

**LAPORAN
PENELITIAN DIPLOMA FARMASI (DIPA) FKM UNAND**



UNIVERSITAS ANDALAS

**KETIDAKSETARAAN SOSIALEKONOMI (*SOCIECONOMIC INEQUALITY*)
PADA TINDAKAN PENGOBATAN DINI OLEH PENDERITA
KANKER PAYUDARA DI PROVINSI SUMATERA BARAT**

Ketua:

ADE SUZANA EKA PUTRI, Ph.D

Anggota:

**ALFANNY LIVONZIA
FANY PUTRI NANDES
CHYNTIA ASPINANDA PUTRI
AINUL MARDIA
ALIM NUZUAR**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS ANDALAS
PADANG, 2017**

HALAMAN PENGESAHAN

Judul Penelitian: KETIDAKSETARAAN SOSIALEKONOMI (*SOCIECONOMIC INEQUALITY*) PADA TINDAKAN PENGOBATAN DINI OLEH PENDERITA KANKER PAYUDARA DI PROVINSI SUMATERA BARAT

Ketua Peneliti:

a. Nama Lengkap	Ade Suzana Eka Putri, Ph.D
b. NIDN	0005068102
c. Jabatan Fungsional	Asisten Ahli
d. Pangkat/Gol	Penata Muda/ III.a
e. Fakultas/Bagian	Kesehatan Masyarakat/ Epidemiologi & Biostatistik
f. Alamat	Jl.Perintis Kemerdekaan Padang – 25127
g. HP/E-mail	08126761091 / adesuzana@gmail.com

Anggota Peneliti

a. Nama Lengkap	Alfanny Livonzia
Email	Jl.Perintis Kemerdekaan Padang
b. Nama Lengkap	Fany Putri Nandes, SKM
Email	Jl.Perintis Kemerdekaan Padang
c. Nama Lengkap	Chyntia Aspinanda Putri, SKM
Email	Jl.Perintis Kemerdekaan Padang
d. Nama Lengkap	Ainul Mardia, SKM
Email	
e. Nama Lengkap	Alim Nuzuar, SKM
Email	

Mengetahui,
Dekan FKM Unand

Peneliti Utama,

Defriman Djafri, SKM, MKM, Ph.D
NIP. 19800805 200501 1 004

Ade Suzana Eka Putri, Ph.D
NIP. 19810605 200604 2 001

DAFTAR ISI

HALAMAN PENGESAHAN	i
DAFTAR ISI.....	ii
BAB 1 : PENDAHULUAN	4
1.1 Latar Belakang.....	4
1.2 Perumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian	6
1.3.1 Tujuan Umum.....	6
1.3.2 Tujuan Khusus.....	6
1.4 Urgensi Penelitian.....	6
BAB 2 : TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Pengobatan Dini Kanker Payudara	8
2.2 <i>Inequity</i> dan <i>Inequality</i> Layanan Kesehatan	9
2.3 Road Map Penelitian.....	11
2.4 Hipotesis Penelitian	11
BAB 3 : METODE PENELITIAN	13
3.1 Rancangan Penelitian.....	13
3.2 Waktu dan Tempat.....	13
3.3 Populasi.....	13
3.4 Jenis Data	13
3.5 Metode Kuantitatif.....	13
3.5.1 Populasi	13
3.5.2 Sampel	14
3.5.3 Variabel penelitian	15
3.5.4 Pengumpulan data	15
3.5.5 Analisis data	15
3.6 Metode Kualitatif.....	16
3.6.1 Informan	16
3.6.2 Pengumpulan data	16
3.6.3 Analisis data	16
3.7 Luaran Penelitian yang Diharapkan.....	16

BAB 4 : BIAYA DAN JADWAL PENELITIAN	18
4.1 Biaya	18
4.2 Jadwal Penelitian	18

BAB 1 : PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Negara berkembang, menghadapi beban ganda penyakit menular dan penyakit tidak menular (PTM). Angka kesakitan dan kematian akibat PTM terus meningkat dengan cepat di saat masalah penyakit menular belum terselesaikan dengan baik. Saat ini, PTM berkontribusi pada 60% kematian global dan menjadi penyebab utama kematian dini, dimana 75% dari kematian ini terjadi di negara berpendapatan menengah ke bawah (Beaglehole et al. 2011, Lopez et al. 2006, Habib and Saha 2010, WHO 2015). Lebih lanjut, WHO menyatakan bahwa kanker merupakan salah satu dari empat penyakit utama penyebab kematian akibat PTM (WHO 2014).

Kanker payudara merupakan jenis kanker dengan tingkat kejadian paling tinggi pada wanita. Di seluruh dunia, pada tahun 2011 diperkirakan sebanyak 508.000 wanita meninggal dunia akibat kanker payudara (WHO 2016). Tingginya kejadian kanker payudara tidak hanya tampak di negara maju, bahkan hampir 50% kejadian kanker payudara dan lebih kurang 58% kematian akibat kanker payudara terjadi di negara berpendapatan rendah (WHO 2016).

Di Indonesia, kanker payudara bersama dengan kanker serviks merupakan kanker dengan kejadian paling tinggi pada tahun 2013 (Kemenkes RI 2015). Namun di negara berkembang termasuk Indonesia, seringkali kanker payudara didiagnosa pada stadium lanjut. Hal ini menurunkan tingkat *survival rate* kanker payudara di negara berkembang. Sebagai perbandingan, *survival rate* kanker payudara di negara maju dapat mencapai 80% seperti di Amerika Utara, Swedia dan Jepang, sedangkan *survival rate* kanker payudara di negara berpendapatan menengah adalah 60%, dan hanya mencapai 40% di negara berpendapatan rendah (Coleman et al. 2008).

