

SKRIPSI

**FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN AKSESIBILITAS PASIEN
BPJS KESEHATAN SELAMA PANDEMI COVID-19 DI PUSKESMAS
SUDIANG RAYA KOTA MAKASSAR**

ZUL FATIHA LUKMAYANI

K011171502



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

DEPARTEMEN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

UNIVERSITAS HASANUDDIN

MAKASSAR

2021

SKRIPSI

**FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN AKSESIBILITAS PASIEN
BPJS KESEHATAN SELAMA PANDEMI COVID-19 DI PUSKESMAS
SUDIANG RAYA KOTA MAKASSAR**

ZUL FATIHA LUKMAYANI

K011171502



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

DEPARTEMEN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

UNIVERSITAS HASANUDDIN

MAKASSAR

2021

LEMBAR PENGESAHAN SKRIPSI

**FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN AKSESIBILITAS
PASIEAN BPJS KESEHATAN SELAMA PANDEMI COVID-19
DI PUSKESMAS SUDIANG RAYA KOTA MAKASSAR**

Disusun dan diajukan oleh

ZUL FATIHA LUKMAYANI
K011171502

Telah dipertahankan di hadapan Panitia Ujian yang dibentuk dalam rangka
Penyelaksanaan Studi Program Sarjana Program Studi Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin
pada tanggal 30 Maret 2021
dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan

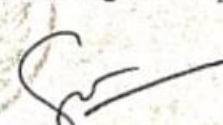
Menyetujui,

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping


Prof. Sukri Palutturi, SKM, M.Kes, M.Sc, PH, Ph.D

Nip. 197205292001121001


Suci Rahmadani, SKM, M.Kes

Nip. 199004012019032018

Ketua Program Studi,

Dr. Suciati, SKM, M.Kes
Nip. 197405202002122001

PENGESAHAN TIM PENGUJI

Skripsi ini telah di pertahankan dihadapan Tim Penguji Ujian Skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar pada hari Selasa Tanggal 30 Maret 2021.

Ketua : Prof. Sukri Palutturi, SKM.,M.Kes.,M.Sc.PH.,Ph.D (.....)

Sekretaris : Suci Rahmadani, SKM.,M.Kes (.....)

Anggota :

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

2. Muh. Arsyad Rahman, SKM.,M.Kes (.....)

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Zul Fatiha Lukmayani
NIM : K011171502
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
HP : 082347889491
E-mail : zulfatiha.tita22@gmail.com

Dengan ini menyatakan bahwa judul artikel “Faktor Yang Berhubungan Dengan Aksesibilitas Pasien BPJS Kesehatan Selama Pandemi Covid-19 Di Puskesmas Sudiang Raya Kota Makassar” benar bebas dari plagiat, dan apabila pernyataan ini terbukti tidak benar maka saya bersedia menerima sanksi ketentuan yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, 28 Februari 2021



Zul Fatiha Lukmayani

RINGKASAN

Universitas Hasanuddin
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Administrasi dan Kebijakan Kesehatan
Makassar, Februari 2021

ZUL FATIHA LUKMAYANI

**“FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN AKSESIBILITAS PASIEN
BPJS KESEHATAN SELAMA PANDEMI COVID-19 DI PUSKESMAS
SUDIANG RAYA KOTA MAKASSAR”**

(xvii + 111 Halaman + 2 Gambar + 34 Tabel + 8 Lampiran)

Sebagai negara yang mempunyai jumlah penduduk yang besar, kesehatan merupakan unsur utama dalam setiap kehidupan seseorang untuk menunjang aktivitas keseharian. Salah satu usaha peningkatan kesehatan pada masyarakat dapat dilakukan yaitu akses pelayanan kesehatan primer oleh masyarakat. Akses layanan kesehatan diterapkan secara darurat keseluruh negara yang terkena dampak pandemi Covid-19, dengan membatasi kebebasan dalam akses layanan kesehatan seperti karantina yang diberlakukan, isolasi wajib terhadap kasus-kasus yang dicurigai, didiagnosis, pelacakan kontak dan pemantauan.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan aksesibilitas pasien BPJS Kesehatan selama pandemi Covid-19 di Puskesmas Sudiang Raya. Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian kuantitatif menggunakan pendekatan survei analitik dengan desain *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah pasien BPJS Kesehatan di Puskesmas Sudiang Raya dengan jumlah sampel sebanyak 96 orang diperoleh dengan metode *accidental sampling*. Pengumpulan data menggunakan instrumen kuesioner serta observasi. Pengolahan data menggunakan SPSS. Analisis data yang dilakukan adalah analisis univariat dan bivariat dengan uji *chi square*. Penyajian data dalam bentuk tabel disertai narasi.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa variabel yang berhubungan adalah variabel kedekatan ($p=0,012 < 0,05$), kemampuan menerima ($p=0,012 < 0,05$), ketersediaan dan akomodasi ($p=0,034 < 0,05$), dan kesesuaian ($p=0,034 < 0,05$). Sedangkan variabel yang tidak berhubungan yaitu variabel keterjangkauan ($p=0,321 > 0,05$) dengan aksesibilitas pasien BPJS Kesehatan selama pandemi Covid-19 di Puskesmas Sudiang Raya. Oleh karena itu saran kepada pihak puskesmas diperlukan peningkatan pelayanan BPJS Kesehatan di Puskesmas secara berkelanjutan serta peningkatan kesadaran dan disiplin petugas kesehatan dalam melayani pasien dengan baik serta memperhatikan etika dalam memberikan pelayanan kesehatan melalui pembinaan dan pengawasan pada pihak puskesmas.

Kata Kunci : Aksesibilitas, Pelayanan, Covid-19 dan Puskesmas.
Daftar Pustaka: 39 (2007-2020)

SUMMARY

Hasanuddin University
Faculty of Public Health
Health Administration and Policy
Makassar, February 2021

ZUL FATIHA LUKMAYANI

"FACTORS RELATED TO THE ACCESSIBILITY OF BPJS HEALTH PATIENTS DURING COVID-19 PANDEMIC AT SUDIANG RAYA PUSKESMAS, MAKASSAR CITY"

(xvii + 111 Pages + 2 Pictures + 34 Tables + 8 Attachments)

As a country that has a large population, health is the main element in every person's life to support daily activities. One of the efforts to improve health in the community can be done, namely access to primary health services by the community. Access to health services is implemented on an emergency basis in all countries affected by the Covid-19 pandemic, by limiting freedom of access to health services such as enforced quarantines, mandatory isolation of suspected cases, diagnosis, contact tracing and monitoring.

This study aims to determine the factors associated with the accessibility of BPJS Kesehatan patients during the Covid-19 pandemic at the Sudiang Raya Community Health Center. This type of research is a quantitative study using an analytic survey approach with a cross sectional design. The population in this study were BPJS Kesehatan patients in Puskesmas Sudiang Raya with a total sample of 96 people obtained by accidental sampling method. Collecting data using a questionnaire and observation instruments. Data processing using SPSS. The data analysis used was univariate and bivariate analysis with the chi square test. Presentation of data in tabular form accompanied by narration.

The results showed that the variables that were related were the variables of closeness ($p = 0.012 < 0.05$), acceptance ($p = 0.012 < 0.05$), availability and accommodation ($p = 0.034 < 0.05$), and suitability ($p = 0.034 < 0.05$). Meanwhile, the unrelated variable was the affordability variable ($p = 0.321 > 0.05$) with the accessibility of BPJS Kesehatan patients during the Covid-19 pandemic at the Sudiang Raya Community Health Center. Therefore, suggestions to the health center are needed to improve BPJS Health services at the Puskesmas in a sustainable manner as well as increase awareness and discipline of health workers in serving patients well and paying attention to ethics in providing health services through guidance and supervision of the puskesmas.

Keywords :Accessibility, Services, Covid-19 and Puskesmas.

Bibliography: 39 (2007-2020)

KATA PENGANTAR



Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Alhamdulillah segala puji bagi Allah SWT, Sang Pemilik dunia dan seisinya, tiada Tuhan selain Allah dan hanya kepada-Nyalah kita patut memohon dan berserah diri karena berkat Rahmat, Hikmat dan Karunia-Nya kepada saya sehingga dapat menyelesaikan hasil penelitian skripsi ini dengan judul “***Faktor yang Berhubungan dengan Aksesibilitas Pasien BPJS Kesehatan Selama Pandemi Covid-19 di Puskesmas Sudiang Raya Kota Makassar***”. Skripsi ini disusun sebagai salah satu syarat yang diajukan untuk menyelesaikan studi di Fakultas Kesehatan Masyarakat Strata Satu (S1) Universitas Hasanuddin. Teriring salam dan shalawat kepada manusia tauladan seluruh umat ciptaan-Nya, Nabi Muhammad SAW beserta keluarga dan sahabatnya hingga akhir zaman.

