

Kondisi Kesehatan Masyarakat yang Bermukim di Daerah Tertinggal : Kasus dari Bengkulu, Sulawesi Selatan, dan Nusa Tenggara Timur

The Health of People who Live in Remote Areas: Lessons from Bengkulu, South Sulawesi, and East Nusa Tenggara

Prastuti Soewondo^{1,2}, Meliyanni Johar¹, Retno PujiSubekti¹, Halimah¹, dan Dwi Oktiana Irawati^{1*}

¹Kelompok Kerja Kebijakan Asuransi Kesehatan, Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K), Grand Kebon Sirih, Jl. Kebon Sirih No. 35 Jakarta Pusat, Indonesia

²Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok, Jawa Barat, Indonesia

*Korespondensi Penulis: dwi.oktiana@tnp2k.go.id.

Submitted: 12-10-2018, Revised: 15-07-2019, Accepted: 06-12-2019

DOI: <https://doi.org/10.22435/mpk.v29i4.945>

Abstrak

Kondisi kesehatan masyarakat di daerah tertinggal menjadi sorotan publik belakangan ini seperti tingginya prevalensi gizi buruk pada balita maupun penyakit infeksi. Hal tersebut bisa dikaitkan dengan kurangnya pemanfaatan pelayanan kesehatan maupun perilaku kesehatan masyarakat itu sendiri. Kajian ini bertujuan untuk memberikan gambaran yang lebih komprehensif tentang perilaku hidup bersih dan sehat, kondisi kesehatan, serta penggunaan pelayanan kesehatan di daerah tertinggal. Inferensi dibuat berdasarkan data primer yang dikoleksi di tingkat rumah tangga dan puskesmas di daerah yang tergolong daerah tertinggal, perbatasan, dan kepulauan terluar (DTPK) berdasarkan Peraturan Presiden (Perpres) No. 131 tahun 2015 dan daerah berkebutuhan tenaga kesehatan yang beberapa diantaranya menjadi lokasi penempatan program Nusantara Sehat. Metode penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dan analisis yang digunakan berupa analisis deskriptif. Hasil kajian menunjukkan bahwa sebagian besar rumah tangga telah mengadopsi sebagian perilaku hidup bersih dan sehat seperti yang dicanangkan Kementerian Kesehatan RI. Hampir semua rumah tangga mengetahui lokasi Puskesmas untuk berobat, tetapi 47% pasien tidak menemukan dokter saat berkunjung ke puskesmas. Ditemukan juga bahwa 36% rumah tangga memilih untuk berobat sendiri ketika sakit. Untuk kesehatan ibu dan anak, diketahui bahwa sudah 66% persalinan dibantu oleh bidan dan sebagian besar balita telah menerima imunisasi dasar. Hal yang masih perlu ditingkatkan adalah pengetahuan tentang kesehatan dan prasarana rumah yang menunjang perilaku hidup bersih sehat. Saran bagi pembuat kebijakan untuk melakukan pemerataan distribusi tenaga kesehatan maupun melakukan inovasi program promotif kesehatan di daerah tertinggal.

Kata kunci : daerah tertinggal; perilaku hidup bersih sehat; pengetahuan kesehatan, utilisasi fasilitas kesehatan

Abstract

The condition of public health in disadvantaged areas has become a public highlight lately such as the high prevalence of child malnutrition and infectious diseases. This can be related to the lack of utilization of health services and the health behavior of the community itself. This study aims to provide a more comprehensive picture of clean and healthy living behaviors, health conditions, and the use of health services in disadvantaged areas. Inference is made based on primary data collected at the household-level and public primary health centre in areas classified as disadvantaged, border and outer islands (DTPK) based on Presidential Decree Number 131 year 2015, and areas with the need for health workers, some of which are locations for the Nusantara Sehat (NS) program placement. This study uses quantitative methods and analysis used in the form of descriptive analysis. The results show that most households have adopted some of the clean healthy behaviors that were implemented by the

Ministry of Health. Almost all households know the location of the public health centre for treatment, but 47% of patients did not find a doctor when visiting the public health centre. It was also found that 36% of households choose to seek self medication when sick. For maternal and child health, it is known that already 66% of deliveries are assisted by midwives, and most of children under five years have received basic immunisation. What still needs to be improved is the knowledge of health and housing infrastructure that supports clean and healthy living. Suggestion for policymakers are to equalize the distribution of health workers and to innovate health promotion programs in disadvantaged areas.

Keywords: left-behind areas; hygienic lifestyle; health knowledge; healthcare utilisation

PENDAHULUAN

Peningkatan derajat kesehatan masyarakat di daerah terpencil dan perbatasan telah lama menjadi salah satu tujuan pembangunan kesehatan di Indonesia. Kesenjangan akan kondisi kesehatan masyarakat di daerah terpencil telah menarik perhatian publik dengan terbitnya banyak laporan mengenai anak-anak yang tumbuh kembangnya terhambat dan menderita gizi buruk.¹⁻³ Selain itu, beberapa kajian sudah menunjukkan bahwa masih rendahnya capaian indikator perilaku bersih dan sehat (PHBS) di daerah perdesaan seperti penelitian di Desa Samir, Jawa Timur yang menunjukkan perilaku merokok di dalam rumah yang mencapai 60%.⁴ Indikator PHBS lain seperti mencuci tangan dan kebersihan sanitasi juga secara signifikan berpengaruh terhadap kondisi kesehatan masyarakat seperti kejadian diare maupun penyakit infeksi lainnya.^{5,6} Keterbatasan infrastruktur kesehatan, terutama pelayanan kesehatan primer, kurangnya pengetahuan masyarakat mengenai kesehatan ibu dan anak, juga disinyalir menjadi alasan terhambatnya peningkatan derajat kesehatan di daerah terpencil.⁷ Ironisnya, tidak banyak yang kita ketahui tentang kebiasaan hidup sehari-hari, kondisi kesehatan, dan pelayanan kesehatan yang bisa didapat oleh masyarakat di daerah terpencil ini. Tentunya, tanpa informasi yang berdasar, kebijakan yang optimal akan sulit dibuat, meskipun mendesak.

Kajian ini bertujuan untuk memberikan gambaran yang lebih komprehensif mengenai kondisi kesehatan di daerah terpencil, meliputi PHBS, kejadian penyakit, penggunaan pelayanan kesehatan, dan pengetahuan kesehatan. Indikator PHBS yang dilihat seperti kebiasaan cuci tangan makan buah dan sayur, merokok, maupun perilaku pengasuhan pada anak. Untuk kejadian penyakit ditanyakan seperti penyakit malaria, tuberkulosis (TB), dan hipertensi. Sedangkan penggunaan pelayanan kesehatan dilihat di berbagai fasilitas baik rumah sakit, puskesmas, posyandu, ataupun klinik swasta.

