

**ANALISIS PERILAKU PENGOBATAN  
PENDUDUK MISKIN DI KABUPATEN MAJENE**

*ANALYSIS OF THE MEDICATION BEHAVIOR OF POOR  
PEOPLE IN MAJENE REGENCY*

**ANDI ISHAK**



**PROGRAM PASCASARJANA  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2007**

# **ANALISIS PERILAKU PENGOBATAN PENDUDUK MISKIN DI KABUPATEN MAJENE**

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar Magister

Program Studi

Pengelolaan Lingkungan Hidup

Disusun dan diajukan oleh

**ANDI ISHAK**

kepada

**PROGRAM PASCASARJANA**

**UNIVERSITAS HASANUDDIN**

**MAKASSAR**

**2007**

TESIS

**ANALISIS PERILAKU PENGOBATAN PENDUDUK MISKIN  
DIKABUPATEN MAJENE**

Disusun dan diajukan oleh

**ANDI ISHAK**

**Nomor Pokok : P03 06 204 506**

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis  
pada tanggal 31 Mei 2007  
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Menyetujui  
Komisi Penasihat

---

**Prof. Dr. M. Tahir Kasnawi, SU**  
**Ketua**

Ketua Program Studi  
Pengelolaan Lingkungan Hidup

---

**Dr. M.M Papayungan, MA**  
**Anggota**

Direktur Program Pasca Sarjana  
Universitas Hasanuddin

---

**Dr. Ir. Didi Rukmana, M.Sc**

---

**Prof. Dr. dr. A. Razak Thaha, M.Sc**

## **PERNYATAAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : ANDI ISHAK  
Nomor Pokok : P03 06 204 506  
Program Studi : Pengelolaan Lingkungan Hidup (PLH)  
Konsentrasi Studi Perencanaan Kependudukan  
dan Sumber Daya Manusia (SDM)  
Judul Tesis : Analisis Perilaku Pengobatan Penduduk Miskin  
DiKabupaten Majene

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa tesis yang tersebut diatas adalah betul-betul disusun oleh penulis sendiri tanpa disadur/dijiplak dari tesis yang ada.

Demikian pernyataan ini, penulis buat dengan sesungguhnya untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, 31 Mei 2007  
Yang Menyatakan

ANDI ISHAK

## KATA PENGANTAR

Puji dan Syukur Penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat serta hidayahnya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini tepat waktu.

Dengan terselesaikannya tesis ini penulis menyampaikan terima kasih yang sebesar – besarnya kepada Bapak Prof. Dr. M. Tahir Kasnawi, SU dan Bapak Dr. M.M. Papayungan, MA sebagai komisi penasihat yang telah bersedia menjadi pembimbing dari penyusunan proposal penelitian sampai pada tahap penyelesaian tesis ini.

Ucapan terima kasih juga penulis sampaikan kepada yang terhormat Bapak Prof. Dr. Sulaiman Asang. MS, Dr. Paulus Uppun, MA., Dr.dr. Tahir Abdullah, MPH sebagai Tim Penguji / Penilai , dan juga kami ucapkan terima kasih kepada Bapak Drs. Johnny Anwar , H. Darwis, SE dan ibu Dina Srikandi, S.ST serta seluruh rekan - rekan kerja atas dukungan moril dan berbagai saran dalam penyusunan tesis ini.

Akhirnya dengan tulus ikhlas serta iringan doa penulis khaturkan penghargaan dan terima kasih juga kepada kedua orang tua & Mertua serta istri tercinta - Enny. B dan ketiga anak – anakku yang tersayang A. Jenyta, A. Dicky dan A. Felysia atas do'anya sehingga penulisan tesis ini dapat selesai tepat pada waktunya.

Makassar, M e i 2007

Penulis,

## ABSTRAK

**ANDI ISHAK. Analisis Perilaku Pengobatan Penduduk Miskin di Kabupaten Majene** dibimbing oleh M.Tahir Kasnawi dan M.M Papayungan

Penelitian ini bertujuan (1) Mengetahui perilaku pengobatan penduduk miskin yang mempunyai gangguan kesehatan di kabupaten Majene pada tahun 2005, (2) Menjelaskan pengaruh faktor sosial demografi dan kecenderungan dari setiap faktor yang mempengaruhi perilaku pengobatan penduduk miskin yang mempunyai keluhan kesehatan di kabupaten Majene pada tahun 2005.

Penelitian ini menggunakan data sekunder hasil Survey Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) Kabupaten Majene tahun 2005 yang dilakukan oleh Badan Pusat Statistik (BPS) dengan ukuran sampel sebanyak 608 rumah tangga. Data dianalisis dengan teknik tabulasi silang dan regresi logistik.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 49337 penduduk miskin di Majene terdapat 14,42 persen penduduk yang mempunyai keluhan kesehatan atau menderita sakit dalam satu bulan terakhir. Dari jumlah tersebut terdapat 56,8 persen penduduk yang tidak berobat pada pelayanan kesehatan, baik ke puskesmas, puskesmas pembantu, polindes, dokter, tenaga kesehatan, poliklinik, maupun rumah sakit pemerintah/swasta, sedangkan yang berobat pada pelayanan kesehatan sebesar 43,2 persen. Faktor tingkat pendidikan kepala rumah tangga, jumlah anggota rumah tangga, dan lamanya terganggu aktivitas secara statistik berpengaruh signifikan terhadap perilaku pengobatan penduduk miskin di Kabupaten Majene.

## ABSTRACT

**ANDI ISHAK. *Analysis of the Medication Behavior of Poor People in Majene Regency.*** ( supervised by M.Tahir Kasnawi dan M.M Papayungan.

This research aimed to find out (1) medication behavior of poor people having health problem in Majene Regency in 2005. (2) the influence of demography social factors and the tendency of each factor effecting medication behavior of poor people who had health problem in Majene Regency in 2005.

This research used secondary data obtained through National Economics Social Survey of Majene Regency in 2005 conducted by Statistics Centre Board. The sample consisted of 608 households. The data were analyzed descriptively using cross tabulation and inferentially using logistic regression analysis.

The results show that from 49.337 poor people in Majene Regency, 14,42 percent of them have health problems or suffer from any diseases in the last one month. There are 56,8 percent of them who do not have any medical treatments at Public Health Centre, Ministrant Public Health Centre, polindes , doctors, paramedics, policlinic, government/private hospital. On the other hand, there are 43,2 percent of them who have medical treatment at health service. Education level of the household head, number of family members, and the length of disturbed activities statistically have a significant influence on medication behaviour of poor people in Majene Regency.

