

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan merupakan aspek yang sangat penting dalam kehidupan manusia serta menjadi hak asasi bagi setiap orang. Seperti yang tercantum dalam Undang-Undang RI No.36 tahun 2009 tentang kesehatan menyatakan bahwa kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pancasila dan Undang-Undang Dasar 1945. Berdasarkan Undang-Undang No. 36 Tahun 2009, tujuan pelayanan kesehatan adalah mencapai derajat kesehatan setinggi-tingginya melalui pencegahan, pengobatan, pemulihan, dan peningkatan Kesehatan (Undang-Undang Kesehatan RI, 2009).

Untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, banyak hal yang perlu diperhatikan. Salah satunya menyelenggarakan pelayanan Kesehatan yaitu upaya yang menyelenggarakan perorangan atau bersama-sama dalam organisasi untuk mencegah dan meningkatkan kesehatan, memelihara serta menyembuhkan penyakit dan juga memulihkan kesehatan perorangan, kelompok, keluarga dan atupun publik masyarakat (Depkes, 2009). Pengertian pelayanan kesehatan menurut pendapat Levery dan Loomba (1973) dalam Setiani & Ramadhika (2024) ialah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara sersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan.

Seiring berkembangnya zaman dan dinamika sosial, pelayanan kesehatan juga dihadapkan pada tantangan globalisasi. Pelayanan kesehatan merupakan ranah yang tidak terlepas dari pengaruh globalisasi yang sedang trend pada saat ini. Globalisasi telah mengubah cara hidup orang banyak, menentukan suka, duka, selera, dan pilihan-pilihan orang dimanapun, akan terjadi persaingan yang bebas, tidak mengenal belas kasihan, dan persaingan yang kejam yang akan melibas dan dan meninggalkan yang lemah apabila tidak siap menghadapinya. Hal ini membuat banyak organisasi termasuk pelayanan kesehatan untuk melakukan inovasi dalam memberikan pelayanannya. Pelayanan yang inovatif dan menguntungkan masyarakat sebagai pengguna jasa akan lebih diminati Masyarakat (Prihandari & Ayuningtyas., 2021).

Data dari World Health Organization (WHO) menegaskan pentingnya pemanfaatan layanan kesehatan sebagai bagian dari pendekatan kesehatan primer, terutama untuk kelompok rentan dan berpenghasilan rendah. Sejalan dengan hal itu, pemerintah Indonesia melalui program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) telah berupaya mencapai cakupan kesehatan semesta (Universal Health Coverage). Hingga Agustus 2024, sebanyak 276.520.647 jiwa atau sekitar 98,19% penduduk

Indonesia telah terdaftar sebagai peserta BPJS Kesehatan. Selain itu, sebanyak 33 provinsi dan 460 kabupaten/kota telah memenuhi syarat UHC dengan cakupan kepesertaan lebih dari 95% dari total penduduk wilayah masing-masing. Capaian ini menunjukkan komitmen pemerintah dalam memperluas akses pelayanan kesehatan secara merata.

Banyak faktor yang menyebabkan derajat kesehatan masyarakat di Indonesia masih rendah, diantaranya adalah masyarakat belum memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan secara optimal, termasuk Puskesmas (Permenkes RI No.75, 2014). Menurut Anderson (1974) dan Lawrence Green (1980) dalam penelitian Askar (2021), faktor-faktor yang mempengaruhi seseorang dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan bergantung pada beberapa karakteristik yang meliputi faktor predisposisi seperti pengetahuan, pekerjaan dan keyakinan dll. Faktor pendukung atau enabling seperti kemampuan dari individu tersebut dan ketersediaan pelayanan kesehatan. Faktor kebutuhan atau need factors. Lalu faktor penguat atau reinforcing factors yang berupa dukungan dari luar seperti dukungan dari keluarga, tokoh masyarakat dan pemerintah.

Selain itu, pendidikan juga menjadi variabel penting dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan. Tingkat pendidikan memengaruhi pengetahuan, sikap, dan perilaku individu dalam menjaga kesehatan. Seseorang dengan pendidikan yang lebih tinggi cenderung lebih mudah memahami informasi medis, menyadari pentingnya pemeriksaan kesehatan, serta lebih terbuka dalam memanfaatkan layanan kesehatan formal. Rendahnya tingkat pendidikan seringkali berkaitan dengan keterbatasan informasi serta rendahnya literasi kesehatan, sehingga masyarakat cenderung menunda berobat atau memilih pengobatan alternatif. Beberapa penelitian menemukan bahwa tingkat pendidikan yang rendah berkorelasi dengan rendahnya pemanfaatan pelayanan kesehatan, khususnya di kalangan pekerja sektor informal yang tidak memiliki perlindungan sosial memadai (Sari & Widodo., 2022).

