

**Skripsi**

**GAMBARAN KUNJUNGAN DAN HAMBATAN AKSESIBILITAS  
PASIEN PADA UNIT RAWAT JALAN RUMAH SAKIT UMUM DAERAH  
SINJAI**

*Diajukan sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan di Program Studi  
Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan (S.Kep)*



**Oleh :**

**SAIFUL SAIN**

**R011181719**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN**

**FAKULTAS KEPERAWATAN**

**UNIVERSITAS HASANUDDIN**

**MAKASSAR**

**2020**

**Halaman Persetujuan**

Skripsi dengan Judul :

**GAMBARAN KUNJUNGAN DAN HAMBATAN AKSESIBILITAS PASIEN  
PADA UNIT RAWAT JALAN RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SINJAI**

*Diajukan sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan di Program Studi  
Sarjana Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin*

Oleh :

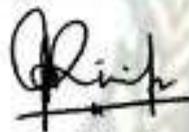
**SAIFUL SAIN**

**R011181719**

Dosen Pembimbing

Pembimbing I

Pembimbing II



Rini Rachmawaty, S. Kep.,Ns.,MN.,Ph. D



Abdul Majid, S.Kep.,M.Kep.,Ns.,Sp.Kep.KMB

**Mengetahui,**

Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan  
Fakultas Keperawatan  
Universitas Hasanuddin



  
Dr. Yuliana Svam S.Kep.,Ns.,M.Si

NIP. 19760618 200212 2 002

**Halaman Pengesahan**

**GAMBARAN KUNJUNGAN DAN HAMBATAN AKSESIBILITAS PASIEN  
PADA UNIT RAWAT JALAN RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SINJAI**

Telah dipertahankan di hadapan Sidang Tim Penguji Akhir

Pada

**Hari/Tanggal: Kamis/26 November 2020**

**Pukul : 15.00-Selesai**

**Tempat : Via Online**

Disusun Oleh :

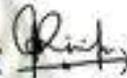
**SAIFUL SAIN**

**R011181719**

Dan yang bersangkutan dinyatakan

**LULUS**

**Tim Penguji Akhir**

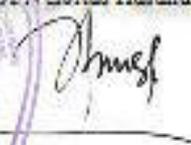
Pembimbing I : Rini Rachmawaty, S. Kep., Ns., MN., Ph. D. 

Pembimbing II : Abdul Majid, S.Kep., M.Kep., Ns., Sp. Kep. KMB 

**Mengetahui,**

Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan  
Fakultas Keperawatan  
Universitas Hasanuddin



  
**Dr. Yuliana Svam S.Kep., Ns., M.Si**  
NIP. 19760618 200212 2 002

### PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Saiful Sain

Nim : R011181719

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis dengan judul "Gambaran Kunjungan dan Hambatan Aksesibilitas Pasien Pada Unit Rawat Jalan RSUD Sinjai" ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pemikiran responden lain. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan skripsi ini merupakan hasil karya responden lain, maka saya bersedia mempertanggung jawabkan sekaligus bersedia menerima sanksi yang seberat-beratnya atas perbuatan tidak terpuji tersebut.

Demikian pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa ada paksaan sama sekali.

Makassar, 26 November 2020

Yang membuat pernyataan

A 6000 Rupiah revenue stamp with a signature and the name Saiful Sain.

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan rahmat-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi penelitian yang berjudul **“Gambaran kunjungan dan hambatan aksesibilitas pasien pada Unit Rawat Jalan Rumah Sakit Umum Daerah Sinjai”** tepat pada waktunya.

Penghargaan dan ucapan terima kasih penulis berikan kepada semua pihak yang telah memberikan dukungan moril maupun materiil sehingga skripsi penelitian ini dapat selesai. Ucapan terima kasih ini penulis tujukan kepada :

1. Ibu Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Kes selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.
2. Ibu Rini Rachmawaty, S. Kep., Ns., MN., Ph.D selaku Dosen Pembimbing Satu yang telah mendidik dan memberikan bimbingan selama masa penulisan skripsi penelitian ini
3. Bapak Abdul Majid, S.Kep.,M.Kep.,Ns.,Sp.Kep.KMB selaku Dosen Pembimbing Dua yang telah mendidik dan memberikan bimbingan selama masa penulisan skripsi penelitian ini
4. Bapak, Ummi, dan Istriku serta Adik-adikku yang telah memberikan doa, dorongan dan semangat selama penyusunan skripsi penelitian ini.
5. Teman-teman Kelas Kerjasama 2018 yang telah berjuang bersama-sama penulis dalam menyelesaikan skripsi penelitian ini.
6. Teman-teman PB Hospital yang telah memberikan doa dan dukungannya serta semangat selama penyelesaian skripsi ini.

Meskipun telah berusaha menyelesaikan skripsi penelitian ini sebaik mungkin, penulis menyadari bahwa skripsi penelitian ini masih ada kekurangan. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari para pembaca guna menyempurnakan segala kekurangan dalam penyusunan skripsi penelitian ini.

Penulis berharap semoga skripsi penelitian ini berguna bagi para pembaca dan pihak-pihak lain yang berkepentingan karena sesungguhnya

kebenaran sempurna hanya milik Allah SWT semata. Akhir kata mohon maaf atas segala salah dan khilaf.

Makassar, 26 November 2020

Penulis

## ABSTRAK

Saiful Sain. R011181719, “**Gambaran Kunjungan Dan Hambatan Aksesibilitas Pasien Pada Unit Jawat Jalan Rumah Sakit Umum Daerah Sinjai**” dibimbing oleh Rini Rachmawaty dan Abdul Majid.

**Latar belakang:** Kunjungan dan hambatan aksesibilitas pasien mempengaruhi pemanfaatan layanan kesehatan. Aksesibilitas yang sulit menjadi faktor hambatan aksesibilitas pelayanan rawat jalan

**Tujuan:** Mengetahui gambaran profil kunjungan pasien dan hambatan aksesibilitas pada unit rawat jalan RSUD Sinjai.

**Metode:** Penelitian ini menggunakan rancangan survei deskriptif. Metode *non probability sampling* dengan tehnik *purposive sampling* sebanyak 426 responden. Instrument penelitian yang digunakan adalah kuesioner google form.

**Hasil:** Gambaran Kunjungan pasien : untuk kemampuan menggunakan layanan kesehatan (81%) dan pengetahuan tentang informasi layanan (65.7%) pada kategori kurang, sedangkan pada kepercayaan kesehatan (94,8%) pada kategori baik. Gambaran hambatan aksesibilitas Pasien mayoritas pada : Moda transportasi kendaraan pribadi (54.5%), kemampuan finansial dengan jaminan asuransi kesehatan (85.9%), kepemilikan asuransi dengan BPJS PBI (53.8%), lokasi layanan dengan jarak 10-50 km (53.8%), dan waktu tempuh 15-60 menit (53.8%).

**Kesimpulan:** Gambaran kunjungan pasien dengan kemampuan seseorang, kepercayaan kesehatan dan memperoleh pengetahuan informasi layanan kesehatan yang baik dapat memberi pengaruh dalam akses layanan kesehatan dirumah sakit. Jarak layanan dan waktu tempuh ke layanan kesehatan menjadi hambatan aksesibilitas pasien dirumah sakit. Untuk rumah sakit untuk lebih meningkatkan promosi layanan kesehatan dengan berbagai metode untuk mempermudah penyebaran informasi yang akurat ke calon pengguna layanan kesehatan.

**Kata Kunci** : kunjungan pasien, aksesibilitas, hambatan aksesibilitas pasien

**Kepustakaan** : 57 Kepustakaan

## ABSTRACT

Saiful Sain. R01181719, "Overview of Visits and Obstacles to Patient Accessibility at the Outpatient Unit of the Sinjai Regional General Hospital" guided by Rini Rachmawaty and Abdul Majid.

**Background:** Visits and patient accessibility barriers affect health service utilization. Difficult accessibility is a factor in the obstacle to the accessibility of outpatient services

**Objective:** Knowing the profile description of patient visits and accessibility barriers to the outpatient unit at Sinjai Hospital.

**Methods :** This study used a descriptive survey design. Non probability sampling method with purposive sampling technique as many as 426 respondents. The research instrument used was a google form questionnaire.

**Results :** Overview of patient visits: the ability to use health services (81%) and knowledge of service information (65.7%) were in the poor category, while the health beliefs (94.8%) were in the good category. The description of accessibility barriers for the majority of patients on: Own transportation mode (54.5%), financial ability with health insurance coverage (85.9%), insurance ownership with BPJS PBI (53.8%), service locations with a distance of 10-50 km (53.8%), and travel time 15-60 minutes (53.8%).

