

SKRIPSI

**FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PEMANFAATAN
PELAYANAN KESEHATAN OLEH KELOMPOK TANI HATI
SENANG DI DESA LEBBAE KEC. AJANGALE KABUPATEN
BONE TAHUN 2022**

NUR RAHMAH

K011191036



*Skripsi Ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat
Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat*

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

UNIVERSITAS HASANUDDIN

MAKASSAR

2023

LEMBAR PENGESAHAN SKRIPSI

**FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PEMANFAATAN PELAYANAN
KESEHATAN OLEH KELOMPOK TANI HATI SENANG DI DESA LERRAE
KECAMATAN AJANGALE KABUPATEN BONE TAHUN 2022**

Disusun dan diajukan oleh

NUR RAHMAH

K011191036

Telah dipertahankan di hadapan Panitia Ujian yang dibentuk dalam rangka
Penyelasaan Studi Program Sarjana Program Studi Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin
pada tanggal 01 Maret 2023
dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan

Menyetujui,

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping

Prof. Dr. Darmawansyah, SE, MS
NIP. 19640424 199103 1 002

Dian Saputra Marzuki, SKM., M.Kes
NIP. 19880613 201404 1 003

Ketua Program Studi

Hasnawati Anam, SKM., M.Kes
NIP. 19760418 200501 2 001

PENGESAHAN TIM PENGUJI

Skripsi ini telah di pertahankan dihadapan Tim Penguji Ujian Skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar pada hari Rabu Tanggal 01 Maret 2023.

Ketua : Prof. Dr. Darmawansyah, SE, MS

(.....)

Sekretaris : Dian Saputra Marzuki, SKM., M.Kes

(.....)

Anggota :

1. Muh. Yusri Abadi, SKM, M.Kes

(.....)

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Nur Rahmah
NIM : K011191036
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Hp : 085696671806
E-mail : rahmahn92@gmail.com

Dengan ini menyatakan bahwa judul Skripsi “Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Oleh Kelompok Tani Hati Senang di Desa Lebbae Kec. Ajangale Kab. Bone” benar bebas dari plagiat, dan apabila pernyataan ini terbukti tidak benar maka saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan yang berlaku.

Demikian surat pernyataan saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya

Makassar, 28 Februari 2023

Yang membuat pernyataan



Nur Rahmah

ABSTRAK

UNIVERSITAS HASANUDDIN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
MAKASSAR, FEBRUARI 2023

NUR RAHMAH

“Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Oleh Kelompok Tani Hati Senang di Desa Lebbae Kec. Ajangale Kab. Bone Tahun 2022”

(xv + 94 halaman + 20 tabel + 3 gambar + 4 lampiran)

Kesehatan merupakan aspek yang sangat penting dalam kehidupan manusia serta menjadi hak asasi bagi setiap orang. Pemanfaatan pelayanan kesehatan merupakan factor penting dalam penentu kesehatan. Pemanfaatan pelayanan kesehatan paling erat hubungannya dengan kapan seseorang membutuhkan pelayanan kesehatan dan seberapa jauh efektivitas pelayanan tersebut. Pemanfaatan pelayanan telah di rekomendasikan oleh *World Health Organization* (WHO) sebagai konsep kesehatan primer dasar bagi populasi yang paling rentan dan kurang mampu dan telah menyerahkan bahwa kesehatan dapat diakses secara universal tanpa hambatan berdasarkan keterjangkauan, aksebulitas, fisik atau penerima jasa.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan hubungan Umur, Pengetahuan, Sikap, Kepemilikan Asuransi Kesehatan, Ketersediaan Tenaga, Aksesibilitas, Penghasilan, Persepsi Sakit dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Desa Lebbae Kecamatan Ajangale Kabupaten Bone. Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan menggunakan desain cross sectional study. Jumlah populasi pada penelitian ini yakni sebanyak 200 orang yang berprofesi sebagai kelompok tani hati senang di Desa Lebbae Kecamatan Ajangale Kabupaten Bone. Pengambilan sampel menggunakan teknik Accidental sampling, diperoleh sampel sebanyak 85 orang. Analisis data yang dilakukan adalah analisis univariat dan bivariat dengan uji chi square.

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan pengaruh antara umur ($p = 0,027 < 0,05$), pengetahuan ($p = 0,001 < 0,05$), dan sikap ($p = 0,027 < 0,05$), kepemilikan asuransi ($p = 0,460 > 0,05$), ketersediaan tenaga Kesehatan ($p = 0,644 > 0,05$), aksebilitas ($p = 0,356 > 0,05$), penghasilan ($p = 0,004 < 0,05$), persepsi sakit ($p = 0,005 < 0,05$), dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Desa Lebbae Kecamatan Ajangale Kabupaten Bone.

Pada masyarakat diharapkan agar mampu meningkatkan kesadaran akan kesehatannya agar lebih aktif lagi memanfaatkan pelayanan kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Ajangale Kabupaten Bone, Puskesmas diharapkan lebih meningkatkan kualitas pelayanan pada Puskesmas Ajangale Kabupaten Bone agar dapat menjadi lebih baik lagi bagi masyarakat sekitar, Pemerintah Kabupaten Bone diharapkan lebih memperhatikan kesehatan masyarakat yang memiliki pendapatan keluarga di bawah UMK agar masyarakat mampu meningkatkan derajat kesehatannya.

ABSTRACT
HASANUDDIN UNIVERSITY
FACULTY OF PUBLIC HEALTH
HEALTH ADMINISTRATION AND POLICY
MAKASSAR, FEBRUARY 2023

NUR RAHMAH

"Factors Associated with Utilization of Health Services in Health Services by the Hati Happy Farmer Group in Lebbae Village, Kec. Ajangale Kab. Bones of the Year 2022"

(xv + 94 page + 20 tables + 3 pictures + 4 attachments)

Health is a very important aspect of human life and is a human right for everyone. Utilization of health services is an important factor in determining health. Utilization of health services is most closely related to when a person needs health services and how effective these services are. Service utilization has been recommended by the World Health Organization (WHO) as a basic primary health concept for the most vulnerable and underprivileged populations and has provided that health is universally accessible without barriers based on affordability, accessibility, physique or service recipient.

This study aims to determine the relationship between Age, Knowledge, Attitude, Health Insurance Ownership, Availability of Personnel, Accessibility, Income, Perception of Sickness with the utilization of health services in Lebbae Village, Ajangale District, Bone Regency. This type of research is a quantitative study using a cross sectional study design. The total population in this study was 200 people who work as happy happy farmer groups in Lebbae Village, Ajangale District, Bone Regency. Sampling using simple random sampling technique, obtained a sample of 85 people. Data analysis was carried out using univariate and bivariate analysis using the chi square test.

Based on the results of the study showed that there was an influence relationship between age ($p = 0.027 < 0.05$), knowledge ($p = 0.001 < 0.05$), and attitude ($p = 0.027 < 0.05$), insurance ownership ($p = 0.460 > 0.05$), availability of health workers ($p = 0.644 > 0.05$), accessibility ($p = 0.356 > 0.05$), income ($p = 0.004 < 0.05$), perception of illness ($p = 0.005 < 0.05$), by utilizing health services in Lebbae Village, Ajangale District, Bone Regency.

Suggestions to the community are that it is expected to be able to increase awareness of their health so that they can be more active in utilizing health services in the work area of the Lebbae Village Health Center, Ajangale District, Bone Regency. It is hoped that the Bone Regency Government will pay more attention to the health of people who have a family income below the UMK so that people are able to improve their health status.

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah *rabbil'alamin*, segala puji dan syukur penulis haturkan atas kehadiran Allah Subhanahu Wa Ta'ala atas segala rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan Skripsi Penelitian yang berjudul "Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Oleh Kelompok Tani Hati Senang Di Desa Lebbae Kec Ajangale Kab Bone" sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.

Proses penyusunan Skripsi Penelitian ini, bukanlah hanya hasil kerja dari penulis melainkan terdapat bimbingan, dukungan dan bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu dengan segala kerendahan hati, penulis memberikan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada kedua orang tua tercinta, Ayahanda H. Jufri dan Ibunda Dra Hj. St. Aminah atas dukungan kasih sayang, cinta, perhatian, pengorbanan baik materi dan doa yang senantiasa mengiringi langkah penulis demi kesehatan dan keselamatan dalam menempuh jenjang pendidikan hingga dapat menyelesaikan Skripsi.

