



UNIVERSITAS INDONESIA

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
PEMANFAATAN PELAYANAN KESEHATAN
DI PUSKESMAS SUMBER REJO KOTA BALIKPAPAN
PROVINSI KALIMANTAN TIMUR TAHUN 2012**

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar

Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM)

NANIK SRI WAHYUNI

NPM: 1006820915

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT
PEMINATAN KEBIDANAN KOMUNITAS
DEPOK
JUNI 2012**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Nanik Sri Wahyuni

NPM : 1006820915

Tanda tangan : 

Tanggal : 22 Juni 2012

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

- Nama : Nanik Sri Wahyuni
- Tempat tanggal lahir : Ponorogo, 24 Juni 1977
- Alamat : Balikpapan Regency jln. Kintamani III Blok C No. 22
RT. 091 Kel. Sepinggan Kec. Balikpapan Selatan
Kota Balikpapan – Kalimantan Timur 76115
- Alamat Kantor : Puskesmas Sumber Rejo
Kel. Sumber Rejo Kec. Balikpapan Tengah Kota
Balikpapan Provinsi Kalimantan Timur 76124
- Agama : Islam
- Riwayat Pendidikan :
1. SDN Kalisat II Ponorogo : Tahun Lulus 1989
 2. SMPN Bungkal Ponorogo : Tahun Lulus 1992
 3. Sekolah Perawat Kesehatan
Pemda TK II Ponorogo : Tahun Lulus 1995
 4. PPB A (Bidan Diploma I)
Kesdam VI Tanjung Pura Banjarmasin : Tahun Lulus 1997
 5. D III Kebidanan Poltekkes Samarinda : Tahun Lulus 2005
 6. S1 Peminatan Kebidanan Komunitas
FKM UI Depok : 2010 – Sekarang
- Riwayat Pekerjaan :
1. Puskesmas Lambing Kec. Muara Lawa
Kab. Kutai Barat, Provinsi Kalimantan Timur : Tahun 2001 – 2006
 2. RSB Sayang Ibu Kota Balikpapan KALTIM : Tahun 2007 – 2008
 3. Puskesmas Sumber Rejo Kota Balikpapan
Provinsi KALTIM : Tahun 2009 - sekarang

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :

Nama : Nanik Sri Wahyuni

NPM : 1006820915

Program Studi : Peminatan Kebidanan Komunitas

Judul Skripsi : Faktor-faktor yang berhubungan dengan Pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas Sumber Rejo Kota Balikpapan Provinsi Kalimantan Timur tahun 2012

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian prasyarat yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Sarjana Kesehatan Masyarakat Peminatan Kebidanan Komunitas, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Martya Rahmaniati, S.Si, M.Si (.....)

Penguji : Milla Herdayati, SKM, M.Si (.....)

Penguji : Dr. Dewi Damayanti (.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal :

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Allah SWT, karena atas segala berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan skripsi ini. Penulisan skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Saya menyadari bahwa tanpa bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak, mulai masa perkuliahan sampai dengan pada penyusunan skripsi ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan skripsi ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada:

1. Drg. Dyah Muryani, selaku Kepala Dinas Kesehatan Kota Balikpapan, yang telah memberi ijin untuk mengadakan penelitian dan pengambilan data yang saya perlukan;
2. Drg. Ida Higyawati, selaku Kepala Puskesmas Sumber Rejo Kota Balikpapan yang telah memberikan ijin untuk mengadakan penelitian dan pengambilan data di wilayah kerja Puskesmas Sumber Rejo;
3. Ibu Martya Rahmaniati S.Si.,M.Si, selaku Dosen Pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan skripsi ini;
4. Ibu Milla Herdayati, SKM, M.Si, yang telah bersedia menjadi penguji pada sidang skripsi saya;
5. Dr. Dewi Damayanti, yang telah bersedia menjadi penguji pada sidang skripsi saya;
6. Semua Dosen Peminatan Kebidanan Komunitas FKMUI yang telah memberikan bantuan dan dukungan;
7. Seluruh responden yang menyediakan waktu dan bersedia untuk diwawancarai dalam usaha saya untuk melakukan penelitian;
8. Orangtua saya (Bapak Kaderi dan Ibunda Siti Aminah) yang telah memberikan doa, semangat, dan dukungan baik materil maupun moral;
9. Suamiku tercinta (N. Hadi, SH) yang senantiasa memberikan dukungan, semangat dan cintanya;

10. Permata hatiku tersayang Alif Wahyu Nor Jati dan Yuanda Nur Farizi yang telah memberikan inspirasi, semangat dan cinta kasihnya;
11. Teman - teman di Program Peminatan Kebidanan Komunitas FKMUI angkatan 2010 yang selama ini selalu kompak dan saling memberikan support;
12. Semua pihak lainnya yang telah mendukung saya dalam menyelesaikan skripsi ini, yang tidak dapat disebutkan satu persatu;

Akhir kata, saya berharap Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga skripsi ini bermanfaat bagi pengembangan ilmu.

Depok, Juni 2012

Penulis

Nanik Sri wahyuni

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Nanik Sri Wahyuni
NPM : 1006820915
Program Studi : S1- Ekstensi
Departemen : Kebidanan Komunitas
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis Karya : Skripsi

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul:

Faktor-faktor yang berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Sumber Rejo Kota Balikpapan Provinsi Kalimantan Timur Tahun 2012

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/format-kan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 22 Juni 2012

Yang menyatakan



(Nanik Sri Wahyuni)

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya:

Nama : Nanik Sri Wahyuni

NPM : 1006820915

Mahasiswa Program : S1- Ekstensi

Peminatan : Kebidanan Komunitas

Tahun Akademik : 2010

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan skripsi saya yang berjudul :

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PEMANFATAN
PELAYANAN KESEHATAN DI PUSKESMAS SUMBER REJO KOTA
BALIKPAPAN PROVINSI KALIMANTAN TIMUR TAHUN 2012**

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, Juni 2012

6000 DJP
(Nanik Sri Wahyuni)

ABSTRAK

Nama : Nanik Sri Wahyuni
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Judul : Faktor-faktor yang berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Sumber Rejo Kota Balikpapan Provinsi Kalimantan Timur Tahun 2012

Latar belakang: Puskesmas merupakan ujung tombak pelayanan kesehatan pemerintah yang bertujuan untuk memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh, terpadu, merata dan terjangkau. Sampai saat ini implementasi kegiatan puskesmas belum menunjukkan hasil yang optimal, hal ini tercermin dari belum optimalnya pemanfaatan puskesmas oleh masyarakat.

Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran dan hubungan antara aspek individu, aspek kemampuan dan aspek kebutuhan terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas Sumber Rejo Kota Balikpapan.

Metode: Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif, menggunakan rancangan *Cross Sectional* dengan pendekatan kuantitatif. Populasi dan sampel adalah seluruh penduduk dewasa yang bertempat tinggal di wilayah kerja Puskesmas Sumber Rejo Kota Balikpapan. Jumlah sampel 104 responden, tehnik pengambilan sampel adalah *cluster random sampling*. Pengumpulan data dilakukan secara wawancara menggunakan kuesioner. Data dianalisis menggunakan uji Chi Square.

Hasil: Responden yang memanfaatkan pelayanan kesehatan dalam 3 bulan terakhir sebanyak 64,4%, responden terbanyak pada rentang umur 17-55 tahun sebanyak 55,4%, pendidikan responden terbanyak SMA sebanyak 38,5%, sebanyak 79,8% responden tidak bekerja, 59,6% responden menyatakan adanya ketersediaan tenaga kesehatan, 60,6% responden menyatakan aksesibilitas yang mudah, 73,1% menyatakan memiliki asuransi dan 53,8% responden menyatakan tidak tahu tentang persepsi sakit. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara ketersediaan tenaga kesehatan dan persepsi sakit dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan.

Kesimpulan: Ada hubungan yang bermakna antara ketersediaan tenaga kesehatan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan ($p=0,020$) dengan estimasi risiko 2,875 dan pada variabel persepsi sakit juga mempunyai hubungan yang bermakna dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan ($p=0,008$) dengan estimasi risiko 3,308.

Kata kunci: Pemanfaatan pelayanan kesehatan, puskesmas, pelayanan kesehatan mudah, murah dan merata.

ABSTRACT

Name : Nanik Sri Wahyuni
Study Program : Public Health Specialisation Community Midwife
Title : Factors associated with utilization of health services in
Sumber Rejo public health center Balikpapan City east
Kalimantan Province 2012

Background: Public Health Center is the vanguard of the government health service that aims to provide comprehensive health services, integrated, equitable and affordable. Until now the implementation of health centers have not shown that optimal results, it is reflected from the non optimal utilization of the public health centers.

Objective: This study aimed to determine image and the relationship between the individual aspects, aspects of ability and aspects of the need for utilization of health services in Sumber Rejo health centers of Balikpapan city.

Method: The study is a descriptive study, using Cross Sectional design with quantitative approach. Population and the sample is the entire adult population residing in the working area of the Sumber Rejo Health Centers, Balikpapan city. Number of samples 104 respondents, the sampling technique is random cluster sampling. The data was collected by interview using a questionnaire. Analyzed using Chi Square test.

Result: Total of Respondents who use health services in 3 last months 64.4%, most respondents in the 17-55 year age range much as 55.4%, respondents most high school education as much 38.5%, 79.8% of respondents did not work, 59.6% of respondents said the availability of health personnel, 60.6% of respondents said the easy accessibility, 73.1% claimed to have insurance and 53.8% of the respondents did not know about the perception of pain. The results of statistical tests showed that are significant relationship between the availability of health personnel and the perception of pain with health care utilization.

Conclusion: There was a significant association between the availability of health personnel with health care utilization ($p = 0.020$) with the estimated risk of 2.875 and there was a significant association between the pain perception with health care utilization ($p = 0.008$) with the estimated risk of 3.308.

Keywords: Utilization of health services. health centers, health services easier, cheaper and equality.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
RIWAYAT HIDUP	iii
LEMBAR PENGESAHAN... ..	iv
KATA PENGANTAR... ..	v
HALAMANPERNYATAAN PERSETUJUAN.....	vii
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT	viii
ABSTRAK... ..	ix
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR GAMBAR... ..	xv
DAFTAR SINGKATAN... ..	xvi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvii
1. PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Perumusan Masalah	6
1.3 Pertanyaan Penelitian	6
1.4 Tujuan Penelitian	6
1.4.1 Tujuan Umum.....	6
1.4.2 Tujuan Khusus.....	7
1.5 Manfaat Penelitian	7
1.6 Ruang Lingkup Penelitian.....	8
2. TINJAUAN PUSTAKA.....	9
2.1 Pengertian Puskesmas... ..	9
2.1.1 Azaz Pengelolaan... ..	10
2.1.2 Fungsi Puskesmas.....	11
2.2 Pelayanan Kesehatan	12
2.2.1 Syarat Pokok Pelayanan Puskesmas	13
2.2.2 Masalah Pelayanan Kesehatan... ..	14
2.2.3 Stratifikasi Pelayanan Kesehatan.. ..	15
2.2.4 Sistem Rujukan.....	15
2.3 Faktor Yang Mempengaruhi Pelayanan Kesehatan.. ..	16
2.3.1 Persepsi dan Konsep Sehat-Sakit... ..	16
2.3.2 Perilaku Pencarian Pelayanan Kesehatan	17
2.3.3 Konsep Pelayanan Kesehatan	19
2.3.4 Tujuan Penggunaan Pelayanan Kesehatan... ..	20
2.3.5 Model Penggunaan Pelayanan Kesehatan... ..	20
3. KERANGKA KONSEP, KERANGKA TEORI, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL.....	29
3.1 Kerangka Teori... ..	29
3.2 Kerangka Konsep... ..	31
3.3 Hipotesis.....	32
3.4 Definisi Operasional.....	33

4. METODE PENELITIAN.....	36
4.1 Desain Penelitian.....	36
4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	36
4.2.1 Lokasi Penelitian.....	36
4.2.2 Waktu Penelitian.....	36
4.3 Populasi dan Sampel.....	36
4.3.1 Populasi Penelitian.....	36
4.3.2 Sampel.....	36
4.3.3 Besar Sampel.....	37
4.4 Tehnik Sampling.....	38
4.5 Pengumpulan Data.....	39
4.6 Pengolahan Data.....	39
4.6.1 Pengeditan Data (<i>Editing</i>).....	39
4.6.2 <i>Coding</i> Data.....	39
4.6.3 <i>Entry</i> Data.....	39
4.6.4 <i>Cleaning</i> Data.....	39
4.7 Analisis Data.....	40
4.7.1 Analisis Univariat.....	40
4.7.2 Analisis Bivariat.....	40
5. HASIL PENELITIAN.....	41
5.1 Gambaran Lokasi Penelitian.....	41
5.1.1 Keadaan Geografis dan Demografis Puskesmas Sumber Rejo.....	41
5.1.2 Sarana Prasarana dan Sumber Daya Kesehatan Puskesmas Sumber Rejo.....	42
5.1.3 Ruang lingkup pelayanan kesehatan di puskesmas Sumber Rejo.....	43
5.1.4 Asuransi Kesehatan yang dilayani di Puskesmas Sumber Rejo.....	44
5.2 Distribusi Responden Terhadap Variabel Dependen dan Independen.....	45
5.3 Hubungan Antara Variabel Dependen dan Independen.....	47
5.3.1 Hubungan Umur dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan.....	48
5.3.2 Hubungan Pendidikan dengan pemanfaatan Pelayanan Kesehatan.....	49
5.3.3 Hubungan Pekerjaan dengan pemanfaatan Pelayanan Kesehatan.....	49
5.3.4 Hubungan Ketersediaan tenaga kesehatan dengan pemanfaatan Pelayanan Kesehatan.....	49
5.3.5 Hubungan Aksesibilitas dengan pemanfaatan Pelayanan Kesehatan.....	50
5.3.6 Hubungan Kepemilikan Asuransi dengan pemanfaatan Pelayanan Kesehatan.....	50
5.3.7 Hubungan Persepsi sakit dengan pemanfaatan Pelayanan Kesehatan.....	51

6. PEMBAHASAN...	52
6.1 Keterbatasan Penelitian...	52
6.2 Gambaran Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas....	53
6.3 Hubungan Umur dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas.....	54
6.4 Hubungan Pendidikan dengan pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas.....	55
6.5 Hubungan Pekerjaan dengan pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas.....	56
6.6 Hubungan Ketersediaan tenaga kesehatan dengan pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas... ..	57
6.7 Hubungan Aksesibilitas dengan pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas.....	58
6.8 Hubungan Kepemilikan Asuransi dengan pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas.....	59
6.9 Hubungan Persepsi sakit dengan pemanfaatan Pelayanan Kesehatan... ..	60
7. SIMPULAN DAN SARAN..	62
7.1 Simpulan.....	62
7.2 Saran.....	63

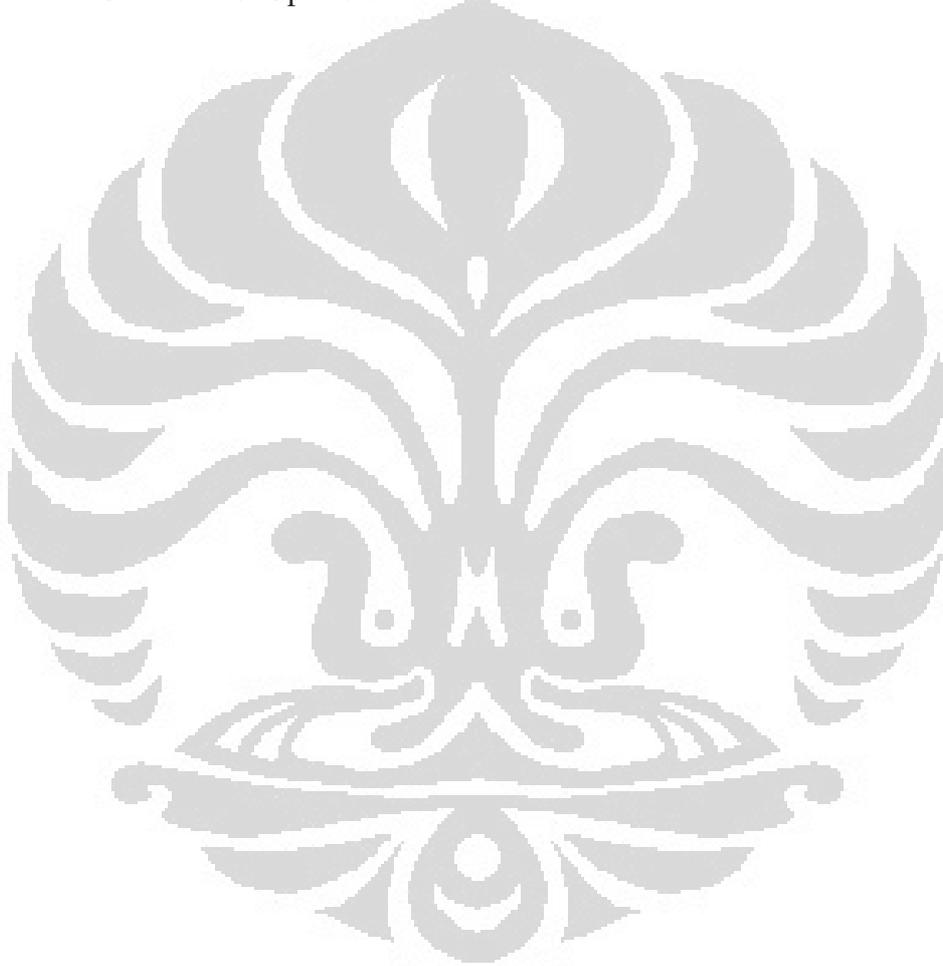
DAFTAR REFERENSI
DAFTAR LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

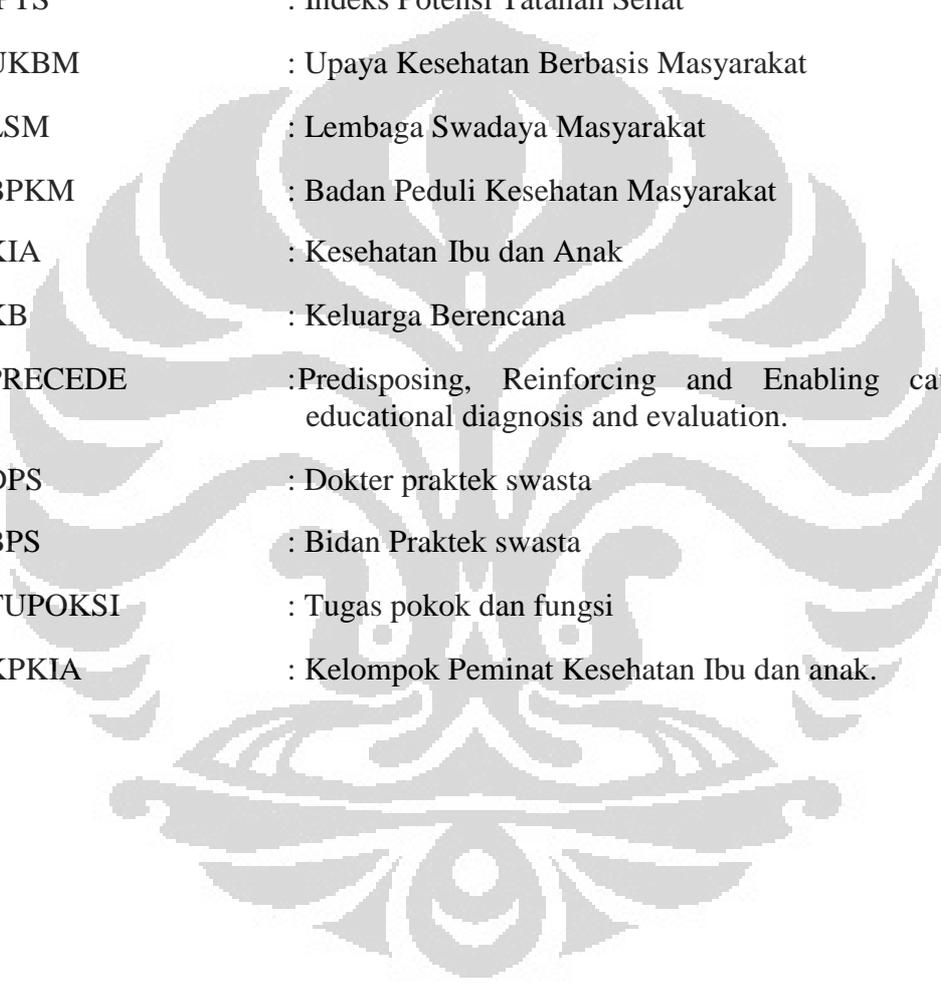
Tabel 4.1 Distribusi Jumlah sampel berdasarkan variabel dari Penelitian terdahulu	38
Tabel 5.1 Jumlah penduduk di wilayah kerja Puskesmas Sumber Rejo Tahun 2011.....	42
Tabel 5.2 Sumber Daya Manusia di Puskesmas Sumber Rejo Tahun 2011... ..	42
Tabel 5.3 Distribusi Responden terhadap variabel Independen Dan variabel Dependen di Puskesmas Sumber Rejo Kota Balikpapan Tahun 2012.....	45
Tabel 5.4 Distribusi Hubungan antara variabel independen dan variabel Dependen di Puskesmas Sumber Rejo Kota Balikpapan Tahun 2012.....	47

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1 Rasio Puskesmas tahun 2006-2010... ..	2
Gambar 2.1 Ilustrasi Model Sistem Kesehatan.. ..	22
Gambar 2.2 Ilustrasi Teori Model Kepercayaan... ..	24
Gambar 3.1 Model Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan.....	30
Gambar 3.2 Kerangka Konsep.. ..	31
Gambar 3.4 Definisi Operasional... ..	33



