

H. Analisis Data	72
I. Penyajian Data.....	73
J. Instrumen Penelitian	73
K. Validitas dan Reliabilitas	73
L. Alur Penelitian.....	75
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	76
A. Hasil Penelitian	76
B. Pembahasan.....	90
C. Keterbatasan Penelitian	123
BAB V PENUTUP	124
A. Kesimpulan	124
B. Saran	125
DAFTAR PUSTAKA.....	127
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel		Halaman
Tabel 2.1	Sintesa Penelitian	38
Tabel 2.2	Definisi Operasional dan Kriteria Objektif	62
Tabel 3.1	Jumlah Sampel berdasarkan Dusun	69
Tabel 4.1	Distribusi Penduduk di Wilayah Kerja Puskesmas Tipe menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin Tahun 2020	77
Tabel 4.2	Data 10 Penyakit Terbesar di Puskesmas Tipe Tahun 2020	77
Tabel 4.3	Proporsi Ketenagaan Puskesmas Tipe Tahun 2020	78
Tabel 4.4	Distribusi Responden berdasarkan Karakteristik di Wilayah Kerja Puskesmas Tipe Kota Palu Tahun 2022	79
Tabel 4.5	Distribusi Responden berdasarkan Variabel di Wilayah Kerja Puskesmas Tipe Kota Palu Tahun 2022	81
Tabel 4.6	Hubungan Tradisi dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Dusun Tertinggal di Wilayah Kerja Puskesmas Tipe Kota Palu Tahun 2022	83
Tabel 4.7	Hubungan Sumber Daya Masyarakat dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Dusun Tertinggal di Wilayah Kerja Puskesmas Tipe Kota Palu Tahun 2022	84
Tabel 4.8	Hubungan Aksesibilitas dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Dusun Tertinggal di Wilayah Kerja Puskesmas Tipe Kota Palu Tahun 2022	85
Tabel 4.9	Hubungan Komunikasi dengan Petugas Kesehatan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Dusun Tertinggal di Wilayah Kerja Puskesmas Tipe Kota Palu Tahun 2022	86
Tabel 4.10	Hubungan Dukungan Tokoh Masyarakat Dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Dusun Tertinggal di Wilayah Kerja Puskesmas Tipe Kota Palu Tahun 2022	87
Tabel 4.11	Hubungan Penilaian Individu dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Dusun Tertinggal di Wilayah Kerja Puskesmas Tipe Kota Palu Tahun 2022	88

Tabel 4.12	Faktor Dominan yang Mempengaruhi Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Dusun Tertinggal di Wilayah Kerja Puskesmas Tipo Kota Palu Tahun 2022	89
------------	---	----

DAFTAR GAMBAR

Gambar		Halaman
Gambar 2.1	Kerangka Teori Penelitian	53
Gambar 2.2	kerangka Konsep Penelitian	60
Gambar 3.1	Alur Penelitian	75

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Instrumen Penelitian
- Lampiran 2 *Output* SPSS Hasil Analisis Data Penelitian
- Lampiran 3 Surat Keputusan Pembimbing
- Lampiran 4 Surat Keputusan Penguji
- Lampiran 5 Surat Izin Pengambilan Data Awal dari Kampus
- Lampiran 6 Surat Izin Penelitian dari Kampus
- Lampiran 7 Surat Izin Penelitian dari Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Palu
- Lampiran 8 Surat Keterangan telah Melakukan Penelitian dari Puskesmas
- Lampiran 9 Surat Rekomendasi Penelitian Etik
- Lampiran 10 Dokumentasi Penelitian
- Lampiran 11 Riwayat Hidup Penulis

DAFTAR ISTILAH DAN SINGKATAN

Istilah/Singkatan	Kepanjangan/Pengertian
ASPAK	Aplikasi Sarana dan Prasarana Alat Kesehatan
Bappenas	Badan Perencanaan Pembangunan Nasional
BPJS	Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
Dinkes	Dinas Kesehatan
DTPK	Daerah Terpencil Tertinggal Perbatasan dan Kepulauan
GERMAS	Gerakan Masyarakat Hidup Sehat
HCAB	<i>Health Care Access Barrier</i>
JKN	Jaminan Kesehatan Nasional
KIS	Kartu Indonesia Sehat
KK	Kepala Keluarga
PBI	Penerima Bantuan Iuran
Permenkes	Peraturan Menteri Kesehatan
Perpres	Peraturan Presiden
Puskesmas	Pusat Kesehatan Masyarakat
Pusling	Puskesmas Keliling
Pustu	Puskesmas Pembantu
RPJMN	Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional
SDGs	<i>Sustainable Development Goals</i>
SDM	Sumber Daya Masyarakat
UKM	Upaya Kesehatan Masyarakat
UKP	Upaya Kesehatan Perorangan
UPTD	Unit Pelaksana Teknis Dinas
Viata	Roh leluhur yang sudah meninggal dalam tradisi masyarakat kaili Unde

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Salah satu fokus pembangunan di Indonesia menurut RPJMN 2020-2024 adalah meningkatkan sumber daya manusia yang berkualitas dan berdaya saing, yang kemudian diwujudkan dengan meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan melalui penyediaan pelayanan kesehatan yang berkualitas, merata, dan responsif (Bappenas, 2019). Menurut Permenkes Nomor 21 tahun 2020, pembangunan kesehatan mempunyai peran sentral sebagai pondasi dalam peningkatan kualitas SDM, khususnya terkait aspek pembangunan SDM sebagai modal manusia (*human capital*), yang dapat dicapai apabila masyarakat hidup dengan perilaku dan lingkungan yang sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu, adil dan merata, serta didukung dengan sistem kesehatan yang kuat dan tangguh.

Penguatan upaya kesehatan dasar (*primary health care*) yang berkualitas merupakan salah satu arah kebijakan kesehatan dalam RPJMN. Pelayanan kesehatan dasar sangat diperlukan untuk pencapaian SDGs 2030 dan Standar Pelayanan Minimum, akan tetapi akses dan mutu pelayanan kesehatan dasar hingga saat ini belum menjangkau seluruh penduduk, terutama di daerah tertinggal, terpencil, dan kepulauan (Bappenas, 2018).

Upaya peningkatan kesehatan masyarakat di daerah tertinggal selalu menjadi tujuan pembangunan Indonesia yang sehat. Disparitas kesehatan masyarakat di daerah kurang berkembang yang memiliki tingkat malnutrisi dan morbiditas tinggi turut menjadi perhatian. Keterbatasan akses terhadap infrastruktur kesehatan khususnya pelayanan kesehatan dasar dan kurangnya pengetahuan masyarakat tentang kesehatan menjadi penyebab lambannya peningkatan kesehatan masyarakat di daerah tertinggal (Soewondo, 2019).

Salah satu bentuk upaya yang dicanangkan pemerintah dalam pemerataan pelayanan kesehatan terhadap masyarakat adalah dengan menjamin ketersediaan beberapa fasilitas kesehatan penting terutama Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Puskesmas Keliling, termasuk juga obat-obatan, dan penyediaan sumber daya manusia yaitu tenaga medis yang dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat hingga ke daerah sulit.

Total jumlah Puskesmas di Indonesia sampai dengan bulan Desember tahun 2020 yaitu sebanyak 10.205 unit Puskesmas, yang terdiri dari 4.119 Puskesmas rawat inap dan 6.086 Puskesmas non rawat inap dengan rata-rata rasio Puskesmas sebesar 1,4. Jumlah ini mengalami peningkatan dibandingkan dengan tahun 2019 yaitu sebanyak 10.134 unit, dengan jumlah Puskesmas rawat inap sebanyak 4.048 Puskesmas dan Puskesmas non rawat inap sebanyak 6.086 Puskesmas. Sulawesi Tengah sendiri berada pada posisi ke-6 dari bawah dari 34 Provinsi di Indonesia

dengan rasio Puskesmas sebesar 1,2 atau masih berada di bawah rata-rata Nasional. Rasio Puskesmas menggambarkan kondisi pemanfaatan dan aksesibilitas masyarakat terhadap pelayanan kesehatan primer, yang dipengaruhi oleh kondisi geografis, sarana prasarana, dan kemajuan suatu daerah (Kemenkes RI, 2020).

Meningkatnya jumlah Puskesmas tidak secara langsung menggambarkan pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan dasar di suatu wilayah. Pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan dasar dapat dilihat secara umum oleh indikator rasio Puskesmas, dan perlu diperhatikan distribusi dari Puskesmas tersebut di seluruh Kecamatan. Berdasarkan hasil Riskesdas tahun 2018 hanya 39,2% penduduk yang memiliki kemudahan dalam mengakses dan memanfaatkan pelayanan Puskesmas, Pustu, Pusling dan Bidan Desa dengan mudah. Indikator ini dilihat dari dimensi jenis transportasi, waktu tempuh, dan biaya transportasi ke fasilitas pelayanan kesehatan (Kemenkes RI, 2018).

Banyaknya jumlah Puskesmas harus didukung dan sejalan dengan peran serta dari masyarakat sebagai pihak yang memanfaatkan fasilitas atau sarana pelayanan kesehatan tersebut. Nilai dari pemanfaatan Puskesmas sangat dipengaruhi oleh peran serta masyarakat sebagai pengguna fasilitas pelayanan kesehatan maupun oleh Puskesmas itu sendiri sebagai penyedia pelayanan kesehatan yang paling terjangkau oleh masyarakat (Addani, 2008).

Jumlah Puskesmas teregistrasi di Provinsi Sulawesi Tengah selama tahun 2017 hingga 2020 mengalami peningkatan dari 194 unit menjadi 206 unit. Pelaksanaan kebijakan penguatan pelayanan kesehatan primer di Sulawesi Tengah dipantau dan dievaluasi secara berkala dengan tujuan agar Puskesmas memberikan pelayanan sesuai dengan standar, sumber data yang menjadi acuan dalam menilai standar Puskesmas adalah Data Dasar Puskesmas dan Aplikasi Sarana dan Prasarana Alat Kesehatan (ASPAK). Jumlah Puskesmas sesuai standar di Provinsi Sulawesi Tengah meningkat dari 74 unit di tahun 2017 menjadi 179 unit di tahun 2020 (Dinkes Sulteng, 2020).

Jumlah Puskesmas di Kota Palu sejak tahun 2012 yaitu sebanyak 12 unit yang terdiri dari 11 Puskesmas non rawat inap dan 1 Puskesmas rawat inap, lalu tahun 2015 meningkat menjadi 13 Puskesmas hingga tahun 2020 dengan 10 Puskesmas non rawat inap dan 3 Puskesmas Rawat Inap. Jumlah kunjungan masyarakat ke Puskesmas di Kota Palu (meliputi kunjungan dalam gedung dan luar gedung) menunjukkan penurunan selama tiga tahun terakhir. Pada tahun 2017 kunjungan Puskesmas di kota Palu berada di angka rata-rata 223 kunjungan per hari buka per Puskesmas, pada tahun 2018 menurun menjadi 207 kunjungan per hari buka per Puskesmas, pada tahun 2019 menurun ke angka 204 kunjungan per hari buka per Puskesmas, dan pada tahun 2020 kembali menurun menjadi 127 kunjungan per hari buka per Puskesmas.

Puskesmas dengan jumlah kunjungan terendah dan terus menurun di Kota Palu adalah Puskesmas Tipo (Dinkes Kota Palu, 2020).

