

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Tentang Puskesmas

1. Definisi Puskesmas

Puskesmas merupakan suatu unit pelaksana fungsional yang berfungsi sebagai pusat pembangunan kesehatan, pusat pembinaan peran serta masyarakat dalam bidang kesehatan, serta pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menyelenggarakan kegiatannya secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan pada suatu masyarakat yang bertempat tinggal dalam suatu wilayah tertentu (Azwar, 2010).

Peranan dan kedudukan Puskesmas dalam sistem pelayanan kesehatan adalah sebagai ujung tombak sistem pelayanan kesehatan di Indonesia. Ini disebabkan karena peranan dan kedudukan Puskesmas di Indonesia adalah amat unik. Puskesmas sebagai sarana pelayanan kesehatan terdepan di Indonesia, maka Puskesmas bertanggung jawab dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan masyarakat, juga bertanggung jawab dalam menyelenggarakan pelayanan kedokteran (Azwar, 2010). Menurut Satrianegara (2014), pelayanan kesehatan yang diberikan Puskesmas adalah pelayanan kesehatan menyeluruh yang meliputi pelayanan: kuratif (pengobatan), preventif (upaya pencegahan), promotif (peningkatan kesehatan) dan rehabilitatif (pemulihan kesehatan).

2. Wilayah Kerja Puskesmas

Wilayah kerja Puskesmas meliputi satu Kecamatan atau sebagian dari Kecamatan. Faktor kepadatan penduduk, luas daerah, keadaan geografik dan keadaan infrastruktur lainnya merupakan bahan pertimbangan dalam menentukan wilayah kerja Puskesmas. Sasaran penduduk yang dilayani oleh sebuah Puskesmas rata-rata 30.000 penduduk setiap Puskesmas, sedangkan untuk perluasan jangkauan pelayanan kesehatan maka Puskesmas perlu ditunjang dengan unit pelayanan kesehatan yang lebih sederhana yang disebut Puskesmas Pembantu dan Puskesmas Keliling. Khusus untuk kota besar dengan jumlah penduduk satu juta lebih, wilayah kerja Puskesmas bisa meliputi satu Kelurahan (Satrianegara, 2014).

3. Fungsi Puskesmas

Puskesmas sesuai dengan fungsinya (sebagai pusat pembangunan berwawasan kesehatan, pusat pemberdayaan masyarakat dan keluarga, serta pusat pelayanan kesehatan dasar) berkewajiban mengupayakan, menyediakan dan menyelenggarakan pelayanan yang bermutu dalam memenuhi kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang berkualitas dalam rangka mencapai tujuan pembangunan kesehatan nasional yaitu terwujudnya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya bagi masyarakat (Satrianegara, 2014).

B. Tinjauan Tentang Layanan Pengobatan

1. Definisi Layanan Pengobatan (Kuratif)

Pelayanan kesehatan kuratif adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pengobatan yang ditujukan untuk penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit, pengendalian penyakit, atau pengendalian kecacatan agar kualitas penderita dapat terjaga seoptimal mungkin (Menteri Hukum dan HAM RI, 2009).

2. Upaya Kesehatan Perorangan

Menyelenggarakan upaya kesehatan perorangan (UKP) adalah salah satu tugas pokok dan fungsi Puskesmas. Pelayanan UKP atau sering juga disebut pelayanan kuratif, sarannya adalah perorangan dan atau rumah tangga. Orientasinya adalah penyembuhan dan rehabilitasi seseorang yang jatuh sakit. Dalam PMK No. 75/2014 ditetapkan bahwa ada sembilan (9) jenis UKP yang perlu diselenggarakan oleh Puskesmas, yaitu (Kementrian PPN/Bappenas, 2018):

- a. Pelayanan pemeriksaan umum.
- b. Pelayanan kesehatan gigi dan mulut.
- c. Pelayanan KIA/KB yang bersifat UKP.
- d. Pelayanan gawat darurat.
- e. Pelayanan gizi yang bersifat UKP.
- f. Pelayanan persalinan.
- g. Pelayanan rawat inap (di Puskesmas perawatan).
- h. Pelayanan kefarmasian.

i. Pelayanan laboratorium.

