

**SKRIPSI**  
**AKSESIBILITAS LAYANAN KESEHATAN PADA MASYARAKAT**  
**SUKU BAJO KELURAHAN BAJOE KECAMATAN TANETE RIATTANG**  
**TIMUR KABUPATEN BONE**

**FADIA ANANDA**  
K011181015



*Skripsi Ini diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk  
Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat*

**DEPARTEMEN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN**  
**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**  
**UNIVERSITAS HASANUDDIN**  
**MAKASSAR**  
**2022**

**SKRIPSI**  
**AKSESIBILITAS LAYANAN KESEHATAN PADA MASYARAKAT**  
**SUKU BAJO KELURAHAN BAJOE KECAMATAN TANETE RIATTANG**  
**TIMUR KABUPATEN BONE**

**FADIA ANANDA**  
K011181015



**DEPARTEMEN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN**  
**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**  
**UNIVERSITAS HASANUDDIN**  
**MAKASSAR**  
2022

**LEMBAR PENGESAHAN SKRIPSI**

**AKSESIBILITAS LAYANAN KESEHATAN PADA MASYARAKAT  
SUKU BAJO KELURAHAN BAJOE KECAMATAN TANETE RIATTANG  
TIMUR KABUPATEN BONE**

**Disusun dan diajukan oleh**

**FADIA ANANDA  
K011181015**

Telah dipertahankan di hadapan Panitia Ujian yang dibentuk dalam rangka  
Penyelasaan Studi Program Sarjana Program Studi Kesehatan Masyarakat  
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin  
pada tanggal 27 April 2022  
dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan

Menyetujui,

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping



**Prof. Sukri Palutturi, SKM, M.Kes, M.Sc. PH, Ph.D**  
NIP. 197205292001121001



**Prof. Dr. H. Indar, SH., MPH**  
NIP. 1953111019860111001



Ketua Program Studi,

**Dr. Suriah, SKM., M.Kes**  
NIP. 197405202002122001

## PENGESAHAN TIM PENGUJI

Skripsi ini telah di pertahankan dihadapan Tim Penguji Ujian Skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar pada hari Rabu Tanggal 27 April 2022.

Ketua : Prof.Sukri Palutturi, SKM, M.Kes, M.Sc.PH, Ph.D (.....)

Sekretaris : Prof. Dr. H. Indar, SH,MPH (.....)

Anggota :

1. Muh. Yusri Abadi, SKM, M.Kes (.....)

2. Sudirman Nasir, S.Ked, MWH, Ph.D (.....)

## SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Fadia Ananda  
NIM : K011181015  
Fakultas : Kesehatan Masyarakat  
No. Hp : 082352548488  
E-mail : fadiaananda9913@gmail.com

Dengan ini menyatakan bahwa judul skripsi **“AKSESIBILITAS LAYANAN KESEHATAN PADA MASYARAKAT SUKU BAJO KELURAHAN BAJOE KECAMATAN TANETE RIATTANG TIMUR KABUPATEN BONE”** benar bebas dari plagiat dan apabila pernyataan ini terbukti tidak benar maka saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, 27 April 2022  
Yang membuat pernyataan



Fadia Ananda

## RINGKASAN

Universitas Hasanuddin  
Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Universitas Hasanuddin  
Makassar, Januari 2022

**Fadia Ananda**

**“Aksesibilitas Layanan Kesehatan Pada Masyarakat Suku Bajo Kelurahan Bajoe Kecamatan Tanete Riattang Timur Kabupaten Bone”**

(xiii + 103 Halaman + 10 Lampiran + 4 Tabel)

Secara umum penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh Kedekatan (*approachability*), Kemampuan Menerima (*acceptability*), Ketersediaan dan akomodasi (*availability and accomodation*), Keterjangkauan (*affordability*), Kesesuaian (*appropriateness*) dalam aksesibilitas layanan Kesehatan pada masyarakat Suku Bajo Kelurahan Bajoe Kecamatan Tanete Riattang Timur Kabupaten Bone. Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi yang menghasilkan data deskriptif yang dilakukan mulai dari bulan Januari-Februari 2022. Pengumpulan data dilakukan dengan teknik indepth interview (wawancara mendalam) dan observasi langsung di Masyarakat Suku Bajo. Informan dalam penelitian ini berjumlah 7 orang terdiri dari Kepala Puskesmas, Tenaga Kesehatan Puskesmas, dukun suku bajo, tokoh masyarakat suku bajo, 2 orang masyarakat yang bersedia dan masyarakat suku bajo yang telah memanfaatkan pelayanan kesehatan puskesmas.

Hasil Penelitian menunjukkan bahwa kedekatan dalam akses pelayanan kesehatan Puskesmas jarak yang dekat, waktu yang menyesuaikan dengan kesempatan masyarakat bajo dan biaya transportasi yang dikeluarkan. Serta sikap dan informasi yang diberikan puskesmas sudah sesuai. Kemampuan menerima, mayoritas masyarakat suku bajo menggunakan pengobatan tradisional seperti kedukun, meminum ramuan dari daun dalam mengatasi penyakit yang dialami karena disebabkan oleh tradisi dan kepercayaan masyarakat suku bajo sangat kuat. Ketersediaan, dalam pelayanan kesehatan puskesmas bajoe belum mencapai puskesmas secara paripurna dilihat dari bangunan yang sempit dan peralatan non medis lainnya masih bermasalah seperti wc dan ruang tunggu, tetapi fasilitas kesehatan dan obat-obatan selalu tersedia. Keterjangkauan, mayoritas masyarakat suku bajo memiliki perekonomian rendah dilihat dari pekerjaan rata-rata sebagai nelayan, masih belum meratanya jaminan kesehatan nasional di masyarakat suku. Kesesuaian, pelayanan yang diberikan sudah sesuai dengan permintaan, dan pengobatan serta resep obat sudah diberikan dengan baik serta kedisiplinan dokter dan tenaga kesehatan.

Untuk mengatasi hambatan dari faktor yang mempengaruhi aksesibilitas layanan kesehatan masyarakat suku bajo, di perlukan edukasi kesehatan, intervensi dan himbauan yang tegas kepada masyarakat suku Bajo dalam hal menjaga lingkungan, dan menerapkan Pola hidup Bersih dan Sehat.

**Kata Kunci : Aksesibilitas, Pelayanan, Puskesmas, Masyarakat Suku Bajo**

## SUMMARY

**Hasanuddin University  
Faculty of Public Health  
Health Administration and Policy**

**Fadia Ananda**

**“Health Service Accessibility of the Bajo Tribe Local Society, Bajoe Village, Tanete Riattang Timur District, Bone Regency”**

(xiii+ 103 Pages + 10 Appendices + 4 Tables)

In general, this study aims to determine the effect of approachability, acceptability, availability and accommodation, affordability, and appropriateness on the accessibility of health services in the local society of Bajo Tribe, Bajoe Village, Tanete Riattang Timur District, Bone Regency. This research is qualitative research with a phenomenological approach that produces descriptive data from January to February 2022. Data collection is carried out using in-depth interviews and direct observation of the Bajo Tribe. The informants in this study consisted of 7 people, consisting of the Head of the Public Health Center, health workers of the Public Health Center, Bajo tribal shamans, Bajo tribal leaders, two people who were willing to be interviewed, and the Bajo people who had utilized the health services of the Public Health Center.

The results showed that the proximity of access to health services at the Public Health Center was close, the time adjusted to the opportunities of the Bajo people and the transportation costs incurred, as well as the attitudes and information provided by Public Health Center are appropriate. The ability to accept in majority of the Bajo people use traditional medicine such as shamans and drink concoctions from the leaves to overcome the disease they are experiencing is caused by the tradition and belief of the Bajo tribal community, which is very strong. The availability of health services at the Public Health Center Bajoe has not yet reached the Plenary Public Health Center, as seen from the narrow building and other non-medical equipment, such as toilets and waiting rooms, is still problematic, but health facilities and medicine are always available. Affordability: the majority of Bajo people have a low economy, seen from their average job as fishermen. National Health Insurance is still not evenly distributed in tribal communities. The services provided are in accordance with the request, and treatment and drug prescriptions have been given properly, as has the discipline of doctors and health workers.

To overcome obstacles from factors that affect the accessibility of health services for the Bajo Tribe, health education, intervention, and firm appeals to the Bajo Tribe community are needed in terms of protecting the environment and implementing a clean and healthy lifestyle.

**Key words : Accessibility, Services, Public Health Center, Bajo Tribe Local Society**

## KATA PENGANTAR

*Assalamu'alaikum wa Rahmatullahi wa Barakatuh*

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT atas berkat, rahmat, serta perlindungan dan bantuan-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul "***Aksesibilitas Layanan Kesehatan pada masyarakat suku Bajo Kelurahan Bajoe Kecamatan Tanete Riattang Timur Kabupaten Bone***" sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan studi pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.

Dengan selesainya Skripsi ini Penulis menyampaikan rasa terima kasih yang tak terhingga kepada kedua orang tua saya yaitu Ayahanda Roslan Dg Pasolong dan Ibunda Hj.Nurhaeni Azis atas kasih sayang, didikan, bimbingan dan bantuan materil yang diberikan kepada penulis, sehingga penulis dapat menempuh pendidikan sampai saat ini, serta seluruh keluarga yang telah mendukung sampai saat ini.

Dalam kesempatan ini, penulis ingin mengucapkan banyak terima kasih kepada pihak-pihak yang telah membantu menyelesaikan skripsi ini, yaitu kepada:

1. Bapak Dr.H. Muhammad Alwy, M.Kes selaku penasehat akademik yang selalu memberikan bimbingan dari awal perkuliahan hingga sekarang.
2. Bapak Prof.Sukri Palutturi, SKM, M.Kes, M.Sc.PH, Ph.D dan Bapak Prof. Dr. H. Indar, SH,MPH sebagai dosen pembimbing yang telah banyak memberikan bantuan tenaga dan pikirannya, meluangkan waktunya yang begitu berharga

untuk memberi bimbingan dan pengarahan dengan baik dalam penyelesaian skripsi ini.

3. Bapak Dr. Muh. Alwy Arifin, M.Kes, selaku ketua jurusan beserta seluruh dosen dan staf bagian AKK FKM Unhas yang telah memberikan bantuan selama menempuh pendidikan.
4. Bapak Dr. Aminuddin Syam, SKM, M.Kes., M.Med.Ed, selaku dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin beserta jajaran dan seluruh staf.
5. Bapak Muh. Yusri Abadi, SKM, M.Kes dan Bapak Sudirman Nasir, S.Ked, MWH, Ph.D Sebagai dosen penguji atas masukan, kritik dan sarannya untuk penyempurnaan skripsi ini.
6. Pihak UPT Puskesmas Bajoe dan Bapak Lurah Bajoe dan Bapak Kepala Lingkungan Masyarakat Bajo yang telah memberikan izin melakukan penelitian serta seluruh informan yang telah memberikan waktunya selama penelitian berlangsung.
7. Saudara-saudaraku di HAPSC dan VENOM, serta teman-teman seperjuangan AKK terima kasih atas segala dukungan dan kerjasamanya serta rasa persaudaraan yang selama ini terjalin.
8. Seluruh rekan jurusan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan FKM UNHAS dan seluruh rekan angkatan 2018 Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
9. Orang terspesial Syahrul Qaffi dan Sahabatku tersayang Syukma Ekawati yang selalu ada dan membantu saya ketika lagi kesulitan dan saling mensupport satu sama lain.