Puskemas Tipo merupakan salah satu Puskesmas yang berada di Kota Palu. Luas wilayah kerja Puskesmas Tipo yaitu 32,97 km², dengan jumlah penduduk sebanyak 10.046 jiwa dengan 2.644 KK. Terjadi penurunan jumlah kunjungan di Puskesmas Tipo selama tiga tahun terakhir, kunjungan ini meliputi kunjungan dalam gedung dan luar gedung. Pada tahun 2018 Puskesmas Tipo mencatat 24.758 kunjungan atau rata-rata 79 kunjungan per hari buka, pada tahun 2019 menjadi 21.620 kunjungan atau rata-rata 69 kunjungan per hari buka, dan kembali menurun pada tahun 2020 menjadi 15.770 kunjungan atau rata-rata 50 kunjungan per hari buka. Apabila dibandingkan dengan rata-rata jumlah kunjungan Puskesmas di Kota palu pada tahun 2020 (127 kunjungan per hari), maka jumlah kunjungan Puskesmas Tipo masih berada di bawah rata-rata jumlah kunjungan Puskesmas di Kota Palu. Angka kesakitan berdasarkan kunjungan pasien di wilayah kerja Puskesmas Tipo pada tahun 2018 sebanyak 8.676 kasus, tahun 2019 sebanyak 4.236 kasus, dan tahun 2020 meningkat menjadi 10.290 kasus (Puskesmas Tipo, 2020).

Puskesmas Tipo merupakan satu-satunya Puskesmas di Kota Palu yang memiliki wilayah kerja pada daerah dengan akses sulit dan masih jauh dari kemajuan Kota. Berlokasi di antara pegunungan dan teluk Palu, wilayah kerjanya pun tersebar hingga ke wilayah pegunungan dengan

akses yang sulit. Jika dirinci menurut kelurahan, terdapat tiga dusun yang termasuk kategori dusun sulit dan tertinggal yang memiliki akses yang sulit terhadap Puskesmas, yaitu dusun Wana dengan jarak 25 km, dusun Salena dengan jarak 10 km, dusun Taipa Java dengan jarak 10 km, terdapat dusun yang sama sekali tidak memiliki sarana pelayanan kesehatan yaitu dusun Wana. Jumlah penduduk pada keempat dusun tersebut yaitu 1.643 jiwa dengan 410 KK. Ketiga dusun tersebut merupakan daerah yang paling jarang memanfaatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas bila dibandingkan dengan wilayah lainnya. Secara umum jumlah tenaga kesehatan belum mencukupi khususnya bidan, perawat, tenaga kesehatan lingkungan, dan tenaga administrasi kesehatan (Puskesmas Tipo, 2020).

Wilayah kerja Puskesmas yang cukup luas, kondisi geografis yang sulit dijangkau, penduduk yang tersebar dalam kelompok-kelompok kecil yang berjauhan, dan sarana transportasi yang terbatas membuat pemanfaatan pelayanan kesehatan di daerah sulit atau tertinggal relatif rendah. Rata-rata orang tidak memiliki pengetahuan dan perilaku hidup yang baik dan sehat. Penggunaan Puskesmas di daerah yang sulit dan tertinggal dapat dipengaruhi oleh akses pelayanan, tidak hanya masalah jarak tetapi juga masalah pelayanan kesehatan dan persepsi penyakit (Suharmiati, 2013).

Menurut Andersen (1974) terdapat beberapa karakteristik yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan, diantaranya

karakteristik predisposisi seperti perbedaan demografi, struktur sosial dan manfaat kesehatan. Selain itu ada karakteristik pemungkin seperti kemampuan untuk membayar, sarana pelayanan kesehatan, keterjangkauan pelayanan, petugas kesehatan dan mutu pelayanan. Faktor ketiga yaitu karakteristik kebutuhan yang menggambarkan bahwa pemanfaatan pelayanan kesehatan atau kebutuhan terhadap pengobatan dapat terwujud apabila suatu individu merasakan hal tersebut sebagai suatu kebutuhan, seperti penilaian suatu individu dan penilaian klinis terhadap suatu penyakit.

Green (1980) juga mengemukakan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku seseorang dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan meliputi faktor predisposisi yaitu pengetahuan, keyakinan, sikap, budaya, dan persepsi. Faktor pendukung yaitu ketersediaan fasilitas kesehatan, biaya, jarak, dan transportasi. Faktor penguat yaitu dukungan petugas kesehatan, dukungan tokoh masyarakat, dan dukungan keluarga. Terdapat beberapa persamaan dengan teori Andersen, namun Green lebih menekankan pada faktor penguat.

Carrillo (2011) mengembangkan model yang disebut *The Health Care Access Barrier (HCAB)*, model ini dapat diterapkan secara merata pada semua kelompok ras dan etnis dan secara khusus menargetkan hambatan akses yang banyak mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan pada masyarakat dengan akses yang sulit. Model ini memiliki tiga kategori yang dapat diukur, diantaranya finansial, struktural, dan

kognitif. Ketiga kategori hambatan ini secara timbal balik memperkuat dan mempengaruhi akses terhadap pelayanan dan perawatan kesehatan baik secara individu maupun masyarakat.

Penchansky & Thomas (1981) juga mengemukakan bahwa akses sangat berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan, sehingga dikembangkanlah *The Concept of Access* yang juga digunakan dalam penelitian ini untuk mengukur pemanfaatan pelayanan kesehatan. Beberapa dimensi yang digunakan dalam teori ini diantaranya *availability*, *accessibility*, *affordability*, dan *acceptability*.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan, diasumsikan bahwa rendahnya pemanfaatan pelayanan kesehatan disebabkan: (1) Keterjangkauan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan masih menjadi masalah karena jarak tempuh ke Puskesmas sejauh 10-25 km, masih ada dusun yang sama sekali tidak memiliki sarana pelayanan kesehatan. (2) Masyarakat tidak tertarik untuk mengunjungi pelayanan Puskesmas, kebanyakan masyarakat akan pergi ke Puskesmas apabila kondisinya sudah sakit dan tidak berdaya. Masyarakat lebih banyak memanfaatkan pengobatan tradisional sendiri (obat orang tua) untuk apapun jenis penyakit yang dikeluhkan, masyarakat lebih memanfaatkan keuangannya untuk kebutuhan lain yang dinilai lebih penting karena penghasilan yang tidak menentu. Kepala Puskesmas Tipo mengatakan jumlah kunjungan masyarakat memang cenderung rendah dalam beberapa tahun terakhir, selain karena akses yang sulit, masyarakat yang

kebanyakan masih kental terhadap budaya dan memiliki pengetahuan yang kurang terhadap kesehatan sehingga persepsi mereka terhadap kesehatan banyak yang belum sesuai dengan konsep yang sebenarnya.

Hasil Penelitian Karman (2016) menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara tradisi dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan pada masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Bersatagi Kabupaten Karo, dimana masih banyak masyarakat yang tidak mendukung dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan, hal ini disebabkan oleh masih terpengaruhnya masyarakat dengan kepercayaan yang berlaku dalam lingkungannya sehingga dalam pengobatan dan penyembuhan masyarakat lebih percaya pada mantera yang dibuat oleh dukun.

Penelitian yang dilakukan oleh Gabrani (2020) menggunakan *The Concept of Access* dengan desain *cross sectional* menunjukkan hasil bahwa pemanfaatan pelayanan kesehatan primer sangat dipengaruhi oleh akses geografis, aksesibilitas masih menjadi hambatan bagi masyarakat di daerah terpencil di sekitar lingkungan pegunungan dimana sarana transportasi masih sulit untuk menjangkau masyarakat di wilayah Albania.

Penelitian Odokonyero (2017) terkait sumber daya masyarakat menunjukkan bahwa masih terdapat keterbatasan fungsi dan kekurangan infrastruktur kesehatan di Uganda, selain itu kepadatan tenaga kesehatan yang rendah serta tingginya tingkat ketidakhadiran juga menunjukkan bahwa tenaga kesehatan yang ada masih kurang, hal ini berpengaruh

terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan dan capaian *Universal Health Coverage* di Uganda.

Penelitian Tan (2021) menunjukkan bahwa selain karena rendahnya literasi kesehatan, rendahnya pemanfaatan pelayanan kesehatan juga dipengaruhi oleh buruknya kualitas interaksi atau komunikasi antara penyedia layanan kesehatan dengan penduduk daerah tertinggal di sekitar Hongkong yang menyebabkan kurangnya keyakinan masyarakat terhadap fasilitas pelayanan kesehatan.

Selanjutnya dari hasil penelitian Fitriani (2021) didapatkan bahwa permasalahan yang terjadi di masyarakat yang kemudian mempengaruhi pemanfaatannya dalam pelayanan kesehatan yaitu kurangnya dukungan dan kepedulian dari anggota keluarga dan tokoh masyarakat. Dukungan ini mengacu pada rasa nyaman, perhatian, penghargaan juga bantuan yang diberikan kepada masyarakat, selain itu ada juga motivasi, semangat serta nasihat.

Hasil penelitian Basith (2020) menunjukkan bahwa penilaian individu berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas Gayamsari Kota Semarang, penurunan kunjungan pasien disebabkan oleh penilaian individu terhadap penyakit yang kurang baik. Penilaian individu terhadap penyakit memiliki pengaruh dengan konsep sehat sakit pada masyarakat yang kurang baik.

Berdasarkan uraian yang telah dikemukakan di atas, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang analisis faktor yang

mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan masyarakat dusun tertinggal di wilayah kerja Puskesmas Tipo Kota Palu.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka yang menjadi rumusan masalah yang akan dikaji dalam penelitian ini yaitu sebagai berikut:

1. Apakah terdapat hubungan tradisi dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh masyarakat dusun tertinggal di wilayah kerja Puskesmas Tipo Kota Palu?
2. Apakah terdapat hubungan sumber daya masyarakat dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh masyarakat dusun tertinggal di wilayah kerja Puskesmas Tipo Kota Palu?
3. Apakah terdapat hubungan aksesibilitas dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh masyarakat dusun tertinggal di wilayah kerja Puskesmas Tipo Kota Palu?
4. Apakah terdapat hubungan komunikasi dengan petugas kesehatan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh masyarakat dusun tertinggal di wilayah kerja Puskesmas Tipo Kota Palu?
5. Apakah terdapat hubungan dukungan tokoh masyarakat dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh masyarakat dusun tertinggal di wilayah kerja Puskesmas Tipo Kota Palu?
6. Apakah terdapat hubungan penilaian individu dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh masyarakat dusun tertinggal di wilayah kerja Puskesmas Tipo Kota Palu?

7. Apa faktor yang paling dominan mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh masyarakat dusun tertinggal di wilayah kerja Puskesmas Tipo Kota Palu?

C. Tujuan Penelitian

Adapun tujuan dari penelitian ini yaitu sebagai berikut:

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dalam penelitian ini adalah untuk menganalisis faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh masyarakat dusun tertinggal di wilayah kerja Puskesmas Tipo Kota Palu.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk menganalisis hubungan tradisi dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh masyarakat dusun tertinggal di wilayah kerja Puskesmas Tipo Kota Palu.
- b. Untuk menganalisis hubungan sumber daya masyarakat dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh masyarakat dusun tertinggal di wilayah kerja Puskesmas Tipo Kota Palu.
- c. Untuk menganalisis hubungan aksesibilitas dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh masyarakat dusun tertinggal di wilayah kerja Puskesmas Tipo Kota Palu.
- d. Untuk menganalisis hubungan komunikasi dengan petugas kesehatan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh

masyarakat dusun tertinggal di wilayah kerja Puskesmas Tipo Kota Palu.

- e. Untuk menganalisis hubungan dukungan tokoh masyarakat dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh masyarakat dusun tertinggal di wilayah kerja Puskesmas Tipo Kota Palu.
- f. Untuk menganalisis hubungan penilaian individu dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh masyarakat dusun tertinggal di wilayah kerja Puskesmas Tipo Kota Palu.
- g. Untuk menganalisis faktor yang paling dominan mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh masyarakat dusun tertinggal di wilayah kerja Puskesmas Tipo Kota Palu.

