

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 COVID-19

2.1.1 Gambaran COVID-19

Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) adalah penyakit menular yang disebabkan oleh *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS CoV-2). SARS-CoV-2 merupakan *Coronavirus* jenis baru yang belum pernah diidentifikasi sebelumnya pada manusia. Ada setidaknya dua jenis *Coronavirus* yang diketahui menyebabkan penyakit yang dapat menimbulkan gejala berat seperti *Middle East Respiratory Syndrome* (MERS) dan *Severe Acute Respiratory Syndrome* (SARS) (Kemenkes, 2020). Menurut (Li et al, 2020) COVID-19 merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh *Coronavirus* jenis baru. Penyakit ini diawali dengan munculnya kasus pneumonia yang tidak diketahui etiologinya di Wuhan, China pada akhir Desember 2019. Berdasarkan hasil penyelidikan epidemiologi, kasus tersebut diduga berhubungan dengan pasar *seafood* di Wuhan. Pada tanggal 7 Januari 2020, Pemerintah China kemudian mengumumkan bahwa penyebab kasus tersebut adalah *Coronavirus* jenis baru yang kemudian diberi nama SARS-CoV-2 (Kemenkes, 2020). Menurut CDC China, 2020 dalam (Kemenkes, 2020) virus COVID-19 berasal dari famili yang sama dengan virus penyebab SARS dan MERS. Meskipun berasal dari famili yang sama, namun SARS-CoV-2 lebih menular dibandingkan dengan SARS-CoV dan MERS-CoV. Sehingga pada tanggal 30 Januari 2020 WHO menetapkan COVID-19 sebagai

KKMMD/PHEIC akibat dari proses penularannya yang sangat cepat dan Indonesia melaporkan kasus pertama COVID-19 pada tanggal 2 Maret 2020 yang jumlahnya terus bertambah hingga saat ini.

2.1.2 Penularan COVID-19

Coronavirus merupakan zoonosis (ditularkan antara hewan dan manusia). Penelitian menyebutkan bahwa SARS ditransmisikan dari kucing luwak (*civet cats*) ke manusia dan MERS dari unta ke manusia. Adapun, hewan yang menjadi sumber penularan COVID-19 ini masih belum diketahui. Masa inkubasi COVID-19 rata-rata 5-6 hari, dengan *range* antara 1 dan 14 hari namun dapat mencapai 14 hari. Risiko penularan tertinggi diperoleh di hari-hari pertama penyakit disebabkan oleh konsentrasi virus pada sekret yang tinggi. Orang yang terinfeksi dapat langsung dapat menularkan sampai dengan 48 jam sebelum onset gejala (presimptomatik) dan sampai dengan 14 hari setelah onset gejala (Kemenkes, 2020).

Berdasarkan studi epidemiologi dan virologi membuktikan bahwa COVID-19 utamanya ditularkan dari orang yang bergejala (simptomatik) ke orang lain yang berada jarak dekat melalui *droplet*. *Droplet* merupakan partikel berisi air dengan diameter $>5-10 \mu\text{m}$. Penularan *droplet* terjadi ketika seseorang berada pada jarak dekat (dalam 1 meter) dengan seseorang yang memiliki gejala pernapasan (misalnya, batuk atau bersin) sehingga *droplet* berisiko mengenai mukosa (mulut dan hidung) atau konjungtiva (mata). Penularan juga dapat terjadi melalui benda dan permukaan yang terkontaminasi *droplet* di sekitar orang yang terinfeksi. Oleh karena itu,

penularan virus COVID-19 dapat terjadi melalui kontak langsung dengan orang yang terinfeksi dan kontak tidak langsung dengan permukaan (Kemenkes, 2020).

2.2 Rumah Sakit

2.2.1 Definisi Rumah Sakit

1. Berdasarkan Undang-Undang No.44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, Rumah Sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.
2. Menurut WHO Rumah Sakit adalah bagian integral dari suatu organisasi sosial dan kesehatan dengan fungsi menyediakan pelayanan paripurna (komprehensif), penyembuhan penyakit (kuratif), dan pencegahan penyakit (preventif) kepada masyarakat.
3. Menurut *American Hospital Association* (1987) dalam (Azwar, 1996), Rumah Sakit merupakan suatu organisasi yang melalui tenaga medis profesional yang terorganisir serta sarana kedokteran yang permanen menyelenggarakan pelayanan kedokteran, asuhan keperawatan yang berkesinambungan, diagnosis serta pengobatan penyakit yang diderita oleh pasien.

