

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan merupakan hak asasi manusia yang fundamental dan tidak dapat dicabut, sebagaimana ditegaskan dalam Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia Perserikatan Bangsa-Bangsa. Pemenuhan hak ini menjadi tanggung jawab negara melalui penyelenggaraan layanan kesehatan yang memadai, berkualitas tinggi, dan dapat diakses oleh seluruh lapisan masyarakat tanpa diskriminasi, baik berdasarkan jenis penyakit maupun status sosial. Pemerintah memegang peran strategis dalam menjamin ketersediaan layanan kesehatan yang aman, berstandar tinggi, merata, dan dilaksanakan secara bertanggung jawab. Layanan kesehatan yang berkualitas tidak hanya mendukung kesehatan individu, tetapi juga berkontribusi terhadap kesejahteraan keluarga dan masyarakat secara keseluruhan (Arifa & Hamzah 2025).

Akses terhadap pelayanan kesehatan merupakan hak dasar setiap individu yang berperan penting dalam meningkatkan status kesehatan masyarakat. Di Indonesia, khususnya di wilayah yang memiliki infrastruktur kesehatan yang tidak merata, seperti puskesmas, terdapat berbagai faktor yang menghambat masyarakat dalam mengakses layanan kesehatan. Data menunjukkan bahwa distribusi fasilitas kesehatan yang tidak merata, ditambah dengan tantangan ekonomi dan sosial, menyebabkan kesulitan bagi masyarakat, terutama di daerah terpencil, untuk mendapatkan layanan kesehatan yang optimal. Oleh karena itu, penting untuk mengidentifikasi dan menganalisis faktor-faktor penghambat ini agar dapat memberikan rekomendasi yang tepat dalam meningkatkan aksesibilitas dan kualitas pelayanan kesehatan di Indonesia (Rahmayani, 2023).

Berdasarkan hasil penelitian Aurora (2019), akses terhadap pelayanan kesehatan di negara berkembang masih menghadapi berbagai hambatan. Salah satu kendala utama adalah jarak tempuh dan biaya, yang menjadi faktor penghambat utama dalam memanfaatkan layanan kesehatan. Di India, sebanyak 37% masyarakat dilaporkan harus menempuh perjalanan lebih dari satu jam untuk mencapai fasilitas kesehatan. Di Ghana, rata-rata jumlah kunjungan rawat jalan hanya 1,7 kali per tahun, yang menunjukkan rendahnya akses dan pemanfaatan layanan. Selain itu, kualitas pelayanan yang buruk dan rendahnya kepercayaan terhadap pusat layanan primer menjadi alasan masyarakat di Tiongkok cenderung melewati layanan primer dan langsung menuju rumah sakit. Bahkan, tenaga kesehatan di beberapa negara seperti India dilaporkan tidak sepenuhnya mengikuti standar pelayanan, di mana bidan hanya melakukan 40% dari item pemeriksaan persalinan yang sesuai dengan standar WHO. Sementara itu, negara maju menghadapi masalah akses yang berbeda. Permasalahan utama yang dihadapi adalah kesulitan mendapatkan perjanjian dengan dokter, terutama di luar jam kerja seperti malam hari, akhir pekan, atau hari libur. Di negara seperti Australia dan Selandia Baru, meskipun waktu tunggu relatif lebih singkat, masyarakat tetap merasakan tantangan dalam memperoleh layanan kesehatan

setelah jam kerja. Beberapa negara maju seperti Inggris, Amerika Serikat, dan Kanada telah menyediakan layanan telepon 24 jam sebagai solusi alternatif untuk mengakses saran medis dan informasi pelayanan (Aurora, 2019).

Menurut Penchansky dan Thomas (1981), akses dipahami sebagai tingkat kesesuaian antara kebutuhan pengguna dengan layanan yang tersedia, yang ditentukan oleh lima dimensi utama: ketersediaan, akomodasi, aksesibilitas, keterjangkauan, dan akseptabilitas. Saurman (2015) kemudian memperluas konsep ini dengan menambahkan satu dimensi baru, yaitu kesadaran. Tiga dimensi pertama ketersediaan, aksesibilitas, dan akomodasi umumnya menggambarkan aspek aksesibilitas spasial, sedangkan keterjangkauan, kesadaran, dan akseptabilitas lebih berkaitan dengan aksesibilitas non-spasial.

Kesehatan merupakan hak asasi manusia yang mendasar dan wajib dijamin oleh negara. Sesuai dengan amanat UUD 1945 Pasal 28H ayat (1), setiap warga negara berhak memperoleh pelayanan kesehatan untuk mencapai derajat kesehatan setinggi-tingginya. Dalam hal ini, pemerintah bertanggung jawab menyediakan layanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau bagi seluruh masyarakat tanpa diskriminasi. Pelayanan kesehatan yang diselenggarakan negara mencakup berbagai upaya, baik melalui tenaga medis maupun sistem yang mendukung pemenuhan kebutuhan masyarakat. Sistem Kesehatan Nasional (SKN), termasuk program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) oleh BPJS Kesehatan, menjadi wujud nyata tanggung jawab negara dalam menjamin hak atas kesehatan (Najla & Kansil, 2024).

Jaminan kesehatan merupakan bentuk perlindungan yang bertujuan untuk memastikan peserta memperoleh layanan pemeliharaan kesehatan serta perlindungan dalam pemenuhan kebutuhan dasar kesehatan. Perlindungan ini diberikan kepada setiap individu yang telah membayar iuran secara mandiri atau melalui pembiayaan oleh pemerintah (Peraturan Presiden No. 82 Tahun 2018). Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), sebagaimana diatur dalam Undang-Undang tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), diselenggarakan berdasarkan sembilan prinsip utama, termasuk prinsip asuransi sosial dan asas keadilan. Pelaksanaan JKN berada di bawah tanggung jawab Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, yang secara resmi mulai beroperasi pada 1 Januari 2014 sesuai dengan ketentuan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS. Kepesertaan dalam program JKN bersifat wajib karena skema ini mengusung prinsip asuransi sosial yang tidak dapat dijalankan secara sukarela; jika bersifat opsional, maka hanya individu dengan risiko tinggi yang cenderung akan berpartisipasi, sehingga program tidak akan berjalan secara efektif (Mukti, 2022).

Dari data BPS, jumlah penduduk Indonesia diperkirakan mencapai 273.879.750 jiwa. Menurut data BPJS Kesehatan, per 30 November 2022, tercatat 246.947.033 penduduk Indonesia sebagai peserta BPJS Kesehatan, untuk data jumlah Penduduk Provinsi Sulawesi Selatan per 1 Desember 2022 sebanyak 9.255.930 Jiwa, dimana peserta JKN-KIS BPJS Kesehatan berjumlah 8.969.350 orang atau 96,90% dari jumlah penduduk. Selanjutnya data jumlah Kabupaten Toraja Utara sebanyak 255.743 Jiwa, yang dimana telah terdaftar sebagai peserta

JKN KIS BPJS Kesehatan ialah sebanyak 254.052 atau sebanyak 98-99%. Berdasarkan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020–2024 yang dimana menargetkan Jumlah Cakupan UHC sebanyak 98 % ditahun 2024 (BPJS Kesehatan, 2022).

Pelayanan kesehatan di Indonesia masih menghadapi berbagai tantangan, terutama dalam aspek aksesibilitas bagi masyarakat yang tinggal di wilayah pedesaan dan terpencil. Meskipun pemerintah telah mengimplementasikan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) untuk memperluas jangkauan layanan kesehatan, kesenjangan geografis dan distribusi fasilitas masih menjadi hambatan utama. Banyak masyarakat di daerah terpencil kesulitan menjangkau layanan kesehatan akibat jarak yang jauh, keterbatasan infrastruktur, serta kurangnya tenaga medis yang tersebar secara merata. Selain itu, rendahnya literasi kesehatan menyebabkan banyak peserta BPJS tidak memahami secara optimal prosedur dan manfaat layanan yang tersedia, sehingga pemanfaatan pelayanan menjadi tidak maksimal. Beban biaya tambahan untuk layanan atau obat yang tidak sepenuhnya ditanggung oleh BPJS juga menjadi kendala tersendiri, khususnya bagi kelompok ekonomi menengah ke bawah. Permasalahan ini mencerminkan bahwa meskipun terdapat kemajuan dalam sistem pembiayaan, upaya perbaikan aksesibilitas dan pemerataan kualitas layanan masih sangat diperlukan untuk menjamin pemenuhan hak atas kesehatan bagi seluruh lapisan masyarakat (Nisaa et al., 2024).

Pemerintah memiliki kewajiban untuk menyediakan akses terhadap seluruh bentuk pelayanan kesehatan bagi seluruh lapisan masyarakat. Akses dalam hal ini diartikan sebagai kemampuan masyarakat untuk mencari dan memperoleh layanan yang mereka butuhkan. Aksesibilitas pelayanan kesehatan mencerminkan kemampuan setiap individu dalam menjangkau pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhannya. Namun, aksesibilitas pelayanan kesehatan di Indonesia masih menjadi tantangan. Di sejumlah wilayah, terutama yang dihuni oleh komunitas terpencil seperti suku pedalaman dan masyarakat pesisir, masih ditemukan praktik diskriminasi dalam pemberian layanan kesehatan. Banyak kelompok masyarakat yang tertinggal, terpinggirkan, bahkan terasingkan, mengalami berbagai hambatan dalam mengakses layanan kesehatan. Kondisi ini umum terjadi pada masyarakat pesisir seperti nelayan, yang kerap menghadapi keterbatasan sarana, jarak, dan informasi dalam mendapatkan pelayanan kesehatan yang layak (Ananda, 2021).

Pasien yang mendapatkan pelayanan di puskesmas memiliki hak yang sama dalam mengakses layanan kesehatan, baik peserta BPJS Penerima Bantuan Iuran (PBI) maupun non-PBI yang membayar iuran secara mandiri. Hal ini sejalan dengan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 4 yang menegaskan bahwa setiap orang berhak memperoleh akses yang setara terhadap sumber daya kesehatan. Namun, hasil penelitian menunjukkan adanya perbedaan persepsi mutu pelayanan, khususnya pada aspek bukti langsung (*tangibles*), di mana pasien Non-PBI menilai fasilitas lebih baik dibandingkan pasien PBI, sedangkan pada dimensi keandalan, ketanggapan, jaminan, dan empati tidak ditemukan perbedaan signifikan. Temuan ini

menegaskan bahwa meskipun prinsip kesetaraan telah diatur, masih terdapat celah dalam kualitas layanan yang dirasakan oleh pasien sesuai status kepesertaan BPJS mereka (Pardede et al., 2016).