## DAFTAR ISI

	Halaman
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK	vi
ABSTRACT	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah.	5
C. Tujuan Penelitian	6
D. Kegunaan Penelitian	6
E. Batasan Penelitian	7
F. Sistematika Penulisan	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	9
A. Pelayanan Kesehatan	9
B. Perilaku Pengobatan	10
C. Penduduk Miskin	18
D. Faktor – faktor yang mempengaruhi Perilaku Pengobatan	20
E. Kajian Teori	28
F. Kerangka Pemikiran	29
G. Hipotesis Penelitian	31
H. Definisi Operasional	31

BAB III. METODE PENELITIAN	35
A. Jenis Penelitian dan Sumber Data	35
B. Populasi dan Sampel	35
C. Spesifikasi Model	37
D. Metode Pengumpulan data	38
E. Teknik Analisis	38
BAB IV. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	48
A. Perilaku Pengobatan Penduduk Miskin yang mengalami Gangguan Kesehatan	48
B. Perilaku Pengobatan	49
C. Pengaruh Variabel Sosial Demografi Terhadap Perilaku Pengobatan Pada Pelayanan Kesehatan	62
BAB V. PENUTUP	73
A. Kesimpulan	73
B. Saran	74
Daftar Pustaka	76
Lampiran	80

## DAFTAR TABEL

Nomor		Halaman
1.	Pengkategorian variabel yang digunakan dalam penelitian	46
2.	Persentase penduduk miskin yang mempunyai gangguan kesehatan menurut perilaku pengobatan di Kabupaten Majene tahun 2005	48
3.	Persentase penduduk miskin yang mempunyai gangguan kesehatan berdasarkan pendidikan KRT dan perilaku pengobatan di Kabupaten Majene tahun 2005	50
4.	Persentase penduduk miskin yang mempunyai gangguan kesehatan berdasarkan tipe daerah dan perilaku pengobatan di Kabupaten Majene tahun 2005	52
5.	Persentase penduduk miskin yang mempunyai gangguan kesehatan berdasarkan lama terganggu dan perilaku pengobatan di Kabupaten Majene tahun 2005	53
6.	Persentase penduduk miskin yang mempunyai gangguan kesehatan berdasarkan kartu sehat dan perilaku pengobatan di Kabupaten Majene tahun 2005	55
7.	Persentase penduduk miskin yang mempunyai gangguan kesehatan berdasarkan kelompok umur dan perilaku pengobatan di Kabupaten Majene tahun 2005	57
8.	Persentase penduduk miskin yang mempunyai gangguan kesehatan berdasarkan jumlah ART dan perilaku pengobatan di Kabupaten Majene tahun 2005	59
9.	Persentase penduduk miskin yang mempunyai gangguan kesehatan berdasarkan status pekerjaan KRT dan perilaku pengobatan di Kabupaten Majene tahun 2005	60
10.	Persentase penduduk miskin yang mempunyai gangguan kesehatan berdasarkan jenis kelamin dan perilaku pengobatan di Kabupaten Majene tahun 2005	61
11.	Nilai penduga parameter, statistik Uji Wald, dan nilai signifikansi	65
12.	Nilai penduga parameter dan <i>Odd Ratio</i>	70

## DAFTAR GAMBAR

<b>nomor</b>		<b>halaman</b>
1.	Ilustrasi model Anderson tentang faktor-faktor yang mempengaruhi penggunaan pelayanan kesehatan	15
2	Kerangka pikir tentang faktor sosial demografi yang mempengaruhi perilaku pengobatan	30

## DAFTAR LAMPIRAN

nomor		halaman
1.	Output Logistic Regression	80

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Kesehatan merupakan hal yang penting, tidak hanya untuk kesejahteraan setiap individu, akan tetapi lebih penting lagi untuk menjamin kesinambungan pembangunan bangsa, dengan tujuan untuk menjadi negara yang maju, mandiri, berkeadilan, sejajar dengan negara-negara maju di dunia. Kesehatan merupakan suatu investasi kualitas manusia baik fisik maupun intelektual.

Pembangunan kesehatan merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dari pembangunan nasional, karena kesehatan menyentuh hampir semua aspek kehidupan manusia. Tujuan jangka panjang pembangunan kesehatan adalah meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya sebagai bagian dari kesejahteraan umum dari tujuan nasional. Gambaran keadaan masyarakat Indonesia dimasa depan yang ingin dicapai melalui pembangunan kesehatan dirumuskan sebagai Indonesia sehat 2010, visi Indonesia sehat 2010 adalah mewujudkan masyarakat, bangsa, dan negara yang ditandai oleh penduduknya hidup

dalam lingkungan dan perilaku yang sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata serta memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Selain itu ditingkatkan penyediaan berbagai sarana kesehatan, tenaga kesehatan, dan obat-obatan (DepKes RI, 2000)

Melalui pembangunan kesehatan diharapkan akan tercapai derajat kesehatan masyarakat yang lebih baik. Berbagai upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat sudah banyak dilakukan pemerintah selama ini, diantaranya memberikan penyuluhan kesehatan pada masyarakat untuk berperilaku hidup sehat dan menyediakan berbagai fasilitas kesehatan umum, seperti puskesmas, posyandu, pos obat desa, pondok bersalin desa, serta penyediaan fasilitas air bersih (BPS, 2004).

Krisis moneter yang melanda Indonesia sejak 1997, mengakibatkan tingginya angka inflasi yang juga berimbas pada menurunnya tingkat kesehatan masyarakat, hal ini disebabkan turunnya pendapatan dan daya beli masyarakat serta meningkatnya biaya kesehatan. Sementara itu dalam waktu yang bersamaan, ditemukan pula banyak sarana pelayanan kesehatan yang terancam lumpuh. Penyebab utamanya tidak saja karena turunnya jumlah pengunjung, tetapi juga karena sulitnya memperoleh bahan-bahan habis pakai serta obat-obatan, yang sebagian besar diantaranya memang masih sangat tergantung dari impor (Azwar, 1999). Oleh karena itu tanggung

jawab pemerintah untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat semakin berat.

Pada tahun 2000 *Human Development Indeks* (HDI) Indonesia telah mencapai peringkat 102 dari 190 negara di dunia. Di tahun 2003 peringkat Indonesia merosot menjadi 112, hal ini menunjukkan bahwa pembangunan kesehatan Indonesia jauh dari memuaskan (Dyas, 2004).

Kemiskinan dapat mengancam status kesehatan dengan meningkatnya angka kesakitan penduduk miskin yang disebabkan oleh menurunnya akses masyarakat ke pengetahuan dan informasi, serta rendahnya kemampuan untuk mengakses ke pelayanan kesehatan. Selain itu kemiskinan juga menyebabkan meningkatnya faktor resiko personal dan lingkungan yang dapat meningkatkan kesakitan.

Pembangunan bidang kesehatan antara lain bertujuan agar semua lapisan masyarakat memperoleh pelayanan kesehatan secara mudah, murah dan merata. Melalui upaya tersebut diharapkan akan tercapai derajat kesehatan masyarakat yang lebih baik. Salah satu indikator yang digunakan untuk memantau derajat kesehatan penduduk adalah angka kesakitan (*morbidity rate*). Survey Sosial Ekonomi Nasional tahun 2005 menunjukkan bahwa penduduk miskin di Majene yang mengalami gangguan kesehatan selama sebulan yang lalu sebesar 14,42 persen. Gangguan kesehatan yang banyak diderita oleh masyarakat Majene adalah panas (6,12 persen), batuk

(5,10 persen), dan pilek (4,61 persen). Dari seluruh penduduk miskin di Majene yang mengalami gangguan kesehatan selama sebulan yang lalu persentase penduduk miskin yang berobat pada pelayanan kesehatan kurang dari 50 persen yaitu sebesar 43,2 persen sementara berdasarkan Statistik Kesehatan Majene Dalam Angka Tahun 2005 jumlah sarana pelayanan kesehatan di Majene terdiri dari: 1 rumah sakit umum, 7 puskesmas, 33 puskesmas pembantu, 32 puskesmas keliling, 9 praktek dokter umum dan 175 posyandu. Jumlah tenaga kesehatan yang ada, terdiri dari: 12 dokter umum, 5 dokter gigi, 2 dokter ahli, dan 235 tenaga paramedis yang tersebar di kabupaten Majene, dengan demikian kontak masyarakat Majene dengan fasilitas kesehatan umumnya masih relatif rendah.

Pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah salah satu bentuk nyata untuk mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Dengan memanfaatkan fasilitas kesehatan yang diselenggarakan baik oleh pemerintah maupun swasta, berarti menurunnya angka kesakitan dan akan tercipta masyarakat yang sehat sehingga akan menghasilkan sumber daya manusia yang cerdas dan produktif (Yuliawati, 2002).

Sejalan dengan kebijakan pemerintah untuk mendekatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat terutama masyarakat miskin dalam rangka meningkatkan pemerataan akses ke pelayanan kesehatan dan menurunkan angka gangguan sakit, maka penulis tertarik untuk meneliti lebih lanjut

tentang perilaku pengobatan penduduk miskin di Majene pada tahun 2005 dan faktor-faktor yang mempengaruhinya.

## **B. Rumusan Masalah**

Sasaran pembangunan kesehatan dimasa mendatang adalah meningkatkan mutu pelayanan kesehatan serta keterjangkauan sarana pelayanan kesehatan oleh masyarakat miskin. Dengan demikian diharapkan masyarakat, terutama masyarakat miskin di daerah pedesaan serta daerah-daerah terpencil dapat menggunakan sarana pelayanan kesehatan. Fenomena yang terjadi di Kabupaten Majene bahwa pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh penduduk relatif masih rendah dan jumlah penduduk miskin yang relatif tinggi. Dengan demikian, beberapa permasalahan yang dihadapi dapat dirumuskan sebagai berikut:

1. Bagaimana karakteristik faktor sosial demografi yang dapat mempengaruhi perilaku pengobatan penduduk miskin yang mengalami gangguan kesehatan pada pelayanan kesehatan di Kabupaten Majene pada tahun 2005 ?
2. Bagaimana peranan faktor sosial demografi yang paling cenderung dalam mempengaruhi perilaku pengobatan penduduk miskin yang mengalami gangguan kesehatan pada pelayanan kesehatan di Kabupaten Majene pada tahun 2005 ?

### **C. Tujuan Penelitian**

Penelitian ini bertujuan untuk melihat pemanfaatan pelayanan kesehatan secara optimal guna meningkatkan kesejahteraan masyarakat yang akan mendukung pembangunan nasional maupun daerah dengan menggunakan data sosial demografi dari hasil Survei Sosial Ekonomi Nasional tahun 2005 di Kabupaten Majene.

Berdasarkan masalah yang telah diuraikan di atas maka tujuan penelitian ini adalah:

1. Mengetahui karakteristik faktor sosial demografi yang dapat mempengaruhi perilaku pengobatan penduduk miskin yang mengalami gangguan kesehatan pada pelayanan kesehatan di Kabupaten Majene pada tahun 2005.
2. Mengetahui kecenderungan peranan faktor sosial demografi dalam mempengaruhi perilaku pengobatan penduduk miskin yang mengalami gangguan kesehatan pada pelayanan kesehatan di Kabupaten Majene pada tahun 2005.

### **D. Kegunaan Penelitian**

Kebijakan Pembangunan Nasional dan Otonomi Daerah telah membawa perubahan strategik pada peningkatan kualitas penduduk. Berbagai upaya perlu dilakukan untuk mewujudkan kualitas penduduk yang

sehat, namun demikian peningkatan taraf kesehatan penduduk, terutama penduduk yang miskin merupakan tanggung jawab semua pihak.

Adapun manfaat yang diharapkan dapat diperoleh dari hasil penelitian ini adalah :

1. Menjadi bahan masukan bagi instansi terkait dalam penetapan kebijakan serta pengambilan keputusan yang berkaitan dengan masalah kependudukan terutama dalam upaya penanggulangan kemiskinan khususnya di Kabupaten Majene.
2. Dapat menjadi bahan pengembangan ilmu pengetahuan terutama di bidang kependudukan, peningkatan kesehatan masyarakat dan dapat menjadi referensi bagi yang berminat terhadap masalah kependudukan, peningkatan kesehatan masyarakat khususnya penanggulangan masyarakat miskin.

#### **E. Batasan Penelitian**

Dalam penulisan ini permasalahan perilaku pengobatan yang dibahas dibatasi untuk Kabupaten Majene pada tahun 2005. Analisis deskriptif dan analisis regresi logistik yang dilakukan terbatas dengan menggunakan faktor sosial demografi tahun 2005 yang dapat menggambarkan keterkaitannya dengan perilaku pengobatan penduduk miskin di Kabupaten Majene pada tahun 2005 adalah : pendidikan kepala rumah tangga, status pekerjaan

kepala rumah tangga, tipologi daerah perkotaan dan pedesaan, kepemilikan kartu sehat, jumlah anggota rumah tangga, jenis kelamin anggota rumah tangga yang mengalami gangguan kesehatan, umur anggota rumah tangga yang mengalami gangguan kesehatan, dan lama terganggu aktifitas karena mengalami gangguan kesehatan.

## **F. Sistematika Penulisan**

Penulisan tesis ini dibagi kedalam lima bab sebagai berikut:

Bab I : Pendahuluan, berisi tentang latar belakang, rumusan masalah, tujuan penelitian, kegunaan penelitian, dan sistematika penulisan.

Bab II : Tinjauan Pustaka, berisi tentang tinjauan pustaka, kajian teori, kerangka teori, hipotesis penelitian, dan defenisi operasional.

Bab III : Metode Penelitian, berisi tentang jenis penelitian dan sumber data, populasi dan sampel, spesifikasi model, metode pengumpulan data, dan teknik analisis.

Bab IV : Hasil Penelitian dan Pembahasan, berisi tentang gambaran perilaku pengobatan penduduk miskin yang mempunyai gangguan kesehatan dan faktor sosial demografi yang mempengaruhi perilaku pengobatan penduduk miskin yang mempunyai gangguan kesehatan.

Bab V : Penutup, berisi tentang kesimpulan dan saran dari penelitian ini.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Pelayanan Kesehatan**

Pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan secara sendiri atau bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit, serta memulihkan kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok, dan ataupun masyarakat (Levey&Loomba (Yulianingsih, 2001)).

Lumenta (Yuliawati, 2002) mendefinisikan pelayanan kesehatan sebagai upaya dan kegiatan pencegahan dan pengobatan penyakit, semua upaya dan kegiatan peningkatan akan pemulihan kesehatan yang dilakukan pranata sosial atau pranata politik terhadap keseluruhan masyarakat sebagai tujuannya. Pelayanan kesehatan ialah suatu kegiatan makrososial yang berlaku antara pranata atau lembaga dengan populasi tertentu, masyarakat atau komunitas.

Pelayanan kesehatan yang bermutu adalah pelayanan kesehatan sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta yang penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang ditetapkan (Azwar, 1993).

## **B. Perilaku Pengobatan pada Pelayanan Kesehatan**

Perilaku adalah apa yang dikerjakan oleh organisme, baik secara langsung ataupun yang dapat diamati secara tidak langsung. Robert Kick (Nandipinta, 2000) menyatakan bahwa perilaku adalah tindakan atau perbuatan suatu organisme yang dapat diamati dan bahkan dapat dipelajari.