2.2.2 Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Menurut Undang-Undang No.44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, Rumah Sakit memiliki tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan

secara paripurna. Dalam menjalani tugasnya, Rumah Sakit memiliki fungsi sebagai berikut

1. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan
2. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis
3. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan
4. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penampisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan (UU RI Nomor 44, 2009).

2.2.3 Organisasi Rumah Sakit

Menurut (Azwar, 1996) pengorganisasian Rumah Sakit secara umum dapat disederhanakan menjadi tiga kelompok yaitu :

1. Para penentu kebijakan

Penentu kebijakan atau Dewan Perwalian (*Board of Trustees*) mencakup wakil – wakil masyarakat. Namun, untuk Rumah Sakit yang dikelola oleh badan swasta, anggota Dewan Perwalian umumnya merupakan pemilik Rumah Sakit, yang tugas utama Dewan Perwalian yaitu menentukan kebijakan Rumah Sakit.

2. Para pelaksana pelayanan non medis

Pelaksana pelayanan non medis merupakan kalangan administrasi yang ditunjuk oleh Dewan Perwalian untuk mengelola kegiatan Rumah Sakit yang tugas utamanya yaitu mengelola kegiatan aspek non medis Rumah Sakit sesuai dengan kebijakan yang telah ditetapkan oleh Dewan Perwalian.

3. Para pelaksana pelayanan medis

Pelaksana pelayanan medis merupakan kalangan kesehatan (*medical staff*) yang bekerja di Rumah Sakit untuk menyelenggarakan pelayanan medis Rumah Sakit yang tugas utamanya yakni menyelenggarakan pelayanan medis Rumah Sakit.

2.3 Pelayanan Rawat Jalan

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 1165/MENKES/SK/X/2007 pelayanan rawat jalan adalah pelayanan pasien untuk observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medik dan pelayanan kesehatan lainnya tanpa menginap di rumah sakit. Sedangkan menurut (Azwar, 1996) pelayanan rawat jalan (*ambulatory services*) adalah salah satu bentuk dari pelayanan kedokteran. Menurut Feste (1989) dikutip dari (Azwar, 1996) pelayanan rawat jalan merupakan pelayanan kedokteran yang disediakan untuk pasien tidak dalam bentuk rawat inap (*hospitalization*). Roemer (1981) dalam (Azwar, 1996) mencatat bahwa peningkatan angka utilisasi pelayanan rawat jalan di Rumah Sakit terjadi dua sampai tiga kali lebih tinggi dari peningkatan angka utilisasi rawat inap. Bentuk pelayanan

rawat jalan menurut Feste (1989) dikutip dari (Azwar, 1996) dapat dibedakan menjadi dua macam yaitu :

1. Pelayanan rawat jalan oleh klinik Rumah Sakit

Pelayanan rawat jalan oleh klinik Rumah Sakit adalah pelayanan klinik yang dalam penyelenggaraannya berkaitan dengan Rumah Sakit (*hospital based ambulatory care*).

2. Pelayanan rawat jalan oleh klinik mandiri

Pelayanan rawat jalan oleh klinik mandiri merupakan pelayanan yang tidak ada hubungan organisatoris dengan Rumah Sakit (*free standing ambulatory centers*). Bentuk klinik mandiri dibedakan atas dua macam yaitu :

- a. Klinik mandiri sederhana (*simple free standing ambulatory centers*)
- b. Klinik mandiri institusi (*institutional free standing ambulatory centers*)

2.4 Konsep Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

2.4.1 Definisi Pelayanan Kesehatan

Levey dan Loomba (1973) dalam (Azwar, 1996) pelayanan kesehatan merupakan upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama – sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat. Pelayanan kesehatan menurut Azwar (1996) harus memiliki syarat – syarat pokok diantaranya yaitu

1. Tersedia dan berkesinambungan

Pelayanan kesehatan yang baik harus tersedia di masyarakat (*available*) serta bersifat berkesinambungan (*continuous*) yang artinya semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat ada setiap saat dibutuhkan.