Ada tiga hasil dari penelitian ini yang layak mendapat perhatian dari pembuat kebijakan. Pertama, akses ke fasilitas kesehatan primer (puskesmas) perlu ditingkatkan, karena akses yang buruk atau sulit bisa menghalangi niat masyarakat untuk berkunjung ke puskesmas. Sebanyak 36% rumah tangga ditemukan berobat sendiri ketika sakit. Kedua, kondisi kesehatan di daerah tertinggal, perbatasan, dan kepulauan (DTPK) ternyata tidak seburuk seperti yang sering dibayangkan oleh masyarakat luas. Secara rata-rata, bayi lahir dengan berat dan ukuran yang normal, dan imunisasi dasar sudah diterima oleh lebih dari 90% anak. Prevalensi penyakit menular dan kronis juga hampir sama dengan rata-rata provinsi atau nasional, walaupun prevalensi ini masih bisa ditekan lagi dengan lebih banyak rumah tangga yang menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat. Ketiga, ada banyaknya rumah tangga yang sarana sanitasinya kurang memadai sehingga perilaku hidup bersih dan sehat sulit diterapkan. Selain itu temuan lain menunjukkan tingkat pengetahuan kesehatan yang masih kurang, terutama pengetahuan tentang kesehatan ibu dan anak serta penyakit kronis.

METODE

Penelitian ini menggunakan desain potong lintang yang diambil di tingkat rumah tangga pada bulan April-Mei 2017 di 3 provinsi di Indonesia. Metode pengambilan sampel menggunakan *purposive sampling* dan dipilih berdasarkan acuan dari program Nusantara Sehat yang diinisiasikan Kementerian Kesehatan RI. Program ini menargetkan puskesmas di daerah yang masuk dalam klasifikasi (DTPK) yang kurang akan sumber daya manusia untuk kesehatan (SDMK) dan daerah bermasalah kesehatan (DBK). Ketiga provinsi tersebut adalah Bengkulu, Sulawesi Selatan, dan Nusa Tenggara Timur. Ketiga provinsi ini diharapkan dapat merepresentasikan variasi⁷ tingkat dan pelayanan kesehatan primer antar provinsi di Indonesia berdasarkan anggaran yang ada. Proses

pengumpulan data dilakukan dibawah koordinasi Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K), Sekretariat Wakil Presiden dengan izin etik dari Universitas Gadjah Mada dengan nomor Ref: KE/FK/0510/EC/2018. Analisis yang digunakan dalam kajian ini menggunakan metode analisis deskriptif kuantitatif.

Sebanyak enam puskesmas dikunjungi untuk memenuhi besaran target sampel sebanyak 4.500 rumah tangga. Angka ini dihitung berdasarkan rumus *classical hypothesis test*, dengan 5% *tolerance level* untuk Type II *error* dan 80% *power level*. Rumah tangga di sekitaran Puskesmas dipilih secara *systematic random* untuk menghindari bias dari seleksi responden. Misalnya nomor 5 terpilih secara acak atau *random*, maka rumah pertama yang dikunjungi adalah rumah ke-5 dari titik awal pengambilan data, misalnya di depan puskesmas. Untuk rumah sampel selanjutnya, interval dihitung berdasarkan banyaknya rumah tangga dan target sampel di setiap lokasi. Contohnya, interval yang dipakai untuk lokasi dengan populasi 3.000 rumah tangga dan target sampel 250 adalah 12 ($=3.000/250$). Jadi, rumah kedua yang dikunjungi adalah rumah ke-17 ($=5+12$), lalu rumah ke-29 ($=17+12$), dan

seterusnya. Jika sampai ke rumah terakhir target sampel belum tercapai, proses pemilihan rumah tangga berulang dari titik pertama dengan rute lain (misalnya, yang pertama rumah ke-5 di sebelah kanan puskesmas, sekarang rumah ke-5 di sebelah kiri puskesmas).

Dari 18 lokasi puskesmas di 3 provinsi, total sampel yang didapat adalah 4.610 rumah tangga, melebihi target 4.500 rumah tangga. Daftar lokasi pengambilan sampel serta karakteristik rumah tangga dalam sampel dapat dilihat pada Tabel 1 dan Tabel 2. Rata-rata usia responden adalah 38,7 tahun, 83% perempuan, dan mayoritas telah lulus SMP. Cakupan Jaminan Kesehatan Nasional atau lebih akrab dikenal dengan sebutan “BPJS Kesehatan” di sampel adalah 69%, sedikit lebih rendah dari cakupan tingkat nasional 71,6%.⁸ 54% adalah penerima bantuan iuran (PBI) yang iuran kepesertaannya biasa dibantu oleh kepala desa dan iurannya dibayarkan penuh oleh pemerintah. Cakupan PBI di dalam sampel lebih tinggi dari cakupan pada tingkat nasional (43%) karena memang banyak rumah tangga yang bisa digolongkan sebagai rumah tangga miskin di DTPK. Presentase PBI dari peserta BPJS di dalam sampel adalah 78,5% (persentase pada tingkat nasional 60%).

Tabel 1. Karakteristik Rumah Tangga di Sampel

Variabel	%	Variabel	%
Responden		Komposisi rumah tangga	
Umur (rata – rata tahun)	38,7	Rata-rata jumlah ART	4,3
Perempuan	82,7	Rata-rata jumlah ART 0 – 5 tahun	0,5
Status pernikahan: belum menikah	6,2	Rata-rata jumlah ART 6 – 17 tahun	1,1
Status pernikahan: menikah	86,1	Rata-rata jumlah ART 18 – 59 tahun	2,2
Status pernikahan: lainnya	7,7	Rata-rata jumlah ART 60 tahun keatas	0,2
Pendidikan terakhir: tidak sekolah	6,8	Jaminan Sosial	
Pendidikan terakhir: SD	40,9	BPJS	68,9
Pendidikan terakhir: SMP	19,1	PBI	54,1
Pendidikan terakhir: SMA	22,9	Presentase PBI dari peserta BPJS	78,5
Pendidikan terakhir: Perguruan tinggi	10,4	Provinsi	
Tipe: ibu dengan anak 0-5 tahun	33,8	Bengkulu	33,3
Tipe: ibu hamil anak pertama	2,7	Sulawesi Selatan	33,4
Tipe: perempuan lainnya	46,9	Nusa Tenggara Timur	33,3
Tipe: laki-laki	16,6		
Kepala rumah tangga			
Umur (rata-rata tahun)	44,8		
Laki-laki	90,4		
Pekerjaan: tidak bekerja	7,2		
Pekerjaan: berusaha sendiri	50,5		
Pekerjaan: usaha dibantu buruh tidak tetap	7,6		
Pekerjaan: usaha dibantu buruh tetap	6,1		
Pekerjaan: buruh/karyawan/ pegawai	17,0		
Pekerjaan: PNS, militer, BUMN, BUMD	3,8		
Pekerjaan: pekerja bebas	5,4		
Pekerjaan: pekerja tidak dibayar	2,4		