DAFTAR SINGKATAN



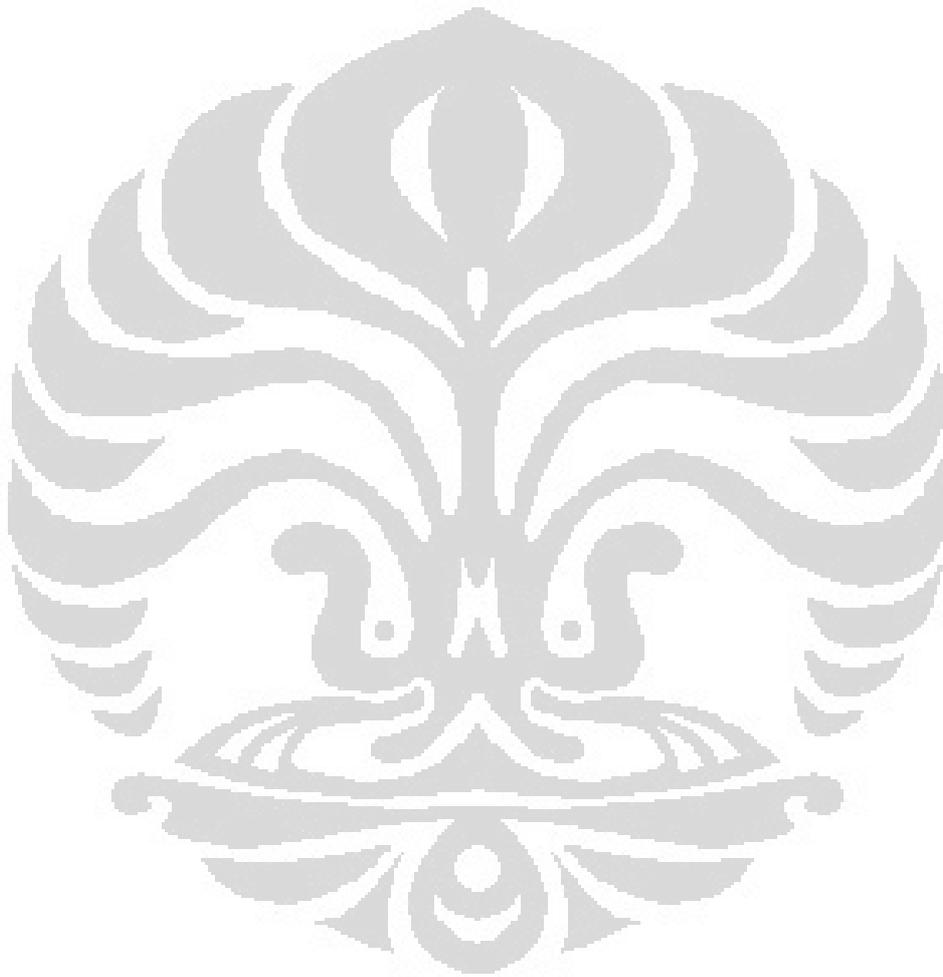
HARKESNAS	: Hari Kesehatan nasional
Pos UKK	: Pos Usaha Kesehatan Kerja
Poskestren	: Pos Kesehatan Pesantren
Posyandu	: Pos Pelayanan Terpadu
IPTS	: Indeks Potensi Tatanan Sehat
UKBM	: Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat
LSM	: Lembaga Swadaya Masyarakat
BPKM	: Badan Peduli Kesehatan Masyarakat
KIA	: Kesehatan Ibu dan Anak
KB	: Keluarga Berencana
PRECEDE	: Predisposing, Reinforcing and Enabling causes in educational diagnosis and evaluation.
DPS	: Dokter praktek swasta
BPS	: Bidan Praktek swasta
TUPOKSI	: Tugas pokok dan fungsi
KPKIA	: Kelompok Peminat Kesehatan Ibu dan anak.

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Informed Consent

Lampiran 2. Kuesioner penelitian

Lampiran 3. Surat Ijin penelitian



BAB 1

PENDAHULUAN

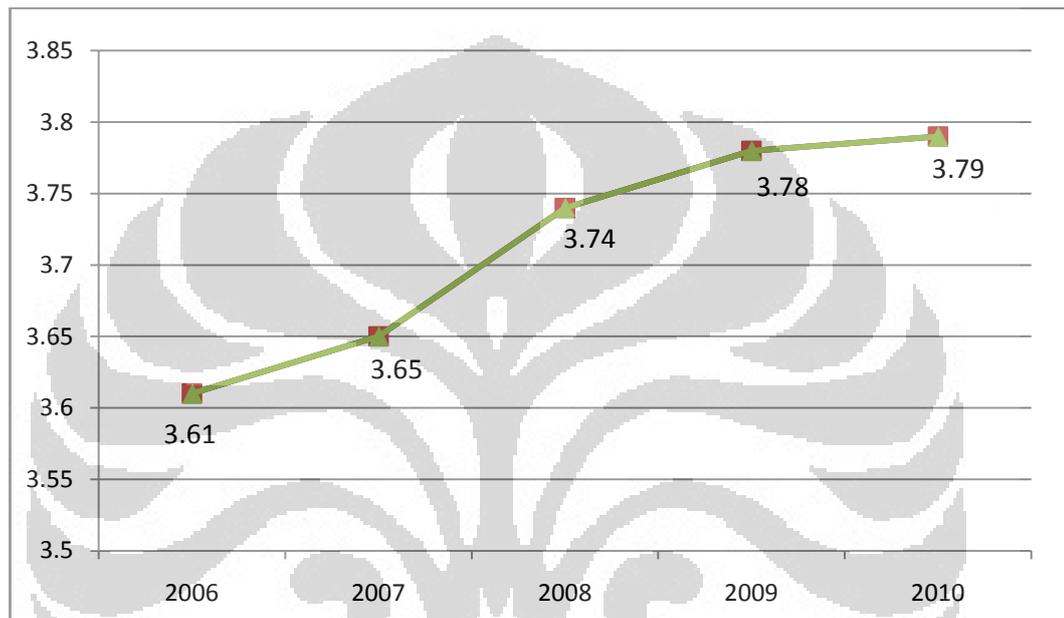
1.1 Latar Belakang

Tujuan nasional Bangsa Indonesia telah tercantum dalam Pembukaan UUD 1945, salah satu upaya untuk mencapai tujuan tersebut adalah diselenggarakannya program pembangunan nasional secara menyeluruh dan berkesinambungan. Pembangunan kesehatan merupakan bagian dari Pembangunan nasional yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Pemerintah menetapkan Ketetapan MPR RI Nomor X Tahun 1998 tentang Pokok-pokok Reformasi Pembangunan, yang mengamanatkan perlu dilakukannya pembaharuan melalui reformasi total kebijakan pembangunan dalam segala bidang. Untuk bidang kesehatan telah ditetapkan gerakan pembangunan berwawasan kesehatan, sebagai strategi pembangunan nasional untuk mewujudkan visi pembangunan kesehatan, yaitu Indonesia Sehat 2010 (Depkes RI, 2004).

Pembangunan di bidang kesehatan bertujuan untuk memberikan pelayanan kesehatan secara mudah, murah dan merata. Dengan meningkatkan pelayanan kesehatan, pemerintah berupaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Salah satu upaya pemerintah dalam rangka pemeratakan pelayanan kesehatan kepada masyarakat adalah dengan penyediaan beberapa fasilitas kesehatan terutama puskesmas dan puskesmas pembantu, penyediaan obat, penyediaan tenaga medis dan pencegahan penyakit menular, yang dapat menjangkau segala lapisan masyarakat hingga ke daerah terpencil. Kemudahan akses ke sarana pelayanan kesehatan berhubungan dengan faktor-faktor penentu, antara lain jarak tempat tinggal dan waktu tempuh ke sarana kesehatan, status sosial ekonomi dan budaya masyarakat (Risksedas, 2007).

Dalam profil kesehatan Indonesia (2010) disebutkan bahwa Jumlah puskesmas di Indonesia sampai dengan akhir tahun 2010 adalah sebanyak 9.005 unit, dengan rincian jumlah puskesmas perawatan 2.920 unit dan puskesmas non perawatan sebanyak 6.085 unit. Salah satu indikator yang digunakan untuk

mengetahui keterjangkauan penduduk terhadap puskesmas adalah rasio puskesmas per 100.000 penduduk. Dalam kurun waktu 2006 hingga 2010 menunjukkan adanya peningkatan rasio. Tahun 2006 ratio puskesmas per 100.000 penduduk sebesar 3,61 sedangkan tahun 2010 meningkat menjadi 3,79 seperti pada gambar 1.1 dibawah ini:



Sumber : Pusat Data dan informasi, Kemenkes RI

Gambar 1.1 Rasio Puskesmas Per 100.000 Penduduk Tahun 2006 – 2010

Sebagai unit pelayanan kesehatan tingkat pertama dan terdepan dalam sistem pelayanan kesehatan, Puskesmas melakukan upaya kesehatan wajib dan upaya kesehatan pilihan yang disesuaikan dengan kondisi, kebutuhan, tuntutan, kemampuan dan inovasi serta kebijakan pemerintah daerah setempat. Adapun fungsinya antara lain sebagai pusat pelayanan kesehatan primer dan juga pusat pemberdayaan masyarakat. Sebagai pusat pelayanan kesehatan primer keterjangkauan dan kemudahan akses ke sarana pelayanan kesehatan tersebut sangat diperlukan sebab akan mempengaruhi keberhasilan puskesmas dalam melaksanakan fungsinya (Kemenkes RI, 2010).

Hasil Riskesdas tahun 2007 menyatakan bahwa kemudahan akses ke sarana pelayanan kesehatan berhubungan dengan jarak tempat tinggal dan waktu

tempuh ke sarana kesehatan disamping status sosial-ekonomi dan budaya. Dari segi waktu tempuh ke sarana pelayanan kesehatan 67,2% penduduk dapat mencapai sarana pelayanan kesehatan kurang atau sama dengan 15 menit dan 23,6% dapat mencapai dengan waktu 16-30 menit, sedangkan sisanya memerlukan waktu lebih dari setengah jam untuk mencapai sarana kesehatan. Sedangkan dari jarak menunjukkan bahwa 94,1% Rumah Tangga berada kurang atau sama dengan 5 km dari sarana pelayanan kesehatan dan hanya 6% yang berjarak lebih dari 5 km.

Permasalahan pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan dasar di Indonesia memang masih membutuhkan perhatian dan tindak lanjut. Diperkirakan hanya sekitar 30% penduduk yang memanfaatkan pelayanan Puskesmas dan Puskesmas Pembantu. Dengan keadaan seperti ini tidak mengherankan bila derajat kesehatan masyarakat di Indonesia belum memuaskan (DepKes RI, 2004).

Penelitian Savitri (2011) menyatakan bahwa sebanyak 14,3% penduduk dengan tempat tinggal jauh selalu memanfaatkan puskesmas sedangkan penduduk yang bertempat tinggal dekat dengan puskesmas dan selalu memanfaatkan puskesmas ada 51,9%. Artinya fakta jarak dan transportasi menjadi kendala bagi masyarakat untuk menjangkau puskesmas sehingga kunjungan masyarakat yang tempat tinggalnya dekat lebih banyak dari pada penduduk yang tempat tinggalnya jauh. Penelitian yang dilakukan di Kota Depok ini juga menyimpulkan faktor-faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan puskesmas adalah karakteristik individu (umur, pendidikan dan persepsi sakit), penyedia pelayanan kesehatan (ketersediaan tenaga kesehatan) dan aksesibilitas (jarak tempuh dan sarana transportasi).

Faktor-faktor yang mengidentifikasi dan berpotensi mempengaruhi seseorang untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan menurut Green dalam Notoatmodjo (2007) adalah faktor predisposisi (*predisposing*) yang meliputi pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai, dan persepsi, faktor *enabling*/pendukung yaitu ketersediaan fasilitas kesehatan/sarana kesehatan, keterjangkauan biaya, jarak dan fasilitas transportasi dan faktor *reinforcing*/penguat yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan

atau merupakan dukungan dari pemimpin, tokoh masyarakat, keluarga, dan orang tua.

Andersen dalam Muzaham (2007) mengembangkan suatu model tentang pemanfaatan pelayanan kesehatan dimana pelayanan kesehatan tersebut dipengaruhi oleh faktor Predisposisi (jenis kelamin, umur, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, ras, agama dan kepercayaan kesehatan), karakteristik kemampuan (penghasilan, asuransi, kemampuan membeli jasa pelayanan kesehatan, pengetahuan tentang kebutuhan pelayanan kesehatan, adanya sarana pelayanan kesehatan serta lokasinya dan ketersediaan tenaga kesehatan), dan karakteristik kebutuhan (penilaian individu dan penilaian klinik terhadap suatu penyakit). Setiap faktor tersebut kemungkinan berpengaruh sehingga dapat untuk memprediksi pemanfaatan pelayanan kesehatan.

Penelitian Susanto, E dan Hasanbasri, M (2008) memaparkan bahwa pemanfaatan sarana pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh beberapa hal antara lain menurunnya daya beli masyarakat, menurunnya minat masyarakat untuk berobat karena merasa tidak puas dengan pelayanannya, tidak puas dengan kualitas obat yang diperoleh dan tidak puas dengan tarif pelayanan, akses geografis ke pelayanan kesehatan sulit. Penelitian ini juga menyimpulkan bahwa masyarakat yang lebih mampu memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan dua kali lipat dibanding dengan masyarakat yang tidak mampu, keadaan ini menggambarkan bahwa masyarakat tidak mampu mempunyai keterbatasan akses dalam memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan.

Menurut data kesehatan Propinsi Kalimantan Timur tahun 2007 memberikan gambaran penduduk yang memanfaatkan puskesmas sebagai pelayanan kesehatan dasar di Propinsi Kaltim mencapai 46,2% dari jumlah penduduk. Sedangkan penduduk yang memanfaatkan praktek dokter/poliklinik sebanyak 27,1%, yang memanfaatkan rumah sakit sebesar 12,8%, yang menggunakan jasa petugas kesehatan sebesar 9,2% dan sisanya memanfaatkan pengobatan tradisional. Angka ini menggambarkan bahwa puskesmas masih merupakan pilihan berobat penduduk yang terbanyak dibandingkan dengan fasilitas kesehatan yang lain (Profil Kesehatan Provinsi Kaltim, 2007).

Penduduk yang memanfaatkan puskesmas sebagai pelayanan kesehatan di Kota Balikpapan Propinsi Kalimantan Timur mengalami peningkatan dari tahun ke tahun. Jumlah Puskesmas yang ada di Kota Balikpapan sebanyak 26 Puskesmas dan ditambah dengan 14 Puskesmas pembantu dengan jumlah penduduk 614.681 jiwa. Jumlah kunjungan penduduk yang memanfaatkan Puskesmas dari tahun 2008 sampai dengan tahun 2010 selalu mengalami peningkatan, Pada tahun 2009 sebesar 405.155 pasien atau 67,3% dan di tahun 2010 meningkat mencapai 73,7% (453.328 pasien) dari jumlah penduduk Kota Balikpapan. Proporsi kunjungan pasien ke Puskesmas pada tahun 2010 tertinggi di kecamatan Balikpapan selatan (31,7%) dan terkecil di kecamatan Balikpapan Tengah (10,3%) (Profil kesehatan Kota Balikpapan, 2011).

Puskesmas Sumber Rejo merupakan salah satu Puskesmas yang ada di wilayah Kota Balikpapan yang merupakan Puskesmas kelurahan yang terletak di Kecamatan Balikpapan Tengah dengan jumlah penduduk kelurahan pada tahun 2011 adalah 19.418 jiwa. Puskesmas Sumber Rejo adalah salah satu puskesmas yang baru diresmikan pada bulan November tahun 2007. Keberadaan Puskesmas ini dalam rangka pemerataan dan upaya peningkatan kesehatan masyarakat di Kota Balikpapan. Pemanfaatan pelayanan kesehatan dasar oleh masyarakat pada tahun 2009 sebesar 33,0% dari 19.338 jiwa penduduk. Pada tahun 2010 pemanfaatan puskesmas sebesar 35,4% dari 19.240 jiwa penduduk (Profil Puskesmas Sumber Rejo, 2011).

Dari data yang sudah dipaparkan dan fakta yang ada, perlu diketahui banyaknya penduduk yang memanfaatkan Puskesmas Sumber Rejo oleh masyarakat sehingga dirasakan perlu untuk meneliti faktor-faktor apa saja yang berhubungan dengan pemanfaatan puskesmas di Kota Balikpapan. Diharapkan dengan penelitian ini pemanfaatan Puskesmas di kota Balikpapan dapat ditingkatkan guna tercapainya keberhasilan program-program kesehatan yang ada di Dinas Kesehatan dan Puskesmas di Kota Balikpapan, dan Puskesmas bisa lebih meningkatkan pelayanan kesehatan sehingga mampu menjadi unit pelayanan yang *responsive* yang mampu bersaing dengan pelayanan kesehatan lainnya.

1.2 Perumusan Masalah

Pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah hasil dari proses pencarian pelayanan kesehatan oleh seseorang maupun kelompok. Permasalahan pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan dasar di Indonesia masih memerlukan perhatian, dari uraian latar belakang dan data dari Puskesmas Sumber Rejo terlihat bahwa proporsi kunjungan pasien ke puskesmas ini mengalami peningkatan namun masih dibawah dari pencapaian proporsi kunjungan di Kota Balikpapan tahun 2010 yakni 73,7%. Keadaan ini yang mendorong peneliti untuk mengungkap faktor apa yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas Sumber Rejo Kota Balikpapan tahun 2012.

1.3 Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimanakah gambaran dari umur, pendidikan, pekerjaan, ketersediaan tenaga kesehatan, aksesibilitas, kepemilikan asuransi kesehatan dan persepsi sakit serta gambaran variabel dependen pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas Sumber Rejo Kota Balikpapan tahun 2012?
2. Bagaimanakah hubungan karakteristik individu (umur, jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan) dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas Sumber Rejo Kota Balikpapan tahun 2012?
3. Bagaimanakah hubungan karakteristik kemampuan (ketersediaan tenaga kesehatan, aksesibilitas dan kepemilikan asuransi) dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas Sumber Rejo Kota Balikpapan tahun 2012?
4. Bagaimanakah hubungan karakteristik kebutuhan (persepsi sakit) dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas Sumber Rejo Kota Balikpapan tahun 2012?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Mengetahui faktor-faktor apa saja yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas Sumber Rejo Kota Balikpapan Provinsi Kalimantan Timur tahun 2012.

1.4.2 Tujuan Khusus

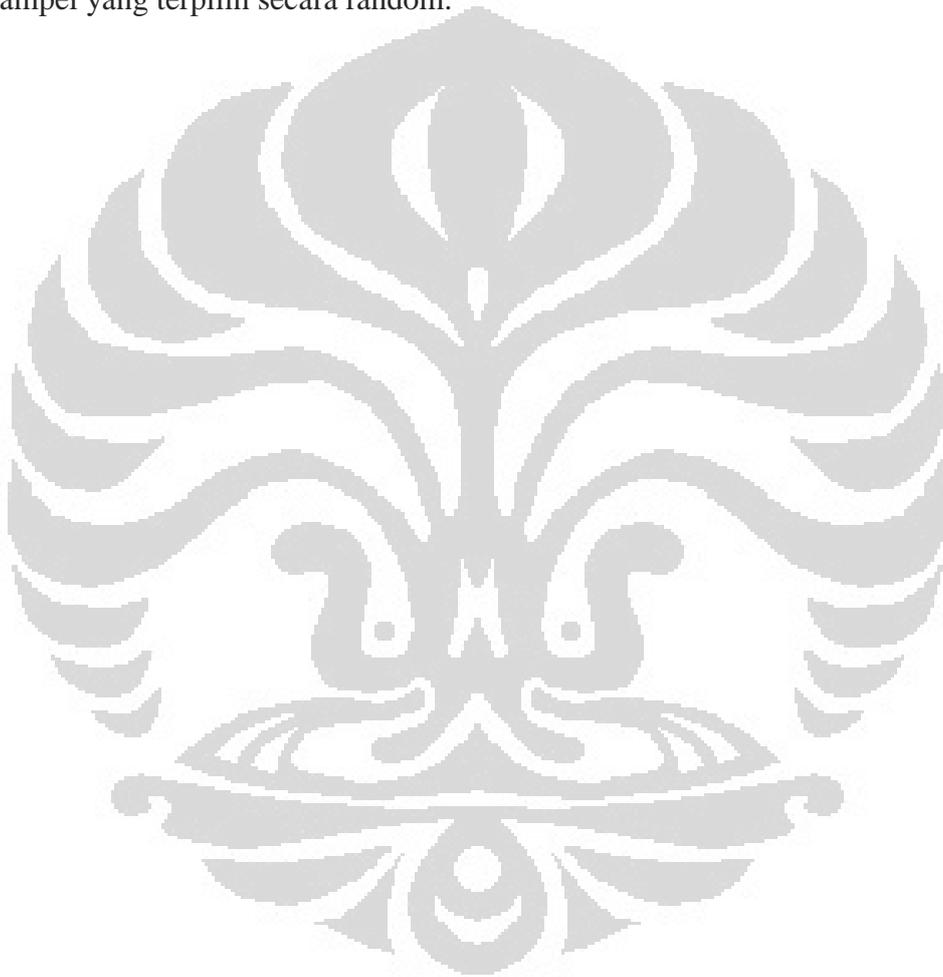
1. Mengetahui gambaran dari variabel independen umur, pendidikan, pekerjaan, ketersediaan tenaga kesehatan, aksesibilitas, kepemilikan asuransi kesehatan dan persepsi sakit serta gambaran/karakteristik variabel dependen pemanfaatan Pelayanan kesehatan di Puskesmas Sumber Rejo Kota Balikpapan tahun 2012.
2. Mengetahui hubungan karakteristik individu (umur, pendidikan dan pekerjaan) dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas Sumber Rejo Kota Balikpapan tahun 2012.
3. Mengetahui hubungan karakteristik kemampuan (ketersediaan tenaga kesehatan, aksesibilitas dan kepemilikan asuransi) dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas Sumber Rejo Kota Balikpapan tahun 2012.
4. Mengetahui hubungan karakteristik kebutuhan (persepsi sakit) dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas Sumber rejo Kota Balikpapan tahun 2012.

