

**ANALISIS PERMINTAAN PELAYANAN KESEHATAN
PEKERJA USAHA INDUSTRI PAKAN DI KOTA MAKASSAR
SULAWESI SELATAN**

*(The Analysis of The Demand for Health Service of Feedmill Workers
in Makassar City South Sulawesi)*

ASTATI



**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR**

2006

**ANALISIS PERMINTAAN PELAYANAN KESEHATAN
PEKERJA USAHA INDUSTRI PAKAN DI KOTA MAKASSAR
SULAWESI SELATAN**

Tesis

Sebagai salah satu Syarat untuk Mencapai Gelar Magister

**Program Studi
Ekonomi Sumberdaya**

Disusun dan diajukan oleh :

ASTATI

Kepada

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR**

2006

PRAKATA

Puji syukur kehadirat Allah SWT, Yang Maha Pengasih dan Maha Penyayang, segala limpahan rahmat, taufiq, dan rahmat-Nya, sehingga penulis diberi kesempatan, kesehatan jasmani dan rohani dalam menyelesaikan penyusunan tesis ini, sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister pada program studi Ekonomi Sumberdaya, Program Pascasarjana, Universitas Hasanuddin.

Penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu kritik dan saran demi perbaikan tesis ini sangat diharapkan dan penulis terima dengan senang hati.

Pada kesempatan ini penulis dengan tulus menyampaikan terima kasih kepada Dr. Hj. Rahmatia, M.A., sebagai Ketua Komisi Penasihat dan Prof. Dr. Ir. H. Ahmad Ramadhan siregar., sebagai anggota komisi penasihat atas bantuan dan bimbingan yang telah diberikan. Terima kasih juga penulis sampaikan kepada :

1. Prof. Dr. H. Muhammad Yunus Zain, M.A., Prof. Dr. H. Amran Razak, M.Sc., dan Dr. I Made Benyamin, M.Ec., sebagai tim penguji atas saran dan kritiknya terhadap perbaikan tesis ini.
2. Prof. Dr. Ir. Natsir Nessa, M.S., sebagai Direktur PPs-UNHAS beserta seluruh dosen dan karyawan PPs-UNHAS atas kerjasamanya selama penulis mengikuti proses belajar mengajar.

3. Pimpinan PT. Japfa Comfeed Indonesia Tbk dan PT. Cargil Indonesia beserta seluruh karyawan atas segala bantuannya selama penulis melakukan penelitian.
4. Seluruh teman-teman penulis Ekonomi Sumberdaya 2003.
5. Sahabat-sahabatku Musawirah, S.Pt., M.Si., dan Nur Rahmah Razak, S.Pt., M.Si., atas segala motivasi dan bantuannya.

Selanjutnya penulis menghaturkan terima kasih dan penghargaan yang setulus-tulusnya kepada Ibunda Hj. Demmawati serta kakak-kakak atas segala cinta dan pengorbanan yang telah diberikan sehingga penulis dapat menyelesaikan studi di PPs-UNHAS.

Makassar, Mei 2006

Penulis

ABSTRAK

ASTATI. Analisis Permintaan Pelayanan Kesehatan Pekerja Usaha Industri Pakan di Kota Makassar Sulawesi Selatan (Dibimbing oleh Rahmatia dan Ahmad Ramadhan Siregar)

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui besarnya pengaruh faktor-faktor permintaan pelayanan kesehatan terhadap pekerja usaha industri pakan di Kota Makassar, Sulawesi Selatan.

Metode pengumpulan data dalam penelitian ini adalah survei sampel. Populasi dalam penelitian ini adalah pekerja usaha industri pakan di Kota Makassar, Sulawesi Selatan. Pengambilan sampel dipilih secara acak dari populasi yang ada. Teknik pengumpulan data adalah dengan melakukan wawancara terstruktur dengan menggunakan kuisioner, dan analisis yang digunakan adalah model regresi linear berganda.

Dari hasil penelitian disimpulkan bahwa umur, tingkat pendidikan, biaya pengobatan berpengaruh positif dan nyata terhadap permintaan pelayanan kesehatan pekerja usaha industri pakan di Kota Makassar, Sulawesi Selatan. Adapun tingkat pendapatan berpengaruh negatif dan nyata terhadap permintaan pelayanan kesehatan pekerja usaha industri pakan di Kota Makassar, Sulawesi Selatan, sedangkan waktu kunjungan tidak berpengaruh nyata terhadap permintaan pelayanan kesehatan pekerja usaha industri pakan di Kota Makassar, Sulawesi Selatan. Dan pada beban pekerjaan tidak memperlihatkan perbedaan yang nyata antara pekerjaan ringan dan pekerjaan berat dalam mempengaruhi permintaan pelayanan kesehatan pekerja usaha industri pakan di Kota Makassar, Sulawesi Selatan. Sedangkan jenis penyakit memperlihatkan adanya perbedaan yang nyata antara penyakit ringan dan penyakit berat dalam mempengaruhi permintaan pelayanan kesehatan pekerja usaha industri pakan di Kota Makassar, Sulawesi Selatan.

ABSTRACT

ASTATI. The Analysis of The Demand for Health Service of Feedmill Workers in Makassar City South Sulawesi (Supervised by Rahmatia and Ahmad Ramadhan Siregar)

The purpose of this research is to know the factors influencing the demand for health service among feedmill workers in Makassar City, South Sulawesi.

The method of research used is a sample – survey. The population in this research are workers of feedmill in Makassar City, South Sulawesi. A sample has been selected using a systematic random sampling to represent the population. The data has been collected using interview technique with the help of pre-designed questionnaires, and analyzed by multiple linear regression models.

The research result shows that age, level of education, and cost of treatment have positive and significant effect on the demand for health service among feedmill workers in Makassar City, South Sulawesi. The income level shows a negative and significant effect on the demand for health service among feedmill workers in Makassar City, South Sulawesi, while the number of time use to visit does not have a significant effect on the demand for health service among feedmill workers in Makassar City, South Sulawesi. On the other hand, the type of job does not show different effect between white collar and blue collar job on the demand for health service among feedmill workers in Makassar City, South Sulawesi. But the severity of disease (severe and less severe disease) does show different effect on the demand for health service among feedmill workers in Makassar City, South Sulawesi.

DAFTAR ISI

	Halaman
PRAKATA	i
ABSTRAK	iii
ABSTRACT	iv
DAFTAR ISI	v
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
BAB I PENDAHULUAN	
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Masalah Penelitian	7
1.3. Tujuan Penelitian	7
1.4. Kegunaan Penelitian	8
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	
2.1. Teori Permintaan	9
2.1.1. Pengertian dan Fungsi Demand	9
2.1.2. Elastisitas Demand	11
2.2. Pelayanan Kesehatan	13
2.3. Permintaan terhadap Pelayanan Kesehatan	15
2.4. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Permintaan Pelayanan Kesehatan di Kota Makassar Sulawesi Selatan	20
2.5. Kesehatan bagi Tenaga Kerja	25
2.6. Usaha Industri Peternakan	27
2.7. Tinjauan Empiris	30
2.8. Kerangka Pikir	32
2.9. Hipotesis	37

BAB III. METODE PENELITIAN

3.1.	Lokasi Penelitian	38
3.2.	Jenis dan Sumber Data	38
3.3.	Populasi dan Sampel	39
3.4.	Teknik Pengumpulan Data	40
3.5.	Teknik Analisis Data	40
3.6.	Definisi Operasional	42

BAB IV. HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1.	Deskripsi Daerah Penelitian	44
4.1.1.	Kondisi Fisik Wilayah	44
4.1.2.	Keadaan Iklim	46
4.1.3.	Gambaran Umum Lokasi Penelitian	46
4.2.	Keadaan Sosial Ekonomi	55
4.2.1.	Penduduk	55
4.2.2.	Ketenagakerjaan	57
4.2.3.	Pendidikan	58
4.2.4.	Sarana Kesehatan	59
4.3.	Karakteristik Responden	61
4.3.1.	Umur	61
4.3.2.	Tingkat Pendidikan	62
4.3.3.	Biaya Pengobatan	64
4.3.4.	Waktu Kunjungan	65
4.3.5.	Tingkat Pendapatan	66
4.3.6.	Beban Pekerjaan	68
4.3.7.	Jenis Penyakit	69

4.4.	Analisis Fungsi Permintaan Pelayanan Kesehatan Pekerja Usaha Industri Pakan di Kota Makassar Sulawesi Selatan	75
4.4.1.	Analisis Permintaan Pelayanan Kesehatan Pekerja Usaha Industri Pakan di Kota Makassar Sulawesi Selatan	75
4.4.2.	Analisis Elastisitas pengaruh Umur, Tingkat Pendidikan, Biaya Pengobatan, Waktu Kunjungan, Tingkat Pendapatan, Beban Pekerjaan, dan Jenis Penyakit	78

BAB V. PENUTUP

5.1.	Kesimpulan	86
5.2.	Saran	87

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel	<u>Teks</u>	Halaman
4.2.1.	Jumlah Rumah Tangga, Penduduk, dan Kepadatan Penduduk dirinci menurut Kecamatan di Kota Makassar	57
4.2.2.	Jumlah Pencari Kerja yang Belum Ditempatkan dan Sudah Ditempatkan menurut Tingkat Pendidikan di Kota Makassar	59
4.2.3.	Jumlah Sarana Pendidikan dan Jumlah Siswa/Mahasiswa berdasarkan Tingkat Pendidikan di Kota Makassar	60
4.2.4.	Jumlah Sarana Kesehatan dirinci menurut Pemilikan di Kota Makassar	61
4.3.1.	Distribusi Responden berdasarkan Umur Pekerja Usaha Industri Pakan di Kota Makassar Sulawesi Selatan	63
4.3.2.	Distribusi Responden berdasarkan Tingkat Pendidikan Pekerja Usaha Industri Pakan di Kota Makassar Sulawesi Selatan	64
4.3.3.	Distribusi Responden berdasarkan Biaya Pengobatan Pekerja Usaha Industri Pakan di Kota Makassar Sulawesi Selatan	65
4.3.4.	Distribusi Responden berdasarkan Waktu Kunjungan Pekerja Usaha Industri Pakan di Kota Makassar Sulawesi Selatan ke Tempat Pelayanan Kesehatan	66
4.3.5.	Distribusi Responden berdasarkan Tingkat Pendapatan Pekerja Usaha Industri Pakan di Kota Makassar Sulawesi Selatan	68
4.3.6.	Distribusi Responden berdasarkan Beban Pekerjaan Pekerja Usaha Industri Pakan di Kota Makassar Sulawesi Selatan	69

4.3.7.	Distribusi Responden berdasarkan Jenis Penyakit Pekerja Usaha Industri Pakan di Kota Makassar Sulawesi Selatan	70
4.4.1.	Hasil Estimasi Faktor-faktor yang Mempengaruhi Permintaan Pelayanan Kesehatan Pekerja Usaha Industri Pakan di Kota Makassar Sulawesi Selatan	75

DAFTAR GAMBAR

Tabel	<u>Teks</u>	Halaman
2.8.	Alur Pikir Penelitian	36

DAFTAR LAMPIRAN

Tabel	<u>Teks</u>	Halaman
1.	Data Primer yang telah Diolah	92
2.	Data Primer yang telah Dilogaritma Naturalkan (ln)	94
3.	Analisis Regresi Pekerja Usaha Industri Pakan Di Kota Makassar Sulawesi Selatan	96

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Dewasa ini, sebagai hasil dari pembangunan kesehatan, derajat kesehatan masyarakat telah meningkat secara bermakna. Meskipun demikian, hasil pembangunan tersebut masih belum dapat dinikmati secara merata oleh seluruh penduduk dan hasil yang dicapai pun masih belum seluruhnya memuaskan.

Menyadari akan hal tersebut, Pemerintah Republik Indonesia telah menyusun strategi/kebijakan pembangunan kesehatan baru. Kebijakan ini didasarkan pada Gerakan Pembangunan Berwawasan Kesehatan sebagai Strategi Nasional menuju Indonesia Sehat 2010. Dengan strategi ini, perencanaan pembangunan dan pelaksanaannya disemua sektor harus mampu mempertimbangkan dampak negatif dan positifnya terhadap kesehatan baik individu, keluarga, dan masyarakat. Selain itu, disektor kesehatan sendiri, upaya kesehatan yang dilakukan akan lebih mengutamakan upaya *preventif* dan *promotif*, tanpa meninggalkan upaya *kuratif* dan *rehabilitatif*. Dasar pandang baru dalam pembangunan tersebut dikenal sebagai Paradigma Sehat.

Untuk mewujudkan paradigma sehat ditetapkan visi tentang keadaan masyarakat Indonesia pada masa yang akan datang, yaitu Indonesia Sehat 2010 yang merupakan gambaran masyarakat Indonesia dimasa depan yang penduduknya hidup dalam keadaan sehat dan

perilaku sehat, mampu menjangkau pelayanan kesehatan yang setinggi-tingginya. Perilaku sehat dalam Pembangunan Kesehatan 2010 adalah perilaku proaktif untuk memelihara dan melindungi diri dari ancaman penyakit serta berperan aktif dalam gerakan kesehatan masyarakat. Salah satu misi untuk mewujudkan Indonesia Sehat yakni mendorong kemandirian masyarakat untuk hidup sehat.

Pembangunan di bidang kesehatan akan dilanjutkan dengan upaya untuk meningkatkan kesehatan masyarakat melalui peningkatan mutu dan jangkauan kesehatan dasar dan rujukan terutama bagi penduduk miskin. Upaya ini didukung pula oleh peningkatan kualitas sumberdaya kesehatan dan manajemen pembangunan kesehatan.

Peningkatan mutu pelayanan kesehatan menjadi isu utama dalam pembangunan bidang kesehatan, baik dalam lingkup nasional maupun global. Hal ini didorong dengan semakin besarnya tuntutan terhadap organisasi pelayanan kesehatan untuk mampu memberikan pelayanan kesehatan secara prima terhadap konsumen. Upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan itu sendiri merupakan upaya peningkatan mutu organisasi pelayanan kesehatan dan tenaga profesional kesehatan.

Penyelenggaraan upaya kesehatan yang diatur oleh pemerintah dilakukan secara serasi dan seimbang oleh pemerintah dan masyarakat, terutama melalui peningkatan dan pencegahan yang dilakukan secara terpadu dengan upaya penyembuhan dan pemulihan. Kebijakan pembangunan kesehatan dewasa ini, harus diarahkan pada upaya

bagaimana membina bangsa yang sehat dan bukan bagaimana menyembuhkan mereka yang sakit. Sektor kesehatan senantiasa ditantang untuk proaktif melakukan upaya *promotif, preventif, rehabilitatif*, dan tidak hanya melayani penduduk yang sakit saja.

Blum (1981) menyatakan bahwa masalah kesehatan senantiasa mengalami perubahan dari waktu ke waktu. Tinggi rendahnya derajat kesehatan sangat dipengaruhi oleh faktor yang berkaitan dengan keturunan, lingkungan perilaku kesehatan, dan upaya pelayanan kesehatan, yang kesemuanya saling berkaitan dan saling berpengaruh. Derajat kesehatan yang tinggi akan berpengaruh positif terhadap produktivitas masyarakat, yang selanjutnya akan memberikan nilai ekonomi masyarakat.

Di samping itu adanya perbaikan sosial ekonomi dan tingkat pendidikan masyarakat yang berkaitan dengan sektor kesehatan, akan menyebabkan permintaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan akan meningkat pula (Malik, 1992).

Dalam dasawarsa terakhir, biaya pelayanan kesehatan dirasakan semakin meningkat sebagai akibat dari berbagai faktor seperti perubahan pola penyakit dan pola pengobatan, peningkatan penggunaan teknologi, meningkatnya permintaan masyarakat, dan perubahan ekonomi secara global. Di lain pihak, biaya yang tersedia untuk kesehatan belum dapat ditingkatkan, di mana kemampuan pemerintah masih terbatas dan peran serta masyarakat belum maksimal.

Salah satu faktor yang mempengaruhi produktivitas sumberdaya manusia terletak pada keadaan kesehatannya sendiri. Rendahnya tingkat gizi dan kalori bagi penduduk usia muda akan menghasilkan pekerja-pekerja yang kurang produktif dengan tingkat mental yang agak terbelakang. Sebaiknya, perbaikan gizi dan kesehatan tenaga kerja akan meningkatkan efisiensi kerja melalui peningkatan kemampuan individualnya. Salah satu cara memenuhi kebutuhan gizi tersebut adalah dengan cara pengembangan sub sektor peternakan yang bertindak sebagai penyedia protein hewani. Untuk itu, peran usaha industri peternakan sebagai penopang usaha peternakan semakin diperlukan. Dukungan industri dan usaha peternakan terbukti tak hanya handal sebagai penyedia protein hewani untuk membangun bangsa yang sehat, cerdas, dan tangguh, tetapi juga mampu berkontribusi terhadap perekonomian di pedesaan.

Salah satu lokasi pengembangan industri peternakan yang cukup potensial adalah kota Makassar yang dalam pengembangannya telah memperlihatkan dampak positif bagi pertumbuhan ekonomi dan pembangunan kota Makassar. Pembangunan ini dimaksudkan sebagai upaya mewujudkan kesejahteraan masyarakat serta dalam rangka menyukseskan pembangunan daerah Sulawesi Selatan dan pembangunan nasional yang terarah dan berencana. Pembangunan yang dilaksanakan telah berhasil meningkatkan berbagai sarana dan prasarana fisik serta infrastruktur masyarakat yang sangat penting dalam menunjang

berbagai kegiatan ekonomi seperti peningkatan sarana jalan, pembangunan terminal induk, dan pembangunan sarana perekonomian pasar, dan lain-lain. Upaya yang dilaksanakan juga telah berhasil mengatasi masalah mendasar termasuk masalah meningkatkan taraf hidup dan kesejahteraan rakyat untuk memberikan landasan yang kuat bagi pembangunan berikutnya. Pembangunan tersebut termasuk tenaga dan fasilitas pelayanan kesehatan, dimana usaha pemerintah masih mendominasi produk jasa tersebut.

Melihat potensi yang dimiliki Kota Makassar sebagai lokasi industri pakan, maka dirasa perlu memperhatikan pelayanan kesehatan bagi mereka yang bekerja pada bidang usaha ini. Pentingnya memperhatikan kesehatan para tenaga kerja, karena dengan perbaikan kesehatan akan meningkatkan efisiensi kerja, perbaikan kesehatan dapat pula membawa perbaikan dalam tingkat pendidikan, ataupun perbaikan kesehatan menyebabkan bertambahnya penduduk yang akan membawa tingkat partisipasi angkatan kerja. Selain itu, kesehatan merupakan modal utama bagi perusahaan-perusahaan.

