

# **SURVEI KESEHATAN PROPINSI MALUKU 1991; Hasil Kajian Deskriptif**

**Agus Suwandono \***

## **ABSTRACT**

### *HOUSEHOLD HEALTH SURVEY OF PROVINCE MALUKU IN 1991 ITS DESCRIPTIVE ANALYSIS RESULTS*

*An integrated household health survey has been conducted in Maluku Province in 1991 by the Research Center for Humanities and Social Science University of Indonesia, National Institute of Health Research and Development MOH, University of Pattimura and University of Sam Ratulangi. The objective of this survey is to obtain a general picture of health conditions of Maluku province and to compare with the results of the National Health Household Survey 1986 (NHHS '86). Methodologies, location of samples and questionnaires used are the same as the NHHS '86 with a small modification. The number of samples is lower than the NHHS '86. Some limitations of the survey are also recognized. The results show some changes of demographic, health, and socio-economic conditions. The sample with age group below 10 years was 29.4% in 1986 and 24.7% in 1991, over 55 years was 7.7% in 1986 and is 8.9% in 1991 while illiteracy was 13% in 1986 and 3.5% in 1991. There is an improvement of some the health status indicators and health services coverage. Crude Death Rate in 1986 was 7.2%, while in 1991 5.3%. Infant Mortality Rate in 1986 was 66.1% in 1991 dropped to 63.2% while the Child Mortality Rate under 4 years was 11.4% in 1986 and 10.2% in 1991. However, the results also indicate some persistent conditions of community health behaviours. Health is found as a complex problem which is influenced by many factors. Health management service improvement, appropriate health manpower planning, improvement of health manpower quality, improvement of "PKMD" understanding and application, intensification of community participation, better intersectoral coordination, development and implementation of the concept of the center of group of islands for health services are recommended as a result of this descriptive analysis.*

- 
- \* - Koordinator Survei Kesehatan Propinsi Maluku, 1991.  
- P4K Surabaya di Jakarta, Balitbang Depkes RI.  
- Ketua Kelompok Program Penelitian Kebijakan dan Sumber Daya Kesehatan.

## PENDAHULUAN

Propinsi Dati I Maluku terdiri atas 1.027 buah pulau yang dapat dibagi atas 3 wilayah geografi, yaitu wilayah utara, tengah dan selatan, dan tenggara. Kehidupan masyarakat Maluku mempunyai variasi yang besar karena perbedaan lingkungan, kebudayaan dan latar belakang sejarah politik di Maluku. Geografi dan musim amat berpengaruh kepada pelayanan kesehatan di Maluku. Pulau-pulau yang menyebar menyebabkan masalah utama dalam hal transportasi dan komunikasi, terutama pada saat musim hujan yang diikuti tiupan angin kencang.

Seiring dengan prioritas pembangunan pemerintah yang sekarang diarahkan ke Indonesia Bagian Timur, maka mulai awal Pelita V, Propinsi Maluku mendapat prioritas besar dalam pembangunan nasional, termasuk pembangunan kesehatan masyarakatnya. Dengan demikian maka dibutuhkan suatu data yang dapat digunakan untuk perencanaan upaya pelayanan kesehatan yang mantap, tepat guna, tidak mahal, sesuai dengan situasi, kondisi dan budaya setempat serta dapat untuk merangsang kemandirian masyarakat dalam mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Selain itu dibutuhkan pula data yang dapat diperbandingkan guna melihat keberhasilan program kesehatan di Maluku.

Atas penunjukan Menteri Kesehatan RI, maka pada tahun 1991 Pusat Penelitian Kemasyarakatan dan Budaya, Lembaga

Penelitian Universitas Indonesia bekerja sama dengan Badan Litbang Depkes RI, Universitas Sam Ratulungie dan Universitas Pattimura, mendapat kepercayaan untuk melakukan suatu penelitian etnografi di Maluku. Salah satu bagian dari penelitian tersebut adalah survai untuk mendapatkan data seperti yang diharapkan di atas. Secara umum maka tujuan survei di Propinsi Maluku pada tahun 1991 adalah untuk memberikan gambaran tentang keadaan umum dan kesehatan di Propinsi Maluku pada tahun 1990 serta membandingkannya dengan keadaan umum dan kesehatan hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga atau SKRT 1985/1986 (yang selanjutnya akan disebut sebagai SKRT 1986).

Tulisan ini merupakan cuplikan dari sebagian kajian dan analisis yang telah dikerjakan berdasarkan penelitian tersebut yang telah diselesaikan pada pertengahan tahun 1992. Terdapat dua hal yang akan dikemukakan di sini, pertama adalah hasil analisis deskriptif dari data survei dan kedua adalah hasil analisis kematian dari data survei. Tulisan ini akan diakhiri dengan diskusi, kesimpulan dan saran-saran terhadap pembangunan kesehatan di Propinsi Maluku.

## BAHAN DAN CARA

Dalam pelaksanaannya, maka diadakan pemilihan lokasi survei, baik berdasarkan kesepakatan bersama dengan pihak Propinsi

maupun didasarkan pada penelitian sebelumnya yaitu SKRT 1986. Hal ini dimaksudkan untuk dapat menggambarkan perbandingan kasar dari hasil SKRT 1986 dengan hasil survei ini. Maka daerah penelitian SKRT 1986 disepakati pula untuk menjadi sampel penelitian ini.

Lokasi penelitian Studi Pelayanan Kesehatan di Maluku yang terpilih adalah sebagai berikut:

- a. Kabupaten Maluku Utara . Kecamatan Pulau Ternate
- b. Kabupaten Halmahera Tengah: Kecamatan Soasio, Oba dan Weda
- d. Kabupaten Maluku Tengah: Kecamatan Banda Naira, Haruku dan Buru Selatan
- e. Kotamadya Ambon: Kecamatan Nusaniwe, Tawiri, dan Sirimau

Pelaksanaan survei dilaksanakan pada tanggal 29 April - 3 Juli 1991. Survei ini menggunakan kuesioner yang sama dengan kuesioner SKRT 1985/1986 (H1 - H7) dengan sedikit modifikasi. Sebelum pelaksanaan survei, dilaksanakan pelatihan dan praktek lapangan pengisian kuesioner untuk para surveyor dari Unsrat (8 orang) untuk Maluku Utara, Halmahera Tengah dan Unpatti (17 orang) untuk Maluku Tengah dan Ambon yang seluruhnya adalah sarjana atau mahasiswa tingkat terakhir.

Metode pelatihan pada prinsipnya dilakukan dengan 3 cara yaitu: (1) ceramah tanya-jawab aktif, yang diberikan pada hari I dengan bahan kuesioner H1-H7; (2)

praktek lapangan dan pembahasan hasil lapangan secara aktif, pada hari ke dua; dan (3) diskusi dan pembinaan selama pelaksanaan survei yang dilakukan tiap malam dan dipimpin oleh Koordinator Survei dan Supervisor.

Sekali turun ke lapangan, para peneliti dan koordinator dibagi dalam 3 kelompok, masing-masing seorang tenaga koordinator lapangan dan 3 orang peneliti; tiap kelompok bertanggungjawab untuk 1 kecamatan/Dati II. Apabila suatu kecamatan sudah selesai sebelum 10 hari, peneliti bisa pindah ke tempat yang berikut, dengan syarat telah mendapat persetujuan supervisor dan kuesioner telah lengkap terisi. Administrasi dan teknis lapangan survei ini secara lokal diserahkan dan dikoordinir oleh Pusat Pengkajian Maluku, Unpatti yang dalam istilah survei ini disebut supervisor.

Pemilihan desa dilakukan dengan melihat daftar desa yang ada dalam suatu kecamatan. Dilaksanakan pemilihan 3-4 buah desa secara random. Sampel rumah tangga diambil secara random yang jumlahnya dibagi secara proporsional sesuai dengan jumlah rumah tangga desa yang terpilih sebagai sampel.

Kuesioner terdiri atas 5 macam set data. Kuesioner H1-H3 dipakai untuk sampel KK dan anggota keluarganya, kuesioner H3 untuk anggota keluarga > 10 tahun, H4 untuk anggota keluarga < dari 10 tahun, H5 dipakai untuk anggota keluarga yang sakit, H6 dipakai untuk anggota

keluarga yang hamil dan H7 dipakai untuk anggota keluarga bersalin. Seluruh surveyor harus mengisi kuesioner H1-H3 untuk tiap KK.

Kemudian, setiap ditemukan kasus ibu hamil, bayi, kematian dan kesakitan, maka surveyor mohon bantuan Puskesmas setempat untuk dapat mengisi sebagian dari formulir H4, H5, H6 dan H7.