Selain faktor predisposisi dan pendidikan, persepsi individu juga memegang peranan penting. Pendekatan *Health Belief Model* (HBM) memberikan pemahaman terkait hal ini. HBM menyatakan bahwa perilaku seseorang terhadap upaya pencegahan dan pengobatan dipengaruhi oleh persepsi individu tentang risiko penyakit, manfaat dari tindakan, serta hambatan yang mungkin dihadapi. Dalam konteks pedagang CPI, sebagian mungkin merasa tidak terlalu berisiko sehingga enggan memanfaatkan layanan kesehatan, sementara yang lain menyadari risikonya tetapi terhambat oleh waktu, biaya, atau akses (Putri & Handayani., 2021).

Selain faktor aksesibilitas dan persepsi individu terhadap penyakit, kepemilikan asuransi kesehatan juga menjadi variabel penting dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan, khususnya di kalangan pekerja sektor informal seperti pedagang. Kepemilikan jaminan kesehatan seperti BPJS

Kesehatan berpotensi mengurangi hambatan biaya dan meningkatkan akses layanan medis. Namun, dalam praktiknya, masih banyak pedagang yang belum memiliki asuransi kesehatan atau tidak aktif membayar iuran karena keterbatasan informasi, ketidakmampuan ekonomi, atau persepsi bahwa pelayanan yang diberikan kurang optimal. Hal ini menyebabkan kelompok ini tetap menghadapi risiko pengeluaran kesehatan yang tinggi, dan cenderung menunda atau menghindari layanan medis meskipun mengalami keluhan. Oleh karena itu, kepemilikan asuransi kesehatan menjadi salah satu faktor yang relevan untuk diteliti dalam konteks pemanfaatan pelayanan kesehatan di kawasan CPI Kota Makassar (Abd Rijal dkk., 2025).

Selain faktor aksesibilitas dan persepsi individu terhadap penyakit, kepemilikan asuransi kesehatan juga menjadi variabel penting. Dalam penelitian Madjid (2023) menyatakan bahwa, unsur jaminan pemeliharaan menjadi salah satu alasan utama budaya saat ini, dimana individu merasa lebih terlindungi jika terserang penyakit karena dapat terbebaskan dari tagihan medis jika mereka memiliki asuransi kesehatan. Jika dibandingkan dengan mereka yang tidak memiliki asuransi kesehatan, mereka yang memiliki asuransi kesehatan lebih banyak menggunakan layanan kesehatan. Sebab, masyarakat yang sudah memiliki kartu sehat mendapat bantuan pemerintah berupa pembiayaan yang lebih murah untuk memeriksakan kesehatan dibandingkan dengan yang tidak. Bahkan jika mereka memiliki kartu sehat, mereka harus membayar biaya untuk memeriksakan kesehatan mereka. Asuransi perawatan kesehatan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan memiliki hubungan yang moderat, menurut uji koefisien phi.

Meski cakupan kepesertaan telah mendekati angka maksimal secara nasional, kenyataan di lapangan menunjukkan bahwa pemanfaatan layanan kesehatan belum merata, khususnya pada kelompok pekerja sektor informal seperti pedagang kaki lima. Berbagai studi dan laporan menyebutkan bahwa kelompok ini masih menghadapi kendala administratif, minimnya informasi, hingga persepsi negatif terhadap kualitas layanan BPJS, yang menyebabkan rendahnya utilisasi layanan meski telah menjadi peserta aktif. Hal ini mengindikasikan bahwa kepesertaan saja belum cukup ketersediaan fasilitas, penerimaan sosial, dan pengetahuan juga menjadi faktor kunci yang memengaruhi keputusan untuk memanfaatkan layanan kesehatan (Kusuma, 2021).

Sejalan dengan hal tersebut, penelitian Logen & Balqis (2015) tentang "Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan oleh Pemulung di TPA Tamangapa" juga menemukan bahwa kelompok pekerja informal menghadapi hambatan serupa dalam mengakses layanan kesehatan, baik dari sisi keterbatasan ekonomi, aksesibilitas, maupun persepsi terhadap kualitas layanan.