Dari fakta di atas, tampak bahwa program penanggulangan kanker payudara di negara berkembang termasuk Indonesia menghadapi tantangan tersendiri. WHO menyatakan bahwa meskipun berbagai program pencegahan primer kanker payudara telah dilakukan oleh pemerintah negara berkembang, namun hal ini tidak mampu meminimalisir tingginya angka kejadian penderita yang baru didiagnosa pada stadium lanjut (WHO 2016).

Banyak studi yang telah mengkaji determinan tindakan pengobatan dini kanker payudara. Diantaranya, di Malaysia, keterlambatan diagnosis kanker payudara dipengaruhi oleh penggunaan terapi alternatif, ulkus pada payudara, benjolan pada aksila yang teraba, uji diagnosis yang *false-negative*, interpretasi bukan kanker, dan sikap negatif terhadap pengobatan (Norsaadah et al. 2014). Studi lain di Thailand menemukan bahwa stadium saat diagnosis kanker payudara berhubungan dengan usia, tingkat pendidikan, pendapatan keluarga, waktu ke fasilitas rujukan dan jumlah konsultasi dengan dokter bedah sebelum didiagnosis (Poum et al. 2014).

1.2 Perumusan Masalah

Implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia seharusnya dapat memberi jaminan akses layanan kesehatan yang universal terhadap masyarakat yang memerlukan. Pada era JKN, seluruh layanan kesehatan dasar tersedia tanpa biaya, termasuk tindakan pencegahan seperti deteksi dini dan pengobatan dini bagi penderita kanker payudara. Apalagi pada kanker payudara, stadium saat diagnosis sangat menentukan tingkat *survival* penderita (Caplan 2014). Untuk itu, agar angka kematian akibat kanker payudara dapat ditekan, seluruh masyarakat Indonesia yang memiliki gejala semestinya secara *equal* mendapatkan pengobatan dini kanker payudara setelah implementasi JKN.

JKN telah meminimalisir penghambat finansial dalam akses layanan kesehatan oleh masyarakat. Keluarga yang tidak mampu telah menjadi peserta JKN melalui subsidi iuran dari pemerintah. Namun setelah tiga tahun implementasi JKN di Indonesia, perlu dikaji lagi apakah faktor kesulitan finansial masih menjadi penghambat perilaku pengobatan dini kanker payudara. Selain itu, perlu dikaji pula apakah ada faktor sosial lainnya yang berhubungan dengan perilaku pengobatan dini kanker payudara, seperti di Provinsi Sumatera Barat dimana kanker payudara menjadi perhatian dalam penyelesaian masalah kesehatan masyarakat.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi ketidaksetaraan sosial (*social inequality*) dan hubungannya dengan tindakan pengobatan dini penderita kanker payudara di Provinsi Sumatera Barat.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui gambaran stadium saat diagnosis penderita kanker payudara di Provinsi Sumatera Barat.
2. Mengetahui gambaran tindakan pengobatan dini penderita kanker payudara di Provinsi Sumatera Barat.
3. Mengetahui variabel yang berhubungan mempengaruhi utilisasi layanan kesehatan untuk pengobatan dini oleh penderita kanker payudara di Provinsi Sumatera Barat.
4. Mengidentifikasi *socioeconomic inequality* pada tindakan pengobatan dini penderita kanker payudara di Provinsi Sumatera Barat.

1.4 Urgensi Penelitian

Penelitian ini sangat penting untuk dilakukan. Kajian mengenai apakah faktor kesulitan finansial masih menjadi penghambat perilaku pengobatan dini kanker payudara setelah implementasi JKN sangat penting. Bila alasan ekonomi masih menjadi penghambat pengobatan dini kanker payudara, hal ini dapat digunakan sebagai dasar perbaikan JKN terutama dalam pemilihan target kepesertaan penerima bantuan iuran (PBI). Sedangkan kajian mengenai apakah ada faktor sosial lainnya yang berhubungan dengan perilaku pengobatan dini kanker payudara, penting untuk dilakukan mengingat determinan sosial merupakan penyebab masalah kesehatan yang kompleks namun berkontribusi besar terhadap perubahan perilaku. Hasil penelitian ini sangat berkontribusi terhadap perkembangan ilmu pengetahuan dengan menutup kekurangan literatur mengenai determinan sosial pengobatan dini kanker payudara baik secara global maupun di Indonesia.

Penelitian ini merupakan penelitian fundamental yang akan menghasilkan gagasan orisinal dalam perbaikan upaya penurunan angka kematian akibat kanker

payudara di Indonesia, dengan mengidentifikasi determinan sosial yang masih membedakan perilaku pengobatan dini kanker payudara. Penelitian ini akan dijadikan dasar penelitian selanjutnya dalam menciptakan aktivitas sosial yang dapat menekan *social inequality* perilaku pengobatan dini kanker payudara. Untuk itu capaian penelitian adalah adanya dua publikasi ilmiah minimal di jurnal nasional terakreditasi. Selain itu, hasil penelitian ini akan dijadikan bahan dalam pembuatan buku ajar mengenai determinan sosial penyakit tidak menular.

