

# TEMPAT PELAYANAN KESEHATAN DASAR UNTUK ANAK USIA 6-36 BULAN YANG DITUJU MASYARAKAT KOTA

Oleh : Basuki Budiman

## ABSTRAK

Dalam penelitian ini telah dipelajari pemanfaatan pelayanan kesehatan dasar terutama untuk anak usia 6-36 bulan. Penelitian dilaksanakan di dua kelurahan dari dua kecamatan di Kotamadya Semarang. Dari hasil analisis data penelitian ini dapat diungkapkan bahwa masyarakat kota mempunyai banyak pilihan tempat pelayanan kesehatan untuk memenuhi kebutuhan kesehatan dasar anaknya. Pos pelayanan terpadu (Posyandu) yang merupakan upaya pemerintah untuk mendekatkan pelayanan kesehatan dasar kepada masyarakat ternyata masih lebih banyak digunakan terutama oleh kelompok ekonomi kurang mampu dan ibu rumah tangga yang berpendidikan tamat sekolah lanjutan pertama atau kurang. (Penelit Gizi Makan 1993,16 :53-58 )

## Pendahuluan

Pemusatan penduduk di daerah perkotaan bukan saja dapat menimbulkan masalah sosial tetapi dapat juga menimbulkan masalah lingkungan, yang pada gilirannya akan berdampak pada status kesehatan termasuk gizi.

Prevalensi kurang energi protein pada anak usia 6-36 bulan merupakan salah satu indikator masalah gizi di suatu wilayah. Prevalensi KEP anak usia 6-36 bulan di daerah perkotaan perlu mendapat perhatian. Menurut laporan UNICEF (1) prevalensi gizikurang pada anak usia 6-36 bulan di sepuluh kotamadya (kodia) di Jawa dan luar Jawa berkisar antara 1.5 sampai dengan 7.8 persen. Kesepuluh kotamadya tersebut adalah Bandung, Semarang, Surabaya, Pasuruan, Probolinggo (di Jawa), Banjarmasin, Pontianak, Medan, Padang dan Palembang (di luar Jawa). Prevalensi 1.5-1.6 persen (rendah) hanya didapati di tiga kodia di Jawa. Prevalensi KEP di tujuh kodia lainnya di atas tiga persen dan lima kodia di antaranya terdapat di luar Jawa. Prevalensi KEP yang tinggi tersebut ternyata pada kota-kota yang sedang tumbuh dengan pesat dan data ini cukup menjadi petunjuk bahwa pelayanan kesehatan terutama kesehatan dasar di wilayah perkotaan layak untuk lebih diperhatikan.

Di lain pihak, bersamaan dengan pertumbuhan kota, berkembang pula tempat-tempat pelayanan kesehatan, baik yang didirikan oleh pemerintah maupun oleh masyarakat. Dalam rangka lebih mendekatkan layanan kesehatan kepada masyarakat, pemerintah melaksanakan program-programnya melalui pos pelayanan kesehatan terpadu (Posyandu) (2). Namun demikian, pelayanan dalam posyandu yang hanya satu kali dalam satu bulan dirasakan tidak cukup bagi masyarakat. Oleh karena tersedia pilihan-pilihan lain dan karena kebutuhan yang tidak dapat ditunda maka masyarakat memilih tempat pelayanan kesehatan. Dengan demikian bagi masyarakat kota semakin banyak pilihan tempat pelayanan kesehatan.

Tulisan ini adalah sebagian hasil penelitian *Aspek Pelayanan Gizi Kaitannya dengan Mobilitas Penduduk Sosial Ekonomi Menengah ke Bawah di Daerah Perkotaan* yang dilaksanakan di dua kelurahan di kodia Semarang dan mengungkapkan beberapa alasan pemilihan tempat pelayanan kesehatan oleh masyarakat kelompok sosial ekonomi menengah ke bawah di daerah kota. Diharapkan tulisan ini akan bermanfaat bagi petugas dalam rangka menyusun program kesehatan termasuk gizi masyarakat kota.

