



Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:

- a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
- b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar Unand.

2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin Unand.

FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PENGELUARAN RUMAH TANGGA UNTUK KESEHATAN MORBIDITAS DI SUMATERA BARAT

SKRIPSI



**ADE PRATAMA
03151055**

**JURUSAN ILMU EKONOMI
FAKULTAS EKONOMI
UNIVERSITAS ANDALAS
PADANG
2011**

FAKULTAS EKONOMI
UNIVERSITAS ANDALAS

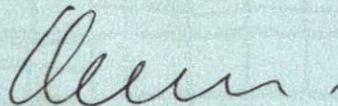
TANDA PERSETUJUAN SKRIPSI

Dengan ini Dekan Fakultas Ekonomi, Ketua Jurusan Ilmu Ekonomi, dan Pembimbing Skripsi menyatakan bahwa:

Nama : Ade Afratama
No. BP : 03 151 036
Jurusan : Ilmu Ekonomi
Program Studi : S-1
Judul Skripsi : Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pengeluaran Rumah
Tangga untuk Kesehatan dan Morbiditas di Sumatera Barat

Telah diseminarkan pada tanggal 20 April 2011 dan telah disetujui dengan prosedur dan ketentuan yang berlaku.

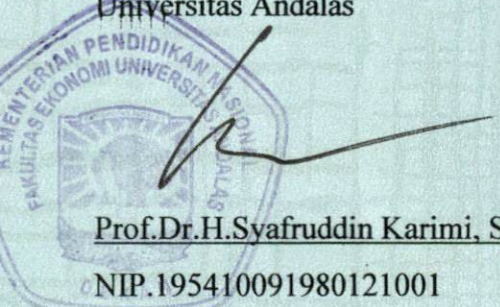
Disetujui Oleh :
Pembimbing Skripsi



Prof. Dr. H. Elfindri, SE, MA
NIP. 196210201987021003

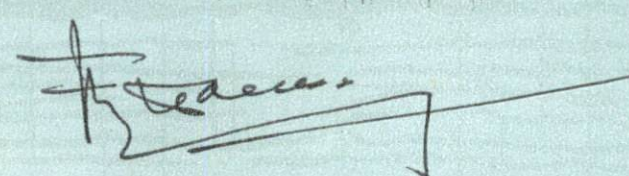
Mengetahui,

Dekan Fakultas Ekonomi
Universitas Andalas

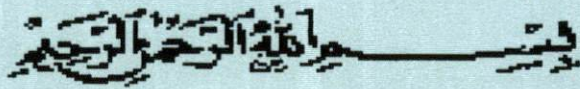


Prof. Dr. H. Syafruddin Karimi, SE, MA
NIP. 195410091980121001

Ketua Jurusan Ilmu Ekonomi
Fakultas Ekonomi Universitas Andalas



Prof. Dr. H. Firwan Tan, SE, M. Ec. DEA, Ing
NIP. 130.812.952



Alhamdulillah....

*Puji dan syukur kehadiran Allah SWT
Atas semua yang dilimpahkan Nya
Allah memberikan hikmah (ilmu yang berguna)
Kepada siapa yang diberikan hikmah
Sesungguhnya telah diberikan kebijakan yang banyak
Tak ada yang dapat mengambil pelajaran
Kecuali orang-orang yang berakal
(Q.S Albaqarah : 269)*

*Sifat-sifat yang baik itu tidak dianugerahkan
Melainkan kepada orang-orang yang sabar
Dan tidak dianugerahkan melainkan kepada
Orang-orang yang mempunyai keberuntungan
Yang besar (surat Fushshilat : 35)*

*Saatnya kupersembahkan sebuah cita-cita
Yang telah kuraih dihadapan yang mulia
Ayah dan Bunda tercinta, adek-adek yang kusayangi
Terima Kasih atas kasih sayang dan
Cintanya slama ini untukku, juga buat
Teman-teman maupun seluruh pihak
Yang telah membantu dalam penyelesaian
Skripsi dan kuliah ku ini
Terima kasih buat semuanya.*

*Semoga keberhasilanku ini
Menjadi langkah awalku
Dalam menapaki jalan yang
Masih panjang untuk mencapai
Cita-cita dunia dan akhirat*

*Barang siapa merintis jalan mencari ilmu
Maka Allah akan memudahkan baginya jalan kesurga
(H.R. Muslim)*

	No.Alumni Universitas	ADE AFRATAMA	No.Alumni Fakultas
	BIODATA a). Tempat / Tanggal Lahir : Padang Panjang, 20 Oktober 1985 b). Nama Orang Tua : Afrizal dan Dewi Setiati c). Fakultas : Ekonomi d). Jurusan : Ilmu Ekonomi e). No. BP : 03 151 036 f). Tgl lulus : 20 April 2011 g). Predikat lulus : Sangat Memuaskan h). IPK : 2,9 i). Lama studi : 7 Tahun 2 Bulan j). Alamat Orang Tua : Silaing Bawah, Jln.RPH No.19 Kec. Padang Panjang Barat.		

Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pengeluaran Rumah Tangga Untuk Kesehatan dan Morbiditas di Sumatera Barat

Skripsi S1 Oleh : Ade Afratama

Pembimbing : Prof.Dr.H. Elfindri, SE,MA

Penelitian ini ditujukan untuk mengetahui kaitan variabel pendapatan, jumlah anggota rumah tangga, pendidikan, umur dan lokasi tempat tinggal terhadap alokasi pengeluaran rumah tangga untuk kesehatan, ditambah dengan Morbiditas disumatera barat. Dari hasil penelitian diketahui bahwa variabel diatas berpengaruh secara signifikan. Penelitian ini menggunakan data sekunder yaitu data mentah Susenas 2007 dan data SMERU mengenai morbiditas. Metode ini menggunakan Analisis Regresi Linear Berganda meliputi uji t, uji F, dan R-square(Koefisien Determinasi). Hasil yang diperoleh R-square dan F menunjukan bahwa antara variabel independent dan variabel dependent mempunyai hubungan yang signifikan, namun pada uji t dari lima variabel bebas, empat varibel mempunyai pengaruh signifikan (pendapatan, jumlah anggota rumah tangga, pendidikan dan lokasi tempat tinggal), sedangkan variabel umur tidak signifikan. Berdasarkan penelitian ini, disarankan agar pemerintah lebih memperhatikan masalah kesehatan yang terjadi diIndonesia pada umumnya dan di Sumatera Barat pada khususnya, agar semua masalah-masalah yang timbul yang berhubungan dengan masalah kesehatan dapat terpecahkan.

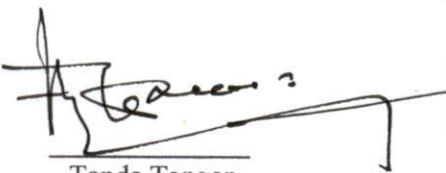
Skripsi telah dipertahankan di depan sidang penguji dan dinyatakan lulus pada 20 April 2011.

Abstrak telah disetujui oleh pembimbing dan penguji :

Tanda Tangan			
Nama Terang	Prof. Dr. Elfindri, SE, MA (Pembimbing)	Drs. Wirzon, MS (Pembahas I)	Drs. Zulkifli, N, M. Si (Pembahas II)

Mengetahui,

Ketua Jurusan : **Prof.Dr.H.Firwan Tan, SE, M. Ec. DEA. Ing**
NIP. 130.812.952


 Tanda Tangan

Alumnus telah mendaftar ke Fakultas / Universitas Andalas dan mendapat nomor Alumnus :

	Petugas Fakultas / Universitas	
No. Alumni Fakultas	Nama	Tanda Tangan
No. Alumni Universitas	Nama	Tanda Tangan

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah Rabbil 'Alamin, berkat rahmat dan hidayah Allah Subhanahuwata'ala penulis telah dapat menyelesaikan skripsi ini, dalam rangka memenuhi salah satu persyaratan dari sekian persyaratan untuk menyelesaikan studi pada Fakultas Ekonomi Universitas Andalas.

Adapun masalah yang dibahas dalam skripsi ini, adalah "Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Alokasi Pengeluaran Rumah Tangga untuk Kesehatan dan Morbiditas di Sumatera Barat".

Selama proses penulisan skripsi ini, penulis juga menghadapi berbagai kendala. Semua kendala tersebut dapat diatasi berkat bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak. Pada kesempatan ini, penulis mengucapkan terima kasih atas bantuan dan bimbingan tersebut, yaitu dari :

1. Bapak Prof. Dr. Syafruddin Karimi, SE, MA selaku Dekan Fakultas Ekonomi Universitas Andalas ;
2. Bapak Prof. Dr. H. Firwan Tan, SE, M.Ec, DEA, Ing selaku Ketua Jurusan Ilmu Ekonomi pada Fakultas Ekonomi Universitas Andalas ;
3. Bapak Prof. Dr. Elfindri, SE, MA selaku dosen pembimbing yang telah bersedia meluangkan waktu dan memberi petunjuk, saran dan pengarahan dalam penulisan skripsi ini ;
4. Bapak Drs. Wirzon, MA dan Bapak Drs. Zulkifli.N. M.Si. selaku tim pembahas yang telah memberikan saran dan kritik yang membangun demi kesempurnaan skripsi ini;
5. Bapak Febriandi Prima Putra, SE, M. Si selaku ketua program studi ilmu ekonomi.

6. Bapak Syon syarid, M.Si. Selaku Pembimbing Akademik penulis ;
7. Seluruh dosen yang mengabdikan pada Jurusan Ilmu Ekonomi Fakultas Ekonomi Universitas Andalas yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu ;
8. Bapak dan ibu Biro Jurusan Ekonomi serta seluruh karyawan dan karyawan Fakultas Ekonomi Universitas Andalas yang telah memberikan bantuan dan kemudahan kepada penulis dalam menyelesaikan skripsi ini ;
9. Kedua orang tuaku tercinta yang begitu sabar membesarkan dan membimbing penulis serta memberikan semangat, dorongan dan doa kepada penulis serta adik-adikku Semoga kita selalu berada di bawah naungan ridho illahi ;
10. Kepada seluruh teman-teman angkatan Ilmu ekonomi 2003 terutama for ulva alias qomenk dan koko kurniawan kawan seperjuangan di detik-detik akhir (alhamdulillah ya..) dan seluruh keluarga besar Ilmu ekonomi uda-uda toserba makasih atas supportnya, adiak-adiak di toserba terutama Apis dan Jalu (capek susul uda Dik) dan acara MMA toserba (band) ;

Akhir kata penulis mengharapkan semoga skripsi ini bermanfaat bagi dunia ilmu pengetahuan dan bagi kita semua. Bagaimanapun jua dari Allah SWT semuanya bermula dan kepada Allah jualah kita kembali. Semoga ridha Allah selalu menyertai kita. Amin amin ya robbilalamin, assalamuallaikum warrahmatullahiwabarakatuh.

Padang, Mei 2011

Penulis

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI

DAFTAR TABEL

DAFTAR GAMBAR

DAFTAR LAMPIRAN

BAB I PENDAHULUAN

1.1	Latar Belakang.....	1
1.2	Perumusan Masalah.....	10
1.3	Tujuan Penelitian.....	10
1.4	Hipotesa.....	11
1.5	Manfaat Penelitian.....	11
1.6	Sistematika Penulisan.....	12

BAB II KERANGKA TEORI DAN METODE PENELITIAN

2.1	Kerangka Teori.....	13
2.1.1	Pendapatan Rumah Tangga.....	20
2.1.2	Pendidikan.....	21
2.1.3	Jumlah Anggota Rumah Tangga.....	22
2.1.4	Umur.....	23
2.1.5	Lokasi Tempat Tinggal.....	24
2.2	Metode Penelitian.....	27
2.2.1	Daerah Penelitian.....	27
2.2.2	Sumber Data.....	27
2.2.3	Analisa Kuantitatif.....	28
2.2.3.1	Koefisien Determinasi.....	28
2.2.3.2	Uji T (T test).....	28

BAB III GAMBARAN OBJEK PENELITIAN

3.1 Keadaan Geografis Sumatera Barat.....	32
3.2 Penduduk Sumatera Barat Tahun 2007	33
3.2.1 Penduduk Sumatera Barat Tahun 2007 Menurut Lokasi Tempat Tinggal.....	35
3.2.2 Penduduk Sumatera Barat Tahun 2007 Menurut Ijazah Tertinggi Yang di Miliki	35
3.2.3 Penduduk Sumatera Barat Tahun 2007 Menurut Jumlah Anggota Keluarga.....	36
3.2.4 Penduduk Sumatera Barat Tahun 2007 Menurut Umur	38
3.2.5 Penduduk Sumatera Barat Berdasarkan Pengeluaran Perkapita Penduduk Kota dan Desa Perbulan	39
3.3 Kondisi Kesehatan Sumatera Barat	41
3.4 Morbiditas Sumatera Barat.....	61
3.5 Morbiditas Berdasarkan Kuintil konsumsi	69

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Estimasi	77
4.2 Uji Statistik	79
4.2.1 Uji R^2	79
4.2.2 ANOVA.....	79
4.2.3 Uji t.....	80
4.3 Pembahasan Hasil Estimasi	81
4.3.1 Pendapatan Rumah Tangga per bulan	81
4.3.2 Pendidikan.....	81
4.3.3 Lokasi Tempat Tinggal	82

4.3.4 Jumlah Anggota Rumah Tangga.....	82
4.3.5 Umur	83
4.4 Implikasi Kebijakan.....	83

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan.....	86
5.2 Saran.....	87

DAFTAR KEPUSTAKAAN

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Variabel dan Skala Pengukuran Data dan Analisa Linear Berganda.....	31
Tabel 3.2	Penduduk Sumatera Barat Tahun 2007 Menurut Kabupaten dan Kota Wilayah dan Kepadatan	34
Tabel 3.2	Pengeluaran Perkapita Penduduk Perkotaan dan Pedesaan Sumatera Barat.....	39
Tabel 3.3	Pengeluaran Perkapita Penduduk Perkotaan Sumatera Barat.....	40
Tabel 3.4	Pengeluaran Perkapita Penduduk Pedesaan Sumatera Barat.....	40
Tabel 3.5	Persentase Penduduk Miskin Sumatera Barat	44
Tabel 3.6	Persentase Rumah Tangga yang Mendapatkan Pelayanan Kesehatan Gratis Kota/Desa Sumatera Barat	46
Tabel 3.7	Persentase Rumah Tangga yang Mendapatkan Pelayanan Kesehatan Gratis Perkotaan Sumatera Barat	47
Tabel 3.8	Persentase Rumah Tangga yang Mendapatkan Pelayanan Kesehatan Gratis Pedesaan Sumatera Barat	47
Tabel 3.9	Jumlah Rumah Sakit Menurut Jenis Pengelola Di Sumatera Barat.....	50
Tabel 3.10	Tren Penyedia Layanan Kesehatan Sumatera Barat.....	51
Tabel 3.11	Tren Kunjungan Perjenis Penyedia Pelayanan Kesehatan Sumatera Barat.....	52
Tabel 3.12	Jumlah Tenaga Medis dan Paramedis Menurut Kab/Kota Sumatera Barat.....	55
Tabel 3.13	Jumlah Puskesmas dan Rasio Terhadap Jumlah Penduduk Sumatera Barat.....	58
Tabel 3.14	Persentase Penduduk Berobat Menurut Tempat dan Cara Berobat Sumatera Barat.....	59

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1	Persentase Penduduk Sumatera Barat Tahun 2007	
	Menurut daerah tempat tinggal	35
Gambar 3.2	Pesentase Penduduk Sumatera Barat Tahun 2007	
	Menurut Ijazah yang dimiliki	36
Gambar 3.3	Pesentase Penduduk Sumatera Barat Tahun 2007	
	Menurut Anggota Rumah Tangga	37
Gambar 3.4	Persentase Penduduk Sumatera Barat Tahun 2007	
	Menurut Umur	38
Gambar 3.5	Persentase Penduduk Menurut Tempat Berobat	59
Gambar 3.6	Tren Morbiditas Menurut Kuintil Konsumsi	70

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pembangunan kesehatan bertujuan meningkatkan kesehatan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Sehingga terciptanya masyarakat, bangsa dan negara Indonesia yang hidup dengan perilaku dan lingkungan sehat,serta memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan bermutu secara adil dan merata.

Laju Pembangunan ekonomi terutama pembangunan kesehatan yang telah dilaksanakan pemerintah belum bisa dikatakan berhasil meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara cukup bermakna, masih banyak dijumpai berbagai macam masalah dan hambatan. Adapun target yang ingin dicapai melalui pembangunan kesehatan tersebut adalah masyarakat, bangsa dan Negara yang ditandai oleh penduduknya hidup dalam lingkungan dan perilaku yang sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata serta memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya diseluruh wilayah Republik Indonesia.

Menurut Human Development Index (HDI) yang diterbitkan oleh United Nation Development Program (UNDP) setiap tahunnya, disebutkan bahwa ada tiga domain utama yang dinilai HDI sesuai dengan urutannya, yaitu Kesehatan, diurutan pertama, Pendidikan diurutan kedua dan Ekonomi diurutan ketiga. Tanpa kesehatan yang baik, pendidikan tidak mungkin berjalan dengan baik, mustahil ekonomi

keluarga masyarakat dapat membaik pula. Tanpa kesehatan dan pendidikan yang baik, ekonomi kita kelak hanya menjadi “ekonomi kaki lima”. Namun sebaliknya, tanpa ekonomi yang kuat, kesehatan dan pendidikan keluarga/ masyarakat pun tidak mungkin dapat membaik pula.

Sesuai dengan pola umum pembangunan nasional, pemerintah telah mengupayakan pembangunan kesehatan melalui suatu Sistem Kesehatan Nasional (SKN). Pembangunan bidang kesehatan yang digariskan dalam sistem kesehatan nasional diarahkan agar pelayanan kesehatan jangkauannya lebih luas dan merata sehingga dapat dirasakan oleh semua lapisan masyarakat. Peningkatan pelayanan kesehatan diharapkan dapat menghasilkan derajat kesehatan masyarakat lebih tinggi sehingga memungkinkan masyarakat hidup lebih produktif, baik secara ekonomi maupun sosial sehingga tercipta masyarakat sehat secara keseluruhan.

Tingkat kesehatan dan pembangunan sangat erat kaitanya, pada tingkat mikro yaitu individual dan keluarga, kesehatan adalah dasar bagi produktivitas kerja. Tenaga kerja yang sehat secara fisik dan mental, lebih produktif dan mendapatkan penghasilan yang tinggi. Keadaan ini terutama terjadi di negara-negara sedang berkembang, dimana proporsi terbesar dari angkatan kerja masih bekerja secara manual. Pada tingkat makro, penduduk dengan tingkat kesehatan yang baik merupakan masukan (*input*) penting untuk menurunkan kemiskinan, pertumbuhan ekonomi, dan pembangunan ekonomi jangka panjang.

Indonesia sebagai salah satu negara yang ikut menyepakati tujuan pembangunan milenium (MDGs) dan berikrar untuk meningkatkan kemajuan diberbagai bidang sampai pada tahun 2015. Delapan kesepakatan tersebut adalah :

1. Penghapusan kemiskinan (*Eradicate extreme poverty and hunger*).
2. Pendidikan untuk semua (*Achieve universal primary education*).
3. Persamaan gender (*Promote gender equality and empower women*).
4. Perlawanan terhadap penyakit (*Combat HIV / AIDS, malaria, and other diseases*).
5. Penurunan angka kematian anak (*Reduce child mortality*).
6. Peningkatan kesehatan ibu (*Improve maternal health*).
7. Pelestarian lingkungan hidup (*Ensure environmental sustainability*).
8. Kerjasama global (*Develop a global partnership for development*).

Tujuan pembangunan dalam bidang kesehatan antara lain: (1) menurunkan angka kematian anak sebesar dua pertiganya pada tahun 2015 dari keadaan tahun 2000; (2) menurunkan angka kematian ibu melahirkan sebesar tiga perempatnya pada tahun 2015 dari keadaan 2000; dan (3) menahan peningkatan prevalensi penyakit HIV/AIDS dan penyakit utama lainnya pada tahun 2015. Tujuan pembangunan milenium difokuskan terhadap pengurangan kemiskinan pada umumnya dan beberapa tujuan kesehatan pada khususnya, sehingga terdapat keterkaitan antara upaya keseluruhan penurunan kemiskinan dengan investasi di bidang kesehatan (Atmawikarta, 2006).

Perubahan Perubahan demi perubahan dari kebijakan pemerintah dalam menangani kesehatan masyarakat, ternyata pemenuhan kebutuhan masyarakat terutama masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan tidak berubah, tetap saja masyarakat mengalami kesulitan dalam memperoleh pelayanan kesehatan, Tingkat

kesehatan masyarakat yang tidak merata dan sangat rendah khususnya di kantong-kantong pedesaan yang disebabkan oleh banyak faktor seperti lingkungan yang kumuh, tenaga medis yang masih belum cukup dan kurang berpengalaman, mengakibatkan mereka sangat rentan terjangkit wabah.

Sejak dahulu kesehatan merupakan masalah yang rumit dan sulit untuk dipecahkan di Indonesia. Masalah kesehatan merupakan masalah nasional yang pemecahannya merupakan tanggung jawab pemerintah dan masyarakat. Masalah tersebut tidak berdiri sendiri karena dipengaruhi oleh faktor sosial, budaya, ekonomi, pendidikan dan sebagainya.

Terbatasnya akses, rendahnya mutu layanan kesehatan serta kurangnya pemahaman terhadap perilaku hidup sehat merupakan masalah utama yang menyebabkan rendahnya derajat kesehatan masyarakat. Selain itu terbatasnya tenaga kesehatan, kurangnya peralatan dan kurangnya sarana kesehatan juga menyebabkan rendahnya tingkat kesehatan seseorang.