10. Saudara-saudariku tersayang Ame, Sulis, Esty Joda ansar Ayu Qalbi yang selalu menemani dan membantu dan Rabiyyatul Agar teman perjuangan seperbimbingan yang terus kebersamai jika ingin konsultasi.
11. Keluarga-keluargaku yang selalu memberikan semangat dan motivasi terimakasih atas dukungan dan bantuan material yang telah diberikan.
12. Kepada Teman Rumah sekaligus kakak, saudara di makassar Ainun Auliyah terimakasih atas dukungan dan kebersamaannya selama masa perkuliahan dari tahun 2018 sampai sekarang.
13. Serta kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyelesaian skripsi ini yang tidak sempat penulis sebutkan satu persatu.
14. *Last but not least, I wanna thank me, for beliving in me, for doing all this hard work, for having no days off, for never quitting, for just being me at all times.*

Penulis menyadari skripsi ini sangat jauh dari kesempurnaan sehingga penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun sebagai pembelajaran pada penulisan selanjutnya. Semoga skripsi ini dapat memberikan manfaat bagi penulis dan pembaca sekalian. Amin.

Makassar, Februari 2022

Penulis

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN PERSETUJUAN .....</b>	<b>i</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN TIM PENGUJI.....</b>	<b>ii</b>
<b>SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT .....</b>	<b>iii</b>
<b>RINGKASAN .....</b>	<b>iv</b>
<b>SUMMARY .....</b>	<b>v</b>
<b>KATA PENGANTAR .....</b>	<b>vi</b>
<b>DAFTAR ISI .....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>xi</b>
<b>DAFTAR GAMBAR .....</b>	<b>xii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN.....</b>	<b>xiii</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah.....	16
C. Tujuan Penelitian .....	16
D. Manfaat Penelitian .....	17
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>19</b>
A. Tinjauan Umum tentang Aksesibilitas.....	19
B. Tinjauan Umum tentang Pelayanan Kesehatan .....	21
C. Tinjauan Umum tentang Puskesmas.....	26
D. Tinjauan Umum tentang Lokasi Penelitian.....	28
E. Tinjauan Umum tentang Variabel yang Diteliti.....	29
F. Kerangka Teori .....	33

G. Matriks Penelitian Terdahulu.....	34
<b>BAB III KERANGKA KONSEP .....</b>	<b>42</b>
A. Dasar Pemikiran Variabel yang Diteliti .....	42
B. Kerangka Konseptual Variabel yang Diteliti .....	44
C. Definisi Konseptual .....	45
<b>BAB IV METODE PENELITIAN .....</b>	<b>49</b>
A. Jenis Penelitian.....	49
B. Waktu dan Lokasi Penelitian .....	49
C. Informan Penelitian.....	49
D. Metode Pengumpulan Data.....	50
E. Teknik Analisis Data.....	51
F. Triangulasi Data.....	53
<b>BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>54</b>
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian .....	54
B. Hasil Penelitian .....	60
C. Pembahasan.....	84
<b>BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>100</b>
A. Kesimpulan .....	100
B. Saran .....	101
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>103</b>
<b>LAMPIRAN .....</b>	<b>107</b>

## **DAFTAR TABEL**

Tabel 1	Matriks Penelitian Terdahulu
Tabel 2	Tenaga Kerja Puskesmas Bajoe Tahun 2021
Tabel 3	Data 10 Penyakit teratas wilayah kerja Puskesmas Bajoe Tahun 2020
Tabel 4	Karakteristik Informan Berdasarkan Jenis Kelamin, usia, pendidikan terakhir, pekerjaan di Suku Bajo Tahun 2022

## **DAFTAR GAMBAR**

Gambar 1	Kerangka Teori
Gambar 2	Kerangka Konseptual

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Pedoman Wawancara Informan
Lampiran 2	Matriks Wawancara Informan
Lampiran 3	Surat Pengambilan Data Awal
Lampiran 4	Surat Izin Penelitian dari Fakultas
Lampiran 5	Surat Izin Penelitian dari BPKMD
Lampiran 6	Surat Izin Penelitian dari Pemerintah Kota Kab.Bone
Lampiran 7	Surat Keterangan Selesai Penelitian
Lampiran 8	Dokumentasi Lokasi Penelitian
Lampiran 9	Dokumentasi Penelitian / Wawancara
Lampiran 10	Riwayat Hidup Peneliti

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Kesehatan merupakan hak asasi manusia yang telah dijamin oleh hukum. Menjadi sehat juga merupakan keinginan dari setiap individu yang dijadikan sebagai investasi untuk menjalani hidup yang produktif. Sebagaimana yang di maksud dalam Undang- Undang Nomor 36 Tahun 2009 kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spritual maupun sosial yang akan menunjang setiap orang dapat hidup sejahtera dan produktif secara multi di mensi baik sosial maupun ekonomi (Endang Wahyati Yustina, 2018).

Untuk mencapai tujuan UUD maka pemerintah melakukan berbagai upaya dengan apa yang disebut “pemeliharaan kesejahteraan umum”. Demikian pelayanan kesehatan adalah salah satu usaha untuk memajukan kesejahteraan umum (Indar,.Muh Alwy., Darmawansyah, 2020). Untuk mendapatkan dan menjaga kesehatan dapat dilakukan dengan cara mengakses pelayanan kesehatan, serta mempunyai aksesibilitas penggunaan layanan jasa kesehatan.

Akses adalah kemampuan masyarakat untuk mencari dan mendapatkan pelayanan. Aksesibilitas pelayanan adalah tingkat penyesuaian antara karakteristik sumber daya kesehatan dan masyarakat dalam proses mencari dan memperoleh pelayanan (Frenk, 1992). Aksesibilitas pelayanan kesehatan adalah kemampuan setiap orang dalam mencari pelayanan kesehatan sesuai dengan yang mereka dibutuhkan. Dimensi akses meliputi secara fisik (termasuk masalah geografis), biaya, maupun akses secara sosial. Terdapat 5 dimensi yang

digunakan dalam mengukur aksesibilitas layanan kesehatan yang dikemukakan oleh Levesque dkk antara lain; Kedekatan (*approachability*), Kemampuan Menerima (*acceptability*), Ketersediaan dan akomodasi (*availability and accomodation*), Keterjangkauan (*affordability*), Kesesuaian (*appropriateness*).

Aksesibilitas pelayanan kesehatan di Indonesia masih merupakan sebuah masalah. Pada masyarakat asli dan masyarakat suku yang memiliki perbedaan warna kulit berwarna terdapat perbedaan yang sangat signifikan yakni kulit putih (penduduk asli) dan masyarakat kesukuan suatu daerah dalam hal mengakses layanan kesehatan masyarakat adat ini biasa disebut (Indigenous People). Tidak hanya itu, Semua lapisan masyarakat memiliki kendala dalam hal akses pelayanan kesehatan.

Sebagaimana yang terjadi pada kondisi deklarasi perserikatan bangsa-bangsa tentang hak-hak masyarakat adat menyatakan bahwa, Indigenous adalah individu yang memiliki hak yang sama untuk menikmati standar kesehatan fisik dan mental tertinggi yang dapat dicapai. Negara bagian harus mengambil langkah-langkah yang diperlukan dengan maksud untuk mencapai realisasi penuh hak ini secara progresif. Demikian menegaskan hak asasi manusia untuk hidup dan kesehatan yang dijamin oleh hukum hak asasi manusia internasional. Hal ini juga menyatakan bahwa, Masyarakat adat memiliki hak untuk memajukan, mengembangkan dan memelihara struktur kelembagaan mereka.

Fasilitas kesehatan merupakan tempat yang diperuntukan penyelenggaraan upaya pelayanan kesehatan baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah

dan/atau masyarakat (Laksono and Sukoco, 2016). Pelayanan kesehatan dan pendidikan merupakan pelayan yang paling dasar sekaligus kewajiban bagi negara untuk menjamin kesehatan dan kecerdasan bangsanya. pelayanan tersebut tentunya harus memadai dan berkualitas serta dapat diakses oleh seluruh lapisan masyarakat. Namun di sebagian daerah yang masih memiliki suku pedalaman, suku di pesisir masih ada tindakan diskriminatif terkait dengan pelayanan yang diberikan terutama pada masalah kesehatan. Tidak sedikit masyarakat tertinggal, terpinggirkan dan bahkan terasingkan rata-rata mengalami kendala dan hambatan dalam mengakses pendidikan dan bahkan pelayanan kesehatan (Sakir, Habibullah and Nurfaizal, 2018a).

Masyarakat adat adalah nama kolektif untuk masyarakat asli Amerika Utara dan keturunan mereka. Seringkali, Masyarakat Aborigin juga digunakan. Konstitusi Kanada mengakui 3 kelompok masyarakat Aborigin: India (lebih sering disebut sebagai Bangsa Pertama), Inuit dan Métis. Ini adalah 3 orang yang berbeda dengan sejarah, bahasa, praktik budaya, dan kepercayaan spiritual yang unik. Lebih dari 1, 67 juta orang di Kanada mengidentifikasi diri mereka sebagai orang Aborigin, menurut Sensus 2016. Suku Aborigin adalah populasi dengan pertumbuhan tercepat di Kanada – tumbuh sebesar 42, 5% antara tahun 2006 dan 2016 populasi termuda di Kanada – sekitar 44% berusia di bawah 25 tahun pada tahun 2016 Dalam empat puluh tahun sejarah masalah adat di Perserikatan Bangsa-Bangsa, dan sejarahnya yang lebih panjang lagi di ILO, pemikiran dan perdebatan yang cukup besar telah dikhususkan untuk

pertanyaan tentang definisi atau pemahaman tentang “masyarakat adat” (Nations, 2009).

Dalam mewujudkan arah kebijakan pembangunan kesehatan, dibutuhkan gerakan bersama dan kolaborasi antara pemerintah dan masyarakat dalam mencapai cita-cita tersebut. Salah satunya, meningkatkan akses pelayanan kesehatan. Peningkatan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang, agar tercapainya derajat kesehatan yang optimal. Serta tersedianya pelayanan kesehatan yang baik (Efransyah, Lazuardi and Hasanbasri, 2010).

Berdasarkan data DJSN (Dewan Jaminan Sosial Nasional) jumlah kunjungan layanan kesehatan yakni FKTP tiga tahun terakhir yang dimana pada tahun 2019 berjumlah 337. 699 orang yang melakukan kunjungan terhadap fasilitas kesehatan tingkat pertama, pada tahun 2020 sebanyak 283. 991 orang yang memanfaatkan pelayanan kesehatan, dan sedangkan pada tahun 2021 *rate* kunjungan FKTP berkisar 115, 83% di perkirakan sebanyak 95. 369 orang (Dewan jaminan sosial nasional, 2021).

Dapat dilihat dari akumulasi kunjungan layanan kesehatan 3 tahun terakhir mengalami penurunan. Hal tersebut dikarenakan banyak faktor yang menyebabkan kejadian tersebut. Kemudahan akses ke sarana pelayanan kesehatan berhubungan dengan beberapa faktor penentu antara lain jarak tempat tinggal dan waktu tempuh ke sarana kesehatan, serta status sosial-ekonomi dan budaya. Ketidakadilan dalam akses dan pemanfaatan pelayanan kesehatan akan menyebabkan kesenjangan Kesehatan. (Permatasari, N, T. Thinni, N, 2013).

Penyelenggaraan pembangunan kesehatan di Indonesia berpedoman pada Sistem Kesehatan Nasional (SKN). Melalui program JAMKESMAS sebagai upaya dalam meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat. Akan tetapi, program tersebut dianggap belum efektif Sehingga pemerintah menerbitkan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial pada tanggal 1 Januari 2014 dan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN-KIS) yang merupakan program pemerintah yang bertujuan memberikan kepastian jaminan kesehatan yang menyeluruh bagi seluruh rakyat Indonesia ((BPJS), 2020).