D. Manfaat Penelitian

Adapun manfaat dari penelitian ini yaitu sebagai berikut:

1. Manfaat Ilmiah

Sebagai bahan yang berkontribusi dalam proses pengembangan ilmu pengetahuan dan penerapannya, khususnya dalam ilmu Administrasi dan Kebijakan Kesehatan serta menambah wawasan mengenai faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh masyarakat dusun tertinggal di wilayah kerja Puskesmas.

2. Manfaat Institusi

Sebagai informasi dan bahan masukan bagi Puskesmas Tipo tentang sejauh mana pemanfaatan pelayanan kesehatan di wilayah

kerjanya serta sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatannya dengan lebih memperhatikan serta mempelajari kondisi masyarakat sekitar, sehingga pelayanan yang diberikan dapat sesuai dengan keinginan dan harapan masyarakat di wilayah kerjanya. Selain itu hasil penelitian ini juga dapat menjadi informasi serta bahan masukan bagi Pemerintah Kota Palu agar dapat membuat kebijakan atau inovasi terkait pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh semua lapisan masyarakat di Kota Palu.

3. Manfaat Praktis

Sebagai proses pembelajaran dan sumber pengalaman bagi peneliti dalam melakukan penelitian, serta dapat menjadi informasi dan bahan referensi bagi penelitian-penelitian yang akan dilakukan selanjutnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum tentang Pelayanan Kesehatan

Menurut Levey dan Loomba (1973), pelayanan kesehatan didefinisikan sebagai segala upaya, baik sendiri-sendiri maupun secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan mengobati penyakit, serta memulihkan kesehatan individu, kesehatan keluarga, ataupun kesehatan masyarakat (Azwar, 2010). Menurut Blum (1974) dalam Notoatmodjo (2007), tidak hanya lingkungan, hereditas dan perilaku, namun salah satu faktor penting yang berpengaruh terhadap status kesehatan seseorang adalah pelayanan kesehatan.

Menurut Permenkes No. 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat, pelayanan kesehatan adalah upaya yang dilakukan dan disampaikan oleh Puskesmas kepada masyarakat, meliputi perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, pencatatan dan pelaporan, untuk kemudian dimasukkan ke dalam suatu sistem yang disebut Sistem Informasi Puskesmas, yang menyediakan informasi untuk membantu proses pengambilan keputusan Puskesmas hingga pengelolaan untuk mencapai tujuan kegiatannya.

Pemerintah memiliki tanggung jawab dalam terjaminnya pelayanan kesehatan yang lengkap dan berkualitas bagi setiap warganya sesuai dengan kebutuhannya masing-masing. Karena pelayanan kesehatan

dipandang sebagai salah satu kebutuhan dasar, setiap individu juga memiliki tanggung jawab untuk memenuhi kebutuhan hidupnya dan orang-orang yang menjadi tanggung jawabnya dengan cara memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada (Permenkes No. 4 tahun 2019).

1. Jenjang Pelayanan Kesehatan

Dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, secara umum terdapat tiga jenjang pelayanan kesehatan, diantaranya:

- a. Pelayanan kesehatan tingkat pertama atau *primary health services*, yaitu pelayanan kesehatan dasar yang sifatnya pokok (*basic health services*). Secara umum pelayanan kesehatan ini bersifat rawat jalan (*ambulatory/outpatient services*).
- b. Pelayanan kesehatan tingkat kedua atau *secondary health services*, yaitu pelayanan kesehatan yang lebih lanjut dan secara umum bersifat rawat inap (*in patient services*) yang membutuhkan tenaga spesialis dalam penyelenggaraannya.
- c. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga atau *tertiary health services*, yaitu pelayanan kesehatan yang sifatnya lebih kompleks yang dalam penyelenggaraannya dibutuhkan tenaga subspesialis.

2. Jenis Pelayanan Kesehatan

Hodgetts dan Cascio (1983) dalam Azwar (2010) membagi dan membedakan jenis pelayanan kesehatan menjadi dua bentuk, yaitu:

a. Pelayanan Kedokteran (*Medical Service*)

Pelayanan yang bertujuan untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan, dengan sasaran utamanya yaitu perseorangan dan keluarga. Dalam pengorganisasiannya, pelayanan kedokteran dapat dilakukan sendiri (*solo practice*) atau secara bersama-sama (*institution*) dalam suatu organisasi kesehatan.

b. Pelayanan Kesehatan Masyarakat (*Public Health Service*)

Pelayanan yang menitikberatkan kepada pemeliharaan dan peningkatan kesehatan serta pencegahan penyakit. Sasaran utama dalam pelayanan ini yaitu kelompok dan masyarakat. Berbeda dengan pelayanan kesehatan kedokteran yang dilakukan secara sendiri maupun bersama-sama, sifat dari pengorganisasian pelayanan kesehatan masyarakat umumnya dilaksanakan secara bersama-sama.

3. Syarat Pokok Pelayanan Kesehatan

Menurut Azwar (2010), untuk dapat disebut sebagai penyedia pelayanan kesehatan yang baik fasilitas pelayanan kesehatan harus memiliki beberapa persyaratan pokok, syarat pokok yang dimaksud yaitu sebagai berikut:

a. Tersedia dan berkesinambungan (*available and continuous*)

Pelayanan kesehatan harus tersedia di masyarakat dan berkesinambungan, yang berarti semua jenis pelayanan

kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat tidak sulit untuk ditemukan, serta keberadaannya selalu ada pada setiap saat dibutuhkan oleh masyarakat.

- b. Wajar dan dapat diterima oleh masyarakat (*acceptable and appropriate*)

Segala jenis pelayanan kesehatan yang diberikan tidak bertentangan dengan keyakinan masyarakat. Pelayanan kesehatan yang tidak adil dan bertentangan dengan adat istiadat, budaya dan kepercayaan masyarakat akan sulit untuk diterima.

- c. Mudah untuk dicapai (*accessible*)

Mudah dicapai dalam hal ini dilihat dari aspek lokasi fasilitas pelayanan kesehatan. Oleh karenanya dalam rangka mewujudkan kualitas dan kemudahan untuk mengakses pelayanan kesehatan, hal-hal seperti koordinasi dalam penyaliran fasilitas pelayanan kesehatan harus diperhatikan dengan baik. Fasilitas pelayanan kesehatan yang cenderung terkonsentrasi di area perkotaan saja dan tidak menjangkau semua daerah di sekitarnya, bukanlah suatu pelayanan kesehatan yang baik.

- d. Mudah untuk dijangkau (*affordable*)

Keterjangkauan yang dimaksud yaitu dari aspek biaya. Untuk dapat mewujudkan keterjangkauan yang baik, harus diupayakan agar biaya yang ditetapkan dalam pelayanan kesehatan sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat.

Pelayanan kesehatan yang relatif mahal dan hanya dapat dinikmati oleh sebagian masyarakat bukanlah pelayanan kesehatan yang baik.

e. Bermutu (*quality*)

Mutu yang dimaksud dalam hal ini adalah yang merujuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diberikan, yang pada satu sisi dapat memenuhi kebutuhan dan memuaskan masyarakat sebagai pengguna pelayanan kesehatan, dan di sisi lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik serta standar yang telah ditetapkan.

4. Pelayanan Kesehatan Dasar

Pelayanan kesehatan dasar atau *primary health care* adalah upaya yang penting dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Pelayanan kesehatan dasar bersifat pokok dan umumnya merupakan pelayanan rawat jalan, pelayanan kesehatan dasar yang tepat dan efisien diharapkan mampu mengatasi sebagian besar masalah kesehatan yang ada di masyarakat.

Konsep *primary health care* disebutkan dalam deklarasi Alma-Ata dalam WHO (1978) yaitu "*at every stage of development, everyone in the community has access to basic health care that is based on effective, scientifically sound, and socially acceptable methods and thechnology, with their full participation and at a cost that the community and the nation can afford. This is done in spirit of self-*

reliance and self-determination". Secara garis besar dapat dilihat serta dipahami bahwa pelayanan kesehatan esensial adalah metode dan teknologi yang praktis, dapat diterima secara sosial dan dapat diakses secara universal berdasarkan partisipasi penuh individu dan keluarga dalam masyarakat dengan biaya yang mampu ditanggung oleh masyarakat dan negara, sehingga mempertahankan tahap perkembangan pada waktu tertentu dengan semangat kemandirian dan partisipasi. Pelayanan kesehatan esensial juga disebutkan memiliki fungsi inti sebagai penghubung tingkat pertama antara individu, keluarga dan masyarakat dengan sistem ketahanan Nasional untuk membawa pelayanan kesehatan sedekat mungkin dengan masyarakat serta menjadi elemen pertama dari proses perawatan kesehatan yang berkelanjutan.

B. Tinjauan Umum tentang Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Pemanfaatan pelayanan kesehatan diartikan sebagai kegiatan menggunakan fasilitas kesehatan yang tersedia baik dalam bentuk rawat jalan, rawat inap, kunjungan rumah oleh petugas kesehatan ataupun bentuk bentuk kegiatan lainnya yang dilakukan berdasarkan pada tersedianya dan berkesinambungannya pelayanan, penerimaan dan kewajaran oleh masyarakat, dapat diakses oleh masyarakat, serta terjangkau dan berkualitas. Pemanfaatan pelayanan kesehatan sangat berkaitan erat dengan waktu seseorang membutuhkan suatu pelayanan kesehatan dan seberapa jauh efisiensi dari pelayanan kesehatan tersebut.

Umumnya semua orang akan membutuhkan dan memanfaatkan pelayanan kesehatan bila merasa ada gangguan terhadap kesehatannya atau dalam kondisi sakit (Azwar, 2010).

Pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh masyarakat akan berdasar pada perilaku dan faktor-faktor yang mempengaruhinya. Faktor-faktor dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan didasarkan pada bermacam-macam kategori yang berkaitan dengan preferensi seseorang dalam memilih dan menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan, yang kemudian diuraikan dalam beberapa teori, diantaranya:

1. Teori Andersen

Andersen (1974) mendeskripsikan bahwa perilaku seseorang dalam memanfaatkan suatu sarana pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya:

a. Karakteristik Predisposisi (*Predisposing Characteristic*)

Menggambarkan bahwa ada kecenderungan individu untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan yang berbeda dengan individu lainnya, yang dibagi dalam dalam tiga kelompok diantaranya: (1) ciri-ciri demografi (*demography*) yang terdiri dari umur, jenis kelamin, agama, status perkawinan (2) struktur sosial (*social structure*) yang terdiri dari pendidikan, jenis pekerjaan, budaya, tradisi, suku (3) sikap dan keyakinan individu terhadap pelayanan kesehatan (*health beliefs*) yang terdiri dari persepsi, pengetahuan, sikap, keyakinan.

b. Karakteristik Pendukung (*Enabling Characteristic*)

Menggambarkan kondisi yang memungkinkan suatu individu untuk melakukan suatu tindakan. Karakteristik ini dibagi dalam dua kelompok diantaranya: (1) sumber daya keluarga (*family resources*) yang terdiri dari pendapatan, dukungan, kepemilikan asuransi kesehatan (2) sumber daya masyarakat (*community resources*) yang terdiri dari tersedianya fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan, akses terhadap fasilitas kesehatan.

c. Karakteristik Kebutuhan (*Need Characteristic*)

Menggambarkan hubungan langsung suatu kondisi dengan pemanfaatan layanan kesehatan. Karakteristik ini dibagi dalam dua kelompok diantaranya: (1) penilaian individu (*perceived need*) yaitu penilaian yang dirasakan oleh individu, terdiri dari persepsi sakit, besarnya ketakutan terhadap penyakit dan rasa sakit yang diderita (2) penilaian klinis (*evaluated need*) yaitu penilaian beratnya penyakit oleh dokter yang merawat, terdiri dari hasil pemeriksaan, diagnosa penyakit.

