



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS PENEMUAN KASUS SUSPEK TUBERKULOSIS
DI KECAMATAN TAMAN SARI KOTA ADMINISTRASI
JAKARTA BARAT**

TESIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Ekonomi (M.E)**

DEKY VIRANDOLA

1006791524

**FAKULTAS EKONOMI
PROGRAM MAGISTER PERENCANAAN DAN KEBIJAKAN PUBLIK
KEKHUSUSAN EKONOMI KEUANGAN NEGARA DAN DAERAH
JAKARTA
DESEMBER 2011**



HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : Deky Virandola
NPM : 1006791524
Program Studi : Magister Perencanaan dan Kebijakan Publik
Judul Tesis : Analisa Penemuan Kasus Suspek Tuberkulosis di
Kecamatan Taman Sari Kota Administrasi Jakarta
Barat

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Ekonomi pada Program Studi Magister Perencanaan dan Kebijakan Publik, Fakultas Ekonomi, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Arindra A. Zainal, Ph.D
Penguji : Prof. Susijati B. Hirawan, Ph.D
Penguji : Mandala Manurung, SE, M.E

(*Arindra A. Zainal*)
(*Susijati B. Hirawan*)
(*Mandala Manurung*)

Ditetapkan di : Jakarta

Tanggal :

KATA PENGANTAR

Puji syukur yang sebesar-besarnya saya panjatkan atas kasih Allah SWT kepada penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini. Penelitian tesis yang berjudul Analisis Penemuan Kasus Suspek Tuberkulosis di Kecamatan Taman Sari Kota Administrasi Jakarta Barat merupakan sebagian persyaratan untuk menyelesaikan studi pada Magister Perencanaan dan Kebijakan Publik (MPKP), Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia. Setelah melalui proses yang panjang, dimulai dengan diskusi kecil, konsultasi, negosiasi hingga penyelesaian akhir, akhirnya penulis dapat menyelesaikan tesis ini.

Pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih setulus hati saya sampaikan pada nama-nama berikut ini, karena tanpa bantuan mereka semua, rasanya mustahil saya dapat merampungkan tesis ini :

1. Bapak Arindra Artasya Zainal S.E, M.Sc., Ph.D, selaku Ketua Program Studi Magister Perencanaan dan Kebijakan Publik (MPKP), FEUI dan Dosen Pembimbing, yang dalam kesibukannya bersedia meluangkan waktu untuk membimbing dan memberikan saran kepada penulis;
2. Ibu Prof. Susijati B. Hirawan, Ph.D, selaku Ketua Penguji yang telah bersedia meluangkan waktu dan memberikan masukan untuk kesempurnaan tesis ini;
3. Bapak Mandala Manurung, SE, M.E, selaku Penguji yang telah bersedia meluangkan waktu dan memberikan masukan untuk kesempurnaan tesis ini;
4. Bapak Nasrul Abit, selaku Bupati Pesisir Selatan yang telah memberikan izin dan kesempatan untuk penulis dalam melanjutkan pendidikan;
5. Bapak Dewo, Bu Dian Armaini, Bapak Mugiyono, Bapak Pathoni, dan staf puskesmas Kecamatan Taman Sari lainnya yang telah membantu penulis dalam pengumpulan data;
6. Seluruh Dosen pengajar MPKP yang telah memberi pengetahuan dan wawasan selama mengikuti perkuliahan;
7. Mbak Siti, Mbak Keke, Mbak Warni, Mas Dwi, Mas Yus dan seluruh staf MPKP atas bantuan yang telah banyak diberikan serta kemudahan dalam proses perkuliahan selama penulis kuliah di MPKP;





ABSTRAK

Oleh : **DEKY VIRANDOLA**

Program Studi : **MAGISTER PERENCANAAN DAN KEBIJAKAN PUBLIK1**

Pembimbing : **Arindra A.Zainal , Ph.D**

Judul : **ANALISIS PENEMUAN KASUS SUSPEK TUBERKULOSIS DI KECAMATAN TAMAN SARI KOTA ADMINISTRASI JAKARTA BARAT**

Kerugian ekonomi yang timbul akibat penyakit tuberkulosis (TB) diperkirakan mencapai Rp 8,5 triliun per tahun. Angka ini dihitung berdasarkan hari produktif yang hilang karena sakit, hari yang hilang karena meninggal dunia lebih cepat dan biaya yang harus dikeluarkan untuk pengobatan. Dengan menyadari besarnya nilai kerugian akibat penyebaran penyakit TB tersebut dapat dilakukan upaya komprehensif untuk menuntaskan pemberantasannya supaya beban ekonomi akibat penularan penyakit itu tidak terus bertambah. Data program pemberantasan penyakit tuberkulosis di Kota Administrasi Jakarta Barat menunjukkan bahwa pencapaian penemuan suspek tuberkulosis hanya sebesar 36 %. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui variabel-variabel yang mempengaruhi penemuan suspek tuberkulosis di Kecamatan Taman Sari Kota Administrasi Jakarta Barat dengan rancangan kuantitatif dan spasial. Subyek penelitian adalah penderita yang mengalami gejala utama tuberkulosis. Data dikumpulkan dengan cara wawancara dengan menggunakan kuesioner. Hasil yang didapatkan adalah penemuan suspek tuberkulosis dipengaruhi oleh variabel pengetahuan. Dengan meningkatkan pengetahuan masyarakat akan membentuk kesadaran untuk melakukan pemeriksaan dan pengobatan. Pemeriksaan dan pengobatan sedini mungkin akan mampu mencegah dan menghindari masyarakat lain untuk terkena penyakit ini.

Kata kunci: Ekonomi kesehatan, Tuberkulosis

ABSTRACT

Name : Deky Virandola

Study Program : Master of Planning and Public Policy

Title : **ANALYSIS OF TUBERCULOSIS SUSPECT DETECTION
CASE AT TAMAN SARI OF JAKARTA BARAT**

The economic losses from the tuberculosis disease were estimated to reach about Rp. 8.5 trillion per year. This figure was calculated from the loss of productive days caused by sickness, loss of the days due to the faster death and the cost of treatment. By recognizing the loss value due to the spread of TB disease, the comprehensive eradication efforts must be done to stop or reduce economic burden caused by the transmission of the TB disease. Data of tuberculosis eradication program in West Jakarta City showed that the achievement of tuberculosis suspect case invention is only about 36 %. This research was undertaken to determine the variables that affect the invention of tuberculosis disease suspect in Sub-District Taman Sari, West Jakarta City by using quantitative and spatial design. Subject of this research were the patients who experienced the major symptoms of tuberculosis. Data were collected by interviewing the patients and giving them a questionnaire. Based on the analysis, the invention of tuberculosis suspect was influenced by variables of knowledge. The increase of the level of knowledge will increase the consciousness of society to perform examination and the treatment. Examination and treatment as early as possible will be able to prevent and avoid the other people affected by this disease.

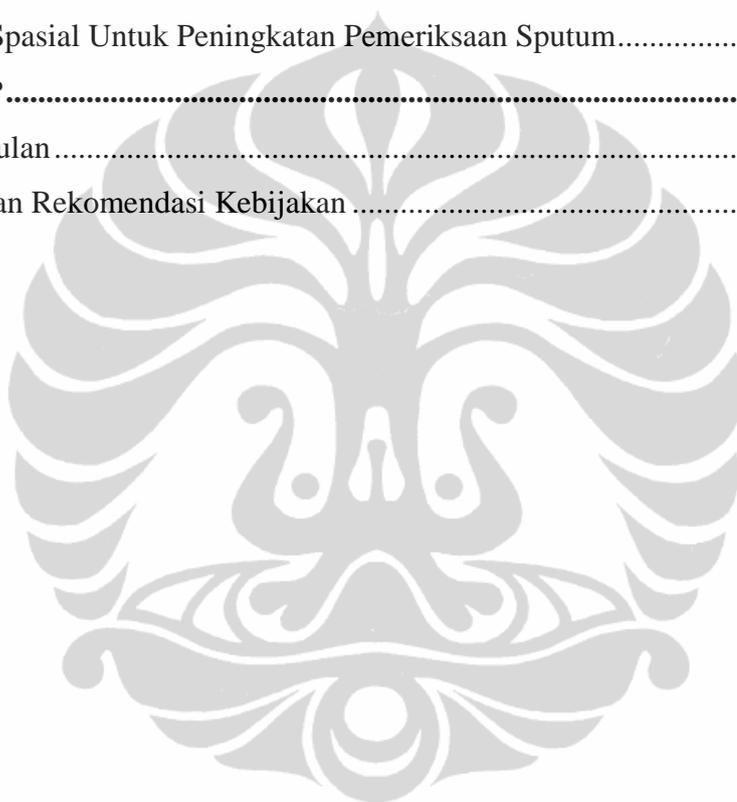
Keywords: economic health, tuberculosis.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME	ii
PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR.....	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	vii
ABSTRAK	viii
ABSTRACT	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xv
1. PENDAHULUAN.....	1
1. 1 Latar Belakang.....	1
1. 2 Perumusan Masalah.....	6
1. 3 Tujuan Penelitian.....	7
1. 4 Hipotesa	7
1. 5 Manfaat Penelitian.....	8
1. 6 Ruang Lingkup Penelitian	8
2. STUDI PUSTAKA	9
2. 1 Pengertian Kesehatan.....	9
2. 2 Kesehatan dan Produktivitas	10
2. 3 Pelayanan Kesehatan Sebagai Pelayanan Dasar.....	11
2. 4 Kebijakan Pelayanan Kesehatan di Indonesia	12
2. 5 Tujuan Dan Kebijakan Desentralisasi Bidang Kesehatan	15
2. 6 Kelengkapan sarana dan prasarana kesehatan	17
2. 7 Penyakit Tuberkulosis	17
2. 8 Kebijakan operasional penanggulangan TBC nasional	19
2. 9 Kebijakan penanggulangan TBC di tempat kerja :.....	20
2. 10 Strategi Penanggulangan TBC di tempat kerja sesuai dengan Strategi Nasional	21

2. 11 Kegiatan Penanggulangan TB Paru	22
2. 11. 1 Upaya Promotif.....	22
2. 11. 2 Upaya preventif	23
2. 11. 3 Upaya kuratif dan rehabilitatif.....	24
2. 12 Model Perilaku Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan.....	24
2. 13 Penelitian-penelitian terdahulu	26
3. METODOLOGI PENELITIAN	30
3. 1 Kerangka Teori	30
3. 2 Kerangka Konsep	31
3. 3 Desain Penelitian	32
3. 4 Spesifikasi Model	32
3. 5 Definisi Operasional Variabel	33
3. 6 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	35
3. 7 Populasi dan Sampel.....	35
3. 8 Subyek Penelitian	35
3. 9 Metode Pengumpulan Data	35
3. 9. 1 Pengumpulan Data Primer.....	36
3. 9. 2 Pengumpulan Data Sekunder.....	36
3. 9. 3 Pengolahan Data.....	36
3. 10 Variabel Penelitian.....	37
3. 11 Model Analisis Data	38
4. HASIL PENELITIAN	39
4. 1 Gambaran Umum Kecamatan Taman Sari Kota Administrasi Jakarta Barat.....	39
4. 2 Potensi Pengguna Pelayanan Kesehatan.....	39
4. 3 Penemuan Suspek Tuberkulosis Paru	42
4. 4 Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan dalam Pemeriksaan Sputum.....	44
4. 5 Karakteristik Responden.....	48
4. 6 Pengetahuan Responden	49
4. 7 Jarak Responden Terhadap Pelayanan Kesehatan Tuberkulosis Paru.....	56
4. 8 Hasil Estimasi Model.....	67
5. PEMBAHASAN	72

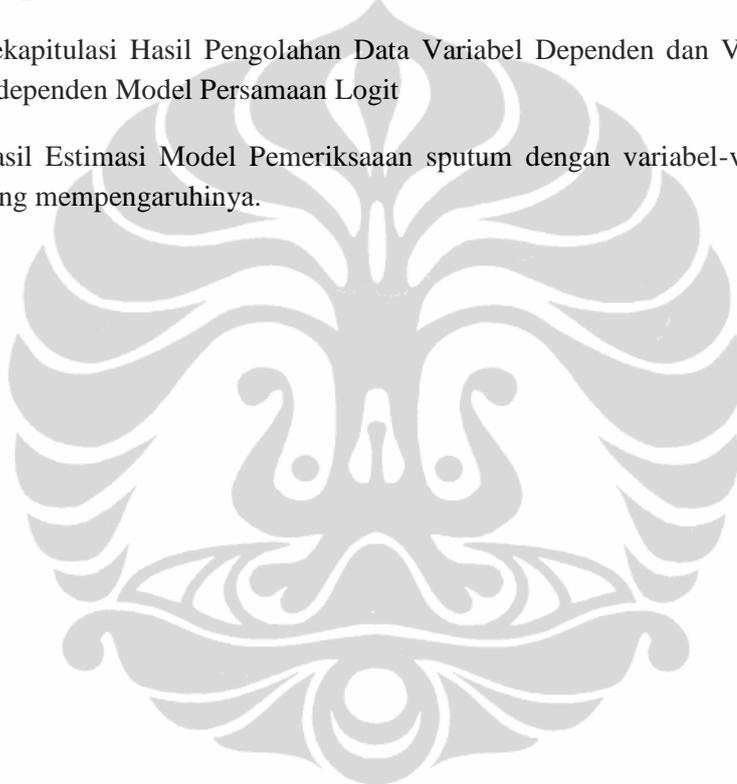
5. 1	Keterbatasan Penelitian	72
5. 2	Kebijakan Kesehatan Pemeriksaan Sputum untuk Memperoleh Penemuan Suspek Tuberkulosis Paru.....	72
5. 3	Pengetahuan Responden	74
5. 4	Sikap Responden	76
5. 5	Jarak.....	77
5. 6	Budaya	78
5. 7	Pelayanan Kesehatan	79
5. 8	Model Spasial Untuk Peningkatan Pemeriksaan Sputum.....	80
6.	PENUTUP.....	83
6. 1	Kesimpulan	83
6. 2	Saran dan Rekomendasi Kebijakan	83



DAFTAR TABEL

Tabel 1-1.	Distribusi kasus TB Paru Berdasarkan jenis kasus di Indonesia Tahun 1990 – 2009	4
Tabel 4-1.	Gambaran keadaan geografi, demografi Kecamatan Taman Sari Kota Administrasi Jakarta Barat	40
Tabel 4-3.	Banyaknya Kepala Keluarga per Kelurahan menurut Jenis Kegiatan di Kecamatan Taman Sari Kota Administrasi Jakarta Barat Tahun 2010	40
Tabel 4-4.	Persentase Penduduk berumur 10 tahun ke atas menurut Jenis Kegiatan dan Jenis Kelamin di Kecamatan Taman Sari Kota Administrasi Jakarta Barat Tahun 2010	40
Tabel 4-5.	Persentase Responden Terhadap Yang Memiliki Pengetahuan Tentang Penyakit Tuberkulosis Paru Berdasarkan Karakteristik Umur, Jenis Kelamin dan Tingkat Pendidikan di Kecamatan Taman Sari Kota Administrasi Jakarta Barat	42
Tabel 4-6.	Persentase Responden Yang Mengetahui Tentang Penyakit Tuberkulosis Paru Berdasarkan Sumber Informasi di Kecamatan Taman Sari Kota Administrasi Jakarta Barat	49
Tabel 4-7.	Persentase Responden Yang Mengetahui Tentang Cara Penularan Tuberkulosis Paru Berdasarkan Ketepatan Jawaban yang Diberikan di Kecamatan Taman Sari Kota Administrasi Jakarta Barat	52
Tabel 4-8.	Persentase Responden Yang Mengetahui Tentang Gejala Utama Tuberkulosis Paru Berdasarkan Karakteristik di Kecamatan Taman Sari Kota Administrasi Jakarta Barat	53
Tabel 4-9.	Distribusi Responden berdasarkan Akses Fisik di Kecamatan Taman Sari Kota Administrasi Jakarta Barat	54
Tabel 4-10.	Distribusi Responden Terhadap Persepsi Jarak Puskesmas dengan Tempat Tinggal Berdasarkan Karakteristik di Kecamatan Sari Kota Administrasi Jakarta Barat	57
Tabel 4-11.	Distribusi Responden Terhadap Waktu Tempuh Puskesmas dengan Tempat Tinggal Berdasarkan Karakteristik di Kecamatan Sari Kota Administrasi Jakarta Barat	58
Tabel 4-12.	Distribusi Responden dalam Penggunaan Sarana Transportasi ke Puskesmas Berdasarkan Karakteristik di Kecamatan Sari Kota Administrasi Jakarta Barat	59

Tabel 4-13. Distribusi Persentase Responden tentang Sikap terhadap Penyakit Tuberkulosis Paru di Kecamatan Sari Kota Administrasi Jakarta Barat	60
Tabel 4-14. Distribusi Responden tentang Budaya Berobat di Kecamatan Taman Sari Kota Administrasi Jakarta Barat	62
Tabel 4-15. Distribusi Persentase Responden tentang Persepsi Pelayanan Kesehatan di Kecamatan Sari Kota Administrasi Jakarta Barat	64
Tabel 4-16. Rekapitulasi Hasil Pengolahan Data Variabel Dependen dan Variabel Independen Model Persamaan Logit	65
Tabel 4-17. Rekapitulasi Hasil Pengolahan Data Variabel Dependen dan Variabel Independen Model Persamaan Logit	67
Tabel 4-18. Hasil Estimasi Model Pemeriksaan sputum dengan variabel-variabel yang mempengaruhinya.	70



DAFTAR GAMBAR

Gambar 1-1. Penyebaran Bakteri TB PARU	3
Gambar 3-1. Kerangka Teori Penemuan Suspek TB Paru dan Aksesibilitas	30
Gambar 3-2. Kerangka Konsep Penemuan Suspek TB Paru	31
Gambar 4-1. Grafik Pie Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan oleh Responden dalam Pemeriksaan Sputum di Kecamatan Taman Sari Kota Administrasi Jakarta Barat	31
Gambar 4-2. Peta Spasial Pemeriksaan Sputum ke Pelayanan Kesehatan di Wilayah Kecamatan Taman Sari Kota Administrasi Jakarta Barat	45
Gambar 4-3. Karakteristik Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan, Jenis Kelamin dan Kelompok Umur di Wilayah Kecamatan Taman Sari Kota Administrasi Jakarta Barat.	46
Gambar 4-4. Grafik Pie Tingkat Pengetahuan Responden terhadap Penyakit Tuberkulosis Paru Kecamatan Taman Sari Kota Administrasi Jakarta Barat	48
Gambar 4-5. Persentase Responden yang Tahu tentang penyakit Tuberkulosis Paru berdasarkan Tingkat Pendidikan, Jenis Kelamin dan Umur di Kecamatan Taman Sari Kota Administrasi Jakarta Barat	49
Gambar 4-6. Peta Spasial Tingkat Pengetahuan terhadap Pemeriksaan Sputum di Wilayah Kecamatan Taman Sari Kota Administrasi Jakarta Barat	50
Gambar 4-7. Peta Spasial Persepsi Jarak terhadap Pemeriksaan Sputum ke Pelayanan Kesehatan di Wilayah Kecamatan Taman Sari Kota Administrasi Jakarta Barat	55
Gambar 4-8. Peta Spasial Sikap terhadap Pemeriksaan Sputum di Wilayah Kecamatan Taman Sari Kota Administrasi Jakarta Barat	61
Gambar 4-9. Peta Spasial Persepsi Pelayanan Kesehatan terhadap Pemeriksaan Sputum di Wilayah Kecamatan Taman Sari Kota Administrasi Jakarta Barat	66

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Kuesioner
- Lampiran 2. Master Tabel
- Lampiran 3. Izin Penelitian dan Memperoleh Data
- Lampiran 4. Hasil Uji SPSS



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Dalam Rencana Pembangunan Nasional Jangka Panjang (RPJP) 2005-2025 disebutkan bahwa pembangunan sumber daya manusia diarahkan untuk terwujudnya manusia Indonesia yang sehat, cerdas, produktif dan masyarakat yang semakin sejahtera (Bappenas 2005). Menurut penelitian dari Bank Dunia (2008), tentang pembangunan di bidang kesehatan, meski telah lama diupayakan, ternyata masih mengandung kelemahan serius. Kelemahan-kelemahan itu antara lain: pertama, banyak institusi penyedia dan pendukung pelayanan kesehatan (rumah sakit, puskesmas, asuransi-asuransi kesehatan) belum efisien dalam kiprahnya. Ini mengakibatkan kualitas pelayanan kesehatan menjadi tidak sebagaimana yang diharapkan. Selain daripada itu, tingkat pemanfaatan fasilitas kesehatan baik yang dimiliki pemerintah maupun swasta masih di bawah kapasitas optimumnya. Kedua, baik pemerintah pusat maupun daerah ternyata baru mengalokasikan anggaran belanjanya ke bidang kesehatan masyarakat sekitar 3%, dalam rasio terhadap GDP.

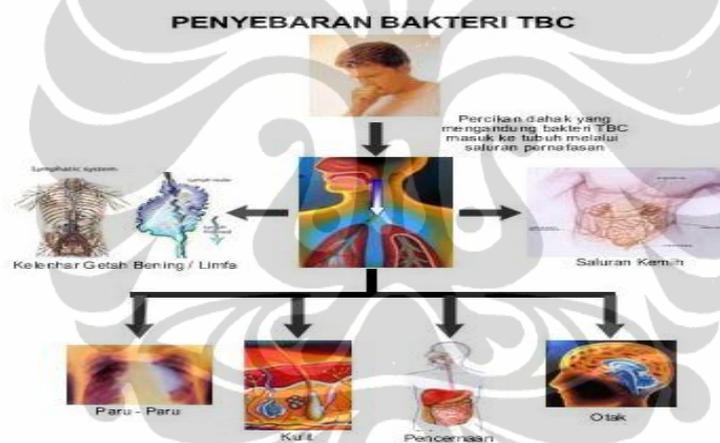
Sehat adalah bagian dari hak asasi manusia yang telah menjadi kesepakatan umum, dan menjadi sehat adalah keinginan setiap individu. Sehat adalah investasi untuk dapat hidup secara produktif (Gani, 2000). Mendapatkan atau menjaga kesehatan salah satunya dapat dilakukan dengan mengakses ke pelayanan kesehatan. Akses dan pemanfaatan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh faktor sosial, ekonomi dan lingkungan selain pelayanannya (Farquhar et al, 2001; Matthews et al, 1998; Poland et al, 1998). Suatu keharusan dari suatu negara untuk terus meningkatkan pelayanan kesehatan dasar yang disesuaikan berdasarkan kondisi ekonomi, sosial budaya dan karakteristik negara dan masyarakatnya (WHO, 2003), sehingga seluruh masyarakat dapat mengakses pelayanan kesehatan. Bangsa Indonesia telah lama mencantumkan dalam Undang-undang Dasar 1945 pasal 28 ayat 1 menyebutkan bahwa : “setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan

lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan”.

Pembangunan kesehatan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari pembangunan nasional yang diupayakan oleh pemerintah. Dalam melaksanakan pembangunan kesehatan di tengah beban dan permasalahan kesehatan yang semakin pelik, dibutuhkan strategi jitu untuk menghadapinya. Gambaran masyarakat Indonesia di masa depan yang ingin dicapai adalah masyarakat yang antara lain hidup dalam lingkungan yang sehat dan mempraktekkan perilaku hidup bersih dan sehat (Depkes 2003). Tema ”Indonesia Sehat Berbasis Perilaku” mengandung arti bahwa pembangunan kesehatan harus diimbangi dengan intervensi perilaku yang memungkinkan masyarakat lebih sadar, mau dan mampu melakukan hidup sehat sebagai prasyarat pembangunan yang berkelanjutan (*sustainable development*). Untuk menjadikan masyarakat mampu hidup sehat, masyarakat harus dibekali dengan pengetahuan tentang cara-cara hidup sehat. Cara hidup yang sehat termasuk di dalamnya bebas dari wabah penyakit menular. Dalam Rencana Pembangunan Jangka Panjang Menengah (RPJM) 2004-2009, salah satu program di bidang kesehatan adalah pencegahan dan pemberantasan penyakit, termasuk wabah penyakit menular (Bappenas 2004).

Hal ini sejalan dengan komitmen global di bidang kesehatan yang tertuang dalam *The Millineum Development Goal for Health* (MDG) merumuskan 8 tujuan utama yang didalamnya termasuk komitmen dalam memerangi HIV/AIDS dan penyakit menular lainnya (WHO, 2002). Penyakit Tuberculosis Paru merupakan salah satu indikator penting terhadap pencapaian MDG's dan merupakan salah satu indikator dalam keterjangkauan dan fungsi dari pelayanan kesehatan. Penyakit Tuberculosis Paru (TB Paru) adalah merupakan salah satu penyakit menular yang tergolong dalam infeksi yang disebabkan oleh bakteri Mikobakterium tuberkulosa. Penyakit TB Paru dapat menyerang pada siapa saja tak terkecuali pria, wanita, tua, muda, kaya dan miskin serta dimana saja. Indonesia menempati urutan kelima dalam daftar negara dengan jumlah pasien tuberkulosis tertinggi di dunia. Sebelumnya Indonesia menduduki urutan ketiga karena jumlah kasus TB di Afrika Selatan dan Nigeria meningkat melebihi

Indonesia. Selain menyebabkan kematian, secara fisik, TB Paru dapat menyebabkan seseorang menjadi kurus, lemah, cepat lelah, batuk darah dan sesak nafas. Selain itu secara psikologis, penyakit TB Paru dapat menyebabkan perasaan terisolasi atau penolakan karena penyakit menular yang diderita dan dibuktikan dengan perubahan pola perilaku atau penolakan tanggung jawab. Sedangkan secara ekonomi, baik keluarga maupun negara mengalami kerugian karena hilangnya tenaga kerja produktif berusia 15-64 tahun akibat menderita TB Paru (Depkes RI:2007). Dari sisi jumlah, terjadi penurunan kasus baru tuberkulosis (TB). Kalau tahun 2007 total kasus tuberkulosis berjumlah 528.000 kasus, tahun 2008 berjumlah 429.730 kasus. Hasil dari Survei Kesehatan Rumah Tangga Nasional menempatkan TB Paru sebagai penyebab kematian ketiga (9,4 % persen dari jumlah kematian) setelah penyakit jantung dan infeksi saluran pernafasan.



Gambar 1-1. Penyebaran Bakteri TB PARU

Selain meningkatkan angka morbiditas dan mortalitas, penyakit ini juga menurunkan produktivitas sehingga menimbulkan kerugian ekonomi yang besar. Sekitar 75% pasien TB adalah kelompok usia yang paling produktif secara ekonomis (15-50 tahun). Hal ini berakibat pada penderita yang tidak dapat bekerja optimal bahkan sebagian besar tidak mampu lagi untuk bekerja sehingga menjadi beban keluarga, merugikan masyarakat dan negara. Seringnya serangan kronis pada penderita TB Paru juga sangat menurunkan produktifitas kerja sehingga akhirnya semakin memperberat masalah ekonomi sehingga meningkatkan kemiskinan (DepKes RI, 2005).

Kerugian ekonomi yang timbul akibat penyakit tuberkulosis (TB) diperkirakan mencapai Rp 8,5 triliun per tahun. Angka ini dihitung berdasarkan hari produktif yang hilang karena sakit, hari yang hilang karena meninggal dunia lebih cepat dan biaya yang harus dikeluarkan untuk pengobatan. Dengan menyadari besarnya nilai kerugian akibat penyebaran penyakit TB tersebut dapat dilakukan upaya komprehensif untuk menuntaskan pemberantasannya supaya beban ekonomi akibat penularan penyakit itu tidak terus bertambah. Diperkirakan seorang pasien TB dewasa, akan kehilangan rata-rata waktu kerjanya 3 sampai 4 bulan. Hal tersebut berakibat pada kehilangan pendapatan tahunan rumah tangganya sekitar 20-30%. Jika ia meninggal akibat TB, maka akan kehilangan pendapatannya sekitar 15 tahun. Selain merugikan secara ekonomis, TB juga memberikan dampak buruk lainnya secara sosial stigma bahkan dikucilkan oleh masyarakat.

Tabel 1-1. Distribusi kasus TB Paru Berdasarkan jenis kasus di Indonesia Tahun 1990 – 2009

Kasus TB	1990			2009		
	Per tahun	Per 100.000 penduduk	Per hari	Per tahun	Per 100.000 penduduk	Per hari
Insidensi semua tipe	626.867	343	1.717	528.063	228	1.447
Prevalensi semua tipe	809.592	443	2.218	565.614	244	1.550
Incidensi Kasus Baru TB Paru BTA (+)	282.090	154	773	236.029	102	647
Kematian	168.956	92	463	91.369	39	250

Sumber : Depkes RI

Dari tabel 1 dapat dilihat kasus kematian akibat TB paru masih tinggi yaitu 91.369 kematian pada tahun 2009 atau sebanyak 39 per 100.000 penduduk. Sedangkan prevalensi cukup tinggi yaitu 228/100.000 penduduk. Sasaran program penanggulangan TB adalah tercapainya penemuan pasien baru TB BTA positif paling sedikit 70% dari perkiraan dan menyembuhkan 85% dari semua pasien tersebut serta mempertahankannya. Target ini diharapkan dapat menurunkan tingkat prevalensi dan kematian akibat TB hingga separuhnya pada

tahun 2010 dibanding tahun 1990, dan mencapai tujuan *Millenium Development Goals* (MDGs) pada tahun 2015.

Angka penemuan kasus (CDR, *Case Detection Rate*)¹ adalah prosentase jumlah pasien baru BTA positif yang ditemukan dan diobati dibanding jumlah pasien baru BTA positif yang diperkirakan ada dalam wilayah tersebut. *Case Detection Rate* menggambarkan cakupan penemuan pasien baru BTA positif pada wilayah tersebut. Jika pencapaian CDR TB-Paru tinggi misalnya CDR tinggi 100% dari 772, dimana 50% atau 386 yang benar-benar dikonversi dan disembuhkan, dengan tingkat kesembuhan 90% atau 347 kasus yang disembuhkan dan hanya 39 masalah medik. Artinya tahun pertama 347 kasus TB-Paru dapat ditangani dan hanya ada 39 kasus yang tidak dapat disembuhkan (dengan capaian 90% tingkat kesembuhan). Jadi pada tahun kedua adalah jumlah kasus yang belum disembuhkan tahun sebelumnya sebanyak 39 kasus ditambah 195 kasus (didapat dari jumlah penderita tahun sebelumnya yaitu 39 kasus dan diasumsikan menularkan ke 10 orang sehingga kasus pada tahun tersebut diperkirakan 390 kasus dimana 50 % atau 195 kasus yang dikonversi/disembuhkan). Jadi jumlah penderita tahun kedua adalah 234 kasus dan seterusnya, nanti masuk pada tahun ketujuh kasus tuberkulosis tidak akan mengalami perubahan lagi atau tidak menjadi masalah kesehatan masyarakat lagi dan hanya menjadi masalah medik saja. Dana yang dibutuhkan tidak terlalu banyak jika dibandingkan dengan kerugian ekonomi yang ditimbulkan karena biaya pengobatan.

Kasus yang tidak di CDRkan inilah sebagai sumber penularan baru dan akan berkembang menjadi 10-15 kali di tahun mendatang sebagai suspek target. Artinya masalah Tb-Paru akan selalu menjadi masalah kesehatan masyarakat dan mempunyai potensi yang besar terjadinya wabah TBC. Semua ini karena rendahnya jangkauan dan deteksi kasus TB-paru dan perhatian hanya pada pengobatan dan penyembuhan saja tanpa melakukan penapisan terhadap mereka yang mempunyai potensi tertular yang menurut WHO ada sekitar 10 – 15 orang tertular pertahun dari seorang penderita.

