BAB II

STUDI PUSTAKA

A. Tinjauan Pustaka

1. Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan merupakan bagian integral dari pelayanan publik yang bertujuan untuk memelihara, meningkatkan, dan memulihkan derajat kesehatan individu maupun masyarakat. Dalam perspektif administrasi publik, pelayanan kesehatan dipahami sebagai kewajiban negara untuk menjamin hak dasar warga negara atas kesehatan melalui penyediaan layanan yang terjangkau, bermutu, dan berkeadilan (WHO, 2021).

Tujuan pelayanan kesehatan adalah untuk menigkatkan derajat kesehatan dan kemampuan masyarakat secara menyeluruh dalam memlihara kesehatanya untuk mencapai kesehatan yang optimal mandiri, keluarga dan Masyarakat

Pelayanan kesehatan menurut Azwar (1999) mengatakan bahwa pelayanan kesehatan memiliki beberapa tingkatan atau macam yaitu :

a. *Primery health care* yaitu pelayan tingkat pertama yang ditunjukan untuk pelayanan kesehatan masyarakat yang ringan atau meningkatkan kesehatan bentuk pelayananya antara lain: pukesmas, pusling, pustu, bakesmas.
b. *Secondary healt care* yaitu pelayanan tingkat dua yang ditunjukan kepada masyarakat yang memerlukan rawat inap dan memerlukan tersedianya tenaga dokter umum maupun dokter spesialis.

c. *Tertiary health care* yaitu pelayanan kesehatan tingkat tiga yang ditunjukan kepada sekelompok masyarakat yang sudah tidak dapat ditangani oleh kesehatan skunder dan membutuhkan tenaga super spesialis.

Secara konseptual, pelayanan kesehatan mencakup upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang dilaksanakan secara terpadu. Pendekatan ini menegaskan bahwa pelayanan kesehatan tidak hanya berfokus pada pengobatan penyakit, tetapi juga pada pencegahan dan peningkatan kualitas hidup masyarakat, terutama kelompok rentan (Kemenkes RI, 2022).

Dalam lima tahun terakhir, paradigma pelayanan kesehatan mengalami pergeseran menuju *patient-centered care*, yaitu pelayanan yang berorientasi pada kebutuhan, pengalaman, dan partisipasi pasien. Pendekatan ini menempatkan pengguna layanan sebagai subjek aktif dalam proses pelayanan kesehatan, bukan sekadar penerima layanan pasif (Santana et al., 2021).

Pelayanan kesehatan publik juga sangat dipengaruhi oleh sistem organisasi dan manajemen pelayanan. Ketersediaan tenaga kesehatan, standar operasional prosedur, serta sistem rujukan menjadi faktor penting dalam menjamin kesinambungan pelayanan. Penelitian menunjukkan bahwa lemahnya manajemen pelayanan kesehatan berdampak langsung pada rendahnya kualitas layanan yang dirasakan pasien (Ariyani & Widodo, 2020).

Dalam konteks pelayanan sosial, pelayanan kesehatan memiliki karakteristik khusus karena klien sering kali memiliki

masalah kesehatan yang kompleks, baik fisik maupun mental. Oleh karena itu, pelayanan kesehatan di panti rehabilitasi sosial harus dirancang secara komprehensif dan terintegrasi dengan program rehabilitasi sosial (Rahman et al., 2021).

Pelayanan kesehatan bagi wanita tuna susila juga harus mempertimbangkan aspek kesehatan reproduksi dan kesehatan mental. Risiko penyakit menular seksual, trauma psikologis, dan gangguan kesehatan lainnya menjadikan pelayanan kesehatan sebagai komponen krusial dalam proses rehabilitasi (WHO, 2022).

Selain aspek medis, pelayanan kesehatan modern menekankan pentingnya komunikasi terapeutik antara tenaga kesehatan dan pasien. Sikap empatik, ramah, dan tidak diskriminatif menjadi prasyarat utama dalam memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu, khususnya bagi kelompok yang mengalami stigma sosial (Putri & Anwar, 2021).

Kualitas pelayanan kesehatan juga dipengaruhi oleh aksesibilitas layanan, termasuk kemudahan mendapatkan layanan, waktu tunggu, dan ketersediaan fasilitas. Akses yang terbatas dapat menurunkan pemanfaatan layanan kesehatan dan berdampak negatif pada kondisi kesehatan klien rehabilitasi sosial (Kemenkes RI, 2022).

Dalam kerangka administrasi publik, pelayanan kesehatan harus diselenggarakan berdasarkan prinsip *good governance*, yaitu

transparansi, akuntabilitas, responsivitas, dan efektivitas. Prinsip-prinsip ini menjadi indikator penting dalam menilai kinerja pelayanan kesehatan publik (Osborne, 2021).

Pelayanan kesehatan di panti rehabilitasi sosial juga memerlukan kolaborasi lintas sektor, seperti dinas kesehatan, dinas sosial, dan tenaga profesional lainnya. Pendekatan kolaboratif ini diyakini dapat meningkatkan efektivitas pelayanan dan menjamin keberlanjutan program kesehatan (Ansell & Gash, 2020).