Kawasan lego-lego CPI yang terkenal di Kecamatan Ujung Pandang Kota Makassar merupakan salah satu icon atau identitas Kota Makassar yang banyak diminati wisatawan karena memiliki potensi sebagai tempat bersantai untuk menikmati pemandangan matahari terbenam (*sunset*). Kawasan CPI juga merupakan tempat pedagang mencari nafkah. Kawasan Lego-lego CPI bukan hanya menjadi ikon wisata Kota Makassar, tetapi juga menjadi ruang ekonomi produktif bagi masyarakat, khususnya para pedagang informal. Para pedagang di kawasan ini berasal dari berbagai latar belakang sosial ekonomi, namun umumnya tergolong dalam kategori ekonomi menengah ke bawah. Sebagian besar dari mereka bekerja tanpa perlindungan sosial formal, seperti BPJS Kesehatan mandiri atau jaminan ketenagakerjaan. Pendapatan para pedagang bervariasi tergantung pada hari dan musim, namun tidak menentu dan cenderung rendah pada hari kerja biasa (Elisabet dkk., 2025).

Berdasarkan observasi awal dan informasi dari pengelola kawasan, mayoritas pedagang di CPI mengandalkan penghasilan harian yang diperoleh dari berjualan makanan dan minuman. Beberapa di antaranya merupakan pendatang dari daerah sekitar Makassar yang menetap sementara demi mencari penghidupan. Mereka cenderung memiliki beban kerja yang tinggi, namun dengan akses terbatas terhadap informasi dan layanan kesehatan yang memadai. Kondisi ini mencerminkan adanya kesenjangan antara kebutuhan akan pelayanan kesehatan dan kemampuan untuk mengaksesnya secara layak (Yonatan & Asmaripa., 2023).

Aktivitas pedagang yang berlangsung dari pagi hingga larut malam, bahkan dini hari, membuat mereka rentan terhadap gangguan kesehatan. Insomnia akibat kerja malam menurunkan daya tahan tubuh, sementara kelelahan fisik berkepanjangan menurunkan produktivitas dan meningkatkan risiko cedera. Bekerja di lingkungan terbuka yang terpapar debu, asap, dan suhu ekstrem meningkatkan risiko ISPA, gangguan pencernaan, dan penyakit kulit. Pola makan tidak teratur dan kurang bernutrisi meningkatkan kemungkinan gastritis, maag kronis, dan hipertensi. Banyak pedagang mengabaikan keluhan kesehatan ringan atau mengobati sendiri tanpa diagnosis yang tepat, berpotensi memperburuk kondisi. Kondisi ini menegaskan pentingnya penelitian mengenai kualitas dan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh pedagang untuk merumuskan solusi yang tepat sasaran (Setiawan dkk., 2023).

Kemenkes RI, 2014 dalam Oktarianita dkk (2021) menyatakan bahwa pemanfaatan Puskesmas merupakan upaya dalam meningkatkan derajat Kesehatan. Puskesmas merupakan fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan tingkat pertama, dengan lebih mengedepankan upaya promotif dan preventif untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya (Kemenkes RI, 2014).

Untuk memberikan gambaran lebih nyata mengenai situasi pemanfaatan pelayanan kesehatan di wilayah studi, khususnya di tingkat layanan primer, data dari salah satu Puskesmas di Kecamatan Ujung Pandang, yaitu Puskesmas Makkasau, dapat dijadikan rujukan penting. Puskesmas Makkasau berperan sebagai pusat pembangunan kesehatan yang menyelenggarakan layanan terdepan dan terdekat dengan masyarakat melalui kegiatan-kegiatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang menyeluruh dan terpadu. Berdasarkan data Puskesmas Makkasau, kunjungan pasien pada tahun 2019 mencapai 57.258 kunjungan. Berdasarkan data Puskesmas Makkasau, kunjungan pasien pada tahun 2019 mencapai 57.258 kunjungan. Namun, terjadi penurunan signifikan pada tahun 2020 menjadi 32.601 kunjungan akibat pandemi Covid-19 yang membuat masyarakat enggan memanfaatkan pelayanan kesehatan. Pada tahun 2021, kunjungan meningkat kembali menjadi 54.760 kunjungan karena adanya program vaksinasi Covid-19. Selain itu, penyakit yang paling banyak dikeluhkan pada tahun 2019 adalah ISPA (1.475 kunjungan), hipertensi (1.329 kunjungan), dan diabetes melitus (1.299 kunjungan). Pada tahun 2020 dominan adalah ISPA (1.127), hipertensi (996), dan gastritis (871). Sedangkan tahun 2021, keluhan tertinggi kembali pada ISPA (1.588), hipertensi (1.355), dan diare (1.096) (Puskesmas Makkasau, 2021).