¹. Proporsi suspek yang diperiksa adalah persentase suspek di antara perkiraan jumlah suspek yang seharusnya ada. Angka ini digunakan untuk mengetahui jangkauan pelayanan. Perkiraan jumlah suspek di Indonesia adalah 13/1000 penduduk (Global TB Control –WHO report, 2000)

Case Detection Rate menggambarkan cakupan penemuan pasien baru BTA positif pada wilayah tersebut. Pencapaian secara nasional pada tahun 2009 sebesar 73,1 %. Angka ini telah memenuhi target minimal sebesar 70 %. Pada tingkat provinsi, CDR tertinggi terdapat di Provinsi Sulawesi Utara sebesar 85,2 % dan diikuti oleh Provinsi DKI Jakarta sebesar 81 %. Tetapi tingginya penemuan kasus di DKI Jakarta tidak sebanding dengan angka CDR di Kota Administrasi Jakarta Barat karena pada tahun 2009 angka CDR adalah 59 % dan pada tahun 2010 angka CDRnya 66 % . Walaupun terjadi peningkatan pada tahun 2010 tetapi angka tersebut masih dibawah target nasional. Berarti pencapaian CDR masih berada dibawah target yang ditetapkan. Kecamatan Taman Sari merupakan salah satu kecamatan yang berada di wilayah Kota Administrasi Jakarta Barat pada tahun 2010 angka CDR-nya hanya mencapai 36 % . Artinya masih banyak kasus suspek tuberkulosis yang belum terdeteksi di daerah ini. Kasus suspek yang belum tercapai ini ditakutkan akan menjadi sumber penularan baru dan mengakibatkan tuberkulosis masih berkembang didaerah ini. Kecamatan ini memiliki CDR terendah dari kecamatan-kecamatan lainnya di wilayah kerja Kota Administrasi Jakarta Barat. Pelaksanaan program TB Paru di Puskesmas Taman Sari Kota Administrasi Jakarta Barat mencakup kegiatan sebagai berikut : 1) Penemuan suspek dan penderita dengan melaksanakan penegakkan diagnosa, pengobatan penderita dan pengawasan pengobatan, pengobatan, 2) Cross check sediaan darah Dahak, 3) Pencatatan dan Pelaporan 4) Monitoring dan Evaluasi 5) Promosi dan 6) Pengelolaan Logistik.

1.2 Perumusan Masalah

Menyadari pentingnya penemuan kasus suspek tuberkulosis dalam menanggulangi masalah tuberkulosis paru telah mendorong pemerintah untuk melakukan kebijakan program yang melibatkan seluruh sektor. Penemuan suspek penyakit tuberkulosis paru yang yang belum memenuhi target merupakan faktor yang menyebabkan kasus akan tetap tinggi pada masyarakat.

Dilatarbelakangi hal di atas, maka penulis tertarik untuk melakukan studi mengenai analisis penemuan suspek tuberkulosis pada program penanggulangan

tuberkulosis paru. Penanggulangan masalah tuberkulosis paru di Kecamatan Taman Sari Kota Administrasi Jakarta Barat perlu dioptimalkan pelaksanaannya, disebabkan penemuan suspeknya masih rendah. Penemuan kasus yang masih rendah dan belum mencapai target yang telah ditetapkan akan menyebabkan kasus penyakit ini akan tetap tinggi. Semestinya dengan penemuan suspek yang tinggi akan dapat mereduksi dan mengeliminasi penderita tuberkulosis sehingga tidak menjadi masalah lagi dan tidak menularkan kepada masyarakat lain.. Bila kita tinjau dan lihat dari penyebab penyakit ini sudah dapat diketahui dengan pasti.

1.3 Tujuan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah di atas, maka tujuan penelitian yang akan dicapai adalah:

- a. Mengidentifikasi faktor-faktor penemuan kasus tuberkulosis dengan menggunakan analisis spasial dan metode kuantitatif.
- b. Mengetahui variabel yang berpengaruh terhadap penemuan kasus suspek tuberkulosis paru berdasarkan kepada variabel-variabel yang mempengaruhinya dengan menggunakan analisis logit.

1.4 Hipotesa

Terkait dengan tujuan penelitian di atas, maka hipotesa yang akan dijawab dalam penelitian ini adalah :

- a. Ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan masyarakat tentang penyakit tuberkulosis dengan penemuan kasus suspek tuberkulosis paru di Kecamatan Taman Sari Kota Administrasi Jakarta Barat
- b. Variabel sikap, budaya masyarakat, persepsi tentang pelayanan kesehatan dan aksesibilitas fisik berupa jarak dari rumah ke puskesmas merupakan variabel-variabel yang mempengaruhi penemuan kasus suspek tuberkulosis paru di Kecamatan Taman Sari Kota Administrasi Jakarta Barat.

1.5 Manfaat Penelitian

Adapun manfaat penelitian adalah :

- a. Memberi masukan/dasar dalam menyusun rumusan pelaksanaan program tuberkulosis paru.
- b. Memberi kontribusi kepada pemerintah dalam merencanakan kebijakan pelaksanaan penanggulangan tuberkulosis paru khususnya dalam penemuan suspek tuberkulosis paru di Kota Administrasi Jakarta Barat.

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Kecamatan Taman Sari Kota Administrasi Jakarta Barat yang merupakan kecamatan yang mempunyai angka penemuan kasus suspek TB Paru yang rendah dengan unit analisis adalah masyarakat yang mempunyai gejala klinis utama TB Paru dan faktor-faktor yang mempengaruhi penemuan suspek TB Paru ini dalam tujuannya menemukan kasus yang setinggi-tingginya.

BAB 2

STUDI PUSTAKA

2.1 Pengertian Kesehatan

Kesehatan merupakan tujuan pembangunan yang mendasar. Kesehatan merupakan inti kesejahteraan dan merupakan hal yang fundamental untuk membentuk kemampuan manusia yang lebih luas yang berada pada inti makna pembangunan. Lebih jauh lagi, kesehatan merupakan prasyarat bagi peningkatan produktivitas, sementara keberhasilan bidang lainnya juga bertumpu pada kesehatan yang baik. Oleh karena itu kesehatan dapat dilihat sebagai komponen pertumbuhan dan pembangunan yang vital – sebagai input fungsi produksi agregat. Peran gandanya sebagai input maupun output menyebabkan kesehatan sangat penting dalam pembangunan ekonomi.

Pendapatan rumah tangga yang tinggi tidak selalu menjamin tingginya tingkat kesehatan. Modal manusia harus mendapat perhatian tersendiri, bahkan di dalam perekonomian yang tumbuh dengan cepat. Distribusi kesehatan boleh jadi sangat timpang, namun peningkatan kesehatan dapat membantu keluarga untuk keluarga dari jebakan lingkaran setan kemiskinan. Pada saat yang sama, penyebab paling penting dari kesehatan yang buruk di negara-negara berkembang adalah kemiskinan itu sendiri. Investasi dalam modal manusia harus diberikan secara merata dan efisien, sehingga dampak potensialnya terhadap pendapatan dapat diwujudkan.

Kesehatan berkaitan sangat erat dengan pembangunan ekonomi. Di satu sisi, modal kesehatan yang lebih baik dapat meningkatkan pengembalian investasi terhadap bidang apapun. Harapan hidup yang lebih panjang dapat meningkatkan kesejahteraan dari manusia itu sendiri, karena kemampuan produktivitas yang tinggi.

Ada manfaat imbasan yang penting dari investasi seseorang dalam kesehatan. Orang yang sehat tidak akan menularkan penyakit tetapi bermanfaat

bagi komunitasnya dalam banyak hal, yang tidak dapat dilakukan oleh orang sakit. Karena adanya dampak imbasan seperti itu, maka pasar tidak dapat diandalkan untuk dapat memberikan level kesehatan yang efisien secara sosial. Oleh karena itu, WHO menyimpulkan dalam World Health Report tahun 2000 tentang sistem kesehatan bahwa “Tanggung jawab utama atas kinerja sistem kesehatan suatu negara terletak di pundak pemerintah. Pejabat yang bijaksana di negara berkembang akan mengambil pelajaran dari berbagai studi yang menunjukkan keterkaitan antara kesehatan dan pendapatan serta merancang suatu strategi terpadu. Analisis atas investasi dalam bidang kesehatan menyatu dalam pendekatan modal manusia. Modal manusia (human capital) adalah istilah yang sering digunakan oleh para ekonom untuk kesehatan dan kapasitas manusia yang lain yang dapat meningkatkan produktivitas jika hal-hal tersebut ditingkatkan.

2.2 Kesehatan dan Produktivitas

Efek negatif dari kesehatan yang buruk terhadap tingkat kematian anak-anak cukup jelas. Tetapi apakah kondisi kesehatan yang buruk di negara-negara berkembang juga berakibat negatif terhadap produktivitas orang dewasa? Jawabannya adalah ya. Berbagai studi menunjukkan bahwa orang-orang yang sehat menerima upah yang lebih tinggi. Metode statistik yang cermat menunjukkan bahwa bagian terbesar dari dampak kesehatan terhadap kemampuan menghasilkan pendapatan terletak pada perbedaan produktivitas. Hal ini sebaliknya bukan merupakan hubungan sebab akibat yang menyatakan bahwa upah yang lebih tinggi sebagian digunakan untuk membeli kesehatan yang lebih baik. Bahwa kesehatan memang mempengaruhi kesempatan kerja, produktivitas, serta upah dan hal ini sangat sering terjadi di antara kaum termiskin. Temuan ini mengaskan prioritas kebijakan di bidang kesehatan dalam pembangunan. Kesehatan bukan hanya merupakan tujuan utama tetapi juga mempunyai dampak yang signifikan terhadap tingkat pendapatan. Masyarakat yang sehat adalah prasyarat dari keberhasilan pembangunan.

2.3 Pelayanan Kesehatan Sebagai Pelayanan Dasar

Pelayanan kesehatan adalah pelayanan yang sangat dasar, dan diperlukan oleh semua orang, sejak bayi sampai meninggal, serta juga pada kasus kesakitan yang permanen (Joseph & Philips, 1984). Namun pelayanan kesehatan berbeda dengan pelayanan lain, pengguna pelayanan kesehatan tidak mempunyai atau mempunyai sedikit kemampuan dalam memilih dan merencanakan jenis pelayanan yang dibutuhkannya. Ketidakmerataan pelayanan kesehatan di masyarakat, terutama karena tidak seragamnya kemampuan daya beli masyarakat, menjadi alasan terjadinya ketidakseragaman pemanfaatannya di dalam suatu wilayah. Keberadaan pelayanan adalah syarat utama untuk kesamarataan akses dan jika keberadaan pelayanan kesehatan sudah sama rata, kemudian akses pada sisi pengguna dapat dilihat secara individu atau kelompok masyarakat. Keberadaan pelayanan kesehatan tergantung kepada tingkat teknologi kesehatan dan alokasi sumber daya kesehatan. Pelayanan yang sesuai kebutuhan adalah ketika keberadaan pelayanan, baik teknologi dan sumberdayanya sesuai kebutuhan, sejak deteksi dini kasus, kontrol kesehatan dan penyembuhan.

Pelayanan kesehatan harus memanfaatkan metode praktis, akademis dan diterima secara sosial. Pemanfaatan teknologi yang universal memungkinkan dapat terakses oleh setiap individu dan keluarga dalam komunitas. Melalui partisipasi yang maksimal dan biaya yang terjangkau oleh masyarakat dan pemerintah (WHO, 1981). Pelayanan ini harus dijaga dengan sistem rujukan yang terintegrasi, fungsional dan bermutu, mengarah kepada kemajuan perbaikan dan kesehatan yang menyeluruh, serta memberikan prioritas kepada mereka yang membutuhkan. Sehubungan dengan hal tersebut diputuskan beberapa hal esensial, pada poin VII dan poin VIII disebutkan bahwa (*Declaration of Alma Ata, 1978*);

- (i) Pelayanan kesehatan primer harus terakses secara individu dan keluarga dengan harga yang dapat dijangkau bagi masyarakat dan negara;
- (ii) Kondisi tersebut adalah bagian integral dan menjadi bagian dalam sistem kesehatan nasional (SKN) dan berkoordinasi dengan sektor lain, serta dijadikan fokus utama dalam pembangunan masyarakat.

Pembangunan sosial dan ekonomi, menjadi dasar pijakan bagi tercapainya “health for all”, di dalamnya termasuk menurunkan kesenjangan antara status kesehatan antara negara berkembang dan negara maju. Perlindungan kesehatan masyarakat merupakan hal penting untuk menjaga pembangunan ekonomi dan sosial, yang berkontribusi terhadap peningkatan kualitas hidup dan perdamaian dunia (*Declaration of Alma Ata, 1978*). Wilayah yang masyarakatnya memiliki akses yang cukup terhadap pelayanan kesehatan, maka pelayanan kesehatan dasarnya ditingkatkan dengan menfokuskan kepada pelayanan yang disesuaikan untuk setiap tingkatan kebutuhan masyarakatnya. Pada wilayah dengan pendapatan rendah dan masih menghadapi tantangan yang besar, pelayanan kesehatan dasar digunakan sebagai strategi untuk meningkatkan pelayanan dan sekaligus memperbaiki akses. Tantangannya adalah diperlukan model pelayanan kesehatan dasar pada tingkat lokal yang mudah beradaptasi terhadap perubahan yang cepat, responsif terhadap kebutuhan lokal, dan sumber daya yang memadai (WHO, 2003).

2.4 Kebijakan Pelayanan Kesehatan di Indonesia

Menurut definisi WHO, sistem kesehatan adalah semua aktivitas yang tujuan utamanya adalah meningkatkan, mengembalikan atau menjaga kesehatan. Sistem kesehatan meliputi komponen-komponen departemen kesehatan publik, rumah sakit dan klinik, serta ruang-ruang praktek dokter dan paramedis. Hal-hal yang berada di luar sistem formal ini adalah jaringan informal yang dimanfaatkan oleh banyak penduduk miskin, termasuk dukun tradisional, yang mungkin berpraktik dengan menggunakan obat-obatan dari tumbuh-tumbuhan atau metode lain yang memberikan manfaat medis, seperti akupunktur, disamping juga orang-orang yang mempraktikkan berbagai teknik yang belum terbukti efektif selain hanya memberikan efek plasebo.

Ukuran kesehatan publik yang formal telah memainkan peran yang sangat penting di negara-negara berkembang. Departemen Kesehatan, yang kadang-kadang didukung oleh jasa yang diberikan oleh lembaga swadaya masyarakat, telah memainkan peranan vital dalam menyebarkan vaksin ke kawasan-kawasan

pedesaan terpencil yang secara signifikan dapat mengurangi penyakit dulu yang mematikan, seperti cacar air. Namun pelayanan kesehatan publik ini sering kali memihak pada orang-orang kaya dan mempunyai koneksi kuat. Akibatnya sistem kesehatan sering menggunakan publik secara tidak efisien. Hal yang sering diabaikan atau kurang didanai adalah kampanye kesehatan preventif yang efektif dari segi biaya dan layanan kesehatan mendasar untuk orang-orang yang belum pernah ditangani oleh para profesional di bidang kesehatan. Selain efek positif langsungnya terhadap standar kesehatan nasional, kesehatan dasar juga merupakan cara yang efektif untuk mencapai tujuan pengurangan kemiskinan. Peran pemerintah yang efektif dalam sistem kesehatan merupakan hal yang kritis karena tiga alasan penting. Pertama, kesehatan merupakan hal yang sentral dalam mengentaskan kemiskinan, karena masyarakat sering kali kurang mendapat informasi mengenai kesehatan akibat kemiskinan. Kedua, rumah tangga mengeluarkan dana yang terlalu sedikit untuk kesehatan karena mereka mungkin mengabaikan eksternalitas (seperti masalah penularan penyakit). Ketiga, pasar akan berinvestasi terlalu sedikit pada infrastruktur kesehatan dan penelitian serta pengembangan, dan transfer teknologi ke negara-negara berkembang, karena kegagalan pasar. Pemerintah mempunyai peran yang berbeda di negara yang berbeda, namun seperti yang disimpulkan oleh WHO, “Manajemen yang cermat dan bertanggung jawab atas kesejahteraan masyarakat-kepengurusan-merupakan inti dari pemerintah yang baik. Kesehatan masyarakat selalu merupakan prioritas nasional: tanggung jawab pemerintah atas hal ini akan berkelanjutan dan bersifat permanen.

Sebagai upaya untuk memberikan pemerataan pelayanan kesehatan di Indonesia, maka pemerintah Indonesia telah mengembangkan berbagai pendekatan untuk mencapai tujuan tersebut, melalui sistem kesehatan nasional. Pusat Kesehatan Masyarakat (puskesmas) dikembangkan pada tahun 1968, sebagai unit pelaksana teknis kabupaten/kota. Puskesmas dibangun sebagai ujung tombak dalam pelayanan kesehatan primer di Indonesia. Puskesmas dipercaya telah berperan besar dalam penemuan-penemuan kasus penyakit menular. Puskesmas yang merupakan salah satu pelayanan masyarakat terdepan, telah didirikan hampir di seluruh wilayah Indonesia. Puskesmas ditujukan untuk

memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh, terpadu dan bermutu kepada masyarakat dalam rangka memelihara dan melindungi kesehatan masyarakat. Puskesmas mempunyai tanggung jawab wilayah kerja dalam administrasi kecamatan, atau sebagian wilayah kecamatan. Puskesmas mempunyai wilayah kerja efektif dengan radius 5 km, namun akan bekerja secara optimal hanya pada radius 3 km (Depkes, 1999). Sesuai kemampuan jangkauan pelayanannya, jangkauan puskesmas kemudian diperbesar dengan membangun Puskesmas oembantu (Pustu), Puskesmas keliling (Puskel) dan bidan di desa. Pustu mempunyai jangkauan lebih kecil, yaitu 1-2 desa, dengan kemampuan pelayanan yang disesuaikan tenaga dan sarana yang dibangun. Puskesmas keliling merupakan upaya dalam rangka mendekatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat yang belum dijangkau oleh pelayanan Puskesmas. Pada lokasi yang jauh dari pelayanan rujukan dibangun puskesmas dengan rawat inap (Depkes, 1999).

Sampai saat ini puskesmas mempunyai wilayah kerja berdasarkan batas administrasi kecamatan, jika dimungkinkan dilakukan penambahan puskesmas dalam satu kecamatan, maka wilayah kerjanya dibagi habis dalam satu kecamatan tersebut (Depkes, 2006). Kebijakan pendekatan akses pelayanan kesehatan masyarakat sampai saat ini masih menggunakan pendekatan Administrasi kecamatan, belum sepenuhnya target populasi. Pendekatan ini memiliki beberapa kelemahan, yaitu pendekatan melalui dari sisi suplai atau pelayanan kesehatan, dan didekati secara wilayah Administrasi. Sedangkan pendekatan dari sisi pengguna (*demand side*) tidak bisa banyak diketengahkan. Pendekatan ini antara lain dapat dilakukan berdasarkan target populasi atau potensi kebutuhan pengguna dan dengan memperhatikan daya jangkau masyarakat (akses) terhadap pelayanan kesehatan. Indikator yang dibangun juga tidak spesifik berdasarkan area lokal di dalam setiap kabupaten, mengingat variasi wilayah yang cukup besar antar desa-kota dan kondisi geografi. Memperhatikan hal tersebut di atas, maka jika dapat dikembangkan suatu pendekatan spesifik berdasarkan potensi masyarakat penggunaan berdasarkan lokasi terkecil, seperti kecamatan, maka intervensi penempatan pelayanan kesehatan yang sesuai, akan meminimalisasi inequity di dalam pelayanan kesehatan masyarakat. Pelayanan kesehatan di Indonesia

mengadopsi konsep pelayanan kesehatan primer di tengah masyarakat, berupa puskesmas.

2.5 Tujuan Dan Kebijakan Desentralisasi Bidang Kesehatan

Tujuan desentralisasi bermacam-macam. Secara filosofis dan ideologis, desentralisasi dianggap sebagai tujuan politik yang penting, karena memberikan kesempatan munculnya partisipasi masyarakat dan kemandirian daerah terhadap masyarakatnya. Di tingkat pragmatis, desentralisasi dianggap sebagai cara untuk mengatasi berbagai hambatan institusional, fisik dan administrasi pembangunan. Desentralisasi juga dianggap sebagai suatu cara untuk mengalihkan beberapa tanggungjawab pembangunan Pusat ke Daerah. Desentralisasi ini tidak dapat berjalan sendiri tanpa didukung oleh Dekonsentrasi dan Tugas Pembantuan. Tujuan Desentralisasi di bidang Kesehatan adalah mewujudkan pembangunan nasional di bidang kesehatan yang berlandaskan prakarsa dan aspirasi masyarakat dengan cara memberdayakan, menghimpun, dan mengoptimalkan potensi daerah untuk kepentingan daerah dan prioritas Nasional dalam mencapai Indonesia Sehat 2010.

Untuk mencapai tujuan desentralisasi tersebut ditetapkan Kebijakan Desentralisasi Bidang Kesehatan sebagai berikut :

- a. Desentralisasi bidang kesehatan dilaksanakan dengan memperhatikan aspek demokrasi, keadilan, pemerataan, serta potensi dan keanekaragaman Daerah.

Dalam hal ini desentralisasi bidang kesehatan harus dapat :

- 1) Memberdayakan dan meningkatkan peran serta masyarakat dalam pembangunan kesehatan, termasuk perannya dalam pengawasan sosial
- 2) Menyediakan pelayanan kesehatan yang berkeadilan dan merata tanpa membedakan antara golongan masyarakat yang satu dengan lainnya, termasuk menjamin tersedianya pelayanan kesehatan bagi kelompok rentan dan miskin.

- 3) Mendukung aspirasi dan pengembangan kemampuan daerah melalui peningkatan kapasitas, bantuan teknik, dan peningkatan citra.
- b. Pelaksanaan Desentralisasi bidang kesehatan didasarkan kepada otonomi luas, nyata dan bertanggung jawab. Dalam hal ini maka :
- 1) Daerah yang diberi kewenangan seluas-luasnya untuk menyelenggarakan upaya dan pelayanan kesehatan dengan Standar Pelayanan Minimal yang pedomannya dibuat oleh Pemerintah Pusat.
 - 2) Daerah bertanggung jawab mengelola sumber daya kesehatan yang tersedia di wilayahnya secara optimal guna mewujudkan kinerja Sistem Kesehatan Wilayah sebagai bagian dari Sistem Kesehatan Nasional.
- c. Desentralisasi bidang kesehatan yang luas dan utuh diletakkan di Kabupaten dan Kota, sedangkan desentralisasi bidang kesehatan di Propinsi bersifat terbatas.
- Dalam hal ini maka :
- 1) Desentralisasi bidang kesehatan tidak boleh menciptakan dikotomi antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah, Pemerintah Pusat berwenang dalam pengembangan kebijakan, standarisasi, dan pengaturan. Pemerintah Kabupaten/Kota melaksanakan kebijakan, standar dan aturan tersebut.
 - 2) Desentralisasi bidang kesehatan diselenggarakan dengan membangun jejaring antara Pemerintah Pusat dan Daerah serta antar Pemerintah Daerah yang saling melengkapi dan memperkokoh kesatuan dan persatuan bangsa dan Negara Indonesia.
- d. Pelaksanaan desentralisasi bidang kesehatan harus sesuai dengan konstitusi negara, sehingga tetap terjamin hubungan yang serasi antara Pusat dan Daerah serta antar Daerah.
- e. Desentralisasi bidang kesehatan harus lebih meningkatkan kemandirian Daerah Otonom. Pemerintah Pusat berkewajiban memfasilitasi pelaksanaan pembangunan kesehatan Daerah dengan meningkatkan

kemampuan Daerah dalam pengembangan sistem kesehatan dan manajemen kesehatan.

- f. Desentralisasi bidang kesehatan harus lebih meningkatkan peran dan fungsi Badan Legislatif Daerah, baik dalam hal fungsi legisiasi, fungsi pengawasan maupun fungsi anggaran.

2.6 Kelengkapan sarana dan prasarana kesehatan

Desentralisasi yang berupa penyerahan wewenang pemerintahan kepada Pemerintah daerah diikuti pula dengan pengalihan sarana dan prasarana kesehatan. Kelengkapan sarana prasarana juga merupakan faktor yang ikut menentukan dalam keberhasilan penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Pengalihan sarana dan prasarana hendaknya diikuti penyediaan biaya operasional dan pemeliharaan yang memadai sehingga dapat menjamin kelangsungan pelayanan kesehatan sesuai dengan keutuhan masyarakat.

2.7 Penyakit Tuberkulosis

Diperkirakan sekitar sepertiga penduduk dunia telah terinfeksi oleh *Mycobacterium tuberculosis*. Pada tahun 1995, diperkirakan ada 9 juta pasien TB baru dan 3 juta kematian akibat TB diseluruh dunia. Diperkirakan 95% kasus TB dan 98% kematian akibat TB didunia, terjadi pada negara-negara berkembang. Sekitar 75% pasien TB adalah kelompok usia yang paling produktif secara ekonomis (15-50 tahun). Diperkirakan seorang pasien TB dewasa, akan kehilangan rata-rata waktu kerjanya 3s ampai 4 bulan. Hal tersebut berakibat pada kehilangan pendapatan tahunan rumah tangganya sekitar 20-30%. Jika ia meninggal akibat TB, maka akan kehilangan pendapatannya sekitar 15 tahun. Selain merugikan secara ekonomis, TB juga memberikan dampak buruk lainnya secara sosial stigma bahkan dikucilkan oleh masyarakat.

Penyebab utama meningkatnya beban masalah TB antara lain adalah:

- a) Kemiskinan pada berbagai kelompok masyarakat, seperti pada negara negara yang sedang berkembang.

- b) Kegagalan program TB selama ini. Hal ini diakibatkan oleh:
 - i) Tidak memadainya komitmen politik dan pendanaan
 - ii) Tidak memadainya organisasi pelayanan TB (kurang terakses oleh masyarakat, penemuan kasus /diagnosis yang tidak standar, obat tidak terjamin penyediaannya, tidak dilakukan pemantauan, pencatatan dan pelaporan yang standar, dan sebagainya).
 - iii) Tidak memadainya tatalaksana kasus (diagnosis dan paduan obat yang tidak standar, gagal menyembuhkan kasus yang telah didiagnosis)
 - iv) Salah persepsi terhadap manfaat dan efektifitas BCG.
 - v) Infrastruktur kesehatan yang buruk pada negara-negara yang mengalami krisis ekonomi atau pergolakan masyarakat.
- c) Perubahan demografik karena meningkatnya penduduk dunia dan perubahan struktur umur kependudukan.
- d) Dampak pandemi HIV.

Situasi TB didunia semakin memburuk, jumlah kasus TB meningkat dan banyak yang tidak berhasil disembuhkan, terutama pada negara yang dikelompokkan dalam 22 negara dengan masalah TB besar (*high burden countries*). Menyikapi hal tersebut, pada tahun 1993, WHO mencanangkan TB sebagai kedaruratan dunia (*global emergency*). Munculnya pandemi HIV/AIDS di dunia menambah permasalahan TB. Koinfeksi dengan HIV akan meningkatkan risiko kejadian TB secara signifikan. Pada saat yang sama, kekebalan ganda kuman TB terhadap obat anti TB (*Multi Drug Resistance = MDR*) semakin menjadi masalah akibat kasus yang tidak berhasil disembuhkan. Keadaan tersebut pada akhirnya akan menyebabkan terjadinya epidemi TB yang sulit ditangani. Pada tahun 2004, setiap tahun ada 539.000 kasus baru dan kematian 101.000 orang dengan Insidensi kasus TB BTA positif sekitar 110 per 100.000 penduduk.

Pada tahun 1995, program nasional penanggulangan TB mulai menerapkan strategi DOTS dan dilaksanakan di Puskesmas secara bertahap. Sejak tahun 2000 strategi DOTS dilaksanakan secara nasional di seluruh sarana pelayanan kesehatan terutama Puskesmas yang di integrasikan dalam pelayanan kesehatan dasar. Fakta menunjukkan bahwa TB masih merupakan masalah utama kesehatan masyarakat Indonesia, antara lain:

- Indonesia merupakan negara dengan pasien TB terbanyak ke-3 di dunia setelah India dan Cina. Diperkirakan jumlah pasien TB di Indonesia sekitar 10% dari total jumlah pasien TB didunia.
- Tahun 1995, hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) menunjukkan bahwa penyakit TB merupakan penyebab kematian nomor tiga (3) setelah penyakit kardiovaskuler dan penyakit saluran pernafasan pada semua kelompok usia, dan nomor satu (1) dari golongan penyakit infeksi.
- Hasil Survey Prevalensi TB di Indonesia tahun 2004 menunjukkan bahwa angka prevalensi TB BTA positif secara Nasional 110 per 100.000 penduduk. Secara Regional Insiden TB BTA positif di Indonesia dikelompokkan dalam 3 wilayah, yaitu:
 - Wilayah Sumatera angka insiden TB adalah 160 per 100.000 penduduk.
 - Wilayah Jawa angka insiden TB adalah 107 per 100.000 penduduk.
 - Wilayah Indonesia Timur angka insiden TB adalah 210 per 100.000 penduduk.
 - Khusus untuk Provinsi DIY dan Bali angka insiden TB adalah 64 per 100.000 penduduk.

Berdasarkan hasil survey prevalensi tahun 2004, diperkirakan penurunan insiden TB Basil Tahan Asam (BTA) positif secara Nasional 2-3 % setiap tahunnya. Sampai tahun 2005, program Penanggulangan TB dengan Strategi DOTS menjangkau 98% Puskesmas, sementara rumah sakit dan Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat (BBKPM)/Balai Kesehatan Paru Masyarakat (BKPM)/Balai Pengobatan Penyakit Paru-Paru/Rumah Sakit Paru (RSP) baru sekitar 30%.

2.8 Kebijakan operasional penanggulangan TBC nasional

- 1) Penanggulangan TBC di Indonesia dilaksanakan dengan desentralisasi sesuai dengan kebijaksanaan Departemen Kesehatan
- 2) Penanggulangan TBC dilaksanakan oleh seluruh Unit Pelayanan Kesehatan, meliputi Puskesmas, Rumah Sakit Pemerintah dan swasta, BP4 serta Praktek Dokter Swasta, poliklinik umum, poliklinik perusahaan dengan melibatkan peran serta masyarakat secara paripurna dan terpadu.

- 3) Peningkatan mutu pelayanan, penggunaan obat yang rasional dan kombinasi obat yang sesuai dengan strategi DOTS.
- 4) Target program adalah konversi pada akhir pengobatan tahap intensif minimal 80%, angka kesembuhan minimal 85% dari kasus baru BTA positif, dengan pemeriksaan sediaan dahak yang benar (angka kesalahan maksimal 5%).
- 5) Pemeriksaan uji silang (cross check) secara rutin oleh Balai Laboratorium Kesehatan (BLK) dan laboratorium rujukan yang ditunjuk Untuk mendapatkan pemeriksaan dahak yang bermutu.
- 6) Penanggulangan TBC Nasional diberikan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) kepada penderita secara cuma-cuma dan dijamin ketersediaannya.
- 7) Pengembangan sistem pemantauan, supervisi dan evaluasi program untuk mempertahankan kualitas pelaksanaan program
- 8) Menggalang kerjasama dan kemitraan dengan program terkait, sektor pemerintah dan swasta.

2.9 Kebijakan penanggulangan TBC di tempat kerja :

- 1) Meningkatkan advokasi sosialisasi Program Pemberantasan TBC di tempat kerja pada seluruh pimpinan perusahaan.
- 2) Meningkatkan pengendalian sistem kerja & perilaku hidup sehat pekerja di tempat kerja.
- 3) Meningkatkan Sumber Daya Manusia (SDM) yg profesional di setiap unit pelayanan kesehatan di tempat kerja.
- 4) Obat Anti Tuberkulosis (OAT) untuk penanggulangan TBC diberikan kepada penderita secara cuma-cuma dan dijamin ketersediaannya khususnya untuk pekerja di sektor informal/ industri kecil, sedangkan untuk sektor formal/ industri besar OAT disediakan oleh pengusaha.