Penelitian empiris di Indonesia menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan di institusi sosial sering menghadapi keterbatasan sumber daya dan fasilitas. Kondisi ini menuntut inovasi pelayanan dan penguatan kapasitas organisasi agar pelayanan kesehatan tetap dapat diberikan secara optimal (Kurniawan et al., 2022).

Pelayanan kesehatan yang berkualitas berkontribusi langsung terhadap peningkatan keberhasilan program rehabilitasi sosial. Kondisi kesehatan yang baik memungkinkan klien mengikuti seluruh rangkaian pembinaan secara optimal dan meningkatkan peluang reintegrasi sosial (Pratiwi & Lestari, 2023).

Oleh karena itu, kajian pelayanan kesehatan dalam penelitian ini difokuskan pada bagaimana layanan kesehatan diselenggarakan di panti rehabilitasi sosial serta faktor-faktor yang mempengaruhi mutu pelayanan tersebut.

Dengan memahami konsep dan praktik pelayanan kesehatan secara komprehensif, penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran yang utuh mengenai peran pelayanan kesehatan dalam mendukung kualitas rehabilitasi sosial di UPT PPSKW Mattiro Deceng Makassar.

2. **Kualitas Pelayanan Kesehatan**

Kualitas pelayanan kesehatan atau pemeliharaan kesehatan diterima dan didefinisikan dalam banyak pengertian. Kualitas pelayanan kesehatan dapat semata-mata dimaksudkan dari aspek teknis medis yang hanya berhubungan langsung antara pelayanan medis dan pasien saja, atau kualitas kesehatan dari sudut pandang sosial dan sistem pelayanan kesehatan secara keseluruhan, termasuk akibat-akibat manajemen administrasi, keuangan, peralatan dan tenaga kesehatan lainnya (Wijono, 2000).

Kualitas pelayanan kesehatan sebenarnya menunjuk kepada penampilan (*performance*) dari pelayanan kesehatan. Secara umum disebutkan bahwa makin sempurna penampilan pelayanan kesehatan, makin sempurna pula mutunya. Penampilan merupakan keluaran (*output*) dari suatu pelayanan kesehatan. Baik atau tidaknya keluaran (*output*) dipengaruhi oleh proses (*process*), masukan (*input*) dan lingkungan (*environment*) (Walgito,2004).

Pembahasan tentang kualitas pelayanan kesehatan pertama kali di perkenalkan oleh Parasuraman, dimana awal

perkembangannya (1985), terdapat 10 dimensi. Namun, pada tahun 1988, Parasuraman menyempurnakannya menjadi 5 dimensi utama yang bersifat universal:

a. *Tangibles* (Bukti Fisik) : Penampilan fasilitas fisik, peralatan, personel, dan materi komunikasi.

   Contoh : kebersihan gedung, kerapian seragam staf, kecanggihan alat.

b. *Reliability* (Keandalan) : Kemampuan memberikan layanan yang dijanjikan dengan segera, akurat, dan memuaskan. Ini dianggap sebagai dimensi terpenting.

   Contoh : janji waktu selesai yang ditepati, akurasi tagihan.

c. *Responsiveness* (Daya Tanggap) : Keinginan staf untuk membantu pelanggan dan memberikan layanan dengan cepat.

   Contoh : kecepatan membalas keluhan, kesigapan membantu saat antrean panjang.

d. *Assurance* (Jaminan dan Kepercayaan) : Mencakup pengetahuan, kompetensi, kesopanan, dan sifat dapat dipercaya dari staf untuk menumbuhkan rasa aman.

   Contoh : sertifikasi keahlian staf, keamanan data pribadi.

e. *Empathy* (Empati) : Kemudahan dalam menjalin hubungan, komunikasi yang baik, perhatian pribadi, dan pemahaman atas kebutuhan pelanggan.

Contoh: staf mengenali nama pelanggan tetap, jam operasional yang fleksibel.

Kualitas pelayanan kesehatan yang baik mengenal dua pembatas yaitu (Notoatmojo, 2003) :

a. Pada derajat kepuasan pasien.

Kualitas pelayanan kesehatan yang baik adalah apabila pelayanan kesehatan yang diselenggarakan tersebut dapat menimbulkan rasa puas pada diri setiap pasien yang sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk yang menjadi sasaran utama pelayanan kesehatan tersebut.

b. Pada upaya yang dilakukan.

Kualitas pelayanan kesehatan yang baik adalah apabila tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan standar serta kode etik profesi yang telah ditetapkan. Zeithaml et al. (1993), menyebutkan bahwa kualitas pelayanan ditentukan oleh jarak ketidaksesuaian antara harapan atau keinginan dan persepsi pasien. Kualitas pelayanan yang baik adalah kualitas pelayanan yang mampu mempertemukan harapan dan persepsi pasien terhadap kualitas pelayanan yang diterima (Zeithaml, 1993).

