

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Perilaku Pencarian Pelayanan Kesehatan

2.1.1 Respon Terhadap Sakit

Notoatmodjo (2010) masyarakat yang sedang menderita suatu penyakit namun mereka tidak merasakan kesakitan akibat penyakit tersebut sudah jelas tidak akan bertindak apapun untuk mengobati penyakit tersebut. Akan tetapi apabila mereka merasakan kesakitan dari sebuah penyakit yang dideritanya maka akan muncul berbagai perilaku dan usaha. Beberapa respon orang apabila sakit adalah sebagai berikut:

- a. Tidak ada tindakan apapun (*no action*). Faktor penyebabnya diantaranya karena penyakit yang diderita tidak menimbulkan kesakitan sehingga tidak mengganggu aktifitas sehari-hari. Mungkin mereka berpersepsi bawasannya penyakit tersebut akan hilang apabila dibawa kerja. Alasan lain yang sering terdengar adalah jauhnya keberadaan penyedia pelayanan kesehatan, para petugasnya judes, tidak simpati, ketakutan biaya dan lain sebagainya.
- b. Perilaku mengobati penyakit sendiri (*self treatment*), dengan faktor penyebab sama dengan yang telah diuraikan diatas, dengan faktor lain berdasarkan pengalaman sakit sebelumnya mereka mengobati penyakit sendiri dan sudah mendapatkan kesembuhan. Seperti kerokan, minum jamu, pijat, membeli obat diwarung.
- c. Mencari pengobatan tradisional (*traditional treatment*), konsep ini masih banyak dilakukan oleh masyarakat pedesaan. Mereka cenderung melakukan pengobatan tradisional apabila sakit. Pada masyarakat yang tinggal di pedesaan dan hidup sederhana permasalahan sehat atau sakit masih erat kaitannya dengan sosial-budaya, jadi perilaku mereka mencari pengobatan juga berorientasi pada sosial-budaya yang secara turun menurun mereka lakukan. Jenis pengobatannya seperti pergi ke dukun untuk menyembuhkan penyakitnya.

- d. Mencari pengobatan yang berfasilitas modern seperti Puskesmas, Rumah Sakit, Dokter Praktek.

2.1.2 Konsep Pelayanan Kesehatan

Menurut Notoatmodjo (2010) dalam bukunya yang berjudul Ilmu Perilaku Kesehatan pada dasarnya ada dua kategori pelayanan kesehatan berdasarkan sasaran dan orientasinya, yaitu:

- a. Kategori yang berorientasi pada masyarakat:
Pelayanan yang berorientasi pada publik ini terdiri dari sanitasi lingkungan seperti: sarana, air bersih, pembuangan limbah, imunisasi, dan sebagainya.
- b. Orientasi pelayanan kesehatan ini lebih kepada promotif dan preventif.
Kategori yang berorientasi pada individu
Pelayanan ini langsung kepada individu yang biasanya mengalami kondisi sakit sehingga pelayanan ini lebih kepada rehabilitatif dan kuratif.

2.1.3 Tujuan Penggunaan Pelayanan Kesehatan

Menurut Anderson dan Newman (1997) dalam Notoatmodjo (2010) menjelaskan bahwa model penggunaan pelayanan kesehatan dapat membantu ataupun memenuhi dari lima tujuan berikut:

- a. Sebagai penggambar hubungan dari kedua sisi antara faktor penentu dan penggunaan layanan kesehatan.
- b. Untuk mengurangi beban dalam merencanakan kebutuhan masa yang akan datang dalam pelayanan kesehatan.
- c. Untuk menentukan ada atau tidaknya ketimpangan pelayanan dari penggunaan pelayanan kesehatan.
- d. Untuk memebrikan saran cara memainkan kebijaksanaan agar menimbulkan perubahan yang diinginkan.
- e. Untuk memberikan penilaian seberapa besar pengaruh program atau proyek pemeliharaan/perawatan kesehatan yang baru.

2.1.4 Model Penggunaan Pelayanan Kesehatan

Menurut Notoatmodjo (2010) ada beberapa model penggunaan pelayanan kesehatan yaitu:

a. Model Demografi (Kependudukan)

Dalam model demografi ini variabel yang digunakan sebagai tolak ukur adalah umur, jenis kelamin, status perkawinan dan besarnya keluarga. Dengan asumsi bahwa variabel-variabel tersebut sedikit banyaknya akan berhubungan dengan status kesehatan dan derajat kesakitan.

b. Model-Model Struktur Sosial (*Social Structure Models*)

Dalam model struktur sosial ini variabel yang digunakan sebagai pengukur atau indikator derajat kesehatan seseorang adalah pendidikan, pekerjaan, dan kebangsaan. Dalam model ini dijelaskan bahwa individu yang berbeda suku bangsa, pendidikan, pekerjaan akan berbeda dalam bereaksi dan berperilaku terhadap kesehatan mereka. Dengan arti lain bahwa dengan latarbelakan sosial yang berbeda maka akan berbeda pula dalam penggunaan pelayanan kesehatannya.

c. Model-Model Sosial Psikologis (*Psychological Models*)

Variabel model sosial psikologis ini pada umumnya terdiri dari :

- a) Kerentanan terhadap suatu penyakit
- b) Pengertian secara menyeluruh dari suatu penyakit
- c) Keuntungan yang diharapkan dari pengobatan suatu penyakit
- d) Kesiapan tindakan individu dalam menghadapi penyakit
- e) Model Sumber Daya Keluarga (*Family Resource Models*)

Dalam model ini variabel yang digunakan adalah pendapatan keluarga, asuransi keluarga. Model ini menjelaskan kesanggupan keluarga dalam mengakses pelayanan kesehatan ketika mereka sakit.

f) Model Sumber Daya Masyarakat (*Community Resource Models*)

Pada model ini variabel yang digunakan adalah penyedia pelayanan kesehatan dan sumber-sumber di dalam masyarakat, dan ketercapaian dari pelayanan kesehatan yang tersedia dan sumber di dalam masyarakat.

d. Model-Model Organisme (*Organization Models*)

Pada model ini memperlihatkan suatu perbedaan sistem pelayanan kesehatan, variable tersebut diantaranya adalah:

- a) Gaya dalam memberikan praktik pengobatan (sendiri, rekanan atau grup)
- b) Sifat dari pelayanan tersebut, apakah pengguna pelayanan membayar langsung atau menggunakan asuransi
- c) Letak dari penyedia pelayanan, apakah penyedia pelayanan kesehatan tersebut milik pribadi, rumah sakit daerah, rumah sakit swasta ataupun klinik
- d) Petugas medis yang pertama kali kontak dengan pasien (Dokter, Perawat, Asisten Dokter)
- e) Model Kepercayaan Kesehatan

Model teori ini menjelaskan bahwa ada masalah-masalah kesehatan yang ditandai dengan tidak berhasilnya provider dalam mengambil kepercayaan masyarakat bahwa mereka mampu menangani sebuah masalah kesehatan.

