

BAB I PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN 2005 – 2025) menyatakan bahwa upaya untuk membangun kualitas manusia tetap menjadi perhatian penting. Sumber daya manusia merupakan subjek dan sekaligus objek pembangunan, mencakup seluruh siklus hidup manusia sejak di dalam kandungan hingga akhir hayat (UU No. 17 Tahun 2007). Pembangunan menghendaki terjadinya peningkatan kualitas hidup manusia yang lebih baik secara fisik, mental maupun secara spiritual. Bahkan secara eksplisit disebutkan bahwa pembangunan yang dilakukan menitik beratkan pada pembangunan sumber daya manusia secara fisik dan mental mengandung makna peningkatan kapasitas dasar penduduk yang kemudian akan memperbesar kesempatan untuk berpartisipasi dalam proses pembangunan berkelanjutan. Menurut Rustiadi et.al (2011;206) paradigma pembangunan manusia memiliki dua sisi, yakni berupa formasi kapabilitas manusia, seperti perbaikan taraf kesehatan, pendidikan dan ketrampilan di satu sisi, dan di sisi yang lain adalah pemanfaatan kapabilitas manusia untuk kegiatan-kegiatan yang bersifat produktif, kultural, sosial dan politik. Sementara itu menurut Alan (1986;7) manusia merupakan kunci pembangunan, bahwa kualitas eksistensi manusia adalah ukuran sesungguhnya bagi pembangunan dan bahwa di antara faktor-faktor yang mempengaruhi keadaan manusia, kecukupan gizi dalam makanan adalah salah satu faktor yang sangat penting. RPJMN dalam penjelasan visinya juga menyatakan bahwa ada kaitan yang erat antara kemajuan suatu bangsa dengan laju pertumbuhan penduduk, termasuk derajat kesehatannya. Bangsa yang sudah maju ditandai dengan laju pertumbuhan penduduk yang lebih kecil; angka harapan hidup yang lebih tinggi; dan kualitas pelayanan sosial yang lebih baik.

Salah satu indikator untuk mengukur kualitas hidup adalah Indeks Pembangunan Manusia (IPM). IPM menjadi salah satu indikator penting yang dapat digunakan dalam perencanaan dan evaluasi pembangunan, baik pada tingkat nasional maupun pada tingkat daerah. Indikator ini, disamping mengukur kualitas

fisik yang tercermin dari angka harapan hidup; juga mengukur kualitas non fisik (intelektualitas) melalui lamanya rata-rata penduduk bersekolah dan angka melek huruf; juga mempertimbangkan kemampuan ekonomi masyarakat di wilayah itu.

Disamping IPM, komitmen global dalam upaya meningkatkan kualitas hidup manusia telah menetapkan *Millenium Development Goals* (MDGs) sebagai tujuan bersama yang harus dicapai. Pemerintah Indonesia bersama 189 negara lain telah menandatangani komitmen ini pada tahun 2000. Komitmen Indonesia terhadap pencapaian MDGs adalah berupa dituangkannya 8 tujuan MDGs dalam RPJPN 2005 – 2025 maupun RPJMN 2009 – 2014. Dari 8 Tujuan dan 18 target MDGs Indonesia, 5 tujuan dan 7 target di antaranya terkait dengan masalah kesehatan.(Bappenas, 2012).

Pentingnya masalah kesehatan terhadap kualitas hidup juga ditunjukkan oleh hasil penelitian Yuen terhadap masyarakat di Singapura menyatakan, bahwa kesehatan merupakan aspek yang dianggap paling penting dalam kualitas hidup (Seik, et.al dalam Yuan et.al, 1999; 91). Demikian halnya dari hasil studi lain menunjukkan bahwa penduduk miskin di negara berkembang cenderung lebih banyak menderita penyakit infeksi, gangguan gizi dan kematian dini (Depkes RI, 2003:7). Anak-anak yang kurang gizi memiliki otak yang lebih kecil dari ukuran rata-rata otak. Jumlah sel-sel otak mereka 15 – 20% lebih kecil dibandingkan anak-anak yang cukup makan, dan kondisi ini akan meninggalkan bekas yang bersifat permanen (Alan, 1986; 13).

Tantangan pembangunan yang dihadapi di bidang kesehatan saat ini dan di masa mendatang, antara lain adalah mengurangi kesenjangan status kesehatan masyarakat dan akses terhadap pelayanan kesehatan antar wilayah; meningkatkan jumlah dan penyebaran tenaga kesehatan yang kurang memadai; meningkatkan akses terhadap fasilitas kesehatan; dan mengurangi beban ganda penyakit yaitu pola penyakit yang diderita oleh sebagian besar masyarakat adalah penyakit infeksi menular, namun pada waktu yang bersamaan terjadi peningkatan penyakit tidak menular serta meningkatnya penyalahgunaan narkotik dan obat-obat terlarang.

Berdasarkan data BPS, pada tahun 2010 IPM Indonesia sebesar 72,27 dengan Umur Harapan Hidup penduduk Indonesia sebesar 70,5 tahun.

(Kementrian Kesehatan RI, 2012). Kondisi ini tentunya tidak dapat dilepaskan dengan masalah kesehatan yang ada di Indonesia yang saat ini ditunjukkan dengan masih tingginya Angka Kematian Ibu (AKI) sebesar 228/100.000 KH pada tahun 2007, Angka Kematian Bayi (AKB) pada tahun 2012 sebesar 32/1.000 KH dan Angka kematian Balita (AKABA) 40/1.000 KH pada tahun 2012 Kementrian Kesehatan memperkirakan 95.000 bayi meninggal sebelum berumur 1 bulan setiap tahunnya Prevalensi Balita kurang gizi pada tahun 2010 sebesar 17,90% (Kementrian Kesehatan RI, 2013). Adapun masalah penanggulangan penyakit menular masih dihadapkan pada penyakit *Tuberculosis* (TB), Malaria, HIV/AIDS, *Demam Berdaah Dengue* (DBD) dan, Diare sebagai masalah utama. (Kementrian Kesehatan RI, 2010; 4-5)

Indramayu sebagai kabupaten dengan IPM terendah dari 26 kabupaten/kota di Propinsi Jawa Barat, masalah kesehatan memberikan kontribusi yang cukup besar terhadap rendahnya IPM. Pada tahun 2011, Umur Harapan Hidup (UHH) penduduk Kabupaten Indramayu sebesar 67,35 tahun. (BPS Kab. Indramayu, 2012; 114). Demikian pula masalah kesehatan di Kabupaten Indramayu masih dihadapkan pada situasi klasik bahwa Angka Kematian Ibu, Angka Kematian Bayi dan Balita masih cukup tinggi serta masih banyak dijumpai balita kurang gizi. Masih tingginya kasus penyakit menular dan kualitas lingkungan pemukiman mempunyai potensi untuk memperburuk situasi kesehatan masyarakat Kabupaten Indramayu.

