

PENGARUH KEPEMILIKAN JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT MISKIN TERHADAP STATUS KELAHIRAN DAN KEJADIAN STUNTING PADA BADUTA INDONESIA (ANALISIS DATA IFLS 1993 – 2007)

EFFECT OF THE POOR HEALTH INSURANCE ON BIRTH STATUS AND STUNTING IN CHILDREN UNDER-TWO YEARS OLD IN INDONESIA (DATA ANALYSIS IFLS 1993-2007)

Demsa Simbolon

Politeknik Kesehatan Kemenkes Bengkulu

ABSTRACT

Background. One of the policies to address health and nutrition issues is Health Insurance Program for the Poor (ASKESKIN) imposed by the Decree of the Minister of Health of the Republic of Indonesia number 1241/MENKES/SK/XI/2004 as mandated by National Social Security System. However, coverage is still low, which is expected to have an impact on the birth status and nutritional status of children under-two years old.

Objective. To prove that membership of a health insurance for the poor (ASKESKIN) has effect on birth status and the incidence of stunting of children under-two years old in Indonesia.

Method. The research is using the positivist paradigm, the data is analysed using cross-sectional study based on Indonesian Family Life Survey (IFLS) in 1993-2007. The samples were all children under two years who were randomly netted in IFLS1 (1993) until IFLS4 (2007), with inclusion criteria biological children, living with parents, single live birth and birth, the data available on birth weight, gestational age, anthropometry. Univariate, bivariate and logistic regression multivariate using 3 sets of data to identify the effect of health insurance ownership to birth weight (n = 3956), gestational age (n = 4998) and the incidence of stunting (n = 4504).

Results. Ownership of health insurance affects LBW, preterm and stunting. Children under two years old from family that have health insurance other than ASKESKIN are protected from LBW (OR, 95 % CI = 0.61; 0.43 to 0.88). However, there was no difference risk of LBW among children under two years old from families with ASKESKIN and those without any health insurance. (OR, 95 % CI = 0.92; 0.52 to 1.61) (model 1). Children from ASKESKIN family has a risk factor for the prevalence of preterm (OR, 95 % CI: 1.74; 1.14 to 2.66) (model 2). Children from families that have health insurance other than ASKESKIN are protected from stunting (OR, 95 % CI = 0.78, 0.62 to 0.98), but there is no difference in risk of stunting among children from families with ASKESKIN compared to children from families that do not have health insurance (OR, 95 % CI = 1.01; 0.69 to 1.47) (model 3).

Conclusion. Policy makers need to evaluate the Community Health Insurance Program (ASEKSKIN). The Maternal Children Health and Nutrition intervention was done with less emphasis on promotive and preventive efforts. People utilize curative measures only when problems occur in relation to the health and nutrition of mothers and children.

Key words: low birth weight , premature , Stunting , Poor Community Health Insurance

ABSTRAK

Latar belakang. Salah satu kebijakan untuk mengatasi masalah kesehatan dan gizi adalah Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin (PJKMM) yang diberlakukan dengan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (SK Menkes RI) No. 1241/Menkes/SK/XI/2004 sebagai amanat UU No. 40/2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Namun cakupannya masih rendah, yang diperkirakan berdampak pada masih tingginya masalah riwayat kelahiran dan status gizi baduta.

Tujuan. Membuktikan pengaruh kepemilikan jaminan kesehatan masyarakat miskin terhadap status kelahiran dan kejadian stunting baduta Indonesia.

Metode. Penelitian menggunakan paradigma *positivist* dengan pendekatan *crosssectional study* berdasarkan data *Indonesia Family Life Survey* (IFLS) tahun 1993-2007. Sampel adalah seluruh bayi dan baduta yang secara random terjaring dalam IFLS1 (1993) sampai IFLS4 (2007), dengan kriteria inklusi anak kandung, tinggal dengan orang tua, lahir hidup dan lahir tunggal, tersedia data berat lahir, umur kehamilan, antropometri. Analisis univariat, bivariat dan regresi logistik multivariat menggunakan 3 set data untuk mengidentifikasi pengaruh kepemilikan Jaminan kesehatan terhadap berat lahir (n=3956), umur kehamilan (n=4998) dan kejadian stunting (n=4504).

Hasil. Kepemilikan jaminan kesehatan berpengaruh terhadap BBLR, prematur dan stunting. Bayi dari keluarga peserta jaminan kesehatan Non-ASKESKIN terproteksi dari BBLR (OR;95% CI =0,61; 0,43-0,88). Namun tidak ada perbedaan risiko BBLR antara bayi dari keluarga peserta Askeskin dan yang tidak memiliki jaminan kesehatan (OR;95% CI =0,92; 0,52-1,61) (model 1). Kepemilikan ASKESKIN sebagai faktor risiko kejadian prematur (OR, 95% CI: 1,74; 1,14-2,66) (model 2). Anak dari keluarga peserta jaminan kesehatan Non-ASKESKIN terproteksi dari kejadian stunting (OR;95% CI =0,78; 0,62-0,98), namun tidak ada perbedaan risiko stunting antara anak dari keluarga peserta ASKESKIN dengan anak dari keluarga yang tidak memiliki jaminan kesehatan (OR;95% CI =1,01; 0,69-1,47) (model 3).

Kesimpulan. Penentu kebijakan perlu melakukan evaluasi pada program Jaminan Kesehatan Masyarakat (keluarga miskin), karena intervensi KIA dan Gizi yang dilakukan kurang menekankan pada upaya promotif dan preventif, sehingga utilisasi masyarakat lebih pada upaya kuratif bila terjadi masalah Kesehatan dan Gizi pada ibu dan anak.

Kata Kunci: BBLR, Prematur, Stunting, Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin

PENGANTAR

Program untuk penanggulangan masalah gizi dan kemungkinan terjadinya *lost generation* di Indonesia khususnya pada keluarga miskin, sejak 1998-2002 dilaksanakan Program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK) untuk pelayanan kesehatan dasar keluarga miskin (gakin). Kegiatan program ini termasuk PMT pada anak balita dan ibu hamil yang mengalami kekurangan gizi¹. Pada tahun 2001-2002 berlaku Program Penanggulangan Dampak Pengurangan Subsidi Energi Bidang Kesehatan (PPDPSE-BK) dan Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak Bidang Kesehatan (PKPS-BBM Bidkes)². Kemudian UU No. 40/2004 tentang SJSN mengamanatkan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Keluarga Miskin (JPK Gakin). Pada tahun 2005-2007 dengan Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 56/Menkes/SK/II/2005 menyerahkan pengelolaan JPK gakin kepada PT. Askes dalam bentuk Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin (JPK-MM) atau dikenal dengan program Askeskin. Tahun 2008 sampai sekarang berubah nama menjadi program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas)³.