- f) Model Sistem Kesehatan

Menurut Ilustrasi Model Anderson dalam Notoatmodjo (2010) model ini didasarkan atas kepercayaan kesehatan. Dalam model ini Anderson mengelompokkan 3 kategori utama dalam pelayanan kesehatan yaitu:

- a) Karakteristik *predisposing*

Metode ini digunakan untuk mendeskripsikan fakta bahwa setiap individu dalam menggunakan pelayanan kesehatan tidak akan selalu sama. Hal tersebut dikarenakan adanya ciri individu yang digolongkan kedalam 3 kelompok.

1. Karakteristik demografi (umur, jenis kelamin).
2. Struktur sosial (tingkat pendidikan, pekerjaan, kesukuan atau ras).
3. Manfaat kesehatan, seperti keyakinan bahwa penyakit dapat disembuhkan apabila mengakses pelayanan kesehatan.

- b) Karakteristik pendukung (*enabling characteristics*)
- c) Karakteristik pendukung ini menjelaskan bahwa meskipun mereka yang sakit mempunyai *predisposing* untuk menggunakan pelayanan kesehatan namun apabila tidak didukung dengan kondisi ekonomi yang memungkinkan untuk mengakses pelayanan kesehatan maka mereka tidak akan bertindak untuk menggunakan pelayanan kesehatan tersebut.
- d) Karakteristik kebutuhan (*Need characteristic*)
Faktor yang dijelaskan diatas (*predisposing* dan *enabling*) memungkinkan seseorang untuk mengakses pelayanan kesehatan dapat terwujud apabila hal tersebut dirasakan sebagai kebutuhan. Dengan arti lain bahwa faktor kebutuhan secara tidak langsung merupakan landasan untuk menggunakan pelayanan kesehatan bilamana faktor *predisposing* dan *enabling* itu ada.

2.2 Teori Proses Penuaan

Menurut Maryam dkk (2012) ada berbagai teori yang berkaitan tentang proses penuaan, yaitu teori biologi, teori psikologis dan teori spiritual.

2.2.1 Teori Biologi

Teori ini mencakup teori genetic dan mutasi, *immunologyslow theory*, teori stress, teori radikal bebas dan teori rantai silang.

a. Teori Genetik dan Mutasi

Pada teori ini dijelaskan bahwa menua adalah akibat dari proses perubahan biokimia yang diprogram oleh molekul DNA dan pada setiap saatnya molekul sel tersebut akan mengalami mutasi. Pada teori biologi ini dikenal sebagai istilah ‘pemakaian dan perusakan’ (*wear and tear*) yang terjadi karena kelebihan usaha dan stress yang menyebabkan sel-sel tubuh menjadi lelah (pemakaian).

b. *Immunology Slow Theory*

Menurut teori ini sistem imun akan menjadi lebih efektif lagi dengan bertambahnya usia dan masuknya virus ke dalam tubuh yang dapat menyebabkan kerusakan organ tubuh.

c. Teori Stres

Teori ini menerangkan bahwa proses penuaan terjadi karena hilangnya sel-sel dalam tubuh. Regenerasi jaringan tidak dapat mempertahankannya karena ketidakstabilan lingkungan internal, beban usaha yang berlebihan dan stress menyebabkan sel-sel tubuh lelah terpakai.

d. Teori Radikal Bebas

Terlalu banyaknya radikal bebas yang ada didalam tubuh mengakibatkan oksidasi oksigen bahan organik seperti karbohidrat dan protein, yang menyebabkan sel tubuh tidak dapat meregenerasi lagi.

e. Teori Rantai Silang

Pada teori ini reaksi ikatan sel yang tua menyebabkan ikatan tersebut menjadi kuat yang menyebabkan tidak elastis, kacau dan hilangnya fungsi sel.

2.2.2 Teori Psikologi

Teori ini menjelaskan bahwa proses penuaan ditandai dengan adanya penurunan dari intelektualita yang meliputi kognitif, memori, persepsi dan belajar pada usia lanjut lebih sulit untuk memahami dan berinteraksi. Persepsi merupakan kemampuan menginterpretasikan keadaan lingkungan. Dengan menurunnya fungsi sistem sensorik sehingga berimbas pada penurunan kemampuan untuk menerima, memproses, dan merespon stimulus yang ada sehingga terkadang reaksi yang muncul akan berbeda dengan stimulus yang ada.

Kemampuan kognitif dapat dikaitkan dengan menurunnya fungsi otak. Tetapi fungsi positif yang dapat di kaji ternyata mempunyai fungsi lebih, seperti menyimpan informasi dan melakukan perhitungan. Memori adalah kemampuan daya ingat lansia terhadap kejadian atau peristiwa masa lampau baik jangka pendek maupun jangka panjang.

