

**KONDISI KESEHATAN
REPRODUKSI DI WILAYAH
PERBATASAN:
Kasus Kabupaten Sanggau dan Kota Batam**

**Sri Sunarti Purwaningsih
Augustina Situmorang
Widayatun
Zainal Fatoni
Yuly Astuti**

**Pusat Penelitian Kependudukan
Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia
2006**

KATA PENGANTAR

Penelitian "Kondisi Kesehatan Reproduksi di Wilayah Perbatasan: Kasus Kabupaten Sanggau dan Kota Batam" merupakan salah satu kegiatan penelitian yang dilaksanakan oleh Pusat Penelitian Kependudukan – Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia (PPK-LIPI) pada tahun anggaran 2006. Penelitian ini merupakan tahap awal dari serangkaian empat tahun penelitian kesehatan reproduksi di wilayah perbatasan. Penelitian bertujuan untuk memahami kondisi kesehatan reproduksi dan faktor-faktor yang berpengaruh. Setelah dilakukan pemetaan mengenai isu kesehatan reproduksi, pada tahun yang akan datang (2007) studi akan difokuskan pada pendalaman terhadap salah satu isu yang paling menonjol di wilayah perbatasan tersebut. Kabupaten Sanggau, Provinsi Kalimantan Barat dan Kota Batam, Provinsi Kepulauan Riau dipilih sebagai lokasi penelitian. Kajian ini diharapkan dapat memberikan masukan pada *planners* dan *stakeholders* dalam memformulasikan kebijakan pembangunan, khususnya kebijakan berkaitan dengan kesehatan reproduksi di daerah perbatasan.

Semua kegiatan yang berkaitan dengan penyusunan laporan penelitian ini terlaksana karena adanya dukungan dari berbagai pihak, baik dari pemerintah pusat dan daerah, LSM, akademisi, maupun tokoh dan anggota masyarakat di kedua daerah penelitian. Berkenaan dengan itu, kami mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada pihak-pihak tersebut. Kami juga menyampaikan penghargaan kepada para peneliti dan staf administrasi PPK-LIPI yang terlibat dalam kegiatan penelitian ini.

Pada akhirnya, kami menyadari bahwa buku laporan ini masih jauh dari sempurna meskipun tim peneliti telah berusaha sebaik mungkin dengan mengerahkan segala kemampuan yang dimiliki. Oleh karena itu, kritik dan saran sangat kami harapkan demi penyempurnaan buku ini.

Jakarta, Desember 2006

Kepala Pusat Penelitian Kependudukan
Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia (PPK-LIPI)

Dr. Ir. Aswatini, MA

ABSTRAK

Penelitian “Kondisi Kesehatan Reproduksi di Wilayah Perbatasan: Kasus Kabupaten Sanggau dan Kota Batam” ini merupakan tahap awal dari serangkaian empat tahun penelitian mengenai kesehatan reproduksi di wilayah perbatasan. Tujuan penelitian pada tahun 2006 adalah memetakan isu-isu kesehatan reproduksi dan mengidentifikasi faktor-faktor yang berpengaruh terhadap kondisi kesehatan reproduksi di wilayah perbatasan. Hasil penelitian diharapkan dapat menjadi masukan dalam menyusun kebijakan pembangunan sumberdaya manusia di wilayah perbatasan.

Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan berbagai pendekatan, seperti wawancara terbuka terhadap beberapa informan kunci dan kajian bersama (jisam) dengan *stakeholders* serta survei terhadap 100 rumah tangga di setiap lokasi terpilih. Selain itu, data dikumpulkan melalui studi pustaka terhadap literatur dan artikel-artikel terkait.

Hasil studi menunjukkan bahwa penduduk di wilayah perbatasan di satu sisi menghadapi permasalahan fasilitas sosial-ekonomi termasuk pelayanan kesehatan, tetapi di sisi lain penduduk mempunyai kemudahan untuk mengakses sarana dan prasarana di negara tetangga yang relatif lebih baik. Konsekuensinya, masyarakat cenderung memanfaatkan fasilitas tersebut daripada fasilitas kesehatan di negara sendiri. Hal inilah yang menjadi tantangan bagi pemerintah untuk menyediakan fasilitas kesehatan yang lebih baik. Selain itu, wilayah perbatasan menghadapi persoalan tingginya mobilitas penduduk dan berkembangnya aktivitas lain seperti maraknya industri seks yang menyebabkan wilayah tersebut rentan terhadap permasalahan kesehatan reproduksi. Fenomena perdagangan anak dan perempuan serta meningkatnya kasus infeksi menular seksual (IMS) termasuk HIV/AIDS merupakan permasalahan kesehatan reproduksi yang cukup menonjol, di samping masih tingginya angka kematian ibu (AKI) dan bayi (AKB) seperti di Kabupaten Sanggau.

Mengingat keberagaman latar belakang sosial-ekonomi penduduk dan kompleksnya permasalahan kesehatan reproduksi di wilayah perbatasan, maka kebijakan di bidang kesehatan untuk daerah perbatasan seyogyanya berbeda dengan daerah lain. Pemerintah daerah perlu lebih aktif dalam menyikapi permasalahan kesehatan reproduksi, khususnya pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS. Pelibatan berbagai *stakeholders* terkait dan terintegrasinya program kesehatan reproduksi diharapkan akan mampu meningkatkan kualitas penduduk di perbatasan.

Kata kunci: kesehatan reproduksi, wilayah perbatasan, mobilitas penduduk, infeksi menular seksual, HIV/AIDS.

DAFTAR ISI

Kata Pengantar	iii
Abstrak	v
Daftar Isi	vii
Daftar Tabel	ix
Daftar Grafik	xi
Daftar Bagan dan Gambar	xiii

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang	1
1.2 Perumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	6
1.4 Kerangka Pemikiran	7
1.5 Konsep dan Definisi	10
1.6 Metode Penelitian	11
1.7 Sistematika Penulisan	14

BAB II KONDISI SOSIO-DEMOGRAFI WILAYAH PERBATASAN KABUPATEN SANGGAU DAN KOTA BATAM

2.1 <i>Setting</i> Daerah	16
2.2 Dinamika Penduduk	22
2.3 Aksesibilitas Penduduk terhadap Sarana Sosial- Ekonomi	27
2.4 Mobilitas Penduduk di Daerah Perbatasan	34

BAB III KESEHATAN REPRODUKSI PENDUDUK DI KABUPATEN SANGGAU DAN KOTA BATAM

3.1 Kondisi Kesehatan Reproduksi	41
3.1.1 Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)	41
3.1.2 Keluarga Berencana (KB)	57

3.1.3	Kesehatan Reproduksi Remaja	60
3.1.4	Pencegahan dan Penanggulangan IMS dan HIV/AIDS	62
3.2	Kebijakan Kesehatan Reproduksi.....	65
3.3	Peran Serta Organisasi Non-Pemerintah dalam Program Kesehatan Reproduksi	69
BAB IV	POTRET KESEHATAN REPRODUKSI PENDUDUK PERBATASAN	
4.1	Kondisi Pemukiman Penduduk di Kecamatan Entikong dan Batu Aji	76
4.2	Kondisi Sosio-Demografi Rumah Tangga Terpilih	78
4.3	Kondisi Kesehatan Reproduksi Rumah Tangga Terpilih	83
4.3.1	Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)	83
4.3.2	Keluarga Berencana (KB)	90
4.3.3	Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR)	91
4.3.4	Pencegahan dan Penanggulangan IMS dan HIV/AIDS	93
BAB V	DISKUSI DAN GAGASAN	97
BIBLIOGRAFI		111
LAMPIRAN		119

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Dinamika Penduduk di Kabupaten Sanggau dan Kota Batam, Tahun 2005	23
Tabel 2.2	Banyaknya Sarana dan Tenaga Kesehatan Menurut Kecamatan di Kabupaten Sanggau, Tahun 2004	29
Tabel 2.3	Jenis dan Status Tenaga Kesehatan di Kota Batam, Tahun 2005	33
Tabel 2.4	Perkembangan Jumlah Wisatawan Mancanegara Menurut Kebangsaan yang Berkunjung ke Kota Batam, Tahun 2000-2004	39
Tabel 3.1	Kondisi Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) Kabupaten Sanggau, Tahun 2005.....	42
Tabel 3.2	Proporsi BBLR dan BGM Kabupaten Sanggau, Tahun 2005	44
Tabel 3.3	Jumlah Ibu Hamil dan Ibu Hamil Beresiko Tinggi (risti) di Kabupaten Sanggau Menurut Kecamatan, Tahun 2005..	46
Tabel 3.4	Kondisi Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) Kota Batam, Tahun 2005	47
Tabel 3.5	Jumlah Ibu Hamil dan Proporsi Ibu Hamil Risti, Kota Batam Menurut Kecamatan, Tahun 2005	48
Tabel 3.6	Profil Upaya Kesehatan Ibu di Kabupaten Sanggau Menurut Puskesmas, Tahun 2005	52
Tabel 3.7	Data Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) Puskesmas Entikong, Tahun 2005	53
Tabel 3.8	Cakupan Imunisasi Balita Menurut Puskesmas, Kabupaten Sanggau, Tahun 2005	54

Tabel 3.9	Profil Upaya Kesehatan Ibu dan Anak (K4, Persalinan Oleh Tenaga Kesehatan dan Kunjungan Neonatus) Kota Batam, Menurut Kecamatan, Tahun 2005.....	55
Tabel 3.10	Cakupan Pemberian Tablet Fe, Imunisasi TT 1 dan TT 2 Kota Batam, Menurut Kecamatan, Tahun 2005.....	56
Tabel 3.11	Peserta KB Aktif Kabupaten Sanggau, Menurut Kecamatan, Tahun 2005	58

DAFTAR GRAFIK

Grafik 2.1	Persentase Penduduk yang Pernah Sakit Menurut Keluhan Kesehatan di Kabupaten Sanggau, Tahun 2005	25
Grafik 2.2	Daftar Sepuluh Penyakit Terbesar Berdasarkan Angka Kesakitan per 100.000 Penduduk di Kota Batam, Tahun 2005	27
Grafik 2.3	Perkembangan Lintas Batas Orang Melalui PPLB Entikong, Tahun 2005	37
Grafik 3.1	Angka Kematian Bayi (AKB) Laki-laki dan Perempuan di Beberapa Kabupaten Perbatasan Provinsi Kalimantan Barat	43
Grafik 3.2	Angka Kematian Ibu (AKI) di Beberapa Kabupaten Perbatasan Provinsi Kalimantan Barat.....	45
Grafik 3.3	Jumlah Persalinan Normal dan Bermasalah di Kota Batam, Tahun 2005	48
Grafik 3.4	Persalinan dengan Masalah Berdasarkan Jenisnya di Kota Batam, Tahun 2005	49
Grafik 3.5	Cakupan Imunisasi Kota Batam, Tahun 2005.....	57
Grafik 3.6	Proporsi Peserta KB Aktif Kota Batam Menurut Jenis Kontrasepsi, Tahun 2005	59
Grafik 3.7	Peserta KB Aktif Kota Batam, Menurut Kecamatan Tahun 2005	60
Grafik 3.8	Jumlah Kasus HIV di Provinsi Kalimantan Barat Menurut Kabupaten, Tahun 2005	62
Grafik 3.9	Kumulatif Kasus HIV yang Dilaporkan di Kota Batam sampai dengan Tahun 2005.....	64

Grafik 3.10	Kumulatif Kasus AIDS yang Dilaporkan di Kota Batam sampai dengan Tahun 2005.....	65
Grafik 4.1	ART Menurut Kelompok Umur di Kecamatan Entikong dan Batu Aji, Tahun 2006 (Persentase)	78
Grafik 4.2	ART Berusia Tujuh Tahun ke Atas Menurut Pendidikan di Kecamatan Entikong dan Batu Aji, Tahun 2006 (Persentase).....	79
Grafik 4.3	ART Menurut Jenis Pekerjaan di Kecamatan Entikong dan Batu Aji, Tahun 2006 (Persentase)	80
Grafik 4.4	Kondisi Perumahan Rumah Tangga Responden di Kecamatan Entikong dan Batu Aji, Tahun 2006 (Persentase)	82
Grafik 4.5	Pemeriksaan Kehamilan Anak Terakhir Responden pada Trimester I, II, dan III di Kecamatan Entikong dan Batu Aji, Tahun 2006 (Persentase)	84
Grafik 4.6	Partisipasi Suami dalam Pemeriksaan Kehamilan Responden di Kecamatan Entikong dan Batu Aji, Tahun 2006 (Persentase)	87
Grafik 4.7	Pemberian Imunisasi Pada Anak Terakhir Responden di Kecamatan Entikong dan Batu Aji, Tahun 2006 (Persentase).....	89
Grafik 4.8	Umur Responden Pada Saat Melahirkan Anak Pertama di Kecamatan Entikong dan Batu Aji, Tahun 2006 (Persentase)	90

DAFTAR BAGAN DAN GAMBAR

Bagan 1.1	Kerangka Pikir Penelitian	10
Gambar 2.1	Wilayah Kecamatan Entikong (Kabupaten Sanggau) dan Akses Menuju Daerah di Sekitarnya.....	16
Gambar 2.2	Wilayah Kecamatan Batu Aji (Kota Batam) dan Akses Menuju Daerah di Sekitarnya	20
Gambar 4.1	Salah Satu Klinik di Daerah Serian yang Banyak Dikunjungi Masyarakat Entikong	85

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Indonesia bertetangga dan berbatasan langsung dengan sepuluh negara, yaitu: India, Thailand, Malaysia, Vietnam, Singapura, Filipina, Republik Palau, Papua Nugini, Australia, dan Timor Leste. Secara geografis, ada tiga pulau yaitu Pulau Kalimantan, Pulau Irian dan Pulau Timor dan beberapa provinsi yang berbatasan langsung dengan negara tetangga. Provinsi Kalimantan Barat dan Kalimantan Timur misalnya, berbatasan langsung dengan Malaysia. Provinsi Kepulauan Riau berbatasan dengan Singapura, Provinsi Nusa Tenggara Timur berbatasan dengan Timor Leste, Provinsi Papua dengan Papua Nugini dan Provinsi Sangihe Talaud di Sulawesi Utara berbatasan dengan Filipina (Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, 2004).

Pada masa lampau, wilayah perbatasan cenderung dianggap sebagai 'halaman belakang' dan 'sabuk pengaman' sehingga pendekatan pembangunan yang digunakan lebih kepada pendekatan keamanan dan kurang memperhatikan aspek sumberdaya manusia. Selain itu, pendekatan pembangunan yang cenderung sentralistik berimplikasi pada kondisi kawasan perbatasan menjadi daerah yang cenderung dianggap sebagai daerah terisolir dan tertinggal dari segi pembangunan sosial ekonomi. Akibatnya, wilayah-wilayah perbatasan dianggap bukan merupakan wilayah prioritas pembangunan oleh pemerintah pusat dan daerah (RPJMN, 2004-2009: 262).

Prioritas pembangunan kawasan perbatasan sebenarnya sudah tercantum dalam GBHN 1999 dan Undang-undang No 25 tahun 2000 tentang Program Pembangunan Nasional (Propenas) 2000-2004. Pada kenyataannya komitmen pemerintah belum dapat sepenuhnya dilaksanakan karena beberapa faktor antara lain, dari segi politik, hukum, kelembagaan, sumberdaya, dan koordinasi (Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, 2004: 2). Namun sejak beberapa tahun terakhir, wilayah perbatasan kembali mendapat banyak perhatian. Kebijakan pengembangan kawasan perbatasan tidak hanya terfokus pada masalah keamanan semata namun juga ditujukan untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat perbatasan dengan memanfaatkan potensi daerah yang ada. Dengan demikian, arah kebijakan pembangunan wilayah perbatasan yang selama ini cenderung berorientasi *inward looking*

menjadi *outward looking* (Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, 2004: 21, RPJMN 2004-2009: 266). Salah satu aspek kesejahteraan masyarakat yang perlu ditingkatkan adalah derajat kesehatan, khususnya kesehatan reproduksi.

Karakteristik daerah perbatasan mempunyai kaitan erat dengan status kesehatan reproduksi. Hal ini antara lain disebabkan wilayah perbatasan umumnya merupakan tempat konsentrasi migran baik yang akan bekerja di wilayah tersebut atau sebagai tempat 'transit' sebelum menuju atau kembali dari luar negeri. Tingginya mobilitas penduduk di wilayah perbatasan mengakibatkan munculnya aktivitas ikutan seperti menjamurnya industri seks yang menyebabkan wilayah ini rentan terhadap berbagai permasalahan kesehatan, khususnya penyebaran infeksi saluran reproduksi seperti IMS termasuk HIV/AIDS. Menurut Skeldon (dikutip oleh Hugo, 2001: 37) migran non permanen lebih berisiko tertular IMS/HIV/AIDS dari pada migran permanen. Hal ini disebabkan migran non permanen cenderung tidak membawa serta keluarga, sehingga kemungkinan untuk mencari hiburan di luar rumah lebih tinggi.

Selain sebagai daerah 'transit' dengan berbagai persoalan terkait, kondisi wilayah perbatasan cenderung memprihatinkan. Hal ini terlihat dari terbatasnya sarana dan prasarana baik di bidang pendidikan, kesehatan, ekonomi, transportasi maupun komunikasi. Pembangunan wilayah perbatasan baik perbatasan laut maupun darat relatif belum optimal dan tidak merata. Pembangunan wilayah perbatasan laut antara Indonesia dengan Singapura dan Malaysia misalnya, lebih dipusatkan di Kota Batam, sedangkan wilayah lainnya terutama di pulau-pulau kecil relatif masih tertinggal. Hal yang sama juga terlihat di wilayah perbatasan darat seperti di Provinsi Kalimantan Barat (Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, 2004: 21).

Status wilayah perbatasan sebagai daerah 'transit dan ketidakmerataan pembangunan sarana dan prasarana sosial ekonomi mengakibatkan permasalahan kesehatan reproduksi yang lebih kompleks. Sejalan dengan tingginya mobilitas manusia antar negara ditambah dengan lemahnya kontrol aparat keamanan di wilayah perbatasan darat akan memudahkan penularan penyakit lintas negara. Hal ini diperparah dengan maraknya kasus perdagangan perempuan – umumnya dipekerjakan sebagai pekerja seks – yang dilakukan melalui wilayah perbatasan, tentunya akan meningkatkan risiko meluasnya wabah penyakit HIV/AIDS dari dan ke Indonesia (Nainggolan, 2004: 172). Padahal, dengan keikutsertaan Indonesia meratifikasi hasil-hasil ICPD tahun 1994 di Cairo membawa konsekuensi bahwa pemerintah Indonesia (pusat dan daerah) melaksanakan kesepakatan-

kesepakatan yang dihasilkan dalam konferensi tersebut. Salah satu kesepakatan ICPD 1994 adalah menekankan bahwa kesehatan reproduksi dan hak reproduksi merupakan fokus dari pendekatan yang digunakan untuk pengelolaan masalah kependudukan dan pembangunan. Selain kesepakatan ICPD Cairo tersebut, penanganan masalah kesehatan reproduksi seperti penurunan AKI, AKB dan HIV/AIDS merupakan tujuan yang ingin dicapai dalam *Millineum Development Goals (MDGs)*.

Dengan diratifikasinya hasil kesepakatan ICPD 1994 di Cairo, Indonesia bersetuju untuk memberikan prioritas pembangunan kesehatan reproduksi dan hak reproduksi. Salah satu hasil kesepakatan Cairo adalah pendekatan kesehatan reproduksi yang mencakup keseluruhan kehidupan manusia dari mulai di kandungan hingga mati. Oleh karenanya, pendekatan yang digunakan adalah pendekatan siklus hidup, yang memperhatikan kekhususan penanganan sistem reproduksi pada setiap fase kehidupan serta kesinambungan antar fase-fase kehidupan tersebut. Dalam pendekatan siklus hidup ini dikenal lima tahap yaitu konsepsi, bayi dan anak, remaja, usia subur, dan usia lanjut (Djaya, dkk, 2002: 4).

Sesuai dengan kondisi Indonesia, pemerintah menetapkan kebijakan kesehatan reproduksi dengan memprioritaskan lima komponen, yaitu: 1) Kesehatan Ibu dan Bayi baru lahir, 2) Keluarga Berencana, 3) Kesehatan Reproduksi Remaja, 4) Pencegahan dan Penanggulangan Infeksi Saluran Reproduksi, termasuk IMS-HIV/AIDS, 5) Kesehatan Reproduksi pada usia Lanjut. Empat bidang pertama dikenal dengan Paket Kesehatan Reproduksi Esensial (PKRE) dan jika ditambah bidang yang kelima disebut Paket Kesehatan Reproduksi Komprehensif (PKRK) (Departemen Kesehatan RI, 2005).

Namun dalam pelaksanaannya, kebijakan kesehatan reproduksi selama ini tampaknya belum berjalan seperti yang diharapkan. Hal ini terutama karena konsep kesehatan reproduksi seperti yang disepakati pada ICPD 1994 masih baru. Selain itu, adanya perubahan tata pemerintahan dari sentralisasi ke desentralisasi membuat pelaksanaan program ini tersendat. Dari serangkaian studi yang dilakukan oleh Pusat Penelitian Kependudukan- Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia (PPK-LIPI) di tujuh kabupaten/kota diketahui bahwa berbagai faktor ikut berpengaruh terhadap lambatnya pelaksanaan program kesehatan reproduksi di daerah. Faktor-faktor tersebut antara lain adalah a) kurangnya pemahaman mengenai kesehatan reproduksi paradigma baru, b) keterbatasan sumberdaya manusia di daerah dalam melihat urgensi permasalahan yang dihadapi daerah, dan c) belum melembaganya forum konsultasi yang melibatkan banyak *stakeholders* dalam keseluruhan proses

siklus program (Rahardjo, dkk, 2001; Situmorang, dkk, 2004; Hartono, dkk, 2004/5).

1.2 Perumusan Masalah

Dalam pengelolaan perbatasan, pembangunan kesehatan reproduksi tidak dapat diabaikan karena pembangunan kesehatan reproduksi adalah membangun kemandirian dan kesehatan manusia dan masyarakat sejak awal, bahkan sejak proses reproduksi (Utomo, dkk, 2005: 1). Tersedianya sumberdaya khususnya sumberdaya manusia yang berkualitas diharapkan dapat mempersempit kesenjangan pembangunan antara wilayah perbatasan dengan wilayah non perbatasan.

Selama ini anggapan umum tentang wilayah perbatasan adalah rendahnya kualitas sumberdaya manusia terutama tingkat pendidikan dan status kesehatan penduduk (Kementrian Perencanaan Pembangunan Nasional Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, 2004: 21). Gambaran untuk menunjukkan rendahnya status kesehatan penduduk di wilayah perbatasan antara lain dapat dilihat dari angka kematian bayi (AKB) dan angka kematian ibu (AKI). Angka kematian ibu melahirkan (AKI) merupakan indikator yang cukup penting untuk menggambarkan status gizi dan kesehatan ibu, kesehatan lingkungan dan tingkat pelayanan kesehatan. AKB di daerah perbatasan cenderung tinggi. AKB untuk Provinsi Kalimantan Barat misalnya, mencapai 52,1 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2002. Kondisi serupa juga terlihat di Provinsi Nusa Tenggara Timur, AKB di daerah ini mencapai 51 per 1000 kelahiran hidup. Sementara AKB untuk Provinsi Riau adalah sebesar 36,9 per 1000 kelahiran hidup, sedangkan AKB Provinsi Sulawesi Utara adalah 25,2 per 1000 kelahiran hidup (BPS, Bappenas dan UNDP, 2004: 153).

AKI di Provinsi Kalimantan Barat kondisinya tidak jauh berbeda dengan AKB. Data Susenas 2002 (BPS, 2003) menunjukkan bahwa AKI untuk Provinsi Kalimantan Barat sebesar 566 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini lebih dari dua kali lipat dibandingkan dengan AKI nasional yang mencapai 307 per 100.000 kelahiran hidup. Menurut Saptandari (Kompas 16 Desember 2006) AKI di Provinsi Papua bahkan mencapai 730 per 100.000 kelahiran hidup. Masih tingginya AKI kemungkinan disebabkan oleh rendahnya persentase pertolongan persalinan dengan bantuan medis. Data tahun 2002 menunjukkan bahwa di Provinsi Kalimantan Barat, baru sekitar 54,0 persen pertolongan persalinan dilakukan oleh tenaga medis. Sementara di Provinsi Nusa Tenggara Timur, persentase persalinan yang ditolong oleh tenaga medis jauh lebih rendah, hanya 37,3 persen. Kondisi yang berbeda

untuk Provinsi Riau dan Sulawesi Utara, pertolongan persalinan dengan menggunakan tenaga medis masing-masing sudah mencapai 78,7 persen dan 85,2 persen (BPS, Bappenas dan dan UNDP, 2004 : 153).

Selain masalah derajat kesehatan yang pada umumnya cenderung rendah (jika dilihat dari AKI dan AKB), wilayah perbatasan merupakan daerah konsentrasi migran baik yang hanya transit maupun yang menetap. Dengan demikian maka daerah perbatasan membutuhkan sarana dan prasarana sosial ekonomi, termasuk kesehatan yang memadai. Padahal, selama ini wilayah perbatasan cenderung mempunyai keterbatasan sarana dan prasarana tersebut. Selain itu, para pendatang di wilayah perbatasan pada umumnya tidak membawa keluarga. Seperti di perbatasan Kalimantan Barat dengan Malaysia misalnya, sebagian besar pekerja perkebunan adalah laki-laki yang tidak membawa keluarganya. Demikian halnya dengan pekerja-pekerja di sektor industri di Kota Batam, pada umumnya adalah perempuan-perempuan muda yang masih *single*.

Sejalan dengan pembangunan yang ada di wilayah perbatasan seperti di Kota Batam, telah mendorong berbagai aktivitas ikutan lain seperti menjamurnya industri seks. Pembangunan industri dan pabrik-pabrik telah mendorong adanya migrasi masuk (terutama kaum buruh) ke wilayah ini. Seiring dengan meningkatnya jumlah migran masuk, industri seks di wilayah ini juga semakin marak. Sebagai pusat perdagangan dan jasa, Kota Batam dilengkapi dengan berbagai sarana dan fasilitas modern seperti, hotel, pusat-pusat perbelanjaan dan hiburan, kasino, pub dsbnya. Berbagai kalangan pebisnis dari dalam dan luar negeri mendatangi daerah ini. Tingginya mobilitas penduduk di wilayah ini, baik mobilitas kaum buruh maupun mobilitas kaum 'elite' (pebisnis dan pelancong dari dalam dan luar negeri) semakin mendorong maraknya industri seks. Industri seks tumbuh subur baik untuk kalangan bawah (kaum buruh) maupun kalangan 'elite'. Menjamurnya industri seks berkaitan dengan meningkatnya kasus penyakit menular seksual (IMS) sebagai dampaknya. Maraknya bisnis seks di sentra-sentra pembangunan di wilayah perbatasan ditengarai banyak pihak ikut berpengaruh terhadap munculnya permasalahan kesehatan reproduksi, utamanya berkaitan dengan kasus infeksi menular seksual termasuk HIV/AIDS (lihat Darwin, dkk, 2003). Pada bulan Maret 2002, Provinsi Riau merupakan provinsi dengan tingkat prevalensi HIV pada wanita penaja seks di atas 5 persen, nomor dua tertinggi di Indonesia setelah Provinsi Papua (Sidang Kabinet Seri Khusus HIV/AIDS, 2002).

Dalam rangka mendukung percepatan pembangunan sumberdaya manusia di wilayah perbatasan melalui peningkatan derajat kesehatan, khususnya kesehatan reproduksi penduduk, dibutuhkan kebijakan dan strategi yang

sesuai dengan kondisi dan permasalahan yang ada. Di samping itu, keterlibatan semua sektor terkait dan komitmen pemerintah daerah menjadi faktor yang tidak dapat diabaikan. Permasalahannya adalah belum terpetakannya isu kesehatan reproduksi di wilayah perbatasan secara komprehensif yang dapat memberikan masukan bagi pemerintah, khususnya pemerintah daerah, untuk dijadikan alternatif masukan dalam rangka menyusun kebijakan pembangunan sumberdaya manusia di wilayah perbatasan. Ketiadaan informasi yang komprehensif mengenai isu kesehatan reproduksi di wilayah perbatasan tentunya kurang membuka perhatian pemerintah daerah setempat untuk mengatasi persoalan ini. Padahal, untuk lebih meningkatkan kualitas sumberdaya manusia masalah ini harus diatasi. Apalagi, kewenangan untuk melaksanakan hal ini sudah diberikan sesuai dengan pemberlakuan kebijakan otonomi daerah sejak tahun 2000. Oleh karena itu pemetaan tentang kondisi kesehatan reproduksi di wilayah perbatasan menjadi sangat penting dilakukan untuk mengetahui permasalahan apa yang timbul di wilayah perbatasan tersebut, faktor-faktor penyebabnya dan upaya-upaya yang harus dilakukan untuk mengatasi persoalan yang ada sesuai dengan kemampuan daerah masing-masing.

1.3 Tujuan Penelitian

Penelitian ini merupakan tahap awal dari serangkaian penelitian tentang kesehatan reproduksi di wilayah perbatasan yang direncanakan akan berlangsung selama empat tahun berturut-turut. Secara umum tujuan dari empat tahun penelitian adalah untuk mendapatkan pemahaman yang mendalam mengenai kondisi dan permasalahan kesehatan reproduksi di wilayah perbatasan. Hasil penelitian diharapkan dapat memunculkan pemikiran-pemikiran tentang konsep dan strategi alternatif penyelesaian masalah kesehatan reproduksi dengan memperhatikan isu-isu kependudukan yang berpengaruh terhadap munculnya permasalahan tersebut.

Adapun tujuan penelitian untuk tahun 2006 adalah memahami kondisi kesehatan reproduksi di wilayah perbatasan dan faktor-faktor yang berpengaruh. Secara khusus, tujuan penelitian ini adalah untuk memetakan isu kesehatan reproduksi di wilayah perbatasan dan mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi kondisi tersebut. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan bagi para perencana dan pelaksana program (termasuk *stakeholders* terkait) dalam proses penyusunan kebijakan kesehatan reproduksi khususnya di daerah perbatasan.

1.4 Kerangka Pemikiran

Beberapa wilayah perbatasan di Indonesia, termasuk perbatasan di Provinsi Kalimantan Barat dan Provinsi Kepulauan Riau, mempunyai daya tarik bagi penduduk dari luar daerah. Kedatangan penduduk dari luar daerah pada umumnya untuk bekerja di perkebunan-perkebunan atau perusahaan-perusahaan yang banyak terdapat di wilayah perbatasan. Selain itu, wilayah perbatasan merupakan tempat 'transit' para migran yang akan bekerja di luar negeri. Para pendatang umumnya berasal dari berbagai daerah miskin di Jawa, Nusa Tenggara Barat dan Timur, Sulawesi dan Sumatera. Implikasinya, sebagai daerah 'transit' wilayah perbatasan mempunyai beban pelayanan di bidang sosial dan ekonomi untuk penduduk lokal dan para pendatang 'transit'.

Tingkat interaksi dan komunikasi yang tinggi di daerah perbatasan juga terlihat dari mobilitas manusia yang melewati wilayah Kalimantan Barat dan Sarawak, terutama terlihat dari lalu lintas kendaraan dan orang yang melintasi pos perbatasan Entikong di Provinsi Kalimantan Barat (lihat Fariastuti, 2002: 94 dikutip oleh Suhartono, 2004: 145). Tingginya mobilitas penduduk tersebut berimplikasi terhadap meningkatnya penggunaan sarana dan prasarana sosial dan ekonomi di wilayah perbatasan. Para pendatang (baik sementara 'transit' maupun yang menetap) memerlukan sarana dan prasarana sosial dan ekonomi termasuk kesehatan untuk mendukung kehidupan dan kegiatannya. Selain berdampak pada meningkatnya kebutuhan akan sarana dan prasarana sosial dan ekonomi, termasuk kesehatan tingginya mobilitas penduduk di wilayah perbatasan mengakibatkan wilayah ini rentan terhadap berbagai permasalahan kesehatan terkait dengan penyebaran IMS dan HIV/AIDS yang mempengaruhi kondisi kesehatan reproduksi penduduk perbatasan.

Pembangunan wilayah perbatasan pada akhir-akhir ini, seperti industri kayu dan perkebunan di Provinsi Kalimantan Barat, dan pembangunan industri dan pusat perdagangan di Kota Batam telah mendorong adanya migran masuk ke wilayah tersebut untuk bekerja di berbagai lapangan pekerjaan yang tersedia. Selain itu, wilayah perbatasan juga banyak dikunjungi warga (terutama dari luar negeri) yang akan melakukan perdagangan ataupun sekedar menikmati liburan (pebisnis dan pelancong). Dengan demikian, fenomena mobilitas penduduk di wilayah ini cukup tinggi. Tingginya mobilitas penduduk di wilayah perbatasan semakin mendorong berkembangnya aktivitas yang lain seperti industri seks baik untuk kalangan bawah maupun 'elite'. Menjamurnya industri seks tersebut menyebabkan

wilayah perbatasan rentan terhadap timbulnya permasalahan kesehatan reproduksi penduduk.

Selain sebagai daerah 'transit', wilayah perbatasan cenderung tertinggal, terlihat dari minimnya sarana dan prasarana sosial-ekonomi yang tersedia. Selain itu, ketidakmerataan pembangunan juga menjadi permasalahan tersendiri. Pembangunan di wilayah perbatasan Indonesia dengan Singapura misalnya, lebih dipusatkan di Kota Batam. Dengan demikian, pembangunan berbagai infrastruktur, termasuk kesehatan juga cenderung terkonsentrasi di Kota Batam.

Status daerah perbatasan sebagai daerah 'transit' dan adanya ketertinggalan sarana dan prasarana sosial ekonomi tentu berpengaruh terhadap kondisi kesehatan penduduk, khususnya kesehatan reproduksi. Apalagi jika hal ini diperparah dengan adanya berbagai kendala untuk mengakses pelayanan kesehatan seperti biaya, jarak dan transportasi. Berbagai faktor yang muncul di wilayah perbatasan yang berpengaruh terhadap kondisi kesehatan reproduksi penduduk, pada akhirnya akan berdampak pada rendahnya kualitas sumberdaya manusia wilayah tersebut. Padahal, sumberdaya manusia ini sangat dibutuhkan untuk membangun wilayah perbatasan.

Kemudahan akses ke negara tetangga memberi dampak terhadap kesehatan reproduksi. Penduduk wilayah perbatasan mempunyai kemudahan untuk mengakses sarana dan prasarana di negara tetangga, termasuk sarana kesehatan. Bila sarana dan prasarana kesehatan di negara tetangga lebih baik dari negara kita maka masyarakat akan cenderung memilih pelayanan kesehatan tersebut. Di satu pihak hal ini tentu saja menguntungkan masyarakat karena dapat memilih. Namun di lain pihak, hal ini dapat mengakibatkan tuntutan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang disediakan pemerintah semakin tinggi. Tentunya ini merupakan tantangan tersendiri bagi pemerintah daerah perbatasan.

Kebijakan dan program kesehatan reproduksi yang dikeluarkan oleh pemerintah daerah di wilayah perbatasan mungkin akan berpengaruh terhadap kondisi kesehatan reproduksi penduduk wilayah tersebut. Pemberlakuan kebijakan otonomi daerah (Undang-undang No 22 tahun 1999 yang direvisi menjadi Undang-undang No 32 tahun 2004 serta Undang-undang No 25 tahun 1999 direvisi menjadi Undang-undang No 33 tahun 2004) dan juga kebijakan reorientasi pengelolaan wilayah perbatasan yang lebih mementingkan pada kesejahteraan penduduk, memberikan peluang dan sekaligus tantangan bagi pemerintah kabupaten/kota wilayah perbatasan dalam menangani masalah kesehatan, khususnya kesehatan reproduksi. Komitmen tersebut dapat tercermin dari diangkatnya isu kesehatan

reproduksi dan pelibatan *stakeholders* dalam pembuatan kebijakan terkait dengan kesehatan reproduksi. Mengingat keterbatasan-keterbatasan yang dimiliki oleh pemerintah kabupaten/kota perbatasan dengan permasalahan yang cukup kompleks, pemerintah daerah setempat dituntut ekstra keras dalam menanggulangi permasalahan yang timbul di wilayahnya. Dengan adanya *political will* yang tinggi dan didukung oleh kemampuan sumberdaya manusia maupun dana yang memadai, persoalan yang timbul khususnya yang terkait dengan kesehatan reproduksi penduduk, akan dapat diatasi. Dengan status kesehatan penduduk yang berkualitas dan seiring dengan pengembangan sumberdaya manusia di bidang lain tentunya peningkatan kesejahteraan penduduk wilayah perbatasan meningkat.

Kondisi kesehatan reproduksi penduduk di wilayah perbatasan dipengaruhi pula oleh kebijakan dan program pemerintah daerah dalam menyikapi situasi dan tantangan kesehatan reproduksi di wilayahnya. Sejalan dengan kebijakan kesehatan reproduksi nasional, maka aspek yang akan dilihat dalam kesehatan reproduksi di daerah hanya difokuskan kepada empat komponen, yaitu Kesehatan Ibu dan Anak, Keluarga Berencana, Kesehatan Reproduksi Remaja, dan Pencegahan dan Penanggulangan IMS termasuk HIV/AIDS.

Kondisi kesehatan reproduksi penduduk terutama yang terkait dengan kesehatan ibu dan anak merupakan faktor penting dalam peningkatan kualitas pembangunan sumber daya manusia secara dini. Permasalahan yang berkaitan dengan kesehatan ibu dan anak dapat dilihat dari Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Ibu karena proses melahirkan (AKI). Mengingat terbatasnya data tentang AKI maka kondisi kesehatan reproduksi ibu antara lain dapat dilihat dari penggunaan tenaga medis sebagai penolong persalinan, cakupan perawatan antenatal, jumlah anak yang dilahirkan, dan penggunaan alat kontrasepsi. Sedangkan untuk kesehatan anak antara lain dapat dilihat dari pemberian air susu ibu (ASI) dan pemberian imunisasi.

Kondisi kesehatan remaja dapat dilihat dari ketersediaan pelayanan KIE/konseling kesehatan reproduksi untuk remaja. Selain itu, perilaku berisiko di kalangan remaja, kasus-kasus hubungan seks bebas, kehamilan yang tidak diinginkan maupun kasus-kasus IMS termasuk HIV/AIDS di kalangan remaja merupakan data yang dapat menunjukkan kondisi kesehatan reproduksi remaja.

Besarnya kasus-kasus IMS termasuk HIV/AIDS di wilayah perbatasan juga mencerminkan kondisi kesehatan reproduksi penduduk. Padahal, HIV/AIDS sangat menurunkan kekebalan tubuh manusia dan berdampak pada rendahnya kualitas hidup manusia. Dengan berkembangnya kasus-kasus IMS/HIV/AIDS menunjukkan bahwa permasalahan kesehatan reproduksi di

wilayah perbatasan tidak semata-mata karena keterbatasan sarana dan prasarana khususnya di bidang kesehatan saja. Berbagai faktor kemungkinan berpengaruh terhadap kondisi kesehatan reproduksi penduduk di perbatasan. Hal ini menunjukkan adanya dinamika isu yang terkait dengan kesehatan reproduksi.

Bagan 1.1
Kerangka Pikir Penelitian



1.5 Konsep dan Definisi

Kesehatan reproduksi: suatu keadaan sehat dan sejahtera fisik, mental, dan sosial, tidak hanya bebas penyakit atau kecacatan, dalam sistem, fungsi, dan proses reproduksi. Selanjutnya, visi kesehatan reproduksi adalah sebagai berikut (United Nations, 1995 dikutip oleh Utomo, dkk, 2003: 1)

- Masyarakat dapat bereproduksi dan mengatur kesuburan mereka
- Kehidupan seksual yang sehat, aman, bertanggung jawab dan bebas takut hamil dan bebas risiko tertular dan menularkan infeksi menular seksual, termasuk HIV
- Semua kehamilan dan kelahiran diinginkan dan aman

Wilayah perbatasan: suatu wilayah yang merupakan batas dua negara di mana orang yang menjadi warga negara atau penduduk negara yang bersangkutan hidup serta menjalankan segala aktivitasnya.

Desentralisasi: penyerahan wewenang pemerintahan oleh pemerintah pusat kepada daerah otonom dalam kerangka negara kesatuan republik Indonesia.

Desentralisasi kesehatan reproduksi: penyerahan kewenangan dalam mengidentifikasi permasalahan, memformulasikan kebijakan, merencanakan dan mengimplementasikan program kesehatan reproduksi dari pemerintah kepada daerah otonom.

Otonomi Daerah: kewenangan daerah otonom untuk mengatur dan mengurus kepentingan masyarakat setempat menurut prakarsa sendiri berdasarkan aspirasi masyarakat sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Stakeholder: orang/lembaga yang terlibat dan bertanggung jawab dalam kebijakan atau program kesehatan reproduksi.

1.6 Metode Penelitian

- Pendekatan Penelitian

Mengacu pada tujuan penelitian dan kerangka pemikiran yang dipakai, penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dan kualitatif. Pendekatan kuantitatif digunakan untuk mengumpulkan data yang diperoleh melalui pertanyaan-pertanyaan yang tersusun dalam kuesioner pada kegiatan survei. Secara umum, data yang dikumpulkan meliputi karakteristik sosial-ekonomi anggota rumah tangga, pengetahuan dan praktek mereka terhadap kesehatan reproduksi pada umumnya dan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), pada khususnya. Data ini ditujukan untuk memperoleh gambaran umum mengenai kondisi kesehatan reproduksi dalam konteks wilayah perbatasan. Responden adalah perempuan berusia 15-49 tahun yang pernah melahirkan. Jumlah responden yang telah diwawancarai sebanyak 100 orang di masing-masing lokasi di kecamatan yang dipilih secara *purposive*. Untuk memberikan nuansa yang lebih mendalam mengenai kondisi kesehatan reproduksi penduduk di wilayah perbatasan pengumpulan data juga dilakukan dengan pendekatan kualitatif. Pendekatan ini digunakan untuk memperoleh pemahaman yang mendalam mengenai isu-isu kesehatan reproduksi penduduk di wilayah perbatasan dan faktor-faktor yang terkait. Selain itu, pendekatan ini digunakan untuk memperoleh gambaran mengenai upaya-upaya yang dilakukan oleh *stakeholder* terkait dalam menanggapi permasalahan kesehatan reproduksi yang ada.

- Pengumpulan Data

Selain menggunakan metode survei, pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kombinasi beberapa teknik pendekatan kualitatif yang dapat dibagi ke dalam tiga bagian yaitu:

1. Studi kepustakaan (*desk review*)

Review dilakukan terhadap data dan berbagai hasil kajian yang telah ada sebelumnya serta dokumen-dokumen maupun kebijakan yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi dan pengembangan sumberdaya manusia di wilayah perbatasan. Selain itu, review juga dilakukan terhadap publikasi data sekunder yaitu data-data yang bersumber dari BPS dan data sekunder lain baik yang berasal dari Dinas Kesehatan (provinsi dan kabupaten/kota) maupun data statistik dari Pemerintah Daerah setempat.