Evaluasi terhadap program-program ini masih terbatas pada regional tertentu dan hasilnya masih kontroversi. Berbagai studi evaluasi JPS-BK menunjukkan adanya perbaikan status gizi balita pada masyarakat miskin, namun studi tersebut belum dapat menjelaskan korelasi diantaranya karena tanpa kelompok pembanding. Penelitian di Surabaya tahun 2004 menunjukkan bahwa masih ada ketidaktepatan dalam menentukan sasaran keluarga miskin yang memperoleh pelayanan kesehatan, dan masih banyaknya pelayanan kesehatan gakin yang tidak tuntas. Utilisasi oleh gakin juga masih rendah yakni 2,76-7,62%, padahal target yang ditetapkan adalah 18%⁴. Disamping itu kontribusi dari Pemerintah Daerah Kabupaten bervariasi dalam penyelenggaraan JPK Gakin, yaitu antara 15-25% dari jumlah penerimaan JPK Gakin. Hasil penelitian Crescent⁵ menunjukkan bahwa pelayanan JPS-BK bagi keluarga miskin peserta JPS-BK sangat bermanfaat bagi ibu hamil, ibu nifas, ibu menyusui bayi dan anggota keluarga lainnya, dalam pemanfaatan pelayanan antenatal, persalinan, post natal, imunisasi dan kesehatan lainnya. Hal ini terlihat dari tidak adanya perbedaan status gizi ibu hamil antara ibu peserta JPS dan non-JPS. Namun status gizi anak baduta pada kelompok JPS-BK masih lebih buruk dibandingkan bukan penerima JPS-BK. Namun manfaat bagi kesehatan balita belum optimal terlihat dari temuan Thaha⁶ di Sulawesi Selatan dan Jawa Barat bahwa pada masing-masing daerah setelah 1 tahun program JPSBK

terjadi penurunan prevalensi KEP akut pada balita namun penurunannya tidak signifikan. Masalah lain masih rendahnya cakupan jaminan kesehatan. Pada tahun 2000 hanya 12,71% penduduk Indonesia peserta asuransi kesehatan. Sejak tahun 2005 dengan adanya program askeskin cakupan meningkat 29,18% (2007), dan mencapai 42,6% (2010) terdiri dari 9,3% non jamkesmas dan 33,2% Jamkesmas⁶. Rendahnya cakupan ini diperkirakan penyebab tetap buruknya kondisi status kelahiran bayi dan status gizi baduta Indonesia. Peningkatan cakupan jaminan kesehatan diharapkan meningkatkan akses terhadap pelayanan kesehatan, terutama program KIA-GIZI. Sehingga perlu studi bersifat nasional untuk menjelaskan keterkaitan antara kepemilikan jaminan kesehatan pada gakin terhadap status kelahiran dan kejadian baduta stunting Indonesia menggunakan Data IFLS 2007.

WHO mencatat sekitar 15% dari kelahiran hidup di dunia adalah BBLR, 6% terjadi di negara maju dan 30% di negara berkembang. BBLR bertanggung jawab terhadap 60-80% kematian neonatal. Di Indonesia prevalensinya cenderung stagnan. Laporan SDKI tercatat 7,3% (1986-1991), 7,1% (1989-1994), 7,7% (1992-1997), 7,2% (2002-2003) dan 6,7% (2007), dan Riskesdas (2010) melaporkan 11,1% dengan kisaran 6-19,2%.⁷ Status kelahiran yang buruk berdampak panjang pada pertumbuhan bayi dan status gizi balita bahkan berlanjut antar generasi. Bayi BBLR cenderung menjadi lebih pendek dan lebih ringan selama masa kanak-kanak dan remaja^{8,9}. Semakin kecil berat lahir dan panjang lahir, semakin rendah tinggi badan dan IMT pada usia 20 tahun¹⁰ dan BBLR berisiko keparahan *stunting* lebih besar dibandingkan bayi lahir normal¹¹.

Stunting merupakan masalah global yang umumnya terjadi dalam periode singkat (sebelum lahir hingga kurang lebih umur 2 tahun) namun konsekuensinya serius dikemudian hari. Balita *stunting* berisiko lebih pendek pada masa dewasa¹². Anak laki-laki *stunting* akan mempengaruhi produktivitas kerja yang kurang hingga berdampak pada status ekonomi, sedangkan anak perempuan *stunting* akan menjadi perempuan dewasa *stunting* yang apabila mengalami kehamilan berisiko melahirkan BBLR¹³. Riskesdas tahun 2007 dan tahun 2010 melaporkan stunting di Indonesia merupakan masalah serius dengan prevalensi tinggi, yaitu adalah 36,8% dan 35,6%^{7,14}.

Masalah di atas menunjukkan pentingnya fokus perhatian pada Ibu hamil, ibu menyusui, bayi baru lahir dan anak usia di bawah dua tahun (baduta) (periode 1000 hari pertama kehidupan) karena merupakan periode kritis, yang jika tidak dimanfaatkan dengan baik akan terjadi kerusakan bersifat permanen.

Bank Dunia menyatakan segala upaya perbaikan gizi diluar periode ini terbukti tidak dapat mengatasi masalah gizi masyarakat dengan tuntas.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan paradigma *positivist* dengan pendekatan *crosssectional study* untuk menjelaskan pengaruh kepemilikan jaminan kesehatan masyarakat miskin terhadap status kelahiran dan kejadian stunting baduta Indonesia berdasarkan data *Indonesia Family Life Survey (IFLS)* tahun 1993-2007¹⁵. Populasi adalah seluruh anak usia 0-2 tahun di Indonesia. Sampel adalah anak 0-2 tahun yang secara random terjaring dalam IFLS1 tahun 1993 (1017 anak), IFLS2 tahun 1997 (778 anak), IFLS1 tahun 2000 (1568 anak), dan IFLS4 tahun 2007 (1653 anak). Bayi dan baduta yang terpilih menjadi sampel dengan kriteria inklusi, yaitu anak kandung, lahir hidup dan lahir tunggal, anak tinggal dengan orang tua kandungnya, anak ditimbang berat lahir dan tersedia data umur kehamilan, pada pelaksanaan survey anak berusia 0- 2 tahun, anak tetap hidup sampai usia 0-2 tahun. Disparitas kepemilikan jaminan kesehatan tersedia dalam BOOK 3B terdiri dari asuransi kesehatan (PT. ASKES), Asuransi tenaga kerja (PT. Jamsostek), Asuransi Kesehatan Swasta dan Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin (ASKESKIN). Kemudian disparitas dikelompokkan menjadi peserta askeskin, Non Askeskin, dan tidak memiliki jaminan kesehatan. Status kelahiran diukur berdasarkan usia kelahiran dan berat lahir bayi, stunting diukur berdasarkan indeks TB/U menggunakan *software WHO Antro v.3.1.0* dan status gizi anak sampai remaja dengan *WHO anthroPlus v.1.0.3* dengan rujukan WHO tahun 2007¹⁶.

Pengolahan data dimulai dengan melakukan pemeriksaan data. Dari daftar pertanyaan yang tersedia, dilakukan pemeriksaan terhadap variabel yang akan dianalisis, kemudian dilakukan eksplorasi data dengan melihat sebaran data untuk mengetahui jenis distribusi data yang ada. Selain itu dilakukan juga pembersihan data yang tidak sesuai dengan kepentingan analisis serta data yang hilang (*missing*), sehingga tidak diikutsertakan pada analisis berikutnya. Selanjutnya dilakukan Merger Data. Merger dilakukan dengan cara menggabungkan data yang sudah diperiksa dan dibersihkan mulai data IFLS1 sampai dengan IFLS4 dengan menggunakan ID pengikat.

