

## POLA PENCARIAN PENGOBATAN DI INDONESIA Analisis Data Susenas 2001

Lestari Handayani<sup>1</sup>, Siswanto<sup>1</sup>, Nirmala Ahmad Ma'rif<sup>1</sup>, Dwi Hapsari<sup>1</sup>

### HEALTH SEEKING BEHAVIOR PATTERN IN INDONESIA

**Abstract.** *Health seeking behavior is one of the factors that influence community health status. Self medication or going to the health facilities is a choice of handling illnesses. The objective of this study is to identify the pattern of health seeking behavior which is very important for decision makers to determine better health policies. Variables of morbidity, out-patients, in-patients, types of health facilities, household economic status, source of health financing, health services satisfaction, health seeking behavior, and demographic as well as socio-economic characteristics of Susenas 2001 was analyzed. Descriptive analysis with tables and charts will help understanding the information presented, followed by narrative analysis based on the facts and related reference. The results showed that more than 50% of people suffered from health problems did self medications and or seek for out-patient services while less than 5% of people in Indonesia had been treated at in-patient health service facilities. The health seeking behavior of Indonesian in 27 provinces varied and presented in details. Most people still utilize government health service facilities because of cheap and short distance; even though many of them were not satisfied with the services. Interpretation from this analysis should be made with caution due to limitation of data collection. Further analysis is needed to find out the correlation of health seeking behavior determinants.*

**Keywords:** *health seeking behavior, Susenas 2001, medication.*

### PENDAHULUAN

Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) diselenggarakan secara rutin oleh pemerintah dan Susenas tahun 2001 telah diselesaikan sehingga terkumpul data sosial ekonomi yang sangat luas. Susenas 2001 yang memfokuskan pada bidang kesehatan merupakan sumber informasi yang sangat penting bagi program kesehatan karena terkumpul data dari 27 provinsi di Indonesia.

Visi Indonesia Sehat 2010 bertujuan untuk mencapai masyarakat yang hidup dalam lingkungan dan perilaku sehat, me-

iliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu, adil dan merata. Kebijakan di sektor kesehatan bertujuan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Berbagai kebijakan yang ditetapkan di sektor kesehatan antara lain peningkatan upaya kesehatan, peningkatan sumber daya kesehatan, peningkatan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan<sup>(1)</sup>.

Kebijakan upaya kesehatan diterapkan dalam bentuk program upaya kesehatan dengan sasaran tersedianya pelayanan kesehatan dasar dan rujukan baik pemerintah maupun swasta yang didukung oleh peran serta masyarakat dan sistem pembayaran pra upaya.

<sup>1</sup> Puslitbang Pelayanan dan Teknologi Kesehatan, Badan Litbangkes

Keluhan kesehatan yang dialami setiap individu akan ditindaklanjuti dengan upaya mengatasinya. Upaya tersebut dapat berupa pengobatan sendiri atau dengan bantuan pengobatan dari pelayanan kesehatan. Upaya pertolongan sendiri banyak membantu dalam mengatasi keluhan kesehatan yang ringan, dengan adanya upaya tersebut akan mengurangi beban dari fasilitas pelayanan kesehatan menangani kasus yang sebenarnya dapat ditangani sendiri. Masalah kesehatan yang cukup serius sudah seharusnya ditangani secara baik oleh pihak yang bertanggung jawab yaitu fasilitas pelayanan kesehatan. Penanganan masalah kesehatan yang terpenuhi dan berkualitas akan meningkatkan derajat kesehatan suatu masyarakat<sup>(2)</sup>.

Penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan telah diupayakan oleh pemerintah dengan menyediakan Puskesmas sebagai ujung tombak pelayanan bagi masyarakat dan fasilitas rujukan kesehatan berupa rumah sakit. Dengan mengajak partisipasi pihak swasta telah berdiri pula fasilitas kesehatan yang dikelola oleh swasta. Peningkatan status kesehatan sangat dipengaruhi oleh penggunaan pelayanan kesehatan yang keterjangkauannya dipengaruhi oleh banyak faktor antara lain keterjangkauan dalam hal jarak, biaya, kebutuhan. Sedangkan kebutuhan masyarakat terhadap suatu pelayanan juga dipengaruhi oleh berbagai aspek antara lain faktor pemahaman tentang sakit, derajat kesakitan, jumlah dan mutu dari fasilitas kesehatan yang tersedia<sup>(3)</sup>.

Pola pencarian pertolongan ke fasilitas kesehatan untuk menangani keluhan kesehatan secara nasional sangat membantu untuk mengetahui sejauh mana pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan serta kepuasan terhadap pelayanan yang diberikan. Pengetahuan tentang faktor-faktor yang mempengaruhi pola pemanfaatan fa-

silitas kesehatan akan dapat digunakan sebagai informasi dalam menetapkan strategi dalam melaksanakan pembangunan kesehatan. Tanpa informasi yang tepat, pembangunan kesehatan yang dilaksanakan menjadi tidak "evidence based" dan sebagai hasilnya pembangunan kesehatan tidak sesuai dengan kebutuhan dan keadaan masyarakat.

Hasil Susenas 2001 mengumpulkan jawaban dari responden tentang berbagai pertanyaan tentang kesehatan. Dalam rangka memberikan informasi data kesehatan yang sifatnya *program oriented*, maka data Susenas 2001 sangat tepat untuk dianalisis. Data yang relatif baru tersebut diharapkan akan membantu pelaksana program dalam merencanakan berbagai program pembangunan kesehatan.

## BAHAN DAN METODA

Penelitian ini merupakan analisis data sekunder menggunakan data hasil Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) 2001 berupa kuesioner modul. Populasi sasaran yang masuk sebagai sampel adalah penduduk yang mengeluh sakit pada satu bulan terakhir yang memanfaatkan pengobatan sendiri atau rawat jalan dan seluruh penduduk yang melakukan rawat inap. Data Susenas 2001 dikumpulkan di 27 provinsi di Indonesia (seluruh provinsi di Indonesia kecuali D.I. Aceh dan Maluku).

