

# PEMANFAATAN PELAYANAN KESEHATAN DAN KELUARGA BERENCANA DI DAERAH TRANSMIGRASI DI SULAWESI TENGGARA

Tukiran  
Pande Made Kutanegara\*

## Abstract

*The improvement of health facilities has been a major priority of the government policy. It is related to the effort of controlling population growth by reducing fertility and mortality rate. In line with this, one issue is worthwhile to question: whether or not those facilities productively utilized by the local people. This research was conducted in Lambuya subdistrict, Kendari, Southeast Sulawesi, the area which is considered to be successful in the implementation of the family planning program. The utilization of health and family planning services, from the aspect of age, education, and resident of clients is quite satisfactory. Based on these three aspects, it is not surprising if they can rely on health and family planning providers. Besides the health workers at the primary health care, there are 91 traditional healers who take over health problems. The awareness of the local people to revisit the primary health care after an initial treatment is more of a causative effect of the initiative of health providers, than the desire of the clients themselves. Effort on enlightenment by improving quality of information to the people is influential in making people utilized the services available at the primary health care.*

## Pendahuluan

Propinsi Sulawesi Tenggara merupakan salah satu daerah penerima transmigran dengan jumlah yang relatif besar bila dibandingkan dengan jumlah penduduk di daerah tersebut. Angka pertumbuhan penduduk selama periode 1980-1990 masih sangat tinggi yakni 3,7 persen per tahun.

Sementara itu, hasil estimasi dari data Sensus Penduduk 1990 angka fertilitas total (TFR) masih relatif tinggi, yakni 4,9 per wanita usia subur, angka kematian bayi (IMR) 77, dan angka prevalensi kontrasepsi pada tahun 1991 adalah 41,9 persen. Sejalan dengan keadaan tersebut maka pembangunan

---

\* Drs. Tukiran, M.A. adalah staf peneliti pada Pusat Penelitian Kependudukan, Universitas Gadjah Mada dan staf pengajar pada Fakultas Geografi, Universitas Gadjah Mada.

Drs. Pande Made Kutanegara, M.Si. adalah staf peneliti pada Pusat Penelitian Kependudukan Universitas Gadjah Mada dan staf pengajar pada Jurusan Antropologi, Fakultas Sastra, Universitas Gadjah Mada.

prasarana dan sarana pelayanan kesehatan dan KB telah lama mendapatkan prioritas utama untuk menurunkan angka fertilitas dan mortalitas, yang sekaligus akan menurunkan angka pertumbuhan penduduk. Sejalan dengan hal ini muncul pertanyaan sampai seberapa jauh pusat pelayanan kesehatan seperti puskesmas, puskesmas pembantu, balai pengobatan, dan sejenisnya yang sudah ada di daerah transmigrasi dimanfaatkan oleh penduduk lokal maupun transmigran. Adakah kesesuaian antara kemampuan dari petugas pelayanan kesehatan dan KB dengan keinginan penduduk dalam memanfaatkan pusat pelayanan yang tersedia?

Penelitian ini dilaksanakan di daerah transmigrasi dengan tujuan untuk mengetahui pemanfaatan pelayanan kesehatan dan KB. Secara rinci penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hal-hal sebagai berikut:

1. Pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan dan KB oleh penduduk lokal, transmigran lokal, dan transmigran umum.
2. Nilai-nilai sosial budaya yang mempengaruhi pemanfaatan fasilitas kesehatan dan KB.
3. Kemampuan dan kualitas petugas pelayanan kesehatan dan KB yang ada di daerah transmigrasi.

#### Tinjauan Pustaka

Beberapa studi tentang pemanfaatan pelayanan dan keluarga berencana di negara-negara berkembang menyimpulkan bahwa kurangnya akses sebagian penduduk terutama di daerah yang miskin atau terpencil merupakan sebab utama mengapa

pelayanan yang ditawarkan tidak cukup dimanfaatkan (Pachauri, 1992). Kurangnya perhatian pada aspek kebutuhan pemakai jasa pelayanan kesehatan tidak dapat dibuktikan dan hasil program pembangunan kesehatan di beberapa negara berkembang tidak memuaskan. Kegagalan pemanfaatan pelayanan sering dituduhkan pada masyarakat pemakai jasa layanan, pada kepercayaannya, adat-istiadat atau kemiskinannya. Beberapa studi (Lasker, 1981) justru menyebutkan bahwa pelayanan yang diberikan tidak cukup sensitif dengan kebutuhan mereka. Oleh karena itu, kualitas pelayanan (*quality of care*) merupakan determinan penting yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan (IPPF, 1989; Jain, 1989; Bruce, 1989; Vera, 1993). Pelayanan yang memuaskan bagi pasien/klien akan mendorong mereka untuk memanfaatkan pelayanan yang sudah tersedia (Ross, *et al.*, 1989). Beberapa elemen yang dapat menjelaskan kualitas pelayanan antara lain ialah tersedianya pilihan berbagai jenis obat-obatan dan metode kontrasepsi, kualitas informasi yang disampaikan kepada pasien/klien, kemampuan petugas dalam memberikan pelayanan, hubungan antara petugas dengan pasien/klien, ketepatan dalam memberikan layanan, dan mekanisme layanan lanjutan (Kumar, *et al.*, 1981 dan Bruce, 1989).

