

PROSPEK PENGEMBANGAN UPAYA KESEHATAN DI PERKOTAAN

oleh Dra. Titien Setyobudi, MS.

Puslitbang Pelayanan Kesehatan Surabaya

PENDAHULUAN

Masalah demografi yang menarik perhatian para perencana dan pembuat kebijaksanaan di Indonesia ialah adanya tingkat urbanisasi yang tinggi yang berkembang cukup cepat. Pada tahun 1980 seperlima penduduk Indonesia tinggal di daerah perkotaan, sedang menurut perkiraan jumlah itu akan bertambah menjadi 45 juta pada tahun 1990 dan 68,5 juta pada tahun 2000. Pada tahun 2000 itu menurut perkiraan Bank Dunia, penduduk perkotaan akan meliputi 40% dari seluruh jumlah penduduk Indonesia.

Proses berpindahnya penduduk dari daerah pedesaan ke daerah perkotaan acapkali diikuti oleh banyak akibat sosial dan ekonomi. Proses perpindahan ini cukup kompleks dan mengakibatkan banyak perubahan dalam kehidupan penduduk. Penduduk perkotaan mempunyai ciri-ciri dan kekhasan tersendiri, yang dalam penanganannya juga memerlukan tatanan yang berbeda.

Tujuan penulisan makalah ini adalah membahas bagaimana situasi perkotaan sampai dengan tahun 2000, dampaknya terhadap kesehatan, serta bagaimana upaya Litbang dalam mengantisipasinya.

PENGETERIAN ISTILAH

Menurut Biro Pusat Statistik

Daerah perkotaan adalah suatu wilayah administratif setingkat dengan desa/kelurahan yang memenuhi syarat tertentu dalam hal kepadatan penduduk, prosentase rumah tangga petani, fasilitas tertentu seperti jalan yang dilalui kendaraan umum, gedung bioskop, sekolah, sarana pengobatan, dan sebagainya, dan rata-rata jarak ke lokasi fasilitas tersebut. (Indeks Kesra 1986/BPS 1987)

Menurut Dir.Jen. Pemerintahan Umum dan Otonomi Daerah

Kota adalah pusat pemukiman yang telah menunjukkan ciri-ciri yang membutuhkan pelayanan fasilitas perkotaan yaitu kemudahan dalam hal pelayanan urusan pemerintahan, air bersih dan listrik, kesehatan, pendidikan, hiburan dan olahraga, perekonomian, jasa, pertokoan, perbankan, dan transportasi.

Menurut Departemen Kesehatan

Alternatif 1

Semua ibukota propinsi ditambah dengan semua ibukota kabupaten dan kotamadya dan kota administratif di Jawa dan Bali

Alternatif 2

Semua ibukota propinsi ditambah dengan semua ibukota kabupaten dan kotamadya serta kota administrasi di Jawa dan Bali dan kotamadya di wilayah II (Sumatera Utara, Sumatera Barat, Sumatera Selatan, Lampung, Sulawesi Selatan, Sulawesi Utara)

Alternatif 3

Idem alternatif 2 ditambah dengan semua ibukota kabupaten di wilayah II

Alternatif 4

Semua ibukota propinsi, ibukota kabupaten dan kotamadya serta kota administratif di seluruh Indonesia

Alternatif 5

Diusulkan oleh tim propinsi dan ditetapkan oleh pusat yang disesuaikan dengan ciri sosial budaya perkotaan.

Jadi, daerah perkotaan adalah, semua ibukota propinsi ditambah dengan semua ibukota kabupaten serta kota administratif di Jawa dan Bali, dan kotamadya serta ibukota kabupaten di wilayah II, di mana kelompok masyarakatnya mempunyai ciri-ciri tertentu:

1. Terdiri atas 4 (empat) macam kelompok penduduk:
 - pendatang dari kota lain dengan perilaku orang kota
 - pendatang dari negara lain untuk jangka waktu tertentu
 - pendatang dari pedesaan dengan perilaku orang desa
 - pendatang musiman
2. Organisasi sosial lebih berdasarkan pada pekerjaan dan kelas sosial daripada kekeluargaan
3. Lembaga pemerintahan lebih berdasarkan teritoriun daripada kekeluargaan
4. Titik berat pada sistim perdagangan, pertukangan dan jasa
5. Sarana komunikasi dan dokumentasi lebih baik
6. Adanya teknologi yang rasionil

Upaya kesehatan perkotaan adalah, usaha pelayanan kesehatan yang sesuai dengan situasi, kondisi masyarakat dan lingkungan perkotaan dalam rangka meningkatkan kemampuan masyarakat untuk hidup sehat.

