

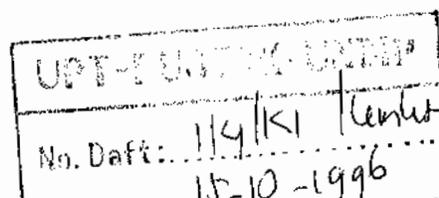


LAPORAN HASIL PENELITIAN
PEMANFAATAN PELAYANAN KESEHATAN
PADA KELUARGA NELAYAN DI KABUPATEN JEPARA

OLEH :
DRA. CHRISWARDANI SURYAWATI, MKes., DKK.

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT UNIVERSITAS DIPONEGORO
S E M A R A N G
1 9 9 6

Dibiayai oleh DIP Bagian Proyek Operasi dan Perawatan Fasilitas
Universitas Diponegoro, Nomor 097/XXIII/3/-/1995 Tanggal 28 Maret 1995
Berdasarkan Surat Perjanjian Tugas Pelaksanaan Penelitian
Para Tenaga Pengajar Universitas Diponegoro
Nomor 120 C/PT09.OP/B/1995, Tanggal 1 September 1995



ABSTRAK

Telah dilakukan penelitian untuk melihat pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh keluarga nelayan di Kabupaten Jepara.

Penelitian ini untuk menjawab masalah jangkauan pelayanan kesehatan kepada keluarga nelayan yang sebagian besar miskin dan berpendidikan rendah.

Survei dilakukan terhadap 200 sampel keluarga nelayan di Kecamatan Kedung dan Kecamatan Jepara. Kerangka konsep penelitian dikembangkan dari model pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh Andersen (1975), Sorkin (1976), Feldstein (1983) dan Kroeger (1983) dan Akin et al (1985). Variabel terikat adalah pemanfaatan pelayanan kesehatan, sedangkan variabel bebas yaitu : kebutuhan, pendidikan, jumlah dan struktur keluarga, persepsi, pengeluaran keluarga, biaya pengobatan, biaya transpor, waktu menunggu pelayanan, waktu perjalanan serta jarak tempat pelayanan.

Hasil penelitian menyebutkan bahwa 79,5% keluarga nelayan berada dibawah garis kemiskinan, 96% hanya berpendidikan Sekolah Dasar, beban tanggungan keluarga rata-rata 5 orang disertai dengan beban anggota keluarga yang rentan terhadap penyakit. Penyakit yang banyak diderita yaitu: batuk, batuk pilek, rematik, pegal linu lelah, hipertensi, diare, penyakit kulit, typhus, TBC serta radang/infeksi tenggorokan. Upaya berobat terbanyak yaitu: beli obat di warung/toko, berobat ke dokter praktek, paramedis/ bidan/ bidan desa serta Puskesmas. Persepsi keluarga membeli obat adalah karena merasa cocok dan biaya terjangkau. Persepsi berobat ke dokter karena merasa cocok, pelayanannya baik serta karena kegawatan penyakit. Berobat ke paramedis karena alasan merasa cocok dan biaya terjangkau, sedangkan berobat ke Puskesmas karena alasan biaya terjangkau dan sudah merasa cocok.

Rata-rata lama hari sakit upaya beli obat dan berobat ke paramedis adalah 4 hari, sedangkan untuk dokter praktek dan Puskesmas rata-rata 7 hari. Waktu tunggu, waktu menempuh perjalanan dan jarak tempat pelayanan paling lama/jauh adalah berobat ke dokter. Biaya pengobatan dan biaya transportasi paling mahal juga apabila berobat ke dokter.

Hasil analisis multivariat menunjukkan hasil bahwa variabel kebutuhan, jumlah dan struktur keluarga bermakna untuk semua upaya/ pelayanan ($p = 0.05$). Pada upaya berobat ke dokter praktek dan Puskesmas biaya pengobatan bermakna. Variabel lain yang bermakna yaitu pendidikan, pengeluaran keluarga, biaya transpor, waktu menempuh perjalanan serta jarak tempat pelayanan.

Untuk selanjutnya masih diperlukan kajian tentang kemampuan dan kemauan membayar pelayanan kesehatan serta kajian yang lebih luas tentang masalah transisi epidemiologis pada masyarakat nelayan pedesaan yang miskin tersebut. Masih perlu peningkatan kuantitas dan kualitas pelayanan dokter, puskesmas dan paramedis. Begitu juga diperlukan rumusan kebijakan dan program yang segera dapat diterapkan untuk meningkatkan kemampuan membeli pelayanan pengobatan keluarga nelayan dalam rangka mensukseskan program pengentasan kemiskinan di Indonesia.

ABSTRACT

This research have objective to analize how's the fishermen' families use the health servives in the condition of they poverty and low education.