2.10 Strategi Penanggulangan TBC di tempat kerja sesuai dengan Strategi Nasional

- 1) Paradigma Sehat
 - 1) Meningkatkan penyuluhan untuk menemukan penderita TB sedini mungkin, serta meningkatkan cakupan
 - 2) Promosi kesehatan dalam rangka meningkatkan perilaku hidup sehat
 - 3) Perbaikan perumahan serta peningkatan status gizi, pada kondisi tertentu
- 2) Strategi DOTS, sesuai rekomendasi WHO
 - a) Komitmen politis dari para pengambil keputusan (tripartite), termasuk dukungan dana.
 - b) Diagnosis TBC dengan pemeriksaan dahak secara mikroskopik
 - c) Pengobatan dengan panduan OAT jangka pendek dengan pengawasan langsung oleh Pengawas Menelan Obat (PMO)
 - d) Kesenambungan persediaan OAT jangka pendek dengan mutu terjamin.
 - e) Pencatatan dan pelaporan secara baku untuk memudahkan pemantauan dan evaluasi program penanggulangan TBC
- 3) Peningkatan mutu pelayanan
 - a) Pelatihan seluruh tenaga pelaksana
 - b) Mengembangkan materi pendidikan kesehatan tentang pengendalian TBC menggunakan media yang cocok untuk tempat kerja
 - c) Ketepatan diagnosis TBC dengan pemeriksaan dahak secara mikroskopik
 - d) Kualitas laboratorium diawasi melalui pemeriksaan uji silang (*cross check*)
 - e) Untuk menjaga kualitas pemeriksaan laboratorium, dibentuk KPP (Kelompok Puskesmas Pelaksana) terdiri dari 1 (satu) PRM (Puskesmas Rujukan Mikroskopik) dan beberapa PS (Puskesmas Satelit). Untuk daerah dengan geografis sulit dapat dibentuk PPM (Puskesmas Pelaksana mandiri).

- f) Ketersediaan OAT bagi semua penderita TBC yang ditemukan
- g) Pengawasan kualitas OAT dilaksanakan secara berkala dan terus menerus.
- h) Keteraturan menelan obat sehari-hari diawasi oleh Pengawas Menelan Obat (PMO).
- i) Pencatatan pelaporan dilaksanakan dengan teratur lengkap dan benar.
- j) Pengembangan program dilakukan secara bertahap
- k) Advokasi sosialisasi kepada para pimpinan perusahaan , organisasi pekerja mengenai dasar pemikiran dan kebutuhan untuk TBC kontrol yang efektif, mencakup kontribusinya dalam pengendalian TBC di tempat kerja.
- l) Kabupaten/kota sebagai titik berat manajemen program meliputi : perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi serta mengupayakan sumber daya (dana, tenaga, sarana dan prasarana).
- m) Membuat peta TBC sehingga ada daerah-daerah yang perlu di monitor penanggulangan bagi para pekerja.
- n) Memperhatikan komitmen internasional.

2. 11 Kegiatan Penanggulangan TB Paru

Kegiatan penanggulangan TBC di tempat kerja meliputi upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

2. 11. 1 Upaya Promotif

Peningkatan pengetahuan pekerja tentang penanggulangan TBC di tempat kerja melalui - pendidikan & pelatihan petugas pemberi pelayanan kesehatan di tempat kerja penyuluhan, penyebarluasan informasi

1. Peningkatan kebugaran jasmani
2. Peningkatan kepuasan kerja
3. Peningkatan gizi kerja

2. 11. 2 Upaya preventif

Adalah upaya untuk mencegah timbulnya penyakit atau kondisi yang memperberat penyakit TBC.

Pencegahan Primer

Pencegahan primer merupakan upaya yang dilaksanakan untuk mencegah timbulnya penyakit pada populasi yang sehat.

- a. Pengendalian melalui perundang-undangan (*legislative control*)
 - Undang-Undang No. 14 tahun 1969 Tentang ketentuan-ketentuan pokok tenaga kerja.
 - Undang-Undang No.1 tahun 1970 tentang Keselamatan kerja
 - Undang-Undang No.23 tahun 1992 tentang Kesehatan
 - Peraturan Menteri Kesehatan tentang hygiene dan saniasi lingkungan
- b. Pengendalian melalui administrasi/organisasi (*administrative control*)
 - Pesyaratan penerimaan tenaga kerja
 - Pencatatan pelaporan
 - Monitoring dan evaluasi
- c. Pengendalian secara teknis (*engineering control*), antara lain :
 - Sistem ventilasi yang baik
 - Pengendalian lingkungan kerja
- d. Pengendalian melalui jalur kesehatan (*medical control*), antara lain
 - Pendidikan kesehatan : kebersihan perorangan, gizi kerja, kebersihan lingkungan, cara minum obat dll.
 - Pemeriksaan kesehatan awal, berkala & khusus (anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium rutin, tuberculin test)
 - Peningkatan gizi pekerja
 - Penelitian kesehatan

Pencegahan sekunder

Pencegahan sekunder adalah upaya untuk menemukan penyakit TBC sedini mungkin mencegah meluasnya penyakit, mengurangi bertambah beratnya penyakit.

- Pengawasan dan penyuluhan untuk mendorong pasien TBC bertahan pada pengobatan yang diberikan (tingkat kepatuhan) dilaksanakan oleh seorang "Pengawas Obat" atau juru TBC
- Pengamatan langsung mengenai perawatan pasien TBC di tempat kerja
- Case-finding secara aktif, mencakup identifikasi TBC pada orang yang dicurigai dan rujukan pemeriksaan dahak dengan mikroskopis secara berkala.
- Membuat "Peta TBC", sehingga ada gambaran lokasi tempat kerja yang perlu prioritas penanggulangan TBC bagi pekerja
- Pengelolaan logistik

2. 11. 3 Upaya kuratif dan rehabilitatif

Adalah upaya pengobatan penyakit TBC yang bertujuan untuk menyembuhkan penderita, mencegah kematian, mencegah kekambuhan dan menurunkan tingkat penularan.

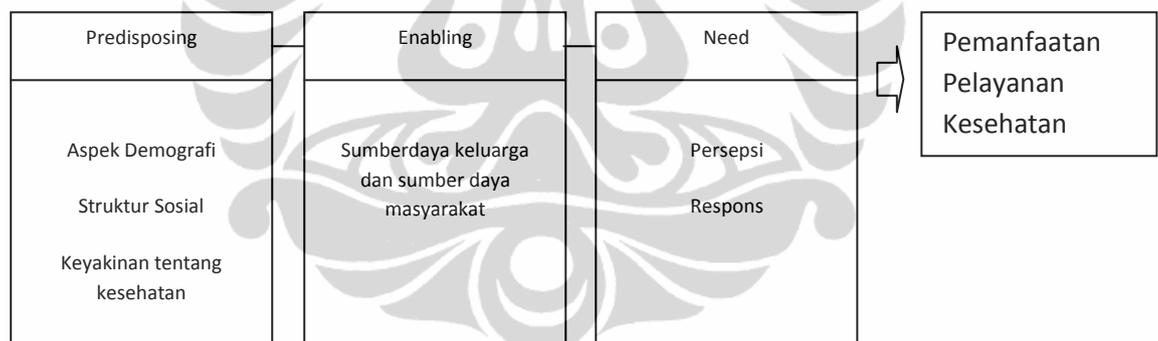
Obat TBC diberikan dalam bentuk kombinasi dari beberapa jenis, dalam jumlah cukup dan dosis yang tepat selama 6-8 bulan dengan menggunakan OAT standar yang direkomendasikan oleh WHO dan IUATLD (*International Union Against Tuberculosis and Lung Disease*). Pelaksanaan minum obat & kemajuan hasil pengobatan harus dipantau.

2. 12 Model Perilaku Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Keputusan pemanfaatan pelayanan kesehatan dapat didekati melalui pendekatan pengguna atau calon pengguna pelayanan kesehatan. Secara individu keputusan untuk menggunakan suatu pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh

banyak faktor. Beberapa teori tentang pengambilan keputusan untuk memanfaatkan suatu pelayanan telah dikembangkan oleh Aday dan Andersen tahun 1980 dan Green tahun 1980 (Notoatmojo, 1993). Aday dan Andersen (1980) membangun model pemanfaatan pelayanan atau utilitas dipengaruhi 3 faktor yaitu;

- a. Faktor pemungkin (*enabling*), kondisi demografi seperti umur, jenis kelamin, suku bangsa, besar keluarga, pekerjaan, pendidikan dan pendapatan maupun sistem pembayaran (asuransi)
- b. Faktor pendukung (*predisposisi*); sikap dan pengetahuan terhadap pelayanan kesehatan, dan kemampuan untuk mencapainya, salah satunya melalui kemampuan membayar.
- c. Faktor kebutuhan (*need*); adanya kebutuhan yang dirasakan untuk mencari pengobatan, yaitu respon terhadap yang dirasakan, atau *evaluated need* berdasarkan diagnosis klinis.



Gambar 2.1: Ilustrasi Model Andersen

Senada dengan Andersen, W.Green (1980) juga menyebutkan tiga jenis faktor yang sama mempengaruhi seseorang dalam menggunakan pelayanan kesehatan, yaitu faktor predisposisi, faktor pemungkin dan faktor penguat. Faktor predisposisi, faktor pemungkin dan faktor penguat. Faktor predisposisi adalah sikap, kepercayaan, nilai dan persepsi seseorang yang dapat memudahkan atau merintangai motivasi untuk berubah. Faktor penguat adalah yang terkait dengan umpan balik yang dapat berpengaruh terhadap pengambilan keputusan dalam penggunaan pelayanan kesehatan. Sedangkan faktor pemungkin selain berkaitan

dengan kemampuan untuk pengeluaran biaya kesehatan, serta peraturan yang terkait dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan, juga penting adalah ada tidaknya fasilitas pelayanan kesehatan. Secara model matematika, utilisasi atau pemanfaatan pelayanan kesehatan merupakan suatu fungsi dari berbagai variabel, yang dapat diterjemahkan dengan model Gross (1972 dalam Philips, 1980) sebagai berikut:

$$U = f(E, P, A, H, X)e$$

Persamaan ini menjelaskan bahwa, utilisasi adalah fungsi dari sekelompok faktor yang merupakan nilai indeks dari beberapa variabel didalamnya, yaitu:

- U Utilisasi atau pemanfaatan yang dilaporkan oleh pengguna
- E *Enabling* atau faktor pemungkin, yang merupakan nilai indeks dari beberapa variabel seperti pendapatan individu atau keluarga, besar keluarga dan tingkat pendidikan
- P Faktor *Predisposing*, yang merupakan sikap pengguna terhadap pelayanan kesehatan dan pengetahuan tentang pelayanan kesehatan
- A Aksesibilitas yang berupa jarak, waktu tempuh, keberadaan jenis pelayanan yang dibutuhkan
- H Tingkat persepsi sehat penduduk
- X Faktor individu dan faktor lingkungan
- e *Error residual* (nilai error pada model matematika)

2.13 Penelitian-penelitian terdahulu

Syahrizal Antoni (2007) dalam penelitiannya yang berjudul Implementasi penemuan suspek tuberkulosis di puskesmas Kabupaten Pesisir Selatan dengan menggunakan studi kasus dengan rancangan kualitatif. Subyek penelitian yang dipakai adalah puskesmas yang dipilih secara purposive sampling. Informan adalah Wasor TB dinas kesehatan, kepala puskesmas, pengelola program tuberkulosis puskesmas, petugas laboratorium puskesmas, 1 orang petugas BP

puskesmas dan walinagari di wilayah kerja puskesmas sampel. Hasil dari penelitian didapatkan bahwa penemuan suspek tuberkulosis di puskesmas kabupaten Pesisir Selatan dilakukan secara pasif tapi tidak diikuti penyuluhan yang aktif. Media promosi seperti poster dan leaflet tentang penyakit tuberkulosis sangat sedikit. Dalam membuat perencanaan, puskesmas belum mengikuti langkah-langkah perencanaan sesuai dengan buku pedoman.

Penelitian Abdul Gaffar (2000), mengenai perilaku pencarian pertolongan pengobatan tersangka penderita TB Paru di wilayah kecamatan Banggai kabupaten Banggai Kepulauan Sulawesi Tengah. Penelitian ini dilakukan pada semua desa (20 desa) dalam wilayah kecamatan Banggai kabupaten Banggai Kepulauan dari bulan Maret 2000 sampai dengan April 2000. Penelitian ini menggunakan metode disain Cross Sectional . Sampel adalah seluruh tersangka penderita TB Paru yang ditemukan melalui skrining sebanyak 435 penderita. Pada tersangka penderita TB Paru dilakukan wawancara melalui kuesioner untuk mengetahui kemungkinan beberapa faktor yang berhubungan dengan perilaku pencarian pertolongan pengobatan tersangka penderita TB Paru. Hasil yang diperoleh yaitu tindakan pertama perilaku pencarian pertolongan pengobatan tersangka penderita TB Paru 73,33 % ke fasilitas pelayanan pengobatan moderen (swasta dan pemerintah), 26,67 % ke fasilitas pelayanan tidak moderen (tidak berobat, mengobati sendiri dan pengobatan tradisional). Faktor persepsi akibat, persepsi kegawatan dan tingkat pendidikan berhubungan dengan perilaku pencarian pertolongan pengobatan tersangka penderita TB Paru di wilayah kecamatan Banggai kabupaten Banggai Kepulauan.

Menghitung effectiveness setiap alternatif

Menghitung effectiveness setiap alternatif kegiatan yaitu jumlah satuan output yang dihasilkan. Effectiveness kegiatan penemuan suspek untuk ketiga alternatif adalah penurunan jumlah kasus dengan menghitung:

- a) Disease averted (jumlah kasus yang dapat dihilangkan/diturunkan) misalnya jumlah kasus TB paru 2010 dikurangi jumlah kasus TB paru tahun 2011.

b) Death averted (jumlah kematian yang dapat dicegah) : untuk menghitung kematian yang dapat dicegah dengan faktor pengobatan, faktor gizi dan faktor lainnya.

c) YLL, YLD dan DALY

Untuk mengkonversi dampak negatif penyakit terhadap kesehatan kedalam nilai moneter diperlukan metode perhitungan yang sangat rumit dan ketersediaan data yang lengkap. Bank Dunia dan WHO pada tahun 1993 mengajukan konsep untuk menilai kerugian karena sakit tau mati pada usia sebelum mencapai usia harapan hidup. Ada 3 istilah yang dikemukakan yaitu YLL, YLD dan DALY

- YLL (*Years of lifeloss*) adalah jumlah tahun yang hilang karena penduduk mati sebelum usia harapan hidup rata-rata (Life expectancy :Le) Misalnya Le adalah 65 tahun dan seseorang mati pada usia 5 tahun, maka YLL dapat dihitung dengan menggunakan teknik life tabel dengan rumus sebagai berikut :

$$YLL = \varepsilon d (L - t)$$

d = jumlah kematian karena suatu penyakit di populasi

L = usia harapan hidup

t = usia pada saat meninggal

- YLD (*Years Lined With Dissability*) adalah jumlah tahun yang tidak produktif karena seseorang jatuh sakit sehingga tidak dapat melakukan kegiatan sehari-harinya (disabled). Bila seseorang tidak produktif oleh karena sakit selama 30 hari dalam setahun maka YLD orang tersebut adalah 30 hari. Jumlah YLD untuk satu kelompok penduduk tertentu dalam satu tahun dapat dihitung bila diketahui prevalensi atau insiden penyakit tersebut dan rata-rata lama hari tidak produktif untuk penyakit tersebut.
- DALY atau *disability adjusted life year* adalah jumlah YLL dan YLD atau $DALY = YLL + YLD$. Oleh karena waktu yang hilang tersebut (YLL dan YLD akan terjadi pada masa mendatang maka nilainya dihitung saat sekarang dalam bentuk present value, karena disesuaikan

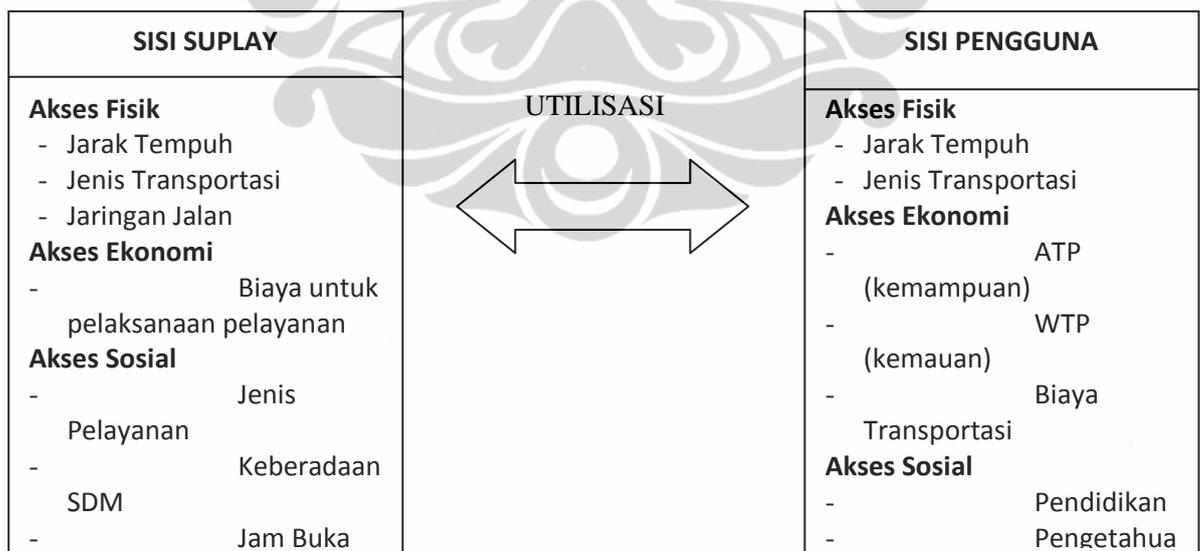
dengan teknik discounting. YLL dan YLD juga disesuaikan dengan umur yang mengalami (age adjusted) yaitu dengan memberikan pembobotan pada masing-masing kelompok umur. Pembobotan dilakukan dengan asumsi nilai waktu produktif untuk masing-masing kelompok umur berbeda.

- Untuk biaya non kesehatan yang dapat dihitung adalah :
 - Biaya berupa hilangnya waktu produktif pasien dengan teknik YLL dan YLD
 - Biaya anggota keluarga yang menjaga pasien dapat dihitung dengan YLD (*Years lived with disability*) adalah jumlah tahun yang tidak produktif karena seseorang menjadi tidak produktif/tidak bekerja oleh karena harus menjaga/merawat anggota keluarga yang sakit. Misalnya ibu atau ayah yang harus mengurus anaknya yang sakit atau dirawat menjadi tidak dapat bekerja/melakukan kegiatan sehari-harinya

BAB 3 METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Kerangka Teori

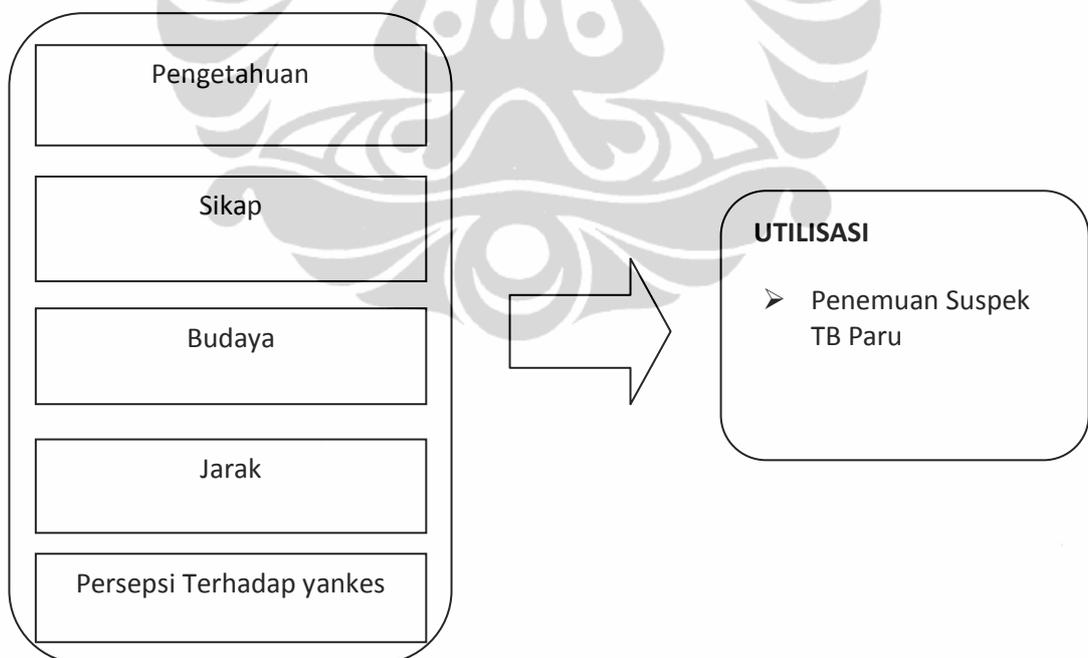
Penemuan suspek TB paru yang dianalisis pada penelitian ini adalah keinginan dari anggota masyarakat yang memiliki gejala utama penyakit TB paru untuk melakukan pemeriksaan sputumnya ke unit pelayanan kesehatan yaitu puskesmas. Penemuan suspek TB Paru secara teoritis merupakan fungsi dari akses ke pelayanan kesehatan. Aksesibilitas tersebut terkait dengan faktor dari sisi pelaksana pelayanan dan sisi pengguna (Corino, 1983). Keputusan untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan jika dilihat dari pengguna, dapat diterangkan oleh teori Aday, Andersen dan Green (Notoatmodjo, 1993; Aday & Andersen, 1980). Pemanfaatan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh; a) Faktor pemungkin (*enabling*); usia, jenis kelamin, suku bangsa, pekerjaan, pendidikan, pendapatan, besar keluarga, keberadaan pelayanan; b) Faktor pendukun (*predisposing*); sikap dan pengetahuan, kemampuan untuk membayar; dan c) Faktor kebutuhan (*need*); kebutuhan akan pelayanan (*perceived dan evaluated*).



Gambar 3-1. Kerangka Teori Penemuan Suspek TB Paru dan Aksesibilitas dari Sisi Pengguna dan Suplay

3.2 Kerangka Konsep

Penelitian ini berupaya untuk melihat bagaimana gambaran penemuan suspek TB Paru pada tingkat kecamatan. Penelitian ini menggunakan wilayah Kecamatan Taman Sari Kota Administrasi Jakarta Barat. Berbagai teori memperlihatkan bahwa penemuan kasus TB paru dipengaruhi oleh aksesibilitas ke pelayanan kesehatan tersebut. Akses dapat didekati melalui sisi pengguna maupun dari sisi pelaksana pelayan kesehatan itu sendiri (Carino, 1983). Halangan terhadap akses dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan modern untuk penemuan suspek TB paru, didekati dengan membagi dalam dua kriteria utama, yaitu faktor fisik yang terkait dengan jarak antara pengguna dan penyedia pelayanan kesehatan dan faktor sosial. Bentuk akhir dari akses terhadap penemuan kasus TB paru adalah terjadinya pemanfaatan pelayanan kesehatan untuk memeriksakan sputumnya oleh anggota masyarakat yang memiliki gejala klinis utama penyakit TB paru.



Gambar 3-2. Kerangka Konsep Penemuan Suspek TB Paru

3.3 Desain Penelitian

Model regresi secara umum dapat menganalisa hubungan antara variabel terikat (dependen) dengan satu atau lebih variabel bebas (independent). Desain penelitian ini menggunakan model regresi logistik (regresi logit). Model logit atau model probit dapat digunakan untuk melakukan pendekatan analisis jika suatu variabel terikat (dependen) berupa pilihan dua alternatif jawaban yang berlawanan (ya atau tidak) dan secara matematik dapat dituliskan dengan nilai 0 atau 1. Sedangkan variabel bebas (independent) pada model ini berupa variabel kategori atau variabel kuantitatif. Regresi logistik sering digunakan dalam menyelesaikan masalah klasifikasi pada metode parametrik. Metode ini digunakan untuk menggambarkan hubungan variabel dependen dengan variabel independen bersifat kategori, kontiniu atau kombinasi keduanya.

3.4 Spesifikasi Model

Spesifikasi model pada penelitian ini di pakai untuk mengestimasi faktor-faktor yang mempengaruhi penemuan suspek TB paru. Lokasi penelitian adalah Kecamatan Taman Sari Kota Administrasi Jakarta Barat dengan alasan karena merupakan penemuan kasus yang belum mencapai target yang ditentukan. Setiap variabel yang mempengaruhi faktor-faktor tersebut diduga mempunyai hubungan yang signifikan terhadap variabel terikatnya. Model yang digunakan dalam penelitian ini adalah menggunakan bentuk dasar dari model berikut ;

$$PSTu = \beta_{i0} + \beta_{i1} \text{pengetahuan} + \beta_{i2} \text{sikap} + \beta_{i3} \text{jarak} + \beta_{i4} \text{budaya} + \beta_{i5} \text{persepsi ttg yankes} + \varepsilon_i$$

Keterangan :

$\beta_{i0} \dots \beta_{i5}$ = Koefisien regresi

PST = Penemuan Suspek TB Paru

Jarak = Jarak tempuh untuk mencapai tempat pelayanan kesehatan

Pengetahuan = Pengetahuan masyarakat tentang Penyakit TB Paru

Sikap = sikap masyarakat yang ditunjukkan saat berobat ke pelayanan masyarakat

Budaya = Kebiasaan masyarakat kalau berobat.

Persepsi ten-

tang yankes = Persepsi tentang pelayanan kesehatan yang merupakan hubungan interpersonal dan budaya dalam pelayanan.

3.5 Definisi Operasional Variabel

Berikut adalah daftar variabel yang diukur untuk mendapatkan informasi tentang aksesibilitas dan penemuan suspek TB paru di Kecamatan Taman Sari Kota Administrasi Jakarta Barat. Informasi dikumpulkan menggunakan survey, survey ke pelayanan kesehatan, pemetaan dan observasi akses fisik ke pelayanan kesehatan.

No	Variabel	Definisi	Alat ukur	Cara ukur	Skala
A. Variabel Dependen					
1.	Penemuan Suspek TB Paru	Penderita yang mengalami gejala klinis utama penyakit TB paru berupa batuk berdahak > 2 minggu dan pengalaman memanfaatkan pelayanan kesehatan untuk memeriksakan sputumnya	Kuesioner	- Batuk lebih dari 2 minggu - Pemanfaatan pelayanan kesehatan untuk memeriksakan sputum	Ordinal
B. Variabel Independen					
1.	Jarak ke puskesmas	1. Jarak jangkauan pelayanan secara spasial dari puskesmas 2. Persepsi tentang jarak tempuh untuk mencapai puskesmas yang diketahui responden	GPS/observasi Kuesioner	Pengukuran dengan GPS di lokasi penderita Persepsi jarak dikelompokkan; - Jauh - Sedang - Dekat	Rasio Ordinal

2.	Waktu tempuh	Waktu tempuh rata-rata dalam menit menurut perkiraan responden untuk mencapai puskesmas.	Kuesioner	Pertanyaan tentang persepsi waktu tempuh rata-rata dalam menit, dari tempat tinggal ke puskesmas	Rasio
3.	Pengetahuan	Pengetahuan tentang penyakit TB Paru	Kuesioner	Pertanyaan tentang gejala penyakit TB paru, pemeriksaannya dan pengobatannya Untuk uji spasioal pengetahuan diambil dari nilai rata-rata : ➤ Rata-rata : baik < Rata-rata : kurang	Ordinal
4.	Sikap	Sikap dari penderita tentang penyakit TB paru	Kuesioner	Pernyataan tentang sikap penderita terhadap penyakit TB paru Untuk uji spasioal sikap diambil nilai rata2nya > dari nilai rata-rata dan < dari nilai rata-rata	Ordinal
5.	Budaya	Kebiasaan dari masyarakat dalam melakukan pengobatan	Kuesioner	Persepsi dari penderita dalam melayani pengobatan Untuk uji statistik dibagi 2 yaitu 1. Berobat ke pelayanan kesehatan 2. Tidak beroba ke pelayanan kesehatan	Ordinal
6.	Persepsi tentang yankes	Persepsi responden tentang bagaimana pelayanan di pelayanan kesehatan yang ada	Kuesioner	Pertanyaan tentang bagaimana pelayanan kesehatan yang ada secara keseluruhan	Ordinal

3.6 Lokasi dan Waktu Penelitian

Wilayah analisis adalah seluruh wilayah Kecamatan Taman Sari Kota Administrasi Jakarta Barat. Penelitian ini dilaksanakan selama 4 bulan pada tahun 2011.

3.7 Populasi dan Sampel

Menurut Sugiyono (2008), populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas: obyek/subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang diterapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya. Sedangkan sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut.

Sampel diambil dengan menggunakan *total sampling* sebanyak 45 sampel berdasarkan target mingguan yang ditetapkan oleh program penanggulangan penyakit tuberkulosis paru Sudin Kesehatan Kota Jakarta Barat berdasarkan hasil pencapaian target tahun sebelumnya. Pengambilan sampel dengan jumlah 45 didapatkan dari pengambilan data lapangan yang sudah jenuh.

3.8 Subyek Penelitian

Responden atau subyek dalam penelitian ini terdiri dari sisi pengguna pelayanan kesehatan yaitu penderita dengan gejala utama klinis TB Paru yaitu yang batuk selama lebih dari 2 minggu baik yang pernah dan tidak pernah melakukan pemeriksaan sputum ke puskesmas. Subyek yang merupakan penderita dengan gejala utama klinis TB paru dipilih berdasarkan pendekatan pemilihan sampel secara kluster.

3.9 Metode Pengumpulan Data

Penelitian ini memanfaatkan data primer dan sekunder. Metode pengambilan datanya menggunakan kluster untuk survey cepat. Proses penarikan sampel dengan teknik snowball sampling tingkat kelurahan, dari keseluruhan yang ada di Kecamatan Taman Sari Kota Administrasi Jakarta Barat. Cara ini sangat

efisien karena populasi tersebar luas karena tidak memungkinkan untuk membuat daftar seluruh populasi.

3. 9. 1 Pengumpulan Data Primer

Untuk variabel-variabel independen, jenis data yang digunakan adalah data primer, dalam hal ini penulis menggunakan instrumen kuesioner. Data primer ini diperoleh langsung dari responden berupa jawaban terhadap pertanyaan dalam kuesioner.

Pertanyaan-pertanyaan dalam kuesioner dikutip dari instrumen penelitian Departemen Kesehatan RI (2004).

3. 9. 2 Pengumpulan Data Sekunder

Selain data primer, penulis juga mengumpulkan data sekunder berupa data-data dari pelaksanaan program TB Paru dari Sub Dinas Kesehatan Kota Administrasi Jakarta Barat.

3. 9. 3 Pengolahan Data

Data sekunder diolah secara manual, data primer diolah secara komputerisasi, melalui beberapa tahapan sebagai berikut :

1. Editing data : untuk memeriksa dan meneliti kembali kelengkapan dan ketepatan pengisian kuesioner. Kegiatan ini dilakukan untuk memeriksa apakah terdapat kekeliruan dalam pengisian kuesioner dan kelengkapan pengisian data dari pasien dan pegawai.
2. Coding data : memberi kode-kode pada kolom-kolom yang sudah tersedia untuk memisahkan data berdasarkan klasifikasi yang telah ditentukan. Tahapan ini bertujuan agar mempermudah analisis, serta mempercepat saat melakukan *data scoring*.
3. Data scoring : Untuk memudahkan dalam analisis data, maka data yang telah diberi kode dilakukan penilaian dengan skoring sesuai dengan nilai dari kode-kode yang telah ditentukan

4. Entry data : memasukkan data dari instrumen ke dalam computer agar dapat dianalisis.
5. Cleaning data : Pengecekan kembali data yang telah di-*entry* untuk memastikan bahwa data tersebut bebas dari kesalahan dalam membaca kode.

3.10 Variabel Penelitian

1. Variabel Terikat (*Dependent Variabel*)

Variabel terikat yang digunakan adalah penderita yang mengalami batuk > 2 minggu di Kecamatan Taman Sari Kota Administrasi Jakarta Barat. Dalam penelitian ini ada dua klasifikasi penderita batuk > 2 minggu seperti yang dijelaskan dalam tabel di bawah ini :

Tabel 3.2 Variabel Dependen

Klasifikasi Batuk > 2 minggu	Variabel Terikat	Keterangan
Tidak Periksa	0	Jika penderita mengalami batuk > 2 minggu dan tidak melakukan pemeriksaan sputum ke puskesmas.
Periksa	1	Jika penderita mengalami batuk > 2 minggu dan melakukan pemeriksaan sputum ke puskesmas.

2. Variabel Bebas (*Independent Variabel*)

Sedangkan variabel bebas yang digunakan dalam penelitian ini adalah

- a. Jarak: persepsi tentang jarak tempuh untuk mencapai puskesmas yang diketahui responden yang dibedakan menjadi 2 (binary response

regression model), ketika responden mengatakan dekat, maka diberi nilai 1, dan yang mengatakan jauh diberi nilai 0.

