

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Klinik

1. Pengertian Klinik

Klinik adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan yang menyediakan pelayanan medis dasar dan/atau spesialistik. Klinik adalah pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative. Klinik dapat dilaksanakan dalam bentuk rawat jalan, rawat inap, pelayanan satu hari (*one day care*) dan/atau *home care*. Klinik dapat dimiliki oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, atau masyarakat. Klinik yang dimiliki oleh masyarakat yang menyelenggarakan rawat jalan dapat didirikan oleh perorangan atau badan usaha (Permenkes No. 9 Tahun 2014).

2. Jenis klinik

a. Klinik pratama

Klinik pratama merupakan klinik yang menyelenggarakan pelayanan medik dasar baik umum maupun. Pelayanan medik dasar adalah pelayanan medik terhadap individu atau keluarga dalam masyarakat yang dilaksanakan oleh tenaga kesehatan maksimal dokter umum atau dokter gigi. Tenaga medis pada klinik pratama yang

memberikan pelayanan kedokteran paling sedikit terdiri dari 2 (dua) orang dokter dan/atau dokter gigi sebagai pemberi pelayanan khusus (Permenkes No.9 Tahun 2014).

b. Klinik utama

Klinik utama merupakan klinik yang menyelenggarakan pelayanan medik spesialistik atau pelayanan medik dasar dan spesialistik. Pelayanan medik spesialistik adalah pelayanan medik terhadap individu atau keluarga dalam masyarakat yang dilaksanakan oleh dokter spesialis atau dokter gigi spesialis. Dalam Permenkes No.9 Tahun 2014 dijelaskan bahwa tenaga medis pada Klinik utama yang memberikan pelayanan kedokteran paling sedikit terdiri dari 1 (satu) orang dokter spesialis dan 1 (satu) orang dokter sebagai pemberi pelayanan dan yang memberikan pelayanan kedokteran gigi paling sedikit terdiri dari 1 (satu) orang dokter gigi spesialis dan 1 (satu) orang dokter gigi sebagai pemberi pelayanan.

3. Kewajiban klinik

Klinik memiliki kewajiban yang diatur dalam Permenkes No 9 Tahun 2014 yaitu:

- a. memberikan informasi yang benar tentang pelayanan yang diberikan;
- b. memberikan pelayanan yang efektif, aman, bermutu, dan nondiskriminasi dengan mengutamakan kepentingan terbaik pasien

sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan dan standar prosedur operasional;

- c. memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya tanpa meminta uang muka terlebih dahulu atau mendahulukan kepentingan finansial;
- d. memperoleh persetujuan atas tindakan yang akan dilakukan (*informed consent*);
- e. menyelenggarakan rekam medis;
- f. melaksanakan sistem rujukan dengan tepat;
- g. menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta peraturan perundang-undangan;
- h. menghormati dan melindungi hak-hak pasien;
- i. memberikan informasi yang benar, jelas, dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien;
- j. melaksanakan kendali mutu dan kendali biaya berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- k. memiliki standar prosedur operasional;
- l. melakukan pengelolaan limbah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
- m. melaksanakan fungsi sosial;
- n. melaksanakan program pemerintah di bidang kesehatan;
- o. menyusun dan melaksanakan peraturan internal klinik; dan

- p. memberlakukan seluruh lingkungan klinik sebagai kawasan tanpa rokok.

B. Pelayanan Kesehatan

1. Pengertian Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan merupakan upaya yang menyelenggarakan perorangan atau bersama-sama dalam organisasi untuk mencegah dan meningkatkan kesehatan, memelihara serta menyembuhkan penyakit dan juga memulihkan kesehatan perorangan, kelompok, keluarga dan ataupun publik masyarakat (Depkes, 2009).

Pengertian pelayanan kesehatan menurut pendapat Lavery dan Loomba (1973) dalam Azwar (1996) ialah setiap uupaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat.

Bentuk dan jenis pelayanan kesehatan ditentukan oleh:

- a. Pengorganisasian pelayanan, apakah dilaksanakan secara sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi
- b. Ruang lingkup kegiatan, apakah hanya mencakup kegiatan pemeliharaan kesehatan, peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, penyembuhan penyakit, pemulihan kesehatan atau kombinasi dari padanya

- c. Sasaran pelayanan kesehatan, apakah untuk perseorangan, keluarga, kelompok ataupun untuk masyarakat secara keseluruhan

2. Macam- macam pelayanan kesehatan

Secara umum pelayanan kesehatan dapat dibedakan menjadi dua.