Menurut Notoatmodjo (Nandipinta, 2000) bahwa perilaku kesehatan pada dasarnya adalah respon seseorang (organisme) terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan serta lingkungan. Secara lebih rinci perilaku kesehatan tersebut mencakup beberapa hal sebagai berikut:

1. Perilaku seseorang terhadap sakit dan penyakit, yaitu bagaimana manusia merespon, baik secara pasif (mengetahui, bersikap, dan mempersepsikan tentang penyakit dan rasa sakit yang ada pada dirinya dan luar dirinya, maupun aktif (tindakan yang dilakukan sehubungan dengan penyakit dan sakit tersebut).
2. Perilaku terhadap sistem pelayanan kesehatan, adalah respon seseorang terhadap sistem pelayanan kesehatan, baik sistem pelayanan kesehatan modern maupun tradisional. Perilaku ini menyangkut respon terhadap fasilitas pelayanan, cara pelayanan, petugas kesehatan, dan obat-obatannya yang terwujud dalam

pengetahuan, persepsi, sikap dan penggunaan fasilitas, petugas dan obat-obatan.

3. Perilaku terhadap makanan, adalah respon seseorang terhadap makanan sebagai kebutuhan vital bagi kehidupan. Perilaku ini meliputi pengetahuan, persepsi, sikap dan praktek terhadap makanan serta unsur-unsur yang terkandung di dalamnya (zat gizi), pengelolaan makanan, dan sebagainya sehubungan kebutuhan tubuh kita.
4. Perilaku terhadap lingkungan kesehatan, adalah respon seseorang terhadap lingkungan sebagai determinan kesehatan manusia.

Sedangkan Becker (Nandipinta, 2000) mengklasifikasikan perilaku yang berhubungan dengan kesehatan sebagai berikut:

1. Perilaku kesehatan (*Health Behavior*), yaitu hal-hal yang berkaitan dengan tindakan seseorang dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya, termasuk juga tindakan-tindakan untuk mencegah penyakit, kebersihan perseorangan, memilih makanan, sanitasi dan sebagainya.
2. Perilaku sakit (*Illnes Behavior*), yaitu segala tindakan atau kegiatan yang dilakukan oleh seseorang individu yang merasa sakit, untuk merasakan dan mengenal keadaan kesehatannya atau rasa sakit, termasuk juga kemampuan atau pengetahuan individu untuk

mengidentifikasi penyakit, penyebab penyakit, serta usaha-usaha mencegah penyakit tersebut.

3. Perilaku peran sakit (*Sick role behavior*), yaitu segala tindakan atau kegiatan yang dilakukan oleh individu yang sedang sakit untuk memperoleh kesembuhan. Perilaku ini disamping berpengaruh terhadap kesehatan/kesakitannya sendiri, juga berpengaruh terhadap orang lain.

Menurut Notoatmodjo (Herlina, 2001) ada 6 (enam) perilaku sehubungan dengan perilaku pengobatan, yaitu:

1. Tidak bertindak apa-apa (*no action*), alasannya antara lain bahwa kondisi yang demikian tidak mengganggu kegiatan atau kerja mereka sehari-hari. Mungkin mereka beranggapan bahwa tanpa tindakan apapun gejala yang dideritanya akan lenyap dengan sendirinya.
2. Bertindak mengobati sendiri (*self treatment*), alasannya karena orang tersebut sudah percaya kepada diri sendiri, dan sudah merasa bahwa berdasarkan pengalaman-pengalaman yang lalu usaha-usaha pengobatan sendiri sudah dapat mendatangkan kesembuhan, sehingga pencarian pengobatan keluar tidak diperlukan.
3. Mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas pengobatan tradisional (*traditional remedy*). Pada masyarakat yang masih sederhana,

masalah sehat-sakit adalah lebih bersifat budaya dari gangguan-gangguan fisik. Identik dengan itu pencarian pengobatan pun lebih berorientasi pada sosial budaya masyarakat daripada hal-hal yang dianggapnya masih asing.

4. Mencari pengobatan dengan membeli obat ke warung-warung obat dan sejenisnya, termasuk ke tukang-tukang jamu.
5. Mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas pengobatan modern yang diadakan oleh pemerintah atau lembaga-lembaga kesehatan swasta, yang dikategorikan ke dalam balai pengobatan, puskesmas dan rumah sakit.
6. Mencari pengobatan ke fasilitas pengobatan modern yang diselenggarakan oleh dokter praktek swasta.

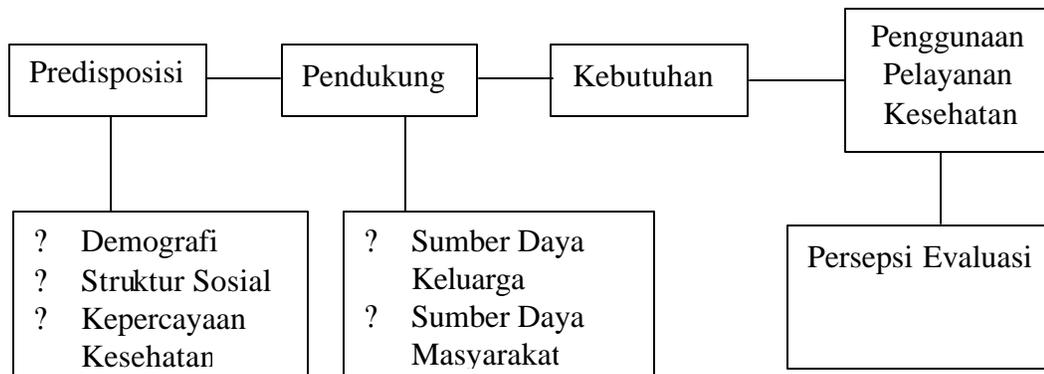
Dari uraian tersebut di atas tampak jelas bahwa persepsi masyarakat terhadap sehat-sakit adalah berbeda dengan konsep sehat-sakit dari pelayanan kesehatan. Demikian pula persepsi sehat-sakit antara kelompok-kelompok masyarakat pun akan berbeda-beda pula. Persepsi masyarakat terhadap sehat-sakit sangat erat hubungannya dengan perilaku pengobatan.

Wolansky (Yulianingsih, 1999) menyatakan bahwa pemanfaatan pelayanan kesehatan pada diri seseorang untuk melawan atau mengobati melibatkan empat variabel kunci, yaitu:

1. Kerentanan terhadap apa yang dirasakan (*Perceived susceptibility*), agar seseorang bertindak untuk mengobati atau mencegah penyakitnya, ia harus merasakan bahaya dan menyadari bahwa ia rentan terhadap penyakit. Tindakan pencegahan terhadap suatu penyakit akan timbul bila seseorang telah merasakan bahwa ia rentan terhadap penyakit.
2. Keseriusan yang dirasakan (*perceived seriousness*), tindakan individu untuk mencari pengobatan dan mencegah penyakit yang didorong oleh keseriusan penyakit tersebut terhadap individu maupun masyarakat.
3. Keuntungan yang dirasakan dan hambatan-hambatan (*perceived benefits and barriers*), apabila individu merasakan dirinya rentan terhadap penyakit-penyakit yang dianggap gawat atau serius, ia akan melakukan tindakan tertentu. Tindakan tersebut tergantung pada keuntungan-keuntungan yang akan dirasakan dan hambatan-hambatan yang akan dialaminya, pada umumnya keuntungan tindakan lebih menentukan daripada hambatan yang mungkin timbul.
4. Isyarat atau tanda-tanda (*Cuess*), untuk mendapatkan tingkat penerimaan yang benar tentang kerentanan, kegawatan, dan keuntungan tindakan, maka diperlukan isyarat berupa faktor-faktor luar

seperti pesan dari media massa, nasehat kawan maupun anggota keluarga.

