

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan merupakan hak asasi manusia yang telah dijamin oleh hukum. Sehat juga merupakan keinginan dari setiap manusia yang dijadikan sebagai investasi untuk menjalani hidup yang produktif. Sebagaimana yang dimaksud 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 dimensi baik sosial maupun ekonomi (Endang, 2018). Pelayanan dan sarana kesehatan yang pemerintah sediakan sangat menentukan derajat kesehatan penduduk di suatu negara. Fasilitas dalam pelayanan kesehatan merupakan tempat atau sarana yang diselenggarakan dalam upaya melayani kesehatan masyarakat, berupa preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif yang diselenggarakan baik oleh pemerintah pusat maupun pemerintah daerah (Kemenkes RI, 2020).

Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 128 tahun 2004 bahwa Pusat Kesehatan Masyarakat atau Puskesmas sebagai Unit Pelaksana Teknis Dinas (UPTD) yaitu unit organisasi yang diberikan kewenangan kemandirian oleh dinas kesehatan kabupaten untuk melaksanakan tugas-tugas teknis operasional pembangunan kesehatan di wilayah kecamatan. Di dalam puskesmas terdapat 6 (enam) pokok upaya kesehatan yang wajib diselenggarakan tiap puskesmas yang ada di wilayah Indonesia (Ningsih et al., 2021).

Dalam Undang-undang Nomor 17 Tahun 2023 bahwa pembangunan kesehatan masyarakat memerlukan upaya kesehatan, sumber daya kesehatan, dan pengelolaan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya berdasarkan prinsip kesejahteraan, pemerataan, non diskriminatif, partisipatif, dan berkelanjutan dalam rangka pembangunan sumber daya manusia yang berkualitas dan produktif, mengurangi kesenjangan, memperkuat pelayanan kesehatan bermutu, meningkatkan ketahanan kesehatan, menjamin kehidupan yang sehat, serta memajukan kesejahteraan seluruh warga negara dan daya saing bangsa bagi pencapaian tujuan pembangunan nasional (Kemenkes RI, 2023).

Brown et al. (1990) dalam bukunya yang berjudul *Quality Assurance of Health Care In Developing Countries* menyebutkan mutu pelayanan kesehatan yaitu: kompetensi teknis, akses layanan, efektifitas, efisiensi, hubungan interpersonal, kontinuitas, keamanan, dan fasilitas. Menurut Maulany & Dianingati (2020) bahwa fasilitas pelayanan kesehatan yang ada, dapat menimbulkan apakah mereka mampu dalam memberikan pelayanan kesehatan yang dapat diakses semua lapisan masyarakat di seluruh Indonesia. Menurut Siregar et al. (2013) mengatakan akses merupakan kesempatan dalam pemenuhan kebutuhan kesehatan, mencari pusat layanan kesehatan, sarana kesehatan, mendapatkan dan menggunakan layanan kesehatan yang dapat meningkatkan derajat kesehatan dapat terpenuhi.



Model SERVQUAL (*service quality*) yang dikembangkan Zeithaml et al. (1990) menyebutkan bahwa pertanyaan mendasar yang cukup sensitif untuk mengukur pengalaman konsumen mendapatkan pelayanan tercakup dalam lima dimensi kualitas pelayanan yaitu: *reliability* (kehandalan): kemampuan untuk menampilkan pelayanan yang dijanjikan dengan segera dan akurat, *assurance* (jaminan kepastian): kompetensi yang dimiliki sehingga memberikan rasa aman, bebas dari bahaya, risiko atau keraguan dan kepastian yang mencakup pengetahuan, perilaku dan sifat yang dapat dipercaya, *empathy* (perhatian): sifat dan kemampuan untuk memberikan perhatian penuh kepada pasien, kemudahan melakukan kontak dan komunikasi yang baik, *tangibles* (wujud nyata): penampilan fisik dari fasilitas, peralatan, sarana informasi atau komunikasi dan petugas atau pegawai, *responsiveness* (ketanggapan atau kepedulian): kemampuan untuk membantu konsumen dan meningkatkan kecepatan pelayanan serta adanya bukti langsung yang dapat dirasakan oleh pasien secara inderawi (sarana, prasarana, petugas, dst). Menurut Musa (2022) daya tanggap yaitu keinginan dari staf untuk memberikan pelayanan dengan tanggap. Hal ini lebih menekankan perhatian dan kecepatan waktu dalam pemberian pelayanan.

Teori pelayanan kesehatan yang dikemukakan oleh Carrillo et al. (2011) yaitu : finansial, kemampuan dalam membayar. struktur, akses dalam menggapai layanan kesehatan. kognitif, yaitu keyakinan dan pengetahuan serta komunikasi. Faktor kognitif pada komunikasi seseorang dengan petugas kesehatan, keterbatasan dalam berbahasa dan budaya dapat mengurangi pemahaman masyarakat dalam menerima informasi yang diberikan

Donabedian (2003) mengemukakan teori mengenai mutu pelayanan kesehatan yaitu : struktur : segala sumber daya yang diperlukan dalam melakukan pelayanan kesehatan, proses berbagai proses kegiatan dalam pemberian layanan kesehatan dan *outcome* hasil akhir dari kegiatan dan tindakan tenaga kesehatan terhadap pasien.

WHO (2018) memperkenalkan *Framework on Integrated People-centred Health* yang telah menggambarkan bahwa pelayanan yang bermutu tinggi dilihat dari Tujuh dimensi mutu pelayanan kesehatan adalah, diantaranya: aman, yakni pelayanan yang dapat menghindari bahaya bagi orang-orang yang menjadi sasaran dari pelayanan yang diberikan, efektif dalam menyediakan pelayanan kesehatan berbasis bukti kepada mereka yang membutuhkannya, berpusat pada orang yakni memberikan perawatan yang menanggapi preferensi, kebutuhan, dan nilai individu, tepat waktu yakni mengurangi waktu tunggu dan terkadang terdapat penundaan yang merugikan bagi mereka yang menerima dan mereka yang memberi pelayanan, efisien yakni memaksimalkan manfaat dari sumber daya yang menghindari pemborosan, keadilan yakni memberikan pelayanan variasi dari sisi mutu dikarenakan usia, jenis kelamin, jenis kelamin, lokasi geografis, agama, status sosial ekonomi, bahasa atau afiliasi layanan yang diberikan sama, dan terintegrasi yakni dalam pelayanan yang terkoordinasi di seluruh tingkatan dan penyedia dan layanan kesehatan tersebut tersedia disepanjang perjalanan hidup



Levesque et al., (2013) telah mendefinisikan akses sebagai peluang untuk mengidentifikasi kebutuhan perawatan kesehatan dalam mencari layanan kesehatan, menjangkau, memperoleh atau menggunakan pelayanan kesehatan dan untuk benar-benar memiliki kebutuhan akan layanan terpenuhi. Levesque dkk telah menyarankan lima dimensi aksesibilitas (Kedekatan, Kemampuan Menerima, Ketersediaan layanan kesehatan, Kemampuan membayar dan Kesesuaian) dan lima kemampuan populasi yang sesuai (Kemampuan untuk memahami, Kemampuan untuk mencari, Kemampuan untuk mencapai, Kemampuan untuk membayar, Kemampuan untuk terlibat).

Dalam penyusunan Daftar Inventasi Masalah (DIM), Kementerian Kesehatan mengacu pada enam transformasi kesehatan yang saat ini sedang dijalankan, yaitu transformasi perbaikan layanan primer (posyandu dan puskesmas), transformasi layanan rujukan, transformasi sistem kesehatan, transformasi sistem pembiayaan kesehatan, transformasi sumber daya manusia kesehatan, dan transformasi teknologi kesehatan. Indikator yang mencerminkan kualitas atau sistem pelayanan kesehatan di Indonesia belum baik yaitu ada di promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, SDM, logistik, dan fasilitas pelayanan kesehatan. Menurunnya akses terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas di Indonesia sangat rendah, rumitnya biaya penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Rasio tenaga kesehatan yang tidak seimbang. Kualitas tenaga kesehatan medis belum standar. Fasilitas kesehatan yang belum mencukupi dan ketergantungan obat dan bahan baku obat dari negara lain (Kemenkes RI, 2023).

Pada tahun 2022 di Sulawesi Tengah terdapat 248 puskesmas yang dibagi menjadi dua yaitu, 104 puskesmas rawat inap dan 144 puskesmas non rawat inap. Untuk Kabupaten Donggala sendiri terdapat 18 Puskesmas, 13 diantaranya merupakan puskesmas rawat inap dan 5 lainnya puskesmas non rawat inap. Puskesmas Lembasada merupakan salah satu puskesmas rawat inap yang ada di Kabupaten Donggala khususnya terletak di Kecamatan Banawa Selatan dengan luas wilayah kerja Puskesmas Lembasada yaitu 335, 40 km². Di tahun 2021 jumlah kunjungan rawat jalan di Puskesmas Lembasada sebanyak 15.619 pasien, lalu ditahun 2022 terjadi peningkatan jumlah kunjungan sebanyak 20.370 pasien. Namun di tahun 2023 terjadi penurunan secara drastis yaitu sebanyak 8.243 kunjungan pasien

Puskesmas Lembasada salah satu dari puskesmas di Kabupaten Donggala yang memiliki wilayah kerja yang daerahnya memiliki akses yang sulit dan masih jauh dari kemajuan kota. Daerah yang dimaksud merupakan Desa Ongulara dimana jarak desa ke ibu kota kecamatan ±30km dengan melewati jalanan yang begitu ekstrim ditambah lagi harus menyeberangi Sungai Surumana



ra Desa Malino dan Desa Ongulara yang sewaktu-waktu jika air maka tidak dapat di seberangi. Untuk menuju Desa Ongulara harus menggunakan rakit bambu yang hanya bisa di kemudikan oleh j dikenal dengan Rembo. Desa ini dipilah menjadi 4 dusun. Dusun asat pemerintahannya yaitu bernama Dusun Ongulara, Dusun 2 tertinggal dinamakan Dusun Tindungu dimana akses menuju anyanya bisa dilewati dengan berjalan kaki dalam waktu tempuh 3-4

jam dengan medan yang cukup ekstrim. Dusun 3 dari Desa Ongulara bernama Dusun Pompa, letaknya tidak jauh dari dusun 1 hanya membutuhkan 30 menit dengan berjalan kaki dan dusun 4 merupakan dusun terakhir bernama Dusun Bambawakona, jalan menuju Dusun Wakona memiliki jalur yang rusak parah.

Data dari Indeks Desa Membangun Tahun 2023 Desa Ongulara merupakan satu-satunya desa yang masuk kedalam kategori desa tertinggal dari 19 desa yang ada di Kecamatan Banawa Selatan Kabupaten Donggala. Masyarakat yang tinggal di Desa Ongulara merupakan masyarakat pedalaman yang masih menganut adat istiadat yang kuat, masyarakat yang tinggal disana masuk dalam kelompok etnis Kaili Da'a dimana Kaili Da'a tersebut salah satu dari kelompok sub-suku kaili yang ada di Sulawesi Tengah. Jadi hampir semua masyarakat di Desa Ongulara menggunakan bahasa daerah Kaili Da'a dan tidak paham atau tidak mahir dalam berbahasa Indonesia (IDM, 2023).

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan, bahwa rendahnya pelayanan kesehatan disebabkan beberapa faktor yaitu: 1) Akses layanan terhadap fasilitas kesehatan yang ditujuh menjadi masalah yang disebabkan oleh jauhnya jarak dan sulitnya medan yang dilalui untuk sampai ke puskesmas yang berjarak ± 30 km. 2) Tidak adanya tenaga kesehatan yang tinggal di desa tersebut bahkan tidak adanya fasilitas kesehatan terkecil seperti poskesdes di Desa Ongulara. 3) Komunikasi yang sulit bagi pihak tenaga kesehatan dikarenakan sebagian besar masyarakat yang tinggal di Desa Ongulara tidak paham dan tidak menguasai Bahasa Indonesia dengan baik dan benar. 4) Rendahnya daya tanggap tenaga kesehatan yang disebabkan oleh tidak cepat dan tanggap dalam menangani kasus kesehatan sehingga terlambat dalam melakukan penanganan yang sigap. 5) Ketidakadilan dalam pemerataan kesehatan, seperti tidak berjalannya poskesdes dan pihak puskesmas yang tidak menentu dalam kunjungannya di Desa Ongulara. 6) Ketersediaan layanan kesehatan, tidak dipergunakan bangunan poskesdes sehingga kegiatan pelayanan kesehatan tidak maksimal. 7) Kemampuan menerima, dimana masyarakat masih menganut adat istiadat yang kental sehingga kepercayaan akan pengobatan medis yang begitu kurang. 8) Kemampuan membayar, masyarakat Desa Ongulara merupakan masyarakat dengan perekonomian rendah. Sulitnya mereka dalam mengakses layanan kesehatan dikarenakan tidak adanya biaya pengobatan.