Pemanfaatan pelayanan kesehatan merupakan proses kompleks yang dipengaruhi oleh berbagai faktor, baik dari sisi individu maupun sistem layanan itu sendiri. Menurut model Anderson (1975), terdapat tiga kategori utama yang menentukan pemanfaatan layanan kesehatan, yaitu faktor predisposisi, faktor kemampuan, dan faktor kebutuhan. Faktor predisposisi mencakup karakteristik demografis dan sosial seperti jenis kelamin, usia, status perkawinan, pendidikan, status pekerjaan, serta kepercayaan terhadap kesehatan, yang membentuk kecenderungan awal seseorang dalam mencari layanan medis. Faktor kemampuan merujuk pada sumber daya yang memungkinkan individu untuk mengakses pelayanan, seperti pendapatan, kepemilikan asuransi, akses geografis, serta ketersediaan fasilitas dan tenaga kesehatan. Sementara itu, faktor kebutuhan mencakup baik persepsi subjektif individu terhadap kondisi kesehatannya maupun penilaian objektif dari tenaga medis. Ketiga faktor ini saling berinteraksi dan menentukan sejauh mana seseorang akan memanfaatkan pelayanan kesehatan. Pemahaman yang komprehensif terhadap ketiga kategori ini menjadi penting dalam merancang kebijakan kesehatan yang responsif terhadap kebutuhan masyarakat, terutama dalam konteks peningkatan akses dan pemerataan layanan di Indonesia (Fitriani et al., 2021).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Zul Fatiha Lukmayani et al. (2021) di Puskesmas Sudiang Raya Kota Makassar menunjukkan bahwa adanya hubungan antara kedekatan dengan aksesibilitas pasien Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), adanya hubungan antara kemampuan menerima dengan aksesibilitas pasien BPJS, adanya hubungan antara ketersediaan dan akomodasi dengan aksesibilitas pasien BPJS, serta adanya hubungan antara kesesuaian dengan aksesibilitas pasien BPJS. Namun, penelitian ini juga menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara keterjangkauan dengan aksesibilitas pasien BPJS. Dalam hal ini, aksesibilitas layanan kesehatan di puskesmas sangat penting untuk diteliti agar dapat memberikan masukan bagi pihak puskesmas dalam meningkatkan kualitas layanan serta memperbaiki aspek-aspek yang masih kurang optimal (Lukmayani, Palutturi, & Rahmadani, 2021).

Dalam penelitian ini peneliti ingin mengamati bagaimana pelayanan kesehatan diberikan kepada masyarakat kurang mampu yang memanfaatkan jaminan kesehatan dari pemerintah. Fenomena ketidaksesuaian layanan kesehatan sudah kerap terjadi di berbagai wilayah dan bukan merupakan persoalan yang baru. Dengan latar belakang tersebut, peneliti ingin mengetahui sejauh mana terdapat kesenjangan atau hambatan akses pelayanan kesehatan bagi masyarakat pengguna jaminan kesehatan pemerintah, khususnya di Puskesmas Balusu, Toraja Utara.

Puskesmas Balusu terletak di Kecamatan Balusu, Kabupaten Toraja Utara, tepatnya di Lembang Awa' Kawasik, di sebelah timur Kantor Kecamatan Balusu. Secara geografis, Kecamatan Balusu merupakan salah satu daerah pemekaran dari Kabupaten Tana Toraja dan tergolong daerah sangat terpencil.

Jarak tempuh dari pusat pemerintahan Kabupaten Toraja Utara adalah sekitar 45 menit, sedangkan dari Kota Makassar, ibu kota Provinsi Sulawesi Selatan, membutuhkan waktu sekitar 8 jam perjalanan menggunakan kendaraan roda empat. Kecamatan Balusu memiliki luas wilayah sekitar 4.645 km², yang terdiri dari 2 kelurahan, 5 lembang/desa, dan 25 dusun. Jumlah penduduk di wilayah kerja Puskesmas Balusu sebanyak 8.397 jiwa, dengan mayoritas berprofesi sebagai petani. Wilayah ini berbatasan langsung dengan Kabupaten Luwu di sebelah utara, Kecamatan Tondon dan Nanggala di sebelah selatan, Kecamatan Nanggala di sebelah timur, serta Kecamatan Sesean dan Sa'dan di sebelah barat. Daerah ini memiliki iklim tropis dengan suhu rata-rata sekitar 20°C (Puskesmas Balusu, 2025).

Puskesmas Balusu yang terletak dikecamatan Balusu, dan berdasarkan letaknya berada di Lembang Awa' Kawasik 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.

Dalam rangka mewujudkan pelayanan kesehatan yang responsif, tepat sasaran, dan terjangkau, pembangunan kesehatan memerlukan dukungan sumber daya manusia, khususnya tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi dalam melaksanakan berbagai program kerja. Program-program ini berlandaskan paradigma sehat, yang menitikberatkan pada upaya promotif dan preventif, seperti peningkatan derajat kesehatan, pemeliharaan kesehatan, serta pencegahan penyakit. Rekrutmen dan penyediaan tenaga kesehatan dilaksanakan melalui sistem pendidikan dan pengembangan profesional, baik oleh pemerintah, lembaga masyarakat, maupun melalui partisipasi sukarelawan (Puskesmas Balusu, 2025).

Jumlah kunjungan pasien di Puskesmas Balusu pada tahun terakhir mencapai 2.380 kunjungan, yang didominasi oleh pasien Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), baik dari kategori Penerima Bantuan Iuran (PBI) maupun non-PBI, dengan total 6.066 pasien terdaftar sebagai peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Berdasarkan jumlah kunjungan dan data tenaga kesehatan yang tersedia, diperlukan pelayanan kesehatan yang mampu menjawab kebutuhan masyarakat, yaitu layanan yang mudah dijangkau, merata, adil, serta berdampak langsung terhadap peningkatan derajat kesehatan pasien di wilayah kerja Puskesmas Balusu (Puskesmas Balusu, 2025).

Untuk mendukung layanan tersebut, Puskesmas Balusu diperkuat oleh total 33 tenaga kesehatan, yang terdiri dari 12 orang tenaga honorer P3K dan 21 orang Pegawai Negeri Sipil (PNS). Meskipun jumlah ini masih terbatas, seluruh tenaga kesehatan berupaya untuk memberikan pelayanan kesehatan yang cepat, tepat, dan terjangkau kepada seluruh masyarakat, khususnya di wilayah terpencil (Puskesmas Balusu, 2025).

Di puskesmas Balusu 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 Balusu, 2025).

Meskipun program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui BPJS Kesehatan telah mencapai cakupan kepesertaan yang tinggi, termasuk di Kabupaten Toraja Utara dengan persentase peserta hampir 98–99%, hal tersebut belum sepenuhnya mencerminkan kemudahan akses dan optimalisasi pemanfaatan layanan kesehatan. Data Puskesmas Balusu menunjukkan bahwa dari 6.066 peserta BPJS, jumlah kunjungan layanan hanya 2.380 kunjungan per tahun, sehingga terdapat kesenjangan antara kepesertaan dan pemanfaatan. Berdasarkan data awal dan keluhan masyarakat, masih terdapat berbagai hambatan seperti jarak tempuh yang jauh, keterbatasan fasilitas dan tenaga kesehatan, serta kualitas pelayanan yang belum merata, khususnya di daerah terpencil seperti Puskesmas Balusu. Kondisi ini mengindikasikan adanya hambatan akses, terutama karena letak geografis daerah yang terpencil, jarak tempuh jauh, keterbatasan transportasi, dan ketersediaan tenaga kesehatan yang belum merata di seluruh wilayah layanan.

Selain faktor geografis dan ketersediaan tenaga, keluhan masyarakat mengenai efektivitas pelayanan, fasilitas yang kurang memadai, keterbatasan obat, serta alur pelayanan yang tidak transparan menunjukkan adanya hambatan pada dimensi *approachability*, *acceptability*, dan *appropriateness*, yaitu kemudahan menemukan layanan, kesesuaian layanan dengan nilai sosial budaya, serta kecocokan layanan dengan kebutuhan pasien. Levesque et al. (2013) menegaskan bahwa akses tidak hanya tentang mencapai fasilitas, tetapi juga tentang bagaimana pasien memahami layanan, diterima secara sosial, dan memperoleh pelayanan yang tepat guna.

Tidak digunakannya BPJS oleh masyarakat tidak selalu berarti mereka tidak membutuhkan pelayanan kesehatan, tetapi dapat menunjukkan adanya hambatan akses. Menurut Levesque (2013) dan WHO (2023), akses mencakup kemampuan individu untuk mengetahui, menjangkau, memahami, dan memanfaatkan layanan, termasuk layanan promotif dan preventif. Karena itu, ketika peserta BPJS tidak menggunakan layanan akibat keterbatasan informasi, jarak fasilitas, kualitas pelayanan, atau persepsi negatif, kondisi tersebut tetap dianggap sebagai masalah akses.

Levesque et al. (2013) juga menegaskan bahwa akses tidak hanya berkaitan dengan kepemilikan jaminan kesehatan, tetapi melibatkan kemampuan mengenali kebutuhan (*ability to perceive*), kemampuan mencapai fasilitas (*ability to reach*), dan kemampuan berpartisipasi dalam layanan (*ability to engage*). Dengan demikian, ketidakhadiran peserta dalam memanfaatkan layanan dapat menjadi indikator adanya hambatan fisik, sosial, ekonomi, atau informasi, bukan semata-mata karena mereka tidak membutuhkan perawatan.

Pemilihan topik ini didasarkan pada pentingnya memahami permasalahan akses pelayanan kesehatan di wilayah terpencil. Mengingat peran Puskesmas

Balusu sebagai fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) yang menjadi garda terdepan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan, penelitian ini menjadi sangat relevan untuk dilakukan. Selain itu, meskipun kepesertaan BPJS Kesehatan di Kabupaten Toraja Utara telah tinggi, masih banyak masyarakat yang mengalami kendala dalam memanfaatkan layanan akibat keterbatasan infrastruktur dan distribusi tenaga medis yang belum merata.

Penelitian mengenai faktor yang berhubungan dengan aksesibilitas pasien BPJS di Puskesmas Balusu penting dilakukan karena akses terhadap pelayanan kesehatan merupakan salah satu indikator utama dalam keberhasilan sistem pelayanan kesehatan, khususnya dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Meskipun kepesertaan BPJS Kesehatan terus meningkat, masih terdapat berbagai hambatan yang mempengaruhi kemudahan masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan, terutama di tingkat pelayanan kesehatan primer seperti puskesmas.

Di wilayah kerja Puskesmas Balusu Kabupaten Toraja Utara, pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh peserta BPJS belum tentu sepenuhnya optimal. Hal ini dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti jarak tempat tinggal, ketersediaan tenaga kesehatan, waktu tunggu pelayanan, sikap petugas, maupun prosedur administrasi. Apabila faktor-faktor tersebut tidak diidentifikasi dengan baik, maka dapat menyebabkan rendahnya pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh masyarakat yang sebenarnya telah memiliki jaminan kesehatan.

Berdasarkan uraian diatas, maka peneliti tertarik meneliti tentang “Faktor yang Berhubungan dengan Aksesibilitas Pasien BPJS di Puskesmas Balusu Kabupaten Toraja Utara Tahun 2026.”

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka dapat dirumuskan masalah sebagai berikut:

- 1.2.1 Apakah terdapat hubungan antara kedekatan (*approachability*) dengan aksesibilitas pasien BPJS di Puskesmas Balusu?
- 1.2.2 Apakah terdapat hubungan antara kemampuan menerima (*acceptability*) dengan aksesibilitas pasien BPJS di Puskesmas Balusu?
- 1.2.3 Apakah terdapat hubungan antara ketersediaan dan akomodasi (*availability and accomodation*) dengan aksesibilitas pasien BPJS di Puskesmas Balusu?
- 1.2.4 Apakah terdapat hubungan antara keterjangkauan (*affordability*) dengan aksesibilitas pasien BPJS di Puskesmas Balusu?
- 1.2.5 Apakah terdapat hubungan kesesuaian (*appropriateness*) dengan aksesibilitas pasien BPJS di Puskesmas Balusu?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk menganalisis faktor-faktor yang berhubungan dengan aksesibilitas pasien BPJS pada pelayanan Kesehatan di Puskesmas Balusu Kabupaten Toraja Utara.