Tabel 2. Lokasi Pengambilan Data Primer

Provinsi	Puskesmas
Bengkulu	1. Sekayun 2. Ketenong 3. Tanjung Harapan 4. Pagar Jati 5. Taba Teret 6. Taba Lagan
Sulawesi Selatan	7. Kondodewata 8. Rampi 9. Latimojong 10. Walenrang Barat 11. Bittuang 12. Rano
Nusa Tenggara Timur	13. Ngalupulo 14. Watuneso 15. Iteng 16. Beamese 17. Runggu 18. Pacar

Pertanyaan dalam kuesioner rumah tangga dirancang oleh kelompok kebijakan kesehatan TNP2K, mencakup: (a) kebiasaan sehari-hari rumah tangga, seperti kebiasaan cuci tangan, mandi, kebiasaan memasak, dan membuka jendela untuk ventilasi; (b) pengetahuan tentang perihal kesehatan seperti kesehatan ibu dan anak, pengenalan akan penyakit kronis dan cara pencegahannya; (c) pemanfaatan pelayanan kesehatan; dan (d) penggunaan jaminan kesehatan untuk berobat. Pertanyaan survei diuji coba dalam grup yang direkrut dari DTPK terdekat, dan pengalaman dan masukan dari uji coba dimasukkan dalam pertanyaan survei final. Wawancara berjalan secara *face-to-face* dengan enumerator yang dapat menggunakan dialek setempat. Proses wawancara dengan responden rumah tangga (ibu atau istri dari kepala rumah tangga) berlangsung kurang lebih 1-1.5 jam, direkam secara elektronik. Data yang dikumpulkan telah melalui proses *editing, recode, cleaning*, dan selanjutnya dilakukan analisis deskriptif menggunakan aplikasi Stata 14.

HASIL

Perilaku Kesehatan Rumah Tangga

Mayoritas rumah tangga menghadapi kesulitan dalam mengakses air bersih (dan mengalir) untuk cuci tangan, mandi, dan keperluan toilet (Tabel 3). Banyak yang masih bergantung pada kamar mandi atau toilet umum: lebih dari 30% rumah tangga tidak mempunyai

kamar mandi dan toilet di dalam rumah dan 37% membuang tinja di lubang atau sungai. Untungnya untuk minum, hampir semua rumah tangga selalu memasak terlebih dahulu air untuk minum (96%). Kebiasaan untuk mencuci tangan sebelum makan atau menyiapkan makanan hanya dipraktikkan oleh sekitar 71% responden. Sepertinya banyak yang menggunakan visual tangan yang kotor sebagai indikasi perlunya cuci tangan, karena 88-90% responden cuci tangan kontak dengan kotoran/hewan.

Indikator perilaku sehat lainnya yang dilihat adalah keberadaan ventilasi di rumah. Pertukaran udara yang cukup sangatlah penting untuk pencegahan penyakit menular seperti tuberkulosis. Lebih dari 80% responden rutin membuka jendela kamar tidur dan ruang keluarga mereka setiap hari. Tetapi, sisanya sangat mengkhawatirkan karena mereka tidak memiliki jendela yang bisa dibuka untuk pertukaran udara. Kebiasaan sehari-hari lain yang juga dapat mencegah penyebaran penyakit adalah kebiasaan meludah, menutup mulut saat bersin, dan berbagi dalam menggunakan alat makan. Di dalam sampel, 72% tidak meludah/menelan ludahnya, 86% menutup mulut saat bersin, dan 77% tidak berbagi alat makan.

Sementara perilaku hidup bersih dan sehat penting untuk pencegahan penyakit menular, kebiasaan berolahraga dan pola makan adalah faktor utama dalam pencegahan penyakit kronis seperti hipertensi, diabetes melitus, dan

obesitas. Data menunjukkan bahwa, walaupun tidak spesifik menekuni sebuah cabang olahraga, hampir semua anggota rumah tangga bergerak aktif setidaknya setengah jam setiap hari. Asupan sayur-sayuran sudah cukup tinggi (96%), tetapi konsumsi buah-buahan masih sangat rendah (22%). Konsumsi makanan berlemak seperti santan, gorengan, dan jeroan juga cukup tinggi (51%).

Pengetahuan Rumah Tangga tentang Kondisi Kesehatan

Kebanyakan responden (sekitar 90%) pernah mendengar tentang penyakit tuberkulosis, malaria, dan hipertensi (Tabel 4). Responden juga mengetahui adanya korelasi antara kebersihan tangan dan penyakit menular seperti sakit perut, diare, dan muntah-muntah. Sementara pengetahuan tentang korelasi antar penyakit kronis nampaknya masih kurang. Sebanyak 18,5% responden menjawab tidak ada korelasi antar penyakit kronis, sementara 39% responden tidak tahu bahwa hipertensi mempunyai korelasi

yang kuat dengan penyakit jantung, *stroke*, diabetes, dan gangguan hati. Pengertian tentang bahaya merokok juga sepertinya tidak mendalam. Walaupun mayoritas (95%) responden tahu merokok itu berbahaya untuk kesehatan, banyak yang mengira bahwa dampak buruk rokok hanya terisolasi pada si perokok itu sendiri (45%). Padahal faktanya, asap rokok juga mengganggu kesehatan orang di sekitar mereka meskipun tidak merokok (perokok pasif).

