

# BAB I PENDAHULUAN

## 1.1 Latar Belakang

Kesehatan menjadi suatu kebutuhan dasar yang esensial bagi seluruh masyarakat di suatu negara. Teraihnya derajat kesehatan masyarakat yang baik menjadi salah satu tujuan dari pembangunan kesehatan. Pembangunan kesehatan di tingkat nasional memiliki tujuan untuk menumbuhkan pemahaman dan kesadaran bagi individu untuk menerapkan pola hidup yang sehat. Upaya pemerintah dalam menumbuhkan derajat kesehatan masyarakat yaitu melalui setiap rencana kesehatan yang telah ditetapkan, bentuk upaya pemerintah dalam program kesehatan yaitu dengan menetapkan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) (Stiyawan & Ainy, 2023).

Jumlah peserta JKN KIS di Indonesia mengalami peningkatan setiap tahunnya sesuai hasil laporan Dewan Jaminan Sosial Nasional Sistem Monitoring Terpadu tahun 2022 sampai tahun 2024, dalam laporan tersebut disampaikan bahwa jumlah kepesertaan mencapai 248.771.083 jiwa ditahun 2022 dan terus mengalami peningkatan jumlah peserta hingga mencapai 273.525.350 jiwa sampai bulan Juni di tahun 2024 dari jumlah penduduk Indonesia yang mencapai 281 juta jiwa sesuai data proyeksi Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas) atau sebesar 97,13% penduduk Indonesia yang terdaftar sebagai peserta JKN KIS. (SISMONEV DJSN, 2024). Adapun di Kota Baubau sendiri cakupan kepesertaan JKN sudah mencakup 100 % dengan sekitar 161 ribu jumlah penduduk berdasarkan data kependudukan disemester II tahun 2023 (Nurliyani Wa Ode, 2024).

Program Jaminan Kesehatan Nasional disingkat Program JKN merupakan suatu program pemerintah dan masyarakat/rakyat dengan tujuan memberikan kepastian jaminan kesehatan yang menyeluruh bagi setiap rakyat Indonesia agar penduduk Indonesia dapat hidup sehat, produktif, dan sejahtera. Jumlah peserta yang telah memanfaatkan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan mencapai 222,5 juta orang (81,3% populasi di Indonesia) (Mutiara et al., 2022).

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) juga merekomendasikan pemanfaatan layanan medis sebagai konsep dasar dari kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan pemanfaatan layanan kesehatan. Menurut Badan Kesehatan Dunia World Health Organization (WHO) data tahun 2014 menyebutkan jumlah masyarakat yang memanfaatkan pelayanan kesehatan diIndia adalah 60,4 juta



38,5 juta orang yang memanfaatkan pelayanan kesehatan. Bagian lain ASIA tercatat sebesar 38,4 juta orang yang memanfaatkan pelayanan kesehatan masih kurang (Winda & Susilawati, 2023). Rendahnya pemanfaatan layanan kesehatan dikalangan penduduk bagian negara berkembang menjadi sangat kritis dibandingkan dengan perkotaan. Di negara berkembang, tingkat pemanfaatan

didaerah pedesaan kurang dari 50% jauh lebih rendah dibandingkan daerah perkotaan (Guan et al., 2023).

Pelayanan kesehatan di Indonesia masih ada beberapa daerah yang mengalami kendala dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan. Ini terlihat dari jumlah kunjungan ke puskesmas yang tersebar diseluruh Indonesia masih rendah, yaitu diperkirakan terdapat mencapai 32,14% penduduk Indonesia datang ke puskesmas. Pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan yang disediakan baik dalam bentuk rawat jalan, rawat inap, kunjungan rumah oleh petugas kesehatan ataupun bentuk kegiatan-kegiatan lain dari pemanfaatan pelayanan kesehatan tersebut (Basith & Prameswari, 2020),

Pemanfaatan pelayanan di Indonesia masih rendah, dimana dari 274.839 responden terdapat 7.300 responden yang pernah mengalami pelayanan kesehatan rawat inap selama 1 tahun terakhir. Jika dilihat karakteristiknya dari 7.300 responden yang mengalami rawat inap sebesar 53,36% di wilayah perkotaan dan 46,64% wilayah pedesaan. Untuk pasien peserta BPJS yang menyatakan puas terhadap pelayanan rawat inap sebanyak 89,94% (Mutiara et al., 2022).

Puskesmas (Pusat Kesehatan Masyarakat) secara umum merupakan fasilitas terdepan dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat Indonesia. Penyediaan fasilitas kesehatan tingkat pertama seperti Puskesmas di seluruh wilayah Indonesia merupakan kebijakan Pemerintah yang sangat tepat. Tidak hanya rawat jalan, namun Puskesmas juga menyediakan pelayanan rawat inap dan dapat dimanfaatkan oleh masyarakat yang membutuhkannya. (Donabedian, 2005), menyampaikan bahwa pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah interaksi antara konsumen dengan provider (penyedia pelayanan), kemudian beliau juga memaparkan bahwa ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan seperti faktor sosiokultural, faktor organisasi, faktor yang berhubungan dengan konsumen, dan faktor yang berhubungan dengan produsen (Rakhmawati, 2022).

Puskesmas Liwuto merupakan fasilitas pelayanan kesehatan satu-satunya yang terletak di Pulau Makasar Kota Baubau dan berstatus puskesmas perawatan yang memberikan pelayanan kesehatan paripurna kepada peserta BPJS baik kategori BPI maupun Non PBI dan peserta mandiri yang terletak di Kecamatan Kokalukuna dengan wilayah kerja didaerah dataran yang dikelilingi lautan dan dapat ditempuh kurang lebih 25-30 menit dari Pantai Kamali



ta) dengan menggunakan kendaraan perahu jonson dan juga kendaraan bermotor kurang lebih 50-60 menit. Berdasarkan data pada tahun 2020 sampai tahun 2022 cakupan jaminan duk wilayah kerja Puskesmas Liwuto sebanyak 4.821 peserta in luran (PBI), dan 412 peserta Non Perima PBI. Berdasarkan yang dilakukan pihak Puskesmas Liwuto pada awal tahun bahwa wilayah kerja Puskesmas Liwuto berpenduduk 5.628

jiwa, jumlah KK sebanyak 1.356 kepala keluarga, terdiri dari Kelurahan Liwuto 649 KK dan Kelurahan Sukanaryo 707 KK (Profil Puskesmas Liwuto, 2022).

Adapun jumlah kepersertaan BPJS Kesehatan di Puskesmas Liwuto mencapai 4.824 peserta. Jumlah pasien rawat inap baik PBI maupun Non PBI yang memanfaatkan pelayanan kesehatan mengalami penurunan dari tahun ke tahun. Ditahun 2020 pasien rawat inap di Puskesmas Liwuto berjumlah 118 kunjungan, ditahun 2021 pasien rawat inap berjumlah 104 kunjungan, ditahun 2022 pasien rawat inap berjumlah 85 kunjungan dan ditahun 2023 pasien rawat inap berjumlah 48 kunjungan. (Profil Puskesmas Liwuto, 2020), (Profil Puskesmas Liwuto, 2021) dan (Profil Puskesmas Liwuto, 2022).

Berdasarkan data yang didapat ditahun 2024 sampai dengan sekarang terdapat 25 pasien yang BPJSnya terdaftar diPuskesmas Liwuto memanfaatkan pelayanan rawat inap diluar pulau Makasar yang tersebar di dua puskesmas di kota Baubau yakni 10 pasien dirawat di Puskesmas Bungi dan 15 pasien dirawat di Puskesmas Wajo. Ketersediaan tenaga kesehatan menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan rawat inap di Puskesmas Liwuto. Hal ini juga didukung oleh pernyataan salah satu tenaga kesehatan yang bekerja di Puskesmas Liwuto, yang mengatakan bahwa baik dokter maupun tenaga kesehatan lain mayoritas tidak berdomisili di pulau tersebut dan dokter yang bekerja di Puskesmas Liwuto mempunyai kesibukan atau pekerjaan lain dikota. Berdasarkan data profil puskesmas liwuto tahun 2023 jumlah dokter umum yang berkerja dipuskesmas berjumlah 1 orang dan ditahun 2024 jumlah dokter tersebut tidak terjadi penambahan.Sedangkan menurut Ramsey dan Sohi, kepercayaan merupakan elemen penting yang berpengaruh pada kualitas suatu hubungan. Kepercayaan konsumen terhadap penyedia jasa akan meningkatkan nilai hubungan yang terjalin dengan penyedia jasa (Shofura & Muhammad, 2011).

Puskesmas dalam sistem JKN/BPJS memiliki peran yang besar kepada peserta BPJS kesehatan. Apabila pelayanan puskesmas yang diberikan baik maka akan semakin banyak peserta JKN yang memanfaatkan pelayanan kesehatan, namun dapat terjadi sebaliknya jika pelayanan dirasakan kurang memadai. Pelayanan yang berkualitas memungkinkan masyarakat untuk menggunakan pelayanan tersebut, sehingga pemanfaatannya menjadi tinggi. Tinggi rendahnya pemanfaatan pelayanan kesehatan berhubungan dengan jarak yang jauh (faktor geografi), tidak tahu adanya suatu kemampuan fasilitas (faktor informasi), Biaya yang tidak terjangkau (faktor ekonomi), dan tradisi yang menghambat pemanfaatan fasilitas (faktor budaya) (Napirah et al., 2016).



esehatan rawat inap hanya dilaksanakan oleh Puskesmas mempunyai lokasi strategis dan memenuhi persyaratan yang (Permenkes, n.d.). Pelayanan kesehatan rawat inap di dapat membantu masyarakat dalam mendapatkan pelayanan prima. Hal ini karena adanya tenaga dokter dan perawat serta dan non medis yang memadai, masyarakat dapat memperoleh obat serta perawatan terhadap penyakitnya secara optimal

tanpa harus ke rumah sakit yang jaraknya jauh dari tempat tinggalnya. Dalam kenyataan kesehatan yang bersifat gawat darurat, dokter puskesmas juga memberikan pelayanan pengobatan dan perawatan penyakit-penyakit yang yang lain semaksimal mungkin sesuai dengan kemampuan dokter dan fasilitas yang tersedia.

Menurut (Azwar, 2011), dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan individu yaitu pelayanan kesehatan harus tersedia dimasyarakat serta berkesinambungan, artinya semua jenis pelayanan kesehatan yang di butuhkan serta tidak sulit ditemukan keberadaannya dalam masyarakat,ada pada saat yang dibutuhkan, pelayanan kesehatan tersebut dapat diterima oleh masyarakat dengan wajar, biaya pelayanan kesehatan tersebut sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat sehingga tidak memberatkan pasien, pelayanan kesehatan harus mempunyai persediaan obat yang lengkap sehingga pasien tidak perlu mencari obat di tempat lain dan pelayanan kesehatan harus dapat memuaskan pemakai jasa pelayanan kesehatan tersebut. Pelayanan kesehatan primer merupakan komponen integral dari pelayanan kesehatan berkualitas (Caughey et al., 2024).

Minat pemanfaatan ulang pasien dalam pemanfaatan pelayanan puskesmas didasari ketika pasien telah menerima jasa pelayanan kesehatan, pasien akan membandingkan jasa yang dirasakan dengan jasa yang diharapkan. Jika jasa yang didapatkan dan dirasakan memenuhi atau melebihi harapan, maka kualitas pelayanan akan dipersepsikan baik dan memuaskan, sehingga secara langsung akan memengaruhi konsumen didalam memutuskan pemanfaatan kembali layanan kesehatan pada saat membutuhkan di kemudian hari (Yudha et al., 2024).

Pemanfaatan Puskesmas sebagai pelayanan kesehatan dapat dijelaskan melalui teori pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh Anderson (dalam (Notoatmodjo, 2012) yang mengelompokkan faktor determinan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan terdiri dari tiga kategori yaitu predisposisi (demografi, struktur sosial dan kepercayaan pada kesehatan), karakteristik kemampuan termasuk sumber daya keluarga (pendapatan keluarga, lamanya waktu tempuh / aksesibilitas) dan sumber daya masyarakat (kesadaran, fasilitas, sikap tenaga kesehatan, kualitas layanan, keterjangkauan, informasi medis yang diperlukan).

Beberapa penelitian juga menjelaskan faktor-faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan diantaranya adanya need atau kebutuhan terhadap pertolongan medis, persepsi sakit, keterbatasan akses geografis, inan kesehatan dan persepsi tentang kualitas pelayanan (Galanis reece, 2023). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Hamada et al., 2019) di ada hubungan antara pendapatan keluarga dengan pelayanan kesehatan, dibuktikan dengan kesimpulan hasil orang tua dengan pendapatan rendah memiliki kemampuan



kecil dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan. Selanjutnya, hasil penelitian dari (Nurul Qalbi et al., 2020) di Puskesmas Tamanlanrea bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara sikap petugas kesehatan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh (Napitupulu et al., 2018) di UPT Puskesmas Pasir Kaliki Bandung, tidak ada hubungan antara faktor pendidikan, faktor penghasilan dan faktor kepemilikan asuransi dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di UPT Puskesmas Pasir Kaliki Bandung. Hasil penelitian dari (Nampirah et al., 2016) di Wilayah Kerja Puskesmas Tambarana Kecamatan Poso Pesisir Utara Kabupaten Poso bahwa ada hubungan tentang kesehatan, pendapatan keluarga, dan tingkat pendidikan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan serta tidak ada hubungan antara kualitas pelayanan kesehatan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Tambarana Kecamatan Poso Pesisir Utara Kabupaten Poso.

Beberapa hal yang membedakan penelitian ini dengan penelitian – penelitian sebelumnya yaitu : Lokasi dan waktu penelitian berbeda dengan penelitian sebelumnya, penelitian dengan judul ini belum pernah dilakukan di Puskesmas Liwuto, Teori dalam penelitian ini menggunakan modifikasi antara teori model Anderson (1974) sistem kesehatan (*health system model*) dan Teori Lawrence Green (1980) utilisasi pelayanan kesehatan, adanya variabel ketersediaan tenaga kesehatan belum diteliti pada penelitian sebelumnya.

Berdasarkan latar belakang tersebut, peneliti tertarik melakukan penelitian dengan judul **“Analisis Faktor Risiko Pemanfaatan Pelayanan Rawat Inap Peserta BPJS Di Puskesmas Liwuto Pulau Makasar Kota Baubau”**.