Langkah berikutnya melakukan transformasi data dengan membuat *compute* atau *recode* pada variabel-variabel tertentu. Analisis data menggunakan: Analisis univariat dilakukan untuk melihat distribusi frekuensi masing-masing variabel berskala nominal atau ordinal, dan mendeskripsikan variasi data berskala interval dan rasio dengan melihat nilai tengah, standar deviasi, varians dan adanya data *outlier*. Analisis bivariat dilakukan untuk mengidentifikasi hubungan masing-masing variabel independen dengan variabel dependen menggunakan Uji *Chi Square*, Uji *T test/Mann Whitney Test* dan Anova on way. Analisis multivariat menggunakan regresi logistik untuk mengidentifikasi pengaruh kepemilikan jaminan kesehatan masyarakat miskin akan memperbaiki status kelahiran bayi dan kejadian stunting pada baduta Indonesia dengan mengontrol variabel konfounding.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Disparitas Kepemilikan Jaminan Kesehatan Masyarakat

Kepemilikan jaminan kesehatan di Indonesia menunjukkan kecenderungan peningkatan, namun cakupannya masih sangat rendah. IFLS 1993 menunjukkan bahwa hanya 11,% baduta dari keluarga peserta jaminan kesehatan, pada IFLS 1997 meningkat menjadi 18,8% dan IFLS 2000 menjadi 22,3%. Kemudian pada pelaksanaan IFLS 2007 terdapat 24,1% baduta dari keluarga peserta jaminan kesehatan bukan askeskin dan 13,9% baduta dari keluarga peserta Askeskin.

Rata-rata dan proporsi riwayat lahir dan panjang badan menurut umur berdasarkan kepemilikan jaminan kesehatan dapat dilihat pada Table 2. Hasil menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan rata-rata berat lahir antara baduta dari keluarga peserta Askeskin, non-Askeskin dan yang tidak memiliki jaminan kesehatan, rata-rata berat lahir adalah 3,2 kg. Berdasarkan klasifikasi berat lahir terlihat ada perbedaan proporsi BBLR antara baduta dari keluarga peserta Askeskin, non-Askeskin dan yang tidak memiliki jaminan kesehatan. Tidak terdapat perbedaan rata-rata dan proporsi umur kehamilan antara baduta dari keluarga peserta Askeskin, non-Askeskin dan yang tidak memiliki jaminan kesehatan, rata-rata umur kehamilan adalah 36 minggu (cukup bulan). Proporsi bayi kurang bulan lebih banyak di temukan pada baduta dari keluarga peserta Askeskin (8,7%)

Tabel 1. Kepemilihan Jaminan Kesehatan menurut Periode IFLS

| Kepemilihan Jaminan Kesehatan | IFLS 1993 (n=1017) | IFLS 1997 (n=778) | IFLS 2000 (n=1568) | IFLS 2007 (n=1653) |
|----------------------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Tidak Memiliki Jaminan Kesehatan | 88,9% | 81,2% | 77,7% | 61,9% |
| Memiliki Jaminan Kesehatan | 11,1% | 18,8% | 22,3% | 24,1% |
| Peserta Askeskin | 0 | 0 | 0 | 13,9% |

dan proporsi paling rendah adalah pada baduta dari keluarga yang tidak memiliki jaminan kesehatan (6,7%). Terdapat perbedaan rata-rata Z skor panjang badan menurut umur (PB/U) antara baduta dari keluarga yang memiliki Askeskin, non-Askeskin dan yang tidak memiliki jaminan kesehatan. Setelah Z skor PB/U diklasifikasikan, menunjukkan adanya perbedaan proporsi panjang badan antara baduta dari keluarga peserta Askeskin, non-Askeskin dan yang tidak memiliki jaminan kesehatan. Proporsi baduta pendek banyak di temukan pada baduta dari keluarga peserta askeskin (40%) dengan proporsi yang hampir sama pada baduta dari keluarga yang tidak memiliki jaminan kesehatan (38,4%).

Riwayat Lahir dan Status Gizi Baduta

Tabel 2 menunjukkan rata-rata berat lahir bayi di Indonesia tidak ada perbedaan sejak IFLS tahun 1993 sampai 2007, rata-rata berat lahir sedikit lebih tinggi pada bayi laki-laki. Demikian juga proporsi kejadian BBLR di Indonesia tidak banyak berubah sejak tahun 1993 sampai 2007, dan prevalensinya cenderung lebih tinggi pada bayi perempuan, kecuali pada survey tahun 1997. Kecenderungan yang sama terjadi pada kelahiran prematur. Rata-rata umur kehamilan bayi di Indonesia hampir sama mulai IFLS 1993 sampai 2007. Demikian juga proporsi kejadian lahir premature tidak banyak berubah, proporsinya sedikit lebih tinggi pada bayi perempuan kecuali pada IFLS 1997. Hasil komposit dari berat lahir menurut usia kehamilan menunjukkan bahwa di Indonesia BBLR banyak terjadi karena IUGR dibandingkan karena prematuritas, kejadian BBLR karena IUGR sekitar 2-6 kali dibandingkan karena prematuritas.

Gambaran keadaan status gizi baduta di Indonesia juga tidak mengalami perubahan sejak IFLS 1993 sampai 2007. Penilaian status gizi baduta ber-

dasarkan nilai rata-rata skor Z dan proporsi status gizi menurut indikator konvensional yang telah diklasifikasikan berdasarkan *cut off point* sesuai kriteria WHO 2006 untuk masing-masing indikator indeks antropometri. Hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi baduta stunting baik pada baduta perempuan maupun laki-laki berada pada angka diatas 30-40%. Menurut BB/U terdapat proporsi baduta yang cukup tinggi mengalami gizi kurang/buruk berkisar 14-28%. Menurut BB/PB atau terjadi masalah gizi ganda. Sekitar 12% baduta dalam keadaan kurus/sangat kurus dalam waktu bersamaan terdapat masala gizi lebih/obesitas berkisar 4-14%.

Gambaran status gizi baduta tidak cukup menggunakan indeks antropometri konvensional, sehingga untuk mendeskripsikan lebih jelas besarnya masalah status gizi balita perlu diuraikan dengan menggunakan indeks antropometri komposit (*Composit Index of Anthropometric Failure*). Gambaran status gizi baduta menurut indeks antropometri komposit sangat bervariasi, masalah terbesar adalah baduta stunting.

Perbandingan antara hasil penilaian status gizi balita antara indeks antropometri konvensional dan indeks antropometri komposit terdapat perbedaan proporsi yang dapat mengakibatkan kesalahan dalam menjelaskan besarnya masalah gizi. Berdasarkan indeks antropometri konvensional sebagian besar (lebih dari 70%) baduta dengan status gizi normal, sedangkan dengan indeks antropometri konvensional hanya 40-50% baduta dengan status gizi normal. Hal ini dapat menyebabkan kesalahan dalam menggambarkan keadaan status gizi yang sebenarnya. Kontribusi masing-masing masalah kurang gizi terhadap gangguan pertumbuhan berdasarkan pengukuran CIAF. Hasil menunjukkan bahwa indeks stunting jauh lebih tinggi dibandingkan indeks Wasting

Tabel 2. Karakteristik Riwayat Lahir dan Panjang Badan menurut Umur berdasarkan Kepemilikan Jaminan Kesehatan

| Karakteristik | Kepemilikan Jaminan Kesehatan | | | P value |
|--------------------------------------|-------------------------------|--------------|------------|----------|
| | Askeskin | Non-Askeskin | Tidak Ada | |
| Berat Lahir (kg) | (n=230) | (n=912) | (n=2814) | |
| Mean ± SD | 3,20±0,53 | 3,22±0,54 | 3,21±0,71 | 0,898* |
| BBLR | 6,1% | 4,2% | 7,0% | 0,008** |
| Normal | 93,9% | 95,8% | 93,0% | |
| Usia Kehamilan (minggu) | (n=230) | (n=1004) | (n=3764) | |
| Mean ± SD | 36,94±3,06 | 36,62±2,61 | 36,61±2,54 | 0,17* |
| Preterm | 8,7% | 7,1% | 6,9% | 0,587** |
| Fullterm | 91,3% | 92,9% | 93,1% | |
| Panjang Badan menurut Umur (Z skore) | (n=230) | (n=924) | (n=3350) | |
| Mean ± SD | -1,21±2,21 | -0,87±2,74 | -1,22±2,87 | 0,003* |
| Pendek | 40,0% | 27,9% | 38,4% | 0,0001** |
| Normal | 60,0% | 72,1% | 61,6% | |