Data SUSENAS 2001 yang dimanfaatkan adalah komponen variabel morbiditas, rawat jalan, rawat inap, jenis fasilitas kesehatan, tingkat ekonomi rumah tangga, sumber biaya dan kepuasan pelayanan serta pencarian pengobatan dan karakteristik demografi serta sosial ekonomi. Data yang dianalisis adalah sampel dengan keluhan kesehatan yang kemudian akan dikaitkan dengan pola pencarian pertolongan pengobatannya. Khusus untuk penduduk dengan rawat inap adalah selu-

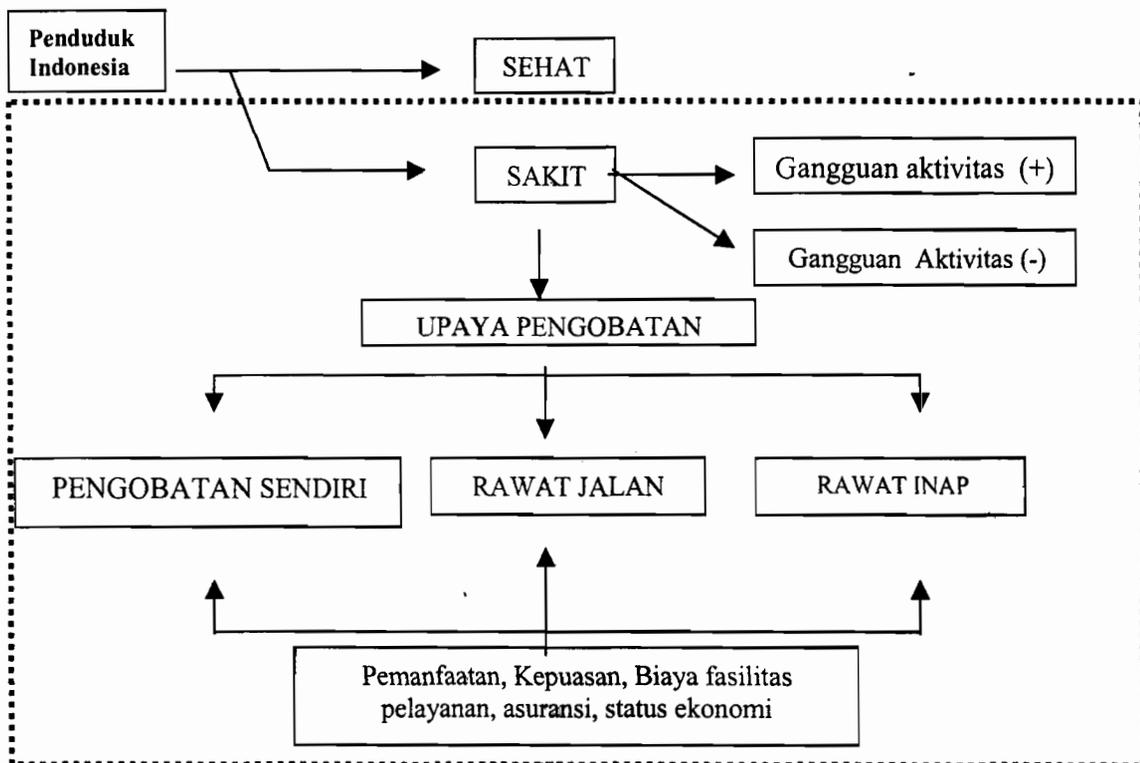
ruh penduduk baik dengan keluhan kesehatan atau tidak. Selain itu pola pencarian pengobatan akan dikaitkan pula dengan faktor lain seperti tempat tinggal, umur, pendidikan, sumber biaya pengobatan, dan status pekerjaan.

Data dianalisis secara deskriptif untuk memberikan gambaran pemilihan jenis pelayanan pengobatan baik untuk pengobatan sendiri maupun pengobatan melalui fasilitas pelayanan kesehatan (rawat jalan dan rawat inap). Pola ditampilkan dalam bentuk tabel dengan narasi untuk memberikan penjelasan terhadap tabel. Analisis tentang pengaruh faktor yang diperkirakan terkait dengan pola pencarian pengobatan dilakukan dengan cara *cross tabulasi* antar variabel.

Hasil analisis ini mempunyai keterbatasan oleh karena pengumpulan data

Susenas 2001 tidak mencakup provinsi Maluku dan D.I. Aceh sehingga kedua provinsi ini lepas dari kajian. Analisis ini berdasar data sekunder yang dikumpulkan dengan cara wawancara menggunakan kuisioner yang disusun oleh tim khusus, sehingga kajian terbatas pada data yang tersedia. Pengumpulan data dilakukan oleh Mantri Statistik dan mitranya yang bukan tenaga kesehatan sehingga ada kemungkinan terdapat kekurangpahaman dalam menggali pertanyaan yang terkait dengan kesehatan. Mutu data yang dikumpulkan dipengaruhi keterampilan pengumpul data dalam menggali informasi, mengingat data merupakan kejadian pada kurun waktu satu bulan bahkan satu tahun terakhir untuk pencarian pengobatan rawat inap. Ada kemungkinan terjadi *recall bias*.

**Alur Pikir Analisis**



Pada Susenas 2001, penduduk dengan keluhan kesehatan satu bulan terakhir ditanya pula tentang upaya pencarian pengobatan sendiri dan pengobatan rawat jalan dalam satu bulan terakhir. Sedangkan upaya pencarian pengobatan rawat inap ditanyakan untuk kurun waktu satu tahun terakhir dengan perkiraan apabila ditanyakan upaya rawat inap dalam satu bulan terakhir akan didapatkan angka yang sangat kecil. Ada kemungkinan tidak hanya melakukan satu upaya pengobatan, tetapi beberapa upaya pengobatan baik sendiri-sendiri atau bersamaan, antara berbagai upaya pengobatan baik sendiri, rawat jalan maupun rawat inap.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### A. Pengobatan Sendiri dan Rawat Jalan.

Gangguan aktivitas dari penduduk dengan keluhan kesehatan (penduduk sakit) dikaitkan dengan upaya pencarian pengobatan yaitu pengobatan sendiri dan pengobatan rawat jalan dalam satu bulan terakhir (menjawab "ya" untuk pertanyaan tersebut). Pengobatan sendiri dibedakan lagi menjadi pengobatan modern, pengobatan tradisional dan lainnya (misalkan makanan suplemen, tonikum, kerokan, pijatan) <sup>(4)</sup>. Tabel 1 menggambarkan bahwa dari seluruh penduduk sakit diketahui

56,3% melakukan upaya pengobatan sendiri, dan 40,3% melakukan pencarian pertolongan di fasilitas rawat jalan.

