

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Faktor yang Mempengaruhi Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Anderson dalam Notoatmodjo (2010), menggambarkan model sistem kesehatan (*health system model*) yang berupa model kepercayaan kesehatan. Di dalam model Anderson ini terdapat 3 kategori utama dalam pelayanan kesehatan, yaitu : karakteristik predisposisi, karakteristik pendukung dan karakteristik kebutuhan.

1. Karakteristik Predisposisi (*Predisposing Characteristics*)

Karakteristik ini digunakan untuk menggambarkan fakta bahwa tiap individu mempunyai kecenderungan untuk menggunakan pelayanan kesehatan yang berbeda-beda. Hal ini disebabkan karena adanya ciri-ciri individu, yang digolongkan ke dalam tiga kelompok yaitu:

a. Ciri-ciri demografi

1) Jenis kelamin

Jenis kelamin adalah perbedaan bentuk, sifat dan fungsi biologi laki-laki dan perempuan yang menentukan perbedaan peran mereka dalam reproduksi (Oakley, 2015 dalam Artaria Myrtati, 2016). Berdasarkan hasil penelitian jenis kelamin dapat mempengaruhi dalam pengambilan keputusan untuk melakukan pencarian pengobatan. Hal ini dikarenakan perempuan membutuhkan pelayanan kesehatan khusus seperti pelayanan

kesehatan kehamilan dan penyakit-penyakit spesifik yang mengharuskan perempuan memanfaatkan pelayanan kesehatan (Irawan and Ainy, 2018).

2) Umur

Umur adalah lama waktu hidup atau ada (sejak dilahirkan atau diadakan) (KBBI). Umur merupakan jumlah tahun yang telah dilalui oleh seseorang dari awal dilahirkan sampai ulang tahun terakhir (Mardiana *et al.*, 2022). Menurut Notoatmodjo (2005) dalam Mardiana *et al.*, (2022) umur adalah salah satu faktor yang dapat mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan, kelompok usia muda ternyata lebih rentan terhadap penyakit seperti diare dan infeksi saluran pernafasan. Usia produktif lebih cenderung berhadapan dengan masalah kecelakaan lalu lintas, kecelakaan kerja, dan penyakit akibat gaya hidup yang kurang sehat, dan untuk usia yang relatif lebih tua atau lansia sangat rentan dengan penyakit kronis seperti hipertensi, jantung koroner dan kanker.

b. Struktur sosial

1) Tingkat pendidikan

Pendidikan adalah usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik secara aktif mengembangkan potensi dirinya untuk memiliki kekuatan spiritual keagamaan, pengendalian diri,

kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta keterampilan yang diperlukan dirinya, masyarakat, bangsa dan negara (UU Nomor 20 Tahun 2003). Pendidikan merupakan salah satu faktor sosio-ekonomi konsumen yang mempengaruhi individu dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan (Dever, 1984 dalam Tampi *et al.*, 2016). Pendidikan akan mempengaruhi kesadaran individu akan pentingnya arti sehat bagi diri dan lingkungan, sehingga dapat mendorong kebutuhan akan pelayanan kesehatan dan pemilihan terhadap pelayanan kesehatan (Notoatmodjo, 2010 dalam Tampi *et al.*, 2016).

2) Pekerjaan

Pekerjaan merupakan salah satu faktor sosio-ekonomi konsumen yang turut berperan mempengaruhi individu dalam pelayanan kesehatan (Dever, 1984 dalam Tampi *et al.*, 2016). Pekerjaan merupakan salah satu faktor pendukung yang mempengaruhi seseorang dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. Seseorang yang bekerja memiliki kecenderungan lebih tinggi untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan dibandingkan dengan seseorang yang tidak bekerja (Tampi *et al.*, 2016).

3) Kesukuan

Kesukuan adalah perihal atau sifat mengenai suku (bangsa) (KBBI). Berdasarkan hasil penelitian Yuliana *et al.*,

(2012) didapatkan hasil bahwa responden terbanyak adalah bersuku Melayu yaitu berjumlah 40 orang responden (31,7%). Setiap suku memiliki peluang-peluang tersendiri dalam perilaku memanfaatkan pelayanan kesehatan yang diinginkan. Suku yang mengandung nilai kebudayaan banyak mempengaruhi terbentuknya keyakinan dan perilaku masyarakat diantaranya cara melaksanakan sistem pelayanan kesehatan pribadi dan pemilihan tempat pelayanan kesehatan. Pada kelurahan Tangkerang Labuai, masyarakat yang menjadi responden peneliti paling banyak bersuku Melayu dan rata-rata memanfaatkan pelayanan kesehatan secara non-medis.

- c. Manfaat-manfaat kesehatan, seperti keyakinan bahwa pelayanan kesehatan dapat menolong proses penyembuhan penyakit. Individu percaya adanya kemandirian dalam penggunaan pelayanan kesehatan, contohnya tingkat pengetahuan dan keyakinan terhadap pelayanan kesehatan.

