

TESIS

**ANALISIS FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PEMANFAATAN
RUMAH TUNGGU KELAHIRAN DI PUSKESMAS LARAT
KEPULAUAN TANIMBAR**

*ANALYSIS OF FACTORS INFLUENCING THE USE OF BIRTH
WAITING HOUSE IN LARAT HEALTH CENTER IN TANIMBAR
ISLANDS*

ALEKSANDRA SIAHAILATUA

K012182029



**PROGRAM STUDI S2 ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2023**

**ANALISIS FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PEMANFAATAN
RUMAH TUNGGU KELAHIRAN DI PUSKESMAS LARAT
KEPULAUAN TANIMBAR**

**Tesis
Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar Master**

**Program Studi
Ilmu Kesehatan Masyarakat**

**Disusun dan diajukan oleh :
ALEKSANDRA SIAHAILATUA**

Kepada

**PROGRAM STUDI S2 ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2023**

LEMBAR PENGESAHAN

ANALISIS FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PEMANFAATAN RUMAH TUNGGU
KELAHIRAN DI PUSKESMAS LARAT KEPULAUAN TANIMBAR

Disusun dan diajukan oleh

ALEKSANDRA SIAHAILATUA
K012182029

Telah dipertahankan di hadapan Panitia ujian yang dibentuk dalam rangka Penyelesaian Studi Program Magister Program Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin pada tanggal 17 Februari 2023 dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan

Menyetujui,

Pembimbing Utama,

Pembimbing Pendamping,



Prof. Dr. H. Indar, SH., MPH
NIP. 195311101986011001



Dr. Muhammad Alwy Arifin, M.Kes
NIP. 196407081991031002

Dekan Fakultas
Kesehatan Masyarakat

Ketua Program Studi S2
Ilmu Kesehatan Masyarakat



Prof. Sukri Palutturi, SKM., M.Kes., M.Sc.PH., Ph.D
NIP. 19720529 200112 1 001



Prof. Dr. Masni, Apt., MSPH.
NIP. 195906051986012001

PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Aleksandra Siahailatua
NIM : K012182029
Program studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Jenjang : S2

Menyatakan dengan ini bahwa karya tulissan saya berjudul :

ANALISIS FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PEMANFAATAN RUMAH TUNGGU KELAHIRAN DI PUSKESMAS LARAT KEPULAUAN TANIMBAR

adalah karya tulisan saya sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan orang lain bahwa Tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 15 Februari 2023.

Yang menyatakan



Aleksandra Siahailatua

PRAKATA

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Segala puji bagi Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan begitu banyak nikmat dan karunia-Nya sehingga tesis dengan judul **“Analisis Faktor yang Mempengaruhi Pemanfaatan Rumah Tunggu Kelahiran di Puskesmas Larat Kepulauan Tanimbar”** dapat terselesaikan dengan baik.

Tesis ini disusun untuk memenuhi persyaratan dalam menyelesaikan studi Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Pascasarjana Universitas Hasanuddin Makassar. Banyak kendala yang dihadapi oleh penulis dalam rangka penyusunan tesis ini, yang hanya berkat bantuan berbagai pihak, maka tesis ini selesai pada waktunya. Dalam kesempatan ini, penulis dengan tulus dan penuh rasa hormat, menyampaikan terima kasih kepada Bapak **Prof. Dr. Indar, SH, MPH** selaku Pembimbing I dan Bapak **Dr. Muhammad Alwy Arifin, M.Kes** selaku Pembimbing II yang telah meluangkan waktu dan pikirannya untuk membimbing dan memberikan dorongan kepada penulis sejak proses awal hingga akhir penyusunan tesis ini. Ucapan terima kasih juga kepada Bapak **Prof. Dr. Darmawansyah, SE, M.Si**, Ibu **Prof. Dr. dr. Hj. Syamsiar S Russeng, MS**, dan Bapak **Dr. dr. Arifin Seweng, MPH** selaku penguji yang telah memberikan masukan dalam perbaikan tesis ini.

Secara khusus penulis ucapkan terima kasih kepada kedua orang tua saya, Suami dan anak-anak saya yang telah mendukung dan

memotivasi untuk bisa menyelesaikan tesis ini dengan tepat waktu. Dengan selesainya tesis ini, penulis mengucapkan terima kasih serta penghargaan yang setinggi-tingginya kepada :

1. Bapak **Prof. Dr. Ir. Jamaluddin Jompa, M.Sc** sebagai Rektor Universitas Hasanuddin yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melanjutkan pendidikan di Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin Makassar.
2. Bapak **Prof. Sukri Palutturi, SKM., M.Kes., M.Sc.PH.,Ph.D** sebagai Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin, Ibu **Prof. Dr. Masni, Apt, MSPH** sebagai Ketua Program Studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat dan Bapak **Dr. Muhammad Alwy Arifin, M.Kes** sebagai Ketua Departemen AKK beserta staf pengelola yang telah membantu dan membimbing penulis selama mengikuti pendidikan di Pascasarjana Universitas Hasanuddin Makassar.
3. Seluruh dosen dan staf pengajar di Program Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar yang telah memberikan bekal ilmu yang sangat bermanfaat kepada penulis.

Harapan penulis semoga tesis ini dapat bermanfaat bagi semua pihak dan penulis mengharapkan saran dan kritik yang membangun demi penyempurnaan tesis ini. Akhir ini semoga sumbangsih yang diberikan akan memperoleh balasan dari Tuhan Yang Maha Esa. Aamiin.

Makassar, Februari 2023

Aleksandra Siahailatua

ABSTRAK

ALEKSANDRA SIAHAILATUA. Analisis Faktor yang Mempengaruhi Pemanfaatan Rumah Tunggu Kelahiran di Puskesmas Larat Kepulauan Tanimbar (dibimbing oleh Indar dan Muhammad Alwy).

Kematian ibu dan kematian bayi adalah masalah kesehatan yang sangat mempengaruhi kualitas derajat kesehatan masyarakat dan menjadi indikator keberhasilan pembangunan nasional yang merupakan tanggungjawab bersama semua sektor terkait. Tujuan penelitian ini yaitu untuk menganalisis faktor yang mempengaruhi pemanfaatan Rumah Tunggu Kelahiran di Puskesmas Larat Kepulauan Tanimbar.

Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan pendekatan studi kasus. Populasi dalam penelitian ibu hamil yang berobat di Puskesmas Larat lebih dari 1 kali. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan *purposive sampling* dengan jumlah sampel sebanyak sebanyak 39 orang dengan kriteria inklusi yaitu ibu hamil dan telah memanfaatkan pelayanan kesehatan sebanyak lebih dari satu kali kunjungan.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa variabel pendidikan, pengetahuan, jarak, fasilitas, sikap tenaga kesehatan dan kepercayaan berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan rumah tunggu kelahiran di Puskesmas Larat ($p=0,047$; $p=0,000$; $p=0,000$; $p=0,030$; $p=0,000$; $p=0,000$). Perlu peningkatan pelayanan pada rumah tunggu kelahiran di Puskesmas Larat serta melakukan promosi kesehatan bersama tenaga kesehatan.

Kata Kunci : Pendidikan, Pengetahuan, Jarak, Fasilitas, Sikap Tenaga Kesehatan, Kepercayaan



ABSTRACT

ALEXANDRA SIAHAILATUA. *Analysis of Factors Influencing the Utilization of Birth Waiting Homes at the Larat Tanimbar Islands Health Center (Supervised by Indar and Muhammad Alwy Arifin).*

Maternal and infant mortality are two health issues that have a significant impact on public health status and serve as markers of the success of national development, for which all relevant sectors share responsibility. This study's goal was to examine the variables that affect how often women use the birth waiting home at the Larat Health Center in the Tanimbar Islands.

This type of research is quantitative research with a case study approach. The population in this study was pregnant women who were treated at the Larat Health Center more than once. The sampling technique in this study used purposive sampling with a total sample of 39 people with inclusion criteria, namely pregnant women and having used health services for more than one visit.

The results of this study indicate that the variables of education, knowledge, distance, facilities, attitudes of health workers and beliefs influence the utilization of maternity waiting home services at the Larat Health Center ($p=0.047$; $p=0.000$; $p=0.000$; $p=0.030$; $p=0.000$; $p=0.000$). It is necessary to improve services at the birth waiting home at the Larat Health Center and carry out health promotion with health workers.