With the sample 200 fishermen families in Kecamatan Jepara and Kecamatan Kedung Kabupaten Jepara, the conceptual framework is developed from the health services use models from: Andersen (1975), Sorkin (1976), Feldstein (1983), Kroeger (1983) and Akin et al (1985). Dependent variable is the utilization of health services and the independent variable are: needs, education, the size and families' structure, families perception about health services, household expenditure, health services price/cost, transportation cost, waiting time, transportation time and the health services distance.

The result of this research mentions that 79,5% fishermen/s families are under poverty line, 96% respondent with the elementary school education. Dependency burden are 5 person with the high risk of illness. The major illness are: acute respiratory disease, reumathic, hipertension, diarrhea, skin illness, typhus abdominalis, TBC. Self treatment with buy specific drug, doctor, paramedic and Puskesmas (Health Community Centre) are the major health servives used by the families. The families have certain perception about health services. They bought drug because they believes that the effect of those drugs could cured them and the price of the drugs are low. They went to the doctor because they believe that the doctor could cure them with the good services and because of the condition of the illness. They went to paramedic/widwifes and Puskesmas because they believe that they could cure them and the families could reach the medical cost.

The result of the mulvivariat analysis mentioned that needs, the families size and structure and families' perception were significant with the health services' use (buy drug, doctor, paramedic and Puskesmas with $p = 0,05$). Medical cost are significant in the doctor's services and Puskesmas. The other significant variables are education, household expenditure, transportation cost, transportation time and the health services distance.

For the further research, it very important to make the research that will analize the willingness and the ability to pay health services for those poor fishermen' families and the comprehensive research about epidemiology transition in this community or under poverty line community. The specific policy/ program to rise their ability to purchase health services are important to applied for the poor community, especially: kartu sehat, dana sehat and the subsidy for the poor families. The health services quantity and quality are important to develop because the health are the basic right of human being.

DAFTAR ISI

	halaman
1. Pendahuluan	1
2. Perumusan masalah	3
3. Tinjauan pustaka	
a. Pemanfaatan pelayanan kesehatan	4
b. Beberapa teori pemanfaatan pelayanan kesehatan	4
c. Beberapa hal penting dari rangkaian teori pemanfaatan pelayanan kesehatan	7
d. Beberapa hasil penelitian tentang pemanfaatan pelayanan kesehatan.	11
4. Tujuan penelitian	13
5. Kontribusi penelitian	13
6. Metode penelitian	
a. Kerangka konsep penelitian	14
b. Hipotesis penelitian	14
c. Definisi operasional variabel penelitian	15
d. Jenis penelitian	17
e. Populasi dan sampel penelitian	17
f. Pengolahan dan analisis data	19
7. Hasil penelitian:	
a. Gambaran umum daerah penelitian	20
b. Pendukung dan penghambat pelaksanaan penelitian	23
c. Kelemahan hasil penelitian	24
d. Deskripsi responden penelitian	24
e. Data kesakitan keluarga nelayan	28
f. Hasil analisis multivariat	36
8. Pembahasan	40
9. Kesimpulan dan saran	48
10. Daftar pustaka	
11. Lampiran:	
a. Riwayat hidup peneliti.	
b. Surat izin penelitian.	

DAFTAR TABEL

		Halaman
Tabel 1	Tingkat pendidikan responden dan istri	25
Tabel 2	Pendapatan perkapita keluarga nelayan	25
Tabel 3	Persentase pengeluaran pangan keluarga nelayan terhadap pengeluaran totalnya	26
Tabel 4	Garis kemiskinan keluarga nelayan	26
Tabel 5	Jumlah tanggungan keluarga nelayan	27
Tabel 6	Struktur keluarga nelayan yang rentan terhadap penyakit	27
Tabel 7	Anggota keluarga nelayan yang sakit dalam 1 bulan terakhir	28
Tabel 8	Struktur umur keluarga nelayan yang sakit ..	29
Tabel 9	Jenis kelamin anggota keluarga nelayan yang sakit	29
Tabel 10	Lama sakit anggota keluarga nelayan yang sakit	30
Tabel 11	Sepuluh penyakit terbanyak yang pernah/ sedang diderita oleh keluarga nelayan dalam 1 bulan terakhir	30
Tabel 12	Pendapat tentang kegawatan penyakit	31
Tabel 13	Upaya mencari pengobatan	31
Tabel 14	Sumber biaya pengobatan	32
Tabel 15	Alasan memilih sarana pelayanan kesehatan ..	32
Tabel 16	Sarana transportasi ke sarana pelayanan ...	33
Tabel 17	Biaya pengobatan dan biaya transpor dari empat upaya berobat	33