Penelitian yang dilakukan oleh Leosari et al. (2023) mengemukakan dengan terbatasnya fasilitas kesehatan dan infrastruktur transportasi, akses terhadap layanan kesehatan menjadi sangat menantang dengan jarak tempuh yang memakan waktu dan jalurnya ada yang dilewati dengan jalur darat serta jalur air. Hal ini menjadi alasan daerah Ambon masih kurangnya rasio tenaga



esmas, bahkan masuk pada urutan pertama dalam pemerataan an.

Zegeye et al. (2021) di negara-negara berpenghasilan rendah sebagian besar masyarakatnya mempunyai akses yang buruk n kesehatan. Salah satu faktornya yaitu wilayah dan tingkat melek at, kebijakan tidak hanya harus menargetkan pemberdayaan laki-laki melalui pendidikan dan ekonomi saja melainkan juga

harus fokus pada peningkatan tingkat melek huruf masyarakat melalui jaminan cakupan pendidikan nasional yang berbasis kesetaraan.

Humairah, (2022) dalam penelitiannya mengatakan rendahnya pemanfaatan pelayanan kesehatan disebabkan keterjangkauan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan masih menjadi masalah, masyarakat tidak tertarik untuk mengunjungi pelayanan puskesmas dan kebanyakan masyarakat pergi ke puskesmas jika kondisinya tidak memungkinkan lagi atau kata lain kondisinya sudah tidak berdaya. Bahkan masyarakat lebih mengandalkan pengobatan tradisional untuk apapun jenis penyakit yang dikeluhkan.

Berdasarkan uraian yang telah dijelaskan diatas, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang analisis faktor yang mempengaruhi tingkat kepuasan pasien pada desa tertinggal (Studi di Desa Ongulara, Kecamatan Banawa Selatan, Kabupaten Donggala).

1.2 Rumusan Masalah

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

1. Bagaimana pengaruh akses layanan dengan tingkat kepuasan pasien pada desa tertinggal (Studi di Desa Ongulara, Kecamatan Banawa Selatan, Kabupaten Donggala)?
 2. Bagaimana pengaruh sumber daya manusia dengan tingkat kepuasan pasien pada desa tertinggal (Studi di Desa Ongulara, Kecamatan Banawa Selatan, Kabupaten Donggala)?
 3. Bagaimana pengaruh komunikasi dengan tingkat kepuasan pasien pada desa tertinggal (Studi di Desa Ongulara, Kecamatan Banawa Selatan, Kabupaten Donggala)?
 4. Bagaimana pengaruh daya tanggap dengan tingkat kepuasan pasien pada desa tertinggal (Studi di Desa Ongulara, Kecamatan Banawa Selatan, Kabupaten Donggala)?
 5. Bagaimana pengaruh keadilan dengan tingkat kepuasan pasien pada desa tertinggal (Studi di Desa Ongulara, Kecamatan Banawa Selatan, Kabupaten Donggala)?
 6. Bagaimana pengaruh ketersediaan layanan kesehatan dengan tingkat kepuasan pasien pada desa tertinggal (Studi di Desa Ongulara, Kecamatan Banawa Selatan, Kabupaten Donggala)?
 7. Bagaimana pengaruh kemampuan menerima dengan tingkat kepuasan pasien pada desa tertinggal (Studi di Desa Ongulara, Kecamatan Banawa Selatan, Kabupaten Donggala)?
 8. Bagaimana pengaruh kemampuan membayar dengan tingkat kepuasan a desa tertinggal (Studi di Desa Ongulara, Kecamatan Banawa bupaten Donggala)?
- yang paling berpengaruh terhadap tingkat kepuasan pasien pada ggal (Studi di Desa Ongulara, Kecamatan Banawa Selatan, Donggala) ?



1.3 Tujuan Penelitian

a) Tujuan Umum

Tujuan umum dalam penelitian ini yaitu untuk menganalisis faktor yang mempengaruhi tingkat kepuasan pasien pada desa tertinggal di wilayah kerja Puskesmas Lembasada Kabupaten Donggala.

b) Tujuan Khusus

- 1) Mengetahui pengaruh akses layanan terhadap tingkat kepuasan pasien pada desa tertinggal (Studi di Desa Ongulara, Kecamatan Banawa Selatan, Kabupaten Donggala).
- 2) Mengetahui pengaruh sumber daya manusia terhadap tingkat kepuasan pasien pada desa tertinggal (Studi di Desa Ongulara, Kecamatan Banawa Selatan, Kabupaten Donggala).
- 3) Mengetahui pengaruh komunikasi terhadap tingkat kepuasan pasien pada desa tertinggal (Studi di Desa Ongulara, Kecamatan Banawa Selatan, Kabupaten Donggala).
- 4) Mengetahui pengaruh daya tanggap terhadap tingkat kepuasan pasien pada desa tertinggal (Studi di Desa Ongulara, Kecamatan Banawa Selatan, Kabupaten Donggala).
- 5) Mengetahui pengaruh keadilan terhadap tingkat kepuasan pasien pada desa tertinggal (Studi di Desa Ongulara, Kecamatan Banawa Selatan, Kabupaten Donggala).
- 6) Mengetahui pengaruh ketersediaan layanan kesehatan terhadap tingkat kepuasan pasien pada desa tertinggal (Studi di Desa Ongulara, Kecamatan Banawa Selatan, Kabupaten Donggala).
- 7) Mengetahui pengaruh kemampuan menerima terhadap tingkat kepuasan pasien pada desa tertinggal (Studi di Desa Ongulara, Kecamatan Banawa Selatan, Kabupaten Donggala).
- 8) Mengetahui pengaruh kemampuan membayar terhadap tingkat kepuasan pasien pada desa tertinggal (Studi di Desa Ongulara, Kecamatan Banawa Selatan, Kabupaten Donggala).
- 9) Mengetahui faktor yang paling berpengaruh terhadap tingkat kepuasan Pasien pada desa tertinggal (Studi di Desa Ongulara, Kecamatan Banawa Selatan, Kabupaten Donggala).

1.4 Manfaat Penelitian

a) Manfaat Ilmiah

Sebagai bahan yang ikut andil dalam proses pengembangan ilmu pengetahuan dan penerapannya, terutama dalam bidang ilmu Administrasi dan Kehiiaikan Kesehatan serta menambah pengetahuan mengenai faktor mempengaruhi tingkat kepuasan pasien pada masyarakat di desa studi di Desa Ongulara, Kecamatan Banawa Selatan, Kabupaten



titusi

formasi dan bahan masukkan bagi Puskesmas Lembasada apa saja yang menjadi faktor yang dapat mempengaruhi tingkat

kepuasan pasien agar pihak puskesmas bisa lebih meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dengan semaksimal mungkin.

c) Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini di harapkan dapat menambah wawasan dan pengalaman bagi peneliti sehingga lebih memahami apa saja faktor yang dapat mempengaruhi tingkat kepuasan pasien pada masyarakat di desa tertinggal diwilayah kerja Puskesmas Lembasada.

1.5 Tinjauan Pustaka

1.5.1 Tinjauan Umum Pelayanan Kesehatan

a) Akses Layanan

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) akses diartikan jalan masuk dengan demikian akses pelayanan kesehatan dapat diartikan sebagai pelayanan dengan berbagai macam bentuk pelayanan yang dapat dijangkau oleh seluruh warga (Susilawati, 2022). Akses sebagai hak mutlak setiap individu sangat berpengaruh terhadap pencapaian hasil akhir kinerja dalam pembangunan kesehatan. Keterjangkauan suatu layanan kesehatan erat hubungannya dengan tindakan loyal dalam menggunakan layanan. Hal itu memicu terjadinya tingkat kepuasan pasien yang merupakan sebuah respon efektif dari pengalaman pengguna layanan kesehatan dijadikan sebagai ukuran tingkat mutu pelayanan (Siti, 2020).

Menurut Azwar 2010 dalam Pardede (2017) sulitnya akses atau jangkauan ke pelayanan kesehatan bisa menjadi salah satu faktor pendukung minimnya permintaan terhadap suatu pelayanan kesehatan. Jarak dapat menimbulkan pengaruh besar dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan, dengan ini semakin jauh jarak tempat tinggal dari pusat layanan kesehatan kemungkinan besar juga semakin rendah jumlah kunjungan ke pusat layanan kesehatan. Gulliford (2002) mengutarakan bahwa mengukur aksesibilitas suatu layanan kesehatan dilihat dari pemanfatannya yang tergantung dari mudah atau sulitnya dijangkau, aksesibilitas fisik, dan pelayanan yang diberikan serta di terima.

Brown et al. (1990) dalam bukunya yang berjudul *Quality Assurance of Health Care In Developing Countries* menyebutkan mutu pelayanan kesehatan yaitu 1) Kompetensi teknis, 2) Akses layanan, 3) Efektifitas, 3) Efisiensi, 4) Hubungan interpersonal, 5) Kontinuitas, 6) Keamanan, dan 7) Fasilitas. Akses atau keterjangkauan pelayanan berarti pelayanan kesehatan tidak terhalang oleh keadaan geografis, budaya atau ekonomi, organisasi dan bahasa. Akses geografi dengan jarak, lama perjalanan, jenis transportasi dan hambatan yang menghalangi seseorang memperoleh pelayanan kesehatan. ekonomi berkaitan dengan kemampuan membayar biaya layanan kesehatan. Akses sosial atau budaya berkaitan dengan dapat aksesnya pelayanan kesehatan secara sosial atau nilai budaya



kepercayaan dan perilaku. Akses organisasi berhubungan sejauh mana pelayanan kesehatan dapat memberi kemudahan dan kenyamanan pada pasien/konsumen. Akses bahasa artinya pelayanan kesehatan diberikan dengan bahasa yang mudah dipahami oleh pasien/konsumen.

Keinginan seorang dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan dilihat dari faktor pendukung yang berupa jarak atau aksesibilitas dari layanan kesehatan itu sendiri. Sulitnya akses yang dijangkau dalam menuju fasilitas kesehatan bisa membuat seseorang tidak ingin memanfaatkan pelayanan tersebut. Kesulitan akses atau keterjangkauan fasilitas kesehatan dapat teratasi dengan adanya penunjang sarana dan prasarana transportasi dari wilayah masyarakat yang jauh dari pusat pelayanan kesehatan (Susilawati & Azzahra, 2023).

Kondisi geografis Indonesia yang memiliki beragam wilayah dengan karakteristik yang berbeda-beda hingga memiliki tantangan tiap penyelenggaraan layanan kesehatan. Beberapa permasalahan kesehatan yang tidak kunjung rampung salah satunya yaitu permasalahan akses cepat dalam mendapatkan penanganan namun terhambat dengan akses jalan yang tidak memadai dan waktu tempuh yang cukup lama untuk sampai di layanan kesehatan yang dituju. Kondisi geografi ini merupakan hambatan utama dibidang kesehatan yang masih terbatasnya akses atau keterjangkauan (Roswati et al., 2022).

Mayoritas populasi didunia masih kekurangan akses ke layanan kesehatan, termasuk pelayanan kesehatan primer. Jarak geografis menuju pelayanan kesehatan primer menjadi masalah dimana transportasi yang kurang memadai. Diwilayah pedesaan, pengguna layanan kesehatan semakin menurun bagi masyarakat yang tinggal semakin jauh dari pusat pelayanan kesehatan (Evans et al., 2022). Akses merupakan konsep penting dalam kebijakan kesehatan dan penyediaan layanan kesehatan. Akses merupakan bagian penting dari kesehatan, dalam artian hak-hak tiap individu untuk memperoleh layanan kesehatan saat dibutuhkan. Aksesibilitas fisik menunjukkan hubungan antara lokasi layanan kesehatan dan populasi yang mencari akses dengan mempertimbangkan infrastruktur transportasi, waktu tempuh, jarak dan biaya (Kibret et al., 2022).

Akses terhadap pelayanan kesehatan memiliki tujuan untuk mendekatkan masyarakat dengan fasilitas, pengobatan dan keahlian yang diperlukan pada saat dibutuhkan. Memiliki jarak yang jauh dan yang lama dalam mengakses fasilitas kesehatan merupakan hal yang berkontribusi terlambatnya dan tidak meratanya kemajuan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif dengan biaya yang mahal. Jarak yang di tempuh dengan memakan waktu juga dapat mengurangi kesiediaan masyarakat untuk mencari perawatan medis, dan demikian kemungkinan besar akan berdampak pada kondisi kesehatan yang lebih buruk juga (Jameel, 2020).