## 1.2 Perumusan Masalah

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

1. Apakah faktor predisposing seperti pengetahuan merupakan faktor risiko pemanfaatan pelayanan kesehatan rawat inap peserta BPJS di Puskesmas Liwuto Pulau Makasar Kota Baubau?
2. Apakah faktor enabling seperti pendapatan, jarak tempuh dan ketersediaan tenaga kesehatan merupakan faktor risiko pemanfaatan pelayanan kesehatan rawat inap peserta BPJS di Puskesmas Liwuto Pulau Makasar Kota Baubau?
3. Apakah faktor pendorong seperti sikap petugas dan dukungan keluarga merupakan faktor risiko pemanfaatan pelayanan kesehatan rawat inap peserta BPJS di Puskesmas Liwuto Pulau Makasar Kota Baubau?



n  
ari penelitian ini dibedakan menjadi dua tujuan yaitu:  
n

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor risiko pemanfaatan pelayanan kesehatan rawat inap peserta BPJS di Puskesmas Liwuto Pulau Makasar Kota Baubau.

## 2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui besarnya faktor risiko presdiposing seperti pengetahuan terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan rawat inap peserta BPJS di Puskesmas Liwuto Pulau Makasar Kota Baubau.
- b. Untuk mengetahui besarnya faktor risiko enabling seperti pendapatan, jarak tempuh dan ketersediaan tenaga kesehatan terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan rawat inap peserta BPJS di Puskesmas Liwuto Pulau Makasar Kota Baubau.
- c. Untuk mengetahui besarnya faktor risiko pendorong seperti sikap petugas dan dukungan keluarga terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan rawat inap peserta BPJS di Puskesmas Liwuto Pulau Makasar Kota Baubau.

## 1.4 Manfaat Penelitian

Melalui penelitian ini diharapkan menghasilkan sesuatu yang bermanfaat baik bagi peneliti, masyarakat maupun bagi pihak-pihak yang terkait dengan masalah yang diteliti. Adapun manfaat dari penelitian ini antara lain:

- a. Bagi ilmu pengetahuan, diharapkan dapat dijadikan sebagai dasar acuan bagi pengembangan penelitian selanjutnya dan pengembangan ilmu pengetahuan di waktu yang akan datang.
- b. Bagi masyarakat, diharapkan dapat memberikan informasi tentang faktor-faktor yang berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan Puskesmas pada khususnya.
- c. Bagi pembuat kebijakan, penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan untuk membuat kebijakan terutama dalam hal pelayanan kesehatan masyarakat.
- d. Bagi peneliti, dengan adanya penelitian ini diharapkan dapat memperluas pengetahuan dan wawasan peneliti tentang faktor-faktor yang berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan Puskesmas di kota Baubau khususnya puskesmas rawat inap.

## 1.5 Tinjauan Pustaka

### 1.5.1 Tinjauan Umum Tentang Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

#### 1. Pengertian Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Pemanfaatan pelayanan kesehatan menurut (Azwar, 2011) merumuskan penggunaan fasilitas pelayanan yang disediakan baik untuk rawat jalan, rawat inap, kunjungan rumah oleh petugas kesehatan maupun bentuk kegiatan lain dari pemanfaatan pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ketersediaan dan kesinambungan pelayanan, penerimaan masyarakat dan kewajaran, mudah dicapai masyarakat, terjangkau serta bermutu.



Pemanfaatan pelayanan kesehatan menurut (Nadya Tasya, Poppy Andriany, 2016) adalah timbulnya keinginan masyarakat untuk memanfaatkan suatu pelayanan kesehatan yang dibutuhkan sesuai dengan kebutuhan pasien baik pada saat sehat untuk konsultasi kesehatan dan pada saat masyarakat membutuhkan pelayan petugas kesehatan.

Pemanfaatan pelayanan kesehatan merupakan hasil dari suatu proses pencairan pelayanan kesehatan oleh individu maupun kelompok. Kesehatan individu dan status sosial ekonomi adalah determinan utama dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan. Seseorang dengan status kesehatan yang buruk akan meningkatkan pemanfaatan pelayanan kesehatan (Lukfiati Jafar Mirwana, 2021)

## 2. Syarat – Syarat Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Suatu pelayanan kesehatan yang baik harus memiliki berbagai persyaratan pokok. Adapun syarat pokok yang dimaksud adalah (Lukfiati Jafar Mirwana, 2021) :

### a. Tersedia dan berkesinambungan

Pelayanan kesehatan harus tersedia di masyarakat (*available*) serta bersifat berkesinambungan (*continuous*). Artinya semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat tidak sulit ditemukan, serta keberadaannya dimasyarakat adalah pada setiap saat yang dibutuhkan.

### b. Dapat diterima dan wajar

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

### c. Mudah dicapai

Syarat pelayanan kesehatan yang baik adalah mudah dicapai (*accessible*) oleh masyarakat. Untuk dapat mewujudkan pelayanan kesehatan yang baik, maka pengaturan distribusi sarana kesehatan menjadi sangatlah penting. Sebab pelayanan kesehatan yang terlalu terkonsentrasi di daerah perkotaan, dan tidak ditemukan di daerah pedesaan bukanlah pelayanan kesehatan yang baik.



ih dijangkau

an kesehatan yang baik adalah yang mudah dijangkau (*reachable*) oleh masyarakat dilihat dari sudut biayanya. Untuk mewujudkan keadaan seperti itu harus diupayakan biaya an kesehatan tersebut sesuai dengan kemampuan ekonomi arakat.

e. Bermutu

Syarat pelayanan kesehatan yang baik adalah bermutu (*quality*). Yaitu yang menunjuk pada kesempatan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan, dimana pihak yang satu dapat memuaskan para pemakai jasa pelayanan, dan yang dipihak lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik serta standar yang telah ditetapkan.

3. Faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan

Notoadmodjo (2014) dalam buku Ilmu Perilaku Kesehatan menuliskan bahawa rendahnya pemanfaatan (*Utilisasi*) fasilitas kesehatan seperti rumah sakit, puskesmas dan sebagainya sering dihubungkan dengan masalah pelayananan petugas yang tidak memuaskan, jarak tempuh antara fasilitas kesehatan dengan masyarakat secara fisik maupun sosial, biaya tarif yang tinggi dan faktor dari masyarakat itu sendiri, yaitu persepsi masyarakat dan konsep masyarakat tentang kesehatannya (Chaerunnisah Adetya, 2020).

a. Persepsi dan konsep sehat sakit

Notoadmodjo (dalam (Chaerunnisah Adetya, 2020) mengungkapkan bahwa persepsi adalah pengalaman tentang objek, peristiwa, atau hubungan – hubungan yang diperoleh dengan menyimpulkan informasi dan menafsirkannya. Persepsi adalah memberikan makna kepada stimulus. Persepsi berbeda dengan sensasi namun keduanya berhubungan.

Timbulnya perbedaan konsep sehat – sakit di masyarakat antara lain penyelenggara pelayanan kesehatan dan masyarakat adalah berkisar dengan rasa sakit dan penyakit. Penyakit adalah bentuk reaksi biologis terhadap suatu organism, luka atau benda asing yang ditandai oleh perubahan fungsi – fungsi tubuh sebagai organism biologis, sedangkan sakit adalah penilaian individu terhadap penyakit yang dialami sehingga hal ini sangat dipengaruhi oleh feeling/perasaan dari individu. Misalnya ada 2 orang yang mempunyai penyakit yang sama namun persepsi antara kedua orang tersebut akan berbeda, mungkin yang satu akan merasa sakit dan satunya lagi tidak merasa dirinya sakit. Seseorang yang terkena penyakit, secara obyektif organ tubuhnya mengalami gangguan fungsi namun dia tidak merasakan sakit. Sebaliknya orang dapat merasa sakit jika merasakan sesuatu dalam tubuhnya, namun dari pemeriksaan klinis tidak ditemukan bukti akutnya.

Proses pencarian pelayanan kesehatan

Notoadmodjo menjelaskan dalam buku perilaku kesehatan (Chaerunnisah Adetya, 2020) bahwa ada beberapa respon masyarakat apabila mereka sakit, yaitu :



- 1) *No action* (tidak bertindak apa-apa)  
Alasan dari tindakan ini adalah kondisi kesehatannya tidak mengganggu kegiatan/ aktifitas sehari – hari mereka. Prioritas tugas/pekerjaan yang lain lebih penting dari pada mengobati sakitnya, alasan lain karena terletak fasilitas kesehatan jauh, petugasnya tidak ramah, takut biayanya mahal, takut dokter, takut pergi ke rumah sakit dan sebagainya.
- 2) *Self treatment* atau *selt medication* (Tindakan mengobati sendiri)  
Alasan tindakan ini karena orang tersebut percaya kepada diri sendiri berdasarkan pengalaman pengobatan dari luar. Contoh tindakan ini adalah minum obat yang dibeli diwarung/apotik, minum jamu, kerokan dan pijit.
- 3) *Tradisional remedy* (mencari pengobatan ke fasilitas pengobatan tradisional)  
Masyarakat *ferifer* khususnya masih sangat kental dengan perilaku ini, masalah sehat sakit bersifat budaya dari pada gangguan fisik. Pengobatan dukun yang merupakan bagian dari masyarakat, pengobatannya merupakan kebudayaan masyarakat sehingga lebih dapat diterima.

#### 4. Teori Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

##### a) Teori Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Menurut Anderson

Salah satu teori pemanfaatan pelayanan kesehatan yaitu Teori Anderson (1974), Model Anderson menjelaskan bahwa setiap individu mempunyai perbedaan karakteristik, mempunyai perbedaan gaya hidup, mempunyai tipe dan frekuensi penyakit yang berbeda serta mempunyai perbedaan pola penggunaan pelayanan kesehatan. Anderson mengelompokkan dalam 3 karakteristik, antara lain (Notoatmodjo S, 2010) :

- a. Karakteristik predisposisi (*Predisposing characteristic*)  
Setiap individu memiliki kecenderungan untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan yang berbeda-beda karena terdapat ciri individu, antara lain:
  - 1) Ciri demografi (umur, jenis kelamin, dan status perkawinan)
  - 2) Struktur sosial (tingkat pendidikan, jenis pekerjaan, ras/suku, agama dan sebagainya)
  - 3) Kepercayaan kesehatan (keyakinan bahwa pelayanan kesehatan dapat menolong proses penyembuhan penyakit, pengetahuan, sikap terhadap pelayanan kesehatan).

##### Karakteristik kemampuan (*enabling characteristics*)

Kondisi yang membuat individu mampu memenuhi kebutuhan akan pelayanan kesehatan. Individu tidak akan bertindak, sekalipun memiliki predisposisi untuk



memanfaatkan pelayanan kesehatan. Karakteristik pendukung tersebut antara lain

- 1) Sumber daya keluarga (penghasilan keluarga, kemampuan membeli jasa pelayanan kesehatan, keikutsertaan dalam asuransi kesehatan, serta pengetahuan tentang informasi pelayanan kesehatan yang dibutuhkan).
  - 2) Sumber daya masyarakat (jumlah sarana pelayanan kesehatan yang ada, rasio penduduk terhadap tenaga kesehatan, jumlah tenaga kesehatan yang tersedia, dan lokasi tempat tinggal penduduk).
- c. Karakteristik kebutuhan (*need characteristics*)  
Karakteristik kebutuhan mencakup penilaian terhadap suatu penyakit dan dibagi menjadi 2 kategori yaitu :
- 1) Penilaian individu (penilaian kesehatan yang dirasakan seseorang, besarnya ketakutan terhadap penyakit, dan hebatnya rasa sakit yang diderita)
  - 2) Penilaian klinik (penilaian terhadap beratnya penyakit yang terlihat dari hasil pemeriksaan dan penentuan diagnosis penyakit oleh dokter).
- b) Teori Pemanfaatan Kesehatan Menurut Lawrence Green  
Menurut L. Green perilaku dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu (Candrawati et al., 2023) :
1. Faktor – faktor predisposisi (*predisposing factor*), merupakan faktor pendahulu yang menjadi dasar atau motivasi perilaku, diantaranya adalah karakteristik masyarakat (umur, jenis kelamin, suku dan lama tinggal di daerah tersebut), pekerjaan, pendidikan, pengetahuan tentang kesehatan, sikap terhadap kesehatan dan manfaat umum yang dirasakan terhadap layanan kesehatan.\
  2. Faktor yang mendukung (*enabling factor*), merupakan faktor pemungkas dalam telaksananya perilaku diantaranya adalah tingkat pendapatan keluarga, kepesertaan asuransi, fasilitas kesehatan, jarak dan fasilitas transportasi.
  3. Faktor pendorong (*reinforcing factor*), merupakan faktor yang mendorong terjadinya perubahan perilaku diantaranya adalah sikap petugas kesehatan, perilaku petugas kesehatan dan dukungan keluarga.
- c) Teori Pemanfaatan Kesehatan Menurut *The Four As*  
Menurut Good (*dalam* (Chaerunnisah, 2020), faktor yang mempengaruhi pelayanan kesehatan dalam model *The Four As* ialah ketersediaan (*availability*), aksesibilitas (*accessibility*), terjangkau (*affordability*) dan penerimaan (*Acceptability*)  
u :



Availability adalah kelengkapan fasilitas pada pelayanan kesehatan, ketersediaan obat/produk farmasi dan lain-lain. Fasilitas adalah segala jenis peralatan, perlengkapan kerja, tempat dan yang berfungsi sebagai alat utama/pembantu dalam pelaksanaan pekerjaan dan juga berfungsi sosial dalam rangka kepentingan orang-orang yang berhubungan dengan organisasi kerja tersebut. Ketersediaan fasilitas dan sarana kesehatan menjadi salah satu faktor yang mendorong masyarakat dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan.

2. *Accessibility* / Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan  
*Accessibility* adalah keterjangkauan tempat pelayanan kesehatan yang dapat diukur dengan jarak yang ditempuh oleh pasien menuju ketempat pelayanan kesehatan tersebut. Keterjangkauan atau akses layanan kesehatan harus dapat dicapai oleh masyarakat, tidak terhalang oleh keadaan geografis. Indikator aksesibilitas dapat diukur dengan jarak tempuh. Jika jarak pelayanan kesehatan berdekatan dengan tempat tinggal pasien dikatakan aksesibilitas antara kedua tempat tersebut terjangkau, begitu pula sebaliknya, jika jarak pelayanan kesehatan berjauhan dengan tempat tinggal pasien dikatakan aksesibilitas antara kedua tempat tersebut tidak terjangkau. Aksesibilitas meliputi sarana transportasi, jalan, dan lain-lain.
3. *Affordability* / Keterjangkauan biaya pelayanan kesehatan  
*Affordability* adalah pembiayaan dalam pelayanan kesehatan. Biaya cenderung menghambat dari pada meningkatkan pelayanan oleh orang-orang miskin. Bukti pengaruh biaya terhadap permintaan pelayanan kesehatan tidak seragam, yaitu tidak terpengaruh, menurun dan bahkan meningkatkan permintaan. *Affordability*: meliputi biaya perawatan bagi individu, rumah tangga atau keluarga.
4. *Acceptability* / Penerimaan Pelayanan Kesehatan  
*Acceptability* adalah perilaku petugas saat memberikan pelayanan kesehatan. Pemerintah berupaya meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang bermutu dan menitik beratkan upaya promotif, preventif dan dengan tetap memperhatikan upaya kuratif rehabilitatif. Petugas kesehatan harus memperlakukan masyarakat dengan baik dalam memberikan pelayanan kesehatan. Hal ini sesuai dengan fungsi tenaga kesehatan sebagai abdi atau pelayanan masyarakat. Pelayanan kesehatan yang baik adalah salah satu cara rakyat untuk menikmati kemerdekaan di negara ini, karena itu sebagai pelayanan rakyat, petugas yang mengabdikan di Rumah Sakit harus memberikan pelayanan



kesehatan yang baik, sesuai dengan standar pelayanan minimal. Acceptability/penerimaan berkaitan dengan jarak budaya dan social. Hal ini terutama mengacu pada karakteristik dari penyedia layanan kesehatan, perilaku petugas kesehatan, aspek gender (tidak menerima dirawat oleh lawan jenis , khususnya perempuan yang menolak untuk dilihat oleh perawat/dokter laki-laki).

