

Karakteristik Kesehatan di Daerah Pedesaan dan Perkotaan

Drs. Sarjaini Jamal MSc.

*Pusat Penelitian dan Pengembangan Farmasi, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
Departemen Kesehatan RI, Jakarta*

PENDAHULUAN

Kota dan desa merupakan dua daerah yang selalu diperbandingkan secara dikhotomis dalam berbagai hal. ini dapat dibuktikan melalui format tabel-tabel sosio ekonomik yang dikeluarkan oleh Biro Pusat Statistik (BPS). Fenomena ini dapat dimengerti karena antara kota dan desa memang terdapat berbagai perbedaan dalam fasilitas umum yang tersedia di samping jugadalam karakteristik penduduk⁽¹⁾. Walaupun daerah pedesaan jauh lebih luas depgan penduduk yang lebih banyak tetapi keterbatasan yang ada menyebabkan pedesaan selalu lambat dalam segala hal. Keadaan ini dapat dimaklumi karena memang sistim pembangunan kita dimulai dan digerakkan dari perkotaan dan desa dijadikan penyangga. Industri atau usaha di desa diharapkan dapat menjadi pemasok bahan baku, atau bahan setengah jadi bagi industri yang ada di kota. Kebijakan-sanaan dengan sistim terintegrasi ini dikenal dan dikembangkan dengan apa yang disebut program bapak-anak angkat, serta konsep industri hulu dan industri hilir. Namun prakteknya tidak semudah yang direncanakan.

Di bidang kesehatan, perbedaan antara pedesaan dan perkotaan juga ditemukan dalam banyak hal. Misalnya tentang pendirian puskesmas yang selama ini didasarkan pada rasio jumlah penduduk. Dasar ini kadang-kadang kurang tepat karena tidak seimbangny luas daerah dengan jumlah penghuni. Akibatnya adalah untuk beberapa daerah di luar Jawa, puskesmas yang dibangun sulit dicapai oleh masyarakat karena jaraknya jauh dan tempat tinggal mereka sedangkan alat transpor umum sangat minim bahkan mungkin tidak ada. Tenaga kesehatan yang trampil dan mandiri sangat terbatas, fasilitas yang dimiliki termasuk obat dan peralatan kesehatan lainnya tidak cukup untuk mengatasi masa kesehatan yang kadang-kala sulit diduga. Di samping itu kondisi sosio ekonomik penduduk pedesaan yang masih rendah menyebabkan ke-

mampuan daya beli mereka sulit diangkat. Akibatnya pelayanan kesehatan yang ada mungkin tidak sanggup dibayar atau "dicapai" oleh sebagian besar penduduk yang miskin. Kelompok ini biasanya mencari pelayanan yang lebih mudah "dicapai" yaitu praktek dukun dan pengobat tradisional lain. Fenomena ini tentunya akan berdampak pula pada status kesehatan penduduk.

Tulisan ini bertujuan melakukan analisis deskriptif mengenai karakteristik kesehatan penduduk pedesaan dan perkotaan antara lain: distnibusi penduduk, rawat jalan dan rawat inap, pola pencarian pengobatan, kehihan kesehatan serta status imunisasi balita, pola persalinan dan kematian bayi.

Data yang diutarakan dalam tulisan ini dicuplik dari hasil berbagai penelitian seperti SDKI, Susenas dan SKRT. Informasi-informasi lain yang selaras dengan pokok bahasan juga digunakan sebagai bahan acuan.

KARAKTERISTIK KESEHATAN

1) Distribusi penduduk menurut daerah perkotaan dan pedesaan

Tabel 1. Distribusi penduduk berdasarkan daerah dan jenis kelamin pada tahun 1992, menurut daerah perkotaan-pedesaan

No.	Daerah	Jenis kelamin		Jumlah
		Laki-laki	Perempuan	
1	Perkotaan	29.297.634	29.996.015	59.293.649
2	Pedesaan	61.896.229	62.257.116	124.153.345
	Total	A4.193.863	92.253.131	183.446.994

Sumber : BPS, Badan Litbangkes, 1992, Laporan akhir staristik kesehatan rumah tangga, Jakarta

Ternyata jumlah penduduk yang tinggal di daerah pedesa-

an lebih dari dua kali jumlah penduduk yang tinggal di perkotaan. Secara keseluruhan penduduk wanita sedikit lebih banyak dibandingkan laki-laki. Walaupun demikian *ratio* laki-laki dan perempuan yang tinggal di daerah perkotaan dan pedesaan tidak jauh berbeda.