Beberapa hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan positif antara ketersediaan jenis kontrasepsi dengan peningkatan pemakaian kontrasepsi (Freedman dan Berelson, 1976; Snodgrass, 1979; Chamrathirong, 1984; dan Lapham dan Mauldin, 1985). Seperti disebutkan

oleh Jain (1989), dengan penambahan satu jenis kontrasepsi dalam pelayanan dapat ditingkatkan sekitar 12 persen akseptor. Penelitian di Nigeria (Maidouka, 1986) menunjukkan bahwa klien yang tidak mendapatkan layanan jenis kontrasepsi yang diinginkan cenderung tidak datang lagi pada kunjungan berikutnya. Dengan demikian, dapat dikatakan bahwa ketersediaan berbagai jenis kontrasepsi dan obat-obatan tetap merupakan syarat utama peningkatan kualitas pelayanan.

Kualitas informasi yang disampaikan kepada klien mencakup berbagai jenis kontrasepsi yang ada, cara penggunaan, dan efek samping yang mungkin ditimbulkan. Dalam aspek kesehatan, dirasa perlu disampaikan berbagai jenis penyakit tertentu yang memerlukan pelayanan lanjutan. Kualitas informasi mencakup pula penyampaian informasi yang mampu menjelaskan pada klien apabila terjadi beberapa masalah karena ketidakjelasan informasi yang diterima, misalnya adanya kepercayaan, adat-istiadat, dan pemahaman agama yang kurang lengkap (Whells dan Sherries, 1989).

Kualitas pelayanan tidak dapat terlepas dari aspek kemampuan petugas, baik yang bersifat teknis maupun nonteknis. Kesuksesan program lebih banyak dipengaruhi oleh kemampuan petugas untuk meyakinkan klien bahwa apa yang diberikan kepada klien sesuai dengan kemampuan tempat pelayanan yang tersedia. Kompetensi klinis yang relatif rendah akan mengurangi performansi program yang sedang dilaksanakan (Bruce, 1989). Kegagalan tubektomi laparoscopi di Bangladesh menyebab-

kan penurunan angka prevalensi kontrasepsi sebesar 4,5 persen (Cleland dan Mauldin, 1987).

Dimensi kualitas pelayanan berikutnya adalah hubungan antara petugas dengan klien. Seberapa jauh petugas mampu menjalin hubungan baik secara berkesinambungan dengan klien sehingga klien menaruh kepercayaan terhadap informasi dan pelayanan yang diberikan. Jumlah pertemuan, pemberian pelayanan, dan intensitas antara keduanya dapat memberikan pengaruh yang kuat akan terbentuknya hubungan erat antara petugas dengan klien (Bruce, 1989). Penelitian Vera (1993) di Chili mengungkapkan bahwa kualitas pelayanan yang sangat baik menurut klien apabila mereka diperlakukan secara manusiawi (*being treated like a human being*). Kemudian, secara lebih rinci Huntington dan Schuler (1993) mengungkapkan beberapa hal yang biasanya menghambat hubungan antara petugas dengan klien yakni pemahaman yang kurang baik tentang informasi kesehatan dan KB. Rendahnya empati merupakan masalah yang berkaitan dengan perbedaan status sosial dan perbedaan kerangka berpikir antara petugas dengan klien. Rasa percaya diri antara petugas dan klien banyak dipengaruhi oleh keempat aspek tersebut. Dijelaskan pula oleh Gay (1980) dan Snodgrass (1979) tentang pentingnya cara berkomunikasi petugas dengan klien dan lamanya waktu yang dibutuhkan untuk berdialog (Philipps *et al.*, 1986).