3. Respon Terhadap Sakit

Pengertian sakit pada umumnya diartikan sebagai suatu keadaan yang tidak normal atau lazim pada diri seseorang. Misalnya bila seseorang mempunyai keluhan tanda gejala sakit gigi yang tidak tertahankan, demam dan lain sebagainya ini dikatakan dengan sakit atau bahkan mengalami penyakit bila telah didiagnosis oleh dokter ataupun medis (Irwan, 2017). Sakit merupakan suatu keadaan dari badan atau sebagian dari organ badan dimana fungsinya terganggu atau menyimpang (Pemons, 1972 dalam Irwan, 2017).

Menurut Boursams (1965) dalam Irawan (2017), seseorang menggunakan tiga kriteria untuk menentukan apakah mereka sakit, yaitu: adanya gejala (naiknya temperatur, nyeri), persepsi tentang bagaimana mereka merasa baik, buruk, dan sakit, serta kemampuan untuk melaksanakan aktivitas sehari-hari, bekerja ataupun sekolah.

Menurut Notoatmodjo (2014a), masyarakat atau anggota masyarakat yang mendapat penyakit dan tidak merasakan sakit (*disease but not illness*) sudah barang tentu tidak akan bertindak apa-apa terhadap penyakitnya tersebut, akan tetapi bila mereka diserang penyakit dan juga merasakan sakit, maka baru akan timbul berbagai macam perilaku dan usaha. Respon seseorang apabila sakit adalah sebagai berikut:

a. Tidak bertindak atau tidak melakukan kegiatan apa-apa (*no action*).

Alasannya antara lain bahwa kondisi yang demikian tidak akan

mengganggu kegiatan atau kerja mereka sehari-hari. Mereka beranggapan bahwa tanpa bertindak apapun simptom atau gejala yang dideritanya akan lenyap dengan sendirinya. Tidak jarang pula masyarakat lebih memprioritaskan tugas-tugas lain yang dianggap lebih penting daripada mengobati sakitnya. Hal ini merupakan suatu bukti bahwa kesehatan belum menjadi prioritas di dalam hidup dan kehidupannya. Alasan lain yang sering kita dengar adalah fasilitas kesehatan yang diperlukan sangat jauh letaknya, para petugas kesehatan tidak simpatik, judes, tidak responsif, dan sebagainya. Akhirnya alasan takut dokter, takut pergi ke rumah sakit, takut biaya, dan sebagainya menjadi landasan untuk tidak melakukan tindakan ketika sakit.

- b. Tindakan mengobati sendiri (*self treatment* atau *self medication*), dengan alasan yang sama yang telah diuraikan. Alasan tambahan dari tindakan ini adalah karena orang atau masyarakat tersebut sudah percaya kepada diri sendiri dan sudah merasa bahwa berdasarkan pengalaman yang lalu usaha pengobatan sendiri sudah dapat mendatangkan kesembuhan. Hal ini mengakibatkan pencarian pengobatan keluar tidak diperlukan. Masyarakat melakukan pengobatan sendiri melalui berbagai cara, antara lain: kerokan, pijat membuat ramuan sendiri, misalnya jamu, minum jamu yang dibeli di warung, minum obat yang dibeli bebas di warung obat atau apotek.

- c. Mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas pengobatan tradisional (*traditional remedy*). Bagi masyarakat pedesaan khususnya, pengobatan tradisional ini masih menduduki tempat teratas dibanding dengan pengobatan-pengobatan yang lain. Pada masyarakat yang masih sederhana, masalah sehat-sakit adalah lebih bersifat budaya daripada gangguan-gangguan fisik. Identik dengan itu pencarian pengobatan pun lebih berorientasi kepada sosial-budaya masyarakat daripada hal-hal yang dianggap masih asing. Dukun (bermacam-macam dukun) yang melakukan pengobatan tradisional merupakan bagian dari masyarakat, berada di tengah-tengah masyarakat, dekat dengan masyarakat dan pengobatan yang dihasilkan adalah kebudayaan masyarakat, lebih diterima oleh masyarakat daripada dokter, mantri, bidan dan sebagainya yang masih asing bagi mereka, seperti juga pengobatan yang dilakukan dan obat-obatnya pun merupakan kebudayaan mereka.
- d. Mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas pengobatan modern (profesional) yang diadakan oleh pemerintah atau lembaga-lembaga kesehatan swasta yang dikategorikan ke dalam Balai Pengobatan, Puskesmas dan Rumah Sakit, termasuk mencari pengobatan ke fasilitas pengobatan modern yang diselenggarakan oleh dokter praktik (*private medicine*).

C. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Layanan Pengobatan

Perilaku pencarian dan penggunaan sistem atau fasilitas pelayanan kesehatan atau sering disebut perilaku pencarian pengobatan merupakan upaya atau tindakan seseorang pada saat menderita penyakit dan atau kecelakaan. Perilaku ini dimulai dari mengobati sendiri sampai mencari pengobatan ke luar negeri (Skinner, 1938 dalam Notoatmodjo, 2007).

Anderson (1974) dalam Notoatmodjo (2014a), menggambarkan model sistem kesehatan (*health system model*) yang berupa model kepercayaan kesehatan. Anderson, dalam model ini mengelompokkan faktor-faktor penentu (determinan) dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan ke dalam tiga kategori utama, yaitu:

1. Karakteristik predisposisi (*Predisposing characteristics*)

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

a. Ciri-ciri demografi

1) Jenis kelamin

Jenis kelamin (seks) adalah perbedaan antara perempuan dengan laki-laki secara biologis sejak seseorang lahir (Hungu, 2007 dalam Jati dan Nono, 2013). Jenis kelamin dapat mempengaruhi dalam pengambilan keputusan untuk melakukan pencarian pengobatan (Yuniar, 2013 dalam Irawan dan Amaripa,

2018). Hal ini dikarenakan perempuan membutuhkan pelayanan kesehatan khusus seperti pelayanan kesehatan kehamilan dan penyakit-penyakit spesifik yang mengharuskan perempuan memanfaatkan pelayanan kesehatan (Rachmawati, 2014 dalam Irawan dan Amaripa, 2018).

2) Umur

Umur adalah lama waktu hidup atau ada (sejak dilahirkan atau diadakan) (KBBI). Menurut Green (1980) dalam Nasruddin (2017), umur merupakan salah satu karakteristik individu yang dapat mempermudah atau mendasari untuk terjadinya perilaku tertentu. Melalui perjalanan umurnya yang semakin dewasa, seseorang akan melakukan adaptasi perilaku hidupnya terhadap lingkungannya disamping secara alamiah, juga berkembang perilaku yang sifatnya naluriah. Menurut Elizabeth B. Hurlock (2004) dalam Nasruddin (2017), masa dewasa dimulai pada umur 18 tahun. Pada masa ini seseorang mengalami perubahan dalam menentukan pola hidup baru, tanggung jawab baru dan komitmen-komitmen baru termasuk dalam menentukan untuk memanfaatkan atau tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan apabila sedang sakit.

b. Struktur sosial

1) Tingkat pendidikan

Menurut Rostiawati (1992) dalam Eryanto (2003), tingkat pendidikan adalah jenjang, taraf secara kronologi yang ada pada pendidikan formal atau pendidikan di sekolah. Pendidikan akan mempengaruhi kesadaran individu akan pentingnya arti sehat bagi diri dan lingkungan, sehingga dapat mendorong kebutuhan akan pelayanan kesehatan dan pemilihan terhadap pelayanan kesehatan (Notoatmodjo, 2014a). Menurut Syahlan (1996), bahwa keluarga yang berpendidikan rendah pada umumnya pasrah bila gangguan kesehatan sudah berat, sehingga pencarian upaya kesehatan sangat ditentukan oleh tingkat pendidikan.

2) Pekerjaan

Pekerjaan menurut Thomas dalam Nursalam (2003), adalah kebutuhan yang harus dilakukan terutama untuk menunjang kehidupannya dan kehidupan keluarga. Pekerjaan digunakan untuk suatu tugas/kerja yang menghasilkan uang bagi seseorang. Pekerjaan merupakan salah satu faktor pendukung yang mempengaruhi seseorang dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. Seseorang yang bekerja memiliki kecenderungan lebih tinggi untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan dibandingkan dengan seseorang yang tidak bekerja (Tampi., dkk. 2016).

