

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pelayanan kesehatan yang baik sering kali menjadi indikator minat masyarakat dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan, (Alamsyah (2011) dalam Rumengan, dkk (2015)) permasalahan klasik yang sering timbul di pelayanan kesehatan adalah berupa ketersediaan tenaga kesehatan yang kurang serta kelengkapan obat yang belum memadai. Ditambahkan pula dengan sikap dan perilaku petugas kesehatan terhadap pasien, hubungan antara petugas kesehatan dengan pasien belum tercipta secara baik sehingga bisa menimbulkan rendahnya tingkat kepercayaan terhadap layanan yang diberikan. Hal tersebut banyak mempengaruhi minat masyarakat untuk memperoleh pelayanan di pelayanan kesehatan.

Pelayanan kesehatan bagi masyarakat sering kali dipermasalahkan karena harus memerlukan biaya yang tinggi dalam upaya melakukan pemenuhan terhadap pelayanan kesehatan. Maka dari waktu ke waktu pemerintah terus melakukan upaya menghasilkan program-program untuk meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu dengan biaya yang terjangkau bagi seluruh lapisan masyarakat. Menjawab tantangan tersebut pada tahun 2014 telah berlakunya program JKN (Jaminan Kesehatan Nasional), JKN merupakan salah satu program dari pemerintah yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan untuk menyelenggarakan sistem pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat (UU Nomor 40 tahun 2004).

Penyelenggara pelayanan kesehatan untuk peserta JKN menurut Perpres No. 12 tahun 2013 tentang JKN, baik pelayanan rawat jalan maupun rawat inap harus dilakukan dengan sistem berjenjang mulai dari pelayanan kesehatan tingkat pertama (primer), pelayanan kesehatan tingkat kedua (sekunder), dan pelayanan tingkat ketiga (tersier). Penyelenggara pelayanan kesehatan meliputi: 1) tingkat pertama diantaranya puskesmas, klinik pratama, praktik dokter, praktik dokter gigi, dan rumah sakit kelas D, 2) tingkat kedua diantaranya klinik utama, rumah sakit umum, dan rumah sakit khusus, dan 3) tingkat ketiga yaitu rumah sakit yang menjadi rujukan provinsi dan nasional. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan di Indonesia memiliki filosofi yaitu paradigma sehat, adanya paradigma sehat maka pelayanan kesehatan lebih berfokus pada pelayanan kesehatan primer dengan mengutamakan upaya promotif dan preventif tanpa mengabaikan upaya kuratif.

Paradigma sehat sampai saat ini tidak berjalan sebagaimana mestinya, idealnya peran sebagai penyelenggara pelayanan primer mampu menggeser dari paradigma sakit dimana pelayanan kesehatan hanya sebagai penyedia pengobatan bagi orang yang sakit (kuratif) menjadi paradigma sehat. Upaya penyelenggaraan paradigma sehat diterapkan oleh BPJS Kesehatan melalui program-program di fasilitas kesehatan primer melayani berbagai jenis pelayanan diantaranya: penyuluhan kesehatan perorangan, imunisasi dasar, keluarga berencana, skrinning kesehatan, pelayanan kuratif, rehabilitatif, kebidanan, darurat medis, rawat inap tingkat pertama, kefarmasian, dan pelayanan penunjang.

Pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan primer sampai saat ini banyak yang belum memanfaatkan pelayanan promotif dan preventif. Menurut

Muninjaya (2014) dalam Wulandari F.K dan Achadi A. (2016) upaya promotif dan preventif untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya dalam pelaksanaan saat ini belum terlaksana dengan baik, pelayanan kesehatan lebih berfokus pada aspek kuratif. Dan berdasarkan penelitian dari Kurniawan M.F. dkk (2016) menunjukkan bahwa setiap fasilitas kesehatan pertama cenderung mengalami kenaikan rasio utilisasi, terutama di klinik pratama mengalami kenaikan yang paling tinggi diantara fasilitas kesehatan pratama lainnya yaitu mengalami kenaikan sekitar 16,9%, kenaikan utilisasi tersebut berupa meningkatnya jumlah pengunjung sakit dibandingkan pengunjung sehat.

Klinik Universitas Siliwangi merupakan salah satu fasilitas kesehatan pratama yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan dengan memiliki 3 (tiga) jenis kepesertaan berupa kepesertaan dari masyarakat umum, kepesertaan dari tenaga pendidik dan tenaga kependidikan Universitas Siliwangi, serta kepesertaan dari mahasiswa Universitas Siliwangi. Kepesertaan tenaga pendidik dan tenaga kependidikan Universitas Siliwangi yang terdaftar sebagai peserta di Klinik Universitas Siliwangi cukup besar dengan total 335 orang dari total tenaga pendidik dan tenaga kependidikan di Universitas Siliwangi berjumlah 495 orang, hal tersebut menunjukkan bahwa 67,7% dari seluruh tenaga pendidik dan tenaga kependidikan Universitas Siliwangi terdaftar sebagai peserta JKN dengan memilih fasilitas kesehatan tingkat pertama di Klinik Universitas Siliwangi, karena dari pihak Universitas bahwa setiap tenaga pendidik dan tenaga kependidikan dalam pemilihan pelayanan kesehatan primer dianjurkan di Klinik Universitas Siliwangi.

Klinik Universitas Siliwangi dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan tergolong baik karena telah di atas standar pemanfaatan minimal yaitu 17% dari total peserta setiap bulannya. Dari total peserta yang terdaftar pemanfaatan pelayanan kesehatan dalam dua tahun terakhir terus mengalami kenaikan sebesar 3,4%, pada tahun 2017 pemanfaatan layanan kesehatan sebesar 17,5% dan pada tahun 2018 menjadi 20,9%. Meskipun adanya peningkatan pemanfaatan layanan kesehatan pada seluruh peserta, namun pemanfaatan layanan kesehatan oleh tenaga pendidik dan tenaga kependidikan Universitas Siliwangi terus mengalami penurunan yaitu pada bulan November 2018 persentase pemanfaatan sebanyak 26,9% namun di Bulan Desember 2018 menjadi 18,5%.

Perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan berdasarkan Anderson dipengaruhi oleh 3 (tiga) hal, yaitu 1) karakteristik predisposisi, meliputi demografi (umur dan jenis kelamin), struktur sosial (pendidikan, pekerjaan) sehingga mempengaruhi pengetahuan, dan kepercayaan kesehatan, 2) karakteristik pendukung meliputi aksesibilitas berbagai sumberdaya berupa sumberdaya keluarga dan sumberdaya masyarakat, dan 3) karakteristik kebutuhan meliputi merasa sakit, dan diagnosa klinik yang akan membentuk persepsi. Beberapa hasil penelitian faktor-faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan pada peserta BPJS Kesehatan antara lain persepsi tentang JKN, akses pelayanan, dan persepsi terhadap tindakan petugas (Napirah, dkk., 2016, Rumengan, dkk., 2015, dan Wulandari, dkk., 2016).

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan peneliti pada bulan Februari 2019 kepada 11 tenaga pendidik dan tenaga kependidikan

Universitas Siliwangi yang terdaftar sebagai peserta BPJS Kesehatan di Klinik Universitas Siliwangi, pemanfaatan layanan kesehatan pada tenaga pendidik dan tenaga kependidikan Universitas Siliwangi hanya 28%. Pengetahuan dari tenaga pendidik dan tenaga kependidikan tentang manfaat layanan dari BPJS Kesehatan hanya 52% yang menjawab benar. Dan sebagian responden memiliki persepsi yang kurang bagus terhadap manfaat layanan dari BPJS Kesehatan berupa 26,67% responden memiliki persepsi adanya perbedaan efektifitas obat di FKTP antara pasien umum dengan pasien BPJS Kesehatan, serta 20% responden memiliki persepsi bahwa pelayanan yang diberikan untuk pasien umum dan peserta BPJS Kesehatan berbeda.

Uraian tersebut membuat peneliti menjadi tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Hubungan pengetahuan dan persepsi dengan pemanfaatan layanan BPJS kesehatan Di Klinik Universitas Siliwangi (studi pada tenaga pendidik dan tenaga kependidikan Universitas Siliwangi) ”.

B. Rumusan Masalah

Latar belakang masalah di atas menunjukkan dari hasil survei awal pemanfaatan fasilitas pada tenaga pendidik dan tenaga kependidikan dalam 6 bulan terakhir hanya 28% yang memanfaatkan layanan BPJS Kesehatan di Klinik Universitas Siliwangi, pengetahuan dari responden hanya 52% yang menjawab benar, dan persepsi responden 46,67% masih memiliki persepsi yang kurang baik terhadap manfaat yang diterima bagi peserta BPJS Kesehatan. maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah "bagaimana hubungan pengetahuan dan persepsi dengan pemanfaatan layanan BPJS

kesehatan di Klinik Universitas Siliwangi pada tenaga pendidik dan tenaga kependidikan Universitas Siliwangi?”.

C. Tujuan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah di atas, maka penelitian ini dapat ditentukan beberapa tujuan yang terbentuk, yaitu:

1. Tujuan Umum

Penelitian ini memiliki tujuan mengetahui hubungan faktor pengetahuan dan persepsi dengan pemanfaatan layanan BPJS Kesehatan di Klinik Universitas Siliwangi pada tenaga pendidik dan tenaga kependidikan Universitas Siliwangi tahun 2019.

2. Tujuan Khusus

- a. Menganalisis hubungan pengetahuan dengan pemanfaatan layanan promotif preventif BPJS kesehatan di Klinik Universitas Siliwangi pada tenaga pendidik dan tenaga kependidikan Universitas Siliwangi.
- b. Menganalisis hubungan pengetahuan dengan pemanfaatan layanan kuratif BPJS kesehatan di Klinik Universitas Siliwangi pada tenaga pendidik dan tenaga kependidikan Universitas Siliwangi.
- c. Menganalisis hubungan persepsi dengan pemanfaatan layanan promotif preventif BPJS kesehatan di Klinik Universitas Siliwangi pada tenaga pendidik dan tenaga kependidikan Universitas Siliwangi.

- d. Menganalisis hubungan persepsi dengan pemanfaatan layanan kuratif BPJS kesehatan di Klinik Universitas Siliwangi pada tenaga pendidik dan tenaga kependidikan Universitas Siliwangi.

D. Ruang Lingkup Penelitian

Ruang lingkup dalam penelitian ini meliputi lingkup masalah, metode, keilmuan, tempat, sasaran, dan waktu. Dijelaskan sebagai berikut:

1. Lingkup Masalah

Penelitian ini masalah yang dibatasi hanya pada faktor pengetahuan dan persepsi yang berhubungan dengan pemanfaatan layanan BPJS kesehatan di Klinik Universitas Siliwangi pada tenaga pendidik dan tenaga kependidikan Universitas Siliwangi.

2. Lingkup Metode

Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan metode *survei* dengan pendekatan *cross sectional*.

3. Lingkup Keilmuan

Bidang ilmu yang diteliti merupakan lingkup ilmu kesehatan masyarakat dengan peminatan Administrasi Kebijakan Kesehatan (AKK).

4. Lingkup Tempat

Tempat penelitian dilaksanakan di Universitas Siliwangi.

5. Lingkup Sasaran

Penelitian ini menggunakan sasaran kepada seluruh tenaga pendidik dan tenaga kependidikan Universitas Siliwangi yang memilih Klinik Universitas Siliwangi sebagai fasilitas kesehatan tingkat pertama.

6. Lingkup Waktu

Pelaksanaan penelitian ini dari bulan April – Juli 2019.

E. Manfaat Penelitian

1. Bagi Peneliti

Mengetahui faktor penyebab pemanfaatan fasilitas kesehatan tingkat pertama oleh tenaga pendidik dan tenaga kependidikan Universitas Siliwangi di Klinik Universitas Siliwangi, serta sebagai sarana dalam pengaplikasian ilmu yang telah didapatkan dari bangku perkuliahan dalam bidang kesehatan masyarakat dalam bentuk penelitian ilmiah.

2. Bagi lembaga terkait

Penelitian ini diharapkan dijadikan bahan evaluasi bagi pihak yang terkait untuk berupaya meningkatkan cakupan pemanfaatan pelayanan kesehatan baik promotif, preventif dan kuratif di fasilitas kesehatan.