2. Wawancara mendalam

Wawancara mendalam dilakukan terhadap informan narasumber yang ada di tingkat pusat, provinsi dan daerah. Informan kunci dipilih secara purposive, yaitu mereka yang mengetahui kondisi kesehatan reproduksi penduduk di wilayah perbatasan. Para informan kunci ini antara lain dari Pemerintah Kabupaten/Kota, Bappeda, DPRD, Dinas Kesehatan, Puskesmas, Lembaga pengelola keluarga berencana, Dinas Tenaga kerja, Badan Pemberdayaan Masyarakat, Dinas Sosial, Kepala Tempat Pemeriksaan Imigrasi, Pengelola Pelabuhan Batam Centre, Rumah sakit Otorita Batam, ORNOP, akademisi dan masyarakat madani lainnya. Pemilihan informan dilakukan melalui cara *snowballing*.

3. Kaji bersama dan diskusi kelompok terfokus

Kaji bersama (*jisam*) dilakukan dengan para *stakeholders* yang mempunyai pengetahuan mendalam tentang situasi dan kondisi kesehatan reproduksi di wilayah perbatasan serta faktor-faktor terkait. Kaji bersama ini terutama dilakukan dengan para *stakeholders* di pemerintah kabupaten/kota, Bappeda dan Dinas Kesehatan. Diskusi kelompok terfokus (*Focus Group Discussion* atau FGD) dilaksanakan dengan para anggota masyarakat dan LSM di tingkat *grassroots*. Di Kecamatan Entikong, FGD dilakukan di dua tempat, yaitu di Dusun Entikong dan di Dusun Sontas. Sementara di Kecamatan Batu Aji, FGD dilakukan dengan kelompok ibu-ibu di Kelurahan Bulian dan sekelompok anggota LSM di Batam Center.

Instrumen yang digunakan untuk mengumpulkan data dan informasi dengan pendekatan kualitatif adalah *interview guide* berupa 'list' data dan informasi yang penting dan sensitif terhadap topik penelitian. Untuk mendapatkan pemahaman secara mendalam, dilakukan *probing* dengan pertanyaan-pertanyaan lanjutan yang berkembang di lapangan.

- Lokasi Penelitian

Penelitian dilakukan di dua provinsi di wilayah perbatasan yaitu Provinsi Kalimantan Barat dan Provinsi Kepulauan Riau. Daerah penelitian dipilih berdasarkan pada statusnya sebagai wilayah perbatasan, Provinsi Kalimantan Barat mempunyai perbatasan darat dengan Malaysia dan Provinsi Kepulauan Riau berbatasan laut dengan Singapura. Di setiap provinsi dipilih salah satu kabupaten/kota perbatasan; Kabupaten Sanggau di Provinsi Kalimantan Barat dipilih sebagai daerah penelitian karena di samping statusnya sebagai daerah perbatasan, kabupaten ini dikenal sebagai daerah dengan fasilitas dan akses yang terbatas serta kondisi kesehatan reproduksi cukup memprihatinkan. Selain itu, berkembangnya perkebunan-perkebunan di kabupaten ini telah menarik banyak pendatang untuk mengadu nasib yang diperkirakan akan diiringi dengan meningkatnya industri seks. Hal ini tentunya akan menimbulkan situasi yang sangat rentan untuk penyebaran IMS/HIV/AIDS. Di Kabupaten Sanggau kemudian dipilih salah satu kecamatan yang berbatasan langsung dengan negara lain.

Kota Batam di Provinsi Kepulauan Riau dipilih karena selain merupakan daerah yang berbatasan laut, juga terkait dengan statusnya sebagai kota industri dan pusat perdagangan dengan tingkat mobilitas penduduk yang sangat tinggi. Kecuali itu, program pembangunan di wilayah Kota Batam tidak merata. Pembangunan sarana dan prasarana termasuk pelayanan kesehatan cenderung terfokus pada wilayah kota. Penduduk di pulau-pulau kecil yang ada di wilayah ini relatif belum mendapatkan akses sarana dan prasarana sosial (pendidikan dan kesehatan) yang memadai. Dampak dari ketidakmerataan akses pelayanan kesehatan dan pendidikan ini mempengaruhi kondisi kesehatan reproduksi penduduk, terutama kesehatan ibu dan anak di wilayah pulau-pulau kecil.

Di masing-masing kabupaten/kota dipilih kecamatan yang langsung berbatasan dengan negara lain (Kecamatan Entikong di Kabupaten Sanggau dan Kecamatan Batu Aji di Kota Batam). Selanjutnya, dari masing-masing kecamatan dipilih lokasi yang merupakan tempat pelaksanaan survei rumah tangga. Di Kecamatan Entikong, desa yang terpilih sebagai lokasi survei adalah Dusun Entikong dan Dusun Sontas, sementara di Kecamatan Batu

Aji, Kelurahan yang terpilih adalah Kelurahan Buliang. Pemilihan desa/kelurahan sebagai lokasi survei merupakan hasil diskusi dengan tokoh masyarakat setempat. Kedua lokasi tersebut dianggap dapat menggambarkan kondisi masyarakat di masing-masing kecamatan

- Analisis data

Analisa data dilakukan secara deskriptif analisis dengan memperhatikan keterkaitan antar variabel. Data yang diperoleh melalui kuesioner dianalisa secara kuantitatif dengan menggunakan tabulasi silang untuk melihat hubungan antara variabel variabel yang diteliti. Data kualitatif yang dikumpulkan melalui wawancara mendalam dan kaji bersama (Jisam) dianalisa dengan teknik analisis isi (*content analysis*). Dari berbagai informasi yang diperoleh dari informan dideskripsikan sesuai dengan isu yang ada dan digunakan untuk menjelaskan dan memberikan nuansa pada temuan-temuan yang penting.

1.7 Sistematika Penulisan

Tulisan ini terdiri dari lima bab. Bab pertama adalah pendahuluan yang menguraikan tentang pentingnya pemetaan isu kesehatan reproduksi di wilayah perbatasan. Dalam bab ini dijelaskan tentang latar belakang, tujuan, dan metode penelitian. Bab kedua memaparkan tentang kondisi sosio-demografi wilayah perbatasan Kabupaten Sanggau dan Kota Batam. Dalam bab ini diuraikan mengenai letak geografis, dinamika penduduk, aksesibilitas penduduk terhadap pelayanan kesehatan dan mobilitas penduduk. Bab ketiga adalah uraian mengenai kondisi kesehatan reproduksi di wilayah perbatasan. Dalam bab ini dijelaskan mengenai kondisi kesehatan reproduksi di wilayah perbatasan, kebijakan yang berkaitan dengan kesehatan dan mobilitas penduduk di wilayah perbatasan, dan peran serta masyarakat dalam program kesehatan. Bab keempat menguraikan tentang potret kesehatan reproduksi penduduk perbatasan yang akan menjelaskan tentang karakteristik sosio-demografi responden, kesehatan ibu dan anak, fertilitas dan keluarga berencana serta isu-isu yang muncul dari hasil survei rumah tangga di dua kecamatan terpilih. Kesimpulan dan gagasan dipaparkan dalam Bab kelima, yang merupakan penutup dari tulisan ini, memberikan suatu gagasan yang ditawarkan bagi pemerintah terkait dan masyarakat pada umumnya dalam menyusun kebijakan dan program yg berkaitan dengan kesehatan reproduksi di wilayah perbatasan.

BAB II

KONDISI SOSIO-DEMOGRAFI WILAYAH PERBATASAN KABUPATEN SANGGAU DAN KOTA BATAM

Pada bagian ini digambarkan kondisi sosio-demografi wilayah perbatasan di Kabupaten Sanggau dan Kota Batam. Kondisi sosio-demografi tersebut dilihat dari empat aspek, yaitu *setting* daerah, dinamika penduduk, aksesibilitas penduduk terhadap sarana sosial-ekonomi, dan mobilitas penduduk di daerah perbatasan. Aspek *setting* daerah dijelaskan dengan menggambarkan lokasi dan letak daerah dilihat dari pusat pemerintahan kabupaten, provinsi, maupun wilayah negara tetangga. Aspek dinamika penduduk menyajikan informasi mengenai jumlah, komposisi, dan distribusi penduduk, tingkat pendidikan, jenis mata pencaharian, dan kondisi kesehatan penduduk dikaitkan dengan status daerah yang terletak di wilayah perbatasan. Aspek ketiga menggambarkan aksesibilitas penduduk untuk menjangkau berbagai sarana dan prasarana sosial-ekonomi, termasuk pelayanan kesehatan, baik di dalam negeri maupun di negara tetangga. Sedangkan pada aspek mobilitas penduduk diungkapkan informasi mengenai aktivitas lintas batas di daerah perbatasan, tidak hanya yang dilakukan masyarakat di sekitar daerah perbatasan, tetapi juga masyarakat lain yang singgah (transit) dengan berbagai tujuan.

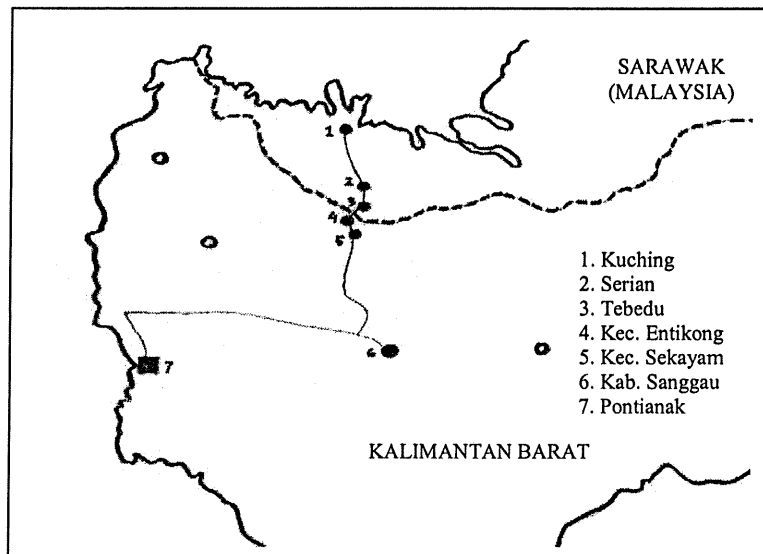
Ada dua karakteristik yang membedakan kedua daerah perbatasan (Kabupaten Sanggau dan Kota Batam) yang menjadi lokasi penelitian ini. Pertama, Kabupaten Sanggau memiliki perbatasan darat dengan Sarawak (Malaysia Timur), sedangkan Kota Batam memiliki perbatasan laut dengan Singapura dan Malaysia. Kedua, kawasan perbatasan di Kabupaten Sanggau mewakili ciri daerah perbatasan di Indonesia pada umumnya yang merupakan daerah tertinggal dengan keterbatasan akses dan sarana yang dimiliki. Sedangkan Kota Batam merupakan daerah perbatasan di Indonesia yang relatif maju dan berkembang menjadi daerah industri dengan kemudahan akses dan berbagai sarana pendukung. Perbedaan karakteristik tersebut berpengaruh terhadap kondisi sosio-demografi di Kabupaten Sanggau dan Kota Batam sebagaimana dibahas lebih lanjut pada bagian berikut ini.

2.1 Setting Daerah

Kabupaten Sanggau

Kabupaten Sanggau merupakan salah satu dari lima kabupaten di Provinsi Kalimantan Barat yang berbatasan langsung dengan negara Malaysia¹. Kabupaten ini terletak di tengah-tengah dan berada pada bagian utara daerah Provinsi Kalimantan Barat. Sedangkan letak geografisnya berada pada posisi antara 1°0' Lintang Utara dan 0°6' Lintang Selatan, serta antara 109°8' dan 111°3' Bujur Timur. Kabupaten Sanggau berbatasan dengan Sarawak (Malaysia Timur) di sebelah utara, Kabupaten Landak di sebelah barat, Kabupaten Ketapang di sebelah selatan, dan Kabupaten Sekadau di sebelah timur.

Gambar 2.1
Wilayah Kecamatan Entikong (Kabupaten Sanggau) dan
Akses Menuju Daerah di Sekitarnya



¹ Provinsi Kalimantan Barat merupakan satu-satunya provinsi di Indonesia yang memiliki akses jalan darat secara resmi dengan Sarawak (Malaysia Timur). Panjang garis perbatasan negara di Kalimantan yang berhadapan langsung dengan wilayah Sarawak (Malaysia Timur) mencapai 1.200 km, dan 847 km diantaranya (71 persen) merupakan garis perbatasan di Provinsi Kalimantan Barat yang terbentang mulai dari Kabupaten Kapuas Hulu, Sintang, Sanggau, Bengkayang, hingga Kabupaten Sambas. Berdasarkan data pada Tahun 2002, kawasan sepanjang garis perbatasan negara ini meliputi 98 desa yang terletak di 14 kecamatan dan lima kabupaten di Provinsi Kalimantan Barat (Bappeda dan BPS Kalimantan Barat, 2002).

Pada tahun 2003 luas wilayah Kabupaten Sanggau mencapai 18.302 km². Berdasarkan Undang-Undang Nomor 34 Tahun 2003 tentang Pembentukan Kabupaten Melawi dan Kabupaten Sekadau di Provinsi Kalimantan Barat, sebagian wilayah Kabupaten Sanggau dimekarkan menjadi Kabupaten Sekadau yang terdiri dari tujuh kecamatan, yaitu Kecamatan Belitang Hulu, Belitang, Belitang Hilir, Sekadau Hilir, Sekadau Hulu, Nanga Taman, dan Nanga Mahap dengan luas wilayah keseluruhan mencapai 5.444 km². Sebelah barat wilayah Kabupaten Sekadau berbatasan dengan Kecamatan Meliau, Kapuas, Mukok, dan Jangkang yang termasuk wilayah Kabupaten Sanggau. Dengan diberlakukannya peraturan tersebut, luas wilayah Kabupaten Sanggau menjadi 12.858 km² atau sekitar 8,7 persen dari luas wilayah Provinsi Kalimantan Barat. Secara administratif, wilayah Kabupaten Sanggau terdiri dari 160 desa dan enam kelurahan yang tersebar di 15 kecamatan. Kecamatan Jangkang memiliki wilayah terluas, yaitu 1.589 km² (12,4 persen), sedangkan Kecamatan Balai memiliki luas wilayah terkecil, yaitu 396 km² (3,1 persen) (BPS Kabupaten Sanggau, 2006). Beberapa kecamatan, antara lain Kecamatan Noyan dan Jangkang di bagian utara dan timur pusat kabupaten, memiliki kendala geografis yang sulit dijangkau dan berbagai keterbatasan wilayah yang dimilikinya (Bappeda dan BPS Kabupaten Sanggau, 2006).

Dilihat dari kondisi topografinya, sebagian besar wilayah Kabupaten Sanggau merupakan dataran tinggi yang berbukit dan berawa-rawa serta dilintasi oleh Sungai Kapuas dengan anak-anak sungainya.² Keberadaan sungai-sungai tersebut sangat penting, tidak hanya menjadi jalur pelayaran antar daerah dan sumber irigasi pertanian, akan tetapi air sungai tersebut juga dimanfaatkan untuk kebutuhan hidup sehari-hari masyarakat. Kabupaten Sanggau secara umum beriklim tropis. Pada tahun 2005 rata-rata curah hujan sebulan tertinggi selama 11 hari yang terjadi pada bulan April. Sedangkan hari hujan terendah terjadi pada bulan Agustus, yaitu selama 6 hari. Rata-rata tinggi curah hujan sebesar 178 mm pada bulan Mei dan terendah sebesar 81 mm pada bulan Agustus (BPS Kabupaten Sanggau, 2006).

Secara geografis, kawasan perbatasan di Kabupaten Sanggau mencapai 130 km dan dibagi menjadi dua lini. Lini pertama terdiri dari Kecamatan

² Sungai Kapuas merupakan sungai yang terpanjang di Kalimantan Barat yang mengalir dari Kabupaten Kapuas Hulu, melalui Kabupaten Sintang, Kabupaten Sanggau dan bermuara di Kabupaten Pontianak. Sedangkan sungai-sungai kecil lainnya (Sungai Mengkiang, Sekadau, Liku, Tayan, dan Belitang) merupakan cabang dari Sungai Kapuas yang berhubungan satu dengan lainnya (Bappeda dan BPS Kabupaten Sanggau, 2006).

Entikong dan Kecamatan Sekayam³ dengan luas wilayah mencapai 1.348 km². Dua kecamatan tersebut merupakan kawasan perbatasan antarnegara yang berbatasan dan memiliki akses langsung ke Sarawak (Malaysia Timur). Lini kedua terdiri dari Kecamatan Jangkang, Kembayan, Beduwai, Bonti, dan Noyan dengan luas wilayah mencapai 4.225 km².

Kecamatan Entikong yang menjadi lokasi penelitian ini memiliki luas wilayah 507 km² dan terdiri dari lima desa dan 18 dusun. Tiga desa diantaranya merupakan desa tertinggal, yaitu Desa Nekan (berjarak 13,5 km dari pusat kecamatan), Desa Pala Pasang (30 km), dan Desa Suruh Tembawang (42 km). Sedangkan Desa Entikong dan Desa Semanget terletak di sepanjang jalan raya yang berstatus sebagai jalan negara dan menghubungkan provinsi dan beberapa kabupaten dengan pos perbatasan resmi (Pos Lintas Batas Entikong) menuju negara bagian Sarawak (Malaysia). Sarana transportasi darat dapat digunakan untuk menjangkau Desa Entikong, Semanget, dan Nekan. Sedangkan Desa Pala Pasang dan Suruh Tembawang harus ditempuh melalui jalur sungai.

Sebagai daerah perbatasan, kemudahan akses ke negara tetangga menjadi salah satu keuntungan. Hal ini juga berlaku bagi daerah-daerah yang relatif dekat jaraknya dengan pintu pos perbatasan di Kecamatan Entikong. Sebagai gambaran, jarak antara ibukota Kabupaten Sanggau dan ibukota Provinsi Kalimantan Barat (Kota Pontianak) mencapai 267 km dan dapat ditempuh selama lima sampai enam jam. Jarak ibukota Kecamatan Entikong dengan ibukota Kabupaten Sanggau mencapai 145 km dengan waktu tempuh dua sampai tiga jam, sedangkan untuk mencapai Kota Pontianak harus ditempuh jarak sejauh 317 km dari Entikong, dengan waktu tempuh enam sampai tujuh jam.

Kendala jarak yang cukup jauh untuk menjangkau ibukota kabupaten maupun provinsi dari Kecamatan Entikong dapat dibandingkan dengan kemudahan untuk menjangkau beberapa daerah di Malaysia Timur, seperti Tebedu, Serian, dan Kuching.⁴ Jarak dari pos perbatasan (PPLB Entikong

³ Dua kecamatan di Kabupaten Sanggau yang berbatasan langsung dengan Malaysia adalah Kecamatan Entikong dan Sekayam. Dua kecamatan tersebut sebelumnya merupakan satu wilayah kecamatan, tetapi pada tahun 1996 Kecamatan Entikong dibentuk dari sebagian wilayah Kecamatan Sekayam. Kecamatan Entikong beribukota di Entikong, sedangkan Kecamatan Sekayam beribukota di Balai Karang.

⁴ Tebedu merupakan daerah terdekat di Malaysia dari PLB Entikong. Di daerah tersebut terdapat pasar lama yang menjadi tempat jual beli hasil bumi dari Indonesia, seperti sahang (lada), coklat dan kacang tanah. Pusat keramaian yang lebih besar lagi terletak di Serian. Selain terdapat pasar dan berbagai pusat kegiatan ekonomi, di daerah tersebut terdapat berbagai klinik, dokter praktik, dan rumah sakit yang menjadi tempat tujuan berobat bagi banyak warga Indonesia. Sedangkan untuk tindakan medis yang lebih serius, seperti operasi,

atau Pos Pemeriksaan Lintas Batas Entikong) ke Tebedu hanya sekitar 10 km dengan waktu tempuh sekitar 15 menit. Sedangkan jarak dan waktu tempuh yang diperlukan untuk mencapai Serian dan Kuching lebih lama, yaitu sejauh 41 km dengan waktu tempuh sekitar 45 menit untuk mencapai Serian dan sejauh 100 km dengan waktu tempuh sekitar dua jam untuk mencapai Kuching. Meskipun demikian, jarak dan waktu tempuh ke kedua daerah di Malaysia tersebut relatif lebih singkat dibandingkan apabila harus pergi ke ibukota kabupaten, apalagi ibukota provinsi. Apalagi pada rute perjalanan dari Kuching menuju Pontianak dan sebaliknya terdapat berbagai armada angkutan umum berupa bus besar yang relatif memadai dengan tarif rata-rata mencapai Rp. 175.000,00 atau 70 RM untuk satu kali perjalanan. Armada bus tersebut banyak disediakan baik oleh armada dalam negeri (misalnya Damri) maupun armada dari Malaysia. Selain perbedaan dari segi jarak, kondisi jalan yang harus dilalui dari Entikong ke beberapa daerah di Malaysia tersebut dapat dengan mudah dibandingkan dengan kondisi jalan dari Entikong menuju ibukota kabupaten maupun Pontianak. Kondisi jalan-jalan di sepanjang jalur Entikong ke Sanggau maupun ke Pontianak sangat bervariasi dan di beberapa lokasi mengalami kerusakan yang cukup berat. Hal ini sangat berbeda dibandingkan dengan kondisi jalan aspal di Malaysia yang diibaratkan seperti 'jalan tol' oleh penduduk di sekitar perbatasan.

Keberadaan PPLB Entikong sebagai pos perbatasan antarnegara telah diresmikan sejak tahun 1991. PPLB tersebut terletak di wilayah Kecamatan Entikong dan berbatasan langsung dengan wilayah Tebedu di Malaysia. Selain pos lintas batas resmi tersebut, terdapat sekitar 50 "pos tidak resmi" berupa jalur setapak yang menghubungkan daerah-daerah di Kalimantan Barat dan Sarawak, 11 diantaranya berada di wilayah Kabupaten Sanggau. Menurut rencana, beberapa pos lintas batas akan dibuka secara resmi, antara lain pos perbatasan Paloh-Sajingan di Kabupaten Sambas, Jagoibabang di Kabupaten Bengkayang, dan Nanga Badau di Kabupaten Kapuas Hulu (Pemerintah Kabupaten Sanggau, 2004).

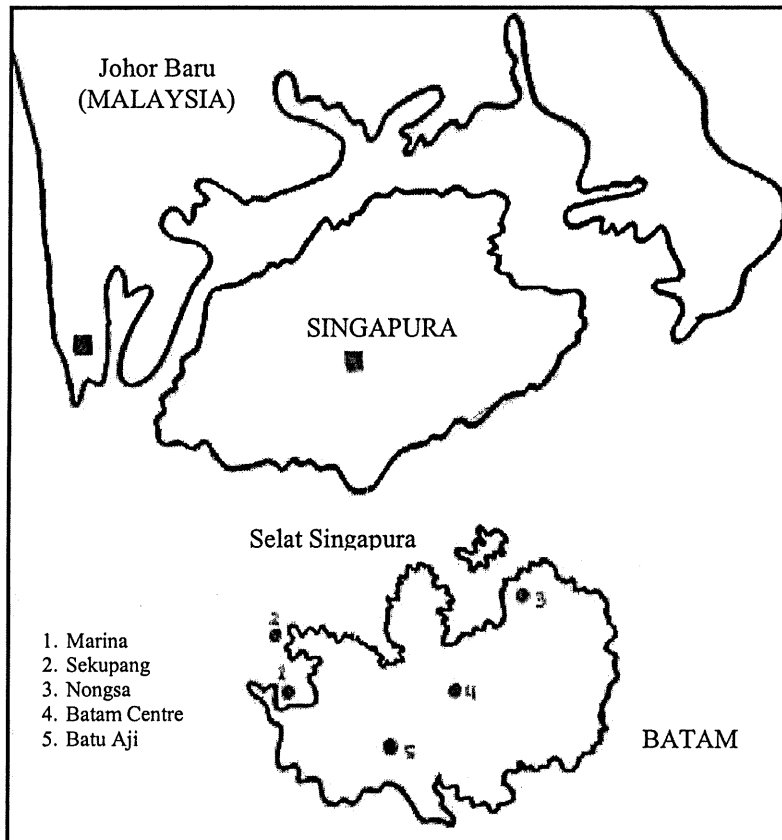
Kota Batam

Berbeda dengan kondisi geografis di Kabupaten Sanggau, Kota Batam merupakan sebuah pulau yang menjadi bagian dari Kepulauan Riau dan memiliki posisi yang sangat strategis di jalur pelayaran internasional, berbatasan laut dengan Singapura dan Malaysia (lihat Gambar 2.2). Letak geografis Kota Batam berada pada posisi antara 0°25' dan 1°15' Lintang

biasanya penduduk yang memiliki kemampuan ekonomi akan berusaha mencari tempat pengobatan di Kuching. Di daerah tersebut terdapat bandara internasional yang juga sering dimanfaatkan oleh mereka yang berada di luar Kalimantan Barat yang ingin pergi ke Entikong dengan akses dan jarak yang lebih cepat dibandingkan perjalanan dari Pontianak.

Utara serta antara 103°34' dan 104°26' Bujur Timur. Wilayah Kota Batam berbatasan dengan Selat Singapura di sebelah utara, Kecamatan Karimun dan Moro (Kabupaten Karimun) di sebelah barat, Kecamatan Senayang (Kabupaten Kepulauan Riau) di sebelah selatan, dan Kecamatan Bintan Utara dan Bintan (Kabupaten Kepulauan Riau) di sebelah timur (Pemerintah Kota Batam, 2005).

Gambar 2.2
Wilayah Kecamatan Batu Aji (Kota Batam) dan
Akses Menuju Daerah di Sekitarnya



Kota Batam pada awalnya dibentuk berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 34 Tahun 1983 dan diresmikan pada tanggal 24 Desember 1983 sebagai kotamadya administratif serta dipimpin oleh seorang walikota yang berada di bawah dan bertanggung jawab langsung kepada Gubernur Daerah Tingkat I Riau. Dengan diberlakukannya Undang-Undang Nomor 53 Tahun 1999, maka Kotamadya Administratif Batam berubah statusnya menjadi

Daerah Otonom Kota Batam dengan cakupan wilayah meliputi 35 kelurahan dan 16 desa yang tersebar di delapan kecamatan. Kecamatan-kecamatan tersebut adalah: Sekupang, Lubuk Baja, Batu Ampar, Sei Beduk, Nongsa, Galang, Bulang, dan Belakang Padang. Seiring dengan semakin pesatnya perkembangan Pulau Batam, pada Bulan Mei 2006 Kota Batam mengalami pemekaran menjadi 12 kecamatan. Ada empat kecamatan baru yang dibentuk, yaitu Kecamatan Batam Kota (pemekaran dari Kecamatan Nongsa), Kecamatan Batu Aji (pemekaran dari Kecamatan Sekupang), Kecamatan Sagulung (pemekaran dari Kecamatan Sei Beduk), dan Kecamatan Bengkong (pemekaran dari Kecamatan Batu Ampar).

Kota Batam saat ini memiliki luas wilayah sekitar 1.570 km² dengan luas daratan mencapai 715 km² atau 115 persen dari luas wilayah Singapura dan sisanya merupakan lautan. Berdasarkan data pada tahun 2005, sebelum Kota Batam mengalami pemekaran menjadi 12 kecamatan, Kecamatan Galang memiliki wilayah terluas, yaitu 313 km² (26,9 persen) sedangkan Kecamatan Lubuk Baja memiliki luas wilayah terkecil, yaitu 25 km² (2,2 persen) (Pemerintah Kota Batam, 2005).

Kota Batam memiliki lebih dari 300 pulau besar dan kecil yang dapat dijangkau satu sama lain melalui jalur perairan. Kondisi topografi pulau-pulau tersebut merupakan dataran berbukit-bukit dengan ketinggian maksimum 160 meter di atas permukaan laut. Sungai-sungai kecil banyak mengalir serta dikelilingi hutan-hutan dan semak belukar yang lebat. Kota Batam beriklim tropis dengan suhu rata-rata sepanjang tahun 2004 antara 26,2°C dan 28,4°C. Banyaknya hari hujan selama setahun di Kota Batam pada tahun 2004 adalah 186 hari, sedangkan banyaknya curah hujan dalam satu tahun mencapai 3.067 mm (Pemerintah Kota Batam, 2005).

Kecamatan Batu Aji yang menjadi lokasi penelitian di Kota Batam merupakan kecamatan yang baru terbentuk pada bulan Mei tahun 2006. Kecamatan Batu Aji memiliki luas wilayah mencapai 35,7 km² dan terdiri dari empat kelurahan, yaitu Bukit Tempayan, Buliang, Kibing, dan Tanjung Uncang. Kecamatan ini berjarak hanya sekitar tujuh kilometer dari pusat Kota Batam dan berdekatan dengan Pelabuhan Marina dan juga pelabuhan-pelabuhan 'tikus' yang banyak digunakan untuk menyeberang ke luar negeri, khususnya ke Malaysia. Keberadaan fasilitas dan sarana transportasi di Kecamatan Batu Aji relatif hampir sama dengan fasilitas dan sarana transportasi yang terdapat di Kota Batam. Kondisi jalan di Kota Batam sebagian besar merupakan jalan aspal. Transportasi antarwilayah dalam kota didukung dengan keberadaan taksi, minibus serta bus kota yang melayani masyarakat dalam beraktivitas dengan berbagai rute perjalanan.

Sebagaimana keadaan di Kabupaten Sanggau, kemudahan akses ke negara tetangga juga dialami daerah-daerah di Kota Batam. Letak geografis Kota Batam yang sangat strategis pada jalur pelayaran internasional dengan jarak hanya 12,5 mil laut (sekitar 20 km) dari Singapura dan Malaysia mengakibatkan mobilitas penduduk di ketiga wilayah ini sangat dinamis. Sebagai gambaran, dari pelabuhan Batam Centre hanya dibutuhkan waktu sekitar 45 menit untuk mencapai Singapura dengan biaya S\$ 15,00 (S\$ 1,00 sama dengan Rp. 6.000,00) untuk satu kali perjalanan (pulang-pergi). Sedangkan untuk mencapai Malaysia dari pelabuhan Batam Centre ke Tulang Laut hanya membutuhkan waktu sekitar satu jam dengan biaya sebesar Rp. 200.000,00 (pulang-pergi), baru kemudian dilanjutkan ke Malaka. Ada empat pelabuhan internasional yang menjadi jalur resmi perjalanan untuk mencapai Singapura dan Malaysia, yaitu Pelabuhan Sekupang, Marina, Batam Centre, dan Nongsa. Selain itu ada beberapa pelabuhan-pelabuhan kecil dan bersifat tidak resmi (sering disebut sebagai 'pelabuhan tikus'), antara lain berada di daerah Teluk Mata Ikan (Kecamatan Nongsa), Kecamatan Batu Ampar, dan Kecamatan Batu Aji. Keberadaan pelabuhan-pelabuhan tikus tersebut sering dimanfaatkan sebagai akses untuk mencapai daerah-daerah di Malaysia secara ilegal. Sedangkan akses untuk mencapai Singapura tidak pernah dilakukan melalui jalur tersebut dikarenakan ketatnya pengawasan dan birokrasi di negara itu.

2.2 Dinamika Penduduk

Dinamika penduduk merupakan salah satu kondisi sosio-demografi yang berpengaruh terhadap kualitas sumberdaya manusia di suatu daerah. Aspek dinamika penduduk di Kabupaten Sanggau dan Kota Batam sebagaimana terlihat pada Tabel 2.1 berikut.

Tabel 2.1
Dinamika Penduduk di Kabupaten Sanggau dan Kota Batam, Tahun 2005

Variabel	Kabupaten Sanggau	Kota Batam
Jumlah penduduk (jiwa):		
• Laki-laki	192.840	330.333
• Perempuan	181.182	351.253
Kepadatan penduduk (jiwa/km ²)	29	434
Pertumbuhan Penduduk (persen)	1,1	13,3
Tingkat pendidikan tertinggi yang ditamatkan (persen):		
• Tidak/belum tamat SD	47,1	11,7
• Tamat SD	27,2	11,7
• Tamat SMP	15,1	13,4
• Tamat SMA ke atas	10,6	63,2
Lapangan usaha penduduk (persen):		
• Pertanian	73,5	0,9
• Perdagangan	9,1	7,1
• Industri	3,0	78,4
• Lainnya	14,4	13,6

Sumber: BPS Kabupaten Sanggau, 2006 dan Pemerintah Kota Batam, 2005

Kabupaten Sanggau

Pada tahun 2005 jumlah penduduk Kabupaten Sanggau mencapai 374.022 jiwa, terdiri dari 192.840 laki-laki dan 181.182 perempuan. Sedangkan laju pertumbuhan penduduk (LPP) sebesar 1,1 persen, menurun dari keadaan tahun 2004 yang mencapai 1,5 persen. Dibandingkan dengan luas wilayah yang mencapai 12.858 km², Kabupaten Sanggau masih tergolong jarang penduduknya dengan penyebaran penduduk yang tidak merata. Kepadatan penduduk Kabupaten Sanggau tahun 2005 adalah 29 jiwa per km². Angka ini bervariasi antara kecamatan yang satu dan lainnya (selengkapnya lihat Lampiran Tabel 1).

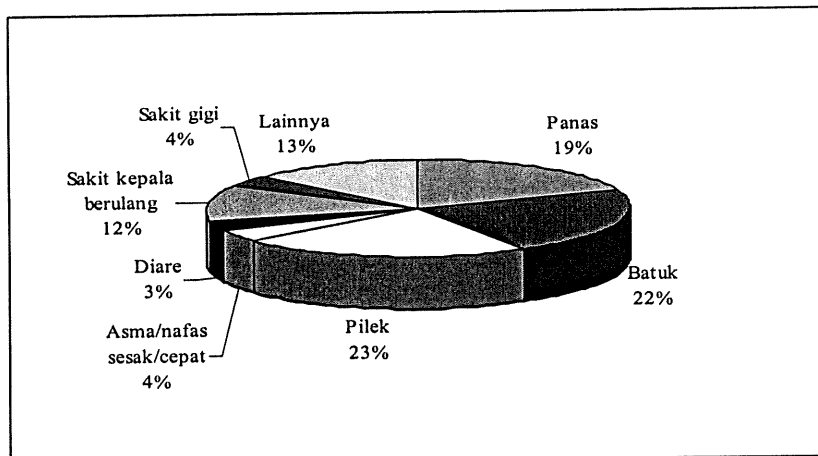
Apabila dilihat dari struktur umur penduduk Kabupaten Sanggau, terlihat bahwa dari total 374.022 penduduk, lebih dari separuhnya (55 persen) berada pada kelompok usia produktif (usia 15-49 tahun). Sedangkan persentase penduduk pada kelompok usia 0-14 tahun sebesar 35 persen, dan sisanya merupakan penduduk pada kelompok usia 50 tahun ke atas. Sedangkan jika dilihat dari jumlah rumah tangga di Kabupaten Sanggau yang mencapai 83.468 rumah tangga, maka rata-rata dalam satu rumah tangga terdapat empat atau lima jiwa.

Dilihat dari pola pemukiman di tingkat kecamatan, penduduk di Kecamatan Entikong cenderung bermukim secara berkelompok. Di dusun Entikong misalnya, didiami oleh penduduk yang mayoritas dari suku Melayu, sedangkan di Dusun Sontas mayoritas penduduknya adalah orang Dayak. Masyarakat Dayak yang tinggal di Dusun Sontas ini pada umumnya adalah petani tradisional. Pola pemukiman semacam ini membuat masyarakat lebih terikat pada adat dan kebiasaan tradisional, termasuk yang berkaitan dengan masalah kesehatan.

Sebagian besar penduduk Kabupaten Sanggau memiliki mata pencaharian pada sektor pertanian (73,5 persen) dan perdagangan (9,1 persen). Sektor pertanian masih bersifat tradisional dengan produktifitas yang relatif rendah, terlihat dari kecilnya kontribusi sektor tersebut terhadap PDRB di tingkat kabupaten. Sektor ini juga tidak menuntut pekerja yang mempunyai jenjang pendidikan yang cukup tinggi. Hal ini dapat dilihat dari data tingkat pendidikan tertinggi yang ditamatkan oleh penduduk. Hampir separuh penduduk usia 10 tahun ke atas di Kabupaten Sanggau memiliki tingkat pendidikan yang masih rendah, yaitu 12,6 persen tidak/belum tamat sekolah, sedangkan 34,5 persen tidak/belum tamat SD ke bawah (Bappeda dan BPS Kabupaten Sanggau, 2006).

Kondisi kesehatan penduduk di Kabupaten Sanggau relatif masih rendah sebagaimana daerah tertinggal lain pada umumnya. Selain masalah kesehatan ibu dan anak (bahasan ini akan diuraikan tersendiri di Bab III tulisan ini) yang perlu mendapat perhatian utama, beberapa masalah kesehatan lain juga terjadi di Kabupaten Sanggau. Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kabupaten Sanggau, penyakit malaria umumnya menjadi masalah kesehatan yang hampir setiap tahun terjadi (Dinas Kesehatan Kabupaten Sanggau, 2005). Hal ini antara lain dipengaruhi oleh kondisi geografis daerah yang banyak dialiri sungai-sungai. Hal ini juga berpengaruh terhadap berbagai masalah kesehatan yang dipengaruhi faktor kesehatan lingkungan, seperti diare dan gangguan pernafasan (ISPA) yang umumnya diderita oleh penduduk sebagaimana terlihat pada Tabel 2.2 berikut ini.

Grafik 2.1
Persentase Penduduk yang Pernah Sakit Menurut Keluhan Kesehatan
di Kabupaten Sanggau, Tahun 2005



Sumber: Bappeda dan BPS Kabupaten Sanggau, 2005

Kota Batam

Jumlah penduduk Kota Batam lebih banyak. Berdasarkan data dari Dinas Kependudukan Kota Batam tahun 2005, jumlah penduduk di wilayah tersebut mencapai 681.586 jiwa, terdiri dari 330.333 laki-laki dan 351.253 perempuan. Dibandingkan data jumlah penduduk pada tahun 2004 yang mencapai 591.253 jiwa, berarti terdapat kenaikan sebesar 13,3 persen. Kepadatan penduduk Kota Batam cukup tinggi, yakni mencapai 434 jiwa per km² dengan penyebaran penduduk yang tidak merata (lihat Tabel 2 di Lampiran).

Penduduk Kota Batam⁵ juga mempunyai struktur umur yang hampir sama dengan keadaan di Kabupaten Sanggau. Hampir 75 persen penduduk Kota Batam berada pada usia produktif (15-49 tahun) (Pemerintah Kota Batam, 2005). Penduduk Kota Batam merupakan masyarakat heterogen yang terdiri dari beragam suku dan golongan. Hal ini dikarenakan sebagian besar penduduk di Batam adalah pendatang yang hanya transit ataupun menetap untuk bekerja. Masyarakat asli Kota Batam sendiri adalah masyarakat ras Melayu, sedangkan masyarakat pendatang antara lain berasal dari suku Jawa, Minang, Batak, Flores, dan Tionghoa. Kondisi di beberapa kecamatan

⁵ Berdasarkan hasil Sensus Penduduk tahun 2000, jumlah penduduk Kota Batam dirinci menurut kelompok umur dan status perkawinan sebanyak 437.358 jiwa (Pemerintah Kota Batam, 2005).

menunjukkan jumlah perempuan lebih banyak dibanding jumlah laki-laki. Hal ini dimungkinkan karena sebagian lapangan kerja yang ada di beberapa kecamatan tertentu menyerap banyak tenaga kerja perempuan.

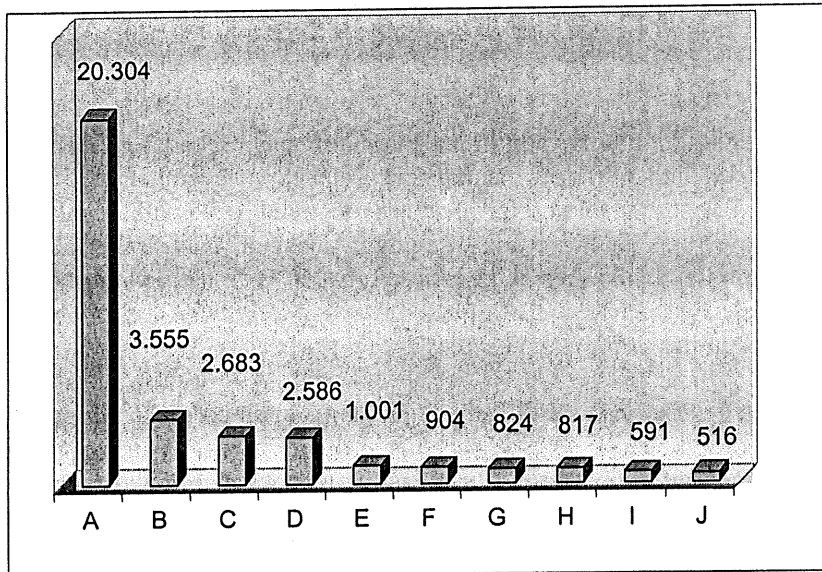
Pola pemukiman penduduk di Kecamatan Batu Aji berbeda dengan pola yang ada di Kecamatan Entikong. Pemukiman di daerah ini sebagian besar berupa kompleks perumahan-perumahan (seperti *real estate* dan perumahan BTN). dengan berbagai macam fasilitas umum yang relatif memadai. Selain itu, di daerah ini juga banyak terdapat rumah-rumah liar yang dikenal dengan nama 'ruli'. Penghuni 'ruli' tersebut umumnya adalah pendatang yang belum mempunyai pekerjaan tetap atau mereka yang sedang mencari kerja.⁶

Sebagian besar penduduk Kota Batam memiliki mata pencaharian pada sektor industri (78,4 persen). Munculnya berbagai kawasan industri berskala nasional maupun internasional memerlukan tenaga kerja dengan kualifikasi pendidikan yang memadai, sebagian besar hanya merekrut tenaga kerja dengan tingkat pendidikan minimal setingkat SMA. Hal ini berpengaruh terhadap keadaan penduduk dilihat dari tingkat pendidikan terakhir yang ditamatkan di Kota Batam. Lebih dari separuh (56,5 persen) penduduk Batam sudah menamatkan pendidikan sampai tingkat SLTA. Bahkan terdapat 3,4 persen penduduk yang telah menyelesaikan jenjang pendidikan Diploma I-III, dan 3,2 persen penduduk telah menempuh pendidikan Diploma IV, S1, S2 dan S3. Sedangkan penduduk Batam yang hanya mengenyam pendidikan hingga tingkat SLTP sebanyak 13,4 persen, pendidikan SD sebanyak 11,7 persen, dan penduduk yang tidak atau belum tamat SD sebanyak 11,7 persen.

Perkembangan Batam menjadi kota industri dan daerah perkotaan dengan penduduk yang padat dan mobilitas yang tinggi tampaknya membawa dampak terhadap permasalahan/gangguan kesehatan yang dialami penduduk. Hal ini mungkin menjadi salah satu faktor cukup tingginya angka kesakitan penyakit infeksi saluran pernafasan atas di Kota Batam (lihat Grafik 2.1), meskipun angka kesakitan penyakit ini telah menurun dari keadaan pada tahun 2004 yang mencapai 67.227 per 100.000 penduduk. Masalah kesehatan lain yang menjadi perhatian di Kota Batam terkait dengan perkembangan daerah ini menjadi pusat industri dengan segala dampak negatifnya adalah merebaknya kasus infeksi menular seksual (IMS) termasuk HIV/AIDS sebagaimana diuraikan lebih lanjut pada BAB III tulisan ini.

⁶ Di Kota Batam banyak berdiri rumah-rumah liar yang umumnya ditempati penduduk pendatang. Saat ini diperkirakan sedikitnya 40.000 unit rumah liar tersebar di berbagai lokasi, dan sedikitnya satu dari empat penduduk Kota Batam bermukim di tempat seperti itu.

