

Arlin Adam

KILAS BALIK PEMBANGUNAN KESEHATAN INDONESIA

Editor
Andi Alim Bagu

Sanksi Pelanggaran Hak Cipta
UNDANG-UNDANG REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 28 TAHUN 2014 TENTANG HAK CIPTA

Ketentuan Pidana
Pasal 113

- 1) Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
- 2) Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
- 3) Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).
- 4) Setiap Orang yang memenuhi unsur sebagaimana dimaksud pada ayat (3) yang dilakukan dalam bentuk pembajakan, dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp4.000.000.000,00 (empat miliar rupiah).

Arlin Adam

KILAS BALIK PEMBANGUNAN KESEHATAN INDONESIA

Editor
Andi Alim Bagu



Diterbitkan oleh
Penerbit Nas Media Pustaka
Makassar, 2019

**KILAS BALIK
PEMBANGUNAN
KESEHATAN
INDONESIA**

Arlin Adam

- Makassar : © 2019

Copyright © Arlin Adam 2019

All right reserved

Layout : **Amma Prasetya**

Design Cover : **Muhammad Alim**

Editor : **Andi Alim Bagu**

Cetakan Pertama, Agustus 2019

xx + 198 hlm; 16 x 24 cm

ISBN 978-623-7340-24-9

Diterbitkan oleh Penerbit Nas Media Pustaka

CV. Nas Media Pustaka

Anggota IKAPI

No. 018/SSL/2018

Jl. Batua Raya No. 550 Makassar 90233

Telp. 0813-8002-3737

redaksi@nasmediapustaka.id

www.nasmediapustaka.co.id

www.nasmediapustaka.com

Instagram : [@nasmedia.id](https://www.instagram.com/nasmedia.id)

Fanspage : Penerbit Nas Media Pustaka

Dicetak oleh Percetakan CV. Nas Media Pustaka, Makassar

Isi di luar tanggung jawab percetakan

PRAKATA

Kilas Balik Pembangunan Kesehatan di Indonesia dipilih sebagai judul buku karena pemikiran yang terkandung dalam buku ini hasil kajian fakta-fakta lapangan terhadap program pembangunan kesehatan yang sudah diimplementasikan yang direfleksikan kembali melalui pembacaan ilmiah. Pengungkapan simpulan-simpulan kajian dapat dikategorikan sebagai pemikiran akademis yang mungkin berguna sebagai arahan intelektual bagi aktor-aktor pengambil kebijakan diberbagai tingkatan, guna memastikan seluruh pemanfaatan sumber daya pembangunan kesehatan benar-benar diarahkan secara efektif dan efisien demi mencapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal.

Pemikiran hasil kajian ilmiah sekalipun memiliki keterbatasan dalam beberapa aspek, tetap saja dipandang sebagai suatu kebenaran yang layak dijadikan kompas dalam memandu gerak pembangunan, khususnya pembangunan kesehatan di Indonesia yang boleh dinilai belum mengalami progresivitas cepat. Angka kematian bayi, balita, dan ibu belum juga mencapai target yang menyakinkan, baik

berdasarkan target nasional sebagaimana yang tertera pada RPJMN, maupun target global yang ditetapkan secara bersama-sama dengan sejumlah negara di dunia melalui skema kebijakan Sustainable Development Goals (SDG's).

Begitupun juga pada sisi pemberian pelayanan kesehatan dalam era kebijakan desentralisasi pembangunan kesehatan. Pola pembiayaan yang mengandalkan kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) nampaknya banyak menyisakan masalah yang memerlukan telaah kritis ditengah semrawutnya mutu fasilitas pelayanan kesehatan di sejumlah daerah dan adanya defisit pembayaran dari tahun ke tahun. Gejala menghidupkan kembali konsep Jaminan Kesehatan Daerah (jamkesda) dalam pelayanan kesehatan dibawah kepemimpinan langsung pemerintahan daerah muncul sebagai respon kritis obyektif atas cita-cita konstitusional menuju pelayanan kesehatan untuk semua penduduk tanpa kecuali.

Pemerintah daerah perlu memikirkan ulang kewenangan desentralisasi dalam urusan pelayanan kesehatan seperti perumusan instrumen kebijakan Peraturan Daerah berkaitan dengan jaminan pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat. Salah satu kajian yang dimunculkan untuk menilai kembali kewenangan daerah terhadap pelayanan kesehatan adalah telaah tentang perda retribusi pelayanan kesehatan milik pemerintah.

Penduduk yang tinggal di wilayah rentan seperti daerah pedesaan, terpencil, pengunungan, dan kepulauan semakin kesulitan mendapatkan pelayanan kesehatan yang memadai dengan mutu yang baik. Selain keterbatasan fasilitas, masalah

ketenagaan kesehatan masih menjadi persoalan pelik, khususnya yang berkaitan dengan kecukupan, distribusi, dan pemanfaatan tenaga kesehatan sesuai kebutuhan dan karakteristik wilayah. Disparitas pembangunan kesehatan pedesaan dan perkotaan semakin lebar yang dicirikan oleh konsentrasi aliran sumber daya kesehatan berpusat di perkotaan, sementara di pedesaan mengalami keterpurukan ganda; akses pelayanan kesehatan terbatas bersamaan dengan itu faktor resiko penyakit cenderung meningkat. Tema yang merefresentasi kerentanan penduduk sulit akses terelaborasi dalam konsep-konsep reposisi masyarakat dalam pembangunan kesehatan dengan menempatkan masyarakat sebagai suatu kekuatan penggerak pembangunan kesehatan.

Peran masyarakat mengambil posisi sentralnya menyusul keterbatasan pemerintah dalam menyiapkan fasilitas pelayanan kesehatan khususnya di daerah sulit akses. Pendekatan *community development* dianggap sebagai satu alternatif pergerakan masyarakat dalam pembangunan kesehatan. Penjabaran atas pendekatan ini sudah mulai mewarnai program-program pembangunan kesehatan nasional seperti Gerakan Masyarakat Sehat (Germas), Program Indonesia Sehat Pendekatan Keluarga (PIS-PK), Kampung KB, dan program-program kesehatan yang berorientasi pada pelayanan promotif dan preventif.

Rancang bangun program pembangunan kesehatan haruslah didesain ulang dengan memikirkan tren dan proyeksi perkembangbiakan masalah kesehatan masa depan ditengah arus modernisasi yang melanda semua dimensi kehidupan manusia. Gaya hidup masyarakat mengalami pergeseran nilai dan tingkah laku yang berimplikasi terhadap munculnya berbagai penyakit. Perubahan perilaku yang paling nyata

dewasa ini diperlihatkan pada perilaku konsumsi narkoba. Penyalahgunaan narkoba di Indonesia sudah melewati ambang batas karena bukan hanya sebagai wilayah sasaran konsumsi, namun sudah bertransformasi menjadi wilayah produksi. Ini berarti bahwa rantai *supply* narkoba di Indonesia sudah tercipta yang akan memperpanjang rantai *demand*. Muaranya, angka penyalahgunaan narkoba mengalami peningkatan yang bermakna dari tahun ke tahun.

Penyebaran luas penyalahgunaan narkoba semakin diperparah oleh insiden HIV dan AIDS yang mengalami tren meningkat setiap tahunnya. Faktor resiko kejadian HIV dan AIDS dan narkoba saling berkejaran membentuk pola epidemi ganda yang memerlukan sumber daya besar dalam penanggulangannya. Dalam jangka panjang, epidemi ganda ini mengakibatkan *lost-generation* dan dalam jangka pendek berakibat pada peningkatan pembiayaan kesehatan atas penanganan komorbiditas penyakit yang biasanya sering dialami oleh para pecandu narkoba dan penderita AIDS.

Sejatinya, fakta-fakta empiris di atas dapat direduksi derajat permasalahannya jikalau ada konsistensi pelaku pembangunan atas spirit kebijakan pembangunan kesehatan yang mengusung Paradigma Sehat. Paradigma ini mempunyai orientasi yang mengutamakan pelayanan promotif dan preventif, tanpa mengabaikan pelayanan kuratif dan rehabilitatif dengan mengedepankan kemandirian masyarakat. Tipologi pembangunan kesehatan yang diimplementasikan seakan kontra paradigma sehat sehingga memerlukan wacana pemikiran antitesis guna merangsang kembali rasionalitas nilai kita untuk tetap konsisten terhadap *rule of the game* pelayanan publik yang sudah ditetapkan bersama.

Konsistensi kebijakan akan menciptakan integritas pelayanan kesehatan kepada publik yang pada akhirnya dapat mewujudkan tercapainya masyarakat yang hidup sehat, produktif, dan sejahtera.

Perubahan paradigma, pendekatan, metode, dan teknik penyelenggaraan pembangunan kesehatan menjadi muara atas gagasan-gagasan yang tertuang dalam buku ini. Dibutuhkan keberanian dan kecakapan dari para pelaku pembangunan kesehatan untuk mengubah mind-set dalam memandang postur dan *gesture* permasalahan kesehatan dengan meninggalkan pola-pola lazim konvensional warisan masa lalu. Dunia berubah secara cepat menuntut perubahan perilaku manusia dalam merespon dinamikanya.

Pemikiran yang tertuang dari buku ini tidak terlepas dari hasil buah pemikiran banyak orang melalui forum-forum diskusi. Ijinkan saya menyampaikan terima kasih sebanyak-banyaknya kepada rekan-rekan sejawat dosen di lingkungan Fakultas Kesehatan masyarakat UPRI Makassar, khususnya Andi Alim Bagu dan Zainuddin yang sudah bersedia menjadi editor buku ini dan pengaturan tata letak, kawan-kawan seprofesi dalam lingkungan PERSAKMI dan IAKMI Sulsel, serta sahabat-sahabat kami di Yayasan Mitra Husada yang selama ini banyak memberikan gagasan aktual dan inspiratif bersumber fakta-fakta lapangan.

Secara khusus, Saya menyampaikan terima kasih sebesar-besarnya kepada Bapak Dr. dr. Muhammad Multazam, M. Kes yang sudah memberikan pemikiran dan meluangkan waktu cukup banyak demi memberikan pendampingan intensif terhadap substansi isi dan tampilan buku ini hingga layak

diterbitkan sebagai sebuah karya ilmiah dalam bentuk buku ajar.

Dengan kerendahan hati pula, Saya menyadari bahwa buku ini masih memerlukan penyempurnaan karena itu sangat terbuka ruang untuk dikritisi sebagai bekal berharga bagi Saya dalam melakukan revisi dan dalam menyajikan karya-karya ilmiah berikutnya.

Makassar, Agustus 2019

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman

Prakata	
Daftar Isi	
Daftar Tabel.....	
Daftar Diagram	
Daftar Grafik.....	

BAB 1 Telaah Retribusi Pelayanan Kesehatan

A. Asumsi Kebijakan.....	
B. Konsep-Konsep Dasar.....	
C. Aspek Legalitas Kebijakan Retribusi.....	
D. Analisis Masalah	
E. Deskripsi Fakta di RSUD Milik Pemerintah	
F. Model Pendekatan yang mungkin	
G. Prediksi Perubahan yang Akan Terjadi	
H. Kesimpulan dan Saran	
I. Penutup.....	

BAB 2 Fenomena Kematian Ibu

A. Pendahuluan	
B. Tujuan Penelahaan	
C. Metode	
D. Sumber Daya Yang Digunakan.....	
E. Hasil Telaah.....	
F. Pembahasan	
G. Kesimpulan	
H. Saran	

BAB 3 Rancangan Respon Darurat Pencegahan, Penanggulangan, Dan Pemberantasan Peredaran Gelap Narkoba

A. Latar Belakang	
B. Respon Saat Ini.....	
C. Analisis Kesenjangan Respon dan Kebutuhan	
D. Isu-Isu Strategis.....	
E. Strategi Respon Darurat.....	
F. Program, Kegiatan, dan Indikator Output	
G. Manajemen Program dan Pembiayaan	
H. Kerangka Rencana Aksi	
I. Penutup.....	

BAB 4 Telaah Verifikasi Data Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Penerima Bantuan Iuran (PBI)

A. Justifikasi Empiris	
B. Tujuan Penelahaan	
C. Metode Telaah	
D. Hasil dan Pembahasan.....	

BAB 5 Strategi Dan Kebijakan Pangan Gizi Dalam Mewujudkan Gizi Berimbang

A. Pendahuluan.....	
B. Analisa Data Pembuka Wawasan	
C. Analisa Permasalahan Gizi Masyarakat Di Daerah	
D. Isu-isu Strategis	
E. Konsep Pengembangan Kebijakan.....	

BAB 6 Reposisi Masyarakat Dalam Pembangunan Kesehatan

A. Pendahuluan.....	
B. Pemberdayaan Masyarakat	
C. Determinan Sosial Kesehatan	
D. Reposisi Masyarakat; Perjuangan Hegemonik.....	

BAB 7 Epidemi Aids Dalam Ranah Kesehatan Reproduksi

A. Pendahuluan.....	
B. Fakta Epidemi AIDS Menuju Paradigma Baru Kesehatan Reproduksi	
C. Kesimpulan	

BAB 8 Telaah Kritis Pembangunan Kesehatan Kontra Implementasi Paradigma Sehat

A. Mukaddimah	
B. Analisis Masalah	
C. Tawaran Alternatif Solusi	
D. Penutup.....	

Referensi	
-----------------	--

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1. Jumlah Kematian Ibu di Sulawesi Selatan	
Tabel 2. Distribusi Responden Berdasarkan Kelompok Umur Ibu Di Sulawesi Selatan.....	
Tabel 3. Distribusi Berdasarkan Pendidikan Ibu Di Sulawesi Selatan.....	
Tabel 4. Distribusi Berdasarkan Pekerjaan Ibu Di Sulawesi Selatan.....	
Tabel 5. Distribusi Berdasarkan Pendidikan Suami/ Responden Di Sulawesi Selatan	
Tabel 6. Distribusi Berdasarkan Tempat Pemeiksaan/ Bersalin Di Sulawesi Selatan	
Tabel 7. Distribusi berdasarkan kejadian maternal Di Sulawesi Selatan.....	
Tabel 8. Distribusi Berdasarkan Pengetahuan Ibu/ Keluarga Di Sulawesi Selatan.....	
Tabel 9. Hubungan Pengetahuan Ibu/Keluarga Dengan Kejadian Maternal Di Sulawesi Selatan ..	
Tabel 10. Distribusi Berdasarkan Dukungan Keluarga	

Di Sulawesi Selatan	
Tabel 11. Distribusi Berdasarkan Akses Kelayanan Kesehatan Di Sulawesi Selatan.....	
Tabel 12. Distribusi Berdasarkan Kualitas Layanan Kesehatan Di Sulawesi Selatan	
Tabel 13. Hubungan Pengetahuan Ibu/Keluarga Dengan Kejadian Maternal Di Sulawesi Selatan.....	
Tabel 14. Distribusi Berdasarkan Penyakit Yang Diderita Ibu Di Sulawesi Selatan	
Tabel 15. Program, Kegiatan, dan Indikator Output.....	
Tabel 16. Kerangka Rencana Aksi.....	
Tabel 17. Pernah Mengikuti BIMTEK Verifikasi dan Validasi JKN PBI (Penerima Bantuan Iuran)	
Tabel 18. Penentuan Lokasi Verifikasi data calon JKN PBI (Penerima Bantuan Iuran)	
Tabel 19. Alasan tidak melakukan penentuan lokasi verifikasi data calon JKN PBI (Penerima Bantuan Iuran)	
Tabel 20. Pengetahuan Kriteria Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu yang Berhak Menerima JKN PBI ...	
Tabel 21. Pengetahuan Kriteria Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS)	
Tabel 22. Kuesioner Verifikasi dan Validasi BPJS Kesehatan.....	

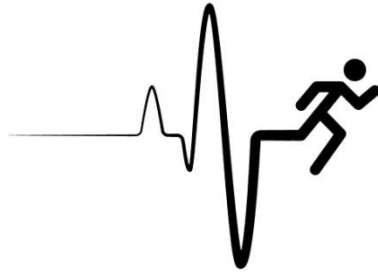
DAFTAR DIAGRAM

	Halaman
Diagram 1. Distribusi Persentase Penyebab Kematian Ibu Melahirkan	
Diagram 2. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kejadian Maternal Di Sulawesi Selatan	
Diagram 3. Hubungan Akses Layanan Kesehatan dengan Kejadian Maternal di Sulawesi Selatan	
Diagram 4. Diagram Kualitas Layanan Ditinjau Dari Aspek Empati Petugas Di Sulawesi Selatan	

DAFTAR GRAFIK

Halaman

- Grafik 1.** Diagram Kualitas Layanan Ditinjau Dari Aspek
Tampilan Fisik Di Sulawesi Selatan
- Grafik 2.** Diagram Kualitas Layanan Ditinjau Dari Aspek
Kehandalan Petugas Di Sulawesi Selatan.....
- Grafik 3.** Diagram Kualitas Layanan Ditinjau Dari Aspek
Daya Tanggap Petugas Di Sulawesi Selatan
- Grafik 4.** Diagram Kualitas Layanan Ditinjau Dari Aspek
Assurance (Jaminan) Di Sulawesi Selatan.....
- Grafik 5.** Diagram Kualitas Layanan Ditinjau Dari Aspek
Empati Petugas Di Sulawesi Selatan



BAB 1

TELAAH RETRIBUSI PELAYANAN KESEHATAN

A. Asumsi Kebijakan

Paradigma pembangunan Nasional yang diterapkan di Indonesia menggunakan perspektif teoritis dari Rostow, yang menekankan Negara yang sedang berkembang seperti Indonesia akan mengalami era tinggal landas jika merekonstruksi pertumbuhan ekonomi melebihi perkembangan jumlah penduduk yang terus memperlihatkan grafik peningkatan.

Asumsi Rostow membawa konsekuensi bagi para pengambil kebijakan di berbagai level untuk mengubah secara radikal struktur masyarakat yang berorientasi pada struktur ekonomi. Dalam pandangan ini, Negara harus

mampu melakukan mobilisasi seluruh kemampuan modal dan sumber daya alamnya sehingga mampu mencapai tingkat investasi yang stabil dari pendapatan nasionalnya. Jika tidak, pertumbuhan ekonomi yang hendak dicapai tidak akan mampu mengimbangi pertumbuhan penduduk. Logika asumptif tersebut kemudian mewarnai seluruh pola dan type pelaksanaan pembangunan nasional, termasuk pembangunan daerah dalam era otonomisasi.

Konsekuensinya, dana untuk investasi dapat digali dengan cara pemindahan sumber dana secara radikal melalui kebijaksanaan pajak. Negara dalam posisi seperti ini memiliki peran redistribusi yang berarti Negara berupaya mengubah sumber daya menjadi investasi dan mengumpulkan investasi-investasi tersebut untuk selanjutnya dibagikan kembali dalam bentuk perbaikan berbagai sarana-sarana produksi dan sarana public. Sederhananya, pajak yang dikumpulkan oleh pemerintah bertujuan untuk pembangunan fasilitas dalam rangka memudahkan penduduk atau warga memobilisasi potensinya untuk tujuan peningkatan kesejahteraan hidupnya.

Wajarlah jika hampir semua aktivitas dalam berbagai entitas sosial, akhirnya dikapitalisasi menjadi sumber daya yang penting untuk pembangunan nasional dan daerah. Salah satu entitas masyarakat dalam rentang kendali pemerintah adalah upaya pelayanan kesehatan yang sudah menjadi kewajiban Negara untuk melindungi setiap penduduk dalam rangka mendapatkan pelayanan kesehatan secara merata, adil, dan bermutu (UUD Kesehatan No. 36 tahun 2009).

Pelayanan kesehatan sekalipun sudah menjadi kewajiban Negara untuk memfasilitasi penduduknya, semangat konsepsi Rostow tetap menghendaki agar pelayanan kesehatan tersebut dapat bertransformasi menjadi sumber-sumber investasi yang layak untuk pembangunan secara berkelanjutan. Implikasinya adalah, pelayanan kesehatan tersebut dapat diubah menjadi salah satu sumber pendapatan daerah yang relatif menguntungkan, seiring dengan berkembangnya berbagai penyakit-penyakit akibat memburuknya status dan derajat kesehatan masyarakat serta lingkungan.

UU Nomor 28 Tahun 2009 tentang pajak daerah dan retribusi daerah menegaskan bahwa pajak dan retribusi daerah merupakan salah satu sumber pendapatan daerah yang penting guna membiayai pelaksanaan pemerintah daerah. Dengan memperhatikan tingkat kepentingan pajak dan retribusi daerah terhadap keberlangsungan sistem pemerintahan, maka penerapan aturan perpajakan dan retribusi hampir ada di semua titik-titik transaksional pada interelasi dan interaksi masyarakat. Arena transaksional yang dipotret pada kajian ini adalah arena pelayanan kesehatan yang mengalami banyak tantangan dan permasalahan, menyusul banyaknya kebijakan-kebijakan yang berlaku yang tidak jarang menimbulkan konflik kepentingan.

Pertentangan kepentingan yang nyata kelihatan adalah ketika isu kesehatan dikomodifikasi secara politik, yang berakibat pada munculnya kebijakan tentang pelayanan kesehatan gratis. Sementara, konsepsi pembangunan menurut spirit teori Rostow, mendorong pelayanan kesehatan sebagai salah satu sumber pendapatan daerah untuk jaminan keberlanjutan pembangunan. Jika dua fakta ini

diperhadapkan, sesungguhnya terjadi suatu visi dan misi serta goal yang saling kontradiktif.

Ruang pertentangan semakin terbuka luas, saat tema kesehatan dikapsul dalam konsep kemanusiaan. Bahwa penyakit dan penderitaan yang dihadapi oleh seseorang memerlukan uluran tangan, bantuan dan dukungan menurut pandangan humanistik. Namun, lain halnya dengan substansi kebijakan retribusi yang cenderung mengikuti aliran berpikir kapitalistik, karena dominan menakar setiap aktivitas dalam ukuran finansial. Tentu saja ideologi humanistik secara konsepsional berbeda tajam dengan ideologi kapitalistik.

Fenomena pertentangan ini, secara kritis mulai menggugat eksistensi kebijakan retribusi pelayanan kesehatan yang justru menjadi bagian penting yang diandalkan pemerintah daerah dalam melanjutkan peran dan fungsinya sebagai pengendali proses pembangunan.

Oleh karena itu, diperlukan suatu ruang dialog yang cerdas guna mendapatkan alternatif pendekatan yang eklektik dan fleksibel menurut bingkai nilai dan budaya masyarakat setempat. Dengan demikian, telaah ini mudah-mudahan dapat menjadi pijakan berpikir dalam menerapkan perencanaan-perencanaan pembangunan dan mungkin dapat menjadi pertimbangan logis untuk melakukan perubahan-perubahan kebijakan yang lebih sesuai.

B. Konsep-Konsep Dasar

Pembangunan fasilitas pelayanan kesehatan dimaksudkan untuk memastikan bahwa semua penduduk mendapatkan pelayanan kesehatan dengan tarif yang terjangkau atau *affordable* oleh semua pihak. Konsep

terjangkau kemudian mengalami berbagai masalah sebagai berikut:

1. Besarnya tarif terjangkau sangat subyektif dan ditetapkan pada umumnya berdasarkan kesepakatan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah (DPRD) atas usul Dinas Kesehatan. Pada umumnya penetapan tarif terjangkau di masa lalu, tidak didasarkan pada perhitungan berapa banyak masyarakat yang mampu membayar tarif tersebut jika ia sakit. Kini perhitungan tarif yang disesuaikan dengan kemampuan bayar masyarakat mulai diperhitungkan.
2. Konsep “terjangkau” bisa digunakan dan valid digunakan untuk pelayanan di puskesmas dengan biaya tetap per paket, termasuk pemeriksaan dokter, pemeriksaan penunjang dan obat. Konsep “terjangkau” mengandung arti mampu dibayar oleh pengguna, yang cocok untuk suatu barang atau jasa yang kebutuhannya dapat diprediksi atau jumlah pengeluarannya dapat diprediksi, seperti biaya transportasi untuk kebutuhan bulanan, penduduk dapat memprediksinya karena tarifnya yang tetap dan dibayar per paket.

Konsep terjangkau dengan menetapkan tarif di puskesmas dan di rumah sakit dengan sistem *fee for service* (tarif jasa per pelayanan) sama sekali tidak valid sebab kebutuhan pelayanan kesehatan tidak dapat ditetapkan dan tidak pasti (*uncertain*).

3. Sistem pembayaran pelayanan kesehatan yang ditetapkan pemerintah dengan sistem *fee for service* semakin mempersulit akses penduduk miskin mendapatkan layanan kesehatan, karena mereka harus menyediakan

banyak dana untuk memenuhi kebutuhan per pelayanan. Perlu diingat, sekalipun kebijakan pelayanan kesehatan gratis sudah diterapkan, namun kesenjangan akses bagi orang miskin tetap terjadi, karena pembayaran masyarakat tidak dilakukan menurut paket pelayanan, akan tetapi tergantung jenis jasa pelayanan apa yang ditanggungnya.

4. Keharusan pemerintah mendanai pelayanan dasar public, termasuk pelayanan kesehatan mengharuskan pemerintah untuk menyediakan rumah sakit subsidi, yang justru banyak dinikmati oleh kalangan masyarakat mampu, mengingat masyarakat miskin memiliki kesulitan akses. Selain karena jarak pelayanan kesehatan dan pemukiman masyarakat miskin yang relatif jauh, kemampuan bayar per pelayanan masyarakat miskin sangat tidak memungkinkan.

Dengan demikian, muncullah istilah subsidi diskriminatif, yang lebih kecil diterima oleh masyarakat miskin, khususnya pelayanan rumah sakit hanya dilakukan diskriminasi tarif atas pilihan pengguna. Maka disediakan berbagai macam tarif yang berbeda untuk pelayanan yang berbeda pula. Ada tarif perawatan kelas III, kelas II, dan kelas I, bahkan ada VIP dan VVIP.

Akibatnya, pelayanan kesehatan diberikan sesuai dengan kemauan dan kemampuan penduduk membayar. Dalam kondisi perekonomian yang rendah, dimana setiap penduduk berupaya memenuhi berbagai keinginannya, maka setiap ada kesempatan mendapatkan pelayanan kesehatan dengan harga murah akan dikejar. Dalam situasi ini, penduduk yang relatif mampu akan menggunakan pelayanan kesehatan yang "disubsidi". Karena penduduk yang relatif mampu itu tinggal di Kota dan rumah sakit

terletak biasanya ada di Ibu Kota provinsi atau kabupaten/kota, maka “subsidi” yang diberikan, lebih banyak dinikmati oleh penduduk yang lebih mampu. Akibatnya, “subsidi” yang diberikan tidak tepat sasaran.

Selain terma tarif dalam aspek pembiayaan pelayanan kesehatan, konsepsi kesehatan sebagai aktivitas konsumtif mewarnai pengambilan kebijakan yang selama ini tidak sesuai dengan amanah UU Kesehatan yang menghendaki pemerintah daerah mengalokasikan anggaran 5% dari APBN dan atau APBD.

Konsumtif dalam pengertian ekonominya adalah pelayanan kesehatan kurang memberikan nilai pengembalian investasi (*return of investment*) yang dapat diukur dan memadai. Konotasi konsumtif menjadi determinan pendanaan kesehatan, sehingga tidak mendapatkan prioritas yang tinggi. Bahkan sekarang ini, semangat desentralisasi mengarahkan pejabat daerah untuk mulai memperhitungkan pelayanan kesehatan sebagai sumber pendapatan, yang direalisasikan secara politis dalam bentuk PERDA Retribusi Pelayanan Kesehatan. Implikasinya, rumah sakit cenderung menjadikan sakit sebagai investasi, suatu pandangan yang cukup ironis.

Maka muncullah kebijakan rumah sakit pencari laba, yang sejak tahun 1990 sudah diizinkan oleh pemerintah Indonesia, merupakan indikasi perubahan paradigma yang mengancam kesehatan yang adil (*equity*). Secara nyata dapat kita lihat kecenderungan ini pada ditetapkannya kebijakan baru tentang rumah sakit yang diarahkan sebagai Badan Layanan Umum (BLU), sebagaimana

amanah UU perumah-sakitan nomor 44 tahun 2009 (pasal 7 ayat 1, 2, 3, dan 4).

Perubahan kebijakan perumah-sakitan ini akan menempatkan kesalahan fundamental yang lebih parah dalam konsep pembangunan kesehatan. Perubahan ini merupakan suatu perwujudan dari pemahaman kesehatan sebagai barang konsumsi. Oleh karena itu, sah jika perusahaan atau pemerintah yang mengelola unit usaha pelayanan kesehatan terjun ke sektor ini mencari keuntungan.

Untuk menghindari pembiasan persepsi tentang keuntungan yang didapatkan oleh pemerintah akibat pelayanan kesehatan yang sebenarnya beraliran humanistik, maka diletakkanlah konsep *public goods* (barang publik) dan *private goods* (barang swasta) yang mana perbedaannya mendasarnya, terletak pada sumber pendanaan. Jika pelayanan termasuk pelayanan *public goods*, maka sumber pendanaannya berasal dari pemerintah dan jika pelayanan tersebut dikategorikan *private goods*, sumber pendanaannya oleh masyarakat atas kendali dunia usaha.

Dengan memahami puskesmas sebagai barang publik (*public goods*), maka sumber pendanaan puskesmas, sepenuhnya ditanggung oleh pemerintah, sementara rumah sakit dianggap komponen *private goods*, karena sumber pendanaannya ditanggung sendiri oleh masyarakat, kecuali masyarakat miskin didanai oleh pemerintah melalui Jamkesmas.

Jamkesmas merupakan komitmen politik pemerintah pusat untuk membiayai pelayanan kesehatan

bagi seluruh masyarakat miskin yang memenuhi syarat. Prosedur yang harus dilalui oleh penduduk miskin yang relatif dianggap rumit dalam memperoleh jaminan jenis ini. Oleh karena program Jamkesmas mendapatkan perhatian dan tanggapan dari masyarakat secara positif, maka situasi ini mendorong para elit politik di tingkat daerah untuk mengemas konsep Jamkesda (jaminan kesehatan daerah) sebagai bagian komplementer dari berbagai jaminan pelayanan kesehatan yang sudah ada (askes, jamsostek, jamkesmas, asuransi sosial, dan lain-lain).

Jika Jamkesmas hanya menempatkan orang miskin sebagai sasaran, maka Jamkesda menjadikan semua penduduk yang tidak mempunyai asuransi kesehatan sebagai sasaran. Kondisi ini membawa kita pada kesimpulan bahwa tidak ada lagi penduduk yang tidak bertanggung pelayanan kesehatannya, khususnya pada daerah-daerah yang sudah menjadikan kesehatan gratis sebagai garis kebijakan politiknya, seperti yang dialami di Provinsi Sulawesi Selatan.

Skema kebijakan ini kemudian mengalami transformasi mendasar dengan dikeluarkannya kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial-Kesehatan (BPJS Kesehatan). Dalam perjalanan kebijakan ini, cukup banyak fakta yang menggambarkan adanya keterbatasan dan ketidakmampuan badan ini memberikan jaminan seutuhnya terhadap hak masyarakat atas pelayanan kesehatan sebagai hak konstitusional.

Mekanisme pelayanan kesehatan dengan merk “pelayanan kesehatan gratis” sekalipun terkesan nuansa politisnya lebih kental dibandingkan dengan nilai kemanusiaan yang hakiki, namun kebijakan tersebut sesungguhnya meletakkan kewenangan yang utama kepada pimpinan daerah untuk memberikan pelayanan kesehatan sebagai bagian pokok dari pelayanan publik yang pemerintah wajib untuk dihadirkan secara adil, merata, dan berkelanjutan. Oleh karena itu, kajian tentang retribusi pelayanan kesehatan pada milik pemerintah dihadapkan kembali sebagai perbandingan ilmiah dalam mendebat keterbatasan penerapan kebijakan BPJS yang sejak tahun 2015 terus mengalami defisit hingga akhir tahun 2018 terjadi pembengkakan defisit yang luar biasa, yakni kurang lebih 10 trilyun rupiah.

C. Aspek Legalitas Kebijakan Retribusi

Telaah ini mencoba mengkaji beberapa aspek legalitas yang berhubungan dengan pelaksanaan retribusi pelayanan kesehatan di Provinsi Sulsel, diantaranya:

1. UU Kesehatan No. 23 Tahun 2009
2. UU Rumah Sakit No. 44 Tahun 2009
3. UU Pajak Daerah dan Retribusi Daerah No. 28 Tahun 2009
4. PP 38 Tahun 2006 tentang Urusan dan Kewenangan Provinsi di Bidang Kesehatan
5. Sejumlah PP yang terkait dengan Retribusi
6. Sejumlah PP yang terkait dengan Pengelolaan Kesehatan
7. PERDA No. 16 Tahun 2003 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan
8. PERDA No. 2 Tahun 2009 tentang Kerjasama Pelayanan Kesehatan Gratis
9. PERDA yang terkait dengan Bidang Kesehatan.

Sekalipun banyak dokumen kebijakan yang menjadi referensi, namun fokus telaah ini adalah PERDA No. 16 Tahun 2003 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan dalam posisinya yang mempunyai kemungkinan perubahan akibat berubahnya kebijakan-kebijakan lain yang mendasarinya. Peluang kajian ini diharapkan mampu memberi kontribusi terhadap lahirnya kebijakan PERDA baru, agar dapat lebih meningkatkan kinerja pelayanan kesehatan yang pada akhirnya mempengaruhi peningkatan laju pendapatan daerah.

D. Analisis Masalah

PERDA No. 16 Tahun 2003 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan mulai digugat eksistensinya sekarang ini menyusul adanya perubahan-perubahan kebijakan yang lebih tinggi sebagai dasar penetapannya. Selain itu, substansi PERDA ini mengalami pergeseran akibat perubahan spirit zaman. Dominasi pemikiran dan pengambilan kebijakan menurut spirit zaman saat ini dikendalikan oleh pengaruh globalisasi yang memberi ruang terhadap perkembangan prinsip-prinsip demokratisasi. Pengaruhnya sangat jelas terasa ketika kita memperhatikan komitmen politis kalangan legislatif dan pemerintah daerah diwarnai oleh aspirasi dan pandangan kritis dari *civil society*.

Dalam dunia kesehatan, kebijakan-kebijakan kesehatan terpengaruh oleh kapitalisasi medis, mereduksi peran pemerintah dalam mengontrol upaya-upaya pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, keberadaan PERDA Retribusi Pelayanan Kesehatan di Provinsi Sulsel menuai beberapa permasalahan pokok yang perlu mendapatkan perhatian serius dan kajian kritis.

Pada PERDA Retribusi Pelayanan Kesehatan menyebutkan bahwa Wajib Retribusi pada pasal 3, perlu dikritisi kebenarannya sejak munculnya kebijakan pelayanan kesehatan gratis pemerintah provinsi. Yang menjadi wajib retribusi menurut pasal ini adalah orang pribadi atau badan yang mendapatkan pelayanan kesehatan dari balai pelayanan kesehatan, rumah sakit khusus, dan RSUD milik daerah. Sementara dalam kebijakan kesehatan gratis, semua pengguna pelayanan kesehatan dtanggung oleh pemerintah sendiri. Logikanya, pemerintahlah yang membayar sendiri konsekuensi pembiayaan pelayanan kesehatan, dimana hasil pembayarannya tetap dikembalikan kepada pemerintah daerah dalam bentuk retribusi. Hal ini memunculkan istilah "jeruk makan jeruk". Dalam fenomena seperti ini, retribusi hanya melemahkan legitimasi pemerintah di mata masyarakat.

Tentu saja kebijakan tersebut tidaklah efektif dan efisien sebab hanya menambah struktur pengelolaan pemerintahan yang sesungguhnya tidak perlu. Ada kesan pemerintah sibuk sendiri mengurus pelayanan kesehatan, tanpa pernah mendapatkan perhatian publik atas kinerja yang sudah dilakukan oleh pemerintah.

Begitupun yang tertera pada Pasal 5 tentang cara mengukur tingkat pelayanan kesehatan mencerminkan ketidakadilan, karena pembayaran dilakukan menurut sistim *fee for service* (berdasarkan jasa per pelayanan). Akibatnya penduduk miskin tidak mampu memanfaatkan pelayanan kesehatan karena pembayaran bukan per paket, padahal setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan, sebagaimana

amanah UU Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 BAB III Pasal 5 ayat 1.

Sistim pembayaran *fee for service* mengandung makna bahwa semakin banyak jenis pelayanan yang diperoleh akan semakin besar biaya yang dikeluarkan. Ini berarti pula bahwa hanya penduduk yang kaya yang dapat menikmati pelayanan kesehatan, sementara penduduk miskin tentu saja tidak dapat mengakses banyak jenis pelayanan jasa yang dibutuhkan saat mereka sakit. Satu catatan penting yang perlu diingat dalam konteks ini adalah pelayanan kesehatan bersifat tidak pasti (*uncertain*). Ketidakpastian pelayanan kesehatan membuat seseorang tidak dapat memprediksi jumlah pembiayaan yang harus dikeluarkan saat mengalami kontak dengan unit pelayanan kesehatan yang tersedia.