2. Teori Lawrence Green

Perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan menurut Green (1980) dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu:

a. Faktor Predisposisi (*Predisposing Factors*)

Merupakan faktor yang mempermudah, mendasari atau memotivasi seseorang untuk melakukan suatu tindakan, atau dengan kata lain faktor ini memiliki hubungan dengan motivasi untuk bertindak atas perilaku tertentu atau pertimbangan-pertimbangan personal yang kemudian mempengaruhi terjadinya suatu perilaku. Yang termasuk dalam kelompok faktor predisposisi yaitu, sikap, pengetahuan, nilai budaya, persepsi, tradisi, keyakinan, dan beberapa karakteristik individu seperti umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan pekerjaan.

b. Faktor Pemungkin (*Enabling Factors*)

Menggambarkan perilaku yang memungkinkan suatu motivasi dapat terlaksana, yang terdiri dari ketersediaan pelayanan kesehatan, keterjangkauan, dan peraturan. Faktor pemungkin seringkali juga merupakan kondisi dari lingkungan yang memungkinkan terjadinya suatu tindakan, dan keterampilan yang diperlukan.

c. Faktor Penguat (*Reinforcing Factors*)

Faktor ini merupakan konsekuensi dari tindakan yang menentukan apakah seseorang menerima umpan balik positif dan dukungan sosial. Menggambarkan apakah tindakan kesehatan memperoleh dukungan atau sebaliknya. Faktor ini tergantung pada dukungan keluarga, dukungan tokoh masyarakat, dan dukungan petugas kesehatan. beberapa faktor penguat dapat

memberikan dukungan sosial seperti bantuan keuangan atau bantuan transportasi. Penguatan dapat bersifat positif atau sebaliknya bergantung pada sikap dan perilaku orang-orang atau pihak terkait, faktor penguat memiliki pengaruh besar terhadap perilaku. Dukungan sosial dapat mendorong tindakan individu untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan.

3. Teori Carrillo

Sejumlah variasi dari model atau teori Andersen telah berkembang dan digunakan selama bertahun-tahun, dan semuanya memiliki karakteristik dasar yang sama. Lebih dari itu, hambatan terhadap akses pelayanan kesehatan berperan dan berpengaruh penting dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan, khususnya pada masyarakat yang memiliki kesulitan dan keterbatasan akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan. Carrillo (2011) mengembangkan model yang disebut dengan *The Health Care Access Barrier* (HCAB), model ini dapat diterapkan secara merata di semua kelompok ras dan etnis dan secara khusus menargetkan hambatan akses yang banyak mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan pada masyarakat dengan akses yang sulit. HCAB bukanlah model komprehensif yang mencoba memasukkan semua faktor penentu; melainkan menargetkan hambatan akses perawatan kesehatan yang dapat memperkuat analisis penyebab masalah. Model ini memiliki tiga kategori, yaitu:

a. *Financial Barrier*

Hambatan finansial terhadap akses perawatan kesehatan muncul pada populasi yang rentan ketika masyarakat tidak memiliki asuransi dan tidak memiliki kemampuan untuk membayar. Masyarakat yang memiliki asuransi atau yang mampu membayar biaya perawatan tidak memiliki hambatan dalam mengakses dan memanfaatkan pelayanan kesehatan. Karenanya, faktor-faktor yang paling berpengaruh dalam kategori ini adalah asuransi kesehatan dan kemampuan untuk membayar.

b. *Structural Barrier*

Hambatan struktural ditentukan oleh ketersediaan sistem pelayanan kesehatan, baik di dalam atau di luar fasilitas pelayanan kesehatan, hal tersebut dapat mempengaruhi akses dan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh masyarakat yang berpenghasilan rendah dan tinggal di lingkungan kesulitan sosial dan ekonomi. Faktor-faktor yang berpengaruh dalam kategori ini diantaranya jarak, waktu tunggu, sarana transportasi, waktu operasional, kondisi atau medan dalam perjalanan, dan pelayanan kesehatan.

c. *Cognitive Barrier*

Hambatan kognitif berakar pada keyakinan dan pengetahuan masyarakat tentang penyakit, pencegahan, dan pengobatan, serta dalam komunikasi yang terjadi antara

masyarakat dengan petugas kesehatan. Kurangnya kesadaran masyarakat akan pelayanan kesehatan yang dapat diakses dapat menambah hambatan kesehatan dan mempengaruhi pemanfaatan terhadap pelayanan kesehatan. faktor-faktor yang berpengaruh dalam kategori ini yaitu pengetahuan tentang kesehatan, komunikasi dengan petugas kesehatan, budaya dan linguistik atau kemampuan berbahasa.

4. Teori Penchansky & Thomas

Teori ini juga disebut dengan *The Concept of Access*, dikembangkan oleh Penchansky & Thomas (1981) sebagai konsep yang merangkum serangkaian dimensi yang lebih spesifik menggambarkan kesesuaian antara masyarakat dengan sistem pelayanan kesehatan. Akses merupakan konsep penting dalam penelitian kebijakan kesehatan dan pelayanan kesehatan, yang dapat dipergunakan untuk mengkarakterisasi berbagai macam faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan dan berhubungan dengan kemampuan atau kemauan masyarakat untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan. Dimensi akses didefinisikan dan terkait dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Dimensi-dimensi spesifik tersebut yaitu:

a. Ketersediaan (*availability*)

Hubungan volume dan jenis pelayanan kesehatan dan sumber daya yang ada dengan volume dan jenis kebutuhan

masyarakat. Faktor-faktor yang mempengaruhi dimensi ini yaitu ketersediaan tenaga kesehatan, ketersediaan fasilitas kesehatan, dan ketersediaan pelayanan kesehatan.

b. Aksesibilitas (*accessibility*)

Hubungan antara lokasi fasilitas kesehatan dan lokasi masyarakat, dengan mempertimbangkan sumber daya transportasi, waktu tempuh, jarak tempuh dan biaya yang dikeluarkan.

c. Keterjangkauan (*affordability*)

Keterjangkauan berhubungan dengan harga pelayanan yang harus dikeluarkan dan bagaimana cara masyarakat memanfaatkan pelayanan kesehatan dilihat dari faktor penghasilan, kemampuan membayar, dan asuransi kesehatan yang dimiliki.

d. Penerimaan (*acceptability*)

Penerimaan berhubungan dengan sikap masyarakat atau karakteristik pribadi dengan kemauan untuk mengakses dan memanfaatkan pelayanan kesehatan, apabila tidak sesuai dengan karakteristik pribadi dan keyakinannya, seseorang mungkin tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan. Faktor-faktor dalam dimensi ini seperti usia, jenis kelamin, etnis atau budaya, lingkungan, dan agama.

Dalam penelitian ini, beberapa teori tersebut di atas digunakan untuk membentuk kerangka teori dan kerangka konsep penelitian. Teori Andersen dan Green yang merupakan teori perilaku merupakan teori dasar yang biasa digunakan dalam penelitian pemanfaatan pelayanan kesehatan. Terdapat dua teori lain yang ditambahkan dalam penelitian ini yang keduanya berfokus terhadap akses masyarakat terhadap fasilitas pelayanan kesehatan, pemilihan teori dalam penelitian ini disesuaikan dengan karakter atau kondisi masyarakat dan lingkungannya agar kemudian dapat menggambarkan masalah yang terjadi dan menganalisis masalah tersebut dengan baik sehingga hasil penelitian yang dilakukan betul-betul sesuai dan bermanfaat untuk masyarakat.

C. Tinjauan Umum tentang Puskesmas

Menurut Permenkes No. 23 tahun 2019, Pusat Kesehatan Masyarakat atau yang disingkat dengan Puskesmas merupakan fasilitas penyelenggara usaha kesehatan masyarakat dan berperan dalam mengupayakan kesehatan individu pada tingkat pertama, yang mengutamakan upaya promosi dan pencegahan di wilayah kerjanya. Dalam pasal 2 diuraikan bahwa Puskesmas menyelenggarakan pembangunan kesehatan untuk menyehatkan wilayah kerjanya dengan meningkatkan perilaku sehat masyarakat mulai dari kesadaran, keinginan dan upaya untuk hidup sehat; dapat mengakses pelayanan kesehatan yang berkualitas; memiliki lingkungan yang sehat; mengoptimalkan derajat kesehatan, baik perseorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat.

1. Prinsip Penyelenggaraan Puskesmas

Terdapat beberapa prinsip yang menjadi dasar Puskesmas dalam penyelenggaraannya, diantaranya:

a. Paradigma Sehat

Meningkatkan partisipasi seluruh pemegang kebijakan dalam usaha preventif serta menekan risiko atau masalah kesehatan yang dihadapi individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat melalui GERMAS.

b. Pertanggungjawaban Wilayah

Bertanggungjawab dalam penggerakan dan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya, dengan menggunakan prinsip pertanggungjawaban wilayah. Wilayah kerja Puskesmas terbagi atas wilayah kerja administratif yaitu suatu kecamatan, atau sebagian wilayah kecamatan. Sejalan dengan hal tersebut, upaya penggerakan dan pemantauan berjalannya pembangunan kesehatan harus selalu dilaksanakan secara konsisten oleh Puskesmas.

c. Kemandirian Masyarakat

Puskemas mendorong agar seluruh masyarakat, individu, keluarga dan kelompok menjadi mandiri dalam meningkatkan kesehatannya.

d. Ketersediaan Akses Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan dapat dijangkau oleh masyarakat dalam wilayah kerjanya, yang dilaksanakan secara merata tanpa ada perbedaan status sosial mulai dari ekonomi hingga budaya.

e. Teknologi Tepat Guna

Mengembangkan dan memaksimalkan penggunaan teknologi dalam proses pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat, namun mudah untuk digunakan dan tidak memiliki dampak negatif terhadap lingkungan masyarakat.

f. Keterpaduan dan Kestinambungan

Menyatukan serta menyelaraskan pelaksanaan UKM dan UKP lintas sektor serta lintas program, dengan pelaksanaan sistem rujukan yang disokong oleh manajemen Puskesmas yang mumpuni dan terorganisasi.

2. Fungsi Penyelenggaraan Puskesmas

Dalam melaksanakan tugas sebagaimana mestinya, Puskesmas memiliki fungsi penyelenggaraan UKM dan UKP yang terdapat di seluruh wilayah kerjanya. Puskesmas memiliki beberapa wewenang dalam pelaksanaan fungsi pengadaan upaya kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya yaitu:

a. Merencanakan kegiatan pelayanan kesehatan yang merujuk kepada masalah kesehatan masyarakat yang masih terdapat di

sekitar hingga kebutuhan pelayanan kesehatan yang diperlukan oleh masyarakat;

- b. Secara aktif dan rutin menyelenggarakan advokasi serta sosialisasi mengenai kebijakan kesehatan;
- c. Berkomunikasi, memberikan informasi, edukasi, serta mengupayakan keterlibatan masyarakat dalam bidang usaha kesehatan secara maksimal;
- d. Melakukan kerjasama dengan pimpinan wilayah atau daerah serta divisi terkait untuk menggerakkan masyarakat dalam melakukan identifikasi serta penyelesaian masalah-masalah kesehatan yang ada pada setiap tingkat lingkungan masyarakat;
- e. Memaksimalkan pelaksanaan penguatan teknis terhadap institusi atau Lembaga terkait, jejaring pelayanan kesehatan Puskesmas dan upaya-upaya kesehatan yang bersumber daya masyarakat;
- f. Merencanakan kebutuhan dan meningkatkan kapasitas dan keahlian sumber daya manusia di Puskesmas;
- g. Melakukan pemantauan dalam proses penyelenggaraan pembangunan agar senantiasa berwawasan kesehatan;
- h. Mempertimbangkan faktor-faktor seperti biologis, psikologis, spiritual, sosial dan budaya dalam proses pemberian pelayanan kesehatan terhadap masyarakat yang tinggal di sekitar wilayah kerjanya;

- i. Secara rutin serta aktif mencatat, melaporkan, dan mengevaluasi aksesibilitas, kualitas, dan jangkauan Pelayanan Kesehatan Puskesmas;
- j. Meningkatkan pelaksanaan sistem kesiagaan dini serta respon dalam mengatasi penyakit, serta memberikan gagasan pikiran tentang masalah-masalah kesehatan masyarakat kepada pemerintah atau dinas kesehatan daerah Kabupaten/Kota;
- k. Secara aktif menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan dengan sistem pendekatan keluarga;
- l. Berkolaborasi dengan penyedia pelayanan kesehatan tingkat pertama dan rumah sakit yang berada di sekitar wilayah kerja Puskesmas, melalui pengkoordinasian sumber daya kesehatan.