2.2.3 Teori Sosial

Ada beberapa teori yang berkaitan dengan teori sosial yaitu:

a. Teori Interaksi Sosial

Pada teori ini menjelaskan bahwa lansia cenderung melakukan kegiatan yang mereka rasa lebih dihargai oleh masyarakat. Pokok-pokok teori interaksi sosial adalah diantaranya:

- a) Masyarakat terdiri atas aktor sosial berupaya mencapai tujuannya masing-masing
- b) Dalam upayanya tersebut memerlukan biaya dan waktu.
- c) Dalam mencapai tujuannya aktor haruslah mengeluarkan biaya
- d) Aktor seringkali berusaha mendapatkan keuntungan dan mencegah terjadinya kerugian
- e) Hanya interaksi yang ekonomis yang dipertahankan olehnya

b. Teori Penarikan Diri

Teori ini menjelaskan tentang menurunnya tingkat ekonomi lansia dan derajat kesehatannya maka mereka akan perlahan-lahan menarik diri dari pergaulan sekitarnya. Selain itu alasan lain karena seorang lansia kehilangan peran (*loss of roles*), adanya hambatan kontak sosial (*restriction of contacts and relationship*).

c. Teori Aktivitas

Teori ini menyatakan bahwa bagaimana seorang lansia mempertahankan aktivitas sehari-hari meskipun kuantitasnya tidak sebanyak ketika masih muda. Disisi lain aktivitas lansia memang menurun, namun dapat dikembangkan kesisi lain misalnya menjadi relawan, ketua RT dan sebagainya.

d. Teori Kesenambungan

Teori kesinambungan menjelaskan bahwa gaya hidup, perilaku, kebiasaan pada saat muda akan tidak jauh berbeda ketika menjadi lansia. Pengalaman selama hidup seseorang pada suatu saat merupakan gambarannya kelak.

e. Teori Perkembangan

Teori ini menjelaskan bagaimana proses menjadi tua merupakan suatu tantangan dan jawaban lansia terhadap berbagai tantangan tersebut yang dapat bernilai positif maupun negatif. Teori ini juga menjelaskan bahwa masa tua adalah saat lansia merumuskan seluh masa kehidupannya, masa tua juga sebagai masa penyesuaian diri terhadap kenyataan sosial yang baru.

f. Teori Stratifikasi Lansia

Teori ini menjelaskan dua elemen penting yaitu struktur dan prosesnya.

- a) Struktur mencakup hal-hal sebagai berikut : bagaimana peran dan harapan menurut golongan usia, bagaimana penilaian strata itu sendiri, bagaimana terjadinya penyebaran peran dan kekuatanyang tak merata pada masing-masing strata.
- b) Proses mencakup bagaimana menyesuaikan kedudukan seseorang dengan peran yang ada, bagaimana mengatur peran secara berurutan dan terus-menerus.

g. Teori Spiritual

Kepercayaan/demensia spiritual adalah suatu kekuatan yang member arti bagi kehidupan seseorang. Istilah kepercayaan sebagai bentuk pengetahuan dan cara berhubungan dengan kehidupan akhir, perkembangan spiritual pada lansia berada pada tahap penjelmaan dan prinsip cinta dan keadilan.

2.3 Pengertian Lansia

Menurut Anna (1999) dalam Maryam dkk (2012) usia lanjut dikatakan sebagai tahap akhir pada perkembangan pada daur hidup manusia. Sedangkan menurut Pasal 1 ayat (2) UU No. 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia dikatakan bahwa lanjut usia adalah seseorang yang telah mencapai umur 60 tahun keatas. Menurut Depkes Ri (2001) dalam Maryam dkk (2012) menyebutkan bahwa penuaan adalah proses alamiah yang tidak dapat terhindar, dengan adanya gejala-gejala perubahan fisik yang selanjutnya dapat mengakibatkan perubahan anatomis, biologis, dan biokimia pada tubuh sehingga mempengaruhi fungsi dankemampuan secara keseluruhan.

Pengertian lansia dibedakan atas 2 macam, yaitu lansia kronologis (kalender) dan lansia biologis. Lansia kronologis mudah diketahui dan dihitung, sedangkan lansia biologis berpatokan pada keadaan jaringan tubuh. Lanjut usia merupakan proses alamiah dan berkesinambungan yang mengalami perubahan anatomi, fisiologis, dan biokimia pada jaringan atau organ yang pada akhirnya mempengaruhi keadaan fungsi dan kemampuan badan secara keseluruhan. (Fatmah, 2010)

2.3.1 Klasifikasi Lansia

Menurut Maryam, dkk (2012) klasifikasi lansia dibedakan menjadi 5 golongan yaitu:

- a. Pralansia (prasenilis) adalah seseorang yang berusia antara 45-59 tahun.
- b. Lansia adalah seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih.
- c. Lansia risiko tinggi adalah seseorang yang berusia 70 tahun atau lebih/ seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan (Depkes RI, 2003).
- d. Lansia potensial adalah lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan atau kegiatan yang dapat menghasilkan barang/jasa (Depkes RI, 2003)
- e. Lansia tidak potensial adalah lansia yang tidak berdaya mencari nafkah, sehingga hidupnya bergantung pada bantuan orang lain (Depkes RI, 2003)

2.3.2 Karakteristik Lansia

Menurut Anna (1999) dalam Maryam dkk (2012) lansia memiliki berbagai karakteristik sebagai berikut.

- a. Berusia lebih dari 60 tahun (sesuai dengan Pasal 1 ayat (2) UU No. 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lansia).
- b. Kebutuhan dan masalah yang beragam mulai dari rentang sehat sampai sakit, dari kebutuhan biopsikososial sampai spiritual, serta dari kondisi adaptif hingga kondisi maladaptif.
- c. Lingkungan tempat tinggal yang beragam.

2.3.3 Tipe Lansia

Berbagai tipe lansia tergantung pada karakter, pengalaman hidup, lingkungan, kondisi fisik, mental sosial dan ekonominya (Nugroho, 2000 dalam Maryam dkk, 2012) tipe tersebut dijabarkan sebagai berikut:

a. Tipe Arif Bijaksana

Kaya dengan hikmah, banyak pengalaman, pandai menyesuaikan diri dengan perubahan zaman, mempunyai kesibukan, bersikap ramah, rendah hati, sederhana, dermawan, memenuhi undangan dan menjadi panutan.

b. Tipe Mandiri

Mengganti kegiatan yang tidak dilakukan lagi dengan kegiatan yang mudah, memilah dalam mencari pekerjaan, bersosialisasi.

c. Tipe Tidak Puas

Adanya konflik menentang proses penuaan menjadikan lansia yang cenderung pemarah, tidak sabar, mudah tersinggung, sulit dilayani, pengkritik dan banyak menuntut.

d. Tipe Bingung

Mudah terkejut, kehilangan kepribadian, mengasingkan diri, tidak percaya diri, menyesal, pasif dan acuh tak acuh.

