

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Mortalitas dan morbiditas pada ibu hamil dan melahirkan merupakan salah satu masalah serius terutama di negara-negara berkembang maupun di negara-negara miskin, termasuk di dalamnya negara Indonesia. Angka kematian ibu (AKI) adalah indikator yang penting untuk menentukan status kesehatan ibu di suatu wilayah. Pada tahun 1996 WHO memperkirakan lebih dari 585.000 ibu pertahun meninggal saat hamil atau bersalin, di Asia Selatan, kemungkinan wanita meninggal akibat kehamilan atau persalinan sebesar 1 : 18, di Afrika 1 : 14, sedangkan di Amerika Utara 1 : 6,366.

Melihat begitu seriusnya masalah kesehatan ibu hamil ini, berbagai konferensi tingkat internasional diadakan, salah satunya adalah pada tahun 1994, di Kairo, Mesir, diadakan *International Conference on Population and Development (ICPD)*, yang menyatakan bahwa kebutuhan kesehatan reproduksi laki-laki dan perempuan sangat vital bagi pembangunan sosial dan pengembangan sumber daya manusia, dan merupakan pelayanan kesehatan terintegrasi dari pelayanan dasar yang menjangkau seluruh masyarakat termasuk pelayanan kesehatan ibu yang berfokus pada setiap ibu hamil dapat melalui kehamilan dan

Pada tahun 1999, WHO meluncurkan strategi *Making Pregnancy Safer (MPS)*, yang pada intinya meminta perhatian pemerintah dan masyarakat di setiap negara untuk:

- Menempatkan *safe motherhood* sebagai prioritas utama rencana pembangunan nasional dan internasional.
- Menyusun acuan nasional dan standar pelayanan kesehatan maternal dan neonatal
- Mengembangkan sistem yang menjamin pelaksanaan standar yang telah disusun
- Memperbaiki akses pelayanan kesehatan maternal dan neonatal, keluarga berencana (KB), aborsi legal, baik publik maupun swasta
- Meningkatkan upaya kesehatan promotif dalam kesehatan maternal dan neonatal serta pengendalian fertilitas pada tingkat keluarga dan lingkungannya
- Memperbaiki sistem *monitoring* pelayanan kesehatan maternal dan neonatal

Melihat begitu gencarnya “dunia” dalam meningkatkan kepeduliannya terhadap kesehatan dan keselamatan ibu hamil, yang menjadi pertanyaan kemudian adalah bagaimana kondisi perkembangan gerakan *Safe motherhood* atau langkah menurunkan angka kematian ibu (AKI) di Indonesia. Sejak tahun 1988 diadakan Lokakarya Kesejahteraan Ibu, yang bertujuan mengemukakan betapa kompleksnya masalah kesehatan ibu sehingga

... masalah kesehatan melalui berbagai cara berbagai tingkat (listrik, sektor)

Tahun 1990-1991, Departemen Kesehatan dibantu WHO, UNICEF dan UNDP melaksanakan *Assessment Safe Motherhood* yang menghasilkan Rekomendasi Rencana Kegiatan Lima Tahun yang diterapkan dalam bentuk strategi operasional untuk mempercepat penurunan AKI. Sasarannya adalah menurunkan AKI dari 450 per 100.000 kehamilan hidup pada 1986, menjadi 225 tahun 2000.

Pada tahun 1996 Menteri Peranan Wanita meluncurkan Gerakan Sayang Ibu (GSI), yaitu suatu upaya advokasi dan mobilisasi sosial untuk mendukung upaya percepatan penurunan AKI.

Berdasarkan hasil survei menunjukkan bahwa AKI di Indonesia yaitu 390 per 100.000 kelahiran hidup (SDKI, 1994) yang merupakan angka tertinggi di ASEAN maka pemerintah menetapkan upaya penurunan AKI sebagai program prioritas.