Menurut Gizaw et al. (2022) ketidakmampuan mengakses secara geografis dan finansial, pendanaan yang tidak memadai, persediaan obat-obatan yang tidak konsisten, serta kekurangan peralatan dan personel telah membuat jangkauan, ketersediaan, dan dampak layanan kesehatan di banyak negara menjadi sangat terbatas.

b) Sumber Daya Manusia

Dalam Undang-undang Nomor 17 Tahun 2023 dijelaskan bahwa sumber daya kesehatan adalah sesuatu yang diperlukan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah, atau masyarakat. Sumber daya manusia kesehatan merupakan seseorang yang bekerja secara aktif di bidang kesehatan, baik yang memiliki pendidikan formal kesehatan maupun tidak, yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan dalam melakukan upaya kesehatan (Kemenkes RI, 2023).

Teori yang di kemukakan oleh Donabedian (2003) mengenai mutu pelayanan yaitu :

1. Struktur, yang dimaksud didalamnya seperti sumber daya material, seperti fasilitas dan peralatan. Sumber daya manusia, seperti jumlah, ragam, dan kualifikasi tenaga profesional dan pendukung. Ciri-ciri organisasi, misalnya organisasi staf medis dan keperawatan, kehadiran pengajaran dan penelitian fungsi, macam pengawasan dan peninjauan kinerja, metode membayar perawatan, sumber informasi seperti komunikasi dan sebagainya.
2. Proses, hal ini diartikan sebagai kegiatan yang merupakan pelayanan kesehatan termasuk diagnosis, pengobatan, rehabilitasi, pencegahan, dan pendidikan pasien biasanya dilakukan oleh tenaga profesional, tetapi juga termasuk lainnya kontribusi terhadap perawatan, terutama oleh pasien dan keluarganya.
3. *Outcome*, hal ini diartikan sebagai perubahan (diinginkan atau tidak diinginkan) pada individu dan populasi yang dapat dikaitkan dengan layanan kesehatan.

Sumber daya manusia kesehatan (SDMK) adalah sesuatu hal yang terbilang penting di era pembangunan kesehatan dan pengelolaan sistem kesehatan di Indonesia. Permasalahan SDMK tidak memungkinkan untuk diatasi oleh kementerian kesehatan sendiri. Aspek dari SDMK itu sendiri mencakup bagaimana ketersediaan, keterjangkauan, penerimaan, dan mutu. Ketersediaan itu sendiri berupa sumber daya manusia kesehatan dengan kebutuhan di masyarakat.

keterjangkauan adalah kemudahan masyarakat dalam bertemu berkomunikasi dengan SDMK tersebut. Untuk aspek penerimaan emampuan SDMK untuk memberikan pelayanan kepada semua Yang terakhir berupa mutu dimana mengandung kompetensi, ipuan, pengetahuan, dan perilaku SMDK sesuai pada norma etika yang ada (Attriani, 2022).



Tenaga kesehatan yang tinggal atau ditempatkan di pedesaan bahkan di daerah tertinggal sebagian besar kesulitan mendapatkan administrasi kesehatan yang berkualitas. Hal ini disebabkan oleh keadaan geografi, geologi, transportasi, penerimaan korespondensi, peningkatan tingkat keterpurukan masyarakat, dan masih banyak lagi timpang-tindih permasalahan yang dihadapi. Dalam upaya peningkatan tenaga kesehatan, pemerintah telah melakukan dalam menyalurkan pemenuhan kebutuhan tenaga kesehatan terutama pada pedesaan dan daerah tertinggal, tertinggal, dan perbatasan. Upaya pemberian insentif bagi dokter, bidan desa, perawat, dan tenaga kesehatan lainnya bisa menjadi alternatif untuk membuat tenaga kesehatan mau ditempatkan di daerah tersebut (Diani et al., 2023).

Menurut Ahmed et al. (2020) dalam penelitiannya bahwa faktor-faktor tersebut adalah pada tingkat individu (gender, situasi keluarga, usia), kondisi hidup dan kerja yang tidak menarik, pengakuan dan partisipasi masyarakat, kualitas kepemimpinan, proses rekrutmen/penggunaan yang tidak menguntungkan, dan insentif finansial yang tidak memadai. Hal ini menunjukkan bahwa staf perempuan memiliki kendala khusus yang menghalangi mereka untuk ditempatkan atau tinggal di daerah pedesaan dalam jangka waktu lama. Selain itu, jumlah staf yang direkrut di tingkat nasional tidak dapat diprediksi dan tidak mencukupi, sementara proses perekrutan dan penggunaan mereka dianggap tidak adil dan tidak transparan, sehingga merugikan struktur kesehatan pedesaan.

Berikut adalah beberapa tantangan yang dihadapi oleh para profesional kesehatan di daerah pedesaan menurut Szczeensy (2023) :

1. Kekurangan Tenaga Profesional Pelayanan Kesehatan: Daerah pedesaan sering menghadapi kekurangan tenaga kesehatan profesional, termasuk dokter, perawat, dan petugas kesehatan lainnya. Hal ini dapat menyebabkan waktu tunggu yang lama, terbatasnya akses terhadap layanan kesehatan, dan peningkatan beban kerja bagi para profesional kesehatan. Oleh karena itu, lulusan manajemen layanan kesehatan yang memasuki sektor layanan kesehatan pedesaan perlu inovatif dalam merekrut, melatih, dan mempertahankan tenaga profesional kesehatan.
2. Sumber Daya yang Terbatas: Daerah pedesaan mungkin memiliki sumber daya kesehatan yang terbatas, termasuk peralatan medis, persediaan, dan obat-obatan. Hal ini dapat berdampak pada kualitas layanan yang diberikan dan meningkatkan beban kerja profesional kesehatan. Para profesional manajemen rantai pasokan layanan kesehatan dapat memainkan peran penting dalam mengoptimalkan rantai pasokan untuk memastikan ketersediaan pasokan penting.



c) Komunikasi

Teori dengan model *The Health Care Access Barrier* (HCAB) yang dikemukakan oleh Carrillo et al. (2011) pelayanan kesehatan yang diterapkan secara merata di segala kelompok ras dan etnis yang secara khusus menargetkan hambatan akses yang dapat mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan pada masyarakat dengan akses yang sulit. Teori ini mengembangkan tiga kategori yaitu :

1. Finansial, yang dimaksud yaitu individu yang tidak memiliki asuransi dan tidak memiliki kemampuan dalam membayar.
2. Struktur, faktor yang mempengaruhi dalam kategori ini yaitu jarak, waktu tunggu, sarana transportasi, kondisi dan medan dalam perjalanan menuju pelayanan kesehatan.
3. Kognitif, yaitu keyakinan dan pengetahuan serta komunikasi yang terjalin antara masyarakat dengan petugas kesehatan. Adapun faktor yang mempengaruhi yaitu pengetahuan masyarakat mengenai kesehatan dan komunikasi yang dibatasi oleh kemampuan berbahasa dan kebudayaan setempat.

Komunikasi merupakan bentuk pesan verbal maupun non-verbal antara pengirim maupun penerima pesan untuk bertukar tingkah laku satu sama lain. Pengirim pesan dapat berupa individu, kelompok, maupun suatu organisasi secara keseluruhan. Komunikasi juga salah satu faktor yang perlu diperhatikan dalam terjadinya suatu aktivitas. Dengan komunikasi, seseorang dapat menjalin sebuah hubungan dalam kehidupan sehari-hari (Khulfatya, 2019).

Menurut Priyanto, 2009 dalam Dora et al. (2019) komunikasi bukan hanya bentuk alat untuk berbicara dengan klien akan tetapi komunikasi antar perawat dan pasien mempunyai hubungan terapeutik yang tujuannya demi kesembuhan pasien. Perawat yang mempunyai keterampilan berkomunikasi dengan baik saja tidak akan mudah dalam membina hubungan saling mempercayai dengan pasien akan tetapi dapat mencegah permasalahan legal etik, serta bisa memberikan tingkat kepuasan kepada pasien dalam pelayanan keperawatan, meningkatkan citra keperawatan.

Komunikasi adalah suatu hal yang sangat mendasar di kehidupan tiap individu. Bahkan komunikasi telah menjadi saksi terbentuknya suatu masyarakat atau suatu komunitas yang terintegrasi oleh informasi, dimana sesama masyarakat dapat saling bertukar informasi. Untuk mewujudkan Program Indonesia Sehat perlu adanya komunikasi yang baik dari setiap tenaga kesehatan. Para kesehatan harus bertindak sebagai komunikator yang baik dalam ranah komunikasi interpersonal. Komunikasi interpersonal ini jenis komunikasi yang terbilang penting, dapat terjadi ketika dua individu dalam kurun jarak yang dekat satu sama lain dan merupakan komunikasi dua arah. Komunikasi interpersonal juga merupakan cara



kita mengekspresikan pikiran, gagasan dan perasaan kita kepada orang-orang sekitar (Rachmawati, 2020).

Kesalahan dalam komunikasi yang terjadi ketika pasien memahami kata-kata dan perbuatan yang diungkapkan oleh perawat berdasarkan perspektif budayanya akan tetapi perawat tidak mengerti makna dari yang disampaikan oleh pasien begitupun sebaliknya, sehingga keduanya dapat salah dalam menafsirkan informasi yang di terima yang dapat menyebabkan hubungan antara perawat dan pasien menjadi saling terganggu yang membuat asuhan keperawatan menurun. Beragamnya bahasa dan budaya masih menjadi hambatan terbesar dalam berkomunikasi yang efektif. Perawat harus berinteraksi secara efektif, sensitif dan profesional dengan pasien dari berbagai bentuk latar belakang, budaya, ras, dan etnis (Bit-Lian et al., 2020).

Kwame & Petrucka (2020) mengatakan komunikasi yang efektif dalam interaksi perawat-pasien dianggap memiliki fungsi terapeutik dalam layanan kesehatan. Kualitas layanan akan meningkat ketika layanan yang diberikan berpusat pada klien dan didasarkan pada percakapan kepedulian. Perawat didorong untuk berkomunikasi empatik dan hormat kepada pasien serta menjadi pendengar dengan yang penuh perhatian dan menggunakan isyarat komunikasi non verbal yang sesuai dengan keadaan perawatan.

Daerah pedesaan mungkin memiliki populasi budaya dan etnis yang beragam dengan kebutuhan layanan kesehatan yang unik. Tenaga kesehatan profesional mungkin kurang memiliki pelatihan kompetensi budaya, sehingga dapat menyebabkan kesalahpahaman dan miskomunikasi antara tenaga kesehatan dan pasien. Siswa yang mengejar gelar Magister teknologi informasi kesehatan dan manajemen kesehatan dapat memainkan peran penting dalam mengembangkan kebijakan dan praktik perawatan kesehatan yang sensitif secara budaya (Szczepansky, 2023).

Banyak faktor yang dapat mempengaruhi komunikasi yang efektif, yaitu variasi budaya, literasi kesehatan yang tidak memadai, dan kesulitan bahasa. Hambatan bahasa telah disoroti sebagai tantangan paling signifikan dalam menyediakan perawatan yang memadai, tepat, efektif, dan tepat waktu kepada orang-orang yang tidak mengerti bahasa lokal. Kegagalan dalam menjelaskan diagnosis kepada pasien dengan tepat memiliki risiko buruk dan konsekuensi yang negatif (Bakhsh et al., 2024).



Tanggap

Model SERVQUAL (*service quality*) yang dikembangkan nl et al. (1990) menyebutkan bahwa pertanyaan mendasar yang sensitif untuk mengukur pengalaman konsumen mendapatkan nan tercakup dalam lima dimensi kualitas pelayanan yaitu:

reliability (kehandalan): kemampuan untuk menampilkan pelayanan ng dijanjikan dengan segera dan akurat.

2. *Responsiveness* (ketanggapan atau kepedulian): kemampuan untuk membantu konsumen dan meningkatkan kecepatan pelayanan.
3. *Assurance* (jaminan kepastian): kompetensi yang dimiliki sehingga memberikan rasa aman, bebas dari bahaya, risiko atau keraguan dan kepastian yang mencakup pengetahuan, perilaku dan sifat yang dapat dipercaya.
4. *Empathy* (perhatian): sifat dan kemampuan untuk memberikan perhatian penuh kepada pasien, kemudahan melakukan kontak dan komunikasi yang baik.
5. *Tangibles* (wujud nyata): penampilan fisik dari fasilitas, peralatan, sarana informasi atau komunikasi dan petugas atau pegawai.

