

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Pelayanan Kesehatan**

Pelayanan kesehatan adalah penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan yang disediakan baik dalam bentuk rawat jalan, rawat inap, kunjungan oleh petugas/ tenaga ataupun bentuk kegiatan-kegiatan lain dari pemanfaatan pelayanan kesehatan tersebut (Azwar, 1996). Pelayanan kesehatan sebagai produk jasa memiliki keunikan dengan ciri utama:

1. Adanya sifat ketidakpastian (*uncertainty*) terkait waktu, tempat urgensi dan biaya.
2. Adanya ketidakseimbangan informasi (*asymetry of information*) antara *provider* dengan pengguna jasa.
3. Adanya manfaat atau risiko kerugian bagi orang lain (Ilyas, 2006).

Adapun syarat pokok suatu pelayanan kesehatan dapat dikatakan baik menurut Azwar (1996) haruslah :

1. Tersedia dan berkesinambungan (*available and continuous*).
2. Dapat diterima dan wajar (*acceptable and appropriate*).
3. Mudah dicapai (*accessible*).
4. Mudah dijangkau (*affordable*).
5. Bermutu (*quality*).

### **2.1.1 Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan**

Pemanfaatan pelayanan kesehatan paling erat hubungannya dengan kapan seseorang memerlukan pelayanan kesehatan dan seberapa jauh pelayanan efektifitas pelayanan tersebut. Bila berbicara kapan memerlukan pelayanan kesehatan, umumnya semua orang akan menjawab bila merasa adanya gangguan pada kesehatan (sakit). Seseorang tidak pernah akan tahu kapan sakit, dan tidak seorang pun dapat menjawab dengan pasti. Hal ini memberi informasi bahwa konsumen pelayanan kesehatan selalu dihadapkan dengan masalah ketidakpastian (Azwar, 1996).

Rendahnya pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan menurut (Kepmenkes, 2010) dapat disebabkan oleh :

1. Jarak yang jauh (faktor geografi).
2. Tidak tahu adanya suatu kemampuan fasilitas (faktor informasi) .
3. Biaya yang tidak terjangkau (faktor ekonomi).
4. Tradisi yang menghambat pemanfaatan fasilitas (faktor budaya).

### **2.1.2 Faktor Yang Memengaruhi Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan**

1. Keterjangkauan lokasi tempat pelayanan

Tempat pelayanan yang tidak strategis sulit dicapai, menyebabkan berkurangnya pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh peserta Jamkesmas.

2. Jenis dan kualitas pelayanan yang tersedia

Jenis dan kualitas pelayanan yang kurang memadai menyebabkan rendahnya akses peserta Jamkesmas terhadap pelayanan kesehatan.

### 3. Keterjangkauan informasi

Informasi yang kurang menyebabkan rendahnya penggunaan pelayanan kesehatan yang ada. *Demand* (permintaan) adalah pernyataan dari kebutuhan yang dirasakan yang dinyatakan melalui keinginan dan kemampuan membayar.

#### **2.1.3 Beberapa Faktor yang Memengaruhi Tingkat Permintaan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Telah Digolongkan oleh Notoatmodjo (2007) Dalam Beberapa Model, Yaitu :**

##### **a. Model Demografi (*Demographic Model*)**

Variabel yang digunakan dalam model ini adalah : umur, jenis kelamin, status perkawinan dan besarnya keluarga. Perbedaan akan derajat kesehatan, derajat kesakitan dan tingkat penggunaan pelayanan kesehatan diasumsikan akan berhubungan dengan seluruh variabel di atas. Variabel yang digunakan dalam model ini adalah variabel yang berasal dari dalam individu sendiri yang secara langsung akan memengaruhi kebutuhan seseorang.

##### **b. Model Struktur Sosial (*Social Structure Model*)**

Variabel yang digunakan dalam model ini adalah : pendidikan, pekerjaan dan suku bangsa atau etnis. Penggunaan pelayanan kesehatan adalah suatu aspek gaya hidup (*life style*) seseorang yang dipengaruhi oleh lingkungan fisik dan sosial psikologisnya. Seseorang yang sedang sakit perut (diare) mencari pengobatan dengan cara tradisional (memakan daun sirih atau bawang dengan minyak). Sesuai dengan kebiasaan yang ada di desa tersebut sedangkan orang lain yang memiliki latar belakang pendidikan SLTA juga menderita diare merasakan membutuhkan

pertolongan dokter dan langsung pergi ke dokter untuk mendapatkan pertolongan. Sehingga latar belakang sosial seseorang sangat berpengaruh pada kebutuhan seseorang dan pada akhirnya memengaruhi juga tingkat penggunaan pelayanan kesehatan.

