

BAB II

LANDASAN TEORI

2.1 Pelayanan kesehatan

Menurut pendapat Levey dan Loomba (1973) dalam Azwar (2010) Setiap usaha yang dilakukan sendiri atau bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit, dan meningkatkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok, dan/atau masyarakat dianggap sebagai bagian dari pelayanan kesehatan. Di negara berkembang, salah satu masalah kesehatan dan kebijakan publik utama adalah eksploitasi layanan kesehatan. Namun, masih banyak negara yang kualitas pelayanannya belum setara. (Chaerunnisah, 2020) .

Bentuk dan jenis pelayanan kesehatan ditentukan oleh:

- a. Pengaturan layanan, baik yang diberikan secara individu atau kolektif oleh satu badan.
- b. Ruang lingkup kegiatan yang meliputi pemeliharaan kesehatan, peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pengobatan penyakit, penyembuhan kesehatan, atau kombinasi dari aspek-aspek tersebut.
- c. Berkonsentrasi pada pelayanan kesehatan bagi individu, keluarga, kelompok, atau seluruh masyarakat.

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

- a. Pelayanan kedokteran

Pelayanan medis bertujuan untuk meningkatkan kesehatan atau menyembuhkan penyakit, dengan individu dan keluarga sebagai sasaran utamanya. Pelayanan medis dapat diberikan secara terpisah atau bersama-sama melalui suatu lembaga. (Julioe, 2017)

b. Pelayanan kesehatan masyarakat

Tujuan pelayanan kesehatan masyarakat adalah memelihara dan meningkatkan upaya pencegahan penyakit. Warga dan kelompok menjadi sasaran utama. Layanan kesehatan masyarakat biasanya disediakan bersama oleh sebuah lembaga.

2.1.1 Pokok pokok pelayanan kesehatan

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

1. Tersedia dan berkesinambungan

Berbagai administrasi kesejahteraan yang dibutuhkan oleh penduduk harus dapat diakses. Ini tidak sulit dipahami dan dapat diakses kapan pun orang membutuhkannya. Aturan aksesibilitas dan kesesuaian (dapat diakses dan nonstop) adalah benar-benar dibutuhkan.

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

Untuk dapat memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan menyeluruh, lokasi pelayanan kesehatan harus mudah dijangkau.

4. Mudah dijangkau

Pelayanan kesehatan harus hemat biaya dan mudah diakses oleh masyarakat umum. Konsekuensinya, memperjuangkan pembayaran pelayanan kesehatan yang proporsional dengan kemampuan ekonomi warga menjadi sangat penting. Hanya sebagian kecil warga yang dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan yang dibayar dengan cara yang tidak mencerminkan kondisi keuangan warga.

5. Bermutu

Tingkat kelengkapan dalam pemberian pelayanan kesehatan inilah yang disebut dengan kualitas. Pelayanan kesehatan diharapkan dapat meringankan konsumen pelayanan, dan penyelenggara harus mematuhi pedoman dan standar etika yang telah diformalkan. (einstein, 2012)

2.1.2. Masalah Pelayanan Kesehatan

Perubahan pelayanan kesehatan merupakan hasil dari kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi. Azwar (2010) menjelaskan dalam Pengantar Administrasi Kesehatan bahwa substitusi dapat mengakibatkan tidak terpenuhinya lima syarat utama pelayanan kesehatan, yang dapat menimbulkan berbagai masalah pelayanan kesehatan, antara lain:

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.

Terjadi pengkotak-kotakan dalam pelayanan kesehatan yang mengakibatkan substitusi. Karena adanya ikatan antara dokter dan pasien maka perhatian penyelenggara pelayanan kesehatan tidak diberikan pada keluhan dan organ yang sakit. Menggunakan metode yang mengkaji berbagai perspektif masyarakat pengguna layanan kesehatan merupakan prediksi untuk kembali ke layanan global dan terstruktur (layanan kesehatan yang komprehensif dan terintegrasi) sehingga tidak ada lagi kasus.

2.2 Faktor Yang Mempengaruhi Pelayanan Kesehatan

Notoadmodjo (2010) dalam buku Ilmu Perilaku Kesehatan menuliskan bahwa Rendahnya pemanfaatan (Utilisasi) Masalah pelayanan petugas yang tidak ringan, jarak fisik atau sosial antara fasilitas kesehatan dan warga, biaya atau pembayaran yang besar, dan aspek masyarakat itu sendiri, seperti pendapat dan desain masyarakat mengenai kesehatannya, seringkali dikaitkan dengan kesehatan. fasilitas seperti rumah sakit.

2.2.1 Persepsi dan Konsep Sehat - Sakit

Notoatmodjo (2010) mengungkapkan bahwa persepsi adalah pengalaman yang diperoleh melalui perumusan dan interpretasi data mengenai objek, peristiwa, atau hubungan. Motivasi diberi makna dengan asumsi. Meskipun kegembiraan dan anggapan berbeda, keduanya terkait. Pengalaman biasa yang seketika dan tidak memerlukan penjelasan verbal, simbolik, atau abstrak adalah kegembiraan, juga dikenal sebagai peralatan indra atau sensorik. Ini menghubungkan peralatan bernyawa atau orang-orang dengan lingkungan. Saat seseorang melakukan tekanan dengan alat sesuai dengan objeknya, maka terjadilah kegairahan. Namun, persepsi adalah proses dimana seseorang menginterpretasikan dukungan yang diterimanya.