Skripsi ini tidak luput dari peran orang-orang istimewa bagi penulis, maka izinkan penulis untuk menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan setinggi-tingginya kepada kedua orang tua tercinta, Ayahanda **Lukman** dan Ibunda **Ramlah. S** yang telah membesarkan, mendidik membimbing, dan senantiasa memberikan dukungan moral maupun materil, sangat, kasih sayang, doa dan restu yang selalu mengiringi tiap langkah penulis sehingga bisa sampai ke titik ini, serta kepada adik **Muh. Iriansyah Akram, Hikmaria Al. Fisyar,** dan **Resky Fauziah** yang selalu menghibur dan keluarga besar yang selalu menjadi sumber motivasi kuat bagi penulis untuk menyelesaikan skripsi ini.

Melalui kesempatan ini pula, penulis ingin menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada:

1. Bapak Dr. Aminuddin Syam, SKM, M.Kes, M.Med.ED sebagai Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
2. Bapak Dr. H. Muhammad Alwy Arifin, M.Kes selaku Ketua Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
3. Bapak Prof. Sukri Palutturi, S.KM, M.Kes, M.Sc.PH, Ph.D selaku

Pembimbing I dan Ibu Suci Rahmadani, SKM, M.Kes selaku Pembimbing II yang rela meluangkan waktunya dan dengan penuh kesabaran memeriksa dan memberikan saran agar penulisan skripsi ini lebih baik.

4. Ibu Dr. Erniwati Ibrahim, S.KM, M.Kes selaku penasehat akademik atas segala motivasi dan bimbingannya selama ini sejak awal mulai menjadi mahasiswa di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
5. Bapak Muh. Yusri Abadi, S.KM, M.Kes dan Bapak Muhammad Arsyad Rahman, S.KM, M.Kes selaku tim penguji yang telah banyak memberikan masukan guna penulisan skripsi yang lebih baik.
6. Seluruh dosen Universitas Hasanuddin yang telah bersedia mengajar dan membimbing penulis selama menjalani studi di kampus Universitas Hasanuddin Makassar.
7. Seluruh staf akademik yang banyak membantu selama ini.
8. Staf dan petugas di Puskesmas Sudiang Raya telah mengizinkan penulis meneliti di tempat tersebut.
9. Teman-teman Tude, Uci, Filza, Jakes, Pipa, Nada, Dwivi, Rifda, Sacan, Mifta, Hanan, Kak Ica dan Hasdar yang selama ini selalu memberikan masukan dan dukungan kepada penulis.
10. Teman-teman Saykoji dan teman-teman angkatan 2017 FKM UNHAS khususnya kepada Tiwi, Tantri, Rima dan Suci yang telah banyak membantu dan menjadi tempat berbagi informasi selama penulis menyusun skripsi.
11. Teman-teman PBL POSKO 10 Desa Kampung Beru yang telah menemani sejak PBL I, PBL II dan PBL III serta teman-teman Magang Dinas Kesehatan Kota Makassar yaitu Kanda Ema Arisandi, Reze, Nunu, Wiwi dan Nanda yang senantiasa saling memberi *support* satu sama lain dalam penyelesaian skripsi masing-masing.
12. Teman-teman yang sudah membantu penelitian penulis yaitu Rena, Arif, Alifya, Dian, Adel dan Iin yang telah banyak mendukung, menyemangati dan memberikan bantuan kepada penulis baik spiritual maupun material.
13. Teman-teman REWA, HAPSC dan PIK HEART yang memberikan banyak pengalaman dalam berorganisasi selama di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.

14. Teman-teman Kuliah Kerja Nyata Biringkanaya 10 Wilayah Makassar Timur, Faisal, Hidayat, Fatin, HK, Lili, Agatha, Dilla, Aifah, Besse, Nadhifah, Suci, Sarpuy, Paula, Wafiqah, Athifah, Raihan dan Kak Hari atas pengalaman dan pembelajaran selama KKN.

Terima kasih kepada seluruh pihak yang telah berjasa yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu, atas segala, bantuan, doa, dan motivasi serta dukungan moril dan materil yang tulus diberikan untuk penulis selama menjalani studi di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.

Dalam penyusunan hasil penelitian ini, tentu saja penulis menyadari bahwa masih terdapat banyak kekurangan serta kekeliruan. Oleh karena itu, besar harapan penulis agar dapat diberikan kritik dan saran yang membangun dari segala pihak agar skripsi ini berguna dalam ilmu pendidikan dan penerapannya. Akhir kata, mohon maaf atas segala kekurangan penulis, semoga Allah SWT melimpahkan rahmat-Nya kepada kita semua.

Wassalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Makassar, 28 Februari 2021

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
PENGESAHAN SKRIPSI.....	ii
PENGESAHAN TIM PENGUJI	iii
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT	iv
RINGKASAN	v
SUMMARY	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
DAFTAR SINGKATAN.....	xvii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	11
C. Tujuan Penelitian.....	12
D. Manfaat Penelitian.....	13
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	15
A. Tinjauan Umum Tentang Aksesibilitas.....	15
B. Tinjauan Umum Tentang BPJS Kesehatan	20
C. Tinjauan Umum Tentang Puskesmas	28
BAB III KERANGKA KONSEP	36
A. Dasar Pemikiran Variabel yang Diteliti	36
B. Kerangka Teori.....	38
C. Kerangka Konsep	39
D. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif	40
E. Hipotesis Penelitian.....	50

BAB IV METODE PENELITIAN	51
A. Jenis Penelitian.....	51
B. Waktu dan Lokasi Penelitian.....	51
C. Populasi dan Sampel	51
D. Instrumen Penelitian.....	54
E. Pengumpulan Data	54
F. Pengolahan Data.....	55
G. Analisis Data	56
H. Penyajian Data.....	57
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN	58
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	58
B. Hasil Penelitian	59
C. Pembahasan.....	96
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN.....	114
A. Kesimpulan.....	114
A. Saran.....	115

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Distribusi Tenaga Kesehatan Di Puskesmas Sudiang Raya Tahun 2020.....	9
Tabel 2.1 Sintesa Penelitian	32
Tabel 5.1 Luas Wilayah, Jumlah Penduduk, Dan Jumlah Rumah Tangga Wilayah Kerja Puskesmas Sudiang Raya Kecamatan Biringkanaya.....	59
Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Sampel Berdasarkan Umur Pasien BPJS Kesehatan di Puskesmas Sudiang Raya Kota Makassar	60
Tabel 5.3 Distribusi Sampel Berdasarkan Umur Terhadap Aksesibilitas Pasien BPJS Kesehatan di Puskesmas Sudiang Raya Kota Makassar.....	61
Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Sampel Berdasarkan Jenis Kelamin Pasien BPJS Kesehatan di Puskesmas Sudiang Raya Kota Makassar.....	62
Tabel 5.5 Distribusi Sampel Berdasarkan Jenis Kelamin Terhadap Aksesibilitas Pasien BPJS Kesehatan di Puskesmas Sudiang Raya Kota Makassar .	63
Tabel 5.6 Distribusi Frekuensi Sampel Berdasarkan Pendidikan Pasien BPJS Kesehatan di Puskesmas Sudiang Raya Kota Makassar	64
Tabel 5.7 Distribusi Sampel Berdasarkan Pendidikan Terhadap Aksesibilitas Pasien BPJS Kesehatan di Puskesmas Sudiang Raya Kota Makassar .	65
Tabel 5.8 Distribusi Frekuensi Sampel Berdasarkan Pekerjaan Pasien BPJS Kesehatan di Puskesmas Sudiang Raya Kota Makassar	66
Tabel 5.9 Distribusi Sampel Berdasarkan Pekerjaan Terhadap Aksesibilitas Pasien BPJS Kesehatan di Puskesmas Sudiang Raya Kota Makassar .	67
Tabel 5.10 Distribusi Frekuensi Sampel Berdasarkan Jenis Pendapatan Pasien Kesehatan di Puskesmas Sudiang Raya Kota Makassar	68
Tabel 5.11 Distribusi Sampel Berdasarkan Jenis Pendapatan Terhadap Aksesibilitas Pasien BPJS Kesehatan di Puskesmas Sudiang Raya Kota Makassar	69
Tabel 5.12 Distribusi Frekuensi Sampel Berdasarkan Jenis BPJS Pasien BPJS Kesehatan di Puskesmas Sudiang Raya Kota Makassar	70
Tabel 5.13 Distribusi Sampel Berdasarkan Jenis BPJS Terhadap Aksesibilitas	