2.3.4 Kebutuhan Instrumen Lansia

Athcley dalam James (2006) menyatakan bahwa ada enam kebutuhan instrumen yang menentukan gaya hidup untuk kelompok umur manapun. Enam kebutuhan tersebut adalah pendapatan, perumahan, perawatan personal, layanan kesehatan, transportasi, dan fasilitas dan pelayanan umum. Secara takterduga kebutuhan tersebut dapat mengubah proses penuaan. Di bawah ini penjelasan keenam kebutuhan tersebut, dampak bagi lansia, dan menjelaskan layanan umum untuk lansia.

1. Pendapatan

Meskipun kebutuhan akan pendapatan akan berlanjut terus dalam kehidupan seseorang, namun apabila seseorang sudah tergolong lansia maka pendapatan

seseorang tersebut akan menurun. Ada anggapan bahwa pengeluaran lansia untuk memenuhi kebutuhan anak semakin berkurang karena biasanya anak-anak sudah dewasa, dan kebutuhan untuk berpergian keluar rumah juga berkurang. Akan tetapi untuk lansia bertambahnya pengeluaran akan layanan kesehatan akan bertambah karena lansia adalah populasi yang rentan.

2. Perumahan

Perumahan adalah kebutuhan dasar untuk semua, ini adalah masalah utama untuk lansia yang berkaitan dengan biaya dan kebutuhan. Rumah adalah simbol kemandirian seorang lansia, sumber kenangan yang menyenangkan, tempat berkumpul bagi keluarga dan rumah sebagai penghubung bagi keluarga, teman dan tetangga. Ada empat kebutuhan utama yang berkaitan dengan rumah yaitu kesesuaian, keterjangkauan, kemampuan dan kelayakan. Kebutuhan ini saling berkaitan erat misalnya lansia mungkin tinggal dirumah yang sesuai dengan kemampuan mereka namun rumah tersebut mungkin tidak sesuai dengan kebutuhan khusus mereka.

3. Perawatan Personal

Sebagian besar lansia dapat mengurus diri sendiri, tetapi ada sebagian kecil lansia yang tidak bias mengurus diri sendiri. Perawatan personal sangat dibutuhkan untuk lansia yang tidak dapat mengurus diri sendiri, lansia perlu tinggal bersama orang yang dapat mengurusnya seperti anaknya apabila tidak ada menggunakan perawat personal atau asisten personal untuk mengerusnya.

4. Layanan Kesehatan

Layanan kesehatan adalah masalah utama bagi semua kalangan masyarakat, terutama untuk lansia. Meskipun usia harapan hidup semakin tinggi, hidup lebih lama bukan berarti hidup dengan keadaan sehat. Lansia adalah pengguna layanan kesehatan tersering. Kelompok umur mereka juga sering menggunakan rawat inap.

5. Transportasi

Transportasi merupakan kepentingan utama bagi lansia karena kemungkinan mereka tetap mandiri. Layanan perumahan, medis, keuangan dan layanan sosial hanya akan berguna apabila transportasi dapat membuat layanan

tersebut terjangkau untuk mereka yang membutuhkan. Faktor yang mempengaruhi transportasi adalah status kesehatan dan pendapatan. Beberapa lansia selalu mengendarai mobil atau motor namun mereka akhirnya menyadari bahwa mereka sudah tidak dapat lagi melakukannya. Munculnya masalah fisik akan membatasi lansia untuk mengoperasikan kendaraannya. Biaya pembelian dan pemeliharaan kendaraan juga dapat meningkatkan pengeluaran lansia. Keterbatasan

6. Fasilitas dan Pelayanan Umum

Seeperti yang telah di katakana sebelumnya salah satu hal yang paling sering terjadi pada proses penuaan adalah hilangnya kemandirian. Aktivitas bagi orang dewasa yang merupakan aktivitas paling dasar yang menjadi tugas utama untuk lansia yang kurang pendapatan, kurangnya transportasi dan memburuknya keesehatan. Karena keterbatasan dan ketidakmandirian lansia mereka memiliki kebutuhan khusus yang berkaitan dengan fasilitas dan pelayanan umum. Jika kebutuhan tersebut terpenuhi maka kehidupan lansia akan semakin membaik. Jika tidak, mereka akan berhadapan dengan banyak hal mulai dari ketidaknyamanan sampai mutu kehidupan yang buruk.

2.4 Utilisasi Pelayanan Kesehatan

Informasi tentang utilisasi pelayanan kesehatan sangat dibutuhkan oleh pihak manajemen pelayanan kesehatan, baik di tingkat pusat maupun daerah. Pada bisnis asuransi kesehatan, informasi tingkat utilisasi pelayanan merupakan faktor kritis untuk dapat mengelola perusahaan secara baik. Dengan diketahuinya pola utilisasi pelayanan kesehatan, pola pemberian pelayanan kesehatan dan pembiayaan pelayanan kesehatan memungkinkan pihak asuradur untuk merancang paket jaminan kompetitif, dalam arti harga, tetapi sesuai dengan kebutuhan medis konsumen baik individu dan maupun kelompok (Ilyas, 2006).

Feldstein (1988) menyebutkan bahwa dengan memahami utilisasi pelayanan kesehatan maka akan memungkinkan semakin akuratnya upaya peningkatan pelayanan kesehatan di masa depan. Artinya, data dan informasi penggunaan pelayanan kesehatan merupakan dokumen substansial untuk merancang program pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dan mampu dibeli oleh masyarakat.

Peta pemanfaatan pelayanan kesehatan dapat digunakan untuk mengevaluasi sejauh mana efektifitas dan efisiensi dari penyelenggaraan program pelayanan kesehatan. Hasil dari evaluasi tersebut dapat digunakan sebagai masukan untuk perencanaan bisnis asuransi kesehatan seperti mengembangkan produk baru yang kompetitif di pasar asuransi kesehatan.

Pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah hasil dari proses pencarian pelayanan kesehatan oleh seseorang maupun kelompok. Pengetahuan tentang faktor yang mendorong individu membeli pelayanan kesehatan merupakan faktor kunci yang mempengaruhi pencarian pelayanan kesehatan. Mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi pencarian pelayanan kesehatan berarti juga mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi pemanfaatan/utilisasi.

Menurut Notoatmodjo (1993), perilaku pencarian pengobatan adalah perilaku individu maupun kelompok atau penduduk untuk melakukan atau mencari pengobatan. Perilaku pencarian pengobatan di masyarakat terutama di negara berkembang sangat bervariasi. Hal ini dapat dilihat sebagai: usaha-usaha mengobati sendiri penyakitnya atau mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas pelayanan kesehatan modern (puskesmas, perawat, dokter praktek, rumah sakit, dll) maupun fasilitas pengobatan tradisional (dukun, shins, dll). Model-model utilisasi pelayanan kesehatan bermacam macam, diantaranya:

1. Model Andersen (1975)

Andersen mendeskripsikan model sistem kesehatan merupakan suatu model kepercayaan kesehatan yang disebut sebagai model perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan (*behavioral model of health service utilization*). Andersen mengelompokkan faktor determinan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan ke dalam 3 kategori utama, yaitu: karakteristik predisposisi, karakteristik kemampuan, dan karakteristik kebutuhan.

- a. Karakteristik Predisposisi (*Predisposing Characteristics*)

Karakteristik ini digunakan untuk menggambarkan fakta bahwa setiap individu mempunyai kecenderungan menggunakan pelayanan kesehatan yang berbeda-beda. Hal ini disebabkan karena adanya ciri-ciri individu yang digolongkan ke dalam 3 kelompok, yaitu demografi (jenis kelamin, usia, dan status pernikahan), struktur sosial (tingkat pendidikan,

pekerjaan, hobi, ras, agama, dan sebagainya), kepercayaan kesehatan (keyakinan bahwa pelayanan kesehatan dapat menolong proses penyembuhan penyakit).

b. Karakteristik Kemampuan (*enabling characteristics*)

Karakteristik kemampuan adalah sebagai keadaan atau kondisi yang membuat seseorang mampu untuk melakukan tindakan untuk memenuhi kebutuhannya terhadap pelayanan kesehatan. Andersen (1975) membaginya ke dalam 2 golongan yaitu: sumber daya keluarga dan sumber daya masyarakat. Sumber daya keluarga adalah penghasilan keluarga, keikutsertaan dalam asuransi kesehatan, kemampuan membeli jasa pelayanan kesehatan dan pengetahuan tentang informasi pelayanan kesehatan yang dibutuhkan sedangkan sumber daya masyarakat adalah jumlah sarana pelayanan kesehatan yang ada, jumlah tenaga kesehatan yang tersedia dalam wilayah tersebut, rasio penduduk terhadap tenaga kesehatan, dan lokasi pemukiman penduduk. Menurut Andersen semakin banyak sarana dan jumlah tenaga kesehatan maka tingkat pemanfaatan pelayanan kesehatan suatu masyarakat akan semakin bertambah.

c. Karakteristik Kebutuhan (*Need Characteristics*)

Karakteristik kebutuhan merupakan komponen yang paling langsung berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Andersen (1975) menggunakan istilah kesakitan untuk mewakili kebutuhan pelayanan kesehatan. Penilaian terhadap suatu penyakit merupakan bagian dari faktor kebutuhan. Penilaian ini dapat diperoleh dari dua sumber yaitu: (i). Penilaian individu. Penilaian keadaan kesehatan yang dirasakan oleh individu, besarnya ketakutan terhadap penyakit dan hebatnya rasa sakit yang diderita. (ii). Penilaian klinik. Penilaian beratnya penyakit dari dokter yang merawatnya. Hal ini tercermin dari hasil pemeriksaan dan penentuan diagnosis penyakit oleh dokter.

2. Model Zschock (1979)

Zschock menyatakan bahwa ada beberapa faktor yang mempengaruhi seseorang menggunakan pelayanan kesehatan yaitu:

a. Status Kesehatan, Pendapatan dan Pendidikan

Faktor status kesehatan mempunyai hubungan yang erat dengan penggunaan pelayanan kesehatan meskipun tidak selalu demikian fenomenanya. Artinya, makin tinggi status kesehatan seseorang, maka ada kecenderungan orang tersebut banyak menggunakan pelayanan kesehatan. Tingkat pendapatan seseorang sangat mempengaruhi dalam menggunakan pelayanan kesehatan. Seseorang yang tidak memiliki pendapatan dan biaya yang cukup akan sangat sulit mendapatkan pelayanan kesehatan meskipun dia sangat membutuhkan pelayanan tersebut. Akibatnya adalah tidak terdapatnya kesesuaian antara kebutuhan dan permintaan (*demand*) terhadap pelayanan. Disamping itu, tingkat pendidikan seseorang juga akan mempengaruhi tingkat utilisasi pelayanan kesehatan. Biasanya orang dengan tingkat pendidikan formal lebih tinggi akan mempunyai tingkat pengetahuan akan informasi tentang pelayanan kesehatan yang lebih baik dan pada akhirnya akan mempengaruhi status kesehatan seseorang.

b. Faktor Konsumen dan PPK

Provider sebagai pemberi jasa pelayanan mempunyai peranan yang lebih besar dalam menentukan tingkat dan jenis pelayanan yang akan dikonsumsi bila dibandingkan dengan konsumen sebagai pembeli jasa pelayanan. Hal ini sangat memungkinkan *provider* melakukan pemeriksaan dan tindakan yang sebenarnya tidak diperlukan bagi pasien.

c. Kemampuan dan Penerimaan Pelayanan Kesehatan

Kemampuan membayar pelayanan kesehatan berhubungan erat dengan tingkat penerimaan dan penggunaan pelayanan kesehatan. Pihak ketiga (perusahaan asuransi) pada umumnya cenderung membayar pembiayaan kesehatan tergantung lebih besar dibanding dengan perorangan. Sebab itu, pada negara dimana asuransi kesehatan sosial lebih dominan atas komersial atau sistem asuransi kesehatan nasional, peranan asuradur sangat penting dalam menentukan penggunaan pelayanan kesehatan.

d. Risiko sakit dan lingkungan

Faktor risiko dan lingkungan juga mempengaruhi tingkat utilisasi pelayanan kesehatan. Risiko sakit tidak sama pada setiap individu dan datangnya penyakit tidak terduga pada masing-masing individu. Disamping itu, faktor lingkungan sangat mempengaruhi status kesehatan individu maupun masyarakat. Lingkungan hidup yang memenuhi persyaratan kesehatan memberikan risiko sakit yang lebih rendah kepada individu dan masyarakat.

