ANALISIS PEMANFAATAN PELAYANAN KESEHATAN TRADISIONAL DI INDONESIA : Data Riskesdas 2018 dan Survei Kesehatan Indonesia 2023

PROPOSAL SKRIPSI

UNIVERSITAS TRISAKTI

Disusun Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan
Mencapai Derajat Sarjana Kedokteran

Zahra Ainul Mardhiah

NIM : 030002200163

UNIVERSITAS TRISAKTI
FAKULTAS KEDOKTERAN
JAKARTA, JULI 2025

Bidang Ilmu : Komunitas

PROPOSAL SKRIPSI

ANALISIS PEMANFAATAN PELAYANAN KESEHATAN TRADISIONAL DI INDONESIA : Data Riskesdas 2018 dan Survei Kesehatan Indonesia 2023

UNIVERSITAS TRISAKTI

Disusun Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan
Mencapai Derajat Sarjana Kedokteran

Zahra Ainul Mardhiah

NIM : 030002200163

UNIVERSITAS TRISAKTI
FAKULTAS KEDOKTERAN
JAKARTA, JULI 2025

PERSETUJUAN

Proposal Skripsi

Judul:

ANALISIS PEMANFAATAN PELAYANAN KESEHATAN TRADISIONAL DI INDONESIA : Data Riskesdas 2018 dan Survei Kesehatan Indonesia 2023

Nama mahasiswa: Zahra Ainul Mardhiah

NIM 030002200163

Telah disetujui untuk diuji di hadapan

Tim Penguji Proposal Skripsi/ Skripsi

Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti

Pada Hari Rabu, Tanggal 2 Juli 2025

Pembimbing

(Dr. dr. Rina Kurniasri Kusumaratna, M.Kes)

PENGESAHAN SKRIPSI

Judul:

ANALISIS PEMANFAATAN PELAYANAN KESEHATAN TRADISIONAL DI INDONESIA : Data Riskesdas 2018 dan Survei Kesehatan Indonesia 2023

Nama mahasiswa: Zahra Ainul Mardhiah

NIM 030002200163

Telah diuji dan disahkan di hadapan **Dewan Penguji Skripsi**
Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti

Pada Hari Rabu, Tanggal 2 Juli 2025

Ketua Penguji
Nama : ....
NIK : ……..

Anggota Penguji I
Nama : ....
NIK : ……..

Anggota Penguji II
Nama : ....
NIK : ……..

Jakarta, 2 Juli 2025

Dekan
Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti

Dr.dr.Yenny,Sp.FK.
NIK:2613/USAKTI

HALAMAN PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama	: Zahra Ainul Mardhiah
NIM	: 03002200163
Program Studi	: Kedokteran
Alamat Korespondensi	: Permata Puri 1 Blok A1/2 Jalan Permata 4
Telepon / mobile	: 08118672308
E-mail	: Zahraamrdh@gmail.com
Judul skripsi	: Analisis Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Tradisional di Indonesia : Data Riskesdas 2018 dan Survei Kesehatan Indonesia 2023.

Dengan ini menyatakan bahwa skripsi yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya ilmiah saya sendiri. Proposal ini belum pernah diajukan sebagai suatu karya ilmiah untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi, dan sepanjang pengetahuan saya tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan skripsi ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut sesuai dengan SK Permendiknas No.17 tahun 2010 tentang pencegahan dan penanggulangan plagiat di perguruan tinggi.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya, agar dapat dimanfaatkan sebagaimana mestinya.

Jakarta, 2 Juli 2025

Zahra Ainul Mardhiah

NIM 030002200163

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga proposal penelitian berjudul "Analisis Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Tradisional di Indonesia: Data Riskesdas 2018 dan Survei Kesehatan Indonesia 2023" ini dapat diselesaikan dengan baik. Penulisan proposal ini bertujuan untuk memberikan gambaran awal mengenai penelitian yang akan dilaksanakan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan Strata Satu (S1) pada Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti.

Penulis menyadari bahwa penyusunan proposal ini tidak terlepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini, penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, hidayah, kesabaran, kemudahan, kelancaran serta selalu memberikan jalan disetiap masalah yang penulis hadapi.
2. Dr. dr. Rina Kurniasri Kusumaratna, M.Kes, selaku dosen pembimbing yang telah memberikan bimbingan, arahan, dan motivasi selama penyusunan proposal ini.
3. Kedua orang tua penulis tercinta, ayah dan ibu yang selalu memberikan doa, dukungan, dan kasih sayang tanpa batas selama penulis menempuh pendidikan ini. Terima kasih atas segala pengorbanan dan semangat yang senantiasa menguatkan saya.
4. Juga kepada Yona, Citra, Nayla, Madury, Fira, Dhea, Patrick, dan Yanfa selaku sahabat penulis yang selalu senantiasa memberikan dukungan dan membantu penulis melakukan proses penyusunan proposal ini.

Sebagai penutup, penulis berharap proposal ini dapat memberikan kontribusi yang bermanfaat bagi seluruh pihak yang terkait. Penulis juga mengucapkan terima kasih yang tulus atas segala bantuan, dukungan, dan doa yang telah diberikan selama proses penyusunan skripsi ini. Semoga Allah SWT membalas setiap kebaikan dengan ganjaran yang berlimpah. Aamiin.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL……..i
PERSETUJUAN……...ii
PENGESAHAN SKRIPSI……...iii
HALAMAN PENGESAHAN KEASLIAN……iv
KATA PENGANTAR……...v
DAFTAR ISI……vi
DAFTAR TABEL……..……..ix
DAFTAR GAMBAR……..……....x
DAFTAR LAMPIRAN……xi

BAB I PENDAHULUAN..... 1
1.1 Latar belakang 1
1.2 Perumusan masalah 3
1.3 Tujuan 3
1.3.1 Tujuan umum..... 3
1.3.2 Tujuan khusus..... 3
1.4 Hipotesis 3
1.5 Manfaat 3

BAB II TINJAUAN, RINGKASAN PUSTAKA, KERANGKA TEORI..... 5
2.1 Tinjauan Pustaka..... 5
2.1.1 WHO traditional medicine strategy 2013-2023 5
2.1.2 Sustainable Development Goals (SDGs) 3.8..... 7
2.1.3 Social determinant of health (SDOH) 8
2.1.4 Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 8
2.1.5 Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023 9
2.1.6 Pelayanan kesehatan tradisional 10
2.1.7 Faktor social determinant of health yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional……..13

2.1.8 Dampak dari pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional……..22
2.2 Ringkasan pustaka..... 23
2.3 Kerangka teori 30

BAB III KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL 31
3.1 Kerangka Konsep..... 31
3.2 Variabel penelitian. 32
3.2.1 Variabel bebas.. 32
3.2.2 Variabel tergantung. 32
3.2 Definisi Operasional 32

BAB IV METODE 46
4.1 Desain 46
4.2 Lokasi dan waktu 46
4.3 Populasi dan subjek 46
4.3.1 Populasi 46
4.3.2 Subjek 46
4.3.3 Perhitungan sampel 47
4.3.4 Besaran sampel Survei Kesehatan Indonesia 2023 47
4.3.5 Besaran sampel Riset Kesehatan Dasar 2018..... 48
4.4 Bahan dan instrumen 49
4.4.1 Bahan penelitian 49
4.4.2 Cara pengambilan data 52
4.5 Analisis statistik..... 54
4.5.1 Analisis univariat..... 54
4.5.2 Analisis bivariat..... 55
4.6 Alur kerja penelitian 56
4.7 Etika penelitian 56
4.8 Penjadwalan penelitian 57

Daftar Pustaka..... 58
Lampiran……..……...64

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Ringkasan pustaka……..……...24

Tabel 2. Definisi operasional…….……..33

Tabel 3. Penjadwalan pelaksanaan penelitian…….....……..……58

Tabel 4. Distribusi karakteristik……..…….68

Tabel 5. Analisis faktor biologis, status sosioekonomi, akses pelayanan kesehatan, dan wilayah tempat tinggal dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional menurut data Riskesdas 2018..…….69

Tabel 6. Analisis faktor biologis, status sosioekonomi, akses pelayanan kesehatan, dan wilayah tempat tinggal dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional menurut data SKI 2023……..……..70

Tabel 7. Perbedaan pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional di Indonesia : data Riskesdas 2018 dan Survei Kesehatan Indonesia 2023……...…...……71

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Kerangka teori…….....31
Gambar 2. Kerangka konsep……..32
Gambar 3. Alur kerja penelitian…….....57
Gambar 4. Kuesioner pengenalan tempat Riskesdas 2018…….…...64
Gambar 5. Kuesioner keterangan anggota rumah tangga Riskesdas 2018……....64
Gambar 6. Kuesioner pelayanan kesehatan tradisional Riskesdas 2018……...65
Gambar 7. Kuesioner akses fasilitas kesehatan Riskesdas 2018……...65
Gambar 8. Kuesioner pengenalan tempat SKI 2023……..…66
Gambar 9. Kuesioner keterangan anggota rumah tangga SKI 2023……..……66
Gambar 10. Kuesioner pelayanan kesehatan tradisional SKI 2023……...67
Gambar 11. Kuesioner akses fasilitas pelayanan kesehatan SKI 2023...……...67

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Kuesioner Riset Kesehatan Dasar 2018……..…....64
Lampiran 2. Kuesioner Survei Kesehatan Indonesia 2023……...66
Lampiran 3. *Dummy table*…….……68

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Pelayanan kesehatan tradisional (Yankestrad) adalah bagian dari sistem kesehatan yang menggunakan metode dan pengetahuan tradisional untuk mengobati penyakit atau gangguan kesehatan. Yankestrad telah lama menjadi bagian integral yang diakui dan diterapkan oleh masyarakat dalam upaya pencegahan, peningkatan kesehatan, penanganan penyakit, dan pemulihan.[1,2]

Menurut *World Health Organization* (WHO), sekitar 88% masyarakat di kawasan Asia Tenggara masih memanfaatkan pengobatan tradisional dan komplementer sebagai bagian dari layanan kesehatan mereka. Hal ini mencerminkan tingginya kepercayaan masyarakat terhadap metode pengobatan nonkonvensional di kawasan tersebut, termasuk di Indonesia.[3]

Menurut data nasional Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018, proporsi pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional sebesar 31,4% pada seluruh provinsi di Indonesia. Lima tahun kemudian Indonesia mengeluarkan data riset nasional terbaru yaitu Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023, yang menunjukkan adanya kenaikan angka pada pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional sebesar 32,5.[4,5]

Peningkatan pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional di Indonesia dapat dikaitkan dengan kecenderungan masyarakat yang semakin aktif dalam mencari alternatif perawatan diri yang dianggap lebih alami dan holistik. Kuatnya nilai-nilai budaya dan kepercayaan masyarakat terhadap efektivitas serta keamanan pengobatan tradisional, yang sering kali dipersepsikan lebih unggul dibandingkan pengobatan konvensional.[6,7]

Kenaikan tersebut menimbulkan kekhawatiran akan potensi munculnya dampak negatif. Menurut studi (Marwati, *et al.*, 2018) dampak dari hal tersebut adalah konsumsi obat tradisional dengan dosis yang berlebihan berisiko menimbulkan toksisitas, yang pada akhirnya dapat merusak fungsi organ

tubuh. Selain itu, kurangnya pengawasan profesional dan standar mutu pada banyak produk tradisional meningkatkan risiko komplikasi, kesalahan dosis, dan kontaminasi bahan berbahaya, termasuk bahan kimia.[8]

Selain dari dampak negatif, peningkatan pemanfaatan layanan kesehatan tradisional juga memberikan dampak positif yang signifikan bagi masyarakat. Berdasarkan studi (Aprila, 2020) dampak utamanya tercermin dalam meningkatnya aksesibilitas, keterjangkauan biaya, serta pemberdayaan komunitas. Praktik-praktik seperti penggunaan tanaman obat keluarga (TOGA) dan terapi akupresur memperkuat partisipasi aktif masyarakat dalam menjaga dan memelihara kesehatan secara mandiri, sehingga mendukung terciptanya sistem kesehatan yang lebih inklusif dan berkelanjutan.[9]

Kombinasi antara umur, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, keterbatasan akses, serta wilayah tempat tinggal menjadikan layanan kesehatan tradisional sebagai salah satu alternatif yang relevan dalam memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat. Dengan demikian, pemahaman yang komprehensif mengenai berbagai determinan tersebut diperlukan agar kebijakan dan intervensi yang dirancang dapat lebih tepat sasaran, efektif dalam meningkatkan akses dan kualitas layanan kesehatan, serta mampu mengakomodasi kebutuhan dan preferensi masyarakat yang beragam, sehingga tercipta sistem kesehatan yang inklusif dan berkelanjutan.[10,11]

Penelitian ini menganalisis pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional di Indonesia dengan menggunakan dua sumber data nasional terbaru, yaitu Riskesdas 2018 dan SKI 2023, yang belum pernah digabungkan dalam penelitian sebelumnya. Dengan pendekatan ini, penelitian dapat memberikan gambaran yang lebih komprehensif dan terkini mengenai tren serta determinan sosial pemanfaatan layanan kesehatan tradisional di masyarakat Indonesia pada periode pasca-pandemi. Selain itu, penelitian ini juga menyoroti dinamika perubahan pola pemanfaatan berdasarkan faktor sosial ekonomi, lokasi tempat tinggal, dan karakteristik demografis lainnya, sehingga dapat memberikan kontribusi signifikan dalam pengembangan kebijakan kesehatan berbasis bukti dan kebutuhan masyarakat saat ini.

1.2 Perumusan masalah

Apakah faktor determinan sosial kesehatan meliputi umur, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, akses fasilitas kesehatan, dan wilayah tempat tinggal kota/desa berkontribusi terhadap peningkatan pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional di Indonesia berdasarkan data Riskesdas 2018 dan SKI 2023?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan umum

Untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di Indonesia dalam pemanfaataan pelayanan kesehatan tradisional yang sudah turun temurun.

1.3.2 Tujuan khusus

- Menganalisis faktor biologis meliputi umur dan jenis kelamin dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional di lndonesia menurut data Riskesdas 2018 dan SKI 2023.
- Menganalisis faktor sosioekonomi meliputi status perkawinan, pendidikan, pekerjaan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional di lndonesia menurut data Riskesdas 2018 dan SKI 2023.
- Menganalisis faktor akses pelayanan kesehatan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional di lndonesia menurut data Riskesdas 2018 dan SKI 2023.
- Menganalisis faktor wilayah tempat tinggal kota/desa dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional di lndonesia menurut data Riskesdas 2018 dan SKI 2023.
- Menganalisis tren lima tahun terakhir pada pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional di Indonesia menurut data Riskesdas 2018 dan SKI 2023.

1.4 Hipotesis

- Terdapat perbedaan antara faktor biologis dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional di lndonesia menurut data Riskesdas 2018 dan SKI 2023.

- Terdapat perbedaan antara faktor sosioekonomi dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional di lndonesia menurut data Riskesdas 2018 dan SKI 2023.
- Terdapat perbedaan antara faktor akses pelayanan kesehatan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional di lndonesia menurut data Riskesdas 2018 dan SKI 2023.
- Terdapat perbedaan antara faktor wilayah tempat tinggal dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional di lndonesia menurut data Riskesdas 2018 dan SKI 2023.
- Terdapat kenaikan pada pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional di lndonesia selama lima tahun terakhir menurut data Riskesdas 2018 dan SKI 2023.

1.5 Manfaat

- Bagi pengembangan ilmu pengetahuan

Penelitian ini berkontribusi signifikan dalam pengembangan ilmu kesehatan masyarakat, khususnya terkait tren, determinan, dan distribusi pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional di Indonesia berdasarkan data nasional yang komprehensif dan terbaru.

- Bagi profesi/institusi

Penelitian ini menyediakan data dan wawasan yang dapat digunakan oleh institusi untuk meningkatkan perencanaan dan pelaksanaan pelayanan kesehatan tradisional. Informasi yang dihasilkan juga dapat mendukung pengembangan kebijakan yang tepat sasaran.