Pasien BPJS Kesehatan di Puskesmas Sudiang Raya Kota Makassar .	70
Tabel 5.14 Distribusi Frekuensi Sampel Berdasarkan Kelas BPJS Pasien BPJS Kesehatan di Puskesmas Sudiang Raya Kota Makassar	71
Tabel 5.15 Distribusi Sampel Berdasarkan Kelas BPJS Terhadap Aksesibilitas Pasien BPJS Kesehatan di Puskesmas Sudiang Raya Kota Makassar .	72
Tabel 5.16 Distribusi Frekuensi Sampel Berdasarkan Faktor Kedekatan Pasien BPJS Kesehatan di Puskesmas Sudiang Raya Kota Makassar.....	73
Tabel 5.17 Gambaran Terkait Kemampuan Menerima Pasien BPJS Kesehatan di Puskesmas Sudiang Raya Kota Makassar	75
Tabel 5.18 Distribusi Frekuensi Sampel Berdasarkan Faktor Kemampuan Menerima Pasien BPJS Kesehatan di Puskesmas Sudiang Raya Kota Makassar	76
Tabel 5.19 Gambaran Terkait Ketersediaan Dan Akomodasi Pasien BPJS Kesehatan di Puskesmas Sudiang Raya Kota Makassar	78
Tabel 5.20 Distribusi Frekuensi Sampel Berdasarkan Faktor Ketersediaan Dan Akomodasi Pasien BPJS Kesehatan di Puskesmas Sudiang Raya Kota Makassar	79
Tabel 5.21 Gambaran Terkait Keterjangkauan Pasien BPJS Kesehatan di Puskesmas Sudiang Raya Kota Makassar	81
Tabel 5.22 Distribusi Frekuensi Sampel Berdasarkan Faktor Keterjangkauan Pasien BPJS Kesehatan di Puskesmas Sudiang Raya Kota Makassar .	82
Tabel 5.23 Gambaran Terkait Kesesuaian Pasien BPJS Kesehatan di Puskesmas Sudiang Raya Kota Makassar.....	83
Tabel 5.24 Distribusi Frekuensi Sampel Berdasarkan Faktor Kesesuaian Pasien BPJS Kesehatan di Puskesmas Sudiang Raya Kota Makassar .	84
Tabel 5.25 Gambaran Terkait Aksesibilitas Pasien BPJS Kesehatan di Puskesmas Sudiang Raya Kota Makassar.....	86
Tabel 5.26 Distribusi Frekuensi Sampel Berdasarkan Aksesibilitas Pasien BPJS Kesehatan di Puskesmas Sudiang Raya Kota Makassar.....	87
Tabel 5.27 Distribusi Karakteristik Responden Terhadap Aksesibilitas Pasien BPJS Kesehatan di Puskesmas Sudiang Raya Kota Makassar.....	88
Tabel 5.28 Hubungan Faktor Kedekatan Dengan Aksesibilitas Pasien BPJS	

Kesehatan di Puskesmas Sudiang Raya Kota Makassar	90
Tabel 5.29 Hubungan Faktor Kemampuan Menerima Dengan Aksesibilitas Pasien BPJS Kesehatan di Puskesmas Sudiang Raya Kota Makassar.....	91
Tabel 5.30 Hubungan Faktor Ketersediaan Dan Akomodasi Dengan Aksesibilitas Pasien BPJS Kesehatan Di Puskesmas Sudiang Raya Kota Makassar	92
Tabel 5.31 Hubungan Faktor Kerjangkauan Dengan Aksesibilitas Pasien BPJS Kesehatan di Puskesmas Sudiang Raya Kota Makassar.....	94
Tabel 5.32 Hubungan Faktor Kesesuaian Dengan Aksesibilitas Pasien BPJS Kesehatan di Puskesmas Sudiang Raya Kota Makassar	95

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1 Kerangka Teori Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan.....	38
Gambar 2 Kerangka Konsep Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan	39

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Pernyataan Persetujuan

Lampiran 2 Kuesioner Penelitian

Lampiran 4 Master Tabel

Lampiran 5 Hasil Analisis Data Penelitian

Lampiran 6 Persuratan

Lampiran 7 Dokumentasi

Lampiran 8 Riwayat Hidup

DAFTAR SINGKATAN

BPJS	: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
PUSKESMAS	: Pusat Kesehatan Masyarakat
COVID	: <i>Corona, Virus dan Disease</i>
SARS-CoV	: <i>Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus</i>
UUD	: Undang-Undang Dasar
WHO	: <i>World Health Organization</i>
JKN	: Jaminan Kesehatan Nasional
KIS	: Kartu Indonesia Sehat
PBI	: Penerima Bantuan Iuran
KEPMENKES	: Keputusan Menteri Kesehatan
PERPRES	: Peraturan Presiden
ATP	: <i>Ability to Pay</i>
SJSN	: Sistem Jaminan Sosial Nasional
ASKES	: Asuransi Kesehatan
APBN	: Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara
APBD	: Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah
BUMN	: Badan Usaha Milik Negara
BUMD	: Badan Usaha Milik Daerah
PPU	: Pekerja Penerima Upah
PBPU	: Pekerja Bukan Penerima Upah
BP	: Bukan Pekerja
PP	: Penerima Pensiun
PNS	: Pegawai Negeri Sipil
TNI	: Tentara Nasional Indonesia
POLRI	: Kepolisian Negara Republik Indonesia
PPK	: Pemberi Pelayanan Kesehatan
SPM	: Standar Pelayanan Minimal

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Akses kesehatan merupakan kemampuan setiap orang dalam mencari pelayanan kesehatan sesuai dengan yang mereka dibutuhkan. Menurut Levesque et al. (2013) berpendapat bahwa akses adalah kesempatan untuk mengidentifikasi kebutuhan kesehatan, untuk mencari layanan kesehatan, untuk mencapai, untuk mendapatkan atau menggunakan layanan kesehatan, dan untuk benar-benar memiliki kebutuhan untuk layanan kesehatan yang bisa terpenuhi. Sebagai negara yang mempunyai jumlah penduduk yang besar, kesehatan merupakan unsur utama dalam setiap kehidupan seseorang untuk menunjang aktivitas keseharian. Salah satu usaha peningkatan kesehatan pada masyarakat dapat dilakukan yaitu keterjangkauan akses pelayanan kesehatan primer oleh masyarakat (Laksono et al., 2018).

Berdasarkan penelitian Alshamsan, dkk., (2017) dalam Aurora, (2019), permasalahan akses kesehatan pada negara maju yaitu lamanya mendapatkan perjanjian ketika akan berkunjung dengan lebih sedikit waktu menunggu. Masalah ini telah terjadi di beberapa negara maju, yaitu Australia maupun Selandia Baru. Kesulitan lain adalah dalam mendapatkan perawatan pada malam hari, akhir pekan atau saat liburan. Masyarakat di negara maju juga merasakan bahwa akses untuk mendapat perawatan setelah jam kerja lebih sulit. Sedangkan negara berkembang menunjukkan bahwa 90% masyarakat di berkembang menerima perawatan saat dibutuhkan. Di negara berkembang,

biaya merupakan kendala utama masyarakat dalam menjangkau akses kesehatan. Negara terendah adalah Afrika Selatan dan Rusia (kurang dari 2%) dan negara lain India (35%), Meksiko (40%) dan Ghana 47%. Penelitian Alshamsan dkk 2017 melaporkan bahwa 37% masyarakat India harus mencapai lebih dari satu jam untuk mencapai akses kesehatan, sedangkan hanya 5% dan 7% dari responden Rusia dan Cina yang melaporkan mereka lebih dari satu jam untuk mencapai akses layanan kesehatan (Aurora, 2019).

Kesehatan sebagai salah satu kebutuhan dasar dari manusia harus dapat dijamin oleh negara. Sejalan dengan amanat dari Undang-Undang Dasar (UUD) 1945 pasal 28 H, setiap warga negara Indonesia berhak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan untuk menciptakan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Negara dalam hal ini pemerintah harus dapat memenuhi kebutuhan masyarakat akan kesehatan dalam bentuk pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan yang dilaksanakan oleh pemerintah pada hakikatnya merupakan segala bentuk kegiatan pelayanan baik oleh manusia, maupun mesin yang bertujuan untuk memberikan kepuasan mengenai kesehatan pada masyarakat (Titik Respati, 2019).

Pandemi Covid-19 merupakan wabah keterjangkitan Virus Corona yang awalnya berasal dari kota Wuhan di China dan hingga kini terus menyebar keseluruh Dunia. Penyakit ini menular dengan sangat cepat dan telah menyebar ke hampir semua Negara, termasuk Indonesia, hanya dalam waktu beberapa bulan. Hal tersebut membuat beberapa negara menerapkan kebijakan pemberlakuan *lockdown* dalam rangka pencegahannya. Di

Indonesia sendiri, angka kasus keterjangkitan berasal dari DKI Jakarta hingga kemudian menjadi episentrum dan kini terus menyebar hampir ke seluruh daerah di Indonesia. Tentu hal ini menjadi ancaman baru bagi kegiatan pendampingan kesehatan mengingat tenaga pendamping kesehatan juga memiliki mobilitas tinggi di lapangan. Di tengah laju pandemi yang masih terus bertambah, pemerintah secara serta merta kini mulai menyerukan kehidupan *new normal*, yang pada intinya mendorong kebiasaan baru, terutama kebiasaan hidup sehat (Amrizarois Ismail, Muhammad Rofiq, M. Afifun Na'im, 2020).

