

FAKTOR-FAKTOR YANG BERPENGARUH TERHADAP PEMANFAATAN PELAYANAN KESEHATAN TRADISIONAL/ KOMPLEMENTER PADA KELUARGA DENGAN PENYAKIT TIDAK MENULAR

^{1*}Arie Kusumaningrum, ²Hikayati, ³Vivop Marti Lengga

^{1,2,3}Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya

*Email: ariekusumaningrum@yahoo.com

Abstrak

Penyakit Tidak Menular (PTM)/*Non Communicable Disease* (NCDs) telah menjadi masalah kesehatan masyarakat yang cukup besar. Terdapat beberapa kecenderungan dari masyarakat dalam melakukan pengobatan dan perawatan pada pasien NCDS salah satunya adalah melakukan pengobatan tradisional dengan cara herbal dan/atau komplementer. Tujuan penelitian untuk mengetahui faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pengobatan tradisional dan komplementer pada keluarga dengan NCDs di Indonesia menggunakan data RISKESDAS tahun 2013. Penelitian ini merupakan penelitian analitik kuantitatif dengan desain penelitian *cross sectional*. Populasi yaitu data RISKESDAS2013. Populasi target pada penelitian ini adalah seluruh rumah tangga yang beranggotakan pasien NCDS yang ada di Indonesia. Sampel penelitian yaitu rumah tangga yang mempunyai anggota pasien NCDS.. Kriteria inklusi yaitu: Rumah tangga mempunyai 1 atau lebih anggota keluarga penderita NCDS. Analisis dilakukan secara univariat dan bivariat. Uji statistik yang digunakan adalah Uji Chi-Square dengan derajat kemaknaan (α) sebesar 5%. Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa jumlah responden yang menderita diabetes mellitus sebanyak 12717 (1.8%). Jumlah responden yang menderita hipertensi sebanyak 70359 (9.7%) Jumlah responden yang menderita penyakit jantung sebanyak 4067 (0,6%). Jumlah responden yang menderita stroke sebanyak 5887 (0,8%). Terdapat hubungan yang signifikan antara karakteristik sosiodemografi (umur <39 tahun, pendidikan tinggi, dan tempat tinggal di kota) keluarga yang mempunyai anggota dengan NCDs terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional/komplementer Analisis selanjutnya menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara ketersediaan fasilitas kesehatan, jarak pelayanan kesehatan, umur, tingkat pendidikan, daerah tempat tinggal dan ketersediaan fasilitas kesehatan terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional/komplementer.

Kata kunci: komplementer, terapi tradisional, pelayanan kesehatan, sosiodemografi, NCDs, penyakit tidak menular.

PENDAHULUAN

Penyakit Tidak Menular (PTM) atau *Non Communicable Disease* (NCDs) telah menjadi masalah kesehatan masyarakat yang cukup besar di Indonesia, hal ini ditandai dengan bergesernya pola penyakit secara epidemiologi dari penyakit menular ke NCDs yang secara global meningkat (Depkes, 2009).

Terdapat beberapa kecenderungan dari masyarakat dalam melakukan pengobatan dan perawatan pada pasien NCDS salah satunya adalah melakukan pengobatan tradisional dengan cara herbal dan/atau komplementer. Berdasarkan data SUSENAS bahwa terdapat 40% penduduk Indonesia menggunakan pengobatan tradisional termasuk didalamnya pengobatan komplementer – alternative. Terapi komplementer dilaksanakan dengan tindakan seperti jamu, aromaterapi, gurah, homeopati, dan spa. Pelayanan kesehatan tradisional keterampilan dengan pikiran (Hipnoterapi, Meditasi, Prana, Tenaga dalam). Pelayanan kesehatan tradisional keterampilan menggunakan alat (Akupunktur, Chiropraksi, Kop/Bekam, Apiterapi, Ceragem, Akupresur). Pelayanan kesehatan tradisional keterampilan tanpa alat (Pijat – urut, Pijat - urut bayi, Patah Tulang, Refleksi).