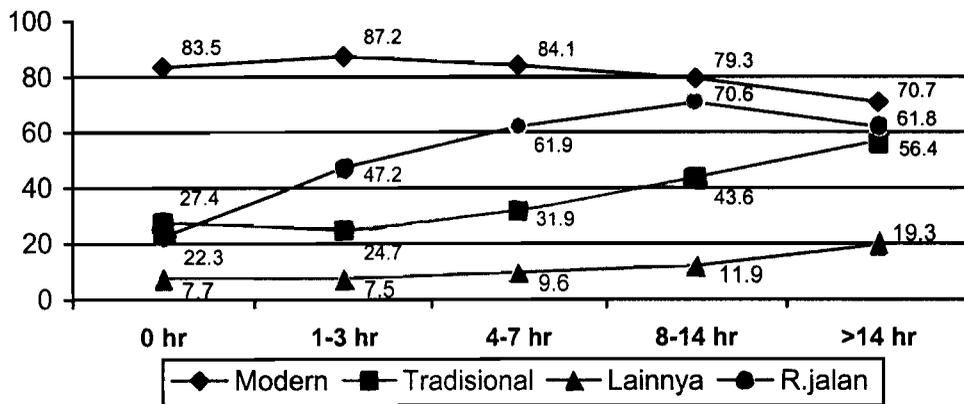
Bila diperhatikan keberadaan gangguan aktivitas pada penduduk sakit dengan upaya pencarian pertolongan pengobatan maka dapat dilihat bahwa ada kecenderungan yang sama untuk melakukan pengobatan sendiri baik pada penduduk sakit dengan atau tanpa gangguan aktivitas. Bahkan persentase penduduk sakit tanpa gangguan aktivitas (58,4%) lebih besar dalam upaya pencarian pengobatan sendiri dibanding penduduk sakit dengan gangguan aktivitas (54,6%). Sebaliknya pada penduduk sakit yang mencari pengobatan rawat jalan umumnya lebih banyak dilakukan oleh penduduk sakit yang mengalami gangguan aktivitas dibanding yang tanpa gangguan aktivitas.

#### 1) Lama Gangguan Aktivitas

Dari lamanya gangguan aktivitas dapat diasumsikan tingkat keparahan suatu keluhan kesehatan. Gambar 1 menampilkan persentase penduduk sakit menurut pengelompokkan gangguan aktivitas yaitu tanpa gangguan atau 0 hari, 1-3 hari, 4-7 hari, 8-14 hari dan > 14 hari, yang melakukan upaya pengobatan baik sendiri yaitu modern, tradisional dan lainnya dan rawat jalan.

**Tabel 1. Persentase Upaya Pencarian Pengobatan Sendiri dan Rawat Jalan oleh Penduduk Sakit dengan atau tanpa Gangguan Aktivitas, Susenas 2001**

Penduduk Sakit	Pengobatan Sendiri			Rawat Jalan
	Modern	Trad.	Lainnya	
• Gangguan (+)		54,6%		54,5%
• Gangguan (-)		58,4%		22,3%
• Total		56,3%		40,3%
	84,3%	28,7%	8,5%	



**Gambar 1. Persentase Upaya Pengobatan Sendiri dan Rawat Jalan Menurut Lamanya Gangguan Aktivitas, Susenas 2001**

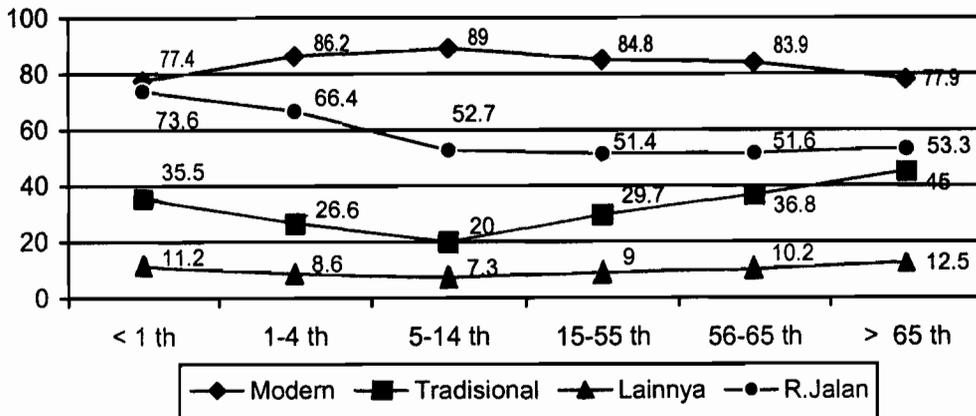
Ada kecenderungan penduduk sakit dengan atau tanpa gangguan aktivitas untuk memilih penggunaan obat modern dalam upaya pengobatan sendiri. Semakin lama gangguan aktivitas, kecenderungan penggunaan obat modern bahkan menurun sedikit. Namun sebaliknya penggunaan obat tradisional justru meningkat secara tajam pada gangguan aktivitas yang semakin lama (“semakin parah sakitnya”), demikian pula dengan pengobatan lainnya meskipun peningkatannya landai. Ada kemungkinan bahwa kecenderungan masyarakat untuk melakukan pengobatan sendiri dengan obat modern adalah oleh karena ketersediaan obat modern yang sampai ke pelosok dan dapat dibeli dengan bebas dengan harga terjangkau. Namun bila dirasa tidak dapat menyembuhkan penyakitnya, mereka beralih kepada obat tradisional. Pada upaya rawat jalan juga terjadi peningkatan tajam seiring dengan semakin lamanya terjadi gangguan aktivitas, namun menurun kembali pada gangguan lebih dari 14 hari. Hal ini mungkin terjadi karena keluarga pada awalnya menganggap adanya gangguan aktivitas sebagai tanda beratnya penyakit

sehingga harus dibawa ke fasilitas pengobatan. Tetapi semakin lama gangguan aktivitas mungkin keluarga sudah merasa jenuh untuk membawa berobat jalan baik karena pengaruh faktor biaya, waktu atau jangkauan tempat dan lain-lain.

## 2) Kelompok Umur

Gambar 2 berikut ini memberikan gambaran upaya pencarian pertolongan pengobatan berdasar pengelompokkan umur pada penduduk sakit dengan gangguan aktivitas. Terlihat bahwa kelompok umur 15-55 tahun terbanyak mengobati sendiri menggunakan obat modern sedangkan pada bayi pengobatan sendiri rendah. Pengobatan sendiri dengan obat tradisional terbanyak dilakukan oleh kelompok umur > 65 tahun, demikian pula dengan pengobatan cara lainnya.