Jumlah sampel propinsi adalah 1890 rumah tangga, berarti di tiap kabupaten sebanyak 630 rumah tangga. Dengan demikian, jumlah sampel yang telah ditentukan per kecamatan sebesar 210 rumah tangga. Jumlah ini dibagi habis berdasarkan proporsi jumlah rumah tangga desa sampel. Pada akhir survai, jumlah sampel yang terkumpul adalah 1.914 KK.

Setelah data mentah terkumpul, maka dilakukan checking ulang, sebelum data dimasukkan dalam komputer dengan D-Base III Plus. Data mentah ini terbagi menjadi 7 set data menurut kuesionernya (H1-H7).

Sejalan dengan kerangka pikir, set variabel yang ada dalam kuesioner disesuaikan dengan set-set variabel dalam kerangka pikir Pelita V, walaupun telah dipikirkan hal-hal yang tidak bisa dikuantifikasikan. Maka terdapat 5 set variabel yaitu lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan, kependudukan, dan status kesehatan.

Dengan program SPSS/PC+ dihasilkan analisis-*analisis* sebagai berikut:

1. Kajian Deskriptif: menjelaskan keadaan data secara umum, rinci dan satu persatu guna mendapatkan gambaran umum sampel tersebut. Dijelaskan secara deskriptif semua variabel dan perbandingan dengan hasil SKRT 1986.
2. Analisis bivariate: untuk mendapatkan gambaran hubungan status kesehatan dengan variabel-variabel lain.
3. Analisis khusus: terdapat variabel yang sulit untuk dianalisis secara umum seperti halnya maternal mortality rate. Untuk itu dilakukan analisis khusus dengan menggunakan teknik indirek. Teknik ini digunakan oleh Dr. L. Ratna Budiarmo dari Badan Litbangkes untuk berbagai analisis kematian maternal di Jabar dan Jateng, serta di beberapa daerah lainnya.

Pada makalah ini hanya akan dikemukakan hasil ad. 1. yaitu kajian deskriptif hasil survei kesehatan di Maluku tahun 1991 dan dibandingkan dengan hasil SKRT 1985/1986, sedangkan sisanya akan dikemukakan pada kesempatan lain.

Beberapa kendala utama yang ditemukan pada saat pengumpulan data, antara lain adalah: 1. mundurnya tanggal kontrak sehingga berakibat pada mundurnya pelaksanaan penelitian; 2. surat menyurat yang kurang mantap koordinasinya, kurangnya waktu persiapan secara keseluruhan dan kurang mantapnya persiapan presurvei; 3. birokrasi sistem pemerintahan yang sering amat kuat serta sikap birokrat

yang sering bossy dan kurang siap menghadapi penelitian ini; 4. tidak adanya atau sedang tidak beradanya di tempat sejumlah dokter Puskesmas (dengan macam-macam penyebab misalnya sedang bepergian mengambil obat, menunggu pengganti oleh karena dokter lama akan masuk pendidikan spesialisasi dsb.); 5. medan yang sulit sehingga harus ditempuh dengan jalan kaki dan perahu bermotor; 6. kurang siapnya semua pelaksana survei di Kodya Ambon dan Kab. Maluku Tengah, hal ini disebabkan oleh karena kurangnya biaya kunjungan ke Ambon; 7. belum adanya kontak langsung antara koordinator survai dan Kanwil Depkes serta Unpatti, dan kesibukan koordinator di Jakarta; 8. tidak lengkapnya formulir H7, yang ternyata kekurangan 3 lembar pertanyaan; 9. waktu latihan yang kurang, baik dari segi jumlah jamnya atau efektivitasnya, sehingga harus dilanjutkan dengan pembinaan secara efektif di lapangan, yang akhirnya banyak mengorbankan waktu dan tenaga koordinator survei serta supervisor; dan 10. sering timbul kesalahpahaman komunikasi antara tim yang mempersiapkan lapangan dengan para birokrat.

Akhirnya hasil studi dan hasil pertemuan dikaji ulang guna melahirkan rekomendasi-rekomendasi yang disepakati bersama untuk dapat dilaksanakan.

## HASIL DAN DISKUSI

### 3.1. Gambaran Umum Sampel

#### 3.1.1. Kependudukan

- a. Jumlah sampel keluarga yang terkumpul (N) adalah 1914 keluarga dengan jumlah jiwa seluruhnya 11.225 orang yang terbagi atas penduduk di atas 10 tahun 8.452 orang dan di bawah 10 tahun 2.773 orang. Rata-rata 1 keluarga sampel mempunyai 5,86 anggota. Dibandingkan dengan SKRT 1986, rata-rata anggota keluarga dapat dikatakan tidak ada perubahan (5,97 anggota keluarga). Perbandingan distribusi jenis kelamin hampir sama baik jumlah maupun proporsinya.
- b. Dari jumlah sampel anggota keluarga, 47,5% berhasil diwawancarai secara langsung, sisanya adalah anak-anak balita dan tidak berada di tempat.
- c. Dari jumlah sampel keluarga, 50,7% mempunyai balita, 31,5% mempunyai 1 balita, 15,9% mempunyai 2 balita dan sisanya 3,3% mempunyai lebih dari 2 balita. Rata-rata balita per keluarga hampir 1 (0,73) dan sedikit lebih kecil dibandingkan dengan SKRT 1986 (0,87). Jumlah balita adalah 12,5% dari total anggota keluarga sampel dibandingkan dengan SKRT 1986 yang berjumlah 14,6%.

- d. Jumlah anak di bawah 10 tahun adalah 24,7% dari jumlah anggota keluarga sampel, lebih sedikit hampir 5% dibandingkan dengan 29,4% hasil SKRT 1986.
  - e. Jumlah golongan usia di atas 55 tahun berjumlah 8,9% dari jumlah anggota keluarga sampel, jumlah ini sedikit lebih banyak apabila dibandingkan dengan SKRT 1986 (7,7%). Apabila umur tersebut lebih dirinci, maka sampel anggota keluarga yang berusia antara 55-74 tahun berjumlah 7,6% dibandingkan dengan hanya 3,3% pada SKRT 1986.
  - f. Dari jumlah anggota keluarga di atas 10 tahun, 49,4% berstatus kawin dan 3,8% berstatus cerai. SKRT 1986 tidak mengolah data ini.
- b. Jumlah anggota keluarga yang tidak bekerja lebih besar apabila dibandingkan dengan SKRT 1986 dari 22% menjadi 29,2%; wiraswasta menurun dari 28% menjadi 21,6%; profesional naik dari 1% menjadi 3,5%; pegawai turun dari 7% menjadi 5,8%; buruh naik hampir dua kali lipat dari 5% menjadi 9,8%; pensiunan turun dari 3,1% menjadi 1,6%, sekolah naik dari 5% menjadi 28,5%.
  - c. Lapangan kerja pekerjaan utama dari anggota rumah tangga sampel adalah pertanian 55,2%, naik dibandingkan dengan angka 41% hasil SKRT. Demikian pula perikanan dari hanya 2% menjadi 9,8%. Perkebunan menurun dari 16% menjadi 1,1%. Perdagangan menunjukkan penurunan dari 6% menjadi 4,5%. Industri naik dari 1% menjadi 1,8%. Transportasi sama masing-masing 2%. Jasa menurun dari 12% menjadi 7%. Pemerintahan naik dari 15% menjadi 18%.

### 3.1.2. Pendidikan dan Pekerjaan

- a. Rata-rata 3,5% dari jumlah anggota keluarga berumur di atas 10 tahun buta huruf; 14% dapat baca; 46,1% lulus SD; 17,5% lulus SMTP; 17% lulus SMTA dan 1,9% lulus akademi atau perguruan tinggi. Hal ini tampak lebih baik apabila dibandingkan dengan keadaan SKRT 1986 dengan angka rata-rata 13% buta huruf; 37% dapat baca; 29% lulus SD; 11% lulus SMTP; 9% lulus SMTA dan 1% lulus akademi atau perguruan tinggi.

### 3.1.3. Kelainan Fisik, Syaraf, dan Kebiasaan

- a. Adanya cacat tubuh anggota keluarga sampel menunjukkan angka 0,4%, sedangkan anggota keluarga yang sakit syaraf sebanyak 0,2%. Data SKRT 1986 tidak mengolah data ini.
- b. Kebiasaan merokok diakui oleh 19,9% anggota rumah tangga sampel. Angka ini

mengalami penurunan lebih rendah 4% apabila dibandingkan hasil SKRT 1986. Sedangkan yang menjawab kadang-kadang, lebih tinggi hampir dua kali lipat (dari 3% menjadi 5,8%).

