

POLA PENCARIAN PENGOBATAN PADA USIA LANJUT

Supraptini, Titiek Setyowati, Tin Afifah*

Abstract

As the number of aging population increases there is a corresponding rise in the number of the elderly with disabilities in social, physical, mental or psychological.

Generally, most of the elderly suffers from chronic diseases, which may change to acute exacerbation. In addition, some progressive diseases could cause prolong potential disabilities prior to death. This elderly people requite regular medical check up to reduce dependencies and disabilities. For older people there are numerous barriers to have effective socio medical care.

This work was conducted to study the correlation between disturbing symptoms in daily activities, and social economic status, and access to medical care, and self treatment for elderly people. Data for the analysis was obtained from National Social economic survey 2001.

The analysis revealed that the common symptoms found in elderly group were cough, common cold and hard breathing. In urban area, the highest percentage of symptoms found in high income group (35%), while in rural area it was found in low income group (28%). The percentage of health seeking behaviors was slightly higher among old men comparing with old women. But there was no different between an old men and old women for self treatment. However it was also found that there was a tendency that higher income of elderly has higher percentage of health seeking behaviours, compared to 61 percent and 45 percent, and for the educated group that higher education of the elderly has lower percentage for self treatment, compared to 45 percent and 57 percent.

Key word : aging, health seeking behavior

Pendahuluan

Populasi lanjut usia (lansia) dari waktu ke waktu, baik di seluruh dunia maupun di Asia dan negara sedang berkembang, akan naik dengan cepat jumlahnya, sehingga cepat atau lambat akan merupakan masalah, bila tidak dipersiapkan dari sekarang cara penanggulangannya.

Kesehatan dan status fungsional seorang lansia ditentukan oleh resultante dari faktor fisik, psikologik dan sosioekonomik orang tersebut. Faktor-faktor tersebut tidak selalu sama besar peranannya sehingga selalu harus diperbaiki bersama secara *total patient care*. Apalagi di negara-negara sedang berkembang faktor sosio ekonomi ini hampir selalu merupakan kendala yang penting. Di Amerika serikat persentase lanjut usia hanya 11% dari populasi tetapi mereka menggunakan lebih dari 30% dana dalam bidang kesehatan. Per kapita biaya perawatan kesehatan per tahun untuk lansia pada tahun 1985 adalah lebih dari US \$ 4200 dibandingkan dengan jumlah US \$ 1700 pada rata rata seluruh populasi.¹

Hasil transisi demografi pada prinsipnya adalah terjadi kecenderungan peningkatan penduduk pra-lansia, lansia dan penurunan segmen penduduk berusia 5 tahun ke bawah. Hal ini tentunya akan mempengaruhi pola penyakit dan juga pola program kesehatan dan gizi di masa mendatang. Apabila lansia tinggal di rumah anak mereka, suatu masalah baru akan timbul apabila lansia tidak bisa hidup secara mandiri dan produktif.² Jumlah lansia yang tinggal sendirian di rumah sangat sedikit jumlahnya. Ini adalah akibat sikap sosio budaya di Indonesia yang masih mempertahankan keluarga besar (*extended family system*). Hal inilah yang mungkin akan kita pertahankan sejauh mungkin. Di lima negara WHO-SEARO, 83,6% lansia tinggal dengan tiga atau lebih anggota keluarganya.¹

Pembinaan yang dilakukan terhadap lansia bertujuan untuk melakukan pembinaan dalam pemeliharaan kesehatan usia lanjut yaitu meningkatkan derajat kesehatan dan mutu kehidupan untuk mencapai usia tua yang bahagia dan berguna dalam kehidupan keluarga dan

* Puslitbang Ekologi Kesehatan
Badan Litbangkes, Depkes Jakarta

masyarakat sesuai dengan eksistensinya dalam strata kemasyarakatan.