Lebih lanjut, wewenang Puskesmas dalam proses pelaksanaan fungsi penyelenggaraan UKP tingkat pertama di wilayah kerjanya yaitu:

- a. Melaksanakan dan menyediakan pelayanan kesehatan dasar yang menyeluruh, berkelanjutan, berkualitas bermutu, dan holistik yang menyatukan faktor biologis, psikologi, sosial, dan budaya dengan pembinaan hubungan yang kuat dan setara;
- b. Mengutamakan upaya promotif dan preventif dalam proses penyelenggaraan pelayanan kesehatan;

- c. Mengutamakan penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang pelaksanaannya berpusat kepada individu, berfokus kepada keluarga, dan berorientasi kepada kelompok masyarakat;
- d. Mengutamakan kesehatan, keselamatan dan keamanan pasien, petugas kesehatan dan pengunjung serta lingkungan kerja dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan;
- e. Menjaga dan meningkatkan kolaborasi internal antar profesi dengan prinsip koordinatif dalam proses penyelenggaraan pelayanan kesehatan;
- f. Secara aktif melakukan kegiatan rekam medis;
- g. Menjaga dan meningkatkan kualitas mutu serta akses pelayanan kesehatan dengan mencatat, melaporkan, dan mengevaluasi secara berkelanjutan;
- h. Meningkatkan kompetensi sumber daya manusia yang ada di Puskesmas dan menyelenggarakan proses perencanaan kebutuhan dengan baik secara berkala;
- i. Melakukan seleksi rujukan dengan baik dan benar sesuai dengan indikasi medis dan sistem rujukan;
- j. Berkoordinasi dan bekerja sama bersama dengan fasilitas kelayanan Kesehatan yang terdapat di wilayah kerjanya, dengan selalu merujuk kepada ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

D. Tinjauan Umum tentang Daerah Tertinggal

Luasnya wilayah Indonesia yang terdiri dari beribu pulau dan kekayaan adat serta budaya yang beragam membuat sebagian masyarakat tidak dapat memanfaatkan fasilitas yang diberikan oleh pemerintah dengan maksimal. Masyarakat yang hidup di daerah tertinggal yang ada di Indonesia secara spasial atau geografis bertempat tinggal jauh dari pusat-pusat kemajuan, perkembangan dan teknologi yang ada, dengan sistemnya yang berada di pinggiran atau bersifat marjinal, yaitu secara *de jure* atau legal formal telah masuk ke dalam dan merupakan bagian dari sistem Nasional atau daerah, akan tetapi secara kenyataan atau *de facto* masyarakat tersebut berada di pinggiran atau bahkan berada di luar jangkauan sistem Nasional dan sistem yang ada di daerah tersebut. Karenanya, tidak mengherankan apabila karakteristik utama yang menjadi acuan bagi identitas warga masyarakat di sekitar daerah tertinggal adalah keterbelakangan mereka dalam banyak hal (Ikhsan, 2015).

Berdasarkan Perpres No. 63 Tahun 2020, daerah tertinggal adalah kabupaten yang wilayahnya serta masyarakatnya masih kurang berkembang dibandingkan dengan daerah lain yang ada dalam skala Nasional. Dalam pasal 2, terdapat beberapa kriteria yang mendasarkan ditetapkannya suatu daerah sebagai daerah tertinggal, diantaranya:

1. Status ekonomi masyarakat;
2. Sumber daya manusia;

3. Sarana dan prasarana;
4. Perekonomian daerah;
5. Aksesibilitas;
6. Karakter tertentu daerah.

Permasalahan yang sampai sekarang menjadi perhatian khusus dalam proses pembangunan kesehatan yaitu akses yang masih belum optimal, jangkauan yang rendah, serta kualitas pelayanan kesehatan. Hal tersebut diantaranya disebabkan oleh sarana pelayanan kesehatan, seperti Puskesmas dan jejaringnya yang belum sepenuhnya dapat dijangkau dan dimanfaatkan oleh masyarakat, terutama yang terkait dengan biaya dan jarak. Walaupun rumah sakit dan Puskesmas terdapat di hampir semua Kabupaten/Kota, sistem pemanfaatan pelayanan kesehatan belum dapat berjalan dengan optimal. Selain itu karena faktor geografis, daerah tertinggal lebih sulit untuk dijangkau karena lokasinya yang masih berada jauh di sekitar pedalaman, di balik bukit maupun pegunungan, kepulauan dan pesisir sehingga masih sangat sulit untuk dijangkau oleh semua jaringan baik transportasi maupun media komunikasi serta masih jauh dari jangkauan pelayanan kesehatan (Bappenas, 2018).

E. Persepsi dan Konsep Sehat Sakit

Persepsi adalah pengalaman yang didapatkan dari objek, kejadian atau pengalaman, atau hubungan yang didapatkan dengan cara menyimpulkan suatu informasi serta menafsirkannya. Setiap orang

memiliki persepsi yang berbeda dalam mendeskripsikan dan memaknai pelayanan kesehatan sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya masing-masing. Konsumen atau masyarakat memiliki kekhususan atau preferensi sendiri saat menggunakan suatu fasilitas. Setiap individu membutuhkan pelayanan kesehatan ketika sedang sakit, namun ada preferensi tersendiri yang diharapkan dan hal tersebut tidaklah sama pada setiap individu (Pohan, 2007).

Notoatmodjo (2010) menguraikan beberapa persepsi individu apabila mengalami sakit, yaitu diantaranya:

1. Tidak melakukan tindakan apapun (*no action*)

Kondisi ini disebabkan oleh kondisi tubuh yang tidak menghalangi pekerjaan atau kebiasaan masyarakat setiap hari. Tetap memprioritaskan pekerjaan dan kegiatan sehari-hari dinilai lebih bermanfaat dibandingkan dengan pergi mencari pengobatan terhadap sakit yang diderita. Penyebab lain yaitu lokasi sarana pelayanan kesehatan yang jauh, petugas kesehatan yang kurang ramah, ketakutan terhadap dokter dan ketakutan berkunjung ke rumah sakit, sehingga tindakan tersebut memberikan petunjuk bahwa kesehatan bukanlah hal yang diutamakan dalam berkehidupan sehari-hari.

2. Tindakan mengobati sendiri (*selftreatment/selfmeditation*)

Kondisi ini disebabkan oleh keyakinan individu terhadap dirinya sendiri yang pada umumnya didasarkan atas pengalaman pengobatan di masa lampau serta penyembuhan yang berhasil, sehingga

menyebabkan masyarakat merasa tidak perlu mencari pengobatan dari luar. Contohnya seperti minum obat dari warung maupun apotek atau mengonsumsi jamu tradisional.

3. Berobat ke pengobatan tradisional (*traditional remedy*)

Kondisi ini akrab dengan masyarakat yang tinggal di daerah pelosok, permasalahan kesehatan masih mengacu pada kebudayaan dibandingkan dengan masalah sebenarnya yang terjadi pada tubuh. Contoh paling umum adalah berobat pada dukun yang termasuk bagian dari masyarakat, lebih akrab sesama individu dan termasuk dari budaya setempat yang dilakukan sejak dahulu, sehingga pengobatan kepada dukun lebih dipilih daripada berobat kepada petugas kesehatan.

4. Berobat ke pengobatan modern (*professional treatment*)

Kondisi ini menunjukkan kecenderungan masyarakat untuk berobat ke fasilitas kesehatan milik pemerintah, swasta atau yayasan, balai pengobatan, Puskesmas, rumah sakit dan dokter praktik atau klinik.

F. Sintesa Penelitian

Tabel 2.1 Sintesa Penelitian

No.	Peneliti/Tahun	Tujuan Penelitian	Desain Penelitian	Sampel	Temuan
1.	Hidana et al. (2018)	Untuk mengetahui hubungan dan gambaran karakteristik predisposisi, pendukung, dan kebutuhan pasien terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas Tanah Sareal Kota Bogor	Kuantitatif deskriptif dengan desain <i>cross sectional</i>	Sebanyak 110 sampel dipilih menggunakan teknik <i>accidental sampling</i>	Ketersediaan tenaga kesehatan ($p = 0,012$) dan persepsi sakit ($p = 0,002$) berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan
2.	Hidayah et al. (2020)	Untuk mengetahui gambaran pemanfaatan Puskesmas oleh masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Landasan Ulin	Analitik dengan pendekatan <i>cross sectional</i>	Sebanyak 99 sampel dipilih menggunakan teknik <i>accidental sampling</i>	Ada hubungan pengetahuan ($p = 0,001$), pendidikan ($p = 0,014$) dan kondisi kesehatan masyarakat ($p = 0,016$) terhadap pemanfaatan Puskesmas. Tidak ada hubungan aksesibilitas ($p = 0,471$) dengan pemanfaatan Puskesmas.
3.	Widiani et al. (2016)	Untuk mengetahui faktor yang berhubungan dengan	Kuantitatif deskriptif dengan pendekatan	Ibu hamil dan ibu menyusui di Kelurahan	Pendapatan ($p = 0,085$), akses ($p = 0,003$), dan tradisi ($p = 0,000$)

		pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu dan anak (KIA) di Puskesmas Tomia Timur Kabupaten Wakatobi	<i>cross sectional</i>	Tongano Timur sebanyak 51 sampel, dipilih menggunakan teknik <i>simple random sampling</i>	berhubungan secara signifikan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan.
4.	Irawan & Ainy (2018)	Untuk menganalisis faktor-faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan pada peserta JKN di wilayah kerja Puskesmas Payakabung	Desain <i>cross sectional</i>	Sebanyak 112 orang, dengan teknik <i>simple random sampling</i>	43,8% responden memanfaatkan layanan kesehatan. Usia ($p < 0,0001$), jenis kelamin ($p = 0,016$), persepsi mengenai JKN ($p = 0,039$), aksesibilitas layanan ($p < 0,0001$) berhubungan dengan pemanfaatan layanan kesehatan.
5.	Hu et al. (2017)	Untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh lansia di desa terpencil dan miskin di daerah pegunungan Jinzhai Anhui	Deskriptif analitik dengan desain <i>cross sectional</i>	Sebanyak 110 sampel masyarakat lansia dikumpulkan dengan teknik <i>cluster sampling</i>	Tingkat kesehatan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan masyarakat di Desa Zishu, Jinzhai, umumnya lebih rendah dari rata-rata nasional. Kesulitan keuangan tetap menjadi faktor utama yang mempengaruhi pemanfaatan layanan rawat inap di desa

					terpencil dan miskin di Jinzhai, Anhui.
6.	Kim & Lee (2016)	Untuk mengkaji faktor-faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan menggunakan model perilaku Andersen	Kuantitatif observasional, dengan analisis regresi logistik	Sebanyak 13.734 peserta dari semua anggota rumah tangga yang disurvei di Panel Kesehatan Korea, diperoleh dengan teknik <i>stratified cluster sampling</i>	Jenis kelamin, usia, dan status perkawinan sebagai faktor predisposisi, dan penyakit kronis sebagai faktor kebutuhan merupakan variabel yang berpengaruh signifikan terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan pasien rawat jalan. Sedangkan, pada pasien rawat inap, jenis kelamin, usia, dan status perkawinan dalam faktor predisposisi; tingkat pendidikan, kegiatan ekonomi, dan jenis asuransi dalam faktor pendukung; dan penyakit kronis dan status kecacatan dalam faktor kebutuhan adalah variabel signifikan yang memiliki pengaruh pada pemanfaatan layanan