Mekanisme pelayanan lanjutan kepada klien merupakan aspek yang cukup penting dalam pemberian pelayanan. Meskipun demikian, hal ini

banyak diabaikan oleh petugas. Beberapa program kesehatan dan KB yang bertujuan meningkatkan jumlah kunjungan dan jumlah akseptor dirasa kurang memperhatikan aspek kelangsungan pemakaian dan dampak yang dihasilkan. Penelitian di Bali dan Nusa Tenggara Timur (Dwiyanto *et al.*, 1993) maupun di Botswana oleh Stephens (1978) mengungkapkan bahwa terdapat hubungan positif antara kunjungan petugas ke rumah klien dengan peningkatan status kesehatan dan kelangsungan pemakaian kontrasepsi. Untuk daerah-daerah tertentu, terutama yang mengalami isolasi geografis, model *community based distribution programs* seringkali dipilih dan dijadikan pilihan utama dalam memberikan pelayanan kesehatan dan KB (Phillips, J. 1974; London, K.A. *et al.*, 1985).

Secara umum dapat dikatakan bahwa, untuk menentukan alasan-alasan mengapa pelayanan yang ditawarkan kadang tidak dimanfaatkan secara maksimal, program pelayanan harus mempertimbangkan faktor variasi sosial maupun perilaku. Besarnya jarak sosial antara pemberi dan pemakai layanan sering disebut sebagai alasan terjadinya masalah tersebut. Oleh karena itu, kualitas pelayanan yang memfokuskan perilaku pemberi layanan dan interaksi antara pemberi dan pemakai layanan bisa menjadi dasar pemikiran dan pemakai layanan bisa menjadi dasar pemikiran dalam mendesain maupun mengimplementasikan pelayanan kesehatan dan keluarga berencana.

## Daerah Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Kabupaten Kendari sebagai salah satu daerah yang cukup banyak menerima transmigran di Propinsi Sulawesi Tenggara yang mencakup 22 kecamatan. Sebanyak 19 kecamatan di antaranya berada di Kabupaten Kendari dan 3 kecamatan di wilayah kota administratif Kendari. Dari jumlah kecamatan tersebut diambil satu kecamatan yakni Kecamatan Lambuya dengan tiga pertimbangan. Pertama, dilihat dari kriteria pelayanan kesehatan dan KB, wilayah ini mewakili pelayanan untuk wilayah terpencil. Kedua, dilihat dari tingginya angka prevalensi kontrasepsi wilayah ini merupakan kelompok yang cukup sukses dalam pelaksanaan KB. Ketiga, dilihat dari program transmigrasi sebagai daerah penerima, wilayah ini sudah cukup lama, yakni sejak tahun 1970-an menerima transmigran dan sampai saat penelitian dilakukan masih merupakan lokasi penempatan transmigran.

Untuk mendapatkan gambaran keadaan wilayah Kecamatan Lambuya secara menyeluruh, penelitian ini mengambil sampel sebanyak empat desa dari 31 desa yang ada, dengan karakteristik yang berbeda-beda dilihat dari jenis transmigran. Keempat desa tersebut adalah sebagai berikut:

1. Desa Matahoalu merupakan lokasi penempatan transmigran lokal dari penduduk sekitar Kecamatan Lambuya, seperti dari Pondidaha, Wawotobi, dan Sampara.

2. Desa Tawamelewe merupakan salah satu lokasi penempatan transmigran umum.
3. Desa Sandarsi Jaya merupakan lokasi penempatan transmigran umum dan transmigran lokal.
4. Desa Tawarotebota merupakan lokasi tempat tinggal penduduk lokal yang tidak mengikuti program transmigrasi.

Dalam penelitian ini yang dipilih sebagai responden penelitian tentang pemanfaatan pelayanan kesehatan dan KB yakni transmigran umum, transmigran lokal, dan penduduk lokal. Di samping itu, diperlukan pula informasi yang dapat mewakili subjek pelayanan tersebut yakni tenaga medis dan nonmedis dari puskesmas setempat, termasuk dukun yang cukup berperan dalam pelayanan kesehatan. Kegiatan survai awal dilaksanakan pada Desember 1994 dan pengumpulan data primer pada Januari 1995.

#### **Penduduk Lokal dan Transmigrasi**

Dalam penelitian ini yang dimaksud dengan penduduk lokal adalah penduduk di daerah penelitian yang bukan transmigran. Sebagian besar mereka berasal dari etnis Tolaki, Bugis, Makasar, Buton, dan Toraja. Transmigran lokal adalah penduduk lokal yang mengikuti program transmigrasi. Mereka dipilih oleh Departemen Transmigrasi dan ditempatkan di lokasi transmigrasi bersama-sama dengan transmigran umum. Transmigran umum adalah mereka yang berasal dari Pulau Jawa-Bali yang pada saat penelitian sudah relatif lama bertempat tinggal di daerah penelitian melalui program transmigrasi.