Pada umumnya perjalanan penyakit lansia adalah kronik (menahun), diselingi dengan eksaserbasi akut. Selain itu penyakitnya bersifat progresif, dan sering menyebabkan kecacatan lama sebelum penderita meninggal dunia. Oleh karena itu bagi para lansia diperlukan pemeriksaan secara berkala agar tidak menimbulkan kecacatan yang akan meningkatkan angka ketergantungan. Di negara-negara industri angka ketergantungan ini sudah rendah. Angka ketergantungan lansia di Indonesia menurut Ananta dan Anwar pada tahun 1990 adalah sebesar 6,32 dan akan meningkat menjadi 10,14 pada tahun 2020.¹

Kajian ini bermaksud untuk menggambarkan keluhan-keluhan yang banyak dialami, status sosial ekonomi dan akses lansia terhadap pelayanan kesehatan dan yang melakukan pengobatan sendiri, yang nantinya dapat digunakan oleh program untuk menyusun rencana pelayanan kesehatan bagi lansia.

Bahan dan Cara

1. Sumber data

Sumber data yang digunakan adalah Susenas Modul 2001 dan sebagai unit analisis adalah seluruh lansia yang berumur 55 tahun ke atas.

2. Analisis data

Data dianalisis secara deskriptif untuk memberikan gambaran pencarian pengobatan pada lansia (55 Tahun ke atas). Variabel yang diikutsertakan dalam analisis adalah : Keluhan dalam 1 bulan terakhir dan mengganggu aktivitas sehari-hari, berobat jalan dalam 1 bulan terakhir, daerah tempat tinggal, rata-rata pengeluaran rumah tangga dalam 1 bulan sebagai variabel antara untuk melihat status ekonomi, pengobatan sendiri dan pendidikan dari lansia.

3. Keterbatasan

Pengumpulan data Susenas 2001 tidak mencakup Propinsi DI Aceh, Maluku dan Papua. Pengumpulan data dilakukan oleh Mantri Statistik dan Mitranya yang bukan tenaga kesehatan sehingga penggalian pertanyaan yang terkait dengan kesehatan mungkin tidak maksimal.

Hasil dan Pembahasan

Menua (menjadi tua) adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan lahan kemampuan

jaringan untuk memperbaiki diri/mengganti diri dan mempertahankan struktur dan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap jenis (termasuk infeksi) dan memperbaiki kerusakan yang diderita.¹

Pada umumnya perjalanan penyakit lansia ini adalah kronik (menahun), diselingi dengan eksaserbasi akut. Selain itu penyakitnya bersifat progresif, dan sering menyebabkan kecacatan lama sebelum penderita meninggal dunia.

Tabel 1 di bawah ini menunjukkan bahwa pada dua kelompok usia, persentase lansia dengan keluhan lebih tinggi dibandingkan lansia tanpa keluhan. Persentase lansia dengan keluhan pada kelompok 65 tahun ke atas lebih tinggi dibandingkan lansia 55-65 tahun.

Tabel 1 menunjukkan bahwa semakin meningkat usia, semakin besar pula persentase yang mengeluh sakit. Hal ini sesuai dengan hasil analisis pada data Susenas 1998 yang menyatakan bahwa dibandingkan dengan usia 60-74 tahun, risiko sakit pada usia 75-90 tahun sekitar 1,34 kali lebih besar, dan pada usia >90 tahun sebesar 1,58 kali.³

Hasil analisis menunjukkan bahwa keluhan yang paling banyak diderita oleh para lansia adalah batuk, pilek dan sakit kepala berulang, sedangkan keluhan pikun lebih banyak diderita oleh lansia yang berusia 65 tahun keatas.