Pelayanan kesehatan perlu lebih diarahkan kepada pelayanan yang betul-betul dibutuhkan oleh para tenaga kerja. Olehnya itu perlu memberikan informasi yang akurat dan tepat tentang pelayanan yang diberikan serta perlunya pengembangan sistem pelayanan yang didasari pada pelayanan dengan kualitas baik dan dapat memberikan pelayanan pada waktu yang tepat dan cepat. Apabila pelayanan kesehatan dapat

dilaksanakan dengan baik, maka dapat diharapkan perusahaan-perusahaan akan mendapatkan hasil karya yang baik atau tingkat produktivitas yang tinggi, sehingga perusahaan tersebut harus menciptakan suatu tingkat kesehatan yang tinggi bagi karyawan, termasuk keluarga para karyawan sehingga tercipta ketenangan bekerja.

Pelayanan kesehatan para tenaga kerja pada usaha industri pakan sangat penting karena dengan pelayanan kesehatan ini, maka dapat tercipta peningkatan produktivitas kerja melalui peningkatan derajat kesehatan. Hal ini dapat diterapkan secara berkesinambungan dengan cara melaksanakan keselamatan dan kesehatan kerja dengan baik.

Tujuan kesehatan kerja bagi para pekerja industri pakan dimaksudkan untuk memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-tingginya baik fisik, mental maupun sosial dengan usaha-usaha pencegahan dan pengobatan terhadap penyakit-penyakit atau gangguan kesehatan yang disebabkan oleh faktor-faktor pekerjaan dan lingkungan kerja.

Berdasarkan uraian di atas, maka penulis tertarik mengangkat topik penelitian dengan judul : Analisis Permintaan Pelayanan Kesehatan Pekerja Usaha Industri Pakan di Kota Makassar Sulawesi Selatan.

1.2. Masalah Penelitian

Berdasarkan uraian dan latar belakang, maka yang menjadi permasalahan dalam penelitian ini adalah :

1. Sejauh mana pengaruh umur, tingkat pendidikan, biaya pengobatan, waktu kunjungan, tingkat pendapatan, beban pekerjaan, dan jenis penyakit terhadap permintaan pelayanan kesehatan pekerja usaha industri pakandi Kota Makassar Sulawesi Selatan.
2. Apakah terdapat perbedaan yang signifikan pada beban pekerjaan dan jenis penyakit terhadap permintaan pelayanan kesehatan pekerja usaha industri pakan di Kota Makassar Sulawesi Selatan.

1.3. Tujuan Penelitian

Tujuan yang ingin dicapai dalam penelitian ini adalah :

1. Untuk mengetahui besarnya pengaruh umur, tingkat pendidikan, biaya pengobatan, waktu kunjungan, tingkat pendapatan, beban pekerjaan, dan jenis penyakit terhadap permintaan pelayanan kesehatan pekerja usaha industri pakan di Kota Makassar Sulawesi Selatan.
2. Untuk mengetahui besarnya perbedaan beban pekerjaan dan jenis penyakit terhadap permintaan pelayanan kesehatan pekerja usaha industri pakan di Kota Makassar Sulawesi Selatan.

1.4. Kegunaan Penelitian

Dalam penelitian ini diharapkan :

1. Memberikan bahan informasi bagi usaha peternakan mengenai pelayanan kesehatan secara optimal dalam meningkatkan produktivitas pekerja usaha industri pakan.
2. Sebagai bahan pembandingan bagi peneliti lain yang relevan dengan analisis permintaan pelayanan kesehatan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Teori Permintaan

2.1.1. Pengertian dan Fungsi Demand

Teori permintaan selalu mencerminkan tentang ciri hubungan antara permintaan dan harga dari suatu jenis barang. Permintaan dapat didefinisikan sebagai jumlah suatu barang atau jasa pelayanan yang mau dan mampu dibeli oleh konsumen pada suatu harga dan selama periode tertentu berdasarkan kondisi tertentu. Kondisi yang harus dipertimbangkan mencakup barang yang bersangkutan, harga dan persediaan barang, perkiraan akan perubahan harga, pendapatan konsumen, selera konsumen, dan sebagainya. Jumlah produk yang siap dibeli oleh konsumen bergantung pada fakta ini (Sukirno, 2003).

Selanjutnya Sukirno (2003) mengatakan bahwa, permintaan seseorang terhadap suatu barang ditentukan oleh beberapa faktor diantaranya : 1) harga barang itu sendiri, 2) harga barang lain yang berkaitan erat dengan barang tersebut, 3) pendapatan rumah tangga dan pendapatan rata-rata masyarakat, 4) corak distribusi pendapatan dalam masyarakat, 5) cita rasa masyarakat, 6) jumlah penduduk dan, 7) ramalan mengenai keadaan dimasa yang akan datang.

Richard (1960) mengatakan bahwa, pola *demand* sangat dipengaruhi oleh perilaku konsumen dalam menentukan corak *demand* terhadap suatu barang atau jasa berdasarkan pada harga barang dan jasa

bersangkutan, selera dan preferensi, pendapatan, harga substitusi barang sejenis, serta besarnya manfaat barang dan jasa tersebut. Meskipun demikian, perilaku konsumen terbatas oleh daya beli (*money demand*) konsumen itu sendiri terhadap barang dan jasa tertentu yang diinginkan dalam bentuk *demand* yang efektif (*effective demand*).

Fungsi permintaan menunjukkan bahwa antara harga dan jumlah barang yang diminta dengan menganggap pendapatan, harga barang lain, dan selera adalah konstan. Dari keadaan tersebut terlihat bahwa bila harga menurun, maka jumlah barang yang diminta akan meningkat. Begitu pula sebaliknya, bila harga meningkat, maka jumlah barang yang diminta akan menurun. Penurunan atau kenaikan harga dari *demand* berlaku selama faktor-faktor lain dalam keadaan tetap (*ceteris paribus*) (Samuelson, 1989).

Menurut Boediono (1983), secara sistematis, jumlah barang dan jasa yang diinginkan (*quantity of demand*) dan pengaruh faktor-faktor lainnya seperti harga barang dan jasa, selera, harga barang substitusi sejenis dapat dilihat pada fungsi permintaan (*demand function*) sebagai berikut :

$$Q = f \{P_x, P_y, P_z, M, S\}$$

Dimana :

Q = Jumlah barang yang diinginkan

P_x = Harga barang X

P_y = Harga barang Y

P_z = Harga barang Z
 M = Uang yang dimiliki
 Z = Selera

2.1.2. Elastisitas Demand

Nicholson (1999), menyatakan bahwa elastisitas permintaan adalah suatu ukuran kepekaan yang menyatakan persentase (%) perubahan harga barang yang diminta akibat adanya perubahan salah satu faktor yang mempengaruhinya, dengan asumsi bahwa variabel lain dianggap konstan (*ceteris paribus*).

Apabila koefisien elastisitas dilambangkan dengan η (elastisitas), permintaan adalah Y , dan faktor yang mempengaruhi permintaan adalah X , maka fungsi permintaan dapat ditulis sebagai $Y = f(X)$. Elastisitas Y terhadap X dirumuskan sebagai berikut :

$$\eta = \frac{\frac{dy}{dx}}{\frac{y}{x}} = \frac{dy}{dx} \cdot \frac{x}{y} \quad (\text{Varian, 1992}).$$

Koefisien elastisitas (η) menunjukkan apakah faktor (X) yang berpengaruh terhadap permintaan (Y) bersifat elastis, inelastis, atau elastis uniter. Bentuk-bentuk elastisitas sebagai berikut :

$\eta > 1$, Berarti faktor tersebut elastis terhadap permintaan. Artinya bahwa faktor (X) meningkat 1%, maka permintaan (Y) juga meningkat

lebih dari 1%.

$\eta < 1$, Berarti faktor tersebut inelastis terhadap permintaan. Artinya bahwa bila faktor (X) meningkat 1%, maka permintaan (Y) juga meningkat kurang dari 1%.

$\eta = 1$, Berarti faktor tersebut elastis uniter terhadap permintaan. Artinya bahwa perubahan pada faktor (X) sebanding (sama) dengan perubahan pada permintaan (Y).

Sedangkan elastisitas harga adalah presentase perubahan permintaan dibagi dengan presentase perubahan harga. Jika perubahan harga yang kecil menimbulkan perubahan yang besar terhadap jumlah barang yang diminta, maka dikatakan bahwa permintaan barang tersebut bersifat responsif terhadap perubahan harga atau permintaannya elastis. Sebaliknya, apabila perubahan harga relatif besar tetapi permintaannya tidak banyak berubah, maka dikatakan bahwa permintaannya tidak elastis (Case dan Fair, 2002).

Kadariah (1978), menyatakan bahwa elastisitas pendapatan dapat diturunkan dari fungsi permintaan terhadap pendapatan yang akan menghasilkan elastisitas pendapatan. Sedangkan penurunan terhadap harga menghasilkan elastisitas harga sendiri yang dikenal dengan elastisitas harga silang (*cross elasticity*). Elastisitas harga silang adalah presentase perubahan jumlah barang yang diminta diakibatkan perubahan harga lainnya, biasanya berupa barang komplementer dan cenderung negatif.

Menurut Varian (1992) bahwa elastisitas pendapatan adalah presentase perubahan didalam permintaan dibagi dengan presentase perubahan didalam pendapatan.

2.2. Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan adalah setiap upaya perawatan dan pemeliharaan kesehatan yang dilakukan pemerintah dan masyarakat. Pelayanan kesehatan sebagai proses untuk memproduksi kesehatan seseorang, ditawarkan oleh *provider* kesehatan kepada pasien untuk memperbaiki derajat kesehatannya. Brown dalam Frans (2001:16) pelayanan sebagai suatu proses untuk memperoleh produk lain yaitu status kesehatan yang pelayanannya berbeda dengan pelayanan jasa-jasa lainnya.

CyberNEWS (2005) menyatakan bahwa ciri khas dari sektor pelayanan kesehatan adalah : *consumer ignorance* (ketidaktahuan konsumen); *supply induced demand* (pengaruh penyedia jasa kesehatan terhadap konsumen atau konsumen tidak memiliki daya tawar dan daya pilih; produk pelayanan kesehatan bukan konsep homogen; pembatasan terhadap kompetisi; Ketidakpastian tentang sakit; dan sehat sebagai hak asasi.

Selanjutnya dikatakan bahwa berdasarkan ciri khas dari pelayanan kesehatan tersebut tampak bahwa konsumen kesehatan posisinya cenderung lebih lemah dibandingkan dengan *provider*. Ketidaktahuan

konsumen membuat *provider* dalam hal ini dokter atau rumah sakit menentukan pelayanan apa saja yang (menurut mereka) diperlukan bagi pasien, hal ini cenderung menjadi celah untuk merugikan konsumen seperti *over utility*. Ciri khas dari sektor kesehatan juga membuat konsumen kesehatan tidak mempunyai daya pilih dan daya tawar tinggi alias animo saja apa yang diperbuat *provider* dan pasrah membayar biaya apa saja yang dibebankan atas pelayanan yang diterima. Jadi *provider* hendaknya dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan prosedur yang berlaku tanpa mengabaikan hak-hak konsumen kesehatan.

Soeripto (1991:32) menyatakan bahwa kegiatan pelayanan kesehatan meliputi kegiatan pengobatan (*kuratif*), kegiatan peningkatan nilai kesehatan (*promotif*), kegiatan pencegahan (*preventif*), dan kegiatan pemulihan (*rehabilitatif*).

Sistem pelayanan kesehatan pada hakekatnya adalah sistem yang mengkoordinasikan semua kegiatan sedemikian rupa sehingga menjamin bahwa setiap warga masyarakat memperoleh pelayanan kesehatan yang dibutuhkannya. Usaha pemberian pelayanan kesehatan ini bisa melalui satu macam kegiatan, bisa juga melalui suatu rangkaian (gabungan) kegiatan-kegiatan yang merupakan program-program (Alimin, 1995).

Selanjutnya Selomo (1991:8) menyatakan pula bahwa masyarakat pekerja merupakan sasaran utama dalam pelayanan kesehatan di perusahaan, dengan demikian karena yang menjadi "pasien" dalam hygiene perusahaan dan kesehatan kerja bukan saja masyarakat pekerja

tetapi juga masyarakat sekitar perusahaan dan bahkan sampai masyarakat umum yang menjadi konsumen dan produk-produk suatu perusahaan, maka kedua kelompok masyarakat tersebut juga merupakan pengguna pelayanan kesehatan di perusahaan-perusahaan.

Organisasi-organisasi di tingkat perusahaan-perusahaan itu tidak sama dan sangat tergantung kepada jumlah buruh yang bekerja. Untuk perusahaan-perusahaan yang jumlah pekerjanya puluhan bahkan ratusan orang, sudah tentu perlu satu organisasi hygiene perusahaan dan kesehatan kerja yang lengkap. Bentuk pelayanan kesehatan di perusahaan berupa Pertolongan Pertama Pada Kecelakaan, klinik, rumah sakit, Balai Kesehatan Ibu dan Anak serta Imunisasi (Frans, 2001).

2.3. Permintaan terhadap Pelayanan Kesehatan

Prinsip dasar teori ekonomi menyatakan bahwa suatu barang atau jasa sebagai faktor produksi mempunyai harga dapat ditukar dengan barang lain atau mempunyai kegunaan dan bersifat langka atau jumlah yang tersedia sangat sedikit dibandingkan jumlah yang dibutuhkan (Kadariah, 1978).

Pelayanan kesehatan dikatakan sebagai komoditi ekonomi yang dikonsumsi individu atau rumah tangga. Adanya demand terhadap pelayanan kesehatan menurut Grossman (1989) karena kesehatan merupakan komoditi yang harus dibeli (*consumption commodity*) sebab dapat membuat pembelinya merasa dirinya lebih baik dan nyaman.

Kesehatan dianggap sebagai suatu investasi (*investment commodity*) artinya bila keadaan sehat, maka semua waktu yang tersedia dapat digunakan secara produktif sehingga secara tidak langsung merupakan investasi (Feldstein, 1988).

Selanjutnya Feldstein (1988) menyatakan bahwa, meskipun pelayanan kesehatan merupakan suatu komoditi ekonomi, namun memiliki perbedaan dengan komoditi ekonomi pada umumnya karena adanya karakteristik tersendiri berupa :

- a) Permintaan terhadap pelayanan kesehatan timbul akibat adanya permintaan akan kesehatan yang baik, dimana meningkatnya umur seseorang bisa merupakan mulai menurunnya kondisi kesehatannya sehingga membutuhkan pelayanan kesehatan yang lebih baik.
- b) Permintaan terhadap pelayanan kesehatan mempunyai faktor-faktor eksogen antara lain ketidaktahuan para pasien sehingga penderita mendelegasikan keputusannya kepada petugas kesehatan (dokter/paramedis), faktor penghasilan pemakai jasa pelayanan, dan sebagainya.
- c) Permintaan terhadap pelayanan kesehatan melibatkan banyak hal, antara lain penyediaan dan tingkat keterampilan petugas kesehatan yang ada, dimana peran ganda yang dimilikinya (penyedia layanan medis dan wakil pasien) dapat menciptakan motif ekonomi berupa pelayanan kesehatan yang berlebih-lebihan (*unnecessary procedured*).

Permintaan individu terhadap pelayanan kesehatan (*demand for health services*) timbul melalui proses konversi dari masalah kesehatan menjadi perhatian terhadap kebutuhan akan pelayanan kesehatan dan akhirnya menjadi wujud permintaan terhadap pelayanan kesehatan (Gani, 1987).

Selanjutnya Gani (1987) menyatakan bahwa, terjadinya *gap* antara *need* dan *demand* dikarenakan jumlah pelayanan yang diinginkan masyarakat (sesuai daya belinya) dengan jumlah pelayanan profesional yang telah ada ingin berlangsung bersamaan waktunya. *Gap* ini akan meningkat bila dasar keputusan dalam mengalokasi dana hanya semata-mata didasari masalah kesehatan belaka. Bila jumlah pelayanan kesehatan yang disediakan melampaui jumlah yang digunakan masyarakat, maka alokasi fasilitas dan tenaga kesehatan merupakan suatu *under-utilization*, dilain pihak bila pertimbangan berdasarkan segi *demand*, maka pelayanan kesehatan yang disediakan akan lebih dalam kondisi sumberdaya yang sangat terbatas.

Permintaan mengasumsikan bahwa orang yang paling tepat untuk menilai suatu barang dan jasa adalah mereka yang akan memperoleh manfaat dari suatu barang tersebut, dimana sendi utama teori permintaan neoklasik adalah *utility* (kepuasan), yaitu suatu kondisi dimana seorang pelaku ekonomi yang rasional dihadapkan pada sejumlah kemungkinan pemilikan dengan kondisi ketidakpastian (*uncertainty*) (Tjiptoherijanto dan Soesetyo, 1994).

Utilisasi pelayanan kesehatan erat kaitannya dengan kondisi bagaimana konsumen memerlukan pelayanan kesehatan dan seberapa jauh efektivitas pelayanan tersebut. Kedua kondisi ini mendorong terbentuknya “*agency relationship*”. Ketergantungan pasien terhadap agennya yang disebabkan oleh ketidakpastian (*uncertainty*). Pendekatan ini dikenal dengan *supplier induced demand model* (Evans, 1974).

Pendekatan lain tentang permintaan kesehatan adalah “*investment model*” yang dikemukakan oleh Grossman (1989), bahwa konsumen mempunyai permintaan terhadap pelayanan kesehatan dengan dua alasan yaitu, sebagai komoditi konsumsi dan sebagai komoditi investasi. Pandangan tersebut berimplikasi sebagai berikut : *Pertama*, peningkatan umur menghasilkan peningkatan tingkat depresiasi stok kesehatan seseorang. Sepanjang hidupnya, masyarakat akan berusaha untuk mengimbangi peningkatan tingkat depresiasi stok kesehatannya melalui peningkatan pengeluaran untuk pelayanan kesehatan. *Kedua*, permintaan pelayanan kesehatan akan meningkat sesuai dengan peningkatan tingkat upah individu. *Ketiga*, pendidikan masyarakat yang tinggi dianggap akan lebih efisien dalam memproduksi kesehatan. Hal ini disebabkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya kondisi kesehatan bagi produktivitas mereka.

Razak dan Maidin (1996:140) menyatakan bahwa salah satu ciri khusus sektor kesehatan yaitu *demand* terhadap pelayanan kesehatan adalah :

1. Kedudukan pelayanan kesehatan dalam skala *utility* individu tidak sama dengan komoditi ekonomi lainnya. Dalam mengkonsumsi pelayanan kesehatan sebetulnya yang diharapkan orang adalah sehat.
2. Konsumen pelayanan kesehatan ada dalam posisi yang sangat lemah, oleh karena umumnya tidak tahu banyak tentang apa yang dibutuhkannya.
3. Konsekuensi dari keadaan ini adalah bahwa *demand* terhadap pelayanan kesehatan sebagian besar bukan keputusan individu-individu bersangkutan.