Pada pengobatan sendiri pada penduduk sakit baik dengan obat modern atau lainnya perubahan cenderung landai artinya tidak banyak berubah pada berbagai kelompok umur. Sedangkan pada upaya



**Gambar 2. Persentase Upaya pencarian Pengobatan Sendiri dan Rawat Jalan pada Penduduk Sakit dengan Gangguan Aktivitas Menurut Kelompok Umur, Susenas 2001**

pengobatan sendiri dengan obat tradisional dan rawat jalan terdapat kecenderungan yang hampir sama yaitu tinggi pada kelompok balita kemudian menurun dan meningkat lagi pada kelompok produktif (15-55 tahun) namun pada pengobatan tradisional peningkatan lebih tajam. Dalam hal ini tampaknya masyarakat lebih berhati-hati dalam menangani bayi sakit, mereka tidak mudah untuk melakukan pengobatan sendiri tetapi cenderung berobat ke pelayanan rawat jalan.

**3).Upaya Pengobatan Sendiri dan Rawat Jalan di Berbagai Provinsi**

Gambaran upaya pencarian pengobatan baik berupa pengobatan sendiri, rawat jalan diperinci di 27 provinsi di Indonesia seperti terlihat pada Tabel 2.

Upaya pencarian pengobatan diperkirakan bervariasi di berbagai provinsi karena pengaruh perbedaan situasi dan kondisi baik yang berpengaruh langsung pada penduduknya ataupun karena faktor ketersediaan dan keterjangkauan fasilitas kesehatan formal, pelayanan kesehatan tradisional dan pelayanan lainnya. Gambaran ini akan membantu pemahaman keadaan fasi-

litas kesehatan dan kemampuan penduduknya dalam menjangkau pelayanan kesehatan.

**a. Pengobatan Sendiri**

Pengobatan sendiri pada Susenas 2001 (56,3%) bila dibanding dengan hasil SKRT 1992 tampak peningkatan (SKRT 1992: 38,73 % dari total penduduk mencari pengobatan)<sup>(5)</sup>. Hal ini mungkin terjadi kurangnya keterjangkauan pelayanan akibat krisis ekonomi. Pengobatan sendiri dengan obat modern tampak kecenderungan yang sama yaitu tertinggi dibanding pengobatan dengan obat tradisional atau cara pengobatan lainnya. Penduduk yang melakukan pengobatan sendiri secara umum tertinggi persentasenya di provinsi Kalimantan Tengah, Kalimantan Selatan dan Bangka Belitung. Sedangkan persentase terendah terdapat pada penduduk di provinsi Papua disusul NTT dan Bengkulu. Kebanyakan mereka memilih obat modern untuk pengobatan sendiri, dengan persentase tertinggi penduduk sakit yang menggunakan obat modern di provinsi Kalimantan Tengah, disusul Bangka Belitung dan Sulawesi Utara. Tingginya peng-

**Tabel 2. Persentase Penduduk Sakit Menurut Pola Pencarian Pengobatan di 27 Provinsi Indonesia (kecuali DI Aceh, Maluku ), Susenas 2001**

Provinsi	Jenis Pengobatan Sendiri (%)				Rawat jalan	Penduduk Sakit
	Modern	Tradis.	Lain.	Total		
Sumatera Utara	81,7	27,9	7,6	53,7	41,9	1.968.520
Sumatera Barat	71,5	49,6	11,9	42,9	<b>53,5</b>	1.224.834
Riau	82,1	29,2	7,5	57,5	29,1	875.361
Jambi	81,1	33,0	13,3	50,7	41,7	363.177
Sumatera Selatan	88,1	23,8	12,3	47,0	30,3	1.654.105
Bengkulu	74,7	39,0	10,8	41,1	41,0	187.923
Lampung	85,5	31,8	13,2	58,3	36,2	1.655.060
Bangka-Belitung	91,7	14,8	8,3	62,1	42,9	213.708
DKI Jakarta	87,7	24,0	8,8	59,0	37,5	2.516.591
Jawa Barat	88,8	25,0	6,4	61,2	40,5	8.212.290
Jawa Tengah	87,4	24,5	8,8	59,5	38,9	8.994.196
DI Yogyakarta	77,3	29,5	9,9	51,5	43,0	1.004.038
Jawa Timur	81,2	34,2	9,5	61,2	41,4	9.488.953
Banten	83,0	30,6	5,8	51,2	42,2	1.895.676
Bali	66,1	51,5	6,6	41,8	<b>54,7</b>	878.496
Nusa Tenggara Barat	69,5	46,4	4,7	47,3	49,5	1.030.992
Nusa Tenggara Timur	75,5	32,3	6,7	38,8	<b>50,7</b>	1.474.706
Kalimantan Barat	83,0	34,5	10,4	58,9	35,7	965.238
Kalimantan Tengah	93,4	17,2	7,5	63,2	33,4	355.851
Kalimantan Selatan	87,9	19,0	13,8	63,0	33,4	874.374
Kalimantan Timur	88,3	18,2	5,6	49,5	37,7	569.889
Sulawesi Utara	90,7	16,6	3,1	53,6	40,6	416.529
Sulawesi Tengah	86,9	17,7	9,1	61,1	36,4	596.493
Sulawesi Selatan	81,6	27,3	4,7	45,0	34,1	1.706.892
Sulawesi Tenggara	82,8	24,9	9,4	47,4	39,3	343.670
Gorontalo	89,8	27,1	7,4	59,4	35,8	321.568
Papua	64,8	41,9	7,7	27,7	48,1	484.614
<b>Indonesia</b>	<b>84,3</b>	<b>28,7</b>	<b>8,5</b>	<b>56,3</b>	<b>40,3</b>	<b>28.283.059</b>

gunaan obat modern menunjukkan ketersediaan dan keterjangkauan pembelian obat modern di mana-mana, baik di kota maupun di desa.

Penggunaan obat tradisional tertinggi terdapat di Provinsi Bali, Sumatera Barat dan Papua. Tampaknya di ketiga provinsi ini kepercayaan dan perilaku penggunaan tradisi lokal masih sangat kuat. Di Papua ada kemungkinan penggunaan tinggi karena masih banyak daerah yang terisolasi dan sulit menjangkau fasilitas kesehatan, namun di Bali tingginya penggunaan obat tradisional mungkin terkait dengan masih

kuatnya kultur tradisional yang dianut masyarakat. Untuk upaya pengobatan sendiri dengan cara lainnya terdapat angka tertinggi di provinsi Kalimantan Selatan, selanjutnya Jambi dan Lampung.