Pedagang makanan dan minuman merupakan pekerjaan yang waktu kerjanya kurang lebih dari 10 jam/hari. Pedagang makanan dan minuman mulai berjualan dari jam 10 pagi hingga jam 12 malam, pedagang makanan dan minuman melakukan aktivitasnya kebanyakan di malam hari. Dalam konteks pemanfaatan layanan kesehatan, aksesibilitas menjadi faktor yang sangat menentukan. Meskipun Kota Makassar memiliki jaringan fasilitas kesehatan yang cukup lengkap, seperti Puskesmas, klinik, dan rumah sakit umum, tidak semua masyarakat mampu menjangkaunya secara optimal, khususnya kelompok informal seperti pedagang di kawasan CPI (Likusmand kk., 2025).

Salah satu hambatan utama adalah jarak dan waktu operasional fasilitas kesehatan yang tidak sesuai dengan jam kerja para pedagang, yang sebagian besar aktif hingga larut malam. Hal ini menyebabkan mereka kesulitan untuk melakukan pemeriksaan atau konsultasi pada jam kerja normal layanan kesehatan. Selain itu, biaya transportasi dan rasa enggan meninggalkan lapak dagangan juga menjadi penghalang. Banyak pedagang yang memilih menunda pemeriksaan hingga kondisi kesehatan memburuk, karena khawatir kehilangan penghasilan harian. Meskipun ada program pemerintah seperti BPJS Kesehatan, tidak semua pedagang telah terdaftar atau paham cara memanfaatkan fasilitas tersebut. Sosialisasi layanan kesehatan yang kurang menyentuh kelompok ini memperparah situasi. Akibatnya, banyak pedagang yang mengandalkan pengobatan sendiri atau

warung obat, yang tentunya berisiko menimbulkan komplikasi Kesehatan (Pertiwi, 2023).

Tidur adalah salah satu bagian dari siklus sirkadian yang normalnya dilakukan pada malam hari. Ketika siklus sirkadian ini diganggu waktu pelaksanaannya tentu akan mengganggu berbagai fungsi fisiologis normal tubuh, seperti tidur yang harusnya di malam hari, namun digunakan untuk begadang hingga larut malam dan bahkan terjaga hingga pagi hari, membuat aktivitas siang hari terganggu akibat kantuk yang berlebihan (Komalasari, 2023).

Penghasilan merupakan salah satu faktor yang berpengaruh dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan. Penghasilan dapat menunjukkan derajat kesejahteraan Masyarakat. Tingkat pendapatan yang memadai bisa memberikan kemungkinan yang lebih besar dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan untuk melakukan pemeriksaan diri dan mengambil obat (Oktarianita dkk., 2021). Seseorang yang memiliki pendapatan lebih banyak dibandingkan dengan yang lainnya lebih cenderung untuk berinvestasi pada bidang kesehatan. Hal ini dilakukan untuk tetap menjaga status kesehatannya tetap baik (Rakasiwi & Kautsar., 2021).

Pendapatan adalah seluruh penghasilan anggota keluarga di hitung dalam periode satu bulan. Besarnya pendapatan akan mempengaruhi pemanfaatan terhadap pelayanan kesehatan. Tinggi pendapatan mempengaruhi tinggi rendahnya upaya pelayanan kesehatan yang di sediakan. Pendapatan mempunyai sifat yang elastic terhadap pelayanan Kesehatan (Tasrah, 2023). Dalam konteks asuransi kesehatan, pengertian asuransi adalah memastikan seseorang yang menderita sakit akan mendapatkan pelayanan yang dibutuhkannya tanpa harus mempertimbangkan keadaan ekonominya. Untuk memastikan bahwa kebutuhan pelayanan kesehatan dapat dibiayai secara memadai, maka seseorang atau kelompok kecil orang melakukan transfer risiko kepada pihak lain yang disebut insurer/asuradur, ataupun badan penyelenggara jaminan (Taswin dkk., 2022).

Bagi pedagang informal, persepsi terhadap rasa sakit dan pentingnya pengobatan sangat mempengaruhi keputusan mereka untuk mencari layanan kesehatan. Persepsi adalah pengalaman tentang objek, peristiwa atau hubungan-hubungan yang telah diperoleh dengan menyimpulkan informasi dan menafsirkannya (Riestyani, 2020). Seseorang konsumen yang memposisikan dirinya berkepribadian tinggi, tentunya akan menginginkan produk yang sesuai dengan kepribadiannya (Sinulingga dkk., 2023).