Sejak 1 Januari 2014, JKN-KIS dijalankan dengan melakukan integrasi semua program jaminan kesehatan yang telah dilaksanakan pemerintah ke dalam satu BPJS Kesehatan. BPJS Kesehatan merupakan Badan Usaha Milik Negara yang bertugas dalam menyelenggarakan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat Indonesia, terutama Pegawai Negeri Sipil, Penerima Pensiun PNS dan TNI/POLRI, Veteran, Perintis Kemerdekaan beserta keluarganya dan badan usaha lainnya maupun rakyat biasa (Kementerian Kesehatan RI, 2014).

Menurut penelitian (Hasbullah *et al.*, 2017) menjelaskan bahwa angka kunjungan paling tinggi terdapat pada klinik yaitu sekitar 154 kunjungan per 1000 peserta JKN-KIS. Sedangkan angka kunjungan paling rendah terdapat di Puskesmas yaitu sekitar 73 kunjungan per 1000 peserta JKN-KIS. Di sisi lain, diketahui bahwa puskesmas dan dokter praktik memiliki angka rujukan yang sama tinggi yaitu sekitar 15 rujukan per 100 kunjungan, sedangkan klinik hanya

memiliki rujukan 12 per 100 kunjungan. Angka rujukan ini kontras dengan angka kunjungan pada masing-masing fasilitas kesehatan. Angka kunjungan pada klinik diketahui paling tinggi, bahkan hampir dua kali lipat dibandingkan Puskesmas, namun angka rujukan di Puskesmas justru cenderung lebih tinggi dibandingkan klinik. Temuan ini menunjukkan bahwa fasilitas kesehatan klinik memiliki efisiensi pelayanan yang paling baik dibandingkan dengan Puskesmas dan dokter praktik swasta (Dartanto *et al.*, 2017).

Data Dinas Kesehatan Kabupaten Bone diperoleh jumlah kunjungan pasien baru rawat jalan pada 38 jumlah puskesmas yang ada di Kabupaten Bone sebanyak 377.712 orang. Jumlah kunjungan pasien baru rawat inap keseluruhan di semua puskesmas berjumlah 141.184 orang. Berdasarkan data kunjungan masyarakat di Kabupaten Bone ini, khususnya pada pelayanan kesehatan tingkat pertama. Sebagian besar masyarakat memeriksakan kesehatan pada instansi kesehatan yang terdekat dari mereka. Beda halnya dengan pola pikir masyarakat perkotaan yang sebagian besar lebih sering memeriksakan diri di rumah sakit. ('Dinas Kesehatan Kabupaten Bone', 2020).

Rendahnya penggunaan fasilitas kesehatan seperti puskesmas, rumah sakit dan sebagainya, seringkali kesalahan atau penyebabnya dilemparkan kepada faktor jarak antara fasilitas tersebut dengan masyarakat yang terlalu jauh (baik jarak secara fisik maupun secara sosial) tarif yang tinggi, pelayanan yang tidak memuaskan dan sebagainya. Kita sering melupakan faktor persepsi atau konsep sakit. Pada kenyataan didalam masyarakat terdapat beraneka ragam

konsep sehat sakit yang tidak sejalan dan bahkan bertentangan dengan konsep sehat sakit yang diberikan provider (Thaha et al., 2015).

Salah satu masalah mendasar dalam mengakses pelayanan kesehatan adalah bagaimana menciptakan rasa adil (*equity*) dan layanan setara (*equality*) dalam menikmati kesehatan yang tersedia. Kebhinekaan Indonesia secara geografis dengan pulau dan suku-bangsa dapat memicu disparitas layanan kesehatan antar daerah. Kesan diskriminatif bisa timbul manakala komunitas etnis tertentu mengalami kesulitan dan perbedaan dalam mengakses layanan kesehatan (Ratno, 2021).

Aksesibilitas kedekatan (*approachability*) berkaitan dengan masalah waktu, jarak dan transportasi yang digunakan, berdampak pada beban ekonomi (*economic burden*) berupa biaya yang harus dikeluarkan agar mereka dapat mengakses pelayanan kesehatan yang dibutuhkannya (Puskesmas dan Rumah Sakit). Penerimaan (*acceptability*) Masyarakat adat sudah terbuka, dilihat dari kunjungan ke fasilitas kesehatan yang mengalami peningkatan. Meskipun tidak ditemukan diskriminasi dalam pelayanan kesehatan untuk kelompok rentan, tetapi masih ada pasien dan keluarganya merasa menerima perlakuan berbeda dalam proses pelayanan kesehatan. Ketersediaan (*availability and accomodation*) sarana dan prasarana di fasilitas kesehatan terutama Puskesmas dalam posisi sebagai “gate keeper” di masing- masing wilayah kerjanya dinilai belum memadai. Ketersediaan SDM Kesehatan yang belum optimal mengakibatkan petugas kesehatan bekerja kurang optimal dalam memberikan pelayanan kesehatan berkualitas. Kesanggupan pengguna (*affordability*)

diwujudkan dalam pemilikan Kartu Indonesia Sehat (KIS) dari BPJS Kesehatan ternyata belum mencakup keseluruhan penduduk sebagai wujud pencapaian *Universal Health Coverage* (UHC). Hal ini menjadi hambatan pemerataan akses (ekuitas) layanan kesehatan setiap masyarakat suku. Kesesuaian (*appropriatenes*) terhadap pelayanan yang diberikan oleh petugas kesehatan, sudah cukup baik dan memadai terutama di puskesmas.

Salah satu pengobatan yang dilakukan adalah pengobatan tradisional. Hal ini dikarenakan keyakinan dan kebutuhan akan pelayanan kesehatan masih kurang dan belum dimasifkan bagi masyarakat-masyarakat tertentu. Seperti yang terjadi di negara maju dan berkembang tentang masyarakat adat (suku). Untuk meningkatkan kesehatan dan mencegah penyakit, komunitas adat berusaha untuk memulihkan dan mempertahankan keseimbangan interior dan eksterior, termasuk kerukunan antar anggota masyarakat yang sakit dan yang dunia di sekitar mereka. Sistem kesehatan tradisional di masyarakat adat sangat kompleks dan ukup terstruktur dalam konten dan logika internal mereka. Mereka di cirikan dengan kombinasi praktik dan pengetahuan tentang tubuh manusia, dan hidup berdampingan dengan manusia lain, dengan alam dan dengan makhluk spiritual (Nations, 2009). Seperti halnya yang terjadi pada masyarakat Suku Bajo yang ada di Kabupaten Bone yang berlokasi di Kelurahan Bajoe Kecamatan Tanete Riattang Timur.

Dalam penelitian ini, peneliti ingin mengamati fenomena aksesibilitas layanan kesehatan pada masyarakat Suku Bajo Kelurahan Bajoe Kecamatan Tanete Riattang Timur, Kabupaten Bone.

Berdasarkan data awal mengenai jumlah penduduk suku Bajo mencapai 1865 jiwa pada tahun 2020. Yang berjenis kelamin laki-laki sebanyak 875 jiwa dan perempuan 990 jiwa, jumlah KK sebanyak 542. dari data tersebut hanya 0,2% Masyarakat Suku bajo yang memanfaatkan pelayanan kesehatan dengan melakukan kunjungan terhadap Puskesmas Bajoe yang merupakan Puskesmas wilayah kerja masyarakat Suku Bajo. Hal ini merupakan salah satu bukti adanya sikap acuh masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan, padahal pelayanan kesehatan yang diberikan sangatlah di butuhkan dan penting bagi kesehatan serta memudahkan masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan tanpa harus memikirkan faktor-faktor penghambat lainnya dalam memperoleh pelayanan kesehatan dari para petugas kesehatan.

Berdasarkan kenyataan-kenyataan di atas, tampak bahwa pencarian pengobatan oleh Masyarakat Pesisir dan bahkan Masyarakat adat (suku) masih sangat kurang di bandingkan dengan masyarakat perkotaan dengan melihat pada data jumlah kunjungan pada UPT Puskesmas Bajoe yang merupakan pelayanan kesehatan di Kelurahan Bajoe yang menjadi tempat pelayanan kesehatan terdekat dan lebih dominan masyarakat suku bajo memeriksakan kesehatannya di Puskesmas Bajoe. Jumlah kunjungan perbulan UPT Puskesmas Bajoe per tahun 2021 3 bulan terakhir, pada bulan Agustus sebanyak 1.032 orang di akumulasikan dari masyarakat laki-laki dan perempuan. Pada bulan September sebanyak 954 orang sedangkan pada bulan Oktober sebanyak 931. Dari data ini dapat dilihat bahwa adanya penurunan jumlah kunjungan yang ada di UPT Puskesmas Bajoe (Profil Kesehatan Puskesmas Bajo, 2020) .

Data 10 penyakit teratas pada wilayah kerja Puskesmas Bajoe dan wilayah kerja masyarakat Suku Bajo, ada 10 penyakit antara lain, gastritis sebanyak 616 jiwa, demam yang tidak diketahui penyebabnya sebanyak 540 jiwa, batuk sebanyak 535 jiwa, influenza sebanyak 535 jiwa, dermatitis sebanyak 508 jiwa, sakit kepala sebanyak 453 jiwa, hipertensi sebanyak 385 jiwa, ispa sebanyak 339 jiwa, DM sebanyak 287 jiwa dan diare 274 jiwa (Profil Kesehatan Puskesmas Bajoe, 2020).

Rendahnya derajat kesehatan pada masyarakat Suku Bajo mengakibatkan kurangnya pemanfaatan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan terdekat. Selain daripada itu, tingginya angka kesakitan oleh penyakit-penyakit yang sering terjadi pada masyarakat suku bajo membuat masyarakat suku bajo mempunyai cara tersendiri dalam hal mengatasi masalah kesehatannya. Pada Suku Bajo Kabupaten Bone memiliki lokasi dekat dengan wilayah pesisir sehingga rata-rata masyarakat di sana memiliki pekerjaan sebagai nelayan.(Ningsih purnama, Ketut Jayanegara, 2013).

Pada masyarakat suku bajo mempunyai pola pencarian pengobatan kesehatan masyarakat dengan suku laut yang percaya akan kekuatan yang berasal dari laut yang di anggap menjadi sumber kehidupan serta tempat tinggal mereka. Begitupun dengan masalah kesehatan, apabila mengalami gangguan mereka masih percaya dalam mengobati dirinya sendiri. Masyarakat suku bajo bahkan mencari pengobatan-pengobatan dengan orang yang dianggap mampu, yang biasa disebut dengan dukun. Pemanfaatan pengobatan ini dipengaruhi dengan kepercayaan masyarakat dengan pengobatan tradisonal di bandingkan

pelayanan kesehatan dan bahkan meminum ramuan-ramuan dari bahan alami jika sama sekali tidak menggunakan dukun. Meskipun tidak semua masyarakat suku bajo menggunakan cara ini dalam penanganan penyakit yang dialaminya, ada juga di antara mereka bila sakit tindakan yang dilakukan adalah dengan membiarkan saja dan beranggapan akan sembuh dengan sendirinya (*no action*) meskipun pada akhirnya tetap ke pelayanan kesehatan itupun merupakan pilihan terakhir setelah dilakukan pengobatan tradisional (Thaha, Natsir and Hp, 2015).

Angka Kematian Bayi (AKB) juga menurun dari 32 kematian per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2012 menjadi 24 kematian per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2017 (SDKI 2017). Prevalensi stunting pada balita dari 37, 2% (Riskesdas 2013) turun menjadi 30, 8% (Riskesdas 2018) dan 27, 7% (SSGBI 2019). Prevalensi *wasting* menurun dari 12, 1% pada tahun 2013 (Riskesdas 2013) menjadi 10, 2% - 9 - pada tahun 2018 (Resntra 2020-2024).