## **2.2 Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas)**

Pengertian Puskesmas (Depkes, 1990) adalah suatu kesatuan organisasi kesehatan fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang juga membina peran serta masyarakat disamping memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok. Menurut SK Menkes RI No. 128/Menkes/SK/II/2004 tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat puskesmas merupakan Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota (UPTD) yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja. Salah satu fungsi Puskesmas (Azwar, 1996) sebagai perpanjangan jangkauan pelayanan terhadap masyarakat, Puskesmas didukung oleh sarana Puskesmas Pembantu (Pustu), Puskesmas Keliling dan Poskesdes/Polindes. Hingga akhir tahun 2008, terdapat 8.548 Puskesmas di Indonesia. Terdiri 6.110 Puskesmas non perawatan dan 2.438 Puskesmas perawatan, dengan rasio 3,74 Puskesmas terhadap 100.000 penduduk (jumlah penduduk 228.623.342 jiwa). Jumlah Pustu sebanyak 23.163 unit, ditambah dengan 11.271 Poskesdes dan 25.271 Polindes (Kepmenkes, 2010).

### 2.2.1 Visi dan Misi Puskesmas

Menurut SK Menkes No.128/2004 visi puskesmas adalah tercapainya Kecamatan Sehat menuju terwujudnya Indonesia sehat. Kecamatan sehat adalah gambaran masyarakat kecamatan masa depan yang ingin dicapai melalui pembangunan kesehatan, yakni masyarakat yang hidup dalam lingkungan dan berperilaku sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata serta memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

Indikator Kecamatan Sehat yang ingin dicapai mencakup 4 indikator utama yakni:

1. Lingkungan sehat.
2. Perilaku sehat.
3. Cakupan pelayanan kesehatan yang bermutu.
4. Derajat kesehatan penduduk kecamatan.

Misi Puskesmas menurut (SK Menkes No.128/2004) adalah:

1. Menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan di wilayah kerjanya.
2. Mendorong kemandirian hidup sehat bagi keluarga dan masyarakat di wilayah kerjanya.
3. Memelihara dan meningkatkan mutu, pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan.
4. Memelihara dan meningkatkan kesehatan perorangan, keluarga dan masyarakat beserta lingkungannya.

## 2.2.2 Fungsi Puskesmas

Terdapat tiga fungsi utama Puskesmas yaitu:

1. Pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan.
2. Pusat pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan.
3. Pusat pelayanan kesehatan tingkat dasar (SK Menkes No.128/2004).

Fungsi pelayanan kesehatan tersebut dapat dikelompokkan dalam upaya kesehatan perorangan (UKP) strata pertama yang bersifat *private goods* seperti penyembuhan dan pemeliharaan kesehatan perorangan, dan upaya kesehatan masyarakat (UKM) yang bersifat *public goods* seperti promosi kesehatan dan penyehatan lingkungan (Depkes RI, 2004).

## 2.2.3 Kedudukan dan Tata Kerja Puskesmas

### 2.2.3.1 Kedudukan Puskesmas

Kedudukan Puskesmas dalam Sistem Kesehatan Nasional merupakan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama (*primary health services*). Puskesmas memiliki dua bidang upaya/pelayanan kesehatan (SK Menkes No.128/2004).

### 2.2.3.2 Tata Kerja Puskesmas

Menurut SK Menkes No.128/2004 tata kerja Puskesmas adalah :

1. Dengan Kantor Kecamatan

Dalam melaksanakan fungsinya, puskesmas berkoordinasi dengan kantor kecamatan melalui pertemuan berkala yang diselenggarakan di tingkat kecamatan. Koordinasi tersebut mencakup perencanaan, penggerakan pelaksanaan, pengawasan dan pengendalian serta penilaian. Dalam hal

pelaksanaan fungsi penggalan sumber daya masyarakat oleh puskesmas, koordinasi dengan kantor kecamatan mencakup pula kegiatan fasilitasi.

2. Dengan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota

Puskesmas adalah unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, dengan demikian secara teknis dan administratif, puskesmas bertanggungjawab kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Sebaliknya, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota bertanggung jawab membina serta memberikan bantuan administratif dan teknis kepada puskesmas.

3. Dengan Jaringan Pelayanan Kesehatan Strata Pertama

Sebagai mitra pelayanan kesehatan strata pertama yang dikelola oleh lembaga masyarakat dan swasta, puskesmas menjalin kerjasama termasuk penyelenggaraan rujukan dan memantau kegiatan yang diselenggarakan, sedangkan sebagai pembina upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat, puskesmas melaksanakan bimbingan teknis, pemberdayaan dan rujukan sesuai kebutuhan.