Antara penyelenggara layanan kesehatan dan warga, ada kesenjangan yang semakin besar antara yang sehat dan yang sakit di masyarakat. Kesenjangan ini berkisar dari rasa sakit hingga penyakit. Sebaliknya, penyakit adalah penilaian seseorang terhadap penyakit yang dia rasakan karena hal ini sangat dipengaruhi oleh feeling atau perasaan orang tersebut. Penyakit adalah suatu bentuk respon biologis terhadap suatu organisme, cedera, atau benda asing yang ditandai dengan perubahan fungsi tubuh sebagai organisme biologis. Misalnya: Ada dua orang yang memiliki penyakit yang sama, tetapi pendapatnya akan berbeda; mungkin yang satu akan merasa sakit sementara yang lain tidak. Seseorang yang memiliki penyakit tidak merasakan sakit apapun karena organ tubuhnya tidak bekerja sebagaimana mestinya. Di sisi lain, seseorang dapat merasa sakit jika merasakan sesuatu di tubuhnya, tetapi pemeriksaan klinis tidak menunjukkan bahwa orang tersebut sakit.

Ketika orang sehat, mereka dapat bekerja atau melakukan aktivitas sehari-hari, sedangkan orang sakit tidak dapat melakukan salah satu dari hal tersebut. Ini adalah ide baru yang mulai populer di masyarakat. Manfaat layanan kesehatan akan berjalan lambat selama rencana sehat dan sakit dibandingkan dan ide-ide ini tidak diklarifikasi. Hal ini juga akibat dari pandangan sosial yang ada di mata masyarakat, sehingga di setiap divisi pelayanan kesehatan daerah penanganannya akan berbeda.

2.2.2 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)

Klaim mereka bahwa kondisi kesehatan mereka tidak menghalangi aktivitas sehari-hari dijadikan alasan untuk tindakan tersebut. Kebutuhan akan komitmen atau panggilan yang berbeda lebih penting daripada memulihkan penyakitnya. Alasan lain, fasilitas kesehatan jauh, petugas tidak ramah, biaya mahal, dokter menakutkan, dan orang takut ke rumah sakit, antara lain. Kondisi ini membuat warga percaya bahwa kesehatan telah menurun.

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

Alasan yang masuk akal bisa seperti demonstrasi Aktivitas Angka atau alasan lain karena orang tersebut memiliki kepercayaan diri mengingat pengalaman penyembuhan di masa lalu dan telah membaik dengan baik sehingga ada alasan kuat untuk mencari pemulihan di luar. Contoh tindakan ini antara lain: minum teh herbal, dipijat, minum obat dari toko atau apotik.

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

Dengan sikap tersebut, komunitas ferifer khusus masih sangat terkonsentrasi, dan masalah kesehatan biasanya disebabkan oleh kendala fisik. Penyembuhan dukun adalah bagian dari masyarakat, lebih dekat dengan masyarakat, dan penyembuhan adalah bagian dari budaya masyarakat, sehingga lebih mudah diperoleh dari dokter, perawat, dan lain-lain.

4. Mencari pengobatan ke fasilitas pengobatan modern (professional)

Fasilitas penyembuhan modern termasuk gedung penyembuhan, pusat kesehatan, rumah sakit, dan dokter praktik. Fasilitas ini dapat ditemukan di sektor swasta atau publik dari industri perawatan kesehatan. Persepsi orang tentang kesehatan dan penyakit terkait erat dengan sikap mereka dalam mencari kesembuhan. Manfaat utama atau pemanfaatan fasilitas kesehatan adalah dua aspek tersebut.

Oleh karena itu, penelitian sosial tentang kebiasaan, persepsi, dan sikap masyarakat terhadap program sehat-sakit harus didukung untuk meningkatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas. Penyuluhan kesehatan masyarakat akan lebih mudah dilakukan oleh aparat jika diperoleh informasi tentang pendapat masyarakat sehingga memudahkan masyarakat dalam memperoleh pelayanan yang diberikan.

2.2.3 Pelayanan Kesehatan

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

1. Kategori yang berorientasi kepada publik/masyarakat

Pencegahan (atau perlindungan) dan promosi (promosi) adalah tujuan pelayanan kesehatan masyarakat. Sanitasi area, termasuk penyediaan air bersih, peralatan pembuangan limbah, perlindungan terhadap polusi udara, dan vaksinasi, merupakan komponen dari layanan kesehatan ini. Intinya adalah bahwa layanan disajikan kepada masyarakat umum daripada individu tertentu dengan cara yang unik.

2. Kategori yang berorientasi kepada individu/perorangan

Layanan kesehatan ini bertujuan untuk merawat dan menyembuhkan individu yang biasanya memiliki masalah kesehatan atau penyakit (layanan kuratif dan rehabilitatif untuk klien individu).

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

Di rumah sakit, dokter, dan perawatan di rumah, ada bias untuk layanan jangka panjang dan jangka pendek. Orang yang berbeda menggunakan berbagai layanan kesehatan karena faktor yang membatasi atau menentukan mereka. Karena

aspek kecenderungan berbeda dengan aspek pembatas, maka jenis pelayanan kesehatan yang dimanfaatkan memegang peranan penting dalam pengaturan pelayanan kesehatan.

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.

SUMATEKA UTARA MEDIAN

3. Unit Analisis

Perbandingan ini sangat bergantung pada fakta bahwa karakteristik individu dapat berfungsi sebagai jaminan tanggung jawab untuk banyak adegan; demikian pula, karakteristik unik sistem pengecualian memikul tanggung jawab utama atas dampak kunjungan kontak ke setiap lokasi penyakit. Akibatnya, pemanfaatan layanan kesehatan akan memungkinkan dilakukannya perbandingan antara

berbagai unit layanan kesehatan berdasarkan jumlah kontak, tempat kejadian, dan kapasitasnya.

2.2.4 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.