- 1) Pengetahuan (*knowledge*)

Pengetahuan adalah hasil pengindraan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indra yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan sebagainya). Sebagian besar pengetahuan seseorang diperoleh melalui indra pendengaran (telinga) dan indra penglihatan (mata) (Notoatmodjo, 2010:27). Pengetahuan seseorang terhadap objek

mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda-beda (Notoatmodjo, 2010:27), yang secara garis besarnya dibagi menjadi 6 tingkatan yaitu:

- a) Tahu (*know*), diartikan hanya sebagai *recall* (memanggil) memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu.
- b) Memahami (*comprehension*), artinya memahami suatu objek bukan sekedar tahu terhadap objek tersebut, tidak sekedar dapat menyebutkan, tetapi orang tersebut harus dapat menginterpretasikan secara benar tentang objek yang diketahui tersebut.
- c) Aplikasi (*application*), diartikan apabila orang yang telah memahami objek yang dimaksud dapat menggunakan atau mengaplikasikan prinsip yang diketahui tersebut pada situasi yang lain.
- d) Analisis (*analysis*), artinya kemampuan seseorang untuk menjabarkan dan atau memisahkan, kemudian mencari hubungan antara komponen-komponen yang terdapat dalam suatu masalah atau objek yang diketahui.
- e) Sintesis (*synthesis*), artinya kemampuan seseorang untuk merangkum atau meletakkan dalam satu hubungan yang logis dari komponen-komponen pengetahuan yang dimiliki.

- f) Evaluasi (*evaluation*), artinya kemampuan seseorang untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu objek yang didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau norma-norma yang berlaku dimasyarakat.

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden (Notoatmodjo, 2007:142). Menurut Arikunto (2006) dalam Rachmawati (2019) tingkat pengetahuan dibedakan menjadi tiga kategori yaitu baik, cukup dan kurang. Dinyatakan baik apabila seseorang mampu menjawab dengan benar 76-100% dari jumlah pertanyaan. Dinyatakan cukup apabila seseorang mampu menjawab dengan benar 56-75% dari jumlah pertanyaan, sedangkan dinyatakan kurang apabila seseorang mampu menjawab dengan benar kurang 55% dari jumlah pertanyaan.

Berdasarkan hasil penelitian Agustina (2019) menyatakan bahwa ada hubungan antara pengetahuan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan ($p=0,001$) di Puskesmas Kalongan. Penelitian ini menunjukkan bahwa dari 105 responden, sebanyak 72 responden (68,6%) memiliki pengetahuan kurang dan sebanyak 33 responden (31,4%) memiliki pengetahuan yang baik mengenai JKN. Sebagian responden memiliki pengetahuan yang kurang terhadap

pemanfaatan pelayanan kesehatan khususnya mengenai manfaat JKN sehingga tidak memanfaatkannya.

2) Keyakinan terhadap pelayanan kesehatan

Keyakinan berkaitan dengan interaksi antara petugas dengan pasien. Salah satu faktor yang berpengaruh pada pemanfaatan pelayanan kesehatan ialah tingkat keyakinan terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan (Masita *et al.*, 2015).

Berdasarkan hasil penelitian (Masita *et al.*, 2015) menyatakan bahwa ada hubungan keyakinan terhadap pelayanan kesehatan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Kanapa-Napa dengan nilai ($p=0,233$). Hasil penelitian diperoleh bahwa dari 49 responden yang memiliki keyakinan terhadap pelayanan kesehatan, sebanyak 16 responden (32,7%) memanfaatkan pelayanan kesehatan dengan kategori cukup dan sebanyak 33 responden (67,3%) memanfaatkan pelayanan kesehatan dengan kategori kurang.

Sedangkan dari 20 responden yang tidak memiliki keyakinan terhadap pelayanan kesehatan sebanyak 3 responden (15,0) memanfaatkan pelayanan kesehatan dengan kategori cukup dan sebanyak 17 responden (85,0%) memanfaatkan pelayanan kesehatan dengan kategori kurang pada masyarakat

Desa Tanailandu di wilayah kerja Puskesmas Kanapa-Napa Kecamatan Mawasangka Kabupaten Konawe Selatan.

2. Karakteristik Pendukung (*Enabling Characteristics*)

Karakteristik ini mencerminkan bahwa meskipun mempunyai predisposisi untuk menggunakan pelayanan kesehatan, ia tak akan bertindak untuk menggunakannya, kecuali bila ia mampu menggunakannya. Penggunaan pelayanan kesehatan yang ada tergantung kepada kemampuan konsumen untuk membayar.

a. Sumber daya keluarga

1) Pendapatan

Pendapatan adalah jumlah uang yang diterima oleh para anggota masyarakat untuk jangka waktu tertentu sebagai balas jasa atas faktor-faktor produksi yang mereka sumbangkan dalam turut serta membentuk produk nasional (Suparyanto, 2014 dalam Mesra 2019).

Berdasarkan hasil penelitian Fadhila *et al.*, (2019) ada hubungan pendapatan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Hal ini dikarenakan pendapatan yang sangat rendah dapat menentukan ketidakpatuhan penderita berobat. Pasien yang berpenghasilan rendah, selain penghasilannya untuk memenuhi kebutuhan pokok sehari-hari, mereka masih harus mengeluarkan biaya transport untuk berobat di Puskesmas. Hal ini yang menyebabkan pasien tidak berkunjung ke fasilitas

kesehatan. Pendapatan semakin tinggi maka semakin tinggi pemanfaatan pelayanan kesehatan (Fadhila *et al.*, 2019).