Menurut pendapat Hodgetts dan Cascio (1983) adalah:

a. Pelayanan kedokteran

Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok pelayanan kedokteran (*medical services*) ditandai dengan cara pengorganisasian yang dapat bersifat sendiri (*solo practice*) atau secara bersama-sama dalam satu organisasi (*institution*), tujuan utamanya untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan, serta sasarannya terutama untuk perorangan dan keluarga

b. Pelayanan kesehatan masyarakat

Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok pelayanan kesehatan masyarakat (*public health services*) ditandai dengan cara pengorganisasian yang umumnya secara bersama-sama dalam satu organisasi, tujuan utamanya untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit, serta sasarannya terutama untuk kelompok dan masyarakat.

Dalam Undang-Undang No 36 Tahun 2009 pelayanan kesehatan terdiri atas:

a. Pelayanan kesehatan perorangan

Pelayanan kesehatan perorangan ditujukan untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan perseorangan dan keluarga. Pelayanan kesehatan harus mendahulukan pertolongan keselamatan nyawa pasien dibanding kepentingan lainnya.

b. Pelayanan kesehatan masyarakat

Pelayanan kesehatan masyarakat ditujukan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit suatu kelompok dan masyarakat.

3. Syarat pokok pelayanan kesehatan

Sekalipun pelayanan kedokteran berbeda dengan pelayanan kesehatan masyarakat, namun untuk dapat disebut sebagai suatu pelayanan kesehatan yang baik, keduanya harus memiliki berbagai persyaratan pokok. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan dalam Undang-undang No 36 Tahun 2009 dilaksanakan secara bertanggung jawab, aman, bermutu, serta merata dan nondiskriminatif. Syarat pokok yang dimaksud menurut Azwar (1996) adalah:

a. Tersedia dan berkesinambungan

Syarat pokok pertama pelayanan kesehatan yang baik adalah pelayanan kesehatan tersebut harus tersedia di masyarakat (*available*) serta bersifat berkesinambungan (*continuous*). Artinya semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat tidak sulit

ditemukan, serta keberadaannya dalam 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 dimaksudkan disini 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 tidak ditemukan di daerah pedesaan, bukanlah pelayanan kesehatan yang baik.

d. Mudah dijangkau

Syarat pokok keempat pelayanan kesehatan yang baik adalah yang mudah dijangkau (*affordable*) oleh masyarakat. Pengertian keterjangkauan yang dimaksudkan disini 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, bukanlah pelayanan kesehatan yang baik.

e. Bermutu

Syarat pokok kelima pelayanan kesehatan yang baik adalah yang bermutu (*quality*). Pengertian mutu yang dimaksudkan disini adalah yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan, yang 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. Masalah pelayanan kesehatan

Akibat perkembangan ilmu dan teknologi kedokteran persyaratan pokok pelayanan kesehatan sering tidak terpenuhi, karena terjadinya beberapa perubahan dalam pelayanan kesehatan. Menurut Azwar (1996) perubahan yang seperti ini ternyata juga mendatangkan banyak masalah seperti berikut:

a. Terkotak-kotaknya pelayanan kesehatan

Timbulnya pengkotakan dalam pelayanan kesehatan (*fragmented health services*), erat hubungannya dengan munculnya

spesialisasi dan subspecialisasi dalam pelayanan kesehatan. Dampak negative yang ditimbulkan ialah menyulitkan masyarakat memperoleh pelayanan kesehatan, yang apabila berkelanjutan pada gilirannya akan menyebabkan tidak terpenuhinya kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan.

b. Berubahnya sifat pelayanan kesehatan

Perubahan ini muncul sebagai akibat telah terkotak kotaknya pelayanan kesehatan, yang pengaruhnya terutama ditemukan pada hubungan dokter pasien. Sebagai akibat munculnya spesialisasi dan sub spesialisasi, menyebabkan perhatian penyelenggara pelayanan kesehatan tidak dapat lagi diberikan secara menyeluruh. Perhatian tersebut hanya tertuju kepada keluhan dan ataupun organ tubuh yang sakit saja.