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pengobatan tradisional dan komplementer pada keluarga dengan NCDs di Indonesia menggunakan data RISKESDAS tahun 2013.

BAHAN DAN CARA

Jenis dan desain penelitian yang digunakan dalam RISKESDAS2013 sebagai sumber data yang digunakan yaitu jenis penelitian analitik kuantitatif dengan desain penelitian *cross sectional*.

Populasi yang digunakan penulis adalah populasi yang ada pada RISKESDAS2013. Populasi target pada penelitian ini adalah seluruh rumah tangga yang beranggotakan pasien NCDS yang ada di Indonesia.

Peneliti akan mengambil semua populasi studi sebagai sampel untuk penelitian ini. Sampel yang dimaksud yaitu rumah tangga yang mempunyai anggota pasien NCDS. Pengambilan sampel akan dilakukan berdasarkan kriteria inklusi yang telah ditetapkan sebelumnya oleh peneliti.

Kriteria inklusi yang akan digunakan peneliti yaitu : Rumah tangga mempunyai 1 atau lebih anggota keluarga penderita NCDS.

Data yang digunakan adalah data sekunder yang berasal dari data RISKESDAS2013. Variabel yang peneliti gunakan dari data RISKESDAS2013 tersebut adalah:

- a) Data rumah tangga yang terdapat pasien NCDS: usia, pendidikan, riwayat pengobatan modern.
- b) Data pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional/komplementer oleh keluarga yang terdapat pasien NCDS
- c) Data pelayanan kesehatan: jarak fasilitas kesehatan, ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan pada keluarga yang terdapat pasien NCDS
- d) Data faktor Lingkungan: kepercayaan/keyakinan/tradisi dan daerah tempat tinggal pada keluarga yang terdapat pasien NCDS
- e) Data sosial ekonomi pada keluarga yang terdapat pasien NCDS

Pengolahan data dalam penelitian ini meliputi tahapan tabulating dan pengecekan missing data.

Data diperoleh dari hasil kuesioner RISKESDAS2013.

Analisis Dan Penyajian Data dilakukan secara univariat dan bivariat. Analisis univariat pada data numerik seperti variabel umur untuk mengetahui nilai mean dan standar deviasi jika data berdistribusi normal atau nilai median dan range jika diketahui data berdistribusi tidak normal. Pada data kategorik analisis univariat digunakan untuk mengetahui proporsi masing-masing variabel. Hasil dari analisis univariat ini akan disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dan diinterpretasikan.

Analisis bivariat ini dilakukan untuk mengetahui ada tidaknya hubungan antara dua variabel yaitu variabel independen dengan variabel dependen. Uji statistik yang digunakan adalah Uji Chi-Square dengan derajat kemaknaan (α) sebesar 5%.

HASIL

Distribusi Frekuensi Kasus NCDs (Diabetes Mellitus, Hipertensi, Penyakit Jantung, dan Stroke)

Berdasarkan tabel 1 diketahui bahwa jumlah responden yang menderita diabetes mellitus sebanyak 12717 (1.8%) dan yang tidak menderita diabetes mellitus sebesar 709612 (98.2%). Jumlah responden yang menderita hipertensi sebanyak 70359 (9.7%) dan yang tidak menderita hipertensi sebesar 651970 (90.3%). Jumlah responden yang menderita penyakit jantung sebanyak 4067 (6%)

dan yang tidak menderita penyakit jantung sebesar 718262 (99.4%). Jumlah responden yang menderita stroke sebanyak 5887 (8%) dan yang tidak menderita stroke sebesar 716442 (99.2%)

Tabel 1.
Distribusi Frekuensi Kasus Diabetes Mellitus, Hipertensi, Penyakit Jantung dan Stroke