2) Kepemilikan asuransi kesehatan

Asuransi kesehatan dikenal sebagai program sosial untuk menjamin bahwa seseorang (peserta) dapat memenuhi kebutuhan pemeliharaan kesehatan tanpa mempertimbangkan keadaan ekonomi orang tersebut pada saat membutuhkan pelayanan kesehatan (Firdausi *et al.*, 2022).

Asuransi kesehatan mempengaruhi konsumsi pelayanan secara signifikan. Manfaat asuransi kesehatan adalah membebaskan peserta dari kesulitan menyediakan dana tunai, biaya kesehatan dapat diawasi, dan tersedianya data kesehatan. Kepemilikan jaminan kesehatan keluarga yang dapat dimanfaatkan di Puskesmas misalnya: Askes, Jamkesmas, BPJS. Asuransi kesehatan mempunyai peran yang sangat penting dalam pemeliharaan kesehatan masyarakat terutama pada saat sakit sehingga kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan akan terpenuhi dan pembiayaan kesehatan lebih terjamin (Masita *et al.*, 2015).

3) Dukungan pasangan

Dukungan pasangan yaitu dukungan sosial yang bersumber dari pasangan. Dukungan pasangan merupakan sebuah perilaku yang diberikan pasangan berbentuk perhatian,

penghargaan dan bantuan yang diberikan kepada individu. Dalam hal ini orang yang merasa memperoleh dukungan sosial, secara emosional merasa lega diperhatikan, mendapat saran atau kesan yang menyenangkan pada dirinya (Prasetyo et al., 2010 dalam Ramlian *et al.*, 2023).

Berdasarkan hasil penelitian Ramlian *et al.*, (2023) menyatakan bahwa ada hubungan dukungan keluarga dengan pemanfaatan pelayanan di wilayah kerja Puskesmas Tanjung Harapan Kabupaten Morowali Tahun 2022. Hasil penelitian diperoleh bahwa dari 53 responden yang tidak mendukung terdapat 45 responden yang memanfaatkan pelayanan dan terdapat 8 responden yang memanfaatkan pelayanan. Kemudian dari 46 responden yang mendukung, terdapat 24 responden yang tidak memanfaatkan pelayanan dan 22 responden yang memanfaatkan pelayanan.

b. Sumber daya masyarakat

1) Ketersediaan fasilitas kesehatan

Fasilitas pelayanan kesehatan adalah suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah dan/atau masyarakat (Permenkes, 2018).

Ketersediaan fasilitas kesehatan merupakan salah satu unsur yang dianggap mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan. Berdasarkan hasil penelitian, menunjukkan bahwa semakin lengkap fasilitas pelayanan kesehatan di puskesmas semakin banyak masyarakat yang memanfaatkan pelayanan kesehatan di puskesmas, sebaliknya semakin kurang fasilitas pelayanan kesehatan di puskesmas semakin kurang pula masyarakat yang memanfaatkan pelayanan kesehatan di puskesmas (Usman *et al.*, 2021).

2) Akseibilitas

Akses pelayanan kesehatan adalah pelayanan kesehatan harus dapat dicapai oleh masyarakat, tidak terhalang oleh keadaan geografis, sosial, ekonomi, organisasi dan bahasa. Salah satunya yaitu keadaan geografis yang dapat diukur dengan jarak, lama perjalanan, jenis transportasi dan atau hambatan fisik lain yang dapat menghalangi seseorang untuk mendapatkan pelayanan kesehatan (Masita *et al.*, 2015).

Berdasarkan hasil penelitian (Masita *et al.*, 2015) menunjukkan bahwa dari 69 responden, sebanyak 28 responden (40,6%) mudah mengakses pelayanan kesehatan di puskesmas dan sebanyak 41 responden (59,4%) sulit mengakses pelayanan kesehatan di puskesmas.

3. Karakteristik Kebutuhan (*Need Characteristics*)

Faktor predisposisi dan faktor yang memungkinkan untuk mencari pengobatan dapat terwujud di dalam tindakan apabila itu dirasakan sebagai kebutuhan. Kebutuhan merupakan dasar dan stimulus langsung untuk menggunakan pelayanan kesehatan, bilamana tingkat predisposisi dan pendukung itu ada. Kebutuhan (*need*) di sini dibagi menjadi 2 kategori:

- a. Kebutuhan yang dirasakan atau *Perceived (subject assesment)*, penilaian individu merupakan keadaan kesehatan yang dirasakan oleh setiap individu, besarnya ketakutan tentang penyakitnya dan hebatnya rasa sakit yang dirasakannya.
- b. *Evaluated (clinical diagnosis)*, merupakan penilaian beratnya penyakit dari dokter yang merawatnya. Hal ini tercermin antara lain dari hasil pemeriksaan dan penentuan diagnosis penyakit oleh dokter.

1) Persepsi Kebutuhan (*Perceived*)

Persepsi adalah pengalaman tentang objek, peristiwa, atau hubungan-hubungan yang diperoleh dengan menyimpulkan informasi dan menafsirkannya (Notoatmodjo, 2010:92). Kebutuhan merupakan dasar dan stimulus langsung untuk menggunakan pelayanan kesehatan. Hal ini mengacu pada tingkat kesakitan yang dianggap sebagai penyebab langsung

terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan (Widiyastuty *et al.*, 2023).