Perubahan sifat pelayanan kesehatan makin bertambah nyata, jika diketahui bahwa pada saat ini telah banyak dipergunakan pula berbagai peralatan kedokteran canggih. Ketergantungan yang kemudian muncul terhadap berbagai peralatan kedokteran canggih tersebut, dapat menimbulkan berbagai dampak negatif yang merugikan yakni:

1) Makin renggangnya hubungan antara dokter dengan pasien

Antara dokter dengan pasien telah terdapat suatu tabir pemisah yakni berbagai peralatan kedokteran yang dipergunakan tersebut.

2) Makin mahalnya biaya kesehatan

Keadaan yang seperti ini tentu mudah diperkirakan akan menyulitkan masyarakat dalam menjangkau pelayanan kesehatan

Kedua perubahan dengan dampak negatifnya tersebut mau tidak mau akan mempengaruhi mutu pelayanan. Pelayanan kesehatan yang hanya memperhatikan organ tubuh saja, tentu tidak akan berhasil secara sempurna menyelesaikan masalah kesehatan yang diderita oleh seseorang.

5. Stratifikasi pelayanan kesehatan

Strata pelayanan kesehatan yang dianut oleh tiap negara tidaklah sama, namun secara umum menurut Azwar (1996) berbagai strata ini dapat dikelompokkan menjadi tiga macam yakni:

a. Pelayanan kesehatan tingkat pertama

Yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan tingkat pertama (*primary health service*) 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

Yang dimaksud dengan 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

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

6. Konsep kerangka kerja pelayanan kesehatan

Menurut Azwar (1996) konsep kerangka kerja utama pelayanan kesehatan terdiri dari dua kategori pelayanan kesehatan yaitu:

a. Kategori yang berorientasi pada publik (masyarakat)

Pelayanan kesehatan yang dimaksud terdiri dari sanitasi, imunisasi, kebersihan air, dan perlindungan udara. Pelayanan kesehatan masyarakat lebih diarahkan langsung ke arah publik daripada ke arah individu-individu khusus.

b. Kategori yang berorientasi pada perorangan (pribadi)

Pelayanan kesehatan pribadi adalah pelayanan kesehatan yang langsung ke arah individu. Seperti kebanyakan pengobatan,

elayanan kesehatan ditunjukan langsung kepada pemakai pribadi
(*individual consumer*)

7. Dimensi mutu pelayanan kesehatan

Mutu pelayanan kesehatan adalah yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang disatu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta pihak lain tata cara penyelenggaraannya sesuai kode etik dan standar pelayanan profesi yang telah ditetapkan (Azwar, 1996) Dimensi mutu adalah parameter kualitas suatu produk. Menurut WHO (2006) bahwa dalam dimensi mutu pelayanan kesehatan terdapat enam dimensi yaitu:

a. Efisien

Memaksimalkan penggunaan sumber daya dan menghindari pemborosan

b. Efektif

Perawatan kesehatan berbasis bukti dan menghasilkan hasil kesehatan yang lebih baik sesuai kebutuhan

c. Mudah diakses

Perawatan kesehatan yang tepat waktu, masuk akal secara geografis, dan disediakan dalam setting dimana keterampilan dan sumber daya sesuai dengan kebutuhan medis.

d. Dapat diterima

Perawatan kesehatan yang mempertimbangkan preferensi dan aspirasi pengguna layanan perorangan dan budaya komunitas mereka

e. Adil

Perawatan kesehatan yang tidak berbeda kualitasnya karena karakteristik pribadi seperti jenis kelamin, ras, etnisitas, lokasi geografis, atau status sosial ekonomi

f. Aman

Layanan kesehatan yang meminimalkan risiko dan kerugian bagi pengguna jasa

Menurut Kementerian Kesehatan, terdapat tujuh dimensi mutu pelayanan kesehatan, yaitu:

a. Efisien

Optimalkan sumberdaya yang ada, tanpa pemborosan bahan

b. Aman

Meminimalisasi terjadinya kerugian (*harm*), cedera dan kesalahan medis yang bisa dicegah kepada mereka yang menerima pelayanan

c. Adil

Menyediakan pelayanan yang seragam tanpa membedakan jenis kelamin, suku, etnik, tempat tinggal, agama, social ekonomi.

d. Berorientasi pasien

Menyediakan pelayanan yang sesuai dengan preferensi, kebutuhan dan nilai-nilai individu.

e. Tepat waktu

Mengurangi waktu tunggu dan keterlambatan pemberian pelayanan kesehatan

f. Efektif

Menyediakan pelayanan kesehatan berbasis bukti kepada masyarakat

g. Integrasi

Menyediakan pelayanan yang terkoordinasi lintas fasilitas pelayanan kesehatan dan pemberi pelayanan, serta menyediakan pelayanan kesehatan untuk seluruh siklus kehidupan.