No	Variabel	Frekuensi	Presentase
Kasus Diabetes Mellitus			
1	DM	12717	1.8
2	Tidak DM	709612	98.2
Kasus Hipertensi			
1	Hipertensi	70359	9.7
2	Tidak Hipertensi	651970	90.3
Kasus Penyakit Jantung			
1	Penyakit jantung	4067	0,6
2	Tidak Penyakit jantung	718262	99.4
Kasus Stroke			
1	Stroke	5887	0,8
2	Tidak Stroke	716442	99.2
Total		722329	100

Hubungan Karakteristik Sosiodemografi Keluarga yang Mempunyai Anggota dengan NCDs terhadap Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Tradisional/ Komplementer

a. Hubungan umur keluarga dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional/ komplementer

Tabel 1
Hubungan umur keluarga dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional/ komplementer

No.	Variabel		Yankes tradisional		Total	P value	OR (95%CI)
			Ya n (%)	Tidak n (%)			
1.	Umur median tahun)	< (39)	98158 (50.1%)	273598 (52.0%)	371756	0.000	1.081 (1.069-1.092)
2.	Umur median tahun)	> (39)	97943 (49.9%)	252630 (48.0%)	350573		
Total			196101	526228	722329		

Berdasarkan tabel 2. diketahui bahwa keluarga yang berumur <39 tahun yang menggunakan pelayanan kesehatan tradisional sebanyak 98.158 (50.1%), sedangkan yang tidak menggunakan pelayanan kesehatan tradisional sebesar 273.598 (52.0%). Keluarga yang berumur >39 tahun yang menggunakan pelayanan kesehatan tradisional sebanyak 97.943 (49.9%), sedangkan yang tidak menggunakan pelayanan kesehatan tradisional sebesar 252.630 (48.0%). Terdapat hubungan yang signifikan antara umur keluarga pasien NCDs dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional/komplementer. Keluarga yang berumur <39 tahun berpeluang lebih besar (1.081) dalam

menggunakan pelayanan kesehatan tradisional dibandingkan dengan keluarga yang berumur >39 tahun.

- b. Hubungan pendidikan keluarga dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional/komplementer

Tabel 2
Hubungan pendidikan keluarga dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional/komplementer

No.	Variabel	Yankes tradisional		Total	P value	OR (95%CI)
		Ya n (%)	Tidak n (%)			
1.	Pendidikan tinggi	14304 (7.3%)	36267 (6.9%)	50571	0.000	1.063 (1.042-
2.	Pendidikan rendah	181797 (92.7%)	489961 (93.1%)	671758		1.085)
	Total	196101	526228	722329		

Berdasarkan tabel 3 diketahui bahwa keluarga yang berpendidikan tinggi yang menggunakan pelayanan kesehatan tradisional sebanyak 14.304 (7.3%), sedangkan yang tidak menggunakan pelayanan kesehatan tradisional sebesar 36.267 (6.9%). Keluarga yang berpendidikan rendah yang menggunakan pelayanan kesehatan tradisional sebanyak 181.797 (92.7%), sedangkan yang tidak menggunakan pelayanan kesehatan tradisional sebesar 489.961 (93.1%). Terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan keluarga pasien NCDs dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional/komplementer. Keluarga yang berpendidikan rendah berpeluang lebih besar (1.063) dalam menggunakan pelayanan kesehatan tradisional dibandingkan dengan keluarga yang berpendidikan tinggi.

- c. Hubungan daerah (kota/desa) keluarga dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional/ komplementer

Tabel 3
Hubungan daerah (kota/desa) keluarga dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional/ komplementer

No.	Variabel	Yankes tradisional		Total	P value	OR (95%CI)
		Ya n (%)	Tidak n (%)			
1.	Kota	97314 (49,6%)	236417 (44.9%)	333731	0.000	0.828 (0.820-
2.	Desa	98787 (50.4%)	289811 (55.1%)	388598		0.837)
	Total	196101	526228	722329		

Berdasarkan tabel 4 diketahui bahwa keluarga yang berada di kota yang menggunakan pelayanan kesehatan tradisional sebanyak 97.314 (49,6%), sedangkan yang tidak menggunakan pelayanan

kesehatan tradisional sebesar 236.417 (44.9%). Keluarga yang berada di desa yang menggunakan pelayanan kesehatan tradisional sebanyak 98.787 (50.4%), sedangkan yang tidak menggunakan pelayanan kesehatan tradisional sebesar 289.811 (55.1%). Terdapat hubungan yang signifikan antara tempat tinggal keluarga pasien NCDs dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional/komplementer. Keluarga yang berada di desa berpeluang lebih kecil (0.828) dalam menggunakan pelayanan kesehatan tradisional dibandingkan dengan keluarga yang berada di kota.