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1.3.2.1 Untuk menganalisis hubungan antara kedekatan (*approachability*) dengan aksesibilitas pasien BPJS pada pelayanan kesehatan di Puskesmas Balusu.
- 1.3.2.2 Untuk menganalisis hubungan antara kemampuan menerima (*acceptability*) dengan aksesibilitas pasien (BPJS) masyarakat yang dipengaruhi oleh sosial budaya pada pelayanan yang ditawarkan Puskesmas Balusu.
- 1.3.2.3 Untuk menganalisis hubungan ketersediaan dan akomodasi (*availability and accomodation*) dengan aksesibilitas pasien BPJS Puskesmas Balusu.
- 1.3.2.4 Untuk menganalisis hubungan keterjangkauan (*affordability*) pasien BPJS terhadap jarak dan waktu untuk mencapai sarana atau fasilitas pelayanan kesehatan di Puskesmas Balusu.
- 1.3.2.5 Untuk menganalisis hubungan kesesuaian (*appropriateness*) pelayanan yang diberikan Puskesmas Balusu pada pengguna BPJS.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat ilmiah

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.

1.4.2 Manfaat institusi

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 Balusu Kabupaten Toraja Utara.

1.4.3 Manfaat praktis

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.

1.5 Tinjauan Pustaka

1.5.1 Tinjauan Umum tentang Aksesibilitas

Aksesibilitas adalah ukuran tingkat kemudahan suatu wilayah atau lokasi dapat dijangkau oleh individu atau kelompok, dengan memanfaatkan sarana dan prasarana transportasi yang tersedia, serta ditentukan oleh kondisi jaringan jalan, jarak, dan alternatif rute yang mendukung mobilitas antarwilayah (Muhammad Taufik, 2025). Aksesibilitas pelayanan kesehatan merujuk pada kemampuan setiap individu untuk memperoleh layanan kesehatan sesuai kebutuhannya. Dimensi akses mencakup aspek fisik (termasuk faktor geografis), biaya, serta akses sosial. Tingkat akses ini dapat memengaruhi frekuensi kunjungan ke fasilitas kesehatan; semakin dekat jarak tempat tinggal ke pusat pelayanan kesehatan, semakin tinggi jumlah kunjungan yang dilakukan. Sebaliknya, semakin jauh jaraknya, semakin rendah tingkat kunjungan ke fasilitas kesehatan tersebut (Erdiwan & Jon Piter Sinaga, 2020).

Aksesibilitas memiliki peran penting dalam perumusan kebijakan publik. Salah satu tujuan utama para pengambil kebijakan adalah memastikan seluruh penduduk memiliki akses yang setara terhadap infrastruktur vital. Namun, perbedaan dalam pendekatan pengukuran aksesibilitas seperti penggunaan metode agregasi dapat menghasilkan kesimpulan yang berbeda meskipun diterapkan pada studi kasus yang sama. Selain itu, masih terdapat pertanyaan mendasar terkait indikator aksesibilitas yang ideal dan bagaimana penerapannya secara efektif dalam praktik (Freiria et al., 2019).

Jhon Black mengemukakan bahwa aksesibilitas merupakan suatu ukuran kenyamanan atau kemudahan pencapaian lokasi dan hubungannya satu sama lain, mudah atau sulitnya lokasi tersebut dicapai melalui transportasi dalam hal ini aksesibilitas adalah konsep yang luas dan fleksibel (Laksono & Sukoco, 2016). Aksesibilitas adalah konsep yang luas dan fleksibel. Aksesibilitas adalah masalah waktu dan juga tergantung pada daya tarik dan identitas rute perjalanan (Wati, 2019).

Menurut Frenk (1992) pengertian akses berarti kapasitas masyarakat dalam menemukan dan mengakses layanan kesehatan. Lebih jauh, aksesibilitas tidak hanya berkaitan dengan kemampuan mencari layanan, tetapi juga mencakup aspek kenyamanan dan kemudahan (Birawa, 2021). Sementara itu Menurut Jones (2021) Akses ke 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 (Alrahmi et al., 2023).

Aksesibilitas dari sisi geografis menjadi salah satu faktor penting ketika seseorang memilih fasilitas kesehatan. Penilaian terhadap akses geografis biasanya dilakukan dengan melihat jarak dan waktu tempuh menuju fasilitas tersebut. Kedua aspek ini dapat memengaruhi perilaku masyarakat dalam mencari pelayanan kesehatan (*health seeking*

behaviour). Semakin dekat lokasi dan semakin singkat waktu tempuh menuju fasilitas kesehatan, semakin kecil risiko kematian akibat penyakit jantung serta semakin baik derajat kesehatan pada kelompok lansia (Ni Putu Sri Widhi Andayani & Ketut Hari Mulyawan, 2017).

Aksesibilitas merupakan suatu ukuran mengenai peluang atau kemampuan seseorang untuk memenuhi kebutuhannya. Istilah ini juga dapat dimaknai sebagai kemudahan dalam melakukan berbagai aktivitas di suatu lingkungan secara aman, nyaman, mandiri, bebas, dan aktif (Wijayanto, 2017).

Menurut Masita (2015), aksesibilitas adalah kemudahan akses yang seharusnya dapat dijangkau oleh masyarakat tanpa hambatan geografis, sosial, ekonomi, organisasi, maupun bahasa (Fatimah & Indrawati, 2019). Dalam teori utilitas pelayanan kesehatan, dijelaskan bahwa minat seseorang untuk memanfaatkan layanan kesehatan dipengaruhi oleh faktor pendukung, salah satunya jarak atau kemudahan akses menuju fasilitas kesehatan.

Sementara itu, teori *Health Belief Model* menekankan bahwa faktor-faktor struktural yang berkaitan dengan akses layanan kesehatan dapat memengaruhi keputusan seseorang untuk memanfaatkan atau tidak memanfaatkan pelayanan tersebut (Irawan & Ainy, 2018). Menurut Jean-Frederic Levesque, Mark F. Harris, dan Grant Russell (2013:4), terdapat lima dimensi utama dalam mengukur aksesibilitas layanan kesehatan, yaitu:

1. Keterjangkauan Informasi (*Approachability*)

Dimensi ini merujuk pada sejauh mana masyarakat dapat mengetahui dan mengenali keberadaan layanan kesehatan. Pelayanan dianggap dapat dijangkau jika masyarakat mengetahui lokasinya, dapat mengaksesnya, dan merasa bahwa layanan tersebut berdampak positif bagi kesehatan mereka. Selain itu, keterbukaan informasi dan transparansi mengenai layanan yang tersedia juga sangat penting untuk menilai apakah pelayanan sudah memadai atau masih kurang.

2. Penerimaan Sosial Budaya (*Acceptability*)

Aspek ini mencerminkan sejauh mana layanan kesehatan dapat diterima oleh masyarakat berdasarkan nilai-nilai sosial dan budaya mereka. Faktor seperti jenis kelamin tenaga kesehatan, latar belakang sosial, serta kepercayaan masyarakat terhadap sistem pengobatan sangat berpengaruh dalam menentukan penerimaan terhadap suatu layanan kesehatan.

3. Ketersediaan dan Penyesuaian Pelayanan (*Availability and Accommodation*)

Mengacu pada apakah layanan kesehatan tersedia dan mudah diakses dari segi waktu dan lokasi. Ini tidak hanya terkait dengan keberadaan fisik fasilitas, tetapi juga kecukupan sumber daya manusia, kelengkapan alat, jadwal pelayanan, dan kemampuan penyedia layanan untuk menyesuaikan diri dengan kebutuhan pasien.

4. Kemampuan Membayar (*Affordability*)

Dimensi ini menilai sejauh mana masyarakat mampu menggunakan layanan kesehatan dari sisi biaya, baik biaya langsung (seperti tarif pelayanan) maupun tidak langsung (seperti waktu yang hilang karena tidak bekerja). Ketidakmampuan ekonomi bisa menjadi hambatan utama dalam mengakses layanan, terutama di kelompok masyarakat berpenghasilan rendah.

5. Kesesuaian Pelayanan (*Appropriateness*)

Mengacu pada kecocokan antara layanan yang diberikan dengan kebutuhan pasien. Hal ini mencakup ketepatan waktu pelayanan, akurasi diagnosis, kualitas pengobatan, dan hubungan interpersonal antara petugas kesehatan dengan pasien. Layanan yang tepat guna, baik dari segi teknis maupun sosial, sangat penting dalam memberikan dampak kesehatan yang optimal (Laksono et al., 2016).

Menurut Levesque dkk. (2013), akses merupakan kesempatan bagi seseorang untuk mengenali kebutuhan kesehatannya, mencari layanan yang sesuai, mencapai fasilitas kesehatan, menggunakan layanan tersebut, serta memastikan bahwa kebutuhannya benar-benar dapat terpenuhi.

Menurut Jones (2012) 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.

Pendapat para ahli ini menegaskan bahwa akses memegang peranan penting dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan karena menjadi jembatan antara masyarakat dan layanan yang seharusnya mereka peroleh. Terdapat berbagai faktor yang memengaruhi proses seseorang dalam mengakses layanan kesehatan. Secara garis besar, ada tiga aspek utama yang sangat menentukan tingkat aksesibilitas pelayanan kesehatan, yaitu *supply* (ketersediaan layanan), *barrier* (hambatan yang dihadapi), dan *demand* (kebutuhan serta pemanfaatan layanan).

Aksesibilitas layanan kesehatan merupakan kemampuan seseorang untuk mencapai dan memanfaatkan layanan kesehatan tanpa menghadapi hambatan yang berarti, baik dari sisi fisik, finansial, maupun sosial (Weraman, 2024). Konsep aksesibilitas ini berkembang dari teori ketimpangan sosial yang menyoroti pengaruh faktor sosial ekonomi, geografis, dan budaya terhadap peluang masyarakat dalam memperoleh sumber daya publik.

Akses terhadap layanan kesehatan dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti lokasi geografis, ketersediaan transportasi, biaya layanan, serta norma sosial (Laia et al., 2024; Sari et al., 2024). Berdasarkan teori akses kesehatan, terdapat empat dimensi utama yaitu *availability*, *accessibility*, *affordability*, dan *acceptability* (Penchansky & Thomas, 1981). Keempat dimensi ini menjelaskan bahwa layanan kesehatan tidak hanya harus ada, tetapi juga harus mudah dijangkau, terjangkau secara biaya, dan dapat diterima oleh masyarakat sesuai nilai serta budaya setempat.

Kemudahan akses ke sarana pelayanan kesehatan berhubungan dengan beberapa faktor penentu, antara lain jarak tempat tinggal dan waktu tempuh ke sarana kesehatan, serta status sosial-ekonomi dan budaya. Ketidakadilan dalam akses dan pemanfaatan pelayanan kesehatan akan menyebabkan kesenjangan kesehatan. Faktor aksesibilitas dikelompokkan dalam tiga kategori yaitu sebagai berikut :

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.
2. Aksesibilitas Ekonomi. Aksesibilitas ekonomi sisi pengguna dilihat dari kemampuan finansial responden untuk mengakses pelayanan kesehatan.

Aksesibilitas Sosial. Aksesibilitas sosial adalah kondisi non-fisik dan finansial yang mempengaruhi pengambilan keputusan untuk ke pelayanan kesehatan (Permatasari, N, T. Thinni, N, 2013).

1.5.2 Tinjauan Umum tentang BPJS Kesehatan

1) Pengertian BPJS Kesehatan

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. Undang-undang No.24 Tahun 2011 menjelaskan bahwa BPJS terbagi atas 2, yaitu BPJS kesehatan dan BPJS ketenagakerjaan. BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. BPJS juga memperhatikan hak para pekerja dengan menghadirkan BPJS ketenagakerjaan (BPJS Kesehatan).

