

Bab 5

ANALISIS STRATEGI PEMBANGUNAN KESEHATAN

Bab 5

ANALISIS STRATEGI PEMBANGUNAN KESEHATAN

5.1. Evaluasi Akses Masyarakat terhadap Pelayanan Kesehatan

Menurut Blum (1974), perilaku masyarakat lebih besar peranannya dalam menentukan pemanfaatan sarana kesehatan dibandingkan dengan penyediaan sarana kesehatan itu sendiri. Pengalaman menunjukkan bahwa penyediaan dan penambahan sarana pelayanan tidaklah selalu diikuti oleh peningkatan pemanfaatan sarana-sarana tersebut. Misalnya, Puskesmas dan Posyandu di daerah tertentu tidak dimanfaatkan secara optimal. Oleh sebab itu, jika kita menginginkan peningkatan derajat kesehatan masyarakat, maka kita harus bersedia dan mampu mengubah perilaku masyarakat.

Pemanfaatan sarana-sarana kesehatan sangat tergantung pada perilaku dan sikap masyarakat ketika mendapatkan penyakit. Masyarakat yang mendapat penyakit, dan tidak merasakan sakit (*disease but not illness*), tentunya tidak akan bertindak apa-apa terhadap penyakitnya tersebut. Tetapi jika mereka diserang penyakit dan juga merasakan sakit, maka baru akan timbul berbagai perilaku dan usaha.

Tindakan Pertama: NON ACTION, tidak bertindak apa-apa. Alasannya, kondisi sakit ini tidak mengganggu kegiatan atau pekerjaan sehari-hari. Mereka ini beranggapan bahwa tanpa bertindak apapun gejala yang dideritanya akan lenyap dengan sendirinya. Tidak jarang pula masyarakat memprioritaskan tugas-tugas lain yang dianggap lebih penting daripada mengobati sakitnya. Hal ini merupakan suatu bukti bahwa kesehatan belum merupakan prioritas dalam hidup dan kehidupan. Alasan lain, fasilitas kesehatan yang diperlukan sangat jauh letaknya, para petugas kesehatan tidak simpatik dan kurang responsif, takut dokter, takut ke rumah sakit, takut biaya mahal, dan sebagainya.

Tindakan Kedua: SELF TREATMENT, bertindak mengobati diri sendiri. Alasan umumnya hampir sama dengan tindakan pertama, yang sumbernya adalah karena masyarakat tersebut percaya kepada diri sendiri, dan menganggap bahwa pengalaman-pengalaman yang lalu tentang usaha-usaha pengobatan sendiri sudah dapat mendatangkan kesembuhan. Hal ini menyebabkan pencarian pengobatan keluar tidak diperlukan.

Tindakan Ketiga: TRADITIONAL REMEDY, mencari fasilitas pengobatan tradisional. Pada masyarakat pedesaan, pengobatan tradisional ini masih menduduki tempat teratas dibandingkan dengan pengobatan-pengobatan lainnya. Pada masyarakat yang masih sederhana, masalah sehat-sakit adalah lebih bersifat budaya daripada gangguan-gangguan fisik. Identik dengan itu pencarian pengobatanpun lebih berorientasi pada masalah sosial-budaya yang sudah mereka kenal secara alih generasi, daripada harus mengikuti hal-hal yang baru. Dukun, dengan berbagai spesialisasinya, yang melakukan pengobatan tradisional, merupakan bagian dari masyarakat, berada ditengah-tengah masyarakat, dekat dengan masyarakat, dan pengobatan yang dihasilkan adalah kebudayaan masyarakat, akan lebih diterima daripada dokter, mantri, bidan,



dan sebagainya, yang pengobatan dan obat-obatnya pun bukan merupakan kebudayaan mereka.

Tindakan Keempat: CHEMIST SHOP, mencari pengobatan dengan membeli obat ke toko-toko obat dan sejenisnya, termasuk ke tukang jamu. Obat-obatan yang mereka dapatkan pada umumnya adalah obat-obatan yang tidak memakai resep sehingga sulit untuk dikontrol. Namun demikian, sampai sejauh ini pemakaian obat oleh masyarakat belum mengakibatkan masalah yang serius.

Tindakan Kelima: MODERN AND PRIVATE MEDICE, mencari pengobatan pada fasilitas pengobatan modern yang diadakan oleh lembaga kesehatan pemerintah atau swasta, yang dikategorikan ke dalam balai pengobatan, Puskesmas dan Rumah Sakit, atau yang diselenggarakan oleh dokter praktek.

Dari uraian yang dikemukakan di atas jelaslah bahwa persepsi sehat dan sakit berbeda-beda diantara setiap kelompok masyarakat, termasuk juga perbedaan-perbedaan yang mungkin muncul diantara kelompok masyarakat pertanian, pesisir, industri, dan perkotaan. Perilaku pencarian pengobatan sangat erat kaitannya dengan persepsi masyarakat terhadap sehat dan sakit, yang kemudian akan mempengaruhi dimanfaatkan atau tidak dimanfaatkannya fasilitas kesehatan yang disediakan. Pemanfaatan fasilitas kesehatan disini akan diukur dari persepsi masyarakat tentang pelayanan kesehatan itu sendiri, dan bagaimana akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan. Beberapa variabel yang diamati di wilayah studi adalah :

- Jarak rumah dengan Puskesmas
- Sarana transportasi untuk mengunjungi Puskesmas
- Adakah Posyandu di lingkungan tinggal
- Jarak Posyandu dengan rumah
- Dimana kegiatan Posyandu dilakukan
- Selama hamil kemana periksa
- Selama hamil berapa kali periksa

- Bagaimana akses ke Posyandu
- Apakah puas dengan pelayanan Posyandu
- Pelayanan Pelayanan di Posyandu
- Kemana pergi jika butuh pelayanan kesehatan
- Apakah desa ini termasuk desa siaga

Pelayanan kesehatan yang diamati di sini adalah Puskesmas dan Posyandu, serta pada beberapa kasus diamati pula keberadaan dokter dan tenaga medis lainnya. Jarak tempat tinggal dengan pelayanan kesehatan terdekat sangat berpengaruh pada akses individu dan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan, dan selanjutnya akan mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan tersebut. Tabel berikut mengetengahkan jarak rumah dengan Puskesmas di lokasi penelitian.