Untuk mencapai kondisi masyarakat yang sehat diperlukan bentuk pelayanan kesehatan yang optimal. Beberapa upaya pemerintah untuk meningkatkan derajat kesehatan diantaranya desentralisasi kesehatan masyarakat yang lebih kenal dengan puskesmas, dimana puskesmas merupakan tempat pelayanan kesehatan masyarakat sehingga memudahkan untuk melihat sejauh mana tingkat kesehatan masyarakat baik secara khusus di daerah-daerah maupun secara umum bagi mana gambaran kesehatan masyarakat di Indonesia (Suwita, 2006).

Menurut Soegeng (1994: 127) masalah kesehatan masyarakat merupakan salah satu faktor yang menentukan kualitas manusia masa depan, karena itu kecukupan gizi dan perawatan kesehatan masyarakat harus ditempatkan sebagai salah satu prioritas pembangunan. Untuk itu dibutuhkan perhatian semua pihak baik dari pemerintah maupun masyarakat itu sendiri agar dapat melakukan peningkatan dan pemupukan kemampuan masyarakat dari tingkat kemampuan pendapatan yang berbeda-beda untuk kemudian dilakukan usaha-usaha demi tercapainya peningkatan pendapatan perkapita.

Hal yang paling merugikan, namun kurang diperhatikan, biaya yang tinggi dari kematian ibu dan anak dapat ditinjau dari aspek demografi. Keluarga miskin akan berusaha mengganti anaknya yang meninggal dengan cara memiliki jumlah anak yang lebih banyak. Jika keluarga miskin mempunyai banyak anak maka keluarga tersebut tidak akan mampu melakukan investasi yang cukup untuk pendidikan dan kesehatan untuk setiap anaknya. Dengan demikian, tingginya beban penyakit pada keluarga yang memiliki banyak anak akan menyebabkan rendahnya investasi untuk kesehatan dan pendidikan untuk setiap anaknya (Ananta, 1993).

Kondisi tingkat kesehatan masyarakat Indonesia masih sangat memprihatinkan salah satu gambarannya adalah masih tingginya tingkat kematian ibu 390 dari 100.000 kelahiran hidup. Ini lebih tinggi tiga sampai enam kali tingkat kematian ibu melahirkan di negara – negara ASEAN. Lingkungan, pertumbuhan ekonomi (pembangunan ekonomi) dan kesehatan, selain memiliki keterikatan yang erat. Secara empirik, pembangunan nasional (sosial-ekonomi) juga memiliki

kontribusi dalam bidang kesehatan masyarakat. Akan tetapi di beberapa hal berbagai masalah kesehatan masyarakat muncul antara lain dengan urbanisasi, pencemaran lingkungan, pemukiman penduduk yang kurang sehat, dan kurang tersedianya gizi yang baik untuk masyarakat. Masalah yang juga dihadapi pemerintah adalah kurang meratanya tingkat pembangunan pelayanan kesehatan masyarakat di setiap daerah, karena Indonesia sebagai negara kepulauan sangat sulit untuk menjangkau daerah-daerah terpencil, hal lain yang juga ikut memperparah pemerataan pelayanan kesehatan di Indonesia adalah terlalu jauhnya jarak antara tingkat kesejahteraan masyarakat di perkotaan dan masyarakat di desa (Juanita, 2002).

Pernyataan tentang adanya keterkaitan antara status ekonomi dengan kondisi kesehatan masyarakatnya diakui dan dinyatakan oleh pakar kesehatan. Fishbein (1981) dalam bukunya *Health and Wealth* menyebutkan bahwa pada daerah yang lebih miskin diketahui memiliki angka kesakitan yang lebih besar dibandingkan dengan masyarakat yang lebih baik tingkat ekonominya. Esensi dari pernyataan di atas adalah ada pengaruh kesulitan atau kemudahan ekonomi (pengelolaan sistem keuangan) terhadap kualitas kesehatan masyarakat tertentu. Kondisi serupa tidak berubah sampai sekarang. Kesadaran tentang pengaruh masalah kesulitan ekonomi.

Pendapatan dan kesejahteraan yang rendah menyebabkan masyarakat, khususnya masyarakat miskin lebih memfokuskan sumber penghasilannya untuk pemenuhan kebutuhan makanan daripada kesehatan. Disamping itu lingkungan perumahan yang tidak sehat, sebagian karena tinggal di daerah pemukiman kotor, menyebabkan tingkat kesehatan masyarakat menjadi rendah dan rentan terhadap

berbagai wabah penyakit bila dibandingkan dengan masyarakat yang mempunyai pendapatan yang lebih besar, mereka akan lebih menghindari/ mencegah penyakit dari pada mengobati. Misalnya dengan mengkonsumsi makanan yang memenuhi kebutuhan tubuh mereka sehingga peluang mereka untuk sakit akan menjadi lebih kecil.

Faktor yang mempengaruhi konsumsi kesehatan sangat banyak, terutama yang berhubungan dengan keadaan sosial ekonomi, dan budaya seperti tingkat pendidikan, pengetahuan, pengalaman dan kebiasaan (Mariyono, 2005). Asian Development Bank (1999) dalam penelitiannya menyatakan bahwa ketidakadilan dalam pembiayaan kesehatan paling sering dijumpai di negara-negara dimana pembiayaan kesehatannya didominasi dengan cara pembayaran tunai (*out-of-pocket payment*). Penduduk di pedesaan yang membayar biaya kesehatan secara tunai jumlahnya lebih banyak dibandingkan dengan penduduk di daerah perkotaan.

Rendahnya pengetahuan/ pendidikan masyarakat mengenai kesehatan serta jarak tempat tinggal dengan sarana kesehatan juga menjadi permasalahan. Masyarakat yang mempunyai pendidikan dan pengetahuan yang rendah cenderung tidak mengetahui bagaimana pola hidup yang sehat dan cara memperolehnya. Jarak fasilitas kesehatan yang jauh dan biaya yang mahal merupakan faktor penyebab rendahnya aksesibilitas masyarakat terhadap layanan kesehatan yang bermutu (Propeda Provinsi DKI Jakarta, 2007).

Masih banyak terdapat pola tantangan baru yang akan di hadapi masyarakat yang diakibatkan pola perubahan sosial ekonomi antara lain seperti pola penyakit

yang semakin kompleks, tingginya ketimpangan sosial dan sistem kesehatan, menurunnya kondisi dan penggunaan fasilitas kesehatan publik serta kecenderungan penyedia utama fasilitas publik beralih pada pihak swasta, pembiayaan kesehatan yang semakin timpang dimana pengeluaran kesehatan yang harus dikeluarkan seseorang mencapai 75-80 persen dari biaya kesehatan dan kebanyakan pembiayaan kesehatan masyarakat berasal dari uang pribadi masyarakat.

Akan tetapi jika kita lihat salah satu tujuan nasional pembangunan bangsa Indonesia yang tercantum dalam UUD Dasar 1945, yaitu memajukan kesejahteraan umum. Untuk mewujudkan tujuan nasional tersebut diselenggarakan pembangunan nasional secara berencana, menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan.

Untuk mencapai tujuan pembangunan tersebut diperlukan sumber daya manusia yang tangguh, mandiri, dan berkualitas. Tujuan itu akan bisa tercapai jika pelayanan kesehatan yang menjadi salah satu faktor penting dalam terciptanya sumber daya manusia yang baik sesuai dengan tingkat kebutuhan kesehatan masyarakat. Karena tingkat kesehatan masyarakat yang baik akan menciptakan pembangunan yang baik pada suatu bangsa.

Menurut data kesehatan Indonesia tahun 1997 menunjukkan bahwa indeks pembangunan manusia di Indonesia masih menempati urutan 106 dari 176 negara (Rencana Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat). Dari data tersebut tingkat pendidikan serta tingkat kesehatan penduduk Indonesia masih belum memuaskan.

Menyadari bahwa tercapainya tujuan merupakan kehendak seluruh rakyat Indonesia, dan dalam menghadapi persaingan bebas pada era-globalisasi, upaya peningkatan kualitas sumber daya manusia harus dilakukan. Dalam hal ini peranan pembangunan di bidang kesehatan sangat menentukan. Penduduk yang sehat bukan saja akan menunjang keberhasilan program pendidikan tapi juga akan mendorong peningkatan produktifitas dan pendapatan masyarakat.

Pembangunan tidak akan mungkin terselenggara dengan baik tanpa tersedianya salah satu modal dasar, yaitu kesehatan masyarakat. Tingkat kesehatan masyarakat harus menjadi acuan dalam aspek pembangunan baik yang belum berjalan atau yang sudah berjalan.

Berdasarkan latar belakang inilah penulis tertarik meneliti dan meninjau lebih dalam mengenai masalah kesehatan terutama masalah pengeluaran rumah tangga untuk kesehatan beserta morbiditas yang mengganggu. Oleh karena itu penulis mencoba untuk membahas skripsi dengan judul : **Faktor – faktor Yang Mempengaruhi Pengeluaran Rumah Tangga Untuk Kesehatan dan Morbiditas di Sumatera Barat.**



1.2 Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan diatas, maka permasalahan yang dapat dirumuskan adalah:

1. Seberapa besar pengaruh jumlah pendapatan terhadap pengeluaran rumah tangga untuk kesehatan di Sumatera Barat.
2. Seberapa besar pengaruh jumlah anggota rumah tangga terhadap pengeluaran rumah tangga untuk kesehatan di Sumatera Barat.
3. Seberapa besar pengaruh pendidikan terhadap pengeluaran rumah tangga untuk kesehatan di Sumatera Barat.
4. Seberapa besar pengaruh umur terhadap pengeluaran rumah tangga untuk kesehatan di Sumatera Barat.
5. Seberapa besar pengaruh lokasi tempat tinggal terhadap pengeluaran rumah tangga untuk kesehatan di Sumatera Barat.

1.3 Tujuan Penelitian

Berdasarkan perumusan masalah yang telah diuraikan diatas, maka tujuan dari penulisan skripsi ini adalah:

1. Menganalisa pengaruh pendapatan terhadap pengeluaran rumah tangga untuk kesehatan di Sumatera Barat.
2. Menganalisa pengaruh jumlah anggota rumah tangga terhadap pengeluaran rumah tangga untuk kesehatan di Sumatera Barat.
3. Menganalisa pengaruh pendidikan terhadap pengeluaran rumah tangga untuk kesehatan di Sumatera Barat.

4. Menganalisa pengaruh umur tempat tinggal terhadap pengeluaran rumah tangga untuk kesehatan di Sumatera Barat.
5. Menganalisa pengaruh lokasi tempat tinggal terhadap pengeluaran rumah tangga untuk kesehatan di Sumatera Barat.

1.4 Hipotesa

Dari tujuan penelitian, dapat diambil hipotesia sebagai berikut:

1. Pendapatan rumah tangga berpengaruh terhadap pengeluaran rumah tangga untuk kesehatan.
2. Jumlah anggota rumah tangga berpengaruh terhadap pengeluaran rumah tangga untuk kesehatan.
3. Pendidikan berpengaruh terhadap pengeluaran rumah tangga untuk kesehatan.
4. Umur berpengaruh terhadap pengeluaran rumah tangga untuk kesehatan.
5. Lokasi tempat tinggal berpengaruh terhadap pengeluaran rumah tangga untuk kesehatan.

1.5 Manfaat Penelitian

Dengan teridentifikasinya faktor yang mempengaruhi pengeluaran rumah tangga untuk kesehatan diharapkan adanya solusi yang dapat meminimaliskan masalah – masalah yang ditimbulkan oleh faktor-faktor tersebut dan dapat melihat gambaran tingkat morbiditas masyarakat di Sumatera Barat.

1.6 Sistematika Penulisan

Untuk memberikan gambaran yang lebih jelas secara sistematis mengenai masalah yang dibahas, maka sistematika penulisan adalah sebagai berikut:

BAB I : PENDAHULUAN

Pada bab ini akan diuraikan mengenai latar belakang masalah, perumusan masalah, tujuan penelitian, hipotesa, manfaat penelitian dan sistematika penulisan.

BAB II : KERANGKA TEORI DAN METODE PENELITIAN

Pada bab ini akan diuraikan mengenai kerangka teori dan menjelaskan metode penelitian.

BAB III : GAMBARAN UMUM DAERAH PENELITIAN

Pada bab ini akan diuraikan tentang gambaran umum propinsi sumatera barat antara lain mengenai keadaan geografis, kependudukan, perekonomian dan morbiditas.

BAB IV : HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Dalam bab ini akan diuraikan tentang hasil penelitian dan pembahasannya.

BAB V : KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan diuraikan mengenai kesimpulan dan saran.

BAB II

KERANGKA TEORI DAN METODE PENELITIAN

2.1 Kerangka Teori

Sasaran peningkatan kesehatan adalah meningkatkan mutu kesehatan masyarakat. Manusia sebagai insan individu dan sosial berkarakter dinamis. Peningkatan pelayanan kesehatan selanjutnya bertumpu pada kondisi kehidupan individu dan masyarakat. Sebagaimana prinsip pertama pembangunan berkelanjutan: “Manusia (penduduk) merupakan pusat perhatian pembangunan berkelanjutan, dan dikehendaki agar memiliki kehidupan yang sehat dan produktif dalam keserasian dengan alam” (The UN Conference of Environment and Development, 1992).

Pembangunan kesehatan adalah bagian integral dari Pembangunan Nasional yang pada hakekatnya merupakan upaya untuk mencapai kemampuan hidup sehat bagi setiap penduduk agar terwujud derajat kesehatan yang optimal. Hal ini sejalan dengan Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 28 ayat (1) dan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan, yaitu melalui pembangunan kesehatan salah satu hak dasar masyarakat yaitu hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dapat dipenuhi. Pembangunan kesehatan harus dipandang sebagai investasi untuk peningkatan kualitas Sumber Daya Manusia (SDM) yang dapat diukur melalui Index Pembangunan Manusia (IPM). Kesehatan merupakan salah komponen utama dalam IPM yang dapat mendukung terciptanya SDM yang sehat, cerdas, terampil dan ahli menuju keberhasilan Pembangunan Kesehatan. sejalan dengan Visi Indonesia Sehat (Profil kesehatan Indonesia, 2007).



Undang-undang Kesehatan No.23 Tahun 1992 memberikan batasan : kesehatan adalah keadaan sejahtera badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Hal ini berarti kesehatan seseorang tidak hanya diukur dari aspek fisik, mental dan sosial saja, tetapi juga diukur dari produktivitasnya dalam arti mempunyai pekerjaan atau menghasilkan secara ekonomi (Soekidjo, 2003).

Organisasi Kesehatan Dunia WHO, (*World Health Organization*) mendefinisikan sehat sebagai suatu keadaan fisik, mental dan sosial yang sejahtera dan bukan hanya ketiadaan penyakit dan lemah. Meskipun berguna dan tepat, definisi ini dianggap terlalu ideal dan tidak nyata. Kalau menggunakan definisi WHO 70-95 % orang di dunia dikatakan tidak sehat. Jadi menurut WHO sehat adalah keadaan sehat jasmani, rohani, sosial dan terhindar dari penyakit dan abnormal lainnya (World Health Organization)

Perbaikan kualitas sumber daya manusia dalam hal ini kualitas tenaga kerja dapat dilakukan dengan mempertinggi taraf kesehatan, pendidikan dan keterampilan tenaga kerja. Perbaikan dibidang kesehatan, pendidikan dan keterampilan tenaga kerja besar sekali peranannya dalam mempertinggi produktivitas tenaga kerja. Pengeluaran untuk meningkatkan bidang tersebut dinamakan investasi modal manusia. Investasi terhadap SDM ini dapat dijelaskan dengan pendekatan Teori Human Capital (Simanjuntak, 1998).

Menurut teori ini, investasi bukan saja dapat dilakukan dibidang usaha yang sudah biasa kita kenal tetapi dapat juga dilakukan terhadap SDM dalam bentuk

peningkatan pendidikan dan kesehatan dengan tujuan agar manusia tersebut mampu memperoleh penghasilan yang lebih tinggi.

Investasi yang dilakukan melalui perbaikan kesehatan dan gizi merupakan salah satu dari akumulasi tiga bentuk dalam pencapaian HDI (*human development index*) Indonesia. Karena investasi kesehatan berguna untuk meningkatkan nilai stok manusia, berupa peningkatan ketahanan fisik dan intelegensia, serta dapat mengurangi penyusutan nilai stok manusia. Perbaikan dan kesehatan gizi yang terus menerus menuju pada suatu keadaan sehat dan bergizi seimbang kan dapat mempertahankan kondisi bobot fisik tubuh manusia (Elfindri, 2003)

Faktor-faktor yang ikut menentukan pola konsumsi keluarga antara lain tingkat pendapatan, ukuran keluarga, pendidikan. Untuk mendukung pernyataan tersebut, telah banyak penelitian dilakukan untuk mengetahui hubungan antara tingkat pendapatan dan pola konsumsi keluarga. *Teori Engel's* yang menyatakan bahwa semakin tinggi tingkat pendapatan keluarga semakin rendah persentasi pengeluaran untuk konsumsi (Sumarwan, 1993). Berdasarkan teori klasik ini, maka keluarga bisa dikatakan lebih sejahtera bila persentasi pengeluaran untuk makanan jauh lebih kecil dari persentasi pengeluaran untuk bukan makanan. Artinya proporsi alokasi pengeluaran untuk pangan akan semakin kecil dengan bertambahnya pendapatan keluarga, karena sebagian besar dari pendapatan tersebut dialokasikan untuk kebutuhan non pangan seperti pelayanan kesehatan, pendidikan, perumahan dan lainnya.

Masalah kemiskinan, tidak ketahuan yang diakibatkan karena keterbelakangan tingkat pendidikan, rendahnya penghasilan perkapita, produksi perkapita maupun

konsumsi perkapita berkumpul dengan faktor tradisi yang sulit, mengakibatkan mundurnya nilai-nilai kesehatan. Keseluruhan ini mau tidak mau ikut menambah hambatan-hambatan yang sudah ada sehingga memperlambat peran serta masyarakat didalam ajakan setiap pembangunan (Ryadi, 1982).

Secara umum, Indonesia masuk ke dalam bagian negara lemah, karena alokasi pengeluaran sosial dari GDP masuk kedalam kelompok rendah (dibawah 5%). Khusus untuk pengeluaran disektor kesehatan, anggaran yang dialokasikan juga terbatas. Dibandingkan dengan jumlah total pengeluaran secara nasional, maka pengeluaran untuk sektor kesehatan sebesar 4,5% pada tahun 2006. Akan tetapi, jika dilihat dari angka persentase dari PDB maka pengeluaran disektor kesehatan masih rendah karena hanya sebesar 0,95% pada tahun 2006. Persentase ini masih jauh dari anjuran Organisasi Kesehatan Dunia yakni paling sedikit 5 % dari PDB per tahun (Word Healt Organization, 2008).

Kesehatan dapat dianggap sebagai konsumsi maupun investasi. Pengeluaran yang dilakukan oleh rumah tangga, misalnya dianggap sebagai konsumsi dari sudut pandang aliran Keynes. Tetapi tambahan kesehatan yang diperoleh oleh para anggota rumah tangga yang berada dalam angkatan kerja membuat mereka lebih produktif (Lains, 1985).

Orang miskin sering sulit meningkatkan status kesehatan mereka karena kondisi lingkungan yang tidak sehat, pendidikan yang rendah (yang mengakibatkan mereka tidak tahu cara hidup yang sehat), dan pendapatan yang rendah. Oleh sebab itu, usaha kesehatan dalam kesehatan lingkungan, seperti penyediaan pembuangan

sampah, sungai yang airnya mengalir, adanya air minum yang sehat dan murah, akan sangat membantu orang miskin menekan biaya pemeliharaan kesehatan mereka.

Mereka yang berpendidikan lebih tinggi juga akan memungkinkan memilih cara hidup yang lebih baik, seperti merebus air untuk minum, mencuci tangan sebelum makan, dan memilih makanan yang sehat. Pendidikan dalam hal ini tidak hanya terbatas pada pendidikan formal, tetapi mencakup segala cara penyebaran informasi mengenai hidup yang sehat. Umpamanya, usaha kampanye makan sehat perlu terus digalakkan.

Usaha menciptakan lapangan pekerjaan dengan pendapatan yang meningkat juga akan membantu kelompok miskin untuk membiayai pemeliharaan kesehatan. Dengan pendapatan yang lebih baik, mereka akan lebih mampu menghindari makanan dan minuman yang merugikan kesehatan. Perlu dihindari terjadinya kemungkinan bahwa peningkatan pendapatan ini diikuti dengan pola makan yang tidak sehat (Ananta, 1993).

Asuransi kesehatan merupakan suatu intervensi dalam pasar kesehatan. Asuransi kesehatan mengurangi atau menghilangkan peran harga dalam menentukan berapa banyak pemeliharaan kesehatan yang akan digunakan. Prinsip asuransi berkaitan dengan usaha menghadapi resiko dengan cara menanggung resiko tersebut bersama orang lain. Seseorang tidak akan tahu apakah dia akan sakit atau tidak, dengan membayar suatu premi, dia akan terjamin bila jatuh sakit. Sebaliknya bila tidak sakit, uang yang dia berikan akan digunakan untuk membiayai orang lain yang sakit. Dengan kata lain, yang sehat membiayai yang sakit. Besarnya bantuan pada

sisakit tergantung persetujuan pada kontrak ketika membeli asuransi kesehatan tersebut (Ananta, 1993).