Pada saat pertama kali transmigran berada di lokasi penempatan transmigrasi, rata-rata jumlah jiwa dalam rumah tangga transmigran lokal (4,5 jiwa) lebih banyak dibandingkan dengan transmigran umum (3,6 jiwa). Pada saat penelitian dilakukan rata-rata jumlah jiwa untuk transmigran lokal (6,5 jiwa) lebih banyak dibandingkan dengan transmigran umum (5,2 jiwa) dan penduduk lokal (5,7 jiwa). Rata-rata jumlah anak pada saat penelitian dilakukan untuk transmigran lokal (5,5 jiwa) jauh lebih banyak daripada transmigran umum (3,9 jiwa) dan penduduk lokal (4,5 jiwa). Dilihat dari rata-rata jumlah anak masih hidup sebelum berangkat mengikuti program transmigrasi, transmigran lokal (4,7 jiwa) lebih banyak daripada transmigran umum (3,2 jiwa). Pada saat penelitian dilakukan rata-rata jumlah anak masih hidup transmigran lokal (5,2 jiwa) jauh lebih banyak daripada transmigran umum (3,8 jiwa) dan penduduk lokal (4,1 jiwa). Angka prevalensi kontrasepsi untuk transmigran lokal (42 persen) lebih rendah daripada penduduk lokal (49 persen) dan transmigran umum (69 persen).

Dilihat dari rata-rata jumlah jiwa dalam rumah tangga, jumlah anak lahir hidup dan anak masih hidup, tampaknya ada kecenderungan bahwa nilai-nilai lama yang ada di daerah asal, seperti rendahnya anak dan tingginya angka prevalensi kontrasepsi, ikut terbawa ke daerah transmigrasi. Mengapa fertilitas yang dilihat dari rata-rata jumlah anak lahir hidup dan anak masih hidup cukup besar perbedaannya antara transmigran umum dan transmigran lokal meski-

pun dalam hal umur istri tidak jauh berbeda? Meskipun jumlah anak masih hidup sebelum mengikuti transmigrasi untuk transmigran lokal sudah relatif banyak, mengapa tambahan jumlah anak masih relatif tinggi selama mengikuti transmigrasi? Penelitian lanjutan di daerah transmigrasi akan menarik apabila memasukkan aspek nilai anak dalam kaitannya dengan pekerjaan transmigran, seperti pembukaan dan pengolahan lahan di daerah transmigrasi. Hal ini berkaitan dengan kerangka analisis tingginya jumlah anak sebagai sumber daya tenaga kerja.

#### Kualitas Pelayanan

Pemanfaatan pelayanan kesehatan dan KB berhubungan erat dengan kualitas pelayanan. Kualitas pelayanan yang baik mempengaruhi dan memotivasi masyarakat untuk memanfaatkan fasilitas dan pelayanan yang diberikan. Dalam membahas kualitas pelayanan kesehatan dan KB di daerah penelitian akan dilihat lima aspek yakni: 1) ketersediaan pilihan, 2) kualitas informasi, 3) kemampuan petugas, 4) hubungan antara petugas dengan klien, dan 5) mekanisme pelayanan lanjutan.

#### Ketersediaan Pilihan

Ketersediaan pilihan dapat dilihat dari jenis obat-obatan dan alat kontrasepsi yang tersedia pada pusat pelayanan. Di daerah penelitian obat-obatan standar yang tersedia belum lengkap sehingga sering terjadi pemberian obat yang sama untuk keluhan sakit klien yang berbeda. Demikian pula dengan jenis

kontrasepsi yang ada, seringkali hal itu bias pada program dari BKKBN. Banyak keluhan yang muncul sebagai akibat terbatasnya obat-obatan dan jenis kontrasepsi yang tersedia. Bagi petugas medis, khususnya dokter, terbatasnya jenis obat-obatan dapat dilihat dari dua aspek yang cukup berlawanan yaitu rasa pesimis sebagai petugas pelayanan dan praktik kerja di luar jam kerja puskesmas. Keterbatasan obat-obatan dan alat kontrasepsi dapat dimanfaatkan untuk menambah jenisnya dalam pelayanan di luar jam kerja puskesmas sebagai dokter praktik swasta. Problem yang muncul di daerah penelitian adalah tidak semua penduduk memiliki akses yang sama dalam memanfaatkan obat-obatan yang tersedia di luar puskesmas.

