

# PRIORITAS WILAYAH BERDASAR FAKTOR KONTEKTUAL UNTUK MENINGKATKAN NILAI INDEKS PEMBANGUNAN KESEHATAN MASYARAKAT DI SUMATERA SELATAN

Ekowati Retnaningsih

## **Abstrak**

*Pembangunan manusia di bidang kesehatan di Indonesia dapat diukur menggunakan Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM) yaitu indikator komposit yang dirumuskan dari 24 indikator kesehatan yang berasal dari data berbasis komunitas. Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM) digunakan untuk mengukur kemajuan pembangunan pada bidang kesehatan dan mendukung efektivitas intervensi pada bidang kesehatan. Tujuan penelitian adalah untuk mengetahui wilayah kabupaten/kota yang termasuk dalam prioritas berdasar masing-masing faktor kontekstual yang berhubungan dengan IPKM sehingga perencanaan program dalam rangka upaya peningkatan IPKM akan tepat sasaran. Studi ini menggunakan paradigma penelitian kuantitatif dengan pendekatan studi ekologi dan rancangan penelitian kros sektional. Hasil studi menunjukkan bahwa wilayah yang termasuk prioritas pertama untuk melakukan intervensi terhadap akses tenaga dan sarana kesehatan, penurunan jumlah penduduk miskin, dan peningkatan APK-SLTA adalah kabupaten Musi Rawas dan kabupaten OKI.*

**Kata Kunci:** *IPKM, wilayah prioritas, akses kesehatan, pendidikan, kemiskinan.*

## **Abstract**

*Public Health Development in Indonesia has been measured by Public Health Development Index (PHDI). This index uses 24 health indicator base on health community survey and it is available to know the effectiveness health program in a region area or district. The aim of this study was to know the priority district in South Sumatera that has relation with PHDI. Design of the study was ecology study and cross sectional design. The result of the study shaws that there were two district as first priority district to do intervention for improving health access, education level, and reduce the poor proportion in their area. The district means were Musi Rawas and OKI.*

**Key Word:** *PHDI, priority area, health access, education, the poor.*

## **PENDAHULUAN**

Paradigma pembangunan di dunia saat ini telah bergeser, bukan hanya mengutamakan sumber daya alam namun lebih focus pada pembangunan sumber daya manusia. Pembangunan Manusia merupakan suatu proses untuk memperbanyak pilihan-pilihan yang dimiliki manusia,

antara lain pilihan untuk berumur panjang dan sehat, berilmu pengetahuan dan akses terhadap sumberdaya yang dibutuhkan agar dapat hidup secara layak<sup>(1)</sup>.

Salah satu ukuran untuk melihat pembangunan manusia di dunia adalah Human Development Index (HDI) atau di Indonesia dikenal dengan Indeks

Tanggal masuk naskah : 22 November 2011  
Tanggal disetujui : 13 Desember 2011

\*Badan Penelitian Pengembangan dan Inovasi Daerah  
Provinsi Sumatera Selatan  
Jl. Demang Lebar Daun no.4864 Telp. (0711) 374456  
email : eko\_promkes2003@yahoo.com

Pembangunan Manusia (IPM). Berdasar data BPS menunjukkan bahwa IPM Sumatera Selatan merangkak naik dari tahun 2007 nilai 71,6 (ranking 13 nasional), tahun 2008 nilai 72,05 (ranking 12 nasional), dan tahun 2009 nilai 72,61 (ranking 10 nasional)<sup>(2)</sup>.

Upaya-upaya Peningkatan IPM akan berdampak ganda, yaitu selain meningkatkan IPM itu sendiri tetapi sekaligus dapat mempercepat pencapaian Millenium Development Goals (MDGs) yang telah menjadi kesepakatan dunia. Terdapat delapan hal pokok yang telah disepakati menjadi tujuan pembangunan di era millenium yang dikenal dengan *Millenium Development Goal (MDG)*, yaitu: 1) pengurangan kemiskinan dan kelaparan, 2) pendidikan dasar yang universal, 3) kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan, 4) penurunan kematian ibu, 5) penurunan kematian anak, 6) pemberantasan TB, malaria dan HIV/AIDS, 7) Keserasian lingkungan yang berkelanjutan, dan 8) Kemitraan global dalam pembangunan<sup>(3)</sup>.