SARS-CoV-2 (COVID-19), sejak wabahnya di Wuhan, berdampak secara global ke seluruh dunia. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mengumumkan ke-Daruratan Internasional pada 30 Januari 2020 diikuti dengan pernyataan sebagai 'pandemi' pada 11 Maret 2020. Saat ini belum ada pengobatan atau vaksin tersedia untuk Covid-19, masih dalam proses untuk pengembangan vaksin. Jumlah orang yang terinfeksi dan mereka yang meninggal meningkat dari hari ke hari. Berdasarkan data dari kasus pertama di Wuhan, data dari Komisi Kesehatan Nasional China menunjukkan lebih dari 3300 petugas kesehatan telah terinfeksi pada awal Maret dan pada akhir Februari 22 telah meninggal. Di Italia, 20% dari petugas layanan kesehatan yang terinfeksi terinfeksi, dan beberapa meninggal, di Indonesia bulan april, sekitar 44 tenaga medis yang meninggal. Laporan dari staf medis menggambarkan kelelahan fisik dan mental, perasaan tersiksa, keputusan

triase yang sulit, dan adanya rasa sakit kehilangan pasien dan kolega, di samping risiko infeksi (Lilin Rosyanti, 2020).

Dampak askes layanan kesehatan diterapkan secara darurat oleh sebagian besar negara yang terkena dampak, dengan membatasi kebebasan dalam akses layanan kesehatan seperti karantina yang diberlakukan, isolasi wajib terhadap kasus-kasus yang dicurigai, didiagnosis, pelacakan kontak dan pemantauan. Memaksakan restrukturisasi sistem kesehatan, termasuk relokasi yang cepat dari para profesional kesehatan memberikan bantuan perawatan ke dalam unit rumah sakit Covid-19 yang direstrukturisasi atau ke kota-kota yang berbeda. Kemungkinan reaksi yang berhubungan dengan stres sebagai respons terhadap pandemi Coronavirus dapat mencakup perubahan konsentrasi, iritabilitas, kecemasan, insomnia, berkurangnya produktivitas, dan konflik antarpribadi, tetapi khususnya berlaku untuk kelompok yang langsung terkena dampak (misalnya tenaga profesional kesehatan dan orang dengan status sosial ekonomi rendah) sehingga dapat menghambat dalam mengakses pelayanan kesehatan (Lilin Rosyanti, 2020).

Sejak tahun 1995 hingga 2017 pelayanan kesehatan menggambarkan angka pemanfaatan pelayanan kesehatan di Indonesia terjadi pasang surut yang terus menurun. Diperkirakan sekitar 30% penduduk memanfaatkan pelayanan kesehatan puskesmas dan puskesmas pembantu, sehingga masyarakat terpencil sulit untuk mendapatkan pelayanan yang kondusif. Oleh karena itu bila derajat kesehatan masyarakat di Indonesia belum juga memuaskan menjadi hal yang tidak diherankan lagi. Pelayanan adalah semua

upaya yang dilakukan dengan sebaik-baiknya untuk memberikan dalam memenuhi jasa pelayanan sesuai keinginan pelanggannya. Pasien merupakan salah satu indikator kualitas pelayanan yang telah diberikan oleh jasa pelayanan dan kepuasan pasien adalah suatu modal untuk mendapatkan apresiasi yang terbaik sehingga pasien lebih banyak dan mendapatkan pasien yang loyal (setia) (Siswati, 2016).

Jaminan kesehatan adalah suatu jaminan yang berupa perlindungan kesehatan sehingga peserta dapat memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iurannya kepada pihak yang bersangkutan. Kepuasan pasien sebagai pengguna jasa pelayanan merupakan salah satu indikator dalam menilai mutu pelayanan di puskesmas. Kepuasan yang tinggi akan menunjukkan keberhasilan puskesmas dalam memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu (Rindi Antina, 2016).

Indonesia pada tanggal 1 Januari 2014 telah mendirikan suatu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selaras dengan tujuan Organisasi Kesehatan Dunia dalam mengembangkan jaminan kesehatan untuk semua penduduk. BPJS Kesehatan merupakan suatu badan shukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program kesehatan (Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014). Berdasarkan data dari BPJS Kesehatan mengenai hal dalam jumlah pengguna BPJS dapat terhitung sampai dengan 23 September 2016 ada sebanyak 169.304.759 juta orang. Agar dapat memberikan pelayanan kesehatan secara merata kepada masyarakat yang ada

di Indonesia BPJS Kesehatan juga sebagai penyelenggara yang melakukan koordinasi dengan fasilitas kesehatan untuk mendukung program JKN-KIS (Putri & Kartika, 2017).

Pasien yang mendapatkan pelayanan di puskesmas perlu diperhatikan mengenai sesuatu hal dalam perbandingan mengenai pelayanan kesehatan antara pasien Penerima Bantuan Iuran dan pasien non PBI atau yang telah membayar iuran sendiri karena dalam Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan pada pasal 4 telah disebutkan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses pelayanan atas sumber daya dibidang kesehatan (Pardede et al., 2016).

Terdapat tiga kategori utama dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan menurut Anderson, yaitu faktor Predisposisi (jenis kelamin, umur, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, suku, dan kepercayaan kesehatan), karakteristik kemampuan (penghasilan, asuransi, kemampuan membeli jasa pelayanan kesehatan, pengetahuan tentang kebutuhan pelayanan kesehatan, adanya sarana pelayanan kesehatan, waktu tunggu pelayanan serta aksesibilitasnya dan ketersediaan tenaga kesehatan), dan karakteristik kebutuhan (penilaian individu, dan penilaian klinik terhadap suatu penyakit). Setiap faktor tersebut kemungkinan berpengaruh sehingga dapat untuk memprediksi pemanfaatan pelayanan kesehatan (Fatimah & Indrawati, 2019).

Aksesibilitas layanan kesehatan merupakan suatu kemudahan yang dicapai oleh setiap orang dalam mencari pelayanan kesehatan untuk dijangkau sesuai dengan yang mereka dapatkan. Aksesibilitas dapat mempengaruhi

frekuensi kunjungan ditempat pelayanan kesehatan dengan menggunakan variabel keterjangkauan, sehingga makin dekat jarak tempat tinggal dengan pusat pelayanan kesehatan maka makin besar jumlah kunjungan di pusat pelayanan tersebut, begitu pula sebaliknya, makin jauh jarak tempat tinggal dengan pusat pelayanan kesehatan makin kecil pula jumlah kunjungan di pusat pelayanan kesehatan tersebut (Erdiwan, Jon Piter Sinaga, 2020).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Andi Satriani Kadir (2017) di wilayah kerja Puskesmas Bantimurung Kabupaten Maros menunjukkan bahwa adanya hubungan antara kedekatan dengan aksesibilitas pasien Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), adanya hubungan antara kemampuan menerima dengan aksesibilitas pasien Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), tidak adanya hubungan antara ketersediaan dengan aksesibilitas pasien Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), adanya hubungan antara keterjangkauan dengan aksesibilitas pasien Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), serta tidak adanya hubungan antara kesesuaian dengan aksesibilitas pasien Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Dalam hal ini aksesibilitas layanan kesehatan di puskesmas sangat penting untuk diteliti dan memberi manfaat kepada pihak puskesmas agar dapat membenahi hal yang kurang optimal (Kadir, 2017).

Dalam penelitian ini peneliti ingin mengamati fenomena pelayanan kesehatan pada masyarakat yang kurang mampu dengan menggunakan fasilitas jaminan kesehatan yang telah disediakan pemerintah. Pelayanan kesehatan yang tidak sesuai sudah sering kali kita lihat di berbagai daerah dan

bukan salah satu masalah yang baru. Melihat fenomena seperti ini peneliti ingin melihat bagaimana terjadinya kesenjangan atau aksesibilitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang menggunakan fasilitas jaminan kesehatan dari pemerintah di Puskesmas Sudiang Raya.

Puskesmas Sudiang Raya terletak di kecamatan Biringkanaya, yang beralamat di Jalan Perumnas Raya No.5 Bumi Sudiang Permai. Secara geografis luas wilayah kecamatan Biringkanaya yang terdiri dari empat daerah wilayah administrasi dengan luas total 1.459 Ha. Populasi penduduk dikecamatan biringkanaya yang tersebar di tiga kelurahan sebanyak 54.780 jiwa, yang terdiri dari laki-laki sebanyak 27.696 jiwa dan perempuan sebanyak 27.048 jiwa, dari jumlah total luas wilayah yang terdiri dari 3 kelurahan yaitu kelurahan Sudiang Raya, kelurahan Laikang, dan kelurahan Daya (Puskesmas Sudiang Raya, 2019).

Puskesmas Sudiang Raya yang terletak dikecamatan Biringkanaya, dan berdasarkan letaknya berada di Bumi Sudiang Permai maka diharapkan mampu dapat menggapai beberapa daerah yang letaknya jauh dari puskesmas serta dapat menjalankan programnya sebagai fasilitas kesehatan tingkat pertama demi meningkatkan kesejahteraan masyarakat yang diinginkan terutama diwilayah kerjanya, baik dari segi pelayanan langsung maupun rujukan.

Pada peningkatan pelayanan yang cepat, tepat, dan terjangkau dalam pembangunan kesehatan diperlukan sumber daya manusia yang dalam hal ini sebagai tenaga kesehatan yang memiliki kemampuan dalam melaksanakan

program kerja sebagai upaya peningkatan kesehatan dengan berparadigma sehat, yang mengutamakan upaya peningkatan, pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit. Pengadaan tenaga kesehatan diadakan melalui sarana pendidikan dan pengembangan tenaga kesehatan dengan pemerintah maupun masyarakat atau sukarelawan (Puskesmas Sudiang Raya, 2019).