Tabel 1. Rencana Target Capaian Penelitian

No	Jenis Capaian	Estimasi Waktu
1.	Publikasi ilmiah nasional terakreditasi	Desember 2017
2.	Draft buku ajar	Desember 2017

BAB 2 : TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tren Insiden Kanker Payudara

2.2 Pengobatan Dini Kanker Payudara

2.3 Utilisasi Layanan Kesehatan

2.4 Keterlambatan dalam Pengobatan Dini Kanker Payudara dan Variabel yang mempengaruhi

2.5 *Socioeconomic Inequality* dalam Layanan Kesehatan

Kanker payudara merupakan salah satu masalah kesehatan yang menjadi perhatian dalam kebijakan kesehatan masyarakat. Hal ini dikarenakan tingkat kematian yang tinggi pada penderita. Kanker payudara merupakan penyebab kematian utama akibat kanker pada wanita (Jassem et al. 2013). Meskipun kematian akibat kanker payudara semakin menurun di negara maju, faktanya sangat kontras dengan yang terjadi di negara berkembang. Hal ini disebabkan karena kurang terorganisirnya program skrining, rendahnya tingkat kewaspadaan masyarakat, infrastruktur yang tidak memadai, dan yang paling penting adalah keterlambatan diagnosis sehingga sebagian besar pasien didiagnosis pada stadium yang sudah lanjut (Jassem et al. 2013).

Tingginya stadium kanker saat diagnosis sangat berpengaruh pada kematian penderita (WHO 2008, Caplan 2014). Keterlambatan diagnosis 3 hingga 6 bulan menurunkan tingkat *survival* penderita kanker payudara (Richard et al. 1998). Diperkirakan bahwa probabilitas bertahan hidup hingga 5 tahun sebesar 88% hingga 93% pada penderita yang didiagnosis pada stadium 0 atau I, dan angka ini turun menjadi 15% hingga 78% pada penderita yang didiagnosis pada stadium II, III dan IV (Jassem et al. 2013).

Banyak faktor yang mempengaruhi stadium saat diagnosis penderita kanker payudara. Penyebab keterlambatan diagnosis dikelompokkan menjadi penyebab di level pasien, provider layanan kesehatan dan sistem kesehatan itu sendiri (Jassem et al. 2013). Di sisi penderita, faktor yang mempengaruhi adalah usia, pendidikan,

pendapatan, jumlah konsultasi dengan dokter bedah sebelum diagnosis, penggunaan terapi alternatif, sikap terhadap layanan kesehatan dan persepsi penderita terhadap sakitnya maupun layanan kesehatan yang akan diterima (Poum et al. 2014, Norsaadah et al. 2011, Burgess et al. 2001). Dari sisi provider layanan kesehatan, jenis dokter keluarga dan *false-negative* uji diagnostik berpengaruh terhadap stadium saat diagnosis (Poum et al. 2014, Jassem et al. 2013, Norsaadah et al. 201). Dari segi sistem, jarak dan waktu yang diperlukan ke rumah sakit mempengaruhi keterlambatan diagnosis kanker payudara (Poum et al. 2014).

2.6 *Inequity* dan *Inequality* Layanan Kesehatan

Equity layanan kesehatan dijamin oleh konstitusi Indonesia, yaitu UUD RI Tahun 1945. Konstitusi mengamanatkan pemerintah untuk menjamin seluruh warga negara agar dapat hidup sehat. Tidak meratanya layanan kesehatan (*inequity*) terjadi bila layanan kesehatan hanya dapat diterima oleh suatu kelompok masyarakat saja dengan mengecualikan kelompok yang lain.

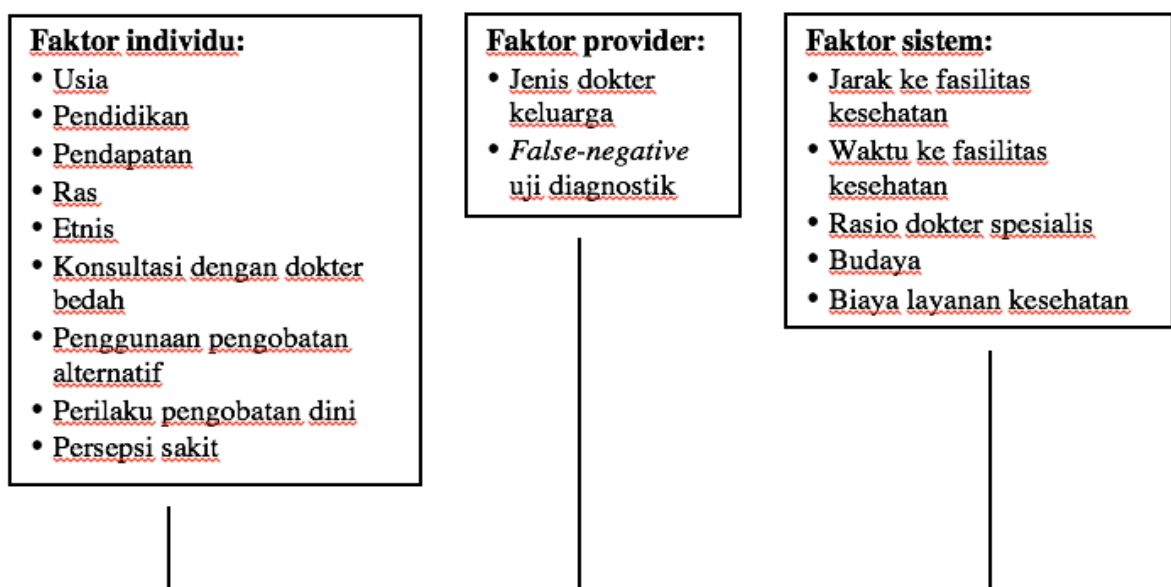
Pembangunan kesehatan global saat ini bertujuan untuk mengatasi hambatan kelompok masyarakat tertentu dalam mengakses layanan kesehatan. Oleh sebab itu, definisi *equity* layanan kesehatan terbagi atas dua pendekatan, yaitu *equity* vertikal dan *equity* horizontal. *Equity* vertikal berarti masyarakat dengan kebutuhan akan layanan kesehatan yang tinggi harus mendapatkan layanan yang lebih banyak daripada kelompok masyarakat yang kurang membutuhkan (masyarakat yang lebih sehat) (Wang & Yaung 2013). Sedangkan *equity* horizontal berarti masyarakat dengan kebutuhan yang sama akan mendapatkan layanan kesehatan yang sama pula (Wang & Yaung 2013). Definisi yang relevan untuk digunakan dalam penelitian ini adalah *equity* vertikal.