Tabel 5.1. Jarak Rumah dengan Puskesmas Menurut Kabupaten/Kota

Jarak rumah – Puskesmas	Kabupaten				Total
	Rohil	Dumai	Kampar	Pekanbaru	
< 1 Km	67	21	46	62	196
1 - 2 Km	28	29	27	12	96
> 2 Km	5	48	27	22	102
Tidak jawab	0	2	0	4	5
Total	100	100	100	100	400

Sumber: Data Primer, 2007

Hampir di semua kabupaten yang diamati, sebagian besar Puskesmas terletak cukup dekat dari rumah, yaitu kurang dari 1 Km. Hanya Dumai yang sebagian besar menyatakan bahwa jarak rumah dengan tempat tinggal sejauh lebih dari 2 Km. Hal ini bisa saja disebabkan oleh luas wilayah Dumai yang cukup besar dan mempengaruhi jarak antara rumah dengan

berbagai fasilitas. Melihat variabel jarak ini dapat dinyatakan bahwa akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan cukup baik, dan tidak ditemukan alasan jika pemanfaatannya tidak optimal. Data mengenai jarak ini diperkuat oleh sarana yang dipergunakan oleh masyarakat untuk mencapai Puskesmas, yang dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 5.2. Sarana Mengunjungi Puskesmas Menurut Kabupaten

Sarana mengunjungi Puskesmas	Kabupaten				Total
	Rohil	Dumai	Kampar	Pekanbaru	
Jalan kaki	51	14	22	50	137
Angkutan umum	5	6	18	11	40
Kendaraan sendiri	44	80	60	38	222
Tidak jawab	0	0	0	1	1
Total	100	100	100	100	400

Sumber: Data Primer, 2007

Tabel di atas menunjukkan bahwa akses pelayanan kesehatan dapat ditempuh dengan kendaraan pribadi ataupun jalan kaki. Maka Puskesmas merupakan fasilitas kesehatan yang mudah dijangkau. Khusus di dalam pelayanan untuk ibu hamil dan anak-anak, diamati juga keberadaan Posyandu di lingkungan tempat tinggal. Tabel berikut memberi informasi bahwa di seluruh lokasi penelitian terdapat pelayanan Posyandu.

Tabel 5.3. Posyandu di Lingkungan Tempat Tinggal Menurut Kabupaten

Posyandu di lingkungan tempat tinggal	Kabupaten				Total
	Rohil	Dumai	Kampar	Pekanbaru	
Ada	99	83	100	99	381
Tidak ada	1	13	0	0	14
Tidak tahu	0	4	0	1	5
Total	100	100	100	100	400

Sumber: Data Primer, 2007

Dengan demikian pelayanan kesehatan untuk ibu hamil dan anak-anak tersedia, dan hampir di semua lokasi jarak Posyandu dengan tempat tinggal dekat, yaitu kurang dari 500 m, sebagaimana ditunjukkan oleh tabel berikut :

Tabel 5.4. Jarak Posyandu dengan Rumah Menurut Kabupaten

Jarak Posyandu dengan rumah	Kabupaten				Total
	Rohil	Dumai	Kampar	Pekanbaru	
< 500 meter	75	30	73	81	259
500 m – 1 Km	24	28	23	12	87
> 1 Km	1	28	3	6	38
Tidak tahu	0	14	1	1	16
Total	100	100	100	100	400

Sumber: Data Primer, 2007

Mengenai tempat diadakannya kegiatan Posyandu, sebagian besar menyatakan diadakan di Puskesmas/Pustu.

Tabel 5.5. Tempat Kegiatan Posyandu Menurut Kabupaten

Tempat kegiatan Posyandu	Kabupaten				Total
	Rohil	Dumai	Kampar	Pekanbaru	
Rumah Kades	9	1	0	0	10
Kantor desa	4	7	25	22	58
Rumah ibadah	0	0	0	0	0
Rumah ketua RT	35	5	0	36	76
Rumah warga	12	0	25	10	47
Puskesmas	40	87	50	32	209
Lain-lain	0	0	0	0	0
Total	100	100	100	100	400

Sumber: Data Primer, 2007

Perkembangan budaya masyarakat dan komunitas lingkungan tempat hidupnya, akan berpengaruh pada persepsi masyarakat tentang sehat dan sakit, dan selanjutnya akan mempengaruhi orientasi pengobatan yang mereka jalani. Tabel

berikut memberi informasi tentang pemeriksaan kehamilan yang dituju oleh masyarakat dari berbagai komunitas tempat tinggal.

Tabel 5.6. Tempat Periksa Kehamilan Menurut Kabupaten

Tempat periksa hamil	Kabupaten				Total
	Rohil	Dumai	Kampar	Pekanbaru	
Dukun beranak	17	0	12	0	29
Bidan desa	29	17	12	9	67
Bidan	38	43	57	69	207
Puskesmas	9	31	15	11	66
Dokter	3	9	4	9	25
Lainnya	2	0	0	2	4
Tidak tahu/jawab	2	0	0	0	2
Total	100	100	100	100	400

Sumber: *Data Primer, 2007*

Meskipun tidak dalam jumlah besar, dukun beranak masih diterima oleh sebagian masyarakat di wilayah Rokan Hilir dan Kampar, yang masing-masing mewakili komunitas pesisir dan pertanian. Tingkat perkembangan budaya yang masih berorientasi pada tradisi dan sulit mempercayai hal-hal baru mendasari tindakan pemeriksaan kesehatan. Kehamilan adalah kondisi yang sangat penting dalam siklus hidup manusia, dan masih dipandang sakral oleh beberapa tingkatan kebudayaan, sehingga penentuan tempat memeriksakan kehamilan merupakan sebuah keputusan yang penting.