Tabel 1. Angka Kematian Ibu Maternal (AKI)
(per 100.000 kelahiran hidup)

Penelitian/Survei	Tahun	AKI
Penelitian dari Pencatatan 12 RS Pendidikan Ujung Berung (UNPAD)	1977-1980	370
SKRT 1980	1978-1980	170
Kab. Sukabumi (UNPAD)	1980	150
SKRT 1986	1982	450
SKRT 1992	1986	450
SKRT 1992	1992	425
SDKI 1994	1994	390
SKRT 1995	1995	373

Tingginya AKI ini berkaitan erat dengan derajat kesehatan ibu yang rendah dan cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan serta akses terhadap pelayanan kesehatan yang juga masih minim

Data hasil penelitian Ahsjahbana (1990) dan UNICEF (1991) mengungkapkan bahwa sekitar 80% kematian maternal atau kematian ibu terjadi di rumah sakit rujukan. Hal ini harus di cermati penyebabnya apakah karena kualitas pelayanan yang kurang memadai atautkah karena kondisi ibu yang dibawa ke fasilitas pelayanan kesehatan atau rumah sakit sudah pada kondisi yang buruk, atau juga ada faktor-faktor lain yang mendukung.

Penyebab utama kematian ibu hamil sekitar 80% adalah perdarahan, infeksi (termasuk akibat partus lama dan abortus septik), dan eklampsia (toxemia gravidarum), selain itu keadaan ibu sejak sebelum hamil (pra-hamil) juga mempengaruhi kehamilan. Beberapa keadaan yang menjadi penyebab tidak langsung kematian ibu hamil antara lain adalah anemia (sekitar 50%), kurang energi khronis (KEK) (sekitar 30%), dan keadaan 4 terlalu (terlalu muda/kurang dari 20 tahun, terlalu tua/lebih dari 35 tahun, terlalu sering/jarak antar kelahiran kurang dari 2 tahun, dan terlalu banyak/anak lebih dari 3).

Upaya yang telah dilakukan juga dengan melaksanakan program preventif bagi ibu hamil yaitu dengan pelaksanaan program pelayanan antenatal (*antenatal care*) yang dilakukan oleh tenaga kesehatan profesional selama masa kehamilan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

Karena kematian ibu hamil sekitar 90 % terjadi disaat sekitar persalinan dan sekitar 95 % penyebabnya adalah komplikasi obstetri yang sering tidak dapat diperkirakan sebelumnya. Maka pendekatan resiko yang mengelompokkan ibu hamil dalam kelompok tidak beresiko dan beresiko tinggi adalah tidak tepat.

Karena komplikasi obstetri yang terjadi saat atau sekitar persalinan

tidak dapat diramalkan dalam kehamilan. Oleh karena itu pendekatan yang dianjurkan adalah menganggap bahwa semua kehamilan itu beresiko dan setiap ibu hamil mempunyai akses ke pertolongan persalinan yang aman dan pelayanan obstetri.

Selain itu ada faktor-faktor non teknis yang masuk dalam kategori penyebab mendasar, seperti rendahnya status perempuan, ketidakberdayaan dan taraf pendidikan yang rendah.

Upaya lain yang telah dilakukan dalam mempercepat penurunan AKI adalah mengupayakan agar:

1. setiap persalinan ditolong atau minimal didampingi oleh bidan
2. pelayanan obstetri sedekat mungkin kepada semua ibu hamil

Berdasarkan data SDKI, 1994 63 % persalinan ditolong oleh dukun beranak, sedangkan sisanya ditolong oleh dokter dan bidan. Melihat data ini maka dilakukan peningkatan jumlah dan penyebaran tenaga kesehatan sehingga mengalami peningkatan yang cukup berarti, sampai saat ini tercatat sekitar 32 ribuan tenaga medis (dokter, spesialis dan dokter gigi). Jumlah dan penyebaran tenaga perawat dan bidan juga mengalami kemajuan pesat. Tercatat jumlah tenaga perawat sekitar 160 ribu dengan berbagai tingkat pendidikan. Sedangkan jumlah bidan tercatat sebanyak 65 ribu orang termasuk 52.042 orang bidan di desa. Dengan demikian berarti hampir seluruh desa di Indonesia telah memiliki tenaga bidan. Perlu diketahui bahwa pelayanan bidan di daerah pedesaan dan teknik antiseptik merupakan intervensi tunggal yang sangat penting untuk pencegahan dalam rangka menurunkan AKI