3. Model Andersen & Anderson (1979)

Andersen & Anderson, menggolongkan model yang dilakukan dalam penelitian utilisasi pelayanan kesehatan ke dalam tujuh kategori berdasarkan tipe dari variabel yang digunakan sebagai faktor yang menentukan dalam utilisasi pelayanan kesehatan yaitu:

a. Model Demografi (*Demographic Model*)

Pada model ini, variabel-variabel yang digunakan adalah usia, jenis kelamin, status pernikahan, dan besarnya keluarga. Variabel ini digunakan sebagai ukuran atau indikator yang mempengaruhi utilisasi pelayanan kesehatan.

b. Model Struktur Sosial (*Social Structural Model*)

Pada model ini, variabel yang digunakan adalah pendidikan, pekerjaan dan etnis. Variabel ini mencerminkan status sosial dari individu atau keluarga dalam masyarakat, yang juga dapat menggambarkan tentang gaya hidup mereka. Struktur sosial dan gaya hidup masyarakat ini akan menggambarkan tingkat pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh masyarakat itu sendiri.

c. Model Sosial Psikologis (*Social Psychological Model*)

Pada model ini, variabel yang digunakan adalah pengetahuan, sikap dan keyakinan individu dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. Variabel psikologi ini mempengaruhi individu untuk mengambil keputusan dan bertindak dalam menggunakan pelayanan kesehatan yang tersedia.

d. Model Sumber Keluarga (*Family Resource Model*)

Pada model ini variabel yang digunakan adalah pendapatan keluarga dan cakupan asuransi kesehatan. Variabel ini dapat mengukur kesanggupan dari individu atau keluarga untuk memperoleh pelayanan kesehatan. Makin komprehensif paket asuransi kesehatan yang sanggup individu beli, makin terjamin pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dapat dikonsumsi oleh individu.

e. Model Sumber Daya Masyarakat (*Community Reserch Model*)

Pada model ini variabel yang digunakan adalah penyediaan pelayanan kesehatan dan sumber-sumber dalam masyarakat. Pada dasarnya model sumber daya masyarakat dan sumber-sumber daya masyarakat ini adalah *supply* ekonomi yang berfokus pada ketersediaan sumber kesehatan pada masyarakat. Artinya, makin banyak *provider* yang tersedia, makin tinggi aksesibilitas masyarakat untuk menggunakan pelayanan kesehatan.

f. Model Organisasi (*Organization Model*)

Model ini menggunakan variabel pencerminan perbedaan bentuk-bentuk sistem pelayanan kesehatan. Biasanya variabel yang digunakan: gaya praktek pengobatan (sendiri, rekanan, atau kelompok), sifat alamiah dari pelayanan tersebut (membayar langsung atau tidak), lokasi dari pelayanan kesehatan (pribadi, RS, atau klinik), petugas kesehatan yang pertama kali kontak oleh pasien (dokter, perawat, atau yang lainnya).

g. Model Sistem Kesehatan

Model ini mengintegrasikan keenam model di atas ke dalam model yang lebih sempurna, sehingga apabila dilakukan analisa terhadap penyediaan dan utilisasi pelayanan kesehatan harus dipertimbangkan semua faktor yang berpengaruh di dalamnya.

2.5 Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Utilisasi Pelayanan Kesehatan

1. Usia

Usia berpengaruh pada risiko kesehatan seseorang dan juga mempengaruhi utilisasi pelayanan kesehatannya. Orang yang semakin berusia semakin berisiko terganggu kesehatannya (Kendig *et al*, 2010; Musich, 2016; Honge,

2016; Narouzi, 2014). Penelitian yang dilakukan oleh Musich *et al.*(2016) menyebutkan bahwa individu yang berusia 65-69 tahun lebih sering memanfaatkan pelayanan kesehatan. Penelitian lain yang dilakukan oleh Honge, *et al* (2016) menyebutkan bahwa individu yang berusia 65 tahun keatas memiliki hubungan yang signifikan terhadap kunjungan ke pelayanan kesehatan.

2. Jenis Kelamin

Jenis kelamin juga menunjukkan asosiasi dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan (Parslow *et al*, 2002; Andersen *et al*, 2002; Dhingra *et al*, 2010; Broyles *et al*, 2010). Penelitian yang di lakukan oleh Kendig, *et al* (2010) menyebutkan bahwa wanita berkorelasi negatif terhadap utilisasi pelayanan kesehatan, ini mencerminkan fakta bahwa wanita lebih mampu mengelola masalah kesehatanya dengan cara yang lebih baik. Penelitian dari Vals, *et al* (2013) yang dilakukan di Estonia menyebutkan bahwa wanita cenderung memanfaatkan pelayanan kesehatan primer dan rawat jalan lebih sering daripada pria.

3. Pendidikan

Dalam enam studi, pendidikan dikaitkan secara signifikan dengan utilisasi pelayanan kesehatan (Parslow *et al* (2002); Andersen *et al* (2001); Blackwell *et al* (2009); Chen *et al* (2008). Penelitian yang dilakukan Hammond, *et al* (2010) menyebutkan bahwa pria Afrika dan Amerika pada kelompok pendidikan terendah memiliki peluang paling rendah dalam penjadwalan pemeriksaan kesehatan rutin. Penelitian lain yang dilakukan Blackwell, *et al* (2009) menyebutkan bahwa pendidikan merupakan sumber yang memungkinkan, orang dewasa Kanada dan AS dengan penghasilan dan pendidikan yang rendah memiliki kunjungan ke Dokter yang lebih rendah.