Pentingnya penelitian ini terletak pada kebutuhan untuk memahami secara komprehensif faktor-faktor yang memengaruhi kualitas pelayanan kesehatan yang diterima oleh pedagang di kawasan CPI Kota Makassar. Meskipun sejumlah program pemerintah, seperti BPJS Kesehatan dan

program promotif-preventif Puskesmas, telah diterapkan, masih terdapat gap antara ketersediaan layanan dan kemampuan pedagang untuk memanfaatkannya. Penelitian ini berupaya mengungkap hambatan baik dari sisi persepsi, akses, maupun ekonomi serta potensi solusi yang dapat meningkatkan efektivitas layanan kesehatan. Hasil penelitian diharapkan dapat menjadi rekomendasi bagi Dinas Kesehatan Kota Makassar dan pemangku kebijakan terkait untuk merancang intervensi yang lebih tepat sasaran, sehingga derajat kesehatan pedagang informal dapat meningkat dan berdampak positif pada kesejahteraan ekonomi mereka.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah dipaparkan terdapat rumusan masalah yaitu faktor-faktor apa saja yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh pedagang di kawasan Centre Point of Indonesia (CPI) Kota Makassar Tahun 2025?

1.3 Tujuan Penelitian

1.1.1 Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk menganalisis faktor-faktor apa saja yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan Kesehatan oleh pedagang di Kawasan CPI kota Makassar tahun 2025

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Untuk menganalisis hubungan antara faktor umur dengan pemanfaatan pelayanan Kesehatan oleh Pedagang di Kawasan CPI Kota Makassar Tahun 2025
- b. Untuk menganalisis hubungan antara faktor Pendidikan dengan pemanfaatan pelayanan Kesehatan oleh Pedagang di Kawasan CPI Kota Makassar Tahun 2025
- c. Untuk menganalisis hubungan Pemanfaatan pelayanan Kesehatan oleh Pedagang di Kawasan CPI Kota Makassar Tahun 2025
- d. Untuk menganalisis hubungan antara faktor pendapatan dengan pemanfaatan pelayanan Kesehatan oleh Pedagang di Kawasan CPI Kota Makassar Tahun 2025
- e. Untuk menganalisis hubungan antara faktor kepemilikan asuransi Kesehatan dengan pemanfaatan pelayanan Kesehatan oleh Pedagang di Kawasan CPI Kota Makassar Tahun 2025
- f. Untuk menganalisis hubungan antara faktor aksesibilitas Kesehatan dengan pemanfaatan pelayanan Kesehatan oleh Pedagang di Kawasan CPI Kota Makassar Tahun 2025
- g. Untuk menganalisis hubungan antara faktor persepsi sakit dengan pemanfaatan pelayanan Kesehatan oleh Pedagang di Kawasan CPI Kota Makassar Tahun 2025

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Ilmiah

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi dalam pengembangan ilmu pengetahuan di bidang Kesehatan Masyarakat, khususnya terkait faktor-faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan Kesehatan oleh kelompok informal seperti pedagang