Bidan adalah profesi yang memiliki legitimasi dalam proses pemeriksaan kehamilan dan kelahiran bayi. Sebagian besar masyarakatpun ternyata sudah menerima legitimasi ini. Hal ini ditunjukkan oleh sebagian besar masyarakat di semua komunitas yang memilih bidan sebagai tempat memeriksakan kehamilan, disamping bidan desa. Bidan desa, adalah dukun tradisional yang sudah mendapat pelatihan dan penyuluhan

dari Dinas Kesehatan, tetapi bukan pendidikan profesional seperti halnya bidan. Berdasarkan data yang dikemukakan mengenai pemilihan bidan dan bidan desa sebagai tempat memeriksakan kehamilan, dapat dinyatakan bahwa sebagian besar masyarakat sudah memiliki orientasi pada pengobatan modern. Bahkan untuk jumlah yang sangat kecil, sebagian warga masyarakat sudah memilih dokter sebagai profesi yang dipercaya dalam pemeriksaan kehamilan. Diantara kelompok masyarakat yang menetapkan dokter sebagai pilihannya, yang paling banyak adalah dari Dumai dan Pekanbaru, sebagai wakil komunitas industri dan perkotaan.

Persepsi masyarakat juga berpengaruh terhadap frekuensi pemeriksaan selama masa kehamilan. Pengetahuan modern menetapkan bahwa pemeriksaan selama masa kehamilan harus dilakukan sedikitnya satu kali setiap bulan. Berdasarkan informasi yang diperoleh di lapangan ternyata sebagian besar warga masyarakat sudah mengikuti cara-cara menurut ilmu kesehatan modern. Tabel berikut menunjukkan frekuensi pemeriksaan kehamilan yang dijalankan oleh ibu-ibu hamil pada komunitas yang diamati.

Tabel 5.7. Frekuensi Periksa Selama Kehamilan Menurut Kabupaten

Periksa selama hamil	Kabupaten				Total
	Rohil	Dumai	Kampar	Pekanbaru	
setiap bulan	80	76	76	80	312
5 – 9 kali	14	24	21	13	72
< 5 kali	4	0	2	6	12
Tidak tahu	2	0	1	1	4
Total	100	100	100	100	400

Sumber: *Data Primer, 2007*

Pelayanan kesehatan yang berkenaan dengan kehamilan dan anak balita di sediakan oleh pos-pos pelayanan terpadu yang dikelola oleh masyarakat bekerja sama dengan Pus-

kesmas. Kendala geografis sangat berpengaruh pada pemanfaatan pelayanan kesehatan Posyandu ini, yang dilaksanakan satu kali sebulan. Deskripsi secara kualitatif mengenai jarak tempuh dari tempat tinggal ke Posyandu dinyatakan pada tabel berikut.

Tabel 5.8. Akses ke Posyandu Menurut Kabupaten

Akses ke Posyandu	Kabupaten				Total
	Rohil	Dumai	Kampar	Pekanbaru	
Jauh, susah ditempuh	1	10	1	2	14
Jauh, mudah ditempuh	14	31	2	6	53
Dekat, susah ditempuh	0	1	0	0	1
Dekat, mudah ditempuh	85	58	97	92	332
Total	100	100	100	100	400

Sumber: *Data Primer, 2007*

Hampir seluruhnya di keempat komunitas yang diamati menyatakan bahwa jarak tempuh ke Posyandu adalah dekat dan mudah ditempuh. Komunitas yang paling banyak menyatakan jarak tempuhnya jauh tetapi mudah ditempuh adalah Dumai. Demikian juga yang menyatakan jauh dan susah ditempuh. Sebagaimana telah disebutkan, hal ini bisa saja disebabkan karena luas wilayah dari komunitas yang diamati tersebut. Sebagian responden di Rokan Hilir juga menyatakan jarak tempuh ke Posyandu adalah jauh tetapi mudah ditempuh.

Pemanfaatan fasilitas kesehatan juga tergantung pada tingkat kepuasan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang disediakan. Semakin puas masyarakat terhadap pelayanan yang ada, semakin tinggi tingkat pemanfaatan yang akan dicapai. Sehubungan dengan pelayanan kesehatan, khususnya ibu hamil dan anak balita, tabel berikut menyajikan informasi mengenai tingkat kepuasan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan oleh Posyandu.

Tabel 5.9. Kepuasan Terhadap Pelayanan Posyandu Menurut Kabupaten

Kepuasan	Kabupaten				Total
	Rohil	Dumai	Kampar	Pekanbaru	
Ya, sangat puas	83	72	96	86	337
Tidak puas	14	27	2	10	53
Tidak tahu	3	1	2	4	10
Total	100	100	100	100	400

Sumber: Data Primer, 2007

Sebagian besar masyarakat ternyata menyatakan puas terhadap pelayanan yang disediakan oleh Posyandu. Jawaban tidak puas dinyatakan oleh sebagian kecil warga di keempat wilayah yang diamati. Berbagai jenis pelayanan yang disediakan oleh Posyandu yaitu:

1. Pemeriksaan ibu hamil
2. Penimbangan bayi
3. Immunisasi
4. Pemberian makanan tambahan
5. Pemeriksaan kesehatan/diare
6. Pelayanan KB

Pelayanan untuk ibu hamil dan balita merupakan bentuk pelayanan dasar di setiap Posyandu. Sedangkan pemeriksaan kesehatan/diare serta pelayanan KB, merupakan pelayanan tambahan yang disediakan oleh Posyandu, yang tentunya tergantung pada ketersediaan tenaga medis dan fasilitas di Posyandu tersebut. Informasi yang diperoleh di lapangan menunjukkan bahwa tidak semua Posyandu menyediakan bentuk-bentuk pelayanan yang lengkap. Informasi ini diperoleh dari warga sebagai reponden dalam studi ini, yang maksudnya adalah informasi tentang bentuk-bentuk pelayanan kesehatan yang didapatkan dari Posyandu serta pelayanan-pelayanan kesehatan lainnya.