2.2.5 Model Penggunaan Pelayanan Kesehatan

Faktor pembatas atau penentu dalam penggunaan administrasi kesejahteraan tergantung pada beberapa macam, antara lain populasi, konstruksi sosial, ilmu otak sosial, basis keluarga, basis energi penduduk, organisasi dan model kerangka kesejahteraan.

1. Model sistem kesehatan (Health System Model)

Dalam Muzaham (2007), Andersen (1974) mengusulkan filosofi ini ketika ia menggambarkan struktur sistem kesehatan, yang terdiri dari tiga komponen penting: karakter predisposisi, karakter pendukung (enabling), dan keinginan karakteristik.

a. Karakteristik predisposisi (predisposing characteristics)

Fakta bahwa setiap orang cenderung menggunakan berbagai layanan kesehatan dapat menjadi makna dari karakter ini. Karakteristik seseorang dipecah menjadi tiga kelompok:

- Usia, status perkawinan, dan tipe kemaluan adalah karakteristik demografis.
- Tingkat pendidikan, pekerjaan, ras, dan faktor sejenis lainnya merupakan struktur sosial.
- Manfaat seperti kesehatan, agama, dan kemampuan untuk mengobati penyakit (termasuk stres dan kecemasan terkait kesehatan).
 1. Setiap individu memiliki perbandingan karakter, perbandingan jenis dan gelombang penyakit, dan perbandingan pola pemanfaatan pelayanan kesehatan.
 2. Setiap orang membandingkan struktur sosialnya, gaya hidupnya, dan akhirnya pola pemanfaatan pelayanan kesehatannya.
 3. Memanfaatkan pelayanan kesehatan dipandang bermanfaat oleh masyarakat.

b. Karakteristik kemampuan (enabling characteristics)

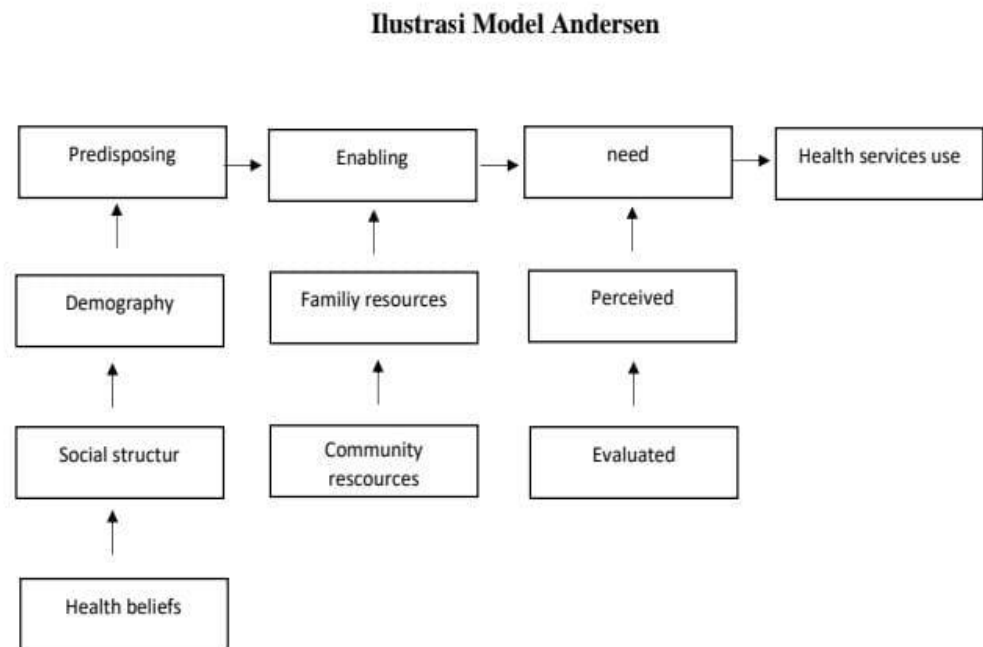
Meskipun karakter ini memiliki kecenderungan untuk menggunakan layanan kesehatan, mereka tidak mau menggunakannya kecuali mereka mampu. Karakter ini menggambarkan situasi yang memungkinkan masyarakat untuk menggunakan pelayanan kesehatan. Keluarga memiliki keahlian tersebut, misalnya: pendapatan, dana, asuransi kesehatan, dan sumber lainnya) maupun dari masyarakat (seperti: lama waktu yang dibutuhkan untuk mencapai fasilitas pelayanan kesehatan atau lokasi pemukiman, serta ketersediaan fasilitas dan sumber daya.

Oleh karena itu, kemampuan pelanggan untuk memenuhi sifat keinginan (kebutuhan) menentukan apakah mereka memanfaatkan layanan kesehatan yang ada.

karakteristik) Jika dialami sebagai keinginan, aspek predisposisi dan memungkinkan dapat diwujudkan. Jika ada faktor pemungkin dan predisposisi, keinginan adalah pendorong utama dan utama pemanfaatan layanan kesehatan. Keinginan dapat dipecah menjadi dua jenis: yang dirasakan atau dirasakan (penilaian subjek) dan yang dievaluasi (penilaian klinis).

Perasaan tentang penyakit dapat digunakan untuk mengukur kebutuhan yang dirasakan (misalnya: jumlah hari libur, melihat efek samping penyakit dan data tentang masalah medis secara luas). Sebaliknya, yang dievaluasi adalah penilaian klinis penyakit, yaitu penilaian tingkat keparahan penyakit oleh dokter yang merawatnya, biasanya berdasarkan keluhan yang mungkin memerlukan

pengobatan berdasarkan hasil pemeriksaan dan analisis. Pada lukisan selanjutnya, bentuk ini digambarkan.