Hubungan ketersediaan fasilitas kesehatan umum dan jarak fasilitas kesehatan oleh keluarga yang mempunyai anggota dengan NCDs terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional/ komplementer.

- a. Hubungan ketersediaan pelayanan kesehatan umum dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional/ komplementer

Tabel 5
Hubungan ketersediaan pelayanan kesehatan umum dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional/ komplementer

No.	Variabel	Yankes tradisional		Total	P value	OR (95%CI)
		Ya n (%)	Tidak n (%)			
1.	Ada	194539 (99.2%)	519910 (98.8%)	714449	0.000	1.513 (1.432-
2.	Tidak	1562 (0.8%)	6318 (1.2%)	7880		1.600)
	Total	196101	526228	722329		

Berdasarkan tabel 5 diketahui bahwa keluarga yang mempunyai ketersediaan pelayanan kesehatan umum yang menggunakan pelayanan kesehatan tradisional sebanyak 194.539 (99.2%), sedangkan yang tidak menggunakan pelayanan kesehatan tradisional sebesar 519.910 (98.8%). Keluarga yang tidak mempunyai ketersediaan pelayanan kesehatan umum yang menggunakan pelayanan kesehatan tradisional sebanyak 1.562 (0.8%), sedangkan yang tidak menggunakan pelayanan kesehatan tradisional sebesar 6318 (1.2%). Terdapat hubungan yang signifikan antara ketersediaan pelayanan kesehatan umum dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional/komplementer. Keluarga yang mempunyai ketersediaan pelayanan kesehatan umum berpeluang lebih besar (1.513) dalam menggunakan pelayanan kesehatan tradisional dibandingkan dengan keluarga yang tidak mempunyai ketersediaan pelayanan kesehatan umum.

- b. Hubungan jarak ke pelayanan kesehatan umum dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional/ komplementer

Tabel 4
Hubungan jarak ke pelayanan kesehatan umum dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional/ komplementer

No.	Variabel	Yankes tradisional		Total	P value	OR (95%CI)
		Ya n (%)	Tidak n (%)			
1.	Dekat	139876 (71.3%)	367403 (69.8%)	507279	0.000	0.930 (0.919-

2. Jauh	56225 (28.7%)	158825 (30.2%)	215050	0.941)
Total	196101	526228	722329	

Berdasarkan tabel 6 diketahui bahwa keluarga yang memiliki jarak yang dekat ke pelayanan kesehatan umum yang menggunakan pelayanan kesehatan tradisional sebanyak 139.876 (71.3%), sedangkan yang tidak menggunakan pelayanan kesehatan tradisional sebesar 367.403 (69.8%). Keluarga yang memiliki jarak yang jauh ke pelayanan kesehatan umum yang menggunakan pelayanan kesehatan tradisional sebanyak 56.225 (28.7%), sedangkan yang tidak menggunakan pelayanan kesehatan tradisional sebesar 158.825 (30.2%). Terdapat hubungan yang signifikan antara jarak ke pelayanan kesehatan umum dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional/komplementer. Jarak dekat ke pelayanan kesehatan umum mempunyai peluang lebih kecil (0.930) dalam menggunakan pelayanan kesehatan tradisional dibandingkan dengan jarak jauh ke pelayanan kesehatan umum.