3) Kesukuan/ras

Konsep yang tercakup dalam istilah suku bangsa adalah suatu golongan manusia yang terikat oleh kesadaran dan identitas akan kesatuan kebudayaan. Penerapan kebudayaan oleh suatu suku atau ras tertentu dapat menimbulkan permasalahan kesehatan. Salah satu suku Amungme yang ada di Mimika Papua masih memiliki budaya yang merugikan bagi kesehatan misalnya persalinan tanpa ditolong oleh siapapun. Suku tersebut menganggap urusan persalinan sepenuhnya urusan perempuan dan percaya membawa penyakit yang berbahaya bagi laki-laki (Alwi, 2004 dalam Sani, 2017). Tergambar bahwa suatu suku masyarakat yang menganut kebudayaan tertentu dapat mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan (Sani, 2017).

c. Manfaat-manfaat kesehatan, seperti keyakinan bahwa pelayanan kesehatan dapat menolong proses penyembuhan penyakit.

1) Keyakinan terhadap pelayanan kesehatan

Keyakinan adalah kecenderungan untuk melakukan atau tidak melakukan hal-hal tertentu, memberikan respon baik berupa respon yang positif maupun yang bersifat negatif terhadap orang, objek atau situasi juga dibuktikan bahwa sikap merupakan perasaan tertentu, predisposisi ataupun jumlah kepercayaan tertentu yang dianjurkan kepada objek manusia ataupun situasi. Tanpa sikap yang positif dari pasien untuk memanfaatkan

pelayanan kesehatan, maka kemungkinan untuk dimanfaatkannya sebuah pelayanan kesehatan sangat sulit untuk terjadi karena tanpa sikap positif pasien, kemungkinan takut untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan yang disediakan tersebut (Notoatmodjo, 2005).

Berdasarkan hasil penelitian Masita., dkk (2016) di wilayah kerja Puskesmas Kanapa-Napa, didapatkan hasil bahwa dari 46 responden yang memiliki keyakinan terhadap pelayanan kesehatan, sebanyak 16 responden (32.7%) memanfaatkan pelayanan kesehatan dengan kategori cukup hal ini disebabkan karena penilaian mengenai hasil pengobatan dan menyebabkan rasa puas setelah mendapatkan pengobatan karena itu masyarakat memandang bahwa Puskesmas tersebut dapat memberikan pengobatan yang baik terkait keluhan mereka. Hal ini menggambarkan bahwa masyarakat Desa Tanailandu yang memiliki keyakinan terhadap pelayanan kesehatan dan telah memanfaatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas Kanapa-Napa sebagai tempat mendapatkan pelayanan kesehatan yang sangat baik. Penilaian mengenai cukup tidaknya pengobatan di sarana kesehatan seperti Puskesmas dapat dilihat melalui besarnya penilaian responden mengenai bentuk dan jenis pengobatan yang ditawarkan serta hasil akhir dari pengobatan yang diterima yakni memuaskan atau tidak memuaskan. Sebanyak 29 responden

(60.3%) memanfaatkan pelayanan kesehatan dengan kategori kurang jika timbul gejala sakit yang belum terlalu parah masyarakat lebih memilih untuk berobat sendiri yaitu dengan ramuan dan ada juga masyarakat yang membeli obat di warung sekitar rumahnya. Sedangkan dari 20 responden yang tidak memiliki keyakinan terhadap pelayanan kesehatan sebanyak 3 responden (15.0) memanfaatkan pelayanan kesehatan dengan kategori cukup, hal ini disebabkan karena kondisi mereka yang sudah terlalu parah yang tidak bisa lagi disembuhkan dengan berobat sendiri atau membeli obat di warung dan mengharuskan mereka melakukan pengobatan ke pelayanan kesehatan. Sebanyak 17 responden (85.0%) memanfaatkan pelayanan kesehatan dengan kategori kurang, hal ini terjadi karena menurut responden pengobatan yang dilakukan sendiri maupun oleh dukun lebih baik, sehingga dalam penyembuhan penyakit mereka percaya pada mantera yang dibuat oleh dukun. Selain itu, menurut mereka apabila mengalami sakit mereka membeli obat di warung terdekat karena lebih mudah dan biaya yang dikeluarkan tidak terlalu mahal dibandingkan dengan mereka harus ke Puskesmas. Mereka lebih memilih berobat sendiri dirumah tanpa memikirkan hal-hal buruk jika penyakitnya semakin parah. Makin tinggi keyakinan yang dimiliki oleh responden, maka makin tinggi pula

kesadaran untuk mencari pengobatan yang tepat dalam upaya penyembuhan penyakit.