4. Dengan Jaringan Pelayanan Kesehatan Rujukan

Dalam menyelenggarakan upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat, puskesmas menjalin kerjasama yang erat dengan berbagai pelayanan kesehatan rujukan. Untuk upaya kesehatan perorangan, jalinan kerjasama tersebut diselenggarakan dengan berbagai sarana pelayanan kesehatan perorangan seperti rumah sakit (kabupaten/kota) dan berbagai balai kesehatan masyarakat (balai pengobatan penyakit paru-paru, balai kesehatan

mata masyarakat, balai kesehatan kerja masyarakat, balai kesehatan olahraga masyarakat, balai kesehatan jiwa masyarakat, balai kesehatan indra masyarakat), sedangkan untuk upaya kesehatan masyarakat, jalinan kerjasama diselenggarakan dengan berbagai sarana pelayanan kesehatan masyarakat rujukan, seperti Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Balai Teknik Kesehatan Lingkungan, Balai Laboratorium Kesehatan serta berbagai balai kesehatan masyarakat. Kerjasama tersebut diselenggarakan melalui penerapan konsep rujukan yang menyeluruh dalam koordinasi Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

#### 5. Dengan Lintas Sektor

Tanggung jawab puskesmas sebagai unit pelaksana teknis adalah menyelenggarakan sebagian tugas pembangunan kesehatan yang dibebankan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Untuk mendapat hasil yang optimal, penyelenggaraan pembangunan kesehatan tersebut harus dapat dikoordinasikan dengan berbagai lintas sektor terkait yang ada di tingkat Kecamatan. Diharapkan di satu pihak, penyelenggaraan pembangunan kesehatan di Kecamatan tersebut mendapat dukungan dari berbagai sektor terkait, sedangkan di pihak lain pembangunan yang diselenggarakan oleh sektor lain di tingkat Kecamatan berdampak positif terhadap kesehatan.

#### 6. Dengan Masyarakat

Sebagai penanggungjawab penyelenggaraan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya, puskesmas memerlukan dukungan aktif dari masyarakat sebagai objek dan subjek pembangunan. Dukungan aktif tersebut diwujudkan



melalui pembentukan Badan Penyantun Puskesmas (BPP) yang menghimpun berbagai potensi masyarakat, seperti tokoh masyarakat, tokoh agama, Lembaga Sosial Masyarakat.

#### **2.2.4 Program Puskesmas**

Pada era reformasi dan desentralisasi program Puskesmas menurut (SK Menkes No.128/2004) memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh (*comprehensive health care services*). Puskesmas menjalankan beberapa usaha pokok, yaitu :

1. Kesejahteraan ibu dan anak (KIA).
2. Keluarga Berencana.
3. Usaha peningkatan gizi.
4. Kesehatan lingkungan.
5. Pemberantasan penyakit menular.
6. Upaya pengobatan termasuk pelayanan darurat kecelakaan.
7. Penyuluhan kesehatan masyarakat.
8. Usaha kesehatan di sekolah (UKS).
9. Kesehatan olahraga.
10. Perawatan kesehatan masyarakat.
11. Usaha kesehatan kerja.
12. Usaha kesehatan gigi dan mulut.
13. Usaha kesehatan jiwa.
14. Kesehatan mata.

15. Laboratorium (diupayakan tidak lagi sederhana).
16. Pencatatan dan pelaporan sistem informasi kesehatan.
17. Kesehatan usia lanjut.
18. Pembinaan pengobatan tradisional.

### **2.2.5 Target Pemanfaatan Pelayanan Puskesmas**

Target cakupan pelayanan kesehatan dasar Puskesmas menurut Kepmenkes RI No. 1457 tahun 2003, tentang Pedoman Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan di Kabupaten/ Kota, secara umum adalah 15% dari jumlah penduduk per bulan. Begitu pula cakupan pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat miskin. Dengan adanya subsidi pemerintah melalui program Askeskin/Jamkesmas, diharapkan pelayanan kesehatan dasar meningkat pula. Indikator keberhasilan program Jamkesmas secara nasional adalah angka utilisasi Puskesmas rata-rata 15% per bulan (SK Menkes No.128/2004). Pada Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan Tingkat Kabupaten tahun 2008 yang ditetapkan dalam Kepmenkes RI No. 741 Tahun 2008, hanya disebutkan target cakupan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin adalah 100% setahun, atau sekitar 8,3% per bulan (Kepmenkes, 2010).