Keempat faktor diatas dapat mempengaruhi pemanfaatan layanan kesehatan. Karena setiap pelayanan kesehatan baik tingkat puskesmas maupu rumah sakit perlu memiliki fasilitas minimal sesuai standar fasilitas pelayanan kesehatan yang harus tersedia di puskesmas maupun rumah sakit baik itu fasilitas medis dan non medis (Dewi & Nurjannah, 2020).

*The four As* telah banyak digunakan oleh ahli medis, antropolog dan epidemiologi yang terutama menekankan jarak ( baik sosial maupun geografis) dan akses ekonomi merupakan faktor kunci sebagai akses pengobatan. Agar tercapainya kepuasan pasien diperlukan peningkatan standar dalam menjaga mutu pelayanan yang mengacu pada pelayanan yang diberikan baik maka akan semakin banyak masyarakat yang menfaatkan pelayanan kesehatan (Husni Nurul, 2021).

d) Teori Pemanfaatan Kesehatan Menurut Dever

Menurut Dever faktor yang mempengaruhi pelayanan kesehatan yaitu faktor *provider* (pelayanan kesehatan dan kemudahan informasi) (Miya, 2021) :

1. Karakteristik Presdiposisi

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

- a. Ciri – ciri demografi (seperti umur, jenis kelamin, status perkawinan)
- b. Struktur sosial (seperti pendidikan, pekerjaan, kepala keluarga, kesukuan atau ras/ bangsa dan agama)
- c. Manfaat – manfaat kesehatan seperti keyakinan bahwa pelayanan kesehatan dapat menolong proses penyembuhan penyakit. Selanjutnya Anderson percaya bahwa :
  - 1) Setiap individu atau orang mempunyai perbedaan karakteristik, mempunyai perbedaan tipe dan frekuensi penyakit, dan mempunyai perbedaan penggunaan pelayanan kesehatan.
  - 2) Setiap individu mempunyai perbedaan struktur sosial, mempunyai perbedaan gaya hidup dan akhirnya



mempunyai perbedaan pola penggunaan pelayanan kesehatan.

3) Individu percaya adanya kemajuan dalam pelayanan kesehatan.

## 2. Karakteristik Pendukung (*Enabling Characteristic*)

Karakteristik ini mencerminkan bahwa meskipun mempunyai predisposisi untuk menggunakan pelayanan kesehatan, ia tidak akan bertindak untuk menggunakannya kecuali bila ia mampu menggunakannya. Penggunaan pelayanan kesehatan yang ada tergantung kepada kemampuan konsumen untuk membayar.

Hasil penelitian Madunde, et all (dalam Miya, 2021) menyatakan bahwa responden yang memiliki pendapatan rendah cenderung memanfaatkan pelayanan kesehatan (puskesmas) sebanyak 74% dan responden yang memiliki pendapatan tinggi lebih sedikit menggunakan pelayanan kesehatan (puskesmas) yaitu sebanyak 26%.

## 3. Karakteristik Kebutuhan (*Need Characteristics*)

Faktor predisposisi dan faktor yang memungkinkan untuk mencari pengobatan akan terwujud di dalam tindakan apabila itu dirasakan sebagai kebutuhan. Dengan kata lain kebutuhan merupakan dasar dan stimulus langsung untuk menggunakan pelayanan kesehatan, bilamana tingkat predisposisi dan pendukung itu ada. Kebutuhan (*need*) disini dibagi menjadi 2 kategori, dirasa atau revided (*subject assessment*) dan *evaluated (clinical diagnosis)*.

Hal ini sejalan dengan penelitian yuliah (dalam Miya, 2021) yang menunjukkan bahwa faktor pendidikan, persepsi sakit dan sikap petugas, penyandang dana, jarak, biaya transportasi berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan (puskesmas). Dari beberapa faktor diatas ternyata persepsi sakit yang paling dominan berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan.

## 1.5.2 Tinjauan Umum Tentang Pelayanan Kesehatan

### 1. Pengertian tentang pelayanan kesehatan

Pelayanan kesehatan adalah upaya yang diselenggarakan sendiri



atau bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit, serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga dan kelompok (Kemenkes RI, 2023). Menurut pendapat Brotosaputro dan Notoatmodjo S, 2003) pelayanan kesehatan adalah segala kegiatan yang secara langsung berupaya untuk menghasilkan pelayanan yang dibutuhkan atau dituntut oleh masyarakat untuk

mengatasi kesehatannya. Tujuan utama dari pelayanan kesehatan itu sendiri adalah pelayanan preventif (pencegahan) dan promotif (peningkatan kesehatan) dan yang menjadi sasaran yaitu masyarakat. Selain itu, pelayanan juga melakukan kuratif (pengobatan) dan rehabilitative (pemulihan kesehatan).

Pelayanan kesehatan merupakan suatu aktivitas dan serangkaian alat yang bersifat tidak kasat mata (tidak dapat diraba), yang terjadi akibat interaksi antara pasien dengan petugas atau hal-hal lain yang disebabkan oleh instansi pemberi pelayanan yang dimaksudkan untuk memecahkan persoalan pasien Gronroos (Ratminto & Winarsih, 2006).

## 2. Jenis Pelayanan Kesehatan

Jenis pelayanan kesehatan menurut Hodgetts dan Cascio (1983) dibagi menjadi dua yaitu (Azwar, 2011) :

### a. Pelayanan Kedokteran

Kelompok pelayanan kedokteran (medical service) ditandai dengan cara pengorganisasian yang dapat bersifat sendiri (*solo practice*) atau secara bersama-sama dalam satu organisasi (*institution*), tujuan utamanya untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan, sasaran utamanya ialah perseorangan dan keluarga.

### b. Pelayanan Kesehatan Masyarakat

Kelompok pelayanan kesehatan masyarakat (*service public health*) ditandai dengan cara pengorganisasian yang umumnya secara bersama – sama dalam satu organisasi, tujuan utamanya untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit, sasaran utamanya ialah kelompok dan masyarakat.

## 3. Faktor Yang Mempengaruhi pelayanan Kesehatan

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

### a. Pemikiran dan perasaan (*Thought and Feeling*)

Berupa pengetahuan persepsi, sikap, kepercayaan, dan penilaian-penilaian seseorang terhadap objek. Dalam hal ini, objek yang dimaksud adalah kesehatan.

### b. Orang penting sebagai referensi (Personal Reference)

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

### c. Per – sumber daya (*Resources*)

Per-sumber daya yang mempengaruhi terhadap perilaku orang atau kelompok masyarakat dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. Pengaruh tersebut bisa bersifat positif maupun negatif.



d. *Kebudayaan (Culture)*

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

4. Syarat Pokok Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan harus memiliki berbagai persyaratan pokok yang nantinya akan memberi pengaruh kepada masyarakat dalam menentukan pilihannya terhadap pengguna jasa pelayanan kesehatan. Menurut (Aswar, 2010), syarat pokok yang harus dimiliki antara lain :

- a. Tersedianya dan berkesinambungan, segala bentuk jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat harus tersedia, tidak sulit ditemukan. Prinsip dan ketersediaan dan kesinambungan (*available and continuous*) adalah mutlak diperlukan.
- b. Mudah dijangkau, pelayanan kesehatan sebaiknya mudah dijangkau baik itu dari segi jangkauan biaya. Sangat penting mengupayakan biaya pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat, biaya pelayanan kesehatan harus sesuai dengan standar ekonomi dan juga fasilitas/ sarana yang diperoleh oleh masyarakat. Selain itu, dari segi jarak ke lokasi pelayanan kesehatan seharusnya mudah dicapai (*accessible*) sehingga dapat mewujudkan pelayanan yang baik dan merata.
- c. Mudah dicapai  
Lokasi pelayanan kesehatan seharusnya mudah dicapai sehingga dapat mewujudkan pelayanan kesehatan yang baik dan merata.
- d. Dapat diterima (*acceptable*) dan wajar (*appropriate*), yaitu pelayanan kesehatan yang tidak bertentangan dengan keyakinan dan kepercayaan masyarakat.
- e. Bermutu, yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan penyelenggaraan pelayanan kesehatan, yang mana pelayanan kesehatan diharapkan dapat memuaskan para pengguna jasa dari segi penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik dan standar yang telah ditetapkan.

5. Masalah Pelayanan Kesehatan

Perkembangan ilmu dan teknologi mengakibatkan terjadinya perubahan dalam pelayanan kesehatan. Dalam buku pengantar Administrasi Kesehatan, Azwar (2010) menjelaskan bahwa perubahan mengakibatkan kelima persyaratan pokok pelayanan kesehatan tidak dipenuhi sehingga dapat menimbulkan berbagai masalah pelayanan kesehatan yaitu :

terdapat kotak-kotakan dalam pelayanan kesehatan (*fragmented health care*), hal ini sangat erat hubungannya dengan munculnya berbagai spesialisasi dan sub spesialisasi dalam pelayanan



kesehatan dan tidak terpenuhinya kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan.

- 2) Sifat pelayanan kesehatan yang berubah, perubahan muncul akibat adanya pengkotakan dalam pelayanan kesehatan sehingga berpengaruh terhadap hubungan antara dokter dan pasien, hal ini menyebabkan perhatian penyelenggara pelayanan kesehatan tidak dapat diberikan secara menyeluruh dan hanya terfokus pada keluhan dan organ yang sakit saja.

### 1.5.3 Tinjauan Umum tentang BPJS Kesehatan

#### 1. Pengertian BPJS Kesehatan

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang selanjutnya disebut BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial (Indonesia, 2011). Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah badan hukum yang dibentuk dengan Undang-Undang untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. BPJS menurut UU Nomor 40 tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional adalah transformasi dari badan penyelenggara jaminan sosial yang sekarang telah berjalan dan dimungkinkan untuk membentuk badan penyelenggara baru sesuai dengan dinamika perkembangan jaminan sosial (Putri, 2014)

Pasal 9 ayat (1) Undang-Undang BPJS menyebutkan bahwa BPJS Kesehatan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Selanjutnya, mengenai tugas dari BPJS, disebutkan dalam Pasal 10 bahwa dalam melaksanakan fungsinya, BPJS bertugas untuk (Pemerintah Indonesia, 2004) :

- a. Melakukan dan/atau menerima pendaftaran Peserta;
- b. Memungut dan mengumpulkan iuran dari Peserta dan Pemberi Kerja;
- c. Menerima Bantuan iuran dari Pemerintah;
- d. Mengelola Dana Jaminan Sosial untuk kepentingan Peserta;
- e. Mengumpulkan dan mengelola data Peserta program Jaminan Sosial;
- f. Membayarkan Manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program Jaminan Sosial; dan
- g. Memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program Jaminan Sosial kepada Peserta dan masyarakat.

#### 2. Tujuan dibentuknya BPJS Kesehatan.



BPJS Kesehatan merupakan badan hukum yang dibentuk di Indonesia khusus untuk menyelenggarakan jaminan sosial nasional. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Penyelenggara Jaminan Sosial yang selanjutnya yang disebut UU BPJS menyebutkan bahwa, "BPJS Kesehatan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan". Jaminan kesehatan UU SJSN diselenggarakan secara nasional berdasarkan

prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas, dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan (Putri, 2014).

Pasal 2 UU BPJS, disebutkan BPJS menyelenggarakan sistem jaminan sosial nasional berdasarkan asas: (1) kemanusiaan, (2) manfaat, dan (3) keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Dalam penjelasan Pasal 2 UU BPJS, menerangkan (Pemerintah Indonesia, 2011):

- a. Yang dimaksud dengan “asas kemanusiaan” adalah asas yang terkait dengan penghargaan terhadap martabat manusia.
- b. Yang dimaksud dengan “asas manfaat” adalah asas yang bersifat operasional menggambarkan pengelolaan yang efisien dan efektif.

Pasal 3 UU BPJS, menyebutkan bahwa BPJS bertujuan untuk mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap Peserta dan/atau anggota keluarganya. Dalam Penjelasan Pasal 3 Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang dimaksud dengan “kebutuhan dasar hidup” adalah kebutuhan esensial setiap orang agar dapat hidup layak, demi terwujudnya kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

### 3. Peserta BPJS Kesehatan (Pemerintah Indonesia, 2011)

Peserta BPJS Kesehatan adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran, meliputi :

- a. Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI) : fakir miskin, dan orang tidak mampu, dengan penetapan peserta sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- b. Bukan Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (Non PBI) terdiri dari :
  - 1). Pekerja Penerima Upah (PPU) dan anggota keluarganya
    - a) Pegawai Negeri Sipil;
    - b) Anggota TNI;
    - c) Anggota Polri;
    - d) Pejabat Negara;
    - e) Pegawai Pemerintah non Pegawai Negeri;
    - f) Pegawai Swasta; dan
    - g) Pekerja yang tidak termasuk huruf a sd f yang menerima upah. Termasuk WNA yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan.

Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) dan anggota keluarganya

Pekerja di luar hubungan kerja atau pekerja mandiri; dan



- b) Pekerja yang tidak termasuk huruf a yang bukan penerima upah. Termasuk WNA yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan.
  - 3). Bukan pekerja dan anggota keluarganya
    - a) Investor;
    - b) Pemberi Kerja;
    - c) Penerima Pensiun, terdiri dari :
      - i. Pegawai Negeri Sipil yang berhenti dengan hak pensiun;
      - ii. Anggota TNI dan Anggota Polri yang berhenti dengan hak pensiun;
      - iii. Pejabat Negara yang berhenti dengan hak pensiun;
      - iv. Janda, duda, atau anak yatim piatu dari penerima pensiun yang mendapat hak pensiun
      - v. Penerima pensiun lain, dan
      - vi. Janda, duda atau anak yatim piatu dari penerima pensiun lain yang mendapat hak pensiun.
  - 4). Veteran
  - 5). Perintis Kemerdekaan
  - 6). Janda, duda, atau anak yatim piatu dari Veteran atau Perintis Kemerdekaan, dan
  - 7). Bukan Pekerja yang tidak termasuk huruf a sd e yang mampu membayar iuran.
4. Pelayanan Kesehatan bagi Peserta BPJS
- Berdasarkan Pepres RI No.19 tahun 2016 (Indonesia, 2016), Pelayanan Kesehatan yang dijamin terdiri atas pelayanan kesehatan tingkat pertama dan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan dengan rincian sebagai berikut:
- a. Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama
    - 1) Administrasi pelayanan.
    - 2) Pelayanan promotif dan preventif.
    - 3) Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi medis.
    - 4) Tindakan medis non spesialisik, baik operatif maupun non operatif.
    - 5) Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai, pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pertama
    - 6) Rawat inap tingkat pertama sesuai dengan indikasi medis
  - b. Pelayanan Kesehatan Tingkat Lanjutan
    - 1) Administrasi pelayanan.