					kesehatan.
7.	Karina et al. (2020)	Untuk menganalisis faktor yang mempengaruhi pemanfaatan PKPR oleh remaja sekolah di wilayah kerja Puskesmas Kabupaten Bondowoso	Penelitian analitik dengan desain <i>cross sectional</i>	Sebanyak 96 remaja, diperoleh dengan teknik <i>multistage stampling</i>	Terdapat pengaruh ketersediaan tenaga kesehatan ($p = 0,002$) dan fasilitas kesehatan ($p = 0,000$), kompetensi tenaga kesehatan ($p = 0,002$), dan waktu pelayanan ($p = 0,012$).
8.	Hinarti et al. (2020)	Untuk mengetahui faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan pasien di Puskesmas Lepo-Lepo Kota Kendari	Observasional analitik dengan pendekatan <i>cross sectional</i>	Sebanyak 200 sampel masyarakat yang berkunjung ke Puskesmas Lepo Lepo kota Kendari, diperoleh dengan teknik <i>simple random sampling</i>	Ada hubungan antara dukungan suami ($p = 0,02$), ketersediaan fasilitas kesehatan ($p = 0,00$), keluhan penyakit ($p = 0,00$) terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan.
9.	Sandora et al. (2021)	Untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan Puskesmas oleh masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Pasar Terusan	Desain <i>cross sectional</i>	Sebanyak 95 sampel yaitu masyarakat yang tinggal di wilayah kerja Puskesmas Pasar Terusan, diperoleh dengan teknik <i>purposive sampling</i>	Pengetahuan ($p = 0,000$), keterjangkauan ($p = 0,030$) dan sikap petugas ($p = 0,000$) berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan puskesmas.

10.	Masita et al. (2016)	Untuk mengetahui faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan pada masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Kanapa-Napa Kabupaten Buton Tengah	Deskriptif dengan pendekatan survey dan desain <i>cross sectional</i>	69 responden kepala keluarga dipilih dengan teknik <i>simple random sampling</i>	Ada hubungan yang signifikan antara akses ($p = 0,009$), kepemilikan asuransi kesehatan ($p = 0,002$) dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan.
11.	Hung et al. (2020)	Untuk menyelidiki penurunan pemanfaatan layanan kesehatan oleh masyarakat Hong Kong selama wabah COVID-19 dan mengidentifikasi faktor-faktor yang terkait dengan mereka yang menghindari perawatan medis.	Survei <i>cross-sectional</i>	Menggunakan <i>stratified random sampling</i> untuk memastikan sampel yang representatif dari populasi target berdasarkan usia, jenis kelamin, dan distrik tempat tinggal.	Faktor-faktor yang terkait dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan termasuk jenis kelamin ($p < .001$), status pernikahan ($p = .044$), pendidikan ($p = .005$)
12.	Soleimanvandiazar et al. (2020)	Untuk meninjau semua studi tentang pemanfaatan layanan kesehatan rawat jalan dan mengidentifikasi faktor-faktor yang	<i>Literature Review</i> diidentifikasi dengan menyelidiki secara sistematis <i>Web of Science</i> ,	Pencarian <i>database</i> menghasilkan 2530 literatur, sebanyak 37 studi yang memenuhi	Hasil penelitian menunjukkan bahwa semua faktor predisposisi, pendukung, dan kebutuhan mempengaruhi pemanfaatan pelayanan

		berkontribusi terhadap pemanfaatan layanan kesehatan di kalangan masyarakat umum berdasarkan model perilaku Andersen	MEDLINE (melalui mesin penelitian PubMed), dan database Scopus antara Januari 2008 dan Juli 2018.	syarat dimasukkan dalam ulasan ini	kesehatan. Pada sebagian besar penelitian, jenis kelamin, staus menikah, usia, dan pekerjaan berkorelasi positif dengan peningkatan pemanfaatan layanan kesehatan. Namun, ditemukan bukti mengenai hubungan antara tingkat pendidikan, wilayah tempat tinggal dan pemanfaatan layanan kesehatan. Beberapa penelitian melaporkan bahwa tingkat pendidikan yang lebih tinggi berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Pendapatan yang lebih tinggi dan diasuransikan, juga, secara signifikan meningkatkan kemungkinan pemanfaatan layanan kesehatan.
13.	Tang & Wang	Menggali faktor-faktor	<i>Cross sectional</i>	Data nasional	Predisposisi (pendidikan),

	(2021)	determinan individu dan kontekstual pemanfaatan pelayanan kesehatan dasar masyarakat migran lanjut usia Berdasarkan mbdel pelayanan kesehatan Andersen menggunakan, dan memberikan saran kepada pemerintah untuk meningkatkan pemanfaatan pelayanan kesehatan masyarakat dasar		tahunan tentang migran dari 32 provinsi pada dianggap sebagai kerangka pengambilan sampel dasar. Dengan meggunakan <i>restricted random sampling</i> , sampel akhir adalah 5876, yang terletak di 297 kota	faktor pendukung (asuransi kesehatan dan jaringan sosial), dan kebutuhan (penilaian individu) memiliki dampak yang signifikan terhadap penggunaan pelayanan kesehatan masyarakat dasar
14.	Ngugi et al. (2017)	Untuk mengidentifikasi Pemanfaatan layanan kesehatan di daerah pedesaan terbatas sumber daya di Kenya	<i>Cross sectional survey</i>	<i>Cluster sampling</i>	Mayoritas (94%) responden mengunjungi fasilitas tingkat apotik dan hanya 60,1% mengunjungi fasilitas di kecamatan. Dari mereka yang tidak mencari pelayanan kesehatan, 43% berobat sendiri dengan membeli obat bebas, 20% menganggap pelayanan kesehatan

					terlalu mahal, dan 10% menyatakan penyakitnya tidak cukup parah sehingga tidak perlu mengunjungi fasilitas kesehatan. Dalam analisis multivariat, hubungan dengan kepala rumah tangga berkaitan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan
15.	Dalinjong et al. (2017)	Untuk mengkaji hubungan status jaminan kesehatan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan rawat jalan dan rawat inap pada masyarakat miskin pedesaan.	Survei <i>cross sectional</i>	Secara keseluruhan, 12.000 rumah tangga dijadikan sampel dari total jumlah rumah tangga dalam database menggunakan teknik <i>simple random sampling</i>	Secara signifikan, masyarakat yang memiliki asuransi kesehatan memiliki peningkatan peluang untuk memanfaatkan layanan kesehatan rawat jalan dan rawat inap. Responden dengan riwayat penyakit atau cedera dan status kesehatan yang sangat buruk juga memiliki peluang yang lebih besar untuk memanfaatkan layanan kesehatan rawat jalan dan rawat inap.

16.	Sagawa et al. (2021)	Untuk meneliti faktor-faktor penentu pemanfaatan pelayanan <i>Post Natal Care</i> di Distrik Mangochi Malawi	<i>Cross sectional</i>	Teknik <i>multistage sampling</i> digunakan untuk memilih responden dari sembilan desa yang dipilih secara acak di distrik Mangochi, dan didapatkan 600 sampel	Hasil penelitian menunjukkan bahwa prevalensi pemanfaatan layanan <i>Post Natal Care</i> adalah 84,8%. Pendidikan, pekerjaan, pendapatan rumah tangga, dukungan keluarga pengetahuan tentang layanan <i>Post Natal Care</i> positif terkait dengan pemanfaatan layanan <i>Post Natal Care</i>
17.	Wulandari et al. (2019)	Untuk menganalisis disparitas pemanfaatan rumah sakit berdasarkan status sosial ekonomi lansia di Indonesia	<i>Cross sectional</i> dengan analisis regresi logistik	Besarnya sampel 199.653 responden lansia. Data yang diolah berasal dari RISKESDAS 2013	Terdapat perbedaan status sosial ekonomi masing-masing lansia di pemanfaatan rumah sakit, yang dipastikan signifikan secara statistik. Secara proporsional, semakin baik status sosial ekonomi, maka pemanfaatan rumah sakit semakin baik. Hanya variabel jenis kelamin yang menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan dengan

					pemanfaatan rumah sakit pada lansia di Indonesia
18.	Banke-Thomas et al. (2017)	Untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi pemanfaatan layanan kesehatan ibu oleh ibu remaja di negara berpenghasilan rendah dan menengah	<i>Literature review</i>	Secara sistematis meninjau literatur yang diterbitkan hingga Desember 2015, sebanyak 14 studi	Status ekonomi, paparan media, tempat tinggal pedesaan/perkotaan bermakna signifikan, pendidikan ibu dan pasangannya adalah faktor signifikan yang paling umum yang mempengaruhi pemanfaatan <i>Maternal Health Services</i>
19.	Li et al. (2016)	Untuk menilai hubungan pemanfaatan pelayanan kesehatan di antara penduduk pedesaan di Guangxi Cina menggunakan model Andersen	<i>Cross sectional</i> dengan analisis regresi logistik	5300 sampel menggunakan teknik <i>multi stage stratified cluster random sampling</i>	Ada hubungan yang signifikan antara faktor kebutuhan (penyakit kronis), umur, jenis kelamin, status perkawinan, ukuran keluarga dan tingkat pendidikan dengan pemanfaatan layanan kesehatan.
20.	Ford et al. (2018)	Untuk mengeksplor hambatan untuk mengakses perawatan primer untuk orang tua yang kurang mampu	Kualitatif menggunakan analisis tematik	Menggunakan strategi rekrutmen komunitas, 15 orang di atas 65 tahun, tinggal di	Kesulitan untuk mengakses perawatan primer karena saluran telepon yang sibuk, ketersediaan janji temu,

		secara sosial ekonomi di daerah pedesaan		daerah pedesaan, dan menerima dukungan keuangan direkrut untuk wawancara semi terstruktur	interaksi dengan resepsionis; melanggar kontrak sosial yang mereka rasakan. Hal ini membuat beberapa orang merasa tidak diinginkan, tidak berharga, atau terpinggirkan, terutama mereka yang memiliki ekspektasi tinggi terhadap sumber daya dan keterampilan
21.	Adedokun et al. (2017)	Untuk mengetahui pemanfaatan layanan perawatan kesehatan untuk anak-anak dengan penyakit akut di Nigeria	<i>Cross sectional</i>	40.680 rumah tangga dengan teknik <i>cluster sampling</i>	Hanya 30% yang memanfaatkan layanan kesehatan ketika sakit, hampir 67% tinggal di daerah pedesaan. Ibu dengan pendidikan tinggi, dari rumah tangga kaya, dan terlibat dalam pekerjaan secara signifikan lebih mungkin untuk menggunakan pelayanan kesehatan untuk penyakit akut anak. Ibu yang kesulitan untuk pergi ke fasilitas kesehatan cenderung