Grafik 2.2
Daftar Sepuluh Penyakit Terbesar Berdasarkan Angka Kesakitan per 100.000 Penduduk Di Kota Batam, Tahun 2005



Sumber: Dinas Kesehatan Kota Batam. 2005

KETERANGAN:

- | | |
|--|---|
| A. Infeksi saluran nafas atas | E. Demam |
| B. Diare dan gastroenteritis | F. Faringitis akut |
| C. Penyakit rongga mulut, kelenjar ludah, rahang, dll. | G. Penyakit pulpa dan periapikal |
| D. Penyakit kulit dan jaringan subkutan | H. Penyakit sistem otot dan jaringan ikat |
| | I. Penyakit lain pada saluran nafas bawah |
| | J. Gastritis akut |

Berbagai kondisi dinamika penduduk sebagaimana telah dijelaskan di atas (seperti tingkat pendidikan, jenis mata pencaharian, dan kondisi kesehatan) tidak bisa dipisahkan dari kemampuan penduduk di kedua daerah penelitian untuk menjangkau berbagai sarana prasarana sosial-ekonomi yang ada. Bahasan mengenai aksesibilitas penduduk daerah perbatasan di kedua daerah lebih lanjut diuraikan pada bagian berikut.

2.3 Aksesibilitas Penduduk terhadap Sarana Sosial-Ekonomi

Perbedaan kondisi kedua daerah penelitian (Kabupaten Sanggau dan Kota Batam) berakibat pada perbedaan aksesibilitas penduduk di kedua daerah tersebut untuk menjangkau berbagai sarana dan prasarana umum yang

tersedia. Akses penduduk terhadap fasilitas pelayanan kesehatan, sarana pendidikan maupun sosial-ekonomi lainnya secara tidak langsung berpengaruh terhadap kualitas hidup penduduk di suatu daerah. Hal ini juga tergambar di kedua daerah penelitian sebagaimana dijelaskan berikut ini.

Kabupaten Sanggau

Ada dua masalah utama yang dihadapi dalam upaya mendekatkan pelayanan kesehatan sehingga dapat menjangkau seluruh masyarakat di Kabupaten Sanggau. Permasalahan kesehatan sering menjadi kendala dikarenakan faktor transportasi yang belum terbuka, sehingga sebagian masyarakat mengalami kesulitan untuk mengakses pelayanan kesehatan yang ada. Selain itu, kendala tidak meratanya penyebaran sarana dan tenaga kesehatan turut berpengaruh terhadap kualitas pelayanan kesehatan yang tersedia.

Pelayanan kesehatan dasar di Kabupaten Sanggau dilaksanakan di puskesmas yang sudah tersebar di seluruh kecamatan dan didukung dengan keberadaan fasilitas puskesmas pembantu (pustu) untuk mendekatkan pelayanan tersebut kepada masyarakat. Akan tetapi keberadaan pustu tidak merata di tiap-tiap kecamatan. Di Kecamatan Sanggau Kapuas dan Meliau yang berada di sekitar pusat kabupaten, jumlah pustu sangat memadai. Hal ini tidak dijumpai di sebagian kecamatan lainnya (lihat Tabel 2.3). Berkaitan dengan pelayanan kesehatan rujukan, Kabupaten Sanggau memiliki dua rumah sakit, yaitu RSUD Sanggau yang dikelola pemerintah dan Rumah Sakit PTP XIII Parindu. Saat ini RSUD Sanggau ditunjuk menjadi rumah sakit rujukan bagi enam kabupaten yang terletak di bagian timur Provinsi Kalimantan Barat. Namun demikian, kondisi ini tidak didukung oleh kondisi jalan menuju ibukota kabupaten yang mengalami kerusakan. Menurut beberapa narasumber, penanganan kondisi jalan tersebut menjadi terbengkalai, antara lain dikarenakan persoalan kewenangan dalam memperbaiki jalan. Status jalan menuju lokasi rumah sakit merupakan jalan provinsi, sehingga keinginan pemerintah kabupaten untuk segera memperbaiki jalan tersebut menemui kendala. Selain kendala transportasi, sampai saat ini RSUD Sanggau belum memiliki laboratorium sendiri maupun bank darah untuk mendukung pelayanan kesehatan yang diberikan.

Tabel 2.2
Banyaknya Sarana dan Tenaga Kesehatan Menurut Kecamatan
di Kabupaten Sanggau, Tahun 2004

Kecamatan	Sarana Kesehatan			Tenaga Kesehatan				
	RS	Puskesmas	Puskesmas Pembantu	Dokter Spesialis	Dokter Umum	Dokter Gigi	Perawat	Bidan
Toba	0	1	4	0	0	0	4	1
Meliau	0	1	13	0	1	1	13	3
Kapuas	1	3	14	4	12	4	113	20
Mukok	0	1	5	0	1	0	6	3
Jangkang	0	1	7	0	1	0	6	1
Bonti	0	1	4	0	1	0	7	1
Parindu	0	1	8	0	2	1	13	5
Tayan Hilir	0	2	5	0	4	0	10	3
Balai	0	1	3	0	1	0	5	3
Tayan Hulu	1	1	5	0	2	0	12	2
Kembayan	0	1	4	0	1	0	8	2
Beduwai	0	1	5	0	0	0	3	1
Noyan	0	1	4	0	1	0	4	1
Sekayam	0	1	4	0	1	1	8	3
Entikong	0	1	1	0	1	0	7	1
Kab. Sanggau	2	18	86	4	29	7	219	50

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Sanggau, 2005

Pemerataan tenaga kesehatan menjadi kendala dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Keberadaan tenaga dokter, baik dokter umum maupun dokter gigi, masih banyak terpusat di ibukota kabupaten. Bahkan beberapa kecamatan belum ditunjang dengan keberadaan tenaga dokter (lihat Tabel 2.3 di atas). Berkaitan dengan pelayanan kesehatan ibu dan anak, keberadaan tenaga bidan di Kabupaten Sanggau belum mampu menjangkau seluruh desa yang ada. Menurut salah seorang narasumber di Dinas Kesehatan Kabupaten Sanggau, dari jumlah 162 desa/kelurahan yang ada di Kabupaten Sanggau, terdapat 154 pondok bersalin desa (polindes). Namun demikian, baru 76 polindes diantaranya yang didukung dengan keberadaan tenaga bidan. Data lain menunjukkan bahwa dari 50 tenaga bidan yang ada di Kabupaten Sanggau, sebanyak 20 bidan diantaranya menjalankan praktik di pusat kabupaten (lihat Tabel 2.3). Salah satu upaya yang dilakukan pemerintah kabupaten untuk mengatasi masalah pemerataan tenaga bidan adalah dengan merekrut 80 orang untuk dididik menjadi tenaga bidan.

Selain fasilitas pelayanan kesehatan di dalam negeri, masyarakat di Kabupaten Sanggau, khususnya di Kecamatan Entikong dan Sekayam yang berada di sekitar perbatasan, dapat menjangkau berbagai fasilitas kesehatan di negara tetangga. Di daerah Serian yang berjarak 41 km dari pintu pos perbatasan Entikong, terdapat berbagai klinik kesehatan (antara lain yang cukup dikenal masyarakat Indonesia adalah Klinik Chai dan Klinik Lee) yang juga melayani masyarakat Indonesia. Selain itu di daerah Serian juga terdapat rumah sakit besar yang memberikan perlakuan yang hampir sama terhadap masyarakat Indonesia di perbatasan dengan masyarakat lokal. Sedangkan untuk pelayanan kesehatan yang lebih memadai, masyarakat Indonesia dapat pergi ke Kuching (berjarak 100 km dari pintu pos perbatasan Entikong). Di daerah tersebut terdapat fasilitas rumah sakit besar untuk melayani berbagai permasalahan kesehatan yang memerlukan penanganan atau tindakan medis lebih lanjut. Tidak hanya masyarakat di sekitar perbatasan, masyarakat dari daerah lain seperti Pontianak juga banyak memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada di Kuching tersebut.

Selain akses terhadap fasilitas kesehatan, tidak kalah pentingnya untuk dilihat adalah bagaimana penduduk terhadap berbagai sarana pendidikan yang ada. Di Kabupaten Sanggau, keberadaan gedung sekolah di berbagai jenjang pendidikan memang telah tersedia di hampir seluruh kecamatan, meskipun dengan jumlah yang sangat terbatas (lihat Tabel 3 di Lampiran). Jumlah sekolah di tingkat pendidikan SLTP lebih banyak terpusat di ibukota kabupaten, meskipun hal ini mungkin terkait dengan kepadatan penduduk di masing-masing kecamatan. Sedangkan kondisi di Kecamatan Entikong menunjukkan tidak adanya gedung sekolah pada jenjang pendidikan atas (SMU atau Sekolah Menengah Umum), meskipun terdapat dua Sekolah

Menengah Kejuruan (SMK) di daerah tersebut. Fasilitas pendidikan SMU terdekat terdapat di Kecamatan Sekayam yang dapat ditempuh sekitar satu jam dengan angkutan umum dari pusat Kecamatan Entikong. Selain itu, fasilitas pendidikan lanjutan setingkat akademi maupun perguruan tinggi belum diselenggarakan di Kecamatan Entikong, bahkan di tingkat kabupaten sekalipun. Penduduk yang ingin melanjutkan pendidikan tinggi umumnya pergi ke pusat provinsi di Pontianak.

Pada tingkat kecamatan, perbedaan aksesibilitas penduduk juga dapat dilihat berkaitan dengan sarana sosial-ekonomi lainnya, antara lain keberadaan pusat aktivitas perekonomian, fasilitas hiburan, maupun akses terhadap informasi. Di Kecamatan Entikong terdapat pasar yang terletak di Desa Entikong. Pusat kegiatan ekonomi yang lebih besar terdapat di Kecamatan Sekayam yang berbatasan langsung dengan Kecamatan Entikong di sebelah selatan. Selain itu, di dekat pos perbatasan Entikong juga terdapat bangunan rumah toko (ruko) meskipun saat ini tidak begitu ramai.⁷ Kondisi ini jauh berbeda dengan pusat aktivitas ekonomi di negara tetangga, khususnya di daerah Tebedu dan Serian, yang jauh lebih ramai dan banyak dimanfaatkan oleh masyarakat Indonesia di daerah perbatasan.

Fasilitas hiburan yang tersedia di Kecamatan Entikong maupun beberapa kecamatan di sekitarnya relatif terbatas. Sebenarnya potensi pariwisata di daerah tersebut cukup banyak, terutama berupa hutan lindung dan air terjun, akan tetapi potensi ini belum banyak dikembangkan dan ditunjang dengan berbagai sarana dan fasilitas pendukung yang memadai. Fasilitas bioskop tidak dijumpai bahkan di tingkat kabupaten. Fasilitas hiburan yang banyak dijumpai adalah warung-warung makan, termasuk 'kafe' yang banyak dikunjungi remaja. Selain itu di beberapa lokasi sepanjang jalan menuju pintu pos perbatasan terdapat beberapa 'warung remang-remang'. Menurut salah seorang narasumber, isu merebaknya tempat-tempat yang menyediakan layanan seks komersial tersebut telah muncul sejak tahun 2000 lalu.

Akses penduduk di Kecamatan Entikong terhadap media informasi, khususnya media cetak, relatif masih terbatas. Media cetak seperti surat

⁷ Pada awalnya, keberadaan PPLB Entikong juga diikuti dengan adanya 'pasar kaget' yang menjadi tempat aktivitas ekonomi bagi masyarakat sekitar. Pasar yang menjadi tempat jual beli barang-barang seperti kebutuhan pokok, kerajinan, dan tekstil tersebut ramai dikunjungi terutama pada akhir pekan, termasuk oleh warga Malaysia di sekitar perbatasan yang memanfaatkan perbedaan kurs mata uang rupiah dan ringgit. Sekarang ini keberadaan pasar kaget tersebut telah digantikan menjadi kawasan bangunan rumah toko (ruko). Pada akhir tahun 2005 daerah sejauh 500-600 meter menjelang PPLB Entikong ditetapkan sebagai daerah bebas (*free zone*) oleh pemerintah. Dengan diberlakukannya kebijakan tersebut, aktivitas ekonomi di sekitar perbatasan menjadi semakin sepi. Aktivitas ekonomi yang lebih ramai sekarang ini justru terjadi di wilayah Malaysia, seperti di Serikin, Tebedu, dan Serian.

kabar dan majalah tidak banyak dijumpai meskipun di pusat kecamatan. Media televisi menjadi sarana yang banyak dimanfaatkan penduduk untuk mengakses informasi, meskipun mereka harus menggunakan parabola untuk menjangkau siaran televisi nasional. Siaran radio daerah juga menjadi alternatif sumber informasi yang banyak dimanfaatkan penduduk.

Kota Batam

Sarana dan prasarana kesehatan di Kota Batam jauh lebih memadai jika dibandingkan dengan keadaan di Kabupaten Sanggau. Kota Batam memiliki 11 rumah sakit, terdiri dari satu rumah sakit umum milik Pemerintah Kota, satu rumah sakit milik BUMN, dan sembilan rumah sakit milik swasta.⁸ Tidak hanya fasilitas kesehatan berupa rumah sakit, di Kota Batam juga tersedia fasilitas puskesmas, pustu, dan puskesmas keliling (pusling) dalam jumlah yang memadai. Hal ini juga didukung dengan keberadaan fasilitas kesehatan yang dikelola swasta, seperti klinik dan rumah bersalin. Sebagai gambaran, dengan jumlah penduduk Kota Batam yang mencapai 681.586 jiwa dan dilayani oleh 11 puskesmas, berarti rata-rata satu puskesmas melayani 61.962 jiwa. Ketersediaan fasilitas kesehatan yang cukup memadai ini barangkali secara tidak langsung mempengaruhi derajat kesehatan penduduk, apalagi hal ini didukung oleh tingkat pendidikan dan tingkat kemampuan ekonomi penduduk. Selain ketersediaan berbagai fasilitas pelayanan kesehatan, keberadaan tenaga kesehatan di Kota Batam relatif sangat memadai, baik tenaga kesehatan pemerintah maupun swasta (lihat Tabel 2.4).

Berkaitan dengan sistem pelayanan kesehatan rujukan, untuk kasus penyakit tertentu biasanya pasien dari puskesmas dirujuk ke Rumah Sakit Otorita Batam. Akan tetapi apabila rumah sakit tersebut tidak mampu menangani, maka pasien akan dirujuk ke rumah sakit di Pekanbaru, baru kemudian dirujuk ke Jakarta. Pada kenyataannya, sebagian masyarakat Batam lebih memilih berobat ke Singapura atau ke Malaysia. Selain jarak yang relatif lebih dekat, alasan sebagian masyarakat pergi berobat ke negara tetangga tersebut adalah untuk mendapatkan pelayanan yang lebih baik serta adanya kepuasan tersendiri.

⁸ Cukup banyaknya fasilitas rumah sakit yang tersedia di Kota Batam ini tampaknya mempengaruhi pola pencarian pengobatan penduduk di kota tersebut. Menurut data Dinas Kesehatan Kota Batam pada tahun 2005, penduduk yang memanfaatkan pelayanan rumah sakit sebesar 49,4 persen, sedangkan mereka yang memanfaatkan pelayanan puskesmas hanya sebesar 20,2 persen, dan sisanya (30,4 persen) memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan lainnya (Dinas Kesehatan Kota Batam, 2005).

Tabel 2.3
Jenis dan Status Tenaga Kesehatan di Kota Batam, Tahun 2005

Jenis Tenaga Kesehatan	Status Tenaga Kesehatan		
	Pemerintah	Swasta	Jumlah
Dokter	62	126	188
Dokter spesialis	12	56	68
Dokter gigi	23	40	63
Dokter gigi spesialis	1	1	2
Apoteker	7	47	54
Bidan	107	143	250
Perawat	166	357	523
Ahli gizi	14	17	31
Ahli sanitasi	17	5	22
Ahli kesehatan masyarakat	18	4	22
Total	427	326	712

Sumber: Dinas Kesehatan Kota Batam, 2005

Tidak seperti keadaan di Kabupaten Sanggau, penduduk di Kota Batam pada umumnya memiliki berbagai kemudahan dalam mengakses berbagai sarana pendidikan yang tersedia (lihat Tabel 4 di Lampiran). Bahkan beberapa fasilitas pendidikan tinggi swasta terdapat di beberapa kecamatan, seperti Nongsa, Sekupang dan Batu Ampar. Meskipun demikian, kendala yang mungkin dihadapi, khususnya bagi mereka yang memiliki keterbatasan sosial-ekonomi, adalah relatif mahal biaya transportasi untuk menjangkau berbagai sarana pendidikan tersebut. Hal ini terutama dihadapi oleh masyarakat yang tinggal di pulau-pulau sekitar di luar Pulau Batam (daerah *hinterland*).

Ketersediaan sarana sosial-ekonomi di Kecamatan Batu Aji, sebagaimana di Kota Batam pada umumnya, jauh lebih memadai dibandingkan dengan keadaan di Kecamatan Entikong. Perkembangan kota menjadi kawasan industri memunculkan berbagai fasilitas dan sarana pendukung untuk memenuhi kebutuhan masyarakat kota. Pusat aktivitas ekonomi penduduk sangat memadai, antara lain didukung dengan keberadaan 15 *shopping center* dan berbagai jenis sarana lainnya yang tersebar di seluruh Kota Batam dan relatif mudah dijangkau lokasinya. Penduduk juga dengan mudah dapat mengakses berbagai media informasi, mulai dari media cetak, media televisi dan radio, bahkan hingga sarana internet.

Di Kota Batam terdapat sekitar 37 buah hotel, mulai dari hotel bintang empat sampai dengan kelas melati. Sebagian besar hotel tersebut berada di daerah Nongsa yang memiliki lokasi tempat wisata berupa pantai yang banyak dikunjungi oleh wisatawan baik dari dalam maupun luar negeri. Fasilitas

hiburan lainnya yang cukup banyak dijumpai adalah tempat karaoke, diskotik, billiard, arena ketangkasan elektronik, serta *pub* dan *lounge*. Di Kota Batam terdapat dua lokalisasi seks komersial yang cukup terkenal, yaitu Tanjung Uncang (sebelumnya bernama Teluk Pandan) yang berada di Kecamatan Batu Aji dan Mat Belanda yang terdapat di Kecamatan Belakang Padang.

2.4 Mobilitas Penduduk di Daerah Perbatasan

Salah satu karakteristik utama yang membedakan daerah perbatasan dengan daerah-daerah lainnya adalah adanya aktivitas lintas batas yang terjadi di daerah tersebut. Selain aktivitas lintas batas antar penduduk di sekitar daerah perbatasan untuk berbagai kepentingan (termasuk memenuhi kebutuhan ekonomi dan mendapatkan pelayanan kesehatan), daerah perbatasan juga menjadi tempat transit bagi tenaga kerja di dalam negeri yang akan atau telah bekerja di negara tetangga. Mobilitas penduduk di daerah perbatasan tersebut terjadi baik melalui pintu perbatasan resmi maupun jalan-jalan alternatif yang bersifat tidak resmi. Selain itu berbagai aturan yang diberlakukan di daerah perbatasan sedikit banyak mempengaruhi aktivitas lintas batas yang terjadi.

Kabupaten Sanggau

Di Kabupaten Sanggau, sesuai dengan peraturan yang berlaku, untuk menyeberang ke wilayah negara tetangga diperlukan dokumen resmi berupa paspor. Namun, khusus untuk daerah perbatasan ada perlakuan khusus bagi penduduk setempat yang akan melakukan kunjungan sosial dalam jarak waktu tertentu. Dokumen 'pas lintas batas' diberikan kepada mereka yang berdomisili di Kecamatan Entikong dan Sekayam. Pas lintas batas yang dikeluarkan pihak imigrasi hanya berlaku untuk kunjungan dua sampai tujuh hari dengan tujuan terjauh adalah ke wilayah Serian yang berjarak 41 km dari PPLB. Masa berlaku dokumen tersebut adalah selama satu tahun, dan dalam jangka waktu tertentu harus diperpanjang oleh masyarakat agar tetap berlaku. Selain pas lintas batas, pihak imigrasi juga dapat mengeluarkan pas khusus (*special pass*) bagi orang-orang yang tidak memiliki pas lintas batas akan tetapi memiliki kepentingan tertentu. Pas khusus tersebut hanya berlaku untuk satu hari kunjungan (tidak boleh menginap). Sebagai gambaran, pintu PPLB Entikong setiap harinya memang hanya dibuka selama 12 jam, yaitu mulai dari jam 05.00 pagi sampai dengan jam 17.00 sore waktu setempat. Hal ini sedikit banyak juga berpengaruh terhadap aktifitas lintas batas dan mobilitas penduduk di daerah perbatasan tersebut.

Kemudahan melintas batas memberi dampak terhadap tingginya mobilitas penduduk antarnegara, khususnya bagi mereka yang tinggal di Kecamatan Entikong dan Sekayam. Penduduk di kedua kecamatan tersebut sering pergi berkunjung ke daerah-daerah di Malaysia dengan menggunakan fasilitas pas lintas batas untuk berbagai kepentingan. Sebagian penduduk pergi ke pasar lama di Tebedu untuk menjual hasil pertaniannya, seperti lada, coklat, dan kacang tanah. Sebagai gantinya, mereka membeli barang-barang kebutuhan sehari-hari, seperti gula, gas, minuman kaleng, dan berbagai barang kebutuhan lainnya. Hal ini juga dilakukan oleh para pedagang yang menjual kembali barang-barang tersebut untuk dipasarkan di dalam negeri.⁹ Selain itu, masyarakat Entikong pergi Tebedu mengunjungi kerabat untuk berbagai kepentingan, seperti kegiatan keagamaan, perkawinan, kematian, dan acara menyambut panen padi di masing-masing wilayah. Hal ini dimungkinkan karena secara geneologis, masyarakat Dayak di Entikong dan Tebedu adalah serumpun dan masih mempertahankan hubungan-hubungan sosial yang terjalin sejak lama.¹⁰

Tidak hanya untuk kegiatan ekonomi dan kekerabatan, masyarakat di sekitar perbatasan juga memanfaatkan berbagai alternatif tempat pelayanan kesehatan yang ada di negara tetangga. Sebagaimana telah dijelaskan di bagian sebelumnya tulisan ini, masyarakat yang ingin mendapatkan pelayanan kesehatan umumnya pergi ke Serian atau Kuching. Untuk mendapatkan pelayanan kesehatan di klinik-klinik pengobatan di Serian, masyarakat tidak perlu membawa surat rujukan, tetapi hanya cukup dengan membawa paspor atau pas lintas batas. Fenomena pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan oleh masyarakat dari negara lain tersebut ternyata tidak berjalan satu arah. Sebaliknya, sebagian masyarakat negara tetangga (Malaysia) juga memanfaatkan pelayanan kesehatan gigi yang ada di Puskesmas Entikong. Mereka memanfaatkan relatif murahnya tarif untuk pelayanan kesehatan gigi tersebut dibandingkan dengan tarif yang berlaku di negara mereka. Potensi ini sebenarnya dapat dimanfaatkan oleh puskesmas maupun pihak terkait untuk menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan gigi yang lebih memadai sehingga dapat menarik lebih banyak masyarakat dari negara tetangga tersebut.

⁹ Tidak hanya di Kecamatan Entikong dan Sekayam, barang-barang produksi Malaysia banyak tersedia di toko-toko di Kabupaten Sanggau, bahkan hingga ke Pontianak. Tidak hanya makanan dan minuman kaleng, masyarakat di daerah perbatasan juga membeli bahan bakar gas (petronas). Menurut beberapa narasumber, hal ini sering dianggap sebagai dampak negatif aktivitas masyarakat di sekitar perbatasan, yaitu masyarakat di dalam negeri 'berkiblat' secara ekonomi ke negara tetangga.

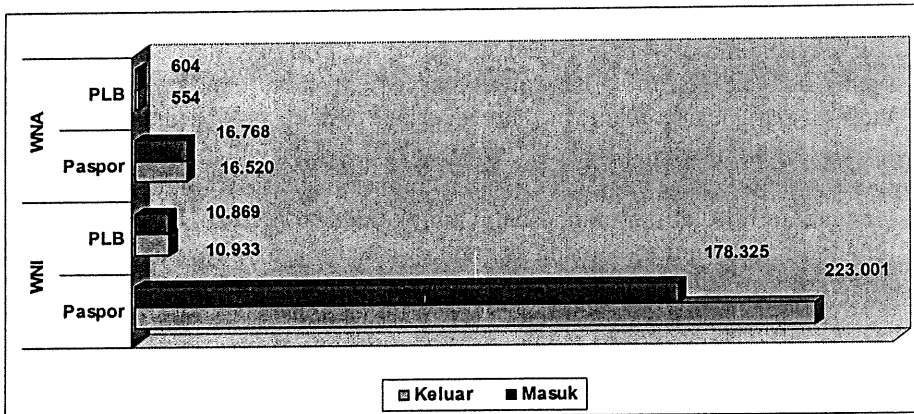
¹⁰ Hubungan etnisitas antara masyarakat Dayak di Entikong dan Tebedu secara khusus dapat dilihat pada tulisan John Haba berjudul "Hubungan Etnis: Jagoi Babang dan Entikong" dalam Herman Hidayat dkk, 2005.

Mobilitas penduduk di Kabupaten Sanggau tidak hanya terjadi dari wilayah di dalam negeri ke negara tetangga. Potensi aktivitas ekonomi di sekitar perbatasan, khususnya di Kecamatan Entikong dan Sekayam, menarik penduduk pendatang untuk tinggal sementara maupun menetap di kedua kecamatan tersebut. Selain itu, daerah di sekitar perbatasan Entikong menjadi tempat transit bagi para tenaga kerja yang akan atau telah kembali dari tempat bekerja mereka di Malaysia. Dalam beberapa tahun terakhir ini, fenomena semakin gencarnya pemulangan tenaga kerja Indonesia (TKI) ilegal menimbulkan dampak tersendiri.¹¹ Bagi TKI yang belum ingin kembali ke kampung halaman, mereka lebih memilih untuk tinggal dan mencari pekerjaan di sekitar perbatasan. Dampak dari mobilitas penduduk pendatang ke daerah sekitar perbatasan tersebut dapat terlihat dengan jelas. Di sepanjang jalan menuju pintu pos perbatasan PPLB Entikong banyak dibangun tempat-tempat tinggal baru yang dihuni oleh penduduk pendatang. Selain itu bermunculan 'warung remang-remang' di beberapa lokasi yang dimanfaatkan oleh berbagai pihak sebagaimana telah disinggung di bagian sebelumnya tulisan ini.

Mobilitas penduduk daerah perbatasan di kedua daerah penelitian juga dapat dilihat melalui data dari berbagai pihak terkait. Menurut data pihak imigrasi di PPLB Entikong, perkembangan aktivitas lintas batas masyarakat dalam negeri maupun dari negara tetangga yang melewati PPLB Entikong pada tahun 2005 adalah sebagaimana terlihat pada Grafik 2.2. Data tersebut memperlihatkan bahwa arus lintas batas lebih banyak berasal dari dalam negeri ke negara tetangga, baik mereka yang menggunakan paspor maupun fasilitas pas lintas batas. Sedangkan sebagian besar warga negara tetangga yang menggunakan paspor biasanya berkunjung ke luar wilayah Kabupaten Sanggau, terutama dengan tujuan Kota Pontianak. Pembangunan Kabupaten Sanggau menjadi kawasan perbatasan sampai saat ini tampaknya masih belum banyak menarik potensi aktivitas lintas batas warga negara tetangga ke daerah tersebut.

¹¹ Data resmi dari pihak imigrasi di PPLB Entikong mencatat pada tahun 2005 sebanyak 828 warga negara Indonesia (WNI) dipulangkan dari Malaysia melalui PPLB Entikong.

Grafik 2.3
Perkembangan Lintas Batas Orang Melalui PPLB Entikong, Tahun 2005



Sumber: Pemerintah Kecamatan Entikong, 2005

Kota Batam

Perlakuan khusus sebagaimana dirasakan oleh penduduk perbatasan di Kabupaten Sanggau sebagaimana dipaparkan sebelumnya ternyata tidak dijumpai di Kota Batam. Tidak adanya kebijakan pelintas batas khusus antara pemerintah Singapura dan Johor Baru (Malaysia) dengan pemerintah Kota Batam mengakibatkan penduduk tidak memperoleh perlakuan khusus pada saat mereka memasuki kedua wilayah negara tersebut. Mereka harus memiliki dokumen resmi (paspor) jika ingin berkunjung ke Singapura atau Johor Baru (Malaysia), meskipun ada keringanan bagi penduduk Kota Batam dengan tidak adanya biaya fiskal sebesar Rp 500.000,00 sebagaimana berlaku bagi penduduk dari luar Kota Batam. Tidak adanya perlakuan bagi pelintas batas khusus tersebut mengakibatkan masyarakat tidak leluasa untuk pergi ke negara tetangga sebagaimana kondisi masyarakat di Entikong. Oleh karena itu tidak mengherankan jika pada waktu wawancara diperoleh informasi bahwa tidak sedikit warga di Kecamatan Batu Aji yang belum pernah bepergian ke Singapura meskipun jarak kedua wilayah tersebut relatif dekat.

Sebagian masyarakat Kota Batam yang pergi berkunjung ke negara tetangga umumnya adalah mereka yang memiliki kemampuan ekonomi cukup memadai. Mereka pergi dengan berbagai kepentingan, seperti pergi ke pusat perbelanjaan atau untuk mendapatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang tersedia. Sedangkan calon tenaga kerja yang akan menuju Singapura maupun

Malaysia sebagian besar berasal dari luar Kota Batam, tetapi telah tinggal dalam jangka waktu tertentu (transit) di Kota Batam.

Perkembangan industri di Kota Batam berdampak pada banyak tersedianya sarana pendukung, seperti fasilitas hiburan (termasuk jasa seks komersial) yang banyak dimanfaatkan oleh masyarakat kota maupun mereka yang berasal dari negara tetangga. Hal ini dapat dengan mudah diamati terutama setiap akhir pekan. Banyak masyarakat negara tetangga yang datang berkunjung ke Batam secara rutin untuk mencari wanita/teman kencan dengan tarif relatif murah. Selain untuk mencari teman kencan, sebagian penduduk Singapura memang bekerja di Batam. Pihak imigrasi memberikan *special treatment* berupa *special pass* bagi para pekerja asing tersebut.

Sementara itu, mobilitas penduduk dari daerah lain di Indonesia ke Kota Batam juga sangat meningkat kuantitasnya. Hal ini dapat terjadi seiring perkembangan Kota Batam menjadi kawasan industri. Sampai saat ini jumlah industri di Batam mencapai 350 perusahaan penanaman modal asing (PMA) dengan investasi sekitar 5,1 milyar dollar AS. Konsentrasi industri berat terdapat di daerah Lubuk Baja ke arah Sei Panas, Batu Merah, dan Batu Ampar. Sedangkan untuk kawasan industri yang bertaraf internasional terpusat di Batu Aji, Muka Kuning yang terkenal dengan nama Batamindo Muka Kuning. Sektor formal di Batam tersebut menyerap tenaga kerja lokal sekitar 160.000 orang, dimana 85 persen dari mereka adalah perempuan berusia antara 15-24 tahun yang umumnya merupakan pendatang dari Jawa dan mereka bekerja di Batam berdasarkan sistem kontrak. Sedangkan keberadaan tenaga kerja asing di Batam mencapai sekitar sekitar 1.300 orang (Kompas, 11 Februari 2000).

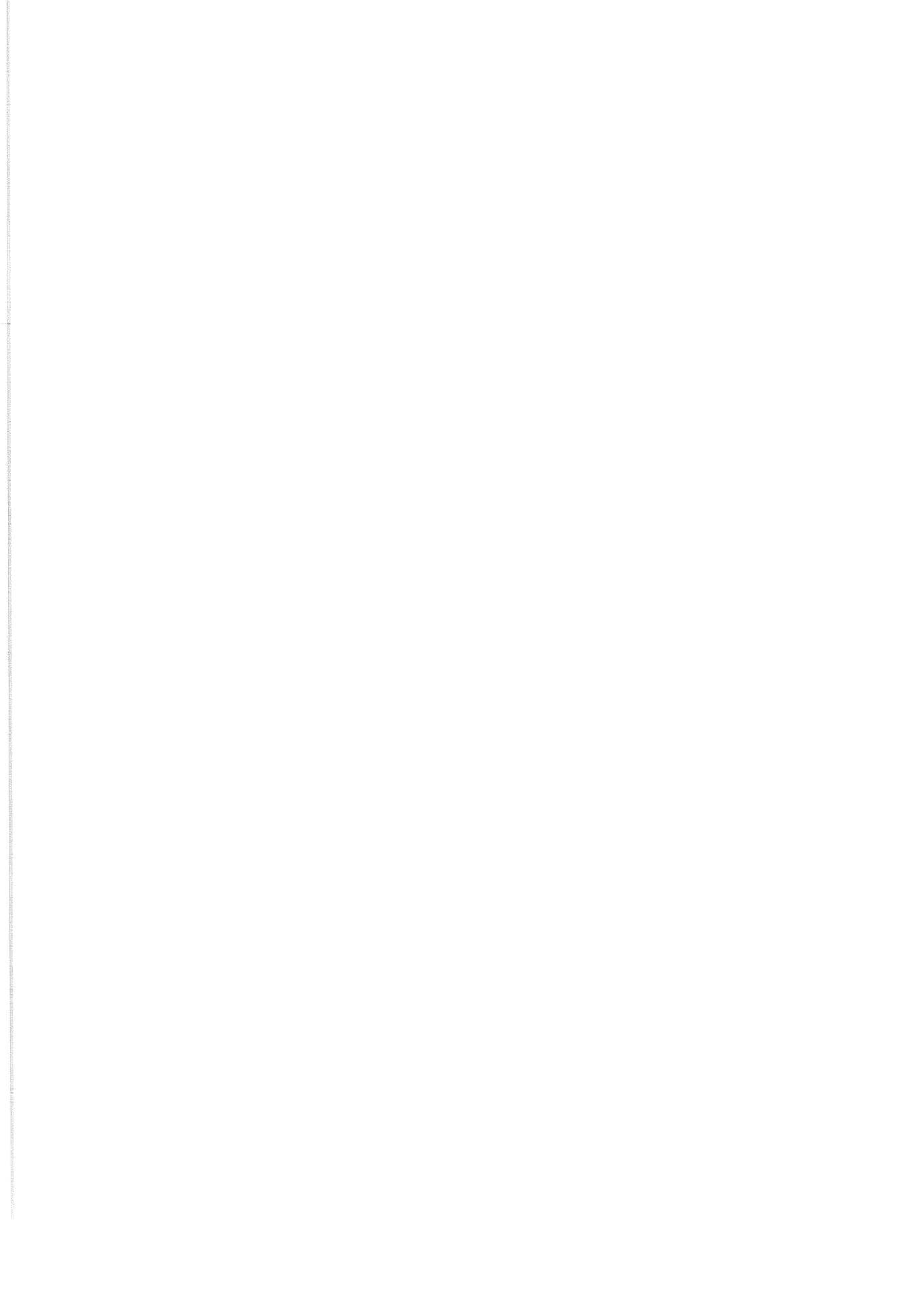
Data yang ada di Kota Batam menunjukkan bahwa jumlah wisatawan mancanegara yang berkunjung ke Batam setiap tahunnya mengalami peningkatan. Jumlah wisatawan mancanegara, sebagian besar berasal dari Singapura, yang berkunjung ke Batam pada tahun 2004 mencapai 1.527.131 orang atau meningkat sebesar 18,8 persen dari tahun sebelumnya. Selain dari Singapura, wisatawan lainnya berasal dari Malaysia, Korea Selatan, Jepang, Inggris, Amerika, Taiwan, Australia, dan lainnya. Data selengkapnya dapat dilihat pada Tabel 2.5 berikut ini.

Tabel 2.4
Perkembangan Jumlah Wisatawan Mancanegara Menurut Kebangsaan
yang Berkunjung ke Kota Batam, Tahun 2000-2004

Kebangsaan	2000	2001	2002	2003	2004
Singapura	822.400	814.713	781.409	969.134	1.173.026
Malaysia	112.461	129.296	113.284	137.482	151.806
Korsel	63.113	69.158	70.778	53.073	71.325
Jepang	42.805	45.061	36.188	29.705	27.035
Inggris	10.560	12.158	10.303	11.398	11.394
Amerika	10.431	6.192	7.161	7.257	7.431
Taiwan	16.292	8.683	8.660	6.154	6.870
Australia	6.424	5.622	6.882	7.129	6.221
Lainnya	49.565	54.513	66.373	63.860	72.023
Jumlah	1.134.051	1.145.396	1.101.048	1.285.192	1.527.131

Sumber: Pemerintah Kota Batam, 2005

Berbagai deskripsi mengenai kondisi sosio-demografi di Kabupaten Sanggau dan Kota Batam di atas menunjukkan adanya berbagai keragaman karakteristik yang bersifat khas di kedua wilayah perbatasan tersebut. Bagian selanjutnya tulisan ini menggambarkan secara khusus kondisi kesehatan reproduksi di kedua daerah penelitian, baik pada tingkat kabupaten maupun kecamatan, dengan berbagai latar belakang dan isu-isu permasalahan yang terjadi di masing-masing daerah.



BAB III

KESEHATAN REPRODUKSI PENDUDUK DI KABUPATEN SANGGAU DAN KOTA BATAM

Sesuai dengan kesepakatan ICPD Kairo 1994, ruang lingkup penanganan kesehatan reproduksi dan hak-hak reproduksi di Indonesia menggunakan pendekatan siklus hidup. Upaya penanganan kesehatan reproduksi dibedakan berdasarkan kelompok-kelompok siklus hidup, yaitu (1) kesehatan ibu dan anak (2) keluarga berencana (KB) (3) kesehatan reproduksi remaja, (4) pencegahan dan penanggulangan IMS termasuk HIV/AIDS dan (5) kesehatan reproduksi usia lanjut. Dalam penerapannya pelayanan kesehatan reproduksi dilakukan secara integratif dan dikategorikan dalam Paket Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial (PKRE) dan Paket Pelayanan Kesehatan Reproduksi Komprehensif (PKRK). PKRE meliputi pelayanan kesehatan ibu dan anak, KB, kesehatan reproduksi remaja dan pencegahan dan penanggulangan IMS, dan HIV/AIDS. Sedangkan PKRK terdiri atas PKRE ditambah kesehatan reproduksi pada usia lanjut.

Deskripsi tentang kondisi kesehatan reproduksi di Kabupaten Sanggau dan Kota Batam ini mengacu pada komponen-komponen kesehatan reproduksi yang menggunakan pendekatan siklus hidup tersebut. Ada tiga aspek yang akan disoroti, yaitu gambaran kondisi kesehatan reproduksi, kebijakan yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi, dan peran serta organisasi non-pemerintah dalam program kesehatan reproduksi yang ada di Kabupaten Sanggau dan Kota Batam.

3.1 Kondisi Kesehatan Reproduksi

3.1.1 Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)

Pendekatan siklus hidup kesehatan reproduksi dimulai dari sejak bayi dalam kandungan, lahir, berkembang menjadi dewasa dan mencapai lanjut usia. Titik awal siklus dimulai dari kondisi kesehatan ibu dan anak. Indikator untuk melihat derajat kesehatan ibu dan anak (KIA) antara lain adalah Angka Kematian Bayi (AKB), proporsi bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR), proporsi balita dengan berat badan kurang (bawah garis merah/BGM), Angka kematian ibu (AKI) dan kasus ibu hamil dengan risiko tinggi (Risti).

Kondisi KIA di Kabupaten Sanggau

Secara umum kondisi kesehatan ibu dan anak di Kabupaten Sanggau masih memprihatinkan dilihat dari indikator AKB, proporsi BBLR, proporsi BGM, AKI dan kasus kehamilan risiko tinggi. AKB laki-laki di Kabupaten Sanggau sebesar 48 per 1000 kelahiran hidup dan AKB perempuan sebesar 36 per 1000 kelahiran hidup. Sementara itu proporsi BBLR sebesar 0,89 persen dari 9.622 bayi lahir hidup dan proporsi BGM sekitar 8,22 persen dari 10.362 ibu hamil. Proporsi ibu hamil dengan risiko tinggi cukup besar mencapai 8,22 persen dari 10.362 ibu hamil dan AKI sebesar 622 per 100.000 kelahiran hidup (Tabel 3.1).

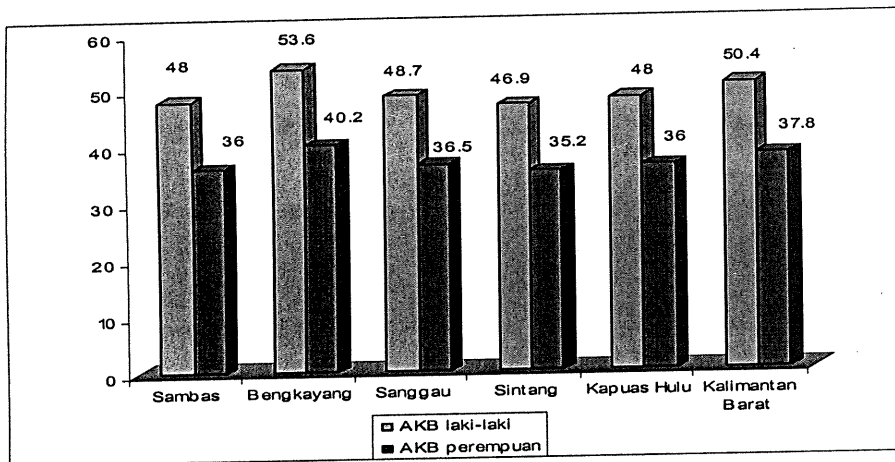
Tabel 3.1
Kondisi Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)
Kabupaten Sanggau, Tahun 2005

Indikator KIA	Kondisi KIA
AKB Laki-laki-laki	48,7 per 1000 kelahiran hidup
AKB perempuan	36,5 per 1000 kelahiran hidup
Proporsi BBLR	0,89 persen dari 9.622 bayi lahir hidup
Proporsi BGM	1,18 persen dari 14.057 bayi yang ditimbang
Angka kematian Ibu (AKI)	622 per 100.000 kelahiran hidup
Proporsi Ibu Hamil dengan risiko tinggi	8,22 persen dari 10.362 ibu hamil

Sumber: Susenas Tahun 2004, dikutip dari BPS dan UNFPA, Laporan Indikator Data Base, 2005. Tabel 3.3.4a Profil Kesehatan Kabupaten Sanggau, Tahun 2005. Tabel 2c

AKB di Kabupaten Sanggau menempati urutan kedua tertinggi dari lima kabupaten perbatasan di Provinsi Kalimantan Barat (Susenas, 2004). AKB tertinggi di kabupaten-kabupaten perbatasan di Provinsi Kalimantan Barat terdapat di Kabupaten Bengkayang, yaitu sebesar 53,6 dan 40,2 per 1000 kelahiran hidup masing-masing untuk bayi laki-laki dan perempuan. Sedangkan AKB yang terendah terdapat di Kabupaten Sintang dengan angka 46,9 dan 35,2 per 1000 kelahiran hidup, masing-masing untuk laki-laki dan perempuan. Sementara itu AKB laki-laki di Provinsi Kalimantan Barat sebesar 50,4 per 1000 kelahiran hidup dan AKB perempuan 37,8 per 1000 kelahiran hidup (Grafik 3.1).