Tidak lupa juga rasa syukur kepada saudari-saudari perempuan penulis yaitu Tasya Nurul Tasrah, Asri Ainun, Yunifitriani, Elma Embon Bulan, Alifa Lulu Feiysia, Fara Bahaweres, Jelsy Kurnia Sapu'. Semoga kita berdelapan tetap menjadi saudari yang terus kompak, peduli terhadap sesama dan menjadi anak yang berbakti, sholeha untuk kedua orang tua, aamiin. Penulis juga

menyampaikan rasa terima kasih sebesar-besarnya kepada Bapak Prof. Dr. Darmawansyah, SE, MS selaku pembimbing I dan Bapak Dian Saputra Marzuki, SKM,M.Kes selaku pembimbing II yang telah memberikan bimbingan dengan penuh ikhlas dan kesabaran dan meluangkan waktu dan pemikirannya untuk memberikan arahan kepada penulis.

Penulis juga ingin mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat :

1. Bapak Prof. Sukri Palutturi S.KM.,M.Kes.,Msc.,PH.,PhD selaku dekan, atas bantuannya selama penulis mengikuti pendidikan di FKM Universitas Hasanuddin.
2. Bapak Muh. Yusri Abadi, SKM, M. Kes dan Bapak Dr. Ridwan M. Thaha, Msi selaku dosen penguji yang telah memberikan saran, kritik dan arahan untuk menyempurnakan penulisan Skripsi ini
3. Seluruh dosen Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan atas bantuannya dalam memberikan arahan, bimbingan, ilmu pengetahuan yang selama penulis mengikuti pendidikan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Unhas
4. Para dosen pengajar Fakultas Kesehatan Masyarakat yang telah memberikan ilmu selama menempuh pendidikan di Fakultas Kesehatan Masyarakat
5. Pihak Puskesmas Ajangale yang telah membantu dalam hal pelaksanaan pengabilan data awal penelitian
6. Teman-teman angkatan 2019, teman-teman seantek departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan yang senantiasa memberikan semangat dan motivasi
7. Semua pihak, saudara, sahabat yang mungkin penulis tidak dapat sebut namanya satu persatu yang telah membantu penyusunan Skripsi ini

Meskipun telah berusaha menyelesaikan skripsi penelitian ini sebaik mungkin, penulis menyadari bahwa skripsi penelitian ini masih ada kekurangan. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari para pembaca guna menyempurnakan segala kekurangan dalam penyusunan skripsi penelitian ini.

Akhir kata, penulis berharap semoga skripsi penelitian ini berguna bagi para pembaca dan pihak-pihak lain yang berkepentingan.

Makassar, 28 Februari 2023

Nur Rahmah

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT	iii
ABSTRAK	iv
ABSTRACT	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	9
C. Tujuan Penelitian	10
D. Manfaat Penelitian	12
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Tinjauan Umum Tentang Pelayanan Kesehatan	13
B. Tinjauan Umum Tentang Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan.....	18
C. Tinjauan Umum Tentang Kelompok Tani	21
D. Tinjauan Umum Tentang Variabel yang Diteliti	23
E. Sintesa Penelitian	31

BAB III KERANGKA KONSEP

A. Dasar Pemikiran Variabel yang Diteliti	36
B. Kerangka Teori.....	38
C. Kerangka Konsep	39
D. Pola Pikir Variabel yang Diteliti	40
E. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif	40
F. Hipotesis Penelitian	44

BAB IV METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian	47
B. Lokasi dan Waktu Penelitian	47
C. Populasi dan Sampel Penelitian	48
D. Teknik Pengambilan Sampel	50
E. Pengumpulan Data	50
F. Pengolahan Data	51
G. Analisis Data	52
H. Penyajian Data	52

BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Lokasi Penelitian	54
B. Hasil Penelitian	59
C. Pembahasan.....	75

BAB VI PENUTUP

A. Kesimpulan	93
B. Saran.....	94

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

RIWAYAT HIDUP

DAFTAR TABEL

Tabel 1	Jumlah Pasien Rawat Jalan UPT Puskesmas Ajangale Tahun 2020	3
Tabel 2	Jumlah Pasien Rawat Jalan UPT Puskesmas Ajangale Tahun 2021	3
Tabel 3	Sintesa Penelitian	31
Tabel 4	Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik Kelompok Tani Hati Senang di Desa Lebbae Kecamatan Ajangale Tahun 2023	60
Tabel 5	Distribusi Responden Berdasarkan Umur Kelompok Tani Hati Senang di Desa Lebbae Kecamatan Ajangale Tahun 2023	60
Tabel 6	Distribusi Responden Berdasarkan Pengetahuan Kelompok Tani Hati Senang di Desa Lebbae Kecamatan Ajangale Tahun 2023	61
Tabel 7	Distribusi Responden Berdasarkan Sikap Kelompok Tani Hati Senang di Desa Lebbae Kecamatan Ajangale Tahun 2023	61
Tabel 8	Distribusi Responden Berdasarkan Kepemilikan Asuransi Kelompok Tani Hati Senang di Desa Lebbae Kecamatan Ajangale Tahun 2023 ..	62
Tabel 9	Distribusi Responden Berdasarkan Ketersediaan Tenaga Kesehatan Kelompok Tani Hati Senang di Desa Lebbae Kecamatan Ajangale Tahun 2023	63
Tabel 10	Distribusi Responden Berdasarkan Aksebilitas Kelompok Tani Hati Senang di Desa Lebbae Kecamatan Ajangale Tahun 2023	63
Tabel 11	Distribusi Responden Berdasarkan Penghasilan Kelompok Tani Hati Senang di Desa Lebbae Kecamatan Ajangale Tahun 2023	64
Tabel 12	Distribusi Responden Berdasarkan Persepsi Sakit Kelompok Tani Hati Senang di Desa Lebbae Kecamatan Ajangale Tahun 2023	65
Tabel 13	Hubungan antara Umur dengan Kelompok Tani Hati Senang terhadap Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Desa Lebbae Kecamatan Ajangale Kabupaten Bone Tahun 2023	66
Tabel 14	Hubungan antara Pengetahuan dengan Kelompok Tani Hati Senang terhadap Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Desa Lebbae Kecamatan Ajangale Kabupaten Bone Tahun 2023	67

Tabel 15 Hubungan antara Sikap dengan Kelompok Tani Hati Senang terhadap Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Desa Lebbae Kecamatan Ajangale Kabupaten Bone Tahun 2023.....	68
Tabel 16 Hubungan antara Kepemilikan Asuransi dengan Kelompok Tani Hati Senang terhadap Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Desa Lebbae Kecamatan Ajangale Kabupaten Bone Tahun 2023.....	69
Tabel 17 Hubungan antara Ketersediaan Tenaga Kesehatan dengan Kelompok Tani Hati Senang terhadap Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Desa Lebbae Kecamatan Ajangale Kabupaten Bone Tahun 2023	70
Tabel 18 Hubungan antara Akseibilitas dengan Kelompok Tani Hati Senang terhadap Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Desa Lebbae Kecamatan Ajangale Kabupaten Bone Tahun 2023.....	72
Tabel 19 Hubungan antara Penghasilan dengan Kelompok Tani Hati Senang terhadap Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Desa Lebbae Kecamatan Ajangale Kabupaten Bone Tahun 2023.....	73
Tabel 20 Hubungan antara Persepsi Sakit dengan Kelompok Tani Hati Senang terhadap Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Desa Lebbae Kecamatan Ajangale Kabupaten Bone Tahun 2023.....	74

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1 Kerangka Teori.....	37
Gambar 3.2 Kerangka Konsep.....	38
Gambar 3.3 Pola Fikir Variabel yang Diteliti	39

DAFTAR LAMPIRAN

LAMPIRAN 1

LAMPIRAN 2

LAMPIRAN 3

LAMPIRAN 4

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan merupakan aspek yang sangat penting dalam kehidupan manusia serta menjadi hak asasi bagi setiap orang. Seperti yang tercantum dalam Undang-Undang RI No.36 tahun 2009 tentang kesehatan menyatakan bahwa kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pancasila dan Undang-Undang Dasar 1945 (Undang-Undang Kesehatan RI, 2009).

Untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, banyak hal yang perlu diperhatikan. Salah satunya menyelenggarakan pelayanan kesehatan yaitu setiap upaya yang diselenggarakan secara sendiri atau bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok atau masyarakat, serta didirikannya sarana pelayanan kesehatan seperti puskesmas dan rumah sakit.

Pelayanan kesehatan menurut Levey dan Loomba adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama - sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan secara perorangan, keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat (Azwar, 2010). Adapun permasalahan pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan dasar di

Indonesia memang masih membutuhkan perhatian dan tindak lanjut. Diperkirakan hanya sekitar 30% penduduk memanfaatkan pelayanan kesehatan puskesmas dan puskesmas pembantu. Dengan keadaan seperti ini tidak mengherankan bila derajat kesehatan masyarakat di Indonesia belum memuaskan (Depkes, 2009).

Tujuan pembangunan kesehatan adalah meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar dapat terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya (Depkes RI, 2006). Namun, adanya krisis ekonomi pada tahun 1997, turut menyebabkan menurunnya kemandirian masyarakat dalam bidang kesehatan. Krisis ekonomi telah meningkatkan jumlah masyarakat miskin, dari 11,3% atau 22,4 juta penduduk pada tahun 1996, menjadi 24,2% atau 49,5 juta penduduk pada tahun 1998 (Depkes RI, 2003). Sementara, hasil Susenas 2001 menunjukkan bahwa kesakitan dan kematian lebih banyak terjadi pada kelompok miskin, yang salah satu penyebabnya adalah kesulitan terhadap akses pelayanan kesehatan (Thabrany, 2009).

Indonesia merupakan negara yang memiliki 33 provinsi dan Sulawesi Selatan merupakan salah satu provinsi di Indonesia. Keseluruhan puskesmas di provinsi Selatan ada 15 puskesmas rawat inap dan 23 puskesmas nonrawat inap. (Profil Kesehatan Indonesia, 2015). Kabupaten Bone terdiri dari 28 Kecamatan salah satu diantaranya adalah Kecamatan Ajangale. Kecamatan Ajangale sendiri memiliki 14 desa meliputi desa Allamungeng Patue, Amessangeng, Labissa, Lebbae , Leppangeng, Manciri, Opo, Pacciro,

Pinceng Pute, Pompanua, Pompanua Riattang (Salewangeng), Telle, Timurung, Welado. Dari laporan kunjungan Puskesmas Ajangale ada wilayah yang dikatakan dalam pemanfaatan puskesmas masih kuran yaitu desa Lebbae.

Tabel 1
Jumlah Pasien rawat Jalan UPT Puskesmas Ajangale Tahun 2020

No.	Bulan	JKN	Umum	Total
1.	Januari	1.826	660	2.486
2.	Februari	2.014	720	2.734
3.	Maret	1.539	776	2.315
4.	April	1.044	148	1.192
5.	Mei	818	172	990
6.	Juni	1.160	127	1.287
7.	Juli	1.367	169	1.536
8.	Agustus	1.302	180	1.482
9.	September	1.243	320	1.563
10.	Oktober	1.074	186	1.260
11.	November	1.462	240	1.702
12.	Desember	1.361	206	1.567
13.	Total	16.210	3.904	20.114

Tabel 2
Jumlah Pasien rawat Jalan UPT Puskesmas Ajangale Tahun 2021

No.	Bulan	JKN	Umum	Total
1.	Januari	553	176	729
2.	Februari	448	125	573
3.	Maret	641	166	807
4.	April	616	212	828
5.	Mei	577	178	755
6.	Juni	731	235	966
7.	Juli	647	171	818
8.	Agustus	543	189	732
9.	September	612	169	781
10.	Oktober	537	156	693
11.	November	691	219	910
12.	Desember	667	204	871
	Total	7.263	2.200	9.463

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

Desa Lebbae merupakan salah satu desa yang ada di Kec. Ajangale Kab. Bone, yang berada di Segi Tiga Emas dalam hal ini berbatasan langsung dengan tiga Kabupaten yakni Kabupaten Soppeng, sebelah selatan dan Kabupaten Wajo sebelah barat. Desa Lebbae terdiri dari tiga Dusun: Dusun Tanrung, Dusun Ajangmatekko, dan Dusun Lebbae. Desa Lebbae berjarak 9 km dari ibu kota kecamatan (Pompanua), 54 km dari ibu kota kabupaten (Watampone) dan 185 km dari ibu kota provinsi Sulawesi Selatan (Makassar).

Dengan luas wilayah 12,5 km² dengan rincian lahan: perkebunan, pertanian, dan persawahan). Dari jumlah penduduk yang ada ternyata hanya 120 warga yang berkunjung ke puskesmas, sedangkan lainnya lebih memilih untuk melakukan pengobatan sendiri, yaitu dengan membeli obat-obatan warung dan pengobatan alternatif seperti pijit. Kebanyakan dari mereka puskesmas merupakan alternatif kedua setelah dalam pengobatan dari obat-obatan warung dan pengobatan alternatif yang dirasa tidak kunjung sembuh.

Sebagian besar penduduknya bermata pencaharian sebagai petani dan berpendidikan 63% SD, 25% SLTP, 7% SLTA dan sisanya tidak sekolah ataupun sedang dalam pendidikan. (Puskesmas Ajangale, 2020).

Kondisi sosial budaya petani merupakan masalah utama dalam fungsi sektor pertanian di dalam pembangunan nasional dan kemampuan sektor tersebut untuk bersaing pada abad yang akan datang. Berdasarkan data statistik yang ada, saat ini sekitar 75% penduduk Indonesia tinggal di wilayah pedesaan. Lebih dari 54% diantaranya menggantungkan hidup pada sektor pertanian, dengan pendapatan yang relatif rendah jika dibandingkan dengan penduduk yang tinggal di perkotaan. Perbedaan tersebut berkaitan erat dengan produktifitas para petani Indonesia, yang tidak dapat dilepaskan dari berbagai faktor, antara lain luas lahan yang dimiliki, kebijakan pemerintah dalam hal pemberian insentif kepada petani dan sebagainya (Hotmaida, 2011:3)

Menurut Andersen (1995), mengembangkan suatu model tentang pemanfaatan pelayanan kesehatan dimana pelayanan kesehatan tersebut dipengaruhi oleh faktor predisposisi (jenis kelamin, umur, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, ras, agama dan kepercayaan kesehatan), karakteristik kemampuan (penghasilan, asuransi, kemampuan membeli jasa pelayanan kesehatan, pengetahuan tentang kebutuhan pelayanan kesehatan, adanya sarana pelayanan kesehatan serta lokasinya dan ketersediaan tenaga kesehatan), dan karakteristik kebutuhan (penilaian individu dan penilaian klinik terhadap suatu penyakit) (Karamelka, 2015).

Program Indonesia Sehat dilaksanakan dengan 3 pilar utama yaitu paradigma sehat, penguatan pelayanan kesehatan dan jaminan kesehatan nasional. Pilar paradigma sehat dilakukan dengan strategi pengarus utamaan kesehatan dalam pembangunan, penguatan promotif, preventif dan pemberdayaan masyarakat. Penguatan pelayanan kesehatan dilakukan dengan strategi peningkatan akses pelayanan kesehatan, optimalisasi system rujukan dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan, menggunakan pendekatan *continuum of care* dan intervensi berbasis risiko Kesehatan. Sementara itu jaminan kesehatan nasional dilakukan dengan strategi perluasan sasaran dan benefit serta kendali mutu dan kendali biaya (Kemenkes RI, 2015).

Menurut Anderson terdapat 3 faktor yang mempengaruhi perilaku seseorang dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan yaitu karakteristik predisposisi (pendidikan, pekerjaan, kesukaan), karakteristik pendukung (*enabling*) yaitu fasilitas, sarana prasarana dan karakteristik kebutuhan (Notoatmodjo, 2014).