2. Karakteristik pendukung (*Enabling characteristics*)

Karakteristik ini mencerminkan bahwa meskipun mempunyai predisposisi untuk menggunakan pelayanan kesehatan, ia tidak akan bertindak untuk menggunakannya kecuali ia mampu menggunakannya. Penggunaan pelayanan kesehatan yang ada tergantung kepada kemampuan konsumen untuk membayar. Anderson membaginya ke dalam 2 golongan, yaitu:

a. Sumber daya keluarga (*Family resources*)

Karakteristik ini untuk mengukur kesanggupan dari individu atau keluarga untuk memperoleh pelayanan kesehatan mereka. Variabel bebas yang dipakai adalah sebagai berikut:

1) Pendapatan keluarga

Penghasilan/pendapatan (*income*) erat kaitannya dengan gaji, upah, serta pendapatan lainnya yang diterima seseorang setelah orang itu melakukan pekerjaan dalam kurun waktu tertentu. Penghasilan sebagai sejumlah dana yang diperoleh dari pemanfaatan faktor produksi yang dimiliki, yang bersumber dari: sewa kekayaan yang digunakan oleh orang lain, upah atau gaji karena bekerja kepada orang lain ataupun menjadi pegawai negeri, bunga karena menanamkan modal di bank ataupun

perusahaan, dan hasil dari usaha wiraswasta (Suharjo, 2003 dalam Jati dan Nono, 2013).

Pendapatan keluarga adalah semua penghasilan yang didapat keluarga selama satu bulan. Salah satu faktor yang memberikan kontribusi terhadap permintaan pelayanan kesehatan adalah pendapatan. Pendapatan merupakan pertimbangan dalam memilih pelayanan kesehatan karena sebagian besar kesehatan merupakan barang mahal dimana kenaikan penghasilan akan meningkatkan permintaan untuk pelayanan kesehatan (Maryam, 2005 dalam Karamelka, 2015).

2) Kepemilikan asuransi kesehatan

Asuransi kesehatan adalah suatu mekanisme pengalihan risiko (sakit) dan risiko perorangan menjadi risiko kelompok, maka dengan cara mengalihkan risiko individu menjadi risiko kelompok, beban ekonomi yang harus dipikul oleh masing-masing peserta asuransi akan lebih ringan tetapi mengandung kepastian karena memperoleh jaminan pembiayaan jika jatuh sakit (Muninjaya, 2011). Asuransi kesehatan mempengaruhi konsumsi pelayanan kesehatan secara signifikan. Manfaat asuransi kesehatan adalah membebaskan peserta dari kesulitan menyediakan dana tunai, biaya kesehatan dapat diawasi dan tersedianya data kesehatan. Kepemilikan Jaminan Kesehatan keluarga yang dapat dimanfaatkan di Puskesmas misalnya:

Askes, Jamkesmas dan BPJS. Asuransi kesehatan mempunyai peran yang sangat penting dalam pemeliharaan kesehatan masyarakat terutama pada saat sakit sehingga kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan akan terpenuhi dan pembiayaan kesehatan lebih terjamin (Thabrany, 2014).

Uraian di atas tidak sejalan dengan hasil penelitian Wahyuni (2012), yang menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara responden yang memiliki asuransi kesehatan dan responden yang tidak memiliki asuransi kesehatan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas Sumber Rejo. Responden yang tidak memiliki asuransi mempunyai peluang hampir sama untuk tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan dibandingkan dengan responden yang memiliki asuransi kesehatan.

b. Sumber daya masyarakat (*community resources*)

Variabel bebas yang digunakan adalah penyediaan pelayanan kesehatan dan sumber-sumber di dalam masyarakat yang berupa ketersediaan sarana prasarana dan tenaga kesehatan, serta ketercapaian dari pelayanan kesehatan yang tersedia atau aksesibilitas.