Daya tanggap (*responsiveness*), yaitu keinginan dan kesigapan para petugas untuk membantu konsumen dalam memberikan pelayanan dengan sebaik-baiknya, meliputi: 1) memberikan pelayanan tepat dan cepat, 2) siap menerima keluhan konsumen, 3) kerelaan menolong dan membantu konsumen, dan 4) siap dan tanggap dalam menangani respon permintaan konsumen (Parasuraman et. al 1990 dalam Prabanastiti, 2018).

Responsiveness yaitu suatu kemauan untuk membantu dan memberikan pelayanan yang cepat dan tepat kepada pelanggan dengan penyampaian informasi yang jelas. Membiarkan konsumen menunggu tanpa adanya alasan yang jelas menyebabkan persepsi yang negatif dalam kualitas pelayanan. Ketanggapan merupakan keinginan para petugas untuk membantu para pelanggan dan memberikan pelayanan dengan tanggap (Nursalam, 2014 dalam Jurotulimaniyah, 2019).

Indikator *responsiveness*, menurut Parasuraman 1994 dalam Jurotulimaniyah (2019) adalah sebagai berikut:

1. Menginformasikan pelanggan tentang kepastian waktu penyampaian jasa atau informasi.
2. Layanan yang segera atau cepat bagi pelanggan atau pasien.
3. Kesiediaan untuk membantu pelanggan atau pasien.
4. Kesiapan untuk merespon keluhan pasien.

Fasilitas kesehatan saat ini telah menunjukkan penekanan yang besar dalam memenuhi harapan masyarakat dengan meningkatkan daya tanggap terhadap pasien dan meningkatkan populasi serta tingkat kepuasan pada pasien. Peningkatan mutu pelayanan kesehatan juga dapat meningkatkan kepatuhan seseorang untuk berobat dan lebih memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada. Daya tanggap mengacu

kekompetensi pasien dalam mengukur kinerja sistem kesehatan yang an sejauh mana mereka memberikan layanan yang baik terhadap (Abdo et al., 2021).

World Health Organization telah menjalankan konsep *siveness* melalui pengukuran delapan domain bertujuan melihat an antara aspek sistem kesehatan yang berkaitan dengan hak sebagai manusia dan aspek terkait bagaimana sistem kesehatan



dapat memenuhi kebutuhan pasien sebagai konsumen dari suatu sistem. Menurut Orianti et al. (2020) ada delapan domain dari *responsiveness* yaitu : 1) Menghormati martabat manusia. 2) Otonomi untuk berpartisipasi dalam pengambilan keputusan terkait kesehatan. 3) Kerahasiaan. 4) Perhatian segera. 5) Kualitas perawatan yang memadai. 6) Komunikasi. 7) Akses ke jaringan dukungan sosial. 8) Pilihan penyedia layanan kesehatan.

Dalam penelitiannya Wira et al. (2014) mengatakan bahwa *responsiveness* adalah kesediaan dalam membantu pasien, memberikan respon dan pelayanan kesehatan yang cepat serta tepat sehingga keluhan yang dialami oleh pasien cepat teratasi. Daya tanggap juga harus mampu dalam memberikan respon atas permintaan pasien dengan cepat dan sifat yang ramah.

e) Keadilan

Terdapat tiga konsep dimensi keadilan yaitu dimensi keadilan distributif, keadilan prosedural, dan keadilan interaksional. Keadilan distributif menurut Cropanzano dan Greenberg dalam Saunders et al. (2002) distributif berkaitan dengan permintaan maaf sebagai gambaran penyesalan dari pihak pemberi layanan, adanya perbaikan yang diberikan kepada pelanggan karena adanya kegagalan layanan, dan penawaran ganti berdasarkan apa yang pelanggan inginkan atau butuhkan sebagai ganti kekecewaan yang dialami. Dengan kata lain, keadilan distributif menggunakan pemikiran bahwa pekerja hanya menaruh perhatian pada *outcome*, seperti gaji, *reward*, jadwal kerja, beban kerja, dan tanggung jawab.

Greenberg dalam Lee (2000) mengatakan keadilan prosedural merupakan keadilan yang berpengaruh dengan persepsi dari prosedur yang digunakan dan proses untuk sampai pada sebuah tujuan. Faktor-faktor yang menjadi pertimbangan dalam penilaian seseorang mengenai adil/tidaknya proses atau prosedur tertentu dikelompokkan menjadi dua, antara lain: faktor struktural dan sosial. Keadilan prosedural yaitu keadilan atas prosedur yang digunakan untuk menentukan outcome yang diterima pekerja. Hal ini juga menyatakan bahwa, prosedur yang adil harus bertanggung jawab, penanganan yang cepat, adanya sistem yang fleksibel, dan mempertimbangkan situasi individual dari pelanggan

Bies dan Moag dalam Beugre (1998) menyatakan bahwa keadilan interaksional didefinisikan sebagai kualitas perlakuan rasional yang diterima pekerja selama pengimplementasian ur tertentu oleh pihak yang berwenang. Kualitas perlakuan yang a bawahan dari interaksi sosial yang terjadi sehari-hari dengan nya dapat mencerminkan informasi mengenai status/kedudukan nya. Pada dasarnya keadilan interaksional ini perilaku rasional dalam bentuk diberlakukannya prosedur dan pengiriman



hasil, yang mencakup penjelasan, kejujuran, kesopanan, usaha dan empati yang diberikan oleh penyedia layanan.

Menurut WHO dalam Indrayathi & Noviyani (2017), *equity* kesehatan adalah setiap manusia mendapatkan kesempatan yang adil dalam memenuhi kebutuhan kesehatannya sehingga upaya pemenuhan kebutuhan kesehatan tidak ada yang saling dirugikan. *Equity* dalam pelayanan kesehatan dapat di artikan sebagai berikut :

1. Akses yang sama ke pelayanan kesehatan, setiap individu berhak atas mengakses layanan kesehatan.
2. Pemanfaatan pelayanan kesehatan yang sama dalam hal ini yaitu pemenuhan kebutuhan yang sama.
3. Kualitas pelayanan kesehatan yang sama, memeberikan pelayanan kesehatan kepada seluruh masyarakat sesuai dengan bagaimana standar yang telah ditentukan.

Dua dimensi *equity* dalam pelayanan kesehatan yaitu :

1. Keadilan horisontal (*horisontal equity*), prinsip perlakuan yang sama dengan kondisi yang sama terdiri dari: sumber daya, penggunaan dan akses yang sama dalam kebutuhan yang sama serta kesamaan tingkat kesehatan.
2. Keadilan vertikal (*vertical equity*) merupakan prinsip perlakuan berbeda untuk keadaan yang berbeda, yaitu: perlakuan yang tidak sama untuk kebutuhan yang berbeda dan pembiayaan kesehatan progresif berdasarkan kemampuan membayar.

Ketimpangan dalam bidang kesehatan secara sistematis menempatkan kelompok masyarakat yang kurang beruntung secara sosial (misalnya, karena kemiskinan, perempuan, dan/atau anggota kelompok ras, etnis, atau agama yang tidak mempunyai hak pilih) pada posisi yang lebih dirugikan dalam hal kesehatan. Kesehatan sangat penting untuk kesejahteraan dan untuk mengatasi dampak kerugian sosial lainnya. Keadilan adalah prinsip etika, hal ini juga sejalan dan erat kaitannya dengan prinsip-prinsip hak asasi manusia. Definisi keadilan yang diusulkan mendukung operasionalisasi hak atas standar kesehatan tertinggi yang dapat dicapai sebagaimana ditunjukkan oleh status kesehatan kelompok yang paling diuntungkan secara sosial. Menilai kesetaraan kesehatan memerlukan perbandingan kesehatan dan faktor-faktor penentu sosialnya antara kelompok sosial yang lebih diuntungkan dan kurang diuntungkan (P Braveman & Gruskin, 2003).

f) Ketersediaan Layanan Kesehatan



Menurut (Notoatmodjo, 2014) pelayanan kesehatan bagi rakat terdiri dari rumah sakit, puskesmas, pustu, poliklinik, idu, polindes, poskesdes, praktek dokter atau bidan swasta dan uinya. Ketersediaan (*availability*) adalah masuk dalam indikator an yang dapat dilihat dari segi kelengkapan fasilitas pelayanan itan berupa ketersediaan obat dan segala jenis peralatan, gkapan kerja dan fasilitas lainnya yang berfungsi sebagai alat

utama/pembantu dalam pelaksanaan pekerjaan. Ketersediaan fasilitas kesehatan menjadi faktor yang mendorong masyarakat dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan (Dewi & Nurjannah, 2020).

Ketersediaan dan akomodasi mengacu pada layanan kesehatan (baik ruang fisik atau mereka yang bekerja dalam peran perawatan kesehatan) dapat dicapai baik secara fisik dan tepat waktu. Ketersediaan merupakan keberadaan fisik sumber daya kesehatan yang memadai kapasitas untuk menghasilkan jasa (keberadaan produktif fasilitas). Hal ini disebabkan karakteristik fasilitas (kepadatan, konsentrasi, distribusi, aksesibilitas bangunan), konteks perkotaan (desentralisasi, perkotaan penyebaran, dan sistem transportasi) dan individu (durasi dan fleksibilitas jam kerja) (Levesque et al., 2013)

Keterbatasan infrastruktur layanan kesehatan sering kali dirasakan oleh Daerah Tertinggal, Terpencil, Perbatasan, dan Kepulauan (DTPK). Puskesmas nyatanya sudah terpenuhi di tiap kecamatan akan tetapi masih mengalami permasalahan bagi desa-desa yang tertinggal Kemenkes RI (2010). Keterbatasan infrastruktur kesehatan terutama pelayanan kesehatan primer, kurangnya pengetahuan masyarakat mengenai kesehatan juga diduga menjadi alasan yang membuat terhambatnya peningkatan derajat kesehatan di daerah tertinggal (Soewondo et al., 2019).

Sebagai pusat pelayanan kesehatan strata pertama, puskesmas memiliki tanggung jawab berupa mampu menjalankan pelayanan kesehatan tingkat pertama secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan. Pelayanan kesehatan baik rawat jalan maupun rawat inap dengan tujuan untuk penyembuhan atau pemulihan pada dasarnya dilakukan dalam gedung yaitu puskesmas induk, puskesmas pembantu, atau pondok bersalin desa (polindes) (Maryani & Suharmati, 2013).

Minimnya peralatan kesehatan dan sarana penunjang kesehatan di puskesmas atau polindes sering kali membuat masyarakat kecewa sehingga mengharuskan menempuh perjalanan yang jauh dan sulit untuk mendapatkan pelayanan kesehatan lanjutan. Ketersediaan alat kesehatan menjadi salah satu penunjang kesembuhan bagi pasien. Hal ini membuat minat masyarakat menjadi kurang untuk berobat ke puskesmas, poskesdes atau polindes, padahal puskesmas, poskesdes dan polindes merupakan sarana terdekat bagi masyarakat desa untuk melakukan pengobatan pertama (Nur, 2022). Keterbatasan sarana dan

layanan kesehatan menyebabkan kualitas kesehatan masyarakat di wilayah DTPK tergolong rendah, selain dikarenakan lingkungan permukiman dan cara hidup masyarakat yang kurang Lestari, 2013).

Orang yang tinggal di daerah yang terpencil atau kurang mungkin tidak memiliki akses yang memadai pelayanan kesehatan, termasuk obat-obatan dan perawatan medis. Fasilitas



kesehatan yang terbatas atau kurang tidak dapat dikatakan memberikan pelayanan kesehatan yang memadai atau mengakibatkan waktu tunggu yang lama. Adapun langkah yang dapat di ambil dalam meningkatkan layanan kesehatan yaitu memperbaiki infrastruktur layanan kesehatan, seperti pembangunan rumah sakit, puskesmas, klinik, dan laboratorium untuk membantu meningkatkan kapasitas fasilitas kesehatan (Agustiawan et al., 2020).

g) Kemampuan Menerima

Kondisi kesehatan masyarakat yang terdapat di wilayah daerah tertinggal masih menjadi perhatian publik. Hal tersebut dikaitkan dengan kurangnya masyarakat dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada (Soewondo et al., 2019). Masyarakat di daerah terpencil masih banyak yang lebih memanfaatkan pelayanan kesehatan tradisional seperti dukun. Dengan demikian dapat menunjukkan bahwa kekuatan dari tradisi adat turun temurun yang masih kental dalam pengobatan atau penyembuhan serta kepercayaan terhadap pengobatan diluar ilmu kesehatan atau medis. Hal ini tentu menjadi tantangan bagi tenaga kesehatan itu sendiri dalam meyakinkan dan melayani masyarakat yang bermukim di desa tertinggal (Musadad et al., 1994).