Untuk mengetahui keputusan seseorang dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan dapat dilihat pada gambar berikut:



Gambar 1. Ilustrasi model Anderson tentang faktor - faktor yang mempengaruhi penggunaan pelayanan kesehatan

Dari gambar 1 di atas perilaku penggunaan pelayanan kesehatan dapat dikelompokkan dalam tiga faktor utama yang mempengaruhi terhadap pelayanan kesehatan adalah sebagai berikut:

1. Faktor predisposisi (*Predisposing factor*), digunakan untuk menggambarkan fakta bahwa setiap individu mempunyai kecenderungan memanfaatkan pelayanan kesehatan yang berbeda-beda, digolongkan dalam tiga kelompok yaitu, ciri demografi seperti jenis kelamin, umur, struktur sosial seperti tingkat pendidikan, pekerjaan, suku dan ras. Ciri kepercayaan kesehatan (*health believe*)

seperti keyakinan pada pelayanan kesehatan untuk dapat menolong proses penyembuhan penyakit, sikap individu atau orang memiliki perbedaan karakteristik, perbedaan tipe, dan frekuensi penyakit, juga perbedaan pola penggunaan pelayanan kesehatan.

2. Faktor pendukung atau pemungkin (*Enabling factor*), mencerminkan bahwa meskipun mempunyai predisposisi untuk menggunakan pelayanan kesehatan, seseorang tidak akan menggunakannya. Penggunaan pelayanan kesehatan tergantung kemampuan konsumen untuk membayar. Faktor pemungkin meliputi lingkungan fisik (mencakup) ketersediaan fasilitas dan ketercapaian fasilitas.
3. Faktor kebutuhan (*need factor*), faktor predisposisi dan faktor yang mendukung untuk mencari pengobatan dapat terwujud dalam tindakan bila dirasakan sebagai kebutuhan sehingga kebutuhan merupakan stimulus langsung untuk menggunakan pelayanan kesehatan. Faktor kebutuhan (*need*) dibagi dalam 2 kategori yaitu kebutuhan yang dirasakan (*subjectif assessment*) dan teruji (*clinical diagnosis*).

Model lain yang dikemukakan oleh Wolansky (Herlina, 2001) yaitu model pendekatan dalam penelitian untuk mempengaruhi faktor-faktor yang mempengaruhi tindakan untuk berobat antara lain adalah:

1. Model demografi (*Demographic model*), variabel yang digunakan yaitu umur, jenis kelamin, status perkawinan, dan besarnya keluarga. Perbedaan derajat kesehatan sedikit banyak akan dipengaruhi oleh variabel di atas, ciri-ciri demografi tersebut adalah cerminan atau berhubungan dengan ciri-ciri sosial.
2. Model struktur sosial (*social structure models*), dalam hal ini variabel yang digunakan adalah pendidikan, pekerjaan, dan kesukuan atau kebangsaan. Variabel ini mencerminkan porsi sosial individu atau keluarga di dalam masyarakat, penggunaan pelayanan kesehatan adalah salah satu aspek dari gaya hidup orang, yang ditentukan oleh lingkungan fisik, sosial, dan psikologis.
3. Model sosial psikologis (*social psychological models*), pada model ini variabel yang digunakan adalah sikap dan keyakinan individu. Variabel sosial psikologis ini terdiri dari 4 kategori yaitu:
  - ? Kerentanan terhadap penyakit atau sakit
  - ? Menerima keseriusan penyakit atau sakit
  - ? Keuntungan yang diharapkan dalam mengambil tindakan untuk mengatasi penyakit atau sakit
  - ? Kesiapan tindakan individu
4. Model sumber keluarga (*family resource model*), variabel yang digunakan adalah pendapatan, asuransi di dalam keluarga.

### C. Penduduk Miskin

Penduduk adalah semua orang yang berdomisili di wilayah geografis Republik Indonesia selama 6 (enam) bulan atau lebih dan atau mereka yang berdomisili kurang dari enam bulan tetapi bertujuan untuk menetap (tinggal) lebih dari enam bulan (BPS, 2000).

Miskin adalah tidak berharta benda, atau serba kekurangan (berpenghasilan sangat rendah), sedangkan kemiskinan adalah keadaan miskin absolute, situasi penduduk atau sebagian penduduk yang tidak dapat memenuhi kebutuhan makanan, pakaian, dan perumahan yang diperlukan (Kamus Besar Bahasa Indonesia, 1994).

Menurut Bank Dunia (World Bank, 2000), *“poverty is a pronounced deprivation in well being”* (kemiskinan dinyatakan sebagai tidak adanya kesempatan meraih kesejahteraan), dimana kesejahteraan dapat diukur oleh kekayaan yang dimiliki seseorang, kesehatan, gizi, pendidikan, asset, perumahan dan hak-hak tertentu dalam masyarakat seperti kebebasan berbicara. Kemiskinan juga merupakan kurangnya kesempatan/peluang, ketidakberdayaan, serta kerentanan dalam bidang ekonomi, pendidikan, kesehatan, ketenagakerjaan, dan sebagainya. Kemiskinan benar-benar merupakan masalah multidimensi yang memerlukan kebijakan dan program

intervensi pula agar kesejahteraan individu meningkat sehingga membuatnya terbebas dari kemiskinan.

Quibria (Budiantini, 2003) mengemukakan bahwa ada dua istilah umum yang digunakan dalam mengartikan kemiskinan, yaitu kemiskinan absolute dan kemiskinan relatif. Seseorang dikategorikan miskin secara absolute apabila tingkat pendapatannya lebih rendah daripada garis kemiskinan absolute yang telah ditetapkan, dengan kata lain jumlah pendapatan tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan hidup minimum yang dicerminkan oleh garis kemiskinan absolute tersebut. Kemiskinan relatif adalah keadaan perbandingan antara kelompok pendapatan dalam masyarakat, yakni antar kelompok yang mungkin tidak miskin karena mempunyai tingkat pendapatan yang lebih tinggi dari garis kemiskinan, dan kelompok masyarakat relatif lebih kaya.

Kemiskinan merupakan kondisi kehidupan yang serba kekurangan yang dialami seseorang yang pengeluaran per kapitanya selama sebulan tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan standar hidup minimum. Kebutuhan standar hidup minimum digambarkan dengan garis kemiskinan (GK), yaitu batas minimum pengeluaran per kapita per bulan untuk memenuhi kebutuhan minimum makanan dan non makanan. Batas kecukupan minimum makanan mengacu pada Widya Karya Nasional Pangan dan Gizi pada tahun 1978, yaitu besarnya rupiah yang dikeluarkan untuk makanan yang memenuhi

kebutuhan minimum energi 2100 kalori per hari, sedangkan kebutuhan minimum non makanan mencakup pengeluaran untuk perumahan, penerangan, bahan bakar, pakaian, pendidikan, kesehatan, transportasi, barang-barang tahan lama serta barang dan jasa esensial lainnya. Jumlah orang miskin/*head count index* (HCI) dapat dilihat melalui jumlah orang yang berada di bawah atau sama dengan garis kemiskinan. Garis kemiskinan Kabupaten Majene yang dibuat BPS adalah Rp.107.309/kap/bulan.