1) Ketersediaan sarana dan prasarana

Prasarana adalah tempat, fasilitas dan peralatan yang secara tidak langsung mendukung pelayanan kesehatan,

sedangkan sarana adalah suatu tempat, fasilitas dan peralatan yang secara langsung terkait dengan pelayanan (Hasbi, 2012). Sarana berkaitan dengan penampilan fisik fasilitas kesehatan. Kenyamanan, kebersihan, kerapian, kelengkapan alat periksa dan ragam obat yang diberikan merupakan faktor penting untuk menarik pasien yang dapat menjamin kelangsungan berobat (Kathrin, 2010 dalam Wulandari., dkk, 2016).

Tersedianya sarana dan prasana untuk mendukung kesehatan masyarakat merupakan salah satu komponen dalam mempromosikan kesehatan dalam masyarakat itu sendiri (Notoatmodjo, 2005). Ketidaksediaan sarana prasarana akan membuat masyarakat tidak mau dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan tersebut (Marnah., dkk, 2016).

Teori di atas sebanding dengan hasil penelitian Wulandari., dkk (2016), bahwa ada hubungan antara sarana sebagai penunjang kenyamanan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas.

2) Ketersediaan tenaga kesehatan

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan

di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.

Ketersediaan tenaga kesehatan merupakan salah satu hal yang sangat penting dalam pelayanan kesehatan (Anhar., dkk, 2016). Hasil ini sejalan dengan penelitian Rivka (2010), yang menyatakan ada hubungan bermakna antara keberadaan tenaga kesehatan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan. SDM atau tenaga kesehatan di Puskesmas berperan sebagai pelaksana pelayanan kesehatan sehingga peran tersebut diharapkan sesuai dengan tupoksi (tugas pokok dan fungsi), pendidikan dan keterampilan yang dimilikinya (Anhar., dkk, 2016). Ketersediaan tenaga kesehatan dalam hal ini adalah keberadaan tenaga kesehatan tersebut di Puskesmas saat pelayanan pasien, karena meskipun tenaga kesehatan di Puskesmas tersebut semua ada namun kadang-kadang tidak berada di tempat pada saat dibutuhkan pasien, hal ini disebabkan karena adanya berbagai kegiatan lain seperti pelatihan, rapat dan sebagainya (Anhar., dkk, 2016).

3) Aksesibilitas

Menurut Dever (1984) dalam Indryani (2013), aksesibilitas merupakan salah satu faktor yang berperan dalam menentukan utilitas pelayanan kesehatan yang dinilai dari jarak,

waktu tempuh, dan ketersediaan transportasi untuk mencapai lokasi pelayanan kesehatan.

Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007, bahwa jarak tempuh ke pelayanan kesehatan diklasifikasikan menjadi: kurang dari 1 kilometer (<1 km), 1 sampai dengan 5 kilometer (1-5 km), dan lebih dari 5 kilometer (>5 km), sedangkan menurut Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2016, bahwa waktu tempuh rumah tangga menuju faskes dihitung dalam satuan menit dan dibagi menjadi 4 kategori, yaitu ≤ 15 menit; 16-30 menit; 31-60 menit; dan >60 menit. Moda transportasi yang digunakan menuju faskes dapat berupa mobil pribadi, kendaraan umum, jalan kaki, sepeda motor, sepeda, perahu, transportasi udara (kecuali ke Posyandu, Poskesdes, dan Polindes) dan yang menggunakan lebih dari satu moda transportasi.

Kemudahan untuk menjangkau lokasi Puskesmas merupakan salah satu hal penting yang perlu diperhatikan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan tersebut (Dwianty, 2010). Pelayanan kesehatan yang lokasinya terlalu jauh dari tempat tinggal baik jarak secara fisik maupun secara finansial tentu tidak mudah dicapai. Oleh karena itu, akses baik berupa jarak maupun transportasi yang di butuhkan dari tempat tinggal ke pusat

pelayanan kesehatan sangat mempengaruhi tingkat permintaan pelayanan kesehatan (Karman., dkk, 2016).