Asuransi merupakan salah satu sumber pembiayaan yang ada. Namun, cakupan peserta asuransi dibandingkan dengan jumlah penduduk Indonesia tidaklah terlalu besar. Padahal asuransi kesehatan termasuk salah satu upaya aman dalam upaya memperoleh pelayanan kesehatan. Beberapa waktu belakangan gencar diserukan pembentukan asuransi sosial nasional. Hal ini merupakan hal yang berarti dalam dunia pembangunan pembiayaan kesehatan. Karena setiap orang akan mendapat jaminan yang sama dalam pelayanan kesehatan, dasarnya dengan subsidi silang diantara anggota masyarakat.

Menurut Soelidjo (2007) pembagian pelayanan kesehatan dikenal ada 2 macam pembagian pembiayaan kesehatan, yaitu:

1. Biaya pelayanan kedokteran.

Biaya yang dimaksudkan adalah biaya yang dibutuhkan untuk menyelenggarakan dan atau memanfaatkan pelayanan kedokteran, yakni yang tujuan utamanya adalah mengobati penyakit dan memulihkan kesehatan penderita.

2. Biaya pelayanan kesehatan masyarakat.

Biaya kesehatan yang dimaksudkan adalah biaya yang dibutuhkan untuk menyelenggarakan dan atau memanfaatkan pelayanan kesehatan masyarakat, yakni yang bertujuan memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan dan mencegah terjadinya penyakit.

Beberapa alasan meningkatnya beban penyakit pada penduduk miskin adalah: *Pertama*, penduduk miskin lebih rentan terhadap penyakit karena terbatasnya akses terhadap air bersih dan sanitasi serta kecukupan gizi. *Kedua*, penduduk miskin cenderung enggan mencari pengobatan walaupun sangat membutuhkan karena terdapatnya kesenjangan yang besar dengan petugas kesehatan, terbatasnya sumber daya untuk memenuhi kebutuhan dasar, dan terbatasnya pengetahuan untuk menghadapi serangan penyakit.

Konsekuensi ekonomi jika terjadi serangan penyakit pada anggota keluarga merupakan bencana jika untuk biaya penyembuhannya mengharuskan menjual aset yang mereka miliki atau berhutang. Hal ini menyebabkan keluarga jatuh kedalam kemiskinan, dan jika tidak bisa keluar dari hal ini akan mengganggu tingkat kesejahteraan seluruh anggota keluarga bahkan generasi berikutnya. Serangan penyakit yang tidak fatal dalam kehidupan awal akan mempunyai pengaruh yang merugikan selama siklus hidup berikutnya. Pendidikan secara luas dikenal sebagai kunci dari pembangunan, tetapi masih belum dihargai betapa pentingnya kesehatan anak dalam pencapaian hasil pendidikan. Kesehatan yang buruk secara langsung menurunkan potensi kognitif dan secara tidak langsung mengurangi kemampuan sekolah. Penyakit dapat melaratkan keluarga melalui menurunnya pendapatan, menurunnya angka harapan hidup, dan menurunnya kesejahteraan psikologi (Atmawikarta, 2007).

Hubungan antara golongan pengeluaran rumah tangga dengan perkembangan kesehatan rumah tangga dimana terlihat bahwa rumah tangga dengan golongan pengeluaran semakin besar maka persentase perkembangan kesehatan anggota rumah

tangga yang lebih baik semakin tinggi dan persentase perkembangan kesehatan anggota rumah tangga yang lebih buruk semakin rendah.

2.1.1 Pendapatan Rumah Tangga

Pendapatan dapat diartikan sebagai balas jasa dari suatu tindakan produktif yang ia lakukan. Bila seseorang menerima pendapatan secara cuma-cuma maka penerimaan itu bukanlah merupakan pendapatan dan dalam teori ekonomi hal yang demikian disebut sebagai pembayaran tanpa balas jasa (Suherman, 1999).

Pengertian pendapatan menurut Paul dan Wiliam (1997: 417) adalah jumlah seluruh yang diterima oleh seseorang atau rumah tangga selama jangka waktu tertentu misalnya satu bulan atau satu tahun. Pendapatan terdiri dari upah atau penerimaan tenaga kerja, pendapatan dari kekayaan terdiri dari sewa, bunga dan deviden. Sedangkan pendapatan dari pemerintah seperti tunjangan sosial atau asuransi pengangguran.

Konsumsi seseorang berbanding lurus dengan pendapatannya. Secara makro agregat, pengeluaran konsumsi masyarakat berbanding lurus dengan pendapatan nasional. Semakin besar pendapatan, semakin besar pula pengeluaran konsumsi. Perilaku tabungan juga begitu. Jadi, bila pendapatan bertambah, baik konsumsi maupun tabungan akan sama-sama bertambah (Dumairy, 1996).

Menurut Ananta (1993), seringkali terjadi bahwa pendapatan kekayaan mempengaruhi status kesehatan seseorang. Orang yang makin kaya cenderung untuk menggunakan perawatan kesehatan yang lebih baik dan bermutu tinggi. Seorang miskin tidak akan mampu pergi ke rumah sakit atau dokter yang mahal walau

sesungguhnya dia membutuhkan pertolongan. Dia akan cenderung mengobati dirinya sendiri dan setelah penyakitnya makin parah baru mereka ke dokter.

Orang yang makin tinggi pendapatannya cenderung mengubah permintaan terhadap pemeliharaan kesehatan, yaitu dari yang bermutu rendah ke yang bermutu tinggi. Mutu yang tinggi ini diukur dengan harga yang lebih mahal, artinya tempat perawatan nyaman, waktu pelayanannya cepat, dan fasilitasnya lengkap. Mereka juga menginginkan penggunaan teknologi yang canggih.

Dibidang kesehatan, hubungan antara pendapatan dengan kesehatan adalah jika tingkat pendapatan rendah maka hal ini akan menyebabkan rendahnya kesehatan dan gizi makanan bagi para pekerja sehingga pada gilirannya akan menyebabkan rendahnya prestasi kerja, kedisiplinan serta sikap positif dalam bekerja (Ida, 2000).

2.1.2 Pendidikan

Tingkat pendidikan sangat berpengaruh terhadap perubahan sikap dan perilaku hidup sehat. Tingkat pendidikan yang lebih tinggi akan memudahkan seseorang atau masyarakat untuk menyerap informasi dan mengimplementasikannya dalam perilaku dan gaya hidup sehari-hari, khususnya dalam hal kesehatan dan gizi. Tingkat pendidikan, khususnya tingkat pendidikan wanita mempengaruhi derajat kesehatan (Atmarita, 2004).

Menurut Sumarwan (1993), tingkat pendidikan formal keluarga berpengaruh terhadap pola konsumsi keluarga. Pendidikan dapat merubah sikap dan perilaku seseorang dalam memenuhi kebutuhannya. Makin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka makin mudah ia dapat menerima informasi dan inovasi baru yang dapat merubah pola konsumsinya. Disamping itu makin tinggi tingkat pendidikan

formal maka kemungkinannya akan mempunyai tingkat pendapatan yang relatif lebih tinggi.

Jumlah tahun yang telah dihabiskan diseluruh jenjang pendidikan formal, dimulai dari Sekolah Dasar, SLTP, SLTA dan Perguruan Tinggi. Menurut Habibie (2004), pendidikan adalah suatu proses dimana seseorang dapat memahami dan memiliki dasar ilmu pengetahuan dan teknologi yang ia butuhkan untuk lebih terampil didalam suatu bidang.

Setiap masyarakat mempunyai konsep sakit dan sehat berbeda-beda. Masyarakat yang maju pendidikannya umumnya mengadopsi konsep sehat dan sakit dari pengetahuan modern yang banyak bersumber pada pengetahuan barat. Pengetahuan ini memperkenalkan sistem pengobatan modern dan cara-cara hidup higienis. Selain itu juga menambah perbendaharaan jenis-jenis penyakit dan sedikit demi sedikit menerangkan berbagai sebab dan gejala penyakit. Sebaliknya masyarakat yang masih rendah tingkat pendidikannya, pengetahuannya tentang penyakit biasanya bersumber dari pengetahuan tradisional yang secara umum sering menghubungkan penyakit dengan hal-hal yang bersifat supranatural (Meiyenti, 2006).

2.1.3 Jumlah Anggota rumah tangga

Menurut BPS (2001), besarnya rumah tangga menyatakan jumlah seluruh anggota yang menjadi tanggungan dalam rumah tangga tersebut. Besaran rumah tangga dapat memberikan indikasi beban rumah tangga. Semakin tinggi besaran rumah tangga berarti semakin banyak anggota rumah tangga yang selanjutnya semakin berat beban rumah tangga tersebut untuk memenuhi kebutuhannya, terutama untuk rumah tangga dengan tingkat pendapatan rendah.

Rumah tangga yang mempunyai anak banyak cenderung memperkecil rata-rata masukan makanan dan perawatan dari anggota keluarga, jika dibandingkan dengan rumah tangga yang memiliki jumlah anak yang sedikit, dengan anggapan kondisi ini dikontrol melalui kehidupan ekonomi keluarga. Masalah anak kurang gizi akan terlihat pada jumlah anak dalam suatu keluarga yang semakin banyak, rumah tangga yang sulit untuk memenuhi kebutuhan gizi minimum setiap anggota keluarga (Elfindri, 1995).

Menurut Susenas jumlah anggota rumah tangga adalah semua orang (jumlah jiwa) yang biasanya bertempat tinggal disuatu rumah tangga, baik yang berada dirumah tangga pada waktu pencacahan maupun sementara tidak ada. Anggota rumah tangga yang telah bepergian 6 bulan atau lebih, dan anggota rumah tangga yang bepergian kurang dari 6 bulan tetapi dengan tujuan pindah atau akan meninggalkan rumah 6 bulan atau lebih tidak dianggap sebagai anggota rumah tangga. Orang yang telah tinggal di rumah tangga 6 bulan atau lebih atau yang telah tinggal di rumah tangga kurang dari 6 bulan tetapi berniat pindah atau bertempat tinggal dirumah tangga tersebut 6 bulan atau lebih dianggap sebagai anggota rumah tangga.

2.1.4 Umur

Umur adalah satuan waktu yang mengukur keberadaan suatu benda/ makhluk baik yang hidup ataupun yang mati. Umur mempengaruhi pengeluaran rumah tangga untuk kesehatan, semakin lanjut usia seseorang maka semakin besar pengeluaran mereka untuk kesehatan. Usia yang sudah lanjut menyebabkan seseorang lebih rentan terserang penyakit karena daya tahan tubuh yang sudah melemah.

Orang yang sudah berumur akan sulit menerima informasi-informasi karena daya tangkap mereka yang sudah berkurang, jadi mereka tidak mengetahui bagaimana perkembangan dunia. Dibidang kesehatan mereka tidak bisa menerima suatu temuan baru tentang jenis-jenis penyakit dan penanggulangannya, mereka lebih percaya pada pengobatan tradisional. Selain itu para lansia lebih rentan terserang penyakit-penyakit yang kronis dan memerlukan biaya yang lebih untuk pengobatannya dan untuk menjaga kesehatannya mereka harus teratur *check up* ke rumah sakit (Kuntjoro, 2002).

2.1.5 Lokasi Tempat Tinggal

Lokasi tempat tinggal dibedakan menjadi dua, yaitu desa dan kota. Menurut R. Bintarto (1997) desa yaitu perwujudan geografis yang ditimbulkan oleh unsur-unsur fisiografis, sosial, ekonomi, politik, kultur setempat dalam hubungan dan pengaruh timbal balik dengan daerah lain. Desa merupakan kesatuan hukum tempat tinggal suatu masyarakat yang berhak menyelenggarakan rumah tangganya sendiri yang merupakan pemerintahan terendah dibawah Camat (Kartohadi Kusumo, 1965)

Kota adalah tempat tinggal penduduk yang heterogen dengan latar belakang budaya yang berbeda ragam dan aktivitas penduduknya lebih bersifat ekonomis, materialistis dan mengarah pada sistem industri. Kota adalah sistem jaringan kehidupan manusia yang ditandai oleh strata, sosial ekonomi yang heterogen serta corak materialistis.(Bintarto 1968).

Lokasi pusat-pusat pelayanan tidak berada dalam aksi radius masyarakat banyak dan lebih banyak terpusat dikota-kota besar (Slamet Ryadi, 1982). Hal ini tentu saja membawa pengaruh bagi masyarakat yang bertempat tinggal didesa, bila

mereka sakit dan tidak bisa diobati dipuskesmas dan dirujuk kepusat pelayanan yang ada dikota tentu saja membutuhkan biaya untuk sarana transportasi dan biaya tak terduga lainnya yang mengakibatkan bertambahnya pengeluaran mereka.

Studi Terdahulu

Menurut penelitian yang dilakukan Elfindri di tiga kabupaten di Sumatera Barat, yaitu kabupaten Tanah Datar, kabupaten Agam, kabupaten 50 Kota, pengeluaran kesehatan yang terendah ditemukan dikabupaten Agam dan yang tertinggi adalah rumah tangga dikabupaten Tanah Datar. Dari penelitain tersebut dapat diambil suatu kesimpulan bahwa pelayanan kesehatan masyarakat didesa cenderung lebih menjangkau masyarakat miskin, bila dibandingkan dengan masyarakat kota. Dengan kenyataan bahwa persoalan rendahnya pengeluaran kesehatan sebetulnya lebih nyata terlihat pada daerah perkotaan dibandingkan dengan daerah pedesaan.

Ada berbagai kemungkinan jawaban dari fenomena ini. Pertama, masyarakat perkotaan memiliki sumber pelayanan yang terbatas selain dari pelayanan puskesmas dan praktek dokter. Walaupun kemungkinan mereka yang sakit tidak menggunakan pelayanan, pengeluaran untuk berobat dapat saja dikeluarkan untuk pembelian obat yang relative mahal. Di sisi lain, masyarakat desa memiliki alternative menggunakan pengobatan secara tradisional, atau menggunakan bahan obat dari ramuan yang dapat tanpa biaya.

Beberapa studi tentang pemanfaatan fasilitas kesehatan menyimpulkan kurangnya akses bagi penduduk terutama yang berada didaerah miskin dan terpencil merupakan sebab utama mengapa pelayanan kesehatan ditawarkan tidak cukup

dimanfaatkan (Pachauri, 1992). Temuan Elfindri (1994) juga mengungkapkan rendahnya pemanfaatan posyandu bagi keluarga berpendapatan rendah dan pendidikan rendah. Sedangkan studi lain menyebutkan bahwa pelayanan tidak cukup sensitif dengan kebutuhan penduduk. Dan mendesak dalam upaya pemeliharaan kesehatan masyarakat adalah masyarakat yang berasal dari ekonomi rendah. Disamping itu kecenderungan ketika keadaan kesehatan seseorang telah cukup atau sudah cukup parah, barulah orang tersebut merasa adanya kebutuhan terhadap pentingnya layanan kesehatan (Mubasyir, 1989).

Penelitian yang dilakukan oleh Sri Meiyenti pada masyarakat desa Ganting, Sumatera Barat tentang pendidikan dan pengetahuan tentang kesehatan anak. Umumnya mereka tidak mengetahui bahwa perkembangan dan pertumbuhan anak-anak mereka yang tidak normal disebabkan anak-anak mereka terserang penyakit akibat dari kondisi gizi anak-anak mereka yang buruk. Apabila bayi dan anak balita mereka kondisi fisiknya kurus, lesu dan sering rewel, hal itu menurut mereka karena anaknya terserang penyakit yang mereka sebut dengan nama *palasik*. Sumber penyakit ini menurut mereka adalah seseorang yang mempunyai kekuatan magis yang bisa menghirup darah anak-anak melalui ubun-ubun mereka. Hal itulah yang menyebabkan mereka jadi rewel, kurus dan lesu.

2.2 Metode Penelitian

2.2.1 Daerah Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Propinsi Sumatera Barat yang mencakup seluruh wilayah kabupaten dan kota. Pendekatan yang dipakai Susenas adalah melalui rumah tangga dan penduduk, hal ini dilakukan dengan memilih sejumlah rumah tangga atau penduduk yang dilakukan secara random sampling. Untuk setiap propinsi pertama-tama dipilih secara random. Disetiap kecamatan terpilih selanjutnya dipilih secara random juga sejumlah rumah tangga disetiap desa yang terpilih tersebut. Dengan demikian, pemilihan rumah tangga dalam Susenas dilakukan secara bertahap dengan melalui proses random. Semua penduduk yang menjadi anggota rumah tangga yang terpilih dinyatakan terpilih dalam sampel. Spesifikasi sampel yaitu responden yang mempunyai ijazah tertinggi dan berstatus kawin, sehingga dari 38418 respon yang terwakili menjadi sampel sebanyak 17821 responden.

2.2.2 Sumber Data

Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder yaitu dari data Survei Sosial Ekonomi Nasional (SUSENAS 2007) yang dilakukan oleh Badan Pusat Statistik (BPS) setiap tahun sebagai usaha BPS untuk mengumpulkan keterangan-keterangan rumah tangga dan penduduk dan data tren kesehatan dari lembaga penelitian SMERU mengenai Morbiditas di Sumatera Barat dan Indonesia yang dibuat berdasarkan data sekunder yaitu dari data Survei Sosial Ekonomi Nasional (SUSENAS 1997 -2006).

2.2.3 Analisa Kuantitatif

Untuk menganalisa berbagai faktor yang mempengaruhi pengeluaran rumah tangga untuk kesehatan, dilakukan regresi linear berganda dengan program SPSS 15 for windows. Dari regresi dihasilkan output statistik antara lain koefisien determinasi (R^2), uji T, uji F, koefisien korelasi dan koefisien regresi.

2.2.3.1 Koefisien determinasi

Koefisien determinasi (R^2) akan memperlihatkan variasi pengaruh variabel independen terhadap variabel dependen. Semakin tinggi R^2 akan semakin baik bagi model regresi, karena variabel bebas dapat menjelaskan variabel terikat lebih besar.

Bila nilai R^2 mendekati 0 berarti sedikit sekali variasi variabel dependent yang dijelaskan oleh variabel independent. Jika nilai R^2 bergerak mendekati 1, berarti semakin besar persentase variasi variabel dependen yang dijelaskan oleh variabel independen. Jika dalam perhitungan $R^2 = 0$ maka hal ini menunjukkan variasi variabel dependen yang tidak bisa dijelaskan oleh variabel independen (Gujarati, 1999).

2.2.3.2 Uji T (*T test*)

Untuk menguji tingkat keberartian pengaruh masing-masing variabel bebas secara parsial dilakukan uji T atau T test. Jika tingkat signifikansi kecil dari 0,05 maka model regresi dapat dipakai untuk pengujian sebaliknya jika tingkat signifikan besar dari 0,05 maka model regresi tidak dapat dipakai untuk pengujian.

Variabel Dan Definisi Operasional

Variabel yang digunakan dalam analisis ini terdiri dari variabel- variabel yang independen seperti pendapatan, pendidikan kepala keluarga, jumlah anggota rumah tangga dan lokasi. Sedangkan variabel dependen yang digunakan dalam penelitian ini adalah pengeluaran rumah tangga untuk kesehatan. Adapun definisi operasional variabel yang digunakan adalah sebagai berikut:

- Pengeluaran rumah tangga untuk kesehatan

Yaitu biaya yang dikeluarkan untuk pemeliharaan kesehatan seperti ongkos rumah sakit, Puskesmas, dokter, obat-obatan, pemeriksaan kehamilan, biaya KB, biaya melahirkan, biaya imunisasi anak balita, asuransi dan sebagainya. Pengeluaran rumah tangga untuk kesehatan merupakan variabel dependent dalam penelitian. Dalam penelitian ini biaya kesehatan di log kan untuk mendapatkan hasil yang lebih baik.

- Jumlah pendapatan rumah tangga

Yaitu jumlah seluruh yang diterima oleh seseorang atau rumah tangga selama jangka waktu satu bulan yang bersumber dari upah atau gaji. Dalam penelitian ini penulis menggunakan pendekatan pengeluaran untuk mendapatkan jumlah pendapatan rumah tangga. Dengan menjumlahkan pengeluaran untuk makanan dan bukan makanan maka didapatkan total pendapatan rumah tangga sebulan.

- Pendidikan

Yaitu tingkat pendidikan tertinggi berdasarkan ijazah/ STTB tertinggi dalam rumah tangga.

- Jumlah anggota rumah tangga

Yaitu semua orang (jumlah jiwa) yang biasanya bertempat tinggal di suatu rumah tangga, baik yang berada di rumah tangga pada waktu pencacahan maupun sementara tidak ada.

- Umur

Umur adalah satuan waktu yang mengukur keberadaan seseorang. Umur dihitung dalam waktu dengan pembulatan kebawah atau umur pada ulang tahun terakhir. Perhitungan umur didasarkan pada kalender Masehi.

- Lokasi tempat tinggal

Yaitu daerah tempat tinggal responden. Dalam penelitian ini lokasi tempat tinggal dibedakan menjadi dua yaitu desa dan kota.