2) Tugas dan Fungsi BPJS Kesehatan

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), BPJS memiliki peran dan tanggung jawab sebagai berikut:

a. Fungsi

BPJS Kesehatan berperan dalam menyelenggarakan program asuransi kesehatan sesuai dengan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Program jaminan kesehatan ini dijalankan secara nasional dengan berlandaskan prinsip jaminan sosial dan asas pemerataan, guna memastikan bahwa peserta memperoleh layanan pemeliharaan kesehatan serta perlindungan terhadap kebutuhan kesehatan mereka.

b. Tugas

Dalam menjalankan fungsinya, BPJS Kesehatan memiliki sejumlah tugas utama, yaitu:

1. Melakukan proses pendaftaran dan verifikasi peserta.
2. Menarik dan mengelola pembayaran iuran dari peserta maupun pemberi kerja.
3. Menerima subsidi iuran dari pemerintah bagi peserta tertentu.
4. Mengelola dana jaminan sosial demi kepentingan nasional.
5. Menghimpun serta mengelola data peserta program jaminan sosial.
6. Menyalurkan manfaat dan membiayai layanan kesehatan sesuai ketentuan sistem jaminan sosial.
7. Menyampaikan informasi terkait pelaksanaan program jaminan sosial kepada masyarakat dan peserta secara transparan.

3) Hak dan Kewajiban Peserta

Hak Peserta:

- a. Menentukan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang diinginkan pada saat mendaftar;
- b. Memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban serta prosedur pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
- c. Mendapatkan identitas sebagai peserta JKN-KIS untuk memperoleh pelayanan Kesehatan;
- d. Mendapatkan manfaat pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan;
- e. Mendapatkan perlindungan data pribadi yang diserahkan kepada BPJS Kesehatan dalam rangka pendaftaran peserta;
- f. Menyampaikan pengaduan, saran, dan aspirasi baik secara lisan maupun tertulis kepada BPJS Kesehatan.

Kewajiban Peserta:

- a. Mendaftarkan diri dan anggota keluarganya sebagai peserta JKN-KIS kepada BPJS Kesehatan;
- b. Membayar iuran secara rutin setiap bulan sebelum tanggal 10 (sepuluh);
- c. Memberikan data diri dan anggota keluarganya secara lengkap dan benar;
- d. Melaporkan kepada BPJS Kesehatan apabila ditemukan ketidakpatuhan Pemberi Kerja dalam pendaftaran peserta atau pemberian data yang tidak lengkap dan tidak benar;
- e. Melaporkan perubahan data diri dan anggota keluarganya, antara lain susunan anggota keluarga, perubahan golongan, pangkat atau besaran gaji, pernikahan, perceraian, kematian, kelahiran, pindah alamat/ domisili dan pindah fasilitas kesehatan tingkat pertama serta perubahan alamat email dan nomor handphone;

- f. Menjaga identitas peserta JKN-KIS agar tidak rusak, hilang atau dimanfaatkan oleh orang yang tidak berhak;
- g. Mentaati prosedur dan ketentuan untuk memperoleh manfaat pelayanan kesehatan yang telah ditetapkan.

4) Kepesertaan

Seluruh Warga Negara Indonesia bisa ikut serta dalam program JKN-KIS yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan termasuk Warga Negara Asing yang bekerja minimal 6 bulan berada di Indonesia dan telah membayar iuran. Kepesertaan jaminan kesehatan dibagi dalam beberapa jenis, sebagai berikut:

a. Pekerja Penerima Upah (PPU)

Kelompok ini mencakup Pegawai Negeri Sipil (PNS), pegawai pemerintah non-PNS, anggota TNI/POLRI, serta karyawan swasta. Anggota keluarga yang dapat ditanggung meliputi pasangan sah (istri/suami) dan maksimal tiga orang anak, dengan ketentuan: belum menikah, tidak memiliki penghasilan sendiri, dan berusia di bawah 21 tahun atau maksimal 25 tahun jika masih menempuh pendidikan formal. Jika salah satu dari anak yang ditanggung (misalnya anak pertama atau ketiga) sudah tidak memenuhi syarat, maka status tanggungan dapat digantikan oleh anak berikutnya sesuai urutan kelahiran, dengan batas maksimal tetap tiga anak sah. Jika suami dan istri sama-sama bekerja, maka masing-masing wajib didaftarkan sebagai peserta oleh pihak pemberi kerja, dan keduanya membayar iuran. Mereka dan anak-anaknya berhak memilih kelas perawatan tertinggi yang tersedia.

b. Pemerintah Daerah

Pemerintah provinsi atau kabupaten/kota bertanggung jawab untuk mendaftarkan warganya yang belum terdaftar sebagai peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) ke BPJS Kesehatan. Pendaftaran ini dilakukan berdasarkan Perjanjian Kerja Sama (PKS) antara BPJS Kesehatan dan pemerintah daerah.

c. Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) dan Bukan Pekerja (BP)

Kategori ini mencakup individu yang memiliki usaha sendiri (wirausaha) serta orang yang mendaftarkan dirinya dan keluarganya secara mandiri. Kelompok Bukan Pekerja meliputi investor, pemilik usaha yang mempekerjakan tenaga kerja, serta pensiunan.

d. Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI JK)

Golongan ini terdiri dari masyarakat miskin dan tidak mampu yang tidak dapat membayar iuran JKN secara mandiri. Syarat untuk terdaftar dalam kategori ini adalah merupakan Warga Negara Indonesia, memiliki Nomor Induk Kependudukan (NIK) yang tercatat di Dukcapil, dan terdaftar dalam Data Terpadu Kesejahteraan Sosial (DTKS).

5) Prosedur Pendaftaran Peserta

Ketentuan Umum:

- a. Peserta wajib mendapatkan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan tingkat pertama tempat peserta terdaftar.
- b. Ketentuan diatas dikecualikan dengan ketentuan yaitu, berada diluar area fasilitas kesehatan tingkat pertama tempat peserta terdaftar atau dalam keadaan darurat medis.
- c. Jika seorang peserta mengunjungi diluar tempat tinggalnya untuk tujuan tertentu, maka peserta tersebut dianggap berada diluar wilayah dan bukan termasuk kegiatan normal kemudian peserta harus membawa surat pernyataan dari kantor BPJS kesehatan.
- d. Jika peserta membutuhkan layanan medis tingkat lanjutan, fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama harus merujuk ke fasilitas pelayanan khusus terdekat dibawah sistem rujukan yang diatur oleh ketentuan hukum

6) Manfaat

Manfaat dari BPJS Kesehatan mencakup dua jenis, yaitu manfaat medis dan non-medis. Manfaat medis meliputi berbagai layanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan, seperti pemeriksaan laboratorium, penunjang diagnostik, tindakan pengobatan dan operasi, serta penyediaan obat-obatan. Pemberian layanan ini didasarkan pada kebutuhan medis dan standar pelayanan yang berlaku, tanpa dipengaruhi oleh jumlah iuran yang dibayarkan peserta (PP, 2018). Sementara itu, manfaat non-medis mencakup fasilitas akomodasi dan layanan ambulans. Layanan akomodasi berupa kelas rawat inap yang tersedia dalam kategori kelas III, II, dan I, dan disesuaikan dengan tingkat iuran yang dibayarkan oleh peserta. Sedangkan manfaat ambulans hanya diberikan kepada peserta rujukan dari fasilitas kesehatan dengan kondisi khusus sesuai ketentuan BPJS Kesehatan (PP, 2018).

1.5.3 Tinjauan Umum tentang Puskesmas

1) Pengertian Puskesmas

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 (Zaini et al., 2022). Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) tingkat pertama adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan dengan sasaran keluarga, kelompok, dan masyarakat. Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP) tingkat pertama adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk peningkatan, pencegahan, penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit dan memulihkan kesehatan perseorangan (Permenkes, 2014).

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 instansi pemerintah yang berfokus pada pelayanan kesehatan masyarakat di tingkat kecamatan. Peran puskesmas sangat vital dalam mendukung kinerja fasilitas kesehatan seperti rumah sakit, terutama dalam upaya pencegahan dan penanganan masalah kesehatan masyarakat. Untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di puskesmas, dibutuhkan konsep dan sistem yang baik, agar dapat tercapai pelayanan yang berkualitas, efektif, efisien, dan pada akhirnya dapat meningkatkan kinerja puskesmas itu sendiri (Syukron & Hasan, 2017).

2) Tugas dan Fungsi Puskesmas

Berdasarkan Permenkes RI No. 75 Tahun 2014, Puskesmas memiliki tanggung jawab dalam menjalankan kebijakan di bidang kesehatan guna mendukung pencapaian tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya, sebagai bagian dari upaya mewujudkan kecamatan yang sehat. Dalam menjalankan tanggung jawab tersebut, Puskesmas berperan dalam:

- a. Melaksanakan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) tingkat pertama di area tugasnya.
- b. Menyelenggarakan Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP) tingkat pertama di wilayah kerjanya.
- c. Berfungsi sebagai tempat pembelajaran bagi tenaga kesehatan (Permenkes RI, 2014).

Dalam bukunya, Anggraeni (2019) menyebutkan bahwa Puskesmas memiliki tiga fungsi utama, yaitu:

1. Sebagai pusat penggerak pembangunan yang berorientasi pada Kesehatan

Puskesmas berperan aktif dalam mendorong dan mengawasi pelaksanaan pembangunan yang memperhatikan aspek kesehatan, termasuk pembangunan lintas sektor yang melibatkan masyarakat dan sektor swasta di wilayah kerjanya.

2. Sebagai pusat pemberdayaan masyarakat

Puskesmas berupaya meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan individu terutama tokoh masyarakat, keluarga, dan komunitas untuk menjaga kesehatan diri dan lingkungan sekitarnya. Selain itu, Puskesmas mendorong partisipasi aktif masyarakat dalam mendukung kebijakan kesehatan, termasuk dari sisi pembiayaan, serta ikut berperan dalam perencanaan, pelaksanaan, dan pemantauan program-program kesehatan. Masyarakat juga dibina agar mampu mandiri dalam hidup sehat serta mampu memanfaatkan sumber daya yang tersedia secara efektif dan efisien.

3. Sebagai pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama

Puskesmas bertanggung jawab menyelenggarakan layanan kesehatan dasar yang bersifat menyeluruh, terpadu, dan berkelanjutan. Fungsi ini mencakup:

- a. Pelayanan kesehatan perorangan, yakni pelayanan yang bersifat individual untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan, sambil tetap memperhatikan upaya pencegahan dan pemeliharaan kesehatan.
- b. Pelayanan kesehatan masyarakat, yaitu pelayanan bersifat publik yang difokuskan pada pemeliharaan dan peningkatan derajat kesehatan masyarakat serta pencegahan penyakit, tanpa mengesampingkan pengobatan dan pemulihan.

3) Standar Pelayanan Puskesmas

Ketentuan mengenai Standar Pelayanan Minimal (SPM) telah diperkuat melalui Peraturan Pemerintah No. 2 Tahun 2018 yang menggantikan aturan sebelumnya, di mana SPM menjadi acuan utama dalam penyediaan pelayanan dasar yang wajib dipenuhi oleh pemerintah pusat maupun daerah. SPM berfungsi sebagai ukuran kinerja dalam penyelenggaraan pelayanan dasar kepada masyarakat, khususnya di bidang pendidikan, kesehatan, pekerjaan umum, dan layanan publik lainnya. Penerapan kebijakan ini membutuhkan landasan hukum yang kuat agar dapat diimplementasikan secara konsisten di seluruh daerah. Selain itu, evaluasi dan monitoring secara berkala diperlukan untuk menilai sejauh mana capaian indikator SPM, sekaligus mengidentifikasi kendala dalam pemenuhannya, sehingga pemerintah daerah mampu meningkatkan kualitas pelayanan dasar sesuai hak masyarakat (Wiyanti et al., 2023).