- 2) Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis dasar (berlaku untuk pelayanan kesehatan pada Unit Gawat Darurat).
- 3) Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialisik.
- 4) Tindakan medis spesialisik, baik bedah maupun non bedah sesuai dengan indikasi medis.
- 5) Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai.

- 6) Pelayanan penunjang disgnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis.
- 7) Rehabitisasi medis.
- 8) Pelayanan darah
- 9) Pelayanan kedokteran forensic klinik
- 10) Pelayanan jenazah pada pasien yang meninggal difasilitas kesehatan.
- 11) Pelayanan keluarga berencana (tidak termasuk pelayanan yang telah dibiayai pemerintah).
- 12) Perawatan inap non inap intensif.
- 13) Perawatan inap ruang intensif.

Pelayanan kesehatan yang tidak dijamin, meliputi :

1. Pelayanan kesehatan yang dilakukan tanpa melalui prosedur sebagaimana diatur dalam peraturan yang berlaku.
2. Pelayanan kesehatan yang dilakukan di fasilitas kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS kesehatan, kecuali dalam keadaan darurat.
3. Pelayanan kesehatan yang dijamin oleh program jaminan kecelakaan kerja terhadap penyakit atau cedera akibat kecelakaan kerja atau hubungan kerja.
4. Pelayanan kesehatan yang dijamin oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas bersifat wajib sampai nilai yang ditanggung oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas
5. Pelayanan kesehatan yang dilakukan diluar negeri.
6. Pelayanan kesehatan untuk tujuan estetik.
7. Pelayanan kesehatan untuk infertilitas.
8. Pelayanan meratakan gigi
9. Pelayanan kesehatan akibat ketergantungan obat/alkohol
10. Gangguan kesehatan akibat sengaja menyakiti diri sendiri.
11. Pengobatan komplementer, alternative dan tradisional, yang belum dinyatakan efektif berdasarkan penilaian teknologi kesehatan.
12. Pengobatan dan tindakan medis yang dikategorikan sebagai percobaan
13. Alat dan obat kontrasepsi, kosmetik, makanan bayi dan susu.
14. Perbekalan kesehatan rumah tangga.

#### 1.5.4 Tinjauan Umum Tentang Puskesmas

##### 1. Pengertian Puskesmas



t kesehatan masyarakat (puskesmas) adalah suatu kesehatan si kesehatan fungsional yang merupakan pusat angan kesehatan masyarakat yang juga membina peran asyarakat di samping memberikan pelayanan secara uh dan terpadu kepada msyarakat di wilayah kerjanya dalam kegiatan pokok. Puskesmas mempunyai wewenang dan jawab atas pemeliharaan kesehatan masyarakat dalam

wilayah kerjanya tanpa mengabaikan mutu pelayanan kepada individu (Dinata, 2018).

Menurut Permenkes RI Nomor 43 tahun 2019 (Permenkes, n.d.), Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif diwilayah kerjanya. Fasilitas pelayanan kesehatan adalah suatu tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan baik promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitative yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah dan / atau masyarakat.

Puskesmas adalah tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah dan/atau masyarakat. Dalam rangka mendukung fungsi dan tujuan penyelenggaraannya, puskesmas harus memenuhi persyaratan lokasi, bangunan, prasarana, peralatan, ketenagaan, kefarmasian, dan laboratorium klinik (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2024)

## 2. Prinsip Penyelenggaraan Puskesmas menurut Permenkes RI Nomor 43 tahun 2019 (Permenkes, n.d.) :

Prinsip penyelenggaraan Puskesmas meliputi :

- 1) Paradigma sehat. Prinsip Paradigma sehat yang dimaksud yaitu puskesmas mendorong seluruh pemangku kepentingan berpartisipasi dalam upaya kepentingan berpartisipasi dalam upaya mencegah dan mengurangi resiko kesehatan yang dihadapi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat melalui Gerakan Masyarakat Hidup Sehat.
- 2) Pertanggungjawaban wilayah. Prinsip pertanggungjawaban wilayah yang dimaksud yaitu puskesmas menggerakkan dan bertanggung jawab terhadap pembangunan kesehatan diwilayah kerjanya.
- 3) Kemandirian masyarakat. Prinsip kemandirian masyarakat yang dimaksud yaitu puskesmas mendorong kemandirian hidup sehat bagi individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat.
- 4) Ketersediaan akses pelayanan kesehatan. Prinsip ketersediaan akses pelayanan kesehatan yang dimaksud yaitu puskesmas menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang dapat diakses dan terjangkau oleh seluruh masyarakat diwilayah kerjanya secara adil dan merata, tidak membedakan status sosial, ekonomi, agama, budaya dan suku bangsa, serta menggunakan teknologi tepat guna. Prinsip teknologi tepat guna yang dimaksud yaitu puskesmas menyelenggarakan teknologi yang sesuai dengan kebutuhan pelayanan, mudah dimanfaatkan dan tidak berdampak negatif bagi lingkungan.



- 6) Keterpaduan dan kesinambungan. Prinsip keterpaduan dan kesinambungan yang dimaksud yaitu puskesmas mengintegrasikan dan mengkoordinasikan penyelenggaraan UKM dan UKP lintas program dan lintas sector serta melaksanakan Sistem Rujukan yang didukung dengan manajemen Puskesmas.

### 3. Tugas Puskesmas

Tugas puskesmas adalah melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dalam rangka mendukung terwujudnya kecamatan sehat. Tugas pokok puskesmas berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2019 (Permenkes, n.d.) adalah sebagai berikut:

- a) Melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya.
- b) Puskesmas mengintegrasikan program yang dilaksanakannya dengan pendekatan keluarga.
- c) Pendekatan keluarga merupakan salah satu cara puskesmas mengintegrasikan program untuk meningkatkan jangkauan sasaran dan mendekatkan akses pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya dengan mendatangi keluarga.

### 4. Fungsi Puskesmas

Menurut Permenkes No.43 Tahun 2019 (Permenkes, n.d.) Pusat kesehatan Masyarakat (Puskesmas) memiliki fungsi diantaranya sebagai berikut:

- 1) Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) tingkat pertama di wilayah kerjanya. Dalam melaksanakan fungsi penyelenggaraan UKM tingkat pertama di wilayah kerjanya Puskesmas berwenang untuk:
  - a) Menyusun perencanaan kegiatan berdasarkan hasil analisis masalah kesehatan masyarakat dan kebutuhan pelayanan yang diperlukan.
  - b) Melaksanakan advokasi dan sosialisasi kebijakan kesehatan.
  - c) Melaksanakan komunikasi, informasi, edukasi, dan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan.
  - d) Menggerakkan masyarakat untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan pada setiap tingkat perkembangan masyarakat yang bekerja sama dengan pimpinan wilayah dan sektor lain terkait.
  - e) Melaksanakan pembinaan teknis terhadap institusi, jaringan pelayanan Puskesmas dan upaya kesehatan bersumber daya masyarakat.  
Melaksanakan perencanaan kebutuhan dan peningkatan kompetensi sumber daya manusia Puskesmas.  
Memantau pelaksanaan pembangunan agar berwawasan kesehatan.



- h) Memberikan Pelayanan Kesehatan yang berorientasi pada keluarga, kelompok, dan masyarakat dengan mempertimbangkan faktor biologis, psikologis, sosial, budaya, dan spiritual.
  - i) Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap akses, mutu, dan cakupan Pelayanan Kesehatan.
  - j) Melakukan kolaborasi dengan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama dan rumah sakit di wilayah kerjanya melalui pengoordinasian sumber daya kesehatan di wilayah kerja Puskesmas.
- 2) Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) tingkat pertama di wilayah kerjanya. Dalam melaksanakan fungsi penyelenggaraan UKP tingkat pertama di wilayah kerjanya Puskesmas berwenang untuk:
- a) Menyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar secara komprehensif, berkesinambungan, bermutu, dan holistik yang mengintegrasikan faktor biologis, psikologis, sosial, dan budaya dengan membina hubungan antara dokter dengan pasien yang erat dan setara.
  - b) Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang mengutamakan upaya promotif dan preventif.
  - c) Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang berpusat pada individu, berfokus pada keluarga, dan berorientasi pada kelompok dan masyarakat.
  - d) Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang mengutamakan kesehatan, keamanan, keselamatan pasien, petugas, pengunjung, dan lingkungan kerja.
  - e) Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dengan prinsip koordinatif dan kerja sama inter antar profesi.
  - f) Melaksanakan penyelenggaraan rekam medis.
  - g) Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap mutu dan akses Pelayanan Kesehatan.
  - h) Melaksanakan perencanaan kebutuhan dan peningkatan kompetensi sumber daya manusia Puskesmas.
  - i) Melaksanakan penapisan rujukan sesuai dengan indikasi medis dan Sistem Rujukan.
  - j) Melakukan koordinasi dan kolaborasi dengan Fasilitas Pelayanan Kesehatan di wilayah kerjanya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.



n Puskesmas  
/anan puskesmas dibagi menjadi dua, yaitu puskesmas rawat  
puskesmas rawat inap (Wulansari, 2013)  
anan rawat jalan  
uskesmas rawat jalan merupakan salah satu unit kerja di  
smas yang melayani pasien yang berobat jalan dan tidak lebih  
4 jam pelayanan, termasuk seluruh prosedur diagnostik dan

terapeutik. Pada waktu yang akan datang, rawat jalan merupakan bagian terbesar dari pelayanan kesehatan di Puskesmas. Pertumbuhan yang cepat dari rawat jalan ditentukan oleh tiga faktor yaitu:

- 1) Penekanan biaya untuk mengontrol peningkatan harga perawatan kesehatan dibandingkan dengan rawat inap,
- 2) Peningkatan kemampuan dan sistem reimbursement untuk prosedur di rawat jalan;
- 3) Perkembangan secara terus menerus dari teknologi tinggi untuk pelayanan rawat jalan akan menyebabkan pertumbuhan rawat jalan;

Tujuan pelayanan rawat jalan diantaranya untuk menentukan diagnosa penyakit dengan tindakan pengobatan, untuk rawat inap atau untuk tindakan rujukan. Tenaga pelayanan di rawat jalan adalah tenaga yang langsung berhubungan dengan pasien, yaitu:

1. Tenaga administrasi (non medis) yang memberikan pelayanan penerimaan pendaftaran dan pembayaran,
2. Tenaga keperawatan (paramedis) sebagai mitra dokter dalam memberikan pelayanan pemeriksaan / pengobatan,
3. Tenaga dokter (medis) pada masing-masing poliklinik yang ada .

Tujuan pelayanan rawat jalan di antaranya adalah untuk memberikan konsultasi kepada pasien yang memerlukan pendapat dari seorang dokter spesialis, dengan tindakan pengobatan atau tidak dan untuk menyediakan tindak lanjut bagi pasien rawat inap yang sudah diijinkan pulang tetapi masih harus dikontrol kondisi kesehatannya.

Puskesmas rawat jalan hendaknya memiliki lingkungan yang nyaman dan menyenangkan bagi pasien. Hal ini penting untuk diperhatikan karena dari rawat jalanlah pasien mendapatkan kesan pertama mengenai puskesmas tersebut. Lingkungan rawat jalan yang baik hendaknya cukup luas dan memiliki sirkulasi udara yang lancar, tempat duduk yang nyaman perabotan yang menarik dan tidak terdapat suara-suara yang mengganggu. Diharapkan petugas yang berada di rawat jalan menunjukkan sikap yang sopan dan suka menolong.

#### b. Pelayanan rawat inap

Puskesmas rawat inap adalah puskesmas yang diberi tambahan ruangan dan fasilitas untuk menolong pasien gawat darurat, baik tindakan operatif terbatas maupun asuhan keperawatan antara dengan kapasitas kurang lebih 10 tempat tidur. Rawat inap sendiri berfungsi sebagai rujukan antara yang melayani pasien sebelum dirujuk ke institusi rujukan yang lebih mampu, atau sebaliknya pasien yang dirujuk kembali ke rumah. Kemudian mendapat asuhan



perawatan tindak lanjut oleh petugas perawat kesehatan masyarakat dari puskesmas yang bersangkutan di rumah pasien. Puskesmas rawat inap diarahkan untuk melakukan kegiatan sebagai berikut :

- 1) Melakukan tindakan operatif terbatas terhadap penderita gawat darurat antara lain; kecelakaan lalu lintas, persalinan dengan penyulit, penyakit lain yang mendadak dan gawat.
- 2) Merawat sementara penderita gawat darurat atau untuk observasi penderita dalam rangka diagnostik dengan rata-rata hari perawatan tiga (3) hari atau maksimal lima (5) hari.
- 3) Melakukan pertolongan sementara untuk mempersiapkan pengiriman penderita lebih lanjut ke Rumah Sakit.
- 4) Melakukan metoda operasi pria dan metoda operasi wanita untuk keluarga berencana.

