

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan merupakan kebutuhan dasar yang esensial bagi setiap individu. Perkembangan zaman serta kemajuan teknologi telah mengubah pola dan gaya hidup masyarakat, yang secara tidak langsung berkontribusi terhadap munculnya berbagai jenis penyakit baru. Kondisi ini mendorong meningkatnya kebutuhan akan layanan kesehatan. Beragam bentuk jaminan kesehatan, mulai dari asuransi sosial, program khusus bagi masyarakat kurang mampu, hingga inisiatif pemerintah dan sektor swasta, menunjukkan bahwa perhatian terhadap kesehatan semakin intensif. Fenomena tersebut juga merefleksikan kesadaran masyarakat yang meningkat mengenai pentingnya menjaga kesehatan, yang pada akhirnya memengaruhi pola pemanfaatan layanan kesehatan. Pelayanan kesehatan sendiri merupakan hak dasar setiap orang. Setiap individu berhak mendapatkan layanan kesehatan terbaik demi kehidupan yang layak. Upaya pemenuhan hak ini dapat dilakukan melalui kebijakan pemerintah, program kesehatan yang dianjurkan oleh *world health organization* (WHO), hingga peraturan hukum yang mendukung. Hak atas kesehatan bukan hanya kebutuhan, tetapi juga memiliki dasar hukum yang kuat sehingga dapat ditegakkan secara sah (Pritami et al., 2023).

Pelayanan kesehatan yang berkualitas merupakan kebutuhan masyarakat serta menjadi salah satu tolak ukur dalam menilai keberhasilan pembangunan suatu negara. Kesadaran akan pentingnya layanan kesehatan bagi seluruh warga negara mendorong pemerintah untuk secara berkelanjutan merancang dan mengimplementasikan berbagai program yang bertujuan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan secara komprehensif. Pemanfaatan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh sejumlah faktor yang saling berkaitan, antara lain tingkat pendidikan, status pekerjaan, aksesibilitas terhadap fasilitas kesehatan, perilaku tenaga kesehatan, serta persepsi masyarakat terhadap layanan yang diberikan. Selain itu, kebutuhan individu juga berperan penting dalam menentukan pemanfaatan layanan kesehatan, baik yang didasarkan pada tingkat kerentanan terhadap suatu penyakit maupun pada ekspektasi masyarakat terhadap manfaat yang dapat diperoleh dari pelayanan kesehatan (Khoirunnisa et al, 2024).

Pengembangan pemanfaatan layanan kesehatan masyarakat merupakan suatu proses yang kompleks dan menyeluruh, yang tidak hanya memerlukan kombinasi antara pengetahuan, kesadaran, serta respon aktif masyarakat terhadap isu-isu kesehatan, tetapi juga menuntut penerapan perilaku hidup sehat secara konsisten dalam kehidupan sehari-hari. Upaya ini tidak akan berhasil tanpa adanya ketersediaan dan kesiapan dari penyedia layanan kesehatan yang kompeten dan merata, yang didukung secara optimal oleh kebijakan pemerintah yang berpihak pada kepentingan publik, termasuk pelaksanaan program-program strategis yang dirancang untuk menjangkau seluruh lapisan masyarakat, khususnya kelompok rentan. Kontribusi dari rumah sakit swasta sebagai mitra pelengkap dalam sistem pelayanan kesehatan juga memegang peranan penting dalam memperluas akses dan meningkatkan kualitas layanan. Lebih lanjut, sejumlah aspek sosial seperti status sosial ekonomi, peran individu dalam masyarakat, jaringan hubungan sosial, aturan atau norma yang berlaku, kewenangan dalam pengambilan keputusan, serta praktik sosial yang berkembang di kalangan peserta BPJS, sangat berpengaruh terhadap bagaimana layanan tersebut diterima dan dimanfaatkan (Mustikawati et al., 2023).

Pemanfaatan pelayanan kesehatan di Indonesia tergolong cukup baik. Namun, masih terdapat sejumlah wilayah yang menghadapi hambatan dalam mengakses layanan tersebut. Hal ini tercermin dari rendahnya angka kunjungan pelayanan kesehatan seperti puskesmas dari berbagai daerah, di mana diperkirakan hanya sekitar 32,14% penduduk Indonesia yang memanfaatkan layanan puskesmas (Depkes RI, 2015). Tingkat pemanfaatan pelayanan kesehatan ini menjadi salah satu aspek dalam menentukan derajat kesehatan masyarakat, dan

memiliki signifikan khusus sebagai isu penting dalam konteks kesehatan dan pembangunan sosial di negara-negara berpenghasilan rendah (Winda et al., 2023).

Pemanfaatan pelayanan kesehatan sebagai fasilitas kesehatan dipengaruhi oleh tiga kelompok faktor utama. Pertama, faktor predisposisi, yang mencakup karakteristik demografis, struktur sosial, serta keyakinan terhadap kesehatan. Kedua, faktor kemampuan, yang terdiri atas sumber daya keluarga, seperti tingkat pendapatan dan aksesibilitas, serta sumber daya masyarakat, meliputi pengetahuan, sikap tenaga kesehatan, mutu pelayanan, keterjangkauan biaya, dan ketersediaan informasi medis. Ketiga, faktor kebutuhan, yaitu kondisi kesehatan individu yang secara langsung menentukan tingkat pemanfaatan pelayanan kesehatan (Triana et al., 2024).

Karakteristik individu, seperti usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan jenis pekerjaan, berpengaruh terhadap kecenderungan seseorang dalam memanfaatkan layanan kesehatan, khususnya di puskesmas. Semakin bertambah usia, individu cenderung lebih sering menggunakan layanan puskesmas karena didorong oleh pengalaman hidup dan kebutuhan kesehatan yang meningkat. Faktor jenis kelamin juga berperan, di mana kelompok tertentu lebih aktif dalam mencari pelayanan kesehatan, bahkan turut mendorong anggota keluarga lainnya untuk ikut serta. Selain itu, tingkat pendidikan serta beban pekerjaan turut menentukan cara seseorang mempertimbangkan dan memutuskan dalam memilih serta menggunakan layanan kesehatan (Megalia et al., 2018).