Berdasarkan data dinas kesehatan kabupaten bone mengenai *Stunting*, Kemendagri dan Bappenas menyatakan, berdasarkan hasil survey Pemantauan Status Gizi (PSG) tahun 2017 angka prevalensi balita yang mengalami *stunting* sebesar 40, 1% Sampai bulan November 2021 ini. Berdasarkan hasil pengukuran dalam sistem elektronik-Pencatatan dan Pelaporan Gizi Berbasis Masyarakat (e-PPGBM) Kabupaten Bone pada periode bulan Agustus 2021 dibandingkan dengan periode bulan Agustus 2020 terdapat penurunan prevalensi *stunting* sebesar 0.13% (Dinas Kesehatan Kabupaten Bone, 2021).

Pengetahuan masyarakat suku bajo berbeda-beda. Hal ini dikarenakan masyarakat yang berada di suku bajo mempunyai status pendidikan yang masih minim (rendah). Seperti tamatan Sekolah Dasar (SD), bahkan ada yang tidak sampai tamat sekolah dasar. Selain itu, masyarakat suku bajo untuk kaum wanita rata-rata menikah di usia muda yang harus mengurus rumah tangga dan anak yang lebih dari 3, hal ini yang mempengaruhi akses pencarian dan pemanfaatan pelayanan kesehatan menjadi kurang. Meskipun pemerintah sudah memberikan kewenangan dalam hal pelayanan kesehatan memiliki akses keterjangkauan informasi terkait pentingnya kesehatan tetapi sangat kurang (Nasution, 2020).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh (Fahmi, 2010) di wilayah kerja puskesmas pejaringan menunjukkan bahwa ada pengaruh yang multi dimensi terhadap akses pelayanan kesehatan di antaranya yang menjadi hambatan yang banyak mempengaruhi berbagai aspek yaitu, kemiskinan. Kemiskinan ini adalah faktor penghambat bagi mereka yang tinggal di permukiman kumuh untuk mendapatkan akses terhadap pelayanan kesehatan yang sesuai. Perasaan memiliki (*sense of belonging*) yang tinggi terhadap wilayah kebutuhan pelayanan kesehatan memudahkan mereka (penduduk miskin) dalam memvisualisasikan cara untuk mengakses pelayanan kesehatan yang ditunjukkan dengan pemilihan terhadap pelayanan kesehatan di Kelurahan Penjaringan, Jakarta Utara yang didorong oleh status penduduk asli, lama menetap, tingkat pendidikan dan ekonomi.

Hasil penelitian (Efransyah, Lazuardi and Hasanbasri, 2010) di wilayah kerja Puskesmas Kota Lubuk Linggau menunjukkan bahwa kebijakan pelayanan kesehatan berupa penggratisan pelayanan kesehatan jamsoskes Sumatera Selatan diberikan kepada seluruh masyarakat Sumatera Selatan. Tetapi Pada pelaksanaan masyarakat yang memanfaatkan berobat gratis adalah kelompok masyarakat miskin. Ada pengaruh sarana transportasi terhadap keterjangkauan akses pelayanan kesehatan, belum terlaksana dengan efektif manajemen perencanaan puskesmas yang akan memberikan masalah jangka panjang, kualitas pelayanan yang diberikan berpengaruh dalam pengaksesan pelayanan kesehatan. Ada pengaruh antara waktu pelayanan kesehatan dengan akses pemanfaatan pelayanan kesehatan yang dimana waktu pelayanan dilakukan sesuai dengan alur pelayanan dengan menggunakan antrian dan sesuai dengan peraturan yang ada dipuskesmas tersebut, adanya persyaratan pemanfaatan pelayanan kesehatan seperti surat keterangan belum dijamin oleh asuransi kesehatan lain yang menghambat kelancaran masyarakat menerima pelayanan.

Hasil penelitian (Rahmawati, 2016) tentang aksesibilitas jaminan kesehatan nasional pada pemulung di tempat pembuangan sampah terpadu (TPST) piyungan, menunjukkan bahwa ada pengaruh kemudahan dalam mendapatkan informasi terhadap aksesibilitas pemulung TPSP piyungan terhadap jaminan kesehatan nasional dikarenakan adanya keaktifan program sosialisasi yang diberikan kepada masyarakat sehingga masyarakat menerima dengan baik dan memahai alurnya, ada pengaruh antara kemudahan menjadi peserta jaminan

kesehatan nasional terhadap aksesibilitas jaminan kesehatan masyarakat dengan terdaftarnya menjadi penerima asuransi kesehatan memudahkan masyarakat dalam menerima jasa layanan kesehatan. Kemudahan menjangkau rumah sakit mempunyai pengaruh dalam aksesibilitas masyarakat pemulung TPSP piyungan dalam menjangkau rumah sakit yang sudah bekerja sama dengan BPJS.

Hasil penelitian (Sakir, Habibullah and Nurfaisal, 2018a) menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan yang diberikan oleh pemerintah daerah kepada masyarakat terpinggirkan di Suku Tengger Desa Ranupane secara umum sudah baik. dari 5 dimensi kualitas pelayanan, dimensi tangibles menjadi yang terendah bagi masyarakat Suku Tengger. belum ada inovasi program pelayanan kesehatan khusus yang di formulasikan bagi komunitas adat terpencil seperti masyarakat suku tengger atau suku terpinggirkan lainnya. kualitas pelayanan kesehatan pada suku terpinggirkan dipengaruhi beberapa faktor yaitu adat atau kearifan lokal yang terkadang berbenturan dengan nilai pelayanan kesehatan modern; letak geografis yang terpencil juga relatif menyulitkan akses warga; infrastruktur yang terbatas dan kualitas sumber daya aparatur pemerintah yang masih rendah.

Hasil penelitian (Megatsari *et al.*, 2019) menjelaskan bahwa perspektif masyarakat tentang akses pelayanan kesehatan dari aspek fisik masih sulit untuk dijangkau, di karenakan jalan untuk menuju ke layanan kesehatan susah. Sedang pada aspek sosial juga masih sulit untuk dijangkau, dikarenakan tenaga kesehatan yang ada kurang ramah dalam memberikan pelayanan serta belum

bisa membaaur dengan masyarakat. Sementara aspek ekonomi tidak ada permasalahan, dikarenakan saat ini masyarakat sudah merasakan manfaat dari program JKN. Hasil penelitian (Amelia, 2019) menjelaskan bahwa jarak sangat berpengaruh dengan aksesibilitas pelayanan kesehatan dikarenakan masyarakat aktif dalam mengatasi masalah kesehatannya apabila fasilitas kesehatan mudah dijangkau dengan jarak yang dekat. Serta akses pelayanan kesehatan terhadap perilaku hidup bersih dan sehat rumah tangga di Desa Cilangkap Kecamatan Manonjaya Kabupaten Tasikmalaya mayoritas responden menyatakan dekat ke pelayanan kesehatan sehingga bentuk program-program kesehatan dapat di pahami dengan baik oleh masyarakat setempat.

Berdasarkan hasil penelitian dan masalah di masyarakat suku Bajo kabupaten bone yang mempengaruhi dan berperan penting dalam menunjang aksesibilitas pemanfaatan pelayanan kesehatan. Maka dari itu penulis tertarik untuk meneliti tentang “Aksesibilitas Pemanfaatan Layanan Kesehatan pada Suku Bajo Kelurahan Bajoe Kecamatan Tanete Riattang Timur Kabupaten Bone Tahun 2021”

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian yang telah dikemukakan pada latar belakang maka rumusan masalah penelitian ini yaitu “Bagaimana Aksesibilitas emanfaatan layanan kesehatan pada masyarakat Suku Bajo Kelurahan Bajoe Kecamatan Tanete Riattang Timur?”

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Untuk mengetahui bagaimana Aksesibilitas pemanfaatan layanan kesehatan pada masyarakat Suku Bajo Kelurahan Bajoe Kecamatan Tanete Riattang Timur Kabupaten Bone.

## **2. Tujuan Khusus**

- a. Untuk mengetahui bagaimana kedekatan (*approachability*) terhadap aksesibilitas pemanfaatan layanan kesehatan pada masyarakat Suku Bajo Kabupaten Bone.
- b. Untuk mengetahui bagaimana kemampuan menerima (*acceptability*) terhadap aksesibilitas layanan kesehatan pada masyarakat Suku Bajo Kabupaten Bone.
- c. Untuk mengetahui bagaimana ketersediaan (*availability and accomodation*) terhadap aksesibilitas layanan kesehatan pada masyarakat Suku Bajo Kabupaten Bone.
- d. Untuk mengetahui bagaimana keterjangkauan (*affordability*) terhadap aksesibilitas layanan kesehatan pada masyarakat Suku Bajo Kabupaten Bone.
- e. Untuk mengetahui bagaimana kesesuaian (*appropriateness*) terhadap aksesibilitas layanan kesehatan pada masyarakat Suku Bajo Kabupaten Bone.

## **D. Manfaat Penelitian**

### **1. Manfaat Ilmiah**

Hasil penelitian ini dapat berguna dalam penerapan ilmu kesehatan masyarakat mengenai Aksesibilitas Pemanfaatan Layanan Kesehatan serta

dapat dijadikan sebagai bahan acuan untuk melakukan penelitian selanjutnya yang lebih mendalam.

## **2. Manfaat Institusi**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan pertimbangan bagi Puskesmas setempat yakni Puskesmas Bajoe dan instansi pelayanan kesehatan lainnya dalam cara pengambilan teknik, metode, dan mengevaluasi program yang tepat sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan yang berhubungan dengan kemudahan masyarakat selaku konsumen dan pasien dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan.

## **3. Manfaat Praktis**

Penelitian ini dapat menambah wawasan dan memperluas pengetahuan tentang Aksesibilitas Pemanfaatan Layanan Kesehatan pada suku Bajo Kelurahan Bajoe, Kecamatan Tanete Riattang Timur Kabupaten Bone.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Tinjauan Umum tentang Aksesibilitas

Aksesibilitas merupakan suatu ukuran kenyamanan atau kemudahan pencapaian lokasi dan hubungannya satu sama lain, mudah atau sulitnya lokasi tersebut dicapai melalui transportasi (Leksono, 2010). Aksesibilitas adalah konsep yang luas dan fleksibel. aksesibilitas adalah masalah waktu dan juga tergantung pada daya tarik dan identitas rute perjalanan(Wati, 2019).

Jhon Black mengemukakan bahwa aksesibilitas merupakan suatu ukuran kenyamanan atau kemudahan pencapaian lokasi dan hubungannya satu sama lain, mudah atau sulitnya lokasi tersebut dicapai melalui transportasi dalam hal ini aksesibilitas adalah konsep yang luas dan fleksibel(Laksono and Sukoco, 2016).

Sedangkan Gulliford et al mengemukakan pernyataan bahwa untuk mengukur aksesibilitas pelayanan kesehatan berdasarkan pemanfaatannya, yang tergantung pada keterkangkauan, aksesibilitas fisik, dan pelayanan yang diterima, bukan hanya pada masalah kecukupan *supply*. Pelayanan kesehatan yang tersedia harus relevan dan efektif jika bertujuan untuk “mendapatkan akses ke hasil kesehatan yang memuaskan”. Ketersediaan pelayanan (*supply*) dan hambatan (*barrier*) terhadap akses harus dipertimbangkan dalam konteks perspektif yang berbeda. Gulliford berpendapat bahwa pemerataan akses dapat

di ukur dari segi ketersediaan (*supply*), pemerataan atau hasil pelayanan (*demand*) (Gulliford et al., 2002).

Menurut Levesque, dkk 2013, Akses adalah kesempatan untuk mengidentifikasi kebutuhan kesehatan, untuk mencari layanan kesehatan, untuk mencapai, untuk mendapatkan atau menggunakan layanan kesehatan, dan untuk benar-benar memiliki kebutuhan untuk layanan kesehatan yang bisa terpenuhi.