Pembangunan manusia di bidang kesehatan di Indonesia dapat diukur menggunakan Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM) yaitu indikator komposit yang dirumuskan dari 24 indikator kesehatan yang berasal dari data berbasis komunitas. Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat

(IPKM) digunakan untuk mengukur kemajuan pembangunan pada bidang kesehatan dan mendukung efektivitas intervensi pada bidang kesehatan<sup>(4)</sup>.

Pencapaian Nilai IPKM dipengaruhi oleh beberapa faktor yang secara teori terbukti mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat antara lain: 1) Perilaku, 2) Lingkungan, 3) Keturunan atau karakteristik penduduk, dan 4) Pelayanan Kesehatan.

Tujuan penelitian adalah untuk mengetahui wilayah kabupaten/kota yang termasuk dalam prioritas berdasar masing-masing faktor kontekstual yang berhubungan dengan IPKM sehingga perencanaan program dalam rangka upaya peningkatan IPKM akan tepat sasaran.

## **METODOLOGI**

Studi ini menggunakan paradigma penelitian kuantitatif dengan pendekatan studi ekologi dan rancangan penelitian kros seksional. Dengan demikian, segala kelemahan yang dimiliki oleh studi ekologi dan rancangan kros seksional menjadi kelemahan penelitian ini. Populasi penelitian adalah wilayah kabupaten/kota se-provinsi Sumatera Selatan yaitu sejumlah 15 kabupaten/kota. Jumlah sampel penelitian adalah seluruh populasi yang ada yaitu 14 kabupaten/kota karena data kabupaten Lahat masih tergabung

dengan kabupaten Empat Lawang. Unit analisis adalah wilayah kabupaten/kota.

Studi ini merupakan analisis lanjut dari data Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2009. Data yang digunakan adalah data sekunder hasil RISKESDAS dan data sekunder lainnya yang ada di BPS. Analisa data dilakukan

secara deskriptif. Untuk memetakan wilayah prioritas digunakan diagram cartesius.

Definisi operasional variable mengacu pada definisi operasional yang digunakan oleh RISKESDAS dan BPS, dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 1. Definisi Operasional Variabel

Nama Variabel	Definisi Variabel	Cara Ukur	Hasil Ukur
IPKM	Indikator komposit yang dirumuskan dari 24 indikator kesehatan dan dirumuskan dari data kesehatan berbasis komunitas yaitu : Riskesdas, Susenas, dan Survei Podes.	Data sekunder Riskesdas	Nilai
Perilaku : Penduduk yang melakukan pengobatan sendiri	Nilai persentase penduduk yang melakukan pengobatan sendiri	Data sekunder BPS	Nilai
Lingkungan: Jumlah penduduk miskin	Jumlah persentase kemiskinan di Sumatera Selatan	Data sekunder BPS	Nilai
Karakteristik: APK SLTA	Angka partisipasi pendidikan Sekolah Menengah Atas (SMA/MA/SMK)	Data sekunder BPS	Nilai

## HASIL

### 1. IPKM

Nilai IPKM seluruh kabupaten/kota dapat dilihat pada tabel 1 berikut.

Tabel 2. Nilai IPKM Kabupaten/kota Se Sumatera Selatan Tahun 2009.

No	Kabupaten/Kota	IPKM		Kategori
		Nilai	Ranking	
1	Ogan Komering Ulu	0.59	107	Kabupaten Tidak Bermasalah Non Miskin
2	Ogan Komering Ilir	0.47	276	Kabupaten Bermasalah Miskin
3	Muara Enim	0.48	263	Kabupaten Bermasalah Non Miskin
4	Lahat	0.49	243	Kabupaten Tidak Bermasalah Miskin