PEMBAHASAN

a. Kasus NCDs (Diabetes Mellitus, Hipertensi, Penyakit Jantung, dan Stroke)

Prevalensi kasus NCDs saat ini semakin meningkat dan menjadi masalah kesehatan utama yang menyebabkan tingginya angka mortalitas dan morbiditas di Indonesia. Distribusi frekuensi kasus NCDs tertinggi sampai terendah dari hasil data Riskesdas (2013) adalah hipertensi, diabetes mellitus, stroke dan penyakit jantung.

Hipertensi merupakan keadaan seseorang yang mengalami gangguan pembuluh darah. Hipertensi ini memiliki ciri umum berupa peningkatan tekanan darah secara kronis, atau menggunakan obat antihipertensi (Mansjoer, 2001). Hipertensi seringkali disebut sebagai *silent killer*. Karena perjalanan penyakit ini mematikan seseorang secara perlahan tanpa disadari gejala awal oleh penderitanya. Penderita mulai menyadarinya setelah merasakan dampak gawatnya hipertensi berupa komplikasi yang menyebabkan gangguan organ seperti gangguan fungsi jantung, fungsi ginjal, gangguan fungsi kognitif atau bahkan stroke (Price & Wilson, 2005; Smeltzer & Bare, 2001).

Kasus tertinggi kedua adalah kasus diabetes mellitus. Kasus diabetes mellitus (DM tipe 2) menjadi kasus tertinggi dan semakin meningkat tiap tahunnya karena terjadinya perubahan gaya hidup manusia yang buruk. Pada DM tipe 2 ini terjadi peningkatan kadar gula darah ditandai dengan resistensi insulin ketika hormon insulin diproduksi dengan jumlah yang tidak memadai atau dengan bentuk yang tidak efektif. Penyakit DM ini seringkali tidak disadari hingga muncul tanda dan gejala yang dirasakan oleh pasien seperti selalu lapar, selalu haus dan sering buang air kecil.

Salah satu komplikasi yang ditimbulkan oleh hipertensi ini adalah stroke. Stroke terjadi karena penyumbatan aliran darah yang menyebabkan pembuluh darah menjadi pecah. Stroke ini juga berkaitan dengan kasus NCDs lain yaitu DM dan penyakit jantung karena berpeluang juga menyebabkan stroke.

Selain stroke, hipertensi juga menjadi penyebab utama bagi penyakit jantung (Dinwiddie, 2014). Walaupun dalam data Riskesdas (2013) ini menyatakan bahwa frekuensi penyakit jantung paling rendah diantara kasus NCDs lainnya, tetapi penyakit jantung menjadi pembunuh nomor satu di dunia (WHO, 2008).

Dari semua kasus NCDs yang semakin meningkat prevalensinya ini, menyebabkan timbulnya alasan bagi masyarakat untuk mencari pengobatan-pengobatan yang dianggap tepat yaitu melalui pengobatan tradisional. Semakin tinggi kasus NCDs maka akan semakin banyak pelayanan kesehatan tradisional yang dicari dan digunakan oleh masyarakat, semakin berkembang pula jenis pengobatan tradisional yang beredar di tengah masyarakat. Hal ini terjadi khususnya bagi rumah tangga yang memiliki anggota keluarga yang menderita salah satu atau lebih dari penyakit NCDs ini dan melalui beberapa faktor yang mempengaruhi keluarga untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan tradisional ini.

b. Hubungan Karakteristik Sosiodemografi Keluarga yang Mempunyai Anggota dengan NCDs terhadap Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Tradisional/ Komplementer

1. Hubungan umur keluarga dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional/ komplementer.

Data Riskesdas (2013) mempunyai data umur yang bervariasi mulai dari 15 tahun sampai 128 tahun. Oleh karena sebaran datanya yang terlalu luas, variasi umur ini sulit untuk digeneralisasikan dalam 1 kategori, sehingga peneliti membuatnya menjadi 2 kategori yaitu < 39 tahun dan > 39 tahun sesuai dengan nilai median. Analisis selanjutnya menunjukkan bahwa dengan kepercayaan 95% diyakini umur mempunyai rentang dari 39,88 tahun sampai dengan 39,96 tahun. Rata-rata umur diketahui 39,92 (SD 16,19).

