

Pokok-pokok pikiran "integrasi" SDKI, SKRT dan SUSENAS dalam mendukung kebutuhan Informasi Program Pembangunan

Oleh Prof. DR. Sumarmo Poorwo Soedarmo^{*}; S. Soemantri, PhD^{**}

^{*} Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan

^{**} Ahli Peneliti pada Puslitbang Pelayanan Kesehatan, Badan Litbangkes

I. LATAR BELAKANG

I. 1. Langkah Kebijakan

TUJUAN pembangunan kesehatan dalam Pelita VI adalah meningkatkan kualitas sumber daya manusia serta kesejahteraan keluarga dan masyarakat pada umumnya. Untuk terwujudnya tujuan tersebut maka peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui peningkatan mutu dan jangkauan pelayanan kesehatan yang makin merata serta pengembangan kesadaran dan perilaku hidup sehat di kalangan masyarakat sendiri perlu dipacu. Tercapainya derajat kesehatan yang lebih tinggi sebagai salah satu prakondisi untuk meningkatkan produktivitas sumber daya manusia lebih jauh dapat memacu upaya pengentasan masyarakat miskin.

Untuk memperlancar pelaksanaan pokok program dan program-program pembangunan jangka panjang bidang kesehatan, unsur-unsur sumber daya yang mencakup sumber daya tenaga, fasilitas dan dana, penggerakan pelaksanaan yang mencakup organisasi, motivasi kerja sama intra dan intersektoral, bimbingan, pengawasan, pengendalian dan penilaian, merupakan hal-hal yang sangat penting diperhatikan.

Pengembangan dan pematapan sistim informasi kesehatan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari kebijaksanaan pelaksanaan pembangunan kesehatan. Hal tersebut diharapkan dapat menunjang sepenuhnya pelaksanaan, manajemen dan pengembangan upaya kesehatan, melalui penggunaan teknologi yang sederhana sampai yang mutakhir.

I.2. Upaya efisiensi pelaksanaan pengumpulan data di masyarakat

Salah satu sumber data yang diperlukan dalam mendukung perencanaan dan penilaian program adalah data yang dikumpulkan dari masyarakat (population based data). Data yang dikumpulkan dari masyarakat (umumnya hasil community based survey) seyogyanya merupakan komplemen dari data khusus (special studies) lainnya, agar secara optimal dan efisien dapat dimanfaatkan sebagai bagian dari sistem informasi untuk program.

Berbagai cara pengumpulan data di masyarakat telah dikembangkan oleh Biro Pusat Statistik, misalnya Sensus, Supas, Susenas, Sakernas dan lain-lain yang umumnya dirancang untuk keperluan Departemen Teknis misalnya Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) oleh Depkes (Badan Litbangkes), dan

SPI/SDKI oleh BKKBN (pelaksana BPS). Pengumpulan data ini dilakukan untuk memenuhi kebutuhan khusus dari Departemen/Non Departemen Teknis tersebut.

SKRT yang dilakukan oleh Depkes mempunyai kekhususan dalam substansi dan teknis pelaksanaannya, yang dalam berbagai hal sulit dilakukan oleh pengumpul data BPS misalnya dalam menegakkan diagnosis penyakit dan sebab kematian serta pemeriksaan fisik kesehatan. Meskipun demikian banyak data yang sama dikumpulkan oleh SKRT dan juga oleh survei-survei nasional BPS, sehingga hal tersebut dinilai kurang efisien dalam penggunaan sumber daya dan kurang optimal dalam pemanfaatan datanya.

Langkah awal untuk mengupayakan efisiensi penggunaan sumber daya dan meningkatkan pemanfaatan data telah dilakukan dalam bentuk integrasi SKRT dan Susenas 1992. Cara tersebut dinilai memberikan manfaat tambah sesuai dengan yang diharapkan, antara lain persiapan dan desiminasi data (kesehatan) yang lebih cepat, dan kemungkinan manfaat data yang lebih luas (misalnya dukungan SKRT dalam analisis pengentasan masyarakat miskin). Meskipun demikian diperlukan upaya persiapan yang lebih memadai untuk kegiatan integrasi yang sama di masa yang akan datang.

II. DASAR PEMIKIRAN "INTEGRASI" SDKI/SKRT/SUSENAS

SKRT dan SDKI merupakan community based survey yang sifatnya nasional, direncanakan akan dilakukan secara berkala 3 tahunan. Selang pelaksanaan SDKI dan SKRT tidak sampai satu tahun (sebagai misal pengumpulan data SDKI 1994 direncanakan pertengahan 1994 dan SKRT 1995 pada awal 1995). Karena substansi kesehatan di SDKI merupakan pula bagian dari substansi yang

ada di SKRT, maka dinilai kurang efisien untuk mengumpulkan data yang sama dalam selang waktu yang hampir bersamaan. Di samping itu sumber daya yang terbatas di Depkes (Badan Litbangkes) dinilai pula tidak efisien untuk melibatkan diri dalam SDKI yang terpisah dengan penanganan SKRT. Upaya "integrasi" merupakan solusi untuk secara efisien memanfaatkan sumber daya yang terbatas tersebut.