Kondisi ini tentunya memerlukan adanya tindakan yang konkret dari pemerintah daerah. Namun dengan kemampuan anggaran kesehatan yang masih rendah, yakni kurang dari 5% terhadap APBD, maka intervensi harus dilaksanakan secara efektif dan efisien, agar intervensi yang dipilih dapat memberikan dampak yang besar terhadap peningkatan derajat kesehatan dengan memanfaatkan anggaran pembangunan kesehatan secara akuntabel. Dalam menentukan program, jenis kegiatan dan penganggaran, kualitas perencanaan memegang peranan yang sangat penting. Untuk itu dalam proses perencanaan pembangunan kesehatan, hal pertama yang harus dilakukan adalah menentukan aspek-aspek yang dapat mempengaruhi kesehatan penduduk (Amsyari, 1981; 49)

Salah satu aspek yang mempengaruhi kesehatan penduduk adalah akses dan kualitas pelayanan kesehatan. Ketersediaan sarana kesehatan yang memadai akan memberikan dampak terhadap meningkatnya akses sekaligus kualitas pelayanan kesehatan. Akses pelayanan kesehatan khususnya jarak terhadap sarana kesehatan akan mempercepat penduduk memperoleh pelayanan kesehatan. Di sisi lain ketersediaan sarana kesehatan yang memadai secara tidak langsung akan mengurangi beban kerja tenaga kesehatan, sehingga akan berdampak pada kualitas pelayanan kesehatan.

Berdasarkan uraian di atas, maka peneliti tertarik dan menganggap penting untuk melakukan studi epidemiologi masalah kesehatan dalam kaitannya dengan ketersediaan sarana kesehatan di Kabupaten Indramayu.

1.2. Rumusan Masalah

Masalah kesehatan penduduk di wilayah Kabupaten Indramayu dihadapkan pada masih rendahnya Umur Harapan Hidup (UHH). Walaupun dari tahun ke tahun selalu mengalami peningkatan, UHH penduduk Kabupaten Indramayu masih termasuk dalam kelompok peringkat bawah di antara kabupaten/kota di Propinsi Jawa Barat. Demikian halnya dengan kasus kematian maternal dan kematian bayi di Kabupaten Indramayu masih cukup tinggi dan berada pada kelompok peringkat bawah di antara kabupaten/kota di Propinsi Jawa Barat; masalah kurang gizi sudah cukup dapat ditekan, namun masih sering dijumpai balita dalam kondisi gizi buruk dan upaya penurunan penyakit menular masih belum menunjukkan hasil yang menggembirakan.

Kegiatan analisis situasi sebagai dasar perencanaan program pembangunan kesehatan sebagian sudah dilaksanakan secara epidemiologis namun masih berupa angka dan data tabular kabupaten dan dilakukan secara parsial, belum dilakukan dengan melakukan analisis disparitas masalah menurut wilayah Puskesmas maupun secara keruangan. Akibat dari kondisi tersebut, perencanaan pembangunan kesehatan seringkali dilakukan secara seragam di seluruh wilayah puskesmas.

Kajian mengenai persebaran sarana kesehatan berdasarkan wilayah Puskesmas dan pengaruhnya terhadap masalah kesehatan penduduknya belum

pernah dilakukan. Demikian halnya analisis epidemiologi tentang masalah kesehatan belum pernah diaplikasikan dalam bentuk analisis spasial. Pendekatan analisis spasial-epidemiologi diharapkan dapat mengintegrasikan antara frekuensi, distribusi dan hubungan antar masalah masalah kesehatan serta hubungan antara masalah kesehatan dengan faktor ketersediaan sarana kesehatan antar wilayah kecamatan secara keruangan dalam proses analisis situasi. Melalui analisis ini, frekuensi, distribusi dan penilaian terhadap aspek-aspek yang berpengaruh terhadap masalah kesehatan dapat diketahui dengan lebih mudah dan detail menurut wilayah Puskesmas, sehingga sangat bermanfaat sebagai bahan masukan dalam proses perencanaan dan evaluasi pembangunan sektor kesehatan.

Berkenaan dengan hal tersebut, maka penelitian ini diharapkan mampu menjawab pertanyaan (*Research Question*) : **Bagaimana epidemiologi masalah kesehatan di wilayah Kabupaten Indramayu dalam kaitannya dengan ketersediaan sarana kesehatan?**

1.3. Tujuan dan Sasaran

1.3.1. Tujuan

Tujuan penelitian ini adalah untuk melakukan kajian epidemiologis masalah kesehatan penduduk Kabupaten Indramayu secara spasial yang meliputi frekuensi, distribusi dan hubungan antara masalah kesehatan dengan ketersediaan sarana kesehatan.

1.3.2. Sasaran

Untuk tercapainya tujuan penelitian sebagaimana disebutkan pada butir 1.3.1, sasaran penelitian yang akan dilakukan meliputi :

- a. Menginventarisasi masalah kesehatan dan sarana kesehatan yang ada di Kabupaten Indramayu
- b. Melakukan analisis masalah kematian ibu dan bayi di wilayah Kabupaten Indramayu.
- c. Melakukan analisis masalah kesakitan di wilayah Kabupaten Indramayu
- d. Melakukan analisis status gizi di wilayah Kabupaten Indramayu

- e. Melakukan analisis ketersediaan sarana kesehatan di wilayah Kabupaten Indramayu
- f. Melakukan analisis hubungan ketersediaan sarana kesehatan dengan masalah kesehatan di wilayah Kabupaten Indramayu.
- g. Merumuskan keterkaitan antara masalah kesehatan dengan ketersediaan sarana kesehatan di Kabupaten Indramayu
- h. Merekomendasikan langkah-langkah yang perlu dilakukan oleh pemerintah daerah terkait dengan hasil studi.

1.4. Manfaat

1.4.1. Manfaat Bagi Pengembangan Ilmu Pembangunan Wilayah dan Kota

Penelitian ini diharapkan mampu memberikan sumbangan berupa sudut pandang terhadap ilmu perencanaan dan pembangunan wilayah dan kota tentang pentingnya peningkatan kualitas hidup manusia khususnya dari aspek kesehatan dalam proses pembangunan berkelanjutan.