Tabel 5.10. Pelayanan Kesehatan di Posyandu Menurut Kabupaten

Jumlah Pelayanan	Kabupaten				Total
	Rohil	Dumai	Kampar	Pekanbaru	
Pelayanan lengkap	50	38	48	34	170
Pelayanan tidak lengkap	47	61	52	66	226
Tidak tahu	3	1	0	0	4
Total	100	100	100	100	400

Sumber: *Data Primer, 2007*

Keterangan Jenis pelayanan :

1. Pemeriksaan ibu hamil,
2. Penimbangan bayi,
3. Immunisasi,
4. Pemberian makanan tambahan,
5. Pemeriksaan kesehatan/diare,
6. Pelayanan KB

Pelayanan tidak lengkap, maksudnya adalah pelayanan hanya diutamakan pada ibu hamil dan anak balita, sedangkan pelayanan lengkap maksudnya adalah bentuk-bentuk pelayanan tambahan yaitu pemeriksaan kesehatan/diare dan pelayanan KB. Di dalam mencari pengobatan serta pelayanan kesehatan, ternyata sebagian besar warga masyarakat mencarinya di Puskesmas/Pustu. Posyandu bukan merupakan tujuan utama, tentunya karena keterbatasan bentuk pelayanan yang diberikan. Sebagaimana diketahui beberapa Puskesmas di kecamatan kota dan ibukota kecamatan, merupakan Puskesmas rujukan, yang bisa menggantikan fungsi Rumah Sakit. Bahkan salah satu Puskesmas di Pekanbaru yang menjadi sampel dalam penelitian ini, telah menyediakan pelayanan rawat inap. Di Rokan Hilir terlihat jumlah yang seimbang antara pelayanan Puskesmas dan Pustu, karena di wilayah tersebut sebagian besar masyarakatnya hanya dilayani dan bisa menjangkau PUSTU. Berikut adalah informasi tentang tujuan pelayanan kesehatan.

Tabel 5.11. Pelayanan Kesehatan yang Dituju Menurut Kabupaten

Pelayanan Kes	Kabupaten				Total
	Rohil	Dumai	Kampar	Pekanbaru	
Puskesmas	47	76	82	71	276
Pustu	49	17	10	15	91
Posyandu	1	2	5	2	10
Lainnya	3	5	3	12	23
Total	100	100	100	100	400

Sumber: *Data Primer, 2007*

Dari beberapa variabel yang diamati, diperoleh informasi bahwa akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan di semua komunitas penelitian, secara umum baik. Tingkat ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan, serta tingkat keterjangkauan pelayanan sudah memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan masyarakat. Persepsi sebagian besar masyarakat terhadap pengobatan dan pelayanan kesehatan sudah berorientasi pada cara-cara modern. Masih terdapat sebagian kecil masyarakat yang berorientasi pada cara-cara tradisional pada komunitas-komunitas tertentu, tetapi tetap memanfaatkan fasilitas-fasilitas pelayanan kesehatan modern.

5.2. Analisis Masalah Kesehatan Lainnya yang Berkaitan dengan Kesehatan Lingkungan, PHBS

Perilaku masyarakat yang berkaitan dengan kesehatan lingkungan erat berhubungan dengan pendidikan kesehatan. Pendidikan kesehatan pada dasarnya ialah suatu proses pendidikan individu atau masyarakat supaya mereka dapat memecahkan masalah-masalah kesehatan yang dihadapinya. Pendidikan kesehatan mencakup kegiatan peningkatan kesadaran dan kesehatan (*health promotion*), pencegahan penyakit, penyembuhan dan rehabilitasi. Pendidikan kesehatan meru-

pakan suatu proses yang dinamis dan perilaku kesehatan sangatlah dipengaruhi oleh faktor-faktor sosial, budaya, ekonomi dan politik, sehingga pendidikan kesehatan bukanlah tugas yang mudah.

Tidak dapat disangkal bahwa pendidikan bukanlah satu-satunya cara untuk mengubah perilaku individu/ kelompok. Secara umum upaya mengubah perilaku dapat digolongkan menjadi tiga macam cara (Notoatmodjo & Sarwono, 1986):

- a) *Menggunakan kekuasaan/kekuatan.* Orang dapat berubah perilakunya jika dipaksa, diancam dengan hukuman atau dijanjikan imbalan/hadiah. Namun perubahan perilaku yang terjadi melalui proses pemaksaan terbukti tidak dapat bertahan lama. Artinya begitu pengawasan atau paksaan itu mengendur, timbullah kecenderungan untuk kembali kepada perilaku yang semula.
- b) *Memberikan informasi,* dengan memberikan informasi tentang kebiasaan hidup sehat dan cara-cara mencegah penyakit diharapkan akan terjadi peningkatan pengetahuan, sikap dan perilaku kesehatan dalam diri individu/ masyarakat sasaran yang berdasarkan atas kesadaran dan kemauan individu yang bersangkutan. Perubahan perilaku melalui pemberian informasi memang memakan waktu yang lama, sekalipun lama perubahan yang dicapai ternyata lebih lama menetap/lestari dan tidak tergantung dari ketatnya pengawasan, karena individu merasakan sendiri adanya kebutuhan untuk berperilaku sehat.
- c) *Diskusi dan partisipasi,* hal ini dikembangkan dengan asumsi bahwa masyarakat bukanlah sekedar objek melainkan juga subjek dari pelayanan kesehatan. Artinya masyarakat tidak pasif menerima informasi dari petugas kesehatan, melainkan ikut aktif mencari masalah kesehatan yang dirasakan oleh penduduk, memikirkan jalan keluarnya, mencari sumberdaya yang dapat digunakan untuk me-

nanggulangi masalah tersebut, serta ikut serta dalam pelaksanaan kegiatan kesehatan. Metode diskusi dan partisipasi aktif ini tidak selalu dapat diterapkan dalam setiap masyarakat. Metode ini akan lebih berhasil di kalangan masyarakat yang berpendidikan menengah ke atas, modern atau bersikap lebih terbuka terhadap hal-hal baru (*innovatif*).