1.5 Manfaat Penelitian

1. Bagi Dinkes Balikpapan
Sebagai dasar pertimbangan untuk memutuskan kebijakan terkait dengan revitalisasi puskesmas-puskesmas yang ada di wilayah kerja kota Balikpapan.
2. Bagi Puskesmas Sumber Rejo
Sebagai informasi dan bahan acuan untuk mengkaji bagaimana meningkatkan pemanfaatan pelayanan kesehatan di wilayah kerja Puskesmas dan yang berkaitan dengan fungsi Puskesmas sebagai sarana pelayanan kesehatan dasar yang merata dan terjangkau.
3. Bagi Peneliti
Menambah wawasan dan pengalaman serta penerapan ilmu yang di dapat selama masa perkuliahan.

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui gambaran dan faktor–faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas Sumber Rejo Kota Balikpapan, yang di laksanakan pada bulan Maret sampai dengan april 2012. Penelitian yang dilakukan adalah penelitian deskriptif kuantitatif dengan menggunakan desain penelitian *cross sectional*. Data yang di gunakan adalah data primer dengan cara wawancara melalui kuesioner pada sampel yang terpilih secara random.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 PENGERTIAN PUSKESMAS

Azwar (2010) dalam bukunya Pengantar Administrasi Kesehatan membahas bahwa Puskesmas adalah 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.

Peran dan kedudukan puskesmas adalah sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan di Indonesia, disebut demikian karena peranan dan kedudukannya yang sangat unik yaitu menyelenggarakan pelayanan kesehatan pada masyarakat dan sekaligus bertanggung jawab terhadap pelayanan kedokteran.

Pembangunan kesehatan adalah menyelenggarakan upaya kesehatan dengan meningkatkan kesadaran dan kemauan serta kemampuan dari setiap penduduk untuk dapat hidup sehat sehingga terwujud derajat kesehatan yang optimal (Depkes,2002). Pembangunan kesehatan meliputi pembangunan yang berwawasan kesehatan, pemberdayaan keluarga, masyarakat, dan pelayanan kesehatan.

Wilayah kerja puskesmas merupakan batas melaksanakan tugas dan fungsi pembangunan kesehatan, wilayah kerja puskesmas pada awalnya ditetapkan di setiap satu kecamatan, namun semakin berkembangnya kemampuan pemerintah maka wilayah kerja puskesmas ditetapkan berdasarkan jumlah penduduk di satu kecamatan, kepadatan dan mobilitasnya. Pada umumnya satu puskesmas mempunyai penduduk binaan antara 30.000-50.000 jiwa penduduk (Muninjaya, 1999).

2.1.1 Azas Pengelolaan

Azas pengelolaan puskesmas menurut Azwar (2010), berpedoman pada 4 azas pokok, yaitu:

1. Azas pertanggung jawaban wilayah

Artinya puskesmas bertanggung jawab terhadap semua masalah kesehatan yang terjadi di wilayah kerjanya, misalnya: jika di wilayah kerjanya terdapat kasus kematian maternal maka puskesmas harus melakukan tindakan audit dan sebagainya. Oleh karena itu Puskesmas harus proaktif ke lapangan untuk pemantauan, pembinaan dan pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan. Jadi tidak melaksanakan program pasif saja melainkan harus aktif melakukan berbagai program pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit.

2. Azas peran serta masyarakat

Puskesmas harus berupaya melibatkan masyarakat dalam menyelenggarakan program kerjanya. Masyarakat sebagai subyek pembangunan kesehatan artinya puskesmas tidak hanya bekerja untuk masyarakat tetapi juga bekerja bersama masyarakat. Bentuk kerjasamanya mulai dari identifikasi masalah, menggali sumber daya setempat, merumuskan dan merencanakan kegiatan penanggulangannya, melaksanakan program kesehatan dan mengevaluasinya. Bentuk peran serta masyarakat dalam pelayanan kesehatan adalah Posyandu, pos UKK, posyandu Lansia, poskestren dan sebagainya.

3. Azas keterpaduan

Artinya dalam melakukan kegiatan pembangunan kesehatan Puskesmas bekerjasama dengan berbagai pihak, bermitra dengan organisasi masyarakat, berkoordinasi dengan lintas sektoral dan memadukan program dengan lintas program sehingga lebih berhasil guna dan berdaya guna. Dengan memfokuskan kegiatan ini akan di ketahui intervensi apa saja yang di perlukan dan program apa saja yang dapat dilaksanakan lebih dulu.

4. Azas rujukan

Karena Puskesmas merupakan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama sehingga bila tidak mampu menangani suatu masalah kesehatan harus merujuk ke sarana kesehatan lain, baik secara vertikal maupun secara horizontal.

2.1.2 Fungsi Puskesmas

Di era desentralisasi fungsi puskesmas dibagi menjadi 3 fungsi (Depkes, 2002) yaitu:

1. Menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan

Peran puskesmas sebagai motor dan motivator terselenggaranya pembangunan yang berorientasi, mengacu dan berlandaskan pada kesehatan. Dampak dari peran ini adalah peningkatan kesehatan masyarakat dengan membangun lingkungan sehat dan perilaku hidup sehat. Keberhasilan dari fungsi ini di ukur dengan IPTS (*Indeks Potensi Tatanan Sehat*). 3 tatanan yang dapat di ukur adalah:

- Tatanan sekolah: SD, SMP, SMU, Madrasah dan Universitas.
- Tatanan tempat kerja: kantor, pabrik, industri rumah tangga, peternakan, perkebunan.
- Tatanan tempat-tempat umum: pasar, tempat ibadah, tempat hiburan, rumah makan.

Dengan demikian indikatornya adalah berapa persen dari masing-masing tatanan tersebut yang di nyatakan berpotensi sehat.

2. Memberdayakan keluarga dan masyarakat

Pemberdayaan keluarga merupakan upaya yang bersifat non instruktif untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan keluarga dalam mengidentifikasi masalah, merencanakan dan mengambil keputusan dengan benar tanpa bantuan pihak lain. Indikator yang di gunakan untuk mengukur pemberdayaan keluarga adalah banyaknya keluarga sehat di wilayah kerja puskesmas.

Pemberdayaan masyarakat yaitu upaya fasilitasi non instruktif untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan masyarakat agar mampu mengidentifikasi masalah, merencanakan dan melakukan pemecahannya dengan memanfaatkan potensi setempat dan fasilitas yang ada, baik dari LSM, instansi lintas sektoral dan tokoh masyarakat. Indikator untuk mengukur fungsi pemberdayaan masyarakat adalah berkembangnya UKBM (*Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat*), berkembangnya LSM yang bergerak dalam bidang kesehatan, berkembangnya BPKM (*Badan Peduli Kesehatan masyarakat*).

3. Memberikan pelayanan kesehatan tingkat pertama

Pelayanan kesehatan tingkat pertama mutlak di perlukan dan sangat di butuhkan oleh sebagian besar masyarakat dan mempunyai nilai strategis dalam upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Pelayanan kesehatan ini bersifat holistik, terpadu, komprehensif dan berkesinambungan.

Program Puskesmas di bedakan menjadi 2 yaitu:

- a. Program kesehatan dasar yaitu program minimal yang harus di laksanakan oleh tiap Puskesmas (*Basic Six*):
 - Promosi kesehatan
 - Kesehatan lingkungan
 - Kesehatan Ibu dan anak (KIA)/KB
 - Perbaikan Gizi
 - Pemberantasan Penyakit Menular
 - Pengobatan
- b. Program kesehatan pengembangan merupakan program pengembangan dari puskesmas setempat sesuai dengan situasi, kondisi, masalah dan kemampuannya.

2.2 PELAYANAN KESEHATAN

Menurut pendapat Levey dan Loomba (1973) dalam Azwar (2010) yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat.

Bentuk dan jenis pelayanan kesehatan ditentukan oleh:

- a. Pengorganisasian pelayanan, apakah dilaksanakan secara sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi.
- b. Ruang lingkup kegiatan, apakah hanya mencakup kegiatan pemeliharaan kesehatan, peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, penyembuhan penyakit, pemulihan kesehatan atau kombinasi dari padanya.
- c. Sasaran pelayanan kesehatan, apakah untuk perseorangan, keluarga, kelompok ataupun untuk masyarakat secara keseluruhan.

Bentuk dan jenis pelayanan kesehatan di bedakan menjadi 2 jenis, yaitu:

a. Pelayanan kedokteran

Pelayanan kedokteran (*medical services*) bertujuan untuk menyembuhkan penyakit ataupun memulihkan kesehatan dimana yang menjadi sasaran utamanya adalah individu dan keluarga. pelayanan kedokteran dapat di laksanakan secara mandiri maupun bersama–sama dalam suatu organisasi.

b. Pelayanan kesehatan masyarakat

Pelayanan kesehatan masyarakat (*public health services*) bertujuan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta upaya pencegahan penyakit. Sasaran utamanya adalah kelompok dan masyarakat. Biasanya pelayanan kesehatan masyarakat di laksanakan secara bersama–sama dalam suatu organisasi.

2.2.1 Syarat pokok pelayanan kesehatan

Syarat–syarat pokok yang harus di miliki oleh pelayanan kesehatan yang baik menurut Azwar (2010) adalah:

1. Tersedia dan berkesinambungan

Semua jenis Pelayanan kesehatan yang dibutuhkan masyarakat harus tersedia, tidak sulit ditemukan dan sedia setiap saat masyarakat membutuhkannya. Prinsip ketersediaan dan kesinambungan (*available and continous*) adalah mutlak di perlukan.

2. Dapat diterima dan wajar

Pelayanan kesehatan dapat diterima (*acceptable*) dan sifatnya wajar (*appropriate*) sehingga tidak bertentangan dengan keyakinan dan kepercayaan masyarakat yaitu adat istiadat maupun kebudayaan setempat.

3. Mudah dicapai

Lokasi pelayanan kesehatan seharusnya mudah dicapai (*accessible*) sehingga dapat mewujudkan pelayanan kesehatan yang baik dan merata.

4. Mudah dijangkau

Pelayanan kesehatan sebaiknya mudah dijangkau (*affordable*) oleh masyarakat terutama dari segi biayanya. Sehingga sangat penting mengupayakan biaya pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat. Biaya pelayanan kesehatan yang tidak sesuai dengan

standar ekonomi masyarakat tidak mampu memberikan pelayanan yang merata dan hanya dapat dinikmati oleh sebagian masyarakat saja.

5. Bermutu

Mutu (*quality*) adalah yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan penyelenggaraan pelayanan kesehatan, yang mana pelayanan kesehatan diharapkan dapat memuaskan para pengguna jasa dan dari segi penyelenggaraannya harus sesuai dengan kode etik dan standar yang telah ditetapkan.

2.2.2 Masalah Pelayanan Kesehatan

Perkembangan ilmu dan teknologi mengakibatkan terjadinya perubahan dalam pelayanan kesehatan. Dalam Pengantar Administrasi Kesehatan, Azwar (2010) menjelaskan bahwa Perubahan dapat mengakibatkan kelima persyaratan pokok pelayanan kesehatan tidak dapat terpenuhi sehingga dapat menimbulkan berbagai masalah dalam pelayanan kesehatan yaitu:

1. Pengkotakan dalam pelayanan kesehatan (*fragmented health services*)

Hal ini sangat erat hubungannya dengan munculnya berbagai spesialisasi dan sub spesialisasi dalam pelayanan kesehatan sehingga masyarakat kesulitan memperoleh pelayanan kesehatan dan tidak terpenuhinya kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan.

2. Sifat pelayanan kesehatan yang berubah

Perubahan muncul akibat adanya pengkotakan dalam pelayanan kesehatan sehingga berpengaruh terhadap hubungan antara dokter dan pasien, hal ini menyebabkan perhatian penyelenggara pelayanan kesehatan tidak dapat diberikan secara menyeluruh dan hanya terfokus pada keluhan dan organ tubuh yang sakit saja.

Sebuah antisipasi untuk mengembalikan agar tidak terjadi permasalahan dalam pelayanan kesehatan adalah kembali ke bentuk pelayanan yang menyeluruh dan terpadu (*comprehensive and integrated health services*) yakni menggunakan pendekatan yang memperhatikan berbagai aspek kehidupan dari para pemakai jasa pelayanan kesehatan tersebut.

2.2.3 Stratifikasi Pelayanan Kesehatan

Stratifikasi pelayanan kesehatan di Indonesia dalam Azwar (2010) dibedakan menjadi 3 macam, yakni:

1. Pelayanan kesehatan tingkat pertama

Merupakan pelayanan kesehatan yang bersifat pokok/primer (*primary health services*) yang sangat dibutuhkan oleh sebagian besar masyarakat dan berguna untuk upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Pelayanan ini bersifat rawat jalan.

2. Pelayanan kesehatan tingkat kedua

Pelayanan kesehatan tingkat kedua (*secondary health services*) merupakan pelayanan kesehatan lanjutan dan biasanya bersifat rawat inap sehingga dalam penyelenggaraannya dibutuhkan tenaga-tenaga spesialis.

3. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga

Pelayanan kesehatan tingkat ketiga (*tertiary health services*) sifatnya lebih kompleks dan umumnya diselenggarakan oleh tenaga-tenaga sub spesialisasi.

2.2.4 Sistem Rujukan

Mekanisme hubungan kerja yang memadukan satu strata pelayanan dengan strata pelayanan kesehatan lain banyak macamnya. Salah satunya adalah sistem rujukan (*referral system*). Seperti yang dapat dilihat dalam Sistem Kesehatan Nasional pelayanan kesehatan di Indonesia dibedakan atas beberapa strata. Adapun yang dimaksud dengan sistem rujukan di Indonesia seperti yang dirumuskan dalam SK menteri Kesehatan RI No. 32 tahun 1972 ialah suatu sistem penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang melaksanakan pelimpahan tanggung jawab timbal balik terhadap satu kasus penyakit atau masalah kesehatan secara vertikal dalam arti dari unit yang berkemampuan kurang kepada unit yang lebih mampu atau secara horizontal dalam arti antar unit-unit yang setingkat kemampuannya.

Macam-macam rujukan yang berlaku di Indonesia telah pula ditentukan. Sistem Kesehatan Nasional membedakan rujukan menjadi dua macam (Azwar, 2010) yakni:

1. Rujukan Kesehatan

Rujukan ini terutama dikaitkan dengan upaya pencegahan penyakit dan peningkatan derajat kesehatan. Dengan demikian rujukan kesehatan pada dasarnya berlaku untuk pelayanan kesehatan masyarakat (*public health services*). Rujukan kesehatan dibedakan atas tiga macam yakni rujukan teknologi, sarana dan operasional.

2. Rujukan Medik

Rujukan ini terutama dikaitkan dengan upaya penyembuhan penyakit serta pemulihan kesehatan. Dengan demikian rujukan medik pada dasarnya berlaku untuk pelayanan kedokteran (*medical services*). Sama halnya dengan rujukan kesehatan, rujukan medik ini dibedakan atas tiga macam yakni rujukan penderita, pengetahuan dan bahan-bahan pemeriksaan. Apabila sistem rujukan ini dapat terlaksana, dapat diharapkan terciptanya pelayanan kesehatan yang menyeluruh dan terpadu.

2.3 FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PELAYANAN KESEHATAN

Notoadmodjo (2010) dalam buku Ilmu Perilaku Kesehatan menuliskan bahwa Rendahnya pemanfaatan (*Utilisasi*) fasilitas kesehatan seperti Puskesmas, rumah sakit dan sebagainya sering dihubungkan dengan masalah pelayanan petugas yang tidak memuaskan, jarak tempuh antara fasilitas kesehatan dengan masyarakat secara fisik maupun sosial, biaya/tarif yang tinggi dan faktor dari masyarakat itu sendiri, yaitu persepsi masyarakat dan konsep masyarakat tentang kesehatannya.

2.3.1 Persepsi dan Konsep Sehat - Sakit

Notoatmodjo (2010) mengungkapkan bahwa Persepsi adalah pengalaman tentang obyek, peristiwa, atau hubungan-hubungan yang diperoleh dengan menyimpulkan informasi dan menafsirkannya. Persepsi adalah memberikan makna kepada stimulus. Persepsi berbeda dengan sensasi namun keduanya berhubungan. Sensasi (*sense/alat pengindraan*) yang menghubungkan alat organisme/manusia dengan lingkungan, Jadi sensasi merupakan pengalaman elementer yang segera dan yang tidak memerlukan penguraian verbal, simbolis atau konseptual. Sensasi terjadi setelah seseorang mengalami stimulus melalui

indra sesuai dengan obyeknya. Sedangkan persepsi adalah bagaimana seseorang memberi arti terhadap stimulus yang diterimanya.

Timbulnya perbedaan konsep sehat-sakit di masyarakat antara penyelenggara pelayanan kesehatan dan masyarakat adalah berkisar dengan rasa sakit dan penyakit. Penyakit adalah bentuk reaksi biologis terhadap suatu organism, luka atau benda asing yang ditandai oleh perubahan fungsi-fungsi tubuh sebagai organism biologis, sedangkan sakit adalah penilaian individu terhadap penyakit yang dialaminya sehingga hal ini sangat dipengaruhi oleh *feeling*/perasaan dari individu. Misalnya: ada 2 orang yang mempunyai penyakit yang sama namun persepsi antara kedua orang tersebut akan berbeda, mungkin yang satu akan merasa sakit dan satunya lagi tidak merasa dirinya sakit. Seseorang yang terkena penyakit, secara obyektif organ tubuhnya mengalami gangguan fungsi namun dia tidak merasakan sakit. Sebaliknya seseorang dapat merasa sakit jika merasakan sesuatu dalam tubuhnya, namun dari pemeriksaan klinis tidak ditemukan bukti penyakitnya.

Konsep sehat yang berkembang di masyarakat yakni bila orang dapat bekerja atau menjalankan rutinitasnya sehari-hari, sedangkan orang sakit adalah orang sudah tidak dapat menjalankan pekerjaannya atau sudah tidak dapat bangkit dari tempat tidur.

Selama perbedaan konsep sehat-sakit tersebut masih ada dan konsep-konsep ini tidak diluruskan maka utilitas pelayanan kesehatan akan berjalan dengan lambat. Hal ini juga pengaruh dari aspek-aspek sosial budaya yang berkembang di masyarakat, sehingga di masing-masing unit pelayanan kesehatan komunitas akan berbeda pula penanganannya.

2.3.2 Perilaku pencarian pelayanan kesehatan

Respon anggota masyarakat apabila sakit beragam, Notoatmodjo menjelaskan dalam Ilmu Perilaku Kesehatan (2010) adalah sebagai berikut:

1. *No action* (tidak bertindak apa-apa)

Alasan dari tindakan ini adalah kondisi kesehatannya tidak mengganggu kegiatan/aktivitas sehari-hari mereka. Prioritas tugas/pekerjaan yang lain lebih penting dari pada mengobati sakitnya. Alasan lain karena letak fasilitas kesehatan jauh, petugasnya tidak ramah, takut mahal biayanya,

takut dokter, takut pergi ke rumah sakit dan sebagainya. Keadaan ini membuktikan bahwa kesehatan belum menjadi prioritas dalam kehidupan masyarakat.

2. *Self treatment* atau *self medication* (Tindakan mengobati sendiri)

Alasan bisa sama dengan tindakan *No Action* atau alasan lain karena orang tersebut percaya kepada diri sendiri berdasarkan pengalaman pengobatan yang lalu dan berhasil sembuh sehingga tidak perlu mencari pengobatan dari luar. Contoh tindakan ini adalah: minum obat yang dibeli di warung/apotik, minum jamu, kerokan dan pijat.

3. *Tradisional remedy* (mencari pengobatan ke fasilitas pengobatan tradisional)

Masyarakat *ferifer* khususnya masih sangat kental dengan perilaku ini, masalah sehat-sakit bersifat budaya daripada gangguan fisik. Pengobatan dukun yang merupakan bagian dari masyarakat, lebih dekat dengan masyarakat, pengobatannya merupakan kebudayaan masyarakat sehingga lebih dapat diterima daripada dokter, bidan, perawat dan sebagainya.

4. Mencari pengobatan ke fasilitas pengobatan modern (*professional*)

Fasilitas kesehatan milik pemerintah, swasta, balai pengobatan, Puskesmas, Rumah sakit dan dokter praktek merupakan fasilitas pengobatan modern.

Perilaku pencarian pengobatan erat kaitannya dengan persepsi masyarakat terhadap sehat-sakit. Kedua hal tersebut yang menjadi pokok *utilitas/pemanfaatan* fasilitas kesehatan yang disediakan. Maka dari itu untuk meningkatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas perlu ditunjang dengan penelitian sosial budaya masyarakat, persepsi dan perilaku masyarakat terhadap konsep sehat-sakit. Jika sudah didapatkan data persepsi masyarakat maka akan lebih mudah bagi petugas untuk melakukan pendidikan kesehatan masyarakat sehingga pelayanan yang diberikan lebih mudah diterima oleh masyarakat.

2.3.3 Konsep pelayanan kesehatan

Pada prinsipnya pelayanan kesehatan berdasarkan kepada dua kategori sasaran dan orientasinya, yakni:

1. Kategori yang berorientasi kepada publik/masyarakat

Orientasi pelayanan kesehatan publik adalah pencegahan (*preventif*) dan peningkatan (*promotif*) Pelayanan kesehatan ini terdiri dari sanitasi lingkungan, seperti air bersih, sarana pembuangan limbah, perlindungan kualitas udara dan imunisasi. Intinya pelayanan yang lebih diarahkan langsung ke publik daripada ke perorangan secara khusus.

2. Kategori yang berorientasi kepada individu/perorangan

Orientasi pelayanan kesehatan ini adalah penyembuhan dan pengobatan yang ditujukan langsung pada individu (*kuratif and rehabilitative for individual consumer*) yang umumnya mengalami masalah kesehatan atau penyakit.