Gambar 2.1 Ilustrasi Model Sistem Kesehatan

Hipotesis Dalam Muzaham (2007), pemikiran umum Andersen adalah bahwa karakter, keterampilan, dan keinginan keluarga untuk perawatan medis dipengaruhi oleh seberapa banyak mereka menggunakan layanan kesehatan. Sebaliknya, keinginan lebih penting daripada kecenderungan atau keterampilan dalam mengendalikan perbandingan eksploitasi pelayanan kesehatan. Semua bagian dari formulir ini berkontribusi dalam beberapa cara.

2. Model kepercayaan kesehatan (Health Belief Model)

Menurut teori Lewin dalam Notoadmodjo (2010), masyarakat tidak akan menggunakan pelayanan kesehatan jika tidak memiliki informasi dan dukungan yang relevan tentang kesehatannya. Hal ini dipengaruhi oleh keyakinan masyarakat tentang nilai khasiat tindakan kesehatan dan asumsi mereka tentang bahaya penyakit. Dalam HBM (Health Belief Forms), terdapat empat elastisitas penting, yaitu:

- Istilah "kerentanan yang dialami" atau "kerentanan yang dirasakan" mengacu pada seseorang yang ingin mendapatkan perawatan medis jika dia merasa akan sakit. Oleh karena itu, jika seseorang sudah yakin bahwa mereka atau anggota keluarganya berisiko terkena penyakit itu, mengambil tindakan pencegahan akan menonjol.
- Istilah "keseriusan yang dialami" (juga dikenal sebagai "keseriusan yang dirasakan") mengacu pada fakta bahwa keputusan seseorang untuk mencari pertolongan medis dimotivasi oleh tingkat keparahan penyakitnya. Misalnya, polio akan terasa lebih kuat daripada flu, sehingga lebih banyak tindakan pencegahan polio akan diupayakan.

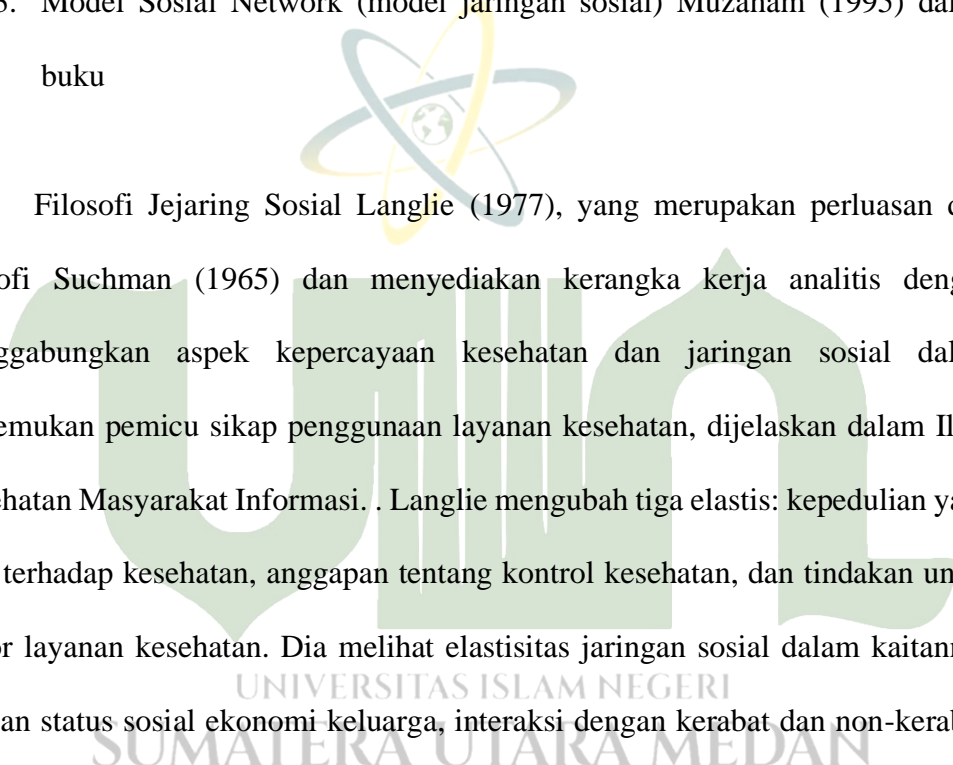
penyembuhan atau pencegahan flu.

- Manfaat dan batasan yang terlihat (melihat keuntungan dan hambatan). Orang akan bertindak untuk mencari dan memanfaatkan layanan kesehatan jika mereka yakin mereka berisiko terkena penyakit serius. Keuntungan yang diperoleh

atau kesulitan yang dihadapi akibat tindakan ini akan dibahas. Dalam kebanyakan kasus, keefektifan tindakan lebih penting daripada potensi tantangan yang mungkin dihadapinya.

- Untuk memperoleh tingkat pendapatan yang sesuai mengenai kerawanan, urgensi, dan keuntungan dari tindakan, isyarat atau isyarat (isyarat) adalah pendukung untuk bertindak. Akibatnya, diperlukan sinyal berupa aspek eksternal.

3. Model Sosial Network (model jaringan sosial) Muzaham (1995) dalam buku



Filosofi Jejaring Sosial Langlie (1977), yang merupakan perluasan dari filosofi Suchman (1965) dan menyediakan kerangka kerja analitis dengan menggabungkan aspek kepercayaan kesehatan dan jaringan sosial dalam menemukan pemicu sikap penggunaan layanan kesehatan, dijelaskan dalam Ilmu Kesehatan Masyarakat Informasi. . Langlie mengubah tiga elastis: kepedulian yang kuat terhadap kesehatan, anggapan tentang kontrol kesehatan, dan tindakan untuk donor layanan kesehatan. Dia melihat elastisitas jaringan sosial dalam kaitannya dengan status sosial ekonomi keluarga, interaksi dengan kerabat dan non-kerabat, jenis perkawinan, dan agama.