Sejak tahun 2005, telah diberlakukan Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 yang mengatur Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (SPM), kemudian diperjelas dengan Permendagri Nomor 6 Tahun 2007 tentang petunjuk teknis penyusunannya. Dalam regulasi tersebut ditegaskan bahwa SPM merupakan ketentuan mengenai jenis dan mutu pelayanan dasar yang wajib disediakan pemerintah daerah dan berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal. Salah satu bentuk pelayanan publik yang termasuk dalam SPM adalah pelayanan kesehatan. Sejalan dengan itu, Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan pada pasal 1 ayat 11 menyatakan bahwa pelayanan kesehatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, berkesinambungan, serta terintegrasi, untuk menjaga dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif (Irawan & Ainy, 2018).

Tabel 1. 1 Tabel Sintesa

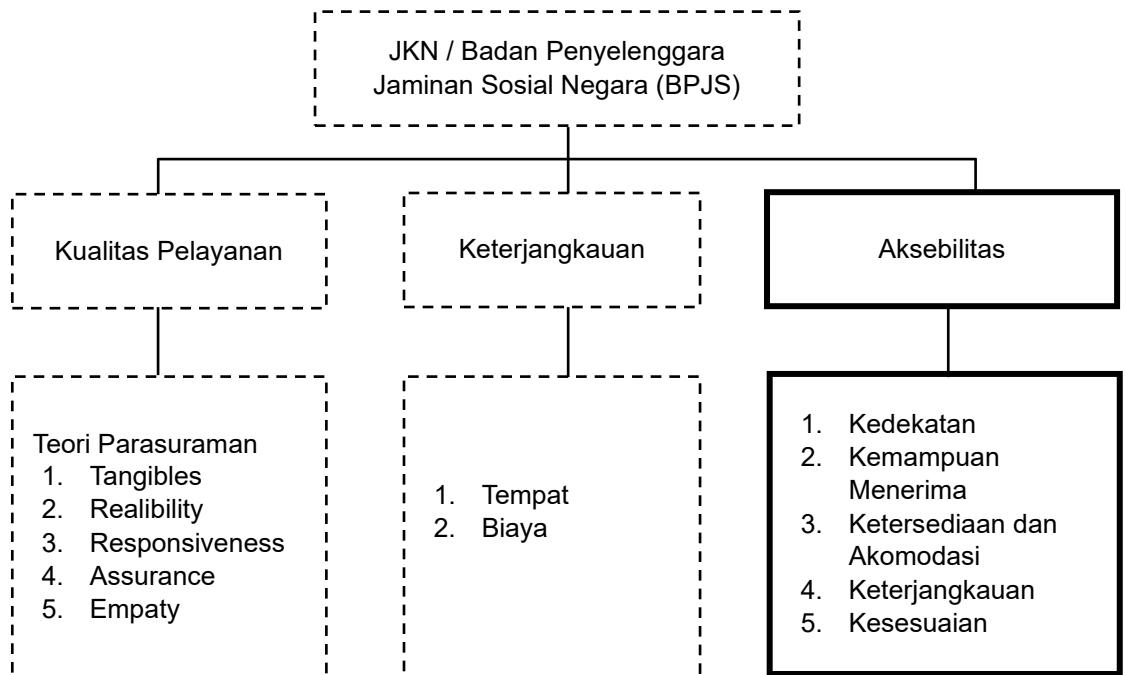
No.	Penelitian (Tahun) dan Sumber Jurnal	Judul dan Nama Jurnal	Desain Penelitian dan Metode Analisis	Sampel	Temuan
1.	Zul Fatiha Lukmayani, Sukri Palutturi, Suci Rahmadani (2021) – Hasanuddin <i>Journal of Public Health</i> , Vol. 2 No. 3	Faktor yang Berhubungan dengan Aksesibilitas Pasien BPJS Kesehatan di Masa Pandemi COVID-19.	Kuantitatif dengan pendekatan survei analitik, desain <i>cross-sectional</i> , instrumen kuesioner dan observasi. Analisis univariat dan bivariat menggunakan uji <i>Chi-Square</i> .	96 pasien BPJS Kesehatan di Puskesmas Sudiang Raya, Makassar.	Faktor berhubungan signifikan dengan aksesibilitas pasien BPJS: kedekatan ($p=0,012$), kemampuan menerima ($p=0,012$), ketersediaan & akomodasi ($p=0,034$), dan kesesuaian ($p=0,034$). Faktor tidak berhubungan: keterjangkauan ($p=0,321$).
2.	Imtiya Ahsani Yahya & Nella Tri Surya (2023) http://eprints.ukh.ac.id/id/eprint/4327	Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan pada Pasien BPJS di Puskesmas Sibela Surakarta.	Kuantitatif, desain <i>cross-sectional</i> , analisis data dengan uji <i>chi-square</i> .	100 responden BPJS Kesehatan.	Terdapat hubungan signifikan antara aksesibilitas pelayanan kesehatan dengan pemanfaatan layanan ($p = 0,037$). Responden yang menganggap akses mudah lebih banyak memanfaatkan layanan (58 dari 76 orang).
3.	Mifta et al. (2021) – <i>Journal of Health Management, Administration and Public Health Policies</i>	<i>Analysis of the Influence of Service Access on the Utilization of Health Services at Community Health Centers.</i>	Penelitian kuantitatif dengan desain <i>cross-sectional</i> , menggunakan kuesioner. Uji <i>Chi-Square</i> .	100 peserta BPJS Kesehatan di puskesmas.	Ada hubungan signifikan antara pengetahuan dan aksesibilitas terhadap pemanfaatan layanan BPJS Kesehatan ($p<0,05$). Peserta dengan pengetahuan baik dan akses mudah lebih memanfaatkan layanan BPJS.

4.	Sundari, Andy Amir, Dwi Noerjoedianto, Arnild Augina Mekarisce, Adila Solida (2024) – Jurnal Eduhealth, Vol. 15 No. 3	<i>Factors That Influence the Utilization of Community Health Center Services by National Health Insurance (JKN) Participants in the Muara Tembesi Community Health Center Working Area, Batang Hari Regency.</i>	Penelitian kuantitatif dengan desain <i>cross-sectional</i> dilakukan pada September–November 2023 di wilayah kerja Puskesmas Muara Tembesi. Analisis univariat dan bivariat menggunakan uji <i>Chi-Square</i> .	114 responden peserta BPJS Kesehatan.	Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan signifikan antara aksesibilitas dan pemanfaatan layanan puskesmas ($p=0,000$; $PR=1,591$). Selain aksesibilitas, faktor usia, pekerjaan, pendidikan, dan persepsi sakit juga berhubungan signifikan. Ketersediaan tenaga kesehatan tidak berhubungan signifikan.
5.	Fenly Ameina (2022) https://doi.org/10.32832/pro.v5i3.6165	Faktor yang berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Kampung Cirimpak RT 02/05 Desa Megamendung pada Masa Pandemi COVID-19 Tahun 2021.	Kuantitatif, desain <i>cross-sectional</i> , analisis data menggunakan uji <i>chi-square</i> .	70 KK (total sampling).	Terdapat hubungan signifikan antara ketersediaan tenaga kesehatan, persepsi sakit, dan aksesibilitas dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Responden yang menilai akses menuju fasilitas terjangkau cenderung lebih banyak memanfaatkan pelayanan kesehatan.
6.	Syifa Fauziah Gunawan et al. (2023)	Hubungan Keterjangkauan Lokasi Faskes,	Kuantitatif, desain <i>cross-sectional</i> . Uji statistik <i>Chi-Square</i> .	96 responden ibu bersalin di wilayah	Ada hubungan signifikan antara keterjangkauan lokasi faskes dengan penggunaan BPJS persalinan ($p = 0,000$; OR

	https://doi.org/10.55681/sentri.v2i11.1816	Persepsi Pasien, dan Sumber Informasi terhadap Penggunaan BPJS Kesehatan untuk Ibu Bersalin Di Wilayah Puskesmas Wanaraja kabupaten Garut tahun 2023.		Puskesmas Wanaraja, Garut.	= 5,203). Responden yang menilai lokasi susah dijangkau berpeluang 5,2 kali lebih besar untuk tidak menggunakan BPJS
7.	Fahmi Sopiandy (2023) https://doi.org/10.54402/isimhs.v2i05	Gambaran Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Pada Peserta BPJS Kesehatan di Puskesmas Kiarapandak Tahun 2021.	Kuantitatif deskriptif dengan pendekatan cross-sectional. Instrumen menggunakan kuesioner skala Guttman.	90 responden.	44,4% selalu memanfaatkan layanan BPJS, 23,3% tidak pernah. Faktor-faktor yang memengaruhi adalah pengetahuan (53,3% rendah), aksesibilitas (76,7% rendah), sikap (71,1% tidak baik), dan persepsi (52,2% tidak baik).
8.	Aisah, S. A. S. (2022). https://doi.org/10.54402/isimhs.v1i08	Hubungan Antara Persepsi, Pendapatan, dan Jarak Tempuh Menuju Tempat Pembayaran Dengan Kepatuhan Membayar Iuran Segmen Peserta	Penelitian ini menggunakan metode penelitian kuantitatif dengan rancangan <i>cross sectional</i> .	Jumlah sampel 132 responden.	Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan signifikan antara jarak tempuh (aksesibilitas) dengan kepatuhan membayar iuran BPJS ($p=0,017$; $OR=2,532$). Selain itu, persepsi ($p=0,002$) dan pendapatan ($p=0,006$) juga berhubungan signifikan. Semakin dekat lokasi pembayaran dan semakin mudah aksesnya, maka semakin tinggi kepatuhan peserta BPJS.

		Bukan Penerima Upah (PBU) di Rumah Sakit X Kabupaten Bogor Tahun 2021.			
--	--	--	--	--	--

1.6 Kerangka Teori



Keterangan:



= Variabel yang tidak diteliti



= Variabel yang diteliti

(Sumber: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014; Levesque, et al., 2013)

Gambar 1.1 Kerangka Teori

1.7 Kerangka Konsep

1.7.1 Dasar Pemikiran Variabel yang Diteliti

Konsep utama yang menjadi landasan teori dalam penelitian ini mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014, yang berfokus pada penyelenggaraan pelayanan Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas). Peraturan ini bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dan mendukung keberhasilan program Jaminan Sosial Nasional melalui peningkatan kualitas layanan, keterjangkauan, serta aksesibilitas fasilitas kesehatan.

1. Dimensi kualitas layanan

Konsep kualitas layanan merupakan faktor penilaian yang merefleksikan persepsi konsumen terhadap lima dimensi spesifik dari kinerja layanan. Menurut Parasuraman dikutip oleh Ririn dan Mastuti (2011: 107) yaitu sebagai berikut:

- a. *Tangibles* atau bukti fisik, yaitu kemampuan suatu perusahaan dalam menunjukkan eksistensinya pada pihak eksternal. Penampilan dan kemampuan sarana dan prasarana fisik perusahaan dan keadaan lingkungan sekitarnya adalah bukti nyata dari layanan yang diberikan oleh pemberi jasa, ini meliputi fasilitas fisik (gedung, gudang, fasilitas fisik, dan lainnya), teknologi (peralatan dan perlengkapan yang dipergunakan), serta penampilan pegawainya.
- b. *Reliability* atau keandalan, yaitu kemampuan perusahaan untuk memberikan layanan sesuai yang dijanjikan secara akurat dan terpercaya. Harus sesuai dengan harapan pelanggan, berarti kinerja yang tepat waktu, layanan tanpa kesalahan, sikap simpatik dan dengan akurasi tinggi.
- c. *Responsiveness* atau ketanggapan, yaitu suatu kemauan untuk membantu dan memberikan layanan yang cepat (*responsive*) dan tepat kepada pelanggan, dengan yang menyampaikan informasi yang jelas. Membiarkan pelanggan menunggu tanpa alasan yang jelas, menyebabkan persepsi yang negatif dalam kualitas jasa.
- d. *Assurance* atau jaminan kepastian, yaitu pengetahuan, kesopansantunan, dan kemampuan para pegawai perusahaan untuk menumbuhkan rasa percaya pelanggan kepada perusahaan. Terdiri atas komponen komunikasi, kredibilitas, keamanan, kompetensi, dan sopan santun.
- e. *Empaty*, yaitu memberikan perhatian, tulus, dan bersifat individual atau pribadi kepada pelanggan dengan berupaya memahami keinginan pelanggan, dimana suatu perusahaan diharapkan memiliki suatu pengertian dan pengetahuan tentang pelanggan, memahami kebutuhan pelanggan secara spesifik, serta memiliki waktu pengoprasian yang nyaman bagi pelanggan.