*ANOVA one Way **Chi Square Test

Tabel 3. Karakteristik Riwayat Lahir dan Status Gizi Baduta berdasarkan Periode IFLS 1993 - 2007

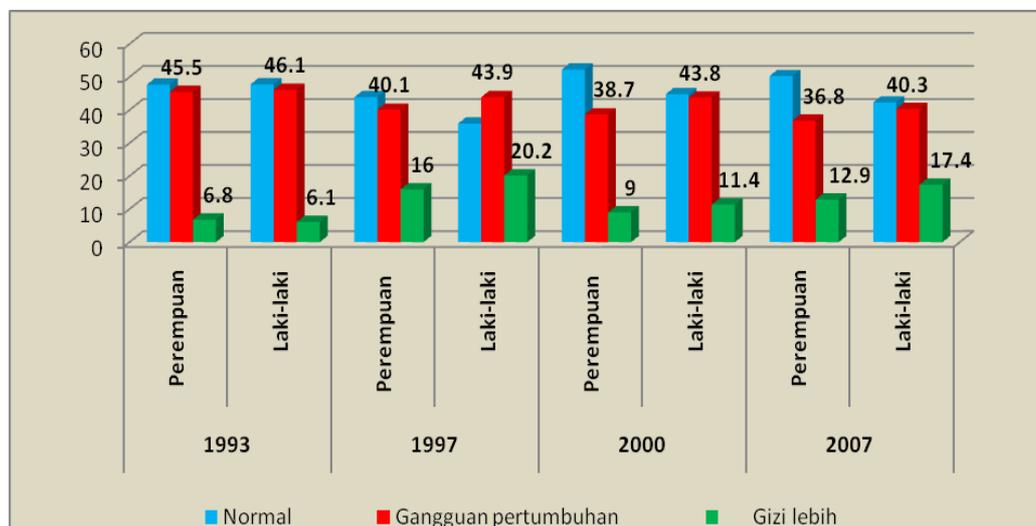
| Karakteristik | IFLS 1993 | | IFLS 1997 | | IFLS 2000 | | IFLS 2007 | |
|------------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | Perempuan | Laki-laki | Perempuan | Laki-laki | Perempuan | Laki-laki | Perempuan | Laki-laki |
| Berat Lahir (kg) | | | | | | | | |
| Mean ± SD | 3,21 ± 1,05 | 3,33 ± 1,09 | 3,25 ± 0,56 | 3,32 ± 0,58 | 3,15 ± 0,59 | 3,19 ± 0,53 | 3,13 ± 0,53 | 3,25 ± 0,59 |
| BBLR | 7,9 | 7,3 | 4,6 | 6,9 | 6,8 | 5,5 | 6,7 | 5,7 |
| Normal | 92,1 | 92,7 | 95,4 | 93,1 | 93,2 | 94,5 | 93,3 | 94,3 |
| Usia Kehamilan (minggu) | | | | | | | | |
| Mean ± SD | 36,15 ± 2,59 | 36,18 ± 3,25 | 36,32 ± 1,86 | 36,12 ± 1,86 | 36,8 ± 2,66 | 36,93 ± 2,48 | 36,91 ± 2,61 | 36,86 ± 2,57 |
| Preterm | 9,9 | 7,6 | 4,1 | 6,6 | 8,7 | 7,3 | 7,3 | 4,5 |
| Fullterm | 90,1 | 92,4 | 95,9 | 93,4 | 91,3 | 92,7 | 92,7 | 95,5 |
| Berat lahir menurut usia kehamilan | | | | | | | | |
| Normal | 80,6 | 85,5 | 91,6 | 87,5 | 86,2 | 88,2 | 88,6 | 91,1 |
| Preterm Normal | 11,5 | 7,1 | 3,8 | 5,6 | 7,0 | 6,3 | 4,7 | 3,2 |
| IUGR | 6,9 | 6,1 | 3,8 | 4,9 | 4,7 | 4,3 | 4,1 | 4,4 |
| Preterm BBLR | 1,0 | 1,3 | 0,8 | 2,0 | 2,1 | 1,2 | 2,6 | 1,3 |
| PB/U | | | | | | | | |
| Skor Z ± SD | -1,67 ± 2,71 | -1,42 ± 2,74 | -1,11 ± 3,48 | -0,78 ± 4,24 | -0,96 ± 2,53 | -1,27 ± 2,21 | -1,00 ± 2,61 | -1,01 ± 2,77 |
| Normal | 60,0 | 59,7 | 61,3 | 57,1 | 69,3 | 62,2 | 69,0 | 63,2 |
| Pendek | 40,0 | 40,3 | 38,7 | 42,9 | 30,7 | 37,8 | 31,0 | 36,8 |
| BB/U | | | | | | | | |
| Skor Z ± SD | -1,33 ± 2,08 | -1,24 ± 2,26 | -0,71 ± 2,26 | -0,49 ± 3,21 | -0,72 ± 2,97 | -0,75 ± 3,21 | -0,60 ± 2,08 | -0,61 ± 1,86 |
| Normal | 70,3 | 70,1 | 68,3 | 68,3 | 68,1 | 75,9 | 84,1 | 78,3 |
| Gizi Kurang/Buruk | 28,4 | 28,1 | 24,7 | 24,3 | 22,1 | 20,8 | 13,6 | 17,8 |
| Gizi Lebih/Obesitas | 1,3 | 1,8 | 7,0 | 7,3 | 9,8 | 3,3 | 2,3 | 3,9 |
| BB/PB | | | | | | | | |
| Skor Z ± SD | -0,49 ± 2,13 | -0,57 ± 2,52 | -0,12 ± 1,98 | -0,09 ± 2,02 | -0,08 ± 3,4 | 0,05 ± 4,72 | -0,02 ± 2,57 | 0,09 ± 2,69 |
| Normal | 81,4 | 80,4 | 76,7 | 72,1 | 80,6 | 78,0 | 74,7 | 70,8 |
| Kurus/Sangat Kurus | 12,7 | 15,3 | 12,8 | 16,6 | 12,7 | 12,7 | 13,7 | 14,2 |
| Gemuk/Obesitas | 5,9 | 4,3 | 10,5 | 11,3 | 6,7 | 9,3 | 11,6 | 14,9 |