Dukungan yang baik kepada perencanaan dan penilaian program memerlukan tersedianya data yang berkualitas tinggi. Upaya memilih cara mengumpulkan data dengan hasil kualitas tinggi perlu ditingkatkan. Di samping itu penilaian kualitas data seyogyanya merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari upaya mengumpulkan data. Hal-hal tersebut dapat diakomodasi dalam "integrasi" SDKI/SKRT/Susenas.

Sebagai misal kualitas pengumpulan data yang berbeda dari SDKI, SKRT dan Susenas memberikan peluang untuk menentukan data kesehatan mana yang seyogyanya dikumpulkan di SDKI, di SKRT dan Susenas seandainya tidak diperlukan pengumpulan data kesehatan yang sama (peningkatan kualitas data). Sedangkan kegiatan tindak lanjut pengumpulan data oleh tenaga medis SKRT dari kejadian yang diidentifikasi tenaga pengumpul data SDKI atau Susenas dapat dimanfaatkan sebagai upaya semacam post enumeration survey (penilaian kualitas data)

Karena keterbatasan sumber daya yang ada, dan untuk lebih meningkatkan upaya dukungan perencanaan dan penilaian program pembangunan, diperlukan peningkatan "networking". SDKI/SKRT/Susenas dapat dianggap pula sebagai upaya meningkatkan "networking" tersebut.

III. RANCANGAN POLA "INTEGRASI" SDKI/SKRT/SUSENAS

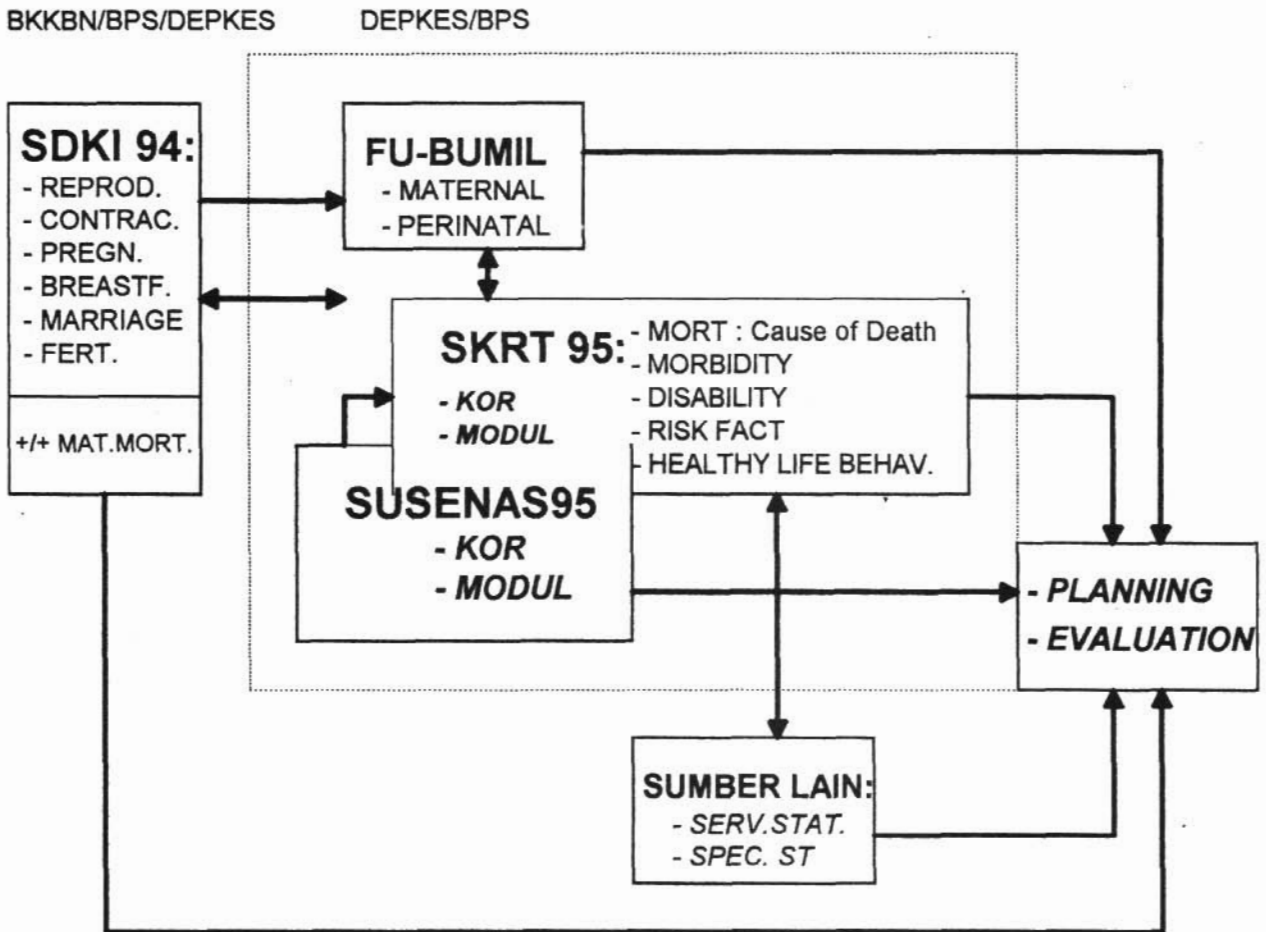
Gambar di bawah ini menjelaskan secara sederhana RANCANGAN POLA yang mungkin diterapkan dalam integrasi SDKI/SKRT/Susenas khususnya dalam pelaksanaan SDKI 1994 dan SKRT/Susenas 1995.