Dari pendapat para ahli akses mempunyai peran yang sangat penting dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan yang merupakan jembatan antara masyarakat dengan hak layanan yang akan masyarakat dapatkan. Berbagai faktor yang dapat berpengaruh dalam pengaksesan layanan kesehatan. Dari penjelasan tersebut ada tiga hal yang sangat berperan mempengaruhi aksesibilitas pelayanan kesehatan. ketiga hal tersebut adalah *supply* (ketersediaan), *barrier* (hambatan) dan *demand* (pemanfaatan).

Sehingga Jean-Frederic Levesque, Mark F Harris dan Grant Russell (2013:4) membuat lima dimensi aksesibilitas layanan, yaitu Kedekata, Kemampuan Menerima, Ketersediaan dan akomodasi, Keterjangkauan, Kesesuaian.

Kemudahan akses ke sarana pelayanan kesehatan berhubungan dengan beberapa faktor penentu, antara lain jarak tempat tinggal dan waktu tempuh ke sarana kesehatan, serta status sosial-ekonomi dan budaya. Ketidakadilan dalam akses dan pemanfaatan pelayanan kesehatan akan menyebabkan kesenjangan kesehatan.

Faktor aksesibilitas dikelompokkan dalam tiga kategori yaitu sebagai berikut :

1. Aksesibilitas fisik. Akses fisik terkait dengan ketersediaan pelayanan kesehatan, atau jaraknya terhadap pengguna pelayanan. Akses fisik dapat dihitung dari waktu tempuh, jarak tempuh, jenis transportasi, dan kondisi di pelayanan kesehatan.
2. Aksesibilitas Ekonomi. Aksesibilitas ekonomi sisi pengguna dilihat dari kemampuan finansial responden untuk mengakses pelayanan kesehatan.
3. Aksesibilitas Sosial. Aksesibilitas sosial adalah kondisi non-fisik dan finansial yang mempengaruhi pengambilan keputusan untuk ke pelayanan kesehatan (Permatasari, N, T. Thinni, N, 2013).

## **B. Tinjauan Umum Tentang pelayanan kesehatan**

### **1. Definisi Pelayanan Kesehatan**

Menurut Levey dan Loomba (1973) mengemukakan pendapatnya tentang pelayanan kesehatan adalah upaya yang diselenggarakan sendiri atau bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah, dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok atau masyarakat (Azwar., 2010).

Upaya pemeliharaan dan peningkatan kesehatan diwujudkan dalam suatu wadah pelayanan kesehatan. Pelayanan Kesehatan masyarakat mencakup seluruh upaya kesehatan yang bersifat promotif preventif, baik untuk sasaran bayi, anak, remaja, ibu hamil, ibu menyusui, bapak maupun

yang sudah lanjut usia. Lokasinya pun menyeluruh, ada di tingkat rumah tangga, tempat kerja (pabrik, industri, kerajinan rumah tangga, sawah, peternakan, perikanan), tempat-tempat umum (rumah makan, rumah iadah, pasar, mal) maupun tatanan sekolah (SD, SLTP, SMU, PT atau institusi pendidikan lainnya) (Trihono, 2005).

Jadi, pelayanan kesehatan adalah tempat atau wadah dimana masyarakat mampu mengatasi masalah kesehatannya serta yang digunakan seseorang dalam penyelenggaraan proses pemulihan dan peningkatan kesehatan.

Definisi pelayanan kesehatan menurut Depkes RI (2009) adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok dan atupun masyarakat. Sedangkan menurut UU No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan adalah setiap kegiatan dan atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam proses pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan oleh pemerintah dan atau masyarakat.

## **2. Macam-Macam Pelayanan Kesehatan**

Jika dilihat dari jenisnya bermacam-macam tempat yang dapat kita akses dalam pelayanan kesehatan. Namun, bentuk dan jenis pelayanan kesehatan tersebut, jika dijabarkan dari pendapat Hodgetts dan Cascio (1983) dalam (Azwar., 2010) adalah sebagai berikut :

a. Pelayanan Kedokteran

Pelayanan kesehatan ini identik dengan pelayanan kuratif lebih kepada pengobatan terhadap pasien. Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok pelayanan kedokteran (*medical service*) ditandai dengan cara pengorganisasian yang dapat bersifat sendiri (*solo practice*) atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi (*institution*), tujuan utamanya untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan, serta sasarannya terutama perseorangan dan keluarga.

b. Pelayanan Kesehatan Masyarakat

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

### **3. Syarat Pokok Pelayanan Kesehatan**

Menurut Azwar (1996) Suatu pelayanan kesehatan harus memiliki persyaratan tersendiri yang dapat menunjang masyarakat dalam pemilihan pelayanan kesehatan sesuai yang dibutuhkan masyarakat sebagai pengguna jasa kesehatan yakni:

a. Tersedia dan berkesinambungan

Pelayanan kesehatan yang baik adalah pelayanan kesehatan tersebut harus tersedia di masyarakat (*Available*) serta bersifat berkesinambungan (*continous*). Yang dimana semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat tidak sulit ditemukan serta keberadaanya di masyarakat apabila pada setiap saat dibutuhkan.

b. Dapat diterima dan wajar

Pelayanan kesehatan yang baik adalah yang mudah di capai (*acceptable*) oleh masyarakat serta bersifat wajar (*appropriate*). Artinya pelayanan kesehatan tersebut tidak bertentangan dengan keyakinan dan kepercayaan masyarakat. Sebaliknya jika bertentangan dengan adat istiadat, kepercayaan dan keyakinan masyarakat serta tidak bersifat wajar, bukanlah suatu pelayanan kesehatan yang baik.

c. Mudah di capai

Pelayanan kesehatan yang baik adalah mudah di capai (*accessible*) oleh masyarakat. pengertian ketercapaian yang dimaksudkan di sini terutama dari segi lokasi. Dengan demikian untuk dapat, mewujudkan pelayanan kesehatan yang baik, maka pengaturan distribusi sarana kesehatan menjadi sangat penting. Pelayanan

kesehatan yang memprioritaskan daerah perkotaan saja namun, menghiraukan atau tidak terkonsentrasi di daerah pedesaan maka itu bukan pelayanan kesehatan yang baik.

c. Mudah di jangkau

Pelayanan kesehatan yang baik adalah mudah di jangkau (*affordable*) oleh masyarakat. Pengertian keterjangkauan yang dimaksudkan terutama dari segi biaya. Untuk dapat mewujudkan keadaan yang seperti ini harus dapat di upayakan biaya ke pelayanan kesehatan tersebut sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat. Pelayanan kesehatan yang mahal dan karena itu hanya mungkin dinikmati oleh sebagian kecil masyarakat saja, bukan pelayanan kesehatan yang baik.

d. Bermutu

Pelayanan kesehatan yang baik adalah yang bermutu (*quality*). Pengertian mutu dimaksudkan disini adalah yang merujuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan, yang di satu pihak dapat memuaskan para pemakai jasa pelayanan, dan di pihak lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik serta standar yang telah di tetapkan (Azwar., 2010).

### **C. Tinjauan Umum tentang Puskesmas**

## 1. Definisi Puskesmas

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. Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dalam rangka mendukung terwujudnya kecamatan sehat (Rumengan et al., 2015).

Setiap Puskesmas Wajib memiliki izin untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan, izin ini diberikan oleh Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota, izin ini berlaku selama 5 tahun serta dapat diperpanjang (Permenkes RI fNo 75 Tahun 2014).

Dalam Kepmenkes No 128 Tahun 2004 tentang Kebijakan Dasar puskesmas, puskesmas didefinisikan sebagai Unit Pelaksana Teknis (UPT) dari dinas kesehatan kabupaten/kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di satu atau sebagian wilayah kecamatan. Puskesmas merupakan ujung tombak dari dinas kesehatan untuk meningkatkan kesehatan masyarakat. Dalam pelaksanaannya, puskesmas memiliki tujuan yaitu mendukung tercapainya tujuan pembangunan kesehatan nasional yakni meningkatkan kesadaran kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang yang bertempat tinggal di wilayah kerja puskesmas. Sehingga untuk mencapai tujuan, maka

puskesmas memiliki tiga fungsi yaitu sebagai pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan, pusat pemberdayaan masyarakat, dan pusat pelayanan kesehatan strata pertama. Selain itu, Puskesmas juga wajib diakreditasi secara berkala paling sedikit 3 (tiga) tahun sekali. Akreditasi Puskesmas adalah pengakuan terhadap Puskesmas yang diberikan oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi yang ditetapkan oleh Menteri setelah dinilai bahwa Puskesmas telah memenuhi standar pelayanan Puskesmas yang telah ditetapkan oleh Menteri untuk meningkatkan mutu pelayanan Puskesmas secara berkesinambungan.

## **2. Tugas dan Fungsi puskesmas**

Berdasarkan Permenkes RI No.75 Tahun 2014 Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dalam rangka mendukung terwujudnya kecamatan sehat. Dalam melaksanakan tugas tersebut, puskesmas menyelenggarakan fungsi sebagai berikut:

- a. Penyelenggaraan UKM (Upaya Kesehatan Masyarakat) tingkat pertama di wilayah kerjanya.
- b. Penyelenggaraan UKP (Upaya Kesehatan Perseorangan) tingkat pertama di wilayah kerjanya.
- c. Sebagai wahana pendidikan tenaga kesehatan (Permenkes RI 2014).

## **D. Tinjauan Umum tentang lokasi penelitian**

Sebutan “Bajo”, “Suku Bajo”. “Orang Bajo”, umumnya digunakan oleh penduduk di wilayah Indonesia Timur untuk menyebut suku pengembara laut, yang tersebar di berbagai wilayah. Suku bajo merupakan suku yang melakukan segala aktifitasnya di laut. Masyarakat Bajo pada awalnya tinggal di atas perahu yang disebut bido’. Hidup dengan cara berpindah-pindah bergerak secara berkelompok menuju tempat yang berbeda merupakan pilihan lokasi penangkapan ikan. Di atas perahu masyarakat Bajo mengaruhi hidupnya sehingga disebut manusia perahu(Ayuningsih, 2019).

Suku bajo terletak di kelurahan Bajoe Kecamatan Tanete Riattang Timur Kabupaten Bone. Suku bajo adalah suku etnis suku Bugis yang berasal dari pesisir Watampone. Sebagaimana suku Bugis lainnya, di kawasan warga Bajo mayoritas sebagai nelayan dan sangat ulung mengarungi kehidupan dilautan. Oleh sebab itu, warga Bajo dapat ditemukan di berbagai wilayah yang tersebar antara lain di Sulawesi Tenggara tepatnya di Kepulauan Wakatobi, Togean di wilayah Sulawesi Tengah, wori di Sulawesi Utara, dan Labuan Bajo di Nusatenggara Timur. Apabila suku Bugis, Suku Makassar, dan Suku mandar dikenal sebagai pelaut tangguh. Maka suku Bajo mengambil peran sebagai nelayan yang terampil. Karena warga bajo dikenal menguasai ilmu perbintangan dan berbagai pengetahuan tentang alam. Selain daripada itu, mereka juga dikenal memiliki kemampuan gaib yang menjadi perekat antara suku Bajo dengan hal-hal diluar jangkauan pikiran manusia. Selain itu, meski memiliki perlengkapan nelayan yang sederhana, mereka juga tidak pernah takut memasuki lautan.

Suku Bajo dikenal sebagai pelaut ulung yang hidup matinya berada diatas lautan. Bahkan perkampungan mereka dibangun jauh menjorok kearah lautan bebas, tempat mereka mencari dan menjalani kehidupan. Laut bagi warga bajo adalah satu-satunya tempat yang dapat diandalkan. Orang Bajo banyak yang akhirnya menetap, baik dengan inisiatif sendiri ataupun dipaksa pemerintah. Namun tempat tinggalnya tidak pernah jauh dari laut. Di Sulawesi selatan sendiri, Suku Bajo terletak di Kelurahan Bajoe, Kabupaten Bone (Tria Syahrani, Asrina and Yusriani, 2020).