Anderson dan Newman (1973) dalam Notoatmodjo (2010) membuat kerangka kerja teoritis untuk mengukur penggunaan pelayanan kesehatan pribadi yang mempersamakan 3 dimensi tipe, tujuan dan unit analisis.

1. Tipe

Ada perbedaan kecenderungan jangka panjang dan jangka pendek untuk berbagai tipe dari pelayanan di rumah sakit, dokter dan perawatan di rumah.

Faktor determinan/penentu individu bervariasi agak besar untuk penggunaan tipe yang berbeda dari pelayanan kesehatan tersebut. Karena faktor kecenderungan berbeda dengan faktor determinan maka satu komponen utama dalam pengaturan pelayanan kesehatan menjadi tipe pelayanan kesehatan yang di gunakan.

2. Tujuan

Tujuan di klasifikasikan berdasarkan strata perawatan terhadap masalah kesehatan yang dialaminya, yaitu:

- Strata I : *Primary care* yang dikaitkan dengan *preventive care*.
- Strata II : *Secondary care* yang dikaitkan dengan perawatan perbaikan yakni pengembalian individu ke fungsional semula.
- Strata III : *Tertiary care* dikaitkan dengan stabilitas kondisi penyakit yang memperhatikan penyakit jangka panjang agar tidak terjadi serangan penyakit yang sama.

- Strata IV : *Forthly care* dikaitkan dengan kebutuhan pribadi dari pasien dan tidak dihubungkan dengan perawatan penyakit.

3. Unit Analisis

Alasan utama dari perbedaan ini adalah ciri-ciri khas individu mungkin menjadi penanggung jawab bagi sejumlah episode, sedang ciri khas dari sistem pembebasan menjadi tanggung jawab utama bagi sejumlah akibat dari kontak kunjungan setiap episode penyakit. Jadi jumlah kontak, episode dan volume pelayanan kesehatan yang digunakan ditentukan oleh faktor-faktor yang berbeda, maka penggunaan pelayanan kesehatan akan membuat suatu perbedaan diantara unit-unit pelayanan kesehatan yang berbeda.

2.3.4 Tujuan Penggunaan Pelayanan kesehatan

Menurut Anderson dan Newman (1979) dalam Notoatmodjo (2010) tujuan dari penggunaan pelayanan kesehatan adalah :

1. Menggambarkan hubungan antara faktor penentu dari penggunaan pelayanan kesehatan.
2. Perencanaan kebutuhan masa depan/target pelayanan kesehatan.
3. Menentukan adanya ketidakseimbangan pelayanan dari penggunaan pelayanan kesehatan.
4. Menyarankan cara-cara manipulasi kebijakan yang berhubungan dengan variabel-variabel untuk memberikan perubahan yang diinginkan.
5. Evaluasi program-program pemeliharaan dan perawatan kesehatan yang baru.

2.3.5 Model Penggunaan Pelayanan Kesehatan

Faktor-faktor determinan/penentu dalam penggunaan pelayanan kesehatan didasarkan pada beberapa kategori antara lain, kependudukan, struktur sosial, psikologi sosial, sumber keluarga, sumber daya masyarakat, organisasi dan model-model sistem kesehatan.

1. Model sistem kesehatan (*Health System Model*)

Teori ini dikemukakan oleh Andersen (1974) dalam Muzaham (2007) yang menggambarkan model sistem kesehatan, yang terdiri dari 3 faktor utama yaitu karakteristik predisposisi, karakteristik pendukung (*enabling*) dan karakteristik kebutuhan.

a. Karakteristik predisposisi (*predisposing characteristics*)

Fungsi dari karakteristik ini dapat menggambarkan fakta bahwa tiap individu mempunyai kecenderungan untuk menggunakan pelayanan kesehatan yang berbeda-beda. Ciri-ciri individu tersebut digolongkan dalam 3 kelompok yaitu:

- Ciri demografi yaitu jenis kelamin, umur, status perkawinan.
- Struktur Sosial yaitu tingkat pendidikan, pekerjaan, suku, dan sebagainya.
- Manfaat-manfaat kesehatan seperti, keyakinan bahwa pelayanan kesehatan dapat menolong proses penyembuhan penyakit (termasuk stress dan kecemasan yang ada kaitannya dengan kesehatan).
 - Setiap individu/orang mempunyai perbedaan karakteristik, mempunyai perbedaan tipe dan frekuensi penyakit, dan mempunyai perbedaan pola penggunaan pelayanan kesehatan.
 - Setiap individu mempunyai perbedaan struktur sosial, mempunyai perbedaan gaya hidup, dan akhirnya mempunyai perbedaan pola penggunaan pelayanan kesehatan.
 - Individu percaya adanya kemanjuran dalam penggunaan pelayanan kesehatan.

b. Karakteristik kemampuan (*enabling characteristics*)

Karakteristik ini menggambarkan kondisi yang memungkinkan orang memanfaatkan pelayanan kesehatan karena walaupun mempunyai predisposisi untuk menggunakan pelayanan kesehatan namun tidak akan menggunakannya, kecuali jika ia mampu menggunakannya. Kemampuan tersebut berasal dari keluarga (misalnya: penghasilan dan simpanan/tabungan, asuransi kesehatan atau sumber lainnya) dan dari komunitas (misalnya: tersedianya fasilitas dan tenaga, lamanya menunggu pelayanan serta lama waktu yang digunakan untuk mencapai fasilitas pelayanan kesehatan tersebut/lokasi pemukiman). Jadi penggunaan pelayanan kesehatan yang ada tergantung pada kemampuan konsumen untuk membayar.

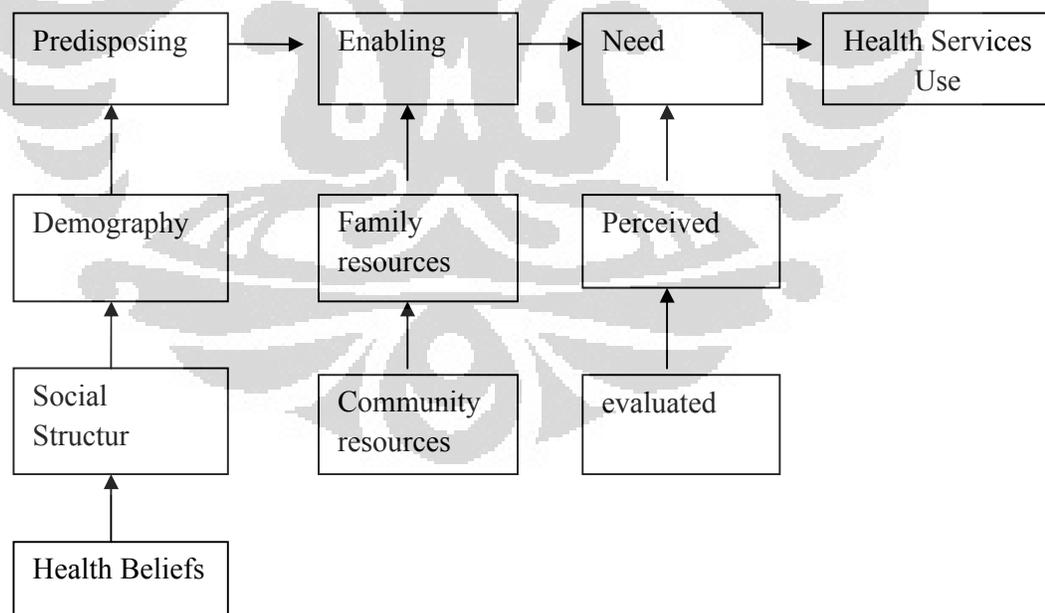
c. Karakteristik kebutuhan (*need characteristics*)

Faktor predisposisi dan *enabling* dapat terwujud bila hal itu dirasakan sebagai kebutuhan. Kebutuhan merupakan dasar dan stimulus langsung untuk menggunakan pelayanan kesehatan, jika faktor predisposisi dan *enabling* itu ada. Kebutuhan di bedakan menjadi 2 karakter yaitu dirasa atau *perceived* (subyek assessment) dan *evaluated* (clinical diagnosis).

Perceived need dapat diukur dengan perasaan subyektif terhadap penyakit (misalnya: jumlah hari sakit, gejala-gejala sakit yang dialami dan laporan tentang keadaan kesehatan umum). Sedangkan *evaluated* merupakan evaluasi klinis terhadap penyakit yakni penilaian beratnya penyakit dari dokter yang merawatnya biasanya berdasarkan keluhan-keluhan yang mungkin memerlukan pengobatan, dari hasil pemeriksaan dan diagnosa penyakit.

Model ini diilustrasikan pada gambar berikut ini:

Ilustrasi Model Andersen



Sumber: Notoadmodjo, Ilmu perilaku kesehatan, 2010

Gambar 2.1 Ilustrasi Model Sistem Kesehatan

Hipotesis umum dari teori tersebut menurut Andersen dalam Muzaham (2007) adalah jumlah pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh suatu keluarga merupakan karakteristik predisposisi, kemampuan serta kebutuhan keluarga tersebut atas pelayanan medis. Semua komponen dari model ini mempunyai peranan tersendiri dalam memahami perbedaan pemanfaatan pelayanan kesehatan, sedangkan kebutuhan merupakan faktor yang lebih penting dibandingkan predisposisi maupun kemampuan.

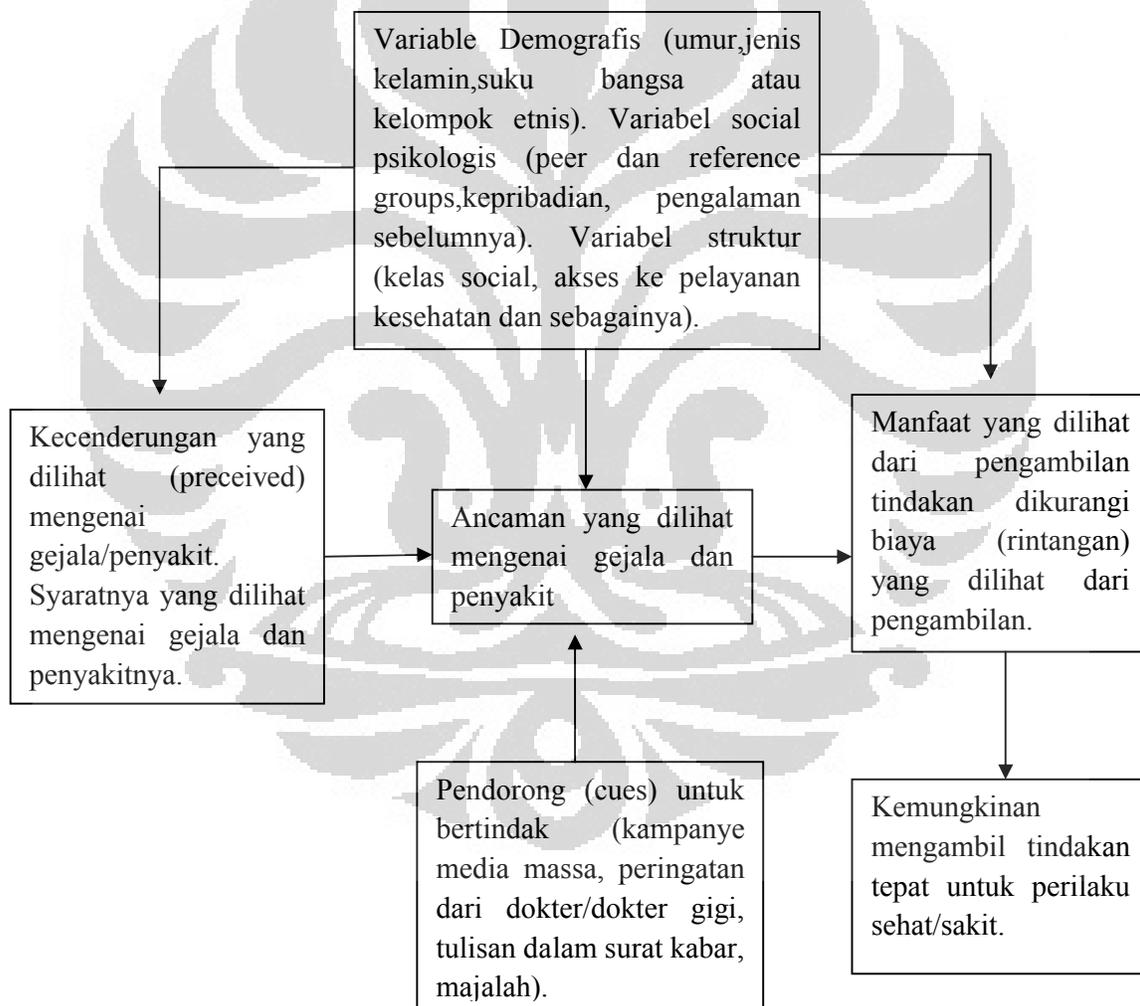
2. Model kepercayaan kesehatan (*Health Belief Model*)

Teori yang dikemukakan oleh Lewin dalam Notoadmodjo (2010) menjelaskan bahwa orang tidak akan menggunakan pelayanan kesehatan medis jika mereka tidak mempunyai pengetahuan dan motivasi relevan tentang kesehatan. Hal ini di pengaruhi oleh persepsi individu mengenai ancaman penyakit dan keyakinannya terhadap nilai manfaat dari tindakan kesehatan. Ada empat variabel kunci dalam HBM (*Health Belief Model*) yaitu:

- Kerentanan yang dirasakan (*perceived suscepibility*) menggambarkan seseorang akan mencari pengobatan atau menggunakan pelayanan kesehatan jika ia merasa rentan (*susceptible*) terhadap penyakit. Jadi suatu tindakan pencegahan terhadap suatu penyakit akan timbul bila seseorang telah merasakan bahwa ia atau keluarganya rentan terhadap penyakit tersebut.
- Keseriusan yang dirasakan (*perceived seriousness*) menggambarkan bahwa Tindakan menggunakan pelayanan kesehatan didorong oleh keseriusan penyakit yang dialaminya. Contohnya penyakit Polio akan di rasakan lebih serius bila dibandingkan dengan flu, oleh karena itu tindakan pencegahan polio akan lebih banyak dilakukan bila dibandingkan dengan pencegahan/pengobatan flu.
- Manfaat dan rintangan-rintangan yang dirasakan (*perceived benefits and barriers*). Jika individu merasa rentan terhadap penyakit-penyakit yang dianggap serius, maka ia akan melakukan tindakan mencari dan menggunakan pelayanan kesehatan. Tindakan ini akan tergantung pada manfaat yang dirasakan atau rintangan yang ditemukan dalam mengambil tindakan tersebut. Pada umumnya manfaat tindakan lebih menentukan

daripada rintangan-rintangan yang mungkin ditemukan dalam melakukan tindakan tersebut.

- Isyarat/tanda-tanda (*cues*) merupakan pendorong untuk bertindak, untuk mendapatkan tingkat penerimaan yang benar tentang kerentanan, kegawatan dan keuntungan tindakan, maka diperlukan isyarat-isyarat yang berupa faktor eksternal. Misalnya berasal dari pesan-pesan di media, melalui nasehat/anjuran kawan atau anggota keluarga dari si sakit. Model Kepercayaan kesehatan diilustrasikan sebagai berikut:



Sumber: Notoadmodjo, Ilmu perilaku kesehatan, 2010

Gambar 2.2 Ilustrasi teori Model Kepercayaan

3. Model *Sosial Network* (model jaringan sosial)

Muzaham (1995) dalam buku *Memperkenalkan Sosiologi Kesehatan* menjelaskan tentang teori *Sosial Network* yang dikemukakan oleh Langlie (1977) yang merupakan pengembangan dari teori Suchman (1965), mengemukakan kerangka analisis dengan mengkombinasikan faktor kepercayaan kesehatan dan jaringan sosial dalam mencari penyebab perilaku penggunaan pelayanan kesehatan. Langlie memodifikasikan 3 variabel yaitu minat yang besar terhadap kesehatan, persepsi tentang pengontrolan kesehatan dan sikap terhadap pemberi pelayanan kesehatan. Ia mengukur variabel jaringan sosial dengan tingkat sosial ekonomi keluarga, interaksi dengan kerabat dan non kerabat, struktur perkawinan dan agama yang dianut.

4. Model *Decision theoretic* (model pengambilan keputusan)

Dikemukakan oleh Fabrega (1973) dalam Muzaham (2007), merupakan hasil pendekatan antropologi yang menitikberatkan pada proses informasi tentang penyakit dan keputusan pengobatan yang diharapkan seseorang disaat kejadian penyakit. Model ini dapat digunakan untuk membandingkan nilai serta biaya dari suatu pengobatan menurut masing-masing kebudayaan yang berbeda. Model aplikasi lintas budaya ini mengemukakan bahwa seseorang mempunyai 4 sistem yang berpengaruh pada perilaku sakit, yaitu:

- Sistem biologis, dimana terdapat proses fisiologis dan kimia.
- Sistem sosial, dimana terdapat hubungan dengan individu, kelompok dan lembaga.
- Sistem fenomenologis, dimana terdapat tingkat kesadaran dan pengertian masing-masing individu.
- Sistem memori yaitu pengalaman sakit disertai sikap dan kepercayaan terhadap kesehatan yang akan mempengaruhi ketiga sistem lainnya.

5. Model LW. Green

Green, L. Kreuter, Marshall (2005) dalam *Health Program Planning: an educational and ecological approach* Menerangkan bahwa perilaku yang berkaitan dengan kesehatan termasuk penerimaan suatu inovasi, sehingga dapat dilihat dari *literature* tentang penyebaran inovasi yang membahas tentang inovasi sendiri dan tempat terjadinya inovasi tersebut. Menurut Green perilaku kesehatan

manusia dipengaruhi oleh 3 faktor utama yaitu *predisposing*, *enabling* dan *reinforcing*. Faktor-faktor ini membentuk suatu model yang disebut PRECEDE (*predisposing, reinforcing, and enabling causes in educational diagnosis and evaluation*) yaitu menjelaskan tentang faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku yang berhubungan dengan kesehatan.

Menurut analisa Green kesehatan dipengaruhi oleh dua faktor pokok yakni perilaku (*behaviour causes*) dan faktor diluar perilaku (*non behaviour causes*) kemudian tersebut di bentuk oleh tiga faktor yaitu:

1. *Predisposing factors* (faktor predisposisi)

Merupakan faktor yang menjadi dasar/motivasi perilaku. Faktor predisposisi mencakup pengetahuan, sikap, nilai-nilai kepercayaan, atau keyakinan yang membentuk persepsi sehingga memotivasi individu untuk melakukan tindakan. Faktor ini juga mencakup faktor demografis seperti status sosio ekonomi, umur, jenis kelamin, dan besar keluarga.

2. *Enabling factors* (faktor pendukung)

Enabling memungkinkan motivasi dapat terlaksana, faktor ini mencakup ketersediaan sarana/fasilitas kesehatan, kemudahan mencapai pelayanan termasuk biaya, jarak, ketersediaan transportasi, waktu pelayanan dan ketrampilan petugas kesehatan.

3. *Reinforcing factors* (faktor penguat)

Yang termasuk faktor penguat adalah sikap dan perilaku tokoh masyarakat, tokoh agama, para petugas termasuk petugas kesehatan. Dalam berperilaku sehat tidak hanya butuh pengetahuan dan sikap positif saja tetapi masyarakat juga perlu contoh aplikasi dari para tokoh masyarakat, tokoh agama, dan para petugas kesehatan, disamping adanya undang-undang, peraturan-peraturan dan lain sebagainya. Adanya peraturan maupun undang-undang untuk memperkuat perilaku masyarakat tersebut.

6. Model WHO (1984)

Menyebutkan bahwa beberapa factor perilaku yang mempengaruhi penggunaan pelayanan kesehatan adalah:

1. Pemikiran dan perasaan (*thought and feeling*) yakni dalam bentuk pengetahuan, persepsi, sikap, kepercayaan, dan penilaian seseorang terhadap obyek/kesehatan:
 - Pengetahuan diperoleh dari pengalaman sendiri atau pengalaman orang lain.
 - Kepercayaan sering diperoleh dari orang tua, kakek/nenek yakni berdasarkan keyakinan dan tanpa adanya pembuktian terlebih dahulu.
 - Sikap menggambarkan perasaan suka/tidak suka terhadap obyek dan sering berasal dari pengalaman sendiri ataupun pengalaman orang lain.
2. Seseorang yang dianggap sebagai referensi
Perilaku seseorang lebih banyak dipengaruhi oleh orang-orang yang dianggap penting.
3. Sumber daya (*resources*)
Sumber daya mencakup fasilitas-fasilitas, uang, waktu dan tenaga. Semua itu berpengaruh terhadap perilaku seseorang atau kelompok masyarakat.
4. Kebudayaan berupa norma-norma yang ada di masyarakat yang menghasilkan suatu pola hidup (*way of life*) yang pada umumnya disebut kebudayaan.
7. Hasil penelitian :
 - a. Penelitian Susanto dan Hasanbasri (2008) memaparkan bahwa pemanfaatan sarana pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh beberapa hal antara lain:
 - Menurunnya daya beli masyarakat.
 - Menurunnya minat masyarakat untuk berobat karena merasa tidak puas dengan pelayanannya, tidak puas dengan kualitas obat yang diperoleh dan tidak puas dengan tarif pelayanan.
 - Akses geografis ke pelayanan kesehatan sulit.

Penelitian ini juga menyimpulkan bahwa masyarakat yang lebih mampu memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan sebesar dua kali lipat dibanding dengan masyarakat yang tidak mampu, keadaan ini

menggambarkan bahwa masyarakat tidak mampu mempunyai keterbatasan akses dalam memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan.