Grafik 3.1
Angka Kematian Bayi (AKB) Laki-laki dan Perempuan
di Beberapa Kabupaten Perbatasan Provinsi Kalimantan Barat



Sumber: Susenas 2004, dikutip dari BPS dan UNFPA,
 Laporan Indikator Data Base 2005 Tabel 3.3.4a

Kondisi KIA Kabupaten Sanggau dilihat dari indikator proporsi BBLR dan BGM sangat bervariasi antar kecamatan (Tabel 3.2). Kecamatan dengan proporsi BBLR dan BGM yang rendah adalah Kecamatan Bonti, Meliau, Balai dan Kecamatan Sanggau, khususnya di wilayah kerja Puskesmas Sanggau Kapuas. Sedangkan Kecamatan yang mempunyai kasus BBLR terbesar adalah Kecamatan Mukok (6,49 persen), diikuti oleh Kecamatan Entikong dan Noyan. Di Kecamatan Entikong dan Noyan proporsi BBLRnya berturut-turut sebesar 5,6 persen dan 5 persen dari jumlah bayi lahir hidup. Tingginya kasus BBLR di Kecamatan Mukok diperkirakan karena terbatasnya fasilitas dan tenaga kesehatan yang ada di kecamatan ini. Kecamatan Mukok, secara geografis dekat dengan ibu kota Kabupaten Sanggau, namun untuk menuju ke wilayah ini tidak ada transportasi darat. Transportasi hanya dapat dilakukan melalui sungai dan tidak tersedia moda angkutan umum sungai yang melayani secara rutin. Sedangkan Kecamatan Entikong merupakan salah satu kecamatan yang berbatasan langsung dengan Malaysia. Sementara itu dari Tabel 3.2 juga dapat terlihat di Kecamatan Balai proporsi balita bawah garis merah (BGM) sebesar 4,36 persen.

Tabel 3.2
Proporsi BBLR dan BGM Kabupaten Sanggau, Tahun 2005

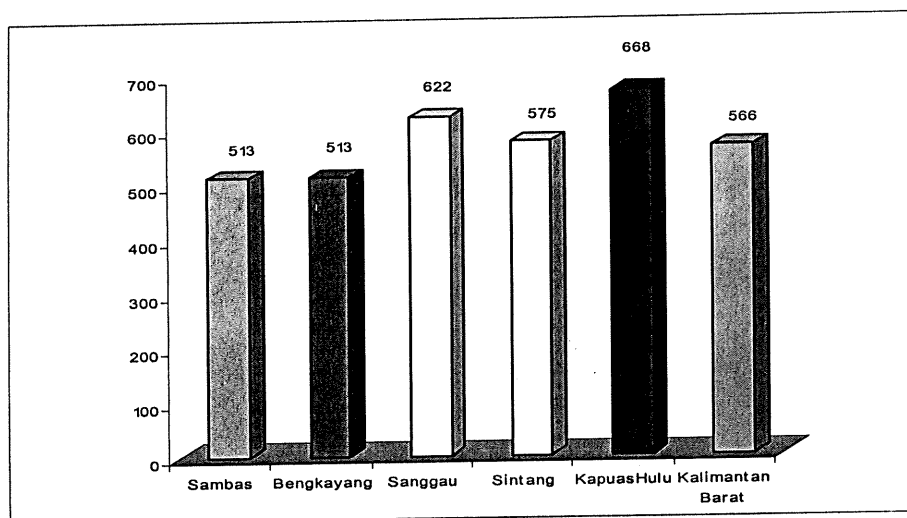
KECAMATAN	PUSKESMAS	Bayi BBLR (%)	Balita BGM (%)
Sanggau Kapuas	Sanggau Kapuas	0,00	0,00
	Tj. Sekayam	0,72	1,88
	Belangin III	2,78	0,14
Mukok	Kedukul	6,49	8,15
Noyan	Noyan	5,00	0,00
Jangkang	Balai Sebut	0,31	0,09
Bonti	Bonti	0,00	0,00
Beduai	Beduai	2,64	0,00
<i>Sekayam*</i>	<i>Balai Karangan</i>	<i>0,00</i>	<i>1,33</i>
Kembayan	Kembayan	0,00	1,54
Parindu	Pusat Damai	0,68	0,52
Tayan Hulu	Sosok	0,00	0,61
Tayan Hilir	Tayan	0,00	0,42
	Kp. Kawat	0,60	0,56
Balai	Batang Tarang	0,73	4,36
Toba	Teraju	0,68	2,38
Meliau	Meliau	0,00	0,00
<i>Entikong*</i>	<i>Entikong</i>	<i>5,36</i>	<i>2,62</i>
Kabupaten Sanggau		0,89	1,18

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Sanggau, Profil Kesehatan Kabupaten Sanggau, 2005. (Tabel C).

Catatan: * Kecamatan yang berbatasan dengan Malaysia

Dilihat dari indikator AKI, gambaran mengenai kesehatan ibu di Kabupaten Sanggau menempati urutan kedua terendah kondisinya dibandingkan dengan kabupaten-kabupaten perbatasan di Provinsi Kalimantan Barat. Diantara kabupaten di perbatasan, AKI yang tertinggi terdapat di Kabupaten Kapuas Hulu sebesar 668 per 100.000 kelahiran dan yang terendah di Kabupaten Sambas dan Bengkayang (Susenas, 2004). Angka kematian ibu di Kabupaten Sanggau sebesar 622 per 100.000, menempati urutan kedua tertinggi. Sementara itu, AKI di Provinsi Kalimantan Barat sebesar 566 per 100.000 kelahiran (Grafik 3.2).

Grafik 3.2
Angka Kematian Ibu (AKI) di Beberapa Kabupaten Perbatasan
Provinsi Kalimantan Barat



Sumber: Susenas 2004, dikutip dari BPS dan UNFPA, Laporan Indikator Data Base 2005, Tabel 4.

Kematian ibu pada umumnya disebabkan oleh terjadinya perdarahan, infeksi dan keracunan pada saat proses kelahiran. Ibu hamil yang dikategorikan berisiko tinggi dengan gejala sakit kepala luar biasa, pembengkakan, sering kejang dan susah bernafas (anemia) cenderung mengalami persalinan dengan perdarahan dan keracunan pada saat melahirkan yang dapat mengakibatkan kematian. Oleh karena itu, untuk menekan terjadinya kasus kematian ibu (maternal) perlu menurunkan kasus-kasus ibu hamil dengan risiko tinggi. Kasus ibu hamil yang berisiko tinggi, di Kabupaten Sanggau juga menunjukkan kondisi yang bervariasi antar kecamatan. Kasus ibu hamil dengan risiko tinggi yang cukup besar terdapat di beberapa kecamatan, seperti Kecamatan Mukok, Noyan, Balai, Toba dan Entikong. Kasus ibu hamil dengan risiko tinggi yang paling besar terdapat di Kecamatan Toba dengan kasus mencapai hampir 70 persen. Menurut informasi dari Dinas Kesehatan, beberapa kecamatan yang mempunyai kasus ibu hamil dengan risiko tinggi tersebut sebagian besar terletak di daerah terpencil yang tidak dapat dijangkau dengan transportasi darat. Selain terpencil, di kecamatan-kecamatan tersebut fasilitas dan tenaga kesehatan yang ada sangat terbatas. Di Kecamatan Toba dimana kasus ibu hamil dengan risikonya cukup besar, belum ada dokter yang ditugaskan di Puskesmas.

Terbatasnya tenaga kesehatan dan minimnya transportasi telah mengakibatkan ibu hamil dengan risiko tinggi (risti) yang dapat dirujuk ke pelayanan kesehatan sangat rendah. Di Kecamatan Toba dengan kasus risti cukup tinggi 70 persen, hanya sekitar 8 persennya yang ditangani oleh tenaga kesehatan pada saat kelahiran. Jumlah kasus risti yang dapat dirujuk ke pelayanan kesehatan yang cukup rendah juga terdapat di Kecamatan Mukok, Noyan, Balai, Toba dan Entikong (Tabel 3.3).

Tabel 3.3
Jumlah Ibu Hamil dan Jumlah Ibu Hamil Berisiko Tinggi (risti)
di Kabupaten Sanggau Menurut Kecamatan, Tahun 2005

Kecamatan	Puskesmas	Jumlah ibu hamil	Jumlah risti	Persentase risti	Risti dirujuk (%)
Sanggau Kapuas	Sanggau Kapuas	1.392	129	9.27	0,00
	Tj. Sekayam	450	14	3.11	0,00
	Belangin III	154	5	3.25	120,00
Mukok	Kedukul	448	132	29.46	7,58
Noyan	Noyan	259	41	15.83	2,44
Jangkang	Balai Sebut	687	5	0.73	20,00
Bonti	Bonti	514	0	0.00	0,00
Beduai	Beduai	286	1	0.35	0,00
<i>Sekayam*</i>	<i>Balai Karangan</i>	<i>739</i>	<i>38</i>	<i>5.14</i>	<i>0,00</i>
Kembayan	Kembayan	692	17	2.46	64,71
Parindu	Pusat Damai	791	55	6.95	23,64
Tayan Hulu	Sosok	736	25	3.40	8,00
Tayan Hilir	Tayan	403	25	6.20	0,00
	Kp. Kawat	362	21	5.80	14,29
Balai	Batang Tarang	587	87	14.82	3,45
Toba	Teraju	318	225	70.75	8,00
Meliau	Meliau	1.183	0	0.00	0,00
<i>Entikong*</i>	<i>Entikong</i>	<i>362</i>	<i>32</i>	<i>8.84</i>	<i>3,13</i>
Kabupaten Sanggau		10.363	852	8.22	8,10

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Sanggau, Profil Kesehatan Kabupaten Sanggau, 2005. Tabel 2.a.1

Catatan: *Kecamatan yang berbatasan dengan Malaysia

Kondisi KIA di Kota Batam

Kondisi KIA di Kota Batam ditandai dengan masih tingginya proporsi BBLR dan proporsi ibu hamil dengan risiko tinggi (risti). Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kota Batam proporsi BBLR sebesar 4,47 persen dari 16.699 kelahiran dan proporsi ibu risti sebesar 10 persen dari 18.921 kehamilan. Sementara itu, kasus kematian perinatal dan kematian ibu masing-masing sebesar 105 dan 11 kematian per 16.699 kelahiran hidup. Tingginya proporsi BBLR dan ibu hamil risti di Kota Batam perlu mendapat perhatian dan penelitian yang lebih mendalam untuk mengidentifikasi faktor-faktor sosial-ekonomi apa yang berpengaruh. Hal ini mengingat karakteristik penduduk Kota Batam yang pendidikannya relatif baik, sumber mata pencaharian penduduk yang cukup bervariasi, terutama dengan berkembangnya sektor industri. Di samping itu sarana dan prasarana kesehatan di Kota ini relatif cukup memadai. Tingginya proporsi BBLR dan ibu hamil risti ini kemungkinan besar disebabkan tidak meratanya sarana dan prasarana kesehatan di Kota Batam, khususnya di daerah *hinterland* (Lihat Bab II).

Tabel 3.4
Kondisi Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)
Kota Batam, Tahun 2005

Indikator KIA	Kondisi KIA
Kematian Bayi perinatal	105 kematian dari 16.699 kelahiran hidup
Proporsi BBLR	4,47 persen dari 16.699 kelahiran
Proporsi BGM	1,80 persen
Kematian Ibu	11 kematian ibu dari 16.699 kelahiran hidup
Proporsi Ibu Hamil dengan risiko tinggi	10 persen

Sumber: Profil Kesehatan Kota Batam, Tahun 2005.

Gambaran mengenai kasus-kasus ibu hamil risti dari 10 kecamatan yang ada di Kota Batam, lima kecamatan mempunyai kasus ibu hamil risti yang cukup besar. Lima kecamatan tersebut adalah Kecamatan Batu Ampar, Belakang Padang, Nongsa dan Sei Beduk. Cukup menarik untuk dicermati adalah kasus-kasus tingginya ibu hamil risti yang juga terjadi di Kecamatan dengan fasilitas kesehatan yang cukup memadai, seperti di Kecamatan Sei Beduk dimana disana terdapat RSUD (Tabel 3.5).

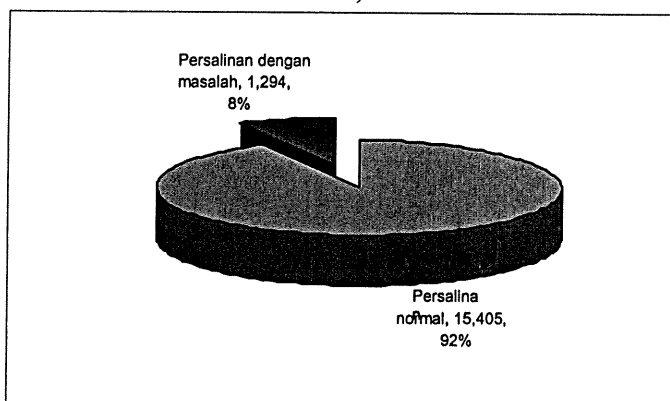
Tabel 3.5
Jumlah Ibu Hamil dan Proporsi Ibu Hamil Risti,
Kota Batam, Menurut Kecamatan, Tahun 2005

Kecamatan	Puskesmas	Jumlah Ibu Hamil	Bumil Risti	Persen
Batu Ampar	Sei Panas	2.419	398	16,45
Galang	Galang	428	12	2,8
Nongsa	Sambau	978	86	8,79
Lubuk Baja	Lubuk Baja	2.468	162	6,56
Batu Ampar	Tg. Sengkuang	1.399	72	5,15
Sekupang	Sekupang	4.260	36	0,85
Belakang Padang	Belakang Padang	634	103	16,25
Nongsa	Baloi Permai	1.840	293	15,92
Sei Beduk	Sei Pancur	1.897	366	19,29
Sei Beduk	RSUD	2.598	375	14,43
Kota Batam		18.921	1.903	10,6

Sumber: Profil Kesehatan Kota Batam, Tahun 2005 (Tabel spm 10).

Berdasarkan data yang diperoleh dari rumah sakit, Puskesmas dan rumah bersalin yang ada di Kota Batam diketahui bahwa jumlah persalinan yang dilaporkan sebesar 16.699. Dari jumlah tersebut, sekitar 92 persen merupakan kelahiran normal dan 8 persen kelahiran bermasalah (Grafik 3.3). Kasus persalinan dengan masalah yang terbesar adalah perdarahan, sebesar 37,8 persen dan eklamsia (keracunan) sekitar 25 persen (Grafik 3.4). Umumnya persalinan dengan masalah ini cenderung terjadi pada ibu hamil dengan risiko tinggi.

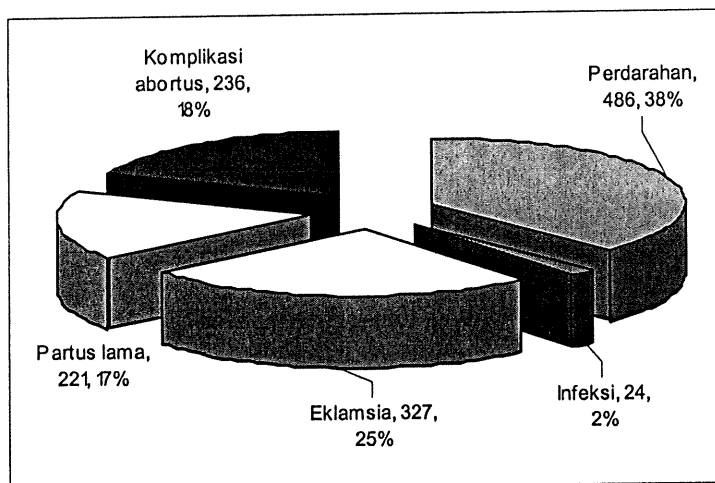
Grafik 3.3
Jumlah Persalinan Normal dan Bermasalah
di Kota Batam, Tahun 2005



Sumber: Dinas Kesehatan Kota Batam, Profil Kesehatan Kota Batam, Tahun 2005 (Tabel 4.1).

Menurut Dinas Kesehatan Kota Batam, adanya kasus-kasus kelahiran bermasalah ini dimungkinkan terjadi karena beberapa faktor, seperti belum optimalnya pertolongan *obstetric neonatology essential* dasar, kemampuan bidan yang masih belum memenuhi standar kompetensi dalam Asuhan Persalinan Normal (APS), pengetahuan ibu khususnya tentang pengenalan risiko dan tanda bahaya kehamilan serta kesadaran untuk secara rutin memeriksa kehamilan yang belum optimal.

Grafik 3.4
Persalinan dengan Masalah Berdasarkan Jenisnya di Kota Batam,
Tahun 2005



Sumber: Dinas Kesehatan Kota Batam, Profil Kesehatan Kota Batam, 2005 (Tabel 4.1)

Sementara itu kasus komplikasi abortus di Kota Batam juga cukup tinggi, mencapai 18 persen. Tingginya kasus-kasus komplikasi abortus ini kemungkinan terkait dengan meningkatnya kasus-kasus kehamilan yang tidak diinginkan. Diperoleh informasi dari berbagai narasumber bahwa terdapat kecenderungan meningkatnya kasus-kasus kehamilan yang tidak diinginkan dan yang terjadi di luar nikah di kalangan para buruh wanita yang bekerja di berbagai industri yang tersebar di Kota Batam. Kasus-kasus kehamilan tidak diinginkan tersebut cenderung terjadi pada para buruh wanita yang juga melakukan pekerjaan sampingan sebagai 'wanita penghibur' untuk memenuhi tuntutan hidup gaya modern yang membutuhkan biaya tinggi.

Upaya Kesehatan Ibu dan Anak

Tingkat kematian bayi dipengaruhi oleh berbagai faktor, yang dibagi ke dalam faktor tidak langsung dan langsung. Faktor tidak langsung diantaranya adalah pendidikan dan pendapatan ibu. Ibu yang berpendidikan tinggi dan mempunyai pendapatan sendiri lebih mempunyai kontrol untuk memutuskan melakukan tindakan pencegahan dan pengobatan untuk anak balitanya dan diri ibu sendiri. Selain itu, ibu berpendidikan cenderung mempunyai pengetahuan yang luas tentang upaya kesehatan untuk ibu dan anaknya, seperti pemeriksaan kehamilan, imunisasi dan pemberian makanan tambahan (Ware, 1984, Caldwell, 1979). Sedangkan faktor yang langsung mempengaruhi tingkat kematian bayi dan anak antara lain adalah: jarak kelahiran, umur kehamilan, berat bayi di waktu lahir, gizi balita dan morbiditas (kesakitan). Kematian bayi dan anak cenderung lebih banyak terjadi pada ibu hamil yang mempunyai jarak kelahiran terlalu dekat dibandingkan dengan ibu yang melahirkan kelahiran yang jauh. Demikian pula usia kehamilan, ibu yang melahirkan dengan usia terlalu muda atau terlalu tua cenderung berisiko mempunyai anak yang meninggal lebih besar. Usia ideal untuk melahirkan adalah antara 20 sampai kurang dari 35 tahun.

Sementara itu tingkat kematian ibu (AKI) dipengaruhi oleh banyak faktor yang dibagi ke dalam faktor langsung dan tidak langsung. Penyebab langsung kematian ibu diantaranya adalah perdarahan, infeksi, eklamsia, partus lama dan komplikasi (Cholil dkk, 199: 34). Sedangkan penyebab tidak langsung antara lain derajat kesehatan, termasuk kesehatan reproduksi dan status gizi sebelum dan sesudah kehamilan. Kematian ibu juga dipengaruhi oleh berbagai faktor sosial-budaya termasuk pandangan mengenai gender, kondisi ekonomi, keadaan geografis dan tingkat pendidikan masyarakat pada umumnya. Berbagai faktor sosial budaya ini mempengaruhi upaya kesehatan baik yang berkaitan dengan pencegahan maupun pola pencarian pengobatan. Sebagai contoh, pada masyarakat yang masih memegang tradisi bahwa kelahiran adalah proses alamiah, sehingga kaum wanita dan suaminya menerima semua kesulitan berkaitan dengan kelahiran yang berisiko seperti gejala pembengkakan, pandangan kabur atau sakit kepala sebagai hal yang biasa. Akibatnya mereka tidak memandang perlu berkonsultasi dengan petugas kesehatan, padahal semua gejala-gejala tersebut merupakan tanda adanya keracunan yang dapat mengakibatkan kematian pada saat melahirkan.

- ***Kabupaten Sanggau***

Gambaran mengenai upaya kesehatan baik yang berkaitan dengan pencegahan dan pengobatan ibu dan anak di Kabupateb Sanggau dapat dilihat pada Tabel 3.6. dan 3.7. Indikator untuk melihat upaya kesehatan ibu

dan anak diantaranya adalah kunjungan ke tenaga kesehatan pada saat kehamilan memasuki usia trimester 3 (K4), proporsi ibu hamil yang mendapat tablet Fe, proporsi persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan, kunjungan neonatus dan pemberian ASI eksklusif. Selain itu akan dilihat pula cakupan imunisasi pada balita.

Secara umum upaya kesehatan berkaitan dengan kesehatan ibu dan anak, sebelum dan sesudah persalinan di Kabupaten Sanggau masih belum maksimal. Data pada Tabel 3.6. menunjukkan bahwa masih terdapat sekitar 20 persen ibu hamil di Kabupaten Sanggau yang tidak memeriksakan kehamilannya pada trisemester 3 (K4) ke tenaga kesehatan. Upaya kesehatan berkaitan dengan pencegahan anemia pada ibu hamil dengan pemberian tablet Fe juga belum maksimal, terlihat dari data yang menunjukkan hanya sekitar 47 persen yang mendapat tablet Fe. Padahal suplemen tambah darah bagi ibu hamil sangat penting dalam upaya mencegah anemia gizi besi yang dapat mengakibatkan meningkatnya angka kesakitan dan kematian ibu. Oleh karena itu di dalam pelayanan *antenatal care* (ANC) petugas kesehatan diwajibkan memberikan tablet tambah darah pada ibu hamil. Jumlah persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan di Kabupaten Sanggau juga masih minim. Data menunjukkan hanya sekitar 54 persen persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan, selebihnya ditolong oleh dukun atau anggota keluarga (famili). Sementara itu kunjungan neonatus atau pemeriksaan bayi dan ibu paska kelahiran sebelum bayi berumur satu bulan juga masih rendah. Jumlah ibu melahirkan yang melakukan kunjungan neonatus hanya sekitar 47 persen. Padahal kunjungan neonatus ini diperlukan untuk memantau kondisi kesehatan bayi dan ibunya untuk mencegah terjangkitnya penyakit, seperti infeksi yang dapat mengakibatkan kematian jika tidak tertangani.

Dilihat menurut kecamatan, terdapat beberapa kecamatan yang upaya kesehatan berkaitan dengan pencegahan dan pengobatan yang dilakukan sebelum dan sesudah melahirkan masih minim (Tabel 3.6). Kecamatan tersebut diantaranya adalah Kecamatan Noyan, Beduai dan Entikong. Di Kecamatan Noyan, Beduai, dan Entikong proporsi ibu melahirkan yang ditolong oleh tenaga kesehatan sangat rendah, masing-masing 16 persen, 29 persen dan 38 persen. Rendahnya proporsi ibu melahirkan yang ditolong oleh tenaga kesehatan ini kemungkinan berkaitan dengan masih kentalnya adat kebiasaan masyarakat yang lebih mempercayai dukun untuk menolong persalinan dari pada ke tenaga kesehatan karena dukun lebih murah dan bisa memberikan pelayanan penuh kepada bayi dan ibu, seperti memandikan dan memijat bayi. Rendahnya pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan juga dipengaruhi oleh terbatasnya tenaga kesehatan dan minimnya sarana transportasi menuju ke tempat pelayanan kesehatan.

Tabel 3.6
Profil Upaya Kesehatan Ibu Di Kabupaten Sanggau
Menurut Puskesmas, Tahun 2005

Kecamatan	Puskesmas	K4 (%)	Bumil tablet Fe (%)	Persalinan oleh nakes (%)	Kunjungan Neonatus (%)
Sanggau Kapuas	Sanggau Kapuas	90,16	58,26	67,73	72,14
	Tj. Sekayam	57,33	55,11	58,53	22,01
	Belangin III	97,40	35,71	78,52	63,89
Mukok	Kedukul	49,33	40,18	52,08	42,79
Noyan	Noyan	16,22	42,86	16,40	21,25
Jangkang	Balai Sebut	81,80	54,73	50,68	33,23
Bonti	Bonti	81,71	41,63	68,55	56,90
Beduai	Beduai	70,63	50,00	29,82	33,21
<i>Sekayam*</i>	<i>Balai Karangan</i>	<i>53,32</i>	<i>49,39</i>	<i>41,23</i>	<i>36,54</i>
Kembayan	Kembayan	85,69	35,40	51,42	47,66
Parindu	Pusat Damai	61,31	46,78	42,86	28,16
Tayan Hulu	Sosok	109,38	42,39	75,32	58,13
Tayan Hilir	Tayan	67,49	40,69	30,33	23,53
	Kp. Kawat	70,17	50,00	47,86	133,93
Balai	Batang Tarang	102,04	42,76	71,73	62,39
Toba	Teraju	66,35	38,36	65,79	40,00
Meliau	Meliau	108,62	53,09	50,44	37,89
<i>Entikong*</i>	<i>Entikong</i>	<i>63,26</i>	<i>38,12</i>	<i>38,68</i>	<i>33,04</i>
Kabupaten Sanggau		79,48	47,2	54,08	47,82

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Sanggau, Profil Kesehatan Kabupaten Sanggau, 2005. Tabel 2.a.2

Catatan * Kecamatan yang berbatasan langsung dengan Malaysia

Dilihat menurut kecamatan terdapat kecenderungan bahwa upaya kesehatan terkait dengan kehamilan, melahirkan dan pasca kelahiran di kecamatan yang berbatasan langsung dengan Malaysia relatif rendah dibandingkan dengan kecamatan yang tidak berbatasan langsung. Hal ini kemungkinan berkaitan dengan sarana dan prasarana kesehatan yang ada di desa-desa di kecamatan perbatasan sangat minim. Tenaga kesehatan yang bertugas di desa-desa tersebut mempunyai kendala sarana dan prasarana transportasi dalam melayani penduduk. Jarak desa satu dengan yang lain cukup jauh, dan kondisi jalan yang minim dan alat transportasi yang sangat terbatas

merupakan faktor utama yang menyebabkan pelayanan kesehatan ibu dan anak di daerah perbatasan tidak bisa maksimal. Di Kecamatan Entikong misalnya, terdapat lima desa, dimana tiga diantaranya terletak jauh dari jalan utama yang menghubungkan Entikong-Pontianak. Untuk pergi ke Puskesmas dari desa-desa tersebut harus memakai perahu milik masyarakat dengan sistem sewa yang relatif mahal karena harga BBM yang cukup mahal. Selain itu ada kemungkinan masyarakat di daerah perbatasan menggunakan sarana kesehatan di negara tetangga sehingga tidak terdata oleh puskesmas (Tabel 3.7).

Tabel 3.7
Data Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) Puskesmas Entikong,
Tahun 2005

DESA	K1 (%)	K4 (%)	Deteksi Risti		Neo-natus (%)	Persalinan	
			Oleh Tenaga Kesehatan (%)	Oleh Masyarakat (%)		Oleh Tenaga Kesehatan (%)	Oleh Dukun Terlatih (abs)
Entikong	131	83	35,0	0,0	83,0	70,0	8
Semanget	80	78	12,7	0,0	78,1	81,1	3
Nekan	28	5	8,9	1,7	17,3	3,6	2
Pala Pasang*	72	36	16,0	0,0	30,4	12,5	3
Suruh Tembawang*	49	45	25,9	0,0	21,1	10,8	2
Kecamatan Entikong	86	59	24,0	0,2	56,0	45,5	18

Sumber: Puskesmas Kecamatan Entikong

Catatan * Transportasi hanya dapat ditempuh melalui jalur air (sungai)

Berbeda dengan upaya kesehatan yang dilakukan oleh ibu hamil sebelum dan sesudah persalinan yang masih rendah, upaya pencegahan penyakit untuk balita melalui imunisasi sudah relatif baik. Data cakupan imunisasi menunjukkan bahwa hanya sekitar 2-3 persen balita yang tidak mendapat imunisasi BCG dan DPT 1. Cakupan imunisasi DPT 3, Polio dan Campak di Kabupaten Sangau mencapai sekitar 90 persen. Sementara itu cakupan imunisasi Hepatitis B3 sekitar 82 persen.

Apabila dilihat menurut kecamatan, terdapat dua kecamatan yang upaya kesehatan berkaitan dengan pencegahan penyakit pada balita masih kurang maksimal yang terlihat dari rendahnya cakupan imunisasi BCG, DPT 1, DPT 3, Polio, campak dan hepatitis B3. Dua kecamatan tersebut adalah Kecamatan Jangkang dan Kecamatan Sekayam (Tabel 3.8).

Tabel 3.8
Cakupan Imunisasi Balita Menurut Puskesmas,
Kabupaten Sanggau, Tahun 2005

Kecamatan	Puskesmas	Cakupan Imunisasi (%)					
		BCG	DPT1	DPT3	Polio3	Campak	Hepatitis B3
Sanggau Kapuas	Sanggau Kapuas	91,72	96,36	90,25	89,86	90,56	63,73
	Tj. Sekayam	109,81	103,11	80,86	90,43	75,12	80,86
	Belangin III	119,44	121,53	133,33	132,64	121,53	126,39
Mukok	Kedukul	99,28	100,24	104,81	100,72	106,25	96,15
Noyan	Noyan	108,33	102,50	93,75	93,33	95,00	98,33
Jangkang	Balai Sebut	77,59	87,15	81,35	58,15	58,15	39,18
Bonti	Bonti	81,17	76,36	67,78	71,34	65,06	74,06
Beduai	Beduai	130,19	83,40	83,77	81,89	175,47	168,30
<i>Sekayam*</i>	<i>Balai Karang</i>	<i>88,06</i>	<i>82,82</i>	<i>74,53</i>	<i>80,49</i>	<i>35,37</i>	<i>33,04</i>
Kembayan	Kembayan	90,19	90,19	86,60	89,72	89,10	88,47
Parindu	Pusat Damai	95,10	94,42	84,22	82,72	88,30	81,36
Tayan Hulu	Sosok	90,04	96,78	70,57	91,36	91,36	76,87
Tayan Hilir	Tayan	106,68	110,70	106,68	109,63	114,71	108,02
	Kp. Kawat	111,90	111,90	101,79	100,89	113,10	106,85
Balai	Batang Tarang	107,34	101,83	102,57	102,02	101,28	83,85
Toba	Teraju	110,17	106,44	107,46	69,15	100,34	105,76
Meliau	Meliau	106,19	102,55	107,01	108,11	101,18	99,18
<i>Entikong*</i>	<i>Entikong</i>	<i>114,58</i>	<i>111,90</i>	<i>96,73</i>	<i>97,02</i>	<i>95,83</i>	<i>115,5</i>
Kabupaten Sanggau		98,22	96,86	90,50	90,26	89,94	82,70

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Sanggau, Profil Kesehatan Kabupaten Sanggau. Tabel 3 G

Catatan * Kecamatan yang berbatasan langsung dengan Malaysia

- **Kota Batam**

Secara umum upaya kesehatan terkait dengan pemeriksaan ibu hamil sebelum dan sesudah persalinan dan pencarian pertolongan pada saat kelahiran cukup baik. Proporsi K4 mencapai hampir 90 persen dan proporsi ibu melahirkan yang ditolong oleh tenaga kesehatan tinggi, sebesar 98 persen. Demikian pula kunjungan neonatus kondisinya relatif baik, meskipun masih lebih kecil dari K4, yaitu 81,41 persen.

Apabila dilihat per kecamatan, terdapat satu kecamatan, yaitu Kecamatan Galang dimana upaya kesehatan ibu menjelang dan paska kelahiran kurang baik. Kunjungan ibu hamil pada trimester 3 (K4) dan kunjungan neonatus relatif rendah, hanya mencapai 61 persen dan 54 persen. Demikian pula pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan masih sangat rendah, yaitu 50 persen (Tabel 3.9).

Tabel 3.9
Profil Upaya Kesehatan Ibu dan Anak (K4, Persalinan Oleh Tenaga Kesehatan dan Kunjungan Neonatus) Kota Batam, Menurut Kecamatan, Tahun 2005

Kecamatan	Puskesmas	K4 (%)	Persalinan Oleh Nakes (%)	Kunjungan Neonatus (%)
Batu Ampar	Sei Panas	93,63	100,00	90,88
Galang	Galang	61,45	50,75	54,12
Nongsa	Sambau	73,01	98,06	57,38
Lubuk Baja	Lubuk Baja	78,12	99,87	75,76
Batu Ampar	Tg. Sengkuang	84,06	100,00	110,25
Sekupang	Sekupang	112,44	100,00	94,53
Belakang Padang	Belakang Padang	56,47	99,67	50,00
Nongsa	Baloi Permai	63,04	100,00	69,53
Sei Beduk	Sei Pancur	89,93	99,18	84,35
Sei Beduk	RSUD	98,15	98,80	68,39
Kota Batam		89,37	98,57	81,41

Sumber: Dinas Kesehatan Kota Batam, Profil Kesehatan Kota Batam, Tahun 2005. (Tabel spm 1).

Rendahnya proporsi K4, pertolongan persalinan dan kunjungan neonatus di Kecamatan Galang berkaitan dengan minimnya fasilitas pelayanan kesehatan di wilayah ini. Fasilitas dan tenaga kesehatan di Kota Batam cukup memadai, akan tetapi persebarannya belum merata. Hampir semua fasilitas kesehatan berada di pusat Kota Batam atau di wilayah-wilayah yang sedang dibangun pemukiman-pemukiman dan pusat-pusat kegiatan ekonomi baru yang semuanya berada di Pulau Batam. Kecamatan Galang wilayahnya mencakup pulau-pulau di sekitar P Batam, seperti Pulau Abang, Kelong dan pulau-pulau kecil di sekitarnya. Di wilayah ini ada satu Puskesmas yang tidak mempunyai fasilitas rawat inap dan letaknya juga di daratan Pulau Batam. Bagi penduduk yang bermukim di pulau-pulau kecil tersebut untuk mencari pertolongan persalinan ke tenaga kesehatan harus ke Pulau Batam, dengan

sarana transportasi laut yang masih minim, karena belum adanya trayek umum yang melayani.

Upaya kesehatan dari indikator pemberian tablet Fe dan Imunisasi TT 1 dan TT2 di Kota Batam belum optimal yang terlihat dari masih rendahnya cakupan pemberian tablet Fe dan cakupan imunisasi TT1 dan TT2 bagi ibu hamil. Cakupan pemberian tablet Fe 90, Fe1 dan Fe sekitar 74 persen sampai 85 persen. Sementara itu proporsi ibu hamil yang mendapat imunisasi TT1 dan TT2 jumlahnya kurang dari 50 persen. Pemberian tablet Fe dan cakupan imunisasi yang sangat rendah, terutama ditemukan di Kecamatan Batu Ampar dan Sei Beduk. Masih rendahnya upaya kesehatan berkaitan dengan imunisasi dan perlunya mengkonsumsi tablet Fe ini menunjukkan bahwa kesadaran para ibu hamil untuk melakukan imunisasi TT1 dan TT2 masih minim. Diperlukan strategi dan terobosan melalui berbagai media untuk melakukan peningkatan sosialisasi tentang pentingnya imunisasi TT 1 dan TT2 bagi ibu hamil (Tabel 3.10).

Tabel 3.10
Cakupan Pemberian Tablet Fe Imunisasi TT 1 dan TT 2 Kota Batam,
Menurut Kecamatan, Tahun 2005

Kecamatan	Puskesmas	Bumil 90 Fe (%)	Bumil Fe1 (%)	Bumil Fe3 (%)	Bumil TT1 (%)	Bumil TT2 (%)
Batu Ampar	Sei Panas	84,04	120,00	84,00	12,36	10,95
Galang	Galang	57,71	65,00	58,00	69,39	6,54
Nongsa	Sambau	70,25	77,00	70,00	41,82	40,18
Lubuk Baja	Lubuk Baja	75,00	81,00	75,00	84,16	6,89
Batu Ampar	Tg. Sengkuang	39,53	42,00	40,00	6,36	6,36
Sekupang	Sekupang	98,52	114,00	99,00	50,63	43,33
Belakang Padang	Belakang Padang	64,35	74,00	64,00	55,52	46,85
Nongsa	Baloi Permai	58,64	82,00	59,00	67,12	44,46
Sei Beduk	Sei Pancur	53,35	48,00	53,00	22,77	18,29
Sei Beduk	RSUD	72,90	74,00	73,00	91,15	74,02
Kota Batam		73,79	85,00	74,00	51,35	32,65

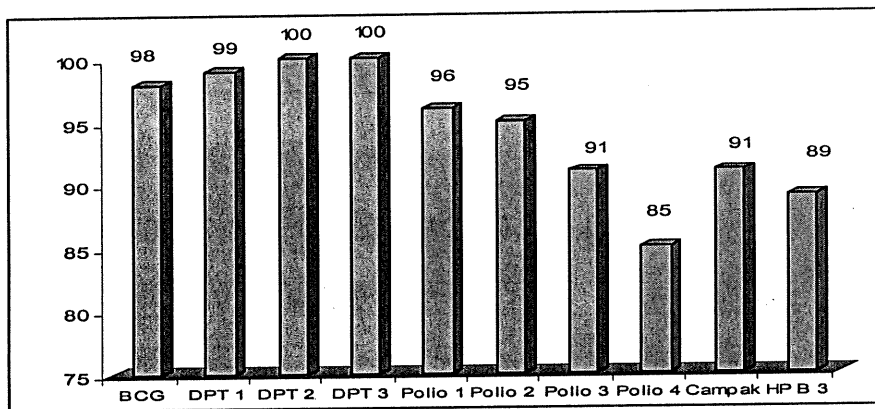
Sumber: Dinas Kesehatan Kota Batam, Profil Kesehatan Kota Batam, Tahun 2005. (Tabel spm 1).

Indikator lainnya untuk melihat upaya kesehatan KIA adalah cakupan imunisasi pada balita. Menurut data dan informasi dari Dinas Kesehatan Kota Batam, cakupan imunisasi di Kota Batam mengalami kemunduran yang ditandai dengan bertambahnya desa non UCI (*Universal Coverage Immunization*) dari 14 desa pada tahun 2004 menjadi 33 desa. Berkurangnya

cakupan tersebut diantaranya dikarenakan minimnya *supply* vaksin dari Provinsi Riau.

Meskipun terjadi penurunan, secara umum pencapaian program imunisasi di Kota Batam sudah mencapai target. Data menunjukkan bahwa pada akhir tahun 2005 pencapaian cakupan imunisasi di atas 90 persen, kecuali cakupan imunisasi hepatitis yang masih relatif rendah. Dengan adanya Pekan Imunisasi Nasional (PIN), diharapkan cakupan imunisasi polio dapat mencapai 100 persen sehingga semua anak telah terbebas dari polio (Grafik 3.5).

Grafik 3.5
Cakupan Imunisasi Kota Batam, Tahun 2005



Sumber: Dinas Kesehatan Kota Batam, Profil Kesehatan Kota Batam, Tahun 2005 (Tabel 4.12).

3.1.2 Keluarga Berencana (KB)

Program Keluarga Berencana (KB) pada mulanya dicanangkan pemerintah dengan tujuan tidak hanya menekan tingkat kelahiran penduduk, tetapi juga menciptakan keluarga kecil yang sejahtera. Namun sejak tahun 1999 ditegaskan dalam GBHN bahwa selain pengendalian kelahiran dan penurunan kematian, program KB juga bertujuan untuk mewujudkan penduduk Indonesia yang berkualitas. Oleh karena itu sejak tahun 1999, paradigma baru program KB difokuskan pada upaya-upaya baru yang lebih efektif untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas dengan menghormati hak-hak reproduksi. Sebagai perwujudan pelaksanaan paradigma baru program KB yang sesuai dengan GBHN 1999, maka visi mewujudkan

Norma Keluarga Kecil Bahagia dan Sejahtera (NKKBS) diganti menjadi 'Visi Keluarga Berkualitas Tahun 2015'.

- **Kabupaten Sanggau**

Pencapaian program KB di Kabupaten Sanggau selama tahun 2005 relatif baik. Dari sekitar 67.515 pasangan usia subur (PUS) sekitar 70,04 persen merupakan peserta KB aktif. Pencapaian ini tampaknya merata di seluruh kecamatan. Di sebagian besar kecamatan proporsi KB aktifnya berkisar antar 65 persen sampai dengan 70 persen. Kecamatan yang proporsi KB aktifnya cukup tinggi adalah Kecamatan Entikong dan Kembayan.

Tabel 3.11
Peserta KB Aktif Kabupaten Sanggau, Menurut Kecamatan,
Tahun 2005

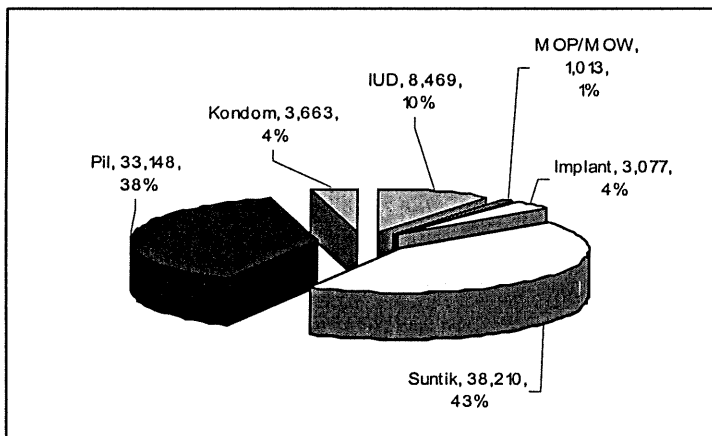
KECAMATAN	PUSKESMAS	Peserta KB Aktif (%)
Sanggau Kapuas	Sanggau Kapuas	71,21
	Tj. Sekayam	68,65
	Belangin III	68,61
Mukok	Kedukul	-
Noyan	Noyan	64,44
Jangkang	Balai Sebut	64,02
Bonti	Bonti	64,17
Beduai	Beduai	79,82
Sekayam	Balai Karang	67,65
Kembayan	Kembayan	78,72
Parindu	Pusat Damai	74,09
Tayan Hulu	Sosok	67,61
Tayan Hilir	Tayan	69,96
	Kp. Kawat	69,98
Balai	Batang Tarang	70,33
Toba	Teraju	68,20
Meliau	Meliau	-
Entikong	Entikong	77,10
Kabupaten Sanggau		70,04

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Sanggau, Profil Kesehatan Kabupaten Sanggau, 2005. (Tabel 2 c)

- **Kota Batam**

Jumlah peserta KB aktif di Kota Batam sebesar 63,7 persen dari jumlah pasangan usia subur 135.774 orang. Dari data jenis alat kontrasepsi yang dipakai peserta KB, dapat diketahui bahwa para akseptor KB sebagian besar masih menggunakan metode kontrasepsi non jangka panjang (Non-MKJP) seperti pil, suntik dan kondom. Peserta KB di Kota Batam yang menggunakan suntik 43 persen, pil 38 persen dan kondom 4 persen. Sementara itu peserta KB yang memakai metode kontrasepsi jangka panjang (MKJP) sekitar 15 persen dengan rincian IUD 10 persen dan sisanya implant dan MOP/MOW. Kecilnya proporsi PUS yang menggunakan kondom dan MOP mengindikasikan bahwa partisipasi laki-laki dalam melaksanakan KB masih sangat rendah (Grafik 3.6). Sosialisasi berkaitan dengan penggunaan metode kontrasepsi mantap (kontap) yang pemakaiannya bersifat jangka panjang dan kampanye tentang pentingnya partisipasi laki-laki dalam ber KB merupakan salah satu strategi yang dapat dikembangkan untuk semakin mendukung suksesnya program KB di Kota Batam. Di samping itu, diperlukan pula peningkatan kualitas pelayanan dan konseling KB, terutama untuk peserta pria.