### Metodologi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Kodia Semarang pada tahun 1992 dengan rancangan krosek-sional. Dua kecamatan yaitu Kecamatan Semarang Timur dan Genuk dipilih sebagai daerah penelitian. Dua kecamatan tersebut dipilih karena merupakan daerah pengembangan kota dan merupakan kawasan industri. Di tiap kecamatan dipilih satu kelurahan yang memungkinkan diperoleh informasi tentang perubahan wilayah termasuk perubahan pelayanan kesehatan.

Informasi diperoleh dari responden kelompok sosial ekonomi menengah ke bawah yang mempunyai anak usia 6-36 bulan. Responden yang cocok dengan maksud penelitian didaftar dan kemudian disusun kerangka sampel. Sesudah itu responden dipilih secara acak sederhana dengan menggunakan daftar angka acak. Jumlah responden yang berhasil diwawancara sebanyak 500 rumahtangga.

Jenis informasi yang dikumpulkan mencakup antara lain besar rumahtangga, pengeluaran untuk biaya hidup, tingkat pendidikan Kepala rumahtangga dan ibu, pemilihan tempat pelayanan kesehatan, panjang badan anak usia 6-36 bulan.

Pengumpulan data retrospektip dilaksanakan dengan metoda wawancara . Panjang badan anak diukur dalam sikap telentang dengan menggunakan alat ukur yang dikembangkan untuk pengukuran tinggi badan anak usia 6-36 bulan.

Pada waktu pengumpulan data, peneliti dibantu oleh staf pengajar Akademi Gizi Muhammadiyah, Semarang dan Staf Seksi Gizi Kantor Wilayah Kesehatan Daerah Propinsi Tingkat I Jawa Tengah di Semarang.

Data disusun dalam skala ordinal dan diolah secara tabel silang. Analisis dilakukan untuk melihat hubungan antara aspek yang dipelajari dengan tempat pelayanan kesehatan yang dipilih atas dasar pengakuan responden. Pada waktu analisis data, responden menurut keadaan ekonominya dikelompokkan menjadi dua, yaitu *mampu* dan *kurang mampu*. Rumahtangga *mampu* di dalam tulisan ini dimaksudkan adalah keluarga yang pengeluaran untuk biaya hidupnya digunakan untuk makan sebesar 70 persen atau kurang. Di lain pihak, rumahtangga yang pengeluarannya untuk makan lebih dari 70 persen disebut rumahtangga *kurang mampu*. Dalam hal imunisasi, anak dianggap diimunisasi tidak lengkap jika anak sudah berumur lebih dari satu tahun tetapi imunisasi kurang dari tujuh kali. Di lain pihak, anak yang sudah berumur kurang satu tahun dianggap imunisasi sudah lengkap walaupun belum tujuh kali. Jumlah imunisasi meliputi imunisasi BCG (satu kali), DPT (tiga kali), Polio (tiga kali) dan Campak (satu kali). Menurut tingkat pendidikan formal yang dicapai, ibu rumahtangga dikelompokkan menjadi dua yaitu yang berpendidikan tinggi dan rendah. Batas yang digunakan adalah tamat SLTP. Ibu rumahtangga yang berpendidikan telah tamat SLTA atau lebih tinggi termasuk kelompok berpendidikan tinggi dan demikian sebaliknya.

