

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Pelayanan Kesehatan

1. Definisi Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan merupakan suatu bentuk upaya yang diselenggarakan oleh institusi atau tenaga kesehatan secara terpadu untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, melalui kegiatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang terkoordinasi dan berkesinambungan. Pelayanan ini tidak hanya berfokus pada penyembuhan penyakit, tetapi juga pada upaya mempertahankan dan meningkatkan status kesehatan secara menyeluruh baik individu maupun komunitas (Suparyanto, 2016). Definisi Pelayanan kesehatan menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2009 (Departemen Kesehatan RI) yang tertuang dalam Undang-Undang Kesehatan tentang kesehatan ialah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan, perorangan, keluarga, kelompok ataupun masyarakat. Berdasarkan Pasal 52 ayat (1) UU Kesehatan, pelayanan kesehatan secara umum terdiri dari dua bentuk pelayanan kesehatan yaitu:

a. Pelayanan kesehatan perseorangan (*medical service*).

Pelayanan kesehatan ini banyak diselenggarakan oleh perorangan secara mandiri (*selfcare*), dan keluarga (*family care*) atau kelompok anggota masyarakat yang bertujuan untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan perseorangan dan keluarga. Upaya pelayanan perseorangan tersebut dilaksanakan pada institusi pelayanan kesehatan yang disebut rumah sakit, klinik bersalin, praktik mandiri.

b. Pelayanan kesehatan masyarakat (*public health service*).

Pelayanan kesehatan masyarakat diselenggarakan oleh kelompok dan masyarakat yang bertujuan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang mengacu pada tindakan promotif dan preventif. Upaya pelayanan masyarakat tersebut dilaksanakan pada pusat-pusat kesehatan masyarakat tertentu seperti puskesmas.

Kegiatan pelayanan kesehatan secara paripurna diatur dalam Pasal 52 ayat (2) UU Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), yaitu:

- a. Pelayanan kesehatan promotif, suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang lebih mengutamakan kegiatan yang bersifat promosi kesehatan, seperti edukasi kesehatan, penyuluhan gizi, dan imunisasi yang diberikan di Puskesmas kepada peserta JKN/BPJS.
- b. Pelayanan kesehatan preventif, suatu kegiatan pencegahan terhadap suatu masalah kesehatan/penyakit, misalnya skrining penyakit,

vaksinasi, dan deteksi dini yang dilaksanakan di Puskesmas bagi masyarakat peserta JKN.

- c. Pelayanan kesehatan kuratif, suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pengobatan yang ditujukan untuk penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit, pengendalian penyakit, pengendalian kecacatan agar kualitas penderita dapat terjaga seoptimal mungkin, yang diberikan di Puskesmas atau fasilitas kesehatan tingkat pertama lainnya kepada peserta JKN/BPJS.
- d. Pelayanan kesehatan rehabilitatif, kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan untuk mengembalikan bekas penderita ke dalam masyarakat sehingga dapat berfungsi lagi sebagai anggota masyarakat yang berguna untuk dirinya dan masyarakat, semaksimal mungkin sesuai dengan kemampuannya, dilakukan di Puskesmas atau layanan rujukan yang bekerja sama dengan BPJS/JKN untuk mendukung pasien pasca penyakit agar dapat beraktivitas normal kembali.

2. Dasar Hukum Pelayanan Kesehatan

Semakin meningkatnya kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan, maka semakin berkembang juga aturan dan peranan hukum dalam mendukung peningkatan pelayanan kesehatan, alasan ini menjadi faktor pendorong pemerintah dan institusi penyelenggara pelayanan kesehatan untuk menerapkan dasar dan peranan hukum dalam meningkatkan pelayanan kesehatan yang berorientasi terhadap

perlindungan dan kepastian hukum pasien (Komalawati, 1999). Pelayanan kesehatan merupakan hak dasar setiap warga negara yang dijamin oleh konstitusi dan dijabarkan lebih lanjut melalui regulasi sektor kesehatan. Dasar hukum pemberian pelayanan kesehatan secara umum diatur dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.

Dalam Pasal 3 disebutkan bahwa setiap orang berhak hidup sehat secara fisik, mental, spiritual, dan sosial serta memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau. Hak tersebut merupakan bagian dari hak asasi manusia yang harus dipenuhi oleh negara tanpa diskriminasi dalam bentuk apa pun. Selanjutnya, Pasal 4 menegaskan bahwa pemerintah pusat dan pemerintah daerah bertanggung jawab dalam penyediaan sumber daya kesehatan yang dibutuhkan masyarakat, serta menjamin terselenggaranya pelayanan kesehatan yang memenuhi standar.

Pelayanan kesehatan sebagai manifestasi perlindungan negara kepada masyarakat dijabarkan lebih lanjut dalam Pasal 19 ayat (1), yang menyatakan bahwa setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan untuk meningkatkan, memelihara, dan memulihkan kesehatannya. Ketentuan ini menempatkan pelayanan kesehatan sebagai hak normatif yang wajib dilindungi, bukan sekadar komoditas layanan. Pada tataran operasional, fasilitas pelayanan kesehatan memiliki kewajiban untuk memberikan layanan yang aman, bermutu, adil, dan nondiskriminatif. Hal ini tercermin dalam Pasal 263 ayat (2), yang mengharuskan seluruh

bentuk pelayanan di fasilitas kesehatan diselenggarakan dengan menjunjung tinggi prinsip keselamatan pasien serta efisiensi layanan. Adapun ketentuan mengenai rumah sakit sebagai salah satu institusi penyelenggara pelayanan kesehatan dirinci dalam Pasal 264, yang mengatur bahwa rumah sakit wajib menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara profesional dengan mengutamakan kepentingan pasien serta sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.

Pelayanan kesehatan sejatinya merupakan suatu bentuk hubungan hukum antara pemberi layanan dan penerima layanan, yang mencakup tindakan profesional di bidang promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif. Oleh karena itu, setiap aktivitas pelayanan kesehatan harus diselenggarakan dengan berpedoman pada ketentuan hukum yang berlaku agar memberikan jaminan kepastian dan perlindungan bagi pasien. Hal ini penting mengingat kompleksitas pelayanan kesehatan seringkali menimbulkan risiko hukum, sehingga diperlukan tata kelola hukum yang responsif dan adaptif terhadap dinamika sistem pelayanan kesehatan (Triwibowo, 2015).