ANALISIS SITUASI PERKOTAAN SAMPAI DENGAN TAHUN 2000

1. Ciri masyarakat perkotaan :

- individualistik
- penghargaan akan materi
- tuntutan pelayanan secara profesional
- mobilitas sosial tinggi
- persepsi sosial : laba-rugi
- pendidikan relatif tinggi

2. Ciri-ciri tata kehidupan perkotaan :

- Adanya pembagian kerja dalam spesialisasi yang jelas
- Organisasi sosial lebih berdasarkan pada pekerjaan dan kelas sosial dari pada kekeluargaan
- Lembaga pemerintahan lebih berdasarkan teritorial dari pada kekeluargaan
- Titik berat pada sistem perdagangan, pertukangan dan jasa
- Sarana komunikasi dan dokumentasi lebih baik
- Adanya teknologi yang rasionil

3. Beraneka ragamnya penduduk kota :

- pendatang dari kota lain dengan perilaku orang kota
- pendatang dari negara lain untuk jangka waktu tertentu
- pendatang dari pedesaan dengan perilaku orang desa
- pendatang musiman

4. Urbanisasi yang makin dan terus meningkat, yang membawa akibat meningkatnya jumlah wilayah perkotaan dan juga proyeksi penduduknya.

5. Migran dari desa tidak memiliki keahlian dalam sektor perkotaan, sehingga timbul pengangguran, tuna susila, tuna wisma, kriminalitas, ketidakpuasan, pelanggaran peraturan karena ketidaktahuan.

6. Pendatang mempunyai ciri : keterasingan, penolakan terhadap sesuatu yang baru, pekerjaan yang tidak sesuai.

7. Tingkat sosial ekonomi :

- pendidikan yang rendah
- keadaan sosial budaya, sikap, perilaku, kebiasaan hidup yang masih jauh dari yang diharapkan
- tingkat kemampuan ekonomi masyarakat yang belum mampu menjangkau sistem pelayanan kesehatan yang ada -- tidak merata

- keterbatasan dana pembangunan dari pemerintah, swasta dan dari masyarakat sendiri
- kerjasama lintas sektoral yang belum sepenuhnya memadai
- kesempatan kerja terbatas

8. Kesempatan berekreasi kurang

9. Kerawanan sosial politik

10. Banyak terjadi perubahan yang cepat dalam hal : fisik, sosial, jumlah orang yang terpengaruh, dan kebudayaan.

11. Kerawanan terhadap musibah dan bencana karena alam dan man-made pada populasi penduduk yang padat.

12. Karena cepatnya urbanisasi, maka informasi/data vital tentang kesehatan kurang baik: penyakit, cakupan, karakteristik populasi.

13. Wanita mempunyai kontribusi yang penting bagi output ekonomi, sehingga kesehatan mereka merupakan komponen yang penting dalam dunia modal tenaga kerja.

14. Kelompok usila pada daerah perkotaan selalu meningkat.

DAMPAK TERHADAP KESEHATAN

1. Jumlah penduduk yang besar dengan pertambahan yang cukup tinggi, dengan persebaran yang kurang merata akan menyulitkan pelaksanaan pembangunan di bidang kesehatan.

2. Cakupan pelayanan kesehatan yang belum sepenuhnya memuaskan, antara lain upaya kesejahteraan ibu dan anak, immunisasi, pemanfaatan sarana kesehatan, pelayanan di puskesmas, dan lain sebagainya.

3. Masih terbatasnya jumlah tenaga kesehatan yang tersedia terutama tenaga perawatan, dengan distribusi yang tidak merata, kualitas yang belum sepenuhnya memadai, pembinaan tenaga kesehatan yang belum mantap, kurangnya tenaga pengajar, serta belum terpadunya antara perencanaan, pengadaan, dan pengelolaan tenaga kesehatan.

4. Harga obat-obatan belum sepenuhnya terjangkau oleh masyarakat yang membutuhkannya. Hal ini disebabkan karena :

- rendahnya daya beli masyarakat
- pengendalian harga dan mutu obat belum seperti yang diharapkan
- pengelolaan dan pendistribusian obat belum seperti yang diharapkan.