Faktor-faktor yang mempengaruhi harapan pasien adalah (Ziethaml,1993) :

a. Komunikasi dari mulut ke mulut, yaitu informasi yang didengar dari pasien lain.

b. Kebutuhan perorangan, meliputi karakteristik individu dan lingkungan.
c. Pengalaman masa lalu.
d. Komunikasi eksternal, yaitu informasi yang berasal dari penyedia pelayanan kesehatan.

Pelayanan konsumen dapat berupa produk, jasa, atau campuran produk dan jasa. Kualitas dari suatu kerja atau pelayanan dapat disajikan menurut tingkat dimensinya yaitu (Kotler dan Keller, 2007) :

a. *Responsiveness* (Daya Tanggap)
   Yaitu kemampuan memberikan pelayanan kepada pelanggan dengan cepat dan tepat. Pelayanannya bisa berupa kecepatan pelayanan obat dan kecepatan pelayanan kasir (Harianto, 2005).
b. *Reliability* (Keandalan)
   Yaitu kemampuan memberikan pelayanan yang memuaskan bagi pelanggan dengan percaya diri dan akurat. Dalam pelayanannya Adalah pemberian informasi obat oleh petugas atau farmasi (Harianto, 2005)
c. *Assurance* (Jaminan dan Kepercayaan)
   Yaitu pengetahuan, kesopanan dan kemampuan yang memberikan kepercayaan dan keyakinan atas pelayanan yang diberikan kepada pelanggan. Dalam pelayanannya adalah kelengkapan obat dan harga obat (Kotler dan Keller, 2007).
d. *Emphaty* (Empati)
   Yaitu kemampuan untuk membina hubungan, perhatian dan memahami kebutuhan pelanggan. Dalam pelayanan berupa keramahan petugas apotek (Harianto, 2005).
e. *Tangibles* (Bukti Langsung)
   Yaitu sarana dan fasilitas fisik yang dapat langsung dirasakan oleh pelanggan. Dalam pelayanannya adalah kecukupan tempat duduk diruang tunggu, kebersihan ruangan, kenyamanan ruangan dengan kipas angin atau AC, serta ketersediaan televisi (Harianto, 2005).

Kualitas pelayanan kesehatan tidak hanya diukur dari aspek teknis medis, tetapi juga dari persepsi penerima manfaat terhadap

proses pelayanan. Oleh karena itu, pendekatan kualitas pelayanan kesehatan dalam penelitian ini menggunakan model servqual yang menekankan kesenjangan antara harapan dan persepsi penerima layanan.

Model servqual mengidentifikasi lima dimensi utama kualitas pelayanan, yaitu tangibles, reliability, responsiveness, assurance, dan empathy (Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 2020). Model ini banyak digunakan dalam penelitian pelayanan kesehatan karena mampu menggambarkan kualitas layanan secara komprehensif dari sudut pandang pengguna layanan.

Dimensi *tangibles* (bukti fisik) berkaitan dengan kondisi fasilitas, sarana prasarana, peralatan kesehatan, kebersihan lingkungan, serta penampilan tenaga kesehatan. Dalam pelayanan kesehatan di panti rehabilitasi sosial, bukti fisik menjadi indikator awal yang mempengaruhi persepsi penerima manfaat terhadap mutu layanan.

Fasilitas kesehatan yang bersih, layak, dan memadai akan meningkatkan kenyamanan serta rasa aman penerima manfaat. Sebaliknya, keterbatasan sarana dan prasarana dapat menurunkan persepsi kualitas pelayanan kesehatan, meskipun pelayanan medis telah diberikan.

Dimensi *reliability* (keandalan) merujuk pada kemampuan tenaga kesehatan dan institusi pelayanan dalam memberikan

layanan kesehatan secara tepat, akurat, dan konsisten sesuai dengan prosedur yang ditetapkan. Keandalan pelayanan mencakup ketepatan diagnosis, ketepatan pemberian obat, serta konsistensi pelayanan kesehatan.

Dalam konteks panti rehabilitasi sosial, reliability sangat penting karena penerima manfaat umumnya memiliki kondisi kesehatan yang membutuhkan pemantauan berkelanjutan. Pelayanan kesehatan yang tidak andal berpotensi memperburuk kondisi kesehatan dan menghambat proses rehabilitasi sosial.

Dimensi *responsiveness* (daya tanggap) berkaitan dengan kesediaan dan kecepatan tenaga kesehatan dalam membantu penerima manfaat serta merespon keluhan kesehatan. Daya tanggap mencerminkan kepedulian institusi pelayanan terhadap kebutuhan kesehatan penerima manfaat.

Pelayanan kesehatan yang responsif akan meningkatkan rasa diperhatikan dan dihargai oleh penerima manfaat. Sebaliknya, keterlambatan pelayanan atau kurangnya respon terhadap keluhan kesehatan dapat menimbulkan ketidakpuasan dan menurunkan persepsi kualitas pelayanan.