Keywords : Education, Knowledge, Distance, Facilities, Attitudes of Health Officers, Trust



DAFTAR ISI

| | halaman |
|---|----------------|
| HALAMAN JUDUL | i |
| HALAMAN PENGANTAR..... | ii |
| HALAMAN PENGESAHAN..... | iii |
| PERNYATAAN KEASLIAN | iv |
| PRAKATA | v |
| ABSTRAK | vii |
| ABSTRACT..... | viii |
| DAFTAR ISI | ix |
| DAFTAR TABEL | xi |
| DAFTAR GAMBAR | xiii |
| DAFTAR LAMPIRAN | xiv |
| DAFTAR SINGKATAN..... | xv |
| I. PENDAHULUAN | |
| A. Latar Belakang..... | 1 |
| B. Rumusan Masalah | 7 |
| C. Tujuan Penelitian | 8 |
| D. Manfaat Penelitian..... | 9 |
| II. TINJAUAN PUSTAKA | |
| A. Tinjauan Teoritis..... | 10 |
| 1. Tinjauan tentang Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan | 10 |
| 2. Tinjauan tentang Rumah Tunggu Kelahiran..... | 23 |
| 3. Tinjauan tentang Angka Kematian Ibu | 26 |

| | |
|---|-----|
| 4. Tinjauan tentang Angka Kematian Bayi | 28 |
| 5. Tinjauan tentang Puskesmas | 32 |
| B. Sintesis Penelitian | 42 |
| C. Dasar Pemikiran Variabel..... | 52 |
| D. Kerangka Teori..... | 54 |
| E. Kerangka Konsep..... | 55 |
| F. Hipotesis Penelitian | 57 |
| G. Definisi Operasional | 58 |
| III. METODE PENELITIAN | |
| A. Desain Penelitian | 62 |
| B. Lokasi dan Waktu Penelitian | 62 |
| C. Populasi dan sampel Penelitian | 62 |
| D. Teknik Pengumpulan Data | 64 |
| E. Teknik Analisis Data..... | 65 |
| IV. HASIL DAN PEMBAHASAN | |
| A. Gambaran Kepulauan Tanimbar | 67 |
| B. Hasil Penelitian | 68 |
| C. Pembahasan | 83 |
| D. Keterbatasan Penelitian | 102 |
| V. KESIMPULAN DAN SARAN | |
| A. Kesimpulan | 103 |
| B. Saran..... | 104 |
| DAFTAR PUSTAKA | |
| LAMPIRAN | |

DAFTAR TABEL

| Nomor | halaman |
|--|---------|
| 1. Tabel Sintesa Penelitian | 42 |
| 2. Distribusi Responden Berdasarkan Kelompok Umur..... | 68 |
| 3. Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir | 69 |
| 4. Distribusi Responden Berdasarkan Pemanfaatan Rumah Tunggu Kelahiran di Puskesmas Larat Kepulauan Tanimbar..... | 70 |
| 5. Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan di Puskesmas Larat Kepulauan Tanimbar | 71 |
| 6. Distribusi Responden Berdasarkan Pengetahuan di Puskesmas Larat Kepulauan Tanimbar | 71 |
| 7. Distribusi Responden Berdasarkan Jarak di Puskesmas Larat Kepulauan Tanimbar | 72 |
| 8. Distribusi Responden Berdasarkan Jarak di Puskesmas Larat Kepulauan Tanimbar | 73 |
| 9. Distribusi Responden Berdasarkan Sikap Petugas Kesehatan di Puskesmas Larat Kepulauan Tanimba..... | 73 |
| 10. Distribusi Responden Berdasarkan Kepercayaan di Puskesmas Larat Kepulauan Tanimbar | 74 |
| 11. Pengaruh Pendidikan terhadap pemanfaatan pelayanan rumah tunggu kelahiran di Puskesmas Larat Kepulauan Tanimbar | 75 |

| | |
|--|----|
| 12. Pengaruh Pengetahuan terhadap pemanfaatan pelayanan rumah tunggu kelahiran di Puskesmas Larat Kepulauan Tanimbar..... | 76 |
| 13. Pengaruh Jarak terhadap pemanfaatan pelayanan rumah tunggu kelahiran di Puskesmas Larat Kepulauan Tanimbar | 77 |
| 14. Pengaruh Fasilitas terhadap pemanfaatan pelayanan rumah tunggu kelahiran di Puskesmas Larat Kepulauan Tanimbar | 78 |
| 15. Pengaruh Sikap Petugas Kesehatan terhadap pemanfaatan pelayanan rumah tunggu kelahiran di Puskesmas Larat Kepulauan Tanimbar | 79 |
| 16. Pengaruh Kepercayaan terhadap pemanfaatan pelayanan rumah tunggu kelahiran di Puskesmas Larat Kepulauan Tanimbar..... | 80 |
| 17. Analisis Multivariat Faktor Yang Berpengaruh Terhadap Pemanfaatan Pelayanan Rumah Tunggu Kelahiran di Puskesmas Larat Kepulauan Tanimbar | 82 |

DAFTAR GAMBAR

| Nomor | halaman |
|-------------------------|---------|
| 1. Kerangka teori | 54 |
| 2. Kerangka konsep..... | 55 |

DAFTAR LAMPIRAN

Nomor

1. Kuesioner Penelitian
2. Hasil Analisis SPSS
3. Persuratan
4. Curriculum Vitae

DAFTAR SINGKATAN

AKB : Angka Kematian Bayi

AKI : Angka Kematian Ibu

SPM : Standar Pelayanan Minimal

WHO : World Health Organization

BBLR : Bayi Berat Lahir Rendah

P4K : Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi

RTK : Rumah Tunggu Kelahiran

UKBM: Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Pembangunan kesehatan adalah bagian yang tak terpisahkan dari pembangunan nasional yang bertujuan meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Kesehatan memiliki peran ganda dalam pembangunan nasional, oleh karena di satu sisi kesehatan merupakan tujuan dari pembangunan, sedang disisi yang lain kesehatan merupakan modal dasar dalam pembangunan nasional (Kristianti and Putriyana, 2017).

Secara global, angka kematian ibu turun hampir 44% selama 25 tahun. Hal ini berarti bahwa estimasi angka kematian ibu secara global di tahun 2015 mencapai 216/100.000 kelahiran hidup. Estimasi ini menurun jika dibandingkan dengan estimasi kematian ibu diseluruh dunia pada tahun 1990, yaitu 385/100.000 kelahiran hidup. Adapun penurunan AKI yang paling signifikan terjadi di Asia Timur, dengan penurunan sebesar 67%. Hal ini terlihat dari penurunan kasus kematian ibu di Asia Timur tahun 1990, yaitu 558/100.000 kelahiran hidup. Sedangkan pada tahun 2015, kasus kematian ibu yaitu 182/100.000 kelahiran hidup (WHO, 2015).

Di Indonesia, kasus kematian ibu juga mengalami penurunan sejak 1990 sampai 2015. Pada tahun 1990, kasus kematian ibu adalah 446/100.000 kelahiran hidup. Sementara di tahun 2015, kasus kematian ibu di Indonesia adalah 126/100.000 kelahiran hidup. Jika dibandingkan dengan negara lain di Asia Tenggara, angka ini masih tinggi. Misalnya, jika dilihat kasus AKI di Singapura. Kasus AKI di Singapura pada tahun 2015 adalah 10/100.000 kelahiran hidup. Sementara di Brunei Darussalam, kasus kematian ibu di tahun 2015 adalah sebesar 2/100.000 kelahiran hidup. Adapun tingginya kasus kematian ibu ini disebabkan oleh banyaknya ibu hamil beresiko tinggi yang belum terdeteksi dan kondisi geografis yang sulit (WHO, 2015).

Kematian ibu dan kematian bayi adalah masalah kesehatan yang sangat mempengaruhi kualitas derajat kesehatan masyarakat dan menjadi indikator keberhasilan pembangunan nasional yang merupakan tanggungjawab bersama sektor terkait dan dinas kesehatan sebagai koordinator karena kualitas pelayanan kesehatan merupakan tolak ukur kinerja pembangunan bidang kesehatan dengan indikator terpenuhinya target Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan. Penyebab kematian maternal di Indonesia dengan komplikasi kebidanan paling yang sering terjadi adalah hipertensi dalam kehamilan (32%), infeksi (31%), perdarahan pasca bersalin (20%), abortus (4%), dan lain-lain (13%) (Kemenkes, 2016).

Setiap dua menit, di suatu tempat di dunia, seorang perempuan meninggal akibat komplikasi kehamilan dan hampir 10.000 wanita meninggal setiap tahun karena masalah dalam kehamilan dan persalinan. Di antara ibu yang tidak berpendidikan, hanya 15 persen yang melahirkan di fasilitas kesehatan. Proporsi ini meningkat menjadi 71 persen jika ditambah dengan kelompok ibu yang berpendidikan menengah ke atas. Persentase kelahiran yang dibantu oleh petugas kesehatan terlatih juga meningkat ketika pendapatan seorang ibu atau status pendidikannya meningkat. Setiap hari, 830 ibu di dunia (di Indonesia 38 ibu, berdasarkan AKI 305) meninggal akibat penyakit/komplikasi terkait kehamilan dan persalinan (Kristianti and Putriyana, 2017).

Menurut Survei Demografi dan Kependudukan Indonesia oleh BKKBN penyebab kematian ibu terbesar secara berurutan disebabkan terjadinya perdarahan, eklamsia, infeksi, persalinan lama dan keguguran. Kematian bayi sebagian besar disebabkan karena Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR), kesulitan bernafas saat lahir dan infeksi. Permasalahan tingginya Angka Kematian Ibu ini perlu mendapat perhatian penting oleh Dinas Kesehatan dengan melaksanakan program perbaikan dan peningkatan kesehatan ibu. Upaya penurunan kematian ibu dan bayi dapat dilakukan dengan peningkatan cakupan dan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan anak. Salah satu upaya yang dilakukan adalah mendekatkan jangkauan pelayanan kesehatan kepada masyarakat melalui Program Perencanaan

Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (Andanawarih and Baroroh, 2018).

Setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan dan dijamin dalam UUD 1945 Pasal 28 H ayat 1. Undang Undang Kesehatan RI Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan menegaskan bahwa kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Dengan demikian maka pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya (Hasibuan, 2018).