**Conclusion :** The description of patient visits with one's abilities, health beliefs and obtaining good health service information knowledge can influence access to health services in the hospital. Service distance and travel time to health services are obstacles to the accessibility of patients in the hospital. For hospitals to further improve the promotion of health services with various methods to facilitate the dissemination of accurate information to potential health service users.

**Keywords :** patient visits, accessibility, patient accessibility barriers

**Bibliography :** 57 Bibliography

## DAFTAR ISI

<b>Halaman Judul</b> .....	i
<b>Halaman Pengesahan</b> .....	ii
<b>Halaman Persetujuan</b> .....	iii
<b>Pernyataan Keaslian Skripsi</b> .....	iv
<b>Kata Pengantar</b> .....	v
<b>Abstrak</b> .....	vii
<b>Daftar Isi</b> .....	ix
<b>Daftar Gambar</b> .....	xii
<b>Daftar Tabel</b> .....	xiii
<b>Daftar Lampiran</b> .....	xiv
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	6
C. Tujuan Penelitian .....	7
D. Manfaat Penelitian .....	8
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Tinjauan Umum Tentang Rumah Sakit	
1. Definisi Rumah Sakit .....	10
2. Tujuan dan Fungsi Rumah Sakit .....	10
3. Jenis Pelayanan Rumah sakit .....	11
4. Alur rujukan pelayanan kesehatan .....	13
B. Tinjauan Umum Tentang Pelayanan Rawat jalan	

1. Definisi Pelayanan Rawat Jalan .....	15
2. Fungsi Pelayanan rawat Jalan .....	16
3. Standar Pelayanan Rawat Jalan.....	16
4. Alur Pelayanan Rawat Jalan.....	16
<b>C. Tinjauan Umum Tentang Kunjungan Pasien</b>	
1. Definisi Kunjungan .....	20
2. Faktor Yang Mempengaruhi Kunjungan Ke Pelayanan Kesehatan.....	20
<b>D. Tinjauan Umum Tentang Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan</b>	
1. Definisi Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan .....	28
2. Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan .....	28
3. Faktor Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan.....	35

### **BAB III KERANGKA KONSEP**

A. Kerangka Konsep .....	39
--------------------------	----

### **BAB IV METODE PENELITIAN**

A. Rancangan Penelitian .....	40
B. Tempat dan Waktu Penelitian .....	40
C. Populasi dan Sampel .....	41
D. Alur Penelitian .....	45
E. Variabel Penelitian .....	46
F. Pengumpulan Data dan Instrumen Penelitian .....	49
G. Uji Validitas dan Uji Reabilitas .....	57
H. Pengolahan dan Analisa Data.....	58
I. Etika Penelitian .....	61

**BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN**

A. Hasil Penelitian .....64

B. Pembahasan.....76

C. Keterbatasan Penelitian .....94

**BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN**

A. Kesimpulan .....95

B. Saran.....96

**DAFTAR PUSTAKA .....98**

## Daftar Gambar

2.1 Alur Rujukan Pelayanan kesehatan .....	15
2.2 Alur Pelayanan Rawat Jalan.....	19
2.2 <i>Frame Work Study Acces</i> .....	34
3.1 Kerangka Konsep .....	39

## **Daftar Tabel**

4.1 Variabel dan Definisi Operasional .....	46
5.1 Tabel distribusi responden berdasarkan karakteristik responden pada unit rawat jalan RSUD Sinjai .....	64
5.2 Tabel Distribusi responden berdasarkan Kunjungan pasien pada unit rawat jalan RSUD Sinjai .....	65
5.3 Tabel Distribusi Responden Berdasarkan Moda Transportasi, Kemampuan Finansial, Kepemilikan Asuransi, Lokasi Pelayanan Kesehatan, Waktu Tempuh berdasarkan pada unit rawat jalan RSUD Sinjai.....	66
5.4 Tabel Distribusi Responden berdasarkan Moda Transportasi dengan Kunjungan pasien pada unit rawat jalan RSUD Sinjai .....	68
5.5 Tabel Distribusi Responden berdasarkan Kemampuan Finansial dengan Kunjungan pasien pada unit rawat jalan RSUD Sinjai .....	69
5.6 Tabel Distribusi Responden Berdasarkan Kepemilikan Asuransi dengan Kunjungan pasien pada unit rawat jalan RSUD Sinjai .....	70
5.7 Tabel Distribusi Responden berdasarkan jarak lokasi pelayanan kesehatan berdasarkan kunjungan pasien pada unit rawat jalan RSUD Sinjai.....	72
5.8 Tabel Distribusi Responden Berdasarkan Waktu Tempuh Ke Layanan Kesehatan dengan Kunjungan pasien pada unit rawat jalan RSUD Sinjai .....	73

## **Daftar Lampiran**

Lampiran 1 Lembar kuesioner dalam google form kuesioner .....	105
Lampiran 2 Surat permohonan menjadi enumerator.....	106
Lampiran 3 Lembar Persetujuan menjadi enumerator.....	107
Lampiran 4 Lembar Master Tabel.....	108
Lampiran 5 Lembar Hasil Analisa Data.....	129
Lampiran 6 Surat.....	144

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Rumah sakit adalah unit bagian terbesar didalam memberikan pelayanan kesehatan masyarakat. (UU.No.44, 2009) dalam pasal satu yang berbunyi “Rumah Sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat jalan, rawat inap dan gawat darurat” Rumah sakit berfungsi menyelenggarakan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.

Rumah sakit dalam hal ini sebagai pemberi pelayanan kesehatan yang bersentuhan langsung dengan masyarakat. Menurut WHO pada tahun 2015 yakni cakupan penuh akses layanan kesehatan masyarakat dunia berkisar antara 2,3 hingga 3,5 milyar penduduk dunia, ini menyiratkan bahwa setengah dari 7,3 milyar penduduk didunia tidak menerima dan masih rendah dalam mengakses layanan kesehatan yang mereka perlukan (WHO, 2019). Hal ini lebih banyak terjadi dinegara berkembang misalnya saja negara dibenua Afrika, dan di Asia.

Di Indonesia sebagai salah satu negara berkembang. Menurut data Riskesda tahun 2018 proporsi pengetahuan rumah tangga terhadap akses pelayanan ke rumah sakit untuk penduduk Indonesia 37,1% mudah mengakses layanan kesehatan dan 26,0% sangat sulit mengakses layanan

kesehatan. Akses pelayanan kesehatan penduduk di perkotaan 53,9% mudah, 13,3% sangat sulit mengakses pelayanan dan penduduk dipedesaan 14,6% mudah, 43% sangat sulit mengakses pelayanan di rumah sakit (Kemenkes RI, 2018).

Untuk Kunjungan ke layanan kesehatan tergambar dari hasil penelitian yang mengungkapkan faktor – faktor yang mempengaruhi rendahnya kunjungan pasien rawat jalan di rumah sakit yang terdiri dari aspek *man* (ketersediaan dokter spesialis yang masih terbatas), *material* (sarana, prasarana dan rujukan fasyankes lain yang masih rendah, *money* (tarif INACBG di rumah sakit masih tipe C, tarif lebih rendah dari rumah sakit tipe B dan tipe A ), dan *method* (pedoman alur rujukan berjenjang BPJS kesehatan tdk sesuai alur) (Lestari et al., 2018).

Hasil penelitian diatas sejalan dengan hasil penelitian ini mengungkapkan bahwa faktor jenis kelamin, pengetahuan, pekerjaan, penghasilan, jarak, dan peran kader mempunyai korelasi dengan keaktifan kunjungan pasien ke layanan kesehatan, sedangkan faktor pendidikan dan dukungan keluarga seseorang tidak mempunyai korelasi dengan keaktifan kunjungan pasien ke layanan kesehatan (Rusdiyanti & Kalimantan, 2018). Hal ini menjelaskan bahwa faktor-faktor tersebut mempengaruhi jumlah kunjungan ke pelayanan kesehatan untuk mengakses pelayanan kesehatan yang dibutuhkan.

Untuk akses pelayanan kesehatan sangat ditentukan oleh berbagai faktor. Yakni faktor kemampuan masyarakat atau populasi berpengaruh

dalam aksesibilitas layanan kesehatan. Hal ini dikemukakan dalam penelitian lainya bahwa faktor kemampuan populasi turut mempengaruhi dalam dimensi aksesibilitas. Dimana kemampuan populasi, meliputi kemampuan untuk memahami, kemampuan untuk mencari, kemampuan untuk mencapai, kemampuan membayar, dan kemampuan untuk terlibat dalam aksesibilitas (Levesque et al., 2013).