Tabel 2.1

Variabel Dan Skala Pengukuran Data Analisis Regresi Linear Berganda

Variabel	Label
Variabel Dependent	
Pengeluaran rumah tangga/ bulan untuk kesehatan	Dalam rupiah
Variabel Independent	
• Jumlah pendapatan rumah tangga	Dalam rupiah
• Jumlah anggota rumah tangga (JART)	Jumlah orang
• Umur	Dalam tahun
• Pendidikan	1. SLTA keatas 0. Lainnya
• Lokasi tempat tinggal	1. Kota 0. Lainnya

Untuk mengetahui seberapa besar pengaruh variabel-variabel bebas terhadap variabel terikat, maka semua variabel dijadikan model/ persamaan sebagai berikut :

$$Y = b_0 + b_1X_1 + b_2X_2 + b_3X_3 + b_4X_4 + b_5X_5 + e$$

Dimana: Y = Pengeluaran rumah tangga untuk kesehatan sebulan

X₁ = jumlah pendapatan rumah tangga sebulan

X₂ = jumlah anggota rumah tangga

X₃ = umur

X₄ = pendidikan

X₅ = lokasi tempat tinggal

b₀, b₁, b₂, b₃, b₄ adalah parameter yang ditaksir

e = error term

BAB III

GAMBARAN OBJEK PENELITIAN

3.1 Keadaan Geografis Sumatera Barat

Provinsi Sumatera Barat terletak antara $0^{\circ}54'$ Lintang Utara dan $3^{\circ}30'$ Lintang Selatan serta $98^{\circ}36'$ – $101^{\circ}53'$ Bujur Timur dengan luas wilayah sekitar 42,2 ribu km^2 . Luas tersebut setara dengan 2,17 persen dari luas wilayah Republik Indonesia. Saat ini kondisi alam Sumatera Barat masih diliputi oleh kawasan lindung yang mencapai sekitar 45,17 persen dari luas keseluruhan. Sedangkan lahan yang sudah termanfaatkan untuk budidaya baru tercatat sekitar 54,82 persen.

Daratan Sumatera Barat tidak terlepas dari gugusan gunung dan pegunungan yang terdapat di hampir semua kabupaten, yaitu sekitar 17 gunung. Gunung tertinggi di Sumatera Barat yaitu gunung Talamau dengan ketinggian 2.912 meter yang terletak di kabupaten Pasaman. Sumatera Barat juga memiliki danau yang berjumlah sekitar 4 danau yang terletak di Kabupaten Agam yaitu danau Maninjau dan tiga lagi terletak di Kabupaten Solok. Danau Singkarak merupakan danau yang terluas yaitu sekitar 10.011 (Ha).

Propinsi Sumatera Barat terletak disebelah barat pulau Sumatera dan sekaligus berbatasan langsung dengan Samudera Indonesia, Propinsi Riau, Propinsi Sumatera Utara dan Pripinsi Jambi. Sumatera Barat terdiri dari 12 kabupaten dan 7 kota. Kabupaten Pasaman memiliki wilayah terluas, yaitu 7,8 ribu km^2 , sedangkan kota Padang Panjang memiliki luas daerah terkecil, yakni 23,0 km^2 .

Berdasarkan letak geografis, Sumatera Barat dilalui garis khatulistiwa, tepatnya di Kecamatan Bonjol Pasaman. Oleh sebab itu propinsi Sumatera Barat tergolong beriklim tropis dengan suhu udara dan kelembaban yang tinggi. Ketinggian permukaan daratan Sumatera Barat sangat bervariasi. Sebagian daerahnya berada pada dataran tinggi kecuali Kabupaten Pesisir Selatan, Kabupaten Padang Pariaman, Kabupaten Agam, Kabupaten Pasaman dan Kota Padang. Propinsi Sumatera Barat sama dengan propinsi lainnya di Indonesia mempunyai musim penghujan yang biasanya terjadi antara bulan Juni dan September dan diantara kedua musim itu diselangi musim pancaroba.

3. 2 Penduduk Sumatera Barat Tahun 2007

Penduduk merupakan unsur penting dalam kegiatan ekonomi dan usaha membangun suatu perekonomian. Baik sebagai pedoman dalam perencanaan maupun dalam melakukan evaluasi terhadap keberhasilan dan kegagalan dalam suatu pembangunan. Penduduk juga merupakan faktor terpenting dalam dinamika pembangunan karena manusia sebagai modal dasar dan juga sebagai objek dari pembangunan itu sendiri, sekaligus merupakan subjek ekonomi yang memegang peranan penting dalam pembangunan ekonomi nasional.

Untuk melihat berapa besar jumlah penduduk Sumatera Barat, berikut dapat dilihat dalam tabel 3. 1

Tabel. 3.1. Penduduk Sumatera Barat Tahun 2007 Menurut Kabupaten / Kota, Luas wilayah dan Kepadatannya

Kabupaten / Kota	Luas (km ²)	Jenis Kelamin		Jumlah	Kepadatan Penduduk
		Laki-laki	Perempuan		
Kabupaten					
Kepulauan Mentawai	6.011,35	35.418	31.799	67.217	11
Pesisir Selatan	5.794,95	214.715	221.245	435.960	75
Solok	3.738,00	176.588	174.927	351.515	94
Sawahlunto/Sijunjung	3.130,80	97.625	99.981	197.606	63
Tanah Datar	1.336,00	160.464	174.668	335.132	251
Padang Pariaman	1.328,79	178.687	205.849	384.536	289
Agam	2.232,30	213.520	214.825	428.345	192
Limapuluh Kota	3.354,30	164.114	165.407	329.521	98
Pasaman	4.447,63	124.367	128.781	253.148	57
Solok Selatan	3.346,20	64.716	65.642	130.358	39
Dharmasraya	2.961,13	89.279	86.294	175.573	59
Pasaman Barat	3.387,77	166.096	161.692	327.788	97
Kota					
Padang	694,96	406.368	431.822	838.190	1.206
Solok	57,64	29.137	27.983	57.120	991
Sawahlunto	273,45	26.149	27.494	53.913	197
Padang Panjang	23,00	24.748	27.269	52.017	2.262
Bukittinggi	25,24	51.336	52.942	104.278	4.131
Payakumbuh	80,43	54.516	50.532	105.048	1.306
Pariaman	73,36	33.539	36.960	70.499	961
Total	42.297,30	2.331.652	2.386.112	4.697.764	111

Sumber: BPS Sumatera Barat Dalam Angka 2007

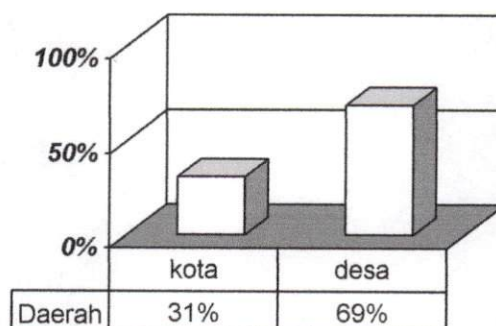
Berdasarkan hasil Susenas 2007, jumlah penduduk Sumatera Barat tahun 2007 mencapai 4,69 juta orang. Jumlah penduduk laki-laki sebanyak 2,33 juta orang dan penduduk perempuan sebanyak 2,38 juta orang. Menurut kabupaten dan kota, jumlah penduduk terbanyak terdapat di Kota Padang yaitu 838,190 ribu jiwa, yang terdiri dari 409.368 jiwa laki-laki dan 413.822 jiwa perempuan. Sedangkan Kota Padang Panjang merupakan daerah yang paling sedikit penduduknya (52.017 ribu jiwa).

Sesuai dengan luas daerah pada tahun 2007, Kota Bukittinggi merupakan daerah terpadat penduduknya yaitu tiap-tiap Km² dihuni oleh 4.132,33 jiwa, dan Kabupaten Kep. Mentawai sampai saat ini masih merupakan daerah yang terjarang penduduknya, yakni hanya dihuni oleh 11,18 orang pada Km²

3.2.1 Penduduk Sumatera Barat Tahun 2007 Menurut Lokasi Tempat Tinggal

Sebagian besar penduduk Sumatera Barat tinggal di daerah pedesaan yaitu sebanyak 69 %, sedangkan kurang dari setengahnya tinggal di daerah perkotaan yaitu sebesar 31 %. seperti yang dapat dilihat pada gambar 3. 1

Gambar 3. 1
Persentase Penduduk Sumatera
Barat Tahun 2007 Menurut Daerah
Tempat Tinggal

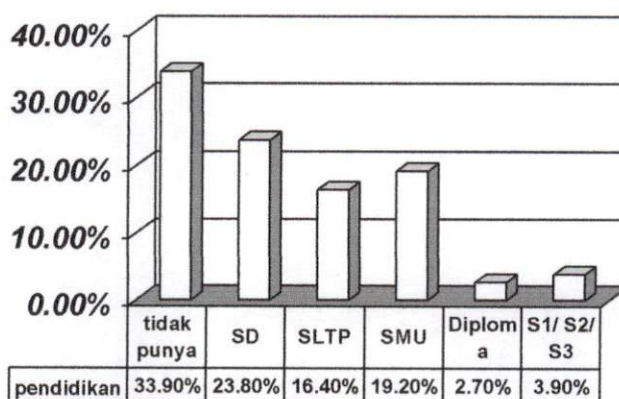


Sumber: diolah dari data Susenas 2007

3.2.2 Penduduk Sumatera Barat Keatas Tahun 2007 Menurut Ijazah Tertinggi Yang Dimiliki

Tingkat pendidikan tertinggi yang ditamatkan oleh masyarakat Sumatera Barat relatif masih rendah, kondisi ini dapat dilihat pada gambar dibawah ini:

Gambar 3. 2
Persentase Penduduk Sumatera Barat
Tahun 2007 Menurut Ijazah Tertinggi
yang Dimiliki



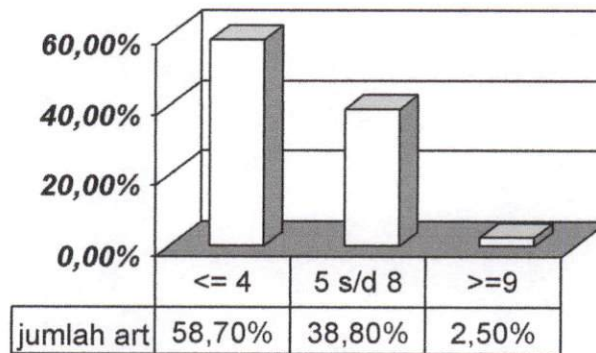
Sumber: diolah dari data Susenas 2007

Dari gambar diatas dapat dilihat bahwa tingkat pendidikan di Sumatera Barat pada tahun 2007 relatif rendah, dimana jumlah penduduk yang tidak mempunyai ijazah sebanyak 33.9% dibandingkan dengan tahun 2004 penduduk yang tidak mempunyai ijazah sebesar 24% meningkat sebesar 9,9%, yang mempunyai ijazah SD sebesar 23,8% dari total survey jumlah penduduk Sumatera Barat. Sedangkan untuk penduduk yang berpendidikan tinggi di Sumatera Barat hanya 2.7% untuk Diploma dan 3.9% untuk S1/ S2/ S3.

3.2.3 Penduduk Sumatera Barat Tahun 2007 Menurut Jumlah Anggota Rumah Tangga

Kompisis penduduk Sumatera Barat menurut jumlah anggota rumah tangga dapat dilihat pada gambar dibawah ini

Gambar 3. 3
Persentase Penduduk Sumatera Barat
Tahun 2007 Menurut Jumlah Anggota
Rumah Tangga



Sumber: diolah dari data Susenas 2007

Grafik diatas memberi gambaran bahwa mayoritas jumlah anggota rumah tangga dalam lingkungan masyarakat Sumatera Barat berkisar antara 5 sampai 8 orang dalam satu rumah tangga atau sekitar 38,8% Sedangkan rumah tangga yang beranggotakan ≤ 4 berkisar 58,7% , sisanya sebesar 2,5% adalah rumah tangga yang beranggotakan 9 orang atau lebih.

Berdasarkan jumlah anggota rumah tangga diatas, berarti tanggungan setiap rumah tangga cukup besar. Untuk rumah tangga berpenghasilan tinggi, jumlah anggota rumah tangga mungkin bukan masalah, karena mereka mampu memenuhi berbagai kebutuhan rumah tangganya. Namun bagi rumah tangga berpenghasilan rendah dan jumlah anggota rumah tangganya besar, mereka akan kesulitan dalam memenuhi kebutuhan rumah tangganya.

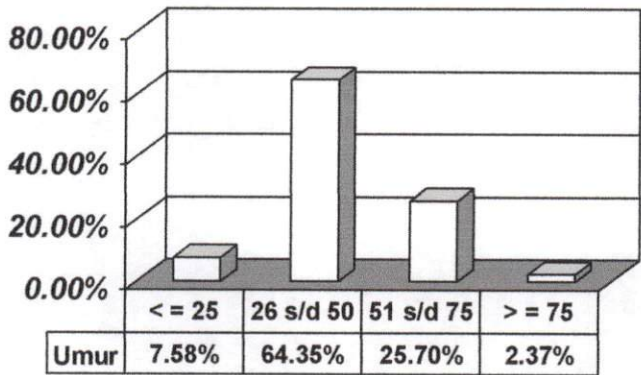
Karena kondisi demikian, maka rumah tangga tersebut akan meprioritaskan pemenuhan kebutuhan seperti sandang dan pangan terlebih dahulu. Walaupun

kesehatan merupakan salah satu komponen kebutuhan dasar, namun belum termasuk dalam urutan pertama, akibatnya pengeluaran untuk kesehatan rendah.

3.2.4 Penduduk Sumatera Barat Tahun 2007 berdasarkan Umur

Dari hasil survey didapatkan data usia penduduk Sumatera Barat sebagai berikut:

Gambar 3. 4
Persentase Penduduk Sumatera Barat
Tahun 2007 Menurut Umur



Sumber: diolah dari data Susenas 2007

Dari gambar diatas dapat dilihat bahwa lebih dari setengah (64.35%) penduduk Sumatera Barat berusia antara 26 – 50 tahun. Lebihnya yang berusia dibawah 25 tahun sebanyak 7.58%. yang berusia 51-75 sebanyak 25.7% dan berusia lansia sebesar 2.37%.

3.2.5 Penduduk Sumatera Barat Tahun 2007 Berdasarkan Pengeluaran Perkapita Penduduk Kota dan Desa perbulan

Pendapatan masyarakat yang merata merupakan suatu masalah yang sulit dicapai, indikator yang baik untuk mengukur tingkat pemerataan pendapatan masyarakat adalah pendapatan masyarakat diantara golongan masyarakat. Indikator distribusi yang didekati dengan pengeluaran perkapita akan memberikan petunjuk aspek pemerataan pendapatan yang akan dicapai. Semakin besar pendapatan masyarakat, maka akan semakin besar tingkat pengeluaran. Apabila dilihat dari sisi pengeluaran rumah tangga merupakan indikator tingkat pendapatan masyarakat. semakin tinggi tingkat pendapatan masyarakat maka porsi tingkat pengeluaran akan bergeser dari pengeluaran makanan menjadi pengeluaran non makanan. Asumsi itu akan sama dengan, semakin tinggi tingkat pengeluaran masyarakat maka tingkat pengeluaran masyarakat untuk kesehatan juga lebih tinggi.

Tabel 3.2
Pengeluaran Perkapita Penduduk Perkotaan dan Pedesaan
Sumatera Barat.

Golongan pengeluaran perkapita (Rp)	Persentase (%)
Golongan pengeluaran ≤ 100.000 /bulan	0.92%
Golongan pengeluaran 100.000 - 149.999/bulan	6.46%
Golongan pengeluaran 150.000 - 199.999/bulan	16.68%
Golongan pengeluaran 200.000 - 299.999/bulan	34.6%
Golongan pengeluaran 300.000 - 499.999/bulan	29.9%
Golongan pengeluaran 500.000 - 749.999/bulan	9.25%
Golongan pengeluaran 750.000 - 999.999/bulan	1.63%
Golongan pengeluaran ≥ 1000.000	0.57%

Statistik kesejahteraan rakyat.2007

Pengeluaran perkapita penduduk kota dan desa Sumatera Barat berdasarkan dari kuintil golongan pengeluaran, persentase tertinggi penduduk dengan pengeluaran perkapita Rp 200.000 – 299.999/bulan yaitu sebesar 34,6%, persentase terendah adalah golongan dengan pengeluaran $\geq$ Rp 1000.000/bulan yaitu 0,57%.

Tabel 3.3
Pengeluaran Perkapita Penduduk Perkotaan Perbulan
Sumatera Barat

Golongan pengeluaran perkapita (Rp)	Persentase (%)
Golongan pengeluaran $\leq$ 100.000/bulan	0.12%
Golongan pengeluaran 100.000 - 149.999/bulan	1.81%
Golongan pengeluaran 150.000 - 199.999/bulan	7.18%
Golongan pengeluaran 200.000 - 299.999/bulan	25.71%
Golongan pengeluaran 300.000 - 499.999/bulan	42.16%
Golongan pengeluaran 500.000 - 749.999/bulan	18.26%
Golongan pengeluaran 750.000 - 999.999/bulan	3.58%
Golongan pengeluaran $\geq$ 1000.000	1,18%

Statistik kesejahteraan rakyat. 2007

Tabel 3.4
Pengeluaran Perkapita Penduduk Pedesaan Perbulan
Sumatera Barat

Golongan pengeluaran perkapita (Rp)	Persentase (%)
Golongan pengeluaran $\leq$ 100.000/bulan	1.27%
Golongan pengeluaran 100.000 - 149.999/bulan	8.54%
Golongan pengeluaran 150.000 - 199.999/bulan	20.94%
Golongan pengeluaran 200.000 - 299.999/bulan	38.59%
Golongan pengeluaran 300.000 - 499.999/bulan	24.39%
Golongan pengeluaran 500.000 - 749.999/bulan	5.2%
Golongan pengeluaran 750.000 - 999.999/bulan	0.75%
Golongan pengeluaran $\geq$ 1000.000	0.3%

Statistik kesejahteraan rakyat. 2007

Apabila dibedakan pola pengeluaran menurut karakteristik rumah tangga di daerah perkotaan dan pedesaan persentase pengeluaran rumah tangga perkotaan jauh lebih tinggi dibandingkan dengan pola pengeluaran rumah tangga di pedesaan. Pola pengeluaran tertinggi di perkotaan pada golongan terbanyak adalah Golongan pengeluaran Rp 300.000 - 499.999/bulan sebesar 42,16%, sedangkan di pedesaan pengeluaran terbanyak adalah golongan dengan pengeluaran Golongan pengeluaran Rp 200.000 - 299.999/bulan 38,59%. Apa bila dilihat dari besarnya tingkat pengeluaran perkapita antara desa dan kota, pengeluaran perkapita rumah tangga kota jauh lebih baik dibandingkan pengeluaran rumah tangga pedesaan yaitu berada pada golongan pendapatan Rp 300.000 - 499.999/bulan.

Salah satu indikator untuk melihat sejauh mana keberhasilan program pemerataan pembangunan termasuk pemerataan terhadap pelayanan kesehatan yang telah dilaksanakan, adalah dengan melihat kesenjangan distribusi pendapatan dan pengeluaran masyarakat. Kesenjangan pendapatan dan pengeluaran yang tinggi menggambarkan tingkat pemerataan pembangunan yang rendah. Sebaliknya kesenjangan pendapatan pengeluaran yang rendah menggambarkan tingkat pemerataan pembangunan yang tinggi. (*Statistik kesejahteraan rakyat.2007*). Dari pola perbandingan pengeluaran perkapita rumah tangga perkotaan dan pedesaan di Sumatera Barat total pengeluaran rata-rata rumah tangga 12,4% berbanding 11,6% total rata-rata pengeluaran rumah tangga dipedesaan dengan selisih 0,8%

3.3 Kondisi Kesehatan di Sumatera Barat.

Masalah kesehatan merupakan masalah yang masih perlu mendapatkan perhatian yang lebih. Derajat kesehatan seseorang mempengaruhi produktifitas yang

kemudian akan sangat berpengaruh pada tingkat kesejahteraan individu dan kelompok masyarakat. Jadi dapat disimpulkan bahwa masalah kesehatan juga erat kaitannya dengan masalah kesehatan. Perhatian pemerintah daerah pada kesehatan masyarakat di daerahnya akan sangat berarti bagi kesejahteraan masyarakat dan kualitas hidup masyarakat. Perhatian tersebut dapat berupa pemberian penyuluhan baik secara langsung maupun tak langsung.

Tingkat kesehatan masyarakat juga adalah penentu dari segala keberhasilan pembangunan. Perbaikan gizi dan kesehatan merupakan salah satu bentuk investasi modal manusia. Salah satu aspek yang dijadikan indikator kesehatan adalah fasilitas kesehatan. Fasilitas tersebut antara lain terdiri dari sarana fisik seperti puskesmas, rumah sakit dan seluruh sarana pendukungnya dan sarana non fisik berupa tenaga medis dan paramedis yang terdiri dari dokter, bidan dan perawat. Fasilitas kesehatan berpengaruh pada tingkat kesehatan karena mudahnya akses terhadap fasilitas kesehatan oleh masyarakat luas memungkinkan mereka untuk menjalani pengobatan atau berkonsultasi mengenai keluhan kesehatan yang dideritanya. Sementara timbul beberapa tantangan baru dalam sektor kesehatan secara umum di Indonesia maupun di Sumatera Barat, perubahan-perubahan itu dapat dikelompokkan antara lain (*pola kesehatan masyarakat, world bank*).

1. Pola Penyakit yang Semakin Komplek.

Pola penyakit di Indonesia pada umumnya telah mengalami transisi epidemiologi yang ditunjukkan dengan meningkatnya penyakit tidak menular seperti tingginya penderita diabetes, penyakit jantung, kanker, dan berbagai penyakit tidak menular lainnya, sedangkan penyakit menular masih menjadi bagian penting dalam

pola penyakit ditengah-tengah masyarakat. Kompleksnya pola penyakit yang berkembang masih menjadi persoalan serius dalam sistem perkembangan pelayanan kesehatan masyarakat. Ada beberapa jenis penyakit yang sangat mempengaruhi morbiditas masyarakat yang di kelompokkan menjadi jenis penyakit menular, penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (*PD3I*), penyakit potensial KLB/Wabah, dan penyakit tidak menular.