- b. Hasil penelitian Savitri (2011) menyatakan bahwa sebanyak 14,3% penduduk dengan tempat tinggal jauh selalu memanfaatkan pelayanan puskesmas sedangkan penduduk yang bertempat tinggal dekat dengan puskesmas dan selalu memanfaatkan puskesmas ada 51,9%. Artinya fakta jarak dan transportasi menjadi kendala bagi masyarakat untuk menjangkau puskesmas sehingga kunjungan masyarakat yang tempat tinggalnya dekat lebih banyak dari pada penduduk yang tempat tinggalnya jauh. Penelitian ini juga menyimpulkan faktor-faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan puskesmas adalah:

- Karakteristik individu (persepsi sakit).
- Penyedia pelayanan kesehatan (ketersediaan tenaga kesehatan).
- Aksesibilitas (jarak tempuh dan sarana transportasi).

BAB 3

KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

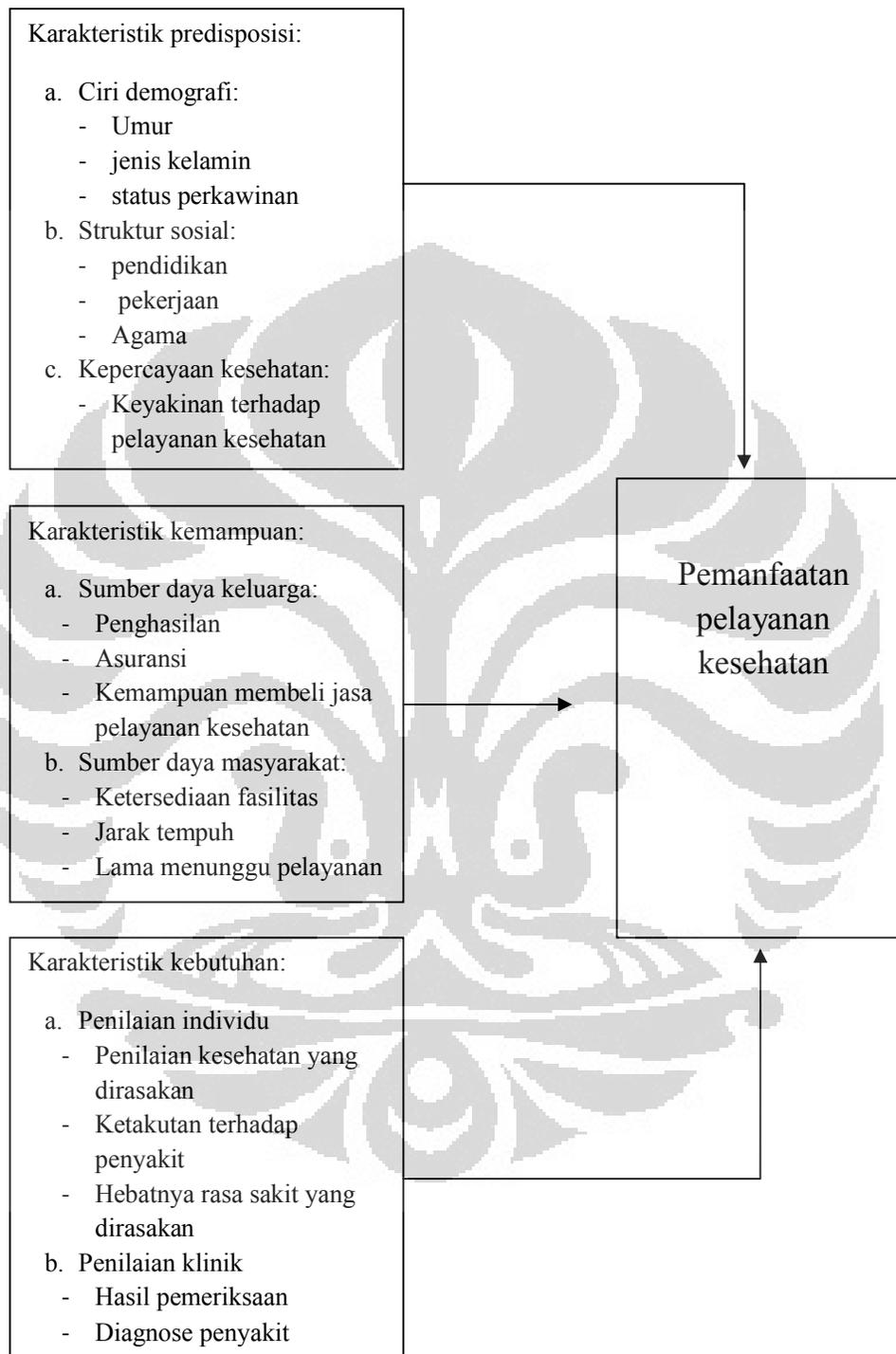
3.1 Kerangka Teori

Dari berbagai teori yang telah diuraikan pada Bab 2 dapat disimpulkan bahwa banyak faktor yang berhubungan terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan di puskesmas oleh masyarakat. Atas dasar tersebut maka variabel karakteristik predisposing, karakteristik kemampuan (*enabling*) dan karakteristik kebutuhan (*need*) sebagai variabel bebas sedangkan pemanfaatan Puskesmas sebagai pelayanan kesehatan sebagai variabel terikat.

Landasan yang dijadikan referensi untuk mengungkap variabel ini dari teori Andersen (1974) dalam Muzaham (2007) yang menggambarkan model sistem kesehatan (*health system model*). Teori tersebut disusun dalam bentuk kerangka seperti dalam gambar berikut:

Variable independen

variable dependen

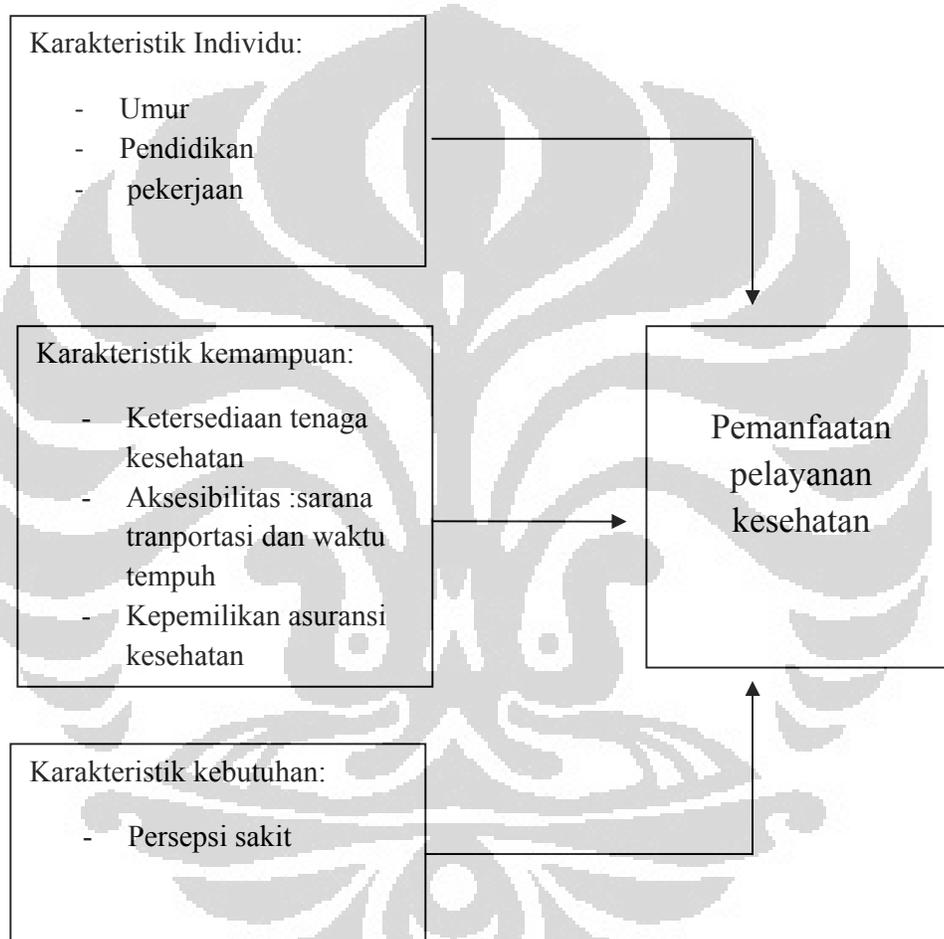


Sumber: Andersen, dalam muzaham (2007)

Gambar 3.1 Model Pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh Andersen (1974)

3.2 Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka teori tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas dan disesuaikan dengan konteks penelitian yang ditujukan pada seluruh warga masyarakat maka peneliti menyederhanakan faktor-faktor yang diteliti, sehingga dirancanglah oleh peneliti kerangka konsep sebagai berikut:



Gambar 3.2. Kerangka konsep : faktor – faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan dasar oleh masyarakat menurut Andersen (1974) dalam Muzaham (2007)

1.3 Hipotesis

- 1.3.1 Ada hubungan antara umur dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas Sumber Rejo Kota Balikpapan tahun 2012.
- 1.3.2 Ada hubungan antara pendidikan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas Sumber Rejo Kota Balikpapan tahun 2012.
- 1.3.3 Ada hubungan antara pekerjaan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas Sumber Rejo Kota Balikpapan tahun 2012.
- 1.3.4 Ada hubungan antara ketersediaan tenaga kesehatan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas Sumber Rejo Kota Balikpapan tahun 2012.
- 1.3.5 Ada hubungan antara aksesibilitas dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas Sumber Rejo Kota Balikpapan tahun 2012.
- 1.3.6 Ada hubungan antara kepemilikan asuransi kesehatan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas Sumber Rejo Kota Balikpapan tahun 2012.
- 1.3.7 Ada hubungan antara persepsi sakit dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas Sumber Rejo Kota Balikpapan tahun 2012.

3.4 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara ukur	Alat ukur	Skala ukur	Hasil ukur
Dependent						
1	Pemanfaatan pelayanan kesehatan	<p>Setiap upaya untuk memelihara, meningkatkan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perseorangan atau keluarga di Puskesmas Sumber Rejo dalam 3 bulan terakhir yang mencakup kegiatan Pelayanan kedokteran (<i>medical services</i>) dan Pelayanan kesehatan masyarakat (<i>public health services</i>) seperti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promosi kesehatan • Kesehatan lingkungan • Kesehatan Ibu dan anak/KB • Upaya Perbaikan Gizi • Pemberantasan Penyakit Menular • Pengobatan 	Wawancara	Kuesioner	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ya 2. Tidak

Independent						
2	Umur	Jumlah tahun yang di lalui seseorang dari lahir hingga ulang tahun yang terakhir.	Wawancara	Kuesioner	Ordinal	1. 17-55 tahun 2. > 55 tahun
3	Pendidikan	Jenjang pendidikan formal tertinggi yang pernah ditempuh Responden, mengacu pada peraturan pemerintah yaitu pendidikan dasar 9 tahun.	Wawancara	Kuesioner	Ordinal	1. Rendah, ≤ SLTP 2. Tinggi, □ SLTP
4	Pekerjaan	Macam-macam jenis pekerjaan yang dapat menghasilkan uang untuk memenuhi kebutuhan hidup, seperti: PNS, pegawai BUMN, pegawai swasta, wiraswasta/pedagang, pelayanan jasa, petani, nelayan, buruh)	Wawancara	Kuesioner	Nominal	1. Tidak bekerja 2. Bekerja
5	Ketersediaan tenaga kesehatan	Persepsi responden terhadap ketersediaan tenaga kesehatan di Puskesmas Sumber Rejo yang dapat memberikan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan yang memiliki pengetahuan dan ketrampilan melalui pendidikan formal sehingga dapat memberikan pelayanan sesuai kewenangannya.	Wawancara	Kuesioner	Nominal	1. Ya 2. Tidak

6	Aksesibilitas	Akses responden untuk mencapai fasilitas kesehatan (waktu tempuh untuk mencapai fasilitas pelayanan yang dapat dicapai dalam waktu 15 menit).	Wawancara	Kuesioner	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Akses mudah 2. Akses sulit
7	Kepemilikan Asuransi Kesehatan	Kepemilikan jaminan kesehatan keluarga yang dapat di manfaatkan di Puskesmas Sumber Rejo, misalnya: kepemilikan asuransi kesehatan seperti askes, JPKM, Jampersal.	Wawancara	Kuesioner	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ada 2. Tidak ada
8	Persepsi sakit	Persepsi seseorang terhadap konsep penyakit, tindakan yang dilakukan jika sakit dan kebutuhan segera untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan untuk seluruh keluarganya.	Wawancara	Kuesioner	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tahu (jika total skor \geq nilai median) 2. Tidak tahu (jika total skor $<$ nilai median)

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode deskriptif yaitu untuk mendeskripsikan suatu keadaan secara obyektif dan untuk menjawab permasalahan yang sedang dihadapi pada situasi sekarang (Elfindri, 2011), dengan pendekatan kuantitatif dan desain penelitian *cross sectional* (potong lintang) dimana pengamatan terhadap variabel dependen dan variabel independen dilakukan dalam waktu yang bersamaan sehingga dapat diperoleh gambaran dan hubungan antara faktor resiko dan faktor efek pada populasi sasaran (Murti, B. 2003).

4.2 Lokasi dan waktu penelitian

4.2.1 Lokasi penelitian

Penelitian dilakukan di Wilayah kerja Puskesmas Sumber Rejo, Kelurahan Sumber Rejo, Kecamatan Balikpapan Tengah, Kota Balikpapan, Kalimantan Timur.

4.2.2 Waktu Penelitian

Waktu penelitian dilaksanakan pada bulan Maret sampai dengan April tahun 2012.

4.3 Populasi dan sampel

4.3.1 Populasi penelitian

Populasi penelitian ini adalah seluruh orang dewasa dalam keluarga/rumah tangga yang bertempat tinggal di wilayah kerja Puskesmas Sumber Rejo Kelurahan Sumber Rejo, Kecamatan Balikpapan Tengah Kota Balikpapan Kalimantan Timur.

4.3.2 Sampel

Sampel penelitian merupakan representatif populasi yang dijadikan sumber informasi bagi data yang diperlukan untuk menjawab masalah penelitian dengan Kriteria inklusi:

1. Merupakan penduduk dewasa di wilayah Kelurahan Sumber Rejo, Kota Balikpapan.

2. Pernah memanfaatkan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Sumber Rejo, Kota Balikpapan.
3. Bersedia diwawancarai/mengisi kuesioner.

4.3.3 Besar sampel

Berdasarkan hipotesis pada penelitian ini yaitu untuk melihat hubungan maka dilakukan uji hipotesis dua proporsi dengan dua arah (*two tails*) sehingga rumus besar sampel yang digunakan dihitung berdasarkan Rumus Estimasi beda dua proporsi (Stanley Lemeshow, et al, 1997), sebagai berikut:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 (p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)) + Z_{1-\beta}^2 (p_1 - p_2)^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Keterangan

n	=	Besar Sampel Minimal
$Z_{1-\alpha/2}$	=	1,96 (Nilai Z pada derajat kemaknaan $\alpha = 0,05$)
$Z_{1-\beta}$	=	1,28 (Nilai Z pada kekuatan uji $\beta = 0,1$)
P_1	=	Proporsi berdasarkan kelompok yang beresiko
P_2	=	Proporsi berdasarkan kelompok yang tidak beresiko
Deff	=	2

Sesuai rumus diatas, jumlah sampel yang dibutuhkan dalam penelitian ini dihitung dengan menggunakan *software* pengambilan besar sampel. Namun karena peneliti belum mempunyai data P_1 dan P_2 secara umum maka peneliti menjadikan hasil penelitian terdahulu sebagai referensi perhitungan besar sampel dan mengasumsikannya sama dengan hasil penelitian yang akan dilakukan ini. Berdasarkan hal tersebut diperoleh nilai n dari setiap variabel hasil penelitian sebelumnya (Savitri, 2011) seperti yang tertuang dibawah ini (tabel 4.1):

Tabel 4.1 Distribusi Jumlah sampel Berdasarkan Variabel dari Penelitian Terdahulu:

No	Variabel	P1	P2	n
1.	Sarana transportasi	0.80	0.50	104
2.	Jarak	0.86	0.48	62
3.	Persepsi sakit	0.69	0.18	34

Sumber: Savitri, (2001)

Dari perhitungan diatas peneliti mengambil jumlah sampel dari nilai n yang terbesar yaitu dari variabel sarana transportasi sebesar 104 responden. Tabel diatas memperlihatkan bahwa nilai P1 adalah proporsi kelompok beresiko (dari variabel sarana transportasi) yang memanfaatkan pelayanan kesehatan diperoleh nilai 80% dan P2 yaitu proporsi kelompok yang tidak beresiko (dari variabel transportasi) yang memanfaatkan pelayanan kesehatan diperoleh nilai 50% sehingga diperoleh sebesar 104 sampel.

4.4 Tehnik sampling

Tehnik pengambilan sampel yang dilakukan dalam penelitian ini adalah *Cluster random sampling* (pengambilan sampel secara acak pada kelompok individu) yaitu pengambilan sampel secara bertingkat dimana pemilihan unit elementer dijauhkan satu atau lebih tingkat pengambilan sampel secara acak sederhana (Ariawan 1998). Pengambilan sampel dilakukan dengan 2 *stage* (metode sampel klaster 2 tahap) sebagai berikut:

- a) Memilih sampel klaster yaitu memilih RT dari 54 RT yang ada di Kelurahan Sumber rejo, pemilihan dilakukan secara acak sehingga terpilih 15 RT (klaster) yang akan dijadikan sampel.
- b) Pada masing-masing klaster yang terpilih kemudian dilakukan pemilihan sampel unit elementer secara acak sederhana sehingga pada masing-masing RT terpilih sebanyak 7 sampel sehingga terpenuhi jumlah sampel yang dibutuhkan sebanyak 104 sampel.

4.5 Pengumpulan Data

Data yang diteliti berupa data primer yang dikumpulkan oleh peneliti sendiri dengan cara mengisi kuesioner/wawancara langsung pada responden dengan alat ukur kuesioner yang berisikan pertanyaan tertutup sesuai dengan tujuan penelitian.

4.6 Pengolahan Data

Data mentah yang telah terkumpul kemudian diolah ke program komputer untuk dikategorikan sesuai dengan kerangka konsep dan definisi operasional dalam penelitian ini untuk selanjutnya dianalisis. Sebelum diolah data harus melewati beberapa tahapan berikut:

4.6.1 Pengeditan data (*Editing*)

Proses untuk melakukan verifikasi data dengan melihat kelengkapan jawaban, kejelasan tulisan, relevansi/kesesuaian jawaban antara satu dengan lainnya dan konsistensi data terhadap variabel yang diteliti. Pada penelitian ini *editing* dilakukan pada saat peneliti atau pewawancara menerima kembali kuesioner yang sudah diisi atau dijawab responden, hal ini dilakukan guna meminimalkan kesulitan untuk bertemu responden kembali bila *editing* dilakukan saat data telah terkumpul semua.

4.6.2 *Coding Data*

Kegiatan mengklasifikasikan data dan memberi kode untuk masing/masing kelas secara *mutually exclusive* dan *exhaustif* sesuai dengan tujuan di kumpulkannya data.

4.6.3 *Entry Data*

Memasukkan data dari kuesioner ke dalam komputer untuk mengolah data menggunakan perangkat lunak sesuai dengan variabel yang sudah disusun.

4.6.4 *Cleaning Data*

Membersihkan data dari kesalahan dan kerancuan. Sebelum dilakukan analisis, data yang sudah dimasukkan (*entry*) dilakukan pengecekan dan pembersihan bila ditemukan kesalahan pada saat *entry data*.

4.7 Analisis Data

4.7.1 Analisis Univariat

Analisis ini digunakan untuk mendiskripsikan atau menggambarkan setiap variabel yang diteliti, baik variabel independen yaitu karakteristik individu (umur, pendidikan, dan pekerjaan), karakteristik kemampuan (ketersediaan tenaga kesehatan, aksesibilitas dan kepemilikan asuransi kesehatan), karakteristik kebutuhan (*persepsi sakit*) maupun variabel dependen yaitu pemanfaatan pelayanan kesehatan.

4.7.2 Analisis Bivariat

Dilakukan untuk mengetahui apakah ada hubungan antara variabel independen dan dependen. Untuk analisis bivariat pada penelitian ini yang dipergunakan adalah rumus uji Chi square (χ^2). Rumus Chi Square adalah sebagai berikut:

Rumus Uji Chi Square (Hastono,S, 2010):

$$\chi^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

Keterangan :

χ^2 = Nilai Chi Square

O = Frekuensi yang di amati (Observed)

E = Frekuensi yang di harapkan (Expected)

Keputusan untuk menguji kemaknaan, di gunakan batas kemaknaan 5%

($\alpha = 0,05$ %) adalah:

1. Bila P value $\leq \alpha$, maka keputusannya adalah H0 ditolak artinya ada hubungan bermakna antara variabel independen dan variabel dependen.
2. Bila P value $> \alpha$ maka keputusannya adalah H0 gagal ditolak artinya tidak ada hubungan bermakna antara variabel independen dan variabel dependen.

BAB 5

HASIL PENELITIAN

5.1 Gambaran Lokasi Penelitian

5.1.1 Keadaan Geografis dan Demografis Puskesmas Sumber rejo

Puskesmas Sumber Rejo merupakan Puskesmas rawat jalan yang berlokasi di kelurahan Sumber Rejo Kecamatan Balikpapan Tengah Kota Balikpapan Provinsi Kalimantan Timur. Puskesmas tersebut diresmikan pada bulan November tahun 2007 yang bertepatan dengan HARKESNAS kota Balikpapan. Wilayah kerjanya meliputi satu kelurahan yaitu kelurahan Sumber Rejo yang terdiri dari 54 RT, dengan luas wilayah sekitar 220,5 hektar atau 2,21 km² dan diketinggian 500 m diatas permukaan laut. Lokasi Puskesmas Sumber rejo terletak didaerah dataran tinggi dan dapat dijangkau dengan kendaraan roda dua maupun roda empat, namun untuk angkutan umum agak susah / jarang dilewati. Jarak Puskesmas dengan kecamatan sekitar 2 km, sedangkan dari pusat pemerintahan kota sekitar 6 km, dan dari ibu kota provinsi sekitar 111,5 km.