Setiap individu akan berusaha mencapai status kesehatan dengan menginvestasikan dan atau mengonsumsi sejumlah barang dan jasa kesehatan. Maka untuk mencapai kondisi kesehatan yang baik tersebut dibutuhkan sarana kesehatan yang baik pula. Selanjutnya menurut (Mills, 1990) hubungan antara teori permintaan dengan pelayanan kesehatan di negara-negara berkembang sangat dipengaruhi oleh faktor-faktor: (1) pendapatan, dimana ada korelasi antara pendapatan dengan besarnya permintaan akan pemeliharaan kesehatan, terutama dalam hal pelayanan kesehatan modern. (2) harga, dimana berperan dalam menentukan permintaan terhadap pemeliharaan kesehatan. (3) pencapaian sarana pelayanan kesehatan secara fisik akan menurunkan permintaan. (4)

kemanjuran dan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan (Putra and Hendarto, 2010).

Pemanfaatan pelayanan kesehatan merupakan penggunaan fasilitas pelayanan yang disediakan baik dalam bentuk rawat jalan, rawat inap, kunjungan rumah oleh petugas kesehatan ataupun bentuk kegiatan lain dari pemanfaatan pelayanan tersebut yang didasarkan pada ketersediaan dan kesinambungan pelayanan, penerimaan masyarakat dan kewajaran, mudah dicapai oleh masyarakat, terjangkau, serta bermutu (Trimurthy, 2008). Andersen dkk mendalilkan bahwa pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah fungsi dari karakteristik konsumen, penyedia, dan sistem pelayanan kesehatan (Tasya and Andriany, 2016).

Menurut Survei Demografi dan Kependudukan Indonesia oleh BKKBN dalam Diadjeng Setya Wardani (2009) dalam Andanawarih (2018). Penyebab kematian ibu terbesar secara berurutan disebabkan terjadinya perdarahan, eklamsia, infeksi, persalinan lama dan keguguran. Kematian bayi sebagian besar disebabkan karena Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR), kesulitan bernafas saat lahir dan infeksi. Permasalahan tingginya Angka Kematian Ibu ini perlu mendapat perhatian penting oleh Dinas Kesehatan dengan melaksanakan program perbaikan dan peningkatan kesehatan ibu. Upaya penurunan kematian ibu dan bayi dapat dilakukan dengan peningkatan cakupan dan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan anak. Salah satu upaya yang dilakukan adalah mendekatkan jangkauan

pelayanan kesehatan kepada masyarakat melalui Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) (Depkes, 2009).

Rumah tunggu adalah suatu tempat atau ruangan yang berada dekat fasilitas kesehatan (RS, Puskesmas, Poskesdes) yang digunakan sebagai tempat tinggal sementara ibu hamil dan pendampingnya (suami/ kader/ dukun atau keluarga) selama beberapa hari, saat menunggu persalinan dan beberapa hari setelah bersalin (Dari, 2018).

Terdapat beberapa RTK di Indonesia, salah satunya di Puskesmas Larat, Kepulauan Tanimbar. Berdasarkan data awal yang diperoleh dari Puskesmas Larat, jumlah ibu di RTK dalam 3 tahun terakhir yaitu: 2017 (40 orang) ; 2018 (32 orang) ; 2019 (29 orang). Dari data diatas dapat disimpulkan bahwa jumlah kunjungan ibu di RTK selama 3 tahun terakhir mengalami penurunan tiap tahunnya (Puskesmas Larat, 2019).

Dari data yang diperoleh, Angka Kematian Ibu pada tahun 2016 sebanyak (6 orang); 2017 sebanyak (0) ; dan 2018 sebanyak (3 orang). Selanjutnya Angka Kematian Bayi pada tahun 2016 sebanyak (42 orang); 2017 sebanyak (26 orang); tahun 2019 sebanyak (35 orang) (Dinas Kesehatan, 2019).

Dari uraian diatas tampak bahwa penurunan pemanfaatan RTK pada tahun 2018 dan 2019, serta naik turunnya Angka Kematian Ibu dan Anak pada dalam 3 tahun terakhir. Dari data tersebut, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian yang berjudul "Analisis Faktor yang Mempengaruhi

Pemanfaatan Rumah Tunggu Kelahiran di Puskesmas Larat Kepulauan Tanimbar”.

B. RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan latar belakang di atas, maka yang menjadi rumusan masalah dalam penelitian ini, adalah:

1. Apakah ada pengaruh pendidikan terhadap pemanfaatan pelayanan Rumah Tunggu Kelahiran di Puskesmas Larat Kepulauan Tanimbar?
2. Apakah ada pengaruh pengetahuan terhadap pemanfaatan pelayanan Rumah Tunggu Kelahiran di Puskesmas Larat Kepulauan Tanimbar?
3. Apakah ada pengaruh jarak terhadap pemanfaatan pelayanan Rumah Tunggu Kelahiran di Puskesmas Larat Kepulauan Tanimbar?
4. Apakah ada pengaruh fasilitas terhadap pemanfaatan pelayanan Rumah Tunggu Kelahiran di Puskesmas Larat Kepulauan Tanimbar?
5. Apakah ada pengaruh sikap tenaga kesehatan terhadap pemanfaatan pelayanan Rumah Tunggu Kelahiran di Puskesmas Larat Kepulauan Tanimbar?
6. Apakah ada pengaruh kepercayaan terhadap pemanfaatan pelayanan Rumah Tunggu Kelahiran di Puskesmas Larat Kepulauan Tanimbar?
7. Faktor apakah yang paling berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan Rumah Tunggu Kelahiran di Puskesmas Larat Kepulauan Tanimbar?

C. TUJUAN PENELITIAN

1. Tujuan Umum

Untuk menganalisis faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan Rumah Tunggu Kelahiran di Puskesmas Larat Kepulauan Tanimbar

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk menganalisis pengaruh pendidikan terhadap pemanfaatan pelayanan Rumah Tunggu Kelahiran di Puskesmas Larat Kepulauan Tanimbar
- b. Untuk menganalisis pengaruh pengetahuan terhadap pemanfaatan pelayanan Rumah Tunggu Kelahiran di Puskesmas Larat Kepulauan Tanimbar
- c. Untuk menganalisis pengaruh jarak terhadap pemanfaatan pelayanan Rumah Tunggu Kelahiran di Puskesmas Larat Kepulauan Tanimbar
- d. Untuk menganalisis pengaruh fasilitas terhadap pemanfaatan pelayanan Rumah Tunggu Kelahiran di Puskesmas Larat Kepulauan Tanimbar
- e. Untuk menganalisis pengaruh sikap tenaga kesehatan terhadap pemanfaatan pelayanan Rumah Tunggu Kelahiran di Puskesmas Larat Kepulauan Tanimbar

- f. Untuk menganalisis pengaruh kepercayaan terhadap pemanfaatan pelayanan Rumah Tunggu Kelahiran di Puskesmas Larat Kepulauan Tanimbar
- g. Untuk mengetahui faktor yang paling berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan Rumah Tunggu Kelahiran di Puskesmas Larat Kepulauan Tanimbar

D. MANFAAT PENELITIAN

1. Manfaat Ilmiah

Dari hasil penelitian diharapkan dapat menambah pengetahuan dan pengalaman tentang pemanfaatan Rumah tunggu kelahiran di Puskesmas Larat.

2. Manfaat Institusi

Dari hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan terkait Rumah Tunggu Kelahiran sehingga mampu memberikan pelayanan kesehatan yang lebih baik terhadap seluruh pasien.

3. Manfaat Bagi Peneliti

Dari hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi pengalaman berharga dalam memperluas wawasan dan pengetahuan di bidang ilmu kesehatan masyarakat khususnya pemanfaatan Rumah Tunggu Kelahiran pada ibu di Puskesmas Larat.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. TINJAUAN TEORITIS

1. Beberapa Tinjauan tentang Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Pembangunan kesehatan adalah bagian yang tak terpisahkan dari pembangunan nasional yang bertujuan meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Kesehatan memiliki peran ganda dalam pembangunan nasional, oleh karena di satu sisi kesehatan merupakan tujuan dari pembangunan, sedang disisi yang lain kesehatan merupakan modal dasar dalam pembangunan nasional (Rosilawati et al., 2018)

Setiap individu akan berusaha mencapai status kesehatan dengan menginvestasikan dan atau mengonsumsi sejumlah barang dan jasa kesehatan. Maka untuk mencapai kondisi kesehatan yang baik tersebut dibutuhkan sarana kesehatan yang baik pula. Selanjutnya menurut (Mills, 1990) hubungan antara teori permintaan dengan pelayanan kesehatan di negara-negara berkembang sangat dipengaruhi oleh faktor-faktor: (1) pendapatan, dimana ada korelasi antara pendapatan dengan besarnya permintaan akan pemeliharaan kesehatan, terutama dalam hal pelayanan kesehatan modern. (2) harga, dimana berperan dalam menentukan permintaan terhadap pemeliharaan kesehatan. (3) pencapaian sarana

pelayanan kesehatan secara fisik akan menurunkan permintaan. (4) kemanjuran dan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan (Putra and Hendarto, 2010).

Keberhasilan upaya kesehatan ibu di antaranya dapat di lihat dari indikator Angka Kematian Ibu (AKI). AKI adalah jumlah kematian ibu selama masa kehamilan, persalinan dan nifas yang disebabkan oleh kehamilan, persalinan, dan nifas atau pengelolaannya tetapi bukan karena sebab- sebab lain seperti kecelakaan, terjatuh, dan lain – lain (Susiloningtyas, 2017). Badan dunia, United Nation Development Program, meluncurkan kajian Human Development Report 2015. Dalam indikator maternal mortality (kematian ibu melahirkan) indonesia berada pada posisi 190 (kematian) per 100.000 Kelahiran (wati And Wati, 2017).