2) Penduduk yang tinggal di perkotaan dan pedesaan menurut kelompok umur

Tabel 2. Persentase penduduk yang tinggal di perkotaan dan pedesaan, dibedakan menurut kelompok umur

No.	Daerah	Kelompok umur				Jumlah
		0-14	15-64	>65	TT	
1	Perkotaan	33,31	59,95	6,74	0,01	100
2	Pedesaan	34,37	57,78	7,84	0,02	100
	Total	34,03	58,47	7,49	0,02	100

Sumber : BPS, Badan Litbangkes, 1992, Laporan akhir statistik kesehatan rumah tangga, Jakarta

Penduduk usia tua (> 65 tahun) dan usia sangat muda (0-14 tahun) persentasenya lebih banyak di pedesaan dibandingkan di perkotaan. Sedangkan penduduk usia produktif persentasenya lebih banyak di perkotaan dibandingkan di pedesaan.

3) Perawatan jalan dan inap

Tabel 3. Persentase penduduk yang mengalami rawat Jalan dan rawat inap sebulan terakhir di perkotaan dan pedesaan

No.	Daerah	Rawat jalan	Rawat inap
1	Perkotaan	12,63	0,38
2	Pedesaan	12,17	0,26
	Total rata-rata	12,32	0,30

Sumber : BPS, Badan Litbangkes, 1992, Laporan akhir statistik kesehatan rumah tangga, Jakarta

Tidak terdapat perbedaan persentase yang mencolok antara

penduduk perkotaan dan pedesaan yang mengalami perawatan jalan. Sedangkan persentase penduduk kota yang mengalami rawat inap lebih tinggi dibandingkan penduduk desa.

4) Pencarian pelayanan berobat jalan

Pelayanan kesehatan yang banyak dipilih masyarakat di pedesaan untuk berobat jalan berturut-turut adalah puskesmas, mantri/perawat praktek, puskesmas pembantu dan dokter praktek, sedangkan di daerah perkotaan tempat pelayanan kesehatan yang paling banyak didatangi untuk berobat jalan berturut-turut adalah puskesmas, dokter praktek, mantri/perawat serta RS pemerintah (**Tabel 4**).

Dukun/tabib/sinse lebih banyak didatangi oleh masyarakat di pedesaan dibandingkan perkotaan. Persentase penduduk yang melakukan pengobatan sendiri lebih banyak di perkotaan, sedangkan yang tidak mengobati penyakit lebih banyak di daerah pedesaan.

5) Keluhan kesehatan yang dialami penduduk

Persentase penduduk pedesaan yang menderita panas, muntah/berak dan kejang lebih banyak dibandingkan penduduk kota. Sebaliknya persentase penduduk kota yang menderita keluhan pilek, batuk dan sakit gigi lebih banyak dibandingkan orang desa. Persentase kecelakaan di antara penduduk pedesaan dan perkotaan hampir berimbang (**Tabel 5**).

6) Imunisasi pada anak balita

Persentase balita yang mendapatkan imunisasi BCG, DPT polio dan campak/morbili lebih tinggi di daerah perkotaan dibandingkan di daerah pedesaan. Dan empat imunisasi hanya campak/morbili yang cakupannya masih rendah baik di perkotaan maupun di pedesaan (**Tabel 6**).