4. Letak Wilayah

Wilayah tempat tinggal juga terkait dengan utilisasi pelayanan kesehatan. Tinggal di daerah perkotaan secara signifikan meningkatkan kemungkinan warga untuk menghubungi dokter (Thode *et al*, 2005).

5. Pendapatan

Tingkat pendapatan juga mempengaruhi penggunaan pelayanan kesehatan. Orang dewasa AS berpenghasilan rendah memiliki kemungkinan kontak dokter yang lebih rendah (Blackwell *et al*, 2009). Penelitian di AS lainnya menemukan bahwa orang-orang dengan pendapatan tahunan rumah tangga kurang dari \$ 50.000 cenderung menerima perawatan psikiatri daripada mereka yang berpenghasilan lebih dari \$ 75.000 atau lebih tinggi (Dhingra *et al*, 2010). Penelitian yang dilakukan oleh Parslow, *et al* (2002) di Australia dengan sampel orang dewasa muda menemukan bahwa mereka yang melaporkan masalah keuangan pada tahun sebelumnya lebih sering mengunjungi dokter umum.

6. Riwayat Penyakit Kronis

Adanya gangguan kesehatan fisik dan mental yang lebih buruk adalah prediktor yang signifikan untuk meningkatkan utilisasi. Dalam sebuah penelitian di AS tentang kelompok populasi yang rentan secara medis (orang tua, miskin dan tidak diasuransikan), mereka yang memiliki riwayat diabetes, hipertensi, atau kolesterol darah tinggi kunjungan dokter secara signifikan lebih banyak (Broyles *et al*, 1999). Pada orang dewasa Kanada dan AS yang memiliki riwayat penyakit kronis, dan episode depresi semakin meningkat kontak dengan dokter dan rawat inap (Broyles *et al*, 2002). Utilisasi pelayanan kesehatan cenderung meningkat pada orang yang memiliki riwayat penyakit kronis (Musich *et al*, 2016; Honge *et al*, 2016).

7. Kepemilikan Asuransi Kesehatan

Kepemilikan asuransi kesehatan adalah salah satu faktor penentu seseorang dalam mengakses pelayanan kesehatan. Beberapa penelitian

menemukan bahwa seseorang yang memiliki asuransi kesehatan meningkat secara signifikan dalam penggunaan layanan kesehatan (Andersen et al, 2002; Brown et al, 2004; Stockdale et al, 2007; Blackwell et al, 2009; Dhingra et al, 2010; Honge et al, 2016). Di AS, wanita yang tidak memiliki asuransi kesehatan secara signifikan lebih mungkin untuk menunda perawatan daripada rekan mereka yang memiliki asuransi kesehatan (Insaf *et al*, 2010).

8. Status Kesehatan

Status kesehatan yang sedang dirasakan seseorang mempengaruhi dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan didukung dari beberapa penelitian yang menyebutkan bahwa mereka yang memiliki perasaan kesehatan kurang baik secara signifikan lebih mungkin untuk menerima perawatan dibandingkan dengan mereka yang perasaan kesehatannya sangat baik (Dhingra *et al*, 2010, Norouzi, 2014; Honge *at al*, 2016).

9. *Body Mass Index*

Body Mass Index seseorang berpengaruh terhadap utilisasi pelayanan kesehatannya. Seseorang yang memiliki berat badan berlebih atau obesitas berpengaruh secara signifikan terhadap utilisasi pelayanan kesehatan dibandingkan mereka yang berat badannya normal (Vals *et al*, 2013; Musich et al 2016; Hyun *et a*, 2009).

10. Kebiasaan Merokok

Merokok adalah salah satu faktor risiko dalam kejadian penyakit tidak menular seperti penyakit kardiovaskular, diabetes tipe-2 kanker, dan penyakit paru-paru (Baliunas *et al*, 2007). Kebiasaan merokok juga berhubungan secara signifikan terhadap utilisasi pelayanan kesehatan. seseorang yang merokok dan yang telah berhenti merokok namun pernah merokok memiliki kunjungan yang lebih sering ke perawatan kesehatan (Vals *et al*, 2013; Honge *et al*, 2016; Nourozi, 2014).

11. Aktivitas Fisik

Seseorang yang memiliki kebiasaan berolahraga memiliki perasaan kesehatan yang lebih baik dibandingkan mereka yang tidak memiliki kebiasaan melakukan aktivitas fisik (Norouzi, 2014). Penelitian yang dilakukan oleh Kendig, *et al* (2010) menunjukkan bahwa orang tua yang memiliki kebiasaan melakukan aktifitas cenderung lebih sedikit untuk mengakses ke perawatan kesehatan dibandingkan mereka yang tidak memiliki kebiasaan melakukan aktifitas fisik.

2.6 Penelitian Terdahulu

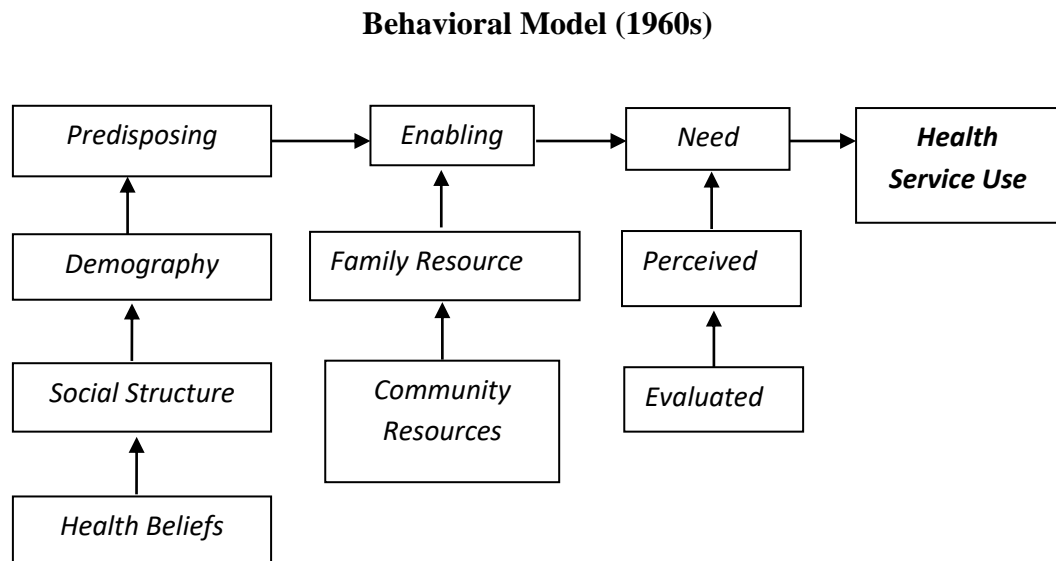
Tabel 2.1
Penelitian-penelitian terdahulu