Beberapa variabel yang diamati untuk menganalisis masalah kesehatan yang berkaitan dengan perilaku hidup bersih dan sehat adalah :

- Tempat BAB
- Sumber air minum
- Jarak sumur dengan septictank
- Kepadatan rumah
- Tempat membuang sampah dan air limbah
- Kebiasaan merokok

Hampir seluruh masyarakat yang diamati sudah menggunakan jamban pribadi untuk kebutuhan BAB keluarga. Sungai masih digunakan oleh sejumlah kecil warga di Kampar dan Rokan Hilir. Penggunaan sarana BAB menjadi indikator perilaku hidup bersih dan sehat dari suatu masyarakat, dan penggunaan jamban adalah nilai tertinggi dari indikator hidup bersih. Tabel berikut menunjukkan penggunaan tempat BAB di lokasi yang diamati :

Tabel 5.12. Tempat BAB Rumahtangga Menurut Kabupaten

Tempat BAB	Kabupaten				Total
	Rohil	Dumai	Kampar	Pekanbaru	
Jamban keluarga	93	98	89	94	374
Jamban umum	5	2	6	6	19
Sungai	1	0	5	0	6
Lainnya	1	0	0	0	1
Total	100	100	100	100	400

Sumber: *Data Primer, 2007*

Indikator lainnya adalah penyediaan fasilitas air minum. di Rokan Hilir dan Dumai, sebagian besar warga masih memenuhi kebutuhan air bersihnya dari air hujan. Hal ini disebabkan karena kondisi air tanah yang tidak baik di kedua daerah tersebut. Sebagian masyarakat yang memanfaatkan air kemasan biasanya adalah kelompok masyarakat yang memiliki kemampuan untuk membeli air bersih, dan karena kesadaran atas kesehatan dan kebersihan sudah cukup tinggi. Tabel berikut mengetengahkan kondisi di empat komunitas yang diamati.

Tabel 5.13. Sumber Air Minum Masyarakat Menurut Kabupaten

Sumber Air Minum	Kabupaten				Total
	Rohil	Dumai	Kampar	Pekanbaru	
Air kemasan	10	40	3	23	76
Air ledeng	0	6	1	4	11
Sumur gali	29	1	95	28	153
Sumur artesis	3	0	1	45	49
Air hujan	58	53	0	0	111
Total	100	100	100	100	400

Sumber: *Data Primer, 2007*

Penggunaan sumur gali banyak dimanfaatkan di wilayah yang kondisi air tanahnya baik, dan air yang dihasilkan dari galian sumur adalah air yang layak minum. Wilayah Kampar adalah komunitas yang banyak menggunakan sumur galian untuk memenuhi kebutuhan akan air bersih. Sementara di Pekanbaru, sebagai komunitas yang mewakili wilayah perkotaan, jumlah terbesar adalah mereka yang menggunakan sumur artesis atau sumur bor, dengan kekuatan listrik. Berikutnya, dengan jumlah yang seimbang, adalah pemanfaatan sumur gali dan air kemasan. Air ledeng yang dikelola oleh PAM tidak memiliki banyak konsumen, bahkan di kota Pekanbaru, karena kualitas serta kelancaran aliran air yang dihasilkan, tidak sebaik yang dihasilkan oleh sumur artesis. Tentunya dari sebaran data tersebut dapat dinyatakan bahwa

kesadaran terhadap kebutuhan air bersih sudah dimiliki oleh sebagian besar masyarakat, meskipun dengan tingkat kualitas yang berbeda. Kualitas tertinggi tentunya adalah pemanfaatan air kemasan atau air mineral. Di luar asli atau palsu air mineral yang beredar, tetapi kesadaran akan kepentingan air bersih sudah dimiliki oleh penggunaannya. Sarana-sarana yang banyak digunakan oleh masyarakat untuk memperoleh air bersih, sangat ditentukan oleh kondisi tanah dan air tanah di wilayah tersebut

Indikator lain untuk mengukur kesadaran terhadap lingkungan bersih dan sehat adalah jarak antara sumur yang ada dengan septictank. Tentunya indikator ini hanya berlaku bagi warga yang memiliki dan menggunakan septictank, yaitu sarana penampung pembuangan jamban. Menurut aturan kesehatan lingkungan, jarak antara sumur dengan septictank minimal 10 meter. Berikut adalah data tentang jarak sumur dengan septictank.:

Tabel 5.14. Jarak Sumur Dengan Septictank Menurut Kabupaten

Jarak	Kabupaten				Total
	Rohil	Dumai	Kampar	Pekanbaru	
< 10 meter	21	12	15	39	87
10 meter	21	30	39	26	116
> 10 meter	35	43	41	35	154
Tidak tahu	23	15	5	0	43
Total	100	100	100	100	400

Sumber: Data Primer, 2007

Sebagian besar warga di wilayah Rokan Hilir, Dumai, dan Kampar ternyata memiliki sumur yang telah mengikuti peraturan kesehatan lingkungan, yaitu berjarak lebih dari 10 meter dari septictank. Sedangkan jumlah terbesar warga yang memiliki sumur dengan jarak kurang dari 10 meter dari septictank, banyak ditemukan di wilayah perkotaan, yaitu di

Pekanbaru. Beberapa hal yang berpengaruh di sini adalah ketersediaan lahan di wilayah pemukiman, sehingga kesadaran terhadap lingkungan bersih dan sehat tidak bisa diikuti oleh tindakan nyata.

Kondisi kepadatan rumah dapat diukur dari perbandingan antara jumlah anggota keluarga dengan luas lantai rumah. Rumah tinggal yang terlalu padat tidak menunjang perilaku hidup bersih dan sehat. Dua tabel berikut adalah tentang jumlah anggota keluarga dan luas rumah.

Tabel 5.15. Jumlah Anggota Keluarga Menurut Kabupaten

Jumlah anggota keluarga	Kabupaten				Total
	Rohil	Dumai	Kampar	Pekanbaru	
< 5 orang	60	40	60	61	221
5 - 7 orang	32	56	30	29	147
> 7 orang	8	4	10	10	32
Total	100	100	100	100	400

Sumber: Data Primer, 2007

Tabel 5.16. Luas Lantai Rumah Responden Menurut Kabupaten

Luas lantai	Kabupaten				Total
	Rohil	Dumai	Kampar	Pekanbaru	
< 36 m ²	74	23	44	26	167
36 – 70 m ²	24	67	38	45	174
> 70 m ²	0	8	12	28	48
Tidak tahu	2	2	6	1	11
Total	100	100	100	100	400

Sumber: Data Primer, 2007

Ternyata sebagian besar masyarakat di komunitas yang diamati memiliki jumlah anggota keluarga kurang dari 5 orang. Hanya sebagian kecil yang menyatakan memiliki

anggota keluarga lebih dari 7 orang. Keadaan ini membuktikan bahwa program KB sudah cukup berhasil di wilayah yang diamati. Sedangkan mengenai luas rumah, tidak banyak ditemukan rumah dengan luas lebih dari 70 m². Rokan Hilir adalah wilayah dengan jumlah paling banyak untuk ukuran rumah kurang dari 36 m², berikutnya adalah wilayah Kampar. Sementara di wilayah Dumai dan Pekanbaru, lebih banyak rumah dengan luas antara 36–70 m². Apabila dibandingkan dengan jumlah anggota keluarga, ternyata dapat disimpulkan bahwa berdasarkan indikator kepadatan tempat tinggal, ternyata sebagian besar masyarakat hidup dalam lingkungan yang sehat.