Karakteristik merupakan faktor yang memengaruhi seseorang dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan, meliputi kepemilikan asuransi atau jaminan kesehatan seperti JKN-KIS, lamanya waktu tunggu sebelum memperoleh penanganan, serta jarak atau waktu tempuh menuju fasilitas kesehatan terdekat. Sementara itu, karakteristik kebutuhan menggambarkan sejauh mana individu merasakan perlunya layanan kesehatan. Hal ini dapat tercermin dari persepsi subjektif terhadap kondisi kesehatannya, termasuk gejala yang dialami, maupun melalui penilaian objektif atau diagnosis klinis yang diberikan tenaga medis terkait penyakit atau gangguan kesehatan yang diderita (Abo et al., 2025).

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) No. 100 Tahun 2015, Pos Upaya Kesehatan Kerja (UKK) merupakan fasilitas pelayanan kesehatan berbasis masyarakat yang ditujukan bagi pekerja di sektor informal. Pos UKK diselenggarakan oleh, dari, untuk, dan bersama masyarakat pekerja dengan fokus utama pada upaya promotif dan preventif, serta dilengkapi layanan kuratif dan rehabilitatif sederhana. Kehadiran Pos UKK mempermudah akses pekerja terhadap pelayanan kesehatan di lingkungan kerja mereka, yang selama ini belum sepenuhnya terakomodasi oleh layanan kesehatan umum. Kondisi tersebut terjadi karena layanan kesehatan yang tersedia cenderung bersifat umum dan kurang memperhatikan risiko spesifik di tempat kerja, sementara jam operasional puskesmas sering kali bertepatan dengan waktu kerja. Dengan demikian, Pos UKK memiliki peran penting dalam memperluas dan menyesuaikan akses layanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan nyata pekerja sektor informal (Kemenkes RI, 2015).

Keterbatasan sarana dan prasarana serta kurangnya penyediaan informasi mengenai Pemanfaatan Pelayanan kesehatan dan Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) pada sektor transportasi darat, khususnya driver bus Antar Kota Antar Provinsi (AKAP), perlu mendapat perhatian serius. Kondisi tersebut harus diimbangi dengan perkembangan zaman dan pertumbuhan jumlah penduduk yang terus meningkat setiap tahunnya, agar keamanan, kesehatan, dan keselamatan pekerja maupun penumpang dapat terjamin dengan lebih baik. Pelayanan Kesehatan dan keselamatan kerja merupakan aspek perlu diperhatikan, mengingat masih banyak pekerja yang belum sepenuhnya mematuhi prosedur kerja yang aman dalam menjalankan aktivitas pekerjaannya (Alamsyah et al., 2021).

Sopir atau pengemudi merupakan bagian dari pekerja sektor informal yang memiliki peran penting sebagai penggerak utama dalam pergerakan barang dan penumpang. Keberadaan mereka secara langsung mendukung mobilitas sosial maupun ekonomi, khususnya melalui peran sebagai operator yang mengendalikan kendaraan. Selain itu,

pengemudi juga memikul tanggung jawab besar dalam menjamin kelancaran operasional sarana transportasi, terutama pada sektor angkutan perkotaan (Usman et al., 2024).

Menurut Laporan Kementerian Kesehatan RI tahun 2021 mengenai pekerja informal di 12 daerah/kota di Indonesia mengungkapkan bahwa dari 1.432 kasus (40,5%) penyakit terkait pekerjaan, mayoritas merupakan penyakit muskuloskeletal (MSDs) yang dialami oleh 982 orang (16%). Selain itu, terdapat 872 kasus penyakit jantung (8%), 763 kasus penyakit saraf (6%), 633 kasus penyakit pernapasan (3%), dan 529 kasus gangguan THT (1,5%). Data ini menunjukkan adanya hubungan yang sangat kuat antara posisi kerja dan keluhan muskuloskeletal (Kemenkes RI, 2022).

Pengemudi bus berisiko tinggi mengalami gangguan muskuloskeletal akibat beban kerja yang berat selama mengemudi, disertai dengan posisi tubuh yang statis dalam jangka waktu lama serta gerakan berulang. Keluhan yang umum dirasakan antara lain nyeri pada leher, bahu, dan punggung bagian bawah. Apabila tidak segera ditangani, kondisi ini dapat meningkatkan sensitivitas otot punggung terhadap ketegangan dan memperburuk keadaan. Kekakuan atau kejang otot pada punggung juga dapat terjadi akibat berkurangnya suplai oksigen dalam aliran darah menuju otot (Afif et al., 2021).

Kelelahan kerja pada pengemudi transportasi umum merupakan faktor risiko utama yang berkontribusi terhadap kecelakaan kerja dan dampak kesehatan yang merugikan. Pengemudi bus rentan terhadap berbagai risiko fisik dan mental, termasuk kecelakaan lalu lintas. Kelelahan kerja ditandai dengan penurunan energi, daya tahan tubuh, dan produktivitas, serta gejala seperti rasa berat di kepala, gangguan berpikir, penurunan konsentrasi, dan meningkatnya kecemasan (La Basse et al., 2025).

Penelitian Kessi (2024) menunjukkan bahwa sopir bus PO (Perusahaan Otobus) Adhi Pultra Makassar memiliki pola istirahat yang tidak teratur, meskipun tingkat kelelahan yang dialami umumnya tergolong ringan. Kondisi ini dipengaruhi oleh lamanya pengalaman kerja, sehingga mereka mampu beradaptasi dengan pola istirahat yang kurang optimal. Selain itu, sebagian besar sopir bus mengungkapkan kebiasaan mengonsumsi kafein dan merokok saat beristirahat untuk menjaga stamina. Mereka juga lebih cenderung menggunakan obat-obatan yang tersedia di apotek dibandingkan memanfaatkan fasilitas layanan kesehatan.

Kota Makassar, sebagai Ibu Kota Provinsi Sulawesi Selatan, merupakan salah satu pusat pertumbuhan ekonomi dan transportasi utama di kawasan Indonesia timur. Dengan tingkat mobilitas masyarakat yang tinggi, Makassar menjadi kota strategis dalam pengembangan sistem transportasi darat, termasuk jasa angkutan bus antar kota dan antar provinsi. Dalam konteks ini, Makassar juga berperan sebagai salah satu perwakilan penting bagi para sopir dan operator bus, terutama yang beroperasi di sektor informal maupun perusahaan transportasi swasta. Para sopir bus di Makassar tidak hanya menjalankan fungsi mobilitas, tetapi juga menjadi bagian penting dalam mendukung kelancaran logistik, pariwisata, dan aktivitas ekonomi lainnya. Namun, di tengah tuntutan pekerjaan yang tinggi dan kondisi kerja yang sering kali menantang, akses terhadap layanan kesehatan yang memadai bagi sopir bus masih menjadi perhatian.