#### **D. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Pengobatan**

Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku pengobatan pada pelayanan kesehatan terdiri atas:

##### **1. Pendidikan**

Cara berpikir seseorang, kematangan, intelektual, wawasan dan bahkan dalam membuat kebijakan biasanya sangat ditentukan dari pendidikan orang tersebut. Dalam kehidupan manusia pada umumnya tidak terlepas dari proses pendidikan karena dalam kehidupan manusia itu sendiri tidak terlepas dari ketergantungan satu dengan yang lainnya. Pendidikan adalah setiap usaha, pengaruh, perlindungan dan bantuan yang diberikan pada anak, yang tertuju pada kedewasaan (Notoatmodjo (Herlina, 2001)).

Pendidikan adalah variabel sosial demografi yang sering dihubungkan dengan perilaku pengobatan pada pelayanan kesehatan. Pendidikan kepala

rumah tangga adalah kunci dari ukuran yang digunakan. Kesenjangan untuk berobat pada pelayanan kesehatan orang berpendidikan rendah dengan orang berpendidikan menengah, lebih lebar daripada kesenjangan pemanfaatan kesehatan antara pendidikan menengah dengan pendidikan tinggi.

Menurut Feldstein (Yulianingsih, 2001) bahwa tingkat pendidikan dipercaya mempengaruhi permintaan akan pelayanan kesehatan. Pendidikan yang tinggi memungkinkan seseorang untuk mengetahui atau mengenal gejala awal dari suatu penyakit, sehingga berkeinginan untuk segera mendapatkan perawatan. Tingkat pendidikan kepala rumah tangga akan sangat menentukan perilaku pengobatan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan manakala anggota keluarga mengalami gangguan sakit.

Orang dengan pendidikan formal lebih tinggi akan mempunyai pengetahuan yang lebih tinggi dibanding orang dengan pendidikan formal yang lebih rendah, karena akan lebih mampu dan lebih mudah memahami arti dan pentingnya kesehatan serta pengobatan pada pelayanan kesehatan. Notoatmodjo, dkk (Yuliaaningsih, 2001) menyatakan tingkat pendidikan yang lebih tinggi akan memanfaatkan pelayanan kesehatan yang canggih. Tingkat pendidikan mempengaruhi kesadaran akan pentingnya arti kesehatan bagi diri dan lingkungan yang dapat mendorong kebutuhan akan pelayanan kesehatan.

Penelitian Supriyadi (2004) menyebutkan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan maka cenderung semakin tinggi penggunaan pelayanan kesehatan formal, dan semakin rendah penggunaan pelayanan kesehatan informal.

## **2. Status Pekerjaan**

Seseorang yang bekerja di sektor informal cenderung lebih sering sakit daripada orang yang bekerja di sektor formal, akan tetapi orang yang bekerja di sektor formal memiliki akses ke pelayanan rawat jalan yang lebih besar dibandingkan dengan orang yang bekerja di sektor informal, selain didukung oleh biaya juga kecenderungan jenis penyakit yang dialami relatif berat.

Dalam teori Wolansky (Herlina, 2001) pekerjaan termasuk faktor yang mempengaruhi tindakan seseorang untuk berobat yaitu masuk dalam model struktur sosial, sedangkan Andersen (1975) pekerjaan merupakan faktor yang memberikan kemudahan/kelancaran di dalam bertindak dalam menggunakan pelayanan kesehatan.

Berdasarkan BKKBN tahun 1999 terdapat dua jenis pekerjaan yaitu:

1. Pekerjaan non formal, yaitu pekerjaan/bekerja yang tidak terikat dengan aturan resmi, seperti tani, buruh, dan dagang.
2. Pekerjaan formal, yaitu bekerja yang terikat dengan aturan resmi seperti karyawan swasta, PNS, TNI/POLRI dan pamong desa.

Penelitian Sigit (2004) menyebutkan ada hubungan antara variabel status pekerjaan ayah dengan pencarian pengobatan bagi balita ISPA. Senada dengan itu, penelitian Supriyadi (2004) juga menyebutkan ada hubungan yang bermakna antara pekerjaan kepala keluarga dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Rumah sakit dan dokter lebih banyak digunakan oleh tenaga manajemen, sedangkan paramedis lebih banyak digunakan oleh kelompok pekerjaan tenaga kasar.

### **3. Jumlah Anggota Keluarga**

Bossard dan Boll (Yulianingsih, 2001) menyebutkan perbedaan antara anak yang berada pada keluarga besar dengan pada keluarga kecil, anak yang berada pada keluarga kecil biasanya mendapatkan perhatian yang lebih baik dari segi pendidikan, kesejahteraan. Keluarga kecil biasanya lebih demokratis dan kooperatif.

Penelitian Supriyadi (2004) menyebutkan ada hubungan yang bermakna antara variabel jumlah anggota keluarga dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan, keluarga dengan jumlah anggota 4-5 orang memiliki kecenderungan yang lebih tinggi menggunakan pelayanan kesehatan, dan pengobatan sendiri lebih banyak digunakan oleh keluarga dengan jumlah anggota 1-3 orang.

#### 4. Umur

Menurut Azwar (1988) umur merupakan variabel yang penting dalam mempelajari suatu masalah kesehatan karena:

1. Ada kaitannya dengan daya tahan tubuh. Pada umumnya daya tahan tubuh orang dewasa jauh lebih kuat daripada daya tahan bayi atau anak-anak.
2. Ada kaitannya dengan ancaman terhadap kesehatan. Orang dewasa karena pekerjaan ada kemungkinan menghadapi ancaman penyakit lebih besar daripada anak-anak.

Feldstein (Supriyadi, 2004) menyatakan ada hubungan umur, penghasilan dan pendidikan terhadap aspek kesehatan. Semakin tinggi usia seseorang maka semakin tinggi frekuensi pemanfaatan pelayanan kesehatan. Hubungan antara umur dengan pemanfaatan pelayanan medis berbeda untuk setiap jenis pelayanan.

Penelitian Yuliawati (2002) menyebutkan ada hubungan yang bermakna antara umur dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Penelitian Supriyadi (2004) juga menyebutkan adanya hubungan yang bermakna antara umur dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan bahwa semakin bertambahnya umur maka cenderung semakin tinggi pemanfaatan pelayanan kesehatan rawat jalan.

## 5. Tipe Daerah

karakteristik wilayah berhubungan dengan penggunaan pelayanan kesehatan rawat jalan menurut kebutuhan pada individu. Ketidakmerataan dalam pelayanan kesehatan tercermin dari perbedaan akses di daerah rural dan urban.

Di negara berkembang, sebagian besar penduduk umumnya tinggal di daerah pedesaan yang kekurangan sarana pengobatan modern. Terpencilnya penduduk desa secara fisik memberikan masalah-masalah serius dalam memperluas pelayanan dan sarana kesehatan dasar, pertumbuhan penduduk yang cepat di kota-kota negara berkembang menambah ketidakpedulian dan penundaan penyediaan pelayanan kesehatan di desa-desa.