- b. Pengetahuan : Pengetahuan responden tentang penyakit tuberkulosis.
- c. Sikap : Sikap dari penderita tentang penyakit tuberkulosis paru
- d. Budaya : Kebiasaan dari masyarakat atau responden dalam melakukan pengobatan dibedakan menjadi 2 yaitu binary 1 berobat ke pelayanan kesehatan dan 0 yang tidak berobat ke pelayanan kesehatan.
- e. Persepsi tentang pelayanan kesehatan : Persepsi responden tentang bagaimana pelayanan yang diterima dari puskesmas.

3.11 Model Analisis Data

Model logit yang digunakan akan memberikan informasi faktor apa saja yang mempengaruhi penderita yang mengalami batuk ≥ 2 minggu untuk memeriksakan sputumnya ke pelayanan kesehatan.

Binary Logistic Regression (Regresi Logistik Biner). Regresi logistik biner digunakan ketika hanya ada dua kemungkinan variabel respon (Y). Regresi logistik biner telah banyak digunakan secara luas sebagai salah satu alat analisis pemodelan ketika variabel responnya (Y) bersifat biner. Istilah biner merujuk pada penggunaan dua buah bilangan 0 dan 1 untuk menggantikan dua kategori pada variabel respon. Contoh variabel respon yang dimaksud adalah kesuksesan (sukses – gagal), kesetujuan (setuju – tidak setuju), keinginan membeli (ya – tidak), dan masih banyak lagi.

Dalam penelitian ini karena variabel respon (Y) hanya terdiri dari 2 kemungkinan yaitu periksa dan tidak periksa sputum, maka yang digunakan adalah regresi logistik biner.

BAB 4

HASIL PENELITIAN

4.1 Gambaran Umum Kecamatan Taman Sari Kota Administrasi Jakarta Barat

Kecamatan Taman Sari adalah sebuah kecamatan yang berada di Kota Administrasi Jakarta Barat dan merupakan salah satu pusat perdagangan, hotel dan restoran, dimana terdapat mal dan pertokoan di wilayah kecamatan ini. Hal ini menyebabkan Kecamatan Taman Sari telah menjadi pusat kota dari Jakarta Barat. Adapun fasilitas pasar seperti pasar tradisional banyak terdapat di Kecamatan Taman Sari. Terdapat 7 pasar tradisional, dengan jumlah 576 pedagang. Di dalamnya terdapat lokasi yang merupakan pusat perbelanjaan elektronik terbesar di Jakarta yaitu di Kelurahan Glodok. Banyaknya jumlah pasar tradisional menyebabkan daya tarik yang tinggi bagi masyarakat dan mengakibatkan kecamatan ini berpenduduk padat. Jumlah penduduk di Kecamatan Tamansari mencapai 219.824 jiwa dengan tingkat kepadatan 35.801 jiwa/ km². Kecamatan ini memiliki luas wilayah 433 ha. Menurut data statistik 2008, peruntukan luas tanah tersebut terdiri dari perumahan 256,69 ha; industri 0,00 ha; perkantoran 87,04 ha; taman 3,69 ha; pertanian 14,10 ha; lahan tidur 13,24 ha; dan lain-lain 58,24 ha. Secara administratif terdiri 8 kelurahan, 60 RW, 686 RT.

Dikaitkan dengan kejadian kasus tuberkulosa paru, kasus yang tinggi paling banyak terjadi pada kelompok masyarakat dengan sosio ekonomi lemah dan pengaruh kepadatan penduduk. Terjadinya peningkatan kasus dipengaruhi oleh daya tahan tubuh, status gizi dan kebersihan diri individu dan kepadatan hunian lingkungan tempat tinggal. Di daerah Kecamatan ini sangat erat dengan keadaan rumah, kepadatan hunian, lingkungan perumahan, lingkungan dan sanitasi tempat tinggal yang buruk sehingga memudahkan penularan tuberkulosis. Pendapatan keluarga sangat erat juga dengan penularan tuberkulosis, karena pendapatan yang kecil membuat orang tidak dapat hidup layak dengan memenuhi syarat-syarat kesehatan. Kecamatan Taman Sari merupakan kecamatan yang padat

penduduknya dengan keadaan lingkungan pemukiman dan sanitasinya yang kurang baik sehingga merupakan faktor resiko mempermudah penularan penyakit tuberkulosis. Apabila seseorang sudah terpapar dengan bakteri penyebab tuberkulosis akan berakibat buruk seperti menurunkan daya kerja atau produktivitas kerja, menularkan kepada orang lain terutama pada keluarga yang bertempat tinggal serumah, dan tetangga di sekitarnya serta dapat menyebabkan kematian.

Tabel berikut menggambarkan keadaan wilayah di Kecamatan Taman Sari Kota Administrasi Jakarta Barat.

Tabel 4-1. Gambaran keadaan geografi, demografi Kecamatan Taman Sari Kota Administrasi Jakarta Barat Tahun 2010

Kelurahan	Luas (Km ²)	RT	RW	Jumlah Penduduk	Kepadatan penduduk
Pinangsia	0.96	58	7	23.558	24.539
Glodok	0.38	61	5	15.472	40.175
Mangga Besar	0.51	54	6	14.998	29.407
Tangki	0.37	84	7	28.121	76.002
Keagungan	0.32	115	10	33.281	104.003
Krukut	0.55	112	8	38.126	69.320
Taman Sari	0.68	106	8	31.947	46.980
Maphar	0.59	97	9	33.281	56.408

Sumber : data BPS

Dari tabel di atas terlihat untuk kelurahan yang terbanyak penduduknya adalah Kelurahan Krukut sebanyak 38.126 jiwa sedangkan yang terluas wilayahnya adalah Kelurahan Pinangsia dengan luas 0,96 km². Untuk kepadatan penduduk daerah yang terpadat adalah Kelurahan Keagungan dengan kepadatan mencapai 104.003/km².

Tabel 4-2. Persentase penduduk menurut pendidikan yang ditamatkan di Kecamatan Taman Sari Kota Administrasi Jakarta Barat Tahun 2010

Tingkat pendidikan	Persentase (%)
Tidak Tamat SD	34.33
SD	15.81
SLTP	24.25
SLTA	20.94
Akademi	2.52
Universitas	2.14
Total	100

Sumber : data BPS

Dari tabel di atas terlihat bahwa berdasarkan tingkat pendidikan didapatkan bahwa masyarakat yang tidak tamat memiliki persentase tertinggi yaitu 34,33 % dan diikuti oleh yang berpendidikan SLTP sebanyak 24,25 %

Tabel 4-3. Banyaknya Kepala Keluarga per Kelurahan menurut Jenis Kegiatan di Kecamatan Taman Sari Kota Administrasi Jakarta Barat Tahun 2010

Kelurahan	Pertanian	Industri	Bangunan	Perdagangan	Transportasi dan Komunikasi	Keuangan	Pemerintahan	Jasa-jasa	Lain-lain	Jumlah
Krukut	-	1.049	240	2.739	851	78	50	1.248	357	6.612
Maphar	-	74	25	1.906	57	43	18	2.631	281	5.035
Taman Sari	-	11	140	1.157	72	21	17	2.133	1.769	5.320
Keagungan	-	296	996	4.505	97	30	51	276	267	6.518
Glodok	-	19	-	3.215	11	7	18	27	9	3.306
Mangga Besar	-	45	43	1.999	109	136	166	1.456	186	4.140
Tangki	-	450	366	1.223	910	158	27	2.041	561	5.736
Piangsia	-	45	162	1.739	54	73	98	63	1.541	3.775
Total	-	1.989	1.972	18.483	2.161	546	445	9.875	4.971	40.442

Sumber : data BPS

Tabel diatas memperlihatkan bahwa jumlah KK yang terbanyak yaitu yang memiliki kegiatan sebagai pedagang yaitu 18.483 KK dan diikuti oleh jasa-jasa yaitu sebanyak 4.971 KK.

Tabel 4-4. Persentase Penduduk berumur 10 tahun ke atas menurut Jenis Kegiatan dan Jenis Kelamin di Kecamatan Taman Sari Kota Administrasi Jakarta Barat Tahun 2010

URAIAN	Laki-laki	Perempuan	Jumlah
Angkatan kerja	77.09	35.15	43.71
- Bekerja	69.98	28.45	49.39
- Mencari Pekerjaan	7.11	6.70	6.90
Bukan Angkatan Kerja	22.91	64.85	43.71
- Sekolah	18.86	18.35	18.61
- Mengurus rumah tangga	1.06	44.54	22.62
- Lainnya	2.99	1.96	2.48

Sumber : data BPS

4.2 Potensi Pengguna Pelayanan Kesehatan

Jumlah penduduk merupakan salah satu indikator dalam melihat potensi pengguna pelayanan kesehatan. Pada tahun 2010 diperkirakan mengalami pertumbuhan sebesar 2.43 % per tahun. Perkembangan yang pesat ini diperkirakan karena migrasi masuk akibat dari pertumbuhan pada sektor perdagangan. Kementerian Kesehatan menetapkan bahwa perkiraan untuk setiap tahunnya diharapkan penemuan kasus suspek penyakit tuberkulosis adalah 10 % dari jumlah penduduk sehingga potensi pengguna pelayanan kesehatan terutama dalam penemuan suspek penyakit tuberkulosis paru di Kecamatan Taman Sari Kota Administrasi Jakarta Barat pada tahun 2011 diperkirakan sebanyak 2345 kasus. Jika melihat potensi pengguna terhadap pemeriksaan suspek tuberkulosis paru, salah satunya dengan perkiraan jumlah kasus penyakit tuberkulosis paru dengan jaraknya dengan pelayanan kesehatan. Kecamatan Taman Sari sampai saat ini memiliki 5 puskesmas, yang terdiri dari 1 puskesmas tingkat kecamatan dan 4 puskesmas tingkat kelurahan.

4.3 Penemuan Suspek Tuberkulosis Paru

Diperkirakan kuman Tuberculosis (*Mycobacterium tuberculosis*) telah menginfeksi sepertiga penduduk dunia. Di negara-negara berkembang kematian

akibat tuberculosis (TB) merupakan 25% dari seluruh kematian yang sebenarnya dapat dicegah. Diperkirakan 95% penderita TB berada di negara berkembang, 75% penderita TB adalah kelompok usia produktif (15-50 tahun). Pada tahun 1993, WHO mencanangkan kedaruratan global (global emergency) penyakit TB karena pada sebagian besar negara di dunia, penyakit TB ini makin tidak terkendali dan banyak yang tidak berhasil disembuhkan.

Indonesia merupakan negara dengan penderita TB terbanyak ke-3 di dunia setelah India dan Cina. Diperkirakan jumlah penderita TB di Indonesia sekitar 10% dari total jumlah penderita TB di dunia. Tahun 1995, hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) menunjukkan bahwa penyakit TB merupakan penyebab kematian nomor tiga (3) setelah penyakit kardiovaskuler dan penyakit saluran pernafasan pada semua kelompok usia dan nomor satu (1) dari golongan penyakit infeksi. Hasil survey Prevalensi TB di Indonesia tahun 2004 menunjukkan bahwa angka prevalensi TB (dengan pemeriksaan dahak mikroskopis menunjukkan hasil Basil Tahan Asam/BTA positif) secara Nasional 110 per 100.000 penduduk. Di Indonesia terdapat 220.000 orang pasien penderita TB baru per tahun atau 500 orang penderita per hari. Data tahun 2008 menunjukkan angka kematian 88.000 orang/tahun atau 240 orang/hari meninggal akibat penyakit TB.

Penyebab utama meningkatnya beban masalah TB yaitu kemiskinan pada berbagai kelompok masyarakat, kegagalan program TB oleh karena tidak memadainya komitmen politis dan pendanaan, pelayanan TB yang kurang maksimal (kurang terakses oleh masyarakat, diagnosis dan panduan obat yang tidak standar, obat tidak terjamin persediaanya, monitoring dan evaluasi yang kurang baik) dan juga perubahan demografi penduduk.

Apakah kondisi kesehatan yang buruk di negara-negara berkembang juga berakibat negatif terhadap produktivitas orang dewasa? Jawabannya adalah ya. Berbagai studi menunjukkan bahwa orang-orang yang sehat menerima upah yang lebih tinggi. Metode statistik yang cermat menunjukkan bahwa bagian terbesar dari dampak kesehatan terhadap kemampuan menghasilkan pendapatan terletak pada perbedaan produktivitas. Hal ini sebaliknya bukan merupakan hubungan sebab akibat yang menyatakan bahwa upah yang lebih tinggi sebagian

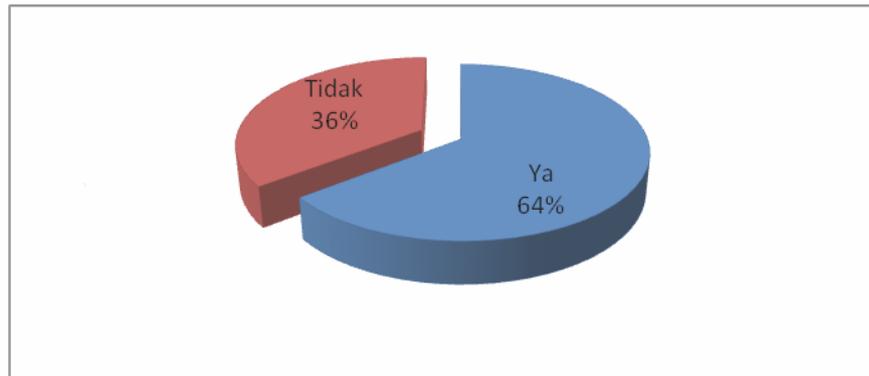
digunakan untuk membeli kesehatan yang lebih baik. Bahwa kesehatan memang mempengaruhi kesempatan kerja, produktivitas, serta upah dan hal ini sangat sering terjadi di antara kaum termiskin. Temuan ini mengaskan prioritas kebijakan di bidang kesehatan dalam pembangunan. Kesehatan bukan hanya merupakan tujuan utama tetapi juga mempunyai dampak yang signifikan terhadap tingkat pendapatan. Masyarakat yang sehat adalah prasyarat dari keberhasilan pembangunan.

Berdasarkan data yang didapatkan dari Suku Dinas Kesehatan Kota Administrasi Jakarta Barat, memperlihatkan bahwa pada tahun 2010 target suspek yang harus diperiksa yaitu 2345 sementara realisasinya hanya 1012 kasus atau sebesar 34 % saja, sedangkan pencapaian target pemeriksaan yang ditetapkan adalah 80 % dari perkiraan suspek .Sementara itu untuk tahun 2011 selama triwulan II pencapaiannya baru 19 % dari 40 % target yang telah ditentukan.

Keinginan memeriksakan dahak oleh masyarakat atau demand masyarakat lebih kecil daripada demand sosialnya. Jika keinginan masyarakat untuk mengetahui kondisinya tinggi atau sebesar demand sosial, maka potensi satu orang yang bisa menularkan kepada 10-15 orang tidak akan terjadi. Hal ini menggambarkan market failure dimana titik keseimbangan antara demand masyarakat dan fasilitas kesehatan belum berada pada titik keseimbangan yang seharusnya. Sehingga perlu dilakukan langkah untuk mencapai demand sosial yaitu merangsang faktor-faktor yang mempengaruhi peningkatan demand tersebut. Disinilah peran dari penyedia fasilitas kesehatan dan pemerintah untuk memperbaiki market failure yang ada.

4.4 Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan dalam Pemeriksaan Sputum

Penelitian ini didasari atas data primer yang diambil dari responden yang mengalami gejala utama penyakit tuberkulosis paru yaitu responden yang mengalami batuk yang lebih dari 2 minggu. Survey tersebut dilakukan dengan mendatangi responden yang batuk ke rumah-rumahnya dengan bantuan dari ketua RT/RW.



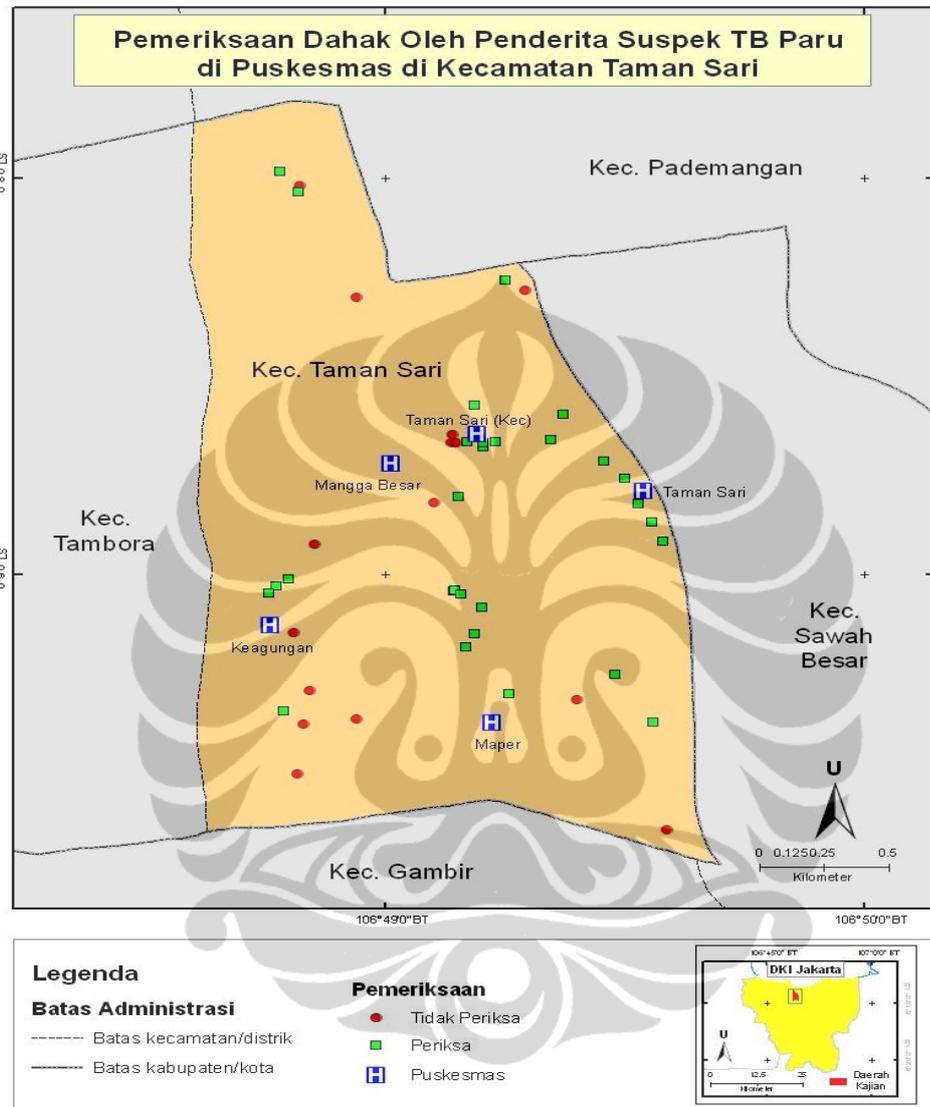
Gambar 4-1. Grafik Pie Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan oleh Responden dalam Pemeriksaan Sputum di Kecamatan Taman Sari Kota Administrasi Jakarta Barat

Sumber : Data Primer

Menurut gambar 4.1, terlihat bahwa dari 45 responden yang diteliti ternyata yang tidak memeriksakan sputumnya ke puskesmas sebanyak 36 %.sedangkan sebanyak 64 % responden memeriksakan sputum ke puskesmas.

Berdasarkan analisa spasial pada gambar 4.2, terlihat bahwa pada wilayah kerja di Puskesmas Kecamatan Taman Sari, masih didapatkan responden yang tidak memeriksakan sputumnya walaupun jarak rumah responden dengan puskesmas tidak jauh, seperti yang terjadi di wilayah kerja Puskesmas Kelurahan Keagungan terdapat banyak penderita bertempat tinggal dekat dengan puskesmas tetapi tidak memeriksakan sputumnya meskipun mengalami batuk lebih dari 2 minggu. Sedangkan pada wilayah kerja Puskesmas Kelurahan Taman Sari, semua responden yang diwawancarai telah memeriksakan sputumnya ke puskesmas. Jika dilihat dari distribusi responden yang melakukan pemeriksaan sputum, terlihat bahwa tempat tinggal mereka menyebar di hampir seluruh wilayah kerja ke 5 puskesmas di Kecamatan Taman sari. puskesmas. Untuk puskesmas Kecamatan Taman Sari didapatkan beberapa titik yang memperlihatkan bahwa ada penderita suspek tuberkulosis paru yang tidak memeriksakan sputumnya ke puskesmas. Dilihat secara spasial, jarak antara responden yang tidak memeriksakan sputumnya itu dekat atau tidak berjauhan dengan puskesmas. Jarak yang dekat bukan jaminan bagi masyarakat untuk bersedia memeriksakan sputumnya. Hal tersebut dikuatkan dengan responden yang berada di wilayah Kelurahan Taman

Sari walaupun responden bertempat tinggal agak jauh dengan puskesmas tetapi responden di wilayah tersebut semuanya memeriksakan sputumnya ke puskesmas.



Gambar 4-2. Peta Spasial Pemeriksaan Sputum ke Pelayanan Kesehatan di Wilayah Kecamatan Taman Sari Kota Administrasi Jakarta Barat

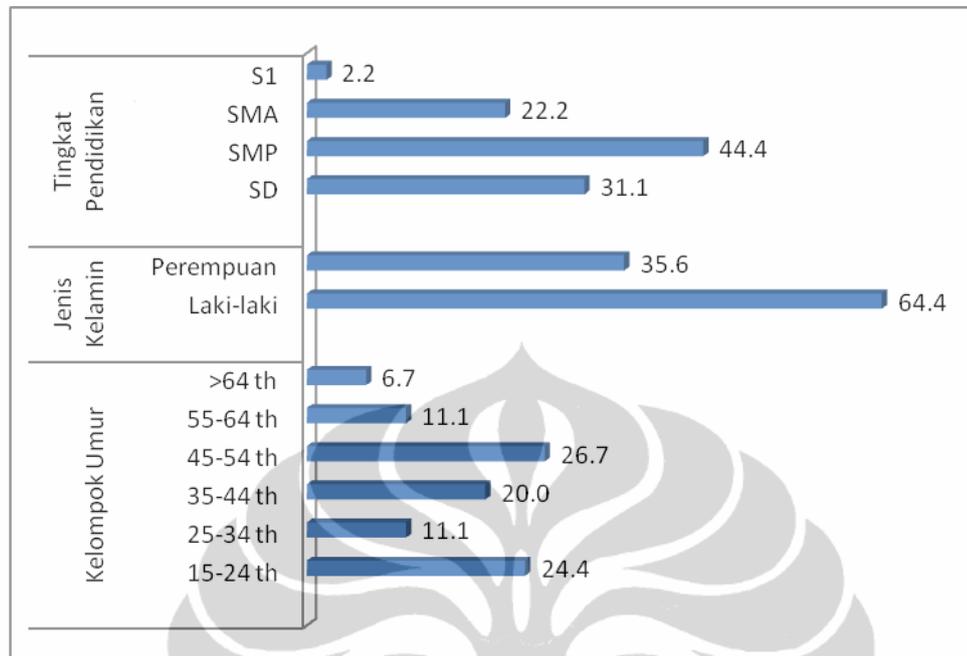
Menurut Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis Departemen Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2009, tujuan penanggulangan tuberkulosis untuk jangka panjang adalah menurunkan angka kesakitan dan angka kematian penyakit tuberkulosis dengan cara memutuskan rantai penularan, sehingga penyakit tuberkulosis tidak lagi merupakan masalah kesehatan masyarakat Indonesia. Untuk jangka pendek tujuannya adalah tercapainya angka kesembuhan

minimal 85 % dari semua penderita baru BTA (+) yang ditemukan dan tercapainya cakupan penemuan penderita secara bertahap sehingga pada tahun 2010 dapat mencapai 80 % dari perkiraan semua penderita BTA (+).

Kebijakan operasional penanggulangan TBC nasional antara lain adalah :

1. Penanggulangan TBC di Indonesia dilaksanakan dengan desentralisasi sesuai dengan kebijaksanaan Departemen Kesehatan,
2. Penanggulangan TBC dilaksanakan oleh seluruh Unit Pelayanan Kesehatan, meliputi Puskesmas, Rumah Sakit Pemerintah dan swasta, BP4 serta Praktek Dokter Swasta, poliklinik umum, poliklinik perusahaan dengan melibatkan peran serta masyarakat secara paripurna dan terpadu.
3. Peningkatan mutu pelayanan, penggunaan obat yang rasional dan kombinasi obat yang sesuai dengan strategi DOTS.
4. Target program adalah konversi pada akhir pengobatan tahap intensif minimal 80%, angka kesembuhan minimal 85% dari kasus baru BTA positif, dengan pemeriksaan sediaan dahak yang benar (angka kesalahan maksimal 5%).
5. Pemeriksaan uji silang (cross check) secara rutin oleh balai Laboratorium Kesehatan (BLK) dan laboratorium rujukan yang ditunjuk Untuk mendapatkan pemeriksaan dahak yang bermutu.
6. Penangulangan TBC Nasional diberikan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) kepada penderita secara cuma-cuma dan dijamin ketersediaannya.
7. Pengembangan sistem pemantauan, supervisi dan evaluasi program untuk mempertahankan kualitas pelaksanaan program.
8. Menggalang kerjasama dan kemitraan dengan program terkait, sektor pemerintah dan swasta.

4.5 Karakteristik Responden

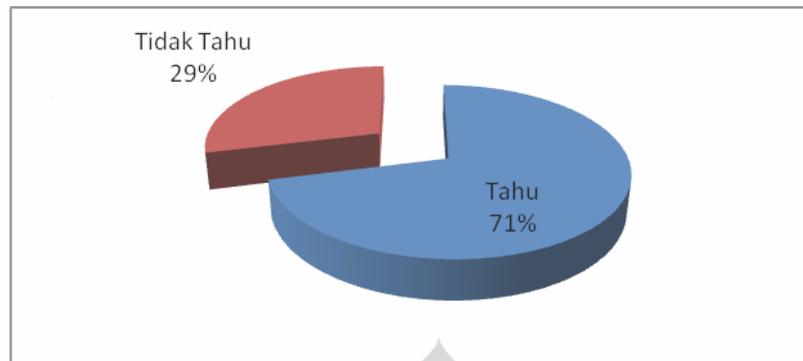


Gambar 4-3. Karakteristik Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan, Jenis Kelamin dan Kelompok Umur di Wilayah Kecamatan Taman Sari Kota Administrasi Jakarta Barat.

Sumber : Data Primer

45 responden telah dikunjungi dan dilakukan wawancara dengan variabel pengetahuan tentang penyakit tuberkulosis paru, sikap terhadap penyakit tuberkulosis paru, jarak terhadap pelayanan kesehatan dalam hal ini adalah puskesmas, budaya berobat serta persepsi tentang pelayanan kesehatan yang diberikan. Wawancara dilakukan kepada responden yang berusia 15 tahun ke atas. Dari gambar diatas didapatkan bahwa untuk tingkat pendidikan responden terbanyak yaitu SMP (44,4 %) diikuti oleh responden yang berpendidikan SD sebanyak 31,1 %. Berdasarkan jenis kelamin responden terbanyak yaitu laki-laki (64,4 %) sedangkan perempuan 35,6 % serta untuk kelompok umur terbanyak yaitu pada kelompok 45 -54 tahun (26.7 %) diikuti responden dengan kelompok umur 15-24 tahun sebanyak 24,4 %.

4.6 Pengetahuan Responden



Gambar 4-4. Grafik Pie Tingkat Pengetahuan Responden terhadap Penyakit Tuberkulosis Paru Kecamatan Taman Sari Kota Administrasi Jakarta Barat

Sumber : Data Primer

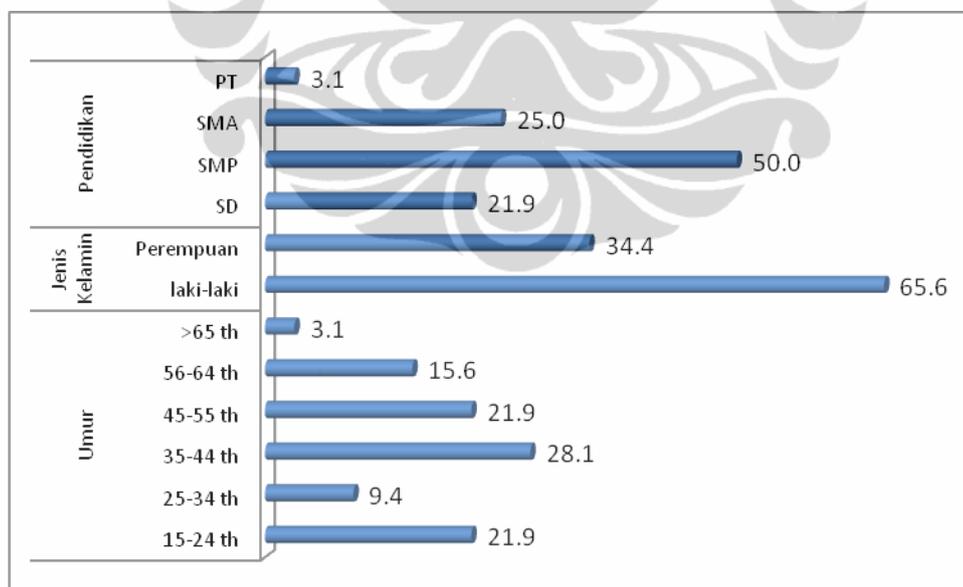
Berdasarkan gambar 4.4 responden yang tahu terhadap penyakit tuberkulosis paru adalah 71 % sedangkan yang tidak mengetahui apa itu penyakit tuberkulosis paru adalah 29 % dari seluruh responden.

Tabel 4-5. Persentase Responden Terhadap Yang Memiliki Pengetahuan Tentang Penyakit Tuberkulosis Paru Berdasarkan Karakteristik Umur, Jenis Kelamin dan Tingkat Pendidikan di Kecamatan Taman Sari Kota Administrasi Jakarta Barat

Karakteristik	Tahu Tentang TUBERKULOSIS Paru		Tidak Tahu TUBERKULOSIS Paru		Total
	n	%	n	%	
Umur					
- 15-24 th	7	63.6	4	36.0	11
- 25-34 th	3	60.0	2	40.0	5
- 35-44 th	9	100.0	0	0.0	9
- 45-54 th	7	58.3	5	41.7	12
- 55-64 th	5	100.0	0	0.0	5
- >65 th	1	33.3	2	66.7	3
Jenis Kelamin					
- Laki-laki	21	72.4	8	27.6	29
- Perempuan	11	68.8	5	31.3	16
Tingkat Pendidikan					
- SD	7	50.0	7	50.0	14
- SMP	16	80.0	4	20.0	20
- SMA	8	80.0	2	20.0	10
- PT	1	100.0	0	0.0	1
Total	32	71.0	13	29.0	45

Berdasarkan tabel 4.2, responden yang memiliki pengetahuan tentang penyakit tuberkulosis paru didapatkan persentase tertinggi pada kelompok umur 35-44 tahun dan 55-64 tahun yaitu 100 % dan yang terendah pada kelompok umur > 65 tahun yaitu 33,3 %, sementara untuk yang responden yang tidak mengetahui tentang penyakit tuberkulosis paru didapatkan persentase tertinggi pada kelompok umur > 65 tahun sebanyak 66,7 % diikuti kelompok umur 45-54 tahun yaitu 41,7 %.

Berdasarkan karakteristik jenis kelamin persentase tertinggi responden yang memiliki pengetahuan terhadap penyakit tuberkulosis paru adalah laki-laki sebanyak 72,4 % dan untuk perempuan terlihat kondisi sebaliknya yaitu memiliki persentase tertinggi tidak memiliki pengetahuan tentang penyakit tuberkulosis paru. Berdasarkan Tingkat pendidikan, yang terbanyak mengetahui tentang penyakit tuberkulosis paru adalah tamatan perguruan tinggi yaitu 100 % sedangkan yang terendah yaitu SD sebesar 50 %, sedangkan responden yang tidak tahu tentang penyakit tuberkulosis paru terbanyak pada kelompok yang berpendidikan SD yaitu 50 %, diikuti oleh kelompok yang berpendidikan SMP dan SMA sebesar 20 % dari jumlah responden pada kelompok tersebut..