4. Model Decision theoretic (model pengambilan keputusan) Dikemukakan oleh

Dalam Muzaham (2007), Fabrega (1973) merupakan hasil dari pendekatan antropologi yang berfokus pada metode data penyakit dan keputusan pengobatan yang dibutuhkan seseorang ketika sakit. Nilai dan biaya perawatan dapat

dibandingkan menggunakan formulir ini untuk setiap budaya. Menurut bentuk penerapan jalur bea cukai ini, seseorang memiliki empat sistem yang terkait dengan sikap buruk, 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 *Wellbeing System Arrangeing*: hasilnya dapat dilihat dari literatur mengenai penyebaran inovasi, yang membahas tentang inovasi itu sendiri dan lokasi terbentuknya. pendekatan pendidikan dan ekologis menjelaskan bahwa sikap yang berkaitan dengan kesehatan termasuk pendapatan dari suatu inovasi. Predisposisi, memungkinan, dan memperkuat, menurut Green, memiliki dampak yang signifikan terhadap sikap kesehatan masyarakat. PRECEDE (penyebab predisposisi, penguat, dan pemungkin dalam penilaian dan evaluasi pendidikan) merupakan bentuk dari faktor-faktor tersebut yang menggambarkan faktor-faktor yang mempengaruhi sikap yang berhubungan dengan kesehatan.

Menurut analisis Green, kesehatan dipengaruhi oleh dua faktor utama, yaitu sikap (penyebab perilaku) dan faktor eksternal (penyebab nonperilaku), diikuti oleh tiga faktor, yaitu:

1. Predisposing factors (faktor predisposisi), Itulah aspek yang menyebabkan sikap atau menjadikannya subordinat. Wawasan, tindakan, nilai, kepercayaan, atau agama yang mengarahkan orang untuk melakukan tindakan adalah contoh faktor predisposisi. Faktor demografi meliputi usia, jenis kelamin, status sosial ekonomi, dan ukuran keluarga juga.
2. Enabling factors (faktor pendukung), Ketersediaan alat atau fasilitas kesehatan, kemudahan akses layanan, termasuk pembayaran, jarak, ketersediaan transfer, durasi layanan, dan keahlian tenaga kesehatan adalah semua aspek yang memungkinkan untuk memberikan bantuan.
3. Reinforcing factors (faktor penguat) Yang Tindakan dan sikap tokoh masyarakat, tokoh agama, dan pejabat, termasuk petugas kesehatan, menjadi salah satu aspek yang menguatkan. Selain undang-undang, peraturan, dan sejenisnya, warga juga membutuhkan contoh aplikasi dari tokoh masyarakat, tokoh agama, dan petugas kesehatan agar tetap segar. Hukum dan peraturan ada untuk memperbaiki sikap masyarakat.

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 berfungsi sebagai sumber informasi. Sejumlah besar orang yang dianggap bermakna memiliki dampak yang lebih besar pada sikap seseorang.

3. Fasilitas, uang, durasi, dan tenaga adalah semua komponen basis energi (sumber daya). Semua ini dipengaruhi oleh sikap individu atau kelompok.

4. Norma-norma masyarakat yang membentuk cara hidup yang lazim disebut kebudayaan merupakan kebudayaan..

7. Hasil penelitian :

a. Menurut penelitian Susanto dan Hasanbasri (2008), terdapat beberapa faktor antara yang mempengaruhi pemanfaatan alat pelayanan kesehatan:

- Daya beli penduduk menurun

- Minat pengobatan warga menurun karena ketidakpuasan mereka terhadap pelayanan, kualitas obat yang mereka terima, dan biaya pelayanan.

- Layanan perawatan kesehatan sulit diakses secara geografis..

Kondisi ini mencontohkan warga tidak mampu memiliki akses terbatas untuk menggunakan alat pelayanan kesehatan. Penelitian ini juga sampai pada kesimpulan bahwa warga yang lebih mampu menggunakan alat pelayanan kesehatan dua kali lebih mungkin melakukannya dibandingkan warga yang tidak mampu.

c. Hasil penelitian Savitri (2011) menyatakan bahwa sebanyak 14,3% penduduk

Masyarakat yang tinggal jauh dari puskesmas tidak pernah menggunakan layanannya, sedangkan 51,9% masyarakat yang tinggal dekat dengan puskesmas tidak pernah menggunakan layanannya. Hal ini mengacu pada kenyataan bahwa kemampuan warga untuk mencapai pusat kesehatan terhalang oleh jarak dan perpindahan, sehingga lebih banyak kunjungan dari mereka yang rumahnya dekat daripada dari mereka yang rumahnya jauh. Eksplorasi ini juga mengungkap faktor-faktor yang terkait dengan transaksi ganda puskesmas:

- Karakteristik individu (persepsi sakit).

- Penyedia pelayanan kesehatan (ketersediaan tenaga kesehatan).

- Aksesibilitas (jarak tempuh dan sarana transportasi).

2.3 Pesantren

2.3.1 Pengertian Pondok Pesantren

Kata pesantren berasal dari kata santri dengan awalan “pe” dan akhiran “an”, yang artinya tempat tinggal santri.

Madrasah merupakan tempat bagi santri untuk memperoleh ilmu yang ketat dan berbagai ilmu (Effendi dan Makhfudli, 2009). Menurut Khuluq (2008), madrasah adalah lembaga pendidikan yang menitikberatkan pada pelajaran agama dengan menggunakan metode pengajaran konvensional dan memiliki aturan. Sebaliknya, menurut Lembaga Pemberdayaan Masyarakat Indonesia atau INSEP (2011) yang ditulis oleh Satu (2001), madrasah adalah kehidupan unik yang menunjukkan identitas subkultural. Salah satu lembaga pendidikan Islam adalah pesantren, yang merupakan masjid dengan siswa laki-laki dan perempuan dipisahkan. (Siregar, 2013).