#### **b. Pengobatan Rawat Jalan**

Upaya pencarian pertolongan pengobatan di fasilitas kesehatan rawat jalan di berbagai provinsi seperti yang disajikan pada Tabel 9 di atas menunjukkan bahwa provinsi Bali, Sumatera Barat, dan NTT merupakan provinsi yang penduduk sakitnya terbanyak berobat rawat jalan. Hal ini terkait dengan tingginya penduduk sakit

dengan keluhan aktivitas di 3 provinsi ini. Tampaknya penduduk Bali sangat peduli dalam upaya penyembuhan terhadap keluhan kesehatan baik berupa upaya sendiri maupun dengan berobat jalan. Sedangkan provinsi Riau, Kalimantan Tengah dan Kalimantan Selatan secara berturut-turut merupakan provinsi dengan penduduk sakitnya yang paling sedikit melakukan upaya rawat jalan.

• **Biaya Rawat Jalan**

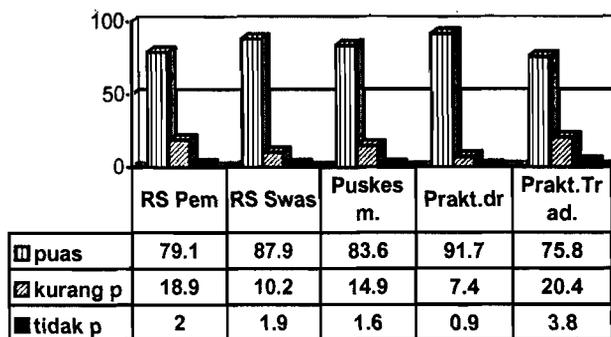
Kunjungan ke fasilitas kesehatan selain dipengaruhi oleh faktor keterjangkauan jarak juga sangat mungkin dipengaruhi oleh keterjangkauan dari sisi biaya. Biaya juga dikatakan merupakan faktor determinan sosial ekonomi tingkat keluarga yang mempengaruhi kejadian kematian<sup>(6)</sup>. Padahal dikatakan bahwa banyak kasus kematian yang sebenarnya terjadi karena keterlambatan dalam pemberian pelayanan pengobatan<sup>(7)</sup>. Oleh karena itu diperhitungkan pemanfaatan fasilitas kesehatan berdasar kelompok biaya yang dikeluarkan oleh rumah tangga. Besar biaya minimum rawat jalan yang diperoleh dari data Susenas 2001 adalah Rp 500,00 yang ditemui di Puskesmas, Puskesmas pembantu, Polindes dan Posyandu. Sedang di tempat pelayanan lain minimum sebesar Rp1.000,00 kecuali RS swasta minimum sebesar Rp1.500,00. Biaya maksimum rawat jalan

menurut Susenas 2001 adalah sebesar Rp 975.000,00 yang dibayarkan di tempat praktek dokter. Sedangkan di Puskesmas termahal Rp 600.000,00, Rumah Sakit (RS) swasta sebesar Rp 960.000,00 dan RS pemerintah Rp 900.000,00. Dugaan bahwa pengobatan tradisional murah tidak seluruhnya benar, karena ternyata ada yang membayar dengan biaya maksimal sebesar Rp 800.000,00 untuk pengobatan rawat jalan di pengobat tradisional.

Susenas 2001 menanyakan besar biaya yang dibayarkan oleh penduduk sakit kepada fasilitas kesehatan. Pada Tabel 3 terlihat hanya memilih beberapa fasilitas kesehatan rawat jalan yang dianggap penting yaitu RS pemerintah, RS swasta, Puskesmas, praktek dokter, praktek tradisional yang diperinci berdasar kelompok besar biaya yang dikeluarkan. Dalam Tabel 3 tampak bahwa biaya kurang Rp 10.000,00 terbanyak dikeluarkan dalam pelayanan rawat jalan di Puskesmas, sedangkan yang mengeluarkan biaya antara Rp 10.001,00 sampai dengan Rp 50.000,00 terbanyak di praktek dokter, biaya rawat jalan antara Rp 50.001,00 - 100.000,00 dan di atas Rp 100.000,00 terbanyak dikeluarkan oleh penduduk sakit yang mendapat pelayanan rawat jalan di RS swasta dan RS pemerintah.

**Tabel 3. Persentase Besar Biaya Rawat Jalan di RS Pemerintah, RS Swasta, Puskesmas, Praktek Swasta dan Praktek Tradisional, Susenas 2001**

Biaya Pengobatan	Pemaanfaatan Fasilitas (%)				
	RS Pem	RS Swas	Pusk.	Prak.dr	Prak.Trad
Sampai Rp 10.000	18,0	5,2	83,7	9,1	43,7
Rp 10.001 - Rp 50.000	38,6	42,7	14,7	67,0	39,4
Rp 50.001 - Rp 100.000	16,3	23,5	1,0	14,3	8,1
> Rp 100.000	27,1	28,7	0,6	9,5	8,8
T o t a l	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0



**Gambar 3. Persentase Kepuasan Penduduk Sakit yang Melakukan Rawat Jalan di Beberapa Fasilitas Kesehatan, Susenas 2001**

#### • Kepuasan Pelayanan Rawat Jalan

Kepuasan terhadap pelayanan sangat mempengaruhi pemanfaatan suatu fasilitas kesehatan. Fasilitas kesehatan yang mampu menjawab kebutuhan masyarakat akan selalu dicari meskipun tempatnya jauh dan dengan biaya yang relatif mahal. Tabel 4 menyampaikan kepuasan penduduk sakit yang berobat rawat jalan di fasilitas kesehatan dengan pengelompokan 'puas', 'kurang puas' dan 'tidak puas' terhadap pelayanan yang diberikan.

Terlihat dalam Gambar 3 bahwa penilaian kepuasan penduduk sakit yang berobat rawat jalan terhadap seluruh pelayanan rawat jalan secara rata-rata yang dijumpai pada Susenas 2001 adalah puas. Bila dilihat dari masing-masing jenis fasilitas rawat jalan tampaknya yang paling dinilai tidak atau kurang memuaskan adalah praktek tradisional, sedangkan yang dinilai memuaskan adalah praktek dokter.