Batuk merupakan salah satu gejala penyakit TBC. Meskipun dalam hal ini responden tidak terdiagnosis bahwa keluhan batuk adalah menderitanya TBC, namun hal ini sesuai dengan hasil Studi Mortalitas Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) 2001 yang menunjukkan bahwa penyakit TBC di Indonesia merupakan penyakit kedua penyebab kematian pada usia 55-65 tahun dan penyakit ketiga penyebab kematian pada usia 65 tahun ke atas.⁴

Sakit kepala berulang bisa terkait dengan penyakit hipertensi di mana secara umum diketahui bahwa semakin usia bertambah maka risiko untuk penyakit hipertensi semakin meningkat pula. Hasil Studi Morbiditas dan Disabilitas - SKRT 2001 menunjukkan bahwa penyakit yang paling banyak diderita oleh Lansia di Indonesia adalah hipertensi (43%) dan sendi (40%)⁵.

Hipertensi merupakan penyakit yang paling banyak ditemui pada penduduk dengan usia lebih dari 40 tahun. Lima puluh persen di antara mereka berusia di atas 40 tahun dan 75 persen di atas usia 65 tahun. Hipertensi juga merupakan faktor risiko

yang sangat penting pada kasus serangan jantung setiap tahunnya. Pada usia 50 tahun, sepertiga mendapat tekanan darah tinggi dan mempunyai kemungkinan tiga kali lebih besar untuk meninggal dari pada orang yang mempunyai tekanan darah normal.⁶

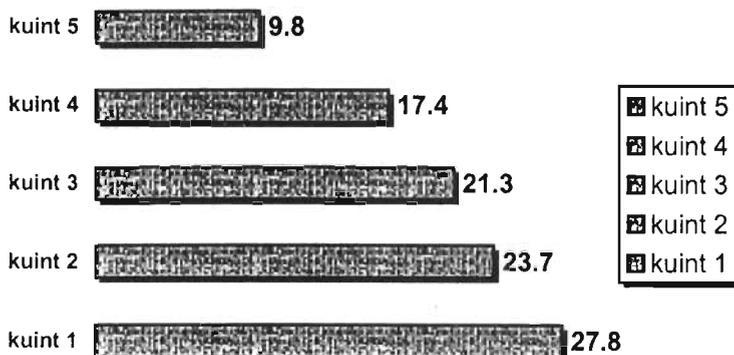
Status ekonomi diperkirakan berpengaruh secara tidak langsung pada status kesehatan seseorang. Di daerah perkotaan tampak sekali bahwa semakin kaya seseorang persentase keluhan pada lansia semakin meningkat, hampir 3 kali lebih besar dari kelompok termiskin.

Sebaliknya di daerah perdesaan, semakin rendah status ekonomi semakin tinggi persentase keluhan (Gambar 1 dan Gambar 2). Hal ini mungkin disebabkan status lansia bekerja atau tidak bekerja. Di perdesaan pada kelompok miskin harus bekerja keras untuk mencukupi kebutuhan keluarga meskipun sudah lansia, sedangkan di daerah perkotaan karena gaya hidup yang tidak sehat pada kelompok kaya dan status pekerjaan yang sudah pensiun sehingga tidak banyak melakukan aktifitas

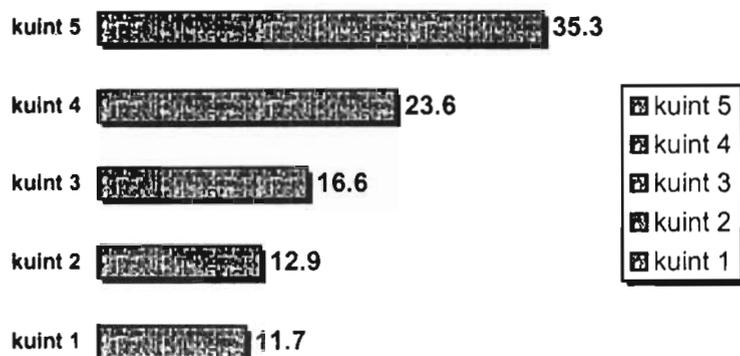
Tabel 1. Persentase Keluhan Terbanyak pada Lansia, Susenas 2001