Indikasi adanya *inequity* layanan kesehatan di negara berkembang tampak bila distribusi layanan kesehatan dibedakan berdasarkan tingkat sosioekonomi masyarakat. Fakta ini diperkuat oleh penelitian lain bahwa di negara berkembang, di antara mereka yang memiliki keluhan kesehatan, lebih banyak dari kelompok masyarakat ekonomi tinggi yang mendapatkan layanan yang mereka butuhkan daripada masyarakat miskin (Saksena et al. 2011, Makinen et al. 2000). Data Riskesdas yang dilaksanakan oleh Kemenkes RI juga selalu memperlihatkan bahwa di Indonesia, kebutuhan akan layanan kesehatan pada masyarakat ekonomi rendah lebih tinggi daripada masyarakat kaya. Hal ini tampak pada tingginya angka

morbiditas dan mortalitas pada masyarakat miskin. Namun seringkali tingginya kebutuhan masyarakat miskin terhadap layanan kesehatan tidak diiringi oleh tingginya utilisasi layanan kesehatan oleh masyarakat ekonomi rendah. Dengan kata lain, angka *unmet need* untuk layanan kesehatan pada masyarakat miskin lebih tinggi (Hidayat et al. 2004).

Selain sosial ekonomi, daerah juga menjadi potensi *inequity* layanan kesehatan. Perbedaan karakteristik daerah rural dan daerah urban berpengaruh terhadap perbedaan status kesehatan populasi. Dalam masalah kanker payudara, insiden kanker payudara di daerah rural lebih rendah daripada daerah urban, namun angka kematian akibat kanker payudara di daerah rural lebih tinggi (Nguyen-Pham et al. 2014). Hal ini disebabkan oleh perbedaan paparan wanita di daerah rural dan urban pada deteksi dini kanker payudara melalui skrining mamografi atau pemeriksaan medis payudara (Nguyen-Pham et al. 2014).

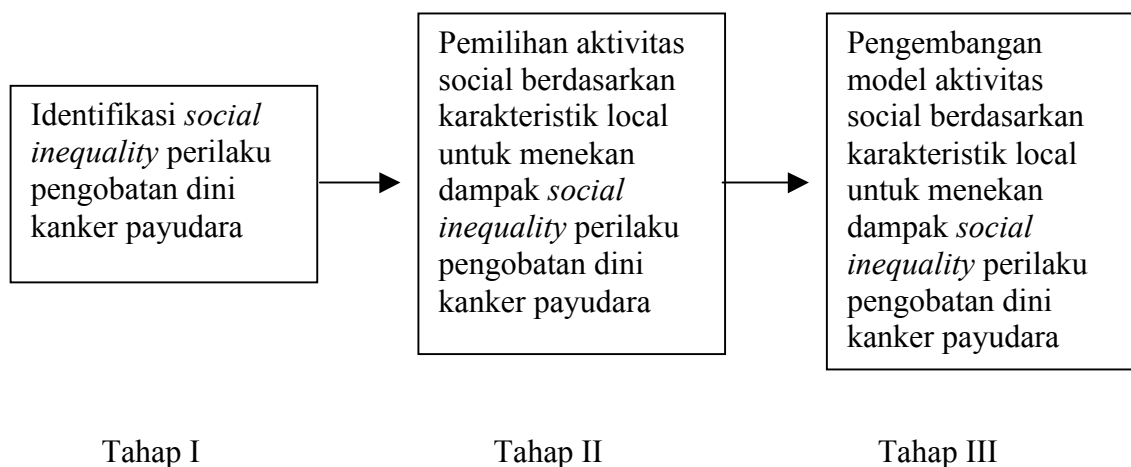
Inequity kesehatan dapat disimpulkan sesuatu konsep yang normatif. WHO (2013) menyarankan untuk mengoperasionalkan konsep *inequity* kesehatan, digunakan istilah *inequality* kesehatan. *Inequality* kesehatan merupakan perbedaan kesehatan antar kelompok populasi yang dapat diamati, diukur dan dimonitor, sehingga istilah *inequality* merupakan ukuran tidak langsung dalam mengevaluasi *inequity* kesehatan (WHO 2013). Selain indikator kesehatan yang ingin diukur, evaluasi *inequality* kesehatan memerlukan variabel lain yang berhubungan dengan dimensi *inequity* seperti kesejahteraan, pendidikan, daerah, gender, ras atau etnis, agama, atau modal sosial, meskipun seluruh variabel ini tidak relevan digunakan untuk seluruh indikator kesehatan (WHO 2013)