Grafik 3. 6
Proporsi Peserta KB Aktif Kota Batam
Menurut Jenis Kontrasepsi, Tahun 2005

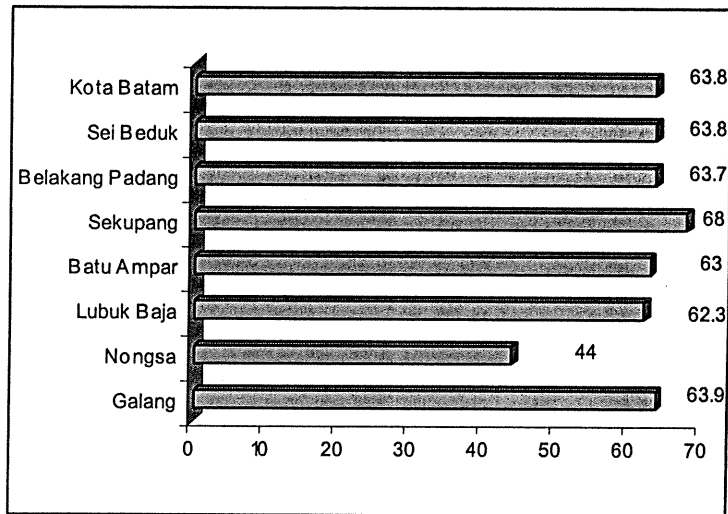


Sumber: Dinas Kesehatan Kota Batam, Profil Kesehatan Kota Batam, 2005 (Tabel 37)

Pencapaian peserta KB aktif secara umum merata di seluruh wilayah Kota Batam. Dari tujuh kecamatan 5 kecamatan, yaitu Sei Beduk, Belakang Padang, Batu Ampar, Lubuk Baja dan Galang mempunyai proporsi KB aktif

sekitar 62-63 persen. Sedangkan dua kecamatan lainnya, yaitu Kecamatan Sekupang dan Nongsa mempunyai peserta KB aktif tertinggi dan terendah, masing-masing 68 persen dan 44 persen (Grafik 3.7).

Grafik 3.7
Peserta KB Aktif Kota Batam, Menurut Kecamatan Tahun 2005



Sumber: Dinas Kesehatan Kota Batam, Profil Kesehatan Kota Batam, 2005 (Tabel 38).

3.1.3 Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR)

Permasalahan umum berkaitan dengan kesehatan reproduksi remaja menurut beberapa survei yang pernah dilakukan di Indonesia (SKRT 1995; LDUI, 1999, FKMUI, 2001), diantaranya adalah: mulai meningkatnya perilaku berisiko di kalangan remaja, tindak kekerasan seksual (pemerkosan, pelecehan seksual dan transaksi seks komersial), meningkatnya kehamilan yang tidak diinginkan, terjadinya kehamilan usia muda yang berisiko terhadap kematian ibu, kurangnya akses pelayanan kesehatan, termasuk minimnya informasi mengenai IMS, HIV/AIDS.

KRR di Kabupaten Sanggau

Permasalahan kesehatan reproduksi remaja yang muncul di tingkat nasional tersebut ditengarai juga sudah terjadi di Kabupaten Sanggau. Isu perdagangan manusia (*trafficking*) yang berkaitan dengan kesehatan

reproduksi (kekerasan seksual: diperkosa, korban pelecehan seksual dan dipekerjakan sebagai pelacur) yang melibatkan para remaja di daerah ini sudah sering diberitakan di media, baik elektronik maupun cetak. Selain isu perdagangan manusia menurut beberapa narasumber, pelacuran yang melibatkan kaum remaja mulai juga meningkat.

Isu kehamilan yang tidak diinginkan di daerah penelitian juga merupakan permasalahan kesehatan reproduksi remaja yang mulai merebak. Belum ada data yang dapat dipakai sebagai rujukan seberapa besar kasus-kasus kehamilan yang tidak diinginkan tersebut. Akan tetapi berdasarkan hasil wawancara dengan berbagai narasumber di Entikong, Kabupaten Sanggau, di wilayah perbatasan ini kasus-kasus remaja hamil di luar nikah yang kemudian berusaha menggugurkan kandungannya sudah sering terjadi.

KRR di Kota Batam

Isu kesehatan reproduksi remaja yang muncul di Kota Batam hampir serupa dengan yang ada di Kabupaten Sanggau. Salah satu isu kesehatan remaja yang muncul di Kota ini berkaitan dengan tenaga kerja wanita yang bekerja di berbagai industri. Para pekerja wanita ini, karena tuntutan hidup 'bergaya modern' yang memerlukan biaya tinggi, disinyalir sebagian diantaranya melakukan pekerjaan sampingan sebagai 'wanita penghibur'. Pekerjaan sampingan tersebut sangat rentan terhadap berbagai permasalahan menyangkut organ reproduksinya, seperti tertular IMS dan HIV/AIDS, kehamilan tidak diinginkan dan aborsi. Di samping itu, menurut narasumber dari organisasi non pemerintah (LSM) di Kota Batam, perilaku seks bebas di kalangan remaja mulai merebak. Meskipun mereka telah mulai melakukan kegiatan seksual, sayangnya pengetahuan para remaja tersebut mengenai masalah reproduksi seperti, organ reproduksi, pubertas, menstruasi, risiko kehamilan dan penyakit IMS, HIV/AIDS masih sangat minim. Rendahnya pengetahuan para remaja tersebut tentang kesehatan reproduksi mengakibatkan mereka melakukan kegiatan seks yang tidak aman dan rentan terhadap timbulnya berbagai penyakit dan kehamilan tidak diinginkan.

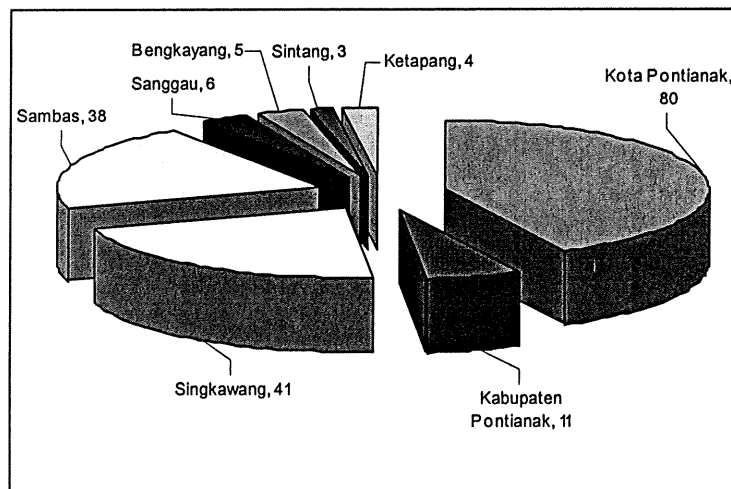
Di Kota Batam, berbagai LSM yang bergerak di bidang konseling kesehatan reproduksi remaja sering menangani klien remaja yang mempunyai masalah dengan kehamilan yang tidak diinginkan. Meningkatnya kasus-kasus kehamilan yang tidak diinginkan akan memicu terhadap terjadinya peningkatan jumlah aborsi yang umumnya dilakukan dengan cara yang tidak aman. Data tentang kasus-kasus komplikasi aborsi untuk Kota Batam cukup tinggi, mencapai 236 kasus selama tahun 2005 (Profil Kesehatan Kota Batam, 2005). Diantara 236 kasus tersebut, sebagian diantaranya ditengarai dilakukan oleh para remaja.

3.1.4 Pencegahan dan Penanggulangan IMS dan HIV/AIDS

Kasus HIV/AIDS di Kabupaten Sanggau

Meskipun kasusnya masih relatif rendah HIV/AIDS di Kabupaten Sanggau merupakan permasalahan kesehatan reproduksi yang perlu mendapat perhatian. Dibandingkan dengan berbagai kabupaten dan kota lainnya di Provinsi Kalimantan Barat, seperti Kota Singkawang dan Pontianak, kasus HIV/AIDS di Kabupaten Sanggau masih relatif rendah. Data dari Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Barat per Mei 2005 menunjukkan bahwa jumlah kasus HIV di seluruh Provinsi Kalimantan Barat sebesar 188 kasus. Kasus HIV tertinggi terdapat di Kota Pontianak diikuti dengan Kota Singkawang dengan jumlah kasus berturut-turut adalah 80 dan 41 kasus. Di Kabupaten Sanggau terdapat sebanyak 6 orang yang terdeteksi HIV. Sementara itu data dari sero survai di lokasi berisiko di Kabupaten Sanggau ditemukan hanya ada dua kasus HIV (Grafik 3.8).

Grafik 3.8
Jumlah Kasus HIV di Provinsi Kalimantan Barat
Menurut Kabupaten, Tahun 2005



Sumber: Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Barat,
dikutip dari www.pontianakpost.com

Meskipun kasus HIV di Kabupaten Sanggau masih relatif kecil, tetapi ditengarai kasusnya lebih besar. Hal inilah yang mengkhawatirkan, karena seberapa besar perkembangan kasus tersebut tak diketahui pasti. Terlebih lagi di Kabupaten Sanggau terdapat beberapa tempat yang berisiko tinggi

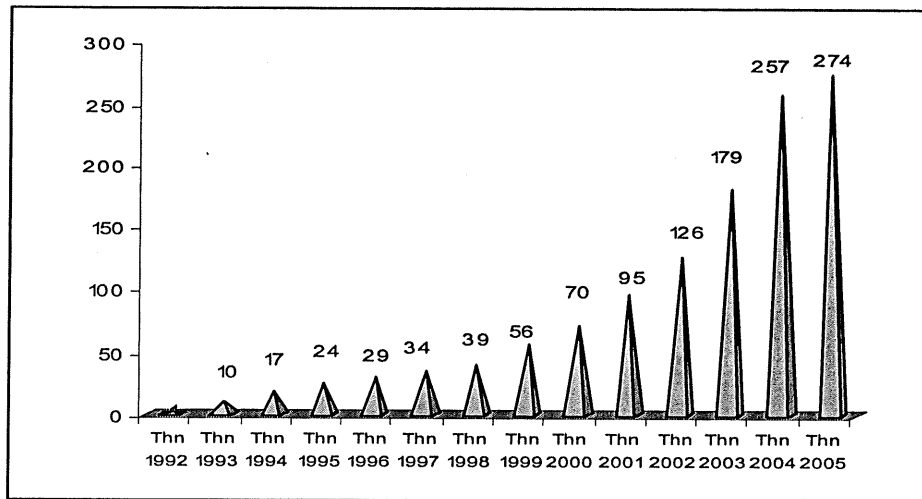
terhadap penularan HIV/AIDS seperti prostitusi, karaoke serta salon plus. Berbagai tempat karaoke, tempat prostitusi dan salon plus tersebut selain terdapat di Kota Sanggau juga terdapat di Entikong daerah perbatasan antara Indonesia dan Malaysia. Di Entikong, khususnya di wilayah perbatasan mulai marak dibangun warung 'remang-remang' dan kafe yang ramai dikunjungi pengunjung dari Malaysia, baik warga Negara Malaysia maupun tenaga kerja Indonesia yang bekerja di Malaysia untuk berakhir pekan. Menurut informasi dari berbagai narasumber, para tenaga kerja Indonesia yang bekerja di Malaysia sebagai 'pekerja seks' setiap satu hingga dua bulan sekali berakhir minggu di Entikong dan mengunjungi warung dan kafe sekaligus juga melakukan transaksi seks dengan para pelanggannya. Oleh karena itu data penderita HIV/AIDS di Kabupaten Sanggau dikhawatirkan akan lebih banyak lagi karena para pekerja seks tersebut mobilitasnya cukup tinggi. Sero survai yang dilakukan di tempat hiburan seperti karaoke, pub dan panti pijat kemungkinan tidak menjangkau para pekerja seks tersebut karena mereka sering berpindah-pindah lokasi.

Kasus HIV/AIDS di Kota Batam

Kasus HIV/AIDS mulai muncul di Pulau Batam sejak tahun 1992 dengan ditemukannya seorang pekerja seks yang ada di lokasi Mat Belanda mengidap HIV. Sejak itu kasus HIV/AIDS merebak di berbagai tempat prostitusi seperti Samyong, Bukit Girang dan Tanjung Sengkuang. Bahkan melalui tes darah telah ditemukan tiga orang ibu hamil yang positif terkena virus HIV.

Kasus HIV/AIDS di Batam menunjukkan peningkatan cukup besar sampai dengan tahun 2005. Sejak ditemukan tahun 1992 sampai tahun 1998 setiap tahun terjadi penambahan kasus HIV antara 5- 15 kasus. Namun mulai tahun 1999 terjadi peningkatan kasus yang cukup pesat dimana setiap tahun terjadi penambahan lebih dari 25 kasus. Peningkatan kasus HIV cukup besar terjadi pada tahun 2003-2004, yaitu dari 179 kasus menjadi 257 kasus. Sampai dengan tahun 2005 telah ditemukan kasus HIV sebesar 274 (Grafik 3.9).

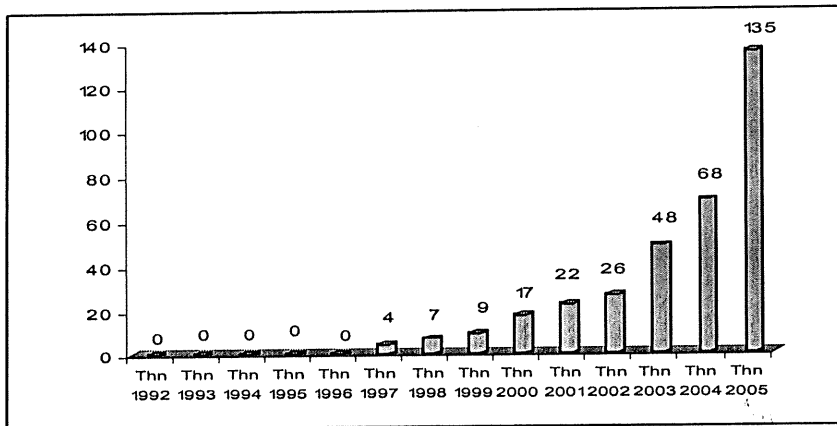
Grafik 3.9
Kumulatif Kasus HIV yang Dilaporkan Di Kota Batam
sampai dengan Tahun 2005



Sumber: Dinas Kesehatan Kota Batam, Profil Kesehatan Kota Batam 2005, Tabel 4.18

Sama dengan percepatan kasus HIV, kasus AIDS di Kota Batam juga terjadi peningkatan dalam lima tahun terakhir. Dari Grafik 3.10 terlihat bahwa pada tahun 2000 kasus HIV di Kota Batam sebesar 17 kasus dan menjadi 135 pada tahun 2005. Dalam kurun waktu lima tahun terjadi peningkatan kasus HIV yang sangat cepat, terutama pada dua tahun terakhir. Peningkatan terbesar terjadi antara tahun 2004 dan 2005 yang meningkat hampir 100 persen. Data menunjukkan kasus AIDS pada tahun 2004 sebesar 68 dan meningkat menjadi 135 pada tahun 2005 (Grafik 3.10).

Grafik 3.10
Kumulatif Kasus AIDS yang Dilaporkan Di Kota Batam
sampai dengan Tahun 2005



Sumber: Dinas Kesehatan Kota Batam, Profil Kesehatan Kota Batam 2005, Tabel 4.17

Meningkatnya kasus HIV/AIDS di Batam tidak terlepas dari semakin menjamurnya tempat-tempat hiburan seperti karaoke, pub, diskotek dan *massage* (panti pijat) yang setiap akhir pekan banyak dikunjungi oleh pekerja lokal dan orang asing dari Singapura dan Malaysia. Diperkirakan sekitar 5000 orang asing mengunjungi berbagai tempat hiburan tersebut setiap akhir pekan. Di tempat hiburan tersebut dicurigai sebagai lokasi bebas seks yang rawan terhadap penularan HIV/AIDS. Keberadaan tempat-tempat hiburan tersebut bukan hanya di tengah kota seperti Nagoya dan Jodoh, tetapi juga di pinggiran kota sampai ke kawasan pusat pemerintahan Batam Center telah muncul berbagai pub dan diskotek. Berdasarkan data dari Dinas Pariwisata dan Kebudayaan tahun 2002 jumlah tempat karaoke, pub dan diskotek di Batam sebanyak 81 tempat yang tergabung dalam Asosiasi Jasa Hiburan (AJAHIB).

3.2 Kebijakan Kesehatan Reproduksi

Otonomi daerah, memberikan wewenang yang lebih luas kepada pemerintah daerah untuk menentukan prioritas pembangunannya sendiri yang sesuai dengan kondisi dan kebutuhan daerah. Implikasinya adalah, daerah harus mampu untuk melakukan perencanaan dan manajemen program yang semula merupakan wewenang pusat. Bagian ini menguraikan tentang kebijakan/program yang sudah dilaksanakan di daerah baik oleh pemerintah daerah dan organisasi non – pemerintah.

Pelaksanaan suatu kebijakan atau program membutuhkan suatu produk kebijakan untuk melegitimasinya. Produk kebijakan tersebut dapat berupa dokumen-dokumen tentang peraturan-peraturan daerah ataupun dalam bentuk kesepakatan-kesepakatan. Dalam hal ini, piranti legal yang tersedia seharusnya merupakan hasil kerjasama antara pihak pemerintah, DPRD dan masyarakat madani yang relevan. Demikian halnya dengan kebijakan dan program kesehatan reproduksi, membutuhkan piranti untuk melegitimasi pelaksanaan kebijakan dan program tersebut.

Kebijakan dan Program Kesehatan Reproduksi di Kabupaten Sanggau

Di Kabupaten Sanggau, belum ada kebijakan khusus yang menangani masalah kesehatan reproduksi secara integratif. Kebijakan-kebijakan mengenai permasalahan kesehatan reproduksi di daerah penelitian ini masih mengacu kepada kebijakan nasional. Meskipun sudah diberikan kewenangan yang lebih luas untuk menentukan sendiri kebijakan yang sesuai dengan kondisi daerah, namun pada kenyataannya kebijakan kesehatan masih mengikuti kebijakan nasional terutama dalam hal menurunkan angka kematian bayi dan angka kematian ibu. Kebijakan kesehatan reproduksi di kedua daerah penelitian masih tertuang dalam program-program sektor. Meskipun kebijakan kesehatan reproduksi tidak secara jelas tertuang dalam program pembangunan daerah, namun salah satu kebijakan bidang kesehatan yang ada di kedua daerah penelitian mencakup upaya peningkatan pelayanan kesehatan ibu, anak dan lansia, serta peningkatan kesehatan remaja, termasuk pencegahan HIV/AIDS.

Perubahan kewenangan sebagai implikasi dari pemberlakuan kebijakan otonomi daerah terutama yang berkaitan dengan perubahan struktur organisasi sebetulnya ditujukan agar para pembuat kebijakan lebih memahami permasalahan yang dihadapi sehingga program yang direncanakan mendekati permasalahan yang ada. Namun demikian, program-program kesehatan yang ada belum mencakup permasalahan-permasalahan khususnya yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi yang muncul di daerah setempat. Hal ini barangkali dikarenakan perubahan struktur yang dilaksanakan cenderung diperuntukkan untuk memenuhi target 'dinas' daripada memperhatikan fungsi dan perannya berkaitan dengan program-program atau isu-isu yang menjadi prioritas pembangunan.

Di Kabupaten Sanggau, kesehatan reproduksi juga berada di bawah sub Dinas Kesehatan Keluarga. Program-program yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi masih mencakup upaya peningkatan pelayanan kesehatan ibu dan anak. Berkaitan dengan permasalahan terbatasnya fasilitas

dan tenaga kesehatan di wilayah perbatasan, seperti Kecamatan Entikong, pihak Dinas Kesehatan berencana untuk meningkatkan status Puskesmas menjadi rumah sakit '*intermediate*'. Dengan peningkatan status Puskesmas menjadi rumah sakit '*intermediate*' peralatan dan tenaga medis akan ditambah sesuai dengan standar rumah sakit. Kasus-kasus penyakit yang selama ini dirujuk ke RSUD Sanggau diharapkan dapat diatasi di rumah sakit '*intermediate*' yang rencananya akan mulai dibangun pada tahun 2007.

Sementara itu, program-program kesehatan reproduksi yang ada di BKKBN sebagai stakeholder utama kesehatan reproduksi selain Dinas Kesehatan, juga tidak begitu jelas. Hal ini mungkin disebabkan karena institusi BKKBN di Kabupaten Sanggau, sampai penelitian dilakukan statusnya 'belum jelas' ada di struktur organisasi Pemerintah Daerah Kabupaten Sanggau. Dengan demikian secara organisatoris BKKBN Kabupaten Sanggau tidak ada lagi, sehingga fungsi sebagai '*creating demand*' program keluarga berencana dan kesehatan reproduksi yang selama ini dilakukan menjadi '*vacuum*'.

Kebijakan dan Program Kesehatan Reproduksi di Kota Batam

Seperti halnya yang ditemukan di Kabupaten Sanggau, di Kota Batam juga belum ada kebijakan khusus untuk menangani permasalahan kesehatan reproduksi secara terpadu. Kebijakan yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi masih cenderung dilakukan secara sektoral. Dinas atau instansi terkait masing-masing membuat kebijakan dan program kesehatan reproduksi. Kebijakan dan program kesehatan reproduksi yang ada di Dinas Kesehatan di Kota Batam sebagai *stakeholder* utama dalam pelayanan kesehatan reproduksi, masih mengacu kepada kebijakan di tingkat nasional. Kebijakan dan program kesehatan reproduksi dikembangkan dan dilaksanakan berdasarkan komponen-komponen melalui pendekatan siklus hidup dengan melanjutkan berbagai kebijakan dan program yang selama ini telah dilakukan, seperti peningkatan derajat kesehatan ibu hamil dan menyusui dengan untuk mengurangi dan menekan angka kematian bayi (AKB) dan ibu (AKI).

Program kesehatan reproduksi di Kota Batam di bawah Sub Dinas Kesehatan Keluarga. Secara kelembagaan, keberadaan program kesehatan reproduksi sebenarnya sudah sesuai. Namun kalau mengacu kepada konsep kesehatan reproduksi dengan pendekatan siklus hidup, nampak sekali bahwa program kesehatan reproduksi tersebar di mana-mana. Dari struktur organisasi yang ada nampak jelas bahwa salah satu komponen dalam kesehatan reproduksi yaitu remaja terutama yang berumur 19 - 24 tahun dan belum menikah belum tersentuh oleh program. Hal ini dikarenakan konsep anak yang mereka pakai adalah mengikuti konsep WHO yaitu anak sampai berumur 19 tahun. Dengan

tidak adanya organisasi yang menangani permasalahan remaja berumur 19 – 24 tahun dan belum menikah tentunya akan merupakan permasalahan tersendiri karena permasalahan yang dihadapi oleh remaja terutama yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi cukup kompleks. Sementara program untuk anak usia sekolah berada di bawah sub dinas promosi kesehatan. Program kesehatan reproduksi yang merupakan *integrated programme*, dananya juga tersebar pada hampir semua proyek yang terdapat pada program pelayanan kesehatan masyarakat. Hal ini tentunya cukup menyulitkan untuk mengkoordinasikan suatu program.

Khusus untuk penanggulangan HIV/AIDS, program yang sudah dilakukan selama ini antara lain melakukan penyuluhan tentang perubahan perilaku dan kampanye penggunaan kondom. Penyuluhan dilakukan oleh puskesmas bekerja sama dengan LSM. Namun demikian program penyuluhan ini belum optimal hasilnya mengingat dana untuk penyuluhan hanya sekitar 30 juta rupiah per tahun. Program lain yang berkaitan dengan pencegahan HIV/AIDS adalah kegiatan sero survai yang dilaksanakan di daerah yang berisiko tinggi, seperti lokalisasi juga dilakukan untuk menjaring kasus-kasus baru HIV/AIDS. Selain penyuluhan dan sero survai, untuk mencegah dan mengatasi penularan IMS dan HIV/AIDS telah didirikan Klinik IMS di Teluk Pandan, Lubuk Baja dan Nagoya.

Selain Dinas Kesehatan, BKKBN juga merupakan salah satu institusi pemerintah yang merupakan *stakeholder* kesehatan reproduksi. Sebelum BKKBN diotonomikan dan merger dengan Dinas Kependudukan, Catatan Sipil dan Keluarga Berencana, program kesehatan reproduksi di Kota Batam terutama berkaitan dengan bidang penyadaran atau peningkatan motivasi petugas untuk memberikan pelayanan KB yang berkualitas. Selain itu, program-program yang ada adalah yang berkaitan dengan penguatan kelembagaan dan jaringan keluarga berencana (KB) dan peningkatan kesehatan reproduksi remaja.

Bekerjasama dengan PKBI, BKKBN Kota Batam telah melaksanakan program kesehatan reproduksi khususnya untuk remaja dengan membangun pusat-pusat informasi dan konsultasi (PIK) di lokalisasi, seperti Samyong dan Mat Belanda. Di samping itu, BKKBN juga berinisiatif mendirikan klinik kesehatan reproduksi di daerah industri Batamindo bekerjasama dengan Otorita Batam. Di kompleks industri Batamindo terdapat sekitar 15.000 pekerja. Klinik ditangani oleh dokter spesialis kandungan (SpOG) dan dibuka dua kali seminggu. Setiap hari rata-rata 50-60 pekerja wanita memeriksakan diri ke klinik.

Setelah BKKBN diotonomikan dan dimerger dengan Kantor Catatan Sipil, struktur yang menangani program keluarga berencana dan kesehatan reproduksi ada di tingkat bidang, yaitu bidang keluarga berencana, kesehatan reproduksi dan ketahanan keluarga. Khusus program keluarga berencana dan kesehatan ada di tingkat seksi dengan staff yang menangani hanya terdiri dari tiga orang, yaitu kepala seksi dan dua orang staff. Sedangkan para tenaga lapangan (PKB dan PLKB) yang selama ini menjadi ujung tombak pelaksanaan program KB sampai di tingkat kelurahan sudah ditiadakan. Para PKB dan PLKB tersebut telah bekerja di berbagai sektor terkait di lingkungan pemerintah Kota Batam. Struktur yang telah berubah, minimnya staff dan tidak adanya PKB dan PLKB di lapangan berimplikasi terhadap minimnya perencanaan dan anggaran terkait dengan keluarga berencana dan kesehatan reproduksi yang dapat dialokasikan. Oleh karena itu, program kesehatan reproduksi yang dilakukan oleh seksi Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi di Dinas Kependudukan, Catatan Sipil dan Keluarga Berencana Kota Batam sangat minim.

3.3 Peran Serta Organisasi Non-Pemerintah dalam Program Kesehatan Reproduksi

Dalam pertemuan *Asia Pacific Population Conference IV (APPC)* di Bali (1992) dihasilkan Deklarasi Bali dan Program Aksi yang meminta pemerintah negara-negara yang hadir untuk meningkatkan partisipasi masyarakat dalam pelayanan kesehatan reproduksi melalui desentralisasi pengelolaan program-program kesehatan masyarakat. Dalam deklarasi tersebut ditekankan perlunya kemitraan antara pemerintah dan masyarakat madani dalam proses penyusunan kebijakan kesehatan termasuk dalam penyampaian informasi mengenai kesehatan reproduksi dan pelayanannya. Penekanan ini berdasarkan suatu pemikiran bahwa upaya membangun kesehatan masyarakat pada umumnya dan kesehatan reproduksi pada khususnya, peran masyarakat madani, termasuk di dalamnya organisasi non-pemerintah atau lembaga swadaya masyarakat (LSM) tidak dapat diabaikan. Terlebih lagi bila mengingat keterbatasan sumber daya manusia dan sumber dana yang dimiliki oleh pemerintah, maka kontribusi dan partisipasi masyarakat madani dan LSM dalam menyusun kebijakan dan melaksanakan kebijakan tersebut lebih diperlukan.

Pada dasawarsa terakhir ini terdapat kecenderungan semakin banyak LSM dan organisasi perempuan yang mempunyai program kerja berkaitan kesehatan reproduksi. Hal ini merupakan tanda baik, yang berarti semakin banyak pihak-pihak yang peduli terhadap masalah kesehatan reproduksi. Terlebih lagi di era otonomi daerah di mana kebijakan berkaitan dengan

pembangunan pada umumnya dan pembangunan bidang kesehatan pada khususnya (termasuk kesehatan reproduksi) diserahkan sepenuhnya pada pemerintah daerah (kepala daerah beserta sektor terkait dan DPRD), peran masyarakat madani dan LSM sangat diharapkan.

Demikian pula di dua daerah penelitian: Kota Batam dan Kabupaten Sanggau yang merupakan wilayah perbatasan dengan karakteristik dan isu-isu kesehatan reproduksi yang berbeda, juga terdapat beberapa LSM yang peduli dan mempunyai program/kegiatan terkait dengan kesehatan reproduksi.

LSM di Kabupaten Sanggau: program dan kegiatan

Di Kabupaten Sanggau jumlah LSM yang peduli terhadap permasalahan kesehatan reproduksi relatif sedikit. LSM yang peduli kesehatan reproduksi di Kalimantan Barat umumnya memusatkan kegiatan di Kota Pontianak, tetapi mempunyai wilayah kerja di berbagai kota dan kabupaten seluruh Provinsi Kalimantan Barat, termasuk Kabupaten Sanggau.

Di Kabupaten Sanggau terdapat beberapa LSM yang peduli terhadap permasalahan kesehatan reproduksi, khususnya terkait dengan masalah *trafficking* seperti Yayasan Anak Bangsa dan IOM (*International Organization for Migration*). Yayasan Anak Bangsa mempunyai *base* kegiatan di Entikong, sedangkan IOM memusatkan kegiatannya di Pontianak, tetapi kegiatan mencakup seluruh wilayah di Provinsi Kalimantan Barat, termasuk Kabupaten Sanggau. Sebagian dari LSM tersebut juga terlibat dalam proses konsultasi yang diadakan oleh sektor terkait. Meskipun dalam kenyataannya mereka merasa bahwa pelibatan tersebut tidak dalam keseluruhan proses, akan tetapi lebih dirasakan sebagai 'pelengkap asal ada LSM-nya' dan asal 'ada proses konsultasi'. Ada juga yang berhasil memfasilitasi berbagai kegiatan berkaitan dengan kesehatan reproduksi yang melibatkan berbagai sektor terkait.

Harapannya di masa datang agar kemitraan antara sektor (pemerintah) dan LSM serta masyarakat madani dapat terus berlangsung, sehingga LSM dan masyarakat madani dapat berperan secara aktif dalam keseluruhan proses perencanaan, pelaksanaan dan monitoring dan evaluasi program kesehatan reproduksi. Terlebih lagi dalam era otonomi daerah di mana perencanaan pembangunan pada umumnya dan pembangunan kesehatan (termasuk kesehatan reproduksi) pada khususnya, menjadi kewenangan daerah, peran LSM dan masyarakat madani menjadi hal yang tidak dapat diabaikan.

☐ Yayasan Anak Bangsa

Yayasan Anak Bangsa memfokuskan kegiatannya pada pengurusan dan pemulangan korban *trafficking* yang umumnya terjadi di wilayah Malaysia. Mekanisme kerja untuk mendapatkan kasus-kasus *trafficking* dilakukan dengan beberapa cara. Pertama, menindaklanjuti adanya laporan dari orang tua/kerabat dari perempuan yang bekerja di Malaysia, tetapi sudah bertahun-tahun tidak lagi berkomunikasi dengan keluarga. Berdasarkan laporan ini Yayasan Anak Bangsa melakukan identifikasi dan kontak dengan jaringan-jaringan yang ada di Malaysia, termasuk konsulat dan pihak-pihak lain. Jika data tentang perempuan yang ditengarai menjadi korban *trafficking* tersebut lengkap, maka pihak Yayasan akan menjemput korban ke Malaysia atau pihak yang berwenang di Malaysia mengirim ke Yayasan Anak Bangsa. Jika korban sudah diserahkan ke Yayasan Anak Bangsa, maka yayasan akan menampung untuk sementara dan kemudian diserahkan kembali pada keluarga yang langsung diantarkan sendiri kepada orang tua atau kerabatnya ke tempat asal. Jika korban berasal dari luar Kabupaten Sanggau, maka biasanya korban diserahkan ke IOM yang kegiatannya terpusat di Pontianak. Dalam menindaklanjuti adanya kasus dugaan *trafficking* tersebut tidak hanya berdasarkan laporan yang masuk ke Yayasan Anak Bangsa, tetapi juga berdasarkan laporan yang masuk ke Dinas Sosial Pemerintah Kabupaten Sanggau. Dalam hal ini telah ada kerjasama dengan Dinas Sosial Kabupaten Sanggau.

Mekanisme yang kedua, adalah menerima korban *trafficking* yang dipulangkan oleh pihak-pihak yang ada di Malaysia, seperti kantor konsulat, LSM yang ada di Malaysia atau pihak-pihak yang secara pribadi menemukan kasus-kasus *trafficking* yang akan dipulangkan melalui Entikong. Oleh yayasan para korban ini didata dan ditampung sementara, untuk kemudian dipulangkan kepada keluarganya.

☐ International Organization for Migration (IOM)

IOM merupakan sebuah lembaga internasional yang peduli terhadap permasalahan migrasi penduduk. Lembaga ini mempunyai berbagai unit, salah satunya adalah Unit Konter *Trafficking*. Unit konter *trafficking* IOM di Indonesia didirikan pada tahun 2003 untuk memberikan bantuan pemulangan, rehabilitasi dan reintegrasi kepada korban *trafficking*, memberi penerangan kepada kelompok rentan tentang *trafficking* manusia, dan membantu usaha para penegak hukum nasional dalam menyelidiki dan menggugat kasus *trafficking* manusia (News Letter IOM Indonesia, 2006). IOM memainkan peran penting dalam perang melawan *trafficking* manusia. Dalam hal ini IOM bekerjasama dengan badan pemerintahan, LSM

internasional maupun lokal, serta organisasi-organisasi keagamaan di berbagai provinsi di Indonesia, termasuk Provinsi Kalimantan Barat. Di Kabupaten Sanggau, IOM bekerjasama dengan Dinas Sosial dalam membantu korban trafficking, antara lain untuk memulangkan korban *trafficking*, memberikan pelayanan kesehatan dan psikologis maupun menyediakan paket reintegrasi termasuk program pendidikan dan bantuan untuk memulai usaha kecil. Pelayanan kesehatan dan psikologis pada korban *trafficking* diberikan di Pusat pemulihan yang berada di Kota Pontianak.

LSM di Kota Batam: program dan kegiatan

Jumlah LSM di Kota Batam yang mempunyai program/kegiatan terkait dengan kesehatan reproduksi relatif banyak. LSM dan pihak-pihak yang peduli tentang kesehatan reproduksi di Kota Batam antara lain adalah: LSM Pembinaan Asuhan Bunda, Yayasan Mitra Kesehatan dan Kemanusiaan (YMKK), Yayasan Batam Tourism Development Board (YBTDB), dan LSM Setara Kita.

☐ LSM Pembinaan Asuhan Bunda

LSM Pembinaan Asuhan Bunda sejak tahun 1996 telah mempunyai kegiatan terkait dengan pendidikan dan penyediaan pelayanan kesehatan reproduksi. Di bidang pendidikan kesehatan, telah dilakukan berbagai penyuluhan masalah kesehatan reproduksi, khususnya informasi mengenai penyakit menular dan HIV/AIDS di sekolah-sekolah (SMP dan SMA) dan kelompok/organisasi pemuda, seperti remaja masjid dan gereja. Program ini mendapat dukungan dana dari UNFPA.

Mulai tahun 2004 Yayasan Pembinaan Asuhan Bunda membuka Klinik Kesehatan Reproduksi yang memberikan pelayanan konsultasi dan pengobatan penyakit menular seksual dengan target utama para pekerja seksual yang *'freelance'* yang beroperasi di berbagai pub dan karaoke di Kota Batam. Letak klinik yang berada di tengah kota cukup strategis untuk menjangkau para PSK. Selain melayani pasien PSK yang berkonsultasi dan meminta pelayanan pengobatan penyakit menular seksual yang berkunjung ke Klinik, yayasan ini juga memberikan penyuluhan dan pemeriksaan pada pekerja perempuan di beberapa pub dan karaoke di Kota Batam setiap satu bulan sekali.

Selain itu Yayasan ini yang berkantor di Rumah Sakit Budi Kemuliaan, juga melakukan konseling terhadap para penderita HIV/AIDS yang dirawat di rumah sakit. Rumah sakit Budi Kemuliaan telah menjadi salah satu dari 75

rumah sakit di seluruh Indonesia yang ditunjuk oleh pemerintah menjadi rujukan bagi orang dengan HIV/AIDS (ODHA).

☐ Yayasan Setara Kita

Salah satu kegiatan Yayasan Setara Kita terkait dengan permasalahan kesehatan reproduksi adalah identifikasi dan repatiasi untuk korban *trafficking* bekerjasama dengan IOM (*International for Migration*). Daerah kerja LSM Setara Kita dalam mengidentifikasi korban *trafficking* meliputi Kota Batam dan sekitarnya serta Tanjung Pinang. Dalam pelaksanaan identifikasi korban *trafficking* LSM Setara Kita bekerjasama dengan kepolisian, Dinas Sosial dan Kantor Pemberdayaan Perempuan. Apabila ditemukan kasus *trafficking* maka Setara Kita akan mengurus pemulangan bekerja sama dengan IOM. Sedangkan apabila korban *trafficking* mempunyai masalah dengan penyakit menular seksual maka Setara Kita akan merujuk ke Yayasan YBTDB untuk dilakukan konseling dan rujukan ke klinik.

☐ Yayasan Batam Tourism Development Board (YBTDB)

Yayasan ini berdiri tahun 2003 dengan kegiatan yang difokuskan pada masalah-masalah kesehatan reproduksi. Kegiatan yang dilakukan berupa penjangkauan dan pendampingan baik secara individu maupun kelompok kepada para klien yang mempunyai masalah penyakit menular seksual dan HIV/AIDS. Target jangkauan YBTDB meliputi:

1. Perempuan pekerja seksual (PPS) yang dikategorikan menjadi PPS langsung dan PPS tidak langsung. PPS langsung adalah PPS yang terdapat di lokasi seperti di Teluk Pandan (Tanjung Uncang), Samyong dan Mat Belanda. Sedangkan PPS tidak langsung adalah PPS yang bekerja di tempat-tempat hiburan, seperti karaoke, salon dan panti pijat.
2. Kelompok potensial terkena HIV/AIDS diantaranya tukang ojek dan anak buah kapal.
3. Pengguna narkoba suntik.
4. Pekerja remaja di Batamindo.

Penjangkauan dilakukan dengan mendatangi lokasi dan berbagai tempat hiburan. Dalam melakukan penjangkauan tersebut YBTDB bekerjasama dengan pemilik tempat hiburan dan Puskesmas Lubuk Baja. Sementara itu untuk tukang ojek dan anak buah kapal, para *volunteer* dari YPTDB mendatangi mereka untuk diajak ngobrol dan diskusi masalah kesehatan reproduksi dan HIV/AIDS. Pelabuan yang didatangi oleh *valunteer* adalah

pelabuhan yang sering dipakai nongkrong oleh anak kapal seperti Sekupang, Batu Ampar, Telaga Punggur dan Tanjung Uncang.

Apabila ditemukan klien yang mengindikasikan terkena IMS kemudian dirujuk ke Puskesmas Lubuk Baja. Tahun 2005 YPTDB masih mengoperasikan klinik kespro dengan kunjungan PPS sekitar 150 orang per bulan. Tetapi karena tidak ada kesinambungan biaya operasional yang diberikan oleh donor, maka klinik tersebut ditutup dan pemeriksaan dirujuk ke Puskesmas Lubuk Baja.

☐ Yayasan Mitra Kesehatan dan Kemanusiaan (YMKK)

Fokus kegiatan YMKK pada saat ini adalah penyelesaian masalah trafficking, *emergency contraception* dan klinik kespro. Dalam membantu memecahkan permasalahan trafficking YMKK melakukan identifikasi kasus-kasus trafficking bekerja sama dengan LSM lain dan juga sektor pemerintah. Dalam mengidentifikasi kasus-kasus trafficking YMKK bekerjasama dengan lembaga terkait, seperti kepolisian, Dinas Sosial dan sektor lain yang terkait. Sedangkan untuk pemulihan korban dilakukan kerjasama antara lain dengan IOM.

Kegiatan berkaitan dengan *emergency contraception* dilakukan dengan menyediakan penyuluhan tentang kesehatan reproduksi dan pemanfaatan pelayanan dan penyediaan kontrasepsi yang dapat dibeli di Yayasan, apotik dan klinik yang bermitra. Jangkauan YMKK untuk *emergency contraception* ini meliputi masyarakat industri (kaum buruh) di Muka Kuning dan PPS di wilayah Nagoya dan Tanjung Uncang. Untuk melakukan kegiatan penjangkauan terhadap masyarakat industri tersebut dilakukan kerjasama dengan Otorita Batam dan BKKBN.

BAB IV

POTRET KESEHATAN REPRODUKSI PENDUDUK PERBATASAN

Bagian ini membahas kondisi kesehatan reproduksi masyarakat di dua kecamatan yang berbatasan langsung dengan negara tetangga yaitu Kecamatan Entikong di Kabupaten Sanggau, Provinsi Kalimantan Barat dan Kecamatan Batu Aji di Kota Batam, Provinsi Kepulauan Riau. Bagian pertama menggambarkan kondisi pemukiman penduduk di Kecamatan Entikong dan Batu Aji, kemudian dilanjutkan dengan gambaran kondisi sosio-demografi rumah tangga terpilih yang menjadi subyek dalam penelitian ini. Sedangkan pada bagian ketiga digambarkan kondisi kesehatan reproduksi yang meliputi kesehatan ibu dan anak, keluarga berencana, kesehatan reproduksi remaja dan pencegahan dan penanganan infeksi menular seksual (IMS) termasuk HIV/AIDS.

Informasi yang digunakan dalam diskusi pada bagian ini diperoleh dengan menggunakan pendekatan kuantitatif dan kualitatif. Data kuantitatif diperoleh melalui survei terhadap 100 rumah tangga di salah satu desa di masing-masing kecamatan yaitu Desa Entikong, Kecamatan Entikong dan Kelurahan Buliang, Kecamatan Batu Aji. Pemilihan kedua desa ini berdasarkan diskusi dengan beberapa narasumber yang mengatakan bahwa keduanya dianggap dapat memberikan gambaran mengenai kondisi masyarakat di wilayah kecamatan masing-masing. Sedang pemilihan rumah tangga dilakukan secara acak dari daftar rumah tangga yang mempunyai anggota rumah tangga perempuan yang berusia 15-49 tahun dan pernah melahirkan. Hal ini dilakukan karena sebagian besar informasi yang dicari berkaitan dengan pengalaman selama mengandung, melahirkan dan pola pengasuhan anak.

Untuk mendapatkan penjelasan yang lebih mendalam, studi ini juga menggali data kualitatif yang diperoleh melalui wawancara terbuka dengan masyarakat setempat, petugas kesehatan di puskesmas, rumah sakit dan dinas kesehatan, kader posyandu, dukun bayi, lembaga swadaya masyarakat dan tokoh masyarakat. Selain itu data kualitatif juga diperoleh melalui diskusi kelompok dengan kader posyandu serta observasi keadaan lingkungan dan kebiasaan masyarakat di daerah penelitian yang berkaitan dengan isu kesehatan reproduksi.