### **2.3 Jamkesmas**

Jamkesmas adalah pelayanan kesehatan dasar yang biayanya di tanggung oleh Pemerintah. Program ini diselenggarakan secara nasional agar terjadi subsidi silang dalam rangka mewujudkan pelayanan kesehatan yang menyeluruh bagi masyarakat

miskin. Pada hakekatnya pelayanan kesehatan terhadap peserta menjadi tanggung jawab dan dilaksanakan bersama oleh Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah. (Kepmenkes, 2010). Penyelenggaraan pelayanan kesehatan kepada peserta mengacu pada prinsip-prinsip:

1. Jamkesmas dikelola secara nasional. Jamkesmas dapat diakses oleh seluruh peserta dari berbagai wilayah di Negara Kesatuan Republik Indonesia.
2. Nirlaba, artinya pengelolaan dana amanat tidak dimaksudkan untuk mencari untung/laba, melainkan untuk memenuhi sebesar-besarnya kepentingan peserta.
3. Portabilitas (dari kata *portable*, artinya mudah dibawa-bawa), artinya meskipun peserta berpindah pekerjaan atau tempat tinggal (selama berada di dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia), jaminan kesehatan tetap dapat diterima secara berkelanjutan, dan dapat juga diartikan walaupun memerlukan pelayanan rujukan di tempat lain.
4. Transparan, efisien, dan efektif.

### **2.3.1 Tujuan Jamkesmas**

Menurut Kepmenkes (2010) dalam pedoman pemanfaatan pelayanan kesehatan, tujuan Jamkesmas adalah :

1. Memberikan kemudahan dan akses pelayanan kesehatan kepada peserta di seluruh jaringan PPK (penyedia pelayanan kesehatan)
2. Mendorong peningkatan pelayanan kesehatan yang terstandar bagi peserta, tidak berlebihan, sehingga terkendali mutu dan biayanya.

3. Terselenggaranya pengelolaan keuangan yang transparan dan dapat dipertanggungjawabkan (akuntabel).
4. Meningkatkan jumlah peserta (masyarakat tidak mampu) yang dicakup agar mendapat pelayanan kesehatan di jaringan PPK Jamkesmas.
5. Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin.

### **2.3.2 Kepesertaan Jamkesmas**

1. Masyarakat miskin dan tidak mampu, yang telah ditetapkan oleh Surat Keputusan (SK) Bupati/Walikota tahun 2008 berdasarkan kuota Kabupaten/Kota (BPS) yang dijadikan basis data (database) Nasional.
2. Gelandangan, pengemis, anak dan orang terlantar, serta masyarakat miskin yang tidak memiliki identitas (atau kerap disebutkan sebagai (peserta non-kartu)
3. Semua peserta Program Keluarga Harapan (PKH) baik yang sudah atau yang belum mempunyai kartu Jamkesmas.
4. Semua penderita penyakit thalasemia mayor.
5. Semua pasien yang menerima Jaminan Persalinan (Jampersal)

### **2.3.3 Prosedur untuk memperoleh pelayanan kesehatan bagi peserta Jamkesmas, sebagai berikut :**

1. Peserta dengan kartu harus menunjukkan kartu Jamkesmas.
2. Untuk peserta non kartu yang termasuk gelandangan, pengemis, anak/orang terlantar dan masyarakat miskin penghuni panti sosial, harus menunjukkan surat rekomendasi Dinas/Instansi Sosial setempat.

3. Bagi masyarakat miskin penghuni lapas/rutan, harus menunjukkan surat rekomendasi Kepala Lapas/Rutan.
4. Untuk peserta PKH yang belum/tidak memiliki kartu Jamkesmas, cukup menggunakan kartu PKH.
5. Bayi (sebelum usia satu tahun) yang lahir dari Ibu peserta Jamkesmas setelah terbitnya SK Bupati/Walikota, harus menunjukkan akte kelahiran/surat kenal lahir/ surat keterangan lahir/ Pernyataan dari tenaga kesehatan, serta kartu Jamkesmas Ibu dan Kartu Keluarga orangtuanya.
6. Korban bencana pasca tanggap darurat, kepesertaannya berdasarkan keputusan Bupati/Walikota setempat, sejak tanggap darurat dinyatakan selesai dan berlaku selama satu tahun.

Saat ini peserta Jamkesmas memerlukan jaminan pemeliharaan kesehatan, untuk memperoleh jaminan kesehatan paripurna dan berkesinambungan yang dibiayai dengan iuran prabayar bersama karena :

1. Biaya pemeliharaan kesehatan cenderung semakin mahal seiring dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta pola penyakit degeneratif akibat penduduk yang makin menua.
2. Pemeliharaan kesehatan memerlukan dana yang berkesinambungan.
3. Masyarakat tidak mampu membiayai pemeliharaan kesehatannya sendiri, sakit dan musibah dapat datang secara tiba-tiba.
4. Biaya pemeliharaan kesehatan dilakukan secara perorangan cenderung mahal.
5. Beban biaya perorangan dalam pemeliharaan kesehatan menjadi lebih ringan

bila ditanggung bersama. Dana dari uraian bersama yang terkumpul pada Jamkesmas dapat menjamin pemeliharaan kesehatan peserta.