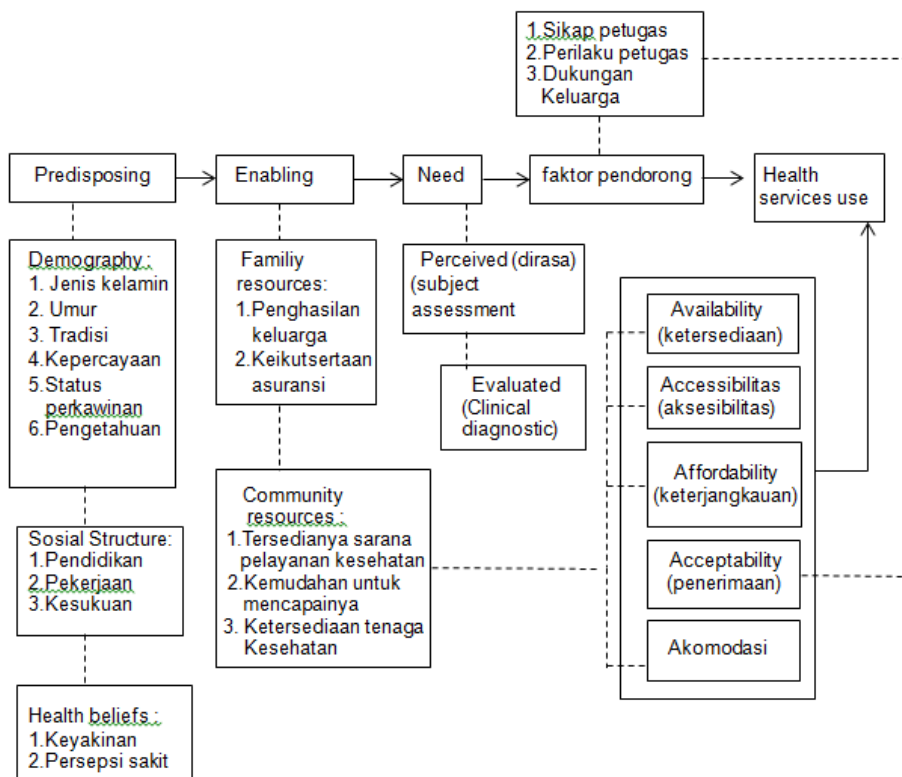
Pendirian puskesmas rawat inap didasarkan pada kebijaksanaan (Permenkes, n.d.) :

1. Puskesmas dengan ruang rawat inap sebagai pusat rujukan antara dalam sistem rujukan, berfungsi untuk menunjang upaya penurunan kematian bayi dan ibu maternal, keadaan-keadaan gawat darurat serta pembatasan kemungkinan timbulnya kecacatan.
2. Menerapkan standar praktek keperawatan yang bertugas di ruang rawat inap puskesmas sesuai dengan prosedur yang diterapkan.
3. Puskesmas rawat inap merupakan puskesmas yang diberi tambahan sumber daya sesuai pertimbangan kebutuhan pelayanan kesehatan untuk menyelenggarakan persalinan normal dan pelayanan rawat inap pelayanan kesehatan lainnya.
4. Puskesmas yang dapat menjadi Puskesmas rawat inap merupakan Puskesmas dikawasan pedesaan, kawasan terpencil dan kawasan sangat terpencil, yang jauh dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan rujukan tingkat lanjut.



### 1.6 Kerangka Teori

Berdasarkan Teori Anderson (1974), Teori Jean Frederic Leve Sque, (2013) dan Lawrence Green (1980) maka peneliti membangun kerangka teori sebagai berikut :



Gambar 1.1 Kerangka Teori Tentang Penggunaan Layanan Kesehatan  
 Sumber : Modifikasi dari Teori Anderson (Notoatmodjo, 2012), Teori Lawrence Green (Noorkasiani et al., 2009) dan Teori Jean Frederic Leve Sque, (2013).

### 1.7 Kerangka Konsep

#### 1.7.1 Tinjauan Umum tentang Variabel Penelitian

##### 1. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan segala sesuatu yang diketahui dan dimengerti setelah melihat atau menyaksikan, mengalami, atau diajar melalui pendidikan formal maupun non formal. Pengetahuan yang memudahkan seseorang dalam memutuskan untuk menerima pelayanan kesehatan (Lukfiati Jafar Mirwana, 2021). Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan yang terjadi melalui panca indra yaitu : indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan



raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo S, 2010).

Pengetahuan merupakan segala sesuatu yang diketahui dan dimengerti setelah melihat atau menyaksikan, mengalami, atau diajar baik melalui pendidikan formal maupun nonformal. Pengetahuan yang cukup akan memudahkan seseorang dalam memutuskan untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan (Lukfiati Jafar Mirwana, 2021).

Pengetahuan merupakan hal yang tumbuh dan berkembang. Faktor faktor yang mempengaruhi pengetahuan meliputi faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal meliputi pendidikan, pekerjaan, dan umur sedangkan faktor eksternal meliputi lingkungan dan sosial budaya (Miya, 2021).

Pengetahuan memiliki hubungan yang signifikan dengan kemampuan seseorang mengakses fasilitas kesehatan. Salah satu faktor yang berpengaruh terhadap pembentukan perilaku adalah pengetahuan, semakin tinggi pengetahuan dan pemahaman tentang pentingnya mengakses fasilitas kesehatan sebagai tempat untuk mencari pertolongan kesehatannya maka semakin tinggi akses fasilitas kesehatan. Penelitian yang dilakukan (Karman, 2016 ) dalam (Maulany et al., 2021), pada masyarakat pesisir di Desa Bungin Permai menunjukkan masyarakat memiliki pengetahuan yang kurang dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan karena kurangnya pengetahuan keluarga tentang pentingnya pemanfaatan pelayanan kesehatan.

## 2. Sikap petugas kesehatan

Sikap merupakan suatu bentuk evaluasi atau reaksi perasaan seseorang terhadap suatu objek yang dapat berupa perasaan mendukung atau memihak (favourable) dan perasaan tidak mendukung (unfavourable) terhadap objek tertentu (Lukfiati Jafar Mirwana, 2021).

Sikap petugas kesehatan berkaitan dengan interaksi antara petugas kesehatan dan pasien, Hal tersebut bisa dilihat melalui penerimaan, kepercayaan, empati, menjaga rahasia, menghormati dan responsive serta memberikan perhatian terhadap pasien. Selain itu, mendengarkan keluhan dan berkomunikasi secara efektif juga penting. Seseorang dalam berkomunikasi berusaha menyampaikan pandangan, perasaan dan harapannya kepada orang lain (Abadi et al., 2021).

Hubungan antar manusia yang baik akan mempunyai andil yang besar dalam konseling yang efektif. Pasien yang diperlukan kurang mendapat perhatian kesehatan atau tidak mau berobat : tersebut lagi. Seorang pasien dalam pencarian pelayanan n mereka mengharapkan seorang dokter atau perawat yang , rasa, penuh perhatian, simpatik atau bersahabat, mempunyai n, cermat dan teliri. serta berhati nurani (Relatami Tantri A,



Hasil penelitian dari (Nurul Qalbi et al., 2020) di puskesmas Tamalanrea yang menyatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara sikap petugas kesehatan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan.

### 3. Pendapatan keluarga

Secara umum, pendapatan atau penghasilan merupakan seluruh hasil kegiatan, baik itu uang atau pun materi lainnya. Pendapatan keluarga memiliki pengaruh yang signifikan terhadap keputusan mencari pelayanan kesehatan (Anny Eka Pratiwi, 2012).

Tingkat pendapatan dari segi ekonomi dapat mewujudkan derajat kesejahteraan masyarakat. Jika tingkat pendapatan ataupun penghasilan masyarakat rendah, maka akan timbul berbagai masalah-masalah dalam masyarakat tersebut. Penghasilan keluarga merupakan pendapatan yang jumlah rata-rata perbulan dalam enam bulan terakhir yang diperoleh dari pekerjaan suami dan istri (dalam bentuk rupiah), pendapatan yang dimaksud adalah penghasilan yang diperoleh dari suami sebagai kepala keluarga, istri, maupun anggota keluarga lainnya yang telah bekerja dan memiliki penghasilan (Nismaniyar, 2017).

Menurut (Nurrohmah, 2021) pendapatan keluarga adalah jumlah penghasilan riil dari seluruh anggota rumah tangga yang digunakan untuk memenuhi kebutuhan bersama maupun perseorangan dalam rumah tangga. Pendapatan keluarga merupakan balas karya atau jasa atau imbalan yang diperoleh karena sumbangan yang diberikan dalam kegiatan produksi. Faktor tingkat pendapatan mempengaruhi dalam segi pembiayaan yaitu dalam pembiayaan dipuskesmas, disaat penebusan obat setelah konsultasi dengan penyakit yang diderita. Semakin rendah tingkat pendapatan suatu keluarga maka semakin sulit mengakses pelayanan kesehatan yang baik.

Pada penelitian yang telah dilakukan oleh (Fadhilah et al., 2019) mengatakan ada hubungan antara pendapatan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Wilayah Kerja UPT Puskesmas Kecamatan Sukmajaya ( $p:0,000$ ) di peroleh dari hasil bahwa semakin tinggi pendapatan maka semakin tinggi pemanfaatan pelayanan kesehatan. Pasien yang berpenghasilan rendah, selain penghasilannya untuk memenuhi kebutuhan pokok sehari-hari, mereka masih harus mengeluarkan biaya transport untuk berobat kepuskesmas. Hal ini yang menyebabkan pasien tidak berkunjung ke fasilitas kesehatan.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Cinaroglu & Cinaroglu, 2022), beban pemanfaatan layanan kesehatan berada pada tingkat yang rendah pada penduduk miskin dalam hal pemanfaatan pelayanan kesehatan.

Salah satu sarana program layanan kesehatan yang dilakukan BPJS Kesehatan sangat membantu kelompok masyarakat dengan pendapatan yang rendah dan yang kurang untuk mendapatkan layanan kesehatan yang



sesuai namun masih banyak responden tidak memanfaatkan Puskesmas (Asri, 2022).

#### 4. Jarak tempuh

Jarak menurut Suharyono dan Amien (2013) dalam (Saputra & Roziah, 2021), berkaitan erat dengan arti lokasi dan upaya pemenuhan kebutuhan atau keperluan pokok kehidupan (air, tanah subur, pusat pelayanan), pengangkutan barang dan penumpang. Oleh karena itu jarak tidak hanya dinyatakan dengan ukuran jarak lurus di udara yang mudah diukur pada peta (dengan memperhatikan skala peta), tetapi dapat pula dinyatakan sebagai jarak tempuh baik yang dikaitkan dengan waktu perjalanan yang diperlukan maupun satuan biaya angkutan.

Rumah tangga yang memiliki waktu tempuh menuju pelayanan kesehatan (Puskesmas) 1,7 kali lebih memanfaatkan pelayanan kesehatan dibandingkan rumah tangga yang memiliki waktu tempuh lebih lama dan hal tersebut juga merefleksikan adanya masyarakat dalam memanfaatkan layanan kesehatan di puskesmas dimotori dari beberapa hal dimana salah satunya adalah waktu tempuh (Su'udi & Hendarwan, 2018) dalam (Zafasia et al., 2022)

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Fatimah, 2019), mengenai faktor pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas didapati ada hubungan aksesibilitas dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas Kagok ( $p = 0,000$ ) dimana jarak tempuh dan waktu yang singkat untuk mencapai fasilitas kesehatan memiliki kemungkinan yang besar juga untuk dilakukan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Responden lainnya mengungkapkan karena keterbatasan fasilitas transportasi dan jarak rumah masyarakat yang sebagian jauh dari fasilitas kesehatan menyebabkan masyarakat kurang memanfaatkan pelayanan kesehatan seperti puskesmas.

Secara etimologis, akses diartikan sebagai cara mendekati, mencapai atau memasuki suatu tempat, sebagai hak atau kesempatan untuk mencapai, menggunakan atau mengunjungi. Dalam pelayanan kesehatan, akses selalu didefinisikan sebagai akses terhadap suatu layanan, penyedia atau lembaga, sehingga didefinisikan sebagai kesempatan atau kemudahan bagi konsumen atau masyarakat untuk menggunakan layanan yang tepat sesuai dengan kebutuhan mereka (Levesque et al., 2013).



dan atau/waktu tempuh dapat mempengaruhi akses layanan kesehatan bagi penduduk pedesaan dan terpencil (Mseke et al., 2024).  
 n keluarga  
 n keluarga merupakan proses yang akan terjadi secara terus menerus dalam kehidupan manusia, dukungan keluarga yang berfokus terhadap interaksi yang berlangsung dalam hubungan sosial sebagaimana yang dievaluasi oleh individu

(Sutini, 2018). Dukungan keluarga merupakan unsur yang terpenting dalam membantu individu menyelesaikan masalah dalam hidupnya. Jika individu mendapatkan dukungan sosial atau keluarga maka individu tersebut mempunyai rasa percaya diri yang tinggi dan memiliki motivasi untuk menghadapi suatu masalah yang sedang dihadapi (Suharyanto, 2019).

Sumber dukungan keluarga ada tiga macam yaitu yang pertama sumber dukungan sosial umum, sumber ini biasanya melibatkan jaringan informal yang spontan seperti dukungan terorganisasi yang diarahkan oleh petugas kesehatan profesional, dan upaya yang dilakukan oleh professional kesehatan. Dukungan sosial keluarga selalu mengarah kepada dukungan sosial yang dilihat oleh keluarga sebagai satu-satunya yang bisa diakses untuk keluarga. Tetapi pada kenyataannya dukungan sosial keluarga dapat berupa dukungan sosial keluarga internal, seperti dukungan dari suami atau istri, dukungan dari orang tua ke anak, dukungan dari saudara kandung terhadap saudara kandung yang lainnya (Sutini, 2018).

Dukungan sosial keluarga merupakan proses yang akan terjadi secara terus menerus dalam semua tahap-tahap siklus kehidupan manusia. Namun dalam tahap siklus kehidupan secara keseluruhan, dukungan sosial keluarga dapat berfungsi sebagai kepandaian. Efek dari dukungan sosial tersebut dapat meningkatkan adaptasi dan kesehatan keluarga. Efek-efek penyangga (dukungan sosial menahan efek-efek negatif dari stres terhadap kesehatan) dan efek-efek utama (dukungan sosial secara langsung mempengaruhi akibat-akibat dari kesehatan). Sesungguhnya efek-efek penyangga dan efek-efek utama dari dukungan sosial terhadap kesehatan dan kesejahteraan boleh jadi berfungsi bersamaan (Oktiama Lisa M, 2016).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Elyanovianti et al., 2024) hasil penelitian didapatkan bahwa dari 189 responden yang memiliki dukungan keluarganya positif dan memanfaatkan pelayanan kesehatan sebanyak 107 (33,1%) responden sedangkan responden yang dukungan keluarganya positif tetapi kurang memanfaatkan pelayanan kesehatan sebanyak 82 (25,4%) responden. Sedangkan dari 134 responden terdapat 79 (23,3%) yang memiliki dukungan keluarga negatif tetapi memanfaatkan pelayanan kesehatan dan 55 (17,0 %) responden yang dukungan keluarganya negatif dan kurang



manfaatkan pelayanan kesehatan. Hasil analisis statistik di  
r bahwa nilai  $p = 0,000 < \alpha 0,05$  ini menunjukkan ada  
in yang signifikan antara dukungan keluarga dengan  
katan pelayanan kesehatan di wilayah kerja puskesmas Biji  
Kabupaten Sinjai.

litian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh  
n, 2017) bahwa dukungan keluarga berhubungan dengan

pemanfaatan pelayanan kesehatan dengan nilai  $p = 0,000$ . Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Veni & Mutia, 2018) bahwa terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan dengan nilai  $p = 0,011$ . Serupa pula dengan penelitian yang dilakukan oleh (Sainuddin et al., 2022) bahwa terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan ( $p = 0,021$ ).