Substansi kesehatan dalam SDKI perlu ditambah dengan keterangan kematian maternal dengan cara Sisterhood Method

pengumpul data Susenas. Keterangan saudara kandung wanita untuk memperkirakan angka kematian maternal sangat diperlukan oleh program sebagai upaya memantau keberhasilan safe motherhood program.

Ibu hamil yang dinilai lebih memadai diidentifikasi dalam SDKI dibandingkan dalam Susenas dapat ditindak lanjuti oleh tenaga medis sebagai bagian dari SKRT. Selang waktu pelaksanaan pengumpulan data SDKI dan SKRT/Susenas tepat untuk upaya tindak

KERANGKA PIKIR " INTEGRASI" SDKI/SKRT/SUSENAS



(cara tak langsung maupun langsung) mengingat kualitas pengumpul data SDKI lebih memadai untuk mengumpulkan jenis keterangan ini dibandingkan dengan

lanjut ibu hamil sampai saat yang bersangkutan menyelesaikan masa nifas. Tindak lanjut penanganan ibu hamil ini akan memberikan keterangan tambahan tentang

kesehatan ibu hamil, kematian maternal dan kematian perinatal maupun kesehatan bayi masa dini yang sangat diperlukan pula oleh program (safe motherhood-child survival program).

Upaya menilai kualitas data survei seyogyanya merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari survei itu sendiri. Post Enumeration Survey (PES) merupakan salah satu pendekatan yang dapat dilakukan dan PES ini dapat diintegrasikan dalam kegiatan tindak lanjut ibu hamil di SKRT.

Integrasi SKRT/Susenas pada prinsipnya tidak berbeda dengan upaya integrasi sebelumnya. Kekhususan SKRT sebagai wahana mengumpulkan data mortalitas (sebab kematian) dan morbiditas tetap dipertahankan. Perlu dipertimbangkan penambahan data kecacatan (disability), pemantapan data perilaku hidup sehat (healthy life) maupun data yang berkaitan dengan faktor risiko sebagai bagian SKRT. Keterangan kesehatan yang dinilai lebih memadai dikumpulkan dalam SDKI dapat dipertimbangkan untuk tidak dikumpulkan dalam SKRT/Susenas.

"Integrasi" SDKI/SKRT/Susenas memerlukan kesepakatan tinggi dari semua pihak yang terlibat, mulai dari persiapan, pelaksanaan, dan pemanfaatannya.

IV. LANGKAH KONKRIT TINDAKAN "INTEGRASI"

Kesepakatan "integrasi" pada tingkat pengambilan keputusan (BKKBN/BPS/Depkes) perlu dicapai. Kesepakatan ini yang akan mendasari pembentukan Tim Teknis atau Tim Inti yang mewakili ke tiga pihak dan langkah-langkah yang perlu segera dilaksanakan oleh Tim tersebut.

Langkah pertama yang perlu segera dilakukan oleh Tim Teknis/Tim Inti adalah

assessment dari kelayakan integrasi itu sendiri. Kelayakan perlu memperhatikan aspek teknis maupun non-teknis. Waktu dan dana merupakan kendala yang perlu mendapatkan perhatian pula.