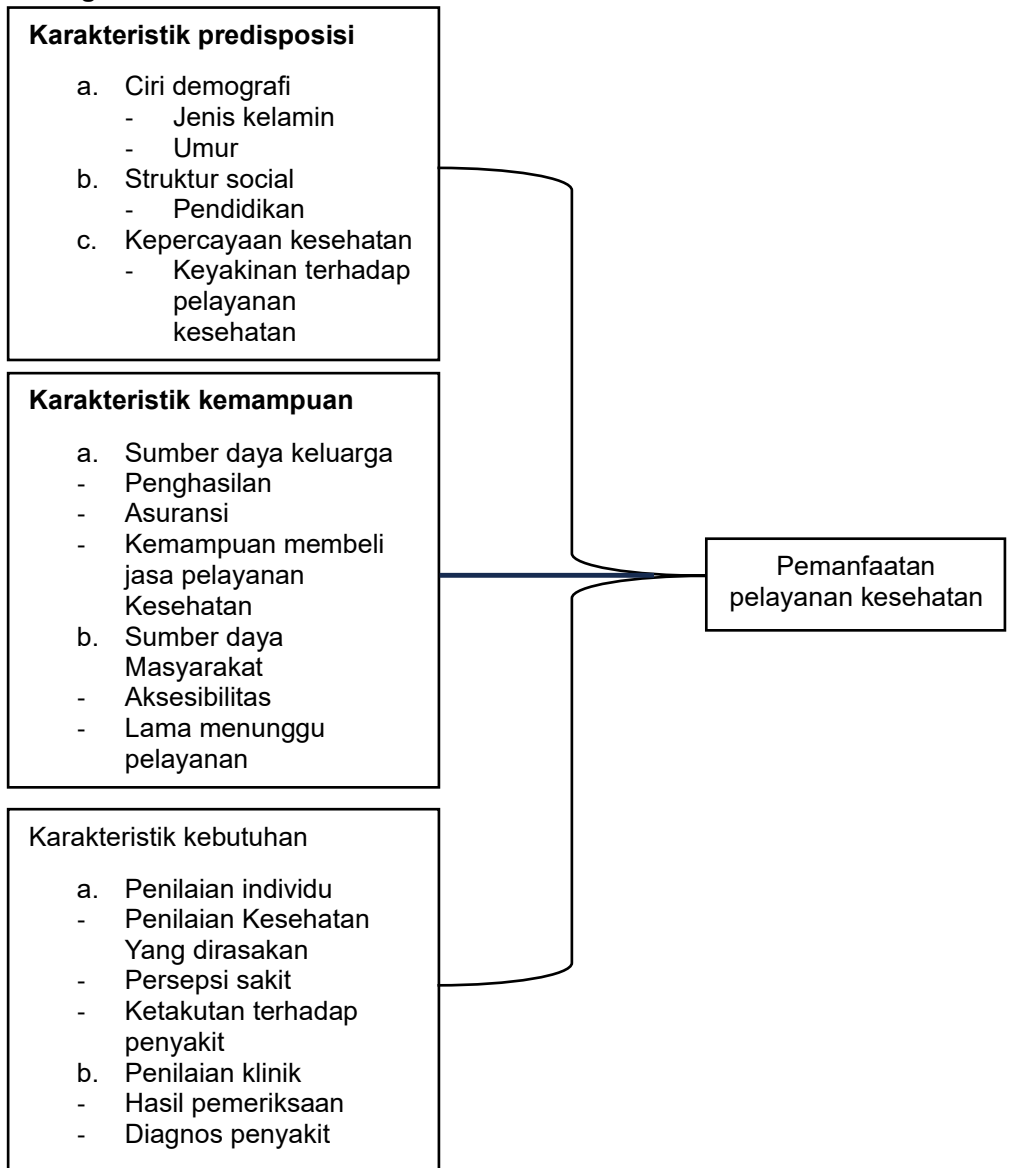
1.4.2 Manfaat bagi Institusi

Penelitian diharapkan mampu menjadi referensi dalam meningkatkan ilmu pengetahuan dan berpengaruh pada perkembangan pemanfaatan pelayanan kesehatan.

1.4.3 Manfaat bagi Masyarakat

Penelitian ini dapat meningkatkan kesadaran pedagang akan pentingnya memanfaatkan pelayanan Kesehatan serta dapat memberikan informasi penting terkait kualitas pelayanan kesehatan yang layak bagi pedagang di kawasan CPI.

1.5 Kerangka Teori

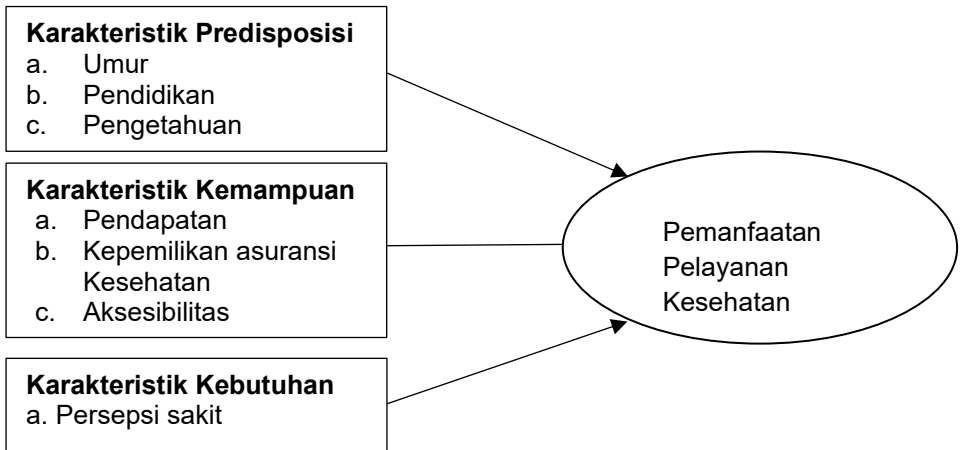


Sumber : Andersen 1974 Dalam Penelitian Tasyah (2019)