#### Kualitas Informasi

Kualitas informasi yang diberikan petugas kepada klien sangat membantu dalam memiliki dan memahami *treatment* yang diberikan oleh petugas, terutama informasi tentang risiko, kontraindikasi, manfaat, efek samping, dan cara mengatasi, dan pelayanan dari sumber lain bila diperlukan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan positif antara penerimaan informasi yang cukup baik dengan kecenderungan masyarakat untuk datang lagi ke puskesmas. Kenaikan jumlah kunjungan ke puskesmas, baik untuk berobat maupun sekedar berkonsultasi tentang masalah kesehatan dan KB meningkat. Ini berarti bahwa ada kecenderungan meningkatnya kebutuhan akan perlunya konsultasi pada petugas medis dan bukan hanya berobat kalau

penyakitnya sudah parah. Meskipun demikian, pemahaman dari sebagian penduduk ialah bahwa berkunjung ke puskesmas sama artinya dengan suntik (istilah setempat suntik sehat). Demikian pula datang ke dokter gigi sama artinya dengan akan cabut gigi. Dokter yang tidak mau menyuntik atau mencabut gigi pasien akhirnya akan dijauhi oleh masyarakat setempat, meskipun dari aspek medis tindakan tersebut dapat dibenarkan. Pemahaman yang salah seperti ini harus segera dibenahi dengan cara pemberian informasi secara berkesinambungan. Diakui oleh petugas medis bahwa dibutuhkan waktu relatif lama untuk menyadarkan cara memanfaatkan pelayanan secara baik dan benar.

#### *Kemampuan Petugas*

Secara umum dapat dikatakan bahwa petugas pemberi layanan kesehatan dan KB di daerah penelitian cukup baik. Kriteria yang dilihat dari rasio antara jumlah petugas terhadap jumlah penduduk adalah 1:812. Perbandingan ini lebih rendah daripada angka nasional yaitu 1:910 (BPS, 1993). Dari 27 petugas pada tingkat puskesmas, sekitar dua per tiga merupakan petugas medis dan sisanya merupakan tenaga administrasi dan penyuluh kesehatan lingkungan. Dilihat dari latar belakang pendidikan, sekitar 60 persen tamat pendidikan SLA dan lebih seperti pendidikan kejuruan kesehatan yakni pendidikan sanitasi, gizi, dan rawat gigi. Apabila dilihat dari umur petugas, hampir tiga per empat (70,4 persen) berumur kurang dari 35 tahun. Rata-rata lama bekerja ialah sekitar 8,7 tahun. Selain

petugas yang ada di puskesmas, mereka masih dibantu oleh 91 dukun bersalin. Sekitar dua per tiga dari para dukun merupakan dukun terlatih. Hampir semua petugas yang ada (92,6 persen) bertempat tinggal di daerah lingkup puskesmas sehingga memudahkan untuk melakukan mobilitas dari tempat tinggal ke puskesmas. Dari beberapa ciri-ciri tersebut, untuk lingkup pelayanan tingkat puskesmas, secara teoretis dapat dikatakan bahwa mereka cukup siap dan dapat diandalkan sebagai petugas pelayan kesehatan.

#### *Hubungan Petugas dengan Klien*

Dimensi ini mencoba melihat seberapa jauh petugas membangun hubungan positif dengan klien sehingga mereka percaya akan kemampuan dan kemauan baik pemberi layanan. Hubungan petugas dengan klien lebih bersifat dialogis dan terbuka untuk menciptakan rasa anuan antara keduanya. Dari hasil penelitian didapatkan fakta bahwa petugas medis, yakni dokter, cukup menyediakan waktu bagi klien yang kadangkala banyak omong tentang keluhan kesehatan. Hal ini tampak jelas dari lama pemeriksaan atau pemberian layanan yang kadang-kadang melebihi waktu 30 menit. Keeratan hubungan tersebut akan menyebabkan keterbukaan warga masyarakat, terutama yang berhubungan dengan hambatan budaya (*cultural barriers*).

Peranan dukun sebagai pilihan tempat pengobatan masih cukup tinggi. Klien seringkali mengatakan bahwa mereka sudah pergi ke dukun sebelum ke puskesmas. Untuk menjaga

agar tidak terjadi perselisihan antara dukun dan petugas medis, akhirnya ditempuh cara yang cukup kompromis. Petugas medis menganjurkan boleh saja warga datang berobat ke dukun asalkan pengobatan pertama secara medis telah dilakukan terlebih dahulu oleh petugas medis.