Tabel 1.1
Distribusi Tenaga Kesehatan di Puskesmas Sudiang Raya
Tahun 2019

Tenaga Kesehatan	Jumlah
Dokter Umum	3
Dokter Gigi	1
Bidan	7
Perawat	10
Perawat Gigi	2
Tenaga Kefarmasian	2
Tenaga Gizi	3
Tenaga Kesehatan Masyarakat dan sanitasi	6
Total	34

Sumber : (Data Sekunder, 2019)

Tenaga kesehatan di puskesmas Sudiang Raya sebanyak 4 orang dengan perincian 3 dokter umum, 1 dokter gigi. Bila dibandingkan dengan strategi pencapaian Kepmenkes No. 81/Menkes/SK/I/2004 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan Sumber Daya Manusia Kesehatan di Tingkat Propinsi, Kabupaten/Kota serta Rumah Sakit tahun 2019, nampak bahwa rasio untuk tenaga dokter spesialis, dokter umum dan dokter gigi belum mencapai target dalam arti dokter spesialis 24 per 100.000 penduduk, dokter umum 96 per 100.000 penduduk, dokter gigi 11 per 100.000 penduduk. Tenaga kefarmasian berjumlah 2 orang dengan rincian asisten apoteker 1 orang dan apoteker 1 orang. Tenaga keperawatan 12 orang dengan rincian perawat umum 10 orang dan perawat gigi berjumlah 2 orang. Tenaga gizi sebanyak 3

orang dan bidan sebanyak 7 orang. Jumlah tenaga kesehatan masyarakat dan sanitasi di puskesmas Sudiang Raya sebanyak 6 orang bila dibandingkan dengan target strategi Kepmenkes No. 81/Menkes/SK/I/2004 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan Sumber Daya Manusia Kesehatan di Tingkat Propinsi, Kabupaten/Kota serta Rumah Sakit tahun 2019 tenaga kesehatan masyarakat dan sanitarian masih sangat dibutuhkan mengingat target yang diharapkan yaitu 30 per 100.000 penduduk (Puskesmas Sudiang Raya, 2019).

Jumlah kunjungan pasien pada tahun 2020 mencapai 24.081 kunjungan pasien Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) termasuk pasien Penerima Bantuan Iuran (PBI) maupun non Penerima Bantuan Iuran (PBI) di puskesmas Sudiang Raya. Dari data tenaga kesehatan dan jumlah kunjungan pasien diperlukan pelayanan kesehatan yang dapat memenuhi kebutuhan masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang dapat mengidentifikasi masyarakat merasakan bentuk layanan ada, mudah dicapai adil dan berdampak pada kesehatan pasien (Puskesmas Sudiang Raya, 2019).

Selama pandemi Covid-19 jumlah pasien BPJS Kesehatan di puskesmas Sudiang Raya baik Penerima Bantuan Iuran (PBI) maupun non Penerima Bantuan Iuran (PBI) mengalami penurunan yang diakibatkan karena masyarakat menjadi berparadigma sakit selama adanya pandemi Covid-19 di Indonesia, dengan begitu masyarakat semakin takut untuk berobat ke puskesmas maka dari itu diharapkan pasien dapat merasakan akses kemudahan dalam pelayanan kesehatan. Dengan demikian diperoleh pelayanan kesehatan

sesuai kebutuhan masyarakat dan menjadi masukan bagi puskesmas untuk mengidentifikasi kebutuhan kesehatan dan kualitas pelayanan sebagai peningkatan pembangunan kesehatan nasional (Puskesmas Sudiang Raya, 2019).

Di puskesmas Sudiang Raya masih terdapat beberapa keluhan masyarakat seperti pelayanan puskesmas yang kurang efektif, fasilitas pelayanan yang masih kurang dalam pemenuhan kebutuhan masyarakat. Dari fenomena tersebut maka pentingnya mengetahui bagaimana aksesibilitas masyarakat khususnya pasien BPJS Kesehatan terhadap kedekatan pelayanan puskesmas dengan pasien, kemampuan menerima pasien terhadap pelayanan puskesmas, ketersediaan pelayanan baik jasa maupun fasilitas, keterjangkauan pasien terhadap pelayanan puskesmas dan kesesuaian kebutuhan pasien dalam pelayanan puskesmas (Puskesmas Sudiang Raya, 2020).

Berdasarkan uraian diatas, maka peneliti tertarik meneliti tentang “Faktor Yang Berhubungan Dengan Aksesibilitas Pasien BPJS Kesehatan Selama Pandemi Covid-19 Di Puskesmas Sudiang Raya Kota Makassar.”

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian yang telah dikemukakan pada latar belakang, maka rumusan masalah pada penelitian ini:

1. Apakah terdapat hubungan antara kedekatan (*approachability*) dengan aksesibilitas pasien BPJS Kesehatan selama pandemi Covid-19 di Puskesmas Sudiang Raya Kota Makassar?

2. Apakah terdapat hubungan antara kemampuan menerima (*acceptability*) dengan aksesibilitas pasien BPJS Kesehatan selama pandemi Covid-19 di Puskesmas Sudiang Raya Kota Makassar?
3. Apakah terdapat hubungan antara ketersediaan dan akomodasi (*availability and accomodation*) dengan aksesibilitas pasien BPJS Kesehatan selama pandemi Covid-19 di Puskesmas Sudiang Raya Kota Makassar?
4. Apakah terdapat hubungan antara keterjangkauan (*affordability*) dengan aksesibilitas pasien BPJS Kesehatan selama pandemi Covid-19 di Puskesmas Sudiang Raya Kota Makassar?
5. Apakah terdapat hubungan antara kesesuaian (*appropriateness*) dengan aksesibilitas pasien BPJS Kesehatan selama pandemi Covid-19 di Puskesmas Sudiang Raya Kota Makassar?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Diketuinya faktor yang berhubungan dengan aksesibilitas pasien BPJS Kesehatan selama pandemi Covid-19 di Puskesmas Sudiang Raya Kota Makassar.

2. Tujuan Khusus

1. Diketuinya hubungan antara kedekatan (*approachability*) dengan aksesibilitas pasien BPJS Kesehatan terhadap pelayanan kesehatan selama pandemi Covid-19 di Puskesmas Sudiang Raya Kota Makassar.

2. Diketuainya hubungan antara kemampuan menerima (*acceptability*) dengan aksesibilitas pasien BPJS Kesehatan terhadap pelayanan kesehatan selama pandemi Covid-19 di Puskesmas Sudiang Raya Kota Makassar.
3. Diketuainya hubungan antara ketersediaan dan akomodasi (*availability and accomodation*) dengan aksesibilitas pasien BPJS Kesehatan terhadap pelayanan kesehatan selama pandemi Covid-19 di Puskesmas Sudiang Raya Kota Makassar.
4. Diketuainya hubungan antara keterjangkauan (*affordability*) dengan aksesibilitas pasien BPJS Kesehatan terhadap pelayanan kesehatan selama pandemi Covid-19 di Puskesmas Sudiang Raya Kota Makassar.
5. Diketuainya hubungan antara kesesuaian (*appropriateness*) dengan aksesibilitas pasien BPJS Kesehatan terhadap pelayanan kesehatan selama pandemi Covid-19 di Puskesmas Sudiang Raya Kota Makassar.

D. Manfaat Penelitian

1) Manfaat Bagi Pengembangan Ilmu Pengetahuan

Pada hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dan pengalaman serta dapat menjadi sumbangan ilmiah yang menambah manfaat ilmu pengetahuan serta dapat menjadi referensi bagi peneliti selanjutnya.

2) Manfaat Bagi Instansi Terkait

Hasil penelitian ini diharapkan dapat diperoleh gambaran aksesibilitas masyarakat terhadap pelayanan kesehatan di puskesmas, serta

menjadi masukan sebagai pengembangan kualitas pelayanan kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Sudiang Raya Kota Makassar.

3) Manfaat Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini merupakan sarana latihan dalam menuangkan gagasan dan pikiran kedalam bentuk tulisan dan sebagai salah satu cara untuk mengaplikasikan ilmu dan teori yang diperoleh di bangku kuliah serta dapat dijadikan bahan referensi dan tolak ukur yang dapat digunakan dalam melaksanakan penelitian selanjutnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum tentang Aksesibilitas

Aksesibilitas pelayanan kesehatan adalah kemampuan setiap orang dalam mencari pelayanan kesehatan sesuai dengan yang mereka dibutuhkan. Dimensi akses meliputi secara fisik (termasuk masalah geografis), biaya, maupun akses secara sosial. Akses dapat mempengaruhi frekuensi kunjungan ditempat pelayanan kesehatan, makin dekat jarak tempat tinggal dengan pusat pelayanan kesehatan makin besar jumlah kunjungan di pusat pelayanan tersebut, begitu pula sebaliknya, makin jauh jarak tempat tinggal dengan pusat pelayanan kesehatan makin kecil pula jumlah kunjungan di pusat pelayanan kesehatan tersebut (Erdiwan, Jon Piter Sinaga, 2020).