Secara umum, Jamkesmas mempunyai tujuan yaitu meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan kepada seluruh masyarakat miskin dan tidak mampu agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal secara efektif dan efisien.

#### **2.4 Indikator Kemiskinan menurut Badan Pusat Statistik (BPS)**

Penduduk miskin menurut konsep kemiskinan BPS (2008), adalah terkait dengan kemampuan seseorang/rumah tangga untuk memenuhi kebutuhan dasar, baik untuk makanan maupun non makanan. Seseorang/rumah tangga dikatakan miskin bila kehidupannya dalam kondisi serba kekurangan, sehingga tidak mampu memenuhi kebutuhan dasarnya. Batas kebutuhan dasar minimal dinyatakan melalui ukuran garis kemiskinan yang disertakan dengan jumlah rupiah yang dibutuhkan.

Kriteria penduduk miskin dapat dibagi menjadi tiga kelompok, yaitu (BPS, 2008):

1. Penduduk dikatakan sangat miskin apabila kemampuan untuk memenuhi konsumsi makanan hanya mencapai 1.900 kalori per orang per hari plus kebutuhan dasar non makanan, atau setara dengan Rp 120.000 per orang per bulan.
2. Penduduk dikatakan miskin apabila kemampuan memenuhi konsumsi makan hanya mencapai 1.900 sampai 2.100 kalori per orang per hari plus kebutuhan dasar non makanan, setara Rp. 150.000 per orang per bulan. Penduduk

dikatakan mendekati miskin apabila kemampuan memenuhi konsumsi makanan hanya mencapai 2.100 kalori sampai 2.300 plus kebutuhan dasar non makanan setara Rp. 175.000 per orang per bulan. Bila diasumsikan suatu rumah tangga memiliki jumlah anggota keluarga rumah tangga rata-rata 4 orang. Batas garis kemiskinan rumah tangga adalah menurut BPS (2008):

1. Rumah tangga dikatakan sangat miskin apabila tidak mampu memenuhi kebutuhan dasarnya sebesar  $4 \times \text{Rp } 120.000 = \text{Rp } 480.000$  per rumah tangga per bulan.
2. Rumah tangga dikatakan miskin apabila tidak mampu memenuhi kebutuhan dasarnya sebesar  $4 \times \text{Rp } 150.000 = \text{Rp } 600.000$  per rumah tangga per bulan.
3. Rumah tangga dikatakan mendekati miskin apabila tidak mampu memenuhi kebutuhan dasarnya sebesar  $4 \times \text{Rp } 175.000 = \text{Rp } 700.000$  per rumah tangga

## **2.5 Konsep Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan**

Berbagai penelitian telah dilakukan untuk mencari faktor-faktor yang berpengaruh terhadap perilaku kesehatan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Cukup banyak model-model penggunaan pelayanan kesehatan yang dikembangkan, seperti model kependudukan, model sumber daya masyarakat, model organisasi dan lain-lain sesuai dengan variabel-variabel yang digunakan dalam masing-masing model. Menurut Anderson dalam Notoatmodjo (2007), mengembangkan model sistem kesehatan (*health belief model*) yang berupa model kepercayaan kesehatan.

Dalam Anderson ini terdapat 3 (tiga) kategori utama dalam pelayanan kesehatan, yaitu:

1. Karakteristik predisposisi, menggambarkan kecenderungan individu yang berbeda-beda dalam menggunakan pelayanan kesehatan.
2. Komponen predisposisi terdiri dari :
  - a. Faktor-faktor demografi (umur, jenis kelamin, status perkawinan, dll)
  - b. Faktor struktural sosial (suku bangsa, pendidikan, pekerjaan).
  - c. Faktor keyakinan/kepercayaan (pengetahuan, sikap, persepsi).
3. Komponen pemungkin, menunjukkan kemampuan individual untuk menggunakan pelayanan kesehatan. Di dalam komponen ini termasuk faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku pencarian:
  - a. Sumber daya masyarakat (lokasi/jarak transportasi dan sebagainya).
4. Faktor penguat, merupakan faktor yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan sangat menentukan dalam memberikan pelayanan di fasilitas kesehatan.

Menurut Andersen (1973), secara garis besar pemanfaatan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh tiga determinan utama yaitu determinan sosial, sistem pelayanan kesehatan dan determinan individu. Determinan individu dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh predisposisi individu dalam menggunakan pelayanan, kemampuan mereka untuk melaksanakannya dan kebutuhan terhadap pelayanan kesehatan.