Cara kompromis yang ditempuh oleh petugas pelayanan di daerah penelitian cukup berhasil dan cukup efektif dalam upaya mencegah terjadinya konflik antara petugas medis dengan dukun dan penduduk setempat. Meskipun demikian, ada sejumlah klien yang ditemui selama penelitian dan mereka mengatakan bahwa sebagian warga masyarakat enggan dan takut pergi ke puskesmas terutama dalam hal pemakaian kontrasepsi. Hal ini disebabkan pernah terjadi pemaksaan pemakaian salah satu jenis metode kontrasepsi. Pemaksaan itu dilakukan untuk mengejar target program. Hasil penelitian di Nepal (Schuler *et al.*, 1995) menunjukkan gejala yang sama bahwa terjadi *drop out* akseptor karena kesalahan konsultasi yang terjadi sebagai akibat ketidaktepatan mekanisme hubungan antara petugas dengan klien. Sisi ini sebetulnya tidak semata-mata menjadi kesalahan dari petugas pelayanan, namun lebih disebabkan perbedaan kerangka berpikir antara klien dengan petugas. Dalam beberapa hal seringkali hal itu bias pada program yang telah ditetapkan oleh instansi tempat petugas bekerja.

#### ***Mekanisme Pelayanan Lanjutan***

Mekanisme pelayanan lanjutan ini diperlukan untuk memantau klien,

terutama sebagai langkah antisipasi dini apabila terjadi ketidakcocokan atau keluhan terhadap penggunaan obat dan alat kontrasepsi. Hal ini dirasa perlu untuk menanggulangi dampak negatif dari pelayanan yang diberikan kepada klien. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kesadaran penduduk untuk datang lagi ke puskesmas lebih banyak atas inisiatif petugas medis daripada atas kemauan sendiri. Untuk itu, peran petugas pelayanan menjadi sangat penting, terutama untuk klien tertentu dengan jenis penyakit yang cukup berbahaya. Satu hal yang cukup menarik dan seringkali terjadi di daerah penelitian ialah apabila ada klien minta disuntik atau dicabut giginya. Petugas medis tidak melayaninya karena ada alternatif pengobatan yang lain. Ada kecenderungan yang cukup kuat bahwa klien cenderung untuk tidak mau datang ke puskesmas lagi. Jadi, datang ke klinik atau puskesmas identik dengan suntik (istilahnya suntik sehat) atau untuk mencabut gigi. Kadangkala petugas medis menggunakan aquades atau air mineral untuk menyuntiknya, walaupun sebenarnya tidak perlu dilakukan. Keadaan seperti ini cukup dilematis dan bahkan tidak akan menyelesaikan masalah yang sebenarnya terjadi. Sejalan dengan ini maka frekuensi penyuluhan, kualitas informasi, dan pelayanan lanjutan menjadi sangat penting artinya.

#### **Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan dan Keluarga Berencana**

Dengan fasilitas kesehatan yang tersedia, kuantitas pemanfaatan pelayanan kesehatan tampak cukup



besar. Hal itu tampak dari tingginya jumlah kunjungan mereka ke puskesmas, yakni sekitar 96 persen. Namun demikian, masih ditemui adanya perilaku masyarakat yang cenderung menunda-nunda kedatangan mereka ke puskesmas. Beberapa kasus menunjukkan bahwa kedatangan mereka ke pusat pelayanan dilakukan setelah penyakit yang diderita cukup parah.

Pemilihan sumber perawatan erat berkaitan dengan jarak tempat tinggal penduduk dengan tempat pelayanan kesehatan. Tempat tinggal penduduk lokal yang sangat dekat dengan dokter dan puskesmas menyebabkan mereka banyak memanfaatkan jasa dokter dibandingkan dengan petugas medis yang lain. Biaya yang lebih besar bukanlah hambatan dibandingkan dengan kualitas pelayanan yang diperolehnya. Transmigran umum dan transmigran lokal lebih banyak menggunakan pelayanan kesehatan di puskesmas pembantu. Itu berarti bahwa mereka lebih banyak dilayani oleh paramedis selain dokter. Berkaitan dengan tingkat kepuasan, mereka menyatakan cukup puas dengan pelayanan yang diberikan. Yang sering menjadi keluhan masyarakat adalah terasa kurang manjurnya obat-obatan yang diberikan petugas di puskesmas pembantu dibandingkan dengan dokter. Hal ini bisa dipahami karena petugas medis di puskesmas pembantu lebih bertanggung jawab pada jenis-jenis penyakit yang minor sifatnya, selanjutnya menjadi tanggung jawab dokter. Pada gilirannya beberapa keluhan penyakit tertentu tidak bisa diatasi di puskesmas pembantu. Pasien harus datang ke puskesmas induk

untuk mendapatkan pengobatan yang lebih tepat. Faktor lain yang penting adalah faktor sugesti. Mereka lebih percaya kepada dokter dibandingkan dengan paramedis (bidan, mantri, atau perawat).