Gambar 2.1 Kerangka teortis

2.7 Road Map Penelitian

Berikut ini adalah *road map* penelitian yang telah disederhanakan dalam bentuk diagram dibawah ini:



Gambar 2.2 Road map penelitian

2.8 Hipotesis Penelitian

Hipotesis yang akan diuji pada penelitian ini adalah:

1. Terdapat perbedaan stadium kanker payudara saat diagnosis pada penderita yang berasal dari daerah rural dan penderita yang berasal dari daerah urban

2. Terdapat perbedaan stadium kanker payudara saat diagnosis pada penderita berdasarkan status sosial ekonomi

BAB 3 : METODE PENELITIAN

3.1 Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain penelitian *cross sectional* dengan menggunakan metode kuantitatif dan kualitatif.

3.2 Waktu dan Tempat

Penelitian ini dilakukan selama 6 bulan (April – Oktober 2017). Penelitian ini dilakukan di dua rumah sakit rujukan utama Provinsi Sumatera Barat, yaitu RSUP Dr. M. Djamil dan RS Achmad Mochtar.

3.3 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah penderita kanker payudara Provinsi Sumatera Barat.

3.4 Jenis Data

Data yang digunakan adalah data primer yang diambil saat pengumpulan data penelitian baik melalui metode kuantitatif maupun kualitatif. Selain itu, diperlukan juga data sekunder berupa laporan dari Dinas Kesehatan dan rumah sakit untuk melengkapi laporan penelitian nantinya.

3.5 Metode Kuantitatif

Metode kuantitatif dengan desain *cross sectional* pada penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran stadium saat diagnosis penderita kanker payudara, perbedaannya berdasarkan daerah dan status sosial ekonomi dan hubungannya dengan determinan lain. Untuk itu, langkah-langkah yang akan dilakukan dijelaskan pada sub-judul berikut ini.

3.5.1 Populasi

Populasi pada penelitian ini adalah penderita kanker payudara di Provinsi Sumatera Barat yang didiagnosis pada tahun 2016.

3.5.2 Sampel

Jumlah sampel pada penelitian ini menggunakan formula Lemeshow uji hipotesis proporsi dua populasi (populasi daerah urban dan rural), sebagai berikut:

$$n = \frac{(Z_{1-\frac{\alpha}{2}}\sqrt{2P(1-P)} + Z_{1-\beta}\sqrt{[P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)]})^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Keterangan:

$Z_{(1-\alpha)/2}$ = 1,96 dengan 95% confidence interval

α = 5% dengan 95% confidence interval

β = *Power of study* = 80%

P_1 = Proporsi penderita dengan keterlambatan diagnosis kanker payudara di daerah rural
= 10,2% = 0,102 (Pruitt et al. 2015)

P_2 = Proporsi penderita dengan keterlambatan diagnosis kanker payudara di daerah urban
= 8,6% = 0,086 (Pruitt et al. 2015)

P = $(P_1 + P_2)/2 = 9,4\% = 0,094$

n = 96

Dari hasil penghitungan jumlah sampel di atas, setelah ditambah angka non-respon sebesar 10%, didapat bahwa jumlah sampel minimal pada setiap kelompok responden (urban dan rural) adalah 105 sampel dengan total sampel minimal pada penelitian ini adalah 210 responden.

Responden adalah penderita kanker payudara yang berobat di poli bedah RSUP Dr. M. Djamil, Padang dan RS Dr. Achmad Mochtar, Bukittinggi, yang didiagnosa pada tahun 2016. Kedua rumah sakit ini dipilih karena merupakan dua rumah sakit rujukan teratas di Provinsi Sumatera Barat yang menampung pasien rujukan dari seluruh kabupaten/kota di Provinsi Sumatera Barat. Sampel dipilih secara proporsional pada masing-masing rumah sakit dan daerah asal penderita. Pada setiap kelompok nantinya akan diambil secara *simple random sampling* sesuai dengan jumlah sampel per kelompok yang proporsional.

3.5.3 Variabel penelitian

Variabel pada penelitian ini adalah stadium saat didiagnosis kanker payudara sebagai variabel dependen, dan determinan sosial sebagai variabel independen. Definisi setiap variable penelitian dijelaskan sebagai berikut:

1. Stadium saat didiagnosis kanker payudara
2. Waktu dari diketahuinya gejala hingga mencari layanan kesehatan
3. Waktu dari pencarian layanan kesehatan hingga diagnosis ditegakkan
4. Waktu dari tegaknya diagnosis hingga pengobatan
5. Determinan sosial:
 - a. Usia saat mengetahui gejala
 - b. Tempat tinggal
 - c. Pekerjaan
 - d. Tingkat pendidikan formal
 - e. Status ekonomi keluarga
 - f. Jarak ke fasilitas kesehatan
 - g. Waktu ke fasilitas kesehatan
 - h. Penggunaan terapi alternative
 - i. Sikap terhadap layanan kesehatan
 - j. *Social capital*

3.5.4 Pengumpulan data

Pengumpulan data metode kuantitatif dilakukan dengan wawancara langsung dengan menggunakan kuesioner yang sebelumnya telah dilakukan uji coba.

3.5.5 Analisis data

Analisis data yang dilakukan adalah berupa analisis deskriptif berupa proporsi responden berdasarkan karakteristik baik berupa variabel dependen maupun independen. Sedangkan untuk mengetahui hubungan antar variabel dependen dan independen, dilakukan analisis statistik menggunakan uji *chi square* dan lebih lanjut akan dilakukan uji regresi logistik.