Berdasarkan data yang diperoleh dari Dinas Perhubungan Provinsi Sulawesi Selatan, tercatat bahwa jumlah perusahaan angkutan yang terdaftar di wilayah Kota Makassar mencapai 15 perusahaan. Masing-masing perusahaan ini bergerak di bidang transportasi darat, khususnya angkutan bus yang melayani rute antar kota dalam provinsi maupun antar provinsi. Selain itu, jumlah kendaraan bus yang beroperasi angkutan antar kota dan antar provinsi (AKAP) tercatat sebanyak 155 unit, yang tersebar di bawah naungan nama perusahaan yang berbeda (Dinas Perhubungan Provinsi Sulawesi Selatan 2025).

Dari data perusahaan yang diperoleh, terbagi menjadi beberapa bagian yaitu Perum Damri, Bahana Mitra Wajo, Pita Antar Arah, Pelangi Pariwisata Toraja, Putra Jaya Catur Harmonis, ELS Wisata Marendeng, Sinar Muda Sejahtera, Karya Bintang Utama, Manggal Trans, Anugrah Metro Permai, Mekarz Jaringan Nusantara, Borlindo, Bintang Zahira, Khatulistiwa Trans, Madina Jasa Trans, Ariang Trans, dan Perum damri Cabang Makassar. Dari beberapa nama perusahaan paling banyak memiliki kendaraan yaitu Karya Bintang Utama

sebanyak 17, Manggala Trans sebanyak 16, dan Anugrah Metro Permai sebanyak 14. Keberagaman nama dan pengelola perusahaan ini mencerminkan dinamika sektor transportasi di Sulawesi Selatan, khususnya di Kota Makassar sebagai pusat aktivitas dan titik awal pemberangkatan berbagai trayek bus (Dinas Perhubungan Provinsi Sulawesi Selatan, 2025).

Masalah kesehatan yang dialami oleh Driver Bus Antar Kota Dan Antar Provinsi Di Kota Makassar seperti jam kerja yang panjang, paparan populasi udara dan pola tidur yang tidak teratur, masalah kesehatan yang sering di alami gangguan muskuloskeletal akibat posisi duduk yang lama, selain itu risiko juga terkena gangguan pada mata, hipertensi, jantung, dan diabetes. Meskipun risiko kesehatan yang dihadapi cukup tinggi, tingkat pemanfaatan layanan kesehatan oleh driver bus masih tergolong rendah. Hal ini disebabkan oleh keterbatasan waktu akibat jadwal kerja yang padat, sehingga sulit bagi mereka untuk mengakses fasilitas kesehatan. Selain itu, rendahnya kesadaran akan pentingnya pemeriksaan kesehatan secara rutin juga menjadi faktor utama yang menghambat upaya pencegahan dan deteksi dini terhadap berbagai masalah kesehatan yang dialami.

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan sebelumnya, peneliti memilih untuk melakukan penelitian mengenai pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh para driver bus antar kota dan antar Provinsi di Kota Makassar. Penelitian ini dianggap penting untuk menggali sejauh mana akses, pemahaman, serta pemanfaatan layanan kesehatan oleh kelompok pekerja transportasi.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah dipaparkan terdapat rumusan masalah yaitu bagaimana pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh *driver* bus antar kota dan provinsi di Kota Makassar.

1.3 Tujuan Penelitian

1.1.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui bagaimana pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh *driver* bus antar kota dan provinsi di Kota Makassar.

1.1.2 Tujuan Khusus

Adapun Tujuan Khusus Dari Penelitian Ini :

- a. Untuk mengetahui hubungan umur dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh *driver* bus antar kota dan provinsi di Kota Makassar
- b. Untuk mengetahui hubungan pendidikan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh *driver* bus antar kota dan provinsi di Kota Makassar
- c. Untuk mengetahui hubungan kepemilikan asuransi kesehatan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh *driver* bus antar Kota dan Provinsi di Kota Makassar
- d. Untuk mengetahui hubungan waktu tunggu dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh *driver* bus antar kota dan provinsi di Kota Makassar
- e. Untuk mengetahui hubungan aksesibilitas dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh *driver* bus antar kota dan provinsi di Kota Makassar
- f. Untuk mengetahui hubungan persepsi sakit dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh *driver* bus antar kota dan provinsi di Kota Makassar

1.4 Manfaat Penelitian

1.1.3 Manfaat Ilmiah

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kesehatan masyarakat. Penelitian ini memberikan gambaran mengenai bagaimana pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh *Driver* Bus Antar Kota dan Antar Provinsi Di Kota Makassar. Temuan dari penelitian ini dapat menjadi dasar pembenaran ilmiah terkait pentingnya pemerataan akses dan pemanfaatan layanan kesehatan bagi kelompok pekerja sektor transportasi. Hasil penelitian ini juga dapat dijadikan referensi bagi penelitian selanjutnya yang berfokus pada optimalisasi pelayanan kesehatan bagi kelompok pekerja sektor informal lainnya.

1.1.4 Manfaat Institusi

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi kegunaan bagi institusi Dinas Kesehatan dan Dinas Perhubungan, penelitian ini dapat menjadi masukan dalam perencanaan dan pengambilan keputusan untuk merumuskan kebijakan yang lebih

