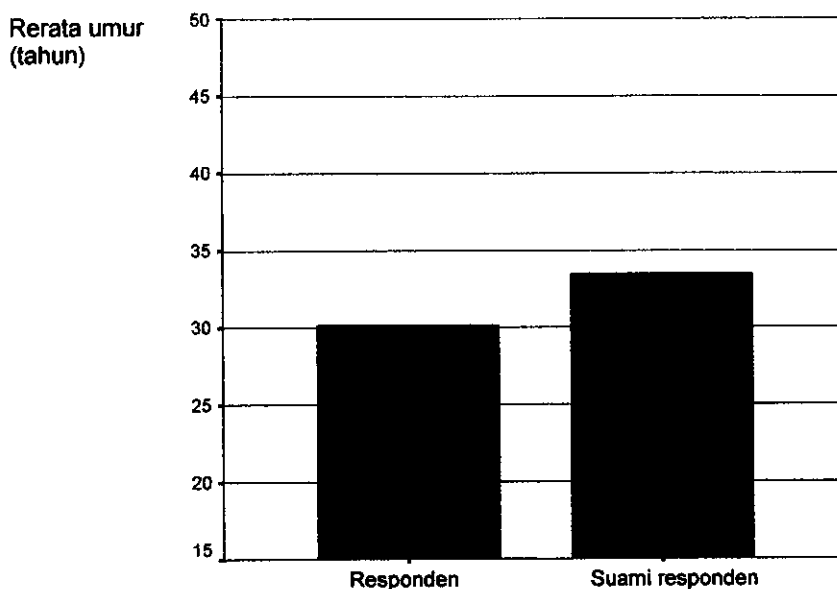
Desa	Kematian balita ganda	Bukan kematian balita ganda	Jumlah
Arjasa	2 (5,4%)	35 (94,6%)	37 (100,0%)
Pandeman	0 (0,0%)	24 (100,0%)	24 (100,0%)
Pabian	0 (0,0%)	15 (100,0%)	15 (100,0%)
Kangayan	1 (4,3%)	22 (95,7%)	23 (100,0%)
Saobi	2 (7,1%)	26 (92,9%)	28 (100,0%)
Jumlah	5 (3,9%)	122 (96,1%)	127 (100,0%)

*Keterangan: * kejadian kematian balita ganda selama 4 tahun terakhir*

5.1.3. Deskripsi Karakteristik Responden

Rerata umur responden adalah 30,16 tahun ($SD=5,87$ tahun), dengan umur termuda 18 tahun, dan tertua 43 tahun. Sedang suami atau bekas suaminya (bagi yang janda atau sedang ditinggal pergi suami) rata-rata berumur 33,49 tahun ($SD=8,29$).

Kedaaan tersebut di atas yang bisa dilihat di Gambar 5.2.



Gambar 5.2.

Rerata umur responden dan suaminya, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999

Deskripsi karakteristik responden (bisa dilihat pada Tabel 5.5 dan Tabel 5.7) yang merupakan variabel eksplanatorik dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

A. Faktor Karakteristik Keluarga:

1. Faktor keberdayaan ibu dalam keluarga:

Sebagian besar responden (60,8 persen) tidak mempunyai mobilitas yang cukup, dan sedikit di atas separuh responden (52,9 persen) mengatakan tidak berani berbeda pendapat dengan suami. Sekitar seperempat responden pernah mengalami kekerasan di dalam rumah tangganya (22,5 persen mengaku kadang-kadang mengalami kekerasan, sedang 3,9 persen lainnya sering mengalaminya).

Cukup banyak (60,8 persen) responden yang mempunyai akses terhadap sumber-sumber finansial, tetapi kurang dari separuh responden (45,6 persen) yang mempunyai keterlibatan dalam pengambilan keputusan di dalam persoalan-persoalan keluarga terutama mengenai anak.

Jumlah responden yang bekerja di luar dengan mendapatkan imbalan upah atau uang hanya 30,9 persen.

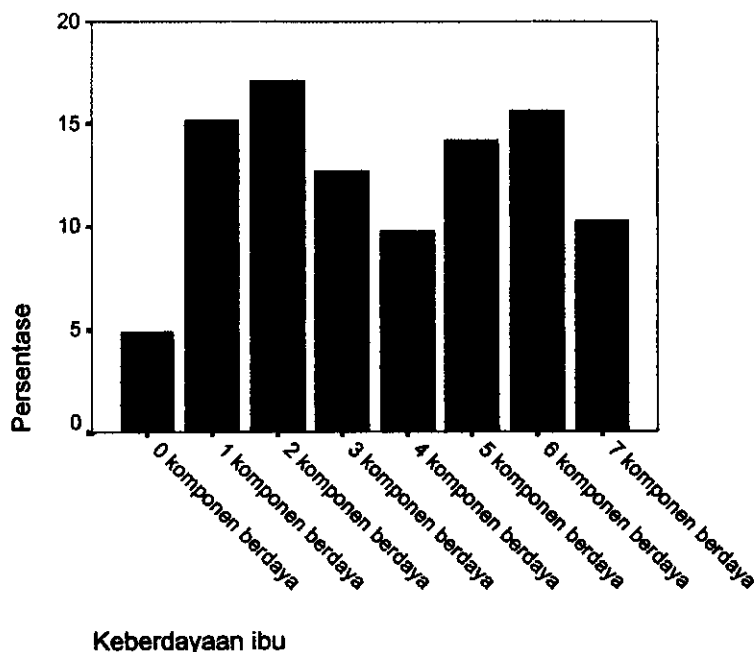
Cukup banyak responden (32,8 persen) yang mempunyai suami lebih tua dari lima tahun.

Tabel 5.5.
Deskripsi setiap variabel eksplanatoris yang bersifat kategorikal dari sampel,
Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999
(n=204)

No.	Variabel	Atribut	n	Persen
1.	Mobilitas ibu	Punya mobilitas	80	39,2
		Tidak punya mobilitas	124	60,8
2.	Keberanian ibu berbeda pendapat dengan suami	Berani	96	47,1
		Tidak berani	108	52,9
3.	Kekerasan domestik yang dialami ibu	Tidak pernah	150	73,5
		Kadang-kadang	46	22,5
		Sering	8	3,9
4.	Akses ibu ke sumber-sumber finansial	Mempunyai akses	124	60,8
		Tidak mempunyai akses	80	39,2
5.	Keterlibatan ibu dalam pengambilan keputusan	Terlibat	93	45,6
		Tidak terlibat	111	54,4
6.	Ibu bekerja di luar rumah	Ya	63	30,9
		Tidak	141	69,1
7.	Besarnya perbedaan usia ibu dengan suami	< 5 tahun	137	67,2
		>=5 tahun (berbeda jauh)	67	32,8

Lanjutan Tabel 5.5.

No.	Variabel	Atribut	n	Persen
8.	Pendidikan formal ibu	Cukup	76	37,3
		Rendah	126	62,7
9.	Pendidikan formal ayah	Cukup	105	51,5
		Rendah	99	48,5
10.	Bentuk rumah-tangga	Keluarga inti	86	42,2
		Keluarga diperluas	118	57,8
11.	Kematian anak sebelumnya	Ada	5	2,5
		Tidak ada	199	97,5
12.	Jenis kelamin anak	Laki-laki	91	44,6
		Perempuan	113	55,4
13.	Urutan kelahiran anak	Ke 5 atau lebih	2	1,0
		Ke 2-4	125	61,3
		Ke 1	77	37,7
14.	Usia ibu saat melahirkan	<20 tahun atau >34 tahun	48	23,5
		20-34 tahun	156	76,5
15.	Jarak kelahiran dengan anak sebelumnya	<24 bulan	70	34,3
		>=24 bulan	134	65,7
16.	Ibu ada hubungan sedarah dengan suami	Ada hubungan	13	6,4
		Tidak ada hubungan	191	93,6
17.	Perilaku ibu dalam hal pencarian pengobatan	Ke yankes modern	100	49,0
		Ke yankes tradisional	104	51,0
18.	Tempat anak dilahirkan	Di fasilitas yankes	16	7,8
		Di rumah	188	92,2



Gambar 5.3.

Distribusi responden ibu menurut banyaknya komponen keberdayaan yang dimiliki, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999

Dari Gambar 5.3 dan Tabel 5.6 tampak bahwa proporsi responden yang sama sekali tidak memiliki komponen keberdayaan (mobilitas, keberanian berbeda pendapat, tidak pernah mengalami kekerasan domestik, akses ke sumber finansial, keterlibatan dalam pengambilan keputusan, bekerja di luar rumah, perbedaan umur dengan suami yang tidak besar), yang bisa diartikan bahwa mereka adalah kelompok ibu yang “sangat tidak berdaya”, hanya 4,9 persen (10 orang). Sebaliknya mereka yang memiliki semua (dari tujuh) komponen keberdayaan yang diamati, dan ini berarti mereka adalah kelompok ibu yang “sangat berdaya”, juga tidak banyak, yaitu sebesar 10,3 persen (21 orang). Sebagian besar (84,8 persen atau 173 orang) berada pada area abu-abu (*grey*



area) yaitu mereka yang hanya memiliki 1 komponen sampai dengan 6 komponen keberdayaan.

Tabel 5.6.
Distribusi responden ibu menurut tingkat keberdayaan, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999

Tingkat keberdayaan	Frekuensi	Persentase
Sangat berdaya (memiliki 7 komponen keberdayaan)	21	10,3
Cukup berdaya (memiliki 4-6 komponen keberdayaan)	81	39,7
Cukup tidak berdaya (memiliki 1-3 komponen keberdayaan)	92	45,1
Sangat tidak berdaya (memiliki 0 komponen keberdayaan)	10	4,9
Jumlah	204	100,0

Tabel 5.7.
Deskripsi setiap variabel eksplanatoris yang bersifat kuantitatif dari sampel, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999 (n=204)

No.	Variabel	Rerata	SD	Minimum	Maksimum
1.	Indeks kepemilikan total	-0,192	0,429	-0,930	0,875
	Barang rumah tangga	-0,133	0,178	-0,340	0,270
	Menggarap tanah milik sendiri	0,029	0,075	-0,126	0,065
	Sumber air minum	-0,017	0,123	-0,120	0,240
	Fasilitas jamban	-0,009	0,128	-0,160	0,170
	Bahan lantai rumah	0,034	0,206	-0,180	0,310
	Bahan atap rumah	0,101	0,027	0,000	0,110
	Bahan dinding rumah	-0,198	0,004	-0,200	-0,190
2.	Jumlah anak hidup	1,84	0,85	1	5
3.	Jarak ke fasilitas kesehatan (km)	2,80	2,38	0,5	7,0

2. Faktor sosial ekonomi keluarga.

Faktor sosial ekonomi ini diukur dengan menggunakan gabungan daftar pertanyaan dan daftar tilik (*check list*) untuk mengobservasi kepemilikan barang-barang yang dimiliki responden dengan semua fasilitas yang ada (sumber air minum, jamban, dan kondisi rumah tinggal). Observasi ini akan dinilai dan jumlah seluruh nilai tersebut yang meliputi beberapa aspek tadi dinamai sebagai Indeks Kepemilikan.

Indeks kepemilikan responden rata-rata sebesar $-0,1917$, yang menunjukkan bahwa secara umum responden mempunyai status sosial ekonomi yang rendah. Secara teoritis, skor tertinggi indeks kepemilikan yang bisa dicapai adalah sebesar 1 dan terendah sebesar -1 .

3. Faktor-faktor karakteristik keluarga yang lain

Pendidikan formal responden ibu masih sangat rendah, yaitu 62,7 persen paling tinggi menamatkan sekolah dasar, bahkan di antaranya ada yang tidak pernah mengenyam bangku sekolah sama sekali. Sedang sedikit diatas separuh suami atau bekas suami mereka (51,5 persen) berpendidikan sekolah menengah ke atas.

Kurang dari separuh (42,2 persen) responden mempunyai rumah tangga dengan bentuk keluarga inti, sisanya yang lebih banyak adalah keluarga diperluas atau keluarga besar yang terdiri tidak hanya dari bapak, ibu, dan anak-anak.

Sangat sedikit responden (2,5 persen) yang anaknya mempunyai kakak kandung yang meninggal. Sedang jumlah anak yang hidup dalam keluarga rata-rata 1,84 orang anak, jadi rata-rata keluarga responden adalah merupakan keluarga kecil.

B. Faktor Biologik Anak

Jenis kelamin anak kurang lebih seimbang, 55,4 persen perempuan, sisanya laki-laki. Sebagian besar anak (76,5 persen) yang lahir dalam urutan ke 2-4, diikuti dengan urutan pertama (37,7 persen).

C. Faktor Biomaternal

Sebagian besar ibu (76,5 persen) berumur 20-34 tahun pada saat melahirkan, umur yang optimal untuk melahirkan.

Jarak kelahiran kurang dari 24 bulan dengan kakaknya merupakan mayoritas anak (85,7 persen), jarak minimum yang memang dianjurkan.

D. Hubungan Sedarah (kekerabatan) antara ibu dan suaminya

Hanya sedikit responden (6,4 persen) yang mempunyai hubungan sedarah dengan suaminya.

E. Perilaku ibu dalam hal Perawatan Kesehatan

Jumlah responden ibu yang mempunyai kebiasaan berobat ke pelayanan kesehatan modern (49,0 persen) hampir sama banyaknya dengan yang mempunyai kebiasaan berobat ke pelayanan tradisional dan berobat sendiri.(51,0 persen). Sebagian besar anak (92,2 persen) mendapatkan pertolongan persalinan di rumah.

F. Jarak antara Rumah dan Fasilitas Kesehatan

Jarak antara rumah dan fasilitas kesehatan terdekat rata-rata adalah 2,8 kilometer, dengan jarak paling dekat 0,5 kilometer, dan jarak terjauh sepanjang 7 kilometer, jarak yang sebetulnya tidak terlalu jauh.

5.2. Analisis Hasil Penelitian

Analisis model kematian ini, baik untuk model kematian bayi, kematian anak, mau pun kematian balita ganda dalam keluarga, akan lebih menyoroti peranan faktor keluarga dalam mempengaruhi kejadian kematian. Sedang faktor lain (faktor biologik anak, faktor biomaternal, hubungan darah kekerabatan antara ayah dan ibu, perilaku perawatan kesehatan ibu, dan jarak antara rumah dengan fasilitas pelayanan kesehatan) akan disinggung sebagai faktor eksternal yang mengontrol analisis utama ini.

5.2.1. Model Kematian Bayi

Dari Tabel 5.8 dapat dilihat model kematian bayi yang didapatkan dari hasil analisis dengan menggunakan teknik analisis regresi logistik ganda.

Uraian di bawah ini terutama mengenai hubungan antara karakteristik keluarga, sebagai lingkungan pengasuhan anak, dengan kejadian kematian bayi dan beberapa faktor lain yang signifikan mempengaruhi kejadian kematian bayi.

Tabel 5.8.
 Hasil analisis regresi logistik ganda** untuk
 model kematian bayi (usia 0 bulan – 11 bulan), pada sampel,
 Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999

Variabel eksplanatoris	Koefisien regresi (β)	p	<i>eRR</i>	95% <i>CI</i> untuk <i>eRR</i>	
				Batas bawah	Batas atas
A. Faktor keluarga:					
1. Keberdayaan ibu dlm keluarga:					
a. Mobilitas ibu:					
Ada mobilitas	-0,472	0,764	0,624	0,029	13,630
Tidak ada mobilitas	<i>rc</i>	-	-	-	-
b. Keberanian ibu berbeda pendapat dengan suami:					
Berani	-0,673	0,624	0,510	0,035	7,505
Tidak berani	<i>rc</i>	-	-	-	-
c. Kekerasan domestik yang dialami ibu:					
Tidak pernah ada	3,733	0,051	41,804	0,964	1776,388
Kadang-kadang ada	2,178	0,232	8,829	0,248	314,532
Sering ada	<i>rc</i>	-	-	-	-
d. Akses ibu ke sumber finansial:					
Punya akses	1,504	0,195	4,501	0,464	43,679
Tidak punya akses	<i>rc</i>	-	-	-	-
e. Keterlibatan ibu dalam pengambilan keputusan:					
Punya keterlibatan	-2,009	0,047*	0,134	0,018	0,977
Tidak punya keterlibatan	<i>rc</i>	-	-	-	-
f. Ibu bekerja di luar rumah:					
Bekerja di luar	-1,615	0,206	0,199	0,016	2,434
Tidak bekerja di luar	<i>rc</i>	-	-	-	-
g. Besarnya perbedaan usia ibu dengan suami:					
< 5 tahun	-2,142	0,016*	0,117	0,021	0,672
\geq 5 tahun	<i>rc</i>	-	-	-	-
2. Indeks kepemilikan					
	-3,585	0,004*	0,028	0,002	0,318
3. Pendidikan formal ibu:					
Pernah sekolah menengah	-2,108	0,105	0,122	0,010	1,548
Tidak sekolah atau SD	<i>rc</i>	-	-	-	-

Lanjutan Tabel 5.8.

Variabel eksplanatoris	Koefisien regresi (β)	p	eRR	95% CI untuk eRR	
				Batas bawah	Batas atas
4. Pendidikan formal ayah:					
Pernah sekolah menengah	-0,502	0,607	0,605	0,089	4,111
Tidak sekolah atau SD	<i>rc</i>	-	-	-	-
5. Bentuk rumah tangga:					
Keluarga inti	0,092	0,922	1,096	0,176	6,820
Keluarga diperluas	<i>rc</i>	-	-	-	-
6. Kematian anak sebelumnya:					
Ada kematian	0,646	0,678	1,909	0,090	40,386
Tidak ada kematian	<i>rc</i>	-	-	-	-
7. Jumlah anak yang hidup					
	1,819	0,013*	6,165	1,478	25,713
B. Faktor biologik anak:					
1. Jenis kelamin anak:					
Laki-laki	0,529	0,539	1,698	0,314	9,186
Perempuan	<i>rc</i>	-	-	-	-
2. Urutan kelahiran anak:					
Ke 5 atau lebih	-10,764	0,385	0,000	0,000	8,92.10 ²⁸
Ke 2 s/d 4	-1,957	0,171	0,141	0,009	2,324
Ke 1	<i>rc</i>	-	-	-	-
C. Faktor biomaternal					
1. Usia ibu saat melahirkan:					
<20 tahun atau >34 tahun	1,862	0,045*	6,439	1,043	39,745
20-34 thn	<i>rc</i>	-	-	-	-
2. Jarak kelahiran dengan anak sebelumnya:					
< 24 bulan	0,277	0,805	1,319	0,146	11,954
>=24 bulan, anak pertama	<i>rc</i>	-	-	-	-
D. Hubungan darah kekerabatan antara ibu dan ayah:					
Ada hubungan	1,361	0,403	3,900	0,160	94,865
Tidak ada hubungan	<i>rc</i>	-	-	-	-

Lanjutan Tabel 5.8.

Variabel eksplanatoris	Koefisien regresi (β)	p	<i>eRR</i>	95% <i>CI</i> untuk <i>eRR</i>	
				Batas bawah	Batas atas
E. Perilaku perawatan kesehatan ibu:					
1. Perilaku ibu dalam mencari pengobatan:					
Ke fasilitas kesehatan modern	-0,441	0,608	0,643	0,119	3,476
Ke fasilitas kesehatan tradisional, atau diobati sendiri	<i>rc</i>	-	-	-	-
2. Tempat anak dilahirkan:					
Di fasilitas pelayanan kesehatan	0,099	0,951	1,105	0,046	26,733
Di rumah	<i>rc</i>	-	-	-	-
F. Jarak dari rumah ke fasilitas pelayanan kesehatan (km)	-0,206	0,277	0,814	0,562	1,179
Konstanta	-7,277	0,003*	0,001		

Keterangan:

CI = Confidence Interval*rc* = reference group (kelompok pembandingan)* Signifikan ($p < 0,05$)** Regresi logistik ganda metode *enter*

a. Mobilitas ibu:

Meski pun secara deskriptif ibu yang tidak mempunyai mobilitas mempunyai proporsi kematian bayi (12,1 persen) yang lebih tinggi daripada ibu yang mempunyai mobilitas (6,3 persen), tetapi tidak didapatkan bukti bahwa mobilitas ibu merupakan determinan dari kematian bayi ($p > 0,05$).

Tabel 5.9.
Faktor mobilitas ibu terhadap kematian bayi, pada sampel,
Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999

Mobilitas ibu	Kematian bayi		Jumlah
	Meninggal	Hidup	
Ada	5 (6,3%)	75 (93,8%)	80 (100,0%)
Tidak ada	15 (12,1%)	109 (87,9%)	124 (100,0%)
Jumlah	20 (9,8%)	184 (90,2%)	204 (100,0%)

b. Keberanian ibu berbeda pendapat dengan suami:

Tabel 5.10.
Faktor keberanian ibu untuk berbeda pendapat dengan suami
terhadap kematian bayi, pada sampel,
Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999

Keberanian ibu berbeda pendapat dengan suami	Kematian bayi		Jumlah
	Meninggal	Hidup	
Berani	6 (6,3%)	90 (93,8%)	96 (100,0%)
Tidak berani	14 (13,0%)	94 (87,0%)	108 (100,0%)
Jumlah	20 (9,8%)	184 (90,2%)	204 (100,0%)

Demikian pula, meski pun probabilitas kematian bayi pada mereka yang tidak berani berbeda pendapat dengan suami lebih tinggi (13,0 persen) dari pada mereka yang berani pada suami (6,3 persen), tidak terbukti bahwa

ketidakberanian berbeda pendapat mempunyai hubungan dengan kematian bayi ($p>0,05$).

c. Kekerasan domestik yang dialami ibu:

Di sini tidak terbukti bahwa kekerasan domestik (dalam rumah atau keluarga) yang dialami para ibu merupakan salah satu determinan dari kematian bayi ($p>0,05$). Secara deskriptif memang tidak tampak perbedaan yang menonjol dalam proporsi kematian bayi antara mereka yang tidak pernah mengalami kekerasan domestik (9,3 persen), yang kadang-kadang mengalami kekerasan (10,9 persen), dan yang sering mengalami (12,5 persen).

Tabel 5.11.
Faktor kekerasan domestik yang dialami ibu
terhadap kematian bayi, pada sampel,
Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999

Kekerasan domestik yang dialami ibu	Kematian bayi		Jumlah
	Meninggal	Hidup	
Tidak pernah	14 (9,3%)	136 (90,7%)	150 (100,0%)
Kadang-kadang	5 (10,9%)	41 (89,1%)	46 (100,0%)
Sering	1 (12,5%)	7 (87,5%)	8 (100,0%)
Jumlah	20 (9,8%)	184 (90,2%)	204 (100,0%)

d. Akses ibu ke sumber finansial:

Juga tidak terbukti bahwa akses ke sumber finansial merupakan determinan kematian bayi ($p > 0,05$), walau pun ibu yang mempunyai akses finansial menghasilkan proporsi kematian bayi yang lebih rendah (7,3 persen) dari pada mereka yang tidak mempunyai akses (13,8 persen).

Tabel 5.12.
Faktor akses ibu ke sumber finansial
terhadap kematian bayi, pada sampel,
Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999

Akses ibu ke sumber finansial	Kematian bayi		Jumlah
	Meninggal	Hidup	
Punya akses	9 (7,3%)	115 (92,7%)	124 (100,0%)
Tidak punya akses	11 (13,8%)	69 (86,3%)	80 (100,0%)
Jumlah	20 (9,8%)	184 (90,2%)	204 (100,0%)

e. Keterlibatan ibu dalam pengambilan keputusan dalam persoalan yang menyangkut anak:

Di sini terbukti bahwa keterlibatan ibu dalam pengambilan keputusan dalam keluarga yang menyangkut persoalan-persoalan anak mempunyai hubungan dengan kejadian kematian bayi ($p < 0,05$), di mana ibu yang mempunyai keterlibatan pengambilan keputusan cenderung menghasilkan probabilitas kematian bayi lebih rendah (4,3 persen) dari pada mereka yang tidak mempunyai keterlibatan (14,4 persen).

Tabel 5.13.
 Faktor keterlibatan ibu dalam pengambilan keputusan
 terhadap kematian bayi, pada sampel,
 Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999

Keterlibatan ibu dalam pengambilan keputusan	Kematian bayi		Jumlah
	Meninggal	Hidup	
Terlibat	4 (4,3%)	89 (95,7%)	93 (100,0%)
Tidak terlibat	16 (14,4%)	95 (85,6%)	111 (100,0%)
Jumlah	20 (9,8%)	184 (90,2%)	204 (100,0%)

Nilai *estimate of Relative Risk (eRR)* sebesar 0,134 (95% *Confidence Interval* untuk *eRR*: 0,018-0,978), bisa diartikan bahwa para ibu yang memiliki keterlibatan pengambilan keputusan mempunyai risiko mengalami kematian bayi sebesar hanya sebesar 0,134 kali dibandingkan mereka yang tidak memiliki keterlibatan pengambilan keputusan dalam keluarga. Dengan kata lain, probabilitas kelangsungan hidup bayi dari para ibu yang memiliki keterlibatan pengambilan keputusan adalah sebesar 7,5 kali (atau 1/0,134 kali) lebih tinggi dari pada mereka yang tidak memiliki keterlibatan pengambilan keputusan dalam keluarga.

Ini menunjukkan bahwa keterlibatan ibu dalam pengambilan keputusan di keluarga merupakan faktor protektif dari kejadian kematian bayi.

f. Ibu bekerja di luar rumah:

Tabel 5.14.
Faktor ibu bekerja di luar rumah terhadap kematian bayi, pada sampel,
Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999

Ibu bekerja di luar rumah	Kematian bayi		Jumlah
	Meninggal	Hidup	
Ya	2 (3,2%)	61 (96,8%)	63 (100,0%)
Tidak	18 (12,8%)	123 (87,2%)	141 (100,0%)
Jumlah	20 (9,8%)	184 (90,2%)	204 (100,0%)

Walau pun terdapat perbedaan proporsi kematian bayi yang cukup menyolok antara ibu yang bekerja di luar rumah (3,2 persen) dan yang tidak bekerja di luar rumah (12,8 persen), tetapi ternyata tidak terbukti bahwa ibu berkeja di luar rumah mempunyai hubungan dengan kematian bayi ($p > 0,05$).

g. Besarnya perbedaan usia ibu dengan suami:

Ternyata besarnya perbedaan usia ibu dengan suami merupakan determinan yang nyata dari kematian bayi ($p < 0,05$), di mana para ibu yang perbedaan umurnya kurang dari lima tahun lebih muda mempunyai kecenderungan mendapatkan probabilitas kematian bayi lebih kecil (4,4 persen) dari pada ibu-ibu yang mempunyai selisih umur di atas lima tahun lebih muda (20,9 persen).

Tabel 5.15.
Faktor besarnya perbedaan usia ibu dengan suami
terhadap kematian bayi, pada sampel,
Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999

Besarnya perbedaan usia ibu dengan suami	Kematian bayi		Jumlah
	Meninggal	Hidup	
< 5 tahun	46 (4,4%)	131 (95,6%)	177 (100,0%)
>= 5 tahun	14 (20,9%)	53 (79,1%)	67 (100,0%)
Jumlah	20 (9,8%)	184 (90,2%)	204 (100,0%)

Dengan *eRR* sebesar 0,117 (95% *Confidence Interval* untuk *eRR*: 0,021-0,672)

dapat diartikan bahwa para ibu yang mempunyai perbedaan umur yang kecil (kurang dari lima tahun lebih muda) dengan suami akan memiliki risiko mengalami kematian bayi 0,117 kali dibandingkan mereka yang mempunyai perbedaan usia yang besar (lebih dari lima tahun lebih muda) dengan suaminya. Dengan kata lain, probabilitas kelangsungan hidup bayi dari para ibu yang mempunyai perbedaan umur yang kecil (kurang dari lima tahun lebih muda) dengan suami adalah 8,6 kali (atau 1/0,117 kali) lebih besar dari pada mereka yang perbedaan umur dengan suaminya lebih besar.

Ini menunjukkan bahwa perbedaan umur yang kecil antara ibu dengan suaminya merupakan faktor protektif dari kejadian kematian bayi.

h. Indeks kepemilikan (yang mencerminkan tingkat sosial ekonomi:

Tabel 5.16.
Faktor indeks kepemilikan terhadap kematian bayi, pada sampel,
Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999

	Kematian bayi		Total
	Meninggal	Hidup	
Indeks kepemilikan:			
Rerata	-0,545	-0,153	-0,192
(simpangan baku)	(0,345)	(0,420)	(0,429)

Tingkat sosial ekonomi keluarga ternyata terbukti mempengaruhi kejadian kematian bayi ($p < 0,05$). Keluarga dengan bayi meninggal ternyata mempunyai indeks kepemilikan lebih rendah (rerata indeks: -0,545) dari pada keluarga dengan bayi hidup (rerata indeks: -0,153), yang menunjukkan bahwa makin rendahnya tingkat sosial ekonomi (indeks kepemilikan) akan meningkatkan risiko terjadinya kematian bayi.

i. Pendidikan formal ibu:

Pendidikan formal ibu tidak terbukti merupakan determinan dari kematian bayi ($p > 0,05$), meski pun secara deskriptif ada perbedaan menyolok antara proporsi kematian bayi pada ibu yang berpendidikan rendah (14,1 persen) dan yang berpendidikan cukup (2,6 persen).