1.4.2. Manfaat Bagi Kebijakan Pembangunan Sektor Kesehatan

- a. Meningkatkan efisiensi pemanfaatan anggaran kesehatan yang saat ini masih sangat terbatas melalui sistem penganggaran berbasis kewilayahan.
- b. Meningkatkan efektivitas intervensi program kesehatan yang akan dilaksanakan.
- c. Mendukung upaya pemerataan sarana kesehatan dan tenaga kesehatan di wilayah Kabupaten Indramayu.

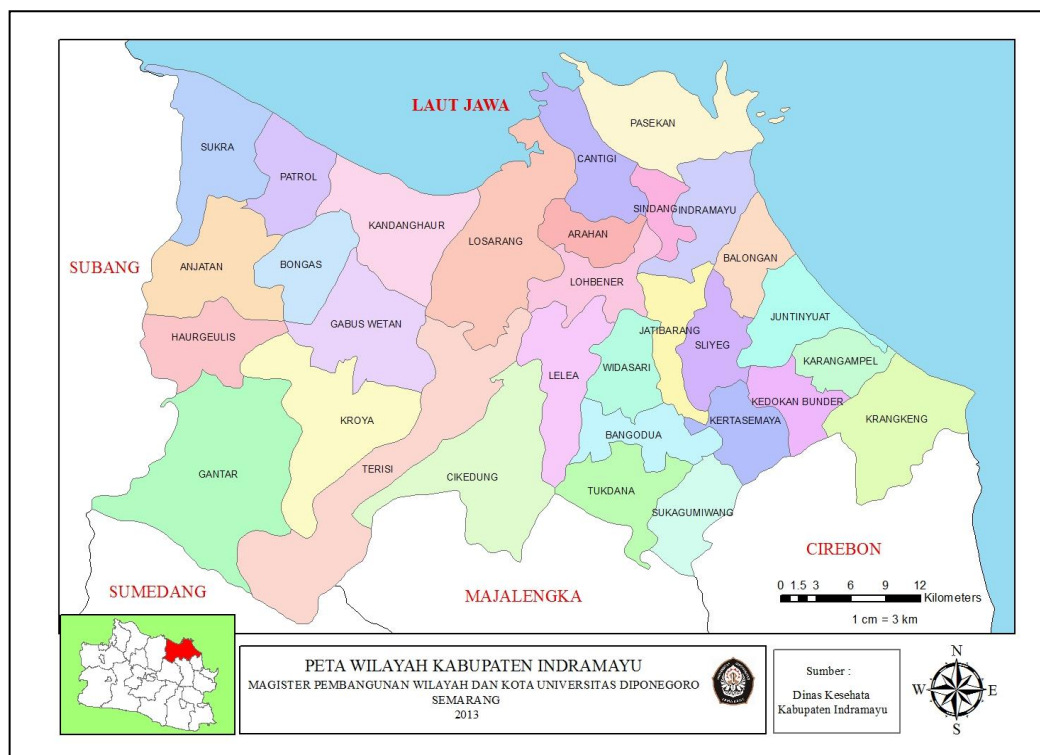
1.5. Ruang Lingkup

Ruang lingkup penelitian Analisis Epidemiologi Spasial Masalah Kesehatan Penduduk Kabupaten Indramayu ini dibagi menjadi dua, yakni ruang lingkup spasial penelitian dan ruang lingkup substansial penelitian.

1.5.1 Ruang lingkup spasial

Pemilihan Kabupaten Indramayu sebagai lokasi studi dilatarbelakangi beberapa faktor, antara lain adalah kondisi kualitas hidup penduduk Indramayu yang masih rendah. Pada tahun 2010 IPM Kabupaten Indramayu terendah di

Propinsi Jawa Barat dan berada di peringkat 410 dari seluruh kabupaten/kota di Indonesia. Demikian halnya UHH baru mencapai 66,82 tahun dan berada pada posisi 20 dari 26 kabupaten/kota di Jawa Barat. Masih tingginya kasus penyakit menular di Kabupaten Indramayu antara lain jumlah kasus HIV/AIDS yang mencapai 972 pada tahun 2011, sebagai daerah endemis kusta dan masih rendahnya tingkat penemuan kasus TB. Ketersediaan sarana kesehatan yang masih rendah, yakni rasio Puskesmas terhadap penduduk belum mencapai 1 : 30.000 juga menjadi pertimbangan penulis dalam memilih Kabupaten Indramayu sebagai lokasi studi. Dengan luas wilayah, 2.040 km², ketersediaan sarana kesehatan yang merata menjadi salah satu faktor penting dalam pembangunan kesehatan. Secara spasial, ruang lingkup penelitian adalah wilayah Kabupaten Indramayu yang dibagi menjadi 31 wilayah kecamatan terdapat pada Gambar 1.1.



Sumber : Dinkes Kabupaten Indramayu

GAMBAR 1.1.
RUANG LINGKUP SPASIAL KAJIAN EPIDEMIOLOGI
MASALAH KESEHATAN DI KABUPATEN INDRAMAYU

1.3.1. Ruang lingkup substansial

Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 1202/Menkes/SK/VIII/2003 tentang Indikator Indonesia Sehat 2010, menyebutkan bahwa indikator dampak dari penyelenggaraan pembangunan kesehatan adalah mortalitas, morbiditas dan status gizi. Berkenaan dengan keterbatasan peneliti, terutama dalam hal waktu dan kemampuan, maka penelitian tidak dilakukan terhadap seluruh faktor dan variabel yang berkaitan dengan masalah kesehatan penduduk.