Andersen (1974) memperkenalkan model perilaku keluarga dalam penggunaan pelayanan kesehatan. Menurut model ini, keputusan untuk menggunakan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh komponen *predisposing* (pendorong), *enabling* (pemungkin), *need* (kebutuhan). Komponen *predisposing* (pendorong) terdiri dari variabel-variabel yang menggambarkan faktor-faktor individu yang secara tidak langsung berhubungan dengan penggunaan pelayanan kesehatan. Faktor-faktor itu meliputi faktor dememografi, struktur sosial, kepercayaan terhadap sakit, sehat dan pelayanan medis. Sedangkan komponen *enabling* (pemungkin) terdiri dari variabel-variabel kemampuan individu untuk menggunakan pelayanan kesehatan yang diestimasi berdasarkan sumber pendapatan keluarga sendiri dan sumber pendapatan lainnya.

2.4. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Permintaan Pelayanan Kesehatan

Permintaan terhadap pelayanan kesehatan dapat diartikan sebagai bertemunya kemampuan dan kemauan membayar (*ability and willingness to pay*) pada diri seseorang. Semua ini dapat dikaitkan dengan faktor-faktor sosial demografi seperti usia, pendidikan, jenis kelamin dan status kesehatan, dan suatu kumpulan faktor ekonomis seperti faktor moneter dan non moneter (Asri, 2001:8). Selanjutnya dikatakan pula bahwa bukti-bukti mengenai permintaan kesehatan di negara berkembang sangat kompleks dimana mereka yang berpendapatan rendah permintaan kesehatannya mungkin elastis terhadap harga. Ini berarti adanya penurunan harga akan berakibat peningkatan penggunaan jasa pelayanan kesehatan.

Menurut Tjiptoherijanto dan Soesetyo (1994), aksioma yang mendasari konsep di atas adalah : Pertama, *completeness*; dimana konsumen dianggap mampu membuat urutan setiap kemungkinan kombinasi barang dan jasa yang disesuaikan dengan preferensi konsumen. Kedua, *transitivity*; di sini dinyatakan bahwa bila konsumen lebih menyukai jasa A daripada B, dan ternyata dia juga lebih menyukai B dari C, maka tidak boleh tidak, konsumen tersebut akan lebih menyukai A daripada C. Ketiga, seleksi; dimana konsumen akan selalu mencoba untuk mencapai kondisi yang paling diinginkan.

Razak (1990), mengestimasi pemakaian pelayanan kesehatan dari kombinasi karakteristik ekonomi dan non-ekonomi. Karakteristik

ekonomi meliputi harga, asuransi, dan pendapatan. Sedangkan karakteristik non-ekonomi berupa umur, status perkawinan, dan jumlah orang per unit penghuni.

1. Faktor Sosial-Demografi

Karakteristik populasi secara sosial-demografi merupakan salah satu faktor yang menyebabkan permintaan pelayanan medis. Besarnya anggota keluarga dan terdapatnya anggota keluarga yang masih balita, sudah dewasa atau telah menikah cenderung lebih sering menggunakan pelayanan kesehatan (Gani, 1987).

Grosman (1989:243), hubungan yang tepat antara faktor usia dan konsumsi pelayanan kesehatan tergantung kepada elastisitas permintaan kesehatan. Permintaan ini akan sangat tidak elastis bila produk marjinal kesehatan naik secara drastis sejalan dengan menurunnya status kesehatan

Pendidikan berpengaruh terhadap permintaan jasa kesehatan. Keluarga yang tingkat pendidikannya lebih tinggi dapat lebih mengenal tanda-tanda sakit dan akibatnya, sehingga lebih besar keinginannya untuk mencari pengobatan atau pencegahan. Di samping itu dapat pula meningkatkan efisiensi dalam pembelanjaan keluarga dan penggunaan pelayanan kesehatan (Feldstein, 1988:82).

Selanjutnya Feldstein (1988) menyatakan bahwa, umur dan jenis kelamin juga berpengaruh terhadap permintaan pelayanan

kesehatan. Peningkatan umur seseorang akan mengubah pola penyakitnya. Demikian juga dengan jenis kelamin, dimana terdapat perbedaan kebutuhan pelayanan kesehatan antara laki-laki dengan perempuan, meskipun pengeluaran untuk kesehatan hampir sama dalam setiap tahun.

Sulitnya tempat pelayanan kesehatan dicapai secara fisik sehingga banyak mengorbankan waktu akan menurunkan permintaan terhadap pelayanan kesehatan (Mills, 1990:65). Dengan kata lain, jarak ke tempat pelayanan kesehatan berpengaruh negatif terhadap permintaan jasa kesehatan. Apalagi jika hal tersebut dihubungkan dengan biaya transportasi, waktu, dan kesulitan-kesulitan lain yang menyebabkan penduduk lebih senang tinggal dirumahnya daripada harus pergi ke tempat lain. Adanya jarak menyebabkan masyarakat menemui kesulitan untuk datang ke tempat pelayanan kesehatan (Tjiptoherijanto dan Soesetyo, 1994:289).

2. Faktor Ekonomi

Faktor-faktor ekonomi yang memberikan kontribusi terhadap permintaan pelayanan kesehatan adalah pendapatan, harga, waktu, dan asuransi kesehatan. Faktor-faktor tersebut tidak hanya berpengaruh apakah seorang pasien akan mencari pelayanan kesehatan, tetapi juga tingkat pelayanan pengobatan yang diusahakan.

Dalam teori ekonomi mikro dijelaskan bahwa peningkatan tarif (harga) dalam penyediaan (*supply*) pelayanan kesehatan tidak berpengaruh terhadap permintaan pelayanan kesehatan, atau bersifat inelastisitas (Nicholson, 1999).

Sedangkan pendapatan berbanding lurus dengan permintaan jasa pelayanan kesehatan. Pengaruh yang tepat dari pendapatan yang meningkat tergantung juga pada elastisitas permintaan kesehatan ditambah porsi biaya waktu di dalam total biaya per unit pelayanan kesehatan. Namun demikian, karena penambahan kesehatan yang diperoleh dari satu unit *gross investment* pelayanan kesehatan tidak dipengaruhi oleh kenaikan pendapatan, maka permintaan pelayanan kesehatan akan naik sejalan dengan naiknya tingkat pendapatan (Tjiptoherijanto dan Soesetyo, 1994:70).

Pendapatan menurut Mills dan Gilson (1990) mempunyai hubungan positif dengan permintaan. Permintaan pelayanan kesehatan akan naik sejalan dengan meningkatnya pendapatan dan pada masyarakat yang berpendapatan rendah atau cenderung menunda pelayanan kesehatan sampai penyakitnya parah, untuk menghindari pembayaran yang tidak terjangkau oleh pendapatan mereka.

Harga juga berperan dalam menentukan permintaan terhadap pelayanan kesehatan (Reinke, 1994:97)). Meningkatnya

harga akan mengurangi permintaan pelayanan kesehatan dari kelompok yang berpendapatan rendah dibandingkan dengan kelompok yang berpendapatan tinggi (Mills, 1990:65).

Waktu merupakan hal penting dalam pengambilan keputusan untuk mencari pengobatan. Waktu dari segi ekonomi sangat penting artinya bila dikaitkan dengan waktu yang hilang dalam mencari nafkah atau berkurangnya jam kerja. Kehilangan waktu dalam mencari pelayanan kesehatan dapat berarti kehilangan dalam segi pendapatan (*time cost*), sehingga waktu cenderung mengurangi permintaan terhadap pelayanan kesehatan. Jika biaya waktu untuk pelayanan kesehatan menurun, maka jumlah yang diminta akan meningkat (Feldstein, 1988:85) sehingga waktu berpengaruh terhadap pelayanan kesehatan.

2.5. KESEHATAN BAGI TENAGA KERJA

Kesehatan kerja adalah spesialisasi dalam ilmu kesehatan kedokteran beserta prakteknya, agar pekerja atau masyarakat pekerja memperoleh derajat kesehatan setinggi-tingginya, baik fisik atau mental maupun sosial, dengan usaha-usaha *preventif* dan *kuratif*, terhadap penyakit-penyakit/gangguan-gangguan kesehatan yang diakibatkan faktor-faktor pekerjaan dan lingkungan kerja, serta terhadap penyakit-penyakit umum (Sabdoadi, 1985:324).

Indar (1991) menyatakan bahwa kesehatan kerja adalah kesehatan tenaga kerja yang sempurna baik fisik, mental maupun sosial, sehingga memungkinkan dapat bekerja dengan kemampuan optimal.

Kesehatan kerja menurut Pusat Kesehatan Kerja, meliputi berbagai upaya penyesuaian antara pekerja dengan pekerja dan lingkungan kerjanya, baik fisik maupun psikis dalam hal cara/metode kerja dan kondisi yang bertujuan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan kerja masyarakat pekerja di semua lapangan kerja, mencegah timbulnya gangguan kesehatan pada masyarakat pekerja yang diakibatkan oleh keadaan/kondisi lingkungan kerjanya, memberikan pekerjaan dan perlindungan bagi pekerja di dalam pekerjaannya, dan menempatkan serta memelihara pekerja disuatu lingkungan pekerjaan yang sesuai dengan kemampuan fisik dan psikis kerjanya.

Transisi demokrasi di Indonesia dan globalisasi serta perdagangan bebas yang melanda dunia merupakan dua kutub ekstrim yang harus

dihadapi bangsa Indonesia. Transisi demokrasi tersebut berdampak pada instabilitas politik dan ekonomi negara yang dewasa ini berada dalam keadaan krisis sehingga perhatian kita saat ini lebih tertuju semata-mata untuk memenuhi kebutuhan primer. Hal ini dapat mengakibatkan menurunnya derajat keselamatan dan kesehatan kerja. Dilain pihak globalisasi dan perdagangan bebas menuntut bangsa Indonesia untuk mampu bersaing dengan bangsa-bangsa lain dalam berbagai aspek. Aspek penting yang perlu mendapat perhatian adalah aspek kualitas yang didukung oleh adanya prasyarat tertentu. Satu di antaranya adalah prasyarat keberadaan keselamatan dan kesehatan kerja di masyarakat secara umum dan khususnya di sektor industri yang akan menjamin perkembangan investasi industri Indonesia (Djunaidi, 2000)

Selanjutnya dikatakan bahwa, perkembangan keselamatan dan kesehatan kerja Indonesia tentunya akan dipengaruhi berbagai aspek seperti aspek legal, ekonomis maupun aspek ketersediaan sumberdaya manusianya .

Suma'mur (1981) menyatakan bahwa salah satu upaya pokok kesehatan adalah peningkatan kesehatan kerja, yang bertujuan untuk meningkatkan produktivitas kerja melalui peningkatan derajat kesehatan tenaga kerja. Hal ini dapat diterapkan melalui kesehatan perusahaan, dengan cara melaksanakan keselamatan dan kesehatan kerja dengan baik.

Clough (2002) mengemukakan bahwa untuk meningkatkan kinerja lingkungan, keselamatan, dan kesehatan kerja secara berkesinambungan diperlukan pemantauan yang efektif terhadap sistem manajemen dan memajukan praktek terbaik dalam industri, pengendalian seluruh operasi dengan efektif untuk mencegah dan meminimalkan pelepasan bahan pencemar ke lingkungan sekitar serta menjaga keselamatan dan kesehatan kerja para karyawan, kontraktor, tamu perusahaan, dan lingkungan sekitar melalui penggunaan prosedur operasi yang aman.

2.6. Usaha Industri Peternakan

Peternakan (*animal husbandry*) adalah segala kegiatan yang menunjang perusahaan untuk mengambil manfaat yang lebih besar dari ternak demi kepentingan umat manusia (Anonim, 1995).

Selanjutnya dikatakan pula bahwa perusahaan peternakan (*livestock farming enterprise*) adalah kegiatan usaha di bidang peternakan atas dasar azas ekonomi dan sesuai dengan peraturan yang berlaku. Atau usaha peternakan yang dilakukan di tempat yang tertentu serta perkembangbiakan ternaknya dan manfaatnya diatur dan diawasi oleh peternak-peternak.

Perusahaan peternakan dapat dibagi menjadi dua jenis, yaitu (1) perusahaan produksi, terdiri dari hewan ternak dalam pertumbuhan dan hewan ternak telah menghasilkan, (2) peternakan konsumsi terdiri dari hewan ternak dalam pertumbuhan dan hewan ternak siap dijual.

Anonim (1995) menjelaskan Undang-Undang Nomor 6 tahun 1967 tentang Ketentuan-ketentuan Pokok Peternakan dan Kesehatan Hewan yang pada bab II pasal 9 menerangkan tentang Bentuk Usaha Peternakan, diantaranya :

- 1) Peternakan diselenggarakan dalam bentuk :
 - a. Peternakan rakyat
 - b. Perusahaan peternakan
- 2) Peternakan rakyat ialah peternakan yang dilakukan oleh rakyat antara lain petani di samping usaha pertaniannya.
- 3) Perusahaan peternakan ialah peternakan yang diselenggarakan dalam bentuk suatu perusahaan secara komersil.
- 4) Usaha-usaha peternakan diadakan dengan tidak mengganggu ketentraman masyarakat umum, yang diatur dengan peraturan pemerintah.

Industri peternakan merupakan pengelolaan transformasi biologis hewan untuk menghasilkan produk yang akan dikonsumsi atau diproses lebih lanjut. Kegiatan industri peternakan pada umumnya dapat digolongkan menjadi :

- a) Pembelian atau penetasan bibit, yaitu membeli hewan ternak untuk dijual kembali atau membeli bibit hewan untuk ditetaskan menjadi hewan ternak jadi.

- b) Pemeliharaan hewan sampai dapat menghasilkan, yaitu pemeliharaan hewan melalui proses pembesaran dan penggemukan hingga dapat menghasilkan produk.
- c) Pemungutan, yaitu proses pengambilan atas hewan yang siap dijual atau produk yang dihasilkan hewan itu sendiri.
- d) Pengolahan dan pemasaran, yaitu proses lebih lanjut yang dibutuhkan agar produk tersebut siap dijual.

Industri pakan merupakan bentuk usaha atau kegiatan yang mengolah hasil-hasil pertanian atau limbah pertanian yang menghasilkan output berupa ransum ternak yang akan menjadi makanan pokok sebagai penunjang kebutuhan hidup atau meningkatkan produksi bagi ternak (Anonim, 1992)

Anggorodi (1990) menyatakan bahwa perkembangan industri pakan yang merupakan industri penunjang pengembangan peternakan di Indonesia semakin berkembang sejalan dengan meningkatnya atau berkembangnya ilmu yang sehubungan dengan makanan dan zat makanan yang terkandung didalamnya terhadap kesehatan dan perkembangan hewan atau ternak, yang pada akhirnya akan menghasilkan output yang juga bisa dijadikan input bagi industri yang lain.

2.7. Tinjauan Empiris

Beberapa studi telah menguji faktor-faktor yang mempengaruhi permintaan pelayanan kesehatan. Studi tersebut berdasarkan survei, data, dan menemukan hubungan faktor-faktor tersebut dengan permintaan pelayanan kesehatan.

Berdasarkan survei dan data, ditemukan bahwa keluarga dengan pendapatan yang lebih besar mempunyai pengeluaran yang lebih besar untuk pelayanan kesehatan, walaupun presentase pendapatan yang dibelanjakan untuk pelayanan kesehatan menurun sesuai dengan peningkatan pendapatan. Elastisitas pendapatan terhadap pengeluaran pelayanan kesehatan adalah kurang dari satu, yakni presentase peningkatan dalam pengeluaran pelayanan kesehatan lebih kecil dari prosentase peningkatan pendapatan (Feldstein, 1988:83).

Studi yang dilakukan Razak (1990) tentang permintaan pelayanan kesehatan masyarakat pantai di Kotamadya Ujung Pandang (kini Makassar). Hasil studi tersebut menyimpulkan bahwa faktor preferensi merupakan faktor yang paling dominan dalam mempengaruhi permintaan pelayanan kesehatan. Faktor penentu preferensi terhadap pelayanan kesehatan akan diikuti oleh peningkatan harga pelayanan sebagai efek dari konsumen yang menghendaki pelayanan kesehatan khusus dari dukun tradisional, paramedis, atau kecanggihan teknologi pelayanan kesehatan.

Achmadi (1999) permintaan terhadap jasa pelayanan kesehatan R.S Swasta di Kodya Pontianak sangat dipengaruhi oleh faktor mutu pelayanan, pendapatan, pendidikan, dan tarif. Sedangkan variabel yang tidak signifikan terhadap permintaan pelayanan kesehatan adalah variabel waktu tempuh.

Laurina (2001) menyatakan bahwa, faktor ekonomi dan sosial berpengaruh terhadap permintaan jasa medis rawat jalan rumah sakit di Kota Makassar. Dimana variabel umur berpengaruh positif terhadap permintaan rawat jalan di rumah sakit. Sedangkan variabel pendidikan, jarak, biaya, dan waktu tunggu berpengaruh negatif terhadap permintaan pelayanan rawat jalan.

Alima (2002), permintaan pelayanan kesehatan pekerja usaha peternak di Palu Sulawesi Tengah cukup baik. Hal ini menggambarkan cukup cerahnya pelayanan kesehatan di Kota Palu, meskipun masih ada responden yang melakukan pelayanan kesehatan dengan pengobatan sendiri apabila mereka menganggap penyakitnya tidak terlalu parah. Faktor-faktor yang signifikan terhadap permintaan pelayanan kesehatan pekerja adalah faktor umur, waktu tempuh, tingkat pendapatan, biaya pengobatan, waktu tunggu, jenis pekerjaan dan jenis penyakit. Sedangkan yang tidak signifikan adalah variabel tingkat pendidikan.

Studi yang dilakukan oleh Fatma (2004), tentang analisis faktor-faktor yang mempengaruhi permintaan pelayanan kesehatan rawat jalan pada Puskesmas di Kota Makassar, bahwa umur, pendidikan, jarak,

pendapatan, dan waktu tunggu berpengaruh terhadap permintaan pelayanan kesehatan rawat jalan di Puskesmas. Sedangkan asuransi tidak berpengaruh terhadap permintaan pelayanan kesehatan rawat jalan di Puskesmas.

Rahmatia (2004), tentang pola dan efisiensi wanita pekerja perkotaan di Sulawesi Selatan, suatu aplikasi ekonomi rumah tangga menyatakan bahwa komoditi kesehatan mempunyai elastisitas pendapatan sebesar 0,25. Hal ini menunjukkan bahwa komoditi kesehatan merupakan barang kebutuhan.