1. Jenis Pesantren

A. Pesantren salafi atau salafiah (tradisional)

Madrasah salafi adalah pesantren yang hanya mengajarkan agama Islam dan sastra klasik. Biasanya mengutamakan dan menjaga kondisi konvensional dalam sistem pembelajaran atau cara hidup, serta sangat berhati-hati terhadap segala bentuk reformasi, termasuk kurikulum pengajaran.

B. Pesantren khalafi atau khalafiah (modern)

Khalafi merupakan jenis pondok pesantren yang tidak hanya menyelenggarakan kegiatan pembelajaran agama tetapi juga pembelajaran berbasis sekolah atau formal. Sekolah tersebut dapat berupa sekolah reguler (SD, SMP, dan SMA) atau sekolah agama. (Efendi & Makhfudli, 2009).

Tujuan pesantren adalah mempersiapkan siswa untuk menerima ajakan Islam dengan mengajarkan mereka tentang Islam dan menyiapkan mereka untuk menyebarkannya ke semua lapisan masyarakat. Pesantren biasanya mengajarkan mata pelajaran agama langsung dari buku klasik berbahasa Arab yang ditulis oleh malim Abad Pertengahan, yang sejalan dengan tujuan utama pesantren. Sistem pendidikan pesantren mengalami transformasi mendasar setelah perang kemerdekaan. Pengakuan sistem pendidikan tinggi dalam hal praktik bimbingan dan pengenalan modul reguler adalah dua contoh dari perubahan ini. Alhasil, sekolah madrasah kini dianggap sebagai bagian dari kurikulum sekolah dan tidak lagi semata-mata di luar lingkungan sekolah. (Khairunisa, 2019) .

2.3.2 Unsur-unsur Pesantren

- A. Para siswa tinggal di sebuah pondok yang disebut mess. Pesantren madrasah dibedakan dari sistem pendidikan Indonesia lainnya dengan karakter dan kebiasaan khas pesantren ini.
- B. Masjid adalah tempat dimana santri dapat betah, terutama pada saat kegiatan seperti sholat, mengaji kitab klasik, kader kyai, dan kegiatan sejenis lainnya. Pengajaran sastra klasik: merupakan tujuan penting dari pendidikan di pesantren..
- C. Santri merupakan sebutan untuk siswa/murid yang belajar di pondok pesantren.

D. Kyai merupakan pimpinan pondok pesantren. Kata kyai sendiri adalah gelar yang diberikan masyarakat kepada seorang ahli agama Islam yang menjadi pimpinan pesantren dan mengajarkan kitab-kitab klasik.

2.3.3 Tujuan Pesantren

Tugas madrasah adalah membentuk manusia yang bisa berhubungan dengan Tuhan, sesama, dan lingkungan.

Berikut ini adalah fungsi madrasah: (Efendi & Makhfudli, 2009):

- a. Tempat mengamalkan ilmu-ilmu agama (Islam);
- b. Untuk meningkat demi kemuliaan dan pelayanan;
- c. Berpartisipasi aktif dalam meningkatkan kualitas umat melalui dakwah;
- d. Untuk meningkatkan ajakan melalui novel dan metode inventif;
- e. Membangun tubuh yang kuat dan berwibawa;
- f. Membuat gram kader ajakan islami. Sebagai pelopor dalam menerima ajakan para mujahid, yang juga termasuk para penghafal Al-Quran (hafiz dan hafizah)
- g. Menjadikan madrasah sebagai sarana pemberdayaan perempuan korban kekerasan. Mengatasi masalah sosial seperti kelangkaan, menjaga kekeluargaan, mengurangi pengangguran, menghilangkan kebodohan, dan menghasilkan hidup yang sehat.

2.4 Konsep Islam dalam Pelayanan Masyarakat.

Adab, syariah, dan agama Islam adalah sistem kepercayaan. Bertemu muka dengan muka, semangat persahabatan, tanggung jawab, arah menuju kebaikan, pemerataan, kejujuran, kepercayaan, pengabdian atau ibadah, kebaikan, kebersihan, memprioritaskan peran, mendistribusikan bantuan, moral yang tinggi, prinsip keterbukaan, konferensi, dan ketenangan adalah semua contoh nilai-nilai Islam.

Islam telah lama memerintahkan semua orang, bukan hanya umat Islam, untuk terus memberikan pelayanan yang berkualitas, sesuai dengan firman Allah SWT: "Oh, berapa banyak orang yang religius! Donasikan sebagian hasil jerih payah Anda dan sebagian hasil alam yang kami keluarkan untuk Anda. Jangan memilah-milah apa yang seharusnya tidak Anda lakukan, bahkan jika Anda tidak ingin mengambilnya selain dengan menyipitkan mata (dengan enggan). Dan ketahuilah bahwa Allah adalah Maha Penyayang. Oh, berapa banyak orang yang religius! Karena Allah itu baik dan hanya menerima yang baik, maka hendaknya kamu membelanjakan sebagian dari hasil usahamu yang sungguh-sungguh dan melakukannya dengan cara yang halal".