Pandangan kritis tentang PERDA Retribusi ini semakin bernilai penting menyusul ditetapkannya UU rumah sakit No. 44 Tahun 2009. Esensi keberadaan PERDA Retribusi Pelayanan Kesehatan bertujuan sebagai salah satu sumber pendapatan daerah, sesungguhnya mulai bertentangan dengan UU Rumah Sakit No. 44 Tahun 2009 Pasal 51 yang berbunyi "Pendapatan Rumah Sakit Publik yang dikelola pemerintah dan pemerintah daerah *digunakan seluruhnya secara langsung* untuk biaya operasional rumah sakit dan tidak dapat dijadikan pendapatan Negara atau pendapatan daerah. Pada isi klausul PERDA Retribusi Pelayanan Kesehatan BAB XVII tentang Pengelolaan Penerimaan Retribusi, Pasal 25 ayat 2 menyatakan secara implisit bahwa tidak sepenuhnya penerimaan retribusi kembali menjadi biaya operasional rumah sakit, karena sebanyak 10% tetap di Kas Pemerintah Daerah. Bahkan pembagian lainnya dalam

kategori Biaya Umum sebanyak 10% tidak jelas arah pemanfaatannya.

Celah lainnya yang diperlihatkan pada konteks pembagian alokasi ini adalah tidak semua komunitas Rumah Sakit memahami bahwa hasil pungutan retribusi sebagian besar dikembalikan kepada unit pelayanan kesehatan dalam rangka operasionalisasinya dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat secara bermutu. Namun demikian, keberadaan UU perumah-sakitan yang menegaskan substansi pungutan retribusi memerlukan strategi adaptif, agar esensi retribusi sebagai sumber pendapatan daerah tidak bertentangan dengan aturan yang lebih tinggi. Jika hal ini dibiarkan dalam atmosphere sikap masyarakat yang kritis, kemungkinan akan menuai protes yang mengancam stabilitas sosial.

Strategi adaptif PERDA Retribusi Pelayanan Kesehatan semakin mendesak dan prioritas sebagai *way out*. Desakan revisi akan menjadi lebih logis jika menelaah lebih tajam tentang peluang-peluang penguapan dana retribusi yang mengakibatkan kerugian pemerintah daerah; satu sisi subsidi yang harus diberikan kepada pelayanan kesehatan dalam jumlah tertentu, pada sisi lainnya besaran pendapatan dari unit tersebut lebih rendah. Secara ekonomi, unit pelayanan kesehatan berada dalam kondisi defisit.

Titik penguapan dana retribusi dapat terjadi pada mekanisme pemungutan yang dilakukan oleh petugas pemungut yang ditunjuk, sebagaimana bunyi Pasal 13 ayat 12 pada PERDA Retribusi Pelayanan Kesehatan. Petugas pemungut yang ditunjuk oleh rumah sakit, umumnya kurang

profesional, baik dalam hal pencatatan maupun pelaporan yang kurang memenuhi standar akuntansi yang layak.

Selain profesionalitas petugas pemungut retribusi, disinyalir juga terjadi kemungkinan dominasi kepentingan institusi rumah sakit yang dikendalikan oleh pimpinan. Petugas pemungut retribusi yang ditunjuk oleh pimpinan sebuah rumah sakit, secara psikologis akan berupaya untuk loyal terhadap pimpinannya dengan konsekwen mengikuti instruksi-instruksi yang diberikan. Pada titik ini, bisa saja terjadi instruksi pimpinan diluar dari mekanisme aturan, karena alasan kepentingan rumah sakit secara sepihak. Konstruksi faktanya, biaya retribusi tidak seluruhnya disetor ke kas daerah.

Indikasi fakta ini semakin jelas terlihat dari mekanisme penyetoran dana retribusi ke kas daerah yang tidak sesuai dengan batas waktu yang diberikan, sebagaimana yang diatur dalam PERDA pasal 15 ayat 1. Pasal ini menegaskan batas waktu penyetoran paling lambat satu hari kerja, namun kenyataannya, petugas pemungut kadang-kadang menyetor ke kas daerah melebihi batas waktu tersebut. Dengan sistim dan cara manual yang dilakukan oleh petugas pemungut retribusi memungkinkan kekeliruan waktu penyetoran tidak terdeteksi, sebab mudah disiasati dengan menyesuaikan ketentuan perda.

Kemungkinan masalah penguapan dana semakin diperumit lagi dengan adanya kewajiban pemerintah daerah untuk mengalokasikan pemasukan retribusi sebanyak 5% kepada petugas pemungut, sebagaimana bunyi pasal 26 ayat 1. Alokasi 5% ini akan menambah beban pembiayaan pemerintah daerah yang sebenarnya tidak perlu, karena

aparatur pemungut merupakan tenaga organik yang sudah mendapatkan konsekuensi finansial dalam bentuk gaji dari pemerintah atau pemerintah daerah (kecuali jika aparat pemungut statusnya tenaga kontrak). Peningkatan pendapatan daerah dapat dicapai dengan mereduksi alokasi pengeluaran yang tidak perlu ini.

Lemahnya sistem pengawasan retribusi mempersubur dugaan praktek-praktek pengumpulan dana retribusi. Pasal 27 ayat 1 tentang tatacara pengawasan tidak menjelaskan secara detail mekanisme yang harus dijalankan oleh institusi yang mana. Tatacara pengawasannya pun tidak menggambarkan proses yang sistematis dan terukur serta mudah diterapkan. Sinyalemen ini tidak hanya ditemui pada isi PERDA Retribusi Pelayanan Kesehatan, namun pada aturan penjelasan perda juga tidak dimuat, termasuk pada Peraturan Gubernur No. 20 Tahun 2004 tentang Petunjuk Pelaksanaan PERDA No. 16 Tahun 2003.

Mengingat tidak jelasnya mekanisme pengawasan tersebut, memungkinkan terjadinya konflik kewenangan diantara institusi rumah sakit, Dispenda, Dinas Kesehatan, dan Keuangan Daerah. Tidak menutup kemungkinan terjadi penyimpangan moralitas dalam pelaksanaan pengawasan dalam bentuk kesepakatan-kesepakatan tidak etis dan tidak layak diantara person yang terlibat dalam tugas pengawasan ini.

Semua klausul yang tertera pada PERDA Retribusi Pelayanan Kesehatan Provinsi Sulsel, akhirnya mengalami ancaman serius menyusul ditetapkannya UU rumah sakit (pasal 7 ayat 3) yang mana rumah sakit diorientasikan menjadi BLU (Badan Layanan Umum). Dalam status sebagai

Badan Layanan Umum, operasionalisasi rumah sakit diserahkan dalam mekanisme pasar, yang berarti peran dan kendali pemerintah daerah relatif tereduksi.

Tentu saja struktur dan fungsi serta kewenangan pemerintah daerah terhadap arena perumahan-sakitan mengalami perubahan drastis, ketika berhadapan dengan mekanisme pasar. Pasar menghendaki bertemunya kesepakatan antara pengguna dan penyedia layanan kesehatan, khususnya dalam hal penetapan tarif. Rumah sakit kemudian memiliki otoritas untuk menetapkan tarif berdasarkan analisis kelayakan kemampuan bayar (*ability to pay*) yang justru, hasil analisisnya sering mengalami bias intelektual, karena sekedar menjelaskan argumen dalam bentuk justifikasi-justifikasi rasional tanpa sajian fakta empiris. Logika pasar adalah hanya mereka yang mempunyai modal yang dapat bertahan hidup. Logika ini sangat berbahaya bagi orang miskin.

Sejumlah permasalahan di atas mendorong sikap tegas pemerintah daerah untuk melakukan segera langkah antisipasi yang tidak hanya cerdas dalam menyusun instrumen kebijakan, jauh dari itu diharapkan cerdas juga dalam proses implementasinya.

E. Deskripsi Fakta di RSUD Milik Pemerintah Provinsi Sulsel

Ancaman terhadap PERDA Retribusi Pelayanan Kesehatan kaitannya dengan pemberlakuan UU perumahan-sakitan perlu mendapatkan antisipasi yang mendasar. Rumusan rancangan antisipasi setidaknya mempertimbangkan fakta-fakta aktual yang ada pada tingkat institusi rumah sakit. Berikut ini adalah elaborasi fakta-fakta

yang ditemukan melalui proses wawancara dengan pihak rumah sakit, sebagai berikut:

1. Dalam BLU, pembiayaan sepenuhnya dikelola oleh RS, maka tarifpun RS yang tentukan, sementara keinginan dan harapan komunitas RS, masih membutuhkan pembiayaan yang bersumber dari pemerintah daerah, dengan alasan pemerintah sebaiknya mengatur tarif RS agar tidak mengarah pada bisnis rumah sakit (56,8% dari 5 unit sampel RS pemprov sulsel). Dengan demikian umumnya mereka mengatakan BLU perlu dikaji secara mendalam dan penerapannya diharapkan dilakukan secara bertahap (55,2%).
2. Satu hal yang perlu mendapatkan perhatian serius adalah opini RS yang menganggap pengelolaan keuangan RS dalam bentuk retribusi daerah terlalu mentaktis RS (38,4%), sekalipun hanya menempati indeks persepsi yang kedua, setelah anggapan tentang RS sebagai sumber penerimaan PAD (40%). Ada kesan yang berkembang dikalangan komunitas rumah sakit tentang proses retribusi pelayanan kesehatan merupakan praktek eksploitasi rumah sakit dan penyakit. Hal ini akan mempengaruhi rendahnya motivasi petugas kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat.
3. Namun hal yang menggembirakan adalah pandangan tentang tingkat kepentingan retribusi pelayanan kesehatan yang ditanggapi secara positif, yakni *perlunya retribusi ini terus digalakkan*, karena dapat membiayai pelayanan kesehatan masyarakat (72,8%). Yang terpenting dalam keberlanjutan kebijakan retribusi pelayanan kesehatan

adalah proses penyusunan hingga penetapan peraturan tentang retribusi pelayanan kesehatan itu diketahui oleh masyarakat dengan benar, karena dianggapnya aturan-aturan retribusi pelayanan kesehatan yang ada sekarang ini, kurang dipahami masyarakat dengan benar (55,93%).

4. Mengenai kebijakan kesehatan gratis, terjadi diversifikasi pendapat, umumnya menganggap kebijakan kesehatan gratis Gubernur Provinsi Sulsel, tidak terlalu berpengaruh terhadap pelayanan kesehatan (68%). Sementara yang justru dianggap mengganggu adalah kebijakan tentang posisi rumah sakit sebagai Badan Layanan Umum (16,8%), dan karenanya dianggap sisitem BLU bertentangan dengan kebijakan kesehatan gratis dan Perda Retribusi Pelayanan Kesehatan (15,2%).
5. Yang menarik dicermati adalah fakta tentang pendapatan institusi rumah sakit mengenai solusi agar peningkatan PAD dari pelayanan rumah sakit dapat diwujudkan. Menurut responden, bukan pada isi klausul PERDA atau PERGUB yang menjadi akar permasalahan, namun sistim dan mekanisme pungutannya yang perlu diperbaiki. Sebanyak 54,24% responden mengusulkan agar sisitem dan mekanisme pungutan retribusi pelayanan kesehatan dilakukan dengan menggunakan sistim komputerisasi.
6. Umumnya responden juga mengusulkan secara jelas agar PERDA Retribusi Pelayanan Kesehatan Pemerintah Provinsi Sulsel sudah harus ditinjau dengan alasan jenis dan besaran tarif sudah tidak sesuai lagi (40,82%). Yang cukup mengagetkan adanya pandangan tentang alasan peninjauan PERDA Retribusi ini karena menurut responden, ada sejumlah pungutan yang selama ini

dilaksanakan belum terakomodir dalam PERDA (38,78%). Artinya, sejumlah pungutan tersebut bisa dikategorikan sebagai pungutan liar (pungli). Alasan lainnya agar dilakukan peninjauan isi PERDA ini adalah peraturan perundang-undangan yang menjadi dasarnya sudah berubah (20,4%).

F. Model Pendekatan yang mungkin

Pendekatan yang mungkin diterapkan berdasarkan analisis masalah dan temuan fakta-fakta lapangan mengenai eksistensi PERDA Retribusi Pelayanan Kesehatan adalah *revisi isi PERDA* dengan mengadaptasikan gejala-gejala perubahan yang menyertainya. Gejala perubahan yang perlu mendapatkan rujukan revisi adalah perubahan peraturan perundang-undangan yang menjadi dasar penetapan dan faktor supra-struktur masyarakat, yakni sosial, ekonomi, budaya, dan politik.

Prinsip perubahan PERDA adalah bahwa retribusi pelayanan kesehatan rumah sakit secara konsisten **tetap dilanjutkan** dengan menyesuaikan beberapa isi klausul sesuai kondisi kekinian.

Ruang-ruang adaptif yang perlu mendapatkan perubahan mendasar agar pendapatan daerah dari retribusi pelayanan kesehatan dapat ditingkatkan adalah sebagai berikut:

1. Meningkatkan tarif pada pelayanan yang tidak ditanggung oleh pemerintah daerah melalui kebijakan kesehatan gratisnya, agar tidak terkesan "jeruk makan jeruk". Peluang ini dapat dilakukan karena UU kesehatan masih memberlakukan pembayaran menurut sistim *fee for service*.

2. Supaya pengeluaran daerah terhadap pembiayaan rumah sakit dapat ditekan, maka untuk item-item layanan yang dibiayai secara gratis dapat diberlakukan dengan sistim per paket, sekalipun UU Kesehatan memberlakukan *fee for service*, namun inisiatif dan kreativitas daerah dalam era otonomisasi justru diharapkan muncul. Apalagi UU Kesehatan tersebut masih menimbulkan multitafsir. Dengan menekan biaya pengeluaran, berarti pendapatan daerah dari retribusi dapat menjadi saldo untuk perencanaan re-distribusi pada aspek pembangunan lainnya.
3. Mengingat celah penguapan dana penerimaan retribusi terletak pada titik petugas pemungut yang ditunjuk, maka revisi PERDA ini sedapat mungkin memikirkan penempatan petugas pemungut retribusi di unit-unit pelayanan rumah sakit milik pemerintah daerah adalah petugas organik dari Dispenda yang diperbantukan di rumah sakit sebagai tupoksinya. Jika metode penempatan petugas seperti ini diterapkan, maka tidak perlu lagi ada biaya insentif yang diberikan. Catatan penting konteks ini adalah petugas pemungut retribusi adalah mereka yang memiliki kemampuan pencatatan dan pelaporan menurut standar akuntansi.
4. Untuk mencegah terjadinya penguapan dana akibat penyimpangan mentalitas petugas, maka setiap transaksi harus valid dan sewaktu-waktu dapat dikontrol dengan mudah. Oleh karena itu perlu sistim komputerisasi yang bersifat *online system*.
5. Revisi PERDA Retribusi ini diharapkan juga sudah mengantisipasi pemberlakuan UU perumahasakitan yang

diorientasikan sebagai BLU. Antisipasi tersebut dapat dilakukan dengan menyusun klausul yang esensinya pelaksanaan BLU diterapkan secara bertahap sambil menunggu kesiapan struktur kelembagaan rumah sakit.

G. Prediksi Perubahan yang Akan Terjadi

Revisi PERDA Retribusi Pelayanan Kesehatan akan membawa konsekuensi perubahan-perubahan yang positif. Prediksi perubahan yang akan terjadi menyusul adanya revisi perda ini adalah sebagai berikut:

1. Rumah sakit umumnya berada di Ibu Kota provinsi dan kabupaten/kota yang banyak diakses oleh orang yang memiliki tingkat kemampuan bayar yang tinggi (golongan kaya) atau berkecukupan. Karena golongan orang kaya yang banyak menggunakan jasa pelayanan kesehatan, maka semakin tinggi aksesnya, semakin tinggi pula penerimaan retribusi yang masuk ke kas daerah.
2. Semangat revisi PERDA yang mengutamakan kepentingan masyarakat miskin dalam memanfaatkan pelayanan rumah sakit yang tersedia, akan menambah tingkat kredibilitas dan kepercayaan masyarakat terhadap pemerintah daerah. Secara tidak langsung, kepercayaan publik ini, mendorong meningkatnya partisipasi masyarakat dalam proses pembangunan.
3. Penataan petugas pemungut retribusi dengan sistim komputerisasi yang direncanakan akan menutup celah penguapan penerimaan dana retribusi ke kas daerah. Tentu saja, menekan penguapan dana berarti meningkatkan saldo penerimaan daerah dari unit-unit pelayanan kesehatan rumah sakit. Dengan demikian,

target penerimaan kas daerah dari unit ini akan mencapai status *over target* minimal *break-event point*.

4. Perubahan jangka panjangnya sangatlah strategis, yakni kinerja rumah sakit akan semakin meningkat, akibat meningkatnya subsidi pemerintah yang diambil dari pendapatan daerah yang memang sudah meningkat pula. Situasi ini secara berangsur-angsur akan menciptakan perwajahan kesehatan masyarakat yang semakin baik, mengingat masyarakat termotivasi untuk memanfaatkan rumah sakit sebagai konsekuensi logis dari pelayanan yang sudah bermutu.
5. Perubahan status kesehatan masyarakat yang lebih baik mempengaruhi seluruh dimensi kehidupan masyarakat; ekonomi, sosial, budaya, pertahanan dan keamanan, dan politik. Secara sosio-politik, tatanan kehidupan bermasyarakat semakin stabil dalam pola interelasi dan interaksi yang harmonis.

H. Kesimpulan dan Saran

Kesimpulan yang dapat ditarik dari telaah ini adalah:

1. PERDA Retribusi Pelayanan Kesehatan yang ada sekarang ini memerlukan revisi atau perubahan dengan menyesuaikan variabel perubahan-perubahan yang menyertainya.
2. Substansi perubahan PERDA Retribusi Pelayanan Kesehatan menitikberatkan pada peningkatan pendapatan daerah terhadap unit-unit pelayanan kesehatan rumah sakit milik pemerintah daerah Provinsi Sulawesi Selatan.

Saran-saran yang mungkin perlu dilakukan adalah:

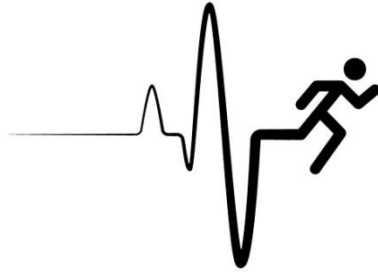
1. Agar perubahan PERDA Retribusi Pelayanan Kesehatan tidak salah kaprah, maka perlu dilakukan penyusunan ranperda dengan mengikuti proses penyusunan yang ideal; kajian akademik, penyusunan ranperda, konsultasi publik yang dilakukan berulang-ulang, dan bila perlu dilakukan studi lapangan terhadap wilayah-wilayah yang sudah menerapkan PERDA Retribusi Pelayanan Kesehatan secara efektif dan efisien.
2. Sekalipun muatan PERDA Retribusi Pelayanan Kesehatan dalam makna ekonomis, namun nilai sosial PERDA ini perlu didiseminasi secara tuntas di kalangan publik. Dengan demikian, pembiasan persepsi masyarakat terhadap PERDA ini dapat diminimalkan.

I. Penutup

Demikian telaah ini dilakukan guna memenuhi kepentingan akademik terhadap gugatan kritis PERDA Retribusi Pelayanan Kesehatan di Provinsi Sulawesi Selatan. Telaahan ini mempunyai keterbatasan, baik dalam hal gagasan/ide, maupun dalam penyajian fakta-fakta yang mungkin tidak utuh. Namun setidaknya telaah ini merangsang pemikiran awal kita untuk mencoba melakukan sesuatu perubahan yang lebih inovatif dan kreatif, agar kita tidak termasuk golongan orang-orang yang berbahaya; "*ada dua golongan orang yang paling berbahaya di dunia ini, yaitu orang yang selalu berubah-ubah dan orang yang tidak pernah mau berubah*".

Semoga ide perubahan yang dicanangkan benar-benar dapat diwujudkan sebagaimana mestinya. Pihak-pihak yang telah memberikan sumbangsih terhadap tulisan ini

dihaturkan banyak terima kasih. Yakinlah sumbangsinya akan mendapatkan balasan yang setimpal dari Allah SWT. Amin.



BAB 2

FENOMENA KEMATIAN IBU

A. Pendahuluan

Derajat kesehatan masyarakat yang optimal ditandai oleh semakin banyaknya penduduk yang hidup dengan perilaku sehat di dalam lingkungan sehat serta memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu, secara adil dan merata. Sasaran pembangunan kesehatan sebagai upaya mewujudkan indonesia sehat dilakukan antara lain; kerja sama lintas sektor, kemandirian masyarakat dan kemitraan swasta, perilaku hidup sehat, lingkungan sehat, upaya kesehatan, manajemen pembangunan kesehatan dan tersedianya sarana prasarana yang memiliki mutu yang baik serta didukung oleh

kemampuan dan profesionalisme tenaga kesehatan menjadi sesuatu hal yang sangat penting untuk mewujudkan masyarakat yang memiliki derajat kesehatan yang optimal serta produktifitas yang tinggi.

Derajat kesehatan masyarakat yang relatif rendah dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor salah satunya adalah kebijakan program kesehatan yang kurang berorientasi pada kebutuhan masyarakat. di samping itu sikap dan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh petugas pelayanan kesehatan di Puskesmas memperlihatkan kinerja yang kurang profesional, kurang bersahabat dan kurang komunikatif sehingga masyarakat memunculkan apriori dan dengan sendirinya berkembang sikap penolakan masyarakat terhadap fasilitas pelayanan kesehatan yang tersedia. Fakta yang mendukung hal tersebut adalah angka kunjungan masyarakat terhadap fasilitas kesehatan baik Rumah Sakit maupun Puskesmas cukup rendah, pola pencarian pengobatan masyarakat masih cenderung memanfaatkan pelayanan-pelayanan tradisional seperti dukun dan persepai sehat sakit masyarakat masih kelihatan menyimpang terutama dalam mendefinisikan sakit dalam konteks medis belaka.

Beberapa masalah di atas cukup memberikan kontribusi yang berarti sehingga perlu untuk dicarikan penyelesaiannya yang tentunya berdasarkan keinginan dan kebutuhan masyarakat. Dasar penyelesaian seperti adalah suatu pendekatan yang rasional dan pragmatis, mengingat masyarakat menjadi pelaku utama tentunya lebih memahami dan mengetahui apa yang dirasakan selama ini. pendekatan tersebut relevan dengan tujuan dan arah pergerakan desentralisasi yang penekanan pokoknya adalah

pemanfaatan potensi-potensi lokal masyarakat, terutama potensi yang bernuansa penyelesaian masalah kesehatan masyarakat. Salah satu masalah kesehatan masyarakat yang memberi pengaruh bermakna terhadap kesehatan adalah kesehatan ibu dan anak. Pemerintah telah berusaha memberi perhatian terhadap kesehatan ibu dan anak melalui beberapa program menekan angka kematian bayi (AKB), angka kematian balita (AKABA), dan angka kematian ibu (AKI).

Setiap tahun, di seluruh dunia, diperkirakan terjadi 358.000 kematian ibu dan sekitar 99% kematian tersebut terjadi di negara berkembang yang miskin dan sekitar 67% merupakan sumbangan sebelas negara termasuk Indonesia.

Salah satu data yang dipaparkan adalah data dari ASEAN Millenium Development Goals (MDGs) tahun 2017. Data tersebut menunjukkan bahwa pada tahun 2015 kematian ibu di Indonesia masih mencapai 305 per 100 ribu. Angka ini tiga kali lipat lebih tinggi daripada target MDGs Indonesia, yaitu 102 per 100 ribu.

Angka ini menempatkan Indonesia sebagai negara dengan angka kematian tertinggi kedua di Asia Tenggara. Urutan pertama ditempat oleh Negara Laos dengan angka kematian 357 per 100 ribu.

Di Indonesia Jumlah kasus kematian Bayi turun dari 33.278 di tahun 2015 menjadi 32.007 pada tahun 2016, dan di tahun 2017 di semester I sebanyak 10.294 kasus. Demikian pula dengan angka kematian Ibu turun dari 4.999 tahun 2015 menjadi 4912 di tahun 2016 dan di tahun 2017 (semester I) sebanyak 1712 kasus. (Kemenkes R1.2017).

Kasus angka kematian ibu tertinggi di Sulsel terjadi pada Kabupaten Gowa dengan jumlah kematian 23 orang dan

terendah pada Kabupaten Bantaeng yaitu 0 (nol) kematian. Berikut ini tabel lengkap sepuluh wilayah kabupaten dengan jumlah kematian ibu tertinggi:

Tabel. 1
Jumlah Kematian Ibu di Sulawesi Selatan

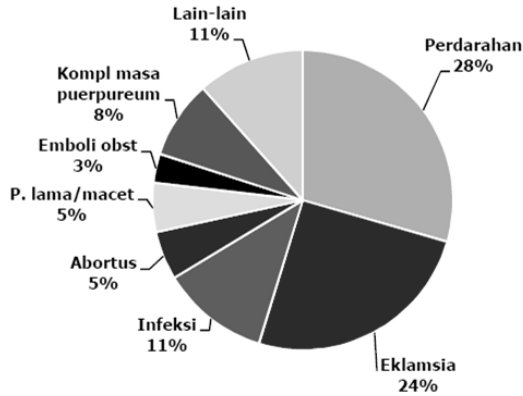
No	Kabupaten	Kematian Ibu
1	Gowa	23
2	Bone	22
3	Wajo	22
4	Jeneponto	18
5	Pinrang	18
6	Luwu	17
7	Pangkep	14
8	Bulukumba	11
9	Sinjai	8
10	Palopo	8

Sumber: Data Sekunder, Profil Dinkes Prov Sulsel 2016.

Penyebab kematian ibu berdasarkan tabel diatas sangat bervariasi. Salah satu faktor tingginya Angka Kematian Ibu (AKI) adalah disebabkan karena relatif masih rendahnya cakupan pertolongan oleh tenaga kesehatan khususnya yang berada didaerah kepulauan dan daerah yang sangat terpencil dan sulit untuk mengakses layanan kesehatan, konsekuensi lebih lanjut bisa berimbas pada resiko angka kematian ibu akan mengalami peningkatan. Kondisi geografis, persebaran penduduk dan sosial budaya merupakan beberapa faktor penyebab rendahnya aksesibilitas terhadap tenaga pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan dan persoalan yang pelik lainnya adalah disparitas antar daerah berbeda satu sama lain.

Diagram 1.

Distribusi Persentase Penyebab Kematian Ibu Melahirkan, 2017



Sumber: Departemen Kesehatan,

Setiap ibu hamil menghadapi risiko terjadinya kematian, sehingga salah satu upaya menurunkan tingkat kematian ibu adalah meningkatkan status kesehatan ibu hamil sampai bersalin melalui pelayanan ibu hamil hingga masa nifas. Pemeriksaan kehamilan sangat penting dilakukan oleh semua ibu hamil untuk mengetahui pertumbuhan janin dan kesehatan ibu khususnya bagi ibu yang memiliki penyakit-penyakit tertentu yang dapat membahayakan janin dan kesehatan ibu seperti hipertensi, asma, dan penyakit infeksi.

Proses persalinan dihadapkan pada kondisi kritis terhadap masalah kegawatdaruratan persalinan, sehingga sangat diharapkan persalinan dilakukan di fasilitas kesehatan. Hasil Riskesdas 2013, persalinan di fasilitas kesehatan adalah 70,4 persen dan masih terdapat 29,6 persen di rumah/lainnya. Data ini menunjukkan masih banyaknya masyarakat yang percaya dengan persalinan tradisional yang disebabkan karena akses pelayanan kesehatan yang jauh dan sulit tempuh. Selain itu, faktor kepercayaan masyarakat terhadap dukun beranak menjadi salah satu determinan sebab masyarakat sudah percaya dan terbiasa menggunakan

jasa dukun beranak untuk proses kelahiran anak/keluarga mereka.

Rendahnya kesadaran dan pengetahuan masyarakat tentang kesehatan ibu hamil menjadi faktor penentu angka kematian, meskipun masih banyak faktor yang harus diperhatikan untuk menangani masalah ini. Persoalan kematian yang terjadi lantaran indikasi yang lazim muncul. Yakni pendarahan, keracunan kehamilan yang disertai kejangkejang, aborsi, dan infeksi. Namun, ternyata masih ada faktor lain yang juga cukup penting. Misalnya, pemberdayaan perempuan yang tak begitu baik, latar belakang pendidikan, sosial ekonomi keluarga, lingkungan masyarakat dan politik, kebijakan juga berpengaruh. Seperti halnya Penelitian Sinaga (2007) menyimpulkan bahwa faktor yang mempengaruhi tingginya AKI adalah tingkat pendapatan yang rendah (kemiskinan), tingkat pendidikan yang rendah, tingkat fasilitas yang masih tinggi dan kondisi tempat tinggal yang masih terpencil.

Hasil Audit Maternal Perinatal (AMP) menunjukkan bahwa kematian maternal lebih banyak terjadi pada ibu dengan karakteristik pendidikan di bawah Sekolah Menengah Pertama (SMP), kemampuan membayar biaya pelayanan persalinan rendah, terlambat memeriksakan kehamilannya, serta melakukan persalinan di rumah.

Kaum lelaki dalam keluarga dituntut harus berupaya ikut aktif dalam segala permasalahan bidang reproduksi secara lebih bertanggung jawab. Selain masalah medis, tingginya kematian ibu juga karena masalah ketidaksetaraan gender, nilai budaya, perekonomian serta rendahnya perhatian laki-laki terhadap ibu hamil dan melahirkan. Oleh

karena itu, pandangan yang menganggap kehamilan adalah peristiwa alamiah perlu diubah secara sosiokultural agar perempuan mendapatkan peran dan kesempatan serta perhatian dari masyarakat. Sangat diperlukan upaya peningkatan pelayanan perawatan ibu baik oleh pemerintah, swasta, maupun masyarakat terutama oleh suami.

Partisipasi suami terhadap kesehatan ibu secara perlahan menciptakan perubahan pola interaksi dalam keluarga; dari relasi kuasa menjadi relasi kesetaraan. Efeknya, istri akan lebih terbuka dalam mengkomunikasikan kebutuhan akan pelayanan kesehatan kepada suaminya, khususnya keluhan-keluhan yang dialami. Dengan demikian, setiap gejala atau keluhan akan mendapatkan penanganan segera sehingga ibu tidak memiliki faktor resiko dalam menjalani kehamilan, persalinan, dan pasca-persalinan yang dalam banyak kasus kematian ditengarai adanya keterlambatan mendapatkan pelayanan kesehatan.

Penyebab kematian ibu karena keterlambatan respon dikenal dengan konsep 3 terlambat yaitu terlambat mengenali gejala; terlambat sampai di fasilitas pelayanan kesehatan; dan terlambat ditangani oleh petugas kesehatan. Semua jenis keterlambatan tersebut memiliki signifikansi peran dari keluarga yang pengambilan keputusannya biasanya ditentukan oleh suami.

Pada sisi *supply*, ketersediaan dan kualitas sarana pelayanan kesehatan serta keadaan tenaga kesehatan (jumlah dan kualitas), seringkali dipetakan sebagai penyebab determinan kematian ibu akibat kehamilan, persalinan, dan nifas.

Di Sulawesi Selatan, data ketersediaan petugas kesehatan dan fasilitas kesehatan sudah cukup memadai, memiliki cukup banyak fasilitas pelayanan Bidan Praktek Swasta (BPS) dan dokter praktek swasta Spesialis Obstetri dan Ginekologi (SpOG). Disamping itu, fasilitas kesehatan yang ada seperti Puskesmas Pembantu (Pustu), Puskesmas Induk dan Rumah Sakit juga memiliki letak yang sangat strategis, meskipun beberapa diantaranya, lokasinya sulit dijangkau masyarakat.

Dengan demikian permasalahan dapat dipetakan secara konsepsional bahwa kematian ibu yang terjadi juga kemungkinan disebabkan oleh faktor sosial yang terdiri dari keterlambatan mencari pertolongan, keterlambatan mencapai fasilitas kesehatan dan keterlambatan menerima perawatan di fasilitas kesehatan. Disamping itu, kematian ibu bisa juga disebabkan aksesibilitas yaitu, kualitas pelayanan, ketersediaan, keterjangkauan, kesesuaian dan penerimaan di fasilitas pelayanan rujukan serta adanya penyakit yang diderita. Oleh sebab itu, perlu juga untuk meneliti faktor sosial (ekonomi, transportasi, dan ketersediaan darah) dan aksesibilitas (kualitas, ketersediaan, keterjangkauan, kesesuaian dan penerimaan) terhadap kematian ibu di Sulawesi Selatan.

B. Tujuan Penelaahan

Tujuan penelaahan ini secara umum adalah untuk menganalisis determinan kematian ibu yang ditinjau dari aspek sosial, kualitas pelayanan kesehatan, dan penyakit-penyakit yang diderita.

Secara khusus, telaahan ini bertujuan untuk mendapatkan pemahaman asosiatif atas variabel-variabel yang menjadi determinan kematian ibu, diantaranya:

- a. Dukungan Keluarga
- b. Pengetahuan Keluarga
- c. Akses Pelayanan Kesehatan
- d. Kualitas Pelayanan Kesehatan
- e. Penyakit yang Diderita

Perumusan tujuan dikembangkan dari analisa tajam terhadap masalah kematian ibu berbasis fakta dan data. Informasi permasalahan selanjutnya dibahas dengan menggunakan sejumlah perspektif teoritis yang menuntun lahirnya asumsi-asumsi.

Asumsi-asumsi inilah kemudian yang akan diuji kebenarannya dan menjadi tujuan atas telaahan ini.

C. Metode Penelahaan

Metode telaahan menggunakan dua pendekatan yaitu:

1. Penelusuran fakta-fakta lapangan dengan menggunakan teknik riset kuantitatif dan kualitatif
2. Pembahasan hasil-hasil penelusuran fakta lapangan dengan menggunakan sejumlah perspektif konseptual dan teoritis.

Metode penelusuran fakta lapangan dilakukan dengan proses wawancara oleh interviewer di 5 (lima) lokus kajian yakni Kabupaten Gowa, Kabupaten Bone, Kabupaten Wajo, Kabupaten Jeneponto, dan Kabupaten Pinrang. Pertimbangan pemilihan lokasi ini karena merupakan daerah dengan kasus tertinggi kematian ibu di Sulawesi Selatan.

Instrumen wawancara menggunakan kuesioner yang sudah dirancang sesuai dengan tujuan telaahan.

Untuk menjaga representasi, validitas dan obyektivitas data yang dikumpulkan, maka obyek penelusuran dipilih berdasarkan metode *sampling*.

Sampel dalam telaahan ini adalah sebagian ibu hamil, menurut Sutrisno Hadi (2000:117) bahwa sampel dengan pertimbangan dana, waktu dan ketelitian dalam menganalisis datanya, maka penelusuran fakta lapangan ini menggunakan sampel sebagaimana yang dijelaskan oleh Arikunto (2000). Dimana jika populasi tidak diketahui, maka pengambilan sampel dilakukan dengan menggunakan rumus sebagai berikut:

$$n = \frac{4 \cdot p \cdot q}{d^2} \text{ (Lemeshow 1997)}$$

Keterangan:

n = sampel

d^2 = limit dari error (0,05)

p = proporsi ibu yang meninggal = 0,1

q = proporsi ibu yang tidak meninggal 0,9

n = 144

Dari perhitungan diatas maka sampel dalam telaahan ini adalah sebanyak 144 responden, jadi sampel minimum adalah 144 responden. Untuk menghindari adanya responden yang tidak bersedia diwawancarai, maka jumlah sampel ditambahkan menjadi sebanyak 150 orang.

Sampel kemudian dibagi secara disproporsional yaitu 150:5 (kabupaten) sehingga didapatkan jumlah sampel masing-masing kabupaten adalah sebanyak 30 orang.

Teknik pengambilan sampel adalah dengan metode *accidental sampling*, dimana untuk memperoleh data, tim menemui subjek yaitu orang-orang yang secara kebetulan dijumpai pada saat berkunjung di fasilitas pelayanan kesehatan. Cara ini dilakukan tim telaah hingga mencapai jumlah yang sesuai dengan *sample size* yang sudah ditetapkan.

Data yang sudah dikumpulkan di lapangan selanjutnya dianalisis secara kuantitatif melalui uji korelasional antar variabel dalam menemukan hubungan asosiatifnya. Hasil-hasil analisis kemudian disajikan dalam bentuk naratif, tabel, grafik dan peta yang disertai dengan narasi. Analisis data menggunakan *software* Microsoft Excel, SPSS.

D. Sumber Daya Yang Digunakan

Aktivitas telaahan ini menggunakan sumber daya antara lain:

1. Dokumen; sumber daya ini banyak digunakan sebagai landasan teoritis dan akademis dalam membangun kerangka pikir kajian sekaligus sebagai pembuka wawasan dalam menganalisis lebih mendalam fenomena, peristiwa, dan fakta yang ditemukan.
2. Tim peneliti; orang yang terlibat langsung dalam mendesain, melaksanakan, dan melaporkan hasil penelitian. Tim terdiri dari beberapa orang yang sudah berpengalaman dalam melakukan kajian dengan metodologi ilmiah. Pemahaman utuh terhadap desain kajian dan kerjasama antar anggota tim merupakan modalitas utama sumber daya penelitian ini.

3. Pengolah data; merupakan sumber daya dalam bentuk software komputer untuk memudahkan pengolahan data temuan menjadi informasi.
4. Narasumber (tenaga ahli); sumber daya manusia yang memiliki kepakaran dalam bidang kesehatan ibu dan anak digunakan untuk mempertajam dan memperluas perspektif kajian sehingga hasil kajian dapat ditampilkan secara komprehensif.