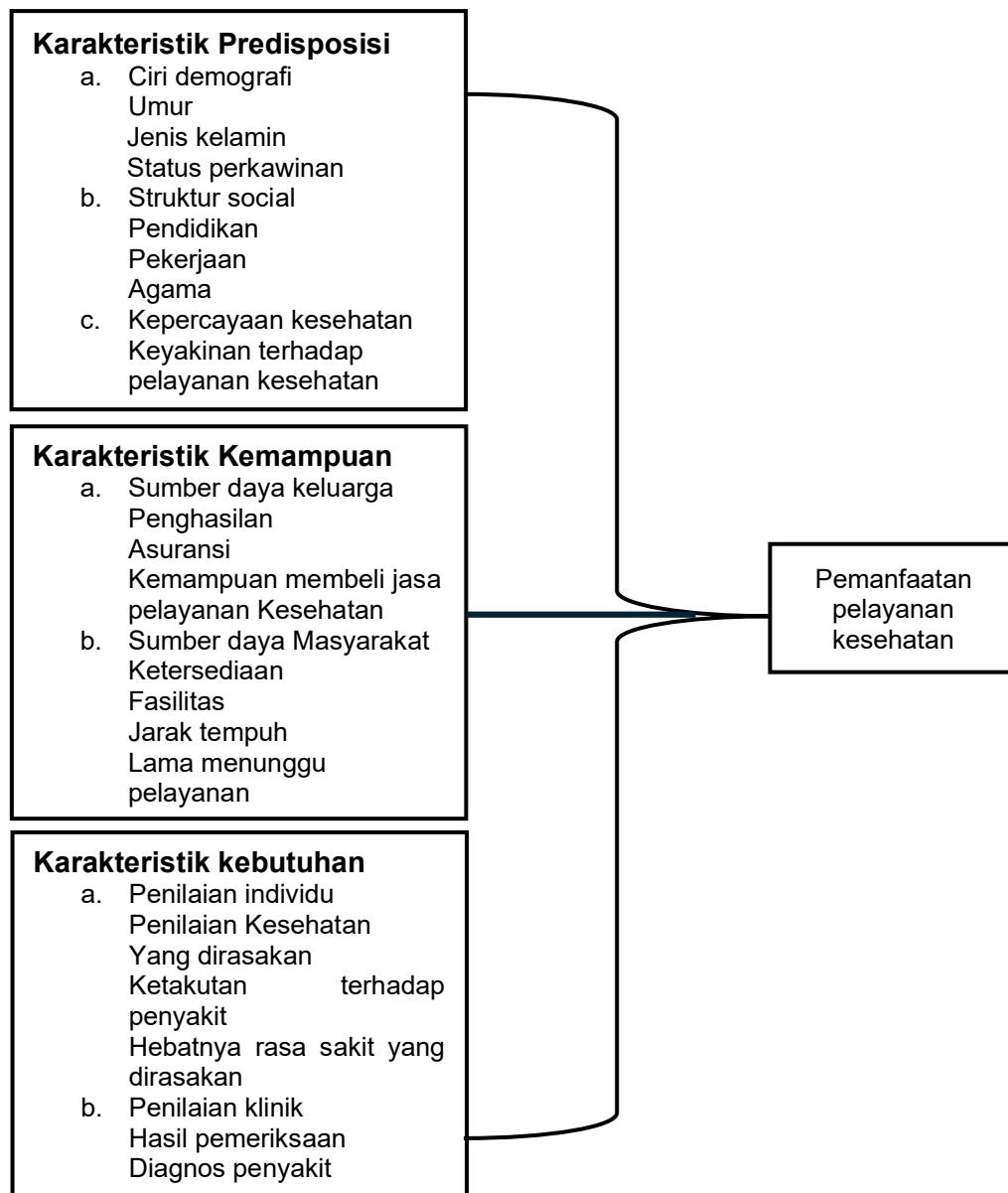
responsif terhadap kebutuhan kesehatan para *driver* Bus Antar Kota dan Antar Provinsi. Informasi yang diperoleh dari penelitian ini dapat digunakan untuk memperkuat program kesehatan kerja, meningkatkan akses pelayanan kesehatan, serta mengoptimalkan koordinasi antar instansi dalam penyediaan fasilitas kesehatan yang sesuai bagi pekerja informal sektor transportasi.

1.1.5 Manfaat Praktisi

Bagi peneliti, penelitian ini memberikan kesempatan untuk menambah wawasan dan pengetahuan terkait pemanfaatan pelayanan kesehatan, khususnya pada kelompok pekerja transportasi seperti *driver* bus. penelitian ini juga memberikan pemahaman yang lebih komprehensif mengenai kondisi nyata dan kebutuhan kesehatan para *driver* bus.

1.5 Kerangka Teori

Kerangka teori penelitian ini mengacu pada Teori Ronald Max Andersen (1968) yang menyatakan bahwa pemanfaatan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh tiga faktor utama, yaitu faktor predisposisi, faktor kemampuan, dan faktor kebutuhan. Faktor predisposisi mencakup karakteristik individu, faktor kemampuan berkaitan dengan sumber daya dan akses layanan, sedangkan faktor kebutuhan berkaitan dengan persepsi dan penilaian terhadap kondisi kesehatan.



Sumber : Ronald Max Andersen 1968

Gambar 1 : Model Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Oleh Ronald Max Andersen

1.6 Kerangka Konsep

Teori yang membahas tentang pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah teori Ronald Max Andersen (1968). Teori ini mengemukakan bahwa setiap orang memiliki karakteristik yang berbeda-beda, menjalani gaya hidup yang beragam, mengalami jenis dan frekuensi penyakit yang tidak sama, serta menunjukkan pola penggunaan layanan kesehatan yang berbeda-beda.

Andersen menggolongkan model pelayanan kesehatan dalam tujuh kategori berdasarkan tipe dari variabel yang berupa faktor penentu dalam penggunaan pelayanan kesehatan, yaitu:

a. Umur

Model ini menggambarkan variabel berupa umur, jenis kelamin. Variabel ini juga merupakan indikator yang mempengaruhi penggunaan pelayanan kesehatan dengan asumsi perbedaan derajat umur dalam mengakses kesehatan, derajat kesakitan dan penggunaan pelayanan kesehatan.

b. Pendidikan

Model ini menggambarkan variabel berupa Pendidikan. Variabel ini merupakan gambaran status sosial dari individu serta gaya hidup individu tersebut di dalam masyarakat. Dalam membentuk pengetahuan, pemahaman, dan kesadaran individu terhadap pentingnya pelayanan kesehatan kaitannya dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah asumsi individu tersebut memiliki latar belakang pendidikan struktur sosial tertentu maka akan menggunakan pelayanan kesehatan dengan cara tertentu pula.

c. Kepemilikan asuransi

Asuransi kesehatan berfungsi sebagai bentuk perlindungan terhadap risiko biaya dan kebutuhan perawatan kesehatan. Kepemilikan asuransi, baik yang diselenggarakan pemerintah maupun swasta, memberikan jaminan bagi masyarakat agar lebih mudah dalam mengakses fasilitas pelayanan kesehatan. Model ini menggambarkan variabel berupa pendapatan keluarga, cakupan pembiayaan mengenai pelayanan kesehatan dan pihak yang membiayai pelayanan kesehatan.

d. Waktu tunggu pelayanan

Model ini menggambarkan berbagai variabel yang berkaitan dengan aspek pelayanan kesehatan, antara lain ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan, waktu tunggu pelayanan, ketersediaan dan kecukupan tenaga kesehatan, dalam pemanfaatan setiap jenis pelayanan kesehatan. Selain itu, model ini juga mencakup kemudahan dalam memperoleh pelayanan kesehatan, baik dari segi akses prosedur pelayanan, maupun keterjangkauan layanan. Keseluruhan variabel tersebut digunakan untuk memberikan gambaran mengenai faktor-faktor yang dapat memengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh masyarakat.

