

TELAAH PEMBANGUNAN KESEHATAN MASYARAKAT DI KABUPATEN SERANG TAHUN 2016

Kandung Sapto Nugroho, Agus Sjafari, Arenawati
kandungsaptonugroho@gmail.com, agussjafari@yahoo.com, arenawatip@yahoo.com

Program Studi Administrasi Negara
Fakultas Ilmu Sosial Dan Ilmu Politik
Universitas Sultan Ageng Tirtayasa

Abstrak : Pembangunan kesehatan pada dasarnya adalah membangun kualitas hidup manusia dengan tujuan meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Permasalahan yang berkaitan dengan kesehatan adalah permasalahan yang dihadapi setiap hari oleh masyarakat, dan menjadi perhatian yang serius bagi pemerintah. Oleh karenanya mengukur indeks kesehatan masyarakat adalah salah satu upaya untuk mengetahui derajat kesehatan dan permasalahan kesehatan di suatu daerah. Penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan bagaimana indeks pembangunan kesehatan di Kabupaten Serang tahun 2016. Penelitian ini adalah penelitian kuantitatif deskriptif. Hasil penelitian menunjukkan bahwa indeks pembangunan Kesehatan di Kabupaten Serang adalah sebesar 0,7709 dengan kategori baik. Dari beberapa indikator ditemukan bahwa indikator yang perlu mendapatkan perhatian adalah indikator yang berkaitan dengan akses air, akses sanitasi, penyakit yang disebabkan buruknya kondisi kesehatan lingkungan dan perilaku hidup sehat seperti diare dan hipertensi. Sedang perilaku masyarakat yang tidak menunjang adalah perilaku merokok, kesehatan gigi mulut dan perilaku cuci tangan.

Kata Kunci : Derajat Kesehatan, Pembangunan, Kualitas Masyarakat

***Abstract** : Health development is basically build quality of human life with the aim of increasing awareness, willingness and ability of healthy life for everyone to realize the degree of public health as high. Problems related to health are the problems faced every day by the people, and a serious concern for the government. Therefore, the index measuring people's health is one of the efforts to determine the health status and health problems in an area. This study aims to describe how the index of health development in Serang District in 2016. The study was a descriptive quantitative research. The results showed that the index of development of Health in Serang District is at 0.7709 with a good category. Of some indicators found that the indicators that need attention are the indicators related to access to water, access to sanitation, diseases caused by poor conditions of hygiene and healthy behavior such as diarrhea and hypertension. Average public behavior that no support is smoking behavior, dental hygiene and handwashing mouth.*

***Keywords** : Health Status, Development, Quality Society*

PENDAHULUAN

Pembangunan kesehatan pada hakekatnya adalah upaya yang dilaksanakan oleh semua komponen Bangsa Indonesia yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis. Keberhasilan pembangunan kesehatan sangat ditentukan oleh kesinambungan antar upaya program dan sektor, serta kesinambungan dengan upaya-upaya yang telah dilaksanakan oleh periode sebelumnya (Renstra Kementerian Kesehatan RI Tahun 2015).

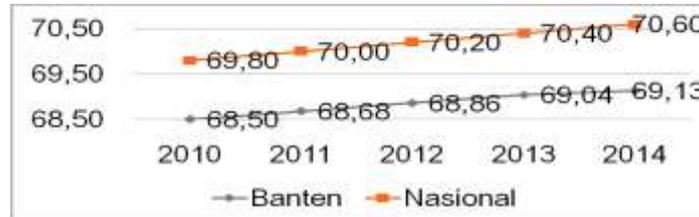
Pembangunan kesehatan pada periode 2015-2019 dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan RI tahun 2015 adalah Program Indonesia Sehat dengan sasaran meningkatkan derajat kesehatan dan status gizi masyarakat melalui melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang didukung dengan perlindungan finansial dan pemerataan pelayanan kesehatan. Sasaran pokok RPJMN 2015-2019 adalah: (1) meningkatnya status kesehatan dan gizi ibu dan anak; (2) meningkatnya pengendalian penyakit; (3) meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan dasar dan rujukan terutama di daerah terpencil, tertinggal dan perbatasan; (4) meningkatnya

cakupan pelayanan kesehatan universal melalui Kartu Indonesia Sehat dan kualitas pengelolaan SJSN Kesehatan, (5) terpenuhinya kebutuhan tenaga kesehatan, obat dan vaksin; serta (6) meningkatkan responsivitas sistem kesehatan.

Program Indonesia Sehat dilaksanakan dengan 3 pilar utama yaitu paradigma sehat, penguatan pelayanan kesehatan dan jaminan kesehatan nasional: 1) pilar paradigma sehat dilakukan dengan strategi pengarusutamaan kesehatan dalam pembangunan, penguatan promotif preventif dan pemberdayaan masyarakat; 2) penguatan pelayanan kesehatan dilakukan dengan strategi peningkatan akses pelayanan kesehatan, optimalisasi sistem rujukan dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan, menggunakan pendekatan *continuum of care* dan intervensi berbasis risiko kesehatan; 3) sementara itu jaminan kesehatan nasional dilakukan dengan strategi perluasan sasaran dan *benefit* serta kendali mutu dan kendali biaya.

Indikator Makro Pembangunan kesehatan secara umum diukur dari Angka Harapan Hidup (AHH), Angka Harapan Hidup di Provinsi Banten sejak tahun 2010 sampai dengan tahun 2015 selalu berada di bawah Angka Harapan Hidup Nasional. Gambaran AHH Provinsi Banten dapat dilihat pada grafik berikut ini:

Grafik 1
Kondisi Indikator Makro Kesehatan



Sumber : Diolah dari Statistik Indonesia 2015 dan BPS Banten 2015

Grafik di atas menggambarkan bahwa sejak tahun 2010 sampai dengan tahun 2014 Angka Harapan Hidup masyarakat di Provinsi Banten selalu berada di atas Angka Harapan Hidup Nasional, bahkan dari tahun ke tahun menunjukkan kesenjangan yang semakin meningkat. Pada tahun 2010 terdapat perbedaan sebesar 1,30 poin, tahun 2011 sebesar 1,32 poin, pada tahun 2012 sebesar 1,34 poin, tahun 2013 sebesar 1,36 dan pada tahun 2014 sebesar 1,47. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat tendensi bahwa rentang perbedaan antara AHH Nasional dan AHH Banten semakin melebar.

Semakin melebarnya kesenjangan ini mengindikasikan bahwa pembangunan kesehatan di Provinsi Banten lambat dan tertinggal dari provinsi lain. Untuk menjelaskan bagaimana kondisi makro di Provinsi Banten secara menyeluruh, maka diperlukan data yang menunjukkan bagaimana AHH seluruh kabupaten/kota di Provinsi Banten.