Dalam penelitian Aksesibilitas layanan lainnya. Faktor lainnya pada aksesibilitas layanan kesehatan terkadang terhambat oleh sumber daya finansial, yang ditandai oleh kekurangan materi dan kemiskinan, jarak yang jauh ke unit layanan kesehatan dan waktu yang lama diperlukan untuk mendapatkan manfaat dari layanan perawatan kesehatan sehingga menjadi penghalang bagi masyarakat dan mengakibatkan aksesibilitas masyarakat yang rendah ke layanan perawatan kesehatan (Ursulica, 2016).

Hal ini sejalan dengan hasil penelitian aksesibilitas layanan kesehatan yang mengukur dan membuktikan bahwa semakin baik infrastruktur jalan dan semakin dekat jarak tempat pusat layanan kesehatan maka semakin tinggi aksesibilitas desa atau suatu wilayah untuk mengakses pusat pelayanan tersebut (Mohd & Chakravarty, 2014). Dengan adanya faktor diatas yang mempengaruhi aksesibilitas layanan kesehatan. dalam hal ini rumah sakit sebagai pemberi pelayanan kesehatan harus ikut serta meningkatkan, menjamin, dan mempermudah aksesibilitas pelayanan kepada masyarakat khususnya dalam akses pelayanan di rawat jalan.

Rumah Sakit Umum Daerah Sinjai merupakan satu – satunya rumah sakit yang ada di Kabupaten Sinjai dengan status rumah sakit tipe C. Rumah Sakit Umum Daerah Sinjai menyediakan Pelayanan rawat jalan. Pelayanan rawat jalan menjadi pelayanan yang lebih banyak di akses dan dikunjungi oleh masyarakat Sinjai dan sekitarnya. Jadwal pelayanan rawat jalan buka setiap hari senin sampai sabtu kecuali hari libur dan waktu pendaftaran pasien dimulai pada pukul 08.00 sampai 12.00 wita kecuali pada hari jumat sampai pukul 10.00 wita. Gambaran cakupan kunjungan pasien rawat jalan Rumah Sakit Umum Daerah Sinjai tahun 2018 berjumlah 35.318 pasien dan tahun 2019 berjumlah 60.893 pasien.

Cakupan demografi Rumah Sakit Umum Daerah Sinjai terletak di tengah kota Kabupaten Sinjai. Letak utara lokasi Rumah Sakit Umum Daerah Sinjai berbatasan dengan batas wilayah Kabupaten Bone dengan jarak  $\pm 5$  km, letak selatan berbatasan dengan kecamatan Sinjai Selatan, jarak  $\pm 27$  km dan kecamatan Tellulimpoe dengan jarak  $\pm 38$  km. Letak barat berbatasan dengan kecamatan Sinjai Borong, jarak  $\pm 43$  km dan kecamatan Sinjai Barat dengan jarak  $\pm 48$  km, letak timur berbatasan dengan kecamatan Pulau Sembilan dengan jarak tempuh  $\pm 13$  km (BPS Sinjai, 2020). Akses jalannya lebih banyak dilalui oleh transportasi darat kecuali untuk masyarakat Pulau Sembilan dengan menggunakan transportasi laut.

Aksesibilitas pelayanan rawat jalan di Rumah Sakit Umum Daerah Sinjai ini berasal dari rujukan puskesmas dan inisiatif sendiri dari

masyarakat yang berada di area dan luar Kabupaten Sinjai. Jumlah Fasilitas kesehatan pemerintah yang tersedia di Kabupaten Sinjai yakni 16 puskesmas, 62 puskesmas pembantu, 15 puskesmas keliling dan 338 posyandu lansia dan anak yang ada di Kabupaten Sinjai (BPS Sinjai, 2018)

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan peneliti kepada beberapa petugas pendaftaran loket, penanggung jawab unit rawat jalan dan keluarga pasien, berpendapat bahwa kunjungan pasien datang mendaftar tiap hari ke unit rawat jalan rata-rata 100 pasien bahkan lebih pada hari-hari tertentu. Selain itu ditemukan pasien yang tidak diterima di loket pendaftaran hal ini di akibatkan pasien kesulitan dalam aksesibilitas layanan misalnya pasien datang terlambat akibat jarak tempat tinggalnya jauh dari rumah sakit dan pasien lama mengantri rujukan di puskesmas, pasien tidak memiliki kartu asuransi, dan dokter spesialis sudah selesai memeriksa pasien di rawat jalan.

Sedangkan pernyataan dari keluarga pasien yang berdomisili jauh dari kota kabupaten menyatakan hambatan aksesibilitas untuk menuju ke rumah sakit lebih banyak disebabkan karna kemampuan keuangan keluarga untuk berobat, tidak mempunyai asuransi kesehatan, masih ada kepercayaan untuk berobat ke dukun disekitar wilayahnya, dan alat transportasi menuju ke kota hanya beberapa unit saja serta beroperasi sampai sore.

Hal ini mengakibatkan pasien terhambat aksesnya di rawat jalan, mempengaruhi jumlah kunjungan, mutu dan akses pelayanan kesehatan di

rumah sakit khususnya di rawat jalan. Aksesibilitas dan kunjungan pelayanan kesehatan khususnya di rawat jalan akan meningkat jika faktor pendukung ditingkatkan dan faktor hambatan di kurangi. Faktor pendukung tingkat aksesibilitas pelayanan itu sendiri yakni faktor *demand* (faktor kebutuhan) dan faktor *supply* (faktor suplai) (Laksono & Sukoco, 2016).

Dengan adanya konsep aksesibilitas pelayanan rawat jalan membuat perawat, petugas kesehatan lainnya dan manajemen rumah sakit dapat memahami dan mengerti tentang aksesibilitas dan kunjungan pelayanan di rawat jalan. Sehingga masyarakat atau penduduk dapat dengan mudah melakukan aksesibilitas dan kunjungan pelayanan kesehatan di rumah sakit khususnya di unit rawat jalan, sehingga manajemen rumah sakit, tim medis, tim keperawatan dan tim kesehatan lainnya dapat memberikan jaminan kemudahan aksesibilitas dan mutu pelayanan kesehatan dan perawatan yang lebih baik kedepannya. Oleh karena itu peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai kunjungan dan hambatan aksesibilitas pasien di unit rawat jalan Rumah Sakit Umum Daerah Sinjai.

## B. Rumusan Masalah

Rumah sakit sebagai pemberi layanan kesehatan harus ikut serta mempermudah aksesibilitas pelayanan kepada masyarakat khususnya dalam akses dan kunjungan pelayanan di rawat jalan. Alasan pasien tidak

terlayani di rawat jalan dalam hal ini aksesibilitas sangat sulit dan tidak mudah ini akan menjadi faktor hambatan dalam aksesibilitas pelayanan rawat jalan di Rumah Sakit Umum Daerah Sinjai. Hal ini dapat mempengaruhi jumlah kunjungan dan akses pelayanan kesehatan di rumah sakit khususnya di rawat jalan. Aksesibilitas dan kunjungan pelayanan kesehatan khususnya di rawat jalan akan meningkat jika faktor pendukung ditingkatkan dan faktor hambatan di kurangi. Faktor pendukung tingkat aksesibilitas pelayanan itu sendiri yakni faktor *demand* (faktor kebutuhan) dan faktor *supply* (faktor suplai).

Dengan adanya konsep aksesibilitas pelayanan rawat jalan membuat perawat, petugas kesehatan lainnya dan manajemen rumah sakit dapat memahami dan mengerti tentang aksesibilitas dan kunjungan pelayanan di rawat jalan. Sehingga masyarakat atau penduduk dapat dengan mudah melakukan aksesibilitas dan kunjungan pelayanan kesehatan di rumah sakit khususnya di unit rawat jalan, sehingga manajemen rumah sakit, tim medis, tim keperawatan dan tim kesehatan lainnya dapat memberikan jaminan kemudahan aksesibilitas dan mutu pelayanan kesehatan dan perawatan yang lebih baik kedepannya.

Dengan demikian masalah penelitian ini adalah gambaran kunjungan dan hambatan aksesibilitas pasien di unit rawat jalan RSUD Sinjai.

### C. Tujuan Penelitian

#### 1. Tujuan Umum

Tujuan dalam penelitian ini adalah diketahuinya gambaran profil kunjungan pasien dan hambatan aksesibilitas di unit rawat jalan RSUD Sinjai.

#### 2. Tujuan Khusus

- 1) Diidentifikasinya profil kunjungan pasien rawat jalan di Rumah Sakit Umum Daerah Sinjai.
- 2) Dievaluasinya hambatan aksesibilitas pelayanan rawat jalan di Rumah Sakit Umum Daerah Sinjai.