Masyarakat atau anggota masyarakat yang merasakan sakit, dan tidak merasakan sakit (*disease but no illness*) sudah tentu tidak akan bertindak apa-apa terhadap penyakitnya. Mereka jika diserang penyakit dan juga merasakan sakit, baru akan timbul berbagai macam perilaku dan usaha untuk mengobatinya penyakit tersebut (Notoatmodjo, 2010:107). Respon seseorang apabila sakit adalah sebagai berikut (Notoatmodjo, 2010:107):

- a) Tidak bertindak atau tidak melakukan kegiatan apa-apa (*no action*). Hal ini dikarenakan bahwa kondisi yang demikian tidak akan mengganggu kegiatan atau kerja mereka sehari-hari. Mereka beranggapan bahwa tanpa bertindak apa pun gejala yang diderita akan lenyap dengan sendirinya. Hal ini merupakan suatu bukti bahwa kesehatan belum merupakan prioritas di dalam hidup dan kehidupannya. Faktor lain yang menjadi alasan adalah fasilitas kesehatan yang diperlukan sangat jauh letaknya, para petugas kesehatan tidak simpatik, judes, tidak responsif dan sebagainya.
- b) Tindakan mengobati sendiri (*self treatment atau self medication*), dengan alasan yang sama seperti telah diuraikan. Alasan tambahan dari tindakan ini adalah karena

orang atau masyarakat tersebut sudah percaya kepada diri sendiri dan sudah merasa bahwa berdasarkan pengalaman yang lalu usaha pengobatan sendiri sudah dapat mendatangkan kesembuhan. Hal ini mengakibatkan pencarian pengobatan keluar tidak diperlukan. Mengobati sendiri yang dilakukan masyarakat melalui berbagai cara antara lain : kerokan, pijat, membuat ramuan sendiri, misalnya jamu, minum jamu yang dibeli dari warung, minum obat yang dibeli bebas di warung obat atau apotek.

- c) Mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas pengobatan tradisional (*traditional remedy*). Pengobatan tradisional masih menduduki tempat teratas dibanding dengan pengobatan-pengobatan yang lain untuk masyarakat pedesaan khususnya. Pada masyarakat yang masih sederhana, masalah sehat-sakit adalah lebih bersifat budaya daripada gangguan-gangguan fisik. Identik dengan itu pencarian pengobatan pun lebih berorientasi kepada sosial budaya masyarakat daripada hal-hal yang dianggap masih asing. Dukun yang melakukan pengobatan tradisional merupakan bagian dari masyarakat, berada di tengah-tengah masyarakat, dekat dengan masyarakat, dan pengobatan yang dihasilkan adalah kebudayaan masyarakat, lebih diterima oleh masyarakat daripada dokter, mantri, bidan, dan

sebagainya yang masih asing bagi mereka, seperti juga pengobatan yang dilakukan dan obat-obatnya pun merupakan kebudayaan mereka.

- d) Mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas pengobatan modern (profesional) yang diadakan oleh pemerintah atau lembaga-lembaga kesehatan swasta, yang dikategorikan ke dalam balai pengobatan, puskesmas dan rumah sakit, termasuk mencari pengobatan ke fasilitas pengobatan modern yang diselenggarakan oleh dokter praktik (*private medicine*).

Berdasarkan hasil penelitian Widiyastuty *et al.*, (2023) menyatakan bahwa ada hubungan antara persepsi kebutuhan (*perceived*) dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan ($p=0,000$) di Puskesmas Entikong. Penelitian ini menunjukkan bahwa dari 250 responden, sebanyak 165 responden (66,0%) memiliki persepsi persepsi kebutuhan (*perceived*) negatif dan sebanyak 85 responden (34,0%) memiliki persepsi persepsi kebutuhan (*perceived*) positif.

B. Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

1. Definisi Pelayanan Kesehatan

Berdasarkan pendapat Levey dan Loomba dalam Azwar (2010), pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri

atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat.

2. Definisi Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah hasil dari proses pencarian pelayanan kesehatan oleh seseorang maupun kelompok. Kesehatan individu dan status sosial ekonomi adalah determinan utama dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan (Rini, 2015).

3. Syarat Pokok Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kedokteran berbeda dengan pelayanan kesehatan masyarakat. Namun untuk dapat disebut sebagai suatu pelayanan kesehatan yang baik, keduanya harus memiliki berbagai persyaratan pokok. Syarat pokok yang dimaksud adalah (Azwar, 2010:45):

a. Tersedia dan berkesinambungan

Syarat pokok pertama pelayanan kesehatan yang baik adalah pelayanan kesehatan tersebut harus tersedia di masyarakat (*available*) serta bersifat berkesinambungan (*continous*). Artinya semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat tidak sulit ditemukan, serta keberadaannya di masyarakat adalah pada setiap saat yang dibutuhkan.

b. Dapat diterima dan wajar

Syarat pokok kedua pelayanan kesehatan yang baik adalah yang dapat diterima (*acceptable*) oleh masyarakat serta bersifat wajar (*appropriate*). Artinya pelayanan kesehatan tersebut tidak bertentangan dengan keyakinan dan kepercayaan masyarakat. Pelayanan kesehatan yang bertentangan dengan adat istiadat, kebudayaan, keyakinan dan kepercayaan masyarakat, serta bersifat tidak wajar, bukanlah suatu pelayanan kesehatan yang baik.