Tabel 4. Pola pencarian pelayanan berobat jalan di daerah perkotaan dan pedesaan

No.	Tempat pelayanan	Perkotaan (Urban)		Pedesaan (Rural)		Total	
		Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
1	RS Pemerintah	266.851,00	4,45	274.332,00	2,00	541.183,00	2,74
2	RS Swasta	218.486,00	3,65	123.733,00	0,90	342.219,00	1,74
3	KlinikBPSwasta	90.258,00	1,51	158.137,00	1,15	248.395,00	1,26
4	Puskesmas	1.314.695,00	21,94	2.974.408,00	21,67	4.289.103,00	21,75
5	PuskesmasPembantu	175.160,00	2,92	1.629.609,00	11,87	1.804.769,00	9,15
6	Posyandu/Kader	24.753,00	0,41	119.887,00	0,87	144.640,00	0,73
7	DokterPraktek	1.271.987,00	21,22	959.604,00	6,99	2.231.591,00	11,32
8	Bidan Praktek	74.052,00	1,24	196.556,00	1,43	270.608,00	1,37
9	Mantri/PerawatPraktek	425.632,00	7,10	2.238.181,00	16,31	2.663.813,00	13,51
10	DukunITabih/Sinse	121.020,00	2,02	570.913,00	4,16	691.933,00	3,51
11	Lebih dari satu	130.152,00	2,17	358.152,00	2,61	488.304,00	2,48
12	Berobatsendiri	1.818.932,00	30,35	3.737.294,00	27,23	5.556.226,00	28,18
13	Tidakdiobati	61.200,00	1,02	385.088,00	2,81	446.288,00	2,26
	Jumlah	5.993.178,00	100,00	13.725.894,00	100,00	19.719.072,00	100,00
	Penduduk	53.541.155,00		123.230.414,00		176.771.569,00	
	Persentase	11,2		11,1		11,2	

Urban : 11,2% ,mencari pelayanan sebulan

Rural : 11,1%, mencari pelayanan sebulan

Sumber : Ridwan Malik, 1994

Tabel 5. Persentase keluhan kesehatan yang banyak dialami penduduk di perkotaan dan pedesaan

No.	Daerah	Keluhan kesehatan									Jumlah
		Panes	Batuk	Pilek	Mencoret	Muntah/ berak	Sakit gigi	Kejang	Kecelakaan	Lamnya	
1	Perkotaan	25,12	17,75	22,26	2,99	1,63	3,25	0,67	0,77	25,57	100
2	Pedesaan	30,98	16,39	17,84	3,97	3,97	1,55	1,37	0,76	23,73	100
	Total	29,11	16,83	19,25	3,66	1,58	3,36	1,14	0,76	24,31	100

Sumber : BPS, Badan Litbangkes, 1992, Laporan akhir statistik kesehatan rumah tangga, Jakarta

Tabel 6. Persentase balita yang pernah mendapat imunisasi

No.	Daerah	Imunisasi			
		BCG	DPT	Polio	Campak/morbili
1	Perkotaan	95,13	92,46	89,49	67,50
2	Pedesaan	89,51	89,97	85,89	58,91
	Total	91,42	90,82	87,12	61,84

Tabel 8. Angka kematian bayi (AKB) di Indonesia 1971–1985 menurut daerah perkotaan-pedesaan

No.	Sumber data	Kurun waktu	Perkotaan	Pedesaan	Nasional
1	Sensus penduduk	1968/1969	104	137	132
2	Sensus penduduk	1977/1978	88	112	112
3	Sensus (SUPAS)	1982/1983	57	79	71

Sumber : UNICEF, 1989, Rangkuman Analisis Situasi Anak dan Wanita Indonesia, Jakarta