Dengan adanya dukungan keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit menjadi faktor pendukung terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh masyarakat. Dukungan tersebut dapat berupa perhatian, kasih sayang, informasi maupun materi, sehingga anggota keluarga yang sakit dapat termotivasi dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan dengan maksimal. Menurut Green dalam (Notoatmodjo S, 2007) bahwa perilaku pada seseorang merupakan salah satu unsur penguat yang dipengaruhi oleh dukungan keluarga, dan orang tua. Keluarga adalah kelompok yang paling dekat dengan konsumen. Tidak adanya dukungan keluarga dapat memberikan pengaruh yang cukup besar terhadap keinginan ataupun motivasi anggota keluarga untuk melakukan pemeriksaan di fasilitas kesehatan.

#### 6. Ketersediaan tenaga kesehatan

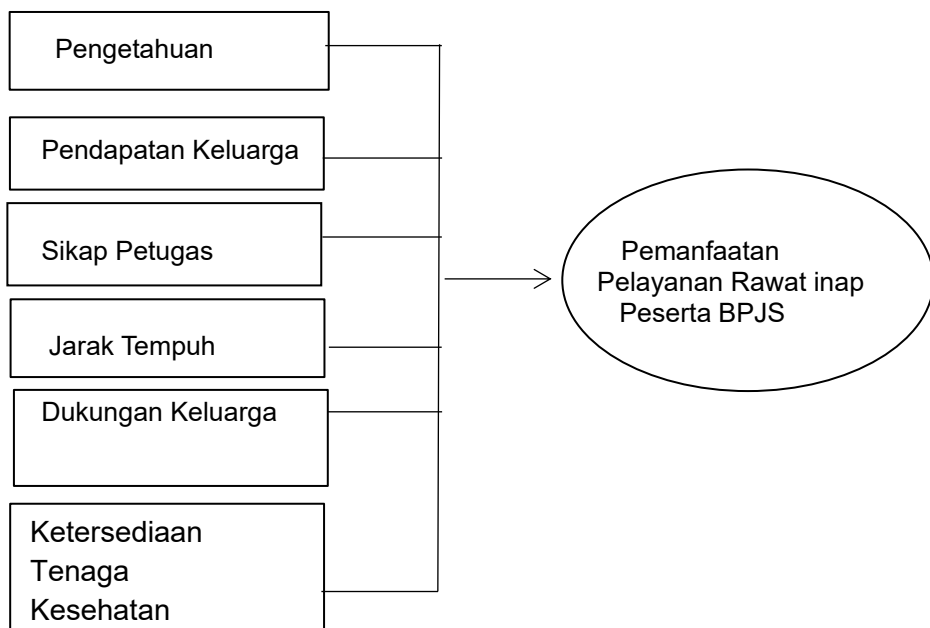
Ketersediaan tenaga kesehatan dalam hal ini adalah keberadaan tenaga kesehatan tersebut dipuskesmas pada saat pelayanan pasien (Zaini et al., 2022). Ketersediaan tenaga kesehatan di tempat pelayanan kesehatan berperan penting dalam proses pelayanan kesehatan. Peran tersebut diharapkan sesuai dengan kebutuhan pasien, sehingga tugas pokok dan fungsi (tupoksi) tenaga kesehatan dapat dilaksanakan sesuai dengan pendidikan dan keterampilan yang mereka miliki.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Zaini et al., 2022), terdapat hubungan antara ketersediaan tenaga kesehatan dengan pemanfaatan puskesmas dengan nilai  $p$ -value 0,000. karna meskipun tenaga kesehatan dipuskesmas semua ada namun kadang-kadang tidak berada ditempat pada saat dibutuhkan pasien, hal ini dikarenakan adanya berbagai kegiatan lain seperti pelatihan rapat-rapat dan sebagainya sehingga perlu evaluasi lebih lanjut tentang tupoksi tenaga yang ada dan perlu mengambil langkah bijaksana

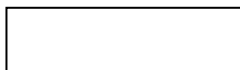
untuk mengatasi hal tersebut. Hasil penelitian ini sejalan dengan (ani et al., 2010) yang menyatakan adanya hubungan antara ketersediaan tenaga kesehatan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan. SDM atau tenaga kesehatan di puskesmas tersebut menjanjani tugas pokok dan fungsi keterampilan yang



### 1.7.2 Kerangka Konsep Penelitian



Keterangan :



= Variabel Independen



= Variabel Dependen

—————> = Arah yang kemungkinan menunjukkan pengaruh

**Gambar 1.2 Kerangka Konsep Penelitian**

Penjelasan kerangka konsep :

(1) Variabel Independen (Bebas)



independen atau variabel bebas dalam penelitian ini adalah pengetahuan, sikap petugas, pendapatan keluarga, jarak tempuh, dukungan keluarga dan ketersediaan tenaga kesehatan yang diduga sebagai faktor risiko pemanfaatan pelayanan kesehatan rawat inap BPJS di Puskesmas Liwuto Kota Baubau.

## (2) Variabel Dependen (Terikat )

Variabel dependen atau variabel terikat dari penelitian ini adalah pemanfaatan pelayanan rawat inap peserta BPJS di Puskesmas Liwuto kota Baubau.

**1.7.3 Hipotesa Penelitian**

- 1) Faktor presdiposing (pengetahuan) merupakan faktor risiko pemanfaatan pelayanan kesehatan rawat inap peserta BPJS di Puskesmas Liwuto Pulau Makasar Kota Baubau.
- 2) Faktor enabling (pendapatan, jarak tempuh dan ketersediaan tenaga kesehatan) merupakan faktor risiko pemanfaatan pelayanan kesehatan rawat inap peserta BPJS di Puskesmas Liwuto Pulau Makasar Kota Baubau.
- 3) Faktor pendorong (sikap petugas dan dukungan keluarga) merupakan faktor risiko pemanfaatan pelayanan kesehatan rawat inap peserta BPJS di Puskesmas Liwuto Pulau Masakar Kota Baubau.

**1.7.4 Definisi Operasional dan Kriteria Obejktif**

Berikut ini definisi operasional dan kriteria objektif dari variabel yang digunakan pada penelitian.

## 1) Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

## Definisi Operasional

Pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah penggunaan fasilitas kesehatan rawat inap yang telah disediakan. Pemanfaatan pelayanan kesehatan yang dimaksud dalam penelitian ini adalah bagaimana masyarakat (peserta BPJS) atau pasien yang menggunakan pelayanan rawat inap untuk memanfaatkan kesehatannya dipuskesmas.

## Kriteria Objektif :

Memanfaatkan : Jika responden (pasien) pernah dirawat inap dipuskesmas.

Tidak memanfaatkan : Jika responden (pasien) tidak pernah dirawat inap dipuskesmas.

## 2) Pengetahuan

## Definisi Operasional

Tanggapan responden tentang sesuatu yang diketahui mengenai pelayanan kesehatan rawat inap di puskesmas.

## Kriteria Objektif :

1) : Jika responden tidak dapat menjawab < 75 % dari total pertanyaan pengetahuan dengan benar

2) : Jika responden dapat menjawab > 75 % dari total pertanyaan pengetahuan dengan benar



## 3) Pendapatan

## Definisi Operasional

Pendapatan adalah seluruh penghasilan keluarga dalam satu bulan yang dihitung dalam satuan rupiah. Pendapatan keluarga dibagi menjadi 2 kategori berdasarkan Upah Minimum Provinsi (UMP) Sulawesi Tenggara tahun 2024 yaitu sebesar Rp.2.885.964. Hal ini berdasarkan Keputusan Gubernur Nomor 646 Tahun 2023 tentang Upah Minimum Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2024.

## Kriteria Objektif :

Pendapatan rendah : Jika pendapatan keluarga responden kurang dari Rp. 2.885.964 per bulan dan tidak mampu membiayai pengeluaran lain – lain selama pasien dirawat.

Pendapatan tinggi : Jika pendapatan keluarga responden lebih dari 2.885.964 per bulan atau mampu membiayai pengeluaran lain-lain selama pasien dirawat.

## 4) Sikap petugas

## Definisi Operasional

Sikap petugas kesehatan yang dimaksud peneliti adalah bagaimana cara petugas kesehatan dalam melayani pasien di ruang rawat inap Puskesmas Liwuto Pulau Makasar Kota Baubau. Secara umum, sikap yang dimaksud adalah bagaimana petugas kesehatan menerima, merespon, menghargai dan bertanggung jawab dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien.

## Kriteria Objektif

Negatif : Jika petugas mempunyai sikap yang kurang sopan, tidak memberi perhatian kepada pasien, tidak mendengarkan keluhan pasien dan tidak memberikan pelayanan penuh kepada pasien.

Positif : Jika petugas mempunyai sikap yang sopan, memberi perhatian kepada pasien, mendengarkan keluhan pasien dan memberikan pelayanan penuh kepada pasien.

## 5) Jarak Tempuh

## Definisi Operasional



adalah kemudahan masyarakat dalam jangkauan tempat pelayanan kesehatan dari tempat tinggal yang diukur dengan jarak tempuh, waktu tempuh, sarana transportasi. Jarak tempuh yang dimaksud yaitu jarak tempuh pelayanan panjang lintasan yang dilalui agar dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan. Berdasarkan hasil penelitian tentang dampak jarak dan / atau waktu tempuh terhadap pelayanan kesehatan yang sudah dilakukan, penurunan jarak

dan / atau waktu tempuh terjadi pada jarak sependek < 16,1 km atau <30 menit dan sejauh 9-100 km atau 60 menit (Mseke et al., 2024)

Kriteria Objektif :

- Jauh : Jika jarak yang ditempuh dari tempat tinggal ke pelayanan kesehatan sependek  $\geq 16,1$  km atau  $\geq 30$  menit.
- Dekat : Jika jarak yang ditempuh dari tempat tinggal ke pelayanan kesehatan sependek <16,1 km atau < 30 menit.

#### 6) Dukungan Keluarga

Definisi Operasional

Dukungan keluarga adalah dukungan kepada pasien dengan mengantarkan ke fasilitas kesehatan untuk mendapatkan pelayanan yang lebih lanjut ( pasien dirawat inap)

Kriteria Objektif

- Kurang : Jika responden datang sendiri tanpa diantar oleh keluarganya dan selama dirawat tidak ada keluarga yang menjaga atau mendampingi.
- Baik : Jika responden diantar oleh keluarganya ke fasilitas pelayanan kesehatan dan selama dirawat ada keluarga yang menjaga atau mendampingi.

#### 7) Ketersediaan Tenaga Kesehatan

Definisi Operasional

Ketersediaan tenaga kesehatan adalah persepsi responden terhadap ketersediaan tenaga kesehatan dirawat inap Puskesmas Liwuto.

Kriteria Objektif

- Kurang : Jika responden tidak dilayani oleh dokter dan hanya dilayani oleh tenaga kesehatan lain atau tidak tersedianya dokter dan hanya tersedia tenaga kesehatan lain di ruangan rawat inap Puskesmas Liwuto
- Baik : Jika responden dilayani oleh dokter dan tenaga kesehatan lain atau tersedianya dokter dan tenaga kesehatan di ruangan rawat inap Puskesmas Liwuto



## 1.7.5 Tabel Sintesa Penelitian

Tabel 1.1  
Sintesa Penelitian

No	Penulis/ Tahun	Tujuan Penelitian	Variabel Penelitian	Desain Penelitian dan Metode Analisis	Sampel	Temuan
1.	Saputra, M. A. S., & RoZIAH. (2021)	Untuk mengetahui hubungan jarak tempat tinggal dan pengetahuan masyarakat dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan.	Variabel independent : Jarak tempat tinggal dan pengetahuan masyarakat. Variabel depeden :Pemanfaatan pelayanan kesehatan	Penelitian kuantitatif dengan survey analitik desain studi <i>cross sectional</i>	Sampel sebanyak 89 responden	Hasil penelitian ini diperoleh bahwa dari 89 responden yang diteliti, responden yang memanfaatkan pelayanan kesehatan sebanyak 45 responden (50,6%), responden yang jarak tempat tinggalnya dekat sebanyak 45 responden (50,6%).
2	Asri, A. (2022)	Untuk menganalisis faktor-faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh Peserta Studi Kesehatan di puskesmas dalam rangka pemanfaatan pelayanan	Variabel Independen yaitu persepsi tentang JKN, akses layanan dan persepsi terhadap tindakan petugas sedangkan variabel dependen pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas	Penelitian kuantitatif dengan survey analitik desain cross sectional	Sampel sebanyak 163 responden.	Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara persepsi responden tentang JKN, akses layanan dan persepsi responden terhadap tindakan petugas dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di puskesmas



No	Penulis/ Tahun	Tujuan Penelitian	Variabel Penelitian	Desain Penelitian dan Metode Analisis	Sampel	Temuan
		Kabupaten Polewali Mandar				
3.	Zafasia, Fatma, A., Deli, Hellena, & Arneliwa ti. (2022).	Tujuan untuk mengetahui hubungan jarak rumah dan waktu tempuh dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan selama masa pandemi.	Variabel Independen yaitu jarak rumah dan waktu tempuh sedangkan variabel dependen pemanfaatan pelayanan kesehatan selama masa pandemi	Penelitian ini menggunakan desain penelitian deskriptif korelasi dengan desain <i>cross sectional</i>	Sampel dalam penelitian ini sebanyak 73 keluarga dengan teknik <i>purposive sampling</i>	Hasil analisis menunjukkan bahwa mayoritas responden dengan jarak rumah dekat dan memanfaatkan layanan kesehatan sebanyak 36 responden (49,3%) dan waktu tempuh cepat serta memanfaatkan layanan kesehatan sebanyak 35 responden (47,9%) sedangkan responden yang memiliki waktu tempuh lama dan tidak memanfaatkan layanan sebanyak 3 responden (4,1%). Analisis uji chi square antara variabel jarak rumah terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan pada masa pandemic diperoleh nilai = 0,059 dengan = 0,05 dan menggunakan uji chi square antara variabel waktu tempuh terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan pada masa pandemic diperoleh nilai = 0,836 dengan = 0,05. Hasil Ho gagal ditolak, tidak terdapat hubungan antara jarak rumah dan waktu tempuh terhadap



No	Penulis/ Tahun	Tujuan Penelitian	Variabel Penelitian	Desain Penelitian dan Metode Analisis	Sampel	Temuan
						pemanfaatan kesehatan pada masa pandemi.
4.	Malikhatul Mustafidah, & Indrawati, F. (2021)	Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui dan menganalisis faktor-faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan layanan kesehatan peserta BPJS Kesehatan di Puskesmas Pegandon Kabupaten Kendal.	Variabel bebas dalam penelitian ini adalah karakteristik predisposisi yang meliputi umur, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, dan keyakinan terhadap pelayanan kesehatan, karakteristik kemampuan yang meliputi ketersediaan fasilitas, jarak tempuh, dan lama menunggu pelayanan, serta karakteristik kebutuhan (need) yang meliputi penilaian individu terkait ketakutan terhadap penyakit dan hebatnya rasa sakit yang dirasakan (persepsi sakit). Sedangkan variabel	Penelitian kualitatif dengan menggunakan desain penelitian menggunakan <i>mixed method</i> , jenis penelitian yang digunakan yaitu <i>observational analitik</i> dengan rancangan <i>cross sectional</i>	Sampel dalam penelitian ini sebanyak 122 responden dengan tehnik <i>purposive sampling</i>	Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa umur (RP=1,24;95% CI 1,21-73,3) dan ketersediaan fasilitas (RP1,18;95% CI=1,10-13,3) berhubungan dengan pemanfaatan layanan kesehatan peserta BPJS. Kesimpulan, ketersediaan fasilitas merupakan faktor yang paling berpengaruh terhadap pemanfaatan layanan kesehatan peserta BPJS.



