



PROSIDING

Konferensi Nasional Komunikasi

Pencarian Informasi Kesehatan, dan Peningkatan Indeks Pembangunan Manusia Jawa Barat (Studi pada Dua Kabupaten di Jawa Barat)

Atwar Bajari

Program Doktor Ilmu Komunikasi, Fakultas Ilmu Komunikasi, Universitas Padjadjaran
Jalan Bandung Sumedang KM. 21 Jatinangor, Jawa Barat.

atwar.bajari@unpad.ac.id

Abstract

A democratic system of government, requiring the support of the community, both at the time of formation of government, the implementation of the wheels of governance and supervision of the implementation or implementation. The community balances the governance exercised by the executive and legislative bodies through the rules that apply within the system of government itself. The government set various programs to improve the quality of health in Indonesia including in West Java from the Insurance for the Poor (Askeskin) to the Public Health Insurance (Jamkesmas) program, based on research results in several provinces the health program succeeded in increasing the significant HDI, it is somewhat different with West Java Province, the HDI is still low. This research is expected to contribute to solving the problem of alleviating the health sector through mapping the needs of West Java citizens to the needs of health information.

The purpose of this research is to first explain the development of health in West Java qualitatively. Second, explaining the view of West Java citizens towards the use of media for socialization in the field of health. Third explain the evaluation of West Java citizens about the implementation of health program policy.

The research method used is descriptive survey and secondary data analysis. The study was conducted in two districts in West Java and a meta-analysis of annual report on health development in West Java.

The results showed that; First, health development in West Java still has various obstacles in supporting the increase of Human Development Index (IPM) in West Java. Third, the view of the citizens of West Java on the Use of Media for the Socialization of the Field of Health more positive response on the direct service in the form of forums or community activities. Meanwhile, the media they love to find health information is television. Fourth, evaluation of West Java Residents on Health Policy Program Implementation has significant difference in both regions. Areas with high HDI provide scores with a high majority of government gaps and health policy implementation. While people in areas with low HDI give a moderate score to it.

Keywords: Search information, health information, health communication, health media, West Java.

Abstrak

Sistem pemerintahan yang demokratis, menghendaki dukungan dari masyarakat, baik pada saat pembentukan pemerintahan, pelaksanaan roda penyelenggaraan pemerintahan dan pengawasan penyelenggaraan atau pelaksanaan. Masyarakat mengimbangi penyelenggaraan pemerintahan yang dilaksanakan oleh eksekutif dan legislatif melalui tata cara yang berlaku dalam sistem pemerintahan itu sendiri. Pemerintah menetapkan berbagai program untuk meningkatkan kualitas kesehatan di Indonesia termasuk di Jawa Barat mulai program Asuransi untuk Keluarga Miskin (Askeskin) sampai dengan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), berdasarkan hasil penelitian di beberapa provinsi program kesehatan berhasil meningkatkan IPM yang signifikan, hal ini agak berbeda dengan Provinsi Jawa Barat ternyata IPM nya tetap saja rendah. Penelitian ini diharapkan

dapat memberikan kontribusi penyelesaian masalah pengentasan bidang kesehatan melalui pemetaan kebutuhan warga Jawa Barat terhadap kebutuhan informasi bidang kesehatan.

Tujuan penelitian ini adalah pertama menjelaskan pemangunan kesehatan di Jawa Barat secara kualitatif. Kedua, menjelaskan pandangan warga Jawa Barat terhadap penggunaan media untuk sosialisasi di bidang kesehatan. Ketiga menjelaskan evaluasi warga Jawa Barat tentang implementasi kebijakan program bidang kesehatan.

Metode penelitian yang digunakan adalah survey deskriptif dan analisis data sekunder. Peneliiian dilakukan di dua kabupaten di Jawa Barat dan meta-analisis terhadap dokumen laporan tahunan tentang pembangunan kesehatan di Jawa Barat.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa; Pertama, pembangunan kesehatan di Jawa Barat masih memiliki berbagai kendala dalam mendukung peningkatan Indeks Pembangunan Manusia (IPM) di Jawa Barat. Ketiga, pandangan warga Jawa Barat terhadap Penggunaan Media untuk Sosialisasi Bidang Kesehatan lebih banyak memberikan respon positif pada pelayanan langsung dlam bentuk forum atau kegiatan asyarakat. Sementara itu media yang mereka sukai untuk mencari informasi kesehatan adalah televise. Keempat, evaluasi Warga Jawa Barat terhadap Implementasi Kebijakan Program Bidang Kesehatan memiliki perbedaan yang signifikan pada kedua wilayah. Wilayah dengan IPM tinggi memberikan skor dengan mayoritas tinggi kepada pemerintah dan implementasi kebijakan kesehatan. Sedangkan masyarakat pada wilayah dengan IPM rendah memberikan skor yang sedang terhadap hal itu.

Kata Kunci: Pencarian informasi, informasi kesehatan, komunikasi kesehatan, media kesehatan, Jawa Barat.

Copyright © 2017 Ikatan Sarjana Komunikasi Indonesia. All rights reserved

Introduction

Era globalisasi telah memiliki dampak luar biasa dalam berbagai bidang, khususnya wacana tentang penyelenggaraan pemerintahan yang demokratis yang berbasis pada terwujudnya *good governance dan clean government*. Fenomena tuntutan masyarakat terhadap penyelenggaraan pemerintahan yang bersih dari korupsi, kolusi dan nepotisme. Tuntutan terwujudnya penyelenggaraan pemerintahan yang profesional, partisipatif, transparan, akuntabel yang dinaungi dengan adanya kepastian penegakkan hukum, tanggung jawab, daya tanggap, efisien/efektif serta berwawasan jauh ke depan, merupakan satu bentuk komitmen yang tak mungkin ditunda-tunda lagi.

Transparansi dan akuntabilitas sangat erat kaitannya dengan partisipasi. Transparansi berarti terbukanya akses bagi seluruh masyarakat terhadap semua informasi yang terkait dengan segala kegiatan yang mencakup keseluruhan prosesnya melalui suatu manajemen sistem informasi publik. Dengan adanya informasi yang terbuka maka akan memudahkan kontrol sosial dari warga. Akuntabilitas dimaknai sebagai pertanggungjawaban suatu lembaga kepada publik atas keberhasilan maupun kegagalan melaksanakan misi/tugas yang telah diembannya. Partisipasi dimaknai sebagai hak warga masyarakat untuk terlibat dalam proses pengambilan keputusan dan setiap langkah pembangunan partisipatif mulai dari perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan

evaluasi dan pelestarian, sehingga masyarakat bukan penerima manfaat melainkan sebagai agen perubahan dan pembangunan. Partisipasi pembangunan yang diharapkan harus ditunjang kesehatan fisik sumberdaya manusia sehat dan berkualitas.

Sementara di sisi lain mengacu pada Indeks Prestasi Manusia (IPM) Jawa Barat menduduki peringkat ke-28 dari 33 provinsi yang ada di Indonesia, hal ini menunjukkan bahwa kualitas sumber daya manusia yang dimiliki Jawa Barat tergolong rendah, salah satu yang menjadi acuan Indeks Prestasi Manusia adalah bidang kesehatan. Tingkat kesehatan yang rendah melahirkan sumber daya manusia yang juga rendah karena sumber daya yang berkualitas menuntut kesehatan fisik yang prima.

Pemerintah menetapkan berbagai program untuk meningkatkan kualitas kesehatan di Indonesia termasuk di Jawa Barat mulai program Asuransi untuk Keluarga Miskin (Askeskin) sampai dengan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), berdasarkan hasil penelitian di beberapa provinsi program kesehatan berhasil meningkatkan IPM yang signifikan, hal ini agak berbeda dengan Provinsi Jawa Barat ternyata IPM nya tetap saja rendah.

Berdasarkan hal tersebut diatas maka bidang kesehatan perlu mendapatkan perhatian yang utama dari berbagai disiplin ilmu termasuk Ilmu Komunikasi, maka perlu adanya kajian tentang

bagaimana pemetaan kebutuhan informasi bidang kesehatan warga Jawa Barat.