Cara membuang sampah dan mengelola pembuangan limbah rumah tangga juga mengukur perilaku hidup bersih dan sehat. Tabel berikut memberikan informasi tentang cara pembuangan sampah rumah tangga. Dari seluruh pilihan cara membuang sampah, ternyata sebagian besar masyarakat di wilayah Rokan Hilir, Dumai, dan Kampar, membuang sampah rumah tangga dengan cara membakarnya. Tentunya di satu sisi, cara ini kurang mendukung lingkungan sehat, karena pembakaran sampah akan menghasilkan polusi yang kurang baik untuk pernapasan.

Namun di sisi lainnya, sampah itu segera musnah dan tidak terjadi penimbunan yang merusak lingkungan juga. Cara yang lebih modern adalah mengumpulkan sampah di sebuah TPS, dan mengadakan sebuah TPA dari kumpulan sampah di berbagai TPS. Cara ini menuntut sebuah sistem pengelolaan yang lebih baik dan terpadu, dan ternyata menurut jawaban yang terkumpul, prosentase terbesar terdapat di komunitas perkotaan, yaitu di Pekanbaru. Cara pembuangan sampah yang paling berakibat buruk pada kesehatan lingkungan, dan menjadi indikator perilaku yang kurang sadar lingkungan bersih dan sehat, adalah membuang sampah di sungai. Dan cara ini masih ditemukan dalam jumlah kecil di wilayah Rokan Hilir, yang dalam hal ini mewakili wilayah pemukiman pesisir.

Tabel 5.17. Tempat Membuang Sampah RT Kabupaten

Tempat	Kabupaten				Total
	Rohil	Dumai	Kampar	Pekanbaru	
Di halaman	4	0	4	0	8
Dibakar	57	62	77	18	214
Tempat sampah umum	0	23	5	63	91
Ditanam	1	0	5	0	6
Dibuang ke sungai	28	0	0	1	29
Tong sampah	10	15	9	16	50
Lainnya	0	0	0	2	2
Total	100	100	100	100	400

Sumber: Data Primer, 2007

Sedangkan untuk pengelolaan pembuangan limbah rumah tangga, yaitu berkenaan dengan pembuangan air cucian dikemukakan pada tabel berikut.

Tabel 5.18. Aliran Limbah Rumahtangga Menurut Kabupaten

Aliran	Kabupaten				Total
	Rohil	Dumai	Kampar	Pekanbaru	
Dibuang ke halaman rumah	42	21	56	6	125
Dialirkan ke parit	53	62	28	92	235
Dialirkan ke sumur resapan	3	17	13	2	35
Lainnya	2	0	3	0	5
Total	100	100	100	100	400

Sumber: Data Primer, 2007

Membangun parit yang khusus untuk mengalirkan limbah rumah tangga, merupakan perilaku yang paling menyiratkan kesadaran lingkungan bersih dan sehat. Jumlah terbesar yang menggunakan cara ini terdapat di Pekanbaru, sebagai wilayah perkotaan, dan Dumai, sebagai wilayah industri. Diperkirakan di kedua wilayah ini pembangunan rumah dan

parit sudah dikelola secara terpadu, pada kelompok-kelompok pemukiman tertentu. Sementara membuangnya ke halaman rumah masih banyak ditemukan di wilayah Rokan Hilir dan Kampar. Pada komunitas ini, pengelolaan pembuangan limbah rumah tangga belum mendapat perhatian khusus sebagai sebuah kepentingan kesehatan lingkungan, sehingga setiap rumah tangga menggunakan cara masing-masing.

Indikator terakhir yang digunakan untuk mengukur perilaku hidup bersih dan sehat adalah kesadaran untuk tidak merokok. Tiga tabel berikut memberikan informasi tentang anggota keluarga yang merokok, serta alasan yang mendasari tindakan tersebut. Ternyata di semua komunitas, merokok masih merupakan perilaku yang banyak dilakukan oleh warga masyarakat, seperti yang bisa dilihat pada tabel berikut.

Tabel 5.19. Anggota Keluarga yang Merokok Menurut Kabupaten

Merokok dalam keluarga	Kabupaten				Total
	Rohil	Dumai	Kampar	Pekanbaru	
tidak ada	15	36	21	17	89
ada	85	64	79	83	311
Total	100	100	100	100	400

Sumber: *Data Primer, 2007*

Pengamatan lebih jauh tentang kelompok usia anggota keluarga yang merokok, ternyata hampir semua dilakukan oleh mereka yang berusia diatas 18 tahun. Sedikit sekali ditemukan para perokok yang berusia remaja atau di bawah 18 tahun. Sementara alasan yang dikemukakan adalah karena sudah kecanduan, atau sulit menghentikan kebiasaan merokok tersebut. Sejumlah kecil memberikan alasan tuntutan pekerjaan, tetapi tidak diamati lebih jauh dengan menggunakan wawancara mendalam, kemungkinan munculnya alasan-alasan kultural yang melatarbelakangi alasan tuntutan pekerjaan ini. Berikut adalah data-data primer yang menggambarkan informasi ini :

Tabel 5.20. Merokok dalam Keluarga Menurut Usia

Kelompok Usia	Kabupaten				Total
	Rohil	Dumai	Kampar	Pekanbaru	
Remaja (< 18 th)	2	0	4	0	6
Dewasa (> 18 th)	83	56	75	83	297
Remaja, dewasa	0	8	0	0	8
Tidak ada	15	36	21	17	89
Total	100	100	100	100	400

Sumber: Data Primer, 2007

Tabel 5.21. Alasan Merokok

Alasan merokok	Kabupaten				Total
	Rohil	Dumai	Kampar	Pekanbaru	
Karena kecanduan	63	58	65	50	236
Hanya untuk gaya saja	5	3	1	16	25
Karena tuntutan pekerjaan	17	3	13	17	50
Lainnya	15	36	21	17	89
Total	100	100	100	100	400