Bukti dengan adanya keseriusan pemerintah adalah dengan adanya 9.321 puskesmas yang tersebar di seluruh Indonesia, mencakup 3.019 puskesmas rawat inap dan 6.302 puskesmas non rawat inap (Depkes RI, 2011). Tapi kenyataan yang terjadi bahwa masih banyak individu atau kelompok masyarakat tertentu yang kurang memahami pentingnya memanfaatkan dan menggunakan pelayanan puskesmas. Puskesmas sering dijadikan sebagai pilihan kedua atau alternatif lain yang disebabkan oleh ketidakmampuan menjalani pelayanan kesehatan ditempat yang lebih baik,

baik karena alasan ketidaktahuan dengan kondisi puskesmas, ketidaksiapan mental, keterbatasan ekonomi dan berbagai faktor yang lain

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

Permasalahan pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan dasar di Indonesia memang masih membutuhkan perhatian dan tindak lanjut. Diperkirakan hanya sekitar 30% penduduk yang memanfaatkan pelayanan Puskesmas dan Puskesmas Pembantu. Dengan keadaan seperti ini tidak mengherankan bila derajat kesehatan masyarakat di Indonesia belum memuaskan (DepKes RI, 2004). Penelitian Savitri (2011) menyatakan bahwa sebanyak 14,3% penduduk dengan tempat tinggal jauh selalu memanfaatkan puskesmas sedangkan penduduk yang bertempat tinggal dekat dengan puskesmas dan selalu memanfaatkan puskesmas ada 51,9%. Artinya fakta jarak dan transportasi menjadi kendala bagi masyarakat untuk menjangkau

puskesmas sehingga kunjungan masyarakat yang tempat tinggalnya dekat lebih banyak dari pada penduduk yang tempat tinggalnya jauh. Penelitian yang dilakukan di Kabupaten Bone ini juga menyimpulkan factor-faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan puskesmas adalah karakteristik individu (umur, Pendidikan, Pekerjaan dan persepsi sakit), penyedia pelayanan kesehatan (ketersediaan tenaga kesehatan) dan aksesibilitas (jarak tempuh dan sarana transportasi) dan kondisi Sosial Ekonomi (Penghasilan), Kepemilikan Asuransi (asuransi kesehatan).

Faktor-faktor yang mengidentifikasi dan berpotensi mempengaruhi seseorang untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan menurut Green dalam Notoatmodjo (2007) adalah faktor predisposisi (predisposing) yang meliputi pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai, dan persepsi, faktor enabling/pendukung yaitu ketersediaan fasilitas kesehatan/sarana kesehatan, keterjangkauan biaya, jarak dan fasilitas transportasi dan faktor reinforcing/penguat yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau merupakan dukungan dari pemimpin, tokoh masyarakat, keluarga, dan orang tua.

Berkaitan dengan pembiayaan, dalam penelitian Wahyuni (2012) menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara kepemilikan jaminan/asuransi kesehatan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas. Rumah tangga yang memiliki jaminan/asuransi kesehatan mempunyai peluang 2,018 kali (95% CI: 1,32-3,08) untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan Puskesmas. Menurut Aday (1981), adanya jaminan

pembayar biaya pelayanan kesehatan, termasuk jaminan asuransi kesehatan, merupakan salah satu sebab meningkatnya akses atau pemanfaatan pelayanan.

Berdasarkan latar belakang yang diuraikan diatas peneliti tertarik melakukan penenlitian dengan judul “Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Oleh Kelompok Tani Hati Senang di Desa Lebbae Kec. Ajangale Kab. Bone Tahun 2022”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian yang telah dikemukakan pada latar belakang di atas maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Apakah terdapat hubungan umur Kelompok Tani Hati Senang dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Desa Lebbae Kecamatan Ajangale Kabupaten Bone?
2. Apakah terdapat hubungan pengetahuan Kelompok Tani Hati Senang dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Desa Lebbae Kecamatan Ajangale Kabupaten Bone?
3. Apakah terdapat hubungan sikap Kelompok Tani Hati Senang dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Desa Lebbae Kecamatan Ajangale Kabupaten Bone?
4. Apakah terdapat hubungan kepemilikan asuransi Kesehatan Kelompok Tani Hati Senang dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Desa Lebbae Kecamatan Ajangale Kabupaten Bone?

5. Apakah terdapat hubungan ketersediaan tenaga kesehatan Kelompok Tani Hati Senang dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Desa Lebbae Kecamatan Ajangale Kabupaten Bone?
6. Apakah terdapat hubungan aksesibilitas Kelompok Tani Hati Senang dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Desa Lebbae Kecamatan Ajangale Kabupaten Bone?
7. Apakah terdapat hubungan penghasilan Kelompok Tani Hati Senang dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Desa Lebbae Kecamatan Ajangale Kabupaten Bone?
8. Apakah terdapat hubungan persepsi sakit Kelompok Tani Hati Senang dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Desa Lebbae Kecamatan Ajangale Kabupaten Bone?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk menganalisis faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Desa Lebbae Kecamatan Ajangale Kabupaten Bone.

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah:

1. Mengetahui hubungan Umur Kelompok Tani Hati Senang dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Desa Lebbae Kecamatan Ajangale Kabupaten Bone.

2. Mengetahui hubungan Pengetahuan Kelompok Tani Hati Senang dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Desa Lebbae Kecamatan Ajangale Kabupaten Bone.
3. Mengetahui hubungan Sikap Kelompok Tani Hati Senang dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Desa Lebbae Kecamatan Ajangale Kabupaten Bone.
4. Mengetahui hubungan Kepemilikan Asuransi Kesehatan Kelompok Tani Hati Senang dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Desa Lebbae Kecamatan Ajangale Kabupaten Bone.
5. Mengetahui hubungan Ketersediaan Tenaga Kesehatan Kelompok Tani Hati Senang dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Desa Lebbae Kecamatan Ajangale Kabupaten Bone.
6. Mengetahui hubungan Aksesibilitas Kelompok Tani Hati Senang dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Desa Lebbae Kecamatan Ajangale Kabupaten Bone.
7. Mengetahui hubungan Penghasilan Kelompok Tani Hati Senang dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Desa Lebbae Kecamatan Ajangale Kabupaten Bone.
8. Mengetahui hubungan Persepsi Sakit Kelompok Tani Hati Senang dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Desa Lebbae Kecamatan Ajangale Kabupaten Bone.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Ilmiah

Sebagai bahan masukan dan sumbangan ilmiah dan sebagai informasi tambahan bagi peneliti-peneliti selanjutnya.

2. Manfaat institusi

Hasil penelitian ini dapat dijadikan salah satu bahan referensi penelitian selanjutnya khususnya mengenai dampak yang dapat dirasakan oleh pasien yang memanfaatkan pelayanan kesehatan Kabupaten Bone dalam skema Sistem Jaminan Sosial Nasional.

- a. Sebagai bahan masukan bagi pemerintah kota dan BPJS Kesehatan sendiri mengenai kepesertaan JKN serta pelayanan yang maksimal kepada mereka khususnya pada kondisi ekonomi yang tidak tetap.
- b. Untuk pengembangan ilmu dalam bidang Universal Health Coverage agar terdapat perbaikan sehingga tujuan mulia JKN dapat tercapai.

3. Manfaat Peneliti

Manfaat terhadap pengembangan ilmu pengetahuan dan dapat menjadi salah satu pengalaman dan dasar pertimbangan dalam mengembangkan penelitian selanjutnya di kemudian hari

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang Pelayanan Kesehatan

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

1. Jenis Pelayanan Kesehatan

Jenis pelayanan kesehatan menurut Hodgetts dan Cascio (Azwar, 2010) adalah:

a. Pelayanan Kedokteran

Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok pelayanan kedokteran (medical services) ditandai dengan cara pengorganisasian yang dapat bersifat sendiri (solo practice) atau secara bersama – sama dalam suatu organisasi dengan tujuan untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan, serta sasarannya perseorangan dan keluarga.

b. Pelayanan Kesehatan Masyarakat

Pelayanan kesehatan masyarakat ditandai dengan cara pengorganisasian secara bersama-sama dan bertujuan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit serta sasaran utamanya adalah kelompok dan masyarakat.