### D. Manfaat Penelitian

#### a. Secara teoritis

Penelitian ini dapat menjadi sumber referensi dalam pengembangan ilmu keperawatan serta sebagai bahan masukan khususnya dalam hal pelaksanaan evaluasi kunjungan pasien dan aksesibilitas pelayanan rawat jalan di Rumah Sakit untuk pengguna jasa layanan rawat jalan sehingga dapat meningkatkan mutu dan produktivitas kerja petugas rumah sakit dalam pelayanan kesehatan dan keperawatan yang lebih maksimal kepada pasien.

#### b. Secara aplikatif

Hasil penelitian ini dapat memberikan rekomendasi kepada pihak pemerintah sinjai dalam hal ini khususnya rumah sakit dan semua tim

kesehatan baik perawat, dokter, farmasi, dan tenaga kesehatan lainnya untuk memperbaiki pelaksanaan dan mengevaluasi aksesibilitas dan kunjungan pelayanan rawat jalan di rumah sakit sehingga lebih optimal melalui peningkatan kebijakan, fasilitas, kualitas sumber daya manusia baik perawat, dokter, dan petugas lainnya sebagai pemberi pelayanan kesehatan dan keperawatan di rawat jalan sehingga meningkatkan kemudahan aksesibilitas dan kunjungan pasien pelayanan kesehatan dan keperawatan lebih terjamin dan lebih ditingkatkan.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Umum Tentang Rumah Sakit**

##### **1. Definisi Rumah Sakit**

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan gawat darurat, rawat inap, dan rawat jalan (UU.No.44, 2009).

Rumah sakit merupakan bagian dari satu sistem pelayanan kesehatan yang secara garis besar memberikan pelayanan kepada masyarakat dalam bentuk pelayanan kesehatan mencakup pelayanan perawatan, pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, dan rehabilitasi medik (Herlambang, 2016).

##### **2. Tujuan dan Fungsi Rumah Sakit**

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan di rumah sakit bertujuan :

- a. Mempermudah akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.
- b. Memberikan Perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit dan sumber daya manusia di rumah sakit (UU.No.44, 2009).

Sedangkan pelayanan kesehatan rumah sakit berfungsi sebagai :

- a. Peningkatan dan pemeliharaan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.
- b. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
- c. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
- d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan (UU.No.44, 2009).

### 3. Jenis Pelayanan Rumah Sakit

Jenis pelayanan rumah sakit di Indonesia ada dua :

- a. Rumah sakit umum.

Rumah sakit umum memberikan pelayanan kesehatan pada Jenis penyakit dan semua bidang.

- b. Rumah sakit khusus. (mata, paru, kusta, rehabilitasi, jantung, kanker, dan sebagainya).

Rumah sakit khusus sebagai pemberi pelayanan utama pada satu jenis penyakit atau satu bidang tertentu berdasarkan golongan umur, disiplin ilmu, jenis penyakit, organ, atau kekhususan lainnya (UU.No.44, 2009).

Rumah sakit berdasarkan jenis kelas dan pengelolaannya di Indonesia dibedakan menjadi empat kelas yakni (Permenkes RI No.340, 2010) :

a. Rumah sakit kelas A.

Pada rumah sakit kelas A tersedia pelayanan spesialistik yang luas termasuk subspecialistik, dimana kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) spesialis dasar, 5 (lima) spesialis penunjang medik, 12 (dua belas) spesialis lain dan 13 (tiga belas) subspecialis. .

b. Rumah sakit kelas B (pendidikan dan non kependidikan).

Rumah sakit kelas B mempunyai pelayanan spesialistik dan subspecialistik terdaftar dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) spesialis dasar, 4 (empat) spesialis penunjang medik, 8 (delapan) spesialis lain dan 2 (dua) subspecialis dasar..

c. Rumah sakit kelas C.

Rumah sakit kelas C mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) spesialis penunjang medik, dan 4 (empat) spesialis dasar yakni bedah, penyakit dalam, kebidanan, dan anak.

d. Rumah sakit kelas D.

Di rumah sakit kelas D hanya terdapat pelayanan medis dasar mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 2 (dua) spesialis dasar.

Dalam hal ini pada dasarnya setiap rumah sakit wajib menyiapkan pelayanan gawat darurat, rawat inap dan rawat jalan.

4. Alur rujukan pelayanan fasilitas kesehatan

Sistem Rujukan pelayanan kesehatan merupakan penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal (Kemenkes RI, 2012b).

Sistem rujukan pelayanan kesehatan dilaksanakan secara berjenjang sesuai kebutuhan medis, yaitu:

- a. Dimulai dari pelayanan kesehatan tingkat pertama oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama

Pelayanan kesehatan tingkat pertama adalah pelayanan kesehatan dasar yang diberikan oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama. Yakni puskesmas, pustu dan klinik kesehatan lainnya.

- b. Jika diperlukan pelayanan lanjutan oleh spesialis, maka pasien dapat dirujuk ke fasilitas kesehatan tingkat kedua.

pelayanan kesehatan tingkat kedua adalah pelayanan kesehatan spesialistik yang dilakukan oleh dokter spesialis atau dokter gigi spesialis yang menggunakan pengetahuan dan teknologi kesehatan spesialistik.

- c. Pelayanan kesehatan tingkat kedua di faskes sekunder hanya dapat diberikan atas rujukan dari faskes primer.

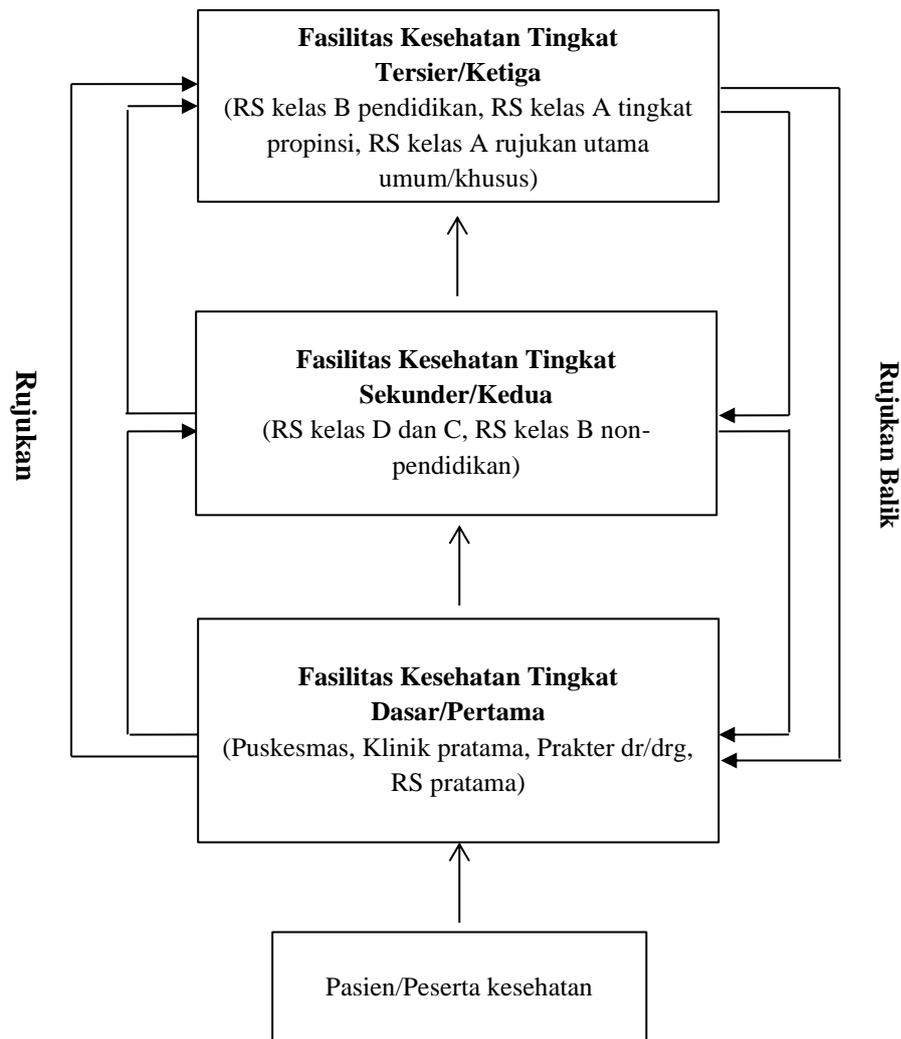
d. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga di faskes tersier hanya dapat diberikan atas rujukan dari faskes sekunder dan faskes primer.

pelayanan kesehatan tingkat ketiga adalah pelayanan kesehatan sub spesialisik yang dilakukan oleh dokter sub spesialis atau dokter gigi sub spesialis yang menggunakan pengetahuan dan teknologi kesehatan sub spesialisik.