Melalui keberadaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023, negara menegaskan kembali tanggung jawabnya dalam mewujudkan pelayanan kesehatan yang efektif dan berorientasi pada keselamatan pasien. Pemerintah, dalam hal ini, tidak hanya bertindak sebagai regulator, tetapi juga sebagai fasilitator dalam menyediakan sarana dan prasarana, tenaga kesehatan, serta sistem pembiayaan yang berkelanjutan.

3. Syarat Utama Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan yang baik harus memenuhi sejumlah syarat pokok agar dapat dijalankan secara efektif dan efisien. World Health Organization (WHO) menyebutkan bahwa ada enam pilar utama yang menjadi dasar sistem pelayanan kesehatan yang tangguh, yaitu: tata kelola kepemimpinan yang baik, pembiayaan yang berkelanjutan, tenaga kesehatan yang kompeten dan memadai, sistem informasi kesehatan yang handal, ketersediaan obat-obatan dan teknologi yang dapat diakses, serta pelayanan yang responsif terhadap kebutuhan masyarakat (WHO, 2020).

Di Indonesia, Permenkes RI Nomor 43 Tahun 2019 tentang Puskesmas menyatakan bahwa pelayanan kesehatan harus dilaksanakan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kualifikasi dan kompetensi sesuai standar, dengan sarana dan prasarana memadai, sistem manajemen mutu, serta jaminan keselamatan pasien yang diatur dalam standar pelayanan minimal (Permenkes RI No. 43 Tahun 2019, 2019).

Pelayanan kesehatan juga wajib dilaksanakan secara menyeluruh, berkesinambungan, dan tidak diskriminatif, serta menjamin hak pasien untuk mendapatkan informasi, kenyamanan, dan perlindungan hukum (Ardiansyah & Maulida, 2021). Selain itu, aspek etika dan budaya lokal juga menjadi pertimbangan penting dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan agar tercapai pelayanan yang holistik dan manusiawi (Susanti et al., 2022).

4. Tingkat Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan merupakan upaya yang diselenggarakan secara terpadu untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui kegiatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Dalam sistem kesehatan nasional, pelayanan kesehatan dibedakan berdasarkan tingkatan atau strata layanan, yang mencerminkan kompleksitas kasus, jenis tenaga kesehatan, serta fasilitas yang tersedia. Pembagian tingkatan ini bertujuan agar pelayanan dapat berjalan secara efisien dan berkesinambungan melalui sistem rujukan yang teratur antar fasilitas kesehatan (Kemenkes RI, 2016).

Menurut Setyawan (2019), tingkatan pelayanan kesehatan terdiri dari tiga tingkatan atau jenjang.

a. Pelayanan kesehatan tingkat primer (*primary health care*)

Pelayanan kesehatan tingkat primer merupakan pelayanan kesehatan dasar dan pertama yang menyediakan pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif awal. Tenaga kesehatan di tingkat pertama memiliki peran penting dalam memberikan pelayanan kesehatan dasar, edukasi, dan rujukan apabila dibutuhkan (Nursalam, 2017). Contoh pelayanan kesehatan pertama yaitu, puskesmas, puskesmas pembantu, puskesmas keliling, balkesmas, praktek dokter perorangan atau klinik rawat jalan.

b. Pelayanan kesehatan tingkat sekunder (*secondary health services*)

Pelayanan kesehatan tingkat sekunder merupakan pelayanan kesehatan tindak lanjut dari pelayanan primer apabila kasus kesehatan memerlukan pemeriksaan, penanganan atau fasilitas medis yang lebih lengkap. Pelayanan di tingkat ini mencakup kegiatan kuratif dan rehabilitatif dengan dukungan tenaga medis spesialis dan peralatan yang lebih canggih (Notoatmodjo, 2012). Pelayanan sekunder juga berfungsi sebagai tempat rujukan bagi pasien dari fasilitas kesehatan tingkat pertama yang membutuhkan penanganan lebih lanjut. Contoh pelayanan kesehatan kedua yaitu, rumah sakit tipe C dan D, dan memerlukan tersedianya tenaga-tenaga spesialis.

c. Pelayanan kesehatan tingkat tersier (*tertiary health services*)

Pelayanan kesehatan tingkat tersier merupakan pelayanan kesehatan yang diperlukan masyarakat yang sudah tidak dapat ditangani oleh pelayanan kesehatan sekunder. Pelayanan tersier terdiri dari pelayanan tingkat lanjut yang memberikan layanan subspesialis dan superspesialis dengan sarana, prasarana, serta teknologi kedokteran yang paling lengkap. Pelayanan di tingkat tersier bersifat komprehensif dan mendalam, mencakup diagnosis, pengobatan, tindakan bedah kompleks, serta rehabilitasi medik yang melibatkan tenaga ahli multidisiplin (Nursalam, 2017). Contoh pelayanan kesehatan tersier yaitu, rumah sakit tipe A dan B serta memiliki pelayanan yang sudah kompleks dan membutuhkan tenaga kesehatan

sub spesialis.

B. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

1. Definisi Jaminan Kesehatan

Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar Peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi Kebutuhan Dasar Kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar Iuran Jaminan Kesehatan atau Iuran Jaminan Kesehatannya dibayar oleh Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah (Peraturan Presiden No.82 Tahun 2018).

2. Prinsip Jaminan Kesehatan Nasional

Jaminan Kesehatan Nasional mengacu pada prinsip Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). JKN merupakan bagian dari SJSN yang diselenggarakan dengan mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib, tujuannya untuk menjamin kesehatan masyarakat secara menyeluruh, seperti yang disebutkan dalam Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018:

a. Kegotongroyongan

Prinsip ini diwujudkan dalam mekanisme gotong royong dari peserta yang mampu kepada peserta yang kurang mampu dalam bentuk kepesertaan wajib bagi seluruh rakyat; peserta yang berisiko rendah membantu yang berisiko tinggi; dan peserta yang sehat membantu yang sakit. Melalui prinsip kegotong-royongan ini, jaminan sosial dapat menumbuhkan keadilan sosial bagi seluruh rakyat

Indonesia.

b. Nirlaba

Pengelolaan dana amanat tidak dimaksudkan untuk mencari laba (nirlaba) bagi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, akan tetapi tujuan utama penyelenggaraan jaminan sosial adalah untuk memenuhi sebesar-besarnya kepentingan peserta. Dana amanat, hasil pengembangannya, dan surplus anggaran akan dimanfaatkan sebesar-besarnya untuk kepentingan peserta.