2. Faktor yang Mempengaruhi Pelayanan Kesehatan

WHO menyebutkan bahwa faktor perilaku yang mempengaruhi penggunaan pelayanan kesehatan adalah (Notoatmodjo, 2012):

a. Pemikiran dan Perasaan (Thoughts and Feeling)

Berupa pengetahuan, persepsi, sikap, kepercayaan dan penilaian-penilaian seseorang terhadap objek, dalam hal ini objek kesehatan.

b. Orang Penting sebagai Referensi (Personal Referensi)

Seseorang lebih banyak dipengaruhi oleh seseorang yang dianggap penting atau berpengaruh besar terhadap dorongan penggunaan pelayanan kesehatan.

c. Sumber-Sumber Daya (Resources)

Mencakup fasilitas, uang, waktu, tenaga, dan sebagainya. Sumber-sumber daya juga berpengaruh terhadap perilaku seseorang atau kelompok masyarakat dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. Pengaruh tersebut dapat bersifat positif dan negatif.

d. Kebudayaan (Culture)

Berupa norma-norma yang ada di masyarakat dalam kaitannya dengan konsep sehat sakit.

3. Syarat Pelayanan Kesehatan

(Azwar, 2010) menjelaskan suatu pelayanan kesehatan harus memiliki berbagai persyaratan pokok, yaitu: persyaratan pokok yang memberi pengaruh kepada masyarakat dalam menentukan pilihannya terhadap penggunaan jasa pelayanan kesehatan dalam hal ini, yaitu sebagai berikut:

a. Ketersediaan dan kesinambungan pelayanan

Pelayanan yang baik adalah pelayanan kesehatan yang tersedia di masyarakat (acceptable) serta berkesinambungan (sustainable). Artinya semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan masyarakat ditemukan serta keberadaannya dalam masyarakat adalah ada pada tiap saat dibutuhkan.

b. Kewajaran dan penerimaan masyarakat

Pelayanan kesehatan yang baik adalah bersifat wajar (appropriate) dan dapat diterima (acceptable) oleh masyarakat. Artinya pelayanan kesehatan tersebut dapat mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi, tidak bertentangan dengan adat istiadat, kebudayaan, keyakinan dan kepercayaan masyarakat, serta bersifat tidak wajar, bukanlah suatu keadaan pelayanan kesehatan yang baik.

c. Mudah dicapai oleh masyarakat

Pengertian dicapai yang dimaksud disini terutama dari letak sudut lokasi mudah dijangkau oleh masyarakat, sehingga distribusi sarana kesehatan menjadi sangat penting. Jangkauan fasilitas pembantu untuk menentukan permintaan yang efektif. Bila fasilitas mudah dijangkau dengan menggunakan alat transportasi yang tersedia maka fasilitas ini akan banyak dipergunakan. Tingkat pengguna di masa lalu dan kecenderungan merupakan indikator terbaik untuk perubahan jangka panjang dan pendek dari permintaan pada masa akan datang.

d. Terjangkau

Pelayanan kesehatan yang baik adalah pelayanan yang terjangkau (affordable) oleh masyarakat, dimana diupayakan biaya pelayanan tersebut sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat. Pelayanan kesehatan yang mahal hanya mungkin dinikmati oleh sebagian masyarakat saja.

e. Mutu

Mutu (kualitas) yaitu menunjukkan tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan dan menunjukkan kesembuhan penyakit serta keamanan tindakan yang dapat memuaskan para pemakai jasa pelayanan yang sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

4. Masalah Pelayanan Kesehatan

Seiring berkembangnya ilmu dan teknologi, pelayanan kesehatan mengalami beberapa perubahan. Perubahan seperti ini di satu pihak mendatangkan keuntungan namun di pihak lain ternyata mendatangkan masalah, seperti:

a. Pengkotakan dalam pelayanan kesehatan

Terdapat pengkotak – kotakan dalam pelayanan kesehatan, hal ini eratkaitannya dengan timbulnya spesialisasi dan subspecialisi dalam pelayanan kesehatan. Masalah yang ditimbulkan adalah menyulitkan masyarakat memperoleh pelayanan kesehatan, yang apabila

berkelanjutan akan menyebabkan tidak terpenuhinya kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan.

b. Berubahnya sifat pelayanan kesehatan

Berubahnya sifat pelayanan kesehatan diakibatkan karena telah terjadinya pengkotakan dalam pelayanan kesehatan. Perhatian penyelenggara pelayanan kesehatan tidak diberikan secara menyeluruh karena munculnya spesialisasi dan subspecialisasi.

Selanjutnya, perubahan sifat pelayanan kesehatan yaitu ketergantungan terhadap berbagai peralatan kedokteran canggih. Hal tersebut dapat menimbulkan dampak negative seperti makin renggangnya hubungan antara dokter dengan pasien karena terdapat suatu pemisah yakni berbagai peralatan kedokteran dan semakin mahalnya biaya kesehatan sehingga masyarakat sulit dalam menjangkau pelayanan kesehatan.

5. Sertifikasi Pelayanan Kesehatan

Sertifikasi pelayanan kesehatan di Indonesia dalam (Kemenkes RI, 2015) yang dibedakan menjadi 2 macam, yakni:

- a. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang selanjutnya disingkat FKTP adalah fasilitas kesehatan yang melakukan pelayanan perorangan yang bersifat nonspesialistik untuk keperluan observasi, diagnosis, perawatan, pengobatan, dan/atau pelayanan kesehatan lainnya yang meliputi rawat jalan tingkat pertama dan rawat inap tingkat pertama.
- b. Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan yang selanjutnya disingkat FKRTL adalah fasilitas kesehatan yang melakukan pelayanan

perorangan yang bersifat subspecialistik yang meliputi rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat lanjutan, dan rawat inap di ruang perawatan khusus.

B. Tinjauan Umum Tentang Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Salah satu pelayanan yang banyak dimanfaatkan oleh masyarakat adalah pelayanan kesehatan. Menurut Azwar (1999) pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah penggunaan fasilitas pelayanan yang disediakan baik dalam bentuk rawat jalan, rawat inap, kunjungan rumah oleh petugas kesehatan ataupun bentuk kegiatan lain dari pemanfaatan pelayanan tersebut yang didasarkan pada ketersediaan dan kesinambungan pelayanan, penerimaan masyarakat dan kewajaran, mudah dicapai oleh masyarakat, terjangkau serta bermutu.

Pemanfaatan pelayanan kesehatan dapat dipengaruhi oleh faktor predisposisi (Predisposing factors) seperti: pengetahuan, sikap, kepercayaan, nilai-nilai, umur, jenis kelamin, pendidikan. Faktor enabling (enabling factors) seperti: status ekonomi, ketercapaian pelayanan, ketersediaan sarana dan komitmen masyarakat. Faktor penguat (reinforcing factors) seperti: sikap dan perilaku tokoh masyarakat, perilaku petugas kesehatan. Faktor kebutuhan (Notoatmodjo, 2014)

Pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh keluarga tergantung pada predisposisi keluarga mencakup karakteristik keluarga cenderung menggunakan pelayanan kesehatan meliputi variabel demografi, variabel

struktur sosial (pendidikan, pekerjaan, suku) serta kepercayaan dan sikap terhadap perawatan medis, dokter, dan penyakit (termasuk stress serta kecemasan yang ada kaitannya dengan kesehatan) (Siregar, 2012).

Penelitian (Saragih, F, 2010) menyatakan sikap sangat berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan (Puskesmas). Hal ini disebabkan karena perilaku petugas pelayanan kesehatan puskesmas dan sikap masyarakat yang lebih memilih pergi ke balai pengobatan bidan atau praktek dokter yang ada di desa tersebut daripada ke Puskesmas. Hasil penelitian ini juga hampir sejalan dengan hasil penelitian (Rifai, 2005) tentang persepsi masyarakat terhadap pemanfaatan pelayanan pengobatan di Puskesmas Binjai. Menurut hasil penelitian yang dilakukan bahwa perilaku petugas sebanyak (68,0%), perilaku dokter sebanyak (62,0%), bahwa sebagian besar masyarakat banyak yang bertindak tidak mau memanfaatkan pelayanan puskesmas disebabkan oleh perilaku petugas kesehatan dan perilaku masyarakat yang lebih memilih ke balai pengobatan bidan atau praktek dokter yang ada di desa tersebut.