Upaya dalam tingkatan operasionalpun telah dilakukan yaitu sejak tahun 1994 dengan membentuk tim-tim kesehatan yang berupaya menurunkan AKI yang berbasis di kabupaten atau Tim Dati II. Selain itu bagi ibu hamil, di posyandu diberikan pelayanan oleh tenaga kesehatan baik oleh bidan desa ataupun tenaga kesehatan dari puskesmas di meja V berupa pemeriksaan kehamilan, pemberian makanan tambahan (PMT) bagi ibu hamil yang KEK, pemberian tablet tambah darah, dan penyuluhan gizi dan kesehatan reproduksi.

Dalam penanganan masalah AKI ini, dituntut kerjasama lintas sektoral, baik di bidang kesehatan yang dapat meliputi bidan, dokter, puskesmas, RS, suami, keluarga, maupun masyarakat, serta keterlibatan sektor-sektor lain seperti transportasi, perekonomian, dan lain-lain.

Bentuk-bentuk keterlibatan sektor di luar bidang kesehatan yang telah dilakukan dapat kita lihat seperti, Gerakan Sayang Ibu (GSI), Kelangsungan hidup, perkembangan dan perlindungan ibu dan anak, gerakan reproduksi keluarga sehat (GRKS), dan lain-lain. Untuk GSI sendiri dirintis oleh Menperta tahun 1996. Ruang lingkup GSI meliputi advokasi dan mobilisasi sosial yang salah satu upayanya adalah mempromosikan tentang tiga macam “terlambat” (mengenali resiko di keluarga, membawa atau transportasi, dan di pelayanan kesehatan).

Masalah tiga terlambat ini tidak lepas dari kurang adanya kesetaraan gender di lingkungan keluarga, maupun masyarakat. Ibu hamil khususnya di daerah pedesaan sering tidak mempunyai suara dalam mengambil keputusan saat

diadakan... ..

kesulitan kehamilan. Keputusan seringkali ada di tangan suami, sesepuh, atau orang tua. Maka tidak jarang pertolongan yang diperlukan ibu hamil sering terlambat.

Untuk menanggulangi masalah ini bulan April 2001 yang lalu forum Pita Putih dan Menteri Negara Pemberdayaan Perempuan, mencanangkan dimulainya kampanye Pita Putih untuk membangun kepedulian masyarakat akan masalah kematian ibu hamil dan bersalin di Indonesia termasuk di dalamnya kepedulian dokter kandungan terhadap keselamatan jiwa pasiennya ketika sedang membutuhkan pertolongan segera.

Perubahan paradigma kesehatan yang memunculkan perumusan visi "Indonesia Sehat 2010" (Yogyakarta Sehat 2005), ikut juga merubah kebijakan di bidang kesehatan sehingga merubah pola pendekatan kesehatan dari *medical care* ke *health care*, dari *fragmented program* ke *integrated program*, dari *centralized management* ke *decentralized management*, dari mobilisasi ke partisipasi.