Aksesibilitas memainkan peran mendasar dalam kebijakan publik. Salah satu tujuan utama pengambil keputusan adalah untuk mempromosikan akses yang sama dari penduduk ke infrastruktur kritis. Namun, pendekatan aksesibilitas yang berbeda (misalnya metode agregasi) mengarah pada kesimpulan yang berbeda untuk studi kasus yang sama. Selain itu, apa ukuran aksesibilitas yang baik dan bagaimana menerapkannya dalam praktik adalah pertanyaan yang harus dijawab (Freiria et al., 2019).

Menurut Jones pengertian akses pelayanan kesehatan adalah kemampuan setiap individu untuk mencari pelayanan kesehatan yang dibutuhkan. Akses pelayanan kesehatan medis dapat diukur dalam

ketersediaan sumber daya dan jumlah orang yang memiliki asuransi untuk membayar penggunaan sumber daya dan jumlah orang yang memiliki asuransi untuk membayar penggunaan sumber daya. Sementara Levesque et al. (2013) berpendapat bahwa akses adalah kesempatan untuk mengidentifikasi kebutuhan kesehatan, untuk mencari layanan kesehatan, untuk mencapai, untuk mendapatkan atau menggunakan layanan kesehatan, dan untuk benar-benar memiliki kebutuhan untuk layanan kesehatan yang bisa terpenuhi (Laksono et al., 2018).

Aksesibilitas dari aspek geografis merupakan salah satu pertimbangan dalam pemilihan fasilitas kesehatan. Penilaian akses geografis dapat dilakukan berdasarkan pendekatan jarak dan waktu tempuh ke fasilitas kesehatan. Jarak dan waktu tempuh ke fasilitas kesehatan akan mempengaruhi perilaku masyarakat dalam mencari pelayanan kesehatan (*health seeking behaviour*). Semakin dekat jarak dan cepat waktu tempuh ke fasilitas kesehatan dapat mengurangi risiko kematian akibat penyakit jantung dan meningkatkan derajat kesehatan lansia (Ni Putu Sri Widhi Andayani, Ketut Hari Mulyawan, 2017).

Aksesibilitas yaitu suatu ukuran potensial atau kesempatan untuk melakukan sesuatu dalam pencapaian kebutuhan. Aksesibilitas juga dapat diartikan berarti kemudahan melakukan aktivitas pada suatu lingkungan tertentu secara aman, nyaman, mandiri, bebas dan aktif (Wijayanto, 2017)

Menurut Masita (2015) aksesibilitas merupakan akses yang harus dapat dicapai oleh masyarakat, tidak terhalang oleh keadaan geografis, sosial, ekonomi, organisasi dan bahasa (Fatimah & Indrawati, 2019). Sesuai dengan

teori utilitas pelayanan kesehatan yang menjelaskan bahwa keinginan seseorang untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan juga ditentukan oleh faktor pendukung yakni salah satunya adalah jarak atau aksesibilitas layanan kesehatan. Beda halnya dengan teori *Health Belief Model* yang menyatakan bahwa dalam faktor struktur yang berkaitan dengan akses ke pelayanan kesehatan akan cenderung mempengaruhi keputusan seseorang untuk memanfaatkan atau tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan (Irawan & Ainy, 2018).

Jean-Frederic Levesque, Mark F Harris dan Grant Russell (2013: 4) membuat lima dimensi aksesibilitas layanan, yaitu:

1. Kedekatan (*approachability*)

Kedekatan berhubungan dengan pengguna mendapatkan pelayanan kesehatan yang bisa diidentifikasi dalam bentuk keberadaan pelayanan, bisa dijangkau dan berdampak pada kesehatan pengguna. Sebagai fakta bahwa masyarakat dapat mengidentifikasi dalam bentuk keberadaan pelayanan, dapat dicapai, dan berdampak pada kesehatan individu, selain itu transparansi informasi mengenai pelayanan yang tersedia serta jasa kegiatan diluar jangkauan bisa berkontribusi untuk mengetahui pelayanan kesehatan puskesmas sudah cukup atau kurang.

2. Kemampuan menerima (*acceptability*)

Berhubungan dengan faktor sosial budaya yang memungkinkan masyarakat menerima pelayanan yang ditawarkan, (misalnya jenis kelamin

atau kelompok sosial penyedia pelayanan, keyakinan terkait dengan sistem kedokteran).

3. Ketersediaan dan akomodasi (*availability and accomodation*)

Mengacu pada pelayanan kesehatan yang dapat dijangkau kapanpun dan dimanapun. Ketersediaan tidak hanya secara fisik, namun secara sumber daya mampu memberikan pelayanan sesuai kemampuan. Hal ini juga berkaitan dengan karakteristik penyedia pelayanan misalnya kehadiran kesehatan profesional, kualifikasi dan cara penyediaan layanan.

4) Keterjangkauan (*affordability*)

Mengacu pada kemampuan dari pengguna untuk menggunakan fasilitas kesehatan secara ekonomi maupun sosial. Kemampuan ekonomi bagi orang-orang untuk menghabiskan sumber daya dan waktu untuk menggunakan layanan yang sesuai. Ini hasil dari harga langsung dari layanan dan biaya terkait selain biaya kesempatan berhubungan dengan hilangnya pendapatan.

4. Kesesuaian (*appropriateness*)

Mengacu pada kesesuaian antara layanan dan pasien perlu, ketepatan waktu, dapat menilai masalah kesehatan dan menentukan pengobatan yang tepat dan berkualitas baik secara teknis dan interpersonal pelayanan yang disediakan (Laksono et al., 2016).

Aksesibilitas tersebut dilihat darisisi pelaksana pelayanan dan pengguna. Sisi pengguna dipengaruhi; a) faktor pemungkin (*enabling*), yaitu usia, jenis kelamin, suku bangsa, pekerjaan, pendidikan, pendapatan,

besar keluarga, keberadaan pelayanan; b) faktor pendukung (predisposing), yaitu; sikap dan pengetahuan, kemampuan untuk mencapai (membayar); dan c) faktor kebutuhan (need) akan pelayanan (Eryando, 2007).

Aksesibilitas dari sisi pelayanan kesehatan dilihat dari fungsi jarak ke pengguna pelayanan, waktu tempuh, kesesuaian dengan kebutuhan, faktor lingkungan secara fisik dan politik wilayah. Pengertian tersebut secara garis besar mengelompokkan dalam tiga faktor aksesibilitas yaitu

1. Aksesibilitas Fisik

Akses fisik terkait dengan ketersediaan pelayanan kesehatan, atau jaraknya terhadap pengguna pelayanan. Akses fisik dapat dihitung dari waktu tempuh, jarak tempuh, jenis transportasi, dan kondisi di pelayanan kesehatan, seperti jenis pelayanan, tenaga kesehatan yang tersedia dan jam buka.

2. Aksesibilitas Ekonomi.

Aksesibilitas ekonomi dapat dilihat dari sisi pelayanan serta sisi pengguna. Aksesibilitas ekonomi sisi pengguna dilihat dari kemampuan finansial responden untuk mengakses pelayanan kesehatan, yang terkait dengan demand ke pelayanan kesehatan. Akses ekonomi salah satunya didekati dengan kemampuan membayar, dengan menghitung "Ability to Pay (ATP)". Aksesibilitas ekonomi dapat menjelaskan perbedaan proporsi pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal, terutama oleh ATP1. Berarti pada lokasi yang

mempunyai kemampuan ekonomi yang rendah, seperti kecamatan yang masuk dalam kuadran I dan kuadran II, memerlukan penanganan khusus untuk memberikan kesempatan yang sama untuk dapat mengakses pelayanan kesehatan yang lebih baik.

3. Aksesibilitas Sosial

Aksesibilitas sosial adalah kondisi non-fisik dan finansial yang mempengaruhi pengambilan keputusan untuk ke pelayanan kesehatan. Aksesibilitas sosial dikelompokkan kedalam kelompok pemungkin (enabling), yaitu; jenis pekerjaan, dan pendidikan, serta faktor pendukung (predisposisi) yang terkait dengan sikap dan pengetahuan tentang pelayanan kesehatan yang dibutuhkan (Eryando, 2007).

B. Tinjauan Umum tentang BPJS Kesehatan

1. Pengertian BPJS Kesehatan

Program jaminan kesehatan nasional (JKN) adalah suatu program pemerintah yang bertujuan memberikan kepastian jaminan kesehatan yang menyeluruh bagi setiap masyarakat Indonesia agar dapat hidup sehat, produktif, dan sejahtera (UU SJSN). Program ini merupakan bagian dari sistem jaminan sosial nasional (SJSN) yang bersifat wajib bagi seluruh penduduk melalui badan penyelenggara jaminan sosial (BPJS) kesehatan. Implementasi program JKN oleh BPJS kesehatan dimulai sejak 1 Januari 2014 (Saputra et al., 2015).