Selain itu, kami akan memberi Anda sebagian dari apa yang kami ambil dari bumi tambang, produk pertanian, dan lain-lain. Meski tidak harus semuanya bagus, pilihlah yang penting dari apa yang Anda belanjakan. Jangan menyelesaikannya dengan cara yang direncanakan. Jika Anda diberi sesuatu yang buruk, Anda tidak ingin mengambilnya, tetapi dia menyipitkan matanya karena malu ke arahnya. Cobalah Mengerti. Tetapkan diri Anda sebagai orang tertentu. Mengapa Anda

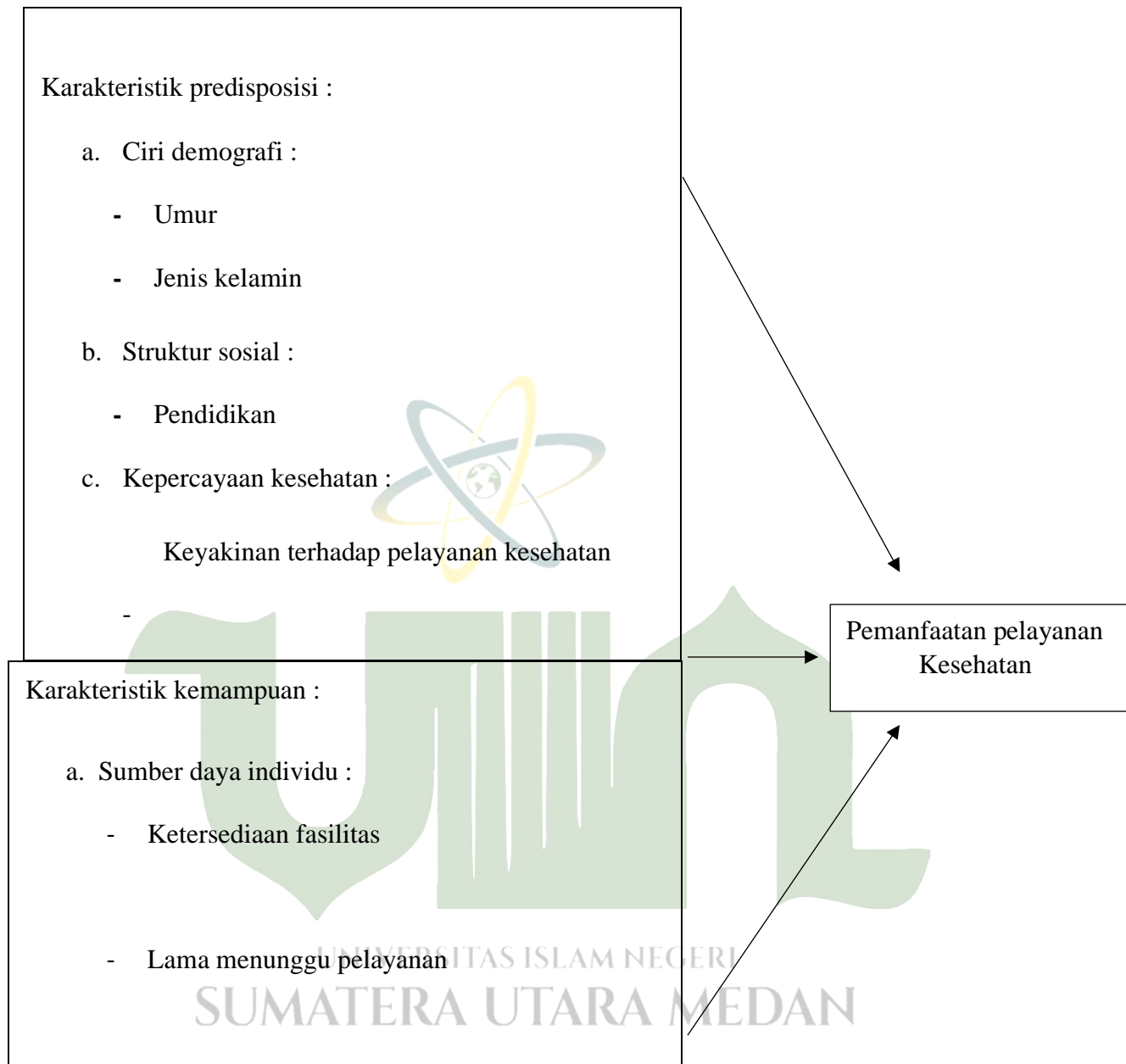
berbagi hal-hal seperti itu dengan orang lain jika Anda tidak ingin menerima hal-hal buruk? Dan percayalah bahwa Allah Yang Maha Kaya tidak menginginkan perbuatanmu, baik itu pemberian untuk-Nya maupun untuk makhluk-Nya, karena Dia mampu memberikannya secara langsung. Bersedekah sebenarnya bermanfaat bagi penerimanya. Sebagian karena Dia memberi pahala kepada hamba-hambanya yang bersedekah, Dia juga Maha Baik.