- Bagi Masyarakat

Penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat mengenai karakteristik pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional. Dengan mengetahui karakteristik tersebut, masyarakat dapat lebih menyadari pola perilaku kesehatan di lingkungannya, serta mempertimbangkan pemanfaatan layanan tradisional secara lebih bijak, aman, dan sesuai kebutuhan.

BAB II

TINJAUAN, RINGKASAN PUSTAKA, KERANGKA TEORI

2.1 Tinjauan Pustaka

2.1.1 WHO *traditional medicine strategy* 2013-2023[3]

Strategi Pengobatan Tradisional WHO 2013–2023 dikembangkan sebagai implementasi dari resolusi *World Health Assembly* yang menekankan pentingnya pengakuan, integrasi, dan pemanfaatan pengobatan tradisional dalam sistem kesehatan nasional. Strategi ini mendukung optimalisasi pengobatan tradisional dalam meningkatkan derajat kesehatan, kesejahteraan, serta menyediakan layanan kesehatan yang berorientasi pada kebutuhan masyarakat. Selain itu, strategi ini juga mendorong pemanfaatan pengobatan tradisional yang aman dan efektif melalui upaya regulasi, penelitian, serta integrasi produk, praktik, dan praktisi pengobatan tradisional ke dalam sistem pelayanan kesehatan nasional yang kontekstual dan responsif terhadap kebutuhan masyarakat.

Strategi ini merupakan pengembangan dari strategi pengobatan tradisional WHO 2002–2005, yang bertujuan mengevaluasi kondisi pengobatan tradisional secara global dan di tingkat negara anggota, serta menetapkan empat fokus utama. Pertama, aspek kebijakan, yaitu mendorong integrasi pengobatan tradisional ke dalam struktur pelayanan kesehatan nasional melalui perumusan dan implementasi kebijakan serta program nasional yang relevan. Kedua, peningkatan aspek keamanan, efektivitas, dan mutu pengobatan tradisional melalui penguatan dasar ilmiah serta penyusunan pedoman regulasi dan jaminan mutu. Ketiga, perluasan aksesibilitas dan keterjangkauan layanan pengobatan tradisional, dengan prioritas pada kelompok masyarakat berpenghasilan rendah. Keempat, promosi penggunaan rasional pengobatan tradisional yang sesuai secara terapeutik oleh tenaga kesehatan dan masyarakat umum.

WHO bersama negara-negara anggotanya memandang perlu adanya pembaruan dan penguatan strategi pengobatan tradisional yang telah ada, seiring

dengan munculnya berbagai alasan dan perkembangan yang menuntut penyesuaian kebijakan:

1. **Konsistensi penggunaan T&CM secara global**

   T&CM terus menjadi bagian dari preferensi kesehatan masyarakat di berbagai belahan dunia. Oleh karena itu, negara-negara anggota perlu menyediakan dukungan yang memadai agar masyarakat dapat membuat keputusan kesehatan yang tepat dan berdasarkan informasi.

2. **Peningkatan signifikansi ekonomi T&CM**

   Pertumbuhan pesat sektor T&CM, khususnya dalam perdagangan produk yang dijual secara langsung maupun daring, menjadikannya bagian penting dalam perekonomian beberapa negara. Selain itu, dalam konteks keterbatasan anggaran kesehatan global, T&CM berpotensi mengurangi beban biaya layanan kesehatan melalui promosi kesehatan, swamedikasi, dan pencegahan penyakit.

3. **Karakter global T&CM**

   Produk dan praktik T&CM telah melampaui batas geografis, digunakan secara luas untuk melengkapi pelayanan kesehatan lokal. Fenomena ini menuntut kerja sama internasional dalam menjamin akses terhadap praktik dan produk yang aman dan berkualitas.

4. **Variabilitas pendidikan, akreditasi, dan regulasi praktisi T&CM**

   Perbedaan tingkat pendidikan dan regulasi antarnegara menjadi tantangan dalam era mobilitas global. Oleh karena itu, pemahaman yang lebih seragam mengenai kompetensi praktisi T&CM diperlukan untuk menjamin keselamatan dan kualitas pelayanan.

5. **Kemajuan dalam riset dan pengembangan T&CM**

   Sejak Strategi WHO 2002–2005, telah terjadi peningkatan pengetahuan ilmiah tentang T&CM, disertai pengembangan pedoman teknis dan standar pelayanan kesehatan yang terorganisasi.

6. **Perlindungan hak kekayaan intelektual (HAKI)**

   Peningkatan popularitas T&CM menuntut adanya perlindungan terhadap hak kekayaan intelektual komunitas adat dan lokal, sekaligus memastikan keterbukaan

akses, serta mendorong inovasi, riset, dan pengembangan yang selaras dengan strategi global tentang kesehatan masyarakat dan HAKI.

7. **Integrasi ke dalam sistem kesehatan nasional**

   Dengan meningkatnya penggunaan T&CM, diperlukan integrasi yang lebih sistematis ke dalam sistem pelayanan kesehatan. Hal ini menuntut keterlibatan pembuat kebijakan dan masyarakat dalam mengevaluasi kontribusi T&CM terhadap kualitas pelayanan, akses, dan hasil kesehatan masyarakat secara keseluruhan.

2.1.2 *Sustainable Development Goals* (SDGs) 3.8[12]

SDGs 3.8 bertujuan untuk memastikan tercapainya cakupan kesehatan universal yang meliputi perlindungan terhadap risiko finansial, kemudahan akses pada layanan kesehatan berkualitas, serta ketersediaan obat-obatan dan vaksin yang aman, efektif, bermutu, dan terjangkau bagi seluruh masyarakat. Target ini menekankan pentingnya akses layanan kesehatan tanpa adanya hambatan biaya yang berat, pemenuhan pelayanan kesehatan esensial yang meliputi aspek promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan paliatif, serta penyediaan obat dan vaksin yang memenuhi standar keamanan, efektivitas, kualitas, dan keterjangkauan. Dengan demikian, pencapaian target ini akan mendukung peningkatan derajat kesehatan masyarakat secara menyeluruh dan berkelanjutan.

2.1.3 *Social determinant of health* (SDOH)

Menurut WHO, determinasi sosial kesehatan merujuk pada berbagai kondisi struktural dan lingkungan di mana individu lahir, tumbuh, bekerja, hidup, dan menua, yang mencakup akses terhadap sumber daya ekonomi, kekuasaan, dan layanan publik. Faktor tersebut berkontribusi secara signifikan terhadap disparitas derajat kesehatan antarindividu maupun antarkelompok, baik dalam lingkup nasional maupun global. Pemahaman ini menekankan bahwa kesehatan tidak hanya ditentukan oleh faktor biologis atau perilaku individu semata, tetapi juga dipengaruhi secara mendalam oleh kondisi sosial yang melingkupi kehidupan sehari-hari.[13]

Dalam konteks tersebut, determinasi sosial kesehatan telah diidentifikasikan secara luas sebagai aspek krusial yang memengaruhi status kesehatan individu maupun kelompok. Beberapa faktor utama yang termasuk dalam determinan sosial ini antara lain stabilitas ekonomi, seperti pekerjaan dan pendapatan; akses dan kualitas pendidikan yang dapat meningkatkan kapasitas ekonomi serta memperkuat jejaring sosial pendukung kesehatan; ketersediaan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan, terutama di wilayah yang menunjukkan disparitas akses yang signifikan; kondisi lingkungan permukiman dan pembangunan infrastruktur, di mana ketimpangan investasi dapat menciptakan wilayah-wilayah terpinggirkan; serta konteks sosial dan komunitas, termasuk tingkat kemiskinan dan paparan terhadap kriminalitas. Seluruh faktor ini saling berkaitan dan berkontribusi terhadap kesenjangan kesehatan yang terus terjadi secara sistemik.[14]

Oleh karena itu, upaya pengurangan disparitas kesehatan perlu difokuskan pada determinan sosial utama yang menjadi akar ketimpangan, melalui kolaborasi lintas sektor yang melibatkan pemerintah, swasta, dan masyarakat sipil dalam merancang serta mengimplementasikan kebijakan publik yang responsif. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) juga menegaskan komitmennya untuk mendukung negara-negara dalam menyusun strategi kebijakan yang berorientasi pada peningkatan keadilan kesehatan dan pengurangan ketimpangan yang telah berlangsung lama.

2.1.4 Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018[4]

Riskesdas adalah survei kesehatan tingkat nasional yang diselenggarakan secara berkala oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Litbangkes) Kementerian Kesehatan RI. Survei ini menggunakan desain potong lintang (*cross-sectional*) dan terintegrasi dengan data Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) yang dilakukan oleh Badan Pusat Statistik (BPS), sehingga memungkinkan analisis yang lebih komprehensif terhadap status kesehatan masyarakat dan determinan yang memengaruhinya.

Pada pelaksanaan tahun 2018, Riskesdas mengumpulkan data dari sekitar 300.000 rumah tangga yang tersebar di seluruh provinsi, kabupaten, dan kota di

Indonesia. Data yang dikumpulkan mencakup berbagai indikator kesehatan, seperti status gizi, kesehatan ibu dan anak, penyakit menular dan tidak menular, kesehatan jiwa, kesehatan gigi dan mulut, disabilitas, cedera, kesehatan lingkungan, akses serta pemanfaatan pelayanan kesehatan, termasuk pelayanan kesehatan tradisional.

Berdasarkan data Riskesdas 2018, pemanfaatan pelayanan kesehetan tradisional di Indonesia mencapai 31,4 %, dengan provinsi paling tinggi yaitu Kalimantan Selatan 54,1%, dan paling rendah yaitu Sulawesi Barat 8,5%. Karakteristik pengguna layanan ini paling tinggi ditemukan pada kelompok usia 55-64 tahun 38,5%, Jenis kelamin Perempuan 31,8%, pendidikan tamat D1/D2/D3/PT 36,2%, pekerjaan wiraswasta 38,4%, dan tempat tinggal di perkotaan 32,1%.

2.1.5 Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023[5]

SKI 2023 adalah survei berskala nasional yang menggabungkan pelaksanaan Riskesdas dan Survei Status Gizi Balita Indonesia (SSGI). Survei ini diselenggarakan oleh Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan (BKPK) Kementerian Kesehatan RI bekerja sama dengan BPS dan berbagai mitra internasional. Dengan tujuan untuk mengevaluasi perkembangan sektor kesehatan Indonesia selama lima tahun terakhir, mengamati tren status gizi balita dari tahun 2019 hingga 2024, serta menyediakan data dan informasi kesehatan yang representatif mulai dari tingkat nasional hingga kabupaten/kota.

Data yang dikumpulkan mencakup berbagai indikator kesehatan seperti status gizi, penyakit menular dan tidak menular, kesehatan lingkungan, pola perilaku hidup sehat, akses serta pemanfaatan pelayanan kesehatan, termasuk kesehatan tradisional, hingga kondisi ekonomi rumah tangga. Proses pengumpulan data dilakukan melalui wawancara, pengukuran antropometri, pemeriksaan biomedis, serta pemeriksaan gigi dan mulut, dengan jumlah sampel lebih dari 300.000 rumah tangga di seluruh Indonesia. Hasil SKI 2023 dimanfaatkan untuk merumuskan kebijakan pembangunan kesehatan, mengevaluasi pencapaian indikator RPJMN, Renstra, SDGs, serta sebagai acuan dalam perencanaan program kesehatan, baik di tingkat nasional maupun daerah.

Berdasarkan SKI 2023 pemanfaatan pelayanan kesehetan tradisional di Indonesia mencapai 32,5 %, dengan provinsi paling tinggi yaitu Jawa Timur 50,9% dan paling rendah yaitu Papuan Pegunungan 6,0%. Karakteristik pengguna layanan ini mengalami kenaikan dibandingkan dengan data Riskesdas 2018, pada kelompok usia 55-64 tahun 45,5%, jenis kelamin perempuan 33,6%, pendidikan tamat D1/D2/D3/PT 40,3%, pekerjaan Buruh/sopir/pembantu ruta 40,9%, dan tempat tinggal di perkotaan 34,7%.

2.1.6 Pelayanan kesehatan tradisional

2.1.6.1 Definisi

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, pelayanan kesehatan tradisional merupakan bentuk pengobatan dan/atau perawatan yang menggunakan metode serta bahan berdasarkan pengalaman dan keterampilan yang diwariskan secara turun-temurun, telah terbukti secara empiris, dapat dipertanggungjawabkan, dan dilaksanakan sesuai dengan norma yang berlaku.[15]

2.1.6.2 Peraturan pemerintah (PP) No. 103 Tahun 2014[16]

Berdasarkan PP No. 103 Tahun 2014 pelayanan kesehatan tradisional terbagi menjadi tiga jenis yaitu :

1. **Pelayanan Kesehatan Tradisional Empiris;** pelaksanaan pelayanan kesehatan tradisional yang manfaat dan keamanannya telah terbukti secara empiris, diselenggarakan oleh tenaga kesehatan tradisional (hattra) sebagai bagian dari upaya promotif dan preventif.
2. **Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer;** penerapan pelayanan kesehatan tradisional yang berbasis pada pendekatan biomedis dan biokultural dilakukan dengan mempertimbangkan bukti ilmiah terkait manfaat serta keamanannya. Pelayanan kesehatan tradisional (yankestrad) ini diselenggarakan di fasilitas khusus oleh tenaga kesehatan tradisional (nakestrad) sebagai bagian dari upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Pelaksanaannya harus mengacu

pada standar profesi, standar pelayanan, serta standar prosedur operasional yang telah ditetapkan.

3. **Pelayanan Kesehatan Tradisional Integrasi :** pelayanan kesehatan ini merupakan bentuk integrasi antara pelayanan kesehatan konvensional dengan pelayanan kesehatan tradisional komplementer, yang dapat berfungsi sebagai pelengkap maupun sebagai alternatif. Pelaksanaan yankestrad tersebut dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan dan tenaga kesehatan tradisional (nakestrad) dalam rangka pengobatan atau perawatan pasien/klien.

2.1.6.3 Jenis pelayanan kesehatan tradisonal yang dimanfaatkan

1. Ramuan jadi

Merupakan sediaan herbal dalam bentuk formulasi jadi yang telah terdaftar di Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM), dan tersedia secara legal di pasaran, atau disalurkan langsung oleh praktisi kesehatan tradisional, serta digunakan sesuai ketentuan yang berlaku.[17]

2. Ramuan buatan sendiri

Merupakan formulasi herbal yang disiapkan secara mandiri, baik berdasarkan pengalaman empiris maupun acuan dari literatur ilmiah dan sumber terpercaya. Dengan memanfaatkan bahan herbal yang diperoleh dari tanaman obat keluarga atau pasar tradisional, baik dalam bentuk alami, hasil pengeringan, maupun bentuk simplisia (serbuk). Sediaan ini dapat digunakan secara oral maupun topikal, seperti melalui baluran atau olesan.[17]

3. **Keterampilan olah pikir/hipnoterapi**[18]

Hipnoterapi merupakan jenis terapi nonfarmakologis yang tergolong dalam terapi alternatif dan komplementer. Terapi ini menggunakan metode hipnosis untuk menyampaikan sugesti secara langsung ke alam bawah sadar seseorang, dengan tujuan membantu proses penyembuhan atau perbaikan kondisi mental dan emosional.

Hipnoterapi bermanfaat dalam meningkatkan rasa percaya diri individu melalui pembentukan pola pikir yang positif serta eliminasi pikiran negatif yang dapat menghambat keyakinan diri. Pada bidang psikologi, hipnoterapi digunakan

untuk mengatasi berbagai gangguan psikologis, termasuk kecemasan berlebihan, stres, depresi, frustrasi, luka emosional, serta emosi negatif lainnya.