Tabel 5.17.
Faktor pendidikan formal ibu terhadap kematian bayi, pada sampel,
Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999

Pendidikan ibu	Kematian bayi		Jumlah
	Meninggal	Hidup	
Pernah sekolah menengah	2 (2,6%)	74 (97,4%)	76 (100,0%)
Tidak sekolah atau sekolah dasar	18 (14,1%)	110 (85,9%)	128 (100,0%)
Jumlah	20 (9,8%)	184 (90,2%)	204 (100,0%)

j. Pendidikan formal ayah:

Tabel 5.18.
Faktor pendidikan formal ayah terhadap kematian bayi, pada sampel,
Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999

Pendidikan ayah	Kematian bayi		Jumlah
	Meninggal	Hidup	
Pernah sekolah menengah	5 (4,8%)	100 (95,2%)	105 (100,0%)
Tidak sekolah atau sekolah dasar	15 (15,2%)	84 (84,8%)	99 (100,0%)
Jumlah	20 (9,8%)	184 (90,2%)	204 (100,0%)

Demikian pula, pendidikan formal ayah tidak menunjukkan ada hubungan dengan kematian bayi ($p > 0,05$), meski pun mereka yang berpendidikan cukup mempunyai proporsi kematian bayi lebih rendah (4,8 persen) dari pada mereka yang berpendidikan rendah (15,2 persen).

k. Bentuk rumah tangga:

Tabel 5.19.
Faktor bentuk rumah tangga terhadap kematian bayi, pada sampel,
Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999

Bentuk rumah tangga	Kematian bayi		Jumlah
	Meninggal	Hidup	
Keluarga inti	5 (5,8%)	81 (94,2%)	86 (100,0%)
Keluarga diperluas	15 (12,7%)	103 (87,3%)	118 (100,0%)
Jumlah	20 (9,8%)	184 (90,2%)	204 (100,0%)

Bentuk rumah tangga juga tidak menunjukkan punya hubungan dengan kematian bayi ($p > 0,05$), padahal secara deskriptif ada perbedaan menyolok dalam hal proporsi kematian bayi antara keluarga inti (5,8 persen) dan keluarga diperluas (12,7 persen).

l. Kematian anak sebelumnya dalam keluarga:

Walau pun ada perbedaan yang sangat menyolok antara proporsi kematian bayi pada keluarga yang pernah mengalami kematian anak sebelumnya (60,0 persen) dengan yang tidak pernah mengalami kematian anak sebelumnya (8,5 persen), tetapi tidak terbukti bahwa kematian anak sebelumnya merupakan salah satu determinan dari kematian bayi.

Tabel 5.20.
Faktor kematian anak sebelumnya terhadap kematian bayi, pada sampel,
Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999

Kematian anak sebelumnya	Kematian bayi		Jumlah
	Meninggal	Hidup	
Ada	3 (60,0%)	2 (40,0%)	5 (100,0%)
Tidak ada	17 (8,5%)	182 (91,5%)	199 (100,0%)
Jumlah	20 (9,8%)	184 (90,2%)	204 (100,0%)

m. Jumlah anak yang hidup:

Tabel 5.21.
Faktor jumlah anak yang hidup terhadap kematian bayi, pada sampel,
Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999

Jumlah anak hidup:	Kematian bayi		Total
	Meninggal	Hidup	
Rerata	2,35	1,78	1,84
(simpangan baku)	(1,09)	(0,80)	(0,85)

Banyaknya anak yang hidup dalam keluarga ternyata terbukti merupakan determinan dari kematian bayi ($p < 0,05$). Di sini jelas terdapat perbedaan rerata jumlah anak yang hidup pada keluarga dengan bayi meninggal (2,35 orang) dan rerata jumlah anak hidup pada keluarga dengan bayi hidup (1,78 orang), yang menunjukkan bahwa dengan makin besarnya jumlah anak yang hidup dalam keluarga akan memperbesar risiko terjadinya kematian bayi.

Selain faktor keluarga di atas, faktor lain yang terbukti mempunyai hubungan dengan kejadian kematian bayi adalah: Usia ibu pada saat melahirkan ($p < 0,05$), di mana probabilitas kematian bayi pada ibu yang saat melahirkan berusia di bawah 20 tahun atau di atas 34 tahun lebih tinggi (22,9 persen) dari pada ibu yang berusia di antara 20 tahun sampai dengan 34 tahun (hanya 5,8 persen).

Tabel 5.22.
Faktor usia ibu saat melahirkan terhadap kematian bayi, pada sampel,
Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999

Usia ibu saat melahirkan	Kematian bayi		Jumlah
	Meninggal	Hidup	
<20 tahun atau >34 tahun	11 (22,9%)	37 (77,1%)	48 (100,0%)
20-34 tahun	9 (5,8%)	147 (94,2%)	156 (100,0%)
Jumlah	20 (9,8%)	184 (90,2%)	204 (100,0%)

Dengan nilai *eRR* sebesar 6,439 (95% *Confidence Interval* untuk *eRR*: 1,043-39,745), maka diartikan bahwa mereka yang ibu yang saat melahirkan berusia di bawah 20 tahun atau di atas 34 tahun akan mempunyai risiko mengalami kematian bayi 6,4 kali dibandingkan ibu yang berusia di antara 20 tahun sampai dengan 34 tahun pada saat melahirkan.

Ini menunjukkan bahwa usia ibu di bawah 20 tahun atau di atas 34 tahun merupakan faktor risiko dari kejadian kematian bayi.

Variabel-variabel eksplanatoris lain pada penelitian ini yaitu jenis kelamin anak, urutan kelahiran anak, jarak kelahiran dengan anak sebelumnya, dan

hubungan darah kekerabatan antara ibu dan ayah, ternyata tidak terbukti merupakan determinan dari kematian bayi ($p > 0,05$).

Hasil analisis regresi logistik ganda untuk kematian bayi selengkapnya bisa dilihat pada Tabel L3.1 di lampiran.

5.2.2. Model Kematian Anak

Dari Tabel 5.23 dapat dilihat model kematian anak yang didapatkan dari hasil analisis dengan menggunakan teknik regresi logistik ganda.

Uraian di bawah ini terutama mengenai hubungan antara karakteristik keluarga, sebagai lingkungan pengasuhan anak, dengan kejadian kematian anak dan beberapa faktor lain yang signifikan mempengaruhi kejadian kematian anak.

Tabel 5.23.
Hasil analisis regresi logistik ganda** untuk model kematian anak (usia 12 bulan – 59 bulan), pada sampel, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999

Variabel eksplanatoris	Koefisien regresi (β)	p	<i>eRR</i>	95% <i>CI</i> untuk <i>eRR</i>	
				Batas bawah	Batas atas
A. Faktor keluarga:					
1. Keberdayaan ibu dlm keluarga:					
a. Mobilitas ibu:					
Ada mobilitas	-	0,897	-	-	-
Tidak ada mobilitas	<i>rc</i>	-	-	-	-
b. Keberanian ibu berbeda pendapat dengan suami:					
Berani	-	0,876	-	-	-
Tidak berani	<i>rc</i>	-	-	-	-

Lanjutan Tabel 5.23.

Variabel eksplanatoris	Koefisien regresi (β)	p	<i>eRR</i>	95% <i>CI</i> untuk <i>eRR</i>	
				Batas bawah	Batas atas
c. Kekerasan domestik yang dialami ibu:		0,644			
Tidak pernah ada	-	0,366	-	-	-
Kadang-kadang ada	-	0,363	-	-	-
Sering ada	<i>rc</i>	-	-	-	-
d. Akses ibu ke sumber finansial:					
Punya akses	-	0,432	-	-	-
Tidak punya akses	<i>rc</i>	-	-	-	-
e. Keterlibatan ibu dalam pengambilan keputusan:					
Punya keterlibatan	-2,850	0,013*	0,058	0,006	0,543
Tidak punya keterlibatan	<i>rc</i>	-	-	-	-
f. Ibu bekerja di luar rumah:					
Bekerja di luar	-	0,665	-	-	-
Tidak bekerja di luar	<i>rc</i>	-	-	-	-
g. Besarnya perbedaan usia ibu dengan suami:					
< 5 tahun	-1,567	0,038*	0,209	0,048	0,916
\geq 5 tahun	<i>rc</i>	-	-	-	-
2. Indeks kepemilikan	-3,642	0,004*	0,026	0,002	0,311
3. Pendidikan formal ibu:					
Pernah sekolah menengah	-	0,860	-	-	-
Tidak sekolah atau SD	<i>rc</i>	-	-	-	-
4. Pendidikan formal ayah:					
Pernah sekolah menengah	-	0,929	-	-	-
Tidak sekolah atau SD	<i>rc</i>	-	-	-	-
5. Bentuk rumah tangga:					
Keluarga inti	-	0,127	-	-	-
Keluarga diperluas	<i>rc</i>	-	-	-	-
6. Kematian anak sebelumnya:					
Ada kematian	10,331	0,798	30673,66	0,000	6,5.10 ³⁸
Tidak ada kematian	<i>rc</i>	-	-	-	-
7. Jumlah anak yang hidup	-	0,127	-	-	-
B. Faktor biologik anak:					
1. Jenis kelamin anak:					
Laki-laki	-	0859	-	-	-
Perempuan	<i>rc</i>	-	-	-	-
2. Urutan kelahiran anak:		0,474			
Ke 5 atau lebih	-	0,908	-	-	-
Ke 2 s/d 4	-	0,234	-	-	-
Ke 1	<i>rc</i>	-	-	-	-

Lanjutan Tabel 5.23.

Variabel eksplanatoris	Koefisien regresi (β)	p	<i>eRR</i>	95% <i>CI</i> untuk <i>eRR</i>	
				Batas bawah	Batas atas
C. Faktor biomaternal					
1. Usia ibu saat melahirkan:					
<20 tahun atau >34 tahun	-	0,198	-	-	-
20-34 tahun	<i>rc</i>	-	-	-	-
2. Jarak kelahiran dengan anak sebelumnya:					
< 24 bulan	0,833	0,292	2,301	0,489	10,831
\geq 24 bulan, anak pertama	<i>rc</i>	-	-	-	-
D. Hubungan darah kekerabatan antara ibu dan ayah:					
Ada hubungan	-	0,237	-	-	-
Tidak ada hubungan	<i>rc</i>	-	-	-	-
E. Perilaku perawatan kesehatan ibu:					
1. Perilaku ibu dalam mencari pengobatan:					
Ke fasilitas kesehatan modern	-	0,185	-	-	-
Ke fasilitas kesehatan tradisional, atau diobati sendiri	<i>rc</i>	-	-	-	-
2. Tempat anak dilahirkan:					
Di fasilitas pelayanan kesehatan	-	0,493	-	-	-
Di rumah	<i>rc</i>	-	-	-	-
F. Jarak dari rumah ke fasilitas pelayanan kesehatan (km)					
	-	0,501	-	-	-
Konstanta	-2,762	0,001*	0,063		

Keterangan:

CI = *Confidence Interval*

rc = *reference group* (kelompok pembandingan)

* Signifikan ($p < 0,05$)

** Regresi logistik ganda metode *backward Wald*

a. Mobilitas ibu:

Tabel 5.24.
Faktor mobilitas ibu terhadap kematian anak, pada sampel,
Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999

Mobilitas ibu	Kematian anak		Jumlah
	Meninggal	Hidup	
Ada	3 (4,0%)	72 (96,0%)	75 (100,0%)
Tidak ada	9 (8,3%)	100 (91,7%)	109 (100,0%)
Jumlah	12 (6,5%)	172 (93,5%)	184 (100,0%)

Walau pun secara deskriptif ibu yang mempunyai mobilitas mempunyai proporsi kematian anak (4,0 persen) yang lebih rendah daripada ibu yang tidak mempunyai mobilitas (8,3 persen), tetapi tidak terbukti bahwa mobilitas ibu merupakan determinan dari kematian anak ($p > 0,05$).

b. Keberanian ibu berbeda pendapat dengan suami:

Demikian pula, tidak terbukti bahwa ketidakberanian berbeda pendapat mempunyai hubungan dengan kematian anak ($p > 0,05$), meski pun probabilitas kematian anak pada mereka yang tidak berani berbeda pendapat dengan suami lebih tinggi (9,6 persen) dari pada mereka yang berani pada suami (3,3 persen).

Tabel 5.25.
 Faktor keberanian ibu berbeda pendapat dengan suami
 terhadap kematian anak, pada sampel,
 Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999

Keberanian ibu berbeda pendapat dengan suami	Kematian anak		Jumlah
	Meninggal	Hidup	
Berani	3 (3,3%)	87 (96,7%)	90 (100,0%)
Tidak berani	9 (9,6%)	85 (90,4%)	94 (100,0%)
Jumlah	12 (6,5%)	172 (93,5%)	184 (100,0%)

c. Kekerasan domestik yang dialami ibu:

Tabel 5.26.
 Faktor kekerasan domestik yang dialami ibu
 terhadap kematian anak, pada sampel,
 Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999

Kekerasan domestik yang dialami ibu	Kematian anak		Jumlah
	Meninggal	Hidup	
Tidak pernah	5 (3,7%)	131 (96,3%)	136 (100,0%)
Kadang-kadang	6 (14,6%)	35 (85,4%)	41 (100,0%)
Sering	1 (14,3%)	6 (85,7%)	7 (100,0%)
Jumlah	12 (6,5%)	172 (93,5%)	184 (100,0%)

Ternyata kekerasan domestik yang dialami para ibu tidak terbukti sebagai salah satu determinan dari kematian anak ($p > 0,05$), meski pun secara

deskriptif tampak perbedaan yang menonjol dalam proporsi kematian anak antara mereka yang tidak pernah mengalami kekerasan domestik (hanya 3,7 persen) dibandingkan dengan mereka yang kadang-kadang mengalami kekerasan (14,6 persen), dan dibandingkan dengan mereka yang sering mengalami (14,3 persen).

d. Akses ibu ke sumber finansial:

Tabel 5.27.
Faktor akses ibu ke sumber finansial
terhadap kematian anak, pada sampel,
Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999

Akses ibu ke sumber finansial	Kematian anak		Jumlah
	Meninggal	Hidup	
Punya	4 (3,5%)	111 (96,5%)	115 (100,0%)
Tidak punya	8 (11,6%)	61 (88,4%)	69 (100,0%)
Jumlah	12 (6,5%)	172 (93,5%)	184 (100,0%)

Tidak terbukti juga bahwa akses ke sumber finansial merupakan determinan kematian anak ($p > 0,05$), walau pun secara deskriptif ibu yang mempunyai akses finansial menghasilkan proporsi kematian anak yang jauh lebih rendah (3,5 persen) dari pada mereka yang tidak mempunyai akses (11,6 persen).

- e. Keterlibatan ibu dalam pengambilan keputusan dalam persoalan yang menyangkut anak:

Tabel 5.28.
Faktor keterlibatan ibu dalam pengambilan keputusan terhadap kematian anak, pada sampel, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999

Keterlibatan ibu dalam pengambilan keputusan	Kematian anak		Jumlah
	Meninggal	Hidup	
Punya	1 (1,1%)	88 (98,9%)	89 (100,0%)
Tidak punya	11 (11,6%)	84 (88,4%)	95 (100,0%)
Jumlah	12 (6,5%)	172 (93,5%)	184 (100,0%)

Keterlibatan ibu dalam pengambilan keputusan dalam keluarga yang menyangkut persoalan-persoalan anak mempunyai hubungan dengan kejadian kematian anak ($p < 0,05$), di mana ibu yang mempunyai keterlibatan pengambilan keputusan cenderung menghasilkan probabilitas kematian anak lebih rendah (1,1 persen) dari pada mereka yang tidak mempunyai keterlibatan (11,6 persen).

Nilai *eRR* sebesar 0,058 (95% *Confidence Interval* untuk *eRR*: 0,006-0,543), bisa diartikan bahwa para ibu yang memiliki keterlibatan pengambilan keputusan akan mempunyai risiko mengalami kematian anak sebesar hanya 0,058 kali dibandingkan mereka yang tidak memiliki keterlibatan

pengambilan keputusan dalam keluarga. Dengan kata lain, probabilitas kelangsungan hidup anak dari para ibu yang memiliki keterlibatan pengambilan keputusan adalah sebesar 17,2 kali (atau 1/0,058 kali) lebih tinggi dari pada mereka yang tidak memiliki keterlibatan pengambilan keputusan dalam keluarga.

Ini menunjukkan bahwa keterlibatan ibu dalam pengambilan keputusan di keluarga merupakan faktor protektif dari kejadian kematian anak.

f. Ibu bekerja di luar rumah:

Tabel 5.29.
Faktor ibu bekerja di luar rumah terhadap kematian anak, pada sampel, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999

Ibu bekerja di luar rumah	Kematian anak		Jumlah
	Meninggal	Hidup	
Ya	3 (4,9%)	58 (95,1%)	61 (100,0%)
Tidak	9 (7,3%)	114 (92,7%)	123 (100,0%)
Jumlah	12 (6,5%)	172 (93,5%)	184 (100,0%)

Secara deskriptif, perbedaan proporsi kematian anak tidak cukup menyolok antara ibu yang bekerja di luar rumah (4,9 persen) dan yang tidak bekerja di luar rumah (7,3 persen). Di sini tidak terbukti bahwa ibu bekerja di luar rumah mempunyai hubungan dengan kematian anak ($p > 0,05$).

g. Besarnya perbedaan usia ibu dengan suami:

Ternyata besarnya perbedaan usia ibu dengan suami merupakan determinan yang nyata dari kematian anak ($p < 0,05$), di mana para ibu yang perbedaan umurnya kurang dari lima tahun lebih muda mempunyai kecenderungan mendapatkan probabilitas kematian anak lebih kecil (3,8 persen) dari pada ibu-ibu yang mempunyai selisih umur di atas lima tahun lebih muda (13,2 persen).

Tabel 5.30.
Faktor besarnya perbedaan usia ibu dengan suami
terhadap kematian anak, pada sampel,
Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999

Besarnya perbedaan usia ibu dengan suami	Kematian anak		
	Meninggal	Hidup	Jumlah
< 5 tahun	5 (3,8%)	126 (96,2%)	131 (100,0%)
>=5 tahun	7 (13,2%)	46 (86,8%)	53 (100,0%)
Jumlah	12 (6,5%)	172 (93,5%)	184 (100,0%)

Dengan *eRR* sebesar 0,209 (95% *Confidence Interval* untuk *eRR*: 0,048-0,916) dapat diartikan bahwa para ibu yang mempunyai selisih umur yang kecil (kurang dari lima tahun lebih muda) dengan suami hanya akan memiliki risiko sebesar 0,209 kali untuk mengalami kematian anak dari pada mereka yang perbedaan umurnya besar (lebih dari lima tahun) dengan suami. Dengan kata lain, probabilitas kelangsungan hidup anak dari para ibu yang mempunyai

selisih umur kecil (kurang dari lima tahun lebih muda) dengan suami adalah sebesar 4,8 kali (atau 1/0,209 kali) lebih besar dari pada mereka yang perbedaan umur dengan suaminya besar.

Ini menunjukkan bahwa perbedaan umur yang kecil antara ibu dengan suaminya merupakan faktor protektif dari kejadian kematian anak.

h. Indeks kepemilikan (yang mencerminkan tingkat sosial ekonomi):

Tingkat sosial ekonomi keluarga terbukti nyata mempengaruhi kejadian kematian anak ($p < 0,05$). Keluarga dengan anak meninggal ternyata mempunyai indeks kepemilikan lebih rendah (rerata indeks: -0,486) dari pada keluarga dengan anak hidup (rerata indeks: -0,130), yang menunjukkan bahwa makin rendahnya tingkat sosial ekonomi (indeks kepemilikan) akan memperbesar risiko terjadinya kematian anak.

Tabel 5.31.
Faktor indeks kepemilikan terhadap kematian anak, pada sampel,
Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999

	Kematian anak		Total
	Meninggal	Hidup	
Indeks kepemilikan:			
Rerata	-0,486	-0,130	-0,153
(simpangan baku)	(0,403)	(0,412)	(0,420)

i. Pendidikan formal ibu

Tabel 5.32.
 Faktor pendidikan formal ibu terhadap kematian anak, pada sampel,
 Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999

Pendidikan ibu	Kematian anak		Jumlah
	Meninggal	Hidup	
Pernah sekolah menengah	4 (5,4%)	70 (94,6%)	74 (100,0%)
Tidak sekolah atau sekolah dasar	8 (7,3%)	102 (92,7%)	110 (100,0%)
Jumlah	12 (6,5%)	172 (93,5%)	184 (100,0%)

Pendidikan formal ibu tidak terbukti merupakan determinan dari kematian anak ($p > 0,05$), meski pun secara deskriptif ada perbedaan kecil antara proporsi kematian anak pada ibu yang berpendidikan rendah (7,3 persen) dan yang berpendidikan cukup (5,4 persen).

j. Pendidikan formal ayah:

Tabel 5.33.
 Faktor pendidikan formal ayah terhadap kematian anak, pada sampel,
 Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999

Pendidikan suami	Kematian anak		Jumlah
	Meninggal	Hidup	
Pernah sekolah menengah	5 (5,0%)	95 (94,0%)	100 (100,0%)
Tidak sekolah atau sekolah dasar	7 (8,3%)	77 (91,7%)	84 (100,0%)
Jumlah	12 (6,5%)	172 (93,5%)	184 (100,0%)

Demikian pula, pendidikan formal ayah tidak menunjukkan ada hubungan dengan kematian anak ($p > 0,05$), meski pun mereka yang berpendidikan cukup mempunyai proporsi kematian anak sedikit lebih rendah (5,0 persen) dari pada mereka yang berpendidikan rendah (8,3 persen).

k. Bentuk rumah tangga:

Tabel 5.34.
Faktor bentuk rumah tangga terhadap kematian anak, pada sampel,
Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999

Bentuk rumah tangga	Kematian anak		Jumlah
	Meninggal	Hidup	
Keluarga inti	4 (4,9%)	77 (95,1%)	81 (100,0%)
Keluarga diperluas	8 (7,8%)	95 (92,2%)	113 (100,0%)
Jumlah	12 (6,5%)	172 (93,5%)	184 (100,0%)

Demikian pula, bentuk rumah tangga tidak mempunyai hubungan nyata dengan kematian anak ($p > 0,05$), meski pun secara deskriptif ada perbedaan dalam hal proporsi kematian anak antara keluarga inti (4,9 persen) dan keluarga diperluas (7,8 persen).

l. Kematian anak sebelumnya dalam keluarga:

Walau pun ada perbedaan yang sangat menonjol antara proporsi kematian anak pada keluarga yang pernah mengalami kematian anak sebelumnya (100,0

persen) dengan yang tidak pernah mengalami kematian anak sebelumnya (5,5 persen), tetapi tidak terbukti bahwa kematian anak sebelumnya merupakan salah satu determinan dari kematian anak.

Tabel 5.35.

Faktor kematian anak sebelumnya terhadap kematian anak, pada sampel, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999

Kematian anak sebelumnya	Kematian anak		Jumlah
	Meninggal	Hidup	
Ada	2 (100,0%)	0 (0,0%)	2 (100,0%)
Tidak ada	10 (5,5%)	172 (94,5%)	182 (100,0%)
Jumlah	12 (6,5%)	172 (93,5%)	184 (100,0%)

m. Jumlah anak yang hidup:

Tabel 5.36.

Faktor jumlah anak yang hidup terhadap kematian anak, pada sampel, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999

Jumlah anak hidup:	Kematian anak		Total
	Meninggal	Hidup	
Rerata	1,75	1,78	1,78
(simpangan baku)	(0,75)	(0,81)	(0,80)

Banyaknya anak yang hidup dalam keluarga ternyata tidak terbukti merupakan determinan dari kematian anak ($p > 0,05$). Secara deskriptif pun tidak tampak perbedaan berarti antara jumlah anak yang hidup pada keluarga

dengan anak meninggal (1,75 orang) dan rerata jumlah anak hidup pada keluarga dengan anak hidup (1,78 orang).

Selain faktor keluarga di atas, tidak ada faktor lain yang terbukti mempunyai hubungan dengan kejadian kematian anak ($p > 0,05$).

Hasil analisis selengkapnya dari teknik regresi logistik ganda untuk kematian anak ini bisa dilihat pada Tabel L3.2 di lampiran.

5.2.3. Model Kematian Balita Ganda dalam Keluarga

Dari Tabel 5.37. dapat dilihat hasil analisis kematian balita ganda dengan menggunakan teknik analisis regresi logistik ganda.

Uraian di bawah ini terutama mengenai hubungan antara karakteristik keluarga, sebagai lingkungan pengasuhan anak, dengan kejadian kematian balita ganda dan beberapa faktor lain yang signifikan mempengaruhi kejadian kematian balita ganda.

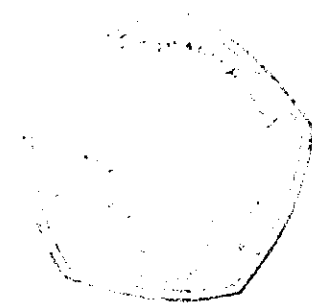
Tabel 5.37.

Hasil analisis regresi logistik ganda** untuk model kematian ganda (*multiple death*) anak balita (usia 0 bulan – 59 bulan) dari ibu yang pernah melahirkan hidup lebih dari seorang, pada sampel, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999

Variabel eksplanatoris	Koefisien regresi (β)	p	<i>eRR</i>	95% <i>CI</i> untuk <i>eRR</i>	
				Batas bawah	Batas atas
A. Faktor keluarga:					
1. Keberdayaan ibu dalam keluarga:					
a. Mobilitas ibu:					
Ada mobilitas	-10,610	1,000	0,000	0,000	-
Tidak ada mobilitas	<i>rc</i>	-	-	-	-
b. Keberanian ibu berbeda pendapat dengan suami:					
Berani	40,168	0,999	2,78.10 ¹⁷	0,000	-
Tidak berani	<i>rc</i>	-	-	-	-
c. Kekerasan domestik yang dialami ibu:					
Tidak pernah ada	-48,865	0,999	0,000	0,000	-
Kadang-kadang ada	-17,691	1,000	0,000	0,000	-
Sering ada	<i>rc</i>	-	-	-	-
d. Akses ibu ke sumber finansial:					
Punya akses	29,623	0,997	7,32.10 ¹²	0,000	-
Tidak punya akses	<i>rc</i>	-	-	-	-
e. Keterlibatan ibu dalam pengambilan keputusan:					
Punya keterlibatan	-16,544	0,999	0,000	000,0	-
Tidak punya keterlibatan	<i>rc</i>	-	-	-	-
f. Ibu bekerja di luar rumah:					
Bekerja di luar	-67,163	0,997	0,000	0,000	-
Tidak bekerja di luar	<i>rc</i>	-	-	-	-
g. Besarnya perbedaan usia ibu dengan suami:					
< 5 tahun	9,672	0,999	15860,38	0,000	-
>= 5 tahun	<i>rc</i>	-	-	-	-
2. Indeks kepemilikan	16,311	0,999	12,1.10 ⁶	0,000	-

Lanjutan Tabel 5.37.

Variabel eksplanatoris	Koefisien regresi (β)	p	eRR	95% CI untuk eRR	
				Batas bawah	Batas atas
3. Pendidikan formal ibu:					
Pernah sekolah menengah	-42,766	0,998	0,000	0,000	-
Tidak sekolah atau SD	rc	-	-	-	-
4. Pendidikan formal ayah:					
Pernah sekolah menengah	-15,380	1,000	0,000	0,000	-
Tidak sekolah atau SD	rc	-	-	-	-
5. Bentuk rumah tangga:					
Keluarga inti	8,455	1,000	4697,97	0,000	-
Keluarga diperluas	rc	-	-	-	-
6. Jumlah anak yang hidup					
	12,424	0,986	24,9.10 ⁴	0,000	-
B. Faktor biologik anak:					
1. Jenis kelamin anak:					
Laki-laki	-5,327	1,000	0,005	0,000	-
Perempuan	rc	-	-	-	-
2. Urutan kelahiran anak:					
Ke 5 atau lebih	-22,698	1,000	0,000	0,000	-
Ke 2 s/d 4	rc	-	-	-	-
Ke 1	-	-	-	-	-
C. Faktor biomaternal					
1. Usia ibu saat melahirkan:					
<20 tahun atau >34 tahun	69,001	0,994	1,08.10 ³³	0,000	-
20-34 tahun	rc	-	-	-	-
2. Jarak kelahiran dengan anak sebelumnya:					
< 24 bulan	-8,841	0,999	0,000	0,000	-
>=24 bulan, anak pertama	rc	-	-	-	-
D. Hubungan darah kekerabatan antara ibu dan ayah:					
Ada hubungan	1,804	1,000	6,071	0,000	-
Tidak ada hubungan	rc	-	-	-	-



Lanjutan Tabel 5.37.

Variabel eksplanatoris	Koefisien regresi (β)	p	<i>eRR</i>	95% <i>CI</i> untuk <i>eRR</i>	
				Batas bawah	Batas atas
E. Perilaku perawatan kesehatan ibu:					
1. Perilaku ibu dalam mencari pengobatan:					
Ke fasilitas kesehatan modern	15,433	0,999	$5,0.10^6$	0,000	-
Ke fasilitas kesehatan tradisional, atau diobati sendiri	<i>rc</i>	-	-	-	-
2. Tempat anak dilahirkan:					
Di fasilitas pelayanan kesehatan	76,065	0,994	$1,08.10^{33}$	0,000	-
Di rumah	<i>rc</i>	-	-	-	-
F. Jarak dari rumah ke fasilitas pelayanan kesehatan (km)					
	-4,221	0,998	0,000	0,000	-
Konstanta	-56,524	0,999	0,000		

Keterangan:

rc = *reference group* (kelompok pembandingan)

* Signifikan ($p < 0,05$)

** Regresi logistik ganda metode *enter*

a. Mobilitas ibu:

Walau pun secara deskriptif ibu yang mempunyai mobilitas cukup mempunyai proporsi kematian balita ganda (1,9 persen) yang lebih rendah daripada ibu yang mobilitasnya rendah (5,4 persen), tetapi tidak terbukti bahwa mobilitas ibu merupakan determinan dari kematian balita ganda ($p > 0,05$).