7) Persalinan

Tabel 7. Pola persalinan di daerah perkotaan dan pedesaan 1990

No.	Thmpat bersalin	Perkotaan (Urban)		Pedesaan (Rural)		Total	
		Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
1	RS Pemerintah	132.595,00	15,31	147.469,00	6,85	280.064,00	9,27
2	RSB/Klinik Bersalin	180.631,00	20,86	40.470,00	1,88	221.101,00	7,32
3	Puskesmas	34.089,00	3,94	44.562,00	2,07	78.651,00	2,60
4	Rumah Bidan	112.032,00	12,94	69.331,00	3,22	181.363,00	6,01
5	Rumah sendiri oleh Dokter	330,00	0,04	6.534,00	0,30	6.864,00	0,23
6	Rumah sendiri oleh Bidan	145.231,00	16,77	289.135,00	13,42	434.366,00	14,38
7	Rumah sendiri oleh Dukun	252.720,00	29,19	1.510.092,00	70,11	1.762.812,00	58,38
8	Lain-lain	8.234,00	0,95	46.342,00	2,15	54.576,00	1,81
	Jumlah	865.862,00	100,00	2.153.935,00	100,00	3.019.797,00	100,00
	Penduduk	9.360.670,27		23.861.797,00		33.222.467,27	
	Persentase	9,25		9,03		9,09	

Urban : Wanita hamil 9,25% dari total wanita usia 15–49 tahun

Rural : Wanita hamil 9,03% dari total wanita usia 15–49 tahun

Sumber : Ridwan Malik, 1994

Sebagian besar persalinan di daerah pedesaan dilakukan di rumah dengan pertolongan dukun, sedangkan yang dilakukan di rumah sakit/RSB/klinik bersalin dan puskesmas hanya mencapai 10% dari seluruh persalinan yang terjadi selama tahun 1994.

Di daerah perkotaan walaupun masih menempati yang terbanyak, tempat persalinan di rumah dengan bantuan dukun hanya meliputi 30%, kemudian secara berurutan dipilih di RSB/klinik bersalin, rumah sendiri dengan bantuan bidan, RS pemerintah dan rumah bidan.

8) Angka kematian bayi

Angka kematian bayi (AKB) di Indonesia makin lama makin menurun dengan catatan di daerah pedesaan jauh lebih tinggi dibandingkan di daerah perkotaan.

DISKUSI

Selama beberapa Pelita, daerah pedesaan telah mendapat perhatian lebih banyak dibandingkan masa-masa sebelumnya. Di bidang kesehatan misalnya, puskesmas telah didirikan di seluruh kecamatan bahkan di beberapa daerah sudah sampai tingkat kelurahan. Dokter-dokter dan tenaga kesehatan lain telah disebarkan ke seluruh pelosok daerah. Posyandu telah ada di desa-desa. Bidang-bidang telah disebar melalui program bidan desa. Walaupun belum mencukupi obat-obat telah di-drop ke puskesmas dan BKIA melalui gudang-gudang farmasi di setiap daerah tingkat II.

Dampak semua upaya tersebut terhadap status kesehatan masyarakat dapat diukur melalui berbagai indikator kesehatan yang ada.

Angka kematian bayi (AKB) misalnya telah berhasil diturunkan dari 109 pada 1980 menjadi 68 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 1991⁽²⁾. Angka kematian ibu (AKI) diharapkan dapat turun dari 421 menjadi 225 pada tahun 1998⁽³⁾. Angka harapan hidup sejak lahir meningkat menjadi 65 bagi wanita dan 64 bagi pria⁽³⁾. Demikian juga angka pertumbuhan penduduk dapat ditekan menjadi 2% pertahun.

Untuk menganalisis kontribusi daerah pedesaan pada berbagai keberhasilan di bidang kesehatan perlu dilihat berbagai segi. Dari segi kependudukan misalnya pedesaan merupakan domisili bagi lebih dari 70% penduduk Indonesia, namun hanya sekitar 20% dari seluruh pendapatan masyarakat yang diterima oleh 40% penduduk berpenghasilan rendah⁽⁴⁾. Ini menunjukkan bahwa hasil pembangunan yang ada lebih banyak dinikmati oleh penduduk berpenghasilan menengah ke atas. Fenomena ini tentu tidak lepas dari kebijakan pembangunan yang ada.

Bila dikaji lebih jauh, pembangunan di pedesaan berbeda dengan pembangunan di perkotaan. Pembangunan pedesaan lebih diarahkan pada proyek-proyek yang menyangkut hajat orang banyak, seperti jalan raya, bendungan pembangkit listrik, pengairan sawah dan perkebunan dengan pemerintah sangat berperan dalam pembiayaannya, sedangkan pembangunan di perkotaan didominasi oleh pendirian industri yang berorientasi pada peningkatan nilai tambah barang atau bahan di mana pihak swasta sangat berperan.