Menurut azwar (1985) penyebaran masalah kesehatan menurut tempat terjadinya amat penting karena keterangan yang diperoleh akan dapat diketahui beberapa hal yaitu:

1. Jumlah jenis masalah kesehatan yang ditemukan di suatu daerah. Dengan diketahuinya penyebaran penyakit di suatu daerah dapat diketahui dengan tepat masalah-masalah kesehatan yang ada di daerah tersebut.
2. Hal-hal yang perlu dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan di suatu daerah. Apabila telah diketahui jumlah dan jenis masalah

kesehatan, dapat disusun program kesehatan yang tepat untuk daerah tersebut.

3. keterangan tentang faktor penyebab timbulnya masalah kesehatan ini dapat diperoleh dengan membandingkan hal-hal khusus yang ada dan tidak ada pada suatu daerah. Perbedaan hal-hal khusus tersebut mungkin adalah penyebab masalah kesehatan yang dimaksud. Keadaan-keadaan khusus yang dimaksud banyak macamnya, yang terpenting adalah:
  - a. Keadaan geografis, misalnya letak wilayah, struktur tanah, curah hujan, kelembaban udara, dan sebagainya.
  - b. Keadaan penduduk. Perbedaan keadaan penduduk juga menentukan perbedaan penyebab penyakit menurut tempat, misalnya jumlah penduduk dan keadaan penduduk.
  - c. Keadaan pelayanan kesehatan. Keadaan pelayanan kesehatan di suatu tempat juga mempengaruhi penyebaran penyakit di tempat itu.

Penelitian Yulianingsih (2001) dan Yulawati (2002) menyebutkan ada hubungan yang bermakna antara tipe daerah tempat tinggal dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan.

## **6. Kartu Sehat**

Kartu sehat adalah bukti diri yang diberikan kepada keluarga miskin, yang termasuk dalam program JPSBK, untuk mendapatkan jaminan pelayanan kesehatan gratis.

Penelitian Nani Rohani (2003) di Kabupaten Bekasi, menunjukkan bahwa secara umum program JPSBK meningkatkan kunjungan keluarga miskin ke sarana pelayanan kesehatan. Penelitian Yuliawati (2002) menyebutkan bahwa penduduk yang memiliki jaminan kesehatan (Askes/Astek/Jamsostek, perusahaan/kantor, asuransi lain, dana sehat, kartu sehat, JPKM) mempunyai peluang memanfaatkan pelayanan kesehatan 1,8 kali dibandingkan yang tidak memiliki jaminan kesehatan.

## **7. Jenis Kelamin**

Dalam Susenas 2005 jenis kelamin tercatat sebagai laki-laki dan perempuan. Menurut Azwar (1985) jenis kelamin mempengaruhi perilaku kesehatan. Perbedaan tersebut disebabkan oleh beberapa hal yaitu:

1. perbedaan anatomi dan fisiologi antara pria dengan wanita.

Contoh tumor prostat yang hanya ditemukan pada kaum pria saja

2. Perbedaan kebiasaan hidup antara wanita dan pria.

Ditemukan banyak penderita kanker paru-paru pada pria antara lain karena kaum pria lebih banyak yang merokok daripada kaum wanita.

3. Perbedaan macam pekerjaan.

Penyakit akibat kerja misalnya lebih banyak ditemukan pada kaum pria, karena mereka lebih banyak yang bekerja.

Penelitian Supriyadi (2004) menyebutkan bahwa ada hubungan antara pemanfaatan pelayanan kesehatan dengan jenis kelamin n.

### **8. Lamanya Terganggu Aktivitas**

Lamanya terganggu aktivitas karena menderita sakit (*disability day*) berhubungan langsung terhadap perasaan akan seriusnya penyakit yang dirasakan. Phelp (Yulianingsih, 2001) mengemukakan bahwa jumlah hari sakit berhubungan positif dengan angka kunjungan ke dokter.

Penelitian Supriyadi (2004) menyebutkan semakin lama hari terganggu maka pemanfaatan pelayanan kesehatan rawat jalan cenderung semakin meningkat. Musaddad *et al* (1982) menyatakan bahwa faktor-faktor jarak ke fasilitas kesehatan, pendidikan ibu, keterpaparan terhadap media massa, dan lama terganggu berperan penting dalam pengaruhnya terhadap pencarian pelayanan kesehatan.

### **E. Kajian Teori**

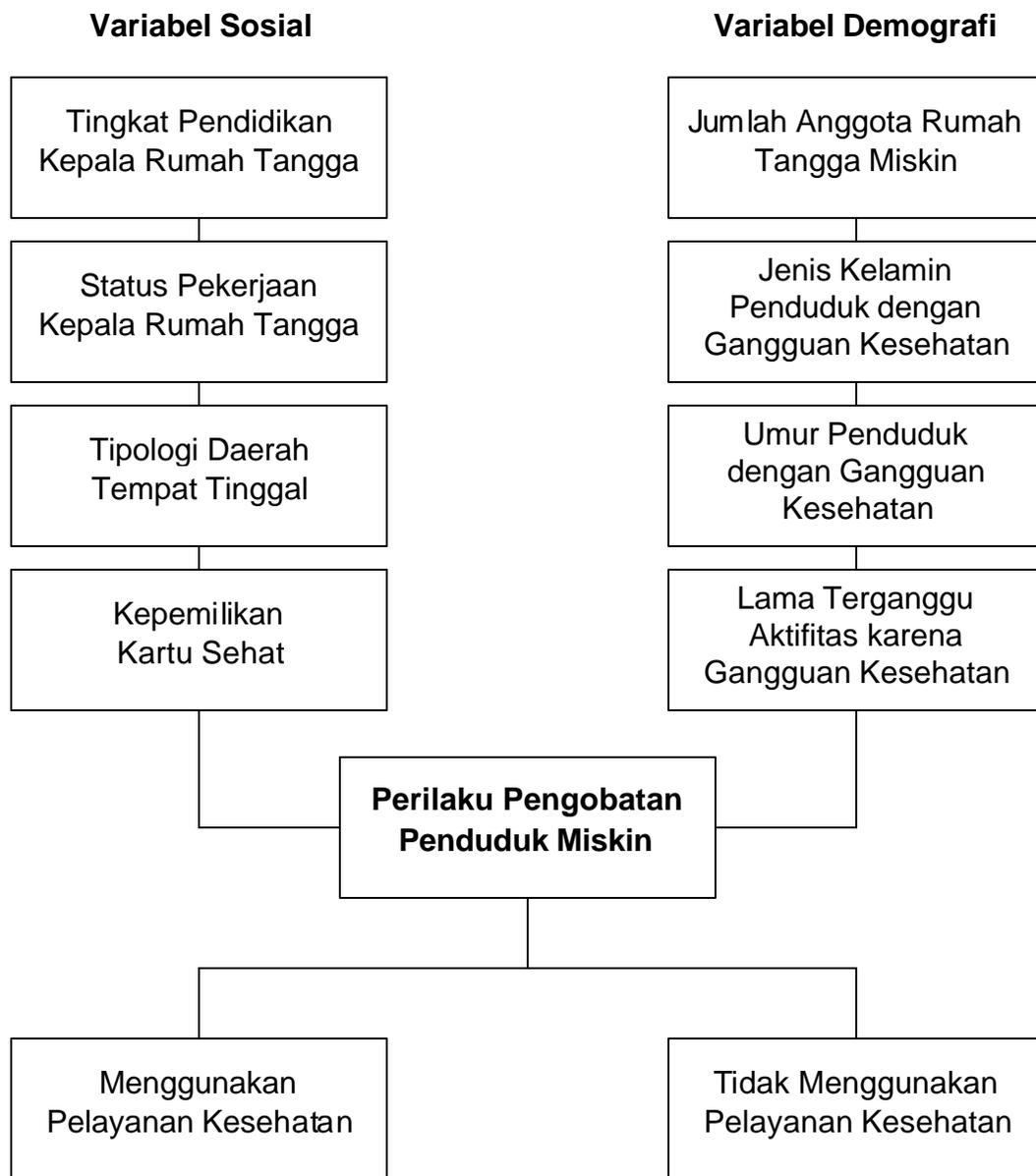
Dari tinjauan pustaka diatas dapat disimpulkan bahwa perilaku pengobatan pada pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh banyak faktor; yaitu: jenis kelamin, umur, tingkat pendidikan, pekerjaan, suku, ras,