Keluhan Kesehatan	USIA			
	Usila 55-65 tahun		Usila 65 tahun ke atas	
	Dengan keluhan	Tidak ada keluhan	Dengan keluhan	Tidak ada keluhan
Panas	7,8	5,5	8,3	6,2
Batuk	14,9	8,3	19,2	11,2
Pilek	10,4	5,5	10,4	6,1
Napas sesak	3,2	2,3	6,2	4,5
Sakit kepala berulang	7,9	4,9	8,1	5,1
Pikun	0,7	0,4	5,7	3,2

Gambar 1. Persentase Lansia yang Mengeluh Menurut Kuintil Pengeluaran Rumah Tangga di Perdesaan, Susenas 2001



Gambar 2. Persentase Lansia yang Mengeluh Menurut Kuintil Pengeluaran Rumah Tangga di Perkotaan, Susenas 2001



Tabel 2. Persentase Lansia yang Berobat Jalan 1 Bulan Terakhir Menurut Status Ekonomi, Susenas 2001

Status Ekonomi	Perkotaan	Perdesaan	Perkotaan dan Perdesaan
Kuintil 1	42,3	45,7	45,1
Kuintil 2	51,1	48,6	49,3
Kuintil 3	49,4	53,4	52,2
Kuintil 4	54,4	56,9	55,8
Kuintil 5	61,8	58,6	60,7

Ditinjau dari sudut status ekonomi dapat dikatakan status ekonomi bersangkutan paut dengan upaya pencarian pengobatan. Tabel 2 berikut merupakan persentase berobat jalan 1 bulan terakhir menurut status ekonomi. Di daerah perkotaan, lansia dari kelompok termiskin yang mencari pengobatan sebesar 42% dan kelompok terkaya adalah sebesar 62%, sedangkan di perdesaan yang melakukan upaya pencarian pengobatan 46% lansia dari kelompok miskin dan 59% kelompok terkaya. Baik di daerah perkotaan maupun perdesaan, tampak adanya kecenderungan semakin mampu seseorang persentase akses ke pelayanan kesehatan semakin tinggi.

Persentase lansia yang berobat jalan dan lansia yang mencari pengobatan tampak lebih

banyak ditemukan pada lansia laki-laki (54%) dibandingkan dengan lansia perempuan (51%), namun hanya beda 3%. Hasil ini jauh lebih baik jika dibandingkan dengan hasil penelitian di Bangladesh di mana perbedaan pencarian pengobatan pada pria 38% lebih tinggi dibandingkan wanita. Sedangkan persentase lansia laki laki yang melakukan pengobatan sendiri tidak berbeda dengan lansia perempuan. (Tabel 3). Akan tetapi persentase wanita yang tidak berobat jauh lebih tinggi bila dibandingkan dengan hasil salah satu studi di India 1993, yang melaporkan bahwa persentase wanita yang tidak mengobati penyakitnya di daerah perkotaan hanya 9% dan di perdesaan sebesar 12%⁷.

Tabel 3. Persentase Lansia yang Berobat Jalan dan Melakukan Pengobatan Sendiri Menurut Karakteristik Latar Belakang, Susenas 2001

Karakteristik latar belakang	Berobat jalan	Pengobatan sendiri
Jenis kelamin		
Laki-laki	54,0	57,1
Perempuan	51,3	56,7
Daerah tempat tinggal		
Perkotaan	54,6	56,9
Perdesaan	51,5	56,9
Pendidikan		
Tidak sekolah/buta huruf	48,2	56,7
Tidak tamat/tamat SD	55,5	58,5
Tamat SLTP	61,6	51,0
Tamat SLTA	57,4	53,1
DIII/PT	54,9	45,2