4. Keterampilan manual (pijat, tusuk jarum)

- **Pijat/akupresure**

Akupresur merupakan metode terapi yang mengandalkan tekanan pada titik-titik spesifik di tubuh dengan menggunakan tangan, siku, atau alat tertentu, tanpa penggunaan jarum. Akupresur memiliki efek terapeutik yang mencakup peningkatan aliran darah, stimulasi sistem saraf, serta induksi relaksasi tubuh yang berkontribusi pada peningkatan vitalitas dan kebugaran.[18]

- **Pijat patah tulang**

Pijat patah tulang atau sangkal putung merupakan salah satu bentuk pengobatan tradisional yang berbasis pada teknik pemijatan, yang secara khusus diterapkan untuk menangani gangguan muskuloskeletal seperti fraktur, dislokasi, keseleo, dan terkilir. Metode terapi sangkal putung umumnya melibatkan teknik manipulatif seperti pijatan, usapan, penekanan, dan traksi.[19]

- **Akunpuntur/tusuk jarum**

Akupunktur merupakan prosedur terapeutik yang dilakukan dengan cara memasukkan jarum halus ke titik-titik spesifik pada tubuh, disertai manipulasi tertentu, untuk menghasilkan efek penyembuhan fisiologis.[20]

- **Bekam**

Terapi bekam merupakan metode pengobatan tradisional yang berasal dari Tiongkok dan Timur Tengah, yang diterapkan untuk menangani berbagai gangguan kesehatan. Terapi ini dilakukan dengan menempatkan cangkir pada titik-titik akupunktur tertentu di permukaan kulit, sehingga menghasilkan efek hisapan dan menarik jaringan kulit ke dalam cangkir.[21]

- **Keterampilan manual lainnya**

2.1.6.4 Pemanfaatan Tanaman Obat Keluarga (TOGA)

Tanaman Obat Keluarga (TOGA) merupakan jenis tanaman herbal yang dibudidayakan di lingkungan rumah tangga dan memiliki khasiat terapeutik. Tanaman ini digunakan sebagai bagian dari upaya promotif, preventif, maupun

kuratif dalam meningkatkan kesehatan masyarakat. Berbagai bagian tanaman seperti daun, kulit batang, buah, biji, dan akar memiliki potensi sebagai bahan dasar dalam pembuatan obat. Sebagian besar tanaman yang dimanfaatkan sebagai TOGA adalah spesies yang tahan terhadap berbagai kondisi lingkungan, perawatan minimal, relatif tahan terhadap serangan hama dan penyakit, bibit tanaman mudah diperoleh, serta tidak tergolong sebagai tanaman berbahaya, terlarang, atau beracun.[22]

Penggunaan tanaman obat dalam tradisi pengobatan lokal adalah bentuk pengetahuan turun-temurun yang telah menjadi bagian integral dari budaya masyarakat. TOGA digunakan untuk mengatasi berbagai kondisi, seperti gangguan kulit, pernapasan, pencernaan, nyeri ringan, dan infeksi ringan. Pengetahuan ini telah terbukti secara empiris dan tersebar luas dalam masyarakat.

Tanaman Obat Keluarga (TOGA) mudah diakses oleh masyarakat karena banyak tumbuh di lingkungan sekitar. Pemanfaatannya memberikan alternatif pengobatan yang terjangkau dan mudah diakses, khususnya bagi masyarakat dengan keterbatasan akses terhadap fasilitas medis modern. Hal ini menjadi sangat relevan di wilayah pedesaan.[24]

2.1.7 Faktor *social determinant of health* yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional

- **Faktor umur**

Faktor umur berperan sebagai determinan demografis yang turut memengaruhi tingkat pemanfaatan layanan kesehatan tradisional di Indonesia. Pemanfaatan layanan kesehatan tradisional cenderung meningkat seiring dengan bertambahnya umur seseorang. Hal tersebut berkaitan erat dengan perubahan fisiologis yang terjadi seiring bertambahnya umur, sehingga risiko seseorang untuk mengalami berbagai penyakit kronis meningkat, disertai dengan peningkatan angka mortalitas.[11]

- **Faktor jenis kelamin**

Berdasarkan teori pemanfaatan pelayanan kesehatan, jenis kelamin dikategorikan sebagai faktor predisposisi, yakni karakteristik demografis dan sosiokultural yang memengaruhi kemungkinan individu dalam mengakses layanan kesehatan, termasuk pelayanan kesehatan tradisional. Perbedaan biologis serta peran sosial yang melekat pada laki-laki dan perempuan turut membentuk persepsi dan sikap terhadap jenis layanan kesehatan yang dipilih. Secara umum, laki-laki lebih cenderung memandang pelayanan kesehatan tradisional sebagai bagian dari warisan budaya yang patut dipertahankan, sedangkan perempuan lebih menekankan pada aspek keamanan, efektivitas, dan relevansi pelayanan terhadap kebutuhan kesehatan keluarga.[25]

- **Faktor genetik**

Perbedaan variasi genetik individu dapat memengaruhi respons terhadap terapi medis konvensional, yang menyebabkan sebagian pasien merasa bahwa layanan kesehatan tradisional lebih sesuai dengan kondisi fisiologis mereka. Selain itu, pelayanan kesehatan tradisional juga dipersepsikan sebagai pilihan yang lebih aman dengan efek samping minimal, khususnya bagi individu dengan riwayat keluarga yang menunjukkan sensitivitas atau komplikasi terhadap obat-obatan modern.[26]

- **Faktor status perkawinan**

Individu yang telah menikah cenderung lebih sering menggunakan obat atau layanan kesehatan tradisional dibandingkan mereka yang belum menikah. Kondisi ini berkaitan erat dengan dinamika dalam keluarga, di mana pasangan atau anggota keluarga dapat saling memengaruhi dalam proses pengambilan keputusan terkait pemilihan jenis pengobatan, termasuk kecenderungan melakukan swamedikasi menggunakan obat tradisional.[27]

Status perkawinan berperan dalam memperkuat motivasi individu untuk mencari pengobatan ketika mengalami masalah kesehatan, terutama di daerah

dengan akses layanan kesehatan konvensional yang terbatas. Dukungan yang diberikan pasangan tidak hanya memudahkan akses terhadap layanan kesehatan tradisional, tetapi juga meningkatkan rasa aman dan kepercayaan dalam memilih metode pengobatan tersebut.[28]

- **Faktor pendidikan**

Secara umum, individu dengan jenjang pendidikan yang lebih tinggi cenderung lebih proaktif dalam memanfaatkan layanan kesehatan, karena memiliki kapasitas yang lebih baik dalam memahami serta menginterpretasikan informasi kesehatan yang tersedia. Hal ini berkontribusi pada pembentukan sikap dan perilaku kesehatan yang lebih positif, termasuk dalam menilai manfaat, mekanisme kerja, serta efektivitas layanan kesehatan tradisional. Individu dengan pendidikan yang lebih tinggi juga lebih mudah mengakses informasi medis dan cenderung memiliki ekspektasi rasional terhadap pelayanan, sehingga meningkatkan minat serta kepuasan dalam memanfaatkan pengobatan tradisional. Sebaliknya, mereka yang memiliki tingkat pendidikan rendah sering kali mengalami hambatan dalam memahami informasi terkait prosedur dan manfaat layanan kesehatan tradisional, yang pada akhirnya berdampak pada rendahnya tingkat pemanfaatan dan kepuasan terhadap layanan tersebut.[29,30]

- **Faktor pekerjaan**

Berbagai jenis pekerjaan menunjukkan kecenderungan yang lebih tinggi dalam pemanfaatan layanan kesehatan tradisional dibandingkan dengan individu yang tidak bekerja. Di Provinsi Jawa Tengah, individu yang memiliki pekerjaan memiliki peluang lebih besar untuk menggunakan layanan kesehatan tradisional dibandingkan dengan mereka yang tidak bekerja. Pekerjaan yang memberikan pendapatan tetap serta waktu luang yang memadai memungkinkan individu untuk mengakses layanan kesehatan tradisional yang lebih terstruktur, seperti pengobatan oleh tenaga kesehatan tradisional yang telah terlatih. Sebaliknya, pekerja dari kelompok sosial ekonomi rendah cenderung melakukan praktik pengobatan

tradisional secara mandiri karena keterbatasan finansial dan keterbatasan akses terhadap layanan kesehatan formal. Pola ini sejalan dengan teori sosial ekonomi kesehatan yang menjelaskan bahwa pekerjaan, sebagai indikator status sosial ekonomi, berperan penting dalam memengaruhi perilaku dan preferensi individu dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan, termasuk pengobatan tradisional.[11,32]

- **Faktor sosioekonomi**

Individu dengan status ekonomi yang lebih rendah menunjukkan kecenderungan yang lebih besar dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional. Sebaliknya, individu kelas menengah ke atas dengan kemampuan finansial yang lebih baik cenderung memilih layanan kesehatan formal seperti rumah sakit atau klinik ketika membutuhkan penanganan medis.[28]

Tingginya pemanfaatan layanan kesehatan tradisional pada kelompok masyarakat berpenghasilan rendah dipengaruhi oleh keterbatasan finansial yang menghambat akses terhadap layanan medis konvensional. Hambatan tersebut mencakup kesulitan dalam membayar biaya konsultasi, pembelian obat, serta tindakan medis lainnya di fasilitas pelayanan kesehatan formal.[31]

- **Faktor budaya turun temurun**

Pengetahuan ini biasanya disampaikan secara lisan dan mencerminkan nilai-nilai serta kepercayaan yang dimiliki masyarakat setempat. Sebagai contoh, masyarakat Karo di Sumatera Utara menggunakan bagian-bagian tumbuhan seperti daun, biji, bunga, buah, dan akar sebagai bagian dari pengobatan tradisional mereka. Meskipun pengobatan modern terus berkembang, praktik tradisional ini tetap dipertahankan karena dianggap sesuai dengan budaya lokal dan sebagai warisan dari nenek moyang mereka.[33]

Praktik pengobatan seperti penggunaan tanaman obat keluarga (TOGA), pijat tradisional, dan berbagai metode alternatif lainnya tetap digunakan secara luas hingga sekarang. Pelayanan kesehatan tradisional di Indonesia mengalami

perkembangan seiring kemajuan teknologi dan meningkatnya minat masyarakat terhadap pendekatan alami dalam menjaga kesehatan. Hal ini menunjukkan bahwa nilai-nilai budaya dan kepercayaan masyarakat terhadap pengobatan tradisional tetap kuat meskipun di tengah perkembangan pengobatan modern.[2]

- **Faktor persepsi**

Persepsi mengenai efektivitas pengobatan tradisional umumnya didasarkan pada pengalaman pribadi dari individu terdekat, yang kemudian berkontribusi dalam pembentukan kepercayaan bersama di lingkungan komunitas. Kepercayaan ini menjadi salah satu faktor determinan dalam tingginya preferensi masyarakat terhadap layanan kesehatan tradisional. Penggunaan pengobatan tradisional dipandang lebih alami, ekonomis, dan memiliki potensi efek samping yang lebih rendah dibandingkan dengan pengobatan modern. Dengan pertimbangan tersebut, diperlukan peran aktif pemerintah dalam melakukan pembinaan serta pengawasan terhadap praktik kesehatan tradisional agar kebermanfaatan dan keamanannya tetap terjamin, serta selaras dengan nilai-nilai agama dan budaya yang dianut masyarakat.[34]

- **Faktor kebiasaan**

Kebiasaan penggunaan pelayanan kesehatan tradisional, seperti jamu atau ramuan berbahan dasar herbal, umumnya berkembang melalui pewarisan lintas generasi dan telah menjadi bagian yang melekat dalam pola hidup sehari-hari serta tradisi budaya keluarga. Mayoritas masyarakat secara rutin mengonsumsi obat tradisional, baik sebagai upaya pemeliharaan kesehatan maupun sebagai langkah awal dalam menangani keluhan ringan sebelum beralih ke layanan kesehatan modern. Praktik penggunaan jamu sebagai bentuk perawatan mandiri menunjukkan prevalensi yang tinggi di masyarakat, dengan frekuensi konsumsi yang bervariasi antara satu hingga beberapa kali dalam seminggu. Fenomena ini menunjukkan bahwa tradisi dan kebiasaan memegang peranan penting dalam proses pengambilan keputusan terkait pemilihan layanan kesehatan tradisional.[35]

- **Faktor akses fasilitas kesehatan**

Pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional di Indonesia menunjukkan disparitas antarwilayah, masyarakat yang berdomisili di kawasan seperti Sulawesi, Papua, dan Kepulauan Maluku menunjukkan kecenderungan lebih tinggi dalam memanfaatkan pelayanan tradisional dibandingkan dengan penduduk di wilayah Jawa-Bali. Perbedaan ini disebabkan oleh terbatasnya akses terhadap fasilitas medis modern di daerah-daerah tersebut, sehingga masyarakat lebih memilih alternatif pengobatan tradisional yang dianggap lebih mudah diakses dan selaras dengan nilai-nilai budaya setempat.[36]

Ketersediaan sarana dan prasarana pendukung, seperti transportasi dan fasilitas kesehatan, sangat berpengaruh terhadap kemudahan masyarakat dalam mengakses pelayanan kesehatan. Akses yang sulit, baik karena jarak yang jauh maupun minimnya alat transportasi, dapat menyebabkan masyarakat enggan untuk memanfaatkan layanan tersebut. Sebaliknya, apabila fasilitas kesehatan mudah dijangkau dan waktu tempuhnya singkat, maka kemungkinan masyarakat untuk menggunakan layanan kesehatan akan semakin tinggi.[37]

- **Faktor kepemilikan asuransi kesehatan**

Individu tanpa kepemilikan asuransi kesehatan cenderung lebih memanfaatkan pelayanan kesehatan tradisional atau melakukan swamedikasi, karena keterbatasan aksesibilitas dan beban biaya yang terkait dengan layanan kesehatan modern. Pemerintah menyediakan program jaminan sosial yang memberikan dukungan finansial kepada kelompok masyarakat kurang mampu, termasuk menanggung biaya perawatan kesehatan mereka. Akibatnya, masyarakat cenderung lebih memilih layanan kesehatan formal yang dijamin oleh asuransi, karena mereka tidak lagi perlu mengandalkan pengobatan tradisional yang umumnya memerlukan pembiayaan mandiri.[38,39]

- **Faktor ketersediaan tanaman obat**

Salah satu faktor yang paling berpengaruh adalah ketersediaan lahan untuk budidaya tanaman obat. Di daerah pedesaan Indonesia, masyarakat memanfaatkan area pekarangan rumah sebagai media untuk membudidayakan tanaman obat keluarga (TOGA), seperti kunyit, jahe, temulawak, dan daun sirih.[41]

TOGA memiliki potensi besar dalam mendukung upaya peningkatan kesehatan serta penanggulangan berbagai penyakit. Tanaman ini dapat diperoleh, diolah, dan dibudidayakan secara mandiri oleh masyarakat tanpa perlu intervensi langsung dari tenaga medis. Keunggulan dari TOGA ini dapat dirasakan oleh kelompok masyarakat ekonomi menengah ke bawah, karena biaya penggunaannya yang relatif rendah, Tanaman Obat Keluarga (TOGA) berperan sebagai alternatif yang efisien dan ekonomis dalam upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat, khususnya bagi kelompok dengan keterbatasan akses terhadap layanan kesehatan konvensional.[14]

- **Faktor kualitas air dan sanitasi**

Ketika ketersediaan air bersih terbatas, misalnya ditandai oleh bau, rasa, atau kontaminasi dan sarana sanitasi tidak memenuhi standar kesehatan, maka risiko terhadap penyakit infeksi seperti diare, penyakit kulit, serta gangguan sistem pencernaan mengalami peningkatan yang signifikan. Dalam kondisi demikian, masyarakat cenderung memilih pendekatan pengobatan yang mudah diakses dan telah diwariskan secara kultural, seperti penggunaan jamu, tanaman obat, maupun bentuk terapi tradisional lainnya.[42]

- **Faktor kualitas udara**

Paparan terhadap kualitas udara yang buruk terutama yang disebabkan oleh emisi kendaraan bermotor, aktivitas industri, serta pembakaran sampah telah terbukti secara ilmiah berkontribusi terhadap peningkatan risiko gangguan kesehatan, khususnya penyakit saluran pernapasan seperti Infeksi Saluran

Pernapasan Akut (ISPA), asma, dan bronkitis. Dalam konteks ini, masyarakat memanfaatkan layanan kesehatan tradisional, baik sebagai alternatif maupun sebagai pelengkap pengobatan medis konvensional. Penggunaan ramuan herbal, jamu, serta tanaman obat keluarga (TOGA) menjadi strategi utama yang dipilih untuk meredakan gejala gangguan pernapasan yang diinduksi oleh polusi udara.[43]