Tabel 5.38.
Faktor mobilitas ibu terhadap kematian balita ganda, pada sampel,
Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999

Mobilitas ibu	Kematian balita ganda		Jumlah
	Ada	Tidak ada	
Ada	1 (1,9%)	52 (98,1%)	53 (100,0%)
Tidak ada	4 (5,4%)	70 (94,6%)	74 (100,0%)
Jumlah	5 (3,9%)	122 (96,1%)	127 (100,0%)

b. Keberanian ibu berbeda pendapat dengan suami:

Tabel 5.39.
Faktor keberanian ibu berbeda pendapat dengan suami
terhadap kematian balita ganda, pada sampel,
Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999

Keberanian ibu berbeda pendapat dengan suami	Kematian balita ganda		Jumlah
	Ada	Tidak ada	
Berani	1 (1,7%)	58 (96,3%)	59 (100,0%)
Tidak berani	4 (5,9%)	64 (94,1%)	68 (100,0%)
Jumlah	5 (3,9%)	122 (96,1%)	127 (100,0%)

Demikian pula, tidak terbukti bahwa ketidakberanian ibu berbeda pendapat dengan suami mempunyai hubungan dengan kematian balita ganda ($p > 0,05$), meski pun probabilitas kematian balita ganda pada mereka yang tidak berani

berbeda pendapat dengan suami lebih tinggi (5,9 persen) dari pada mereka yang berani pada suami (1,7 persen).

c. Kekerasan domestik yang dialami ibu:

Tabel 5.40.
Faktor kekerasan domestik yang dialami ibu terhadap kematian balita ganda, pada sampel, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999

Kekerasan domestik yang dialami ibu	Kematian balita ganda		Jumlah
	Ada	Tidak ada	
Tidak pernah	2 (2,1%)	92 (97,9%)	94 (100,0%)
Kadang-kadang	2 (6,7%)	28 (93,3%)	30 (100,0%)
Sering	1 (33,3%)	2 (66,7%)	3 (100,0%)
Jumlah	5 (3,9%)	122 (96,1%)	127 (100,0%)

Ternyata kekerasan domestik yang dialami para ibu tidak terbukti sebagai salah satu determinan dari kematian balita ganda ($p > 0,05$), meski pun secara deskriptif tampak perbedaan yang menonjol dalam proporsi kematian anak antara mereka yang tidak pernah mengalami kekerasan domestik (hanya 2,1 persen) dibandingkan dengan mereka yang kadang-kadang mengalami kekerasan (6,7 persen), terlebih lagi dibandingkan dengan mereka yang sering mengalami (33,3 persen).

d. Akses ibu ke sumber finansial:

Pada penelitian ini tidak terbukti bahwa akses ke sumber finansial merupakan determinan kematian balita ganda ($p > 0,05$). Secara deskriptif pun ibu yang mempunyai akses finansial menghasilkan proporsi kematian balita ganda (3,9 persen) yang tidak jauh berbeda dengan mereka yang tidak mempunyai akses (4,0 persen).

Tabel 5.41.
Faktor akses ibu ke sumber finansial
terhadap kematian balita ganda, pada sampel,
Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999

Akses ibu ke sumber finansial	Kematian balita ganda		Jumlah
	Ada	Tidak ada	
Punya	3 (3,9%)	74 (96,1%)	77 (100,0%)
Tidak punya	2 (4,0%)	48 (96,0%)	50 (100,0%)
Jumlah	5 (3,9%)	122 (96,1%)	127 (100,0%)

e. Keterlibatan ibu dalam pengambilan keputusan dalam persoalan yang menyangkut anak:

Demikian pula, keterlibatan ibu dalam pengambilan keputusan dalam keluarga yang menyangkut persoalan-persoalan anak tidak ada hubungannya dengan kejadian kematian balita ganda ($p > 0,05$), meski pun ibu yang mempunyai keterlibatan pengambilan keputusan menghasilkan probabilitas kematian

balita ganda lebih rendah (0,0 persen) dari pada mereka yang tidak mempunyai keterlibatan (7,2 persen).

Tabel 5.42.

Faktor keterlibatan ibu dalam pengambilan keputusan di keluarga terhadap kematian balita ganda, pada sampel, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999

Keterlibatan ibu dalam pengambilan keputusan	Kematian balita ganda		Jumlah
	Ada	Tidak ada	
Terlibat	0 (0,0%)	58 (100,0%)	58 (100,0%)
Tidak terlibat	5 (7,2%)	64 (92,8%)	71 (100,0%)
Jumlah	5 (3,9%)	122 (96,1%)	127 (100,0%)

f. Ibu bekerja di luar rumah:

Tabel 5.43.

Faktor ibu bekerja di luar rumah terhadap kematian balita ganda, pada sampel, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999

Ibu bekerja di luar rumah	Kematian balita ganda		Jumlah
	Ada	Tidak ada	
Ya	1 (2,2%)	45 (97,8%)	46 (100,0%)
Tidak	4 (4,9%)	77 (95,1%)	81 (100,0%)
Jumlah	5 (3,9%)	122 (96,1%)	127 (100,0%)

Secara deskriptif, perbedaan proporsi kematian balita ganda tidak cukup menyolok antara ibu yang bekerja di luar rumah (2,2 persen) dan yang tidak bekerja di luar rumah (4,9 persen). Di sini tidak terbukti bahwa ibu bekerja di luar rumah mempunyai hubungan dengan kematian balita ganda ($p > 0,05$).

g. Besarnya perbedaan usia ibu dengan suami:

Tabel 5.44.
Faktor besarnya perbedaan usia ibu dengan suami terhadap kematian balita ganda, pada sampel, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999

Besarnya perbedaan usia ibu dengan suami	Kematian balita ganda		Jumlah
	Ada	Tidak ada	
< 5 tahun	2 (2,4%)	81 (97,6%)	83 (100,0%)
≥ 5 tahun	3 (6,8%)	41 (93,2%)	44 (100,0%)
Jumlah	5 (3,9%)	122 (96,1%)	127 (100,0%)

Ternyata besarnya perbedaan usia ibu dengan suami tidak terbukti merupakan determinan yang nyata dari kematian balita ganda ($p > 0,05$), meski pun para ibu yang selisih umurnya dengan suami kurang dari lima tahun lebih muda mempunyai kecenderungan mendapatkan probabilitas kematian balita ganda lebih kecil (2,4 persen) dari pada ibu-ibu yang mempunyai selisih umur di atas lima tahun lebih muda (6,8 persen).

h. Indeks kepemilikan (yang mencerminkan tingkat sosial ekonomi):

Tingkat sosial ekonomi keluarga tidak terbukti mempengaruhi kejadian kematian balita ganda ($p > 0,05$), meski pun secara deskriptif keluarga dengan anak meninggal mempunyai indeks kepemilikan lebih rendah (rerata indeks: -0,491) dari pada keluarga dengan anak hidup (rerata indeks: -0,147).

Tabel 5.45.
Faktor indeks kepemilikan terhadap kematian balita ganda, pada sampel,
Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999

	Kematian balita ganda		Total
	Ada	Tidak ada	
Indeks kepemilikan:			
Rerata	-0,491	-0,147	-0,160
(simpangan baku)	(0,475)	(0,410)	(0,416)

i. Pendidikan formal ibu:

Tabel 5.46.
Faktor pendidikan formal ibu
terhadap kematian balita ganda, pada sampel,
Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999

Pendidikan ibu	Kematian balita ganda		Jumlah
	Ada	Tidak ada	
Pernah sekolah menengah	0 (0,0%)	46 (100,0%)	46 (100,0%)
Tidak sekolah atau sekolah dasar	5 (6,2%)	76 (93,8%)	81 (100,0%)
Jumlah	5 (3,9%)	122 (96,1%)	127 (100,0%)

Pendidikan formal ibu tidak terbukti merupakan determinan dari kematian balita ganda ($p>0,05$), meski pun secara deskriptif ada perbedaan antara proporsi kematian balita ganda pada ibu yang berpendidikan rendah (6,2 persen) dan yang berpendidikan cukup (0,0 persen).

j. Pendidikan formal ayah:

Tabel 5.47.
Faktor pendidikan formal ayah
terhadap kematian balita ganda, pada sampel,
Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999

Pendidikan ayah	Kematian balita ganda		Jumlah
	Ada	Tidak ada	
Pernah sekolah menengah	0 (0,0%)	64 (100,0%)	64 (100,0%)
Tidak sekolah atau sekolah dasar	5 (7,9%)	58 (92,1%)	63 (100,0%)
Jumlah	5 (3,9%)	122 (96,1%)	127 (100,0%)

Demikian pula, pendidikan formal ayah tidak menunjukkan ada hubungan dengan kematian balita ganda ($p>0,05$), meski pun mereka yang berpendidikan cukup mempunyai proporsi kematian balita ganda sedikit lebih rendah (0,0 persen) dari pada mereka yang berpendidikan rendah (7,9 persen).

k. Bentuk rumah tangga:

Demikian pula, bentuk rumah tangga tidak mempunyai hubungan nyata dengan kematian balita ganda ($p>0,05$), meski pun secara deskriptif ada

perbedaan dalam hal proporsi kematian balita ganda antara keluarga inti (1,8 persen) dan keluarga diperluas (75,6 persen).

Tabel 5.48.
Faktor bentuk rumah tangga terhadap kematian balita ganda, pada sampel,
Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999

Bentuk rumah tangga	Kematian balita ganda		Jumlah
	Ada	Tidak ada	
Keluarga inti	1 (1,8%)	55 (96,2%)	56 (100,0%)
Keluarga diperluas	4 (5,6%)	67 (94,4%)	71 (100,0%)
Jumlah	5 (3,9%)	122 (96,1%)	127 (100,0%)

1. Jumlah anak yang hidup:

Tabel 5.49.
Faktor jumlah anak yang hidup
terhadap kematian balita ganda, pada sampel,
Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999

	Kematian balita ganda		Total
	Ada	Tidak ada	
Jumlah anak hidup:			
Rerata	2,60	2,34	2,35
(simpangan baku)	(0,55)	(0,69)	(0,68)

Banyaknya anak yang hidup dalam keluarga ternyata tidak terbukti merupakan determinan dari kematian balita ganda ($p > 0,05$). Secara deskriptif pun tidak tampak perbedaan berarti antara rerata jumlah anak yang hidup pada

keluarga dengan kematian balita ganda (2,60 orang) dan rerata jumlah anak hidup pada keluarga tanpa kematian balita ganda (2,34 orang).

Selain faktor keluarga di atas, tidak ada faktor lain yang terbukti mempunyai hubungan dengan kejadian kematian balita ganda ($p > 0,05$).

Hasil analisis regresi logistik ganda untuk kematian balita ganda selengkapnya bisa dilihat pada Tabel L3.3 di lampiran.

5.2.4. Rangkuman Model Kematian dan Prediksi

Hasil analisis tiga model kematian ini dapat dirangkum seperti yang tampak pada Tabel 5.50.

Dari rangkuman tersebut, berdasarkan besar signifikansi (nilai p), ditemukan bahwa status sosial ekonomi yang diukur melalui indeks kepemilikan ($p = 0,004$ untuk kedua model kematian) merupakan determinan yang paling dominan dari kematian bayi dan kematian anak dibandingkan dengan determinan lain.

Untuk model kematian bayi, setelah status sosial ekonomi, dominansi determinan berikutnya berturut-turut adalah: jumlah anak hidup ($p = 0,013$), besarnya perbedaan usia ibu dengan suami ($p = 0,016$), faktor biomaternal yaitu usia ibu saat melahirkan ($p = 0,045$), dan keterlibatan ibu dalam pengambilan keputusan di keluarga ($p = 0,047$).

Tabel 5.50.
Rangkuman hasil analisis model kematian,
Kecamatan Arjasa, Kabupaten Sumenep, 1999

Variabel eksplanatoris	Model kematian		
	Kematian bayi	Kematian anak	Kematian balita ganda
Faktor karakteristik keluarga (Lingkungan pengasuhan anak)	1. Keterlibatan ibu dalam pengambilan keputusan di keluarga ($p = 0,047$ dan $\beta = -2,009$) 2. Besarnya perbedaan usia ibu dengan suami ($p = 0,016$ dan $\beta = -2,142$) 3. Tingkat sosial ekonomi keluarga melalui indeks kepemilikan ($p = 0,004$ dan $\beta = -3,585$) 4. Jumlah anak hidup ($p = 0,013$ dan $\beta = 1,819$)	1. Keterlibatan ibu dalam pengambilan keputusan di keluarga ($p = 0,013$ dan $\beta = -2,850$) 5. Besarnya perbedaan usia ibu dengan suami ($p = 0,038$ dan $\beta = -1,567$) 2. Tingkat sosial ekonomi keluarga melalui indeks kepemilikan ($p = 0,004$ dan $\beta = -3,642$)	-
Faktor lain	Faktor biomaternal, yaitu: Usia ibu saat melahirkan ($p = 0,045$ dan $\beta = 1,862$)	-	-
Konstanta	($p = 0,003$ dan $\beta = -7,277$)	($p = 0,001$ dan $\beta = -2,762$)	-

Keterangan:

Tabel di atas hanya menampilkan variabel dan konstanta yang signifikan ($p < 0,05$) masuk ke dalam model

Tabel 5.50 menunjukkan temuan yang menyatakan bahwa risiko kematian bayi akan lebih rendah pada keluarga dengan:

1. tingkat sosial ekonomi yang lebih tinggi,
2. jumlah anak hidup yang lebih sedikit,
3. ibu yang selisih usianya dengan suami tidak jauh, kurang dari 5 tahun lebih muda (faktor protektif dari kejadian kematian bayi), dan
4. ibu yang mempunyai keterlibatan dalam pengambilan keputusan di keluarga (faktor protektif dari kejadian kematian bayi).

Sedangkan untuk model kematian anak, setelah status sosial ekonomi, dominansi determinan berikutnya berturut-turut adalah: keterlibatan ibu dalam pengambilan keputusan di keluarga ($p=0,013$), dan besarnya perbedaan usia ibu dengan suami ($p=0,038$).

Tabel 5.50 juga menunjukkan temuan yang menyatakan bahwa risiko kematian anak akan lebih rendah pada keluarga dengan:

1. tingkat sosial ekonomi yang lebih tinggi,
2. ibu yang mempunyai keterlibatan dalam pengambilan keputusan di keluarga (faktor protektif dari kejadian kematian anak), dan
3. ibu yang selisih usianya dengan suami tidak jauh, kurang dari 5 tahun lebih muda (faktor protektif dari kejadian kematian bayi),.

Dari hasil analisis regresi logistik bisa diformulasikan suatu model matematik akan digunakan untuk memprediksi risiko atau probabilitas kejadian kematian, yang bentuk umumnya yaitu:

$$P(y = 1 | x) = \frac{1}{1 + e^{-(\beta_1 \cdot x_1 + \beta_2 \cdot x_2 + \dots + \beta_i \cdot x_i)}}$$

Secara spesifik, model matematik yang terbentuk adalah:

a. Model kematian bayi:

$$P(\text{kematian}_{\text{ bayi}}) = \frac{1}{1 + e^{7,277 + 2,009 \cdot \text{putus} + 2,142 \cdot \text{bedausia} + 3,585 \cdot \text{asset} - 1,819 \cdot \text{anakhdp} - 1,862 \cdot \text{usiaibu}}}$$

b. Model kematian anak:

$$P(\text{kematian}_{\text{ anak}}) = \frac{1}{1 + e^{2,762 + 2,850 \cdot \text{putus} + 1,567 \cdot \text{bedausia} + 3,642 \cdot \text{asset}}}$$

c. Model kematian balita ganda: tidak terbentuk, karena tidak ada satu pun variabel bebas yang signifikan terbukti mempengaruhi kejadian kematian balita ganda.

Keterangan:

Variabel prediktor:

putus (keterlibatan ibu dalam pengambilan keputusan di keluarga), diberi nilai:

0, bila ibu terlibat dalam pengambilan keputusan di keluarga

1, bila ibu tidak terlibat dalam pengambilan keputusan

bedausia (besarnya perbedaan usia ibu dengan suami), diberi nilai:

0, bila usia suami lebih tua 5 tahun atau lebih

1, bila usia suami tidak lebih tua 5 tahun atau lebih

asset (indeks kepemilikan), diberi nilai kuantitatif (lihat skor asset pada Lampiran 2)

anakhdp (jumlah anak hidup dalam keluarga), diberi nilai kuantitatif

usiaibu (usia ibu saat melahirkan), diberi nilai:

0, bila usia di bawah 20 tahun atau di atas 34 tahun

1, bila usia di antara 20 tahun dan 34 tahun.

Dari masing-masing model matematik tersebut akan bisa dilakukan prediksi atau peramalan berapa besarnya probabilitas atau risiko kematian seorang bayi atau kematian seorang anak, bila diketahui nilai-nilai prediktor dari bayi atau anak yang bersangkutan.

Di sini diberikan contoh penggunaan model matematik atau model regresi logistik untuk melakukan peramalan atau prediksi risiko terjadinya kematian (bayi atau anak).

Pada Tabel 5.51 ada beberapa contoh prediksi probabilitas atau risiko terjadinya kematian bayi pada keluarga tertentu yang merupakan anggota populasi penelitian ini.

Tabel 5.51.

Contoh hasil prediksi probabilitas terjadinya kematian untuk nilai prediktor tertentu yang terdapat pada sebuah keluarga

Contoh Informasi tentang seorang bayi dari keluarga A:

- 1 - ibu takut berbeda pendapat dengan suaminya
- ibu tidak terlibat dalam pengambilan keputusan di keluarga* (nilai=0)
- ibu tidak memegang sendiri uang belanja sehari-hari
- usia ibu 10 tahun lebih muda dari pada suaminya* (nilai=0)
- indeks kepemilikan (status sosial ekonomi) = -,100* (nilai=-0,100)
- ayah lulusan SMA
- jumlah anak yang masih hidup dan tinggal serumah = 3 orang
- usia ibu saat melahirkan bayi tersebut = 16 tahun* (nilai=1)
- tempat lahir di polindes
- jarak antara rumah ke puskesmas terdekat = 9 km

*) informasi yang merupakan prediktor

Maka

$$P(\text{kematian _ bayi}) = \frac{1}{1 + e^{7,277 + 2,009.(0) + 2,142.(0) + 3,585.(-0,100) - 1,819.(3) - 1,862.(1)}} = 0,5988$$

berarti Probabilitas kejadian kematian bayi tersebut sebesar 59,88 persen

Lanjutan Tabel 5.51.

Contoh Informasi tentang seorang anak dari keluarga B:

- 2
- ibu terlibat dalam pengambilan keputusan di keluarga* (nilai=1)
 - ibu tidak pernah mengalami kekerasan domestik
 - usia ibu 2 tahun lebih muda dari pada suaminya* (nilai=1)
 - indeks kepemilikan (status sosial ekonomi) = -0,500* (nilai=-0,500)
 - bayi perempuan
 - usia ibu saat melahirkan bayi tersebut = 20 tahun
 - tempat lahir di rumah
 - jarak antara rumah ke puskesmas terdekat = 10 km
- *) informasi yang merupakan prediktor

Maka

$$P(\text{kematian _ anak}) = \frac{1}{1 + e^{2,762 + 2,850 \cdot (1) + 1,567 \cdot (1) + 3,642 \cdot (-0,500)}} = 0,0047$$

berarti Probabilitas kejadian kematian anak tersebut hanya sebesar 0,47 persen

Keterangan: nilai prediktor bisa dilihat pada Definisi Operasional (Bab 4)





BAB 6

PEMBAHASAN

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1. Kejadian Kematian Bayi dan Anak

Proporsi kejadian kematian bayi (usia 0-11 bulan) di kepulauan Kangean berdasarkan temuan penelitian ini yang sebesar 9,8 persen dalam empat tahun terakhir atau rata-rata per tahunnya sebesar 2,45 persen atau 24,5 permil, adalah merupakan angka yang cukup rendah bila dibandingkan dengan angka kematian bayi nasional sebesar 46,0 permil kelahiran hidup pada tahun 1999 (Badan Pusat Statistik, 1999) atau angka di Jawa-Bali yang sebesar 42 permil pada periode 1992-1997 (Saadah et al., 1997). Meski pun sebenarnya tidak bisa dibandingkan secara langsung karena memiliki denominator yang berbeda, tetapi secara kasar proporsi kejadian kematian anak (usia 12-59 bulan) yang sebesar 6,5 persen dalam empat tahun terakhir atau rata-rata dalam setahun sebesar 1,63 persen atau 16,3 permil, sedikit lebih tinggi dari pada angka kematian anak nasional, yang menurut SUSENAS 1998, sebesar 15 permil (Bos and Saadah, 1999).

Hal di atas menunjukkan bahwa secara umum status kesehatan masyarakat di kepulauan ini relatif sedikit lebih baik dari pada status kesehatan masyarakat di Indonesia secara umum. Keadaan ini bisa terjadi karena kondisi kesuburan tanahnya yang lumayan baik, lebih baik dari pada kondisi tanah di pulau Madura pada umumnya, ini terbukti dari besarnya hasil produksi pertanian seperti padi, di mana 30 persen produksi padi di kabupaten Sumenep disumbang oleh kepulauan ini yang hanya merupakan sebuah

kecamatan dari 25 kecamatan yang ada di kabupaten Sumenep (BPS Kabupaten Sumenep, 1999), dan ini menunjukkan bila tingkat kesejahteraan penduduknya sedikit lebih tinggi dari pada mereka yang berada di daratan pulau Madura yang lebih tandus dengan mata pencaharian penduduknya yang kurang lebih sama (sebagian besar petani). Namun, keadaan ini bukan hal yang sudah menggembarakan bila diingat bahwa proporsi kematian bayi dan anak sebesar itu jauh masih jauh lebih tinggi dari pada angka di beberapa negara tetangga sesama negara Asia Tenggara yang kebanyakan angka kematiannya sudah di bawah 10 permil kelahiran hidup (seperti Brunei, Malaysia, Singapura, dan Muangthai) yang laju pembangunan fisik di bidang kesehatannya kurang lebih sama dengan Indonesia, kecuali Filipina dengan angka kematian bayi pada tahun 1994 sebesar 24,1 permil dan Vietnam pada tahun 1993 dengan 43,3 permil (SEAMIC, 1999).

Secara teoritis, suatu kematian bayi dan anak, yang merupakan indikator status kesehatan individu dan masyarakat, dipengaruhi oleh lingkungan (fisik, biologis, dan sosial-budaya), perilaku individu dan masyarakat, pelayanan kesehatan, dan keturunan (Blum, 1974; Green et al., 2001).

Dengan demikian, bila lingkungan fisik-biologis relatif sama, perkembangan pembangunan di bidang pelayanan kesehatan tidak jauh berbeda, dan secara individual tidak terdapat penyimpangan genetik, maka bisa diduga bahwa perbedaan kejadian kematian bayi dan anak yang ada disebabkan oleh karena perilaku individu dan masyarakat, atau lingkungan sosial budaya masyarakat, termasuk di dalamnya lingkungan pengasuhan anak, yaitu keluarga.

6.2. Karakteristik Keluarga, Status dan Keberdayaan Perempuan dalam Keluarga

Melihat temuan seperti yang tertera pada Tabel 5.5, meski pun indikator yang digunakan agak berbeda, tampak bahwa secara umum keadaan status perempuan (ibu) di kepulauan Kangean mirip dengan yang ada ditemukan di Jawa Barat (Widayatun, 1991), Jakarta dan Ujung Pandang (Siti Hidayati Amal et al., 1997; Hardee et al., 1999), yaitu rasio ibu terhadap laki-laki (suami) dalam hal pendidikan di atas sekolah dasar adalah 76 banding 105, atau 0,72 : 1,00 (Jawa Barat 0,80 : 1,00), proporsi ibu yang tidak bekerja di luar rumah sebesar 69,1 persen (Jakarta 74,3 persen, Ujung Pandang 59,1 persen), proporsi ibu yang mempunyai suami dengan perbedaan umur lebih dari 5 tahun lebih tua sebesar 32,8 persen (Jakarta 46,3 persen, Ujung Pandang 38,3 persen).

Tetapi dibandingkan dengan hasil studi Hardee dkk (1999) proporsi ibu yang berpendidikan cukup di kepulauan ini tampak lebih rendah dari pada di beberapa daerah lain, yaitu proporsi ibu yang berpendidikan sekolah menengah ke atas hanya sebesar 37,3 persen, dibandingkan dengan Jakarta sebesar 50,9 persen dan Ujung Pandang 78,1 persen.

Dibandingkan dengan studi Durrant dan Sathar (1999) di Pakistan, proporsi ibu yang bekerja di luar rumah untuk mencari nafkah sebesar 56,4 persen (jauh lebih besar dari temuan di kepulauan Kangean yang hanya sebesar 30,9 persen). Karena keharusan mempertahankan hidup dalam kondisi sumber daya alam yang terbatas, sebenarnya baik laki-laki mau pun perempuan Madura mempunyai etos kerja yang tinggi, yaitu mereka

mempunyai sikap ekonomi yang selalu dapat memanfaatkan setiap peluang yang mempunyai nilai ekonomis. Kebanyakan dari mereka ini lebih suka bekerja sendiri di sektor-sektor informal, yang tidak terikat kepada siapa pun, juga tidak mau terikat oleh atura-aturan kepegawaian (Eddy Juwono Slamet, 1999).

Tidak cukup tingginya angka bekerja di luar rumah pada perempuan di kepulauan ini, yang kelihatannya berbeda dengan tingginya partisipasi bekerja para perempuan Madura di daerah perantauan seperti di Surabaya, mungkin disebabkan peluang menguntungkan secara ekonomis di luar rumah yang ditawarkan di kepulauan ini tidak lah besar.

Demikian pula dalam hal keberanian berbeda pendapat dengan suami, proporsi ibu yang takut berbeda pendapat di Punjab Pakistan sebesar 30,3 persen dibandingkan temuan pada penelitian ini yang lebih besar yaitu 52,9 persen.

Indeks mobilitas di Punjab sebesar 2,04 dari rentang 0-6, atau hanya sekitar 34 persen ibu di Punjab mempunyai mobilitas yang cukup (hampir sama dengan Kangean: 39,2 persen).

Terdapat 42 persen ibu di Punjab pernah mengalami kekerasan domestik dari suami (angka di Kangean lebih rendah: 26,4 persen).

Indeks akses ke sumber finansial dari ibu di Punjab sebesar 1,32 dari rentang 0-2, atau setara dengan 66 persen ibu yang mempunyai akses ke sumber finansial (hampir sama dengan di Kangean: 60,8 persen). Akses para perempuan Madura ke sumber-sumber finansial sudah lama dikenal cukup baik. Merupakan kebiasaan para ibu Madura untuk menabung terutama dalam bentuk perhiasan emas. Tabungan ini tidak hanya untuk berjaga-jaga untuk kebutuhan mendadak dalam kehidupan sehari-hari, tetapi terutama

digunakan untuk pergi haji ke tanah suci Mekah, selain sebagai kewajiban agama, juga karena masyarakat Madura memberikan penghargaan yang tinggi dengan menempatkan mereka yang pergi haji sebagai orang yang mempunyai status yang lebih tinggi dari pada masyarakat biasa (Eddy Juwono Slamet, 1999).

Indeks keterlibatan ibu dalam pengambilan keputusan dalam keluarga di Punjab sebesar 1,38 dari rentang 0-4, atau setara dengan 34,5 persen (di Kangean, angka tersebut lebih besar, yaitu 45,6 persen).

Sejalan dengan itu, temuan Irwanto (1997) di Sumatra Selatan dan Lampung juga menyatakan rendahnya keterlibatan ibu dalam pengambilan keputusan dalam pemakaian alat kontrasepsi, mana kala kebanyakan ibu menyerahkan keputusannya untuk ikut serta atau tidaknya sebagai akseptor kontrasepsi kepada suaminya, dan hal itu berkaitan dengan latarbelakang agama dan budaya yang melingkupinya.

Rendahnya (tidak mencapai 50 persen) angka partisipasi bekerja ibu di luar rumah, mobilitas ibu, dan keterlibatan (otonomi) ibu dalam pengambilan keputusan di dalam keluarga mungkin juga ada hubungannya dengan pemahaman interpretatif tertentu terhadap ajaran agama (Islam) yang melekat erat karena sudah mereka pelajari sejak semasa kanak-kanak, juga kepatuhan yang lebih besar kepada figur atau tokoh tradisional seperti ulama atau kiai dari pada kepada figur atau tokoh formal. Di dalam kehidupan sosial budayanya, masyarakat di kepulauan ini mempunyai ungkapan *Buppa'-Babu'(Ebuh)-Guruh-Ratoh* (Latief Wiyata, 2000), yang artinya: hormat dan patuh pertama-tama kepada Orangtua (Bapak-Ibu), Guru (figur ulama atau kiai), dan yang terakhir baru kepada Ratu (pemimpin formal).

Interpretasi tertentu terhadap ajaran agama, seperti “adalah suatu kebajikan bila seorang perempuan menjadi ibu yang baik” dalam arti bahwa patuh kepada suami adalah kualitas tertinggi seorang perempuan sekaligus sebagai tanda ketaatan kepada Allah (El Saadawi, 2001), akan membatasi seorang perempuan untuk mempunyai otonomi dalam mengambil keputusan dalam masalah-masalah rumahtangga.

Selain itu, ada beberapa unsur budaya lokal yang mungkin membatasi baik mobilitas para ibu mau pun otonomi ibu dalam pengambilan keputusan di kepulauan ini. Dalam ideologi keluarga Madura, anak perempuan memperoleh perhatian dan proteksi khusus dibandingkan dengan anak laki-laki (Latief Wiyata, 2002). Para perempuan, terutama istri, sangat “diproteksi” oleh para laki-laki di masyarakat ini. Maksud proteksi ini tentu baik, yaitu agar para perempuan terjaga kehormatannya dari pelecehan seksual dari para laki-laki lain. Contohnya, bagi orang Madura adalah *parseko* (sangat riskan secara etika) bila menerima tamu laki-laki di ruang tamu, kecuali orang-orang yang masih mempunyai ikatan kekerabatan. Bila ada tamu laki-laki, biasanya mereka diterima oleh tuan rumah laki-laki di bangunan lain di luar rumah, biasanya bangunan surau (hampir setiap rumah mempunyai surau di luar rumah).

Jadi, tidak lah aneh jika beberapa kasus kekerasan, misalnya sering disebut sebagai *carok* (perkelahian sampai dengan pembunuhan dengan menggunakan *celurit*, senjata khas Madura), disebabkan karena cemburu yang berkaitan dengan *martabhat* (harga diri) yang berkaitan dengan perasaan *malo* (malu) yang timbul karena telah terjadi suatu peristiwa yang dianggap sebagai pelecehan seksual terhadap istri atau kerabat perempuan.