3. Bagi Fakultas Ilmu Kesehatan

Menambah referensi hasil penelitian tentang pemanfaatan layanan BPJS Kesehatan.

4. Bagi peneliti lain

Diharapkan menjadi salah satu rujukan dalam pengembangan ilmu pengetahuan dalam penelitian selanjutnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Layanan BPJS Kesehatan

1. Fasilitas Pelayanan

Fasilitas kesehatan adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan perorangan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah daerah, dan/atau masyarakat (PerkaBPJS Nomor 1 tahun 2014). Manfaat pelayanan kesehatan adalah faedah jaminan sosial yang menjadi hak peserta dan atau anggota keluarganya (PerkaBPJS Nomor 1 tahun 2014). Manfaat penjaminan pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan terdiri dari pelayanan kesehatan tingkat pertama, pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan, serta pelayanan penunjang lainnya, yang dijelaskan sebagai berikut:

a. Fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP)

Fasilitas kesehatan tingkat pertama dalam pelayanan kesehatan bagi peserta jaminan kesehatan nasional berupa: Puskesmas atau yang setara, Praktik dokter, Praktik dokter gigi, Klinik pratama atau yang setara, dan Rumah Sakit Kelas D Pratama atau yang setara (Permenkes No. 71 tahun 2013). Penjelasan dari setiap fasilitas kesehatan tingkat pertama sebagai berikut sesuai panduan layanan bagi peserta BPJS Kesehatan:

1) Puskesmas

Pusat kesehatan masyarakat atau disingkat puskesmas adalah suatu unit pelaksana fungsional yang berfungsi sebagai pusat pembangunan kesehatan, pusat pembinaan peran serta masyarakat dalam bidang kesehatan serta pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menyelenggarakan kegiatannya secara menyeluruh, terpadu, dan berkesinambungan pada suatu masyarakat yang bertempat tinggal dalam suatu wilayah tertentu (Azwar,2010:125)

Fasilitas kesehatan di puskesmas meliputi puskesmas non perawatan dan puskesmas perawatan (puskesmas dengan tempat tidur).

- 2) Praktik dokter umum / Klinik umum, terdiri dari Praktek dokter umum perseorangan, praktek dokter umum bersama, klinik dokter umum / Klinik 24 jam, Praktek dokter gigi, Klinik Pratama, RS Pratama.
- 3) Fasilitas kesehatan milik Tentara Nasional Indonesia (TNI)
 - a. TNI angkatan darat, meliputi: Poliklinik kesehatan dan pos kesehatan.
 - b. TNI angkatan laut, meliputi: Balai kesehatan A dan D, Balai pengobatan A, B, dan C, lembaga kesehatan kelautan dan lembaga kedokteran gigi.
 - c. TNI angkatan udara, meliputi: seksi kesehatan TNI AU, Lembaga kesehatan penerbangan dan antariksa (Laksepra) dan Lembaga kesehatan gigi dan mulut (Lakesgilut).

4) Fasilitas kesehatan milik Polisi Republik Indonesia (POLRI), terdiri dari: Poliklinik induk POLRI, Poliklinik umum POLRI, Poliklinik lain milik POLRI dan tempat perawatan sementara (TPS) POLRI.

5) Klinik pratama

Klinik adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan yang menyediakan pelayanan medis dasar dan/atau spesialisik, diselenggarakan oleh lebih dari satu jenis tenaga kesehatan dan dipimpin oleh seorang tenaga medis (Permenkes 28 tahun 2011). Klinik pratama menyelenggarakan medik dasar yang bersifat promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

6) Rumah sakit kelas D pratama atau yang setara

Rumah sakit kelas D adalah rumah sakit yang bersifat transisi karena pada suatu saat akan ditingkatkan menjadi rumah sakit kelas C. kemampuan rumah sakit kelas D hanya memberikan pelayanan kodekteran umum dan kedokteran gigi (Azwar, 2010).

b. Fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan (FKRTL)

Fasilitas pelayanan di fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan bertempat: Klinik utama atau yang setara, Rumah sakit umum, dan Rumah sakit khusus (Permenkes No. 71 tahun 2013). Penjelasan dari setiap fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan sebagai berikut:

1) Klinik utama

Klinik utama merupakan klinik yang menyelenggarakan pelayanan medik spesialisik atau pelayanan medik dasar dan spesialisik (Permenkes 28 tahun 2011).

2) Balai Kesehatan, terdiri dari: Balai Kesehatan Paru Masyarakat, Balai Kesehatan Mata Masyarakat, Balai Kesehatan Ibu dan Anak, dan Balai Kesehatan Jiwa.

3) Rumah sakit

Rumah sakit adalah suatu organisasi yang melalui tenaga medis professional yang terorganisir serta sarana kedokteran yang permanen menyelenggarakan pelayanan kedokteran, asuhan keperawatan yang berkesinambungan, diagnosis serta pengobatan penyakit yang diderita oleh pasien (*American hospital association*, 1974 dalam Azwar, 2010:88).

Rumah sakit terdiri dari: RS Umum (RSU), RS Umum Pemerintah Pusat (RSUP), RS Umum Pemerintah Daerah (RSUD), RS Umum TNI, RS Umum Bhayangkara (POLRI), RS Umum Swasta, RS Khusus seperti RS Khusus Jantung (Kardiovaskular), RS Khusus Paru, RS Khusus Mata, RS Khusus Bersalin, RS Khusus lainnya yang telah terakreditasi, RS Bergerak dan RS Lapangan.

c. Fasilitas Kesehatan Penunjang

Penunjang pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan yang tidak bekerjasama secara langsung dengan BPJS Kesehatan namun merupakan jejaring dari fasilitas kesehatan tingkat pertama maupun fasilitas kesehatan tingkat lanjutan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, meliputi:

- 1) Laboratorium kesehatan
- 2) Apotek

3) Unit Transfusi Darah

4) Optik

2. Jenis Layanan yang ditanggung BPJS Kesehatan

a. Layanan Promotif dan Preventif

Layanan promotif dan preventif yang ditanggung oleh BPJS Kesehatan meliputi:

- 1) Administrasi pelayanan, meliputi biaya administrasi pendaftaran peserta untuk berobat, penyediaan dan pemberian surat berobat, penyediaan dan pemberian surat rujukan ke fasilitas kesehatan lanjutan untuk penyakit yang tidak dapat ditangani di fasilitas kesehatan tingkat pertama (BPJS Kesehatan).
- 2) Penyuluhan kesehatan perorangan, meliputi paling sedikit penyuluhan mengenai pengelolaan faktor risiko penyakit dan perilaku hidup bersih dan sehat.
- 3) Imunisasi dasar, meliputi Baccile Calmett Guerin (BCG), Difteri Pertusis Tetanus dan Hepatitis B (DPTHB), Polio, dan Campak.
- 4) Pelayanan keluarga berencana

Pelayanan KB merupakan salah satu strategi untuk mendukung percepatan penurunan Angka Kematian ibu. Pelayanan KB yang dilaksanakan di FKTP untuk peserta BPJS Kesehatan berdasarkan Kemenkes (2014), meliputi:

- a) Konseling keluarga berencana, dengan diberikan informasi yang objektif dan lengkap tentang berbagai metode kontrasepsi meliputi: efektifitas, efek samping, dan komplikasi yang dapat terjadi serta upaya-upaya untuk menghilangkan

atau mengurangi berbagai efek yang merugikan tersebut (termasuk sistem rujukan).

- b) Kontrasepsi dasar, meliputi: pil, suntik, IUD dan implant, kondom
- c) Vasektomi, prosedur bedah dengan menghentikan kapasitas reproduksi pria dengan jalan melakukan oklusi vasa deferens sehingga jalur transportasi sperma terhambat dan proses fertilasi tidak terjadi.
- d) Tubektomi, dengan melakukan prosedur bedah dengan menutup tuba falopi (mengikat dan memotong atau memasang cincin), sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum.
- e) Penanganan efek samping dan komplikasi ringan-sedang akibat penggunaan kontrasepsi.
- f) Merujuk pelayanan yang tidak dapat ditangani di FKTP.

5) Skrining Kesehatan

Pelayanan kesehatan preventif diberikan secara perorangan dan selektif, yang ditujukan untuk mendeteksi risiko penyakit dan mencegah dampak lanjutan dari risiko penyakit tertentu, meliputi: diabetes mellitus tipe 2, hipertensi, kanker leher rahim, kanker payudara, penyakit lain yang ditetapkan oleh menteri (Permenkes nomor 71 tahun 2013).

Pelayanan skrining kesehatan dimulai dengan analisis riwayat kesehatan yang dilakukan sekurang-kurangnya 1 (satu) tahun sekali, jika peserta teridentifikasi mempunyai risiko

berdasarkan riwayat kesehatan dilakukan penegakan diagnosis melalui pemeriksaan penunjang diagnosis. Serta diberikan pengobatan dengan indikasi medis (Permenkes nomor 71 tahun 2013).

b. Layanan Kuratif

Layanan kuratif yang menjadi fasilitas bagi peserta BPJS Kesehatan meliputi:

- 1) Pemeriksaan dengan tindakan medis non-spesialistik, pengobatan dan konsultasi medis.

Tindakan medis yang dapat diselenggarakan di FKTP berupa non spesialisik, baik operatif maupun non operatif. Menurut Kepmenkes nomor 560 tahun 2003, tindakan medis operatif adalah tindakan pembedahan kepada pasien yang menggunakan pembiusan umum, pembiusan lokal atau tanpa pembiusan, dan tindakan medis non operatif adalah tindakan kepada pasien tanpa pembedahan untuk membantu penegakan diagnosis dan terapi.

Konsultasi medis adalah perundingan antara pemberi layanan kesehatan dengan penerima layanan kesehatan yang bertujuan mencari penyebab timbulnya penyakit dan menentukan cara pengobatannya (KBBI, 2019).

- 2) Kasus medis yang dapat diselesaikan secara tuntas di pelayanan kesehatan tingkat pertama
- 3) Kasus medis yang membutuhkan penanganan awal sebelum dilakukan rujukan

4) Kasus medis rujuk balik

Pelayanan rujuk balik merupakan pelayanan yang melayani pasien-pasien yang telah dirujuk ke fasilitas kesehatan tingkat lanjutan dengan kasus medis penyakit kronis yang dapat ditangani oleh fasilitas kesehatan pertama bagi penderita hipertensi, diabetes mellitus yang berobat sesuai teratur, penderita TB Paru yang berobat sesuai standar (BPJS Kesehatan, 2017).

5) Konsultasi gigi

Konsultasi gigi adalah perundingan antara dokter gigi dengan penerima layanan kesehatan yang bertujuan mencari penyebab timbulnya masalah/penyakit dan menentukan cara pengobatan (KBBI, 2019).

6) Premedikasi, adalah pemberian obat sebelum anastesi untuk mengurangi rasa cemas.

7) Kegawat daruratan oro-dental

Kegawat daruratan dental adalah suatu kondisi yang membutuhkan penanganan segera untuk menghindari konsekuensi yang dapat membahayakan hidup pasien (Vitria, 2006).

8) Pencabutan gigi sulung (topikal, infiltrasi)

9) Pencabutan gigi permanen tanpa penyulit

10) Obat pasca ekstraksi (pencabutan gigi)

11) Tumpatan komposit/GIC (tumpatan sinar)

Tumpatan gigi adalah pengembalian fungsi gigi dalam mulut dengan jalan menghentikan proses karies dan menjaga pulpa agar tetap vital dan sehat. Jenis tumpatan gigi yang ditanggung oleh BPJS Kesehatan ialah dengan menggunakan jenis komposit, semen ionomerkaca (GIC)

- 12) *Scaling* (pembersihan karang gigi) dibatasi 1x dalam setahun
- 13) Pelayanan gigi palsu sesuai indikasi medis dan rekomendasi dokter gigi.
- 14) Pelayanan kesehatan rehabilitatif

Pelayanan kesehatan rehabilitatif adalah kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan untuk mengembalikan bekas penderita ke dalam masyarakat sehingga dapat berfungsi lagi sebagai anggota masyarakat yang berguna untuk dirinya dan masyarakat semaksimal mungkin sesuai kemampuannya (UU No. 36 tahun 2009).