Sedangkan kondisi objektif ibu hamil di propinsi Yogyakarta sendiri dapat kita ketahui melalui data angka kematian maternal di setiap kabupaten (data Dinas Kesehatan DIY) yang dapat kita lihat dalam tabel berikut ini:

Tabel 2. Kematian Maternal di propinsi DIY tahun 2000

No.	Kabupaten/Kota	Jumlah kematian Maternal
1.	Yogyakarta	4
2.	Bantul	13
3.	Kulon Progo	7
4.	Gunung Kidul	9
5.	Sleman	9
	DIY	42

Tabel 3. Kematian Maternal di Propinsi DIY tahun 2001

No.	Kabupaten/Kota	Jumlah Kematian Maternal
1.	Kota Yogyakarta	5
2.	Bantul	12
3.	Kulon Progo	6
4.	Gunung kidul	6
5.	Sleman	9
	DIY	38

Sumber Data : LB 3/SP2TP

Tabel 4. Kematian Maternal ditinjau dari Wilayah Kecamatan

	Tahun 2000	Tahun 2001
Dlingo	1	1
Piyungan	-	1
Banguntapan	2	1
Imogiri	1	3
Pleret	-	-
Sewon	2	1
Bambanglipuro	-	2
Kretek	-	1
Pundong	-	-
Jetis	-	1
Kasihlan	1	1
Pandak	3	-
Sanden	1	-
Pajangan	1	-
Sedayu	-	-
Srandakan	-	-

Melihat sudah begitu banyaknya upaya yang telah dilakukan untuk menurunkan AKI ini dan berdasarkan pendapat yang di ungkapkan oleh Mc Carthy dan Maine yang menyebutkan bahwa tingkat kematian ibu yang tinggi berhubungan dengan kualitas pelayanan yang rendah, sebaliknya tingkat kematian ibu yang rendah berhubungan dengan kualitas pelayanan yang tinggi, akan tetapi pada kenyataannya AKI masih saja tetap tinggi.

Berdasarkan data dan fakta yang telah diuraikan, maka r

hamil meliputi aspek teknis (langkah-langkah formal dalam pelayanan kesehatan) dan aspek non teknis yang meliputi kesetaraan gender, kebudayaan, kebiasaan masyarakat, kepedulian masyarakat, perlakuan terhadap ibu, dll.

Melihat masih cukup tingginya angka kematian maternal di Indonesia juga di Propinsi DIY, khususnya di Kabupaten Bantul, maka dilakukan penelitian di Dusun Sribitan, Salakan, dan Lemahdadi dimana tingkat morbiditas (keguguran) dalam kurun waktu 2 tahun terakhir di daerah ini cukup tinggi yaitu sekitar 22,37% (persentase keguguran dari keseluruhan ibu hamil), untuk mengetahui faktor-faktor penyebab dan peran keluarga dalam upaya penurunan angka kematian ibu hamil guna menunjang secara keseluruhan langkah-langkah pengendalian kematian ibu hamil dari aspek-aspek yang lain.

B. Perumusan Masalah

Bagaimana peran keluarga dalam meningkatkan kesehatan ibu hamil dan mencegah terjadinya kematian maternal.

C. Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana peran keluarga dalam meningkatkan kesehatan ibu hamil dan mencegah kematian maternal

D. Manfaat Penelitian

Secara teoritis

Merupakan sumbangsih dalam memperkaya wacana pengetahuan mengenai peran keluarga dalam meningkatkan kesehatan ibu hamil bagi pembaca hasil penelitian ini.

Secara praktis

Dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan bagi keluarga guna ikut berperan serta dalam menjaga kesehatan dan keselamatan ibu hamil.

Secara khusus

Dapat dijadikan masukan dan acuan bagi masyarakat dalam meningkatkan perannya untuk ikut peduli terhadap kesehatan ibu hamil dan bagi peneliti sendiri berguna untuk menambah pengetahuan dan pemenuhan atas salah satu syarat kelulusan dalam jenjang kesarjanaan pendidikan dokter.

E. Tinjauan Pustaka

E.1. Kematian maternal

Kematian maternal atau kematian ibu hamil adalah kematian dari setiap wanita waktu hamil, persalinan, dan dalam 90 hari sesudah berakhirnya kehamilan oleh sebab apapun, tanpa memperhitungkan tuanya kehamilan dan tindakan yang dilakukan untuk mengakhiri kehamilan (WHO).