4.1 Kondisi Pemukiman Penduduk di Kecamatan Entikong dan Batu Aji

Sebagaimana telah digambarkan pada bagian sebelumnya (Bab II), Kecamatan Entikong merupakan daerah yang berbatasan darat langsung dengan Tebedu dan Serian, Sarawak, sedangkan Kecamatan Batu Aji merupakan wilayah yang berbatasan laut langsung dengan Singapura dan Johor Baru, Malaysia. Sebagaimana umumnya penduduk di wilayah perbatasan, akses masyarakat di Entikong dan Batu Aji ke negara tetangga relatif mudah. Penduduk Entikong misalnya, lebih mudah mengakses wilayah negara tetangga seperti Tebedu, Serian dan Kuching daripada ibukota kabupaten di Sanggau atau ke ibukota provinsi di Pontianak. Jarak dari PLB Entikong ke pusat perdagangan di Tebedu hanya sekitar 10 km dengan waktu tempuh sekitar 15 menit. Sedangkan untuk mencapai Serian (berjarak 41 km dari pos perbatasan) dan Kuching (100 km) dapat ditempuh dengan kendaraan umum selama 45 menit dan dua jam. Sementara untuk mencapai Sanggau yang berjarak 145 km diperlukan waktu sekitar 2 jam, dan untuk mencapai Pontianak yang berjarak 317 km diperlukan waktu sekitar 6-7 jam. Sedangkan penduduk di Kota Batam, dengan menggunakan ferry hanya memerlukan waktu sekitar 45 menit ke Singapura dan sekitar satu jam ke Johor Baru. Oleh karena itu tidak mengherankan bila mobilitas penduduk antar negara di kedua kecamatan ini cukup tinggi.

Selain letak desa yang berdekatan, umumnya penduduk di wilayah perbatasan mempunyai persamaan budaya dengan penduduk di wilayah negara tetangga. Hal ini juga ditemui di Kecamatan Entikong. Menurut beberapa narasumber, secara geneologis masyarakat Dayak di Kecamatan Entikong masih memiliki ikatan kekerabatan dengan masyarakat Dayak di Tebedu dan Serian. Ikatan ini sampai sekarang masih terus dipertahankan dengan saling mengunjungi, khususnya pada waktu-waktu tertentu seperti bila ada pesta perkawinan, pesta Gawai (pesta sehabis panen yang dilakukan Suku Dayak) dan kegiatan-kegiatan lainnya.

Pola pemukiman penduduk di Kecamatan Entikong maupun di Kecamatan Batu Aji cenderung mengelompok. Pengelompokan tersebut biasanya berdasarkan suku, berdasarkan penduduk asli yang secara turun temurun telah tinggal di wilayah tersebut dan penduduk pendatang. Di Desa Entikong misalnya, suku Dayak yang merupakan suku mayoritas dan umumnya bekerja sebagai petani, tinggal di Dusun Sontas yang relatif dekat dengan lahan pertanian mereka. Sedangkan Suku Melayu, yang meskipun sudah tinggal secara turun temurun di wilayah ini dianggap sebagai suku pendatang, tinggal mengelompok di Dusun Entikong. Dusun Entikong juga dikenal sebagai pusat kota kecamatan, oleh karena itu banyak pendatang

yang berasal dari berbagai macam suku antara lain Batak, Minang, Jawa, dan Sunda bermukim di daerah ini.

Pola pemukiman penduduk di Kecamatan Batu Aji agak berbeda dengan pola yang ada di Kecamatan Entikong. Sebagaimana umumnya daerah perkotaan, pengelompokan pemukiman lebih banyak didasarkan pada kondisi sosial ekonomi masyarakat dari pada berdasarkan etnis atau suku bangsa. Sebagai daerah industri yang relatif baru, sebagian besar penduduk Kota Batam adalah pendatang. Penduduk pendatang yang mempunyai pekerjaan relatif mapan umumnya tinggal di kompleks-kompleks perumahan yang dibangun oleh pemerintah maupun pengembang swasta. Sedangkan para pendatang yang tidak mempunyai pekerjaan tetap dan mempunyai penghasilan yang kurang memadai banyak yang membangun rumahnya di tanah-tanah kosong yang belum dikelola, daerah ini dikenal oleh masyarakat setempat sebagai perumahan liar (*ruli*).

Fasilitas pendidikan yang tersedia di Kecamatan Entikong masih terbatas pada pendidikan dasar dan sekolah menengah pertama dan sekolah menengah kejuruan. Sedangkan untuk mendapatkan pendidikan di sekolah menengah atas (SLTA) harus pergi ke Kecamatan Sekayam. Menurut informasi yang diperoleh di lapangan, biaya pendidikan untuk tingkat lanjutan cukup tinggi karena orang tua harus mengeluarkan biaya transportasi bagi anak-anaknya. Dibandingkan dengan Entikong, fasilitas pendidikan di Kecamatan Batu Aji relatif lebih baik. Fasilitas pendidikan dari mulai tingkat pra sekolah sampai pendidikan tinggi dapat diakses oleh penduduk di wilayah ini.

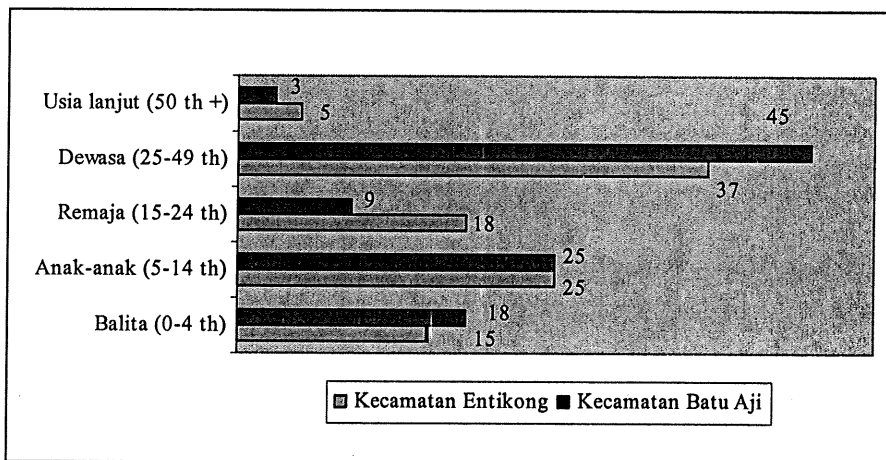
Dilihat dari segi ketersediaan sarana kesehatan yang ada di kedua wilayah penelitian, dapat dikatakan cukup memadai. Di Kecamatan Entikong misalnya, terdapat sebuah puskesmas yang pada waktu penelitian berlangsung sedang ditingkatkan menjadi puskesmas dengan fasilitas rawat inap. Selain itu, menurut narasumber di Dinas Kesehatan Kabupaten Sanggau, dalam waktu dekat di kecamatan ini akan dibangun sebuah rumah sakit *intermediate*. Dengan demikian masyarakat dapat memperoleh pelayanan kesehatan setingkat dengan rumah sakit tanpa harus pergi ke ibukota kabupaten. Namun karena wilayah cakupan puskesmas Entikong yang cukup luas dan sarana transportasi yang kurang memadai, mengakibatkan akses penduduk terhadap pelayanan kesehatan, khususnya yang tinggal di desa-desa terpencil menjadi terbatas. Fasilitas kesehatan untuk masyarakat di Kecamatan Batu Aji juga relatif baik. Meskipun sebagai daerah yang baru dimekarkan, di wilayah ini hanya ada Pustu, namun penduduk dapat mengakses pelayanan kesehatan di rumah sakit umum kota yang terletak tidak terlalu jauh dari pusat kota kecamatan. Permasalahan

yang umumnya dikeluhkan oleh penduduk di Kecamatan Batu Aji adalah mahalnya biaya transportasi di Kota Batam. Angkutan umum di Kota Batam memang masih kurang memadai. Angkutan kota seperti bus hanya melayani rute di wilayah pinggiran kota, sedangkan untuk di dalam kota harus menggunakan taksi atau ojek yang relatif cukup mahal.

4.2 Kondisi Sosio-Demografi Rumah Tangga Terpilih

Beberapa penelitian menunjukkan adanya keterkaitan antara kondisi sosio-demografi dengan kondisi kesehatan, baik secara langsung maupun tidak langsung. Aspek sosio-demografi tersebut antara lain umur, jenis kelamin, status migrasi, pendidikan, kegiatan utama, jenis pekerjaan, suku bangsa dan jumlah ART (Gambaran kondisi sosio-demografi anggota rumah tangga dari rumah tangga terpilih di keua wilayah dapat dilihat di Lampiran Tabel 6). Sebagaimana umumnya penduduk di Indonesia, sebagian besar anggota rumah tangga terpilih di kedua wilayah penelitan adalah penduduk berusia muda (0-24 tahun), diikuti dengan penduduk usia dewasa yang masih produktif (25-49 tahun). Sedangkan anggota rumah tangga berusia lanjut (50 tahun atau lebih) relatif kecil. Dengan demikian penduduk di wilayah ini dapat dikategorikan sebagai penduduk usia muda (lihat Grafik 4.1).

Grafik 4.1
ART Menurut Kelompok Umur di Kecamatan Entikong dan Batu Aji,
Tahun 2006 (Persentase)



Catatan: N Entikong=455, N Batu Aji=461

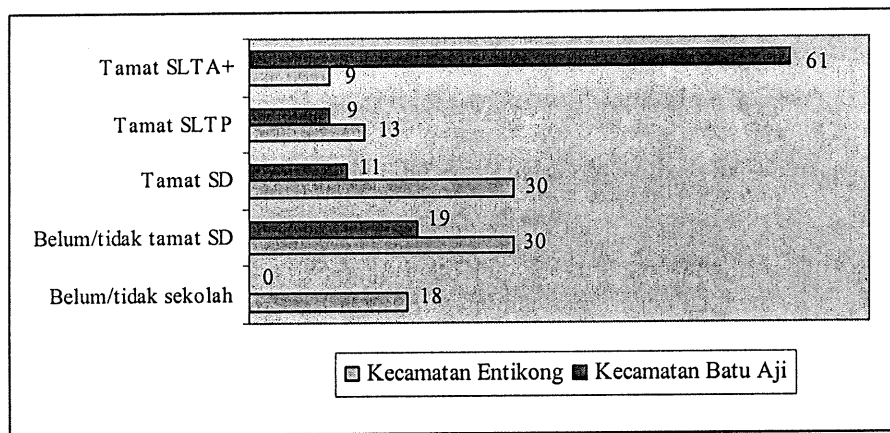
Sumber: Survei Kondisi Kesehatan Reproduksi di Daerah Perbatasan,
PPK-LIPI, 2006

Di antara ART yang berusia muda tersebut, paling banyak berada pada usia anak-anak (5-14 tahun) diikuti usia balita (0-4 tahun) dan usia remaja (15-24 tahun). Dilihat dari jenis kelaminnya, tidak ada perbedaan yang mencolok antara jumlah ART laki-laki dan perempuan baik di Entikong maupun di Batu Aji.

Sementara itu, status migrasi ART rumah tangga terpilih hanya ditanyakan kepada ART yang berusia 15 tahun ke atas dengan menanyakan tempat tinggal 5 tahun terakhir. Penentuan 15 tahun ke atas disesuaikan dengan usia angkatan kerja, karena diasumsikan bahwa motivasi untuk migrasi ke daerah perbatasan biasanya untuk mencari kerja. Berdasarkan tempat tinggal, semua ART dari rumah tangga terpilih di Entikong telah menetap di Kabupaten Sanggau dalam lima tahun terakhir. Sementara ada sekitar 16 persen ART di Batu Aji yang mengaku baru tinggal di Kota Batam kurang dari lima tahun. Mereka ini umumnya adalah para pendatang yang datang ke Kota Batam untuk bekerja di pusat-pusat industri yang menjamur di kota ini, baik sebagai karyawan maupun sebagai buruh.

Seiring dengan perbedaan sarana dan prasarana pendidikan yang tersedia, terdapat perbedaan yang mencolok antara tingkat pendidikan ART rumah tangga terpilih yang berusia tujuh tahun ke atas di Entikong dan Batu Aji (lihat Grafik 4.2).

Grafik 4.2
ART Berusia Tujuh Tahun ke Atas Menurut Pendidikan di Kecamatan Entikong dan Batu Aji, Tahun 2006 (Persentase)

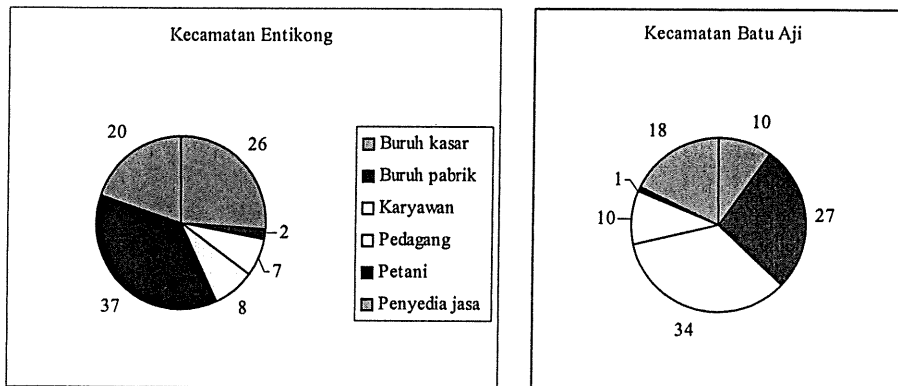


Catatan: N Entikong=359, N Batu Aji=340

Sumber: Survei Kondisi Kesehatan Reproduksi di Daerah Perbatasan, PPK-LIPI, 2006

Di Kecamatan Entikong, lebih dari 78 persen ART berpendidikan SD ke bawah. Sementara di Kecamatan Batu Aji, lebih dari 60 persen ART berpendidikan SLTA ke atas. Selain sarana pendidikan, kesenjangan tingkat pendidikan di kedua daerah juga mungkin disebabkan status migrasi ART. Penduduk pendatang di Kota Batam biasanya adalah para pekerja di sektor industri yang menuntut kualifikasi pendidikan minimal SLTA ke atas. Sedangkan ART di Entikong adalah penduduk yang telah lama tinggal di wilayah ini dan bekerja sebagai petani atau buruh kasar yang kurang memperhatikan kualifikasi pendidikan. Hal ini terlihat dari jenis pekerjaan ART di kedua wilayah penelitian. Lebih dari sepertiga (34%) ART yang bekerja di Batu Aji, bekerja sebagai karyawan dan 27 % sebagai buruh pabrik, sedangkan di Entikong mayoritas (37 %) ART bekerja sebagai petani dan 26 % sebagai buruh kasar (lihat Grafik 4.3).

Grafik 4.3
ART Menurut Jenis Pekerjaan di Kecamatan Entikong dan Batu Aji,
Tahun 2006 (Persentase)



Catatan: N Entikong=135, N Batu Aji=150

Sumber: Survei Kondisi Kesehatan Reproduksi di Daerah Perbatasan,
 PPK-LIPI, 2006

Keragaman etnis yang terdapat di Kota Batam juga tercermin dalam hasil survei. Responden dari rumah tangga terpilih di Kecamatan Batu Aji berasal dari berbagai suku antara lain Jawa, Minang, Melayu, Sunda dan lain-lain. Sedangkan responden di Kecamatan Entikong relatif homogen, yaitu Dayak dan Melayu. Semua responden yang terpilih di Dusun Sontas mengaku sebagai Suku Dayak, sedangkan mayoritas responden di Dusun Entikong yang sebagian besar beragama Islam mengaku sebagai Suku Melayu, hanya sebagian kecil yang mengaku Suku Dayak. Hal ini mungkin dipengaruhi oleh agama yang dianut. Menurut beberapa penduduk setempat, Suku Dayak yang

telah berpindah agama menjadi agama Islam, umumnya mengaku sebagai Suku Melayu.

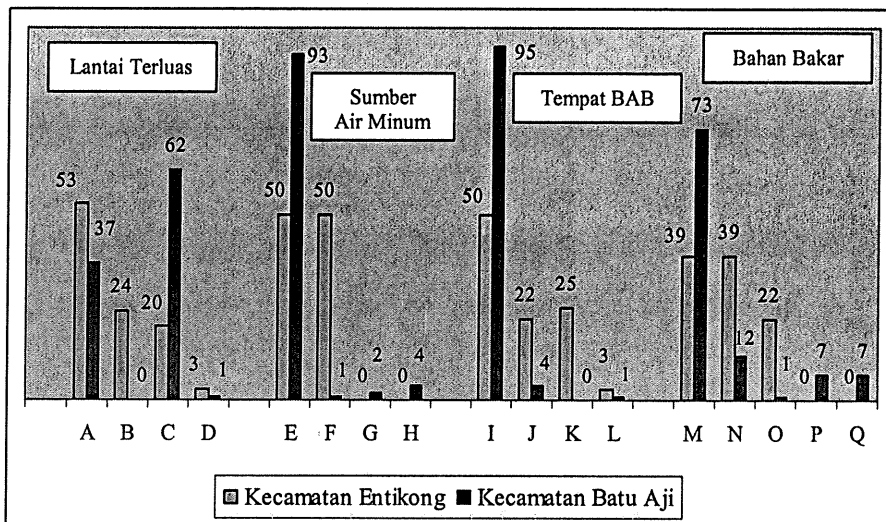
Selain kondisi sosio-demografi, kondisi kesehatan masyarakat juga berkaitan dengan kondisi tempat tinggal mereka. Dilihat dari status kepemilikan rumah, sebagian besar rumah tangga terpilih di dua kecamatan menempati rumah milik sendiri. Namun di Kecamatan Batu Aji proporsi mereka yang menempati rumah bukan milik sendiri cukup besar (20 persen). Status kepemilikan rumah sering dihubungkan dengan tingkat kesejahteraan penduduk. Masyarakat yang tinggal di rumah milik sendiri ditengarai lebih sejahtera dibanding dengan mereka yang tinggal bukan di rumah sendiri. Hal ini terlihat dari hasil penelitian dimana responden yang tinggal di rumah yang bukan milik sendiri biasanya tinggal menumpang atau menyewa di perumahan yang relatif sederhana. Beberapa responden di Batu Aji bahkan tinggal di perumahan liar yang cenderung kumuh dengan fasilitas sanitasi yang tidak memadai (kondisi tempat tinggal rumah tangga terpilih dalam penelitian ini selengkapnya dapat dilihat di Lampiran Tabel 7).

Dilihat dari kondisi perumahan di kedua daerah penelitian, terdapat perbedaan yang cukup mencolok (lihat Grafik 4.4). Kondisi perumahan rumah tangga terpilih di Kecamatan Batu Aji relatif lebih baik. Sebagian besar lantai rumah tempat tinggal responden adalah keramik dan sudah dilengkapi dengan fasilitas sumber air minum dari PAM dengan fasilitas buang air besar pribadi dengan *septic tank*. Kondisi ini sangat berbeda dengan di Entikong, di mana 50 persen responden mengatakan bahwa sumber air minum rumah tangganya berasal dari air sungai/hujan dan 25 persen masih menggunakan sungai sebagai tempat buang air besar. Kondisi ini umumnya dialami oleh penduduk di Dusun Entikong yang rumahnya berbatasan langsung dengan sungai. Hal ini cukup memprihatinkan, karena berdasarkan pengamatan beberapa rumah tangga yang secara fisik dapat dikatakan cukup mampu dan memiliki fasilitas parabola, masih menggunakan sungai sebagai tempat mencuci, mandi dan buang air besar. Ironisnya, dusun ini sangat berdekatan dengan puskesmas, bahkan beberapa pegawai puskesmas bertempat tinggal di dusun ini.

Grafik 4.4 juga menunjukkan persentase rumah tangga terpilih dalam penggunaan bahan bakar untuk memasak. Berbeda dengan kondisi perumahan, proporsi rumah tangga terpilih yang menggunakan gas sebagai bahan bakar memasak di Entikong jauh lebih tinggi (39 %) dibanding dengan rumah tangga terpilih di Batu Aji (12 %). Dari pengamatan di pusat perdagangan di Entikong dan Sekayam, bahan bakar gas, khususnya gas buatan petronas, Malaysia cukup banyak dijual di pasaran. Menurut beberapa narasumber di Entikong, masyarakat lebih suka membeli gas buatan

Malaysia karena kualitasnya lebih bagus dan isinya sesuai dengan yang tertera pada tabung. Sedangkan di Batu Aji harga gas relatif lebih mahal dibanding dengan harga di Jakarta, sehingga masyarakat cenderung menggunakan minyak tanah sebagai bahan bakar utama untuk memasak. Meskipun demikian proporsi mereka yang menggunakan kayu sebagai bahan masak utama di Kecamatan Entikong cukup tinggi (20%) dibanding dengan hanya 1 % di Batu Aji. Penggunaan kayu sebagai bahan utama untuk memasak tentu saja dapat mempengaruhi kondisi kesehatan anggota rumah tangga. Hal ini disebabkan karena bahan bakar kayu umumnya mengeluarkan asap yang cukup banyak, sehingga bila dihirup secara terus-menerus dapat menyebabkan gangguan pernafasan, khususnya pada bayi. Fasilitas PLN di kedua daerah penelitian sudah cukup memadai, sehingga sebagian besar rumah tangga terpilih menggunakan listrik dari PLN sebagai sumber penerangan.

Grafik 4.4
Kondisi Perumahan Rumah Tangga Responden
di Kecamatan Entikong dan Batu Aji, Tahun 2006 (Persentase)



Keterangan:

A=Semen/ubin	E= Air ledeng	I= Pribadi (<i>septic tank</i>)	M= Minyak tanah
B=Kayu/bambu	F= Air sungai/hujan	J= Pribadi (tidak ada <i>septic tank</i>)	N= Gas
C=Keramik	G= Sumur terlindung	K= Sungai	O= Kayu
D=Tanah	H= Sumur tak terlindung	L= Lainnya	P= Minyak tanah + gas
			Q= Listrik

Catatan: N Entikong=100, N Batu Aji=100

Sumber: Survei Kondisi Kesehatan Reproduksi di Daerah Perbatasan, PPK-LIPI, 2006

4.3 Kondisi Kesehatan Reproduksi Rumah Tangga Terpilih

4.3.1 Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)

Seperti yang telah disinggung pada Bab III, kondisi kesehatan ibu dan anak dipengaruhi oleh berbagai faktor yang dapat dikelompokkan kedalam faktor langsung dan tidak langsung. Faktor yang langsung mempengaruhi angka kematian ibu (AKI) diantaranya adalah perdarahan, infeksi, eklamsia, partus lama dan komplikasi. Sementara faktor yang langsung mempengaruhi angka kematian bayi (AKB) antara lain adalah jarak kelahiran, umur kelahiran, berat badan waktu lahir, gizi bayi dan morbiditas. Sedangkan faktor yang secara tidak langsung dapat mempengaruhi AKI dan AKB adalah pola pencarian pertolongan kesehatan yang dilakukan oleh ibu, khususnya selama kehamilan dan pada saat kelahiran dan pola pemberian asupan makanan pada bayi.

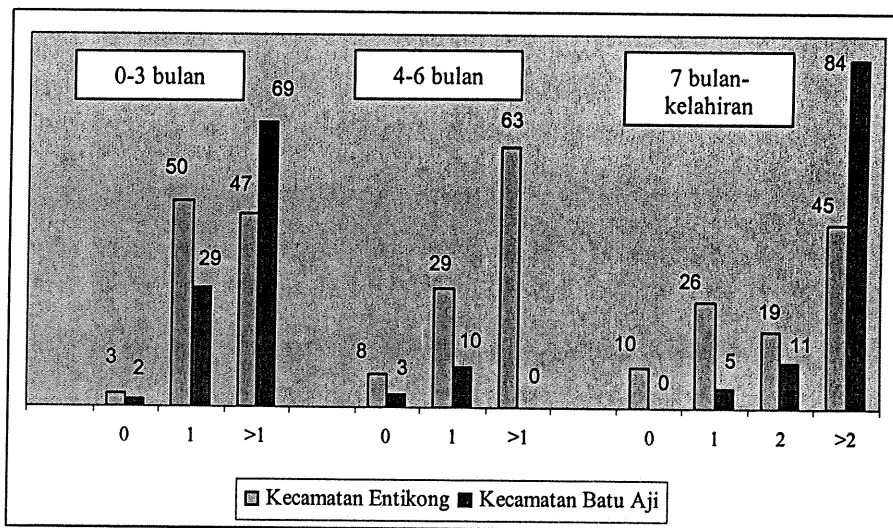
Pemeriksaan kehamilan merupakan salah satu hal yang dapat mendeteksi kondisi kesehatan ibu maupun janin yang ada di kandungan. Di dalam survei, responden ditanya mengenai pengalaman mereka pada waktu mengandung dan melahirkan anak terakhir saja, dengan demikian diharapkan responden masih dapat mengingat dengan baik pengalaman tersebut. Hasil survei rumah tangga menunjukkan bahwa sebagian besar responden memeriksakan kehamilan anak terakhir, paling tidak satu kali selama tiga bulan pertama masa kehamilan (selengkapnya dapat dilihat pada Lampiran Tabel 8). Pada trimester ketiga kehamilan, persentase pemeriksaan kehamilan ke tenaga kesehatan cenderung menurun, khususnya untuk kasus Kecamatan Entikong (lihat Grafik 4.5).

Di Kecamatan Entikong, pemeriksaan kehamilan hampir semuanya dilakukan oleh bidan dan hanya sebagian kecil dilakukan oleh dukun (bidan kampung). Tidak ada satupun yang melaporkan bahwa mereka memeriksakan kehamilannya ke dokter. Hal ini mungkin berkaitan dengan terbatasnya tenaga kesehatan, khususnya dokter. Pada waktu penelitian berlangsung di Kecamatan Entikong hanya ada satu orang dokter yang relatif masih baru. Sebelumnya puskesmas hanya dilayani oleh satu orang tenaga paramedis dan dua orang bidan. Oleh karena itu tidak mengherankan bila untuk penyakit-penyakit yang dianggap serius, sebagian masyarakat di Entikong lebih memilih pergi mencari pengobatan ke Serian daripada ke puskesmas. Minimnya fasilitas yang tersedia di Puskesmas Entikong, juga mempengaruhi minat masyarakat untuk mencari pengobatan di Serian. Dari wawancara terbuka dengan beberapa penduduk yang tinggal di Entikong diperoleh informasi bahwa sebagian masyarakat kecewa terhadap pelayanan kesehatan di puskesmas karena seringnya merujuk pasien ke rumah sakit di

Sanggau. Seperti yang di ungkapkan oleh seorang bapak yang baru saja memperoleh seorang cucu,

”Pelayanan di puskesmas sini tidak bagus, sedikit-sedikit kirim ke Sanggau. Waktu anak saya mau melahirkan, bidan di puskesmas mengatakan ada kelainan dan harus di bawa ke Sanggau, tapi dalam perjalanan ke Sanggau, masih di Sekayam anak saya sudah mau melahirkan jadi terpaksa dibawa ke Puskesmas Sekayam, dan ternyata anak saya bisa melahirkan dengan normal.”

Grafik 4.5
Pemeriksaan Kehamilan Anak Terakhir Responden
pada Trimester I, II, dan III di Kecamatan Entikong
dan Batu Aji, Tahun 2006 (Persentase)



Catatan: N Entikong=86, N Batu Aji=99

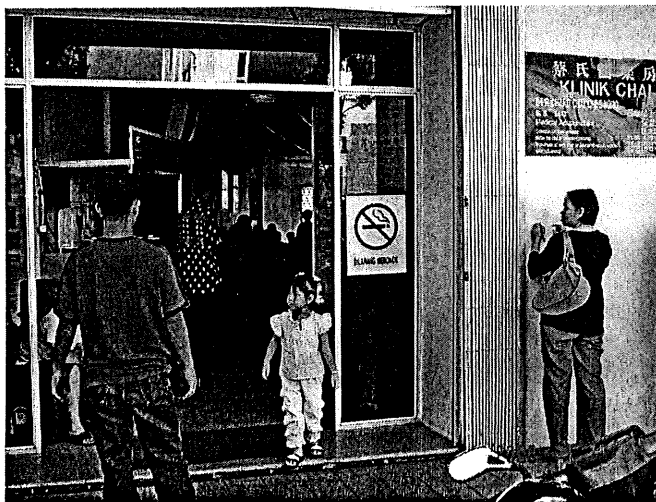
Sumber: Survei Kondisi Kesehatan Reproduksi di Daerah Perbatasan,
 PPK-LIPI, 2006

Responden lain mengatakan ia lebih suka berobat ke Serian dari pada ke puskesmas, karena biasanya kalau berobat ke puskesmas tidak sembuh-sembuh, sedangkan kalau ke Serian cukup datang satu kali sudah bisa sembuh. Alasan lain yang banyak diungkapkan oleh responden adalah cara pelayanan dokter di Serian lebih ramah dari pada pelayanan yang diperoleh di puskesmas maupun rumah sakit di Sanggau. Menurut seorang responden pelayanan kesehatan di rumah sakit di Sanggau maupun di Pontianak

biasanya mengutamakan uang jaminan, tanpa uang jaminan tidak dilayani. Hal yang berbeda berlaku di Malaysia, meskipun bukan warga negara Malaysia, penduduk Indonesia akan langsung dilayani tanpa mempersoalkan apakah membawa uang jaminan atau tidak.

Ada dua klinik di Serian yang sering disebut responden sebagai tempat berobat yaitu Klinik Chai dan Klinik Lee (lihat Gambar 4.6). Menurut informasi dari beberapa narasumber yang sering berobat ke klinik tersebut, dalam mengobati pasiennya, dokter tidak hanya menaruh perhatian terhadap aspek medisnya saja, namun juga memberikan perhatian terhadap kondisi sosial ekonomi pasien. Tarif sekali berobat di kedua klinik tersebut adalah sekitar RM 50 (atau sekitar Rp. 125.000,00), namun menurut beberapa narasumber, bila pasien mengatakan tidak punya uang, hanya diminta membayar semampunya. Letak kedua klinik ini saling berdekatan dan dilewati oleh angkutan umum yang berangkat dari Pos Lintas Batas di Tebedu. Dari segi kesehatan mudahnya akses ke Serian sangat menguntungkan penduduk yang membutuhkan pertolongan. Namun karena pos lintas batas hanya dibuka pada jam-jam tertentu (pukul 5 pagi sampai pukul 5 sore), dalam kondisi darurat diluar jam tersebut pelayanan kesehatan di Serian tidak dapat digunakan.

Gambar 4.1
Salah Satu Klinik di Daerah Serian yang Banyak Dikunjungi
Masyarakat Entikong



Sumber: Survei Kondisi Kesehatan Reproduksi di Daerah Perbatasan, PPK-LIPI, 2006

Banyaknya penduduk yang berobat ke Serian juga diakui oleh tenaga kesehatan di Puskesmas, namun mengingat fasilitas kesehatan yang minim, tidak banyak yang dapat dilakukan. Sebagai contoh puskesmas belum memiliki alat untuk USG, sehingga agak sulit untuk mendeteksi kondisi janin yang sebenarnya. Oleh karena itu untuk mengantisipasi risiko yang mungkin terjadi, bila ada kelainan langsung dirujuk ke Sanggau. Untuk itu puskesmas Entikong dilengkapi oleh satu unit mobil ambulans, namun tentu saja hal ini belum dapat mencukupi semua kebutuhan masyarakat.

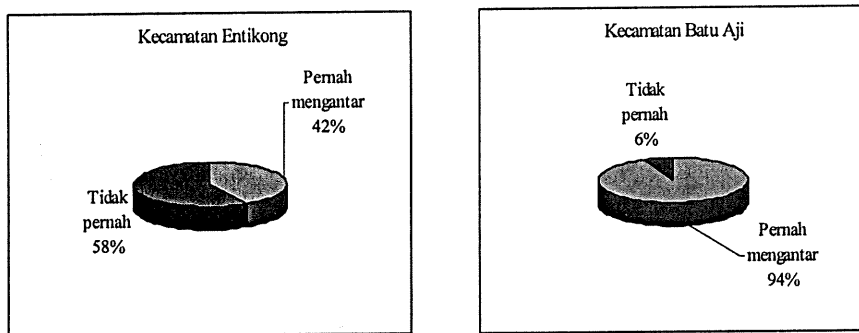
Responden di Batu Aji umumnya cenderung memeriksakan kehamilannya ke dokter dan tidak ada yang mengaku memeriksakan ke dukun. Hal ini mungkin dikarenakan sebagian rumah tangga terpilih di Batu Aji adalah karyawan yang mempunyai asuransi kesehatan sehingga mempunyai kemudahan untuk menggunakan fasilitas pelayanan yang diberikan oleh dokter. Permasalahan yang umum dikeluhkan oleh responden dalam mencari pelayanan kesehatan adalah masalah mahalnya ongkos angkutan. Bagi yang tidak mempunyai kendaraan pribadi, untuk menuju ke rumah sakit harus menggunakan taksi atau menyewa mobil dengan biaya yang cukup tinggi.

Peranan dukun beranak atau yang dikenal masyarakat Entikong sebagai 'bidan kampung' dalam menolong kelahiran sangat besar di Kecamatan Entikong, khususnya di Dusun Sontas. Meskipun sebagian besar responden memeriksakan kehamilan ke bidan, namun pada saat melahirkan hampir separuh dari responden di Kecamatan Entikong, khususnya mereka yang tinggal di Dusun Sontas menggunakan jasa dukun. Alasan yang sering dilaporkan adalah keterjangkauan biaya. Bila melahirkan dengan pertolongan bidan, maka biaya yang harus dikeluarkan paling sedikit adalah Rp. 500.000,00 suatu jumlah yang relatif besar untuk ukuran masyarakat desa. Sementara jika melahirkan dengan pertolongan dukun biayanya relatif kecil, cukup dengan Rp. 50.000,00 dan sehelai kain sarung. Selain itu ada juga responden yang mengatakan lebih memilih ditolong oleh dukun, karena bidan sering merujuk pasien ke Sanggau.

Di Dusun Sontas ada seorang dukun beranak yang berusia sekitar 60 tahun yang disebut masyarakat setempat sebagai bidan kampung. Menurut pengakuan dukun beranak tersebut ia telah beberapa kali mengikuti pelatihan yang diselenggarakan oleh dinas kesehatan. Dari wawancara terbuka diperoleh informasi bahwa kesadaran akan pentingnya sterilisasi pada waktu menolong kelahiran sudah sangat disadarinya. Peralatan yang digunakan untuk menolong kelahiran juga sudah mengikuti standar kesehatan. Selain itu dalam kasus-kasus tertentu, bila merasa kurang yakin akan kesehatan pasien, dukun tersebut mengaku selalu merujuk pasiennya ke bidan. Bahkan kadang kala ia didampingi bidan pada waktu menolong kelahiran.

Pada beberapa tahun belakangan ini, partisipasi suami dalam perawatan kesehatan ibu hamil menjadi salah satu prioritas program pemerintah. Partisipasi suami dalam pemeriksaan kehamilan di Kecamatan Batu Aji cukup besar. Lebih dari 90 persen responden mengatakan bahwa mereka pernah diantar oleh suami pada saat memeriksakan kehamilannya (lihat Grafik 4.6). Selain karena kesadaran yang cukup tinggi, hal ini kemungkinan juga dipengaruhi oleh penggunaan asuransi kesehatan yang umumnya menggunakan nama suami. Sedangkan di Kecamatan Entikong, hanya sekitar 40 persen responden yang mengaku pernah diantar oleh suaminya. Hal ini mungkin disebabkan karena adanya kepercayaan bahwa masalah kehamilan adalah urusan perempuan. Selain itu letak pemukiman rumah tangga terpilih yang relatif dekat dengan puskesmas maupun tempat praktek bidan ditengarai turut mempengaruhi rendahnya partisipasi suami di Entikong dalam mengantar istri memeriksakan kehamilannya.

Grafik 4.6
Partisipasi Suami dalam Pemeriksaan Kehamilan Responden
di Kecamatan Entikong dan Batu Aji, Tahun 2006 (Persentase)



Catatan: N Entikong=86, N Batu Aji=99

Sumber: Survei Kondisi Kesehatan Reproduksi di Daerah Perbatasan, PPK-LIPI, 2006

Kondisi kesehatan anak secara tidak langsung juga terkait dengan pemberian asupan makanan pada bayi. Pola pemberian makanan terhadap anak dipengaruhi oleh kondisi sosial ekonomi rumah tangga. Beberapa studi menunjukkan bahwa rumah tangga yang mempunyai pendapatan relatif tinggi cenderung mampu menyediakan makanan yang bergizi kepada anak-anaknya. Selain itu, faktor pendidikan juga sangat berpengaruh terhadap pola pemberian makanan pada anak. Dengan pendidikan yang memadai seorang ibu mengetahui mana makanan yang boleh dan tidak boleh diberikan kepada anak sesuai dengan umurnya. Selain itu, seorang ibu yang mempunyai

pendidikan relatif tinggi cenderung tidak mempercayai hal-hal yang bersifat tabu yang berkaitan dengan makanan bayi. Misalnya, dalam masyarakat Dayak di Kecamatan Entikong terdapat kepercayaan bahwa seorang ibu hamil dilarang untuk makan daging, dan ibu yang baru melahirkan tidak boleh mengkonsumsi beberapa jenis makanan, seperti telur, daging, dan beberapa jenis sayuran tertentu. Kepercayaan ini masih dipegang teguh oleh 'bidan kampung' dan selalu menganjurkan untuk menghindari makanan-makanan tersebut pada ibu-ibu yang ditolongnya. Namun dari hasil diskusi kelompok dengan kader-kader posyandu di Dusun Sontas diperoleh informasi bahwa kepercayaan ini tidak lagi diikuti oleh beberapa ibu-ibu, khususnya mereka yang berpendidikan relatif tinggi dan sudah berpikiran maju.

Salah satu asupan penting untuk pertumbuhan dan kecerdasan seorang bayi adalah air susu ibu (ASI), terutama yang pertama keluar dan berwarna kekuning-kuningan (*colostrum*). Hal ini dikarenakan *colostrum* mengandung zat gizi dan zat kekebalan yang diperlukan bayi. Hampir semua responden di kedua daerah memberikan ASI pada anak terakhir mereka (Lampiran Tabel 9). Jika di Batu Aji pemberian ASI hampir semuanya dilakukan pada tiga hari pertama setelah bayi dilahirkan, di Kecamatan Entikong sepertiga dari responden memberikan ASI setelah bayi berusia tiga hari. Hal ini karena adanya anggapan bahwa air susu yang keluar pada hari-hari pertama setelah bayi dilahirkan masih encer dan dianggap dapat menyebabkan gangguan kesehatan pada bayi seperti gatal-gatal. Seperti yang diungkapkan oleh 'bidan kampung' setempat:

"Kalau air susu ibu masih seperti air sungai berwarna kekuning-kuningan] jangan dikasih bayi, karena nanti bisa gatal-gatal, nanti kalau ASI sudah seperti susu baru dikasih ke bayi."

Selain itu, hampir separuh dari responden di Kecamatan Entikong memberikan ASI sampai anak berumur lebih dari tiga tahun. Hal ini dapat mempengaruhi gizi anak karena anak tersebut cenderung kurang dapat menerima asupan makanan padat yang diperlukan, sementara kualitas ASI setelah dua tahun menyusui cenderung menurun.

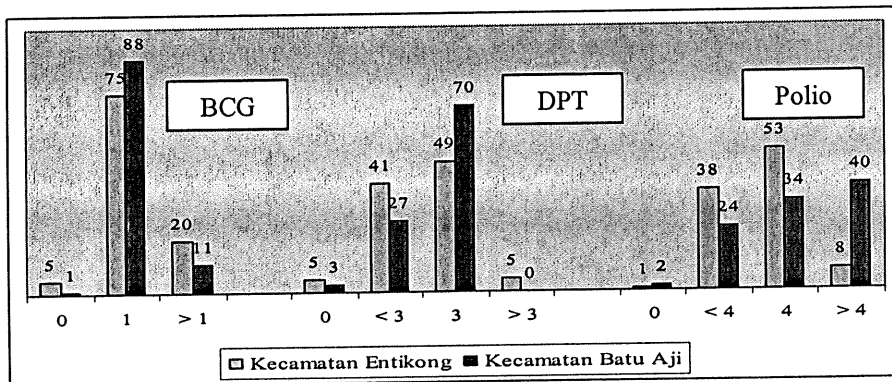
Pentingnya pemberian ASI eksklusif tampaknya kurang dipahami oleh responden di kedua daerah penelitian. Sekitar 50 persen responden di kedua daerah mengaku memberikan makanan padat kepada bayi sebelum berusia empat bulan. Hal ini sebenarnya tidak dianjurkan mengingat pemberian ASI eksklusif pada empat bulan pertama sangat diperlukan bagi perkembangan bayi. Selain itu, bila bayi sudah dikenalkan makanan-makanan padat pada

bulan-bulan pertama, akan berdampak negatif bagi sistem pencernaan bayi yang belum sempurna.

Faktor lain yang berpengaruh terhadap kondisi kesehatan anak adalah pemberian imunisasi. Hal ini penting untuk memberikan kekebalan tubuh anak terhadap beberapa penyakit infeksi. Hampir semua responden di kedua daerah penelitian mengaku memberikan imunisasi kepada anak terakhir mereka, meskipun jenis dan jumlah imunisasi yang diberikan tidak sesuai dengan ketentuan yang dianjurkan Depkes¹².

Hasil survei menunjukkan bahwa sebagian besar responden menyatakan anak terakhirnya pernah diberi imunisasi BCG. Sedangkan pemberian imunisasi DPT lengkap (3 kali) hanya dinyatakan oleh hampir separuh responden di Kecamatan Entikong (49 persen) dan dua per tiga responden (70 persen) di Kecamatan Batu Aji. Sementara untuk imunisasi polio, lebih dari separuh responden di kedua kecamatan menyatakan bahwa anak terakhirnya memperoleh imunisasi Polio lebih dari tiga kali (lihat Grafik 4.7). Hal ini kemungkinan besar karena adanya Pekan Imunisasi Nasional (PIN) yang diberikan selama lima putaran pada beberapa tahun terakhir.

Grafik 4.7
Pemberian Imunisasi Pada Anak Terakhir Responden
di Kecamatan Entikong dan Batu Aji, Tahun 2006 (Persentase)



Catatan: N Entikong=95, N Batu Aji=98

Sumber: Survei Kondisi Kesehatan Reproduksi di Daerah Perbatasan, PPK-LIPI, 2006

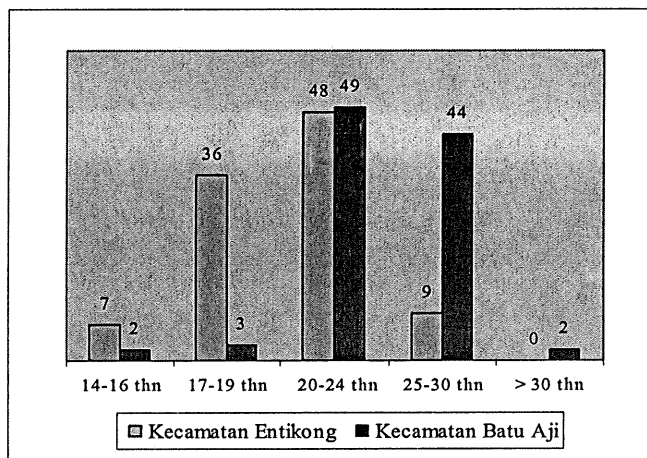
¹² Seorang anak dikatakan memperoleh imunisasi BCG, DPT dan Polio lengkap apabila ia mendapatkan satu kali imunisasi BCG pada umur 0-2 bulan, imunisasi DPT dan Polio sebanyak tiga kali pada saat anak berumur kurang dari enam bulan (pertama kali diberikan pada saat anak umur dua bulan, kedua pada umur tiga bulan dan ketiga pada umur empat bulan).