c. Mudah dicapai

Syarat pokok ketiga pelayanan kesehatan yang baik adalah yang mudah dicapai (*accessible*) oleh masyarakat. Pengertian ketercapaian yang dimaksud di sini terutama dari sudut lokasi. Dengan demikian untuk dapat mewujudkan pelayanan kesehatan yang baik, maka pengaturan distribusi sarana kesehatan menjadi sangat penting. Pelayanan kesehatan yang terlalu terkonsentrasi di daerah perkotaan saja, dan sementara itu tidak ditemukan di daerah pedesaan, bukan pelayanan kesehatan yang baik.

d. Mudah dijangkau

Syarat pokok keempat pelayanan kesehatan yang baik adalah yang mudah dijangkau (*affordable*) oleh masyarakat. Pengertian keterjangkauan yang dimaksud di sini terutama dari sudut biaya. Untuk dapat mewujudkan keadaan yang seperti ini harus dapat diupayakan biaya pelayanan kesehatan tersebut sesuai dengan

kemampuan ekonomi masyarakat. Pelayanan kesehatan yang mahal dan karena itu hanya mungkin dinikmati oleh sebagian kecil masyarakat saja, bukan pelayanan kesehatan yang baik.

e. Bermutu

Syarat pokok kelima pelayanan kesehatan yang baik adalah yang bermutu (*quality*). Pengertian mutu yang dimaksud di sini adalah yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan, yang di satu pihak dapat memuaskan para pemakai jasa pelayanan, dan di pihak lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik serta standar yang telah ditetapkan.

4. Stratifikasi Pelayanan Kesehatan

Strata pelayanan kesehatan yang dianut oleh tiap negara tidaklah sama, namun secara umum menurut Azwar (2010:48) berbagai strata ini dapat dikelompokkan menjadi tiga macam yakni:

a. Pelayanan kesehatan tingkat pertama

Pelayanan kesehatan tingkat pertama (*primary health services*) adalah pelayanan kesehatan yang bersifat pokok (*basic health services*), yang sangat dibutuhkan oleh sebagian besar masyarakat serta mempunyai nilai strategis untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Pada umumnya pelayanan kesehatan tingkat pertama ini bersifat pelayanan rawat jalan (*ambulatory/out patient services*).

b. Pelayanan kesehatan tingkat kedua

Pelayanan kesehatan tingkat kedua (*secondary health services*) adalah pelayanan kesehatan yang lebih lanjut, telah bersifat rawat inap (*in patient services*) dan untuk menyelenggarakannya telah dibutuhkan tersedianya tenaga-tenaga spesialis.

c. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga

Pelayanan kesehatan tingkat ketiga (*tertiary health services*) adalah pelayanan kesehatan yang bersifat lebih kompleks dan umumnya diselenggarakan oleh tenaga-tenaga subspecialis.

C. Jaminan Kesehatan Nasional

1. Definisi Jaminan Kesehatan

Jaminan kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran jaminan kesehatan atau iuran jaminan kesehatannya dibayar oleh Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah (Peraturan Presiden No. 82 Tahun 2018).

2. Prinsip Jaminan Kesehatan Nasional

Jaminan Kesehatan Nasional mengacu pada prinsip Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan berdasarkan prinsip (Peraturan Presiden No. 04 Tahun 2004):

a. Kegotong-royongan

Prinsip ini diwujudkan dalam mekanisme gotong royong dari peserta yang mampu kepada peserta yang kurang mampu dalam bentuk kepesertaan wajib bagi seluruh rakyat; peserta yang berisiko rendah membantu yang berisiko tinggi; dan peserta yang sehat membantu yang sakit. Melalui prinsip kegotong-royongan ini, jaminan sosial dapat menumbuhkan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

b. Nirlaba

Pengelolaan dana amanat tidak dimaksudkan untuk mencari laba (nirlaba) bagi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, akan tetapi tujuan utama penyelenggaraan jaminan sosial adalah untuk memenuhi sebesar-besarnya kepentingan peserta. Dana amanat, hasil pengembangannya, dan surplus anggaran akan dimanfaatkan sebesar-besarnya untuk kepentingan peserta.

c. Keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi dan efektivitas

Prinsip-prinsip manajemen ini diterapkan dan mendasari seluruh kegiatan pengelolaan dana yang berasal dari iuran peserta dan hasil pengembangannya.

d. Portabilitas

Jaminan sosial dimaksudkan untuk memberikan jaminan yang berkelanjutan meskipun peserta berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara kesatuan Republik Indonesia.

e. Kepesertaan bersifat wajib

Kepesertaan wajib dimaksudkan agar seluruh rakyat menjadi peserta sehingga dapat terlindungi. Meskipun kepesertaan bersifat wajib bagi seluruh rakyat, penerapannya tetap disesuaikan dengan kemampuan ekonomi rakyat dan Pemerintah serta kelayakan penyelenggaraan program. Tahapan pertama dimulai dari pekerja di sektor formal, bersamaan dengan itu sektor informal dapat menjadi peserta secara sukarela, sehingga dapat mencakup petani, nelayan dan mereka yang bekerja secara mandiri, sehingga pada akhirnya Sistem Jaminan Sosial Nasional dapat mencakup seluruh rakyat.

f. Dana amanat

Dana yang terkumpul dari iuran peserta merupakan titipan kepada badan-badan penyelenggara untuk dikelola sebaik-baiknya dalam rangka mengoptimalkan dana tersebut untuk kesejahteraan peserta.

g. Hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta.