2.8. Kerangka Pikir

Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan harus menjadi pusat perhatian dalam kaitannya dengan lingkungan dan pembangunan. Namun demikian, kesehatan jarang memperoleh prioritas yang tinggi di dalam kebijakan lingkungan dan perencanaan pembangunan, kesehatan jarang dianggap sebagai hal yang penting dalam program-program lingkungan atau pembangunan, walaupun sebenarnya mutu lingkungan dan hakekat pembangunan adalah determinan utama kesehatan.

Pembangunan kesehatan di Indonesia bertujuan untuk mencapai kemampuan hidup sehat bagi penduduk agar dapat diwujudkan derajat kesehatan yang optimal. Sedangkan pencapaian model tersebut dihadapkan pada berbagai kendala, utamanya masalah pembiayaan penyelenggaraan pelayanan kesehatan oleh pemerintah. Oleh karena itu,

pemerintah memiliki tanggung jawab utama untuk menciptakan kerangka strategi dan kelembagaan untuk menjamin bahwa semua warga negara memiliki lingkungan yang sehat dan bahwa semua tingkat konsumsi dan limbah yang dihasilkan di dalam wilayah mereka menurunkan modal lingkungan seluruh dunia dan merusak sistem global. Tujuan pokok strategi jangka panjang pemerintah adalah untuk mengatur pelayanan, insentif, dan pengendalian yang dapat mendorong individu, rumah tangga, masyarakat dan bisnis serta birokrasi untuk meningkatkan kesehatan dan pemanfaatan secara berkelanjutan sumberdaya dan juga melindungi lingkungan alamiah serta manusia.

Untuk mengatasi hal tersebut dan agar sasaran dapat dicapai, maka salah satu aspek yang perlu mendapat perhatian adalah bagaimana mengukur faktor-faktor yang mempengaruhi permintaan pelayanan kesehatan.

Menurut teori permintaan, jumlah barang atau jasa tertentu yang diminta oleh konsumen dipengaruhi oleh perilaku konsumen terhadap pilihan alternatif dari berbagai preferensi yang menguntungkan. Sedangkan berfungsinya permintaan pada waktu tertentu ditunjukkan oleh hubungan antara permintaan dan faktor-faktor yang mempengaruhinya.

Dalam konsep pembahasan ini, variabel-variabel yang penulis anggap berpengaruh terhadap permintaan pelayanan kesehatan pekerja usaha industri pakan adalah umur, tingkat pendidikan, waktu kunjungan,

tingkat pendapatan, biaya pengobatan, beban pekerjaan, dan jenis penyakit.

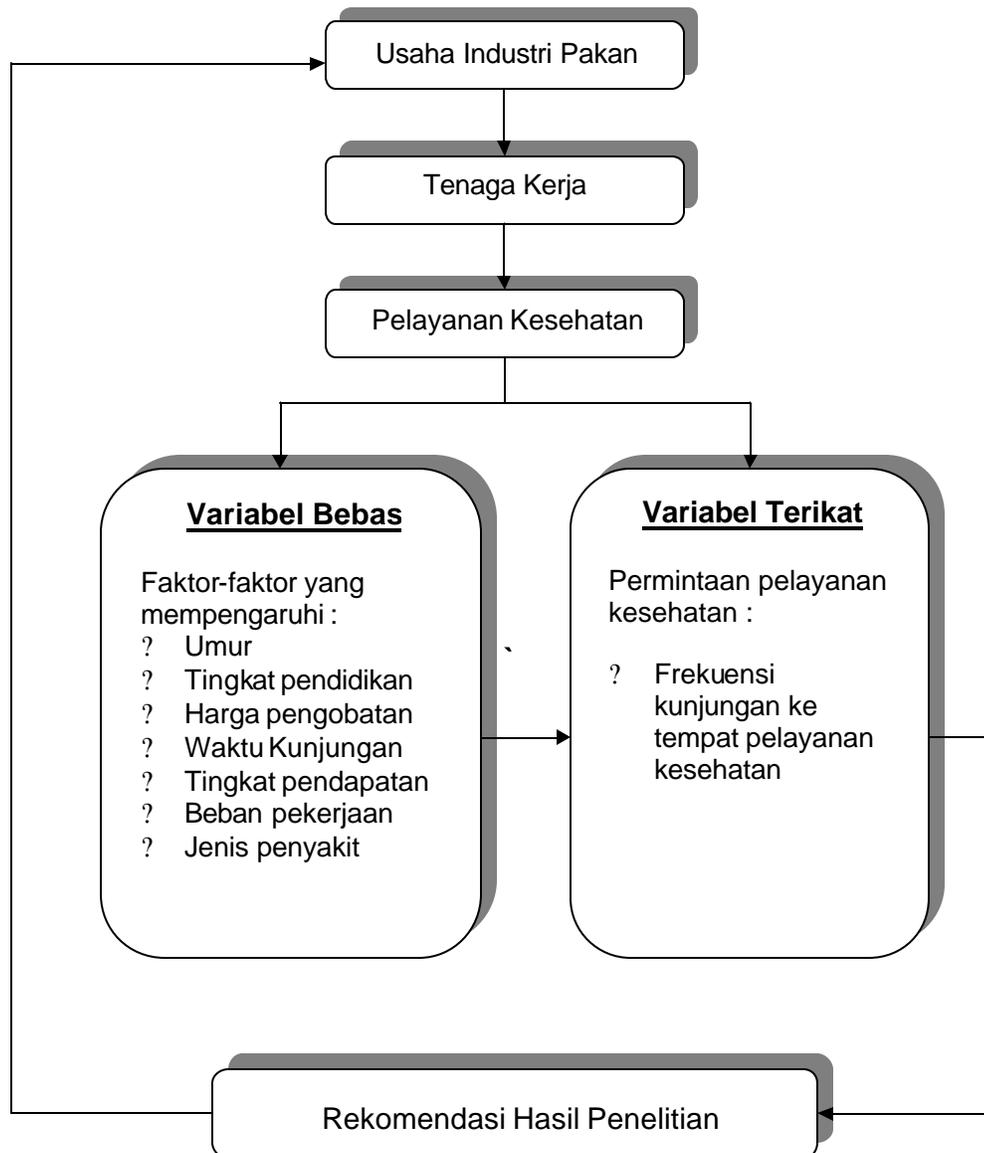
Hubungan antara setiap faktor yang mempengaruhi permintaan pelayanan kesehatan pekerja usaha industri pakan dapat diuraikan sebagai berikut :

1. Apabila usia seseorang meningkat, maka stok kesehatannya semakin menurun sehingga permintaan pelayanan kesehatan juga meningkat.
2. Tingkat pendidikan yang semakin tinggi menyebabkan mereka semakin menyadari bahwa kesehatan adalah salah satu kebutuhan dasar manusia untuk dipenuhi. Oleh karena itu, mereka terdorong untuk meminta pelayanan kesehatan apabila kondisi kesehatannya menurun (sakit).
3. Tingginya rata-rata biaya pengobatan di tempat pelayanan kesehatan membuat orang melakukan pertimbangan untuk mencari alternatif tempat pelayanan medis yang lebih murah. Sehingga apabila tarif atau biaya pengobatan dinaikkan, maka jumlah kunjungan ke tempat pelayanan kesehatan semakin berkurang karena mereka cenderung mencari alternatif dengan biaya pengobatannya yang lebih murah.
4. Seseorang akan mempertimbangkan permintaan pelayanan kesehatannya apabila waktu kunjungan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan lebih lama. Karena apabila jarak tempat pelayanan kesehatan jauh, maka dibutuhkan waktu dan biaya yang lebih besar sehingga orang akan mencari tempat pelayanan kesehatan yang

terdekat dan tidak membutuhkan waktu lama untuk tiba di tempat tersebut. Begitu pula dengan waktu tunggu, dimana tiap-tiap pasien yang berkunjung sehingga menimbulkan kesan yang lebih baik sehingga tidak muncul suatu kejenuhan dalam menunggu giliran pemeriksaan kesehatan.

5. Meningkatnya pendapatan rata-rata masyarakat akan meningkatkan pula daya beli mereka termasuk mengkonsumsi jasa pelayanan kesehatan. Sehingga makin tinggi pendapatan seseorang, maka semakin besar permintaan pelayanan kesehatan dimana peningkatan pendapatan masyarakat akan mengimbangi peningkatan biaya pengobatan.
6. Beban pekerjaan berpengaruh terhadap permintaan pelayanan kesehatan. Dimana makin berat pekerjaan, makin beresiko pekerjaan tersebut.
7. Jenis penyakit yang diderita seseorang juga berpengaruh terhadap permintaan pelayanan kesehatan. Semakin berat atau parah penyakit seseorang, maka permintaan pelayanan kesehatan seseorang semakin sering dilakukan.

Untuk lebih jelasnya, kerangka pikir penelitian dapat dilihat pada gambar di bawah ini :



Gambar 2.8. Alur Pikir Penelitian

2.9. HIPOTESIS

Berdasarkan uraian pada latar belakang, permasalahan dan kerangka pemikiran, maka dirumuskan hipotesis sebagai berikut :

1. Diduga bahwa umur, tingkat pendidikan, tingkat pendapatan, beban pekerjaan, dan jenis penyakit berpengaruh positif dan signifikan terhadap permintaan pelayanan kesehatan pekerja usaha industri pakan di Kota Makassar Sulawesi Selatan.
2. Diduga bahwa biaya pengobatan dan waktu kunjungan berpengaruh negatif dan signifikan terhadap permintaan pelayanan kesehatan pekerja usaha industri pakan di Kota Makassar Sulawesi Selatan.
3. Diduga terdapat perbedaan yang signifikan pada beban pekerjaan dan jenis penyakit terhadap permintaan pelayanan kesehatan pekerja usaha industri pakan di Kota Makassar Sulawesi Selatan.

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Kota Makassar Sulawesi Selatan dengan pertimbangan bahwa kota Makassar merupakan salah satu pengembangan usaha industri pakan di Kawasan Timur Indonesia. Penelitian ini dilakukan pada 2 (dua) perusahaan industri pakan, yaitu PT. Japfa Comfeed Indonesia Tbk dan PT. Cargill Indonesia.

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Juni 2005 sampai Juli 2005.

3.2. Jenis dan Sumber Data

Penelitian ini adalah survei deskriptif dengan metode pendekatan *cross section*. Survei deskriptif dengan metode ini bertujuan untuk mendeskripsikan, menggambarkan atau melukiskan secara sistematis mengenai karakteristik responden terhadap permintaan pelayanan kesehatan pekerja usaha industri pakan.

Data yang dikumpulkan dalam penelitian ini meliputi :

1. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh langsung dari objek penelitian dengan cara wawancara dan dengan menggunakan kuisisioner yang diberikan secara langsung kepada para pekerja usaha industri pakan

2. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari instansi terkait yakni Badan Pusat Statistik dan sumber-sumber pustaka penunjang lainnya.

3.3. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah semua pekerja pada usaha industri pakan di Kota Makassar Sulawesi Selatan.

2. Sampel

Penarikan sampel dipilih secara *purposive sampling* pada 2 (dua) usaha industri pakan di kota Makassar Sulawesi Selatan, yakni semua pekerja produksi yang pernah berkunjung ke tempat pelayanan kesehatan dalam kurun waktu enam bulan terakhir.

3.4. Teknik Pengumpulan Data

Teknik yang digunakan dalam pengumpulan data ini adalah dengan melakukan wawancara terstruktur, yakni dengan menggunakan kuesioner yang telah disiapkan sebelumnya. Melalui teknik tersebut diharapkan diperoleh data yang memadai tentang objek yang dikaji dalam penelitian ini.

3.5. Teknik Analisis Data

Untuk mengetahui besarnya pengaruh faktor-faktor *independen* terhadap permintaan pelayanan kesehatan pekerja usaha industri pakan digunakan analisis statistik *multiple linear regression* dengan formulasi berikut :

$$Y_i = \beta_0 X_1^{\beta_1} X_2^{\beta_2} X_3^{\beta_3} X_4^{\beta_4} X_5^{\beta_5} e^{\beta_6 X_6 + \beta_7 X_7 + \mu} \dots\dots\dots (1)$$

Dimana :

- Y = Permintaan terhadap pelayanan kesehatan yakni frekuensi kunjungan ke tempat pelayanan kesehatan (medis/non medis)
- β_0 = Intersept
- $\beta_1 - \beta_7$ = Parameter/koefisien korelasi parsial
- X_1 = Umur (tahun)
- X_2 = Tingkat pendidikan (jumlah tahun sekolah)
- X_3 = Biaya pengobatan (rupiah)
- X_4 = Waktu kunjungan (menit)
- X_5 = Tingkat pendapatan (rupiah)

- X_6 = Beban pekerjaan (dummy)
 Ringan = 0 dan Berat = 1
 X_7 = Jenis penyakit (dummy)
 Ringan = 0 dan Berat = 1
 e^μ = Bilangan e pangkat error term

Untuk mengestimasi koefisien regresi, Feldstein (1988) mengadakan transformasi ke bentuk linear dengan menggunakan logaritma natural (ln) ke dalam model sehingga diperoleh persamaan sebagai berikut :

$$\ln Y = b_0 + b_1 \ln X_1 + b_2 \ln X_2 + b_3 \ln X_3 + b_4 \ln X_4 + b_5 \ln X_5 + b_6 X_6 + b_7 X_7 + \mu \quad \dots\dots\dots (2)$$

Persamaan regresi di atas menyatakan hubungan antara variabel-variabel *independen* (X_i) dengan permintaan pelayanan kesehatan (Y_i) sebagai variabel *dependen*.

Besarnya elastisitas bagi masing-masing variabel diperoleh dari koefisien regresi untuk masing-masing hasil estimasi persamaan regresi permintaan dan faktor-faktor yang mempengaruhinya (Varian, 1992).

3.6. Definisi Operasional

Untuk membatasi ruang lingkup penelitian, maka diberikan beberapa batasan pengertian, yaitu :

1. Permintaan pelayanan kesehatan adalah frekuensi kunjungan responden ke tempat pelayanan kesehatan (medis/non medis) dalam kurun waktu 6 (enam) bulan terakhir.
2. Umur adalah usia responden pada saat dilakukan penelitian yang dinyatakan dalam tahun.
3. Tingkat pendidikan adalah pendidikan formal tertinggi yang dicapai oleh responden, dengan ukuran yang dipakai adalah tahun sukses pendidikan.
4. Biaya pengobatan adalah rata rata biaya yang dibayar responden per kunjungan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang merupakan biaya perjalanan, biaya administrasi, biaya pemeriksaan, harga obat, dan biaya pengobatan medis lain (*rontgen*, pemeriksaan darah, dan lain-lain), serta biaya pengobatan non medis, dinyatakan dalam satuan rupiah.
5. Waktu kunjungan adalah banyaknya waktu tempuh dan waktu tunggu yang dibutuhkan responden untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, dinyatakan dalam menit.
6. Tingkat pendapatan adalah rata-rata penghasilan keluarga rata-rata selama sebulan, dinyatakan dalam rupiah.

7. Beban pekerjaan adalah *job* masing-masing responden pada kegiatan usaha industri pakan (bagian produksi), dinyatakan dengan rating dimana untuk pekerjaan ringan = 0 dan untuk pekerjaan berat = 1.
8. Jenis penyakit adalah jenis penyakit yang diderita setiap responden selama mereka bekerja pada usaha industri pakan tersebut, dinyatakan dengan rating dimana untuk penyakit ringan = 0 dan penyakit berat = 1

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1. Deskripsi Daerah Penelitian

4.1.1. Kondisi Fisik Wilayah

Daerah penelitian adalah kota Makassar yang merupakan wilayah pemerintahan provinsi Sulawesi Selatan yang berada pada bagian barat pulau Sulawesi dengan ketinggian 0,25 m dari permukaan laut, pada posisi $119^{\circ} 24' 17' 38''$ Bujur Timur dan $5^{\circ} 8' 6' 19''$ Lintang Selatan dengan batas wilayah sebagai berikut :

- a. Sebelah Utara : Kabupaten Pangkajene Kepulauan
- b. Sebelah Timur : Kabupaten Maros
- c. Sebelah Selatan : Kabupaten Gowa
- d. Sebelah Barat : Selat Makassar

Sebagai ibukota provinsi Sulawesi Selatan, kota Makassar yang menjadi daerah penelitian juga merupakan pintu gerbang dan pusat perdagangan untuk Kawasan Timur Indonesia. Letak yang strategis ini menjadikan kota Makassar sebagai pusat kegiatan ekonomi dan tumpuan harapan bagi angkatan kerja untuk memperoleh penghidupan yang layak di Kawasan Timur Indonesia.

Penduduk Sulawesi Selatan tahun 2004 berjumlah 8.213.864 jiwa yang tersebar di 26 kabupaten/kota dengan jumlah penduduk kota Makassar tahun 2004 tercatat sebanyak 1.247.641 jiwa yang mendiami

kota Makassar yang terdiri dari laki-laki sebanyak 645.885 jiwa dan wanita sebanyak 601.756 jiwa. Luas wilayah pemerintahan kota Makassar adalah 175,77 km², yang secara administratif terbagi atas 14 kecamatan.

Tabel 4.1. : Jumlah Penduduk menurut Jenis Kelamin dan Wilayah Kecamatan di Kota Makassar, Sulawesi Selatan.

No.	Kecamatan	Luas (Km ²)	Tahun 2004		
			Pria	Wanita	Jumlah
1.	Mariso	1,82	40.433	40.244	80.677
2.	Mamajang	2,25	30.698	30.399	61.097
3.	Tamalate	20,21	70.162	73.693	143.855
4.	Rappocini	9,23	115.047	63.160	178.207
5.	Makassar	2,25	49.079	47.889	96.968
6.	Ujung Pandang	2,63	15.769	17.633	33.402
7.	Wajo	1,99	27.054	27.261	54.315
8.	Bontoala	2,10	32.047	34.684	66.731
9.	Ujung Tanah	5,94	22.061	24.538	46.599
10.	Tallo	5,83	56.365	57.021	113.386
11.	Panakkukang	17,05	60.529	59.269	119.798
12.	Manggala	24,14	37.840	38.591	76.431
13.	Biringkanaya	48,22	50.578	50.865	101.443
14.	Tamalanrea	31,84	38.223	36.509	74.732
Total		175,77	645.885	601.756	1.247.641

Sumber : Badan Pusat Statistik Kota Makassar, 2004.

Berdasarkan Tabel 1. di atas dapat memberikan gambaran tentang luas wilayah kecamatan yang dapat dijangkau untuk mendapatkan

pelayanan kesehatan. Disamping itu, dapat menjadi wilayah rujukan yaitu wilayah pelayanan dalam upaya rujukan kesehatan yang didasarkan atas faktor geografis dan sarana infrastruktur.

4.1.2. Keadaan Iklim

Kota Makassar dikenal sebagai daerah yang beriklim tropis. Pada tahun 2001 keadaan iklim di kota Makassar adalah :

- a. Kelembababan udara berkisar antara 67 % samapi dengan 90 %.
- b. Curah hujan rata-rata 428 mm.
- c. Jumlah hari hujan berkisar 16 hari per hari .
- d. Temperatur udara rata -rata sekitar 26,4° C-28,3° C.
- e. Kecepatan angin berkisar 81 knot per jam.
- f. Penyinaran matahari rata-rata 68 %.