Dimensi *assurance* (Jaminan dan Kepercayaan) mencakup kompetensi, pengetahuan, sikap profesional, serta kemampuan tenaga kesehatan dalam menumbuhkan rasa percaya dan aman bagi penerima manfaat. Jaminan dan Kepercayaan pelayanan

sangat penting dalam pelayanan kesehatan karena berkaitan langsung dengan keselamatan pasien.

Tenaga kesehatan yang kompeten dan komunikatif akan meningkatkan kepercayaan penerima manfaat terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan. Rasa aman dan percaya ini menjadi indikator penting kualitas pelayanan kesehatan di institusi rehabilitasi sosial.

Dimensi *empathy* (empati) berkaitan dengan perhatian, kepedulian, dan sikap ramah tenaga kesehatan dalam melayani penerima manfaat. Empati menjadi dimensi krusial dalam pelayanan kesehatan bagi kelompok rentan seperti wanita tuna susila yang sering mengalami stigma sosial.

Pelayanan kesehatan yang empatik dapat membantu pemulihan psikologis penerima manfaat dan meningkatkan efektivitas rehabilitasi sosial. Sikap tidak diskriminatif dan perlakuan yang manusiawi akan memperkuat persepsi positif terhadap kualitas pelayanan kesehatan.

Secara keseluruhan, kualitas pelayanan kesehatan merupakan hasil dari interaksi antara pelayanan kesehatan yang diberikan dan persepsi penerima manfaat terhadap lima dimensi kualitas pelayanan. Semakin baik pelayanan kesehatan yang diberikan, maka semakin tinggi kualitas pelayanan kesehatan yang dirasakan oleh penerima manfaat.

3. Rehabilitasi Sosial

Pelayanan rehabilitasi sosial merupakan proses terencana untuk memulihkan fungsi sosial individu yang mengalami masalah sosial agar mampu hidup mandiri dan bermartabat di masyarakat (Kemensos RI, 2020).

Menurut Undang-undang No 14 tahun 2019, rehabilitasi sosial merupakan proses refungsionalisasi dan pengembangan untuk memungkinkan sesorang mampu melaksanakan fungsi sosialnya secara wajar dalam kehidupan masyarakat. Definisi ini menegaskan bahwa rehabilitasi sosial bukan hanya pemulihan fisik atau ekonomi, tetapi juga aspek psikologis, sosial, dan kultural.

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial, rehabilitasi sosial diartikan sebagai serangkaian kegiatan yang bertujuan untuk memulihkan dan mengembangkan kemampuan seseorang yang mengalami disfungsi sosial agar dapat melaksanakan fungsi sosialnya secara wajar dalam kehidupan bermasyarakat. Rehabilitasi sosial juga mencakup upaya penguatan, pemulihan, dan pemberdayaan agar penerima manfaat memiliki kemandirian dan tidak kembali pada kondisi sebelumnya.

> Menurut Soetomo (2012), rehabilitasi sosial memiliki fungsi refungsionalisasi dan pengembangan. Refungsionalisasi bertujuan mengembalikan individu kepada fungsi sosialnya semula, sedangkan pengembangan diarahkan pada peningkatan kapasitas dan keberdayaan individu dalam menjalani kehidupan secara

mandiri. Proses rehabilitasi sosial juga harus memperhatikan dimensi psikososial, budaya, ekonomi, dan spiritual penerima manfaat

Tujuan rehabilitasi sosial mencakup dimensi pemulihan, pengembangan, dan pemberdayaan individu atau kelompok sasaran. Menurut Suharto (2014), tujuan utama rehabilitasi sosial adalah:

a. Pemulihan keberfungsian sosial : membantu penerima manfaat kembali menjalankan peran sosialnya secara normal.
b. Peningkatan kemandirian : memperkuat kapasitas individu agar mampu mengambil keputusan secara mandiri.
c. Reintegrasi sosial : mengembalikan individu ke dalam lingkungan masyarakat dengan dukungan sosial yang memadai.
d. Peningkatan kualitas hidup : memastikan penerima manfaat memperoleh akses terhadap hak-hak sosial, ekonomi, dan Kesehatan.

Menurut Suharto (2014), rehabilitasi sosial harus dijalankan dengan prinsip-prinsip berikut:

a. Partisipasi aktif: penerima manfaat terlibat secara langsung dalam proses rehabilitasi.
b. Kemandirian: mendorong individu agar tidak bergantung pada layanan sosial.
c. Keterpaduan: program dijalankan dengan melibatkan berbagai sektor seperti kesehatan, pendidikan, ekonomi, dan sosial.

d. Keberlanjutan: program tidak berhenti pada pemulihan jangka pendek, tetapi berlanjut pada penguatan kapasitas jangka panjang.
e. Pemberdayaan: memberikan kendali dan kapasitas kepada individu untuk mengelola kehidupannya sendiri.