Petani adalah penduduk sebagian besar pedesaan. Pembangunan pedesaan diharapkan berdampak pula pada peningkatan pendapatan penduduk petani, yang pada gilirannya dapat pula meningkatkan status kesehatan dan status sosial masyarakat. Pembangunan perkotaan yang lebih dinominasi oleh industri, lebih ditujukan pada komoditi ekspor untuk menambah devisa negara.

Distribusi penduduk yang tak merata memberikan pula berbagai implikasi pada masalah kesehatan. Lebih tingginya kematian ibu dan kematian anak di pedesaan dibandingkan perkotaan dapat dimaklumi karena di samping jumlah wanita subur yang lebih banyak di desa juga disebabkan oleh faktor jarak dan rendahnya kemampuan membayar masyarakat desa untuk mencapai pelayanan kesehatan yang memadai. Sulitnya penurunan angka kematian ibu (AKI) dari 421 pada 1993 ke target 225 per 100.000 kelahiran pada 1998 lebih banyak ditentukan oleh kedua faktor di atas Walaupun berbagai upaya telah dilakukan seperti penyebaran bidan desa dan pendirian pondok persalinan desa (polindes) di sebagian besar daerah, ternyata hasilnya masih belum seperti yang diharapkan; dukun masih mendominasi pertolongan persalinan (Tabel 7); walaupun sebagian sudah ditatar dan ditingkatkan pengetahuannya namun dampaknya pada target penurunan AKI masih belum diketahui.

Di pihak lain penduduk desa lebih dekat dengan alam dengan segala kondisinya menyebabkan penyakit-penyakit infeksi, baik yang ditularkan melalui vektor maupun badan air, sulit dihilangkan. Selanjutnya penyakit-penyakit degeneratif banyak pula menyerang orang-orang desa yang tadinya hidup di kota, tetapi setelah pensiun memilih hidup di desa.

Berdasarkan analisis data Susenas 1990 ternyata 66% yang mengalami sakit adalah penduduk tidak mampu⁽⁶⁾. Penduduk pedesaan yang mencari pengobatan ke berbagai pelayanan kesehatan berjumlah hampir tiga kali lipat dibandingkan penduduk perkotaan (Tabel 4), sedangkan jumlah penduduk pedesaan hanya dua kali jumlah penduduk perkotaan. Ini berarti bahwa penduduk pedesaan lebih banyak kemungkinan menderita sakit dibandingkan penduduk perkotaan dalam kurun waktu yang sama. Persentase penduduk yang mengalami kecelakaan di kota dan desa hampir tidak banyak berbeda (Tabel 5). Ini barangkali karena sarana dan prasarana transportasi yang telah memungkinkan kendaraan bermotor mencapai pelosok desa.

Kematian balita di daerah pedesaan jauh lebih tinggi dibandingkan perkotaan⁽⁶⁾. Tingginya angka kematian bayi (AKB) di desa dibandingkan di kota (Tabel 8) juga merupakan bukti masih rendahnya akses penduduk desa ke pusat-pusat pelayanan kesehatan yang ada⁽⁷⁾. Dugaan ini diperkuat dengan kenyataan masih rendahnya cakupan imunisasi balita di pedesaan dibandingkan dengan perkotaan (Tabel 6). Untuk masa datang perlu dipikirkan adanya terobosan-terobosan lain seperti yang dilakukan terhadap upaya pembasmian cacar dan polio.

Tingginya persentase penduduk kota mengalami perawatan inap menunjukkan bahwa penduduk kota lebih banyak menderita keluhan yang serius di samping juga secara ekonomi lebih mampu membayar untuk perawatan sakitnya dibandingkan penduduk desa.