Selain itu pengawasan terhadap produksi, distribusi, dan penggunaan obat-obatan serta alat-alat kesehatan

yang belum sepenuhnya berjalan sebagaimana diharapkan.

5. Pengelolaan manajemen kesehatan belum sepenuhnya mendukung sistem pelayanan. Hal ini disebabkan antara lain karena : keterbatasan tenaga, biaya, fasilitas serta mutu maupun jumlah tenaga manajemen yang ada. Disamping itu masih dirasakan adanya kelemahan sistem pengawasan dan pengendalian yang kurang didukung oleh produk hukum yang melandasinya.
6. Tingkat sosial ekonomi dan distribusi penduduk tidak merata, sehingga terjadi ketimpangan-ketimpangan, yang diwujudkan dengan terciptanya daerah-daerah kumuh yang rawan kesehatan, di mana terdapat sarana pelayanan umum yang tidak memadai.
7. Terdapat 4 (empat) macam pola penyakit :
 - a. Penyakit yang disebabkan karena kemiskinan.

Penghasilan yang rendah, makanan yang tidak memenuhi syarat gizi, hidup berdesakan di rumah yang sempit dan tidak memenuhi syarat kesehatan, tanpa ada daya tahan dapat mengakibatkan gastroenteritis, tuberkulosis, penyakit infeksi akut (misalnya ISPA), dan penyakit yang ada hubungannya dengan gizi kurang.
 - b. Penyakit yang disebabkan karena lingkungan yang tidak sehat, karena ulah manusia sendiri di perkotaan, seperti pencemaran buangan industri, polusi udara, lalu lintas kendaraan motor yang padat, tekanan (strees) dan kebiasaan makan yang menyebabkan penyakit kardiovaskuler, penyakit neoplastik, sakit jiwa dan kecelakaan, baik di rumah, tempat kerja maupun di jalan.
 - c. Penyakit sebagai akibat keadaan psiko-sosial yang tidak stabil dan tidak terjamin akibat sewa tanah yang tinggi dan penghasilan yang rendah seperti kecanduan pada alkohol/narkotika, penyakit kelamin, kejahatan dan kekerasan.
 - d. Penyakit yang timbul karena adanya obyek pariwisata (dari luar) dan karena mobilitas yang tinggi -- perpindahan penyakit.
8. Pola rujukan kurang berjalan baik (transport mudah, sehingga penderita cenderung langsung pergi ke fasilitas top referal).
9. Pengawasan pada pelayanan kesehatan swasta dan tradisionil kurang, sehingga potensi yang ada di masyarakat dan fasilitas kesehatan swasta belum didayagunakan secara tepat, masing-masing berjalan sendiri-sendiri, dan kegiatan yang dilaksanakan dapat saling tumapng tindih.

10. Jenis dan jumlah penyakit pada populasi dengan sosial ekonomi rendah dan populasi ilegal banyak yang under-reported.

11. Kesehatan wanita/ibu :

- kemiskinan
- pendidikan rendah pada tingkat sosial ekonomi rendah dan lokasi kumuh
- adanya diskriminasi sosial dan ekonomi
- wanita sebagai pekerja berat dan kepala rumah tangga
- perkawinan dan kehamilan pada usia muda
- prostitusi
- kurangnya perlindungan atas hak-hak dan keselamatan kerja

12. Kelompok usia :

- pembiayaan pelayanan kesehatan
- asuransi kesehatan
- stress karena keterasingan dan akibat lain dari hilangnya dukungan dari keluarga (pola hidup kota yang sibuk)
- stress karena pola hidup yang berbeda bagi para pendatang

13. Masalah manajemen dan hukum :

- tata laksana dan administrasi pelayanan kesehatan
- koordinasi kegiatan lintas sektoral
- produk dan penerapan hukum kesehatan/kedokteran

HIPOTESA dan STRATEGI

1. Mengurangi arus urbanisasi dilakukan dengan :
 - a. Meningkatkan tingkat sosial ekonomi desa
 - b. Redistribusi penduduk desa melalui transmigrasi
2. Keterlibatan lintas sektoral mempermudah pencapaian tujuan sehingga perlu diupayakan :
 - a. Pengikutsertaan semua pihak: pemerintah, non pemerintah, dan masyarakat.
 - b. Peningkatan kemampuan dan kemampuan komunikatif manajer pengelola di bidang kesehatan, agar mempermudah terwujudnya keterlibatan lintas sektoral.
3. Peningkatan kesadaran dan perilaku masyarakat merupakan daya ungkit besar terhadap perbaikan lingkungan hidup.
4. Perlu ada pengembangan hukum untuk mengurangi/melindungi 'slum areas'
5. Perlu adanya peningkatan upaya pemerintah dalam penyediaan sarana pemukiman yang layak.