Orang Bajo banyak tinggal di kawasan sepanjang pesisir teluk Bone sejak ratusan tahun silam. Selain daripada itu, orang Bajo juga banyak bermukim di pulau-pulau sekitar Kalimantan, Papua dan Maluku. Sedangkan warga Bajo di Sulawesi Selatan banyak menganut dan beradaptasi dengan adat istiadat Suku Bugis atau Makassar. Atau juga adat istiadat orang Buton Sulawesi Tenggara. Menjaga kekayaan laut adalah salah satu sifat yang diemban oleh suku Bajo. Dengan Kearifannya mereka mampu menyesuaikan diri dengan keras kehidupan dilautan (Pokja Pembinaan Kursus dan Pelatihan, 2014).

#### **E. Tinjauan Umum tentang Variabel yang diteliti**

Dalam pengaksesan layanan kesehatan lima dimensi yang kemukakan oleh Levesque, dkk (2013) dalam (Laksono and Sukoco, 2016) antara lain :

##### **1. Kedekatan (*approachability*)**

Kedekatan adalah bentuk atau fasilitas jasa pelayanan puskesmas kepada pasien dalam mendapatkan pelayanan, memiliki letak yang jaraknya dekat dengan jangkauan masyarakat yang berkaitan dengan waktu serta beban ekonomi yang digunakan masyarakat dalam mengakses pelayanan kesehatan. Berkaitan dengan fakta bahwa masyarakat dapat mengidentifikasi dalam bentuk keberadaan pelayanan, dapat dicapai, dan berdampak pada kesehatan individu, selain itu transparansi informasi mengenai pelayanan yang tersedia serta jasa kegiatan diluar jangkauan bisa berkontribusi untuk mengetahui pelayanan kesehatan puskesmas cukup atau kurang. kedekatan juga dimaksud sebagai bentuk pendekatan hubungan manusia yang informal antara pasien dan petugas kesehatan dan lebih memperhatikan aspek psikologi serta berdampak pada kesehatan individu, selain itu juga transparansi informasi mengenai pelayanan yang tersedia.

## **2. Kemampuan menerima (*acceptability*)**

Akseptabilitas merupakan kemampuan untuk menerima atau merespon intervensi atau perlakuan tertentu. Kemampuan yang dimaksud adalah segala sesuatu yang dimiliki baik secara faktual maupun potensial yang mampu menggerakkan individu untuk menerima suatu tindakan atau perlakuan. Lebih lanjut akseptabilitas sangat dipengaruhi oleh persepektif terhadap konteks, konten dan kualitas yang ada. Dalam bidang kesehatan, akseptabilitas erat kaitannya dengan bagaimana *provider*, pelayanan kesehatan dan petugas kesehatan memiliki sikap menghormati hak-hak pasien dan budaya yang berlaku dalam tatanan masyarakat dan sosial. Selain

dari sisi *provider*, perspektif akseptabilitas juga perlu diperhatikan bagaimana respon pasien terhadap layanan yang diterima.

Kemampuan menerima juga merupakan suatu bentuk pernyataan sikap oleh seseorang. Kemampuan menerima akan pelayanan kesehatan yang diberikan apabila seorang atau masyarakat mendapat jasa layanan kesehatan sesuai dengan permintaan pasien tidak mendapatkan perlakuan yang berbeda. Kemampuan menerima ini berkaitan dengan faktor budaya dan sosial menentukan kemungkinan bagi orang untuk menerima aspek layanan (misalnya jenis kelamin atau kelompok sosial penyedia pelayanan, keyakinan terkait dengan sistem kedokteran).

### **3. Ketersediaan dan akomodasi (*availability and accomodation*)**

Ketersediaan adalah sarana dan prasarana di fasilitas kesehatan terutama Puskesmas dalam posisi sebagai “gate keeper” di masing-masing wilayah kerjanya mencukupi dalam penunjang proses pelayanan kesehatan. Ketersediaan SDM kesehatan juga menjadi faktor pemenuhan ketersediaan dalam pelayanan agar mengakibatkan petugas kesehatan bekerja secara optimal dalam memberikan pelayanan kesehatan berkualitas. Hal ini juga berkaitan dengan karakteristik penyedia pelayanan misalnya kehadiran kesehatan profesional, kualifikasi dan cara penyediaan layanan.

### **4. Keterjangkauan (*affordability*)**

Konsep keterjangkauan memiliki beberapa peran dalam proses layanan kesehatan yaitu meliputi, Kesanggupan pengguna jasa layanan

kesehatan dan telah terfilterisasi Jaminan Kesehatan Nasional yang diwujudkan dalam pemilikan Kartu Indonesia Sehat (KIS) dari BPJS Kesehatan sebagai wujud pemilik *Universal Health Coverage* (UHC).

Keterjangkauan juga memiliki arti yang luas tidak hanya seberapa mudah seseorang dalam mengakses sesuatu tetapi seberapa besar Kemampuan ekonomi bagi orang-orang untuk menghabiskan sumber daya dan waktu untuk menggunakan layanan yang sesuai. Ini hasil dari harga langsung dari layanan dan biaya terkait selain biaya kesempatan berhubungan dengan hilangnya pendapatan.

#### **5. Kesesuaian (appropriateness)**

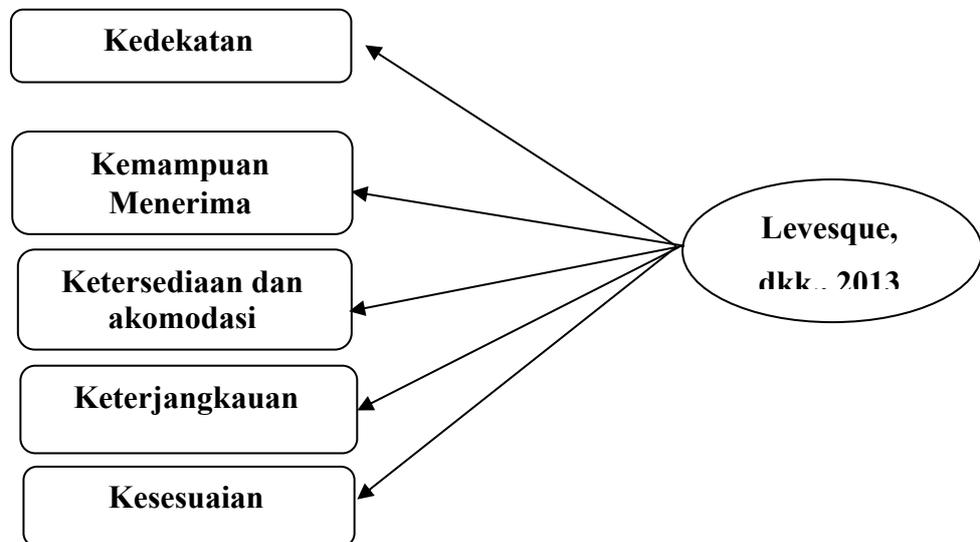
Kesesuaian berarti kualitas pelayanan yang diberikan. suatu pelayanan yang baik dikatakan sesuai apabila menghasilkan kepuasan pasien yang baik. Kepuasan pasien di definisikan sebagai respon pelanggan terhadap ketidaksesuaian antara tingkat kepentingan sebelumnya dan kinerja aktual yang dirasakannya setelah pemakaian. Kepuasan pasien/pelanggan adalah inti dari pemasaran yang berorientasi kepada pasien/pelanggan. Pelayanan yang memuaskan dan berkualitas akan menunjukkan kesesuaian antara layanan dan pasien perlu, ketepatan waktu, dapat menilai masalah kesehatan dan menentukan pengobatan yang tepat dan berkualitas baik secara teknis dan interpersonal pelayanan yang disediakan (Suharmiati, Lestari Hafndayani, Lusi, 2013).

#### **F. Kerangka Teori**

Jean-Frederic Levesque, Mark F Harris dan Grant Russell (2013:4)

membuat lima dimensi aksesibilitas layanan yakni :

Gambar. 1 Kerangka Teori



*Sumber* : Levesque, dkk. (2013) ; Jones (2012) ; Lane, dkk. (2012) ; Thomas, J.

W. & Penchansky, R. (1984) dalam (Laksono and Sukoco, 2016)

### G.Matriks Penelitian terdahulu

No	Penulis / Tahun	Tujuan	Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Implikasi dan rekomendasi
1.	(Amelia, 2019)	Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan sikap akses pelayanan kesehatan dan peran petugas kesehatan dengan PHBS di Desa Cilangkap Kecamatan Manonjaya Kabupaten Tasikmalaya Tahun 2019	Kuantitatif metode analitik, dengan pendekatan crossectional	Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas sikap masyarakat terhadap PHBS di Desa Cilangkap positif yaitu 63 orang, akses pelayanan kesehatan terhadap perilaku hidup bersih dan sehat di Desa Cilangkap mayoritas menyatakan dekat ke pelayanan kesehatan yang berarti jarak sangat mempengaruhi penggunaan jasa pelayanan kesehatan, sedangkan peran petugas kesehatan terhadap Perilaku hidup bersih dan sehat dengan petugas kesehatan menginformasikan tentang pentingnya bersalin oleh tenaga kesehatan.	diharapkan agar dapat mengembangkan dan membahas variabel lain yang berhubungan dengan hal-hal yang berhubungan dengan Perilaku Hidup Bersih dan sehat agar dapat dihasilkan informasi yang mendalam bagaimana masyarakat dalam pencapaian program PHBS di kehidupan Sehari-harinya
2.	(Sain, 2020)	Mengetahui gambaran profil kunjungan pasien dan hambatan aksesibilitas di unit rawat jalan RSUD sinjai	survei deskriptif dengan metode Probability sampling dan teknik surpsive sampling.	Hasil penelitian menunjukkan bahwa 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 : Modal transportasi kendaraan pribadi (54. 5%), kemampuan finansial dengan jaminan asuransi	Dari hasil penelitian ini maka disarankan agar mayarakat lebih diperhatikan dari segi Kepemilikan jaminan asuransi kesehatan agar menjadi pendorong kemudahan masyarakat dalam mengakses layanan kesehatan dalam artian memfilter semua masyarakat agar mempunyai asuransi kesehatan.