2. Masalah Penelitian

Masalah penelitian yang akan dijawab melalui penelitian yang direncanakan adalah sebagai berikut:

1. Bagaimana pemangunan kesehatan di Jawa Barat secara kualitatif?
2. Bagaimanakah pandangan warga Jawa Barat terhadap penggunaan media untuk sosialisasi di bidang kesehatan?
3. Bagaimanakah evaluasi warga Jawa Barat tentang implementasi kebijakan program bidang kesehatan?

4. Metode Penelitian

Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah survey lapangan. Melalui survey lapangan yang dilakukan, menurut Singarimbun dan Effendi (1995) dan Bajari (2017), penelitian berusaha menjelaskan konsep-konsep yang diukur atau ditelaah, dijelaskan satu persatu berdasarkan parameter yang digunakan. Sedangkan menurut Vredendregt (1978) survey eksploratif atau penelitian penjajagan bersifat terbuka, masih mencari-cari. Pengetahuan peneliti terhadap masalah yang sedang dihadapi masih terlalu tipis untuk dapat melakukan studi deskriptif. Dengan demikian penelitian eksploratif merupakan studi yang paling awal dalam memahami atau mengetahui suatu fenomena sosial.

Survey lapangan dilakukan pada Kabupaten atau Kota yang berada di Provinsi Jawa Barat. Jumlah Kabupaten atau Kota yang dipilih adalah Kabupaten atau Kota yang memiliki IPM paling tinggi dan yang paling rendah.

Tabel 3.1. Subpopulasi Penelitian

No.	Wilayah	Kecamatan Terpilih
1	Kota Banjar	1. Kecamatan Banjar Patroman 2. Kecamatan Batulawang
2.	Kabupaten Majalengka	3. Kecamatan Dawuan 4. Kecamatan Kadipaten

Kuesioner dipilih sebagai alat pengumpulan data, mengingat instrumen ini akan memberikan data yang cepat, jumlah yang cukup besar dan memiliki nilai validitas dan reliabilitas yang dapat dikontrol atau dijaga oleh peneliti.

5. Tinjauan Konseptual

A. Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan pada hakikatnya adalah suatu kegiatan atau usaha untuk menyampaikan pesan kesehatan kepada masyarakat, kelompok atau individu. Dengan harapan bahwa dengan adanya pesan tersebut masyarakat, kelompok atau individu dapat memperoleh pengetahuan tentang kesehatan yang lebih baik.

Tujuan utama promosi kesehatan adalah (1) Peningkatan pengetahuan atau sikap masyarakat ; (2) Peningkatan perilaku masyarakat dan (3) Peningkatan status kesehatan masyarakat. Ruang lingkup promosi kesehatan dapat didasarkan kepada dua dimensi, yaitu dimensi aspek sasaran pelayanan kesehatan dan dimensi tempat pelaksanaan promosi atau tatanan (*setting*).

Pelaksanaan promosi kesehatan dalam upaya pembangunan kesehatan, telah disusun suatu Sistem Kesehatan Nasional (SKN) yang merupakan arah dan tujuan bagi seluruh komponen bangsa dalam meningkatkan derajat kesehatan. Salah satu subsistem dalam SKN adalah Subsistem manajemen dan informasi kesehatan yang merupakan suatu bentuk dan cara penyelenggaraan guna menghimpun berbagai upaya kebijakan kesehatan, administrasi kesehatan, pengaturan hukum kesehatan, pengelolaan data dan informasi kesehatan sehingga dapat mendukung subsistem lainnya dari SKN untuk menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Upaya mempromosikan kesehatan itu antara lain dilakukan melalui berbagai media. Baik media cetak, elektronik maupun media luar ruang. Dalam hal ini media diposisikan sebagai sarana untuk membuat suasana yang kondusif terhadap perubahan perilaku yang positif terhadap kesehatan. Dalam bahasa promosi kesehatan, upaya tersebut disebut dengan bina suasana. Sampai dengan saat ini, bina suasana telah berjalan namun pada pelaksanaannya ditemukan beberapa permasalahan diantaranya adalah :

- Kampanye untuk membangun opini masyarakat yang dilakukan dengan berbagai iklan layanan masyarakat (yang sering dibintangi artis terkenal, atau tokoh masyarakat), melalui televisi, radio, dll telah menghabiskan dana cukup besar, tetapi belum tahu sampai seberapa jauh keberhasilan dan efektifitasnya.
- Berbagai poster, leaflet, kalender dan berbagai kegiatan yang dilakukan di daerah seperti: lomba-lomba, tabligh akbar, dll

masih perlu dipertanyakan keberhasilannya dalam meningkatkan pengetahuan masyarakat, apalagi untuk dapat merubah perilaku positif masyarakat.

- Berbagai kegiatan dalam rangka bina suasana tersebut belum sepenuhnya merupakan upaya yang berkelanjutan, serta terpadu dengan upaya lain, terutama dengan upaya pemberdayaan masyarakat atau pengorganisasian secara langsung oleh masyarakat itu sendiri.
- Upaya-upaya kreatif sesuai dengan keadaan, masalah, potensi dan budaya daerah belum sepenuhnya dikembangkan dalam bina suasana
- Pengkajian lebih lanjut tentang dukungan kegiatan bina suasana (yang memerlukan dana besar) dalam perubahan perilaku masyarakat belum dilakukan, termasuk tentang pemilihan jenis media.

A. Pencarian Informasi Masyarakat

Pencarian informasi, seperti informasi kesehatan, khalayak secara alamiah memiliki strategi pencarian informasi. Menurut Tipton dan Donohew (1981, h. 84; 1993, h. 65). Ada dua jenis. Pertama Strategi Berfokus luas, dalam hal ini individu mengumpulkan sumber informasi sebanyak-banyaknya. Kemudian memilih salah satu sumber yang akan dipakai sampai mencukupi kebutuhannya (*closure*). Kedua, Strategi Berfokus Sempit, dalam hal ini satu sumber informasi dianggap sebagai titik keberangkatan awal dan kemudian dengan dasar informasi itu ia mencari lagi sampai menemukan kepuasan (*closure*).

Perilaku pencarian informasi menurut Goldberg dan Larson (1985), biasanya merupakan tindakan seseorang untuk menanyakan kejelasan dan saran-saran yang diajukan (khususnya mengenai kebenaran fakta) yang menanyakan informasi kepada pihak-pihak berwenang, serta menanyakan fakta-fakta yang berhubungan dengan masalah yang dihadapi.

Kemudian menurut Rogers (1983, h. 185), perilaku pencarian informasi terlihat manakala seorang individu ingin meredakan keadaan disonansi lewat perubahan pengetahuan, sikap, dan perilakunya. Lanjutnya, tingkat kebutuhan khalayak pada suatu inovasi dapat motivasi aktifitas pencarian informasi.

Sedangkan Havelock (1971, h. 28-29), menerangkan lebih jelas lagi forum-forum yang lebih disukai oleh khalayak dalam mencari informasi. Untuk adopter awal mereka lebih menyukai pertemuan dengan spesialis, membaca jurnal, lebih tertarik pada berbagai sumber informasi sebelum mengambil keputusan, mengunjungi instansi di luar kota, atau institusi pendidikan. Kemudian, untuk adopter akhir biasanya lebih menyukai famili atau teman dekat, pertemuan umum, dan “the read house organs”.

Menurut hasil penelitian Hartman, Patil, dan Dighe di India (1989, h. 194), komunikasi interpersonal tetap penting, sumber daya manusia lebih penting dari pada media modern untuk penduduk desa. Penduduk desa memperoleh berita-berita kemudian menyebarkan dan menginterpretasikannya sebagian besar secara interpersonal. Seperti dalam sebuah riset pencarian informasi pertanian, komunikasi dari mulut ke mulut – - dengan anggota keluarga, tetangga, teman, orang yang dikenal baik, penyuluh, dan lain-lain – - merupakan bagian dari sistem komunikasi di kampung. Padmanagara (1991), di dalam penelitiannya menyiratkan bahwa motivasi informasi kelompok diperlihatkan pula oleh interaksi mereka dengan para penyuluh atau petugas untuk memperoleh informasi yang lebih baik. Dalam kaitannya dengan media massa, pencarian informasi menurut Setiawan (1989), terlihat dari seberapa jauh seseorang ter”pejan” (terdedah) pada media massa itu sendiri.