Keunikan khusus dalam pencarian pengobatan pada komunitas adat terpencil (KAT) yang keberadaannya menjadi fokus dalam peningkatan kesehatan masyarakat. Pada dasarnya warga KAT saat mengalami kesakitan masih mempercayai atau menggunakan cara pengobatan sendiri dan pengobatan tradisional terlebih dahulu kemudian saat penyakit tersebut tak kunjung sembuh baru memanfaatkan pelayanan kesehatan modern di puskesmas atau tenaga kesehatan lainnya. Selain itu masyarakat juga masih memiliki keyakinan adat istiadat dalam penyembuhan penyakit dengan “jampi-jampi” dan menggunakan benda-benda yang dianggap sanggup dalam perlindungan diri (Guspianto et al., 2020).

Etnis dan kepercayaan salah satu faktor yang saling berhubungan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan di masyarakat pedesaan. Sebagian besar menunjukkan bahwa masyarakat adat tidak selalu mempercayai tenaga kesehatan karena mereka takut akan potensi penganiayaan dan rasa malu. Anggota masyarakat sering kali menolak mencari layanan kesehatan karena rasa malu dan stigma yang terkait dengan pengungkapan masalah kesehatan yang dialami (Houghton et al., 2023).

Sosial budaya menjadi faktor yang dapat mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan diantaranya kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dan budaya serta tradisi ke dukun. Faktor ini tentunya berhubungan dengan keputusan pemilihan jasa pelayanan kesehatan dimana faktor kondisi lingkungan eksternal dapat mempengaruhi nilai, persepsi, preferensi dan sikap seseorang. Kepercayaan masyarakat terhadap dukun dianggap



sebagai pilihan dan memiliki pengaruh terhadap kesembuhan seperti upacara pengobatan yang dianggap sebagai warisan dari para leluhur juga menambah keyakinan masyarakat terhadap upaya pengobatan tradisional (Widiyastuty et al., 2023). Kepercayaan terhadap budaya dan tradisi pengobatan tradisional yang ada di kalangan masyarakat dapat menurunkan minat masyarakat dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan (Abas et al., 2019).

h) Kemampuan Membayar

Aspek sosial ekonomi sangat berpengaruh terhadap faktor sosial dan ekonomi yang mempengaruhi kondisi kehidupan seseorang, keluarga, atau masyarakat secara keseluruhan (Agustiawan et al., 2020). Hubungan antara pendapatan masyarakat dan dampak kesehatan yang dapat merugikan masih menjadi permasalahan di wilayah daerah tertinggal yang terpisah secara ras dan ekonomi. Pendapatan ekonomi terhadap kesehatan menjadi masalah dimana pendapatan ekonomi rendah mempengaruhi akses layanan kesehatan dan mewujudkan gaya hidup yang sehat. Masyarakat yang tergolong ekonomi rendah cenderung mengalami banyak hambatan dalam mempertahankan gaya hidup sehat dibanding kelompok masyarakat menengah (Pysmenna & Anderson, 2022).

Meningkatkan akses terhadap layanan kesehatan primer di masyarakat pedesaan dan masyarakat yang kurang terlayani memerlukan penghapusan hambatan finansial terhadap layanan kesehatan. Misalnya, pertimbangkan implikasi kebijakan berikut: Hambatan finansial terhadap layanan kesehatan reproduksi, kehamilan, dan neonatal dapat diatasi dengan kebijakan. Kebijakan-kebijakan ini dapat mencakup penghapusan biaya pengguna, penyediaan layanan gratis atau bersubsidi, dan perluasan akses terhadap asuransi kesehatan. Pengeluaran pemerintah untuk bidang kesehatan, kemitraan, dan perawatan medis di rumah merupakan beberapa pendekatan yang dilakukan untuk menghilangkan hambatan finansial terhadap layanan kesehatan (Szczesny, 2023).

Status pekerjaan yang tidak stabil atau pekerjaan yang memberikan gaji yang rendah mungkin tidak memiliki jaminan kesehatan yang dapat membuat sulit dalam mendapatkan perawatan medis (Jaffe et al., 2019). Orang yang memiliki pendapatan rendah mungkin tidak memiliki akses yang sama ke perawatan kesehatan yang berkualitas dibandingkan dengan orang yang memiliki pendapatan yang lebih tinggi (Jaffe et al., 2019). Hal ini menjadi faktor kurangnya perawatan preventif dan perawatan awal yang dapat memperburuk keadaan kesehatan yang ada. Adapun langkah yang bisa di ambil yaitu menyediakan layanan kesehatan yang terjangkau, mengoptimalkan teknologi informasi dan membangun dukungan sosial (Agustiawan et al., 2020).

Biaya layanan kesehatan dapat berupa biaya dokter, biaya obat, atau biaya prosedur medis. Beberapa langkah yang bisa



dilakukan dalam memperbaiki aksesibilitas biaya layanan kesehatan yaitu memberikan subsidi bagi masyarakat yang tidak mampu membayar biaya layanan kesehatan, meningkatkan program asuransi kesehatan, meningkatkan transparansi biaya layanan kesehatan, meningkatkan layanan kesehatan primer seperti puskesmas, dan menjalin kemitraan dengan sektor swasta seperti perusahaan farmasi (Agustiawan et al., 2020).

1.5.2 Tinjauan Umum Tingkat Kepuasan

Memahami keinginan tiap pasien merupakan sesuatu yang dapat mempengaruhi tingkat kepuasan pasien. Kepuasan pasien merupakan ujung tombak dari standar suatu pelayanan fasilitas kesehatan dan juga merupakan ukuran dari mutu pelayanan kepuasan pasien. Pasien yang merasa puas akan terus melakukan pemakaian jasa kesehatan, namun apabila pasien merasa tidak puas maka mereka tidak akan menggunakan jasa kesehatan itu lagi. Tingkat kepuasan yang rendah akan berdampak pada jumlah kunjungan yang akan mempengaruhi provitabilitas fasilitas kesehatan (Suciati & Zaman, 2023).

Hartini 2014 dalam Arinda (2021) untuk memenuhi tingkat kepuasan pasien, suatu instansi harus mampu menciptakan dan mengelola suatu sistem untuk memperoleh pasien yang lebih banyak dan kemampuan untuk mempertahankan pasiennya. Pasien yang merasa puas akan kebutuhan dan keinginannya akan lebih loyal. Pasien tersebut akan datang secara berulang-ulang dan terus melakukan pengobatan. Sebaliknya, jika pasien merasa tidak puas akan pelayanan yang diberikan, maka pasien tidak akan datang lagi atau bahkan memilih pergi ditempat pelayanan kesehatan lainnya.

Tingkat kepuasan dinilai dari bagaimana pelayanan itu sendiri, suatu pelayanan dapat dikatakan baik apabila kenyataan dilapangan sesuai dengan apa yang diharapkan. Tingkat kepuasan pasien dipengaruhi beberapa faktor yaitu, kelengkapan sarana dan prasarana serta sikap si pemberi layanan (Kemenkes RI, 2017). Tingkat kepuasan pasien sangat berhubungan dengan kenyamanan, keramahan, dan kecepatan pelayanan, tingkat kepuasan pasien merupakan indikator yang berhubungan dengan jumlah keluhan pasien atau keluarga, kritik dalam kolom surat pembaca, pengaduan mala praktek, laporan staf medik dan perawatan sebagiannya (Junaedi, 2019).

Menurut Griffith 1987 dalam Pratama (2022) aspek-aspek yang mempengaruhi perasaan puas pada seseorang yaitu :



- 1) pendekatan atau staf pada pasien yaitu sikap staf terhadap pasien ketika pertama kali datang di rumah sakit.
- 2) tugas perawat yang diterima oleh pasien yaitu apa saja yang telah dilakukan oleh pemberi layanan kepada pasien, seberapa pelayanan diberikan yang berkaitan dengan proses kesembuhan penyakit yang

diderita pasien dan kelangsungan perawatan pasien selama berada di rumah sakit.

3. Prosedur administrasi yaitu berkaitan dengan pelayanan administrasi pasien dimulai masuk selama perawatan berlangsung sampai keluar. Waktu menunggu yaitu berkaitan dengan waktu yang diperbolehkan untuk berkunjung maupun untuk menjaga dari keluarga maupun orang lain dengan memperhatikan ruang tunggu yang memenuhi standar-standar.
4. Fasilitas umum yang lain seperti kualitas pelayanan berupa makanan dan minuman privasi dan kunjungan. Fasilitas ini berupa bagaimana pelayanan terhadap pemenuhan kebutuhan pasien seperti makanan dan minuman yang disediakan dan privasi ruang privasi ruang tunggu sebagai sarana bagi orang-orang yang berkunjung di rumah sakit.
5. Fasilitas ruang inap untuk pasien yang harus rawat. Fasilitas ruang inap ini disediakan berdasarkan permintaan pasien mengenai ruang rawat inap yang dikehendaki.
6. Hasil treatment atau hasil perawatan yang diterima oleh pasien yaitu perawatan yang berkaitan dengan kesembuhan penyakit pasien baik, kunjungan dokter atau perawat tingkat tingkat kepuasan antara individu satu dengan individu lain berbeda. Hal ini terjadi karena adanya pengaruh dari faktor jabatan, umur, kedudukan, sosial, tingkat ekonomi pendidikan, jenis kelamin, sikap mental dan kepribadian.

Parasuraman et al dalam Tjiptono (2007) mengatakan bahwa tingkat kepuasan konsumen menimbulkan kualitas jasa yang artinya kualitas yang diberikan sangat mempengaruhi tingkat kepuasan konsumen. Tingkat kepuasan juga membantu konsumen dalam mengevaluasi persepsi terhadap kualitas yang diberikan.

1.5.3 Tinjauan Umum Desa Tertinggal

Desa tertinggal adalah desa yang memiliki potensi sumber daya sosial, ekonomi, dan ekologi tetapi belum, atau kurang mengelolanya dalam upaya peningkatan kesejahteraan masyarakat desa, kualitas hidup manusia serta mengalami kemiskinan dalam berbagai bentuknya. Konsep Indeks Desa Membangun (IDM) dijelaskan dalam Peraturan Kementerian Desa (Permendes) No. 2 Tahun 2016 tentang pola dan peta pengembangan pembangunan desa. Dalam pasal 3 disebutkan konsep IDM terintegrasi dari beberapa kategori di dalamnya yaitu indeks ketahanan ekonomi, indeks ketahanan lingkungan, dan indeks ketahanan sosial. Dalam konteks tipologi desa, Indeks Desa Membangun (IDM) mengklasifikasi desa dalam lima



itu : 1) Desa sangat tertinggal, 2) Desa tertinggal, 3) Desa ng, 4) Desa maju dan 5) Desa mandiri (Sukarno, 2020).

embangunan suatu negara hakekatnya untuk mensejahterakan at, sama halnya dengan Negara Indonesia. pembangunan desa hal ini dikarenakan mayoritas masyarakat Indonesia tinggal n. Indonesia saat ini adalah negara berkembang yang

mengupayakan pembangunan nasional. Pembangunan nasional bertujuan untuk memperbaiki, meningkatkan, menciptakan kesejahteraan masyarakat. Desa tertinggal merupakan daerah yang relatif kurang berkembang dibandingkan dengan daerah lain dalam skala nasional. Indikator yang menjelaskan desa tertinggal erat kaitannya dengan bidang ekonomi (rendahnya standar hidup), sumber daya alam (SDA), sumber daya manusia (SDM), sarana dan prasarana, karakteristik wilayah (seperti lokasi dan keadaan geomorfologis), rawan bencana, dan konflik, serta kebijakan pembangunan yang tidak mengikutsertakan desa atau sangat jauh dari pusat pembangunan wilayah (Elsa, 2017).

Menurut Bappenas (2006) suatu daerah dikategorikan atau dikatakan tertinggal apabila :

1. Secara geografis relatif tidak dapat dijangkau karena terpencil atau terisolir, perbukitan/pengunungan, pulau-pulau terpencil, pesisir, atau aspek geomorfologi lainnya. Sehingga tidak mudah dijangkau baik melalui jaringan transformasi maupun sarana komunikasi.
2. Sumber daya alam yang dimaksud tidak memiliki potensi atau memiliki sumber daya alam yang besar, tetapi lingkungan hidup yang merupakan daerah tertinggal akibat eksploitasi sumber daya alam yang berlebihan.
3. Sumber daya manusia, masyarakat yang tinggal di daerah tertinggal atau desa tertinggal memiliki tingkat pendidikan yang rendah, pengetahuan keterampilan yang tidak berkembang dan adat istiadat yang masih turun temurun.
4. Terbatasnya infrastruktur komunikasi, transportasi, air bersih, irigasi, kesehatan, pendidikan, dan pelayanan lain yang mempersulit pelaksanaan ekonomi dan sosial.
5. Sering terjadi bencana alam dan konflik sosial yang berdampak pada terganggunya kegiatan pembangunan sosial dan ekonomi.
6. Daerah menjadi terbelakang karena beberapa kebijakan tidak tepat seperti : orientasi pembangunan daerah tertinggal pendekatan prioritas pembangunan yang salah, serta lemahnya kelembagaan masyarakat adat dalam perencanaan pembangunan.