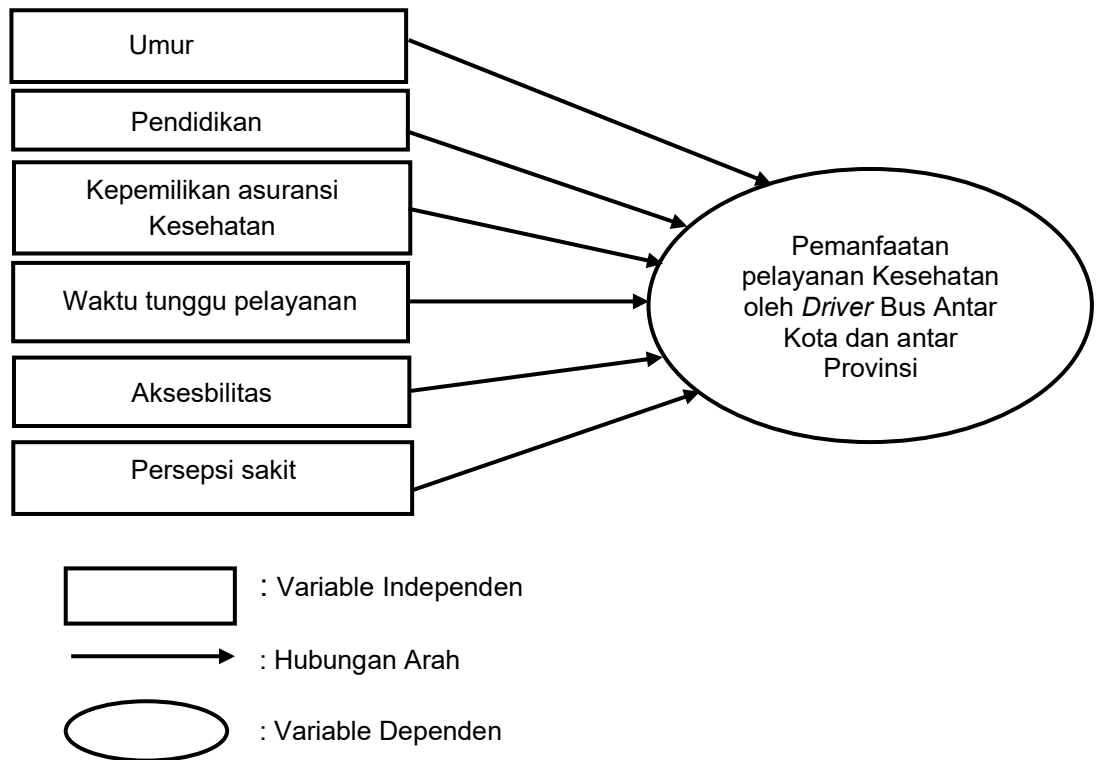
e. Aksesibilitas

Salah satu faktor yang memengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh masyarakat adalah aksesibilitas. Aspek ini tidak hanya berkaitan dengan ketersediaan fasilitas, tetapi juga mencakup berbagai faktor yang memengaruhi perilaku individu dalam mengakses layanan kesehatan. Aksesibilitas tidak hanya terbatas pada keberadaan atau ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan, tetapi juga mencakup kemudahan masyarakat dalam menjangkau layanan tersebut, baik dari segi jarak, waktu tempuh, biaya, maupun ketersediaan sarana transportasi.

f. Persepsi Sakit

Penilaian individu terhadap penyakit (Perceived need) Penilaian terhadap kondisi kesehatan yang dirasakan individu, tingkat kekhawatiran terhadap penyakit, serta intensitas rasa sakit yang dialami Evaluasi klinik (*clirik diagnos*) Evaluasi mengenai tingkat keparahan penyakit berdasarkan hasil pemeriksaan medis dan diagnosis yang ditetapkan oleh dokter.

Merujuk pada kerangka teori tentang pemanfaatan pelayanan kesehatan yang telah dibahas sebelumnya, peneliti menyusun kerangka konsep yang digunakan sebagai pedoman dalam pelaksanaan penelitian ini.



Gambar 2 Kerangka Konsep Penelitian

1.7 Hipotesis Penelitian

1.7.1 Hipotesis Null (H_0)

- Tidak ada hubungan umur dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh *Driver* Bus Antar Kota dan Provinsi di Kota Makassar
- Tidak ada hubungan pendidikan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh *Driver* Bus Antar Kota dan Provinsi di Kota Makassar
- Tidak ada hubungan kepemilikan asuransi dengan pemanfaatan pelayanan Kesehatan oleh *driver* bus antar kota dan provinsi di Kota Makassar
- Tidak ada hubungan waktu tunggu pelayanan dengan pemanfaatan pelayanan Kesehatan oleh *Driver* Bus Antar Kota dan Provinsi di Kota Makassar
- Tidak ada hubungan aksesibilitas dengan pemanfaatan pelayanan Kesehatan oleh *Driver* Bus Antar Kota dan Provinsi di Kota Makassar
- Tidak ada hubungan persepsi sakit dengan pemanfaatan pelayanan Kesehatan oleh *Driver* Bus Antar Kota dan Provinsi di Kota Makassar

1.7.2 Hipotesis Alternatif (H_a)

- Ada hubungan umur dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh *Driver* Bus Antar Kota dan Provinsi di Kota Makassar
- Ada hubungan pendidikan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh *Driver* Bus Antar Kota dan Provinsi di Kota Makassar
- Ada hubungan kepemilikan asuransi dengan pemanfaatan pelayanan Kesehatan oleh *driver* bus antar kota dan provinsi di Kota Makassar
- Ada hubungan waktu tunggu pelayanan dengan pemanfaatan pelayanan Kesehatan oleh *Driver* Bus Antar Kota dan Provinsi di Kota Makassar
- Ada hubungan aksesibilitas dengan pemanfaatan pelayanan Kesehatan oleh *Driver* Bus Antar Kota dan Provinsi di Kota Makassar
- Ada hubungan persepsi sakit dengan pemanfaatan pelayanan Kesehatan oleh *Driver* Bus Antar Kota dan Provinsi di Kota Makassar.