Dari kenyataan bahwa meski pun masih terdapat 4,9 persen ibu yang berada dalam kategori “sangat tak berdaya”, yaitu sama sekali tidak memiliki komponen keberdayaan, tetapi ada cukup banyak ibu, yaitu sebesar 10,3 persen, yang memiliki status “sangat berdaya”, yaitu memiliki semua (7) komponen keberdayaan yang diukur, sedang 84,8 persen ibu lainnya berada pada spektrum yang sangat luas, dari “cukup tidak berdaya” (hanya memiliki 1 komponen keberdayaan) sampai dengan “cukup berdaya” (memiliki 6 komponen keberdayaan) dengan distribusi yang cukup merata. Ini menunjukkan bahwa secara umum proporsi ibu yang “berdaya” dan yang “tidak berdaya” sama banyak (50 persen berbanding 50 persen), yang mengindikasikan bahwa keberdayaan para ibu di wilayah penelitian ini potensial untuk ditingkatkan.

6.3. Hubungan antara Karakteristik Keluarga, Status dan Keberdayaan ibu dalam Keluarga dengan Kelangsungan Hidup Anak

Dari hasil penelitian ini, secara umum bisa dikatakan bahwa karakteristik keluarga adalah merupakan determinan yang paling penting di antara sekian banyak faktor lain yang secara teoritis memberi pengaruh pada kejadian kematian dini, baik itu adalah kematian anak, mau pun kematian bayi ($p < 0,05$).

Kematian bayi dan kematian anak ternyata benar terbukti ada hubungannya dengan keberdayaan ibu dalam keluarga, terutama yaitu keberdayaan ibu dalam pengambilan keputusan penting yang berkaitan dengan persoalan-persoalan anak dalam keluarga dan keberdayaan ibu yang berkaitan dengan perbedaan umur ibu dengan suami yang cukup besar ($p < 0,05$).



Keberdayaan ibu ini berhubungan erat dengan status perempuan yang menyangkut status pendidikan dan status bekerja ibu (Caldwell, 1979; Durrant and Sathar, 2000). Sayang di dalam penelitian ini tidak bisa dibuktikan bahwa status pendidikan dan status bekerja ibu di luar rumah merupakan salah satu determinan kematian bayi dan anak.

Ada berbagai macam temuan yang berbeda dalam hal pengaruh status ibu bekerja di luar rumah dengan tujuan mencari nafkah (dibayar) terhadap kejadian kematian bayi dan anak. Kishor dan Parasuraman (1998) dalam penelitiannya di India justru menemukan bahwa probabilitas kematian bayi dan anak lebih tinggi pada ibu yang bekerja (baik bekerja di rumah mau pun bekerja dengan dibayar di luar rumah) dari pada ibu yang tidak bekerja dengan *Odds Ratio* lebih dari satu.

Status bekerja sebetulnya lebih merupakan indikator keberdayaan ibu pada tingkat masyarakat dari pada tingkat keluarga. Subordinasi perempuan sebenarnya berpangkal pada pembagian kerja secara seksual. Di banyak tempat di dunia, pembagian kerja secara seksual di dalam rumah memaksa perempuan untuk bekerja dengan waktu yang lebih panjang dari pada waktu kerja laki-laki, dan setelah seharian bekerja memperoleh standar hidup yang lebih rendah.

Sebenarnya diharapkan status bekerja di luar rumah ini akan menurunkan probabilitas kematian anak, karena dengan ibu bekerja maka si ibu akan mempunyai kesempatan untuk terpapar lebih banyak dengan informasi yang berkaitan dengan peningkatan kesejahteraan dan kelangsungan hidup anak (misalnya informasi tentang cara perawatan anak yang baik, peningkatan status gizi melalui asupan makanan yang tepat dan berkualitas, dan seterusnya), selain itu karena statusnya itu para ibu diharapkan

mengalami perubahan preferensi gendernya melalui ide baru menyangkut struktur kewenangan dan jaringan sosialnya (Dixon-Mueller, 1993). Melalui paparan semacam itu para ibu akan menggusur keyakinan normatif tradisionalnya dan memunculkan peningkatan rasa kesetaraan gender.

Tetapi rupanya di sini, di negara yang sedang berkembang, paparan terhadap publik dan informasi yang berkualitas yang diharapkan pada ibu yang bekerja di luar ternyata tidak terjadi oleh karena ada beberapa kemungkinan, yaitu:

- a. para ibu terpapar dengan sesama kaum ibu yang sama-sama berkualitas tidak memadai (sama-sama mempunyai tingkat pendidikan dan pengetahuan yang rendah);
- b. para ibu mendapatkan upah, gaji, atau penghasilan yang sangat kecil, yang tidak cukup digunakan untuk mengimplementasikan informasi yang mungkin berkualitas baik dalam perawatan anak;
- c. para ibu tidak sempat mendapatkan paparan informasi yang baik, karena lapangan pekerjaannya yang sebagian besar di sektor informal (misalnya: berjualan di pasar yang sangat jauh jaraknya dari rumah) di daerah rural begitu melelahkan dan menyita waktu.

Tetapi keadaan ini mungkin akan berbeda, bila keterkaitan antara status bekerja ibu di luar rumah dengan kematian bayi dan anak ini dilakukan di daerah urban, yang sebagian bekerja di sektor industri dengan upah yang relatif lebih tinggi (meski pun tetap lebih rendah dari pada pekerja laki-laki, sebab pekerja perempuan biasanya tetap dianggap kurang memiliki ketrampilan, dan ditempatkan dalam urutan yang lebih rendah dalam

jajaran kekuasaan serta menjalani kondisi kerja yang relatif buruk), stabil, dan dengan paparan informasi yang lebih berkualitas.

Keterlibatan ibu dalam pengambilan keputusan dalam keluarga ternyata mempengaruhi kejadian kematian bayi dan anak ($p < 0,05$), di mana probabilitas kematian akan menurun dengan meningkatnya keterlibatan ibu dalam pengambilan keputusan. Adanya partisipasi ibu dalam pengambilan keputusan di dalam keluarga menunjukkan bahwa ibu berdaya dan mempunyai posisi tawar yang tinggi terhadap suami sehingga tidak hanya berada dalam bayang-bayang (subordinasi) suami, sehingga ikut berperan serta bersama-sama suami dan anggota keluarga yang lain mengendalikan perilaku reproduksi ibu (Durrant and Sathar, 2000) dan mampu memutuskan pencarian pelayanan kesehatan jenis apa dan kualitas macam apa yang sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan finansial keluarga (Caldwell, 1979).

Peran serta ibu semacam itu tentu akan membawa efek pada perawatan bayi dan anak yang secara fisik dan psikologis sangat dekat dengan ibu. Secara fisik dan perawatan, bayi atau anak sangat tergantung pada ibu. Ibu yang tidak sehat akan mengakibatkan bayi atau anak yang tidak sehat pula. Dengan demikian, memperbaiki kemampuan merawat dirinya sendiri mau pun bayinya pada gilirannya akan meningkatkan kelangsungan hidup anak ke tingkat yang lebih tinggi, sepanjang kondisi dan faktor-faktor lain tidak berubah. Kemampuan ibu dalam merawat dirinya sendiri mau pun anaknya, tentu tidak lepas dari bagaimana si ibu melepaskan diri dari ketergantungannya dari suami. Ibu yang mampu memutuskan kemana dia harus pergi untuk meningkatkan kemampuan, dan dengan cara

apa dia mencapai itu, tanpa menunggu dulu persetujuan sepihak dari suami, akan mempercepat langkahnya untuk kepentingan si anak yang sering terlepas perhatian dari si ayah.

Perbedaan umur ibu yang jauh (lebih dari lima tahun lebih muda) dengan suami ternyata mempengaruhi kejadian kematian bayi dan anak ($p < 0,05$). Umur suami yang jauh lebih tua dari padanya akan membawa si ibu berada di dalam subordinasi suami. Secara psikologis orang yang jauh lebih tua akan jauh lebih bisa mengendalikan mereka yang lebih muda. Ketergantungan terhadap mereka yang lebih tua memungkinkan hal itu terjadi. Seorang ibu muda atau istri yang jauh lebih muda dari pada suami akan mempunyai kesulitan untuk ikut mengambil keputusan penting di dalam persoalan-persoalan keluarga dan anak. Apa yang dikatakan si suami akan menjadi patokan selanjutnya dalam penyelenggaraan manajemen dalam keluarga, padahal di sisi yang lain suami sering tidak mendapatkan paparan semestinya dari masalah-masalah yang mungkin timbul di dalam keluarga, sehingga suami kurang cepat tanggap untuk menyelesaikan masalah yang kurang diketahuinya.

Perbedaan umur yang jauh ini akan mengakibatkan ketidakseimbangan kekuasaan dalam keluarga yang mengharuskan si ibu harus menunggu keputusan suami sebelum melakukan tindakan apa pun, seberapa pun kritisnya situasi.

Keberdayaan ibu secara teoritik memberikan kontribusi bagi ekonomi rumah tangga, karena dengan ibu yang berdaya berarti dia mempunyai kemungkinan untuk bekerja di luar rumah dengan tujuan mendapatkan imbalan upah atau uang. Selain itu,

keberdayaan sebetulnya akan meningkatkan peran serta ibu dalam proses pengambilan keputusan.

Indeks pemilikan yang mencerminkan tingkat sosial-ekonomi dan fasilitas lingkungan fisik keluarga jelas merupakan determinan yang paling dominan yang ditemukan pada penelitian ini ($p < 0,05$).

Tingkat sosial ekonomi berarti berhubungan dengan kemampuan membeli, baik barang mau pun jasa, ini juga berarti menyangkut kemampuan mengakses fasilitas pelayanan kesehatan.

Pada penelitian ini terbukti juga bahwa tidak ada hubungan antara jarak dari rumah menuju ke tempat fasilitas pelayanan kesehatan dengan kematian bayi dan anak, tetapi justru yang dominan adalah tingkat sosial-ekonomi. Hal tersebut secara tidak langsung menunjukkan bahwa bukan lah jarak yang merupakan faktor penting seseorang memanfaatkan atau tidak memanfaatkan suatu fasilitas pelayanan kesehatan, tetapi yang lebih penting adalah kemampuan finansial untuk mengakses pelayanan kesehatan tersebut (Yacoob et al., 1989).

Namun, temuan langsung tentang faktor sosial ekonomi ini yang berhubungan dengan kematian bayi dan anak ini adalah bahwa didapatkan fakta bahwa mereka yang mempunyai status sosial ekonomi rendah akan mempunyai kemungkinan mendapatkan *outcome* kematian bayi atau kematian anak yang lebih besar. Ini pun sesuai dengan berbagai studi yang pernah dilakukan, meski pun tidak menggunakan indikator status sosial ekonomi yang sama dengan penelitian ini (Das Gupta, 1990; Das Gupta, 1997). Jadi, tingkat sosial ekonomi merupakan faktor antara penting dalam kematian bayi.

Indeks kepemilikan yang digunakan pada penelitian ini selain meliputi kepemilikan barang rumah tangga, juga meliputi fasilitas lingkungan fisik seperti jamban, sumber air minum keluarga, kondisi perumahan (atap, dinding, dan lantai).

Di sini terbukti bahwa kematian bayi dan anak dipengaruhi selain oleh status ekonomi keluarga juga dipengaruhi oleh kondisi lingkungan fisik rumah.

Ini bisa dipahami oleh karena menurut Chen dan Mosley (1984) lingkungan fisik akan mempengaruhi variabel langsung seperti infeksi dan perlukaan yang akhirnya akan menurunkan status kesehatan dan kualitas hidup anak, dan pada gilirannya akan menyebabkan kematian bayi dan anak. Apalagi, berbeda dengan kematian bayi yang lebih dipengaruhi oleh faktor perawatan antenatal dan faktor ibu, maka kematian anak lebih dipengaruhi oleh faktor lingkungan fisik dan sosial (Guo, 1993).

Jumlah anak yang hidup dalam keluarga, dalam penelitian ini, merupakan faktor dominan kedua dari kejadian kematian bayi setelah indeks kepemilikan ($p < 0,05$).

Temuan ini sesuai dengan beberapa studi lain, di antaranya yang dilakukan oleh Ronsmans (1994), juga sebelumnya oleh Knodel dan Hermalin (1984), yang menunjukkan bahwa probabilitas kejadian kematian anak makin meningkat dengan makin membesarnya jumlah saudara kandung.

Makin banyaknya anak yang ada di dalam keluarga, apalagi dengan jarak kelahiran yang rapat, akan meningkatkan persaingan di antara anak dalam mendapatkan nutrisi atau makanan yang berkualitas dan dalam jumlah yang cukup, lebih-lebih bila keadaan ini didapatkan pada kondisi sosial ekonomi yang rendah di mana kemampuan finansial yang akan untuk memperoleh makanan yang kuantitas dan kualitasnya cukup juga rendah.

Dalam persaingan ini, kemungkinan besar ada salah satu anak atau lebih yang mengalami kekalahan dan akan diperlihatkan dengan status kesehatan yang memburuk dan akhirnya mengalami kematian.

Selain persaingan memperoleh makanan, persaingan juga berlaku untuk memperoleh perawatan kesehatan yang adekuat (Pandey et al., 1998).

6.4. Otonomi Ibu dalam Pengambilan Keputusan di dalam Keluarga dan Sosialisasi Keberdayaan Perempuan dalam Keluarga

Otonomi ibu dalam pengambilan keputusan di dalam keluarga yang ternyata terbukti merupakan determinan kritis dari kematian bayi dan anak, menunjukkan bahwa keberdayaan ibu dalam keluarga benar-benar dibutuhkan di dalam peningkatan kelangsungan hidup dan kesejahteraan anak.

Melalui kerangka konseptual *Pathways to Survivalnya*, BASICS (BASICS II, 2001) menunjukkan dengan jelas bahwa langkah kritis yang bisa memotong kematian anak adalah ketika saat seorang pengasuh anak (biasanya seorang ibu) di dalam rumah pada saat anak sakit parah bisa memutuskan dengan cepat, tanpa tergantung pada suami, kapan harus memilih perawatan lanjut di luar rumah, perawatan dan fasilitas kesehatan macam apa yang dipilih.

Masyarakat, termasuk kaum perempuan, mempunyai hak dan kewajiban untuk berpartisipasi baik secara individual mau pun kolektif dalam merencanakan dan mengimplementasikan perawatan kesehatan mereka (WHO, 1999). Untuk bisa melakukan 'titah' WHO dalam Deklarasi Alma-Ata 1978 itu, tentu dibutuhkan otonomi

setiap individu anggota masyarakat, baik laki-laki mau pun perempuan, untuk menentukan pilihannya di dalam mendapatkan pelayanan kesehatan bagi dirinya, anak-anaknya, dan keluarganya.

Keberdayaan adalah suatu proses personal dan sosial yang penting dalam mempromosikan kesehatan (Renwick et al., 1996). Nilai semacam ini (keberdayaan perempuan dan keadilan gender) harus disosialisasikan sejak kecil melalui tiga lingkungan belajar anak (LSPPA, 2002). Lingkungan belajar yang pertama adalah keluarga. Selanjutnya anak akan bersentuhan dengan lingkungan belajar yang luas, yaitu masyarakat. Salah satu institusi yang bisa mengkonstruksikan kesadaran masyarakat adalah media massa. Bila sebagian besar media massa, terutama televisi, masih seperti saat ini yang justru meluaskan ketidakadilan, bahkan kekerasan gender, maka seseorang tidak bisa mengharapkan mendapatkan ide keadilan gender melalui lingkungan belajar ini. Saat ini pesan televisi (di Indonesia) masih menjadi cermin tunggal bagi kepentingan patriarki dan belum mempedulikan wajah lain dari masyarakat, yaitu wajah perempuan. Sering televisi, dan media massa lain, masih menjadi keranjang sampah tanpa saringan sekaligus menjadi media yang membodohkan dan distortif.

Lingkungan belajar yang ketiga adalah jalur sekolah. Seharusnya di sekolah sudah disediakan literatur tentang bagaimana image perempuan yang diperlakukan tidak berbeda dengan laki-laki. Saat ini keadaan di lingkungan sekolah ini belum seperti itu. Sebagian isi kurikulum masih memberi kesempatan yang tidak sama antara laki-laki dan perempuan, padahal seharusnya kurikulum dibuat berdasarkan kebutuhan masa depan anak dan memotivasi perempuan untuk berprestasi.

6.5. Beberapa Faktor di luar Faktor Karakteristik Keluarga

Faktor biomaternal, dalam hal ini umur ibu saat melahirkan, juga terbukti merupakan determinan dari kematian bayi ($p < 0,05$). Di sini ada penjelasan bahwa umur dini (di bawah 20 tahun) dan yang terlalu tua (di atas 34 tahun) memang sudah dibuktikan sebagai umur yang mempunyai risiko tinggi untuk persalinan (Kishor dan Pasuraman, 1998).

Umur yang masih dini, secara biologis berkaitan dengan kondisi rahim yang belum matang untuk menerima kehadiran bayi baru dalam kehidupan seorang perempuan, demikian pula secara psikologis. Sedang pada umur yang lebih tua, keadaan rahim sudah tidak *favorable* lagi untuk hamil kembali akibat mulainya proses degenerasi organ-organ reproduksi perempuan, karena akan mengakibatkan mudahnya mengalami perdarahan dan sebagainya.

Keadaan semacam ini tentu berkonsekuensi pada besarnya risiko kematian bayi.

6.6. Konsekuensi dari Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan penelitian ini yaitu tidak didapatkannya jumlah kasus kematian bayi, kematian anak, dan, lebih-lebih, kematian balita ganda dalam keluarga, dengan besar yang cukup memadai, bisa saja merupakan salah satu penyebab yang mempunyai konsekuensi munculnya hasil analisis yang kurang sesuai dengan harapan, yaitu tidak begitu banyaknya determinan yang signifikan terhadap kejadian kematian, terutama kejadian kematian balita ganda dalam keluarga.

Dengan makin banyaknya kasus kematian yang ditemui, diharapkan beberapa determinan lain, yang secara deduktif teoritis diduga merupakan faktor yang dapat menerangkan kematian, akan bermunculan secara signifikan, meski pun hal itu bukanlah suatu jaminan kepastian.

Meski pun demikian, tidak berarti bahwa dengan makin banyaknya kasus kematian yang ditemui akan dijamin pasti memunculkan beberapa determinan lain dari kematian bayi dan anak. Tetapi, dengan pengendalian dari validitas internal penelitian ini yang sudah terjaga dengan baik melalui beberapa restriksi dengan pemberian kriteria sampel yang ketat, maka apa yang ditemui di dalam penelitian ini merupakan fakta ilmiah yang obyektif.

Ada keuntungan tersendiri dari keterbatasan ini, yaitu bahwa hanya determinan yang betul-betul dominan lah yang akan muncul secara signifikan, sehingga determinan itu lah yang harus merupakan perhatian utama.

6.7. Temuan Kritis Studi

Meski pun harapan utama yaitu didapatkannya determinan dari kematian balita ganda tidak diperoleh secara memuaskan, tetapi diperoleh suatu temuan penting, yaitu:

1. Adanya peranan besar dari faktor keberdayaan ibu di dalam keluarga, yaitu keterlibatan ibu dalam pengambilan keputusan dalam keluarga dan perbedaan umur antara pasangan suami-istri terhadap kejadian kematian bayi dan anak.

Keterlibatan ibu dalam pengambilan keputusan dalam keluarga dan perbedaan umur yang tidak terlalu besar antara ibu dengan suaminya (ibu lebih muda tidak lebih lima tahun dari pada usia suaminya) merupakan faktor protektif dari kejadian kematian bayi dan kematian anak. Ini menunjukkan bahwa keterlibatan atau otonomi ibu dalam pengambilan keputusan dan perbedaan usia yang tidak terlalu besar antara suami-istri akan lebih mendorong kelangsungan hidup anak yang bermuara pada kesejahteraan anak.

Di Indonesia belum terdapat hasil penelitian serupa yang menjelaskan peranan keberdayaan ibu dalam keluarga (dengan indikator yang digunakan dalam penelitian ini antara lain: keterlibatan ibu dalam pengambilan keputusan, besarnya perbedaan usia ibu dengan suami) terhadap kejadian kematian bayi dan anak.

Penelitian yang pernah dilakukan di Indonesia adalah mengenai keterkaitan pemberdayaan perempuan dengan partisipasi ibu dalam keluarga berencana, atau peranan status perempuan (seperti tingkat pendidikan dan status bekerja) dengan kematian bayi dan anak.

2. Dengan hanya ditemukannya dua komponen (subvariabel) keberdayaan ibu dalam rumah tangga, yaitu salah satunya adalah otonomi ibu dalam pengambilan keputusan mengenai masalah-masalah rumah tangga yang merupakan determinan kritis dari kelangsungan hidup anak, maka secara konseptual bisa dipertanyakan konsep keberdayaan perempuan dalam rumah tangga yang manakah yang sebetulnya cocok dipakai di negeri berkembang seperti Indonesia yang relevan dengan kesejahteraan ibu dan anak.

Selama ini para ahli dan aktifis studi gender dan perempuan telah meyakini konsep "*western*" mengenai keberdayaan perempuan seperti yang selama ini dianut, padahal adalah fakta temuan studi ini bahwa hanya dua komponen dari banyak komponen lain dari keberdayaan perempuan yang merupakan determinan dominan dari kelangsungan hidup anak.

Pertanyaan kritis ini tentu perlu ditindaklanjuti dengan studi lain yang mengkaitkan keberdayaan perempuan dengan kelangsungan hidup anak dengan skala yang luas.

Tapi bagaimana pun, temuan ini diharapkan akan lebih memperkuat dorongan peningkatan pemberdayaan perempuan, utamanya kaum ibu, melalui penyadaran akan haknya, termasuk hak reproduksinya, yang selama ini masih belum mendapatkan perhatian penuh dari masyarakat, terutama oleh sebagian masyarakat tertentu yang masih memerlukan pencerahan.



BAB 7
SIMPULAN DAN SARAN

BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

7.1. Simpulan

Simpulan yang bisa diambil pada penelitian disertasi ini adalah:

1. Kondisi keberdayaan ibu di wilayah penelitian, yaitu: meski pun sudah ada 10,3 persen ibu yang dalam kondisi sangat berdaya, tetapi masih didapatkan sebanyak 4,9 persen ibu yang dalam kondisi sangat tidak berdaya.
2. Di antara karakteristik keluarga, indikator keberdayaan ibu dalam keluarga, yang merupakan determinan dominan dari kejadian kematian bayi, adalah:
 - a. keterlibatan ibu dalam pengambilan keputusan di dalam keluarga, yang terbukti sebagai faktor protektif dari kejadian kematian bayi;
 - b. perbedaan usia ibu dengan suami, mana kala usia ibu yang tidak terpaut jauh dengan suami terbukti sebagai faktor protektif dari kejadian kematian bayi.

Selain itu, karakteristik keluarga lain yang terbukti merupakan determinan dominan dari kejadian kematian bayi, adalah:

- a. tingkat status sosial ekonomi, yang dicerminkan oleh indeks kepemilikan atau aset keluarga, sebagai determinan yang paling dominan; dan
 - b. banyaknya atau jumlah anak yang hidup dalam keluarga merupakan determinan dominan kedua dari kematian bayi.
3. Faktor lain, di luar karakteristik keluarga, yang terbukti menjadi determinan dominan kematian bayi adalah faktor maternal, yaitu usia ibu saat melahirkan.

4. Di antara karakteristik keluarga, indikator keberdayaan ibu dalam keluarga, yang terbukti merupakan determinan dominan dari kejadian kematian anak, adalah:
 - a. keterlibatan ibu dalam pengambilan keputusan di dalam keluarga, yang terbukti sebagai faktor protektif dari kejadian kematian bayi;
 - b. perbedaan usia ibu dengan suami, mana kala usia ibu yang tidak terpaut jauh dengan suami terbukti sebagai faktor protektif dari kejadian kematian bayi.
5. Selain keberdayaan ibu dalam keluarga, karakteristik keluarga lain yang terbukti merupakan determinan dominan dari kejadian kematian anak adalah tingkat status sosial ekonomi, yang dicerminkan oleh indeks kepemilikan atau aset keluarga, sebagai determinan yang paling dominan.
6. Didapatkan bukti bahwa keterlibatan ibu dalam pengambilan keputusan di dalam keluarga sebagai indikator keberdayaan ibu merupakan determinan kritis dari kesejahteraan dan kelangsungan hidup anak.
7. Pada penelitian disertasi ini tidak ditemukan sebuah variabel pun yang merupakan determinan dominan dari kejadian kematian balita ganda dalam keluarga.
8. Dengan adanya temuan beberapa determinan kejadian kematian bayi dan kematian anak, maka dapat disusun dua buah model matematik, yaitu model kematian bayi dan model kematian anak yang akan digunakan untuk melakukan prediksi probabilitas atau risiko kematian bayi dan kematian anak dari nilai prediktor atau determinan yang dimiliki oleh seorang ibu dengan karakteristik tertentu.

7.2. Saran atau Rekomendasi

Temuan penelitian disertasi ini menghasilkan beberapa saran atau rekomendasi sebagai berikut:

- a. Dengan adanya temuan bahwa keberdayaan perempuan atau ibu dalam keluarga sangat penting dalam menjaga dan meningkatkan kelangsungan hidup anak, maka diperlukan suatu rekayasa sosial untuk lebih memberdayakan para perempuan, utamanya para ibu. Pemberdayaan ini dilakukan agar para perempuan sadar akan hak-haknya, termasuk hak-hak reproduksinya, baik untuk menentukan kapan bereproduksi, kapan menunda, dan kapan berhenti bereproduksi. Bukan hanya para perempuan yang harus sadar akan hak-haknya, demikian pula kaum laki-laki perlu disadarkan bahwa para perempuan, termasuk para pasangan mereka, mempunyai hak-hak semacam itu.

Kesadaran ini tentu tidak mungkin tumbuh begitu saja dengan cepat tanpa rekayasa, sehingga harus ditumbuhkan melalui advokasi, edukasi dan pelatihan, yaitu melalui edukasi reproduksi sehat dan edukasi hak-hak azasi manusia sejak dini di sekolah yang dilakukan secara terintegrasi dengan beberapa mata ajaran lain.

Melalui edukasi dan pelatihan semacam itu, yang bisa diselenggarakan oleh pemerintah atau lembaga non pemerintah, dalam diri para perempuan akan muncul kesadaran bahwa mereka mempunyai kemampuan dan kesanggupan untuk ikut aktif berpartisipasi dalam pengambilan keputusan penting dalam keluarga, demi kesejahteraan dan kelangsungan hidup anak.

- b. Karena ketidakadilan gender dan ketidakberdayaan perempuan dikonstruksikan oleh budaya dan dilembagakan, maka media massa diharapkan perannya untuk mensosialisasikan penghapusan ketidakadilan yang mengakibatkan ketidakberdayaan tersebut melalui keberanian untuk mengubah wacana ketidakadilan tersebut.

Untuk ini media massa harus melakukan perubahan pemilihan *angle* dari suatu berita atau diksi yang digunakan dalam penulisan atau penayangan berita yang tidak merugikan perempuan.

Salah satu tindakan nyata yang bisa dilakukan, yaitu para perempuan harus lebih banyak memasuki industri media massa yang bersifat kapitalistik-patriarkhis ini, baik dalam hal pemilikan saham, penguasaan direksi, mau pun penguasaan jajaran jurnalis oleh para perempuan yang mempunyai kesadaran tinggi dalam hal keberdayaan perempuan.

Dengan demikian, di ujungnya nanti, media massa akan mempunyai sumbangan yang sangat berarti dalam meningkatkan kesejahteraan dan kelangsungan hidup anak.

- c. Pada aspek legal, harus ditinjau ulang banyaknya aturan hukum atau peraturan perundang-undangan yang masih menganut prinsip hukum berorientasi laki-laki, yaitu prinsip yang berasal dari sejarah panjang tentang hegemoni budaya patriarkhis yang menganggap perempuan tak bisa melakukan perbuatan hukum, tidak mungkin mandiri, dan hanya berada di sektor domestik (rumah tangga).
- d. Karena ada bukti bahwa perbedaan umur merupakan determinan kematian bayi dan anak, maka secara individual, maka bagi mereka yang ingin menghindari munculnya situasi subordinatif pihak yang satu terhadap lainnya, terutama bagi istri yang jauh

lebih muda, yang kelak akan mempengaruhi kesejahteraan dan kelangsungan hidup anak mereka, dianjurkan ketika akan memutuskan memasuki dunia perkawinan, untuk mempertimbangkan perbedaan umur yang sangat jauh antara kedua calon pasangan suami-istri, meski pun pilihan calon pasangan hidup merupakan hak azasi dari setiap orang.

- e. Melihat adanya bukti bahwa status sosial-ekonomi melalui perhitungan indeks kepemilikan merupakan determinan yang paling dominan dari kematian bayi dan kematian anak, maka pemerintah, baik pemerintah pusat mau pun pemerintah daerah otonom, harus selalu memprioritaskan anggaran pembangunannya untuk peningkatan kesejahteraan rakyat, terutama bagi masyarakat miskin, agar mereka selalu mempunyai akses yang baik terhadap fasilitas pelayanan kesehatan publik berkualitas tinggi tanpa terkendala oleh kemampuan daya beli mereka yang rendah.

Tanpa prioritas sasaran pembangunan semacam itu, di saat sebagian masyarakat saat ini mengalami kesulitan ekonomi yang seolah-olah tidak berkesudahan, maka bisa diramalkan bahwa *trend* penurunan angka kematian bayi dan angka kematian anak di negeri ini akan tetap berjalan lambat.

- f. Melalui temuan bahwa jumlah anak hidup di suatu keluarga merupakan determinan yang cukup dominan dalam kematian bayi, maka gerakan keluarga berencana tetap dipertahankan atau bahkan ditingkatkan, agar bukan hanya manfaat makro kependudukan dari gerakan kependudukan dan keluarga berencana yang dinikmati oleh banyak orang, tetapi lebih-lebih manfaat mikro untuk kesejahteraan keluarga dan kelangsungan hidup anak.