c. Akuntabilitas

Prinsip-prinsip manajemen ini diterapkan dan mendasari seluruh kegiatan pengelolaan dana yang berasal dari iuran peserta dan hasil pengembangannya.

d. Protabilitas

Jaminan sosial dimaksudkan untuk memberikan jaminan yang berkelanjutan meskipun peserta berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara kesatuan Republik Indonesia.

e. Kepesertaan bersifat wajib

Kepesertaan wajib dimaksudkan agar seluruh rakyat menjadi peserta sehingga dapat terlindungi. Meskipun kepesertaan bersifat wajib bagi seluruh rakyat, penerapannya tetap disesuaikan dengan kemampuan ekonomi rakyat dan Pemerintah serta kelayakan penyelenggaraan program. Tahapan pertama dimulai dari pekerja di sektor formal, bersamaan dengan itu sektor informal dapat menjadi

peserta secara suka rela, sehingga dapat mencakup petani, nelayan dan mereka yang bekerja secara mandiri, sehingga pada akhirnya sistem Jaminan Sosial Nasional dapat mencakup seluruh rakyat.

f. Dana amanat

Dana yang terkumpul dari iuran peserta merupakan titipan kepada badan-badan penyelenggara untuk dikelola sebaik-baiknya dalam rangka mengoptimalkan dana tersebut untuk kesejahteraan peserta.

3. Manfaat Jaminan Kesehatan

Manfaat Jaminan Kesehatan terdiri atas manfaat medis dan manfaat nonmedis. Manfaat medis diberikan sesuai dengan indikasi medis dan standar pelayanan serta tidak dibedakan berdasarkan iuran peserta. Manfaat nonmedis diberikan berdasarkan iuran peserta (Peraturan Presiden No. 82 Tahun 2018).

Setiap peserta berhak memperoleh manfaat jaminan kesehatan yang bersifat pelayanan kesehatan perorangan, mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif, termasuk pelayanan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan (Peraturan Presiden No. 82 Tahun 2018). Pelayanan kesehatan yang dijamin terdiri atas:

- a. Pelayanan kesehatan tingkat pertama, meliputi pelayanan kesehatan nonspesialistik.
- b. Pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan, meliputi pelayanan

kesehatan.

- c. Pelayanan ambulans darat atau air merupakan pelayanan transportasi pasien rujukan dengan kondisi tertentu antar fasilitas kesehatan disertai dengan upaya menjaga kestabilan kondisi pasien untuk kepentingan keselamatan pasien.
- d. Manfaat pelayanan promotif dan preventif meliputi pemberian pelayanan:
 - 1) Penyuluhan kesehatan perorangan, meliputi paling sedikit penyuluhan mengenai pengelolaan faktor risiko penyakit dan perilaku hidup bersih dan sehat
 - 2) Imunisasi rutin, meliputi pemberian jenis imunisasi rutin sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan
 - 3) Keluarga berencana, meliputi konseling dan pelayanan kontrasepsi, termasuk vasektomi dan tubektomi bekerja sama dengan Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional.
 - 4) Skrining riwayat kesehatan dan pelayanan penapisan atau skrining kesehatan tertentu, diberikan secara selektif yang ditujukan untuk mendeteksi risiko penyakit dengan menggunakan metode tertentu.
 - 5) Peningkatan kesehatan bagi peserta penderita penyakit kronis, ditujukan kepada peserta penderita penyakit kronis tertentu untuk mengurangi risiko akibat komplikasi penyakit yang dideritanya.

Pelayanan kesehatan yang tidak dijamin meliputi:

- a. Pelayanan kesehatan yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- b. Pelayanan kesehatan yang dilakukan di fasilitas kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan;
- c. Pelayanan kesehatan untuk tujuan kosmetik;
- d. Pelayanan untuk mengatasi infertilitas;
- e. Pelayanan meratakan gigi atau ortodonsi;
- f. Gangguan kesehatan/penyakit akibat ketergantungan obat dan/ atau alkohol;
- g. Pengobatan komplementer, alternatif dan tradisional, yang belum dinyatakan efektif berdasarkan penilaian teknologi kesehatan;
- h. Alat dan obat kontrasepsi, kosmetik;
- i. Pelayanan kesehatan akibat tindak pidana penganiayaan, kekerasan seksual, korban terorisme, dan tindak pidana perdagangan orang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

4. Kepesertaan JKN

Peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran jaminan kesehatan (Peraturan Presiden No. 82 Tahun 2018).

- a. Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI JK)

Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI JK), adalah peserta yang tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu yang

iurannya dibayarkan oleh Pemerintah Pusat melalui APBN dan Pemerintahan Daerah melalui APBD.

Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan harus memenuhi syarat sebagai warga negara Indonesia (WNI), memiliki NIK (Nomor Induk Keluarga) di Dukcapil, dan terdaftar dalam Data Terpadu Kesejahteraan Sosial. Kepesertaan PBI JK berlaku terhitung sejak didaftarkan oleh Kementerian Kesehatan berdasarkan penetapan oleh menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintah di bidang sosial kecuali untuk bayi yang dilahirkan dari ibu kandung dari keluarga yang terdaftar sebagai PBI JK otomatis sebagai peserta, sebagaimana ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku (BPJS Kesehatan, 2021).

b. Bukan Penerima Bantuan Iuran (Non PBI)

Peserta bukan PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud terdiri atas:

1) Pekerja Penerima Upah (PPU)

a) PPU Penyelenggara Negara terdiri dari Pejabat Negara, Pegawai Negeri Sipil (PNS) Pusat/Daerah, PNS yang diperbantukan pada BUMN/BUMD, TNI/PNS TNI, POLRI/PNS POLRI, Pimpinan dan anggota DPRD, Kepala Desa dan perangkat desa serta Pegawai pemerintah dengan perjanjian kerja.

b) PPU Non Penyelenggara Negara terdiri dari Pegawai Badan

Usaha Milik Negara (BUMN), Pegawai Badan Usaha Milik Daerah (BUMD) dan Pegawai Badan Usaha Swasta.