1.8 Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

1. Umur

Defenisi operasional

Penentuan umur terbagi menjadi 3 yaitu umur sebelum produktif, umur produktif, dan umur tidak produktif. usia produktif (15- 64 tahun), dan usia tidak produktif (<15 tahun dan >64 tahun).

Alat ukur

Penilaian menggunakan kuesioner

Kriteria objektif (WHO, 2022) :

usia produktif : (15-64 tahun)

usia tidak produktif : (<15->64tahun)

Skala

Ordinal

2. Pendidikan

Defenisi operasional

Menurut Arikunto, (2020) dikategorikan menjadi tingkat pendidikan rendah jika pendidikan terakhirnya antara SD-SMP, sedangkan tingkat pendidikan dikategorikan tinggi apabila pendidikan terakhirnya adalah SMA sampai perguruan tinggi

Alat ukur

Penilaian menggunakan kuesioner

Kriteria objektif (Arikunto., 2020) :

Tinggi : jika responden menyelesaikan pendidikan jenjang sekolah menengah atas (SMA) hingga perguruan tinggi

Rendah : jika responden tidak menamatkan pendidikan di bawah sekolah menengah (SMA) seperti tidak sekolah, tidak tamat SD, SMP dan SMA

Skala

Ordinal

3. Kepemilikan Asuransi Kesehatan

Defenisi operasional

Kepemilikan asuransi kesehatan yang dimiliki individu untuk menanggung biaya layanan kesehatan, seperti BPJS Kesehatan (Mandiri), BPJS Kesehatan (KIS/PBI), BPJS Ketenagakerjaan, maupun asuransi kesehatan swasta

Alat ukur

Penilaian menggunakan kuesioner

Kriteria objektif:

tidak memiliki : jika responden tidak memiliki jaminan atau asuransi kesehatan

memiliki : jika responden memiliki jaminan atau asuransi kesehatan

Skala

Nominal

4. Waktu Tunggu Pelayanan

Defenisi operasional

Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan oleh pasien dalam memperoleh pelayanan kesehatan mulai dari pendaftaran sampai pasien mendapatkan pelayanan pemeriksaan. Waktu tunggu pelayanan berdasarkan standar operasional prosedur (SOP) yaitu 60 menit.

Alat ukur

Penilaian menggunakan kuesioner

kriteria objektif (Ramadhani, 2018) :

Pengukuran variable menggunakan skala likert. Variable yang diukur terdapat 4 pertanyaan dengan alternatif 5 jawaban. Setiap pertanyaan memiliki skor 1-5 dengan kategori

Sangat tidak setuju (STS) : 1 poin

Tidak setuju (TS) : 2 poin

Netral (N) : 3 poin

Setuju (S) : 4 poin

Sangat setuju (ST) : 5 poin

Positif : jika total skor jawaban responden $\geq 62,5\%$

Negatif : jika total skor jawaban responden $< 62,5\%$

Skala

Ordinal

5. Aksesibilitas

Defenisi operasional

Aksesibilitas yaitu kemudahan yang dimiliki masyarakat dalam mengakses pelayanan kesehatan baik itu dari segi waktu, jarak yang harus ditempuh, maupun ketersediaan transportasi yang digunakan dalam mengakses fasilitas kesehatan.

Alat ukur

Penilaian menggunakan kuesioner

Kriteria objektif (Amiruddin, 2024) :

Terjangkau : jika total skor $> 50\%$

Tidak terjangkau : jika total skor $\leq 50\%$

Skala

Ordinal

6. Persepsi sakit

Defenisi operasional

Persepsi seseorang terhadap penyakit akibat kelelahan kerja dan bagaimana tindakan yang dilakukan apabila sakit dan kebutuhannya dalam memanfaatkan dan mengakses pelayanan kesehatan.

Alat ukur

Penilaian menggunakan kuesioner

Kriteria objektif (Ramadhani, 2018) :

Pengukuran variabel menggunakan skala likert. Variable yang diukur terdapat 4 pertanyaan dengan alternatif 5 jawaban. Setiap pertanyaan memiliki skor 1-5 dengan kategori :

Sangat tidak setuju (STS) : 1 poin

Tidak setuju (TS) : 2 poin

Netral (N) : 3 poin

Setuju (S) : 4 poin

Sangat setuju (ST) : 5 poin

Positif : jika total skor jawaban responden $\geq 62,5\%$

Negatif : jika total skor jawaban responden $< 62,5\%$

Skala

Ordinal

7. Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan (Dependen)

Defenisi operasional

Penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan oleh *driver* bus dalam bentuk rawat jalan, rawat inap, kunjungan rumah, dan kegiatan kesehatan lainnya.

Alat ukur

Penilaian menggunakan kuesioner

Kriteria objektif (Amiruddin, 2024) :

Memanfaatkan : jika total $> 50\%$

Tidak Memanfaatkan : jika total $\leq 50\%$.

Skala

Ordinal

BAB II

METODE PENELITIAN

2.1 Jenis dan Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan jenis kuantitatif. operasional penelitian kuantitatif adalah pendekatan penelitian yang menggunakan angka, di mulai dari tahap pengumpulan data, estimasi data, serta pemaparan hasil. Adapun metode yang dilakukan dalam operasional penelitian ini berupa survei analitik, Survei analitik adalah penelitian yang menggali bagaimana dan mengapa fenomena kesehatan terjadi, serta menganalisis dinamika korelasi antara fenomena, faktor risiko, dan faktor efek. Operasional penelitian ini menggunakan desain *cross sectional study*. *Cross Sectional study* merupakan suatu penelitian yang mempelajari korelasi antara paparan atau faktor risiko (independen) dengan akibat atau efek (dependen) dengan pengumpulan data dilakukan bersamaan secara serentak dalam satu waktu.