Berdasarkan tujuan dan sasaran yang sudah dirumuskan, maka ruang lingkup substansi yang dikaji dalam penelitian ini dibatasi pada :

- a. Masalah kesehatan dibatasi pada masalah yang mempunyai dampak besar terhadap peningkatan UHH, pencapaian MDGs dan masih menjadi prioritas program kesehatan di Kabupaten Indramayu. Mortalitas difokuskan pada kasus kematian maternal dan kematian bayi. Status gizi difokuskan pada Balita kurang gizi. Morbiditas difokuskan pada penyakit, Tuberkulosis (TB), HIV/AIDS, Demam Berdarah Dengue (DBD), kusta dan diare a.
- b. Sarana kesehatan difokuskan pada sarana kesehatan yang bukan bersumberdaya masyarakat, yang terdiri dari ketersediaan dan jumlah Rumah Sakit, Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Klinik Pengobatan, Dokter Praktek Swasta, Bidan Praktek Swasta dan Klinik Bersalin di wilayah kecamatan.
- c. Analisis epidemiologi difokuskan pada frekuensi masalah kesehatan, distribusi masalah kesehatan dan hubungan antara masalah kesehatan dengan ketersediaan sarana kesehatan. Adapun faktor-faktor yang lain seperti lingkungan, perilaku, kualitas sarana kesehatan diabaikan.
- d. Analisis spasial difokuskan pada frekuensi dan distribusi masalah kesehatan di tingkat desa serta keterjangkauan dan disparitas sarana kesehatan di tingkat wilayah kecamatan.
- e. Persebaran masalah kesehatan yang digunakan adalah titik tengah wilayah desa, bukan titik koordinat riil ditemukannya masalah kesehatan yang

bersangkutan dan tidak mempertimbangkan ketersediaan atau keterjangkauan sarana transportasi

1.6. Originalitas Penelitian

Studi mengenai masalah kesehatan secara spasial epidemiologi sepanjang pengetahuan peneliti belum pernah dilakukan secara komprehensif, khususnya dalam kaitannya dengan ketersediaan sarana kesehatan. Namun demikian tidak tertutup kemungkinan bahwa penelitian serupa telah dilakukan di waktu atau tempat yang berbeda yang tidak diketahui oleh peneliti. Beberapa studi yang mirip dengan studi ini antara lain adalah :

TABEL. I.1
ORIGINALITAS PENELITIAN

Nama /Tahun	Judul Penelitan	Tujuan	Metode	Strata/Riset	Hasil	Perbedaan
Pramono, DKK/ 2009	Regresi <i>Spatial Durbin Model</i> Untuk Mengidentifikasi faktor Yang Berpengaruh Pada Angka Kematian Bayi Di Jawa Timur	Mendesripsikan AKB dan faktor-faktor yang mempengaruhi di Jawa Timur dari sudut pandang kewilayahannya, serta memodelkan AKB di Jawa Timur dengan menggunakan metode SDM.	Kualitatif dan Kuantitatif	Balitbang kes dan FMIPA ITS	Hasil penelitian menunjukkan bahwa pola persebaran AKB terdapat pola pengelompokan wilayah. AKB tertinggi terjadi di wilayah pulau Madura dan wilayah Pandalungan (pesisir utara Provinsi Jawa Timur.) Variabel yang berpengaruh signifikan adalah persentase persalinan yang dilakukan dengan bantuan medis dan persentase rumah tangga yang menggunakan air bersih.	Studi hanya menganalisis kematian bayi sebagai variabel independen dan tidak dikaitkan dengan rasio ketersediaan sarana kesehatan secara umum tidak dibedakan jenis sarana kesehatannya
Subroto TW/ 2008	Analisis Spasial Kejadian TB Paru (BTA) + Menggunakan Sistem Informasi Geografis (SIG) Di Kota	Mengetahui hubungan kepadatan penduduk, pendapatan dan sarana pelayanan kesehatan terhadap kejadian TB paru BTA (+).	Kuantitatif	Tesis S2 UGM	1.Kejadian TB Paru BTA (+) berhubungan dengan kepadatan penduduk 2.Kejadian TB Paru BTA (+) berhubungan dengan pendapatan 3.Kejadian TB Paru BTA (+) berhubungan dengan	Studi hanya mengguankan kasus TB sebagai variabel independen dan dihubungkan dengan jarak penderita ke sarana kesehatan

Lanjutan.

Nama /Tahun	Judul Penelitian	Tujuan	Metode	Strata/Riset	Hasil	Perbedaan
	Yogyakarta	di Kota Yogyakarta			jarak sarana pelayanan kesehatan 4.Tidak terdapat clustering kejadian TBA Paru BTA (+) di Kota Yogyakarta	
Boewono, DKK/2009	Studi Biologi dan Analisis Spasial Kasus Malaria Daerah Lintas Batas Indonesia - Malaysia (Pulau Sebatik, Kabupaten Nunukan, Provinsi Kalimantan Timur	untuk menentukan strategi pengendalian vektor malaria spesifik, berdasarkan beberapa faktor bionomik, distribusi spasial kasus malaria dan breeding habitat positip jentik nyamuk vektor dengan pemetaan GIS dan analisis indek jarak (distance index analyses) dan status kerentanan vektor malaria terhadap insektisida.	Kualitatif dan Kuantitatif	Balai Besar Penelitian dan Pengembangan Vektor dan Reservoir penyakit.	Vektor malaria (An. balabacensis and An. maculatus), ditemukan sudah resisten terhadap insektisida Permetrin dan Lambdacyhalotrin tetapi masih toleran terhadap Malation. Insektisida Analisis spasial diketahui bahwa kasus malaria tersebar mengelompok clumped/cluster, buffer zones terhadap breeding habitat (< 400 meter) sebagai indikasi penularan lokal/setempat (indigenous) sehubungan dengan perilaku vektor dan kurang disebabkan mobilitas manusia.	Melakukan analisis etiologi dan resistensi penyakit malaria dan analisis jarak antar penderita dalam analisis spasialnya.
Rudi Sudar manta	Kajian Epidemiologi Kesehatan Penduduk Di Wilayah Kabupaten Indramayu	mengkaji masalah kesehatan penduduk secara spasial dan epidemiologis yang meliputi frekuensi, distribusi dan hubungan antar masalah kesehatan terkait disparitas ketersediaan sarana kesehatan.	Kuantitatif	Tesis S2 UNDIP		Analisis distribusi masalah kesehatan, dan disparitas ketersediaan sarana kesehatan serta hubungan antara keduanya dilakukan secara spasial