Penggunaan berbagai saluran informasi baik media massa maupun interpersonal, jika dikelompokkan, informasi yang dicari khalayak adalah tentang peristiwa aktual, hiburan, olah raga, politik, pendidikan dan agama dan informasi spesifik seperti bidang pertanian dan kesehatan. Misalnya, tulisan Alfian (1986, h. 202) dan hasil penelitian alfian dan Chu seperti yang ditulis Budhisantoso (1981, h. 159), menunjukkan bahwa, acara-acara yang paling banyak ditonton oleh masyarakat desa adalah: acara hiburan, warta berita terutama Dunia dalam Berita, berita olah raga, film, musik senja, dan mimbar agama.

Namun demikian, menurut hasil penelitian Hartman dan kawan-kawan (1989, h. 231) menyebutkan bahwa, pertama, masyarakat desa sebagian besar memiliki radio transistor. Mereka biasanya menyukai acara berita, musik, dan permainan radio.

Sedangkan acara pembangunan dan penyuluhan serta sejenisnya tidak pernah mereka dengarkan dengan alasan yang tidak diketahui. Kedua, surat kabar dan majalah, yang disukai oleh masyarakat desa dari surat kabar adalah berita-berita regional; yakni peristiwa dalam negeri dan lokal. Beberapa orang yang memiliki literasi yang baik biasa juga membaca editorial dan feature. Tetapi untuk majalah atau periodical, sedikit sekali masyarakat membacanya. Ketiga film, tidak banyak masyarakat desa yang terdapat film. Sebagian besar (55%) di antara mereka tidak pernah pergi ke bioskop, dan yang lainnya pergi ke bioskop paling banyak satu kali dalam setahun.

B. Penggunaan Media Massa Baru

Seseorang mendedahkan diri pada media massa dipengaruhi oleh dorongan-dorongan tertentu. Menurut Wright (1986, h. 7) media massa di tengah-tengah individu dapat diarahkan untuk menambah pengetahuan, mencari hiburan, kepentingan sosial dan lingkungan, transmisi nilai dan budaya, serta menjaga stabilitas.

Hadirnya media massa baru tidak mengakibatkan masyarakat mengurangi upayanya mencari informasi dari sumber-sumber lain. Alfian (196, h. 202), dalam makalahnya melaporkan, ketika TVRI hadir di tengah-tengah masyarakat secara nasional menimbulkan kecenderungan bahwa penonton TV adalah juga pendengar radio, pembaca surat kabar, dan majalah. Masuknya media massa, elektronik, dan cetak. Proses menjadikan pentingnya arti komunikasi massa dalam kehidupan mereka menjadi semakin dipercepat.

Walaupun penelitian Alfian belum menunjukkan pengaruh yang negative. Bogart dan J.P. Robinson dalam Comstock et al (1978, h. 162-163), menyebutkan, "We have seen that television typically decreases the amount of time devoted to certain other mass media—specifically, radio, books, and movies".

Kemudian, pengaruh terhadap membaca surat kabar menurut Bogart dan J.P. Robinson, "...total amount of time devoted to newspaper reading is unaffected by television ownership, television in the home decreases the likelihood of person subscribing to more than one newspaper, and television affects the degree of attention given to certain kinds of newspaper content."

Sedangkan Muchtar (1990) dalam penelitiannya menyebutkan, kehadiran TV telah menurunkan peranan radio dan surat kabar sebagai

sumber berita. Tetapi di lain pihak kehadirannya itu telah menyebabkan TV itu sendiri sebagai media yang paling disukai sebagai sumber berita.

Kecenderungan masuknya media massa mengakibatkan berubahnya orientasi masyarakat pada media massa, dapat diterangkan oleh beberapa teori, misalnya Teori Stimulasi, Utilitarian, dan Teleologis seperti yang dituliskan oleh Rakhmat (1986, h. 202-207).

Menurut **Teori Stimulasi**, Khalayak meningkatkan orientasinya pada media massa karena mereka senantiasa mencari dan memperkaya pengalamannya dengan informasi yang baru. Dalam hal ini media massa telah menyajikan hal-hal yang baru, aneh, spektakuler, yang menjangkau pengalaman yang tidak diperoleh lewat pengalaman individual tetapi lewat pengalaman buatan (vicarious experience).

Kemudian menurut **Teori Utilitarian**, Khalayak berusaha mencari informasi lewat media massa karena berupaya mencari informasi yang berguna atau keterampilan baru dalam rangka memecahkan masalahnya (Rakhmat, 1986). Sedangkan menurut **Teori Teleologis**, khalayak adalah individu yang selalu berupaya mencocokkan persepsi dirinya dengan representasi internal yang dikehendaki.

Namun terjadinya proses tersebut menurut McQuail (1979), tidak selamanya benar. Hal itu sangat tergantung kepada jenis isi pesan yang dibutuhkan. Sehingga menurut Greenberg dalam Gantz (1983, h. 57) tentang **Teori Kurva J**, semua itu sangat tergantung kepada urgensi suatu isu. Semakin tinggi urgensi suatu berita, maka semakin tinggi pula upaya mereka mencari konfirmasi. Hal itu akan mendorong mereka untuk menggunakan media massa dan kontak-kontak interpersonal.

C. Komunikasi (Promosi) Kesehatan

Pembangunan kesehatan adalah upaya yang dilaksanakan oleh semua komponen bangsa yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dapat terwujud. Sehat atau kesehatan menurut UU Kesehatan RI nomor 36 tahun 2009 adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis

Setiap orang dan masyarakat bersama dengan pemerintah berperan, berkewajiban, dan

bertanggung-jawab untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan perorangan, keluarga, masyarakat, dan lingkungannya. Pembangunan kesehatan harus mampu membangkitkan dan mendorong peran aktif masyarakat.

Masyarakat harus memahami bahwa kesehatan dipengaruhi oleh faktor lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan dan faktor keturunan. Status kesehatan akan tercapai secara optimal, jika keempat faktor secara bersama-sama memiliki kondisi yang optimal pula. Melihat keempat faktor pokok yang mempengaruhi kesehatan masyarakat tersebut, maka dalam rangka memelihara dan meningkatkan kesehatan masyarakat, hendaknya diperlukan intervensi yang juga diarahkan pada keempat faktor tersebut. Pendidikan atau promosi kesehatan merupakan bentuk intervensi terhadap faktor perilaku. Namun demikian, faktor lingkungan, pelayanan kesehatan dan faktor keturunan juga memerlukan intervensi promosi kesehatan.

Berdasarkan Piagam Ottawa (Ottawa Charter, 1986), Promosi kesehatan adalah suatu proses untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Selain itu untuk mencapai derajat kesehatan yang sempurna baik fisik, mental, dan sosial maka masyarakat harus mampu mengenal dan mewujudkan aspirasinya, kebutuhannya, dan mampu mengubah atau mengatasi lingkungannya (lingkungan fisik, sosbud, dsb).

Program-program dalam upaya promosi kesehatan dapat dirancang untuk membawa perubahan (perbaikan), baik didalam masyarakat sendiri, maupun dalam organisasi dan lingkungannya. Promosi kesehatan tidak hanya mengaitkan diri pada peningkatan pengetahuan, sikap dan praktek kesehatan saja tetapi juga meningkatkan atau memperbaiki lingkungan baik lingkungan fisik dan non fisik dalam rangka memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka.