2.2 Lokasi Penelitian dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di perwakilan bus di Kota Makassar yaitu Karya Bintang Utama, Manggala Trans, dan Anugrah Metro Permai dilaksanakan selama bulan Oktober sampai November tahun 2025.

2.3 Populasi Dan Sampel

2.3.1 Populasi

Menurut Sugiyono (2008) populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri dari subjek atau objek yang mempunyai karakter dan kualitas tertentu yang ditetapkan oleh seorang peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik sebuah kesimpulan. Populasi dalam penelitian ini adalah *driver* bus antar kota dan provinsi yang beroperasi di Kota Makassar, dari perusahaan paling banyak memiliki kendaraan yaitu karya bintang utama sebanyak 17 dengan jumlah *driver* 51, manggala trans sebanyak 16 dengan jumlah *driver* 48, dan anugrah metro permai sebanyak 14 dengan jumlah *driver* 42.

2.3.2 Sampel

Menurut Sugiyono (2016) Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut, dan merupakan sumber data dalam penelitian. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini dilakukan dengan metode *Total sampling*. *Total sampling* adalah Teknik pengambilan sampel dimana jumlah sampel sama dengan populasi. Sampel dalam penelitian ini yaitu karya bintang utama sebanyak 51 *driver*, manggal trans sebanyak 48 *driver*, dan anugrah metro permai sebanyak 42 *driver* dengan jumlah keseluruhan sebanyak 141 *driver* bus.

2.4 Instrumen Penelitian

2.4.1 Alat dan bahan

Alat yang digunakan dalam penelitian ini adalah handphone, yang berfungsi sebagai media untuk memberikan jawaban atas pertanyaan yang diajukan kepada responden dan komputer/leptop digunakan untuk pengimputan dan analisis data. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner, Kuesioner ini terdiri dari serangkaian pertanyaan yang akan di jawab oleh responden.

2.4.2 Cara kerja

Penelitian ini dilakukan dengan metode wawancara langsung yang melibatkan responden dengan tatap muka langsung.

2.4.3 Uji Validitas

Uji validitas digunakan untuk menilai sejauh mana instrumen penelitian, seperti kuesioner, mampu mengukur variabel yang hendak diteliti secara tepat. Dalam program SPSS, hasil uji validitas ditunjukkan melalui nilai korelasi antara setiap butir pertanyaan dengan total skor variabel. Jika nilai korelasi Pearson (r) lebih besar dari nilai r tabel pada tingkat signifikansi tertentu (misalnya 0,05) atau memenuhi kriteria minimum, maka setiap pertanyaan tersebut dinyatakan valid. Proses pengujian validitas pada penelitian ini dilakukan menggunakan komputer. Dengan demikian, item yang memenuhi syarat tersebut dinyatakan valid.

2.1 Tabel Hasil Uji Validitas

Variabel Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan, Kepemilikan Asuransi, dan Aksesibilitas			
Pertanyaan	R Hitung	R Tabel	Keterangan
P1	0,399	0,3610	Valid
P2	0,520	0,3610	Valid
P3	0,561	0,3610	Valid
P4	0,447	0,3610	Valid
P5	0,577	0,3610	Valid
P6	0,372	0,3610	Valid
P7	0,372	0,3610	Valid
P12	0,564	0,3610	Valid
P13	0,561	0,3610	Valid
P14	0,570	0,3610	Valid
P15	0,396	0,3610	Valid
Variabel Waktu Tunggu Pelayanan dan Persepsi Sakit			
Pertanyaan	R Hitung	R Tabel	Keterangan
P8	0,532	0,3610	Valid
P9	0,581	0,3610	Valid
P10	0,447	0,3610	Valid
P11	0,445	0,3610	Valid
P16	0,691	0,3610	Valid
P17	0,520	0,3610	Valid
P18	0,731	0,3610	Valid
P19	0,539	0,3610	Valid

Sumber: Data Primer, 2025

Berdasarkan uji validitas pada variable pengetahuan maka dapat dilihat bahwa semua item pertanyaan memiliki nilai r hitung yang lebih besar dari r tabel 0,3610. Sehingga dapat disimpulkan bahwa instrument telah valid dan dapat digunakan dalam penelitian.

2.4.4 Uji Reabilitas

Uji reliabilitas dilakukan terhadap item pertanyaan yang dinyatakan valid. Suatu variabel dikatakan reliabel jika jawaban terhadap pertanyaan selalu konsisten. Koefisien reliabilitas instrumen dimaksudkan untuk melihat konsistensi jawaban setiap pernyataan yang diberikan oleh responden Adapun reliabilitas untuk masing-masing variabel hasilnya disajikan pada tabel berikut ini.

2.2 Tabel Hasil Uji Reabilitas

Variabel	Nilai Cronbach's Alpha	Standar	Keterangan
Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan, Kepemilikan Asuransi, dan Aksesibilitas	0,666	0,6	Reliabel
Waktu Tunggu Pelayanan dan Persepsi Sakit	0,678	0,6	Reliabel

Sumber: Data Primer, 2025

Berdasarkan tabel uji reliabilitas, diketahui bahwa variabel pemanfaatan pelayanan kesehatan, kepemilikan asuransi, dan aksesibilitas memiliki nilai Cronbach's Alpha sebesar 0,666, sedangkan variabel waktu tunggu pelayanan dan persepsi sakit memiliki nilai Cronbach's Alpha sebesar 0,678. Kedua nilai tersebut telah memiliki standar reliabilitas yang ditetapkan, yaitu $\geq 0,60$. Hal ini menunjukkan bahwa seluruh instrumen yang digunakan dalam penelitian ini dapat dinyatakan reliabel dan layak digunakan sebagai alat ukur dalam pengumpulan data penelitian.

2.5 Pengumpulan Data

2.5.1 Data Sekunder

Menurut Hardani (2020), data sekunder merupakan data yang diperoleh secara tidak langsung oleh peneliti, yaitu melalui sumber-sumber yang telah tersedia sebelumnya, seperti buku, laporan resmi, dokumen, dan berbagai bahan pustaka lainnya. Dalam penelitian ini, data sekunder diperoleh dari Dinas Perhubungan Provinsi Sulawesi Selatan yang menyediakan informasi terkait operasional transportasi di wilayah Sulawesi Selatan. Data tersebut meliputi jumlah driver Perusahaan Otobus (PO) yang beroperasi serta jumlah kendaraan angkutan yang digunakan, yang berfungsi sebagai data pendukung untuk memberikan gambaran umum mengenai kondisi transportasi dan menjadi dasar dalam perencanaan serta pelaksanaan penelitian.