Tabel 4. Status Gizi Baduta berdasarkan Composit Index of Anthropometric Failure (CIAF) Pada Periode IFLS

| Status Gizi Baduta (CIF)* | IFLS 1993 | | IFLS 1997 | | IFLS 2000 | | IFLS 2007 | |
|-----------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | Perempuan | Laki-laki | Perempuan | Laki-laki | Perempuan | Laki-laki | Perempuan | Laki-laki |
| Status Gizi Komposit | | | | | | | | |
| Normal | 47,7 | 47,8 | 43,9 | 35,9 | 52,3 | 44,8 | 50,3 | 42,3 |
| Kurus saja | 2,9 | 4,0 | 4,1 | 5,0 | 6,6 | 4,6 | 7,8 | 7,5 |
| Pendek saja | 15,8 | 15,7 | 12,9 | 18,1 | 15,6 | 19,2 | 15,8 | 15,9 |
| BB kurang saja | 1,5 | 0,9 | 1,0 | 0,9 | 0,6 | 1,6 | 1,9 | 1,5 |
| BB kurang dan kurus | 5,1 | 5,4 | 3,7 | 4,7 | 4,7 | 5,9 | 3,8 | 3,6 |
| BB kurang dan pendek | 15,6 | 14,6 | 13,9 | 9,2 | 10 | 10,3 | 5,7 | 9,0 |
| BB kurang, kurus dan pendek | 4,6 | 5,6 | 4,4 | 5,9 | 1,3 | 2,3 | 1,9 | 2,7 |
| Gizi lebih | 6,8 | 6,1 | 16,0 | 20,2 | 9,0 | 11,4 | 12,9 | 17,4 |

dan Underweight. Hal ini menunjukkan bahwa dari IFLS 1993 sampai IFLS 2007 masalah Stunting sebagai kontribusi terbesar terhadap masalah gangguan pertumbuhan pada baduta.

1,61). Penelitian ini mememuan bahwa anak yang lahir dari keluarga pesertajaminan kesehatan Non-ASKESKIN sebagai faktor protektif terjadinya BBLR (OR;95% CI =0,61; 0,43-0,88). Artinya anak yang



Gambar 1. Gambaran Masalah Gizi Ganda Baduta Indonesia Sejak IFLS 1993 - 2007

Tabel 5. Indeks Antropometri Kurang Gizi berdasarkan *Composit Index of Anthropometric Failure*

| Gangguan Pertumbuhan | IFLS 1993 | | IFLS 1997 | | IFLS 2000 | | IFLS 2007 | |
|----------------------|-----------|-------|-----------|-------|-----------|-------|-----------|-------|
| | P | L | P | L | P | L | P | L |
| Stunting | 0,791 | 0,777 | 0,780 | 0,758 | 0,693 | 0,724 | 0,634 | 0,687 |
| Wasting | 0,277 | 0,325 | 0,305 | 0,356 | 0,325 | 0,292 | 0,366 | 0,343 |
| Underweight | 0,589 | 0,574 | 0,575 | 0,473 | 0,428 | 0,458 | 0,360 | 0,418 |

P: perempuan L: Laki-laki

Pengaruh Kepemilikan Jaminan Kesehatan terhadap Riwayat Lahir dan Stunting

Tabel 6 menunjukkan pengaruh kepemilikan jaminan kesehatan terhadap riwayat lahir (berat badan dan umur kehamilan) dan kejadian stunting pada baduta Indonesia. Hasil penelitian menemukan bahwa kepemilikan jaminan kesehatan berpengaruh terhadap riwayat lahir dan kejadian stunting. Pada penelitian ini dilakukan tiga kali analisis terpisah pengaruh kepemilikan jaminan kesehatan, sehingga diperoleh 3 model, yaitu pengaruh terhadap berat lahir (model 1), terhadap umur kehamilan (model 2) dan terhadap kejadian stunting (model 3). Ketiga model menunjukkan ada pengaruh kepemilikan jaminan kesehatan dengan kejadian berat lahir, umur kehamilan kurang bulan dan stunting.

Model 1 menunjukkan tidak ada perbedaan risiko berat badan lahir antara anak yang lahir dari keluarga peserta Askeskin dengan anak yang tidak memiliki jaminan kesehatan (OR;95% CI =0,92; 0,52-

lahir dari keluarga yang tidak memiliki jaminan kesehatan berisiko 1,6 kali akan lahir dengan BBLR dibandingkan dengan anak yang lahir dari keluarga pesertajaminan kesehatan selain ASKESKIN. Faktor lain yang mempengaruhi terjadinya bayi lahir dengan BBLR adalah jumlah anggota keluarga. Anak yang lahir dari keluarga besar berisiko 1,3 kali mengalami BBLR dibandingkan anak yang lahir dari keluarga kecil.

Model 2 menunjukkan bahwa kepemilikan ASKESKIN sebagai faktor risiko kejadian umur kehamilan kurang bulan (OR, 95% CI: 1,74; 1,14-2,66). Anak yang lahir dari keluarga peserta ASKESKIN berisiko 1,7 kali akan lahir prematur dibandingkan dengan anak yang lahir dari keluarga yang tidak memiliki jaminan kesehatan. Faktor lain yang mempengaruhi terjadinya bayi lahir prematur adalah jumlah anggota keluarga besar, tempat antenatal care dan IMT ibu kurus. Anak yang lahir dari keluarga besar berisiko 1,25 kali mengalami prema-

ture dibandingkan anak yang lahir dari keluarga kecil. Anak yang lahir dari ibu yang kurus berisiko 1,53 kali mengalami premature dibandingkan anak yang lahir dari ibu IMT normal.

Model 3 menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan risiko stunting antara anak yang lahir dari keluarga peserta Askeskin dengan anak yang tidak memiliki jaminan kesehatan. Penelitian ini menemukan bahwa anak yang lahir dari keluarga peserta jaminan kesehatan Non-ASKESKIN sebagai faktor protektif terjadinya stunting (OR;95% CI =0,78; 0,62-0,98). Artinya anak yang lahir dari keluarga yang tidak memiliki jaminan kesehatan berisiko 1,3 kali akan menjadi stunting dibandingkan dengan anak yang lahir dari keluarga pesertajaminan kesehatan selain ASKESKIN. Faktor lain yang mempengaruhi terjadinya stunting adalah IMT ibu kurus, anak laki-laki, lahir dengan BBLR, ibu pendek dan bapak pendek.

PEMBAHASAN

Kepemilikan Jaminan Kesehatan

Temuan penelitian ini menunjukkan bahwa cakupan kepemilikan jaminan kesehatan masyarakat di Indonesia masih rendah walaupun dari tahun ke tahun mengalami peningkatan. Hasil penelitian menemukan pada IFLS 1993 hanya 11,% baduta dari keluarga peserta Jaminan Kesehatan, IFLS 1997 meningkat menjadi 18,8% dan IFLS 2000 menjadi 22,3%. Kemudian pada pelaksanaan IFLS 2007 terdapat 24,1% baduta dari keluarga pesertajaminan kesehatan Non Askeskin dan 13,9% baduta dari keluarga peserta Askeskin. Rendahnya cakupan ini diperkirakan akan berdampak pada tetap tingginya masalah gizi di Indonesia.

Riwayat Lahir dan Status Gizi Baduta

Ukuran lahir mencerminkan bagaimana pertumbuhan janin dalam rahim. Berat lahir dan umur kehamilan merupakan dua hal yang saling berhubungan, kedua kondisi tersebut mencerminkan kecukupan pertumbuhan intrauterinnya. Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin yang menggambarkan ukuran dan besarnya bayi lahir. Umur kehamilan menjadi hal yang harus dipertimbangkan karena kegagalan dalam memperhitungkan umur gestasional menjadi dominan dan problem utama dalam intervensi, yang pada akhirnya dapat mempengaruhi pembuat keputusan pada klinik serta pada tingkat kesehatan masyarakat¹⁷.