Kondisi makro kesehatan di Banten berdasarkan AHH dari 8 kabupaten/ kota menunjukkan bahwa sebagian besar AHH di bawah AHH Provinsi. Gambaran ini dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 1.
Perkembangan Angka Harapann Hidup (AHH) Provinsi Banten

Prov/Kab/Kota	AHH				
	2010	2011	2012	2013	2014
Pandeglang	62.26	62.46	62.66	62.83	62.91
Lebak	65.49	65.63	65.74	65.83	65.88
Tangerang	68.79	68.86	68.92	68.96	68.98
Serang	62.56	62.75	62.90	63.03	63.09
Kota Tangerang	71.07	71.08	71.09	71.09	71.09
Kota Cilegon	65.72	65.78	65.82	65.84	65.85
Kota Serang	67.20	67.22	67.23	67.23	67.23
Kota Tangsel	72.04	72.07	72.09	72.10	72.11
BANTEN	68.50	68.68	68.86	69.04	69.13

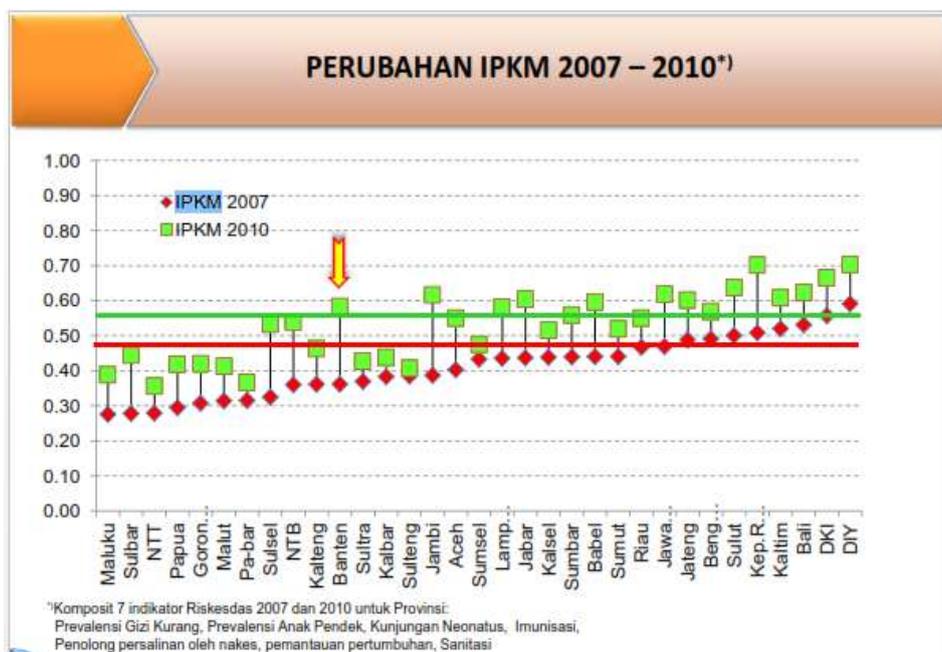
Sumber : BPS Provinsi Banten 2015

Dari 8 kabupaten/kota yang ada di Provinsi Banten hanya terdapat 2 kota yang memiliki nilai AHH di atas nilai AHH Provinsi Banten bahkan melebihi nilai AHH Nasional, yaitu Kota Tangerang dan Kota Tangerang Selatan. Sementara daerah lain yaitu Kabupaten Pandeglang, Kabupaten Serang dan Kabupaten berada pada urutan tiga terbawah. Dari data tersebut dapat dijelaskan bahwa terdapat kesenjangan pembangunan di Bidang Kesehatan di Provinsi Banten. Data ini juga menjelaskan Banten wilayah selatan memiliki AHH yang lebih rendah dibandingkan di wilayah utara, sementara wilayah Barat karena berbatasan dengan ibukota negara menunjukkan nilai AHH yang jauh lebih baik.

Derajat Pembangunan Kesehatan Masyarakat di Provinsi Banten selain dilihat Angka Harapan Hidup dari juga dilihat dari Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat. IPKM (Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat) adalah indikator komposit yang menggambarkan kemajuan pembangunan kesehatan, dirumuskan dari data kesehatan berbasis komunitas yaitu: Riskesdas (Riset Kesehatan Dasar), Susenas (Survei Sosial Ekonomi Nasional) , Survei Podes (Potensi Desa) .

Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat tahun 2007 sampai dengan 2010 secara Nasional dapat dilihat pada grafik berikut :

Grafik 2
IPKM Indonesia Tahun 2007 – 2010



Sumber : Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI, 2010

Berdasarkan grafik tersebut dapat dideskripsikan bahwa nilai IPKM Provinsi Banten pada tahun 2007 masih jauh dibawah rata-rata IPKM Nasional, yaitu sekitar 0,39, sedangkan pada tahun 2010 nilai IPKM Provinsi Banten untuk tahun 2010 menunjukkan adanya peningkatan yang signifikan menjadi

sekitar 0,59 sedikit di atas nilai IPKM Nasional. Dengan demikian selama kurun waktu 3 tahun Provinsi Banten dapat meningkatkan berbagai indikator dalam mengukur IPKM.

Gambaran IPKM di seluruh kabupaten/kota di Provinsi Banten dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 2.
Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat Provinsi Banten Tahun 2013

Kode	Kabupaten/Kota	IPKM 2007	IPKM 2013	Perubahan Skor	Peringkat 2007	Peringkat 2013	Perubahan Peringkat
3601	KAB. PANDEGLANG	0.3611	0.6384	Naik	420	331	Naik
3602	KAB. LEBAK	0.4121	0.6816	Naik	373	233	Naik
3603	KAB. TANGERANG	0.5554	0.7088	Naik	141	154	Turun
3604	KAB. SERANG	0.4380	0.6630	Naik	345	277	Naik
3671	KOTA TANGERANG	0.6222	0.7561	Naik	54	42	Naik
3672	KOTA CILEGON	0.5350	0.7501	Naik	179	52	Naik
3673	KOTA SERANG	-	0.7251	Kota baru	-	-	Kota baru
3674	KOTA TANGERANG SELATAN	-	0.8069	Kota baru	-	-	Kota baru

Sumber : Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan Tahun 2014

Berdasarkan data di atas dapat dijelaskan bahwa nilai IPKM semua kabupaten/kota di Provinsi mengalami peningkatan 40 %- 76 %. Sementara itu dua kota baru Kota Serang dan Kota Tangerang Selatan memperlihatkan bahwa pembangunan kesehatan di kedua kota tersebut, terutama Kota Tangerang Selatan sudah sangat baik dengan nilai IPKM menunjukkan angka 0,8069. Dengan mengetahui nilai IPKM tiap-tiap kabupaten/kota, maka pemerintah daerah Provinsi Banten mengetahui bagaimana kondisi pembangunan kesehatan di wilayah otonom yang menjadi tanggung jawabnya. Sehingga pemerintah Provinsi dapat menentukan prioritas pembangunan kesehatan dilihat dari

wilayah dan indikator yang dinilai rendah.