LANJUTAN DAFTAR TABEL

		Halaman
Tabel 18	Lama sakit (hari) anggota keluarga dari empat upaya berobat	34
Tabel 19	Pendapat kegawatan penyakit dari empat upaya berobat	34
Tabel 20	Lama waktu menunggu, menempuh perjalanan dan total waktu dari empat upaya berobat ...	35
Tabel 21	Jarak tempat (meter) dari rumah responden ke tempat upaya pengobatan.	35

**A. JUDUL PENELITIAN : PEMANFAATAN PELAYANAN KESEHATAN PADA
KELUARGA NELAYAN DI KABUPATEN JEPARA.**

B. BIDANG : KESEHATAN.

C. PENDAHULUAN:

Pembangunan kesehatan di Indonesia bertujuan untuk mencapai kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk Indonesia agar dapat diwujudkan derajat kesehatan yang optimal.

Derajat kesehatan tercermin dalam status kesehatan baik individu maupun masyarakat. Status kesehatan merupakan suatu kondisi yang dinamis yaitu sebagai hasil interaksi antara pengaruh faktor lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan dan faktor keturunan (herediter). Interaksi antara keempat faktor tersebut dapat menjadi tidak harmonis. Hal itu ditunjukkan antara lain dengan timbulnya penyakit atau sakit yang dirasakan baik secara fisik maupun mental. Kejadian sakit/penyakit seringkali tak dapat dihindari. Bila sakit upaya yang dilakukan adalah mencari dan memanfaatkan pelayanan kesehatan.

Banyak faktor yang mempengaruhi seseorang/masyarakat untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan. Andersen (1975) berpendapat bahwa serangkaian faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah: faktor *needs* (kebutuhan), faktor *predisposing* seperti: keadaan sosiodemografis, sikap, kepercayaan dan nilai sosial budaya, dan faktor *enabling* seperti: pendapatan keluarga, ketersediaan dan keterjangkauan pelayanan baik dari segi harga/biaya pelayanan, jarak dan waktu pelayanan (Andersen, 1975:5-7).

Hambatan atau masalah dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan dapat muncul dari faktor-faktor tersebut. Adanya hambatan tersebut menyebabkan pemanfaatan pelayanan kesehatan menjadi tidak optimal padahal sangat dibutuhkan.

Masalah pemanfaatan pelayanan kesehatan dapat diteliti dari berbagai disiplin ilmu dengan penonjolan variabel penelitian yang berbeda sesuai dengan titik berat disiplin ilmu yang membahasnya.

Dalam Ilmu Kesehatan Masyarakat, ada beberapa teori yang membahas tentang pola pembelian (pemanfaatan) barang/jasa pelayanan kesehatan oleh masyarakat (konsumen). Teori tersebut antara lain dikemukakan oleh Andersen (1975). Dalam Ekonomi Kesehatan, teori tentang pemanfaatan pelayanan kesehatan ini dikenal dengan teori *demand* atau permintaan pelayanan kesehatan yang lebih menonjolkan variabel-variabel moneter atau variabel yang dapat ditransfer dalam nilai moneter (Sorkin, 1976) (Feldstein, 1983) (Akin et al, 1985).

Kajian tentang pemanfaatan pelayanan kesehatan bertujuan untuk mengetahui pola pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh masyarakat. Masukan ini berguna untuk perencanaan dan pengelolaan pelayanan kesehatan agar lebih efisien dan efektif dalam rangka semakin mendekatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. (Feldstein, 1983:77).

Kajian tentang pemanfaatan pelayanan kesehatan menjadi semakin penting karena adanya kenyataan bahwa sebagian masyarakat Indonesia masih berada dibawah garis kemiskinan. Data Susenas Biro Pusat Statistik tahun 1993 menyebutkan bahwa penduduk Indonesia yang masih berada dibawah garis kemiskinan diperkirakan 13,79% dipedesaan (17,2 juta jiwa dengan batas kemiskinan setara Rp.18.244,-/kapita/tahun) dan sekitar 13,45% di perkotaan (8,7 juta jiwa dengan batas kemiskinan setara Rp.27.905,-/kapita/tahun). Pada masyarakat miskin baik di pedesaan maupun perkotaan, terutama yang bekerja di sektor informal seperti: petani, nelayan, pengrajin/tukang, pemenuhan kebutuhan hidup sehari-hari yang layak termasuk pelayanan kesehatan merupakan masalah, karena rendahnya pendapatan yang diterima yang mengakibatkan rendahnya kemampuan daya beli mereka.

Pembiayaan pelayanan kesehatan merupakan masalah bagi kelompok ini, karena seperti halnya kebutuhan pokok lainnya, pelayanan kesehatan harus dibeli dan dibayar agar seseorang menjadi sehat/lebih baik kondisi fisiknya dan menjadi produktif.