Anderson menggambarkan model system kesehatan (health system model) yang berupa model kepercayaan kesehatan. Di dalam model Anderson ini terdapat tiga kategori utama dalam pelayanan kesehatan, yakni karakteristik predisposisi, karakteristik pendukung, dan karakteristik kebutuhan (Notoatmodjo, 2014)

1. Karakteristik Predisposisi

Karakteristik ini digunakan untuk menggambarkan fakta bahwa tiap individu mempunyai kecenderungan untuk menggunakan pelayanan kesehatan yang berbeda-beda. Hal ini disebabkan karena adanya ciri-ciri individu, yang digolongkan ke dalam tiga kelompok, meliputi:

- a. Ciri-ciri demografi (seperti umur, jenis kelamin, status perkawinan).
- b. Struktur sosial (seperti pendidikan, pekerjaan kepala keluarga, kesukuan atau ras, bangsa, agama)
- c. Manfaat-manfaat kesehatan seperti keyakinan bahwa pelayanan kesehatan dapat menolong proses penyembuhan penyakit. Selanjutnya Anderson percaya bahwa:

- 1) Setiap individu atau orang mempunyai perbedaan karakteristik, mempunyai perbedaan tipe dan frekuensi penyakit, dan
- 2) Setiap individu mempunyai perbedaan struktur social, mempunyai perbedaan gaya hidup dan akhirnya mempunyai perbedaan pola penggunaan pelayanan kesehatan.
- 3) Individu percaya adanya kemandirian dalam pelayanan kesehatan.

Adapun Faktor perilaku yang memengaruhi penggunaan pelayanan kesehatan menurut (Notoatmodjo, 2012) adalah:

- a. Pemahaman dan pertimbangan (thoughts and feeling), yakni dalam bentuk pengetahuan, persepsi, sikap, kepercayaan dan penilaian-penilaian seseorang terhadap objek (dalam hal ini objek kesehatan)
- b. Orang penting sebagai referensi (personal referensi), perilaku orang lebih-lebih perilaku anak kecil lebih banyak dipengaruhi oleh orang-

orang yang dianggap penting. Apabila seseorang itu dipercaya, maka apa yang ia katakan atau perbuatan cenderung untuk dicontoh. Untuk anak-anak sekolah misalnya, maka gurulah yang menjadi panutan perilaku mereka. orang-orang yang dianggap penting ini sering disebut kelompok referensi (references group), antara lain guru, alim ulama, kepala adat (suku), kepala desa, dan sebagainya.

- c. Sumber-sumber daya (resources), mencakup fasilitas, uang, waktu, tenaga dan sebagainya. Sumber-sumber daya juga berpengaruh terhadap perilaku seseorang atau kelompok masyarakat dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. Pengaruh tersebut dapat bersifat positif dan negative. Misalnya pelayanan puskesmas dapat berpengaruh positif terhadap perilaku penggunaan puskesmas tetapi juga dapat berpengaruh sebaliknya.
- d. Kebudayaan (culture), kebiasaan, nilai-nilai, tradisi-tradisi, dan sumber-sumber di dalam suatu masyarakat akan menghasilkan suatu pola hidup (way of life) yang pada umumnya disebut kebudayaan. Kebudayaan ini terbentuk dalam waktu yang lama sebagai akibat dari kehidupan suatu masyarakat bersama. Kebudayaan selalu berubah, baik secara lambat ataupun cepat sesuai dengan peradaban manusia.

C. Tinjauan Umum Tentang Kelompok Tani

Kelompok tani adalah kelembagaan petanian atau peternak yang dibentuk atas dasar kesamaan kepentingan, kesamaan kondisi lingkungan

(sosial, ekonomi dan sumberdaya) dan keakraban untuk meningkatkan dan mengembangkan usaha anggotanya serta ditumbuhkembangkan dari, oleh dan untuk petani yang saling mengenal, akrab, saling percaya, mempunyai kepentingan dalam berusahatani, kesamaan baik dalam hal tradisi, pemukiman, maupun hamparan lahan usahatani (Pusat Penyuluhan Pertanian, 2012). Kelompok tani merupakan sebuah lembaga yang menyatukan para petani secara horizontal dan dapat dibentuk beberapa unit dalam satu desa, bisa berdasarkan komoditas, areal tanam pertanian dan gender (Syahyuti, 2007). Dengan demikian, untuk mengetahui gerak pembangunan pertanian perlu perhatian terhadap kelompok tani yang ada di desa (Hariadi, 2011). Kelompok tani didefinisikan sebagai sebuah kelembagaan di tingkat petani yang dibentuk untuk mengorganisasikan para petani dalam menjalankan usahatannya (Hermanto dan Swastika, 2011).

Kelompok tani pada hakikatnya adalah untuk menggerakkan sumber daya manusia petani. Pembinaan kelompok tani berperan dalam meningkatkan pengetahuan, sikap dan keterampilan petani (Thomas, 2008). Kelompok tani akan membantu petani yang tergabung dalam keanggotaan untuk memfasilitasi segala kebutuhan mulai dari pembelian sarana produksi sampai penanganan pascapanen dan pemasarannya (Hariadi, 2011).

Kelompok tani juga menjadi titik penting untuk menjalankan dan menterjemahkan konsep hak petani ke dalam kebijakan, strategi, dan program yang layak dalam satu kesatuan utuh dan pengembangan ke dalam langkah operasional (Djiwandi, 1994). Kelompok tani memiliki tiga fungsi utama

yaitu sebagai unit belajar, unit kerjasama, dan unit produksi. Apabila ketiga unit tersebut sudah berjalan, maka diarahkan untuk menjadi unit kelompok usaha. Keberhasilan kelompok tani menjalani fungsi – fungsi tersebut tidak lepas dari pengaruh kerja keras anggota dalam kegiatan kelompok untuk mencapai tujuan yang telah disepakati bersama (Dinas Pertanian, 1997).

D. Tinjauan Umum Tentang Variabel

1. Umur

Menurut Green (2008), umur merupakan salah satu karakteristik individu yang dapat mempermudah atau mendasari untuk terjadinya perilaku tertentu. Melalui perjalanan umurnya semakin dewasa, seseorang akan melakukan adaptasi perilaku hidupnya terhadap lingkungannya disamping secara alamiah, juga berkembang perilaku yang sifatnya naluriah. Sedangkan menurut Elizabeth B.Hurlock (2004), masa dewasa dimulai dari umur 18 tahun. Pada masa ini seseorang mengalami perubahan dalam menentukan pola hidup baru, tanggung jawab baru dan komitmen-komitmen yang baru termasuk menentukan memanfaatkan atau tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan apabila sedang sakit.

2. Tingkat pendidikan masyarakat

Pendidikan seseorang merupakan salah satu proses perubahan tingkah laku. Pendidikan didefinisikan sebagai tingkat pendidikan formal tertinggi yang dicapai dan ditunjukkan dengan bukti ijazah. Berdasarkan undang-undang nomor 20 tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional,

pendidikan digolongkan menjadi 3 (tiga) kategori yaitu pendidikan rendah (meliputi : tidak sekolah, tamat SD/MI/MTS), pendidikan menengah (meliputi : tamat SMA/MA/SMK), pendidikan tinggi (meliputi : tamat Diploma/sarjana/magister/spesialis). Tingkat pendidikan adalah proses perubahan sikap dan tata laku seseorang atau kelompok orang dalam usaha mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan pelatihan yang formal, melalui tingkat pendidikan berpengaruh terhadap kesadaran individu dalam melakukan tindakan perencanaan dan pengendalian untuk mengatasi resiko yang akan timbul dalam kehidupan. Pendidikan mempengaruhi persepsi risiko dan persepsi terhadap besarnya kerugian (Handayani dkk, 2013). Semakin tinggi tingkat pendidikan, semakin bertambah pengetahuan mengenai informasi jaminan kesehatan dan kebutuhannya terhadap pelayanan kesehatan. Ketika seseorang memiliki tingkat pendidikan tinggi maka dapat lebih memahami dan mengetahui manfaat serta kebutuhan yang dianggap penting seperti kebutuhan akan pelayanan kesehatan yang dapat dijamin dengan cara membayar iuran jaminan kesehatan sehingga tingkat keinginan seseorang dalam membayar iuran tersebut akan semakin meningkat.

3. Pekerjaan masyarakat

Masyarakat yang berpenghasilan rendah dan berpendidikan formal rendah yang menimbulkan sikap masa bodoh dan pengingkaran serta rasa takut yang tidak mendasar.