- **Faktor suhu dan kelembaban**

suhu dan kelembaban lingkungan, seperti suhu rendah di wilayah dataran tinggi maupun kelembaban tinggi di daerah tropis, diketahui berkontribusi terhadap munculnya berbagai keluhan kesehatan, antara lain nyeri muskuloskeletal seperti rematik dan pegal. Contohnya seperti ramuan tradisional *boreh anget* yang merupakan campuran berbagai jenis rempah dan dioleskan pada permukaan tubuh, digunakan oleh masyarakat setempat untuk meningkatkan kehangatan tubuh, meredakan nyeri, dan memperlancar sirkulasi darah, terutama pada kondisi cuaca dingin atau lembab.[44]

- **Faktor tempat tinggal desa dan kota**

Keterbatasan fasilitas kesehatan formal di wilayah pedesaan, seperti puskesmas, rumah sakit, dan keterbatasan jumlah tenaga kesehatan profesional, menjadi faktor pendorong bagi masyarakat untuk memilih pengobatan tradisional sebagai alternatif utama. Penelitian sebelumnya mengungkapkan bahwa tingkat pemanfaatan layanan kesehatan tradisional di daerah tertinggal di Indonesia mencapai 17,6%.[28]

Ketidak terjangkauan pelayanan kesehatan medis yang ini menyebabkan masyarakat desa sangat bergantung pada sumber daya alam, terutama tanaman obat, untuk memenuhi kebutuhan kesehatan melalui praktik pengobatan tradisional. Masyarakat desa juga memiliki persepsi positif mengenai pengobatan tradisional dan herbal, hal ini disebabkan oleh anggapan bahwa metode tersebut merupakan

pilihan yang optimal karena dinilai relatif aman dan tidak menimbulkan efek samping yang merugikan jika digunakan dalam jangka panjang.[40]

Sedangkan, masyarakat di wilayah perkotaan lebih cenderung memilih pengobatan konvensional karena tingginya kemudahan akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan yang modern. Ketersediaan tenaga kesehatan profesional serta sarana medis yang memadai turut memperkuat kecenderungan ini. Sebuah studi di Kota Jambi mengungkapkan bahwa 64,25% responden melakukan swamedikasi dengan menggunakan obat modern dibandingkan obat tradisional, yang mencerminkan preferensi masyarakat perkotaan terhadap pengobatan yang dinilai lebih cepat dan efisien dalam memberikan hasil terapeutik.[11]

2.1.8 Dampak dari kenaikan pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional

Setiap obat yang efektif memiliki potensi menimbulkan reaksi efek samping, termasuk obat herbal. Oleh karena itu, penggunaan obat herbal seharusnya dilakukan dengan dosis yang tepat, durasi pengobatan yang sesuai, serta indikasi yang jelas berdasarkan kondisi pasien. Penggunaan yang tidak terkontrol, baik dalam hal dosis maupun lama pemakaian, dapat menimbulkan risiko toksisitas pada tubuh. Dengan demikian, meskipun bersumber dari bahan alami, obat herbal tetap memerlukan tata laksana yang rasional untuk meminimalkan potensi efek merugikan.[45,46]

Kurangnya pengawasan profesional dan tidak adanya standar mutu yang konsisten pada banyak produk tradisional turut meningkatkan risiko terjadinya komplikasi serta kemungkinan kontaminasi dengan bahan kimia berbahaya. Obat herbal pada umumnya merupakan formulasi kompleks yang mengandung berbagai senyawa bioaktif, dan keberagaman komponen aktif ini berpotensi menimbulkan interaksi farmakologis dengan obat konvensional. Hal ini menjadi perhatian khusus pada pasien dengan kondisi kronis, yang sering kali merupakan pengguna utama terapi herbal, karena mereka cenderung mengonsumsi obat resep secara bersamaan. Kombinasi tersebut meningkatkan potensi terjadinya interaksi obat yang dapat

memengaruhi farmakokinetik maupun farmakodinamik dari terapi yang diberikan, sehingga berisiko menurunkan efektivitas pengobatan serta meningkatkan kemungkinan munculnya efek samping yang merugikan.[8,46]

Peningkatan pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional di Indonesia juga memberikan berbagai dampak positif yang signifikan bagi masyarakat. Salah satu kontribusi utamanya adalah peningkatan aksesibilitas layanan kesehatan, khususnya di wilayah terpencil atau yang mengalami keterbatasan infrastruktur medis konvensional. Praktik kesehatan tradisional, seperti pemanfaatan tanaman obat keluarga (TOGA) dan terapi akupresur, juga berperan dalam memperkuat pemberdayaan komunitas, karena memungkinkan masyarakat untuk secara mandiri menjaga dan meningkatkan derajat kesehatan melalui pemanfaatan sumber daya lokal. Di samping itu, layanan ini umumnya lebih terjangkau secara ekonomi, sehingga dapat mengurangi beban pengeluaran kesehatan, terutama bagi kelompok masyarakat berpenghasilan rendah. Penggunaan bahan-bahan alami yang memiliki potensi efek samping minimal turut meningkatkan tingkat kepercayaan masyarakat terhadap keamanan pengobatan tradisional. Integrasi layanan kesehatan tradisional ke dalam fasilitas pelayanan kesehatan primer, seperti puskesmas, memperluas opsi pengobatan yang tersedia, meningkatkan kepuasan pasien, serta mendorong keterlibatan aktif masyarakat dalam upaya promotif dan preventif di bidang kesehatan.[9]

2.2 Ringkasan pustaka

Tabel 1. Ringkasan pustaka

Peneliti	Lokasi & waktu	Desain	Subjek	Variabel yang diteliti	Lama	Hasil
Rifka N, *et al.*[7]	Riskesdas 2018	*Cross sectional*	163,260 responden berusia >10 tahun	Usia, jenis kelamin, status pernikahan, tingkat pendidikan, status pekerjaan, tempat tinggal, dan waktu tempuh ke fasilitas kesehatan.	-	Ada hubungan antara usia (p<0,001), jenis kelamin (p<0,001), status pernikahan (p<0,001), tingkat Pendidikan (p<0,001), waktu tempuh ke fasilitas kesehatan (p<0,001), dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional

Tabel 1. Ringkasan pustaka

Peneliti	Lokasi & waktu	Desain	Subjek	Variabel yang diteliti	Lama	Hasil
Laksono AD, *et al.*[28]	Riskesdas 2018	*Cross sectional*	16,346 responden berusia >15 tahun	Usia, jenis kelamin, status menikah, tingkat pendidikan, jenis pekerjaan, dan status ekonomi.	2 bulan	Ada hubungan antara usia (p<0,001), status pernikahan (p<0,001), jenis profesi (p<0,001), dan status ekonomi (p<0,001), dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional.
Suharmiati, *et al.*[10]	Riskesdas 2018	*Cross sectional*	629,370 responden berusia >15 tahun	Usia, jenis kelamin, status menikah, tingkat pendidikan, jenis pekerjaan	2 bulan	Ada hubungan antara usia (p<0,001), jenis kelamin (p<0,001), status

Tabel 1. Ringkasan pustaka

Peneliti	Lokasi & waktu	Desain	Subjek	Variabel yang diteliti	Lama	Hasil
				dan status ekonomi.		ekonomi (p<0,001), dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional.
Kusumaningrum A, *et al.*[47]	Riskesdas 2013	*Cross sectional*	722,329 rumah tangga yang memiliki anggota pasien penyakit tidak menular	Usia, tingkat Pendidikan keluarga, tempat tinggal, ketersediaan pelayanan kesehatan umum, jarak ke pelayanan kesehatan umum.	-	Ada hubungan antara usia keluarga (p<0,000), tingkat pendidikan keluarga (p<0,000), tempat tinggal (p<0,000), ketersediaan

Tabel 1. Ringkasan pustaka

Peneliti	Lokasi & waktu	Desain	Subjek	Variabel yang diteliti	Lama	Hasil
						pelayanan kesehatan umum (p<0,000), jarak ke pelayanan kesehatan umum (p<0,000) dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional.
Purwoko S, *et al.*[11]	Riskesdas 2018	*Cross sectional*	Seluruh individu (63.118) di provinsi Jawa Tengah yang berusia 15 tahun keatas.	Tempat tinggal, kelompok umur, jenis kelamin, status perkawinan, tingkat pendidikan,	1 bulan	Ada hubungan antara Tempat tinggal (p<0,001), kelompok umur (p<0,001), jenis kelamin (p<0,001),

Tabel 1. Ringkasan pustaka

Peneliti	Lokasi & waktu	Desain	Subjek	Variabel yang diteliti	Lama	Hasil
				tingkat pendidikan, jenis pekerjaan, status sosio-ekonomi.		status perkawinan ($p<0,01$), tingkat pendidikan ($p<0,001$), jenis pekerjaan ($p<0,001$), status sosio-ekonomi ($p<0,001$) dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional.
Rukmini, *et al.*[48]	Riskesdas 2018	*Cross sectional*	Rumah tangga di Indonesia mencakup seluruh provinsi	Pemanfaatan yankestrad pada penduduk lansia	-	Secara nasional, 37,0% lansia memanfaatkan Yankestrad,

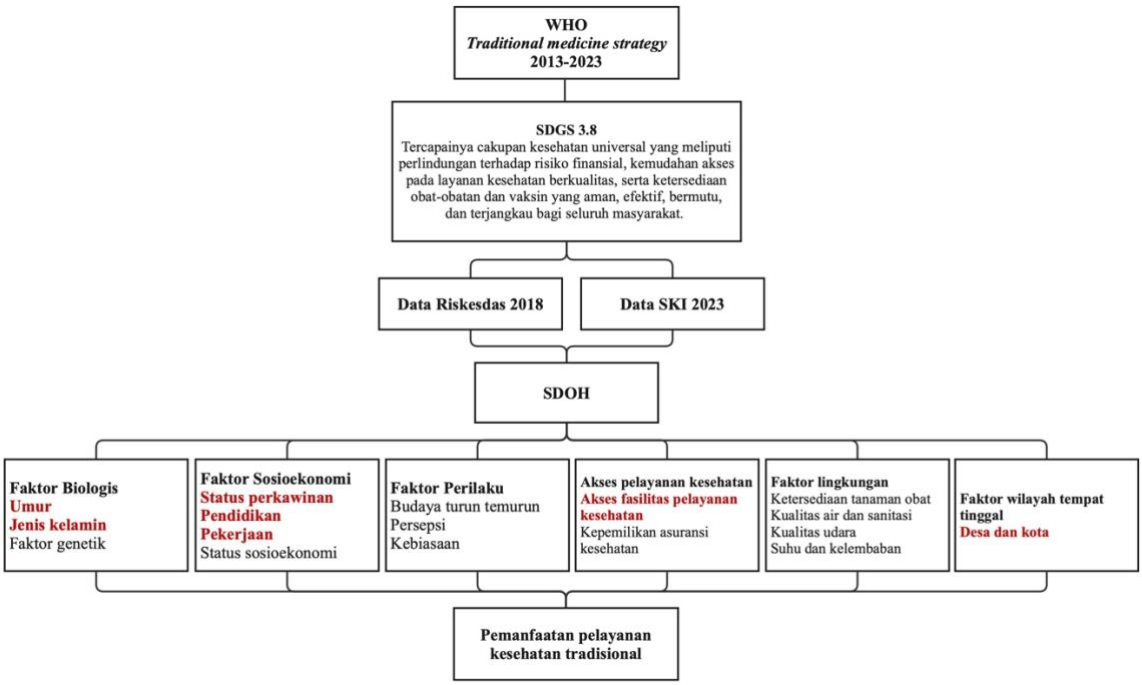
Tabel 1. Ringkasan pustaka

Peneliti	Lokasi & waktu	Desain	Subjek	Variabel yang diteliti	Lama	Hasil
			dan kabupaten/kota yaitu 34 Provinsi 416 kabupaten dan 98 kota.			dengan lansia muda (37,9%) tertinggi. Upaya sendiri dilakukan oleh perempuan (18,3%), tinggal di perdesaan (19,5%). Tingkat pendidikan merata, jenis pekerjaan nelayan tertinggi (40,5%), dan pemanfaatan Yankestrad relatif sama di semua tingkat pengeluaran,

Tabel 1. Ringkasan pustaka

Peneliti	Lokasi & waktu	Desain	Subjek	Variabel yang diteliti	Lama	Hasil
						namun upaya sendiri lebih tinggi pada lansia dengan pengeluaran terendah.

2.3 Kerangka teori

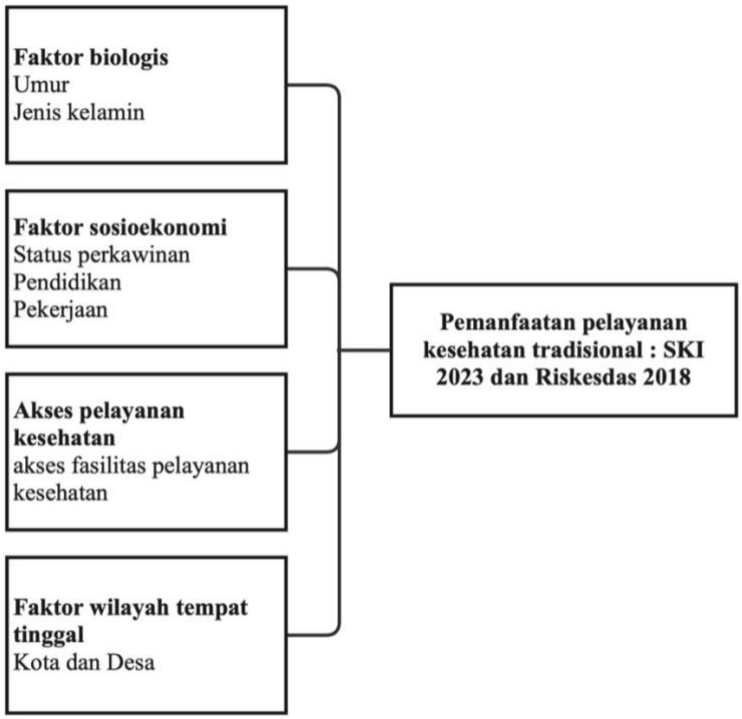


Gambar 1. Kerangka teori *social determinant of health* yang telah dimodifikasi untuk menganalisis faktor-faktor yang memengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional dari sumber[3].

BAB III

KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1 Kerangka Konsep



Gambar 2. Kerangka konsep *social determinant of health* yang telah dimodifikasi untuk menganalisis faktor-faktor yang memengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional dari sumber.

3.2 Variabel penelitian

3.2.1 Variabel bebas

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah faktor biologis (umur dan jenis kelamin), faktor sosioekonomi (status perkawinan, pendidikan, pekerjaan), fasilitas pelayanan kesehatan, dan faktor wilayah tempat tinggal (desa dan kota).

3.2.2 Variabel tergantung

Variabel tergantung dalam penelitian ini adalah pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional di Indonesia.