Untuk umur <39 tahun menghasilkan data yang lebih besar melaksanakan pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional/ komplementer. Hal ini berhubungan dengan kasus NCDs yang semakin meningkat bukan pada umur lansia saja, melainkan telah mengintai usia dewasa (WHO, 2014). Semakin buruknya gaya hidup masyarakat saat ini, maka semakin banyak masyarakat yang mengalami masalah kesehatan sejak usia dewasa bahkan anak dan remaja. Hal ini mempengaruhi peningkatan pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional/komplementer.

Analisis selanjutnya menunjukkan bahwa keluarga dengan usia <39 tahun mempunyai peluang sebanyak 1,081 kali memanfaatkan pelayanan kesehatan tradisional/komplementer dibandingkan dengan rumah tangga yang usia kepala keluarganya > 39 tahun. Hal ini bisa diakibatkan karena semakin banyaknya pilihan pelayanan kesehatan tradisional sebagai alternative pengobatan dan keinginan mencoba, dan harga lebih murah. Pada usia tersebut kepala keluarga sedang membangun perekonomian dengan kebutuhan keluarga yang lebih banyak.

2. Hubungan pendidikan keluarga dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional/ komplementer

Tingkat pendidikan mulai dari tidak sekolah, sekolah tetapi tidak tamat SD, tamat SD, SMP dan SMA merupakan tingkat pendidikan dengan kategori rendah. Tingkat pendidikan tinggi dimulai dari D1/D2/D3 sampai perguruan tinggi. Dari data dihasilkan bahwa tingkat pendidikan rendah pada keluarga dengan anggota yang mengalami NCDs 1.06 kali lebih besar dalam menggunakan pelayanan kesehatan tradisional dibandingkan dengan tingkat pendidikan tinggi. Hal ini sejalan dengan penelitian Andhika (2010) yang menyebutkan bahwa tingkat pendidikan berpengaruh positif terhadap penggunaan jasa pelayanan kesehatan. Dalam hal ini dikarenakan jasa pelayanan kesehatan secara medis relative lebih mahal dibandingkan dengan pelayanan kesehatan tradisional/komplementer.

Pendidikan merupakan sejumlah pengalaman untuk dapat memahami sesuatu yang sebelumnya tidak dipahami. Responden dengan tingkat pendidikan yang lebih baik cenderung lebih memanfaatkan pelayanan kesehatan. Hal ini dimungkinkan karena semakin baik tingkat pendidikan seseorang maka semakin baik dalam menerima dan memahami informasi baru terutama informasi kesehatan serta meningkatkan perubahan sikap dan perilaku.

Pendidikan mempunyai pengaruh besar dalam pengambilan keputusan keluarga yang mempunyai anggota dengan NCDs. Seperti pada penelitian Grossman yang diperoleh dalam Putra (2010), bahwa tingkat pendidikan mempengaruhi produktifitas dan efektifitas pemanfaatan kesehatan, mempengaruhi persepsi tentang alokasi kesehatan yang terbaik bagi seseorang, dan Schultz yang diperoleh dalam Putra (2010), pendidikan meningkatkan jumlah sumber daya keluarga yang bisa dialokasikan untuk memperoleh pelayanan kesehatan.

Variabel pendidikan juga digunakan sebagai pendekatan penilaian pribadi terhadap status kesehatan. Semakin tingginya tingkat pendidikan, semakin tinggi pula tingkat kesadaran terhadap kesehatan. Hal ini mengakibatkan bahwa presentase pendidikan rendah sebanyak 92% memanfaatkan pelayanan kesehatan tradisional/komplementer dibandingkan dengan pendidikan tinggi. Pendidikan selalu diselaraskan dengan pendapatan yang lebih besar sehingga pendidikan yang tinggi mempunyai kecukupan financial untuk melakukan pelayanan kesehatan secara medis.