C. Pemanfaatan pelayanan kesehatan

Pemanfaatan pelayanan kesehatan paling erat hubungannya dengan kapan seseorang memerlukan pelayanan kesehatan dan seberapa jauh efektivitas pelayanan tersebut. Notoatmodjo (2012) mengatakan bahwa rendahnya utilitasi (penggunaan) fasilitas kesehatan seperti puskesmas, rumah sakit, dan sebagainya, seringkali kesalahan atau penyebabnya dilemparkan kepada faktor jarak antara fasilitas tersebut dengan masyarakat yang terlalu jauh (baik jarak secara fisik maupun secara sosial), tarif yang

tinggi, pelayanan yang tidak memuaskan dan sebagainya. Kita sering melupakan faktor persepsi atau konsep masyarakat itu sendiri tentang sakit.

1. Persepsi dan konsep sehat-sakit

Dalam masyarakat terdapat beraneka ragam konsep sehat-sakit yang tidak sejalan bahkan bertentangan dengan konsep sehat-sakit yang diberikan oleh pelayanan kesehatan. Timbulnya perbedaan konsep sehat-sakit disebabkan adanya perbedaan persepsi sakit antara masyarakat dan penyelenggara pelayanan kesehatan. Perbedaan persepsi terjadi antara penyakit (*disease*) dengan rasa sakit (*illness*). Penyakit (*disease*) adalah suatu bentuk reaksi biologis terhadap suatu organisme, benda asing atau luka, ditandai dengan perubahan fungsi-fungsi tubuh sebagai organisme biologis. Rasa sakit (*illness*) adalah penilaian seseorang terhadap penyakit sehubungan dengan pengalaman yang langsung dialaminya, hal ini merupakan fenomena subjektif yang ditandai dengan perasaan tidak enak (*feeling unwell*).

Notoatmodjo (2012), menjelaskan bahwa persepsi adalah pengalaman yang dihasilkan melalui indra penglihatan, pendengaran, penciuman dan sebagainya. Mengenal objek melalui indra terdiri dari dua tahap, yakni di luar dan di pusat. Pengenalan objek yang terjadi di luar artinya terjadi karena pengindraan dan pengamatan. Pengenalan juga dapat terjadi melalui akal, yakni apabila orang mempunyai pemahaman terhadap sesuatu tanpa melalui indra tetapi melalui pikiran, akal atau nalar. Setiap orang memiliki persepsi yang berbeda, meskipun objeknya sama.

Konsep sehat yang berkembang pada masyarakat, yaitu bahwa sehat adalah orang yang dapat bekerja atau menjalankan pekerjaannya sehari-hari, sedangkan konsep sakit adalah perasaan yang dirasakan seseorang yang sudah tidak dapat bangkit dari tempat tidurnya, tidak dapat menjalankan pekerjaannya sehari-hari. Persepsi masyarakat tentang sakit yang notabene merupakan konsep sehat-sakit masyarakat berbeda pada tiap kelompok masyarakat. Selama masih ada perbedaan konsep sehat dan sakit di dalam masyarakat, dan belum ada pembetulan atas konsep-konsep yang berbeda maka peningkatan utilisasi fasilitas-fasilitas pemanfaatan kesehatan akan berjalan lambat dan bahkan macet sama sekali.

Lima konsep yang berguna untuk analisis perilaku sakit menurut Notoatmodjo (2012), yaitu:

- a. *Shopping* atau proses mencari beberapa sumber yang berbeda dan *medical care* untuk satu persoalan atau yang lain, meskipun tujuannya adalah untuk mencari dokter yang akan mendiagnosis dan mengobati sesuai dengan harapan.
- b. *Fragmentation* atau proses pengobatan oleh beberapa fasilitas kesehatan pada lokasi yang sama.
- c. *Procastination* atau proses penundaan pencarian pengobatan sewaktu gejala dirasakan.
- d. *Self medication* atau mengobati sendiri dengan berbagai ramuan atau membelinya di warung obat

e. *Discontinuity* atau proses tidak melanjutkan (menghentikan pengobatan).