3. Karakteristik kebutuhan (*Need characteristics*)

Faktor predisposisi dan faktor yang memungkinkan untuk mencari pengobatan dapat terwujud di dalam tindakan apabila itu dirasakan sebagai kebutuhan, dengan kata lain kebutuhan merupakan dasar dan stimulus langsung untuk menggunakan pelayanan kesehatan, bilamana tingkat *predisposing* dan *enabling* itu ada. Kebutuhan (*need*) di sini dibagi menjadi 2 kategori, dirasa atau *perceived (subject assessment)* dan *evaluated (clinical diagnosis)*.

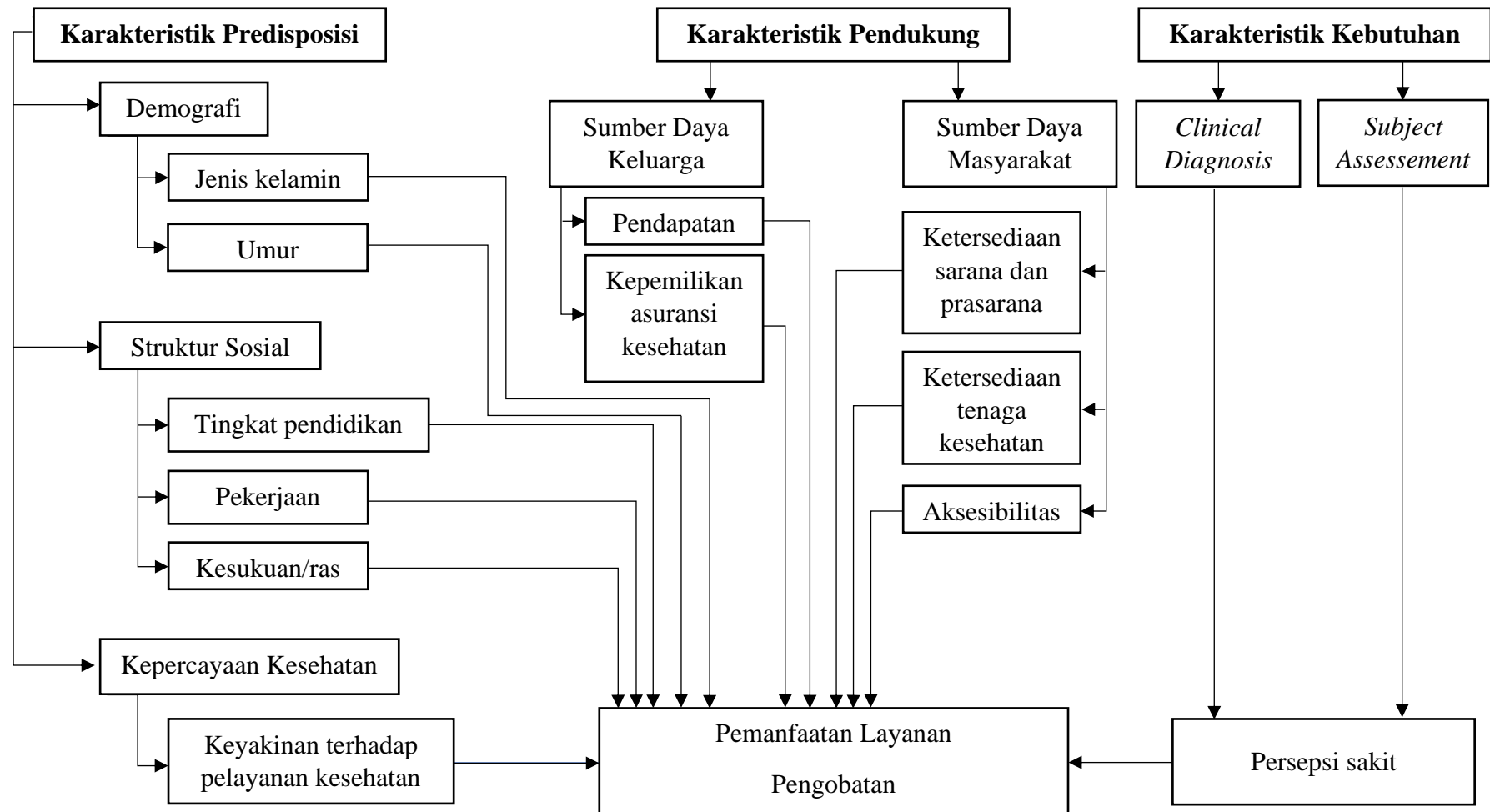
Penilaian klinik merupakan penilaian beratnya penyakit dari dokter yang merawatnya. Hal ini tercermin antara lain dari hasil pemeriksaan dan penentuan diagnosis penyakit oleh dokter (Ilyas, 2006). Dikarenakan rendahnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat terhadap kesehatan dan penyakit, maka penyakit-penyakit yang terjadi di masyarakat sering sulit terdeteksi. Bahkan kadang-kadang masyarakat sulit atau tidak mau diperiksa dan diobati penyakitnya (Notoatmodjo, 2003 dalam Nasruddin, 2017). Tindakan individu untuk mencari pengobatan dan pencegahan penyakit akan didorong pula oleh keseriusan penyakit tersebut terhadap individu atau masyarakat. Tindakan ini disebut sebagai persepsi sakit karena ditimbulkan dari rasa sakit. Persepsi adalah bagaimana seseorang memberi arti terhadap stimulus (Notoatmodjo, 2014a). Sedangkan sakit merupakan suatu keadaan dari badan atau sebagian dari organ badan