3.6 Metode Kualitatif

Metode kualitatif yang diterapkan pada penelitian ini bertujuan untuk melengkapi hasil kuantitatif. Metode kualitatif pada penelitian ini dilaksanakan untuk menjawab tujuan penelitian mengeksplorasi persepsi penderita terhadap penyakit kanker payudara dan terhadap layanan kesehatan, serta pengaruhnya terhadap tindakan pengobatan. Langkah metode kualitatif dijelaskan pada sub-judul di bawah ini.

3.6.1 Informan

Informan kualitatif pada penelitian ini adalah penderita kanker payudara. Jumlah informan awal adalah 10 orang yang dipilih secara purposif. Informan adalah penderita kanker payudara yang berobat ke poli bedah RSUP Dr. M. Djamil dan RS Dr. Achmad Mochtar. Bila informasi yang didapatkan sudah jenuh, jumlah informan tidak perlu ditambah, tetapi bila tidak, jumlah informan tidak perlu ditambah.

3.6.2 Pengumpulan data

Pengumpulan data kualitatif dilakukan melalui wawancara mendalam yang dipandu dengan daftar pertanyaan.

3.6.3 Analisis data

Informasi yang didapatkan dari wawancara mendalam direkam dan kemudian dibuat dalam bentuk transkripsi. Kemudian data akan diolah menggunakan software CDC EZ-Text. Data kualitatif selanjutnya akan dianalisa dengan metode *content analysis*.

3.7 Luaran Penelitian yang Diharapkan

Penelitian ini akan menghasilkan luaran sebagai berikut:

1. Rekomendasi perbaikan apa saja yang diperlukan dalam meningkatkan *equity* dalam utilisasi layanan kesehatan
2. Rekomendasi perbaikan-perbaikan yang diperlukan dalam percepatan pencapaian SDGs
3. Publikasi di seminar nasional dan/atau internasional.

4. Publikasi di jurnal nasional bereputasi dan/atau internasional.

Indikator luaran penelitian adalah:

No.	Kriteria	Indikator	Waktu Capaian
1.	Hasil penelitian	Adanya laporan penelitian berupa rekomendasi pada BPJS Kesehatan dan pemerintah daerah	Bulan ke-3
2.	Publikasi melalui seminar	Dilakukan publikasi hasil penelitian di seminar nasional dan/atau internasional	Bulan ke-3 atau ke-4
3.	Publikasi di jurnal ilmiah	<i>Submission</i> artikel hasil penelitian di jurnal ilmiah nasional dan/atau internasional	Bulan ke-3
4.	Publikasi di jurnal ilmiah	Diterimanya artikel hasil penelitian di jurnal ilmiah nasional dan/atau internasional	Bulan ke-4

BAB 4 : BIAYA DAN JADWAL PENELITIAN

4.1 Biaya

Ringkasan anggaran biaya penelitian dijelaskan pada Tabel 4.1 sedangkan justifikasi biaya penelitian dijelaskan dengan rinci pada Lampiran 1.

Tabel 4.1 Ringkasan Anggaran Biaya

No.	Jenis Pengeluaran	Biaya yang Diusulkan (Rp)
1.	Honorarium untuk pelaksana, pengumpul data, penganalisis data, penulisan laporan (24,96%)	6.240.000
2.	Pembelian bahan habis pakai (49,04%)	12.260.000
3.	Biaya perjalanan pengurusan izin, per diem pengumpulan data dan seminar (26%)	6.500.000
Total biaya		25.000.000

4.2 Jadwal Penelitian

Jadwal penelitian secara rinci dijelaskan pada Tabel 4.2 dibawah ini:

Tabel 4.1 Rincian Jadwal Kegiatan Penelitian

No	Kegiatan	Bulan ke-						
		1	2	3	4	5	6	7
1	Persiapan							
2	Pengumpulan dan Peyusunan Data							
3	Pengelompokan Data							
4	Pembersihan Data							
5	Entri data							
6	Analisis data							
7	Persiapan draf manuskrip							
8	Persiapan pelaporan hasil penelitian							
9	Seminar/konferensi hasil penelitian							