2.5.2 Data Primer

Menurut Sugiyono (2018), data primer merupakan sumber data yang secara langsung memberikan informasi kepada pengumpul data, di mana data tersebut diperoleh langsung dari sumber pertama. Data primer dikumpulkan oleh peneliti melalui interaksi langsung dengan responden, salah satunya melalui metode wawancara. Dalam penelitian ini, data primer diperoleh melalui wawancara langsung dengan responden menggunakan kuesioner yang telah disusun sebelumnya, sehingga data yang dikumpulkan mencerminkan kondisi, pengalaman, dan pandangan responden yang relevan dengan tujuan penelitian.

2.6 Pengolahan Dan Analisis Data

2.6.1 Pengolahan Data

Pengolahan data dalam penelitian ini dilakukan melalui beberapa tahapan sistematis berikut ini :

1. *Editing Data*

Tahap ini melibatkan proses verifikasi dan perbaikan terhadap seluruh data yang telah dikumpulkan melalui kuesioner, dengan cara melakukan pemeriksaan secara menyeluruh terhadap kelengkapan informasi, kejelasan jawaban, serta kemungkinan adanya kesalahan dalam pengisian kuesioner oleh responden. Proses ini bertujuan untuk memastikan bahwa data yang diperoleh memenuhi kriteria kelayakan analisis, yaitu lengkap, mudah dibaca, relevan dengan variabel penelitian, serta memiliki konsistensi internal yang baik, sehingga dapat menghasilkan informasi yang akurat dan dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah.

2. *Coding Data*

Pemberian kode pada data atau *coding data* merupakan proses memberi tanda tertentu pada setiap data yang memiliki karakteristik atau kategori yang serupa. Kode yang diberikan dapat berupa angka atau huruf yang berfungsi sebagai identitas untuk masing-masing variabel, kategori, maupun respon jawaban responden. Proses ini bertujuan untuk memudahkan pengelompokan data, mempercepat proses pengolahan dan analisis statistik, serta mengurangi risiko kesalahan dalam penginputan data, sehingga data dapat diolah secara lebih terstruktur, konsisten, dan siap untuk dianalisis.

3. *Entry Data*

Setelah proses pengkodean data selesai dilakukan, tahap selanjutnya adalah memasukkan seluruh data ke dalam masing-masing variabel penelitian sesuai dengan kategori dan kode yang telah ditetapkan sebelumnya. Proses penginputan data dilakukan secara sistematis dengan mengikuti urutan nomor responden sebagaimana tercantum pada kuesioner, guna menjaga konsistensi, dan ketepatan data. Tahap ini sangat penting untuk meminimalkan kesalahan input, memastikan kesesuaian antara

data kuesioner dan data yang diolah, serta menjamin bahwa data siap digunakan dalam proses analisis statistik.

4. *Cleaning*

Setelah seluruh data berhasil dimasukkan ke dalam sistem pengolahan data, langkah selanjutnya adalah melakukan *data cleaning*, yaitu proses pemeriksaan dan penyempurnaan data melalui analisis frekuensi pada setiap variabel penelitian. Tahap ini bertujuan untuk mengidentifikasi adanya data yang hilang (*missing data*), nilai yang tidak wajar, maupun tidak konsisten antar variabel. Data yang ditemukan tidak lengkap atau bermasalah selanjutnya diperbaiki, dikoreksi, atau dikeluarkan sesuai dengan ketentuan analisis, sehingga data yang digunakan dalam tahap analisis selanjutnya benar-benar lengkap, akurat, dan valid,

5. Tabulating Data

Tabulating data merupakan proses pembuatan tabel yang berisi data yang telah dikodekan sesuai dengan kebutuhan analisis. Proses ini memerlukan ketelitian yang tinggi untuk menghindari kesalahan. Tabulasi bertujuan untuk memudahkan pengelolaan dan pengorganisasian data ke dalam format tabel yang terstruktur. Pengolahan data ini dilakukan secara elektronik untuk analisis statistik dan Microsoft Office Word untuk penyusunan laporan atau dokumentasi.

2.6.2 Analisis Data

a. Analisis Univariat

Analisis univariat bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian. Bentuk analisis univariat tergantung dari jenis datanya. Pada umumnya dalam analisis univariat hanya menghasilkan distribusi frekuensi dan presentase dari tiap variabel (Notoatmodjo, 2018). Analisis univariat dilakukan untuk mendeskripsikan karakteristik pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh sopir bus antar kota dan provinsi di Kota Makassar, Data ini ditampilkan dalam bentuk distribusi frekuensi dan persentase.

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat adalah analisis yang dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi (Notoatmodjo, 2018). Analisis ini digunakan untuk mengetahui adanya hubungan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh driver bus, maka analisis bivariat dilakukan yaitu analisis statistik dengan menggunakan uji chi square. Dasar pengambilan keputusan yakni mengacu pada nilai probabilitas atau *p-value* < 0,05. Jika *p-value* < 0,05. Hipotesis nol ditolak menunjukkan adanya hubungan atau pengaruh signifikan antara variabel yang diuji. Sebaliknya, jika *p-value* ≥ 0,05, hipotesis nol diterima, yang berarti tidak terdapat hubungan yang signifikan antara variabel

2.7 Penyajian Data

Hasil penelitian disajikan dalam bentuk tabel dan narasi yang saling melengkapi satu sama lain. Penyajian dalam bentuk tabel bertujuan untuk menampilkan data kuantitatif secara ringkas, sistematis, dan terstruktur, sehingga memudahkan pembaca dalam memahami distribusi data serta perbandingan antar variabel. Sementara itu, penyajian dalam bentuk narasi berfungsi untuk memberikan penjelasan dan interpretasi terhadap data yang ditampilkan dalam tabel, dengan menguraikan makna temuan penelitian sesuai dengan tujuan dan konteks penelitian. Kombinasi antara tabel dan narasi ini bertujuan untuk menyajikan hasil penelitian secara jelas, komprehensif, dan informatif, sehingga dapat meningkatkan pemahaman pembaca terhadap hasil analisis yang diperoleh