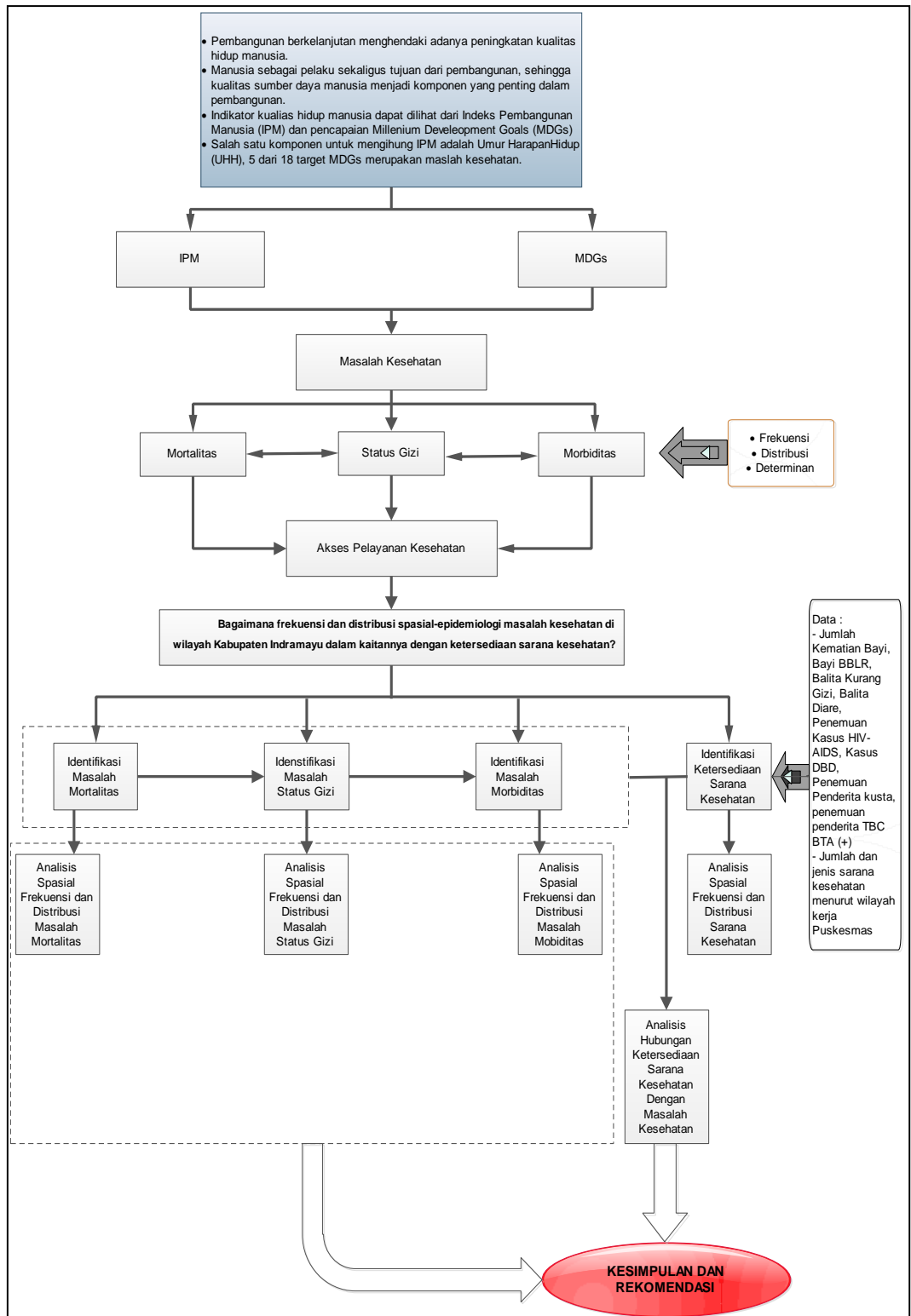
Sumber : Hasil Analisis 2013

1.7. Kerangka Pikir

Penyelenggaraan pembangunan akan selalu terkait dengan keberadaan manusia baik sebagai tujuan pembangunan berupa perbaikan kualitas hidup dan sebagai subjek pembangunan yang menempatkan manusia sebagai penyelenggara pembangunan itu sendiri. Masalah kesehatan sangat terkait erat dengan upaya pencapaian kualitas hidup manusia dan upaya peningkatan kapasitas sumber daya manusia sebagai penyelenggara pembangunan.

Indikator kesehatan di suatu wilayah dapat diukur dengan tingkat mortalitas, status gizi dan morbiditas penduduknya. Untuk mengatasi masalah kesehatan suatu wilayah, diperlukan adanya kajian secara epidemiologis yang terdiri dari frekuensi atau besaran masalah kesehatan yang ada dan bagaimana distribusi atau persebaran masalah kesehatan tersebut dalam suatu wilayah serta penentu atau faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya masalah kesehatan tersebut. Di antara beberapa faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan adalah akses pelayanan kesehatan. Akses pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh keterjangkauan pelayanan kesehatan terutama kemudahan penduduk untuk menjangkau fasilitas pelayanan kesehatan.

Penelitian ini bertujuan untuk melakukan kajian secara epidemiologis masalah kesehatan terkait dengan ketersediaan sarana kesehatan di Kabupaten Indramayu. Untuk mencapai tujuan tersebut, maka langkah langkah yang ditempuh adalah dengan melakukan identifikasi masalah kesehatan dan sarana kesehatan, melakukan analisis masalah kesehatan dan ketersediaan sarana kesehatan serta hubungan antara masalah kesehatan dan ketersediaan sarana kesehatan. Dari hasil analisis tersebut di atas diharapkan dapat diperoleh kesimpulan penelitian sesuai dengan sasaran penelitian dan diformulasikannya rekomendasi terkait hasil penelitian. Adapun gambaran kerangka penelitian ini secara lebih jelas terdapat pada Gambar 1.2.



Sumber : Hasil Analisis 2013

GAMBAR 1.2
KERANGKA PIKIR PENELITIAN

1.8. Metodologi Penelitian

1.8.1. Pendekatan Penelitian

Penelitian ini memiliki tujuan untuk memberikan solusi terhadap masalah kesehatan yang ada di wilayah Kabupaten Indramayu. Dengan demikian penelitian ini dilaksanakan dengan menggunakan pendekatan *positivism*, sebagaimana disampaikan oleh Jonker, et.al (2011;25) bahwa pendekatan *positivism* bertujuan untuk memberikan solusi terhadap masalah yang terjadi dalam praktek. Pendekatan didasarkan pada keyakinan bahwa tindakan ilmiah menghasilkan konsep-konsep yang bermanfaat. Menurut Nasehudin dan Gazali (2012) tujuan penelitian yang berlandaskan filsafat positivisme adalah menyusun bangunan ilmu nomothetik, yaitu ilmu yang berusaha membuat hukum dari generalisasinya. Kebenaran dicari melalui hubungan kausa-linier; tiada sebab tanpa akibat dan tiada akibat tanpa sebab.