5	Musi Rawas	0.44	338	Kabupaten Bermasalah Miskin
6	Musi Banyuasin	0.41	384	Kabupaten Bermasalah Miskin
7	Banyuasin	0.52	212	Kabupaten Tidak Bermasalah Non Miskin
8	Ogan Komering Ulu Selatan	0.42	366	Kabupaten Bermasalah Non Miskin
9	Ogan Komering Ulu Timur	0.57	123	Kabupaten Tidak Bermasalah Non Miskin
10	Ogan Ilir	0.47	275	Kabupaten Bermasalah Miskin
11	Kota Palembang	0.61	71	Kota Tidak Bermasalah Non Miskin
12	Kota Prabumulih	0.61	74	Kota Bermasalah Non Miskin
13	Kota Pagaralam	0.56	138	Kota Bermasalah Berat Miskin
14	Kota Lubuk Linggau	0.62	51	Kota Tidak Bermasalah Non Miskin

Sumber : <sup>(4)</sup>

Berdasar kriteria yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan, terdapat 4 kabupaten bermasalah miskin yaitu: 1) Ogan Komering Ilir, 2) Musi Rawas, 3) Musi Banyu Asin, dan 4) Ogan Ilir. Terdapat 3 kabupaten/kota yang masuk dalam kategori kabupaten/kota bermasalah non-miskin yaitu: 1) Muara Enim, 2) Ogan Komering Ulu Selatan, dan 3) Pagar Alam. Hasil analisis

deskriptif menunjukkan bahwa nilai rerata IPKM kabupaten/kota se provinsi Sumatera Selatan adalah 0,51 standar deviasi 0,07.

## 2. Faktor Kontektual

Nilai Rerata seluruh factor kontekstual yang menjadi variable independent dalam penelitian ini dapat dilihat pada table 3 berikut.

Tabel 3. Nilai Rerata Faktor Kontektual Se Sumatera Selatan Tahun 2009.

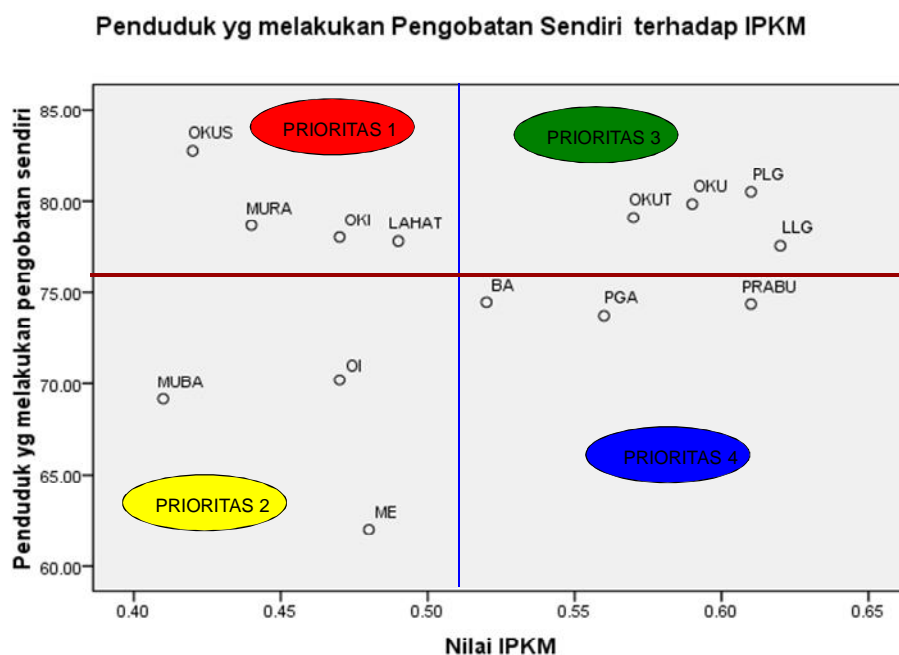
No	Nama Variabel	Nilai Minimum	Nilai Maksimum	Rerata	Standar Deviasi
1	Perilaku : Penduduk yang melakukan pengobatan sendiri.	62,00	82,77	75,58	5,48
2	Jumlah penduduk miskin	9,66	22,76	15,42	3,94
3	APK SLTA	35,73	103,11	63,91	20,877

Salah satu faktor kontekstual yang mempengaruhi rendahnya pencapaian nilai Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM) adalah akses nyata ke tenaga kesehatan atau dan sarana kesehatan. Besarnya proporsi penduduk yang melakukan pengobatan sendiri dapat dijadikan proksi gambaran akses nyata terhadap tenaga kesehatan. Bila masyarakat melakukan pengobatan sendiri maka mereka kehilangan kesehatan untuk mendapatkan pelayanan promotif,

preventif, kuratif dan rehabilitatif yang terstandar.