Pemanfaatan pengobatan sistem medis modern ternyata berjalan seiring dengan medis tradisional. Masyarakat yang menggunakan kedua sistem tersebut tampak cukup besar yakni sekitar 88 persen. Penggunaan dukun, baik sebagai penolong persalinan maupun berbagai penyakit yang lain, tampak cukup besar. Sekitar 77 persen di antara mereka masih tetap menggunakan jasa dukun. Walaupun demikian, frekuensi kunjungan ke dukun tidak terlampau sering yakni hanya sekitar 1-2 kali dalam enam bulan. Tingginya peran dukun dalam masyarakat rupa-rupanya selain ditopang oleh sistem budaya masyarakat yang masih menganggap bahwa dukun sangat penting dan menentukan dalam kehidupan mereka, juga ditopang oleh kelenturan petugas medis modern dalam menyikapi keadaan tersebut. Petugas medis modern umumnya dapat menerima keadaan tersebut. Mereka tidak memandang dukun sebagai saingan dalam peningkatan kesehatan masyarakat. Dalam struktur masyarakat transmigran yang sangat heterogen, pemanfaatan dukun tidak ditentukan oleh suku bangsa asal penggunanya. Transmigran yang berasal dari suku Jawa tidak selalu menggunakan dukun yang berasal dari suku yang sama, demikian juga dengan masyarakat lainnya. Keadaan ini dari sisi lain sangat menguntungkan, terutama jika dikaitkan dengan upaya integrasi pada

masyarakat transmigran. Pemanfaatan dukun yang berasal dari suku yang berbeda akan mengakibatkan terciptanya interaksi antarsuku sehingga muncul pemahaman antarbudaya masyarakat. Oleh karena itu, di daerah transmigrasi dukun ternyata tidak hanya berfungsi sebagai penolong dalam masalah kesehatan, tetapi juga sebagai *agent of integration* dalam masyarakat tersebut.

Berkaitan dengan program KB, tampak bahwa keterlibatan masyarakat dalam program tersebut cukup besar. Angka prevalensi kontrasepsi di daerah ini cukup tinggi yakni di atas 80 persen. Angka tersebut jauh berada di atas prevalensi nasional yaitu 54,7 persen maupun angka prevalensi Sulawesi Tenggara yang besarnya 46,3 persen. Dilihat dari jenis kontrasepsi yang digunakan, tampak ada variasi antarkelompok masyarakat yang diteliti. Sebanyak 55 persen dari penduduk lokal menggunakan suntik, sementara penggunaan alat kontrasepsi sterilisasi hanya 4 persen, dan alat kontrasepsi tradisional hanya 2 persen. Penggunaan alat kontrasepsi tradisional tampak agak tinggi (18,1 persen) pada transmigran umum dan 12 persen pada transmigran lokal. Sementara itu, penggunaan alat kontrasepsi pil tampak cukup tinggi pada transmigran lokal yakni 64 persen, sedangkan pada transmigran umum penggunaan AKDR, suntik, dan pil tampak merata yakni sekitar 25 persen.

Masih digunakannya alat kontrasepsi tradisional seperti jamu, pijat walik, ramu-ramuan tradisional seperti rumput-rumputan dan akar pohon rupa-rupanya masih cukup

mendapat respons dari masyarakat sekitar. Bagi transmigran, kebiasaan semacam itu bukanlah hal yang aneh karena di daerah asalnya (Jawa dan Bali) penggunaan kontrasepsi semacam itu sudah bersifat umum. Walaupun demikian, bukan berarti masyarakat lokal sama sekali tidak memiliki alat kontrasepsi tradisional. Mereka pun kadangkala masih ada yang menggunakan akar pohon dan rumput serta perhitungan kalender lokal sebagai pencegah kehamilan.

### Penutup

Pemanfaatan pelayanan kesehatan sangat berkaitan erat dengan penilaian penduduk pemakai jasa layanan tentang kualitas pelayanan yang diberikan. Kualitas pelayanan dapat dilihat dari beberapa aspek, antaranya adalah ketersediaan pilihan, kualitas informasi, kemampuan petugas pelayanan, hubungan antara petugas dengan klien, dan mekanisme pelayanan lanjutan. Ketersediaan pilihan obat-obatan dan jenis metode kontrasepsi menjadi penting artinya bagi petugas di lapangan dalam memberikan layanan kepada klien. Keterbatasan jenis obat dapat menurunkan minat masyarakat dalam memanfaatkan pusat pelayanan kesehatan yang ada. Kualitas informasi menjadi penting artinya dalam rangka memberikan pemahaman kepada masyarakat untuk memanfaatkan pelayanan secara baik dan benar. Pemahaman tentang pengertian sehat, sakit, dan pilihan cara pengobatan menjadi penting karena pengobatan dengan injeksi/suntik tidak selalu menjadi pilihan utama. Sejalan dengan

ini maka kemampuan petugas lapangan pada tingkat puskesmas menjadi penting artinya dalam memberikan penyuluhan kesehatan kepada masyarakat.