2. Perilaku pencarian pelayanan kesehatan

Respon masyarakat apabila sakit, maka akan menimbulkan berbagai macam perilaku dan usaha, dalam Notoatmodjo (2012) adalah sebagai berikut:

a. Tidak bertindak atau melakukan kegiatan (*no action*)

Alasan dari tindakan ini adalah bahwa kondisi yang dirasakan tidak akan mengganggu kegiatan atau kerja mereka sehari-hari. Tidak jarang pula masyarakat memprioritaskan tugas-tugas lain yang dianggap lebih penting daripada mengobati sakitnya. Hal ini merupakan suatu bukti bahwa kesehatan belum merupakan prioritas didalam hidup dan kehidupannya. Alasan lainnya adalah fasilitas kesehatan yang diperlukan sangat jauh letaknya, para petugas kesehatan tidak simpatik, jutek, tidak responsif dan sebagainya. Dan akhirnya alasan takut dokter, takut pergi ke rumah sakit, takut biaya dan sebagainya.

b. Tindakan mengobati sendiri (*self treatment*)

Alasan dari tindakan ini sama seperti alasan *no action*, karena orang atau masyarakat tersebut sudah percaya kepada diri sendiri, dan sudah merasa bahwa berdasar pengalaman yang lalu usaha pengobatan sendiri sudah dapat mendatangkan kesembuhan. Hal ini mengakibatkan pencarian pengobatan keluar tidak diperlukan

- c. Mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas pengobatan tradisional (*traditional remedy*)

Masyarakat pedesaan khususnya, pengobatan tradisional masih menduduki tempat teratas disbanding dengan pengobatan-pengobatan yang lain. Pencarian pengobatan pun lebih berorientasi kepada social-budaya masyarakat daripada hal-hal yang dianggap masih asing. Dukun (bermacam-macam dukun) yang merupakan bagian dari masyarakat, berada di tengah-tengah masyarakat, dekat dengan masyarakat, dan pengobatan yang dihasilkan adalah kebudayaan masyarakat sehingga lebih diterima daripada dokter, mantri, bidan dan sebagainya yang masih asing bagi mereka. Seperti juga pengobatan yang dilakukan, obat-obatnya pun merupakan kebudayaan mereka.

- d. Mencari pengobatan dengan membeli obat-obat dari warung-warung obat (*chemist shop*)

Obat-obat yang mereka dapatkan pada umumnya adalah obat-obat yang tidak memakai resep sehingga sukar untuk dikontrol. Khusus mengenai jamu untuk pengobatan (bukan hanya untuk pencegahan saja) makin tampak perannya dalam kesehatan masyarakat

- e. Mencari pengobatan ke fasilitas kesehatan *modern* yang diadakan oleh pemerintah atau lembaga-lembaga kesehatan swasta, yang dikategorikan ke dalam balai pengobatan puskesmas dan rumah sakit.

- f. Mencari pengobatan ke fasilitas pengobatan modern yang diselenggarakan oleh dokter praktik (*private medicine*)

Respon yang diuraikan tampak jelas perbedaan persepsi masyarakat terhadap sehat-sakit. Apabila persepsi sehat-sakit masyarakat belum sama dengan konsep sehat-sakit maka masyarakat belum tentu atau tidak mau menggunakan fasilitas yang diberikan.

3. Faktor-faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan

Berdasarkan model sistem kesehatan (*Health system model*) yang berupa model kepercayaan kesehatan yang dikemukakan oleh Anderson (1974) dalam Notoatmodjo (2012) terdapat tiga kategori utama dalam pelayanan kesehatan, yakni:

a. 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, sebagai berikut:

- 1) Ciri-ciri demografi, seperti jenis kelamin dan umur.
- 2) Struktur sosial, seperti tingkat pendidikan, pekerjaan, kesukuan atau ras, dan sebagainya.

Menurut Lawrence Green (1980), pengetahuan berkaitan dengan kesehatan, sistem nilai yang dianut masyarakat, tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi, dan sebagainya. Untuk

berperilaku kesehatan, misalnya melakukan pemeriksaan kesehatan bagi ibu hamil, diperlukan pengetahuan dan kesadaran ibu tentang manfaat pemeriksaan kehamilan. Selain itu, kadang-kadang kepercayaan, tradisi dan sistem nilai masyarakat juga dapat mendorong atau menghambat ibu untuk melakukan pemeriksaan.