Prinsip hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial Nasional dalam Undang-Undang ini adalah hasil berupa dividen dari pemegang saham yang dikembalikan untuk kepentingan peserta jaminan sosial.

3. Manfaat Jaminan Kesehatan

Manfaat Jaminan Kesehatan terdiri atas manfaat medis dan manfaat nonmedis. Manfaat medis diberikan sesuai dengan indikasi medis dan standar pelayanan serta tidak dibedakan berdasarkan iuran peserta. Manfaat nonmedis diberikan berdasarkan iuran peserta (Peraturan Presiden No. 82 Tahun 2018).

Setiap peserta berhak memperoleh manfaat jaminan kesehatan yang bersifat pelayanan kesehatan perorangan, mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif, termasuk pelayanan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan (Peraturan Presiden No. 82 Tahun 2018).

Pelayanan kesehatan yang dijamin terdiri atas:

- a. Pelayanan kesehatan tingkat pertama, meliputi pelayanan kesehatan nonspesialistik.
- b. Pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan, meliputi pelayanan kesehatan.
- c. Pelayanan ambulans darat atau air merupakan pelayanan transportasi pasien rujukan dengan kondisi tertentu antar fasilitas kesehatan disertai dengan upaya menjaga kestabilan kondisi pasien untuk kepentingan keselamatan pasien.
- d. Manfaat pelayanan promotif dan preventif meliputi pemberian pelayanan:

- 1) Penyuluhan kesehatan perorangan, meliputi paling sedikit penyuluhan mengenai pengelolaan faktor risiko penyakit dan perilaku hidup bersih dan sehat.
- 2) Imunisasi rutin, meliputi pemberian jenis imunisasi rutin sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- 3) Keluarga berencana, meliputi konseling dan pelayanan kontrasepsi, termasuk vasektomi dan tubektomi bekerja sama dengan Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional.
- 4) Skrining riwayat kesehatan dan pelayanan penapisan atau skrining kesehatan tertentu, diberikan secara selektif yang ditujukan untuk mendeteksi risiko penyakit dengan menggunakan metode tertentu.
- 5) Peningkatan kesehatan bagi peserta penderita penyakit kronis, ditujukan kepada peserta penderita penyakit kronis tertentu untuk mengurangi risiko akibat komplikasi penyakit yang dideritanya.

Manfaat pelayanan kesehatan yang tidak dijamin meliputi:

- a. Pelayanan kesehatan yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- b. Pelayanan kesehatan yang dilakukan di fasilitas kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan;
- c. Pelayanan kesehatan untuk tujuan kosmetik;

- d. Pelayanan untuk mengatasi infertilitas;
- e. Pelayanan meratakan gigi atau ortodonsi;
- f. Gangguan kesehatan/penyakit akibat ketergantungan obat dan/ atau alkohol;
- g. Pengobatan komplementer, alternatif dan tradisional, yang belum dinyatakan efektif berdasarkan penilaian teknologi kesehatan;
- h. Alat dan obat kontrasepsi, kosmetik;
- i. Pelayanan kesehatan akibat tindak pidana penganiayaan, kekerasan seksual, korban terorisme, dan tindak pidana perdagangan orang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

4. Kepesertaan JKN

Peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran jaminan kesehatan (Peraturan Presiden No. 82 Tahun 2018).

Peserta jaminan kesehatan meliputi:

- a. Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI JK), adalah peserta yang tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu yang iurannya dibayarkan oleh Pemerintah Pusat melalui APBN dan Pemerintah Daerah melalui APBD.

Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan harus memenuhi syarat:

- 1) Warga Negara Indonesia (WNI);
- 2) Memiliki NIK (Nomor Induk Keluarga) di Dukcapil;

3) Terdaftar dalam Data Terpadu Kesejahteraan Sosial.

Kepesertaan PBI JK berlaku terhitung sejak didaftarkan oleh Kementerian Kesehatan berdasarkan penetapan oleh menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintah dibidang sosial kecuali untuk bayi yang dilahirkan dari ibu kandung dari keluarga yang terdaftar sebagai PBI JK otomatis sebagai peserta, sebagaimana ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku (BPJS Kesehatan, 2021).

b. Bukan Penerima Bantuan Iuran (Non PBI) Jaminan Kesehatan

Peserta bukan PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud terdiri atas:

1) Pekerja Penerima Upah (PPU)

a) PPU Penyelenggara Negara terdiri dari Pejabat Negara, Pegawai Negeri Sipil (PNS) Pusat/Daerah, PNS yang diperbantukan pada BUMN/BUMD, TNI/PNS TNI, POLRI/PNS POLRI, Pimpinan dan anggota DPRD, Kepala Desa dan perangkat desa serta Pegawai pemerintah dengan perjanjian kerja.

b) PPU Non Penyelenggara Negara terdiri dari Pegawai Badan Usaha Milik Negara (BUMN), Pegawai Badan Usaha Milik Daerah (BUMD) dan Pegawai Badan Usaha Swasta.

2) Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) adalah setiap orang yang bekerja atau berusaha atas risiko sendiri, dan pekerja yang

berada diluar hubungan kerja atau pekerja mandiri yang mampu membayar iuran, antara lain : Pengacara, Akuntan, Arsitek, Dokter, Notaris, Penilai, Aktuaris, dan lain sebagainya.