6. Hasil Penelitian

A. Kajian Kualitatif Terhadap Pembangunan Kesehatan di Jawa Barat

Pembangunan kesehatan yang telah dilaksanakan selama ini di Jawa Barat dianggap telah berhasil meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara cukup bermakna, walaupun masih dijumpai berbagai masalah dan hambatan. Visi pembangunan bidang kesehatan sendiri yaitu Jawa Barat Sehat merupakan bentuk cita-cita yang ingin dicapai di

masa depan yang ditandai oleh penduduk Jawa Barat hidup dalam lingkungan yang sehat dengan perilaku sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata, serta memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

Pembangunan bidang kesehatan di Jawa Barat diselaraskan dengan pencapaian Indeks Pembangunan Manusia (IPM) yakni IPM 80. Bidang kesehatan merupakan salah satu bidang peningkatan IPM, di samping bidang ekonomi dan pendidikan. Akselerasi pembangunan bidang kesehatan terhadap IPM sendiri, pencapaiannya dijabarkan ke dalam empat misi pembangunan bidang kesehatan di Jawa Barat, yakni:

1. Menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan, dalam arti sudah saatnya bahwa pembangunan bidang atau sektor lain merencanakan dan mengembangkan program pembangunan berorientasi pada penciptaan kesehatan masyarakat, tidak semata-mata pencapaian target pada bidang atau sektor yang bersangkutan secara parsial.
2. Mendorong kemandirian masyarakat untuk hidup sehat, dalam arti bahwa kesehatan individu dan masyarakat tidak semata-mata tanggung jawab pihak tertentu, seperti pemerintah. Namun demikian atas keterlibatan seluruh pihak, terutama dalam hal ini masyarakat memiliki tanggung jawab besar untuk menciptakan kesehatan diri dan lingkungannya melalui perencanaan dan pelaksanaan program hidup sehat secara mikro.
3. Memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau. Permasalahan terbesar dalam pelayanan kesehatan terhadap masyarakat selama ini adalah, belum meratanya pelayanan kesehatan bagi seluruh lapisan masyarakat. Dalam menanggulangi permasalahan demikian, perlu upaya peningkatan sumber daya tenaga kesehatan, peningkatan jumlah dan kualitas sarana yang sesuai dengan standar dan kebutuhan program, dan peningkatan fungsi institusi kesehatan.
4. Memelihara dan meningkatkan kesehatan individu, keluarga dan masyarakat serta lingkungannya. Sosialisasi yang tepat adalah menanamkan dan memelihara nilai atau prinsip lebih baik mencegah dari pada mengobati penyakit. Misalnya kemampuan menanamkan nilai-nilai hidup sehat bagi diri dan keluarganya

tanpa terlebih dahulu tergantung pada pihak lain, seperti rumah sakit, dokter, atau lembaga lain.

5. Di daerah pedesaan di Jawa Barat, kombinasi faktor fisik dan faktor perilaku sosial menyebabkan penyakit seperti disentri yang menjadi endemik. Kondisi wilayah yang tidak mampu menyimpan kelebihan air di waktu musim hujan menyebabkan dasar sungai mengering atau air tergenang secara lokal. Kebiasaan mandi, mencuci, memasak, dan melepas hajat dilakukan di satu tempat. Perilaku penduduk lokal semacam ini menyebabkan penyakit selalu berputar dari satu penderita ke penderita lain, dan kemudian kembali ke penderita semula.

Penyakit yang terkait dengan kondisi lingkungan tidak hanya berkaitan dengan penyakit menular. Kondisi lingkungan yang spesifik dapat memicu angka kejadian penyakit yang tinggi dan mempengaruhi kesehatan penduduk sekitarnya.

Aktivitas manusia yang terkait dengan kegiatan usaha juga dapat mempengaruhi kesehatan lingkungan. Pola penanaman padi terus-menerus yang menyebabkan selalu tersedianya genangan air sehingga siklus hidup nyamuk tidak pernah terputus. Fungsi pemanfaatan lahan pekarangan yang rapat dengan jenis tanaman tertentu kadang-kadang disukai vektor penyakit tertentu. Penggunaan pestisida yang berlebihan di hulu daerah aliran sungai (DAS) akan mencemari air tanah dan terbawa sampai ke hilir.

Pendekatan secara *parsial* tidak cukup untuk mengatasi permasalahan kesehatan lingkungan, karena begitu kompleks permasalahan kesehatan lingkungan mengingat keterkaitannya dengan banyak sektor lain. Maka dari itu, diperlukan pendekatan menyeluruh dengan memandang permasalahan kesehatan lingkungan sebagai satu sistem.

Pemetaan permasalahan kesehatan biasanya dititikberatkan pada ibu dan anak, serta kelompok perempuan. Kelompok sasaran tersebut mewakili 3 kategori yaitu masa reproduksi, tumbuh kembang anak, perkembangan masa produktif, secara rinci dipaparkan meliputi: (a) Bayi dalam dua sub kelompok berbeda (usia 0-4 bulan dan 5-11 bulan) serta ibu menyusui, (b) Balita dan anak prasekolah, usia 12-93 bulan, (c) Anak usia sekolah, 7-15 tahun, (d) Anak perempuan dan remaja wanita, usia 10-19 tahun, (e) Remaja wanita dan pria, usia 15-21 tahun, (f) Pasangan usia subur, usia 15-49 tahun, (g) Ibu hamil, bersalin, nifas (15-49 tahun), bayi baru lahir

(0-29 hari). Dan (h) Rumah tangga, masyarakat dan para lanjut usia (lansia).

B. Pembangunan Kesehatan dan Indeks Pembangunan Manusia di Jawa Barat

Indek Pembangunan Manusia atau disingkat IPM adalah akumulasi dari komponen usia hidup (*longevity*), pengetahuan (*knowledge*), dan standar hidup layak (*decent living*). Komponen usia hidup diukur dengan parameter atau angka harapan hidup atau e_0 yang dihitung menggunakan metode tidak langsung (metode Brass, varian Trussel) yang dijabarkan atas dasar variabel rata-rata anak lahir hidup dan rata-rata anak yang masih hidup.

Kemudian, komponen pengetahuan diukur dengan angka melek huruf dan rata-rata lama sekolah yang dihitung berdasarkan data Susenas Kor. Sebagai catatan, UNDP dalam publikasi tahunan HDR sejak 1995 menggunakan indikator partisipasi sekolah dasar, menengah, dan tinggi sebagai pengganti rata-rata lama sekolah karena sulitnya memperoleh data rata-rata lama sekolah secara global. Indikator angka melek huruf diperoleh dari variabel kemampuan membaca dan menulis, sedangkan indikator rata-rata lama sekolah dihitung dengan menggunakan dua variabel secara simultan; yaitu tingkat/kelas yang sedang/pernah dijalani dan jenjang pendidikan tertinggi yang ditamatkan. Komponen standar hidup layak diukur dengan indikator rata-rata konsumsi riil yang telah disesuaikan. Sebagai catatan, UNDP menggunakan indikator PDB per kapita riil yang telah disesuaikan (*adjusted real GDP per capita*) sebagai ukuran komponen tersebut karena tidak tersedia indikator lain yang lebih baik untuk keperluan perbandingan antar negara.

([www.jabarprov.go.id/PENGHITUNGAN INDEKS PEMBANGUNAN MANUSIA/IPM](http://www.jabarprov.go.id/PENGHITUNGAN_INDEKS_PEMBANGUNAN_MANUSIA/IPM)).

Pencapaian pembangunan bidang kesehatan dalam upaya akselerasi pencapaian IPM 80 di Jawa Barat diukur dari indikator Usia Harapan Hidup (UHH) seluruh individu yang ada di Jawa Barat. UHH itu sendiri merupakan komposit dari ukuran baku Angka Kematian Balita (AKABA), Angka Kematian Bayi (AKB), Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Kasar penduduk (AKK).

Dalam upaya pencapaian IPM 80 Propinsi Jawa Barat, Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Barat menetapkan program strategis dan program unggulan yaitu:

1. Peningkatan akses dan kualitas pelayanan kesehatan melalui peningkatan pelayanan

- kesehatan dasar dan pelayanan kesehatan rujukan terutama bagi masyarakat miskin
2. Peningkatan sumber daya kesehatan melalui peningkatan sumber daya tenaga kesehatan, ketersediaan sarana sesuai standar dan kebutuhan program dan peningkatan fungsi institusi kesehatan
 - a. Pengembangan Puskesmas mampu "PONED" di 16 Kabupaten
 - b. Pengembangan sarana dan prasarana puskesmas di daerah endemis malaria
 - c. Bantuan sarana transportasi bagi bidan di desa
 - d. Pelatihan petugas Puskesmas mampu "PONED"
 - e. Penjajagan penempatan senior PPDS di Rumah Sakit Kabupaten
 3. Pemberdayaan masyarakat melalui :
 - a. Kemitraan dengan swasta, LSM dan Ormas
 - b. Revitalisasi posyandu
 - c. Review kegiatan pemberdayaan yang pernah ada seperti GSI, Poskestren, Sarasa, dll
 - d. Perkuatan peran lintas sektor , misalnya dalam hal penyediaan air bersih, lingkungan pemukiman, gizi masyarakat, UKS, Gebrak Malaria, KPAD, dll
 - e. Kabupaten/Kota Siaga
 - f. Klinik Sanitasi di Puskesmas
 4. Pengembangan pembiayaan kesehatan dilakukan melalui penggalan dana masyarakat termasuk swasta, pengembangan sistem pembiayaan kesehatan pra upaya seperti asuransi kesehatan dan peningkatan pembiayaan kesehatan dari pemerintah, melalui APBD dan sumber-sumber lain.