Gambar 4-5. Persentase Responden yang Tahu tentang penyakit Tuberkulosis Paru berdasarkan Tingkat Pendidikan, Jenis Kelamin dan Umur di Kecamatan Taman Sari Kota Administrasi Jakarta Barat

Sumber : Data Primer

Sebanyak 32 responden dari 45 responden yang diwawancarai didapatkan, bahwa yang memiliki pengetahuan tentang penyakit tuberkulosis paru. Kelompok yang memiliki tingkat pendidikan yang mengetahui tentang penyakit tuberkulosis paru yang tertinggi yaitu kelompok SMP (50 %) dan berdasarkan karakteristik jenis kelamin yang terbanyak yang mengetahui penyakit tuberkulosis paru adalah laki-laki (65,6 %) serta kelompok umur terbanyak yang mengetahui penyakit tuberkulosis paru adalah pada kelompok 35-44 tahun (28.1 %) diikuti oleh kelompok umur 15-24 tahun dan 45-55 tahun dengan masing-masingnya 21,9 %

Tabel 4.3 memperlihatkan persentase responden terhadap sumber informasi tentang penyakit tuberkulosis paru, didapatkan tujuh puluh satu persen responden yang mengetahui penyakit tuberkulosis paru, mendapatkan informasi dari tokoh agama/tokoh masyarakat/guru (71,8 %), diikuti media elektronik (televisi atau radio) (59.4 %), teman/orangtua/keluarga (46.8 %) dan media cetak (poster, leaflet, majalah, koran) hanya 3.1 % sedangkan tidak ada satupun responden mendapatkan informasi tentang tuberkulosis paru dari tenaga kesehatan.

Kelompok umur 35-44 tahun merupakan kelompok yang tertinggi yang mendapatkan informasi tentang penyakit tuberkulosis paru yang bersumber dari tokoh masyarakat/tokoh agama (21,875 %) dan dilanjutkan oleh kelompok umur 45-54 tahun (15,625 %) sedangkan untuk kelompok umur 15-24 tahun dan kelompok umur 35-44 tahun mendapatkan informasi tentang penyakit tuberkulosis paru dari media elektronik seperti televisi dan radio masing-masing 15,625 %. Akses informasi dari tenaga kesehatan tidak didapatkan satupun dari responden.

Selanjutnya berdasarkan jenis kelamin didapatkan laki-laki memiliki akses informasi yang tinggi dari media elektronik dan tokoh masyarakat/tokoh agama masing-masing sebanyak 46,75 %, sementara untuk responden berjenis kelamin perempuan didapatkan sumber informasi tertinggi dari teman/orang tua/keluarga yaitu 21,875 % dan tidak ada satupun responden perempuan yang mendapatkan informasi tentang penyakit tuberkulosis paru dari media cetak.

Sumber informasi dari tokoh agama/tokoh masyarakat merupakan sumber informasi yang paling banyak yang diperoleh dari hampir semua tingkat pendidikan seperti pada kelompok tingkat pendidikan SMP yaitu 34,375 %, SD (18,75 %) dan SMA (15,635 %) kemudian diikuti oleh sumber informasi yang berasal dari media elektronik seperti kelompok tingkat pendidikan SMA (21,875 %), SD (12,5 %) dan teman/orang tua/keluarga seperti kelompok SMA (12,5 %), SD (6,25 %).

Tabel 4.3 dibawah merupakan distribusi secara keseluruhan persentase responden yang mengetahui tentang tuberkulosis paru berdasarkan sumber informasi:

Tabel 4-6. Persentase Responden Yang Mengetahui Tentang Penyakit Tuberkulosis Paru Berdasarkan Sumber Informasi di Kecamatan Taman Sari Kota Administrasi Jakarta Barat

Karakteristik	Sumber Informasi					Total
	Media Elektronik	Media Cetak	Tokoh Agama/Tokoh Masyarakat	Teman/Ortu/Keluarga	Tenaga Kesehatan	
Umur						
- 15-24 th	15.625	0	12.5	9.375	0	12
- 25-34 th	6.25	0	6.25	9.375	0	7
- 35-44 th	15.625	0	21.875	12.5	0	16
- 45-54 th	9.375	3.125	15.625	9.375	0	12
- 55-64 th	9.375	0	12.5	6.25	0	9
- >65 th	3.125	0	3.125	0	0	2
Jenis Kelamin	46.875	3.125	46.875	25	0	39
- Laki-laki	12.5	0	25	21.875	0	19
- Perempuan						
Tingkat Pendidikan	12.5	3.125	18.75	6.25	0	13
- SD	25	0	34.375	25	0	27
- SMP	21.875	0	15.625	12.5	0	16
- SMA	0	0	3.125	3.125	0	2
- PT						

Sumber : Data Primer

Tabel 4-7. Persentase Responden Yang Mengetahui Tentang Cara Penularan Tuberkulosis Paru Berdasarkan Ketepatan Jawaban yang Diberikan di Kecamatan Taman Sari Kota Administrasi Jakarta Barat

Karakteristik	Cara Penularan			Total
	Jawaban Tepat	Tepat tapi belum komplet	Jawaban salah	
Umur				
- 15-24 th	100	0	0	2
- 25-34 th	0	100	0	1
- 35-44 th	66.67	0	33.33	3
- 45-54 th	0	100	0	1
- 55-64 th	100	0	0	1
- >65 th	0	0	0	0
Jenis Kelamin				
- Laki-laki	80	0	20	5
- Perempuan	33.33	66.67	0	3
Tingkat Pendidikan				
- SD				
- SMP	0	100	0	1
- SMA	66.67	0	33.33	3
- PT	75	25	0	4
	0	0	0	0

Sumber : Data Primer

Berdasarkan tabel 4.4, menunjukkan bahwa dari responden yang mengetahui penyakit tuberkulosis paru bahwa untuk kelompok umur 15-24 tahun dan 55-64 tahun yang memiliki ketepatan jawaban dalam menjawab pertanyaan tentang cara penularan penyakit tuberkulosis paru, kelompok umur 25-34 tahun dan 45-54 tahun menjawab tepat tetapi belum komplet. Kelompok umur 35-44 tahun memiliki jawaban tepat 66,67 % dan jawaban salah 33,3 %.

Laki-laki dalam mengetahui cara penularan didapatkan yang menjawab tepat adalah 80 % dan jawaban yang salah adalah 20 %. Perempuan dalam mengetahui cara penularannya didapatkan menjawab tepat tetapi kurang komplet (66,67 %). Untuk tingkat pendidikan ternyata 100 % dari responden yang

berpendidikan SD mengetahui cara penularan tetapi belum menjawab dengan komplet. Yang berpendidikan SMP menjawab tepat sebanyak 66,67 % dan jawaban salah adalah 33,3 %. Tingkat pendidikan SMA yang menjawab cara penularan dengan tepat yaitu 75 %.

Tabel 4-8. Persentase Responden Yang Mengetahui Tentang Gejala Utama Tuberkulosis Paru Berdasarkan Karakteristik di Kecamatan Taman Sari Kota Administrasi Jakarta Barat

Karakteristik	Gejala Utama Tuberkulosis Paru			Total
	Tahu 2 gejala utama	Tahu 1 gejala utama	Tidak tahu gejalanya	
Umur				
- 15-24 th	100	0	0	3
- 25-34 th	100	0	0	2
- 35-44 th	100	0	0	6
- 45-54 th	75	25	0	4
- 55-64 th	80	20	0	5
- >65 th	0	0	0	0
Jenis Kelamin				
- Laki-laki	91.67	3.33	0	12
- Perempuan	87.5	12.5	0	8
Tingkat Pendidikan				
- SD				
- SMP	66.67	33.33	0	6
- SMA	100	0	0	8
- PT	100	0	0	5
	100	0	0	1

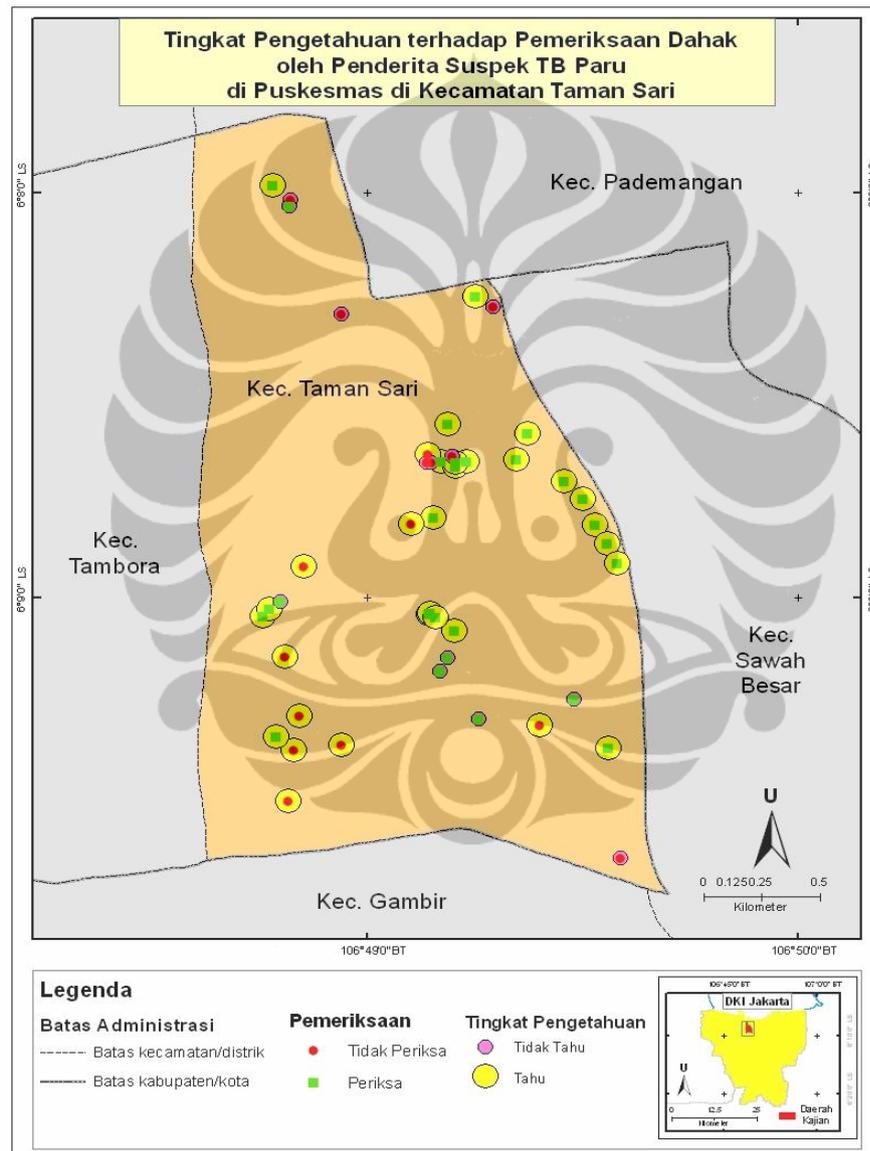
Sumber : Data Primer

Persentase responden yang mengetahui 2 gejala utama tuberkulosis paru berada pada kelompok umur 15-24 tahun, 25-34 tahun, 35-44 tahun sedangkan pada kelompok umur 45-54 tahun dan 55-64 tahun masih ada yang hanya 1 tahu gejala utamanya. Pada umumnya responden laki-laki mengetahui 2 tanda gejala

Universitas Indonesia

utama penyakit tuberkulosis paru yaitu 91,67 % dan perempuan sebanyak 87,5 %.

Tingkat pendidikan SMP, SMA dan perguruan tinggi mengetahui 2 tanda gejala utama tuberkulosis paru yaitu 100 %, untuk yang berpendidikan SD masih ada yang tahu gejala utama penyakit T B paru dengan hanya mengenali satu tanda saja.



Gambar 4-6. Peta Spasial Tingkat Pengetahuan terhadap Pemeriksaan Sputum di Wilayah Kecamatan Taman Sari Kota Administrasi Jakarta Barat

Berdasarkan peta spasial di atas bercerita tentang tingkat pengetahuan responden terhadap pemeriksaan sputum, didapatkan beberapa titik dimana masih ada yang berpengetahuan baik terhadap penyakit tuberkulosis paru tetapi tidak memeriksakan sputumnya ke puskesmas. Ini terjadi di daerah wilayah kerja Puskesmas Keagungan ada 6 titik yang didapatkan bahwa responden mengetahui tentang penyakit tuberkulosis paru tetapi tidak memeriksakannya ke puskesmas. Untuk puskesmas Kelurahan Taman Sari semua responden yang tahu memeriksakan sputumnya ke puskesmas di wilayah tersebut. Puskesmas Kecamatan Taman Sari dilihat dari peta didapatkan beberapa titik dimana responden tidak mengetahui dan juga tidak memeriksakan sputumnya ke puskesmas.

4.7 Jarak Responden Terhadap Pelayanan Kesehatan Tuberkulosis Paru

Penilaian aksesibilitas fisik diperlihatkan melalui persepsi responden tentang jarak dan waktu, serta jenis alat transportasi yang digunakan untuk mencapai pelayanan kesehatan terdekat. Selain itu aksesibilitas spasial untuk fisik juga direpresentasikan dengan jangkauan pelayanan kesehatan tuberkulosis paru. Aksesibilitas fisik direpresentasikan dengan jarak geografis antara pengguna pelayanan kesehatan tuberkulosis paru dengan fasilitas kesehatan, yang mungkin digunakan. Fasilitas pelayanan kesehatan tuberkulosis paru tersebut adalah seluruh fasilitas kesehatan yang lokasi geografis berada dekat dengan lokasi permukiman responden. Akses fisik tersebut diduga dapat mempengaruhi pemanfaatan pemeriksaan sputum. Akses fisik diwakili oleh persepsi jarak ke pelayanan kesehatan terdekat, waktu tempuh ke pelayanan kesehatan terdekat, dan sarana transportasi yang digunakan untuk mencapai pelayanan kesehatan. Distribusi responden berdasarkan akses fisik terlihat pada tabel 8.

Persepsi terhadap jarak ke pelayanan kesehatan tidak berarti sama dengan jarak secara geografis. Persepsi terhadap jarak jika dibandingkan dengan perkiraan waktu tempuh yang dialami oleh responden ke pelayanan kesehatan dekat, dan nilai modus jarak tempuh di bawah 15 menit.

Tabel 4-9. Distribusi Responden berdasarkan Akses Fisik di Kecamatan Taman Sari Kota Administrasi Jakarta Barat

No	Variabel	(%)
1	Persepsi terhadap Jarak ke Yankes	
	- Jauh	33.3
	- Sedang	17.8
	- Dekat	48.9
2	Waktu tempuh ke Yankes	
	- > 15 menit	53.3
	- 6 – 15 menit	33.3
	- < 5 menit	13.4
3	Sarana Transportasi	
	- Jalan kaki	44.4
	- Ojek/motor	28.9
	- Angkot	26.7
	- Mobil Pribadi	0

Sumber : Data Primer

Menggunakan asumsi berjalan kaki oleh perempuan, maka jarak optimum dibandingkan dengan modus waktu tempuh responden, maka diperkirakan mempunyai jarak tempuh optimum pelayanan kesehatan adalah sekitar 1.250 meter (Laplante & Kaese, 2004). Karena untuk pemeriksaan sputum menggunakan puskesmas sebagai tempat pelayanan, maka jarak optimum tersebut merujuk ke puskesmas. Perhitungan jarak optimum dengan puskesmas yaitu 3 kilometer (Depkes 1999).

Dari tabel di atas didapat persepsi jarak ke puskesmas didapatkan bahwa jarak yang dekat didapatkan persentasenya 48,9 %, sedangkan yang berpendapat jauh sebanyak 33,3 %. Menurut waktu didapatkan lebih besar pada waktu tempuh yang > 15 menit sebanyak 53,3 % dan waktu tempuh < 5 menit 13,4 %. Sarana responden dalam mencapai akses puskesmas yaitu dengan berjalan kaki 44,4 % dan yang menggunakan ojek/ motor 28.9% serta angkuta kota sebanyak 26.7 %.

Tabel 4-10. Distribusi Responden Terhadap Persepsi Jarak Puskesmas dengan Tempat Tinggal Berdasarkan Karakteristik di Kecamatan Sari Kota Administrasi Jakarta Barat

Karakteristik	Persepsi Jarak						Total	
	Dekat		Sedang		Jauh		n	%
	N	%	n	%	n	%		
Umur								
- 15-24 th	7	63.64	1	9.09	3	27.27	11	100
- 25-34 th	3	60	1	20	1	20	5	100
- 35-44 th	4	44.4	2	22.3	3	33.3	9	100
- 45-54 th	5	41.67	3	25	4	33.3	12	100
- 55-64 th	2	40	1	20	2	40	5	100
- >65 th	1	33.33	0	0	2	66.67	3	100
Total	22	48.89	8	17.78	15	33.33	45	100
Jenis Kelamin								
- Laki-laki	15	51.73	3	10.34	11	37.93	29	100
- Perempuan	7	43.75	5	31.25	4	25	16	100
Total	22	48.89	8	17.78	15	33.33	45	100
Tingkat Pendidikan								
- SD								
- SMP	9	64.28	3	21.43	2	14.28	14	100
- SMA	9	45	4	20	7	35	20	100
- PT	4	40	1	10	5	50	10	100
Total	0	0	0	0	1	100	1	100
	22	48.89	8	17.77	15	33.34	45	100

Sumber : Data Primer

Berbicara tentang persepsi jarak menurut responden berdasarkan karakteristiknya diperlihatkan dari tabel di atas, sebagian besar responden dari seluruh kelompok umur menyatakan jarak rumah dengan pelayanan kesehatan adalah dekat kecuali di kelompok umur > 65 tahun menyatakan 66,67 % respondennya menyatakan jarak rumah dengan pelayanan kesehatan adalah jauh. Sebagian besar laki-laki juga menyatakan jarak rumah dengan pelayanan kesehatan juga dekat yaitu 51,73 % sedangkan yang menyatakan jauh adalah 37,93 %. Untuk responden yang berkelamin perempuan didapatkan juga bahwa 43,75 % menyatakan dekat dan 31,25 % dekat.

Berdasarkan tingkat pendidikan didapatkan bahwa untuk yang berpendidikan SMA menyatakan jauh ke tempat pelayanan kesehatan yaitu 50 %. Begitu juga dengan yang berpendidikan perguruan tinggi menyatakan bahwa jarak rumahnya dengan pelayanan kesehatan adalah jauh (100%). Dari semua tingkat pendidikan, yang berpendidikan SD yang memiliki persentase yang tinggi yang menyatakan dekat jarak antara rumah dan tempat pelayanan kesehatan yaitu 64,28 %.

Tabel 4-11. Distribusi Responden Terhadap Waktu Tempuh Puskesmas dengan Tempat Tinggal Berdasarkan Karakteristik di Kecamatan Sari Kota Administrasi Jakarta Barat

Karakteristik	Waktu Tempuh						Total	
	Dekat		Sedang		Jauh		n	%
	N	%	n	%	n	%		
Umur								
- 15-24 th	5	45.4	3	27.7	3	27.7	11	100
- 25-34 th	2	40	2	40	1	20	5	100
- 35-44 th	4	44.4	5	55.55	0	0	9	100
- 45-54 th	7	58.3	5	41.67	0	0	12	100
- 55-64 th	3	60	0	0	2	40	5	100
- >65 th	3	100	0	0	0	0	3	100
Total	24	53.3	15	33.3	6	13.4	45	100
Jenis Kelamin								
- Laki-laki	16	55.17	9	31.03	4	13.79	29	100
- Perempuan	8	50	6	37.5	2	12.5	16	100
Total	24	53.3	15	33.3	6	13.4	45	100
Tingkat Pendidikan								
- SD	5	35.7	6	42.8	3	21.5	14	100
- SMP	12	60	6	30	2	10	20	100
- SMA	6	60	3	30	1	10	10	100
- PT	1	100	0	0	0	0	1	100
Total	24	53.3	15	33.3	6	13.4	45	100

Sumber : Data Primer

Waktu tempuh yang diperlihatkan tabel di atas, terlihat bahwa pada kelompok umur > 65 tahun yang menyatakan dekat dengan pelayanan kesehatan, sedangkan pada kelompok umur 35-44 tahun sebagian besar menyatakan sedang waktu tempuhnya antara pelayanan kesehatan dengan tempat tinggalnya yaitu 55,55 %. Lebih dari separuh responden laki-laki menyatakan dekat waktu tempuh

Universitas Indonesia

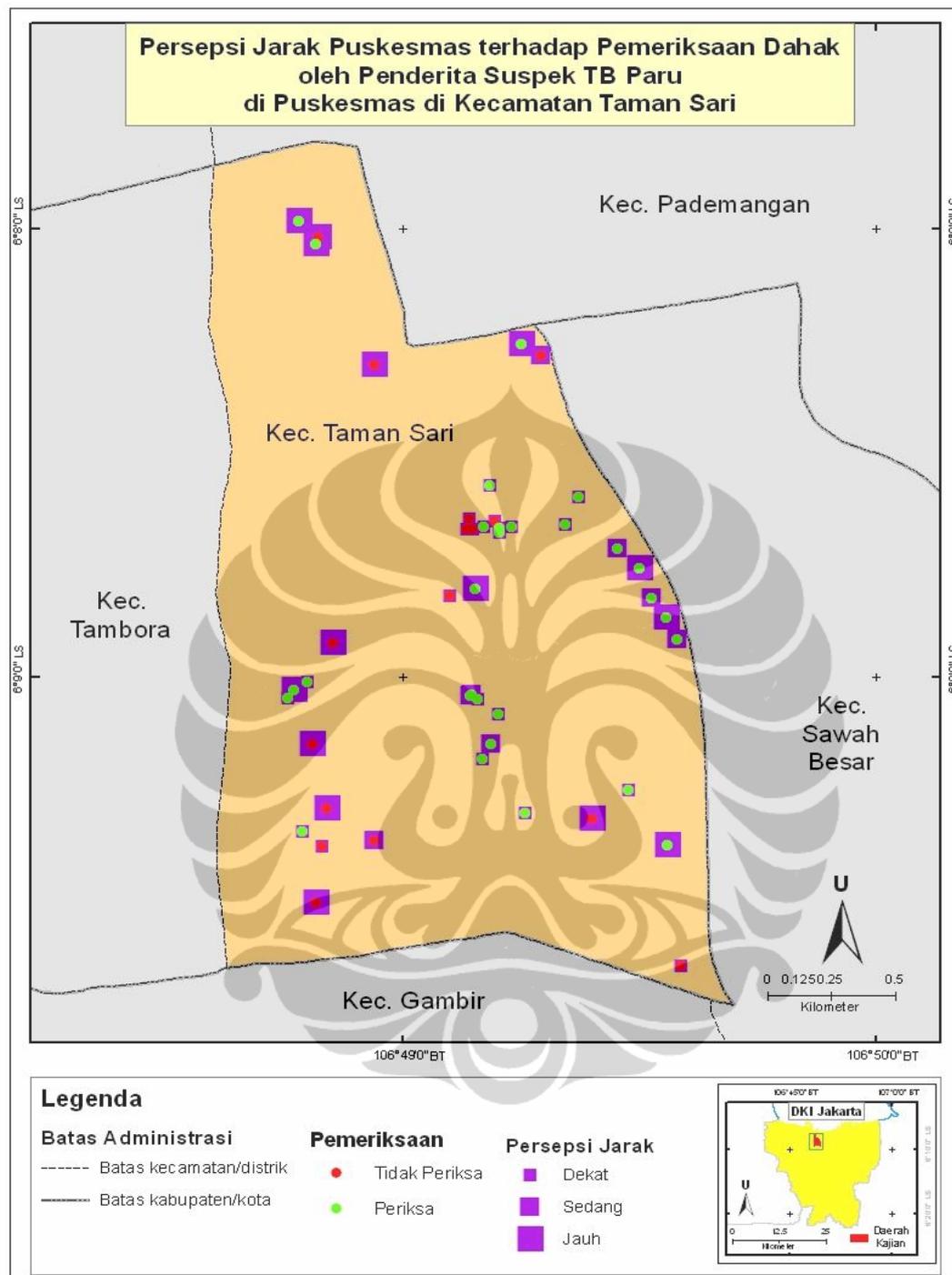
ke pelayanan kesehatan yaitu 55,17 % sedangkan untuk yang berpendidikan tinggi menyatakan waktu tempuhnya ke pelayanan kesehatan dekat.

Tabel 4-12. Distribusi Responden dalam Penggunaan Sarana Transportasi ke Puskesmas Berdasarkan Karakteristik di Kecamatan Sari Kota Administrasi Jakarta Barat

Karakteristik	Sarana Transportasi						Total	
	Jalan kaki		Angkot/Bus		Ojek/motor		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Umur								
- 15-24 th	7	63.64	1	9.09	3	27.27	11	100
- 25-34 th	3	60	1	20	1	20	5	100
- 35-44 th	4	44.44	2	22.22	3	33.33	9	100
- 45-54 th	3	25	5	41.67	4	33.33	12	100
- 55-64 th	2	40	2	40	1	20	5	100
- >65 th	1	33.3	1	33.3	1	33.3	3	100
Total	20	44.4	12	26.7	13	28.9	45	100
Jenis Kelamin								
- Laki-laki	14	48.27	8	27.59	7	24.14	29	100
- Perempuan	6	37.5	4	25	6	37.5	16	100
Total	20	44.4	12	26.7	13	28.9	45	100
Tingkat Pendidikan								
- SD	6	42.85	2	14.28	6	42.86	14	100
- SMP	10	50	6	30	4	20	20	100
- SMA	4	40	3	30	3	30	10	100
- PT	0	0	1	100	0	0	1	100
Total	20	44.4	12	26.7	13	28.9	45	100

Sumber : Data Primer

Sarana transportasi yang digunakan responden adalah jalan kaki. Persentase tertinggi didapat dari kategori kelompok umur 15-25 tahun (63,64%) dan pada responden berjenis kelamin laki-laki (48,27%) dan yang berpendidikan SMP (50%). Untuk kendaraan angkutan kota/bus didapatkan yang tertinggi pada kelompok umur 45-54 tahun (41,67%). Untuk yang berpendidikan perguruan tinggi menggunakan sarana transportasinya yaitu angkutan kota/bus dalam mendapatkan pelayanannya.



Gambar 4-7. Peta Spasial Persepsi Jarak terhadap Pemeriksaan Sputum ke Pelayanan Kesehatan di Wilayah Kecamatan Taman Sari Kota Administrasi Jakarta Barat

Gambar spasial di atas menunjukkan responden yang memiliki persepsi tentang akses ke pelayanan kesehatan terlihat bahwa untuk wilayah puskesmas Kelurahan Taman sari didapatkan bahwa hampir seluruh respon mengatakan jarak dengan puskesmas ke dalam kategori jauh dan sedang tetapi memeriksakan

sputumnya ke puskesmas. Puskesmas di Kecamatan Taman Sari memperlihatkan hal yang sebaliknya bahwa banyak responden yang mengatakan dekat tetapi tidak memeriksakan sputumnya ke pelayanan kesehatan. Untuk Puskesmas Keagungan didapatkan responden yang mengatakan jarak yang jauh tetapi juga tidak memeriksakan sputumnya ke puskesmas.

Tabel 4-2. Distribusi Persentase Responden tentang Sikap terhadap Penyakit Tuberkulosis Paru di Kecamatan Sari Kota Administrasi Jakarta Barat

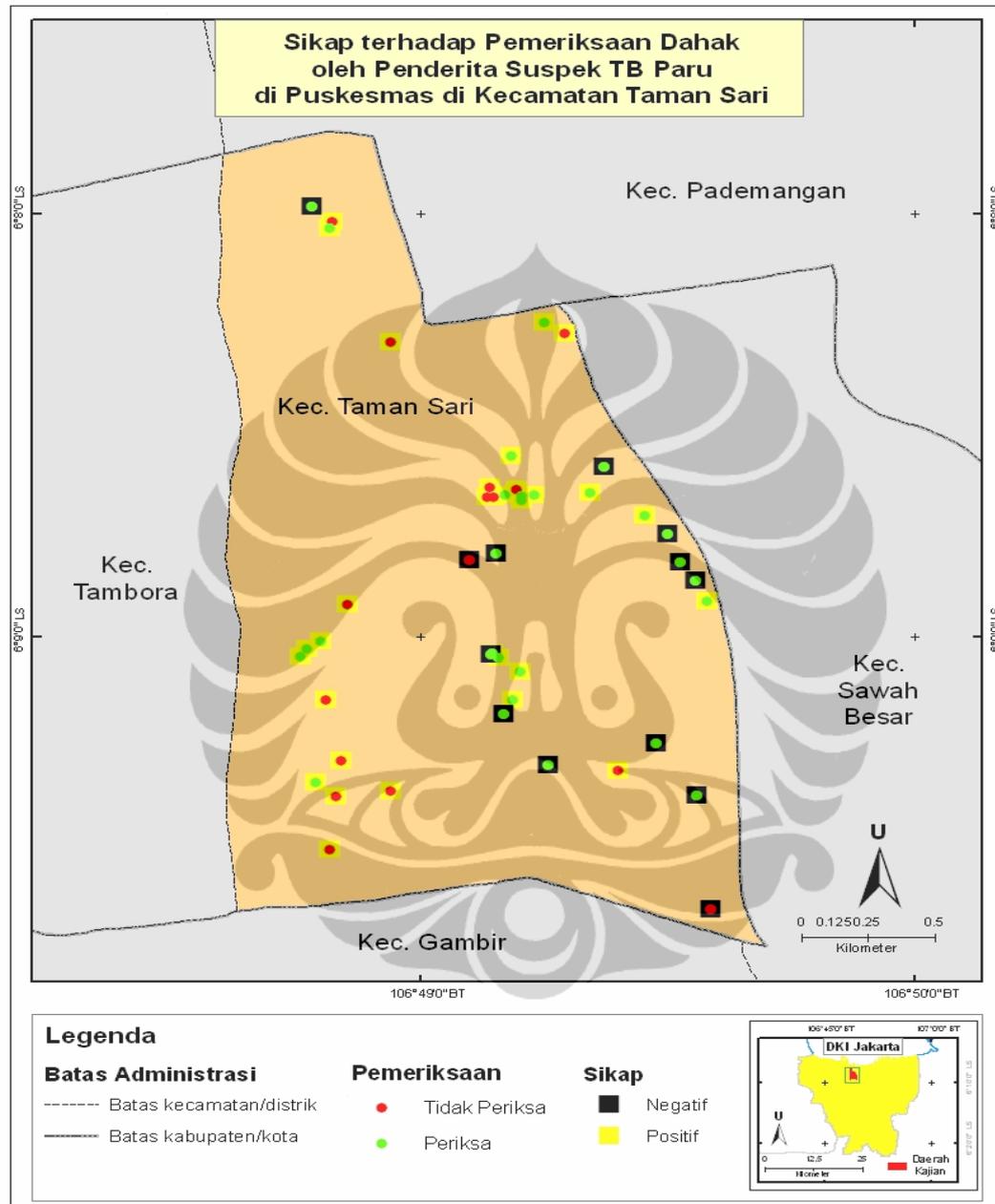
Pernyataan	Sikap									
	Sangat setuju		Setuju		Ragu-ragu		Kurang Setuju		Tidak setuju	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ketika mengalami batuk yang lebih dari 2 minggu kita perlu pergi ke puskesmas untuk melakukan pemeriksaan	0	0	38	84.4	5	11.1	1	2.2	1	2.2
Saya merasa perlu untuk melakukan pemeriksaan terhadap batuk yang saya derita	0	0	38	84.4	6	13.3	1	2.2	0	0
Apakah Bapak /Ibu setuju jika semua orang harus mengetahui bahaya penyakit Tuberkulosis Paru	0	0	41	91.1	3	6.7	1	2.2	0	0
Setujukah Bapak/ibu ketika ada penyuluhan mengenai penyakit tuberkulosis Bapak/Ibu akan menghadirinya.	2	4.4	40	88.9	2	4.4	1	2.2	0	0
Jika seseorang menderita batuk lebih dari 2 minggu dugaan saya orang tersebut mengalami gejala Tuberkulosis Paru.	3	6.7	7	15.6	5	11.1	29	64.4	1	2.2
Bila seseorang mengalami batuk lebih dari 2 minggu maka akan mengganggu aktivitas sehari-harinya.	1	2.2	32	71.1	5	11.1	6	13.3	1	2.2
Bila ada yang disekitar Bapak/Ibu mengalami batuk lebih dari 2 minggu maka orang yang disekitarnya cenderung untuk menghindarkan diri atau menjauhi penderita tersebut.	1	2.2	27	60.0	7	15.6	6	13.3	4	8.8

Sumber : Data Primer

Untuk sikap dinyatakan dalam tabel 4.10, untuk pernyataan ketika mengalami batuk yang lebih dari 2 minggu perlu mengunjungi puskesmas untuk melakukan pemeriksaan dan responden sebagian besar setuju yaitu 84,4 % dan hanya 2,2 % yang menyatakan tidak setuju. Tetapi pernyataan jika seseorang menderita batuk lebih dari 2 minggu dugaan saya orang tersebut mengalami gejala

Universitas Indonesia

tuberkulosis, sebagian responden mengatakan kurang setuju (64,4%) dan yang setuju 15,6 %.