3.2 Definisi Operasional

Tabel 2. Definisi operasional

Variabel	Definisi	Alat ukur	Cara mengukur	Hasil	Skala	Referensi
Pelayanan kesehatan tradisional	bentuk pengobatan dan/atau perawatan yang menggunakan metode serta bahan berdasarkan pengalaman dan keterampilan yang diwariskan secara turun-temurun, telah terbukti secara empiris, dapat dipertanggungjawabkan, dan dilaksanakan sesuai dengan norma yang berlaku.	Kuesioner Riskesdas 2018 Blok X F yang terdiri dari 4 pertanyaan.	Responden menjawab pertanyaan kuesioner F01 : "Apakah pernah memanfaatkan pelayanan kesehatan tradisional dalam satu tahun terakhir?" 1= Ya 2=Tidak, tapi melakukan upaya sendiri 3=Tidak sama sekali	Herbal (ramuan jadi, dan buatan sendiri). Non herbal (keterampilan manual, olah pikir, dan energi).	Nominal	UU Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan[15]

Tabel 2. Definisi operasional

Variabel	Definisi	Alat ukur	Cara mengukur	Hasil	Skala	Referensi
			F02 : "Siapa saja yang memberikan pelayanan kesehatan tradisional tersebut?" 1=Dokter atau tenaga kesehatan 2=Penyehat tradisional F03 : "Apa saja jenis pelayanan kesehatan tradisional tersebut?" 1=Ramuan jadi 2=Ramuan buatan sendiri 3=Keterampilan manual			

Tabel 2. Definisi operasional

Variabel	Definisi	Alat ukur	Cara mengukur	Hasil	Skala	Referensi
			4=Keterampilan olah pikir 5=Keterampilan energi F04: "Dalam satu tahun terakir apakah [NAMA] pernah memanfaatkan Tanaman Obat Keluarga (TOGA)?" 1= Ya 2=Tidak			
Umur	Umur responden dihitung sejak tanggal lahir sampai waktu survei.	Kuesioner Riskesdas 2018 Blok IV : Kolom 10.	Berdasarkan data yang didapatkan lalu dikategorikan 1=<15 tahun 1-14 tahun 2=15-45 tahun 3= 46-65 tahun	15 tahun 1-14 tahun 15-45 tahun 46-65 tahun	Ordinal	Riset Kesehatan Dasar 2018[4]

Tabel 2. Definisi operasional

Variabel	Definisi	Alat ukur	Cara mengukur	Hasil	Skala	Referensi
			4= >65 tahun.			
Jenis kelamin	Kategori biologis responden yang dibedakan menjadi laki-laki dan Perempuan.	Kuesioner Riskesdas 2018 Blok IV : Kolom 4.	Berdasarkan data sekunder yang didapatkan lalu dikategorikan menjadi laki-laki dan Perempuan.	Laki-laki Perempuan	Nominal	Riset Kesehatan Dasar 2018[4]
Status perkawinan	Status perkawinan merupakan kondisi yang menggambarkan apakah individu telah terikat dalam hubungan pernikahan yang sah secara hukum dan agama, atau belum pernah menikah.	Kuesioner Riskesdas 2018 Blok IV : Kolom 8.	Berdasarkan data sekunder yang didapatkan lalu dikategorikan menjadi kawin dan belum kawin.	Kawin Belum kawin	Nominal	UU No. 1 Tahun 1974[49]

Tabel 2. Definisi operasional

Variabel	Definisi	Alat ukur	Cara mengukur	Hasil	Skala	Referensi
Pendidikan	Status pendidikan tertinggi yang ditamatkan.	Kuesioner Riskesdas 2018 Blok IV : Kolom 11.	Berdasarkan data sekunder yang didapatkan lalu membaginya sesuai dengan status pendidikan tertinggi yang ditamatkan. Dikategorikan menjadi pendidikan ≤9 tahun dan pendidikan > 9 tahun.	Pendidikan ≤9 tahun Pendidikan >9 tahun	Ordinal	Riset Kesehatan Dasar 2018[4]
Pekerjaan	Status pekerjaan pada responden saat survei	Kuesioner Riskesdas 2018	Berdasarkan data sekunder yang	Bekerja Tidak bekerja	Nominal	Riset Kesehatan Dasar 2018[4]

Tabel 2. Definisi operasional

Variabel	Definisi	Alat ukur	Cara mengukur	Hasil	Skala	Referensi
		Blok IV : Kolom 12.	didapatkan lalu membaginya sesuai dengan kategori status pekerjaan. 1=Bekerja, jika menjawab nomor 3-8. 2=Tidak bekerja, jika menjawab nomor 1,2, dan 9.			
Akses fasilitas kesehatan	Kemudahan yang dimiliki individu atau kelompok dalam menjangkau dan memanfaatkan layanan kesehatan sesuai kebutuhan, yang dipengaruhi oleh faktor	Kuesioner Riskesdas 2018 Blok V yang terdiri dari 15 pertanyaan.	Responden menjawab pertanyaan kuesioner seputar keberadaan rumah sakit/puskesmas /klinik, waktu	Terjangkau Tidak terjangkau	Nominal	Riset Kesehatan Dasar 2018[4]

Tabel 2. Definisi operasional

Variabel	Definisi	Alat ukur	Cara mengukur	Hasil	Skala	Referensi
	biaya, waktu, dan transportasi		tempuh, dan biaya transportasi yang dikeluarkan.			
Wilayah tempat tinggal	Wilayah tempat tinggal responden, dibagi menjadi dua, yaitu : desa dan kota.	Kuesioner Riskesdas 2018 Blok I : Kolom 5	Berdasarkan data sekunder yang didapatkan lalu dikategorikan menjadi desa dan kota.	Desa Kota	Nominal	Riset Kesehatan Dasar 2018[4]
Pelayanan kesehatan tradisional	bentuk pengobatan dan/atau perawatan yang menggunakan metode serta bahan berdasarkan pengalaman dan keterampilan yang diwariskan secara turun-temurun, telah terbukti secara empiris, dapat dipertanggungjawabkan,	Kuesioner SKI 2023 Blok X1 : F10-13 yang terdiri dari 4 pertanyaan.	Responden menjawab pertanyaan kuesioner F10: "Dalam 10 tahun terakhir, apakah [NAMA] pernah melakukan	Herbal (ramuan jadi dan buatan sendiri). Non herbal (keterampilan manual, olah pikir, dan energi).	Nominal	UU Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan[15]

Tabel 2. Definisi operasional

Variabel	Definisi	Alat ukur	Cara mengukur	Hasil	Skala	Referensi
	dan dilaksanakan sesuai dengan norma yang berlaku.		upaya kesehatan tradisional seperti bekam, jamu, atau pijat?" 1=Ya 2=Tidak sama sekali F11: "Siapa saja yang memberikan pelayanan kesehatan tradisional tersebut?" 1=Tenaga kesehatan 2=Praktik mandiri 3=Tenaga kesehatan tradisional			

Tabel 2. Definisi operasional

Variabel	Definisi	Alat ukur	Cara mengukur	Hasil	Skala	Referensi
			4=Penyehat tradisional 5=Upaya sendiri F12: Apa saja jenis pelayanan kesehatan tradisional yang dimanfaatkan?" 1= Ramuan jadi 2=Ramuan buatan sendiri 3=Keterampilan olah pikir 4=keterampilan energi 5=Keterampilan manual 5a=Pijat 5b=Patang tulang 5c=Akupunktur			

Tabel 2. Definisi operasional

Variabel	Definisi	Alat ukur	Cara mengukur	Hasil	Skala	Referensi
			F13: "Dalam 1 tahun terakhir, apakah [NAMA] pernah memanfaatkan Tanaman Obat Keluarga (TOGA)?" 1=Ya 2=Tidak			
Umur	Umur responden dihitung sejak tanggal lahir sampai waktu survei	Kuesioner SKI 2023 Blok IV : Kolom 7.	Berdasarkan data sekunder yang didapatkan lalu dikategorikan, 1= <15 tahun : 1-14 tahun 2= 15-45 tahun 3= 46-65 tahun 4= >65 tahun.	Umur< 15 Umur 15-45 Umur 46-65 Umur >65	Ordinal	Survei Kesehatan Indonesia 2023[5]

Tabel 2. Definisi operasional

Variabel	Definisi	Alat ukur	Cara mengukur	Hasil	Skala	Referensi
Jenis kelamin	Kategori biologis responden yang dibedakan menjadi laki-laki dan perempuan	Kuesioner SKI 2023 Blok IV : Kolom 4.	Berdasarkan data sekunder yang didapatkan lalu dikategorikan menjadi laki-laki dan Perempuan.	Laki-laki Perempuan	Nominal	Survei Kesehatan Indonesia 2023[5]
Status perkawinan	Status perkawinan merupakan kondisi yang menggambarkan apakah individu telah terikat dalam hubungan pernikahan yang sah secara hukum dan agama, atau belum pernah menikah.	Kuesioner SKI 2023 Blok IV : Kolom 5.	Berdasarkan data sekunder yang didapatkan lalu dikategorikan menjadi kawin dan belum kawin.	Kawin Belum kawin	Nominal	UU No. 1 1974[49]
Pendidikan	Status pendidikan tertinggi yang ditamatkan.	Kuesioner SKI 2023 Blok IV : Kolom 8	Berdasarkan data sekunder yang didapatkan lalu membaginya	Pendidikan ≤9 tahun Pendidikan >9 tahun	Ordinal	Survei Kesehatan Indonesia 2023[5]

Tabel 2. Definisi operasional

Variabel	Definisi	Alat ukur	Cara mengukur	Hasil	Skala	Referensi
			sesuai dengan status pendidikan tertinggi yang ditamatkan. Dikategorikan menjadi pendidikan ≤9 tahun dan pendidikan > 9 tahun			
Pekerjaan	Status pekerjaan pada responden saat survei	Kuesioner SKI 2023 Blok IV Kolom 9.	Berdasarkan data sekunder yang didapatkan lalu membaginya sesuai dengan kategori status pekerjaan. 1=Bekerja, jika	Bekerja Tidak bekerja	Nominal	SKI 2023[7]

Tabel 2. Definisi operasional

Variabel	Definisi	Alat ukur	Cara mengukur	Hasil	Skala	Referensi
			menjawab nomor 3-8. 2=Tidak bekerja, jika menjawab nomor 1,2, dan 9.			
Akses fasilitas kesehatan	Kemudahan yang dimiliki individu atau kelompok dalam menjangkau dan memanfaatkan layanan kesehatan sesuai kebutuhan, yang dipengaruhi oleh faktor biaya, waktu, dan transportasi	Kuesioner SKI 2023 Blok V yang terdiri dari 6 pertanyaan.	Responden menjawab pertanyaan kuesioner seputar keberadaan rumah sakit/puskesmas /klinik, waktu tempuh, dan biaya transportasi yang dikeluarkan.	Terjangkau Tidak terjangkau	Nominal	SKI 2023[5]

Tabel 2. Definisi operasional

Variabel	Definisi	Alat ukur	Cara mengukur	Hasil	Skala	Referensi
Wilayah tempat tinggal	Wilayah tempat tinggal responden, dibagi menjadi dua, yaitu : desa dan kota.	Kuesioner SKI 2023 Blok I : Kolom 5	Berdasarkan data sekunder yang didapat lalu dikategorikan menjadi desa dan kota	Desa Kota	Nominal	Survei Kesehatan Indonesia 2023[5]

BAB IV

METODE

4.1 Desain

Desain yang digunakan dalam penelitian ini yaitu observasional analitik dengan pendekatan potong lintang atau *cross-sectional*.

4.2 Lokasi dan waktu

Penelitian menggunakan data sekunder yang didapatkan dari Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan (BKPK), yaitu data Survei Kesehatan Indonesia 2023 dan Riset Kesehatan Dasar 2018 Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Penelitian akan dilakukan pada bulan Agustus sampai dengan Desember 2025.

4.3 Populasi dan subjek

4.3.1 Populasi

Populasi untuk penelitian ini adalah seluruh anggota rumah tangga di Indonesia menurut data Riskesdas 2018 dan SKI 2023.

4.3.2 Subjek

4.3.2.1 Kriteria pemilihan subjek

Sampel penelitian adalah subjek yang memenuhi kriteria inklusi dan kriteria eksklusi.

Kriteria inklusi : responden yang dapat menjawab kuesioner tentang pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional di Indonesia

Kriteria eksklusi : responden yang memiliki data tidak lengkap atau hilang (*missing data*) pada variabel-variabel utama yang dianalisis, sehingga tidak dapat digunakan dalam proses analisis statistik.

4.3.3 Perhitungan sampel

4.3.4 Besaran sampel Survei Kesehatan Indonesia 2023

4.3.4.1 Rumus populasi infinit

$$n_0 = \frac{(Za)^2 \; x \; p \; x \; q}{d^2}$$

$$n_0 = \frac{(1{,}96)^2 \; x \; 0{,}325 \; x \; 0{,}675}{0{,}05^2}$$

$$n_0 = 336{,}87 \approx 337$$

Keterangan :

n_0 : Besaran sampel optimal yang dibutuhkan

Za : Tingkat kemaknaan dikehendaki adalah 95%, dengan nilai 1,96

p : Prevalensi pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional di SKI 2023 = 32,5 = 0,325

q : Prevalensi anggota rumah tangga yang tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan tradisional di SKI 2023 = $1 - p = 0{,}675$

d : Kesalahan absolut yang dapat diterima = 5% = 0,05

4.3.4.2 Rumus populasi finit

$$n = \frac{n_0}{1 + {}^{n_0}/_{n}}$$

$$n = \frac{337}{1 + {}^{337}/_{877.495}}$$

$$n = 336{,}87 \approx 337$$

Sampel yang diperlukan

$n_{total} = n = 15\%n$

$n_{total} = 337 + 50{,}5$

$n_{total} = 387{,}5 = 388$

Perhitungan sampel diatas hanya dilakukan untuk memperkirakan jumlah sampel yang dibutuhkan untuk membuat penelitian, namun penulis akan tetap melakukan *total sampling.*

4.3.5 Besaran sampel Riset kesehatan dasar 2018

4.3.5.1 Rumus populasi infinit

$$n_0 = \frac{(Za)^2 \; x \; p \; x \; q}{d^2}$$

$$n_0 = \frac{(1{,}96)^2 \; x \; 0{,}314 \; x \; 0{,}686}{0{,}05^2}$$

$$n_0 = 330{,}096 \approx 331$$

Keterangan :

n_0 : Besaran sampel optimal yang dibutuhkan

Za : Tingkat kemaknaan dikehendaki adalah 95%, dengan nilai 1,96

p : Prevalensi pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional di Riskesdas 2018 = 31,4 = 0,314

q : Prevalensi anggota rumah tangga yang tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan tradisional di SKI 2023 = $1 - p$ = 0,686

d : Kesalahan absolut yang dapat diterima = 5% = 0,05

4.3.5.2 Rumus populasi finit

$$n = \frac{n_0}{1+{}^{n_0}/_{n}}$$

$$n = \frac{331}{1+{}^{331}/_{1.071.290}}$$

$$n = 331$$

Sampel yang diperlukan

$n_{total} = n = 15\%\ n$

$n_{total} = 331 + 49{,}6$

$n_{total} = 380{,}6 \approx 381$

Perhitungan sampel diatas hanya dilakukan untuk memperkirakan jumlah sampel yang dibutuhkan untuk membuat penelitian, namun penulis akan tetap melakukan *total sampling.*

4.4 Bahan dan instrumen

4.4.1 Bahan penelitian

4.4.1.1 Instrumen yang digunakan berupa kuesioner Riskesdas 2018, yaitu :

1) Pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional

Berdasarkan kuesioner Riskesdas 2018 Blok X F, lalu dikategorikan menjadi herbal dan non herbal.

2) Umur

Berdasarkan kuesioner Riskesdas 2018 Blok IV Kolom 10, lalu dikategorikan menjadi : <15 tahun (1-14 tahun), 15-45 tahun, 46-65 tahun, dan >65 tahun.

3) Jenis kelamin

Berdasarkan kuesioner Riskesdas 2018 Blok IV Kolom 4, lalu membaginya sesuai dengan opsi jawaban pada kuesioner yaitu : laki-laki dan Perempuan.

4) Status perkawinan

Berdasarkan kuesioner Riskesdas 2018 Blok IV Kolom 8, lalu membaginya sesuai dengan opsi jawaban pada kuesioner yaitu : Belum kawin, kawin, cerai hidup, dan cerai mati. Variabel ini akan dikategorikan menjadi kawin (kawin, cerai hidup, dan cerai mati) dan belum kawin (belum kawin).

5) Pendidikan

Berdasarkan kuesioner Riskesdas 2018 Blok IV Kolom 11, lalu membaginya sesuai dengan opsi jawaban pada kuesioner yaitu : Tidak/belum pernah sekolah, tidak tamat SD/MI, tamat SD/MI/, tamat SLTP/MTS, tamat SLTA/MA, tamat D1/D2/D3, dan tamat perguruan tinggi. Variabel ini akan dikategorikan menjadi pendidikan $\leq$9 tahun (Tidak/belum pernah sekolah, tidak tamat SD/MI, tamat SD/MI/, tamat SLTP/MTS) dan pendidikan > 9 tahun (tamat SLTA/MA, tamat D1/D2/D3, dan tamat perguruan tinggi).

6) Pekerjaan

Berdasarkan kuesioner Riskesdas 2018 Blok IV Kolom 12, lalu membaginya sesuai dengan opsi jawaban pada kuesioner yaitu : tidak bekerja, sekolah, PNS/TNI/Polri/BUMN/BUMD, pegawai swasta, wiraswasta, petani/buruh tani, nelayan, buruh/sopir/asisten rumah tangga, dan lainnya. Variabel ini dikategorikan menjadi bekerja (PNS/TNI/Polri/BUMN/BUMD, Pegawai Swasta, Wiraswasta, Petani/Buruh Tani, Nelayan, Buruh/Sopir/Ojek/ Pembantu) dan tidak bekerja (tidak bekerja dan lainnya).