No	Judul Penelitian	Peneliti, Sumber dan Tahun	Metode Penelitian	Variabel		Hasil Penelitian
				Independen	Dependen	
1	<i>Alcohol Consumption, Smoking and Overweight As A Burden For Health Care Services Utilization: A Cross-Sectional Study In Estonia</i>	Vals <i>et al.</i> <i>BMC Public Health</i> 2013	<i>Cross-sectional</i>	Merokok, konsumsi alkohol, BMI, pendapatan, pendidikan, etnis	kunjungan ke dokter umum, kunjungan ke perawatan kesehatan primer, kunjungan ke dokter spesialis, proporsi dirawat di Rumah Sakit selama 12 bulan terakhir	laki-laki yang sering mengkonsumsi alkohol mengunjungi perawatan kesehatan lebih sering dengan (OR= 1,57), orang yang pernah merokok juga menunjukkan kunjungan yang lebih sering ke pelayanan kesehatan dengan (OR=1,26), orang byang memiliki berat badan berlebih (obesitas) juga menunjukkan akses yang lebih sering ke perawatan kesehatan (OR=1,45)
2	<i>The Impact of Obesity on Health Care Utilization and Expenditures in a Medicare Supplement Population</i>	Musich <i>et al</i> (2016)	<i>Cohort</i>	Usia, jenis kelamin, ras, wilayah tempat tinggal, tingkat pendidikan, status pendapatan, riwayat penyakit kronis, status kesehatan, BMI, kesehatan fisik, status merokok	Utilisasi pelayanan kesehatan	Obesitas banyak diderita oleh responden yang berjenis kelamin laki-laki, berumur 65-69, memiliki riwayat penyakit kronis, dan merokok. Responden dengan obesitas lebih cenderung menerima pelayanan rawat inap dengan OR = 1,15, p < .0001 dibandingkan mereka yang memiliki berat

						badan normal. Terutama responden dengan obesitas dan riwayat penyakit kronis.
3	<i>Factors Predicting Health Services Use Among Older People in China: an Analysis Of The China Health and Retirement Longitudinal Study 2013</i>	Honge et al BMC 2016	<i>Cross-sectional</i>	Umur, jenis kelamin, ras, pendidikan, kependudukan, etnis, hubungan sosial, norma sosial, kepercayaan kesehatan, status pernikahan, pekerjaan, jenis kepemilikan asuransi kesehatan, jumlah riwayat penyakit kronis, keterbatasan fisik, status merokok, konsumsi alkohol	1. Pemeriksaan fisik 2. Berkunjung ke dokter 3. menggunakan rawat inap	Responden yang berusia 65 tahun keatas, pengeluaran rumah tangga yang tinggi, kepemilikan asuransi kesehatan, adanya kondisi kronis, keterbatasan fisik, miskin, status kesehatan yang buruk memiliki hubungan yang signifikan terhadap kunjungan ke pemeriksaan fisik, rawat inap dan kunjungan ke dokter.
4	<i>Factors Associated with Health Services Utilisation Between the Years 2010 and 2012 in Korea : A Panel Study Using Andersen's Behavioral Model</i>	Lee and Kim, 2015	<i>Prospective cohort</i>	Jenis kelamin, umur, marital status, tingkat pendidikan, pendapatan, status ekonomi, kepemilikan asuransi kesehatan, riwayat penyakit kronis, disabilitas	1. Rawat jalan 2. Rawat Inap	Jenis kelamin, umur, status pernikahan dan riwayat penyakit kronis adanya hubungan yang signifikan terhadap kunjungan rawat jalan. Jenis kelamin, umur, status pernikahan, tingkat pendidikan, status ekonomi, riwayat penyakit kronis, disabilitas memiliki hubungan yang signifikan pada kunjungan rawat inap.
5	<i>Estimating Smoking</i>	Norouzi, 2014	<i>Cross-sectional</i>	Kebiasaan merokok,	Utilisasi pelayanan	Usia 50-64, kelebihan berat

	<i>Attributable Health Care Costs using the Canadian Community Health</i>			umur, jenis kelamin, status pernikahan, ras, BMI, status kesehatan, tingkat pendidikan, konsumsi alkohol, pendapatan,	kesehatan	badan, perokok, pendidikan rendah, status kesehatan yang buruk berpengaruh secara signifikan terhadap utilisasi pelayanan kesehatan.
6	<i>Re-revisiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: a systematic review of studies from 1998–2011</i>	Babitsch et al, 2012	<i>systematic review of studies</i>	Umur, status pernikahan, jenis kelamin, pendidikan, etnis, status pekerjaan, status imigrasi, letak wilayah, pendapatan, asuransi kesehatan, status kesehatan, riwayat penyakit kronis, kebiasaan aktifitas fisik	Utilisasi pelayanan kesehatan	Usia, jenis kelamin, pendidikan, status pernikahan, asuransi kesehatan, kesehatan fisik dan mental, riwayat penyakit kronis, kurangnya aktifitas fisik memiliki hubungan yang signifikan dengan utilisasi pelayanan kesehatan

2.7 Kerangka Teori



Gambar 2.1
Perilaku Pencarian Pelayanan Kesehatan
Sumber: Andersen, RM (1995)