- g. Dengan bukti bahwa faktor maternal, dalam hal ini usia ibu pada saat melahirkan, tetap merupakan determinan penting kematian bayi meski pun bukan yang paling dominan, maka para pelaksana program di lapangan, terutama para bidan di daerah, harus tetap mempertahankan sistem pemantauan keadaan ibu hamil dan janin yang dikandungnya dengan menggunakan kartu pemantauan kehamilan risiko tinggi, yang usia ibu hamil.
- h. Karena hipotesis yang berkaitan dengan determinan dari kematian balita ganda ditolak, yang mungkin disebabkan kecilnya temuan kasus kematian balita ganda, maka disarankan dilakukan penelitian lanjut untuk determinan kematian balita ganda dalam keluarga dengan skala lebih luas, yaitu level propinsi atau nasional (multi-senter), meski pun tidak ada jaminan akan munculnya determinan dominan yang diharapkan.
- Penelitian mengenai determinan dominan kematian balita ganda dalam keluarga sangat penting, selain dari manfaat aplikasi disiplin demografi kedokteran atau kesehatan, tetapi juga untuk manfaat pengembangan metodologi yang relevan dengan studi mortalitas yang tergugus (terkluster) dalam kelompok tertentu, di antaranya keluarga.
- i. Agar bisa ditemukan suatu konsep keberdayaan perempuan yang sesuai dengan kondisi negeri seperti di Indonesia, diperlukan studi lanjut yang memvalidasi subvariabel-subvariabel yang cocok dalam mengkonstruksi konsep keberdayaan perempuan yang relevan dengan kesejahteraan anak.





DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- BASICS II. 2001. *Pathways to Survival*. Arlington: BASICS Project. Available from: <http://www.basics.org/technical/pathway/pathway.html> [Accessed: October 15th, 2001].
- Batliwala, S. 1994. The Meaning of Women's Empowerment: New Concepts from Action, in Gita Sen, Adrienne Germaine and Lincoln C. Chen (Eds.) *Population Policies Reconsidered: Health Empowerment and Rights*. Boston: Harvard University Press.
- Beaglehole, R., Bonita, R., and Kjellström, T. 1993. *Basic Epidemiology*. Geneva: World Health Organization. pp 31-52.
- Badan Pusat Statistik. 1999. *Indikator Kesejahteraan Anak, 1999*. Jakarta.
- Biro Pusat Statistik. 1994a. *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 1994*. Jakarta.
- Biro Pusat Statistik. 1994b. *Profil Statistik Wanita, Ibu dan Anak di Indonesia*. Jakarta.
- Biro Pusat Statistik. 1995. *Estimasi Parameter Demografi Selama Repelita VI (1993-1998)*. Mimeografi. Jakarta.
- Biro Pusat Statistik. 1999. *Indikator Kesejahteraan Anak 1999*. Jakarta
- Blum, HL. 1974. *Planning for health: development and application of social change theory*. New York: Human Science Press.
- Bos, E. and Saadah, F. 1999. Indonesia: Childhood Mortality Trends. *East Asia and the Pacific Region: Watching Brief Issue 4*.
- BPS Kabupaten Sumenep. 1999. *Kabupaten Sumenep dalam Angka 1999*. Sumenep.
- Cabigon, JV. 1992. *Birthspacing, Breastsfeeding, Child Health and Mortality in the Philippines: Policy and Research Issues*. [Unpublished]. 2p.
- Caldwell, JC. 1979. Education as a factor in mortality decline: An examination of Nigerian data. *Population Studies* 33(3): 395-413.

- Centers for Disease Control and Prevention. 1996. Infant Mortality - United States, 1993. *The Morbidity and Mortality Weekly Report* 45(10).
- Chen, L. 1981. Sex Bias in the Family Allocation of Food and Health Care in Rural Bangladesh. *Population and Development Review* 7(1): 55-70.
- Claeson, M. and Waldman, R.J. 2000. The Evolution of Child Health Programmes in Developing Countries: From Targeting Diseases to Targeting People. *Bulletin of the World Health Organization* 78: 1234-45.
- Curtis, S.L., Diamond, I., and McDonald, J.W. 1993. Birth Interval and Family Effects on Postneonatal Mortality in Brazil. *Demography* 30(1): 33-43
- Das Gupta, M. 1990. Death Clustering, Mother's Education and the Determinants of Child Mortality in Rural Punjab, India. *Population Studies* 44: 489-505.
- Das Gupta, M. 1997. Socio-economic status and clustering of children deaths in rural Punjab. *Population Studies* 51(2): 191-202.
- David, P.H. 1997. On Differentials in Family-building Patterns. Cambridge, Massachusetts, Harvard University, Center for Population and Development Studies, 1997 Dec. *Working Paper Series* No. 97.08
- Davis, K. 1951. *The Population of India and Pakistan*. Princeton: Princeton University Press.
- Departemen Kesehatan RI. 1999. *Indonesia Sehat 2010*. Available from: <http://www.depkes.go.id/Ind/is-2010/left1.htm> [Accessed: November 30th, 1999].
- Dixon-Mueller, R. 1993. *Population Policy and Women's Rights: Transforming Reproductive Choice*. New York: Praeger.
- Durrant, V.L. and Sathar, Z.A. 2000. *Greater Investment in Children Through Women's Empowerment: A Key to Demographic Change in Pakistan?* Available from: <http://www.popcouncil.org/pdfs/wp/137.pdf> [Accessed: November 7th, 2000].
- Eagle, P.L. 1981. Maternal Care, Maternal Substitutes, and Children's Welfare in Developed and Developing Countries. *Policy Roundtable*. Washington, DC: International Center for Research on Women.
- Eddy Juwono Slamet. 1999. Madura Masa Lalu, Kini, dan Masa Yang Akan Datang: Sebuah Tinjauan Perilaku Ekonomi. *Seminar Nasional Teknik Elektro 27 Maret 1999*. Kampus ITS, Sukolilo, Surabaya.

- F.A.T.E. 2001. *Understanding the Process "Women's Empowerment"*. Facilitating Awareness Through Empowerment. Available from: <http://www.f-a-t-e.org/articals/victims/At1wp.html> [Accessed: September 2th, 2001].
- Goode, WJ. 1991. *Sosiologi Keluarga*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Green, L., Nathan, R., and Mercer, S. 2001. The Health of Health Promotion in Public Policy: Drawing Inspiration from the Tobacco Control Movement. *Health Promotion Journal of Australia* 12(2).
- Guo, Guang. 1993. Use of Sibling Data to Estimate Family Mortality Effects in Guatemala. *Demography* 30(1): 15-32.
- Gubhaju, BB. 1984. *Demographic and Social Correlates of Infant and Child Mortality in Nepal*. Michigan: Ann Arbor, University Microfilms International. xvi, 254 p.
- Gubhaju, BB. 1985. The Effect of Previous Child Death on Infant and Child Mortality in Rural Nepal. *Studies in Family Planning* 16(4): 231-6.
- Gwatkin, DR., Rustein, S., Johnson, K., Pande, RP., and Wagstaff, A. 2000. *Socio-economic Differences in Health, Nutrition, and Population in Indonesia*. HNP Discussion Paper. Washington: World Bank.
- Hall, CM. 1992. *Women and Empowerment: Strategies for Increasing Autonomy*. New York: Hemisphere Publishing Corporation.
- Hardee, K., Siti Hidayati Amal, Shanty Novriaty, Hull, TH., and Eggleston, E. 1999. Family Planning, Work and Women's Economic and Social Autonomy in Indonesia. *Asia-Pacific Population Journal* 14(3): 49-72.
- Hobcraft, JN., McDonald, JW., and Rutstein, SO. 1985. Demographic Determinants of Infant and Early Child Mortality. *Population Studies* 39: 363-85.
- Hull, TH. and Gubhaju, B. 1986. Multivariate Analysis of Infant and Child Mortality in Java and Bali. *Journal of Biosocial Science* 18(1): 109-18.
- Hull, TH. and Rohde, JE. 1980. *Prospect for Rapid Decline of Mortality Rates in Java*. 2nd Ed. Yogyakarta: Population Studies Center, Gadjah Mada University.
- Hulley, SB. and Cummings, SR. 1988. *Designing Clinical Research: An Epidemiologic Approach*. Baltimore: Williams & Wilkins. pp 63-127, 215-220.

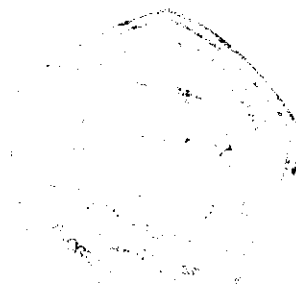
- Irwanto, Heru Prasadja, Nancy Sunarno, Poerwandari, EK., Hardee, K., Eggleston, E., and Hull, T. 1997. *In the Shadow of Men: Reproductive Decision-making and Women's Psychological Well-being in Indonesia, Women's Studies Final Report*. Research Triangle Park, NC: Family Health International and Atma Jaya Catholic University.
- Jatim Mall. 2001. *Sumenep*. Available from: <http://www.jatimmall.com/kab/> [Accessed: September 15th, 2001].
- Johnson, RA. and Wichern, DW. 1992. *Applied Multivariate Statistical Analysis*. 3rd Ed. New Jersey: Prentice Hall.
- Kahn, HA. and Sempos, CT. 1989. *Statistical Methods in Epidemiology*. New York: Oxford University Press.
- Kantor Statistik BPS Propinsi Jawa Timur. 1995. *Potensi Desa Inti (Podes Inti) Jawa Timur 1995: Angka Sementara*. Surabaya.
- Kantor Statistik Kecamatan Arjasa. 1999. *Arjasa dalam Angka 1999*. Arjasa, Sumenep.
- Karl, M. 1995. *Women and Empowerment: Participation and Decision-Making*. London: Zed Books and the United Nations Non-Governmental Liaison Service.
- Kerlinger, FN. 1993. *Asas-asas Penelitian Behavioral*. Edisi ketiga. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Kleinbaum, DG., Kupper, LL., and Muller, KE. 1988. *Applied Regression Analysis and Other Multivariable Methods*. Boston: PWS-KENT Publishing Company.
- Kleinman, A., Kunstadter, P., Alexander, ER., and Gale, JL. 1996. *Medicine in Chinese Cultures*. Washington, DC. National Institute of Health.
- Kishor, S. and Parasuraman, S. 1998. Mother's Employment and Infant and Child Mortality in India. *National Family Health Survey Subject Reports No. 8*. Calverton, Maryland: Macro International Inc.
- Knodel, J. and Hermalin, AI. 1984. Effects of Birth Rank, Maternal Age, Birth Interval, and Sibshipsize on Infant and Child Mortality: Evidence from 18th and 19th Century Reproductive Histories. *American Journal of Public Health* 74: 273-285.

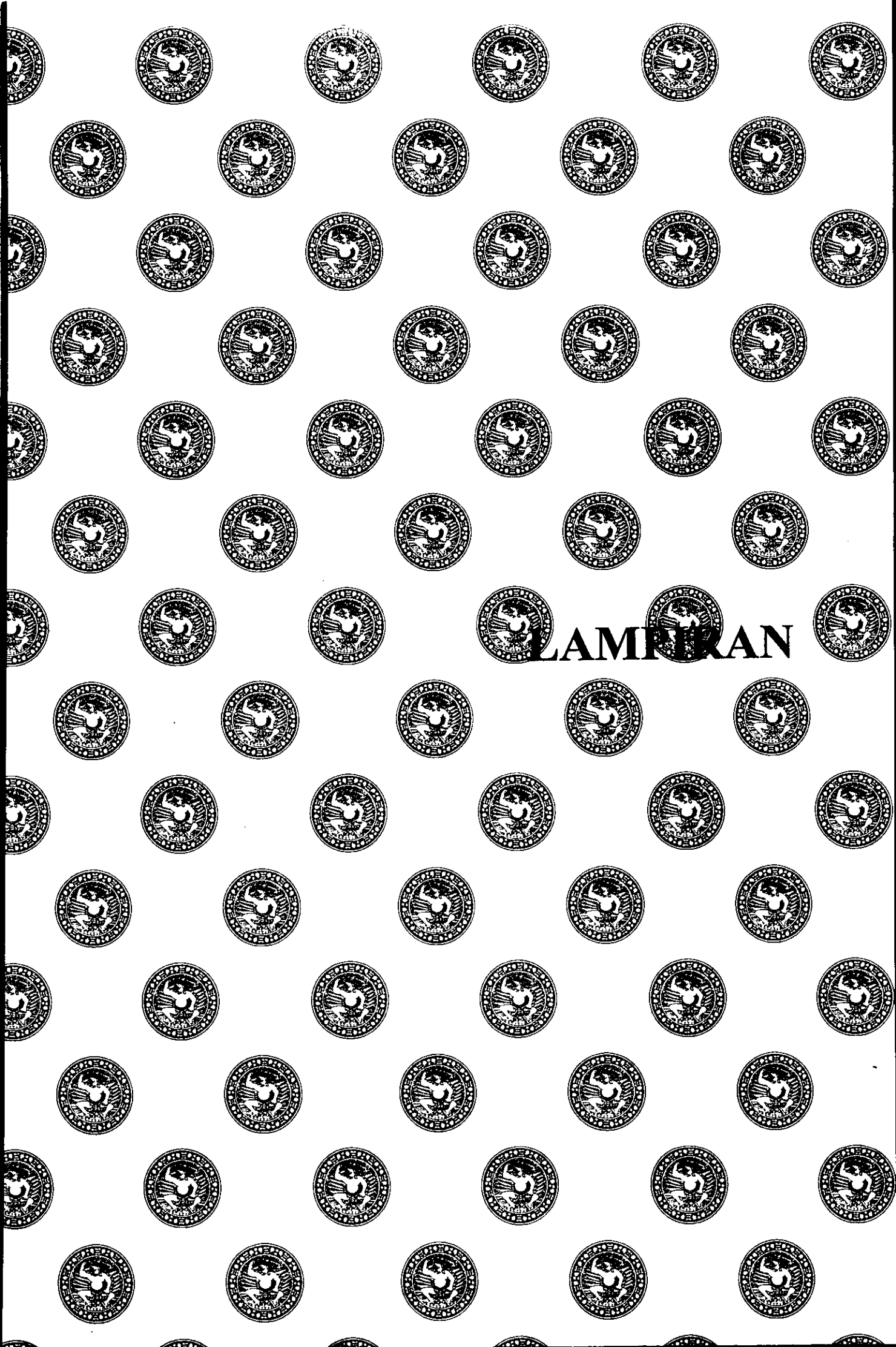
- Kost, K. and Amin, S. 1992. Reproductive and Socioeconomic Determinants of Child Survival: Confounded, Interactive, and Age-dependent Effects. *Social Biology* 39(1-2): 139-50.
- Kruskal, W. 1988. Miracles and Statistics: The Causal Assumption of Independence. *Journal of the American Statistical Association* 83: 929-40.
- Latief Wiyata, A. 2000. Memahami Madura: Pelajaran dari Kasus Sampang. *Kompas* 20 November 2000.
- Latief Wiyata, A. 2002. *Carok: Konflik Kekerasan dan Harga Diri Orang Madura*. Yogyakarta: LKiS.
- LSSPA. 2002. *Sosialisasi Nilai Adil Gender: Tiga Lingkungan Belajar Anak*. Available from: <http://www.lspaa.or.id/snag.htm> [Accessed: January 4th, 2002].
- Mahadevan, K. 1986. Mortality, Biology and Society: Analytical Framework and Conceptual Model. In *Fertility and Mortality: Theory, Methodology and Empirical Issues*. Edited by Mahadevan, K et al. New Delhi: Sage Publications. pp 239-301.
- Majumder, AK. 1989. *Child Survival and Its Effect on Mortality: Risks of Siblings in Bangladesh*. Canberra: Australian National University, Dept. of Demography, International Population Dynamics Program. 25 p.
- Mencher, JP. 1988. Women's Work and Poverty: Women's Contribution to Household Maintenance in South India. In Daisy Dwyer and Judith Bruce, eds. *A Home Divided: Women and Income in the Third World*. Stanford, California: Stanford University Press.
- Millard, AV. 1994. A Causal Model of High Rates of Child Mortality. *Soc-Sci-Med* 38(2): 253-68.
- Mosley, WH. 1983a. *Conceptual Framework - Amman Study*. Jakarta: Ford Foundation, Mimeographed Copy.
- Mosley, WH. 1983b. Will Primary Health Care Reduce Infant and Child Mortality? A Critique of Some Current Strategies with Special Reference to Africa and Asia. *Seminar on Social Policy, Health Policy and Mortality Prospects*. Paris, 28 February-4 March. Paris: Institut National a l'Etude Demographiques (INED).

- Mosley, WH and Chen, LC. 1984. An Analytic Framework for the Study of Child Survival in Developing Countries. *Population and Development Review* 10 (Supplement): 25-45.
- National Health Committee. 1998. *The Social, Cultural and Economic Determinants of Health in New Zealand: Action to Improve Health*. New Zealand.
- Moh. Nazir. 1988. *Metode Penelitian*. Jakarta: Ghalia Indonesia.
- Pandey, A., Minja Kim Choe, Luther, NY., Sahu, D., and Chand, J. 1998. Infant and Child Mortality in India. *National Family Health Survey Subject Reports* No. 11. Honolulu: East-West Center Program on Population.
- Renwick, R., Brown, I., and Nagler, M. *Quality of Life in Health Promotion and Rehabilitation*. California: Sage Publications, Inc.
- Ronsmans, C. 1994. Patterns of Clustering of Child Mortality in a Rural Area of Senegal. *Doctoral Dissertation*. Harvard School of Public Health. Available from: http://www.hsph.harvard.edu/Organizations/healthnet/HUpapers/94_05.pdf [Accessed: December 18th, 2000].
- Rowlands, J. 1997. *Questioning Empowerment: Working with Women in Honduras*. Oxford: Oxfam.
- Saadah, Fadia, Hill, K., and Chapman, S. 1997. *Forthcoming: Child Mortality Declines in Indonesia: Trends and Differentials, 1970 to 1995*. Washington, DC: World Bank, East Asia and Pacific, Country Department III.
- Safilios-Rothschild, C. 1980. The Role of the Family: A Neglected Aspect of Poverty, in *Implementing Programs of Human Development*, ed. Peter T. Knight, World Bank Staff Working Paper No. 403, Washington, DC: World Bank. pp. 311-373.
- Satoto. 1990. Tumbuh Kembang Anak dan Faktor-faktor yang mempengaruhinya. *Proceeding of seminar cum workshop Safe Motherhood and Child Survival, Growth and Development*. Surabaya.
- SEAMIC. 1999. SEAMIC Health Statistics 1998. *SEAMIC Publication No. 82*. Tokyo: Southeast Asian Medical Information Center, International Medical Foundation of Japan.
- Simmons, GB., Smucker, C., Bernstein, S., and Jansen, E. 1982. Post-neonatal Mortality in Rural India: Implications of an Economic Model. *Demography* 19(3):371-89.

- El Saadawi, N. 2001. *Perempuan dalam Budaya Patriarki*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Siti Hidayati Amal, Shanty Novriaty, Hardee, K., Eggleston, E., and Hull, T. 1997. Family Planning and Women's Empowerment: Challenges for the Indonesian Family. *Final Report prepared for the Women's Studies Project Family Health International*.
- Soerjono Soekanto. 1990. *Sosiologi Keluarga: Tentang Ikhwal Keluarga, Remaja dan Anak*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Soetjiningsih. 1995. *Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Stoler, A. 1977. Class structure and female autonomy in rural Java. *Signs* 3(1):74-89.
- Sullivan, JM., Rutstein, SO., and Bicego, GT. 1994. Infant and Child Mortality. *Demographic and Health Surveys Comparative Studies* No. 15. Calverton, Maryland: Macro International Inc.
- UNFPA. 2001. *Women's Empowerment & Reproductive Health*. Interactive Population Center. Available from: <http://www.unfpa.org/modules/intercenter/cycle/introduction.htm> [Accessed: January 10th, 2002].
- United Nations Children's Fund. 1995. *Monitoring Progress Toward the Goals of the World Summit for Children: A Practical Handbook for Multiple-Indicator Surveys*. New York: Planning Office, Evaluation and Research Office, Programme Division.
- United Nations Children's Fund. 2001. *The State of the World's Children 2001*.
- United Nations Population Division. 1983. Mortality and Health Policy: Highlights of the Issues in the context of the World Population Plan of Action. *Expert Group on Mortality and Health Policy*. Rome, 30 May-30 June. New York: United Nations Secretariat.
- Waldman, R., Bartlett, AV., Campbell, CC., and Steketee, RW. 1996. *Overcoming Remaining Barriers: The Pathway to Survival*. Arlington: BASICS.
- Warwick, DP and Lininger, AL. 1975. *The Sample Survey: Theory and Practice*. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Widayatun. 1991. Women's Status and Child Survival in West Java, Indonesia. *Asia-Pacific Population Journal* 6(1): 5-8, 14-15

- World Bank Group. 1999. *Country Reports on Health, Nutrition, Population, and Poverty: Asset Questionnaire*. PovertyNet. Available from: <http://www.worldbank.org/poverty/health/data/> [Accessed: January 12nd, 1999]
- World Health Organization. 1983. *Infant and Child Mortality in The Third World*. Paris: Inter-Center Cooperative Research Programme, CICRED, WHO.
- World Health Organization. 1999. *Declaration of Alma-Ata*. Available from: <http://www.who.int/hpr/arcgive/docs/almaata.html> [Accessed: June 25th, 2001].
- Yacoob, M., Brieger, W., and Watts, S. 1989. Primary Health Care: Why has water been neglected? *Health Policy and Planning* 4(4): 328-333.





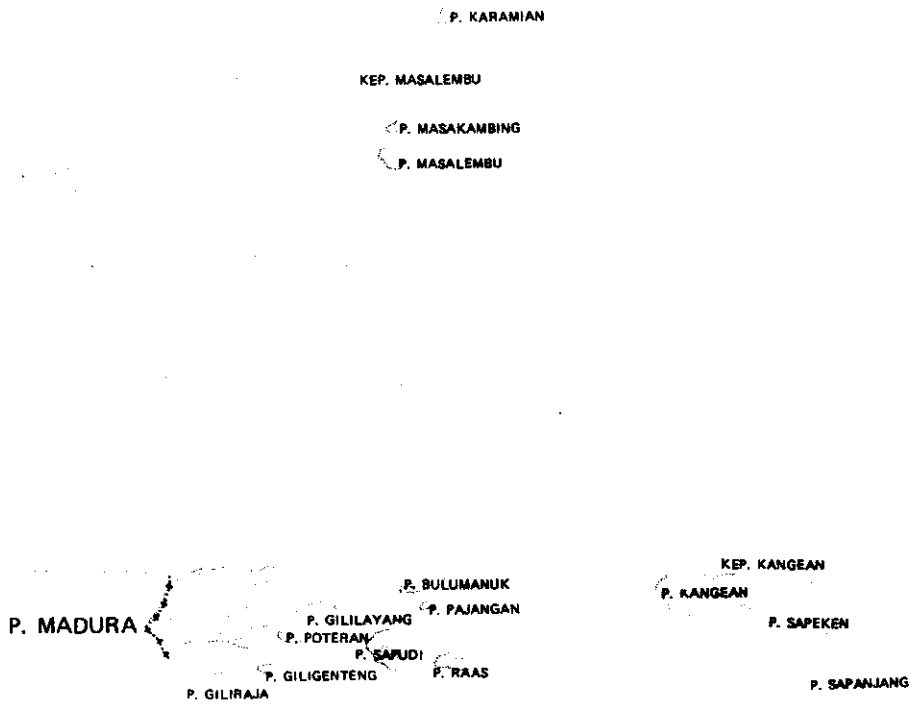
LAMIRAN

Lampiran 1.

Peta Lokasi Penelitian

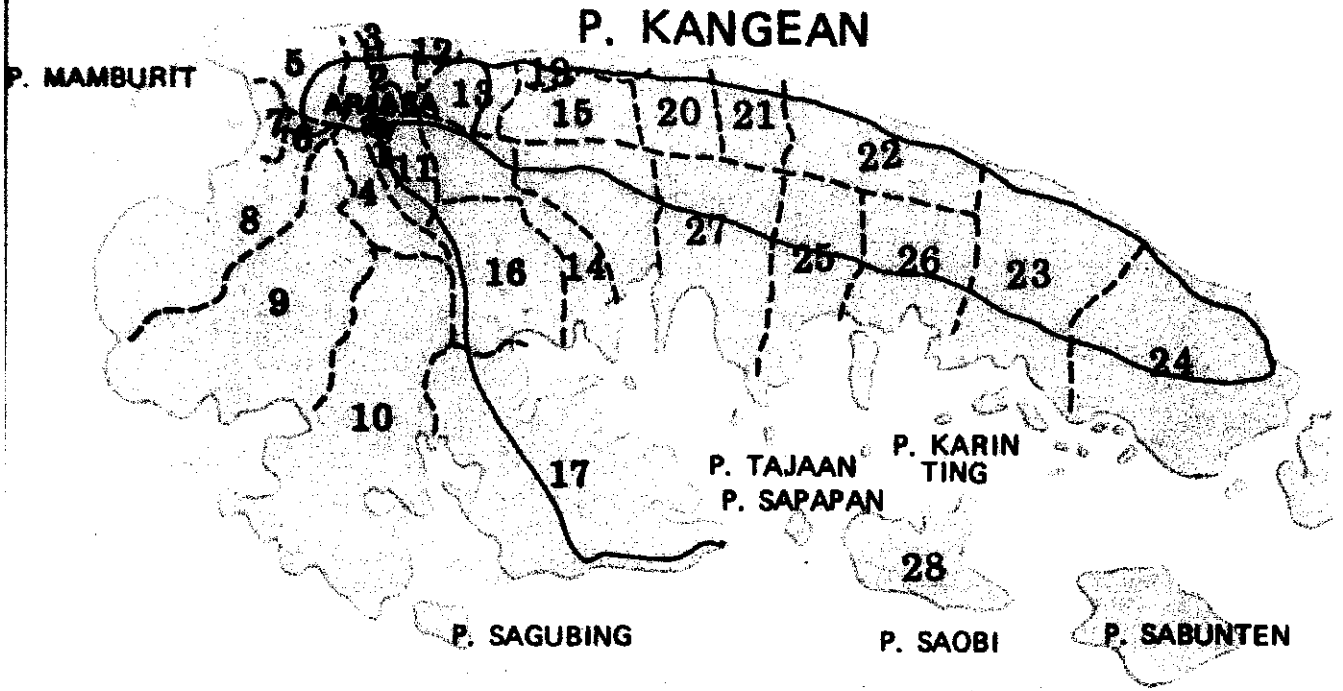


Gambar L1.1.
Peta Propinsi Jawa Timur, dan
Posisi Geografis Kepulauan Kangean, Kabupaten Sumenep, Madura



Gambar L1.2.
Peta Kabupaten Sumenep, (Madura), Jawa Timur

KEP. KANGEAN



KECAMATAN ARJASA

- | | |
|-----------------------|------------------------|
| 1. Desa Arjasa | 15. Desa Pandeman |
| 2. Desa Kalikatak | 16. Desa Gelaman |
| 3. Desa Duko | 17. Desa Pajananger |
| 4. Desa Sumberangka | 18. Desa Sawahsumur |
| 5. Desa Bilis-bilis | 19. Desa Pabian |
| 6. Desa Laok Jangjang | 20. Desa Daandung |
| 7. Desa Kalinangka | 21. Desa Timurjangjang |
| 8. Desa Angkatan | 22. Desa Jukong Jukong |
| 9. Desa Kolokolo | 23. Desa Torjek |
| 10. Desa Buddi | 24. Desa Kangayan |
| 11. Desa Kalinganyar | 25. Desa Tembayangan |
| 12. Desa Angon-angon | 26. Desa Cangkramaan |
| 13. Desa Sambakati | 27. Desa Batuputih |
| 14. Desa Paseraman | 28. Desa Saobi |

Gambar L1.3.
Peta Kecamatan Arjasa, (Kepulauan Kangean), Kabupaten Sumenep, (Madura),
Jawa Timur

pemilikan dan Skor Faktor (*Assets and Factor Scores*)
 survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 1997