Pelayanan kesehatan di faskes primer yang dapat dirujuk langsung ke faskes tersier hanya untuk kasus yang sudah ditegakkan diagnosis dan rencana terapinya, merupakan pelayanan berulang dan hanya tersedia di faskes tersier (BPJS Kesehatan, 2015). Sedangkan untuk Ketentuan pelayanan rujukan berjenjang dapat dikecualikan dalam kondisi:

terjadi keadaan gawat darurat, bencana, kekhususan permasalahan kesehatan pasien dimana untuk kasus yang sudah ditegakkan rencana terapinya dan terapi tersebut hanya dapat dilakukan di fasilitas kesehatan lanjutan, pertimbangan geografis, dan pertimbangan ketersediaan fasilitas (BPJS Kesehatan, 2015).

Alur rujukan pelayanan fasilitas kesehatan dapat dilihat pada gambar 2.1 dibawah ini :



Gambar 2.1. Alur rujukan pelayanan fasilitas kesehatan

## B. Tinjauan Umum Tentang Pelayanan Rawat Jalan

### 1. Definisi Pelayanan Rawat Jalan

Pelayanan Rawat Jalan merupakan pemberian pelayanan kesehatan rumah sakit di rawat jalan yang diselenggarakan melalui pelayanan dokter spesialis dan subspecialis (Permenkes RI No. 11, 2016).

## 2. Fungsi Pelayanan Rawat Jalan

Sebagai sarana konsultasi, penyelidikan, pemeriksaan dan pengobatan pasien oleh tenaga medis yang sesuai dengan keahliannya yang disediakan untuk pasien yang membutuhkan kesembuhan dalam waktu yang tidak lama atau tidak memerlukan pelayanan kedokteran. pelayanan di unit rawat jalan, dimana dokter dan tim kesehatan lainnya mampu untuk bekerjasama serta mampu untuk mengkoordinasikan semua jenis pelayanan kesehatan pasien misalnya : pelayanan penunjang, apotek, dan lainnya.(Kemenkes RI, 2012)

## 3. Standar Pelayanan Rawat Jalan

Berdasarkan standar pelayanan minimal rumah sakit, standar pelayanan minimal rawat jalan yakni :

- a. Dokter yang melayani di poliklinik spesialis harus 100 % dokter spesialis.
- b. Rumah sakit harus minimal menyediakan pelayanan klinik anak, pelayanan klinik bedah, pelayanan klinik penyakit dalam, dan pelayanan klinik kebidanan.
- c. Jam buka pelayanan adalah pukul 08.00 – 13.00 setiap hari kerja, kecuali hari jumat pukul 08.00 – 11.00.
- d. Waktu tunggu untuk di rawat jalan tidak kurang dari 60 menit.
- e. Kepuasan pelanggan lebih dari 90 % (Permenkes RI No. 129, 2008).

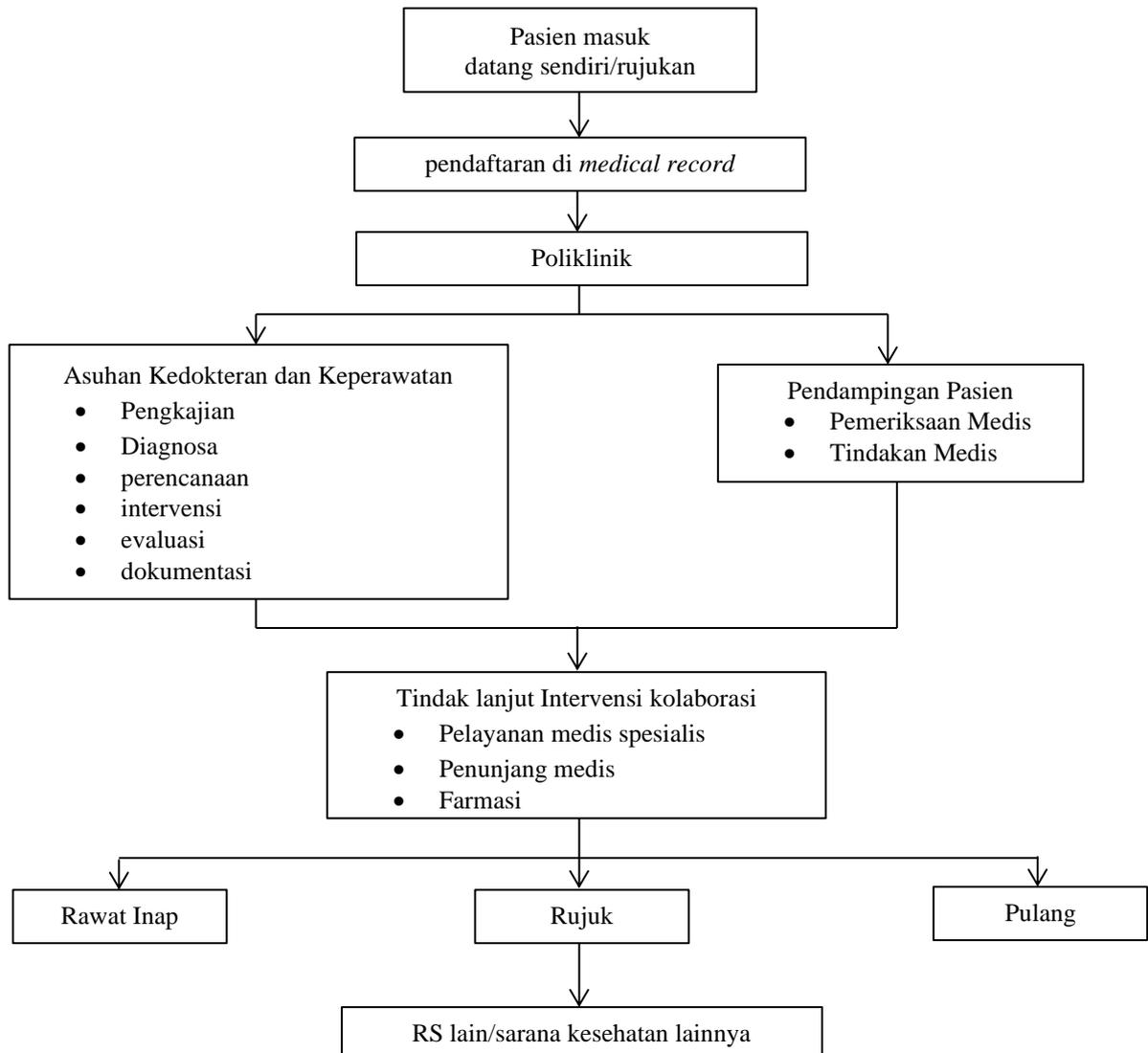
#### 4. Alur Pelayanan Rawat Jalan

- a. Pasien datang ke rumah sakit, alasan pasien datang kerumah sakit yakni :
  1. Dirujuk oleh rumah sakit lain, puskesmas tau jenis pelayanan kesehatan lain.
  2. Rujukan dari praktik dokter, bidan, atau tenaga kesehatan lain diluar rumah sakit.
  3. Datang atas kemauan sendiri.
- b. Pasien atau keluarga melakukan pendaftaran diloket pendaftaran (*medikal record*)
- c. Pasien menuju ke poliklinik yang dibutuhkan dan diterima oleh petugas kesehatan yang bertugas.
- d. Petugas atau perawat melaukan pengkajian terhadap pasien, kegiatan pengkajian minimal yang harus dilakukan meliputi data fokus pasien.
- e. Dokter menentukan diagnosis, rencana serta tindakan sesuai dengan kondisi pasien saat ini dan didampingi perawat saat dilakukan pemeriksaan medis.
- f. Setelah pasien dilakukan pemeriksaan medis, perawat melanjutkan intervensi yang berhubungan dengan masalah kolaborasi.
- g. Evaluasi pelayanan yang diberikan selama pasien di rawat jalan meliputi: evaluasi berdasarkan respon pasien setelah diberikan

intervensi, meningkatnya pengetahuan pasien tentang gaya hidup yang terkait dengan penyakitnya, meningkatnya kepatuhan pasien untuk menjalani pengobatan (yang dapat dievaluasi saat pasien datang untuk periksa kembali).

- h. Jika pasien dirawat inap yang harus dilakukan oleh perawat dengan memberikan penjelasan prosedur dan koordinasi dengan unit yang terkait.
- i. Jika pasien harus dirujuk, rujukan bisa dilakukan berdasarkan indikasi medis ke pelayanan internal rumah sakit (pelayanan spesialis/sub-spesialis) atau pelayanan eksternal rumah sakit (fasilitas pelayanan kesehatan lain).
- j. Perawat perlu pendidikan kesehatan dan memberikan informasi mulai pasien masuk rumah sakit selama perawatan dan sampai pasien pulang (Kemenkes RI, 2012a).