Rafiq & Novarizal, (2024) Rehabilitasi sosial menggunakan beberapa pendekatan yang saling melengkapi, antara lain:

a. Pendekatan Medis-Psikososial Fokus pada pemulihan fisik, psikologis, dan sosial individu, terutama bagi kelompok rentan.
b. Pendekatan Pemberdayaan *(empowerment approach)* Dikembangkan oleh Midgley (1995), pendekatan ini berupaya memperkuat kemampuan individu dan kelompok agar mampu membuat keputusan, memperoleh akses terhadap sumber daya, dan menjalani kehidupan secara mandiri.
c. Pendekatan Komunitas *(community-based approach)* Menekankan pada pentingnya dukungan masyarakat sebagai bagian dari proses rehabilitasi, bukan hanya intervensi pemerintah.
d. Pendekatan Holistik Melihat individu secara menyeluruh meliputi aspek biologis, psikologis, sosial, spiritual, dan ekonomi dengan intervensi yang terintegrasi.

Faktor yang mempengaruhi keberhasilan program rehabilitasi sosial menurut Suharto (2014) dan Payne (1997), ada beberapa faktor:

a. Karakteristik penerima manfaat: usia, motivasi, kondisi psikologis, dan latar belakang sosial.

b. Kualitas program: ketepatan desain program, pendekatan intervensi, dan ketersediaan sumber daya.
c. Peran petugas sosial: kompetensi, empati, dan profesionalisme dalam mendampingi penerima manfaat.
d. Lingkungan sosial: dukungan keluarga, masyarakat, dan kebijakan pemerintah.
e. Keterpaduan antar sektor: koordinasi dengan bidang kesehatan, ketenagakerjaan, pendidikan, dan keamanan.

Penyelenggaraan rehabilitasi sosial di Indonesia berlandaskan pada berbagai regulasi nasional yang menjadi dasar kebijakan dan pedoman pelaksanaan program. Dasar hukum utama terdapat dalam:

a. Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial, yang mengatur tentang penyelenggaraan kesejahteraan sosial dan mendefinisikan rehabilitasi sosial sebagai bagian dari pelayanan sosial yang ditujukan bagi Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS).
b. Undang-undang No 14 Tahun 2019 tentang Pekerja Sosial
c. Peraturan Pemerintah Nomor 39 Tahun 2012 tentang Penyelenggaraan Kesejahteraan Sosial, yang mengatur secara teknis mengenai bentuk layanan, tahapan pelaksanaan rehabilitasi sosial, peran pemerintah pusat dan daerah, serta standar pelayanan minimal yang harus dipenuhi.
d. Peraturan Menteri Sosial Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2012 tentang Pedoman Pendataan dan Pengelolaan Data PMKS dan WTSS, sebagai dasar identifikasi dan klasifikasi

kelompok sasaran rehabilitasi sosial, termasuk Wanita Tuna Susila (WTS) sebagai salah satu kategori penyandang masalah kesejahteraan sosial.

e. Peraturan Menteri Sosial Republik Indonesia Nomor 5 Tahun 2017 tentang Standar Rehabilitasi Sosial dengan Pendekatan Profesi Pekerjaan Sosial, yang menetapkan standar intervensi berbasis profesi, tahapan rehabilitasi, indikator keberhasilan, dan peran pekerja sosial sebagai pelaksana utama intervensi.
f. Peraturan Menteri Sosial Republik Indonesia Nomor 16 Tahun 2019 tentang Standar Nasional Rehabilitasi Sosial, sebagai acuan nasional dalam pelaksanaan program rehabilitasi, termasuk standar layanan, metode intervensi, dan pengawasan kualitas program.
g. Peraturan Menteri Sosial Republik Indonesia Nomor 7 Tahun 2021 tentang Asistensi Rehabilitasi Sosial, yang mengatur pemberian bantuan asistensi rehabilitasi sosial untuk mendukung proses pemulihan dan pemberdayaan penerima manfaat.

Dalam kebijakan kesejahteraan sosial, rehabilitasi sosial menjadi instrumen utama penanganan kelompok rentan. Negara bertanggung jawab menyediakan layanan rehabilitasi yang layak.

Perkembangan rehabilitasi sosial dalam lima tahun terakhir menunjukkan pergeseran menuju pendekatan berbasis hak asasi

manusia dan pemberdayaan. Pendekatan *client-centered* menempatkan penerima manfaat sebagai subjek utama pelayanan rehabilitasi.

Keberhasilan rehabilitasi sosial sangat dipengaruhi oleh kualitas layanan yang diberikan oleh institusi penyelenggara pelayanan rehabilitasi sosial membutuhkan tenaga profesional yang kompeten, termasuk pekerja sosial, konselor, dan tenaga kesehatan. Sarana dan prasarana yang memadai menjadi faktor pendukung keberhasilan rehabilitasi sosial.

Rehabilitasi sosial tidak dapat dipisahkan dari pelayanan kesehatan karena kondisi kesehatan mempengaruhi proses pemulihan sosial. Pelayanan rehabilitasi sosial yang tidak terintegrasi dengan layanan kesehatan cenderung kurang efektif.

Dengan demikian, pelayanan rehabilitasi sosial merupakan fondasi penting dalam penelitian kualitas pelayanan kesehatan di UPT PPSKW Mattiro Deceng Makassar.