E. Hasil Penelahaan

Hasil penelahaan ini dilakukan di 5 (lima) wilayah kabupaten/kota yang ada di Sulawesi Selatan yaitu Kabupaten Gowa, Kabupaten Bone, Kabupaten Wajo, Kabupaten Jeneponto, dan, Kabupaten Pinrang dengan pertimbangan bahwa kelima daerah tersebut memiliki kejadian maternal tertinggi.

Hasil survey ini disajikan dalam bentuk tabel frekuensi dan diagram serta tabel silang dengan menguji hubungan sebab akibat variabel pengetahuan keluarga, akses, dukungan keluarga, kualitas layanan kesehatan, serta penyakit yang diderita pada saat kehamilan/persalinan/pasca bersalin sebagai variabel independen dengan variable kematian ibu sebagai variabel dependen. Setiap penyajian tabel dilengkapi dengan narasi penjelasan guna menghindari multi-interpretasi.

Hasil-hasil temuan dapat digambarkan sebagaimana penyajian tabel di bawah ini:

1. Karakteristik ibu

Karakteristik ibu yang menjadi responden didiskripsikan hanya pada aspek yang memiliki keterkaitan erat dengan kejadian kematian ibu sesuai inti kajian.

Karakteristik yang dimaksud adalah umur, pendidikan, pekerjaan, ditambah dengan pendidikan suami sebagai karakteristik yang menentukan pola pengambilan keputusan keluarga.

Untuk memudahkan pembacaan terhadap karakteristik ibu, maka diskripsinya digambarkan pada tabel-tabel di bawah ini:

a. Umur Ibu

Tabel 2
Distribusi Ibu Berdasarkan Kelompok Umur
di Provinsi Sulawesi Selatan

Kelompok Umur Ibu	Jumlah	Persentase
≤20 Tahun	20	13,3
21-35 Tahun	82	54,7
>35 Tahun	48	32
Jumlah	150	100

Sumber: Data primer 2017

Data di atas menunjukkan bahwa kelompok umur ibu tertinggi pada kelompok umur 21-35 tahun yaitu 54,7%, kemudian > 35 tahun sebesar 32%, serta terendah pada kelompok umur ≤20 tahun yaitu 13%.

Sebaran data ini mengindikasikan tingkat normalitas data yang tepat karena memang usia terbanyak ibu melahirkan dalam populasi penduduk berada dalam kisaran umur 21-35 tahun.

b. Pendidikan Ibu

Tabel 3
Distribusi Ibu Berdasarkan Pendidikan
di Provinsi Sulawesi Selatan

Pendidikan Ibu	Jumlah	Persentase
Tidak Sekolah	10	6,7
Tamat SD	12	8,0
Tamat SMP	20	13,3
Tamat SMA	88	58,7
Tamat Diploma/PT	20	13,3
Jumlah	150	100

Berdasarkan pendidikan ibu pada kajian ini menggambarkan tingkat pendidikan ibu paling banyak jenjang tamat SMA yaitu 58,7% dan terendah pada jenjang tidak sekolah yaitu 6,7%.

Data ini menggambarkan pula bahwa sebagian besar ibu-ibu mengalami fenomena leher botol (*bottle-neck*) penjenjangan pendidikan pada level SMA sederajat. Tingkat pendidikan menengah yang dimiliki ibu diduga menjadi faktor penyulit bagi ibu dalam memahami resiko kesehatan yang dihadapi serta faktor penghambat dalam membangun kesadaran untuk pemeliharaan kesehatan diri dan anak selama melahirkan, bersalin, dan menjalani masa nifas.

c. Pekerjaan Ibu

Tabel 4

Distribusi Ibu Berdasarkan Pekerjaan
di Provinsi Sulawesi Selatan

Pekerjaan Ibu	Jumlah	Persentase
IRT	74	49,3
Karyawan Swasta	10	6,7
PNS	14	9,3
Wiraswasta	20	13,3
Petani/Nelayan	32	21,3
Jumlah	150	100

Sumber: Data primer 2017

Berdasarkan pekerjaan ibu ditemukan paling banyak yang bekerja sebagai IRT yaitu 49,3% dan terendah pada kategori karyawan swasta yaitu 6,7%.

Data di atas menginformasikan juga bahwa pekerjaan ibu masih didominasi oleh pekerjaan domestik seperti mengurus rumah tangga, melayani suami, serta perawatan dan pengasuhan anak. Hanya sebagian kecil ibu yang terlibat pada pekerjaan luar rumah.

d. Pendidikan Suami

Tabel 5

Distribusi Ibu Berdasarkan Pendidikan Suami
di Provinsi Sulawesi Selatan

Pendidikan Suami/Responden	Jumlah	Persentase
Tidak Sekolah	7	4,7
Tamat SD	10	6,7
Tamat SMP	15	10
Tamat SMA	101	67,3
Tamat Diploma/PT	17	17
Jumlah	150	100

Sumber: Data primer 2017

Tingkat pendidikan suami ditemukan paling banyak pada jenjang pendidikan tamat SMA yaitu 67,3% dan terendah pada yang tidak sekolah yaitu 4,7%.

Pola penjenjangan pendidikan ini mirip dengan jenjang pendidikan ibu yang dominan pada tingkat SMA. Ini menandakan bahwa keluarga-keluarga yang ada umumnya memiliki pendidikan yang relatif terbatas.

e. Tempat Pemeriksaan/Bersalin

Hasil temuan lapangan di bawah ini menunjukkan bahwa fasilitas pelayanan kesehatan paling banyak yang dijadikan sebagai tempat untuk memeriksakan kehamilan dan bersalin yaitu 84,7% dan masih ada masyarakat yang melakukan pemeriksaan/bersalin dengan memanfaatkan jasa dari dukun sebesar 7,3%.

Tabel 6

Distribusi Ibu Berdasarkan Tempat Pemeriksaan/Bersalin
di Provinsi Sulawesi Selatan

Tempat Pemeriksaan/Bersalin	Jumlah	Persentase
Layanan Kesehatan	127	84,7
Dukun	11	7,3
Sendiri/Keluarga	12	8,0
Jumlah	150	100

Sumber: Data primer 2017

Perilaku pencarian pelayanan kesehatan bumil sudah memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan, meskipun masih ditemukan adanya bumil yang memanfaatkan jasa pelayanan kesehatan dari dukun dan melakukan pengobatan sendiri.

Jika dua jenis perilaku terakhir diakumulasikan, maka diperoleh angka yang cukup besar yaitu sebesar 15.3% ibu yang belum dicakup oleh tenaga kesehatan. Padahal idealnya, semua ibu hamil ditangani oleh tenaga kesehatan untuk memastikan adanya risiko kematian akibat kehamilan, persalinan, dan nifas.

f. Kejadian Maternal

Tabel 7

Distribusi Ibu Berdasarkan Kejadian Maternal
Di Provinsi Sulawesi Selatan

Kejadian Maternal	Jumlah	Persentase
Ada	72	48
Tidak ada	78	52
Jumlah	150	100

Sumber: Data primer 2017

Berdasarkan data yang dikumpulkan menunjukkan bahwa sebanyak 48% kejadian maternal dan sebanyak 52% tidak mengalami kejadian maternal. Hal ini menandakan bahwa jumlah kematian maternal pada kelompok sampel hampir sama dengan yang tidak mengalami kejadian maternal.

Meskipun polarisasi data memperlihatkan kejadian maternal lebih sedikit dibandingkan dengan tidak maternal, namun jumlah kematian 48 dinatara 100 ibu merupakan angka yang sangat tinggi menandakan sehingga mengakibatkan pencapaian program pengendalian maternal masih jauh dari target yang ditetapkan.

Sebaran data-data deskriptif diatas selanjutnya dianalisis secara statistik dengan menggunakan pendekatan korelasional melalui teknik *chi-square analysis* dengan hasil-hasil penyajian sebagai berikut:

g. Pengetahuan

Tabel 8
Distribusi Ibu Berdasarkan Pengetahuan Keluarga
di Provinsi Sulawesi Selatan

Pengetahuan Ibu/Keluarga	Jumlah	Persentase
Kurang	65	43,3
Cukup	85	56,7
Jumlah	150	100

Sumber: Data primer 2017

Temuan lapangan diatas menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan ibu/keluarga tentang kejadian

maternal terdapat 43,3% dalam kategori masih kurang dan 56,7% yang sudah dikategorikan cukup baik.

Pengetahuan yang cukup bagi ibu tentang kejadian maternal merupakan potensi dasar yang memadai untuk meningkatkan kesadaran ibu dalam berpartisipasi secara penuh terhadap upaya pemeliharaan kesehatan sejak hamil hingga menjalani masa pengasuhan anak, minimal kesadaran ibu tentang tindakan-tindakan hidup sehat pada masa 1000 Hari Pertama Kehidupan (1000 HPK).

Tabel 9
Hubungan Pengetahuan Ibu/Keluarga Dengan Kejadian Maternal di Provinsi Sulawesi Selatan

Pengetahuan	Kejadian maternal				Jumlah	Hubungan
	Ada		Tidak ada			
	n	%	n	%		
Kurang	55	34,6	10	15,4	65	0,00
Cukup	17	20	68	80	85	
Jumlah	72	48	52	52	150	

Sumber: Data Primer 2017.

Berdasarkan tabel diatas menunjukkan bahwa pengetahuan ibu/keluarga yang kurang terdapat 34,6% memiliki keluarga yang meninggal akibat kehamilan/persalinan/pasca persalinan dan terdapat 15,4% yang tidak ada anggota keluarga yang meninggal kehamilan/persalinan/pasca persalinan.

Pengetahuan yang cukup dan tidak menyebabkan kejadian maternal terdapat 80%, namun yang memiliki pengetahuan cukup masih ditemukan kejadian maternal sebanyak 20%.

Hasil tabulasi silang dengan menggunakan uji Chi-Square ditemukan nilai $p = 0,00$ (dengan standar $\alpha = 0,05$) yang berarti nilai $p (0,00) < \alpha = (0,05)$. Nilai ini menandakan bahwa variabel pengetahuan memiliki hubungan bermakna dengan kejadian maternal atau dengan kata lain pengetahuan merupakan determinan/penyebab terjadinya kejadian maternal di Provinsi Sulawesi Selatan.

h. Dukungan Keluarga

Tabel 10
Distribusi Ibu Berdasarkan Dukungan Keluarga
di Provinsi Sulawesi Selatan

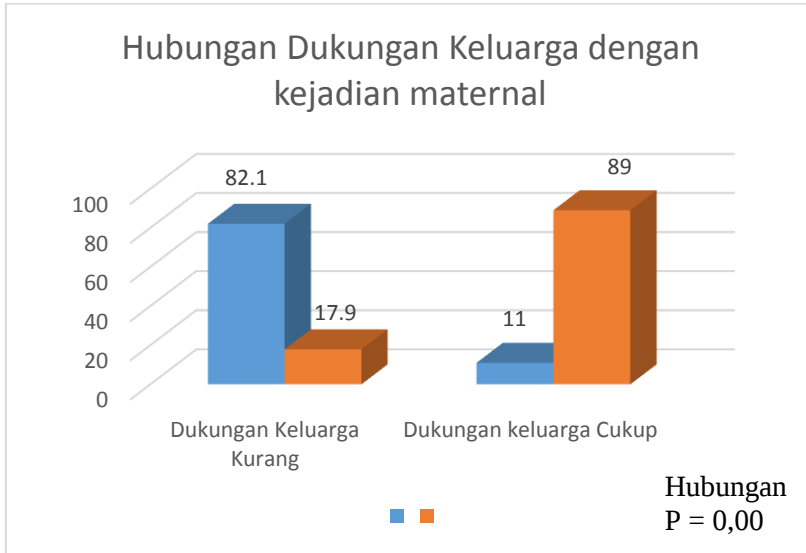
Dukungan Keluarga	Jumlah	Persentase
Kurang	78	52
Cukup	72	48
Jumlah	150	100

Sumber: Data primer 2017

Berdasarkan hasil wawancara tentang dukungan keluarga paling banyak yang kategori kurang dalam memberikan dukungan kepada ibu hamil/persalinan/ Pasca persalinan yaitu 52%.

Diagram 2

Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kejadian Maternal
di Provinsi Sulawesi Selatan



Sumber: Data primer 2017.

Diagram di atas menunjukkan bahwa dukungan keluarga yang kurang terdapat 82,1% memiliki keluarga yang meninggal akibat kehamilan/persalinan/pasca persalinan dan terdapat 17,9% yang tidak ada anggota keluarga yang meninggal karena kehamilan/persalinan/pasca persalinan.

Dukungan keluarga yang cukup/baik dan tidak ada kejadian maternal terdapat 89%, namun yang memiliki dukungan keluarga cukup/baik masih ditemukan kejadian maternal sebanyak 11%.

Hasil tabulasi silang dengan menggunakan uji Chi-Square ditemukan nilai $p = 0,00$ (dengan standar $\alpha = 0,05$) yang berarti bahwa nilai $p (0,00) < \alpha = (0,05)$ yang bermakna dukungan keluarga merupakan determinan/

penyebab terjadinya kejadian maternal di Provinsi Sulawesi Selatan.

Interpretasi lainnya adalah semakin ada dukungan keluarga terhadap kesehatan dan perawatan ibu hamil, semakin kurang potensi terjadinya kematian ibu saat hamil, melahirkan, dan nifas.

i. Akses Layanan

Tabel 11
Distribusi Ibu Berdasarkan Akses Ke Pelayanan Kesehatan
di Provinsi Sulawesi Selatan

Akses Kelayanan Kesehatan	Jumlah	Persentase
Tidak Terjangkau	18	12
Terjangkau	132	88
Jumlah	150	100

Sumber: Data primer 2017

Berdasarkan hasil wawancara tentang akses ke pelayanan kesehatan paling banyak kategori terjangkau dalam mengakses layanan kesehatan yaitu sebesar 88%.

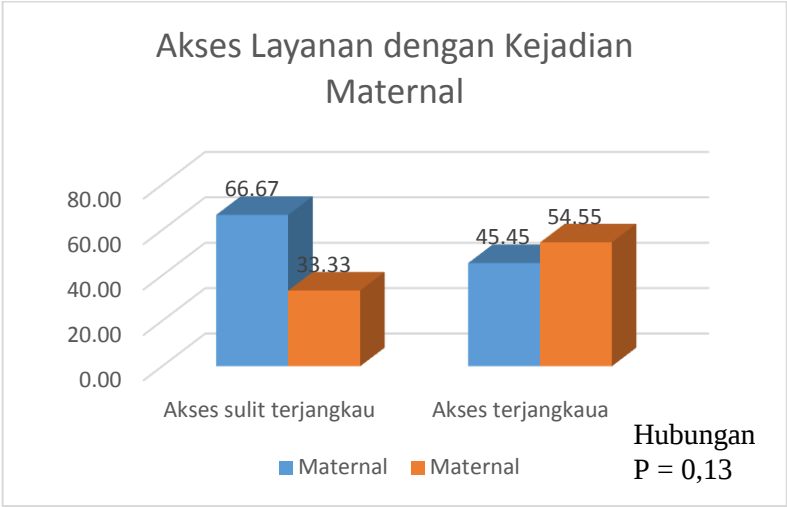
Diagram di bawah ini menunjukkan bahwa pada responden yang menganggap akses ke pelayanan kesehatan yang tidak terjangkau terdapat 66,7% yang memiliki keluarga mengalami kejadian maternal, lebih banyak daripada responden yang memiliki keluarga yang meninggal akibat kehamilan/persalinan/pasca persalinan yaitu 33,3%.

Selain itu, berdasarkan jawaban responden yang menganggap bahwa akses ke pelayanan kesehatan terjangkau, namun masih terdapat cukup banyak yang

mengalami kejadian maternal pada keluarganya yaitu 45,5%.

Diagram 3

Hubungan Akses Layanan Kesehatan dengan Kejadian Maternal di Provinsi Sulawesi Selatan



Hasil tabulasi silang dengan menggunakan uji chi-square ditemukan nilai $p = 0,13$ (dengan standar $\alpha = 0,05$) yang berarti bahwa nilai $p (0,13) > \alpha = (0,05)$ memiliki korelasi yang tidak bermakna. Artinya bahwa akses ke pelayanan kesehatan bukan merupakan determinan/penyebab terjadinya kejadian maternal di Provinsi Sulawesi Selatan.

Fakta ini mencerminkan bahwa di lokus kajian, para ibu hamil tidak lagi mengalami kesulitan akses terhadap pelayanan kesehatan, baik pada fasilitas puskesmas beserta jejaringnya maupun fasilitas rumah sakit.

j. Kualitas Pelayanan Kesehatan

Berdasarkan hasil wawancara ditemukan sebanyak 15,3% responden yang tidak mengakses layanan kesehatan dan jawaban responden tentang kualitas layanan kesehatan paling banyak yang menganggap bahwa kualitas layanan kesehatan cukup baik yaitu sebanyak 78,7%.

Tabel 12

Distribusi Ibu Berdasarkan Kualitas Pelayanan Kesehatan
Di Provinsi Sulawesi Selatan

Kualitas Pelayanan Kesehatan	Jumlah	Persentase
Kurang	9	6
Baik	118	78,7
Tidak mengakses	23	15,3
Jumlah	150	100

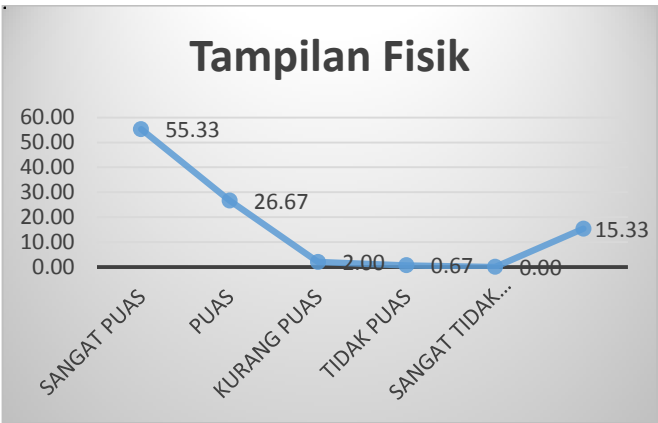
Sumber: Data primer 2017

Kualitas pelayanan kesehatan diukur dengan menggunakan kriteria-kriteria yaitu tampilan fisik, kehandalan, daya tanggap, jaminan, dan empati petugas. Sebaran data tentang kriteria kualitas/mutu pelayanan kesehatan digambarkan di bawah ini:

1) Tangibel (Tampilan Fisik)

Grafik di bawah menunjukkan bahwa kebanyakan responden sangat puas terhadap tampilan fisik layanan kesehatan yaitu 55,3% dan hanya 0,67% yang menganggap kurang puas terhadap tampilan fisik layanan kesehatan.

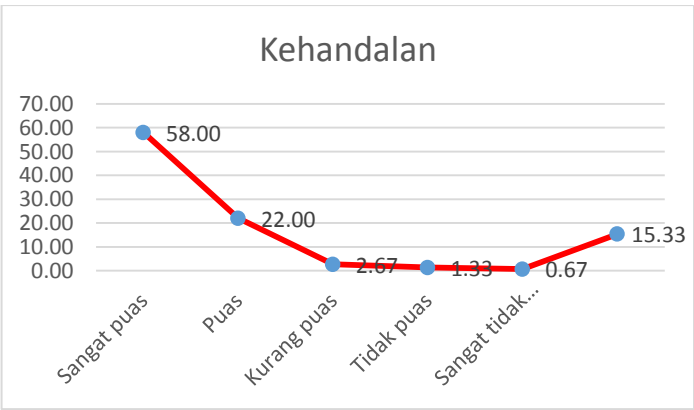
Grafik 1
Grafik Kualitas Pelayanan Ditinjau Dari Aspek Tampilan Fisik
di Provinsi Sulawesi Selatan



Sumber: Data primer 2017

2) Reliability (Kehandalan)

Grafik 2
Grafik Kualitas Pelayanan Ditinjau Dari Aspek Kehandalan Petugas
di Provinsi Sulawesi Selatan



Sumber: Data primer 2017

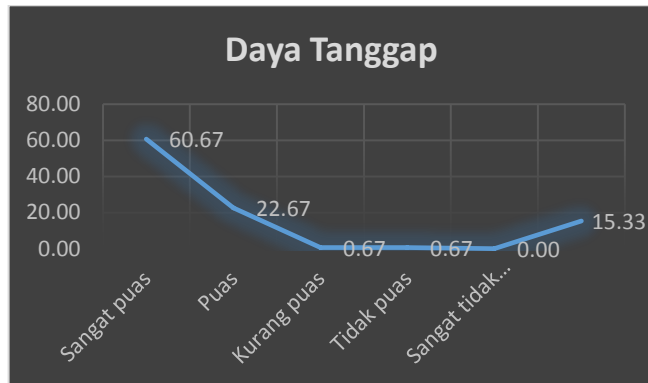
Kualitas pelayanan kesehatan ditinjau dari aspek kehandalan paling banyak responden yang merasa sangat puas yaitu 58% dan terendah pada kategori sangat tidak memuaskan yaitu 0,67%

3) Daya Tanggap

Kualitas pelayanan kesehatan ditinjau dari aspek daya tanggap paling banyak responden yang merasa sangat puas yaitu 60,67% dan terendah pada kategori sangat tidak puas yaitu 0,67%.

Grafik 3

Grafik Kualitas Pelayanan Ditinjau Dari Aspek Daya Tanggap
Petugas di Provinsi Sulawesi Selatan

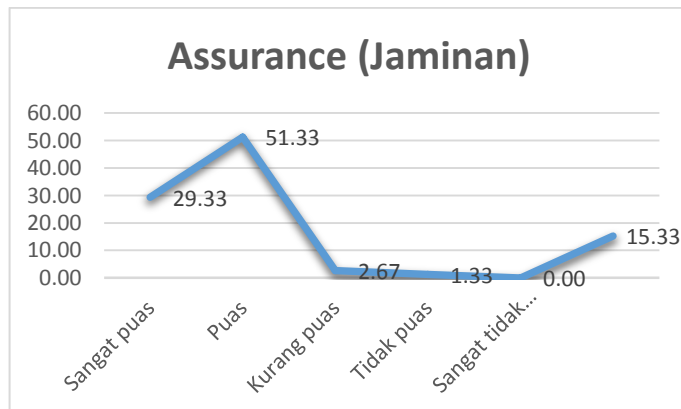


Sumber: Data primer 2017

4) Assurance (Jaminan)

Grafik 4

Grafik Kualitas Layanan Ditinjau Dari Aspek Assurance (Jaminan)
di Provinsi Sulawesi Selatan

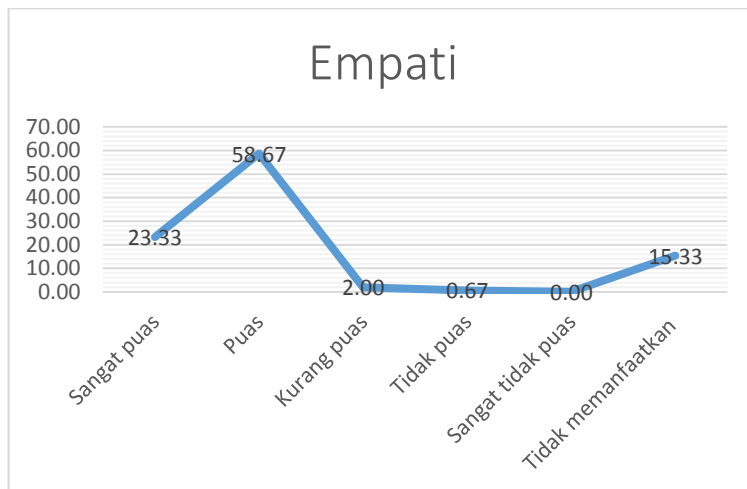


Sumber: Data primer 2017

Kualitas pelayanan kesehatan ditinjau dari aspek jaminan paling banyak responden yang merasa sangat puas yaitu 51,33% dan terendah pada kategori tidak puas yaitu 1,33%.

5) Emphaty (Empati)

Grafik 5
Grafik Kualitas Layanan Ditinjau Dari Aspek Empati Petugas
Di Provinsi Sulawesi Selatan



Sumber: Data primer 2017

Kualitas layanan kesehatan ditinjau dari aspek empati paling banyak responden yang merasa puas yaitu 58,67% dan terendah pada kategori tidak puas yaitu 0,67%.

Berdasarkan tabel di bawah menunjukkan bahwa dari 9 orang yang menganggap kualitas layanan kurang baik, terdapat 44,44% yang keluarganya mengalami maternal dan 55,56% yang tidak ada anggota keluarga yang meninggal akibat kehamilan/persalinan/pasca persalinan (maternal). Responden yang menganggap kualitas pelayanan

kesehatan cukup baik sebanyak 46,61% kejadian maternal.

Tabel 13

Hubungan Pengetahuan Ibu/Keluarga Dengan Kejadian Maternal
Di Provinsi Sulawesi Selatan

Kualitas layanan	Kejadian Maternal				Jumlah	p
	Ada		Tidak ada			
Kurang	4	44.44	5	55.56	9	0,67
Baik	55	46.61	63	53.39	118	
Tidak memanfaatkan layanan kesehatan	13	56.52	10	43.48	23	
Jumlah	72	48	52	52	150	

Sumber: Data primer 2017

Hasil tabulasi silang dengan menggunakan uji chi-square ditemukan nilai $p = 0,67$ (dengan standar $\alpha = 0,05$) yang berarti bahwa nilai $p (0,67) > \alpha = (0,05)$ yang bermakna kualitas pelayanan BUKAN merupakan determinan/penyebab terjadinya kejadian maternal di Sulawesi Selatan.

k. Penyulit/Penyakit Yang Diderita

Tabel di atas menunjukkan bahwa responden/keluarga yang memiliki penyakit pada masa kehamilan/bersalin/pasca bersalin adalah sebanyak 55,3% dan yang tidak ada penyakit diderita sebanyak 44,7%.

Tabel 14
Distribusi Ibu Berdasarkan Penyakit Yang Diderita
Di Provinsi Sulawesi Selatan

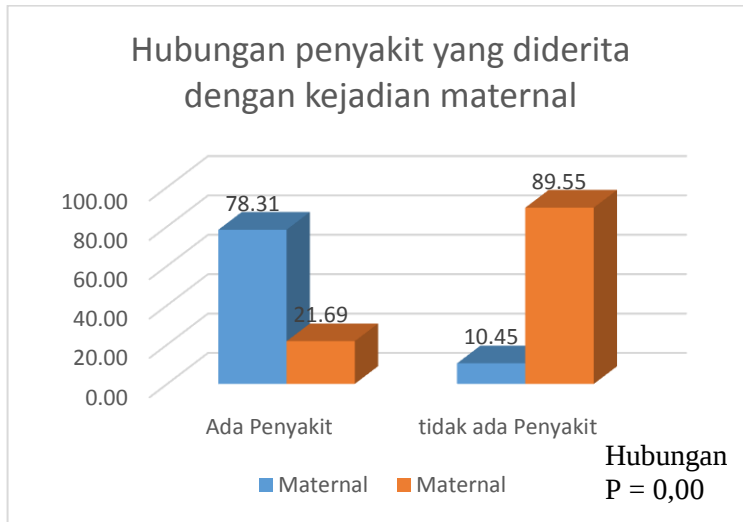
Penyakit yang Diderita Ibu	Jumlah	Persentase
Ada	83	55,3
Tidak ada	67	44,7
Jumlah	150	100

Sumber: Data primer 2017

Diagram di bawah menunjukkan bahwa terhadap responden/keluarga yang memiliki penyakit, terdapat 78,31% yang memiliki keluarga yang meninggal pada saat hamil/bersalin/pasca bersalin, lebih banyak dibandingkan responden yang memiliki keluarga meninggal akibat kehamilan/persalinan/pasca persalinan yaitu 21,69%. Selain itu, berdasarkan jawaban responden yang tidak memiliki penyakit, lebih banyak tidak mengalami kejadian maternal yaitu 89,55%.

Diagram 4

Diagram Kualitas Pelayanan Kesehatan Ditinjau dari Aspek Empati
Petugas di Provinsi Sulawesi Selatan



Sumber: Data primer 2017

Hasil tabulasi silang dengan menggunakan uji Chi-Square ditemukan nilai $p = 0,00$ (dengan standar $\alpha = 0,05$) yang berarti bahwa nilai $p (0,00) < \alpha = (0,05)$ yang bermakna penyakit yang diderita merupakan determinan/penyebab terjadinya kejadian maternal di Provinsi Sulawesi Selatan.

F. Pembahasan

1. Karakteristik Responden

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan terhadap 150 orang ibu/keluarga diketahui bahwa tabel 1 menunjukkan bahwa kelompok umur ibu tertinggi pada kelompok umur 21-35 tahun yaitu 54,7%, kemudian > 35 tahun sebesar 32%, serta terendah pada kelompok umur ≤ 20 tahun yaitu 13%.

Umur merupakan periode penyesuaian terhadap pola-pola kehidupan yang baru dan harapan baru. Umur dapat mempengaruhi pengetahuan yang disebabkan dari bertambahnya umur seseorang, maka akan mengalami perubahan fisik dan mental serta pola pikir (Notoadmodjo, 2012).

Menurut asumsi yang digunakan oleh panelis telaah, sebagian besar responden berada pada kelompok umur dewasa muda (21-35 tahun) yang memungkinkan responden bersikap lebih bijaksana dalam pemecahan masalah terutama tentang masalah tentang keikutsertaan ibu hamil pada kegiatan kelas ibu hamil.

Umur mempengaruhi terhadap daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah usia, akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya, sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin membaik. Pada usia muda, individu akan lebih berperan aktif dalam masyarakat dan kehidupan sosial serta lebih banyak melakukan persiapan demi suksesnya upaya menyesuaikan diri menuju usia tua, selain itu orang usia muda akan lebih banyak menggunakan banyak waktu untuk membaca.

Kemampuan intelektual, pemecahan masalah, dan kemampuan verbal dilaporkan hampir tidak ada penurunan pada usia ini. Dua sikap tradisional mengenai jalannya perkembangan selama hidup; semakin tua semakin bijaksana, semakin banyak informasi yang dijumpai dan semakin banyak hal yang dikerjakan, sehingga menambah pengalaman dan pengetahuannya. Namun demikian, kita tidak dapat mengajarkan

kepandaian baru kepada orang yang sudah tua karena sudah mengalami kemunduran, baik fisik maupun mental.

Pendidikan merupakan proses menumbuhkan kembangkan seluruh kemampuan dan perilaku manusia melalui pengajaran, sehingga dalam pendidikan perlu dipertimbangkan umur (proses perkembangan klien) dan hubungan dengan proses belajar. Semakin tinggi pendidikan seseorang, maka akan bertambah pengalaman yang mempengaruhi wawasan pengetahuan (Notoadmojo, 2012).

Berdasarkan pendidikan ibu pada kajian ini, sampel yang diambil paling banyak pada tamat SMA yaitu 58,7%. Pekerjaan merupakan aktifitas fisik yang dilakukan seseorang secara berkelanjutan menurut ketentuan jam pekerjaan. Ibu yang bekerja cenderung memiliki keterbatasan waktu untuk mengikuti kegiatan di puskesmas atau kelas ibu hamil, khususnya mengenai pembelajaran mengenai perkembangan kehamilan, persalinan, dan nifas.

Hasil penelaahan menunjukkan bahwa status pekerjaan ibu lebih banyak sebagai Ibu Rumah Tangga (IRT), namun kenyataan di lapangan menunjukkan hasil yang bertolak belakang yaitu masih banyak ibu yang tidak memanfaatkan layanan kesehatan. Menurut asumsi penelaah, hal ini dapat diakibatkan kurangnya peranan suami dan keluarga dan dari segi kesadaran dan pemahaman dan sikap ibu mengenai pentingnya kegiatan kelas ibu hamil terhadap kesehatan ibu selama masa kehamilan hingga persalinan dan nifas.

2. Hubungan Pengetahuan Dengan Kejadian Kematian Ibu Di Provinsi Sulawesi Selatan

Berdasarkan hasil kajian yang dilakukan terhadap 150 orang ibu hamil tentang pengetahuan ibu/keluarga diketahui bahwa ibu/keluarga dengan pengetahuan baik tentang determinan maternal menunjukkan pengetahuan ibu/keluarga tentang maternal sebanyak 43,3% dengan kategori kurang dan 56,7% yang dikategorikan cukup baik.

Berdasarkan tabel 6 menunjukkan bahwa pengetahuan ibu/keluarga yang kurang terdapat 34,6% memiliki keluarga yang meninggal akibat kehamilan/persalinan/ pasca persalinan dan terdapat 15,4% yang tidak ada anggota keluarganya meninggal akibat kehamilan/ persalinan/pasca persalinan.

Pengetahuan yang cukup dan tidak menyebabkan kejadian maternal terdapat 80%, namun yang memiliki pengetahuan cukup masih ditemukan kejadian maternal sebanyak 20%. Pengetahuan responden yang cukup ini dikarenakan responden mengetahui informasi tentang maternal dari berbagai media yang diserap dengan cukup baik seperti internet, majalah, iklan di televisi dan layanan kesehatan serta berbagai sumber lainnya.

Selain itu informasi dapat diketahui dari orang lain seperti teman, tetangga, tenaga medis dan orang disekitarnya. Hal ini sejalan dengan teori Notoatmodjo (2012) yang mengemukakan bahwa pengetahuan adalah hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan

raba, sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam bentuk tindakan seseorang.

Beberapa kegiatan yang dilakukan oleh tim layanan kesehatan dengan orientasi peningkatan pengetahuan adalah aktivitas penyuluhan yang bertujuan memberikan pemahaman akan pentingnya informasi yang benar dalam menuntun lahirnya tindakan-tindakan bertanggungjawab terhadap kesehatan. Temuan dalam wawancara mendalam pada kajian ini menunjukkan bahwa responden yang tidak mendapatkan penyuluhan kesehatan lebih banyak dibanding dengan responden yang mendapatkannya. Efektifitas dan efisiensi pelaksanaan penyuluhan pada dasarnya merupakan hal terpenting dalam upaya pemberian informasi seputar masalah kesehatan setempat seperti informasi tentang pentingnya kelas ibu.

Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam efektifitas dan efisiensi pelaksanaan aktivitas penyuluhan misalnya kapabilitas komunikator, keadaan komunikan, dan materi penyuluhan. Salah satu faktor penyebabnya adalah kurang efektif dan efisiennya penyuluhan kesehatan yang dilakukan oleh petugas puskesmas menurut pengakuan sebagian responden yang mengikuti penyuluhan kesehatan adalah responden tidak memahami apa yang disampaikan oleh petugas kesehatan karena penggunaan kosakata dan istilah-istilah ilmiah menyulitkan bagi peserta dalam memahami arti dan maksud istilah tersebut.

Penyebab lain yang ditemukan peneliti adalah kurangnya partisipasi dalam kegiatan penyuluhan kesehatan yang dilakukan oleh petugas kesehatan adalah kesibukan responden baik posisinya sebagai ibu rumah tangga atau mencari kesibukan lain untuk menambah jumlah pendapatan keluarga. Hal ini diperparah oleh jauhnya jarak antara rumah responden dengan pusat unit pelayanan kesehatan sebagai tempat pelaksanaan kelas ibu hamil, sehingga menimbulkan sikap malas responden untuk mengikuti kelas ibu hamil yang dilakukan petugas kesehatan.

Penyuluhan tentang pentingnya kegiatan kelas ibu hamil yang dilakukan pada dasarnya untuk mendorong dan mengubah perilaku responden agar mau mengimunisasi anaknya. Mekanisme tindakan ini menggunakan logika keteraturan antara tiga komponen perilaku manusia pengetahuan-sikap-tindakan. Hasil penelitian ini menemukan keterkaitan antara pengetahuan dengan kejadian maternal dapat dilihat pada tabel 6 tabulasi silang dengan menggunakan uji Chi-Square ditemukan nilai $p = 0,00$ (dengan standar $\alpha = 0,05$) yang berarti bahwa nilai $p (0,00) < \alpha = (0,05)$ yang bermakna pengetahuan merupakan determinan/penyebab terjadinya kejadian maternal di Sulawesi Selatan.

Apabila penerimaan perilaku baru atau adopsi perilaku didasari oleh pengetahuan, kesadaran dan sikap yang positif, maka perilaku tersebut bersifat langgeng/permanen. Sebaliknya, apabila perilaku itu tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran, lazimnya perilaku baru yang ada hanyalah bersifat *temporary* dan seringkali mengalami gejala kambuh.

3. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kejadian Maternal

Jenis dukungan suami dan keluarga adalah keikutsertaan suami dalam memberikan dorongan kepada ibu dan mengikuti kelas ibu hamil. Keikutsertaan suami dan keluarga dalam memberikan dukungan adalah salah satu kegiatan pokok yang sangat penting (Syaifudin, 2013).

Kajian ini menunjukkan mayoritas suami dan keluarga berperan sebagai pengambil keputusan, sedangkan istri/ibu jarang sekali bahkan sama sekali tidak dilibatkan dalam pengambilan keputusan untuk memanfaatkan layanan kesehatan. Hal ini dipengaruhi beberapa faktor misalnya kurangnya pengetahuan suami dan keluarga akan pentingnya memanfaatkan layanan kesehatan. Suami dan keluarga tidak mengetahui pentingnya pemeriksaan secara rutin ibu hamil yang membahas mengenai bahaya - bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas. Disamping itu, suami juga tidak memiliki perhatian dan konsentrasi dalam mengurus kehamilan istrinya akibat kesibukannya dalam mencari nafkah.