- 2) Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) adalah setiap orang yang bekerja atau berusaha atas risiko sendiri, dan pekerja yang berada diluar hubungan kerja atau pekerja mandiri yang mampu membayar iuran, antara lain: Pengacara, Akuntan, Arsitek, Dokter, Notaris, Penilai, Aktuaris, dan lain sebagainya.
- 3) Bukan Pekerja (BP) adalah setiap orang yang bukan termasuk kelompok PPU, PBPU, PBI Jaminan Kesehatan, dan penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah. Bukan Pekerja (BP) terdiri atas:
 - a) Investor yaitu perorangan yang melakukan suatu investasi (bentuk penanaman modal sesuai dengan jenis investasi yang dipilihnya) baik dalam jangka pendek atau jangka panjang.
 - b) Pemberi Kerja yaitu orang perseorangan yang mempekerjakan tenaga kerja, dengan membayar gaji, upah atau imbalan dalam bentuk lainnya.
 - c) Penerima Pensiun, terdiri atas : Penerima Pensiun Pejabat Negara, Penerima Pensiun Pegawai Negeri Sipil, Penerima Pensiun Prajurit/anggota Polri, Penerima Pensiun TNI, Veteran dan Perintis Kemerdekaan.

C. Puskesmas

1. Definisi Puskesmas

Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) merupakan unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten/kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja tertentu secara menyeluruh, terpadu, dan berkesinambungan berdasarkan asas otonomi daerah dan desentralisasi (Kemenkes RI, 2019). Puskesmas berfungsi sebagai pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menyelenggarakan pelayanan publik bidang kesehatan sekaligus pembinaan peran serta masyarakat dalam menjaga kesehatan secara mandiri dan berkesinambungan (Indriani, 2020). Peran Puskesmas sangat strategis karena menjadi ujung tombak pelayanan kesehatan dasar yang langsung bersentuhan dengan masyarakat dalam mendukung sistem pelayanan kesehatan nasional (Aldo, 2021).

Kedudukan Puskesmas dalam sistem pelayanan kesehatan di Indonesia sangat penting karena menjadi penanggung jawab pelayanan kesehatan di wilayah kecamatan secara menyeluruh dan terintegrasi antara pelayanan individual dan pelayanan kesehatan masyarakat (Kemenkes RI, 2019). Selain itu, Puskesmas tidak hanya memberikan pelayanan kuratif dasar, tetapi juga menyelenggarakan upaya promotif dan preventif yang menitikberatkan pada pemberdayaan masyarakat melalui kegiatan lintas sektor dan partisipasi aktif warga (Indriani, 2020). Oleh karena itu, puskesmas merupakan sarana kesehatan yang unik karena

mengintegrasikan pelayanan medis dasar dengan pendekatan kesehatan masyarakat secara langsung di tingkat komunitas (Aldo, 2021).

Berdasarkan ketentuan terbaru, terdapat sedikitnya 18 program pokok di Puskesmas yang harus dijalankan secara simultan dan terpadu, antara lain: pelayanan rawat jalan, kesehatan ibu dan anak, keluarga berencana, kesehatan gigi dan mulut, kesehatan lingkungan, kesehatan jiwa, pendidikan kesehatan, perawatan kesehatan masyarakat, pencegahan dan pemberantasan penyakit menular, kesehatan olahraga, kesehatan usia lanjut, kesehatan mata, kesehatan kerja, pelayanan laboratorium dasar, dan pencatatan pelaporan kesehatan masyarakat (Aldo, 2021). Program-program tersebut merupakan bentuk operasionalisasi dari peran Puskesmas dalam mendukung target pencapaian indikator kesehatan nasional sesuai dengan regulasi pemerintah (Kemenkes RI, 2019). Dengan menjalankan seluruh program ini, Puskesmas diharapkan dapat memberikan pelayanan kesehatan yang komprehensif, bermutu, dan menjangkau seluruh lapisan masyarakat, khususnya di wilayah kerja masing-masing (Indriani, 2020).

2. Prinsip Penyelenggaraan Puskesmas

Prinsip Penyelenggaraan puskesmas berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 (Permenkes, 2014) yaitu:

a. Paradigma sehat

Puskesmas mendorong seluruh pemangku kepentingan untuk berkomitmen dalam upaya mencegah dan mengurangi risiko

kesehatan yang dihadapi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

b. Pertanggungjawaban wilayah

Puskesmas menggerakkan dan bertanggung jawab terhadap pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya.

c. Kemandirian masyarakat

Puskesmas mendorong kemandirian hidup sehat bagi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

d. Pemerataan

Puskesmas menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang dapat diakses dan terjangkau oleh seluruh masyarakat di wilayah kerjanya secara adil tanpa membedakan status sosial, ekonomi, agama, budaya dan kepercayaan.

e. Teknologi tepat guna

Puskesmas menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan memanfaatkan teknologi tepat guna yang sesuai dengan kebutuhan pelayanan, mudah dimanfaatkan dan tidak berdampak buruk bagi lingkungan.

f. Keterpaduan dan kesinambungan

Puskesmas mengintegrasikan dan mengkoordinasikan penyelenggaraan UKM dan UKP lintas program dan lintas sektor serta melaksanakan sistem rujukan yang didukung dengan manajemen puskesmas.

3. Tugas dan Fungsi Puskesmas

Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dalam rangka mendukung terwujudnya kecamatan sehat (Permenkes, 2014).

Puskesmas dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud, menyelenggarakan fungsi sebagai berikut (Permenkes Nomor 43, 2019):

a. Penyelenggaraan UKM tingkat pertama di wilayah kerjanya

Dalam menyelenggarakan fungsi sebagaimana dimaksud, puskesmas berwenang untuk:

- 1) Melaksanakan perencanaan berdasarkan analisis masalah kesehatan masyarakat dan analisis kebutuhan pelayanan yang diperlukan;
- 2) melaksanakan advokasi dan sosialisasi kebijakan kesehatan;
- 3) Melaksanakan komunikasi, informasi, pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan; edukasi,
- 4) Menggerakkan masyarakat untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan pada setiap tingkat perkembangan masyarakat yang bekerja sama dengan sektor lain terkait;
- 5) Melaksanakan pembinaan teknis terhadap jaringan pelayanan dan upaya kesehatan berbasis masyarakat;
- 6) Melaksanakan peningkatan kompetensi sumber daya manusia puskesmas;