4. Wanita Tuna Susila

> Wanita tuna susila merupakan kelompok perempuan yang terlibat dalam praktik prostitusi dan mengalami masalah sosial yang kompleks (Suharto, 2022).

Dalam literatur sosial, WTS sering dipandang bukan sekadar sebagai individu yang terlibat dalam praktik seksual berbayar, tetapi juga sebagai bagian dari kelompok sosial yang rentan terhadap berbagai bentuk masalah sosial, ekonomi, dan kesehatan.

Sementara itu, *United Nations Population Fund* (UNFPA) memandang pekerjaan seks sebagai fenomena sosial yang kompleks, yang berkaitan dengan kemiskinan, ketidaksetaraan gender, kekerasan, dan terbatasnya akses terhadap pendidikan serta pekerjaan formal.

Ciri-Ciri dan Karakteristik Pekerja Seks Komersial, menurut Kartono (2005) WTS umumnya memiliki beberapa karakteristik sosial ekonomi yang khas, antara lain:

a. latar belakang ekonomi rendah, sehingga pekerjaan seks menjadi alternatif untuk memenuhi kebutuhan hidup,
b. tingkat pendidikan yang terbatas, yang mempersempit peluang kerja formal, stigma sosial yang tinggi, sehingga sulit diterima kembali di masyarakat,
c. Keterbatasan akses terhadap layanan kesehatan dan sosial, sehingga rentan terhadap berbagai risiko sosial
d. Kesehatan, dan kerentanan terhadap eksploitasi, baik secara ekonomi maupun seksual.

Fenomena pekerja seks tidak muncul secara tiba-tiba, melainkan merupakan hasil dari interaksi berbagai faktor sosial, ekonomi, dan budaya. Menurut Kartono Kartini (2005) dan Organisasi Kesehatan Dunia (WHO, 2012), beberapa faktor utama yang mendorong seseorang menjadi WTS meliputi :

a. Faktor Ekonomi

   Keterbatasan lapangan kerja, kemiskinan, dan ketidakstabilan ekonomi sering kali menjadi alasan utama. Dalam banyak kasus, pekerjaan seks dianggap sebagai cara cepat untuk memperoleh penghasilan.

b. Faktor Sosial dan Keluarga Lingkungan

   Keluarga yang tidak harmonis, kekerasan dalam rumah tangga, atau kurangnya dukungan sosial dapat mendorong individu untuk mencari pelarian dalam bentuk pekerjaan seks.

c. Faktor Pendidikan dan Kesempatan Kerja

   Rendahnya tingkat pendidikan membuat banyak individu tidak memiliki keterampilan kerja yang cukup, sehingga sulit memperoleh pekerjaan formal.

d. Faktor Budaya dan Lingkungan

   Dalam beberapa lingkungan sosial, pekerjaan seks dipandang sebagai hal yang “biasa” atau telah menjadi bagian dari dinamika ekonomi lokal.

e. Faktor Tekanan dan Eksploitasi

   Tidak sedikit individu yang masuk ke dunia prostitusi karena tekanan, tipu daya, atau eksploitasi oleh pihak lain.

WTS dapat dikategorikan sebagai kelompok rentan karena mereka berada dalam posisi sosial yang termarginalkan dan sering tidak memiliki kekuatan untuk melindungi dirinya sendiri. Kementerian Sosial Republik Indonesia dalam berbagai pedoman rehabilitasi sosial menempatkan WTS sebagai salah satu sasaran prioritas program perlindungan sosial.

Menurut UNFPA (2018), kerentanan WTS bukan hanya disebabkan oleh aktivitas seksual berbayar itu sendiri, melainkan

oleh struktur sosial yang menyebabkan mereka sulit keluar dari lingkaran kemiskinan, stigma, dan ketidakberdayaan. Karena itu, intervensi sosial terhadap kelompok WTS tidak cukup hanya dengan pelarangan atau penertiban, tetapi perlu pendekatan rehabilitatif dan pemberdayaan.

Penanganan WTS perlu dilakukan melalui pendekatan rehabilitasi sosial yang komprehensif. Menurut Kementerian Sosial Republik Indonesia (2018), rehabilitasi sosial bagi WTS bertujuan memulihkan fungsi sosial mereka agar dapat hidup mandiri dan produktif. Pendekatan ini mencakup beberapa aspek utama, yaitu:

a. Pemulihan psikologis dan sosial, melalui konseling dan pendampingan intensif.
b. Pelatihan keterampilan, untuk membuka peluang kerja alternatif di luar dunia prostitusi.
c. Penguatan ekonomi, melalui akses pada modal usaha dan pelatihan kewirausahaan.
d. Reintegrasi sosial, untuk memastikan WTS dapat diterima kembali oleh keluarga dan masyarakat.
e. Pemberdayaan, sebagai bentuk penguatan kapasitas dan kemandirian jangka panjang.