#### c. Frekuensi Kunjungan dan Tingkat Pemanfaatan Fasilitas Rawat Jalan

Tabel 4 berikut ini menampilkan secara lengkap jenis fasilitas dan tingkat pemanfaatannya. Tabel 4 tersebut juga menunjukkan bahwa pemanfaatan terbanyak

terdapat pada praktek dokter dan praktek petugas kesehatan yaitu masing-masing sebanyak 27,5% dari penduduk sakit. Sedangkan fasilitas rawat jalan yang paling sedikit dimanfaatkan adalah Posyandu, disusul praktek pengobat tradisional dan RS swasta.

Selain berapa banyak penduduk sakit yang berkunjung ke fasilitas rawat jalan, juga perlu diketahui seberapa sering mereka melakukan kunjungan. Hal ini mencerminkan tingkat penggunaan fasilitas kesehatan tersebut. Frekwensi kunjungan yang dilakukan penduduk sakit dalam kurun waktu satu bulan maksimal 15 kali di hampir semua jenis fasilitas pelayanan rawat jalan kecuali di posyandu (5 kali), polindes (11 kali) serta poliklinik (10 kali). Dalam Tabel 4 terlihat sebagian besar kunjungan dilakukan ke berbagai jenis fasilitas kesehatan rawat jalan adalah sebanyak 1-3 kali, yang kunjungan 8 kali atau lebih sangat rendah. Kunjungan 1-3 kali terbanyak dilakukan pada praktek dokter, sedangkan kunjungan 4-7 kali dan 8-10 kali terbanyak dilakukan di praktek tradisional. Kunjungan yang lebih dari 10 kali terbanyak dilakukan di RS pemerintah. Perhatikan Tabel 3, 4 dan Gambar 3 tersebut di atas, tampaknya perawatan

tradisional pemanfaatannya tidak terlalu tinggi yang dimungkinkan karena pelayanannya tidak memuaskan dan biayanya juga tidak murah. Meskipun Puskesmas relatif paling murah namun pemanfaatannya kalah dengan praktek dokter dan praktek petugas kesehatan. Dokter praktek yang biayanya termasuk menengah ternyata peminatnya cukup tinggi. Tampaknya pemanfaatan dokter praktek dan petugas kesehatan yang masih menjadi pilihan pertama penduduk sakit yang dapat dikaitkan dengan kepuasan pelayanan dan mungkin juga karena kemudahan jangkauan jarak, biaya dan rasa percaya akan kesembuhan yang akan diperoleh. Di samping itu pada penyakit yang membutuhkan pengobatan berulang kali (kemungkinan penyakit yang parah atau kronis) masyarakat lebih memanfaatkan rumah sakit pemerintah karena relatif lebih murah dibanding RS swasta. Secara umum dapat dikatakan sebenarnya masyarakat lebih mempercayai rawat jalan dengan pengobatan modern daripada pengobatan tradisional namun dalam keadaan mendesak atau sebagai alternatif kemudian dipilih pengobatan tradisional.

## B. Pengobatan Rawat Inap

Pengobatan rawat inap tidak dapat dikaitkan gangguan aktivitas yang merupakan gambaran satu bulan terakhir, sedangkan rawat inap merupakan gambaran upaya pengobatan dalam kurun waktu satu tahun. Gangguan aktivitas dapat dikatakan merupakan cermin tingkat keparahan keluhan kesehatan. Rawat inap yang dilakukan oleh penduduk dalam satu tahun terakhir di fasilitas kesehatan rawat inap di berbagai provinsi disajikan secara lengkap pada Tabel 5. Upaya pengobatan rawat inap tersebut ditanyakan kepada semua penduduk selama kurun waktu satu tahun sesuai dengan pertanyaan dalam Susenas 2001.

Secara keseluruhan terjadi peningkatan penduduk yang rawat inap pada Susenas 2001 yaitu 2,9% dibanding hasil SKRT 1992 yaitu sebesar 1,96%<sup>(4)</sup>. Terlihat dari Tabel 5 bahwa penduduk di Provinsi DI Yogyakarta, Bali dan Kalimantan Timur terbanyak melakukan rawat inap. Sedangkan yang paling sedikit berobat rawat inap adalah penduduk di Provinsi Bengkulu, Sulawesi Tenggara dan Gorontalo.

**Tabel 4. Persentase Penduduk Sakit yang Berobat Jalan Satu Bulan Terakhir di Fasilitas Kesehatan, Susenas 2001**

Jenis fasilitas kesehatan	Pemanfaatan Fasilitas					N yang memanfaatkan
	Total %	Frekwensi Kunjungan (%)				
		1-3	4-7	8-10	> 10	
RS Pemerintah	4	92,1	6,0	0,7	1,1	819739
RS Swasta	3.1	94,1	5,1	3,0	2,9	625915
Praktek dokter	27.5	97,0	2,9	0,1	0,0	5564971
Puskesmas	23.5	96,7	3,0	0,3	0,0	4761285
Pustu	9.9	97,8	2,0	1,2	0,1	2002526
Poliklinik	3.7	97,1	2,7	0,2	-	756575
Praktek PetugasKes.	27.5	97,5	2,2	0,2	0,1	05558928
Praktek Trad.	2.6	87,2	10,4	1,4	1,0	534762
Polindes	3.3	96,3	3,1	0,4	0,3	673262
Posyandu	0.9	98,9	1,1	-	-	189656

**Tabel 5. Persentase Penduduk yang Pernah Mendapat Rawat Inap dalam Satu Tahun Terakhir, di 27 Provinsi Indonesia, Susenas 2001**

Provinsi	Rawat Inap (%)	Jumlah Penduduk
Sumatera Utara	2,5	11.586.824
Sumatera Barat	3,3	4.249.554
Riau	1,8	4.883.842
Jambi	1,6	2.437.431
Sumatera Selatan	2,2	6.931.077
Bengkulu	0,5	1.424.942
Lampung	1,8	6.721.981
Bangka-Belitung	2,4	962.499
DKI Jakarta	3,2	8.392.524
Jawa Barat	3,2	36.063.416
Jawa Tengah	3,4	31.053.841
DI Yogyakarta	5,1	3.124.796
Jawa Timur	3,0	34.681.202
Banten	2,4	8.259.328
Bali	4,0	3.155.024
Nusa Tenggara Barat	3,2	3.860.426
Nusa Tenggara Timur	2,4	3.993.068
Kalimantan Barat	2,0	3.786.670
Kalimantan Tengah	1,9	1.842.089
Kalimantan Selatan	1,6	3.004.335
Kalimantan Timur	3,7	2.491.389
Sulawesi Utara	3,6	1.998.177
Sulawesi Tengah	2,6	2.099.518
Sulawesi Selatan	1,8	7.849.065
Sulawesi Tenggara	0,9	1.814.390
Gorontalo	1,5	853.227
Papua	2,3	2.159.916
<b>Indonesia</b>	<b>2,9</b>	<b>199.680.551</b>