7) Akses fasilitas kesehatan

Berdasarkan kuesioner Riskesdas 2018 Blok V, yang terdiri dari 15 pertanyaan. Variabel ini akan dikategorikan menjadi : terjangkau dan tidak terjangkau.

8) Wilayah tempat tinggal

Berdasarkan kuesioner Riskesdas 2018 Blok I Kolom 5, lalu membaginya sesuai dengan opsi jawaban pada kuesioner yaitu : desa dan kota.

4.4.1.2 Instrumen yang digunakan berupa kuesioner SKI 2023, yaitu :

1) Pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional

Berdasarkan kuesioner SKI 2023 Blok XI F, lalu dikategorikan menjadi herbal dan non herbal.

2) Umur

Berdasarkan kuesioner SKI Blok IV Kolom 7, lalu dikategorikan menjadi : <15 tahun (1-14 tahun), 15-45 tahun, 46-65 tahun, dan >65 tahun.

3) Jenis kelamin

Berdasarkan kuesioner SKI 2023 Blok IV Kolom 4, lalu membaginya sesuai dengan opsi jawaban pada kuesioner yaitu : laki-laki dan Perempuan.

4) Status perkawinan

Berdasarkan kuesioner SKI 2023 Blok IV Kolom 5, lalu membaginya sesuai dengan opsi jawaban pada kuesioner yaitu : Belum kawin, kawin, cerai hidup, dan cerai mati. Variabel ini akan dikategorikan menjadi kawin (kawin, cerai hidup, dan cerai mati) dan belum kawin (belum kawin).

5) Pendidikan

Berdasarkan kuesioner SKI 2023 Blok IV Kolom 8, lalu membaginya sesuai dengan opsi jawaban pada kuesioner yaitu : Tidak/belum pernah sekolah, tidak tamat SD/MI, tamat SD/MI/, tamat SLTP/MTS, tamat SLTA/MA, tamat D1/D2/D3, dan tamat perguruan tinggi. Variabel ini akan dikategorikan menjadi pendidikan ≤9 tahun (tidak/belum pernah sekolah, tidak tamat SD/MI, tamat SD/MI/, tamat SLTP/MTS) dan pendidikan >9 tahun (tamat SLTA/MA, tamat D1/D2/D3, dan tamat perguruan tinggi).

6) Pekerjaan

Berdasarkan kuesioner SKI 2023 Blok IV Kolom 9, lalu membaginya sesuai dengan opsi jawaban pada kuesioner yaitu : tidak bekerja, sekolah, PNS/TNI/Polri/BUMN/BUMD, pegawai swasta, wiraswasta, petani/buruh tani, nelayan, buruh/sopir/asisten rumah tangga, dan lainnya. Variabel ini dikategorikan menjadi bekeria (PNS/TNI/Polri/BUMN/BUMD, Pegawai Swasta, Wiraswasta, Petani/Buruh Tani, Nelayan, Buruh/Sopir/Ojek/ Pembantu) dan tidak bekerja (tidak bekerja dan lainnya).

7) Akses fasilitas kesehatan

Berdasarkan kuesioner SKI 2023 Blok V, yang terdiri dari 6 pertanyaan. Variabel ini akan dikategorikan menjadi : terjangkau dan tidak terjangkau.

8) Wilayah tempat tinggal

Berdasarkan kuesioner SKI 2023 Blok I Kolom 5, lalu membaginya sesuai dengan opsi jawaban pada kuesioner yaitu : desa dan kota.

4.4.2 Cara pengambilan data

4.4.2.1 Proses pengambilan sampel data yang dilakukan oleh Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018

1) Proses pengambilan sampel pada Riskesdas 2018

   Penentuan target sampel dilakukan terhadap 300.000 rumah tangga yang tersebar pada 30.000 Blok Sensus (BS) dari Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas), yang disusun dan dilaksanakan oleh Badan Pusat Statistik (BPS). Metode yang digunakan adalah *Probability Proportional to Size* (PPS) dengan teknik *linear systematic sampling*, melalui pendekatan *Two Stage Sampling* :

- Tahap pertama diawali dengan proses stratifikasi implisit terhadap seluruh Blok Sensus (BS) hasil Sensus Penduduk (SP) 2010 berdasarkan strata tingkat kesejahteraan. Dari total 720.000 BS dalam master frame SP 2010, sebanyak 180.000 BS atau sekitar 25% dipilih secara PPS sebagai kerangka sampel (sampling frame) untuk pemilihan BS tahap selanjutnya. Pada masing-masing strata wilayah (urban dan rural) di tingkat kabupaten/kota, dilakukan pemilihan sejumlah BS secara sistematik menggunakan metode PPS. Proses ini menghasilkan Daftar Sampel Blok Sensus (DSBS) yang terdiri dari 30.000 BS terpilih sebagai unit sampling tahap kedua.
- Tahap kedua dilakukan dengan memilih sebanyak 10 rumah tangga dari setiap Blok Sensus (BS) hasil pemutakhiran, menggunakan metode *systematic sampling* dengan stratifikasi implisit berdasarkan tingkat pendidikan tertinggi yang telah diselesaikan oleh Kepala Rumah Tangga (KRT). Pendekatan ini diterapkan untuk memastikan keterwakilan variasi karakteristik sosial rumah tangga.

Selanjutnya, seluruh anggota rumah tangga (ART) yang berada dalam rumah tangga terpilih dijadikan responden dalam Survei Riskesdas 2018 untuk dilakukan proses wawancara.

2) Proses pengambilan/pengumpulan data pada Riskesdas 2018

Pengumpulan data Riskesdas 2018 dilakukan dengan wawancara, pengukuran, dan pemeriksaan. Wawancara menggunakan 2 instrumen yaitu: Instrumen Rumah Tangga dan Instrumen Individu.

3) Desain penelitian dan sampel pada Riskesdas 2018

- Riskesdas merupakan survei berskala nasional dengan desain potong lintang (cross-sectional) dan non-intervensi.

4.4.4.2 Proses pengambilan sampel data yang dilakukan oleh SKI 2023

1) Proses pengambilan sampel pada SKI 2023

- Tahap 1 : Memilih Blok Sensus (BS)

  Pemilihan blok sensus dilakukan sesuai dengan alokasi jumlah yang tercantum dalam tabel, berdasarkan strata wilayah urban dan rural di setiap kabupaten/kota. Metode yang digunakan adalah *Probability Proportional to Size* (PPS), dengan ukuran (size) berdasarkan jumlah keluarga hasil Sensus Penduduk 2020 (SP2020). Kerangka sampel yang digunakan adalah blok sensus biasa yang diperoleh dari hasil SP2020.

- Tahap 2 : Memilih Rumah Tangga

  -untuk memperoleh sampel Rumah Tangga Balita

  Dipilih sejumlah n_2 rumah tangga balita dari rumah tangga balita, berdasarkan hasil pemutakhiran, dengan menggunakan metode *systematic sampling* dengan *implicit stratification* berdasarkan tingkat pendidikan kepala rumah tangga.

  -untuk untuk mendapatkan sampel Rumah Tangga Biasa

  Dilakukan pemilihan sejumlah n^1 rumah tangga non balita dari rumah tangga non balita hasil pemutakhiran dan n_2' dari n^2 sampel yang sudah dipilih untuk pelaksanaan SSGI. Pemilihan dilakukan dengan metode *systematic sampling* dengan *implicit stratification* berdasarkan tingkat pendidikan kepala rumah tangga.

2) Proses pengambilan/pengumpulan data pada SKI 2023

   Pengumpulan data SKI 2023 dilakukan dengan wawancara, pengukuran, dan pemeriksaan. Wawancara bagi rumah tangga biasa menggunakan 2 instrumen yaitu : Instrumen Rumah Tangga dan Instrumen Individu.

3) Desain penelitian dan sampel pada SKI 2023

- Desain yang digunakan adalah potong lintang (*cross-sectional*), non-intervensi dan observasional.
- Jumlah sampel dalam Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023 terdiri dari 34.500 Blok Sensus (BS)**,** yang mencakup 345.000 rumah tangga biasa untuk pelaksanaan Riskesdas dan 345.000 rumah tangga dengan balita untuk pelaksanaan Survei Status Gizi Balita Indonesia (SSGI). Proses stratifikasi dilakukan pada dua tingkat, yaitu tingkat blok sensus dan tingkat rumah tangga biasa dalam blok sensus terpilih, untuk menghasilkan *representative sample*. Stratifikasi di tingkat blok sensus dilakukan secara eksplisit *(explicit stratification)*. Sementara itu, di tingkat rumah tangga, stratifikasi dilakukan secara implisit (*implicit stratification*).

1. Seluruh populasi blok sensus biasa 2020 diklasifikasikan berdasarkan wilayah perkotaan/perdesaan serta indeks aksesibilitas terhadap fasilitas kesehatan sebagai strata implisit.
2. Pada blok sensus yang terpilih, rumah tangga kemudian distratifikasi lebih lanjut berdasarkan keberadaan balita dan tingkat pendidikan rumah tangga sebagai strata implisit.

4.5 Analisis statistik

Data yang diperoleh selanjutnya dianalisis dengan program *Statistical Package for Social Science* (SPSS), proses tersebut meliputi :

1. Editing

Editing adalah tahap kegiatan memeriksa kembali apakah data sekunder yang diperoleh sudah memadai dan siap untuk di proses.

2. Coding

Tahap ini mengklasifikasikan hasil yang diperoleh secara lebih ringkas menggunakan kode-kode sebelum dimasukkan ke dalam sistem.

3. **Data *Entry***

Entry adalah tahap untuk memasukkan data yang sebelumnya telah dilakukan tahap editing dan coding kedalam program SPSS.

4. Cleaning

Meneliti Kembali data yang telah dimasukkan agar mencegah dari kekeliruan proses analisis.

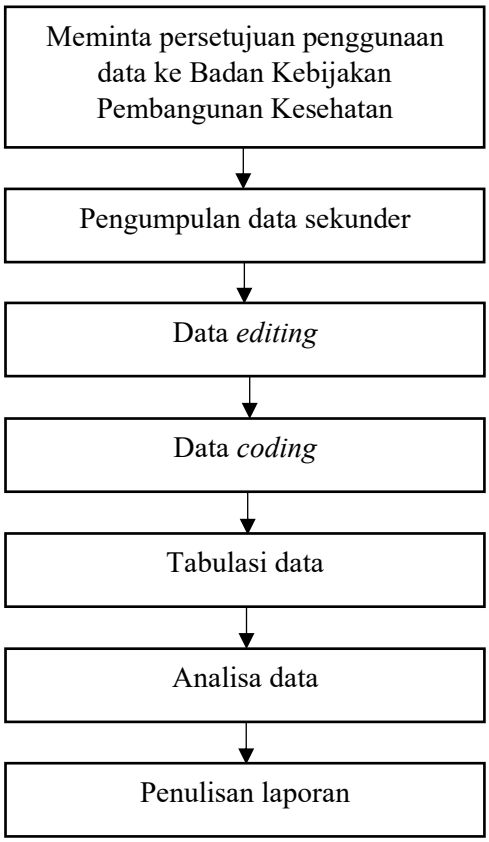
4.5.1 Analisis univariat

Analisis univariat digunakan untuk mendeskripsikan secara rinci karakteristik dari masing-masing variabel yang diteliti, baik variabel independen maupun dependen, dalam bentuk distribusi frekuensi atau persentase. Variabel-variabel yang dianalisis dalam penelitian ini meliputi umur, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, jenis pekerjaan, akses terhadap fasilitas kesehatan, dan wilayah tempat tinggal.

4.5.2 Analisis bivariat

Analisis bivariat dilakukan dengan menggunakan uji *chi-square* dengan tingkat kemaknaan <0,05.

4.6 Alur kerja penelitian



Gambar 3. Alur kerja

4.7 Etika penelitian

Penelitian ini akan dilakukan setelah lolos kaji etik Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti

4.8 Penjadwalan penelitian

Tabel 3. Penjadwalan pelaksanaan penelitian

Kegiatan	WAKTU											
	Bulan		Bulan		Bulan		Bulan		Bulan		Bulan	
	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl
Pemilihan judul												
Penyusunan dan penyelesaian BAB I **(Pendahuluan)**												
Penyusunan dan penyelesaian BAB II (**Tinjauan Pustaka)**												
Penyusunan dan penyelesaian BAB III **(Kerangka konsep & definisi operasional)**												
Penyusunan dan penyelesaian BAB IV **(Metode)**												
Persiapan ujian												

Daftar Pustaka

1. Anggraini D, Isbandono P. Implementasi program pelayanan kesehatan tradisional (yankestrad) pada penderita hipertensi di puskesmas benowo kota surabaya. Innovant [Internet]. 2024 [cited 2025 May 20];3(4). Available from: https://journal.unesa.ac.id/index.php/innovant/article/view/33427/12194
2. Umamah M, Suparwati A, Wigati P. Gambaran potensi masyarakat pengguna pelayanan kesehatan tradisional di wilayah kelurahan rowosari kecamatan tembalang kota semarang. Jurnal Kesehatan Masyarakat [Internet]. 2015 Apr [cited 2025 May 22];3(3):2356–3346. Available from: http://ejournal-s1.undip.ac.id/index.php/jkm
3. World Health Organization. Who traditional medicine strategy : 2014-2023 [Internet]. Hong Kong: WHO Press; 2013 [cited 2025 May 29]. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/92455/9789241506090_eng.pdf?sequence=1
4. Kementrian kesehatan republik indonesia. Laporan nasional riskesdas 2018. Lembaga Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (LPB); 2018.
5. Kementrian kesehatan republik indonesia. Survei kesehatan indonesia tahun 2023. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan; 2023.
6. Febriyanti RM, Saefullah K, Susanti RD, *et al*. Knowledge, attitude, and utilization of traditional medicine within the plural medical system in west java, indonesia. BMC Complement Med Ther [Internet]. 2024 Jan 30 [cited 2025 May 30];24(1):64. Available from: https://bmccomplementmedtherapies.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12906-024-04368-7
7. Rifka N, Idris H. Factors associated with the use of traditional health services in Indonesia: a secondary analysis of the indonesian basic health research. Makara J Health Res [Internet]. 2023 [cited 2025 May 30];27(1):27. Available from: https://scholarhub.ui.ac.id/mjhr
8. Marwati, Amidi. Pengaruh budaya, persepsi, dan kepercayaan terhadap keputusan pembelian obat herbal. Jurnal Ilmi Manajemen. 2018 Jun;7(2).
9. Aprilla G. Gambaran karakteristik pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional. Jurnal Ilmiah Kesehatan. 2020 Mar 30;12(1):101–22.

10. Suharmiati, Laksono AD, Nantabah ZK, *et al*. Urban-rural disparities in traditional health service use in indonesia: a cross sectional study. Journal of Southwest Jiaotong University. 2023;58(3).

11. Purwoko S, Khairunnisa M, Hidayat T, *et al*. Promosi pelayanan pengobatan tradisional di jawa tengah: siapakah sasaran yang tepat? Jurnal Kesehatan Vokasional. 2023 Apr 7;8(1):54.

12. Sekretariat Nasional SDGs. Sustainable Development Goals : 3 Kehidupan sehat dan sejahtera [Internet]. [cited 2025 Jun 11]. Available from: https://sdgs.bappenas.go.id/17-goals/goal-3/

13. World Health Organization (WHO). Social determinants of health [Internet]. [cited 2025 Jun 12]. Available from: https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1

14. Nurjanah S, Nurazizah N, Septiana F, *et al*. Peningkatan kesehatan masyarakat melalui pemberdayaan wanita dalam pemanfaatan pekarangan dengan tanaman obat keluarga (toga) di dusun semawung. Community Empowerment [Internet]. 2019 [cited 2025 Jun 1];(1). Available from: https://journal.unimma.ac.id/index.php/ce/article/view/3003/1532

15. Peraturan Perundang-undangan Republik Indonesia. Undang-undang (UU) No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. 2009.