- c. Kebiasaan menyirih ditemukan lebih sedikit dibandingkan SKRT 1986 yaitu dari 9% menjadi 8,6%, demikian pula yang mengatakan kadang-kadang menurun dari 3% menjadi 2,7%.
- d. Kebiasaan minum minuman keras meningkat hampir dua kali dibandingkan SKRT 1986, dari 1% menjadi 1,8%. Yang mengaku kadang-kadang juga mengalami peningkatan dari 3% ke 6,7%.
- e. Kebiasaan tidak gosok gigi menurun dari 26% pada SKRT 1986 menjadi 10% pada survei 1991. Kebiasaan yang berfrekuensi 1 kali gosok gigi/hari naik dari 11% menjadi 11,4%, dua kali gosok gigi/hari naik dari 56% menjadi 69%, tiga kali atau lebih per hari meningkat dari 7% menjadi 9,7%.
- f. Kebiasaan tidak mandi naik dari 1% menjadi 2,1%, mandi satu kali sehari hampir sama masing-masing kurang lebih 7%, 2 kali per hari turun 2,4% dari 84% menjadi 81,6%.
- g. Usia menikah pertama kali anggota rumah tangga pada usia 10-14 tahun menurun dari 3,6% pada SKRT 1986 menjadi 1,9%. Usia diantara 15-19 tahun menurun dari 51,8% menjadi 37,2%. Sedangkan usia 20 tahun sampai 29 tahun meningkat dari 42,9% menjadi 59,8%. Pertama kali kawin di atas 30

tahun menunjukkan angka yang hampir sama.

#### 3.1.4. Bahan Bakar dan Penerangan

- a. Pemakaian kayu bakar sebagai bahan bakar masak meningkat menjadi 83,6% dibandingkan 76% pada SKRT 1986. Sedangkan penggunaan minyak tanah menurun dari 24% pada SKRT 1986 menjadi 13,3% pada tahun ini. Penggunaan gas elpiji meningkat dari 0,1% pada SKRT 1986 menjadi 5% pada tahun ini, begitu pula penggunaan listrik meningkat dari 0,1% menjadi 0,4%.
- b. Sumber penerangan listrik menunjukkan peningkatan lebih dari 35% dari jumlah keluarga sampel pada SKRT 1986 menjadi 71,7% pada tahun 1991. Penggunaan petromaks menurun 2,5% dari 24% pada SKRT 1986 menjadi 21,5% pada tahun ini. Penggunaan lampu tempel menurun dari 24% menjadi 6,2%.

#### 3.1.5. Bahan Pokok Makanan dan Harta Benda

- a. Pola bahan makanan pokok karbohidrat mengalami perubahan dibandingkan pola hasil SKRT 1986 (Tabel 1).
- b. Variasi kepemilikan harta benda paling berharga bertambah pada tahun 1991 apabila dibandingkan SKRT 1986, secara rinci perbandingan tsb. dapat dilihat pada Tabel 2 sebagai berikut:

**Tabel 1. Perbandingan Pola Makanan Pokok SKRT'86 & Survei '91.**

No.	Jenis Karbohidrat	SKRT '86	Survei '91
a.	Nasi	27	12
b.	Singkong	11	4
c.	Sagu	1	6
d.	Nasi + karbohidrat lain	34	73
e.	Non Nasi + karbohidrat lain	27	5
	<b>Jumlah</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

**Tabel 2. Perbandingan Pola Kepemilikan Harta Benda Yang Paling Berharga Hasil SKRT 1986 & Survei 1991.**

No.	Harta Benda Paling Berharga	SKRT '86 (%)	Survei '91 (%)
a.	Tak memiliki	29,0	16,6
b.	Almari panjang	11,7	12,0
c.	Kompor	2,2	2,4
d.	Sepeda	14,0	13,2
e.	Radio kaset	40,4	29,3
f.	TV	0,5	6,2
g.	Perahu tanpa motor	0,4	4,1
h.	Perahu motor tempel	-	1,7
i.	Sepeda motor	0,6	7,3
j.	Kendaraan motor roda 4	0,8	1,8
k.	Lain-lain	0,4	5,4
	<b>Jumlah</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

### 3.1.6. Keadaan WC, Air Minum, dan Kebersihan Lingkungan

a. Genangan air limbah di pekarangan keluarga responden menunjukkan angka

lebih kecil dibandingkan SKRT 1986 yaitu 7,8% dibandingkan dengan 12%. Genangan air limbah yang berbau ini berasal dari dapur 19,5%, kamar mandi 6,7%, 57,7% dari tempat lainnya



- (kandang, sumur di halaman, rumah tetangga, pasang air laut dsb.), sisanya 16,1% kurang jelas asalnya.
- b. Hanya 19,2% keluarga mempunyai tempat buang air besar di dalam rumah dan sisanya 80,8% keluarga buang air besar di luar rumah. Mereka yang mempunyai tempat buang air besar di dalam rumah telah 88% memakai tangki septik.
  - c. Keluarga yang tidak mempunyai tempat buang air besar di dalam rumah terbanyak menggunakan WC umum dengan tangki septik sebanyak 25,2%, WC di luar rumah dengan tangki septik sebanyak 7,0%, WC di luar rumah tanpa tangki septik 3,9%, pekarangan 11,5%, sungai 9,2%, tak jelas 2,4% dan 40,8% ditempat lainnya (laut, kolam, parit, tetangga, di hutan dsb.). Jumlah mereka yang tidak mempunyai WC di dalam rumah dan tak menggunakan tangki septik terdapat peningkatan hanya 2,4% dibandingkan dengan SKRT 1986 (22,8%). Sedangkan apabila mereka yang mempunyai WC di dalam rumah digabungkan maka jumlah keluarga yang benar-benar menggunakan tangki septik adalah 22,8% atau sama dengan hasil SKRT 1986.
  - d. Sumber air minum rumah tangga sebagian besar masih berasal dari sumur terbuka (63,5%), kedua berasal dari ledeng/PAM sebanyak 20%. selanjutnya berturut-turut adalah mata air terbuka 11,4%, sungai 1,9%, sumur pompa 1,9%, artesis 0,7% dan PAH 0,5%. Tampaknya apabila dibandingkan dengan SKRT 1986, masih belum terdapat perubahan besar. Pada SKRT 1986 air minum keluarga sebagian besar berasal dari sumur terbuka (59,8%). Selanjutnya berasal dari PAM 12,2%, dan secara berturut-turut mata air terbuka 8,87%, sungai 8,38%, PAH 8,12%, sumur pompa 2,48%, sumur artesis 0,05% dan lainnya 0,08%.
  - e. Sumber air mandi rumah tangga sebagian besar masih berasal dari sumur terbuka yaitu sebanyak 62%, kedua berasal dari ledeng/PAM sebanyak 16,8%, selanjutnya berturut-turut adalah sungai 12,4%, mata air terbuka 5,2%, sumur pompa 2,3%, artesis 1% dan PAH 0,3%. Tampaknya apabila dibandingkan dengan SKRT 1986, masih belum terdapat perubahan yang besar.

### 3.1.7. Persediaan Obat Modern dan Tradisional

Persediaan obat modern dan tradisional menunjukkan adanya persen peningkatan jumlah persediaan apabila dibandingkan dengan hasil analisis sampel keluarga pada SKRT 1986. Obat sakit kepala dan obat gosok mendominasi persediaan obat modern, sedangkan obat gosok, mencret, sakit kepala dan macam-macam obat lainnya merupakan

obat terbanyak dalam persediaan keluarga. Perlu dicatat bahwa 10% dari mereka mempunyai warung, jadi kemungkinan 10% merupakan persediaan obat yang dijual. Tabel 3 menunjukkan rincian jenis obat yang tersedia hasil SKRT 1986 dan Survei 1991.

### 3.2. Kelompok Khusus Kurang Dari 10 Tahun

a. Pemilikan kartu KMS menunjukkan kenaikan yaitu sebanyak 44,4% bila

dibandingkan 15% pada SKRT 1986. Tetapi kenaikan pemilikan KMS ini tidak ditunjang dengan kelengkapan data yang harus diisi dalam KMS, hanya kurang dari separuh KMS terisi baik dan 10% terisi dengan lengkap dan betul.

b. Suntikan DPT3 menunjukkan cakupan 47,7% yang apabila dibandingkan dengan angka cakupan 6% pada SKRT 1986 dapat diartikan sebagai suatu kenaikan cakupan yang berarti.