E.2. Empat pilar *Safe motherhood*

Masalah kematian ibu hamil adalah masalah yang sangat kompleks meliputi masalah masalah teknis seperti pelayanan kesehatan ibu

pendanaan, masalah fasilitas kesehatan, dan lain-lain. Serta masalah non teknis seperti status wanita, tingkat pendidikan, kultur atau budaya masyarakat setempat, dan lain-lain yang lebih menitikberatkan pada upaya preventif dan promotif disamping kuratif dan rehabilitatif. Sehingga untuk menyelesaikan masalah ini tidaklah realistis untuk dapat diselesaikan dalam waktu singkat, akan tetapi langkah-langkah intervensi yang dapat dilakukan dalam jangka waktu relatif pendek dapat dilakukan melalui Empat Pilar *Safe Mother Hood* yang meliputi:

- KB, yang memastikan bahwa setiap orang atau pasangan punya akses ke informasi dan pelayanan KB agar dapat merencanakan waktu yang tepat, untuk kehamilan, jarak kehamilan, dan jumlah anak. Dengan demikian diharapkan tidak ada kehamilan yang tidak diharapkan (*unwanted pregnancy*), dan kehamilan yang masuk dalam kategori “4 terlalu” yaitu: terlalu muda atau terlalu tua untuk kehamilan, terlalu sering hamil, dan terlalu banyak anak.



- Pelayanan antenatal, yaitu mencegah terjadi komplikasi obstetri, mendeteksi secara dini adanya komplikasi obstetri dan memberikan penanganan yang memadai.
- Persalinan yang aman, memastikan bahwa semua penolong persalinan punya pengetahuan, keterampilan, dan alat untuk memberikan pertolongan yang aman dan bersih, serta memberikan pelayanan nifas kepada ibu dan bayi.
- Pelayanan obstetri esensial, memastikan bahwa pelayanan obstetri untuk resiko tinggi dan komplikasi tersedia bagi ibu hamil yang membutuhkannya.

Ke-empat intervensi strategis di atas dilaksanakan lewat pelayanan kesehatan dasar, dan bersendikan kesetaraan hak dan status wanita. Upaya-upaya yang telah dilakukan untuk menurunkan angka kematian ibu hamil dapat kita lihat dalam uraian di bawah ini.

E.3. Rumah Sakit Proaktif

Rumah sakit proaktif, yang dicetuskan pada Kongres Dunia Kematian Maternal I di Maroko (1997), adalah rumah sakit yang mempunyai prinsip-prinsip berorientasi pada pelayanan yang proaktif dalam menjangkau komunitas, inovasi, integrasi layanan kesehatan yang mandiri, perbaikan manajemen, dan hospital

E.4. Rumah Sakit Sayang Ibu

Program rumah sakit sayang ibu (RSSI), yang bertujuan menurunkan AKI melalui peningkatan kesiapan rumah sakit Kabupaten dalam melakukan fungsi pelayanan kedaruratan obstetrik.

E.5. Audit Maternal-Perinatal

Audit maternal perinatal, yang bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan KIA di seluruh wilayah Dati II dalam rangka mempercepat penurunan AKI dan angka kematian perinatal (AKP).

E.6. Antenatal Care (ANC)

Pelayanan antenatal (*antenatal care*). Pelayanan antenatal adalah pelayanan kesehatan oleh profesional (dokter spesialis kebidanan, dokter umum, bidan, pembantu bidan dan perawat bidan) untuk ibu selama masa kehamilannya sesuai dengan standar pelayanan antenatal yang meliputi 5 T yaitu timbang berat badan, ukur tinggi badan, ukur tekanan darah, pemberian imunisasi TT, ukur tinggi fundus uteri dan pemberian tablet besi minimal 90 tablet selama masa kehamilan. Cakupan pelayanan antenatal dapat dipantau melalui pelayanan kunjungan baru ibu hamil (K1) dan pelayanan ibu hamil sesuai standar paling sedikit empat kali dengan distribusi sekali pada triwulan pertama, sekali pada triwulan dua dan dua kali pada triwulan ketiga (K4).