Hubungan antara ketidakmampuan ekonomi dan pencarian pengobatan dapat dilihat dan hasil penelitian yang dilakukan di NTB dan Yogyakarta pada tahun 1993, bahwa penduduk dengan penghasilan perbulan kurang dan Rp 100.000 dan Rp 250.000,- lebih banyak mencari pertolongan kesehatan ke dukun⁽⁸⁾. Hal yang sama juga terlihat dalam pertolongan persalinan. Nampaknya AKI selama Pelita terakhir akan mengalami penurunan yang lambat sampai kemampuan penduduk pedesaan di bidang ekonomi menjadi lebih baik.

Di sektor pemerintah biaya kesehatan yang dapat disediakan masih terbatas padahal kebutuhannya selalu bertambah secara tidak seimbang. Satu-satunya jalan untuk mengatasinya adalah dengan meningkatkan peran swasta baik dalam upaya kuratif maupun upaya promotif dan preventif. Untuk maksud yang sama konsep jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat (JKM) diharapkan dapat mencapai masyarakat pedesaan. Untuk mengentaskan kemiskinan, Departemen Kesehatan telah melakukan pendistribusian kartu berobat gratis bagi masyarakat yang betul-betul dianggap miskin; untuk menghilangkan konotasi negatif kartu tersebut diubah menjadi kartu sehat. Bagaimana manfaatnya perlu diteliti lebih lanjut.

KESIMPULAN

1) Persentase penduduk berusia lanjut (lansia) dan usia sangat muda lebih tinggi di pedesaan dibandingkan di perkotaan, sedangkan persentase penduduk usia produktif lebih tinggi di perkotaan dibandingkan di pedesaan.

- 2) Persentase penduduk yang melakukan pengobatan sendiri lebih banyak di perkotaan, sedangkan yang inendatangi dukun dan yang tidak mencari pengobatan bila sakit lebih banyak di pedesaan.
- 3) Persentase penduduk yang rawat inap di prkotaan lebih banyak dibandingkan di pedesaan.
- 4) Dukun masih menempati urutan pertama dalam menolong persalinan, dan persentase penduduk yang ditolong oleh dukun di pedesaan lebih banyak dibandingkan di perkotaan.
- 5) Cakupan imunisasi pada anak balita di pedesaan lebih rendah dibandingkan dengan perkotaan.
- 6) Angka kematian bayi lebih tinggi di daerah pedesaan dibandingkan daerah perkotaan. Panas, mencret/diare dan kejang lebih banyak ditemukan di kalangan penduduk pedesaan dibandingkan di perkotaan.

SARAN

- 1) Untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat pedesaan perlu dikembangkan suatu bentuk kegotong royongan dalam pemeliharaan kesehatan, untuk itu suatu bentuk JPKM

pedesaan perlu diadakan.

- 2) Dengan berbedanya pola keluhan sakit dan masalah kesehatan di kalangan penduduk pedesaan dan perkotaan, seharusnya pengerahan sumber daya kesehatan untuk kedua daerah tersebut perlu dibedakan.

KEPUSTAKAAN

1. BPS. Statistik Sosial Ekonomi Indonesia, BPS, Jakarta, 1994.
2. BPS, DepKes, BKKBN. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 1991, BPS, Jakarta, 1993.
3. Pelita VI Kesehatan.
4. BPS. Statistik Indonesia 1988, BPS, Jakarta, 1989.
5. Agus Sel al. Health Trend Aseessment, Litbang Kesehatan, Jakarta, 1993.
6. Zainul Bakry et al. Tabel Dasar SKRT-Susenas 1992, Litbang Kesehatan, Jakarta, 1992, hal 2.
7. Litbang Kesehatan. Studi tentang faktor risiko kematian bayi dan balita berdasarkan SKRT/Susenas, Litbang Kesehatan, LDFE-UI, Jakarta, 1992, hal 2.
8. Cholis Bahrn et at. Penelitian Determinan Sosial Ekonomi Terhadap Pemanfaatan Fasilitas Kesehatan, P4K, Surabaya, 1993.
9. Ridwan Malik et a). Analisis Data Susenas 1990, Pola pencarian pelayanan kesehatan, Litbang Kesehatan, Jakarta, 1994, hal 14-30.



Lanjut usia di dunia
akan segera mencapai
.....jumlah 1,2 miliar orang!
40%nya di negara berkembang!