Pendekatan ini juga menekankan pada prinsip partisipatif, di mana WTS dilibatkan secara aktif dalam proses pemulihan dirinya. Eks Wanita Tuna Susila merupakan salah satu kelompok sasaran

dalam penyelenggaraan rehabilitasi sosial sebagaimana tercantum dalam Permensos Nomor 8 Tahun 2012 tentang klasifikasi PMKS. Kelompok ini menghadapi berbagai hambatan sosial seperti stigma masyarakat, keterbatasan ekonomi, rendahnya keterampilan hidup, serta kerentanan terhadap eksploitasi. Oleh karena itu, rehabilitasi sosial yang diberikan tidak hanya bersifat pemulihan, tetapi juga mencakup penguatan psikososial dan pemberdayaan ekonomi.

Menurut Sari & Putri (2024) dalam jurnal ilmu sosial dan humaniora, keberhasilan eks-WTS untuk beradaptasi dengan kehidupan baru sangat dipengaruhi oleh dua faktor utama:

a. Dukungan sosial dan lingkungan: Dukungan keluarga, pekerja sosial, dan masyarakat sekitar membantu eks-WTS dalam mengembangkan rasa percaya diri dan motivasi untuk bertahan hidup tanpa kembali ke dunia prostitusi.
b. Kemandirian ekonomi: Akses terhadap pekerjaan alternatif atau program pemberdayaan ekonomi sangat menentukan keberlanjutan reintegrasi sosial mereka.

Namun, hambatan yang kerap muncul adalah stigma masyarakat yang melekat kuat. Seperti dijelaskan oleh Janah (2018), banyak eks-WTS yang kesulitan mendapatkan pekerjaan karena latar belakang masa lalu mereka masih dipandang negatif. Hal ini menyebabkan sebagian dari mereka rentan kembali ke praktik prostitusi sebagai jalan keluar ekonomi. Kementerian Sosial RI (2023) melalui pedoman rehabilitasi sosial perempuan rawan sosial ekonomi menegaskan bahwa rehabilitasi bagi eks-WTS perlu berfokus pada tiga hal: Pemulihan fungsi sosial, Pemberdayaan

ekonomi produktif, dan Pendampingan berkelanjutan oleh pekerja sosial profesional.

Dalam perspektif kesejahteraan sosial, wanita tuna susila dipandang sebagai kelompok rentan yang membutuhkan perlindungan dan rehabilitasi. Stigma sosial terhadap wanita tuna susila sering memperburuk kondisi psikologis dan sosial mereka.

Wanita Tuna Susila memiliki tingkat kerentanan kesehatan yang tinggi, terutama terkait kesehatan reproduksi. Risiko penyakit menular seksual menjadi salah satu masalah kesehatan utama yang dihadapi kelompok ini.

Selain masalah fisik, wanita tuna susila juga rentan mengalami gangguan kesehatan mental, tekanan sosial dan diskriminasi yang dapat menimbulkan trauma psikologis yang berkepanjangan.

Akses wanita tuna susila terhadap pelayanan kesehatan sering kali terbatas. Keterbatasan akses ini memperparah kondisi kesehatan dan sosial mereka. Rehabilitasi sosial bagi wanita tuna susila harus dilakukan secara holistik.

Pelayanan kesehatan menjadi komponen utama dalam rehabilitasi sosial wanita tuna susila, oleh karena itu Negara memiliki kewajiban untuk menjamin hak kesehatan wanita tuna susila