Berat lahir sebagai salah satu indikator pertumbuhan prenatal umumnya digunakan untuk menegakkan diagnosis bayi dengan berat normal atau BBLR. Pada penelitian ini prevalensi BBLR pada

balita lahir antara IFLS 1993 sampai 2007 mengalami tahun 1988-1993 sebesar 7,4% pada IFLS 1993 dan 6,4% pada IFLS 2007. Angka ini menunjukkan bahwa kejadian BBLR Indonesia masih stagnan. Sama dengan Negara berkembang lainnya, Bayi BBLR di Indonesia sebagian besar adalah bayi lahir cukup bulan yang merupakan bayi-bayi yang mengalami *intra uterine growth retardation* (IUGR)¹⁸. BBLR di Indonesia karena IUGR berkisar 65,6% pada IFLS 1993 dan 87,36% IFLS 2007. Temuan ini sejalan dengan penjelasan Podja & Kelley (2000) hampir 80% dari semua bayi yang baru lahir mengalami IUGR dan lahir di Asia (terutama Asia Selatan-Tengah) dengan Banglades memiliki prevalensi tertinggi (50%). Sekitar 15% dan 11% dilahirkan dengan IUGR dan BBLR di Afrika Barat dan Tengah, dan sekitar 7% di Amerika Latin dan kawasan Karibia¹⁹.

WHO menyatakan jika tingkat insiden BBLR > 15% dan > 20% untuk IUGR menunjukkan masalah utama kesehatan masyarakat¹⁹. Walaupun prevalensi BBLR di Indonesia dibawah kriteria, namun masalah BBLR di Indonesia masih tetap harus menjadi perhatian penting, karena diperkirakan prevalensi BBLR dari berbagai survei kemungkinan mengalami *underestimate*, terutama dalam penelitian ini karena sekitar 41% bayi tidak ditimbang saat lahir dan data berat lahir yang dikumpulkan bukan berasal dari catatan medis. Pada bayi-bayi yang tidak ditimbang diperkirakan mempunyai tingkat kematian yang lebih tinggi. Hasil penelitian Noviani²⁰ menemukan bahwa pada bayi yang mengalami kematian neonatal dini (0-7 hari) sebesar 41,67% merupakan bayi yang tidak ditimbang. Pada kasus kematian neonatal dini 23,61% merupakan kontribusi dari bayi BBLR.

Masa awal kehidupan bayi menjadi masa yang kritis bagi bayi yang berisiko tinggi untuk dapat bertahan hidup. Berbagai hasil penelitian membuktikan bahwa berat lahir memiliki dampak yang besar terhadap morbiditas, mortalitas, penyakit infeksi, perkembangan anak, kekurangan berat badan dan tinggi badan di awal periode neonatal sampai dewasa. Jika bayi tetap bertahan hidup namun tidak diimbangi dengan asupan gizi yang memadai akibat ketidakmampuan keluarga akan berdampak pada gangguan pertumbuhan berupa *stunted* dan akan meningkatkan risiko penyakit kronik pada usia dewasa seperti termasuk tekanan darah tinggi, diabetes militus, penyakit jantung koroner stroke, gangguan metabolik dan kekebalan tubuh serta ketahanan fisik¹⁹. Remaja perempuan yang *stunted* yang tidak memadai asupan gizinya akan mempengaruhi status gizi pada masa prakonsepsi hingga konsepsi. Status gizi yang tidak baik pada masa kehamilan selain berisiko terjadi kematian maternal, juga akan berisiko melahirkan

bayi BBLR²¹. Mengingat penyebab dan dampak BBLR sangat kompleks, maka pencegahan kejadian BBLR dan umur kehamilan kurang bulan sangat penting menjadi fokus perhatian dalam upaya memutus rantai atau kelanjutan gangguan pertumbuhan dalam kehidupan berikutnya.

Prematuritas masih merupakan masalah perinatal penting yang berkontribusi besar terhadap kesakitan dan kematian bayi²². Prevalensi persalinan *preterm* masih menjadi masalah, baik di negara maju maupun di negara berkembang. Pada penelitian ini ditemukan berkisar 5,5% - 8,8% bayi lahir dengan usia kehamilan kurang dari 37 minggu. Brown (2002) menjelaskan bahwa ada hubungan antara usia kehamilan dengan berat lahir, sehingga dapat diperkirakan bayi yang lahir kurang bulan merupakan bayi BBLR²³. Pada penelitian ini juga terlihat ada hubungan yang signifikan antara berat lahir rendah dengan usia kehamilan kurang bulan.

Gambaran status gizi baduta menunjukkan bahwa masalah gizi pada baduta Indonesia tidak mengalami perubahan yang signifikan. Lebih dari 40% baduta laki-laki di Indonesia dan lebih dari 36,8% baduta perempuan mengalami masalah gangguan pertumbuhan, dimana masalah stunting merupakan masalah terbesar sejak IFLS 1993 sampai IFLS 2007. Gambaran permasalahan gizi di Indonesia sejak tahun 1988-1993 tidak mengalami perbaikan yang cukup baik bila dibandingkan pada hasil analisis lanjut data Riskesdas 2007 yang menunjukkan sekitar 50,1% balita Indonesia mengalami malnutrition dan kontribusi terbesar adalah balita stunting²⁴. Hal ini hampir sama dengan temuan di India sebesar 59,8% balita 0-3 tahun mengalami gangguan pertumbuhan berdasarkan indikator CIAF dengan stunting sebagai kontribusi terbesar²⁵. Studi Bose dan Mandal (2010) di India juga menemukan *stunting* sebagai kontribusi terbesar terhadap masalah gangguan pertumbuhan pada balita diikuti dengan *underweight* dan *wasting* dengan indeks masing-masing 0,723, 0,681 dan 0,294²⁶.

Terdapat perbedaan proporsi baduta pendek yang signifikan berdasarkan kepemilikan jaminan kesehatan. 40% balita stunting dari keluarga peserta Askeskin, sedangkan dari keluarga peserta jaminan kesehatan non ASKESKIN hanya 27,9%. Berdasarkan kriteria WHO (1997), prevalensi *stunting* pada baduta yang dari keluarga memiliki ASKESKIN termasuk sangat tinggi²⁷.

Terjadinya *stunting* dipengaruhi oleh faktor genetik dan lingkungan selama periode pertumbuhan. Kegagalan pertumbuhan linier sebagian besar disebabkan pada periode intrauterin dan beberapa tahun

pertama kehidupan dan disebabkan oleh asupan yang tidak memadai dan infeksi yang berulang²⁸. Tinggi badan ibu yang pendek dan gizi ibu yang buruk berhubungan dengan peningkatan risiko kegagalan pertumbuhan intrauterine²⁹. Tingginya *stunting* pada balita, karena pada masa balita kebutuhan gizi lebih besar untuk pertumbuhan yang pesat, dalam kaitannya dengan berat badan dibandingkan masa remaja atau dewasa. Dengan demikian, kesempatan untuk terjadi gangguan pertumbuhan lebih besar pada balita³⁰. *Stunting* pada umumnya telah terjadi dalam periode yang singkat (sebelum lahir hingga kurang lebih umur 2 tahun³¹, sebagai akibat dari tidak terpenuhinya kebutuhan gizi ibu selama hamil dan tidak terpenuhinya kebutuhan gizi anak dalam dua tahun pertama setelah lahir³². Masalah ini mempunyai efek sisa yang bersifat permanen dengan konsekuensi sangat serius di kemudian hari. Maka untuk memutuskan siklus antar generasi intervensi gizi harus difokuskan dalam mengatasi masalah gizi ibu hamil sampai usia anak dua tahun pertama kehidupannya karena masa ini merupakan masa kritis, masa emas untuk pertumbuhan dan perkembangan otak yang optimal, yang dikenal dengan periode "*windows of opportunity*" yang kemudian diadopsi Indonesia dengan program "konsep 1000 hari pertama kehidupan anak »²⁸.