Pelayanan kesehatan yang baik adalah pelayanan kesehatan yang mampu melihat kebutuhan masyarakat dan menjadikan hal tersebut sebagai ukuran dalam keberhasilan pembangunan kesehatan. Menyadari akan pentingnya pelayanan kesehatan yang yang berkualitas, maka pemerintah selau berupaya untuk membuat program-program yang dapat meningkatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas (Rumengan et al., 2015).

Pelayanan kesehatan yang bermutu adalah pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan setiap pemakai jasa pelayanan kesehatan sesuai dengan tingkat keuasan rata-rata penduduk, serta penyelenggaraannya sesuai kode etik dan standar pelayanan profesi yang telah ditetapkan

(Supriyanto and Soesanto, 2012). Sedangkan pelayanan kesehatan sendiri adalah setiap upaya yang diselenggarakan secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan, mencegah dan mengobati penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, kelompok, keluarga, dan maupun masyarakat (Wulandari, 2015).

Terdapat berbagai model penggunaan pelayanan kesehatan yang digunakan untuk menggambarkan faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan dalam hal ini pemanfaatan Jaminan Kesehatan. Salah satu model tersebut adalah model Anderson. Menurut Anderson yang dikutip dari (Notoatmodjo, 2012) model sistem kesehatan (*Health System Model*) terdapat tiga kategori utama dalam pelayanan kesehatan yaitu karakteristik predisposisi (*Predisposing characteristics*), karakteristik pendukung (*enabling characteristics*) dan karakteristik kebutuhan (*need characteristics*).

Karakteristik predisposisi (*Predisposing characteristics*) menggambarkan bahwa kecenderungan suatu individu menggunakan pelayanan kesehatan yang berbeda-beda disebabkan oleh adanya ciri-ciri individu, yang digolongkan kedalam tiga kelompok yaitu oertama ciri demografi seperti jenis kelamin dan umur. Kedua adlah struktur sosial seperti tingkat pendidikan, pekerjaan, suku, ras dan sebagainya. Dan ketiga adalah manfaat-manfaat kesehatan berupa keyakinan bahwa pelayanan kesehatan dapat menolong proses penyembuhan penyakit.

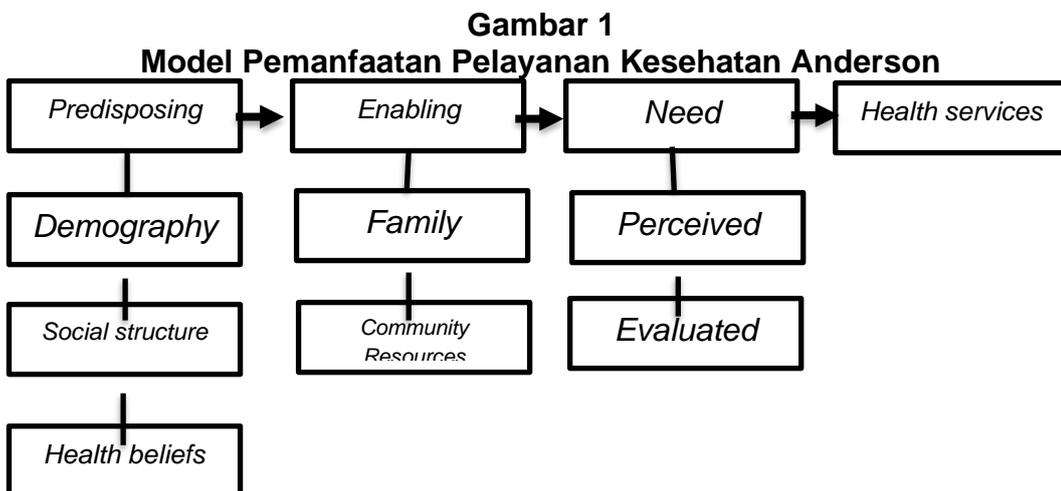
Anderson percaya bahwa setiap individu yang mempunyai perbedaan karakteristik, tipe dan frekuensi penyakit serta pola penggunaan pelayanan kesehatan. Setiap individu yang mempunyai perbedaan pola penggunaan pelayanan kesehatan. Setiap individu percaya adanya kemanjuran dalam penggunaan pelayanan kesehatan.

Karakteristik pendukung (*enabling characteristics*) mencerminkan bahwa meskipun mempunyai predisposisi untuk menggunakan pelayanan kesehatan tapi individu tersebut tidak memanfaatkannya karena tidak adanya kemampuan dalam menggunakannya. Kemampuan penggunaannya dipengaruhi oleh kemampuan untuk membayar dengan sumber daya yang ada dalam hal ini sumber daya keluarga dan sumber daya masyarakat. Faktor biaya dan jarak pelayanan kesehatan dengan rumah berpengaruh terhadap perilaku penggunaan atau pemanfaatan pelayanan kesehatan.

Karakteristik kebutuhan (*need characteristics*) disebut juga sebagai status kesehatan karena mewakili kebutuhan akan pelayanan kesehatan. Suatu tindakan akan terwujud apabila dirasakan ada kebutuhan sehingga kebutuhan merupakan stimulan langsung dalam menggunakan pelayanan kesehatan. Kebutuhan (*need*) disini dibagi menjadi dua kategori yaitu dirasakan atau *perceived (subject assesment)* dan *evaluated (clinical diagnosis)*.

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 dan stimulus langsung untuk menggunakan pelayanan kesehatan, bilamana tingkat predisposisi dan *enabling* itu ada. Kebutuhan akan kualitas pelayanan yang baik dan memadai akan mempengaruhi individu untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan yang tersedia. Semakin baik kualitas pelayanan kesehatan seperti rumah sakit, maka akan semakin kuat individu dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan yang ada. Seperti pada gambar diagram ini.



Teori lain yang digunakan untuk mencoba mengungkapkan determinan perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan dalam hal ini adalah Program Jaminan Kesehatan Nasional adalah teori yang disampaikan oleh Green dalam (Notoatmodjo, 2012) bahwa tindakan seseorang dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu predisposisi (*Predisposing factors*), faktor pemungkin (*enabling factors*) dan faktor penguat (*reinforcing factors*).

Faktor predisposisi (*Predisposing Factors*) merupakan faktor-faktor mengenai pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan nilai-nilai dan sebagainya. Faktor pemungkin (*Enabling Factors*) adalah faktor-faktor yang mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan bagi masyarakat. Dan yang terakhir faktor penguat (*Reinforcing Factors*) yang sikap tokoh masyarakat, tokoh agama, sikap para petugas termasuk petugas kesehatan, termasuk juga disini undang-undang, peraturan-peraturan baik dari pusat maupun pemerintah daerah yang terkait dengan kesehatan.

Teori lain menyebutkan ada lima dimensi yang mempengaruhi aksesibilitas terhadap pelayanan kesehatan yaitu *approachability*, *acceptability*, *availability*, *acommodation*, *affordability* serta *appropriateness*. Untuk itu individu harus memiliki lima kemampuan untuk mengakses pelayanan kesehatan yaitu *ability to percive*, *ability to seek*, *ability to reach*, *ability to pay*, and *ability to engage* (Levesque et al., 2013).

Approachability berhubungan dengan jarak dan transportasi ke pelayanan kesehatan termasuk juga cakupan asuransi kesehatan dan diskriminasi dalam memberikan layanan, terutama untuk kelompok yang sangat rentan (tidak mampu). *Acceptability* maksudnya pelayanan kesehatan dapat diterima dan bagaimana orang memandang pelayanan kesehatan sebagai kebutuhan. *Availability* and *accommodation* adalah ketersediaan infrstruktur kesehatan yang memadai untuk memanfaatkan

pelayanan kesehatan yaitu semua jenis pelayanan kesehatan yang diperlukan oleh masyarakat tidak sulit seperti obat-obatan dan sumber daya manusia kesehatan (dokter, bidan dan perawat). *Affordability* berhubungan dengan status sosial ekonomi dan gambaran pendapatan. *Appropriateness* adalah kesesuaian akan kebutuhan pelayanan kesehatan dengan layanan yang diberikan sesuai dengan persepsi masyarakat.

Sedangkan menurut Azwar, dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan individu mempertimbangkan hal-hal yaitu tersedia dan kesinambungan pelayanan, kewajaran dan penerimaan masyarakat, mudah dicapai oleh masyarakat, biaya terjangkau dan mutu pelayanan kesehatan (Ramadhani, 2018).

Pelayanan kesehatan yang baik juga perlu diperhatikan aksesnya terutama dari letak sudut lokasi yaitu mudah dicapai oleh masyarakat, sehingga distribusi sarana kesehatan menjadi sangat penting. Jangkauan fasilitas mudah dijangkau dengan menggunakan alat transportasi yang tersedia maka fasilitas ini akan banyak dipergunakan. Tingkat pengguna di masa lalu dan kecenderungan merupakan indikator terbaik untuk perubahan jangka panjang dari permintaan masa yang akan datang (Ramadhani, 2018).

Selain itu biaya pelayanan kesehatan yang terjangkau juga menjadi pertimbangan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan yang baik juga adalah pelayanan yang terjangkau oleh

masyarakat, dimana diupayakan biaya pelayanan tersebut sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat. Pelayanan kesehatan yang mahal hanya mungkin dinikmati oleh sebagian masyarakat saja (Ramadhani, 2018).