Tabel L2.1a. Daftar Kepemilikan dan Skor Faktor

Asset variable	Unweighted		Quintiles					Total (%)	Asset factor score	Household score if:	
			Poorest	Second	Middle	Fourth	Richest			has asset	does not have asset
	Mean	Std. Dev.	Percentage of population								
has electricity	0.718	0.450	35.0	76.3	91.9	98.9	99.9	80.4	0.11062	0.06926	-0.17667
has radio or tape recorder	0.603	0.489	37.5	54.9	61.6	75.9	91.3	64.3	0.07810	0.06332	-0.09633
has television	0.162	0.369	10.8	20.8	27.8	26.1	5.8	18.3	-0.00052	-0.00117	0.00023
has refrigerator	0.126	0.331	0.0	0.4	1.1	6.4	56.4	12.9	0.10872	0.29688	-0.04120
has bicycle	0.447	0.497	32.0	49.7	55.6	57.8	61.4	51.3	0.02875	0.03197	-0.02585
has motorcycle or motorboat	0.216	0.411	3.2	9.2	15.9	29.1	56.0	22.7	0.08191	0.15622	-0.04294
has car	0.046	0.209	0.01	0.2	0.6	1.9	23.0	5.1	0.07262	0.33221	-0.01587
has gas stove	0.315	0.465	1.3	8.2	19.3	48.7	93.2	34.2	0.12409	0.18299	-0.08415
has kerosene stove	0.458	0.498	9.0	34.2	53.5	82.0	82.2	52.2	0.09404	0.10224	-0.08650
has electric stove	0.094	0.277	0.2	0.4	0.9	3.0	38.0	8.5	0.09370	0.30956	-0.02836
household works own or family's agric. land	0.339	0.473	64.3	39.3	25.3	10.8	4.1	28.7	-0.09051	-0.12649	0.06477
has piped drinking water in residence	0.139	0.346	0.3	2.5	5.6	12.3	37.5	11.6	0.08170	0.20306	-0.03287
has water piped into yard	0.033	0.178	0.7	1.9	2.5	2.8	3.2	2.2	0.00933	0.05090	-0.00171
uses river, canal or surface water for drinking	0.203	0.402	48.1	24.5	17.9	7.6	1.4	19.9	-0.07036	-0.13945	0.03550
uses a public faucet (piped)	0.058	0.234	2.4	5.0	5.9	6.2	5.6	5.0	0.00301	0.01216	-0.00075
gets water from a well with a pump	0.096	0.295	1.9	6.6	7.0	16.8	30.8	12.6	0.04945	0.15135	-0.01616
uses rainwater for drinking	0.034	0.180	3.5	2.5	2.3	1.1	0.4	1.9	-0.01620	-0.08695	0.00302
other source of drinking water	0.000	0.022	0.1	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	-0.00178	-0.07994	0.00004
obtains water from a protected well	0.296	0.452	20.4	36.2	44.4	43.8	19.2	32.8	0.00315	0.00499	-0.00199
obtains water from an unprotected well	0.151	0.358	22.6	20.9	14.4	9.4	1.9	13.8	-0.04305	-0.10203	0.01817
uses public facilities (toilet)	0.093	0.191	7.8	11.6	12.2	11.1	4.0	9.3	0.00405	-0.01263	0.00130
uses private facilities (toilet)	0.529	0.499	14.7	32.3	44.6	70.3	93.9	51.2	0.10212	0.09642	-0.10815
uses bush, field as latrine	0.348	0.476	74.3	53.9	41.6	17.9	2.1	38.0	-0.09652	-0.13225	0.07044
other type of latrine	0.030	0.169	3.1	2.1	1.5	0.6	0.0	1.5	-0.02232	-0.12777	0.00390
has dirt, sand, dung as principal floor in dwelling	0.170	0.376	41.7	39.6	14.7	2.2	0.3	19.7	-0.06844	-0.15122	0.03098
has wood, plank principal floor in dwelling	0.251	0.433	40.3	20.3	9.9	5.3	1.3	15.4	-0.06840	-0.11831	0.03955
has ceramic, marble principal floor	0.059	0.235	0.0	0.1	1.7	5.4	29.2	7.3	0.07311	0.29274	-0.01826
has bricks for principal floor	0.390	0.488	9.9	32.8	60.3	59.4	27.4	38.0	0.04243	0.05300	-0.03396
has bamboo flooring	0.018	0.132	7.4	3.3	0.4	0.1	0.0	2.2	-0.02889	-0.21507	0.00388
has cement or ceramic tile flooring	0.108	0.310	0.6	3.4	12.7	27.4	41.8	17.2	0.06993	0.20101	-0.02426
has other type of flooring	0.005	0.068	0.2	0.3	0.3	0.2	0.0	0.2	-0.00523	-0.07639	0.00036
has tile roofing	0.386	0.487	36.2	65.0	72.5	73.3	75.6	64.5	0.06118	0.07711	-0.04854
has concrete roof	0.007	0.083	0.0	0.1	0.3	0.7	2.1	0.7	0.01900	0.22866	-0.00158
has asbestos or zinc roofing	0.403	0.490	28.7	26.7	23.4	24.2	21.7	24.9	0.00802	0.00976	-0.00659
has a wooden roof	0.057	0.232	6.9	3.1	2.4	1.5	0.5	2.9	-0.02193	-0.08932	0.00539
has leaves for roofing material	0.147	0.354	28.1	5.0	1.4	0.3	0.0	7.0	-0.08527	-0.20557	0.03537
has other type of roofing materials	0.000	0.014	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	-0.00243	-0.17012	0.00003
has bamboo or wood planks for walls	0.390	0.488	57.6	42.3	24.4	13.7	2.5	28.1	-0.08277	-0.10350	0.06619
has other material for walls	0.020	0.142	2.6	1.6	0.5	0.2	0.1	1.0	-0.02362	-0.16332	0.00342
has bamboo walls	0.119	0.324	37.4	31.2	10.0	2.3	0.4	16.2	-0.05626	-0.15294	0.02071
has clay brick walls	0.470	0.499	2.4	24.8	65.1	83.9	97.1	54.7	0.12421	0.13192	-0.11695

For each variable, missing values are replaced with the variable mean

Tabel L2.1b. Nilai *Cut-off* untuk Kuintil Kekayaan (*Wealth Quintiles*)

Wealth Quintile	Asset Index Value	
	Lowest	Highest
Poorest	Lowest	-0.72472
Second	-0.72472	-0.16155
Third	-0.16155	0.38738
Fourth	0.38738	1.01759
Richest	1.01759	highest

Tabel L2.2. Kuesioner Kepemilikan Sampel dan Skor Item Faktor (Indonesia 1997)

Question	Score if response is "yes"	Score if response is "no"	Item score
<i>In Your Dwelling, Is There:</i>			
Electricity	0.069	-0.177	_____
A radio or a tape recorder	0.063	-0.096	_____
A television	-0.001	0.000	_____
A refrigerator	0.287	-0.041	_____
A bicycle	0.032	-0.026	_____
A motorcycle or a motorboat	0.156	-0.043	_____
A car	0.332	-0.016	_____
A gas stove	0.183	-0.084	_____
A kerosene stove	0.102	-0.087	_____
A electric stove	0.310	-0.028	_____
Do members of your household work on their own or the family's agricultural land	-0.126	0.065	_____
<i>What is the principal household source of drinking water?</i>			
Piped drinking water in residence	0.203	-0.033	_____
Piped into yard	0.051	-0.002	_____
River, canal or surface water	-0.139	0.036	_____
Public faucet (piped)	0.012	-0.001	_____
Water from a well with a pump	0.151	-0.016	_____
Rainwater	-0.087	0.003	_____
Other source of drinking water	-0.080	0.000	_____
Water from a protected well	0.005	-0.002	_____
Water from an unprotected well	-0.102	0.018	_____
<i>What is the principal type of toilet facility used by members of your household?</i>			
Public facilities/toilet	-0.013	0.001	_____
Private facilities/toilet	0.096	-0.108	_____
Bush or field	-0.132	0.070	_____
Other type of latrine	-0.128	0.004	_____

Lanjutan Tabel L2.2. Kuesioner Kepemilikan Sampel dan Skor Item Faktor (Indonesia 1997)

Question	Score if response is "yes"	Score if response is "no"	Item score
<i>What is the principal flooring material in your house?</i>			
Dirt, sand or dung	-0.151	0.031	_____
Wood or plank	-0.118	0.040	_____
Ceramic or marble	0.293	-0.018	_____
Bricks	0.053	-0.034	_____
Bamboo	-0.215	0.004	_____
Cement or ceramic tile	0.201	-0.024	_____
Other type of flooring	-0.076	0.000	_____
<i>What is the principal roofing material in your house?</i>			
Tile	0.077	-0.049	_____
Concrete	0.229	-0.002	_____
Asbestos or zinc	0.010	-0.007	_____
Wood	-0.089	0.005	_____
Leaves	-0.206	0.035	_____
Other type of roofing materials	-0.170	0.000	_____
<i>What is the principal wall material in your house?</i>			
Bamboo or wood planks	-0.104	0.066	_____
Bamboo	-0.163	0.003	_____
Clay brick	-0.153	0.021	_____
Other material for walls	0.132	-0.117	_____
Total Household Asset Score (sum of individual item scores)			_____

Notes:

The asset scores listed here are based on the 1997 Demographic and Health Survey's national sample of household

Sumber: World Bank Group, 1999.

Lampiran 3.

Hasil Analisis Regresi Logistik Ganda Model Kematian

Tabel L3.1.

Hasil analisis regresi logistik ganda** untuk model kematian bayi (usia 0 bulan – 11 bulan), kecamatan Arjasa, kabupaten Sumenep, 1999

Variabel eksplanatoris	Bayi meninggal (n=20)	Bayi hidup (n=184)	Koefisien regresi (β)	P	eRR	95% CI untuk eRR	
						Batas bawah	Batas atas
A. Faktor keluarga:							
1. Keberdayaan ibu dlm keluarga:							
a. Mobilitas ibu:							
Ada mobilitas	5 (6,3%)	75 (93,8%)	-0,472	0,764	0,624	0,029	13,630
Tidak ada mobilitas	15 (12,1%)	109 (87,9%)	rc	-	-	-	-
b. Keberanian ibu berbeda pendapat dengan suami:							
Berani	6 (6,3%)	90 (93,8%)	-0,673	0,624	0,510	0,035	7,505
Tidak berani	14 (13,0%)	94 (87,0%)	rc	-	-	-	-
c. Kekerasan domestik yang dialami ibu:							
Tidak pernah ada	14 (9,3%)	136 (90,7%)	3,733	0,051	41,804	0,964	1776,388
Kadang-kadang ada	5 (10,9%)	41 (89,1%)	2,178	0,232	8,829	0,248	314,532
Sering ada	1 (12,5%)	7 (87,5%)	rc	-	-	-	-
d. Akses ibu ke sumber finansial:							
Punya akses	9 (7,3%)	115 (92,7%)	1,504	0,195	4,501	0,464	43,679
Tidak punya akses	11 (13,8%)	69 (86,3%)	rc	-	-	-	-

Lanjutan Tabel L3.1.

Variabel eksplanatoris	Bayi meninggal (n=20)		Bayi hidup (n=184)		Koefisien regresi (β)	p	Odds Ratio (OR)	95% CI untuk OR	
								Batas bawah	Batas atas
e. Keterlibatan ibu dalam pengambilan keputusan: Punya keterlibatan Tak punya keterlibatan	4 16	(4,3%) (14,4%)	89 95	(95,7%) (85,6%)	-2,009 rc	0,047*	0,134	0,018	0,977
f. Ibu bekerja di luar rumah: Bekerja di luar Tidak bekerja di luar	2 18	(3,2%) (12,8%)	61 123	(96,8%) (87,2%)	-1,615 rc	0,206	0,199	0,016	2,434
g. Besarnya perbedaan usia ibu dengan suami: < 5 tahun >= 5 tahun	46 14	(4,4%) (20,9%)	131 53	(95,6%) (79,1%)	-2,142 rc	0,016*	0,117	0,021	0,672
2. Indeks kepemilikan: Rerata (SD)	-0,545	(0,345)	-0,153	(0,420)	-3,585	0,004*	0,028	0,002	0,318
3. Pendidikan formal ibu: Pernah sekolah menengah Tidak sekolah atau SD	2 18	(2,6%) (14,1%)	74 110	(97,4%) (85,9%)	-2,108 rc	0,105	0,122	0,010	1,548
4. Pendidikan formal ayah: Pernah sekolah menengah Tidak sekolah atau SD	5 15	(4,8%) (15,2%)	100 84	(95,2%) (84,8%)	-0,502 rc	0,607	0,605	0,089	4,111
5. Bentuk rumahtangga: Keluarga inti Keluarga diperluas	5 15	(5,8%) (12,7%)	81 103	(94,2%) (87,3%)	0,092 rc	0,922	1,096	0,176	6,820
6. Kematian anak sebelumnya: Ada kematian Tidak ada kematian	3 17	(60,0%) (8,5%)	2 182	(40,0%) (91,5%)	0,646 rc	0,678	1,909	0,090	40,386
7. Jumlah anak yang hidup: Rerata (SD)	2,35	(1,09)	1,78	(0,80)	1,819	0,013*	6,165	1,478	25,713

Lanjutan Tabel L3.1.

Variabel eksplanatoris	Bayi meninggal (n=20)	Bayi hidup (n=184)	Koefisien regresi (B)	P	eRR	95% CI untuk eRR	
						Batas bawah	Batas atas
B. Faktor biologik anak:							
1. Jenis kelamin anak:							
Laki-laki	9 (9,9%)	82 (90,1%)	0,529	0,539	1,698	0,314	9,186
Perempuan	11 (9,7%)	102 (90,3%)	rc	0,385	-	-	-
2. Urutan kelahiran anak:							
Ke 5 atau lebih	0 (0,0%)	2 (100,0%)	-10,764	0,785	0,000	0,000	8,92.10 ²⁸
Ke 2 s/d 4	14 (11,2%)	111 (88,8%)	-1,957	0,171	0,141	0,009	2,324
Ke 1	6 (7,8%)	71 (92,2%)	rc	-	-	-	-
C. Faktor biomaternal							
1. Usia ibu saat melahirkan:							
<20 tahun atau >34 tahun	11 (22,9%)	37 (77,1%)	1,862	0,045*	6,439	1,043	39,745
20-34 tahun	9 (5,8%)	147 (94,2%)	rc	-	-	-	-
2. Jarak kelahiran dengan anak sebelumnya:							
< 24 bulan	9 (12,9%)	81 (87,1%)	0,277	0,805	1,319	0,146	11,954
>=24 bulan, anak pertama	11 (8,2%)	123 (91,8%)	rc	-	-	-	-
D. Hubungan darah kekerabatan antara ibu dan ayah:							
Ada hubungan	4 (30,8%)	9 (69,2%)	1,361	0,403	3,900	0,160	94,865
Tidak ada hubungan	16 (8,4%)	175 (91,6%)	rc	-	-	-	-

Lanjutan Tabel L3.1.

Variabel eksplanatoris	Bayi meninggal (n=20)	Bayi hidup (n=184)	Koefisien regresi (β)	p	eRR	95% CI untuk eRR	
						Batas bawah	Batas atas
E. Perilaku perawatan kesehatan ibu:							
1. Perilaku ibu dalam mencari pengobatan:							
Ke fasilitas kesehatan modern	8 (6,0%)	94 (94,0%)	-0,441	0,608	0,643	0,119	3,476
Ke fasilitas kesehatan tradisional, atau diobati sendiri	14 (13,5%)	90 (86,5%)	rc	-	-	-	-
2. Tempat anak dilahirkan:							
Di fasilitas pelayanan kesehatan	1 (6,3%)	15 (93,8%)	0,099	0,951	1,105	0,046	26,733
Di rumah	19 (10,1%)	169 (89,9%)	rc	-	-	-	-
F. Jarak dari rumah ke fasilitas pelayanan kesehatan (km):							
Rerata (SD)	2,50 (2,20)	2,83 (2,40)	-0,206	0,277	0,814	0,562	1,179
Konstanta			-7,277	0,003*	0,001		

Keterangan:

rc = *reference group* (kelompok pembandingan)

eRR = *estimate of the Relative Risk*

* Signifikikan ($p < 0,05$)

** Regresi logistik ganda metode *enter*

Tabel L3.2.

Hasil analisis regresi logistik ganda** untuk model kematian anak (usia 12 bulan – 59 bulan),
kecamatan Arjasa, kabupaten Sumenep, 1999

Variabel eksplanatoris	Anak meninggal (n=12)	Anak hidup (n=172)	Koefisien regresi (β)	p	eRR	95% CI untuk eRR	
						Batas bawah	Batas atas
A. Faktor keluarga:							
1. Keberdayaan ibu dalam keluarga:							
a. Mobilitas ibu:							
Ada mobilitas	3 (4,0%)	72 (96,0%)	-	0,897	-	-	-
Tidak ada mobilitas	9 (8,3%)	100 (91,7%)	rc	-	-	-	-
b. Keberanian ibu berbeda pendapat dengan suami:							
Berani	3 (3,3%)	87 (96,7%)	-	0,876	-	-	-
Tidak berani	9 (9,6%)	85 (90,4%)	rc	-	-	-	-
c. Kekerasan domestik yang dialami ibu:							
Tidak pernah ada	5 (3,7%)	131 (96,3%)	-	0,366	-	-	-
Kadang-kadang ada	6 (14,6%)	35 (85,4%)	-	0,363	-	-	-
Sering ada	1 (14,3%)	6 (85,7%)	rc	-	-	-	-
d. Akses ibu ke sumber finansial:							
Punya akses	4 (3,5%)	111 (96,5%)	-	0,432	-	-	-
Tidak punya akses	8 (11,6%)	61 (88,4%)	rc	-	-	-	-

Lanjutan Tabel L3.2.

Variabel eksplanatoris	Anak meninggal (n=12)	Anak hidup (n=172)	Koefisien regresi (β)	p	eRR	95% CI untuk eRR			
						Batas bawah	Batas atas		
e. Keterlibatan ibu dalam pengambilan keputusan:									
Punya keterlibatan	1 11	(1,1%) (11,6%)	88 84	(98,9%) (88,4%)	-2,850 rc	0,013*	0,058	0,006	0,543
Tidak punya keterlibatan	3 9	(4,9%) (7,3%)	58 114	(95,1%) (92,7%)	- rc	0,665	-	-	-
f. Ibu bekerja di luar rumah:									
Bekerja di luar	5 7	(3,8%) (13,2%)	126 46	(96,2%) (86,8%)	-1,567 rc	0,038*	0,209	0,048	0,916
Tidak bekerja di luar	4 8	(5,4%) (7,3%)	70 102	(94,6%) (92,7%)	- rc	0,860	-	-	-
g. Besarnya perbedaan usia ibu dengan suami:									
< 5 tahun	5 7	(3,8%) (13,2%)	126 46	(96,2%) (86,8%)	-1,567 rc	0,038*	0,209	0,048	0,916
>= 5 tahun	4 8	(5,4%) (7,3%)	70 102	(94,6%) (92,7%)	- rc	0,860	-	-	-
2. Indeks kepemilikan:									
Rerata (SD)	-0,486	(0,403)	-0,130	(0,412)	-3,642	0,004*	0,026	0,002	0,311
3. Pendidikan formal ibu:									
Pernah sekolah menengah	4 8	(5,4%) (7,3%)	70 102	(94,6%) (92,7%)	- rc	0,860	-	-	-
Tidak sekolah atau SD	5 7	(5,0%) (8,3%)	95 77	(95,0%) (91,7%)	- rc	0,929	-	-	-
4. Pendidikan formal ayah:									
Pernah sekolah menengah	4 8	(4,9%) (7,8%)	77 95	(95,1%) (92,2%)	- rc	0,127	-	-	-
Tidak sekolah atau SD	5 7	(5,0%) (8,3%)	95 77	(95,0%) (91,7%)	- rc	0,929	-	-	-
5. Bentuk rumahtangga:									
Keluarga inti	2 10	(100,0%) (5,5%)	0 172	(0,0%) (94,5%)	10,331 rc	0,798	30673,66	0,000	6,5.10 ³⁸
Keluarga diperluas	1,75	(0,75)	1,78	(0,81)	-	0,127	-	-	-
6. Kematian anak sebelumnya:									
Ada kematian	1,75	(0,75)	1,78	(0,81)	-	0,127	-	-	-
Tidak ada kematian	2 10	(100,0%) (5,5%)	0 172	(0,0%) (94,5%)	10,331 rc	0,798	30673,66	0,000	6,5.10 ³⁸
7. Jumlah anak yang hidup:									
Rerata (SD)	1,75	(0,75)	1,78	(0,81)	-	0,127	-	-	-

Lanjutan Tabel L3.2.

Variabel eksplanatoris	Anak meninggal (n=12)	Anak hidup (n=172)	Koefisien regresi (β)	p	eRR	95% CI untuk eRR	
						Batas bawah	Batas atas
B. Faktor biologik anak:							
1. Jenis kelamin anak:							
Laki-laki	5 (6,1%)	77 (93,9%)	-	0,859	-	-	-
Perempuan	7 (6,9%)	95 (93,1%)	rc	-	-	-	-
2. Urutan kelahiran anak:							
Ke 5 atau lebih	0 (0,0%)	2 (100,0%)	-	0,908	-	-	-
Ke 2 s/d 4	7 (6,3%)	104 (93,7%)	-	0,234	-	-	-
Ke 1	5 (7,0%)	66 (93,0%)	rc	-	-	-	-
C. Faktor biomaternal							
1. Usia ibu saat melahirkan:							
<20 tahun atau >34 tahun	5 (13,5%)	32 (86,5%)	-	0,198	-	-	-
20-34 tahun	7 (4,8%)	140 (95,2%)	rc	-	-	-	-
2. Jarak kelahiran dengan anak sebelumnya:							
< 24 bulan	6 (9,8%)	56 (90,2%)	0,833	0,292	2,301	0,489	10,831
>=24 bulan, anak pertama	6 (4,9%)	117 (95,1%)	rc	-	-	-	-
D. Hubungan darah kekerabatan antara ibu dan ayah:							
Ada hubungan	1 (11,1%)	8 (88,9%)	-	0,237	-	-	-
Tidak ada hubungan	11 (6,3%)	164 (93,7%)	rc	-	-	-	-

Lanjutan Tabel L3.2.

Variabel eksplanatoris	Anak meninggal (n=12)	Anak hidup (n=172)	Koefisien regresi (β)	p	eRR	95% CI untuk eRR	
						Batas bawah	Batas atas
E. Perilaku perawatan kesehatan ibu:							
1. Perilaku ibu dalam mencari pengobatan:							
Ke fasilitas kesehatan modern	4 (4,3%)	90 (95,7%)	-	0,185	-	-	-
Ke fasilitas kesehatan tradisional, atau diobati sendiri	8 (8,9%)	82 (91,1%)	rc	-	-	-	-
2. Tempat anak dilahirkan:							
Di fasilitas pelayanan kesehatan	1 (6,7%)	14 (93,3%)	-	0,493	-	-	-
Di rumah	11 (6,5%)	158 (93,5%)	rc	-	-	-	-
F. Jarak dari rumah ke fasilitas pelayanan kesehatan (km):							
Rerata (SD)	2,54 (2,18)	2,85 (2,42)	-	0,501	-	-	-
Konstanta			-2,762	0,001*	0,063		

Keterangan:

rc = *reference group* (kelompok pembandingan)eRR = *estimate of the Relative Risk** Signifikan ($p < 0,05$)** Regresi logistik ganda metode *backward Wald*

Tabel L3.3.

Hasil analisis regresi logistik ganda** untuk model kematian ganda (*multiple death*) anak balita (usia 0 bulan – 59 bulan) pada ibu yang pernah melahirkan hidup lebih dari seorang, kecamatan Arjasa, kabupaten Sumenep, 1999

Variabel eksplanatoris	Kematian balita ganda (n=5)	Bukan kematian balita ganda (n=122)	Koefisien regresi (β)	p	eRR	95% CI untuk eRR	
						Batas bawah	Batas atas
A. Faktor keluarga:							
1. Keberdayaan ibu dalam keluarga:							
a. Mobilitas ibu:							
Ada mobilitas	1 (1,9%)	52 (98,1%)	-10,610	1,000	0,000	0,000	-
Tidak ada mobilitas	4 (5,4%)	70 (94,6%)	rc	-	-	-	-
b. Keberanian ibu berbeda pendapat dengan suami:							
Berani	1 (1,7%)	58 (96,3%)	40,168	0,999	2,78.10 ¹⁷	0,000	-
Tidak berani	4 (5,9%)	64 (94,1%)	rc	-	-	-	-
c. Kekerasan domestik yang dialami ibu:							
Tidak pernah ada	2 (2,1%)	92 (97,9%)	-48,865	0,999	0,000	0,000	-
Kadang-kadang ada	2 (6,7%)	28 (93,3%)	-17,691	1,000	0,000	0,000	-
Sering ada	1 (33,3%)	2 (66,7%)	rc	-	-	-	-
d. Akses ibu ke sumber finansial:							
Punya akses	3 (3,9%)	74 (96,1%)	29,623	0,997	7,32.10 ¹²	0,000	-
Tidak punya akses	2 (4,0%)	48 (96,0%)	rc	-	-	-	-

Lanjutan Tabel L3.3.

Variabel eksplanatoris	Kematian balita ganda		Bukan kematian balita ganda (n=122)	Koefisien regresi (β)	p	eRR	95% CI untuk eRR	
	(n=5)	(n=5)					Batas bawah	Batas atas
e. Keterlibatan ibu dalam pengambilan keputusan:								
Punya keterlibatan	0	(0,0%)	58 (100,0%)	-16,544	0,999	0,000	0,000	0,000
Tidak punya keterlibatan	5	(7,2%)	64 (92,8%)	rc	-	-	-	-
f. Ibu bekerja di luar rumah:								
Bekerja di luar	1	(2,2%)	45 (97,8%)	-67,163	0,997	0,000	0,000	0,000
Tidak bekerja di luar	4	(4,9%)	77 (95,1%)	rc	-	-	-	-
g. Besarnya perbedaan usia ibu dengan suami:								
< 5 tahun	2	(2,4%)	81 (97,6%)	9,672	0,999	15860,38	0,000	0,000
>= 5 tahun	3	(6,8%)	41 (93,2%)	rc	-	-	-	-
2. Indeks kepemilikan: Rerata (SD)								
	-0,491	(0,475)	-0,147 (0,410)	16,311	0,999	12,1.10 ⁶	0,000	0,000
3. Pendidikan formal ibu:								
Pernah sekolah menengah	0	(0,0%)	46 (100,0%)	-42,766	0,998	0,000	0,000	0,000
Tidak sekolah atau SD	5	(6,2%)	76 (93,8%)	rc	-	-	-	-
4. Pendidikan formal ayah:								
Pernah sekolah menengah	0	(0,0%)	64 (100,0%)	-15,380	1,000	0,000	0,000	0,000
Tidak sekolah atau SD	5	(7,9%)	58 (92,1%)	rc	-	-	-	-
5. Bentuk rumahtangga: Keluarga inti								
	1	(1,8%)	55 (96,2%)	8,455	1,000	4697,97	0,000	0,000
Keluarga diperluas	4	(5,6%)	67 (94,4%)	rc	-	-	-	-
6. Jumlah anak yang hidup: Rerata (SD)								
	2,60	(0,55)	2,34 (0,69)	12,424	0,986	24,9.10 ⁴	0,000	0,000

Lanjutan Tabel L3.3.

Variabel eksplanatoris	Kematian balita ganda (n=5)	Bukan kematian balita ganda (n=122)	Koefisien regresi (β)	p	eRR	95% CI untuk eRR	
						Batas bawah	Batas atas
B. Faktor biologik anak:							
1. Jenis kelamin anak:							
Laki-laki	2 (3,6%)	54 (96,4%)	-5,327	1,000	0,005	0,000	-
Perempuan	3 (4,2%)	68 (85,8%)	rc	-	-	-	-
2. Urutan kelahiran anak:							
Ke 5 atau lebih	0 (0,0%)	2 (100,0%)	-22,698	1,000	0,000	0,000	-
Ke 2 s/d 4	5 (4,0%)	120 (96,0%)	rc	-	-	-	-
Ke 1	0 (0,0%)	0 (0,0%)	-	-	-	-	-
C. Faktor biomaternal							
1. Usia ibu saat melahirkan:							
<20 tahun atau >34 tahun	4 (22,2%)	14 (77,8%)	69,001	0,994	1,08.10 ³³	0,000	-
20-34 tahun	1 (0,9%)	108 (99,9%)	rc	-	-	-	-
2. Jarak kelahiran dengan anak sebelumnya:							
< 24 bulan	3 (4,3%)	67 (95,7%)	-8,841	0,999	0,000	0,000	-
>=24 bulan, anak pertama	2 (3,5%)	55 (96,5%)	rc	-	-	-	-
D. Hubungan darah kekerabatan antara ibu dan ayah:							
Ada hubungan	0 (0,0%)	9 (100,0%)	1,804	1,000	6,071	0,000	-
Tidak ada hubungan	5 (4,2%)	113 (95,8%)	rc	-	-	-	-

Lanjutan Tabel L3.3.

Variabel eksplanatoris	Kematian balita ganda (n=5)	Bukan kematian balita ganda (n=122)	Koefisien regresi (β)	p	eRR	95% CI untuk eRR	
						Batas bawah	Batas atas
E. Perilaku perawatan kesehatan ibu:							
1. Perilaku ibu dalam mencari pengobatan:							
Ke fasilitas kesehatan modern	2 (3,3%)	59 (96,7%)	15,433	0,999	5,0.10 ⁶	0,000	-
Ke fasilitas kesehatan tradisional, atau diobati sendiri	3 (4,5%)	63 (95,5%)	rc	-	-	-	-
2. Tempat anak dilahirkan:							
Di fasilitas pelayanan kesehatan	1 (11,1%)	8 (88,9%)	76,065	0,994	1,08.10 ³³	0,000	-
Di rumah	4 (3,4%)	114 (96,6%)	rc	-	-	-	-
F. Jarak dari rumah ke fasilitas pelayanan kesehatan (km):							
Rerata (SD)	1,60 (1,92)	2,71 (2,30)	-4,221	0,998	0,000	0,000	-
Konstanta			-56,524	0,999	0,000		

Keterangan:

rc = *reference group* (kelompok pembanding)

eRR = *estimate of the Relative Risk*

* Signifikan (p<0,05)

** Regresi logistik ganda metode enter

Lampiran 4.

Daftar Pertanyaan

PERNYATAAN KESEDIAAN

Yang bertandatangan di bawah ini, saya:

N a m a : _____

Alamat : _____

menyatakan bersedia / tidak bersedia^{*)} untuk menjadi responden, dengan cara diwawancarai, pada penelitian yang berjudul “Peranan Lingkungan Pengasuhan Anak terhadap Kematian Anak”.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya.

Kangean, , 1999

Yang memberi penjelasan,

Yang membuat pernyataan,

(_____)

(_____)

Keterangan:

**) Coret yang tidak sesuai*

DAFTAR PERTANYAAN

PENELITIAN PERANAN LINGKUNGAN PENGASUHAN ANAK TERHADAP KEMATIAN ANAK

Rahasia

Responden: IBU

Nama pewawancara :

Waktu wawancara : / /

A	PENGENALAN TEMPAT		
01	Kabupaten	Sumenep	
02	Kecamatan	.....
03	Desa	.....
04	Daerah	Pedesaan	
B	SELEKSI (tanda * kriteria dipilih masuk sebagai responden / sampel)		
01	Nama ibu:	.....
02	Pernah menikah (kawin)?	1 = Ya 2 = Tidak	Ya*
03	Pernah melahirkan hidup?	1 = Ya 2 = Tidak	Ya*
04	Berapa jumlah anak yang dilahirkan hidup?	..... orang	
05	Berapa umur anak yang terakhir sekarang?	..... tahun	Kurang dari 10 tahun*
06	Apakah ada anak ibu yang meninggal?	1 = Ada 2 = Tidak ada	

07	Umur berapa anak tersebut waktu meninggal? (untuk anak yang terakhir meninggal, bila ada lebih dari seorang anak yang meninggal)	..... tahun bulan	Kurang dari 5 tahun*
08	Kapan anak tersebut meninggal? (untuk anak yang terakhir meninggal, bila ada lebih dari seorang anak yang meninggal)	..... tahun yang lalu [tg]..... / [bl]..... / [th].....	Kurang dari 5 tahun yang lalu*
09	Apa sebab kematian anak yang meninggal itu?	1 = sakit (sebutkan) 2 = kecelakaan 3 = lainnya (sebutkan)	Sakit atau lainnya*
10	Sejak kapan ibu tinggal di rumah ini?	..... tahun yang lalu [tg]..... / [bl]..... / [th].....	Lebih dari 5 tahun*
11	Kapan terakhir rumah ini diperbaiki?	..... tahun yang lalu [tg]..... / [bl]..... / [th].....	
12	Apa saja yang diperbaiki?	1 = Lantai 3 = Dinding 2 = Atap 4 = Total	
13	Dari bahan apa bagian rumah itu sebelum diperbaiki?	Lantai Atap Dinding	

Seluruh pertanyaan di bawah ini hanya untuk mereka yang sudah terpilih sebagai responden sesuai dengan seleksi sebelumnya!