Keadaan iklim ini mempengaruhi suhu dan kelembaban udara yang dapat menyebabkan suatu penyakit tertentu.

4.1.3. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Usaha peternakan yang menjadi tempat penelitian adalah usaha industri peternakan khususnya mengenai pengolahan pakan. Usaha industri pakan ini didirikan untuk memenuhi kebutuhan pakan usaha peternakan yang ada di Kawasan Indonesia Timur khususnya Sulawesi Selatan.

Untuk lebih jelasnya, keadaan masing-masing usaha industri pakan yang diteliti dapat diuraikan sebagai berikut :

4.1.3.1. PT. Japfa Comfeed Indonesia Tbk

PT. Japfa Comfeed Indonesia Tbk merupakan perusahaan yang bergerak pada industri makanan ternak. Pada awal berdirinya pada tahun 1971, perusahaan ini hanya memproduksi pellet, kemudian seiring dengan perkembangan perunggasan di Indonesia. PT. Japfa Comfeed Indonesia Tbk selalu memacu diri dengan mengembangkan usahanya baik dari segi jenis produk maupun wilayah pemasarannya.

Saat ini PT. Japfa Comfeed Indonesia Tbk, juga mengelola pakan merek COMFEED, BENEFEED, dan Ransum SP. Selain pakan, PT. Japfa Comfeed Indonesia Tbk juga mengelola industri pembibitan di bawah naungan PT. Multibreeder Adirama Indonesia. PT. Japfa Comfeed Indonesia Tbk telah memiliki empat buah pabrik pakan yang terletak di Surabaya, Tangerang, Medan, dan Lampung.

Pada tahun 1994, PT. Japfa Comfeed Indonesia Tbk membuka perwakilan di Makassar. Sebelumnya bekerjasama dengan UD. Harapan untuk memasarkan pakan merek COMFEED di Sulawesi Selatan dan sekitarnya.

Pada tahun yang sama, PT. Japfa Comfeed Indonesia Tbk selain memasarkan pakan merek COMFEED juga mulai memasarkan pakan merek BENEFEED dan Ransum SP. Pakan merek COMFEED tetap ditangani langsung oleh UD. Harapan,

sedangkan merek BENEFEEED pemasarannya dilakukan langsung oleh perwakilan di Makassar.

Pada tanggal 25 Maret 1998, PT. Japfa Comfeed Indonesia Tbk perwakilan Makassar menambah atau membuka divisi *trading* (pembelian jagung), dimana perusahaan mengadakan pembelian jagung dari petani atau pedagang perantara. Pembelian ini dilakukan untuk memenuhi permintaan perusahaan pusat. Seiring dengan pembukaan divisi jagung tersebut, pada tanggal 12 Oktober 1998 dikembangkan pula divisi kemitraan, dimana perusahaan sebagai inti membina peternak sebagai plasma.

Pada perusahaan PT. Japfa Comfeed Indonesia, Tbk perwakilan Makassar terbagi dalam 3 (tiga) divisi usaha kerja, yaitu :

1. Divisi Pakan

☞ *Gudang* : bertugas dalam menertibkan arus masuk dan keluar barang melalui bukti surat jalan dan bertanggung jawab terhadap persediaan barang.

☞ *Pemasaran* : bertugas memasarkan pakan, memantau persaingan (*competitor*) pemasaran, dan bertanggung jawab terhadap laporan yang diberikan kepada pusat perusahaan dalam rangka perbaikan dan peningkatan produksi yang akan datang.

- ✎ *Kerani* : bertugas dan bertanggung jawab terhadap bongkar muat barang serta membantu kepala gudang dalam pelaksanaan APG (Administrasi Pembukan Barang).
- ✎ *Penjualan* : bertanggung jawab atas semua proses penjualan/pemasaran dan distribusi yang meliputi pengadaan pakan.
- ✎ *Pembukuan* : bertugas membuat faktur, kredit nota, dan debet nota.
- ✎ *Penagihan* : bertugas atas kelancaran penagihan dan penerimaan tagihan, serta bertanggung jawab atas cek atau giro yang diterima.

2. Divisi Jagung

- ✎ *Quality Control* : bertugas dan bertanggung jawab terhadap kualitas jagung yang masuk dan menjaga kualitas jagung yang disimpan dalam gudang.
- ✎ *Produksi (Dryer)* : bertugas dalam kegiatan operasional mesin untuk jagung, baik dalam pengeringan jagung maupun penggilingan jagung.
- ✎ *Pembelian* : bertugas mencari daerah produsen/penghasil jagung untuk memenuhi kebutuhan pabrik akan bahan baku jagung.

- ✍ *Pembukuan* : bertugas mencatat barang yang masuk dan keluar serta persediaan barang, begitu pula membuat faktur, kredit nota, dan debit nota.
- ✍ *Kerani* : bertanggung jawab terhadap bongkar muat barang serta Administrasi Pembukuan Barang (ADP).

3. Divisi Kemitraan

- ✍ *Accountant* : bertugas melakukan pencatatan jurnal memorial atas transaksi *cash* atau *non cash*, memeriksa kesesuaian jurnal kas, registrasi kas dan daftar kas harian serta kebenaran kode pembukuan dan bukti pembukuan.
- ✍ *Logistik* : bertugas mengolah data-data yang terkumpul (data penukaran atau realisasi penjualan, persediaan, dan status pembelian) dalam bentuk order ke pusat sesuai dengan kebutuhan.
- ✍ *Produksi* : bertanggung jawab atas segala kegiatan yang berhubungan dengan kegiatan produksi.
- ✍ *Pemasaran* : bertugas memantau setiap kegiatan penjualan serta perkembangan pasar yang berhubungan dengan kegiatan produksi.

4.1.3.2. PT. Cargill Indonesia

Nama PT. Cargill Indonesia diambil dari nama pendirinya Mc. Millan. Sampai sekarang ini berkat kerja keras dari pelaksana-pelaksananya dengan bantuan Mr. Cargill Group, maka PT. Cargill Indonesia telah berhasil mendirikan anak cabang di 60 negara di dunia termasuk Indonesia.

PT. Cargill Indonesia cabang Makassar merupakan salah satu anak cabang PT. Cargill Indonesia yang berkedudukan di Jakarta. Menurut data dan Surat Izin Tempat Usaha yang dikeluarkan oleh Kepala Daerah Tingkat I Ujung Pandang No. 9674/C/V/84, PT. Cargill Indonesia cabang Makassar resmi berdiri pada bulan Januari 1984 berdasarkan SPT yang telah disetujui oleh pihak BKPM Pusat dan tembusannya kepada BKPM provinsi Sulawesi Selatan.

PT. Cargill Indonesia yang berkedudukan di Jakarta adalah perusahaan penanaman modal asing berdasarkan atas persetujuan BPKM No. 37/11/PMA/83 tanggal 28 November dan akte pendirian dari notaris No. 17 tanggal 3 Oktober 1973 dan No. 73 tanggal 8 Juni 1976, dan secara resmi berdiri tanggal 3 Oktober 1973.

PT. Cargill Indonesia yang pertama didirikan di kota Minneapolis Amerika pada 137 tahun lalu, dimulai dengan usaha berupa pembelian dan penjualan hasil agraris seperti kacang-kacangan, coklat, wijen, dan jagung agraris.

PT. Cargill Indonesia saat ini tidak saja terbatas dalam bidang-bidang usaha seperti yang disebutkan di atas, tetapi juga telah mengembangkan usaha dalam bidang produksi ternak, peternakan ayam, pengadaan bibit unggul jagung yang dikenal dengan Hibrida CI, dan perdagangan antar pulau.

Divisi yang ada di Indonesia yang merupakan usaha PT. Cargill Indonesia adalah *Feed Division* yang memproduksi makanan ternak unggas, ikan, sapi, dan babi. *Poultry Division* yang memproduksi bibit ayam (DOC) yang dikenal dengan nama *Starco Insya Brown* dan *Starbro*. Untuk *Feed Division*, PT. Cargill Indonesia telah mendirikan 4 (empat) buah pabrik yang masing-masing terletak di lokasi Gunung Putri Bogor sebagai pusat untuk di Indonesia yang didirikan pada tahun 1973 yang daerah pemasarannya meliputi Jakarta, Jawa Barat, dan Sumatera. Sedangkan pabrik yang berlokasi di Semarang didirikan pada tahun 80-an daerah pemasarannya meliputi Jawa Tengah, tetapi atas pertimbangan keuangan, lokasi, dan efisiensi produksi dan pengembangan lebih lanjut, maka pabrik yang berada di Semarang ini ditutup dan digantikan dengan pabrik yang berada di Surabaya karena kapasitasnya mampu mencapai 800 ton/bulan dan sudah dianggap cukup mensuplai daerah Jawa Tengah dan Jawa Timur bahkan daerah Nusa Tenggara Timur serta sebagian daerah di Indonesia timur. Kemudian cabang Makassar didirikan pada tahun

1984, dan selanjutnya disusul oleh pabrik yang didirikan di Surabaya pada tahun 1992, daerah pemasarannya meliputi daerah Sulawesi, Maluku, dan Irian Jaya.

Salah satu bagian yang terdapat pada PT. Cargill Indonesia adalah *Production Supervisor*. Bagian ini bertanggung jawab sepenuhnya pada pelaksanaan produksi dan keadaan pabrik, yang mana pada bagian ini terdapat beberapa tenaga kerja, yaitu :

1. *Technical/Maintenance* : bertanggung jawab terhadap kebersihan dan pemeliharaan mesin serta semua yang menyangkut teknik didalam pabrik.
2. *Quality Control* : bertanggung jawab atas kualitas hasil produksi dan kualitas bahan baku yang digunakan atau yang diterima dari luar.
3. *Tenaga Receiving* : adalah tenaga yang bertugas membantu *Quality Control* dalam hal penerimaan bahan baku yang telah diseleksi dan dianalisa kualitasnya terutama dalam penimbangan, pencatatan jumlah timbangan dan jumlah koli, kemudian menempatkannya pada tempat yang benar yang telah ditentukan.
4. *Tenaga Loading* : adalah tenaga yang bertugas dalam hal pengepakan barang hasil produksi sesuai dengan besar yang telah ditentukan.

5. *Tenaga Grinding* : merupakan tenaga yang membantu dalam hal penggilingan bahan baku untuk selanjutnya dijadikan tepung.
6. *Tenaga Mixing* : adalah tenaga yang membantu dalam melakukan pencampuran bahan baku sesuai formula yang sudah ditentukan, baik bahan baku biji-bijian maupun obat-obatan untuk dijadikan barang jadi yaitu pakan konsentrat.
7. *Tenaga Premix* : adalah tenaga yang bertugas dalam mempersiapkan bahan berupa obat-obatan yang selanjutnya dicampur dengan bahan baku lainnya.
8. *Tenaga Sewing* : merupakan tenaga yang bertugas dalam hal penjahitan karung plastik (*plastic bags*) yang telah diisi dengan konsentrat.
9. *Tenaga Stapple* : adalah tenaga yang khusus bertugas menempatkan bahan baku dan barang jadi konsentrat sesuai dengan jenisnya masing-masing.

Perkembangan industri pakan sejajar dengan perkembangan industri lainnya yang senantiasa berkembang. Demikian halnya dengan proses produksi perusahaan pakan PT. Cargill Indonesia cabang Makassar yang semakin meningkat dan mendapat kepercayaan dari para pelanggannya.

Pada awalnya, perusahaan ini hanya memproduksi konsentrat dengan menggunakan mesin yang berkapasitas 2 (ton) per hari. Namun karena semakin meningkatnya permintaan konsumen, maka perusahaan ini selanjutnya menambah kapasitasnya dengan sebuah mesin yang berkapasitas 1,5 ton per hari. Dengan menggunakan kedua mesin ini, maka peningkatan produksi sudah memadai dan mampu mencapai 3 sampai dengan 3,5 ton per hari.

4.2. Keadaan Sosial Ekonomi

4.2.1. Penduduk

Penduduk kota Makassar pada tahun 2004 tercatat sekitar 1.130.476 jiwa yang terdiri dari 557.050 laki-laki dan 573.426 perempuan. Komposisi penduduk menurut jenis kelamin dapat ditunjukkan dengan sex ratio jenis kelamin. Rasio jenis kelamin penduduk kota Makassar sekitar 97 %, yang berarti setiap 100 penduduk wanita terdapat 97 penduduk pria.

Penyebaran penduduk pada 14 wilayah kecamatan kota Makassar tidak merata. Hal ini disebabkan karena luas wilayah kecamatan tidak sama dan tidak adanya kebijakan pemerintah tentang penetapan lokasi untuk pembangunan industri. Wilayah kecamatan yang paling besar penyebaran penduduknya terkonsentrasi pada kecamatan Tamalate sebanyak 131.871 atau sekitar 11,67 % dari total penduduk, disusul

kecamatan Rappocini sebanyak 128,962 jiwa sekitar 11,40 % dari total penduduk, dan kecamatan Panakukang sebanyak 127,238 jiwa atau sekitar 11,26 % penduduk kecamatan yang penyebaran penduduknya paling rendah adalah kecamatan Ujung Pandang sebanyak 28,523 jiwa atau sekitar 2,52 % dari total penduduk yang ada. Tabel 2. dibawah ini dirinci menurut kecamatan sebagai berikut :

Tabel 4.2.1. Jumlah Rumah Tangga, Penduduk, dan Kepadatan Penduduk dirinci menurut Kecamatan di Kota Makassar.

No	Kecamatan	Luas	Rumah Tangga	Penduduk	Presentase terhadap Total Penduduk	Kepadatan Penduduk
1.	Mariso	1,82	11.251	52.411	4,64	28.797
2.	Mamajang	2,25	13.883	60.475	5,35	26.878
3.	Tamalate	20,21	31.785	131.871	11,67	14.283
4.	Rappocini	9,23	2.918	128.962	11,40	6.381
5.	Makassar	2,52	17.804	82.341	7,28	32.675
6.	U. Pandang	2,63	5.908	28.523	2,52	10.845
7.	Wajo	1,99	7.432	35.055	3,10	17.616
8.	Bontoala	2,10	11.648	58.455	5,17	27.831
9.	U. Tanah	5,94	8.879	45.272	4,01	7.622
10.	Tallo	5,83	26.291	118.716	10,50	20.363
11.	Panakukang	17,05	30.824	127.238	11,26	7.463
12.	Manggala	24,14	17.902	79.251	7,01	3.283
13.	Biringkanaya	48,22	24.790	97.951	8,67	2.031
14.	Tamalanrea	32,84	27.549	83.873	7,42	2.634
Total		175,77	265.133	1.130.384	100,00	6.431

Sumber : Badan Pusat Statistik Kota Makassar, 2003.

Berdasarkan jumlah penduduk di atas, maka wilayah kecamatan yang mempunyai prosentase penduduk lebih besar dari kecamatan yang lain harus mempertimbangkan dan merencanakan lebih cermat tentang cakupan pelayanan kesehatan yang dimasa akan datang. Karena jumlah penduduk yang semakin besar akan menjadi beban bagi pemerintah dalam menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan.

4.2.2. Ketenagakerjaan

Pada tahun 2003 pencari kerja di kota Makassar tercatat sebanyak 23.294 orang yang terdiri dari laki-laki 10.856 orang dan perempuan 12.438 orang. Dari jumlah tersebut dapat dilihat bahwa pencari kerja menurut tingkat pendidikan terlihat bahwa tingkat pendidikan sarjana yang menempati peringkat pertama yakni sekitar 52,56 % disusul dengan tingkat pendidikan sekolah lanjutan atas 34,11 %. Selama periode 2001-2003 terlihat bahwa pencari kerja di kota Makassar cenderung meningkat (naik sekitar 4,50 %), yakni :

Tahun 2001 , pencari kerja sebanyak	: 17.889 orang
Tahun 2002 , pencari kerja sebanyak	: 22.235 orang
Tahun 2003 , pencari kerja sebanyak	: 23.235 orang

Tabel 4.2.2. : Jumlah Pencari Kerja yang Belum Ditempatkan dan Sudah Ditempatkan menurut Tingkat Pendidikan di Kota Makassar.

Tingkat Pendidikan	Sudah Ditempatkan	Belum Ditempatkan	Jumlah
S D	5	184	189
S L T P	97	280	377
S L T A	5.013	1.627	6.640
D1, D2	101	2	103
Sarjana Muda/D3	1.747	61	1.808
Sarjana	8.900	297	9.197
Total	15.863	2.451	18.314

Sumber : Badan Pusat Statistik Kota Makassar, 2003.

Berdasarkan data di atas, jumlah pencari kerja yang sudah ditempatkan hanya 86,62 %, dan yang belum ditempatkan masih 13,38 %. Besarnya jumlah pengangguran ini disebabkan oleh krisis ekonomi yang dialami Indonesia saat ini, sehingga mengakibatkan daya beli masyarakat menurun termasuk kemampuan untuk mengkonsumsi pelayanan kesehatan.

4.2.3. Pendidikan

Pembangunan sumberdaya manusia tidak terlepas dari peranan sektor pendidikan. Kemampuan suatu daerah untuk melakukan pembangunan ditentukan oleh karakter dan sikap moral manusia pelaku pembangunan di daerah tersebut. Dalam pembangunan daerah, prioritas pendidikan harus mendapat perhatian dari pemerintah, karena masyarakat yang berpendidikan tinggi diharapkan dapat meningkatkan derajat kesehatannya yang pada akhirnya akan menciptakan suatu kondisi yang sehat bagi seluruh masyarakat.

Penyediaan sarana fisik maupun guru yang memadai merupakan salah satu bentuk partisipasi dalam pembangunan pendidikan. Pada tahun 2003 jumlah sekolah dan jumlah siswa/ mahasiswa pada setiap jenjang pendidikan dapat dilihat pada Tabel 4. berikut ini :

Tabel 4 .2.3. : Jumlah Sarana Pendidikan dan Jumlah Siswa/Mahasiswa berdasarkan Tingkat Pendidikan di Kota Makassar.

Tingkat Pendidikan	Sarana Pendidikan (unit)	Siswa/Mahasiswa (orang)
S D	516	136.111
S L T P	149	50.050
S L T A	169	55.305
PTN/PTS	59	110.247
Total	893	351.713

Sumber : Badan Pusat Statistik Kota Makassar, 2003.

4.2.4. Sarana Kesehatan

Ketersediaan sarana kesehatan akan berpengaruh terhadap tingkat pelayanan kesehatan masyarakat yang akhirnya mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat. Disamping sarana kesehatan yang ada, sumberdaya manusia dibidang kesehatan juga sangat menentukan keberhasilan dibidang kesehatan.