Melalui analisis menggunakan diagram cartesius terlihat pada grafik 1 berikut bahwa terdapat 4 kabupaten dalam prioritas pertama untuk menurunkan proporsi penduduk yang melakukan pengobatan sendiri dan meningkatkan akses penduduk terhadap tenaga dan sarana kesehatan dalam upaya meningkatkan IPKM kabupaten, yaitu kabupaten: 1) OKU Selatan, 2) Musi Rawas, 3) OKI, dan 4) Lahat.

Grafik 1.  
Kabupaten/Kota Prioritas untuk Intervensi Penurunan Proporsi Penduduk yang Melakukan Pengobatan Sendiri Dalam Upaya Peningkatan IPKM



Faktor kontekstual lainnya yang mempengaruhi rendahnya pencapaian nilai Indeks Pembangunan Kesehatan

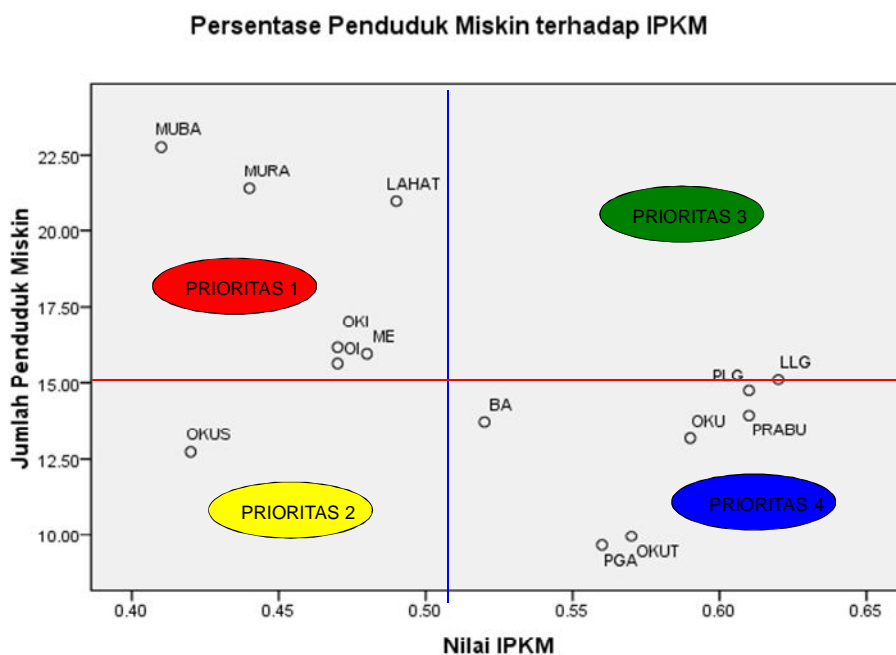
Masyarakat (IPKM) adalah jumlah penduduk miskin. Banyak teori maupun hasil penelitian yang membuktikan

bahwa ada hubungan antara kemiskinan dengan status kesehatan masyarakat.

Melalui analisis menggunakan diagram cartesius terlihat pada grafik 2 berikut bahwa terdapat 6 kabupaten dalam prioritas pertama untuk

menurunkan jumlah penduduk miskin dalam upaya meningkatkan IPKM kabupaten, yaitu kabupaten: 1) Musi Banyu Asin , 2) Musi Rawas, 3) Lahat, 4) Ogan Komering Ilir, 5) Muara Enim dan 6) Ogan Ilir.