2. Dapat diterima dan wajar

Syarat pokok yang kedua yaitu dapat diterima (*acceptable*) oleh masyarakat dan bersifat wajar (*appropriate*) yang artinya pelayanan kesehatan yang baik tidak bertentangan dengan keyakinan dan kepercayaan masyarakat.

3. Mudah dicapai

Pelayanan kesehatan yang baik mudah dicapai (*accessible*) oleh masyarakat yang artinya ketercapaian dari sudut lokasi, dengan demikian untuk dapat mewujudkan pelayanan kesehatan yang baik, maka perlu pengaturan distribusi sarana kesehatan.

4. Mudah dijangkau

Syarat pokok keempat, pelayanan kesehatan yang baik yaitu dapat dijangkau (*affordable*). Keterjangkauan yang dimaksud merupakan keterjangkauan terutama dari sudut biaya, untuk dapat mewujudkan keadaan seperti ini dapat diupayakan biaya kesehatan sesuai dengan ekonomi masyarakat.

5. Bermutu

Syarat yang kelima, pelayanan kesehatan yang baik adalah yang bermutu (*quality*). Definisi mutu artinya mengarah pada tingkat kesempurnaan

dalam pelayanan kesehatan yang diselenggarakan, yang dapat memuaskan para pemakai jasa pelayanan dan dalam penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik serta standar yang telah ditetapkan.

2.4.2 Definisi Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Menurut Dever (1984) pemanfaatan pelayanan kesehatan merupakan interaksi yang terjadi secara kompleks antara pengguna jasa pelayanan kesehatan yaitu pasien (konsumen) dengan penyelenggara jasa pelayanan kesehatan (*provider*). Notoatmodjo (2010) mengemukakan bahwa budaya masyarakat, persepsi dan perilaku masyarakat terhadap sehat-sakit erat hubungannya dengan perilaku pencarian pengobatan. Hal tersebut mempengaruhi dipakai atau tidaknya oleh masyarakat fasilitas pelayanan kesehatan yang disediakan, baik pengobatan *modern* (profesional) yang diselenggarakan oleh pemerintah atau lembaga – lembaga kesehatan swasta, yang dikategorikan ke dalam Balai Pengobatan, Puskesmas, dan Rumah Sakit, termasuk pencarian pengobatan ke fasilitas pengobatan modern yang diselenggarakan oleh dokter praktek (*private medicine*). Dengan adanya konsep sehat-sakit menurut Notoatmodjo (2010), masyarakat belum tentu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang diberikan. Sedangkan menurut Kotler dan Keller (2007) dalam Alamsyah (2017) pemanfaatan pelayanan merupakan tahap evaluasi kepada konsumen dalam membentuk preferensi atau kecenderungan individu dalam memilih serta memanfaatkan layanan atas berbagai pertimbangan yang ada, dengan berdasarkan pada keputusan individu dalam melakukan pemanfaatan kembali pelayanan dan

merekomendasikan kepada keluarga atau kerabat dekat untuk melakukan pemanfaatan pelayanan. Dalam penelitian ini peneliti merujuk pada teori Kotler dan Keller (2007) dalam Alamsyah (2017) bahwa pemanfaatan pelayanan dapat dilihat dari keputusan responden dalam melakukan pemanfaatan kembali pelayanan dan merekomendasikan kepada keluarga atau kerabat dekat untuk melakukan pemanfaatan pelayanan.

2.5 Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Terdapat berbagai macam teori yang digunakan sebagai determinan penggunaan atau pemanfaatan pelayanan kesehatan yang disampaikan oleh para ahli yaitu antara lain :

1. Anderson (1974)

Anderson (1974) dalam Notoatmodjo (2010) terdapat model sistem kesehatan (*health system model*) yang merupakan model kepercayaan, dalam model ini terdapat tiga kategori utama dalam pelayanan kesehatan, yakni :

1) Karakteristik predisposisi (*Predisposing characteristics*)