4. kepemilikan asuransi Kesehatan

Asuransi kesehatan adalah suatu mekanisme pengalihan risiko (sakit) dan risiko perorangan menjadi risiko kelompok, maka dengan cara mengalihkan risiko individu menjadi risiko kelompok, beban ekonomi yang harus dipikul oleh masing-masing peserta asuransi akan lebih ringan tetapi mengandung kepastian karena memperoleh jaminan pembiayaan jika jatuh sakit (Muninjaya, 2011). Asuransi kesehatan mempengaruhi konsumsi pelayanan kesehatan secara signifikan. Manfaat asuransi kesehatan adalah membebaskan peserta dari kesulitan menyediakan dana tunai, biaya kesehatan dapat diawasi dan tersedianya data kesehatan. Kepemilikan Jaminan Kesehatan keluarga yang dapat dimanfaatkan di Puskesmas misalnya: Askes, Jamkesmas dan BPJS. Asuransi kesehatan mempunyai peran yang sangat penting dalam pemeliharaan kesehatan masyarakat terutama pada saat sakit sehingga kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan akan terpenuhi dan pembiayaan kesehatan lebih terjamin (Thabrany, 2014). Uraian di atas tidak sejalan dengan hasil penelitian Wahyuni (2012), yang menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara responden yang memiliki asuransi kesehatan dan responden yang tidak memiliki asuransi kesehatan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas Sumber Rejo. Responden yang tidak memiliki asuransi mempunyai peluang hampir sama untuk tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan dibandingkan dengan responden yang memiliki asuransi kesehatan.

5. Ketersediaan Tenaga Kesehatan

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan. Ketersediaan tenaga kesehatan merupakan salah satu hal yang sangat penting dalam pelayanan kesehatan (Anhar., dkk, 2016). Hasil ini sejalan dengan penelitian Rivka (2010), yang menyatakan ada hubungan bermakna antara keberadaan tenaga kesehatan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan. SDM atau tenaga kesehatan di Puskesmas berperan sebagai pelaksana pelayanan kesehatan sehingga peran tersebut diharapkan sesuai dengan tupoksi (tugas pokok dan fungsi), pendidikan dan keterampilan yang dimilikinya (Anhar., dkk, 2016). Ketersediaan tenaga kesehatan dalam hal ini adalah keberadaan tenaga kesehatan tersebut di Puskesmas saat pelayanan pasien, karena meskipun tenaga kesehatan di Puskesmas tersebut semua ada namun kadang-kadang tidak berada di tempat pada saat dibutuhkan pasien, hal ini disebabkan karena adanya berbagai kegiatan lain seperti pelatihan, rapat dan sebagainya (Anhar., dkk, 2016).

6. Aksesibilitas

Pengertian akses pelayanan kesehatan adalah kemampuan setiap individu untuk mencari Menurut Dever (1984) dalam Indryani (2013), aksesibilitas merupakan salah satu faktor yang berperan dalam

menentukan utilitas pelayanan kesehatan yang dinilai dari jarak, 26 waktu tempuh, dan ketersediaan transportasi untuk mencapai lokasi pelayanan kesehatan. Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007, bahwa jarak tempuh ke pelayanan kesehatan diklasifikasikan menjadi: kurang dari 1 kilometer (5 km), sedangkan menurut Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2016, bahwa waktu tempuh rumah tangga menuju faskes dihitung dalam satuan menit dan dibagi menjadi 4 kategori, yaitu ≤ 15 menit; 16-30 menit; 31-60 menit; dan >60 menit. Moda transportasi yang digunakan menuju faskes dapat berupa mobil pribadi, kendaraan umum, jalan kaki, sepeda motor, sepeda, perahu, transportasi udara (kecuali ke Posyandu, Poskesdes, dan Polindes) dan yang menggunakan lebih dari satu moda transportasi. Kemudahan untuk menjangkau lokasi Puskesmas merupakan salah satu hal penting yang perlu diperhatikan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan tersebut (Dwianty, 2010). Pelayanan kesehatan yang lokasinya terlalu jauh dari tempat tinggal baik jarak secara fisik maupun secara finansial tentu tidak mudah dicapai. Oleh karena itu, akses baik berupa jarak maupun transportasi yang di butuhkan dari tempat tinggal ke pusat pelayanan kesehatan sangat mempengaruhi tingkat permintaan pelayanan kesehatan (Karman., dkk, 2016).

7. Sosial Ekonomi

Kondisi sosial ekonomi adalah suatu keadaan atau kedudukan yang diatur sosial dan merupakan seseorang dalam posisi tertentu dalam struktur sosial masyarakat, pemberian posisi ini disertai pula dengan posisi

tertentu dalam struktur sosial masyarakat, pemberian posisi ini disertai pula dengan seperangkat hak dan kewajiban yang harus dipenuhi oleh pembawa status (Dewi, 2009). Sosial ekonomi adalah kedudukan atau posisi seseorang dalam kelompok masyarakat yang ditentukan oleh jenis aktivitas ekonomi, pendidikan serta pendapatan (Wayan, 2014). Soerjono Soekanto (2009: 208) menyatakan bahwa, Ukuran atau kriteria yang biasa dipakai untuk menggolong-golongkan anggota-anggota masyarakat ke dalam suatu lapisan sosial adalah sebagai berikut:

- (1). Ukuran kekayaan, Barangsiapa yang memiliki kekayaan paling banyak termasuk dalam lapisan teratas. Kekayaan tersebut, misalnya, dapat dilihat pada bentuk rumah yang bersangkutan, mobil pribadinya, cara-caranya mempergunakan pakaian serta bahan, pekerjaan orang tua, penghasilan dan seterusnya,
- (2) Ukuran kekuasaan, Barangsiapa yang memiliki kekuasaan atau yang mempunyai wewenang terbesar, menempati lapisan atasan,
- (3). Ukuran kehormatan, Ukuran kehormatan tersebut mungkin terlepas dari ukuran-ukuran kekayaan dan/atau kekuasaan. Orang yang paling disegani dan dihormati, mendapat tempat teratas. Ukuran semacam ini, banyak dijumpai pada masyarakat-masyarakat tradisional. Biasanya mereka adalah golongan tua atau mereka yang pernah berjasa. Misalnya aktivitas sosial di lingkungan masyarakat,
- (4). Ukuran ilmu pengetahuan, Ilmu pengetahuan sebagai ukuran dipakai oleh masyarakat yang menghargai ilmu pengetahuan.

Melly G Tan dalam Hendratmoko 2012 (Novita Sulistyorini,2014), bahwa kedudukan sosial ekonomi mencakup 3 (tiga) faktor yaitu pekerjaan, pendidikan, dan penghasilan. Pendapat diatas didukung oleh MaMahbud UI Hag dari Bank Dunia bersama dengan James Grant dari Overseas Development Council mengatakan bahwa kehidupan sosial ekonomi dititik beratkan pada pelayanan kesehatan, pendidikan, perumahan, dan air yang sehat serta didukung oleh pekerjaan yang layak. Berdasarkan pendapat tersebut dapat diketahui bahwa status sosial ekonomi adalah kemampuan seseorang untuk mampu menempatkan diri dalam lingkungannya, sehingga dapat menentukan sikap berdasarkan atas apa yang dimilikinya dan kemampuan mengenai keberhasilan menjalankan usaha dan berhasil mencukupinya (Novita Sulistyorini,2014).

8. Persepsi Sakit

Notoatmodjo (Notoatmodjo, 2010) mengungkapkan bahwa Persepsi adalah pengalaman tentang obyek, peristiwa, atau hubungan – hubungan yang diperoleh dengan menyimpulkan informasi dan menafsirkannya. Apa yang dirasakan sehat bagi seseorang bisa saja tidak dirasakan sehat bagi orang lain, karena adanya perbedaan persepsi.

Berdasarkan hasil penelitian dari (Nampirah, 2016), menunjukkan bahwa persepsi responden tentang kesehatan yang kurang baik lebih banyak tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan sebesar 93,3%. Hal ini terjadi karena

persepsi masyarakat tentang kesehatan masih belum sesuai dengan konsep sehat ataupun sakit yang sebenarnya.

Penelitian tersebut sejalan dengan (Primanita, 2011), diketahui bahwa sebagian responden memiliki persepsi tentang sakit yang positif yaitu sebanyak 58 orang (60,4%). Sedangkan yang memiliki persepsi tentang sakit yang negatif sebanyak 38 responden (39,6%).