- 15) Pemeriksaan ibu hamil

Pemeriksaan kehamilan ibu hamil yang ditanggung BPJS Kesehatan berupa ANC (*antenatal care*) sesuai standar yaitu berdasarkan Kemenkes RI:

- a) Trisemester I jumlah kunjungan minimal 1 kali, sebelum minggu ke-16 kehamilan.
- b) Trisemester II dengan jumlah kunjungan minimal 1 kali, antara minggu ke 24-28 kehamilan

- c) Trisemester III dengan jumlah kunjungan minimal 2 kali, antara minggu 30-32 kehamilan, dan antara minggu 36-38 kehamilan.

16) Pelayanan nifas, dengan memberikan asuhan kepada ibu dan bayi selama masa nifas. Masa nifas dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil, berlangsung kira-kira 6 minggu. Kunjungan nifas setidaknya 4 kali berdasarkan Kemenkes RI, meliputi:

- a) 6-8 jam setelah persalinan (sebelum pulang)
- b) 6 hari setelah persalinan
- c) 2 minggu setelah persalinan
- d) 6 minggu setelah persalinan

17) Pelayanan ibu menyusui,

Layanan ibu menyusui pasca persalinan berdasarkan Kemenkes RI, meliputi:

- a) 5-8 hari pasca persalinan, diberikan layanan konseling dan bantuan praktis menyusui (rawat jalan, rawat inap, kunjungan rumah).
- b) 14-28 hari pasca persalinan, dilakukan pemantauan berkala tumbuh kembang bayi dan kondisi ibu menyusui.
- c) Kapan saja dilakukan pertemuan dengan kelompok pendukung menyusui.

18) Pelayanan bayi dan anak balita oleh bidan atau dokter.

19) Rawat inap pada pengobatan atau perawatan kasus yang dapat diselesaikan secara tuntas di Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama,

20) Pertolongan persalinan pervaginam bukan risiko tinggi

21) Pertolongan persalinan dengan komplikasi bagi Puskesmas POND,

22) Pelayanan ambulan

Pelayanan ambulan merupakan pelayanan transportasi pasien rujukan dengan kondisi tertentu antar fasilitas kesehatan yang disertai dengan upaya atau kegiatan untuk menjaga kestabilan kondisi pasien dan untuk kepentingan keselamatan pasien. Pelayanan ambulan hanya diberikan untuk rujukan antar fasilitas kesehatan diantaranya:

- a) Antar fasilitas kesehatan tingkat pertama
- b) Dari fasilitas kesehatan tingkat pertama ke fasilitas kesehatan rujukan tiingkat lanjutan
- c) Antar fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan

Pelayanan ambulan hanya dijamin bila rujukan dilakukan pada fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan atau pada kasus gawat darurat dari fasilitas kesehatan yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan (Permenkes nomor 71 tahun 2013).

23) Pelayanan gawat darurat

Pelayanan gawat darurat yakni pelayanan untuk menangani pasien yang membutuhkan pertolongan segera dan

mendadak (Azwar, 2010). Pelayanan gawat darurat harus diberikan secepatnya kepada pasien untuk mencegah kematian, keparahan, dan atau kecacatan, seseuai dengan kemampuan fasilitas kesehatan (Permenkes nomor 71 tahun 2013).

24) Laboratorium sederhana

Pelayanan laboratorium berupa pemeriksaan penunjang diagnostik tingkat pertama yang ditanggung BPJS Kesehatan (Wiyono, 2016) adalah:

- a) Darah sederhana (Hemoglobin, leukosit, trombosit, hematocrit, eritrosit, laju endap darah dan golongan darah).
- b) Urin sederhana (pH, berat jenis, kejernihan, warna, leukosit, eritrosit).
- c) Feses sederhana (benzidin test, mikroskopik cacing)
- d) Gula darah sewaktu

25) Rawat inap tingkat pertama dilakukan sesuai dengan indikasi medis

26) Pelayanan kefarmasian

Pelayanan kefarmasian meliputi pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan.

3. Jenis Layanan yang Tidak Dijamin

Berdasarkan panduan layanan bagi peserta BPJS Kesehatan, pelayanan kesehatan yang tidak ditanggung oleh BPJS Kesehatan ialah:

- a. Pelayanan kesehatan yang dilakukan tanpa melalui prosedur sebagaimana diatur dalam peraturan yang berlaku.

- b. Pelayanan kesehatan yang dilakukan di fasilitas kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, kecuali dalam keadaan darurat.
- c. Pelayanan kesehatan yang dijamin oleh program jaminan kecelakaan kerja terhadap penyakit atau cedera akibat kecelakaan kerja atau hubungan kerja sampai nilai yang ditanggung oleh program jaminan kecelakaan kerja.
- d. Pelayanan kesehatan yang dijamin oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas yang bersifat wajib sampai nilai yang ditanggung oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas.
- e. Pelayanan kesehatan yang dilakukan di luar negeri.
- f. Pelayanan kesehatan untuk tujuan estetik.
- g. Pelayanan untuk mengatasi infertilitas.
- h. Pelayanan meratakan gigi (ortodonsi).
- i. Gangguan kesehatan atau penyakit akibat ketergantungan obat dan atau alkohol.
- j. Gangguan kesehatan akibat sengaja menyakiti diri sendiri, atau akibat melakukan hobi yang membahayakan diri sendiri.
- k. Pengobatan komplementer, alternatif dan tradisional, yang belum dinyatakan efektif berdasarkan penilaian teknologi kesehatan (*health technology assessment*).
- l. Pengobatan dan tindakan medis yang dikategorikan sebagai percobaan (eksperimen).
- m. Alat dan obat kontrasepsi, kosmetik, makanan bayi, dan susu.
- n. Perbekalan kesehatan rumah tangga.

- o. Pelayanan kesehatan akibat bencana pada masa tanggap darurat kejadian luar biasa atau wabah.
- p. Biaya pelayanan lainnya yang tidak ada hubungan dengan manfaat jaminan kesehatan yang diberikan, dan
- q. Klaim perorangan.

B. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan dengan Pendekatan Teori Anderson

Perilaku pencarian dan penggunaan sistem atau fasilitas pelayanan kesehatan atau sering disebut perilaku pencarian pengobatan merupakan upaya atau tindakan seseorang pada saat menderita penyakit dan atau kecelakaan. Perilaku ini di mulai dari mengobati sendiri sampai mencari pengobatan ke luar negeri (Skinner dalam Notoatmodjo, 2007).

Perilaku adalah respon atau reaksi terhadap stimulus atau rangsangan dari luar organisme (orang), namun dalam memberikan respons sangat bergantung pada karakteristik atau faktor-faktor lain dari orang yang bersangkutan. Maka meskipun stimulusnya sama bagi beberapa orang, namun respons tiap-tiap orang berbeda (Notoatmodjo, 2007). Konsep umum dalam mendiagnosis perilaku dipengaruhi oleh tiga karakteristik berikut:

1. Karakteristik Predisposisi

Karakteristik predisposisi digunakan untuk menggambarkan fakta bahwa tiap individu mempunyai kecenderungan untuk menggunakan pelayanan kesehatan yang berbeda-beda. Hal ini disebabkan adanya ciri-ciri individu, yang digolongkan ke dalam 3 (tiga) kelompok yaitu demografi, struktur sosial dan kepercayaan kesehatan, sebagai berikut:

a. Ciri-ciri Demografi

Tipe variabel-variabel dalam demografi digunakan sebagai ukuran mutlak atau indikator fisiologis yang berbeda yaitu umur dan jenis kelamin.

1) Umur

Menurut kamus besar bahasa Indonesia umur adalah lama waktu hidup atau ada (sejak dilahirkan atau diadakan).

Badan Pusat Statistik telah mengkategorikan umur bagi tenaga pendidik, sebagai berikut:

- 1) Kelompok umur remaja = 15-24 tahun,
- 2) Kelompok umur prima = 25-65 tahun,
- 3) Kelompok umur dewasa = 65+ tahun

Rata-rata umur pengguna pelayanan di puskesmas bekasi adalah umur 47,19 tahun dan tergolong kategori kelompok umur prima. Kesadaran kelompok umur prima untuk ikut serta dalam jaminan kesehatan nasional berupa BJPS Kesehatan dikaitkan dengan beberapa hal diantaranya yaitu usia kelompok umur prima merupakan usia rentan terhadap penyakit kronis (Wulandari dan Achadi, 2016)

2) Jenis kelamin

Menurut Hungu dalam Jati (2013) jenis kelamin atau seks adalah perbedaan antara perempuan dengan laki-laki secara biologis sejak seorang lahir. Berdasarkan penelitian dari Rumengan, dkk. (2015) mengemukakan bahwa karakteristik jenis kelamin mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan.

Perempuan lebih banyak memanfaatkan pelayanan kesehatan pratama dibandingkan jenis kelamin laki-laki.

b. Struktur Sosial

Menurut Anderson dalam Notoatmodjo (2007) setiap individu mempunyai perbedaan struktur sosial, mempunyai perbedaan gaya hidup, dan akhirnya mempunyai perbedaan pola penggunaan pelayanan kesehatan. Tipe variabel yang dipakai dalam struktur sosial adalah pendidikan, dan pekerjaan. Variabel tersebut mencerminkan keadaan sosial dari individu atau keluarga di dalam masyarakat, sehingga akan mempengaruhi pengetahuan dari individu atau keluarga tersebut.

1) Pendidikan

Pendidikan adalah usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik secara aktif mengembangkan potensi dirinya untuk memiliki spiritual keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta keterampilan yang diperlukan dirinya, masyarakat, bangsa dan negara (UU Nomor 20/2003).

Pendidikan dapat diperoleh dari kegiatan pembelajaran dari proses formal maupun informal. Pendidikan informal diperoleh dari pengadopsian perilaku dengan cara persuasif, bujukan, imbauan, ajakan, memberikan informasi, memberikan kesadaran, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2012:18).

Berdasarkan hasil penelitian dari Napirah, dkk (2016) bahwa seseorang yang berpendidikan tinggi lebih banyak

memanfaatkan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan pratama, dengan nilai hubungan pendidikan dengan pemanfaatan sebesar $p=0,000$. Hal tersebut dikarenakan seseorang yang memiliki tingkat pendidikan tinggi cenderung mengurangi pemanfaatan pelayanan kesehatan informal (dukun) dan meningkatkan penggunaan pelayanan kesehatan modern (dokter dan paramedis). Tingkat pendidikan tinggi lebih menghargai sehat sebagai suatu investasi dan memanfaatkan pelayanan di fasilitas kesehatan pratama (Napirah, dkk., 2016).

2) Pekerjaan

Berdasarkan penelitian dari wulandari, F.K., dan Achadi, A. (2016) bahwa variabel pekerjaan memiliki hubungan yang bermakna dengan nilai $p=0,018$ dengan pemanfaatan pelayanan di Puskesmas. Ini berhubungan dengan semakin tinggi status pekerjaan seseorang akan semakin tinggi pula penggunaan sarana kesehatan lain yang berhubungan dengan gaya hidup. Dapat diartikan bahwa seseorang yang memiliki status pekerjaan yang tinggi mengakibatkan status ekonomi tinggi, sehingga mampu mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan.

c. Kepercayaan Kesehatan

Kepercayaan sering diperoleh dari orang tua, kakek atau nenek, tanpa adanya pembuktian terlebih dahulu (WHO dalam Notoatmodjo. 2012:197). Menurut Anderson setiap individu memiliki kepercayaan terhadap adanya kemanjuran dalam penggunaan

pelayanan kesehatan, sehingga menciptakan persepsi yang berbeda-beda diantara setiap individu.

Kepercayaan merupakan unsur sistem sosial yang dianggap sebagai pedoman dalam melakukan penerimaan suatu pengetahuan dalam kehidupan kelompok sosial dalam masyarakat (Abdulsyani. 2015:126). Kepercayaan terhadap pelayanan kesehatan mempengaruhi perilaku dalam upaya pemenuhan kebutuhan terhadap pelayanan kesehatan.

d. Pengetahuan

Pengetahuan sangat penting dalam pembentukan tindakan seseorang. Menurut Notoatmodjo (2012:138) pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan hal tersebut terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui pancaindra manusia yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga.

Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif terdapat beberapa tingkatan menurut Benyamin Bloom (1908) dalam Notoatmodjo (2007:138), diantaranya:

1) Tahu

Pengetahuan dalam tingkatan ini merupakan tingkatan pengetahuan yang paling rendah, dengan mengingat kembali suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu apa yang dipelajari antara lain

dapat menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan, dan sebagainya.

2) Memahami

Memahami diartikan suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, serta dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Pengukuran bahwa orang telah memahami terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya.

3) Aplikasi

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi yang sebenarnya. Pengukuran aplikasi dengan menggunakan hukum-hukum, metode, rumus, prinsip, dan sebagainya.

4) Analisis

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau objek ke dalam komponen-komponen tetapi masih dalam satu struktur organisasi dan masih ada kaitannya satu sama lainnya. Kemampuan menganalisis dapat dilihat dari dapat membedakan, memisahkan, mengelompokkan, dan sebagainya.

5) Sintesis

Sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada. Kemampuan

mensintesis seperti dapat meringkas, dapat merencanakan, dan sebagainya.

6) Evaluasi

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi atau objek, serta penilaian tersebut berdasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria yang telah ada.

Pengetahuan dapat disimpulkan berupa segenap apa yang diketahui terhadap suatu objek yang diperoleh dari suatu hasil proses belajar dan pengalaman. Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan isi materi yang ingin diukur dari suatu objek penelitian atau responden.

Pengetahuan merupakan salah satu domain perilaku yang sangat penting dalam terbentuknya tindakan seseorang dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan yang dibutuhkannya. Berdasarkan hasil penelitian dari Dwianty (2010), menyatakan seseorang yang memiliki pengetahuan baik tentang fasilitas kesehatan pratama maka pemanfaatan pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan di fasilitas kesehatan pratama semakin tinggi. Semakin banyak pengetahuan yang dimiliki masyarakat, maka masyarakat akan semakin sadar akan pentingnya pelayanan kesehatan di puskesmas dan jaringannya.

e. Persepsi Masyarakat

Perubahan-perubahan perilaku dalam diri seseorang dapat diketahui melalui persepsi. Persepsi merupakan salah satu dari

aspek sosio-psikologi perilaku kesehatan, dengan memiliki makna bahwa persepsi adalah pengalaman yang dihasilkan melalui panca indra penglihatan, pendengaran, penciuman, dan sebagainya. Setiap orang memiliki persepsi yang berbeda meskipun objeknya sama (Notoatmodjo, 2007).

1) Teori kognitif sosial

Teori kognitif sosial merupakan teori yang dikembangkan oleh Bandura (1980) dalam Edberg (2010) membahas seseorang yang dengan sadar bertindak di lingkungan, yang menjelaskan teori perubahan perilaku.

a) Karakteristik individu (*internal*)

Karakteristik individu yaitu perasaan efektifitas diri seseorang mengenai suatu perilaku baru, keyakinannya bahwa ia dapat melakukannya dan mengatasi hambatan (penghalang) dalam melakukannya. Harapan dan pengharapan seseorang mengenai apa yang akan terjadi bila mereka membuat perubahan dan bila hasil yang diharapkan baik atau akan mendatangkan penghargaan. Tingkat kendali diri dalam membuat suatu perubahan. Kemampuan mengatasi emosi, menghadapi emosi yang muncul dalam perubahan perilaku.

b) Faktor lingkungan (*eksternal*)

Lingkungan sosial dan fisik yang ada disekitar seseorang. Perilaku orang lain (*modeling*) dan konsekuensi dari perilaku tersebut, yang berakhir dengan

pembelajaran lewat pengalaman orang lain (*vicarious learning*). Situasi saat perilaku diterapkan dan persepsi terhadap situasi tersebut oleh individu. Penguatan (negatif atau positif) yang diberikan kepada individu sebagai respon terhadap perilaku.

c) Proses interaktif

Proses interaktif dari *determinisme* timbal balik, yaitu seseorang bertindak berdasarkan faktor-faktor individual dan isyarat-isyarat sosial atau lingkungan, menerima respon dari lingkungan, menyesuaikan perilaku, bertindak lagi, dan seterusnya.

2) Konsep Sehat-Sakit

Rendahnya pemanfaatan fasilitas kesehatan pada kenyataannya di dalam masyarakat terdapat beraneka ragam konsep sehat-sakit yang tidak sejalan dan bahkan bertentangan dengan konsep sehat-sakit yang diberikan oleh pihak *provider* (penyelenggara pelayanan kesehatan). Ada perbedaan persepsi yang berkisar antara penyakit (*disease*) dengan rasa sakit (*illness*) (Notoatmodjo, 2007). Berikut lebih dijelaskan kombinasi alternatif dari konsep penyakit dan sakit:

- a) Seseorang tidak menderita penyakit dan tidak merasakan sakit. Keadaan demikian maka orang tersebut sehat dari kaca mata petugas kesehatan
- b) Seseorang mendapat serangan penyakit (secara klinis), tetapi orang tersebut tidak merasakan sakit atau mungkin

tidak dirasakan sebagai sakit. Maka mereka tetap menjalankan kegiatannya sehari-hari sebagaimana orang sehat, kondisi seperti ini yang paling luas terjadi di masyarakat.

- c) Penyakit yang tidak hadir pada seseorang, tetapi orang tersebut merasakan sakit atau tidak enak badan. Kenyataannya kondisi ini sangat sedikit terjadi di masyarakat.
- d) Seseorang menderita penyakit dan merasakan sakit, hal ini dikatakan benar-benar sakit. Dalam kondisi demikian pelayanan kesehatan yang diprogramkan akan bertemu dengan kebutuhan masyarakat.

Hasil penelitian dari Rumengan, dkk (2015) menjelaskan bahwa ada hubungan yang bermakna antara persepsi responden tentang JKN dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan pratama, dengan nilai *Odds Ratio* (OR) menunjukkan bahwa responden dengan persepsi yang baik mempunyai kemungkinan 3,1 kali lebih besar untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan pratama.