Gambar 4-8. Peta Spasial Sikap terhadap Pemeriksaan Sputum di Wilayah Kecamatan Taman Sari Kota Administrasi Jakarta Barat

Berdasarkan peta spasial seperti gambar di atas didapatkan bahwa untuk Puskesmas Keagungan didapatkan bahwa responden memiliki sikap yang lebih

Universitas Indonesia

dari rata-rata tetapi masih banyak titik yang menunjukkan bahwa responden tersebut enggan untuk memeriksakan sputumnya ke puskesmas. Senada dengan Puskesmas Kecamatan Taman Sari ada beberapa titik yang mengatakan bahwa sikapnya positif terhadap penyakit tuberkulosis paru tetapi tidak memeriksakan sputumnya ke puskesmas. Sebaliknya untuk Puskesmas Maphar didapatkan bahwa beberapa titik didapatkan bahwa responden memiliki sikap yang kurang dari rata-rata tetapi justru memeriksakan sputumnya ke puskesmas.

Tabel 4-3. Distribusi Responden tentang Budaya Berobat di Kecamatan Taman Sari Kota Administrasi Jakarta Barat

Jenis Pelayanan	n	%
Membiarkan sembuh sendiri	5	11.1
Puskesmas	34	75.6
Pengobatan alternatif	1	2.2
Dokter Praktek Swasta	4	8.9
Rumah Sakit	1	2.2
Bidan Praktek	0	0

Sumber : Data Primer

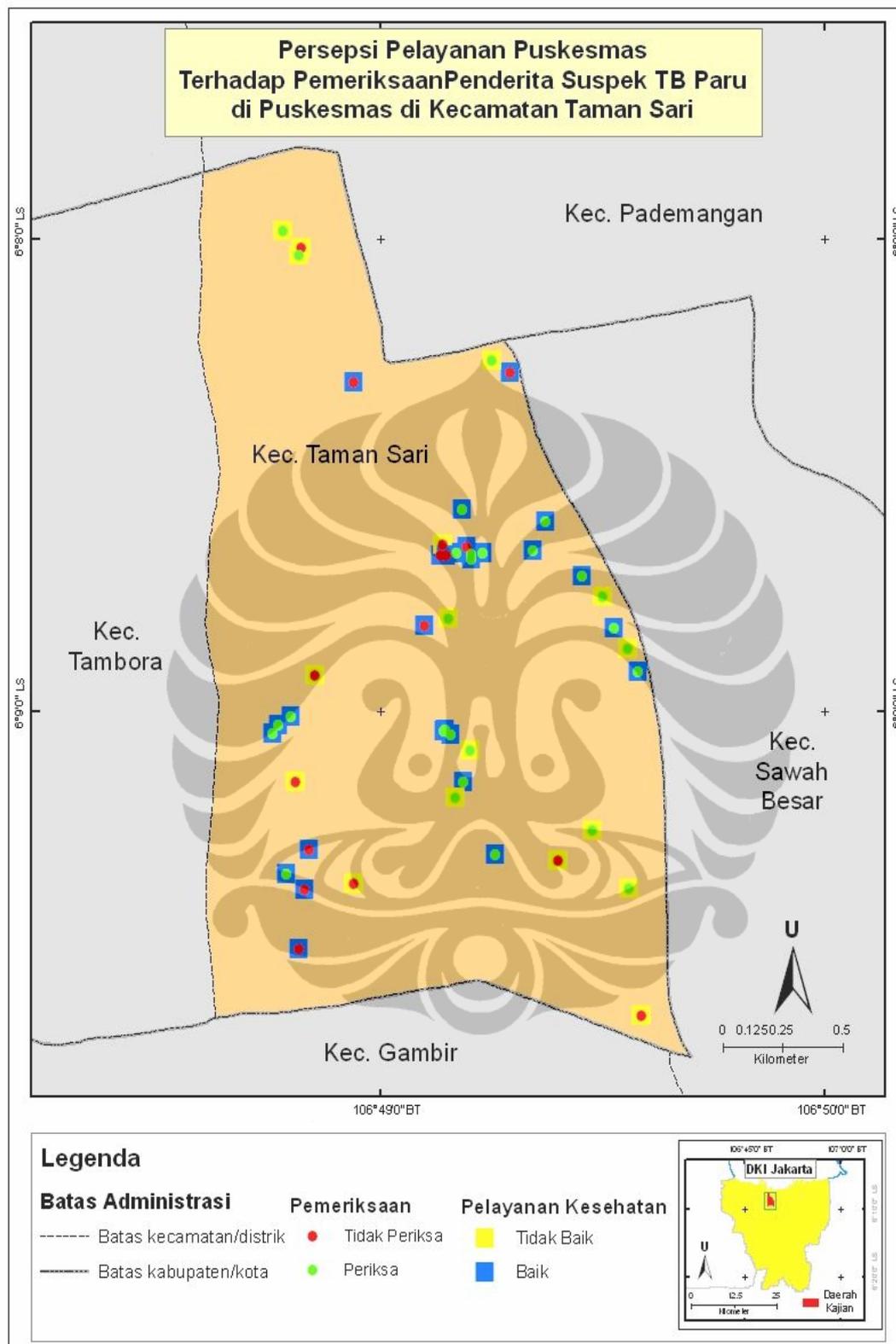
Kebanyakan responden memilih puskesmas sebagai tempat pelayanan berobatnya yaitu sebanyak 75,6 %. Sebanyak 11,1 % responden yang membiarkan sembuh sendiri dan 2,2 % yang menggunakan pengobatan alternatif sebagai sarana pengobatannya.

Tabel 4-4. Distribusi Persentase Responden tentang Persepsi Pelayanan Kesehatan di Kecamatan Sari Kota Administrasi Jakarta Barat

Persepsi	Nilai	3	4	5	6	7	8	9	10	Total
a. Keramahan petugas pemberi pelayanan		0	0	4.4	2.2	15.6	42.2	35.6	0	100
b. Keterampilan petugas dalam memberikan pengobatan		0	0	4.4	6.7	13.3	68.9	6.7	0	100
c. Kelengkapan alat yang disediakan		0	0	6.7	2.2	28.9	57.8	2.2	2.2	100
d. Kebersihan fasilitas pelayanan		0	0	4.4	2.2	26.7	62.2	4.4	0	100
e. Waktu menunggu diberikannya pelayanan		0	2.2	4.4	6.7	31.1	55.6	0	0	100
f. Memberikan rasa aman kepada diri sendiri		0	0	4.4	4.4	20.0	66.7	4.4	0	100
g. Memberikan kepastian hasil pengobatan		0	0	6.7	13.3	20.0	42.2	17.8	0	100
h. Keterjangkauan tempat fasilitas pelayanan		0	2.2	4.4	2.2	11.1	68.9	11.1	0	100
i. Biaya relatif murah		0	0	11.1	8.9	6.7	51.1	17.8	4.4	100

Sumber : Data Primer

Persentase responden didapatkan dalam menilai persepsi tentang pelayanan kesehatan yang diberikan oleh puskesmas. Berdasarkan keramahan petugas pemberi pelayanan didapatkan bahwa skor terbanyak yaitu 8 (42,2 %) dan diikuti skor 9 (35,6 %). Keterampilan petugas dalam memberikan pengobatan nilai skor 8 masih yang tertinggi yaitu 68,9 %. Untuk persepsi yang memberikan kepastian hasil pengobatan skor 6 nya yaitu 13,3 % sedangkan persepsi tentang biaya yang relatif murah skor 8 yang paling tinggi yaitu 51,1 %.



Gambar 4-9. Peta Spasial Persepsi Pelayanan Kesehatan terhadap Pemeriksaan Sputum di Wilayah Kecamatan Taman Sari Kota Administrasi Jakarta Barat

4.8 Hasil Estimasi Model

Hasil pengolahan model persamaan logit diperoleh dari pengolahan data dengan memakai software SPSS 13, di sajikan pada tabel 4.15. Berdasarkan uji G, didapat nilai $-2 \log \text{likelihood}$ sebesar 35.078. Dengan nilai yang cukup besar ini, maka dapat disimpulkan bahwa semua variabel dapat dimasukkan ke dalam model. Sedangkan berdasarkan uji secara individual dengan menggunakan uji Wald, didapat hasil bahwa hanya satu koefisien variabel signifikan secara statistik pada $\alpha = 5 \%$, sedangkan pada variabel sikap, persepsi jarak dan persepsi terhadap pelayanan kesehatan tidak signifikan secara statistik.

Tabel 4-5. Rekapitulasi Hasil Pengolahan Data Variabel Dependen dan Variabel Independen Model Persamaan Logit

Variabel	<i>B</i>	<i>S.E</i>	<i>Wald</i>	<i>df</i>	<i>Sig.</i>	<i>Exp (B)</i>
Pengetahuan	0.647	0.268	5.846	1	0.016	1.910
Sikap	-1.14	0.185	0.379	1	0.538	0.892
Budaya	22.086	15805.46	0.000	1	0.999	4E+ 009
Jarak	0.838	0.911	0.845	1	0.358	2.311
Yankes	-0.79	0.60	1.755	1	0.185	1.082
Contansta	-25.222	15805.46	0.000	1	0.991	0.000

Sumber : Data Primer, diolah

Nilai koefisien slope untuk variabel pengetahuan adalah 0,647. Hal ini menunjukkan bahwa peluang orang yang menderita batuk lebih dari 2 minggu berpengetahuan tinggi bersedia untuk memeriksakan sputumnya. Berdasarkan nilai *Exp (B)* sebesar 1,910 dapat diartikan bahwa tingkat pengetahuan masyarakat berpengaruh 1,910 kali dibandingkan peluang bagi yang berpengetahuan rendah untuk memeriksakan sputumnya. Hasil yang berbeda terlihat pada variabel sikap, dimana koefisiennya bernilai negatif, yang berarti yang bersikap positif peluangnya lebih kecil untuk memeriksakan sputumnya ke puskesmas, nilai *Exp (B)*-nya lebih tinggi, yaitu 0,892. Ini juga dapat diartikan bahwa peluang yang bersikap positif lebih besar dalam memeriksakan sputumnya.

Untuk variabel budaya berobat juga terlihat bahwa koefisien bertanda positif, yang berarti peluang memeriksakan sputumnya adalah yang memiliki budaya berobat ke puskesmas dan pelayanan kesehatan lainnya. Nilai *Exp (B)* 4E+0.09 untuk variabel budaya dapat diartikan bahwa peluang yang memeriksakan sputumnya yang memiliki budaya berobat ke puskesmas.

Untuk variabel jarak juga terlihat bahwa koefisien bertanda positif, yang berarti peluang memeriksakan sputumnya adalah yang memiliki persepsi jarak yang dekat dengan ke puskesmas dan pelayanan kesehatan lainnya. Nilai Exp (B) 2,311 untuk variabel persepsi jarak yang dekat dapat diartikan bahwa peluang yang memeriksakan sputumnya yang memiliki jarak yang dekat

Untuk variabel persepsi pelayanan kesehatan terlihat bahwa koefisien bertanda negatif, yang berarti peluang memeriksakan sputumnya adalah yang memiliki persepsi yang baik lebih rendah dari yang persepsinya kurang baik. Nilai Exp (B) 1.082 untuk variabel persepsi pelayanan kesehatan dapat diartikan bahwa peluang yang memeriksakan sputumnya yang memiliki persepsi tentang pelayanan kesehatan yang baik

Uji partial menggunakan derajat tingkat kepercayaan 95%, terdapat variabel independen yang sangat signifikan mempengaruhi pemeriksaan sputum yaitu variabel pengetahuan. R-squared sebesar 0.407, yang artinya 40.7% dari variasi yang mempengaruhi pemeriksaan sputum dapat dijelaskan oleh model. Dengan demikian model sudah memenuhi syarat, karena untuk model logit nilai McFadden R-squared yang dapat ditoleransi minimal sebesar 0.3, artinya minimal 30% variasi dapat dijelaskan model. Nilai likelihood ratio (LR Statistic) seperti pada tabel 4.15 adalah sebesar 58.574 dengan Probability (LR Statistic) sebesar 0.0594 dimana lebih besar dari $\alpha = 0.05$, dengan demikian variabel bebas belum dapat menjelaskan model.

Sebelum mengestimasi parameter data, kesesuaian model dengan data perlu diuji terlebih dahulu dengan pengujian Goodness-of-Fit Test (Hosmer-Lemeshow). Dari hasil pengujian nilai Hosmer-Lemeshow test statistic adalah sebesar 8.494 dan nilai Prob. Chi-Sq(8) 0.291 sehingga nilai Prob. Chi-Sq(8) lebih besar dari 0.05. Ini menunjukkan tidak ada perbedaan antara klasifikasi yang diprediksi dengan yang diamati, dengan kata lain data sudah sesuai dengan model yang digunakan sehingga model dinyatakan layak dan boleh diinterpretasikan (hasil pengujian ada pada lampiran).

Model yang diperoleh adalah sebagai berikut ;

$$Li = \ln (Pi / 1 - Pi) = Zi$$

dimana $z = -25.222 + 0.647$ Pengetahuan -1.14 Sikap $+ 22.086$ Budaya
 $+ 0.838$ Persepsi jarak $- 0.79$ Persepsi Yankes

Karena dari model di atas didapatkan hanya satu variabel saja yang memiliki hubungan signifikan dengan pemeriksaan sputum maka peneliti melakukan iretasi dengan membuat model baru yang mengeluarkan variabel persepsi jarak dan persepsi yankes sehingga didapatkan hasilnya sebagai berikut :

Hasil pengolahan model persamaan logit diperoleh dari pengolahan data dengan me-
 makai software SPSS 13, di sajikan pada tabel 4.16. Berdasarkan uji G, didapat nilai $-2 \log likelihood$ sebesar 37.17. Dengan nilai yang cukup besar ini, maka dapat disimpulkan bahwa semua variabel dapat dimasukkan ke dalam model. Sedangkan berdasarkan uji secara individual dengan menggunakan uji Wald, didapat hasil bahwa masih tetap satu koefisien variabel signifikan secara statistik pada $\alpha = 5 \%$ yaitu variabel pengetahuan, sedangkan pada variabel budaya, variabel jarak tidak signifikan secara statistik.

Tabel 4-6. Rekapitulasi Hasil Pengolahan Data Variabel Dependen dan Variabel Independen Model Persamaan Logit

Variabel	<i>B</i>	<i>S.E</i>	<i>Wald</i>	<i>df</i>	<i>Sig.</i>	<i>Exp (B)</i>
Pengetahuan	0.562	-0.239	5.547	1	0.019	1.754
Sikap	-0.17	0.150	0.013	1	0.908	0.98
Budaya	21.955	16087.97	0.000	1	0.999	3E+0.009
Constansta	-21.599	16087.97	0.000	1	0.999	0.09

Sumber : Data Primer, diolah

Nilai koefisien slope untuk variabel pengetahuan adalah 0,562. Hal ini menunjukkan bahwa peluang yang berpengetahuan tinggi untuk memeriksakan sputumnya. Dengan nilai Exp (B) sebesar 1,754 dapat diartikan bahwa peluang yang berpengetahuan tinggi hanya 1,754 kali berpeluang bagi yang tidak memeriksakan sputumnya.

Untuk variabel budaya berobat juga terlihat bahwa koefisien bertanda negatif, hasil ini berbeda dari model yang pertama yang bernilai positif berarti peluang memeriksakan sputumnya adalah yang tidak memiliki budaya berobat ke

puskesmas dan pelayanan kesehatan lainnya. Nilai Exp 0,98 untuk variabel budaya dapat diartikan bahwa peluang yang memeriksakan sputumnya yang memiliki tidak memiliki budaya berobat ke puskesmas.

Untuk variabel jarak juga terlihat bahwa koefisien bertanda positif, yang berarti peluang memeriksakan sputumnya adalah yang memiliki persepsi jarak yang dekat dengan ke puskesmas dan pelayanan kesehatan lainnya. Nilai Exp (B) $3E + 0.009$ untuk variabel persepsi jarak yang dekat dapat diartikan bahwa peluang yang memeriksakan sputumnya yang memiliki jarak yang dekat

Uji partial menggunakan derajat tingkat kepercayaan 95%, terdapat variabel independen yang sangat signifikan mempengaruhi pemeriksaan sputum yaitu variabel pengetahuan. R-squared sebesar 0.37 yang artinya 37 % dari variasi yang mempengaruhi pemeriksaan sputum dapat dijelaskan oleh model.

Model yang diperoleh adalah sebagai berikut ;

$$Li = \ln \left(\frac{Pi}{1 - Pi} \right) = Zi$$

dimana $z = -21.599 + 0.562 \text{ Pengetahuan} - 0.17 \text{ Sikap} + 21.999 \text{ Persepsi Budaya}$

Tabel 4-7. Hasil Estimasi Model Pemeriksaan sputum dengan variabel-variabel yang mempengaruhinya.

Variabel	Model 1		Model 2	
	Coefisien	Std Error	Coefisien	Std Error
Konstanta	-25.222	0.268	-21.599	16087.9
Pengetahuan	0.647	0.185*	0.562	0.239*
Sikap	-0.114	15805.4	-0.017	0.150
Budaya	22.086	0.911	21.955	16087.9
Jarak	0.838	0.060	-	-
Yankes	0.079	15805.4	-	-
R ² Cox & Snell		0.407		0.371
R ² Nagelkerke		0.559		0.510
Log likelihood		35.078		37.717

Sumber : Data Primer, diolah

Menunjukkan signifikan pada 5 %

Dari tabel 4.15 dapat terlihat bahwa model 1 lebih baik daripada model 2. Hal ini dapat dilihat dari nilai R² pada model 1 yang lebih besar dari model 2.

Dengan kedua model ini menunjukkan bahwa variabel pengetahuan yang tetap memiliki hubungan yang signifikan dengan pemeriksaan sputum dilihat dari nilai signifikasinya yang < 0.05 . Sehingga dapat disimpulkan bahwa variabel pengetahuan merupakan variabel yang sebaiknya prioritas utama dalam pengambilan kebijakan untuk meningkatkan masyarakat untuk mau memeriksakan sputumnya ke pelayanan kesehatan.



BAB 5

PEMBAHASAN

5.1 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian yang menggunakan data primer, yang didapatkan dari hasil wawancara dengan responden di lokasi penelitian. Informasi yang didapat dari survey ini adalah 45 responden sesuai dengan target per minggu penemuan suspek yang ditetapkan oleh Sudinkes Kota Administrasi Jakarta Barat dan sampel ini cukup untuk diolah secara regresi dengan metode logit. Informasi ini juga sangat baik untuk analisis spasial dengan melihat titik-titik keberadaan pasien penderita suspek penyakit tuberkulosis paru berdasarkan jarak ke puskesmas, pengetahuan, sikap, budaya, persepsi tentang jarak dan persepsi tentang pelayanan kesehatan yang diberikan oleh petugas kesehatan.

Penelitian ini adalah penelitian yang menggali informasi untuk diuji secara statistik dan menentukan variabel independen apa saja yang dapat menjelaskan responden mau melaksanakan pemeriksaan sputum ke puskesmas di Kecamatan Taman Sari Tahun 2011. Juga penelitian ini disajikan dalam bentuk hasil analisis spasial, untuk memperlihatkan kondisi responden dalam pemeriksaan sputum tersebut. Keterbatasan informasi yang ada, tidak memungkinkan memberikan alternatif intervensi yang spesifik wilayah. Analisis spasial harus mempertimbangkan informasi di luar wilayah penelitian, karena selalu terdapat interaksi penduduk antar wilayah. Batas administrasi yang hanya bersifat garis khayal, memungkinkan analisis yang bergantung kepada batas administrasi, menjadi tidak tepat tanpa mengikutsertakan variasi dan kondisi di wilayah sekitarnya sehingga asumsi analisis terbatas pada wilayah penelitian dan hal tersebut tidak selalu benar.

5.2 Kebijakan Kesehatan Pemeriksaan Sputum untuk Memperoleh Penemuan Suspek Tuberkulosis Paru.

Banyak kebijakan dalam bidang kesehatan yang telah dilakukan pemerintah, salah satunya pengobatan penderita tuberkulosis paru kepada

masyarakat. Sedangkan analisis kebijakan kesehatan terhadap kebijakan pemerintah dalam bidang kesehatan tersebut adalah misalnya bagaimana penemuan kasus suspek tuberkulosis paru yang setinggi-tingginya. Selama ini penemuan kasus suspek di Indonesia dilakukan secara pasif dimana hanya mengharapkan penderita suspek tuberkulosis paru yang mendatangi puskesmas sebagai tempat pemeriksaan sputumnya. Puskesmas hanya melaksanakan penyuluhan secara perorangan kepada tersangka tuberkulosis dan jarang melakukan penyuluhan secara berkelompok. Begitu juga dengan media promosi seperti poster sangat sedikit terdapat di pelayanan kesehatan, sedangkan di tempat umumpun minim sekali. Keadaan ini dapat menyebabkan pengetahuan masyarakat yang datang atas kesadaran sendiri ke tempat pelayanan kesehatan tidak banyak, ditambah kelemahan cara pasif dimana petugas hanya menunggu di pelayanan kesehatan yang menyebabkan penemuan tersangka tuberkulosis rendah. Berkaitan dengan penelitian ternyata setelah dilakukan survei di lapangan didapatkan penderita yang memiliki gejala utama tuberkulosis paru yaitu berupa batuk lebih dari 2 minggu tidak memeriksakan sputumnya ke puskesmas. Jumlahnya mencapai 36 % dari seluruh responden. Angka yang cukup tinggi. Seharusnya angka 36 % ini bisa diminimalisasikan lagi dengan pemberian kebijakan dengan melakukan penyuluhan yang aktif karena bentuk program penanggulangan tuberkulosis ini hanya bersifat pasif. Dengan penyuluhan aktif ini akan membentuk kesadaran masyarakat dalam melakukan pemeriksaan sputumnya ke puskesmas. Peningkatan pengetahuan tentang penyakit tuberkulosis dapat dilakukan dengan melaksanakan penyuluhan perorangan dan kelompok. Berkaitan dengan penelitian ini didapatkan bahwa untuk sumber informasi mengenai penyakit tuberkulosis paru tidak satupun responden mendapatkannya dari tenaga kesehatan. Peningkatan pengetahuan masyarakat yang dilakukan oleh tenaga kesehatan kepada masyarakat apabila dilakukan dengan baik dan berkesinambungan dapat meningkatkan kesadaran penderita untuk memeriksakan sputumnya ke puskesmas. Memeriksakan sputum ke puskesmas dapat memberi kepastian kepada penderita. Kepastian yang didapat, dapat mencegah terjadinya penularan penyakit kepada keluarga penderita dan masyarakat sekitarnya.

Tokoh masyarakat/tokoh agama berperan penting dalam penyebaran informasi tentang penyakit tuberkulosis ini karena dari hasil penelitian memiliki persentase yang cukup tinggi. Perlu peningkatan pengetahuan terhadap tokoh masyarakat/tokoh agama sehingga tokoh tersebut mampu memberikan pengetahuan kepada masyarakat dengan baik. Memanfaatkan tokoh masyarakat/tokoh agama dalam hal ini dipadukan dalam kegiatan kemasyarakatan seperti majlis ta'lim, wirid-wirid pengajian, kegiatan PKK dan kegiatan di kecamatan sehingga kesulitan puskesmas dalam mengumpulkan masyarakat bisa teratasi. Penelitian Sinaga et al (2005) menyimpulkan kejelian pihak puskesmas mencari dan mengajak tokoh-tokoh masyarakat yang bisa bekerja merupakan kunci utama dalam memprakarsai gerakan sosial kesehatan.

Dalam era desentralisasi seharusnya dinas kesehatan dan puskesmas dapat membuat kebijakan dalam penemuan tersangka tuberkulosis yang disesuaikan dengan kondisi dan kebutuhan daerah. Selama ini kegiatan penemuan tersangka tuberkulosis di puskesmas kecamatan Taman Sari hanya mengikuti kegiatan yang sudah ditetapkan dari Departemen Kesehatan tanpa melakukan modifikasi sesuai dengan kebutuhan daerah. Sudinas Kesehatan dan puskesmas masih memakai kebijakan yang bersifat *top down*. Jika timbul kendala dan permasalahan tidak dapat melakukan modifikasi yang akan mengakibatkan pencapaian program rendah.

5.3 Pengetahuan Responden

Dalam epidemiologi, pengetahuan yang tidak lengkap atau cenderung salah, adalah sebuah resiko terhadap penyakit (Barbara, 2004) bahkan dapat dikategorikan sebagai salah satu faktor penyebab penyakit (Timmreck, 2004). Secara epidemiologis, hal ini merupakan fenomena gunung es yang bisa mengakibatkan ledakan penyakit. Faktor resiko adalah suatu aspek dari perilaku personal atau gaya hidup, suatu paparan dari lingkungan, atau suatu karakteristik yang dibawa lahir, yang berdasarkan penelitian epidemiologi diketahui dapat berhubungan dengan keadaan kesehatan seseorang sehingga sedapat mungkin untuk dicegah. Mereka yang memiliki faktor resiko akan menjadi kelompok beresiko. Kelompok beresiko adalah sekelompok orang yang memiliki keterpaparan dengan

faktor-faktor resiko sehingga memiliki resiko yang paling besar untuk mendapatkan penyakit.

Pemeriksaan sputum penderita suspek tuberkulosis dibagi dalam dua kelompok yaitu yang memeriksakan sputumnya dan yang tidak memeriksakan sputumnya ke puskesmas. Dari gambar 2 terlihat bahwa masih tingginya persentase yang tidak memeriksakan sputumnya ke puskesmas yaitu 36 %. Jika dilihat dari besarnya terlihat bahwa adanya kecenderungan penderita untuk tidak memeriksakan sputumnya. Secara statistik terdapat perbedaan bermakna antara pengetahuan dengan pemeriksaan sputum. Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (overt behavior). Peran petugas kesehatan yang sering berinteraksi dan memiliki tanggung jawab dalam hal proses penyampaian informasi mengenai penyakit tuberkulosis paru juga harus berperan aktif dalam pelaksanaannya untuk menemukan penderita suspek tuberkulosis.

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa setiap responden yang tahu tentang penyakit tuberkulosis masih banyak yang belum mengetahui tanda-tanda gejala utama serta penularan dari penyakit tuberkulosis ini. Untuk permasalahan ini peningkatan pengetahuan di tingkat masyarakat sangat dibutuhkan karena dengan mengetahuinya masyarakat sadar dan termotivasi untuk melakukan pemeriksaan saat mereka menderita batuk.

Dari peta spasial didapatkan bahwa beberapa titik yang melihat bahwa ada beberapa responden yang mengetahui tentang penyakit tuberkulosis tetapi tidak melakukan pemeriksaan. Sebagian besar terjadi di puskesmas kelurahan Keagungan, lebih dari separuh responden tahu tetapi tidak memeriksakan ke puskesmas tersebut. Perlu kebijakan untuk memotivasi penderita tersebut untuk memeriksakan sputumnya ke pelayanan kesehatan sehingga walaupun mereka sudah tahu tentang penyakit tuberkulosis tetapi juga mau melakukan pemeriksaan sputumnya ke puskesmas. Kemungkinan ini terjadi responden hanya sekedar tahu tentang penyakit tuberkulosis tetapi tidak mengerti dan mengetahui apa yang harus dilakukan untuk mendeteksi penyakitnya. Peningkatan pengetahuan dan

sosialisasi akan membantu masyarakat untuk mendapatkan informasi tentang pencegahan, mendeteksi dan pengobatan penyakit ini.

Penyuluhan yang diberikan kepada masyarakat dengan memberikan pengetahuan tentang penyakit tuberkulosis secara komprehensif sehingga terjadi peningkatan pengetahuan masyarakat. Dan dengan meningkatnya pengetahuan masyarakat dengan sendirinya masyarakat akan sadar akan pentingnya pemeriksaan sputum sehingga mengarahkan kepada demand sosial. Pemeriksaan yang dilakukan akan berdampak terhadap penularan penyakit. Masyarakat yang terdeteksi akan melakukan pengobatan dan tidak menjadi sumber penularan penyakit kepada orang disekitarnya. Sehingga penularan kasuspun akan berkurang, derajat kesehatan masyarakatpun meningkat dan produktivitas kerjapun meningkat.

5.4 Sikap Responden

Sikap dalam hal ini merujuk pada perilaku yang ditunjukkan oleh diri seseorang baik yang tersurat maupun yang tersirat. Sikap yang positif terkait dengan kebiasaan hidup yang lebih sehat. Sikap positif tersebut menjadi unsur yang penting dan dibutuhkan untuk membangun hidup yang lebih menyehatkan dan juga menjadi kebutuhan utama dalam proses penyembuhan penyakit dan pencegahan penyakit.

Dari hasil penelitian didapatkan sikap responden terhadap penyakit tuberkulosis, sikap terhadap ketika mengalami batuk yang lebih dari 2 minggu kita perlu pergi ke puskesmas untuk melakukan pemeriksaa, responden yang setuju 84,4 %, ragu-ragu 11.1 %, kurang setuju 2,2 %, dan tidak setuju 2,2 %. Untuk pernyataan jika seseorang menderita batuk lebih dari 2 minggu dugaan saya orang tersebut mengalami gejala tuberkulosis paru, didapatkan hasil responden kurang setuju 64,4 %, setuju 15,6 %, ragu-ragu 11,1 %, sangat setuju 6,7% dan tidak setuju 2,2 %. Walaupun secara statistik tidak terlihat hubungan yang signifikan antara pemeriksaan sputum dan sikap responden, tetapi karena sikap terbentuk dari komponen kognitif dan merupakan representasi apa yang dipercayai seseorang mengenai apa yang berlaku atau apa yang benar bagi obyek sikap. Sekali kepercayaan itu sudah terbentuk, maka ia akan menjadi dasar

pengetahuan seseorang mengenai apa yang dapat diharapkan dari obyek tertentu. Tentu saja kepercayaan itu terbentuk justru dikarenakan kurang atau tidak adanya informasi yang benar mengenai obyek yang dihadapi.

Aspek sifat juga terbentuk dari komponen afeksi yang merupakan perasaan yang menyangkut aspek emosional subyektif terhadap suatu obyek sikap. Secara umum, komponen ini disamakan dengan perasaan yang dimiliki terhadap sesuatu. Pada umumnya reaksi emosional yang merupakan komponen afeksi ini banyak dipengaruhi oleh kepercayaan atau apa yang kita percayai sebagai benar dan berlaku bagi obyek termaksud.

Komponen kognitif merupakan aspek kecenderungan berperilaku yang ada dalam diri seseorang berkaitan dengan obyek sikap yang dihadapinya. Kaitan ini didasari oleh asumsi bahwa kepercayaan dan perasaan banyak mempengaruhi perilaku. Maksudnya, bagaimana orang berperilaku dalam situasi tertentu dan terhadap stimulus tertentu akan banyak ditentukan oleh bagaimana kepercayaan dan perasaan ini membentuk sikap individual.

5.5 Jarak

Aksesibilitas ke pelayanan kesehatan untuk pemeriksaan sputum untuk Kecamatan Taman Sari dihitung dengan waktu tempuh responden ke puskesmas dan persepsi responden terhadap jarak yang ditempuh. Persepsi jarak secara statistik tidak bermakna untuk menjelaskan pemeriksaan sputum ke puskesmas.

Berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Eny Setyowati (2008) bahwa variabel jarak mempunyai hubungan yang bermakna dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Begitu juga dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Puslitbang Yankes Depkes RI, bahwa jarak berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Demikian juga menurut Andersen, et al (1975) bahwa jarak merupakan komponen kedua yaitu suatu kondisi yang memungkinkan orang memanfaatkan pelayanan kesehatan.

Hal ini dapat dimengerti mengingat jarak yang jauh ke pelayanan kesehatan dapat merupakan alasan untuk tidak memilih pelayanan pengobatan tersebut. Apalagi jika sarana transportasi yang tidak mendukung akan menambah keengganan masyarakat memilih pelayanan pengobatan yang jauh. Hal ini misalnya puskesmas, walaupun puskesmas memiliki tarif yang relatif murah,

namun apabila memerlukan biaya transportasi yang jauh lebih tinggi akan membuat masyarakat enggan untuk memanfaatkannya. Oleh karena itu pembangunan puskesmas harus mempertimbangkan faktor jarak dan sarana transportasi yang mendukung, sehingga dapat dimanfaatkan secara optimal oleh masyarakat sebagai sarana pelayanan pemeriksaan sputum.

Penelitian ini belum mampu mendukung hipotesis penelitian sebelumnya dimana tidak ada hubungan yang signifikan antara jarak dengan pemeriksaan sputum. Artinya persepsi jarak dan pemeriksaan sputum adalah dekat kecenderungannya hampir sama dengan jarak dan pemeriksaan sputum yang jauh.

5.6 Budaya

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa ada responden yang membiarkan penyakitnya untuk sembuh dengan sendirinya (11,1 %) dan sebagian besar responden berobat ke puskesmas. Pengaruh budaya dalam masyarakat memberikan peranan penting dalam mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Perkembangan budaya dalam masyarakat merupakan suatu tanda bahwa masyarakat dalam suatu daerah tersebut telah mengalami suatu perubahan dalam proses berfikir. Perubahan budaya bisa memberikan dampak positif maupun negatif.

Hubungan antara budaya dan kesehatan sangatlah erat hubungannya, sebagai salah satu contoh suatu masyarakat desa yang sederhana dapat bertahan dengan cara pengobatan tertentu sesuai dengan tradisi mereka. Kebudayaan atau kultur dapat membentuk kebiasaan dan respons terhadap kesehatan dan penyakit dalam segala masyarakat tanpa memandang tingkatannya. Karena itulah penting bagi tenaga kesehatan untuk tidak hanya mempromosikan kesehatan, tapi juga membuat mereka mengerti tentang proses terjadinya suatu penyakit dan bagaimana meluruskan keyakinan atau budaya yang dianut hubungannya dengan kesehatan.

Didalam masyarakat sederhana, kebiasaan hidup dan adat istiadat dibentuk untuk mempertahankan hidup diri sendiri dan kelangsungan hidup mereka. Dari sudut pandang modern, tidak semua kebiasaan itu baik. Menjadi sakit memang tidak diharapkan oleh semua orang apalagi penyakit-penyakit yang berat dan fatal. Masih banyak masyarakat yang tidak mengerti bagaimana penyakit itu dapat

menyerang seseorang. Ini dapat dilihat dari sikap mereka terhadap penyakit tersebut. Ada kebiasaan dimana setiap orang sakit diisolasi dan dibiarkan saja. Kebiasaan ini mungkin dapat mencegah penularan dari penyakit-penyakit seperti tuberkulosis.

Bentuk pengobatan yang diberikan biasanya hanya berdasarkan anggapan mereka sendiri tentang bagaimana penyakit itu timbul. Kalau mereka menganggap penyakit itu disebabkan oleh hal-hal yang supernatural atau magis, maka digunakan pengobatan secara tradisional. Pengobatan modern dipilih bila mereka duga penyebabnya adalah faktor ilmiah. Ini dapat merupakan sumber konflik bagi tenaga kesehatan, bila ternyata pengobatan yang mereka pilih berlawanan dengan pemikiran secara medis.

Bila suatu bentuk pelayanan kesehatan baru diperkenalkan kedalam suatu masyarakat dimana faktor-faktor budaya masih kuat. Biasanya dengan segera mereka akan menolak dan memilih cara pengobatan tradisional sendiri. Apakah mereka akan memilih cara baru atau lama, akan memberi petunjuk kepada kita akan kepercayaan dan harapan pokok mereka lambat laun akan sadar apakah pengobatan baru tersebut berfaedah, sama sekali tidak berguna, atau lambat memberi pengaruh.

Oleh sebab itu harus disesuaikan dengan kebudayaan setempat, akan sia-sia jika ingin memaksakan sekaligus cara-cara moderen dan menyapu semua cara-cara tradisional. Dengan sikap yang tidak simpatik serta tangan besi, maka jarak tersebut akan semakin lebar. Setiap masyarakat mempunyai cara pengobatan dan kebiasaan yang berhubungan dengan kesehatan masing-masing.

5.7 Pelayanan Kesehatan

Menurut Blum (Notoatmodjo) derajat kesehatan individu/masyarakat dipengaruhi oleh 4 faktor yaitu faktor perilaku individu/masyarakat, faktor lingkungan, faktor pelayanan kesehatan serta faktor genetik. Pelayanan kesehatan akan mempengaruhi seseorang untuk datang memanfaatkan pelayanan kesehatan. Jika pelayanan kesehatan yang diberikan tidak menyenangkan dan tidak memuaskan masyarakat akan menyebabkan masyarakat akan enggan kembali datang untuk memanfaatkannya lagi. Jika itu terjadi akan mengakibatkan menurunnya derajat kesehatan suatu masyarakat begitupun sebaliknya kalau

pelayanan kesehatan yang diberikan memuaskan dan menyenangkan secara tak langsung dapat meningkatkan derajat kesehatan.

Pada penelitian ini didapatkan bahwa variabel persepsi tentang pelayanan kesehatan tidak memiliki hubungan yang signifikan secara statistik dengan pemeriksaan sputum. Hal ini berbeda dengan penelitian Widyasturi (2006) didapatkan hubungan yang bermakna dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan dengan persepsi pelayanan kesehatan. Demikian pula pada penelitian Purwanto (1996) didapatkan hubungan yang bermakna antara keramahan perawat dengan keputusan untuk memilih rawat inap. Dalam penelitian ini ternyata tidak didapatkan hubungan yang bermakna artinya bahwa persepsi pelayanan kesehatan belum merupakan daya tarik bagi masyarakat untuk memanfaatkan pelayanan pemeriksaan sputum. Kemungkinan ini adalah karena responden yang “ewuh pakewuh” dalam menjawab kuesioner. Hal ini merupakan masukan bagi penyedia pelayanan kesehatan untuk meningkatkan pelayanan yang lebih baik pada pasien.

5.8 Model Spasial Untuk Peningkatan Pemeriksaan Sputum

Model prediksi seperti dalam penelitian ini, dibuat sebagai salah satu alternatif untuk mendeteksi persoalan tentang pemanfaatan pelayanan kesehatan seperti pemeriksaan sputum, dengan studi kasus wilayah Kecamatan Taman Sari . Pada penelitian ini, kemudian dapat dimanfaatkan untuk memprediksi secara spasial, wilayah-wilayah yang relatif kurang baik dan harus menjadi prioritas dalam pelaksanaan program. Analisis spasial yang didapatkan menggambarkan secara nyata kondisi di lapangan. Hal-hal yang berkaitan dengan pemeriksaan sputum dapat diterangkan melalui peta yang ada.

Dikaitkan dengan analisis sektor sarana, pada dasarnya merujuk pada standar yang berlaku di Indonesia (Kepmen Praswil No 153/KPTS/M/2001) berupa standar pelayanan minimal di bidang penataan ruang sebagai acuan pemerintah provinsi dalam menetapkan standar pelayanan minimal bagi daerah Kabupaten/kota yang bersangkutan. Metoda analisis pada aspek sarana adalah dengan membandingkan keadaan sarana yang ada dengan standar perencanaan dan memperkirakan sarana yang dibutuhkan saat ini dan yang akan datang.

Analisis kebutuhan fasilitas didasarkan pada kondisi eksisting dari masing-masing fasilitas, yang mencakup jumlah maupun skala pelayanan dan prospek pengembangan dari masing-masing wilayah. Penentuan adanya penambahan atau tidak terhadap suatu fasilitas didasarkan pada kriteria diatas dan berdasarkan kecenderungan perkembangan sehingga sangat mungkin dalam suatu wilayah berdasarkan standar perhitungan ternyata membutuhkan adanya penambahan fasilitas. Jika fasilitas yang ada sudah mencukupi, maka tidak perlu diadakan penambahan dan langkah yang dapat dilakukan adalah dengan meningkatkan mutu/kualitas dari fasilitas yang telah tersedia.

Jenis sarana	Jumlah penduduk penduduk (jiwa)	Kebutuhan per satuan sarana		Standar (m ² /jiwa)	Kriteria
		Kriteria Luas lantai min(m ²)	Luas lahan min (m ²)		Radius pencapaian (m)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Posyandu	1.250	36	60	0.048	500
Balai pengobatan	2.500	150	300	0.12	1.000
BKIA / Klinik bersalin	30.000	1500	3.000	0.1	4.000
Puskesmas pembantu dan balai pengobatan lingkungan	30.000	150	300	0.006	1.500
Puskesmas dan balai pengobatan	120.000	420	1.000	0.008	3.000
Tempat praktek dokter	5.000	18	-	-	-
Apotik / rumah obat	30.000	120	250	0.025	1.500

Dari tabel diatas, jika dibandingkan dengan jumlah penduduk yang ada di Kecamatan Taman Sari, Kota Administrasi Jakarta Barat, jumlah fasilitas kesehatan yang ada telah memenuhi standart kebutuhan dasar pelayanan masyarakat, sehingga tidak diperlukan adanya penambahan fasilitas kesehatan

untuk sekarang ini. Radius pencapaian pelayanan fasilitas kesehatan sudah bukan menjadi hambatan lagi bagi tenaga kesehatan maupun bagi masyarakat.

Inti yang sebenarnya adalah perilaku masyarakat dan kinerja dari petugas kesehatan untuk meningkatkan pelayanannya terhadap masyarakat, sehingga masyarakat itu benar-benar tersentuh oleh pelayanan yang diberikan dari provider puskesmas. dan itu semuanya kembali pada perilaku masyarakat yang berkorelasi positif dengan kinerja program dan pelayanan puskesmas, terutama masalah sosialisasi petugas kesehatan mengenai segala bentuk program yang ada di puskesmas sehingga masyarakat mengetahui program tersebut.

Sosialisasi dan penyuluhan terhadap masyarakat ini, akan membentuk pola perilaku hidup sehat di masyarakat, jadi dengan ini kasus-kasus penyakit mampu direduksi dan eliminasi semaksimal mungkin dan secara pasti akan mengurangi jumlah penyakit yang ada di masyarakat dan program peningkatan kualitas kesehatan lainnya.

BAB 6

PENUTUP

6.1 Kesimpulan

1. Hasil penelitian didapatkan dari 45 responden yang dijadikan sampel didapatkan yang memeriksakan sputumnya sebanyak adalah 64 %.. Pencapaian pemeriksaan sputum ini masih jauh dari target yang ditetapkan oleh pemerintah dalam hal ini Kementerian Kesehatan Republik Indonesia yaitu sebanyak 80 %. Dengan penemuan kasus yang masih rendah ini menyebabkan kasus di masyarakat masih tinggi bahkan lebih tinggi karena kasus yang ada bisa menularkan ke banyak penderita lainnya. Sehingga akan terjadi kerugian ekonomi yang timbul akibat penyakit tuberkulosis (TB) ini dimana hari produktif yang hilang karena sakit, hari yang hilang karena meninggal dunia lebih cepat dan biaya yang harus dikeluarkan untuk pengobatan.
2. Setelah melakukan regresi linear model penelitian dengan menggunakan pendekatan logit yang dilakukan dengan meregresikan model sehingga didapatkan yang berhubungan secara signifikan secara statistik adalah variabel pengetahuan sementara variabel lainnya tidak memiliki hubungan yang signifikan secara statistik. Kemudian model tersebut diiterasikan menjadi model kedua dengan membuang 2 variabel dan tetap menghasilkan variabel pengetahuan yang berhubungan secara signifikan secara statistik dengan pemeriksaan sputum. Dari hasil regresi ini perlu kebijakan di bidang kesehatan yang perlu penekanan terhadap peningkatan pengetahuan masyarakat sehingga masyarakat sadar dan termotivasi untuk memeriksakan sputumnya. Peningkatan pengetahuan diberikan kepada masyarakat berupa sosialisasi dan penyuluhan mengenai program-program yang ada seperti perilaku hidup bersih dan sehat. Dengan demikian bisa mereduksi dan mengeliminasi penyakit-penyakit menular termasuk penyakit tuuberkulosis ini.
3. Hasil analisis spasial didapatkan gambaran tentang lokasi-lokasi yang berhubungan dengan variabel-variabel penelitian dan dapat terlihat bahwa

di beberapa titik terlihat kondisi dimana ada beberapa responden yang dekat dengan puskesmas tidak memeriksakan sputumnya ke puskesmas. Dihubungkan dengan teori yang menyatakan jarak memiliki hubungan dengan pemeriksaan sputum ternyata tidak berlaku pada hasil penelitian ini. Ataupun secara spasial didapatkan titik-titik dimana terlihat yang memiliki pengetahuan tetapi tidak memeriksakan sputumnya dan berada di wilayah puskesmas yang mana. Sehingga kita mengindikasikan bahwa puskesmas di wilayah tersebut belum mampu menjalankan fungsinya dalam pelayanan pemeriksaan sputum secara khusus dan pelayanan pemeriksaan kesehatan secara umum.

6.2 Saran dan Rekomendasi Kebijakan

Model yang dibangun dalam penelitian ini dapat diperluas dengan menambah variabel-variabel lain yang dianggap ikut mempengaruhi pemeriksaan sputum. Variabel independen dalam model ini juga masih bisa dikembangkan dalam penelitian-penelitian yang akan datang sehingga pengaruh atau dampak variabel lainnya terhadap pemeriksaan sputum lebih ditangkap didalam penelitian.

Dari hasil penelitian didapatkan variabel pengetahuan yang signifikan diperlukan upaya untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat terhadap penyakit tuberkulosis, diharapkan puskesmas lebih meningkatkan penyuluhan terutama penyuluhan di kelompok masyarakat dengan berkoordinasi serta melibatkan tokoh masyarakat/tokoh agama, organisasi masyarakat, dan lintas sektor lainnya. Puskesmas juga diharapkan lebih memberdayakan tenaganya dalam mengevaluasi serta menentukan strategi pencapaian penemuan kasus suspek tuberkulosis dalam hal ini dengan pemeriksaan sputum. Kepala puskesmas dapat mengoptimalkan petugas puskesmas dalam membekali pengetahuan dan keterampilan serta motivasi dalam melaksanakan program. Memberdayakan tenaga kesehatan untuk meningkatkan kinerja mereka dalam menemukan suspek tuberkulosis melalui

- a) Meningkatkan motivasi tenaga kesehatan melalui pemberian motivator yang diharapkan serta menghindarkan segala sesuatu yang dapat membuat mereka kecewa.
- b) Supervisi yang efektif yaitu menggunakan supervisor yang menguasai ketrampilan teknis dan ketrampilan berinteraksi.
- c) Pembelajaran organisasi agar mereka mempunyai pola pikir dan komitmen yang kuat terhadap program penanggulangan tuberkulosis.
- d) Mengurangi beban kerja tenaga kesehatan dengan cara pemerataan pembagian tugas program kesehatan.
- e) Melaksanakan *active case finding* program pemberantasan penyakit tuberkulosis.
- f) Dilaksanakannya sosialisasi dan penyuluhan yang dilakukan kepada perorangan dan kelompok masyarakat secara berkala dan berkeinambungan sehingga mampu meningkatkan pengetahuan masyarakat terhadap program-program yang ada dan dapat meningkatkan pola dan budaya hidup sehat di lingkungannya. Sehingga pada akhirnya penyakit-penyakit menular dapat direduksi dan dieliminasi termasuk penyakit tuberkulosis ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Armini, S, P, L., Mahendradhata, Y., Utarini, A. (2007) Dampak Kemitraan Praktisi Swasta Terhadap Keterlambatan Dan Biaya Penanganan Tuberkulosis Di Kota Denpasar Bali, *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, Volume 10, No. 04, hal. 166-172.
- Azwar, A. (1996) *Pengantar Administrasi Kesehatan*, Edisi 3, Binarupa Aksara, Jakarta.
- Budiarto, W., Ristrini (2003) Kontribusi Anggaran Pemerintah Dalam Pembiayaan Program Kesehatan Pada Era Otonomi Daerah (Studi Kasus pada Dua Kabupaten di Jawa Timur), *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, Vol.06, No.04, hal. 215-225.
- Departemen Kesehatan RI. (2006) *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis*, Edisi 2, Cetakan 1, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. (2006) *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis*, Cetakan 10, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. (1998) *Pedoman Kerja Puskesmas*, Jilid I, Jakarta.
- Fahmi, I., Andono, R., Hasanbasri, M. (2007) *Desain Organisasi Penanggulangan Tuberkulosis, Implementasi Strategi DOTS di Tapanuli Selatan*, Working Paper Series No. 18, First Draft, KMPK UGM, Yogyakarta.
- Hamzah, A., Sukri., Bariun, L. (2007) Budaya Organisasi Dan Mindset Petugas Penanggulangan TB Paru Melalui Strategi DOTS Di Puskesmas, *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, Volume 10, No.01, hal. 40-45.
- Hasyim, H. (2008) Manajemen Penyakit Lingkungan Berbasis Wilayah, *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, Volume 11, No. 02, hal. 72-76.
- Ismedsyah. (2004) *Evaluasi Distribusi Obat Anti Tuberkulosis di Kabupaten Kota Provinsi Sumatera Utara*, Tesis S2 UGM, Yogyakarta.
- Keputusan Menteri Kesehatan RI (2003) *Pedoman Penyelenggaraan Pelatihan Di Bidang Kesehatan*, Nomor : 752/Menkes/SK/V/2003, Jakarta.
- Keputusan Menteri Kesehatan RI (2004) *Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat*, Nomor : 128/Menkes/SK/II/2004, Jakarta.

- Misnadiarly. (2006) *Penyakit Infeksi TB Paru dan Ekstra Paru : Mengenal, Mencegah, Menanggulangi TBC Paru, Ekstra Paru, Anak, dan pada Kehamilan*, Pustaka Populer Obor, Jakarta.
- Muninjaya, G, A, A. (2004) *Manajemen Kesehatan*, Edisi 2, EGC, Jakarta.
- Reksohadiprodo, S. ((1992) *Dasar-Dasar Manajemen*, Edisi 5, BPFE – Yogyakarta, Yogyakarta.
- Sinaga, D., Herawai, D, M, D., Hasanbasri, M. (2005) Program Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat (PHBS) : Studi Kasus Di Kabupaten Bantul 2003, *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, Vol.08, No.02, hal. 91-98.
- Soemantri S., Dina Bisara, (2005) *Indonesia Tuberculosis Prevalence Survey 2004*, Depkes RI, Jakarta
- Sukana, B. (2005) Pengaruh Penyuluhan terhadap Pengetahuan Penderita TB Paru di Kabupaten Tangerang, *Jurnal Ekologi Kesehatan*, Litbang Depkes, JKPKBPPK.
- Syafei., Kusnanto, H. (2006) *Kinerja Petugas P2TB-Paru Puskesmas, Studi Analisis Faktor Kinerja Petugas di Kota Jambi*, Working Paper Series No. 19, First Draft, KMPK UGM, Yogyakarta.
- Syahrizal, Antoni (2008) *Implementasi Penemuan Suspek Tuberkulosis di Puskesmas Kabupaten Pesisir Selatam*, FKM UGM, Yogyakarta.
- Todaro, Michael P (2006) *Pembangunan Ekonomi*, Edisi 9, Penerbit Erlangga, Jakarta

KUESIONER

ANALISIS PENEMUAN SUSPEK TB PARU DI KECAMATAN TAMAN SARI

KOTA ADMINISTRASI JAKARTA BARAT

No	Question	Response		Code
I. INFORMASI RESPONDEN				
1	a. Nama			
	b. Jenis Kelamin			
	c. Umur			
	d. Pendidikan			
II. INFORMASI KONTAK				
2	a. Tgl kunjungan			
	b. Nama interviewer			
	c. Tanda tangan Interviewer			
III. PENGETAHUAN TENTANG TB PARU				
3.	Apakah Bpk/Ibu/Sdr/i pernah mendengar tentang Tuberkulosis?	1. Ya	2. Tidak (lanjutkan ke pertanyaan sikap)	
4.	Kalau ya, dari mana informasi tersebut diperoleh?	Boleh lebih dari satu jawaban		
	a. Radio	1. Ya	2. Tidak	
	b. TV	1. Ya	2. Tidak	
	c. Majalah/Surat kabar	1. Ya	2. Tidak	
	d. Poster	1. Ya	2. Tidak	

	e. Tokoh agama/masyarakat	1. Ya	2. Tidak	
	f. Guru	1. Ya	2. Tidak	
	g. Teman	1. Ya	2. Tidak	
	h. Petugas Kesehatan	1. Ya	2. Tidak	
	i. Lainnya			
5.	Tahukah Bpk/Ibu/Sdr/i bagaimana seseorang dapat menderita TB?	1. Ya	2. Tidak (lanjutkan ke pertanyaan 7)	
6.	Kalau ya, Bagaimana cara penularannya?			
	a. Ada traumatik di dada	1. Ya	2. Tidak	
	b. Ilmu hitam/ mantra/kutukan	1. Ya	2. Tidak	
	c. Keturunan	1. Ya	2. Tidak	
	d. Makanan /minuman	1. Ya	2. Tidak	
	e. Terpapar dari sputum batuk TB pasien	1. Ya	2. Tidak	
	f. Polusi udara	1. Ya	2. Tidak	
	g. Lainnya	1. Ya	2. Tidak	
7.	Tahukah Bpk/Ibu/Sdr/i tanda-tanda dan gejala jika seseorang menderita TB?	1. Ya	2. Tidak	
8.	Kalau Ya, Apa tanda-tanda dan gejalanya?	1. Ya	2. Tidak	
	a. Batuk lebih dari 2 minggu	1. Ya	2. Tidak	
	b. Batuk berdahak	1. Ya	2. Tidak	
	c. Batuk berdarah	1. Ya	2. Tidak	

	d. Nafas sesak	1. Ya	2. Tidak	
	e. Sering sakit kepala	1. Ya	2. Tidak	
	f. Berat badan yang menurun	1. Ya	2. Tidak	
	g. Demam	1. Ya	2. Tidak	
	h. Berkeringat pada malam hari	1. Ya	2. Tidak	
	i. Nafsu makan berkurang	1. Ya	2. Tidak	
	j. Lainnya	1. Ya	2. Tidak	
IV. JARAK / WAKTU TEMPUH				
9.	a. Sepengetahuan Bapak/Ibu/Sdr/i, berapa jarak tempat tinggal dengan puskesmas terdekat?km		
	b. Berapa lama waktu yang diperlukan untuk mencapai puskesmas dan bagaimana cara ke sana?menit Jalan kaki..... 1 Mobil pribadi..... 2 Angkot/bus..... 3 Ojek/motor..... 4		
	c. Menurut Sdr bagaimana jarak tersebut?	Jauh..... 1 Sedang..... 2 Dekat..... 3		
	d. Hasil pengukuran dengan GPS	LS. BT.		

V. SIKAP							
10.	Ketika mengalami batuk yang lebih dari 2 minggu kita perlu pergi ke puskesmas untuk melakukan pemeriksaan						
11.	Saya merasa perlu untuk melakukan pemeriksaan terhadap batuk yang saya derita						
12.	Apakah Bapak /Ibu setuju jika semua orang harus mengetahui bahaya penyakit Tuberkulosis Paru						
13.	Setujukah Bapak/ibu ketika ada penyuluhan mengenai penyakit tuberkulosis Bapak/Ibu akan menghadirinya.						
14.	Jika seseorang menderita batuk lebih dari 2 minggu dugaan saya orang tersebut mengalami gejala Tuberkulosis (TB) Paru.						
15.	Bila seseorang mengalami batuk lebih dari 2 minggu maka akan mengganggu aktivitas sehari-harinya.						
16.	Bila ada yang disekitar Bapak/Ibu mengalami batuk lebih dari 2 minggu maka orang yang disekitarnya cenderung untuk menghindarkan diri atau menjauhi penderita tersebut.						
V. BUDAYA							

	Bila Bpk/Ibu/Sdr/i sakit, jenis pelayanan kesehatan apa yang digunakan?	<ul style="list-style-type: none"> a. Membiarkan sembuh sendiri b. Puskesmas c. Pengobatan alternatif d. Dokter praktek swasta e. Rumah sakit f. Bidan Praktek g. Dan lain-lain. Sebutkan... 	
VI. PERSEPSI TENTANG PELAYANAN KESEHATAN			
	<p>Apakah Bapak/Ibu/Sdr/i puas dengan keadaan berikut sewaktu berobat ke puskesmas?</p> <p>Tulis nilai Sangat tidak puas.....Sangat Puas</p> <p>1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10</p>	Nilai	
	a. Keramahan petugas pemberi pelayanan		
	b. Keterampilan petugas dalam memberikan pengobatan		
	c. Kelengkapan alat yang disediakan		
	d. Kebersihan fasilitas pelayanan		
	e. Waktu menunggu diberikannya pelayanan		
	f. Memberikan rasa aman kepada diri sendiri		
	g. Memberikan kepastian hasil pengobatan		
	h. Keterjangkauan tempat fasilitas pelayanan		
	i. Biaya relatif murah		

Frequencies

Statistics

		Kategori UMur	Jenis Kelamin	Tingkat Pendidikan
N	Valid	45	45	45
	Missing	0	0	0

Frequency Table

Kategori UMur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	15-24 th	11	24.4	24.4	24.4
	25-34 th	5	11.1	11.1	35.6
	35-44 th	9	20.0	20.0	55.6
	45-54 th	12	26.7	26.7	82.2
	55-64 th	5	11.1	11.1	93.3
	>64 th	3	6.7	6.7	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

Jenis Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	29	64.4	64.4	64.4
	Perempuan	16	35.6	35.6	100.0
Total		45	100.0	100.0	

Tingkat Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	14	31.1	31.1	31.1
	SMP	20	44.4	44.4	75.6
	SMA	10	22.2	22.2	97.8
	S1	1	2.2	2.2	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kategori UMur * Media Elektronik	19	42.2%	26	57.8%	45	100.0%

Kategori UMur * Media Elektronik Crosstabulation

Count

	Media Elektronik		
		1	Total
Kategori UMur	15-24 th	5	5
	25-34 th	2	2
	35-44 th	5	5
	45-54 th	3	3
	55-64 th	3	3
	>64 th	1	1
Total		19	19

Crosstabs

Warnings

The crosstabulation of Kategori UMur * Tenaga Kesehatan is empty.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kategori UMur * Media Cetak	1	2.2%	44	97.8%	45	100.0%
Kategori UMur * Tokoh Agama/Guru	23	51.1%	22	48.9%	45	100.0%
Kategori UMur * Teman/Ortu/Keluarga	15	33.3%	30	66.7%	45	100.0%

Kategori UMur * Media Cetak Crosstabulation

Count

	Media Cetak		
		1	Total
Kategori UMur	45-54 th	1	1
Total		1	1

Kategori UMur * Tokoh Agama/Guru Crosstabulation

Count

		Tokoh Agama/ Guru	
		1	Total
Kategori UMur	15-24 th	4	4
	25-34 th	2	2
	35-44 th	7	7
	45-54 th	5	5
	55-64 th	4	4
	>64 th	1	1
Total		23	23

Kategori UMur * Teman/Ortu/Keluarga Crosstabulation

Count

		Teman/ Ortu/ Keluarga	
		1	Total
Kategori UMur	15-24 th	3	3
	25-34 th	3	3
	35-44 th	4	4
	45-54 th	3	3
	55-64 th	2	2
Total		15	15

Crosstabs**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kategori UMur * Tahu Tentang Penyakit TB	45	100.0%	0	.0%	45	100.0%

Kategori UMur * Tahu Tentang Penyakit TB Crosstabulation

Count

		Tahu Tentang Penyakit TB		Total
		Tahu	Tidak Tahu	
Kategori UMur	15-24 th	7	4	11
	25-34 th	3	2	5
	35-44 th	9	0	9
	45-54 th	7	5	12
	55-64 th	5	0	5
	>64 th	1	2	3
Total		32	13	45

Crosstabs**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Jenis Kelamin * Tahu Tentang Penyakit TB	45	100.0%	0	.0%	45	100.0%
Tingkat Pendidikan * Tahu Tentang Penyakit TB	45	100.0%	0	.0%	45	100.0%

Jenis Kelamin * Tahu Tentang Penyakit TB Crosstabulation

Count

		Tahu Tentang Penyakit TB		Total
		Tahu	Tidak Tahu	
Jenis Kelamin	Laki-laki	21	8	29
	Perempuan	11	5	16
Total		32	13	45

Tingkat Pendidikan * Tahu Tentang Penyakit TB Crosstabulation

Count

		Tahu Tentang Penyakit TB		Total
		Tahu	Tidak Tahu	
Tingkat Pendidikan	SD	7	7	14
	SMP	16	4	20
	SMA	8	2	10
	S1	1	0	1
Total		32	13	45

Frequencies

Statistics

		Sex	Pddkn	umur
N	Valid	32	32	32
	Missing	0	0	0

Frequency Table

Sex

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	laki-laki	21	65.6	65.6	65.6
	Perempuan	11	34.4	34.4	100.0
Total		32	100.0	100.0	

Pddkn

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	7	21.9	21.9	21.9
	SMP	16	50.0	50.0	71.9
	SMA	8	25.0	25.0	96.9
	PT	1	3.1	3.1	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

umur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	15-24 th	7	21.9	21.9	21.9
	25-34 th	3	9.4	9.4	31.3
	35-44 th	9	28.1	28.1	59.4
	45-55 th	7	21.9	21.9	81.3
	56-64 th	5	15.6	15.6	96.9
	>65 th	1	3.1	3.1	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

Crosstabs

Warnings

The crosstabulation of umur * Tenaga Kesehatan is empty.
 The crosstabulation of Sex * Tenaga Kesehatan is empty.
 The crosstabulation of Pddkn * Tenaga Kesehatan is empty.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
umur * Media Elektronik	19	59.4%	13	40.6%	32	100.0%
umur * Media Cetak	1	3.1%	31	96.9%	32	100.0%
umur * Tokoh Agama/Guru	23	71.9%	9	28.1%	32	100.0%
umur * Teman/Ortu/Keluarga	15	46.9%	17	53.1%	32	100.0%
Sex * Media Elektronik	19	59.4%	13	40.6%	32	100.0%
Sex * Media Cetak	1	3.1%	31	96.9%	32	100.0%
Sex * Tokoh Agama/Guru	23	71.9%	9	28.1%	32	100.0%
Sex * Teman/Ortu/Keluarga	15	46.9%	17	53.1%	32	100.0%
Pddkn * Media Elektronik	19	59.4%	13	40.6%	32	100.0%
Pddkn * Media Cetak	1	3.1%	31	96.9%	32	100.0%
Pddkn * Tokoh Agama/Guru	23	71.9%	9	28.1%	32	100.0%
Pddkn * Teman/Ortu/Keluarga	15	46.9%	17	53.1%	32	100.0%

umur * Media Elektronik Crosstabulation

Count

		Media Elektronik	Total
		1	
umur	15-24 th	5	5
	25-34 th	2	2
	35-44 th	5	5
	45-55 th	3	3
	56-64 th	3	3
	>65 th	1	1
Total		19	19

umur * Media Cetak Crosstabulation

Count

		Media Cetak	Total
		1	
umur	45-55 th	1	1
Total		1	1

umur * Tokoh Agama/Guru Crosstabulation

Count

		Tokoh Agama/ Guru	
		1	Total
umur	15-24 th	4	4
	25-34 th	2	2
	35-44 th	7	7
	45-55 th	5	5
	56-64 th	4	4
	>65 th	1	1
Total		23	23

umur * Teman/Ortu/Keluarga Crosstabulation

Count

		Teman/ Ortu/ Keluarga	
		1	Total
umur	15-24 th	3	3
	25-34 th	3	3
	35-44 th	4	4
	45-55 th	3	3
	56-64 th	2	2
Total		15	15

Sex * Media Elektronik Crosstabulation

Count

		Media Elektronik	
		1	Total
Sex	laki-laki	15	15
	Perempuan	4	4
Total		19	19

Sex * Media Cetak Crosstabulation

Count

		Media Cetak	
		1	Total
Sex	Perempuan	1	1
Total		1	1

Sex * Tokoh Agama/Guru Crosstabulation

Count

		Tokoh Agama/ Guru	Total
		1	
Sex	laki-laki	15	15
	Perempuan	8	8
Total		23	23

Sex * Teman/Ortu/Keluarga Crosstabulation

Count

		Teman/ Ortu/ Keluarga	Total
		1	
Sex	laki-laki	8	8
	Perempuan	7	7
Total		15	15

Pddkn * Media Elektronik Crosstabulation

Count

		Media Elektronik	Total
		1	
Pddkn	SD	4	4
	SMP	8	8
	SMA	7	7
Total		19	19

Pddkn * Media Cetak Crosstabulation

Count

		Media Cetak	Total
		1	
Pddkn	SD	1	1
Total		1	1

Pddkn * Tokoh Agama/Guru Crosstabulation

Count

		Tokoh Agama/ Guru	
		1	Total
Pddkn	SD	6	6
	SMP	11	11
	SMA	5	5
	PT	1	1
Total		23	23

Pddkn * Teman/Ortu/Keluarga Crosstabulation

Count

		Teman/ Ortu/ Keluarga	
		1	Total
Pddkn	SD	2	2
	SMP	8	8
	SMA	4	4
	PT	1	1
Total		15	15

Crosstabs**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
umur * Tahu Jawaban Benar	5	15.6%	27	84.4%	32	100.0%
umur * Tahu Jawaban Kurang Komplet	2	6.3%	30	93.8%	32	100.0%
umur * Tahu Jawaban Salah	1	3.1%	31	96.9%	32	100.0%
Sex * Tahu Jawaban Benar	5	15.6%	27	84.4%	32	100.0%
Sex * Tahu Jawaban Kurang Komplet	2	6.3%	30	93.8%	32	100.0%
Sex * Tahu Jawaban Salah	1	3.1%	31	96.9%	32	100.0%
Pddkn * Tahu Jawaban Benar	5	15.6%	27	84.4%	32	100.0%
Pddkn * Tahu Jawaban Kurang Komplet	2	6.3%	30	93.8%	32	100.0%
Pddkn * Tahu Jawaban Salah	1	3.1%	31	96.9%	32	100.0%

umur * Tahu Jawaban Benar Crosstabulation

Count

		Tahu Jawaban Benar	
		2	Total
umur	15-24 th	2	2
	35-44 th	2	2
	56-64 th	1	1
Total		5	5

umur * Tahu Jawaban Kurang Komplet Crosstabulation

Count

		Tahu Jawaban Kurang Komplet	
		1	Total
umur	25-34 th	1	1
	45-55 th	1	1
Total		2	2

umur * Tahu Jawaban Salah Crosstabulation

Count

		Tahu Jawaban Salah	
		1	Total
umur	45-55 th	1	1
Total		1	1

Sex * Tahu Jawaban Benar Crosstabulation

Count

		Tahu Jawaban Benar	
		2	Total
Sex	laki-laki	4	4
	Perempuan	1	1
Total		5	5

Sex * Tahu Jawaban Kurang Komplet Crosstabulation

Count

		Tahu Jawaban Kurang Komplet	
		1	Total
Sex	Perempuan	2	2
Total		2	2

Sex * Tahu Jawaban Salah Crosstabulation

Count

		Tahu Jawaban Salah	
		1	Total
Sex	laki-laki	1	1
Total		1	1

Pddkn * Tahu Jawaban Benar Crosstabulation

Count

		Tahu Jawaban Benar	
		2	Total
Pddkn	SMP	2	2
	SMA	3	3
Total		5	5

Pddkn * Tahu Jawaban Kurang Komplet Crosstabulation

Count

		Tahu Jawaban Kurang Komplet	
		1	Total
Pddkn	SD	1	1
	SMA	1	1
Total		2	2

Pddkn * Tahu Jawaban Salah Crosstabulation

Count

	Tahu Jawaban Salah	Total
	1	
Pddkn SMP	1	1
Total	1	1

Crosstabs**Warnings**

The crosstabulation of umur * Tidak Tahu is empty .
 The crosstabulation of Sex * Tidak Tahu is empty .
 The crosstabulation of Pddkn * Tidak Tahu is empty .