## Hasil dan Bahasan

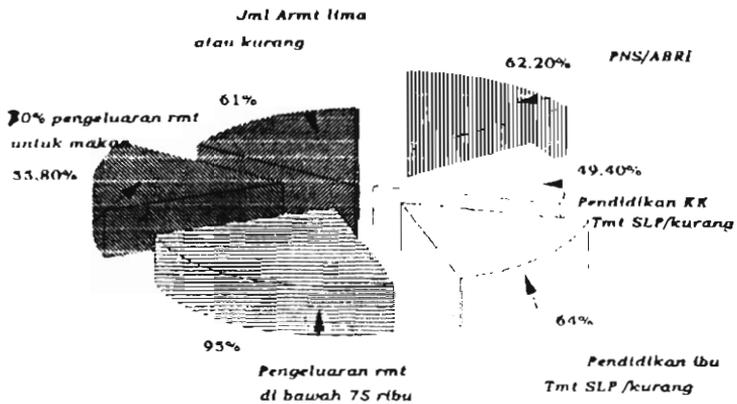
Pelayanan kesehatan merupakan salah satu dari 12 program utama pembangunan kesehatan yang diarahkan untuk peningkatan, pemerataan dan perluasan jangkauan pelayanan kesehatan dengan peranserta masyarakat dalam rangka mencapai derajat kesehatan masyarakat yang lebih tinggi (2). Di daerah perkotaan, ragam tempat pelayanan kesehatan lebih banyak tersedia dari daerah pedesaan. Walaupun demikian, tersedianya tempat pelayanan kesehatan itu tidak secara langsung dimanfaatkan oleh masyarakat banyak. Pemilihan tempat pelayanan kesehatan ini tentu mempunyai alasan-alasan tertentu.

### Tempat pelayanan kesehatan yang dipilih

Pada Tabel 1 disajikan pemanfaatan tempat pelayanan kesehatan (posyandu, puskesmas, tempat praktek paramedis, klinik-klinik spesialis dan tempat praktek dokter umum) oleh masyarakat di daerah penelitian. Pada baris paling bawah tampak bahwa proporsi rumah-tangga yang menyatakan memanfaatkan Posyandu sebesar 52.7 persen; kemudian berturut-turut klinik dokter spesialis (27.6%), puskesmas (14.4%), *praktek* paramedis (17%) dan praktek dokter (4.2%).

	Posyandu		Puskesmas		Pr.Paramed		Klin.Spes		Dr.Umum	
	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya
<b>Status Gizi:</b>										
<b>Gizi kurang</b>	45	52	83	14	81	16	72	25	94	3
<b>Gizi baik</b>	155	171	279	47	270	56	234	92	311	15
<b>X<sup>2</sup>-MH(p)</b>	0.04	0.84	0	1	0.02	0.87	0.22	0.64	0.42	0.52
<b>OR (selang)</b>										
<b>Imunisasi:</b>										
<b>Tidak</b>	45	55	86	14	89	11	75	25	97	3
<b>Dilumunisasi</b>	155	168	276	47	262	61	231	92	305	15
<b>X<sup>2</sup>-MH(p)</b>			3.35	0.07	0.27	0.6	0.46	0.5	0.02	0.89
<b>OR(selang)</b>										
<b>Pendidikan Ny.Rmt:</b>										
<b>Rendah</b>	89	165	228	26	212	42	206	48	251	3
<b>Tinggi</b>	111	58	134	35	139	30	100	69	154	15
<b>X<sup>2</sup>-MH(p)</b>	38.1	0	9	0	0.11	0.74	24.3	0	14.7	0
<b>OR(selang)</b>	0.28		2.29				2.96		0.63	
	0.18-0.43		1.27-4.14				1.86-4.73		0.43-0.98	
<b>Ekonomi</b>										
<b>Tak mampu</b>	57	86	127	16	119	24	118	25	140	3
<b>Mampu</b>	143	137	235	45	232	48	188	92	265	15
<b>X<sup>2</sup>-MH(p)</b>	0.63						2.31			
<b>OR(selang)</b>	0.41-0.98						1.36-3.94			
<b>Jumlah</b>		223		61		73		117		18
<b>%</b>		52.7		14.4		17		27.6		4.2