dimana fungsinya terganggu atau menyimpang (Pemons, 1972 dalam Irwan, 2017). Persepsi sakit adalah penilaian seseorang terhadap keadaan sakit atau penyakit yang dideritanya atau dialaminya. Sebagai contoh, ada dua orang yang mengalami demam dan memiliki suhu tubuh di atas normal, yang satu mempersepsikan bahwa ia sakit sehingga lebih memilih beristirahat atau mencari pengobatan, tetapi yang lain tidak merasakan atau mempersepsikan bahwa ia sakit sehingga masih bisa melakukan aktivitasnya sehari-hari. Contoh lain menurut Notoatmodjo (2014a), misalnya ada dua orang yang menderita penyakit yang sama, misalnya TBC, yang satu merasakan atau mempersepsikan bahwa ia sakit, tetapi yang lain tidak merasakan atau mempersepsikan bahwa ia sakit.

Di dalam masyarakat terdapat beraneka ragam konsep sehat-sakit yang tidak sejalan dan bahkan bertentangan dengan konsep sehat-sakit yang diberikan oleh pihak provider atau penyelenggara pelayanan kesehatan. Timbulnya perbedaan konsep sehat-sakit yang diberikan oleh provider disebabkan adanya persepsi sakit yang berbeda antara masyarakat dan provider. Pelayanan kesehatan didirikan berdasarkan asumsi bahwa masyarakat membutuhkannya, akan tetapi pada kenyataannya masyarakat baru mau mencari pengobatan (pelayanan kesehatan) setelah benar-benar tidak dapat berbuat apa-apa. Itulah sebab maka rendahnya penggunaan Puskesmas atau tidak digunakannya fasilitas-fasilitas pengobatan modern dapat disebabkan oleh persepsi masyarakat tentang sakit yang berbeda dengan konsep provider (Notoatmodjo, 2014a).

Berdasarkan hasil penelitian Irianti (2018), menyatakan bahwa ada hubungan antara variabel persepsi sakit dengan variabel pemanfaatan pelayanan kesehatan di Desa Garassikang dengan nilai $p=0,037$. Responden dengan persepsi sakit positif, yang memanfaatkan pelayanan kesehatan sebanyak 90 responden (86,5%) sedangkan yang tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan sebanyak 14 responden (13,5%). Demikian juga dari 13 responden persepsi sakit negatif, yang memanfaatkan pelayanan kesehatan sebanyak 8 responden (61,5%) sedangkan yang tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan sebanyak 5 responden (38,5%).

D. Kerangka Teori



Sumber: Anderson (1974) dalam Notoatmodjo (2014a)

Gambar 2.1.
Kerangka Teori Modifikasi Model Anderson