Sumber: Data Primer, 2007

Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa kesadaran berperilaku bersih dan sehat sangat tergantung pada kondisi lingkungan tempat hidup atau komunitas tempat tinggal, baik secara biologis maupun sosial, tingkat perkembangan budaya, dan tindakan aktif dari pihak yang berwenang untuk memberikan sosialisasi mengenai masalah perilaku hidup bersih dan sehat. Sosialisasi yang berkaitan dengan perilaku hidup bersih dan sehat, adalah merupakan sebuah pendidikan kesehatan yang akan mampu merubah perilaku masyarakat, dan menciptakan kesadaran bersama terhadap lingkungan bersih dan sehat. Hasil akhir dari proses sosial ini adalah menguatkan indikator kesehatan, merubah persepsi masyarakat terhadap

hidup sehat, dan akhirnya akan mampu mengurangi angka kematian, khususnya untuk kelompok masyarakat yang rentan terhadap penyakit, yaitu ibu hamil dan anak-anak balita.

5.3. Strategi Kebijakan Pembangunan Bidang Kesehatan dalam Kaitannya dengan Tujuan Millenium Development Goals (MDGs)

MDGs atau Deklarasi Milenium adalah sebuah proyek kemanusiaan yang di gagas PBB. MDGs disepakati 189 negara, termasuk Indonesia untuk mulai dilaksanakan sejak 2000 - 2015. MDGs merupakan sebuah inisiatif pembangunan yang dibentuk tahun 2000 oleh para perwakilan dari 189 negara dengan menandatangani deklarasi yang disebut sebagai *Milenium Declaration*. Negara yang menandatangani tidak hanya negara kaya, melainkan juga negara-negara berkembang dan negara-negara miskin.

Milenium Declaration mengandung 8 poin yang harus dicapai sebelum tahun 2015. Kedelapan tujuan tersebut, yakni penghapusan kemiskinan (*eradicate extreme poverty and hunger*), pendidikan untuk semua (*achieve universal primary education*), persamaan gender (*promote gender Equality and empower women*), perlawanan terhadap penyakit (Combat HIV-AIDS, malaria and *other diseases*), penurunan angka kematian anak (*reduce child mortality*), peningkatan kesehatan ibu (*improve maternal health*), pelestarian lingkungan hidup (*ensure environmental sustainability*), dan kerjasama global (*Develop A Global Partnership For Development*).

Laporan terakhir *The Human Development, 2005* dan *Asian Development Bank (ABD), 2006* masih memosisikan Indonesia bersama Bangladesh, Laos, Mongolia, Myanmar, Pakistan, Papua Nugini dan Filipina sebagai negara yang belum memperoleh hasil yang memuaskan dalam pencapaian MDGs. Indikator kemunduran Indonesia ini akibat kenaikan harga

BBM dan merebaknya bencana, serta meningkatnya jumlah orang miskin menjadi 17,75 persen (Maret 2006) atau sekitar 39 juta jiwa. Jumlah pengangguran menjadi 40,4 juta jiwa, sekitar 38 persen dari jumlah angkatan kerja.

Tapi, kondisi ini tak membuat surut sejumlah daerah untuk terus mendukung Program MDGs tersebut. Provinsi Riau yang memiliki tingkat pertumbuhan ekonomi yang baik mampu menurunkan angka kemiskinan 11 persen, jauh di bawah angka kemiskinan nasional, yaitu 16 persen salah satunya. Apabila Riau mampu mempertahankan pencapaian itu menurut, Dr Ivan A Hadar, koordinator target MDGs Indonesia, Riau akan berhasil mencapai target tahun 2015. Dari 14 target pencapaian MDGs, Riau berada di dekat pencapain target. Malah ada yang yang melebihi target nasional. Untuk tingkat partisipasi Sekolah Dasar (SD) dan buta huruf usia 15-24 tahun, Riau hampir mencapai angka seratus persen. Begitu juga penghapusan ketimpangan gender dijenjang pendidikan dasar dan menengah serta semua jenjang pendidikan. Target lainnya seperti tingkat imunisasi campak, kelahiran yang dibantu tenaga terlatih juga melebihi angka 75 persen.

Berdasarkan pencapain yang telah diperoleh, Riau telah berkomitmen menjadi provinsi pertama di Sumatera mengaplikasikan standar pembangunan kesejahteraan masyarakatnya dengan mengacu pada program MDGs dengan melibatkan masyarakat dan dunia usaha sebagai partner. *Deputy Head of MDGs support* Unit UNDP Indonesia, Abdurraman Syebubakar memberikan pengakuan. Dia malah merasa gembira, sebab Riau secara cepat sudah merespon program PBB tersebut. Belum banyak daerah di luar Jawa yang melaksanakan program ini. Riau adalah yang pertama di Sumatera.

Sebagai implemetasinya, Riau telah menyusun konsep untuk mendekati delapan daripada tujuan MDGs. Menurut Kepala Badan Perencanaan Daerah (Bappeda) Riau, Emrizal Pakis, yang pertama menghapus kemiskinan dan kelaparan

ekstrim. Upaya yang dilakukan adalah memperkuat aset produktif, terutama sektor pertanian yang dilakukan dengan memberikan bantuan untuk usaha pertanian, peternakan, pertanian tanaman pangan, perikanan. *Kedua*, dalam bidang pemerataan pendidikan dasar, salah satunya komitmen Riau dalam penuntasan wajib belajar 9 tahun. Untuk tujuan ketiga MDGs, Riau juga sudah berbenah dalam hal memajukan persamaan gender dan pemberdayaan perempuan melalui pelatihan, penguatan usaha ekonomi produktif perempuan. Dalam hal tujuan keempat, mengurangi kematian anak, Riau telah melakukan program perbaikan gizi anak balita. Selain itu implementasinya adalah pemberian makanan tambahan anak sekolah, imunisasi, penguatan pos yandu, penguatan poskesdes, dan pengobatan gratis di Puskesmas.