Penyediaan sarana kesehatan yang memadai dan dapat dijangkau oleh masyarakat merupakan salah satu bentuk program pembangunan kesehatan pemerintah dalam meningkatkan derajat masyarakat. Pada tahun 2003, jumlah sarana kesehatan berupa rumah sakit sebanyak 13

unit, puskesmas (termasuk puskesmas pembantu) sebanyak 72 unit, dan poliklinik/balai kesehatan sebanyak 81 unit.

Tabel 4.2.4. : Jumlah Sarana Kesehatan dirinci menurut Pemilikan di Kota Makassar.

Sarana Kesehatan	Pemerintah	Swasta	Jumlah
R S U	6	7	13
Puskesmas	35	-	35
Puskesmas Pembantu	37	-	37
Poliklinik/Balai Pengobatan	20	61	81
Total	98	67	166

Sumber : Badan Pusat Statistik Kota Makassar, 2003.

Semakin banyak sarana kesehatan yang disediakan, baik pemerintah maupun swasta, diharapkan dapat mengimbangi permintaan pelayanan kesehatan masyarakat. Dengan demikian, masyarakat dapat dengan mudah memperoleh pelayanan kesehatan sehingga resiko meninggal akibat penyakit yang diderita semakin berkurang.

4.3. Karakteristik Responden

Jumlah sampel dalam penelitian ini adalah 67 orang tenaga kerja yang diperoleh dari 2 buah perusahaan usaha industri pakan yang berada di Kota Makassar Sulawesi Selatan, masing-masing 46 orang dari PT. Japfa Comfeed Indonesia Tbk dan 21 orang dari PT. Cargill Indonesia.

Responden yang diteliti adalah pekerja produksi atau pekerja yang kontak langsung dengan pakan yang mempunyai karakteristik yang berbeda-beda. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat dalam uraian di bawah ini :

4.3.1. Umur

Umur merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi produktivitas tenaga kerja, dimana umur berkaitan dengan kemampuan kerja dan pola pikir yang berperan dalam menentukan peningkatan dan pengembangan usaha. Pekerja yang masih muda dan berbadan sehat mempunyai produktivitas kerja yang lebih besar karena ditunjang oleh tenaga yang masih kuat dibandingkan dengan pekerja yang lanjut usia yang secara fisik sudah menurun produktivitasnya. Umur responden bervariasi dari 21 sampai 50 tahun. Distribusi responden berdasarkan umur dapat dilihat pada Tabel 4.3.1. di bawah ini :

Tabel 4.3.1. : Distribusi Responden berdasarkan Umur Pekerja Usaha Industri Pakan di Kota Makassar Sulawesi Selatan.

No.	Umur (tahun)	Perusahaan		Jumlah	Prosentase (%)
		1	2		
1.	20 – 30	25	12	37	55,22
2.	31 – 40	19	8	27	40,30
3.	41 – 50	2	1	3	4,48
Total		46	21	67	100

Sumber : Data Primer yang telah Diolah, 2005.

1. PT. Japfa Comfeed Indonesia Tbk
2. PT. Cargill Indonesia

Tabel 4.3.1. di atas, nampak bahwa yang menempati presentase tertinggi adalah kelompok umur 20 – 30 tahun yakni 55,22 %, selanjutnya tingkat umur 31 – 40 tahun 40,30 %, dan tingkat umur 41 – 50 tahun sebesar 4,48 %. Ini membuktikan bahwa tingkat partisipasi kerja pada usaha industri pakan di Kota Makassar Sulawesi Selatan adalah pada usia 20 – 30 tahun dan kemudian menurun sesuai dengan pertambahan umur.

4.3.2. Tingkat Pendidikan

Pendidikan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kesuksesan usaha, dimana pendidikan berpengaruh pada pola pikir, sikap, dan kemampuan adopsi terhadap inovasi dan teknologi baru yang akan berpengaruh pada produktivitas dan efisiensi usaha.

Sehubungan dengan penelitian ini, tingkat pendidikan juga mempengaruhi perilaku seseorang dalam memahami pentingnya menjaga kesehatan. Tingkat pendidikan responden yang diteliti bervariasi dari tamat SD hingga tamat perguruan tinggi/sarjana.

Tingkat pendidikan responden diukur berdasarkan tahun sukses pendidikan atau pendidikan formal tertinggi yang dicapai atau lama tahun sekolah dengan ukuran tamat SD = 6 tahun, SLTP = 9 tahun, SLTA = 12 tahun, sarjana muda = 15 tahun, dan sarjana = 17 tahun. Tabel 4.3.2. di bawah ini menjelaskan tingkat pendidikan responden.

Tabel 4.3.2. : Distribusi Responden berdasarkan Tingkat Pendidikan Pekerja Usaha Industri Pakan di Kota Makassar Sulawesi Selatan.

No.	Tingkat Pendidikan	Perusahaan		Jumlah	Prosentase (%)
		1	2		
1.	SD	-	1	1	1,49
2.	SLTP	11	4	15	22,39
3.	SLTA	31	11	42	62,69
4.	Sarjanamuda (D3)	1	2	3	4,48
5.	Sarjana (S1)	3	3	6	8,95
Total		46	21	67	100

Sumber : Data Primer yang telah Diolah, 2005.

1. PT. Japfa Comfeed Indonesia Tbk
2. PT. Cargill Indonesia

Dari Tabel 4.3.2. di atas menunjukkan bahwa tingkat pendidikan tertinggi pekerja usaha industri pakan di Kota Makassar Sulawesi Selatan adalah Sekolah Lanjutan Tingkat Atas yaitu 62,69 % menyusul Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama sebesar 22,39 %, kemudian Sarjana (S1) 8,95 %, Sarjanamuda (D3) sebesar 4,48 %, dan yang paling rendah Sekolah Dasar yaitu 1,49 %. Ini menunjukkan bahwa rata-rata tingkat pendidikan pekerja usaha industri pakan di Kota Makassar Sulawesi Selatan cukup baik namun perlu lebih ditingkatkan ke jenjang lebih tinggi.

4.3.3. Biaya Pengobatan

Biaya pengobatan adalah biaya yang dikeluarkan per kunjungan ke tempat pelayanan kesehatan yang harus dibayarkan untuk mendapatkan pelayanan medis maupun non medis, meliputi biaya administrasi, tarif pengobatan, harga obat, dan biaya pengobatan lainnya. Dalam penelitian ini para pekerja merupakan peserta Jamsostek, maka biaya yang dikeluarkan responden merupakan selisih biaya sebagai akibat dari penggunaan hak pelayanan di luar standar JPK Jamsostek serta biaya-biaya pengobatan medis dan non medis lainnya.

Berdasarkan hasil penelitian, maka diketahui bahwa biaya pengobatan responden per kunjungan juga bervariasi. Untuk lebih jelasnya, distribusi responden dapat dilihat pada Tabel 4.3.3. berikut :

Tabel 4.3.3. : Distribusi Responden berdasarkan Biaya Pengobatan Pekerja Usaha Industri Pakan di Kota Makassar Sulawesi Selatan.

No.	Biaya Pengobatan (Rp)	Perusahaan		Jumlah	Prosentase (%)
		1	2		
1.	10.000 – 30.000	37	18	55	82,09
2.	> 30.000 – 50.000	7	2	9	13,43
3.	> 50.000 – 100.000	-	1	1	1,49
4.	> 100.000	1	1	2	2,99
Total		46	21	67	100

Sumber : Data Primer yang telah Diolah, 2005.

1. PT. Japfa Comfeed Indonesia Tbk
2. PT. Cargill Indonesia

Dari Tabel 4.3.3. di atas, biaya pengobatan responden tertinggi adalah antara Rp. 10.000 sampai Rp. 30.000 yakni sebesar 82,09 %, kemudian untuk biaya pengobatan > Rp. 30.000 – Rp. 50.000 sebesar 13,43 %, biaya pengobatan > Rp. 50.000 – Rp. 100.000 sebesar 2,99 %, dan biaya pengobatan > Rp. 100.000 hanya sebesar 1,49 %.

4.3.4. Waktu Kunjungan

Yang dimaksud dengan waktu kunjungan dalam penelitian ini adalah waktu yang digunakan dalam setiap kali kunjungan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan medis atau non medis.

Untuk jelasnya, Tabel 4.3.4. di bawah ini memperlihatkan distribusi responden terhadap waktu kunjungan yang dibutuhkan per kunjungan ke tempat pelayanan kesehatan.

Tabel 4.3.4. : Distribusi Responden berdasarkan Waktu Kunjungan Pekerja Usaha Industri Pakan di Kota Makassar Sulawesi Selatan ke Tempat Pelayanan Kesehatan.

No.	Waktu Kunjungan (menit)	Perusahaan		Jumlah	Prosentase (%)
		1	2		
1.	20 – 30	14	8	22	32,84
2.	31 – 40	11	5	16	23,88
3.	41 – 50	11	5	16	23,88
4.	51 – 60	9	3	12	17,91
5.	61 – 70	1	-	1	1,49
Total		46	21	67	100

Sumber : Data Primer yang telah Diolah, 2005.

1. PT. Japfa Comfeed Indonesia Tbk
2. PT. Cargill Indonesia

Dari Tabel 4.3.4. nampak bahwa responden dalam memperoleh pelayanan kesehatan, rata-rata waktu yang digunakan 20 – 30 menit (32,84 %), untuk 31 – 40 menit dan 41 – 50 menit (23,88 %), 51 – 60 (17,91 %), dan 61 – 70 menit (1,49 %). Ini berarti pelayanan kesehatan para pekerja usaha industri pakan di Kota Makassar Sulawesi Selatan cukup baik. Waktu kunjungan ini merupakan salah satu indikator untuk melihat kepuasan pasien dalam mendapatkan pelayanan medis.

4.3.5. Tingkat Pendapatan

Tingkat pendapatan responden yang dimaksud dalam penelitian ini adalah pendapatan rata-rata keluarga dalam sebulan. Pendapatan responden bervariasi yakni antara Rp. 300.000 sampai lebih dari Rp. 1.000.000.

Pendapatan responden diperoleh dari penghasilan tetap dan penghasilan tidak tetap. Penghasilan tetap diperoleh dari bekerja sebagai

pekerja pada usaha industri pakan tersebut, sedangkan penghasilan yang tidak tetap adalah penghasilan yang diperoleh dari kegiatan lain selain bekerja pada usaha industri pakan atau penghasilan yang diperoleh dari anggota keluarga lain. Untuk lebih jelasnya, tingkat pendapatan responden dapat dilihat pada Tabel 4.3.5. berikut :

Tabel 4.3.5. : Distribusi Responden berdasarkan Tingkat Pendapatan Pekerja Usaha Industri Pakan di Kota Makassar Sulawesi Selatan.

No.	Tingkat Pendapatan (Rp)	Perusahaan		Jumlah	Prosentase (%)
		1	2		
1.	300.000 – 500.000	9	3	12	17,91
2.	> 500.000 – 1.000.000	33	13	46	68,66
3.	>1.000.000	4	5	9	13,43
Total		46	21	67	100

Sumber : Data Primer yang telah Diolah, 2005.

1. PT. Japfa Comfeed Indonesia Tbk
2. PT. Cargill Indonesia

Dari Tabel 4.3.5. di atas, nampak bahwa persentase tertinggi dari tingkat pendapatan pekerja usaha industri pakan di Kota Makassar Sulawesi Selatan adalah didominasi oleh tenaga (*technical, mixing, loading, grinding, premix, dan administration*) dengan tingkat pendapatan > Rp. 500.000 – Rp. 1.000.000 yakni 68,66 %. Selanjutnya tingkat pendapatan Rp. 300.000 – Rp. 500.000 oleh tenaga (*staple dan sewing*) sebesar 17,91 %, kemudian dengan tingkat pendapatan > Rp. 1.000.000 (*production supervisor*) sebesar 13,43 %. Tingkat pendapatan ini ada hubungannya dengan jabatan dan tingkat pendidikan yang dimiliki, dimana pekerja yang jabatan dan berpendidikan tinggi mempunyai

penghasilan tinggi pula. Hal ini sesuai dengan asumsi dasar teori *human capital* bahwa seseorang dapat meningkatkan pendapatannya melalui peningkatan pendidikan (Simanjuntak, 1998).

4.3.6. Beban Pekerjaan

Dalam suatu usaha terdapat berbagai *job* untuk beberapa tenaga kerjanya. Dalam penelitian ini, pekerjaan terbagi atas 2 bagian yaitu pekerjaan ringan dan pekerjaan berat. Pekerjaan ringan adalah yang aktivitas kesehariannya sebagai bagian Administrasi dan memantau proses produksi dan hasil produksi pakan dalam hal ini *Quality Control* dan *Supervisor*. Sedangkan pekerjaan berat adalah aktivitas kesehariannya terjun langsung dalam proses produksi pakan tersebut. Untuk jelasnya mengenai informasi responden berdasarkan beban pekerjaannya dapat dilihat pada Tabel 4.3.6. di bawah ini :

Tabel 4.3.6. : Distribusi Responden berdasarkan Beban Pekerjaan Pekerja Usaha Industri Pakan di Kota Makassar Sulawesi Selatan.

No.	Beban Pekerjaan	Perusahaan		Jumlah	Prosentase (%)
		1	2		
1.	Ringan	15	3	18	26,87
2.	Berat	31	18	49	73,13
Total		46	21	67	100

Sumber : Data Primer yang telah Diolah, 2005.

1. PT. Japfa Comfeed Indonesia Tbk
2. PT. Cargill Indonesia

Pada Tabel 4.3.6. dapat dilihat bahwa beban pekerjaan masing-masing perusahaan bervariasi tergantung jenis pekerjaan pada perusahaan industri pakan tersebut. Untuk pekerjaan ringan sebesar 26,87 % dan pekerjaan berat sebesar 73,13 %.

4.3.7. Jenis Penyakit

Jenis penyakit yang dimaksud dalam penelitian ini adalah jenis penyakit yang diderita responden selama bekerja pada usaha industri pakan. Jenis penyakit ini dibedakan atas penyakit ringan dan penyakit berat. Penyakit ringan dalam penelitian ini adalah penyakit yang diderita responden, dimana mereka merasa terganggu kesehatannya disertai ketidaknyamanan, akan tetapi masih dapat bekerja saat itu. Sedangkan penyakit berat adalah kondisi dimana responden tidak dapat bekerja saat itu atau beberapa waktu karena kondisi fisik tidak memungkinkan. Untuk melihat distribusi jenis penyakit yang diderita pekerja usaha Industri pakan di Kota Makassar Sulawesi Selatan dapat dilihat pada Tabel 4.3.7. di bawah ini :

Tabel 4.3.7. : Distribusi Responden berdasarkan Jenis Penyakit Pekerja Usaha Industri Pakan di Kota Makassar Sulawesi Selatan.

No.	Jenis Penyakit	Perusahaan		Jumlah	Prosentase (%)
		1	2		
1.	Ringan	25	18	43	64,18
2.	Berat	21	3	24	35,82
Total		46	21	67	100

Sumber : Data Primer yang telah Diolah, 2005.

1. PT. Japfa Comfeed Indonesia Tbk
2. PT. Cargill Indonesia

Pada Tabel 4.3.7. dapat dilihat bahwa pekerja usaha industri pakan di Kota Makassar Sulawesi Selatan 64,18 % dengan kategori penyakit ringan dan sisanya 35,82 % adalah penyakit berat. Ini berarti bahwa tingkat kesehatan pekerja usaha Industri pakan di kota Makassar Sulawesi Selatan baik. Hal ini disebabkan oleh pengetahuan mereka akan kesehatan cukup baik. Jenis penyakit yang diderita para pekerja usaha industri pakan di Kota Makassar Sulawesi Selatan dapat dilihat pada lampiran.

Secara ringkas penyakit yang diderita para pekerja usaha industri pakan di Kota Makassar Sulawesi Selatan dapat diuraikan sebagai berikut :

1. *Asthma Bronchiale*, yaitu suatu penyakit dengan ciri meningkatnya respon *trakea* dan *bronkus* terhadap berbagai rangsangan dengan manifestasi adanya penyempitan jalan napas yang luas dan derajatnya dapat berubah-ubah, baik secara spontan maupun sebagai hasil pengobatan. Penyakit ini dikategorikan sebagai penyakit berat karena

akibat dari penyakit ini cukup fatal dan sampai saat ini patogenesis maupun etiologi belum diketahui dengan pasti serta apabila menderita penyakit ini, maka tingkat pengobatannya membutuhkan waktu lama.

✍️ Sebab-sebab :

- ? Serbuk, jamur, bulu binatang, debu, dan bermacam-macam zat kimia.
- ? Uap, makanan, obat-obatan tertentu dan wangi-wangian.
- ? Kuman-kuman yang terhirup hidung dan kerongkongan.

✍️ Gejala :

- ? Menyerang secara berkala dan mungkin terjadi pada waktu tertentu sepanjang tahun.
- ? Selama berlangsung serangan yang hebat, penderita mengalami kesulitan bernapas.
- ? Serangan lebih sering bila penderita lebih atau pada waktu tekanan emosi yang hebat dan juga waktu pergantian iklim.
- ? Kebanyakan serangan mulai dengan tiba-tiba penderita mula-mula merasakan suatu perasaan yang kencang di dada mungkin kekencangan ini mereda satu sampai dua jam ataupun terus menerus berhari-hari.

✍️ Pengobatan/Pencegahan :

- ? Jika penyebab utamanya sudah diketahui, hindarilah penyebab tersebut sedapat mungkin dengan segala ikhtiar.

- ? Bila terdapat infeksi-infeksi pada hidung, kerongkongan, dan tonsil, harus diberi perawatan yang baik.
- ? Hindarkanlah dari ketegangan-ketegangan dan salesma.
- ? Hentikanlah merokok dan berilah kompres hangat pada dada.
- ? Penyakit ini harus selalu berada di bawah pengawasan dokter.

2. *ISPA (Infeksi Saluran Pernapasan Akut)*, yaitu suatu penyakit pernapasan, dimana terjadi penyempitan jalannya pernapasan atau keadaan alergi pada cabang besar dari paru sebagai reaksi tubuh yang tidak normal. Penyakit ini dikategorikan juga sebagai penyakit berat karena penyebab, gejala, dan pengobatannya sama dengan *Asthma Bronchiale*. Seseorang yang menderita *ISPA*, jika perawatannya kurang baik dapat menimbulkan *Asthma*.
3. *Common Cold*, yaitu infeksi primer di nasofaring dan hidung yang sering dijumpai. Penyakit ini menular, biasanya disebabkan oleh beberapa strain virus yang berlebihan.

✍ Gejala :

- ? Biasanya mulai dengan tiba-tiba dan perasaan menggigil.
- ? Demam, sakit kepala, dan nyeri otot yang hebat di punggung dan anggota gerak
- ? Perasaan lemah, lelah, berkeringat, dan sangat tidak enak.
- ? Kerongkongan terasa sakit dan batuk-batuk.
- ? Hidung berair.