Pengetahuan kesehatan ibu dan anak juga masih bisa ditingkatkan. Tidak semua ibu dan calon ibu tahu bahwa penyakit anemia atau kurang darah sering terjadi pada masa kehamilan (16% tidak tahu), dan kekurangan ini dapat menyebabkan keguguran, bayi lahir secara prematur, dan bayi lahir dengan berat badan rendah (26% tidak tahu). Observasi lain, ketika para ibu ditanya bagaimana sebaiknya penanganan bayi baru dilahirkan: 25% menjawab bayi bisa menunggu lebih dari 1 minggu sebelum diperiksa ke tenaga kesehatan, 13% menunggu lebih dari 1 jam untuk air susu ibu (ASI) pertama,

Tabel 3. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat

Perilaku	%	Perilaku	%
Kondisi tempat cuci tangan		Rumah memiliki ventilasi	87,9
Air bersih tersedia, mengalir	30,7	Observasi kamar tidur	
Air bersih tidak tersedia	20,1	Ada ventilasi di semua kamar	74,0
Tidak ada tempat cuci tangan	48,1	Hanya di salah satu kamar	7,1
Tersedia sabun	77,6	Ada ventilasi tapi tidak bisa dibuka	11,3
Kondisi kamar mandi:		Tidak ada ventilasi	6,2
Air tersedia, mengalir	47,0	Ventilasi di ruang keluarga	
Air tersedia, tidak mengalir	22,9	Ada ventilasi bisa dibuka	83,1
Tidak ada kamar mandi	29,1	Ada ventilasi tetapi tidak bisa dibuka	12,5
Tersedia sabun di kamar mandi	77,6	Tidak ada ventilasi	3,1
Kondisi toilet		Tempat meludah	
WC sendiri, tersedia air bersih dan mengalir	35,0	Kamar mandi/wc	18,3
WC sendiri, tersedia air namun tidak mengalir	33,0	Tisu/wadah/kaleng	4,8
WC umum/diluar rumah tersedia air bersih	13,5	Tidak dibuang/ditelan	72,0
Kali/sungai, tidak tersedia air	18,5	Lainnya	0,3
Tempat pembuangan akhir tinja		Menutup hidung ketika bersin	86,4
Tangki/septic tank	60,4	Menggunakan alat makan bersama	23,3
Kolam/awah (tidak mengalir)	0,8	Bergerak aktif 30 menit setiap hari	
Sungai/danau/laut	19,9	Hanya saya	15,1
Lubang tanah/timbun	17,1	Saya dan keluarga	83,9
Hutan	0,9	ART lain aktif, saya tidak	0,7
Lainnya	1,0	Tidak ada	0,4
Air minum selalu dimasak	96,1	Makanan mengandung banyak sayur	96,4
Mencuci tangan saat:		Makanan cenderung berlemak	51,4
Sebelum makan	71,4	Mengonsumsi buah setiap hari	21,7
Sesudah makan	78,0		
Sebelum menyiapkan makanan	70,6		
Setelah menggunakan toilet	87,7		
Setelah bersih-bersih dan membuang sampah	87,9		
Setelah bersentuhan dengan hewan/kotoran hewan	90,7		

Nota : angka di tabel adalah rata-rata sampel dengan 4.610 observasi.
ART : anggota rumah tangga.

dan 34% menjawab bayi diatas usia 6 bulan cukup diberikan ASI saja. Jawaban-jawaban ini kurang tepat. Sebaiknya, bayi diperiksa tenaga kesehatan dan diberi ASI pertama sesegera mungkin, dan setelah 6 bulan, bayi mulai diberikan makanan lain selain ASI. Selain untuk mengukur panjang dan berat badan bayi, sangat penting bagi bayi yang baru lahir untuk diperiksa secara keseluruhan oleh tenaga kesehatan secepatnya, agar kelainan bisa dideteksi sejak dini dan diobati. Pengetahuan tentang penanganan anak sakit juga masih kurang.

Pada bagian pengetahuan tentang jaminan kesehatan, hampir 90% responden pernah mendengar tentang BPJS. Walaupun pada prinsipnya menjadi peserta bisa menjamin ketersediaan pelayanan kesehatan, ada persepsi-persepsi negatif yang menghambat masyarakat untuk menjadi peserta BPJS. Di antaranya adalah proses pendaftaran yang dianggap rumit (34,9%), tidak mampu membayar iuran per bulannya (32,3%) atau takut ada tambahan biaya kesehatan yang tidak bisa dijamin oleh BPJS (7,8%). Ada juga

yang cemas akan mendapat pelayanan yang berbeda ketika membayar menggunakan BPJS (7%).

Kondisi Kesehatan Rumah Tangga

Sekitar 4% rumah tangga memiliki anggota yang menderita penyakit tuberkulosis dalam enam bulan terakhir (Tabel 5). Kebanyakan sudah menerima atau dalam proses pengobatan. Sementara prevalensi penyakit malaria lebih tinggi dengan 25% rumah tangga melaporkan kasus positif malaria. Kebanyakan sudah menerima pengobatan dengan *artemisinin-based combination therapy* (ACT) yang direkomendasikan diberikan dalam 24 jam pertama setelah diagnosis (81%). Namun, banyak juga masyarakat yang hanya mengandalkan obat tradisional (15,5%). Untuk penyakit kronis, 40% rumah tangga menyatakan ada anggota rumah tangga yang terdiagnosa mengidap hipertensi. Dari jumlah tersebut, banyak yang tidak rutin minum obat (34%) dan tidak mengecek tekanan darah secara rutin (33%).

Tabel 4. Pengetahuan tentang Perihal Kesehatan

Pengetahuan	% Pengetahuan	%
Pengetahuan penyakit	Pertolongan pertama pada anak (ada ART <5 th)	
Pernah dengar tuberkulosis	87,2	Oralit untuk diare 77,7
Pernah dengar malaria	90,0	Kompres air dingin jika panas badan tinggi 53,8
Cuci tangan mencegah sakit perut, diare, dsb	90,4	Posyandu untuk monitor pertumbuhan 98,0
Pernah dengar hipertensi	91,3	(ada ART <5 th)
Hipertensi berkorelasi dengan penyakit kronis lain	81,5	Periksa anak ke posyandu >=1 sebulan 97,4
Hipertensi berhubungan dengan penyakit jantung, <i>stroke</i> , diabetes dan penyakit hati	61,0	Pernah mendengar BPJS Kesehatan 89,3
Rokok mempunyai dampak buruk pada kesehatan		Pengetahuan manfaat BPJS Kesehatan
Dampak rokok lebih buruk pada perokok pasif	95,0	Pelayanan kesehatan beserta obat 98,7
Pengetahuan ibu hamil	54,6	Tindakan medis/operasi semua penyakit 93,5
Kurang darah (anemia) sering dialami ibu hamil		Pemeriksaan kesehatan (<i>screening</i> , dll) 93,9
Mengetahui bahaya anemia pada masa kehamilan	83,9	Pemeriksaan kandungan & persalinan 95,7
Pengetahuan waktu optimal bayi diperiksa tenaga kesehatan (ada ART <5 th)	73,8	Imunisasi dasar 77,0
0 – 7 hari		Alat kontrasepsi dan Keluarga Berencana 72,9
8 – 28 hari	75,9	Alasan tidak pakai BPJS
Lebih dari 28 hari	11,1	Merasa tidak memerlukan jaminan 3,5
Tidak tahu	4,1	Proses pendaftaran rumit 34,9
Pengetahuan pemberian Inisiasi Menyusu Dini (IMD) (ada ART <5 th)	8,9	Pelayanan yang berbeda 7,0
1 jam pertama		Masih harus membayar walaupun PBI 7,8
Lebih dari 1 jam	85,4	Tidak mampu membayar iuran 32,3
Tidak tahu	12,7	Malu 0,4
Pengetahuan pemberian ASI eksklusif (ada ART <5 th)	2,0	
Dalam 6 bulan		
Lebih dari 6 bulan	63,4	
	33,6	

Nota: angka di tabel adalah rata-rata sampel dengan 4.610 observasi.