Alur pelayanan rawat jalan dapat dilihat digambar 2.2 berikut ini :



Gambar 2.2. Alur Pelayanan Rawat Jalan

Alur pelayanan rawat jalan yang diterapkan di rumah sakit dapat mempengaruhi tingkat kunjungan pasien di rumah sakit khususnya pelayanan rawat jalan.

## C. Tinjauan Umum Tentang Kunjungan Pasien

### 1. Definisi Kunjungan

Kunjungan merupakan perihal, perbuatan, proses, hasil lawatan, kepergian, kedatangan disatu tempat atau kegiatan.

Kunjungan rawat jalan adalah jumlah kunjungan baru dan kunjungan lama di rawat jalan (Kemenkes RI, 2011).

Kunjungan rawat jalan terdiri dari dua bagian yakni :

- a. Kunjungan baru merupakan pasien yang datang pertama kali berkunjung ke salah satu jenis pelayanan rawat jalan, pada tahun yang sedang berjalan.
- b. Kunjungan lama merupakan Kunjungan berikutnya atau lebih dari suatu kunjungan baru ke salah satu jenis pelayanan rawat jalan, pada tahun yang berjalan (Kemenkes RI, 2011).

### 2. Faktor yang mempengaruhi kunjungan ke pelayanan kesehatan

Dalam pemanfaatan atau kunjungan layanan kesehatan, ada suatu model kepercayaan kesehatan yang disebut sebagai model perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan (*behavioral model of health service utilization*). Teori ini mengelompokkan faktor determinan dalam pemanfaatan atau kunjungan pelayanan kesehatan ke dalam 3 kategori, yakni : karakteristik predisposisi, karakteristik kemampuan, dan karakteristik kebutuhan (Andersen, 1995).

- a. Karakteristik Predisposisi (*Predisposing characteristics*)

Karakteristik ini digunakan untuk menggambarkan fakta bahwa setiap individu mempunyai kecenderungan menggunakan pelayanan kesehatan yang berbeda-beda. Hal ini disebabkan karena adanya ciri-ciri individu yang digolongkan ke dalam 3 kelompok, yaitu:

1) Ciri-ciri demografi, seperti:

a) Jenis kelamin.

Jenis kelamin memiliki peran yang penting sebagai penentu keputusan dalam pelayanan kesehatan, tidak hanya bagi dirinya sendiri tetapi juga bagi keluarganya (Christasani & Satibi, 2016)

b) Umur

Individu yang memiliki usia tua lebih banyak memanfaatkan pelayanan kesehatan dibandingkan yang berusia muda hal ini disebabkan pada usia tua seseorang memiliki ketahanan fisik yang semakin menurun sehingga lebih rentan terpapar suatu penyakit dan apabila sakit aktivitas individu dapat terganggu sehingga dapat menghambat dalam mencari nafkah demi kelangsungan hidup keluarga mereka (Logen et al., 2015).

c) Status perkawinan

Status pernikahan merupakan ikatan lahir batin antara seorang pria dengan seorang wanita sebagai suami

isteri dengan tujuan membentuk keluarga (rumah tangga). individu dengan status sudah menikah lebih cenderung aktif dalam mengakses layanan kesehatan karena individu yang masih mempunyai pasangan hidup akan lebih berbedadan berpengaruh dalam kehidupannya karena memiliki seseorang yang mendukung satu sama lain (Anggraini et al., 2016).

2) Struktur sosial, seperti:

a) Tingkat pendidikan

Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang memudahkan untuk mengolah informasi yang diterima menjadi suatu sikap tertentu, termasuk pula dalam pemeliharaan kesehatannya (Notoatmodjo, 2010 dalam Christasani & Satibi, 2016).

b) Pekerjaan.

Keinginan dan kemampuan pekerja penerima upah untuk mengakses pelayanan kesehatan lebih tinggi dibanding dengan pekerja yang tidak menerima upah (Christasani & Satibi, 2016).

c) Ras

Rasisme di tempat pelayanan umum termasuk di pelayanan kesehatan dapat menjadi penghalang penting bagi beberapa kelompok etnis minoritas untuk mencari bantuan pelayanan kesehatan bagi dirinya di daerah dengan ras atau etnis mayoritas (Kronfol, 2012).

d) Agama.

Agama memainkan peran penting dan mempunyai pengaruh besar dalam akses layanan kesehatan dan praktik kesehatan tentang masalah kesehatan reproduksi di negara-negara arab misalnya pelarangan aborsi, dan tindakan sunnat untuk pria dan wanita (Kronfol, 2012).

e) Hobi dan lainnya.

- 3) Kepercayaan kesehatan (*health belief*), seperti keyakinan bahwa pelayanan kesehatan dapat menolong proses penyembuhan penyakit.

*Trust* (kepercayaan) turut menjadi sebab penghambat akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan, apabila tidak dikelola dengan maksimal (safran et al, 2004 dalam Retnaningsih, 2013).

b. Karakteristik Kemampuan (*Enabling Characteristics*)

Karakteristik kemampuan adalah sebagai keadaan atau kondisi yang membuat seseorang mampu untuk melakukan

tindakan untuk memenuhi kebutuhannya terhadap pelayanan kesehatan. karakteristik kemampuan ini terbagi ke dalam 2 golongan, yaitu:

1) Sumber daya keluarga

Yang termasuk dalam sumber daya keluarga yakni ;

a) Penghasilan keluarga,

Jumlah pendapatan seseorang yang tinggi bisa mengupayakan kesembuhan dengan berobat ke pelayanan kesehatan mana saja sesuai kepercayaan dan pengalaman yang mereka punya namun berbeda halnya jika jumlah pendapatan mereka rendah (Tombi & Maramis, 2009).

b) Keikutsertaan dalam asuransi kesehatan,

Faktor peserta asuransi kesehatan adalah salah satu faktor yang penting bagi masyarakat dengan memiliki jaminan pemeliharaan kesehatan. Masyarakat lebih terlindungi jika suatu saat mereka sedang terjangkit penyakit atau kondisi sakit. Dengan memiliki kepesertaan dan jaminan kesehatan mereka bisa dibebaskan dari biaya berobat di fasilitas pelayanan kesehatan (Logen et al., 2015).

- c) Kemampuan menggunakan jasa pelayanan kesehatan,  
dan

Kemampuan menggunakan jasa pelayanan kesehatan dan penghasilan dapat menunjukkan derajat kesejahteraan masyarakat. Kemampuan keluarga yang mapan memungkinkan seseorang atau anggota keluarganya untuk memperoleh kebutuhan yang lebih seperti layanan kesehatan (Logen et al., 2015)

- d) Pengetahuan tentang informasi pelayanan kesehatan yang dibutuhkan

Faktor pengaruh tingkat pengetahuan individu tentang informasi pelayanan kesehatan sangat dibutuhkan dalam pemanfaatan layanan kesehatan. Dimana individu yang berpengetahuan baik tingkat pemanfaatan layanan kesehatan (PITC) lebih tinggi dibandingkan dengan individu yang berpengetahuan buruk (Naim Nurlia, 2019).

## 2) Sumber daya masyarakat

Yang termasuk dalam sumber daya masyarakat adalah

- a) Jumlah sarana pelayanan kesehatan yang ada,

Secara umum ketersediaan fasilitas kesehatan (*supply*) di Kota jauh lebih bagus dari pada di Kabupaten, dengan kesenjangan yang cukup lebar.

Kesenjangan ini terjadi pada indikator jumlah rumah sakit (pemerintah dan swasta), total tempat tidur tersedia, maupun rasio tempat tidur dibanding dengan jumlah penduduk (Laksono & Sukoco, 2016).

- b) Jumlah tenaga kesehatan yang tersedia dalam wilayah tersebut,

Pelayanan kesehatan sangat ditentukan oleh kondisi sumber daya manusia dan fasilitas pelayanan yang mendukung. Pemerataan tenaga kesehatan merupakan suatu masalah di beberapa kabupaten yang sampai saat ini belum teratasi. Rasio jenis tenaga kesehatan (dokter, dokter gigi, bidan, perawat, dan lain-lain) terhadap 100.000 penduduk yang harus dilayani masih kurang dan masih jauh di bawah rata-rata rasio nasional (Laksono & Sukoco, 2016).

- c) Rasio penduduk terhadap tenaga kesehatan, dan

Distribusi tenaga kesehatan dapat di tinjau dari sudut rasio penduduk suatu daerah, yaitu perbandingan jumlah penduduk dengan tenaga kesehatan atau fasilitas layanan kesehatan yang ada misalnya ratio dokter per 1000 penduduk dan ratio sarana layanan kesehatan per 1000 penduduk (Laksono & Sukoco, 2016).

- d) Lokasi pemukiman penduduk.