2. Dimensi Keterjangkauan

Keterjangkauan berarti pelayanan kesehatan harus mudah diakses oleh seluruh lapisan masyarakat tanpa terhambat kondisi geografis, sosial, ekonomi, organisasi, maupun bahasa. Menurut Pohan (2006), keterjangkauan dapat diukur melalui jarak, waktu tempuh, biaya perjalanan, jenis transportasi, dan berbagai hambatan fisik lainnya yang memengaruhi kemampuan masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan.

3. Dimensi Aksesibilitas

Aksesibilitas didefinisikan sebagai kemudahan masyarakat dalam memperoleh dan memanfaatkan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhannya (Levesque et al., 2013). Dalam konteks pelayanan kesehatan, akses meliputi kemampuan individu untuk mengidentifikasi kebutuhan kesehatan, mencari layanan, mencapai fasilitas kesehatan, menggunakan layanan tersebut, serta memastikan bahwa kebutuhannya terpenuhi. Konsep ini terdiri dari lima dimensi aksesibilitas:

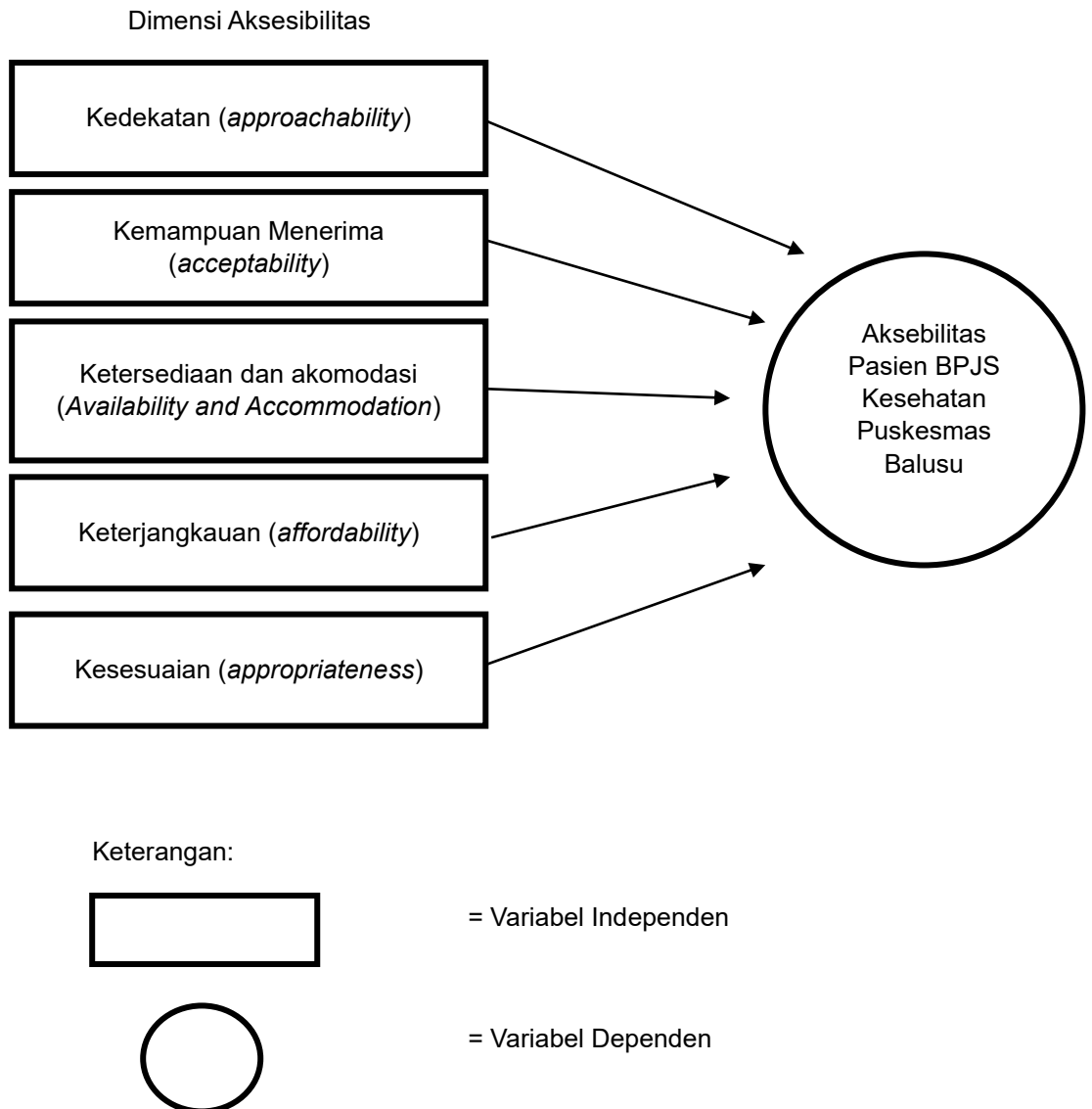
- 1) Kedekatan
- 2) Penerimaan
- 3) Ketersediaan dan akomodasi
- 4) Keterjangkauan
- 5) Ketepatan

Dalam kerangka ini, lima kemampuan yang sesuai dari populasi berinteraksi dengan dimensi aksesibilitas untuk menghasilkan akses. Lima dimensi wajar dari kemampuan meliputi:

- 1) Kemampuan untuk memahami
- 2) Kemampuan untuk mencari
- 3) Kemampuan untuk mencapai
- 4) Kemampuan untuk membayar, dan
- 5) Kemampuan untuk terlibat.

1.6.2 Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka teori yang sudah dibahas sebelumnya, peneliti menyusun kerangka konsep yang akan digunakan sebagai pedoman dalam penelitian ini :



Gambar 1.2 Kerangka Konsep Penelitian

1.8 Hipotesis Penelitian

- 1.8.1** H_0 = Tidak terdapat hubungan kedekatan dengan aksesibilitas pasien Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).
 H_a = Terdapat hubungan kedekatan dengan aksesibilitas pasien Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).
- 1.8.2** H_0 = Tidak terdapat hubungan kemampuan menerima dengan aksesibilitas pasien Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).
 H_a = Terdapat hubungan kemampuan menerima dengan aksesibilitas pasien Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).
- 1.8.3** H_0 = Tidak terdapat hubungan ketersediaan dan akomodasi dengan aksesibilitas pasien Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).
 H_a = Terdapat hubungan ketersediaan dan akomodasi dengan aksesibilitas pasien Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).
- 1.8.4** H_0 = Tidak terdapat hubungan keterjangkauan dengan aksesibilitas pasien Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).
 H_a = Terdapat hubungan keterjangkauan dengan aksesibilitas pasien Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).
- 1.8.5** H_0 = Tidak terdapat hubungan kesesuaian dengan aksesibilitas pasien Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).
 H_a = Terdapat hubungan kesesuaian dengan aksesibilitas pasien Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).

1.9 Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

1.9.1 Variabel Independen

1.9.1.1 Kedekatan (*approachability*)

1.9.1.1.1 Definisi Teori

Kedekatan (*approachability*) adalah kemampuan layanan kesehatan untuk terlihat, dikenali, dan ditemukan oleh masyarakat melalui keterbukaan informasi dan transparansi pelayanan (Levesque, *et al.*, 2013).

1.9.1.1.2 Definisi Operasional

Kedekatan merupakan proses yang berkaitan dengan jarak dan waktu tempuh yang berdampak pada beban ekonomi masyarakat, termasuk biaya yang harus dikeluarkan untuk mengakses pelayanan kesehatan. Kedekatan juga mencakup kualitas hubungan psikologis antara tenaga kesehatan dan pasien, serta sejauh mana masyarakat dapat memahami informasi dan prosedur pelayanan yang diberikan. Dalam konteks penelitian ini, kedekatan diartikan sebagai persepsi pasien BPJS mengenai kemudahan menemukan informasi layanan, transparansi alur pelayanan, serta kemudahan mengenali keberadaan Puskesmas Balusu sebagai penyedia layanan kesehatan. Apabila petugas kesehatan bersikap ramah, komunikatif, dan peduli terhadap keluhan pasien, maka pasien akan merasa nyaman dan aman selama proses pelayanan. Rasa nyaman ini mengurangi rasa takut, cemas, maupun enggan untuk berobat. Ketika pasien merasa dekat dengan petugas kesehatan, maka pasien tidak ragu untuk datang kembali ke puskesmas. Dengan demikian, semakin baik tingkat kedekatan antara pasien dan petugas kesehatan, maka aksesibilitas pelayanan kesehatan akan semakin meningkat. Panduan penilaian dan pemberian skoring dengan menggunakan pendekatan skala Likert, dimana item jawaban dari setiap pertanyaan diberi skor, maka variabel tersebut diukur melalui jawaban kuesioner dengan jumlah pertanyaan yang diajukan sebanyak 10 pertanyaan dengan 4 alternatif jawaban. Setiap pertanyaan memiliki skor 1 sampai 4, dengan kategori:

Sangat Setuju (SS) = 4

Setuju (S) = 3

Tidak Setuju (TS) = 2

- Sangat Tidak Setuju (STS) = 1
- 1.9.1.1.3 Skoring
- Jumlah pilihan = 4
- Jumlah pertanyaan = 10
- Skor tertinggi = Jumlah pertanyaan x skor tertinggi
 $= 10 \times 4 = 40$
 $= 40/40 \times 100\% = 100\%$
- Skor terendah = Jumlah pertanyaan x skor terendah
 $= 10 \times 1 = 10$
 $= 10/40 \times 100\% = 25\%$
- Range = Skor tertinggi – skor terendah
 $= 100\% - 25\% = 75\%$
- Kategori = 2
- Interval = $\frac{75\%}{2} = 37,5\%$
- Skor standar = Skor tertinggi - Interval
 $= 100\% - 37,5\% = 62,5\%$
- 1.9.1.1.4 Kriteria Objektif
- Dekat : Jika presentase total jawaban responden memiliki nilai, $> 62,5\%$
- Jauh : Jika presentase total jawaban responden memiliki nilai, $< 62,5\%$

1.9.1.2 Kemampuan Menerima (*acceptability*)

1.9.1.2.1 Definisi Teori

Acceptability adalah kesesuaian layanan kesehatan dengan nilai sosial, budaya, preferensi, dan harapan pasien, termasuk sikap tenaga kesehatan (Levesque *et al.*, 2013).

1.9.1.2.2 Definisi Operasional

Kemampuan menerima mencerminkan bagaimana masyarakat atau pasien memutuskan untuk mengakses layanan kesehatan, termasuk pemahaman mereka tentang sehat-sakit serta kesediaan menerima tindakan medis dari tenaga kesehatan. Proses ini dipengaruhi oleh nilai, norma, dan faktor sosial budaya yang menentukan penerimaan pasien terhadap layanan yang diberikan. Dalam penelitian ini, kemampuan menerima dipahami sebagai persepsi pasien mengenai kesesuaian pelayanan dengan norma dan budaya setempat, serta sikap dan keramahan petugas Puskesmas Balusu dalam memberikan pelayanan. Kemampuan menerima pelayanan tercermin dari pemahaman pasien terhadap informasi yang diberikan, kesiapan tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan, serta lamanya waktu tunggu yang dialami pasien.