Ditemukan bahwa 64% rumah tangga memiliki anggota perokok aktif, yang merokok dimana ada anggota keluarga lain, termasuk anak-anak (73%). Sudah banyak literatur yang menemukan bahwa merokok pasif sangat berbahaya pada kesehatan anak, terutama mereka yang mengidap penyakit asma, dan dampak buruk ini bisa berlanjut hingga dewasa.⁹⁻¹²

Di samping ukuran kesehatan objektif, ukuran kesehatan subjektif juga dapat mencerminkan kondisi kesehatan seseorang, bahkan lebih riil karena sering dikaitkan dengan

tingkat kebahagiaan dan kualitas hidup.¹³⁻¹⁶

Lebih dari 20% responden menilai kesehatan mereka secara umum dalam satu bulan terakhir “buruk” atau “sangat buruk”. Tetapi, banyak yang optimis bahwa akan ada peningkatan kesehatan. Menariknya, ketika diminta untuk membandingkan kesehatannya dengan orang seumur, hanya 9,5% (dibanding 20%) menjawab “lebih buruk” atau “jauh lebih buruk”. Selanjutnya adalah kesehatan mental. Tidak banyak yang diketahui tentang kesehatan mental masyarakat terpencil. Ditemukan bahwa 10% responden

Tabel 5. Kondisi Kesehatan Rumah Tangga

Kondisi	%	Kondisi	%
Tuberkulosis (TBC)		Kontak ketika gelisah/takut (penderita)	
Ada ART yang menunjukkan gejala TBC	4,4	ART lain	46,9
Ada ART yang terdiagnosa TBC	3,9	Keluarga jauh	24,0
Dibawa ke fasilitas kesehatan (ada ART penderita)	90,1	Teman / orang lain	8,8
Diberi obat (ada ART penderita)	100	Tenaga kesehatan	4,1
Minum obat secara rutin (ada ART penderita)	93,3	Tidak berbagi / menyimpan sendiri	15,5
Malaria		Percaya gangguan emosi bisa diobati	71,4
Ada ART yang terdiagnosa malaria	24,9	Percaya gangguan emosi bisa dibicarakan dengan tenaga kesehatan	51,9
Menerima ACT < 24 jam (ada ART penderita)	80,5	Kesehatan kehamilan	
Hanya makan obat dokter (ada ART penderita)	47,9	Keguguran	16,5
Obat tradisional & dokter (ada ART penderita)	36,7	Bayi lahir mati	7,4
Hanya makan obat tradisional (ada ART penderita)	15,5	Menerima pil tambah darah	93,7
Hipertensi		Kesehatan anak (ada ART <2 th)	
Ada ART yang terdiagnosa hipertensi	40,0	Berat badan lahir (kilogram)	3,05
Rutin cek darah (ada ART penderita)	67,1	Tinggi badan lahir (centimeter)	48,6
Rutin makan obat dari dokter (ada ART penderita)	65,6	ASI eksklusif	67,2
Ada ART perokok aktif dalam rumah	64,1	Sakit panas 2 minggu terakhir	48,8
Ada ART perokok pasif dalam rumah	73,4	Sakit batuk 2 minggu terakhir	49,9
Kesehatan subjektif		Sakit pilek 2 minggu terakhir	67,0
Sangat baik	5,1	Sakit diare 2 minggu terakhir	14,7
Baik	52,4	Immunisasi (ada ART <2 th)	
Cukup/ tidak baik atau buruk	21,0	Hepatitis B 0	92,2
Buruk	20,8	BCG	92,7
Sangat buruk	0,8	POLIO 1, DPT 1 & HEPATITIS B 1	83,2
Kesehatan subjektif dibanding seumur		POLIO 2, DPT 2 & HEPATITIS B 2	74,5
Jauh lebih baik	5,4	POLIO 3, DPT 3 & HEPATITIS B 3	65,7
Lebih baik	35,8	Campak	91,7
Sama	49,4	Vitamin A	90,9
Lebih buruk	9,0		
Jauh lebih buruk	0,5		
Kesehatan subjektif 6 bulan kedepan			
Jauh lebih baik	19,7		
Lebih baik	54,2		
Sama	24,1		
Lebih buruk	1,9		
Jauh lebih buruk	0,2		
Harian terganggu karena gelisah/takut			
Selalu	3,0		
Sering	7,3		
Kadang-kadang	18,9		
Jarang	9,2		
Tidak pernah	61,6		

Nota: angka di tabel adalah rata-rata sampel dengan 4.610 observasi, kecuali diindikasikan dalam ().
ART : anggota rumah tangga.

menyatakan selalu atau sering merasa gelisah yang mengganggu kegiatan mereka sehari-hari. Mayoritas penderita menghubungi anggota keluarga lain (71%) untuk mendapat bantuan atau membicarakan kegelisahan tersebut. Banyak yang menganggap penyakit mental tidak bisa diobati (29%) dan tidak bisa dibicarakan dengan tenaga kesehatan (48%).

Terkait kesehatan ibu hamil, meskipun konsumsi pil penambah darah sudah menjadi standar (94%), tingkat keguguran kandungan dan bayi mati saat dilahirkan masih cukup tinggi (16,5% dan 7,4%). Rata-rata bayi lahir dengan panjang 49 sentimeter dan berat 3 kilogram. 67% menerima air susu ibu (ASI) eksklusif selama 6 bulan pertama. Lebih dari 90% bayi telah menerima imunisasi dasar seperti vaksin BCG, POLIO, DPT, dan Hepatitis B yang kedua. Tingkat kelengkapan vaksin tahap selanjutnya menurun ke 66%. Pada usia dibawah 2 tahun, prevalensi keluhan sakit panas, batuk dan pilek masih cukup tinggi (50-67%) sedangkan diare sudah dibawah 15%.

Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Walaupun semua responden tahu dimana lokasi Puskesmas dan rumah sakit, jika ada, penggunaan fasilitas kesehatan (faskes) masih bisa ditingkatkan. Sekitar sepertiga dari responden mengaku berobat sendiri dan tidak mengunjungi faskes ketika sakit (Tabel 6). Kendala akses ke fasilitas kesehatan (31%), ketidakpuasan atas pelayanan yang diterima di puskesmas (14%), jam operasi puskesmas dinilai terlalu pendek, dan tidak dilayani oleh dokter (47%) tercatat sebagai alasan mengapa masyarakat tidak mencari pengobatan ke faskes bila sakit.