Perlu menjadi perhatian disini bahwa meskipun penduduk DI Yogyakarta tidak terlalu banyak yang menderita sakit namun tampaknya upaya rawat inap sangat tinggi. Faktor penyebab mungkin karena mudahnya jangkauan ke fasilitas rawat inap, kemampuan ekonomi untuk membayar rawat inap, banyak keluhan kesehatan yang dianggap serius atau tidak adanya anggota keluarga yang mampu merawat penderita sehingga membutuhkan rawat inap. Mungkin perlu diingat pula bahwa DI Yogyakarta merupakan kota pelajar sehingga

banyak dihuni pelajar dan penduduk musiman yang berasal dari kota lain yang tidak tinggal dengan keluarga sendiri. Sedangkan keadaan di Bali sangat memungkinkan untuk rawat inap karena memang kasus kesakitan tinggi dan tersedia serta terjangkau fasilitas rawat inap.

#### a. Pengeluaran Rumah Tangga untuk Biaya Rawat Inap

Kunjungan ke fasilitas kesehatan dipengaruhi oleh faktor keterjangkauan jarak dan keterjangkauan dari sisi biaya. Secara

umum pengobatan rawat inap membutuhkan biaya yang lebih tinggi dibanding pengobatan rawat jalan dan pengobatan sendiri. Biaya terendah yang dilaporkan oleh penduduk sakit untuk biaya rawat inap adalah sebesar Rp 600,00 di Rumah Bersalin/praktek bidan, selanjutnya di Polindes sebesar Rp 1.500,00. Biaya terbanyak yang dikeluarkan oleh penduduk sakit untuk rawat inap adalah sebesar Rp 980.000,00 di RS Pemerintah sedang di RS swasta sebesar Rp 979.000,00. Biaya rawat inap di puskesmas yang dikeluarkan oleh penduduk sakit, terbanyak sebesar Rp 700.000,00. Sedangkan rawat inap di tempat rawat inap tradisional ternyata juga tidak murah yaitu terendah Rp 8.500,00 dan terbanyak sebesar Rp 960.000,00

Tabel 6 berikut ini merinci persentase pengeluaran biaya rawat inap selama satu tahun berdasarkan kelompok besar biaya yang dikeluarkan menurut jenis fasilitas pelayanan rawat inap. Menurut Susenas 2001, persentase terbanyak dijumpai pada rata-rata besar biaya bawah sampai dengan Rp 100.000,00 (81,6%).

Bila dilihat dari jenis fasilitas rawat inap, terlihat bahwa biaya pengobatan rawat inap sampai Rp 100.000,00 terbanyak dikeluarkan di pelayanan rawat inap Puskesmas, biaya antara Rp 100.000,00 sampai Rp 500.000,00 terbanyak dikeluar-

kan di RS Pemerintah, sedangkan biaya sebesar antara Rp 500.000,00 sampai Rp 1.000.000,00 terbanyak dikeluarkan di RS Swasta. Ternyata tidak ada yang mengeluarkan biaya di atas Rp 1.000.000,00.

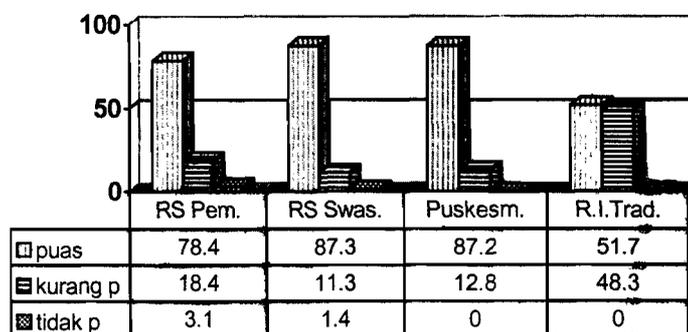
#### b. Kepuasan terhadap Pelayanan Rawat Inap

Fasilitas rawat inap yang dianggap memuaskan dan mampu memenuhi kebutuhan masyarakat akan selalu dicari meskipun tempatnya jauh atau bahkan dengan biaya yang relatif mahal. Gambar 4 berikut ini menyajikan gambaran kepuasan penduduk sakit yang berobat rawat inap di fasilitas kesehatan tertentu yaitu RS pemerintah, RS swasta, Puskesmas dan Pelayanan rawat inap tradisional yang dianggap penting. Pendapat terhadap pelayanan rawat inap dikelompokkan menjadi 'puas', 'kurang puas' dan 'tidak puas' terhadap pelayanan yang diberikan.

Terlihat dalam Gambar 4 tersebut bahwa sebagian besar penduduk sakit merasa puas terhadap pelayanan rawat inap. Yang paling dinilai 'kurang memuaskan' adalah rawat inap tradisional walaupun tidak ada yang menyatakan 'tidak merasa puas'. Sedangkan yang terbanyak dinilai memuaskan adalah RS swasta dan yang terbanyak 'tidak puas' adalah pelayanan rawat inap di RS Pemerintah.