2. Tidak Meratanya Sistem Pelayanan Kesehatan Setiap kelompok Sosial Ekonomi.

Berbagai macam masalah kesehatan lebih banyak diderita oleh kelompok miskin, tingginya angka kesakitan baik pada penyakit menular maupun penyakit menular salah satunya disebabkan oleh kurangnya pengetahuan tentang kesadaran hidup sehat yang disebabkan rendahnya pendidikan dan terlalu tingginya biaya kesehatan sehingga tidak terjangkau oleh golongan sosial ekonomi dibeberapa lapisan masyarakat.

Pelayanan kesehatan gratis tidak terlepas dari akibat kemiskinan ditengah – tengah masyarakat, kemiskinan cenderung menyebabkan tingkat kesehatan masyarakat menurun, ketidak mampuan masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan karena makin mahalnya biaya untuk kesehatan menyebabkan pemerintah mengupayakan pelayanan kesehatan gratis untuk masyarakat.

Tabel. 3.5
Persentase Penduduk Miskin Sumatera Barat 2007

Jumlah penduduk miskin (ribu jiwa)			Jumlah penduduk miskin (%)		
Kota	desa	Kota+desa	kota	desa	Kota+desa
149.20	380.00	529.20	9.78%	13.01%	22.79%

Statistik Kesejahteraan Rakyat. 2007

Dari tabel diatas dapat dilihat kemiskinan cenderung lebih banyak dijumpai di daerah pedesaan, dari jumlah total penduduk Sumatera Barat 4.697.764 jiwa, penduduk miskin di Sumatera Barat 13,01% terdapat di pedesaan dan 9,78% di daerah perkotaan. Kecenderungan rentannya masyarakat miskin terjangkit berbagai macam penyakit dan buruknya tingkat kesehatan masyarakat miskin disebabkan oleh beberapa faktor seperti buruknya asupan gizi dan pangan bagi masyarakat miskin, lingkungan dan sanitasi yang kurang baik, dan kurangnya infrastruktur pelayanan kesehatan atau pelayanan publik yang memadai baik itu berada di pedesaan dan perkotaan dan rendahnya tingkat pendidikan masyarakat tentang pola hidup sehat. Penduduk yang tinggal di pedesaan secara umum dapat dikatakan tingkat pendapatannya relatif belum mencukupi dan memenuhi kebutuhan kehidupan sehari-hari. Hal ini dikarenakan bahwa rumah masyarakat pedesaan sumber yang diandalkan pada umumnya berada pada sektor pertanian dengan subsektor perikanan, peternakan, dan lainnya.

Pada umunya daerah pedesaan banyak berada di lokasi yang terpencil, Perbedaan tingkat kehidupan rumah tangga dipedesaan dengan daerah kabupaten dan

kota, dipengaruhi oleh sumber penghasilan utamanya. Di daerah kabupaten dan kota sumber penghasilan rumah tangga semata-mata tidak terbatas pada sektor pertanian saja tetapi menyebar ke sektor-sektor lapangan usaha lainnya. Hal ini terlihat pada senjangan antara pengeluaran perkapita antara rumah tangga di perkotaan dan rumah tangga di pedesaan, pengeluaran perkapita masyarakat perkotaan yang rata-rata $\geq$ Rp. 1.000.000 sebesar 1,18% sedangkan pada rumah tangga di pedesaan pengeluaran yang berada pada rata-rata $\geq$ Rp. 1.000.000 hanya sebesar 0,3%, sangat jauh sekali ketimpangannya. Jika pendapatan masyarakat meningkat maka pengeluaran juga akan meningkat, dengan jumlah pendapatan masyarakat yang meningkat pemenuhan akan kebutuhan pokok (kebutuhan pangan dan non pangan) termasuk pengeluaran untuk biaya kesehatan akan tercapai dengan baik. Masyarakat akan mendapatkan pelayanan kesehatan karena biaya kesehatan yang dikeluarkan tidak mencukupi sedangkan disisi lain pemenuhan akan kebutuhan pangan meningkat.

3. Alokasi dana kesehatan oleh pemerintah cenderung rendah dan tidak merata.

Biaya kesehatan oleh pemerintah maupun masyarakat jauh lebih rendah dibandingkan dengan negara-negara asia tenggara lainnya. Dalam masalah kesehatan kaum miskin cenderung lebih banyak menggunakan staf kesehatan non-medis, sehingga angka pemanfaatan rumah sakit oleh kaum miskin masih amat rendah, ditambah lagi dengan biaya untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang baik amat sangat tinggi dan sulit dijangkau oleh sebahagian besar masyarakat yang tergolong mempunyai tingkat ekonomi yang rendah. Pada umumnya masyarakat dalam pembiayaan kesehatan berasal dari pendapatan rumah tangga itu sendiri. asuransi

sebagai salah satu solusi masyarakat mendapatkan pelayanan kesehatan yang baik hanya mencakup pekerja sektor formal, sedangkan masyarakat yang berada di sektor informal kesulitan mendapatkan pelayanan kesehatan yang baik.

Menyikapi hal itu pemerintah mengupayakan ketersedianya pelayanan yang baik untuk semua apek masyarakat dan merata disetiap golongan masyarakat, salah satunya dengan membentuk program kesehatan gratis bagi masyarakat yang tergolong lemah dalam ekonomi.

Tabel 3.6
Persentase Rumah Tangga yang Mendapatkan Pelayanan kesehatan Gratis Kota dan Desa di Sumatera Barat

Persentase Rumah Tangga Mendapatkan Pelayanan Gratis	Jenis Kartu Persentase (%)		Jumlah
	Askeskin	41.76%	100%
17.41%	Kompensasi BBM	4.13%	
	Kartu Sehat	20.93%	
	Lainya	33.17%	

Statistik Kesejahteraan Rakyat. 2007

Dari jumlah total jumlah penduduk di Sumatera Barat sekitar 4.697.764 jiwa 17,41% mendapatkan pelayanan kesehatan gratis, ini lebih tinggi dibandingkan persentase rumah tangga yang mendapatkan pelayanan kesehatan di Indonesia yang berkisar pada 15,13% (Statistik kesejahteraan rakyat, 2007). Pelayanan kesehatan dibagi menjadi beberapa jenis kartu kesehatan yaitu, 41,76% rumah tangga mendapatkan pelayanan dari ASKESKIN, 4,13% rumah tangga mendapatkan pelayanan dari dana Kompensasi BBM, pelayanan kesehatan gratis dengan kartu sehat sebanyak 20,93% dan pelayanan kesehatan dengan program lainya sebesar 33,17%.

Tabel 3.7
Persentase Rumah Tangga yang Mendapatkan Pelayanan kesehatan Gratis
Perkotaan Sumatera Barat

Persentase Rumah Tangga Mendapatkan Pelayanan Gratis	Jenis Kartu Persentase (%)		Jumlah
14.2%	Askeskin	37.13%	100%
	Kompensasi BBM	3.87%	
	Kartu Sehat	28.58%	
	Lainya	30.42%	

Statistik Kesejahteraan Rakyat. 2007

Di daerah Urban atau perkotaan Sumatera Barat 14,2%, lebih tinggi dibandingkan dengan pelayanan kesehatan gratis Indonesia yaitu 13,33% (statistik kesejahteraan rakyat, 2007). Pembagian pelayanan kesehatan rumah tangga yang mendapatkan pelayanan gratis dari ASKESKIN 37,13%, rumah tangga yang mendapatkan pelayanan kesehatan gratis dari Kompensasi BBM sebesar 3,87%, dan rumah tangga pemegang kartu sehat 28,58%. Dan pelayanan kesehatan gratis lainnya sebesar 30,42%.

Tabel 3.8
Persentase Rumah Tangga yang Mendapatkan Pelayanan kesehatan Gratis
Pedesaan Sumatera Barat

Persentase Rumah Tangga Mendapatkan Pelayanan Gratis	Jenis Kartu Persentase (%)		Jumlah
18.86%	Askeskin	43.33%	100%
	Kompensasi BBM	4.22%	
	Kartu Sehat	18.34%	
	Lainya	34.11%	

Statistik Kesejahteraan Rakyat. 2007

Sedangkan di daerah pedesaan Sumatera Barat 18,86% lebih tinggi dibandingkan dengan pelayanan kesehatan gratis Indonesia yaitu 16,5% (statistik kesejahteraan rakyat, 2007). Pembagian pelayanan kesehatan rumah tangga yang

mendapatkan pelayanan gratis pelayanan kesehatan dari ASKESKIN 43,33% lebih tinggi dibandingkan penggunaan ASKESKIN di perkotaan karena masih banyaknya masyarakat tergolong rumah tangga miskin di pedesaan. Rumah tangga yang mendapatkan pelayanan kesehatan dari kompensasi BBM 4,22%, dan rumah tangga pemegang kartu sehat di pedesaan sebesar 18,34% lebih rendah dari rumah tangga diperkotaan, serta pelayanan kesehatan gratis lainnya 34,11%.

Apa dilihat secara positif keseluruhan perkembangan pelayanan kesehatan di Sumatera Barat sudah memperlihatkan perkembangan baik, hal itu dapat dilihat dari persentase pelayanan kesehatan gratis yang lebih tinggi dibandingkan persentase pelayanan kesehatan Indonesia, kemampuan alokasi dana pemerintah untuk kesehatan sudah menunjukkan tren yang baik. Akan tetapi jika dilihat secara negatif, dari persentase pelayanan kesehatan tersebut dapat pula diambil kesimpulan bahwa tingkat kemampuan masyarakat Sumatera Barat baik itu rumah tangga ataupun individu dalam memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan sangat kurang, dilihat dari pengguna pelayanan kesehatan gratis sangat tinggi.

Akan tetapi pelayanan kesehatan gratis untuk masyarakat miskin masih mendapatkan beberapa kendala antara lain yang menjadi persoalan dalam pelayanan kesehatan masyarakat terutama dalam pelayanan gratis seperti ASKESKIN, Setidaknya ada 4 masalah yang harus dipecahkan bersama oleh para pemegang kepentingan (*stake holders*) baik dari pusat maupun daerah. Pertama belum tuntasnya pendataan para peserta ASKESKIN tahun 2007 sehingga masih berlakunya penggunaan surat tanda keterangan miskin (SKTM), sehingga banyak terjadi penyimpangan karena banyak masyarakat mampu menggunakan SKTM sehingga

sangat merugikan hak – hak orang miskin untuk dapat layanan kesehatan. Kedua, masih ada masyarakat miskin yang tidak terlayani atau belum terlayani karena terbatasnya sarana pelayanan. Ketiga, masalah dana, setiap tahun peserta Askeskin meningkat sementara penyediaan dananya masih kurang. Pemanfaatan dana juga masih kurang efisien namun pembayaran klaim kerap terlambat. Selain itu juga belum maksimalnya kontribusi pemerintah daerah untuk menyediakan dana pendamping bagi pelayanan kesehatan kesehatan orang miskin serta pemanfaatan hasil sebagai pendapatan asli daerah.keempat belum berfungsinya tim koordinasi propinsi/kabupaten/kota sehingga masalah yang terjadi di lapangan tidak bisa di bahas dan diselesaikan secara cepat.

4. Kinerja pelayanan kesehatan disektor publik cenderung menurun dan pelayanan kesehatan di sektor swasta telah menjadi sumber utama pelayanan kesehatan

Penggunaan fasilitas kesehatan umum terus menurun dan semakin banyak orang Indonesia memilih fasilitas kesehatan yang disediakan oleh pihak swasta ketika mereka sakit. Di sebagian besar wilayah Indonesia, sektor swasta mendominasi penyediaan fasilitas kesehatan dan saat ini terhitung lebih dari dua pertiga fasilitas ambulans yang ada disediakan oleh pihak swasta. Juga lebih dari setengah rumah sakit yang tersedia merupakan rumah sakit swasta, dan sekitar 30-50 persen segala bentuk pelayanan kesehatan diberikan oleh pihak swasta (satu dekade yang lalu hanya sekitar 10 persen).

Tabel 3.9
Jumlah Rumah Sakit Menurut Pengelola di Sumatera Barat

Kepemilikan Rumah sakit	RS Umum	RS Khusus	Jumlah
RS. Depkes/Pemda	16	2	18
RS. TNI/POLRI	3	0	3
RS. Dep/BUMN	1	0	1
RS. SWASTA	9	10	19
JUMLAH	29	12	41

Ditjen.Pelayanan Medik Depkes RI 2007

Rumah sakit merupakan pusat pelayanan kesehatan masyarakat hal yang paling mendasar, Rumah sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan memegang peranan yang cukup penting dalam pembangunan kesehatan. Rumah sakit mempunyai misi memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau oleh masyarakat dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Tugas pokok rumah sakit umum adalah melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan (*kuratif*) dan pemulihan (*rehabilitatif*) yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan (*promotif*) dan pencegahan (*preventif*) serta melaksanakan upaya rujukan. (Keputusan Menteri Kesehatan RI NO. 983 tahun 1992)

Kondisi pelayanan rumah sakit di Indonesia terlihat juga pada pelayanan rumah sakit umum di Sumatera Barat. Sumatera Barat sebagai salah satu provinsi di Indonesia memiliki jumlah fasilitas rumah sakit umum seperti tampak pada dari tabel 3.9, rumah sakit di Sumatera Barat masih di dominasi kepemilikanya oleh pemerintah jumlah total jumlah rumah sakit di Sumatera Barat berjumlah 41 rumah sakit yang terbagi menjadi 29 rumah sakit umum dan 12 rumah sakit khusus. Jenis pelayanan

rumah sakit umum masih didominasi oleh pemerintah 16 rumah sakit umum sedangkan rumah sakit khusus di dominasi oleh sektor swasta dengan 10 rumah sakit khusus, akan tetapi pada perkembanganya perkembangan rumah sakit yang dikelola oleh pemerintah menunjukan tren yang positif terlihat pada tabel tren penyedia pelayanan kesehatan di Sumatera Barat sebagai berikut.

Tabel 3.10
Tren Penyedia Layanan Kesehatan Sumatera Barat (*persentase*)

Tahun	Pemerintah	Swasta	Tradisional	Lainya	Total
1997	38.1	45.2	16.7	N.A	100
1998	39.9	45.8	14.3	N.A	100
1999	40.1	44.9	15	N.A	100
2000	41.9	49.8	8.3	N.A	100
2001	44.3	49.7	6.1	N.A	100
2002	42.9	51.1	5.9	N.A	100
2003	42.1	45.2	9.2	3.4	100
2004	49.9	41.3	3.9	4.9	100
2005	72.8	18.6	4.7	3.9	100
2006	72.5	17	6.5	4	100

Sumber: Data olahan susenas oleh SMERU

Tabel 3.10 adalah data tren perkembangan penyedia pelayanan kesehatan masyarakat oleh pemerintah, swasta, tradisional dan pengobatan lainnya. Indikator untuk menilai perkembangan tingkat kesehatan salah satunya adalah perkembangan pelayanan. Perkembangan penyedia rumah sakit yang dikelola pemerintah mengalami peningkatan dari tahun 1997-2006, dari tahun 1997 pelayanan kesehatan oleh pemerintah berada pada persentase 38,1% sedangkan pelayanan kesehatan swasta 45,2%. Tren perkembangan layanan kesehatan oleh pemerintah terus memperlihatkan tren positif hingga di tahun 2005 dan tahun 2006 berada pada 72,8% dan 72,5%, sedangkan tren perkembangan layanan kesehatan Swasta mengalami penurunan di

tahun 1997 berada pada persentase 45,5% dan mencapai persentase tertinggi pada tahun 2000 dengan persentase 51,1% dan terus mengalami penurunan hingga tahun 2006 hanya 17%, berbeda jauh dengan layanan di sektor pemerintah dengan persentase 72,5%, sedangkan tren perkembangan layanan kesehatan tradisional semakin menurun dengan meningkatnya pelayanan kesehatan pemerintah pada tahun 1997 berada pada persentase 16,7% hingga pada tahun 2006 sebesar 6,5%, pelayanan kesehatan tradisional tinggi karena tidak terjangkaunya pelayanan kesehatan secara medis oleh masyarakat, seiring semakin baiknya pelayanan kesehatan, baik dari segi sarana dan prasarana medis yang cukup ditambah dengan terjangkaunya biaya layanan oleh semua lapisan masyarakat, kecenderungan masyarakat untuk berobat secara tradisional beralih ke pelayanan secara formal atau medis. Tren perkembangan layanan kesehatan sebanding dengan tren kunjungan masyarakat terhadap layanan kesehatan masyarakat Sumatera Barat seperti terlihat pada tabel berikut.

Tabel 3.11
Tren Kunjungan Pasien Perjenis Penyedia Layanan Kesehatan
Sumatera Barat (persentase)

Tahun	Pemerintah	Swasta	Tradisional	Lainya	Total
1997	26.0	30.9	11.4	N.A	100
1998	21.5	24.7	7.7	N.A	100
1999	25.0	28.0	9.3	N.A	100
2000	21.8	26.0	4.3	N.A	100
2001	21.1	23.7	2.9	N.A	100
2002	19.4	23.2	2.7	N.A	100
2003	20.9	22.5	4.6	1.7	100
2004	23.7	19.6	1.9	2.3	100
2005	27.9	7.1	1.8	1.5	100
2006	31.0	7.3	2.8	1.7	100

Sumber: Data olahan susenas oleh SMERU

Tren kunjungan pasien terhadap pelayanan kesehatan pemerintah, swasta, tradisional dan lainnya berbanding lurus dengan tren perkembangan layanan kesehatannya. Semakin baik layanan kesehatan maka kecenderungan pasien/masyarakat untuk berobat terhadap layanan tersebut juga akan semakin tinggi. Dalam hal ini motif ekonomi mengambil peranan penting dalam kecenderungan pemilihan layanan kesehatan, pelayanan kesehatan yang dikelola oleh pemerintah cenderung lebih murah dan lebih terjangkau oleh masyarakat, asumsi itu diperkuat dengan Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 28 ayat (1) dan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan, yaitu melalui pembangunan kesehatan salah satu hak dasar masyarakat yaitu hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dapat dipenuhi, ditambah lagi dengan berbagai macam program-program asuransi kesehatan yang dikeluarkan oleh pemerintah seperti ASKESKIN, Kartu Sehat, Kompensasi BBM dan asuransi kesehatan lainnya banyak merujuk masyarakat yang sakit untuk berobat ke rumah sakit atau pelayanan medis yang dikelola pemerintah, sedangkan pelayanan kesehatan di sektor swasta selain memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat juga mengutamakan laba dan keuntungan sehingga cenderung lebih mahal dalam pembiayaannya.

Dari tren kunjungan terhadap layanan kesehatan oleh pemerintah menunjukkan fluktuasi/ naik dan turun tetapi tetap pada tren positif, pada tahun 1997 dengan persentase 26% pada tahun 1999 meningkat pada persentase 25% dan pada tahun 2006 berada pada persentase 23,7%. Sedangkan kunjungan layanan swasta 30,9% pada tahun 1997, terus mengalami penurunan pada tahun berikutnya, hingga pada tahun 2004 berada pada 19,6% dan pada tahun 2006 hanya sebesar 7,3%. Dalam

dinamika perkembangan rumah sakit swasta di Indonesia Selama 10 tahun terakhir pertumbuhan Rumah Sakit (RS) Swasta di Indonesia lebih besar (2,91% rata-rata per tahun) dari RS pemerintah (1,25% rata-rata per tahun) hal itu menggambarkan dinamika kuat dalam sektor RS di Indonesia. Dinamika ini terpengaruh oleh kekuatan pasar yang besar di Indonesia. Sebagaimana suatu sektor yang dipengaruhi oleh pasar, akan terjadi variasi dalam mutu pelayanan. (Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan XII, 2009)

Hal yang paling menarik adalah tren kunjungan pada layanan kesehatan tradisonal, dengan semakin baiknya layanan kesehatan pemerintah, pengguna layanan ksehatan tradisonal juga mengalami fluktuasi akan tetapi terus berkurang, tertinggi pengguna layana kesehatan tradisonal pada tahun 1997 sebesar 11,4% terendah pada tahun 2005 dengan persentase 1,8% hingga pada tahun 2006 dengan persentase 2,8%.

Faktor sangat penting penting dalam perkembangan pelayanan kesehatan selain sarana dan prasarana kesehatan seperti rumah sakit tapi ketersedianya sumber daya/ SDM tenaga medis yang mencukupi, berikut tabel jumlah tenaga medis dan paramedis menurut kab/kota di Sumatera Barat.

Tabel 3.12
Jumlah Tenaga Medis dan Paramedis Menurut Kabupaten/ Kota
Sumatera Barat

Kabupaten/ Kota	Tenaga Medis dan Paramedis		
	Dokter	Bidan	Perawat
<u>Kabupaten</u>			
Kep. Mentawai	4	27	80

Pesisir Selatan	44	175	126
Solok	28	248	203
Swl/ Sijunjung	23	241	171
Tanah Datar	52	195	150
Padang Pariaman	34	237	184
Agam	41	272	147
50 Kota	30	263	95
Pasaman	21	253	377
<u>Kota</u>			
Padang	86	174	194
Solok	12	31	149
Sawahlunto	8	32	85
Padang Panjang	9	18	53
Bukittinggi	25	43	315
Payakumbuh	24	34	139
Pariaman	11	50	58
Jumlah	451	2293	2526

Sumber : BPS, 2007

Pada tabel 3. 12 dapat pula dilihat jumlah tenaga medis yang ada di Sumatera Barat pada tahun 2007 sebanyak 451 sebagai dokter, 2293 bidan dan 2526 perawat yang tersebar di daerah-daerah di Sumatera Barat. Pada tahun 2007 jumlah dokter lebih banyak bila dibandingkan pada tahun 2004 yaitu sebanyak 442 orang, sedangkan jumlah bidan dan perawatnya juga lebih banyak pada tahun 2004 masing-masing 2289 dan 2506.