3) Bukan Pekerja (BP) adalah setiap orang yang bukan termasuk kelompok PPU, PBPU, PBI Jaminan Kesehatan, dan penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah. Bukan Pekerja (BP) terdiri atas:

- a) Investor yaitu perorangan yang melakukan suatu investasi (bentuk penanaman modal sesuai dengan jenis investasi yang dipilihnya) baik dalam jangka pendek atau jangka panjang.
- b) Pemberi Kerja yaitu orang perseorangan yang mempekerjakan tenaga kerja, dengan membayar gaji, upah atau imbalan dalam bentuk lainnya.
- c) Penerima Pensiun, terdiri atas : Penerima Pensiun Pejabat Negara, Penerima Pensiun Pegawai Negeri Sipil, Penerima Pensiun Prajurit/anggota Polri, Penerima Pensiun TNI, Veteran dan Perintis Kemerdekaan.

D. Puskesmas

1. Definisi Puskesmas

Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) merupakan suatu unit pelaksana fungsional yang berfungsi sebagai pusat pembangunan kesehatan, pusat pembinaan peran serta masyarakat dalam bidang

kesehatan serta pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menyelenggarakan kegiatannya secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan pada suatu masyarakat yang bertempat tinggal dalam suatu wilayah tertentu (Azwar, 2010:125).

Dilihat dari sistem pelayanan kesehatan di Indonesia, maka peranan dan kedudukan puskesmas adalah sebagai ujung tombak sistem pelayanan kesehatan di Indonesia dikarenakan peranan dan kedudukan puskesmas di Indonesia adalah amat unik. Puskesmas sebagai sarana pelayanan kesehatan terdepan di Indonesia, maka puskesmas bertanggung jawab dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan masyarakat, juga bertanggung jawab dalam menyelenggarakan pelayanan kedokteran (Azwar, 2010:126).

Pada saat ini terdapat 17 kegiatan puskesmas yaitu Usaha Pelayanan Rawat Jalan, Usaha Kesejahteraan Ibu dan Anak, Usaha Keluarga Berencana, Usaha Kesehatan Gigi, Usaha Kesehatan Sekolah, Usaha Kesehatan Lingkungan, Usaha Kesehatan Jiwa, Usaha Pendidikan Kesehatan, Usaha Perawatan Kesehatan Masyarakat, Usaha Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular, Usaha Kesehatan Olahraga, Usaha Kesehatan Lanjut Usia, Usaha Kesehatan Mata, Usaha Kesehatan Kerja, Usaha Pencatatan dan Pelaporan serta Usaha Laboratorium Kesehatan Masyarakat (Azwar, 2010:126).

2. Prinsip Penyelenggaraan Puskesmas

Prinsip Penyelenggaraan puskesmas berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 (Permenkes, 2014) yaitu:

a. Paradigma sehat

Puskesmas mendorong seluruh pemangku kepentingan untuk berkomitmen dalam upaya mencegah dan mengurangi risiko kesehatan yang dihadapi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

b. Pertanggungjawaban wilayah

Puskesmas menggerakkan dan bertanggung jawab terhadap pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya.

c. Kemandirian masyarakat

Puskesmas mendorong kemandirian hidup sehat bagi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

d. Pemerataan

Puskesmas menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang dapat diakses dan terjangkau oleh seluruh masyarakat di wilayah kerjanya secara adil tanpa membedakan status sosial, ekonomi, agama, budaya dan kepercayaan.

e. Teknologi tepat guna

Puskesmas menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan memanfaatkan teknologi tepat guna yang sesuai dengan kebutuhan

pelayanan, mudah dimanfaatkan dan tidak berdampak buruk bagi lingkungan.

f. Keterpaduan dan kesinambungan

Puskesmas mengintegrasikan dan mengkoordinasikan penyelenggaraan UKM dan UKP lintas program dan lintas sektor serta melaksanakan sistem rujukan yang didukung dengan manajemen puskesmas.

3. Tugas dan Fungsi Puskesmas

Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dalam rangka mendukung terwujudnya kecamatan sehat (Permenkes, 2014).

Puskesmas dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud, menyelenggarakan fungsi sebagai berikut (Permenkes, 2014):