Sejalan dengan Visi Indonesia Sehat untuk melaksanakan program strategis tersebut perlu melibatkan stakeholder terkait dan saling bersinergi melalui beberapa strategi berikut :

1. Mewujudkan Komitmen Pembangunan Kesehatan. Agar masyarakat dan swasta dapat berperan aktif dalam pembangunan kesehatan, maka perlu dilakukan upaya sosialisasi mengenai berbagai permasalahan dan pembangunan kesehatan.
2. Membina Sistem Kesehatan dan Sistem Hukum di Bidang Kesehatan. Dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan, Dinas Kesehatan memberikan perhatian khusus pada pelayanan kesehatan bagi penduduk miskin, daerah tertinggal, daerah terpencil, daerah perbatasan,

dan daerah bencana berskala nasional, serta mempertimbangkan kesetaraan gender.

3. Melaksanakan Jejaring Pembangunan Kesehatan

Dalam menyusun sinergitas dan kemitraan perencanaan pembangunan kesehatan, maka peran Dinas Kesehatan sebagai *leading sector* adalah berdasarkan pada kebijakan sebagai berikut:

1. Penggalangan Kemitraan Lintas Sektor.

Untuk mengoptimalkan pencapaian tujuan pembangunan kesehatan, diperlukan kerja sama lintas sektor yang mantap. Demikian pula optimalisasi pembangunan berwawasan kesehatan yang mendukung tercapainya tujuan pembangunan kesehatan, menuntut adanya penggalangan kemitraan lintas sektor dan segenap potensi bangsa. Kebijakan dan pelaksanaan pembangunan sektor lain perlu memperhatikan dampak dan mendukung keberhasilan pembangunan kesehatan. Untuk itu upaya sosialisasi masalah-masalah dan upaya pembangunan kesehatan kepada sektor lain perlu dilakukan secara intensif dan berkesinambungan. Kerja sama lintas sektor harus dilakukan sejak perencanaan dan penganggaran, pelaksanaan dan pengendalian, sampai pada pengawasan dan penilaiannya.

2. Pemberdayaan Masyarakat dan Swasta.

Dalam era reformasi, masyarakat termasuk swasta harus berperan aktif dalam pembangunan kesehatan yang dimulai sejak penyusunan berbagai kebijakan pembangunan kesehatan. Pemberdayaan masyarakat dilakukan dengan mendorong masyarakat agar mampu secara mandiri menjamin terpenuhinya kebutuhan kesehatan dan kesinambungan pelayanan kesehatan.

3. Peningkatan Perilaku, Kemandirian Masyarakat dan Kemitraan Swasta.

Perilaku hidup sehat masyarakat sejak usia dini perlu ditingkatkan melalui berbagai kegiatan penyuluhan dan pendidikan kesehatan, agar menjadi bagian dari norma hidup dan budaya masyarakat, dalam rangka meningkatkan kesadaran dan kemandirian masyarakat untuk hidup sehat. Peran masyarakat dalam pembangunan kesehatan terutama melalui penerapan konsep Pembangunan Kesehatan Masyarakat tetap didorong dan bahkan dikembangkan untuk menjamin terpenuhinya kebutuhan kesehatan serta kesinambungan upaya kesehatan.

Kemitraan swasta lebih dikembangkan dengan memberikan kemudahan dalam membangun terutama pelayanan kesehatan rujukan rumah sakit dan pelayanan medik lainnya, dengan memperhatikan efisiensi keseluruhan sistem pelayanan kesehatan. Kemitraan swasta juga ditingkatkan dalam pencegahan penyakit dan peningkatan derajat kesehatan.

Peran organisasi profesi, sebagai bagian organisasi masyarakat, ditingkatkan terutama yang menyangkut penyusunan dan pemantauan standar dan kode etik profesi dalam pelayanan kesehatan. Organisasi profesi didorong untuk berperan aktif mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan, membantu pemerintah dalam perumusan kebijaksanaan dan pengelolaan serta pemantauan pelaksanaan pembangunan kesehatan dan berfungsi pula memberikan masukan untuk mengembangkan sumber daya manusia kesehatan.

4. Peningkatan Kesehatan Lingkungan .

Program kesehatan lingkungan yang telah dilaksanakan di Jawa barat yaitu program peningkatan kesehatan lingkungan dengan kegiatan meningkatkan peran serta masyarakat dalam peningkatan budaya hidup sehat.

Kesehatan lingkungan pemukiman, tempat kerja, dan tempat-tempat umum serta tempat-tempat pariwisata ditingkatkan melalui penyediaan serta pengawasan mutu air yang memenuhi persyaratan terutama perpipaan, penertiban tempat pembuangan sampah, penyediaan sarana pembuangan limbah serta berbagai sarana sanitasi lingkungan lainnya sehingga penduduk dapat hidup sehat dan produktif serta terhindar dari penyakit-penyakit yang membahayakan yang ditularkan melalui atau disebabkan oleh lingkungan tidak sehat.

Kualitas air, udara dan tanah ditingkatkan untuk menjamin hidup sehat dan produktif sehingga masyarakat terhindar dari keadaan yang dapat menimbulkan bahaya kesehatan. Untuk itu diperlukan peningkatan dan perbaikan

berbagai peraturan perundang-undangan, pendidikan lingkungan sehat sejak dari usia muda, serta pembakuan mutu lingkungan.

Pengendalian atas penyebab (*agent*), pembawa (*vector*) serta sumber (*reservoir*) penyakit perlu dilakukan untuk terciptanya lingkungan yang sehat bagi segenap penduduk. Perhatian khusus diberikan pula kepada gangguan lingkungan karena penggunaan teknologi dan bahan-bahan berbahaya, eksplorasi sumber daya alam yang berlebihan, serta yang disebabkan oleh bencana, baik oleh alam maupun ulah manusia. Dampak global perubahan cuaca perlu diwaspadai terutama yang terkait dengan timbulnya berbagai gangguan kesehatan, di samping dampak negatif kelangkaan bahan pangan yang berpengaruh terhadap gizi penduduk.

C. Pandangan warga Jawa Barat terhadap Daya Dukung Lingkungan Kesehatan untuk Sosialisasi Informasi Bidang Kesehatan.

Daya dukung lingkungan, membantu keberhasilan pembangunan bidang kesehatan. Bagaimanapun lingkungan memiliki determinasi yang kuat terhadap perilaku manusia. Lingkungan yang dimaksudkan adalah menyangkut pada peran kader, tokoh masyarakat, tenaga medik atau peran orang-orang yang memiliki kepedulian kesehatan masyarakat.

Dari hasil pengumpulan data lapangan didapat gambaran dari perang orang-orang atau tokoh yang telah disebutkan tadi. Sebagian besar responden dari kedua wilayah menyebutkan bahwa peran kader dan petugas kesehatan yang memberikan penyuluhan kesehatan memberikan dukungan yang kuat. Terutama di Kota Banjar sekitar 87,1% menyebutkan bahwa peran tersebut cukup dominan. Sedangkan di Kabupaten Majalengka peran itu ;ebih kecil yakni 42,2% dari jumlah responden secara keseluruhan. Peran lingkungan yang dominan di Kabupaten Majalengka adalah tenaga medik dan dokter. 52,4%.

Tabel 1. Daya Dukung Sumber Informasi Kesehatan Lainnya

No.	Sumber Informasi	Kota Banjar		Kabupaten Majalengka	
		F	Persen	F	Persen

1	Kader/Petugas Kesehatan Posyandu	175	87.1	86	42.2
2	Tenaga Kesehatan (Dokter/Bidan/Perawat)	25	12.4	109	53.4
3	Lainnya	1	.5	9	4.4
4	Total	201	100.0	204	100.0

Dengan demikian, jika dibandingkan tampak bahwa ada perbedaan yang sangat jelas pada kedua wilayah penelitian mengenai daya dukung lingkungan terhadap kebutuhan informasi warga kecil atau miskin. Peran kader kesehatan dan Posyandu, cukup strategis di Kota Banjar, sedangkan peran dokter dan tenaga medis lainnya lebih strategidi Kabupaten Majalengka.