Dalam pelaksanaan operasional langkah penurunan AKI, sejak tahun 1994 diterapkan strategi:

- penggerakan Tim Dati II (Dinas kesehatan dan seluruh jajarannya

bersama Inspektur Kesehatan dan dengan PS Dati II dan

dalam upaya mempercepat penurunan AKI sesuai dengan peran dan fungsinya masing-masing.

- Pembinaan daerah yang intensif disetiap Dati II:
 - cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan
 - cakupan penanganan kasus obstetri
 - bidan mampu memberikan pertolongan I pada kegawatdaruratan obstetri neonatal dan puskesmas sanggup memberikan pelayanan obstetri neonatal essensial dasar (PONED), didukung RS Dati II yang menyediakan pelayanan obstetri-neonatal essensial komprehensif (PONEK) 24 jam
- penerapan kendali mutu layanan kesehatan ibu
- meningkatkan komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) untuk mendukung upaya percepatan penurunan AKI
- pemantapan keikutsertaan masyarakat dalam berbagai kegiatan pendukung untuk mempercepat penurunan AKI

E.7. Gerakan Sayang Ibu (GSI)

Upaya lain adalah dengan pencanangan Gerakan Sayang Ibu (GSI) tahun 1996. GSI ini merupakan penjabaran dari rumah sakit sayang ibu dan bayi (RSSI dan RSSB) di tengah masyarakat, sehingga masyarakat ikut berperan aktif mempersoalkan kesehatan dan mencanangkan konsep baru "*hospital without wall*". Ruang lingkup GSI meliputi advokasi dan mobilisasi sosial. Dalam

... GSI ... untuk ...

1. Terlambat (dikeluarga) mengetahui dan mengenal bahaya dan memutuskan untuk segera mencari pertolongan.
2. Terlambat dalam membawa (transportasi) ibu ke fasilitas pelayanan kesehatan
3. Terlambat memperoleh tindakan pertolongan di fasilitas pelayanan kesehatan.

Usaha mencegah keterlambatan pertama dan kedua termasuk dalam kegiatan kecamatan sayang ibu, sedangkan usaha mencegah keterlambatan ketiga termasuk dalam kegiatan rumah sakit sayang ibu.

Beberapa upaya yang dilakukan dalam mencegah tiga terlambat ini diantaranya adalah dengan adanya ambulan desa dan tabungan ibu bersalin (tabulin) yang merupakan swadaya dari masyarakat itu sendiri, dan pelayanan KB dan kesehatan reproduksi terhadap pasangan usia subur (PUS). Sehingga, GSI mempunyai 5 ciri umum lintas sektoral, integratif dan sinergis, kepedulian dan peran kaum pria, sistem monitoring, dan koordinasi di bawah pemerintah daerah.