Pendekatan kompromis antara petugas medis dengan dukun merupakan bukti dari kemampuan petugas dalam menghindari konflik menangani masalah kesehatan. Keputusan untuk membiarkan penduduk berobat ke dukun sebagai alternatif pengobatan dilakukan, asalkan pengobatan secara medis telah dilakukan terlebih dahulu oleh petugas medis di puskesmas sebelum penduduk berobat ke dukun. Cara ini cukup efektif untuk menghindari konflik antara petugas medis dan dukun. Dukun merasa masih diberi kebebasan dalam menangani problem-problem kesehatan masyarakat. Sementara itu, penyuluhan tentang pemanfaatan pelayanan kesehatan yang benar terus berjalan dalam rangka

membatasi gerak para dukun, yang kadangkala cukup kaku pendiriannya dalam menangani kesehatan. Pada sisi lain yang seringkali belum diberikan oleh petugas pelayanan adalah mekanisme pelayanan lanjutan untuk jenis-jenis penyakit yang dianggap berbahaya. Kesehatan klien yang telah memanfaatkan puskesmas sebagai pilihan pengobatan dalam beberapa hal tidak terpantau karena beberapa hal seperti isolasi geografis, transportasi, dan variasi jenis obat yang terbatas. Sementara itu, dana bagi petugas medis untuk mengunjungi klien tidak tersedia.

Profil pemanfaatan pelayanan kesehatan dan KB ini hanya berlaku di daerah transmigrasi dalam status daerah terpencil. Penelitian sejenis perlu dilaksanakan di daerah transmigrasi lainnya agar diperoleh gambaran secara menyeluruh tentang pemanfaatan pelayanan kesehatan dan KB.

## Referensi

- Bruce, Judith. 1990. "Fundamental elements of the quality of care: a simple framework", *Studies in Family Planning*, 21(2): 61-91.
- Chamrathirong, A., et al. 1984. "How family planning availability affects contraceptive use: the case of Thailand", dalam Ross, et al., ed., *Survey analysis for the guidance of family planning programs*. New York: Center for Population and Family Health, Columbia University.
- Cleland, J., and W.P. Mauldin. 1987. *Study of compensation payments and family planning in Bangladesh: main finding and recommendation*. Dhaka: World Bank and NIPORT.
- Freedman, R. and B. Berelson. 1976. "The record of family planning program", *Studies in Family Planning*, 7(1): 1-40.
- Gay, Jill. 1980. *A literature review of the client/provider interface in maternal and child health and family planning clinic in Latin America*. s.l.:Pan American Health Organization.

- Jain, Anrudh K. 1989. "Fertility reduction and the quality family planning services", *Studies in Family Planning*, 20(1): 1-16.
- Jain, Anrudh K., Judith Bruce, and Barbara Menseh. 1993. "Quality care in family planning: standard, yes. Standard, no.", *Populi*, 20(4): 12-13.
- Kumar, S., Anrudh Jain and J. Bruce. 1989. *Assesing the quality of family planning services in developing countries*. New York: The Population Council.
- London, Kathy, A., et al. 1985. "Fertility and family planning survey: an update", *Population Reports*, Series M, No. 8, September-October.
- Phillips, James. 1974. "National demographic survey density findings", makalah pada *The International Committe on Applied Research in Population*, The Population Council, October, 1974.
- Ross, Rich M., dan Janet P.M. 1989. *Management strategies for family planning programs*. New York: Center for Population and Family Health, Columbia University.
- Schuler, S.R. et al. 1985. "Barriers to effective family planning in Nepal", *Studies in Family Planning*, 16(5): 260-270.
- Snodgrass, Donald R. 1979. "The family planning program as a model for administrative improvement in Indonesia", *Ekonomi dan Keuangan Indonesia*, 27(2): 237-256.
- Vera, Hernan. 1993. "The client's view of high-quality care in Santiago, Chili", *Studies in Family Planning*, 24(1): 40-49.
- Wells, Elisa and J. Sherries. 1992. "Contraceptive services: a client's choice", *Populi*, 19(3): 8-9.