Tujuan pembangunan nasional juga harus dapat terealisasi agar jurang pemisah antar daerah maju dan tertinggal dapat di minimalkan. Perihal implementasi pemerataan di Indonesia masih memiliki beberapa tantangan terutama tantangan dari aspek fisik atau geografisnya, tidak terkecuali pada tiap-tiap kabupaten/kota di Indonesia yang seringkali hanya pada pertumbuhan ekonomi tetapi ketimpangan antar wilayahnya cukup tinggi dikarenakan kondisi fisik atau geografisnya (Al., 2019).



Umum Puskesmas

Prinsip utama dalam keberhasilan pencapaian tujuan pembangunan kesehatan yaitu tenaga kesehatan. Sumber daya manusia

kesehatan di puskesmas dapat berupa tenaga kesehatan dan tenaga penunjang atau non tenaga kesehatan (Kemenkes RI, 2014). Di Indonesia, Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) merupakan salah satu sarana pelayanan kesehatan masyarakat yang penting. Salah satu unit pelaksana teknis dinas kabupaten/kota yang bertanggung jawab dalam menyelenggarakan pembangunan kesehatan disuatu wilayah kerja yaitu puskesmas sebagai organisasi yang bergerak dibidang pelayanan jasa kesehatan dimana, puskesmas yang memiliki tujuan untuk meningkatkan mutu sumber daya manusia, kesejahteraan keluarga, usia harapan hidup, dan mempertinggi derajat kesehatan masyarakat akan pentingnya hidup sehat (Amir, 2013 dalam Ramadhani, 2022).

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014 tentang Puskesmas, menegaskan puskesmas merupakan fasilitas pelayanan dengan mengadakan upaya kesehatan dan penyelenggaraan kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mementingkan pelayanan promotif dan preventif demi mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi mungkin. Salah satu bentuk nyata dari penyediaan layanan publik dibidang kesehatan yaitu puskesmas, yang bertujuan dalam menyediakan layanan kesehatan yang bermutu, biaya yang lebih terjangkau untuk masyarakat terutama bagi masyarakat ekonomi rendah (Nasution et al., 2022).

Menurut Sulaiman (2021) pertama, manajemen dan suatu organisasi efektif memiliki peranan kunci untuk menentukan kualitas layanan. Tersedianya kebijakan yang transparan, prosedur yang sudah sesuai standar, serta pengevaluasian program yang baik dapat membantu dalam mengefisienkan dan mengefektivitas dari pelayanan kesehatan di puskesmas. Kedua, yaitu sumber daya manusia (SDM) harus berkualitas dan kebutuhannya sesuai dapat menjadi hal penting dalam pelayanan kesehatan misalnya tenaga kesehatan yang telatih dan memiliki pengalaman sesuai bidangnya, termasuk perawat, dokter, dan tenaga medis lainnya.

Dengan diciptakannya kualitas pelayanan di unit Pusat Kesehatan Masyarakat atau Puskesmas tentu dapat menciptakan penilaian tingkat kepuasan pada pasien. Adanya tingkat kepuasan terhadap kualitas layanan ini membuahkan beberapa manfaat yaitu, hubungan yang baik antara penyedia layanan dengan konsumen/pasien, serta terciptanya rasa loyalitas pasien dan membentuk suatu kepercayaan dari mulut ke mulut (*word of mounth*) yang dapat menguntungkan bagi penyedia layanan.

dasar yang harus diterapkan di Puskesmas dapat berupa an senyum, salam, sapa, sopan, dan santun atau singkatnya (5S) tiap pasien yang berkunjung ke Puskesmas (Fitriani, 2020).

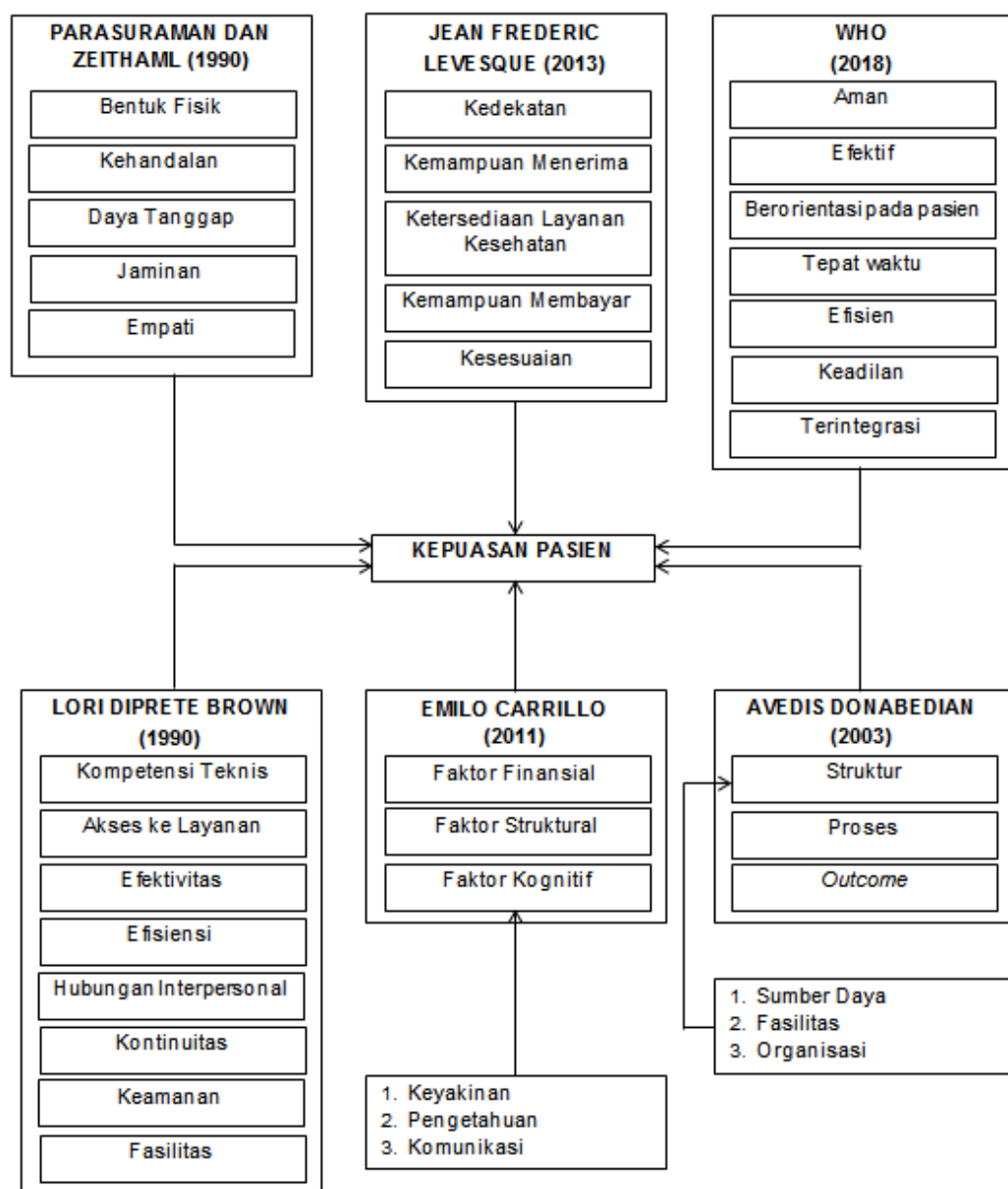
Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat dibuat sebagai salah satu upaya standarisasi puskesmas di seluruh Indonesia. Permenkes ini mengatur penerapan puskesmas yang meliputi tujuan, prinsip, tugas fungsi dan



kewenangan, persyaratan mendirikan, peralatan kesehatan, sumber daya manusia, akreditasi, jaringan dan jejaring pelayanan, sistem rujukan, pendanaan, sistem informasi, serta pembiayaan dan pengawasan. Puskesmas merupakan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang sangat penting, menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan di wilayah kerjanya. Standar pelayanan minimal di puskesmas diperlukan, agar dapat melaksanakan fungsinya secara optimal. Pemerataan pelayanan kesehatan melalui puskesmas dan jaringannya selama ini relatif telah memadai.



1.5.5 Kerangka Teori Penelitian

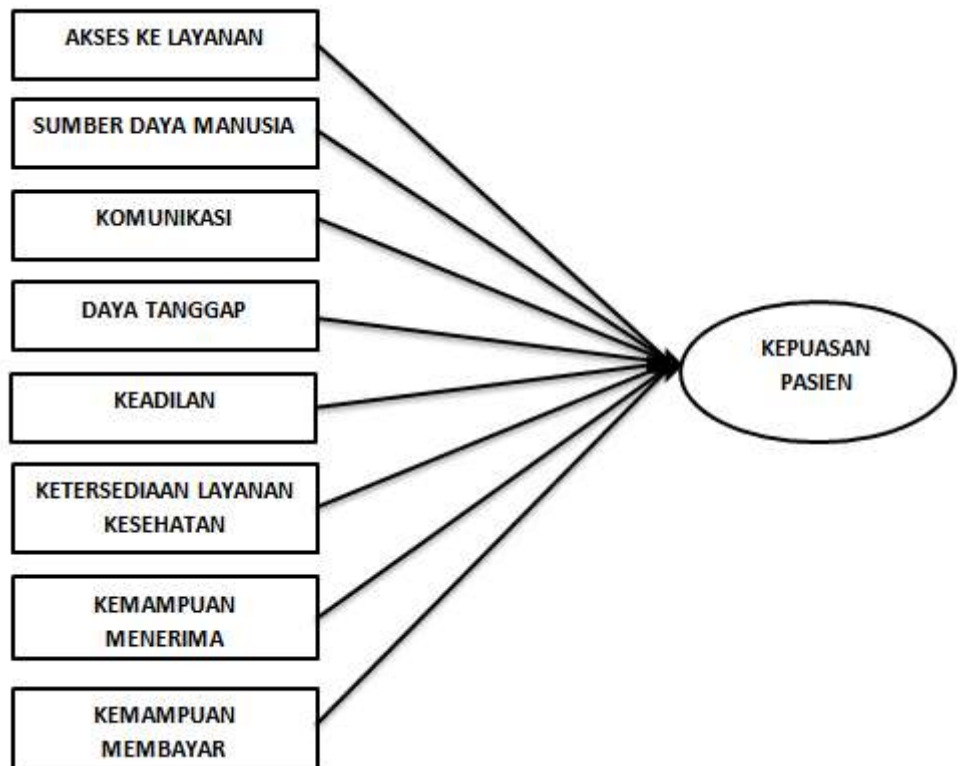


Sumber: Modifikasi Kerangka Teori Avedis Donabedian (2003), Emilo (2011), Levesque et al (2013), Lori Diprete Brown (1990), nan & Zeithaml (1990), dan WHO (2018)

Gambar 1. 1 Kerangka Teori Penelitian



1.5.6 Kerangka Konsep Penelitian



Keterangan :

 : Variabel Independen

 : Variabel Dependen

Gambar 1. 2 Kerangka Konsep Penelitian

1.5.7 Hipotesis

a) Hipotesis Nol (H0)

1. Tidak ada pengaruh antara akses layanan terhadap tingkat kepuasan Pasien pada desa tertinggal (Studi di Desa Ongulara, Kecamatan Banawa Selatan, Kabupaten Donggala).
2. Tidak ada pengaruh antara ketersediaan sumber daya terhadap tingkat kepuasan Pasien pada desa tertinggal (Studi di Desa Ongulara, Kecamatan Banawa Selatan, Kabupaten Donggala).
3. Tidak ada pengaruh antara komunikasi terhadap tingkat kepuasan pasien pada desa tertinggal (Studi di Desa Ongulara, Kecamatan Banawa Selatan, Kabupaten Donggala).