**Tabel 3. Perbandingan Jenis Obat Yang Tersedia Hasil SKRT 1986 & Survei 1991.**

No.	Jenis Obat Yang Tersedia	SKRT '86 (%)	Survei '91 (%)
<b>A.</b>	<b>OBAT-OBATAN MODERN</b>		
1	Obat Sakit Kepala	3,7	9,1
2	Obat Mencret	1,9	3,6
3	Obat Batuk	1,5	4,8
4	Obat Pilek	1,2	3,7
5	Obat Sakit Mata	0,7	0,9
6	Obat Luka	1,8	3,9
7	Obat Gosok	4,2	9,9
8	Obat Lainnya	2,6	0,8
<b>B.</b>	<b>OBAT-OBATAN TRADISIONAL</b>		
1	Obat Sakit Kepala	0,3	2,7
2	Obat Mencret	0,2	3,0
3	Obat Batuk	0,0	1,6
4	Obat Pilek	0,0	1,0
5	Obat Sakit Mata	0,0	1,0
6	Obat Luka	0,2	1,1
7	Obat Gosok	3,3	16,3
8	Obat Lainnya	0,5	4,7
<b>C.</b>	<b>PERSEDIAAN ORALIT</b>	2,5	6,1

- c. Imunisasi Polio3 menunjukkan suatu peningkatan cakupan dari 6% pada SKRT 1986 menjadi 47,6% pada survai ini.
- d. Imunisasi dengan BCG juga menunjukkan kenaikan yang cukup menggembarakan dari 20% pada SKRT 1986 menjadi 45,9%.
- e. Suntikan anti campak menunjukkan pula kenaikan dari hanya 5% pada hasil SKRT 1986 menjadi 48,3% pada survai pelayanan kesehatan tahun 1991.

Ada suatu kenaikan kurang lebih 16,9% apabila dibandingkan dengan hasil SKRT 1986 yang hanya sebanyak 31,2%.

- b. Perbandingan macam alat KB yang dipergunakan hasil SKRT 1986 dan hasil survei kesehatan tahun 1991 mengalami perubahan sebagai berikut: kondom menghilang pada tahun 1991, susuk merupakan kontrasepsi yang pada tahun 1986 belum ada, suntik meningkat hampir dua kali lipat. Secara rinci, data dapat dilihat pada Tabel 4.

**3.3. Kelompok Khusus Wanita Pasangan Usia Subur**

- a. Dari sejumlah 1567 wanita pasangan usia subur, 48,1% dari mereka mengikuti program Keluarga Berencana (KB). Sisanya sebanyak 51,9% tidak ber KB.

**3.4. Kelompok Khusus Anggota Keluarga Yang Sakit**

- a. Jumlah anggota keluarga yang sakit semuanya adalah 230 orang (2,1% dari jumlah anggota keluarga sampel). Pada SKRT 1986 angka kesakitan menun-

**Tabel 4. Distribusi Jenis Alat KB Yang Dipakai SKRT 1986 dan Survei 1991.**

No	Jenis KB Yang Dipakai	SKRT '86 (%)	Survei '91 (%)
a.	Pil KB	7,92	7,98
b.	Spiral/IUD	7,36	11,36
c.	Suntik	12,61	21,63
d.	Kondom	0,21	0,00
e.	Operasi	1,56	1,40
f.	Kalender	0,90	1,02
g.	Susuk	0,00	2,04
h.	Tradisional	0,40	2,55
i.	Lain-lain	0,15	0,26

- jujukan 9%. Walaupun ada perbedaan tetapi kecenderungan kurva angka kesakitan berdasarkan umur hampir sama yaitu meningkat pada usia 1-2 tahun kemudian menurun dan meningkat lagi pada usia 45 tahun ke atas.
- b. Jenis penyakit yang terbanyak adalah ISPA yaitu 31,6% berbeda dengan SKRT 1986 yang terbanyak adalah penyakit gigi dan mulut 19,6%. Selanjutnya adalah malaria atau panas tinggi dan menggigil sebanyak 23% dan kemudian gastroenteritis sebanyak 10,6%. Gejala-gejala gangguan tidur, sakit kepala, urat kaku, lemas dan lain-lain yang diduga oleh karena psiko-somatis mulai menampak yaitu sebanyak 3,3% yang pada SKRT 1986 tidak tampak sama sekali. Demikian pula neoplasma/tumor naik dari hanya 0,23% pada SKRT 1986 menjadi 1,3%. Gangguan jantung dan pembuluh darah naik sedikit dari SKRT 1986 yaitu 4,6% dibandingkan 4,4%.
- c. Lamanya sakit kira-kira sama dengan SKRT 1986, terbanyak adalah 1 minggu atau kurang yaitu sebanyak 72,3%. Kecenderungan kurvanya hampir sama dengan umur penyakit yaitu tinggi pada lama sakit 1 minggu atau kurang, kemudian menurun dan akhirnya meningkat pada lama sakit 6 bulan dan seterusnya.
- d. Berat ringannya atau derajat penyakit menurut penderita hampir sama pula dengan data SKRT 1986 yaitu 17,5% merasa sakit berat, 43,8% merasa sakit sedang dan 38,7% merasa sakit ringan. Umumnya dari mereka yang sakit 73% mengatakan masih dapat melakukan kegiatan sehari-hari sedangkan sisanya 27% mengatakan tidak dapat melaksanakan kegiatan sehari-hari. Dari 27% yang mengatakan tidak dapat bekerja 52% mengatakan bahwa mereka kehilangan pencarian nafkahnya selama 1 minggu atau kurang. Sedangkan 43,5% mengatakan kehilangan kesempatan bekerja selama 2-3 minggu dan 4,5% tidak dapat dapat bekerja lebih dari 3 minggu.
- e. Dari jumlah anggota keluarga yang sakit, 87,1% mengaku telah berobat, hal ini mengalami kenaikan apabila dibandingkan dengan 56,9% yang berobat pada SKRT 1986. Tampaknya, kunjungan pasien sakit ke Puskesmas mengalami peningkatan dari 17,9% pada SKRT 1986 menjadi 48,2% pada survai ini, demikian pula kunjungan ke RS dan praktek partikelir mengalami peningkatan pada survai ini bila dibandingkan dengan hasil SKRT 1991. Distribusi pola pengobatan jumlah anggota yang sakit dalam perbandingannya antara SKRT 1986 dan survai ini dapat dilihat pada Tabel 5.

**Tabel 5. Distribusi Pola Pengobatan Jumlah Anggota Yang Sakit Perbandingan Antara SKRT 1986 dan Survei 1991.**

No.	Jenis Tempat Pelayanan	SKRT '86 (%)	Survei '91 (%)
1	RS Pemerintah	12,3	10,1
2	RS Swasta	1,8	13,7
3	Puskesmas	31,4	48,2
4	Klinik swasta	0,3	1,2
5	Praktek partikelir	24,5	17,3
6	Kader	1,3	0,0
7	Dukun	3,3	0,6
8	Sendiri	25,2	8,9
	<b>Jumlah</b>	<b>100,1</b>	<b>100,0</b>

f. Kesan anggota keluarga sampel terhadap jarak mencari tempat pengobatan adalah 40,9% dekat, 16,5% sedang dan 42,7% jauh, data ini berbeda bila dibandingkan dengan SKRT 86 yang menunjukkan angka: 49% dekat, 15% sedang dan 36% jauh.

g. Jumlah biaya untuk berobat di bawah Rp. 10.000 menurun bila dibandingkan tahun 1986, tetapi jumlah biaya berobat lebih dari Rp. 10.000 naik 50% (Tabel 6)

h. Tabel 7 menunjukkan tindak lanjut penderita pergi berobat.

i. Rujukan dilaksanakan oleh 76,9% dari pasien, sedangkan pada SKRT dilaksanakan oleh 82% penderita. Adapun alasan tidak mengikuti saran untuk dirujuk adalah belum ada biaya sebanyak 50%, sisanya masing-masing 25% belum ada waktu dan tidak setuju. Alasan ini berbeda pada SKRT 1986 yaitu tidak

**Tabel 6. Jumlah Biaya Berobat SKRT 1986 dan Survei 1991.**

No.	Jumlah Biaya Berobat	SKRT '86 (%)	Survei '91 (%)
1	Tidak mengeluarkan uang	2	7,5
2	< Rp 500	19	30,1
3	Rp 501 - Rp 1000	34	15,0
4	Rp 1.001 - Rp 10.000	32	26,3
5	Rp 10.001 - Rp 100.000	13	17,3
6	> Rp 100.000	0	3,8
	<b>Jumlah</b>	<b>100,0</b>	<b>100,1</b>

setuju dan tidak ada waktu masing-masing 36% dan sisanya 28% mengatakan belum ada biaya.

j. Tempat tinggal rawat untuk rujukan dapat dilihat pada Tabel 8 dibawah ini:

k. Jumlah biaya yang dikeluarkan untuk rujukan dibawah Rp. 10.000 meningkat, sedangkan diatas Rp. 10.000 menurun apabila dibandingkan dengan SKRT 1986. Secara rinci perbandingannya dapat dilihat pada Tabel 9.