Rata-rata 1-2 anggota rumah tangga berkunjung ke puskesmas sedikitnya sekali dalam sebulan: 77,5% untuk pemeriksaan kesehatan (tes laboratorium, skrining), 91,5% untuk mendapat obat, dan 30% untuk pelayanan ibu dan anak (periksa kandungan, persalinan,

dan imunisasi). Tidak ditemukan perbedaan yang signifikan untuk tingkat kunjungan ke puskesmas untuk pemeriksaan kesehatan bagi rumah tangga yang beranggotakan penderita hipertensi maupun tidak. Padahal seharusnya, mereka rutin periksa hipertensi ke dokter.

Sementara di posyandu, pelayanan yang diberikan meliputi imunisasi (47%), penimbangan berat badan (90%), pemberian pil tambah darah untuk ibu hamil (27%), serta penyuluhan kesehatan (61%). Anak dibawah 2 tahun rata-rata dibawa ke posyandu 4,8 kali dalam 6 bulan terakhir, padahal optimalnya dibawa setiap bulan. Kondisi sub-optimal bisa disebabkan oleh tingkat kesadaran ibu yang rendah untuk membawa anaknya ke posyandu, atau memang kegiatan Posyandu tidak rutin terlaksana setiap bulannya. Kegiatan penyuluhan kesehatan sudah berjalan tapi nampaknya kurang efektif karena hanya 25% berpartisipasi dan hanya 30% menerapkan apa yang sudah dipelajari.

Pada ibu hamil, 96% melakukan cek dalam masa kehamilannya, tetapi kebanyakan tidak rutin setiap bulan, baik di puskesmas atau posyandu. Rumah sakit dan puskesmas digunakan sebagai tempat melahirkan (61%), sementara 33% melahirkan di rumah. Kebanyakan bayi lahir secara normal, dibantu oleh dokter (20%) atau bidan (67%). Sekitar 7% masih menggunakan dukun beranak tradisional.

Untuk pelayanan kontrasepsi, sebanyak 37% responden yang sudah atau pernah menikah tidak menggunakan alat kontrasepsi dan sebagian besar tidak berencana untuk menggunakannya (92%). Nampaknya preferensi untuk tidak menggunakan alat kontrasepsi dan keinginan untuk tidak membatasi jumlah anak masih cukup tinggi (19%). Faktor lingkungan dan sektor pekerjaan yang mendukung usaha keluarga atau turun-temurun, seperti pertanian atau perikanan, mungkin menjadi pertimbangan utama bagi orang tua di DTPK untuk mempunyai anak banyak untuk menjadi jaminan dan pengasuh di hari tua. Ada juga hambatan dari segi ekonomi keluarga karena hampir 60% melapor harus membayar untuk pemakaian alat kontrasepsi.

Tabel 6. Utilisasi Pelayanan Kesehatan

Utilisasi	%	Utilisasi	%
Berobat sendiri ketika sakit	36,1	Penyuluhan kesehatan	
Kesulitan untuk mengakses faskes	30,9	Pernah ikut dalam 6 bulan terakhir	25,4
Kesulitan untuk mendapat pengobatan	23,7	Tidak ada penyuluhan	1,5
Rumah sakit (RS)		Menerapkan semua material (peserta)	27,1
Tahu RS yang bisa dikunjungi	81,0	Menerapkan sebagian material (peserta)	44,9
# ART ke RS 6 bulan terakhir (pengguna)	1,4	Belum sempat menerapkan (peserta)	25,5
Puskesmas		Tidak mau menerapkan (peserta)	2,5
Tahu Puskesmas yang bisa dikunjungi	99,3	Anak mendapat penyuluhan di sekolah	40,1
# ART berobat 1 bulan terakhir (pengguna)	1,6	Utilisasi masa kehamilan (ibu hamil)	
Pemeriksaan kesehatan (pengguna)	77,5	Melakukan cek	96,1
Pemeriksaan kesehatan (ada ART sakit hipertensi)	76,1	Melakukan cek <9 kali	57,9
Tindakan medis seperti bedah/ operasi (pengguna)	6,3	Melakukan cek di rumah sakit	3,8
Mendapat obat (pengguna)	91,5	Melakukan cek di puskesmas	45,6
Periksa kandungan (pengguna)	11,6	Melakukan cek di posyandu	44,5
Melahirkan (pengguna)	2,7	Utilisasi kelahiran (ada ART 0-5 th)	
Pelayanan KB (pengguna)	15,8	Lahir di rumah sakit	24,3
Immunisasi (pengguna)	16,1	Lahir di puskesmas	36,5
Perawatan gigi (pengguna)	6,2	Lahir di rumah	32,9
Ada dokter saat berkunjung (pengguna)	52,7	Dibantu dokter	19,6
Merasa jam pelayanan terlalu singkat (pengguna)	36,5	Dibantu bidan	66,6
Merasa puas dengan pelayanan (pengguna)	86,0	Dibantu dukun beranak	7,3
Klinik swasta		Lahir normal	83,8
Tahu klinik yang bisa dikunjungi	47,3	Kontrasepsi (ada ART sudah menikah)	
# ART ke klinik 4 minggu terakhir (pengguna)	1,3	Sedang memakai	39,2
Posyandu		Pernah memakai	23,8
Tahu Posyandu yang bisa dikunjungi	88,0	Tidak pernah memakai	37,0
# ART ke Posyandu 4 minggu terakhir (pengguna)	1,3	Berencana untuk memakai	8,4
# kali anak diperiksa dalam 6 bulan (pengguna)	4,8	Bayar untuk pelayanan kontrasepsi	58,9
Immunisasi (pengguna)	47,0	Pelayanan di RS	4,9
Pemberian makanan sehat (pengguna)	51,7	Pelayanan di Puskesmas	54,1
Penimbangan berat badan (pengguna)	89,8	Pelayanan di Posyandu/Bidan Desa	44,7
Penyuluhan kesehatan (pengguna)	60,6	Pelayanan di klinik swasta	3,4
Pemberian vitamin A (pengguna)	39,9	Anak berapa saja yang diberi	18,9
Pemberian kapsul tambah darah (pengguna)	26,5		
Pelayanan KB (pengguna)	21,3		
Ada dokter saat berkunjung (pengguna)	27,8		
Merasa Posyandu terlalu jarang (pengguna)	23,5		
Merasa puas dengan pelayanan (pengguna)	89,7		

Nota: angka di tabel adalah rata-rata sampel dengan 4.610 observasi, kecuali diindikasikan dalam ().