Kabupaten Serang adalah salah satu kabupaten di Propinsi Banten yang berada di sepanjang pantai utara. Banten Utara adalah pusat bisnis, industri dan pariwisata. Industri di Kabupaten Serang membentang mulai dari kecamatan Bojonegara sampai dengan kecamatan Cikande, Sementara itu industry pariwisata yang terkenal adalah sepanjang pantai Anyer, Dengan potensi besar yang dimiliki tersebut, ternyata tidak menjadikan Angka Harapan Hidup di Kabupaten Serang pada posisi yang tinggi. Pada tahun 2014 Angka Harapan Hidup di Kabupaten Serang berada di posisi ke 7 dengan angka 62,09, terendah kedua setelah Kabupaten

Pandeglang, masih di bawah Kabupaten Lebak. Begitupun dengan IPKM, pada tahun 2013 sebesar 0,633 berada di peringkat 277 secara nasional. Berdasarkan latar belakang ini, maka penelitian ini akan mengukur bagaimana capaian IPKM Kabupaten Serang pada tahun 2016.

TINJAUAN PUSTAKA

Konsep Pembangunan

Pembangunan adalah sebuah konsep usaha/strategi terencana untuk melakukan perubahan ke arah yang lebih baik. Paham modernisasi yang evolusioner juga dapat diidentifikasi dalam pemikiran Rostow yang pernah menjadi acuan Bangsa Indonesia, gagasannya adalah teori *the stages of Economic Growth*. Dengan latar belakangnya sebagai seorang ekonom, Rostow mengidentifikasi lima tahapan pembangunan ekonomi yang secara historis dialami setiap negara, yaitu:

1. *the traditional society*;
2. *the preconditions for take-off*;
3. *the take-off*;
4. *the drive to maturity*; dan
5. *the age of high mass-consumption*.

Kelima tahapan tersebut diproyeksikan akan terjadi secara linear dengan ukuran dan indikator-indikator ekonomi yang terukur (*measurable*), yang pada eranya memiliki pengaruh yang sangat besar dalam menumbuhkan issue *developmentalisme* di negara-negara berkembang termasuk di Indonesia pada era Orde Baru sebagai penganut paham ini. Fakta di Indonesia paham ini mengalami kegagalan, dikarenakan tidak bisa menjamin aspek pemerataan pembangunan. Pembangunan yang terjadi hanya dinikmati segelintir elite yang tidak bisa

menjamin *prosperity sharing* pada masyarakat, pertumbuhan yang tidak terdistribusi dengan baik sehingga menimbulkan *big bubble* sehingga sangat rentan akan terjadinya krisis.

People Centered Development

Salah satu paradigma dalam konsep pembangunan adalah konsep *People Centered Development* (Korten dan Klaus, 1984) dimana pembangunan lebih berdimensi pada rakyat/manusia. Dimana konsep ini berpusat pada tiga tantangan pusat pembangunan: yakni pengurangan kemiskinan, perlindungan kapasitas produksi berdasarkan sumber daya lingkungan, dan pemberdayaan manusia melalui peningkatan partisipasi di dalam proses pembangunan.

Paradigma "*people centered development*" dengan fokus perhatiannya tidak lagi pada sistem produksi. Dimana paradigma ini akan lebih menekankan pada pemberdayaan manusia dengan mengendalikan kehidupan mereka dan sumber dayanya, menciptakan sumber kehidupan rumah tangganya, dan secara langsung mereka dapat mengejar pembangunan sebagai suatu upaya mencapai tujuan akhir paradigma ini adalah kesejahteraan. Pembangunan yang memanusiakan manusia.

The United Nations Development Programme (UNDP) menyatakan bahwa dimensi pembangunan manusia terdiri dari dua aspek: pertama, peningkatan kemampuan manusia yang terdiri dari peningkatan hidup yang lebih lama dan sehat, peningkatan pengetahuan, dan peningkatan standar kehidupan yang layak. Sedangkan yang kedua adalah penciptaan kondisi yang memungkinkan terciptanya pembangunan manusia.

Beberapa elemen yang terkait dengan hal tersebut adalah: partisipasi dalam politik dan komunitas, kondisi lingkungan dalam jangka panjang, hak dan rasa aman bagi setiap individu, serta terciptanya kesetaraan dan keadilan sosial (*United Nations Development Programme, Human Development Report 2015*).

Salah satu contoh adalah yang dikemukakan oleh Stiglitz, Sen, dan Fitoussi yang menyatakan bahwa keberhasilan pembangunan manusia diukur berdasarkan: kesehatan, pendidikan, keamanan dari segi ekonomi, keseimbangan waktu, partisipasi politik dan pemerintahan, hubungan sosial, kondisi lingkungan, keamanan pribadi, dan tingkat kualitas kehidupan (Stiglitz, J.E., Sen, A., and Fitoussi, J.P., *Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress*, 2009).

Human Development Paradigm

Kesadaran itu menjadi kesadaran bersama secara global untuk mendudukan manusia sebagai sebuah goal dari pembangunan mendapatkan legitimasi dan dukungan menyeluruh yang sangat kuat, meski tidak meniadakan paradigma sebelumnya dalam konteks praktik dan kebijakan di berbagai negara hingga saat ini. Ini menunjukkan telah terjadi proses *shifting paradigm* yang telah berupaya menempatkan manusia sebagai *the end of goal* dari pembangunan, meski mungkin hanya pada tataran diskursus atau wacana maupun pergulatan lebih jauh secara teoritis di dunia akademik. Sehingga apa yang terjadi hari adalah perkembangan secara teknokratis berkembang berbagai kajian dan pengembangan metodologi guna secara

efektif mengukur keberhasilan pembangunan manusia berdasarkan variabel yang sangat dan makin kompleks. Salah satunya adalah *Human Development Paradigm* yang dibangun Amartya Sen (1980), yang berangkat dari preposisi:

Human development, as an approach, is concerned with what I take to be the basic development idea: namely, advancing the richness of human life, rather than the richness of the economy in which human beings live, which is only a part of it." (Fukuda, 2003: 1)

Dalam perkembangannya Human Development Index menjadi ukuran keberhasilan pembangunan suatu negara, seperti yang didengung dan kembangkan oleh PBB. Indeks Pembangunan Masyarakat (IPM) menjelaskan bagaimana penduduk dapat mengakses hasil pembangunan dalam memperoleh pendapatan, kesehatan, pendidikan dan sebagainya. IPM pertama kali diperkenalkan oleh UNDP pada tahun 1990 dan dipublikasikan secara berkala dalam laporan tahunan Human Development Report (HDR). IPM dibentuk oleh tiga elemen/dimensi dasar yakni (1) Umur panjang dan hidup sehat (*a long and healthy life*), (2) Pengetahuan (*knowledge*) dan (3) Standar hidup layak (*decent standard of living*). Namun mulai pada tahun 2010 UNDP melakukan penyempurnaan-penyempurnaan dengan melakukan perubahan pada angka melek huruf pada metode lama digantikan dengan angka harapan lama sekolah serta penghitungan Produk Domestik Bruto (PDB) per kapita digantikan dengan Produk Nasional Bruto (PNB) per kapita dengan metode agregasi

perhitungan rata-rata geometrik (BPS, 2014).

Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat

Human Development Index merupakan index komposit dari tiga hal yakni, variabel pendidikan, variabel daya beli (ekonomi) dan variabel kesehatan. Proses perumusan IPKM berkembang terus sesuai dengan banyaknya kritik, masukan dan saran, baik dari para praktisi, pakar maupun pemikiran peneliti di Balitbangkes. Ide IPKM muncul setelah Menteri Kesehatan (Ibu Siti Fadhillah Supari) meminta adanya indikator untuk menilai Kab/ Kota dan Provinsi terbaik berdasarkan hasil Riskesdas. Permintaan ini memunculkan gagasan untuk mengembangkan indikator komposit, yang bisa merangkum indikator-indikator penting kesehatan masyarakat. Dengan demikian berdasarkan indikator komposit tersebut bisa dibuat peringkat Kab/ Kota, dari peringkat terbaik sampai ke peringkat terbawah. Pemikiran ini juga sejalan dengan keperluan advokasi ke pemerintah daerah Kab/ Kota, agar bisa melakukan panajaman program intervensi di bidang kesehatan. Mengingat saat ini yang digunakan sebagai acuan seluruh Pemerintah Daerah Kab/Kota adalah Indeks Pembangunan Manusia (IPM)/ Human Development Index (HDI), maka indikator komposit hasil Riskesdas harus mengarah pada perbaikan IPM, khususnya indikator kesehatan yaitu umur harapan hidup waktu lahir.

Untuk merumuskan IPKM, berkembang wacana bagaimana memperlakukan angka yang berlawanan arah, yaitu angka cakupan (makin tinggi persentase berarti makin bagus) dengan

angka prevalensi penyakit (makin tinggi prevalensinya berarti makin buruk). Jadi harus ada yang dikonversi, agar arahnya sejalan. Wacana lain adalah perlakuan terhadap angka prevalensi, bisa dengan cara yang paling sederhana sampai yang rumit atau apa adanya. Dalam hal ini ada 3 jenis perlakuan terhadap angka prevalensi penyakit yaitu:

1. Angka prevalensi hanya digunakan untuk menentukan peringkat Kab/ Kota, jadi besarnya prevalensi tidak diperhitungkan.
2. Angka prevalensi diseimbangkan antar penyakit. Sebagai contoh prevalensi pneumonia jauh lebih sedikit dari ISPA. Supaya seimbang, keduanya disetarakan dengan cara mengkonversi dari 0% (terendah) sampai 100% (tertinggi)
3. Angka prevalensi diberlakukan apa adanya

Wacana lain yang berkembang adalah perlu tidaknya pembobotan antar variabel, dan bila ada berapa bobotnya. Dalam proses perumusan IPKM, ada beberapa alternatif yang tanpa pembobotan dan ada yang dengan pembobotan.

METODE PENELITIAN

Desain Penelitian

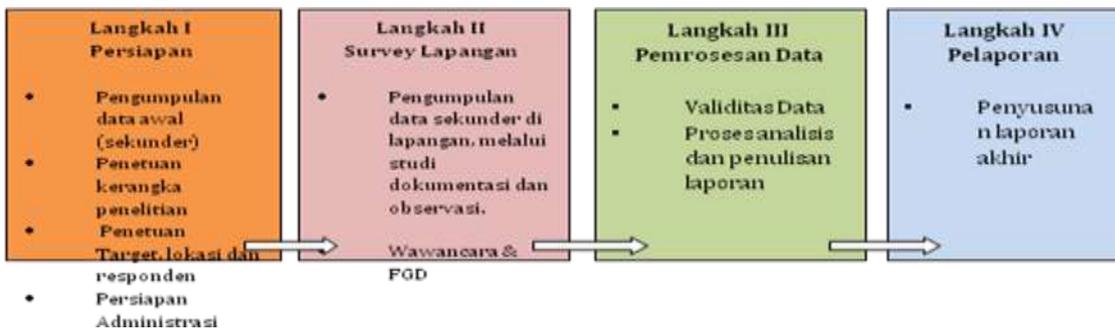
Penelitian ini merupakan sebuah kajian yang difokuskan untuk memberikan penilaian sekaligus memberikan evaluasi terkait dengan seberapa besar Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Kesehatan di Kabupaten Serang. Sehingga dalam penelitian ini dirancang dengan menggunakan metode penelitian deskriptif dengan pendekatan kuantitatif. Penelitian deskriptif adalah penelitian yang bertujuan untuk menjelaskan sesuatu hal seperti apa adanya. Sementara, metode pendekatan

penelitian kuantitatif diartikan sebagai metode penelitian yang berlandaskan pada filsafat positivisme, digunakan untuk meneliti pada populasi atau sampel tertentu, pengumpulan data menggunakan instrumen penelitian, analisis data bersifat kuantitatif/statistik, dengan tujuan untuk menguji hipotesis yang telah ditetapkan (Sugiyono 2009:8).

Terdapat beberapa langkah dalam melakukan penelitian ini: Langkah pertama dalam penelitian ini adalah menjangkau data awal melalui pengumpulan dokumen serta beberapa informasi terkait dengan kondisi Indeks Pembangunan Manusia (IPM)

Kesehatan di Kota Serang, baik yang terdapat di beberapa instansi pemerintah seperti Bappeda Provinsi Banten, BPS Provinsi Banten, beberapa instansi pemerintah kota dan kabupaten di Provinsi, serta beberapa data dan informasi yang ada di media informasi yang relevan. Pada langkah kedua, hasil penelusuran data sekunder yang diperoleh melalui studi dokumentasi dan studi kepustakaan tersebut, kemudian ditindak lanjuti dengan melakukan analisis pendekatan kuantitatif. Secara singkat langkah – langkah yang akan dilakukan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

Gambar 1. Tahapan Kajian IPKM



Metode Pengumpulan Data

Penentuan metode pengumpulan data menjadi sangat penting dalam penelitian karena akan menentukan kualitas data yang akan dijangkau. Dalam penelitian ini, metode atau teknik pengumpulan data yang digunakan adalah sebagai berikut:

1. Studi Dokumentasi, merupakan teknik pengumpulan data utama dalam penelitian ini dengan tujuan untuk mempelajari dokumen-dokumen yang di dalamnya berisi tentang data dan informasi terkait dengan perkembangan nilai IPM Kesehatan di Provinsi Banten.

Beberapa Data Sekunder a.l.: Publikasi resmi IPM Kesehatan (BPS, BPS Provinsi, dan BPS Kab./Kota Di Provinsi Banten, KEMENKES RI), serta data terkait dari institusi yang berwenang : RISKESDAS, SUSENAS, dan PODES

2. Observasi, merupakan teknik pengumpulan data dengan cara pengamatan secara langsung dengan obyek penelitian. Peneliti datang langsung ke lokasi penelitian dan mengobservasi obyek penelitian khususnya beberapa obyek penelitian yang datanya dinilai tidak valid.