Secara umum, analisis data yang sama oleh Lestari dkk diperoleh hasil bahwa di Indonesia 40,3% melakukan pengobatan jalan dan 56,3% mencari pengobatan sendiri.⁸ Ditinjau dari daerah tempat tinggal hasil analisis ini menunjukkan, bahwa lansia yang melakukan berobat jalan terdapat perbedaan sebesar 3 % antara lansia yang tinggal di daerah perkotaan (55 %) dan di perdesaan (52 %). Jadi bisa dikatakan tidak banyak perbedaan persentase lansia yang akses ke pelayanan kesehatan di perkotaan maupun di perdesaan. Demikian pula halnya dengan persentase yang melakukan pengobatan sendiri sebesar 57 % baik di perkotaan dan perdesaan (Tabel 3). Bila dibandingkan dengan angka nasional, persentase akses ke pelayanan kesehatan pada lansia 10 % lebih tinggi sedangkan persentase lansia yang melakukan upaya pengobatan sendiri tidak jauh berbeda.

Walaupun persentase lansia yang akses ke pelayanan kesehatan tidak jauh berbeda antara daerah perdesaan dan perkotaan namun terdapat perbedaan pada jenis fasilitas pelayanan kesehatan yang dimanfaatkan. Menurut Tim Surkesnas pada laporan Modul Kesehatan Data Susenas 2001, di perkotaan jenis pelayanan kesehatan yang paling banyak digunakan adalah praktek dokter, sedangkan di perdesaan masyarakat paling banyak mengunjungi praktek petugas kesehatan.⁹

Walaupun pendidikan merupakan variabel sosial yang diperkirakan berpengaruh pada pencarian pengobatan, tampaknya hasil analisis

tidak menunjukkan kecenderungan yang begitu jelas antara pendidikan dan pencarian pengobatan. Tabel 3 di atas menunjukkan bahwa lansia dengan pendidikan SD ke bawah lebih besar persentase yang melakukan pengobatan sendiri dibandingkan berobat jalan. Sedangkan lansia dengan latar belakang pendidikan SLTP ke atas menunjukkan persentase yang lebih besar melakukan upaya berobat jalan dibandingkan mengobati sendiri.

Keadaan sosio ekonomi pada umumnya akan makin menurun dengan bertambahnya usia dan akan lebih tergantung pada orang lain, yaitu keluarga, badan-badan sosial (LSM), pemerintah dan sebagainya. Hasil analisis menunjukkan adanya kecenderungan semakin tinggi status ekonomi semakin tinggi pula pola pencarian pengobatan pada lansia. Sesuai dengan hasil penelitian Mynawati dkk, yang menyatakan tingkat sosial ekonomi merupakan salah satu faktor yang berperan dalam pencarian pengobatan.¹⁰ Jadi dapat dikatakan secara umum proporsi lansia yang mengeluh dan terganggu kesehatannya, yang tidak mencari pengobatan menurun sejalan dengan menurunnya status ekonomi keluarga.

Persentase lansia yang mengeluh dan terganggu dilihat dari status ekonomi menunjukkan pola yang bertolak belakang antara perdesaan dan perkotaan. Di perdesaan semakin miskin seseorang semakin banyak keluhan tetapi semakin sedikit yang mencari pengobatan. Sebaliknya di perkotaan semakin kaya seseorang semakin banyak keluhan yang mereka carikan pengobatan.

Jika dihubungkan dengan status ekonomi, dimana ditemukan kecenderungan semakin kaya seseorang semakin tinggi akses ke pelayanan kesehatan. Maka dapat disimpulkan di daerah perkotaan semakin tinggi keluhan semakin banyak yang diobati. Sebaliknya di daerah perdesaan semakin tinggi persentase lansia yang mengeluh dan terganggu semakin banyak yang tidak mencari pengobatan.