1.8.2. Metode Penelitian

Metode merupakan kerangka kerja untuk melakukan tindakan atau suatu kerangka berpikir untuk menyusun gagasan yang terarah dan terkait dengan maksud dan tujuan. Metode penelitian yang tepat dan benar semakin dirasakan urgensinya bagi keberhasilan suatu penelitian. Melalui metode penelitian dapat tergambar dengan jelas cara penelitian tersebut dilaksanakan yang disusun dan tertata secara sistematis (Nasehudin dan Gazali, 2012).

Menurut Sugiyono (2012) yang mengatakan bahwa metode kuantitatif sebagai metode positivistik karena berlandaskan pada filsafat positivisme. Metode ini sebagai metode ilmiah karena telah memenuhi kaidah-kaidah ilmiah, yaitu konkret/empiris, objektif, terukur, rasional dan sistematis. Disebut sebagai metode kuantitatif karena data penelitian berupa angka-angka dan analisis menggunakan statistik. Sementara itu menurut Nasehudin dan Gazali (2012), metode kuantitatif adalah cara untuk memperoleh pengetahuan atau memecahkan masalah yang dihadapi secara hati-hati dan sistematis, dan data yang dikumpulkan berupa rangkaian atau kumpulan angka-angka. Metode ini dapat memberikan gambaran tentang populasi secara umum. Dalam metode kuantitatif, yang disoroti adalah hubungan antar variabel penelitian dan menguji hipotesis yang telah dirumuskan sebelumnya.

Sesuai dengan tujuan penelitian yang akan dilaksanakan, maka metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode kuantitatif. Hal ini sesuai dengan kriteria penggunaan metode kuantitatif menurut Sugiyono (2012) yakni :

- Masalah yang merupakan titik tolak penelitian sudah jelas.
- Untuk mendapatkan informasi yang luas dari suatu populasi tetapi tidak mendalam.
- Untuk mengetahui pengaruh/*treatment* tertentu terhadap yang lain, yang paling cocok adalah metode eksperimen.
- Untuk menguji hipotesis penelitian.
- Untuk mendapatkan data yang akurat, berdasarkan fenomena empiris dan dapat diukur.
- Untuk menguji terhadap adanya keragu-raguan tentang validitas pengetahuan, teori dan produk tertentu.

1.8.3. Kebutuhan Data

Data yang dipergunakan merupakan data terbaru 2012, agar *output* yang dihasilkan lebih relevan dengan kondisi eksisting. Kebutuhan data bertujuan sebagai pedoman dalam proses pengumpulan data agar dapat dilakukan secara efektif dan efisien. Berdasarkan jenisnya, data yang diperlukan pada penelitian ini berupa data kuantitatif yang terdiri dari data spasial dan nonspasial. Data spasial berupa data vektor wilayah administrasi kecamatan, sementara data atribut berupa data masalah kesehatan serta ketersediaan sarana kesehatan. Kebutuhan data yang diperlukan dalam penelitian ini adalah sebagaimana terdapat pada tabel IV.1 berikut .

**TABEL I.2.
KEBUTUHAN DATA**

No.	Sasaran	Variabel	Indikator Kebutuhan Data	Teknik Analisis	Teknik Pengumpulan Data	Tahun	Sumber
1.	Mengidentifikasi masalah kesehatan	Frekuensi, Distribusi, dan disparitas masalah kesehatan antar wilayah Puskesmas	- Peta administrasi Kab. Indramayu. - Data kematian ibu dan bayi - Data Status Gizi Balita - Data penyakit DBD, HIV/AIDS, Kusta, TB, Diare	Statistik dan Deskriptif	Data sekunder	2012	- Bappeda - Dinas Kesehatan
2.	Mengidentifikasi sarana kesehatan	Distribusi dan disparitas sarana kesehatan antar wilayah Puskesmas	- Peta administrasi Kab. Indramayu. - Data jumlah sarana kesehatan : Rumah Sakit, Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Bidan Praktek Swasta, Klinik Pengobatan, Klinik Bersalin, Dokter Praktek Swasta..	Deskriptif	Data sekunder	2012	- Bappeda - Dinas Kesehatan - Dinas Perijinan
5.	Mengetahui hubungan masalah kesehatan dengan ketersediaan sarana kesehatan	Hubungan masalah kesehatan dengan ketersediaan sarana kesehatan	- Data Mortalitas - Data Status Gizi - Data Morbiditas - Data Sarana Kesehatan	Deskriptif	Data sekunder	2012	- Dinas Kesehatan - Dinas Perijinan

Sumber : Hasil Analisis 2013

1.8.4. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan melalui dua cara, yaitu teknik pengumpulan data primer dan teknik pengumpulan data sekunder. Teknik pengumpulan data yang dilakukan pada penelitian ini meliputi :

1. Kajian Literatur

Teknik ini merupakan salah satu cara mendapatkan informasi dari literatur–literatur yang sudah ada. Tahap ini dilakukan secara berkelanjutan, mulai dari sebelum melakukan identifikasi isu utama hingga penyelesaian Laporan Tesis. Tujuannya adalah meletakkan dasar pengertian yang kuat guna melakukan kajian permasalahan.

2. Dokumen Instansional

Berupa pengumpulan data dari pihak lain atau instansi terkait. Data yang diperoleh dapat berupa data statistik, peta, laporan-laporan, serta dokumen. Instansi yang terlibat dalam penelitian ini diantaranya adalah:

- Badan Perencana Pembangunan Daerah Kabupaten Indramayu
- Dinas Kesehatan Kabupaten Indramayu
- Badan Pusat Statistik Kabupaten Indramayu

1.8.5. Teknik Pengolahan Data

Teknik pengolahan data dalam penelitian ini dibagi menjadi dua teknik. Yang pertama adalah teknik pengolahan data secara spasial dan teknik pengolahan data secara statistik. Pengolahan data spasial menggunakan *software ArcGIS 10.1* sedangkan pengolahan data secara statistik menggunakan *MS Office Excel dan SPSS versi 18*. Teknik pengolahan data secara spasial mencakup :

- Frekuensi masalah kesehatan, Data ini digunakan untuk mengetahui seberapa besar masalah kesehatan (jumlah kasus kematian ibu, jumlah kasus kematian bayi, persentase BBLR, prevalensi status gizi, jumlah penderita penemuan penderita TBC BTA (+), jumlah penemuan penderita Kusta baru, jumlah penderita DBD, Jumlah penderita HIV).
- Distribusi masalah kesehatan dan sarana kesehatan, dimaksudkan untuk mengetahui persebaran masalah kesehatan dan ketersediaan sarana kesehatan (rumah sakit, balai pengobatan, klinik bersalin, Puskesmas, Puskesmas

Pembantu, jumlah Posyandu, jumlah DPS, jumlah BPS) serta disparitas ketersediaan sarana kesehatan antar wilayah kecamatan, analisis ini dilakukan secara deskriptif

- Faktor penentu masalah kesehatan, digunakan untuk mengetahui hubungan antar variabel, yakni masalah kesehatan dan sarana kesehatan.