Pada diagram 1 menunjukkan bahwa dukungan keluarga yang kurang terdapat 82,1% memiliki keluarga yang meninggal akibat kehamilan/persalinan/pasca persalinan dan terdapat 17,9% yang tidak ada anggota keluarganya meninggal akibat kehamilan/ persalinan/ Pasca persalinan.

Hasil tabulasi silang dengan menggunakan uji Chi-Square ditemukan nilai $p = 0,00$ (dengan standar $\alpha = 0,05$) yang berarti bahwa nilai $p (0,00) < \alpha = (0,05)$ yang

bermakna dukungan keluarga merupakan determinan/ penyebab terjadinya kejadian maternal.

Penyebab lain yang ditemukan peneliti adalah adanya sebuah anggapan yang beredar dan dianut oleh kebanyakan kalangan masyarakat walaupun tidak sengaja dibentuk dan tidak disepakati secara resmi yaitu kebiasaan pembagian kerja dalam rumah tangga dimana suami hanya bertanggung jawab dalam memberikan nafkah kepada keluarga dan istri. Nampaknya temuan ini semakin mempertegas bahwa persoalan gender masih menyelimuti penyebab kematian ibu sebagaimana yang terjadi di hampir semua Negara berkembang.

Sebagai kepala keluarga, dukungan suami dalam kegiatan kelas ibu hamil sangat dibutuhkan yaitu dengan memberikan motivasi kepada ibu untuk turut berpartisipasi dalam kegiatan kelas ibu hamil. Umumnya motivasi ibu hamil meningkat dalam mengikuti kegiatan kelas ibu hamil jika suaminya mengingatkan dan memintanya, apalagi jika suami ikut serta menemani istrinya.

4. Hubungan Akses Layanan Kesehatan dengan Kejadian Maternal

Walaupun kematian ibu lebih banyak terjadi pada bayi dan ibu yang tidak memanfaatkan akses pelayanan kesehatan, studi ini menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan signifikan diantara keduanya. Hal ini dapat dilihat pada table 8 hasil tabulasi silang dengan menggunakan uji Chi-Square ditemukan nilai $p = 0,13$ (dengan standar $\alpha = 0,05$) yang berarti bahwa nilai $p (0,13) > \alpha = (0,05)$ yang bermakna akses ke pelayanan

kesehatan bukan merupakan determinan/penyebab terjadinya kejadian maternal.

Tidak adanya hubungan signifikan antara akses pelayanan kesehatan dengan kematian ibu tersebut dapat disebabkan oleh keterlambatan mendapatkan pertolongan pada saat akan melahirkan. Disamping itu, kemungkinan bahwa frekuensi kunjungan ibu kurang dari rekomendasi jumlah kunjungan yang dianjurkan, yaitu minimal 4 kali.

Kemungkinan lain adalah kunjungan tersebut dilakukan tidak sesuai prosedur waktu. Rekomendasi yang diharuskan adalah satu kali kunjungan pada trimester pertama, satu kali pada trimester kedua, dan dua kali pada trimester ketiga. Namun banyak kunjungan ANC telah mencapai 4 kali, namun terjadi tanpa mengindahkan trimester kunjungan tersebut. Jika ibu melakukan kunjungan dua kali di trimester pertama, sementara hanya satu kali di trimester tiga akan memberikan efek yang berbeda dengan kunjungan yang seharusnya. Pentingnya ANC secara teratur berkaitan dengan pengetahuan dan informasi yang didapat oleh ibu selama kehamilan untuk memantau tumbuh kembang bayi, meningkatkan kesehatan ibu hamil, mengenali secara dini komplikasi, dan mempersiapkan persalinan.

Hasil penelitian berbeda yang dilakukan oleh Izza Suraya dkk, (2016) yang menghubungkan akses layanan kesehatan adalah bahwa tidak terdapat perbedaan yang berarti antara akses layanan kesehatan dengan kematian bayi neonatal yang dilahirkan dengan bantuan tenaga di pelayanan kesehatan maupun non pelayanan kesehatan. Dengan kata lain, persalinan yang dilakukan di pelayanan

kesehatan tidak dapat mencegah terjadinya kematian neonatal dini.

Kondisi ini dapat disebabkan oleh kurangnya perilaku pencarian pelayanan kesehatan di masyarakat Indonesia. Ibu yang melakukan persalinan di pelayanan kesehatan adalah ibu yang mengalami masalah kesehatan serius dan dirujuk dari tempat persalinan sebelumnya, sehingga kemungkinan janin untuk lahir hidup sangatlah kecil.

Di samping itu, kurang adekuatnya peralatan dan pelayanan saat ibu akan melahirkan di pelayanan kesehatan juga diduga menjadi faktor tidak adanya hubungan signifikan tersebut. Jika dilihat dari karakteristiknya, 43 % dari responden mempunyai tingkat kesejahteraan keluarga dengan kategori di bawah miskin.

Pada umumnya, masyarakat miskin di Sulawesi Selatan mendapatkan pelayanan rumah sakit yang kurang memadai. Dengan demikian, saat mereka telah mencapai rumah sakit, pelayanan yang kurang memadai tidak mampu menolong ibu yang telah mengalami masalah kesehatan yang serius.

5. Hubungan Kualitas Layanan Kesehatan dengan Kejadian Maternal

Kepuasan pasien adalah hasil dari penilaian dari pasien bahwa produk atau pelayanan telah memberikan tingkat kesesuaian harapan dimana tingkat pemenuhan ini bisa bersifat relatif. Pasien akan merasa puas jika persepsinya sama atau lebih dari yang diharapkan. Kepuasan pasien ditentukan oleh persepsi pasien atas *performance* jasa dalam memenuhi harapan pasien. Pasien

merasa puas apabila harapannya terpenuhi atau akan sangat puas jika harapan pasien terlampaui.

Berdasarkan tabel 10 menunjukkan bahwa dari 9 orang yang menganggap kualitas layanan kurang baik, terdapat 44,44% yang keluarganya mengalami maternal dan terdapat 55,56% yang tidak ada anggota keluarga yang meninggal akibat kehamilan/persalinan/pasca persalinan (maternal).

Hasil analisis dengan menggunakan uji Chi-Square ditemukan nilai $p = 0,67$ (dengan standar $\alpha = 0,05$) yang berarti bahwa nilai $p (0,67) > \alpha = (0,05)$ yang bermakna kualitas layanan BUKAN merupakan determinan/penyebab terjadinya kejadian maternal di Provinsi Sulawesi Selatan. Ini berarti bahwa kualitas layanan kesehatan yang baik bukan jaminan akan semakin terhindar dari kejadian maternal.

Kepuasan di Tinjau dari Aspek Tangible (Bukti Fisik)

Aspek *tangible* (bukti fisik) dalam penelitian ini mencakup semua fasilitas fisik dan peralatan serta penampilan personil yang terdapat dalam fasilitas layanan kesehatan. Hasil pengkajian ditunjukkan pada diagram 3 bahwa kebanyakan responden sangat puas terhadap tampilan fisik layanan kesehatan yaitu 55,3% dan hanya 0,67% yang menganggap kurang puas terhadap tampilan fisik layanan kesehatan yang tersedia. Bukti fisik mempunyai peran penting dalam meningkatkan kepuasan ibu hamil, bersalin serta pasca bersalin.

Salah satu faktor yang berkontribusi rendahnya kualitas pelayanan antenatal yaitu kurangnya peralatan yang berfungsi dengan baik. Kenyamanan tidak

berhubungan langsung dengan kualitas pelayanan tetapi berpengaruh kepada kepuasan konsumen sehingga dapat mendorong pasien untuk melakukan kunjungan ulang, salah satunya kenyamanan dalam penampilan fisik layanan kesehatan seperti ruang tunggu yang tidak membosankan atau tersedianya gorden penyekat dalam kamar periksa.

Kualitas pelayanan dapat diukur dengan membandingkan persepsi antara pelayanan yang diharapkan dengan pelayanan yang diterima dan dirasakan konsumen. Salah satu penyebab rendahnya pemanfaatan pelayanan kesehatan dalam pemeriksaan kehamilan dan persalinan adalah berkaitan dengan faktor kondisi pelayanan kesehatan, meliputi keterbatasan sumber daya dan pelayanan kesehatan, sarana prasarana kesehatan serta adanya hambatan dalam pelaksanaan jaminan persalinan (JAMPERSAL).

Kepuasan di Tinjau dari Aspek *Reliability* (kehandalan)

Reliability (kehandalan) merupakan kemampuan petugas puskesmas atau layanan kesehatan lainnya dalam memberikan pelayanan yang dijanjikan dengan baik dan adekuat. Dari hasil penelitian menunjukkan kualitas layanan kesehatan ditinjau dari aspek kehandalan paling banyak responden merasa sangat puas yaitu 58% dan terendah pada kategori sangat tidak memuaskan yaitu 0,67%. Dalam hal ini *reliability* sangat menentukan keberhasilan bidan dalam peningkatan kualitas pelayanan *antenatal care*. Realibilitas juga sangat berperan dalam mencegah kematian ibu dan anak mengingat kecakapan petugas kesehatan, baik dalam hal kemampuan

berkomunikasi maupun profesionalitas kerja dapat menghasilkan output pelayanan yang optimal.

Hasil kajian ini menemukan bahwa kebanyakan responden merasa sangat puas dengan kemampuan yang dimiliki oleh petugas kesehatan. Kepuasan pasien/keluarga tak bisa terlepas dari kehandalan atau *reliability* dari puskesmas/RS.

Indikator kehandalan dalam penelitian ini didefinisikan sebagai kemampuan yang handal, mengetahui mengenai seluk beluk prosedur kerja, mekanisme kerja, memperbaiki berbagai kekurangan atau penyimpangan yang tidak sesuai dengan prosedur kerja dan mampu menunjukkan, mengarahkan dan memberikan arahan yang benar kepada setiap bentuk pelayanan yang belum dimengerti oleh masyarakat, sehingga memberi dampak positif atas pelayanan tersebut.

Dimensi kehandalan (*reliability*) dalam indikator kualitas pelayanan merupakan hal penting dan vital bagi rumah sakit/puskesmas di Sulawesi Selatan dalam menunjukkan kinerjanya karena kehandalan merupakan bentuk ciri khas atau karakteristik dari pegawai yang memiliki prestasi kerja tinggi. Banyak puskesmas dan rumah sakit/klinik yang berlomba-lomba memperbaiki dimensi kehandalan dalam kinerja mereka.

Kualitas layanan ditinjau dari aspek *responsiveness* (ketanggapan), yaitu kesanggupan petugas kesehatan dalam membantu ibu hamil dan melakukan pelayanan yang cepat. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kualitas layanan kesehatan ditinjau dari aspek daya

tanggap paling banyak responden yang merasa sangat puas yaitu 60,67%.

Definisi daya tanggap dalam penelitian ini yaitu keinginan para staf dan karyawan untuk membantu para pelanggan dan memberikan pelayanan dengan tanggap. Tanggap disini dapat diartikan bagaimana bentuk respon puskesmas/ RS/ klinik kesehatan terhadap segala hal-hal yang berhubungan dengan pasien. Respon yang dimaksud adalah cara puskesmas/ RS/ klinik kesehatan dalam menanggapi permintaan, keluhan, saran, kritik, complain, dan sebagainya atas fasilitas atau bahkan pelayanan yang diterima oleh pasien.

Hal ini memerlukan adanya penjelasan yang bijaksana, mendetail, membina, mengarahkan dan membujuk agar menyikapi segala bentuk-bentuk prosedur dan mekanisme kerja yang berlaku dalam suatu organisasi, sehingga bentuk pelayanan mendapat respon positif.

Hasil kajian menunjukkan bahwa responden merasa petugas kesehatan telah melakukan atau memberikan informasi yang baik kepada pasien ketika berkunjung ke puskesmas/ RS/ klinik. Selain itu, petugas juga kebanyakan menanggapi keluhan, saran atau permintaan yang dilayangkan pasien dengan segera dan sebaik-baiknya dengan perlakuan yang baik seperti ini, maka respon positif juga akan ditunjukkan pasien terhadap instansi layanan. Implikasinya, semakin meningkat jumlah kunjungan ke Puskesmas/ RS/ klinik untuk pemeriksaan kehamilan.

Sementara itu, umpan balik/ *feedback* yang didapat puskesmas/ RS/ klinik kesehatan dapat dirasakan ketika

pasien tersebut mendapatkan rekomendasi dari pasien yang pernah menggunakan jasa puskesmas/ RS/ klinik kesehatan tersebut sebelumnya.

Dalam konteks ini, puskesmas/ RS/ klinik kesehatan dituntut untuk harus mengerti keinginan pasien sebaik-baiknya, atau bahkan ketika ada konsumen yang kurang mengerti dengan prosedur yang diterapkan, maka pihak yang memberikan pelayanan tersebut harus memberikan penjelasan informatif selengkap mungkin, sehingga konsumen dapat mengerti dan memaklumi atas segala peraturan atau prosedur yang berlaku.

Kepuasan di Tinjau dari Aspek *Assurance* (jaminan)

Assurance (jaminan) diartikan sebagai bentuk keramahan/ kesopanan petugas puskesmas/ RS/ klinik kesehatan dalam memberikan keyakinan kepada ibu hamil. Dari hasil penelitian menunjukkan Kualitas layanan kesehatan ditinjau dari aspek jaminan paling banyak responden yang merasa sangat puas yaitu 51,33% dan terendah pada kategori tidak puas yaitu 1,33%. Dalam pelayanan kehamilan/bersalin/pasca bersalin, jaminan merupakan kemampuan para petugas kesehatan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat di Sulawesi Selatan sehingga ibu hamil mempunyai keyakinan dalam pemeriksaan kehamilan.

Beberapa penelitian mengungkapkan bahwa ada keterkaitan antara aspek jaminan dengan tingkat kepuasan ibu hamil, dimana Rikhly (2012) juga menemukan bahwa berdasarkan nilai $p=0,0001$ ($<0,01$), ada hubungan sangat bermakna antara persepsi assurance dengan kepuasan ibu hamil. Pola hubungan adalah pada responden dengan

persepsi assurance baik cenderung puas (75,6%) sebaliknya responden dengan persepsi assurance tidak baik, cenderung mengalami rasa ketidakpuasan (79,5%). Hasil ini juga dapat dijadikan sebagai indikator bahwa jaminan yang baik dari petugas kesehatan akan semakin meningkatkan pemanfaatan layanan kesehatan oleh ibu dan dapat berimplikasi pada semakin berkurangnya angka kematian ibu akibat tidak mendapatkan bantuan dari petugas kesehatan.

Kepuasan di Tinjau dari Aspek Empati

Empathy (empati) yaitu kemampuan petugas kesehatan dalam memberikan perhatian dan layanan individu kepada pengguna layanan. Dari hasil penelitian didapatkan kualitas layanan kesehatan ditinjau dari aspek empati paling banyak responden yang merasa puas yaitu 58,67%. Empati erat kaitannya dengan hubungan interpersonal antara pemberi dan penerima layanan. Hubungan antar manusia mempunyai nilai kekuatan hubungan kategori sedang dengan mutu pelayanan ANC. Dari hasil kajian ini ditemukan fakta bahwa semakin berempati petugas kesehatan terhadap ibu hamil, semakin meningkat kepuasan ibu hamil, yang bermakna bahwa semakin banyak ibu yang memanfaatkan jampersal.

Sikap loyalitas pelanggan selalu berbanding lurus dengan kepuasan yang didapatkan dari adanya rasa perhatian yang baik dari pemberi jasa, yang menunjukkan bahwa dengan adanya rasa kepuasan yang baik pada pelanggan maka pelanggan akan memutuskan untuk kembali atau memanfaatkan jasa yang pernah didapatkan. Dengan demikian adanya empati (perhatian) yang baik

akan memberi kepuasan kepada pasien yang selanjutnya menyebabkan pasien memutuskan untuk memanfaatkan pelayanan tersebut secara konsisten (*loyal user*).

6. Hubungan Penyakit yang Diderita Ibu dengan Kejadian Maternal

Kajian ini menunjukkan bahwa responden/keluarga yang memiliki penyakit pada masa kehamilan/bersalin/pasca bersalin adalah sebanyak 55,3% dan yang tidak ada penyakit diderita sebanyak 44,7%.

Diagram 6 menunjukkan bahwa pada responden/keluarga yang memiliki penyakit terdapat 78,31% yang memiliki keluarga yang meninggal pada saat hamil/bersalin/pasca bersalin, lebih banyak dibandingkan responden yang memiliki keluarga meninggal akibat kehamilan/persalinan/pasca persalinan yaitu 21,69%. Selain itu, berdasarkan jawaban responden yang tidak memiliki penyakit, lebih banyak tidak mengalami kejadian maternal yaitu 89,55%

Maternal Mortality Rate (MMR) atau angka kematian ibu di Sulawesi Selatan selama enam tahun terakhir masih berada di bawah target MMR Nasional. Pada tingkat kabupaten terdapat variasi yang cukup besar. Beberapa kabupaten melaporkan MMR bahkan melebihi MMR nasional. Selain itu terdapat beberapa kabupaten yang mengalami peningkatan MMR.

Kajian ini juga mendapatkan fakta baru bahwa terjadi pergeseran sebab kematian dari perdarahan ke kejadian eklampsia. Ditemukan bahwa pola trend yang dimiliki oleh Provinsi Sulawesi Selatan mirip dengan pola yang terjadi secara nasional. Adanya peningkatan ini di luar prediksi

karena dalam kurun waktu yang sama berbagai jenis intervensi, terutama untuk intervensi menghilangkan hambatan finansial seperti adanya program BPJS kesehatan atau program jampersal untuk meningkatkan akses ke pelayanan kesehatan. Hasil ini menunjukkan perlunya mengevaluasi efektivitas intervensi yang dikembangkan selama ini.

Hasil tabulasi silang dengan menggunakan uji Chi-Square ditemukan nilai $p = 0,00$ (dengan standar $\alpha = 0,05$) yang berarti bahwa nilai $p (0,00) < \alpha = (0,05)$ yang bermakna penyakit yang diderita merupakan determinan/penyebab terjadinya kejadian maternal di Sulawesi Selatan. Ini berarti bahwa jika seseorang memiliki penyakit maka berisiko terjadi maternal.

Kajian ini juga mengungkapkan bahwa penyebab langsung ibu meninggal akibat penyakit yang diderita seperti preeklamsia, eklamsia, kelainan jantung, hipertensi, pendarahan, macet, partus lama, sehingga jika ibu tidak melakukan kontrol atau memanfaatkan layanan kesehatan maka semakin tinggi pula risiko terkena penyakit/gangguan pada saat kehamilan/ bersalin/pasca bersalin.

Dibandingkan dengan MMR secara nasional, Provinsi Sulawesi Selatan masih memiliki MMR yang lebih rendah. Namun demikian pada tingkat kabupaten terdapat daerah yang memiliki MMR yang cukup tinggi. Ini menunjukkan bahwa kondisi spesifik daerah yang menentukan adanya variasi kematian maternal. Dengan demikian untuk menurunkan kematian maternal di Sulawesi Selatan perlu dilakukan berbagai upaya pencegahan sedini mungkin

berdasarkan kajian spesifik-lokal yang ada di setiap wilayah kabupaten/kota.

Adanya variasi yang cukup besar antar kabupaten menunjukkan perlunya analisis lanjut determinan kematian di level kabupaten. Ibu bersalin di setiap kabupaten di Provinsi Sulawesi Selatan mungkin berbeda dalam hal akses ke pelayanan kegawatdaruratan obstetric, penggunaan kontrasepsi dan tingkat pendidikan yang berbeda sehingga memberikan variasi yang berbeda pada tingkat kabupaten.

Adanya perubahan pola penyebab kematian menunjukkan perlunya perubahan strategi dalam hal penanganan dan pencegahan. Penurunan kematian maternal dapat memberikan gambaran semakin baiknya pola penanganan dan akses serta rujukan ke pelayanan kesehatan. Akan tetapi peneliti ini juga mendapatkan bahwa persentase kematian karena eklampsia mengalami kenaikan. Wanita yang mengalami hipertensi selama hamil seharusnya bisa diidentifikasi ketika melakukan antenatal care dan selanjutnya diberikan penanganan yang sesuai. Berbeda dengan perdarahan yang sifatnya dapat terjadi tanpa bisa dideteksi selama proses ANC.

Meningkatnya proporsi kematian karena eklampsia menunjukkan perlunya evaluasi terhadap monitoring pelaksanaan ANC, khususnya *screening* tekanan darah.

G. Kesimpulan

Pengkajian ini menghasilkan beberapa kesimpulan, sebagai berikut:

1. Pengetahuan memiliki signifikansi hubungan dengan kejadian maternal pada ibu. Semakin baik pengetahuan seseorang, maka semakin kecil kemungkinan terjadinya kasus maternal. Jenis pengetahuan yang memberikan nilai pengaruh statistik adalah pengetahuan tentang akibat yang dapat muncul bagi ibu jika kurang memperhatikan pemeliharaan kesehatan secara kontinuum, mulai dari kehamilan hingga masa dua tahun pasca melahirkan.
2. Dukungan keluarga merupakan determinan/penyebab terjadinya kejadian maternal. Semakin baik dukungan keluarga terhadap ibu hamil, maka kejadian maternal akan semakin dapat diminimalisir atau dicegah. Sumber dukungan keluarga yang paling dianggap berperan berasal dari dukungan suami.
3. Akses ke fasilitas pelayanan kesehatan pada penelitian ini ditemukan bukan merupakan determinan/penyebab terjadinya kejadian maternal. Meskipun secara normatif, variabel ini memberikan pengaruh terhadap kematian ibu, namun penelitian ini menemukan kesimpulan yang berbeda. Hal ini disebabkan oleh kondisi akses pelayanan kesehatan bagi ibu hamil di lokasi penelitian dianggap sudah semakin terjangkau.
4. Kualitas pelayanan kesehatan bukan merupakan determinan/penyebab terjadinya kejadian maternal oleh karena secara umum standar kualitas pelayanan kesehatan di lokasi penelitian sudah memenuhi kelayakan.

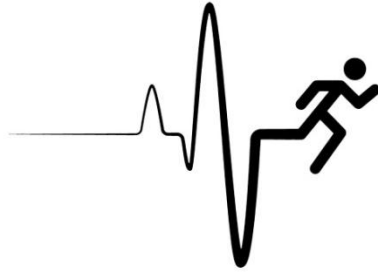
5. Penyakit/penyulit yang diderita ibu merupakan determinan/penyebab terjadinya kejadian maternal. Semakin ibu memiliki riwayat penyakit yang diderita, semakin memberikan peluang terjadinya resiko maternal.

H. Saran/Rekomendasi

Kesimpulan penelitian menjadi arahan ilmiah dalam menyusun rekomendasi yang akan digunakan oleh pihak-pihak terkait dalam mengatasi permasalahan kasus maternal, diantaranya:

1. Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan dapat meningkatkan intensitas kampanye tentang manfaat ibu dalam pemeliharaan kehamilan, persalinan, dan masa nifas yang berorientasi pada pembentukan kesadaran untuk peningkatan peran serta ibu dalam pemanfaatan fasilitas pelayanan yang disediakan.
2. Peningkatan partisipasi masyarakat perlu didorong terus khususnya partisipasi keluarga yang memiliki ibu hamil melalui kegiatan pemberdayaan masyarakat atau pembentukan pokja untuk membantu ibu hamil dalam memanfaatkan layanan kesehatan. Perlunya setiap kabupaten memiliki sistim informasi bumil secara digital yang membuka ruang interaksi antara bumil dan petugas kesehatan. Aplikasi informasi ini juga dapat dijadikan alat oleh pemerintah provinsi Sulawesi Selatan dalam mengontrol kinerja petugas kesehatan di lapangan.
3. Pengadaan fasilitas pelayanan kesehatan yang melayani bumil secara khusus perlu dilakukan pada wilayah yang rentan seperti kepulauan, pegunungan, dan terpencil untuk memastikan akses bumil terhadap pelayanan kesehatannya tetap terjangkau.

4. Kualitas layanan di Sulawesi Selatan secara umum sudah sangat baik dan memuaskan sehingga perlu dipertahankan, bahkan jika perlu lebih ditingkatkan lagi melalui pembinaan mutu yang terencana, sistematis, dan berkelanjutan.
5. Perlunya dilakukan edukasi secara baik dan berkesinambungan khususnya kepada ibu hamil sebab masih banyak ibu hamil yang tidak mengetahui jenis penyakit yang dideritanya diakibatkan karena kurangnya memanfaatkan jasa layanan kesehatan untuk kontrol setelah melahirkan, kebanyakan masyarakat hanya memanfaatkan pada saat bersalin. Selain itu, masih ada masyarakat tidak memahami bahaya pasca melahirkan, sehingga masih ditemukan adanya beberapa kasus kematian pasca bersalin.



BAB 3

RANCANGAN RESPON DARURAT PENCEGAHAN, PENANGGULANGAN, DAN PEMBERANTASAN PEREDARAN GELAP NARKOBA

A. Latar Belakang

Hasil pertemuan antara Gubernur Provinsi Sulsel dengan Kepala BNNP Sulsel mengisyaratkan perlunya tindakan percepatan penanggulangan narkoba di Sulsel menyusul semakin meningkatnya prevalensi penyalahguna narkoba dari tahun ke tahun. Pada awal tahun 2017, angka prevalensi penyalahgunaan narkoba di Sulsel sebanyak 2,2% yang berarti bahwa diantara 1000 penduduk, terdapat 22

orang yang menyalahgunakan narkoba dalam berbagai jenis. Jenis narkoba yang paling banyak digunakan adalah jenis Ganja yaitu sebanyak 82,3% (Survei BNN, 2016).

Selain data prevalensi, informasi yang sangat mencengangkan adalah jumlah penduduk Sulsel yang terpapar terhadap penyalahgunaan narkoba sebanyak 138.000 orang pada akhir tahun 2016. Jika angka ini dikombinasikan dengan data pola rekrutmen calon penyalahguna, dimana 1 orang penyalahguna pernah menawarkan narkoba kepada 2-3 orang calon penyalahguna baru, maka kita akan menemukan angka yang sangat fantastik yaitu jumlah keterpaparan penyalahgunaan narkoba di Sulsel sudah mencapai angka 276.000-414.000 orang. Estimasi data ini memiliki tingkat kepercayaan yang tinggi mengingat realitas penyalahgunaan narkoba mengikuti fenomena gunung es (*ice-berg fenomenm*). Menurut hukum ini, jumlah penyalahguna narkoba yang kelihatan hanyalah sebesar 10% dan sisanya sebanyak 90% masih tersembunyi dan terus aktif mengoperasikan modus-modus pengedarannya di lapangan.

Pembacaan yang tajam terhadap hukum fenomena gunung es yang terjadi pada lingkaran realitas permasalahan narkoba mengharuskan adanya perubahan strategi dan taktik pencegahan dan penanggulangan serta pemberantasannya. Jika program-program intervensi yang selama ini digalakkan masih dominan menyentuh entitas-entitas masalah yang kelihatan di permukaan, maka sasaran strategis program saat ini sudah harus menyentuh entitas-entitas yang tersembunyi. Ringkasnya, upaya antisipasi menggunakan pendekatan hilirisasi masalah dengan berani menyentuh akar

permasalahan sebagai sasaran akhir program-program intervensi.

Implikasi yang paling nyata terhadap keterbatasan program intervensi selama ini adalah semakin kompleksnya penyebab-penyebab yang menyertai praktek pengedaran dan penyalahgunaan narkoba di masyarakat. Secara logis, seandainya program menyentuh akar sebagai ciri dari pendekatan hilirisasi, maka mungkin saja penyalahgunaan-penyalahguna baru sudah tidak bermunculan. Namun kenyataannya jumlah pengguna narkoba baru dari waktu ke waktu semakin meningkat, bahkan usia pertama kali seseorang mengkonsumsi barang terlarang ini semakin muda yakni usia 14 tahun. Suatu ancaman terhadap bonus demografi yang dapat bertransformasi menjadi bencana demografi.

Kompleksitas penyebab permasalahan narkoba dapat diuraikan dalam 3 (tiga) domain yakni sisi produsen/pemasok (*supply side*), sisi konsumen/permintaan (*demand side*), dan sisi situasi (*conditioning*). Pada sisi produsen, modus pengedaran gelap narkoba di lapangan semakin canggih dibandingkan dengan alat deteksi yang dimiliki oleh aparat. Aliran narkoba ke dalam masyarakat terus terjadi, lebih-lebih lagi diperkuat oleh adanya motivasi pengedaran yang menawarkan keuntungan ekonomi berlipat ganda. Jumlah aliran transaksi keuangan dalam setahun pada bisnis ini diperkirakan sebanyak 72 trilyun rupiah (Jawa Pos, online 13 April 2017).

Selain itu, kreativitas para penyalahguna dalam meracik sejumlah zat yang menghasilkan efek psikotik semakin terampil sehingga produksi narkoba selamanya tersedia saat

dibutuhkan. Motivasi ekonomi, kecerdasan pengedar menggelabui petugas, dan kreativitas pecandu meracik obat mengakibatkan banyaknya titik-titik yang berperan sebagai area produsen. Status Wilayah Indonesia telah berubah dari area konsumen menjadi area produsen narkoba. Berdasarkan data, Kota Makassar, Sidrap, dan Palopo disinyalir sebagai tempat-tempat produksi narkoba sehingga daerah ini menjadi basis pengedaran barang gelap di Wilayah Provinsi Sulawesi Selatan.

Produksi dan distribusi narkoba yang kian gencar tidak bisa dilepaskan dari logika ekonomi yang menjadi pijakan dasarnya. Bahwa ketersediaan barang dan jasa (penawaran) sangat ditentukan oleh tingkat kebutuhan atau permintaan. Dengan demikian analisis terhadap sisi permintaan akan melengkapi kerangka pemikiran program menjadi lebih relevan dan rasional. Uraian mengenai permintaan difokuskan pada analisis terhadap karakteristik masyarakat sebagai kelompok konsumen.

Keputusan individu untuk mengkonsumsi narkoba dipengaruhi oleh kualitas perilaku yang dimilikinya yakni pengetahuan, sikap, dan tindakannya. Berdasarkan data dari hasil survey yang dilakukan oleh BNN tahun 2016 ditemukan bahwa sebanyak 91% masyarakat, khususnya kelompok pelajar pernah mendengar tentang narkoba. Idealnya, informasi yang didengar membentuk konstruksi sikap penolakan terhadap barang haram ini. Namun kenyataannya, sikap penolakan tidak seiring dengan pengetahuan yang mereka pahami. Oleh karena pembentukan sikap yang rapuh, maka pada umumnya kelompok remaja mengalami kesulitan untuk menolak berbagai pengaruh atau bujuk rayu dari para pengedar beserta jejaringnya.

Kelompok remaja yang pertama kali mengkonsumsi narkoba dimulai dengan motif coba-coba. Akan tetapi karena intensitas pemakaian yang sering akibat mudahnya mendapatkan obat, maka remaja penyalahguna meningkat level pemakaiannya ke arah rekreatif, habituatif, bahkan sudah banyak berada pada level addiksi. Pada tingkat tertentu, penyalahguna ini mengalami efek yang lebih parah yaitu kesakitan yang berkepanjangan, dipenjara akibat tindakan kriminalitas, dan kematian karena overdosis.

Pemakaian pertama kali umumnya dipengaruhi dari teman sebaya yang berada di luar sekolah atau luar rumah. Temuan survey BNN tahun 2016 menyebutkan sebanyak 42% remaja mendapatkan pengaruh dari temannya di luar sekolah. Pengaruh lainnya bersumber dari teman sekolah, pacar, bandar, dan orang tua. Gambaran ini mengindikasikan rapuhnya keluarga dan sistim sosial dalam menangkal pengaruh-pengaruh yang memberikan dampak buruk terhadap perkembangan dan kemajuan generasi muda.

Permintaan akan narkoba dipicu juga oleh berkembangnya gaya hidup hedonisme sebagai implikasi logis dari kehidupan materialisme yang melanda masyarakat modern. Gaya hidup ini berorientasi pada perburuan kesenangan belaka. Pada titik ini, narkoba menjadi sarana efektif untuk mendapatkan kesenangan sesaat tersebut. Bahkan, gaya hidup ini memproduksi perilaku beresiko lainnya seperti minum alkohol dan seks *extra-marital*. Dua perilaku beresiko ini seringkali hidup berdampingan dengan perilaku penyalahgunaan narkoba. Karena itu, gaya hidup hedonisme sering dianggap memfasilitasi peningkatan permintaan narkoba di masyarakat.

Penawaran dan permintaan terhadap narkoba yang masih terus berlangsung di Sulsel diperparah oleh situasi yang melingkupinya, diantaranya *political will* pemerintah daerah yang relatif kurang mendukung, belum ketatnya penegakan hukum, banyaknya pintu-pintu masuk terminal, pelabuhan dan bandara, dan sikap permisif serta ketakutan masyarakat terhadap penyimpangan sosial ini.

Dalam hal dukungan kebijakan, pemerintah Provinsi Sulsel sudah memiliki Peraturan Gubernur Nomor 33 Tahun 2012 tentang P4GN, namun pelaksanaannya belum diterapkan secara konsisten khususnya penggerakan program yang bersifat lintas sektoral. Bahkan, Pemerintah Sulsel pernah menginisiasi penanggulangan narkoba secara inovatif melalui pembentukan struktur pemerintah dalam bentuk Biro Bina Napza dan HIV-AIDS. Akan tetapi karena adanya penyelerasan struktur pemerintahan secara nasional, kelembagaan inipun akhirnya dihilangkan.

Sementara itu, dukungan kebijakan pemerintah kabupaten/kota dalam Wilayah Provinsi Sulsel dalam bentuk perda atau perbup yang berkaitan dengan P4GN hampir tidak ditemukan, meskipun kabupaten/kota sudah memiliki kelembagaan yang berbentuk BNK maupun BNNK. Peran BNK dalam mengekskalasi upaya penanggulangan narkoba sungguh sangat terbatas, mengingat alokasi anggaran untuk kelembagaan ini relatif kurang mencukupi dibandingkan dengan tingkat *magnitude* masalah yang dihadapi.

Situasi lainnya yang memicu pengedaran gelap adalah belum ketatnya upaya penegakan hukum baik yang dilakukan oleh kepolisian, kejaksaan, maupun kehakiman. Masih sering diberitakan oknum-oknum aparat yang terlibat

dalam praktek pengedaran narkoba, termasuk oknum aparat yang melindungi para bandar dan terlibat dalam jaringan sindikat pengedaran. Ketidak tegasan aparat dalam menindak para pelaku pengedaran dan penyalahgunaan narkoba dapat dibuktikan dari gambaran data tentang jumlah yang ditangkap sangat tidak linear dengan estimasi besaran jumlah kelompok sindikat ini di lapangan. Begitupun juga, dari yang ditangkap hanya sebagian kecil yang dilanjutkan pada upaya penuntutan. Berdasarkan data Polda Sulsel tahun 2016 menyebutkan bahwa jumlah kasus tindak pidana narkoba di Sulsel sebanyak 1.791 kasus dengan tersangka sebanyak 2.685 tersangka. Bahkan ironisnya, saat para pelaku menjalani hukuman di penjara, masih saja berkesempatan untuk melakukan transaksi.

Kemungkinan postur penegakan hukum seperti ini menimbulkan sikap permisif dan ketakutan masyarakat untuk melakukan pencegahan dan pemberantasan narkoba. Masyarakat tidak termotivasi untuk membangun sistem kontrol sosial yang ketat akibat ulah dari oknum-oknum aparat yang seharusnya memperlihatkan keteladanan. Masyarakatpun menjadi takut untuk melaporkan gejala-gejala pengedaran di wilayahnya karena masyarakat mempersepsikan adanya keterlibatan oknum aparat yang membekengi praktek kotor ini.

Akibat lanjutannya adalah pengawasan dan pengendalian sosial yang semestinya diaktori oleh masyarakat tidak berjalan dengan baik. Individu semakin mendapatkan ruang-ruang sosial yang bebas untuk bertransaksi, keluarga semakin abai terhadap perubahan perilaku anggota keluarganya, dan organisasi-organisasi

sosialpun sepertinya menganggap bahwa urusan narkoba bukan menjadi tanggungjawabnya.

Situasi yang tak kalah penting peranannya dalam mempercepat pengedaran narkoba di masyarakat adalah banyaknya pelabuhan-pelabuhan tradisional yang dimiliki di beberapa wilayah kabupaten/kota di Sulsel. Pelabuhan ini belum dilengkapi oleh infrastruktur pengawasan narkoba yang memadai, baik dalam segi ketersediaan alat deteksi maupun dalam segi kapasitas petugas dalam melakukan pengawasan.

Potensi masuknya narkoba melalui pelabuhan tradisional semakin membesar oleh karena pelabuhan tersebut merupakan jalur transportasi yang menghubungkan pulau-pulau, bahkan antar negara seperti Malaysia, Filipina, dan Thailand.

Analisis kompleksitas penyebaran narkoba di Sulsel sebagaimana diuraikan dalam tiga domain *supply-demand-situation* memerlukan penajaman pemikiran dengan memetakan penyebab yang bersifat determinan. Penentuan determinasi penyebab sangat ditentukan oleh efektivitas pengelolaan penyebab yang akan menghasilkan daya ungkit dalam bentuk perubahan epidemi penyalahgunaan yang lebih signifikan.