- 7) Memantau pelaksanaan pembangunan agar berwawasan kesehatan;
 - 8) Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap akses, mutu, dan cakupan pelayanan kesehatan; dan
 - 9) Memberikan rekomendasi terkait masalah kesehatan masyarakat, termasuk dukungan terhadap sistem kewaspadaan dini dan respon penanggulangan penyakit.
- b. Penyelenggaraan UKP tingkat pertama di wilayah kerjanya

Dalam menyelenggarakan fungsi sebagaimana dimaksud, puskesmas berwenang untuk:

- 1) Menyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar secara komprehensif, berkesinambungan dan bermutu;
- 2) Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang mengutamakan upaya promotif dan preventif;
- 3) Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang berorientasi pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat;
- 4) Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang mengutamakan keamanan dan keselamatan pasien, petugas dan pengunjung;
- 5) Menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan prinsip koordinatif dan kerja sama inter dan antar profesi;
- 6) Melaksanakan rekam medis;
- 7) Melaksanakan pencatatan, pelaporan dan evaluasi terhadap mutu dan akses pelayanan kesehatan;
- 8) Melaksanakan peningkatan kompetensi tenaga kesehatan;

- 9) Mengoordinasikan dan melaksanakan pembinaan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama di wilayah kerjanya; dan
- 10) Melaksanakan penapisan rujukan sesuai dengan indikasi medis dan sistem rujukan.

D. Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

1. Definisi Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Pemanfaatan pelayanan kesehatan mengacu pada frekuensi, jenis, dan intensitas penggunaan layanan kesehatan oleh individu atau kelompok masyarakat. Menurut Andersen & Newman (2005), pemanfaatan layanan kesehatan mencerminkan perilaku individu dalam mencari, mengakses, dan menggunakan fasilitas dan tenaga kesehatan, baik dalam kondisi sehat maupun sakit.

Menurut Notoadmodjo (2012), pemanfaatan dapat diukur dari tindakan nyata yang dilakukan individu ketika membutuhkan bantuan kesehatan, seperti kunjungan ke puskesmas, rawat inap, penggunaan obat, atau konsultasi medis. Pemanfaatan pelayanan kesehatan juga dipengaruhi oleh tiga kategori utama dalam model Andersen, yaitu:

- a. *Predisposing factors*: Karakteristik individu sebelum muncul kebutuhan untuk berobat.
- b. *Enabling factors*: faktor yang memfasilitasi atau menghambat individu dalam mengakses layanan kesehatan.
- c. *Reinforcing factors*: kebutuhan kesehatan yang dirasakan atau didiagnosis.

Dalam konteks Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), pemanfaatan merujuk pada sejauh mana peserta menggunakan haknya untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang ditanggung BPJS Kesehatan, baik di fasilitas kesehatan primer maupun sekunder.

2. Syarat Pokok Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Agar pelayanan kesehatan dapat dimanfaatkan secara optimal, terdapat beberapa syarat pokok yang harus dipenuhi:

a. Ketersediaan (*Availability*)

Ketersediaan fasilitas kesehatan, tenaga kesehatan, obat-obatan, dan sarana pendukung menjadi dasar utama. Tanpa ketersediaan yang memadai, masyarakat tidak akan dapat mengakses layanan meskipun memiliki jaminan kesehatan.

b. Aksesibilitas (*Accessibility*)

Kemudahan fisik (jarak, transportasi), administratif (alur layanan), ekonomi (biaya layanan), serta sosial-budaya menjadi komponen utama dalam aksesibilitas. Akses yang sulit akan menurunkan angka pemanfaatan layanan kesehatan.

c. Keterjangkauan (*Affordability*)

Pelayanan harus dapat dijangkau secara finansial. JKN bertujuan untuk mengatasi hambatan biaya agar pelayanan dapat diakses oleh semua golongan masyarakat.

d. Kualitas (*Quality*)

Mutu pelayanan yang meliputi kompetensi tenaga kesehatan, waktu pelayanan, prosedur, dan komunikasi sangat memengaruhi

kepercayaan dan keinginan masyarakat untuk memanfaatkan layanan.

e. **Penerimaan Sosial (*Acceptability*)**

Pelayanan harus diterima oleh masyarakat dari sisi budaya, nilai, dan norma. Misalnya, pelayanan yang memperhatikan kesopanan, kenyamanan, dan keterbukaan terhadap gender atau kepercayaan tertentu.

3. Stratifikasi Pelayanan Kesehatan

Stratifikasi pelayanan kesehatan merujuk pada tingkatan layanan berdasarkan kompleksitas dan kebutuhan medis, yang terbagi menjadi:

a. **Pelayanan Kesehatan Primer (*Primary Health Care*)**

Pelayanan kesehatan primer merupakan layanan kontak pertama individu dengan sistem kesehatan. Layanan ini bersifat umum dan mencakup upaya promotif, preventif, serta kuratif dasar. Contohnya: puskesmas, praktik dokter umum, klinik pratama. Dalam sistem JKN, FKTP menjadi pintu masuk layanan kesehatan.

b. **Pelayanan Kesehatan Sekunder (*Secondary Health Care*)**

Pelayanan kesehatan sekunder merupakan layanan kesehatan yang lebih kompleks dan memerlukan rujukan dari pelayanan primer. Biasanya mencakup pelayanan spesialis dasar, seperti bedah, penyakit dalam, kebidanan, dan anak. Diberikan di rumah sakit tipe C dan B.

c. **Pelayanan Kesehatan Tersier (*Tertiary Health Care*)**

Pelayanan kesehatan tersier merupakan pelayanan kesehatan tingkat lanjut dan paling kompleks, biasanya diberikan oleh

subspesialis atau multidisiplin. Contohnya rumah sakit rujukan nasional atau rumah sakit tipe A (Kementerian Kesehatan RI, 2018).

4. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Anderson, dalam Notoatmodjo (2010), menggambarkan model sistem kesehatan (*health system model*) yang berupa model kepercayaan kesehatan. Dalam model Anderson ini terdapat 3 faktor utama dalam pelayanan kesehatan, yaitu: faktor predisposisi, faktor pendukung dan faktor kebutuhan.

a. Faktor Prediposisi (*Predisposing Factors*)

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

1) Ciri-ciri demografi

a) Usia

Usia merupakan faktor penting yang memengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan. Penelitian menunjukkan bahwa kelompok usia lanjut cenderung lebih sering memanfaatkan layanan kesehatan dibandingkan kelompok usia muda, karena peningkatan risiko penyakit kronis seiring bertambahnya usia.

b) Jenis Kelamin

Perbedaan jenis kelamin dapat memengaruhi pola pemanfaatan layanan kesehatan. Misalnya, perempuan mungkin lebih sering mengakses layanan kesehatan preventif dibandingkan laki-laki, karena peran sosial dan kebutuhan biologis tertentu (Irawan, 2018).

c) Status Perkawinan

Status perkawinan dapat memengaruhi keputusan dalam mencari pelayanan kesehatan. Individu yang sudah menikah mungkin lebih mempertimbangkan kebutuhan keluarga dalam memanfaatkan layanan kesehatan, serta mendapatkan dukungan sosial yang lebih besar dalam mengakses layanan tersebut.

2) Struktur sosial

a) Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan berpengaruh terhadap pengetahuan dan pemahaman individu mengenai pentingnya pelayanan kesehatan, yang pada gilirannya memengaruhi perilaku pencarian layanan kesehatan. Individu dengan pendidikan lebih tinggi cenderung memiliki kesadaran yang lebih baik tentang pentingnya menjaga kesehatan dan memanfaatkan layanan yang tersedia.

b) Pekerjaan

Jenis dan kondisi pekerjaan dapat memengaruhi risiko kesehatan dan akses terhadap layanan kesehatan. Pekerjaan

dengan risiko tinggi atau tekanan kerja yang besar dapat meningkatkan kebutuhan akan pelayanan kesehatan. Selain itu, jenis pekerjaan juga dapat memengaruhi waktu luang dan fleksibilitas untuk mengakses layanan kesehatan.

c) Kesukuan

Kesukuan adalah perihal atau sifat mengenai suku (bangsa) (KBBI). Setiap suku yang mengandung nilai kebudayaan banyak mempengaruhi terbentuknya keyakinan dan perilaku masyarakat diantaranya cara melaksanakan sistem pelayanan kesehatan pribadi dan pemilihan tempat pelayanan kesehatan. Struktur kesukuan memainkan peran penting dalam membentuk kecenderungan perilaku masyarakat dalam mencari layanan kesehatan formal maupun tradisional (Widyastuty, et al. 2023).

3) Manfaat-manfaat kesehatan

a) Pengetahuan (*knowledge*)

Pengetahuan individu tentang program JKN dan layanan kesehatan yang tersedia memengaruhi keputusan untuk memanfaatkan layanan tersebut. Kurangnya informasi dapat menjadi hambatan dalam akses layanan kesehatan. Penelitian menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan yang rendah terkait JKN berhubungan dengan rendahnya pemanfaatan layanan kesehatan.

Pengetahuan individu tentang layanan kesehatan,

termasuk prosedur, manfaat, dan cara pemanfaatannya, sangat berpengaruh terhadap kecenderungan seseorang untuk mengakses layanan tersebut. Dalam konteks Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), pemanfaatan layanan kesehatan sangat ditentukan oleh sejauh mana peserta memahami sistem JKN, alur rujukan, hak dan kewajiban peserta, serta jenis layanan yang dijamin.

Menurut Notoatmodjo (2010), pengetahuan terdiri dari enam tingkatan, yang mengukur kemampuan berpikir mulai dari yang paling dasar hingga yang paling kompleks. Keenam tingkatan tersebut adalah:

(1) Pengetahuan (*Knowledge*)

Pengetahuan merupakan tingkatan paling dasar, yaitu kemampuan individu untuk mengingat kembali informasi yang telah dipelajari sebelumnya. Misalnya, mengingat nama fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) atau jenis layanan yang ditanggung JKN.

(2) Pemahaman (*Comprehension*)

Tingkat pemahaman menunjukkan kemampuan untuk menjelaskan kembali informasi dengan kata-katanya sendiri. Dalam konteks JKN, individu dapat menjelaskan bagaimana sistem rujukan bekerja atau menjelaskan prosedur klaim pelayanan.

(3) Penerapan (*Application*)

Penerapan merupakan kemampuan untuk menggunakan informasi dalam situasi nyata. Contohnya adalah menggunakan kartu JKN secara benar ketika berobat atau mengikuti prosedur rujukan sesuai ketentuan BPJS.

(4) Analisis (*Analysis*)

Pada tahap ini, individu mampu menguraikan informasi menjadi bagian-bagian dan memahami struktur organisasi informasi tersebut. Misalnya, peserta mampu membedakan layanan yang dijamin dan tidak dijamin oleh JKN, atau mampu mengevaluasi alasan di balik penolakan pelayanan tertentu.

(5) Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis mengacu pada kemampuan untuk menggabungkan berbagai elemen informasi menjadi satu bentuk yang baru dan bermakna. Dalam konteks JKN, peserta mungkin mampu menyusun strategi penggunaan layanan kesehatan yang efisien sesuai kebutuhannya dan ketentuan program.

(6) Evaluasi (*Evaluation*)

Tingkatan tertinggi dari pengetahuan adalah evaluasi, yaitu kemampuan untuk memberikan penilaian terhadap suatu informasi atau kebijakan berdasarkan

kriteria tertentu. Contohnya, peserta dapat menilai efektivitas program JKN dalam memenuhi kebutuhan kesehatan keluarganya.

Pengukuran pengetahuan dalam penelitian kuantitatif umumnya menggunakan instrumen kuesioner yang telah teruji validitas dan reliabilitasnya. Bentuk soal bisa berupa pilihan ganda, benar/salah maupun jawaban singkat (*short answer*). Skor diberikan pada setiap jawaban yang benar (biasanya diberi nilai 1) dan jawaban salah diberi nilai 0.