16. Peraturan Perundang-undangan Republik Indonesia. Peraturan Pemerintah (PP) No. 103 Tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional [Internet]. 2014 [cited 2025 Jun 12]. Available from: https://peraturan.bpk.go.id/Details/5557/pp-no-103-tahun-2014

17. Aprilla G, Purwana R. Studi kasus pemanfaatan toga dan akupresur provinsi dki jakarta tahun 2020. Herb-Medicine Journal. 2020 Oct;

18. Tamalonggehe Y, Deeng D, Mamosey W. Pengobatan tradisional akupresur di era modern pada masyarakat abepura kota jayapura papua. Jurnal Holistik. 2021 Nov;14(4).

19. Yuniar D, Supriyono, Nasution Z. Perilaku pemagang pengobatan sangkal putung. Jurnal Pendidikan [Internet]. 2017 Dec [cited 2025 May 23];2. Available from: http://journal.um.ac.id/index.php/jptpp/

20. Darmawati I, Harditya K. Tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan terapi akupunktur di klinik sudirman meducal center (smc) denpasar. Jurnal Riset Kesehatan Nasional. 2022 Apr;6.

21. Suharmanto. Manfaat terapi bekam bagi kesehatan tubuh. Jurnal Penelitian Perawat Profesional [Internet]. 2023 Nov;5(4). Available from: http://jurnal.globalhealthsciencegroup.com/index.php/JPPP

22. Erviana, Masniati, Masita, *et al*. Gambaran pengetahuan keluarga tentang pemanfaatan tanaman obat keluarga. Jurnal Promotif Preventif [Internet]. 2023;6(5):777–85. Available from: http://journal.unpacti.ac.id/index.php/JPP

23. Afrisa FS, Damayanti A, Mutmainnah, *et al*. Profil pengetahuan dan perspektif hipnoterapi di kalangan masyarakat wilayah surabaya. Jurnal Ilmiah Ibnu Sina. 2023;8(1).

24. Yani FA, Susilawati. Kearifan lokal dalam pemberdayaan dan pemanfaatan tanaman obat keluarga (toga) untuk meningkatkan kesehatan masyarakat (studi literatur). Jurnal Medika Nusantara [Internet]. 2023 [cited 2025 May 24];1(2). Available from: https://jurnal.stikeskesdam4dip.ac.id/index.php/Medika/article/view/302/270

25. Fitriani L, Nur A, Rahayu, *et al*. Keputusan pemilihan pelayanan pengobatan ditinjau dari karakteristik individu dan aksesibilitas. Jurnal Penelitian dan pengembangan kesehatan masyarakat indonesia. 2021;1:67–75.

26. Shim J, Kim J. Contextualizing geneticization and medical pluralism: how variable institutionalization of traditional, complementary, and alternative medicine (TCAM) conditions effects of genetic beliefs on utilization. Soc Sci Med. 2020 Dec 1;267:113349.

27. Indrayani F, Nisa Shakila A, Hasanuddin N. Swamedikasi dengan obat tradisional: studi evaluatif di kelurahan cempaniga, kabupaten maros. Vol. 10, Journal of Pharmaceutical Science and Herbal Technology. 2025.

28. Laksono AD, Wulandari RD, Tumaji, *et al*. Traditional health services utilization in disadvantage areas in indonesia. International Journal on Advanced Science and Engineering Information Technology (IJASEIT) [Internet]. 2024 [cited 2025 May 30];14(1). Available from: https://ijaseit.insightsociety.org/index.php/ijaseit/article/view/18581/4230

29. Suharmiati S, Laksono AD, Nantabah ZK, Kristiana L. Traditional health services utilization in rural indonesia: does sosioeconomic status matter? Rural Remote Health [Internet]. 2023 [cited 2025 May 29];23(3). Available from: https://doi.org/10.22605/RRH7701

30. Labibatunnisa Mustofa H, Linna Suswardany D. Hubungan karakteristik demografi dan pengetahuan dengan minat kunjungan pasien umum ke pelayanan kesehatan tradisional di puskesmas sawit. Religion Education Social Laa Roiba Journal. 2025;7:1370.

31. Tan M, Otake Y, Tamming T, Akuredusenge V, *et al*. Local experience of using traditional medicine in northern rwanda: a qualitative study. BMC Complement Med Ther [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2025 May 31];21(1):1–11. Available from: https://bmccomplementmedtherapies.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12906-021-03380-5

32. Nova D, Ekawati D, Heriziana. Analisis mutu pelayanan kesehatan tradisional di tingkat puskesmas. Jurnal 'Aisyiyah Medika [Internet]. 2022;7(2). Available from: https://doi.org/10.36729

33. Lestari O, Cinta D, Ginting U, *et al*. Eksistensi pengobatan tradisonal karo: warisan budaya dan perannya dalam kesehatan masyarakat desa lingga. Jurnal Ilmiah Hospitality [Internet]. 2023 Dec 16 [cited 2025 May 31];12(2):723–8. Available from: https://ejournal.stpmataram.ac.id/JIH/article/view/2953

34. Kasmara D, Tawil M, Ganoko M, *et al*. Descriptive study on the use of traditional medicine by patients with chronic diseases. Jurnal Eduhealth [Internet]. 2024 Nov [cited 2025 Jul 7];15(2). Available from: https://ejournal.seaninstitute.or.id/index.php/healt/article/view/4786/3827

35. Restyana A, Eka Agustanti KN, Savitri L, *et al*. The Relationship between the perception of traditional medicine use and the quality of community life in pulungdowo village, tumpang sub-district, malang regency. Journal for Quality in Public Health. 2020 Nov 30;4(1):192–201.

36. Aprillia Dwi Astuti, Ana Nurjanah, Muhammad Rizky Ramadhan, *et al*. Aksesibilitas layanan kesehatan modern dan tradisional di masyarakat pantai putra serdang, pantai labu, deli serdang. Jurnal Medika Nusantara [Internet]. 2025 Jan 22;3(1):78–85. Available from: https://jurnal.stikeskesdam4dip.ac.id/index.php/Medika/article/view/1652

37. Susilawati, Azzahra D. Faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan di wilayah pesisir. Journal of health and medical research. 2023;3(3).

38. Arsela A, Rama Fadillah D, Wulandari S, *et al*. Ownership of health insurance and use of traditional medicine . International Archives of Medical Sciences and Public Health. 2021;2(1):108–18.

39. Jennifer H, Saptutyningsih E. Preferensi individu terhadap pengobatan tradisional di indonesia. Jurnal Ekonomi dan Studi Pembangunan [Internet]. 2015 Apr;16(1):26–41. Available from: www.bps.ac.id

40. Jannah N, Yoga Prasetyawan Y. Pengobatan alternatif di desa suwawal: analisis persepsi dan perilaku informasi masyarakat. ANUVA. 2024;8(3):409–24.

41. Sari N, Andjasmara TC. Penanaman tanaman obat keluarga (TOGA) untuk mewujudkan masyarakat sehat. Jurnal Bina Desa. 2023;5(1):124–8.

42. Sapti V, Ulfah M. Analisis penerapan higiene dan sanitasi di pasar modern square lahat. Health Care : Jurnal Kesehatan. 2024 Jun;13(1):175.

43. Oktaviani D, Prasasti C. The physical and chemical air quality, worker's characteristics, and respiratory symptoms among printing workers in surabaya. Jurnal Kesehatan Lingkungan. 2015 Jul;8(2).

44. Febriana T, Polin R, Aliffiati. Meboreh ne malu: menelisik boreh anget sebagai media pengobatan tradisional pada masyarakat desa senganan di tabanan. Balale' Jurnal Antropologi. 2024 Nov;5(2).

45. Rahman A, Herlambang, Simanjutak C, *et al*. The high dose toxicity of betel nut (areca catechu l.) on reproduction organ of rats. JMJ [Internet]. 2019 May [cited 2025 Jul 6];7(1):41–9. Available from: https://online-journal.unja.ac.id/kedokteran/article/view/7059/4440

46. Zhang J, Onakpoya IJ, Posadzki P, *et al*. The safety of herbal medicine: from prejudice to evidence. Evid Based Complement Alternat Med [Internet]. 2015 [cited 2025 Jul 7];2015:316706. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4370194/

47. Kusumaningrum A, Hikayati, Lengga VM. Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional/komplementer pada keluarga dengan penyakit tidak menular. 2017 [cited 2025 May 30];3(1). Available from: https://conference.unsri.ac.id/index.php/SNK/article/view/780/409

48. Rukmini R, Kristiani L. Gambaran pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional pada penduduk lanjut usia di indonesia. Buletin Penelitian Sistem Kesehatan. 2021 Feb 4;24(1):68–78.

49. Peraturan Perundang-undangan Republik Indonesia. Undang-undang (UU) No. 1 Tahun 1974 tentang Perkawinan. 1974.

Lampiran

Lampiran 1. Kuesioner Riset Kesehatan Dasar 2018

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN

RISKESDAS 2018

RISET KESEHATAN DASAR 2018

RAHASIA	PERTANYAAN RUMAH TANGGA	RKD18. RT

I. PENGENALAN TEMPAT NO 1-9 SALIN DARI BLOK I VSEN18.K			
1	Provinsi		☐☐
2	Kabupaten/Kota*)		☐☐
3	Kecamatan		☐☐☐
4	Desa/Kelurahan*)		☐☐☐
5	Klasifikasi Desa/Kelurahan	1. Perkotaan 2. Perdesaan	☐
6	Nomor Blok Sensus		
7	Nomor Kode Sampel		☐☐☐☐☐
8	No. Urut Sampel Rumah Tangga		☐☐
9	Nama Kepala Rumah Tangga		
10	Alamat rumah		
11	Terpilih sampel biomedis	1. Ya 2. Tidak	☐

*) coret yang tidak perlu

Gambar 4. Kuesioner pengenalan tempat Riskesdas 2018

IV. KETERANGAN ANGGOTA RUMAH TANGGA

No. urut ART	Nama Anggota Rumah Tangga (ART)	Hubungan dengan kepala rumah tangga [KODE]	Jenis Kelamin 1. Laki 2. Perempuan	Verifikasi: Status 1. Perubahan 2. Tidak 3. Meninggal 4. ART pindah 5. Lahir 6. ART baru	Verifikasi: Hubungan dengan kepala rumah tangga	Verifikasi: Jenis Kelamin 1. Laki 2. Perempuan	Status Kawin [KODE]	Tanggal Lahir	Umur Jika umur < 1 bln isikan dalam kotak"Hari" Jika umur < 5 thn isikan dlm kotak"Bulan" Jika umur ≥ 5 thn isikan dlm kotak "Tahun"	Khusus ART >5 tahun Status Pendidikan tertinggi yang ditamatkan [KODE]	Khusus ART ≥ 10 tahun Status Pekerjaan [KODE]	ART diwawancarai? 1.Ya 2.Ya, didampingi 3.Ya, diwakili 4.Tidak
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)
1		☐☐	☐	☐	☐☐	☐	☐	Tgl: ☐☐ Bln: ☐☐ Thn: ☐☐☐☐	a. ☐☐ Hr b. ☐☐ Bln c. ☐☐☐ Thn	☐	☐	☐
2		☐☐	☐	☐	☐☐	☐	☐	Tgl: ☐☐ Bln: ☐☐ Thn: ☐☐☐☐	a. ☐☐ Hr b. ☐☐ Bln c. ☐☐☐ Thn	☐	☐	☐
3		☐☐	☐	☐	☐☐	☐	☐	Tgl: ☐☐ Bln: ☐☐ Thn: ☐☐☐☐	a. ☐☐ Hr b. ☐☐ Bln c. ☐☐☐ Thn	☐	☐	☐
4		☐☐	☐	☐	☐☐	☐	☐	Tgl: ☐☐ Bln: ☐☐ Thn: ☐☐☐☐	a. ☐☐ Hr b. ☐☐ Bln c. ☐☐☐ Thn	☐	☐	☐

GUNAKAN HALAMAN 3 APABILA JUMLAH ART > 4 ORANG

Kode kolom (3) dan (6): Hubungan dgn kepala rumah tangga
01= Kepala RT; 02= Istri/suami; 03= Anak kandung; 04= Anak angkat/tiri; 05= Menantu; 06= Cucu; 07= Orang tua/ mertua; 08= Pembantu rumah tangga/ sopir; 09= Famili lain; 10= Lainnya

Kode kolom (8):Status Kawin
1= Belum Kawin; 2= Kawin; 3= Cerai hidup; 4= Cerai mati

Kode kolom (11): Pendidikan Tertinggi
1= Tidak/ belum pernah sekolah; 2= Tidak tamat SD/MI; 3= Tamat SD/MI; 4= Tamat SLTP/MTS; 5= Tamat SLTA/MA; 6= Tamat D1/D2/D3; 7= Tamat PT

Kode Kolom (12): Status Pekerjaan
1= Tidak bekerja; 2= Sekolah; 3= PNS/ TNI/ Polri/ BUMN/ BUMD; 4= Pegawai swasta; 5= Wiraswasta; 6= Petani/buruh tani; 7= Nelayan; 8= Buruh/ sopir/ pembantu ruta; 9= Lainnya

HAL 2 dari 9 KUESIONER RUTA RISKESDAS 2018(2)

Gambar 5. Kuesioner keterangan anggota rumah tangga Riskesdas 2018

F. PELAYANAN KESEHATAN TRADISIONAL [ART SEMUA UMUR]					
F01	Apakah pernah memanfaatkan pelayanan kesehatan tradisional dalam satu tahun terakhir?		1.Ya 2. Tidak, tetapi melakukan upaya sendiri ➔ **F03** 3.Tidak sama sekali →**G**		☐
F02	Siapa saja yang memberikan pelayanan kesehatan tradisional tersebut? **ISIKAN KODE JAWABAN: 1.YA ATAU 2.TIDAK**				
	a. Dokter atau tenaga kesehatan	☐	b. Penyehat tradisional		☐
F03	Apa saja jenis pelayanan kesehatan tradisional yang dimanfaatkan? **ISIKAN KODE JAWABAN: 1.YA ATAU 2.TIDAK**				
	a.Ramuan jadi	☐	d.Keterampilan olah pikir/ hipnoterapi		☐
	b.Ramuan buatan sendiri	☐	e. Keterampilan energi/ tenaga dalam		☐
	c.Keterampilan Manual (pijat, tusuk jarum)	☐	[redacted]		
F04	**Dalam satu tahun terakhir**, apakah [NAMA] pernah memanfaatkan Taman Obat Keluarga (TOGA)			1.Ya 2.Tidak	☐