Grafik 2.  
Kabupaten/Kota Prioritas untuk Intervensi Penurunan Jumlah Penduduk Miskin Dalam Upaya Peningkatan IPKM

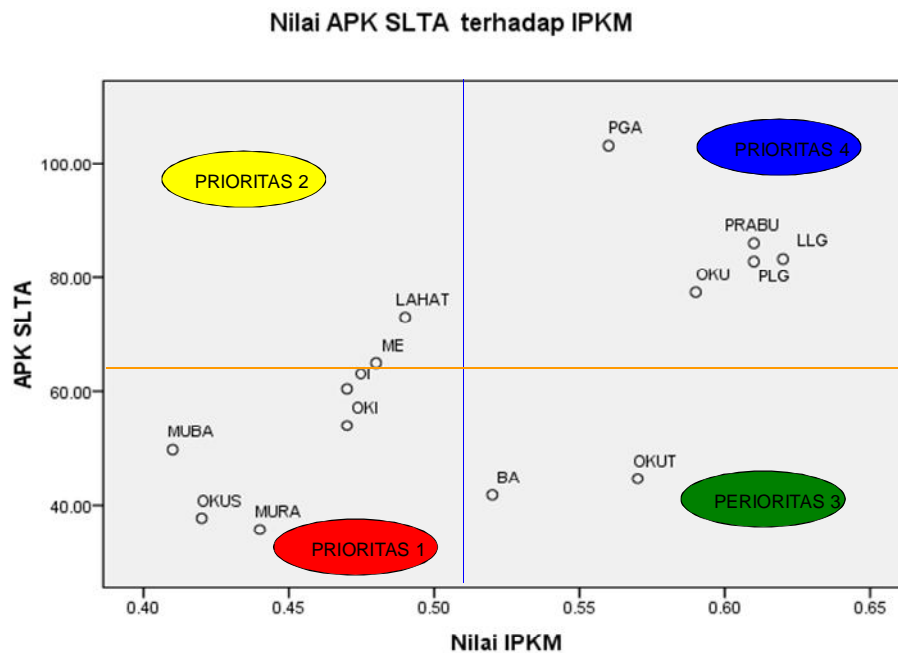


Faktor kontekstual lainnya yang mempengaruhi rendahnya pencapaian nilai Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM) adalah tingkat pendidikan masyarakat. Dalam penelitian ini digunakan proksi dari Angka Partisipasi Kasar tingkat Sekolah Lanjutan Tingkat Atas (APK-SLTA). Banyak teori maupun hasil penelitian yang membuktikan bahwa ada hubungan

antara tingkat pendidikan dengan status kesehatan masyarakat.

Melalui analisis menggunakan diagram cartesius terlihat pada grafik 2 berikut bahwa terdapat 5 kabupaten dalam prioritas pertama untuk meningkatkan nilai APK-SLTA dalam upaya meningkatkan IPKM kabupaten, yaitu kabupaten: 1) Musi Banyu Asin , 2) OKU Selatan, 3) Musi Rawas, 4) Ogan Komering Ilir, dan 5) Ogan Ilir.

Grafik 3.  
Kabupaten/Kota Prioritas untuk Intervensi Peningkatan APK-SLTA  
Dalam Upaya Peningkatan IPKM



**PEMBAHASAN**

Menggunakan konsep teori Blum, maka IPKM dapat dilihat sebagai gambaran derajat kesehatan masyarakat yang dipengaruhi oleh 4 faktor yaitu lingkungan, perilaku, keturunan/karakteristik dan pelayanan kesehatan. Faktor lingkungan dalam studi ini diwakili oleh kemiskinan kontekstual yaitu jumlah penduduk miskin yang ada di wilayah tersebut .sedangkan faktor perilaku diwakili oleh perilaku akses ke tenaga atau fasilitas kesehatan sedangkan faktor karakteristik diwakili oleh Angka partisipasi Kasar sekolah tingkat SLTA.

Perilaku sangat besar pengaruhnya terhadap derajat kesehatan masyarakat. Perilaku mengobati sendiri bila masyarakat sakit menunjukkan rendahnya akses terhadap tenaga atau fasilitas kesehatan. Bila masyarakat tidak akses ke tenaga atau fasilitas kesehatan maka dia akan kehilangan kesempatan mendapat pelayanan: 1) promotif untuk memelihara kesehatan, 2) preventif untuk mencegah penyakit, 3) kuratif untuk mengobati penyakitnya sesuai standar medis, dan 4) rehabilitatif untuk pemulihan status kesehatannya.