4. Tidak ada pengaruh antara daya tanggap terhadap tingkat kepuasan Pasien pada desa tertinggal (Studi di Desa Ongulara, Kecamatan Banawa Selatan, Kabupaten Donggala).
5. Tidak ada pengaruh antara keadilan terhadap tingkat kepuasan Pasien pada desa tertinggal (Studi di Desa Ongulara, Kecamatan Banawa Selatan, Kabupaten Donggala).
6. Tidak ada pengaruh antara ketersediaan layanan kesehatan terhadap tingkat kepuasan Pasien pada desa tertinggal (Studi di Desa Ongulara, Kecamatan Banawa Selatan, Kabupaten Donggala).
7. Tidak ada pengaruh antara kemampuan menerima terhadap tingkat kepuasan Pasien pada desa tertinggal (Studi di Desa Ongulara, Kecamatan Banawa Selatan, Kabupaten Donggala).
8. Tidak ada pengaruh antara kemampuan membayar terhadap tingkat kepuasan Pasien pada desa tertinggal (Studi di Desa Ongulara, Kecamatan Banawa Selatan, Kabupaten Donggala).

b) Hipotesis Alternatif (Ha)

1. Ada pengaruh antara akses layanan terhadap tingkat kepuasan Pasien pada desa tertinggal (Studi di Desa Ongulara, Kecamatan Banawa Selatan, Kabupaten Donggala).
2. Ada pengaruh antara ketersediaan sumber daya terhadap tingkat kepuasan Pasien pada desa tertinggal (Studi di Desa Ongulara, Kecamatan Banawa Selatan, Kabupaten Donggala).
3. Ada pengaruh antara komunikasi terhadap tingkat kepuasan Pasien pada desa tertinggal (Studi di Desa Ongulara, Kecamatan Banawa Selatan, Kabupaten Donggala).
4. Ada pengaruh antara daya tanggap terhadap tingkat kepuasan Pasien pada desa tertinggal (Studi di Desa Ongulara, Kecamatan Banawa Selatan, Kabupaten Donggala).
5. Ada pengaruh antara keadilan terhadap tingkat kepuasan Pasien pada desa tertinggal (Studi di Desa Ongulara, Kecamatan Banawa Selatan, Kabupaten Donggala).
6. Ada pengaruh antara ketersediaan layanan kesehatan terhadap tingkat kepuasan Pasien pada desa tertinggal (Studi di Desa Ongulara, Kecamatan Banawa Selatan, Kabupaten Donggala).
7. Ada pengaruh antara kemampuan menerima terhadap tingkat kepuasan Pasien pada desa tertinggal (Studi di Desa Ongulara, Kecamatan Banawa Selatan, Kabupaten Donggala).
8. Ada pengaruh antara kemampuan membayar terhadap tingkat kepuasan Pasien pada desa tertinggal (Studi di Desa Ongulara, Kecamatan Banawa Selatan, Kabupaten Donggala).



1.5.8 Definisi Operasional

No.	Variabel	Definisi Operasioan	Alat Ukur	Kriteria Objektif
1.	Akses Layanan	Akses layanan yang dimaksud yaitu dilihat dari seberapa mudah masyarakat dalam menjangkau fasilitas pelayanan kesehatan.	Kuesioner dengan 7 item pertanyaan dengan menggunakan skala likert 1-5 5 = sangat setuju 4 = setuju 3 = kurang setuju 2 = tidak setuju 1 = sangat tidak setuju	1. Tinggi : Jika skor jawaban responden ≥ 21 2. Rendah : Jika skor jawaban responden < 21
2.	Sumber Daya Manusia	Ketersediaan SDM yang dimaksud yaitu ketersediaan SDM Kesehatan yang berada di Desa Tertinggal serta keikutsertaan SDM Kesehatan dalam kegiatan rutin di Desa Tertinggal.	Kuesioner dengan 7 item pertanyaan dengan menggunakan skala likert 1-5 5 = sangat setuju 4 = setuju 3 = kurang setuju 2 = tidak setuju 1 = sangat tidak setuju	1. Tinggi : Jika skor jawaban responden ≥ 21 2. Rendah : Jika skor jawaban responden < 21
3.	Komunikasi	Komunikasi yang dimaksud dalam penelitian yaitu pengalaman responden saat berkomunikasi dengan baik terhadap tenaga kesehatan	Kuesioner dengan 7 item pertanyaan dengan menggunakan skala likert 1-5 5 = sangat setuju 4 = setuju 3 = kurang setuju	1. Tinggi : Jika skor jawaban responden ≥ 21 2. Rendah : Jika skor jawaban responden < 21



			2 = tidak setuju 1 = sangat tidak setuju	
4.	Daya Tanggap	Daya tanggap yang dimaksud yaitu pengalaman responden dalam kesigapan para tenaga kesehatan untuk membantu pasien	Kuesioner dengan 7 item pertanyaan dengan menggunakan skala likert 1-5 5 = sangat setuju 4 = setuju 3 = kurang setuju 2 = tidak setuju 1 = sangat tidak setuju	1. Tinggi : Jika skor jawaban responden ≥ 21 2. Rendah : Jika skor jawaban responden < 21
5.	Keadilan	Keadilan yang dimaksud yaitu pemerataan pelayanan kesehatan yang setara tiap wilayah kerja Puskesmas Lembasada	Kuesioner dengan 7 item pertanyaan dengan menggunakan skala likert 1-5 5 = sangat setuju 4 = setuju 3 = kurang setuju 2 = tidak setuju 1 = sangat tidak setuju	1. Tinggi : Jika skor jawaban responden ≥ 21 2. Rendah : Jika skor jawaban responden < 21
6.	Ketersediaan Layanan Kesehatan	Tingkat ketersediaan yang dimaksud yaitu adanya layanan kesehatan seperti (Pustu, Poskesdes, Polindes, dst) di Desa Ongulara	Kuesioner dengan 7 item pertanyaan dengan menggunakan skala likert 1-5 5 = sangat setuju 4 = setuju 3 = kurang setuju 2 = tidak setuju 1 = sangat tidak setuju	1. Tinggi : Jika skor jawaban responden ≥ 21 2. Rendah : Jika skor jawaban responden < 21



7.	Kemampuan Menerima	Tingkat kemampuan menerima yang dimaksud yaitu bagaimana masyarakat dapat mempercayai pelayanan kesehatan medis dibandingkan pelayanan kesehatan tradisional seperti dukun yang ada di Desa Ongulara	Kuesioner dengan 7 item pertanyaan dengan menggunakan skala likert 1-5 5 = sangat setuju 4 = setuju 3 = kurang setuju 2 = tidak setuju 1 = sangat tidak setuju	1. Tinggi : Jika skor jawaban responden ≥ 21 2. Rendah : Jika skor jawaban responden < 21
8.	Kemampuan Membayar	Tingkat Kemampuan membayar masyarakat dalam pengobatan atau penyembuhan penyakit dilayanan kesehatan yang ada.	Kuesioner dengan 7 item pertanyaan dengan menggunakan skala likert 1-5 5 = sangat setuju 4 = setuju 3 = kurang setuju 2 = tidak setuju 1 = sangat tidak setuju	1. Tinggi : Jika skor jawaban responden ≥ 21 2. Rendah : Jika skor jawaban responden < 21
9.	Tingkat kepuasan	Suatu perasaan di dalam diri pasien terhadap apa yang telah diperoleh dan dirasakan ketika pasien menerima pelayanan	Kuesioner dengan 7 item pertanyaan dengan menggunakan skala likert 1-5 5 = sangat setuju 4 = setuju 3 = kurang setuju 2 = tidak setuju 1 = sangat tidak setuju	1. Puas : Jika skor jawaban responden ≥ 30 2. Tidak puas : Jika skor jawaban responden < 30



1.5.9 Tabel Sintesa

Tabel 1. 1 Sintesa Penelitian

No.	Peneliti/Tahun	Judul	Tujuan	Metode	Hasil Penelitian
1.	(Kusumawati et al., 2023)	Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Tingkat kepuasan Pasien Pada Pelayanan Kesehatan Di Puskesmas Tahun 2022	Penelitian ini untuk melihat faktor-faktor yang berhubungan dengan tingkat kepuasan pasien pada pelayanan kesehatan di puskesmas tahun 2022	Penelitian ini menggunakan kuantitatif dengan pendekatan cross-sectional	Hasil Analisa data faktor tangibles (bukti nyata) didapatkan nilai p-value sebesar $0,602 > \alpha$ (0,05), analisa data faktor reability (Keandalan) didapatkan nilai p-value $0,02 < \alpha$ (0,05), analisa data faktor responsiveness (ketanggapan) didapatkan nilai p-value $0,171 > \alpha$ (0,05, analisa data faktor Assurance (jaminan) didapatkan nilai p-value $0,597 > \alpha$ (0,05, analisa data faktor Empaty (empati) didapatkan nilai p-value $0,948 > \alpha$ (0,05).
2.	Destiyani et al. (2021)	Gambaran Tingkat kepuasan Pasien Terhadap Kualitas Pelayanan Obat di Apotek Kinan Farma Mojosongo	Untuk melakukan penelitian untuk melihat tingkat kepuasan pasien terhadap kualitas pelayanan obat di Apotek Kinan Farma Mojosongo	Penelitian merupakan penelitian observasional yang menggunakan pengamatan secara langsung dengan cara membagikan kuesioner	Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa gambaran kepuasan apotek Kinan Farma tertinggi berada di dimensi <i>reability</i> (kehandalan) dengan persentase sebesar 92,3%. Berdasarkan rata-rata dimensi kepuasan yang diolah, didapatkan hasil persentase sebesar 87% yang menunjukkan kategori sangat puas.
		Tingkat kepuasan pasien terhadap layanan farmasi di Yordania	Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menilai tingkat kepuasan pasien terhadap layanan farmasi di Yordania	Penelitian ini menggunakan kuantitatif dengan studi Cross-sectional	Pasien memiliki skor tingkat kepuasan yang baik terhadap pelayanan kefarmasian secara keseluruhan dengan skor rata-rata $51,4 \pm 11,4$ dari 70. Di antara subskala tersebut, subskala hubungan interpersonal menunjukkan skor tingkat kepuasan sebesar 75,7% sedangkan dua subskala lainnya (tingkat kepuasan umum dan terapi pengelolaan) menunjukkan skornya



					sedikit lebih rendah, masing-masing sebesar 75,0% dan 69,6%.
4.	Noceda et al. (2023)	Tingkat kepuasan pasien terhadap telemedis di Filipina selama pandemi Covid-19 : a mix methods study	Bertujuan untuk mendeskripsikan perspektif dan pengalaman pasien terhadap layanan telemedis, serta mengeksplorasi faktor-faktor yang mempengaruhi penggunaan dan tingkat kepuasan telemedis	Mix methods study	Hasil menunjukkan bahwa peserta lebih memilih layanan telemedis, terutama ketika mereka merasa kondisinya tidak mendesak dan tidak memerlukan pemeriksaan fisik ekstensif.
5.	Verma et al. (2023)	Tingkat kepuasan Pasien dengan telehealth di klinik perawatan primer pusat medis akademik	Untuk menentukan apakah kualitas pengalaman pasien berbeda antara kunjungan video dan kunjungan langsung kelayanan primer	Kuantitatif, dengan menggunakan data sekunder, dan analisis regresi	Tingkat kepuasan pasien secara signifikan lebih tinggi pada kelompok telemedis dibandingkan dengan kelompok tatap muka dalam hal kemampuan untuk membuat janji ketika di perlukan.
6.	Hoxha et al. (2019)	Faktor prediktif tingkat kepuasan pasien di rumah sakit negeri dan swasta di Kosovo	Tujuan penelitian ini untuk menilai faktor prediktif tingkat kepuasan pasien terhadap layanan kesehatan sebagai ukuran kualitas perawatan rumah sakit di rumah sakit pemerintah dan swasta di Kosovo	Kuantitatif dengan pendekatan analisis cross-sectional multivariat	Kelima prediktor signifikan independen ini menyumbang 7,3% dari perubahan total tingkat kepuasan pasien (metode bertahap - $R^2 = 0,073$). Hanya variabel "lama rawat di rumah sakit" dan "biaya rawat inap melebihi layanan yang diterima" sebagai prediktor independen, menjelaskan 5,3% variabilitas tingkat kepuasan total.
		Tingkat kepuasan	Bertujuan untuk	Cross-sectional	Empati dokter (standar β , 0,638; 95% CI, 0,588-



	al. (2023)	pasien terhadap perawatan medis untuk nyeri punggung bawah kronis: studi registri penelitian nyeri	menentukan hubungan proses dan hasil dengan tingkat kepuasan pasien	mengenai tingkat kepuasan pasien	0,688; $t = 25,14$; $P < ,001$) dan komunikasi dokter (standar β , 0,182; 95% CI, 0,133-0,232; $t = 7,22$; $P < .001$) dikaitkan dengan tingkat kepuasan pasien dalam analisis multivariabel yang mengendalikan potensi pembaur. Demikian pula, dalam subkelompok 355 peserta, empati dokter (standar β , 0,633; 95% CI, 0,529-0,737; $t = 11,95$; $P < 0,001$) dan komunikasi dokter (standar β , 0,208; 95% CI, 0,105-0,311 ; $t = 3,96$; $P < 0,001$) tetap dikaitkan dengan tingkat kepuasan pasien dalam analisis multivariabel.
8.	Ku & Vichare (2023)	Asosiasi Kesesuaian Ras dan Etnis dalam Perawatan Primer dengan Tingkat kepuasan Pasien dan Pengalaman Perawatan	Untuk menguji tingkat kesesuaian ras dan etnis untuk pasien dan dokter layanan primer dan hubungannya dengan ukuran pengalaman pasien.	Analisis cross-sectional multivariat terhadap data yang mewakili secara nasional.	Rasial atau konkordansi etnis mempunyai hubungan positif yang sederhana dengan tingkat kepuasan dan rasa hormat layanan kesehatan secara keseluruhan tetapi tidak berhubungan signifikan dengan jumlah kunjungan medis atau hasil lainnya. Status kesehatan yang buruk, tidak memiliki asuransi, dan kurangnya sumber perawatan yang biasa menjadi lebih parah berhubungan dengan pengalaman pasien
9.	Adu Gyamfi Ms P et al. (2023)	Prediktor tingkat kepuasan pasien dan persepsi kualitas layanan kesehatan: Penyedia layanan kesehatan perguruan tinggi dan komunikasi mahasiswa	Tujuan dari penelitian ini untuk menguji pengaruh tingkat kepuasan pasien dan persepsi kualitas layanan kesehatan: Penyedia layanan kesehatan perguruan tinggi dan komunikasi mahasiswa	Analisis regresi	Perilaku afektif dan instrumental adalah perilaku komunikatif penting yang memprediksi tingkat kepuasan pasien pelajar dan persepsi kualitas layanan kesehatan. Namun, arah prediksi ini berbeda antara tingkat kepuasan pasien pelajar dan persepsi kualitas layanan kesehatan.