Teknik analisis secara statistik digunakan untuk mendukung teknik pengolahan data secara spasial sehingga diperoleh tabel-tabel deskripsi masalah kesehatan dan pengelompokan wilayah kesehatan berdasarkan masalah kesehatan.

1.8.6. Teknik Analisis

Teknik analisis yang dilakukan dalam penelitian ini terdiri dari :

1. Analisis Densitas

Analisis ini digunakan untuk mengidentifikasi frekuensi masalah kesehatan yang terdiri dari kematian bayi, kematian ibu, TBC (BTA +), HIV/AIDS, DBD, kusta, diare dan Balita kurang gizi. Dengan analisis densitas dapat diidentifikasi besarnya masalah kesehatan di masing-masing desa.

2. Analisis Buffer

Analisis ini digunakan untuk mengidentifikasi jangkauan sarana kesehatan, yang terdiri dari Rumah Sakit, Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Rumah Sakit Ibu dan Anak, Klinik Pengobatan, Dokter Praktek Swasta dan Bidan Praktek Swasta.

3. Analisis Overlay

Analisis overlay digunakan untuk menggabungkan hasil analisis densitas setiap masalah kesehatan sehingga diperoleh densitas masalah kesehatan utama. Densitas mortalitas merupakan hasil overlay dari densitas masalah kematian bayi dengan densitas masalah kematian ibu. Densitas morbiditas merupakan hasil overlay dari densitas masalah TBC, HIV/AIDS, DBD, kusta, dan diare. Adapun densitas status gizi tidak dilakukan overlay. Masalah kesehatan diperoleh dari overlay densitas mortalitas, densitas morbiditas dan densitas status gizi.

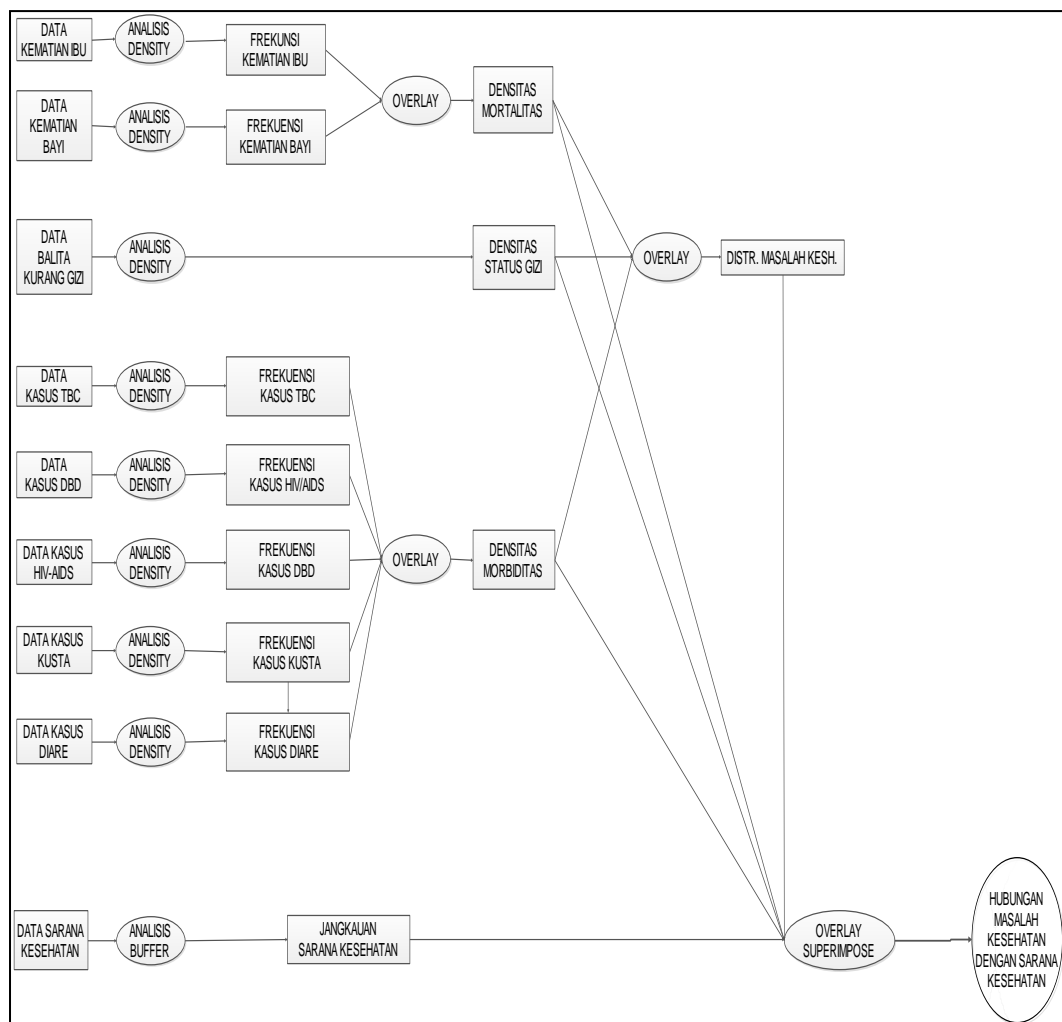
4. Analisis Kluster

Digunakan untuk melakukan pengelompokan wilayah kecamatan berdasarkan masalah mortalitas, morbiditas, status gizi dan asal kesehatan. Hasil analisis ini digunakan sebagai dasar perencanaan intervensi yang akan dilaksanakan.

5. Analisis Overlay-Spatial Join

Digunakan untuk mengidentifikasi keterkaitan antara ketersediaan sarana kesehatan dengan densitas mortalitas, morbiditas, status gizi dan masalah kesehatan.