No	Penulis/ Tahun	Tujuan Penelitian	Variabel Penelitian	Desain Penelitian dan Metode Analisis	Sampel	Temuan
			terikat dalam penelitian ini adalah pemanfaatan pelayanan kesehatan pada peserta BPJS Kesehatan.			
5.	Sukanto, A. K., Endarti, D., & Widayanti, A. W. (2023)	Untuk mengetahui gambaran persepsi sakit, pengobatan, dan kepuasan peserta JKN terhadap pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan tingkat pertama dan mengetahui hubungan antara karakter sosiodemografis dengan variabel tersebut.	Variabel bebas yaitu faktor sosiodemografi, faktor klinis, dan faktor fasilitas pelayanan kesehatan di FKTP dengan variabel terikatnya yaitu pemanfaatan pelayanan kesehatan di FKTP.	Penelitian ini merupakan penelitian observasional analitik dengan pengumpulan data secara cross-sectional	Penelitian ini sebanyak 385 responden peserta JKN dengan tehnik <i>convenience sampling</i>	Pada persepsi sakit, persepsi terhadap pengobatan, dan kepuasan sebagian besar responden memiliki persepsi positif yaitu sejumlah 373 responden (95,6%), 374 responden (95,8%), dan 363 responden (93%). Variabel yang berhubungan adalah jumlah penghasilan keluarga dan jumlah tanggungan dalam keluarga dengan persepsi sakit, dengan p-value 0,043 (<0,05). Mayoritas responden memiliki persepsi positif tentang sakit dan pengobatan.



No	Penulis/ Tahun	Tujuan Penelitian	Variabel Penelitian	Desain Penelitian dan Metode Analisis	Sampel	Temuan
6.	Napirah, M. R., Rahman , A., & Tony, A. (2016)	untuk mengetahui hubungan persepsi masyarakat tentang kesehatan, persepsi masyarakat tentang kualitas pelayanan, pendapatan keluarga, dan tingkat pendidikan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Tambarana Kecamatan Pesisir Utara Kabupaten Poso.	Variabel Independen yaitu persepsi masyarakat tentang kesehatan, kualitas pelayanan, pendapat an keluarga, dan tingkat pendidikan sedangkan variabel dependen pemanfaatan pelayanan kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Tambarana Kecamatan Poso Pesisir Utara Kabupaten Poso.	Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian survey analitik dengan pendekatan cross sectional	Jumlah sampel sebanyak 69 orang responden diambil menggunakan rumus Standley Lameshow.	Hasil penelitian menunjukkan bahwa persepsi masyarakat tentang kesehatan berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan, persepsi masyarakat tentang kualitas pelayanan tidak berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan, pendapatan keluarga berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan keluarga dan terdapat hubungan tingkat pendidikan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan .



No	Penulis/ Tahun	Tujuan Penelitian	Variabel Penelitian	Desain Penelitian dan Metode Analisis	Sampel	Temuan
7.	Oktarian ita, Andry sartika, Wati, N., & Ferasint a. (2021)	Tujuan penelitian ini untuk mengetahui faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan pada masa pandemi Covid-19 di Puskesmas Lingkar barat Kota Bengkulu.	Penelitian ini berfokus yaitu pada variabel jenis kelamin, umur, pendidikan, jarak dan pengetahuan masyarakat.	Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan rancangan studi cross sectional	Sampel yang digunakan sebanyak 50 responden	Hasil penelitian diketahui bahwa yang sudah memanfaatkan pelayanan Puskesmas yaitu sebanyak 36 responden (68%), sebanyak 37 responden (73%) adalah perempuan, katagori umur >40 tahun sebanyak 27 responden (54%), Pendidikan tinggi sebanyak 41 responden (82%), dan jarak dari rumah ke Puskesmas ≤500 meter sebanyak 43 responden (53%) yang memanfaatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas. Analisis bivariate menunjukkan bahwa variabel yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan ( $pvalue < \alpha$ ) yaitu umur, Pendidikan dan jarak responden. Sedangkan jenis kelamin dan pengetahuan tidak berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan. kesehatan di Puskesmas



No	Penulis/ Tahun	Tujuan Penelitian	Variabel Penelitian	Desain Penelitian dan Metode Analisis	Sampel	Temuan
8.	Stiyawan, Y., & Ainy, A. (2023).	Untuk menganalisis hubungan antara faktor sosio demografi (usia, jenis kelamin, status pekerjaan, status perkawinan, pendidikan, dan riwayat sakit) dengan pemanfaatan layanan kesehatan pada peserta JKN di Kecamatan Jejawi Kabupaten Ogan Komering Ilir.	Variabel independen pada penelitian ini mencakup: usia, jenis kelamin, status pekerjaan, status perkawinan, pendidikan, dan riwayat sakit. Sedangkan variabel dependen yang dianalisis pada penelitian ini adalah pemanfaatan pelayanan kesehatan.	Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian kuantitatif dengan studi cross sectional.	Jumlah sampel 110 orang dengan teknik sampling yaitu cluster random sampling.	Hasil analisis menunjukkan ada hubungan status pekerjaan (p-value=0.002), status pendidikan SMA (pvalue=0.001), status Pendidikan Perguruan Tinggi (p-value=0,004), Jenis kelamin (pvalue=0.024), dan riwayat Sakit (p-value=0.000) dengan penggunaan layanan kesehatan. Dalam pemodelan multivariate, variabel yang dominan berhubungan dengan penggunaan layanan kesehatan adalah variabel riwayat sakit dengan AOR = 3.880. Studi ini menunjukkan bahwa determinan penggunaan layanan kesehatan pada peserta JKN adalah riwayat sakit setelah dikontrol oleh variabel status pekerjaan dan status pendidikan.



No	Penulis/ Tahun	Tujuan Penelitian	Variabel Penelitian	Desain Penelitian dan Metode Analisis	Sampel	Temuan
9.	Widiyast uty et al., (2023)	Untuk menganalisis faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas Entikong Kabupaten Sanggau. Faktor-faktor tersebut meliputi, kebutuhan (perceived need) kepemilikan asuransi kesehatan, jarak tempuh, waktu tempuh, persepsi sakit dan persepsi pelayanan kesehatan.	Variabel dalam penelitian ini terdiri dari variabel independen meliputi kebutuhan, asuransi kesehatan, jarak tempuh, waktu tempuh, persepsi sakit dan persepsi pelayanan kesehatan serta variabel dependen yaitu pemanfaatan pelayanan kesehatan.	Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif observasional dengan menggunakan studi cross sectional.	Populasi sebanyak 3.155 KK. Jumlah responden 250 KK dipilih menggunakan teknik proporsional random sampling.	Nilai signifikansi masing-masing variabel independen untuk variabel dependen ditentukan oleh temuan penelitian, termasuk persepsi kebutuhan ( $p=0.000$ ), asuransi kesehatan ( $p=0.033$ ), jarak tempuh ( $p=0.423$ ), waktu perjalanan ( $p=0.221$ ), budaya ( $p=0,000$ ), persepsi terhadap penyakit ( $p=0,018$ ), dan persepsi terhadap pelayanan kesehatan ( $hal=0,309$ ). Ada hubungan antara kebutuhan yang dirasakan, asuransi kesehatan, budaya, dan penyakit persepsi dan pemanfaatan layanan kesehatan. Tidak ada korelasi antara jarak tempuh,waktu perjalanan, dan persepsi terhadap pelayanan kesehatan serta pemanfaatan pelayanan kesehatan. Menyediakan informasi kesehatan kepada masyarakat, peningkatan mutu pelayanan, penyelesaian Pustu/Polindes infrastruktur, mendekatkan akses layanan, dan meningkatkan cakupan asuransi kesehatan semua diharapkan dapat



No	Penulis/ Tahun	Tujuan Penelitian	Variabel Penelitian	Desain Penelitian dan Metode Analisis	Sampel	Temuan
						meningkatkan minat masyarakat dalam menggunakan pelayanan di Puskesmas Entikong.



## BAB II METODE PENELITIAN

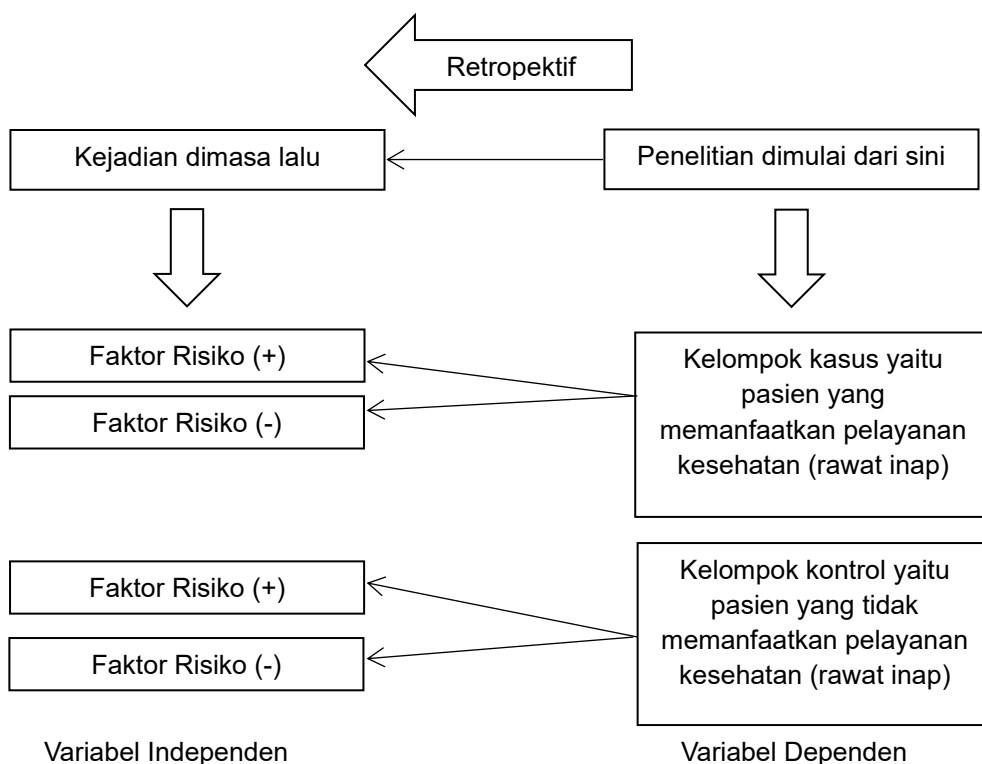
### 2.1 Jenis dan Desain Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian observasional analitik dengan rancangan kasus kelola (case control study), dimana pada desain penelitian ini dilakukan dengan mengidentifikasi subyek-subyek yang merupakan "case" (kasus) kemudian diikuti secara retropektif ada tidaknya faktor yang berpengaruh (risiko) yang diduga sebagai penyebab (kausa) begitu pula dengan control. Penetapan ada tidaknya kontribusi pengaruh faktor risiko terhadap terjadinya efek dilakukan dengan membandingkan antara kasus dan control, sehingga dapat dipakai untuk menentukan adanya pengaruh variabel independen terhadap variabel dependen (Paratama, 2015).

Case Kontrol study atau studi kasus control adalah jenis penelitian observasional analitik yang membandingkan kelompok individu dengan suatu penyakit atau kondisi (kasus) dengan kelompok individu yang tidak memiliki penyakit atau kondisi tersebut (control). Tujuan utamanya adalah untuk mengidentifikasi faktor yang mempengaruhi atau faktor-faktor risiko yang mungkin berkontribusi terhadap terjadinya penyakit atau kondisi yang diteliti (Indra et al., 2024).

Kelompok kasus adalah kelompok yang menderita penyakit atau terkena akibat yang diteliti. Kelompok control adalah mereka yang tidak menderita atau tidak terkena akibat yang diteliti. Pada penelitian kasus control, kelompok kasus dipilih untuk dibandingkan dengan kelompok control dengan melakukan pengamatan terhadap keterpaparan yang ada atau telah lalu yang dianggap cukup relevan dengan sifat penyakit maupun kondisi yang akan diteliti. Adapun desain penelitian ini sebagai berikut





Gambar 2.1 Desain Case Control (Indra et al., 2024)

## 2.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Liwuto Pulau Makasar Kota Baubau. Penelitian ini rencana akan dilaksanakan pada bulan Februari– Maret 2025.

## 2.3 Populasi dan Sampel

### 1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh peserta BPJS yang terdaftar dalam fasilitas Kesehatan di Puskesmas Liwuto Pulau Makasar Kota Baubau yaitu 4.824 peserta.

### 2. Sampel Penelitian

Sampel adalah objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi. Pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan teknik *purposive sampling* yaitu pengambilan sampel berdasarkan pertimbangan tertentu/kriteria yang dibuat oleh peneliti itu sendiri (Sugiyono, 2021). Sampel kasus pada



adalah pasien yang memanfaatkan pelayanan kesehatan rawat inap di Puskesmas Liwuto dan sampel kontrol adalah pasien yang tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan rawat inap di Puskesmas Liwuto. Sampel kasus adalah pasien yang memiliki BPJS dan terdaftar di fasilitas kesehatan Puskesmas Liwuto.