10.	Gutierrez-Marín & López-Soto (2023)	Tingkat kepuasan Pasien terhadap Pelayanan Gigi, Kedokteran Gigi, Universitas Costa Rica	Tujuan dari penelitian ini adalah menggunakan kuesioner DSQ untuk mengetahui tingkat kepuasan pasien yang datang ke Fakultas Kedokteran Gigi UCR	Kuantitatif, menggunakan uji statistik deskriptif, dan tes kolmogorov-smirnov	Perbedaan yang signifikan secara statistik antara frekuensi kunjungan dan skala tingkat kepuasan gigi ($p=0,001$). Ada juga perbedaan yang signifikan secara statistik antara klinik dan akses yang berbeda, manajemen nyeri, biaya dan ketersediaan ($p=0,001$, $p=0,014$, $p=0,001$, $p=0,001$, masing-masing). Demikian pula, ada perbedaan yang signifikan dalam kelompok umur dan akses ($p=0,014$) dan antar tingkat pendidikan dan biaya ($p=0,001$).
11.	Suciati & Zaman (2023)	Analisis Tingkat kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Mohamad Rabain Kabupaten Muara Enim Tahun 2022	Penelitian ini analisis Tingkat kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Mohamad Rabain Kabupaten Muara Enim Tahun 2022	Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan pendekatan cross-sectional	Hasil analisis uji statistik dengan menggunakan uji statistik Chi-Square dan regresi logistic dimana hasilnya menunjukkan ada hubungan bermakna (p value $< 0,05$) untuk variabel responsiveness (p value $0,032$), dan tangible (p value $0,000$). Dari hasil uji statistik multivariat diperoleh faktor dominan terhadap tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan adalah tangible ($p= 0,000$; OR= 18,631).
12.	Wijaya et al. (2024)	Pengaruh Kepercayaan, Kualitas Pelayanan, dan Kewajaran Harga terhadap Tingkat kepuasan Pasien	Penelitian ini bertujuan untuk menguji pengaruh kolektif kepercayaan, kualitas layanan, dan keadilan harga terhadap tingkat kepuasan pasien	Pendekatan penelitian kuantitatif dengan metode survei digunakan	Analisis data meliputi uji validitas-reliabilitas, analisis univariat, dan analisis multivariat. Kepercayaan dan kualitas pelayanan secara simultan memberikan pengaruh positif dan signifikan terhadap tingkat kepuasan pasien di klinik (p -value $< 0,05$). Kepercayaan Pasien dan Kualitas Pelayanan berdampak pada tingkat kepuasan pasien di Klinik S di Tangerang Selatan.
		Evaluasi Mutu Pelayanan Kesehatan Terhadap Tingkat kepuasan Pasien	Tujuan penelitian untuk menganalisis pengaruh kualitas pelayanan kesehatan terhadap tingkat	Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah survey analitik dengan	Hasil penelitian uji chi square menunjukkan bahwa ada pengaruh 8 variabel yaitu kompetensi teknis, hubungan antar manusia, efektivitas, efisiensi, kontinuitas, keamanan, hubungan antar manusia dan kenyamanan



		Di Instalasi Rawat Inap RS Imelda Pekerja Indonesia Medan	kepuasan pasien di ruang inap RS Imelda Pekerja Indonesia Medan.	rancangan cross sectional	memiliki p-value $< \alpha$ 0,05, dan uji multivariate dengan hasil uji regresi logistik berganda menunjukkan bahwa variabel kompetensi teknis paling dominan dengan odds ratio (OR) 45.348 artinya 4 kali mempengaruhi tingkat kepuasan pasien
14.	Nurdini & Wijayanti (2023)	Faktor Internal dan Eksternal Pelayanan Makanan yang Mempengaruhi Tingkat kepuasan Pasien di Ruang Rawat Inap Kelas 3 RSUD Budhi Asih Jakarta Timur	Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor internal dan faktor eksternal pelayanan makanan yang mempengaruhi tingkat kepuasan pasien.	Metode penelitian ini menggunakan survei cross sectional	Analisis univariat karakteristik responden didapatkan umur ≥ 35 tahun (52,5%), jenis kelamin perempuan (60%), mayoritas ibu rumah tangga, lama hari rawat terbanyak < 4 hari. Analisis Bivariat menunjukkan tidak ada hubungan antara Faktor Internal dan Faktor Eksternal Pelayanan Makanan dengan Tingkat kepuasan Pasien masing – masing p value = 1,000 ($p > 0,05$). Perlu adanya perbaikan dalam peralatan makan pasien kelas 3 di rumah sakit Budhi Asih.



BAB II METODE PENELITIAN

2.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini mengidentifikasi faktor yang dapat mempengaruhi tingkat kepuasan pasien pada desa tertinggal (studi di Desa Ongulara, Kecamatan Banawa Selatan, Kabupaten Donggala)

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah survei analitik dengan pendekatan *cross-sectional*. Survei analitik adalah survei yang mencoba menggali bagaimana dan mengapa fenomena kesehatan itu terjadi. Kemudian melakukan analisis dinamika korelasi antar fenomena atau antar resiko dengan faktor efek. Sedangkan *cross-sectional* yaitu suatu penelitian mempelajari dinamika korelasi antara faktor-faktor resiko dengan efek, dengan cara pendekatan, observasi, atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat. Artinya setiap subjek penelitian hanya diobservasi sekali saja dan pengukuran dilakukan terhadap status karakter atau variabel subjek pada saat pemeriksaan (Notoatmodjo, 2012).

2.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini akan dilaksanakan di Desa Ongulara Kecamatan Banawa Selatan Kabupaten Donggala pada bulan Mei-Juli 2024

2.3 Populasi dan Sampel

1) Populasi

Populasi dalam penelitian ini yaitu jumlah penduduk yang ada di Desa Ongulara yang berjumlah 1.025 jiwa.

2) Sampel

Sampel dalam penelitian ini merupakan sebagian dari populasi, dengan demikian sampel adalah bagian dari populasi yang dijadikan target penelitian. Dalam menentukan besaran sampel penelitian ini dapat menggunakan rumus Slovin, yaitu :

$$n = \frac{N}{1 + N \cdot e^2}$$

Keterangan :

n = Ukuran sampel/jumlah responden

N = Ukuran populasi



persentase kelonggaran ketelitian kesalahan pengambilan sampel bisa

di rumus diatas maka dapat dihitung jumlah sampel minimum berikut :

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

$$n = \frac{1.025}{1 + 1.025(0,05)^2}$$

$$n = \frac{1.025}{1 + 1.025(0,0025)}$$

$$n = \frac{1.025}{1 + 2,5625}$$

$$n = \frac{1.025}{3,5625}$$

$$n = 287$$

Berdasarkan perhitungan dengan menggunakan rumus Slovin tersebut, maka jumlah pasien yang dapat dijadikan sampel dalam penelitian ini adalah sebanyak 287.

3) Teknik Sampling

Teknik sampling dibagi menjadi dua kelompok yaitu *probability sampling* dan *non probability sampling*. Teknik sampling (pengambilan sampel) yang digunakan pada penelitian ini adalah *simple random sampling*. Menurut Sugiyono (2017) *probability sampling* merupakan teknik pengambilan sampel yang memberikan peluang atau kesempatan yang sama bagi tiap anggota populasi untuk dipilih menjadi sampel. *Probability sampling* terdiri atas *simple random sampling*, *proportionate stratified random sampling*, *disproportionate stratified random*, *sampling area (cluster) sampling*.

2.4 Variabel Penelitian

1) Variabel Independen (bebas)

Variabel ini merupakan variabel bebas yang mempengaruhi. Variabel independen pada penelitian ini yaitu Akses Layanan, Ketersediaan SDM, Daya tanggap, Komunikasi, keadilan, ketersediaan layanan kesehatan, kemampuan menerima, dan kemampuan membayar.

2) Variabel Dependen (terikat)

Variabel dependen merupakan variabel terikat yang dipengaruhi, variabel dependen ada penelitian ini adalah tingkat kepuasan pasien.



data

data primer dapat diperoleh melalui, angket atau kuesioner yang teknik pengumpulan data melalui formulir-formulir yang berisi pertanyaan yang di ajukan secara tertulis pada seseorang atau orang untuk mendapatkan jawaban atau tanggapan dan

informasi yang diperlukan oleh peneliti. Kuesioner diajukan kepada responden yaitu sampel masyarakat di Desa Ongulara.

2) Data Sekunder

Mengutip data sekunder yang diperoleh melalui data atau catatan tersedia yang berhubungan dengan masalah yang diteliti meliputi profil puskesmas dan jumlah tenaga kesehatan yang ada di Puskesmas Lembasada, data desa yang memiliki wilayah tertinggal, dan jumlah penduduk di Desa Ongulara.

2.6 Pengelolaan Data

Pengolahan data menggunakan aplikasi *SPSS version 21* dan *Microsoft Excel 2010* untuk menentukan apakah terdapat pengaruh Akses layanan, Ketersediaan SDM, Daya tanggap, Komunikasi dan Adil dengan tingkat kepuasan pasien pada desa tertinggal di wilayah kerja Puskesmas Lembasada

2.7 Instrumen Penelitian

Pertanyaan pada kuesioner ini berkaitan dengan mutu pelayanan kesehatan dengan menggunakan 5 dimensi pelayanan kesehatan yang telah dimodifikasi yaitu Akses layanan, Ketersediaan SDM, Daya tanggap, Komunikasi dan Keadilan serta tingkat kepuasan pasien. Pada kuesioner ini telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas pada 30 sampel menggunakan analisis *SPSS* sehingga dinyatakan valid dengan nilai r hitung $>$ tabel = 0,361, sedangkan untuk reliable dibuktikan dengan nilai *cronbach's alpha* $>$ r tabel = 0,70.

2.8 Analisis Data

1) Analisis Univariat

Analisis univariat bertujuan untuk mendapatkan gambaran umum dengan cara mendeskripsikan masing-masing variabel yang digunakan dalam penelitian yaitu dengan melihat gambaran distribusi frekuensi.

2) Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui ada tidaknya pengaruh antara variabel independen dengan variabel dependen. Analisis data menggunakan uji *chi-square* dengan menggunakan aplikasi *spss*.

3) Analisis Multivariat

Analisis multivariat bertujuan untuk melihat dan mempelajari pengaruh serta faktor yang dominan antara variabel independen dengan variabel dependen. Uji statistik yang digunakan adalah regresi logistik untuk mengetahui variabel penelitian yang paling berpengaruh terhadap tingkat kepuasan pasien.



dilakukan pengolahan data, selanjutnya data dianalisis dan bentuk tabel dan narasi. Penyajian data bentuk tabel untuk alam melakukan analisis dan interpretasi terhadap data hasil didapatkan di lapangan, sehingga dapat dibuat kesimpulan a yang telah dikumpulkan.