D. Pandangan warga Jawa Barat terhadap Penggunaan Media untuk Sosialisasi Bidang Kesehatan.

Bahasan berikutnya memaparkan mengenai peran media elektronik dan cetak dalam penyebaran

informasi kesehatan. Maksud dari pemaparan data lapangan ini adalah, menjelaskan upaya pencarian informasi masyarakat berdasarkan sumber-sumber yang digunakan. Pada Tabel 4.16 digambarkan sumber informasi kesehatan dari media dan forum yang digunakan responden. Dari kedua wilayah, terdapat trend yang berbeda tentang penggunaan media komunikasi kesehatan. Responden dari Kota Banjar yang diketahui sebagai wilayah dengan IPM kelompok tinggi, masyarakatnya lebih banyak menggunakan forum-forum diskusi lokal (51,70%) untuk mendapatkan informasi tentang kesehatan. Sisanya mereka mencari dari media elektronik (333%) dan media cetak (14,4%).

Tabel 2. Sumber Informasi Kesehatan dari Media

No	Media	Kota Banjar		Kabupaten Majalengka	
		F	Persentase	F	Persentase
1	Media Cetak	29	14.4	69	33.8
2	Media Elektronik	67	33.3	103	50.5
3	Kegiatan Setempat	104	51.7	24	11.8
4	Lainnya	1	.5	8	3.9
5	Total	201	100.0	204	100.0

Kondisi ini berbeda dengan Kabupaten Majalengka yang diketahui sebagai wilayah dengan IPM kelompok rendah. Responden yang memberikan jawaban, menunjukkan bahwa mayoritas media elektronik (Radio dan TV) adalah sumber utama yang digunakan untuk memenuhi kebutuhan informasi. Selanjutnya mereka menggunakan media cetak (surat kabar dan majalah) sebesar 33,80% dan hanya sedikit yang memanfaatkan forum-forum lokal atau kegiatan masyarakat setempat (11,8%).

Tabel 3 memaparkan peran media massa dan internet dalam pemenuhan sumber informasi. Data

ini digunakan untuk mengukur seberapa besar peran setiap media massa dalam memberikan informasi kesehatan. Kesimpulan dari kedua wilayah menunjukkan pola yang sama, bahwa televisi memiliki peran yang sangat dominan sebagai sumber informasi. Di Kota Banjar hampir 91,50% memilih televisi sebagai media massa yang menyajikan informasi kesehatan, sedangkan di Kabupaten Majalengka sebesar 68,60%.

Tabel 3. Media Informasi Kesehatan

No.	Jenis Informasi	Kota Banjar		Kabupaten Majalengka	
		F	Persentase	F	Persentase

1	Televisi	184	91.5	140	68.6
2	Radio	7	3.5	5	2.5
3	Koran/Tabloid	4	2.0	29	14.2
4	Majalah	3	1.5	8	3.9
5	Internet	2	1.0	16	7.8
6	Sosial Media	0	0	1	.5
7	Lainnya	1	.5	5	2.5
	Total	201	100.0	204	100

Persentase untuk media lainnya sangat kecil rata-rata dibawah 10%., kecuali untuk surat kabar di Kabupaten Majalengka sebesar 14,20%. Kesimpulannya bahwa televisi masih menjadi

priorita pilihan media masyarakat dalam mencari dan memenuhi kebutuhan informasi kesehatan.

Tabel 4. Media Paling Disukai

No	Jenis Informasi	Kota Banjar		Kabupaten Majalengka	
		F	Pers en	F	Perse n
1	Televisi	185	92.0	149	73.0
2	Radio	7	3.5	5	2.5
3	Koran/Tabloid	4	2.0	27	13.2
4	Majalah	3	1.5	4	2.0
5	Internet	2	1.0	18	8.8
6	Sosial Media	0	0	1	.5
	Total	185	92.0	204	100.0

Tabel 4 menggambarkan media yang paling disukai responden. Seperti halnya media yang paling banyak digunakan, televisi juga merupakan media yang sangat disukai oleh masyarakat dalam mencari informasi kesehatan. Kedua wilayah menunjukkan tren yang sama (92% di Kota Banjar dan 73%) di

Kabupaten Majalengka. Demikian halnya surat kabar, di Majalengka, termasuk media yang memiliki angka trend disukai yang cukup baik dibandingkan media lainnya (13,2%).

Tabel 5. Sumber Informasi yang Paling Berkesan

No.	Jenis Informasi	Kota Banjar		Kabupaten Majalengka	
		F	Pers en	F	Perse n
1	Kader/Petugas Kesehatan Posyandu	154	76.6	49	24.0
2	Tenaga Kesehatan (Dokter/Bidan/Perawat)	26	12.9	93	45.6
3	Media Cetak	7	3.5	16	7.8
4	Media Elektronik	11	5.5	37	18.1
5	Kegiatan Setempat	3	1.5	9	4.4
6	Total	201	100.0	204	100.0

Tabel 5 memaparkan sumber informasi yang memiliki kesan yang sangat baik di mata responden. Kesan dalam arti bahwa sumber informasi itu mampu menanamkan informasi yang kuat kepada khalayak. Dalam setiap even komunikasi yang dilakukan, khalayak mengangga sumber informasi tersebut mampu mendiseminasikan informasi secara baik di kepala khalayak. Tabel tersebut menunjukkan bahwa responden pada kedua wilayah memiliki kebiasaan yang berbeda. Sebesar 76,6% persen responden di Kota Banjar menyebutkan bahwa kader

dan petugas kesehatan telah berhasil menyajikan komunikasi yang berkesan, menarik dan dimengerti. Sedangkan di Kabupaten Majalengka, yang dianggap berhasil menanamkan informasi kesehatan adalah para tenaga kesehatan di rumah sakit atau di puskesmas (45,6%).

Media massa elektronik dan cetak, mungkin karena sifatnya selintas, tidak memiliki efek yang kuat dalam menciptakan keberkesanan khalayak. Persentase tanggapan khalayak secara positif pada kedua wilayah, di bawah 20%.

Tabel 6. Informasi Kesehatan dari TV

No.	Jenis Informasi	Kota Banjar		Kabupaten Majalengka	
		F	Persentase	F	Persentase
1	Iklan Obat/Produk Kesehatan	177	88.1	112	54.9
2	Ikatan Profesi Kesehatan	15	7.5	63	30.9
3	Kemkes&Institusi Pemerintah lainnya	9	4.5	25	12.3
4	Perguruan Tinggi	0	0	2	1.0
5	Pengobatan Tradisional	0	0	2	1.0
8	Total	201	100.0	204	100

Dua table berikut, menyajika isi informasi yang didapatkan dari media massa elektronik yang dimiliki oleh khalayak. Pertama televisive dan kedua radio. Data pengukuran terhadap televisive menunjukkan kesenjangan jnis informasi yang diterima secara kuat di antara kedua wilayah. Responden di Kota Banjar 88,1% menyebutkan

bahwa mereka lebih banyak melihat atau menonton iklan obat dan produk kesehatan. Di Majalengka, pilihan itu hanya disebutkan oleh 54,9% responden. Sisanya, di responden Kabupaten Majalengka menyebutkan bahwa mereka mendapatkan informasi mengenai profesi kesehatan seperti tampilan dokter/dokter gigi, perawat, atau apoteker.

Tabel 7. Informasi Kesehatan dari Radio

No.	Jenis Informasi	Kota Banjar		Kabupaten Majalengka	
		F	Persentase	F	Persentase
1	Iklan Obat/Produk Kesehatan	177	88.1	123	60.3
2	Ikatan Profesi Kesehatan	8	4.0	31	15.2
3	Kemkes&Institusi Pemerintah lainnya	5	2.5	21	10.3
4	Perguruan Tinggi	3	1.5	0	0
5	Pengobat Tradisional/Dukun/Tabib	8	4.0	29	14.2
6	Total	201	100.0	204	100.0

Sedangkan pada pesawat radio, kesenjangan itu lebih kecil jika dibandingkan dengan media televisi. Walaupun posisi terbesar informasi yang didapatkan dari radio adalah sama dengan televisi.