B. Definisi Konsep

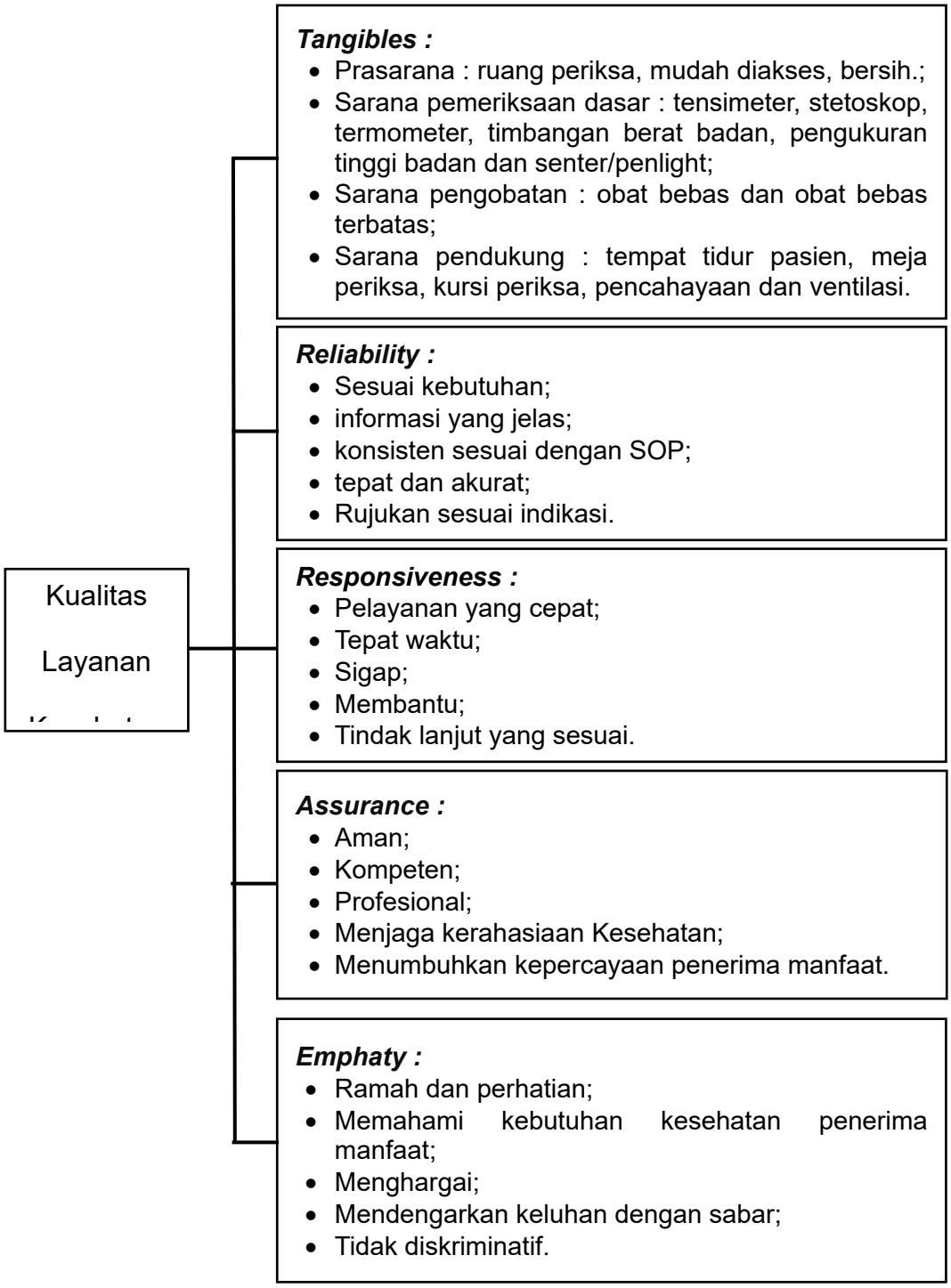
Yang dimaksud dengan kualitas layanan Kesehatan di Panti rehabilitasi sosial UPT PPSKW Mattiro Deceng Makassar adalah kualitas pelayanan Kesehatan yang diberikan dalam pelayanan rehabilitasi sosial eks WTS dengan subvariabel sebagai berikut:

1. *Tangibles* (Bukti Fisik) Yaitu sarana dan prasarana yang dapat langsung dilihat dan dirasakan oleh penerima manfaat, dengan indikator :
   a. Prasarana : Tersedia ruang periksa, mudah diakses, kebersihan ruangan kesehatan
   b. Sarana pemeriksaan dasar : Tensimeter, Stetoskop, Termometer, Timbangan berat badan, pengukuran tinggi badan dan senter/penlight
   c. Sarana obat-obatan : obat bebas dan obat bebas terbatas
   d. Sarana pendukung : tempat tidur pasien, meja periksa, kursi periksa, pencahayaan dan ventilasi
2. *Reliability* (Keandalan) Yaitu kemampuan petugas memberikan pelayanan kesehatan dengan indikator:
   a. Sesuai kebutuhan penerima manfaat,
   b. Informasi yang jelas
   c. Konsisten sesuai dengan SOP
   d. Tepat dan akurat
   e. Melaksanakan rujukan sesuai indikasi.

3. *Responsiveness* (Daya Tanggap) Yaitu kemampuan dan kesediaan petugas dalam merespons keluhan kesehatan penerima manfaat, dengan indikator :
    a. Memberikan pelayanan yang cepat
    b. Tepat waktu
    c. Sigap
    d. Membantu penerima manfaat
    e. Memberikan tindak lanjut yang sesuai.
4. *Assurance* (Jaminan dan Kepercayaan dan Kepercayaan) Yaitu kemampuan petugas memberikan pelayanan Kesehatan, dengan indikator :
    a. Aman
    b. Kompeten
    c. Profesional
    d. Menjaga kerahasiaan Kesehatan
    e. Menumbuhkan kepercayaan penerima manfaat.
5. *Emphaty* (Empati) Yaitu kemampuan tenaga Kesehatan untuk membina hubungan dengan penerima manfaat, dengan indikator :
    a. Ramah dan perhatian
    b. Memahami kebutuhan kesehatan penerima manfaat
    c. Menghargai
    d. Mendengarkan keluhan dengan sabar
    e. Tidak diskriminasi.

C. Kerangka Penelitian

Gambar 1
Kerangka Penelitian Kualitas Layanan Kesehatan di Panti Rehabilitasi Sosial Unit Pelaksana Teknis Pusat Pelayanan Sosial Karya Wanita Mattiro Deceng Makassar



Sumber : Parasuraman, dkk, 2020