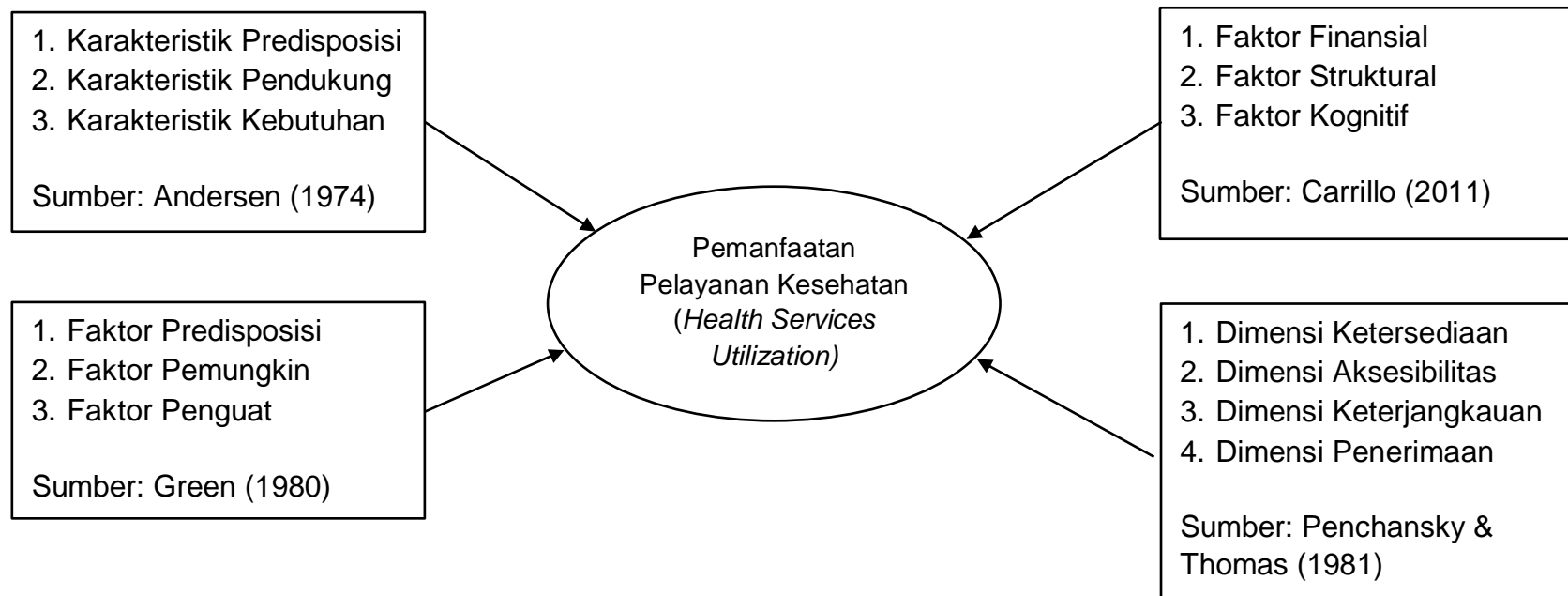
					tidak menggunakan pelayanan kesehatan untuk anaknya
22.	Shao et al. (2018)	Untuk mengungkap dan mengeksplorasi faktor-faktor yang mempengaruhi pemanfaatan layanan kesehatan migran di Beijing	<i>Cross sectional</i>	Sampel sebanyak 4.578 penduduk Beijing berusia 15 tahun ke atas dipilih dengan teknik <i>three-stage stratified cluster sampling</i>	Usia, etnis, pekerjaan, penilaian kesehatan individu merupakan determinan utama yang mempengaruhi migran untuk menerima pelayanan kesehatan. Regresi logistik biner menunjukkan bahwa derajat gejala sebagai variabel kebutuhan dan etnisitas sebagai variabel predisposisi merupakan determinan yang kuat dan konsisten terhadap perilaku pencarian pelayanan kesehatan
23.	Samsinar et al. (2017)	Untuk mengetahui faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan masyarakat Lambaraka di Puskesmas	Survey analitik dengan rancangan <i>cross sectional</i>	Sebanyak 35 kepala keluarga dipilih menjadi sampel dengan teknik <i>simple random sampling</i>	Pengetahuan (0,012), sikap (0,004), akses pelayanan (0,030) berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan.

		Lainea Kabupaten Konawe Selatan			
24.	Sekarini et al. (2020)	Untuk mengetahui hubungan antara karakteristik masyarakat Desa Treman dengan pemanfaatan Puskesmas Kauditan	Survey analitik dengan rancangan <i>cross sectional</i>	Sebanyak 88 sampel dipilih dengan teknik <i>simple random sampling</i>	Terdapat hubungan antara tingkat pendidikan (<i>p value</i> = 0.013) dan pendapatan (<i>p value</i> = 0.006) dengan pemanfaatan Puskesmas oleh masyarakat desa Treman.
25.	Rabbaniyah & Nadjib (2019)	Untuk mengetahui faktor yang mempengaruhi pemanfaatan fasilitas kesehatan berobat jalan di Provinsi Jawa Barat	<i>Cross sectional</i> dengan menggunakan data data sekunder Survei Sosial Ekonomi Nasional tahun 2017	Seluruh kepala rumah tangga di Provinsi Jawa Barat sebanyak 22.955	Pendapatan (<i>p value</i> = 0,001) dan status pekerjaan kepala rumah tangga (<i>p value</i> = 0,08) berpengaruh secara signifikan terhadap pemanfaatan fasilitas kesehatan
26.	Raeshita (2020)	Untuk mengetahui determinan pemanfaatan pelayanan <i>antenatal care</i> oleh ibu hamil di Puskesmas Berastagi Kabupaten Karo	Survei analitik dengan rancangan <i>cross sectional</i>	Sebanyak 71 sampel dipilih dengan teknik <i>accidental sampling</i>	Terdapat hubungan antara pengetahuan dan dukungan tenaga kesehatan terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan.
27.	(Quashie & Pothisiri, 2019)	Untuk menguji perbedaan pedesaan dan perkotaan dalam	Studi ini mengacu pada data dari <i>Survey</i>	Sampel dibatasi untuk individu yang memberikan	Sekitar 50% lansia Thailand tidak mencari perawatan kesehatan.

		pemanfaatan pelayanan kesehatan lansia di Thailand menggunakan model Andersen	<i>of Older Persons in Thailand 2011</i> yang representatif secara nasional dan diolah menggunakan model regresi logistik	informasi tentang semua variabel, menghasilkan sampel analitik (n = 56,435)	ada pengaruh ketidaksetaraan berbasis geografis dalam distribusi sumber daya perawatan kesehatan, dan pembangunan infrastruktur, sehingga perlu ditangani
28.	(Paul & Chouhan, 2020)	Untuk menguji faktor sosio-demografis pemanfaatan perawatan kesehatan ibu di antara wanita India	Rancangan penelitian <i>cross sectional</i>	Sampel dipilih dengan menggunakan teknik <i>stratified two stage sampling</i> yang terdiri dari 28.586 <i>cluster</i> ; 8.397 di perkotaan, 20.059 di pedesaan, dan 130 dari daftar daerah kumuh oleh <i>Municipal Corporation Offices</i> (MCOs)	Pendidikan dan status kekayaan rumah tangga adalah faktor yang paling signifikan dari pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu. Faktor sosio-demografis penting lainnya termasuk tempat tinggal pedesaan-perkotaan, kasta, agama, usia perempuan, usia saat menikah, paparan media massa dan wilayah tempat tinggal juga mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan
29.	Kundu et al., (2021)	Untuk menguji sifat disparitas antar	Menggunakan uji-t dan uji-Z,	Sebanyak 12.642 sampel rumah	Pemanfaatan fasilitas layanan rawat inap

		wilayah dalam pemanfaatan layanan kesehatan menggunakan model Andersen	menggunakan analisis regresi logistik biner untuk mengeksplorasi hubungan faktor predisposisi, pendukung, dan kebutuhan dengan pemanfaatan layanan kesehatan	tangga yang tersebar di setiap daerah pedesaan dan perkotaan di seluruh negeri dipilih dengan teknik <i>stratified multistage sampling</i>	sangat rendah, kecuali di negara bagian timur dan timur laut. Kasta, pendidikan, pengeluaran per kapita bulanan, dan kebutuhan individu adalah faktor utama yang mempengaruhi pemanfaatan layanan rawat inap
--	--	--	--	--	--

G. Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori Penelitian

Penelitian ini menggunakan empat dasar teori yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan, keempat teori yang digunakan dalam penelitian ini banyak mengkaji tentang karakteristik-karakteristik ataupun faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku seseorang dalam mencari dan menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan. Terdapat persamaan pada beberapa teori seperti teori perilaku Andersen dan Green yang sama-sama mengkaji faktor atau karakteristik *predisposing* dan *enabling* dalam perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan, yang membedakan adalah teori Andersen lebih menekankan kepada karakteristik *need* atau kebutuhan sedangkan teori Green menekankan pada faktor *reinforcing* atau penguat. Pemanfaatan pelayanan kesehatan pada masyarakat di daerah tertinggal dengan akses sulit perlu dikaji lebih dalam, teori lain yang digunakan yaitu teori Carillo dan Penchansky yang lebih meninjau tentang aksesibilitas atau faktor-faktor yang menghambat akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan.

Teori Andersen mengemukakan tiga karakteristik utama dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan. Karakteristik pertama yaitu predisposisi, individu cenderung memanfaatkan pelayanan kesehatan berdasarkan ciri-ciri yang dimiliki, seperti keadaan demografi (jenis kelamin, umur, status pernikahan), struktur sosial (pendidikan, budaya atau tradisi, jenis pekerjaan) dan kepercayaan kesehatan (pengetahuan, persepsi, sikap, keyakinan). Karakteristik kedua yaitu pendukung, kondisi

yang memungkinkan individu untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan, seperti sumber daya keluarga (pendapatan, dukungan keluarga, asuransi kesehatan), dan sumber daya masyarakat (aksesibilitas, fasilitas kesehatan, tenaga kesehatan). Karakteristik ketiga yaitu kebutuhan, merupakan dasar untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan, seperti penilaian individu (persepsi sakit, gejala penyakit, keadaan umum yang dirasakan), dan penilaian klinis (hasil pemeriksaan, diagnosa penyakit).

Menurut Green terdapat tiga faktor penting yang mempengaruhi perilaku seseorang dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. Faktor pertama yaitu predisposisi, merupakan dasar terbentuknya suatu perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan, seperti pengetahuan, pekerjaan, sikap, tradisi, budaya, dan persepsi. Faktor kedua yaitu pemungkin, atau hal-hal yang memungkinkan atau memfasilitasi pemanfaatan pelayanan kesehatan, seperti ketersediaan sumber daya kesehatan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan. Faktor ketiga yaitu penguat, yaitu faktor yang mendorong atau memperkuat perilaku individu dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan, seperti dukungan keluarga, dukungan tokoh masyarakat, dan dukungan petugas kesehatan.

Carillo mengembangkan model yang disebut dengan *The Health Care Access Barrier* (HCAB), model ini dapat diterapkan secara merata di semua kelompok ras dan etnis dan secara khusus menargetkan hambatan akses yang banyak mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan pada masyarakat dengan akses yang sulit, model ini memiliki

tiga kategori. Kategori pertama yaitu finansial, pemanfaatan pelayanan kesehatan dan kemampuan untuk mengakses pelayanan kesehatan ditentukan oleh kondisi keuangan seseorang, faktor-faktor dalam kategori ini yaitu asuransi kesehatan dan kemampuan untuk membayar. Kategori kedua yaitu struktural, berhubungan dengan ketersediaan sistem pelayanan kesehatan baik di dalam ataupun di luar fasilitas pelayanan kesehatan yang dapat mempengaruhi akses dan pemanfaatan masyarakat dengan penghasilan dan akses yang sulit, yaitu jarak, waktu tunggu, sarana transportasi, waktu operasional, dan pelayanan kesehatan. Kategori ketiga yaitu kognitif, berhubungan dengan keyakinan dan pengetahuan masyarakat tentang kesehatan serta komunikasi yang terjalin, faktor-faktor dalam kategori ini yaitu pengetahuan tentang kesehatan, komunikasi dengan petugas kesehatan, serta budaya dan linguistik.