2. Hubungan daerah (kota/desa) keluarga dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional/ komplementer

Hasil pengolahan data menunjukkan bahwa keluarga yang bertempat tinggal di desa lebih banyak menggunakan pelayanan kesehatan tradisional dibandingkan mereka yang di kota. Hal ini dapat berkaitan dengan akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan dan tingkat pendidikan dimana tingkat pendidikan tinggi lebih banyak di kota. Hal ini berdampak pada pilihan pelayanan kesehatan yang akan diterapkan oleh keluarga. Data sebelumnya menunjukkan bahwa sebagian besar pendidikan yang rendah lebih cenderung memanfaatkan pelayanan kesehatan tradisional/ komplementer.

Selain itu, perkembangan ekonomi dan IPTEK di kota yang lebih pesat mempengaruhi persaingan dan perkembangan fasilitas kesehatan modern. Dengan jumlah penduduk yang lebih banyak, pendidikan yang lebih tinggi, sistem informasi yang lebih baik, sosial ekonomi yang lebih berkembang maka keluarga yang bertempat tinggal di kota lebih banyak pilihan, lebih tinggi kesadaran dan pengetahuan untuk menggunakan pelayanan kesehatan.

3. Hubungan ketersediaan pelayanan kesehatan umum dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional/ komplementer

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan dengan pemanfaatan pelayanan tradisional/komplementer. Bahwa keluarga dengan ketersediaan akses pelayanan kesehatan sebanyak 99,2% menggunakan pelayanan kesehatan tradisional/ komplementer. Analisis selanjutnya menunjukkan bahwa keluarga yang terdapat akses pemanfaatan pelayanan kesehatan berpeluang sebanyak 1,5 kali menggunakan pelayanan kesehatan tradisional/ komplementer.

Hasil penelitian ini menepis anggapan bahwa keluarga yang memanfaatkan pelayanan kesehatan tradisional adalah keluarga yang tidak mempunyai akses terhadap pelayanan kesehatan medis seperti puskesmas dan rumah sakit. Hal sebaliknya ditunjukkan dalam penelitian. Hal ini dapat disebabkan oleh berbagai hal yaitu kondisi kronik dari penyakit dimana NCDs merupakan penyakit lama dimana keluarga memerlukan alternatif terapi yang lebih murah dan dirasakan lebih aman dan lebih manjur. Sehingga keinginan untuk mencoba dengan berbagai alternatif penyembuhan menjadi alasan untuk penggunaan terapi tradisional/komplementer.

Selanjutnya bahwa pelayanan kesehatan sudah merata sampai ke pelosok desa dan daerah yang terpencil, namun fasilitas dan sumber daya manusia yang masih kurang sehingga meskipun akses terhadap pelayanan kesehatan terjangkau namun secara kualitas pelayanan kesehatan mempunyai keterbatasan sehingga beberapa kasus tidak dapat diselesaikan di pusat pelayanan kesehatan primer. Hal ini menjadikan alasan ketersediaan fasilitas bukan merupakan alasan keluarga untuk tidak memanfaatkan terapi tradisional/ komplementer.

Hal lain yang menjadikan alasan adalah terkait dengan tingkat pendidikan dan ekonomi yang akan berhubungan dengan keputusan keluarga dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan tradisional/ komplementer. Hal ini sudah dibahas sebelumnya.

Faktor lain yang menyebabkan keluarga memanfaatkan pelayanan kesehatan tradisional/komplementer adalah faktor kebiasaan dan budaya yang turun temurun dimana kepercayaan terhadap terapi tradisional sudah menjadi bagian dari masyarakat Indonesia.