Pelayanan yang mudah dipahami dan tidak memerlukan waktu tunggu yang lama akan mengurangi hambatan bagi pasien dalam mengakses pelayanan kesehatan. Sebaliknya, waktu tunggu yang panjang dan prosedur yang kurang jelas dapat menyebabkan pasien merasa kesulitan dan enggan memanfaatkan pelayanan, sehingga menurunkan tingkat aksesibilitas. Panduan penilaian dan pemberian skoring dengan menggunakan pendekatan skala Likert, dimana item jawaban dari setiap pertanyaan diberi skor, maka variabel tersebut diukur melalui jawaban kuesioner dengan jumlah pertanyaan yang diajukan sebanyak 10 pertanyaan dengan 4 alternatif jawaban. Setiap pertanyaan memiliki skor 1 sampai 4, dengan kategori:

Sangat Setuju (SS) = 4
 Setuju (S) = 3
 Tidak Setuju (TS) = 2
 Sangat Tidak Setuju (STS) = 1

1.9.1.2.3

Skoring
 Jumlah pilihan = 4
 Jumlah pertanyaan = 10
 Skor tertinggi = Jumlah pertanyaan x skor tertinggi
 $= 10 \times 4 = 40$
 $= 40/40 \times 100\% = 100\%$
 Skor terendah = Jumlah pertanyaan x skor terendah
 $= 10 \times 1 = 10$
 $= 10/40 \times 100\% = 25\%$
 Range = Skor tertinggi – skor terendah
 $= 100\% - 25\% = 75\%$
 Kategori = 2
 Interval = $\frac{75\%}{2} = 37,5\%$
 Skor standar = Skor tertinggi - Interval
 $= 100\% - 37,5\% = 62,5\%$

1.9.1.2.4

Kriteria Objektif
 Mampu : Jika presentase total jawaban responden memiliki nilai, > 62,5%
 Tidak mampu : Jika presentase total jawaban responden memiliki nilai, < 62,5%

1.9.1.3 Ketersediaan dan akomodasi (*Availability and Accommodation*)

1.9.1.3.1 Definisi Teori

Availability & accommodation adalah kecukupan sumber daya (tenaga kesehatan, fasilitas, obat) serta kemampuan penyedia layanan menyesuaikan jadwal

dan prosedur dengan kebutuhan pasien (Levesque et al., 2013).

1.9.1.3.2 Definisi Operasional

Ketersediaan dan akomodasi merujuk pada keberadaan sarana dan prasarana yang dimiliki puskesmas sebagai fasilitas pelayanan pertama yang diakses masyarakat, termasuk ketersediaan sumber daya manusia, fasilitas medis, dan fasilitas pendukung seperti ruang tunggu dan toilet. Dalam penelitian ini, ketersediaan dan akomodasi dipahami sebagai persepsi pasien BPJS mengenai kecukupan tenaga kesehatan, obat, ruang layanan, serta kesesuaian jadwal pelayanan di Puskesmas Balusu. Ketersediaan obat-obatan, peralatan medis, fasilitas penunjang, serta jam pelayanan yang sesuai kebutuhan pasien akan memudahkan pasien dalam memperoleh pelayanan kesehatan secara optimal. Apabila pelayanan yang dibutuhkan tidak tersedia, pasien harus mencari fasilitas kesehatan lain atau menunggu lebih lama, yang pada akhirnya akan menurunkan tingkat aksesibilitas. Oleh karena itu, semakin lengkap dan memadai ketersediaan dan akomodasi pelayanan di puskesmas, maka semakin mudah pula aksesibilitas pelayanan kesehatan bagi pasien BPJS. Panduan penilaian dan pemberian skoring dengan menggunakan pendekatan skala Likert, dimana item jawaban dari setiap pertanyaan diberi skor, maka variabel tersebut diukur melalui jawaban kuesioner dengan jumlah pertanyaan yang diajukan sebanyak 10 pertanyaan dengan 4 alternatif jawaban. Setiap pertanyaan memiliki skor 1 sampai 4, dengan kategori:

Sangat Setuju	(SS)	= 4
Setuju	(S)	= 3
Tidak Setuju	(TS)	= 2
Sangat Tidak Setuju	(STS)	= 1

1.9.1.3.3 Skoring

Jumlah pilihan = 4
 Jumlah pertanyaan = 10
 Skor tertinggi = Jumlah pertanyaan x skor tertinggi
 $= 10 \times 4 = 40$
 $= 40/40 \times 100\% = 100\%$
 Skor terendah = Jumlah pertanyaan x skor terendah
 $= 10 \times 1 = 10$
 $= 10/40 \times 100\% = 25\%$

Range	=Skor tertinggi – skor terendah = 100% - 25% = 75%
Kategori	= 2
Interval	= $\frac{75\%}{2} = 37,5\%$
Skor standar	= Skor tertinggi - Interval = 100% - 37,5% = 62,5%

1.9.1.3.4 Kriteria Objektif

Tersedia : Jika presentase total jawaban responden memiliki nilai, > 62,5%

Kurang tersedia : Jika presentase total jawaban responden memiliki nilai, < 62,5%

1.9.1.4 Keterjangkauan (*affordability*)

1.9.1.4.1 Definisi Teori

Affordability adalah kemampuan individu menanggung biaya langsung dan tidak langsung untuk mengakses layanan kesehatan, termasuk transportasi, jarak, dan waktu tempuh (Levesque et al., 2013).

1.9.1.4.2 Definisi Operasional

Keterjangkauan adalah kemampuan pasien untuk mencapai fasilitas pelayanan kesehatan dengan mudah, baik dari segi jarak, waktu tempuh, ketersediaan transportasi, maupun biaya yang dikeluarkan untuk menuju puskesmas. Bagi masyarakat kurang mampu, penggunaan Jaminan Kesehatan Nasional melalui Kartu Indonesia Sehat (KIS) dari BPJS sangat membantu karena mempermudah akses terhadap layanan kesehatan tanpa beban biaya yang besar. Dalam penelitian ini, keterjangkauan dipahami sebagai persepsi pasien BPJS mengenai kemampuan mereka menjangkau layanan berdasarkan jarak, biaya, dan waktu tempuh menuju Puskesmas Balusu. Keterjangkauan menjadi faktor penting dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan, khususnya bagi pasien BPJS yang umumnya berasal dari kelompok masyarakat dengan keterbatasan ekonomi. Semakin mudah puskesmas dijangkau, maka semakin besar kemungkinan pasien untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan secara optimal. Sebaliknya, jarak yang jauh dan keterbatasan transportasi dapat menurunkan tingkat aksesibilitas pelayanan. Panduan penilaian dan pemberian skoring dengan menggunakan pendekatan skala Likert, dimana item jawaban dari setiap pertanyaan diberi skor, maka variabel tersebut

diukur melalui jawaban kuesioner dengan jumlah pertanyaan yang diajukan sebanyak 10 pertanyaan dengan 4 alternatif jawaban. Setiap pertanyaan memiliki skor 1 sampai 4, dengan kategori:

Sangat Setuju (SS) = 4

Setuju (S) = 3

Tidak Setuju (TS) = 2

Sangat Tidak Setuju (STS) = 1

1.9.1.4.3

Skoring

Jumlah pilihan = 4

Jumlah pertanyaan = 10

Skor tertinggi = Jumlah pertanyaan x skor tertinggi

$$= 10 \times 4 = 40$$

$$= 40/40 \times 100\% = 100\%$$

Skor terendah = Jumlah pertanyaan x skor terendah

$$= 10 \times 1 = 10$$

$$= 10/40 \times 100\% = 25\%$$

Range = Skor tertinggi – skor terendah

$$= 100\% - 25\% = 75\%$$

Kategori = 2

Interval = $\frac{75\%}{2} = 37,5\%$

Skor standar = Skor tertinggi - Interval

$$= 100\% - 37,5\% = 62,5\%$$

1.9.1.4.4

Kriteria Objektif

Terjangkau : Jika presentase total jawaban responden memiliki nilai, > 62,5%

Kurang terjangkau : Jika presentase total jawaban responden memiliki nilai, < 62,5%

1.9.1.5 Kesesuaian (*appropriateness*)

1.9.1.5.1 Definisi Teori

Appropriateness adalah kecocokan antara pelayanan yang diberikan dengan kebutuhan pasien, meliputi ketepatan diagnosis, ketepatan waktu pelayanan, komunikasi, dan kualitas interaksi (Levesque et al., 2013).

1.9.1.5.2 Definisi Operasional

Kesesuaian pelayanan adalah tingkat kecocokan antara pelayanan kesehatan yang diberikan dengan kebutuhan, harapan, dan kondisi pasien. Kesesuaian ini mencakup ketepatan tindakan medis, kejelasan informasi, kesesuaian obat dengan resep dokter, serta kualitas pelayanan yang diterima pasien. Dalam penelitian ini, kesesuaian dipahami sebagai persepsi pasien mengenai kecocokan layanan Puskesmas Balusu dengan kebutuhan kesehatan mereka,

termasuk ketepatan waktu pelayanan, ketepatan diagnosis, serta kejelasan penjelasan yang diberikan petugas. Pelayanan yang sesuai akan meningkatkan kepuasan dan kepercayaan pasien terhadap puskesmas. Dengan adanya kesesuaian pelayanan, pasien BPJS akan merasa bahwa pelayanan yang diberikan bermanfaat dan layak, sehingga memudahkan mereka dalam mengakses dan memanfaatkan pelayanan kesehatan secara berkelanjutan. Panduan penilaian dan pemberian skoring dengan menggunakan pendekatan skala Likert, dimana item jawaban dari setiap pertanyaan diberi skor, maka variabel tersebut diukur melalui jawaban kuesioner dengan jumlah pertanyaan yang diajukan sebanyak 10 pertanyaan dengan 4 alternatif jawaban. Setiap pertanyaan memiliki skor 1 sampai 4, dengan kategori:

Sangat Setuju (SS) = 4

Setuju (S) = 3

Tidak Setuju (TS) = 2

Sangat Tidak Setuju (STS) = 1

1.9.1.5.3

Skoring

Jumlah pilihan = 4

Jumlah pertanyaan = 10

Skor tertinggi = Jumlah pertanyaan x skor tertinggi

$$= 10 \times 4 = 40$$

$$= 40/40 \times 100\% = 100\%$$

Skor terendah = Jumlah pertanyaan x skor terendah

$$= 10 \times 1 = 10$$

$$= 10/40 \times 100\% = 25\%$$

Range

$$= \text{Skor tertinggi} - \text{skor terendah}$$

$$= 100\% - 25\% = 75\%$$

Kategori

$$= 2$$

Interval

$$= \frac{75\%}{2} = 37,5\%$$

Skor standar

$$= \text{Skor tertinggi} - \text{Interval}$$

$$= 100\% - 37,5\% = 62,5\%$$

1.9.1.5.4

Kriteria Objektif

Sesuai : Jika persentase total jawaban responden memiliki nilai, > 62,5%

Kurang Sesuai : Jika persentase total jawaban responden memiliki nilai, < 62,5%

1.9.2 Variabel Dependen

1.9.2.1 Aksesibilitas

1.9.2.1.1 Definisi Teori

Aksesibilitas adalah kemampuan individu untuk mengenali kebutuhan kesehatan, mencari pelayanan, mencapai fasilitas, menggunakan layanan, dan menerima pelayanan yang sesuai (Levesque et al., 2013).