E.8. Reformasi Puskesmas

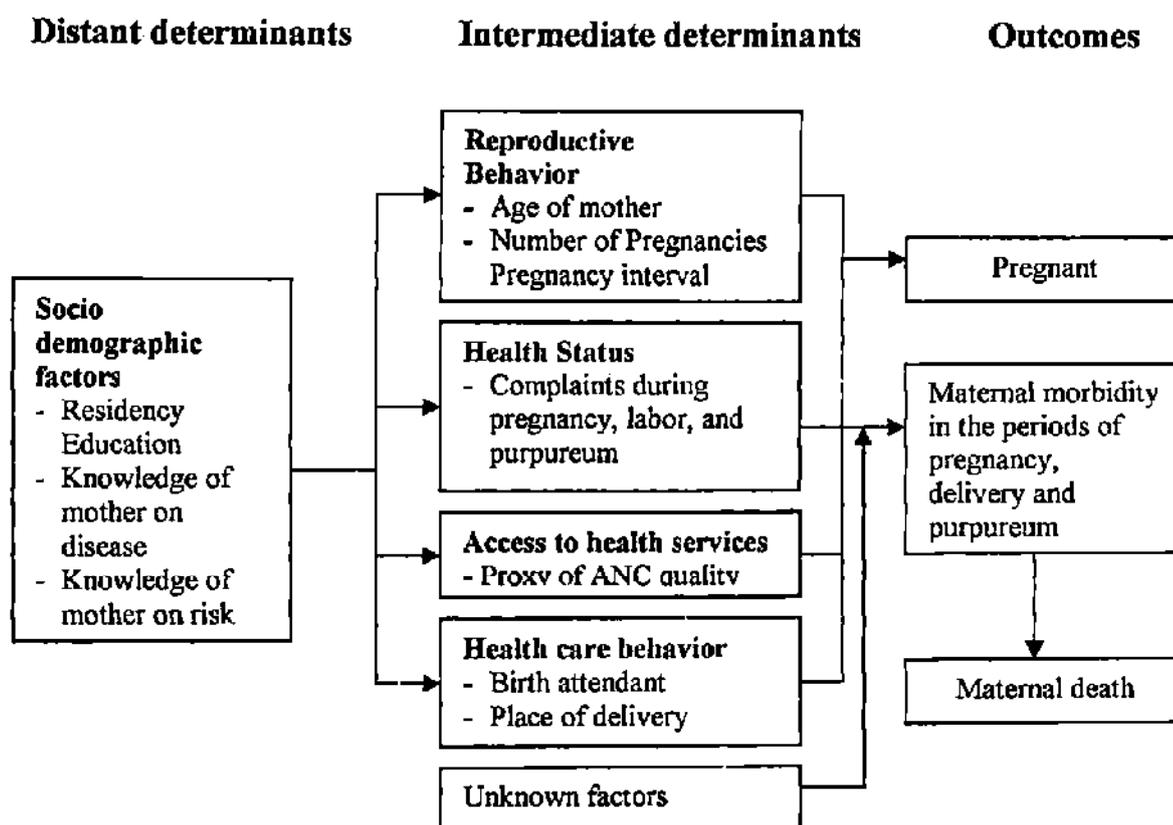
Program Reformasi Puskesmas, dimana dalam program ini digunakan suatu indikator keluarga sehat (IKS) yang terdiri dari 7 hal yang dikelompokkan ke dalam kategori-kategori sebagai berikut:

1. kondisi tempat tinggal yang dikategorikan sehat.
2. Perilaku anggota keluarga dapat dikategorikan sehat (dalam penelitian penulis, faktor inilah yang coba diketahui perannya)

- jumlah kematian absolut
- penyebaran fasilitas pelayanan obstetri yang mampu PONEK dan PONED
- persentase bedah sesar terhadap seluruh persalinan disuatu wilayah.

Sebagai acuan analisis penyebab tingginya angka morbiditas dan mortalitas maternal dapat juga kita lihat melalui konsep kerangka kerja dari Mc Carthy dan Maine berdasarkan data survei dari 5 propinsi di Indonesia, yaitu:

Modified McCarthy and Maine Conceptual Framework of Analysis



E.9. Faktor Kematian Maternal

Ada berbagai macam pembagian faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya kematian ibu dan kematian perinatal, yang salah satunya dapat dikategorikan dalam tiga kelompok berikut ini:

1. Faktor medik yang terdiri dari faktor resiko biologis, usia keti

kehamilan, persalinan dan nifas, serta kondisi kesehatan ibu yang diperburuk oleh kehamilan.

2. Faktor non-medik, seperti kurangnya kesadaran ibu untuk memeriksakan diri, budaya masyarakat, kepedulian keluarga dan masyarakat, ketidakmampuan dalam pembiayaan, kesulitan transportasi, dll.
3. Faktor pelayanan kesehatan, yang belum mendukung upaya penurunan kesakitan serta kematian ibu hamil, sistem rujukan, pertolongan persalinan oleh dukun beranak, dll.