Mengingat penyebaran narkoba sudah sangat massif di Sulsel, maka dituntut upaya yang bersifat massifikasi dengan melibatkan semua komponen untuk bergerak secara aktif melakukan pencegahan dan penanggulangan. Dalam logika ini, peran serta masyarakat dalam membangun sistim sosial yang kuat akan mampu menciptakan katup pengaman

terbaik dalam mencegah berbagai modus-modus pengedaran dalam berbagai bentuk dan manifestasinya.

B. Respon Saat Ini

Upaya dalam merespon bahaya pengedaran gelap dan penyalahgunaan narkoba dalam satu terakhir ini relatif hanya dilakukan secara terkonsentrasi oleh BNNP Sulsel mengingat Biro Bina Napza dan HIV-AIDS yang pernah ada dalam struktur pemerintahan sudah tidak lagi fungsional. Sementara itu, beberapa OPD (organisasi pemerintahan daerah) yang memiliki program pencegahan dan penanggulangan narkoba seperti Dinas Kesehatan Provinsi Sulsel, Dinas Sosial Provinsi Sulsel, dan Dinas Pendidikan memang memiliki kegiatan atau program, namun sifatnya sangat sporadis dengan skala cakupan yang terbatas.

Beberapa program atau kegiatan yang sudah pernah dikembangkan sebagai respon terhadap bahaya narkoba dikelompokkan dalam 3 (tiga) kategori program diantaranya:

1. Pencegahan (*pre-emptif* dan *pereventif*)

Upaya pencegahan ditujukan kepada kelompok masyarakat yang belum terpengaruh oleh praktek penyalahgunaan khususnya kelompok remaja sebagai populasi terbesar.

Program atau kegiatan pada kategori pencegahan diantaranya penyuluhan bahaya narkoba dengan menyasar berbagai kelompok masyarakat, baik masyarakat umum, pelajar, maupun kelompok masyarakat pekerja. Selain penyuluhan, kegiatan sosialisasi merupakan jenis aktivitas yang bertujuan untuk meningkatkan pemahaman masyarakat terhadap bahaya narkoba, sehingga lambat

laun terbentuk perilaku bertanggungjawab untuk mencegahnya secara dini.

Pencegahan yang berorientasi pada peningkatan pengetahuan dilakukan melalui upaya KIE dengan menyebarkan berbagai bentuk media KIE diantaranya brosur, leaflet, poster, stiker, spanduk, dan baliho. Penyediaan dan distribusi media KIE ini ada yang dilakukan oleh BNN tingkat Nasional dan ada pula yang dirancang khusus oleh BNNP Sulsel. Media seperti ini juga dibuat oleh beberapa OPD yang terkait dalam wilayah Provinsi Sulsel. KIE dalam bentuk komunikasi massa seringkali dilakukan melalui penayangan dialog lewat televisi, talkshow di radio, informasi medsos, dan pemberitaan koran.

BNNP Sulsel secara sistematis telah juga mengembangkan upaya pencegahan melalui aktivitas pemberdayaan masyarakat dengan menginisiasi terbentuknya kelompok-kelompok masyarakat yang memiliki kemampuan untuk mengelola tindakan-tindakan pencegahan. Pemberdayaan masyarakat yang banyak difasilitasi adalah memberikan stimulan kepada kampus-kampus untuk membentuk kelompok mahasiswa anti narkoba, termasuk beberapa sekolah sudah disasar sebagai kelompok yang potensial. Pada kadar yang terbatas kadang-kadang menyentuh kelompok warga.

Guna mendorong sektor-sektor untuk menggalakkan upaya pencegahan narkoba, maka BNNP Sulsel sering melibatkan sektor-sektor pada pertemuan yang khusus membahas skema pencegahan narkoba dengan menampilkan situasi epidemi narkoba dan keterbatasan

sumber daya penanggulangan yang dimiliki. Sektor yang paling sering dilibatkan adalah sektor komunitas yang memang dianggap sebagai kelompok populasi kunci yang memiliki keterpaparan tinggi terhadap praktek pengedaran gelap narkoba.

Semua upaya pencegahan secara prinsipil bertujuan untuk menekan tingkat permintaan masyarakat terhadap narkoba.

2. Pemberantasan (kuratif)

Upaya pemberantasan terdiri atas tindakan pengawasan, pengendalian, penangkapan, penyidikan, penuntutan, dan peradilan. Program pemberantasan yang dilakukan oleh BNNP Sulsel melibatkan aparat penegakan hukum, diantaranya kepolisian, kejaksaan, dan kehakiman.

Dengan menggunakan instrumen peraturan perundang-undangan dan kebijakan-kebijakan yang tersedia, para aparat melakukan aktivitas pemberantasan sesuai kewenangannya.

Jenis-jenis tindakan pemberantasan yang dilakukan adalah razia di tempat hiburan malam, hotel, kost, penginapan, dan tempat-tempat yang dicurigai adanya dugaan transaksi narkoba.

Jika dalam tindakan razia ditemukan pelaku transaksi, maka BNNP Sulsel menerapkan metode penilaian (*assesment*) kepada pelaku untuk menentukan tindakan selanjutnya. Tindakan yang bisa diambil terhadap hasil *assesment* adalah pemenjaraan atau rehabilitasi. Pemenjaraan diberikan kepada pelaku yang dinyatakan sebagai pengedar, sedangkan rehabilitasi diberikan

kepada pelaku yang dianggap korban. Pendekatan ini merupakan penjabaran paradigma baru penanggulangan narkoba sebagaimana yang diamanatkan oleh UU nomor 35 tahun 2009.

Semua barang bukti yang ditemukan saat razia atau hasil dari tindakan pengawasan dan penangkapan dimusnahkan secara keseluruhan yang disaksikan oleh unsur-unsur terkait diantaranya pemerintah provinsi, aparat penegak hukum, dan stakeholder lainnya.

Upaya pemberantasan narkoba oleh aparat penegak hukum dapat dikatakan sangat aktif dengan memperhatikan jumlah orang yang ditangkap, banyaknya sitaan barang bukti narkoba dalam berbagai jenis, jumlah pelaku yang diadili, dan jumlah pelaku yang direhabilitasi dan yang dipenjara. Bahkan saat ini disinyalir, sebanyak 70-80% penghuni penjara berasal dari kasus pengedaran gelap narkoba (Kemenkuham, 2016).

3. Pemulihan (rehabilitasi)

Rehabilitasi bertujuan untuk memulihkan para korban penyalahgunaan narkoba sehingga mereka bisa kembali menjalani kehidupan secara normal. Pendekatan rehabilitasi mengasumsikan bahwa penyalahguna narkoba adalah orang sakit yang bisa mendapatkan perawatan untuk penyembuhan, baik secara medis, psikis, maupun sosial.

Pelayanan rehabilitasi ini dilakukan oleh 3 (tiga) sektor yang masing-masing menggunakan modalitas terapi yang berbeda yaitu BNNP Sulsel, Dinas Kesehatan, dan Dinas Sosial.

BNNP Sulsel memiliki pusat layanan rehabilitasi di Baddoka dengan menggunakan modalitas terapi yang bervariasi dan berperan sebagai pusat rujukan rehabilitasi narkoba di Wilayah Timur Indonesia. Selain itu, BNNP Sulsel juga membina beberapa layanan rehabilitasi yang dikelola oleh masyarakat yang disebut Lembaga Rehabilitasi Komponen Masyarakat (LRKM). Biasanya LRKM menggunakan modalitas Terapi Komunitas dengan menyesuaikan layanannya berdasarkan dunia sosial pecandu. Penyesuaian model layanan rehabilitasi dengan kehidupan sehari-hari pecandu dianggap efektif menghasilkan terjadinya perubahan perilaku yang berkelanjutan (permanen). Perlu diingat bahwa tingkat permanensi perubahan perilaku di kalangan pecandu relatif hanya sekitar 10% karena adanya kejadian kambuh akibat sugesti yang muncul dari pemakaian narkoba yang sudah sangat lama (Laporan LRKM YMH, 2016).

Rehabilitasi yang dikembangkan oleh Dinas Kesehatan melalui pelayanan kesehatan di rumah sakit menggunakan model pendekatan medis yang biasanya mengutamakan teknik detoksifikasi. Sedangkan rehabilitasi yang dikembangkan oleh Dinas Sosial diimplementasikan dalam bentuk penyediaan rumah singgah yang bertujuan untuk mengembalikan fungsi-fungsi sosial para pecandu atau korban narkoba dalam lingkungan masyarakat. Dinas sosial pada taraf tertentu memberikan dukungan kepada sejumlah NGO yang konsen terhadap penanggulangan narkoba melalui bantuan peralatan atau peningkatan layanan dengan metode *narcotics anonymous* (NA).

C. Analisis Kesenjangan Respon dan Kebutuhan

Gencarnya upaya pencegahan, pemberantasan, dan rehabilitasi semestinya memberikan perubahan yang signifikan terhadap pengedaran dan penyalahgunaan narkoba di masyarakat. Kenyataannya, fakta epidemis tentang penyalahgunaan justru mengalami peningkatan dari waktu ke waktu. Hal ini memungkinkan perlunya dilakukan analisis kesenjangan antara program-program yang ada dengan karakteristik dasar permasalahan yang terjadi di lapangan.

Memulai analisis kesenjangan dibutuhkan asumsi dasar sebagai patokan analisis. Asumsi dasar yang dipakai adalah kemungkinan tidak relevannya antara program pencegahan dan penanggulangan narkoba dengan permasalahan yang dihadapi. Asumsi dasar yang kedua adalah sumber daya yang dimiliki oleh para penggiat program, lebih kecil dibandingkan dengan sumber daya yang dimiliki oleh para sindikat dan jejaringnya. Asumsi-asumsi ini mengantarkan kita untuk menemukan kesenjangan yang ada. Kesenjangan-kesenjangan ini kemudian menjadi titik tolak untuk pengembangan program yang lebih inovatif, kreatif, akseleratif, dan massif.

Analisis akan diuraikan berdasarkan komponen program yang merupakan respon saat ini, kemudian dilanjutkan dengan sintesis dari variabel-variabel untuk menemukan determinan kesenjangan.

1. Kesenjangan respon pencegahan

Respon pencegahan pada titik tertentu memang menghasilkan dampak peningkatan pengetahuan/pemahaman terhadap bahaya narkoba, akan tetapi belum

mantap mengiringi pembentukan sikap yang positif dalam menolak berbagai pengaruh yang berakibat pada berkembangnya perilaku penyalahgunaan. Ini berarti bahwa kualitas pembentukan perilaku dari kegiatan-kegiatan penyuluhan/ sosialisasi /diseminasi cukup rendah. Sosialisasi yang baik jika luarannya memberikan pembentukan perilaku *linear* antara pengetahuan-sikap-tindakan dan membentuk pola kebiasaan positif dan bertahan untuk jangka waktu yang lama.

Pola pembentukan perilaku parsial (hanya domain pengetahuan) terjadi akibat intensitas pemberian informasi yang rendah atau frekuensi informasi tentang bahaya narkoba di masyarakat sangatlah rendah. Intensitas pemberian informasi ini sangat tergantung dari banyaknya instansi atau institusi yang melaksanakan aktivitas komunikasi dan informasi.

Model komunikasi dan informasi paling sering hanya dilakukan oleh instansi yang terkait seperti BNNP Sulsel, Dinas Kesehatan, dan Dinas Sosial saja, padahal jika memperhatikan postur pandemi dan epidemi narkoba di Sulsel sudah menyentuh semua lapisan masyarakat. Dengan demikian, kesenjangan yang ditemui dalam konteks ini adalah kurang aktifnya semua sektor dalam menyuarakan narkoba sebagai ancaman pembangunan nasional dan daerah. Kondisi ini dapat dinyatakan pula bahwa narkoba belum menjadi isu yang *mainstreaming* dalam wacana pembangunan daerah.

Ketika narkoba menjadi isu yang mainstream, maka semua sektor selayaknya mengalokasikan pembiayaan untuk perencanaan dan penganggaran program-program

pencegahan. Narkoba saat ini sudah patut untuk dijadikan sebagai isu sentral dalam pembangunan Nasional dan Daerah mengingat daya rusaknya yang mempengaruhi seluruh dimensi kehidupan manusia.

Pendekatan pembangunan yang menitikberatkan *human capital* mendapatkan ancaman terbesarnya dari penyalahgunaan narkoba karena pusat serangannya pada otak manusia. Kerusakan organ otak pastilah menurunkan kualitas SDM karena vitalitas otak berfungsi mengendalikan seluruh kreatifitas dan mentalitas seseorang.

Kemungkinan yang paling rasional menyebabkan tidak *mainstreamnya* isu narkoba dalam pembangunan nasional dan daerah karena *mind-set* para penentu kebijakan dan pengambil keputusan dalam berbagai jenjang belum terbentuk dengan baik.

Kesenjangan lainnya yang ditemukan pada konteks aktivitas kampanye bahaya narkoba adalah pemanfaatan media KIE yang kurang akibat jenis-jenis media KIE dianggap tidak *acceptable* dan *accecesible* dengan kebutuhan lokal masyarakat. Dampaknya, pesan yang disampaikan oleh media KIE tidak dapat ditangkap maknanya dengan baik. Inilah yang menjelaskan mengapa aktivitas media KIE berlangsung terus, namun pada kenyataannya pemahaman masyarakat terhadap bahaya narkoba belum membaik. Selain itu, pemerataan pesan bahaya narkoba diberbagai wilayah menjadi masalah tersendiri.

Umumnya informasi hanya diperoleh lebih banyak bagi masyarakat yang tinggal di perkotaan, sedangkan

masyarakat di desa khususnya daerah terpencil, pegunungan, dan kepulauan relatif kurang disentuh oleh informasi. Padahal wilayah-wilayah rural saat ini banyak dijadikan sebagai pintu masuk penyebaran narkoba.

Media KIE yang selama ini didistribusikan adalah media yang bergerak di lini atas dengan kemasan pesan yang generik. Dibutuhkan media KIE lini bawah yang memperhatikan spesifik-lokal sebagai dasar pengembangan isi pesan.

Respon pencegahan dengan model pemberdayaan masyarakat kelihatannya masih berbentuk *lipstic program* karena targetnya yang mengutamakan *output* dalam bentuk pengelompokan masyarakat dengan pola perencanaan dan penggerakan dari atas. Pemberdayaan sejatinya dimulai dari bawah melalui partisipasi aktif masyarakat untuk mengenali masalahnya sendiri dan memunculkan kesadaran kolektif guna mengatasi masalah tersebut sesuai potensi lokal yang mereka miliki. Konsep ini belum dioperasikan dengan baik pada kegiatan-kegiatan pemberdayaan masyarakat, baik yang diinisiasi oleh BNNP Sulsel maupun oleh instansi lainnya.

Kesenjangan pada konteks pemberdayaan masyarakat kemudian berlanjut ketika pendekatan pemberdayaan masyarakat tidak men-*set-up* perencanaan-perencanaan kegiatan menuju kemandirian. Pemberdayaan masyarakat yang diinisiasi tanpa kemasan kemandirian justru akan menciptakan ketergantungan baru bagi masyarakat sehingga masyarakat akan semakin kesulitan untuk memanfaatkan potensinya sendiri dalam melakukan pencegahan dan penanggulangan narkoba.

2. Kesenjangan Respon Pemberantasan

Sasaran pokok pemberantasan adalah pengurangan *supply-side* narkoba yang beredar di kalangan masyarakat. Fokus intervensinya adalah upaya represif terhadap para pelaku melalui upaya penegakan hukum. Aparat penegak hukum menjadi aktor kunci pada upaya pemberantasan ini.

Tidak dipungkiri bahwa kebijakan peraturan perundang-undangan seringkali masih ditafsirkan secara berbeda oleh aparat penegak hukum di berbagai jenjang. Katakanlah, kebijakan IPWL belum dipahami dengan baik, terutama oleh aparat kepolisian tingkat Polsek dan Polres. Bahkan kadang-kadang masih terjadi konflik kebijakan dalam memahami paradigma penyalahguna sebagai korban. Masih ada yang menerjemahkannya sebagai bentuk dekriminilisasi pelaku kejahatan.

Kesenjangan penegakan hukum lainnya ditemukan juga pada perilaku oknum aparat yang ditengari memperbesar peluang terjadinya pengedaran. Para oknum petugas bekerjasama dengan sindikat atas motif memperkaya diri sendiri atau motif ingin mengonsumsi narkoba. Praktek ini tidak hanya dijumpai pada proses penyidikan dan penuntutan, akan tetapi ditemukan pula saat proses menjalani hukuman di lapas. Beberapa lapas di Indonesia pernah dinyatakan sebagai simpul dari pengedaran narkotika.

Keterbatasan alat deteksi narkoba beserta kemampuan petugas dalam melakukan upaya pengawasan menjadi kesenjangan tersendiri. Wilayah Sulsel memiliki pelabuhan-pelabuhan tradisional yang

menghubungkan antar pulau, sementara pelabuhan-pelabuhan tersebut tidak dilengkapi dengan infrastruktur pengawasan yang memadai.

Sistim pengawasan pintu masuk yang lemah akibat keterbatasan infrastruktur semestinya didukung dengan sistim pengawasan masyarakat. Pembangunan sistim masyarakat menjadi kebutuhan yang penting dan sifatnya mendesak oleh karena narkoba dianggap mudah menyebar di masyarakat akibat keterbatasan sistim pengawasan yang dikendalikan oleh petugas.

Dengan memahami pentingnya peran serta masyarakat dalam upaya pemberantasan narkoba, mengarahkan pelibatan aktif komponen masyarakat untuk mampu mengawasi dan melaporkan setiap gejala atau kejadian penyalahgunaan narkoba yang terjadi di lingkungan sosialnya. Kekuatan utama yang dimiliki masyarakat dalam konteks pengawasan sosial adalah jarak sosial masyarakat yang dekat dengan aktivitas-aktivitas para kelompok sindikat. Umumnya kegiatan produksi, distribusi, dan penyalahgunaan obat terjadi di pemukiman-pemukiman masyarakat. Bagaimanapun, jumlah aparat petugas sangat kurang dibandingkan dengan wilayah pengawasan yang menjadi lokus pengawasannya.

Pengawasan dan pengendalian yang menjadi tanggungjawab OPD Satpol PP sebagaimana yang diamanatkan oleh Pergub Sulsel nomor 33 Tahun 2012 belum diimplementasikan dengan baik. Salah satu penyebab yang memungkinkan satuan pemerintahan ini belum optimal dalam menjabarkan Pergub tersebut adalah

rendahnya kapasitas staf dalam melakukan pengawasan. Pengetahuan dan keterampilan staf yang berkaitan dengan praktek pengedaran gelap dan penyalahgunaan narkoba relatif masih rendah karena belum adanya intervensi peningkatan kapasitas SDM khusus penanganan narkoba.

Peranan Satpol PP dalam penanggulangan penyalahgunaan narkoba pernah diwujudkan melalui pembentukan satgas yang diinisiasi oleh Biro Bina Napza dan HIV-AIDS Setda Provinsi Sulsel akhir tahun 2015. Namun karena struktur biro pemerintahan ini sudah tidak ada lagi, maka kelembagaan satgas ini relatif tidak berfungsi.

3. Kesenjangan Respon Rehabilitasi Narkoba

Indikator yang digunakan dalam memetakan adanya kesenjangan respon upaya rehabilitasi adalah rendahnya tingkat permintaan akan layanan rehabilitasi secara sukarela dari masyarakat (*acceptability*), terbatasnya layanan rehabilitasi di beberapa daerah kabupaten/kota (*accessibility*), manajemen pelayanan rehabilitasi (*quality*), dan tingkat kesembuhan klien serta keberlanjutan program layanan (*sustainability*).

Adanya program rehabilitasi narkoba yang dijalankan oleh BNNP, Dinkes, dan Dinsos menciptakan perbedaan modalitas pemulihan yang semestinya dapat bersinergi untuk menghasilkan kualitas layanan rehabilitasi yang lebih baik. Terdapat kecenderungan masing-masing institusi yang menyelenggarakan rehabilitasi hanya fokus pada layanannya saja, tanpa menyadari dengan baik bahwa kebutuhan klien sangatlah kompleks. Tingkat kompleksitas kebutuhan klien rehabilitasi seyogyanya

didekati dengan penerapan modalitas terapi yang komprehensif. Pelayanan seperti ini tentu sangat sulit diterapkan jika masing-masing instansi tidak menerapkan sistem jejaring yang menandakan adanya interkoneksi pelayanan.

Selain kesenjangan manajemen pelayanan seperti di atas, kesenjangan pelayanan rehabilitasi ditemukan juga pada tahap penjangkauan kelompok komunitas penyalahgunaan narkoba. Program penjangkauan komunitas yang biasanya dilakoni oleh NGO/LSM peduli narkoba tidak se-intensif ketika masih ada bantuan donor Internasional seperti AusAID, IHPCP, USAID, dan Global Fund.

Program penjangkauan ini sangat berguna dalam mempersiapkan mentalitas korban penyalahguna narkoba untuk mengikuti program-program yang ditawarkan pada layanan rehabilitasi. Kesiapan mental korban/klien sangat membantu percepatan pemulihan perilaku menuju penghentian pemakaian narkoba secara bertahap. Celah ini dapat diatasi dengan meningkatkan kapasitas keluarga agar mampu menerapkan konseling sederhana terhadap anggota keluarganya yang menyalahgunakan narkoba.

Kesenjangan yang tak kalah pentingnya pada tahapan program rehabilitasi adalah layanan *after-care* yang kesannya belum terkelola secara sistematis. Tahapan layanan ini sesungguhnya menyiapkan klien untuk bisa bersosialisasi secara normal dalam lingkungan masyarakat. Ini berarti bahwa jenis layanan ini membutuhkan kerjasama berbagai pihak yang berkaitan dengan peningkatan fungsi sosial mantan klien seperti fungsi

ekonomi, fungsi sosial keagamaan, fungsi kebudayaan, dan lain-lain.

Selain tahapan program rehabilitasi yang belum terkelola secara optimal, kesenjangan fundamental ditemui juga pada rantai pelayanan yang belum terhubung secara kuat. Tahapan persiapan, entry, program pemulihan, after-care, re-sosialisasi, pemantauan merupakan mata rantai yang saling berkaitan. Satu mata rantai pelayanan yang kurang terkelola, pasti mempengaruhi kualitas pelayanan secara keseluruhan.

Oleh karena itu, model pelayanan rehabilitasi yang bersifat *continuum of care* perlu dijadikan sebagai jalan keluar dalam peningkatan kualitas pelayanan rehabilitasi narkoba ke depan. Model ini juga akan memadukan antara pelayanan rehabilitasi medis dan rehabilitasi sosial, termasuk menjembati layanan rehabilitasi narkoba dalam gedung dan layanan yang ada di luar gedung.

D. Isu-Isu Strategis

Analisis kesenjangan antara respon dengan postur kompleksitas masalah penyalahgunaan narkoba menghasilkan sintesa pemikiran dalam bentuk kemasan isu-isu strategis. Isu strategis ini dijadikan sebagai *logical frame* dalam menyusun perencanaan program yang lebih responsif dan relevan dengan karakteristik dasar permasalahan yang sedang dihadapi.

Isu strategis merupakan pernyataan deskriptif terhadap determinasi suatu permasalahan. Setiap isu strategis memiliki arahan fokus penanganan yang jika diantisipasi akan menghasilkan efek ganda (*multiflier-effect*). Isu-isu strategis yang dapat dirumuskan sebagai berikut:

1. Penggerakan program P4GN bersifat artifisial yang penggerakannya masih didominasi oleh pemerintah, aparat, dan petugas pelayanan.
2. Upaya pembentukan kesadaran melalui metode KIE belum memanfaatkan karakteristik *lokal-spesifik* masyarakat, mengingat KIE yang ada masih dalam kemasan generik.
3. Pengawasan dan pengendalian pengedaran narkoba melalui pendekatan struktural (kebijakan) memerlukan dukungan dari masyarakat dengan memperkuat sistim ketahanan wilayah atau keluarga.
4. Lemahnya moralitas aparat dalam menangani P4GN mengakibatkan peluang terjadinya transaksi penyalahgunaan narkoba di masyarakat semakin membesar.
5. Implementasi program dilaksanakan secara fakultatif dengan tata kelola manajemen yang tidak mencerminkan keterpaduan antar program dan antar sektor.
6. Pelayanan rehabilitasi membutuhkan model pelayanan yang bersifat *continuum of care* sehingga intervensi pemulihan bagi korban terkelola secara komprehensif-berkelanjutan.
7. Keterbatasan setiap modalitas terapi pada pelayanan rehabilitasi memerlukan pengembangan sistim rujukan, baik rujukan kasus, informasi, SDM, maupun peralatan.
8. Kekambuhan klien pasca-rehabilitasi akan dapat diminimalisir melalui keluarga beserta lingkungan masyarakat proaktif dalam memberikan dukungan sosial kepada eks-penyalahguna narkoba.

Isu-isu strategis di atas menempatkan partisipasi aktif masyarakat dalam melakukan upaya P4GN di Sulsel sebagai isu sentral. Simpul isu strategis itu mempunyai asumsi-asumsi dasar, di bawah ini:

1. Pelaksanaan advokasi penggerakan program P4GN sangat efektif melalui dukungan *pressure* dari kalangan *civil society*.
2. Untuk memperoleh kemas KIE yang memanfaatkan kebutuhan *lokal-spesific* dibutuhkan metode dialog sosial antara petugas dan komponen masyarakat.
3. Saat narkoba berhasil melewati pintu masuk (pelabuhan/ terminal/ bandara) akibat keterbatasan SDM dan peralatan, maka proteksi selanjutnya yang efektif melalui pengawasan sosial dari masyarakat.
4. Moralitas dan mentalitas aparat dalam menangani kasus-kasus narkoba dapat terbentuk dengan baik melalui proses konstruksi sosial yang diaktori oleh anggota masyarakat.
5. Dukungan keluarga/masyarakat menjadi faktor penentu keberhasilan upaya rehabilitasi dalam memulihkan korban penyalahgunaan narkoba.

E. Strategi Respon Darurat

Berdasarkan dari rumusan isu strategis dan pemosisian isu sentral yang mengikat dari keseluruhan isu yang ada, maka strategi respon darurat yang akan digunakan oleh BNNP Sulsel bersama Pemprov Sulsel dalam percepatan upaya pencegahan dan penanggulangan narkoba adalah GERAKAN SOSIAL RT-nisasi ANTI NARKOBA.

Gerakan sosial ini menggambarkan upaya massifikasi pencegahan dan penanggulangan narkoba yang dilakukan secara serentak (simultan) dari atas dan dari bawah dengan mengutamakan keterlibatan seluruh komponen masyarakat.

Ciri yang menonjol dari gerakan sosial ini adalah partisipasi aktif warga/masyarakat untuk menginisiasi program-program pencegahan dan penanggulangan sesuai dengan kemampuan yang dimilikinya dan kebutuhan aktual yang dihadapi. Guna merangsang tumbuhnya inisiatif, maka diperlukan lingkungan yang kondusif berupa dukungan kebijakan pemerintah dari berbagai jenjang. Karena itu, gerakan sosial ini mengharuskan adanya aktivitas advokasi dari lini atas dan aktivitas pemberdayaan masyarakat dari lini bawah.

Fokus program yang berasal dari lini atas adalah aktivitas advokasi yang bertujuan peningkatan komitmen penentu kebijakan dan pengambil keputusan serta penggerakan program lintas program dan lintas sektor. Sementara itu, fokus program pada lini bawah adalah pembentukan sistim masyarakat yang kuat melalui pengorganisasian masyarakat lokus RT.

Dengan demikian, strategi massif ini akan diimplementasikan dalam 6 (enam) bentuk aktivitas programik, yaitu:

1. Advokasi Penggerakan Program Pencegahan dan Penanggulangan Narkoba.
2. Pembentukan Pokja Anti Narkoba Tingkat RT.
3. Penguatan Kapasitas Manajemen Pengelolaan Pokja Anti Narkoba bagi pengurus RT.

4. Penggerakan Penggiat Anti Narkoba wilayah RT.
5. Pembangunan Sistim Ketahanan Masyarakat dalam pencegahan dan penanggulangan narkoba tingkat desa/kelurahan (individu, keluarga, RT/RW, desa/kelurahan, kecamatan, kabupaten, provinsi). Wilayah kecamatan, kabupaten, dan provinsi sebagai supra-sistim.
6. Integrasi Sistim Ketahanan Masyarakat Anti Narkoba dalam dalam struktur pemerintahan desa/kelurahan.

F. Program, Kegiatan, dan Indikator Output

Implementasi konkret dari strategi Gerakan Sosial RT-nisasi Anti Narkoba dijabarkan dalam bentuk program, kegiatan, dan indikator. Uraian lebih jelas dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 15
Program, Kegiatan, dan Indikator Output

No	Program	Kegiatan	Indikator Output
1	Advokasi Penggerakan Program	a. Audiens pengambil kebijakan semua jenjang b. Pertemuan penyamaan persepsi tingkat provinsi dan kabupaten/kota c. Pertemuan membangun konsensus gerakan sosial melawan narkoba	a. Diketahuinya rencana penanggulangan narkoba secara massif oleh pemerintah dan DPR tingkat prov dan kab/kota. b. Pengambil kebijakan level prov/kab/kota memiliki persepsi yang sama dalam memahami maksud dan tujuan penanggulangan narkoba secara

No	Program	Kegiatan	Indikator Output
			massif c. Adanya konsensus antara provinsi dan kab/kota dalam bentuk MoU tentang aksi gerakan sosial melawan narkoba
2	Pembentukan Pokja Anti Narkoba Tingkat RT	a. Analisis netmap dan sosiometri tingkat kabupaten b. Sosialisasi Pembentukan Pokja RT Anti Narkoba Tingkat Kabupaten c. Pemantapan Pembentukan Pokja RT Anti Narkoba Tingkat Kecamatan d. Pertemuan Pembentukan Pokja RT Anti Narkoba Tingkat Desa/Kelurahan	a. Diketuinya lembaga-lembaga dan orang-orang yang berkepentingan dengan P4GN tingkat kab/kota b. Diketuinya rencana pembentukan Pokja RT anti narkoba oleh stakeholders tingkat kab/kota c. Adanya rencana kerja di tingkat kecamatan tentang pembentukan pokja anti narkoba d. Terbentuknya pokja Anti Narkoba di semua RT pada semua desa/kelurahan setiap kab/kota
3	Penguatan Kapasitas Manajemen Pengelolaan Pokja RT Anti	a. Pelatihan Dasar Bahaya Narkoba b. Pembinaan Pengorganisasian Pokmas	a. Anggota pokja anti narkoba memahami dengan benar bahaya narkoba dan penanggulangannya

No	Program	Kegiatan	Indikator Output
	Narkoba	c. Pelatihan Keterampilan Komunikasi Penyuluhan Narkoba	b. Pokja RT anti-narkoba memiliki kemampuan pengorganisasian kelompok c. Semua anggota pokja RT anti narkoba memiliki kemampuan penyuluhan narkoba di masyarakat
4	Penggerakan Penggiat Anti Narkoba wilayah RT	a. Fasilitasi kunjungan rumah b. Fasilitasi penyebaran media KIE c. Fasilitasi pengawasan dan pelaporan d. Fasilitasi kebutuhan pelayanan rehabilitasi e. Fasilitasi sosialisasi bahaya narkoba dalam acara sosial kemasyarakatan	a. Pokja RT anti narkoba melakukan kunjungan rumah untuk pembinaan keluarga b. Ada paparan media KIE pencegahan narkoba di tempat-tempat umum sekitar lingkungan RT c. Pokja RT anti narkoba mampu mengenali gejala dan melaporkannya kepada pihak yang berwenang d. Pokja RT anti narkoba membantu warga untuk mendapatkan pelayanan rehabilitasi e. Adanya paparan informasi bahaya

No	Program	Kegiatan	Indikator Output
			narkoba pada kegiatan arisan, pengajian, pengantin, sunatan, dan lain-lain
5	Pembangunan Sistim Ketahanan Masyarakat	a. Pertemuan Pemetaan Stakeholders b. Pembentukan Jejaring Komunikasi dan Koordinasi Pokja Anti Narkoba c. Pembinaan Sistim Ketahanan Masyarakat Anti Narkoba d. Pembudayaan Anti Narkoba bagi warga RT	a. Diketuainya lembaga-lembaga yang berkepentingan dengan isu narkoba tingkat desa/kelurahan beserta peran dan posisinya masing-masing b. Adanya mekanisme komunikasi dan koordinasi penanggulangan narkoba c. Adanya peningkatan pengetahuan dan peningkatan sarana bagi layanan pokja RT anti narkoba d. Sikap anti narkoba masyarakat lingkungan RT terinternalisasi menjadi perilaku penolakan narkoba
6	Integrasi Sistim Ketahanan Masyarakat dalam	a. Pertemuan seluruh kades untuk integrasi b. Advokasi Kebijakan Integrasi dalam bentuk Perdes	a. Semua kades mengetahui rancangan integrasi pokja RT anti narkoba ke dalam

No	Program	Kegiatan	Indikator Output
	Struktur Pemerintahan Desa	c. Pengawasan dan Pembinaan Sistem Ketahanan Masyarakat Anti Narkoba	struktur pemerintahan desa b. Setiap desa/kelurahan memiliki perdes tentang pokja RT anti narkoba c. Pokja RT anti narkoba berperan secara aktif dalam mengatasi bahaya narkoba di masyarakat.

G. Manajemen Program dan Pembiayaan

Manajemen program dan pembiayaan perlu dikelola secara terencana supaya penerapan strategi ini berjalan dengan teratur dan berkelanjutan. Manajemen program dan pembiayaan terdiri atas aktivitas perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi, serta pelaporan.

Perencanaan program dilakukan secara terpadu dengan melibatkan semua sektor yang terkait dengan penyelenggaraan strategi Gerakan Sosial RTnisasi Anti Narkoba. *Leading sector* perencanaan ini adalah BNNP Sulsel yang merupakan institusi yang memiliki kewenangan dan fungsi dalam penanggulangan narkoba. Sebagai *leading sector*, BNNP Sulsel akan melakukan pertemuan serial yang melibatkan semua unsur untuk melakukan proses perencanaan. Saat melakukan perencanaan program, bersamaan dengan itu juga dilakukan perencanaan pembiayaan. Khusus untuk perencanaan pembiayaan secara ketat dilakukan dengan memperhatikan prinsip akuntabilitas dan transparansi.

Luaran perencanaan ini berupa rencana aksi menyeluruh yang menggambarkan rangkaian-rangkaian kegiatan/aktivitas lengkap dengan pembagian peran masing-masing unsur berserta target yang harus dicapai. Tentu saja rencana aksi ini memuat hal-hal yang bersifat detail, seperti waktu pelaksanaan, tempat pelaksanaan, metode pelaksanaan, biaya yang dibutuhkan, bagaimana prosesnya, dan siapa yang terlibat.

Proses perencanaan menggunakan metode *evidence-based*, dimana seluruh rancangan kegiatan disusun berdasarkan masalah yang dipotret dari gambaran fakta-

fakta kekinian di lapangan atau data-data yang *up-to-date*. Data dapat diakses dari laporan kegiatan, hasil-hasil survey, dan data yang tersedia di beberapa OPD yang berkaitan dengan permasalahan narkoba.

Guna efektivitas penyelenggaraan perencanaan terpadu gerakan ini, dibutuhkan langkah taktis untuk mengintegrasikan hasil perencanaan ke dalam Sistem Perencanaan Pembangunan yang dimulai dari proses musrembang desa, musrembang kecamatan, dan musrembang kabupaten, bahkan sampai pada musrembang provinsi. Pendekatan perencanaan seperti ini mencerminkan adanya perencanaan yang bersifat partisipatoris.

Pada tahap implementasi program, aspek yang memerlukan perhatian adalah konsistensi pelaksanaan dengan skema perencanaan, pelibatan stakeholders, pemosisian masyarakat sebagai subyek, dan capaian target dan indikator.

Konsistensi implementasi dengan kerangka rencana aksi sangat menentukan keberhasilan pelaksanaan program. Untuk menjaga konsistensi ini dibutuhkan kepemimpinan yang kuat dari penanggungjawab kegiatan. Para penanggungjawab kegiatan dituntut melakukan pengawasan intensif dan tindakan koordinasi yang ketat diantara pelaku-pelaku kegiatan.

Implementasi kegiatan perlu juga memastikan adanya keterlibatan stakeholders berdasarkan pembagian peran dan fungsi. Keterlibatan stakeholders bukan hanya sekedar terlibat, akan tetapi keterlibatan yang bersifat aktif. Peran stakeholders dalam mendukung kelancaran aksi dan keberlanjutannya sangatlah penting. Ketika stakeholders

dilibatkan, maka program aksi dianggap sebagai tanggungjawabnya (*ownership*), bukan tanggungjawab dari pihak luar (*the other*).

Setiap kegiatan yang diimplentasikan haruslah terukur dalam pencapaian target dan indikator. Dengan demikian, penentuan input-input program yang dibutuhkan disesuaikan dengan target dan indikator yang terdapat dalam skema perencanaan. Guna memastikan penggunaan input-input program sesuai dengan rancangan proses dan output serta target dan indikator, diperlukan upaya monitoring dan evaluasi program.

Monitoring difokuskan pada pengamatan secara berkala terhadap perkembangan program dari waktu ke waktu, sedangkan evaluasi adalah penilaian hasil program atau efektivitas program terhadap masalah yang ada.