1.9.2.1.2 Definisi Operasional

Aksesibilitas adalah kemudahan yang dirasakan pasien dalam mendapatkan dan memanfaatkan pelayanan kesehatan, mulai dari mengenali kebutuhan berobat, mencari informasi, hingga menerima layanan yang dibutuhkan. Dalam penelitian ini, aksesibilitas dipahami sebagai persepsi pasien BPJS mengenai kemudahan memperoleh, mencapai, memahami, dan menggunakan layanan kesehatan di Puskesmas Balusu. Aksesibilitas yang baik ditandai dengan kemudahan pasien dalam menjangkau puskesmas, memperoleh pelayanan tepat waktu, serta merasa nyaman selama proses pelayanan. Aksesibilitas merupakan variabel dependen yang mencerminkan sejauh mana pelayanan kesehatan dapat dimanfaatkan secara optimal oleh pasien BPJS. Panduan penilaian dan pemberian skoring dengan menggunakan pendekatan skala Likert, dimana item jawaban dari setiap pertanyaan diberi skor, maka variabel tersebut diukur melalui jawaban kuesioner dengan jumlah pertanyaan yang diajukan sebanyak 10 pertanyaan dengan 4 alternatif jawaban. Setiap pertanyaan memiliki skor 1 sampai 4, dengan kategori:

Sangat Setuju	(SS)	= 4
Setuju	(S)	= 3
Tidak Setuju	(TS)	= 2
Sangat Tidak Setuju	(STS)	= 1

1.9.2.1.3 Skoring

Jumlah pilihan = 4

Jumlah pertanyaan = 10

Skor tertinggi = Jumlah pertanyaan x skor tertinggi
 $= 10 \times 4 = 40$
 $= 40/40 \times 100\% = 100\%$

Skor terendah = Jumlah pertanyaan x skor terendah
 $= 10 \times 1 = 10$
 $= 10/40 \times 100\% = 25\%$

Range	=Skor tertinggi – skor terendah = 100% - 25% = 75%
Kategori	= 2
Interval	= $\frac{75\%}{2} = 37,5\%$
Skor standar	= Skor tertinggi - Interval = 100% - 37,5% = 62,5%

1.9.2.1.4 Kriteria Objektif

Mudah Akses : Jika persentase total jawaban responden memiliki nilai, > 62,5%

Sulit Akses : Jika persentase total jawaban responden memiliki nilai, < 62,5%

BAB II METODE PENELITIAN

2.1 Jenis dan Desain Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian kuantitatif. Penelitian ini menggunakan pendekatan survei analitik dengan desain *Cross Sectional*. Metode ini digunakan untuk menganalisa dan menggali lebih dalam secara bersamaan faktor yang berhubungan dengan aksesibilitas pasien BPJS di Puskesmas Balusu Kabupaten Toraja Utara.

2.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Puskesmas Balusu Kabupaten Toraja Utara. Penelitian ini dilaksanakan pada bulan September tahun 2025 – Februari tahun 2026, dimulai sejak proposal disetujui untuk proses persiapan, pengumpulan data, analisis, hingga penyusunan laporan.

2.3 Populasi dan Sampel

2.3.1 Populasi

Populasi merupakan keseluruhan individu atau subjek dalam suatu wilayah dan waktu tertentu yang memiliki karakteristik khusus dan menjadi sasaran penelitian. Populasi dalam penelitian ini adalah pasien BPJS di Puskesmas Balusu Kabupaten Toraja Utara dengan jumlah mencapai 6.066 pasien pada tahun 2025 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) data tersebut diambil dari data kunjungan pasien BPJS di puskesmas Balusu (Puskesmas Balusu, 2025).

2.3.2 Sampel

Sampel merupakan bagian dari populasi yang dipilih melalui metode tertentu dan diharapkan dapat mewakili keseluruhan populasi sehingga hasil penelitian dapat digeneralisasikan. Sampel pada penelitian ini adalah pasien BPJS yang melakukan pemeriksaan di Puskesmas Balusu. Penentuan jumlah sampel menggunakan rumus *Stanley Lameshow*. Rumus ini dipilih karena umum digunakan dalam penelitian kesehatan, khususnya ketika populasi relatif besar, data proporsi belum diketahui dengan pasti, dan peneliti membutuhkan tingkat ketelitian yang memadai. Rumus ini juga dianggap lebih akurat untuk memperkirakan ukuran sampel pada studi populasi dengan karakteristik heterogen seperti pasien BPJS. Adapun rumus yang digunakan sebagai berikut:

$$n = \frac{NZ^2PQ}{d^2(N-1)+Z^2PQ}$$

Keterangan:

n = Jumlah sampel

N = Jumlah total populasi (responden)

Z = Nilai distribusi normal 95% (1,96)

P = estimasi proporsi sebesar (0,05)

Q = 1-p = 1-0,05 = 0,05

d = *Margin of error* 10% (0,1)

Menentukan jumlah sampel pada 6.066 pasien BPJS di Puskesmas Balusu.

$$n = \frac{NZ^2PQ}{d^2(N-1)+Z^2PQ}$$

$$n = \frac{6.066 \times 1,96^2 \times 0,5 \times 0,5}{0,1^2(6.066-1)+1,96^2 \times 0,5 \times 0,5}$$

$$n = \frac{6.066 \times 3,84 \times 0,25}{0,01 \times 6.065 + 3,84 \times 0,25}$$

$$n = \frac{5.823,36}{61,61}$$

$$n = 94,51$$

Berdasarkan Hasil penentuan sampel diatas menggunakan rumus *Stanley Lameshow* adalah 94,51 dibulatkan menjadi 100 sampel.

2.4 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah suatu alat yang digunakan untuk mengukur fenomena alam maupun sosial yang diamati (variabel penelitian) (Sulistyaningsih, 2011 dalam Noor Azizah, 2015). Instrumen yang digunakan pada penelitian ini antara lain:

1. Kuesioner

Kuesioner merupakan instrumen yang digunakan untuk mengukur suatu peristiwa atau kejadian dimana kuesioner ini berisi kumpulan pertanyaan dengan tujuan memperoleh informasi terkait dengan penelitian dengan tujuan memperoleh informasi terkait dengan penelitian yang dilakukan (Amalia et al., 2022). Format yang dipakai dalam kuesioner adalah format skala Likert. Skala Likert pada variabel independen dengan jawaban atas pertanyaan yaitu skala nilai 1-4. Nilai yang dimaksud adalah skor atas jawaban responden. Skor yang peneliti gunakan adalah sebagai berikut:

STS (Sangat Tidak Setuju) : nilainya 1

TS (Tidak Setuju) : nilainya 2

S (Setuju) : nilainya 3

SS (Sangat Setuju) : nilainya 4

Dalam penelitian ini, saya menggunakan kuesioner yang diadaptasi dari penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Muh. Yahya (2018).

2. Kamera handphone

Kamera handphone berfungsi sebagai alat untuk mendokumentasikan kegiatan-kegiatan selama melakukan penelitian.

2.5 Pengumpulan Data

2.5.1 Jenis Data

Penelitian ini menggunakan data kuantitatif, yaitu data berupa angka-angka yang dapat dihitung, diukur, serta dianalisis secara

kategoris. Data ini diperoleh melalui instrumen seperti kuesioner dan juga melalui proses pengukuran.

2.5.2 Sumber Data

2.5.2.1 Data Primer

Data primer diperoleh dilapangan dengan cara observasi dan melakukan wawancara langsung dengan responden menggunakan kuesioner penelitian yang telah disiapkan.

2.5.2.2 Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh langsung dari pihak Puskesmas Balusu yaitu berupa profil puskesmas, data kunjungan pasien, dan data pelaporan tahunan semua program puskesmas selama dua tahun terakhir, dimana data tersebut menjadi informasi utama yang dapat mendukung bagi penelitian yang dilakukan.

2.6 Pengolahan dan Analisis Data

2.6.1 Pengolahan data

2.6.1.1 *Screening*

Pada tahap ini pengelolaan data dilakukan pemeriksaan pada keseluruhan data untuk melihat kelengkapan data jawaban responden dalam kuisisioner, dan menghindari data yang missing dalam kuesioner.

2.6.1.2 *Editing*

Pada tahap ini pengecekan atau pengoreksian data yang telah terkumpul. Proses *editing* yang dilakukan mulai dari penyuntingan dan penyusunan data yang telah terkumpul, baik kelengkapan jawaban, kesalahan pengisian dan konsistensi dari setiap jawaban responden pada kuesioner. Selanjutnya dilakukan pemeriksaan terhadap kelengkapan pengisian jawaban responden untuk masing-masing kuesioner.

2.6.1.3 *Coding*

Tahap *coding* adalah pemberian kode-kode pada tiap-tiap data yang termasuk dalam kategori yang sama. Proses *coding* dilakukan dengan cara memberikan kode pada setiap jawaban responden untuk mempermudah proses pengolahan data. Data tersebut kemudian dikelompokkan kedalam masing-masing variabel.

2.6.1.4 *Entry Data*

Setelah melakukan *coding* di SPSS, setelah data terkumpul, data kemudian diinput ke dalam software pengolah data, yaitu SPSS (*Static Programmed od Social Scientist*) yang membantu dalam perhitungan data dan persiapan penyajian statistik. Data yang diinput dikelompokkan berdasarkan setiap variabel.

2.6.1.5 *Cleaning Data*

Pada tahap ini yaitu cara melakukan analisis frekuensi pada semua variabel untuk melihat ada tidaknya missing data. Data yang missing dibersihkan sehingga dapat dilakukan proses analisis. Pada proses ini, dilakukan pemberian data dengan kembali melihat data sekunder yang sudah diperoleh dengan melakukan pengecekan ulang dan menilai kembali kelengkapan kebenarannya.

2.6.1.6 Tabulasi Data

Tabulasi adalah pembuatan tabel-tabel yang berisi data yang telah diberi kode sesuai dengan analisis yang dilakukan. Tabulasi dilakukan untuk memudahkan dalam pengolahan data kedalam suatu tabel. Pengolahan data dilakukan secara elektronik dengan menggunakan program SPSS dan *Microsoft Office Word*. Dalam melakukan tabulasi diperlukan ketelitian agar tidak terjadi kesalahan.

2.6.2 Analisis Data

Langkah berikutnya setelah melakukan pengolahan data adalah analisis data. Analisis data pada penelitian ini menggunakan program SPSS (*statistical package for social science*) versi 29. Adapun proses analisis data mencakup analisis univariat dan bivariat.

4.6.2.1 Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan terhadap tiap-tiap variabel dari hasil penelitian dengan menggunakan tabel distribusi frekuensi sehingga menghasilkan distribusi dan persentase dari setiap variabel penelitian.

4.6.2.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan variabel independen dengan variabel dependen dalam bentuk tabulasi silang (*crosstab*) dengan menggunakan program SPSS. Uji yang akan dilakukan menggunakan analisis ini yaitu uji *chi-square* dengan nilai 0,05. Tidak adanya hubungan antara kedua variabel tersebut jika *P value* > 0,05 sehingga H_0 diterima dan H_a ditolak. Namun, apabila *P value* < 0,05 maka H_0 ditolak dan H_a diterima yang menandakan adanya hubungan antara kedua variabel tersebut.

2.7 Penyajian data

Data yang telah dianalisis selanjutnya akan disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi/grafik, yang disertai dengan penjelasan atau interpretasi pada setiap tabel maupun grafik yang ditampilkan. Penyajian ini bertujuan untuk memberikan gambaran yang jelas, sistematis, dan mudah dipahami.