keyakinan pada pelayanan kesehatan untuk dapat menolong proses penyembuhan penyakit, sikap, ketersediaan fasilitas dan ketercapaian fasilitas, perbedaan tipe dan frekuensi penyakit, pengeluaran keluarga, jaminan kesehatan, jarak ke fasilitas kesehatan, pendidikan ibu, keterpaparan terhadap media massa, dan lama terganggu aktivitas. Faktor sosial demografi dan ekonomi tersebut selanjutnya disebut sebagai variabel penjelas.

Akan tetapi karena keterbatasan data tidak semua variabel penjelas dapat diamati. Variabel penjelas di bidang sosial demografi yang diamati meliputi pendidikan, status pekerjaan, tipe daerah, kartu sehat, jumlah anggota rumah tangga, jenis kelamin, umur, dan lama terganggu aktivitas. Sedangkan variabel ekonomi tidak diamati karena unit analisis yang digunakan adalah penduduk miskin yang mempunyai gangguan kesehatan, jelas memiliki tingkat ekonomi yang rendah. Dalam penelitian ini variabel respon yang digunakan adalah perilaku pengobatan penduduk miskin yang mempunyai gangguan kesehatan.

## **F. Kerangka Pemikiran**

Berdasarkan latar belakang dan kerangka teori di atas maka perilaku pengobatan pada pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh beberapa variabel, yaitu:



Gambar 2. Kerangka pikir tentang faktor sosial demografi yang mempengaruhi perilaku pengobatan

Perilaku pengobatan yang terdiri atas berobat dan tidak berobat sebagai variabel respon/variabel tak bebas dipengaruhi oleh faktor sosial demografi sebagai variabel penjelas/variabel bebas dimana faktor sosial terdiri atas Pendidikan KRT, Status Pekerjaan KRT, Tipe Daerah, dan Kartu Sehat, sedangkan faktor demografi terdiri atas JART (Jumlah Anggota Rumah Tangga), Jenis Kelamin, dan Umur.

### **G. Hipotesis Penelitian**

Untuk menjawab pokok-pokok permasalahan yang telah dirumuskan, maka hipotesa yang akan dijadikan landasan dalam penelitian ini adalah:

*“ Diduga ada pengaruh faktor sosial demografi yaitu pendidikan KRT (Kepala Rumah Tangga), status pekerjaan KRT, tipe daerah, kartu sehat, jumlah anggota rumah tangga, jenis kelamin, umur, dan lama terganggu terhadap perilaku pengobatan penduduk miskin yang mempunyai gangguan kesehatan di kabupaten Majene “.*

### **H. Defenisi Operasional**

Sebagaimana telah disebutkan bahwa sumber data yang digunakan dalam penelitian ini adalah Susenas 2005 KOR, maka defenisi operasional variabel yang dipakai juga akan merujuk pada konsep dan defenisi Badan Pusat Staistik (BPS).

- ? Variabel respon (Y) adalah perilaku pengobatan penduduk miskin pada pelayanan kesehatan adalah kegiatan atau upaya penduduk miskin yang mempunyai gangguan kesehatan untuk memeriksakan diri dan mendapatkan pengobatan dengan mendatangi tempat-tempat pelayanan kesehatan modern atau tradisional tanpa menginap, termasuk mendatangkan petugas kesehatan ke rumah.
- ? Variabel penjelas (X) adalah variabel yang digunakan untuk memprediksi variabel respon. Variabel penjelas yang digunakan disini adalah variabel dalam faktor sosial demografi yang berhubungan dengan perilaku pengobatan pada pelayanan kesehatan, yaitu:
1. Pendidikan Kepala Rumah Tangga adalah pendidikan formal tertinggi yang ditamatkan oleh kepala rumah tangga, dalam hal ini tamat sekolah adalah menyelesaikan pelajaran yang ditandai dengan lulus ujian akhir pada kelas atau tingkatan terakhir suatu jenjang di sekolah negeri maupun swasta dengan mendapatkan tanda tamat belajar/ijazah. Seseorang yang belum mengikuti pelajaran pada kelas tertinggi tetapi sudah mengikuti ujian akhir dan lulus, dianggap tamat sekolah.
  2. Status Pekerjaan Kepala Rumah Tangga adalah macam Pekerjaan yang dilakukan oleh kepala rumah tangga atau ditugaskan

kepadanya seminggu yang lalu. Status pekerjaan ini dikategorikan menjadi:

- ✍ Tidak bekerja, terdiri dari kepala rumah tangga yang seminggu yang lalu tidak atau belum bekerja.
- ✍ Pekerja di sektor formal yaitu kepala rumah tangga yang seminggu yang lalu bekerja sebagai buruh/karyawan/pegawai, berusaha di Bantu buruh tetap/buruh dibayar.
- ✍ Pekerja di sektor informal yaitu kepala rumah tangga yang seminggu yang lalu bekerja/berusaha sendiri, berusaha dibantu buruh tidak tetap/buruh tidak dibayar, pekerja bebas di pertanian, pekerja bebas di non-pertanian, pekerja tidak dibayar.

3. Tipe daerah adalah tipe daerah tempat tinggal responden berdasarkan kriteria dari Badan Pusat Statistik (BPS).
4. Kartu sehat adalah bukti jaminan pembiayaan kesehatan (JPSBK) yang dimiliki responden untuk keperluan berobat gratis.
5. Jumlah Anggota Rumah Tangga adalah banyaknya anggota rumah tangga yang terdiri dari suami, istri, dan anak-anak yang hidupnya masih menjadi tanggungan kepala rumah tangga.
6. Jenis kelamin adalah jenis kelamin yang dimiliki seseorang baik laki-laki maupun perempuan.

7. umur adalah usia seseorang pada saat pencacahan. Umur dihitung dalam tahun dengan pembulatan kebawah atau umur pada waktu ulang tahun yang terakhir.
8. Lama Terganggu Aktivitas adalah jumlah hari responden terganggu kegiatan sehari-harinya dalam satu bulan terakhir karena sakit.