Tujuan ke-5 perbaikan kesehatan ibu juga menjadi perhatian Pemprov Riau. Untuk tujuan ke-6 pemberantasan HIV/AIDS dan penyakit utama lainnya. Riau fokus menanggulangi melalui program penyuluhan pada populasi sasaran, mengambil dan memeriksa sampel darah dan lainnya. Tujuan ke-7, kelestarian lingkungan implementasinya adalah melalui penguatan sumber daya lingkungan melalui revisi tata ruang provinsi. Pelestarian atau rehabilitasi lingkungan dilakukan dengan beberapa cara, misalnya reboisasi, penanaman hutan mangrove, penghijauan, serta pengawasan sanksi hukum terhadap perusak lingkungan. Tujuan ke-8, yakni kerjasama global untuk pembangunan, juga sudah dilakukan. Diantara implementasinya, melalui kerja sama sosek Malindo, Kerja sama Ekonomi sub Regional (KEsR) IMT-GT, dan kerjasama Dunia Melayu Dunia Islam (DMDI).

Fachri Yasin, seorang pengamat pertanian Riau menilai, khususnya program pengentasan kemiskinan, program yang dibuat masih terlalu konseptual. Implementasi di lapangan belum teruji. Bahkan, dari data-data yang dimilikinya, perlu dilakukan sinergi antara program Pemprov Riau, kabupaten/

kota dengan arah sasaran MDGs. Fachri mencontohkan, program-program pengentasan kemiskinan seperti kebun K2I dan Operasi Pangan Makmur Riau (OPRM) secara konsep sangat luar biasa. Tetapi cara pedekatan, belum dilakukan secara matang. Sehingga antara maksud dan tujuan program-program yang diluncurkan belum memberikan dampak langsung kepada masyarakat Riau. Tujuan pembangunan milenium secara terinci mengandung delapan poin, yakni:

1. Penghapusan Kemiskinan
2. Pendidikan untuk semua
3. Persamaan gender dan pemberdayaan perempuan
4. Perlawanan terhadap penyakit menular HIV dan malaria
5. Penurunan angka kematian balita
6. Peningkatan Kesehatan Ibu
7. Pelestarian Lingkungan hidup
8. Kerjasama Global.

Dalam kaitannya dengan strategi pembangunan kesehatan Provinsi Riau Strategi kebijakan pembangunan bidang kesehatan yang seharusnya dilaksanakan guna mendukung pencapaian tujuan MDGs adalah:

1. Membuat Arah Kebijakan

Arah kebijakan Pemerintah Provinsi Riau tentang kesehatan yang dimuat di dalam Arah Kebijakan Umum Tahun 2006, yaitu:

1. Meningkatkan mutu sumber daya manusia dan lingkungan melalui pendekatan paradigma sehat dengan memperhatikan peningkatan kesehatan, pencegahan, penyembuhan dan rehabilitasi sehingga mampu memproduksi secara optimal.
2. Meningkatkan dan memelihara kualitas institusi pelayanan kesehatan pemerintah dan swasta yang terjangkau oleh masyarakat.

2. Meningkatkan fungsi rujukan melalui peningkatan sarana dan prasarana serta upaya peningkatan profesionalisme tenaga kesehatan
3. Penataan sistem pembiayaan kesehatan masyarakat dengan menggalang komitmen dari masyarakat serta pihak terkait yang dapat menghasilkan cakupan pelayanan kesehatan yang optimal dan merata.
4. Meningkatkan kesadaran masyarakat untuk berperan serta meningkatkan pola hidup sehat memanfaatkan forum komunikasi yang sudah ada dimasyarakat melalui forum komunikasi, informasi, dan edukasi.
5. Meningkatkan peran serta masyarakat dalam pemberantasan penyalahgunaan obat-obatan, narkotika, psikotropika dan bahan berbahaya lainnya (narkoba).
6. Meningkatkan perlindungan masyarakat terhadap penyalahgunaan produk dan pelayanan kesehatan melalui pembinaan, pengawasan yang lebih intensif.
7. Meningkatkan pembinaan dan pengawasan pengobatan tradisional yang rasional dan bertanggung jawab sehingga terwujud kemitraan yang berfungsi dengan baik.
8. Mewujudkan pusat pelayanan kesehatan profesional (*Health Center*).
9. Meningkatkan penataan kebijakan dan manajemen pembangunan kesehatan.

2. Membuat Sasaran Pembangunan Kesehatan Riau

Sasaran dari pembangunan kesehatan secara umum adalah:

1. Meningkatnya status gizi dan kesehatan masyarakat.
2. Meningkatnya pelayanan kesehatan masyarakat.
3. Terwujudnya masyarakat yang berperilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).

4. Tertanggulangnya wabah penyakit menular dan kejadian luar biasa.
5. Meningkatnya pembinaan dan pengawasan obat, makanan dan bahan berbahaya yang beredar dalam lingkungan masyarakat.
6. Meningkatnya manajemen pembangunan kesehatan Provinsi Riau.
7. Terwujudnya tenaga kesehatan yang berdaya guna dan berhasil guna.
8. Tersedianya sarana, prasarana dan dukungan logistik yang memadai.

3. Merumuskan Strategi Pembangunan Kesehatan Riau

Dalam rangka pencapaian tujuan dan sasaran, Pemerintah Provinsi Riau mempunyai 16 strategi yang mengacu pada analisis variabel eksternal dan internal yang sejalan dengan tujuan MDGs, yakni:

1. Pemanfaatan komitmen dalam pendayagunaan sarana dan prasarana kesehatan.
2. Mendorong berwawasan kesehatan.
3. Pengentasan kemiskinan dan kebodohan.
4. Pengembangan Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Provinsi Riau.
5. Penataan kebijakan dan manajemen pembangunan kesehatan.
6. Meningkatkan peran serta masyarakat di bidang kesehatan.
7. Pembinaan/penataan sistem pembiayaan kesehatan.
8. Optimalisasi manajemen sumber daya manusia.
9. Pemanjapan kelembagaan dan sistem manajemen kesehatan.
10. Peningkatan monitoring dan evaluasi.

11. Penataan sistem distribusi/pendayagunaan sumber daya manusia.
12. Meningkatkan kerjasama lintas sektor/lintas program.
13. Penyempurnaan pemanfaatan saran dan prasarana.
14. Optimalisasi penyebarluasan informasi kesehatan.
15. Sosialisasi/melaksanakan Visi dan Misi Pembangunan di Bidang Kesehatan.
16. Penataan SIK (Sistem Informasi Kesehatan).