Fakta menunjukkan bahwa masyarakat pengguna layanan kesehatan pemerintah maupun swasta semakin menuntut pelayanan yang bermutu. Tak dapat dipungkiri bahwa kini pasien semakin kritis terhadap pelayanan kesehatan dan menuntut keamanan bagi mereka. (sugiatma, 2009).

Masalah serius tentang Sumber Daya Manusia kesehatan adalah jumlah, distribusi, mutu, ketidakseimbangan produksi dan penerapan serta inefisiensi dan inefektifitas SDM kesehatan. Walaupun rasio SDM kesehatan dengan masyarakat tetapi masih jauh dari yang di tetapkan dan variasinya antar daerah masih tajam

Berdasarkan Health System Performance Assesment 2004, jumlah dokter per 100.000 penduduk adalah 15,5 namun hampir 2/3 propinsi memiliki jumlah dokter dibawah rata- rata nasional, keadaan ini juga terjadi di Sumatera barat dimana dengan jumlah penduduk 4.697 794 orang, jika dihitung secara kasar seharusnya Sumatera Barat memiliki sekitar 700 orang dokter. Lebih kurang antara 60 – 70 % dokter ada di pulau jawa. Rasio dokter terendah ada di maluku dengan hanya 7 dokter per 100.000 penduduk dan yang tertinggi ada di DKI dengan rasio 70,8.

Untuk layanan kesehatan seperti obat – obatan anggaran pemerintah termasuk rendah, sebelum desentrlisas anggaran pemerintah untuk obat hanya 20% dari seluruh belanja obat nasional. Namun dengan pengembangan di sektor publik anggaran yang kecil itu bisa mencakup lebih dari 70% penduduk. (*RenBangKes 2005-2009*). Untuk mengatasi hal ini pemerintah mengoptimalkan sistem pelayanan kesehatan terpadu, salah satunya adalah mengoptimalkan puskesmas (*pusat kesehatan masyarakat*), puskesmas yang mulai dikembangkan oleh pemerintah pada tahun 1968 oleh Departemen Kesehatan Indonesia agar masyarakat lebih mudah mendapatkan pelayanan kesehatan. Puskesmas merupakan unit pelaksanaan teknis dari Dinas Kesehatan Kab/Kota yang berada di wilayah kecamatan untuk melaksanakan tugas-tugas operasional kesehatan (profil kesehatan Indonesia, 2007).



Puskesmas sebagai pelayanan kesehatan yang lebih dekat dengan masyarakat mempunyai peran yang sangat penting dalam pelayanan kesehatan masyarakat karena dari segi pembiayaan yang dikeluarkan masyarakat untuk menggunakan pelayanan kesehatan dari Puskesmas lebih terjangkau, puskesmas merupakan tempat penanganan kesehatan masyarakat tahap awal sebelum dirujuk ke rumah sakit. Puskesmas mempunyai fungsi sebagai berikut :

1. Pusat pembangunan berwawasan kesehatan.
2. Pusat penggerakan peran serta masyarakat dalam kesehatan.
3. Pusat pelayanan kesehatan dasar masyarakat.

Masih tingginya tingkat morbiditas (*tingkat kesakitan masyarakat*), puskesmas perlu meningkatkan jangkauan dan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dengan meningkatkan mutu pelayanan yang baik, berkelanjutan dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat terutama keluarga miskin dengan resiko terkena penyakit lebih tinggi, jika tidak ditangani dengan baik akan dapat mengancam kesehatan masyarakat banyak dan pada akhirnya dapat menjadi beban masyarakat yang produktif serta daerah. Sesuai dengan Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: 128/Menkes/SK/II/Tahun 2004 tentang kebijakan dasar puskesmas, upaya keperawatan kesehatan masyarakat merupakan upaya kesehatan penunjang yang kegiatannya terintegrasi dalam upaya kesehatan wajib maupun upaya kesehatan pengembangan. Masyarakat di setiap daerah Kab/Kota harus mengembangkan Pusat Kesehatan Masyarakat dengan dibantu Dinas kesehatan Daerah sebagai upaya meningkatkan mutu dan kualitas kesehatan masyarakat.

Berikut tabel jumlah Pukesmas dan Rasio terhadap jumlah penduduk di Sumatera Barat.

Tabel 3.13
Jumlah Puskesmas dan Rasio Terhadap Jumlah Penduduk
Sumatera Barat

Tahun	Jumlah Puskesmas	Rasio Puskesmas per 100.000 Penduduk
2003	206	4.62
2004	210	4.62
2005	214	4.69
2006	224	4.84
2007	228	4.85

Sumber Ditjen Binkesmas Pusdatin, Depkes RI

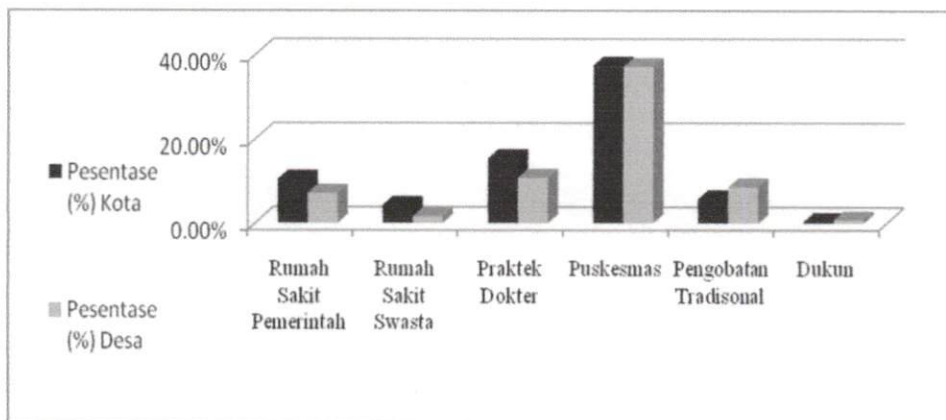
Perkembangan Puskesmas di Sumatera Barat dari tahun 2003 hingga 2007 terus meningkat, sebagai pusat pelayanan yang terjangkau oleh masyarakat puskesmas di Sumatera Barat tahun 2003 jumlah puskesmas 206 dengan berbading rasio penduduk per 100.000 adalah 4,62, pertumbuhan puskesmas yang tertinggi terjadi ditahun 2006 dengan 224 puskesmas bertambah 10 puskesmas dengan rasio yang juga meningkat menjadi 4,84%, rata perkembangan puskesmas di Sumatera Barat dari tahun 2003- 2007 sbesar 5,8% hingga pada tahun 2007 mencapai 228 dengan rasio penduduk per 100.000 adalah 4.85%. perkembangan puskesmas ini sebanding dengan tingkat kunjungan masyarakat di perkotaan dan pedesaan menggunakan layanan puskesmas di Sumatera Barat seperti terlihat pada tabel berikut.

Tabel 3.14
Persentase Penduduk yang Berobat Menurut Tempat dan Cara Berobat
Sumatera Barat (Perkotaan dan Pedesaan)

Jenis Pelayanan Kesehatan	Pesentase (%)	
	Kota	Desa
Rumah Sakit Pemerintah	10.44%	7.10%
Rumah Sakit Swasta	4.21%	1.55%
Praktek Dokter	15.37%	10.77%
Puskesmas	37.43%	37.11%
Pengobatan Tradisonal	5.76%	8.56%
Dukun	0.37%	0.75%

BPS, Statistik Kesehateraan rakyat. 2007

Gambar 3.5
Persentase Penduduk menurut tempat berobat



Perkotaan merupakan pusat dari segala macam aktifitas masyarakat yang identik dengan ketersediaan berbagai macam pelayanan publik yang memadai, terutama pelayanan kesehatan, dari data diatas menggambarkan masih tingginya kunjungan mayarakat perkotaan dalam menggunakan pelayanan puskesmas

dibandingkan pelayanan rumah sakit, baik itu rumah sakit Pemerintah maupun rumah sakit Swasta. Pada tahun 2007 Tingkat kunjungan masyarakat perkotaan berobat ke puskesmas sangat tinggi dengan persentase 37,43%, sedangkan tingkat kunjungan masyarakat terhadap rumah sakit pemerintah berada pada persentase 10,44%, lebih rendah 4,93% dari kunjungan masyarakat kepada praktek dokter sebesar 15,37%, berikut kunjungan ke rumah sakit swasta 4,21%. Di daerah pedesaan yang puskesmas masih menjadi pelayanan utama yang dimanfaatkan oleh masyarakat dengan persentase kunjungan 37,11% hanya berbeda 0,32% dari kunjungan masyarakat kota ke puskesmas sedangkan pengguna pelayanan praktek dokter berada di urutan ke dua sebesar 10,77%, Berikut 7,10% kunjungan ke rumah sakit pemerintah dan 1,55% ke rumah sakit swasta. Kepercayaan masyarakat baik kota dan desa pada pengobatan tradisional masih cukup tinggi, di perkotaan pengobatan tradisional 5,76% dan di pedesaan 8,56%, sedangkan di era modernisasi kesehatan praktek dukun masih dipercaya oleh sebagian kalangan masyarakat baik di perkotaan maupun di pedesaan terlihat dengan persentase 0,37% di perkotaan dan 0,75% di pedesaan.

Rata-rata total tingkat kunjungan masyarakat ke pelayanan kesehatan Puskesmas di Sumatera Barat pada tahun 2007 adalah 37,2%, cukup tinggi dengan jumlah total puskesmas pada tahun 2007 sebanyak 228 dengan rasio per 100.000 penduduk 4,48%, praktek dokter menjadi pelayanan yang cukup diminati masyarakat dengan rata-rata 12,80% selama tahun 2007 di Sumatera Barat sedangkan Rata-rata kunjungan masyarakat pada pelayanan rumah sakit pemerintah pada tahun 2007 adalah 8,05% dan rumah sakit swasta 2,30%.

Dari tabel diatas dapat diambil kesimpulan bahwa puskesmas merupakan tempat pelayanan kesehatan yang utama dan sangat dibutuhkan oleh semua lapisan masyarakat dengan beberapa faktor pendukungnya, seperti tenaga medis yang cukup, akses yang mudah, dan yang paling utama adalah biaya kesehatan yang dapat dijangkau oleh semua lapisan masyarakat dan merupakan faktor pendukung demi meningkatnya derajat kesehatan masyarakat indonesia umumnya dan masyarakat Sumatera Barat khususnya.

3.4 Morbiditas Masyarakat

Morbiditas dalam bahasa Indonesia adalah pernyataan terkena penyakit atau derajat kerasnya penyakit, dan meratanya penyebaran penyakit dalam bahasa latin disebut dengan *morbidus*; sakit, tidak sehat (*wikipedia Indonesia*). Morbiditas dapat juga diartikan seberapa besar tingkat kesehatan masyarakat yang mempengaruhi aktifitas masyarakat. Morbiditas adalah angka kesakitan (*insidensi atau prevelensi*) dari suatu penyakit yang terjadi pada populasi dalam kurun waktu tertentu. Morbiditas berhubungan dengan terjadinya atau terjangkitnya penyakit dalam populasi, baik bersifat fatal atau non fatal. Angka morbiditas lebih cepat menentukan keadaan kesehatan masyarakat dari pada angka mortalitas, karena banyak penyakit yang mempengaruhi kesehatan hanya mempunyai mortalitas yang rendah (Profil Kesehatan Indonesia, 2008).

Derajat kesehatan masyarakat dan morbiditas masyarakat terutama di Sumatera Barat ditentukan oleh beberapa faktor seperti tingkat pendidikan masyarakat yang mempengaruhi kesadaran masyarakat untuk hidup sehat, derajat

perekonomian atau tingkat pendapatan masyarakat yang menentukan sejauh mana masyarakat tersebut memenuhi kebutuhan pangan dan non pangan seperti asupan gizi, kelayakan tempat tinggal/hunian, kemampuan dalam pembiayaan dalam kesehatan dan ketersedianya pelayanan kesehatan yang baik ditempat mereka berada. Berikut data tren morbiditas Sumatera Barat berdasarkan data tren SMERU dari tahun 1997-2006.

Tabel 3.15
Tren Morbiditas Daerah Perkotaan dan Pedesaan
Sumatera Barat (*Persentase*)

Tahun	Perkotaan <i>Persentase</i> (%)	Pedesaan <i>Persentase</i> (%)	Perkotaan dan Pedesaan (%)
1997	28.3	29.2	28.9
1998	26	29.8	28.8
1999	28	33.6	32
2000	23.3	28.2	26.8
2001	24.8	27.3	26.6
2002	20.9	30.4	27.5
2003	19.9	26	24.2
2004	17.9	26.3	23.8
2005	22.7	30.9	28.4
2006	22.1	27.3	25.7
rata-rata	25.82%	28.9%	27.27%

Sumber: Data olahan susenas oleh SMERU

Tren morbiditas daerah perkotaan dan pedesaan adalah gambaran seberapa besar tingkat persentase masyarakat diperkotaan dan pedesaan menderita sakit yang diakibatkan oleh beberapa hal yang mengganggu tingkat kesehatan masyarakat tersebut. Rata-rata tingkat morbiditas masyarakat Sumatera Barat dari 1997-2006 selama 10 tahun terakhir sebesar 27,27%, morbiditas tertinggi terjadi pada tahun 1999 yang

mencapai persentase 32%, hal itu terjadi karena secara umum Indonesia masih berada pada masa transisi pemulihan keadaan ekonomi, banyak infrastruktur publik yang tidak berjalan dengan semestinya termasuk infrastruktur dibidang kesehatan, keadaan krisis ekonomi pada saat itu memberikan pengaruh pada kualitas kesehatan masyarakat. Akan tetapi pada tahun berikutnya persentase morbiditas masyarakat tahun 2000 turun menjadi 26,6%, yang dapat di artikan membaiknya tingkat kesehatan masyarakat.

Morbiditas dibagi menjadi morbiditas yang terjadi di perkotaan dan morbiditas yang terjadi dipedesaan. Dari segi karakteristik secara umum, tingkat kebutuhan masyarakat perkotaan dan pedesaan terhadap kesehatan adalah sama, masyarakat ingin kebutuhan dan tingkat kesehatan semakin membaik, akan tetapi ada beberapa faktor yang menjadi pembeda antara tingkat morbiditas masyarakat perkotaan dan pedesaan. Dari data tren morbiditas masyarakat perkotaan rata-rata morbiditas yang terjadi 10 tahun terakhir dari tahun 1997-2006 dengan persentase 25,82% berbeda jauh dengan rata-rata persentase morbiditas masyarakat pedesaan yang berada pada 28,9%. Morbiditas tertinggi masyarakat perkotaan 28% terjadi pada tahun 1999, dan ditahun berikutnya mengalami fluktuasi, morbiditas terendah di perkotaan terjadi pada tahun 2004 sebesar 17,9%. Sedangkan tren morbiditas yang terjadi di pedesaan tertinggi juga berada pada tahun 1999 sebesar 33,6% dan terendah pada tahun 2003 sebesar 26%. Salah satu hal yang dihadapi oleh masyarakat perkotaan dan sangat mempengaruhi tingkat morbiditas adalah tingkat kesehatan di beberapa lingkungan pemukiman khususnya pemukiman kumuh di perkotaan, lingkungan tersebut mempunyai potensi meningkatkan morbiditas masyarakat di

perkotaan seperti kurang tersedianya sarana air bersih, timbulnya penyakit menular, serta kemiskinan yang menjadi masalah utama bagi pembangunan kesehatan.

Tingkat morbiditas yang terjadi di pedesaan tergolong tinggi, hal ini disebabkan oleh beberapa faktor seperti kurangnya pengetahuan masyarakat pedesaan akan pendidikan sehingga lemahnya pengetahuan masyarakat tentang kesadaran akan kesehatan, rendahnya tingkat pendapatan masyarakat sehingga pengeluaran masyarakat untuk kesehatan rendah pemenuhan asupan gizi masyarakat yang kurang baik dan infrakstruktur kesehatan yang kurang baik dan akses akan pelayanan kesehatan.

Tabel 3.16
Tren Morbiditas yang Mengganggu Aktivitas
Daerah Perkotaan dan Pedesaan
Sumatera Barat (*Persentase*)

Tahun	Perkotaan <i>Persentase</i> (%)	Pedesaan <i>Persentase</i> (%)	Perkotaan dan Pedesaan (%)
1997	8.7	12.6	11.6
1998	9.2	13.9	12.6
1999	10.6	17.0	15.1
2000	9.4	14.5	13.1
2001	9.4	12.5	11.6
2002	8.6	15.0	13.1
2003	7.6	12.6	11.1
2004	7.0	12.8	11.0
2005	8.1	13.5	11.8
2006	7.2	12.5	10.8
rata-rata	8,58%	13,59%	12,18%

Sumber: Data olahan susenas oleh SMERU

Yang dimaksud dengan Morbiditas yang mengganggu aktifitas adalah seberapa besar morbiditas atau penyebab sakit mengganggu aktivitas masyarakat dalam melakukan berbagai macam kegiatannya, bisa itu disebabkan oleh penyakit atau hal-hal lain yang menyebabkan terganggunya kesehatan masyarakat, semakin rendah persentase morbiditas yang mengganggu aktifitas pada masyarakat, maka menggambarkan tingkat kesehatan masyarakat yang semakin baik dan sebaliknya semakin tinggi persentase morbiditas masyarakat maka akan memperlihatkan semakin buruknya tingkat kesehatan masyarakat, apakah disebabkan faktor eksternal seperti oleh pola perkembangan penyakit (*penyakit endemik yang berkembang pada tahun tersebut*), keadaan ekonomi pada saat itu yang mempengaruhi tingkat kesehatan masyarakat pada saat itu, maupun disebabkan faktor-faktor internal masyarakat seperti tingkat pendidikan tentang kesehatan yang masih rendah, lingkungan yang kurang baik (sanitasi) dan lain-lainnya.

Rata-rata morbiditas yang mengganggu aktifitas masyarakat di perkotaan dan pedesaan dari tahun 1997-2006 sebesar 12,18 %, rata-rata morbiditas yang mengganggu aktifitas dipedesaan lebih tinggi dibanding morbiditas di perkotaan, dengan persentase sebesar 13,59% di pedesaan dan 8,58% di perkotaan. Morbiditas yang mengganggu aktifitas tertinggi pada masyarakat perkotaan terjadi pada tahun 1999 sebesar 10,6%, pada saat itu dipengaruhi oleh krisis ekonomi dan sangat mempengaruhi tingkat morbiditas masyarakat. Tren perkembangan morbiditas yang mengganggu aktifitas masyarakat perkotaan menunjukkan tren positif hal ini terlihat dengan persentase yang terus turun, terendah terjadi pada tahun 2004 yaitu sebesar 7%, sedangkan morbiditas yang mengganggu aktifitas masyarakat di pedesaan

tertinggi juga terjadi pada tahun 1999 sebesar 17%, terendah pada tahun 2001 dan 2006 sebesar 12,5%. Tingkat morbiditas yang mengganggu aktifitas di pedesaan jauh lebih tinggi dibandingkan morbiditas masyarakat perkotaan dengan selisih rata-rata 5,03%. Berikut tren morbiditas yang terjadi di Indonesia sebagai perbandingan tren morbiditas yang terjadi di Sumatera Barat.

Tabel 3.17
Tren Morbiditas Daerah Perkotaan dan Pedesaan
Indonesia (Persentase)

Tahun	Perkotaan Persentase (%)	Pedesaan Persentase (%)	Perkotaan dan Pedesaan (%)
1997	24.9	24.1	24.4
1998	26.3	25.0	25.5
1999	25.0	24.4	24.6
2000	26.0	25.3	25.6
2001	25.8	25.3	25.5
2002	26.0	26.4	26.2
2003	23.9	24.8	24.4
2004	26.3	26.6	26.5
2005	25.7	28.0	27.0
2006	27.0	29.0	28.1
rata-rata	25.6%	25.8%	25.7%

Sumber: Data olahan susenas oleh SMERU

Tren morbiditas yang terjadi di Indonesia merupakan gambaran tingkat morbiditas masyarakat diseluruh provinsi secara umum dan sebagai perbandingan dengan tingkat morbiditas di Sumatera Barat secara khusus. Rata-rata morbiditas di Indonesia dari tahun 1997-2006 berdasarkan data SMERU adalah 25,7% jika dibandingkan dengan rata-rata morbiditas yang terjadi di Sumatera barat adalah 27,27% artinya tingkat morbiditas sumatera barat berada di atas persentase rata-rata

morbidity di Indonesia. Morbidity yang tertinggi di Indonesia terjadi pada tahun 2006 dengan persentase 28,1%, terendah dengan persentase 24,4% pada tahun 1997 dan tahun 2003. Rata-rata persentase morbiditas masyarakat Indonesia di perkotaan sebesar 25,6%, jika dibandingkan dengan persentase morbiditas perkotaan di Sumatera Barat 25,82%. Persentase rata-rata morbiditas pedesaan di Indonesia 25,8% dan persentase rata-rata pedesaan di Sumatera Barat 28,8% lebih tinggi dari rata-rata morbiditas Indonesia. Dari perbandingan rata-rata persentase morbiditas Sumatera Barat dan Indonesia dapat diambil kesimpulan bahwa morbiditas secara umum yang terjadi di Sumatera Barat berada di atas nilai rata-rata morbiditas Indonesia dan tingkat morbiditas pedesaan di Sumatera juga berada diatas rata-rata morbiditas di Indonesia bahkan cenderung tinggi.

Perbandingan morbiditas yang mengganggu aktivitas daerah perkotaan dan pedesaan di Indonesia secara umum juga menjadi perbandingan tingkat morbiditas yang mengganggu aktivitas di Sumatera barat Secara khusus, berikut tren morbiditas yang mengganggu aktivitas Indonesia berdasarkan data tren SMERU 1997-2006.