Gambar 6. Kuesioner pelayanan kesehatan tradisional Riskesdas 2018

V. AKSES FASILITAS KESEHATAN			
Sekarang kami akan menanyakan jenis fasilitas kesehatan terdekat dan kemudahan akses untuk setiap pelayanan kesehatan tersebut: (**Pengertian dekat: bisa dalam satu atau beda kabupaten/kota, kecamatan, kelurahan, desa dimana rumah tangga berada**)			
1	Apakah [**RUMAH TANGGA**] mengetahui keberadaan rumah sakit yang terdekat?	1. Ada dalam kab/kota 3. Tidak ada →**V.6** 2. Ada di kab/kota terdekat 8. Tidak tahu →**V.6**	☐
2	Alat transportasi apa yang digunakan sekali jalan dari rumah ke rumah sakit? **Bila jawaban lebih dari 1 jumlahkan kode jawaban alat transportasi yang digunakan** 1.Kendaraan pribadi bermotor 4. Kendaraan pribadi tidak bermotor 16. Jalan kaki 64.Transportasi udara 2.Kendaraan umum bermotor 8. Kendaraan umum tidak bermotor 32.Transportasi air 128. Lainnya		☐☐☐
3	Berapa waktu tempuh dari rumah ke rumah sakit (sekali Jalan)?	Jam : Menit	☐☐:☐☐
4	Berapa jumlah uang (Rp) yang dikeluarkan untuk transportasi pulang-pergi?		☐.☐☐☐.☐☐☐
5	Apakah biaya transportasi tersebut terjangkau?	1. Terjangkau 2. Tidak terjangkau	☐
6	Apakah [**RUMAH TANGGA**] mengetahui keberadaan puskesmas/ pustu/ pusling/ bidan desa yang terdekat?	1. Ada dalam kab/kota 3. Tidak ada →**V.11** 2. Ada di kab/kota terdekat 8. Tidak tahu →**V.11**	☐
7	Alat transportasi apa yang digunakan sekali jalan dari rumah ke puskesmas/ pustu/ pusling/ bidan desa? **Bila jawaban lebih dari 1 jumlahkan kode jawaban alat transportasi yang digunakan** 1.Kendaraan pribadi bermotor 4. Kendaraan pribadi tidak bermotor 16. Jalan kaki 64.Transportasi udara 2.Kendaraan umum bermotor 8. Kendaraan umum tidak bermotor 32.Transportasi air 128. Lainnya		☐☐☐
8	Berapa waktu tempuh dari rumah ke puskesmas/ pustu/ pusling/ bidan desa (sekali Jalan)?	Jam : Menit	☐☐:☐☐
9	Berapa jumlah uang (Rp) yang dikeluarkan untuk transportasi pulang-pergi?		☐.☐☐☐.☐☐☐
10	Apakah biaya transportasi tersebut terjangkau?	1.Terjangkau 2. Tidak terjangkau	☐
11	Apakah [**RUMAH TANGGA**] mengetahui keberadaan klinik/ praktek dokter/ praktek dokter gigi/ praktek bidan mandiri yang terdekat?	1. Ada dalam kab/kota 3. Tidak ada →**VI** 2. Ada di kab/kota terdekat 8. Tidak tahu →**VI**	☐
12	Alat transportasi apa yang digunakan sekali jalan dari rumah ke klinik/ praktek dokter/ praktek dokter gigi/ praktek bidan mandiri? **Bila jawaban lebih dari 1 jumlahkan kode jawaban alat transportasi yang digunakan** 1.Kendaraan pribadi bermotor 4. Kendaraan pribadi tidak bermotor 16. Jalan kaki 64.Transportasi udara 2.Kendaraan umum bermotor 8. Kendaraan umum tidak bermotor 32.Transportasi air 128. Lainnya		☐☐☐
13	Berapa waktu tempuh dari rumah ke klinik/praktek dokter/ praktek dokter gigi/ praktek bidan mandiri (sekali Jalan)?	Jam : Menit	☐☐:☐☐
14	Berapa jumlah uang (Rp) yang dikeluarkan untuk transportasi pulang-pergi?		☐.☐☐☐.☐☐☐
15	Apakah biaya transportasi tersebut terjangkau?	1.Terjangkau 2. Tidak terjangkau	☐

Gambar 7. Kuesioner akses fasilitas kesehatan Riskesdas 2018

Lampiran 2. Kuesioner Survei Kesehatan Indonesia 2023



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN KEBIJAKAN PEMBANGUNAN KESEHATAN
SURVEI KESEHATAN INDONESIA 2023
PERTANYAAN RUMAH TANGGA

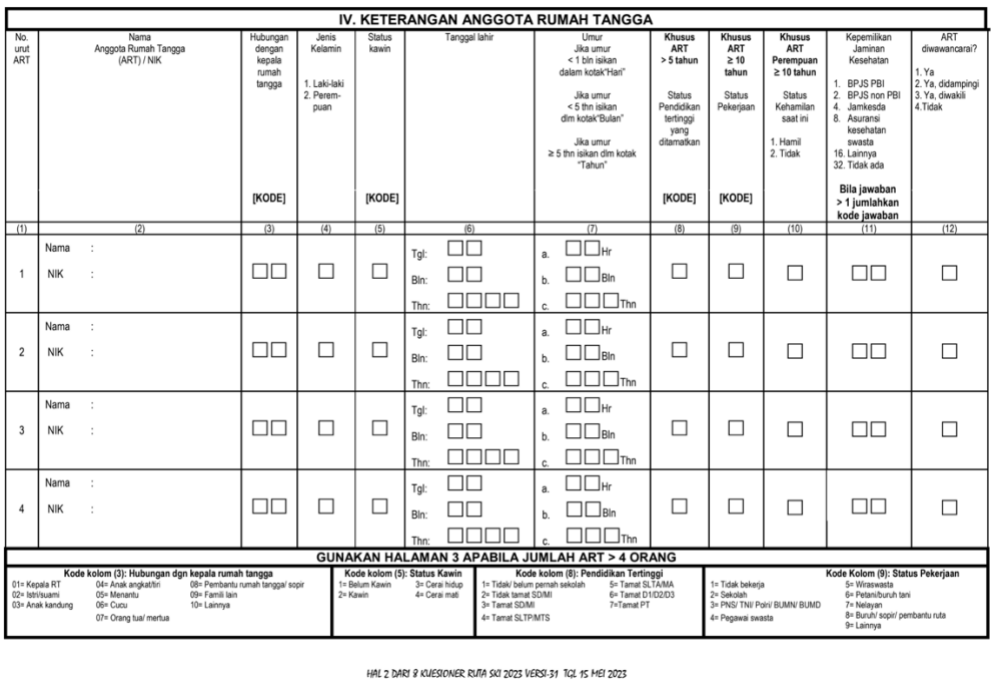
SURVEI KESEHATAN INDONESIA 2023

RAHASIA | **Nomor Rekomendasi Survei Statistik Sektoral: V-23.0000.001** | **SKI23.RT**

I. PENGENALAN TEMPAT
NO 1-9 SALIN DARI BLOK I SKI23.DPRT

1	Provinsi		☐☐
2	Kabupaten/Kota		☐☐
3	Kecamatan		☐☐☐
4	Desa/Kelurahan		☐☐☐
5	Klasifikasi Desa/Kelurahan	1. Perkotaan 2. Perdesaan	☐
6	Nomor Blok Sensus		☐☐☐☐
7	Nomor Kode Sampel		☐☐☐☐☐☐
8	No. Urut Sampel Rumah Tangga		☐☐
9	Nama Kepala Rumah Tangga		
10	Alamat Rumah		
11	Terpilih Sampel Biomedis	1. Ya 2. Tidak	☐

Gambar 8. Kuesioner pengenalan tempat SKI 2023



IV. KETERANGAN ANGGOTA RUMAH TANGGA

No. urut ART	Nama Anggota Rumah Tangga (ART) / NIK	Hubungan dengan kepala rumah tangga [KODE]	Jenis Kelamin 1. Laki-laki 2. Perempuan	Status kawin [KODE]	Tanggal lahir	Umur Jika umur < 1 bln isikan dalam kotak"Hari" Jika umur < 5 thn isikan dlm kotak"Bulan" Jika umur ≥ 5 thn isikan dlm kotak "Tahun"	Khusus ART > 5 tahun Status Pendidikan tertinggi yang ditamatkan [KODE]	Khusus ART ≥ 10 tahun Status Pekerjaan [KODE]	Khusus ART Perempuan ≥ 10 tahun Status Kehamilan saat ini 1. Hamil 2. Tidak	Kepemilikan Jaminan Kesehatan 1. BPJS PBI 2. BPJS non PBI 4. Jamkesda 8. Asuransi kesehatan swasta 16. Lainnya 32. Tidak ada **Bila jawaban > 1 jumlahkan kode jawaban**	ART diwawancarai? 1. Ya 2. Ya, didampingi 3. Ya, diwakili 4.Tidak
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
1	Nama : NIK :	☐☐	☐	☐	Tgl: ☐☐ Bln: ☐☐ Thn: ☐☐☐☐	a. ☐☐Hr b. ☐☐Bln c. ☐☐☐Thn	☐	☐	☐	☐☐	☐
2	Nama : NIK :	☐☐	☐	☐	Tgl: ☐☐ Bln: ☐☐ Thn: ☐☐☐☐	a. ☐☐Hr b. ☐☐Bln c. ☐☐☐Thn	☐	☐	☐	☐☐	☐
3	Nama : NIK :	☐☐	☐	☐	Tgl: ☐☐ Bln: ☐☐ Thn: ☐☐☐☐	a. ☐☐Hr b. ☐☐Bln c. ☐☐☐Thn	☐	☐	☐	☐☐	☐
4	Nama : NIK :	☐☐	☐	☐	Tgl: ☐☐ Bln: ☐☐ Thn: ☐☐☐☐	a. ☐☐Hr b. ☐☐Bln c. ☐☐☐Thn	☐	☐	☐	☐☐	☐

GUNAKAN HALAMAN 3 APABILA JUMLAH ART > 4 ORANG

Kode kolom (3): Hubungan dgn kepala rumah tangga
01= Kepala RT
02= Istri/suami
03= Anak kandung
04= Anak angkat/tiri
05= Menantu
06= Cucu
07= Orang tua/ mertua
08= Pembantu rumah tangga/ sopir
09= Famili lain
10= Lainnya

Kode kolom (5): Status Kawin
1= Belum Kawin
2= Kawin
3= Cerai hidup
4= Cerai mati

Kode kolom (8): Pendidikan Tertinggi
1= Tidak/ belum pernah sekolah
2= Tidak tamat SD/MI
3= Tamat SD/MI
4= Tamat SLTP/MTS
5= Tamat SLTA/MA
6= Tamat D1/D2/D3
7=Tamat PT

Kode Kolom (9): Status Pekerjaan
1= Tidak bekerja
2= Sekolah
3= PNS/ TNI/ Polri/ BUMN/ BUMD
4= Pegawai swasta
5= Wiraswasta
6= Petani/buruh tani
7= Nelayan
8= Buruh/ sopir/ pembantu ruta
9= Lainnya

HAL 2 DARI 9 KUESIONER RUTA SKI 2023 VERSI-31 TGL 15 MEI 2023

Gambar 9. Kuesioner keterangan anggota rumah tangga SKI 2023

PELAYANAN KESEHATAN TRADISIONAL [ART SEMUA UMUR DAN DAPAT DIWAKILKAN]						
F10	**Dalam 1 tahun terakhir,** Apakah [NAMA] pernah melakukan upaya kesehatan tradisional seperti bekam, jamu, atau pijat?			1. Ya 2. Tidak sama sekali ➔ **F.13**		☐
F11	Siapa saja yang memberikan pelayanan kesehatan tradisional tersebut? **ISIKAN KODE JAWABAN 1.YA ATAU 2.TIDAK**					
	a. Tenaga kesehatan atau tenaga kesehatan tradisional di RS, Puskesmas, klinik	☐		d. Penyehat tradisional		☐
	b. Praktik mandiri tenaga kesehatan	☐		e. Upaya sendiri		☐
	c. Tenaga kesehatan tradisional di Griya Sehat	☐				
F12	Apa saja jenis pelayanan kesehatan tradisional yang dimanfaatkan? **ISIKAN KODE JAWABAN: 1.YA ATAU 2.TIDAK**					
	a. Ramuan jadi	☐	e. Keterampilan manual:			
	b. Ramuan buatan sendiri	☐	e.1 Pijat/akupresur	☐	e.4 Bekam	☐
	c. Keterampilan olah pikir/hipnoterapi	☐	e.2 Patah tulang	☐	e.5 Keterampilan manual lainnya	☐
	d. Keterampilan energi/tenaga dalam	☐	e.3 Akupunktur/ tusuk jarum	☐		
F13	**Dalam 1 tahun terakhir,** apakah [NAMA] pernah memanfaatkan Taman Obat Keluarga (TOGA)			1. Ya 2. Tidak		☐

Gambar 10. Kuesioner pelayanan kesehatan tradisional SKI 2023

V. AKSES FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN

1 Apakah [RUMAH TANGGA] **MENGETAHUI** jenis fasilitas pelayanan kesehatan berikut?

Jenis Fasilitas Pelayanan Kesehatan terdekat	Keberadaan: 1. Ada dalam kab/kota 2. Ada di kab/kota terdekat 3. Tidak ada ➔ **baris berikutnya** 8. Tidak tahu ➔ **baris berikutnya**	Alat transportasi yang digunakan **Bila jawaban > 1 jumlahkan kode jawaban alat transportasi yang digunakan:** **[KODE]**	Waktu yang diperlukan dari rumah ke fasyankes (**dalam menit**)	Biaya transportasi yang dikeluarkan 1. Terjangkau 2. Tidak Terjangkau	Apakah fasilitas menyediakan sarana/layanan khusus untuk penyandang disabilitas, misal kursi roda, lantai khusus disabilitas, dll? 1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
a. Puskesmas	☐	☐☐☐	☐☐☐	☐	☐
b. Klinik/Praktek Mandiri Tenaga Kesehatan	☐	☐☐☐	☐☐☐	☐	☐
c. Laboratorium Kesehatan	☐	☐☐☐	☐☐☐	☐	☐
d. Rumah Sakit	☐	☐☐☐	☐☐☐	☐	☐

Kode kolom (3): Alat transportasi yang digunakan

1. Kendaraan pribadi bermotor dan tidak bermotor
2. Kendaraan umum bermotor
4. Kendaraan umum tidak bermotor
8. Ambulance
16. Jalan kaki
32. Transportasi air
64. Transportasi udara
128. Lainnya

Gambar 11. Kuesioner akses fasilitas pelayanan kesehatan SKI 2023

Lampiran 3. *Dummy table*

Analisis Univariat

Tabel 4. Distribusi karakteristik

Variabel	Riskesdas 2018		SKI 2023	
	Frekuensi (n)	Presentase (%)	Frekuensi (n)	Presentase (%)
Pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional				
Herbal				
Non herbal				
Umur				
<15				
15-45				
46-65				
>65				
Jenis Kelamin				
Laki-laki				
Perempuan				
Status Perkawinan				
Kawin				
Belum Kawin				
Pendidikan				
<12 tahun				
≥12 tahun				
Pekerjaan				
Bekerja				
Tidak Bekerja				
Akses Fasilitas Kesehatan				
<30 menit				
≥30 menit				
Wilayah Tempat Tinggal				
Desa				
Kota				
Total				

Tabel 5. Analisis faktor biologis, status sosioekonomi, akses pelayanan kesehatan, dan wilayah tempat tinggal dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional menurut data Riskesdas 2018

Variabel	Riskesdas 2018				*p-value*	PR	95% CI
	Pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional						
	Herbal	%	Non herbal	%			
Faktor biologis							
Umur							
<15							
15-45							
46-65							
>65							
Jenis Kelamin							
Laki-laki							
Perempuan							
Faktor sosioekonomi							
Status perkawinan							
Kawin							
Belum Kawin							
Pendidikan							
≤9 tahun							
>9 tahun							
Pekerjaan							
Bekerja							
Tidak Bekerja							
Faktor akses pelayanan kesehatan							
Akses fasilitas kesehatan							
Terjangkau							
Tidak terjangkau							
Faktor wilayah tempat tinggal							

Wilayah tempat tinggal							
Desa							
Kota							

Tabel 6. Analisis faktor biologis, status sosioekonomi, akses pelayanan kesehatan, dan wilayah tempat tinggal dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional menurut data SKI 2023

Variabel	SKI 2023				*p-value*	PR	95% CI
	Pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional						
	Herbal	%	Non herbal	%			
Faktor biologis							
Umur							
<15							
15-45							
46-65							
>65							
Jenis Kelamin							
Laki-laki							
Perempuan							
Faktor sosioekonomi							
Status Perkawinan							
Kawin							
Belum Kawin							
Pendidikan							
≤9 tahun							
>9 tahun							
Pekerjaan							
Bekerja							
Tidak Bekerja							
Faktor akses pelayanan kesehatan							
Akses fasilitas kesehatan							

Terjangkau	
Tidak terjagkau	
Faktor wilayah tempat tinggal	
Wilayah tempat tinggal	
Desa	
Kota	

Tabel 7. Perbedaan pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional di Indonesia : data Riskesdas 2018 dan Survei Kesehatan Indonesia 2023

Variabel	Riskesdas 2018			SKI 2023		
	p-value	**PR**	**95%CI**	***p-value***	**PR**	**95%CI**
Umur						
<15						
15-45						
46-65						
>65						
Jenis Kelamin						
Laki-laki						
Perempuan						
Status Perkawinan						
Kawin						
Belum Kawin						
Pendidikan						
≤9 tahun						
>9 tahun						
Pekerjaan						
Bekerja						
Tidak Bekerja						
Akses Fasilitas Kesehatan						
Terjangkau						
Tidak terjangkau						
Wilayah Tempat Tinggal						

Desa
Kota