4.3.2 Keluarga Berencana (KB)

Salah satu program keluarga berencana dalam meningkatkan kualitas kesehatan reproduksi wanita adalah anjuran untuk meningkatkan usia kawin pertama menjadi 21 tahun untuk wanita dan berhenti melahirkan pada usia diatas 30 tahun, khususnya melahirkan anak pertama. Secara biologis kondisi ideal untuk melahirkan bagi seorang wanita adalah pada usia 20-30 tahun. Dengan demikian komplikasi kehamilan yang disebabkan oleh usia ibu yang terlalu muda atau terlalu tua dapat dihindari.

Di Entikong proporsi responden yang melahirkan anak pertama pada usia di bawah 19 tahun cukup tinggi (lihat Lampiran Tabel 10). Selain itu, dari hasil survei diperoleh informasi bahwa lebih dari 40 persen responden di kecamatan ini melahirkan anak pertama pada saat mereka berusia kurang dari 19 tahun, bahkan tujuh persen diantaranya melahirkan pada usia antara 14 dan 16 tahun. Sedangkan di Batu Aji lebih dari 93 persen responden melahirkan anak pertama pada usia ideal untuk melahirkan, yaitu antara 20 dan 30 tahun (lihat Grafik 4.8). Jika dilihat dari jumlah anak yang dilahirkan, sebanyak 12 persen responden di Kecamatan Entikong mengaku telah melahirkan lima orang anak atau lebih. Sedangkan di Kecamatan Batu Aji hanya seorang responden yang mengaku telah melahirkan lebih dari lima orang anak.

Grafik 4.8
Umur Responden Pada Saat Melahirkan Anak Pertama
di Kecamatan Entikong dan Batu Aji, Tahun 2006 (Persentase)



Catatan: N Entikong=100, N Batu Aji=100

Sumber: Survei Kondisi Kesehatan Reproduksi di Daerah Perbatasan, PPK-LIPI, 2006

Dari hasil wawancara diperoleh informasi bahwa kondom masih mempunyai konotasi negatif yang berhubungan dengan penjaja seks. Sementara di Kecamatan Entikong, kondom lebih tidak populer lagi. Selain sulit untuk mendapatkannya (tidak ada yang menjual atau memberikan secara cuma-cuma), konotasi negatif bahwa kondom hanya digunakan oleh orang-orang yang sering berhubungan seks dengan PSK sangat kuat. Sehingga ada kemungkinan bahwa responden mengatakan tidak pernah mendengar atau menggunakan kondom karena takut dianggap sebagai pelanggan pekerja seks.

Kendala lain yang ditemui di daerah penelitian adalah ketersediaan alat kontrasepsi. Pada dasarnya alat kontrasepsi dapat diperoleh secara cuma-cuma di Puskesmas bagi masyarakat miskin, namun biasanya jenis alat kontrasepsi yang dikirim ke puskesmas terbatas. Selain itu ada kalanya penyediaan alat kontrasepsi tersebut terlambat dan tidak sesuai dengan kebutuhan masyarakat sehingga untuk mendapatkan alat kontrasepsi yang diinginkan, masyarakat harus pergi ke praktek bidan atau dokter dengan mengeluarkan biaya. Hal lain yang juga banyak dikeluhkan masyarakat, khususnya di Kecamatan Entikong adalah tidak adanya petugas PLKB. Seperti telah disinggung pada bagian sebelumnya, berubahnya status BKKBN mengakibatkan terhapusnya peran PLKB. Di tingkat kecamatan peran tersebut dibebankan kepada puskesmas. Beberapa responden yang diwawancarai mengatakan tidak lagi menggunakan alat kontrasepsi karena sulit mendapatkan alat yang biasa digunakannya. Menurut mereka hal tersebut hampir tidak pernah terjadi pada waktu masih ada petugas PLKB. Hal ini diakui oleh narasumber di puskesmas. Selain masalah ketersediaan alat kontrasepsi, terbatasnya sumber daya manusia di puskesmas juga menjadi kendala. Tidak seperti PLKB yang secara aktif mengunjungi rumah-rumah masyarakat, petugas puskesmas cenderung pasif menunggu kunjungan. Sementara kegiatan posyandu lebih banyak pada kegiatan-kegiatan seperti penimbangan bayi dan imunisasi.

4.3.3 Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR)

Sebagaimana umumnya wilayah lain di Indonesia, data statistik mengenai kondisi kesehatan reproduksi remaja, khususnya mereka yang belum kawin di Kecamatan Entikong dan Batu Aji belum tersedia. Hal ini dapat dimaklumi, karena di tingkat nasional perhatian terhadap masalah kesehatan reproduksi remaja relatif masih baru dan belum sepenuhnya dilaksanakan. Hal ini diperparah lagi dengan masih adanya anggapan sebagian masyarakat dan orang tua bahwa mereka yang belum menikah tidak memerlukan pelayanan kesehatan reproduksi. Pada masa sekarang ini pelayanan terhadap

kesehatan reproduksi remaja, khususnya di kota-kota besar di Indonesia banyak dilakukan oleh LSM yang tentu saja mempunyai keterbatasan dalam penyediaan dana maupun sumber daya manusia.

Di tingkat nasional, perhatian pemerintah terhadap masalah kesehatan remaja pada dasarnya dimulai pada tahun 1994/1995 melalui penyediaan materi konseling kesehatan remaja dan pelayanan konseling di puskesmas. Namun pelaksanaan program tersebut sampai sekarang ini masih belum optimal. Hal ini dapat dilihat dari data BPS (bekerjasama dengan UNFPA, 2004) di beberapa provinsi yang menjadi binaan UNFPA yang menunjukkan hanya sedikit puskesmas yang menyediakan pelayanan kesehatan reproduksi remaja. Di Kabupaten Sanggau yang merupakan salah satu wilayah binaan UNFPA menunjukkan bahwa hanya 40 persen Puskesmas di wilayah ini yang memberi pelayanan kesehatan reproduksi remaja.

Perubahan status BKKBN di kedua daerah penelitian tampaknya juga berpengaruh terhadap program kesehatan reproduksi remaja di wilayah ini. Sebagaimana telah disinggung pada bagian sebelumnya, peranan BKKBN dalam mengembangkan program kesehatan reproduksi remaja cukup besar. Namun dengan perubahan status tersebut, beberapa program BKKBN, termasuk yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi remaja menjadi terbengkalai.

Dari wawancara dengan narasumber di Puskesmas Entikong maupun Pustu di Batu Aji, diperoleh informasi bahwa masalah yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi remaja belum menjadi program mereka. Menurut seorang narasumber di Puskesmas Entikong, sebenarnya sudah ada staf puskesmas yang dilatih, namun sampai sekarang belum ada kegiatan. Keterbatasan sarana dan prasarana serta sumber daya manusia sering dijadikan sebagai alasan untuk tidak menjadikan program tersebut sebagai prioritas. Hal ini cukup memprihatinkan mengingat remaja-remaja di Entikong dan Batu Aji rentan terhadap permasalahan kesehatan reproduksi seiring dengan merebaknya fenomena bisnis pelacuran terselubung dan perdagangan perempuan di kalangan remaja di kedua wilayah ini.

Dalam penelitian ini, mengingat kecilnya jumlah rumah tangga yang dijadikan subjek penelitian, informasi mengenai kondisi dan pengetahuan remaja mengenai kesehatan reproduksi tidak ditanyakan di dalam survei. Namun dari wawancara terbuka dengan beberapa kalangan, termasuk bidan kampung di Entikong dan beberapa LSM di Batam diperoleh informasi bahwa kasus kehamilan di luar nikah di kalangan remaja bukanlah merupakan hal yang langka. Menurut bidan kampung di Entikong, dalam satu tahun terakhir ini saja dia telah menolong tiga orang remaja yang belum

menikah melahirkan anaknya. Umur remaja tersebut berkisar antara 16-19 tahun. Menurut narasumber, remaja-remaja tersebut umumnya bekerja di cafe-cafe yang akhir-akhir ini menjamur di wilayah dekat pos lintas batas Entikong. Hal yang hampir sama juga ditemui di Kota Batam. Dari wawancara dengan beberapa LSM di Kota Batam, diperoleh informasi bahwa kasus IMS banyak ditemukan di kalangan remaja pendatang yang bekerja sebagai buruh pabrik. Hal ini ditengarai berkaitan dengan fenomena adanya buruh pabrik yang mempunyai pekerjaan sampingan sebagai pekerja seks terselubung. Meskipun tidak ada data resmi, namun dari beberapa penelitian diketahui bahwa kehamilan yang tidak dikehendaki di kalangan remaja sering berakibat terhadap aborsi, yang umumnya dilakukan dengan cara tidak profesional.

Kondisi ini diperparah dengan minimnya pengetahuan remaja tentang kesehatan reproduksi. Dari bincang-bincang dengan beberapa remaja di daerah penelitian diperoleh kesan bahwa pengetahuan mereka terhadap masalah-masalah yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi seperti masa subur, konsepsi, alat kontrasepsi dan gejala-gejala IMS masih sangat terbatas. Oleh karena itu keberadaan pelayanan konseling kesehatan reproduksi remaja di puskesmas, baik di Kecamatan Entikong maupun Batu Aji, sangat dibutuhkan.

4.3.4 Pencegahan dan Penanggulangan Infeksi Menular Seksual (IMS) termasuk HIV/AIDS.

Kebijakan yang berkaitan dengan penanganan Infeksi Menular Seksual (IMS) secara nasional lebih difokuskan kepada penanggulangan HIV/AIDS, terlihat dari terbentuknya Komisi Penanggulangan AIDS (KPA). Oleh karena itu, program yang ada langsung ditujukan untuk penanggulangan HIV/AIDS. Sementara data dan informasi yang berkaitan dengan IMS baik di tingkat nasional maupun daerah masih sangat kurang. Kondisi ini juga tergambar di Kabupaten Sanggau dan Kota Batam, di mana informasi mengenai IMS tidak tersedia.

Seperti yang telah dibahas pada Bab III, kasus HIV/AIDS telah ditemukan di Kabupaten Sanggau dan Kota Batam. Meskipun dilihat dari jumlah kasus masih relatif rendah, namun bila dilihat dari peningkatan jumlahnya dari tahun ke tahun sangat pesat. Data dari Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Barat per Mei 2005 menunjukkan bahwa jumlah kasus HIV di seluruh Provinsi Kalimantan Barat sebesar 188 kasus. Kasus HIV tertinggi terdapat di Kota Pontianak diikuti dengan Kota Singkawang dengan jumlah kasus berturut-turut adalah 80 dan 41 kasus. Di Kabupaten Sanggau terdapat

sebanyak 6 orang yang terdeteksi HIV. Sementara itu data dari *sero survey* di lokasi berisiko di Kabupaten Sanggau ditemukan hanya ada dua kasus HIV.

Kasus HIV/AIDS di Kota Batam jauh lebih tinggi dibandingkan dengan Kabupaten Sanggau. Menurut data dari Dinas Kesehatan Kota Batam, secara kumulatif kasus HIV di Kota Batam sampai bulan Desember 2005 sebesar 274 kasus. Hasil *sero survey* sentinel dan non sentinel yang dilakukan di Teluk Pandan, Tanjung Uncang dan Mat Belanda, Belakang Padang menunjukkan bahwa prevalensi HIV di dua lokasi tersebut sebesar 14,8 persen. Sedangkan kasus AIDS hingga bulan Desember tahun 2005 telah mencapai 135 kasus. Peningkatan kasus AIDS yang cukup tajam terjadi sejak tahun 2003, dari 48 kasus menjadi 274 kasus.

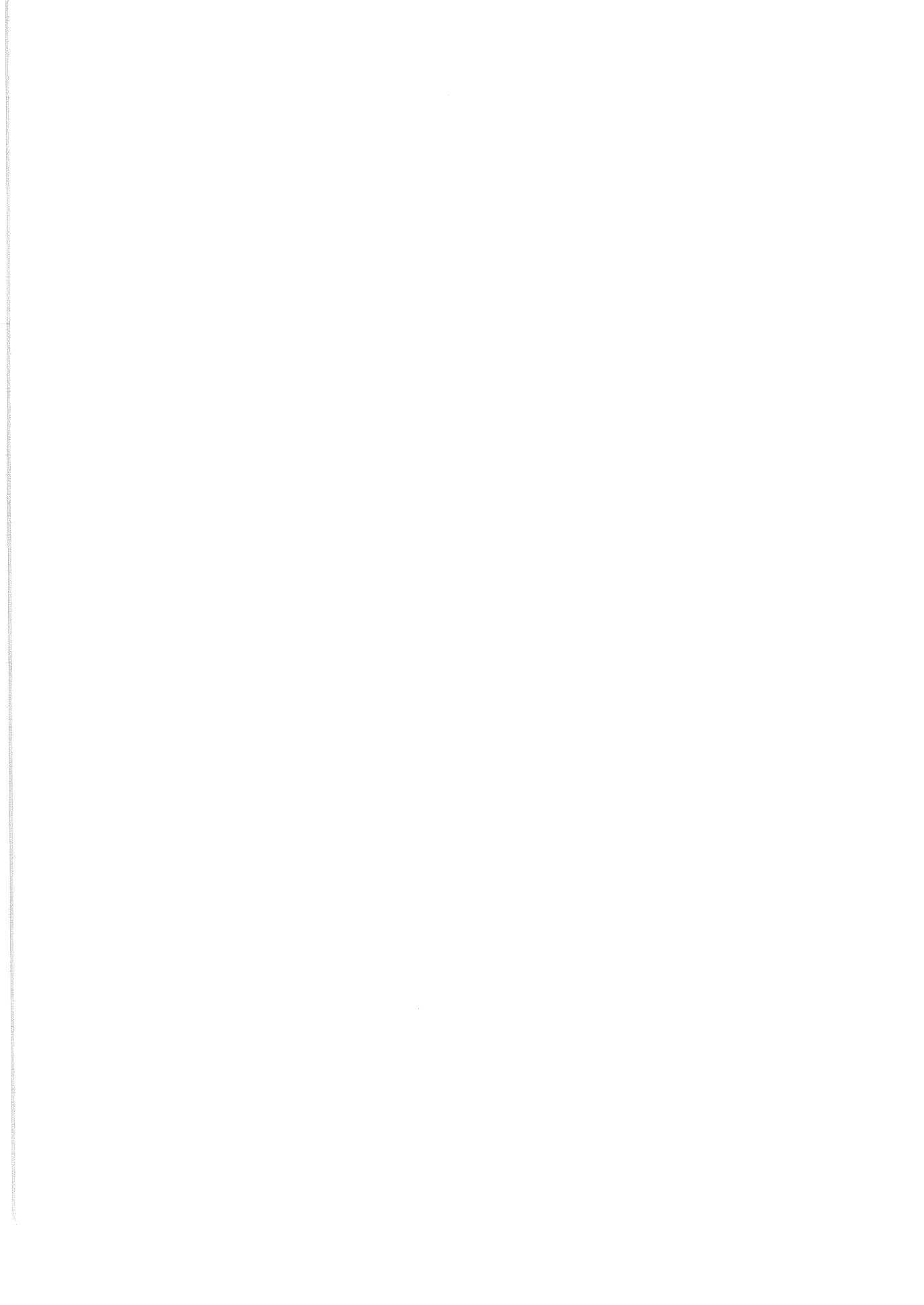
Kondisi tersebut cukup memprihatinkan, mengingat program penanggulangan dan pencegahan IMS dan HIV/AIDS di kedua daerah cenderung masih dilakukan oleh LSM. Peranan pemerintah masih terbatas pada pelaksanaan program penyuluhan dan konseling yang jangkauannya terbatas pada kelompok yang berisiko tinggi. Sementara data di Puskesmas Entikong menunjukkan bahwa kasus IMS telah ditemukan di kalangan ibu rumah tangga, demikian juga hal di Kota Batam. Data di kota Batam bahkan menunjukkan bahwa kasus HIV/AIDS telah terdeteksi di kalangan ibu rumah tangga. Mengingat bahwa kasus IMS dan HIV/AIDS biasanya merupakan fenomena gunung es, dimana kasus yang tidak terdata pada dasarnya jauh lebih besar dari yang muncul, maka masalah penanggulangan IMS dan HIV/AIDS sudah seharusnya segera ditangani dengan lebih bersungguh-sungguh.

Dari wawancara dengan beberapa narasumber di puskesmas, kesadaran akan pentingnya pemeriksaan IMS terhadap ibu hamil, baik mereka yang berisiko tinggi maupun yang tidak berisiko sudah ada. Namun kendala yang umumnya dikeluhkan adalah ketidaktersediaan laboratorium yang dapat digunakan untuk melakukan test. Selama ini, kasus IMS yang ditemukan hanya berdasarkan gejala-gejala yang dilihat dan telah dirasakan. Dengan metode ini diakui banyak kasus IMS yang tidak terdeteksi mengingat beberapa penyakit IMS pada stadium awal, khususnya pada wanita tidak menimbulkan gejala (IWHC, 1991:3).

Isu IMS juga muncul di kalangan remaja, khususnya di Kota Batam. Kasus yang banyak terjadi adalah keputihan, GO dan syphilis. Kasus-kasus IMS tersebut terutama terjadi di kalangan perempuan pekerja seks (PPS) dan para buruh wanita. Informasi dari narasumber yang mengelola klinik IMS menunjukkan bahwa gejala IMS yang sangat tinggi kasusnya adalah keputihan. Namun berhubung penyakit IMS merupakan penyakit yang sering

dihubungkan dengan seks bebas, sebagian besar penderita IMS enggan untuk berobat ke dokter. Umumnya mereka melakukan pengobatan sendiri dengan menggunakan jamu tradisional dan antibiotik yang dibeli secara bebas di pasaran. Bila pengobatan sendiri tersebut tidak berhasil, barulah mereka datang ke klinik. Hal ini tentu saja mempersulit pengobatan, mengingat penggunaan antibiotik yang berlebihan dapat menyebabkan resistensi terhadap antibiotik biasa digunakan untuk mengobati IMS. Antibiotik yang biasa dibeli di pasar bebas adalah *amoxicillin*, oleh karena itu tidak sedikit pasien yang datang berobat ke klinik resisten terhadap antibiotik jenis ini.

Selain itu, kecenderungan untuk mengobati sendiri penyakit IMS juga dapat meningkatkan risiko terhadap HIV/AIDS. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa pengobatan penyakit seksual menular seperti GO dan Syphilis yang tidak tuntas, dapat meningkatkan risiko terkena HIV/AIDS. Konotasi negatif terhadap penggunaan kondom juga memberi masalah tersendiri terhadap penanggulangan IMS dan HIV/AIDS. Sampai pada saat ini, kondom masih merupakan satu-satunya cara yang paling efektif terhadap pencegahan IMS dan HIV/AIDS, khusus terhadap mereka yang berhubungan seks dengan pasangan yang berganti-ganti.



BAB V

DISKUSI DAN GAGASAN

Selama ini wilayah perbatasan dianggap seperti wilayah daerah terpencil, sehingga kebijakan atau program-program kesehatan yang ada untuk wilayah perbatasan juga disamaratakan dengan daerah terpencil. Padahal, selain keterbatasan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan seperti yang dialami oleh sebagian besar wilayah perbatasan, persoalan kesehatan khususnya kesehatan reproduksi di wilayah perbatasan lebih kompleks. Wilayah perbatasan merupakan tempat transit bagi orang yang akan menuju atau datang dari negara tetangga. Dengan demikian kontrol terhadap para pelintas batas khususnya di bidang kesehatan seharusnya perlu diperkuat. Hal ini mengingat fasilitas keimigrasian di pintu perbatasan cenderung terbatas, khususnya yang menyangkut masalah karantina. Di pintu perbatasan Entikong misalnya, pelayanan karantina tampaknya belum berjalan secara maksimal. Pemeriksaan kesehatan bagi penduduk yang akan bepergian maupun datang dari Malaysia tidak dilakukan secara cermat. Padahal, kemungkinan para migran itu tertular atau menularkan penyakit dapat saja terjadi. Seiring dengan meningkatnya perhatian pemerintah terhadap perbatasan yang juga melihat pentingnya pendekatan kesejahteraan (*prosperity approach*), pembangunan kesehatan, khususnya kesehatan reproduksi menjadi penting sebagai bagian dari pembangunan sumber daya manusia.

Selain dikenal sebagai tempat transit mobilitas penduduk dan wilayah tertinggal dalam pembangunan, daerah perbatasan mempunyai kemudahan untuk mengakses sarana dan prasarana di negara tetangga, termasuk sarana kesehatan. Ketersediaan sarana dan prasarana kesehatan di negara tetangga cenderung lebih baik bila dibandingkan dengan kondisi di wilayah perbatasan kita. Konsekuensinya, masyarakat cenderung untuk memanfaatkan fasilitas tersebut daripada pelayanan kesehatan yang sudah disediakan oleh negaranya. Hal ini dipermudah dengan sarana dan prasana transportasi yang juga lebih memadai untuk menuju negara lain. Di satu pihak, kemudahan akses ini menguntungkan masyarakat karena dapat memilih pelayanan kesehatan yang lebih baik. Namun di lain pihak, masyarakat cenderung lebih berorientasi ke pelayanan kesehatan yang disediakan oleh negara lain. Selain itu, tuntutan masyarakat akan pelayanan kesehatan di wilayah perbatasan semakin tinggi. Hal ini tentu menjadi tantangan tersendiri bagi pemerintah untuk penyediaan pelayanan kesehatan yang lebih memadai.

Studi ini menunjukkan bahwa permasalahan kesehatan reproduksi di daerah perbatasan bukan hanya berkaitan dengan masalah ketertinggalan pembangunan, seperti pandangan publik selama ini. Pada kenyataannya isu kesehatan reproduksi di daerah perbatasan jauh lebih kompleks. Selain masalah ketertinggalan pembangunan, wilayah perbatasan juga menghadapi persoalan mobilitas penduduk yang erat kaitannya dengan isu kependudukan seperti masalah kesehatan dan ketenagakerjaan. Kompleksnya permasalahan ini semakin bertambah dengan belum optimalnya perhatian pemerintah khususnya pemerintah daerah setempat terhadap permasalahan kesehatan reproduksi. Padahal, pembangunan kesehatan reproduksi pada dasarnya merupakan suatu pembangunan sumberdaya manusia dengan tujuan utama terciptanya suatu masyarakat yang semakin sehat, berkualitas dan produktif (Utomo, dkk, 2005: 1). Kurangnya perhatian pemerintah terhadap masalah kesehatan reproduksi di wilayah perbatasan kemungkinan disebabkan kurangnya informasi yang komprehensif tentang kompleksnya permasalahan kesehatan reproduksi di wilayah perbatasan.

Dalam kaitannya dengan empat komponen kesehatan reproduksi atau yang dikenal dengan paket pelayanan kesehatan reproduksi esensial (PKRE), secara umum kondisi di kedua daerah dapat disimpulkan sebagai berikut:

Kesehatan Ibu dan Anak

Mengingat karakteristik daerah yang berbeda antara Kota Batam dan Kabupaten Sanggau, kondisi kesehatan reproduksi di kedua daerah juga berbeda. Hal ini tercemin dari perbedaan derajat kesehatan ibu seperti yang tergambarkan dengan adanya angka kematian ibu, kasus-kasus ibu hamil dengan risiko tinggi maupun pemanfaatan pelayanan kesehatan baik untuk pemeriksaan antenatal maupun pertolongan persalinan. Dilihat dari fasilitas pelayanan, telah disebutkan sebelumnya bahwa pelayanan kesehatan untuk ibu dan anak di Kecamatan Batu Aji, Kota Batam cukup memadai. Selain terdapat puskesmas pembantu di setiap kelurahan, ada pula puskesmas, RSUD Tipe D dan juga beberapa bidan dan dokter praktek swasta. Masyarakat mempunyai kemudahan untuk menggunakan jasa rumah sakit karena sebagian besar masyarakat (responden) mempunyai asuransi jaminan kesehatan.

Sementara pelayanan untuk kesehatan ibu dan anak di Kecamatan Entikong sangat terbatas. Puskesmas yang ada belum mempunyai fasilitas rawat inap, selain tenaga kesehatan dan peralatan gawat darurat obstetri yang relatif terbatas. Padahal, komplikasi obstetri yang mengancam keselamatan ibu seringkali tidak dapat diprediksi, sehingga pelayanan kesehatan ibu yang berkualitas seharusnya dapat dijangkau secara luas dan cepat (Depkes dan

WHO, 2003: 20). Selain peralatan yang kurang memadai, kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh petugas kesehatan juga dianggap masih belum optimal. Kondisi geografis yang cukup sulit untuk dijangkau di beberapa desa di kecamatan ini tentunya juga merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kondisi pelayanan kesehatan ibu dan anak. Masyarakat setempat pada umumnya memanfaatkan fasilitas puskesmas untuk pemeriksaan antenatal saja, sementara untuk persalinan dan perawatan nifas pada umumnya masih mengandalkan pada tenaga bidan dan dukun. Keterbatasan fasilitas, tenaga kesehatan dan letak geografis tampaknya merupakan penyebab mengapa dukun sangat berperan dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu dan anak di daerah ini. Selain itu, keterjangkauan dana juga sering dijadikan alasan mengapa masyarakat lebih memilih dukun untuk menolong proses persalinan mereka. Hal ini terlihat dari beberapa kasus yang ditemukan di Dusun Sontas, di mana sebetulnya secara geografis letak dusun ini relatif dekat dengan fasilitas kesehatan.

Selama persalinan berlangsung normal tentunya tidak menimbulkan keawatiran yang berarti, namun bila terjadi komplikasi maka tidak ada pilihan lain kecuali dikirim ke Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kabupaten Sanggau. Padahal, untuk menjangkau rumah sakit tersebut diperlukan banyak waktu, biaya dan moda angkutan umum yang memadai. Selain itu, ketersediaan tenaga ahli (dokter spesialis) kandungan yang ada di RSUD Sanggau nampaknya juga relatif terbatas. Dengan situasi semacam ini tidak mengherankan apabila sebagian masyarakat memilih untuk mencari pertolongan ke klinik atau rumah sakit di Serian, Sarawak yang dapat dijangkau dengan mudah baik dari segi transportasi maupun biaya pelayanan. Masalahnya adalah, pintu perbatasan ditutup pada jam lima sore. Hal ini tentunya sangat menyulitkan bagi masyarakat apabila memerlukan pertolongan emergensi di atas jam tersebut. Sementara untuk membuka pintu perbatasan di atas jam lima sore bukan sesuatu yang mudah karena ketentuan tersebut berada di tingkat negara. Keterbatasan pelayanan kesehatan untuk ibu dan anak perlu segera diatasi mengingat masih tingginya jumlah ibu hamil yang berisiko tinggi di Kecamatan Entikong pada khususnya, dan tingginya AKI di Kabupaten Sanggau pada umumnya (lihat Bab III).

Kondisi kesehatan reproduksi di Kota Batam relatif lebih baik dibandingkan dengan Kabupaten Sanggau. Permasalahan kesehatan reproduksi yang masih muncul di Kota Batam adalah masih ditemukannya kasus balita gizi buruk di beberapa wilayah, terutama di pulau-pulau yang sarana dan prasarana kesehatannya masih minim dan tingginya kasus-kasus ibu hamil risiko tinggi (risti).

Kebijakan pemerintah dalam menangani masalah kesehatan di wilayah perbatasan dengan meningkatkan fasilitas kesehatan seperti pembangunan rumah sakit, sarana kesehatan serta penambahan jumlah dokter dan tenaga medis (Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, 2004: 21) merupakan salah satu upaya yang patut dihargai. Hanya saja, hal ini juga harus didukung dengan peningkatan kualitas tenaga kesehatan dan peralatan medis yang memadai. Selain itu, tenaga kesehatan dituntut untuk mampu memberikan pelayanan yang memadai terutama di daerah-daerah yang secara geografi sulit dijangkau. Meskipun fasilitas kesehatan sudah dibangun dengan segala peralatan dan tenaga medis yang berkualitas, namun apabila aksesibilitas penduduk terhadap fasilitas tersebut masih sulit, tidak menutup kemungkinan jika kasus-kasus ibu hamil risiko tinggi akan terus bertambah dan angka kematian ibu melahirkan akan sulit untuk diturunkan.

Seperti telah disinggung pada bab sebelumnya, kondisi kesehatan reproduksi di Kabupaten Sanggau masih cukup memprihatinkan terutama bila dilihat dari angka kematian Ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB). Banyak faktor yang ditengarai mempengaruhi tingginya AKI dan AKB di Kabupaten Sanggau. Faktor tersebut diantaranya adalah kondisi geografis yang berbukit-bukit dengan sarana transportasi yang masih minim dan belum meratanya tenaga kesehatan di pusat-pusat pelayanan kesehatan masyarakat, terutama di daerah yang relatif terpencil. Tidak meratanya petugas kesehatan ditambah dengan minimnya transportasi mengakibatkan ibu hamil, terutama ibu hamil risti tidak mendapat pertolongan yang memadai. Data menunjukkan bahwa proporsi kelahiran yang ditolong oleh petugas kesehatan di Kabupaten Sanggau sangat rendah, hanya sekitar 54 persen. Minimnya tenaga kesehatan, luasnya cakupan wilayah yang harus dilayani dan terbatasnya transportasi menjadi kendala dalam melakukan sosialisasi tentang pentingnya melakukan upaya kesehatan sebelum dan sesudah melahirkan seperti: imunisasi, pemberian tablet Fe, pemeriksaan kehamilan dan pengenalan tanda-tanda kehamilan yang berisiko.

Terbatasnya prasarana dan sarana kesehatan di Kabupaten Sanggau, terutama di wilayah perbatasan Kecamatan Entikong berkaitan dengan letak geografis yang bergunung-gunung dengan sarana transportasi yang masih minim. Sebagian besar desa-desa yang berada di Kecamatan Entikong terletak di pedalaman yang hanya dapat dijangkau dengan alat transportasi sungai. Fasilitas transportasi sungai yang menghubungkan desa-desa dengan ibukota kecamatan sangat terbatas, yaitu perahu rakyat yang tidak secara rutin beroperasi. Untuk menuju ke desa-desa pedalaman tersebut harus menyewa perahu dengan biaya yang cukup mahal. Letak geografis dengan sarana transportasi yang terbatas dan pemukiman yang berpencar mengakibatkan

sulitnya menempatkan fasilitas kesehatan yang strategis dan mudah dijangkau oleh masyarakat. Di samping itu, keterpencilan wilayah mengakibatkan tenaga kesehatan yang ditempatkan sering mengalami pergantian karena beberapa diantaranya meminta pindah ke daerah yang tidak terpencil.

Akses terhadap fasilitas kesehatan yang terbatas karena kendala transportasi dan belum memadainya tenaga kesehatan yang ada di wilayah perbatasan ditengarai telah berpengaruh terhadap tingginya AKI dan AKB di Kabupaten Sanggau karena adanya tiga keterlambatan (3T). Seperti yang disampaikan oleh Thaddeus dan Maine, 1990 (dikutip dalam Cholil dkk, 1998: 39) bahwa salah satu faktor utama yang menyebabkan tingginya AKI adalah adanya tiga keterlambatan: terlambat menentukan pencarian pertolongan, terlambat sampai ke tempat pelayanan kesehatan dan terlambat mendapat pertolongan oleh tenaga kesehatan yang memadai. Terlambat yang kedua dan ketiga, yaitu terlambat sampai ke tempat pelayanan dan terlambat mendapatkan pertolongan oleh tenaga kesehatan yang memadai sangat terkait dengan minimnya dan mahalanya transportasi menuju ke Pustu, Puskesmas dan Rumah Sakit. Sedangkan keterlambatan yang pertama, yaitu terlambat menentukan pencarian pertolongan dipengaruhi oleh faktor sosial budaya, seperti adanya kebiasaan masyarakat yang cenderung lebih mempercayai dukun sebagai penolong persalinan. Keterbatasan pengetahuan masyarakat dalam memahami kondisi ibu hamil yang mempunyai risiko tinggi untuk melahirkan seperti darah tinggi dan anemia yang perlu mendapat pertolongan melahirkan dari tenaga kesehatan juga mengakibatkan keterlambatan memutuskan untuk minta bantuan tenaga kesehatan.

Adanya kendala transportasi dalam mendapatkan pelayanan kesehatan lanjutan (rujukan ke RSUD Sanggau yang memerlukan waktu tiga jam perjalanan dengan kondisi jalan yang rusak) dan terbatasnya tenaga kesehatan di Kecamatan Entikong, mengakibatkan masyarakat cenderung lebih memilih untuk mendapatkan pelayanan kesehatan ke Serian, Malaysia. Di Serian, Malaysia masyarakat mendapat pelayanan kesehatan sama dengan warga Malaysia dengan biaya yang tidak terlalu mahal.

Keluarga Berencana (KB)

Data Susenas 2004 menunjukkan bahwa lebih dari 60 persen pasangan usia subur (PUS) baik di Kabupaten Sanggau maupun Kota Batam pernah menggunakan alat kontrasepsi. Bila dilihat dari persentase penggunaan alat kontrasepsi nampaknya cukup baik. Tingginya persentase peserta KB kemungkinan besar adalah penduduk yang tinggal di wilayah yang dekat dengan pusat pemerintahan atau yang relatif dekat dengan tempat pelayanan.

Masalahnya adalah, pasangan usia subur yang tinggal di daerah-daerah pedalaman yang secara geografis sulit dijangkau kemungkinan besar tidak menggunakan alat kontrasepsi. Mereka inilah yang perlu lebih diperhatikan mengingat masih adanya kecenderungan untuk kawin pada usia muda dan melahirkan anak dalam jumlah yang relatif besar.

Masih tingginya persentase perempuan yang melahirkan di bawah usia 20 tahun merupakan tantangan bagi pelayanan keluarga berencana. Kendatipun demikian, permasalahan yang kemungkinan muncul adalah berkaitan dengan keberlangsungan penggunaan alat kontrasepsi oleh para akseptor KB tersebut. Desentralisasi BKKBN yang mulai efektif diberlakukan pada awal tahun 2004 kemungkinan besar akan berpengaruh. Hal ini dikarenakan tidak adanya kelembagaan KB di kedua daerah. Di Kabupaten Sanggau, kelembagaan KB belum jelas strukturnya, masih menunggu keputusan bupati sementara staf dari BKKBN sebelumnya sudah banyak yang diangkat menjadi staf di instansi lain. Sementara di Kota Batam, posisi kelembagaan KB hanya di eselon empat dengan jumlah personil yang sangat tidak memadai. Menurunnya pelayanan KB karena ketiadaan tenaga lapangan (PLKB) di kedua daerah sudah mulai dirasakan oleh sementara penduduk. Keberadaan PLKB yang merupakan ujung tombak keberhasilan program KB perlu dipikirkan kembali, dan keputusan pemerintah pusat untuk mengangkat kembali PLKB perlu disikapi dengan bijaksana.

Mengingat tingginya mobilitas penduduk di wilayah perbatasan, kemungkinan pendatang baru di wilayah tersebut memerlukan informasi maupun pelayanan terkait dengan keluarga berencana. Selama ini, target pelayanan cenderung dilakukan berdasarkan jumlah penduduk yang ada di wilayah tersebut. Dengan demikian, kemungkinan pendatang yang belum memiliki identitas lokal akan terabaikan. Padahal, sebagian pendatang di wilayah perbatasan kemungkinan merupakan peserta KB. Oleh karena itu, dibutuhkan informasi yang memadai tentang pelayanan keluarga berencana kepada pendatang termasuk pendatang kelompok miskin yang kemungkinan tidak mempunyai asuransi kesehatan keluarga miskin (askeskin)

Selain itu, rendahnya penggunaan kondom sebagai alat kontrasepsi pria perlu juga dicermati. Apalagi, mengingat fungsi kondom sebagai *dual protection* (pelindung ganda) selain untuk kontrasepsi juga untuk melindungi dari penularan infeksi menular seksual. Mengingat kondisi perbatasan yang memungkinkan terjadinya penularan infeksi tersebut perlu adanya tindakan untuk lebih mempromosikan kondom, tidak hanya sebagai alat kontrasepsi tetapi juga untuk melindungi dari IMS. Merubah pandangan masyarakat bahwa keluarga berencana adalah bukan hanya urusan perempuan dan

kondom tidak identik dengan hubungan seks bebas, tentunya merupakan tantangan bagi pemberi layanan keluarga berencana.

Kesehatan Reproduksi Remaja(KRR)

Seperti telah diuraikan pada bab sebelumnya, salah satu isu yang muncul berkaitan kesehatan reproduksi remaja adalah maraknya perilaku berisiko di kalangan remaja. Hal ini tentu membawa dampak terhadap kesehatan reproduksi remaja tersebut, salah satunya adalah hamil yang tidak diinginkan (KTD). Akibatnya, remaja yang mengalaminya cenderung mencari pemecahan masalah dengan cara menggugurkan kandungan (*induced abortion*) secara ilegal. Dengan tindakan aborsi ilegal akan berakibat pada tingginya kejadian infeksi yang berpengaruh pada kesehatan reproduksi kesehatan remaja tersebut. Padahal, kesehatan remaja wanita mempunyai dampak nyata pada status kesehatannya sebagai wanita dewasa dan kapasitasnya sebagai calon ibu. (Iskandar, dkk, 1996: 15). Selain itu, remaja juga rentan terhadap terjangkitnya penyakit infeksi menular seksual (IMS) termasuk HIV/AIDS. Isu lain yang terkait dengan kesehatan remaja yang ditengarai muncul di wilayah perbatasan adalah perdagangan remaja seperti yang terjadi di pintu perbatasan Entikong. Meskipun belum ada data yang menunjukkan besaran kasus, namun fenomena remaja yang dijadikan pemuas seksual mulai berkembang. Beberapa remaja dijadikan sebagai pelayan seksual bagi laki-laki padahal pada mulanya mereka dijanjikan untuk dipekerjakan di toko-toko.

Adanya fenomena perilaku seks pranikah dan kehamilan pranikah sudah mulai muncul di wilayah perbatasan, termasuk di Kota Batam. Kasus aborsi juga ditengarai cukup tinggi di Kota Batam, terlihat dari banyaknya kasus-kasus komplikasi abortus selama tahun 2005. Isu kesehatan reproduksi remaja yang terkait dengan kasus infeksi menular seksual (IMS) seperti keputihan, GO dan syphilis cukup tinggi. Gejala IMS yang sangat tinggi kasusnya adalah keputihan, para penderita IMS yang umumnya masih remaja tersebut menggunakan jamu tradisional dan antibiotik yang dibeli secara bebas di pasaran untuk mengatasi permasalahan keputihan tersebut. Padahal, penggunaan antibiotik yang dibeli di pasaran bebas dapat menyebabkan resistensi terhadap berbagai jenis antibiotic seperti amoxicillin.

Selain itu, penyalah-gunaan obat narkotika, psikotropika dan obat berbahaya lain di kalangan remaja merupakan sesuatu yang perlu juga diwaspadai. Dengan munculnya cafe-cafe dan tempat-tempat hiburan di wilayah

perbatasan, tidak menutup kemungkinan bahwa remaja terlibat dengan minum-minuman keras atau mengkonsumsi obat-obat terlarang. Meskipun belum terungkap adanya remaja yang terlibat dalam kasus ini, namun mengingat tingginya mobilitas penduduk di wilayah perbatasan tidak menutup kemungkinan jika hal ini akan menjamah remaja di perbatasan.

Permasalahan kesehatan reproduksi remaja seperti tersebut diatas memerlukan perhatian dari instansi-instansi terkait. Selama ini, pelayanan kesehatan reproduksi remaja belum tersedia secara memadai. Bahkan di tingkat puskesmas yang seharusnya sudah menyediakan pelayanan minimal berupa pelayanan konseling dan informasi tentang kesehatan remaja dan reproduksi untuk remaja pun belum tersedia. Padahal, salah satu program nasional untuk kesehatan reproduksi remaja adalah tersedianya upaya promotif dan preventif yang terfokus pada pelayanan KIE/konseling tentang kesehatan reproduksi.

Pencegahan dan penanggulangan IMS, termasuk HIV/AIDS

Permasalahan kesehatan reproduksi di Kabupaten Sanggau yang perlu juga mendapat perhatian adalah mulai meningkatnya kasus HIV/AIDS. Dibandingkan dengan berbagai kabupaten dan kota lainnya di Provinsi Kalimantan Barat, seperti Kota Singkawang dan Pontianak, kasus HIV/AIDS di Kabupaten Sanggau masih relatif rendah (enam kasus). Meskipun kasus HIV di Kabupaten Sanggau masih relatif kecil, tetapi ditengarai kasusnya lebih besar dari jumlah tersebut. Hal ini dikarenakan makin marak dan bertambahnya tempat-tempat hiburan yang berisiko tinggi penularan HIV/AIDS. Selain itu, ketiadaan laboratorium di Puskesmasperbatasan tidak memungkinkan untuk mendeteksi dini kasus-kasus IMS.

Kasus-kasus IMS termasuk HIV/AIDS cenderung meningkat dengan penyebab penularan dari hubungan seksual. Semakin merebaknya bisnis seks di daerah perbatasan dan dipicu dengan semakin maraknya kasus perdagangan manusia melalui pintu perbatasan kemungkinan berkontribusi terhadap peningkatan kasus IMS termasuk HIV/AIDS. Sementara itu, pelayanan khusus yang disediakan oleh pemerintah daerah untuk penanggulangan IMS, termasuk HIV/AIDS cenderung belum memadai. Merebaknya kasus HIV/AIDS nampaknya belum mampu menggugah perhatian pemerintah daerah setempat. Bahkan, kasus HIV/AIDS masih dianggap sebagai kasus penduduk pendatang. Pelayanan untuk penanggulangan IMS, termasuk HIV/AIDS cenderung dilakukan oleh LSM yang peduli terhadap HIV/AIDS baik dalam bentuk penyuluhan, konseling maupun rehabilitasi. Di Kabupaten Sanggau, keberadaan LSM yang peduli AIDS masih cukup terbatas, apalagi di Kecamatan Entikong yang rawan

terhadap penularan HIV/AIDS. LSM yang ada di kecamatan ini meskipun bergerak di bidang yang menangani masalah perdagangan manusia namun belum menangani masalah yang terkait dengan kesehatan reproduksi. Hal ini berbeda dengan Kota Batam di mana LSM yang peduli tentang masalah HIV/AIDS cukup banyak meskipun masih sedikit yang bergerak di bidang kesehatan reproduksi secara umum. Selain itu, belum ada koordinasi yang baik di antara LSM peduli AIDS tersebut. Hal ini tercermin dari adanya program yang cenderung tumpang tindih.

Isu tentang maraknya HIV/AIDS cenderung kurang mendapatkan perhatian pemerintah daerah karena dianggap hanya menyangkut penduduk pendatang, misalnya kasus IMS dan HIV/AIDS. Padahal kasus IMS dan HIV/AIDS berkembang cukup pesat di wilayah perbatasan seiring dengan munculnya industri seks sebagai konsekuensi dari tingginya mobilitas penduduk. Kasus-kasus IMS tersebut terutama terjadi di kalangan perempuan pekerja seks (PPS) dan para buruh wanita yang bekerja di berbagai industri seperti yang ada di Kota Batam. Jumlah kasus HIV/AIDS di Kota Batam secara absolut masih relatif rendah tetapi dalam lima tahun terakhir terjadi peningkatan kasus yang sangat tinggi. Selain itu kasus HIV/AIDS juga sudah ditemukan di kalangan penduduk yang bukan kelompok risiko tinggi, seperti ibu rumah tangga.