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial merupakan sebuah badan hukum untuk menyelenggarakan program jaminan sosial untuk menjamin

seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak (Pemerintah Republik Indonesia, 2011). BPJS diselenggarakan berdasarkan asas kemanusiaan, manfaat, dan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia dengan tujuan untuk mewujudkan pemenuhan kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap rakyat Indonesia yang sudah menjadi hak dasar manusia (Solechan, 2019).

Pada awalnya lembaga jaminan sosial yang ada di Indonesia adalah lembaga asuransi jaminan kesehatan PT Askes Indonesia yang kemudian menjadi BPJS Kesehatan. Pada awal 2013, PT Askes Menjadi BPJS Kesehatan. BPJS diharapkan mampu memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat lebih baik lagi dari sebelumnya.

2. Visi dan Misi

Dalam penyelenggaraannya BPJS Kesehatan memiliki Visi dan Misi untuk mencapai mutu pelayanan yang baik kepada seluruh penduduk Indonesia peserta jaminan kesehatan nasional ini.

a. Visi BPJS Kesehatan

BPJS memiliki visi yang di dalamnya harus dilaksanakan, dengan Visi BPJS Kesehatan: “Cakupan Semesta 2019”, paling lambat 1 Januari 2019, seluruh penduduk Indonesia memiliki jaminan kesehatan nasional untuk memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatannya yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan yang handal, unggul dan terpercaya.

b. Misi BPJS Kesehatan

- 1) Membangun kemitraan strategis dengan berbagai lembaga dan mendorong partisipasi masyarakat dalam perluasan kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN);
- 2) Menjalankan dan mamantapkan sistem jaminan pelayanan kesehatan yang efektif, efisien dan bermutu kepada peserta melalui kemitraan yang optimal dengan fasilitas kesehatan;
- 3) Mengoptimalkan pengelolaan dana program jaminan sosial dan dana BPJS Kesehatan secara efektif, efisien, transparan dan akuntabel untuk mendukung kesinambungan program;
- 4) Membangun BPJS Kesehatan yang efektif berlandaskan prinsip-prinsip tata kelola organisasi yang baik dan meningkatkan kompetensi pegawai untuk mencapai kinerja unggul;
- 5) Mengimplementasikan dan mengembangkan sistem perencanaan dan evaluasi, kajian, manajemen mutu dan manajemen resiko atas seluruh operasionalisasi BPJS Kesehatan;
- 6) Mengembangkan dan memantapkan teknologi informasi dan komunikasi untuk mendukung operasionalisasi BPJS Kesehatan

3. Kepesertaan

Dalam Undang-Undang BPJS telah ditentukan bahwa BPJS Kesehatan memiliki fungsi untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Jaminan Kesehatan menurut UU SJSN diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas, dengan

tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan (Solechan, 2019).

Peserta BPJS kesehatan berdasarkan UU terbagi dua yakni Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan Bukan Penerima Bantauan Iuran (Bukan PBI). Peserta BPJS yang tergolong PBI adalah masyarakat yang tergolong fakir miskin atau keluarga miskin dan tidak mampu. Jumlah peserta BPJS secara nasional yang terdata pada Januari 2014 adalah sebanyak 116.122.065 jiwa / peserta (Rumengan et al., 2015).

Semua penduduk Indonesia WAJIB menjadi peserta JKN-KIS yang dikelola oleh BPJS Kesehatan termasuk orang asing yang telah bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia dan telah membayar iuran, yang dibagi atas jenis kepesertaan sebagai berikut:

- 1) Penerima Bantuan Iuran-Jaminan Kesehatan (PBI-JK), merupakan program Jaminan Kesehatan fakir miskin dan orang tidak mampu yang dibayar oleh Pemerintah Pusat melalui APBN dan Pemerintah Daerah melalui APBD.
- 2) Bukan Penerima Bantuan Iuran (Non PBI) terdiri dari:
 - a. Pekerja Penerima Upah (PPU) adalah setiap orang yang bekerja pada pemberi kerja dengan menerima gaji atau upah, yang terdiri dari PPU Penyelenggara Negara dan PPU Non Penyelenggara Negara.

- PPU Penyelenggara Negara terdiri dari Pejabat Negara, Pegawai Negeri Sipil (PNS) Pusat/Daerah, PNS yang dipekerjakan di BUMN/BUMD, TNI/PNS TNI, POLRI/PNS POLRI, DPRD dan Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri (PPNPN).
 - PPU Non Penyelenggara Negara terdiri dari Badan Usaha Milik Negara (BUMN), Badan Usaha Milik Daerah (BUMD) dan Swasta
- b. Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) adalah setiap orang yang bekerja atau berusaha atas risiko sendiri, yang terdiri dari: Notaris/Pengacara/LSM, Dokter/Bidan Praktek Swasta, Pedangang/Penyedia Jasa, Petani/Peternak, Nelayan, Supir, Ojek, Montir dan pekerja lain yang mampu membayar iuran.
- c. Bukan Pekerja (BP) adalah setiap orang yang bukan termasuk masyarakat yang didaftarkan dan iurannya dibayar oleh Pemerintah Pusat/Daerah, PPU serta PBPU, yang terdiri dari: BP Penyelenggara Negara dan BP Non Penyelenggara Negara
- BP Penyelenggara Negara terdiri dari Penerima Pensiun (PP) Pejabat Negara, PP PNS Pusat/Daerah, PP TNI, PP POLRI, Veteran dan Perintis Kemerdekaan.
 - BP Non Penyelenggara Negara terdiri dari Investor, Pemberi Kerja dan BP lain yang mampu membayar iuran.

Peserta JKN mandiri merupakan setiap orang pekerja bukan spenerima upah (PBPU) dan bukan pekerja (BP) yang telah membayar iuran jaminan kesehatan. Kepesertaan sebagai peserta mandiri dapat menentukan sendiri FKTP yang akan digunakan untuk memperoleh pelayanan kesehatan primer (Ni Putu Sri Widhi Andayani, Ketut Hari Mulyawan, 2017).

4. Prosedur pendaftaran peserta

Dalam menganalisis mekanisme peningkatan kepesertaan BPJS Kesehatan maka diperlukan peningkatan mutu pelayanan, kemudahan pendaftaran dan kemudahan membayar premi atau iuran bulanan. Peningkatan kepesertaan BPJS Kesehatan dengan cara meningkatkan mutu layanan baik dari pendaftaran maupun layanan di Pemberi Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama (PPK 1) maupun Pemberi Pelayanan Kesehatan Tingkat Lanjutan (PPK 2) sebaiknya diberikan kemudahan dalam prosedur pendaftaran. Kemudahan ini mulai dari persyaratan, lokasi atau tempat pendaftaran di kantor BPJS yang mudah dijangkau dan mendapatkan kartu anggota BPJS dengan segera (Putro & Barida, 2017).

Setiap peserta dapat mengikutsertakan anggota keluarga yang lain yang menjadi tanggungannya dengan penambahan iuran (Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional Pasal 20) Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan Bab III tentang Pendaftaran Peserta dan Perubahan Data Kepesertaan yang tercantum dalam Pasal 10 bahwa Prosedur Pendaftaran Peserta, meliputi:

- a. Pemerintah mendaftarkan PBI Jaminan Kesehatan sebagai Peserta kepada BPJS Kesehatan;
- b. Pemberi kerja mendaftarkan pekerjanya atau pekerja dapat mendaftarkan diri sebagai peserta kepada BPJS Kesehatan;
- c. Bukan pekerja dan peserta lainnya wajib mendaftarkan diri dan keluarganya sebagai peserta kepada BPJS Kesehatan.

5. Manfaat

Berdasarkan Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan Bab V tentang Manfaat Jaminan Kesehatan yang tercantum dalam Pasal 21 bahwa Manfaat Pelayanan Promotif dan Preventif, meliputi pemberian pelayanan:

- a. Penyuluhan Kesehatan Perorangan.

Meliputi paling sedikit penyuluhan mengenai pengelolaan faktor resiko penyakit dan perilaku hidup bersih dan sehat;

- b. Pelayanan Imunisasi Dasar.

Meliputi Baccile Calmett Guerin (BCG), Difteri Pertusis Tetanus dan Hepatitis-B (DPT-HB), Polio, dan Campak yang disediakan oleh Pemerintah dan/atau Pemerintah Daerah;

- c. Pelayanan Keluarga Berencana.

Meliputi konseling, kontrasepsi dasar, vasektomi, dan tubektomi bekerja sama dengan lembaga yang membidangi keluarga berencana yang disediakan oleh Pemerintah dan/atau Pemerintah Daerah;

- d. Pelayanan Skrining Kesehatan.

Diberikan secara selektif yang ditujukan untuk mendeteksi resiko penyakit dan mencegah dampak lanjutan dari resiko penyakit tertentu.

6. Fasilitas Kesehatan

Setiap peserta berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan (Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 Pasal 47).