				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%).	
3.	(Fahmi, 2010)	<p>Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui cara penduduk miskin mendapatkan pelayanan kesehatan yang tersedia di Kelurahan Penjaringan berdasarkan indikator status sosial, lama menetap, tingkat pendapatan, dan tingkat pendidikan.</p> <p>Untuk Mengetahui jenis rujukan pelayanan kesehatan yang didapat oleh penduduk miskin.</p>	<p>Metode yang digunakan didalam penelitian ini adalah metode <i>proporsional purposive sampling</i> dan metode <i>snowballing</i>.</p>	<p>Menunjukkan bahwa ada pengaruh yang multidimensi terhadap akses pelayanan kesehatan bebrapa di antaranya yang menjadi hambatan yang banyak mempengaruhi berbagai aspek yaitu, Kemiskinan. kemiskinan ini adalah faktor penghambat bagi mereka yang tinggal di permukiman kumuh untuk mendapatkan akses terhadap pelayanan kesehatan yang sesuai. Perasaan memiliki (sense of belonging) yang tinggi terhadap wilayah kebutuhan pelayanan kesehatan memudahkan mereka (penduduk miskin) dalam memvisualisasikan cara untuk mengakses pelayanan kesehatan yang ditunjukan dengan pemilihan terhadap pelayanan kesehatan di Kelurahan Penjaringan, Jakarta Utara yang didorong oleh status penduduk asli, lama menetap, tingkat pendidikan dan ekonomi.</p>	<p>Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan menjelaskan sub bab penelitian tetapi pada bab metode penelitian tidak langsung menuliskan Metode Penelitian Kualitatif atau Kuantitatif. dan tidak menjelaskan Metode penelelitian yang di ambil. Sebaiknya memperjelas penjelasan masing-masing Bab.</p>

4.	(Kadir, 2017)	Tujuan dari penelitian ini untuk mengetahui Faktor yang berhubungan dengan Aksesibilitas Pasien Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) Puskesmas Bantimurung Kabupaten Maros.	Penelitian kuantitatif menggunakan pendekatan survei analitik dengan desain Cross Sectional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ada hubungan antara kedekatan dengan aksesibilitas pasien Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)</li> <li>• Ada hubungan antara kemampuan menerima dengan aksesibilitas pasien Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) • Tidak ada hubungan antara ketersediaan dengan aksesibilitas pasien Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)</li> <li>• Ada hubungan antara keterjangkauan dengan aksesibilitas pasien Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)</li> <li>• Tidak ada hubungan antara kesesuaian dengan aksesibilitas pasien Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)</li> </ul>	Berdasarkan Penelitian yang telah dilakukan Variabel yang diteliti seperti Kedekatan, kiranya pihak puskesmas meningkatkan kualitas pelayanan yang diberikan untuk membangun kedekatan dalam melayani pasien. Untuk kemampuan yaitu di harapkan kesiapan dalam melayani pasien, ketersediaan seperti peralatan medis harus lebih diperhatikan, keterjangkauan diharapkan puskesmas mampu mengaktifkan dan mengoptimalkan fungsi layanan sebagai puskesmas dan Kesesuaian diperlukan peningkatan strategi.
5.	(Rahmawati, 2016)	Untuk Mengetahui bagaimana Aksesibilitas Jaminan Kesehatan Nasional bagi pemulung di tempat pembuangan sampah terpadu (TPSP) Piyungan	Metode yang digunakan dalam Penelitian ini adalah metode Kualitatif	Menunjukkan bahwa ada pengaruh kemudahan dalam mendapatkan informasi terhadap aksesibilitas pemulung TPSP piyungan terhadap jaminan kesehatan nasional, ada pengaruh antara kemudahan menjadi peserta jaminan kesehatan nasional terhadap aksesibilitas jaminan kesehatan masyarakat. Kemudahan menjangkau rumah sakit mempunyai pengaruh dalam aksesibilitas masyarakat pemulung TPSP piyungan dalam menjangkau rumah sakit yang sudah bekerja sama dengan BPJS.	Untuk menggali lebih dalam bagaimana masyarakat dalam mengakses layanan kesehatan melalui JKN alangkah lebih baiknya Variabel yang diteliti juga bisa menambahkan Variabel Perilaku, Persepsi, Pengetahuan dan lain sebagainya.

6.	(Kurniawan <i>et al.</i> , 2020)	<p>Tujuan dari Penelitian ini adalah untuk mencari gambaran pelayanan kesehatan yang ramah bagi difabel pada tingkat Puskesmas. Penelitian ini melihat pada faktor kebutuhan difabel akan pelayanan kesehatan, mengevaluasi ketersediaan pelayanan kesehatan dan faktor dukungan kebijakan, serta melihat faktor dukungan dari keluarga dan organisasi difabel dalam memastikan kebutuhan difabel akan pelayanan kesehatan yang memadai</p>	<p>Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode kualitatif.</p>	<p>Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa kebutuhan difabel pada pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas meliputi aksesibilitas fisik, kemampuan petugas dalam memahami dan jaminan kesehatan yang tepat. Organisasi Difabel di Sukoharjo secara aktif mengadvokasi hak difabel kepada pemerintah setempat. Sinergi yang baik terbangun di antara kedua belah pihak dalam meningkatkan pelayanan kesehatan untuk difabel. Sarana dan prasarana penunjang yang lebih aksesibel masih dalam proses peningkatan pada ketiga Puskesmas yang menjadi fokus dalam penelitian ini. Pembangunan tersebut dilakukan dengan mengikuti petunjuk teknis aksesibilitas gedung. Ini merupakan pilot project pembangunan Puskesmas ramah-difabel di Sukoharjo</p>	<p>Berdasarkan penelitian alangkah lebih baiknya variabel yang digunakan ditambah agar dapat mengupas jelas dan lebih dalam gambaran pelayanan yang akan dijadikan pendorong Aksesibilitas Layanan Kesehatan</p>
----	----------------------------------	---	---	--	--

7.	(Megatsari <i>et al.</i> , 2019)	Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perspektif masyarakat tentang Akses Pelayanan Kesehatan	penelitian deskriptif dengan menggunakan pendekatan riset operasional.	Hasil penelitian menunjukkan aksesibilitas pelayanan kesehatan yang ada, secara umum masyarakat berpendapat bahwa masih ada kekurangan yang dirasakan. Terutama pada aspek akses secara fisik, dikarenakan sarana dan prasarana yang kurang baik. Selain itu akses secara sosial juga dirasa kurang, karena masih ada tenaga kesehatan yang melayani dengan kurang ramah. Penelitian ini menyimpulkan bahwa masyarakat masih merasa akses dari aspek fisik dan sosial masih sulit. Perlu direkomendasikan pada pemerintah daerah setempat untuk upaya perbaikan akses secara fisik, dan Dinkes untuk mendiseminasikan informasi kesehatan mengenai hak pasien kepada masyarakat. Kata	Ditujukan bagi peneliti selanjutnya agar menambah Variabel independen agar dapat meninjau pengaruh apa saja yang akan menyebabkan perspektif masyarakat berbeda-beda.
8.	(Ambo and Syawal, 2016)	Tujuan dari penelitian ini adalah untuk Menggali informasi sejauhmana kualitas pelayanan publik bidang kesehatan pada masyarakat adat terasing, khususnya Komunitas Suku	Penelitian ini merupakan penelitian yang bertipe deskriptif dengan pendekatan kualitatif	Hasil penelitian menunjukkan bahwa kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat adat terasing sudah berjalan dengan baik, kendati belum optimal. Adapun faktor yang berpengaruh adalah kearifan lokal, letak geografis, infrastruktur dan kualitas sumberdaya aparatur pemerintahan. Adapun rekomendasi yang ditawarkan adalah pemerintah daerah hendaknya memberikan pelayanan kesehatan yang optimal, melalui penempatan petugas kesehatan (dokter, mantri	

		Tengger di Kabupaten Probolinggo. Serta mengetahui faktor-faktor pendukung dan penghambat kualitas pelayanan publik bidang kesehatan pada masyarakat adat terasing		dan bidan) yang berkualitas dan memiliki pengalaman yang memadai, memperbaiki kondisi infrastruktur serta menambah fasilitas kesehatan di level Pondok Bersalin Desa (Polindes) dan Puskesmas Pembantu (Pustu), serta membuat inovasi pelayanan kesehatan khusus bagi masyarakat marjinal seperti Suku Tengger dan suku lainnya yang berada di Indonesia, agar tercipta sinkronisasi antara pengobatan secara medis dengan non medis	
9.	(Dwi and Faizin, 2016)	Penelitian ini dilakukan untuk menggali secara mendalam tarikan tradisi yang melingkupi tenaga kesehatan asli Suku Muyu	Penelitian ini merupakan sebuah studi kasus yang dilakukan secara mendalam pada tenaga kesehatan asli Suku Muyu. Penelitian yang masuk dalam kategori etnografi ini dilakukan di Distrik Mindiptana, Kabupaten Boven Digoel	penelitian menunjukkan pengaruh Barat dan para pendatang dalam beberapa hal turut mengubah pola pikir atau cara pandang tenaga kesehatan untuk dapat menerima pola rasionalistik yang ditawarkan. Tetapi dalam batasan-batasan tertentu tenaga kesehatan seakan terjebak pada tradisi lama Muyu yang cenderung tidak rasional dan bersifat mistis	Diperlukan penggabungan yang sinkron antara hubungan tenaga kesehatan dengan masyarakat suku muyu agar pelayanan dapat berjalan dengan baik tidak ada pandangan yang miring akan masyarakat dan tenaga kesehatan itu sendiri
10.	((Izzaty, Astuti and	Untuk mengetahui hubungan pemanfaatan	Jenis penelitian ini menggunakan metode	Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor konsumen, akses ekonomi, perilaku petugas, sosial budaya (kepercayaan), sosial budaya	

	Cholimah, 2016)	pelayanan kesehatan terkait dengan faktor konsumer (umur, jenis kelamin, pendidikan, pendapatan), akses geografis, akses ekonomi, perilaku petugas, kelengkapan fasilitas, sosial budaya (kepercayaan), sosial budaya (persepsi), sosial budaya (sikap), dan faktor psikologi	observasional dengan rancangan cross seccional studi dengan pendekatan kuantitatif dan kualitatif. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh masyarakat suku baje	(persepsi), sosial budaya (sikap), dan faktor psikologi, tidak memiliki hubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Sedangkan faktor akses geografis, dan kelengkapan fasilitas memiliki hubungan terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan. Disarankan kepadapemerintah daerah mengadakan trasportasi reguler, klinik terapung, dan tenaga kesehatan memberikan motivasi dengan memanfaatkan pelayanan kesehatan dan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan	
11.	(Sakir, Habibullah and Nurfaisal, 2018b)	Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui sejauhmana kualitas pelayanan publik diberikan pada komunitas Suku Tengger di Kabupaten Probolinggo Jawa Timur	metode penelitian yang digunakan adalah metode kualitatif, dengan teknik pengumpulan data wawancara, observasi dan dokumentasi	Pemerintah daerah hendaknya memberikan pelayanan kesehatan yang optimal, melalui penempatan petugas kesehatan (dokter, mantri dan bidan) yang berkualitas dan memiliki pengalaman yang memadai, memperbaiki kondisi infrastruktur serta menambah fasilitas kesehatan di level Pondok Bersalin Desa (Polindes) dan Puskesmas Pembantu (Pustu), serta membuat inovasi pelayanan kesehatan khusus bagi masyarakat marjinal seperti Suku Tengger dan suku lainnya yang berada di	Sebaiknya memperjelas variabel penelitian supaya pembahasan dan pembaca dapat mengerti apa saja menjadi faktor yang berpengaruh dan mempengaruhi.

				Indonesia, agar tercipta sinkronisasi antara pengobatan secara medis dengan non medis	
12.	(Andriana Masita, Nani Yuniar, 2015)	Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan pada masyarakat Desa Tanailandu di Wilayah Kerja Puskesmas Kanapa-Napa Kecamatan Mawasangka Kabupaten Buton Tengah Tahun 2015	Metode penelitian yang digunakan adalah deskriptif dengan pendekatan survei dan desain penelitian Cross sectional study.	Tidak adanya hubungan antara keyakinan terhadap pelayanan kesehatan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan pada Masyarakat Desa Tanailandu di Wilayah Kerja Puskesmas Kanapa-Napa Kecamatan Mawasangka Kabupaten Buton Tengah tahun 2015.terdapat hubungan antara Akses dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan pada Masyarakat Desa Tanailandu di Wilayah Kerja Puskesmas Kanapa-Napa Kecamatan Mawasangka Kabupaten Buton Tengah tahun 2015.Terdapat hubungan antara Kepemilikan Asuransi Kesehatan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan pada Masyarakat Desa Tanailandu di Wilayah Kerja Puskesmas Kanapa-Napa Kecamatan Mawasangka Kabupaten Buton Tengah tahun 2015.	