3. Wawancara, merupakan teknik pengumpulan data pendukung yang digunakan untuk melengkapi informasi secara lebih mendalam melalui pertanyaan langsung dengan nara sumber. Wawancara ini dilakukan kepada orang-orang yang termasuk kategori informan yang mengerti benar memiliki keterkaitan

yang sangat relevan dengan fokus penelitian ini guna melengkapi data penelitian ini (apabila dibutuhkan).

Operasionalisasi Variabel Penelitian

Untuk lebih mempermudah maka dibuatlah definisi operasional. Adapun Operasionalisasi variabel IPM Kesehatan adalah sebagai berikut :

Tabel 3. Operasionalisasi Variabel IPM Kesehatan

VARIABEL IPM KESEHATAN		
1. Prevalensi balita gizi buruk & kurang,	9. prevalensi asma,	19. cakupan persalinan oleh nakes,
2. Prevalensi balita sangat pendek & pendek,	10. prevalensi penyakit gigi dan mulut,	20. cakupan pemeriksaan neonatal-1,
3. Prevalensi balita sangat kurus & kurus,	11. prevalensi disabilitas,	21. cakupan imunisasi lengkap,
4. Prevalensi balita gemuk,	12. prevalensi cedera,	22. cakupan penimbangan balita,
5. Prevalensi diare,	13. prevalensi penyakit sendi,	23. ratio Dokter/Puskesmas, dan
6. Prevalensi pnemonia,	14. prevalensi ISPA,	24. ratio bidan/desa.
7. Prevalensi hipertensi,	15. proporsi perilaku cuci tangan,	
8. Prevalensi gangguan mental	16. proporsi merokok tiap hari,	
	17. akses air bersih,	
	18. akses sanitasi,	

Sumber : Riskesdas, 2014

Definisi konsep dari 24 indikator tersebut dijelaskan sebagai berikut :

1. Balita gizi buruk
Perbandingan berat badan dan umur. Buruk jika mempunyai nilai Z score kurang dari 2 SD. Kurang jika mempunyai nilai Z score kurang dari -3 SD
2. Balita pendek dan sangat pendek
Perbandingan tinggi badan dan umur. Pendek jika mempunyai nilai Z score kurang dari -2 SD. Sangat pendek jika mempunyai nilai Z score kurang dari -3 SD
3. Balita kurus dan sangat kurus
Perbandingan tinggi badan dan berat badan. Kurus jika mempunyai nilai Z score kurang dari -2 SD. Sangat

kurus jika mempunyai nilai Z score kurang dari -3 SD

4. Akses air
Penggunaan air perkapita dalam rumah tangga. Akses air baik jika rumah tangga minimal menggunakan 20 liter per orang per hari
5. Akses sanitasi
Menggunakan sendiri fasilitas tempat buang air besar dan jenis kloset leher angsa.
6. Penimbangan balita
Balita yang dalam 6 bulan terakhir ditimbang. Baik jika ditimbang 1-3 kali.
7. Kunjungan Neonatus 1

- Bayi umur di bawah 12 bulan yang mendapat pelayanan kesehatan pada 1-7 hari setelah lahir.
8. Imunisasi lengkap
Imunisasi yang telah diperoleh anak umur 12-23 bulan. Lengkap jika anak tersebut telah diimunisasi 1 kali BCG dan minimal 3 kali DPT dan minimal 3 kali Polio dan 1 kali campak.
 9. Rasio dokter
Jumlah dokter per puskesmas. Baik jika minimal rasio 10 dokter tiap puskesmas.
 10. Rasio bidan
Jumlah bidan per desa. Baik jika minimal rasio 3 bidan tiap desa. Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat 26
 11. Persalinan oleh nakes
Penolong pertama dalam persalinan dengan unit analisis balita. Tenaga kesehatan yang dimaksud adalah dokter, bidan, dan tenaga paramedis.
 12. Balita gemuk
Perbandingan berat badan dan tinggi badan. Gemuk jika mempunyai nilai Z score di atas 2 SD
 13. Diare
Penduduk yang didiagnosis diare atau mengalami gejala diare dalam 1 bulan terakhir.
 14. Hipertensi
Penduduk umur 15 tahun yang diperiksa sistole dan diastolanya pada saat penelitian. Hipertensi jika sistole lebih besar sama dengan 140 mmHg atau diastole lebih besar sama dengan 90 mmHg
 15. Pneumonia
Penduduk yang didiagnosis pneumonia atau mengalami gejala pneumonia dalam 1 bulan terakhir
 16. Perilaku cuci tangan
Kebiasaan penduduk 10 tahun ke atas mencuci tangan dengan sabun.
 - Kebiasaan baik jika mencuci tangan menggunakan sabun pada saat sebelum makan dan sebelum menyiapkan makanan dan setelah memegang binatang (unggas, kucing, anjing)
 17. Kesehatan mental
Berdasarkan skor pertanyaan SRQ. Kesehatan mental terganggu jika mempunyai skor 6 ke atas.
 18. Perilaku merokok
Kebiasaan merokok atau mengunyah tembakau selama 1 bulan terakhir. Kebiasaan buruk jika dilakukan setiap hari atau kadang-kadang.
 19. Kesehatan gigi dan mulut
Penduduk yang mempunyai masalah dengan gigi dan/ atau mulut dalam 12 bulan terakhir.
 20. Asma
Penduduk yang pernah didiagnosis asma oleh tenaga kesehatan atau mengalami gejala asma
 21. Disabilitas
Penduduk berumur 15 tahun ke atas yang mempunyai minimal satu keterbatasan dan atau membutuhkan bantuan.

22. Cedera
 Penduduk yang pernah mengalami cedera dalam 12 bulan terakhir sehingga kegiatan sehari-hari terganggu.
23. Sendi
 Penduduk 15 tahun ke atas yang didiagnosis menderita penyakit sendi/ rematik/ encok oleh tenaga kesehatan atau pernah mengalami gejala sakit sendi/ rematik/ encok
24. ISPA
 Penduduk yang pernah didiagnosis menderita sakit ISPA oleh tenaga kesehatan atau mengalami gejala sakit ISPA.
- Sedangkan distribusi variabel berdasarkan sumber data adalah sebagai berikut :

Tabel 4. Distribusi Sumber Data Primer

Riskedas	Susenas	Podes
1. Variabel Penyakit	1. Akses Air Bersih	1. Sarana kesehatan
2. Pemanfaatan fasilitas kesehatan	2. Akses sanitasi lingkungan	2. Jumlah tenaga kesehatan
3. Ketanggapan kesehatan balita	3. Dukungan variabel PHBS	
4. Perilaku		
5. Status gizi		
6. Sanitasi lingkungan		

Metode Analisis Data

Proses pengolahan dan analisis data untuk mendapatkan hasil akhir penelitian dalam penelitian ini dengan menggunakan program statistik yang relevan dengan penelitian ini dengan tahapan sebagai berikut:

- a. Uji validitas
 Validitas dalam penelitian dijelaskan sebagai suatu derajat ketepatan alat ukur penelitian tentang isi atau arti sebenarnya yang diukur. Dikatakan valid jika dapat mengukur data variabel yang diteliti secara tepat, dalam hal ini dengan memperhatikan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- b. Uji Reliabilitas
 Uji reliabilitas adalah pengujian ketepatan, ketelitian, atau keakuratan yang

ditunjukkan oleh instrumen pengukuran. Hasil pengukuran dapat dipercaya apabila beberapa kali pelaksanaan pengukuran terhadap kelompok subyek yang sama diperoleh hasil relatif yang sama atau tidak berubah-ubah, dalam hal ini dengan memperhatikan pendapat dari para ahli di bidangnya.