Penchansky dan Thomas merangkum serangkaian dimensi yang lebih spesifik menggambarkan kesesuaian antara masyarakat dengan sistem pelayanan kesehatan yang dapat digunakan untuk mengkarakterisasi faktor-faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan. Teori ini juga disebut dengan *The Concept of Access*, akses merupakan konsep penting dalam penelitian kebijakan kesehatan dan pelayanan kesehatan. Dimensi pertama yaitu ketersediaan, berhubungan dengan volume dan jenis pelayanan kesehatan dan sumber daya yang tersedia dengan volume dan jenis

kebutuhan masyarakat, seperti ketersediaan tenaga kesehatan, fasilitas kesehatan, dan pelayanan kesehatan. Dimensi kedua yaitu aksesibilitas, berhubungan dengan lokasi fasilitas kesehatan dengan lokasi masyarakat, seperti sumber transportasi, waktu tempuh, jarak tempuh, medan yang ditempuh, dan biaya yang dikeluarkan. Dimensi ketiga yaitu keterjangkaungan, berhubungan dengan harga pelayanan yang harus dikeluarkan dan cara masyarakat memanfaatkan pelayanan kesehatan dilihat dari faktor penghasilan, kemampuan membayar, dan asuransi kesehatan yang dimiliki. Dimensi keempat yaitu penerimaan, berhubungan dengan sikap atau karakteristik pribadi dengan kemauan untuk mengakses dan memanfaatkan pelayanan kesehatan, seperti usia, jenis kelamin, lingkungan, dan agama.

H. Kerangka Konsep

Pemanfaatan pelayanan kesehatan dapat menggambarkan keberlangsungan pelayanan kesehatan pada suatu daerah, diukur dari tindakan masyarakat dalam menggunakan dan menjangkau fasilitas kesehatan yang tersedia, mencakup pelayanan dalam bentuk perawatan maupun usaha preventif yang dilaksanakan berdasarkan ketersediaan dan ketersinambungan pelayanan, penerimaan oleh masyarakat, mudah dijangkau serta bermutu. Pemanfaatan pelayanan kesehatan berdasar pada faktor-faktor yang mempengaruhinya, yang berkaitan dengan preferensi seseorang dalam menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan.

Tradisi merupakan suatu sistem kompleks dalam suatu kelompok masyarakat yang memiliki sifat historis, mencakup kepercayaan dan semua kebiasaan-kebiasaan yang didapatkan oleh seseorang sebagai bagian dari suatu lingkungan masyarakat, termasuk di dalamnya kebiasaan-kebiasaan dalam mengatasi masalah kesehatan. Pada masyarakat dusun tertinggal, tradisi yang cenderung masih kental dapat mempengaruhi tindakan seseorang dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan.

Sumber daya masyarakat dapat menggambarkan kondisi yang memungkinkan seseorang untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan, seperti tersedianya tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu, serta ketersediaan fasilitas dan sarana kesehatan yang layak. Sumber daya merupakan faktor penting dalam

pelayanan kesehatan di dusun tertinggal karena dibutuhkan perlakuan atau pelayanan khusus bagi masyarakat yang tinggal di daerah tersebut.

Aksesibilitas merupakan konsep yang menggambarkan kecocokan antara masyarakat dan sistem pelayanan kesehatan, dilihat dari seberapa mudah masyarakat untuk menjangkau fasilitas pelayanan kesehatan yang tersedia. Akses yang baik tidak hanya dilihat dari jarak yang ditempuh. Kondisi jalan yang dilalui, waktu yang dibutuhkan serta biaya yang harus dikeluarkan menjadi faktor penting yang juga perlu diperhatikan, terutama pada daerah tertinggal. Selain itu, faktor kognitif berdasar pada pertemuan atau komunikasi seseorang dengan petugas kesehatan, keterbatasan masyarakat khususnya yang tinggal di dusun tertinggal dalam hal linguistik dan budaya dapat mengurangi pemahaman masyarakat dalam menerima informasi yang diberikan oleh tenaga kesatan.

Dukungan tokoh masyarakat juga menjadi faktor penting dari pencarian pelayanan kesehatan. Mengingat pentingnya norma sosial dan budaya dalam kehidupan masyarakat daerah tertinggal, maka tokoh masyarakat yang mendukung masyarakat untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan dapat menggerakkan masyarakat untuk meningkatkan pemanfaatan terhadap pelayanan kesehatan, begitupun sebaliknya.

Penilaian individu berkaitan erat dengan motivasi untuk melakukan suatu tindakan, apabila persepsinya baik maka seseorang cenderung memanfaatkan pelayanan kesehatan saat mengalami sakit, begitupun sebaliknya. masing-masing individu memiliki persepsi yang berbeda

I. Hipotesis Penelitian

- a. Terdapat hubungan tradisi dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh masyarakat dusun tertinggal di wilayah kerja Puskesmas Tipo Kota Palu.
- b. Terdapat hubungan sumber daya masyarakat dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh masyarakat dusun tertinggal di wilayah kerja Puskesmas Tipo Kota Palu.
- c. Terdapat hubungan aksesibilitas dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh masyarakat dusun tertinggal di wilayah kerja Puskesmas Tipo Kota Palu.
- d. Terdapat hubungan komunikasi dengan petugas kesehatan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh masyarakat dusun tertinggal di wilayah kerja Puskesmas Tipo Kota Palu.
- e. Terdapat hubungan dukungan tokoh masyarakat dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh masyarakat dusun tertinggal di wilayah kerja Puskesmas Tipo Kota Palu.
- f. Terdapat hubungan penilaian individu dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh masyarakat dusun tertinggal di wilayah kerja Puskesmas Tipo Kota Palu.
- g. Terdapat faktor yang paling dominan mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh masyarakat dusun tertinggal di wilayah kerja Puskesmas Tipo Kota Palu.

J. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

Tabel 2.2 Definisi Oerasional dan Kriteria Objektif

No.	Variabel	Definisi Operasional	Alat dan Cara Pengukuran	Skala Pengukuran	Kriteria Objektif
Variabel Independen					
1.	Tradisi	Tradisi yang dimaksud dalam penelitian ini adalah kepercayaan dan kebiasaan turun temurun responden berdasarkan nilai-nilai budaya dan lingkungannya, baik dalam hal yang bersifat duniawi maupun yang bersifat gaib atau keagamaan, yang memperlihatkan bagaimana perilaku responden dalam berobat dan memanfaatkan pelayanan kesehatan.	Kuesioner dengan 9 item pertanyaan. Dengan skor dan pilihan jawaban: 5 = Sangat Setuju 4 = Setuju 3 = Kurang Setuju 2 = Tidak Setuju 1 = Sangat Tidak Setuju	Ordinal	Kuat: Apabila total skor jawaban responden > 60% Lemah: Apabila total skor jawaban responden ≤ 60%
2.	Sumber Daya Masyarakat	Sumber daya masyarakat yang dimaksud dalam penelitian ini adalah pengalaman responden terhadap ketersediaan	Kuesioner dengan 9 item pertanyaan. Dengan skor dan pilihan jawaban:	Ordinal	Baik: Apabila total skor jawaban responden > 60% Kurang Baik: Apabila

		sumber daya dan pelayanan yang ada di fasilitas kesehatan, meliputi kuantitas dan kualitas tenaga kesehatan, kuantitas dan kualitas fasilitas kesehatan, dan kualitas pelayanan kesehatan.	5 = Sangat Setuju 4 = Setuju 3 = Kurang Setuju 2 = Tidak Setuju 1 = Sangat Tidak Setuju		total skor jawaban responden $\leq 60\%$
3.	Aksesibilitas	Aksesibilitas yang dimaksud dalam penelitian ini yaitu kemudahan responden dalam menjangkau fasilitas pelayanan kesehatan dari rumah, meliputi sumber transportasi, jarak tempuh, waktu tempuh, kondisi medan yang ditempuh, dan biaya yang dikeluarkan.	Kuesioner dengan 8 item pertanyaan. Dengan skor dan pilihan jawaban: 5 = Sangat Setuju 4 = Setuju 3 = Kurang Setuju 2 = Tidak Setuju 1 = Sangat Tidak Setuju	Ordinal	Mudah: Apabila total skor jawaban responden $> 60\%$ Sulit: Apabila total skor jawaban responden $\leq 60\%$
4.	Komunikasi dengan Petugas Kesehatan	Komunikasi dengan petugas kesehatan yang dimaksud dalam penelitian ini yaitu pengalaman responden dalam berinteraksi dengan petugas kesehatan.	Kuesioner dengan 7 item pertanyaan. Dengan skor dan pilihan jawaban: 5 = Sangat Setuju 4 = Setuju 3 = Kurang Setuju 2 = Tidak Setuju	Ordinal	Baik: Apabila total skor jawaban responden $> 60\%$ Kurang Baik: Apabila total skor jawaban responden $\leq 60\%$

			1 = Sangat Tidak Setuju		
5.	Dukungan Tokoh Masyarakat	Dukungan tokoh masyarakat yang dimaksud dalam penelitian ini yaitu dukungan yang dirasakan responden berupa informasi maupun dukungan moril dan materil dari tokoh masyarakat seperti kepala dusun maupun tetua adat.	Kuesioner dengan 7 item pertanyaan. Dengan skor dan pilihan jawaban: 5 = Sangat Setuju 4 = Setuju 3 = Kurang Setuju 2 = Tidak Setuju 1 = Sangat Tidak Setuju	Ordinal	Mendukung: Apabila total skor jawaban responden > 60% Kurang Mendukung: Apabila total skor jawaban responden ≤ 60%
6.	Penilaian Individu	Penilaian individu yang dimaksud dalam penelitian ini yaitu keadaan kesehatan yang dirasakan oleh responden berdasarkan pengalaman langsung, yang meliputi persepsi tentang suatu penyakit, hebatnya sakit yang dirasakan, hingga tindakan yang dilakukan pada saat sakit.	Kuesioner dengan 8 item pertanyaan. Dengan skor dan pilihan jawaban: 5 = Sangat Setuju 4 = Setuju 3 = Kurang Setuju 2 = Tidak Setuju 1 = Sangat Tidak Setuju	Ordinal	Baik: Apabila total skor jawaban responden > 60% Kurang Baik: Apabila total skor jawaban responden ≤ 60%

Variabel Dependen					
1.	Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan	Pemanfaatan pelayanan kesehatan yang dimaksud dalam penelitian ini adalah semua upaya yang dilakukan masyarakat untuk memelihara, meningkatkan, mencegah serta memulihkan kesehatan individu ataupun keluarga di Puskesmas Tipo dalam 6 bulan terakhir. Mencakup pelayanan medis dan pelayanan kesehatan masyarakat seperti pengobatan, kesehatan ibu dan anak, kesehatan lansia dan keluarga berencana, baik di Puskesmas, Pustu, Posbindu, Poskeskel dan Posyandu.	Kuesioner dengan 3 item pertanyaan. Dengan skor dan pilihan jawaban: 1 = Ya 0 = Tidak	Ordinal	<p>Memfaatkan: Apabila total skor jawaban responden > 50%</p> <p>Kurang Memfaatkan: Apabila total skor jawaban responden \leq 50%</p>

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian observasional dengan desain atau rancangan *cross sectional*, untuk melihat dan mempelajari dinamika korelasi antara faktor-faktor risiko dengan efek dengan cara pengumpulan data dalam waktu yang bersamaan (*point time approach*) (Notoatmodjo, 2010).

B. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada tiga dusun yang masuk kategori dusun sulit dan tertinggal di wilayah kerja Puskesmas Tipo Kota Palu yaitu dusun Wana, Salena, dan Taipa Java, pada bulan Februari sampai dengan Maret 2022.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh kepala keluarga yang bertempat tinggal di dusun Wana, Salena, dan Taipa Java. Berdasarkan data Profil Kesehatan Puskesmas Tipo, diketahui jumlah kepala keluarga pada tiga dusun tersebut yaitu sebanyak 410 kepala keluarga.

2. Sampel Penelitian

Sampel merupakan objek yang diteliti serta dianggap mewakili seluruh populasi, yang dijadikan sebagai *source of information* bagi