DAFTAR PUSTAKA

- Beaglehole R, Bonita R, Horton R, Adams C, Alleyne G, Asaria P, Baugh V, Bekedam H, Billo N, Casswell S, Cecchini M, Colagiuri R, Colagiuri S, Collins T, Ebrahim S, Engelgau M, Galea G, Gaziano T, Geneau R, Haines A, Hospedales J, Jha P, Keeling A, Leeder S, Lincoln P, McKee M, Mackay J, Magnusson R, Moodie R, Mwatsama M, Nishtar S, Norrving B, Patterson D, Piot P, Ralston J, Rani M, Reddy KS, Sassi F, Sheron N, Stuckler D, Suh I, Torode J, Varghese C & Watt J. 2011. Priority actions for the non-communicable disease crisis. *The Lancet* **377**: 1438-1447.
- Burgess, C., Hunter, M. S., Ramirez, A. J. 2001. A qualitative study of delay among women reporting symptoms of breast cancer. *British Journal of General Practice* **51**: 967-971.
- Caplan, L. 2014. Delay in breast cancer: implications for stage at diagnosis and survival. *Frontiers in Public Health* **2**.
- Coleman MP et al. (2008). Cancer survival in five continents: a worldwide population-based study (CONCORD). *Lancet Oncol*, *9*, 730–56.
- Habib, S.H., Saha, S. 2010. Burden of non-communicable disease: Global overview. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews* *4*: 41–47.
- Hidayat, B., Thabrany, H., Dong, H., Sauerborn, R. 2004. The effects of mandatory health insurance on equity in accessto outpatient care in Indonesia. *Health Policy And Planning***19(5)**:322–335.
- Jassem et al. 2013. Delays in diagnosis and treatment of breast cancer: a multinational analysis. *European Journal of Public Health* **24(5)**: 761–767.
- Kemenkes RI. 2015. *Stop Kanker*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJL. 2006. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *The Lancet* *367*: 1747–57.
- Makinen, M., Waters, H., Rauch, M., Almagambetova, N., Bitran, R., Gilson, L., McIntyre, D., Pannarunothai, S., Prieto, A.L., Ubilla, G., Ram, S. 2000. Inequalities in health care use and expenditures: empirical data from eight developing countries and countries in transition. *Bulletin of the World Health Organisation* **78** (1).
- Nguyen-Pham, S., Leung, J., McLaughlin, D. 2014. Disparities in breast cancer stage at diagnosis in urban and rural adult women: a systematic review and meta-analysis. *Annals of Epidemiology* **24**: 228-235.
- Norsa'adah, B., Rampal, K. G., Rahmah, M. A., Naing, N. N., Biswal, B. M. 2011. Diagnosis delay of breast cancer and its associated factors in Malaysian women. *BMC Cancer* **11**: 141.
- Poum, A., Promthet, S., Duffy, S. W., Parkin, D. M. 2014. Factors Associated With Delayed Diagnosis of Breast Cancer in Northeast Thailand. *J Epidemiol* **24(2)**:102-108.

- Pruitt, S. L., Eberth, J. M., Morris, S., Grinsfelder, D., Cuate, E. L. 2015. Rural-Urban Differences in Late-Stage Breast Cancer: Do Associations Differ by Rural-Urban Classification System? *Tex Public Health J* **67(2)**: 19-27.
- Richards, M. A., Westcombe, A. M., Love, S. B., Littlejohns, P., Ramirez, A. J. 1999. *The Lancet* **353**.
- Saksena, P., Antunes, A.F., Xu, K., Musango, L., Carrin, G. 2011. Mutual health insurance in Rwanda: Evidence on access to care and financial risk protection. *Health Policy* **99**: 203-209.
- Wang, S. I., Yaung, C. L. 2013. Vertical equity of healthcare in Taiwan: health services were distributed according to need. *International Journal of Equity in Health* **12**: 12.
- WHO. 2008. *World Cancer Report*. Geneva: WHO.
- WHO. 2013. *Health Inequality Monitoring: with special focus on low- and middle-income countries*. Geneva: WHO.
- WHO. 2015. *Noncommunicable Diseases: Fact Sheet* [Diakses 27 November 2015].
- WHO. 2016. *Breast Cancer: Prevention and Control* [Diakses 20 Juli 2016].

LAMPIRAN 1
Justifikasi Biaya Penelitian

1. Honorarium				
Honor	Honor/Jam (Rp)	Waktu (jam/minggu)	Minggu	Biaya
1. Pengumpul data 1	18,000	15	3	810,000
2. Pengumpul data 2	18,000	15	3	810,000
3. Pengumpul data 3	18,000	15	3	810,000
4. Pengumpul data 4	18,000	15	3	810,000
5. Analisis data	25,000	20	2	1,000,000
6. Penulisan laporan	25,000	20	4	2,000,000
Subtotal (Rp)				6,240,000
2. Pembelian Bahan Habis Pakai				
Material	Justifikasi Pembelian	Kuantitas	Harga Satuan	Biaya
1. ATK	Perlengkapan pengumpulan data, fotokopi instrumen dan laporan	1 paket	760,000	760,000
2. Sovenir	Refreshment untuk 210 responden dan 20 informan	230	50,000	11,500,000
Subtotal (Rp)				12,260,000
3. Perjalanan				
Material	Justifikasi Perjalanan	Kuantitas	Harga Satuan	Biaya
1. Per diem pengumpulan data di Padang	Pengumpulan data	6 hari x 4 orang	50,000	1,200,000
2. Per diem pengumpulan data di Bukittinggi	Pengumpulan data	10 hari x 4 orang	120,000	4,800,000
3. Transportasi pengurusan izin	Pengurusan izin	1 paket	500,000	500,000
Subtotal (Rp)				6,500,000
TOTAL ANGGARAN YANG DIPERLUKAN				25,000,000

KETUA PENELITI

A. Identitas Diri

1	Nama Lengkap	Ade Suzana Eka Putri, SKM, M.Comm Health, Sc, Ph.D
2	Jenis Kelamin	Perempuan
3	Jabatan Fungsional	Lektor
4	NIP	198106052006042001
5	NIDN	0005068102
6	Tempat / Tanggal Lahir	Koto Baru / 5 Juni 1981
7	Email	adesuzana@gmail.com
8	Nomor Telepon/HP	08126761091
9	Alamat Kantor	Bagian Epidemiologi dan Biostatistik, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Andalas Kampus Jati, Padang
10	Nomor Telepon/Fax	0751-38613
11	Lulusan yang Telah Dihilangkan	-
12	Mata Kuliah yang Diampu	1. Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat 2. Dasar-dasar Epidemiologi 3. Metodologi Penelitian 4. Epidemiologi Lapangan 5. Epidemiologi Sosial 6. Kesehatan Global 7. Surveilans Kesehatan Masyarakat 8. Praktikum Surveilans 9. Biostatistik Inferens