Kemiskinan jelas berhubungan dengan pendeknya umur dan buruknya kesehatan di masa tua. Jumlah perempuan tua lebih banyak dari pada laki laki tua, karena *life expectancy* perempuan lebih tinggi dari pada laki-laki. Di negara maju perbedaan umur harapan hidup antara perempuan dan laki-laki rata rata 6 sampai dengan 8 tahun. Sedangkan menurut Anna Maria, lansia laki-laki mempunyai risiko untuk sakit lebih besar (1,2 kali) dibanding lansia perempuan.³

Survei Seratus Desa menemukan bahwa pergeseran telah terjadi selama krisis ini pada pola pengeluaran rumah tangga, yang mana proporsi pengeluaran untuk konsumsi makanan meningkat cukup pesat dan sebaliknya proporsi pengeluaran untuk kesehatan dan pendidikan cenderung menurun. Implikasi atas masalah ini tentunya mengarah pada meningkatnya jumlah orang sakit tanpa pertolongan medis, sehingga risiko kematian meningkat dan meningkatnya jumlah anak sekolah yang *drop out*.¹¹

Di seluruh dunia pendidikan orang tua kebanyakan lebih rendah dari orang muda. Pendidikan merupakan salah satu faktor sosial yang secara tidak langsung mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan. Hasil analisis memang menunjukkan perbedaan yang jelas antara pencarian pengobatan dari lansia yang berpendidikan rendah/tidak sekolah (SD kebawah) dengan yang berpendidikan tinggi (SLTP ke atas). Persentase pencarian pengobatan pada lansia dengan pendidikan rendah 7% lebih rendah dibandingkan dengan lansia yang berpendidikan tinggi.

Banyak faktor yang mempengaruhi pencarian pengobatan. Becker dalam Green, L et al, 1980 dalam *Health Belief Model* (Model kepercayaan kesehatan) ada 4 faktor yang mempengaruhi seseorang untuk melakukan tindakan mengobati atau melawan suatu penyakit yakni :¹²

1. Kerentanan yang dirasakan (*perceived susceptibility*),

2. Tingkat keseriusan yang dirasakan (*perceived seriousness*),
3. Manfaat dan rintangan yang dirasakan (*perceived benefit and barrier*),
4. Isyarat dan tanda (*cues to action*), merupakan faktor eksternal berupa pesan-pesan dari media massa, anjuran atau nasehat dari teman atau anggota keluarga yang dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan dalam menentukan tindakan yang akan dilakukan untuk mengatasi kegawatan atau kerentanan.

Pemanfaatan pelayanan kesehatan di Indonesia sangat bervariasi menurut status sosial ekonomi dan propinsi. Pada tahun 1999, hanya 2% dari penduduk di Jakarta yang tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan sementara di Manokwari 71% penduduk tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan.¹³

Berbagai faktor mempengaruhi seseorang dalam melakukan upaya akses ke pelayanan kesehatan. Keberadaan fasilitas pelayanan kesehatan, waktu yang dibutuhkan untuk mencapai fasilitas kesehatan, transportasi, dan faktor geografis merupakan beberapa faktor yang mempengaruhi akses ke pelayanan kesehatan. Jarak merupakan faktor yang secara bermakna mempengaruhi akses ke pelayanan kesehatan.

Tidak dapat dipungkiri bahwa faktor genetik mempunyai kontribusi terhadap lamanya hidup seseorang, tetapi di lain pihak, kesehatan dan aktivitas di masa tua adalah merupakan gambaran dari kejadian/pajanan di masa lampau dan aktivitas yang dilakukan sepanjang hidupnya.

Kesimpulan dan Saran

Keluhan yang paling banyak diderita lansia pada kelompok umur 55-65 tahun maupun yang kelompok umur diatas 65 tahun ke atas adalah batuk, pilek, sakit kepala dan sesak nafas.

Upaya pencarian pengobatan bagi lansia (yang mengeluh dan terganggu) merupakan gambaran pola pemanfaatan pelayanan kesehatan khususnya pada lansia. Pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh lansia masih kurang, terlihat di perdesaan hanya 45%-59% dan di perkotaan 42%-62% yang mencari pengobatan medis dan itupun ternyata lebih banyak ditemukan pada lansia yang lebih mampu dari pada yang miskin, bahkan terdapat 57% yang melakukan pengobatan sendiri. Hal ini menunjukkan masih kurangnya

perhatian keluarga atau lansia itu sendiri terhadap kesehatan, karena adanya keterbatasan dalam ekonomi dan disertai dengan pendidikan yang rendah.