Berdasarkan Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 Pasal 47 tentang pelayanan kesehatan yang dijamin oleh BPJS Kesehatan yaitu terdiri atas:

- a. Pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama
- b. Pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan
- c. Pelayanan gawat darurat
- d. Pelayanan obat, alat kesehatan, dan bahan medik habis pakai
- e. Pelayanan ambulans
- f. Pelayanan skrining kesehatan
- g. Pelayanan kesehatan lain yang ditetapkan oleh Menteri.

Berdasarkan Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan Bab VIII tentang Fasilitas Kesehatan yang tercantum dalam Pasal 36 bahwa Fasilitas Kesehatan, meliputi:

- a. Fasilitas Kesehatan milik Pemerintah dan Pemerintah Daerah yang memenuhi persyaratan wajib bekerjasama dengan BPJS Kesehatan dengan membuat perjanjian tertulis;
- b. Fasilitas Kesehatan milik swasta yang memenuhi persyaratan dapat menjalin kerjasama dengan BPJS Kesehatan dengan membuat perjanjian tertulis.

Ketentuan lebih lanjut mengenai penggunaan jasa pelayanan kesehatan dan dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan itu, akan diatur dengan Peraturan Menteri. Dana Kapitasi yang diterima oleh FKTP dari Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial Kesehatan dimanfaatkan seluruhnya untuk pembayaran jasa pelayanan kesehatan dan dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan (Yulianto, 2016).

C. Tinjauan Umum Tentang Puskesmas

1. Pengertian Puskesmas

Menurut Permenkes Nomor 75 Tahun 2014, Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya (Nampirah et al., 2016).

Puskesmas adalah unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten/kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja (Permenkes No 74 Tahun 2016).

Puskesmas merupakan salah satu fasilitas pelayanan dasar yang tersebar secara luas di Indonesia. Secara aturan pemerintah menetapkan rasio ideal antara Puskesmas dan masyarakat adalah 1: 30.000 (1 Puskesmas untuk 30.000 orang). Meski pada beberapa wilayah hal ini menjadi kurang sesuai untuk diterapkan, dikarenakan topografi Indonesia yang berbentuk kepulauan atau di pegunungan (Laksono et al., 2018).

2. Tugas dan Fungsi Puskesmas

Puskesmas memiliki wilayah kerja yang meliputi satu kecamatan atau sebagian dari kecamatan. Faktor kepadatan penduduk, luas daerah, keadaan geografi dan keadaan infrastruktur lainnya merupakan bahan pertimbangan dalam menentukan wilayah kerja puskesmas. Untuk perluasan jangkauan pelayanan kesehatan maka puskesmas perlu ditunjang dengan unit pelayanan kesehatan yang lebih sederhana yang disebut puskesmas pembantu dan puskesmas keliling (Steffany Makatumpias, T.A.M.Ronny Gosal, Pangemanan, 2017).

Menurut Trihono (2005) ada 3 (tiga) fungsi puskesmas yaitu: pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan yang berarti puskesmas selalu berupaya menggerakkan dan memantau penyelenggaraan pembangunan lintas sektor termasuk oleh masyarakat dan dunia usaha di wilayah kerjanya, sehingga berwawasan serta mendukung pembangunan

kesehatan. Disamping itu puskesmas aktif memantau dan melaporkan dampak kesehatan dari penyelenggaraan setiap program pembangunan di wilayah kerjanya. Khusus untuk pembangunan kesehatan, upaya yang dilakukan puskesmas adalah mengutamakan pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit tanpa mengabaikan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan (Steffany Makatumpias, T.A.M.Ronny Gosal, Pangemanan, 2017).

3. Standar Pelayanan Puskesmas

Ketentuan tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) diatur dalam surat edaran Menteri Dalam Negeri No. 100/756/OTDA/2002, kemudian diatur lebih lanjut dalam Peraturan Pemerintah No. 65/2005. Ketentuan tentang SPM yang harus dipenuhi oleh Pemerintah Kabupaten/Kota dalam penyediaan pelayanan publik. SPM merupakan tolok ukur untuk menilai kinerja penyelenggaraan pelayanan dasar kepada masyarakat di bidang pemerintahan umum, pendidikan, kesehatan, fasilitas umum dan layanan publik lainnya. Penerapan SPM membutuhkan aturan normatif dan memiliki kekuatan hukum yang jelas dan kuat. Sehingga dapat diimplementasikan dengan baik. Selain itu perlu juga dilakukan evaluasi serta monitoring untuk mengetahui seberapa jauh keberhasilan dari kebijakan SPM ini (Irawan & Ainy, 2018).

Sejak tahun 2005 telah diterbitkan Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 yang memuat ketentuan tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (SPM), bahkan diperkuat adanya

Permendagri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal. Menurut Permendagri Nomor 6 Tahun 2007 (pasal 1 ayat 8) disebutkan bahwa Standar Pelayanan Minimal (SPM) adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib Daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal. Salah satu jenis jasa/layanan public adalah pelayanan kesehatan (Irawan & Ainy, 2018).

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan pasal 1 (ayat 11) pengertian upaya atau pelayanan kesehatan adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan oleh pemerintah.

Tabel 2.1
SINTESA PENELITIAN

NO.	PENELITI	JUDUL	JURNAL/ SKRIPSI/ TESIS	<u>SAMPEL</u>	DESAIN PENELITIAN	KESIMPULAN
1.	Wisnu Probo Wijayanto	Hubungan Pengetahuan dan Kemampuan Ekonomi Masyarakat Terhadap Aksesibilitas BPJS	Jurnal Ilmu Kesehatan, Vol. 2, No. 2 Tahun 2017 (131- 141)	Kepala keluarga atau anggota keluarga yang paling berpengaruh di Desa Kahuripan Jaya Kecamatan Banjar Baru Kabupaten Tulang Bawang Tahun 2015	Penelitian kuantitatif analitik dengan pendekatan <i>cross sectional</i>	Ada hubungan pengetahuan dengan aksesibilitas BPJS dan kemampuan ekonomi dengan aksesibilitas BPJS
2.	Agung Dwi Laksono, Zainul Khaqiqi Nantabah, dan Ratna Dwi	Hambatan Akses Ke Puskesmas Pada Lansia Di Indonesia	Artikel Penelitian Sistem Kesehatan, Vol. 21,	Pasien yang telah berusia 50 tahun ke-atas (lansia) di Puskesmas yang	Survei kesehatan nasional yang didesain secara <i>cross sectional</i>	Hambatan akses secara fisik cenderung lebih besar terjadi di perdesaan. Kecenderungan yang sama juga terjadi pada kategori tingkat sosial ekonomi. Meski

	Wulandari		No. 4, Tahun 2018 (228- 235)	ada di Indonesia		secara umum hambatan akses para lansia ke Puskesmas sudah cukup baik, tetapi masih ada lansia sangat miskin yang memiliki hambatan secara ekonomi untuk menjangkau Puskesmas.
3.	Ni Putu Sri Widhi Andayani, Ketut Hari Mulyawan, dan I Ketut Tangking Widarsa	Analisis Aksesibilitas Pemilihan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Pada Peserta JKN Mandiri Di Kabupaten Badung Tahun 2016 Menggunakan Sistem Informasi Geografis	Jurnal Arc. Com. Health, Vol. 4, No. 2, Tahun 2017 (46- 57)	385 peserta JKN mandiri Kabupaten Badung dengan alamat terdiri dari nama jalan dan nomor rumah.	Penelitian deskriptif cross sectional	<ul style="list-style-type: none"> • Peserta JKN mandiri tidak memilih FKTP terdekat. Akan tetapi 54,52% FKTP pilihan peserta masih termasuk ke dalam kategori akses ideal dengan rata-rata jarak tempuh sebesar 4,71 km. • Peserta dengan jenis FKTP klinik pratama (43,66%), praktik dokter (29,17%) dan puskesmas (33,96%) belum memiliki akses ideal ke FKTP pilihan. • Berdasarkan kelas perawatan, peserta kelas I

						(45,08%), kelas II (32,82%) dan kelas III (30,00%) belum memiliki akses ideal ke FKTP pilihan. Dapat disimpulkan bahwa 40,52% peserta JKN mandiri belum memiliki akses yang ideal ke FKTP pilihan.
4.	Andi Satriani Kadir	Faktor Yang Berhubungan Dengan Aksesibilitas Pasien Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (Bpjs) Puskesmas Bantimurung Kabupaten Maros	Skripsi Tahun 2017	Pasien BPJS di Puskesmas Bantimurung	Penelitian kuantitatif menggunakan pendekatan survei analitik dengan desain <i>Cross Sectional</i> .	<ul style="list-style-type: none"> • Ada hubungan antara kedekatan dengan aksesibilitas pasien Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) • Ada hubungan antara kemampuan menerima dengan aksesibilitas pasien Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) • Tidak ada hubungan antara ketersediaan dengan aksesibilitas pasien Badan Penyelenggara Jaminan

						<p>Sosial (BPJS)</p> <ul style="list-style-type: none">• Ada hubungan antara keterjangkauan dengan aksesibilitas pasien Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)• Tidak ada hubungan antara kesesuaian dengan aksesibilitas pasien Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)
--	--	--	--	--	--	--