? Terasa sakit dan nampak merah pada langit-langit lembut di hulu kerongkongan.

? Suhu tubuh naik.

✍ Pengobatan :

? Istirahat dengan cukup.

? Minumlah air putih yang banyak selama demam.

? Taruhlah kantong es di dahi untuk meringankan sakit kepala.

? Bila penyakit ini serius, harus diperiksa dokter untuk menghindari radang paru-paru dan cabang tenggorokan.

4. *Dyspepsia*, yaitu kumpulan keluhan/gejala klinis yang terdiri dari rasa tidak enak/sakit di perut bagian atas yang menetap untuk mengalami kekambuhan.

✍ Gejala :

? Nyeri epigastrium terlokalisasi.

? Nyeri hilang setelah makan atau pemberian antasida.

? Nyeri saat lapar.

? Mual.

? Muntah.

? Perut cepat terasa penuh saat makan.

? Mudah kenyang.

✍ Pengobatan :

? Antasid 20 – 150 ml/hari

- ? Antikolinergik
- ? Antagonis reseptor H₂

5. *Hipertensi*, adalah tekanan darah tinggi yang dapat menimbulkan banyak permasalahan seperti, pembuluh darah otak, penyakit jantung, ginjal, dan lain-lain.

✍ Gejala :

- ? Terasa nyeri di kepala berulang-ulang.
- ? Jantung berdebar-debar dan sesak napas ketika gerak badan atau melakukan pekerjaan yang agak berat.
- ? Perasaan lemah dan kepala pusing.
- ? Kadang-kadang nyeri pada dada dan bahu kiri.

✍ Pencegahan :

- ? Kurangilah berat badan bila berlebihan
- ? Jangan terlampau sering makan makanan yang berlemak seperti, lemak babi dan makanan yang banyak mengandung tepung serta gula.
- ? Kurangilah pemakaian garam, dan kalau boleh garam sama sekali di jauhi (yang sudah menderita hipertensi).
- ? Cobalah selalu dalam keadaan santai atau rileks, dan hindarkan ketegangan-ketegangan.

6. *Asththenia*, adalah kondisi tubuh lemah dan kecapean. Hal ini disebabkan oleh input ke dalam tubuh kurang dibanding output. Penyakit ini menyebabkan seseorang sulit bekerja lebih lama.

4.4. Analisis Fungsi Permintaan Pelayanan Kesehatan Pekerja Usaha Industri Pakan di Kota Makassar Sulawesi Selatan.

Permintaan pelayanan kesehatan pekerja usaha industri pakan di kota Makassar Sulawesi Selatan dalam penelitian ini menggunakan analisis regresi berganda, yaitu sebuah model regresi linear yang meliputi lebih dari satu variabel bebas atau *independent*.

Dengan analisis regresi berganda ini, dapat diperoleh nilai koefisien regresi masing-masing variabel bebas dan sekaligus besaran elastisitasnya. Melalui metode regresi ini juga dapat diketahui variabel-variabel yang signifikan terhadap fungsi permintaan pelayanan kesehatan dan nilai F untuk mengetahui arti keseluruhan regresi berganda yang diamati.

4.4.1. Analisis Permintaan Pelayanan Kesehatan Pekerja Usaha Industri Pakan di Kota Makassar Sulawesi Selatan.

Hasil estimasi pengaruh umur, tingkat pendidikan, biaya pengobatan, waktu kunjungan, tingkat pendapatan, beban pekerjaan, dan jenis penyakit terhadap permintaan pelayanan kesehatan pekerja usaha industri pakan di Kota Makassar Sulawesi Selatan dapat dilihat pada Tabel 4.4.1. berikut :

Tabel 4.4.1. Hasil Estimasi Faktor-faktor yang Mempengaruhi Permintaan Pelayanan Kesehatan Pekerja Usaha Industri Pakan di Kota Makassar Sulawesi Selatan.

Variabel	Koefisien Regresi	t	Sig	
Konstanta	2,688	0,677	0.501	
Umur (X ₁)	0,647	3,607	0.001	*)
Tingkat Pendidikan (X ₂)	1,555	1,910	0.061	**)
Biaya Pengobatan (X ₃)	0,412	5,238	0.000	*)
Waktu Kunjungan (X ₄)	0,073	0,754	0,454	ns)
Tingkat Pendapatan (X ₅)	-0,920	-2,017	0.048	*)
Beban Pekerjaan (X ₆)	0,041	0,546	0.587	ns)
Jenis Penyakit (X ₇)	0,149	2,185	0.033	*)
n = 67 R ² = 0.586 Uji F = 11,944			Signifikan F = 0.000	

Sumber : Data yang telah Diolah, 2006.

Keterangan :

- *) : Signifikan pada taraf 5%
- ***) : Signifikan pada taraf 10%
- ns) : Tidak Signifikan

Data yang diperoleh berdasarkan Tabel 4.4.1 . di atas diperoleh fungsi permintaan pelayanan kesehatan terhadap pekerja usaha industri pakan di Kota Makassar Sulawesi Selatan sebagai berikut :Hasil estimasi pengaruh umur (X₁), tingkat pendidikan (X₂), biaya pengobatan (X₃), waktu kunjungan (X₄), tingkat pendapatan (X₅), beban pekerjaan (X₆), dan jenis penyakit (X₇) terhadap permintaan pelayanan kesehatan pekerja usaha industri pakan di kota Makassar Sulawesi Selatan dapat dilihat pada persamaan dibawah ini :

$$\ln Y = 2,688 + 0,647 \ln X_1 + 1,555 \ln X_2 + 0,412 \ln X_3 + 0,073 \ln X_4 - 0,920 \ln X_5 + 0,041 X_6 + 0,149 X_7$$

Untuk melihat secara parsial pengaruh masing-masing variabel bebas terhadap variabel terikat, dilakukan dengan menggunakan uji-t. Berdasarkan hasil analisis, dapat dinyatakan bahwa pada taraf signifikansi 5 %, variabel yang signifikan terhadap permintaan pelayanan kesehatan pekerja usaha industri pakan di Kota Makassar Sulawesi Selatan adalah umur, biaya pengobatan, tingkat pendapatan, dan jenis penyakit. Sedangkan pada taraf 10 %, variabel yang signifikan adalah tingkat pendidikan.

Dari hasil analisis diperoleh R^2 sebesar 0,586, berarti keragaman permintaan pelayanan kesehatan pekerja usaha industri pakan di kota Makassar Sulawesi Selatan dijelaskan oleh besarnya koefisien nilai umur, tingkat pendidikan, biaya pengobatan, waktu kunjungan, tingkat pendapatan, beban pekerjaan, dan jenis penyakit adalah sebesar 58,6 %. Sedangkan sisanya sebesar 41,4 dijelaskan oleh faktor-faktor lain diluar model. Nilai ini sudah dianggap *valid* untuk melihat hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat, berhubung data yang digunakan adalah data *cross section*.

Bagian selanjutnya menunjukkan Analisis Ragam (*Analysis of Variance*), yakni nilai F Hitung sebesar 11,944 dengan tingkat probabilitas 0,000 (signifikansi). Karena probabilitas jauh lebih kecil dari 0,05, maka model regresi dapat digunakan untuk memprediksi permintaan pelayanan kesehatan pekerja usaha industri pakan di Kota Makassar Sulawesi Selatan atau dapat dikatakan bahwa umur, tingkat pendidikan, biaya

pengobatan, waktu kunjungan, tingkat pendapatan, beban pekerjaan, dan jenis penyakit secara bersama-sama berpengaruh terhadap permintaan pelayanan kesehatan pekerja usaha industri pakan di Kota Makassar Sulawesi Selatan.

4.4.2. Analisis Elastisitas pengaruh Umur, Tingkat Pendidikan, Biaya Pengobatan, Waktu Kunjungan, Tingkat Pendapatan, Beban Pekerjaan, dan Jenis Penyakit terhadap Permintaan Pelayanan Pekerja Usaha Industri Pakan di Kota Makassar Sulawesi Selatan.

Untuk mengetahui besarnya perubahan permintaan pelayanan kesehatan pekerja usaha industri pakan di Kota Makassar Sulawesi Selatan ke tempat pelayanan kesehatan akibat perubahan salah satu faktor yang mempengaruhinya dengan asumsi *ceteris paribus* digunakan analisis elastisitas masing-masing faktor dengan melihat koefisien regresinya. Hasil-hasil yang diperoleh dapat dijelaskan sebagai berikut :

4.2.2.1. Umur (X_1)

Hasil uji statistik terhadap umur menunjukkan bahwa nilai koefisien regresi sebesar 0,647. Hal ini berarti peningkatan 1 % umur, menyebabkan peningkatan permintaan pelayanan kesehatan sebesar 0,647 %.

Umur secara umum berpengaruh positif dan signifikan terhadap permintaan pelayanan kesehatan pekerja usaha industri pakan di Kota Makassar Sulawesi Selatan. Dengan kata lain, semakin tinggi umur individu, semakin besar permintaan terhadap

pelayanan kesehatan. Hal ini sesuai dengan pernyataan Razak (2000) yang menyatakan bahwa *demand* terhadap pelayanan kesehatan timbul karena adanya permintaan akan kesehatan yang baik, dimana meningkatnya umur seseorang bisa merupakan mulai menurun kondisi kesehatannya sehingga membutuhkan pelayanan kesehatan yang lebih baik.

Penelitian yang sama dilakukan oleh Laurina (2001) tentang permintaan jasa rawat jalan rumah sakit di Kota Makassar. Laurina menyatakan bahwa variabel umur secara umum berpengaruh positif terhadap permintaan jasa rawat jalan di rumah sakit, dengan kata lain bahwa semakin tinggi umur semakin besar permintaan rawat jalan di rumah sakit. Hal ini disebabkan karena peningkatan usia akan menurunkan stok kesehatan seseorang.

4.4.2.2. Tingkat Pendidikan (X_2)

Koefisien regresi tingkat pendidikan (X_2) sebesar 1,555 yang menyatakan bahwa setiap penambahan 1 % tingkat pendidikan, maka permintaan pelayanan kesehatan pekerja usaha industri pakan di kota Makassar Sulawesi Selatan akan bertambah sebesar 1,555.

Dari analisis diatas, terlihat bahwa tingkat pendidikan berpengaruh positif dan signifikan pada taraf $\alpha = 0,10$ terhadap permintaan pelayanan kesehatan pekerja usaha industri pakan di Kota Makassar Sulawesi Selatan. Hal ini sejalan dengan teori,

bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, semakin tinggi pula permintaannya terhadap pelayanan kesehatan karena pengetahuan mengenai status kesehatannya dan keinginan untuk investasi kesehatan menyebabkan meningkatnya permintaan pelayanan kesehatan sejalan dengan peningkatan tingkat pendidikan seseorang. Hal ini sesuai dengan pernyataan Feldstein (1988) yang menyatakan bahwa pendidikan berpengaruh positif terhadap permintaan pelayanan kesehatan. Keluarga yang tingkat pendidikannya lebih tinggi dapat lebih mengenal tanda-tanda sakit, sehingga keinginan untuk mencari pengobatan/pencegahan lebih besar.

Penelitian yang sama dilakukan oleh Achmadi (1999) tentang permintaan pelayanan kesehatan R.S Swasta di Kodya Pontianak, bahwa variabel pendidikan berpengaruh positif dan signifikan terhadap permintaan pelayanan kesehatan.

4.4.2.3. Biaya Pengobatan (X_3)

Koefisien regresi dari biaya pengobatan (X_3) adalah 0,412 yang menyatakan bahwa setiap penambahan 1 % biaya pengobatan, maka permintaan pelayanan kesehatan pekerja usaha industri pakan di Kota Makassar Sulawesi Selatan akan naik sebesar 0,412. Hal ini tidak sejalan dengan teori permintaan, bahwa semakin tinggi harga, semakin kecil permintaan yang ditimbulkan.

Dari analisis di atas, terlihat bahwa biaya pengobatan (X_3) berpengaruh positif terhadap permintaan pelayanan kesehatan pekerja usaha industri pakan di Kota Makassar Sulawesi Selatan. Ini berarti penggunaan biaya pengobatan yang tinggi diakibatkan penyakit berat yang diderita oleh pekerja. Dan dari hasil uji-t terlihat bahwa biaya pengobatan signifikan pada taraf $\alpha = 0,05$ terhadap permintaan pelayanan kesehatan pekerja usaha industri pakan di Kota Makassar Sulawesi Selatan. Hal ini disebabkan karena biaya pengobatan pekerja usaha industri pakan sebagian besar ditanggung oleh perusahaan, yakni 3 % untuk pekerja lajang dan 6 % untuk pekerja tidak lajang. Biaya yang ditanggung perusahaan ini merupakan biaya/jaminan pemeliharaan kesehatan.

Hasil penelitian yang sama mengenai permintaan pelayanan kesehatan dijelaskan pula oleh Razak (2000) yang menyatakan bahwa selain Ascobat Gani, studi mengenai demand terhadap pelayanan kesehatan di daerah perkotaan dengan memilih lokasi Kelurahan Pademangan Jakarta Utara dilakukan oleh Lucky Sandjaya Ongko (1988) yang menganalisis penggunaan Balai Kesehatan Masyarakat Melania oleh masyarakat kelurahan Pademangan. Ongko menyimpulkan bahwa demand masyarakat Kelurahan Pademangan terhadap penggunaan Balai Kesehatan Melania sangat dipengaruhi oleh preferensi dan harga pengobatan.

4.2.2.4. Waktu Kunjungan (X_4)

Koefisien regresi dari waktu kunjungan (X_4) adalah 0,073 yang menyatakan bahwa setiap penambahan 1 % waktu kunjungan, maka permintaan pelayanan kesehatan pekerja usaha industri pakan di Kota Makassar Sulawesi Selatan akan naik sebesar 0,273.

Dari analisis di atas, terlihat bahwa waktu kunjungan (X_4) berpengaruh positif terhadap permintaan pelayanan kesehatan pekerja usaha industri pakan di Kota Makassar Sulawesi Selatan. Hal ini tidak sesuai dengan pernyataan Feldstein (1988), bahwa waktu bagi konsumen adalah merupakan kendala yang mempengaruhi tipe pembelian barang dan jasa. Ketika biaya waktu tinggi, konsumen akan mengganti pembelian jasa untuk waktu mereka. Jika biaya waktu untuk pelayanan kesehatan menurun, maka jumlah yang diminta akan meningkat. Dengan demikian waktu berpengaruh negatif terhadap permintaan pelayanan kesehatan.

Tidak adanya pengaruh waktu kunjungan (X_4) terhadap permintaan pelayanan kesehatan pekerja usaha industri pakan di Kota Makassar Sulawesi Selatan, disebabkan pekerja akan bebas kerja jika ke Rumah Sakit, sehingga untuk ke dokter menjadi waktu luang. Selain itu, semua pekerja merupakan peserta Jamsostek dan tempat pelayanan kesehatan yang dikunjungi oleh

responden merupakan kontrak atau ikatan oleh perusahaan (RS Akademis dan RS Stella Maris), yang juga merupakan Rumah Sakit Swasta yang pelayanannya kepada pekerja tidak membutuhkan waktu yang lama.

4.4.2.5. Tingkat Pendapatan (X_5)

Koefisien regresi dari tingkat pendapatan (X_5) adalah -0,920 yang menyatakan bahwa setiap penambahan 1 % tingkat pendapatan, maka permintaan pelayanan kesehatan pekerja usaha industri pakan di kota Makassar Sulawesi Selatan akan turun sebesar 0,920. Ini berarti pekerja yang tingkat pendapatannya rendah, memiliki gizi yang kurang sehingga cenderung sakit, yang mengakibatkan permintaan terhadap pelayanan kesehatan akan meningkat. Hal ini tidak sesuai dengan pernyataan Tjiptoherijanto (1994), bahwa pengaruh yang tepat dari pendapatan meningkat tergantung juga pada elastisitas permintaan kesehatan ditambah porsi biaya waktu didalam total biaya per unit pelayanan kesehatan. Namun demikian, penambahan kesehatan yang diperoleh dari satu unit *gross investment* pelayanan kesehatan tidak dipengaruhi oleh kenaikan pendapatan, maka permintaan pelayanan kesehatan akan naik sejalan dengan naiknya tingkat pendapatan.

Dari analisis dan uji-t di atas, terlihat bahwa tingkat pendapatan (X_5) signifikan pada taraf taraf $\alpha = 0,05$ terhadap permintaan pelayanan kesehatan pekerja usaha industri pakan di

Kota Makassar Sulawesi Selatan. Pengaruh yang signifikan ini disebabkan adanya 8,95 % pekerja mencari pengobatan lain yang lebih baik dengan mempertimbangkan pendapatan yang ada.

4.4.2.6. Beban Pekerjaan (X_6)

Hasil regresi dan uji-t di atas, terlihat bahwa beban pekerjaan (X_6) tidak signifikan terhadap permintaan pelayanan kesehatan pekerja usaha industri pakan di Kota Makassar Sulawesi Selatan. Hal ini tidak sejalan dengan apa yang dihipotesiskan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan antara pekerjaan ringan dan pekerjaan berat terhadap permintaan pelayanan kesehatan pekerja usaha industri pakan di Kota Makassar Sulawesi Selatan. Hal ini disebabkan kondisi kesehatan pekerja tidak tergantung pada beban pekerjaannya, akan tetapi tergantung pada kondisi fisik pekerja dan keadaan lingkungan rumah dan sekitarnya.

4.4.2.7. Jenis Penyakit (X_7)

Dari hasil regresi dan uji-t di atas jenis penyakit (X_7) berpengaruh terhadap permintaan pelayanan kesehatan pekerja usaha industri pakan di kota Makassar Sulawesi Selatan. Ini berarti bahwa ada perbedaan antara jenis penyakit ringan dan penyakit berat terhadap permintaan pelayanan kesehatan pekerja usaha industri pakan di Kota Makassar Sulawesi Selatan. Penyakit ringan sebesar 2.688 dan penyakit berat sebesar 2,837. Jadi

perbedaannya sebesar 0,149. Hal ini disebabkan semakin berat penyakit pekerja, semakin tinggi permintaan terhadap pelayanan kesehatan.

Penelitian yang sama dilakukan oleh Alima (2002), bahwa semakin berat penyakit yang diderita oleh pekerja, maka semakin tinggi permintaan pelayanan kesehatan, sebaliknya jika pekerja menderita penyakit yang ringan, maka permintaan pelayanan kesehatan kurang, karena mereka dapat melakukan permintaan pelayanan kesehatan yang bersifat *preventif*.