3) Manfaat-manfaat kesehatan, seperti keyakinan bahwa pelayanan kesehatan dapat menolong proses penyembuhan penyakit. Selanjutnya Anderson percaya bahwa:

- a) Setiap individu atau orang mempunyai perbedaan karakteristik, mempunyai perbedaan tipe dan frekuensi penyakit dan mempunyai perbedaan pola penggunaan pelayanan kesehatan.
- b) Setiap individu mempunyai perbedaan struktur sosial, mempunyai perbedaan gaya hidup, dan akhirnya mempunyai perbedaan gaya hidup, dan akhirnya mempunyai pola penggunaan pelayanan kesehatan.
- c) Individu percaya adanya kemanjuran dalam penggunaan pelayanan kesehatan.

b. Karakteristik pendukung (*Enabling characteristics*)

Karakteristik ini mencerminkan bahwa meskipun mempunyai predisposisi untuk menggunakan pelayanan kesehatan, ia tidak akan bertindak untuk menggunakannya, kecuali bila ia mampu

menggunakannya. Penggunaan pelayanan kesehatan yang ada tergantung pada kemampuan konsumen untuk membayar.

1) *Family resources*

Menurut Notoatmodjo (2012), dalam model ini variabel bebas yang dipakai adalah pendapatan keluarga atau sebagai anggota suatu asuransi kesehatan dan pihak yang membiayai pelayanan kesehatan keluarga dan sebagainya. Karakteristik ini untuk mengukur kesanggupan dari individu atau keluarga maupun untuk memperoleh pelayanan kesehatan mereka. Ringkasnya, model ini menekankan kesanggupan dari individu atau keluarga untuk memperoleh pelayanan kesehatan bagi anggotanya.

2) *Community resources*

Tipe model yang digunakan adalah penyediaan pelayanan kesehatan dan sumber-sumber di dalam masyarakat, dan ketercapaian dari pelayanan kesehatan yang tersedia dan sumber-sumber di dalam masyarakat. Model ini selanjutnya adalah suplai ekonomis yang berfokus pada ketersediaan sumber-sumber kesehatan pada masyarakat setempat.

c. Karakteristik kebutuhan (*Need characteristics*)

Faktor predisposisi dan faktor yang memungkinkan untuk mencari pengobatan dapat terwujud di dalam tindakan apabila itu dirasakan sebagai kebutuhan. Dengan kata lain kebutuhan merupakan dasar stimulus langsung untuk menggunakan pelayanan kesehatan,

bilamana tingkat predisposisi dan enabling itu ada. Kebutuhan (*need*) disini dibagi menjadi dua kategori, dirasa atau *perceived (subject assessment)* dan *evaluated (clinical diagnosis)*.

1) *Dirasa/perceived (subject assessment)*

Keadaan kesehatan yang dirasakan oleh individu, besarnya ketakutan terhadap penyakit dan hebatnya rasa sakit yang diderita.

2) *Evaluated (clinical diagnosis)*

Penilaian beratnya penyakit oleh dokter yang merawat. Hal ini tercermin antara lain dari hasil pemeriksaan dan penentuan diagnosis penyakit oleh dokter.

D. Mahasiswa

1. Pengertian

Pengertian mahasiswa secara umum adalah sebutan bagi seseorang yang sedang menempuh atau sedang menjalani jenjang pendidikan tinggi pada sebuah perguruan tinggi, misalnya sekolah tinggi, akademik, serta yang sangat umum adalah universitas. Sedangkan menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), mahasiswa adalah orang yang belajar diperguruan tinggi. Menurut Undang-undang Nomor 12 Tahun 2012 Tentang Pendidikan Tinggi, mahasiswa adalah peserta didik pada jenjang pendidikan tinggi.

Pendidikan tinggi adalah jenjang pendidikan setelah pendidikan menengah yang mencakup program diploma, program sarjana, program

magister, program doktor, dan program profesi, serta program spesialis, yang diselenggarakan oleh perguruan tinggi berdasarkan kebudayaan bangsa Indonesia (UU No 12 Tahun 2012).