Dari data yang telah disebutkan pada pendahuluan bahwa sebagian besar persalinan ditolong oleh dukun beranak. Melihat fakta ini faktor-faktor yang mungkin menjadi penyebab kenapa masyarakat tidak memepergunakan sarana kesehatan yang telah disediakan untuk mereka adalah:

1. faktor ketidaktahuan (*ignorance*)
2. faktor kemiskinan (*poverty*)
3. faktor kepercayaan atau budaya masyarakat
4. faktor pencapaian (*factor accesability*) atau faktor komunikasi dan transportasi
5. faktor salah duga (*misconception*)

E.10 Pentahapan Keluarga Sejahtera.

Keluarga pra sejahtera adalah keluarga-keluarga yang belum dapat memenuhi kebutuhan dasar secara minimal yaitu kebutuhan akan pengajaran agama, pangan, sandang, papan dan kesehatan, atau keluarga yang belum dapat memenuhi salah satu atau lebih indikator indikator keluarga sejahtera

Keluarga sejahtera I adalah keluarga yang telah dapat memenuhi kebutuhan dasar secara minimal, tetapi belum dapat memenuhi keseluruhan kebutuhan sosial psikologisnya yaitu kebutuhan akan pendidikan, keluarga berencana, interaksi dalam keluarga, interaksi dengan lingkungan tempat tinggal dan transportasi.

Indikator keluarga sejahtera I adalah sebagai berikut: melaksanakan ibadah menurut agama yang dianut, makan dua kali sehari atau lebih, pakaian yang berbeda untuk berbagai keperluan, lantai rumah bukan dari tanah, kesehatan (anak sakit atau PUS ingin ber KB dibawa kesarana/petugas kesehatan).

Keluarga sejahtera II adalah keluarga yang telah dapat memenuhi kebutuhan dasar secara minimal serta telah dapat memenuhi seluruh kebutuhan sosial psikologisnya, tetapi belum dapat memenuhi kebutuhan pengembangan yaitu kebutuhan untuk menabung dan memperoleh informasi.

Indikator keluarga sejahtera II adalah seluruh indikator keluarga sejahtera I ditambah dengan indikator sebagai berikut: anggota keluarga melaksanakan ibadah secara teratur, makan daging/ikan/telur sebagai lauk-pauk paling kurang sekali dalam seminggu, memperoleh pakaian baru dalam satu tahun terakhir, luas lantai tiap penghuni rumah satu 8 m², anggota keluarga sehat dalam tiga bulan terakhir sehingga dapat melaksanakan fungsi masing-masing, keluarga yang berumur 15 tahun keatas mempunyai penghasilan tetap, bisa baca tulis latin bagi seluruh anggota keluarga dewasa yang berumur 10 sampai dengan 60 tahun, anak usia sekolah (7 sampai dengan 15 tahun) bersekolah, anak hidup dua atau lebih, keluarga masih PUS dan saat ini memakai kontrasepsi

Keluarga sejahtera III adalah keluarga yang telah dapat memenuhi seluruh kebutuhan dasar, kebutuhan sosial psikologis dan kebutuhan pengembangan, namun belum dapat memberikan (kontribusi) yang maksimal terhadap masyarakat secara teratur (dalam waktu tertentu) dalam bentuk material dan keuangan untuk kepentingan sosial kemasyarakatan, serta berperan serta secara aktif dengan menjadi pengurus lembaga kemasyarakatan atau yayasan sosial, keagamaan, kesenian, olah raga, pendidikan dan lain sebagainya.

Indikator keluarga sejahtera III adalah seluruh indikator keluarga sejahtera I dan II ditambah indikator upaya keluarga untuk meningkatkan atau menambah pengetahuan agama, keluarga mempunyai tabungan, makan bersama paling kurang sekali sehari, ikut serta dalam kegiatan masyarakat, rekreasi bersama atau penyegaran paling kurang dalam 6 bulan, memperoleh berita dari surat kabar, radio TV majalah dan anggota keluarga mampu menggunakan sarana