Tujuan pelayanan kesehatan adalah tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang memuaskan harapan dan derajat kebutuhan masyarakat (*Consumer satisfaction*) melalui pelayanan yang efektif oleh pemberi pelayanan yang juga akan memberikan kepuasan dalam harapan dan kebutuhan pemberi pelayanan (*Provider satisfaction*) dalam institusi pelayanan yang diselenggarakan secara efisien (*Institutional satisfaction*) (Wulandari, 2015).

Pelayanan kesehatan adalah segala kegiatan yang secara langsung berupaya untuk menghasilkan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan atau yang dituntut oleh masyarakat untuk mengatasi kesehatannya (Primanita, 2011). Pembinaan dalam pelayanan kesehatan yang dimaksud tentunya adalah upaya pelayanan yang cepat, tepat, murah dan ramah. Upaya pembinaan tersebut penting di mana sebuah negara akan dapat menjalankan pembangunan dengan baik bila didukung oleh masyarakat yang sehat secara jasmani dan rohani. Dalam hal ini, pasien bukan saja mengharapkan pelayanan medik dan keperawatan tetapi juga mengharapkan kenyamanan, akomodasi yang baik dan hubungan harmonis antara staf puskesmas dan pasien (Wulandari, 2015).

Menurut Permenkes Nomor 75 Tahun 2014, Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya (Napirah et al., 2016).

Pemanfaatan pelayanan kesehatan merupakan suatu perilaku seseorang yang sehat maupun sakit agar tetap sehat untuk memperoleh penyembuhan bagi pemecahan masalah kesehatannya (Logen and Balqis, 2015).

Pemanfaatan pelayanan kesehatan paling erat hubungannya dengan kapan seseorang memerlukan pelayanan kesehatan dan seberapa jauh efektifitas pelayanan tersebut. Bila berbicara kapan memerlukan pelayanan kesehatan, umumnya semua dari kita akan menjawab bila merasa adanya gangguan pada kesehatan kita (sakit). Kita tidak pernah akan tahu akan sakit dan tidak seorang pun dapat menjawab dengan pasti (Wulandari and Saptaputra, 2017).

Pengembangkan suatu model tentang pemanfaatan pelayanan kesehatan dimana pelayanan kesehatan tersebut dipengaruhi oleh faktor predisposisi (jenis kelamin, umur, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, ras, agama, dan kepercayaan kesehatan), karakteristik kemampuan (penghasilan, asuransi, kemampuan membeli jasa pelayanan

kesehatan, pengetahuan tentang kebutuhan pelayanan kesehatan, adanya sarana pelayanan kesehatan serta aksesibilitasnya dan ketersediaan tenaga kesehatan), dan karakteristik kebutuhan (penilaian individu dan penilaian klinik terhadap suatu penyakit), setiap faktor tersebut kemungkinan berpengaruh sehingga dapat untuk memprediksi pemanfaatan pelayanan kesehatan (Napitupulu et al., 2018).

Derajat kesehatan masyarakat dapat ditingkatkan melalui beberapa hal, salah satunya melaksanakan pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan merupakan salah satu aspek yang berperan dalam penciptaan derajat kesehatan yang merata kepada seluruh masyarakat sesuai dengan tujuan penyelenggaraan pembangunan kesehatan yaitu terwujudnya masyarakat yang mandiri untuk menggapai pelayanan kesehatan dan berperilaku hidup sehat. Salah satu bentuk upaya penyelenggaraan upaya kesehatan dilaksanakan melalui pelayanan kesehatan Puskesmas. Puskesmas merupakan pusat pembangunan masyarakat serta menyelenggarakan pelayanan masyarakat yang bermutu, merata, terjangkau dengan peran masyarakat secara aktif tuntutan masyarakat terhadap pemanfaatan Puskesmas semakin kompleks sebagai dampak positif kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi dari hasil pembangunan nasional bangsa Indonesia (Napitupulu and Carolina, 2018).

Pemanfaatan pelayanan kesehatan merupakan penggunaan fasilitas pelayanan yang disediakan baik dalam bentuk rawat jalan, rawat inap,

kunjungan rumah oleh petugas kesehatan ataupun bentuk kegiatan lain dari pemanfaatan pelayanan tersebut yang didasarkan pada ketersediaan dan kesinambungan pelayanan, penerimaan masyarakat dan kewajaran, mudah dicapai oleh masyarakat, terjangkau, serta bermutu (Trimurthy, 2008). Andersen dkk mendalilkan bahwa pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah fungsi dari karakteristik konsumen, penyedia, dan sistem pelayanan kesehatan (Tasya and Andriany, 2016).

Pemanfaatan pelayanan kesehatan sangat penting bagi masyarakat untuk memelihara, meningkatkan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perseorangan atau keluarga di Puskesmas, mencakup kegiatan pelayanan kedokteran (*medical services*) dan pelayanan kesehatan masyarakat (*public health services*) seperti: Promosi Kesehatan, Kesehatan Lingkungan, Kesehatan Ibu Dan Anak/KB, Upaya Perbaikan Gizi, Pemberantasan Penyakit Menular dan Pengobatan (Wahyuni, 2012).

Pemanfaatan pelayanan kesehatan merupakan faktor penting dalam penentu kesehatan, yang memiliki relevansi khusus sebagai masalah kesehatan dan pembangunan masyarakat di negara- negara berpenghasilan rendah. Bahkan, pemanfaatan pelayanan kesehatan telah direkomendasikan oleh *World Health Organization* (WHO) sebagai konsep kesehatan primer dasar bagi populasi yang paling rentan dan kurang mampu. Hal itu membuktikan bahwa kesehatan harus dapat diakses secara universal tanpa hambatan berdasarkan keterjangkauan,

aksesibilitas fisik, atau penerimaan jasa. Dengan demikian, peningkatan penggunaan pelayanan kesehatan merupakan target utama di berbagai negara berkembang (Gaol, 2013).

Pembangunan di bidang kesehatan diharapkan akan semakin meningkatkan tingkat kesehatan masyarakat, dan pelayanan kesehatan dapat dirasakan oleh semua lapisan masyarakat secara memadai. Berbagai kebijakan dan program pemerintah telah dilaksanakan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Peningkatan mutu pelayanan kesehatan masyarakat bertujuan dalam hal mewujudkan perbaikan layanan yang diberikan untuk mencapai terpenuhinya pengguna layanan kesehatan dalam mencapai keadaan sehat yang dikehendaki semua pihak (Weningsih, 2017).

Perilaku kesehatan merupakan suatu respon seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan dan minuman, serta lingkungan. Selain itu, faktor-faktor pelayanan dunia kesehatan dalam hal ketersediaan sarana fasilitas kesehatan, kemudahan akses, dan keterjangkauan masyarakat khususnya masyarakat miskin harus menjadi pertimbangan dalam meningkatkan mutu pelayanan yang baik untuk memberikan kualitas pelayanan terhadap konsumen. Tingkat pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan oleh masyarakat menunjukkan seberapa baik kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh petugas pelayanan

kesehatan sekaligus menunjukkan tingkat kepercayaan masyarakat terhadap penyelenggaraan pelayanan kesehatan (Ikhwanudin, 2013).

Ada banyak teori pemanfaatan pelayanan kesehatan secara umum, tetapi teorisasi sistematis yang menjelaskan permintaan pemanfaatan pelayanan kesehatan, populasi khusus dan rentan, masih kurang. Khususnya, upaya yang lebih besar harus dilakukan untuk memasukkan penelitian yang lebih baru ke dalam teori pemanfaatan pelayanan kesehatan. Artikel ini bertujuan untuk mengembangkan kerangka teori yang dapat menjelaskan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Selain itu, artikel ini meninjau secara singkat teori pemanfaatan pelayanan kesehatan yang ada, termasuk model non-Andersen sebelumnya dan model perilaku kesehatan Andersen yang paling berpengaruh (Yang and Hwang, 2016).

Memodifikasi kerangka kerja Andersen, kami mengusulkan kerangka kerja teoritis yang menjelaskan perbedaan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh empat kategori penentu pada tingkat umum dan khusus: (a) kebutuhan untuk perawatan kesehatan, menunjukkan motivasi untuk layanan kesehatan; (B) sumber daya, mewakili kemampuan untuk menerima, dan / atau akses ke, layanan kesehatan; (C) faktor predisposisi, menandakan kecenderungan untuk pemanfaatan pelayanan kesehatan dalam hal faktor demografi, sosial ekonomi, dan genetik, dan keyakinan kesehatan; dan (d) kondisi struktural atau kontekstual sosial

makro, yang mewakili faktor sosiostruktur umum dalam masyarakat yang lebih besar di luar kendali individu (Yang and Hwang, 2016).

Kami percaya bahwa kerangka kerja kami membuat peningkatan signifikan atas kerangka kerja Andersen dan dapat menawarkan pemahaman yang lebih lengkap tentang proses penentuan permintaan pemanfaatan pelayanan kesehatan rumah tunggu. Kerangka teoritis ini tunduk pada validasi dan penolakan empiris. Selain itu, harus dicatat bahwa untuk pengujian empiris, kerangka kerja umum ini mungkin memerlukan beberapa modifikasi yang bergantung pada tipe pemanfaatan pelayanan kesehatan, lokasi, dan waktu tertentu (Yang and Hwang, 2016).