Kalau integrasi dinilai layak, langkah berikutnya adalah persiapan oleh semua pihak untuk menentukan substansi masing-masing survei. Yang sangat krusial adalah upaya mencapai kesepakatan dengan program (Depkes) mengenai materi data yang dikumpulkan dalam SDKI mengingat kendala waktu. Tim Teknis Depkes/Badan Litbang akan segera mengambil langkah-langkah cepat untuk mencapai kesepakatan tersebut. Substansi SKRT/Susenas 1995 sedini mungkin perlu pula disiapkan.

Persiapan pengorganisasian kegiatan integrasi perlu segera dilaksanakan. Pengorganisasian perlu memperhatikan sistem yang sudah ada di masing-masing pihak yang terlibat.

Tim Teknis "Integrasi SDKI/SKRT/Susenas" diharapkan pula dapat bertindak sebagai pendukung utama "networking" yang tidak terbatas pada lingkup tiga pihak yang terlibat (BKKBN/Depkes/BPS). Keterlibatan universitas, donor agencies, organisasi profesional dan lain-lain perlu dipertimbangkan dalam "networking". Langkah-langkah kearah itu perlu direalisasikan oleh semua pihak dan inisiatif dapat dilakukan oleh Tim Teknis/Tim Inti.

DAFTAR PUSTAKA

1. Biro Pusat Statistik (1992). *SUSENAS (Survei Sosial Ekonomi Nasional) 1992. Pedoman Pencacahan. Pedoman II.*— Jakarta : Biro Pusat Statistik.

Bersambung ke halaman..... 15

kedua 73,5 ml/Hektar, sedangkan MALATHION pada siklus pertama 440 ml/Hektar dan siklus kedua 466,7 ml/Hektar. Dampak dari pengasapan tersebut menunjukkan bahwa insektisida LORSBAN 480 EC, ICON 25 EC dan MALATHION 96 EC hanya mampu menekan populasi *Ae. aegypti* selama satu minggu setelah pengasapan rumah, sedangkan untuk *Cx. quinquefasciatus* mampu menekan populasi di dalam rumah selama dua minggu.

Bila melihat persentase perangkat telur positif dan rata-rata jumlah telur *Aedes* per perangkat positif setelah pengasapan rumah, insektisida LORSBAN 480 EC dan ICON 25 EC mampu menekan populasi *Ae. aegypti* di dalam rumah sampai minggu ke lima. Sedangkan MALATHION 96 EC hanya efektif sampai dua minggu.

UCAPAN TERIMA KASIH

Atas selesainya penelitian ini kami ucapkan terima kasih kepada Ka. Sub. Dit. P2 Arbovirosis, Ka. Bidang Bindal PKPP, Kanwil

Dep.Kes. di Semarang dan Ka. Dinas Kesehatan Tingkat II, Kabupaten Kebumen serta PT. ICI Pestisida Indonesia dan PT. Pacific Chemicals Indonesia yang telah membantu dalam pembiayaan penelitian tersebut.

DAFTAR PUSTAKA :

1. Hadi, S : Sustriyu, N : Barodji., (1991) Icon (OMS-30210, *Thermal fogging to control the DHF Vektor Aedes aegypti in Ungaran Sub District, Semarang Regency.* Buletin Penelitian Kesehatan Depkes, 19 (2) : 13-21.
2. Santyo, K., (1985) *Pemberantasan nyamuk dengan Lorsban 480 EC yang mengandung Chloropyrifos.* Dit.Jen PPM & PLP. Depkes., 20 hal.
3. Sumarmo, P.S., (1990) *Demam berdarah dengue di Indonesia situasi sekarang dan harapan di masa datang.* Laporan semiloka, Depok 27-28 Nopember 1989 : 22-29.
4. Sudyono (1983) *Malathion Depkes.*, Direktorat Jenderal P3M Jakarta.
5. Suharyono, W., (1987) *Penanggulangan demam berdarah dengue dengan fogging malathion pada tempat penularan potensial di Yogyakarta 1985/1986.* Cermin Dunia Kedokteran 45 : 7-10
6. Departemen Kesehatan R.I. (1993). *Rencana Pembangunan Lima Tahun Keenam Bidang Kesehatan 1994/1995 - 1998/1999 (Rancangan I)*

Pokok-pokok pikiran

Sambungan dari halaman 6

2. Central Bureau of Statistics (1993). *Proposal, Indonesia Demographic and Health Survey, 1994.*
3. Departemen Kesehatan R.I. (1982). *Sistem Kesehatan Nasional.*
4. Departemen Kesehatan R.I. (1992) *Survei Kesehatan Rumah Tangga 1992. Pedoman Pewawancara.*— Jakarta : Badan Litbang Kesehatan.
5. Departemen Kesehatan R.I. (1992). *Survei Kesehatan Rumah Tangga 1992. Pedoman Kerja.*— Jakarta : Badan Litbang Kesehatan.