6. Perlu dikembangkan pola pelayanan kesehatan diberbagai tingkat dan bentuk/type.
7. Sarana pelayanan kesehatan yang baik (mutu dan efisiensi) pada setiap tingkat dapat menyebabkan pola rujukan berjalan baik.
8. Terjadinya malnutrisi atau akibat penyakit yang lain pada masyarakat/penduduk di daerah kumuh disebabkan karena :
 - rendahnya organisasi sosial
 - tidak adanya perlindungan atas hak-hak: perumahan, jatah air bersih, dan lain-lain
 - kompensasi dari kemiskinan: KB gagal, obesitas/malnutrisi.
9. Perbaikan sistim R/R (pencatatan dan pelaporan) dengan melibatkan lintas sektor dapat menghasilkan data yang lebih valid dan akurat tentang kesehatan (terutama pada populasi ilegal dan kumuh).
10. Peran lintas sektor besar sekali dalam penataan wilayah pemukiman, industri, pariwisata, dan lain-lain, dalam polusi, limbah, pertumbuhan dan mental anak.
11. Masalah mental dan kesehatan yang berpengaruh pada tumbuh kembang anak antara lain karena : transisi rural-urban, tuna wisma, dan paksaan kerja yang terlalu dini, keras dan berat.
12. Adanya data yang valid dan akurat tentang kesehatan dan keselamatan kerja dapat membantu terciptanya pola asuransi yang baik dan benar, sehingga dapat diterima dan berjalan.
13. Strategi dalam hal pembiayaan : optimisasi alokasi sumber daya.

PENELITIAN YANG TERKAIT

A. Yang Pernah Dilakukan

- Penyakit menular dan tidak menular : prevalensi & immunologi, perilaku individu, serta tentang program dan penanggulangannya.
- Sanitasi dan Lingkungan hidup :
air, makanan, logam berat, dan lain-lain : sampah, polusi, dsb.
- KIA :
tentang pelayanan, prevalensi/besarnya masalah, dan perilaku individu.
- Gizi :
tentang prevalensi status gizi, program pelayanan gizi, dan perilaku individu.

- Keluarga Berencana (KB) :
tentang program/pelayanan KB, perilaku individu, prevalensi akseptor.

B. Yang Diperlukan

1. Mempelajari kebijaksanaan, strategi, rencana, dan legalisasi apa saja yang mungkin dilakukan, berkaitan dengan :
 - penataan wilayah pemukiman
 - upaya peningkatan tingkat sosial ekonomi pedesaan
 - tingkat kesehatan wilayah transmigrasi
 - pola pelayanan kesehatan di daerah transmigrasi
 - pola pelayanan kesehatan di wilayah kumuh menyangkut mutu, jenis dan cost-effectiveness-nya.
2. Penentuan sikap dan prioritas program-program kesehatan.
3. Evaluasi terhadap beberapa program yang telah dilaksanakan di perkotaan.
4. Peran unit pelayanan kesehatan dan staffnya di perkotaan :
 - pelayanan kesehatan swasta
 - pelayanan kesehatan pada jam-jam yang disesuaikan dengan kebutuhan
 - pelayanan kesehatan khusus untuk anak-anak
 - unit gawat darurat (UGD)
5. Model-model penyuluhan yang khas untuk masyarakat perkotaan (aneka jenis dan tingkat sosial ekonomi penduduk).
6. Pola pelayanan untuk kesehatan dan keselamatan kerja
7. Pola asuransi kesehatan masyarakat :
 - terhadap resiko kecelakaan lalu lintas
 - kecelakaan kerja
 - kesehatan kerja (bagi yang terekspose pada daerah polusi, limbah, dll).
8. Alokasi sarana pelayanan kesehatan secara optimal baik tenaga, biaya dan bahan berdasar :
 - wilayah (kumuh, elite, real estate, industri, tempat rekreasi)
 - etnik penduduk
 - kepadatan yang mencakup : mutu, tuntutan (need dan demand), keterjangkauan, dan efisiensi.
9. Sistem pencatatan pelaporan yang sesuai untuk masyarakat perkotaan dengan ciri-ciri penduduknya.
10. Pola pelayanan kesehatan untuk kelompok usia
11. Studi epidemiologi penyakit-penyakit perkotaan.