E. Sintesa Penelitian

Tabel 3

FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PEMANFAATAN PELAYANAN KESEHATAN OLEH KELOMPOK TANI HATI SENANG DI DESA LEBBAE KEC. AJANGALE KABUPATEN BONE TAHUN 2022

No	Nama Peneliti Tahun	Judul	Metode Penelitian	Hasil
1	(Napirah, et al 2016)	Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Di Wilayah Kerja Puskesmas Tambarana Kecamatan Poso Pesisir Utara Kabupaten Poso	Penelitian survey analitik dengan pendekatan cross sectional. Jumlah sampel sebanyak 69 responden yang diambil menggunakan rumus Standley Lameshow yang populasinya diketahui. Data dianalisis secara deskriptif yaitu analisis univariat dan bivariat, pada taraf kepercayaan 95% ($p < 0,05$).	Hasil uji Chi Square menunjukkan bahwa persepsi masyarakat tentang kesehatan berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan ($\rho = 0,000$), persepsi masyarakat tentang kualitas pelayanan tidak berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan ($\rho = 0,213$), pendapatan keluarga berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan ($\rho = 0,004$), dan terdapat hubungan tingkat pendidikan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan ($\rho = 0,000$). Tidak adanya hubungan persepsi masyarakat tentang kualitas pelayanan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan dapat dipengaruhi oleh bukti fisik, kehandalan, daya tanggap, jaminan dan empati.

2	(Rumengan and Kandou, 2015)	Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Pada Peserta BPJS Kesehatan di Puskesmas Paniki Bawah Kecamatan Mapanget Kota Manado	Penelitian survey analitik dengan menggunakan rancangan cross sectional.	Ada hubungan yang bermakna antara Persepsi responden tentang JKN, akses layanan dan Persepsi responden terhadap Tindakan Petugas dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas.
3	(Rambe, 2015)	Determinan Pemanfaatan Pelayanan Rawat Jalan Di Puskesmas Batang Toru Kecamatan Batang Toru Kabupaten Tapanuli Selatan Tahun 2015	Penelitian survei dengan menggunakan pendekatan explanatory research yang bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang memengaruhi pemanfaatan pelayanan rawat jalan di Puskesmas Batang Toru	Berdasarkan uji bivariat dalam penelitian ini menunjukkan bahwa variabel pengetahuan, sikap, persepsi, keterjangkauan dan sikap petugas ada hubungan terhadap pemanfaatan pelayanan rawat jalan sedangkan berdasarkan uji multivariat variabel sikap petugas kesehatan mempunyai nilai p sebesar 0,011 dan Exp (B) sebesar 9,375, merupakan model terbaik untuk meningkatkan pemanfaatan pelayanan rawat jalan di Puskesmas Batang Toru.
4	Anjela Mei Rahayu Ambarita, 2015	Determinan Pemanfaatan Puskesmas Kecamatan Pematang Sidamanik Oleh Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Kabupaten Simalungun Tahun 2015	Survei dengan tipe explanatory research untuk menjelaskan pengaruh faktor predisposisi (pendidikan, pekerjaan, pengetahuan, dan sikap), faktor pemungkin (informasi dan keterjangkauan), dan faktor kebutuhan (kondisi kesehatan) terhadap	sebanyak 24 responden (26,7%) memanfaatkan puskesmas dan 66 responden (73,3%) tidak memanfaatkan puskesmas Kecamatan pematang Sidamanik.

			pemanfaatan Puskesmas Kecamatan Pematang Sidamanik	
5	Ratna Dewi Hussein Musiana, 2012	Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemanfaatan Puskesmas Oleh Pasien Hipertensi	Penelitian <i>cross sectional</i> dengan jumlah sampel 100 responden.	Ada hubungan antara umur dengan pemanfaatan puskesmas ,tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan pemanfaatan puskesmas, tidak ada hubungan antara pendidikan dan pemanfaatan puskesmas tidak ada hubungan pendapatan dengan pemanfaatan puskesmas, ada hubungan antara pekerjaan dengan pemanfaatan puskesmas ,tidak ada hubungan antara akses ke puskesmas dengan pemanfaatan puskesmas, tidak ada hubungan antara peranan orang lain dengan pemanfaatan puskesmas.
6	(Su'udi, 2010)	Analisis Pemanfaatan Subsidi Pelayanan Kesehatan Gratis Tingkat Puskesmas Di Kabupaten Tabalong Kalimantan Selatan Tahun 2010	studi analitik dengan disain <i>cross sectional</i> . Sampel sebanyak 405 rumah tangga, diambil secara acak sistematik dari klaster 15 desa/kelurahan yang berada di tiga wilayah Puskesmas terpilih. Analisis	Faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas adalah pengetahuan, kemauan untuk membayar (WTP), adanya penyakit dan biaya transportasi.

7	Elmamy Handayani, Sharon Gondodiputro, Avip Saefullah, 2012	Faktor-faktor yang Memengaruhi Kemauan Masyarakat Membayar Iuran Jaminan Kesehatan di Kabupaten Hulu Sungai Selatan	Penelitian kuantitatif dengan desain potong lintang, melalui survei. Sampel Kepala keluarga atau istri kepala keluarga berjumlah 142 orang.	Rata-rata nilai ATP Rp.108.270,- , nilai terkecil Rp.10.000,- dan terbesar Rp.800.000,- Responden dengan ATP \geq Rp.88.500,- , memiliki pendapatan rata-rata yang lebih besar dibanding responden dengan ATP<Rp.88.500,-, kebutuhan dasar mereka relatif telah terpenuhi, sehingga kebutuhan akan jaminan kesehatan muncul.
8	(Rianti, Wibowo and Hardiyanto, 2011)	Kemampuan Dan Kemauan Membayar Pasien Terhadap Pelayanan Rawat Inap RSUD Dr. Rasidin Padang	Penelitian deskriptif kuantitatif Semua transaksi keuangan yang terjadi pada bulan Januari-Desember 2011 dan pasien rawat inap selama bulan Juli 2012 yang bukan peserta Askes dan bukan pengguna program JPS.	Besarnya kemampuan membayar pasien apabila dihitung berdasarkan total pengeluaran non esensial selama satu bulan adalah kelas VIP sebesar Rp.876.000,-, kelas I sebesar Rp. 352.220,-, kelas II sebesar Rp. 265.740,- dan kelas III sebesar Rp. 209.220,-.
9	(Mukti, 2001)	Survei Kemampuan dan Kemauan Membayar Masyarakat untuk Pelayanan dan Asuransi kesehatan	Penelitian Cross sectional Sampelnya yakni 600 rumah tangga	Sebagian besar responden memiliki kemauan untuk membayar keluar pasien dan rawat inap per kunjungan dan per masuk adalah Rp 10.000 dan kurang dari Rp 300.000 masing-masing.

10	(Nuraini, Rianti and Asmijati, 2009)	Analisis Demand Masyarakat Terhadap Pelayanan Kesehatan Di Puskesmas Kecamatan Cilandak Jakarta Selatan Tahun 2008	Penelitian desain cross sectional atau potong lintang yang bersifat deskriptif. Sampel yakni 100 responden dari 5 kelurahan	Berdasarkan hasil penelitian, diperoleh distribusi <i>Ability To Pay</i> masyarakat tinggi sebanyak 67% dan <i>Ability To Pay</i> masyarakat rendah sebanyak 3.3%, itu artinya pada masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Kecamatan Cilandak Jakarta Selatan yang memiliki ATP rendah dibandingkan dengan yang tinggi lebih banyak yang memiliki ATP rendah.
11	(Yandrizal et al, 2015)	Analisis Kemampuan Dan Kemauan Membayar Terhadap Pencapaian UHC JKN Di Kota Bengkulu	Metode penelitian kuantitatif dengan rancangan cross sectional, dan rancangan metode analisis formatif	Responen tidak mampu membayar 86,59% belum menjadi peserta. Responden yang mampu tetapi belum peserta 88,89%. Responden yang merokok 81,2% tidak mampu, sedangkan belanja rokok lebih besar dari iuran. Upah minimum regional di Bengkulu tahun 2015 sebesar Rp. 1.500.000,-. Pendapatan masyarakat dengan penghasilan UMR termasuk yang tidak mampu membayar.