Lokasi pemukiman penduduk berpengaruh dalam kunjungan kesehatan dengan tempat fasilitas kesehatan. Hal ini banyak dialami di daerah terpencil, lokasi dan medan yang sulit untuk mengakses pelayanan kesehatan butuh waktu tempuh yang lama dan biaya yang tidak sedikit yang ditanggung penduduk di daerah terpencil untuk sampai di fasilitas pelayanan kesehatan (Suharmiati et al., 2013).

Asumsi Andersen adalah semakin banyak sarana dan jumlah tenaga kesehatan maka tingkat pemanfaatan pelayanan kesehatan suatu masyarakat semakin bertambah .

c. Karakteristik Kebutuhan (*Need Characteristics*)

Karakteristik kebutuhan, dalam hal ini merupakan komponen yang paling langsung berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Penilaian terhadap suatu penyakit merupakan bagian dari faktor kebutuhan. Penilaian kebutuhan ini dapat diperoleh dari dua sumber yaitu:

1) Penilaian individu (*perceived Need*)

Merupakan penilaian keadaan kesehatan yang dirasakan oleh individu, besarnya ketakutan terhadap penyakit dan hebatnya rasa sakit yang diderita

2) Penilaian klinik (*evaluated Need*)

Merupakan penilaian beratnya penyakit oleh dokter yang merawatnya. Hal ini tercermin antara lain dari hasil pemeriksaan dan penentuan diagnosis penyakit oleh dokter.

Selain hal diatas kunjungan pelayanan rawat jalan juga turut dipengaruhi dari aksesibilitas pelayanan kesehatan di suatu wilayah dalam memenuhi kebutuhan akan pelayanan kesehatan.

#### **D. Tinjauan Umum Tentang Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan**

##### **1. Definisi Aksesibilitas Pelayanan**

Akses merupakan layanan kesehatan yang tersedia diperlukan oleh masyarakat dimanapun dan kapanpun (Retnaningsih, 2013).

Aksesibilitas pelayanan adalah kesempatan untuk mengidentifikasi kebutuhan kesehatan, mencari layanan kesehatan, menggunakan layanan kesehatan dan memiliki kebutuhan untuk layanan kesehatan yang bisa terpenuhi (Levesque et al., 2013).

Aksesibilitas pelayanan adalah kemampuan seseorang untuk mencari dan membutuhkan pelayanan kesehatan (Jones, 2012 dalam Laksono & Sukoco, 2016)

##### **2. Aksesibilitas Layanan Kesehatan**

Teori akses Aday merupakan teori yang paling sering digunakan dan paling komprehensif dalam sudut pandang akses layanan kesehatan. Teori ini berasal dari sintesis hasil penelitian yang dilakukan oleh Aday, Anderson, Fleming pada tahun 1980. Akses

layanan kesehatan bukan hanya berasal dari faktor *supply* dan *demand* tetapi juga dari sisi kebijakan kesehatan. Akses adalah alat ukur ekuitas layanan kesehatan dapat dilihat melalui (Retnaningsih, 2013) :

- a. Akses potensial indikator struktural (*potensial access structural indicators*) yang dapat dilihat dari karakteristik sistem layanan kesehatan yang ada.

Akses potensial indikator struktural membagi tiga hal, yakni :

- 1) Karakteristik Sistem Layanan Kesehatan

Karakteristik sistem layanan kesehatan yang ada terbagi dalam segi kepemilikannya dan jenis layanan kesehatan. Kepemilikan sarana layanan kesehatan itu sendiri terbagi dari dua kelompok yaitu:

- a) layanan kesehatan milik pemerintah, dan
- b) layanan kesehatan milik swasta termasuk praktik perorangan.

- 2) Ketersediaan Layanan Kesehatan.

Ketersediaan sistem layanan kesehatan dapat dihitung dari volume dan distribusi penyedia layanan kesehatan. Volume dapat dilihat dari jumlah tenaga kesehatan dan fasilitas layanan kesehatan yang ada di wilayah tersebut diantaranya jumlah dokter, jumlah dokter gigi, jumlah tenaga kesehatan lainnya, jumlah rumah sakit, dan jumlah puskesmas.

Sedangkan distribusi dapat di tinjau dari sudut rasionya, yaitu perbandingan jumlah penduduk dengan tenaga kesehatan atau fasilitas layanan kesehatan yang ada misalnya:

- a) Ratio dokter per 1000 penduduk;
  - b) Ratio sarana layanan kesehatan per 1000 penduduk.
- 3) Organisasi.

Organisasi layanan kesehatan dapat ditinjau dari masukan dan struktur dalam teori akses aday. Untuk mengukur masukan dapat dilihat dari sebagai berikut :

- a) Kelancaran transportasi, ketersediaan alat transportasi, dan jenis jalan menuju tempat layanan kesehatan tersebut.
- b) Ketersediaan layanan kesehatan di malam hari, akhir pekan, emergensi, dan di luar hari-hari kerja biasa.
- c) Waktu perjalanan yang dibutuhkan dalam mencapai tempat layanan kesehatan dari rumah kelompok berisiko.
- d) Biaya perjalanan ketempat layanan kesehatan apabila menggunakan alat transportasi kendaraan umum.
- e) Sistem waktu menunggu dan perjanjian yang berlaku di tempat pelayanan.
- f) Waktu yang disediakan dokter untuk setiap pasien dalam pelayanan konsultasi.

- g) Alasan memilih sarana layanan kesehatan pada setiap kunjungan, alasan berubah tempat layanan kesehatan apabila terjadi, dan alasan tidak memperoleh layanan kesehatan yang tersedia, serta
- h) Tempat tempat tinggal atau domosili di wilayah yang tidak mempunyai sarana layanan kesehatan.

Untuk mengukur struktur layanan kesehatan diantaranya dapat ditinjau dari :

- a) Tipe dokter, atau petugas kesehatan lainnya yang ada di tempat tersebut.
  - b) Bentuk praktik petugas kesehatan berupa group atau individu sebagai praktik swasta.
  - c) lokasi sarana layanan kesehatan atau tempat praktik swasta dari tenaga kesehatan; dan
  - d) Bekerja sama dengan pihak ketiga sebagai badan asuransi kesehatan.
- b. Akses potensial indikator proses (*Potensial access process indicators*) yang dapat dilihat dari karakteristik populasi berisiko. Akses potensial indikator proses menjabarkan karakteristik masyarakat yang ditinjau dari tiga aspek yakni :
- 1) Aspek predisposisi
- Aspek predisposisi dapat diukur dari :

- a) Karakteristik masyarakat: umur, jenis kelamin, suku, dan lama tinggal di wilayah tersebut.
- b) Pekerjaan.
- c) Pendidikan.
- d) Pengetahuan tentang kesehatan.
- e) Sikap terhadap kesehatan, dan
- f) Manfaat umum yang dirasakan terhadap layanan kesehatan.

2) Aspek pemungkin.

Aspek pemungkin dapat dilihat melalui variable :

- a) Tingkat pendapatan keluarga.
- b) Kepesertaan asuransi kesehatan.
- c) Tempat tinggal yakni dikota atau didesa, dan
- d) Tingkatan wilayah administrasi di mana mereka berdomisili.

3) Aspek kebutuhan.

Dalam teori akses aday secara operasional aspek kebutuhan dikelompokkan dalam dua kelompok yakni :

- a) Kebutuhan sebagai kebutuhan berdasar persepsi pasien (*perceived need*).

Kebutuhan berdasar persepsi (*perceived need*) dapat diukur dari persepsi konsumen, khususnya tentang status kesehatan berdasarkan pendapat secara umum, jumlah

keluhan sakit, atau status kesehatan jika dibandingkan dengan orang lain.

b) Kebutuhan berdasar kriteria medis (*evaluated need*).

Kebutuhan berdasar kriteria medis (*evaluated need*) dapat diukur dengan cara :

a) Pengukuran tingkat kesakitan oleh profesional medis selama episode dua minggu waktu tidak produktif.

b) Pengukuran tingkat kesakitan oleh profesional medis untuk suatu gejala penyakit selama setahun.

c. Akses nyata indikator objektif (*realized access objective indicators*) dapat dilihat dari pemanfaatan layanan kesehatan.

Akses nyata indikator objektif yang terdiri dari beberapa indikator dari pemanfaatan layanan kesehatan bisa dilihat sebagai berikut :

1) Menggunakan tipe layanan kesehatan.

2) Memilih Lokasi layanan kesehatan.

3) Jenis layanan yang diterima apakah sudah sesuai dengan yang diperlukan.