V.1	61
V.2	49.4
V.3	64
V.4	95
V.5	55.8
V.6	62.2



Gambar 1. Karakteristik responden

Angka-angka ini memberi petunjuk bahwa masyarakat kota mengalami transisi pada pemanfaatan fasilitas kesehatan. Di satu pihak, posyandu masih dibutuhkan kehadirannya oleh sebagian besar masyarakat dan di lain pihak spesialis kesehatan sudah mulai diperlukan. Karakteristik responden (gambar 1) juga memberikan petunjuk tentang beberapa ciri masyarakat transisi desa-kota. Walaupun sudah tinggal di daerah kota, ciri masyarakat pedesaannya masih tampak seperti: sebagian besar kepala rumahtangga (49.4%) dan ibu rumahtangga (64%) mempunyai tingkat pendidikan rendah, 70 persen pengeluaran rumahtangga masih digunakan untuk makan (55.8%). Di lain pihak ciri masyarakat kota pun mulai tampak, seperti sebagian besar (62.2) kepala keluarga pegawai negeri sipil/ABRI, semakin banyak pula yang berpendidikan tinggi dan pemanfaatan jasa dokter spesialis. Latarbelakang seperti ini tampaknya berpengaruh pula pada pemanfaatan fasilitas kesehatan yang tersedia.

#### Alasan pemanfaatan fasilitas kesehatan

Hasil penelitian ini mengungkapkan bahwa status gizi anak dan imunisasi bukan merupakan alasan bagi rumahtangga untuk memanfaatkan posyandu, puskesmas, *praktek* paramedis, *praktek* dokter spesialis, dan *praktek* dokter umum. Tampak pada Tabel 1 bahwa ibu-ibu yang anaknya gizibaik atau gizikurang sama banyaknya dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan yang tersedia (nilai  $p$  jauh lebih besar dari 0.05). Demikian itu terjadi pula pada alasan imunisasi. Pada Tabel 1, yang disajikan kata *tidak* di bawah imunisasi berarti tidak lengkap diimunisasi; karena semua responden menyatakan anaknya telah diimunisasi.

Norma anak gizibaik mungkin belum dipahami dengan baik. Keadaan gizisedang atau bahkan gizikurang seringkali dipersepsikan sebagai suatu hal yang *wajar* oleh rumahtangga

dan bukan suatu kebutuhan yang mendesak untuk mengusahakan anak menjadi gizibaik. Oleh karena itu mengunjungi tempat pelayanan kesehatan dengan alasan anak gizikurang bukan merupakan kebutuhan seperti halnya kalau anaknya menderita sakit.

Berbeda dengan alasan keadaan gizi anak, imunisasi tampaknya sudah dirasakan sebagai kebutuhan dan di manapun dilakukan tidak dianggap sebagai masalah. Posyandu dibuka satu bulan sekali sedangkan imunisasi perlu dilakukan dengan segera, oleh karena itu imunisasi dapat dilakukan di tempat selain posyandu menurut pilihan ibu rumahtangga. Di samping itu imunisasi memang merupakan program nasional, sehingga penyuluhan untuk mengimunitasikan bayi cukup gencar. Namun demikian layanan puskesmas lebih banyak dimanfaatkan masyarakat kota karena puskesmas mempunyai kemudahan yang lengkap dibandingkan tempat-tempat pelayanan kesehatan lainnya. Hal ini terbukti bahwa peluang rumahtangga yang anaknya telah diimunisasi lengkap lebih besar daripada rumahtangga yang anaknya belum lengkap imunisasinya.

Tingkat pendidikan ibu rumahtangga dan keadaan ekonomi keluarga merupakan faktor yang sangat penting dalam memanfaatkan tempat pelayanan kesehatan. Tingkat pendidikan ibu rumahtangga mempunyai kaitan dengan empat dari lima tempat pelayanan kesehatan yang dipelajari; dua di antaranya berkaitan secara positif dan dua lainnya berkaitan secara negatif. Kaitan secara positif tampak pada hubungan pendidikan dengan puskesmas dan klinik spesialis; kaitan secara negatif tampak pada hubungan pendidikan dengan puskesmas dan dokter umum. Ini berarti bahwa pendidikan rendah mencegah ibu rumahtangga memanfaatkan puskesmas dan klinik spesialis; sebaliknya pendidikan rendah mendorong memanfaatkan puskesmas dan dokter umum. Tingkat pendidikan ibu yang tidak berkaitan dengan tempat pelayanan kesehatan adalah praktek paramedis. Proporsi ibu rumahtangga yang memanfaatkan tenaga paramedis tampak sama pada kedua kelompok tingkat pendidikan ibu rumahtangga.