Pengukuran ini dapat digunakan untuk melihat distribusi tingkat pengetahuan responden terhadap program JKN, baik dalam aspek administratif (pencatatan, rujukan, kepesertaan) maupun aspek klinis (jenis layanan, manfaat, pengobatan yang ditanggung).

b) Keyakinan terhadap Pelayanan Kesehatan:

Kepercayaan terhadap efektivitas dan kualitas pelayanan kesehatan memengaruhi kecenderungan individu untuk menggunakan layanan tersebut. Tingkat kepercayaan yang rendah dapat mengurangi pemanfaatan layanan kesehatan. Persepsi positif terhadap layanan kesehatan, termasuk sikap tenaga kesehatan yang ramah dan kompeten, dapat meningkatkan kepercayaan dan pemanfaatan layanan (Noorhidayah *et al.*,

2022).

b. Faktor Pendukung (*Enabling Factors*)

1) Sumber daya keluarga

a) Pendapatan

Pendapatan keluarga sangat memengaruhi kemampuan individu untuk mengakses layanan kesehatan, meskipun mereka telah terdaftar dalam program JKN. Beberapa layanan tambahan seperti pembelian obat di luar tanggungan JKN atau kebutuhan transportasi ke fasilitas rujukan masih menjadi beban bagi peserta. Penelitian oleh Ristianti & Sulistyowati (2020) menunjukkan bahwa keluarga dengan penghasilan yang lebih tinggi memiliki kecenderungan lebih besar dalam menggunakan layanan kesehatan secara rutin karena hambatan biaya non-medis lebih mudah diatasi.

b) Kepemilikan Asuransi

Kepemilikan kartu JKN (baik Penerima Bantuan Iuran/PBI maupun non-PBI) merupakan salah satu bentuk enabling resource yang langsung berkaitan dengan akses terhadap pelayanan kesehatan. Menurut Wulandari & Hidayah (2018), peserta yang memahami manfaat kartu JKN dan aktif menggunakannya menunjukkan frekuensi kunjungan yang lebih tinggi dibandingkan dengan peserta pasif.

c) Dukungan keluarga

Dukungan keluarga, baik secara emosional maupun praktis, dapat memengaruhi keputusan seseorang dalam memanfaatkan layanan kesehatan. Misalnya, pasangan yang mendorong dan menemani saat berobat akan meningkatkan kemungkinan pemanfaatan layanan kesehatan. Penelitian Marlina *et al.* (2021) mencatat bahwa dukungan keluarga, terutama pasangan, memainkan peran penting dalam mengatasi hambatan psikologis dan logistik dalam penggunaan layanan kesehatan.

2) Sumber daya masyarakat

a) Ketersediaan fasilitas dan pelayanan kesehatan

Ketersediaan fasilitas kesehatan yang memadai, seperti puskesmas, klinik, dan rumah sakit, merupakan salah satu faktor kunci yang memengaruhi tingkat pemanfaatan layanan kesehatan oleh masyarakat (Sari & Lestari, 2022). Daerah yang memiliki kepadatan fasilitas kesehatan yang tinggi memungkinkan masyarakat memiliki pilihan layanan yang lebih beragam dan meningkatkan kemungkinan berkunjung untuk mendapatkan pengobatan atau konsultasi (Ismail *et al.*, 2020). Tidak hanya keberadaan fisik fasilitas kesehatan, tetapi juga ketersediaan tenaga kesehatan, obat-obatan, alat medis, dan jam operasional yang sesuai sangat menentukan kemudahan masyarakat dalam mengakses pelayanan (Nurrochmah *et al.*, 2021).

b) Aksesibilitas

Aksesibilitas mencakup faktor jarak geografis, waktu tempuh, biaya transportasi, serta kemudahan birokrasi pelayanan. Nugraheni & Utomo (2019) dalam studi di wilayah rural Indonesia menemukan bahwa jarak jauh ke fasilitas kesehatan dan sulitnya akses transportasi menjadi hambatan signifikan dalam pemanfaatan layanan kesehatan oleh peserta JKN, meskipun mereka memiliki jaminan finansial. Aksesibilitas juga mencakup aspek non-fisik, seperti keramahan petugas kesehatan, waktu tunggu yang efisien, dan prosedur administrasi yang jelas. Bila akses ini rendah, peserta JKN cenderung menunda atau menghindari penggunaan layanan kesehatan.

c) Sikap Petugas Kesehatan

Sikap petugas kesehatan merupakan salah satu dimensi non-teknis dalam pelayanan yang memiliki dampak besar terhadap persepsi pasien dalam memanfaatkan layanan kesehatan. Menurut Donabedian (1988), kualitas pelayanan kesehatan tidak hanya dilihat dari struktur dan hasil, tetapi juga dari proses pelayanan, termasuk aspek sikap dan komunikasi interpersonal petugas kesehatan. Sikap yang baik dari tenaga kesehatan mencerminkan mutu layanan yang humanis dan berpusat pada pasien (Tabrani et al., 2019).

c. Faktor Kebutuhan (*Reinforcing Factors*)

Dalam Model Perilaku Andersen, karakteristik kebutuhan dianggap sebagai faktor yang paling langsung memengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan. Kebutuhan dapat bersifat subjektif (*perceived needs*) atau objektif (*evaluated needs*), dan keduanya memainkan peran penting dalam membentuk perilaku pencarian pelayanan kesehatan.

1) Persepsi Kebutuhan atau *Perceived (subject assesment)*

Kebutuhan yang dirasakan merujuk pada penilaian subjektif individu mengenai status kesehatannya dan sejauh mana ia merasa membutuhkan pertolongan medis untuk mempertahankan atau memulihkan kesehatannya (Cheng, et al. 2024). Konsep ini menjadi bagian penting dalam model perilaku pencarian pelayanan kesehatan karena keputusan untuk memanfaatkan layanan tidak semata-mata dipengaruhi oleh kondisi medis yang obyektif, tetapi juga oleh persepsi personal mengenai keparahan gejala atau ancaman terhadap kesehatan (Health Seeking Behavior Review: Indonesia, 2020). Persepsi tersebut sangat dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti pengalaman masa lalu, nilai-nilai budaya, informasi yang tersedia, serta keyakinan individu terhadap efektivitas layanan kesehatan (Malik et al., 2020).

2) *Evaluated (clinical diagnosis)*

Kebutuhan yang dievaluasi adalah penilaian objektif oleh tenaga medis (dokter atau tenaga kesehatan) terhadap kondisi kesehatan pasien berdasarkan pemeriksaan klinis dan diagnostik. Ini mencakup hasil diagnosis, status medis, dan kebutuhan perawatan lebih lanjut. Dalam konteks JKN, tenaga medis di FKTP maupun rujukan akan menentukan apakah pasien membutuhkan perawatan lebih lanjut, rujukan, atau bahkan rawat inap. Ketika kebutuhan ini diidentifikasi oleh profesional kesehatan tetapi tidak disadari atau tidak diterima oleh pasien, maka terjadi kesenjangan antara kebutuhan objektif dan subjektif.