2. Beberapa Tinjauan Definisi Rumah Tunggu Kelahiran

“Rumah Tunggu Kelahiran (RTK) adalah suatu bentuk Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM), berupa tempat (rumah/bangunan tersendiri) yang dapat digunakan untuk tempat tinggal sementara bagi ibu hamil yang akan melahirkan hingga nifas, termasuk bayi yang dilahirkannya serta pendampingnya (suami/keluarga/kader kesehatan) (Prabawati, 2018).

Rumah Tunggu adalah suatu tempat atau ruangan yang berada dekat fasilitas kesehatan (RS, Puskesmas, Poskesdes) yang dapat digunakan sebagai tempat tinggal sementara ibu hamil dan pendampingnya

(suami/kader/dukun atau keluarga) selama beberapa hari, saat menunggu persalinan tiba dan beberapa hari setelah bersalin (Dari, 2018).

Sasaran program rumah tunggu

Adapun sasaran program rumah tunggu yaitu ibu dengan faktor resiko dan risiko tinggi seperti primigravida kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun; anak lebih dari 4; jarak persalinan terakhir dengan kehamilan sekarang kurang dari 2 tahun; kurang energy kronis (KEK) dengan lingkaran lengan atas kurang dari 23,5 cm atau penambahan berat badan < 9kg selama masa kehamilan; Anemia dengan Haemoglobin < 11 g/dl; Tinggi badan kurang dari 145 cm atau dengan kelainan bentuk pinggul dan tulang belakang; Riwayat hipertensi dalam kehamilan sebelumnya atau sebelum kehamilan ini; Sedang/pernah menderita penyakit kronis, antara lain: Tuberculosis kelainan jantung ginjal hati, psikosis, kelainan endokrin (Diabetes melitus, Sistemik Lupus Erythematosa) tumor dan keganasan;

Riwayat kehamilan buruk: Keguguran berulang, kehamilan ektopik terganggu, mola hidatosa, ketuban pecah dini, bayi dengan cacat kongenital; Persalinan dengan komplikasi: Persalinan dengan seksio sesaria, ekstraksi vakum/forceps; Riwayat Nifas dengan komplikasi: Perdarahan pasca persalinan, infeksi masa nifas, psikosis post partum (post partum blues); Riwayat keluarga menderita penyakit kencing manis, hipertensi dan riwayat cacat kongenital; Kelainan jumlah janin: Kehamilan Ganda, janin dampit ; Kelainan besar janin: Pertumbuhan janin terhambat,

janin besar; Kelainan letak dan posisi janin: Lintang/oblique, sungsang pada usia kehamilan lebih dari 32 minggu (Kemenkes RI, 2016).

Klasifikasi rumah tunggu

Adapun klasifikasi di rumah tunggu yaitu pertama rumah tunggu kelahiran tanpa pelayanan Merupakan salah satu bentuk rumah tunggu kelahiran yang hanya menyediakan fasilitas untuk tinggal saja. Rumah ini dapat terdiri dari ruangan-ruangan yang berisi mebel standar, dapur dengan peralatannya serta kamar mandi. Ibu hamil dan pendampingnya dapat tinggal disini, tetapi dengan menyediakan keperluan sehari-harinya sendiri, seperti berbelanja, memasak, mencuci dan membersihkan rumah serta memenuhi segala keperluan pribadinya;

Kedua Rumah Tunggu Kelahiran dengan pelayanan: Rumah Tunggu ini selayaknya sebuah penginapan. Ibu hamil dapat tinggal disini dengan mendapatkan pelayanan seperti makanan dan minuman, mencuci pakian dan lain-lain (tergantung kesepakatan setempat). Pengadaan kebutuhan sehari-hari untuk ibu hamil selama dirumah tunggu kelahiran dapat dikelola oleh masyarakat melalui biaya dari masyarakat sekitar, pemerintah daerah maupun donator ;

Ketiga Rumah Tunggu Kelahiran dengan Pelayanan tambahan: Rumah Tunggu Kelahiran model ini menyediakan berbagai macam kegiatan tambahan seperti memberikan ketrampilan perempuan,

penyuluhan kesehatan, peningkatan pendapatan dan sebagainya (Kemenkes RI, 2009).

Lokasi dan fungsi rumah tunggu kelahiran

Lokasi dan fungsi rumah tunggu kelahiran dapat di bedakan yaitu a. Rumah tunggu poskesdes, yaitu rumah tunggu yang berada dekat poskesdes, digunakan bagi ibu hamil yang non-risiko; b. Rumah tunggu puskesmas yaitu, rumah tunggu yang berada di dekat puskesmas, digunakan bagi ibu hamil yang non-resiko atau yang memiliki resiko yang dapat ditangani sesuai kemampuan puskesmas; c. Rumah tunggu rumah sakit yaitu rumah tunggu yang berada dekat rumah sakit, digunakan bagi ibu hamil dengan resiko tinggi (Dari, 2018).

3. Beberapa Tinjauan Definisi Angka Kematian Ibu

Untuk menilai derajat kesehatan suatu bangsa WHO dan berbagai lembaga Internasional lainnya menetapkan beberapa alat ukur atau indikator, seperti morbiditas penyakit, mortalitas kelompok rawan seperti bayi, balita dan ibu saat melahirkan. Alat ukur yang paling banyak dipakai oleh negara-negara didunia adalah , usia harapan hidup (*life expectancy*), Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Bayi (AKB) . Angka-angka ini pula yang menjadi bagian penting dalam membentuk indeks pembangunan manusia atau *Human Development Index* (HDI), yang menggambarkan tingkat kemjuan suatu bangsa (Helmizar, 2014).

Kematian ibu adalah kematian seorang wanita saat hamil atau sampai 42 hari pasca persalinan, terlepas dari lama dan lokasi kehamilan, dari setiap penyebab yang berhubungan dengan atau diperburuk oleh kehamilan komplikasi kehamilan atau manajemennya, namun bukan oleh karena penyebab kecelakaan atau insidental. Untuk memudahkan identifikasi kematian ibu dalam keadaan di mana sulit menentukan penyebab kematian, digunakan kategori lain: yaitu kematian seorang wanita saat hamil atau dalam 42 hari pasca persalinan, terlepas dari penyebab kematiannya (WHO). Penghitungan angka kematian ibu adalah jumlah kematian selama periode tertentu per 100.000 kelahiran selama periode yang sama (Helmizar, 2014)

Angka kematian ibu merupakan indikator kesejahteraan perempuan, indikator kesejahteraan suatu bangsa sekaligus menggambarkan hasil capaian pembangunan suatu negara. Informasi mengenai angka kematian ibu akan sangat bermanfaat untuk pengembangan program-program peningkatan kesehatan ibu, terutama pelayanan kehamilan dan persalinan yang aman, program peningkatan jumlah persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan, manajemen sistim rujukan dalam penanganan komplikasi kehamilan, persiapan keluarga hingga suami siaga dalam menyongsong kelahiran, yang pada gilirannya merupakan upaya menurunkan Angka Kematian Ibu dan meningkatkan derajat kesehatan reproduksi (Chalid, 2016).

Pembahasan mengenai persoalan kematian ibu saat melahirkan sangat penting karena sesuai dengan pasal 12.1 International Covenant on Economic, Social & Cultural Rights 1966, yang menyebutkan bahwa kesehatan termasuk kesehatan reproduksi dan seksualitas, sangat penting dalam pengembangan potensi manusia serta pembangunan dan diakui sebagai hak asasi yang wajib dipenuhi. Oleh karena itu, perhatian terhadap masalah kesehatan ibu berarti menghargai dan melindungi hak asasi manusia dalam hal ini perempuan, sehingga dapat menjadi kekuatan yang berpotensi mendorong kemajuan dalam upaya memenuhi prioritas pembangunan, termasuk penyelesaian permasalahan ketimpangan gender, kesehatan, ketahanan pangan dan ketersediaan air serta anggaran untuk seluruh aspek kesehatan agar dapat mencapai tujuan kesejahteraan masyarakat (Chalid, 2016).

Penyebab kematian ibu di Indonesia 80% disebabkan oleh penyebab langsung obstetrik seperti perdarahan, sepsis, abortus tidak aman, preeklampsia eklampsia, dan persalinan macet. Sisanya 20 % terjadi oleh karena penyakit yang diperberat oleh kehamilan (Nurak, 2018).

4. Beberapa Tinjauan Definisi Angka Kematian Bayi

Kematian bayi adalah kejadian kematian yang terjadi pada periode sejak bayi lahir sampai bayi belum berusia tepat satu tahun. Kematian bayi dipengaruhi oleh jumlah kematian neonatal. Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007 melaporkan masalah neonatal mempunyai kontribusi antara lain adalah akibat infeksi (pneumonia, tetanus, diare) 36

persen, prematur atau BBLR 27 persen, dan kelainan congenital sebesar tujuh persen (Dasar, 2007).

Kematian bayi adalah kematian yang terjadi pada saat bayi lahir sampai satu hari sebelum hari ulang tahun pertama. Dari sisi penyebabnya, kematian bayi dibedakan oleh faktor endogen dan eksogen. Kematian bayi endogen (kematian neonatal) adalah kejadian kematian yang terjadi pada bulan pertama sejak bayi dilahirkan, umumnya disebabkan oleh faktor yang dibawa sejak lahir, diwarisi oleh orang tuanya pada saat konsepsi atau didapat dari ibunya selama kehamilan. Sedangkan kematian eksogen (kematian post neonatal) adalah kematian bayi yang terjadi antara usia satu bulan atau sampai satu tahun disebabkan oleh faktor yang berkaitan dengan pengaruh lingkungan (Sudariyanto 2011 dalam (SEPTIA, 2016).