Teori lain dikemukakan oleh Alan Dever (1984), menyatakan bahwa faktor yang memengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan:

1. Faktor Sosio Kultur

Norma adalah, nilai sosial dan keyakinan yang ada di masyarakat yang memengaruhi seseorang dalam bertindak, termasuk dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan.

2. Faktor Organisasional

- a. Ketersediaan sumberdaya yang mencukupi dari segi kualitas maupun kuantitas sangat memengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan. Suatu pelayanan hanya bisa digunakan apabila jasa tersebut tersedia.

- b. Keterjangkauan lokasi, peningkatan akses yang dipengaruhi oleh berkurangnya jarak, waktu tempuh, biaya tempuh mengakibatkan peningkatan pemanfaatan pelayanan kesehatan.

- c. Keterjangkauan sosial, konsumen memperhitungkan sikap dan karakteristik *provider* terhadap konsumen, seperti etnis, jenis kelamin, ras dan hubungan keagamaan. Akses ini terdiri dari dua dimensi yaitu dapat diterima dan terjangkau. Dimensi dapat diterima mengarah kepada faktor ekonomi.

- d. Karakteristik dari struktur organisasi pelayanan dan proses, berbagai macam bentuk praktek pelayanan kesehatan dan cara memberikan pelayanan kesehatan mengakibatkan pola pemanfaatan yang berbeda.

### 3. Faktor Interaksi Konsumen dan *Provider* (penyedia pelayanan)

#### a. Faktor yang berhubungan dengan konsumen, dipengaruhi oleh:

1. Faktor sosio demografi meliputi umur, *sex*, ras, bangsa, status perkawinan, jumlah anggota keluarga, status sosial ekonomi (pendidikan, pekerjaan dan penghasilan,
2. Faktor sosio psikologi meliputi persepsi sakit, gejala sakit dan keyakinan terhadap perawatan medis/dokter,
3. Faktor epidemiologi meliputi *mortalitas, morbiditas, disability*
4. faktor risiko.

#### b. Faktor yang berhubungan dengan *provider*, dipengaruhi oleh:

1. Faktor ekonomi yaitu barang subsidi
2. Faktor karakteristik *provider* meliputi tipe pelayanan, sikap petugas, keahlian petugas, keahlian petugas dan fasilitas yang dimiliki oleh pelayanan tersebut.

Menurut Kalangie dalam *Department of Health Education and Welfare, USA* ada beberapa faktor yang memengaruhi seseorang memanfaatkan pelayanan kesehatan, yaitu :

1. Faktor *regional* dan *residence* yaitu : *regional* misalnya Jakarta, Jawa Tengah dan lain-lain, dan *residence* misalnya : rural (desa) dan Urban (kota).
2. Faktor dari sistem pelayanan kesehatan yang bersangkutan yaitu tipe dari organisasi, misalnya : rumah sakit, puskesmas dan fasilitas pelayanan lainnya, kelengkapan program kesehatan, tersedianya tenaga dan fasilitas medis,

teraturnya pelayanan, hubungan antara dokter/ tenaga kesehatan lain.

3. Faktor adanya fasilitas kesehatan lain.
4. Faktor-faktor dari konsumen yang menggunakan pelayanan kesehatan yaitu: faktor sosio psikologi yang meliputi sikap/persepsi terhadap kesehatan secara umum, pengetahuan dan sumber informasi dan pelayanan kesehatan secara umum, pengetahuan dan sumber informasi dari pelayanan kesehatan dan tabiat terhadap pelaksanaan kesehatan sebelumnya, faktor ekonomis meliputi status sosio ekonomi (pendidikan, pekerjaan, dan penghasilan), dan digunakan pelayanan kesehatan yang meliputi jarak antara rumah penderita dengan tempat pelayanan kesehatan (Hotma, 2007).

## **2.6 Teori Tentang Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan**

Menurut Lawrence Green (1980), kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh faktor didalam perilaku dan faktor diluar perilaku. Faktor perilaku terbentuk dari tiga factor yaitu factor predisposisi (*predisposing factor*), faktor pendukung (*enabling factor*), dan faktor penguat (*reinforcing factor*). Ketiga faktor ini dapat memengaruhi tindakan masyarakat dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan.

### **2.6.1 Faktor Predisposisi**

Menurut sarwono (2004), faktor predisposisi adalah setiap individu memiliki kecendrungan yang berbeda dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. Karakteristik ini meliputi pendidikan, pengetahuan, pekerjaan, sikap, dan persepsi

### **2.6.1.1 Pendidikan**

Menurut Andersen (1973) bahwa pendidikan termasuk variabel dalam model struktur sosial. Tingkat pendidikan yang berbeda memiliki kecenderungan yang berbeda pula dalam pengertian dan reaksi terhadap masalah kesehatan mereka, sehingga diduga pendidikan berpengaruh juga dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan gratis di tingkat Puskesmas. Feldstein (1979) mengemukakan bahwa pendidikan termasuk faktor yang berpengaruh terhadap permintaan pelayanan kesehatan.