Terdapat perbedaan keluhan sakit dan upaya pencarian pengobatan menurut sosial ekonomi di daerah perkotaan dan perdesaan. Di daerah perkotaan semakin kaya semakin banyak lansia dengan keluhan(35%) dan semakin banyak lansia yang melakukan upaya pencarian pengobatan (61%). Sedangkan di daerah perdesaan semakin miskin semakin banyak lansia dengan keluhan sakit(28%) dan semakin banyak lansia yang tidak berobat (45%). Ada sedikit perbedaan antara lansia laki-laki dan perempuan dalam pencarian pengobatan (54%:51%), sedangkan dalam hal pengobatan sendiri hampir tidak berbeda menurut jenis kelamin(kurang lebih 57%).

Untuk yang kelompok pendidikan tertinggi 55% berobat jalan dan 45% melakukan pengobatan sendiri, sedangkan untuk kelompok yang pendidikannya rendah/yang tidak sekolah hanya 46% yang berobat jalan dan ada 57% yang melakukan pengobatan sendiri.

Untuk itu, dalam rangka menanggulangi masalah pencarian pengobatan yang masih rendah perlu lebih digalakkan program kartu sehat pada kelompok yang lansia yang berasal dari status ekonomi rendah/miskin.

Daftar Pustaka

1. Kane, Ouslander & Abrass. Geriatri, R Boedhi-Darmojo & H Hadi Martono. Balai Penerbit Fak Kedokteran UI, edisi 2 Jakarta 1999.
2. Suryadi C. Penelitian Penggunaan Pelayanan Kesehatan Di Indonesia. Suatu Tinjauan Metodologi dan Faktor yang Diteliti, Kelompok Studi Kesehatan Perkotaan, Jakarta. Bull. Pen. Sistem Kesehatan) Vol1, No.1 Maret 1997. Dep. Kes RI. Badan Litbangkes, 1990.
3. Sirait, Anna-Maria, Status Kesehatan pada Usia Lanjut, Analisis data Kesehatan Susenas 1998, Yayasan Pusat Pengkajian Sistem Kesehatan dan Biro Perencanaan-Sekretariat Jenderal Depkes RI, Jakarta, 1999
4. Tim Surkesnas, Laporan Studi Mortalitas 2001: Pola Penyakit Penyebab Kematian di Indonesia, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Jakarta, 2002.
5. Tim Surkesnas, Laporan Survei Kesehatan Rumah Tangga 2001 : Studi Morbiditas dan Disabilitas, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Jakarta, 2002.
6. Dr Hans Diehl, Waspada! Diabetes, Kolesterol, Hipertensi To Your Health. Indonesia Publishing House, Bandung 1992
7. Women Health Profile. WHO SEARO. February 2001.
8. Handayani, Lestari, dkk. Pola Pencarian Pengobatan dan Faktor-faktor terkait. Analisa lanjut Susenas 2001. Badan litbangkes, Dep Kes RI .2001
9. Tim Surkesnas, Laporan Data Susenas 2001: Status Kesehatan, Pelayanan kesehatan, Perilaku Hidup Sehat, Dan Kesehatan Lingkungan, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Depkes RI 2002.
10. Survei Seratus Desa” Perkembangan dan Dimensi Kemiskinan. BPS dan UNICEF Jakarta 1999. p 21.
11. Myrnawati, Tindakan Pencarian Pengobatan dan Pencegahan Penyakit Menular untuk Balita di Kec. Kebayoran Baru. Thesis Program Pasca Sarjana FKMUI 1984.
12. Green, L, et al. Health Education, a Diagnostic Approach, The John Hopkins University, Mayfield Publishing Co California
13. Round Table Discussion : Re-examining Inequity in Health HRH implication 25 September, Jakarta 2002