HIV/AIDS merupakan permasalahan yang perlu diatasi dengan segera. HIV/AIDS mulai muncul di Pulau Batam sejak tahun 1992 dengan ditemukannya seorang pekerja seks yang ada dilokalisasi Amat Belanda yang mengidap HIV. Sejak itu kasus HIV/AIDS merebak di berbagai tempat dan kasusnya meningkat tajam dalam lima tahun terakhir.

Pendatang yang mencari kerja di wilayah perbatasan sebagian besar adalah pencari kerja pemula yang masih berusia muda yang seringkali belum matang secara emosional. Hal ini mengakibatkan mereka rentan terhadap penipuan, termasuk dipekerjakan sebagai pekerja seks (*trafficking*). Selain itu, perbedaan yang mencolok antara daerah asal yang umumnya dari pedesaan dengan daerah tujuan membawa konsekuensi terhadap perubahan gaya hidup remaja pendatang menjadi konsumtif. Tuntutan gaya hidup ini mendorong beberapa di antara mereka mencari pekerjaan sampingan di pub atau karaoke termasuk sebagai 'pekerja seks terselubung'. Hal ini dapat menimbulkan permasalahan yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi, misalnya terpapar infeksi menular seksual termasuk HIV/AIDS.

Di antara isu-isu kesehatan yang menonjol di kedua daerah perbatasan, isu tentang perdagangan manusia merupakan isu yang paling menonjol. *Exposure* terhadap seks komersial merupakan fenomena yang terkait dengan

perdagangan manusia tersebut. Hal ini tentunya sangat terkait dengan kemungkinan penyebaran IMS dan HIV/AIDS yang mulai merebak di wilayah perbatasan.

Bentuk perdagangan manusia yang paling menonjol adalah kasus penipuan pekerjaan. Misalnya, pada awalnya seseorang dijanjikan untuk bekerja di sebuah restoran, pada kenyataannya orang (perempuan) tersebut dipaksa untuk bekerja di tempat-tempat hiburan. Selain itu, jenis penipuan yang sering terungkap adalah tidak dibayarnya gaji pekerja sesuai dengan perjanjian yang telah disepakati antara pekerja dan majikan. Kasus-kasus berikutnya yang sering muncul adalah pelecehan seksual yang cenderung menimpa perempuan usia muda. Sayangnya, LSM yang peduli terhadap masalah perdagangan perempuan di wilayah perbatasan (Entikong) belum banyak mengkaitkannya pada persoalan kesehatan reproduksi.

Selain permasalahan-permasalahan terkait dengan kesehatan reproduksi seperti diuraikan sebelumnya, permasalahan yang muncul di daerah perbatasan adalah berkaitan dengan kesenjangan pelayanan kesehatan baik dari aksesibilitas maupun kualitas dibandingkan negara tetangga. Kualitas pelayanan kesehatan yang tersedia di daerah perbatasan sangat jauh bila dibandingkan dengan pelayanan kesehatan di negara tetangga. Untuk Kecamatan Entikong, pelayanan kesehatan terdekat di negara tetangga dapat diperoleh di Distrik Serian. Selain beberapa klinik, juga tersedia Rumah Sakit Umum yang menyediakan berbagai fasilitas dengan biaya yang cukup terjangkau. Kecuali itu, kualitas pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan klinik di Serian relatif bagus. Dalam memberikan pelayanan, tenaga kesehatan komunikatif dengan pasien, tidak hanya memperhatikan aspek medis saja tetapi juga menaruh perhatian terhadap hal-hal di luar medis.

Berdasarkan pada uraian-uraian tersebut, peningkatan kualitas pelayanan kesehatan nampaknya merupakan hal yang tidak dapat ditawar-tawar lagi. Berbagai persoalan yang terkait dengan kesehatan reproduksi nampaknya tidak cukup diatasi hanya dengan peningkatan sarana dan prasarana saja. Berbagai aspek terkait tentunya perlu dipikirkan karena wilayah perbatasan bukan sekedar daerah terpencil yang kekurangan sarana dan prasarana saja. Tingginya mobilitas penduduk dengan segala konsekuensinya merupakan tantangan tersendiri bagi pemerintah daerah.

Dengan mempertimbangkan berbagai persoalan seperti yang diuraikan sebelumnya, pelayanan kesehatan di wilayah perbatasan memerlukan strategi yang berbeda. Hal ini mengingat kompleksnya permasalahan kependudukan, seperti tingginya mobilitas penduduk dan keberagaman latar belakang sosial

ekonomi. Wilayah perbatasan banyak didatangi oleh penduduk baik yang akan menetap, bekerja sementara atau hanya transit untuk menuju atau kembali dari negara tetangga. Penduduk yang tinggal sementara atau transit cenderung tidak dianggap sebagai penduduk lokal dan sering terabaikan dari program pemerintah termasuk pelayanan kesehatan.

Mengingat bahwa para pendatang pada umumnya tidak mempunyai identitas penduduk lokal, kelompok ini cenderung terabaikan dalam memperoleh jaminan pelayanan kesehatan khususnya bagi keluarga miskin. Sebagai konsekuensinya kelompok ini harus membayar pelayanan kesehatan, termasuk pelayanan di Puskesmas. Selain itu, dengan status sebagai penduduk sementara mereka cenderung menghadapi kendala dalam mendapatkan pelayanan kesehatan secara berkelanjutan. Sebagai contoh, seorang peserta KB yang menggunakan IUD akan menghadapi kendala untuk pemeriksaan secara rutin. Hal yang sama dapat juga terjadi pada pemeriksaan kehamilan dan pelayanan imunisasi bagi balita. Permasalahan lain yang juga dihadapi oleh penduduk pendatang adalah kurangnya informasi tentang program dan tempat pelayanan kesehatan.

Gagasan

Mengingat kompleksnya permasalahan kesehatan reproduksi di wilayah perbatasan, maka kebijakan di bidang kesehatan untuk daerah perbatasan seyogyanya berbeda dengan daerah lain. Peningkatan sarana dan prasarana kesehatan perlu segera dilaksanakan dan perlu disertai sumberdaya manusia yang berkualitas sehingga dapat memberikan pelayanan yang berkualitas.

Selama ini program-program terkait dengan masalah kesehatan reproduksi di daerah perbatasan cenderung dilakukan oleh lembaga swadaya masyarakat (LSM). Pemerintah, khususnya pemerintah daerah belum sepenuhnya memberikan perhatian terhadap permasalahan kesehatan reproduksi di wilayah perbatasan. Padahal, sesuai dengan kebijakan otonomi daerah, daerah mempunyai peluang dan kewenangan yang lebih luas untuk memprioritaskan program pembangunan, termasuk pembangunan kesehatan, yang sesuai dengan kebutuhan daerah. Adanya otonomi daerah juga lebih memudahkan untuk melibatkan sektor lain dalam upaya meningkatkan pembangunan kesehatan karena birokrasinya lebih sederhana, dibandingkan pada era sentralisasi. Oleh karenanya komitmen pemerintah daerah menjadi penting dalam mengatasi permasalahan kesehatan reproduksi di daerahnya karena dengan meningkatkan kondisi kesehatan reproduksi berarti membangun sumberdaya yang berkualitas.

Selain itu, seiring dengan semakin merebaknya kasus HIV/AIDS di daerah perbatasan, pemerintah daerah perlu lebih aktif dalam pencegahan dan penanggulangannya. Untuk itu diperlukan terobosan yang melibatkan berbagai *stakeholders* terkait, seperti lembaga legislatif, lembaga donor dan masyarakat madani (LSM, aktivis dan akademisi). Berbagai program pencegahan dan penanggulangan yang ada cenderung dilakukan secara terpisah-pisah sehingga kurang terkoordinasi. Selain itu, tindakan yang perlu dilakukan antara lain adalah :

- Melakukan advokasi yang lebih intensif dan peningkatan kesadaran pada semua pihak yang terkait dengan kebijakan dan program kesehatan reproduksi karena hal ini merupakan cara yang efisien untuk memperoleh dukungan pelaksanaan program kesehatan reproduksi dan dengan anggaran yang cukup memadai. Dalam hal ini pemerintah daerah diharapkan untuk memahami perlunya komitmen dan kapasitas dalam mengatasi permasalahan dan membuat perencanaan yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi di wilayah perbatasan.
- Pendanaan merupakan suatu hal yang cukup krusial dalam pelaksanaan program kesehatan reproduksi. Oleh karena itu diperlukan kemampuan dari pemerintah daerah untuk memobilisasi sumber dana yang ada dengan merangkul pihak-pihak lain yang terkait dengan program kesehatan reproduksi. Pemerintah daerah dapat berkolaborasi dengan *stakeholders* lain misalnya pihak pemberi dana (donor) dan LSM. Dalam hal ini pemerintah daerah dituntut untuk mampu membangun suatu mekanisme untuk melakukan koordinasi bantuan donor-donor untuk keperluan program kesehatan reproduksi.
- Koordinasi meskipun sulit untuk dilaksanakan namun perlu untuk tetap diusahakan bagi semua sektor dan pihak yang terkait dalam pelaksanaan program kesehatan reproduksi di wilayah perbatasan. Menyadari perlunya kontribusi LSM dalam proses penyusunan kebijakan LSM diharapkan mampu berperan aktif dan sebagai mitra pemerintah dalam penyusunan program berkaitan dengan permasalahan kesehatan reproduksi di wilayah perbatasan.
- Mengingat masih terbatasnya akses penduduk terhadap pelayanan kesehatan, seyogyanya pemerintah melakukan upaya untuk lebih mendekatkan pelayanan tersebut kepada penduduk, terutama di daerah terpencil, misalnya dengan menyediakan puskesmas keliling, 'suster apung', 'dokter terbang', dan lain sebagainya.

- Seiring dengan merebaknya isu HIV/AIDS dan perdagangan perempuan di kedua daerah penelitian, diperlukan suatu kajian yang komprehensif untuk memahami keterkaitan kedua isu tersebut.

BIBLIOGRAFI

- Bappeda dan BPS Provinsi Kalimantan Barat. 2002. *Kondisi Sosial Ekonomi Daerah Perbatasan Kalimantan Barat-Sarawak*. Pontianak: BPS Provinsi Kalimantan Barat.
- Bappeda dan BPS Kabupaten Sanggau. 2005. *Statistik Kesejahteraan Rakyat Kabupaten Sanggau (Hasil Suseda Tahun 2005)*. Sanggau: BPS Kabupaten Sanggau.
- Bappeda dan BPS Kabupaten Sanggau. 2006. *Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Kabupaten Sanggau Tahun 2005*. Sanggau: BPS Kabupaten Sanggau.
- BPS. 2003. *Data dan Informasi Kemiskinan. Buku 2: Kabupaten*. Jakarta: BPS.
- BPS and ORC Macro. 2003. *Indonesia Demographic and Health Survey 2002-2003*. Jakarta: BPS and ORC Macro.
- BPS, Bappenas, dan UNDP. 2004. *Indonesia Human Development Report 2004. The Economics of Democracy: Financing Human Development in Indonesia*. Jakarta: BPS, Bappenas, dan UNDP.
- BPS dan UNFPA. 2005. *Laporan Indikator Database 2004 untuk 44 Kabupaten/Kota Terpilih di Propinsi Sumatera Selatan, Jawa Barat, Kalimantan Barat, dan Nusa Tenggara Timur*. Jakarta: BPS dan UNFPA.
- BPS Kabupaten Sanggau. 2006. *Sanggau dalam Angka 2006*. Jakarta: BPS Kabupaten Sanggau.
- Darwin, Muhadjir; Anna Marie Wattie, dan Susi Eja Yuarsi (eds.) 2003. *Living on the Edges: Cross-Border Mobility and Sexual Exploitation in the Greater SouthEast Asia Sub-region*. Yogyakarta: Center for Population and Policy Studies Gadjah Mada University.
- Departemen Kesehatan RI dan UNAIDS. 2002. *Penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia: Respon saat ini – Menangkal Ancaman Bencana Nasional AIDS mendatang*. Sidang Kabinet Sesi Khusus HIV/AIDS Maret 2003. Jakarta: Departemen Kesehatan.

- Departemen Kesehatan RI dan WHO. 2003. *Profil Kesehatan Reproduksi Indonesia 2003*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Departemen Kesehatan RI, Kementerian Negara Pemberdayaan Perempuan RI, Departemen Pendidikan Nasional RI, Departemen Sosial RI, Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional bekerja sama dengan UNFPA. 2005. *Kebijakan dan Strategi Nasional Kesehatan Reproduksi di Indonesia*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Sanggau. 2005. *Profil Kesehatan Kabupaten Sanggau Tahun 2005*. Sanggau: Dinas Kesehatan.
- Dinas Kesehatan Kota Batam. 2005. *Profil Kesehatan Kota Batam Tahun 2005*. Batam: Dinas Kesehatan.
- Djaya, Sarimawar; Charles Suryadi, dan Christina Susilawati. 2002. *Kebijakan dalam Kesehatan Reproduksi*. Jakarta: Ford Foundation dan JEN.
- Hartono, Djoko; Sri Sunarti Purwaningsih, Widayatun. 2004. *Desentralisasi Kesehatan Reproduksi, Implikasi terhadap Penyusunan Kebijakan dan Perencanaan Program di Daerah*. Jakarta: Pusat Penelitian Kependudukan (PPK-LIPI).
- Hartono, Djoko; Sri Sunarti Purwaningsih, Widayatun, Ngadi, Ken Fitria, dan Zainal Fatoni. 2005. *Kesehatan Reproduksi dan Otonomi Daerah: Pembelajaran tentang Penyusunan Kebijakan dan Perencanaan Program*. Jakarta: Pusat Penelitian Kependudukan (PPK-LIPI).
- Hidayat, Herman; John Haba, Riwanto Tirtosudarmo, Robert Siburian, dan Soewarsono. 2005. *Dari Entikong Sampai Nunukan: Dinamika Daerah Perbatasan Kalimantan-Malaysia Timur (Serawak-Sabah)*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan.
- Hugo, Graeme. 2001. *Population Mobility and HIV/AIDS in Indonesia*. Jakarta: International Labour Office.

- Indrawarsih, Ratna; Asfar Marzuki, Soewarsono, dan Sukri Abdurrachman. 1996. *Dinamika Sosial Budaya Masyarakat di Daerah Perbatasan Indonesia-Malaysia: Studi Kasus Desa Entikong-Kalimantan Barat dan Pulau Nunukan-Kalimantan Timur*. Seri Penelitian PMB-LIPI No. 031/1996. Jakarta: Pusat Penelitian dan Pengembangan Kemasyarakatan dan Kebudayaan (PMB-LIPI).
- International Women's Health Coalition (IWHC). 1991. *Reproductive Tract Infection in Women in the Third World: National & International Policy Implication*. New York: IWHC and Rockefeller Foundation.
- IOM Indonesia. 2006. "*Akhirnya Pulang: Korban Trafficking Pulang kembali ke Indonesia*". IOM Indonesia Newsletter. Vol: 1-Issue:1-April 2006.
- Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional. 2004. *Kawasan Perbatasan: Kebijakan dan Strategi Nasional Pengelolaan Kawasan Perbatasan Antarnegara di Indonesia*. Jakarta: Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional.
- Nainggolan, Poltak Partogi, dkk. 2004. *Batas Wilayah dan Situasi Perbatasan Indonesia: Ancaman terhadap integritas Teritorial*. Jakarta: Tiga Putra Utama.
- Pemerintah Kabupaten Sanggau. 2004. *Rencana Aksi Terpadu Pengembangan Border Development Center (BDC) sebagai Pusat Pertumbuhan di Kawasan Perbatasan Kabupaten Sanggau, Kalimantan Barat Tahun 2005-2007*. Sanggau: Pemerintah Kabupaten Sanggau.
- Pemerintah Kabupaten Sanggau. 2005. *Rencana Kerja Pemerintah Daerah Kabupaten Sanggau Tahun 2006*. Sanggau: Pemerintah Kabupaten Sanggau.
- Pemerintah Kecamatan Batuaji. 2006. *Laporan Penduduk Kecamatan Batuaji*. Batuaji: Pemerintah Kecamatan Batuaji.
- Pemerintah Kecamatan Entikong. 2005. *Laporan Tahunan Kantor Pos Pemeriksaan Lintas Batas Entikong (PPLB) Tahun 2005*. Entikong: Pemerintah Kecamatan Entikong.

- Pemerintah Kecamatan Entikong. 2006. *Kecamatan dalam Angka Tahun 2005*. Entikong: Pemerintah Kecamatan Entikong.
- Pemerintah Kota Batam. 2005. *Batam dalam Angka 2005*. Batam: Badan Perencanaan Penelitian dan Pengembangan Daerah Kota Batam.
- Pemerintah Kota Batam. 2005. *Profil Batam 2005*. Batam: Pemerintah Kota Batam.
- Pemerintah Kota Batam. 2006. *Kecamatan Sekupang dalam Angka 2005*. Batam: Badan Perencanaan Penelitian dan Pengembangan Daerah Kota Batam.
- Pemerintah RI. 2003. *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 34 Tahun 2003 tentang Pembentukan Kabupaten Melawi dan Kabupaten Sekadau di Provinsi Kalimantan Barat*. Jakarta: Pemerintah RI.
- Pemerintah RI. 2005. *Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 7 Tahun 2005 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) Tahun 2004-2009*. Jakarta: Sinar Grafika.
- PPK-LIPI dan UNFPA, 2005. *System Analysis of BKKBN's New Role, Function and Structure Under the Decentralized System*. Jakarta: Pusat Penelitian Kependudukan (PPK-LIPI).
- Puskesmas Entikong. 2005. *Laporan Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)*. Entikong: Puskesmas Entikong.
- Raharjo, Yulfita; Agustina Situmorang, Djoko Hartono, Sri Sunarti Purwaningsih, dan Widayatun. 2001. *Kesehatan Reproduksi dan Gender: Implikasi terhadap Penyusunan Kebijakan di Kabupaten Sidoarjo*. Jakarta: Pusat Penelitian Kependudukan (PPK-LIPI).
- Raharjo, Yulfita; Agustina Situmorang, Djoko Hartono, Sri Sunarti Purwaningsih, dan Widayatun. 2001. *Kesehatan Reproduksi, Gender dan Otonomi Daerah: Implikasi terhadap Penyusunan Kebijakan di Kabupaten Timor Tengah Selatan*. Jakarta: Pusat Penelitian Kependudukan (PPK-LIPI).
- Raharto, Aswatini; Suko Bandiyono, dan Mujiyani. 2000. *Mobilitas Penduduk di Kawasan Kerjasama Regional*. Jakarta: Pusat Penelitian Kependudukan dan Ketenagakerjaan (PPT-LIPI).

- Situmorang, Agustina; Djoko Hartono, Sri Sunarti Purwaningsih, dan Widayatun. 2002. *Implementasi Kebijakan Kesehatan Reproduksi dan Gender di Era Otonomi Daerah: Kasus Kota Pontianak, Kota Cirebon dan Kabupaten Sikka*. Laporan Penelitian. Jakarta: Pusat Penelitian Kependudukan (PPK-LIPI).
- Situmorang, Agustina; Sri Sunarti Purwaningsih, dan Yulfita Raharjo. 2004. *Kebijakan Kesehatan Reproduksi Pasca Cairo di Era Otonomi Daerah: Kasus di Lima Daerah Pemerintahan Kota/Kabupaten*. Jurnal Epidemiologi Indonesia, Volume 6, Edisi 3-2004, Hal. 1-12.
- Suhartono. 2004. "Kondisi Sosial Kemasyarakatan di Sekitar Perbatasan Antar-negara (Laporan dari Pos Perbatasan Entikong-Kalimantan Barat)" dalam *Batas Wilayah dan Situasi Perbatasan Indonesia: Ancaman terhadap Integritas Teritorial* (Poltak Partogi Nainggolan, editor). Jakarta: Tiga Putra Utama.
- Tim Asuhan Dini Tumbuh Kembang Anak (Adituka). 2004. *Modul Keluarga Kuat terdiri dari 9 Pesan Asuhan Tumbuh Kembang Anak*. Bandung: Frontiers for Health.
- Utomo, Budi; Charles Surjadi, dan Deddy Darmawan. 2005. *Kesehatan Reproduksi di Indonesia: Situasi dan Tantangan*. Makalah dipresentasikan dalam Seminar "Perempuan, Pembangunan, Kesehatan, dan Lingkungan" tanggal 30 Agustus 2005. Jakarta: Jaringan Epidemiologi Nasional (JEN), Population Council, dan Ford Foundation.

Artikel surat kabar/majalah:

"AIDS di Batam Kian Fenomenal". Kompas, 14 Maret 2003

Akses tanggal 01 November 2006 dari <http://www.kompas.com/kompas-cetak/0303/14/teropong/177029.htm>

"Banyaknya Migran Masuk Ke Batam"

Akses tanggal 01 November 2006 dari <http://www.google.com/search?q=cache:JkluwEB5N3UJ:www.cpps.or.id/new/seminar/S322.pdf+banyaknya+migran+masuk+ke+batam&hl=id&gl=id&ct=clnk&cd=3>

- "Batam Di Persimpangan Jalan"*. Gatra, 24 Januari 2004
Akses tanggal 01 November 2006 dari http://72.14.209.104/search?q=cache:NxvIj0YMQxYJ:www.mudrajad.com/upload/magazine_batam-persimpangan-jalan.pdf+banyaknya+migran+masuk+ke+batam&hl=id&gl=id&ct=clnk&cd=2.
- "Batam, Pintu Masuk HIV/AIDS"*
Akses tanggal 01 November 2006 dari <http://www.amanah.or.id/detail.php?id=418>
- "Batam Merupakan Jalur Sutra"*
Akses tanggal 01 November 2006 dari <http://www.adenasution.com/batam.htm>
- "Dampak Memprihatinkan dari Upaya Menambang Devisa"*. Kompas, 21 Mei 2005
Akses tanggal 01 November 2006 dari <http://www.kompas.com/kompas-cetak/0505/21/Wisata/1764101.htm>
- "Deteksi HIV/AIDS Sejak Dini: Ambil Sampel Darah PSK"*. Sabtu, 31 Desember 2005
Akses tanggal 13 Oktober 2006 dari <http://www.equator-news.com/berita/index.asp>
- "Di Balik Batam yang Gemerlap"*. Kompas, 11 Februari 2000
Akses tanggal 01 November 2006 dari <http://www.kompas.com/kompas-cetak/0002/11/daerah/diba19.htm> - 24k
- Hasil Tambahan -
- "Kalbar Peringkat IV Penderita AIDS"*. Senin, 28 November 2005
Akses tanggal 12 Oktober 2006 dari <http://www.pontianakpost.com/berita/index.asp?berita=Sanggau&id=104563>
- "Kasus HIV/AIDS di Kalbar: Bom Waktu Yang Siap Meledak"*. Selasa, 20 September 2005
Akses tanggal 12 Oktober 2006 dari <http://www.suarakarya-online.com/news.html?id=121841>
- "Kota Batam"*. Jumat, 14 Maret 2003
Akses tanggal 01 November 2006 dari http://id.wikipedia.org/wiki/Kota_Batam

"Peluang Daerah Perbatasan Belum Dimanfaatkan Maksimal"

Akses tanggal 13 Oktober 2006 dari <http://www.equator-news.com/berita/index.asp?Berita=Sanggau&id=55571#>

"Peluang Tenaga Kerja Di Luar Negeri (Kabupaten Tulung Agung-Provinsi Jawa Timur)"

Akses tanggal 01 November 2006 dari http://www.nakertrans.go.id/hasil_penelitiannaker/peluang_tkln.php

"Program KB Nasional Era Desentralisasi di Kepri". Kamis, 12 Oktober 2006

Akses tanggal 01 November 2006 dari http://batampos.co.id/index.php?option=com_content&task=view&id=5945&Itemid=75

"Remaja Dinilai Rentan Tertular HIV"

Akses tanggal 01 November 2006 dari <http://www.infeksi.com/hiv/aids/articles.php?lng=en&pg=8>

"Ruli, Problem Sosial Batam". Selasa, 3 Juli 2001

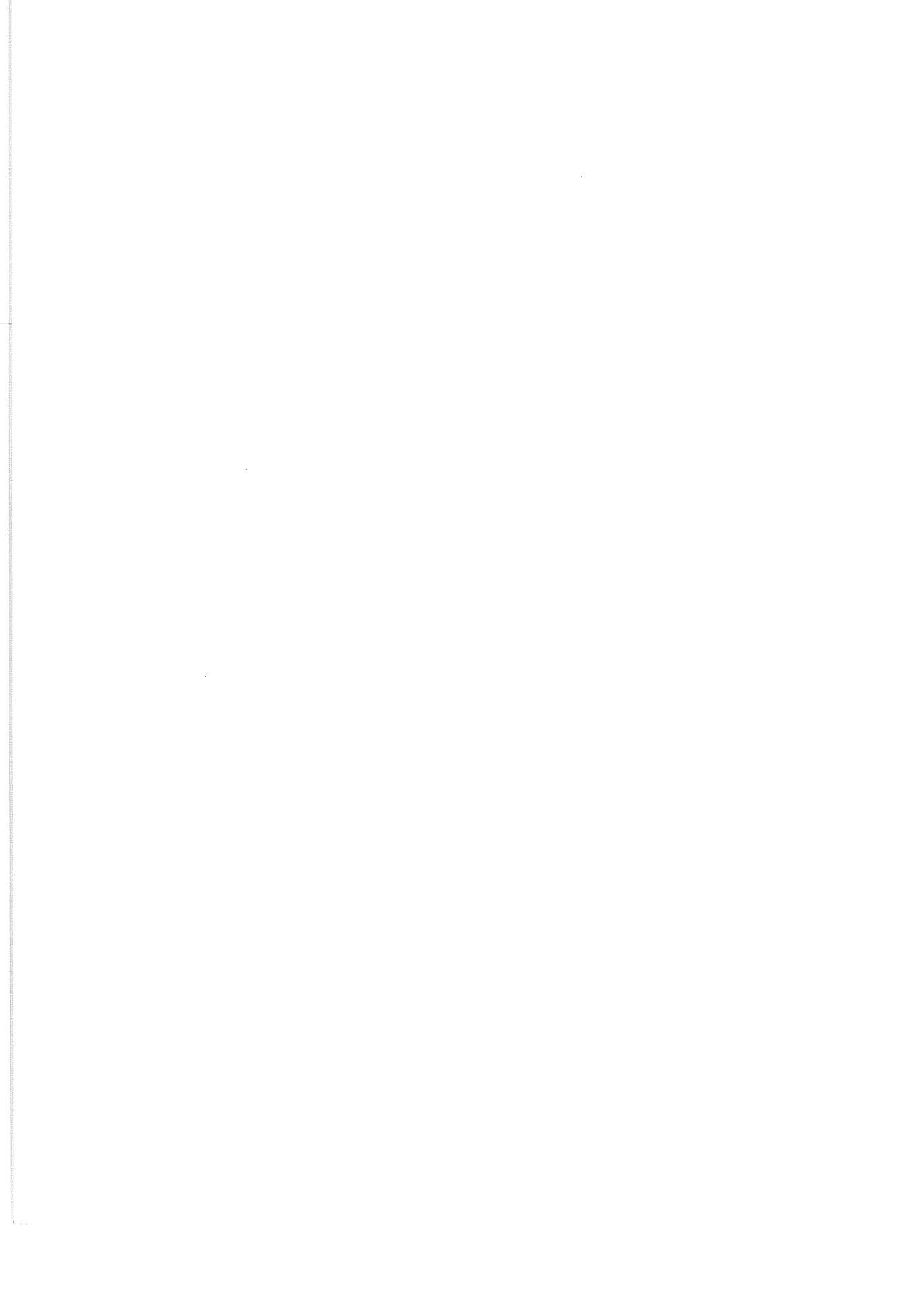
Akses tanggal 01 November 2006 dari <http://www.kompas.com/kompas-cetak/0107/03/daerah/ruli25.htm>

"Saingan Kepri adalah Johor". Minggu, 05 November 2006.

Akses tanggal 01 November 2006 dari http://batampos.co.id/index.php?option=com_content&task=view&id=6654&Itemid=56

"400 Perusahaan Mendaftar Masuk Kawasan Berikat". Senin, 24 Juli 2004

Akses tanggal 01 November 2006 dari <http://kompas.com/kompas-cetak/0407/24/daerah/1166560.htm>



Tabel 1
Jumlah Penduduk Menurut Kecamatan dan Jenis Kelamin
di Kabupaten Sanggau Tahun 2005

Kecamatan	Jenis Kelamin		Jumlah (jiwa)	Kepadatan Penduduk (jiwa/km ²)
	Laki-laki	Perempuan		
1. Toba	5.955	5.551	11.506	10
2. Meliau	22.715	19.874	42.589	28
3. Kapuas	37.738	36.435	74.173	54
4. Mukok	8.239	7.801	16.040	32
5. Jangkang	12.978	12.089	25.067	16
6. Bonti	8.929	8.687	17.616	16
7. Parindu	14.930	13.506	28.436	48
8. Tayan Hilir	14.370	13.121	27.491	26
9. Balai	11.132	10.304	21.436	54
10. Tayan Hulu	14.106	13.217	27.323	38
11. Kembayan	12.334	11.568	23.902	39
12. Beduwai	5.084	4.905	9.989	23
13. Noyan	4.523	4.163	8.686	18
14. Sekayam	13.662	13.133	26.795	32
15. Entikong	6.699	6.274	12.973	26
Kab. Sanggau	193.394	180.628	374.022	29

Sumber: BPS Kabupaten Sanggau, 2005

Tabel 2
Jumlah Penduduk Menurut Kecamatan dan Jenis Kelamin
di Kota Batam Tahun 2005

Kecamatan	Jenis Kelamin		Jumlah (jiwa)	Kepadatan Penduduk (jiwa/km ²)
	Laki-laki	Perempuan		
1. Belakang Padang	10.019	9.777	19.796	88
2. Bulang	4.540	4.226	8.766	57
3. Galang	7.082	6.394	13.476	43
4. Sei Beduk	78.241	97.927	176.168	1.165
5. Nongsa	59.842	59.631	119.473	1.389
6. Sekupang	69.359	73.216	142.575	1.285
7. Lubuk Baja	37.487	35.777	73.264	2.931
8. Batu Ampar	63.763	64.305	128.068	1.309
Kota Batam	330.333	351.253	681.586	434

Sumber: Pemerintah Kota Batam, 2005

Tabel 3
Sarana Pendidikan Menurut Kecamatan
di Kabupaten Sanggau, Tahun 2005

Kecamatan	Banyaknya Sekolah				
	TK	SD	SLTP	SMU	SMK
Toba	-	21	3	1	-
Meliau	5	51	6	2	1
Kapuas	12	78	18	5	3
Mukok	1	23	5	1	-
Jangkang	1	37	6	2	-
Bonti	1	24	4	1	-
Parindu	3	34	5	1	1
Tayan Hilir	3	43	7	1	1
Balai	2	31	5	2	-
Tayan Hulu	4	28	4	2	2
Kembayan	3	29	4	2	-
Beduwai	-	16	2	1	-
Noyan	-	18	2	1	-
Sekayam	3	26	2	3	1
Entikong	1	17	2	-	2
Kabupaten Sanggau	39	476	75	25	11

Sumber : BPS Kabupaten Sanggau, 2005

Tabel 4
Sarana Pendidikan Menurut Kecamatan
di Kota Batam, Tahun 2005

Kecamatan	Banyaknya Sekolah				
	TK	SD	SLTP	SMU	SMK
Belakang Padang	3	16	3	2	0
Bulang	1	11	4	0	0
Galang	0	25	4	2	0
Sei Beduk	53	25	6	1	0
Nongsa	27	25	8	4	1
Sekupang	38	28	5	3	1
Lubuk Baja	15	18	6	3	3
Batu Ampar	25	26	7	4	6
Kota Batam	162	174	43	19	11

Sumber : Pemerintah Kota Batam, 2005

Tabel 5
Angka Kematian Ibu, Angka Kematian Bayi Laki-laki dan Perempuan
di Propinsi Kalimantan Barat Menurut Kabupaten

Kabupaten	Angka Kematian Ibu	Angka Kematian Bayi Laki-laki	Angka Kematian Bayi Perempuan
<i>Kabupaten Perbatasan</i>			
Sambas	513	48,0	36,0
Bengkayang	513	53,6	40,2
Sanggau	622	48,7	36,5
Sintang	575	46,9	35,2
Kapuas Hulu	668	48,0	36,0
<i>Kabupaten Non-Perbatasan</i>			
Landak	428	44,6	33,4
Pontianak	504	49,1	36,9
Ketapang	506	47,4	35,6
Kota Pontianak	532	41,7	31,3
Kota Singkawang	430	42,3	31,7
Kalimantan Barat	566	50,4	37,8

Sumber: Susenas 2004

Tabel 6
Karakteristik Sosio-demografi Anggota Rumah Tangga Terpilih
di Kecamatan Entikong dan Batu Aji, Tahun 2006

Karakteristik Sosio-demografi	Kecamatan Entikong N= 455 (%)	Kecamatan Batu Aji N= 461 (%)
Kelompok Umur		
• Usia balita (0-4 tahun)	15	18
• Usia anak-anak (5-14 tahun)	25	25
• Usia remaja (15-24 tahun)	18	9
• Usia dewasa (25-49 tahun)	37	45
• Usia lanjut 50+	5	3
Jenis Kelamin ART		
• Laki-laki	50	52
• Perempuan	50	48
Tempat tinggal 5 tahun terakhir ART 15 tahun +	N=274	N=263
• Kabupaten Sanggau/Kota Batam	100	84
• Di Luar Kabupaten Sanggau/Kota Batam	0	16
Pendidikan ART berusia 7 tahun keatas	N=359	N=340
• Belum/tdk sekolah	18	0
• Belum/ tidak tamat SD	30	19
• Tamat SD	30	11
• Tamat SLTP	13	9
• Tamat SLTA+	9	61
Kegiatan utama ART berusia 15 tahun keatas	N=274	N=263
• Bekerja	49	53
• Mencari kerja	2	3
• Menganggur	12	5
• Sekolah	6	10
• Mengurus rumah tangga	30	28
• Lainnya	1	1
Jenis pekerjaan ART yang bekerja	N=135	N=150
• Buruh kasar	26	10
• Buruh pabrik	2	27
• Karyawan	7	34
• Pedagang	8	10
• Petani	37	1
• Penyedia jasa	20	18
Suku bangsa responden	N=100	N=100
• Melayu	62	9
• Dayak	37	-
• Jawa	1	40
• Minang	-	21
• Sunda	-	8
• Palembang	-	5
• Lainnya	-	17
Jumlah ART dalam 1 rumah tangga		
• 2-4 orang	54	48
• 5-6 orang	36	45
• 7 orang atau lebih	10	7

Sumber: Survei Kondisi Kesehatan Reproduksi di Daerah Perbatasan, PPK-LIPI, 2006

Tabel 7
Kondisi Tempat Tinggal Responden
di Kecamatan Entikong dan Batu Aji, Tahun 2006

Kondisi Tempat Tinggal	Kecamatan Entikong N= 100 (%)	Kecamatan Batu Aji N= 100 (%)
Status kepemilikan rumah		
• Milik Sendiri	91	76
• Bukan milik sendiri	9	20
• Rumah liar	-	4
Jenis lantai terluas		
• Semen/ubin	53	37
• Kayu/bambu	24	0
• Keramik	20	62
• Tanah	3	1
Sumber air minum		
• Ledeng (Air PAM)	50	93
• Air sungai/air hujan	50	1
• Sumur terlindung	-	2
• Sumur tidak terlindung	-	4
Fasilitas Tempat Buang Air Besar		
• Pribadi dengan septic tank	50	95
• Pribadi tanpa septic tank	22	4
• Sungai	25	-
• Lainnya	3	1
Bahan Bakar untuk memasak		
• Minyak Tanah	39	73
• Gas	39	12
• Kayu	22	1
• Gas + minyak tanah	-	7
• Listrik	-	7
Sumber Penerangan		
• Listrik PLN	84	93
• Listrik non PLN	2	6
• Lampu minyak tanah	14	1

Sumber: Survei Kondisi Kesehatan Reproduksi di Daerah Perbatasan, PPK-LIPI, 2006

Tabel 8
Pemanfaatan dan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak
di Kecamatan Entikong dan Batu Aji, Tahun 2006

Pemanfaatan dan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak	Kecamatan Entikong N=100 (%)	Kecamatan Batu Aji N= 100 (%)
Pemeriksaan kehamilan anak terakhir		
• Ya	86	99
• Tidak	14	1
Jumlah pemeriksaan kehamilan (0-3 bulan)		
• Tidak pernah	3	2
• Satu kali	50	29
• Lebih dari satu kali	47	69
Jumlah pemeriksaan kehamilan (4-6 bulan)		
• Tidak pernah	8	3
• Satu kali	29	10
• Lebih dari satu kali	63	87
Jumlah pemeriksaan kehamilan (7 bulan -lahir)		
• Tidak pernah	10	0
• Satu kali	26	5
• Dua kali	19	11
• Lebih dari dua kali	45	84
Yang paling sering memeriksa kehamilan anak terakhir		
• Bidan	95	40
• Dukun/bidan kampung	5	0
• Dokter	-	59
• Lainnya*	-	1
Penolong kelahiran anak terakhir		
• Bidan	50	63
• Dukun/bidan kampung	48	1
• Dokter	2	36
Partisipasi suami dalam pemeriksaan kehamilan		
• Pernah mengantar	42	94
• Tidak pernah mengantar	58	6

Sumber: Survei Kondisi Kesehatan Reproduksi di Daerah Perbatasan, PPK-LIPI, 2006

Tabel 9
Pola Pemberian Asupan pada Anak
di Kecamatan Entikong dan Batu Aji, Tahun 2006

Pola Pemberian Asupan pada Anak	Kecamatan Entikong N=100 (%)	Kecamatan Batu Aji N= 100 (%)
Pemberian ASI pada anak terakhir		
• Ya	97	98
• Tidak	3	2
Umur anak saat pertama kali pemberian ASI		
• Tiga hari pertama setelah lahir	70	93
• Setelah lebih dari tiga hari	30	7
Umur anak terakhir diberi ASI		
• 1-4 bulan	16	24
• 5-12 bulan	10	24
• Diatas 1-2 tahun	29	45
• Diatas 2 tahun	45	7
Usia anak saat pertama kali diberi makanan tambahan		
• Kurang dari 4 bulan	45	51
• 4-6 bulan	48	35
• Setelah 6 bulan	6	8
• Setelah 1 tahun	0	2
• Lainnya	1	4
Pemberian Imunisasi		
• Ya	95	98
• Tidak	5	2
Jumlah pemberiaan Imunisasi BCG		
• Tidak pernah	5	1
• 1 kali	75	88
• Lebih dari 1 kali	20	11
Jumlah pemberiaan Imunisasi DPT		
• Tidak pernah	5	3
• Kurang dari 3 kali	41	27
• 3 kali	49	70
• Lebih dari 3 kali	5	-
Jumlah pemberian Imunisasi Polio		
• Tidak pernah	1	2
• Kurang dari 4 kali	38	24
• 4 kali	53	34
• Lebih dari 4 kali	8	40

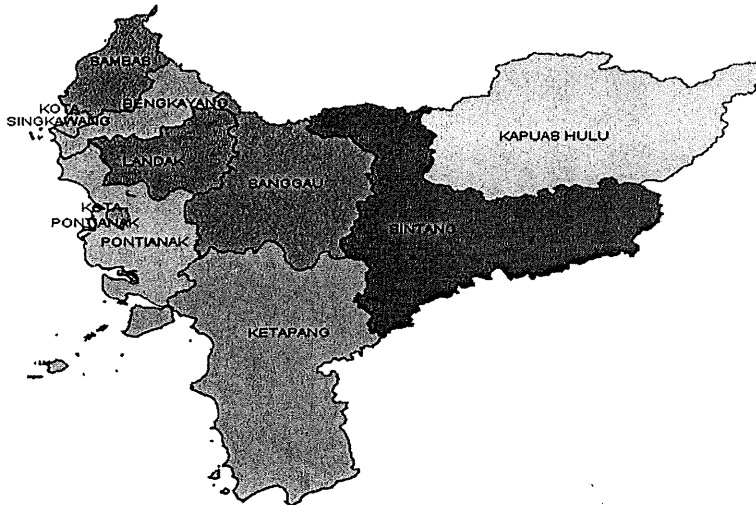
Sumber: Survei Kondisi Kesehatan Reproduksi di Daerah Perbatasan, PPK-LIPI, 2006

Tabel 10
Fertilitas dan Keluarga Berencana
di Kecamatan Entikong dan Batu Aji, Tahun 2006

Fertilitas dan Keluarga Berencana	Kecamatan Entikong N=100 (%)	Kecamatan Batu Aji N= 100 (%)
Umur ibu pada saat melahirkan anak pertama		
• 14-16 tahun	7	2
• 17-19 tahun	36	3
• 20-24 tahun	48	49
• 25-30 tahun	9	44
• Diatas 30 tahun	0	2
Jumlah anak yang dilahirkan		
• 0 anak	0	1
• 1-2 anak	54	66
• 3-4 anak	34	32
• 5 anak atau lebih	12	1
Pernah menggunakan alat KB	83	81
Saat ini menggunakan alat KB	99 (N=83)	79 (N=81)
Jenis alat KB yang digunakan	N=82	N=64
• Suntikan KB	69	42
• Pil KB	29	26
• IUD/Spiral	2	9
• MOW/Tubektomi	0	5
• Susuk KB/Norplan/Implan	0	2
• Kondom/Karet KB	0	11
• Cara tradisional	0	5

Sumber: Survei Kondisi Kesehatan Reproduksi di Daerah Perbatasan, PPK-LIPI, 2006

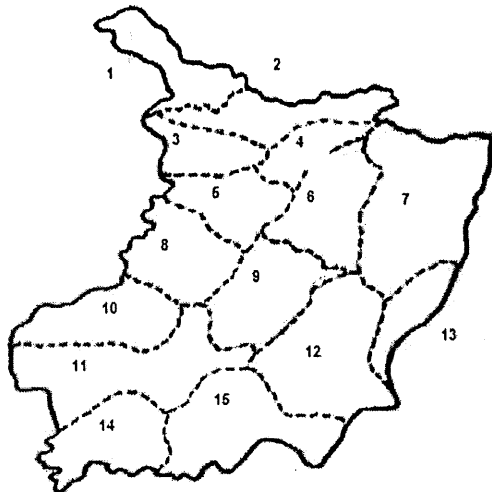
KALIMANTAN BARAT



Catatan: Wilayah Kabupaten Sanggau di atas termasuk mencakup wilayah Kabupaten Sekadau setelah terjadi pemekaran wilayah pada tahun 2003
Sumber: www.kalbar.go.id

KABUPATEN SANGGAU*

DAFTAR KECAMATAN:



1. Entikong
2. Sekayam
3. Beduwai
4. Noyan
5. Kembayan
6. Bonti
7. Jangkang
8. Tayan Hulu
9. Parindu
10. Balai
11. Tayan Hilir
12. Sanggau Kapuas
13. Mukok
14. Toba
15. Meliau

*Catatan: Wilayah Kabupaten Sanggau di atas sudah tidak termasuk wilayah Kabupaten Sekadau setelah terjadi pemekaran wilayah pada tahun 2003
Sumber: www.kalbar.go.id