Karakteristik ini dapat diartikan bahwa tiap individu memiliki kecenderungan dalam menggunakan pelayanan kesehatan yang berbeda – beda. Hal tersebut terjadi sebab adanya ciri – ciri individu yang digolongkan menjadi tiga kelompok yaitu :

a) Ciri demografi, seperti jenis kelamin dan umur

b) Struktur sosial, seperti pendidikan, pekerjaan, suku atau ras.

c) Manfaat kesehatan, seperti halnya keyakinan atas pelayanan kesehatan dapat menolong penyembuhan penyakit

2) Karakteristik pendukung (*Enabling characteristics*)

Karakteristik pendukung (*Enabling characteristics*) dimaksudkan meski memiliki predisposisi dalam menggunakan atau memanfaatkan pelayanan kesehatan, belum tentu akan bertindak untuk menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan tersebut. Hal tersebut tergantung pada kemampuan individu untuk membayar, misalnya pendapatan individu.

3) Karakteristik kebutuhan (*Need characteristics*)

Karakteristik kebutuhan ini merupakan dasar dan memiliki keterkaitan yang sangat erat untuk menggunakan pelayanan kesehatan. Dalam karakteristik kebutuhan terdapat dua kategori yaitu

a) Penilaian individu (*perceived need*), merupakan penilaian individu terhadap keadaan kesehatan, seperti halnya ketakutan akan penyakit dan rasa sakit yang diderita begitu luar biasa.

b) Penilaian klinik (*evaluated need*), merupakan penilaian oleh dokter terhadap penyakit yang diderita, seperti halnya dari hasil pemeriksaan dokter dan penentuan diagnosis.

2. Dever (1984)

Menurut teori yang dikemukakan oleh Alan G.E Dever, terdapat beberapa faktor yang dapat mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan antara lain:

1) Faktor Konsumen

Faktor yang berhubungan dengan konsumen mencakup tiga kategori yaitu:

- a) Sosiodemografi, misalnya umur dan jenis kelamin
- b) Sosioekonomi, misalnya tingkat pendidikan, pekerjaan
- c) Sosiopsikologi, misalnya persepsi terhadap penyakit dan kepercayaan

2) Faktor *Provider*

Faktor *provider* (penyelenggara pelayanan kesehatan) berkaitan dengan karakteristik *provider* yang meliputi :

- a) Pelayanan dokter pada pelayanan kesehatan
- b) Pelayanan petugas
- c) Ketersediaan fasilitas pada pelayanan kesehatan
- d) Kemudahan memperoleh informasi mengenai pelayanan kesehatan yang didapatkan penggunaan pelayanan kesehatan.

3. Faktor sosiobudaya

Dalam faktor sosiobudaya, berkaitan dengan teknologi dan norma serta budaya dan nilai – nilai sosial yang berkembang di masyarakat akan mempengaruhi individu dalam melakukan pemanfaatan pelayanan kesehatan

4. Faktor organisasi

Faktor organisasi dalam hal ini meliputi :

- a) Ketersediaan sumber daya manusia, ketersediaan sumber daya manusia yaitu mengenai semua hal sumber daya manusia yang

menunjang dalam pelayanan kesehatan, seperti halnya ketersediaan SDM yang profesional dalam pelayanan kesehatan

b) Akses geografis, akses geografis merupakan kemudahan dalam mengakses suatu pelayanan kesehatan yang mencakup letak atau lokasi dari tempat pelayanan kesehatan, seperti halnya jarak tempuh, waktu tempuh maupun biaya tempuh ke pelayanan kesehatan.

c) Akses sosial, sesuai dengan dimensi mutu pelayanan kesehatan yang diantaranya dapat diterima dan mudah dijangkau terutama dari segi biaya dan penanggung biaya untuk melakukan pemanfaatan pelayanan kesehatan.

d) Struktur organisasi pelayanan

Dalam struktur organisasi pelayanan yang dimaksudkan yaitu bagaimana suatu penyedia pelayanan kesehatan dalam membagi suatu pekerjaan, dan membagi sesuai dengan kompetensi serta mengkoordinasikan dengan professional untuk menunjang pelayanan kesehatan yang berkualitas.

Dalam penelitian ini, peneliti merujuk pada teori dari Dever (1984) bahwa terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan yaitu faktor konsumen, faktor *provider*, faktor sosiobudaya dan faktor organisasi.