Posyandu tampak lebih banyak dimanfaatkan oleh kelompok berpendidikan rendah daripada yang berpendidikan tinggi. Hal ini konsisten dengan pemanfaatan posyandu oleh kelompok ekonomi kurang mampu.

Kelompok ibu rumahtangga berpendidikan rendah lebih banyak memanfaatkan posyandu dan pelayanan dokter umum dibandingkan kelompok ibu yang berpendidikan SLTA atau lebih tinggi (OR = 0.28; 0.18-0.43). Keadaan ini berlawanan dengan pemanfaatan puskesmas (OR = 2.29; 1.27-0.43) dan pelayanan dokter spesialis (OR = 2.96; 1.86-4.73). Ini berarti bahwa rumahtangga kurang mampu lebih banyak memanfaatkan posyandu daripada kelompok mampu. Keadaan terbalik dijumpai pada pemanfaatan pelayanan klinik dokter spesialis. Pemanfaatan pelayanan puskesmas, *praktek paramedis* dan praktek dokter bagi kedua kelompok rumahtangga tersebut sama besar.

Keadaan ini menjadi petunjuk bahwa ibu rumahtangga yang berpendidikan tinggi juga bekerja sehingga pada saat posyandu melakukan kegiatan ibu-ibu tersebut sedang tidak berada di rumah. Oleh karena mereka pada umumnya dari rumahtangga muda (3) maka tidak ada orang yang membawa anak ke Posyandu.

Oleh karena rumahtangga dari kelompok ekonomi kurang mampu dan berpendidikan rendah telah memanfaatkan Posyandu, maka pemanfaatan rumahtangga berkebalikan dengan kelompok ekonomi mampu dan berpendidikan tinggi. Kemungkinan lain adalah kelompok rumahtangga berpendidikan tinggi adalah pegawai negeri sehingga pada waktu periksa menggunakan asuransi kesehatan. Rumahtangga yang mampu memanfaatkan praktek dokter spesialis yang terlihat dari risiko tidak memanfaatkan praktek dokter spesialis pada rumahtangga tidak mampu dua kali lebih besar dibandingkan rumahtangga mampu.

### **Simpulan**

Dari empat macam alasan pemanfaatan pelayanan kesehatan dasar posyandu, puskesmas, *praktek* paramedis, klinik praktek dokter spesialis dan praktek dokter umum oleh masyarakat kota tampak berkaitan dengan faktor pendidikan dan ekonomi.

Posyandu lebih banyak dimanfaatkan oleh rumahtangga yang kurang mampu dan ibu rumahtangga berpendidikan tamat sekolah lanjutan tingkat pertama atau kurang.

### **Ucapan terimakasih**

Melalui tulisan ini, penulis mengucapkan terimakasih terutama kepada Kepala Kantor Wilayah Kesehatan Tingkat I Propinsi Jawa Tengah beserta staf Seksi Gizi dan Kesehatan Keluarga, juga kepada Direktur Akademi Gizi Muhammadiyah, Semarang beserta staf yang telah aktif membantu pelaksanaan penelitian ini. Rasa terimakasih yang sama penulis tujukan kepada rekan peneliti semuanya.

Kepada semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu per satu, melalui tulisan ini penulis mengucapkan terimakasih.

### **Rujukan**

1. Indonesia, Departemen Kesehatan dan Unicef. Data status gizi pada 17 kabupaten dan 10 kodya Prioritas Unicef. Jakarta: Unicef, 1992.
2. Indonesia, Departemen Kesehatan. Sistem Kesehatan Nasional, 1986.
3. Budiman, Basuki, dkk. Aspek pelayanan gizi kaitannya dengan mobilitas penduduk sosial ekonomi menengah ke bawah di daerah perkotaan. Bogor: Puslitbang Gizi, Bogor, 1983. Laporan penelitian.