Pengaruh Kepemilikan Jaminan Kesehatan terhadap Riwayat Lahir dan Stunting

Hasil penelitian menemukan bahwa kepemilikan jaminan kesehatan berdampak pada riwayat lahir dan kejadian stunting. Keluarga peserta jaminan kesehatan Non-ASKESKIN sebagai faktor protektif terjadinya BBLR. Namun tidak ada perbedaan risiko BBLR antara antara bayi dari keluarga peserta Askeskin dan yang tidak memiliki jaminan kesehatan (model 1). Kepemilikan ASKESKIN sebagai faktor risiko kejadian premature (model 2). Anak dari keluarga peserta jaminan kesehatan Non-ASKESKIN sebagai faktor protektif terjadinya stunting, namun tidak ada perbedaan risiko stunting antara anak dari keluarga peserta ASKESKIN dengan anak dari keluarga yang tidak memiliki jaminan kesehatan (model 3).

Beberapa hasil studi menunjukkan bahwa kepesertaan jaminan kesehatan mampu memperbaiki masalah gizi akut. Hasil penelitian di Sulawesi Selatan dan Jawa Barat menemukan bahwa setelah satu tahun program pengaman sosial bidang kesehatan (JPS-BK) angka prevalensi KEP akut tampak menurun namun dampaknya tidak signifikan. Peningkatan status gizi pada kelompok gakin di daerah Jawa Barat menunjukkan bahwa program JPS-BK secara

keseluruhan memberikan dampak positif terhadap status gizi anak baduta. Dampak ini terlihat karena program intervensi yang dilakukan dalam JPS-BK adalah upaya untuk menanggulangi masalah KEP akut yang terjadi akibat krisis moneter atau ketidakmampuan keluarga dalam menyediakan makanan yang cukup buat anaknya. Hasil studi evaluasi program JPS-BK yang dilaksanakan di lima Propinsi, dalam pemantauan selama 1 tahun dengan tiga kali pengukuran terlihat penurunan yang sangat bermakna dari prevalensi KEP akut (BB/TB) yaitu 19%, 15,6% dan 13,6%. Penelitian ini menemukan bahwa terjadi penurunan Z score BB/TB yang bermakna pada kelompok Gakin⁶.

Masalah stunting merupakan masalah pertumbuhan yang sifatnya kronis. Masalah status gizi kronis lebih terkait dengan masalah sosial ekonomi rendah, perilaku (pengetahuan, sikap dan tindakan) yang tidak mendukung dan lingkungan yang tidak sehat yang berlangsung lama. Penanganan masalah stunting tidak cukup dengan hanya melalui upaya perbaikan gizi dan kesehatan ibu hamil dan perbaikan gizi balita selama masa kritis tumbuh kembang pada dua tahun kehidupan, tetapi juga memerlukan upaya-upaya lain seperti perbaikan keadaan sosial ekonomi, perbaikan perilaku (peningkatan pengetahuan, sikap dan tindakan) dan meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat, perbaikan kesehatan lingkungan yang memerlukan kerja sama lintas program dan lintas sektor³². Upaya ini tidak hanya akan memberikan hasil lahirnya generasi mendatang yang tidak pendek, tetapi juga mencegah terjadinya terjadinya balita kurus atau balita gemuk, bahkan dalam jangka panjang akan mencegah remaja gemuk/obesitas.

Temuan ini juga menjadi masukan penting bagi pengambil keputusan, dimana masih banyak kebijakan yang harus dirumuskan dan dikembangkan serta dievaluasi untuk memperbaiki masalah gizi, khususnya masalah *stunting* sejak usia dini. Berbagai intervensi masalah status gizi telah dilakukan, namun dalam intervensi yang dilakukan sering kali sama untuk semua masalah gangguan gizi. Maka perlu pemetaan yang tepat mengenai permasalahan status gizi sejak balita dalam menentukan intervensi yang tepat sasaran, sehingga program perbaikan gizi yang dilakukan bukan menjadi menambah masalah gizi di usia berikutnya. Balita yang pendek bila dilakukan intervensi pemberian makanan yang tinggi kalori justru berdampak pada kelebihan berat badan, dan bila keadaan ini berlangsung lama justru akan menimbulkan masalah obesitas di usia berikutnya. Oleh karena itu, daerah dengan prevalensi *stunting* tinggi, program perbaikan status gizi anak merupa-

kan hal yang sangat mendesak. Program ini sebaiknya menargetkan anak-anak dalam usia dua tahun pertama dan dikombinasikan dengan aktivitas pelayanan kesehatan, stimulasi psikososial, serta pendidikan kesehatan bagi orang tua. Perlu penelitian mendalam tentang efek pemberian makanan tambahan pada balita *stunting*, dan harus dikaji ulang kembali sebelum implikasi kebijakan tersebut menjadi jelas. Karena keadaan *stunting* yang terjadi pada usia 0-3 tahun tidak dapat dipulihkan walaupun anak mengalami percepatan pertumbuhan³³. Pada balita yang berat badan rendah menurut umur dapat dikoreksi hanya dengan mengubah keseimbangan energi selama suatu periode waktu saat anak-anak mengkonsumsi dan mempertahankan lebih banyak energi daripada yang mereka gunakan. Semakin pendek tubuh anak, semakin besar risiko dihasilkannya komposisi tubuh yang tidak sehat jika berat badan menurut usianya dikoreksi tanpa mempertimbangkan tubuhnya yang pendek.

Masalah berat lahir, premature dan stunting berbeda dengan masalah KEP akut yang dapat diperbaiki melalui program-program pemberian makanan tambahan. Hal ini menunjukkan bahwa walaupun pelayanan kesehatan bagi peserta Askeskin bersifat komprehensif dan berjenjang namun program-program yang dilakukan belum dapat menyelesaikan masalah gizi kronis di Indonesia. Penelitian ini menemukan bahwa Akseskin tidak efektif untuk memperbaiki masalah riwayat lahir (BBLR dan premature) dan kejadian stunting. Hal ini dapat dijelaskan karena masalah riwayat lahir dan stunting merupakan masalah kronis yang penanggulangan secara komprehensif dan antargenerasi yang seharusnya lebih difokuskan pada upaya promotif dan preventif masalah gizi periode 1000 pertama kehidupan. Sementara program gizi dalam pelayanan jaminan kesehatan masih berorientasi untuk penanggulangan (kuratif) masalah gizi buruk dan gizi kurang, perhatian terhadap perbaikan terhadap masalah stunting masih rendah. Hasil studi kasus di Puskesmas Mulyorejo dan Banyu Urip, Kota Surabaya menunjukkan ternyata pemanfaatan Askeskin pada pelayanan kesehatan tingkat Puskesmas paling rendah adalah untuk pelayanan KIA-KB (4,4%), selebihnya untuk Balai Pengobatan umum dan gigi (69,1%), Rawat inap (5,9%) dan lain-lain (20,6%)³⁴. Analisis lanjut data SDKI 2002-2003 dan 2007 menemukan bahwa kepemilikan asuransi kesehatan untuk keluarga miskin tidak mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan dan kelangsungan hidup bayi (HR:1,2, 95% CI:1,08-1,44)³⁵.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Temuan hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan risiko BBLR antara anak yang lahir dari keluarga peserta ASKESKIN dengan anak yang tidak memiliki jaminan kesehatan. Penelitian ini menemukan bahwa anak yang lahir dari keluarga peserta jaminan kesehatan Non-ASKESKIN sebagai faktor protektif terjadinya BBLR. Berdasarkan umur kehamilan menunjukkan bahwa kepemilikan ASKESKIN sebagai faktor risiko kejadian umur kehamilan kurang bulan. Berdasarkan kejadian stunting menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan risiko stunting antara anak yang lahir dari keluarga peserta ASKESKIN dengan anak yang tidak memiliki jaminan kesehatan. Temuan ini menunjukkan program ASKESKIN belum dimanfaatkan keluarga miskin untuk mencegah terjadinya BBLR, kelahiran premature dan kejadian stunting. Agar kepemilikan Jaminan Kesehatan Masyarakat (keluarga miskin) dapat mengatasi permasalahan Kesehatan Ibu dan Anak serta masalah gizi (stunting) maka diharapkan pelayanan kesehatan lebih memfokuskan pada upaya promotif dan preventif.