**Tabel 7. Perbandingan Tindak Lanjut Pengobatan SKRT 1986 dan Survei 1991.**

No.	Tindak Lanjut Pengobatan	SKRT '86 (%)	Survei '91 (%)
1	Tidak dirujuk	92	88,3
2	Rujuk untuk pemeriksaan lebih lanjut	4	3,9
3	Rujuk untuk perawatan	4	7,8
	Jumlah	100	100,0

**Tabel 8. Jenis Tempat Rujukan, SKRT 1986 dan Survei 1991.**

No.	Jenis Tempat Rujukan	SKRT '86 (%)	Survei '91 (%)
1	RS Pemerintah	88,0	61,1
2	RS Swasta	2,0	16,7
3	Puskesmas	10,0	22,3
	Jumlah	100,0	100,0

**Tabel 9. Jumlah Biaya Perawatan, SKRT 1986 dan Survei 1991.**

No.	Tindak Lanjut Pengobatan	SKRT '86 (%)	Survei '91 (%)
1	Rp 1.000 atau kurang	29	35,7
2	Rp 1.001 - Rp 10.000	6	42,9
3	Rp 10.001 - Rp 100.000	32	21,4
4	> Rp 100.000	18	3,8
	Jumlah	100	100,0

1. Pengobatan sendiri menggunakan obat modern sebanyak 85% dibandingkan dengan SKRT 1986 sebanyak 68%. Penggunaan obat tradisional sebanyak 23,3% dari sampel anggota keluarga yang sakit, sedangkan dalam SKRT 1986 obat tradisional digunakan oleh 28% penderita. Cara tradisional digunakan juga oleh 14,3% penderita yaitu dengan cara pijat (50%), tusuk jarum (25%) dan cara tradisional lainnya (25%). Pada SKRT 1986, cara tradisi digunakan oleh 13% penderita dengan dipijat, dikerik dan tusuk jarum.

**3.5. Kelompok Anggota Keluarga Yang Meninggal**

- a. Tabel 10 menunjukkan perbandingan angka kematian kasar, bayi, anak dan lahir mati SKRT 1986 dan survei 1991.
- b. Jumlah dan angka kematian spesifik menurut golongan umur di bawah 1 tahun dapat dilihat pada Tabel 11 (denominator adalah anak berumur 5 tahun ke bawah)
- c. Tabel 12 menunjukkan perbandingan jenis tempat pertolongan sebelum meninggal antara SKRT 1986 dan Survei 1991.

**Tabel 10. Perbandingan Angka Kematian Kasar, Bayi, Anak dan Lahir Mati, SKRT 1986 dan Survei 1991.**

No.	Angka Kematian	SKRT '86 (%)	Survei '91 (%)
1)	$\frac{\text{Angka Kematian Kasar per 1000 penduduk} = \text{Jumlah anggota keluarga meninggal}}{\text{Jumlah anggota keluarga}} \times 1000$	7,2	5,3
2)	$\frac{\text{Angka Kematian Bayi per 1000 kelahiran hidup}}{\text{Jumlah bayi lahir hidup}} \times 1000$	66,1	63,2
3)	$\frac{\text{Angka Kematian Anak 1-4 tahun per 1000 anak}}{\text{Jumlah anak umur 1-4 tahun}} \times 1000$	11,4	10,2
4)	$\frac{\text{Lahir mati per 1000 bayi yang lahir}}{\text{Jumlah bayi lahir}} \times 1000$	15,3	15,8

**Tabel 11. Kematian Balita Menurut Golongan Umur, SKRT 1986 dan Survei 1991.**

No.	Golongan Umur	SKRT '86 (%)	Survei '91 (%)
1	< 1 bulan	22,0	5,3
2	1 bulan	3,3	-
3	2 bulan	3,3	5,3
4	3-5 bulan	14,7	21,1
5	6-8 bulan	13,1	15,8
6	9-11 bulan	9,8	15,8

**Tabel 12. Jenis Tempat Pertolongan Sebelum Meninggal, SKRT 1986 dan Survei 1991.**

No.	Tindak Lanjut Pengobatan	SKRT '86 (%)	Survei '91 (%)
1	RS Pemerintah	28	32,5
2	RS Swasta	1	2,5
3	Puskesmas	24	27,5
4	Klinik swasta	0	2,5
5	Praktek partikelir	19	20,0
6	Kader	4	0,0
7	Dukun	12	0,0
8	Sendiri	12	15,0
	Jumlah	100	100,0

d. Perbandingan lima penyebab utama kematian antara SKRT 1986 dan Survei 1991 dapat dilihat pada Tabel 13.

### 3.6. Kelompok Khusus Ibu Hamil

a. Dibandingkan dengan hasil SKRT, tampaknya ada sedikit pergeseran apabila ibu hamil dilihat dari golongan umur, pada SKRT 1986 golongan umur 15-19

tahun menunjukkan kehamilan sebanyak 10,5%, golongan umur 20-24 sebanyak 31,9%, golongan umur 25-29 sebanyak 30,1%, dan golongan umur 30-34 sebesar 16,24%. Pada survei ini golongan umur 15-19 tahun ditemukan hanya 6%, sedangkan golongan umur 20-24 tahun meningkat menjadi 33,3%, kemudian menurun lagi pada golongan umur 25-29 tahun sebanyak 23,8%, dan golongan umur 30-34 menunjukkan angka 22,6%.



**Tabel 13. Perbandingan Lima Penyebab Utama Kematian di Maluku, SKRT 1986 dan Survei 1991.**

No.	Tindak Lanjut Pengobatan	SKRT '86 (%)	Survei '91 (%)
1	Diare	14,6	16,0
2	Difteri & campak	11,0	
3	Penyakit jantung dan pembuluh darah	10,0	12,0
4	Tuberkulosis	7,4	
5	Neoplasma	5,2	12,0
6	Kecelakaan		12,0
7	Penyakit kelamin		12,0

b. Rincian paritas kehamilan dapat dilihat pada Tabel 14. Tidak ada perbedaan yang menonjol antara SKRT 1986 dan Survei 1991 dalam hal paritas ibu hamil kecuali pada paritas 8 keatas. Paritas 3-7 juga tampaknya sedikit mengalami penurunan selama lima tahun ini.

c. Dari sejumlah 86 ibu hamil, 47,7% mengikuti program KB. Sisanya sebanyak 52,3% tidak ber-KB. Nampak suatu kenaikan kurang lebih 32% apabila

dibandingkan dengan jumlah wanita pasangan usia subur yang mengikuti program keluarga berencana hasil SKRT 1986 yaitu hanya sebanyak 16%.

d. Perbandingan distribusi macam alat KB yang dipergunakan hasil SKRT 1986 dan hasil survei 1991 dapat dilihat pada Tabel 15. Tampak bahwa macam alat KB yang dipergunakan bergeser ke arah IUD dan suntikan dalam 5 tahun ini.

**Tabel 14. Paritas Kehamilan, SKRT 1986 dan Survei 1991.**

No.	Kehamilan ke	SKRT '86 (%)	Survei '91 (%)
1	Primipara	20,6	24,4
2	Paritas 1	20,6	23,3
3	Paritas 2	16,7	17,4
4	Paritas 3-7	37,2	32,6
5	Paritas 8 >	5,0	2,3
	Jumlah	100,1	100,0

Tabel 15. Jenis KB Yang Dipakai, SKRT 1986 dan Survei 1991.