Sebanyak 88,1% menyebutkan bahwa responden mendapatkan informasi produk kesehatan dan obat di Kota Banjar, sedangkan di Kabupaten Majalengka hanya 60,3%. Data yang unik dari table

tersebut adalah munculnya jenis informasi mengenai pengobatan alternatif melalui radio. Kalau di Kota Banjar hanya mencapai 4,0 responden yang memilih,

di Kabupaten Majalengka mencapai 14,2% responden.

Tabel 8. Informasi Kesehatan dari Internet

No.	Jenis Informasi	Kota Banjar		Kabupaten Majalengka	
		F	Pers en	F	Pers en
1	Iklan Obat/Produk Kesehatan	126	62. 7	119	58.3
2	Ikatan Profesi Kesehatan	57	28. 4	46	22.5
3	Kemkes&Institusi Pemerintah lainnya	3	1.5	23	11.3
4	Perguruan Tinggi	13	6.5	6	2.9
5	Pengobat Tradisional/Dukun/Tabib	2	1.0	10	4.9
6	Total	201	100. .0	204	100. 0

Selanjutnya, media yang juga ditanyakan kepada responden adalah tentang terpaan penggunaan internet. Walaupun responden penelitian ini adalah masyarakat miskin, yang diasumsikan tidak memiliki atau kurang memiliki akses pada internet. Namun pada kenyataannya 100 persen dari mereka pernah mencoba atau menggunakan internet. Baik melalui telepon seluler (smartphone) atau desktop. Namun demikian tentu sentuhan mereka dengan internet dalam intensitas yang rendah, bahkan diantara mereka ada yang sekedar melihat penggunaannya oleh orang lain dimana mereka ikut memerhatikan apa yang sedang diakses.

Isi informasi yang diakses responden dari kedua wilayah yang diamati, menunjukkan hasil yang sama pada trend penggunaan internet untuk pencarian informasi kesehatan. Sebagian besar mereka mencari informasi dan memilih informasi mengenai produk kesehatan dan obat-obatan (62,7% di Kota Banjar dan 58,3% di Kabupaten Majalengka). Informasi berikutnya berkenaan dengan profesi yang mereka ketahui dari media internet yakni 28,4% Kota Banjar dan 22,5% Kabupaten Majalengka.

D. Evaluasi Warga Jawa Barat terhadap Implementasi Kebijakan Program Bidang Kesehatan.

Bagian akhir dari data lapangan yang dianalisis adalah evaluasi responden terhadap pelaksanaan pembangunan kesehatan di Jawa Barat, khususnya di Kabupaten Majalengka dan Kota Banjar. Evaluasi dari khalayak, dalam hal ini representasi penduduk miskin menyangkut pembangunan kesehatan menjadi bahan pengukuran intervensi dan keterlibatan/partisipasi mereka dengan pemerintah dalam bidang tersebut.

Hasil evaluasi ini adalah membandingkan respon yang dimiliki oleh masyarakat dengan kategori IPM tinggi dan IPM rendah. Dari hasil penelitian seperti yang tampak dalam Tabel 8 tampak perbedaan respon yang sangat signifikan jika dilihat dari prosentase pendapat responden.

Mayoritas respon dari masyarakat Kota Banjar (IPM Tinggi), menunjukkan bahwa evaluasi terhadap kinerja pemerintah dalam bidang kesehatan adalah tinggi. Persentase sebesar 84,6% menjadi ukuran kinerja yang baik dari pemerintah di mata khalayak. Sisanya 10,4% sedang dan 5% rendah. Kondisi ini berbeda dengan respon dari Kabupaten Majalengka, mayoritas respon khalayak menunjukkan evaluasi sedang (62,3%) terhadap implementasi kebijakan bidang kesehatan. Artinya kinerja dari pemerintah, biasa-biasa saja. Sisanya 24,5% tinggi dan 13,2% rendah.

Tabel 9. Pendapat Responden Tentang Implementasi Kebijakan Program Kesehatan

No.	Jenis Informasi	Kota Banjar	Kabupaten Majalengka
-----	-----------------	-------------	----------------------

		F	Perse n	F	Persen
1	Rendah	10	5.0	27	13.2
2	Sedang	21	10.4	127	62.3
3	Tinggi	170	84.6	50	24.5
4	Total	201	100.0	204	100.0

Melihat pada perbedaan yang besar dalam respon masyarakat terhadap implementasi kebijakan, maka dapat disimpulkan pula bahwa walaupun secara ekonomi rendah (penghasilan rendah atau tidak beruntung), anggota masyarakat dapat memberikan evaluasi terhadap keberhasilan kerja atau tingginya kinerja pemerintah dalam menjalankan program bidang kesehatan. Angka IPM sebagai representasi keberhasilan di bidang kesehatan menunjukkan bahwa walaupun mereka miskin secara ekonomi, masyarakat memiliki derajat kesehatan yang baik.

Kesimpulan

Berdasarkan penelitian yang dilakukan, maka disimpulkan sebagai berikut:

1. Pembangunan kesehatan di Jawa Barat masih memiliki berbagai kendala dalam mendukung peningkatan Indeks Pembangunan Manusia (IPM) di Jawa Barat.
2. Pandangan warga Jawa Barat terhadap Penggunaan Media untuk Sosialisasi Bidang Kesehatan lebih banyak memberikan respon positif pada pelayanan langsung dalam bentuk forum atau kegiatan masyarakat. Sementara itu media yang mereka sukai untuk mencari informasi kesehatan adalah televisi.
3. Evaluasi Warga Jawa Barat terhadap Implementasi Kebijakan Program Bidang Kesehatan memiliki perbedaan yang signifikan pada kedua wilayah. Wilayah dengan IPM tinggi memberikan skor dengan mayoritas tinggi kepada pemerintah dan implementasi kebijakan kesehatan. Sedangkan masyarakat pada wilayah dengan IPM rendah memberikan skor yang sedang terhadap hal itu.

Daftar Pustaka Buku

Ach. Wazir Ws., et al., ed. (1999). *Panduan Penguatan Manajemen Lembaga Swadaya Masyarakat*. Jakarta: Sekretariat Bina Desa dengan dukungan AusAID melalui Indonesia HIV/AIDS and STD Prevention and Care Project.

Alfian dan Chu, Godwin C. Penyunting. *Satellite Television in Indonesia*. Honolulu: East-West Center, 1981.

Alfian, *Transformasi Sosial Budaya dalam Pembangunan Nasional*. Jakarta: UI Press, 1986.

Alfian. "Introduction of Television and Communication Networks in The Villages." Dalam *Satellite Television in Indonesia*, Hlm. 135-150. Disunting oleh Alfian dan Godwin C. Chu. Honolulu: East-West Center, 1981.

Bradley, Elizabeth. *Expanding the Andersen Model : The Role of Psychosocial Factors in Long Term Care Use*. Health Service Research Journal. 2002, 37 (5) : 1221-1242

Budhisantoso, S. "Initial Reaction to Television in Indonesia Villages." Dalam *Satellite Television in Indonesia*, hlm. 135-150. Disunting oleh Alfian dan Godwin C. Chu. Honolulu: East-West Center, 1981.

Comstock, George; Chaffee, Steven; Katzman, Natan; McCombs, Maxwell; Robert, Donal. *Television and Human Behavior*. New York: Columbia University, 1978.

Conyers, Diana. (1991). *Perencanaan Sosial di Dunia ketiga*. Yogyakarta: UGM Press.