Kematian dan kesehatan pada bayi juga sangat terkait dengan imunisasi, status gizi, penyakit menular, kemiskinan dan juga fasilitas yang tersedia.⁸ Disparitas cakupan pelayanan karena kendala geografis, sosial ekonomi, klasifikasi tempat tinggal masih merupakan masalah di Indonesia. Masyarakat Indonesia yang bertempat tinggal di geografis yang sulit terkendala untuk mendapatkan akses ke pelayanan kesehatan. Cakupan pelayanan selama persalinan dan pasca persalinan dan kelahiran seharusnya dapat menjangkau masyarakat miskin dan yang sulit mendapatkan akses pelayanan kesehatan, sehingga diharapkan dapat mengurangi kematian bayi. Penanganan masalah kesehatan yang

terlambat masih merupakan hal harus terus dibenahi (Tarigan et al., 2017).

Ada dua jenis penyebab kematian bayi yaitu penyebab endogen dan eksogen. Kematian bayi atau neonatal endogen adalah kematian bayi yang terjadi pada bulan pertama setelah dilahirkan, dan umumnya disebabkan oleh faktor-faktor yang dibawa anak sejak lahir, yang diperoleh dari orangtuanya pada saat konsepsi atau di dapat selama kehamilan. Sementara penyebab kematian bayi eksogen atau kematian post neonatal, adalah kematian bayi yang terjadi setelah usia satu bulan sampai menjelang usia satu tahun yang dipengaruhi oleh lingkungan luar. Bayi baru lahir sangat sensitif terhadap pelayanan kesehatan yang tersedia, sosial budaya dan lingkungan (Rachmah and Purhadi, 2014).

Faktor yang mempengaruhi kelangsungan hidup bayi adalah faktor ibu, bayi dan rumah tangga. Namun, selain ketiga faktor diatas, tingkat kecukupan bidan dan polindes, dan kecukupan dokter dan puskesmas di tingkat kecamatan perlu ditelaah lebih dalam untuk mendapatkan gambaran peran atau kontribusi di masing- masing level, baik level individu maupun level rumah tangga atau kecamatan (Tarigan et al., 2017).

Menurut peneliti kematian bayi diakibatkan karena kondisi ibu saat hamil kurang baik, ibu jarang memeriksakan kehamilannya kepada tenaga kesehatan, jarak kelahiran yang terlalu sempit, makanan yang dikonsumsi ibu tidak bersih, menyebabkan bayi lahir dengan berat badan rendah dan

rentan akan penyakit yang dapat mengakibatkan bayi meninggal (Puspaningtyas et al., 2019).

Penyebab kematian bayi

Beberapa penyebab kematian bayi yaitu pertama umur ibu, umur ibu turut menentukan kesehatan maternal dan sangat erat dengan kondisi kehamilan, persalinan, nifas dan bayinya. Usia ibu hamil yang terlalu muda atau terlalu tua (20 tahun atau merupakan faktor penyulit kehamilan, sebab ibu yang hamil terlalu muda, keadaan tubuhnya belum siap menghadapi kehamilan, persalinan dan nifas serta merawat bayinya, sedangkan ibu yang usianya 35 tahun atau lebih akan menghadapi risiko kelainan bawaan dan penyulit pada waktu persalinan yang disebabkan oleh karena jaringan otot rahim kurang baik untuk menerima kehamilan (SEPTIA, 2016).

Di Indonesia perkawinan usia muda cukup tinggi, terutama di daerah pedesaan. Perkawinan usia muda biasanya tidak disertai dengan persiapan pengetahuan reproduksi yang matang dan tidak pula disertai kemampuan mengakses pelayanan kesehatan karena peristiwa hamil dan melahirkan belum dianggap sebagai suatu keadaan yang harus dikonsultasikan ke tenaga kesehatan. Masih banyak terjadi perkawinan, kehamilan dan persalinan di luar kurun waktu reproduksi yang sehat terutama pada usia muda. Resiko kematian pada kelompok dibawah 20 tahun dan pada kelompok diatas 35 tahun adalah 3 kali lebih tinggi dari kelompok reproduksi sehat yaitu 20 – 34 tahun (Mochtar, 1998), ada

referensi lain yang menyatakan bahwa kematian maternal pada waktu hamil dan melahirkan umur < 20 tahun 2 sampai 5 kali lebih tinggi dari kematian maternal pada usia 20 – 30 tahun dan akan meningkat pada usia > 35 tahun (Prawirohardjo, 2010 dalam Waang, 2012);

kedua paritas, paritas adalah jumlah anak yang pernah dilahirkan baik yang meninggal ataupun yang hidup (Joeharno 2008 dalam Istonia dalam Waang, 2012). Paritas merupakan faktor penting dalam menentukan nasib ibu dan janin baik selama kehamilan maupun selama persalinan (Karjatin, 2002 dalam Waang, 2012) dengan demikian paritas erat hubungannya dengan penyulit atau komplikasi persalinan yang pernah dialami pada kelahiran-kelahiran lalu. Kematian ibu yang pertama cukup tinggi akan tetapi menurun pada kehamilan kedua atau ketiga namun akan meningkat lagi pada kehamilan yang keempat dan mencapai puncaknya pada kehamilan yang kelima atau lebih. Selain itu jumlah persalinan akan memberikan pengalaman kepada ibu untuk persalinan persalinan berikutnya. Ibu-ibu yang belum pernah melahirkan cenderung mencari tahu tentang proses persalinan dan pelayanan yang cepat (SEPTIA, 2016).

5. Beberapa Tinjauan tentang Puskesmas

Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) merupakan organisasi fungsional yang menyelenggarakan upaya kesehatan yang bersifat menyeluruh, terpadu, merata, dapat diterima dan terjangkau oleh masyarakat, dengan peran serta aktif masyarakat dan menggunakan hasil

pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi tepat guna, dengan biaya yang dapat dipikul oleh pemerintah dan masyarakat. Upaya kesehatan tersebut diselenggarakan dengan menitikberatkan kepada pelayanan untuk masyarakat luas guna mencapai derajat kesehatan yang optimal, tanpa mengabaikan mutu pelayanan kepada perorangan.

Pengelolaan puskesmas biasanya berada di bawah Dinas Kesehatan Kabupaten dan Kota. Puskesmas adalah unit pelayanan kesehatan di tingkat kecamatan dan merupakan Unit Pelaksanaan Teknis Daerah (UPTD) Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Upaya pelayanan yang diselenggarakan adalah Pelayanan kesehatan masyarakat, yaitu upaya promotif dan preventif pada masyarakat di wilayah kerja Puskesmas, pelayanan medik dasar yaitu upaya kuratif dan rehabilitatif dengan pendekatan individu dan keluarga melalui upaya perawatan yang tujuannya untuk menyembuhkan penyakit untuk kondisi tertentu (Ekasari et al., 2017).

Pelayanan puskesmas dibagi menjadi dua, yaitu pelayanan rawat jalan dan pelayanan rawat inap. Pelayanan rawat jalan merupakan salah satu unit kerja di puskesmas yang melayani pasien yang berobat jalan dan tidak lebih dari 24 jam pelayanan, termasuk seluruh prosedur diagnostik dan terapeutik. Pada waktu yang akan datang, rawat jalan merupakan bagian terbesar dari pelayanan kesehatan di Puskesmas. Pertumbuhan yang cepat dari rawat jalan ditentukan oleh tiga faktor seperti penekanan biaya untuk mengontrol peningkatan harga perawatan kesehatan

dibandingkan dengan rawat inap, peningkatan kemampuan dan sistem reimbursement untuk prosedur di rawat jalan, perkembangan secara terus menerus dari teknologi tinggi untuk pelayanan rawat jalan akan menyebabkan pertumbuhan rawat jalan.

Tenaga pelayanan di rawat jalan adalah tenaga yang langsung berhubungan dengan pasien seperti tenaga administrasi (non medis) yang memberikan pelayanan penerimaan pendaftaran dan pembayaran, tenaga keperawatan (paramedis) sebagai mitra dokter dalam memberikan pelayanan pemeriksaan / pengobatan, tenaga dokter (medis) pada masing-masing poliklinik yang ada.

Tujuan pelayanan rawat jalan di antaranya adalah untuk memberikan konsultasi kepada pasien yang memerlukan pendapat dari seorang dokter spesialis, dengan tindakan pengobatan atau tidak dan untuk menyediakan tindak lanjut bagi pasien rawat inap yang sudah diijinkan pulang tetapi masih harus dikontrol kondisi kesehatannya. Rawat Jalan hendaknya memiliki lingkungan yang nyaman dan menyenangkan bagi pasien. Hal ini penting untuk diperhatikan karena dari rawat jalanlah pasien mendapatkan kesan pertama mengenai puskesmas tersebut. Lingkungan rawat jalan yang baik hendaknya cukup luas dan memiliki sirkulasi udara yang lancar, tempat duduk yang nyaman perabotan yang menarik dan tidak terdapat suara-suara yang mengganggu. Diharapkan petugas yang berada di rawat jalan menunjukkan sikap yang sopan dan suka menolong.