Terdapat 4 kabupaten yang memerlukan perhatian akses pelayanan kesehatan bagi masyarakat yaitu

kabupaten OKU Selatan, Musi Rawas, OKI, dan Lahat. Hal tersebut antara lain dapat disebabkan dari sisi demand dan atau supply. Penyebab sisi supply antara lain kurangnya kuantitas dan kualitas tenaga kesehatan dan atau fasilitas kesehatan. Kriteria sasaran dokter umum menurut Departemen Kesehatan untuk Indonesia Sehat 2010 adalah satu dokter melayani 2.500 penduduk<sup>(5)</sup>. Selain rasio fasilitas kesehatan terhadap jumlah penduduk, dapat juga dikombinasikan dengan kepadatan penduduk. Asumsinya adalah bahwa semakin tinggi kepadatan penduduk suatu wilayah, akses semakin mudah.

Walaupun ketersediaan fasilitas kesehatan dari segi fisik telah terpenuhi, faktor tarif pelayanan menjadi penting. Jika tarif layanan dirasakan mahal dan masyarakat tidak mampu untuk membayarnya, maka fasilitas kesehatan yang telah tersedia tersebut menjadi sia-sia. Namun, itu bukan berarti bahwa tarif yang murah pasti akan dibeli oleh masyarakat karena masih banyak faktor dari sisi demand yang mempengaruhi putusan seseorang untuk membeli, antara lain mutu layanan, kenyamanan, dan harga barang lain yang terkait.

Redistribusi tenaga kesehatan dan dokter telah dilaksanakan di Namibia sebagai kebijakan desentralisasi, untuk mencapai pendekatan ekuitas. Hasilnya menunjukkan bahwa setelah dilakukan

redistribusi terjadi peningkatan akses layanan kesehatan<sup>(6)</sup>. Penelitian lainnya dilakukan di Namibia<sup>(7)</sup> untuk mengetahui dampak program intervensi sisi suplai. Hasilnya menunjukkan bahwa setelah dilakukan realokasi tenaga kesehatan terjadi hubungan positif yang bermakna antara rate kunjungan *primary health care* (PHC) dengan proporsi rumah tangga kelompok pendapatan rendah. Hal ini diasumsikan bahwa kelompok pendapatan rendah memang mempunyai kebutuhan yang tinggi sehingga memerlukan akses yankes yang tinggi juga.

Intervensi yang lainnya dari sisi permintaan, berupa program *Community Health Worker (CHW)* yang dilakukan melalui pelatihan anggota masyarakat untuk menjadi kader kesehatan. Dampak dari program ini adalah memperluas cakupan PHC, meningkatkan kesehatan lingkungan, memudahkan transportasi untuk akses layanan kesehatan serta meningkatkan pengetahuan dan praktik masyarakat tentang kebersihan diri dan kebersihan lingkungan. Terbukti bahwa intervensi sisi suplai kurang efektif jika dibandingkan dengan intervensi sisi permintaan<sup>(7)</sup>.

Jumlah penduduk miskin di suatu wilayah dapat mencerminkan tingkat kemiskinan wilayah tersebut. Penelitian Retnaningsih<sup>(5)</sup> menunjukkan bahwa faktor kontekstual pada tingkat wilayah



kabupaten berpengaruh terhadap akses layanan kesehatan suspek TB di Indonesia. Hal ini berkaitan dengan faktor kontekstual level kabupaten yaitu kemiskinan dimana terbukti bahwa masyarakat yang tinggal di wilayah miskin mempunyai resiko tidak akses lebih besar dibandingkan masyarakat yang tinggal di daerah tidak miskin. Rendahnya akses menyebabkan rendahnya derajat kesehatan yang disebabkan rendahnya kuantitas dan kualitas pelayanan kesehatan yang diterima.

Intervensi variabel kemiskinan masyarakat merupakan kerja besar yang tidak dapat diselesaikan hanya oleh sektor kesehatan. Tanpa ada upaya sungguh sungguh untuk menurunkan tingkat kemiskinan masyarakat oleh pemerintah, maka derajat kesehatan masyarakat tidaklah optimal. Terdapat 6 kabupaten yang memerlukan perhatian dan kerja keras penanggulangan kemiskinan untuk meningkatkan IPKM, yaitu kabupaten Musi rawas, OKI, Lahat, Muba, Ogan Ilir dan Muara Enim.