Gambar 2.1 : Model Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Oleh Andersen

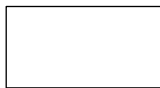
1.6 Kerangka Konsep Penelitian

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



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan :



= Variabel Independen



= Variabel Dependen

Gambar 3.2 Kerangka Konsep penelitian

1.7 Hipotesis Penelitian

Hipotesis dalam penelitian ini adalah

Hipotesis Nol (H₀)

1. Tidak ada hubungan antara faktor umur dengan pemanfaatan pelayanan Kesehatan oleh Pedagang di Kawasan CPI Kota Makassar Tahun 2025
2. Tidak ada hubungan antara faktor Pendidikan dengan pemanfaatan pelayanan Kesehatan oleh Pedagang di Kawasan CPI Kota Makassar Tahun 2025
3. Tidak ada hubungan antara faktor pendapatan dengan pemanfaatan pelayanan Kesehatan oleh Pedagang di Kawasan CPI Kota Makassar Tahun 2025

4. Tidak ada hubungan antara faktor kepemilikan asuransi Kesehatan dengan pemanfaatan pelayanan Kesehatan oleh Pedagang di Kawasan CPI Kota Makassar Tahun 2025
5. Tidak ada hubungan antara faktor aksesibilitas Kesehatan dengan pemanfaatan pelayanan Kesehatan oleh Pedagang di Kawasan CPI Kota Makassar Tahun 2025
6. Tidak ada hubungan antara faktor Waktu Tunggu Pelayanan Kesehatan Kesehatan dengan pemanfaatan pelayanan Kesehatan oleh Pedagang di Kawasan CPI Kota Makassar Tahun 2025
7. Tidak ada hubungan antara faktor persepsi sakit dengan pemanfaatan pelayanan Kesehatan oleh Pedagang di Kawasan CPI Kota Makassar Tahun 2025

BAB II

METODE PENELITIAN

2.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif yaitu pendekatan penelitian menggunakan data-data berupa angka dan ilmu pasti untuk menjawab hipotesis penelitian (Marinu, 2023), dengan desain *cross sectional* yakni pengumpulan data dilakukan bersamaan atau pada satu rentang waktu tertentu, singkat, dan proses pengamatan terhadap subjek studi dilakukan hanya satu kali pada rentan waktu yang telah di tetapkan (Abduh et al., 2023).

2.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di kawasan Centre Point of Indonesia (CPI) Kota Makassar, khususnya pada tenant atau gerai pedagang makanan dan minuman., yang direncanakan selama 2 bulan mulai dari bulan November sampai Desember 2025.

2.3 Populasi dan Sampel

2.3.1 Populasi

Populasi adalah suatu kesatuan individu atau subyek pada wilayah dan waktu dengan kualitas tertentu yang akan diamati/diteliti. Populasi dalam penelitian ini adalah pedagang makanan dan minuman yang beroperasi di tenant atau gerai resmi Kawasan *Centre Point of Indonesia* (CPI) Kota Makassar, dengan jumlah sebanyak 62 orang, dan tidak termasuk pedagang yang berjualan secara berjejer di area terbuka.

2.3.2 Sampel

Sampel penelitian ini merupakan representative populasi yang dijadikan sumber informasi bagi data yang diperlukan untuk menjawab masalah penelitian dengan kriteria inklusi:

- a. Responden berprofesi sebagai pedagang
- b. Responden bersedia untuk menjadi responden dan siap untuk diwawancarai dan mampu berkomunikasi dengan baik dan dapat dimengerti oleh peneliti.

Sampel dalam penelitian ini terdiri dari 62 orang pedagang yang beraktivitas di kawasan CPI Kota Makassar. Jumlah tersebut dipilih karena merupakan total keseluruhan populasi pedagang yang ada di lokasi penelitian, sehingga seluruh populasi dijadikan sebagai sampel (*total sampling*) guna memperoleh gambaran yang menyeluruh dan akurat mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas pelayanan kesehatan di kawasan tersebut.

2.4 Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan pada penelitian ini antara lain:

1. Kuesioner

Kuesioner merupakan instrumen yang digunakan untuk mengukur suatu peristiwa atau kejadian dimana kuesioner ini berisi kumpulan pertanyaan dengan tujuan memperoleh informasi terkait dengan penelitian yang dilakukan (Amalia et al., 2022). Dalam penelitian ini kuesioner yang digunakan diadopsi dari penelitian Meidella, (2021).