## **BAB III**

### **KERANGKA KONSEP**

#### **A. Dasar Pemikiran Variabel yang Diteliti**

Mendapatkan hak Kesehatan merupakan keinginan masing-masing individu. maka dari itu, Konsep umum yang digunakan dalam penelitian ini sebagai landasan teori yaitu konsep yang di jelaskan dalam Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 tahun 2014 yang digunakan untuk melihat pelaksanaan pusat kesehatan masyarakat dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat serta menyukseskan program jaminan kesehatan nasional atau BPJS Kesehatan dengan meningkatkan kualitas pelayanan, keterjangkauan, dan aksesibilitas layanan kesehatan. Aksesibilitas dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan sangat berperan penting serta diperlukan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui tempat pelayanan kesehatan atau fasilitas pelayanan kesehatan. Fasilitas Pelayanan Kesehatan adalah suatu tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah dan/atau masyarakat. Salah satu jenis fasilitas pelayanan kesehatan yaitu Pusat Kesehatan Masyarakat (PUSKESMAS).

Menurut Parasuraman et al. (1988) mengungkapkan ada 22 faktor penentu service quality yang dirangkum ke dalam lima faktor dominan atau

lebih dikenal dengan istilah SERVQUAL, yaitu *reliability*, *responsiveness*, *assurance*, *empathy*, dan *tangible* :

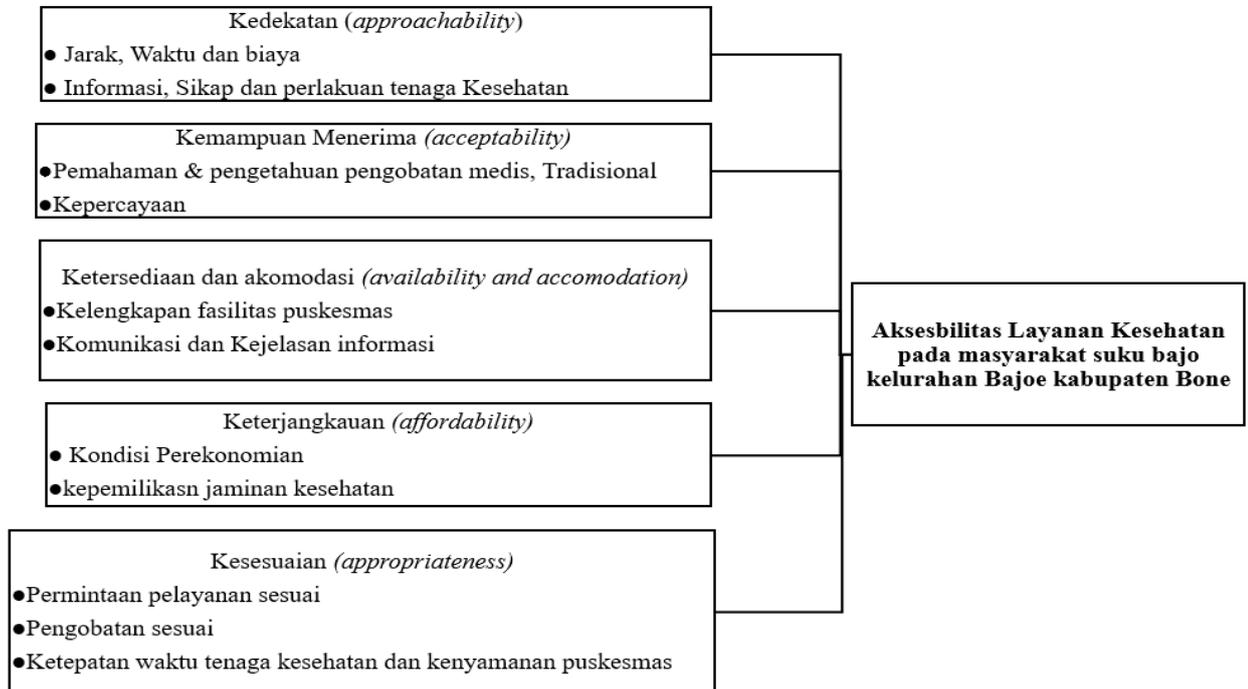
1. Keandalan atau Reliability yaitu Kemampuan untuk memberikan jasa yang dijanjikan dengan handal dan akurat. Dalam arti luas, keandalan berarti bahwa perusahaan memberikan janji-janjinya tentang penyediaan, penyelesaian masalah, dan harga..
2. Ketanggapan atau Responsiveness, yaitu Kemampuan untuk membantu pelanggan dan memberikan jasa dengan cepat. Dimensi ini menekankan pada perhatian dan ketepatan ketika berurusan dengan permintaan, pertanyaan, dan keluhan pelanggan.
3. Jaminan Kesehatan atau Assurance, yaitu Pengetahuan, sopan santun, dan kemampuan karyawan atau tenaga kerja untuk menimbulkan keyakinan dan kepercayaan kepada pasien.
4. Kepedulian atau Empathy, yaitu perhatian secara pribadi yang diberikan kepada pelanggan. Inti dari dimensi empati adalah menunjukkan kepada pelanggan melalui layanan yang diberikan bahwa pelanggan itu spesial, dan kebutuhan mereka dapat dimengerti dan dipenuhi. Dalam menjaga hubungan baik.
5. Bukti fisik atau Tangible, yaitu berupa penampilan fasilitas fisik, peralatan, staff dan bangunannya. Dimensi ini menggambarkan wujud secara fisik dan layanan yang akan diterima oleh konsumen. Contohnya seperti fasilitas kantor, kebersihan dan kenyamanan ruang yang digunakan untuk transaksi serta kerapian penampilan agent. Dimensi ini sangat mempengaruhi dalam

keterjangkauan antara layanan kesehatan terhadap masyarakat demi aksesibilitas layanan kesehatan yang optimal. dan dimensi ini di nilai dapat menjadi jembatan antara kemudahan masyarakat mendapatkan layanan kesehatan serta tidak terhalang oleh keadaan geografis, sosial, ekonomi, organisasi, dan bahasa(Darwin, Dan and Kunto, 2014).

## **B. Kerangka Konsep Variabel yang Diteliti**

Keterjangkauan atau akses dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan menjadi suatu masalah akan keberhasilan dalam mensukseskan cita-cita bangsa mengingat masih banyak masyarakat yang kurang memprioritaskan pelayanan medis lebih memilih melakukan pengobatan mandiri atau kepercayaan dalam hal ini sesuai persepsi masyarakat itu sendiri dengan begitu perlu adanya perhatian yang lebih baik. Variabel yang akan diteliti dalam penelitian ini adalah Kedekatan (*approachability*), Kemampuan Menerima (*acceptability*), Ketersediaan dan akomodasi (*availability and accomodation*), Keterjangkauan (*affordability*), Kesesuaian (*appropriateness*).

**Gambar 2. Kerangka Konseptual**



**C. Definisi Konseptual**

Dalam penelitian ini, peneliti akan melakukan studi aksesibilitas layanan Kesehatan pada masyarakat suku Bajo Kelurahan Bajoe Kecamatan Tanete Riattang Timur Kabupaten Bone dengan menggunakan akses atau keterjangkauan dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan yang meliputi Kedekatan (*Approachability*), Kemampuan Menerima (*acceptability*), Ketersediaan dan akomodasi (*availability and accomodation*), Keterjangkauan (*affordability*), Kesesuaian (*appropriateness*).

Aksesibilitas layanan kesehatan merupakan kemudahan masyarakat dalam menjangkau layanan kesehatan pada fasilitas kesehatan. dalam aksesibilitas layanan kesehatan, peneliti akan menggali informasi tentang

bagaimana aksesibilitas layanan kesehatan pada masyarakat Suku Bajo Kelurahan Bajoe Kecamatan Tanete Riattang Timur Kabupaten Bone

1. Kedekatan (*Approachability*)

Kedekatan adalah proses yang berkaitan dengan jarak, waktu yang berdampak pada beban ekonomi berupa biaya yang dikeluarkan masyarakat dalam mengakses pelayanan kesehatan. Dan juga pada proses kedekatan yang dimaksud juga yaitu bagaimana hubungan psikologis antara tenaga kesehatan ke masyarakat atau pasien serta bagaimana pelayanan dapat di pahami oleh masyarakat yang mendapatkan pelayanan. Pada di mensi kedekatan ini peneliti akan menggali informasi tentang bagaimana jarak, waktu, beban ekonomi yang digunakan masyarakat dalam mengakses pelayanan kesehatan serta alur pelayanan dan perlakuan tenaga puskesmas bajoe dalam melakukan pelayanan terhadap pasien atau masyarakat suku bajo.

2. Kemampuan Menerima (*acceptability*)

Kemampuan menerima adalah suatu proses yang berkaitan dengan Kunjungan masyarakat atau pasien ke pelayanan kesehatan yakni puskesmas. bagaimana masyarakat dapat mengetahui, memahami defenisi sehat sakit serta menerima tindakan tenaga kesehatan dalam melakukan pengobatan medis. Kemampuan menerima juga merupakan kemampuan dalam menentukan faktor sosial budaya yang memungkinkan pasien menerima pelayanan yang ditawarkan, kelompok sosial penyedia pelayanan, dan keyakinan terkait dengan sistem kedokteran. Dalam proses

ini peneliti ingin menggali informasi tentang bagaimana masyarakat suku bajo mempercayai pengobatan medis atau kedokteran dalam mengatasi masalah kesehatan yang dihadapinya serta bagaimana responsive antara pasien dengan tenaga kesehatan puskesmas bajoe dalam melakukan pelayanan.

3. Ketersediaan dan akomodasi (*availability and accomodation*)

Ketersediaan dan akomodasi adalah suatu yang berkaitan dengan sarana dan prasarana yang ada di puskesmas sebagai “Gate Keeper” SDM juga termasuk dalam ketersediaan yang ada di puskesmas termasuk fasilitas kesehatan atau medis dan non medis seperti fasilitas ruang tunggu dan wc yang ada di puskesmas. Dalam di mensi ini peneliti ingin menggali informasi tentang bagaimana sarana dan prasarana yang ada di puskesmas bajoe yang didapatkan masyarakat suku bajo ketika melakukan jasa layanan kesehatan di puskesmas tersebut serta bagaimana masyarakat bentuk pelayanan kesehatan seperti puskesmas dapat dijangkau oleh masyarakat suku bajo kapanpun dan dimanapun.

4. Keterjangkauan (*affordability*)

Keterjangkauan adalah proses yang berkaitan dengan kondisi ekonomi dan kemampuan masyarakat dalam mendapatkan pelayanan kesehatan. seperti dengan menggunakan jaminan kesehatan nasional bagi masyarakat yang kurang mampu dengan mengakses layanan kesehatan menggunakan Kartu Indonesia Sehat (KIS) dari BPJS sangat berperan penting dalam kemudahan mengakses layanan kesehatan. Dalam dimensi

ini peneliti ingin menggali informasi bagaimana masyarakat suku bajo dalam menggunakan fasilitas kesehatan secara ekonomi maupun sosial. Serta seberapa mudah puskesmas digunakan masyarakat suku bajo dengan menggunakan Jaminan Kesehatan.

5. Kesesuaian (*appropriateness*)

Kesesuaian adalah suatu proses yang berhubungan erat dengan kualitas yang diberikan dan kepuasan yang diterima oleh pasien pada saat mendapatkan pelayanan di puskesmas. Dan bagaimana kesesuaian antara permintaan pelayanan masyarakat dan tindakan yang diberikan tenaga kesehatan di puskesmas. Dalam dimensi ini peneliti ingin menggali informasi tentang jenis pengobatan yang diberikan tenaga kesehatan di puskesmas bajoe sudah sesuai dengan permintaan pelayanan masyarakat suku bajo. Dan apakah puskesmas telah melakukan pengobatan yang tepat dan berkualitas baik secara teknis dan interpersonal pelayanan yang disediakan.