No	Jenis KB Yang Dipakai	SKRT '86 (%)	Survei '91 (%)
a.	Pil KB	6	11,6
b.	Spiral/IUD	2	8,1
c.	Suntik	7	25,6
d.	Kondom	0	0,0
e.	Operasi	1	0,0
f.	Kalender	0	0,0
g.	Susuk	0	1,2
h.	Tradisional	0	1,2
i.	Lain-lain	0	0,0

e. Sebanyak 30,2% menyatakan tak pernah periksa hamil, 51,2% periksa kurang dari 4 kali, sisanya 18,7% periksa 4 kali lebih. Walaupun jumlah yang tidak periksa mengalami penurunan dibandingkan SKRT 1986 yaitu sebanyak 50%, tetapi kelengkapan periksa hamil sampai 4 kali pada hasil survei menunjukkan penurunan (SKRT 86, < 4 kali=22%, dan 4 kali atau > 4 kali=28%).

f. Periksa kehamilan dilakukan terutama pada Puskesmas, praktek partikelir dan RS pemerintah pada SKRT 1986. Pola ini menunjukkan sedikit perubahan pada tahun 1991, dengan pelayanan di rumah menempati kedudukan ketiga. Tabel 16. menunjukkan pola pemeriksaan hamil secara rinci.

g. Pemberian imunisasi TT menunjukkan kenaikan pada Survei 1991, terutama

Tabel 16. Jenis Tempat Pemeriksaan Hamil, SKRT 1986 dan Survei 1991.

No	Jenis Tempat Pelayanan	SKRT '86 (%)	Survei '91 (%)
1	RS Pemerintah	13,5	1,8
2	RS Swasta	7,0	7,0
3	Puskesmas	58,1	63,2
4	Praktek partikelir	16,7	15,8
5	Di rumah	4,6	12,2
	Jumlah	99,9	100,0

para ibu hamil dengan frekuensi TT lengkap meningkat dari 14,2% menjadi 40%. Tabel 17, menunjukkan frekuensi imunisasi TT tersebut.

### 3.7. Kelompok Khusus Ibu Melahirkan

Ibu melahirkan menunjukkan perbedaan tempat pertolongan yang cukup menggembirakan. Puskesmas, RS Pemerintah, RS Swasta dan Klinik Swasta tampak berperan lebih dalam data yang ditunjukkan oleh Survei 1991 pada Tabel 18.

## DISKUSI

Bertitik pangkal pada kerangka pikir (hubungan antara set variabel perilaku, lingkungan, status dan pelayanan kesehatan) maka beberapa faktor dapat didiskusikan sebagai berikut:

### 4.1. Dalam hal FAKTOR-FAKTOR PERILAKU MASYARAKAT

- a. Ada kecenderungan untuk:
  - 1) minum-minuman keras meningkat.
  - 2) kenaikan kebiasaan tidak mandi dari masyarakat sampel

Tabel 17. Frekuensi Imunisasi TT Pada Ibu Hamil, SKRT 1986 dan Survei 1991.

No.	Frekuensi Imunisasi TT	SKRT '86 (%)	Survei '91 (%)
1	Belum pernah	64,2	23,3
2	1 X	21,6	36,7
3	2 X	14,2	40,0
	Jumlah	100,0	100,0

Tabel 18. Jenis Tempat Pertolongan Kehamilan, SKRT 1986 dan Survei 1991.

No	Jenis Tempat Pelayanan	SKRT '86 (%)	Survei '91 (%)
1	RS Pemerintah	9,4	14,8
2	RS Swasta	3,8	9,5
3	Puskesmas	0,5	5,3
4	Klinik swasta	0,0	1,0
5	RB Pemerintah	0,0	1,6
6	Praktek parikelir	15,4	-
7	Di rumah	70,9	67,7
	Jumlah	100,0	99,9

- 3) berubahnya pola makanan yang mengarah ke pola memakan nasi
  - 4) mempertahankan pola tradisional dalam pencarian pertolongan terhadap kesehatan dan pola hidup kesehatan mereka
- b. Tetapi di samping hal-hal yang kurang diharapkan, terdapat pula kenaikan:
- 1) potensi masyarakat terutama dalam hal penyediaan obat baik modern maupun tradisional.
  - 2) potensi dalam hal keinginan masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dengan kualitas yang baik dan terjangkau

#### **4.2. Dalam hal FAKTOR-FAKTOR LINGKUNGAN**

- a. Mulai tampak kecenderungan untuk terjadi transisi demografi penduduk dengan meningkatnya usia kerja dan tua di samping penurunan penduduk usia balita.
- b. Mulai tampak kecenderungan ke arah perkawinan pada usia yang lebih tua.
- c. Tampak pula kecenderungan perbaikan tingkat pendidikan penduduk, terutama golongan penduduk perempuan.
- d. Mulai tampak kecenderungan meningkatnya pekerjaan-pekerjaan di lapangan industri
- e. Kecenderungan peningkatan fasilitas dan penggunaan listrik

- f. Kecenderungan peningkatan dan keanekaragaman kepemilikan konsumtif
- g. Kecenderungan peningkatan sarana air minum dan air bersih di daerah perkotaan, namun di daerah pedesaan hal ini masih cukup memprihatinkan
- h. Kebersihan lingkungan di daerah perkotaan mempunyai kecenderungan untuk meningkat, tetapi di daerah pedesaan dan terutama di daerah terpencil faktor kebersihan lingkungan masih amat rawan.

#### **4.3. Dalam hal FAKTOR-FAKTOR PELAYANAN KESEHATAN**

- a. Terjadi peningkatan peranan swasta dalam pelayanan kesehatan dasar dan kesehatan rujukan
- b. Terjadi pula peningkatan peranan Puskesmas dan RS Pemerintah dalam upaya kesehatan dasar, walaupun secara kualitatif masih diragukan peran pelayanannya
- c. Terjadi peningkatan cakupan program imunisasi, gizi dan ANC ibu hamil walaupun secara cakupan nasional masih dikatakan rendah
- d. Terdapat pula peningkatan cakupan pemakaian alat keluarga berencana walaupun secara mandiri dan lestari masih belum seperti yang diharapkan
- e. Terdapat kenaikan keluhan "jauh" dari masyarakat pencari pertolongan kese-

hatan dasar dan rujukan terutama bagi mereka yang berada di daerah dengan kondisi geografi dan komunikasi sulit. Hal ini mungkin merupakan suatu keluhan simbolis yang mengisyaratkan kesulitan mereka untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas.

- f. Kesulitan dan mahalnya rujukan tetap menjadi masalah besar terutama bagi mereka yang keadaan sosial ekonominya kurang.
- g. Sarana dan fasilitas fisik pelayanan kesehatan dan alat komunikasi milik institusi kesehatan yang perlu peningkatan, penambahan dan perbaikan.

#### 4.4. Dalam hal STATUS KESEHATAN PENDUDUK

- a. Terjadi penurunan angka kesakitan secara umum
- b. Terjadi kecenderungan untuk kenaikan penyakit-penyakit non-infeksi pada saat penyakit-penyakit infeksi masih belum dapat secara tuntas diberantas
- c. Kecenderungan penurunan angka kematian kasar dan kematian bayi, walaupun kecenderungan angka kematian bayi nampak amat lambat turunnya dari tahun 1986.
- d. Kecenderungan penurunan kehamilan dan bayi yang dilahirkan oleh ibu muda usia.

- e. Kecenderungan penurunan paritas ibu hamil
- f. Kesulitan menentukan MMR secara pasti.

Dari diskusi faktor-faktor tersebut di atas, maka tampak secara jelas bahwa masalah kesehatan merupakan masalah kompleks yang tidak hanya dipengaruhi oleh faktor pelayanan kesehatan, tetapi juga dipengaruhi oleh faktor-faktor lainnya, terutama lingkungan dan perilaku manusianya. Faktor-faktor pengaruh ini sering berada di luar jangkauan bidang kesehatan. Untuk itu perlu suatu upaya komprehensif yang saling bahu membahu satu dengan yang lain guna menyelesaikan masalah kesehatan yang kompleks. Tentunya usaha-usaha tersebut membutuhkan *leading sector* yang hendaknya dapat mengkoordinir dan memecahkan masalah-masalah teknis yang ada.

Dalam hal pemecahan masalah yang ada maka masalah-masalah yang berhubungan dengan PELAYANAN KESEHATAN secara teknis dan *leading sector* adalah menjadi tanggung jawab dinas kesehatan setempat, tetapi secara operasional Pemda tingkat I dan II juga mempunyai tanggung jawab yang besar. Di samping itu kerja sama dengan dinas-dinas lain dalam lingkungan Pemda harus digalang dan dikoordinir oleh Pemda setempat. Kemudian tidak kalah pentingnya adalah tanggung jawab masyarakat sendiri dalam

meningkatkan kesehatan keluarganya lewat berbagai upaya peran serta masyarakat.