Pelayanan rawat inap adalah puskesmas yang diberi tambahan ruangan dan fasilitas untuk menolong pasien gawat darurat, baik berupa tindakan operatif terbatas maupun asuhan keperawatan sementara dengan kapasitas kurang lebih 10 tempat tidur. Rawat inap itu sendiri berfungsi sebagai rujukan antara yang melayani pasien sebelum dirujuk ke institusi rujukan yang lebih mampu, atau dipulangkan kembali ke rumah. Kemudian mendapat asuhan perawatan tindak lanjut oleh petugas perawat kesehatan masyarakat dari puskesmas yang bersangkutan di rumah pasien (Trimurthy, 2008).

Pendirian puskesmas harus memenuhi kriteria yaitu: puskesmas terletak kurang lebih 20 km dari rumah sakit, puskesmas mudah dicapai dengan kendaraan bermotor dari puskesmas sekitarnya, puskesmas dipimpin oleh seorang dokter dan telah mempunyai tenaga yang memadai, jumlah kunjungan puskesmas minimal 100 orang per hari, penduduk wilayah kerja puskesmas dan penduduk wilayah 3 puskesmas disekelilingnya minimal rata-rata 20.000 orang / Puskesmas, pemerintah daerah bersedia untuk menyediakan anggaran rutin yang memadai.

Puskesmas rawat inap diarahkan untuk melakukan kegiatan-kegiatan seperti: (1) Melakukan tindakan operatif terbatas terhadap penderita gawat darurat antara lain: kecelakaan lalu lintas, persalinan dengan penyulit, penyakit lain yang mendadak dan gawat; (2) Merawat sementara penderita gawat darurat atau untuk observasi penderita dalam rangka diagnostik dengan rata-rata hari perawatan tiga (3) hari atau maksimal

tujuh (7) hari; (3) Melakukan pertolongan sementara untuk mempersiapkan pengiriman penderita lebih lanjut ke Rumah Sakit; (4) Melakukan metoda operasi pria dan metoda operasi wanita untuk keluarga berencana.

Selain itu ruang rawat inap dilengkapi dengan fasilitas tambahan berupa: (1) Ruang tambahan seluas 246 meter persegi yang terdiri dari ruangan perawatan, operasi sederhana, persalinan, perawat jaga, pos operasi, kamar linen, kamar cuci, dapur, laboratorium; (2) Peralatan medis dan perawatan berupa peralatan operasi terbatas, obstetric patologis, resusitasi, vasektomi, dan tubektomi, tempat tidur dan perlengkapan perawatan; (3) Tambahan tenaga meliputi seorang dokter yang telah mendapat pelatihan klinis di Rumah sakit selama 6 bulan (dalam bidang kebidanan, kandungan, bedah, anak dan penyakit dalam), 2 (dua) orang 11 perawat / bidan yang diberi tugas secara bergiliran dan seorang petugas kesehatan untuk melaksanakan tugas administratif di ruang rawat inap (Trimurthy, 2008).

Pendirian puskesmas rawat inap didasarkan pada kebijaksanaan: (a) Puskesmas dengan ruang rawat inap sebagai pusat rujukan antara dalam sistem rujukan, berfungsi untuk menunjang upaya penurunan kematian bayi dan ibu maternal, keadaan-keadaan gawat darurat serta pembatasan kemungkinan timbulnya kecacatan; (b) Menerapkan standar praktek keperawatan yang bertugas di ruang rawat inap puskesmas sesuai dengan prosedur yang diterapkan yang melibatkan pasien dan

keluarganya secara optimal dalam meningkatkan pelaksanaan asuhan keperawatan (Depkes RI, 2009).

Organisasi puskesmas meliputi: (1) Kepala puskesmas bertanggung jawab atas seluruh kegiatan di puskesmas; (2) Kepala Sub Bagian Tata Usaha bertanggung jawab membawahi beberapa kegiatan diantaranya: sistem informasi puskesmas dan kepegawaian; (3) Penanggung jawab UKM dan keperawatan kesehatan masyarakat yang membawahi: Pelayanan promosi kesehatan termasuk UKS, pelayanan kesehatan lingkungan, pelayanan KIA-KB, pelayanan gizi, pelayanan pencegahan dan pengendalian penyakit; (4) Penanggung jawab UKP kefarmasian dan laboratorium yang membawahi beberapa kegiatan yaitu: Pelayanan pemeriksaan umum, pelayanan kesehatan gigi dan mulut, pelayanan KIA/KB, pelayanan gawat darurat, pelayanan gizi, pelayanan persalinan, pelayanan kefarmasian, pelayanan laboratorium; (5) Penanggung jawab jaringan pelayan puskesmas dan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan yang membawahi: Puskesmas pembantu, puskesmas keliling dan bidan desa (Trimurthy, 2008).

Tujuan pembangunan kesehatan yang diselenggarakan oleh puskesmas adalah mendukung tercapainya tujuan pembangunan kesehatan nasional, yakni meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang yang bertempat tinggal di wilayah kerja puskesmas, agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-

tingginya dalam rangka mewujudkan Indonesia sehat (Ratnasari et al., 2012).

Pembangunan kesehatan yang diselenggarakan di Puskesmas bertujuan untuk mewujudkan masyarakat yang memiliki perilaku sehat yang meliputi kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat, mampu menjangkau pelayanan kesehatan bermutu, hidup dalam lingkungan sehat, dan memiliki derajat kesehatan yang optimal, baik individu, keluarga, kelompok dan masyarakat (Permenkes RI, 2014).

Dalam melaksanakan tugasnya, Puskesmas menyelenggarakan fungsi yaitu penyelenggaraan UKP (Upaya Kesehatan Perorangan) tingkat pertama diwilayah kerjanya dan UKM (Upaya Kesehatan Masyarakat) tingkat pertama diwilayah kerjanya. Dalam menyelenggarakan fungsinya, Puskesmas berwenang untuk melaksanakan perencanaan berdasarkan analisis masalah kesehatan masyarakat dan analisis kebutuhan pelayanan yang diperlukan, melaksanakan advokasi dan sosialisasi kebijakan kesehatan, melaksanakan komunikasi, informasi, edukasi, dan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan, menggerakkan masyarakat untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan pada setiap tingkat perkembangan masyarakat yang bekerjasama dengan sektor lain terkait, melaksanakan pembinaan teknis terhadap jaringan pelayanan dan upaya kesehatan berbasis masyarakat (Permenkes RI, 2014).

Ada 3 (tiga) fungsi Puskesmas yaitu: (1) sebagai pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan, Puskesmas selalu berupaya menggerakkan dan memantau penyelenggaraan pembangunan lintas sektor termasuk oleh masyarakat dan dunia usaha di wilayah kerjanya, sehingga berwawasan dan mendukung pembangunan kesehatan. Disamping itu puskesmas aktif memantau dan melaporkan dampak kesehatan dari penyelenggaraan setiap program pembangunan kesehatan diwilayah kerjanya. Khusus untuk pembangunan kesehatan upaya yang dilakukan puskesmas adalah mengutamakan pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit tanpa mengabaikan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan; (2) Pusat pemberdayaan masyarakat, Puskesmas selalu berupaya agar perorangan terutama masyarakat, keluarga, masyarakat termasuk dunia usaha memiliki kesadaran, kemauan dan kemampuan melayani diri sendiri dan masyarakat untuk hidup sehat, berperan aktif dalam memperjuangkan kepentingan kesehatan termasuk sumber pembiayaannya, serta ikut menetapkan, menyelenggarakan dan memantau pelaksanaan program kesehatan. Pemberdayaan perorangan, keluarga dan masyarakat ini diselenggarakan dengan memperhatikan kondisi dan situasi, khususnya sosial budaya masyarakat setempat; (3) Pusat pelayanan kesehatan strata pertama, Puskesmas bertanggungjawab dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan tingkat pertama secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan (Makatumpias et al., 2017).

Pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menjadi tanggung jawab puskesmas meliputi: (1) Pelayanan kesehatan perorangan, pelayanan kesehatan perorangan adalah pelayanan yang bersifat pribadi (*private good*) dengan tujuan utama menyembuhkan penyakit dan pemulihan kesehatan perorangan, tanpa mengabaikan pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit. Pelayanan perorangan tersebut adalah rawat jalan dan untuk puskesmas tertentu ditambah dengan rawat inap; (2) Pelayanan kesehatan masyarakat, pelayanan kesehatan masyarakat adalah pelayanan yang bersifat publik (*public good*) dengan tujuan utama memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit tanpa mengabaikan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan. Pelayanan kesehatan masyarakat tersebut antara lain adalah promosi kesehatan, pemberantasan penyakit, penyehatan lingkungan, perbaikan gizi, peningkatan kesehatan keluarga, keluarga berencana, kesehatan jiwa masyarakat serta berbagai program kesehatan masyarakat lainnya (Makatumpias et al., 2017).

Ada beberapa proses dalam melaksanakan fungsi pelayanan kesehatan seperti merangsang masyarakat termasuk swasta untuk melaksanakan kegiatan dalam rangka menolong dirinya sendiri, memberikan petunjuk kepada masyarakat tentang bagaimana menggali dan menggunakan sumber daya yang ada secara efektif dan efisien, memberikan bantuan yang bersifat bimbingan teknis materi dan rujukan medis maupun rujukan kesehatan kepada masyarakat dengan ketentuan

bantuan tersebut tidak menimbulkan ketergantungan memberikan pelayanan kesehatan langsung kepada masyarakat, bekerja sama dengan sektor-sektor yang bersangkutan dalam melaksanakan program puskesmas (Desimawati, 2013).