12. Studi terhadap pemberi pelayanan kesehatan (provider misalnya tentang persepsi mereka tentang kesehatan, faktor yang mempengaruhi hasil kerja mereka, dll.
13. Studi antropologis dan studi mendalam tentang persepsi ibu dan keluarga terhadap fasilitas kesehatan, program kesehatan dan kampanye penyuluhan kesehatan di daerah perkotaan seperti immunisasi, keluarga berencana termasuk juga studi pengambilan keputusan pertolongan kesehatan di keluarga.
14. Studi tentang peranan lintas sektor, pemerintah dan non pemerintah, dalam pembangunan kesehatan :
 - pola pengikutsertaan fasilitas swasta dalam kegiatan preventif, promotif, dan rehabilitatif.
 - pola keterlibatan kelompok-kelompok tertentu dengan kemampuan sumber daya dan hubungan tertentu pada masyarakat kota dalam pembangunan kesehatan : perusahaan-perusahaan, organisasi- organisasi sosial, kelompok keagamaan, perkumpulan kesehatan dan lain sebagainya.

PENUTUP

Telah diuraikan analisa situasi perkotaan dan beberapa dampaknya terhadap kesehatan serta area/topik penelitian yang perlu dilakukan. Pada prinsipnya, masalah kesehatan perkotaan ini menghadapi dua hal pokok, yaitu kemiskinan, dan sekaligus kemodernan yang berjalan bersama dan masing-masing saling mempengaruhi.

Pada tahun 2000, menurut perkiraan Bank Dunia, penduduk perkotaan akan meliputi 40% dari seluruh jumlah penduduk Indonesia.

Urbanisasi akan makin dan selalu meningkat dengan segala dampaknya, baik demografi, sosial, ekonomi, dan budaya, yang pada akhirnya juga pada kesehatan.

Penduduk perkotaan mempunyai ciri dan kekhasan tersendiri, yang dalam penanganannya perlu sesuatu yang berbeda.

Dua hal pokok yang nampaknya bertolak belakang tapi nyatanya sekaligus muncul dalam masalah kesehatan perkotaan yaitu keterbelakangan/kemiskinan dan komodernan/kesurplusan dan berjalan bersama serta saling mempengaruhi.

Diperlukan keterlibatan semua pihak dalam penanganan masalah kesehatan perkotaan, baik sektor pemerintah dan non pemerintah, kesehatan dan non kesehatan, kelompok-kelompok dalam masyarakat dan sebagainya, dalam hal kontribusi pemikiran dan sumber daya.

Dalam hal penelitian, mutlak diperlukan adanya kerjasama antar puslit, dan antara Badan Litbang dengan instansi lain yang terkait, dalam hal ini misalnya perguruan tinggi, pemda, dll., sekaligus juga sebagai pelaksanaan SK Menkes 732 tahun 1988.

Daftar Pustaka

- Jusuf, Sofyan, dkk.,1981, Perencanaan Kota, Widyapura no.6 th.III Nop. 1981, Jakarta
- Nimpoeno, John S.,1982, Kerangka Perilaku Manusia Perkotaan Indonesia Tahun 2000 : Model Kota Jakarta, Widyapura no.1 th.IV Agustus 1982, Jakarta
- Rahardjo, Julfita dkk.,1980, Wanita Kota Jakarta; Kehidupan Keluarga dan Keluarga Berencana, Gajah Mada University Press
- Suryadi, Charles, 1978, Kesehatan Masyarakat Kota di Indonesia. Analisa Situasi, Kelompok Studi Masalah Kesehatan Masyarakat Kota, Pusat Penelitian Unika Atma Jaya.
- Tabibzadeh, I, dkk., 1989, Spotlight on the Cities, WHO, Geneva
- World Health Organization, Geneva, 1991, Health and the Cities : A Global Overview