a. Penyelenggaraan UKM tingkat pertama di wilayah kerjanya

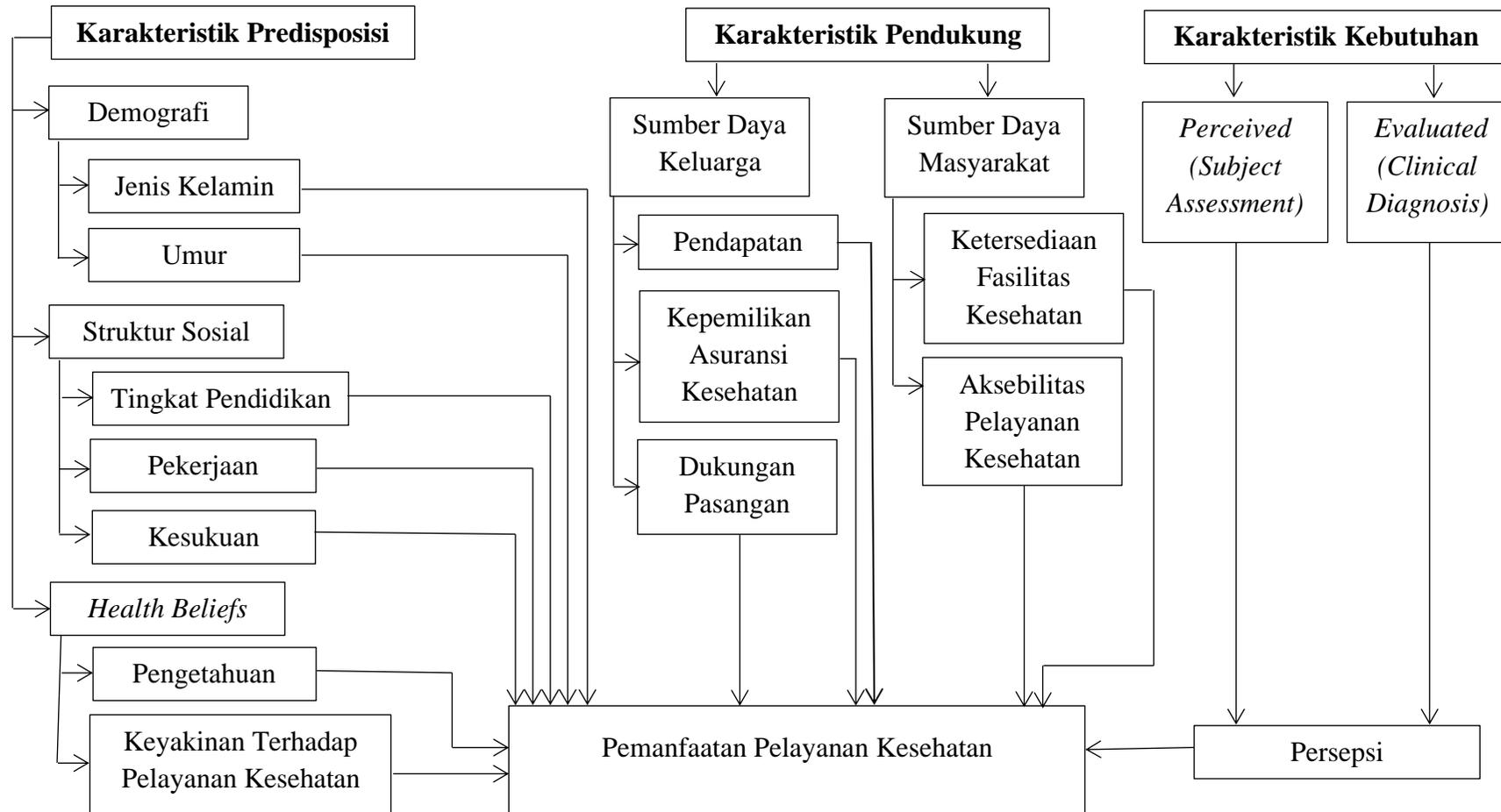
Dalam menyelenggarakan fungsi sebagaimana dimaksud, puskesmas berwenang untuk:

- 1) Melaksanakan perencanaan berdasarkan analisis masalah kesehatan masyarakat dan analisis kebutuhan pelayanan yang diperlukan;
- 2) Melaksanakan advokasi dan sosialisasi kebijakan kesehatan;
- 3) Melaksanakan komunikasi, informasi, edukasi, dan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan;

- 4) Menggerakkan masyarakat untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan pada setiap tingkat perkembangan masyarakat yang bekerja sama dengan sektor lain terkait;
 - 5) Melaksanakan pembinaan teknis terhadap jaringan pelayanan dan upaya kesehatan berbasis masyarakat;
 - 6) Melaksanakan peningkatan kompetensi sumber daya manusia puskesmas;
 - 7) Memantau pelaksanaan pembangunan agar berwawasan kesehatan;
 - 8) Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap akses, mutu, dan cakupan pelayanan kesehatan; dan
 - 9) Memberikan rekomendasi terkait masalah kesehatan masyarakat, termasuk dukungan terhadap sistem kewaspadaan dini dan respon penanggulangan penyakit.
- b. Penyelenggaraan UKP tingkat pertama di wilayah kerjanya
- Dalam menyelenggarakan fungsi sebagaimana dimaksud, puskesmas berwenang untuk:
- 1) Menyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar secara komprehensif, berkesinambungan dan bermutu;
 - 2) Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang mengutamakan upaya promotif dan preventif;

- 3) Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang berorientasi pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat;
- 4) Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang mengutamakan keamanan dan keselamatan pasien, petugas dan pengunjung;
- 5) Menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan prinsip koordinatif dan kerja sama inter dan antar profesi;
- 6) Melaksanakan rekam medis;
- 7) Melaksanakan pencatatan, pelaporan dan evaluasi terhadap mutu dan akses pelayanan kesehatan;
- 8) Melaksanakan peningkatan kompetensi tenaga kesehatan;
- 9) Mengoordinasikan dan melaksanakan pembinaan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama di wilayah kerjanya; dan
- 10) Melaksanakan penapisan rujukan sesuai dengan indikasi medis dan sistem rujukan.

E. Kerangka Teori



Sumber : Teori Anderson (1974) dalam Notoatmodjo (2010)

Gambar 2.1
Kerangka Teori