BAB V

PENUTUP

5.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang telah diuraikan, berikut ini peneliti mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Umur, tingkat pendidikan, biaya pengobatan, dan jenis penyakit mempunyai hubungan positif dan signifikan terhadap permintaan pelayanan kesehatan pekerja usaha industri pakan di Kota Makassar Sulawesi Selatan. Sedangkan waktu kunjungan mempunyai hubungan positif, tetapi tidak signifikan terhadap permintaan pelayanan kesehatan pekerja usaha industri pakan di Kota Makassar Sulawesi Selatan.
2. Tingkat pendapatan mempunyai hubungan negatif dan signifikan terhadap permintaan pelayanan kesehatan pekerja usaha industri pakan di Kota Makassar Sulawesi Selatan.
3. Adapun beban pekerjaan memperlihatkan tidak ada perbedaan yang signifikan antara pekerjaan ringan dan pekerjaan berat terhadap permintaan pelayanan kesehatan pekerja usaha industri pakan di Kota Makassar Sulawesi Selatan. Sedangkan jenis penyakit memperlihatkan ada perbedaan yang signifikan antara penyakit ringan dan penyakit berat terhadap permintaan pelayanan kesehatan pekerja usaha industri pakan di Kota Makassar Sulawesi Selatan.

5.2. Saran

Berdasarkan kesimpulan di atas, maka dapatlah dikemukakan saran-saran sebagai berikut :

1. Diharapkan kepada semua pekerja produksi usaha industri pakan di Kota Makassar agar menggunakan secara optimal pelayanan kesehatan yang telah disediakan.
2. Kepedulian akan kesehatan bagi para pekerja usaha industri pakan di Kota Makassar Sulawesi Selatan perlu ditingkatkan agar pekerja memperoleh derajat kesehatan setinggi-tingginya, baik fisik maupun mental dengan *proaktif* melalui usaha-usaha *preventif*, *rehabilitatif*, dan *kuratif* terhadap penyakit-penyakit/gangguan-gangguan kesehatan yang diakibatkan faktor-faktor pekerjaan dan lingkungan kerja, serta terhadap penyakit-penyakit umum.
3. Untuk meningkatkan produktifitas kerja, diharapkan agar perusahaan industri pakan meningkatkan pendapatan pekerja, pekerja masih umur muda (produktif), pendidikan pekerja tidak perlu tinggi yang penting sehat, dan pengobatan pekerja di Rumah Sakit diluar jam kerja.
4. Untuk peneliti selanjutnya yang tertarik dengan masalah ini, hendaknya lebih selektif menentukan variabel terikat terutama ukuran yang relevan sebagai *demand*, begitu pula dengan variabel bebas apa yang lebih berpengaruh terhadap permintaan pelayanan kesehatan tersebut, khususnya pada usaha peternakan.

DAFTAR PUSTAKA

- Achmadi. 1999. *Analisis Permintaan Jasa Pelayanan Kesehatan (Studi Kasus Pasien Rawat Inap Rumah Sakit Swasta di Kotamadya Pontianak)*. Tesis Program Studi Ekonomi Sumberdaya Pascasarjana Universitas Hasanuddin, Makassar.
- Alima, B. 2002. *Permintaan Pelayanan Kesehatan Pekerja Peternakan di Kota Palu*. Tesis Program Studi Ekonomi Sumberdaya Pascasarjana Universitas Hasanuddin, Makassar.
- Alimin, M. 1995. *rencanaan dan Evaluasi Program Kesehatan 1*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin, Makassar.
- Andersen, R. 1974. *Equity in Health Services; Empirical Analysis in Social Policy*. Ballinger Publishing Company Cambridge, Massachusetts.
- Anggorodi. 1990. *Kemajuan Mutakhir dalam Ilmu Makanan Ternak*. PT. Gramedia, Jakarta.
- Anonim. 1992. *Standar Mutu Pakan Ternak*. Direktorat Jenderal Peternakan. Departemen Pertanian, Jakarta.
- _____. . 1995. *Buku Pedoman Penyuluh Pertanian Spesialis (PPS) dan Penyuluh Pertanian Lapangan (PPL) Sub Sektor Peternakan*. Bagian Proyek Pembinaan Pembangunan Peternakan Provinsi Sulawesi Selatan, Makassar.
- _____. . 1997. *Ilmu Usaha Tani Ternak*. Jurusan Sosial Ekonomi Peternakan Fakultas Peternakan Universitas Hasanuddin, Makassar.
- Asri, M. 2001. *Pengaruh Pemanfaatan Pembiayaan Program pelayanan Kesehatan terhadap Nilai Ekonomis Kesehatan Masyarakat di Kabupaten Kendari*. Tesis Program Studi Ekonomi Sumberdaya Pascasarjana Universitas Hasanuddin, Makassar.
- Boediono. 1983. *Ekonomi Mikro*. Seri Sinopsis Pengantar Ilmu Ekonomi No. 1. Edisi Keempat. BPFE, Yogyakarta.
- Blum, H.L. 1981. *Planning for Health*. Second Edition. New York : Human Sciences Press.

- Case, K.E dan Fair, R. 2002. *Prinsip-prinsip Ekonomi Mikro*. Edisi Ketiga. Prenhalindo, Jakarta.
- Clough, T.A. 2002. *Kebijakan Mutu, Lingkungan, Keselamatan, dan Kesehatan*. Sumber Internet.
- CyberNEWS. 2005. *Pandangan Pemberi Pelayanan Kesehatan terhadap Konsumen Kesehatan*. PT. Cyberindo Aditama., Jakarta. Sumber Internet.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. *Pusat Kesehatan Kerja*. Sumber Internet.
- Djunaidi, Z. 2000. *Keselamatan dan Kesehatan Kerja*. Sumber Internet.
- Evans, R.G. 1974. *Supplier Induced Demand : Some Empirical Evidence and Implication*, dalam Perlman M (ed) : *The Economic of Health and Medical Care*. London, Macmillan.
- Fatma. 2004. *Analisis Faktor-faktor yang Mempengaruhi Permintaan Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan pada Puskesmas di Kota Makassar*. Tesis Program Studi Ekonomi Sumberdaya Pascasarjana Universitas Hasanuddin, Makassar.
- Feldstein, P.J. 1988. *Health Care Economics 3rd edition*. A Wiley Medical Publication. John Wiley dan Sons, New York.
- Frans, S. 2001. *Permintaan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak*. Disertasi PPs-UNAIR. Surabaya.
- Gani, A. 1987. *Ekonomi Kesehatan di Indonesia*. Majalah Kesehatan Masyarakat Indonesia, Edisi 10 April No. 10 Tahun XVI.
- Grossman, M. 1989. *On The Concept of Health Capital and The Demand for Health*. Journal of Political Economy.
- Indar. 1991. *Kesehatan Kerja*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin, Makassar.
- Kadariah. 1978. *Teori Ekonomi Mikro*. LPFE Universitas Indonesia, Jakarta.
- Laurina, S. 2001. *Analisis Permintaan Jasa Rawat Jalan Rumah Sakit di Kota Makassar*. Tesis Program Studi Ekonomi Sumberdaya Pascasarjana Universitas Hasanuddin, Makassar.

- Malik, A.R. 1992. *Pengaruh dari Transisi Kesehatan terhadap Pengembangan Sistem Pelayanan Kesehatan*. Makalah Disampaikan pada Semiloka PPEKI, Jakarta.
- Mills, A.; dan Gilson, L. 1990. *Ekonomi Kesehatan untuk Negara-negara Sedang Berkembang*. Dian Rakyat, Jakarta.
- Nicholson, W. 1999. *Pengantar Ekonomi Mikro*. Edisi Pertama Cetakan Kelima. Yogyakarta : BPFE.
- Rahmatia, 2004. *Pola dan Efisiensi Konsumsi Wanita Pekerja Perkotaan Sulawesi Selatan : Suatu Aplikasi Model Ekonomi Rumah Tangga untuk Efek Human Capital dan Social Capital*. Disertasi Doktor Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin, Makassar.
- Razak, A. 1990. *Demand terhadap Pelayanan Kesehatan Masyarakat Pantai di Kotamadya Ujung Pandang*. Tesis Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin, Makassar.
- . dan Maidin, M.A. 1996. *Pengantar Ilmu Ekonomi untuk Kesehatan*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin, Makassar.
- . 2000. *Permintaan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Pesisir di Kota Makassar*. Kalammedia Pustaka, Makassar.
- Richard, H. 1960. *Price System and Resource Allocation*. Holt, Rinehart, and Winston, New York.
- Reinke, W.A. 1994. *Perencanaan Kesehatan untuk Meningkatkan Efektivitas Manajemen*. Gajah Mada University Press, Yogyakarta.
- Sabdoadi. 1985. *Pencegahan Kecelakaan Kerja di Industri*. Majalah Kesehatan Masyarakat Indonesia Tahun XV No. 6 Januari 1985, Jakarta.
- Samuelson, Paul A. 1989. *Economics*. 13th Edition. McGraw-hill Book Company, Singapore.
- Simanjuntak, P.Y. 1998. *Pengantar Ekonomi Sumberdaya Manusia*. Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia, Jakarta.
- Soeripto. 1991. *Aspek Yuridis/Personalialia dalam Pemeriksaan Kesehatan Tenaga Kerja*. Makalah Hiperkes dan Kesehatan Kerja. Pusat Hiperkes Departemen Tenaga Kerja Republik Indonesia, Jakarta.

- Sukirno, S. 2003. *Pengantar Teori Ekonomi Mikro*. Edisi Ketiga. Grafindo Persada, Jakarta.
- Suma'mur, P.K. 1981. *Kesehatan Kerja dan Pencegahan Kecelakaan* Cetakan I. Gunung Agung, Jakarta.
- Sutomo, S. 1995. *Pendugaan Elastisitas Permintaan dengan Model Almost Ideal Demand System : Kasus Kehutanan*. Forum Statistik Biro Pusat Statistik, Jakarta.
- Tjiptoherijanto, P. dan Soesetyo, B. 1994. *Ekonomi Kesehatan*. Rineka Cipta, Jakarta.
- Varian, H.R. 1992. *Microeconomic Analysis*. Third Edition London : W.W. Norton and Company.

Lampiran 1. Data Primer yang telah Diolah.

No.	Y	X1	X2	X3	X4	X5	X6
1	2	33	12	20000	55	850000	1
2	3	34	12	50000	50	850000	1
3	2	29	12	20000	60	900000	1
4	2	39	12	20000	65	850000	1
5	2	22	12	20000	40	850000	1
6	3	50	9	30000	40	500000	1
7	1	36	17	90000	25	2000000	0
8	2	29	12	20000	30	850000	1
9	2	34	17	40000	35	1800000	0
10	2	35	9	20000	60	500000	1
11	2	40	12	20000	60	900000	0
12	2	35	12	20000	50	850000	1
13	1	28	12	10000	50	850000	1
14	2	26	9	20000	40	500000	1
15	2	25	12	20000	45	850000	1
16	3	28	12	30000	35	900000	0
17	2	23	12	20000	35	850000	1
18	2	31	9	20000	30	500000	1
19	2	35	12	20000	45	850000	0
20	1	36	9	10000	25	550000	0
21	3	37	12	30000	20	900000	0
22	2	29	12	40000	60	1000000	0
23	2	28	9	20000	55	550000	0
24	2	30	12	40000	60	1000000	0
25	2	36	12	30000	50	1000000	1
26	1	29	15	10000	60	1200000	0
27	2	28	17	50000	50	1800000	0
28	2	28	12	150000	40	1000000	1
29	2	30	12	20000	50	900000	1
30	1	21	9	10000	25	500000	1
31	3	34	12	30000	30	850000	1
32	1	23	9	10000	45	500000	1
33	4	35	12	50000	60	900000	1
34	2	25	12	20000	25	850000	1

35	3	35	12	30000	30	850000	1
36	2	30	12	20000	20	800000	1
37	1	22	9	10000	40	500000	1

No.	Y	X1	X2	X3	X4	X5	X6
38	1	21	9	10000	45	500000	1
39	4	33	12	40000	35	1000000	0
40	2	35	12	20000	35	850000	0
41	2	26	12	20000	25	900000	1
42	2	27	12	20000	40	850000	1
43	2	30	12	20000	30	900000	0
44	1	26	9	10000	25	500000	0
45	3	37	12	30000	50	850000	0
46	3	48	12	30000	25	800000	1
47	2	27	12	20000	45	900000	0
48	2	30	17	50000	35	2000000	0
49	2	33	12	30000	45	1000000	0
50	2	29	12	20000	40	850000	1
51	1	28	12	20000	20	950000	0
52	2	33	15	20000	40	1300000	0
53	2	30	12	20000	55	900000	0
54	3	35	12	30000	45	1000000	0
55	2	50	6	20000	25	350000	1
56	1	25	9	10000	30	600000	0
57	3	36	17	70000	45	1800000	0
58	2	27	12	20000	30	950000	0
59	2	29	12	20000	25	900000	0
60	2	30	12	30000	60	1000000	0
61	2	27	15	20000	45	1400000	0
62	2	35	9	20000	25	500000	1
63	2	40	12	20000	40	1000000	0
64	3	39	9	50000	20	600000	0
65	1	25	9	10000	30	500000	1
66	1	27	12	10000	35	850000	1
67	2	35	17	20000	60	1800000	0

Lampiran 2. Data Primer yang telah Dilogaritma Naturalkan (ln)

No.	lnY	lnX1	lnX2	lnX3	lnX4	lnX5	X6
1	0.69315	3.49651	2.48491	9.90349	4.00733	13.652992	1
2	1.09861	3.52636	2.48491	10.8198	3.91202	13.652992	1
3	0.69315	3.3673	2.48491	9.90349	4.09434	13.71015	1
4	0.69315	3.66356	2.48491	9.90349	4.17439	13.652992	1
5	0.69315	3.09104	2.48491	9.90349	3.68888	13.652992	1
6	1.09861	3.91202	2.19722	10.309	3.68888	13.122363	1
7	0	3.58352	2.83321	11.4076	3.21888	14.508658	0
8	0.69315	3.3673	2.48491	9.90349	3.4012	13.652992	1
9	0.69315	3.52636	2.83321	10.5966	3.55535	14.403297	0
10	0.69315	3.55535	2.19722	9.90349	4.09434	13.122363	1
11	0.69315	3.68888	2.48491	9.90349	4.09434	13.71015	0
12	0.69315	3.55535	2.48491	9.90349	3.91202	13.652992	1
13	0	3.3322	2.48491	9.21034	3.91202	13.652992	1
14	0.69315	3.2581	2.19722	9.90349	3.68888	13.122363	1
15	0.69315	3.21888	2.48491	9.90349	3.80666	13.652992	1
16	1.09861	3.3322	2.48491	10.309	3.55535	13.71015	0
17	0.69315	3.13549	2.48491	9.90349	3.55535	13.652992	1
18	0.69315	3.43399	2.19722	9.90349	3.4012	13.122363	1
19	0.69315	3.55535	2.48491	9.90349	3.80666	13.652992	0
20	0	3.58352	2.19722	9.21034	3.21888	13.217674	0
21	1.09861	3.61092	2.48491	10.309	2.99573	13.71015	0
22	0.69315	3.3673	2.48491	10.5966	4.09434	13.815511	0
23	0.69315	3.3322	2.19722	9.90349	4.00733	13.217674	0
24	0.69315	3.4012	2.48491	10.5966	4.09434	13.815511	0
25	0.69315	3.58352	2.48491	10.309	3.91202	13.815511	1
26	0	3.3673	2.70805	9.21034	4.09434	13.997832	0
27	0.69315	3.3322	2.83321	10.8198	3.91202	14.403297	0
28	0.69315	3.3322	2.48491	11.9184	3.68888	13.815511	1
29	0.69315	3.4012	2.48491	9.90349	3.91202	13.71015	1
30	0	3.04452	2.19722	9.21034	3.21888	13.122363	1
31	1.09861	3.52636	2.48491	10.309	3.4012	13.652992	1
32	0	3.13549	2.19722	9.21034	3.80666	13.122363	1
33	1.38629	3.55535	2.48491	10.8198	4.09434	13.71015	1
34	0.69315	3.21888	2.48491	9.90349	3.21888	13.652992	1

35	1.09861	3.55535	2.48491	10.309	3.4012	13.652992	1
36	0.69315	3.4012	2.48491	9.90349	2.99573	13.592367	1
37	0	3.09104	2.19722	9.21034	3.68888	13.122363	1

No.	lnY	lnX1	lnX2	lnX3	lnX4	lnX5	X6
38	0	3.04452	2.19722	9.21034	3.80666	13.122363	1
39	1.38629	3.49651	2.48491	10.5966	3.55535	13.815511	0
40	0.69315	3.55535	2.48491	9.90349	3.55535	13.652992	0
41	0.69315	3.2581	2.48491	9.90349	3.21888	13.71015	1
42	0.69315	3.29584	2.48491	9.90349	3.68888	13.652992	1
43	0.69315	3.4012	2.48491	9.90349	3.4012	13.71015	0
44	0	3.2581	2.19722	9.21034	3.21888	13.122363	0
45	1.09861	3.61092	2.48491	10.309	3.91202	13.652992	0
46	1.09861	3.8712	2.48491	10.309	3.21888	13.592367	1
47	0.69315	3.29584	2.48491	9.90349	3.80666	13.71015	0
48	0.69315	3.4012	2.83321	10.8198	3.55535	14.508658	0
49	0.69315	3.49651	2.48491	10.309	3.80666	13.815511	0
50	0.69315	3.3673	2.48491	9.90349	3.68888	13.652992	1
51	0	3.3322	2.48491	9.90349	2.99573	13.764217	0
52	0.69315	3.49651	2.70805	9.90349	3.68888	14.077875	0
53	0.69315	3.4012	2.48491	9.90349	4.00733	13.71015	0
54	1.09861	3.55535	2.48491	10.309	3.80666	13.815511	0
55	0.69315	3.91202	1.79176	9.90349	3.21888	12.765688	1
56	0	3.21888	2.19722	9.21034	3.4012	13.304685	0
57	1.09861	3.58352	2.83321	11.1563	3.80666	14.403297	0
58	0.69315	3.29584	2.48491	9.90349	3.4012	13.764217	0
59	0.69315	3.3673	2.48491	9.90349	3.21888	13.71015	0
60	0.69315	3.4012	2.48491	10.309	4.09434	13.815511	0
61	0.69315	3.29584	2.70805	9.90349	3.80666	14.151983	0
62	0.69315	3.55535	2.19722	9.90349	3.21888	13.122363	1
63	0.69315	3.68888	2.48491	9.90349	3.68888	13.815511	0
64	1.09861	3.66356	2.19722	10.8198	2.99573	13.304685	0
65	0	3.21888	2.19722	9.21034	3.4012	13.122363	1
66	0	3.29584	2.48491	9.21034	3.55535	13.652992	1
67	0.69315	3.55535	2.83321	9.90349	4.09434	14.403297	0

	1
	0
	0