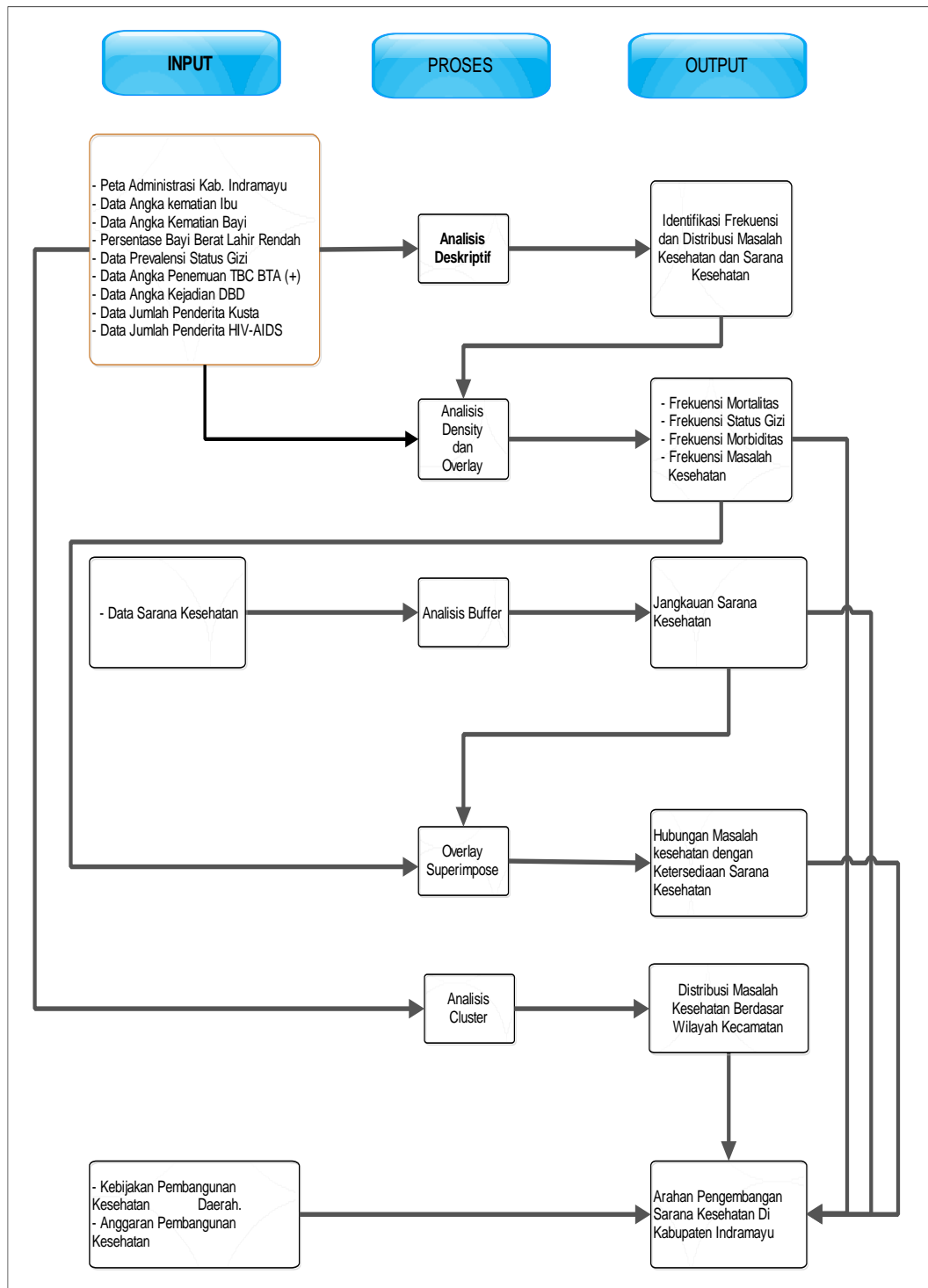
Berikut adalah skema alur kerja analisa spasial yang akan dilakukan :



Sumber : Hasil analisis 2013

GAMBAR 1.3
DIAGRAM LANGKAH KERJA ANALISIS SPASIAL

Adapun kerangka analisis dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :



Sumber : Hasil Analisis

GAMBAR 1.4.
KERANGKA ANALISIS

1.9. Kerangka Penulisan

Bab I Pendahuluan

Bab ini berisi latar belakang studi, perumusan masalah, tujuan dan sasaran penelitian, manfaat penelitian, ruang lingkup penelitian, originalitas penelitian, kerangka pikir, metodologi dan sistematika penulisan.

Bab II Kajian Pustaka Spasial-Epidemiologi Masalah Kesehatan dan Sarana Kesehatan

Bab ini merupakan kajian teoritis yang berisikan literatur-literatur mengenai pembangunan berkelanjutan dan peranan kesehatan dalam pembangunan berkelanjutan, indikator-indikator pembangunan kesehatan, epidemiologi masalah kesehatan dan sarana kesehatan, sistem informasi geografis dan analisis spasial serta peranan sistem informasi geografis dalam bidang epidemiologi. Kajian teoritis ini selanjutnya akan digunakan sebagai dasar untuk menentukan variabel-variabel penelitian dan sebagai dasar untuk analisa hasil studi.

Bab III Gambaran Umum Wilayah Kabupaten Indramayu

Merupakan bab yang berisikan paparan mengenai deskripsi wilayah studi yang diharapkan dapat memberikan gambaran mengenai kondisi geografis dan kependudukan, masalah kesehatan, ketersediaan sarana kesehatan dan pembiayaan kesehatan di wilayah studi.

Bab IV Analisis dan Hasil Penelitian

Berisi mengenai hasil penelitian yang berupa distribusi dan frekuensi masalah kesehatan di Kabupaten Indramayu yang terdiri dari mortalitas morbiditas dan status gizi serta masalah kesehatan. Pada bab ini juga dikaji mengenai ketersediaan dan jangkauan sarana kesehatan serta disparitas sarana kesehatan. Selanjutnya akan dilakukan analisis mengenai keterkaitan antara masalah kesehatan dengan ketersediaan sarana kesehatan, arahan pengembangan sarana kesehatan di Kabupaten Indramayu serta disampaikannya hal-hal yang menarik yang ditemukan dari hasil kajian.

Bab V Penutup

Merupakan kesimpulan yang merupakan penjelasan hasil studi secara ringkas sesuai dengan tujuan dan sasaran studi dan rekomendasi yang diberikan terkait hasil studi untuk pemerintah Kabupaten Indramayu khususnya Dinas Kesehatan dan rekomendasi untuk menindaklanjuti hasil penelitian dengan penelitian lebih lanjut.