- Coralie Bryant dan Louise G. White. 1982. *Managing Development in the Third World*. Westview Press. Colorado.
- DeFluer, Melvin L. dan Bell Rokeach, Sandra. *Theories of Mass Communication*. Edisi ke lima. New York: Longman, 1989.
- Detels., Beaglehole. *Text Book of Public Health, Ottawa Charter 1986*. Volume 3. Oxford University Press. 2002 : 1911
- Dominick, Joseph R. *The Dynamics of Mass Communication*. Edisi ke lima. New York: Random House, 1983.
- Downie , RS & Tannahil, C. *Health Promotion*. 2nd edition. Oxford University Press. 2006 : 9-26
- Goldberg, Alvin A. dan Larson, Carl E. *Komunikasi Kelompok*. Diterjemahkan oleh Kusdarini dan Jusuf. Jakarta: UI Pers, 1985.
- Greenberg, Bradley S.; Ku, Lin-lin dan Li, Hairong. "Parental Mediation of Children's Mass Communication Media Behavior in China, Japan, Korea, Taiwan, and United State." Dalam *Mass Media Effect Across Cultures*, hlm. 150-172. Disunting oleh Gudykunst, Korzeny, Ting-Toomey, dan Schiff. Newbury, Park: Sage, 1992.
- Hamid S, Attamimi. A. *Peranan Keputusan Presiden Republik Indonesia Dalam Penyelenggaraan Pemerintahan Negara*, disertasi, UI. Jakarta, 1990.
- Hartman, Paul; Patil BR; dan Dighe, Anita. *The Mass Media and Village Life, an Indian Study*. New Delhi: Sage, 1989.
- Havelock, Ronald G; Guskin, Alan; Frohman, Mark; Havelock, Marry; Huber, Janet; dan Hill, Marjorie. *Planning for Inovation, Through Dissemination and Utilization of Knowledge*. Ann arbor" The University of Michigan, 1971
- Holil Soelaiman. (1980). *Partisipasi Sosial dalam Usaha Kesejahteraan Sosial*. Bandung.
- Huneryager, S.G. dan Heckmann I.L. 1967. *Human Relations in Management*. Oxford Uni. Press. New York
- Kunczik, Michael. *Communication and Social Change, A Summarry of Theories, Policies, and Experiences for Media Practitioners in the Third World*. Brunswick: Friedrich-Ebert-Stiftung, 1984
- Littlejohn, Stphen W. *Theories of Mass Communication*. Belmont: Wadsworth, 1989.
- Mas Achmad Santosa, *Aktualisasi Kebebasan Informasi di Indonesia; sebuah perjalanan panjang dan mendaki, dalam Melawan Ketertutupan Informasi; menuju pemerintahan terbuka, Koalisi Untuk Kebebasan Informasi*, Jakarta: 2003.
- McQuail, Denis, dan Windahl, Sven. *Communication Models for the Study of Mass Communication*. New York: Longman, 1987.
- McQuail, Denis. *Teori Komunikasi Massa: Suatu Pengantar*. Diterjemahkan oleh Dharma dan Aminuddin Ram. Jakarta: Erlangga, 19881.
- Mikkelsen, Britha. (1999). *Metode Penelitian Partisipatoris dan Upaya-upaya Pemberdayaan: sebuah buku pegangan bagi para praktisi lapangan*. Jakarta: Yayasan Obor Indonesia.
- Notoatmojo. S. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta. 2005 : 195-208

- Polak, JBAF. Mayor. *Sosiologi, Suatu Pengantar*. Jakarta: Ihtiar Baru, 1979.
- Rakhmat, Jalaluddin. *Psikologi Komunikasi*. Bandung: Remadja Karya, 1986
- Rogers, Everett M. *Diffusion of Inovations*. Edisi Ke tiga. New York: Free Press, 1983.
- Ross, Murray G., and B.W. Lappin. (1967). *Community Organization: theory, principles and practice*. Second Edition. NewYork: Harper & Row Publishers.
- Sears, David O.; Peplau Anne dan Freedman, Jonathan L. *Psikologi Sosial*. Jilid I. Jakarta: Erlangga, 1992.
- Setiawan, Bambang. *Metode Penelitian Survai Untuk Komunikasi*. Yogyakarta: PAU-Studi Sosial UGM, 1989.
- Severin, Werner J. dan Tankard Jr., James W. *Communication Theories*. New York: Longman, 1992.
- Shoemaker, Pamela J. dan Reese, Ronald O. *Mediating the Massage, Theories of Influences on Mass Communication*. New York: Longman, 1991.
- Singarimbun, Masri dan Sofian Effendi, 1995. *Metode Penelitian Survey*, Jakarta: LP3ES.
- Soekanto, Soerjono, 2004. *Sosiologi Keluarga, Tentang Ikhwal Keluarga, Remaja, dan Anak*, Jakarta: Rineka Citra.
- Steers, Richard M. dan Porter Lyman W. *Motivation and Work Behavior*. New York: McGraw Hill, 1975.
- Susanto, Astrid. *Komunikasi Teori dan Praktek*. Jilid II. Bandung: Bina Cipta, 1974
- Taliziduhu Ndraha, 1987. *Pembangunan Masyarakat, mempersiapkan Masyarakat Tinggal Landas*. PT. Bina Aksara.
- West, Richard and Lynn H. Turner, 2007. *Introducing Communication Theory, Annalysis and Application*, 3rd edition, Boston: McGraw Hill.
- Wright, Charles R. *Sosiologi Komunikasi Massa*. Disunting oleh Jalaluddin Rakhmat. Bandung: Remadja Karya, 1985.
- Young, Kimball. *Social Psychology*. Edisi Ke tiga. New York: Appleton-Century-Crofts, 1958.
- Jurnal**
- Gantz, Walter. "The Difusion of News About the Attempted Reagan's Assasination." *Journal of Communication*. 1 (198): 57-66.
- Muchtar, Rusdi. "Television and Massa Media Habits in Minahasa, North Sulawesi." *Majalah Ilmu-ilmu Sosial Indonesia*, LIPI. ! (1990).
- Donohew, Lewis; Tipton, Leonard; dan Haney, Rogers. Analisis Strategi Pencarian Informasi." Diterjemahkan oleh Shoelhi. *Audientia Jurnal Komunikasi*. 3 (1993): 65-73,
- Signorielli Nancy. "Selective TV Viewing." *Journal of Commnication*. 1 (1986): 39-51.
- Lain-lain**
- International Covenant on Civil and Political Rights*, Pasal 19.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan. 2009 : 1 -111
- Mas Achmad Santosa, "Aktualisasi Kebebasan Informasi di Indonesia; sebuah perjalanan panjang dan mendaki, dalam Melawan Ketertutupan Informasi; menuju pemerintahan terbuka," Koalisi Untuk Kebebasan Informasi, Jakarta: 2003
- Mustikasari, Kebutuhan dan Perilaku Pencarian Informasi, *Jurnal Komunikasi dan Informasi*, Fikom Unpad, 2003, hlm. 338-342.

- Padmanagara, Monty S. "Correlates of Motivation and Performance of Contact Farmers (CFs) in West Java Province Indonesia." *Ph D Dissertation*. University of The Philippines at Los Banos (UPLB), 1991.
- Paulus Widiyanto (Mantan Ketua Pansus RUU KIP DPR-RI periode 1999-2004, Rancangan Undang-undang Rahasia Negara, Urgenkah Sekarang?, Jakarta 25 Mei 2007
- Sabarno, Hari. *Memandu Otonomi Daerah Menjaga Kesatuan Bangsa*, Sinar Grafika, Jakarta, 2007.
- Sumampouw, Monique. (2004). "Perencanaan Darat-Laut yang Terintegrasi dengan Menggunakan Informasi Spasial yang Partisipatif." Jacob Rais, *et al. Menata Ruang Laut Terpadu*. Jakarta: Pradnya Paramita. 91-117.
- Toby Mendel, *Kebebasan Memperoleh Informasi: Sebuah Survei Perbandingan Hukum*, UNESCO Jakarta, 2004. Lihat pula indikator versi 2.0 di www.theaccessinitiative.org.
- Toby Mendel, *Kebebasan Memperoleh Informasi: Sebuah Survei Perbandingan Hukum*, UNESCO Jakarta, 2004. Lihat pula indikator versi 2.0 di www.theaccessinitiative.org.
- Undang-undang Republik Indonesia Nomor 14 Tahun 2008, tentang Keterbukaan Informasi Publik.
- Undang-undang Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 1999, tentang Penyelenggaraan Negara yang Bersih dan Bebas dari Korupsi, Kolusi dan Nepotism
- www.jabarprov.go.id/PENGHITUNGAN
INDEKS **PEMBANGUNAN**
MANUSIA/IPM, diunduh pada
 19/11/2013.