2. Peran dan fungsi mahasiswa

a. Menurut *Guardian of value*

Mahasiswa menjadi penjaga nilai-nilai pada masyarakat dengan kebenaran mutlak, yakni kejujuran, gotong royong, empati, keadilan, dll. mahasiswa ini dituntut dapat berfikir dengan ilmu mengenai nilai-nilai yang dijaga mereka. Dan tidak hanya tersebut, mahasiswa pun menjadi pembawa, penyampai dan penyebar nilai-nilai ini sendiri.

b. Menurut *Agent of change*

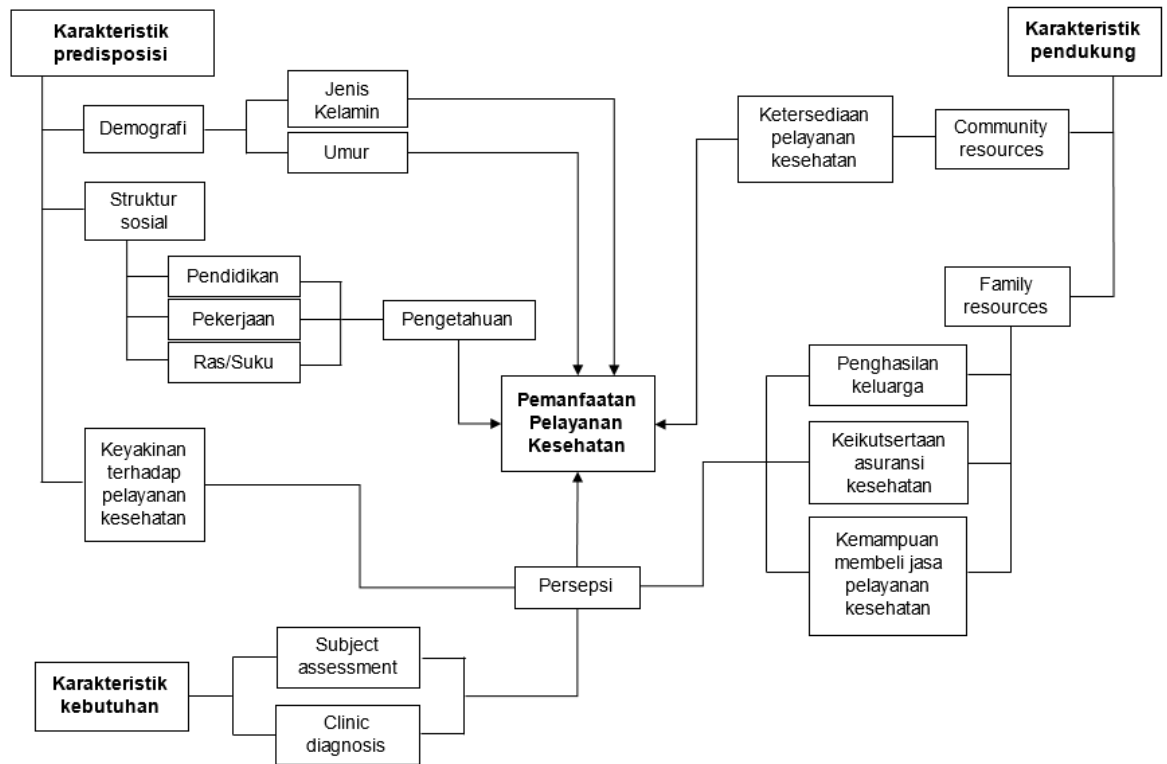
Mahasiswa pun menjadi penggerak dengan mengajak masyarakat guna bergerak dalam menjalankan perubahan yang mengarah lebih baik, yakni melalui ilmu, gagasan dan juga pengetahuan yang mereka punya. Tidak masanya lagi bahwa mahasiswa ini hanya berdiam dan acuh terhadap masalah bangsa dan juga Negara, karena dipundak merekalah titik kebangkitan Negara ini diletakkan.

c. Menurut *moral force*

Mahasiswa mempunyai tingkat pendidikan yang sangat tinggi, jadi wajib bahwa mereka mempunyai moral baik juga. Tingkat dari intelek mahasiswa ini akan diselaraskan dengan tingkatan dari

moralitasnya pada kehidupannya. Hal tersebut yang mengakibatkan kenapa mahasiswa ini dipakai sebagai kekuatan moral suatu bangsa yang harapannya dapat menjadi contoh maupun penggerak perbaikan moral dalam masyarakat.

E. Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Modifikasi Teori model Anderson (1974)

Sumber : Teori sistem kesehatan (*Health system model*) Anderson dalam Notoatmodjo (2012)