Data yang sudah teruji validitas dan reliabilitas datanya kemudian diolah melalui tahapan sebagai berikut:

- a. Koding,
- b. Editing, dan
- c. Tabulating.

Data yang sudah diuji validitas dan reliabilitasnya kemudian diolah dan dianalisis secara deskriptif. Data kuantitatif diharapkan dapat digunakan untuk mengidentifikasi potensi dan

tantangan yang berkaitan dengan Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Kesehatan di Provinsi Banten. Kemudian untuk memperdalam kajian kuantitatif, dilakukan pula kajian kualitatif dengan cara menganalisis dan membuat kesimpulan dari hasil analisis data sekunder tersebut. Adapun pihak – pihak sebagai sumber data sekunder dalam penelitian ini ditentukan dengan menggunakan teknik purposive, yaitu:

1. Badan Perencanaan Daerah (Bappeda) Provinsi Banten
2. Biro Pusat Statistik (BPS) Provinsi Banten
3. Dinas Kesehatan dan dinas terkait di Kabupaten dan Kota di Wilayah Provinsi Banten
4. Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

Cara Menghitung IPKM

Pembentukan IPKM menggunakan tiga data survei nasional yaitu Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas), Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), dan Survei Potensi Desa (PODES). Ketiga survei tersebut dilaksanakan pada tahun 2007-2008. Susenas dan Riskesdas merupakan survei berbasis pada masyarakat, sedangkan Podes berbasis pada desa. Susenas dan Podes dilaksanakan oleh Badan Pusat Statistik, sedangkan Riskesdas dilaksanakan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan. Data-data tersebut dapat digunakan oleh para perencana pembangunan untuk melihat keadaan, memonitor, dan

mengevaluasi keberhasilan pembangunan yang telah dilakukan.

Berdasarkan tujuan, IPKM dapat dimanfaatkan untuk melihat karakteristik kesehatan Kabupaten/ Kota. Dengan menggunakan data dari tiga survei (Riskesdas, Susenas dan Podes), maka dilakukan analisis agregat pada tingkat Kabupaten/ Kota. Kabupaten/ Kota yang dilibatkan analisis adalah Kabupaten/ Kota yang sama dan ada di ketiga data survei tersebut, Variabel-variabel yang digunakan pada analisis awal IPKM untuk masing-masing survei berbeda dan saling mendukung. Secara rinci sebagai berikut:

1. Variabel pada Susenas yaitu akses air bersih, akses sanitasi lingkungan, dukungan variabel PHBS
2. Variabel pada Riskesdas yaitu penyakit, pemanfaatan fasilitas kesehatan, ketanggapan, kesehatan balita, perilaku, status gizi, sanitasi lingkungan
3. Variabel pada Podes yaitu jumlah sarana kesehatan dan jumlah tenaga kesehatan.

Variabel-variabel dari tiga survei tersebut, kurang lebih berjumlah 950 dianalisis untuk mendapatkan nilai prevalensi atau cakupan dan *Relative Standard Error* (RSE) berdasarkan Kabupaten/ Kota.

Analisis tahap awal menghasilkan set data yang berisi nilai prevalensi atau cakupan dan RSE masing-masing variabel berdasarkan Kabupaten/ Kota. Variabel yang terpilih 91 dengan nilai $RSE < 30$ dan harus dimiliki oleh minimal 75% kabupaten untuk dilakukan analisis indeks selanjutnya. Langkah-langkah analisis selanjutnya adalah sebagai berikut:

1. Menghitung nilai empiris. Dilakukan penyetaraan kondisi nilai cakupan dengan nilai prevalensi penyakit atau status kesehatan. Pada variabel cakupan, nilai sesuai dengan cakupan dari hasil analisis. Nilai cakupan semakin tinggi maka semakin baik. Pada variabel prevalensi penyakit atau status kesehatan, dilakukan penyetaraan dengan menggunakan rumus {100angka prevalensi}. Dengan demikian nilai prevalensi tersebut mempunyai arti yang sama dengan cakupan bahwa semakin tinggi nilai variabel prevalensi maka semakin baik. Untuk ketenagaan dilakukan penghitungan rasio dokter per puskesmas dan rasio bidan per desa.
2. Nilai persen tiap variabel yang sudah dilakukan penyetaraan dikalikan dengan nilai bobot. Kelompok “indikator mutlak” dikalikan bobot 5, kelompok “indikator penting” dikalikan 4, dan kelompok “indikator perlu” dikalikan 3. Hasil perkalian tersebut yang diurutkan menjadi nilai empiris. Makin tinggi nilai yang diperoleh maka makin bagus.
3. Setelah mendapatkan nilai empiris untuk mendapatkan nilai indeks perlu melakukan penghitungan nilai teoritis. Untuk memperoleh nilai teoritis, mengacu:
 - a. Pada cakupan: nilai terburuk sama dengan 0 dan nilai terbaik sama dengan 100
 - b. Pada prevalensi: nilai terburuk sama dengan nilai riil terendah setelah disetarakan dan nilai terbaik sama dengan 100
 - c. Pada ratio: nilai terburuk untuk dokter sama dengan 0 dan nilai terbaik sama dengan 10. Untuk bidan, nilai terburuk sama dengan 0 dan terbaiknya sama dengan 3.
4. Kemudian nilai teoritis seluruh variabel dijumlahkan pada masing-masing kelompok indikator. Penjumlahan tersebut untuk kelompok nilai terburuk dan kelompok nilai terbaik. Setelah masing-masing kelompok dihitung, kemudian kalikan bobot masing-masing seperti pada kelompok indikator mutlak, penting, dan perlu. Perkalian ini pun dilakukan untuk masing-masing kelompok nilai terburuk dan kelompok nilai terbaik. Dengan demikian mendapatkan nilai teoritis terburuk dari hasil penghitungan kelompok nilai terburuk dan mendapatkan nilai teoritis terbaik dari hasil penghitungan kelompok nilai terbaik.
5. Tahap selanjutnya untuk mendapatkan nilai indeks adalah menghitung nilai indeks dengan rumus sebagai berikut :

$$\text{Indeks} = \frac{(\text{nilai empiris} - \text{nilai terburuk})}{(\text{nilai terbaik} - \text{nilai terburuk})}$$

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil pengolahan data-data sekunder untuk mengetahui nilai indeks IPKM di Kabupaten Serang terlihat dari tabel berikut ini :

$$\text{Nilai Indeks} = \frac{7103,307}{8965} \frac{-- 840}{-- 840} = 0,7709$$

Sumber : Data Diolah, 2016.