REFERENSI

- 1 Departemen Kesehatan RI, Pedoman Umum Program Jaringan Perlindungan Sosial, Jakarta, 1998.
- 2 Departemen Kesehatan RI, Pedoman Pelaksanaan Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak Bidang Kesehatan, Jakarta, 2003.
- 3 Kementerian Kesehatan RI, Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 125/MENKES/SK/II/2008 tentang pedoman penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan Masyarakat tahun 2008, Jakarta, 2008.
- 4 Rachmawati, Tety, Budiarto W, Ristrini, Astutik WD, Efektivitas Penyelenggaraan Program JPK Gakin PKPS BBM bidang kesehatan, Surabaya, 2004.
- 5 Crescent, Impact of JPS Basic Health Care on The Health Status of Poor Communities, Centre for Regional resource Development and Community Empowerment, Bogor, 2001.
- 6 Thaha AR, Dampak Program Pengaman Sosial terhadap Status Gizi Anak Baduta di Sulawesi Selatan dan Jawa Barat. *Majalah Kedokteran Infonesia*, 2004,54(4) ;116-123.
- 7 Kementerian Kesehatan RI, Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2010, Jakarta, 2010.
- 8 Binkin, Fleshood, and Moris, Birth weight and Childhood Growth. *Pediatrics*, 2002 ; 82: 828-834.
- 9 Ford GW, Doyle LW, Davis NM, Callanan C, Very Low Birth Weight and Growth into Adolescent. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med*, 2000 ;154:778-784.
- 10 Sorensen HT, Sabroe S, Rothman KJ, Gillman M, Steffensen FH, Fischer P, Birth Weight and Length as Predictors for Adult Height. *Am J Epidemiol* 1999; 149: 726-729.
- 11 Kusharisupeni, Growth Faltering pada Bayi di Kabupaten Indramayu Jawa Barat, *Makara*, 2002 ;6(1).
- 12 Martorel R, Rivera J & Kaplowitz H, Consequences of Stunting in Early Childhood for Adult Body Size in Rural Guatemala. *Ann. Nestle*, 1990 ;48 :85-92.
- 13 ACC/SCN. 2000. Fourth Report on the World Nutrition Situation. Geneva: ACC/SCN in collaboration with the International Food Policy Research Institute.
- 14 Kementerian Kesehatan RI, Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007, Jakarta, 2008.
- 15 The Indonesia Family Life Survey (IFLS), Family Life Surveys, A Rand Labor and Population Program. <http://www.rand.org/labor/FLS/IFLS.html>.
- 16 World Health Organization, WHO Antro 2005, Beta version Feb 17th, 2006: Software for assessing growth and development of the world's children, WHO, Geneva, 2006.
- 17 World Health Organization, Expert Committee on Physical Status. Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry. Technical Report Series. no. 854. WHO, Geneva, 1995.
- 18 Fall CH, Osmond C, Barker DJ, Fetal and infant growth and cardiovascular risk factors in women. *BMJ*, 1995;310:428-32.
- 19 Podja J & Kelley L, Low Birthweight- United Nations Administrative Committee on Coordination Sub_committee on Nutrition. Nutrition Policy Discussion Paper, 2000 ;18.
- 20 Noviani, Hubungan Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) dengan Kejadian Kematian Neonatal Dini di Indonesia tahun 2010 (Analisis Data Riskesdas 2010), Thesis FKM Universitas Indonesia, Depok, 2011.
- 21 Kusharisupeni. 2004 Peran Status Kelahiran terhadap Stunting pada Bayi: Sebuah Studi Prospektif. *J Kedokteran Trisakti*. Juli-September 2004 ;23(3).
- 22 Klaus & Fanaroff. Penatalaksanaan Neonatus Risiko Tinggi. Edisi 4. Jakarta, 1998.
- 23 Brown Judith E, Nutrition Trough the Life Cycle. Wadsworth/Thomson Learning, Belmont USA, 2002.

- 24 Widodo Y, Hubungan Status Gizi berdasarkan Indeks Antropometri Tunggal dan Komposit dengan Morbiditas. Litbangkes, Kemenkes, 2010.
- 25 Nandy S, Irving M, Gordon D, Subramanian SV, Smith GD, Poverty, child undernutrition and morbidity: new evidence from India. *Bulletin of the World Health Organization*, 2005;83:210-216.
- 26 Bose K & Mandal GC, Proposed New Antropometric Indices of Childhood Undernutrition. *Mal J Nutr*, 2010 ;16(1): 131-136.
- 27 World Health Organization, WHO Database on Child Growth and Malnutrition, Geneva, 1997.
- 28 Shrimpton R, Worldwide timing of Growth faltering: implications for Nutritional interventions. *American Academi of Pediatric*, 2001.
- 29 Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, Caulfield LE, de Onis M, Ezzati M, Mathers C, Rivera J, For the Maternal and Child Undernutrition Study Group. Maternal and Child Undernutrition: Global and Regional Exposures and Health Consequences. *Lancet*, 2008;371:243–60.
- 30 Martorell R, Kettel Khan L, Schroeder D, Reversibility of stunting: epidemiological findings in children from developing countries. *Eur J Clin Nutr* 1994;48:S45–57.
- 31 Chakraborty P and Anderson AK, Predictors of Overweight in Children under 5 Years of Age in India. *Current Research Journal of Social Sciences*, 2010 ;2(3):138-146.
- 32 Jahari AB, Draf Buku Saku Gizi: Terwujudnya Generasi Penerus bangsa yang berkualitas tanggung jawab kita bersama: Departemen Kesehatan RI, Jakarta, 2009.
- 33 Gibney M J, Margetts BM, Kearney JM, Arab L. *Gizi Kesehatan Masyarakat*, Jakarta, 2008.
- 34 Dwilaksono A, Strategi Peningkatan Kualitas Jasa Pelayanan Berdasarkan Analisis Kepuasan Pasien Askeskin di Puskesmas (Studi Kasus di Puskesmas Mulyorejo dan Banyu Urip, Kota Surabaya). *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 2006 ;9(4) :190-192.
- 35 Yunitawati D, Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan dan Kelangsungan Hidup Bayi pada Rumah Tangga Miskin di Indonesia (Analisis Data SDKI 2002-2003 dan 2007), Tesis UGM, Yogyakarta, 2012.