Tabel 3.18
Tren Morbiditas yang Mengganggu Aktivitas
Daerah Perkotaan dan Pedesaan
Indonesia (*Persentase*)

Tahun	Perkotaan <i>Persentase</i> (%)	Pedesaan <i>Persentase</i> (%)	Perkotaan dan Pedesaan (%)
1997	8.2	9.6	9.1
1998	10.0	10.9	10.6
1999	10.0	11.2	10.8
2000	10.7	11.9	11.4
2001	9.3	10.8	10.2
2002	10.4	11.8	11.2
2003	10.1	11.3	10.8
2004	11.0	12.6	11.9
2005	10.2	12.8	11.7
2006	11.6	13.9	12.9
rata-rata	10,1%	11,6%	11,06%

Sumber: Data olahan susenas oleh SMERU

Tren morbiditas yang mengganggu aktivitas daerah perkotaan dan pedesaan Indonesia dari tahun 1997-2006 dengan rata-rata persentase 11,06% dibandingkan dengan rata-rata morbiditas yang mengganggu aktivitas di Sumatera barat sebesar 12,18%. Morbiditas yang mengganggu aktivitas di sumatera barat berada di atas rata-rata persentase morbiditas mengganggu aktvitas di Indonesia sebesar 1,12%. Persentase rata-rata yang terjadi di perkotaan Indonesia adalah 10,1% berbanding 8,58% dengan persentase perkotaan Sumatera Barat, dari perbandingan tersebut tingkat morbiditas yang mengganggu aktivitas di Sumatera Barat berada di bawah rata-rata morbiditas yang mengganggu aktivitas Indonesia. Persentase rata-rata morbiditas yang mengganggu aktivitas di pedesaan Indonesia 11,6% dan di Sumatera Barat

sebesar 13,59% berbeda 1,99%. Morbiditas yang mengganggu aktivitas di Sumatera Barat lebih tinggi dari rata-rata Indonesia.

Dari perbandingan persentase rata-rata tingkat morbiditas masyarakat maupun morbiditas yang mengganggu aktivitas di Sumatera Barat dengan persentase rata-rata Indonesia secara umum berada diatas rata-rata persentase Indonesia sehingga di asumsikan tingkat morbiditas masyarakat di Sumatera Barat masih belum baik terutama terjadi di daerah pedesaan.

3. 5 Morbiditas Berdasarkan Kuintil Konsumsi

Tingkat kesehatan masyarakat tidak terlepas oleh pemenuhan kebutuhan dasar penduduk. Salah satu kebutuhan dasar tersebut adalah pemenuhan konsumsi. Pola konsumsi masyarakat dapat menggambarkan taraf hidup masyarakat. Perubahan tingkat konsumsi masyarakat pada umumnya dipengaruhi oleh perubahan kemampuan masyarakat untuk memenuhi kebutuhan yang diakibatkan oleh perubahan pendapatan. Berikut data tren Morbisitas Masyarakat Menurut Konsumsi Kuintil (persentase) berdasarkan data SMERU 1997-2006.

Tabel 3.19
Tren Morbiditas Menurut Konsumsi Kuintil (persentase)

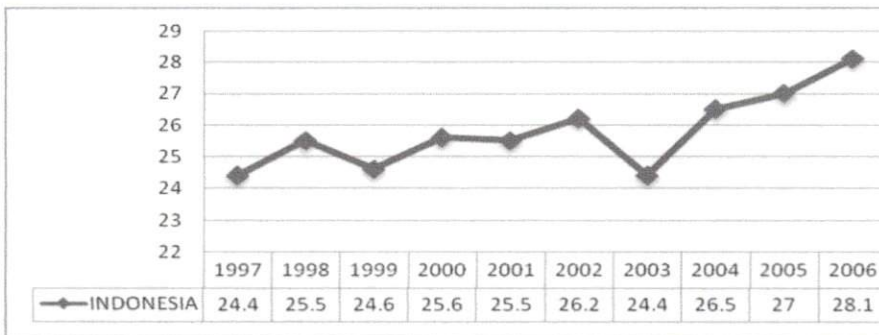
KUINTIL KONSUMSI	MORBIDITAS									
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
SANGAT MISKIN	22.3	23.7	22.5	23.5	23.1	24	23.5	26.4	26.6	27.4
MISKIN	23.5	24.6	23.8	24.3	24.3	25.6	23.5	25.9	26.8	27.9
SEDANG	24.8	25.7	24.8	25.8	25.4	27	24.2	26.3	27.4	28.5
KAYA	25.7	26.8	25.6	26.6	27.1	27.3	24.8	26.4	27.6	29
SANGAT KAYA	25.8	26.6	26.3	27.6	27.5	27.2	26	27.6	26.6	28.1
Indonesia	24.4	25.5	24.6	25.6	25.5	26.2	24.4	26.5	27	28.1

Sumber: Data olahan susenas oleh SMERU

Pengeluaran rumah tangga dapat dibedakan antara pengeluaran makanan dan pengeluaran bukan makanan, dimana menggambarkan bagaimana penduduk mengalokasikan kebutuhan rumah tangganya, walaupun harga barang kebutuhan di beberapa daerah berbeda-beda. Pola konsumsi dan pengeluaran rumah tangga pada umumnya berbeda antar kelompok rumah tangga. Dibagi menjadi kuintil rumah tangga sangat miskin, rumah tangga miskin, rumah tangga dengan kemampuan konsumsi/pendapatan sedang, rumah tangga kaya, dan rumah tangga sangat kaya. Pola konsumsi khususnya pola konsumsi rumah tangga sangat merupakan salah satu faktor penentu tingkat kesehatan dan produktivitas rumah tangga.

Dari data tren morbiditas masyarakat berdasarkan kuintil konsumsi masyarakat secara keseluruhan dapat dilihat bahwa tren morbiditas masyarakat mengalami peningkatan, dengan rata-rata peningkatan sebesar 25,7% dari tahun 1997-2006, tertinggi terjadi pada tahun 2006 dengan persentase 28,1% Persentase konsumsi terendah terjadi pada tahun 2003 sebesar 24,4% dan naik kembali pada tahun 2004 menjadi 26,5%. Peningkatan morbiditas menurut kuintil konsumsi tersebut menggambarkan bahwa masyarakat secara umum dapat memenuhi kebutuhan konsumsinya dengan baik yang terlihat dari tren yang terjadi seperti yang terlihat pada grafik :

Gambar 3.6
Tren Morbiditas Konsumsi Kuintil
(Persentase)



Sumber: Data olahan susenas oleh SMERU

Apa bila dilihat berdasarkan tren morbiditas konsumsi masing-masing kuintil rumah tangga, rata-rata morbiditas konsumsi berdasarkan kuintil rumah tangga tertinggi adalah rumah tangga sangat kaya dengan persentase rata-rata 26,93%, rumah tangga kaya 26,69%, rumah tangga sedang 25,99%, rumah tangga miskin 25,02 dan rumah tangga sangat miskin 24,4%. Secara umum tingkat konsumsi rumah tangga berdasarkan kuintil rumah tangga menunjukkan tren yang positif, tidak terlihat perbedaan yang sangat jauh dari kuintil rumah tangga dalam dalam memenuhi kebutuhan konsumsi disetiap tahunnya.

Dari tren morbiditas konsumsi menurut kuintil dapat diambil kesimpulan bahwa semakin tinggi persentase rumah tangga dalam melakukan pengeluaran pemenuhan kebutuhan seperti konsumsi maka akan semakin baik tingkat kesehatan rumah tangga tersebut. Morbiditas yang terjadi pada setiap kuintil konsumsi rumah tangga tidak melihat apakah rumah tangga tersebut berada dalam kuintil yang sangat miskin tapi jika bias memenuhi konsumsi dalam artian asupan gizi yang cukup, maka tingkat kesehatan atau morbiditas rumah tangga tersebut akan baik, walau faktor

tingkat ekonomi rumah tangga dalam pemenuhan kebutuhan mempengaruhi dalam pengeluaran konsumsi rumah tangga tersebut, hal itu terlihat dari persentase konsumsi rumah tangga tiap tahunnya menurut kuintil rumah tangga. Pada tahun 2005 persentase morbiditas berdasarkan konsumsi rumah tangga dengan kuintil sedang lebih baik dibandingkan rumah tangga kuintil sangat kaya 27,4% berbanding 26,6%, pada tahun 2008 persentase morbiditas rumah tangga dengan kuintil sedang lebih tinggi dibandingkan dengan persentase rumah tangga sangat kaya 28,5% berbanding 28,1%.

Tabel 3.20
Tren Morbiditas yang Mengganggu Aktivitas
Menurut Konsumsi Kuintil (persentase)

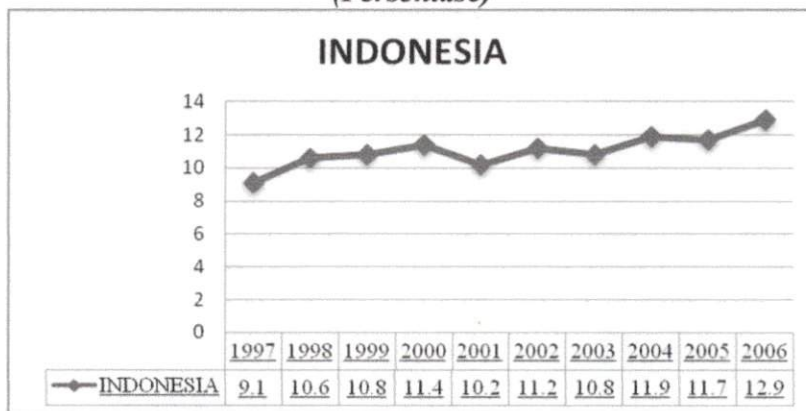
KUINTIL KONSUMSI	MORBIDITAS									
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
SANGAT MISKIN	8.7	10.5	10.4	10.7	9.6	10.7	11.0	13.0	12.3	13.2
MISKIN	9.0	10.6	10.9	11.2	9.9	11.2	10.5	12.0	12.0	13.0
SEDANG	9.5	10.8	10.9	11.7	10.6	11.7	10.6	11.7	12.1	13.3
KAYA	9.4	11.1	11.2	11.8	10.8	11.7	10.8	11.5	11.7	13.3
SANGAT KAYA	8.7	9.9	10.4	11.7	10.0	10.8	10.9	11.3	10.3	11.7
Indonesia	9.1	10.6	10.8	11.4	10.2	11.2	10.8	11.9	11.7	12.9

Sumber: Data olahan susenas oleh SMERU

Tren morbiditas yang mengganggu aktivitas menurut kuintil konsumsi adalah gambaran seberapa tingkat persentase pemenuhan konsumsi masyarakat mempengaruhi kesehatan/morbiditas masyarakat itu sendiri. Dari data tren morbiditas yang mengganggu aktivitas juga dibagi menurut kuintil rumah tangga dari masyarakat dengan kuintil sangat miskin dan rumah tangga sangat kaya. Secara umum rata-rata tingkat morbiditas yang mengganggu aktivitas di Indonesia dari

tahun 1997-2006 adalah 11,06%. Persentase terendah terjadi tahun 1997 sebesar 9,1% dan persentase tertinggi terjadi pada tahun 2006 sebesar 12,9%. Secara umum tren morbiditas yang mengganggu aktifitas masyarakat tidak terjadi perbedaan yang begitu jauh dari tahun ke tahun seperti terlihat pada grafik tren morbiditas berdasarkan kuintil konsumsi yang mengganggu aktivitas sebagai berikut.

Gambar 3.7
Tren Morbiditas Mengganggu aktivitas
Kuintil Konsumsi
(Persentase)



Sumber: Data olahan susenas oleh SMERU

Persentase rata-rata morbiditas yang mengganggu aktivitas menurut kuintil rumah tangga tidak jauh berbeda, persentase rata-rata morbiditas yang mengganggu dari tahun 1997-2006 berdasarkan data tren SMERU pada rumah tangga sangat miskin 11,01%, morbiditas terendah terjadi pada tahun 1997 sebesar 8,7% dan tertinggi pada tahun 2006 dengan persentase 13,2%. Rata-rata morbiditas yang mengganggu aktivitas yang terjadi pada rumah tangga miskin 11,03%, pada rumah tangga dengan kuintil sedang 11,29% dan rumah tangga kaya 11,33%, sedangkan pada rata-rata morbiditas yang mengganggu aktivitas masyarakat dengan kuintil sangat kaya sebesar 10,57% terendah dari golongan rumah tangga lainnya. Dari persentase

rata-rata tersebut dapat diambil kesimpulan, bahwa tingkat morbiditas yang mengganggu aktivitas masyarakat berdasarkan kuintil konsumsi tidak sepenuhnya dipengaruhi oleh tingkat ekonomi golongan rumah tangga tersebut akan tetapi dipengaruhi oleh beberapa faktor lain seperti kualitas konsumsi masyarakat itu sendiri, pola konsumsi rumah tangga atau masyarakat tersebut.

Pola konsumsi masyarakat sangat berperan dalam menggambarkan taraf hidup masyarakat, dari data tingkat konsumsi masyarakat dapat dijadikan acuan indikator kesejahteraan penduduk seperti tingkat kesehatan (*morbidity*) masyarakat, pola konsumsi masyarakat juga berkaitan erat dengan sosial ekonomi masyarakat, sosial budaya, dan lingkungan masyarakat itu sendiri. Tingkat kesehatan masyarakat jika dilihat dari pola konsumsi berhubungan langsung dengan intelektualitas/tingkat pendidikan masyarakat itu sendiri karena dalam status kesehatan dan gizi tingkat pendidikan akan kesehatan memiliki peranan yang sangat penting (*MDG's Millenium Development Goals*).

(*Rangkuman*).

Secara umum tingkat kesehatan masyarakat Sumatera Barat sudah memperlihatkan trend yang positif, hal ini terlihat dari data rumah tangga yang mendapatkan pelayanan kesehatan gratis kota dan desa baik yang menggunakan Askeskin, kompensasi BBM, kartu sehat maupun pelayanan kesehatan lainnya cukup tinggi. Dari segi sarana dan prasarana kesehatan jumlah rumah sakit umum dan rumah sakit Khusus baik yang dikelola oleh Pemerintah, TNI/POLRI, BUMN maupun Swasta berjumlah 41 rumah sakit yang tersebar di seluruh kota dan desa di Sumatera Barat dan didukung dengan layanan kesehatan terpadu di setiap kecamatan

seperti Puskesmas dan Posyandu. Tenaga medis seperti Dokter, Bidan dan Perawat dengan jumlah dokter 451 orang, Bidan 2293 orang dan perawat 2526 orang.

Faktor penting yang sangat menunjang tingkat kesehatan masyarakat di Sumatera Barat adalah pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh puskesmas dengan persentase yang cukup signifikan baik diperkotaan maupun dipedesaan 74,5% setelah itu baru di ikuti oleh pelayanan kesehatan seperti rumah sakit, praktek dokter, dan pengobatan tradisional. Derajat kesehatan masyarakat dan morbiditas masyarakat di Sumatera Barat ditentukan oleh beberapa faktor seperti tingkat pendidikan yang mempengaruhi kesadaran masyarakat untuk hidup sehat, tingkat ekonomi dan tingkat pendapatan masyarakat yang menentukan kebutuhan/pembiayaan pangan masyarakat seperti asupan gizi, kelayakan hunian atau tempat tinggal, kemampuan pembiayaan kesehatan, faktor-faktor diatas sangat mempengaruhi tingkat morbiditas masyarakat.

Morbiditas sebagai gambaran tingkat kesehatan masyarakat lebih cepat menentukan tingkat kesehatan masyarakat dari pada angka mortalitas karena banyak penyakit yang mempengaruhi kesehatan hanya mempunyai mortalitas yang rendah. Tingkat kesehatan masyarakat tidak terlepas dari pemenuhan kebutuhan dasar penduduk seperti pemenuhan kebutuhan konsumsi semakin baik tingkat pemenuhan konsumsi masyarakat maka semakin baik tingkat morbiditasnya, dari data tren morbiditas masyarakat berdasarkan kuintil konsumsi dari tahun 1997-2006 terlihat tren morbiditas berdasarkan kuintil konsumsi menunjukkan tren yang positif baik pada kuintil rumah tangga sangat miskin sampai pada kuintil rumah tangga yang kaya, dari keadaan tersebut dapat diambil kesimpulan bahwa walaupun rumah tangga miskin secara umum, mereka sudah bisa mengaplikasikan pola konsumsi yang sehat

walaupun dengan keterbatasan perekonomian begitu pula dengan rumah tangga kaya, mereka sudah dapat mengaplikasikan pola hidup sehat yang didapat dari tingkat pendidikan yang cukup maupun akses ilmu kesehatan yang baik. Semakin tinggi persentase rumah tangga melakukan pengeluaran pemenuhan kebutuhan seperti konsumsi semakin baik tingkat kesehatan rumah tangga tersebut dan diimbangi tingkat pendidikan kesehatan yang baik pula.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Estimasi

Model yang digunakan dalam penulisan skripsi ini adalah persamaan linear berganda. Secara eksplisit, fungsi ini menggambarkan bagaimana pengaruh pendapatan, jumlah anggota rumah tangga, pendidikan dan lokasi terhadap pengeluaran rumah tangga untuk kesehatan. Modelnya adalah sebagai berikut:

$$Y = b_0 + b_1X_1 + b_2X_2 + b_3X_3 + b_4X_4 + b_5X_5 + e$$

Setelah dilakukan regresi linier berganda dengan program SPSS versi 15 maka diperoleh output antara lain:

Tabel 4. 1
Nilai Rata-rata Variabel

	Mean	Std. Deviation	N
b_kes	31134.02	208838.553	17821
Umur	43.75	14.294	17821
Banyak art	4.71	1.982	17821
Ijazah/STTB tinggi dimiliki	2.82	1.729	17821
pdpt	922019.14	787767.046	17821
daerah	.38	.484	17821

Sumber: diolah dari data Susenas 2007

Dari tabel diatas, dapat dilihat bahwa rata-rata pengeluaran rumah tangga untuk kesehatan per bulan yaitu sebesar Rp. 31134.02. Untuk jumlah pendapatan rumah tangga sebulan rata-rata Rp. 922019.14. Jadi rata-rata pengeluaran rumah tangga untuk kesehatan sekitar 3.4% dari total pendapatan.

Rata-rata jumlah anggota rumah tangga adalah 4.71 orang, kalau dibulatkan keatas, maka rata-ratanya menjadi 5 orang. Berarti dalam satu rumah tangga ada kemungkinan mempunyai anak lebih dari dua atau ikutnya anggota keluarga lain menetap dalam satu rumah tangga, misalnya nenek, kakek, atau saudara lainnya. Dengan jumlah anggota rumah tangga yang besar, pengeluaran untuk kesehatan berkurang karena pendapatan digunakan untuk memenuhi kebutuhan pokok terlebih dahulu seperti sandang dan pangan. Bila kebutuhan dasar telah terpenuhi, barulah pengeluaran untuk kebutuhan lainnya baru diperhatikan, yaitu untuk kesehatan, pendidikan dan lainnya.

Rata-rata ijazah tertinggi yang dimiliki oleh penduduk Sumatera Barat adalah 2,28 maksudnya sebagian besar penduduk Sumatera Barat rata-rata memiliki ijazah SD dan tidak memiliki ijazah. Rata-rata pengeluaran untuk kesehatan yang berpendidikan tinggi lebih sedikit bila dibandingkan dengan yang berpendidikan rendah. Perbedaan ini terjadi karena tingkat pendidikan yang lebih tinggi akan memudahkan seseorang atau masyarakat untuk menyerap informasi dan mengimplementasikannya dalam perilaku dan gaya hidup sehari-hari, khususnya dalam hal kesehatan dan gizi. Dengan begitu mereka lebih dini menjaga kesehatan mereka dengan mengonsumsi makanan-makanan untuk memenuhi kebutuhan tubuh mereka dan makanan-makanan tersebut tidak harus mahal yang penting sehat. Selain itu dari aspek lingkungan mereka lebih memperhatikan kebersihan lingkungan tempat tinggalnya. Dengan begitu peluang mereka untuk sakit akan semakin kecil.

Pada masyarakat yang berpendidikan rendah yang umumnya merupakan penduduk miskin kemungkinan mereka untuk sakit lebih besar karena, mereka

mengonsumsi makanan tanpa memperhatikan gizi dan sehatnya. Yang terpenting bagi mereka setiap harinya bisa makan, tanpa memperhatikan gizi dan kebersihannya. Selain itu lingkungan mereka sangat mempengaruhi kesehatan, umumnya penduduk miskin tinggal di daerah kumuh dan kesulitan mendapatkan air bersih. Karena itu mereka lebih berpeluang untuk sakit.

Rata-rata umur penduduk Sumatera Barat yang menjadi sampel dalam penelitian ini adalah berusia 43,75 tahun, bila dibulatkan keatas maka rata-rata umur penduduk Sumatera Barat adalah menjadi 44 tahun.

Rata – rata pengeluaran rumah tangga untuk kesehatan diperkotaan lebih sedikit bila dibandingkan didaerah pedesaan. Hal ini bisa dikarenakan fasilitas-fasilitas kesehatan lebih terpusat di daerah perkotaan. Untuk menjangkau tempat tersebut harus mengeluarkan biaya yang lebih banyak seperti transportasi, makanan dan biaya-biaya yang tak terduga lainnya.

4.2 Uji Statistik

4.2.1 Uji R^2 (Koefisien Determinasi)

Nilai R^2 adalah 0.361 artinya persamaan garis regresi hanya dapat menerangkan 36.1% perubahan variabel Y (pengeluaran rumah tangga per bulan untuk kesehatan). Sedangkan 63.9 % dipengaruhi oleh faktor-faktor lainnya.