ART : anggota rumah tangga.

PEMBAHASAN

Pada tingkat rumah tangga di dalam sampel, prevalensi perokok aktif ditemukan sebanyak 64%. Dengan asumsi ada 2 orang dewasa dalam 1 rumah tangga dan 1 perokok aktif, maka estimasi perokok pada tingkat individu adalah 32%. Angka ini lebih rendah dibandingkan dengan rata-rata tingkat nasional dimana prevalensi perokok aktif dewasa di tingkat nasional individu mencapai 39,4% (laki-laki 79%, perempuan 3%) tahun 2016.¹⁷

Dengan demikian, dibandingkan dengan rata-rata provinsi atau nasional, kondisi kesehatan di daerah terpencil di lokasi sampel tidak seburuk yang sering diasumsikan.

Selanjutnya untuk kondisi kesehatan masyarakat yang diukur melalui prevalensi kasus tuberkulosis, malaria, dan hipertensi, terlihat mempunyai perbedaan dengan prevalensi yang ada pada tingkat nasional. Menggunakan rata-rata jumlah anggota rumah tangga dalam sampel sebesar 4,3, estimasi prevalensi pada

dibandingkan dengan prevalensi individu di tingkat nasional yang hanya sekitar 0,4% pada tahun 2018.¹⁸ Kondisi ini bisa disebabkan karena salah satu provinsi sampel yaitu Bengkulu, 30% wilayahnya belum memiliki status bebas malaria.⁸ Rendahnya kasus hipertensi pada sampel mungkin disebabkan gaya hidup masyarakat di daerah terpencil cenderung lebih aktif dibanding dengan mereka yang tinggal di daerah perkotaan. Misalnya, dari survei kesehatan nasional Riskeudas tahun 2018, ditemukan 33% orang dewasa tidak melakukan aktivitas fisik yang cukup sedangkan pada sampel kurang dari 20% yang tidak beraktifitas fisik.¹⁸

Pada bagian kesehatan anak, berat bayi yang lahir di DTPK di daerah sampel memang lebih kecil dari ideal menurut WHO yakni 3,4 kilogram dengan panjang 50,5 cm.²⁰ Namun, perbedaannya tidaklah jauh dari rata-rata dalam sampel sebesar 3,05 kg dan 48,6 cm. Kelengkapan imunisasi dasar di daerah sampel juga masih dalam batas rata-rata provinsi: 86,8% di Bengkulu, 71% di NTT dan 100% di Sulawesi Selatan. Sementara prevalensi diare (buang air besar lebih dari 3 kali sehari) di daerah sampel nampak sedikit lebih tinggi dari prevalensi diare di tingkat nasional: 12,3% untuk anak dibawah umur 1 tahun ditahun 2018.¹⁸

Penemuan sebanyak 36% rumah tangga di DTPK sampel tidak berobat ketika sakit sangat mengkhawatirkan. Tetapi ketika dibandingkan dengan rata-rata nasional, angka ini jauh lebih kecil: dari individu semua usia di Survei Sosioekonomi Nasional (Susenas) tahun 2017 yang mempunyai keluhan kesehatan, sekitar 48% berobat sendiri dan tidak pergi ke fasilitas kesehatan. Ini menunjukkan bahwa praktik untuk mengobati sendiri masih lebih rendah di DTPK dibanding daerah lain. Banyaknya masyarakat di DTPK yang menjadi peserta PBI juga dapat menunjang pemanfaatan pelayanan kesehatan di DTPK.

Berdasarkan hasil proporsi, faktor lain yang harus segera dibenahi adalah keterbatasan puskesmas termasuk kekosongan dokter. Jam operasi yang terlalu singkat juga tidak memungkinkan sebagian besar masyarakat yang bekerja sebagai buruh perkebunan untuk berobat karena waktu kerja mereka yang dimulai dari pagi sampai sore sekitar pukul lima. Pelayanan kesehatan di daerah terpencil harus menyesuaikan dengan karakteristik masyarakat.

KESIMPULAN

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kondisi kesehatan masyarakat di DTPK diketahui sudah cukup baik, tidak jauh berbeda dengan rata-rata nasional atau provinsi. Seperti pada prevalensi penyakit TB dan hipertensi yang masih lebih sedikit dibandingkan dengan tingkat nasional. Akan tetapi, untuk pengetahuan mengenai penyakit kronis, masih sedikit penduduk yang tahu secara komprehensif tentang hubungan penyakit ini dengan penyakit lainnya. Begitu pula dengan proporsi perilaku makan makanan berlemak terlihat masih cukup banyak meskipun proporsi bergerak aktif masih lebih baik dibandingkan dengan rata-rata nasional. Jika tidak dilakukan peningkatan pada kegiatan preventif dan promotif terkait dengan penyakit kronis tersebut, dikhawatirkan tren prevalensi akan meningkat kedepannya. Selain itu, diketahui untuk prevalensi penyakit malaria di daerah DTPK terlihat masih cukup besar, khususnya untuk provinsi Bengkulu, yang mana masih banyak wilayahnya yang belum memiliki status bebas malaria.

Terkait dengan kesehatan ibu dan anak diketahui cakupan imunisasi anak di DTPK sudah cukup baik, begitupula dengan rata-rata berat badan dan panjang bayi pada saat lahir. Hal yang perlu menjadi perhatian adalah tingginya prevalensi diare pada anak yang melebihi rata-rata pada tingkat nasional. Hal ini kemungkinan dipengaruhi oleh ketersediaan fasilitas air bersih dan jamban di rumah tangga masih kurang memadai untuk kegiatan sanitasi yang optimal.

Hal lain mengenai pemanfaatan faskes, diketahui rata-rata pemanfaatan juga lebih tinggi dari rata-rata nasional, walaupun faskes sering sulit dijangkau dan tenaga ahli kesehatan, khususnya dokter, masih sulit ditemukan di puskesmas. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut apakah tenaga-tenaga kesehatan yang saat ini berada di DTPK sudah memenuhi kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan mengingat banyak masyarakat di daerah yang setiap harinya bekerja di perkebunan sehingga diwaktu-waktu tertentu tidak bisa menemui tenaga kesehatan.