Menurut Widyastuti, dkk (2010) pendidikan merupakan proses pemberdayaan peserta didik sebagai subjek dan objek dalam membangun kehidupan yang lebih baik. Pendidikan juga merupakan proses sadar dan sistematis di sekolah, keluarga dan masyarakat untuk menyampaikan suatu maksud dari suatu konsep yang sudah ditetapkan. Tujuan pendidikan diharapkan agar individu mempunyai kemampuan secara mandiri untuk meningkatkan taraf hidup lahir batin dan meningkatkan peranannya secara pribadi.

### **2.6.1.2 Pengetahuan**

Pengetahuan merupakan hasil 'tahu' yang terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap sesuatu. Pengetahuan merupakan domain sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (Notoatmodjo, 2007). Pengetahuan diperoleh dari pengalaman, baik pengalaman sendiri maupun pengalaman orang lain. Hasil penelitian Sebayang (2006) menunjukkan bahwa pengetahuan tentang Jamkesmas berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan.

Menurut Notoatmodjo (2007) pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda-beda. Secara garis besarnya dibagi dalam 6 tingkat pengetahuan yaitu :

a. Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya, termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima, oleh sebab itu, "tahu" ini adalah merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain: menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan, dan sebagainya.

b. Memahami (*Comprehension*)

Memahami diartikan sebagai kemampuan menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar, orang yang telah paham terhadap obyek atau materi dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek.

c. Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi yang sebenarnya. Aplikasi disini dapat diartikan aplikasi, atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

d. Analisis

Analisis adalah kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu obyek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam suatu struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan dan sebagainya.

e. Sintesis (*Syntesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis itu suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada, misalnya dapat menyusun, dapat merencanakan, dapat meringkaskan, dapat menyesuaikan, dan sebagainya terhadap suatu teori atau rumusan

f. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap materi atau obyek. Penilaian-penilaian ini berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria yang telah ada.

### **2.6.1.3 Sikap**

Sikap adalah respons seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu, yang sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan. Dalam Notoatmodjo (2007) menyatakan bahwa sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu.

Menurut Notoatmodjo (2007) sikap terdiri dari 3 komponen, yaitu:

1. Kepercayaan atau keyakinan, ide dan konsep terhadap objek
2. Kehidupan emosional dan evaluasi orang terhadap objek
3. Kecendrungan untuk bertindak (*tend to behave*).

Sikap juga mempunyai tingkatan berdasarkan intensitasnya, sebagai berikut :

1. Menerima

Menerima diartikan bahwa seseorang atau subjek mau menerima stimulus yang diberikan, misalnya sikap seseorang terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh peserta Jamkesmas dapat diketahui kehadiran dari peserta Jamkesmas menggunakan pelayanan ke Puskesmas

2. Menanggapi

Menanggapi diartikan memberikan jawaban atau tanggapan terhadap pertanyaan yang dihadapi

3. Menghargai

Menghargai diartikan seseorang memberikan nilai yang positif terhadap objek, dalam arti mendiskusikannya dengan orang lain dan bahkan memengaruhi atau menganjurkan orang lain merespon.

4. Bertanggung jawab

Bertanggung jawab terhadap apa saja yang diyakininya. Seseorang yang telah mengambil sikap yang diyakininya, maka dia harus berani mengambil risiko.

#### **2.1.6.4 Persepsi**

Didalam proses pembentukan dan atau perubahan perilaku dipengaruhi oleh

beberapa faktor yang berasal dari dalam dan dari luar individu itu sendiri. Faktor-faktor tersebut antara lain susunan syaraf pusat, persepsi, motivasi, proses belajar, lingkungan, dan sebagainya. Persepsi adalah pengalaman yang dihasilkan melalui panca indera. Setiap orang mempunyai persepsi yang berbeda-beda, meskipun mengamati objek yang sama. Motivasi yang diartikan sebagai dorongan untuk bertindak untuk mencapai suatu tujuan juga dapat terwujud dalam bentuk perilaku. Perilaku juga dapat timbul karena emosi. Emosi berhubungan erat dengan keadaan jasmani yang pada hakekatnya merupakan faktor keturunan (bawaan). Manusia didalam mencapai kedewasaannya, semua aspek tersebut diatas akan berkembang sesuai dengan hukum perkembangan (Notoatmodjo, 2003).