00	Nomor responden:	<i>Diisi bila terpilih</i>
----	------------------	-------	----------------------------

C KARAKTERISTIK IBU DAN KELUARGA			
01	Berapa orang yang tinggal di rumah ini?	..... orang	
02	Apakah ada orang lain, selain ibu sendiri, suami, dan anak-anak ibu (misalnya orangtua, mertua, menantu, keponakan, saudara sepupu), yang juga tinggal di rumah ini?	1 = Ya 2 = Tidak	
03	Apa status perkawinan ibu sekarang?	1 = Kawin, kumpul dengan suami 2 = Kawin, pisah dengan suami 3 = Janda cerai 4 = Janda meninggal	
04	Bila saat ini ibu adalah janda, kapan ibu cerai atau kapan suami ibu meninggal?	..... tahun yang lalu [tg]..... / [bl]..... / [th].....	
05	Berapa umur ibu sekarang?	..... tahun	
06	Berapa umur suami sekarang, atau berapa umur suami waktu cerai atau meninggal?	..... tahun	
07	Apakah ibu mempunyai hubungan sedarah (saudara sepupu, paman, keponakan, dll) dengan suami?	1 = Ya 2 = Tidak	
08	Apa pendidikan terakhir ibu?	.....
09	Apa pendidikan terakhir suami?	.....
10	Apa pekerjaan ibu?	.....

11	Bila ibu bekerja, di mana tempat ibu bekerja?	1 = Di rumah 2 = Di luar rumah (kantor, pasar, sawah, dll)	
12	Apakah ibu menerima upah/gaji atau mendapatkan uang dari pekerjaan ibu?	1 = Ya 2 = Tidak	
13	Berapa rupiah penghasilan ibu yang diperoleh dari pekerjaan itu?	Rp per hari / minggu / bulan	
14	Apakah ibu pernah pergi sendirian ke luar rumah (misalnya ke pasar, puskesmas, arisan, pengajian)?	1 = Sering 2 = Pernah, tapi tidak sering 3 = Tidak pernah	
15	Apakah kalau pergi sendirian seperti itu harus selalu menunggu izin dari (bekas) suami?	1 = Selalu 2 = Tidak selalu	
16	Apakah ibu berani berbeda pendapat dengan (bekas) suami ketika berbicara mengenai masalah-masalah rumah tangga dan anak?	1 = Berani 2 = Tidak berani	
17	Apakah ibu pernah mengalami kekerasan (misalnya ditempeleng, dipukul, diikat, disekap, dll) yang dilakukan oleh (bekas) suami di rumah?	1 = Tidak pernah 2 = Kadang-kadang 3 = Sering	
18	Apakah ibu mempunyai salah satu di antara yang disebutkan ini? Pilih yang sesuai..	0 = Tidak mempunyai 1 = Mempunyai/memegang keuangan rumahtangga 2 = Mempunyai barang-barang berharga sendiri (emas, mutiara, berlian) 3 = Mempunyai rumah atau tanah sendiri 4 = Kombinasi (1), (2), atau (3)	

19	Apakah kalau ada masalah anak atau rumahtangga, ibu ikut menentukan atau ikut mengambil keputusan (misalnya anak akan disekolahkan kemana, kalau ada yang sakit akan dibawa berobat kemana, kalau punya uang ingin dibelikan apa, dll)?	1 = Ya 2 = Tidak	
20	Siapa yang paling sering menentukan dan mengambil keputusan untuk masalah-masalah rumahtangga ibu?	1 = Saya (istri) 2 = Suami 3 = Anggota keluarga lain (orangtua, mertua, kakak, dll) yang tinggal serumah 4 = Anggota keluarga lain yang tidak tinggal serumah 5 = Orang lain, bukan anggota keluarga	
21	Kemana ibu berobat kalau sakit?	1 = diobati sendiri 2 = dukun / sinshe / tabib 3 = puskesmas / rumah sakit 4 = bidan / perawat / dokter praktek swasta 5 = lainnya (sebutkan)	



D TENTANG ANAK YANG SEKARANG BERUMUR DI BAWAH LIMA TAHUN (Pilih satu orang anak)					
01	Nama anak:	.....		
02	Umur anak:	..... tahun bulan		
03	Jenis kelamin anak:	1= laki-laki 2 = perempuan			
04	Urutan kelahiran (anak ke berapa):	.....		
05	Di mana ibu melahirkan anak tersebut*?	1 = rumah 2 = polindes / puskesmas / rumah sakit / rumah bersalin 3 = lainnya, sebutkan			
06	Berapa usia ibu ketika melahirkan anak tersebut*?	..... tahun		
07	Berapa jarak kelahiran anak tersebut* dengan kelahiran kakak kandungnya (baik yang masih hidup mau pun yang sudah meninggal dunia)?	..... tahun bulan		
08	Apakah anak tersebut* mempunyai kakak kandung yang meninggal dunia?	1 = Ya 2 = Tidak			
09	Sebutkan nama, <u>umur saat meninggal</u> , dan <u>sebab kematian</u> dari kakak kandung anak tersebut* yang meninggal dunia!		Nama	Umur	Sebab
		01 th bl
		02 th bl
		03 th bl
		04 th bl

10	Berapakah jumlah anak ibu seluruhnya yang masih hidup saat ini? orang																							
11	Sebutkan nama dan umur setiap anak ibu yang masih hidup, yang tinggal serumah dan masih dalam tanggungan orangtua, mulai dari anak terakhir!	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="608 334 666 393"></th> <th data-bbox="666 334 976 393">Nama anak</th> <th data-bbox="976 334 1234 393">Umur</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="608 393 666 473">01</td> <td data-bbox="666 393 976 473">.....</td> <td data-bbox="976 393 1234 473">.....</td> </tr> <tr> <td data-bbox="608 473 666 553">02</td> <td data-bbox="666 473 976 553">.....</td> <td data-bbox="976 473 1234 553">.....</td> </tr> <tr> <td data-bbox="608 553 666 632">03</td> <td data-bbox="666 553 976 632">.....</td> <td data-bbox="976 553 1234 632">.....</td> </tr> <tr> <td data-bbox="608 632 666 712">04</td> <td data-bbox="666 632 976 712">.....</td> <td data-bbox="976 632 1234 712">.....</td> </tr> <tr> <td data-bbox="608 712 666 791">05</td> <td data-bbox="666 712 976 791">.....</td> <td data-bbox="976 712 1234 791">.....</td> </tr> <tr> <td data-bbox="608 791 666 840">06</td> <td data-bbox="666 791 976 840">.....</td> <td data-bbox="976 791 1234 840">.....</td> </tr> </tbody> </table>		Nama anak	Umur	01	02	03	04	05	06		
	Nama anak	Umur																							
01																							
02																							
03																							
04																							
05																							
06																							

Keterangan:
anak tersebut* yang dimaksud adalah anak yang namanya tertulis pada jawaban pertanyaan D.01

E TENTANG ANAK YANG SUDAH MENINGGAL, YANG SAAT MENINGGAL BERUMUR DI BAWAH LIMA TAHUN DAN WAKTU MENINGGALNYA KURANG DARI LIMA TAHUN YANG LALU (Pilih satu orang anak)					
01	Nama anak:	.....		
02	Berapa umur anak tersebut* saat meninggal dunia?	..... tahun bulan		
03	Apa sebab kematian dari anak tersebut*?	1 = sakit (sebutkan penyakitnya) 2 = kecelakaan 3 = lainnya (sebutkan)			
04	Jenis kelamin anak:	1= laki-laki 2 = perempuan			
05	Urutan kelahiran (anak ke berapa):	.....		
06	Di mana ibu melahirkan anak tersebut*?	1 = rumah 2 = polindes / puskesmas / rumah sakit / rumah bersalin 3 = lainnya, sebutkan			
07	Berapa usia ibu ketika melahirkan anak tersebut*?	..... tahun		
08	Berapa jarak kelahiran anak tersebut* dengan kelahiran kakak kandung sebelumnya (yang hidup mau pun yang sudah meninggal)?	..... tahun bulan		
09	Apakah anak tersebut* mempunyai kakak kandung yang juga meninggal dunia?	1 = Ya 2 = Tidak			
10	Sebutkan nama, <u>umur saat meninggal</u> , dan <u>sebab kematian</u> dari kakak kandung anak tersebut* yang juga meninggal dunia!		Nama	Umur	Sebab
		01 th bl
		02 th bl
		03 th bl

11	Berapakah jumlah anak ibu seluruhnya yang masih hidup saat anak tersebut* meninggal?	..... orang	
12	Pada saat anak tersebut* meninggal, sebutkan nama dan umur setiap anak ibu yang masih hidup, yang tinggal serumah dan masih dalam tanggungan orangtua, mulai dari anak terakhir!	Nama anak	Umur
		01	.....
		02	.....
		03	.....
		04	.....
		05	.....
		06	.....

Keterangan:

anak tersebut yang dimaksud adalah anak yang namanya tertulis pada jawaban pertanyaan E.01*

DAFTAR TILIK OBSERVASI KEPEMILIKAN RUMAH TANGGA

Nama penilik :

Waktu tilik : / /

Nama ibu rumahtangga : No. responden:

No	Pertanyaan	Pilihan		Skor
		Ya	Tidak	
A. Barang-barang rumah tangga:				
1	Listrik			
2	Radio atau <i>tape recorder</i>			
3	Televisi			
4	Lemari es			
5	Sepeda angin			
6	Sepeda motor atau perahu motor			
7	Mobil			
8	Kompor gas			
9	Kompor minyak tanah			
10	Kompor Listrik			
B. Bekerja di rumah, atau bekerja di sawah / ladang milik sendiri atau keluarga				
C. Sumber air minum:				
1	Air minum berpipa di rumah			
2	Air berpipa di halaman			
3	Sungai, air permukaan			
4	Air berpipa untuk umum			
5	Air sumur pompa			
6	Air hujan			
7	Sumber air minum lain			
8	Air sumur berpelindung			
9	Air sumur tak berpelindung			

No	Pertanyaan	Pilihan		Skor
		Ya	Tidak	
D. Fasilitas jamban / kakus / WC:				
1	Jamban umum			
2	Jamban pribadi			
3	Semak-semak, pelataran tanah			
4	Lain-lain			
E. Bahan lantai:				
1	Kotor, tanah			
2	Kayu, papan			
3	Keramik, marmer			
4	Batu bata			
5	Bambu			
6	Semen			
2	Bahan lain			
F. Bahan atap:				
1	Genteng			
2	Beton			
3	Asbestos, seng			
4	Kayu			
5	Daun			
6	Bahan lain			
G. Bahan dinding:				
1	Papan kayu			
2	Bambu			
3	Batu bata			
4	Bahan lain			
Jumlah skor kepemilikan rumah tangga				

Lampiran 5.

Data Penelitian (*diringkas*)

Lampiran 6.

Printout Hasil Analisis Data Penelitian

DESA Desa

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Arjasa	54	26.5	26.5	26.5
	2 Pandeman	38	18.6	18.6	45.1
	3 Pabian	31	15.2	15.2	60.3
	4 Kangayan	33	16.2	16.2	76.5
	5 Saobi	48	23.5	23.5	100.0
	Total	204	100.0	100.0	

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
UMUR_SU Umur suami (tahun)	204	23	49	33.49	6.29
UMUR_IS Umur istri (tahun)	204	18	43	30.16	5.87
Valid N (listwise)	204				

MOBILITA Mobilitas ibu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Mobil	80	39.2	39.2	39.2
	2 Tak mobil	124	60.8	60.8	100.0
	Total	204	100.0	100.0	

TAKUT Ketidaktakutan thd suami

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Tak takut	96	47.1	47.1	47.1
	2 Takut	108	52.9	52.9	100.0
	Total	204	100.0	100.0	

KERAS Non kekerasan domestik thd ibu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Tak pernah	150	73.5	73.5	73.5
	2 Kadang-kadang	46	22.5	22.5	96.1
	3 Sering	8	3.9	3.9	100.0
	Total	204	100.0	100.0	

AKSES Akses ibu ke sumber finansial

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Punya akses	124	60.8	60.8	60.8
	2 Tak punya akses	80	39.2	39.2	100.0
	Total	204	100.0	100.0	

PUTUS Kewenangan ibu mengambil keputusan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Punya wewenang	93	45.6	45.6	45.6
	2 Tak punya wewenang	111	54.4	54.4	100.0
	Total	204	100.0	100.0	

KERJA_IS Pekerjaan ibu di luar rumah

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Bekerja di luar	63	30.9	30.9	30.9
	2 Tak bekerja di luar	141	69.1	69.1	100.0
	Total	204	100.0	100.0	

B_USIA Perbedaan usia dg suami < 5 th

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Selisih <5 th	137	67.2	67.2	67.2
	2 Selisih >=5 th	67	32.8	32.8	100.0
	Total	204	100.0	100.0	

DIDIK_IS Pendidikan ibu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Pernah sekolah menengah	76	37.3	37.3	37.3
	2 Tak sekolah, SD	128	62.7	62.7	100.0
	Total	204	100.0	100.0	

DIDIK_SU Pendidikan suami

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Pernah sekolah menengah	105	51.5	51.5	51.5
	2 Tak sekolah, SD	99	48.5	48.5	100.0
	Total	204	100.0	100.0	

BENT_RT Bentuk rumahtangga

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Kel inti (nuclear)	86	42.2	42.2	42.2
	2 Kel dipertuas (extended)	118	57.8	57.8	100.0
	Total	204	100.0	100.0	

M_KAKAK Kematian anak sebelumnya

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Ada kematian	5	2.5	2.5	2.5
	2 Tak ada kematian, anak pertama	199	97.5	97.5	100.0
	Total	204	100.0	100.0	

SEKS Jenis kelamin anak

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Laki-laki	91	44.6	44.6	44.6
	2 Perempuan	113	55.4	55.4	100.0
	Total	204	100.0	100.0	

URUTAN_K Urutan kelahiran anak (kategorikal)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Ke 5+	2	1.0	1.0	1.0
	2 Ke 2-4	125	61.3	61.3	62.3
	3 Ke 1	77	37.7	37.7	100.0
	Total	204	100.0	100.0	

T_LAHIR Tempat anak dilahirkan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Di fasilitas yankes	16	7.8	7.8	7.8
	2 Di rumah	188	92.2	92.2	100.0
	Total	204	100.0	100.0	

U_IBU_LK Umur ibu saat melahirkan (kategorikal)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 <20 th, atau >=35 th	48	23.5	23.5	23.5
	2 20-34 th	156	76.5	76.5	100.0
	Total	204	100.0	100.0	

JR_LHR Jarak kelahiran dengan anak sebelumnya

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 <24 bl	70	34.3	34.3	34.3
	2 >=24 bl, anak pertama	134	65.7	65.7	100.0
	Total	204	100.0	100.0	

HUB_DRH Hubungan darah dg suami

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Ada hub darah	13	6.4	6.4	6.4
	2 Tak ada hub darah	191	93.6	93.6	100.0
	Total	204	100.0	100.0	

CR_OBAT Perilaku pencarian pengobatan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Ke yankes modern	100	49.0	49.0	49.0
	2 Ke yankes tradisional, berobat sendiri	104	51.0	51.0	100.0
	Total	204	100.0	100.0	

JARAK Jarak rumah dengan fasilitas kesehatan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.5	54	26.5	26.5	26.5
	1.0	48	23.5	23.5	50.0
	3.0	38	18.6	18.6	68.6
	5.0	33	16.2	16.2	84.8
	7.0	31	15.2	15.2	100.0
	Total	204	100.0	100.0	

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
BARANG_R	204	-.34	.27	-.1325	.1782
TN_GARAP Asset tanah garapan	204	-.126	.065	2.9422E-02	7.4545E-02
AIR_MNM	204	-.12	.24	-1.6613E-02	.1227
KAKUS_S	204	-.16	.17	-9.0882E-03	.1282
LANTAI_S	204	-.18	.31	3.416E-02	.2056
ATAP_S	204	.00	.11	.1011	2.669E-02
TEMBOK_S	204	-.20	-.19	-.1981	3.693E-03
ASSET_S Skor kepemilikan (asset score)	204	-.930	.875	-.19174	.42859
JM_AN_H Jumlah anak hidup	204	1	5	1.84	.85
JARAK Jarak rumah dengan fasilitas kesehatan	204	.5	7.0	2.799	2.379
Valid N (listwise)	204				

RADIO Asset radio/tape recorder

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 Tak punya	110	53.9	53.9	53.9
	1 Punya	94	46.1	46.1	100.0
	Total	204	100.0	100.0	

SEPEDA Asset sepeda angin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 Tak punya	119	58.3	58.3	58.3
	1 Punya	85	41.7	41.7	100.0
	Total	204	100.0	100.0	

MOTOR Asset sepeda motor

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 Tak punya	158	77.5	77.5	77.5
	1 Punya	46	22.5	22.5	100.0
	Total	204	100.0	100.0	

KOMPOR Asset kompor

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 Tak punya	138	67.6	67.6	67.6
	2 Kompor minyak	66	32.4	32.4	100.0
	Total	204	100.0	100.0	

SAWAH Asset tanah garapan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 Tak punya	166	81.4	81.4	81.4
	1 Punya	38	18.6	18.6	100.0
	Total	204	100.0	100.0	

AIR Fasilitas air minum

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Air pipa di rumah	6	2.9	2.9	2.9
	5 Air sumur pompa	44	21.6	21.6	24.5
	8 Air sumur dg pelindung	45	22.1	22.1	46.6
	9 Air sumur tnp pelindung	109	53.4	53.4	100.0
	Total	204	100.0	100.0	

KAKUS Fasilitas kakus/jamban

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Kakus umum	93	45.6	45.6	45.6
	2 Kakus pribadi	62	30.4	30.4	76.0
	4 Lain2	49	24.0	24.0	100.0
	Total	204	100.0	100.0	

LANTAI Material lantai rumah

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Kotor, tanah	96	47.1	47.1	47.1
	3 Keramik, marmor	4	2.0	2.0	49.0
	6 Semen	104	51.0	51.0	100.0
	Total	204	100.0	100.0	

ATAP Material atap rumah

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Genteng	191	93.6	93.6	93.6
	3 Asbestos, seng	13	6.4	6.4	100.0
	Total	204	100.0	100.0	

TEMBOK Material dinding rumah

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Papan kayu	15	7.4	7.4	7.4
	2 Bambu	66	32.4	32.4	39.7
	3 Batu bata	123	60.3	60.3	100.0
	Total	204	100.0	100.0	

Faktor-faktor Kematian Bayi

MOBILITA Mobilitas ibu * INFANT_M Kematian bayi (0-11 bl) Crosstabulation

			INFANT_M Kematian bayi (0-11 bl)		
			0 Tidak	1 Ya	Total
MOBILITA Mobilitas ibu	1 Mobil	Count	75	5	80
		% within MOBILITA Mobilitas ibu	93.8%	6.3%	100.0%
	2 Tak mobil	Count	109	15	124
		% within MOBILITA Mobilitas ibu	87.9%	12.1%	100.0%
Total		Count	184	20	204
		% within MOBILITA Mobilitas ibu	90.2%	9.8%	100.0%

TAKUT Ketidaktakutan thd suami * INFANT_M Kematian bayi (0-11 bl) Crosstabulation

			INFANT_M Kematian bayi (0-11 bl)		
			0 Tidak	1 Ya	Total
TAKUT Ketidaktakutan thd suami	1 Tak takut	Count	90	6	96
		% within TAKUT Ketidaktakutan thd suami	93.8%	6.3%	100.0%
	2 Takut	Count	94	14	108
		% within TAKUT Ketidaktakutan thd suami	87.0%	13.0%	100.0%
Total		Count	184	20	204
		% within TAKUT Ketidaktakutan thd suami	90.2%	9.8%	100.0%

KERAS Non kekerasan domestik thd ibu * INFANT_M Kematian bayi (0-11 bl) Crosstabulation

			INFANT_M Kematian bayi (0-11 bl)		
			0 Tidak	1 Ya	Total
KERAS Non kekerasan domestik thd ibu	1 Tak pernah	Count	136	14	150
		% within KERAS Non kekerasan domestik thd ibu	90.7%	9.3%	100.0%
	2 Kadang-kadang	Count	41	5	46
		% within KERAS Non kekerasan domestik thd ibu	89.1%	10.9%	100.0%
	3 Sering	Count	7	1	8
		% within KERAS Non kekerasan domestik thd ibu	87.5%	12.5%	100.0%
Total	Count	184	20	204	
	% within KERAS Non kekerasan domestik thd ibu	90.2%	9.8%	100.0%	

AKSES Akses ibu ke sumber finansial * INFANT_M Kematian bayi (0-11 bl) Crosstabulation

			INFANT_M Kematian bayi (0-11 bl)		
			0 Tidak	1 Ya	Total
AKSES Akses ibu ke sumber finansial	1 Punya akses	Count	115	9	124
		% within AKSES Akses ibu ke sumber finansial	92.7%	7.3%	100.0%
	2 Tak punya akses	Count	69	11	80
		% within AKSES Akses ibu ke sumber finansial	86.3%	13.8%	100.0%
Total	Count	184	20	204	
	% within AKSES Akses ibu ke sumber finansial	90.2%	9.8%	100.0%	

PUTUS Kewenangan ibu mengambil keputusan * INFANT_M Kematian bayi (0-11 bl) Crosstabulation

			INFANT_M Kematian bayi (0-11 bl)		
			0 Tidak	1 Ya	Total
PUTUS Kewenangan ibu mengambil keputusan	1 Punya wewenang	Count	89	4	93
		% within PUTUS Kewenangan ibu mengambil keputusan	95.7%	4.3%	100.0%
	2 Tak punya wewenang	Count	95	16	111
		% within PUTUS Kewenangan ibu mengambil keputusan	85.6%	14.4%	100.0%
Total	Count	184	20	204	
	% within PUTUS Kewenangan ibu mengambil keputusan	90.2%	9.8%	100.0%	

KERJA_IS Pekerjaan Ibu di luar rumah * INFANT_M Kematian bayi (0-11 bl) Crosstabulation

			INFANT_M Kematian bayi (0-11 bl)		
			0 Tidak	1 Ya	Total
KERJA_IS Pekerjaan ibu di luar rumah	1 Bekerja di luar	Count	61	2	63
		% within KERJA_IS Pekerjaan ibu di luar rumah	96.8%	3.2%	100.0%
	2 Tak bekerja di luar	Count	123	18	141
		% within KERJA_IS Pekerjaan ibu di luar rumah	87.2%	12.8%	100.0%
Total		Count	184	20	204
		% within KERJA_IS Pekerjaan ibu di luar rumah	90.2%	9.8%	100.0%

B_USIA Perbedaan usia dg suami < 5 th * INFANT_M Kematian bayi (0-11 bl) Crosstabulation

			INFANT_M Kematian bayi (0-11 bl)		
			0 Tidak	1 Ya	Total
B_USIA Perbedaan usia dg suami < 5 th	1 Selisih <5 th	Count	131	6	137
		% within B_USIA Perbedaan usia dg suami < 5 th	95.6%	4.4%	100.0%
	2 Selisih >=5 th	Count	53	14	67
		% within B_USIA Perbedaan usia dg suami < 5 th	79.1%	20.9%	100.0%
Total		Count	184	20	204
		% within B_USIA Perbedaan usia dg suami < 5 th	90.2%	9.8%	100.0%

DIDIK_IS Pendidikan Ibu * INFANT_M Kematian bayi (0-11 bl) Crosstabulation

			INFANT_M Kematian bayi (0-11 bl)		
			0 Tidak	1 Ya	Total
DIDIK_IS Pendidikan ibu	1 Pernah sekolah menengah	Count	74	2	76
		% within DIDIK_IS Pendidikan ibu	97.4%	2.6%	100.0%
	2 Tak sekolah, SD	Count	110	18	128
		% within DIDIK_IS Pendidikan ibu	85.9%	14.1%	100.0%
Total		Count	184	20	204
		% within DIDIK_IS Pendidikan ibu	90.2%	9.8%	100.0%

DIDIK_SU Pendidikan suami * INFANT_M Kematian bayi (0-11 bl) Crosstabulation

			INFANT_M Kematian bayi (0-11 bl)		
			0 Tidak	1 Ya	Total
DIDIK_SU Pendidikan suami	1 Pernah sekolah menengah	Count	100	5	105
		% within DIDIK_SU Pendidikan suami	95.2%	4.8%	100.0%
	2 Tak sekolah, SD	Count	84	15	99
		% within DIDIK_SU Pendidikan suami	84.8%	15.2%	100.0%
Total		Count	184	20	204
		% within DIDIK_SU Pendidikan suami	90.2%	9.8%	100.0%

BENT_RT Bentuk rumahtangga * INFANT_M Kematian bayi (0-11 bl) Crosstabulation

			INFANT_M Kematian bayi (0-11 bl)		
			0 Tidak	1 Ya	Total
BENT_RT Bentuk rumahtangga	1 Kel inti (nuclear)	Count	81	5	86
		% within BENT_RT Bentuk rumahtangga	94.2%	5.8%	100.0%
	2 Kel diperluas (extended)	Count	103	15	118
		% within BENT_RT Bentuk rumahtangga	87.3%	12.7%	100.0%
Total		Count	184	20	204
		% within BENT_RT Bentuk rumahtangga	90.2%	9.8%	100.0%

M_KAKAK Kematian anak sebelumnya * INFANT_M Kematian bayi (0-11 bl) Crosstabulation

			INFANT_M Kematian bayi (0-11 bl)		
			0 Tidak	1 Ya	Total
M_KAKAK Kematian anak sebelumnya	1 Ada kematian	Count	2	3	5
		% within M_KAKAK Kematian anak sebelumnya	40.0%	60.0%	100.0%
	2 Tak ada kematian, anak pertama	Count	182	17	199
		% within M_KAKAK Kematian anak sebelumnya	91.5%	8.5%	100.0%
Total		Count	184	20	204
		% within M_KAKAK Kematian anak sebelumnya	90.2%	9.8%	100.0%



SEKS Jenis kelamin anak * INFANT_M Kematian bayi (0-11 bl) Crosstabulation

		INFANT_M Kematian bayi (0-11 bl)			
		0 Tidak	1 Ya	Total	
SEKS Jenis kelamin anak	1 Laki-laki	Count	82	9	91
		% within SEKS Jenis kelamin anak	90.1%	9.9%	100.0%
	2 Perempuan	Count	102	11	113
		% within SEKS Jenis kelamin anak	90.3%	9.7%	100.0%
Total		Count	184	20	204
		% within SEKS Jenis kelamin anak	90.2%	9.8%	100.0%

URUTAN_K Urutan kelahiran anak (kategorikal) * INFANT_M Kematian bayi (0-11 bl) Crosstabulation

		INFANT_M Kematian bayi (0-11 bl)			
		0 Tidak	1 Ya	Total	
URUTAN_K Urutan kelahiran anak (kategorikal)	1 Ke 5+	Count	2		2
		% within URUTAN_K Urutan kelahiran anak (kategorikal)	100.0%		100.0%
	2 Ke 2-4	Count	111	14	125
		% within URUTAN_K Urutan kelahiran anak (kategorikal)	88.8%	11.2%	100.0%
	3 Ke 1	Count	71	6	77
		% within URUTAN_K Urutan kelahiran anak (kategorikal)	92.2%	7.8%	100.0%
Total		Count	184	20	204
		% within URUTAN_K Urutan kelahiran anak (kategorikal)	90.2%	9.8%	100.0%

T_LAHIR Tempat anak dilahirkan * INFANT_M Kematian bayi (0-11 bl) Crosstabulation

		INFANT_M Kematian bayi (0-11 bl)			
		0 Tidak	1 Ya	Total	
T_LAHIR Tempat anak dilahirkan	1 Di fasilitas yankes	Count	15	1	16
		% within T_LAHIR Tempat anak dilahirkan	93.8%	6.3%	100.0%
	2 Di rumah	Count	169	19	188
		% within T_LAHIR Tempat anak dilahirkan	89.9%	10.1%	100.0%
Total		Count	184	20	204
		% within T_LAHIR Tempat anak dilahirkan	90.2%	9.8%	100.0%

U_IBU_LK Umur ibu saat melahirkan (kategorikal) * INFANT_M Kematian bayi (0-11 bl) Crosstabulation

			INFANT_M Kematian bayi (0-11 bl)		
			0 Tidak	1 Ya	Total
U_IBU_LK Umur ibu saat melahirkan (kategorikal)	1 <20 th, atau >=35 th	Count	37	11	48
		% within U_IBU_LK Umur ibu saat melahirkan (kategorikal)	77.1%	22.9%	100.0%
	2 20-34 th	Count	147	9	158
		% within U_IBU_LK Umur ibu saat melahirkan (kategorikal)	94.2%	5.8%	100.0%
Total		Count	184	20	204
		% within U_IBU_LK Umur ibu saat melahirkan (kategorikal)	90.2%	9.8%	100.0%

JR_LHR Jarak kelahiran dengan anak sebelumnya * INFANT_M Kematian bayi (0-11 bl) Crosstabulation

			INFANT_M Kematian bayi (0-11 bl)		
			0 Tidak	1 Ya	Total
JR_LHR Jarak kelahiran dengan anak sebelumnya	1 <24 bl	Count	61	9	70
		% within JR_LHR Jarak kelahiran dengan anak sebelumnya	87.1%	12.9%	100.0%
	2 >=24 bl, anak pertama	Count	123	11	134
		% within JR_LHR Jarak kelahiran dengan anak sebelumnya	91.8%	8.2%	100.0%
Total		Count	184	20	204
		% within JR_LHR Jarak kelahiran dengan anak sebelumnya	90.2%	9.8%	100.0%