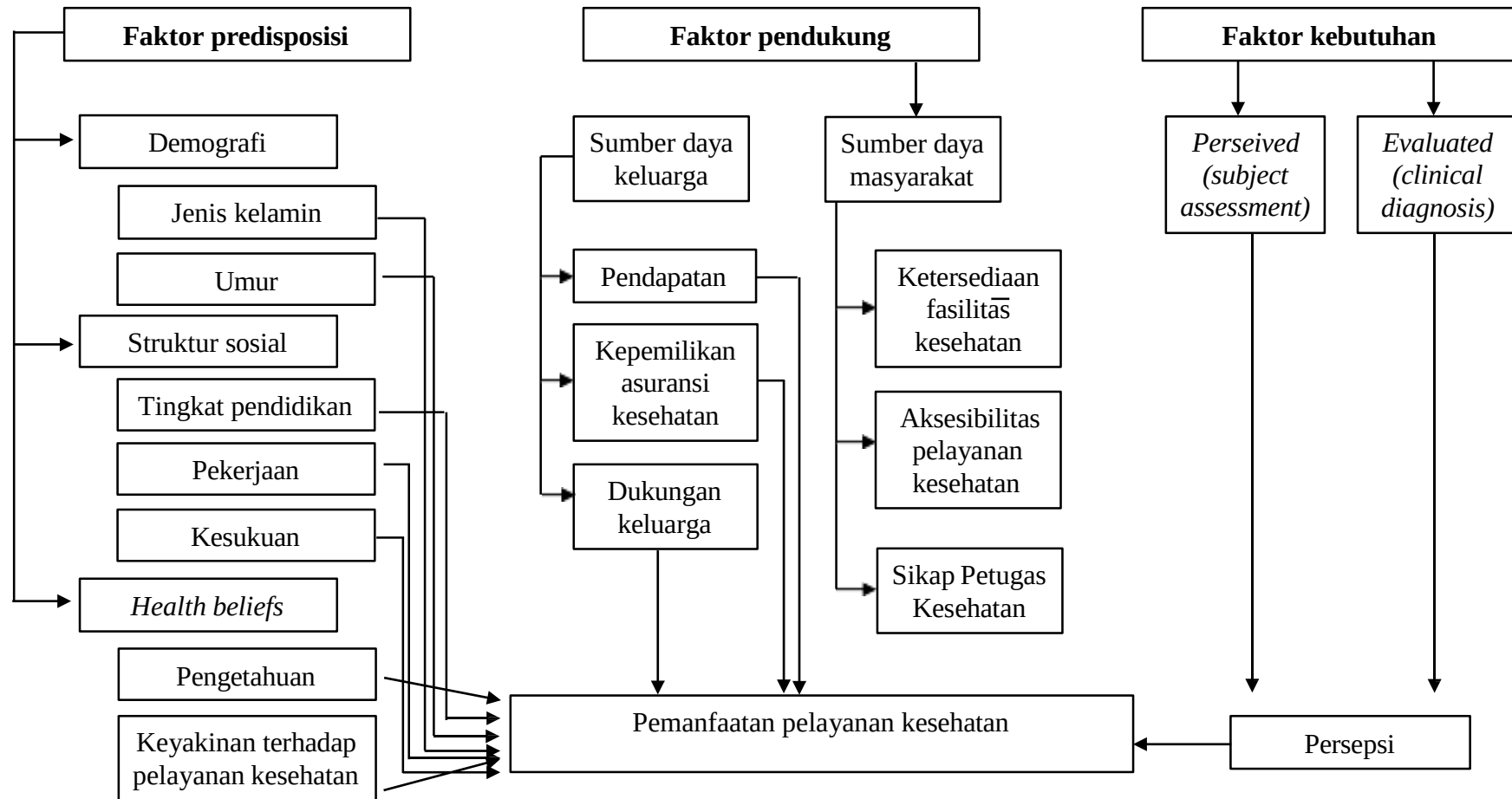
5. Skala Pengukuran Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Pengukuran pemanfaatan pelayanan kesehatan dapat dilakukan dengan berbagai jenis skala, salah satunya Skala Guttman, yang digunakan untuk memperoleh jawaban tegas dan bersifat dikotomis seperti ya/tidak atau pernah/tidak pernah (Sugiyono, 2019). Skala Guttman memberikan klasifikasi jelas terhadap suatu perilaku atau fenomena, sehingga cocok digunakan untuk mengetahui ada atau tidaknya pemanfaatan layanan kesehatan (Priyono, 2016).

Dalam penelitian ini, pemanfaatan pelayanan kesehatan diukur berdasarkan kunjungan responden ke puskesmas dalam 3 bulan terakhir. Penggunaan skala dikotomis 3 bulan ini sejalan dengan konsep pengukuran indikator *health service utilization* yang direkomendasikan

WHO, yaitu menilai keterlibatan individu dalam mengakses layanan kesehatan berdasarkan periode waktu tertentu dan mengklasifikasikannya secara jelas. WHO merekomendasikan bahwa pengukuran indikator pemanfaatan layanan kesehatan sebaiknya menggunakan periode waktu yang relatif singkat agar responden mampu mengingat kunjungan dengan akurat, dan periode ≤ 3 bulan dianggap optimal untuk meminimalkan *recall bias* (World Health Organization, 2010). Selain itu, periode 3 bulan mampu memberikan gambaran yang cukup representatif mengenai perilaku akses layanan kesehatan tanpa terpengaruh oleh variasi musiman atau peristiwa khusus jangka panjang (Balk et al., 2013). Metode ini memudahkan perhitungan prevalensi pemanfaatan serta analisis hubungan dengan variabel-variabel lain seperti dukungan keluarga, aksesibilitas, atau sikap petugas kesehatan (Notoatmodjo, 2012). Responden yang pernah berkunjung dikategorikan “ya” dan diberi skor 1, sedangkan yang tidak berkunjung dikategorikan “tidak” dan diberi skor 0. Pendekatan ini sesuai dengan prinsip Skala Guttman yang menyederhanakan jawaban menjadi bentuk biner untuk memudahkan pengolahan data kuantitatif (Sugiyono, 2019; Syaifuddin, 2020).

E. Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori
Modifikasi *behavioral model of health services use* Andersen (2010)