**Tabel 6. Besar Rata-rata Biaya Rawat Inap di RS Pemerintah, RS Swasta, Puskesmas, dan Rawat Inap Tradisional, Susenas 2001**

Biaya Pengobatan	Pemaanfaatan Fasilitas (%)			
	RS Pem.	RS Swas.	Puskesmas	RI Trad.
Sampai Rp 100.000	15,3	6,9	56,0	39,0
Rp 100.001-Rp 500.000	60,1	59,2	42,1	52,6
Rp 500.001-Rp 1.000.000	24,7	33,9	1,9	8,4
> Rp 1.000.000	0,0	0,0	0,	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0



Gambar 4. Persentase Kepuasan Penduduk yang Melakukan Rawat Inap, Susenas 2001

Tabel 7. Persentase Lama Hari Rawat Inap Penduduk Sakit di Fasilitas Kesehatan, Susenas 2001

Lama Hari Rawat	Pemaanfaatan Fasilitas			
	RS Pem.	RS Swas.	Puskesmas	RI Trad.
Sampai 3 hari	28,7	33,8	73,6	47,9
4 - 7 hari	40,6	41,0	20,0	25,0
8 - 14 hari	18,2	16,8	5,6	1,7
> 14 hari	12,5	8,4	0,9	25,4
Rata2 Lama Hari Rawat	8,9 hr	7,1 hr	3,1 hr	16,9 hr

### c. Lama Hari Rawat

Selain seberapa banyak penduduk sakit yang berobat ke fasilitas rawat inap, juga perlu diketahui seberapa lama mereka dirawat. Hal ini mencerminkan tingkat hunian suatu fasilitas kesehatan rawat inap tersebut. Hari rawat inap adalah lama hari rawat selama kurun waktu satu tahun di suatu fasilitas rawat inap. Susenas 2001 memperlihatkan bahwa lama hari rawat inap maksimum adalah di RS pemerintah yaitu 210 hari, selanjutnya di rawat inap tradisional selama 120 hari, dan di RS swasta selama 74 hari. Pemanfaatan fasilitas rawat inap terperinci menurut lama hari rawat pada beberapa rawat inap dapat dilihat pada Tabel 7.

Dalam Tabel 7 terlihat bahwa lama rawat inap 1-3 hari terbanyak dilakukan di Puskesmas. Sedangkan lama rawat 4-7 hari banyak dilakukan di RS swasta. Rawat inap selama 8-14 hari banyak dilakukan di RS pemerintah dan lebih > 14 hari banyak dilakukan di rawat inap tradisional.

### d. Tingkat Pemanfaatan Menurut Jenis Fasilitas Kesehatan

Tabel 8 berikut ini menampilkan secara lengkap jenis fasilitas dan tingkat pemanfaatannya. Tabel tersebut menunjukkan bahwa pemanfaatan terbanyak terdapat pada RS pemerintah yaitu dimanfaatkan oleh 40% dari penduduk sakit, selanjutnya rumah sakit swasta sebanyak 36,2% pen-

**Tabel 8. Distribusi Persentase Penduduk Sakit yang Berobat Rawat Inap di berbagai Fasilitas Kesehatan, Susenas 2001**

Jenis fasilitas kesehatan	Pemanfaatan Fasilitas	
	%	Frekwensi
RS Pemerintah	40,0	584.862
RS Swasta	36,2	529.570
Puskesmas	10,5	153.404
Rumah Bersalin/Praktek Bidan	9,8	143.346
Polindes.	1,3	19.582
Rawat Inap Tradisional	1,4	20.049
Lainnya	2,1	31.169

duduk sakit. Sedangkan fasilitas rawat inap yang paling sedikit dimanfaatkan adalah Polindes yaitu sebesar 1.3% atau oleh 19.582 penduduk sakit. Dari tabel 8-10 di atas dapat dikatakan bahwa meskipun rawat inap di fasilitas kesehatan pemerintah dianggap kurang memuaskan namun nampaknya sebagian penduduk sakit "terpaksa" menggunakan jasanya yang mungkin disebabkan karena keterjangkauan dari sisi jarak, biaya dan kelengkapan fasilitas pelayanan kesehatan.

## SIMPULAN

Disimpulkan beberapa hal berikut ini, pertama ada kecenderungan yang sama antara penduduk sakit baik dengan gangguan atau tanpa gangguan aktivitas dalam melakukan upaya pengobatan sendiri dan rawat jalan (lebih dari 50%). Kelompok balita cenderung lebih banyak dibawa ke pelayanan rawat jalan sedangkan semakin tua usia semakin banyak yang melakukan pengobatan sendiri.

Pemanfaatan rawat jalan yang banyak menjadi pilihan adalah praktek dokter dan petugas kesehatan serta Puskesmas, nampaknya masyarakat lebih mementingkan kepuasan pelayanan daripada biaya murah seperti tampak pada banyaknya keluhan kurang puas terhadap pelayanan di puskesmas meskipun biayanya murah.

Pelayanan rawat jalan di RS pemerintah yang terbanyak dikeluhkan tidak puas.

Pelayanan pengobatan tradisional ternyata tidak murah dibandingkan pelayanan yang lain dan rata-rata hari rawat di pelayanan tradisional paling lama. Pelayanan rawat inap di RS pemerintah merupakan yang terbesar pemanfaatannya meskipun ketidak-puasan pelayanan juga banyak dikeluhkan. Sedangkan biaya yang tinggi terdapat di RS swasta.

## UCAPAN TERIMA KASIH

Penelitian ini merupakan analisis data sekunder dari data Susenas 2001 yang merupakan bagian dari Surkesnas. Oleh karena itu tidak berlebihan apabila Penulis mengucapkan terima kasih kepada Koordinator Surkesnas atas kesempatan yang diberikan. Demikian pula kepada para Konsultan Surkesnas yang memberikan kritik dan saran pada laporan kami, dan tim editor yang telah mengoreksi dan memberi masukan artikel ini serta tidak kalah pentingnya kepala Puslitbang Pelayanan dan Teknologi Kesehatan yang mengizinkan kami terlibat dalam kegiatan analisis Susenas 2001.

## DAFTAR RUJUKAN

1. Departemen Kesehatan. Republik Indonesia.. Indonesia Sehat 2010. Jakarta: Departemen Kesehatan RI. 2001

2. Sarwono Solita., Sosiologi Kesehatan. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press. 1993
3. A. Reinke William. Perencanaan Kesehatan untuk Meningkatkan Efektifitas Manajemen. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press, 1994.
4. Indonesia. Badan Pusat Statistik. Susenas (Survei Sosial Ekonomi Nasional) 2001. Pedoman Pencacahan Kor – Modul. Jakarta: Badan Pusat Statistik. 2001.
5. Badan Litbangkes.. Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) 1992, Jakarta: Badan Litbangkes, Depkes RI, 1992
6. Mosley, W Henry. Chen, Lincoln C, Suatu Kerangka analisis untuk studi kelangsungan hidup anak di negara berkembang. Dalam: Kelangsungan hidup anak. Editor Masri Singarimbun. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press. 1988.
7. Mosley, W Henry. Chen, Lincoln C. 1984. An analitical Framework for study of child survival in developing countries. In Child Survival Strategies for research. Population and Development Review Vol 10.