Guna meningkatkan FAKTOR-FAKTOR LINGKUNGAN pendukung kesehatan dan memecahkan faktor-faktor lingkungan penghambat kesehatan, maka diperlukan *leading sector* dan pemecahan teknis dari sektor-sektor yang bersangkutan. Tentunya peran Pemda sebagai koordinator, penanggung jawab dan pelaksana pembangunan daerah akan amat menentukan suksesnya upaya ini. Demikian pula tidak kalah pentingnya peran masyarakat dalam peningkatan status sosial-ekonomi dan lingkungan mereka guna mencapai hidup sehat yang sejahtera. Sektor kesehatan pun tidak kalah pentingnya berpartisipasi dalam mensukseskan program sektor lain yang berkaitan dengan kesehatan.

FAKTOR PERILAKU menjadi amat penting dalam hubungannya baik dengan status kesehatan, lingkungan dan pelayanan kesehatan. Masyarakat, organisasi keagamaan, organisasi-organisasi sosial, organisasi profesi, organisasi wanita, perusahaan-perusahaan swasta, atau pihak swasta lainnya merupakan kunci sukses dalam upaya merubah perilaku kesehatan dirinya, karyawannya dan anggotanya. Mereka inilah *leading sector* dalam upaya merubah perilaku sehat masyarakat. Teknis operasional adalah menjadi tanggung jawab dinas kesehatan dan dinas-dinas lain yang dikoordinir oleh Pemda setempat.

Faktor STATUS KESEHATAN menjadi faktor yang banyak dipengaruhi oleh faktor-faktor lainnya. Faktor ini umumnya dipakai sebagai dependen variabel dalam analisis dampak, yang berarti bahwa status kesehatan dipengaruhi oleh faktor-faktor pelayanan kesehatan, perilaku dan lingkungan. Tetapi di pihak lain derajat kesehatan yang meningkat atau memburuk dapat berpengaruh pada faktor-faktor perilaku, lingkungan dan pelayanan kesehatan. Walaupun secara teknis faktor ini menjadi tanggung jawab dari Depkes tetapi secara operasional juga menjadi tanggung jawab dari Pemda dan dinas-dinas terkait.

Secara umum maka masalah utama di Prop. Dati I Maluku dapat dibagi menjadi 3 kategori besar yaitu manajemen, ketenagaan dan jauh/sulitnya pelayanan kesehatan di daerah yang berpulau-pulau. Manajemen pelayanan kesehatan termasuk hubungan kerja internal, kuantitas dan kualitas sarana pelayanan kesehatan; biaya pelayanan kesehatan; dan akhirnya program beserta petunjuk pelaksanaannya dan petunjuk teknis manajemen. Sedangkan ketenagaan secara kuantitas dapat dirasakan kurang secara absolut maupun secara relatif. Secara absolut adalah jumlahnya memang kurang, tetapi secara relatif adalah sering perginya dokter Puskesmas untuk rapat ke ibukota kabupaten, atau perginya staf Puskesmas lain untuk keperluan tertentu selama jam dinas. Secara kualitas maka para pelaksana

program banyak yang belum menguasai teknis medis yang cukup baik. Demikian juga perilaku petugas kesehatan terhadap pasien, akan berpengaruh pada kualitas pelayanan. Motivasi yang rendah dan kreatifitas yang kurang dari para staff pelaksana.

Selain ketiga kategori masalah di atas, maka terdapat satu masalah besar lainnya yaitu letak geografi pulau-pulau di Maluku yang terbagi atas beberapa kepulauan dan menyebarnya kepulauan tersebut. Di samping kondisi geografi, maka faktor musim dan angin menyebabkan makin sulitnya transportasi dan komunikasi di propinsi ini.

Dengan diskusi di atas maka guna peningkatan pelayanan kesehatan di Maluku direkomendasikan hal-hal sebagai berikut:

1. Penataan kembali manajemen institusi pelayanan kesehatan dari tingkat propinsi sampai ke kecamatan terutama tentang mekanisme dan tata laksana hubungan kerja, pembagian kerja sesuai dengan fungsi masing-masing, pemberian "delegation of authority" kepada dinas kesehatan untuk dapat berfungsi sepenuhnya sebagai pelaksana program, pengadaan sarana, pengadaan biaya tambahan dan perencanaan spesifik masing-masing kabupaten dalam hal pelayanan kesehatan.
2. Dalam hal kekurangan tenaga secara absolut, hanya dapat diselesaikan dengan

perencanaan ketenagaan yang lebih mantap dan turun tangannya Depkes. Dengan adanya perencanaan tenaga yang lebih mantap maka kebutuhan jenis dan jumlah tenaga dapat diusulkan ke Depkes, dan Depkes harus tanggap dan segera memenuhi kekurangan jumlah dan jenis tenaga dengan jalan rekayasa ketenagaan secara internal dalam Depkes.

3. Jalan pintas yang dapat menolong adalah menggunakan prinsip PKMD yaitu memberikan kewenangan kepada masyarakat setempat untuk membantu memberikan pelayanan kesehatan sederhana kepada masyarakat sekitarnya sebagai kader. Tentunya hal ini memerlukan persiapan yang mantap dengan pelatihan dan bimbingan teknis yang ketat. Usaha ini dirintis sebagai tahap awal untuk pengembangan dana usaha kesehatan masyarakat (DUKM) yang akhirnya menuju ke arah usaha jaminan kesehatan masyarakat (JPKM).
4. Penggunaan potensi swasta, LSM dan organisasi keagamaan secara lebih intensif dan tanpa ada latar belakang politik akan dapat menolong pemerataan serta peningkatan kualitas pelayanan kesehatan di daerah yang sulit geografinya ini.
5. Penanggulangan kekurangan tenaga secara relatif dapat dihindari dengan mendekatkan pertemuan-pertemuan yang harus dilaksanakan secara kedinasan, mengintegrasikan pertemuan-pertemuan

yang harus dilaksanakan dan meng-efektivitaskan jalannya pertemuan (dengan persiapan mantap, bicara seperlunya dan memprioritaskan masalah yang benar-benar harus diputuskan bersama atau diinformasikan secara langsung). Intensifikasi surat menyurat, media komunikasi internal di kalangan kesehatan dan penggunaan SSB akan banyak menolong masalah ini.

6. Perlunya peningkatan kualitas tenaga kesehatan baik di propinsi maupun di tingkat lainnya yang lebih rendah, terutama di dinas kesehatan tingkat II dan Puskesmas. Bimbingan teknis secara berjenjang harus diberikan oleh Kanwil dan Kandepkes setempat. Perubahan perilaku petugas perlu dipikirkan agar mereka dapat memberikan pelayanan dengan rasa kemanusiaan yang tinggi. Pemupukan motivasi kerja dan perangsangan kreativitas kerja menuntut iklim manajemen terbuka tetapi terarah dari semua tingkat organisasi pelayanan kesehatan yang ada di Maluku. Perubahan iklim kerja dan hubungan yang baik sesuai dengan tugas masing-masing amat diperlukan dalam peningkatan kualitas ketenagaan.
7. Intensifikasi penggunaan tokoh masyarakat (TOMA), tokoh agama dan tokoh-tokoh lainnya perlu dipikirkan. Hal ini penting terutama dalam promosi dan

preventif upaya kesehatan dasar, terutama dalam segi penyuluhan kesehatan. Tentunya faktor sosial budaya dan cara pendekatan yang sesuai harus diperhatikan dalam intensifikasi penggunaan tokoh-tokoh ini.

8. Peranan Pemda dalam hal mendukung dan mengkoordinasikan semua program yang mempunyai tujuan untuk mensejahterakan masyarakat harus diprioritaskan. Pemda harus pula memikirkan kekurangan sarana dan biaya dalam pelayanan yang bertujuan untuk mencapai kesejahteraan masyarakatnya. Pengurangan birokrasi dan peningkatan suasana manajemen terbuka sudah saatnya dilaksanakan oleh Pemda setempat secara lebih intensif lagi.
9. Pembentukan pusat-pusat pelayanan kesehatan yang lengkap di tiap gugus besar kepulauan dan pusat-pusat pelayanan yang semi lengkap di tiap gugus kecil kepulauan perlu mendapatkan prioritas utama dari Depkes. Penggunaan sarana konsultasi dan rujukan lewat SSB yang akhir-akhir ini kurang berfungsi oleh karena kerusakan alat-alat yang ada perlu dikembalikan lagi.
10. Dukungan sarana rujukan, sarana komunikasi SSB dan sarana KIE lainnya, biaya dan tenaga kesehatan perlu dipikirkan secara sungguh-sungguh dan matang oleh Depkes dengan mekanisme kontrol yang tepat guna.