Setiap pelaksanaan monitoring dan evaluasi dilengkapi dengan instrumen standar yang terukur supaya hasil yang diperoleh bersifat obyektif. Instrumen monitoring dan evaluasi bisa berbentuk *check-list*, angket, dan kuesioner. Biasanya pelaksanaan monitoring dilakukan melalui pertemuan yang dilakukan sekali dalam tiga bulan (triwulan), sedangkan evaluasi dilakukan dalam bentuk survey yang dilakukan di akhir kegiatan.

Hasil-hasil evaluasi disosialisasikan kepada seluruh komponen dalam bentuk seminar atau pertemuan hasil monitoring dan evaluasi untuk mendapatkan tanggapan atau penilaian dalam rangka upaya perbaikan program ke depannya.

Model, bentuk, dan proses monitoring dan evaluasi gerakan sosial anti narkoba ini direncanakan saat perencanaan program pada awal kegiatan.

Seluruh rangkaian program dan kegiatan dibuatkan laporan tertulis dengan menggunakan form pelaporan yang khusus dibuat untuk itu. Laporan terdiri atas laporan kegiatan dan laporan keuangan pokja RT anti narkoba serta laporan rekapitulasi kinerja pokja. Alur pelaporan mengikuti mekanisme pelaporan yang sudah ditetapkan bersama.

Laporan pokja diketahui oleh Ketua RT yang selanjutnya disampaikan kepada pihak desa/kelurahan. Laporan kegiatan pokja kemudian ditindaklanjuti oleh pemerintah desa dengan membuat laporan rekapitulasi kinerja untuk disampaikan kepada pihak kecamatan guna mendapatkan asistensi. Pihak kecamatan selanjutnya mengirimkan laporan tersebut kepada kabupaten/kota. Muara dari semua aliran pelaporan berakhir di tingkat BNNP Sulsel.

H. Kerangka Rencana Aksi

Untuk memudahkan implementasi program dan kegiatan, maka dibutuhkan kerangka rencana aksi sebagai panduan. Kerangka aksi akan diuraikan dalam bentuk tabel/matriks, sebagaimana di bawah ini:

Tabel 16.
Kerangka Rencana Aksi

No	Program	Kegiatan	Tujuan	Sasaran	P.Jawab	Sumber Biaya
	Advokasi Penggerakan Program	a. Audiens pengambil kebijakan semua jenjang b. Pertemuan penyamaan persepsi tingkat provinsi dan kabupaten/kota c. Pertemuan membangun konsensus gerakan sosial melawan narkoba	a. Mendapatkan dukungan politis dan birokratis b. Menyamakan persepsi kalangan pengambil keputusan c. Menghasilkan kesepakatan antara PK provinsi dan kab/kota	Gubernur Bupati dan DPRD Provinsi dan Kab/Kota	Pemprov dan BNNP	APBN/D dan hibah CSR
	Pembentukan Pokja Anti Narkoba Tingkat RT	a. Analisis netmap dan sosiometri tingkat kabupaten b. Sosialisasi	a. Mengetahui lembaga dan orang yang berpengaruh	OPD, orsos, ormas, tomas, perusahaan,	Bupati, BNNK/BNK	APBD

No	Program	Kegiatan	Tujuan	Sasaran	P.Jawab	Sumber Biaya
		Pembentukan Pokja RT Anti Narkoba Tingkat Kabupaten c. Pemantapan Pembentukan Pokja RT Anti Narkoba Tingkat Kecamatan d. Pertemuan Pembentukan Pokja RT Anti Narkoba Tingkat Desa/Kelurahan	b. Meningkatnya pemahaman skema pembentukan pokja RT anti narkoba c. Menyiapkan pihak kecamatan untuk mendorong desa/kel membentuk pokja d. Terbentuknya pokja RT anti narkoba di semua desa	parpol, OP, media, PT		
	Penguatan Kapasitas Manajemen Pengelolaan	a. Pelatihan Dasar Bahaya Narkoba b. Pembinaan Pengorganisasian	a. Meningkatkan pengetahuan anggota pokja ttg bahaya narkoba	Pengurus pokja RT anti narkoba	Kepala Desa	APBD, Dana Desa

No	Program	Kegiatan	Tujuan	Sasaran	P.Jawab	Sumber Biaya
	Pokja RT Anti Narkoba	Pokmas c. Pelatihan Keterampilan Komunikasi Penyuluhan Narkoba	b. Menyusun tata kelola organisasi pokja c. Meningkatkan keterampilan menyuluh anggota pokja			
	Penggerakan Penggiat Anti Narkoba wilayah RT	a. Fasilitasi kunjungan rumah b. Fasilitasi penyebaran media KIE c. Fasilitasi pengawasan dan pelaporan d. Fasilitasi kebutuhan pelayanan rehabilitasi e. sosialisasi bahaya	a. Meningkatnya kesadaran keluarga melindungi anggotanya b. Meningkatkan pengetahuan masyarakat secara merata c. Meningkatnya partisipasi masyarakat	Pokja RT anti narkoba	Koordinator Pokja dan Kepala Desa/Kel	APBD/Des

No	Program	Kegiatan	Tujuan	Sasaran	P.Jawab	Sumber Biaya
		narkoba dalam acara sosial kemasyarakatan	melaporkan dugaan penyalahgunaan narkoba d. Meningkatnya akses rehab secara sukarela e. Memperluas paparan informasi			
	Pembangunan Sistim Ketahanan Masyarakat	a. Pertemuan Pemetaan Stakeholders b. Pembentukan Jejaring Komunikasi dan Koordinasi Pokja Anti Narkoba c. Pembinaan Sistim Ketahanan Masyarakat Anti	a. Mengetahui stakeholders yang berpengaruh b. Membentuk mekanisme komunikasi dan koordinasi pokja dalam menjalankan peran	OPD, pemdes, dan Pokja	Camat dan Kades	APBD/Des

No	Program	Kegiatan	Tujuan	Sasaran	P.Jawab	Sumber Biaya
		Narkoba d. Pembudayaan Anti Narkoba bagi warga RT	dan fungsinya c. Membentuk mekanisme kerja pokja secara organisatoris d. Menginternalisasi nilai-nilai positif yang mendukung upaya anti narkoba			
	Integrasi Sistim Ketahanan Masyarakat dalam Struktur Pemerintahan Desa	a. Pertemuan seluruh kades untuk integrasi b. Advokasi Kebijakan Integrasi dalam bentuk Perdes c. Pengawasan dan Pembinaan Sistim Ketahanan	a. Meningkatkan pemahaman kades ttg rencana integrasi pokja dalam fungsi pemdes b. Meningkatkan komitmen kades	Bupati, DPRD kab, OPD, pokja	Gubernur	APBD

No	Program	Kegiatan	Tujuan	Sasaran	P.Jawab	Sumber Biaya
		Masyarakat Anti Narkoba	untuk scaling up fungsi struktur pemdes c. Meningkatkan peran dan fungsi pokja sebagai penggiat anti narkoba			

I. Penutup

Rancangan respon darurat P4GN di Sulsel sebagaimana yang terurai pada dokumen ini dilahirkan dari keprihatinan mendalam atas pergerakan angka penyalahgunaan narkoba di Sulsel yang semakin cepat. Keinginan untuk melakukan percepatan penanggulangan masalah narkoba melalui upaya massifikasi di tingkat akar rumput menjadi kebutuhan yang sangat penting dan mendesak. Oleh karena itu, dibutuhkan rancangan sistematis seperti yang dituangkan pada dokumen ini agar memudahkan semua pihak dalam memberikan dukungannya.

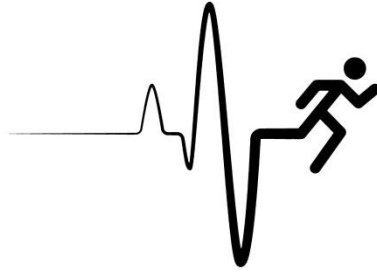
Berbagai fakta, data, pengalaman, dan pendapat saling dibenturkan untuk menghasilkan pemikiran yang komprehensif dengan fisibilitas yang tinggi. Tidak ada gunanya sebuah dokumen rancangan, jika tidak dilanjutkan dengan aksi konkret. Dengan demikian, kami berharap dokumen ini menjadi *living-document* bagi semua yang berkepentingan semata-mata demi menjaga generasi muda kita dari kehancuran akibat penyalahgunaan narkoba.

Tentu saja apa yang disajikan pada dokumen ini memiliki keterbatasan dan kelemahan. Oleh karena itu, kami mohon maaf dan selanjutnya membuka diskusi konstruktif untuk menemukan bagian-bagian yang dianggap kurang, sehingga kita mampu untuk menghasilkan suatu rancangan yang mendekati kesempurnaan.

Terima kasih kepada Bapak Gubernur Sulsel atas perhatian dan dukungannya hingga dokumen ini tersusun dalam waktu yang relatif singkat. Terima kasih pula kepada Bapak Kepala BNNP Sulsel Bapak Brigjen Pol Drs. Mardi Rukmianto yang selalu memotivasi dengan ide-ide brilyannya

sehingga dokumen ini merefleksikan pemikiran yang inovatif dan kreatif. Terima kasih tak terhingga kepada seluruh staf BNNP Sulsel yang dengan kerja kerasnya membantu menyiapkan data-data dan memberikan informasi sebagai dasar penyusunan dari keseluruhan gagasan rancangan ini.

Semoga apa yang dicita-citakan bersama dapat diwujudkan dan semoga Allah SWT Tuhan Yang Maha Kuasa senantiasa mencurahkan Rahmat dan HidayahNya kepada kita sekalian. Amin.



BAB 4

TELAAH VERIFIKASI DATA KEPESERTAAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL (JKN) PENERIMA BANTUAN IURAN (PBI)

A. Justifikasi Empiris

Asuransi Kesejahteraan Sosial merupakan Sistem Jaminan Sosial yang memberikan perlindungan sosial bagi pekerja mandiri, pekerja sektor informal, masyarakat terlanter dalam bentuk jaminan kesehatan yang diperuntukkan bagi diri sendiri dan keluarga. Sistem jaminan sosial ini ada yang dibayar oleh masyarakat secara mandiri, perusahaan, dan

negara. Dengan tujuan akhirnya, memberikan perlindungan kepada seluruh masyarakat Indonesia di masa akan datang.

JKN (Jaminan Kesehatan Nasional) adalah program pelayanan kesehatan dari pemerintah yang berwujud BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan dan sistemnya menggunakan sistem asuransi. Dengan adanya JKN ini maka seluruh warga Indonesia berkesempatan besar untuk memproteksi kesehatan mereka dengan lebih baik. Dengan hanya menyisihkan sebagian kecil uangnya, maka mereka pun akan mampu menjadi peserta dan memperoleh manfaatnya.

Untuk masyarakat miskin tidak perlu khawatir, karena semua rakyat miskin atau PBI (Penerima Bantuan Iuran) akan ditanggung kesehatannya oleh pemerintah. Dari sini maka tidak ada alasan lagi bagi rakyat miskin untuk memeriksa penyakitnya ke fasilitas kesehatan. BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) sendiri adalah badan atau perusahaan asuransi yang sebelumnya bernama PT Askes yang menyelenggarakan perlindungan kesehatan bagi para pesertanya. Perlindungan kesehatan ini juga bisa didapat dari BPJS Ketenagakerjaan yang merupakan transformasi dari Jamsostek (Jaminan Sosial Tenaga Kerja). Dari masing-masing definisi ini maka bisa disimpulkan bahwa perbedaan diantara keduanya ini adalah bahwa JKN merupakan nama programnya, sedangkan BPJS merupakan badan penyelenggaranya yang kinerjanya nanti diawasi oleh DJSN (Dewan Jaminan Sosial Nasional).

Penduduk Provinsi Sulawesi Selatan sebanyak 9.458.380 juta jiwa terdapat 71,74 persen atau 6.785.209 di antaranya sudah terdaftar di Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)

dan ikut pada program Jaminan Kesehatan Nasional dan Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS) per Juli 2017. Untuk Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) sebanyak 3.180.420 jiwa dengan rincian yang menerima PBI dari APBN sebanyak 1.484.353 jiwa, sedangkan APBD sebanyak 1.063.645 jiwa. Di Sulawesi Selatan masih ada 2.673.171 jiwa atau 28,26 persen yang belum tercover. Untuk kantor cabang Makassar yang membawahi Gowa, Maros, Pangkep, Takalar dan Makassar misalnya masih ada 974.924 jiwa atau 28,39 persen yang belum tercover. Bagaimana dengan cabang Bulukumba, Watampone, Parepare, Palopo, dan Makale. Untuk Cabang Bulukumba masih ada 340.883 jiwa atau 29,21 persen yang belum tercover. Cabang Watampone 585.324 jiwa atau 31,74 persen belum tercover. Cabang Parepare 329.507 jiwa atau 30,82 persen belum tercover. Cabang Palopo 263.937 jiwa atau 22,08 persen belum tercover, dan Cabang Makale 178.596 jiwa atau 28,26 persen belum tercover. (Profil Kesehatan Indonesia, 2016).

Masalah yang kemudian ditemukan di lapangan adalah ada masyarakat Indonesia yang terdaftar sebagai PBI yang berasal dari 2 anggaran yaitu APBN dan APBD. Anggaran yang masuk ke BPJS otomatis adalah anggaran dari 2 asal tersebut. Hanya saja, masyarakat diketahui menggunakan PBI dari APBN dan APBD jika masyarakat tersebut sudah menjangkau/menggunakan fasilitas kesehatan tersebut.

B. Tujuan Penelahaan

Berdasarkan latar belakang permasalahan tersebut, tujuan penelahaan ini adalah untuk mengetahui proses verifikasi dan validasi data kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional melalui:

1. Dinas Catatan Sipil Kabupaten/Kota
2. Dinas Sosial Kabupaten/Kota
3. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kabupaten/Kota
4. Kepala desa

C. Metode Telaah

1. Lokasi dan Waktu Pengkajian

Pelaksanaan pengkajian ini dilaksanakan selama 2 bulan mulai Oktober – Desember 2017. Lokasi penelitian sebagai berikut:

- a. Wilayah I : Makassar
- b. Wilayah II : Pare-pare
- c. Wilayah III : Bulukumba
- d. Wilayah IV : Bone
- e. Wilayah V : Makale
- f. Wilayah IV : Palopo

2. Jenis Pengkajian

Pengkajian ini merupakan penelitian observasional deskriptif dengan menggunakan desain *Cross Sectional Study* dengan pendekatan kuantitatif dan kualitatif. Data kuantitatif yang dimaksudkan dalam penelitian ini adalah jumlah peserta PBI. Data kualitatif yang dimaksudkan dalam penelitian ini adalah hasil wawancara tentang proses verifikasi data kepesertaan JKN melalui beberapa lembaga dan penyebab gandanya kepesertaan PBI.

3. Subyek Kajian

Populasi yang menjadi subyek pengkajian ini adalah seluruh seluruh petugas yang terlibat dalam kegiatan verifikasi dan validasi data di Provinsi Sulawesi Selatan.

Sampel yang dipilih menggunakan cara nonrandom sehingga diperoleh jumlah sampel sebanyak 60 orang dari 4 instansi yaitu Dinas Sosial, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), Dinas Catatan Sipil dan Kependudukan, dan Kepala Desa di 6 kabupaten di Provinsi Sulawesi Selatan.

4. Teknik Penarikan Subyek/Sampel

Penelitian ini menggunakan dua jenis data yaitu data primer. Data primer dalam penelitian ini menggunakan kuesioner untuk mengetahui proses verifikasi dan validasi kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Penerima Bantuan Iuran (PBI) yang dipilih dengan menggunakan metode nonrandom yaitu *Purposive Sampling*. Metode ini menggunakan kriteria yang telah ditetapkan oleh peneliti. Kriteria yang dimaksud adalah:

- a. Dinas Sosial Kabupaten/Kota: 5 orang pegawai negeri sipil/petugas verifikasi dan validasi data setiap tingkat kabupaten/kota.
- b. BPJS Kabupaten/Kota: 3 orang petugas data Penerima Bantuan Iuran (PBI) di masing-masing wilayah BPJS di Provinsi Sulawesi Selatan.
- c. Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil: 1 orang pegawai negeri sipil/ petugas pencatatan/ perubahan data kependudukan.
- d. Kepala Desa setempat: 1 orang kepala desa yang wilayahnya memiliki peserta JKN PBI dan minimal telah menduduki jabatannya paling kurang 6 bulan saat penelitian ini berlangsung.

D. Hasil dan Pembahasan

Pada penelitian ini responden yang menjadi sumber informasi utama untuk melihat pelaksanaan verifikasi data kepesertaan JKN PBI adalah Dinas Sosial pada 6 kabupaten yang menjadi sampel dalam penelitian ini. Selain itu, terdapat responden yang digunakan sebagai data perbandingan pelaksanaan JKN PBI yaitu pegawai Dinas Catatan Sipil dan Kependudukan, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, dan kepala desa setempat.

1. Dinas Sosial

Responden untuk Dinas Sosial sebanyak 5 orang dari 6 kabupaten sehingga jumlah sampel sebanyak 30 orang. Berikut ini adalah jawaban dari kuesioner yang kami ajukan kepada kepala bidan dan/atau staf di setiap Dinas Sosial kabupaten.

Dinas sosial merupakan lembaga pemerintah yang melakukan verifikasi dan validasi data Kepesertaan JKN PBI untuk setiap kabupaten yang selanjutnya dikirimkan ke Pusdatin Kementerian Sosial.

Tabel 17 menunjukkan apakah petugas verifikasi tersebut pernah atau tidak mengikuti Bimbingan Teknis (Bimtek) kepesertaan JKN PBI yang dilakukan Kementerian Sosial sebelum dilaksanakan pengumpulan data. Dari 6 kabupaten, terdapat 3 kabupaten yang keseluruhan petugas verifikasinya sudah ikut bimtek yaitu Toraja, Palopo, Pare-pare. Berbeda dengan Kabupaten Bulukumba sama sekali belum pernah ada pegawai Dinas Sosialnya yang mengikuti Bimtek tersebut.

Tabel 17

Pernah Mengikuti BIMTEK Verifikasi dan Validasi JKN PBI
(Penerima Bantuan Iuran)

Mengikuti BIMTEK	N	%
1. Makasar		
Pernah	3	60
Tidak pernah	2	40
2. Bone		
Pernah	2	40
Tidak pernah	3	60
3. Toraja		
Pernah	5	100
Tidak pernah	0	0
4. Palopo		
Pernah	5	100
Tidak pernah	0	0
5. Bulukumba		
Pernah	0	0
Tidak pernah	5	100
6. Pare-pare		
Pernah	5	100
Tidak pernah	0	0

Sumber: Data Primer, 2017

Tabel 18 menunjukkan jawaban petugas verifikator yang menyatakan bahwa dilaksanakan atau tidaknya penentuan lokasi calon JKN PBI. Hasilnya menunjukkan bahwa terdapat 4 kabupaten/kota yang tidak melakukan penentuan lokasi calon JKN PBI yaitu Makassar, Toraja, Palopo, dan Pare-pare. Hal ini karena kabupaten/kota tersebut masih merujuk pada data yang diberikan oleh instansi pemerintah lainnya yaitu Bappeda/BPS/Dinas Kesehatan pada setiap kabupaten/kotanya.

Tabel 18
 Penentuan Lokasi Verifikasi data calon JKN PBI
 (Penerima Bantuan Iuran)

Penentuan Lokasi	n	%
1. Makasar		
Ya	0	0
Tidak	2	100
2. Bone		
Ya	1	20
Tidak	4	80
3. Toraja		
Ya	0	0
Tidak	5	100
4. Palopo		
Ya	0	0
Tidak	5	100
5. Bulukumba		
Ya	2	40
Tidak	3	60
6. Pare-pare		
Ya	0	0
Tidak	5	100

Sumber: Data Primer, 2017

Tabel 19
 Alasan tidak melakukan penentuan lokasi verifikasi data calon JKN PBI
 (Penerima Bantuan Iuran)

Penentuan Lokasi	n	%
1. Makasar		
Sudah ditentukan oleh kepala desa/ camat/BPS/Bapedda	5	100
2. Bone		
Sudah ditentukan oleh kepala desa/ camat/BPS/Bapedda	3	75

Daerah tersebut merupakan data rujukan dari data nasional kemensos	1	25
3. Toraja		
Sudah ditentukan oleh kepala desa/ camat/BPS/Bapedda	4	80
Daerah tersebut merupakan data rujukan dari data nasional kemensos	1	20
4. Palopo		
Sudah ditentukan oleh kepala desa/ camat/BPS/Bapedda	4	80
Daerah tersebut merupakan data rujukan dari data nasional kemensos	1	20
5. Bulukumba		
Sudah ditentukan oleh kepala desa/ camat/BPS/Bapedda	3	100

Sumber: Data Primer, 2017

Selanjutnya, tabel 20 dan 21 menunjukkan kriteria masyarakat yang berhak menerima JKN PBI berdasarkan 2 indikator utama: pertama, kriteria fakir miskin dan orang tidak mampu; kedua, Kriteria Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS). Kriteria inilah yang digunakan oleh Kementerian Sosial untuk menentukan dengan seadil-adilnya agar bisa diterapkan dalam pelaksanaan JKN PBI pada masyarakat Indonesia.

Tabel 20

Pengetahuan Kriteria Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu yang Berhak Menerima JKN PBI

Kriteria Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu	n	%
1. Mata Pencarian/ Pendapatan		
Tahu	16	53,3
Tidak tahu	14	46,7
2. Jenis pengeluaran pokok		
Tahu	11	26,7
Tidak tahu	19	63,3
3. Pemenuhan Kebutuhan Kesehatan		
Tahu	6	20
Tidak tahu	24	80
4. Pemenuhan Kebutuhan Sandang		
Tahu	11	36,7
Tidak tahu	19	63,3
5. Pemenuhan Kebutuhan Pendidikan		
Tahu	6	20
Tidak tahu	24	80
6. Kondisi dinding rumah/Tempat tinggal		
Tahu	11	36,7
Tidak tahu	19	63,3
7. Kondisi lantai rumah/Tempat tinggal		
Tahu	8	26,7
Tidak tahu	22	73,3
8. Kondisi atap rumah/Tempat tinggal		
Tahu	11	36,7
Tidak tahu	19	63,3
9. Kondisi penerangan		

Kriteria Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu	n	%
rumah/tempat tinggal		
Tahu	8	26,7
Tidak tahu	22	73,3
10. Luas lantai rumah/tempat tinggal		
Tahu	9	30
Tidak tahu	21	70
11. Sumber air minum		
Tahu	6	20
Tidak tahu	24	80

Sumber: Data Primer, 2017

Tabel 21

Pengetahuan Kriteria Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS)

Kriteria Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS)	n	%
1. Anak balita terlantar		
Tahu	6	20
Tidak tahu	24	80
2. Anak terlantar		
Tahu	8	26,7
Tidak tahu	22	73,3
3. Perempuan rawan sosial ekonomi		
Tahu	11	36,7
Tidak tahu	19	63,3
4. Lanjut usia terlantar		
Tahu	16	53,3
Tidak tahu	14	46,7
5. Anak dengan Kedisabilitas/ADK		
Tahu	12	40
Tidak tahu	18	60
6. Penyandang disabilitas		
Tahu	10	33,3
Tidak tahu	20	66,7

Kriteria Penyadang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS)	n	%
7. Rumah tidak layak huni		
Tahu	10	33,3
Tidak tahu	20	66,7
8. Anak menjadi korban tindak kekerasan/ perlakuan salah		
Tahu	7	23,3
Tidak tahu	23	76,7
9. Anak yang berhadapan dengan hukum		
Tahu	6	20
Tidak tahu	24	80
10. Anak yang bermasalah sosial psikologis		
Tahu	1	3,3
Tidak tahu	29	96,7
11. Korban bencana alam		
Tahu	6	6
Tidak tahu	24	24
12. Pekerja migran bermasalah sosial		
Tahu	6	20
Tidak tahu	24	80
13. Anak jalanan		
Tahu	9	30
Tidak tahu	21	70
14. Korban tindak kekerasan		
Tahu	6	20
Tidak tahu	24	80
15. Tuna susila		
Tahu	7	23,3
Tidak tahu	23	76,7
16. Pengemis		
Tahu	8	26,7
Tidak tahu	22	73,3
17. Gelandangan		

Kriteria Penyadang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS)	n	%
Tahu	8	26,7
Tidak tahu	22	73,3
18. Pemulung		
Tahu	8	26,7
Tidak tahu	22	73,3
19. Kelompok minoritas		
Tahu	1	3,3
Tidak tahu	29	96,7
20. Bekas warga binaan lembaga pemasyarakatan		
Tahu	6	20
Tidak tahu	24	80
21. Korban penyalahgunaan NAPZA		
Tahu	2	6,7
Tidak tahu	28	93,3
22. Komunitas adat terpencil		
Tahu	1	3,3
Tidak tahu	29	96,7
23. Keluarga bermasalah sosial psikologis		
Tahu	1	3,3
Tidak tahu	29	96,7
24. Korban bencana sosial		
Tahu	6	20
Tidak tahu	24	80
25. Orang dengan HIV AIDS (ODHA)		
Tahu	1	3,3
Tidak tahu	29	96,7

Sumber: Data Primer, 2017

2. Dinas Catatan Sipil dan Kependudukan

Responden untuk Dinas Catatan Sipil dan Kependudukan sebanyak 1 orang dari 6 kabupaten sehingga jumlah sampel sebanyak 6 orang. Berikut ini adalah jawaban dari kuesioner yang kami ajukan kepada kepala bidan dan/atau staf di setiap Dinas Catatan Sipil dan Kependudukan kabupaten.

3. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

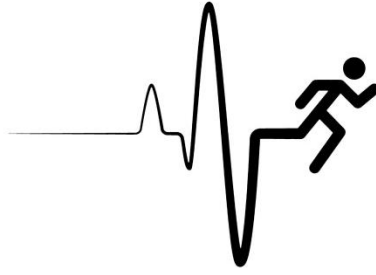
Responden untuk Dinas Catatan Sipil dan Kependudukan sebanyak 1 orang dari 6 kabupaten sehingga jumlah sampel sebanyak 6 orang. Berikut ini adalah jawaban dari kuesioner yang kami ajukan kepada kepala bidang dan/atau staf di setiap Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan kabupaten/kota.

Tabel 22
Kuesioner Verifikasi dan Validasi BPJS Kesehatan

Verifikasi dan Validasi BPJS Kesehatan	n	%
1. Pengirim data pengusulan PBI JKN ke BPJS kabupaten/kota		
Dinas sosial	9	56,3
Dinas kesehatan	4	25
Pusdatin kemensos	3	18,8
2. Selang waktu kepesertaan BPJS JKN PBI setelah pengusulan		
1 bulan	13	81,3
3 bulan	3	18,8
3. Ada masyarakat yang secara langsung menerima pelayanan kesehatan gratis ke BPJS		
Ya	15	93,8

Tidak	1	6,3
4. Langkah yang dilakukan untuk menidaklanjuti masyarakat tersebut		
Mengarahkan ke aparat desa	4	26,7
Mengarahkan ke dinas sosial	7	46,7
Mengarahkan ke dinas kesehatan	4	26,7
5. Perubahan status dari peserta PBI menjadi bukan PBI		
Ya	16	100
6. Persyaratan perubahan dari PBI menjadi bukan PBI		
Menunjukkan kartu BPJS	6	37,5
Membawa kartu keluarga	4	25
Menunjukkan nomor NIK/KTP/Identitas lainnya/Surat keterangan	6	37,5
7. Kelas perawatan JKN PBI		
Kelas III	16	100

Sumber: Data Primer, 2017



BAB 5

STRATEGI DAN KEBIJAKAN PANGAN GIZI DALAM MEWUJUDKAN GIZI BERIMBANG

A. Pengantar

Status gizi merupakan salah satu indicator utama dalam menilai status dan derajat kesehatan seseorang atau penduduk. Gambaran permasalahan gizi di Indonesia pada umumnya dikategorikan dalam fenomena double-burden (beban ganda) karena status gizi kurang bersamaan terjadi dengan status gizi lebih. Gejala ini banyak terjadi dikalangan

bayi, balita, dan anak-anak, baik pada keluarga yang mampu maupun keluarga yang termasuk miskin atau pra-sejahtera.

Permasalahan gizi menjadi isu utama pembangunan nasional menyusul masih tingginya angka stunting yang terjadi pada anak. Padahal, stunting yang berarti tubuh pendek, menggambarkan asupan gizi anak sangat kurang sejak janin hingga berusia 2 tahun (1000 Hari Pertama Kehidupan).

Dampak atas kejadian stunting pada anak dalam jangka Panjang mengakibatkan terjadinya penyakit menular dan penyakit tidak menular akibat kekebalan tubuh anak yang tidak terbentuk secara mantap. Selain itu, secara ekonomi mengakibatkan menurunnya tingkat produktivitas karena volume otak yang tidak berkembang dengan baik mengakibatkan kelemahan intelengensi yang mempengaruhi kemampuan produktivitas anak ketika memasuki usia dewasa. Dengan demikian, ketika membicarakan isu kualitas sumber daya manusia, maka isu stunting pada anak menemukan signifikansinya.

Karena itu, dilakukan kajian yang berkaitan dengan asupan gizi pada anak. Salah satu faktor penting berkaitan dengan asupan gizi yang dikaji pada buku ini adalah masalah ketersediaan pangan gizi di masyarakat. Konsepsi pangan juga menggambarkan adanya keterkaitan lintas sektor dalam menangani permasalahan kesehatan penduduk atau kesehatan wilayah.

Untuk kajian ini, Kabupaten Luwu Utara Provinsi Sulawesi Selatan dijadikan sebagai lokus kajian dengan pertimbangan pada wilayah ini masih terdapat beberapa

wilayah desa yang sulit akses, atau dengan kata lain sulit pangan.

B. Analisa Data Pembuka Wawasan

Pada tahun 2013 prevalensi anak balita yang mengalami gizi kurang dan pendek masing-masing 19,6 persen dan 37,2 persen sehingga Indonesia termasuk di antara 36 negara di dunia yang memberi 90 persen kontribusi masalah gizi dunia. Walaupun pada tahun 2018 prevalensi gizi kurang dan pendek menurun menjadi masing-masing 17,7 persen dan 30,8 persen, tetapi masih terjadi disparitas antar provinsi yang perlu mendapat penanganan masalah yang sifatnya spesifik di wilayah rawan (Riskesdas 2018). Disparitas antar provinsi banyak dideterminasi oleh kondisi geogerafis yang sulit akses dalam suatu wilayah seperti daerah pegunungan, perbatasan, kepulauan dan terpencil. Khusus Kabupaten Luwu Utara karakteristik daerah sulit akses masih didapati di beberapa kecamatan dan desa.

Kesulitan akses secara geografis berimplikasi terhadap penyediaan dan keberagaman pangan yang rentan. Umumnya wilayah-wilayah rentan mengkonsumsi makanan yang tidak beragam, biasanya hanya mengandung karbohidrat. Oleh karena itu, masyarakat di wilayah terpencil memiliki peluang besar mengalami kejadian malnutrisi.

Masalah gizi sangat terkait dengan ketersediaan dan aksesibilitas pangan penduduk. Berdasarkan data BPS, pada tahun 2013 jumlah penduduk sangat rawan pangan (asupan kalori <1.400 Kkal/orang/hari) mencapai 19,04 persen, meningkat dibandingkan dengan kondisi tahun 2008, yaitu 11,07 persen. Rendahnya aksesibilitas pangan (kemampuan rumah tangga untuk selalu memenuhi kebutuhan pangan

anggotanya) mengancam penurunan konsumsi makanan yang beragam, bergizi-seimbang, dan aman di tingkat rumah tangga.

Kemampuan aksesibilitas pangan oleh keluarga tergantung dari kemampuan beli keluarga terhadap pangan yang mengandung nilai gizi. Keluarga yang tergolong miskin atau pra-sejahtera mengalami keterpaparan dan kerentanan yang sangat tinggi terhadap masalah gizi akibat ketidakmampuannya secara ekonomi. Artinya, masalah gizi tidak lepas dari permasalahan kemiskinan. Mengatasi kemiskinan dengan kompleksitasnya memerlukan upaya yang bersifat multi-sektoral. Dengan demikian, masalah gizi yang berkorelasi dengan kemiskinan diinserting ke dalam kebijakan pembangunan nasional.

Rencana pembangunan jangka menengah nasional (2015-2019) secara tegas telah memberikan arah pembangunan pangan dan gizi meningkatkan ketahanan pangan dan status kesehatan dan gizi masyarakat. Selanjutnya dalam Instruksi Presiden No. 3 tahun 2010 tentang Program Pembangunan yang Berkeadilan yang terkait dengan Rencana Tindak Upaya Pencapaian Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs), ditegaskan perlunya disusun dokumen Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi (RAN-PG) 2015-2019 dan Rencana Aksi Daerah Pangan dan Gizi (RAD-PG) 2015-2019 di 33 provinsi. Keluaran rencana aksi diharapkan dapat menjembatani pencapaian SDGs yang telah disepakati dalam RPJMN 2020-2024 yaitu Peningkatan pengelolaan dan produksi sumber pangan ini memungkinkan perbaikan kualitas konsumsi dan gizi masyarakat seperti ditunjukkan dengan skor Pola Pangan Harapan (PPH) sebesar 90,7/100, dan angka kerawanan pangan yang menurun

menjadi 7,9 persen. Konsumsi ikan masyarakat juga terus meningkat hingga mencapai 47,3 kg/kapita/ tahun. Akses masyarakat ke sumber air minum yang layak juga meningkat menjadi 72,0 persen. (Bappenas, 2019).

Sasaran pembangunan pangan dan gizi dalam RPJMN 2020-2024 dan RAN-PG 2015-2019 adalah menurunkan prevalensi kekurangan gizi pada balita, termasuk stunting. Beberapa program dan kegiatan pembangunan nasional telah dilakukan untuk mendukung sasaran tersebut. Seiring dengan hal tersebut, gerakan perbaikan gizi dengan fokus terhadap kelompok 1000 hari pertama kehidupan pada tataran global disebut *Scaling Up Nutrition* (SUN) dan di Indonesia disebut dengan Gerakan Nasional Sadar Gizi dalam Rangka Percepatan Perbaikan Gizi Pada 1000 Hari Pertama Kehidupan (Gerakan 1000 Hari Pertama Kehidupan dan disingkat Gerakan 1000 HPK).

Kejadian stunting (tubuh pendek) menjadi focus perhatian pemerintah saat ini mengingat stunting pada anak dapat menurunkan kualitas dan kuantitas pertumbuhan otaknya sehingga dalam jangka waktu yang panjang, anak tersebut tidak tumbuh menjadi populasi yang produktif. Padahal saat ini Indonesia sedang mengalami masa Bonus Demografi yang diprediksi mencapai puncaknya pada tahun 2028-2030. Bonus Demografi bisa menjadi ancaman demografi jika stunting tidak ditangani dengan baik.

C. Analisis Permasalahan Gizi Masyarakat di Daerah

a. KEP (Kurang Energi dan Protein)

Kurang energi dan Protein (KEP) pada anak masih menjadi masalah gizi dan kesehatan masyarakat di Indonesia. Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar status gizi

buruk pada balita ditahun 2007 sebesar 5,4 % mengalami peningkatan di tahun 2013 sebesar 5,7 % dan mengalami penurunan pada tahun 2018 sebesar 3,9 % sedangkan status gizi kurang ditahun 2007 sebesar 13,0% mengalami peningkatan di tahun 2013 sebesar 13,9% dan mengalami penurunan yang sangat minim sebesar 13,8%. Keadaan ini berpengaruh kepada masih tingginya angka kematian bayi. Menurut WHO lebih dari 50% kematian bayi dan anak terkait dengan gizi kurang dan gizi buruk, oleh karena itu masalah gizi perlu ditangani secara cepat dan tepat.

Di Provinsi Sulawesi Selatan, prevalensi balita gizi buruk atau KEP berat dan gizi kurang atau KEP sedang menurut BB/U adalah 4,6 % dan 18,4 %, sedangkan menurut BB/TB prevalensi balita kurus dan sangat kurus adalah 2,5 % dan 7,5 % (Riskesdas, 2018). Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan mencatat Kasus gizi buruk menurut data tahun 2016 Dinas Kesehatan Sulawesi Selatan tercatat mencapai 156 kasus, dan untuk tahun 2017 dari data Januari hingga September kasus gizi buruk menurun ke angka 97 kasus.

Sedangkan, di Kabupaten Luwu Utara Status gizi buruk tahun 2016 sebesar 2,4% menurun pada tahun 2017 sebesar 1,7% (Laporan Staf Ahli Bupati, 2017). Secara statistic memang memperlihatkan tren yang menurun, namun kejadian gizi buruk dalam masyarakat tergolong “fenomena gunung es” yang artinya jumlah kasus yang tidak ditemukan di masyarakat masih lebih besar dibandingkan dengan kasus yang ditemukan.

Kejadian gizi buruk pada angka 1,7% untuk Kabupaten Luwu Utara mengindikasikan status gizi lainnya yaitu status gizi dengan gizi kurang. Besar kemungkinan angka gizi kurang lebih tinggi lagi prevalensinya jika menggunakan indikator kejadian gizi buruk, sebagaimana data di atas. Sementara itu, keadaan gizi kurang merupakan pencetus utama berkembangnya gizi buruk jika keluarga tidak mampu menyediakan pangan yang cukup dan beragam dalam rangka pemenuhan gizi seimbang keluarga.