HUB_DRH Hubungan darah dg suami * INFANT_M Kematian bayi (0-11 bl) Crosstabulation

			INFANT_M Kematian bayi (0-11 bl)		
			0 Tidak	1 Ya	Total
HUB_DRH Hubungan darah dg suami	1 Ada hub darah	Count	9	4	13
		% within HUB_DRH Hubungan darah dg suami	69.2%	30.8%	100.0%
	2 Tak ada hub darah	Count	175	16	191
		% within HUB_DRH Hubungan darah dg suami	91.6%	8.4%	100.0%
Total		Count	184	20	204
		% within HUB_DRH Hubungan darah dg suami	90.2%	9.8%	100.0%

CR_OBAT Perilaku pencarian pengobatan * INFANT_M Kematian bayi (0-11 bl) Crosstabulation

			INFANT_M Kematian bayi (0-11 bl)		
			0 Tidak	1 Ya	Total
CR_OBAT Perilaku pencarian pengobatan	1 Ke yankes modern	Count	94	6	100
		% within CR_OBAT Perilaku pencarian pengobatan	94.0%	6.0%	100.0%
	2 Ke yankes tradisional, berobat sendiri	Count	90	14	104
		% within CR_OBAT Perilaku pencarian pengobatan	86.5%	13.5%	100.0%
Total		Count	184	20	204
		% within CR_OBAT Perilaku pencarian pengobatan	90.2%	9.8%	100.0%

Report

INFANT_M Kematian bayi (0-11 bl)		ASSET_S Skor kepemilikan (asset score)	JM_AN_H Jumlah anak hidup	JARAK Jarak rumah dengan fasilitas kesehatan
0 Tidak	Mean	-.15333	1.78	2.832
	N	184	184	184
	Std. Deviation	.41984	.80	2.401
1 Ya	Mean	-.54505	2.35	2.500
	N	20	20	20
	Std. Deviation	.34523	1.09	2.200
Total	Mean	-.19174	1.84	2.799
	N	204	204	204
	Std. Deviation	.42859	.85	2.379

Faktor-faktor Kematian Anak

CHILD_M Kematian anak (12-59 bl)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 Tidak	172	93.5	93.5	93.5
	1 Ya	12	6.5	6.5	100.0
	Total	184	100.0	100.0	

MOBILITA Mobilitas ibu * CHILD_M Kematian anak (12-59 bl) Crosstabulation

			CHILD_M Kematian anak (12-59 bl)		
			0 Tidak	1 Ya	Total
MOBILITA Mobilitas ibu	1 Mobil	Count	72	3	75
		% within MOBILITA Mobilitas ibu	96.0%	4.0%	100.0%
	2 Tak mobil	Count	100	9	109
		% within MOBILITA Mobilitas ibu	91.7%	8.3%	100.0%
Total		Count	172	12	184
		% within MOBILITA Mobilitas ibu	93.5%	6.5%	100.0%

TAKUT Ketidaktakutan thd suami * CHILD_M Kematian anak (12-59 bl) Crosstabulation

			CHILD_M Kematian anak (12-59 bl)		
			0 Tidak	1 Ya	Total
TAKUT Ketidaktakutan thd suami	1 Tak takut	Count	87	3	90
		% within TAKUT Ketidaktakutan thd suami	96.7%	3.3%	100.0%
	2 Takut	Count	85	9	94
		% within TAKUT Ketidaktakutan thd suami	90.4%	9.6%	100.0%
Total		Count	172	12	184
		% within TAKUT Ketidaktakutan thd suami	93.5%	6.5%	100.0%

KERAS Non kekerasan domestik thd ibu * CHILD_M Kematian anak (12-59 bl) Crosstabulation

			CHILD_M Kematian anak (12-59 bl)		
			0 Tidak	1 Ya	Total
KERAS Non kekerasan domestik thd ibu	1 Tak pernah	Count	131	5	136
		% within KERAS Non kekerasan domestik thd ibu	98.3%	3.7%	100.0%
	2 Kadang-kadang	Count	35	6	41
		% within KERAS Non kekerasan domestik thd ibu	85.4%	14.6%	100.0%
	3 Sering	Count	6	1	7
		% within KERAS Non kekerasan domestik thd ibu	85.7%	14.3%	100.0%
Total	Count	172	12	184	
	% within KERAS Non kekerasan domestik thd ibu	93.5%	6.5%	100.0%	

AKSES Akses ibu ke sumber finansial * CHILD_M Kematian anak (12-59 bl) Crosstabulation

			CHILD_M Kematian anak (12-59 bl)		
			0 Tidak	1 Ya	Total
AKSES Akses ibu ke sumber finansial	1 Punya akses	Count	111	4	115
		% within AKSES Akses ibu ke sumber finansial	98.5%	3.5%	100.0%
	2 Tak punya akses	Count	61	8	69
		% within AKSES Akses ibu ke sumber finansial	88.4%	11.6%	100.0%
	Total	Count	172	12	184
		% within AKSES Akses ibu ke sumber finansial	93.5%	6.5%	100.0%

PUTUS Kewenangan ibu mengambil keputusan * CHILD_M Kematian anak (12-59 bl) Crosstabulation

			CHILD_M Kematian anak (12-59 bl)		
			0 Tidak	1 Ya	Total
PUTUS Kewenangan ibu mengambil keputusan	1 Punya wewenang	Count	88	1	89
		% within PUTUS Kewenangan ibu mengambil keputusan	98.9%	1.1%	100.0%
	2 Tak punya wewenang	Count	84	11	95
		% within PUTUS Kewenangan ibu mengambil keputusan	88.4%	11.6%	100.0%
	Total	Count	172	12	184
		% within PUTUS Kewenangan ibu mengambil keputusan	93.5%	6.5%	100.0%

KERJA_IS Pekerjaan ibu di luar rumah * CHILD_M Kematian anak (12-59 bl) Crosstabulation

			CHILD_M Kematian anak (12-59 bl)		
			0 Tidak	1 Ya	Total
KERJA_IS Pekerjaan ibu di luar rumah	1 Bekerja di luar	Count	58	3	61
		% within KERJA_IS Pekerjaan ibu di luar rumah	95.1%	4.9%	100.0%
	2 Tak bekerja di luar	Count	114	9	123
		% within KERJA_IS Pekerjaan ibu di luar rumah	92.7%	7.3%	100.0%
Total		Count	172	12	184
		% within KERJA_IS Pekerjaan ibu di luar rumah	93.5%	6.5%	100.0%

B_USIA Perbedaan usia dg suami < 5 th * CHILD_M Kematian anak (12-59 bl) Crosstabulation

			CHILD_M Kematian anak (12-59 bl)		
			0 Tidak	1 Ya	Total
B_USIA Perbedaan usia dg suami < 5 th	1 Selisih <5 th	Count	126	5	131
		% within B_USIA Perbedaan usia dg suami < 5 th	96.2%	3.8%	100.0%
	2 Selisih >=5 th	Count	46	7	53
		% within B_USIA Perbedaan usia dg suami < 5 th	86.8%	13.2%	100.0%
Total		Count	172	12	184
		% within B_USIA Perbedaan usia dg suami < 5 th	93.5%	6.5%	100.0%

DIDIK_IS Pendidikan ibu * CHILD_M Kematian anak (12-59 bl) Crosstabulation

			CHILD_M Kematian anak (12-59 bl)		
			0 Tidak	1 Ya	Total
DIDIK_IS Pendidikan ibu	1 Pernah sekolah menengah	Count	70	4	74
		% within DIDIK_IS Pendidikan ibu	94.6%	5.4%	100.0%
	2 Tak sekolah, SD	Count	102	8	110
		% within DIDIK_IS Pendidikan ibu	92.7%	7.3%	100.0%
Total		Count	172	12	184
		% within DIDIK_IS Pendidikan ibu	93.5%	6.5%	100.0%

DIDIK_SU Pendidikan suami * CHILD_M Kematian anak (12-59 bl) Crosstabulation

			CHILD_M Kematian anak (12-59 bl)		
			0 Tidak	1 Ya	Total
DIDIK_SU Pendidikan suami	1 Pernah sekolah menengah	Count	95	5	100
		% within DIDIK_SU Pendidikan suami	95.0%	5.0%	100.0%
	2 Tak sekolah, SD	Count	77	7	84
		% within DIDIK_SU Pendidikan suami	91.7%	8.3%	100.0%
Total		Count	172	12	184
		% within DIDIK_SU Pendidikan suami	93.5%	6.5%	100.0%

BENT_RT Bentuk rumahtangga * CHILD_M Kematian anak (12-59 bl) Crosstabulation

			CHILD_M Kematian anak (12-59 bl)		
			0 Tidak	1 Ya	Total
BENT_RT Bentuk rumahtangga	1 Kel inti (nuclear)	Count	77	4	81
		% within BENT_RT Bentuk rumahtangga	95.1%	4.9%	100.0%
	2 Kel diperluas (extended)	Count	95	8	103
		% within BENT_RT Bentuk rumahtangga	92.2%	7.8%	100.0%
Total		Count	172	12	184
		% within BENT_RT Bentuk rumahtangga	93.5%	6.5%	100.0%

M_KAKAK Kematian anak sebelumnya * CHILD_M Kematian anak (12-59 bl) Crosstabulation

			CHILD_M Kematian anak (12-59 bl)		
			0 Tidak	1 Ya	Total
M_KAKAK Kematian anak sebelumnya	1 Ada kematian	Count		2	2
		% within M_KAKAK Kematian anak sebelumnya		100.0%	100.0%
	2 Tak ada kematian, anak pertama	Count	172	10	182
		% within M_KAKAK Kematian anak sebelumnya	94.5%	5.5%	100.0%
Total		Count	172	12	184
		% within M_KAKAK Kematian anak sebelumnya	93.5%	6.5%	100.0%

SEKS Jenis kelamin anak * CHILD_M Kematian anak (12-59 bl) Crosstabulation

			CHILD_M Kematian anak (12-59 bl)		
			0 Tidak	1 Ya	Total
SEKS Jenis kelamin anak	1 Laki-laki	Count	77	5	82
		% within SEKS Jenis kelamin anak	93.9%	6.1%	100.0%
	2 Perempuan	Count	95	7	102
		% within SEKS Jenis kelamin anak	93.1%	6.9%	100.0%
Total		Count	172	12	184
		% within SEKS Jenis kelamin anak	93.5%	6.5%	100.0%

URUTAN_K Urutan kelahiran anak (kategorikal) * CHILD_M Kematian anak (12-59 bl) Crosstabulation

			CHILD_M Kematian anak (12-59 bl)		
			0 Tidak	1 Ya	Total
URUTAN_K Urutan kelahiran anak (kategorikal)	1 Ke 5+	Count	2		2
		% within URUTAN_K Urutan kelahiran anak (kategorikal)	100.0%		100.0%
	2 Ke 2-4	Count	104	7	111
		% within URUTAN_K Urutan kelahiran anak (kategorikal)	93.7%	6.3%	100.0%
	3 Ke 1	Count	66	5	71
		% within URUTAN_K Urutan kelahiran anak (kategorikal)	93.0%	7.0%	100.0%
Total		Count	172	12	184
		% within URUTAN_K Urutan kelahiran anak (kategorikal)	93.5%	6.5%	100.0%

T_LAHIR Tempat anak dilahirkan * CHILD_M Kematian anak (12-59 bl) Crosstabulation

			CHILD_M Kematian anak (12-59 bl)		
			0 Tidak	1 Ya	Total
T_LAHIR Tempat anak dilahirkan	1 Di fasilitas yankes	Count	14	1	15
		% within T_LAHIR Tempat anak dilahirkan	93.3%	6.7%	100.0%
	2 Di rumah	Count	158	11	169
		% within T_LAHIR Tempat anak dilahirkan	93.5%	6.5%	100.0%
Total		Count	172	12	184
		% within T_LAHIR Tempat anak dilahirkan	93.5%	6.5%	100.0%



U_IBU_LK Umur ibu saat melahirkan (kategorikal) * CHILD_M Kematian anak (12-59 bl) Crosstabulation

			CHILD_M Kematian anak (12-59 bl)		
			0 Tidak	1 Ya	Total
U_IBU_LK Umur ibu saat melahirkan (kategorikal)	1 <20 th, atau >=35 th	Count	32	5	37
		% within U_IBU_LK Umur ibu saat melahirkan (kategorikal)	86.5%	13.5%	100.0%
	2 20-34 th	Count	140	7	147
		% within U_IBU_LK Umur ibu saat melahirkan (kategorikal)	95.2%	4.8%	100.0%
Total		Count	172	12	184
		% within U_IBU_LK Umur ibu saat melahirkan (kategorikal)	93.5%	6.5%	100.0%

JR_LHR Jarak kelahiran dengan anak sebelumnya * CHILD_M Kematian anak (12-59 bl) Crosstabulation

			CHILD_M Kematian anak (12-59 bl)		
			0 Tidak	1 Ya	Total
JR_LHR Jarak kelahiran dengan anak sebelumnya	1 <24 bl	Count	55	6	61
		% within JR_LHR Jarak kelahiran dengan anak sebelumnya	90.2%	9.8%	100.0%
	2 >=24 bl, anak pertama	Count	117	6	123
		% within JR_LHR Jarak kelahiran dengan anak sebelumnya	95.1%	4.9%	100.0%
Total		Count	172	12	184
		% within JR_LHR Jarak kelahiran dengan anak sebelumnya	93.5%	6.5%	100.0%

HUB_DRH Hubungan darah dg suami * CHILD_M Kematian anak (12-59 bl) Crosstabulation

			CHILD_M Kematian anak (12-59 bl)		
			0 Tidak	1 Ya	Total
HUB_DRH Hubungan darah dg suami	1 Ada hub darah	Count	8	1	9
		% within HUB_DRH Hubungan darah dg suami	88.9%	11.1%	100.0%
	2 Tak ada hub darah	Count	164	11	175
		% within HUB_DRH Hubungan darah dg suami	93.7%	6.3%	100.0%
Total		Count	172	12	184
		% within HUB_DRH Hubungan darah dg suami	93.5%	6.5%	100.0%

CR_OBAT Perilaku pencarian pengobatan * CHILD_M Kematian anak (12-59 bl) Crosstabulation

			CHILD_M Kematian anak (12-59 bl)		
			0 Tidak	1 Ya	Total
CR_OBAT Perilaku pencarian pengobatan	1 Ke yankes modern	Count	90	4	94
		% within CR_OBAT Perilaku pencarian pengobatan	95.7%	4.3%	100.0%
	2 Ke yankes tradisional, berobat sendiri	Count	82	8	90
		% within CR_OBAT Perilaku pencarian pengobatan	91.1%	8.9%	100.0%
Total		Count	172	12	184
		% within CR_OBAT Perilaku pencarian pengobatan	93.5%	6.5%	100.0%

Report

CHILD_M Kematian anak (12-59 bl)		ASSET_S Skor kepemilikan (asset score)	JM_AN_H Jumlah anak hidup	JARAK Jarak rumah dengan fasilitas kesehatan
0 Tidak	Mean	-.13013	1.78	2.852
	N	172	172	172
	Std. Deviation	.41217	.81	2.421
1 Ya	Mean	-.48592	1.75	2.542
	N	12	12	12
	Std. Deviation	.40306	.75	2.179
Total	Mean	-.15333	1.78	2.832
	N	184	184	184
	Std. Deviation	.41984	.80	2.401

Faktor-faktor Kematian Balita Ganda

M_DEATH Kematian ganda (multiple death/losses)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 Tak ada kematian ganda	122	96.1	96.1	96.1
	1 Ada kematian ganda	5	3.9	3.9	100.0
	Total	127	100.0	100.0	

MOBILITA Mobilitas ibu * M_DEATH Kematian ganda (multiple death/losses) Crosstabulation

		M_DEATH Kematian ganda (multiple death/losses)			
			0 Tak ada kematian ganda	1 Ada kematian ganda	Total
MOBILITA Mobilitas ibu	1 Mobil	Count	52	1	53
		% within MOBILITA Mobilitas ibu	98.1%	1.9%	100.0%
	2 Tak mobil	Count	70	4	74
		% within MOBILITA Mobilitas ibu	94.6%	5.4%	100.0%
Total		Count	122	5	127
		% within MOBILITA Mobilitas ibu	96.1%	3.9%	100.0%

TAKUT Ketidaktakutan thd suami * M_DEATH Kematian ganda (multiple death/losses) Crosstabulation

		M_DEATH Kematian ganda (multiple death/losses)			
			0 Tak ada kematian ganda	1 Ada kematian ganda	Total
TAKUT Ketidaktakutan thd suami	1 Tak takut	Count	58	1	59
		% within TAKUT Ketidaktakutan thd suami	98.3%	1.7%	100.0%
	2 Takut	Count	64	4	68
		% within TAKUT Ketidaktakutan thd suami	94.1%	5.9%	100.0%
Total		Count	122	5	127
		% within TAKUT Ketidaktakutan thd suami	96.1%	3.9%	100.0%

KERAS Non kekerasan domestik thd ibu * M_DEATH Kematian ganda (multiple death/losses) Crosstabulation

			M_DEATH Kematian ganda (multiple death/losses)		
			0 Tak ada kematian ganda	1 Ada kematian ganda	Total
KERAS Non kekerasan domestik thd ibu	1 Tak pernah	Count	92	2	94
		% within KERAS Non kekerasan domestik thd ibu	97.9%	2.1%	100.0%
	2 Kadang-kadang	Count	28	2	30
		% within KERAS Non kekerasan domestik thd ibu	93.3%	6.7%	100.0%
	3 Sering	Count	2	1	3
		% within KERAS Non kekerasan domestik thd ibu	66.7%	33.3%	100.0%
Total	Count	122	5	127	
	% within KERAS Non kekerasan domestik thd ibu	96.1%	3.9%	100.0%	

**AKSES Akses ibu ke sumber finansial * M_DEATH Kematian ganda (multiple death/losses)
Crosstabulation**

			M_DEATH Kematian ganda (multiple death/losses)		
			0 Tak ada kematian ganda	1 Ada kematian ganda	Total
AKSES Akses ibu ke sumber finansial	1 Punya akses	Count	74	3	77
		% within AKSES Akses ibu ke sumber finansial	96.1%	3.9%	100.0%
	2 Tak punya akses	Count	48	2	50
		% within AKSES Akses ibu ke sumber finansial	96.0%	4.0%	100.0%
	Total	Count	122	5	127
		% within AKSES Akses ibu ke sumber finansial	96.1%	3.9%	100.0%

PUTUS Kewenangan ibu mengambil keputusan * M_DEATH Kematian ganda (multiple death/losses) Crosstabulation

			M_DEATH Kematian ganda (multiple death/losses)		
			0 Tak ada kematian ganda	1 Ada kematian ganda	Total
PUTUS Kewenangan ibu mengambil keputusan	1 Punya wewenang	Count	58		58
		% within PUTUS Kewenangan ibu mengambil keputusan	100.0%		100.0%
	2 Tak punya wewenang	Count	64	5	69
		% within PUTUS Kewenangan ibu mengambil keputusan	82.8%	7.2%	100.0%
Total		Count	122	5	127
		% within PUTUS Kewenangan ibu mengambil keputusan	96.1%	3.9%	100.0%

KERJA_IS Pekerjaan ibu di luar rumah * M_DEATH Kematian ganda (multiple death/losses) Crosstabulation

			M_DEATH Kematian ganda (multiple death/losses)		
			0 Tak ada kematian ganda	1 Ada kematian ganda	Total
KERJA_IS Pekerjaan ibu di luar rumah	1 Bekerja di luar	Count	45	1	46
		% within KERJA_IS Pekerjaan ibu di luar rumah	97.8%	2.2%	100.0%
	2 Tak bekerja di luar	Count	77	4	81
		% within KERJA_IS Pekerjaan ibu di luar rumah	95.1%	4.9%	100.0%
Total		Count	122	5	127
		% within KERJA_IS Pekerjaan ibu di luar rumah	96.1%	3.9%	100.0%

**B_USIA Perbedaan usia dg suami < 5 th * M_DEATH Kematian ganda (multiple death/losses)
Crosstabulation**

			M_DEATH Kematian ganda (multiple death/losses)		
			0 Tak ada kematian ganda	1 Ada kematian ganda	Total
B_USIA Perbedaan usia dg suami < 5 th	1 Selisih <5 th	Count	81	2	83
		% within B_USIA Perbedaan usia dg suami < 5 th	97.6%	2.4%	100.0%
	2 Selisih >=5 th	Count	41	3	44
		% within B_USIA Perbedaan usia dg suami < 5 th	93.2%	6.8%	100.0%
Total		Count	122	5	127
		% within B_USIA Perbedaan usia dg suami < 5 th	96.1%	3.9%	100.0%

DIDIK_IS Pendidikan ibu * M_DEATH Kematian ganda (multiple death/losses) Crosstabulation

		M_DEATH Kematian ganda (multiple death/losses)		
		0 Tak ada kematian ganda	1 Ada kematian ganda	Total
DIDIK_IS Pendidikan ibu	1 Pernah sekolah menengah	Count	46	46
		% within DIDIK_IS Pendidikan ibu	100.0%	100.0%
	2 Tak sekolah, SD	Count	76	5
		% within DIDIK_IS Pendidikan ibu	93.8%	6.2%
Total		Count	122	5
		% within DIDIK_IS Pendidikan ibu	96.1%	3.9%

DIDIK_SU Pendidikan suami * M_DEATH Kematian ganda (multiple death/losses) Crosstabulation

		M_DEATH Kematian ganda (multiple death/losses)		
		0 Tak ada kematian ganda	1 Ada kematian ganda	Total
DIDIK_SU Pendidikan suami	1 Pernah sekolah menengah	Count	64	64
		% within DIDIK_SU Pendidikan suami	100.0%	100.0%
	2 Tak sekolah, SD	Count	58	5
		% within DIDIK_SU Pendidikan suami	92.1%	7.9%
Total		Count	122	5
		% within DIDIK_SU Pendidikan suami	96.1%	3.9%

BENT_RT Bentuk rumahtangga * M_DEATH Kematian ganda (multiple death/losses) Crosstabulation

		M_DEATH Kematian ganda (multiple death/losses)		
		0 Tak ada kematian ganda	1 Ada kematian ganda	Total
BENT_RT Bentuk rumahtangga	1 Kel inti (nuclear)	Count	55	1
		% within BENT_RT Bentuk rumahtangga	98.2%	1.8%
	2 Kel diperluas (extended)	Count	67	4
		% within BENT_RT Bentuk rumahtangga	94.4%	5.6%
Total		Count	122	5
		% within BENT_RT Bentuk rumahtangga	96.1%	3.9%

M_KAKAK Kematian anak sebelumnya * M_DEATH Kematian ganda (multiple death/losses) Crosstabulation

			M_DEATH Kematian ganda (multiple death/losses)		
			0 Tak ada kematian ganda	1 Ada kematian ganda	Total
M_KAKAK Kematian anak sebelumnya	1 Ada kematian	Count		5	5
		% within M_KAKAK Kematian anak sebelumnya		100.0%	100.0%
	2 Tak ada kematian, anak pertama	Count	122		122
		% within M_KAKAK Kematian anak sebelumnya	100.0%		100.0%
Total		Count	122	5	127
		% within M_KAKAK Kematian anak sebelumnya	96.1%	3.9%	100.0%

SEKS Jenis kelamin anak * M_DEATH Kematian ganda (multiple death/losses) Crosstabulation

			M_DEATH Kematian ganda (multiple death/losses)		
			0 Tak ada kematian ganda	1 Ada kematian ganda	Total
SEKS Jenis kelamin anak	1 Laki-laki	Count	54	2	56
		% within SEKS Jenis kelamin anak	96.4%	3.6%	100.0%
	2 Perempuan	Count	68	3	71
		% within SEKS Jenis kelamin anak	95.8%	4.2%	100.0%
Total		Count	122	5	127
		% within SEKS Jenis kelamin anak	96.1%	3.9%	100.0%

URUTAN_K Urutan kelahiran anak (kategorikal) * M_DEATH Kematian ganda (multiple death/losses) Crosstabulation

			M_DEATH Kematian ganda (multiple death/losses)		
			0 Tak ada kematian ganda	1 Ada kematian ganda	Total
URUTAN_K Urutan kelahiran anak (kategorikal)	1 Ke 5+	Count		2	2
		% within URUTAN_K Urutan kelahiran anak (kategorikal)		100.0%	100.0%
	2 Ke 2-4	Count	120	5	125
		% within URUTAN_K Urutan kelahiran anak (kategorikal)	96.0%	4.0%	100.0%
Total		Count	122	5	127
		% within URUTAN_K Urutan kelahiran anak (kategorikal)	96.1%	3.9%	100.0%



T_LAHIR Tempat anak dilahirkan * M_DEATH Kematian ganda (multiple death/losses) Crosstabulation

			M_DEATH Kematian ganda (multiple death/losses)		
			0 Tak ada kematian ganda	1 Ada kematian ganda	Total
T_LAHIR Tempat anak dilahirkan	1 Di fasilitas yankes	Count	8	1	9
		% within T_LAHIR Tempat anak dilahirkan	88.9%	11.1%	100.0%
	2 Di rumah	Count	114	4	118
		% within T_LAHIR Tempat anak dilahirkan	96.6%	3.4%	100.0%
Total		Count	122	5	127
		% within T_LAHIR Tempat anak dilahirkan	96.1%	3.9%	100.0%

U_IBU_LK Umur ibu saat melahirkan (kategorikal) * M_DEATH Kematian ganda (multiple death/losses) Crosstabulation

			M_DEATH Kematian ganda (multiple death/losses)		
			0 Tak ada kematian ganda	1 Ada kematian ganda	Total
U_IBU_LK Umur ibu saat melahirkan (kategorikal)	1 <20 th, atau >=35 th	Count	14	4	18
		% within U_IBU_LK Umur ibu saat melahirkan (kategorikal)	77.8%	22.2%	100.0%
	2 20-34 th	Count	108	1	109
		% within U_IBU_LK Umur ibu saat melahirkan (kategorikal)	99.1%	.9%	100.0%
Total		Count	122	5	127
		% within U_IBU_LK Umur ibu saat melahirkan (kategorikal)	96.1%	3.9%	100.0%

JR_LHR Jarak kelahiran dengan anak sebelumnya * M_DEATH Kematian ganda (multiple death/losses)
Crosstabulation

		M_DEATH Kematian ganda (multiple death/losses)			
		0 Tak ada kematian ganda	1 Ada kematian ganda	Total	
JR_LHR Jarak kelahiran dengan anak sebelumnya	1 <24 bl	Count	67	3	70
		% within JR_LHR Jarak kelahiran dengan anak sebelumnya	95.7%	4.3%	100.0%
	2 >=24 bl, anak pertama	Count	55	2	57
		% within JR_LHR Jarak kelahiran dengan anak sebelumnya	96.5%	3.5%	100.0%
Total		Count	122	5	127
		% within JR_LHR Jarak kelahiran dengan anak sebelumnya	96.1%	3.9%	100.0%

HUB_DRH Hubungan darah dg suami * M_DEATH Kematian ganda (multiple death/losses) Crosstabulation

		M_DEATH Kematian ganda (multiple death/losses)			
		0 Tak ada kematian ganda	1 Ada kematian ganda	Total	
HUB_DRH Hubungan darah dg suami	1 Ada hub darah	Count	9		9
		% within HUB_DRH Hubungan darah dg suami	100.0%		100.0%
	2 Tak ada hub darah	Count	113	5	118
		% within HUB_DRH Hubungan darah dg suami	95.8%	4.2%	100.0%
Total		Count	122	5	127
		% within HUB_DRH Hubungan darah dg suami	96.1%	3.9%	100.0%

CR_OBAT Perilaku pencarian pengobatan * M_DEATH Kematian ganda (multiple death/losses) Crosstabulation

			M_DEATH Kematian ganda (multiple death/losses)		
			0 Tak ada kematian ganda	1 Ada kematian ganda	Total
CR_OBAT Perilaku pencarian pengobatan	1 Ke yankes modern	Count	59	2	61
		% within CR_OBAT Perilaku pencarian pengobatan	96.7%	3.3%	100.0%
	2 Ke yankes tradisional, berobat sendiri	Count	63	3	66
		% within CR_OBAT Perilaku pencarian pengobatan	95.5%	4.5%	100.0%
Total		Count	122	5	127
		% within CR_OBAT Perilaku pencarian pengobatan	96.1%	3.9%	100.0%

Report

M_DEATH Kematian ganda (multiple death/losses)		ASSET_S Skor kepemilikan (asset score)	JM_AN_H Jumlah anak hidup	JARAK Jarak rumah dengan fasilitas kesehatan
0 Tak ada kematian ganda	Mean	-.14677	2.34	2.709
	N	122	122	122
	Std. Deviation	.40976	.69	2.301
1 Ada kematian ganda	Mean	-.49060	2.60	1.600
	N	5	5	5
	Std. Deviation	.47502	.55	1.917
Total	Mean	-.16031	2.35	2.665
	N	127	127	127
	Std. Deviation	.41582	.68	2.290

JM_AN_H Jumlah anak hidup

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	77	37.7	37.7	37.7
2	96	47.1	47.1	84.8
3	20	9.8	9.8	94.6
4	9	4.4	4.4	99.0
5	2	1.0	1.0	100.0
Total	204	100.0	100.0	

Sampel untuk Analisis Data Kematian Ganda Balita

JM_AN_H Jumlah anak hidup

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 2	96	75.6	75.6	75.6
3	20	15.7	15.7	91.3
4	9	7.1	7.1	98.4
5	2	1.6	1.6	100.0
Total	127	100.0	100.0	

M_DEATH Kematian ganda (multiple death/losses) * DESA Desa Crosstabulation

		DESA Desa					Total
		1 Arjasa	2 Pandeman	3 Pabian	4 Kanggayan	5 Saabi	
M_DEATH Kematian ganda (multiple death/losses)	0 Tak ada kematian ganda	35	24	15	22	26	122
	% within DESA Desa	94.6%	100.0%	100.0%	95.7%	92.9%	96.1%
1 Ada kematian ganda	Count	2			1	2	5
	% within DESA Desa	5.4%			4.3%	7.1%	3.9%
Total	Count	37	24	15	23	28	127
	% within DESA Desa	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