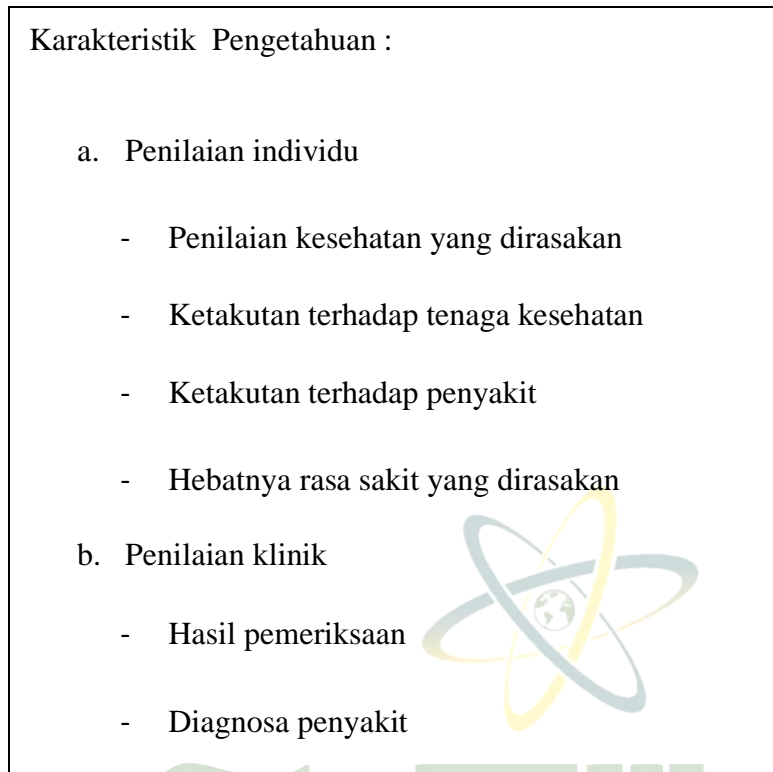
2.5 kerangka teori

Dapat ditarik kesimpulan bahwa ada banyak aspek yang terkait dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan bagi pelajar dari berbagai filosofi yang telah diuraikan. Naik turun, hingga karakter predisposisi, karakter ahli, dan karakter keinginan semuanya menjadi elastis bebas, sedangkan pemanfaatan pelayanan kesehatan menjadi variabel dependen.

Dalam Muzaham (2007), filosofi Andersen (1974), yang menggambarkan bentuk sistem kesehatan (health system shape), menjadi dasar ungkapan “elastis”. Seperti lukisan berikut ini, filosofinya ditata dalam bentuk kerangka:

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI
SUMATERA UTARA MEDAN

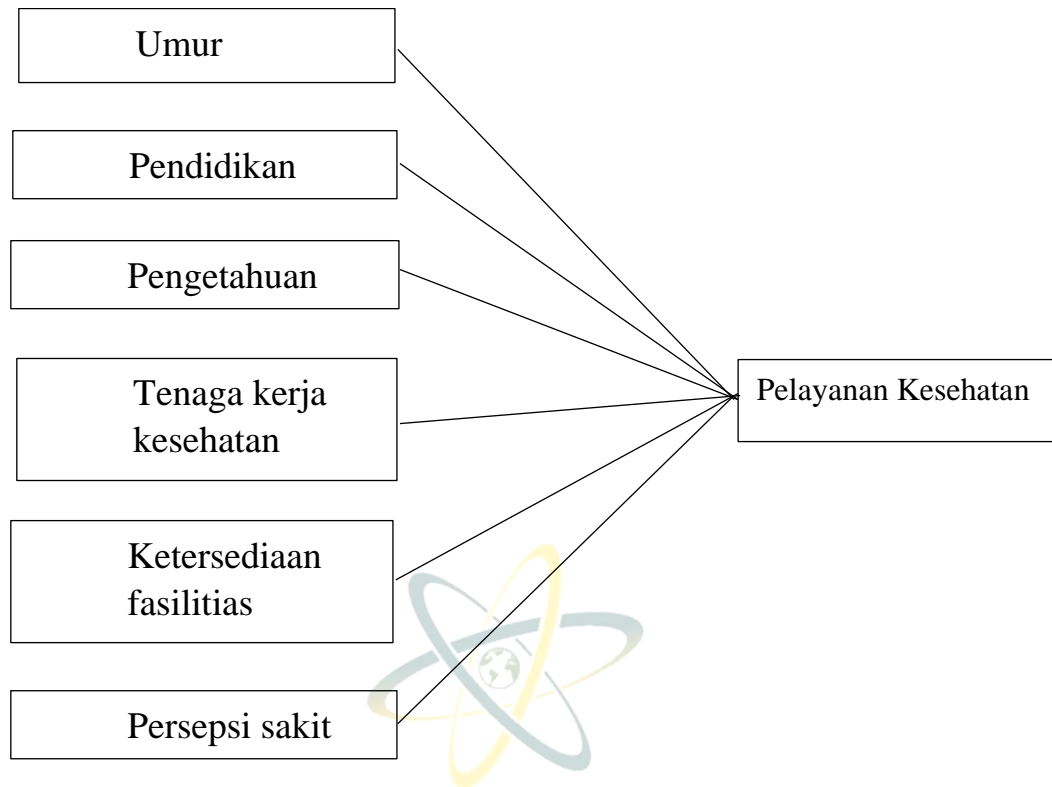
Variabel independen**Variabel dependen**



Gambar 2.4 Model Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan oleh Andersen (1974)

2.6 Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka filosofis faktor-faktor yang berkontribusi terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan di Pondok Pesantren Mawaridussalam dan disesuaikan dengan kondisi penelitian yang terbuka untuk semua santri, penelitian ini bertujuan untuk membantu peneliti memantau faktor-faktor tersebut dan didukung oleh kerangka desain:



Gambar 2.5 kerangka konsep

2.7 Hipotesis Penelitian

1. Ada Hubungan Antara Umur Dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Pada Santri Di Pondok Pesantren Mawaridussalam Tahun 2022
2. Ada hubungan antara pendidikan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan pada santri di pondok pesantren mawatidussalam
3. Ada hubungan antara pemanfaatan pelayanan kesehatan pada santri di pondok pesantren
4. Ada hubungan pengetahuan santri dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan pada santri di pondok pesantren mawaridussalam

5. Ada hubungan antara ketersediaan tenaga kesehatan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan pada santri di pondok pesantren Mawaridussalam pada tahun 2022
6. Ada hubungan fasilitas dengan pemanfaatan dengan pelayanan kesehatan pada santri di pondook pesantren Mawaridussalam
7. Ada hubungan antara persepsi sakit dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan pada santri di pondok pesantren Mawaridussalam.