2. Pasien yang memanfaatkan pelayanan kesehatan rawat inap di Puskesmas Liwuto (sampel kasus).
  3. Usia 12 tahun keatas.  
 Karena pada usia 11-12 tahun menurut perkembangan kognitif Piaget anak/remaja mencapai tahap pemikiran operasional formal yakni suatu tahap perkembangan kognitif. Perkembangan kognitif adalah tahapan-tahapan perubahan yang terjadi dalam kehidupan manusia untuk memahami, mengelola informasi, memecahkan masalah dan mengetahui sesuatu. Seiring dengan perkembangan kognitifnya, maka kemampuan anak/remaja dalam pengambilan keputusan semakin meningkat (Chusniyah, 2021).
  4. Bersedia menjadi responden
- 2) Kriteria Eksklusi
1. Responden yang tidak berada ditempat pada saat penelitian berlangsung
  2. Responden yang tidak bersedia menjadi sampel
  3. Responden tunarungu, tunawicara, dan atau tunanetra
- b) Kriteria sampel kontrol
- 1) Kriteria inklusi
    1. Pasien yang memiliki BPJS dan terdaftar difasilitas kesehatan Puskesmas Liwuto .
    2. Usia 12 tahun keatas.  
 Karena pada usia 11-12 tahun menurut perkembangan kognitif Piaget anak/remaja mencapai tahap pemikiran operasional formal yakni suatu tahap perkembangan kognitif. Perkembangan kognitif adalah tahapan-tahapan perubahan yang terjadi dalam kehidupan manusia untuk memahami, mengelola informasi, memecahkan masalah dan mengetahui sesuatu. Seiring dengan perkembangan kognitifnya, maka kemampuan anak/remaja dalam pengambilan keputusan semakin meningkat (Chusniyah, 2021).
    3. Pasien yang tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan rawat inap diPuskesmas Liwuto (sampel kontrol).
    4. Bersedia menjadi responden
  - 2) Kriteria Eksklusi
    1. Responden yang tidak berada ditempat pada saat penelitian berlangsung.
    2. Responden yang tidak bersedia menjadi sampel
    3. Responden tunarungu, tunawicara, dan atau tunanetra

Besar sampel minimum diperoleh dengan menggunakan rumus formula kontrol tidak berpasangan ( Lameshow, 1990) sebagai berikut (10) :

$$\frac{\{ Z_{\alpha} \sqrt{2PQ} + Z_{\beta} \sqrt{P_1 Q_1 + P_2 Q_2} \}^2}{(P_1 - P_2)^2}$$



Kesalahan tipe I = 5% hipotesis satu arah  $Z_{\alpha} = 1,96$

Kesalahan tipe II = 5% hipotesis satu arah  $Z_{\beta} = 0,84$

$n$  = Besar sampel minimal

$P_2$  = Proporsi pada kelompok kontrol = 0,5

$Q_2 = 1 - P_2 = 1 - 0,5 = 0,5$

$$P_1 = \frac{OR \times P_2}{(OR \times P_2) + (1 - P_2)} = \frac{3,16 \times 0,5}{(3,16 \times 0,5) + (1 - 0,5)} = 0,7596$$

$$Q_1 = 1 - P_1 = 1 - 0,7596 = 0,2404$$

$$P = \frac{(P_1 - P_2)}{2} = \frac{(0,7596 - 0,5)}{2} = 0,1298$$

$$Q = 1 - P = 1 - 0,1298 = 0,8702$$

Perhitungan sampel

$$n = \frac{\{Z_{\alpha} \sqrt{2PQ} + Z_{\beta} \sqrt{P_1 Q_1 + P_2 Q_2}\}^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

$$= \frac{\{1,96 \sqrt{2 \times 0,1298 \times 0,8702} + 0,84 \sqrt{0,7596 \times 0,2404 + 0,5 \times 0,5}\}^2}{(0,7596 - 0,5)^2}$$

$$= \frac{\{1,96 \sqrt{0,46630392} + 0,84 \sqrt{0,53260784}\}^2}{0,06739216}$$

$$= \frac{\{1,3384144 + 0,5524926\}^2}{0,06739216}$$

$$= \frac{3,575529}{0,06739216}$$



$$n = 53$$

Berdasarkan rumus tersebut maka nilai  $n$  yang didapatkan adalah 53 orang maka dengan perbandingan 1:1 peneliti mengambil 53 kelompok kasus dan 53 kelompok kontrol. Total sampel 106

## 2.4 Uji Validitas dan Realibilitas

### a. Uji Validitas

Uji validitas ini dilakukan terhadap masyarakat di wilayah Puskesmas Sorawolio Sebanyak 20 orang, uji validitas dianalisis dan dilakukan dengan seleksi item menggunakan uji korelasi *product moment*, sebagai berikut: apabila  $r$  hitung lebih besar dari  $r$  tabel (0,444) maka item pertanyaan tersebut valid. Begitu pula sebaliknya apabila  $r$  hitung lebih kecil dari  $r$  tabel (0,444) maka item pertanyaan tersebut tidak valid. Dari hasil uji validitas di diperoleh nilai 0,866 – 0,518.

### b. Uji Reliabilitas

Uji Reliabilitas dilakukan dengan menggunakan uji *Cronbach's alpha* yaitu menganalisis reliabilitas alat ukur dari satu kali pengukuran dengan ketentuan jika nilai  $r$ -Alpha  $>$   $r$  tabel, maka dinyatakan reliabel. Jika hasil uji menunjukkan nilai Cronbach Alpha  $>$  0,60, maka variabel tersebut dikatakan reliabel. Dari hasil uji reliabilitas diperoleh nilai 0,954

## 2.5 Pengumpulan Data

- a. Data primer diperoleh melalui wawancara dan pengamatan langsung terhadap responden dengan menggunakan kuesioner dengan tahapan mendatangi rumah masyarakat atau pasien yang memanfaatkan pelayanan kesehatan rawat inap Puskesmas Liwuto maupun masyarakat atau pasien yang tidak memanfaatkan pelayanan rawat inap Puskesmas Liwuto untuk melakukan wawancara.
- b. Data Sekunder, yaitu data yang diperoleh melalui perantara berupa rekam medic, profil Puskesmas Liwoto Pulau Makasar Kota Baubau, data BPJS Kesehatan Kota Baubau, laporan kunjungan pasien rawat inap yang menggunakan BPJS yang memanfaatkan pelayanan kesehatan serta referensi lainnya yang berasal baik dari buku maupun jurnal yang berhubungan dengan penelitian serta pendukung lainnya.

## 2.6 Pengolahan Data

Data yang telah dikumpulkan dilokasi penelitian kemudian diolah dan dianalisis secara komputersasi menggunakan program yang terdapat dikomputer. Adapun tahapan dalam mengolah data yaitu sebagai berikut :

### a. Entri Data



merupakan salah satu tahap yang penting dalam mengolah data, ada tahap ini akan dimasukkan semua data melalui software excel. Pada tahapan ini sangat diperlukan ketelitian, dan dalam melakukan pengumpulan data.

ita

ip ini peneliti akan melakukan pemeriksaan kelengkapan terhadap niasi yang telah diberikan dan memastikan tidak ada kesalahan

data/informasi yang telah diberikan dan memastikan tidak ada kesalahan dari hasil pengukuran atau pengisian oleh responden, sehingga semua data dan informasi yang dibutuhkan dapat dikumpulkan secara lengkap dan benar.

c. *Import Data*

Tahap ini dilakukan dengan cara memasukkan data dari luar (*Microsoft excel*) ke dalam computer untuk diolah dan dianalisis.

d. *Coding*

Tahap ini merupakan tahapan pemberian kode pada setiap variabel terhadap data yang telah dikumpulkan yang bertujuan untuk mempermudah pengolahan data.

e. *Cleaning Data*

Proses pemeriksaan atau pengecekan kembali data yang sudah dientry atau diinput sebelumnya sebagai bentuk tindakan untuk mencegah terjadinya kesalahan atau bias sebelum dilakukan analisis statistik

f. *Tabulasi*

Langkah selanjutnya adalah tabulasi dimana peneliti melakukan perhitungan dan analisis data, kemudian membuat tabel - tabel yang berisi data yang telah berisi kode sesuai dengan analisis yang dibutuhkan (tabulasi). Tujuan dilakukan tabulasi ini adalah untuk memudahkan dalam pengolahan data ke dalam suatu tabel.

## 2.7 Analisis Data

Analisis data yang dilakukan yaitu analisis statistik yang terdiri atas :

a. Analisis Univariat

Analisis univariat adalah jenis analisis yang digunakan untuk melihat atau mengetahui gambaran distribusi frekuensi pada masing-masing variabel baik variabel independen, variabel dependen, dan karakteristik sampel yang diteliti.

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat adalah analisis yang dilakukan untuk melihat hubungan variabel yang meliputi variabel independen dan variabel dependen. Uji statistik yang digunakan yaitu uji *chi Square* . Mengingat bahwa rancangan penelitian yang digunakan adalah studi Case Control, maka analisis hubungan dilihat dari nilai Odds Ratio (OR). Dengan mengetahui besarnya OR, maka dapat diestimasi pengaruh dari faktor yang diteliti yaitu pengetahuan, pendapatan keluarga, sikap petugas, jarak tempuh, dukungan keluarga, dan faktor ketersediaan tenaga kesehatan terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan rawat inap peserta BPJS di Puskesmas Liwuto Pulau Makasar Kota Baubau dengan perhitungan OR menggunakan tabel silang 2 x 2 sebagai berikut :



Intigensi tabel 2 x 2 untuk odds ratio pada penelitian case control

Faktor Risiko	Kelompok Studi		Jumlah
	Kasus	Kontrol	
Positif	a	b	a + b
Negatif	c	d	c + d
Jumlah	a + c	b + d	a + b + c + d

Odds kelompok kasus =  $a / (a + c) : c / (a + c) = a/c$

Odds kelompok kontrol =  $b / (b + d) : d / (b + d) = b/d$

Odds Ratio (OR) =  $a/c : b/d = ad/cd$

Keterangan :

a = jumlah kasus dengan resiko faktor positif (+)

b = jumlah kontrol dengan resiko faktor positif (+)

c = jumlah kasus dengan resiko faktor negatif (-)

d = jumlah kontrol dengan resiko faktor negatif (-)

ketentuan yang digunakan odds ratio tersebut adalah :

a. Interval kepercayaan atau confidence interval (CI) sebesar 95%

b. Nilai kemaknaan untuk melihat hubungan faktor risiko dengan kasus ditentukan berdasarkan batas – batas (limit) sebagai berikut :

Nilai batas bawah ( low limit ) =  $OR^{(1-Z/\alpha)}$

Nilai atas bawah ( upper limit ) =  $OR^{(1-Z/\alpha)}$

$f = \sqrt{(1/a + 1/b + 1/c + 1/d) \times 1,96}$  (untuk  $\alpha = 0,05$ )

$e = \text{Log. Natural} ( 2,72 )$

Interpretasi OR :

1. Jika  $OR = 1$ , diperkirakan tidak ada hubungan antara faktor risiko dan kasus. Variabel independen ( pengetahuan, pendapatan keluarga, sikap petugas, jarak tempuh, dukungan keluarga dan ketersediaan tenaga kesehatan ) bukan merupakan faktor risiko terjadinya pemanfaatan pelayanan kesehatan rawat inap peserta BPJS di Puskesmas Liwuto.
2. Jika  $OR > 1$ , diperkirakan terdapat hubungan positif antara faktor risiko dan kasus, artinya faktor risiko merupakan faktor penyebab. Variabel independen ( pengetahuan, pendapatan keluarga, sikap petugas, jarak tempuh, dukungan keluarga dan ketersediaan tenaga kesehatan ) merupakan faktor risiko terjadinya pemanfaatan pelayanan kesehatan rawat inap peserta BPJS di Puskesmas Liwuto.
3.  $OR < 1$ , diperkirakan terdapat hubungan negative antara faktor risiko dan kasus, artinya faktor risiko merupakan faktor protektif (pencegah terjadinya efek). Variabel independen ( pengetahuan, pendapatan keluarga, sikap petugas, jarak tempuh, dukungan keluarga dan ketersediaan tenaga kesehatan ) merupakan faktor protektif terjadinya pemanfaatan pelayanan kesehatan rawat inap peserta BPJS di Puskesmas Liwuto.



Nilai batas bawah dan batas atas keduanya dibawah nilai 1 atau nya diatas nilai 1, berarti hasil analisis dinyatakan ada hubungan bermakna. Sebaliknya bila jarak antara nilai batas atas dengan batas bawah mencakupi nilai 1 maka hasil analisis dinyatakan tidak hubungan bermakna.

c. Analisis Multivariat

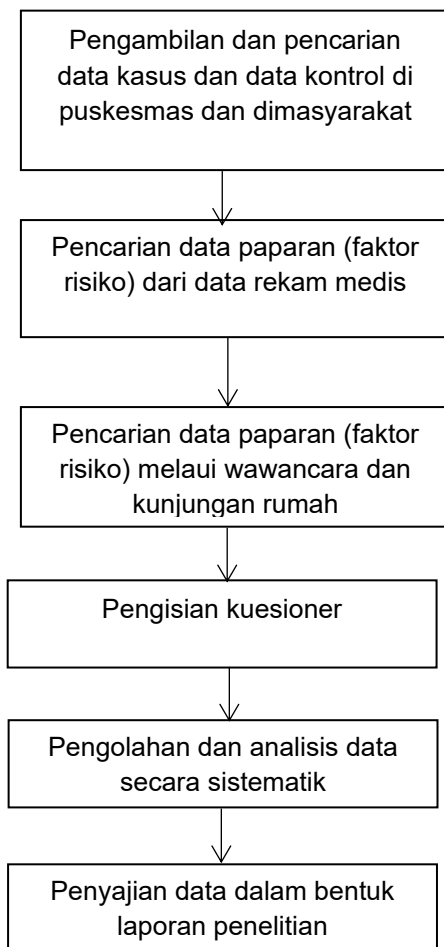
Pada analisis ini dilakukan uji secara bersama sama, sehingga dapat dilihat variabel mana yang paling berisiko terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan rawat inap peserta BPJS di Puskesmas Liwuto Pulau Makasar Kota Baubau. Uji statistic yang digunakan adalah Logistic Regression untuk memperoleh model persamaan yang sesuai dan mendapatkan nilai odds rasio yang telah disesuaikan serta menggunakan persamaan regresi logistic yaitu :

$$P = \frac{1}{1 + e^{- (a+b_1x_1 + b_2x_2 + b_3x_3 + \dots\dots\dots+ b_nx_n)}}$$

Prosedur yang dilakukan terhadap uji regresi logistic, apabila masing – masing variabel bebas dengan hasil menunjukkan nilai  $p < 0,25$  maka variabel tersebut dapat dilanjutkan dalam model multivariate. Analisis multivariate dilakukan untuk mendapatkan model terbaik. Semua variabel kandidat dimasukkan bersama sama untuk pertimbangan menjadi model dengan hasil menunjukkan nilai ( $p < 0,05$ ) dari p tabel. Variabel terpilih dimasukkan ke dalam model dan nilai p yang tidak signiikan dikeluarkan dari model, berurutan dari nilai p tertinggi.



## 2.8 Prosedur Penelitian



Gambar 2.2 Diagram Alur Prosedur Penelitian

## 2.9 Penyajian Data

Dalam penelitian ini penyajian data akan disajikan dalam bentuk teks, tabel, peta dan interpretasi hasil untuk memudahkan dalam penyampaian informasi dan juga agar data yang disajikan mudah dipahami.

## 2.10 Etika Penulisan

Dalam penelitian ini peneliti tetap memperhatikan prinsip-prinsip etika penelitian untuk meminimalisir kemungkinan risiko-risiko yang dapat merugikan responden tidak menolak dan mau berpartisipasi. Penelitian etika penelitian dari Fakultas Kesehatan Masyarakat.