Berdasarkan hasil di atas bahwa nilai indeks pembangunan manusia bidang kesehatan sebesar 0,7709 dengan standar 0 – 1, dimana ini menunjukkan arti adanya peningkatan ke arah yang lebih baik. Kalau menggunakan standar seperti indeks pembangunan manusia maka nilai 0,7709 ini setara dengan nilai 77,09. Atau dapat dikatakan bahwa pembangunan kesehatan masyarakat di Kabupaten Serang sudah baik. Apabila dibandingkan dengan nilai IPM Kabupaten Serang pada tahun 2013 dengan nilai 66,30, maka terdapat peningkatan yang cukup signifikan. Peningkatan tersebut tidak dipungkiri dengan meningkatnya roda ekonomi di Kabupaten Serang dengan tumbuhnya industry di sepanjang pantai utara kabupaten Serang dan Kabupaten Serang bagian Timur.

Kabupaten Serang bukan hanya sebagai sebuah daerah rural namun juga daerah urban karena sentuhan industri di Banten Utara, tidak bisa dipungkiri bahwa Kabupaten Serang bisa disebut sebagai daerah tengah, karena sebagai titik tengah orbitasi di Provinsi Banten

yang akan ikut mempengaruhi perilaku sosial dan budaya masyarakatnya. Perlu dipahami bahwasannya IPM merupakan indeks komposit aspek kesehatan, aspek pendidikan dan aspek daya beli (kesejahteraan masyarakat/ekonomi) sehingga nampaknya kontribusi aspek kesehatan mempunyai peran yang signifikan karena di atas nilai IPM Kabupaten Serang.

Peningkatan nilai IPKM di Kabupaten Serang juga tidak terlepas dari berhasilnya program-program pemerintah di bidang kesehatan, terutama berkaitan dengan Imunisasi, Posyandu, Program Keluarga Harapan. Program-program tersebut dirasakan dapat menurunkan angka prevalensi balita gizi buruk, pendek, dan kurus dan meningkatkan angka cakupan penimbangan balita, kunjungan Neonatus I dan persalinan oleh tenaga medis.

Secara empiris kondisi kesehatan berdasarkan indikator IPKM di Kabupaten Serang dengan berdasarkan pada Riskesdas, Susenas dan Podes adalah sebagai berikut :

Tabel 3.
Nilai Empiris Kabupaten Serang

No.	Indikator	Keterangan	Empiris	Nilai Konversi
	A. Indikator Mutlak			
1	Balita gizi buruk dan kurang	Prevalensi	0,002	99,998
2	Balita pendek dan sangat pendek	Prevalensi	0,002	99,998
3	Balita kurus dan sangat kurus	Prevalensi	0,007	99,993
4	Akses air	Cakupan	80,000	80
5	Akses sanitasi	Cakupan	54,930	54
6	Penimbangan balita	Cakupan	68,430	68
7	Kunjungan Neonatus I	Cakupan	92,200	92,2
8	Imunisasi lengkap	Cakupan	93,100	93,1
9	Rasio dokter /puskesmas (10)	Rasio	3,8046	3,8046
10	Rasio bidan/desa (3)	Rasio	1,6281	1,6281
11	Persalinan oleh Nakes	Cakupan	80,700	61,743
	B. Penting			
12	Balita gemuk	Prevalensi	0,0730	99,927
13	Diare	Prevalensi	2,244	97,756
14	Hipertensi	Prevalensi	1,200	98,8
15	Pneumoni	Prevalensi	0,722	99,278
16	Cuci tangan	Cakupan	52,700	52,7
	C. Perlu			
17	Gangguan Mental	Prevalensi	3,500	96,5
18	Perilaku merokok	Prevalensi	28,800	71,2
19	Kesehatan Gigi dan mulut	Prevalensi	24,000	76
20	Asma	Prevalensi	0,200	99,8
21	Disabilitas (bermasalah dan sangat bermasalah)	Prevalensi	4,100	95,9
22	Cedera	Prevalensi	8,200	91,8
23	Sendi	Prevalensi	20,100	80,9
24	ISPA	Prevalensi	3,771	96,229

Sumber : Data penelitian 2016, diolah

Nilai empiris kondisi kesehatan di Kabupaten Serang terbagi dalam 3 indikator, yaitu : indikator mutlak, indikator penting dan indikator perlu. Indikator mutlak meliputi : prevalensi balita gizi buruk dan kurang, prevalensi balita pendek dan sangat pendek, prevalensi balita kurus dan sangat kurus, cakupan akses air bersih, cakupan akses sanitasi, cakupan

penimbangan balita, cakupan kunjungan neonates, cakupan imunisasi lengkap, Rasio dokter, rasio bidan dan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan. Untuk Indikator Penting, meliputi : prevalensi balita gemuk, prevalensi Diare, prevalensi Hipertensi, prevalensi pneumoni dan cakupan cuci tangan. Sementara itu Indikator Perlu, meliputi : prevalensi gangguan mental, prevalensi

perilaku merokok, prevalensi Kesehatan gigi dan mulut, prevalensi penderita Asma, prevalensi disabilitas, prevalensi cedera, prevalensi penyakit sendi dan prevalensi penderita ISPA

Berdasarkan hasil pengolahan data dapat dijelaskan bahwa prevalensi balita gizi buruk di Kabupaten Serang adalah sebesar 0,002 atau terdapat 2 balita gizi buruk setiap 10000 balita, prevalensi balita pendek dan sangat penting sebesar 0,002 atau terdapat 2 balita pendek dan sangat pendek setiap 10000 balita. Cakupan akses air bersih sebesar 80 persen, akses sanitas sebesar 54,93 %, angka cakupan penimbangan balita sebesar 68,43 persen, cakupan kunjungan Neonatus I sebesar 92,2 persen, cakupan imunisasi lengkap sebesar 93 persen, Rasio dokter sebesar 3,8 atau terdapat sekitar 3-4 orang dokter per puskesmas, rasio bidan 1,6 yang berarti terdapat 1-2 orang bidan per desa, sementara itu cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan adalah sebesar 80,7 %.

Indikator Mutlak adalah indikator yang harus terpenuhi dalam mengukur Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat, dari 11 indikator tersebut indikator akses sanitasi harus mendapat perhatian penting, karena nilai cakupan hanya sebesar 54,93 % yang berarti sekitar 43% masyarakat di Kabupaten Serang tidak menggunakan dan memiliki jamban di rumah untuk buang air besar dan kecil. Kebiasaan masyarakat buang air besar/kecil di kebun dan sungai dirasakan sebagai penyebab cakupan sanitasi di Kabupaten Serang memiliki nilai rendah, bahkan dapat dikatakan buruk. Oleh karena itu Pemerintah Kabupaten Serang, khususnya Dinas Kesehatan Serang lebih menitikberatkan pembangunan kesehatan di kabupaten

Serang dengan program-program untuk memperbaiki perilaku masyarakat untuk hidup bersih dan sehat.