2. Kamera handphone

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

2.5 Metode Pengumpulan Data

1. Jenis data dalam penelitian ini berupa data kuantitatif yang diperoleh dari wawancara menggunakan kuesioner yang berisi tentang variabel yang terkait penelitian.

2. Sumber data

- a. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh melalui wawancara langsung kepada responden pada saat penelitian dengan menggunakan kuesioner penelitian (Sugiyono, 2013). Data yang dapat dikumpulkan dapat berupa angka-angka, keterangan tertulis, informasi lisan, dan beragam fakta yang berhubungan dengan fokus penelitian yang diteliti.

- b. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari beberapa instansi terkait, seperti di Kantor pengelola lego-lego dan berbagai literatur serta jurnal Kesehatan yang berhubungan dengan penelitian ini.

- c. Instrument penelitian

Instrumen yang digunakan oleh peneliti dalam penelitian ini adalah kuesioner.

4.6 Pengolahan dan Analisis Data

4.6.1 Pengolahan Data

Pengolahan data adalah suatu proses dalam memperoleh data atau angka ringkasan dengan menggunakan cara-cara atau rumus-rumus tertentu. Pengolahan data bertujuan mengubah data menjadi lebih halus sehingga memberikan arah untuk pengkajian lebih

lanjut. Pengolahan data tersebut dilakukan dengan tahap-tahap sebagai berikut:

1. *Editing* (Penyuntingan Data)

Editing adalah pengecekan atau pengoreksian data yang telah terkumpul. Tujuan *editing* yaitu untuk menghilangkan kesalahan-kesalahan yang terdapat pada pencatatan di lapangan dan bersifat koreksi.

2. *Coding* (Pengkodean Variabel)

Coding adalah pemberian kode-kode pada tiap-tiap data yang termasuk dalam kategori yang sama. Kode adalah isyarat yang dibuat dalam bentuk angka atau huruf yang memberikan petunjuk atau identitas pada suatu informasi atau data yang akan dianalisis.

3. *Entry Data*

Setelah melakukan coding di SPSS, selanjutnya menginput data pada masing-masing variabel. Urutan data yang diinput berdasarkan nomor responden pada kuesioner.

4. *Cleaning Data*

Setelah proses penginputan data, maka dilakukan cleaning data dengan cara melakukan analisis frekuensi pada semua variabel untuk melihat ada tidaknya missing data. Data yang missing dibersihkan sehingga dapat dilakukan proses analisis.

5. Tabulasi Data

Tabulasi adalah pembuatan tabel-tabel yang berisi data yang telah diberi kode sesuai dengan analisis yang dibutuhkan. Dalam melakukan tabulasi diperlukan ketelitian agar tidak terjadi kesalahan. Tabulasi dilakukan untuk memudahkan dalam pengelolaan data ke dalam suatu tabel. Pengelolaan data dilakukan secara elektronik dengan menggunakan *software* SPSS dan *Microsoft Office*.

4.6.2 Analisis Data

Langkah berikutnya setelah melakukan pengolahan data adalah analisis data. Analisis data pada penelitian ini menggunakan program SPSS (*statistical package for social science*) versi 27. Adapun proses analisis data mencakup analisis univariat dan bivariat.

1. Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan terhadap tiap variabel dari hasil penelitian. Dengan melihat persentase menggunakan distribusi frekuensi untuk mengetahui

gambaran terhadap variabel yang diteliti. Dalam penelitian ini, analisis univariat dapat memberikan gambaran karakteristik responden (umur dan pendidikan), pengetahuan, sikap dan fasilitas kesehatan terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan.

2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi. Analisis bivariat digunakan untuk mencari pengaruh dan membuktikan hipotesis dua variabel, yakni untuk mengetahui hubungan variabel dependen dengan independen dalam bentuk tabulasi silang (*crosstab*) dengan menggunakan sistem komputerisasi program SPSS dengan uji statistik *chi-square*. Uji *chi-square* berguna untuk menguji hubungan atau pengaruh dua variabel yang menggunakan taraf signifikansi $\alpha = 0,05$. Apabila hasil uji terdapat hubungan (bermakna), maka dilanjutkan dengan uji *Pearson's R* untuk mengetahui besarnya korelasi atau hubungan variabel tersebut.

2.7 Penyajian Data

Data yang telah dianalisis selanjutnya disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi, grafik, dan disertai dengan asumsi penjelasan atau interpretasi dari setiap tabel maupun grafik. Hal ini dilakukan agar data yang disajikan mudah untuk dipahami.