SARAN

Untuk peningkatan kesehatan ke depan yang berkesinambungan, selain penambahan dokter dan perbaikan akses jalan ke faskes, masyarakat juga harus menerapkan perilaku

hidup bersih dan sehat di rumah. Pembangunan prasarana rumah layak menjadi prioritas untuk mendukung penerapan hidup bersih dan sehat serta untuk mencegah penyakit menular. Pembangunan sarana dan prasarana di DTPK tersebut, khususnya untuk sanitasi layak dan sumber air bersih, membutuhkan dukungan dari pemerintahan setempat yang bisa dimulai dari tingkat desa. Sebagai contoh, perlu adanya advokasi ke perangkat desa agar mengalokasikan sebagian anggarannya untuk memperbaiki fasilitas sumber air bersih dan jamban sehat agar kualitas kesehatan lingkungan di DTPK bisa meningkat. Selain itu, penting adanya penyuluhan kesehatan yang mengajarkan cara hidup bersih, pola makan yang sehat, serta pentingnya pertukaran udara di dalam rumah dengan kreatif dan inovatif mungkin dilakukan agar menarik perhatian masyarakat untuk terlibat aktif serta menerapkan langsung apa yang telah diberikan pada saat penyuluhan. Penting juga disusun program penyuluhan untuk ibu dan calon ibu karena pengetahuan tentang kesehatan anak dan pemeriksaan yang optimal di saat kehamilan nampaknya masih kurang. Selain itu, media lain seperti iklan dan poster berisikan informasi-informasi kesehatan juga bisa digunakan sebagai sarana penyuluhan. Perubahan di tingkat mikro kiranya dapat menjamin kesehatan masyarakat di DTPK secara berkelanjutan karena perubahan-perubahan yang mendukung proses peningkatan kondisi kesehatan ini telah sekaligus ditanamkan pada generasi penerus.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis berterima kasih atas kerja sama yang baik dengan DEFINIT (DIY, Indonesia) terutama Bapak Bagus Santoso dan Ibu Astrid Maulida, serta tim Monev TNP2K terutama Nur Cahyadi, Miari Putri, Real Rahadinnal, Ade Febriady, Bapak Ekki Syamsuddin, dan Farida Sondakh. Para penulis juga berterima kasih pada semua yang terlibat dalam proses pemilihan lokasi di kantor Badan Litbangkes dan Kementerian Kesehatan, Jakarta.

DAFTAR PUSTAKA

1. Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan. 100 Kabupaten/Kota Prioritas untuk Intervensi Anak Kerdil (Stunting) Volume 2. Jakarta : Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan; 2017.
2. Yen TS. Kurus, Gizi Buruk, Stunting: Wajah Ngeri Anak Indonesia [Internet]. Kompas.com. Jakarta; 2018 [cited 2018 Sep 11]. Available from: <https://lifestyle.kompas.com/read/2018/07/23/073018120/kurus-gizi-buruk-stunting-wajah-neri-anak-indonesia>
3. Susilawaty D. WHO: 7,8 Juta Balita di Indonesia Penderita Stunting [Internet]. Republika. Jakarta; 2018 [cited 2018 Sep 10]. Available from: <https://www.republika.co.id/berita/nasional/umum/18/01/24/p30s85396-who-78-juta-balita-di-indonesia-penderita-stunting>
4. Nurhajati N. Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat (PHBS) Masyarakat Desa Samir dalam Meningkatkan Kesehatan Masyarakat. J Publicana. 2015;8(1):107–26.
5. Grafika D, Sabilu Y, Munandar S. Faktor Risiko Kurangnya Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat (Phbs) Tatanan Rumah Tangga Terhadap Kejadian Diare Pada Balita Di Wilayah Kerja Puskesmas Benu-Benu Kota Kendari Tahun 2017. J Ilm Mhs Kesehat Masy. 2017;2(7).
6. Tampubolon DM. Faktor – Faktor yang Berhubungan dengan Infeksi Kecacingan yang ditularkan Melalui Tanah Pada Murid Sekolah Dasar Swasta Yayasan Pendidikan Duta Harapan Bukit Sion Kecamatan Medan Denai Tahun 2018 [Internet]. Universitas Sumatera Utara; 2018 [cited 2019 Jun 7]. Available from: <http://repositori.usu.ac.id/handle/123456789/8131>
7. Kementerian Kesehatan. Cegah Stunting dengan Perbaikan Pola Makan, Pola Asuh dan Sanitasi (2). Jakarta : Kementerian Kesehatan; 2018.
8. Kementerian Kesehatan. Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2017. Jakarta: Kementerian Kesehatan; 2018.
9. Centers for Disease Control and Prevention. Health effects of secondhand smoke [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. [cited 2018 Sep 10]. Available from: https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/secondhand_smoke/health_effects/index.htm
10. Saulyte J, Regueira C, Montes-Martínez A, Khudyakov P, Takkouche B. Active or Passive Exposure to Tobacco Smoking and Allergic Rhinitis, Allergic Dermatitis, and Food Allergy in Adults and Children:

- A Systematic Review and Meta-Analysis. Novotny TE, editor. PLoS Med. 2014 Mar 11;11(3):e1001611.
11. Tiesler CMT, Chen C-M, Sausenthaler S, Herbarth O, Lehmann I, Schaaf B, et al. Passive Smoking and Behavioural Problems in Children: Results from the LISApus prospective birth cohort study. *Environ Res.* 2011 Nov;111(8):1173–9.
 12. Tsai C-H, Huang J-H, Hwang B-F, Lee YL. Household Environmental Tobacco Smoke and Risks of Asthma, Wheeze and Bronchitic Symptoms among Children in Taiwan. *Respir Res.* 2010 Jan 29;11(1):11.
 13. Au N, Johnston DW. Self-assessed Health: What does it mean and what does it hide? *Soc Sci Med.* 2014 Nov;121:21–8.
 14. Doiron D, Fiebig DG, Johar M, Suziedelyte A. Does Self-assessed Health Measure Health? *Appl Econ.* 2015 Jan 8;47(2):180–94.
 15. Magee CA, Caputi P, Iverson DC. Relationships between Self-Rated Health, Quality of Life and Sleep Duration in Middle Aged and Elderly Australians. *Sleep Med.* 2011 Apr;12(4):346–50.
 16. Borgonovi F. Doing Well by Doing Good. The Relationship between Formal Volunteering and Self-reported Health and Happiness. *Soc Sci Med.* 2008 Jun;66(11):2321–34.
 17. World Health Organization. Smoking prevalence, total, ages 15+. The Worldbank; 2018.
 18. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Laporan Nasional Riskesdas 2018. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan; 2018.
 19. Hanandita W. Essays on Poverty and Health in Indonesia. University of Manchester; 2016.
 20. Zulaikha T. Tabel Berat Badan Ideal Bayi Sesuai dengan Umur [Internet]. PanduanBPJS.com. 2016 [cited 2018 Sep 11]. Available from: <https://www.panduanbpjs.com/tabel-berat-badan-ideal-bayi-sesuai-dengan-umur/>
 21. Kementerian Kesehatan. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 33 Tahun 2018 Tentang Penugasan Khusus Tenaga Kesehatan dalam Mendukung Program Nusantara Sehat. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2018.