Batas wilayah kerja Puskesmas Sumber Rejo adalah:

- a) Sebelah utara : Kelurahan Gunung Samarinda
- b) Sebelah Selatan : Kelurahan Gunung Sari Ulu
- c) Sebelah Barat : Kelurahan Karang Rejo
- d) Sebelah Timur : Kelurahan Gunung Bahagia

Jumlah penduduk Kelurahan Sumber Rejo pada tahun 2011 sebanyak 19.418 jiwa dengan kepadatan penduduk sekitar 8.786 jiwa /km². Jumlah Kepala Keluarga 6.094 KK dengan rata-rata setiap Kepala Keluarga terdiri dari 3,19 jiwa. Berdasarkan komposisi penduduk menurut jenis kelamin, jumlah penduduk laki/laki sebanyak 10.158 jiwa (52,3%) dan perempuan 9.260 (47,69%) jiwa. Sex ratio laki–laki terhadap perempuan di Kelurahan Sumber Rejo sebesar 109,7. Hal ini menunjukkan bahwa jumlah penduduk laki–laki lebih besar dibandingkan dengan jumlah penduduk perempuan, yang artinya bahwa setiap 100 penduduk perempuan terdapat antara 109 – 110 penduduk laki – laki.

**Tabel 5.1 Jumlah Penduduk di wilayah Kerja Puskesmas Sumber Rejo
Tahun 2011**

No	Penduduk	Jumlah
1	Laki-Laki	10.158
2	Perempuan	9.260
Jumlah		19.418

Sumber : SP2TP Puskesmas Sumber Rejo tahun 2011

5.1.2 Sarana Prasarana dan Sumber Daya Kesehatan Puskesmas Sumber Rejo

Sarana prasarana yang dimiliki Puskesmas Sumber Rejo antara lain 2 gedung, yakni sebuah gedung berupa rumah dinas dokter dan sebuah gedung Puskesmas yang didalamnya terdapat Balai pengobatan (BP) Umum, Poli gizi, gudang Obat, Apotik, Ruang loket, Ruang tunggu pasien, ruang KIA/KB, poli Gigi, ruang TU, ruang Pimpinan Puskesmas dan ruang laboratorium sederhana. Sedangkan sarana transportasi yang dimiliki adalah sebuah mobil ambulance dan sebuah motor dinas.

Untuk ketenagaan, di Puskesmas Sumber Rejo terdapat 21 orang tenaga kesehatan dengan rincian sebagai berikut:

**Tabel 5.2 Sumber Daya Manusia di Puskesmas Sumber Rejo
Tahun 2011**

No	Jenis Tenaga	Jumlah
1	Dokter Umum	2
2	Dokter Gigi	2
3	Perawat	4*
4	Bidan	3
5	Tenaga Gizi	1
6	Perawat Gigi	1
7	Tenaga sanitasi	1
8	Asisten apoteker	1
9	Analisis Kesehatan	1

No	Jenis Tenaga	Jumlah
10	Tenaga Tata Usaha	2
11	Tenaga loket Pendaftaran	2
12	Penjaga malam	1
Jumlah		21

Sumber : SP2TP Puskesmas Sumber Rejo tahun 2011

* 1 orang akan pensiun

Petugas Kesehatan yang ada di Puskesmas Sumber Rejo mayoritas tidak bertempat tinggal di wilayah Kelurahan Sumber rejo. Selain itu ada 3 DPS (Dokter praktek swasta) dan 4 BPS (Bidan praktek swasta) yang melayani masyarakat wilayah Kelurahan Sumber Rejo.

5.1.3 Ruang lingkup Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Sumber Rejo

Upaya pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Puskesmas Sumber Rejo adalah mencakup 6 upaya kesehatan wajib dan upaya kesehatan pengembangan/*inovatif*. Adapun upaya kesehatan wajib (*basic six*) yang diberikan di puskesmas adalah:

- 1) Kesehatan Ibu dan Anak/KB
- 2) Usaha peningkatan gizi
- 3) Kesehatan lingkungan
- 4) Pencegahan dan pemberantasan penyakit menular
- 5) Pengobatan termasuk pelayanan darurat karena kecelakaan
- 6) Penyuluhan kesehatan masyarakat

Sedangkan upaya kesehatan *inovatif* yang telah dikembangkan di Puskesmas Sumber Rejo adalah:

- 1) Upaya kesehatan gigi dan mulut
- 2) Upaya kesehatan sekolah
- 3) UKGS/UKGM
- 4) Upaya perawatan kesehatan masyarakat
- 5) Klinik konsultasi gizi
- 6) Laboratorium sederhana
- 7) Kesehatan usia lanjut
- 8) Pencatatan pelaporan dalam rangka sistem informasi kesehatan (SIMPUS)

Program-program di puskesmas ini cukup bagus namun belum dimanfaatkan dengan baik oleh masyarakat sehingga perlu disosialisasikan dan dikembangkan lagi untuk menarik minat masyarakat untuk memanfaatkan puskesmas sebagai pusat pemeliharaan kesehatannya terutama untuk upaya *promotif* dan *preventif*, bukan hanya sebagai pusat pengobatan dan pemulihan kesehatan saja.

5.1.4 Asuransi Kesehatan yang dilayani di Puskesmas Sumber Rejo

Puskesmas Sumber Rejo juga melayani masyarakat yang menggunakan asuransi kesehatan namun tidak semua asuransi kesehatan dapat dilayani. Asuransi kesehatan yang dilayani antara lain:

- 1) Askes PNS baik PNS aktif maupun pensiunan namun tidak menerima askes Inhealth.
- 2) JPKM (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin)
- 3) Jampersal

Jampersal pada awalnya kurang mendapatkan respon dari masyarakat namun beberapa bulan terakhir setelah gencar dilakukan sosialisasi tentang jampersal, masyarakat mulai tertarik dan memanfaatkan jaminan kesehatan ini di puskesmas. Pelayanan kesehatan yang diberikan pada masyarakat peserta jampersal di puskesmas ini berupa pemeriksaan kehamilan.

Sedangkan untuk Jamkesda (jaminan kesehatan daerah) belum dapat digunakan untuk memelihara kesehatan di puskesmas namun untuk kepesertaannya harus teregister di puskesmas.

Kebijakan pemerintah kota Balikpapan tentang pembiayaan kesehatan mengalami perubahan terhitung mulai awal Januari tahun 2012, hal ini sangat berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan di Kelurahan Sumber Rejo. Kebijakan sebelumnya mewajibkan masyarakat untuk mandiri dalam pembiayaan pemeliharaan kesehatan di puskesmas, misalnya biaya obat, pemeriksaan laborat dan retribusi sehingga masyarakat terbebani secara ekonomi/keuangan. Sedangkan peraturan pemerintah kota yang baru membebaskan biaya pemeliharaan kesehatan di puskesmas (rawat jalan) dan hanya membayar retribusi saja sehingga masyarakat merasa lebih ringan dan lebih banyak memanfaatkan pelayanan kesehatan di puskesmas.

5.2 Distribusi Responden terhadap Variabel Dependen dan independen

Tabel 5.3 Distribusi Responden terhadap Variabel Independen dan variabel Dependen di Puskesmas Sumber Rejo Kota Balikpapan tahun 2012

Variabel	n = 105	%
Variabel Dependen		
<u>Pemanfaatan pelayanan kesehatan</u>		
- Ya	67	64.4
- Tidak	37	35.6
Variabel Independen		
<u>Karakteristik Individu</u>		
1. Jenis Kelamin		
- Laki-laki	20	19.2
- Perempuan	84	80.8
2. Umur (tahun)		
- 17-30	27	26
- 31-37	27	26
- 38-49	25	24
- 50-76	25	24
3. Pendidikan		
- Tidak sekolah/tidak tamat SD	5	4.8
- Tamat SD	19	18.3
- Tamat SMP	29	27.9
- Tamat SMA	40	38.5
- Akademi/perguruan tinggi	11	10.6
4. Pekerjaan		
- Tidak bekerja	83	79.8
- PNS/pensiun	8	7.7
- Buruh	5	4.8
- Swasta	8	7.7

Variabel	n = 105	%
<u>Karakteristik Kemampuan</u>		
5. Ketersediaan Tenaga Kesehatan		
- Ya	62	59.6
- Tidak	42	40.4
6. Aksesibilitas		
- Sulit	41	39.4
- Mudah	63	60.6
7. Kepemilikan asuransi kesehatan		
- Ya	76	73.1
- Tidak	28	26.9
<u>Karakteristik Kebutuhan</u>		
8. Persepsi sakit		
- Tidak tahu	56	53.8
- Tahu	48	46.2

Sumber: Hasil Olahan Data

Dari tabel diatas terlihat responden yang menjadi sampel dalam penelitian ini berjumlah 104 responden terdiri dari jenis kelamin laki-laki sebanyak 20 responden (19,2%) dan perempuan sebanyak 84 responden (80,8%). Dari 104 responden tersebut yang memanfaatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas Sumber Rejo sebanyak 67 responden (64,4%).

Distribusi Umur responden hampir merata untuk masing-masing kuartil kelompok umur. Jumlah responden pada rentang umur 17- 30 tahun sama dengan responden dengan rentang umur 31-37 yaitu masing-masing sebanyak 27 responden (26%).

Distribusi status pendidikan terlihat bahwa paling banyak responden dengan pendidikan SMA sebanyak 40 responden (38,5%) sedangkan pendidikan SMP sebanyak 29 (27,9%) dan paling sedikit responden yang tidak tamat SD/tidak sekolah yaitu sebanyak 5 (4,8%).

Sedangkan pada variabel pekerjaan sebagian besar responden tidak bekerja yaitu sebanyak 83 responden (79,8%) sedangkan untuk pekerjaan PNS/pensiun, Buruh dan Karyawan Swasta masing-masing 7,7%, 4,8% dan 7,7%.

Distribusi responden yang menyatakan adanya ketersediaan tenaga kesehatan sebanyak 62 responden (59,6%) dan 40,4% lainnya berpendapat bahwa tenaga kesehatan tidak tersedia.

Distribusi responden untuk aksesibilitas ke Puskesmas Sumber Rejo yang menyatakan mudah dijangkau sebanyak 63 responden (60,6%), dan 39,4% sisanya menyatakan aksesibilitas yang sulit untuk mencapai Puskesmas.

Dalam variabel kepemilikan asuransi kesehatan, hampir sebagian besar responden memiliki asuransi kesehatan, yakni sebanyak 76 responden (73,1%).

Dari karakteristik kebutuhan akan pelayanan kesehatan terlihat bahwa responden yang menyatakan tidak tahu tentang persepsi sakit berjumlah 56 responden (53,8%) dan sisanya 46,2% responden menyatakan tahu tentang persepsi sakit. Persepsi sakit ini adalah pendapat responden tentang pengertian sakit, penyebab sakit, tindakan yang dilakukan apabila sakit dan alasannya.

5.3 Hubungan antara Variabel Dependen dan independen

Tabel 5.4 Distribusi Hubungan antara Variabel Independen dan variabel Dependen di Puskesmas Sumber Rejo Kota Balikpapan tahun 2012

Variabel	Pemanfaatan		OR (95% CI)	p-value
	Ya n (%)	Tidak n (%)		
<u>Karakteristik Individu</u>				
1. Umur (tahun)				
- 17-55	53 (55.4)	33 (30.6)	0.303	0.459
- > 55	14 (11.6)	4 (6.4)	(0.139-1.513)	
2. Pendidikan				
- Rendah (\leq SMP)	34 (64.2)	19 (35.8)	0.976	1.000
- Tinggi (> SMP)	33 (64.7)	18 (35.3)	(0.437 – 2.179)	
3. Pekerjaan				
- Tidak bekerja	55 (66.3)	28 (33.7)	1.473	0.600
- Bekerja	12 (57.1)	9 (42.9)	(0.555 – 3.912)	

Variabel	Pemanfaatan		OR (95% CI)	p-value
	Ya n (%)	Tidak n (%)		
<u>Karakteristik Kemampuan</u>				
4. Ketersediaan Nakes				
- Ya	46 (74.2)	16 (25.8)	2.875	0.020
- Tidak ada	21(50)	21 (50)	(1.253 – 6.595)	
5. Aksesibilitas				
- Sulit	25 (61)	16 (39)	0.781	0.702
- Mudah	42 (66.7)	21 (33.3)	(0.345 – 1.769)	
6. Kepemilikan asuransi kesehatan				
- Ada	49 (64.5)	27 (35.5)	1.008	1000
- Tidak	18 (64.3)	10 (35.7)	(0.408-2.491)	
<u>Karakteristik kebutuhan</u>				
7. Persepsi sakit				
- Tidak tahu	43 (76.8)	13 (23.2)	3.308	0.008
- Tahu	24 (50)	24 (50)	(1.429 – 7.659)	

Sumber: Hasil Olahan Data

5.3.1 Hubungan Umur dengan Pemanfaatan Pelayanan kesehatan

Hasil analisis hubungan antara umur dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan diperoleh bahwa ada sebanyak 53 (55,4%) responden dari kelompok umur 17-55 tahun yang memanfaatkan pelayanan kesehatan. Sedangkan responden dari kelompok umur > 55 tahun ada 14 (11.6%) yang memanfaatkan pelayanan kesehatan.

Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,303$ maka dapat disimpulkan bahwa H_0 gagal ditolak yang berarti tidak ada perbedaan proporsi kejadian memanfaatkan pelayanan kesehatan antara responden dengan kelompok umur 17-55 tahun maupun responden dengan kelompok umur > 55 tahun.

Dari hasil analisis diperoleh pula Nilai OR= 0,459 artinya responden dengan kelompok umur > 55 tahun mempunyai peluang 0,459 kali lebih rendah untuk

tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan dibandingkan dengan kelompok umur 17- 55 tahun.

5.3.2 Hubungan Pendidikan dengan Pemanfaatan Pelayanan kesehatan

Dari hasil analisis hubungan pendidikan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan diperoleh sebanyak 34 (64,2%) responden yang berpendidikan rendah dan memanfaatkan pelayanan kesehatan. Sedangkan diantara responden yang berpendidikan tinggi, ada 33 (64,7%) responden yang memanfaatkan pelayanan kesehatan. Hasil uji statistik diperoleh nilai $P = 1,000$ sehingga keputusan uji adalah H_0 gagal ditolak artinya tidak ada perbedaan proporsi antara responden yang berpendidikan tinggi dan pendidikan rendah dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas Sumber Rejo.

Sedangkan dari hasil analisis diperoleh nilai OR 0,976 yang artinya responden yang berpendidikan tinggi Mempunyai peluang hampir sama untuk tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas Sumber Rejo dibanding dengan responden yang berpendidikan rendah.

5.3.3 Hubungan Pekerjaan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Dari hasil analisis hubungan pekerjaan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan diperoleh sebanyak 55 (66,3%) responden yang tidak bekerja namun pernah memanfaatkan pelayanan kesehatan dan 12 (57,1%) responden yang bekerja dan juga pernah memanfaatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas.

Hasil uji statistik didapatkan nilai $P = 0,600$ sehingga keputusan uji adalah H_0 gagal ditolak, yang artinya tidak ada perbedaan proporsi antara responden yang tidak bekerja dan responden yang bekerja dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas Sumber Rejo.

Sedangkan dari hasil analisis diperoleh nilai OR 1,473 yang artinya responden yang bekerja mempunyai peluang 1,473 kali lebih tinggi untuk tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas Sumber Rejo dibanding dengan responden yang tidak bekerja.

5.3.4 Hubungan Ketersediaan Tenaga Kesehatan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Hasil analisis hubungan antara ketersediaan tenaga kesehatan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan diperoleh sebanyak 46 orang (74,2%)

responden yang menyatakan adanya ketersediaan tenaga kesehatan dan memanfaatkan pelayanan kesehatan, sedangkan diantara responden yang menyatakan tidak ada ketersediaan tenaga kesehatan namun tetap memanfaatkan pelayanan kesehatan di puskesmas sebanyak 21 (50%) responden.

Hasil uji statistik diperoleh nilai p sebesar 0,020 sehingga kesimpulan uji H_0 ditolak yang berarti ada perbedaan proporsi kejadian antara responden yang menyatakan adanya ketersediaan tenaga kesehatan dengan responden yang menyatakan tidak adanya ketersediaan tenaga kesehatan dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan.

Dari hasil analisis diperoleh nilai $OR=2,875$ artinya responden yang menyatakan tidak adanya ketersediaan tenaga kesehatan mempunyai peluang 2,875 kali lebih tinggi untuk tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan dibanding dengan responden yang menyatakan tersedianya tenaga kesehatan.

5.3.5 Hubungan aksesibilitas dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Dari hasil analisis hubungan antara aksesibilitas dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan diperoleh sebanyak 25 (61%) responden yang menyatakan aksesibilitas sulit namun memanfaatkan pelayanan kesehatan di puskesmas sedangkan 42 (66,7%) responden lainnya menyatakan aksesibilitas mudah namun memanfaatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas Sumber Rejo.

Hasil uji statistik diperoleh nilai $P = 0,702$ sehingga keputusan uji adalah H_0 gagal ditolak, yang artinya tidak ada perbedaan proporsi antara responden yang menyatakan aksesibilitas sulit dan responden yang menyatakan aksesibilitas mudah dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas Sumber Rejo.

Sedangkan dari hasil analisis diperoleh nilai $OR 0,781$ yang artinya responden yang menyatakan aksesibilitas mudah mempunyai peluang 0,781 kali lebih rendah untuk tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas Sumber Rejo dibanding dengan responden yang menyatakan aksesibilitas sulit.

5.3.6 Hubungan Kepemilikan asuransi dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Dari hasil analisis hubungan antara kepemilikan asuransi dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan terlihat bahwa 49 (64,9%) responden yang memiliki asuransi kesehatan dan memanfaatkan pelayanan kesehatan, sedangkan

18 (64,3%) responden menyatakan tidak memiliki asuransi kesehatan namun memanfaatkan pelayanan kesehatan.

Hasil uji statistik kepemilikan asuransi kesehatan, diperoleh nilai $p = 1,000$ sehingga H_0 gagal ditolak, yang artinya tidak ada perbedaan proporsi antara responden yang memiliki asuransi kesehatan dan responden yang tidak memiliki asuransi kesehatan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas Sumber Rejo.

Sedangkan dari hasil analisis diperoleh nilai OR 1,008 yang artinya responden yang tidak memiliki asuransi kesehatan mempunyai peluang hampir sama untuk tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas Sumber Rejo dibanding dengan responden yang memiliki asuransi kesehatan.

5.3.7 Hubungan Persepsi Sakit dengan Pemanfaatan Pelayanan kesehatan

Hasil analisis hubungan antara persepsi sakit dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan diperoleh sebanyak 43 (76,8%) responden yang tidak tahu tentang persepsi sakit dan memanfaatkan pelayanan kesehatan, sedangkan responden yang tahu tentang persepsi sakit dan memanfaatkan pelayanan kesehatan sebanyak 24 (50%) responden.

Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,008$ sehingga kesimpulan uji H_0 ditolak, artinya ada perbedaan proporsi kejadian antara responden yang tidak tahu tentang persepsi sakit dengan responden yang tahu tentang persepsi sakit dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan.

Sedangkan dari hasil analisis diperoleh nilai $OR=3,308$ yang berarti bahwa responden yang menyatakan tahu tentang persepsi sakit mempunyai peluang 3,308 kali lebih tinggi untuk tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan dibanding responden yang menyatakan tahu tentang persepsi sakit.

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1 Keterbatasan Penelitian

Faktor-faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas sangat banyak, namun dalam penelitian ini hanya menetapkan 3 aspek dengan 7 variabel independen, hal ini dikarenakan adanya keterbatasan dalam penelitian. Aspek-aspek yang peneliti tetapkan adalah karakteristik individu (umur, pendidikan, pekerjaan), karakteristik kemampuan (ketersediaan Tenaga kesehatan, aksesibilitas dan kepemilikan asuransi kesehatan) dan karakteristik kebutuhan (persepsi sakit).

Penelitian ini mempunyai keterbatasan-keterbatasan yang antara lain berasal dari keterbatasan waktu, sasaran dalam penelitian, instrument pengumpulan data dan tehnik pengumpulan data yang digunakan. Keterbatasan waktu penelitian disebabkan karena data yang dikumpulkan oleh peneliti merupakan data primer dimana data didapatkan langsung dari hasil wawancara dengan responden dan pengisian angket oleh responden. Sampel diambil oleh peneliti dengan cara turun langsung ke masyarakat. Namun karena keterbatasan waktu dan tenaga yang ada sehingga mayoritas sampel yang didapatkan adalah perempuan/ibu rumah tangga dan tidak bekerja, hal ini terjadi karena waktu pengambilan sampel pada saat jam kerja sehingga yang ada di rumah adalah ibu rumah tangga atau masyarakat lain yang tidak bekerja atau sudah pensiun. Sedangkan kuesioner untuk anggota keluarga/anak tetap diwakilkan oleh orang tuanya.

Instrument yang digunakan dalam penelitian ini juga memiliki keterbatasan karena menggunakan kuesioner dengan pertanyaan yang bersifat tertutup (disediakan alternatif jawaban) sehingga responden tinggal menentukan pilihan jawaban yang tersedia. Meskipun validitas dan reabilitas dari instrument penelitian telah diusahakan dengan mengadakan uji kuesioner namun dapat saja terjadi bias informasi karena keterbatasan responden dalam mengemukakan pendapat dan adanya faktor subyektifitas dan kejujuran yang sulit dikendalikan sehingga mempengaruhi informasi yang diperoleh.

6.2 Gambaran Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas

Salah satu indikator untuk menilai bagaimana pemanfaatan Puskesmas sebagai Pusat pelayanan kesehatan oleh masyarakat adalah dari banyak atau tidaknya jumlah kunjungan ke Puskesmas tersebut. Rendahnya kunjungan masyarakat ke Pusat Pelayanan kesehatan menunjukkan bahwa masyarakat kurang memanfaatkan Pelayanan kesehatan Puskesmas.