4) Proporsi kunjungan penderita ke sarana layanan kesehatan, dan

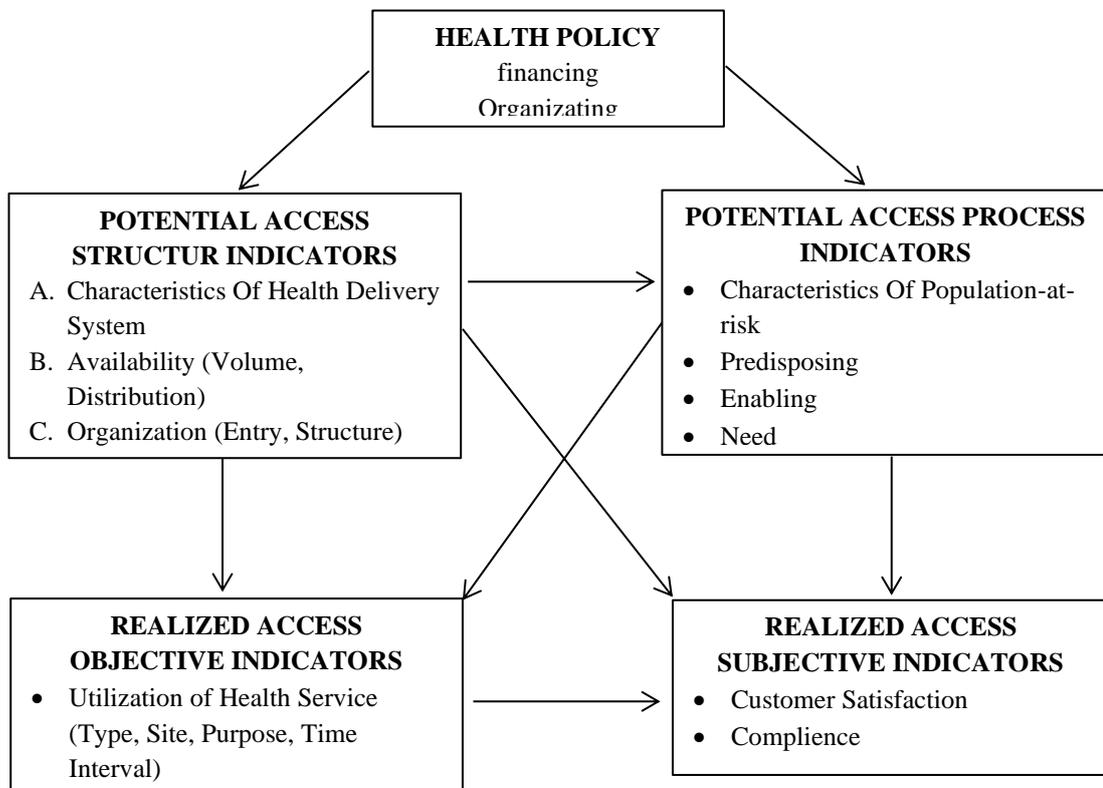
5) Jumlah kunjungan petugas kesehatan ke masyarakat yang membutuhkan.

d. Akses nyata indikator subjektif (*realized access subjective indicators*) dapat dilihat dari kepuasan konsumen.

Akses nyata indikator subjektif dapat dilihat dan diukur dari kepuasan konsumen melalui :

- 1) Sikap umum berdasarkan harapan penderita dan harapan keluarga penderita;
- 2) Sikap spesifik berdasarkan frekuensi kunjungan penderita ke sarana layanan kesehatan atau ke petugas kesehatan.
- 3) Kepatuhan.

Teori akses aday ini menggambarkan hubungan beberapa komponen yang saling mempengaruhi yang dapat dilihat dari Gambar 2.1. berikut ini :



Gambar 2.2. Framework Study Access

### 3. Faktor Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan.

Faktor aksesibilitas pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh tiga hal yang dapat dilakukan dan diukur sebagai berikut (Retnaningsih, 2013)

:

#### a. Faktor Kebutuhan atau pemanfaatan (*Demand factors*)

Faktor kebutuhan atau pemanfaatan meliputi jumlah kunjungan fasilitas pelayanan kesehatan, jumlah penduduk, utilisasi unit gawat darurat, utilisasi rawat jalan dan rawat inap,.

#### b. Faktor Suplai atau ketersediaan (*Supply factors*)

*Supply* merupakan penyediaan pelayanan kesehatan kepada individu oleh kombinasi tenaga pelayanan kesehatan dan fasilitas. Faktor yang mempengaruhi *supply* dalam pelayanan kesehatan sebagai berikut meliputi :

- 1) *Man* : dokter, dokter spesialis, bidan, perawat, farmasi, tenaga administrasi, dan lain sebagainya.
- 2) *Money* : biaya operasional, biaya investasi, dan biaya lainnya.
- 3) *Material* yang berhubungan dengan logistik pelayanan kesehatan, misalnya : obat – obatan dan bahan makanan.
- 4) *Method* : SOP rumah sakit, standar pelayanan minimal, dan lainnya.
- 5) *Machine* : peralatan laboratorium, *incinerator*, peralatan unit penunjang, dan lainnya.

- 6) *Market* : wilayah kerja pelayanan kesehatan, segmentasi pasar, dan lainnya.
  - 7) Teknologi : kecanggihan dan kemutakhiran teknologi yang digunakan, contohnya : finger print dan sebagainya.
  - 8) *Time* : waktu yang digunakan untuk pelayanan, unit pelayanan.
  - 9) Informasi : melalui internet, pamphlet, dan leaflet.
- c. Faktor Hambatan (*Barrier factors*)

Hambatan aksesibilitas layanan merupakan hal-hal yang berpotensi menghambat akses ke pelayanan kesehatan sebagai bagian yang terintegrasi dengan indikator akses lainnya (Laksono & Sukoco, 2016). Ada beberapa hal yang dapat menghambat akses pelayanan kesehatan menurut beberapa pakar. Dalam penelitian tersebut menyatakan bahwa akses pelayanan kesehatan dapat dipengaruhi oleh tiga hambatan (*barrier*) (Jones, 2012 dalam Laksono & Sukoco, 2016) yakni:

- 1) Hambatan fisik meliputi transportasi, kemampuan bergerak dan lainnya.

Transportasi dalam hal ini berhubungan dengan ketersediaan kendaraan di wilayah khususnya daerah terpencil, dimana transportasi yang sulit dan jarang dapat menyulitkan akses menuju tempat pelayanan tenaga kesehatan (Suharmiati et al., 2013).

2) Hambatan ekonomi meliputi :

a) Kemampuan membayar

Kemampuan membayar atau penghasilan dapat menunjukkan derajat kesejahteraan masyarakat. Penghasilan keluarga yang mapan memungkinkan seseorang atau anggota keluarganya untuk memperoleh kebutuhan yang lebih misalnya kesehatan (Logen et al., 2015).

Jumlah pendapatan seseorang yang tinggi bisa mengupayakan kesembuhan dengan berobat ke pelayanan kesehatan mana saja sesuai kepercayaan dan pengalaman yang mereka punya namun berbeda halnya jika jumlah pendapatan mereka rendah (Tombi & Maramis, 2009).

b) Kepemilikan asuransi kesehatan dan lainnya.

Faktor jaminan pemeliharaan adalah salah satu faktor yang penting bagi masyarakat dengan memiliki jaminan pemeliharaan kesehatan. Masyarakat lebih terlindungi jika suatu saat mereka sedang terjangkit penyakit atau kondisi sakit. Dengan memiliki jaminan kesehatan mereka bisa dibebaskan dari biaya berobat di fasilitas pelayanan kesehatan (Logen et al., 2015).

3) Hambatan geografis meliputi :

a) Lokasi pelayanan kesehatan

Hal ini banyak dialami di daerah terpencil, lokasi dan medan yang sulit untuk mengakses pelayanan kesehatan butuh waktu tempuh yang lama dan biaya yang tidak sedikit yang ditanggung penduduk di daerah terpencil untuk sampai di fasilitas pelayanan kesehatan (Suharmiati et al., 2013).

b) Kedekatan terhadap fasilitas yang tersedia, dan lainnya.

Jarak menjadi salah satu faktor bagi penduduk guna memanfaatkan pelayanan kesehatan. Tinggi rendahnya tingkat pemanfaatan sarana pelayanan kesehatan dapat dipengaruhi oleh jarak dimana lokasi tempat tinggal. penduduk lebih banyak dan cenderung memanfaatkan sarana yang berada disekitar tempat tinggal mereka (sitorus. H, 2007 dalam Logen et al., 2015).

Secara umum dapat dirangkum bahwa hambatan (*barrier*) bisa dipengaruhi 3 (tiga) hal yang berbeda yakni : fisik, sosial dan budaya, dan ekonomi. sehingga ketiga hal tersebut dapat berpengaruh secara sendiri – sendiri, dan dalam kondisi wilayah tertentu dapat terjadi secara bersamaan(Laksono & Sukoco, 2016).