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
umur * Tahu > 2 tanda	18	56.3%	14	43.8%	32	100.0%
umur * Tahu 1 tanda	2	6.3%	30	93.8%	32	100.0%
Sex * Tahu > 2 tanda	18	56.3%	14	43.8%	32	100.0%
Sex * Tahu 1 tanda	2	6.3%	30	93.8%	32	100.0%
Pddkn * Tahu > 2 tanda	18	56.3%	14	43.8%	32	100.0%
Pddkn * Tahu 1 tanda	2	6.3%	30	93.8%	32	100.0%

umur * Tahu > 2 tanda Crosstabulation

Count

	Tahu > 2 tanda	Total
	2	
umur 15-24 th	3	3
25-34 th	2	2
35-44 th	6	6
45-55 th	3	3
56-64 th	4	4
Total	18	18

umur * Tahu 1 tanda Crosstabulation

Count

		Tahu 1 tanda	
		1	Total
umur	45-55 th	1	1
	56-64 th	1	1
Total		2	2

Sex * Tahu > 2 tanda Crosstabulation

Count

		Tahu > 2 tanda	
		2	Total
Sex	laki-laki	11	11
	Perempuan	7	7
Total		18	18

Sex * Tahu 1 tanda Crosstabulation

Count

		Tahu 1 tanda	
		1	Total
Sex	laki-laki	1	1
	Perempuan	1	1
Total		2	2

Pddkn * Tahu > 2 tanda Crosstabulation

Count

		Tahu > 2 tanda	
		2	Total
Pddkn	SD	4	4
	SMP	8	8
	SMA	5	5
	PT	1	1
Total		18	18

Pddkn * Tahu 1 tanda Crosstabulation

Count

		Tahu 1 tanda	
		1	Total
Pddkn	SD	2	2
Total		2	2

Frequencies

Statistics

		Persepsi Jarak	Waktu Tempuh	Sarana Transportasi
N	Valid	45	45	45
	Missing	0	0	0

Frequency Table

Persepsi Jarak

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Dekat	22	48.9	48.9	48.9
	Jauh	15	33.3	33.3	82.2
	Sedang	8	17.8	17.8	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

Waktu Tempuh

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	>15 menit	24	53.3	53.3	53.3
	6-14 menit	15	33.3	33.3	86.7
	< 5 mnt	6	13.3	13.3	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

Sarana Transportasi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Jalan kaki	20	44.4	44.4	44.4
	Angkot/Bus	12	26.7	26.7	71.1
	Ojek/motor	13	28.9	28.9	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kategori UMur * Persepsi Jarak	45	100.0%	0	.0%	45	100.0%
Tingkat Pendidikan * Persepsi Jarak	45	100.0%	0	.0%	45	100.0%
Jenis Kelamin * Persepsi Jarak	45	100.0%	0	.0%	45	100.0%

Kategori UMur * Persepsi Jarak Crosstabulation

Count

		Persepsi Jarak			Total
		Dekat	Sedang	Jauh	
Kategori UMur	15-24 th	7	1	3	11
	25-34 th	3	1	1	5
	35-44 th	4	2	3	9
	45-54 th	5	3	4	12
	55-64 th	2	1	2	5
	>64 th	1	0	2	3
Total		22	8	15	45

Tingkat Pendidikan * Persepsi Jarak Crosstabulation

Count

		Persepsi Jarak			Total
		Dekat	Sedang	Jauh	
Tingkat Pendidikan	SD	9	3	2	14
	SMP	9	4	7	20
	SMA	4	1	5	10
	S1	0	0	1	1
Total		22	8	15	45

Jenis Kelamin * Persepsi Jarak Crosstabulation

Count

		Persepsi Jarak			Total
		Dekat	Sedang	Jauh	
Jenis Kelamin	Laki-laki	15	3	11	29
	Perempuan	7	5	4	16
Total		22	8	15	45

Crosstabs**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kategori UMur * Persepsi Jarak	45	100.0%	0	.0%	45	100.0%
Tingkat Pendidikan * Persepsi Jarak	45	100.0%	0	.0%	45	100.0%
Jenis Kelamin * Persepsi Jarak	45	100.0%	0	.0%	45	100.0%

Kategori UMur * Persepsi Jarak Crosstabulation

			Persepsi Jarak			Total
			Dekat	Sedang	Jauh	
Kategori UMur	15-24 th	Count	7	1	3	11
		% within Kategori UMur	63.6%	9.1%	27.3%	100.0%
	25-34 th	Count	3	1	1	5
		% within Kategori UMur	60.0%	20.0%	20.0%	100.0%
	35-44 th	Count	4	2	3	9
		% within Kategori UMur	44.4%	22.2%	33.3%	100.0%
	45-54 th	Count	5	3	4	12
		% within Kategori UMur	41.7%	25.0%	33.3%	100.0%
	55-64 th	Count	2	1	2	5
		% within Kategori UMur	40.0%	20.0%	40.0%	100.0%
	>64 th	Count	1	0	2	3
		% within Kategori UMur	33.3%	.0%	66.7%	100.0%
Total		Count	22	8	15	45
		% within Kategori UMur	48.9%	17.8%	33.3%	100.0%

Tingkat Pendidikan * Persepsi Jarak Crosstabulation

			Persepsi Jarak			Total
			Dekat	Sedang	Jauh	
Tingkat Pendidikan	SD	Count	9	3	2	14
		% within Tingkat Pendidikan	64.3%	21.4%	14.3%	100.0%
	SMP	Count	9	4	7	20
		% within Tingkat Pendidikan	45.0%	20.0%	35.0%	100.0%
	SMA	Count	4	1	5	10
		% within Tingkat Pendidikan	40.0%	10.0%	50.0%	100.0%
	S1	Count	0	0	1	1
		% within Tingkat Pendidikan	.0%	.0%	100.0%	100.0%
Total		Count	22	8	15	45
		% within Tingkat Pendidikan	48.9%	17.8%	33.3%	100.0%

Jenis Kelamin * Persepsi Jarak Crosstabulation

			Persepsi Jarak			Total
			Dekat	Sedang	Jauh	
Jenis Kelamin	Laki-laki	Count	15	3	11	29
		% within Jenis Kelamin	51.7%	10.3%	37.9%	100.0%
	Perempuan	Count	7	5	4	16
		% within Jenis Kelamin	43.8%	31.3%	25.0%	100.0%
Total		Count	22	8	15	45
		% within Jenis Kelamin	48.9%	17.8%	33.3%	100.0%

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kategori UMur * Sarana Transportasi	45	100.0%	0	.0%	45	100.0%
Tingkat Pendidikan * Sarana Transportasi	45	100.0%	0	.0%	45	100.0%
Jenis Kelamin * Sarana Transportasi	45	100.0%	0	.0%	45	100.0%

Kategori UMur * Sarana Transportasi Crosstabulation

			Sarana Transportasi			Total
			Jalan kaki	Angkot/Bus	Ojek/motor	
Kategori UMur	15-24 th	Count	7	1	3	11
		% within Kategori UMur	63.6%	9.1%	27.3%	100.0%
	25-34 th	Count	3	1	1	5
		% within Kategori UMur	60.0%	20.0%	20.0%	100.0%
	35-44 th	Count	4	2	3	9
		% within Kategori UMur	44.4%	22.2%	33.3%	100.0%
	45-54 th	Count	3	5	4	12
		% within Kategori UMur	25.0%	41.7%	33.3%	100.0%
	55-64 th	Count	2	2	1	5
		% within Kategori UMur	40.0%	40.0%	20.0%	100.0%
	>64 th	Count	1	1	1	3
		% within Kategori UMur	33.3%	33.3%	33.3%	100.0%
Total		Count	20	12	13	45
		% within Kategori UMur	44.4%	26.7%	28.9%	100.0%

Tingkat Pendidikan * Sarana Transportasi Crosstabulation

			Sarana Transportasi			Total
			Jalan kaki	Angkot/Bus	Ojek/motor	
Tingkat Pendidikan	SD	Count	6	2	6	14
		% within Tingkat Pendidikan	42.9%	14.3%	42.9%	100.0%
	SMP	Count	10	6	4	20
		% within Tingkat Pendidikan	50.0%	30.0%	20.0%	100.0%
	SMA	Count	4	3	3	10
		% within Tingkat Pendidikan	40.0%	30.0%	30.0%	100.0%
	S1	Count	0	1	0	1
		% within Tingkat Pendidikan	.0%	100.0%	.0%	100.0%
Total		Count	20	12	13	45
		% within Tingkat Pendidikan	44.4%	26.7%	28.9%	100.0%

Jenis Kelamin * Sarana Transportasi Crosstabulation

			Sarana Transportasi			Total
			Jalan kaki	Angkot/Bus	Ojek/motor	
Jenis Kelamin	Laki-laki	Count	14	8	7	29
		% within Jenis Kelamin	48.3%	27.6%	24.1%	100.0%
	Perempuan	Count	6	4	6	16
		% within Jenis Kelamin	37.5%	25.0%	37.5%	100.0%
Total		Count	20	12	13	45
		% within Jenis Kelamin	44.4%	26.7%	28.9%	100.0%

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kategori UMur * Waktu Tempuh	45	100.0%	0	.0%	45	100.0%
Tingkat Pendidikan * Waktu Tempuh	45	100.0%	0	.0%	45	100.0%
Jenis Kelamin * Waktu Tempuh	45	100.0%	0	.0%	45	100.0%

Kategori UMur * Waktu Tempuh Crosstabulation

			Waktu Tempuh			Total
			>15 menit	6-14 menit	< 5 mnt	
Kategori UMur	15-24 th	Count	5	3	3	11
		% within Kategori UMur	45.5%	27.3%	27.3%	100.0%
	25-34 th	Count	2	2	1	5
		% within Kategori UMur	40.0%	40.0%	20.0%	100.0%
	35-44 th	Count	4	5	0	9
		% within Kategori UMur	44.4%	55.6%	.0%	100.0%
	45-54 th	Count	7	5	0	12
		% within Kategori UMur	58.3%	41.7%	.0%	100.0%
	55-64 th	Count	3	0	2	5
		% within Kategori UMur	60.0%	.0%	40.0%	100.0%
	>64 th	Count	3	0	0	3
		% within Kategori UMur	100.0%	.0%	.0%	100.0%
Total		Count	24	15	6	45
		% within Kategori UMur	53.3%	33.3%	13.3%	100.0%

Tingkat Pendidikan * Waktu Tempuh Crosstabulation

			Waktu Tempuh			Total
			>15 menit	6-14 menit	< 5 mnt	
Tingkat Pendidikan	SD	Count	5	6	3	14
		% within Tingkat Pendidikan	35.7%	42.9%	21.4%	100.0%
	SMP	Count	12	6	2	20
		% within Tingkat Pendidikan	60.0%	30.0%	10.0%	100.0%
	SMA	Count	6	3	1	10
		% within Tingkat Pendidikan	60.0%	30.0%	10.0%	100.0%
	S1	Count	1	0	0	1
		% within Tingkat Pendidikan	100.0%	.0%	.0%	100.0%
Total		Count	24	15	6	45
		% within Tingkat Pendidikan	53.3%	33.3%	13.3%	100.0%

Jenis Kelamin * Waktu Tempuh Crosstabulation

			Waktu Tempuh			Total
			>15 menit	6-14 menit	< 5 mnt	
Jenis Kelamin	Laki-laki	Count	16	9	4	29
		% within Jenis Kelamin	55.2%	31.0%	13.8%	100.0%
	Perempuan	Count	8	6	2	16
		% within Jenis Kelamin	50.0%	37.5%	12.5%	100.0%
Total		Count	24	15	6	45
		% within Jenis Kelamin	53.3%	33.3%	13.3%	100.0%

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kategori UMur * Sarana Transportasi	45	100.0%	0	.0%	45	100.0%
Tingkat Pendidikan * Sarana Transportasi	45	100.0%	0	.0%	45	100.0%
Jenis Kelamin * Sarana Transportasi	45	100.0%	0	.0%	45	100.0%

Kategori UMur * Sarana Transportasi Crosstabulation

			Sarana Transportasi			Total
			Jalan kaki	Angkot/Bus	Ojek/motor	
Kategori UMur	15-24 th	Count	7	1	3	11
		% within Kategori UMur	63.6%	9.1%	27.3%	100.0%
	25-34 th	Count	3	1	1	5
		% within Kategori UMur	60.0%	20.0%	20.0%	100.0%
	35-44 th	Count	4	2	3	9
		% within Kategori UMur	44.4%	22.2%	33.3%	100.0%
	45-54 th	Count	3	5	4	12
		% within Kategori UMur	25.0%	41.7%	33.3%	100.0%
	55-64 th	Count	2	2	1	5
		% within Kategori UMur	40.0%	40.0%	20.0%	100.0%
	>64 th	Count	1	1	1	3
		% within Kategori UMur	33.3%	33.3%	33.3%	100.0%
Total		Count	20	12	13	45
		% within Kategori UMur	44.4%	26.7%	28.9%	100.0%

Tingkat Pendidikan * Sarana Transportasi Crosstabulation

			Sarana Transportasi			Total
			Jalan kaki	Angkot/Bus	Ojek/motor	
Tingkat Pendidikan	SD	Count	6	2	6	14
		% within Tingkat Pendidikan	42.9%	14.3%	42.9%	100.0%
	SMP	Count	10	6	4	20
		% within Tingkat Pendidikan	50.0%	30.0%	20.0%	100.0%
	SMA	Count	4	3	3	10
		% within Tingkat Pendidikan	40.0%	30.0%	30.0%	100.0%
	S1	Count	0	1	0	1
		% within Tingkat Pendidikan	.0%	100.0%	.0%	100.0%
Total		Count	20	12	13	45
		% within Tingkat Pendidikan	44.4%	26.7%	28.9%	100.0%

Jenis Kelamin * Sarana Transportasi Crosstabulation

			Sarana Transportasi			Total
			Jalan kaki	Angkot/Bus	Ojek/motor	
Jenis Kelamin	Laki-laki	Count	14	8	7	29
		% within Jenis Kelamin	48.3%	27.6%	24.1%	100.0%
	Perempuan	Count	6	4	6	16
		% within Jenis Kelamin	37.5%	25.0%	37.5%	100.0%
Total		Count	20	12	13	45
		% within Jenis Kelamin	44.4%	26.7%	28.9%	100.0%

Frequencies

Statistics

		Sikap 1	Sikap 2	Sikap 3	Sikap 4	Sikap 5	Sikap 6	Sikap 7
N	Valid	45	45	45	45	45	45	45
	Missing	0	0	0	0	0	0	0

Frequency Table

Sikap 1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak setuju	1	2.2	2.2	2.2
	Kurang setuju	1	2.2	2.2	4.4
	Ragu-ragu	5	11.1	11.1	15.6
	Setuju	38	84.4	84.4	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

Sikap 2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang setuju	1	2.2	2.2	2.2
	Ragu-ragu	6	13.3	13.3	15.6
	Setuju	38	84.4	84.4	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

Sikap 3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang setuju	1	2.2	2.2	2.2
	Ragu-ragu	3	6.7	6.7	8.9
	Setuju	41	91.1	91.1	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

Sikap 4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang setuju	1	2.2	2.2	2.2
	Ragu-ragu	2	4.4	4.4	6.7
	Setuju	40	88.9	88.9	95.6
	Sangat setuju	2	4.4	4.4	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

Sikap 5

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak setuju	1	2.2	2.2	2.2
	Kurang setuju	29	64.4	64.4	66.7
	Ragu-ragu	5	11.1	11.1	77.8
	Setuju	7	15.6	15.6	93.3
	Sangat setuju	3	6.7	6.7	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

Sikap 6

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak setuju	1	2.2	2.2	2.2
	Kurang setuju	6	13.3	13.3	15.6
	Ragu-ragu	5	11.1	11.1	26.7
	Setuju	32	71.1	71.1	97.8
	Sangat setuju	1	2.2	2.2	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

Sikap 7

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak setuju	4	8.9	8.9	8.9
	Kurang setuju	6	13.3	13.3	22.2
	Ragu-ragu	7	15.6	15.6	37.8
	Setuju	27	60.0	60.0	97.8
	Sangat setuju	1	2.2	2.2	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

Frequencies**Statistics**

Budaya

N	Valid	45
	Missing	0

Budaya

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Membiarkan sembuh sendiri	5	11.1	11.1	11.1
	Puskesmas	34	75.6	75.6	86.7
	Pengobatan Alternatif	1	2.2	2.2	88.9
	Dokter praktek Swasta	4	8.9	8.9	97.8
	Rumah Sakit	1	2.2	2.2	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

Frequency Table**Persepsi Yankes 1**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	5	2	4.4	4.4	4.4
	6	1	2.2	2.2	6.7
	7	7	15.6	15.6	22.2
	8	19	42.2	42.2	64.4
	9	16	35.6	35.6	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

Persepsi Yankes 2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	5	2	4.4	4.4	4.4
	6	3	6.7	6.7	11.1
	7	6	13.3	13.3	24.4
	8	31	68.9	68.9	93.3
	9	3	6.7	6.7	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

Persepsi Yankes 3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	5	3	6.7	6.7	6.7
	6	1	2.2	2.2	8.9
	7	13	28.9	28.9	37.8
	8	26	57.8	57.8	95.6
	9	1	2.2	2.2	97.8
	10	1	2.2	2.2	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

Persepsi Yankes 4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	5	2	4.4	4.4	4.4
	6	1	2.2	2.2	6.7
	7	12	26.7	26.7	33.3
	8	28	62.2	62.2	95.6
	9	2	4.4	4.4	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

Persepsi Yankes 5

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	4	1	2.2	2.2	2.2
	5	2	4.4	4.4	6.7
	6	3	6.7	6.7	13.3
	7	14	31.1	31.1	44.4
	8	25	55.6	55.6	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

Persepsi Yankes 6

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	5	2	4.4	4.4	4.4
	6	2	4.4	4.4	8.9
	7	9	20.0	20.0	28.9
	8	30	66.7	66.7	95.6
	9	2	4.4	4.4	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

Persepsi Yankes 7

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	5	3	6.7	6.7	6.7
	6	6	13.3	13.3	20.0
	7	9	20.0	20.0	40.0
	8	19	42.2	42.2	82.2
	9	8	17.8	17.8	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

Persepsi Yankes 8

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	4	1	2.2	2.2	2.2
	5	2	4.4	4.4	6.7
	6	1	2.2	2.2	8.9
	7	5	11.1	11.1	20.0
	8	31	68.9	68.9	88.9
	9	5	11.1	11.1	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

Persepsi Yankes 9

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	5	5	11.1	11.1	11.1
	6	4	8.9	8.9	20.0
	7	3	6.7	6.7	26.7
	8	23	51.1	51.1	77.8
	9	8	17.8	17.8	95.6
	10	2	4.4	4.4	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

Lampiran

Logistic Regression

Case Processing Summary

Unweighted Cases ^a		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	45	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	45	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		45	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
Tidak	0
Ya	1

Block 0: Beginning Block

Iteration History^{a,b,c}

Iteration	-2 Log likelihood	Coefficients
		Constant
Step 1	58.577	.578
0	58.574	.595
3	58.574	.595

- a. Constant is included in the model.
 b. Initial -2 Log Likelihood: 58.574
 c. Estimation terminated at iteration number 3 because parameter estimates changed by less than .001.

Classification Table^{a,b}

Observed			Predicted		
			Pemeriksaan Sputum		Percentage Correct
			Tidak	Ya	
Step 0	Pemeriksaan Sputum	Tidak	0	16	.0
		Ya	0	29	100.0
Overall Percentage					64.4

- a. Constant is included in the model.
 b. The cut value is .500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0 Constant	.595	.311	3.647	1	.056	1.812

Variables not in the Equation

Step	Variables	TOTPENGET	Score	df	Sig.
0			8.881	1	.003
		Stot	.009	1	.925
		KelBud	12.548	1	.000
		keljarak	.262	1	.608
		Yankstot	1.178	1	.278
	Overall Statistics		19.119	5	.002

Block 1: Method = Enter

Iteration History^{a,b,c,d}

Iteration	-2 Log likelihood	Coefficients					
		Constant	TOTPENGET	Stot	KelBud	keljarak	Yankstot
Step 1	38.559	-4.391	.384	-.034	2.515	.384	.037
1	35.800	-6.589	.565	-.087	3.849	.677	.065
	35.280	-8.108	.637	-.111	5.025	.814	.078
	35.150	-9.204	.647	-.114	6.070	.837	.079
	35.104	-10.217	.647	-.114	7.081	.838	.079
	35.088	-11.220	.647	-.114	8.084	.838	.079
	35.082	-12.222	.647	-.114	9.086	.838	.079
	35.079	-13.222	.647	-.114	10.086	.838	.079
	35.079	-14.222	.647	-.114	11.086	.838	.079
	35.078	-15.222	.647	-.114	12.086	.838	.079
	35.078	-16.222	.647	-.114	13.086	.838	.079
	35.078	-17.222	.647	-.114	14.086	.838	.079
	35.078	-18.222	.647	-.114	15.086	.838	.079
	35.078	-19.222	.647	-.114	16.086	.838	.079
	35.078	-20.222	.647	-.114	17.086	.838	.079
	35.078	-21.222	.647	-.114	18.086	.838	.079
	35.078	-22.222	.647	-.114	19.086	.838	.079
	35.078	-23.222	.647	-.114	20.086	.838	.079
	35.078	-24.222	.647	-.114	21.086	.838	.079
	35.078	-25.222	.647	-.114	22.086	.838	.079

a. Method: Enter

b. Constant is included in the model.

c. Initial -2 Log Likelihood: 58.574

d. Estimation terminated at iteration number 20 because maximum iterations has been reached. Final solution cannot be found.

Omnibus Tests of Model Coefficients

	Chi-square	df	Sig.
Step 1 Step	23.496	5	.000
Block	23.496	5	.000
Model	23.496	5	.000

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	35.078 ^a	.407	.559

a. Estimation terminated at iteration number 20 because maximum iterations has been reached. Final solution cannot be found.

Hosmer and Lemeshow Test

Step	Chi-square	df	Sig.
1	8.494	7	.291

Contingency Table for Hosmer and Lemeshow Test

		Pemeriksaan Sputum = Tidak		Pemeriksaan Sputum = Ya		Total
		Observed	Expected	Observed	Expected	
Step 1	1	5	5.000	0	.000	5
	2	2	3.623	3	1.377	5
	3	4	2.600	1	2.400	5
	4	3	1.854	2	3.146	5
	5	1	1.241	4	3.759	5
	6	0	.760	5	4.240	5
	7	0	.474	5	4.526	5
	8	1	.320	4	4.680	5
	9	0	.128	5	4.872	5

Classification Table^a

Observed		Predicted		
		Pemeriksaan Sputum		Percentage Correct
		Tidak	Ya	
Step 1	Pemeriksaan Sputum	Tidak	Ya	68.8
		Ya		86.2
	Overall Percentage			80.0

a. The cut v value is .500

Variables in the Equation

Step		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1	TOTPENGET	.647	.268	5.846	1	.016	1.910
	Stot	-.114	.185	.379	1	.538	.892
	KelBud	22.086	15805.466	.000	1	.999	4E+009
	keljarak	.838	.911	.845	1	.358	2.311
	Yankstot	.079	.060	1.755	1	.185	1.082
	Constant	-25.222	15805.467	.000	1	.999	.000

a. Variable(s) entered on step 1: TOTPENGET, Stot, KelBud, keljarak, Yankstot.

Step number: 1

Case Processing Summary

Unweighted Cases ^a		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	45	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	45	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		45	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
Tidak	0
Ya	1

Block 0: Beginning Block

Iteration History^{a,b,c}

Iteration		-2 Log likelihood	Coefficients
			Constant
Step 1		58.577	.578
0	2	58.574	.595
	3	58.574	.595

- a. Constant is included in the model.
 b. Initial -2 Log Likelihood: 58.574
 c. Estimation terminated at iteration number 3 because parameter estimates changed by less than .001.

Classification Table^{a,b}

Observed			Predicted		
			Pemeriksaan Sputum		Percentage Correct
			Tidak	Ya	
Step 0	Pemeriksaan Sputum	Tidak	0	16	.0
		Ya	0	29	100.0
Overall Percentage					64.4

- a. Constant is included in the model.
 b. The cut v alue is .500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0 Constant	.595	.311	3.647	1	.056	1.812

Variables not in the Equation

			Score	df	Sig.
Step 0	Variables	TOTPENGET	8.881	1	.003
		Stot	.009	1	.925
		KelBud	12.548	1	.000
Overall Statistics			17.693	3	.001

Block 1: Method = Enter

Iteration History^{a,b,c,d}

Iteration	-2 Log likelihood	Coefficients				
		Constant	TOTPENGET	Stot	KelBud	
Step 1	40.269	-2.590	.374	.004	2.554	
1	2	38.287	-3.596	.524	-.012	3.835
	3	37.907	-4.574	.560	-.017	4.924
	4	37.786	-5.588	.562	-.017	5.944
	5	37.742	-6.595	.562	-.017	6.951
	6	37.726	-7.597	.562	-.017	7.954
	7	37.720	-8.598	.562	-.017	8.954
	8	37.718	-9.599	.562	-.017	9.955
	9	37.717	-10.599	.562	-.017	10.955
	10	37.717	-11.599	.562	-.017	11.955
	11	37.717	-12.599	.562	-.017	12.955
	12	37.717	-13.599	.562	-.017	13.955
	13	37.717	-14.599	.562	-.017	14.955
	14	37.717	-15.599	.562	-.017	15.955
	15	37.717	-16.599	.562	-.017	16.955
	16	37.717	-17.599	.562	-.017	17.955
	17	37.717	-18.599	.562	-.017	18.955
	18	37.717	-19.599	.562	-.017	19.955
	19	37.717	-20.599	.562	-.017	20.955
	20	37.717	-21.599	.562	-.017	21.955

a. Method: Enter

b. Constant is included in the model.

c. Initial -2 Log Likelihood: 58.574

d. Estimation terminated at iteration number 20 because maximum iterations has been reached. Final solution cannot be found.

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	20.857	3	.000
	Block	20.857	3	.000
	Model	20.857	3	.000

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	37.717 ^a	.371	.510

a. Estimation terminated at iteration number 20 because maximum iterations has been reached. Final solution cannot be found.

Hosmer and Lemeshow Test

Step	Chi-square	df	Sig.
1	7.320	6	.292

Contingency Table for Hosmer and Lemeshow Test

		Pemeriksaan Sputum = Tidak		Pemeriksaan Sputum = Ya		Total
		Observed	Expected	Observed	Expected	
Step 1	1	5	5.000	0	.000	5
	2	5	4.668	3	3.332	8
	3	2	2.397	3	2.603	5
	4	2	1.430	3	3.570	5
	5	0	.855	5	4.145	5
	6	2	.540	2	3.460	4
	7	0	.616	6	5.384	6
	8	0	.495	7	6.505	7

Classification Table^a

Observed		Predicted		
		Pemeriksaan Sputum		Percentage Correct
		Tidak	Ya	
Step 1	Pemeriksaan Sputum	Tidak	Ya	62.5
		Ya		79.3
	Overall Percentage			73.3

a. The cut v value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1	TOTPENGET	.562	.239	5.547	1	.019	1.754
	Stot	-.017	.150	.013	1	.908	.983
	KelBud	21.955	16087.978	.000	1	.999	3E+009
	Constant	-21.599	16087.978	.000	1	.999	.000

a. Variable(s) entered on step 1: TOTPENGET, Stot, KelBud.

Correlation Matrix

		Constant	TOTPENGET	Stot	KelBud
Step 1	Constant	1.000	.000	.000	-1.000
	TOTPENGET	.000	1.000	-.112	.000
	Stot	.000	-.112	1.000	.000
	KelBud	-1.000	.000	.000	1.000

Step number: 1

Observed Groups and Predicted Probabilities