Pemodelan pemanfaatan pelayanan kesehatan menurut Depkes RI (2010) memaparkan bahwa pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh terbatasnya tenaga kesehatan milik pemerintah, keterjangkauan fasilitas pelayanan kesehatan oleh masyarakat dan persepsi masyarakat mengenai *responsiveness* pelayanan yang diberikan petugas kesehatan.

Pemanfaatan Puskesmas Sumber Rejo oleh masyarakat di tahun 2009 adalah 33,07% dari jumlah penduduk kelurahan Sumber Rejo yang berjumlah 19.338 jiwa dan pada tahun 2010 pemanfaatan Puskesmas sebesar 35,4% dari 19.240 jiwa penduduk kelurahan Sumber Rejo Kota Balikpapan.

Pemanfaatan Puskesmas tersebut menunjukkan adanya kenaikan namun jumlah tersebut masih di bawah dari pencapaian proporsi kunjungan pelayanan kesehatan untuk seluruh Kota Balikpapan, yakni 73,75%.

Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Sumber Rejo dari hasil penelitian ini menunjukkan dalam 3 bulan terakhir sebagian besar masyarakat Kelurahan Sumber Rejo memanfaatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas, dimana dari 104 responden menyatakan 67 responden (64,4%) memanfaatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas. Responden dengan jenis kelamin laki-laki sebanyak 20 (19,2%) responden sedangkan Perempuan sebanyak 84 (80,8%) responden dan dari data yang terlihat responden yang memanfaatkan pelayanan kesehatan tersebut sebagian besar tidak bekerja dan merupakan ibu rumah tangga.

Penelitian ini berbeda dengan penelitian Nuraini (2010) dimana hasil yang diperoleh adalah sebanyak 54 (68,4%) responden tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan sedangkan 25 (31,6%) responden lainnya pernah melakukan utilisasi rawat jalan.

Sedangkan dalam penelitian Mardiah, N. (2010) memperoleh hasil bahwa pemanfaatan pelayanan kesehatan imunisasi dasar di Provinsi Kalimantan Barat dapat menggambarkan pemanfaatan kesehatan tingkat nasional.

Dalam penelitian ini diperoleh hasil yang berbeda, hal ini disebabkan karena, masyarakat makin memahami pentingnya pemeliharaan kesehatan sehingga mengunjungi Puskesmas tidak hanya untuk mencari pengobatan saja tetapi juga untuk memelihara kesehatannya agar terhindar dari penyakit (*upaya preventif*). Sebab lain adalah adanya perubahan kebijakan pemerintah kota dengan membebaskan biaya obat dapat meringankan masyarakat sehingga mempengaruhi pemanfaatan puskesmas. Selain itu fungsi rujukan, sosialisasi program-program puskesmas dan penyuluhan kesehatan juga berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan. Tetapi kenyataan lain yang dapat terduga dari hasil penelitian ini adalah masyarakat ternyata tidak hanya mengunjungi Puskesmas saja untuk upaya mencari pelayanan kesehatan dalam 3 bulan terakhir tetapi juga mengunjungi pusat pelayanan kesehatan lainnya seperti; klinik, praktek dokter swasta, praktek bidan swasta, dan Rumah sakit. Kenyataan ini menunjukkan bahwa ada hal lain yang kurang mendukung dari Puskesmas yang ada yaitu jam buka Puskesmas yang terbatas dari jam 08.00 hingga jam 14.00 saja sehingga masyarakat yang bekerja tidak dapat melakukan kunjungan, alasan lain karena keterbatasan obat-obatan yang tersedia di Puskesmas mengakibatkan masyarakat juga mencari alternatif pengobatan di tempat yang lain.

6.3 Hubungan Umur dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas

Dari karakter umur, jumlah terbesar yang memanfaatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas Sumber Rejo adalah pada kelompok umur 17-55 tahun yakni sebanyak 53 (55,4%). Sedangkan dari hasil kesimpulan uji statistik tidak ada hubungan yang bermakna antara umur dan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas. Responden dengan kelompok umur > 55 tahun berpeluang 0,459 kali lebih rendah untuk tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan dibanding dengan responden dengan kelompok umur 17-55 tahun.

Hasil ini sejalan dengan penelitian Fatmawati (2010) dan Savitri (2011) bahwa tidak ada perbedaan kejadian pemanfaatan pelayanan kesehatan antara responden dengan umur tua dan responden dengan umur muda.

Hasil penelitian ini berbeda teori Alan Denver (1984) dalam penelitian Suriani, O et al (2004) bahwa pemanfaatan pelayanan kesehatan juga dipengaruhi oleh umur yang merupakan faktor dari masyarakat. Faktor umur terlihat berperan menentukan kesinambungan pemanfaatan fasilitas kesehatan. Hasil ini hampir sama dengan penelitian Kuswadji (1988) dalam Jurnal kedokteran dan farmasi yang memaparkan bahwa semakin lanjut umur seseorang maka akan semakin banyak masalah kesehatan yang akan dihadapinya, usia lanjut juga lebih banyak menghuni rumah sakit dan menjadi pengunjung tetap di klinik-klinik kesehatan, meskipun kelompok anak-anak ada juga yang memanfaatkan kesehatan tapi sebagian besar dimanfaatkan oleh kelompok usia lanjut.

Secara teoritis, umur merupakan suatu faktor yang sangat berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan (utilisasi). Semakin bertambahnya umur maka semakin bertambah pula permintaannya terhadap pelayanan kesehatan (Feldstein, Gerdtam dalam Adam 2008).

6.4 Hubungan Pendidikan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa jumlah terbesar responden yang memanfaatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas adalah responden dengan pendidikan rendah sebanyak 34 (64,2%). Hasil uji statistik disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara pendidikan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas Sumber Rejo antara responden yang pendidikan tinggi maupun responden yang pendidikannya rendah. Responden yang berpendidikan tinggi berpeluang hampir sama untuk tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan dibandingkan responden dengan pendidikan rendah.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Adam (2008) bahwa berdasarkan hasil analisis tingkat pendidikan tidak memiliki hubungan yang bermakna terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan. Sedangkan hasil penelitian Savitri (2011) juga menggambarkan bahwa 47,5% masyarakat yang selalu memanfaatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas berpendidikan rendah.

Hasil penelitian ini berbeda dengan teori yang dikemukakan oleh Syahlan (1996), bahwa keluarga yang berpendidikan rendah pada umumnya pasrah bila gangguan kesehatan menimpa anggotanya. Mereka akan meminta bantuan bila masalah kesehatan sudah berat, sehingga pencarian upaya kesehatan sangat ditentukan oleh tingkat pendidikan. Teori ini sama dengan hasil penelitian Umar (2009), Hermanto (2009) dan Hariastuti (2002) bahwa responden yang berpendidikan tinggi mempunyai peluang 4,87 kali untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan dibanding responden yang berpendidikan rendah.

Secara teoritis Pendidikan formal akan sangat mempengaruhi pengetahuan seseorang sehingga apabila seseorang mempunyai pendidikan formal tinggi akan mempunyai pengetahuan yang lebih tinggi dibandingkan dengan seseorang dengan pendidikan rendah. Pada analisis ini hanya membahas pendidikan formal dan seseorang dengan pendidikan yang lebih tinggi diharapkan lebih cepat dan lebih mudah memahami pentingnya kesehatan dan pemanfaatan kesehatan (L.Green dalam Notoatmodjo, 1993). Tingkat pendidikan yang tinggi diharapkan lebih mudah menerima pesan-pesan dan memberikan motivasi khususnya dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. Namun untuk keadaan saat ini tingkat pengetahuan seseorang tidak hanya diperoleh dari pendidikan formal saja namun seiring dengan kemajuan teknologi informatika sangat mempengaruhi seseorang untuk dapat memperoleh informasi dan ilmu pengetahuan dimana saja sehingga pendidikan formal tidak selalu menjadi faktor yang berhubungan dengan keputusan seseorang untuk selalu memanfaatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas atau tidak.

6.5 Hubungan Pekerjaan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa responden terbanyak yang memanfaatkan puskesmas menyatakan tidak bekerja yaitu sebanyak 55 (66,3%). Dari hasil uji statistik disimpulkan bahwa tidak ada hubungan bermakna antara responden yang bekerja maupun responden yang tidak bekerja dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas Sumber Rejo. Responden yang bekerja berpeluang 1,473 kali lebih tinggi untuk tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan dibanding dengan responden yang tidak bekerja.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Febrina (2011), Hariastuti (2003), dan Hayati (2002) yakni tidak ada hubungan yang bermakna antara status pekerjaan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan.

Adanya kecenderungan seseorang yang bekerja lebih aktif mencari pelayanan kesehatan dibandingkan dengan yang tidak bekerja, disebabkan karena disamping pengetahuannya yang lebih tinggi juga karena mereka lebih mandiri secara ekonomi sehingga mereka mencari pelayanan yang lebih lengkap juga akibat dari keterbatasan waktu yang dimilikinya untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan di puskesmas sehingga sebagian besar mereka lebih memilih pusat pelayanan kesehatan lain yang buka sore atau diluar jam kerja mereka.

6.6 Hubungan Ketersediaan Tenaga Kesehatan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa responden yang menyatakan bahwa ada ketersediaan tenaga kesehatan dan memanfaatkan pelayanan kesehatan adalah sebanyak 46 (74,2%). Sedangkan hasil uji statistik disimpulkan ada hubungan bermakna antara responden yang menyatakan adanya ketersediaan tenaga kesehatan dan responden yang menyatakan tidak ada ketersediaan tenaga kesehatan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas. Responden yang menyatakan tidak adanya ketersediaan tenaga kesehatan berpeluang 2,875 kali lebih tinggi untuk tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan dibanding dengan responden yang menyatakan tersedianya tenaga kesehatan.

Hasil penelitian ini sejalan dengan Rivka (2005) dan Handayani, I et al (2010) yang menyatakan adanya hubungan yang bermakna antara keberadaan tenaga kesehatan dengan pemanfaatan Puskesmas. SDM atau tenaga kesehatan di Puskesmas berperan sebagai pelaksana pelayanan kesehatan sehingga peran tersebut diharapkan sesuai dengan tupoksi (tugas pokok dan fungsi), pendidikan dan ketrampilan yang dimilikinya.

Ketersediaan tenaga kesehatan dalam hal ini adalah keberadaan tenaga kesehatan tersebut di Puskesmas pada 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 antara lain; pelatihan, rapat-rapat dan sebagainya sehingga perlu

evaluasi lebih lanjut tentang tupoksi tenaga yang ada dan perlu mengambil langkah bijaksana untuk mengatasi hal tersebut. Selain itu masih banyak masyarakat yang belum tahu profesi dari masing-masing tenaga kesehatan sehingga tidak mengetahui tupoksi mereka di puskesmas.

6.7 Hubungan Aksesibilitas dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas

Hasil penelitian ini memperlihatkan bahwa responden yang menyatakan aksesibilitas sulit namun tetap memanfaatkan pelayanan kesehatan sebanyak 25 (61%) dan responden yang menyatakan aksesibilitas mudah dan tetap memanfaatkan pelayanan kesehatan sebanyak 42 (66,7%). Sedangkan hasil uji statistik disimpulkan tidak ada hubungan yang bermakna antara responden yang menyatakan aksesibilitas sulit dan responden yang menyatakan aksesibilitas mudah dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas Sumber Rejo. Responden yang menyatakan aksesibilitas mudah berpeluang 0,781kali lebih rendah untuk tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan dibandingkan dengan responden yang menyatakan aksesibilitas sulit.

Penelitian ini sejalan dengan yang dihasilkan oleh Fatmawati (2010) bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara aksesibilitas dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan.

Hasil analisis menunjukkan aksesibilitas tidak mempunyai hubungan yang bermakna terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan di kelurahan Sumber Rejo, dalam hal ini disebabkan karena meskipun angkutan umum jarang ada yang melewati Puskesmas Sumber Rejo bukanlah suatu masalah karena sebagian besar masyarakat menggunakan kendaraan pribadi untuk mencapai Puskesmas, selain itu banyak transportasi ojek yang dapat digunakan untuk pengganti angkutan umum.

Sedangkan hasil penelitian Hayati (2002) tidak sejalan dengan penelitian ini yaitu mendapatkan hubungan yang bermakna antara jarak (aksesibilitas) ke Puskesmas dengan pemanfaatan pelayanan khususnya pelayanan antenatal care.

6.8 Hubungan Kepemilikan Asuransi Kesehatan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa responden yang memanfaatkan pelayanan kesehatan dan memiliki asuransi kesehatan sebanyak 49 (64,5%) sedangkan yang memanfaatkan pelayanan kesehatan dan tidak memiliki asuransi kesehatan sebanyak 18 (64,3%). Dari hasil uji statistik disimpulkan 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.

Hasil analisis dari kepemilikan asuransi kesehatan tidak berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan, hal ini disebabkan karena meskipun masyarakat memiliki asuransi kesehatan namun sebagian besar tidak dapat digunakan untuk pelayanan kesehatan di Puskesmas Sumber Rejo karena Puskesmas tersebut tidak melayani peserta asuransi kesehatan kecuali Askes PNS atau Pensiunan dan JPKM, sehingga sebagian besar masyarakat yang mau menggunakan asuransi kesehatannya lebih memilih berkunjung ke pusat pelayanan kesehatan lain yang menerima asuransi kesehatannya, seperti klinik/balai pengobatan maupun Rumah sakit swasta.

Hasil penelitian ini sejalan dengan Yulianingsih (2001) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara asuransi kesehatan (kartu sehat) dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan, Pemberian kartu sehat ini dimaksudkan untuk meningkatkan dan membantu akses keluarga miskin dalam meningkatkan pelayanan kesehatan, tetapi dalam pelaksanaannya tidak berjalan dengan baik, karena ternyata hanya sekitar 9% yang memanfaatkannya.

Hasil penelitian ini bertentangan dengan teori yang dikemukakan Adisasmito, W (2007) bahwa asuransi kesehatan merupakan suatu alat yang dapat membantu masyarakat agar tetap dapat melakukan pemeliharaan kesehatan tanpa harus terbebani dengan masalah ekonomi/keuangan. Asuransi kesehatan mempunyai peran yang sangat penting dalam pemeliharaan kesehatan masyarakat

terutama pada saat sakit, sehingga kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan terpenuhi dan pembiayaan kesehatan dapat lebih terjamin.

6.9 Hubungan Persepsi sakit dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas

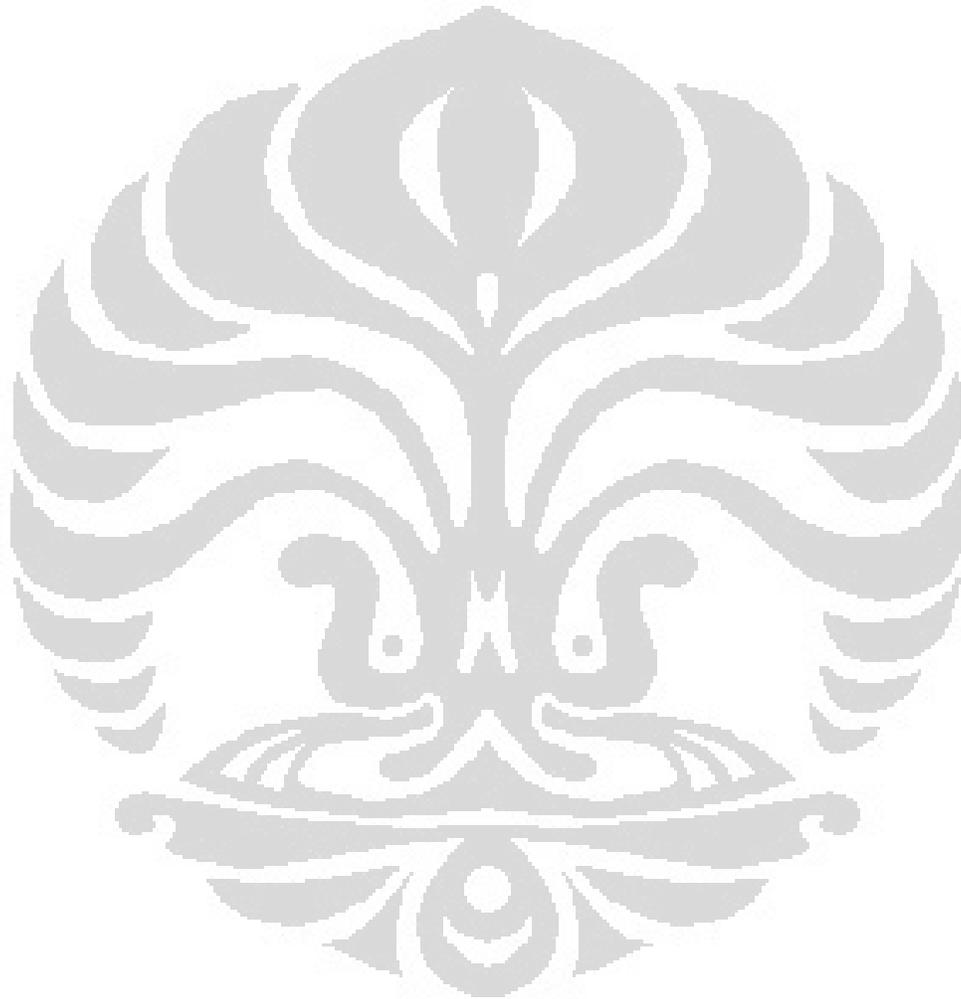
Hasil penelitian ini memperlihatkan bahwa responden yang tidak tahu tentang persepsi sakit dan memanfaatkan pelayanan kesehatan sebanyak 43(76,8%) sedangkan responden yang tahu tentang persepsi sakit dan memanfaatkan pelayanan kesehatan sebanyak 24(50%). Hasil uji statistik disimpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara responden yang tahu tentang persepsi sakit dan responden yang tidak tahu tentang persepsi sakit dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas. Responden yang tahu tentang persepsi sakit mempunyai peluang 3,308 kali untuk tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan dibandingkan dengan responden yang tidak tahu tentang persepsi sakit.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Savitri (2011) menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara responden dengan persepsi sakit salah dan responden dengan persepsi sakit benar dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Hermanto (2009) yang mengatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara persepsi sakit dengan tingkat pemanfaatan pelayanan kartu Jamkesmas di poliklinik umum dan spesialis penyakit dalam di RSUD Melawi.

Setiap orang pasti akan mempunyai persepsi yang berbeda-beda meskipun mengamati obyek yang sama. Hasil penelitian ini berdasarkan pada persepsi dari masing- masing responden tentang bagaimana mempersepsikan keadaan dirinya menurut keadaan sakit yang dirasakannya dan pendapat responden akan kebutuhan segera mendapatkan pelayanan kesehatan apabila merasa sakit, sehingga jika responden mengetahui persepsi sakit yang benar ia akan selalu memanfaatkan pelayanan kesehatan dan tidak menunggu sakitnya parah/segera melakukan pencarian pelayanan kesehatan. Berbeda dengan responden yang mempunyai persepsi sakit yang salah yang akan menunda kebutuhan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan sehingga biasanya berusaha mengobati diri

sendiri dengan beli obat di warung, minum jamu tradisional ataupun menunggu sakitnya parah baru memanfaatkan pelayanan kesehatan.



BAB 7

SARAN DAN SIMPULAN

7.1 Simpulan :

Berdasarkan pada hasil Penelitian dan pembahasan dalam penelitian ini, dapat diambil simpulan sebagai berikut:

1. **Gambaran Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan**

Hasil penelitian ini menunjukkan adanya peningkatan pemanfaatan pelayanan kesehatan dalam 3 bulan terakhir. Responden yang memanfaatkan pelayanan kesehatan dengan proporsi terbanyak pada kelompok umur 17-55 tahun, proporsi terbanyak responden dengan pendidikan rendah, sedangkan dari pekerjaan memperlihatkan bahwa responden yang tidak bekerja memanfaatkan pelayanan kesehatan lebih banyak. Responden yang menyatakan adanya ketersediaan tenaga kesehatan dan aksesibilitas yang mudah mempunyai proporsi memanfaatkan pelayanan kesehatan lebih banyak. Sedangkan responden yang memiliki asuransi kesehatan dan responden yang tidak tahu tentang persepsi sakit yang benar juga mendapatkan proporsi lebih banyak.

Jadi dari hasil penelitian ini tidak semua faktor-faktor yang diteliti mempunyai hubungan yang signifikan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas Sumber Rejo.

2. **Hubungan karakteristik individu terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan**

Dari hasil uji statistik diketahui bahwa dari aspek karakteristik individu tidak mempunyai hubungan yang signifikan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan.

3. **Hubungan karakteristik kebutuhan terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan**

Aspek karakteristik kebutuhan menunjukkan bahwa hanya variabel ketersediaan tenaga kesehatan yang mempunyai hubungan yang signifikan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan.

4. Hubungan karakteristik kemampuan terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan

Aspek karakteristik kebutuhan mempunyai hubungan yang signifikan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan.