4.2.2 Anova

Uji Anova digunakan untuk mengetahui pengaruh beberapa variabel bebas secara bersama-sama terhadap variabel terikat. Nilai F sebesar 562.154 dengan

tingkat signifikansi 0,000 menunjukan bahwa secara bersama-sama variabel bebas berpengaruh signifikan terhadap variabel terikat.

4.2.3 Uji t

Pengujian nilai t digunakan untuk melihat pengaruh masing-masing variabel bebas secara parsial terhadap variabel terikat. Dalam regresi ini ada 5 variabel bebas, setelah diregres ternyata ke 4 variabel tersebut berpengaruh signifikan terhadap variabel bebas. Dan satu variabel yaitu umur tidak berpengaruh signifikan.

Tabel 4. 2
Hasil Regresi Uji t

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	5089.662	7131.384		.714	.475
	Umur	114.612	106.582	.008	1.075	.282
	Banyak art	7857.887	780.337	.075	10.070	.000
	Ijazah/STTB tinggi dimiliki	7653.570	944.164	.063	8.106	.000
	pdpt	.108	.002	.408	52.197	.000
	daerah	26839.842	3199.093	.062	8.390	.000

Dari tabel diatas terlihat bahwa dengan tingkat kepercayaan 95% , ke empat variabel berpengaruh secara signifikan, yaitu variabel banyaknya anggota rumah tangga, pendidikan, lokasi tempat tinggal dan pendapatan per bulan. Dan satu variabel umur tidak berpengaruh secara signifikan.

4. 3 Pembahasan Hasil Estimasi

Dari analisa data yang telah dilakukan, menunjukkan bahwa keempat variabel bebas yaitu pendapatan rumah tangga per bulan, jumlah anggota rumah tangga, pendidikan dan lokasi tempat tinggal mempengaruhi variabel terikatnya yaitu

pengeluaran rumah tangga untuk kesehatan per bulan. Dan variabel umur tidak mempengaruhi secara signifikan.

4.3.1 Pendapatan Rumah Tangga per bulan

Dari hasil regresi terlihat bahwa pendapatan rumah tangga untuk kesehatan berpengaruh signifikan terhadap pengeluaran rumah tangga untuk kesehatan per bulan. Artinya semakin tinggi tingkat pendapatan semakin banyak besar dana yang dikeluarkan untuk biaya kesehatan. Setiap terjadinya peningkatan 1 rupiah pendapatan, maka pengeluaran untuk kesehatan akan bertambah sebesar Rp. 0,108. Pada tingkat kepercayaan 95%

Menurut Dumairy (1996), konsumsi seseorang berbanding lurus dengan pendapatannya. Secara makroagregat, pengeluaran konsumsi masyarakat berbanding lurus dengan pendapatan nasional. Semakin besar pendapatan, semakin besar pula pengeluaran konsumsi.

4.3.2 Pendidikan

Pendidikan mempengaruhi pengeluaran rumah tangga untuk kesehatan secara signifikan. Maksudnya bertambahnya tingkat pendidikan seseorang, maka pengeluaran untuk kesehatan akan berkurang sebanyak Rp. 7653,57 dengan tingkat kepercayaan 95%.

Menurut Sumarwan (1993), tingkat pendidikan formal berpengaruh terhadap pola konsumsi keluarga. Pendidikan dapat merubah sikap dan perilaku seseorang dalam memenuhi kebutuhannya. Makin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka makin mudah ia dapat menerima informasi dan inovasi baru yang dapat merubah pola

konsumsinya. Disamping itu makin tinggi tingkat pendidikan formal maka kemungkinannya akan mempunyai tingkat pendapatan yang relatif lebih tinggi.

4.3.3 Lokasi Tempat Tinggal

Nilai 28143.302 artinya pengeluaran rumah tangga untuk kesehatan yang bertempat tinggal diperkotaan lebih kecil senilai Rp. 28143.302 dari daerah pedesaan. Dengan tingkat kepercayaan 95%. Hal ini terjadi karena fasilitas-fasilitas kesehatan kebanyakan berada didaerah perkotaan. Untuk menjangkaunya membutuhkan biaya ekstra, seperti untuk transportasi, makanan dan biaya-biaya yang tak terduga.

Lokasi pusat-pusat pelayanan tidak berada dalam aksi radius masyarakat banyak dan lebih banyak terpusat dikota-kota besar (A. L. Slamet Ryadi, 1982: 137). Hal ini tentu saja membawa pengaruh bagi masyarakat yang bertempat tinggal didesa, bila mereka sakit dan tidak bisa diobati dipuskesmas dan dirujuk kepusat pelayanan yang ada dikota tentu saja membutuhkan biaya untuk sarana transportasi dan iaya tak terduga lainnya yang mengakibatkan bertambahnya pengeluaran mereka.

4.3.4 Jumlah anggota rumah tangga

Variabel jumlah anggota rumah tangga (X_2) juga berpengaruh signifikan terhadap variabel pengeluaran rumah tangga untuk kesehatan (Y), maksudnya adalah semakin banyak jumlah anggota rumah tangga maka pengeluaran untuk kesehatan akan menjadi besar. Setiap bertambahnya 1 orang anggota rumah tangga, pengeluaran untuk kesehatan akan bertambah sebesar Rp. 7857,887 dengan tingkat kepercayaan 95%.

Rumah tangga yang mempunyai anak banyak cenderung memperkecil rata-rata masukan makanan dan perawatan dari anggota keluarga, jika dibandingkan dengan rumah tangga yang memiliki jumlah anak yang sedikit, dengan anggapan kondisi ini dikontrol melalui kehidupan ekonomi keluarga. Masalah anak kurang gizi akan terlihat pada jumlah anak dalam suatu keluarga yang semakin banyak, rumah tangga yang sulit untuk memenuhi kebutuhan gizi minimum setiap anggota keluarga (Elfindri, 1995).

4.3.5 Umur

Variabel umur setelah diregresi Dimana nila 114.612 artinya setiap bertambahnya umur 1 tahun maka akan menambah pengeluaran untuk kesehatan sebesar Rp. 114,612. Hasil regresi ini sesuai dengan penjelasan pada bab sebelumnya. Yang mengatakan bahwa semakin bertambah usia seseorang mereka lebih rentan untuk terserang penyakit dan pengeluaran mereka untuk kesehatan akan lebih besar.

4.4 Implikasi Kebijakan

Hasil dari temuan empiris memberikan gambaran bahwa pendapatan rumah tangga, jumlah anggota keluarga, pendidikan dan lokasi tempat tinggal memiliki pengaruh terhadap pengeluaran rumah tangga untuk kesehatan. Dimana setiap kenaikan jumlah pendapatan sebanyak Rp. 1,- akan meningkatkan pengeluaran untuk kesehatan sebesar Rp 0.108

Di Sumatera Barat rata-rata jumlah anggota rumah tangga antara 5 – 8 orang, yang artinya program yang dikeluarkan pemerintah tentang KB tidak berjalan dengan baik di Sumatera Barat. Semakin banyak jumlah anggota rumah tangga akan semakin

besar pula tanggungan/ beban keluarga. Bagi keluarga yang mempunyai pendapatan yang lebih hal tersebut bukan suatu masalah tetapi bagi keluarga yang berpendapatan rendah banyak anak merupakan beban. Dan pada umumnya pada penduduk yang berpendapatan rendah tersebut yang jumlah anggota rumah tangganya banyak, mereka beranggapan banyak anak banyak rezeki. Karena itu pemerintah harus lebih memperhatikan masalah kependudukan terutama masalah KB. Pemerintah lebih gencar melakukan penyuluhan- penyuluhan dan memberikan informasi-inforamsi yang penting bagi masyarakat.

Tingkat pendidikan yang masih rendah di Sumatera Barat dengan ditandai banyaknya penduduk yang tidak mempunyai ijazah sekolah sekitar 33,9%. Pada penelitian ini yang diambil sampel yaitu individu yang mempunyai ijazah tertinggi dan berstatus kawin (termasuk kawin cerai dan kawin mati), yang artinya sebanyak 24% responden tersebut adalah kepala keluarga yang tidak mempunyai ijazah. Tentu saja sebagian besar dari mereka adalah penduduk yang berpendapatan rendah. Pemerintah bisa mengambil kebijakan dengan memfasilitasi kelompok tersebut dengan bantuan modal dan dana bergulir untuk membuka suatu usaha sehingga pendapatan mereka bisa meningkat serta menciptakan lapangan kerja yang padat karya, menggiatkan koperasi dan lainnya.

Disamping itu yang berpendidikan rendah bisa mengikuti program peningkatan pendidikan informal yang sudah ada, misalnya Kejar Paket A dan B. Alternatif lainnya misalnya mengikuti program penyetaraan pendidikan dan Universitas Terbuka, sehingga rata-rata pendidikan mereka meningkat dari rata-rata pendidikan saat ini yaitu belum pernah sekolah atau hanya tamat SD. Dengan

pendidikan yang semakin baik, hendaknya rumah tangga tersebut bisa mengerti akan pentingnya kesehatan dan pola hidup sehat, lebih mudah dalam mengakses dan menyerap cara dan pola hidup sehat. Kesehatan rumah tangga yang baik akan saling menunjang dalam pemenuhan kebutuhan pokok rumah tangga lainnya begitu pula sebaliknya.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

1. Hasil regresi menunjukkan bahwa empat variabel yaitu pendapatan, pendidikan kepala keluarga, jumlah anggota rumah tangga dan lokasi berpengaruh signifikan terhadap pengeluaran rumah tangga untuk kesehatan. Sedangkan umur tidak berpengaruh signifikan
2. Nilai F menunjukan bahwa secara bersama-sama semua variabel bebas berpengaruh signifikan (0.000) terhadap pengeluaran rumah tangga untuk kesehatan (Y).
3. Berdasarkan nilai $R^2 = 0.361$ artinya variabel bebas hanya mampu menjelaskan 36.1% perubahan Y, sedangkan perubahan lainnya dijelaskan oleh faktor-faktor lainnya.
4. Pendidikan mempengaruhi pengeluaran untuk kesehatan, dimana semakin tinggi tingkat pendidikan pengeluaran mereka untuk kesehatan lebih rendah. Mereka yang berpendidikan tinggi lebih mudah menyerap informasi dan menerapkan dalam kehidupan sehari-hari. Dengan begitu mereka menjaga kesehatan lebih dini dengan mengkonsumsi makanan-makanan untuk memenuhi kebutuhan tubuh mereka. Sehingga mereka tidak mudah untuk terserang penyakit.
5. Jumlah anggota rumah tangga yang besar merupakan beban keluarga. Setiap bertambah anggota rumah tangga maka pengeluaran mereka untuk kesehatan

akan berkurang. Bagi penduduk yang berpendapatan tinggi bertambahnya anggota rumah tangga bukan suatu masalah, tetapi bagi penduduk yang berpendapatan rendah dan berpendapatan tetap hal tersebut merupakan suatu masalah.

6. Umur berpengaruh terhadap pengeluaran untuk kesehatan. Setiap bertambahnya umur maka pengeluaran mereka untuk kesehatan akan bertambah..
7. Berdasarkan lokasi tempat tinggal yang dibedakan atas desa dan kota, lebih dari 69% sampel berdomisili di pedesaan dan pengeluaran mereka untuk kesehatan lebih besar dikarenakan fasilitas-fasilitas kesehatan lebih banyak terpusat di daerah perkotaan, jadi untuk menjangkaunya mereka membutuhkan biaya-biaya ekstra.

5.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan dan hasil penelitian, ada beberapa saran yang dapat dilakukan, diantaranya

1. Meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas. Setiap orang miskin mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu. Di setiap desa tersedia SDM kesehatan yang kompeten dan tersedia cukup obat dan alat kesehatan.
2. Meningkatkan peranan dokter dan tenaga medis lainnya dalam mengajak, memotivasi dan memberdayakan masyarakat serta menjadi pemimpin, pelopor, pembina dan teladan hidup sehat.

3. Pemerintah lebih meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit, secara keseluruhan penggunaan fasilitas kesehatan umum yang disediakan oleh pemerintah semakin menurun, masyarakat lebih banyak menggunakan fasilitas dari swasta, dikarenakan mutu dan pelayanan dari rumah sakit milik pemerintah semakin menurun dan lebih memberdayakan pusat kesehatan masyarakat untuk memngoptimalkan pelayanan kesehatan masyarakat terutama di daerah pedesaan.
4. Pemerintah lebih memperhatikan pelayanan kesehatan untuk masyarakat miskin, walaupun mereka mendapatkan asuransi tetapi masih saja tetap membayar sebagian besar pelayanan kesehatan.
5. Pemerintah harus lebih giat melakukan program pembatasan jumlah anggota rumah tangga salah satunya melalui program KB. Dengan program tersebut jumlah anggota keluarga dapat ditekan sehingga bagi keluarga yang berpendapatan rendah sedikit anggota rumah tangga akan mengurangi beban mereka.
6. Kebijakan pembangunan kesehatan pada tahap sekarang ini harus diarahkan pada upaya bagaimana membina bangsa yang sehat dan bukan bagaimana menyembuhkan mereka yang sakit.

DAFTAR PUSTAKA

- Anata Aris, 1993. *Ciri Demografi Kualitas Penduduk dan Pembangunan Ekonomi*. Lembaga Demografi dan Lembaga Penerbit Fakultas Ekonomi. Universitas Indonesia, Jakarta.
- Atmawikarta Arum, 2010. *Investasi Kesehatan untuk Pembangunan Ekonomi*. www.google.com. Diakses April.
- Badan Pusat Statistik, 2007. *Sumatera Barat dalam angka*. Padang: BPS.
- Badan Pusat Statistik, 2007. *Survei Sosial Ekonomi Nasional 2007*. Jakarta: BPS.
- Badan Pusat Statistik, 2007. *Indikator Kesejahteraan Rakyat Sumatera barat*. Jakarta: BPS.
- Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, 2008. *Pembiayaan pencapaian MDGs Indonesia*. Jakarta.
- Depatemen kesehatan Indonesia, 2003. *Indikator Indonesia Sehat 2010 dan pedoman penetapan provinsi sehat*. Menteri Kesehatan Indonesia, Jakarta.
- Elfindri, 2001. *Ekonomi Sumber Daya Manusia*. Universitas Andalas: Padang.
- Elfindri, 2003. *Ekonomi Layanan Kesehatan*. Universitas Andalas: Padang.
- Gani Ascobat, 1994. *Aspek Ekonomi Pelayanan Kesehatan Cerminan Dunia Kesehatan*". Jakarta.
- Gujarati Damodar, 1999. *Ekonometrika Dasar*. Jakarta : Erlangga.
- Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan. 2009. Vol.12. www.google.com diakese april 2010.
- Meiyenti Sri, 2006. *Gizi Dalam Perspektif Sosial Budaya*. Universitas Andalas: Padang.
- Properda Provinsi DKI jakarta, 2007. *layanan kesehatan yang bermutu* . Jakarta.
- Profil kesehatan Indonesia, 2007. *Statistik Kesejahteraan rakyat 2007*. Departemen Kesehatan Indonesia, Jakarta.
- Profil kesehatan Indonesia, 2008. *Statistik Kesejahteraan rakyat*. Departemen Kesehatan Indonesia, Jakarta.

Profil kesehatan Indonesia, 2007. *Ditjen pelayanan medik Depkes RI. Departemen Kesehatan Indonesia.*

Ryadi, SlametAL, 1982. *Ilmu Kesehatan Masyarakat.* Surabaya.

Simanjuntak, 1998. *Teori human capital.* www.google.com. diakses april 2010.

SMERU, 2009. *Data tren kesehatan sektor kesehatan berdasarkan Susenas 1995-2006.* Jakarta.

The World Bank, 2007. *Mewujudkan Jaminan Sosial Bermanfaat Bagi Rakyat Miskin.* www.google.com/http://indopov.org/id/social.html. diakses april 2010.

The World Bank, 2007. *peningkatan keadaan kesehatan Indonesia.* www.google.com diakses april 2010.

Thiptoherijanto, dan Soestyo Budi, 1994. *Ekonomi Kesehatan.* RI Neka Cipta. Jakarta.

Undang-undang kesehatan no. 23 tahun 1992. *pengetian kesehatan.* Jakarta.

Wikipedia bahasa Indonesia. *pengertian morbiditas.* www.google.com diakses april 2010.

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
b_kes	31134.02	208838.553	17821
Umur	43.75	14.294	17821
Banyak art	4.71	1.982	17821
Ijazah/STTB ttinggi dimiliki	2.82	1.729	17821
pdpt	922019.14	787767.046	17821
daerah	.38	.484	17821

Correlations

		b_kes	Umur	Banyak art	Ijazah/STTB ttinggi dimiliki	pdpt	daerah
Pearson Correlation	b_kes	1.000	.010	.050	.035	.351	.017
	Umur	.010	1.000	-.104	-.261	-.018	-.014
	Banyak art	.050	-.104	1.000	.037	.313	.031
	Ijazah/STTB ttinggi dimiliki	.035	-.261	.037	1.000	.287	.296
	pdpt	.351	-.018	.313	.287	1.000	.244
	daerah	.017	-.014	.031	.296	.244	1.000
Sig. (1-tailed)	b_kes	.	.087	.000	.000	.000	.014
	Umur	.087	.	.000	.000	.009	.030
	Banyak art	.000	.000	.	.000	.000	.000
	Ijazah/STTB ttinggi dimiliki	.000	.000	.000	.	.000	.000
	pdpt	.000	.009	.000	.000	.	.000
	daerah	.014	.030	.000	.000	.000	.
N	b_kes	17821	17821	17821	17821	17821	17821
	Umur	17821	17821	17821	17821	17821	17821
	Banyak art	17821	17821	17821	17821	17821	17821
	Ijazah/STTB ttinggi dimiliki	17821	17821	17821	17821	17821	17821
	pdpt	17821	17821	17821	17821	17821	17821
	daerah	17821	17821	17821	17821	17821	17821

Variables Entered/Removed(b)

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	daerah, Umur, Banyak art, pdpt, Ijazah/STTB ttinggi dimiliki(a)		Enter

a All requested variables entered.

b Dependent Variable: b_kes

Model Summary(b)

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					Sig. F Change	R Square Change	F Change	df1	df2	
1	.369(a)	.361	.361	.451	.361	.541	5	17815	.000	.755

a Predictors: (Constant), daerah, Umur, Banyak art, pdpt, Ijazah/STTB ttinggi dimiliki

b Dependent Variable: b_kes

ANOVA(b)

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	1,1E+014	5	2,118E+013	562.154	.000(a)
	Residual	6,7E+014	17815	3,768E+010		
	Total	7,8E+014	17820			

a Predictors: (Constant), daerah, Umur, Banyak art, pdpt, Ijazah/STTB ttinggi dimiliki

b Dependent Variable: b_kes

Coefficients(a)

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	5089.662	7131.384		.714	.475
	Umur	114.612	106.582	.008	1.075	.282
	Banyak art	7857.887	780.337	.075	10.070	.000
	Ijazah/STTB ttinggi dimiliki	7653.570	944.164	.063	8.106	.000
	pdpt	.108	.002	.408	52.197	.000
	daerah	26839,842	3199.093	.062	8.390	.000

a Dependent Variable: b_k

Coefficient Correlations(a)

Model			daerah	Umur	Banyak art	pdpt	ljazah/STTB ttinggi dimiliki
1	Correlations	daerah	1.000	-.055	.030	-.171	-.246
		Umur	-.055	1.000	.122	-.088	.280
		Banyak art	.030	.122	1.000	-.324	.079
		pdpt	-.171	-.088	-.324	1.000	-.249
		ljazah/STTB ttinggi dimiliki	-.246	.280	.079	-.249	1.000
	Covariances	daerah	10234198,966	-	75068.836	-1.134	-742552.878
		Umur	-	18592,802	10153.398	-.019	28194.790
		Banyak art	18592,802	11359.722	608926,428	-.524	58263.954
		pdpt	75068.836	10153.398	-	.000	-.488
		ljazah/STTB ttinggi dimiliki	-1.134	-.019	-.524	-.488	891444.930
			742552,878	28194.790	58263.954		

a Dependent Variable: b_kes

Collinearity Diagnostics(a)

Model	Dimension	Eigenvalue	Condition Index	Variance Proportions					
				Banyak art	ljazah/STTB B ttinggi dimiliki	pdpt	daerah	(Constant)	Umur
1	1	4.748	1.000	.00	.00	.01	.01	.01	.01
	2	.546	2.950	.00	.01	.02	.00	.00	.81
	3	.321	3.847	.01	.04	.00	.00	.78	.08
	4	.229	4.553	.00	.03	.02	.75	.08	.09
	5	.128	6.099	.00	.20	.68	.00	.11	.01
	6	.029	12.891	.98	.71	.28	.24	.02	.00

a Dependent Variable: b_kes

Residuals Statistics(a)

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	-93617.14	1630526,7 5	31134.02	77093.606	17821
Std. Predicted Value	-1.618	20.746	.000	1.000	17821
Standard Error of Predicted Value	1895.103	30656.734	3316.155	1299.846	17821
Adjusted Predicted Value	-93693.68	1671852,1 3	31129.59	77125.757	17821
Residual	-	7520040,5 00	.000	194087.911	17821
Std. Residual	-8.323	38.740	.000	1.000	17821
Stud. Residual	-8.428	38.949	.000	1.003	17821
Deleted Residual	-	7601212,0 00	4.434	195299.442	17821
Stud. Deleted Residual	-8.445	40.720	.001	1.025	17821
Mahal. Distance	.699	443.468	5.000	10.551	17821
Cook's Distance	.000	2.906	.001	.043	17821
Centered Leverage Value	.000	.025	.000	.001	17821

a Dependent Variable: b_kes