Tingkat pendidikan juga akan mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat. Masyarakat yang mempunyai tingkat pendidikan lebih tinggi, akan mempunyai pengetahuan kesehatan lebih tinggi, berprestasi lebih tinggi dan akses ke tenaga dan

fasilitas kesehatan lebih tinggi dibanding masyarakat yang berpendidikan rendah.

Terdapat 2 kabupaten yang masuk prioritas pertama dalam penanggulangan kemiskinan, peningkatan akses kesehatan dan peningkatan tingkat pendidikan masyarakat untuk meningkatkan IPKM, yaitu kabupaten Musi Rawas dan OKI. Pengurangan kemiskinan masyarakat, peningkatan akses ke tenaga dan sarana kesehatan serta pendidikan dasar universal, juga merupakan bagian dari *Millenium Development Goal (MDG)* yang harus tercapai pada tahun 2015, yaitu

- 1) pengurangan kemiskinan dan kelaparan,
- 2) pendidikan dasar yang universal,
- 3) kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan,
- 4) penurunan kematian ibu,
- 5) penurunan kematian anak,
- 6) pemberantasan TB, malaria dan HIV/AIDS,
- 7) Keserasian lingkungan yang berkelanjutan, dan
- 8) Kemitraan global dalam pembangunan.

## KESIMPULAN

Berdasar hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa:

1. Wilayah yang termasuk prioritas pertama untuk melakukan intervensi peningkatan akses terhadap tenaga dan sarana kesehatan atau menurunkan proporsi penduduk yang melakukan pengobatan sendiri adalah kabupaten: 1) OKU Selatan, 2) Musi Rawas, 3) OKI, dan 4) Lahat.
2. Wilayah yang termasuk prioritas pertama untuk melakukan intervensi penurunan jumlah penduduk miskin adalah kabupaten: 1) Musi Banyu Asin , 2) Musi Rawas, 3) Lahat, 4) Ogan Komering Ilir, 5) Muara Enim dan 6) Ogan Ilir.
3. Wilayah yang termasuk prioritas pertama untuk melakukan intervensi peningkatan APK-SLTA adalah kabupaten: 1) Musi Banyu Asin , 2) OKU Selatan, 3) Musi Rawas, 4) Ogan Komering Ilir, dan 5) Ogan Ilir.
4. Wilayah yang termasuk priortas pertama untuk melakukan intervensi terhadap akses tenaga dan sarana kesehatan, penurunan jumlah penduduk miskin, dan peningkatan APK-SLTA adalah kabupaten Musi Rawas dan kabupaten OKI.

## DAFTAR PUSTAKA

1. ----- . Analisis Kemiskinan dan Karakteristik Penduduk Miskin Provinsi Sumatera Selatan Tahun 2010. BPS dan Bappeda Provinsi Sumatera Selatan. Palembang, 2011.
2. ----- . Analisis Kemiskinan dan Karakteristik Penduduk Miskin Provinsi Sumatera Selatan Tahun 2009. BPS dan Bappeda Provinsi Sumatera Selatan. Palembang, 2010.
3. Atmawikarta, Arum. Kebijakan Kesehatan dalam Pencapaian Target MDGs. Makalah seminar dalam rangka Dies Natalis Fakultas Kedokteran UNPAD ke 53. Bandung, 2010.
4. Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K). Indikator Kesejahteraan Daerah Provinsi Sumatera Selatan. Sekretariat Wakil Presiden Republik Indonesia. Jakarta, 2011.
5. Retnaningsih, Ekowati. Pengaruh kemiskinan Kontektual Terhadap Akses layanan Kesehatan Suspek Penderita Tuberkulosis di Indonesia. *Jurnal Pembangunan Manusia Vol. 1 edisi 1.*
6. Bell, R., Taathi Ithindi, Anne Low, 2002. Improving equity in the provision of PHC: lessons from decentralized planning and management in Namibia. *Bulletin WHO* 2002,80(8).
7. Low, A., Ithindi,T., Low,A., 2003. A step too far? Mking health equity interventions in Namibia more sufficient, *International Journal for Equity in Helath;* 2:5,1-7