Selain masalah pangan, keluarga yang mengalami kekurangan gizi biasanya hidup dan bermukim dengan kondisi air yang tidak bersih serta lingkungan sanitasi yang buruk.

b. Stunting

Dari 23 juta balita di Indonesia, 7,6 juta (35,6 %) tergolong pendek (Risikesdas, 2010). Kejadian anak pendek pada usia balita, terkait dengan masalah berat badan pada saat lahir <2500 gram (BBLR). Berdasarkan analisis Risikesdas dari tahun 2007, 2013, 2018, diketahui prevalensi anak pendek pada balita adalah sebesar 36,8 persen di tahun 2007, mengalami peningkatan di tahun 2013 sebesar 37,2 persen sedangkan di tahun 2018 mengalami penurunan sebesar 30,8% dari ibu yang berusia menikah pertama usia 15-19 tahun dan 34,5 persen dari ibu berusia menikah pertama usia 24-29 tahun. Prevalensi anak pendek lebih besar dari perempuan yang menikah lebih muda. Prevalensi anak balita pendek cenderung lebih tinggi pada ibu-ibu yang pendek (tingginya kurang dari 150 cm). Masalah inter-generasi terlihat dengan jelas, karena dari

kelompok ibu yang pendek prevalensi balita pendek adalah 46,7 persen dibanding kelompok ibu yang tinggi (diatas 150 cm) yang prevalensi balita pendeknya hanya 34,8 persen.

Kecenderungan Prevalensi Balita Pendek (Stunting) Provinsi Sulawesi Selatan mengalami peningkatan dari tahun 2007 (29,1%) meningkat tahun 2010 (36,8%) dan kembali mengalami peningkatan di tahun 2013 menjadi 40,9% dan masih dipakai untuk menilai Prevalensi Balita Stunting pada tahun 2014 dan belum mencapai target yang ditetapkan (34,5%). Angka ini juga menunjukkan bahwa posisi Sulawesi Selatan di tahun 2014 masih belum mencapai target MDGs yaitu 32%. Hasil PSG di Provinsi Sulawesi Selatan tahun 2015 menunjukkan Prevalensi Balita Stunting sebesar 34,1%, kondisi meningkat pada tahun 2016 yaitu menjadi 35,7% dan belum mencapai target (34,55%). Pada tahun 2018, angka stunting mengalami penurunan menjadi 30,8% secara nasional (Riskesdas, 2018).

Di Kabupaten Luwu Utara dari hasil PSG Seksi Gizi Masyarakat Tahun 2015 di dapatkan prevalensi kejadian stunting sebesar 18.4. Indikator status gizi ini berdasarkan indeks TB/U memberikan informasi mengenai indikasi masalah gizi yang sifatnya kronis sebagai akibat dari keadaan yang berlangsung lama. Misalnya: kemiskinan, perilaku hidup tidak sehat, dan pola asuh/pemberian makan yang kurang baik dari sejak anak dilahirkan yang mengakibatkan anak menjadi pendek.

c. Anemia Gizi

Menurut hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2018, alasan anemia gizi ibu hamil memperoleh PMT di Indonesia sebesar 6,9%, dan di Sulawesi Selatan 6,4%. Hal ini masih sangat besar khususnya yang terjadi di Sulawesi Selatan yang hampir mendekati angka nasional.

Sejak tahun 1970-an pemerintah melaksanakan pemberian suplemen tablet besi-folat. Masalahnya kegiatan ini cakupannya sangat rendah. Diharapkan ibu hamil minum minimal 90 tablet besi-folat selama kunjungan antenatal pertama (K1), terutama pada semester ke-1, sampai kunjungan ke-4 (K4) kehamilan. Namun data riskesdas tahun 2018 kunjungan antenatal 4 kali hanya 61,3 persen, dan yang mengonsumsi 90 tablet besi hanya 19,2 persen, keduanya jauh dari sasaran MDGs masing-masing 95 persen dan 85 persen (RANPG 2015-2019). Menurut berbagai laporan, rendahnya cakupan tablet besi-folat terutama karena kurangnya perencanaan pengadaan dan distribusi tablet besi-folat, serta pendidikan atau KIE gizi dan kesehatan yang efektif. (Kerangka Kebijakan Gernas Darsi, 2012).

Tindakan rasional yang dilakukan selama ini dalam mengatasi anemia gizi dilakukan pelayanan optimum pada fasilitas pelayanan kesehatan dasar melalui pelayanan ANC. Kunjungan ANC yang rendah banyak ditengarai sebagai penyebab utama terjadinya anemia gizi pada bumil. Gambaran layanan pada tingkat Provinsi Sulsel, sedikit banyaknya juga dialami pada tingkat Kabupaten Luwu Utara.

d. KVA (Kekurangan Vitamin A)

Secara nasional masalah kekurangan vitamin A pada balita secara klinis sudah tidak merupakan masalah kesehatan masyarakat. Studi masalah gizi mikro di 10 propinsi tahun 2006, diperoleh gambaran prevalensi xerophthalmia pada balita 0,13% dan indeks serum retinol kurang dari 20µg/dl adalah 14,6%. Hasil studi tersebut menggambarkan terjadinya penurunan, jika dibandingkan dengan hasil survei vitamin A pada tahun 1992. Akan tetapi Hasil Riskesdas 2018, proporsi pemberian kapsul Vitamin A dalam 12 bulan terakhir pada anak umur 6-59 bulan yang tidak mendapatkan kapsul vitamin A sebesar 20,6 persen lebih besar dari angka nasional sebesar 17,6 persen. Sedangkan, Hasil riskesdas 2018, Pada pasca persalinan, atau masa nifas, ibu yang mendapat kapsul vitamin A di Lutra hanya 45,7 lebih tinggi bila di bandingkan dengan angka nasional sebesar 42,8 persen. Berdasarkan tingkat pendidikan, cakupan Ibu nifas yang tidak sekolah mendapat kapsul vitamin A hanya 31,2 persen dibanding yang tamat PT (33,5%). Demikian pula kesenjangan yang cukup lebar antara ibu nifas di perkotaan dan perdesaan, serta menurut tingkat pengeluaran.

Vitamin A sesungguhnya banyak dikandung oleh tanaman sayuran dan buah-buahan dimana jenis bahan makanan ini gampang dibudidayakan oleh keluarga. Hanya saja keluarga selain tidak mengetahui dengan benar mengenai manfaat gizi bagi pertumbuhan dan kesehatan serta kandungan nilai gizi yang terdapat pada makanan sehingga pembudidayaannya relatif kurang.

Kabupaten Luwu Utara memiliki sentra-sentra pembudidayaan tanaman dan buah-buahan yang jika dikelola secara efektif mampu menjadi sumber energi pangan yang mengandung nilai gizi tinggi bagi masyarakat.

e. Gangguan Akibat Kurang Yodium (GAKY)

Hasil Studi Intensifikasi Penanggulangan GAKY (IP-GAKY) tahun 2003, dan hasil Riskesdas 2007 mendapatkan hasil yang konsisten, bahwa rata-rata EYU sudah tinggi, dan proporsi EYU < 100 µg/L telah dibawah 20%. Direktur Jenderal Bina Kesmas telah mengeluarkan edaran Nomor: JM.03.03/BV/2195/09 Tanggal 03 Juli 2009 tentang penghentian suplementasi kapsul minyak iodium pada sasaran (WUS, ibu hamil, ibu menyusui dan anak SD/MI). Disisi lain cakupan Rumah Tangga dengan garam cukup Iodium rata-rata nasional baru mencapai 62,3%.

f. Obesitas

Menurut RISKESDAS (2018, secara nasional status gizi pada kelompok dewasa di atas 18 tahun didominasi dengan masalah obesitas dengan persentase 21,8 Persen, walaupun masalah kurus juga masih cukup tinggi sebesar 9,3 persen. Angka obesitas pada perempuan 46,7 persen cenderung lebih tinggi dibanding laki-laki 15,7 Persen. Berdasarkan karakteristik masalah obesitas cenderung lebih tinggi pada penduduk yang tinggal di perkotaan 35,1 persen sedangkan di pedesaan sebesar 25,9 persen, berpendidikan lebih tinggi dan pada kelompok status ekonomi yang tertinggi pula. Obesitas sendiri mengacu pada kondisi di mana indeks massa tubuh diatas 27 Begitu juga dengan prevalensi berat badan berlebih

dengan indeks massa tubuh antara 25 hingga 27, juga meningkat dari 11,5 persen di 2013 ke 13,6 persen di 2018.

Dari Riskesdas 2018 tersebut memperlihatkan kondisi obesitas perempuan di Kabupaten Luwu Utara dengan prevalensi gemuk adalah 8,5 persen, dan menjadi 37,3 persen pada usia 40-44 tahun. Ada kecenderungan prevalensi gemuk meningkat sejalan dengan bertambahnya usia. Pada perempuan prevalensi kegemukan tertinggi (37,3%) terjadi pada usia 40-44 tahun, dan pada laki-laki pada usia 45-49 tahun (22,9%). Kombinasi gemuk-pendek pada perempuan dan laki-laki terjadi pada kelompok usia 45-49 (14,1%) dan 49-54 tahun (9,6).

Data di atas memperlihatkan status gizi yang bersifat double burden yaitu permasalahan gizi kurang dan permasalahan gizi lebih terjadi dalam waktu yang bersamaan. Diperlukan pengaturan sumber daya yang efektif, efisien, berkeadilan dan berkelanjutan guna mengatasi masalah ganda ini.

g. BBLR dan KEK

Di Indonesia, pada tahun 2018, prevalensi BBLR sebesar 6,1 persen. Besar kemungkinan, kejadian BBLR diawali berasal dari ibu yang hamil dengan kondisi kurang energi kronis (KEK), dan risikonya lebih tinggi pada ibu hamil usia 15-19 tahun. Dimana proporsi ibu hamil KEK usia 15-19 tahun masih sebesar 57,6 persen. Dipahami pula bahwa, ibu yang masih muda atau menikah di usia remaja 15-19 tahun cenderung melahirkan anak berpotensi pendek dibanding ibu yang menikah pada usia

20 tahun keatas. Di Kabupaten Luwu Utara, proporsi KEK pada wanita usia subur lebih tinggi dibandingkan dengan angka prevalensi provinsi.

D. Isu-Isu Strategis

Uraian tentang data pembuka wawasan dan kondisi factual yang dihadapi di Kabupaten Luwu Utara sebagaimana yang dijelaskan di atas melahirkan sejumlah isu-isu strategis, diantaranya:

- a) Rendahnya median usia kawin pertama perempuan yang diakibatkan oleh peningkatan perkawinan usia dini (dibawah 20 tahun pada perempuan). Dampaknya kemungkinan terjadinya komplikasi kehamilan dan persalinan yang mengganggu metabolisme gizi ibu dan anak.
- b) Adanya kasus gizi buruk kronis pada balita yang menggambarkan asupan gizi rendah sudah berlangsung dalam jangka waktu yang lama.
- c) Cakupan ibu hamil yang menggunakan pelayanan ANC di puskesmas relative rendah sehingga pelayanan gizi bumil tidak terselenggara secara berkelanjutan (continuum of care). Dampak lanjutannya kemungkinan muncul kasus kematian ibu dan anak karena komplikasi penyakit atau komplikasi persalinan.
- d) Pelayanan ANC yang kurang, parallel dengan kunjungan ibu ke posyandu relative rendah. Akibatnya, pemantauan berat badan bayi (indeks massa tubuh) tidak dilakukan secara teratur sehingga bisa berdampak pada terjadinya masalah kekurangan gizi pada bayi, baduta, balita, dan anak.

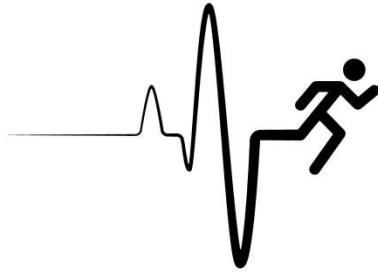
- e) Pengetahuan yang rendah bagi keluarga tentang kandungan gizi pada pangan serta manfaatnya bagi kesehatan.
- f) Pemanfaatan sumber pangan lokal sebagai alternatif pemenuhan gizi seimbang keluarga relative kurang.
- g) Peningkatan kasus obesitas dikalangan ibu-ibu dalam rentang waktu tiga tahun terakhir.

E. Konsep Pengembangan Kebijakan

Berdasarkan isu-isu strategis di atas, beberapa konsep pengembangan kebijakan menuju gizi seimbang di Kabupaten Lutra dapat ditawarkan sebagai berikut:

- a) Kebijakan pendewasaan usia nikah melalui integrasi, sinkronisasi dan sinergi lintas sektor yang menangani pembangunan keluarga dan kependudukan (BKKBN, Dinkes, Dinsos, Depag, NGO, swasta, dan lain-lain)
- b) Penyediaan sumber pangan bergizi bagi keluarga melalui pemanfaatan bahan makanan lokal
- c) Intensitas pembinaan dan pendampingan keluarga dalam kerangka peningkatan pengetahuan dan kesadaran terhadap gizi seimbang, serta keterampilan dalam pengolahan bahan makanan.
- d) Pendayagunaan secara efektif petugas gizi masyarakat, baik yang berada di fasilitas yankes maupun di posyandu untuk menjangkau keluarga yang rawan pangan.
- e) Memosisikan keluarga 1000 HPK sebagai sasaran utama pergerakan dan pelaksanaan program intervensi gizi seimbang.

- f) Peningkatan peran pengawasan perangkat desa dalam memonitor pelaksanaan posyandu guna meningkatkan cakupan pelayanan gizi bagi ibu hamil, ibu menyusui, keluarga yang memiliki baduta.
- g) Pemberdayaan keluarga menuju perilaku hidup sehat dan jaminan akses terhadap air bersih dan sanitasi yang layak.



BAB 6

REPOSISI MASYARAKAT DALAM PEMBANGUNAN KESEHATAN

A. Pendahuluan

Reposisi masyarakat dalam pembangunan kesehatan dapat dimaknai dalam berbagai penafsiran. Agregat makna yang ada sesungguhnya bermuatan kritikan terhadap posisi dan peran masyarakat dalam pelayanan public seperti pelayanan kesehatan yang menjadi hak asasi dari setiap warga. Refleksi kritis seperti ini juga mulai marak saat kebijakan desentralisasi diterapkan di Indonesia yang

prinsipnya memberi kewenangan yang besar kepada pemerintah daerah dalam merumuskan sendiri program-programnya menurut tingkat kemampuan yang dimiliki.

Hal ini tentu saja mempersyaratkan suatu analisis yang tajam tentang karakteristik masyarakat lokal sebab memahami peta kekuatan masyarakat berarti modal awal yang strategis dalam menjabarkan program-program yang bernuansa lokalitas, sebagaimana spirit dari perubahan kebijakan yang bersifat sentralistik.

Sekalipun iklim kebijakan cukup memberi peluang yang besar untuk melibatkan masyarakat, namun dalam prakteknya, masyarakat seringkali hanya menjadi obyek pembangunan dan lebih ironis ketika masyarakat hanya dijadikan sebagai alat legitimasi untuk membenarkan pola pendekatan yang searah dengan kebijakan nasional. Kasarnya, atas nama masyarakat suatu program diselenggarakan, meskipun terjadi distansi yang sangat lebar antara kebutuhan dan keinginan masyarakat dengan program tersebut. Proposisi inilah yang mungkin dijadikan kerangka berfikir oleh panitia sehingga menetapkan tema reposisi masyarakat.

Reposisi secara konseptual mengandung konsep peninjauan kembali posisi masyarakat dalam suatu struktur sosial. Struktur sosial cenderung mengalami perubahan seiring dengan perubahan eksternal yang menyertainya. Ketika struktur sosial berubah, secara otomatis peranan aktor dalam struktur itu juga mengalami differensiasi.

Dengan kerangka teori itu, maka potret pembangunan kesehatan sentralistik sebagai struktur yang mapan mengalami perubahan ke arah desentralistik sebagai struktur

yang baru. Dengan demikian, peran aktor mulai dari pemerintah, dunia swasta, dan warga, baik secara individu maupun kelembagaan turut mengalami perubahan peranan. Oleh karena itu, diperlukan diskusi yang tajam guna memahami peranan baru dari para aktor pembangunan tersebut.

Untuk membedah posisi masyarakat dalam era baru pembangunan kesehatan dewasa ini, Saya ingin memulainya dengan penyajian konsep *Community Development* (CD) sebagai pondasi dalam meletakkan peranan masyarakat sebagai obyek atau subyek pembangunan kesehatan.

B. Pemberdayaan masyarakat (*Community Development*)

Secara harfiah *community development* (CD) berarti pembangunan masyarakat. Dalam beberapa literature, CD juga diartikan sebagai pengembangan masyarakat yang berorientasi pada tingkat kebutuhan masyarakat menurut kondisi realitas yang terjadi. CD sebenarnya mulai marak didiskusikan saat gerakan penguatan *civil society* dalam pembangunan gencar diinisiasi oleh para aktivis NGO baik yang beraliran frontalis maupun penganut transformative.

Jika kita telusuri kesejarahan puskesmas, sesungguhnya ide dasar pembangunan puskesmas adalah konsep CD yang membuka ruang bagi masyarakat untuk dapat melakukan aktivitas pencegahan dasar terhadap berbagai ancaman penyakit yang sedang bermunculan. Akan tetapi kita tidak pernah memahami penjelasan yang tepat sehingga ide dasar ini kemudian secara perlahan mengalami pergeseran yang cenderung menempatkan masyarakat sebagai obyek pengguna.

Konsep dan perspektif CD sangatlah luas, karena itu memerlukan penjelasan yang lebih spesifik dan kontekstual agar penerapan CD yang tujuannya untuk memandirikan masyarakat tidak terjebak pada kondisi penciptaan ketergantungan baru. Hasilnya, masyarakat tidak berkembang menjadi mandiri, malah menjadikan masyarakat sebagai pengemis. Tentu saja ini terjadi karena pemerintah cenderung memberikan program yang bersifat karitatif belaka tanpa muatan pembelajaran akan kemandirian untuk menolong dirinya sendiri, khususnya bagaimana masyarakat dengan potensi yang dimilikinya dapat menerapkan pola hidup sehat serta mempunyai rencana sendiri ketika mereka dalam kondisi sakit.

Kalau begitu, konsep CD seperti apa yang sebaiknya kita terapkan dalam pembangunan kesehatan. Pemilihan metodologi CD yang tepat untuk pembangunan kesehatan kita sebaiknya bertitik tolak pada paradigma pembangunan kesehatan sendiri. Paradigma baru pembangunan kesehatan menghendaki keterlibatan masyarakat sebagai aktor utama pembangunan kesehatan. Dengan demikian, CD yang mungkin tepat diterapkan adalah partisipasi nyata masyarakat dalam pembangunan kesehatan baik yang berdimensi manajemen program maupun yang berdimensi pelayanan kesehatan yang dikelola oleh puskesmas dan rumah sakit.

Keterlibatan masyarakat sebagai episentrum penerapan CD pada prinsipnya bertujuan untuk 1) meningkatnya kemampuan masyarakat dalam menemukan alternatif mengembangkan perilaku hidup sehat, 2) meningkatnya kualitas kehidupan masyarakat, tidak hanya kualitas kesehatan akan tetapi berimbaskan pada kualitas kesejahteraan

hidup, 3) menguatnya kelembagaan lokal yang mampu memelopori tumbuhnya prakarsa-prakarsa lokal, dan 4) kemandirian masyarakat, baik dalam perilaku pencegahan maupun dalam pencarian pengobatan.

Secara praktis, penerapan model CD tersebut cukup meminta mandat dan pengakuan dari masyarakat terhadap setiap program pembangunan kesehatan yang dilakukan. Kecenderungan selama ini, masyarakat justru diposisikan sebagai penerima program tanpa melibatkannya dalam menemukan solusi yang tepat. Praktek ini juga disebut sebagai CD namun dalam pengertian *development for community* yaitu suatu pendekatan yang menempatkan masyarakat pada posisi sebagai obyek pembangunan. Karena itu, inisiatif, perencanaan, dan pelaksanaan kegiatan dilakukan oleh aktor luar (tenaga kesehatan). Kenyataan lapangan memperlihatkan bukti bahwa pendekatan seperti ini akan sangat mudah menimbulkan ketergantungan masyarakat terhadap tenaga kesehatan.

Realitas nyata yang dapat kita amati bersama dalam melihat efek dari *development for community* adalah tingginya ketergantungan kader kesehatan terhadap tenaga puskesmas pada pelayanan posyandu sebagai upaya kesehatan berbasis masyarakat. Lebih luas pengaruhnya ketika kesadaran kolektif masyarakat tumbuh secara tidak benar yang memandang bahwa kesehatan adalah urusan pemerintah. Efeknya, di beberapa masyarakat tertentu tidak lagi memperhatikan kondisi kesehatan yang inheren dengan kehidupannya seperti lingkungan perumahan, sanitasi, dan pemenuhan gizi keluarga. Situasi sosial kemasyarakatan seperti ini sangat buruk, rapuh, ironi, karena itu perlu direformasi.

Reformasi pendekatan CD yang sangat realistis adalah *development of community* yaitu pendekatan yang menempatkan masyarakat sendiri sebagai agen pembangunan, sehingga inisiatif, perencanaan, dan pelaksanaan dilakukan sendiri oleh masyarakat. Masyarakat menjadi pemilik (*ownership*) dari segala proses pembangunan kesehatan. Peran petugas pemerintah hanyalah bersifat pendukung dan sekedar menjadi fasilitator proses pembangunan kesehatan tersebut.

Prasyarat yang dibutuhkan untuk merealisasikan pendekatan *development of community* adalah transformasi pengetahuan dan keterampilan oleh petugas kesehatan terhadap masyarakat haruslah terus menerus tercipta dan kerelaan dalam memberikan kepercayaan kepada masyarakat sebagai entitas yang memiliki kemampuan untuk bertindak.

C. Determinasi Sosial Kesehatan (*sosial determinant of health*)

Permasalahan kesehatan yang dijumpai dewasa ini sungguh sangat memprihatinkan karena selama orde reformasi kesehatan yang menetapkan penyakit menular di masyarakat (*new communicable disease*) dapat diatasi belum juga memperlihatkan kemajuan yang berarti. Penyakit seperti DBD, malaria, diare, malnutrisi masih menjadi *endemic* di wilayah-wilayah tertentu, bahkan kasus DBD umumnya terjadi di semua wilayah. Mengapa kita kurang dapat belajar dari pengalaman lapangan? Akankah faktor-faktor sosial kurang diperhitungkan sebagai suatu determinasi?

Mari kita simak siklus kejadian diare sebagai penggambaran fakta dalam memberikan nilai kuat pada determinasi sosial. Seorang anak menderita diare karena

mengonsumsi air yang tidak bersih. Ini terjadi sebagai konsekuensi dari sarana air bersih yang tidak dimiliki. Kepemilikan sarana air bersih sangat ditentukan oleh kemampuan ekonomi keluarga. Perilaku konsumsi air bersih dapat juga melewati jalur pengetahuan yang minim dari orangtua. Kurangnya pengetahuan karena tingkat pendidikan yang memang rendah sebagai akibat dari kondisi kemiskinan yang melilit mereka. Belum lagi jika kita tambahkan situasi keterbelakangan yang membuat akses masyarakat sangat sulit baik akses pekerjaan maupun akses informasi.

Terdapat dua variabel sosial yang penting mempengaruhi siklus masalah di atas yaitu kebodohan dan kemiskinan. Dua variabel ini sesungguhnya penting menjadi dasar dalam mengembangkan paradigma baru pembangunan kesehatan yang berorientasi pada *need* masyarakat.

Cara pendekatan kita selama ini yang lebih berorientasi penanganan pada akibat mungkin perlu direorientasi menjadi penanganan pada penyebab. Dengan demikian variabel sosial yang melingkupi faktor-faktor penyebab dengan sendirinya akan menjadi pertimbangan utama.

Mengelola aspek sosial sebagai co-kausalitas masalah kesehatan berarti menangani akar permasalahan dimana akan memberikan efek yang lebih permanen, tidak seperti perubahan yang dihasilkan pada pendekatan selama ini yang efeknya hanya bersifat sementara. Begitu program selesai, berakhir pula pengaruh program itu di masyarakat, tidak ada tanggungjawab bagi masyarakat untuk memelihara dan melanjutkan hasil-hasil yang diperoleh.

Sikap apatis masyarakat tentu saja dipengaruhi oleh metodologi pendekatan yang digunakan oleh pelaksana program. Pengetahuan yang minim dimiliki oleh masyarakat memerlukan upaya konstruksi sistematis dan tuntas sebelum aksi program dijalankan. Konstruksi pengetahuan yang efektif hanya dapat terjadi jika proses transformasi yang dikembangkan oleh tenaga kesehatan sesuai dengan nilai, norma, dan kebiasaan belajar masyarakat setempat. Adaptasi sistem belajar menurut sistem sosial masyarakat adalah langkah bijak membentuk pengetahuan yang benar. Pengaruh lebih dalam dapat memunculkan motivasi untuk terlibat dan senantiasa member dukungan terhadap setiap program pembangunan bidang kesehatan.

Sementara pengelolaan aspek kemiskinan lebih membutuhkan penanganan yang bersifat lintas sektoral. Dengan demikian, petugas kesehatan mutlak dapat membangun jejaring dalam pencapaian tujuan pembangunan. Kemiskinan memang bukan menjadi tanggungjawab institusi kesehatan, namun keterlibatannya dalam mengubah persepsi masyarakat tentang korelasi antara kemiskinan dan kesehatan sangatlah penting. Sebaliknya, mencermati kondisi kemiskinan warga sebagai variabel kesehatan masyarakat akan mengubah strategi kita dalam mewujudkan status dan derajat kesehatan masyarakat.

Di beberapa konteks program pemerintah, kesehatan dan kemiskinan sering terjadi konflik kebijakan yang berujung pada situasi saling mematikan. Wajar saja jika beberapa kalangan politisi mengandaikan proses pembangunan di Indonesia bagaikan "jalan ditempat", kelihatan ada gerakan tapi tidak meninggalkan tempat.

Contoh kolaborasi yang baik antara kesehatan dan kemiskinan dapat dipelajari pada program tabungan sehat yang mengajarkan masyarakat untuk mengelola pendapatannya sehingga dapat dipergunakan saat membutuhkan pengobatan. Cara ini tentu saja menghasilkan keuntungan ganda yaitu adanya keterampilan manajemen keuangan rumah tangga dan terjaminnya kesehatan keluarga.

Implikasi logis yang menyertai determinan sosial kesehatan adalah komitmen untuk menitikberatkan bantuan pada pemecahan masalah ditingkat komunitas, bukan pemecahan yang berorientasi pada sarana pelayanan kesehatan seperti, obat dan perbekalan kesehatan, biaya medis, pembangunan rumah sakit, dan lain-lainnya yang berorientasi pelayanan kuratif.

Sepertinya konsep ini sudah tertuang dalam Paradigma Baru Pembangunan Kesehatan 2010, akan tetapi belum diterapkan secara konsisten. Oleh karena itu, penulis sekedar mengingatkan kembali kekuatan *prevention approach* berbasis masyarakat jauh lebih efektif dan efisien dibandingkan dengan *medical approach* yang sudah menghegemoni proses pembangunan kesehatan.

D. Reposisi Masyarakat; Perjuangan Hegemonik

Keinginan reposisi masyarakat dalam pembangunan kesehatan secara ekstrim dianggap suatu perjuangan hegemonik karena diharapkan agar reposisi ini mendapatkan persetujuan intelektualitas dan moral dari para pelaku pembangunan. Persetujuan intelektualitas dan moral hanya dapat dicapai apabila berkembang kesadaran kolektif tentang suatu fenomena. Hegemonik sendiri berarti

penguasaan terhadap suatu peristiwa berdasarkan kesepakatan intelektualitas dan moral.

Menurut logika kesehatan, pentingnya masalah kesehatan sangat terasa jika individu atau kelompok atau masyarakat pernah mengalami kondisi sakit. Konklusinya, sakit menjadi dasar pengembangan hampir semua program pembangunan kesehatan. Kekuatan logika ini kemudian memberikan justifikasi terhadap kesadaran moral masyarakat bahwa kesehatan adalah suatu arena yang hanya melibatkan aktor-aktor medis seperti dokter, perawat, bidan, mantra, praktisi tradisional, dan lain-lainnya yang kemudian menjadi *etis* dikalangan masyarakat (*significant others*).

Dampaknya adalah *significant others* menjadi penentu dari segalanya termasuk menuntut individu atau masyarakat dalam mengambil keputusan tentang sehat-sakit. Masyarakat awam dalam kedudukan seperti itu selalu menjadi obyek dari para elit kesehatan tadi. Ruang-ruang partisipasi sangat terbatas dan katup partisipasi masyarakatpun tertutup oleh dominasi para elit kesehatan. Ironisnya, kondisi ini sepertinya mendapatkan pembenaran secara moral. Karena itu, sistem ini bertahan lama dan menguasai perilaku sehat-sakit masyarakat.

Selama kurang lebih 3 dasawarsa dominasi elit kesehatan mempengaruhi tatanan sosial masyarakat sehingga potret masyarakat sekarang ini ditemukan sebagai entitas tanpa prakarsa, tidak kreatif, apatis, dan bahkan dianggap sebagai penerima belaka. Jika potret seperti ini terus terpajang dalam ruang pembangunan kesehatan kita, maka visualisasi pembangunan itu jelas tidak menarik untuk dilihat. Jadi diperlukan re-design dalam menata kembali

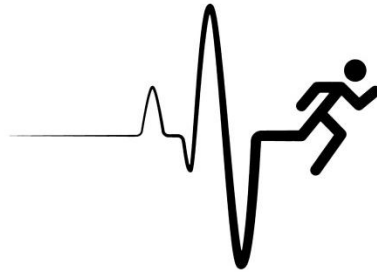
potret masyarakat dengan cara meletakkan masyarakat sebagai komponen subyek dari pembangunan kesehatan.

Memang tidaklah mudah mengubah secara drastis posisi masyarakat tersebut, diperlukan upaya sistematis dalam melakukan prombakon khususnya perubahan pada tingkat struktur masyarakat. Peran elit kesehatan dirancang ulang melalui kebijakan publik yang tepat, skema program kesehatan yang dipelopori oleh pemerintah membuka katup partisipasi masyarakat, fasilitas kesehatan puskesmas mengembangkan prinsip kemitraan dengan masyarakat, petugas kesehatan melakukan transformasi pengetahuan dan teknologi kesehatan kepada masyarakat.

Perubahan pada tingkat struktur ini kemudian secara *gradual* berfungsi mengkonstruksi perilaku individu dalam masyarakat. Hasil dari proses konstruksi yang sangat panjang melahirkan kondisi yang tidak pernah kita bayangkan, yaitu suatu situasi yang menggambarkan progresivitas masyarakat dalam menolong dirinya sendiri agar tidak sakit. Fenomena ini merupakan sintesa perlawanan masyarakat terhadap dominasi para elit kesehatan yang akan berujung pada penciptaan realitas baru yaitu masyarakat sebagai aktor utama pembangunan kesehatan.

Konsep ini sesungguhnya bersifat reminder untuk para aktor pelaku pembangunan kesehatan pada khususnya agar dapat mendefinisikan ulang kekuatan masyarakat terhadap perubahan-perubahan yang diharapkan. Tentu saja hasil re-definisi itu akan melahirkan sikap keterbukaan dan kerelaan dalam mengembalikan kepemilikan program kesehatan kepada masyarakat.

Sangat disadari bahwa reposisi ini akan memberikan perubahan pada institusi kesehatan dan para aktor kesehatan yang selama ini menjadi elit. Mungkin saja akan mempengaruhi privilege yang mereka harus dapatkan, tapi diatas semua itu, pengabdian untuk masyarakat adalah tindakan yang paling mulia, bukankah warna putih yang menjadi seragam kesehatan menyimbolkan kesucian dan kemuliaan??? Karena itu, lanjutkan, lebih cepat lebih baik.



BAB 7

EPIDEMI AIDS DALAM RANAH KESEHATAN REPRODUKSI

A. Pendahuluan

Topik diskusi ini akan saya korelasikan dengan epidemi AIDS yang dalam dekade terakhir ini memperlihatkan perubahan pola penyakit baik perubahan modus penularan maupun perubahan populasi yang terdampak.

Elaborasi yang saya kemukakan pada tulisan ini merupakan hasil refleksi pengalaman penulis selama berinteraksi cukup panjang dengan isu HIV dan AIDS, khususnya di Wilayah Provinsi Sulawesi Selatan.

Penggambaran fakta-fakta lapangan selanjutnya akan dikonfirmasi dengan sejumlah konsep-konsep sentral kespro, sehingga dapat menghasilkan solusi pemikiran atau *way out* yang memadai untuk perubahan wajah epidemi AIDS dan disaat yang bersamaan, tentu saja untuk peningkatan kualitas kesehatan reproduksi manusia.

Titik tolak pemikiran korelasional antara epidemi AIDS dan kesehatan reproduksi beranjak dari infografis tentang tren populasi yang tertular HIV terjadi secara dominan pada kelompok Ibu Rumah Tangga yaitu sekitar 65% pada akhir tahun 2015. Ketika ibu rumah tangga sudah mengidap HIV, maka lompatan penularan berikutnya adalah penularan kepada bayinya melalui mekanisme penularan transplacental/penularan vertikal.

Kelompok Ibu rumah tangga termasuk bayi adalah populasi umum, bukan populasi yang rentan atau terpapar yang karena pekerjaannya dan kegemarannya dapat tertular virus HIV. Dalam terminologi epidemiologi, serangan pada populasi umum merupakan tanda bahwa tingkatan epidemi masalah tersebut berada pada *generalize epidemic level*. Terjemahan sederhananya, HIV dan AIDS sudah berada disekitar kehidupan kita bersama. Tanpa upaya pencegahan dan penanggulangan yang terencana dan sistematis, epidemi ini akan menjadi mesin pembunuh massal.

B. Fakta Epidemi AIDS Menuju Paradigma Baru Kesehatan Reproduksi

Diskripsi fakta-fakta epidemi AIDS digambarkan dalam 3 (tiga) komponen dasar perubahan pola penyakit yaitu populasi yang beresiko, kecepatan penularan, dan luasnya dampak secara geogefafis. Anasir-anasir tersebut merupakan

alat analisis untuk memahami konstruksi masalah AIDS yang dikaitkan dengan isu kesehatan reproduksi. Jalinan fakta AIDS dan isu kespro merupakan konsep sentral dalam menelaah fenomena kespro secara paradigmatis.

Pada konteks populasi terdampak, epidemi AIDS mengalami perubahan pola serangan; dari serangan yang terkonsentrasi pada populasi beresiko seperti pekerja seks dan pelanggannya serta para penyalahguna narkoba dengan suntikan ke populasi umum seperti ibu rumah tangga dan bayi serta anak-anak.

Pada awalnya, sirkulasi virus HIV hanya bergerak terfokus pada populasi yang memiliki faktor risiko seperti ganti-ganti pasangan seksual baik yang heteroseksual, biseksual, maupun yang homoseksual atau mereka yang sedang dalam pengaruh ketergantungan narkoba. Oleh karena seksualitas yang menjadi media penularan, maka praktek heteroseksual dan bi-seksual mendeterminasi lompatan virus ke Ibu Rumah Tangga. Mekanisme lompatan virus HIV ke ibu rumah tangga bermula dari pelanggan seksual yang umumnya laki-laki dan sudah berkeluarga. Mereka sering menggunakan jasa pekerja seks dalam pemenuhan kebutuhan biologisnya sebagai konsekuensi dari pekerjaan yang digelutinya.

Jenis pekerjaan yang dianggap beresiko adalah pekerjaan yang menuntut mobilitas yang tinggi seperti sopir truk, tenaga kerja yang berpindah-pindah, pedagang, dan pelaut. Para lelaki yang berada dalam profesi ini digolongkan sebagai lelaki beresiko tinggi (LBT) tertular dan menularkan HIV. Ringkasnya, insiden HIV pada kelompok populasi ibu rumah tangga dijumpai oleh laki-laki yang sering

menggunakan jasa seksualitas dengan praktek sex-intercourse yang tidak aman.

Padahal sejatinya, penularan melalui transmisi seksual ini tidak harus terjadi jika LGBT menerapkan perilaku seksual yang aman dengan memakai kondom secara konsisten. Eksplanasi ini dapat menjadi titik balik dalam menggeser wacana kesehatan reproduksi yang berpusat pada perempuan menjadi wacana yang melintas jauh pada dunia laki-laki. Bahwa kualitas kesehatan perempuan dipengaruhi secara langsung oleh kualitas kesehatan laki-laki. Proposisi ini dikuatkan oleh fakta penularan virus HIV pada ibu rumah tangga berasal dari suaminya.

Penjelasan-penjelasan kesehatan reproduksi yang dominan mengeksplorasi tubuh perempuan perlu diimbangi secara proporsional dan komparatif dengan penjelasan logis tentang dunia kelaki-lakian. Relasi antara perempuan dan laki-laki pada landscap budaya patriarkhi sering memunculkan relasi yang timpang. Akibatnya, hak-hak reproduksi perempuan menjadi terabaikan akibat dominasi laki-laki dalam proses pengambilan keputusan keluarga. Keadilan gender adalah perkakas ilmiah yang dapat digunakan dalam membedah, menjelaskan, membandingkan, dan mengatasi persoalan kesehatan reproduksi.

Fakta epidemi AIDS selanjutnya adalah fenomena kecepatan penularan yang sungguh sangat mencengangkan. Insiden penularan HIV baru pada pertengahan tahun 2016 di Provinsi Sulsel reratanya antara 3-4 kasus dalam sehari. Penularan HIV baru tersebut terjadi disaat gencarnya upaya pencegahan dan penanggulangan dari berbagai pihak dan menyentuh area-area permasalahan secara komprehensif.