Nelayan merupakan kelompok masyarakat yang mata pencaharian dan pola kehidupannya banyak tergantung pada laut. Kehidupan nelayan yang relatif keras dan penuh resiko untuk jatuh sakit

atau mengalami kecelakaan di laut tidak diimbangi dengan besarnya pendapatan yang diterima dari hasil tangkapan ikan yang diperolehnya. Sudah merupakan hal yang umum apabila masalah kemiskinan dan ketidakmampuan untuk memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari bagi nelayan dan keluarganya juga dihadapi oleh mayoritas nelayan di Indonesia. Studi yang dilakukan oleh Mubyarto (1984) menggambarkan bahwa masyarakat nelayan identik dengan kemiskinan. Ketergantungan akan kondisi geografis banyak berpengaruh terhadap produktivitas mereka. Pendapatan yang diperoleh didasarkan pada potensi daerah kawasan pantai itu sendiri. (Mubyarto, 1984). Banyak penelitian juga membuktikan bahwa tingginya morbiditas sangat berkaitan dengan kemiskinan. Diperkirakan pada masyarakat nelayan angka morbiditas ini juga tinggi. Karena untuk membeli pelayanan kesehatan ini memerlukan biaya, maka pemanfaatan pelayanan kesehatan bagi keluarga nelayan juga merupakan kendala.

Kenyataan juga menunjukkan masih sedikitnya kajian dari berbagai disiplin keilmuan yang mengupas permasalahan yang dihadapi oleh kelompok masyarakat nelayan terutama yang dikaitkan dengan kemiskinan ini. Begitu juga dalam hal kesehatan, kajian tentang bagaimanakah pola pemanfaatan pelayanan kesehatan sangat jarang dilakukan, padahal kajian ini sangat diperlukan dalam rangka lebih mendekatkan pelayanan kesehatan kepada mereka.

Berdasarkan permasalahan tersebut maka penelitian untuk mengetahui bagaimanakah pola pemanfaatan pelayanan kesehatan pada keluarga nelayan penting untuk dilakukan. Selain itu dalam rangka menunjang kajian multidisipliner tentang konsep Pengembangan Wilayah Pantai yang merupakan Pola Ilmiah Pokok Universitas Diponegoro, maka peneliti mengajukan usulan penelitian yang berjudul Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Pada Keluarga Nelayan dengan mengambil lokasi di beberapa desa nelayan di Kabupaten Jepara Propinsi Jawa Tengah.

D. PERUMUSAN MASALAH:

Dari latar belakang permasalahan yang ada dapat dirumuskan masalah penelitian sebagai berikut:

1. Bagaimanakah gambaran /deskripsi variabel-variabel yang diperkirakan berpengaruh pada pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh keluarga nelayan.
2. Variabel-variabel apakah yang berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan pada keluarga nelayan tersebut ?.
4. Variabel-variabel ekonomi dan sosial apakah yang mungkin dapat diintervensi dalam rangka lebih mendekatkan pelayanan kesehatan pada kelompok masyarakat nelayan ini?.

E. TINJAUAN PUSTAKA:

1. Pemanfaatan pelayanan kesehatan:

Di bidang kesehatan, analisis tentang pemanfaatan pelayanan kesehatan berguna untuk mengetahui pola pemanfaatan (penggunaan) pelayanan kesehatan oleh masyarakat. Informasi ini berguna sebagai masukan bagi para pengambil keputusan untuk merencanakan dan mengelola pelayanan kesehatan agar lebih efektif dan efisien. (Feldstein, 1983:77).

Andersen dan Anderson (1979) dalam Wollinsky (1980:142-144) menyebutkan beberapa manfaat yang bisa diperoleh dari analisis model pemanfaatan pelayanan kesehatan yaitu: untuk menggambarkan saling hubungan antara berbagai faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan, memprediksi kebutuhan pelayanan kesehatan, menentukan distribusi pelayanan merata atau tidak, memperkirakan bagaimana mengubah/memanipulir variabel yang dikehendaki yang terkait dengan kebijakan tertentu serta untuk mengevaluasi dampak program-program kesehatan yang baru terhadap masyarakat.

2. Beberapa teori pemanfaatan pelayanan kesehatan:

2.1. Teori pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh Andersen (1975):

Andersen (1975:5-7) dalam model pemanfaatan pelayanan kesehatan yang dikembangkannya berpendapat bahwa secara umum seseorang memanfaatkan pelayanan kesehatan karena tiga faktor:

- a. Kebutuhan (needs) yaitu rasa sakit/ketidaknyamanan baik yang dirasakan dan hasil evaluasi kalangan medis ("perceived needs" dan "evaluated needs").