Pada indikator “Penting” terdapat 5 indikator yang perlu diukur, yaitu : prevalensi balita gemuk, prevalensi penderita diare, prevalensi hipertensi, prevalensi pneumoni, dan cakupan cuci tangan. Hasil pengukuran terhadap indikator tersebut adalah sebagai berikut ; prevalensi balita gemuk adalah 0,073 atau terdapat 73 balita gemuk melebihi batas normal per 100.000 balita, prevalensi penderita diare adalah 2,24 atau sekitar 2,4 orang menderita diare per 1000 penduduk , prevalensi hipertensi sebesar 1,200 atau terdapat sekitar 1,2 penduduk dengan usia > 15 tahun yang mengalami hipertensi per 1000 penduduk, prevalensi pneumoni sebesar 0,722 atau sekitar 72 penduduk dengan usia > 15 tahun per 100.000 penduduk mengalami pneumonia, sedangkan cakupan kebiasaan mencuci tangan adalah sebesar 52,700 atau terdapat sekitar 52,7 % penduduk usia > 10 tahun yang memiliki kebiasaan mencuci tangan dengan sabun sebelum makan.

Pada indikator penting yang perlu mendapat perhatian penting adalah terkait dengan kebiasaan cuci tangan sebelum makan, berdasarkan data tersebut maka masih terdapat sekitar 47,3 penduduk usia 10 tahun keatas yang belum terbiasa dengan kebiasaan mencuci tangan sebelum makan. Hal ini tentunya juga berdampak pada angka prevalensi penduduk yang mengalami diare, yang mencapai angka sebesar 35,870. Karena salah satu penyebab penyakit diare adalah kuman yang melekat pada tangan, yang terbawa pada saat makan.

Indikator terakhir yang diukur dalam mengukur IPKM adalah

Indikator Perlu, yang meliputi : prevalensi gangguan mental, prevalensi perilaku merokok, prevalensi kesehatan gigi dan mulut, prevalensi penderita asma, prevalensi disabilitas, prevalensi cedera, prevalensi penyakit sendi dan prevalensi penyakit ISPA. Angka prevalensi penderita gangguan mental sebesar 3,5 atau 3-4 orang yang menderita gangguan mental per 1000 jumlah penduduk, perilaku merokok sebesar 28,8 atau sekitar 28-29 orang dari 1000 penduduk memiliki kebiasaan merokok, prevalensi kesehatan gigi dan mulut 24,00 atau sekitar 24 orang dari 1000 penduduk memiliki masalah kesehatan gigi dan mulut, prevalensi penderita asma adalah 0,2 atau terdapat 2 orang menderita asma per 10.000 penduduk menderita asma, prevalensi penyandang disabilitas sebesar 4,100 atau sekitar 4 orang per 1000 penduduk mengalami disabilitas (bermasalah dan sangat bermasalah). Prevalensi cedera adalah 8,200 atau sekitar 8 penduduk per 1000 mengalami cedera, prevalensi penyakit sendi sebesar 20,10 atau sekitar 20 orang per 1000 penduduk usia diatas 15 menderita penyakit sendi, seperti rematik, encok dan lain-lain. Sementara itu prevalensi penderita ISPA adalah sebesar 3,771 atau terdapat 3-4 orang per 1000 penduduk yang menderita ISPA dari seluruh penduduk.

Pada indikator Perlu, yang masih perlu untuk diperhatikan dan dikurangi angka prevalensinya adalah terkait dengan perilaku merokok dan kesehatan gigi dan mulut. Pada perilaku merokok akan berpengaruh pada kesehatan saluran pernafasan, maka akan berpengaruh pada angka prevalensi ISPA dan hipertensi. Sementara itu prevalensi penderita masalah gigi, mulut dan gusi juga mendapat

perhatian. Kesehatan gigi dan mulut sangat dipengaruhi oleh perilaku hidup sehat seperti membiasakan untuk menggosok gigi minimal 2 kali sehari, menggosok gigi sesudah makan dan sebelum tidur. Oleh karena itu program-program yang berkaitan dengan perilaku hidup sehat seperti sosialisasi bahaya merokok, sosialisasi tentang kesehatan gigi dan mulut menjadi alternatif untuk mengurangi angka prevalensi perilaku merokok dan prevalensi kesehatan gigi dan mulut.

KESIMPULAN

Berdasarkan dari hasil telaah terhadap indikator dalam IPKM di Kabupaten Serang, maka dapat dijelaskan bahwa indikator yang memberikan kontribusi besar terhadap capaian IPKM Kabupaten Serang adalah prevalensi Balita gizi buruk , prevalensi balita pendek, prevalensi balita kurang dan prevalensi bayi gemuk, prevalensi penderita pneumonia, prevalensi disabilitas, prevalensi cedera, prevalensi sakit sendi dan prevalensi ISPA. Sementara itu indikator yang menghambat capaian IPKM agar mendapatkan nilai baik adalah indikator yang berkaitan dengan akses air, akses sanitasi, penyakit yang disebabkan buruknya kondisi kesehatan lingkungan dan perilaku hidup sehat seperti diare dan hipertensi. Sedangkan perilaku yang tidak menunjang adalah perilaku merokok, kesehatan gigi mulut dan perilaku cuci tangan.

DAFTAR PUSTAKA

Buku :

BPS, 2014. *Indeks Pembangunan Manusia Metode Baru*, Jakarta: Badan Pusat Statistik

BPS, 2014. *Indeks Pembangunan Manusia Metode Baru*, Jakarta: Badan Pusat Statistik

Fukuda-Parr, Sakiko. 2003. *The Human Development Paradigm: Operationalizing Sen's Idea on Capabilities*. Feminist Economics, p.301317.

<http://www.tandf.co.uk/journals>

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1798/Menkes/Sk/XII/2010 Tentang Pedoman Pemberlakuan Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat

Korten, David C. Rudi Klaus. 1984. *People-Centered Development: Contribution peluncuran-global-implikasi-lokal/Toward Theory and Planning Frameworks*. USA: Kumarian Press

Sugiyono, 2009. *Metode Penelitian Administrasi*, Bandung. Alfabeta

Sumber Lain :

<http://hdr.undp.org/en>

<http://hdr.undp.org/en>

<http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr14-report-en-1.pdf>

<http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr14-report-en-1.pdf>

<http://unic-jakarta.org/2014/07/25/laporan-pembangunan-manusia-2014->

<http://unic-jakarta.org/2014/07/25/laporan-pembangunan-manusia-2014->

<http://www.bps.go.id/>

<http://www.bps.go.id/>

<http://www.id.undp.org/content/indonesia/en/home.html>

<http://www.id.undp.org/content/indonesia/en/home.html>

<http://bantenprov.go.id/read/program-kerja.html>

<http://bappeda.bantenprov.go.id/upload/PUBLIKASI%20BPS%202015/Statistik%20Daerah%20Provinsi%20Banten%202015.pdf>

<http://bps.go.id/linkTableDinamis/view/id/1211>