## **2.6.2 Faktor Pemungkin/Pendorong**

Faktor pendukung yang memengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan terdiri dari pendapatan keluarga, kepemilikan jaminan kesehatan, tersedianya pelayanan kesehatan.

### **2.6.2.1 Jarak Puskesmas**

Jarak antara tempat tinggal dengan tempat pelayanan kesehatan berpengaruh negative terhadap jumlah pelayanan kesehatan. Hal ini dapat dipahami karena semakin jauh tempat tinggal semakin jauh tempat tinggal pelayanan kesehatan akan semakin mahal. Ini telah sesuai dengan teori permintaan yaitu jika barang yang diminta semakin mahal, maka jumlah barang yang dibeli akan semakin sedikit (Andersen et al, 1973; dalam Laij, 2012)



### **2.6.2.2 Kepemilikan Jaminan Kesehatan**

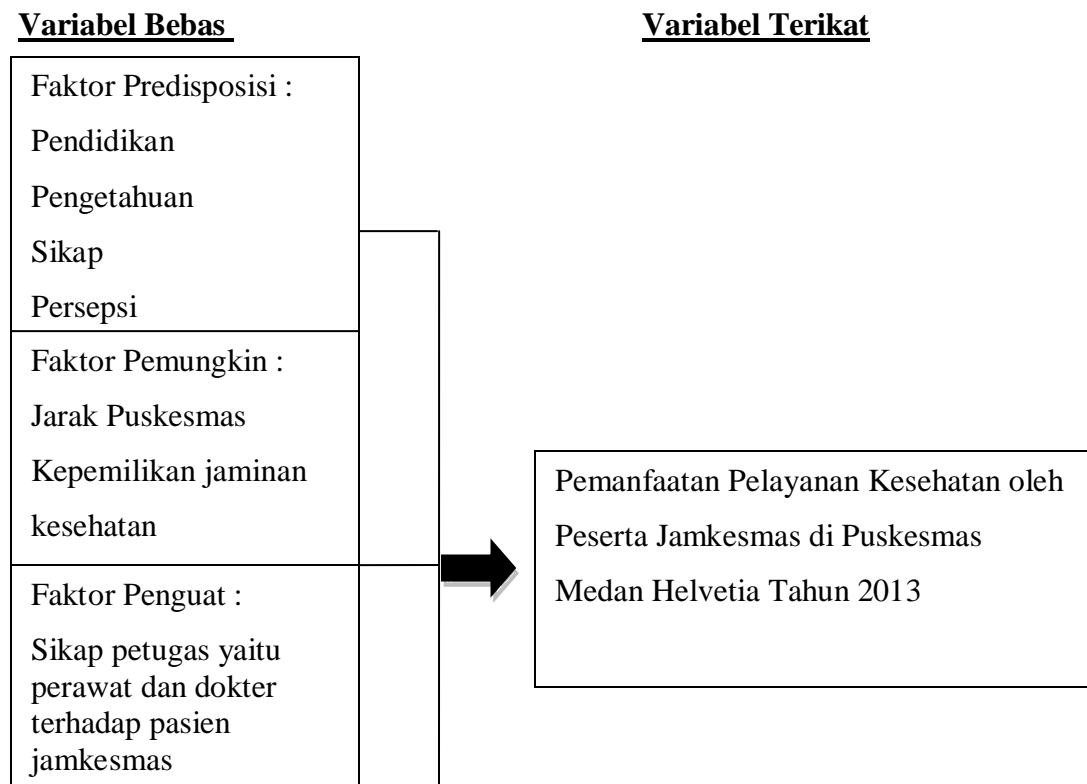
Kepemilikan jaminan kesehatan merupakan sumber dana keluarga untuk membayar pelayanan kesehatan diukur dengan ada atau tidaknya jaminan kesehatan.

### **2.6.3 Faktor Penguat**

Faktor penguat terwujud dalam sikap dan perilaku petugas. Sikap dan perilaku petugas kesehatan sangat menentukan dalam memberikan pelayanan di fasilitas kesehatan meliputi : sikap petugas yaitu perawat dan dokter kepada peserta Jamkesmas.

## 2.7 Kerangka Konsep

Berdasarkan tinjauan teoritis, determinan yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh peserta Jamkesmas di Puskesmas Medan Helvetia, digambarkan dalam kerangka konsep sebagai berikut :



**Gambar 2.1 Kerangka Konsep Penelitian**

## **2.7 Hipotesis Penelitian**

Adanya pengaruh faktor pengetahuan, sikap, persepsi, jarak dan kepemilikan Jaminan Kesehatan terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh peserta Jamkesmas di Puskesmas Medan Helvetia.