B. Riwayat Pendidikan

	S-1	S-2	S-3
Nama Perguruan Tinggi	Universitas Andalas	Universiti Kebangsaan Malaysia	Universiti Kebangsaan Malaysia
Bidang Ilmu	Kesehatan Masyarakat	Kesehatan Masyarakat	Kesehatan Masyarakat
Tahun	2003 - 2005	2008 - 2010	2008 – 2013
Judul Skripsi/Tesis	Hubungan Pengetahuan, Sikap dan Tindakan Pencegahan Diare oleh Ibu dengan Kejadian Diare pada Balita di Kecamatan Kuranji, Padang	Maternal Death and Community Risk Factors in West Sumatera Province	The UHC and Health Service Utilisation prior to the Implementation of National Health Insurance in the City of Padang, West Sumatra Province, Indonesia
Nama Pembimbing	dr. Edison, MPH	Assc. Prof. Zaleha Md. Isa	Prof. Syed Mohamed Aljunid

C. Pengalaman Penelitian Dalam 5 Tahun Terakhir

No	Tahun	Judul Penelitian	Pendanaan	
			Sumber	Jumlah (Rp)
1.	2014	Faktor-faktor yang mempengaruhi status gizi balita di tiga provinsi (anggota peneliti)	Kemendes RI (Hibah analisis lanjut data Riskesdas)	25.000.000
2.	2016	Pola Utilisasi Layanan Kesehatan Sebelum dan Sesudah Implementasi Jaminan Kesehatan Nasional dan Tantangannya Bagi Pembangunan Masyarakat Inklusif di Sumatera Barat (Ketua Peneliti)	DIPA FKM UNAND	15.000.000
3.	2016	Analisis Tingkat Utilisasi dan Potensi Masalah Pembiayaan Penyakit Kardiovaskuler Peserta BPJS Kesehatan Serta Tantangan bagi Pengembangan Program Pencegahan di Tingkat Kabupaten/Kota, Provinsi Sumatera Barat (Ketua Peneliti)	BPJS Kesehatan	122.124.000

D. Pengalaman Pengabdian Kepada Masyarakat dalam 5 Tahun Terakhir

No.	Tahun	Judul Pengabdian Kepada Masyarakat	Pendanaan	
			Sumber	Jumlah (Rp)
1	2012	Peningkatan pemberdayaan masyarakat melalui posdaya	FKM Unand	5.000.000
2	2015	Peningkatan Kapasitas Tokoh Masyarakat dalam Upaya Promosi Pencegahan Kanker Payudara di Nagari Talu, Kabupaten Pasaman Tahun 2015	Mandiri	2.500.000
3	2016	Peningkatan Kapasitas Tokoh Masyarakat dalam Upaya Promosi Pencegahan Kanker Payudara di Kelurahan Ampang, Kecamatan Kuranji Kota Padang Tahun 2016	FKM Unand	7.500.000

E. Publikasi Artikel Ilmiah Dalam Jurnal Dalam 5 Tahun Terakhir

No.	Judul Artikel Ilmiah	Nama Jurnal	Volume/Nomor/Tahun
1	The Introduction of Subsidised Health Insurance for the Poor in the City of Padang, Indonesia: does the Gap on Health Payment and Health Service Utilisation Still Exist?	Malaysian Journal of Public Health Medicine	Vol. 15 (3): 132-138

F. Pemakalah Seminar Ilmiah Dalam 5 Tahun Terakhir

No.	Nama Pertemuan Ilmiah/Seminar	Judul Artikel Ilmiah	Waktu dan Tempat
1	6th Postgraduate Forum on Health Systems and Policies (Poster presenter)	The implementation of provincial health assurance in West Sumatra Province: A review towards achievement of universal coverage (Research Protocol)	2012 Malaka, Malaysia
2	3rd International Public Health Conference (Oral presenter)	Describing the proportion and characteristics of unprotected population by health assurance scheme in Padang City, Indonesia	2013 Kuching, Malaysia
3	1st International Conference on Health Financing (Poster presenter)	The role of social health insurance on protecting the poor: findings from a household survey in the city of Padang, Indonesia	2014 Kuala Lumpur, Malaysia
4	8th Postgraduate Forum on Health System and Policy (Oral presenter)	Social health insurance for universal health coverage in the City of Padang, Indonesia: protection against catastrophic health expenditure	2014 Yogyakarta, Indonesia
5	Prince Mahidol Award Conference (Poster presenter)	The extent of health insurance coverage, health expenditure and health service utilization prior to national health insurance enforcement in Indonesia	2016 Bangkok, Thailand

G. Penghargaan dalam 10 Tahun Terakhir

No.	Jenis Penghargaan	Institusi Pemberi Penghargaan	Tahun
1	Satya Lencana (Pengabdian 10 tahun)	Presiden RI	2017

Semua data yang saya isikan dan tercantum dalam biodata ini adalah benar dan dapat dipertanggungjawabkan secara hukum. Apabila di kemudian hari ternyata dijumpai ketidaksesuaian dengan kenyataan, saya sanggup menerima sanksi.

Demikian biodata ini saya buat dengan sebenarnya untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam pengajuan Penugasan Penelitian Dasar Unggulan Perguruan Tinggi.

Padang, 1 Juli 2017
Ketua Pengusul,

(Ade Suzana Eka Putri, Ph.D)