Selain kecepatan penularan menurut kasus baru, percepatan epidemi ini dapat juga dilihat dari perubahan stadium penyakit dari stadium HIV asimtomatik menjadi stadium AIDS, begitupun juga waktu yang terjadi dari stadium AIDS menuju stadium terminal yang berakhir dengan kematian cepat.

Penyebab mendasar yang dapat dijelaskan dalam memahami gejala kecepatan penularan HIV adalah semakin maraknya infrastruktur modern yang memfasilitasi berkembangnya perilaku beresiko. Tempat hiburan malam bertumbuh secara linear dengan perkembangan dan kemajuan kota, informasi semakin mudah diakses dengan sejumlah peralatan teknologi, tampilan etalase pornografi dan pornoaksi di tempat-tempat umum, munculnya komunitas-komunitas hedonis, dan gaya hidup konsumtif. Negativitas ekstrinsik tersebut semakin diperparah oleh kondisi internalitas individu yang seakan-akan berorientasi pada perburuan pemenuhan hasrat tanpa batas, sehingga kehilangan sisi individualitas dan kemanusiaannya.

Keterkaitan kemajuan modernitas dengan epidemi AIDS menuntun kita dalam memahami secara rasional piramida kasus AIDS yang banyak terjadi pada kalangan populasi muda atau usia produktif. Kelompok populasi ini memiliki chemistry yang cocok dengan rangsangan-rangsangan modernitas yang ditawarkan dalam berbagai bentuk dan manifestasinya.

Jika dilakukan analisis trans-dimensional antara kecepatan penularan dengan insiden terbanyak pada kelompok populasi produktif, maka kita akan berhadapan dengan masalah re-generasi. Fenomena kematian di usia

muda akan memutus rantai reproduksi manusia yang seharusnya terjadi secara siklik melalui ikatan perkawinan atau ikatan keluarga. Tidak ada lagi anak yang dilahirkan dalam suatu keluarga akibat salah satu atau kedua orangtuanya meninggal karena HIV dan AIDS. Pada titik tertentu, memunculkan fenomena *loss-generation*. Disinilah kesehatan reproduksi menemukan signifikansinya sebagai isu yang mengalami dampak akibat kejadian HIV dan AIDS.

Diskontinuitas kehidupan merupakan agenda jangka panjang bagi kesehatan reproduksi untuk diatasi dalam rangka menjamin berlangsungnya proses re-generasi manusia. Refleksi atas kasus HIV dan AIDS seyogianya mengantar kita untuk membaca kembali pendekatan-pendekatan kesehatan reproduksi yang pembahasannya lebih banyak seputar organ-organ tubuh manusia.

Manusia bukan hanya kumpulan organ-organ yang beroperasi secara deterministik/mekanistik, akan tetapi Ia merupakan individu yang hidup, tumbuh, dan berkembang secara sosial. Manusia tidak hanya mengalami dunia subyektif atau dunia obyektif, akan tetapi Ia juga mengalami dunia sosial. Cara pandang seperti ini akan mengubah paradigma kita dalam memotret fenomena kesehatan reproduksi.

Diskusi-diskusi kesehatan reproduksi mulai harus diperluas dengan memasukkan wacana tubuh sosial sebagai perlengkapan analisis. Hasil bacaan-bacaan kritis terhadap realitas, malah menempatkan kelainan organ reproduksi manusia terjadi akibat interaksi dan interelasi sosial dengan berbagai pranata, tatanan, dan struktur sosialnya. Artinya, akar masalah kesehatan reproduksi, justru berasal dari

dimensi sosiologis-kultural-politik. Kekerasan dalam rumah tangga, kemiskinan, kebodohan, stereotype, stigmatisasi, dan diskriminasi adalah fakta-fakta empiris yang memediasi semakin tingginya masalah kesehatan reproduksi.

Konstruksi nalar di atas memberikan implikasi metodologis dan praksis. Pada aras metodologis, kajian kesehatan reproduksi menggunakan episteme kritis-holistik guna mendapatkan insight dan interpretasi yang utuh. Dengan demikian, positioning kesehatan reproduksi berdiri tegak kokoh sebagai keilmuan yang multi-disiplin. Ia harus membuka dirinya terhadap ilmu-ilmu lainnya sebagai perkakas-perkakas ilmiah penting dalam penyelesaian masalah.

Pada aras praksis, kesehatan reproduksi diarahkan pada konteks-konteks dimana permasalahan itu terjadi. Klaim-klaim normatif yang banyak digunakan selama ini sedapat mungkin dikurangi justifikasinya dengan memahami konteks-konteks lokal. Melalui pendekatan kritis-holistik dan tindakan yang mencerminkan lokalitas, keterandalan kesehatan reproduksi dalam meningkatkan kualitas kehidupan manusia menemukan bentuk yang sebenarnya.

Lebih lanjut, fakta epidemi HIV terhadap luasnya dampak geografis diuraikan dengan mengemukakan lokus kejadian HIV tidak hanya terjadi di wilayah perkotaan, akan tetapi sudah sampai pada wilayah pedesaan. Selain mobilitas penduduk yang memperantarai perluasan epidemik ini, aktivitas seks promoskuitas dikalangan remaja disinyalir menjadi penyebab-penyebab pergerakan virus HIV menembus wilayah yang jauh dari hiruk pikuk modernitas.

Lokus pedesaan sering identik dengan keterbatasan akses layanan kesehatan, rendahnya pengetahuan, dan keyakinan klenik masyarakat yang berujung pada praktek-praktek mistik. Dengan postur pedesaan seperti ini akan membuka kemungkinan besar terjadinya produksi dan reproduksi masalah baru dalam bentuknya yang lebih kompleks. Pengetahuan-pengetahuan yang beredar seputar AIDS dipahaminya dalam konteks mitos dan moralis. Implikasinya, penyakit ini dipandang sebagai penyakit sosial yang harus dihindari, bukan hanya penyakitnya akan tetapi orang yang mengidapnya.

Selain itu, populasi pedesaan dengan ikatan sosial yang kuat diantara masyarakat, sering menjadi alasan utama munculnya segregasi sosial terhadap pengidap HIV yang berujung pada tindakan-tindakan frustasi, malu, tidak percaya diri yang pada akhirnya mempengaruhi kualitas hidup mereka.

Saat para pengidap HIV dan AIDS mendapatkan tekanan sosial, secara natural mereka akan memberikan perlawanan dengan cara mereka sendiri. Fakta penularan HIV yang disengaja atas motif balas dendam adalah salah satu reaksi perlawanan para pengidap terhadap aksi-aksi anti sosial yang diperlihatkan oleh masyarakat. Bisa dibayangkan kalau motif ini terorganisir, epidemi HIV dan AIDS akan semakin meluas dan secara simultan mempengaruhi kualitas kesehatan reproduksi.

Beranjak dari analisis health-sociologist di atas, pengetahuan kesehatan reproduksi penting mendapatkan proses internalisasi yang mengakar kuat dalam diri individu dan masyarakat. Model sosialisasi pengetahuan dengan gaya

komunikasi konvensional memerlukan evaluasi kritis menuju pelibatan masyarakat secara partisipatoris pada semua tahapan program pengendalian. Pelibatan partisipatoris mensyaratkan adanya kemampuan pemberdayaan masyarakat yang wajib dimiliki. Mendatangi masyarakat, mendengarkan mereka, dan membuka dialog-dialog sosial, serta memberi kesempatan yang luas bagi mereka untuk mendefinisikan masalahnya sendiri, sekaligus untuk menyelesaikan dengan cara mereka sendiri menjadi taktik-taktik handal yang perlu diterapkan oleh para stakeholders dan pemerhati kesehatan reproduksi.

Gambaran epidemi AIDS secara faktual di atas merupakan kasus yang digunakan untuk memberikan penjelasan alternatif tentang semesta kesehatan reproduksi. Mengapa masalah reproduksi manusia terus memunculkan deviasi-deviasi baru? Apakah kita tetap given dengan metodologi kespro yang tersedia? Apakah komunitas ilmiah pada bidang ini sudah sampai pada pertanyaan akhir hingga tidak lagi menemukan perspektif baru? Pertanyaan-pertanyaan ini mengantarkan penulis untuk memulai diskursus baru dalam format pemikiran embrionik, semata-mata merangsang lahirnya gagasan-gagasan progresif baru lainnya sebagai fitur-fitur utama konstruksi a new paradigm kesehatan reproduksi.

C. Kesimpulan

Kualitas kesehatan reproduksi manusia terus diupayakan peningkatannya untuk mendukung berlangsungnya siklus kehidupan manusia lebih baik. Salah satu tantangan kespro saat ini adalah masih tingginya angka

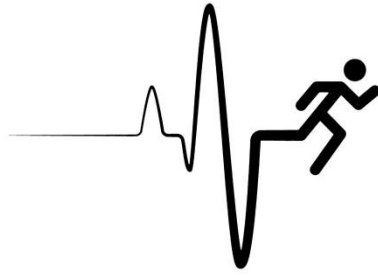
kematian ibu dan anak yang menjadi salah satu indikator Tujuan Pembangunan Berkelanjutan 2030 (AKA 26/1000 kelahiran, AKI 306/100.000 kelahiran). Bangsa kita sampai hari ini mengalami kesulitan dalam mencapai indikator tersebut. Oleh karena itu, dibutuhkan suatu refleksi mendalam guna mendapatkan inovasi-inovasi yang lebih masuk akal.

Epidemi AIDS yang dijadikan sebagai fenomena reflektif membedah kesehatan reproduksi paling tidak memberikan beberapa pemikiran baru tentang pemahaman kritis kespro, metode analisis, dan teknik pendekatan-pendekatan yang relevan. Tiga anatomi pemikiran ini berujung pada lahirnya Paradigma Baru Kespro yang diharapkan menjadi arahan ilmiah untuk kepentingan perubahan sosial.

Pemahaman kritis kespro menempatkan realitas kespro di masyarakat adalah bentukan rezim-rezim dominan yang tidak lepas dari kepentingan praktis. Ada rezim wacana, rezim medis, rezim politik, rezim kultural, rezim teknologi yang satu sama lainnya berkontestasi dalam memenangkan dominasi. Dalam konteks ini, kespro harus mampu melakukan negosiasi yang produktif agar mampu memanfaatkan modalitas rezim dominan yang tepat dalam mengatasi sejumlah problematika.

Cara pandang ontologis di atas memberikan implikasi terhadap metode analisis masalah kespro yang berupaya membongkar kepentingan-kepentingan dominan yang menyebabkan individu dan masyarakat mengalami ketertinggalan. Melalui metode analisis kritis ini, proses identifikasi masalah kespro menemukan akar penyebab mendasarnya sebagai titik tolak yang handal dalam berbagi upaya perbaikan.

Penyebab mendasar kespro dalam analisis kritis bukan terletak pada kelainan organ-organ reproduksi, akan tetapi berasal dari perangkat-perangkat interaksi sosial yang timpang. Oleh karena perangkat interaksi sosial inheren dalam masyarakat, maka pendekatan aksional yang masuk akal adalah pelibatan masyarakat secara partisipatoris untuk menolong dirinya sendiri.



BAB 8

TELAAH KRITIS PEMBANGUNAN KESEHATAN KONTRA IMPLEMENTASI PARADIGMA SEHAT

A. Pendahuluan

Pembangunan kesehatan selama orde baru menitikberatkan pada pelayanan medik (bukan pelayanan kesehatan yang semestinya), orientasi pelayanan kesehatan yang dimaksudkan untuk melahirkan model pelayanan yang menuju kepada pemberdayaan masyarakat kesehatan justru terfokus kepada kegiatan-kegiatan pada pelayanan kuratif dan rehabilitatif. Jenis pelayanan promotif dan preventif kurang mendapat atensi dan kesungguhan yang ditandai

dengan minimnya program-program yang mengarah kepada promosi, pemberdayaan dan peningkatan kesadaran masyarakat akan pola hidup sehat. Konsekwensi logis yang harus diterima adalah bahwa muatan program yang dominan justru terkonsentrasi kepada pembangunan dan pengembangan rumah sakit-rumah sakit dan puskesmas dengan pelayanan pada spesifikasi masyarakat yang sakit, peningkatan bantuan pengadaan obat-obatan dan peralatan medik serta teknologi kedokteran, pemberian bantuan terhadap tenaga kesehatan medik dan paramedik, peningkatan cakupan dokter dan bidan PTT, dan pengendalian penyakit-penyakit infeksi dan non-infeksi.

Pola pendekatan health services diatas harus dibayar mahal saat sekarang ini yang mana orientasi masyarakat akan kesehatan yang dimaknai ketika masyarakat mendapatkan gejala sakit atau sedang mengalami kesakitan. Dengan demikian, respon masyarakat terhadap kesehatan relatif sangat kurang. Pada sisi yang lain, justru masyarakat diharapkan memiliki tanggungjawab dan komitmen yang tinggi terhadap pola-pola kesehatan yang mesti dianut dan diembannya sesuai dengan tingkatan kebutuhannya. Di sinilah nampak dengan jelas bahwa terjadi fenomena yang kontradiktif antara harapan dan pendekatan program dan pembangunan kesehatan yang dilaksanakan.

Memahami dampak negatif dari pendekatan health services maka dalam paradigma sehat diperkenalkan pendekatan health development yang mana diharapkan pembangunan kesehatan disesuaikan dengan keinginan dan kebutuhan masyarakat, atau dengan kata lain, pembangunan kesehatan harus bertumpu pada potensi-potensi lokal yang ada di seluruh wilayah Indonesia. Pertanyaannya adalah

sudah siapkah Negara ini menerapkan konsep ideal pembangunan kesehatan menuju Indonesia Sehat yang memerlukan perombakan total disemua segmen kesehatan?

Tujuan ideal ini nampaknya membutuhkan sumber daya kesehatan yang maksimal seperti tenaga kesehatan yang qualified, sumber pembiayaan yang digali dari masyarakat sendiri dan sumber daya alam yang dapat mendukung kelancaran program pembangunan kesehatan.

Selain itu, seiring dengan kebijakan desentralisasi pembangunan kesehatan, tentunya membutuhkan perangkat-perangkat regulasi, advokasi dan pola-pola kebijakan kesehatan yang sampai saat ini belum melahirkan kajian-kajian mendalam untuk menyongsong dan siap mengejewantahkan paradigma sehat khususnya pada tataran praxis.

Dalam rangka menangkap peluang terhadap konsep paradigma sehat di daerah ini dibutuhkan proses yang panjang dan waktu yang relatif lama. Olehnya untuk mewujudkan peran serta dari berbagai pihak termasuk kebijakan-kebijakan yang berpijak kepada potensi geografis, demografi, sosiokultural masyarakat.

B. Analisis Masalah

Dari tinjauan problematika kesehatan masyarakat yang tertuang pada pendahuluan di atas, dan berdasarkan deskripsi dan komparasi berbagai daerah di Indonesia, maka masalah-masalah kesehatan Indonesia adalah:

1. Kebijakan pokok kesehatan bertumpu kepada pola-pola pengambilan dan penetapan program yang belum mengacu kepada kebutuhan masyarakat.

2. Terjadinya *displacement* dan *overlapping* dalam penempatan tenaga kesehatan yang menimbulkan disfungsialisasi.
3. Masyarakat belum dapat memformulasi sendiri tentang hak-hak mereka akan kesehatan itu sendiri sehingga segala bentuk dan pola pelayanan kesehatan diterima apa adanya tanpa harus melakukan kritik dan rendahnya tingkat selektifitas terhadap pelayanan kesehatan yang sesungguhnya yang mereka harus terima.
4. Peraturan-peraturan yang diterapkan masih terlalu lemah oleh karena peraturan-peraturan tersebut tidak didasarkan kepada akurasi dan validitas data.
5. Pola rekrutmen tenaga kesehatan belum mempertimbangkan rasionalisasi kebutuhan terhadap masalah yang sedang dihadapi oleh suatu daerah.
6. Tenaga kesehatan yang bekerja pada pelayanan medik tidak mempertimbangkan kendali mutu. Contoh : Penggunaan APD (Masker, *Handscoon*) pada saat kontak dengan pasien.
7. Manajemen pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas ditemukan adanya diskrepansi antara tugas dan kompetensi. Contoh : Seorang dokter yang seharusnya mengurus pelayanan medik dipaksakan mengurus proses manajerial di Puskesmas.
8. Luaran pendidikan tinggi ilmu kesehatan dan kedokteran belum mengacu kepada *Link and match*.
9. Dalam rangka desentralisasi bidang kesehatan, daerah membutuhkan sistem kesehatan daerah yang bernafaskan kemandirian lokal.

10. Kerjasama lintas program dan lintas sektor dalam pembangunan kesehatan kurang digalakkan sehingga yang terjadi adalah adanya egoisme instansional dalam melakukan program dan konsekuensinya adalah terjadi overlapping program yang ujung-ujungnya adalah inefektivitas.
11. Pembiayaan kesehatan kurang menerapkan akuntabilitas dan transparansi sehingga terlihat kepincangan pendanaan yang mengarah pada inefisiensi.

Masalah-masalah diatas hanyalah masalah yang bersifat umum dan tidak menutup kemungkinan beberapa provinsi di Indonesia menghadapinya sebagai realitas nyata. Ketika dilakukan analisis terhadap kompleksitas masalah tersebut, akan ditemukan paling tidak 4 (empat) faktor penting yang terlibat dan berperan yaitu: tenaga kesehatan, kebijakan, pembiayaan, serta sarana dan prasarannya (fasilitas pendukung).

Berikut ini adalah telaah dari faktor-faktor penting di atas:

- a. Tenaga Kesehatan

Secara umum tenaga kesehatan yang tersebar di seluruh Wilayah Indonesia lebih didominasi oleh tenaga dokter, bidan, dan perawat. Tenaga kesehatan yang berkualifikasi strata satu antara lain: tenaga farmasi, SKM, sanitarian, dan gizi termasuk dalam kategori tenaga kesehatan lainnya. Hal ini berarti bahwa tanggungjawab kesehatan benar-benar dibebankan pada tenaga medik. Perlu diketahui bahwa dalam paradigma sehat pembangunan kesehatan diarahkan pada pelayanan promotif dan preventif.

Tenaga kesehatan yang ditempatkan/ditugaskan kadang-kadang mempunyai beban yang berat dalam menjalankan tugasnya sehari-hari. Hal ini diakibatkan oleh kebijakan rangkap jabatan dan rangkap tugas yang tidak lagi relevan dalam era profesionalisme dan globalisasi. Disamping rangkap jabatan, sering juga terjadi kesalahan penempatan yang mana tugas pokok tidak memperhatikan basis kompetensi tenaga kesehatan yang bersangkutan, contohnya tenaga sanitarian ditempatkan pada seksi pelayanan gizi, tenaga teknis medis ditempatkan pada tugas managerial, dan lain-lain.

Kemampuan tenaga kesehatanpun dalam menyelesaikan masalah kesehatan untuk peningkatan derajat kesehatan masyarakat relatif dibawah rata-rata, indikatornya adalah masih tingginya angka mortalitas dan morbiditas, rendahnya cakupan pelayanan kesehatan dasar, angka kurang gizi pada Balita dan anak masih tinggi dan kesadaran serta peran serta masyarakat relatif masih rendah.

b. Kebijakan Kesehatan

Aspek kebijakan kesehatan saat ini memerlukan formulasi model yang dapat menyesuaikan kondisi obyektif suatu daerah. Perangkat-perangkat kebijakan yang ada masih mencerminkan adanya pendekatan yang bersifat sentralistik. Pola ini memberikan implikasi logis terhadap penerapannya yang terkadang membingungkan karena adanya kesulitan di daerah dalam menerjemahkan dan mengimplemen-
tasikannya.

Manajemen dan model kepemimpinan yang dikembangkan di unit-unit pelayanan kurang memperhatikan kepentingan dari setiap tenaga yang bekerja, akibatnya, kerjasama antar staf kurang terjalin dengan baik.

Pengorganisasian dan penggerakan program kurang memperhatikan metode-metode partisipatif yang pada intinya keterlibatan masyarakat menjadi suatu yang sangat fundamental. Akibatnya adalah sampai saat ini masyarakat merasa dan akan terus merasa sebagai obyek dari setiap pelaksanaan pembangunan kesehatan. Dalam konteks ini, petugas kesehatan selalu memposisikan diri dalam posisi yang ordinat.

Model pengawasan yang diterapkan sering kurang memberikan efek yang positif, karena terkesan dari setiap pengawasan yang dilakukan selalu saja dapat dinegosiasikan sehingga tujuan utama pengawasan keluar dari esensinya yang menekankan diberlakukannya mekanisme kontrol yang dapat menjamin pelaksanaan setiap program terlepas dari praktek-praktek kolusi, korupsi dan nepotisme.

c. Pembiayaan Kesehatan

Sumber pembiayaan pembangunan kesehatan lebih banyak mengandalkan bantuan APBN dan APBD yang jumlahnya sangatlah terbatas. Keterbatasan pembiayaan tersebut melahirkan konsekuensi logis seperti menurunnya kualitas dan kuantitas program pembangunan kesehatan. Contohnya dalam bidang pelayanan promotif dan preventif masih kelihatan

rendahnya alokasi anggaran untuk program PHBS, peningkatan gizi dan perbaikan lingkungan pemukiman.

Pembiayaan kesehatan yang relatif kurang juga dipengaruhi oleh cara pandang para pengambil kebijakan (legislatif) terhadap pembangunan kesehatan belumlah dilihat sebagai sesuatu yang substansi dalam kehidupan masyarakat. Kesehatan dipandang sebagai suatu yang *perifer* dibanding permasalahan politik, hukum dan ekonomi.

Pembiayaan kesehatan yang relatif rendah ini, diperparah lagi oleh *income generating* rata-rata penduduk Indonesia di semua wilayah masih banyak ditemukan masyarakat yang tergolong miskin. Kemiskinan merupakan pengaruh yang *significant* terhadap menurunnya derajat kesehatan masyarakat.

d. Sarana dan Prasarana Kesehatan

Pendekatan pembangunan kesehatan selama orde baru yang cenderung bersifat *health services* mengakibatkan pengadaan fasilitas kesehatan lebih banyak pada pembangunan RS, puskesmas, pustu, dan polindes dengan berbagai bantuan alat-alat kedokteran serta obat-obatan yang kadang-kadang kurang efisien. Keberhasilan pembangunan kesehatan hanya memperhitungkan aspek-aspek yang bernuansa pembangunan fisik tanpa disertai dengan pembangunan sumber daya manusia.

Akibatnya, masalah *ignorance* (ketidaktahuan) petugas dan masyarakat menyebabkan pemanfaatan dari semua fasilitas tersebut kurang maksimal dan

didukung lagi oleh perangkat manajemen yang kurang memperhatikan aspek *maintenance* (pemeliharaan) sehingga kebanyakan fasilitas kelihatannya dibengkalakan.

Fasilitas air bersih terutama dikalangan masyarakat kepulauan dan terpencil terkadang tidak sustainable (berkesinambungan) karena lemahnya metode assesment yang diterapkan sebelum pelaksanaan program. Yang terjadi adalah fasilitas air bersih banyak mengalami kerusakan dan kemacetan.

Fasilitas jamban keluarga khususnya masyarakat pegunungan dan terpencil kurang pemanfaatannya karena program pengadaannya tidak diiringi dengan program perubahan perilaku masyarakat yang cenderung memanfaatkan hutan, sungai, dan tambak sebagai tempat BAB yang “nyaman dan menyenangkan”. Dari sini terlihat ada persoalan psikologis dan kultural yang memerlukan pendekatan yang bersifat komprehensif.

C. Tawaran Alternatif Solusi

Dengan mengkritisi persoalan-persoalan kesehatan masyarakat yang muncul di Indonesia, maka seyogyanya ada beberapa tawaran solusi yang dapat dilakukan antara lain:

1. Masalah Tenaga Kesehatan

Analisis masalah yang dihadapi oleh tenaga kesehatan dalam menuju paradigma sehat, berikut ini adalah beberapa tawaran solusi:

- a. Pola rekrutment disusun dan diimplementasikan berdasarkan proporsi masalah kesehatan yang dihadapi oleh setiap wilayah. Dengan demikian, jumlah tenaga kesehatan berbanding lurus dengan masalah dan kebutuhan yang mana jenis tenaga yang direkrut berdasarkan profesinya yang sesuai.
- b. Pola penempatan tenaga kesehatan pada bidang dan unit tertentu mempertimbangkan bakat, minat, dan kemampuan tenaga yang bersangkutan. Artinya pemberian tugas berbasis pada kompetensi. Tenaga kesehatan yang akan ditempatkan sebelumnya diberikan pendidikan dan pelatihan yang dilakukan sendiri oleh organisasi profesi. Tenaga dokter dengan IDInya, tenaga bidan dengan IBInya, tenaga SKM dengan PERSAKMInya, dan lain-lain.
- c. Untuk menghindari beban kerja yang berat akibat rangkap jabatan dan tugas, serta *displacement*, perlu ada analisis komparatif antara SDM (kompetensi) staf dengan karakter pekerjaan sebelum ditempatkan, sehingga tenaga kesehatan dapat menjalankan fungsinya secara profesional. Contohnya, puskesmas yang intinya menjalankan fungsi manajemen dan fungsi pelayanan disesuaikan dengan basis kompetensi dari tenaga kesehatan. Fungsi manajemen sebaiknya dikelola oleh seorang SKM, sedangkan fungsi pelayanan dikelola oleh tenaga medik dan paramedik.

- d. Tenaga kesehatan yang dapat diberdayakan dengan pendekatan *applied education* yang berbasis kompetensi serta disesuaikan dengan kebutuhan daerah.

2. Masalah Kebijakan Kesehatan

Beberapa tawaran solusi untuk mengatasi masalah kebijakan kesehatan adalah:

- a. Dalam pengambilan *health policy* mengutamakan kebijakan-kebijakan komprehensif dan intergated yang melibatkan semua unsur sehingga regulasi tersebut tidak bersifat komplementer. Pola pengambilan kebijakan sudah saatnya menggunakan pendekatan *Evidence Based Spesific Analysis* (analisis yang berbasis fakta-fakta lokal).
- b. Pola manajemen yang dikembangkan sebaiknya mengarah pada *system analysis* yang mempertimbangkan semua segmen sebagai sesuatu yang harus bekerja secara sinergis. Semua unit pelayanan sudah saatnya memiliki mekanisme hubungan kerjasama yang jelas dan *aplicable*. Baik pimpinan maupun staf diharapkan berfikir secara sistem, sehingga tidak ada lagi arogansi institusional dalam penggerakan dan pelaksanaan setiap program pembangunan kesehatan.
- c. Pola kepemimpinan yang diterapkan semestinya menerapkan model *delegation of authority* (pendelegasian secara penuh) kepada staf yang disertai dengan mekanisme kontrol dan mekanisme *reward* (imbalan)- *punishment* (hukuman).

3. Masalah Pembiayaan Kesehatan

Beberapa tawaran solusi untuk mengatasi masalah pembiayaan kesehatan adalah:

- a. Untuk mengurangi pembiayaan kesehatan yang bersumber pada APBN dan APBD, perlu ditingkatkan mekanisme kerja sama lintas sektoral dan lintas program, serta pihak swasta seperti *funding agency* dalam pelaksanaan program kesehatan.
- b. Perlu dipikirkan suatu metode penggalan sumber-sumber di masyarakat sehingga masyarakat mendapatkan rangsangan untuk kemandirian dalam bidang kesehatan. Pengorganisasian masyarakat menjadi sangat penting dalam solusi ini.
- c. Setiap program kesehatan yang dilaksanakan di masyarakat, hendaknya memikirkan aspek *fund racingnya* sehingga masyarakat dalam mengelola keberlanjutan dari program tersebut.

4. Masalah Sarana dan Prasarana

Beberapa tawaran solusi untuk mengatasi permasalahan keterbatasan fasilitas adalah:

- a. Program pengadaan fasilitas sedapat mungkin diikuti oleh program perubahan perilaku, sehingga fasilitas yang disediakan dapat dimanfaatkan oleh masyarakat.
- b. Karena adanya pola pikir masyarakat yang lebih berorientasi paradigma sakit akibat salah satunya pengadaan fasilitas pelayanan RS dan puskesmas, perlu dipikirkan pengadaan fasilitas kesehatan dalam dimensi promotif dan preventif, seperti klinik sehat atau rumah sehat yang operasionalnya lebih banyak

bersifat konsultatif dan penyuluhan-penyuluhan dengan berbagai pendekatan dan metodologinya.

D. Penutup

Konsep paradigma sehat dan upaya perwujudan Indonesia Sehat diperlukan perogram yang komprehensif dan spesifikasi yang dapat dituangkan dalam suatu sistem dan mekanisme yang jelas, tidak multi interpretasi, akan tetapi program tersebut bersifat *applicable*, *fisible*, dan lebih mengutamakan kebutuhan masyarakat.

Apa yang dikemukakan dalam makalah ini hanyalah garis-garis besar pemikiran dalam tataran idealis yang memerlukan telaah berdasarkan kondisi obyektif di beberapa wilayah nusantara, sehingga visi, misi dan tujuan paradigma sehat dapat terwujud.

Semoga pembangunan kesehatan di Indonesia dapat mewujudkan masyarakat yang sehat dan produktif.

REFERENSI

- Anonimous, *Rekapitulasi Bansos KPDT Tahun 2013*
<http://www.kemenegpdt.go.id/bansos> (diakses pada tanggal 11 April 2014)
- Azwar, A. 1996. *Pengantar Administrasi Kesehatan Edisi Ketiga*. Jakarta: Binurapa Aksara.
- Badan Narkotika Nasional Provinsi Sulawesi Selatan, 2016. *Jumlah pecandu narkoba dan pasca rehabilitasi*, Makassar: BNN Prov. sul-sel.
- Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas). 2014. *Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2015-2019*. Jakarta.
- Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas). 2015. *Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi 2015-2019*. Jakarta
- Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas). 2019. *Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020-2024*. Jakarta.
- Badan Pusat Statistik. 2013. *Penduduk Indonesia menurut Provinsi 1971-2012*. Jakarta

- Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas). 2012. *Kerangka Kebijakan Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi Dalam Rangka 1000 Hari Pertama Kehidupan (Gerakan 1000 HPK)*. Jakarta
- Chris Rowley & Keith Jackson. 2012, *Manajemen Sumber Daya Manusia: the key concepts*, PT. Raja Grafindo Persada, Jakarta.
- Dinas Kesehatan, 2016. *Dokumen Rencana Strategi Dinas Kesehatan Kabupaten Pangkep 2016-2021*.
- Dinas Kesehatan, 2017. *Dokumen Kebijakan Ketenagaan Khusus Kabupaten Pangkep*.
- Dinas Kesehatan, 2017. *Laporan Ketenagaan Dinas Kesehatan Kabupaten Pangkep*.
- Dinkes 2018, *Profil Kesehatan Kab. Pangkajene dan Kepulauan Tahun 2017*, Pangkajene, Propinsi Sulawesi Selatan
- Dinkes Propinsi Sulawesi Selatan, 2014, *Rencana Strategi Dinas Kesehatan Provinsi 2013-2018*, Makassar.
- Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan Kemenkes RI. 2012, *Pedoman Peningkatan Akses Pelayanan Kesehatan Di DTPK*. Jakarta.
- Effendi, F., Indrawati, R., Kurniati, A., Pk, R. F., Yusuf, S., & Nancarrow, S. (2012). *Retaining and Motivating Health in Very Remote Area of Indonesia, Do They Respond to the incentives?*. GSTF International Journal of BioSciences, 2(1), 2251-3140.
- Hatta, G. R. 2008. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*, UI-Press, Jakarta.

- Izza Suraya dkk, 2016, *Hubungan Akses Pelayanan Kesehatan Dengan Kematian Neonatal Dini*, ARKESMAS, Volume 1, Nomor 1, Januari-Juni 2016
- Jamsostek, 2013, <http://www.jamsostek.co.id/content/news.php?id=3956> (diakses: 2 Maret 2015)
- Kemenkes RI. 2007. *Riset Kesehatan Dasar 2007; RISKESDAS*. Jakarta: Balitbang Kemenkes RI
- Kemenkes RI. 2013. *Riset Kesehatan Dasar 2013; RISKESDAS*. Jakarta: Balitbang Kemenkes RI
- Kemenkes RI. 2018. *Riset Kesehatan Dasar 2018; RISKESDAS*. Jakarta: Balitbang Kemenkes RI
- Kemenkes RI. *Profil Kesehatan Indonesia tahun 2016*. Jakarta : Kemenkes RI; 2017.
- Kementerian Dalam Negeri RI. 2014, *Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Kesehatan*, Jakarta.
- Kementerian Dalam Negeri RI. 2014, *Undang-Undang Nomor 5 Tahun 2014 tentang Aparatur Sipil Negara*, Jakarta.
- Kementerian Dalam Negeri. 2014, *Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah*, Jakarta.
- Kementerian Kesehatan RI. 2014, *Permenkes Nomor 75 Tahun 2014 tentang Puskesmas*.
- Kementerian Kesehatan RI. 2015, *Permenkes Nomor 33 Tahun 2015 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan SDM Kesehatan. Instrumen ini penyempurnaan dari Kepmenkes Nomor 81 Tahun 2014*.
- Kementerian Kesehatan RI. 2017, *Permenkes Nomor 16 Tahun 2017 tentang Penugasan Khusus Tenaga Kesehatan Dalam Mendukung Program Nusantara Sehat*.

- Kementerian PDT. 2013, *Kepmen PDT No 148 Tahun 2013 Tentang perubahan ketiga atas kepmen PDT no 335 tentang penetapan bantuan sosial bidang pengembangan sumber daya tahun 2013*
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2012. *Promosi kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta : Rineka cipta
- Peraturan Gubernur Sulawesi Selatan Nomor 33 Tahun 2012 Tentang *Kebijakan Dan Strategi Serta Rencana Aksi Provinsi Sulawesi Selatan Dalam Pencegahan Dan Pemberantasan Penyalahgunaan Dan Peredaran Gelap Narkotika Tahun 2011-2015*, Makassar, Propinsi Sulawesi Selatan.
- Rikhly dkk, 2012, *Kepuasan Ibu Hamil Dan Persepsi Kualitas Pelayanan Antenatal Care Di Puskesmas Tanjung Kabupaten Sampang Madura*, Media Kesehatan Masyarakat Indonesia, Vol.11/No.2, Oktober 2012
- Riwidikdo, H. 2010. *Statistik Kesehatan*, Mitra Cendikia Press, Yogyakarta.
- Rostow, W.W. 1960, *The Stages Of Economic Growth; A Non Communist Manifesto*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Singarimbun, Sofian Effendi. 1995, *Metode Penelitian Survei*, PT. Pustaka LP3ES Indonesia, Jakarta.
- Sudarma, Momon, 2009, *Sosiologi Untuk Kesehatan*, Salemba Medika, Jakarta.
- Sumarsono, Sonny. 2004, *Metode Riset Sumber Daya Manusia*, Graha Ilmu, Yogyakarta.

- Surat Keputusan Bupati Pangkep, 2017, *Pengangkatan Tenaga Harian Lepas*, Pangkep.
- Surat Keputusan Bupati Pangkep, 2018, *Pemberian Penghasilan Berdasarkan Tempat Tugas bagi Tenaga Kesehatan Dalam Lingkup Dinkes Kabupaten Pangkep Tahun 2018*, Pangkep.
- The World Bank. (2014). *INDO-DAPOER (Indonesia Database for Policy and Economic Research)*.
- Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2009 tentang *Pajak Daerah dan Retribusi Daerah* (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 130)
- Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang *Narkotika*
- Undang-Undang RI Nomor 44 Tahun 2009 tentang *Rumah Sakit*. Jakarta 2009.
- World Health Organization, 2006. *Implementing the new recommendation on the clinical management of diarrhea: guidelines for policy makers and programme managers*. Geneva: WHO Press 2006.
- World Health Organization., 2010. *The World Health Report 2010*.
- YMH, 2016, *Laporan Lembaga Rehabilitasi Komponen Masyarakat Yayasan Mitra Husada*, Makassar

"Didedikasikan bagi para pemikir, aktivis sosial, dan pelaku pembangunan kesehatan yang tidak pernah lelah belajar, bergeram dan berjuang untuk menggapai harapan dan cita-cita mulia terhadap lahirnya kemandirian masyarakat"



PRODUCT SERVICE

**Layanan Produk Inovatif, Transformatif
dan Visioner**

Memiliki Visi yang besar dan SDM yang
luar biasa, menjadikan Penerbit Nas
Media Pustaka menjadi perusahaan
penerbitan pertama dan satu-satunya
di Indonesia Timur yang menghadirkan
berbagai layanan yang luar biasa.

Jadilah Mitra Penerbit Nas Media Pustaka

Hotline
SMS/WA **+62813-8002-3737**

www.nasmediapustaka.co.id / www.nasmediabooks.com

PAKET PENERBITAN



PRA CETAK



CETAK



**NAS MEDIA
SERVICE PRODUCT**



**KONVERSI KARYA
ILMIAH JADI BUKU**



**JASA PENULISAN
BUKU**



CETAK ATK

BOOK'S PUBLISHED

DALAM 1 TAHUN TELAH BERHASIL

**MENERBITKAN
LEBIH DARI**

100 JUDUL BUKU

DENGAN TOTAL LEBIH DARI

50.000 EKSEMPLAR BUKU