## KESIMPULAN

### 5.1. *Kesimpulan Secara Umum*

Dari kajian diskriptif maka dapat disimpulkan beberapa temuan umum dalam survei ini sebagai berikut:

- a. Dibandingkan dengan hasil SKRT 1986 maka survei 1991 menunjukkan bahwa di daerah sampel mulai terjadi perubahan struktur penduduk yaitu dengan menurunnya jumlah penduduk usia muda, meningkatnya jumlah penduduk usia kerja dan usia tua, dan menuanya usia kawin pertama terutama kaum wanitanya.
- b. Dibandingkan dengan SKRT 1986, survei ini menunjukkan peningkatan status pendidikan penduduk.
- c. Struktur pekerjaan penduduk pada survei ini dibandingkan dengan SKRT 1986 juga menunjukkan perubahan kecenderungan ke arah industri dan pekerjaan profesional.
- d. Survei 1991 menunjukkan pula beberapa kecenderungan perubahan kebiasaan hidup tidak sehat seperti halnya meningkatnya kebiasaan minum dan tidak mandi dari penduduk apabila dibandingkan dengan hasil SKRT 1986.
- e. Terjadinya peningkatan fasilitas listrik dibandingkan dengan hasil SKRT 1986.

- f. Kecenderungan perubahan pola makanan pokok ke arah pemakaian nasi dalam hasil survei 1991 dibandingkan dengan SKRT 1986
- g. Kecenderungan pola kepemilikan menjadi lebih konsumtif juga ditemukan pada survei 1991 dibandingkan hasil SKRT 1986.
- h. Kecenderungan peningkatan fasilitas air minum, jamban keluarga dan SPAL tampak tidak banyak berbeda dengan hasil SKRT 1986, hanya di daerah urban dan semi urban tampaknya cenderung untuk mendapatkan fasilitas PAM lebih banyak pada hasil survei ini.
- i. Peran masyarakat dalam penyediaan obat di rumah baik obat tradisional maupun obat modern cenderung lebih besar dibandingkan hasil SKRT tahun 1986.

### 5.2. *Kesimpulan Hasil Pendidikan di Bawah Usia 10 Tahun*

Hal-hal yang bersifat positif:

1. Terjadi kecenderungan pemilihan KMS
2. Terdapat kecenderungan peningkatan cakupan imunisasi

Hal-hal yang bersifat negatif:

1. Tidak terisinya KMS dengan baik dan teratur
2. Cakupan imunisasi yang relatif masih rendah.

### **5.3. Kesimpulan Hasil Pasangan Usia Subur**

Hal-hal yang bersifat positif:

1. Kecenderungan terjadi kenaikan cakupan KB
2. Terjadi pula kecenderungan pemakaian jenis alat KB
3. Usia menikah yang cenderung menua

Hal-hal yang bersifat negatif:

1. Cakupan KB yang cenderung masih tetap rendah.

### **5.4. Kesimpulan Khusus Untuk Penduduk yang Sakit**

Hal-hal yang bersifat positif:

1. Kecenderungan terjadinya penurunan angka kesakitan
2. Terdapatnya peningkatan fungsi pelayanan dasar Puskesmas dan swasta, serta peningkatan pelayanan rujukan dari RS pemerintah dan swasta

Hal-hal yang bersifat negatif:

1. Masih tingginya penyakit infeksi dibarengi dengan adanya kecenderungan mulai meningkatnya penyakit-penyakit non-infeksi
2. Masih banyak yang merasakan jauhnya Puskesmas dan pelayanan kesehatan dasar serta pelayanan kesehatan rujukan
3. Kesulitan fasilitas rujukan dan mahal biaya transportasi dan pelayanan rujukan.

### **5.5. Kesimpulan Untuk Ibu Hamil dan Melahirkan**

Hal-hal yang bersifat positif:

1. Adanya kecenderungan untuk menurunnya kehamilan pada ibu usia muda
2. Kecenderungan penurunan paritas ibu
3. Terjadinya kecenderungan peningkatan fungsi pelayanan KIA oleh Puskesmas baik lewat Posyandu ataupun tidak

Hal-hal yang bersifat negatif:

1. Masih rendahnya cakupan pemeriksaan kehamilan
2. Masih rendahnya cakupan imunisasi TT lengkap
3. Masih rendahnya cakupan ibu yang ikut dalam program KB terutama KB lestari
4. Kesulitan perhitungan Maternal Mortality Rate/Ratio yang tepat

### **4.6. Kesimpulan Untuk Penduduk Yang Meninggal**

Hal-hal yang bersifat positif:

1. Terdapat kecenderungan penurunan angka kematian kasar
2. Kecenderungan peningkatan fungsi pelayanan dasar Puskesmas dan swasta
3. Kecenderungan peningkatan pelayanan rujukan swasta maupun pemerintah.

Hal-hal yang bersifat negatif:

1. Kecenderungan masih tingginya penyakit infeksi sebagai penyebab kematian, di samping terjadi kecenderungan mulai meningkatnya penyakit non-infeksi sebagai sebab kematian
2. Keluhan masyarakat tentang jauhnya Puskesmas dan RS serta pelayanan dasar dan rujukan lainnya yang relatif cenderung meningkat
3. Walaupun terdapat kecenderungan penurunan kematian kurang dari 1 bulan, terdapat pula kecenderungan kenaikan kematian di atas satu bulan sampai 1 tahun.

## UCAPAN TERIMA KASIH

Makalah ini tidak akan dapat disajikan tanpa bantuan dari berbagai pihak. Dalam kesempatan ini, penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Dr. Zainul Bakri, dkk yang telah membantu dalam data entry, editing, dan analisis.
2. Dr. L. Ratna Budiarto yang banyak memberikan nasehat dalam pelaksanaan pengumpulan data dan analisis data serta mengijinkan penggunaan kuesioner SKRT 1986.
3. Ka Kanwil Depkes Propinsi Maluku beserta staff yang telah

mengijinkan dan membantu pelaksanaan Survei Kesehatan di Maluku tahun 1991.

4. Seluruh Tim Peneliti dari Pusat Penelitian Kemasyarakatan dan Budaya UI, Unpatti, Unsrat dan Badan Litbang Depkes RI atas kerjasamanya.
5. Prof. Dr. Edi Sediawati, Ka. Pusat Penelitian Kemasyarakatan dan Budaya UI, atas kepercayaannya kepada penulis untuk melaksanakan survei ini.
6. Masyarakat Propinsi Dati I Maluku yang telah bersedia menjadi responden.
7. Bapak Dirjen Binkesmas, Dr. Martini dari Bappenas, Sekretaris Proyek CHN-2 beserta staff dan semua pihak yang telah membantu terlaksananya studi ini.

## DAFTAR RUJUKAN

1. Adhyatma (1990). **Kebijaksanaan dan Strategi Kesehatan Bangsa**. Bahan Kuliah Menteri Kesehatan pada Kursus Regular Angkatan XXIII, Lemhanas, 21 Agustus 1990. Departemen Kesehatan RI. Jakarta.
2. Adhyatma (1990). **Pokok-pokok Kebijakan untuk Tahap Tinggal Landas Dalam Pembangunan Kesehatan**. Departemen Kesehatan RI. Jakarta
3. Departemen Kesehatan R.I. (1984). **Sistem Kesehatan Nasional**. Cetakan ke 2. Jakarta
4. Departemen Kesehatan R.I. (1989). **Repelita V Bidang Kesehatan**. Jakarta

5. Departemen Kesehatan R.I. (1989). **Beberapa Pandangan tentang Proses Tinggal Landas Pembangunan Kesehatan.** Bahan Rakerkesnas 1989. Jakarta.
6. L. Ratna Budiarmo, Zainul Bakri dan Santoso S. Sapardinah (1986). *Data Statistik Survei Kesehatan Rumah Tangga 1986.* Badan Litbang Depkes RI, Puslit Ekologi Kesehatan, Jakarta.
7. L. Ratna Budiarmo, Sri Soewasti Soesanto, Zainul Bakri dkk (1987). **Prosiding Seminar Survei Kesehatan Rumah Tangga 1986, Jakarta 14-15 Desember 1997.** Badan Litbang Depkes RI, Puslit Ekologi Kesehatan, Jakarta.
8. Pemerintah RI (1989). **Pola Umum Pembangunan Nasional Jangka Panjang I & II.** Jakarta.
9. Pusat Data Kesehatan Depkes RI (1991). *Profil Kesehatan Indonesia 1990,* Jakarta.