7.2 Saran:

1) Dinas Kesehatan :

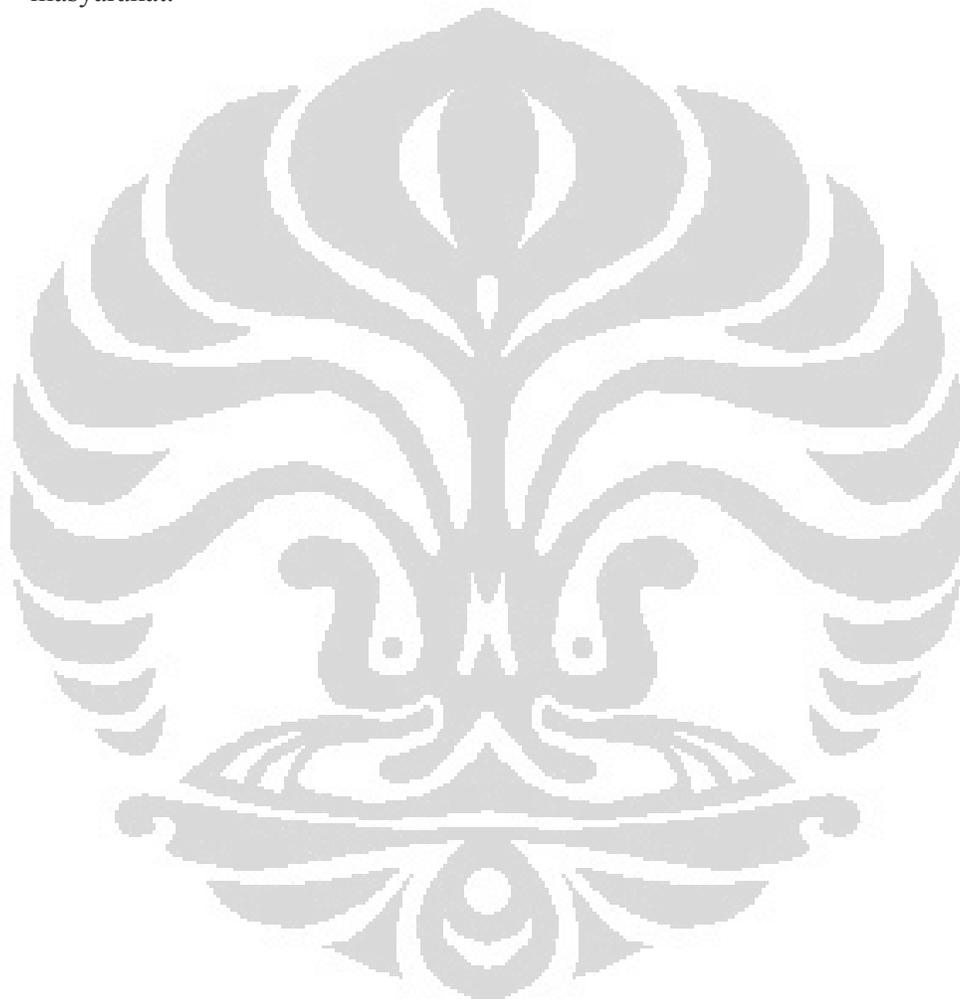
- a) Agar mempertimbangkan kebijakan tentang penempatan dan pemerataan tenaga kesehatan sehingga beban kerja petugas tidak terlalu tinggi dan dapat memberikan pelayanan kesehatan yang lebih maksimal terhadap masyarakat sesuai dengan profesi dan pendidikannya.
- b) Memasang iklan layanan publik melalui media yang ada seperti televisi, radio maupun poster yang dipasang ditempat umum untuk menambah pengetahuan dan wawasan masyarakat khususnya tentang persepsi masyarakat terhadap penyakit, pencegahan, dan tindakan segera yang dilakukan ketika sakit.

2) Puskesmas

- a) Mempromosikan puskesmas sebagai pusat kesehatan masyarakat yang melayani *promotif* dan *preventif* bukan hanya sebagai pelayanan *kuratif* dan *rehabilitatif*.
- b) Mempromosikan program-program yang ada di puskesmas baik basic six maupun program-program pengembangan yang ada.
- c) Melakukan pendekatan kepada masyarakat sehingga masyarakat lebih mengenal petugas kesehatan serta tugas pokok dan fungsinya.
- d) Membina hubungan kepercayaan dengan masyarakat sehingga menimbulkan sugesti positif terhadap masyarakat.
- e) Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan baik dengan meningkatkan kompetensi dan motivasi kerja serta meningkatkan pembinaan peran serta masyarakat melalui kelompok-kelompok masyarakat yang terorganisir, misalnya: KPKIA, UKK, Kelompok Kesehatan remaja.

3) **Peneliti lainnya**

Kepada peneliti lainnya agar melanjutkan penelitian tentang pemanfaatan pelayanan kesehatan di kota Balikpapan khususnya Puskesmas Sumber Rejo dengan variabel lainnya yang belum ada dalam penelitian ini dan metode yang berbeda untuk menggali lebih dalam sehingga dapat diketahui faktor-faktor lain yang mempengaruhi terhadap perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh masyarakat.



DAFTAR REFERENSI

- Azwar, Azrul. (2010). *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Jakarta; Bina Rupa Aksara Publisher.
- Ariawan, I. (1998). *Besar dan Metode Sampel Pada Penelitian Kesehatan*. Depok. FKMUI
- Adam. (2008). *Analisis Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Suku Bajo di Kabupaten Kolaka Sulawesi Tenggara Tahun 2008*. Mei 18, 2012. Jurnal Kesehatan Universitas Muslim Indonesia.
<http://BarlinAdam/journal.umi.ac.id/jurnal-kesehatan-masyarakat-universitas-muslim-indonesia>
- Adisasmitho, W. (2007). *Sistem Kesehatan*. Jakarta. Raja Grafindo Persada.
- Bappenas RI, (2010). Rencana Pembangunan Jangka Menengah nasional (RPJMN) tahun 2010-2014. Januari 20, 2012.
<http://www.bappenas.go.id/downloads/bukuifull-100212031139-phpapp01.pdf/index.htm>
- Depkes RI. (2002). *Arrime, Pedoman Manajemen Puskesmas*. Proyek Kesga dan Gizi. Jakarta; Departemen Kesehatan RI.
- Depkes RI. (2009). *Riskesdas 2007*. Litbangkes Departemen Kesehatan RI. Jakarta; Departemen Kesehatan RI.
- Depkes RI. (2004). *Survey Kesehatan Nasional (SUSENAS) tahun 2004*. Balitbangkes Depkes RI. Jakarta; Departemen Kesehatan RI.
- Depkes RI. (2004). *Sistem Kesehatan Nasional*. Oktober 06, 2011.
<http://www.depkes.go.id/downloads/SKN+pdf/index.htm>
- Depkes RI. (1992). *Undang – undang Kesehatan no 23 tahun 1992*. Januari 13, 2012. <http://www.depkes.go.id/UU no.36th2009/kesehatan.pdf/index.htm>
- Depkes RI. (2010). *Profil Kesehatan Indonesia tahun 2009*. Januari 13, 2012.
<http://www.depkes.go.id/downloads/profil-kesehatan-2009/index.htm>
- Depkes RI. (2011). *Profil Kesehatan Indonesia tahun 2010*. Januari 13, 2012.
<http://www.depkes.go.id/downloads/profil-kesehatan-2010/index.htm>
- Depkes RI. (2010). *Reformasi Kesehatan Masyarakat*. Jakarta; Kementerian Kesehatan RI.

- Depkes RI. (2003). *Indikator Indonesia Sehat 2010 dan pedoman Penetapan indikator Provinsi Sehat dan kabupaten/Kota Sehat*. Jakarta; Departemen Kesehatan RI.
- Dinas Provinsi Kaltim. (2008). *Profil Kesehatan Kalimantan Timur tahun 2007*. Samarinda; Dinas Provinsi Kaltim.
- Dinas Kesehatan Kota Balikpapan. (2010). *Profil Kesehatan Kota Balikpapan tahun 2009*. Balikpapan; Dinas kesehatan Kota Balikpapan.
- Dinas Kesehatan Kota Balikpapan. (2011). *Profil Kesehatan Kota Balikpapan tahun 2010*. Balikpapan; Dinas kesehatan Kota Balikpapan.
- Dinas Kesehatan Kota Balikpapan. (2010). *Profil Puskesmas Sumber Rejo tahun 2009*. Balikpapan; Dinas kesehatan Kota Balikpapan.
- Dinas Kesehatan Kota Balikpapan. (2011). *Profil Puskesmas Sumber Rejo tahun 2010*. Balikpapan; Dinas kesehatan Kota Balikpapan.
- Elfindri, et al. (2011). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta. Baduouse Media.
- Fatmawati, S. (2010). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan kunjungan pemanfaatan pelayanan ANC pada ibu hamil di puskesmas cimahi Tengah tahun 2010*. Skripsi. Depok. FKMUI.
- Febrina, S. (2011). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan kunjungan antenatal lengkap (K4) di wilayah kerja Puskesmas Sungayang Kabupaten Tanah Datar tahun 2011*. Skripsi. Depok . FKMUI.
- Green, L. Kreuter, M.W. (2005). *Health Program Planning; An Educational and Ecological approach*. New York; McGraw-hill Comp.Inc.
- Handayani, L et al. (2010). *Peran Tenaga Kesehatan Sebagai Pelaksana Pelayanan Kesehatan Puskesmas*. Buletin Penelitian Sistem Kesehatan. Surabaya. Depkes RI.
- Hastono, S et al. (2010). *Statistik Kesehatan*. Jakarta; Rajagrafindo Persada.
- Hastono, S (2011). *Analisa Data Kesehatan*. Depok. FKMUI
- Hariastuti. (2003). *Hubungan karakteristik ibu dengan frekuensi pemanfaatan pelayanan antenatal (ANC) di Jawa barat tahun 2002 (Analisis data sekunder Survey data dasar asuh 2002)*. Skripsi. Depok.FKMUI.

- Hayati. (2002). *Karakteristik ibu hamil yang memanfaatkan Pelayanan AnteNatal care (ANC) serta hubungannya dengan kelengkapan kunjungan ANC di Puskesmas Kota Bandung Jawa Barat tahun 2001*. Skripsi. Depok. FKMUI.
- Hermanto. (2009). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan tingkat Pemanfaatan kartu Jamkesmas di Poliklinik Umum dan Spesialis Penyakit Dalam RSUD Melawi tahun 2009*. Skripsi. Depok. FKMUI.
- Kuswadji, (1988). *Benarkah Tehnologi Meningkatkan Biaya Kesehatan?*. Medika Jurnal Kedokteran dan farmasi. Jakarta : Grafiti Medika pres.
- Lameshow, S et al. (1997), *Besar Sampel dalam Penelitian Kesehatan*, Yogyakarta, Gadjah Mada University.
- Mardiah, Nita. (2010). *Faktor – faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan Imunisasi dasar di Propinsi Kalimantan Barat tahun 2007*, Tesis S2 FKM UI.
- Muninjaya, A.A. Gde. (1999), *Manajemen Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Musadad, D et al. (1997). *Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan bagi Balita dan faktor – faktor yang mempengaruhinya*. Majalah kesehatan perkotaan. Jakarta; Universitas Katolik Indonesia Atma Jaya.
- Muzaham, Fauzi. (2007), *Memperkenalkan Sosiologi Kesehatan*. Jakarta: Universitas Indonesia Press.
- Murti, B. (2003). *Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi*. Yogyakarta; Gadjah Mada University Press.
- Notoatmodjo, S. (2005). *Promosi Kesehatan Teori dan aplikasi*. Jakarta; Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Ilmu perilaku kesehatan*. Jakarta; Rineka Cipta.
- Notoadmodjo, S. (2007). *Kesehatan Masyarakat ilmu dan Seni*. Jakarta; Rineka Cipta.
- Notoadmodjo S, (1993). *Pengantar Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku Kesehatan*, Yogyakarta: Andi Offset.
- Nuraini. (2010). *Gambaran Utilisasi Pelayanan Kesehatan pada Karyawan PT Asuransi Jiwa Inhealth Indonesia Kantor Pusat Periode Tahun 2009-2010*. Skripsi. Depok. FKMUI.

- Rivka Ivana, S. (2006). *Analisis Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Dasar Puskesmas oleh Keluarga Miskin Peserta Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (JPKMM) di Wilayah Kecamatan Warung kondang Kabupaten Cianjur Tahun 2005*. Tesis. Depok. FKMUI
- Savitri, D. (2011). *Faktor – faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan Puskesmas Sukmajaya oleh peserta Jamkesmas di Kota Depok Propinsi Jawa Barat tahun 2011*. Tesis. FKM UI.
- Suriani, O et al. (2006). *Gambaran ketanggapan system pelayanan kesehatan dan status Ekonomi terhadap kesinambungan pemanfaatan pelayanan kesehatan Balita di Indonesia, tahun 2004*. Jakarta; majalah kesehatan perkotaan, pusat penelitian kesehatan Universitas Katolik Indonesia Atma jaya.
- Susanto, E, Hasanbasri, M (2008). *Utilisasi Fasilitas pelayanan Kesehatan di Kalimantan*. Yogyakarta; Penelitian Analisis Data Susenas.
- Syahlan, 1996, *Kebidanan Komunitas*, Yayasan Sumber Bina Kesehatan, Jakarta.
- Umar, L (2009). *Hubungan Pengetahuan Ibu Tentang Pelayanan Kesehatan Dengan Pemanfaatannya dalam Bersalin di Desa Terbanggi Ilir Kecamatan Bandar Mataram Lampung Tengah Tahun 2007*. Jurnal Kesehatan “Metro Sai wawai” vol II No. 1 Edisi Juni 2009. ISSN:19779-469X
- Wijono, D (1999). *Manajemen mutu pelayanan kesehatan*. Surabaya; Airlangga University Press.



KUESIONER PENELITIAN

Perkenalkan, nama saya Nanik Sri Wahyuni. Saya mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Dalam rangka tugas akhir kelulusan (skripsi), saya akan mengadakan penelitian dengan topik Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas.

Sehubungan dengan itu, saya mohon kesediaan saudara untuk membantu mengisi kuesioner di bawah ini. Partisipasi saudara sangat saya harapkan, demikian juga ketulusan dan kejujuran saudara dalam menjawab pertanyaan-pertanyaan yang saya ajukan. Saya menjamin kerahasiaan jawaban yang saudara berikan.

Balikpapan,2012

Responden

.....

Petunjuk pengisian:

1. Berilah tanda silang (X) jawaban dibawah ini sesuai dengan yang saudara pilih.
2. Pastikan setiap pertanyaan terisi dengan lengkap.
3. Hanya ada satu jawaban yang dipilih yang dianggap paling sesuai dengan keadaan responden, kecuali ada petunjuk yang lain.

No Responden :.....(diisi oleh peneliti)

Tanggal wawancara :.....

I. IDENTITAS RESPONDEN

1. Nama :
2. Alamat :
3. Tanggal lahir : / / (tahun)
4. Jenis kelamin : Laki-laki/Perempuan
5. Pendidikan :
 - a. Tidak sekolah/Tidak tamat SD
 - b. Tamat SD
 - c. Tamat SMP
 - d. Tamat SMA
 - e. Akademik/Perguruan Tinggi
6. Pekerjaan :
 - a. Tidak bekerja
 - b. PNS/Pensiun
 - c. Buruh (bangunan, pabrik, tani)
 - d. Swasta
 - e. Lainnya.....

II. PEMANFAATAN PUSKESMAS

7. Apakah Saudara pernah datang ke Puskesmas Sumber Rejo untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dalam 3 bulan terakhir?
 1. Ya
 2. Tidak
8. Dalam 3 bulan terakhir ini apakah saudara pernah datang ke tempat pelayanan kesehatan selain Puskesmas Sumber Rejo ?
 1. Ya , sebutkan:
 2. Tidak

9. Apakah saudara pergi ke Puskesmas Sumber Rejo jika merasa sakit saja?
 1. Ya
 2. Tidak
10. Menurut anda apakah Puskesmas Sumber Rejo bermanfaat dalam pemeliharaan kesehatan anda dan keluarga?
 1. Ya
 2. Tidak
11. Apakah saudara dan anggota keluarga lainnya sakit, apakah akan diperiksa/dibawa ke Puskesmas Sumber Rejo?
 1. Ya
 2. Tidak

III. KETERSEDIAAN TENAGA KESEHATAN

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
12	Apakah Puskesmas Sumber Rejo memiliki tenaga Dokter?		
13	Apakah Puskesmas Sumber Rejo memiliki tenaga Dokter Gigi?		
14	Apakah Puskesmas Sumber Rejo memiliki tenaga Perawat?		
15	Apakah Puskesmas Sumber Rejo memiliki tenaga Bidan?		
16	Apakah Puskesmas Sumber Rejo memiliki tenaga farmasi/ obat?		
17	Apakah Puskesmas Sumber Rejo memiliki tenaga Gizi?		
18	Apakah Puskesmas Sumber Rejo memiliki tenaga Kesehatan Lingkungan?		
19	Apakah Puskesmas Sumber Rejo memiliki tenaga laboratorium?		
20	Apakah tenaga kesehatan yang ada di Puskesmas Sumber Rejo selalu ada dan dapat memberikan pelayanan kesehatan yang saudara butuhkan?		
21	Menurut saudara apakah tenaga kesehatan di Puskesmas Sumber Rejo memberikan pelayanan yang baik?		

IV. AKSESIBILITAS

22. Bagaimana cara untuk mencapai Puskesmas Sumber Rejo dari tempat tinggal saudara?
 1. Mudah
 2. Sulit

23. Apakah tersedia sarana transportasi umum untuk mencapai Puskesmas Sumber Rejo dari tempat tinggal saudara?
 1. Tersedia
 2. Tidak tersedia

24. Bila akan pergi ke Puskesmas Sumber Rejo biasanya saudara menggunakan transportasi:
 1. Jalan kaki
 2. Motor/kendaraan pribadi
 3. Ojek
 4. Angkutan umum

25. Berapa lama kira-kira waktu tempuh dari tempat tinggal saudara ke Puskesmas Sumber Rejo?
 1. < dari 15 menit
 2. 15 – 30 menit
 3. > dari 30 menit

V. KEPEMILIKAN ASURANSI KESEHATAN

26. Apakah saudara mempunyai asuransi kesehatan?
 1. Ya
 2. Tidak ➔ jika tidak langsung ke nomer 31

27. Asuransi kesehatan apa yang saudara miliki?
 1. Askes
 2. Jampersal
 3. JPKM
 4. Jamkesda
 5. Lainnya.....

28. Apakah saudara selalu menggunakan asuransi kesehatan bila ke Puskesmas/ ke pelayanan kesehatan lainnya?
 1. Ya
 2. Tidak ➔ sebutkan alasannya:.....

29. Apakah asuransi kesehatan tersebut memberikan kemudahan kepada saudara dalam mendapatkan pelayanan kesehatan?
1. Ya
 2. Tidak
30. Apakah asuransi kesehatan tersebut bermanfaat bagi saudara dan keluarga dalam upaya pemeliharaan kesehatan?
1. Ya
 2. Tidak

VI. PERSEPSI SAKIT

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
31	Menurut saudara kapan seseorang disebut sakit?		
	1. Kondisi tubuh tidak seperti biasanya pada saat merasa sakit		
	2. Merasa sangat lemah dan lesu		
	3. Tidak dapat bekerja		
	4. Tidak bisa berbuat apa-apa/tidak bisa bangun dari tempat tidur		
32	Tindakan apa yang saudara lakukan jika sakit/ada anggota keluarga yang sakit?		
	1. Mengobati diri sendiri dengan membeli obat di warung		
	2. Di biarkan saja		
	3. Mencari pengobatan ke pelayanan kesehatan		
	4. Pergi ke pengobatan tradisional/dukun		
33	Menurut saudara kapan seseorang yang sakit harus dibawa ke pelayanan kesehatan?		
	1. Sakitnya sangat parah sampai tidak bisa bangun dari pembaringan		
	2. Sakitnya sudah lebih dari 3 hari tapi belum sembuh juga		
	3. Sakitnya belum sembuh padahal sudah diobati oleh dukun/pengobatan tradisional.		
	4. Merasa sakit walaupun belum begitu parah.		



PEMERINTAH KOTA BALIKPAPAN

DINAS KESEHATAN KOTA

Jl. Jend. Sudirman 118 Balikpapan ☎ (0542) 421481 Fax (0542) 733580

e-mail : kesehatan@balikpapan.go.id dkk_bppn@yahoo.com

BALIKPAPAN

Balikpapan, 12 Maret 2012

Nomor : 026/1078 / DKK/III/2012
Lampiran :
Perihal : **Izin Penelitian dan
Menggunakan data**

Kepada
Yth. Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Indonesia
di -

J a k a r t a

Sehubungan dengan adanya surat dari Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia Jakarta, No. 1494/H2.F.10/PPM.00.00/2012, tanggal 24 Februari 2012, perihal Permohonan tersebut diatas.

Maka dengan ini Kami dapat memberikan ijin untuk melaksanakan penelitian dan menggunakan data dalam rangka penulisan skripsi dengan judul, "**Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Sumber Rejo Kota Balikpapan Provinsi Kalimantan Timur Tahun 2012**" kepada :

Nama : Nanik Sri Wahyuni

NIM : 1006820915

Th.Angkatan : 2010/2011

Peminatan : Bidan Komunitas

Untuk kelancaran pelaksanaan penelitian dan menggunakan data tersebut, maka kami menunjuk pembimbing lapangan yaitu :

Nama : drg. Higyawati

NIP : 19630414 198903 2 011

Jabatan : Kepala Puskesmas Sumber Rejo

Demikian disampaikan, atas kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Kepala Dinas Kesehatan

Kota Balikpapan



Drg. Dyah Muryani

NIP.19590329198511 2 001



PEMERINTAH KOTA BALIKPAPAN

DINAS KESEHATAN

PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT SUMBER REJO
Jalan Binaraga RT.31 Nomor 73 Telephone (0542) 7205507 BppTengah

BALIKPAPAN

Balikpapan, 13 Maret 2012

Nomor : 240A /PKM-SR/III/2012
Lampiran : -
Perihal : Izin Penelitian dan
Menggunakan Data

Kepada Yth :
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Indonesia
di - Jakarta

Sehubungan dengan adanya surat dari Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia di Jakarta dengan Nomor 1494/H2.F.10/PPM.00.00/2012, tanggal 24 Ferbuari 2012 perihal permohonan tersebut diatas.

Maka dengan ini Kami dapat memberikan ijin untuk melaksanakan penelitian dan menggunakan data dalam rangka penulisan skripsi dengan judul "Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kersehatan di Puskesmas Sumber Rejo Kota Balikpapan Propinsi Kalimantan Timur Tahun 2012" kepada

Nama : Nanik Sri Wahyuni
NIM : 1006820915
Th.Angkatan : 2010/2011
Peminat : Bidan Komunitas

Demikian disampaikan, moga berkenan atas kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Kepala Puskesmas Sumber Rejo



Drg. Ida Higyawati

NIP: 19630414.198903.2.011

Tembusan :

1. Arsip.