4. Hubungan jarak ke pelayanan kesehatan umum dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional/ komplementer

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa jarak keluarga dengan fasilitas pelayanan kesehatan yang dekat akan beresiko memanfaatkan pelayanan kesehatan tradisional/komplementer sebanyak 0,93 kali dibandingkan dengan keluarga yang mempunyai jarak pelayanan kesehatan yang jauh. Hal ini dikarenakan jarak dekat dengan akses pelayanan kesehatan akan menentukan posisi/tempat dimana keluarga tinggal. Pusat pelayanan kesehatan seperti Puskesmas dan yang paling kecil adalah bidan praktek, puskesmas dan polindes mempunyai posisi di tengah masyarakat dengan komunitas kelompok yang relative lebih tinggi. Pelayanan kesehatan berada di tengah masyarakat yang mempunyai akses terhadap keramaian lebih banyak seperti desa, atau kecamatan. Sehingga jarak dengan fasilitas kesehatan akan sangat terkait dengan daerah kota/desa dan ketersediaan pelayanan kesehatan dan berbanding lurus dengan pendidikan.

Hal-hal tersebut diatas sangat berhubungan dengan pengambilan keputusan oleh keluarga dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional/komplementer. Sehingga dalam penelitian ini ditunjukkan tentang hubungan yang sangat bermakna antara jarak dengan fasilitas kesehatan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional/komplementer ($p=0,00$ dan $\alpha 0,05$).

KESIMPULAN

Distribusi frekuensi terbesar sesuai data Riskesdas (2013) adalah kasus diabetes mellitus. Terdapat hubungan yang signifikan antara karakteristik sosiodemografi (umur <39 tahun, pendidikan tinggi, dan tempat tinggal di kota) keluarga yang mempunyai anggota dengan NCDs terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional/komplementer. Terdapat hubungan yang signifikan antara

Seminar dan Workshop Nasional Keperawatan “Implikasi Perawatan Paliatif pada Bidang Kesehatan”

ketersediaan fasilitas kesehatan terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional/komplementer. Terdapat hubungan antara jarak pelayanan kesehatan terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional/komplementer. Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional adalah umur, tingkat pendidikan, daerah tempat tinggal dan ketersediaan fasilitas kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Dinwiddie, G. Y. at al. (2014). Exploring risk factor in Latino cardiovascular disease. *American Journal of Public Health*, vol 104, no 9.
- Dorland, W.A., (2002). *Kamus Kedokteran Dorland*. Jakarta: EGC.
- Gibney, M.J., (2009). *Gizi Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: EGC.
- Handayani, L., (2007). Kejadian Diabetes Melitus (NCDS), Perilaku Berisiko Dan Kondisi fisiologis Penderita NCDS di Indonesia. Dalam : *Majalah Kesehatan Perkotaan*. 15 (1): 55-67.
- Mansjoer, A., (2000), *Kapita Selekta Kedokteran, Edisi 3*, Medica. Aesculpalus, FKUI, Jakarta.
- Menkes RI. (2003). Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1076/MENKES/SK/VII/2003 tentang Penyelenggaraan Pengobatan Tradisional. Diunduh 20 Juli dari <http://www.hukor.depkes.go.id>
- Menkes RI (2009). Tentang Penyelenggaraan Pengobatan Komplementer-Alternatif di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
- Price, S.A., & Wilson, L.M. (2003). *PAtofisiologi konsep klinis proses penyakit edisi 6 vol 1*. Jakarta: Penerbit Kedokteran EGC.
- Putra, A. W. (2010). Analisis permintaan penggunaan layanan kesehatan pada rumah sakit umum milik pemerintah di kabupaten semarang. Universitas Diponegoro.
- Rofles, S. R. K., Pinna, E., Whitney. (2006). *Understanding Normal and Clinical Nutrition*. Belmont. USA : Thompson Wadsworth.
- Sherwood, L. (2001). *Fisiologi Manusia : dari Sel ke Sistem*. Edisi 2. Jakarta : EGC.
- Smeltzer,C.Z. and Bare,G.B. (2001). *Buku ajar keperawatan medical bedah edisi 8 volume 2*. Jakarta: EGC.
- WHO. (2014). World Health Statistic 2014. *WHO Library Cataloguing-in-Publication Data*. ISBN 978 92 4 069267 1.
- WHO (2008). <http://www.who.int> diakses pada 9 Desember 2014.