Persepsi masyarakat tentang program JKN melalui BPJS Kesehatan masih kurang dikarenakan persepsi kesehatan masih belum sesuai dengan konsep sehat ataupun sakit yang sebenarnya, persepsi terhadap fasilitas dan ketersediaan obat yang terbatas serta mutu layanan yang diberikan tenaga kesehatan masih kurang (Rumengan, dkk., 2015).

2. Karakteristik Pendukung

Karakteristik pendukung atau *enabling characteristics* mencerminkan bahwa meskipun mempunyai predisposisi untuk menggunakan pelayanan kesehatan, dia tidak akan bertindak untuk menggunakannya, kecuali bila dia mampu menggunakannya. Penggunaan pelayanan kesehatan yang ada tergantung kepada kemampuan konsumen untuk membayar (Notoatmodjo, 2007:216). Maka kondisi sumber daya keluarga dan sumber daya masyarakat akan menimbulkan aksesibilitas terhadap pelayanan kesehatan.

a. Sumber Daya Keluarga

Tipe variabel dalam sumber daya keluarga adalah pendapatan keluarga, cakupan asuransi keluarga/ karakteristik ini untuk mengukur kesanggupan dari individu atau keluarga untuk memperoleh pelayanan kesehatan.

1) Pendapatan keluarga

Pendapatan keluarga adalah jumlah penghasilan yang didapatkan dari seluruh anggota rumah tangga yang digunakan untuk memenuhi kebutuhan bersama maupun perseorangan dalam rumah tangga (Suparyanto, 2014).

Hasil penelitian dari Napirah, dkk (2016) bahwa seseorang yang memiliki pendapatan keluarga yang tinggi lebih banyak memanfaatkan pelayanan kesehatan, dengan nilai $p = 0,004$ menunjukkan ada hubungan pendapatan keluarga dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan pratama.

Hubungan Pendidikan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan disebabkan oleh subsidi yang diberikan pemerintah kepada masyarakat dalam bentuk kepesertaan BPJS Kesehatan, namun bagi masyarakat dengan golongan rendah tetap belum memenuhi kebutuhannya dalam mendapatkan pelayanan kesehatan, seperti kebutuhan akan biaya transportasi ke sarana pelayanan kesehatan, ataupun biaya kebutuhan lain saat menjalani perawatan di fasilitas kesehatan (Napirah, dkk., 2016).

2) Cakupan Asuransi Keluarga

Penjaminan cakupan asuransi di Indonesia telah berjalan dengan menggunakan Jaminan Kesehatan Nasional Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS) yang dijalankan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan (Undang-Undang N0.40 tahun 2004). Sehingga tidak ada alasan setiap keluarga tidak memanfaatkan asuransi kesehatan berupa jaminan kesehatan nasional yang telah diselenggarakan oleh pemerintah.

b. Sumber Daya Masyarakat

Variabel yang digunakan dalam sumber daya masyarakat adalah penyedia pelayanan kesehatan yang tersedia dan sumber-sumber di dalam masyarakat berupa ketersediaan fasilitas kesehatan

Ketersediaan adalah kesiapan suatu sarana (tenaga, barang, modal, dan anggaran) untuk dapat digunakan atau dioperasikan dalam waktu yang telah ditentukan (KBBI, 2019). Menurut Depkes RI (2008) untuk dapat memberikan pelayanan kesehatan yang

berkualitas dibutuhkan tenaga kesehatan yang terampil serta didukung sarana dan prasarana yang memadai.

c. Aksesibilitas

Dimensi akses menurut Suparyanto (2013) artinya layanan kesehatan itu harus dapat dicapai oleh masyarakat, tidak terhalang oleh keadaan geografis, sosial, ekonomi, organisasi dan bahasa.

- 1) Akses geografis diukur dengan jarak, lama perjalanan, biaya perjalanan, jenis transportasi, dan/ atau hambatan fisik lain yang dapat menghalangi seseorang untuk mendapat layanan kesehatan.
- 2) Akses ekonomi berkaitan dengan kemampuan membayar biaya layanan kesehatan.
- 3) Akses sosial atau budaya berhubungan dengan dapat diterima atau tidaknya layanan kesehatan itu secara sosial atau nilai budaya, kepercayaan, dan perilaku, akses organisasi ialah sejauh mana layanan kesehatan itu diatur, agar memberi kemudahan/ kenyamanan kepada pasien atau konsumen.
- 4) Akses bahasa artinya pasien harus dilayani dengan menggunakan bahasa atau dialog yang dapat dipahami oleh pasien.

Berdasarkan hasil penelitian dari Dwianty (2010), Rumengan, dkk (2015) bahwa jarak tempat tinggal yang dekat dengan fasilitas pelayanan kesehatan pertama akan semakin banyak yang memanfaatkan layanan kesehatan, dari nilai *Odds Ratio* (OR) menunjukkan bahwa responden dengan akses layanan yang mudah

mempunyai kemungkinan 0,08 kali lebih besar untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan pratama.

Akses terhadap pelayanan kesehatan dari waktu ke waktu semakin teratasi dengan ketersediaan sarana dan prasarana penunjang transportasi dari wilayah penduduk yang berada jauh dari lokasi pelayanan fasilitas kesehatan pratama (Rumengan, dkk., 2015).

3. Karakteristik Kebutuhan

Karakteristik kebutuhan merupakan faktor yang memungkinkan untuk mencari pengobatan dapat 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 (Notoatmodjo, 2007). Karakteristik kebutuhan terbagi atas dua yaitu:

a. *Subject asesment*

Penilaian individu merupakan keadaan kesehatan yang dirasakan oleh setiap individu, besarnya ketakutan tentang penyakitnya dan hebatnya rasa sakit yang dirasakannya. Perilaku dalam pencarian pengobatan dan penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan adalah menyangkut upaya atau tindakan seseorang pada saat menderita penyakit dan atau kecelakaan. Menurut Notoadmodjo (2012:223-224) Respon seseorang apabila timbul penyakit dan merasakan sakit bermacam-macam perilaku dan usaha, sebagai berikut:

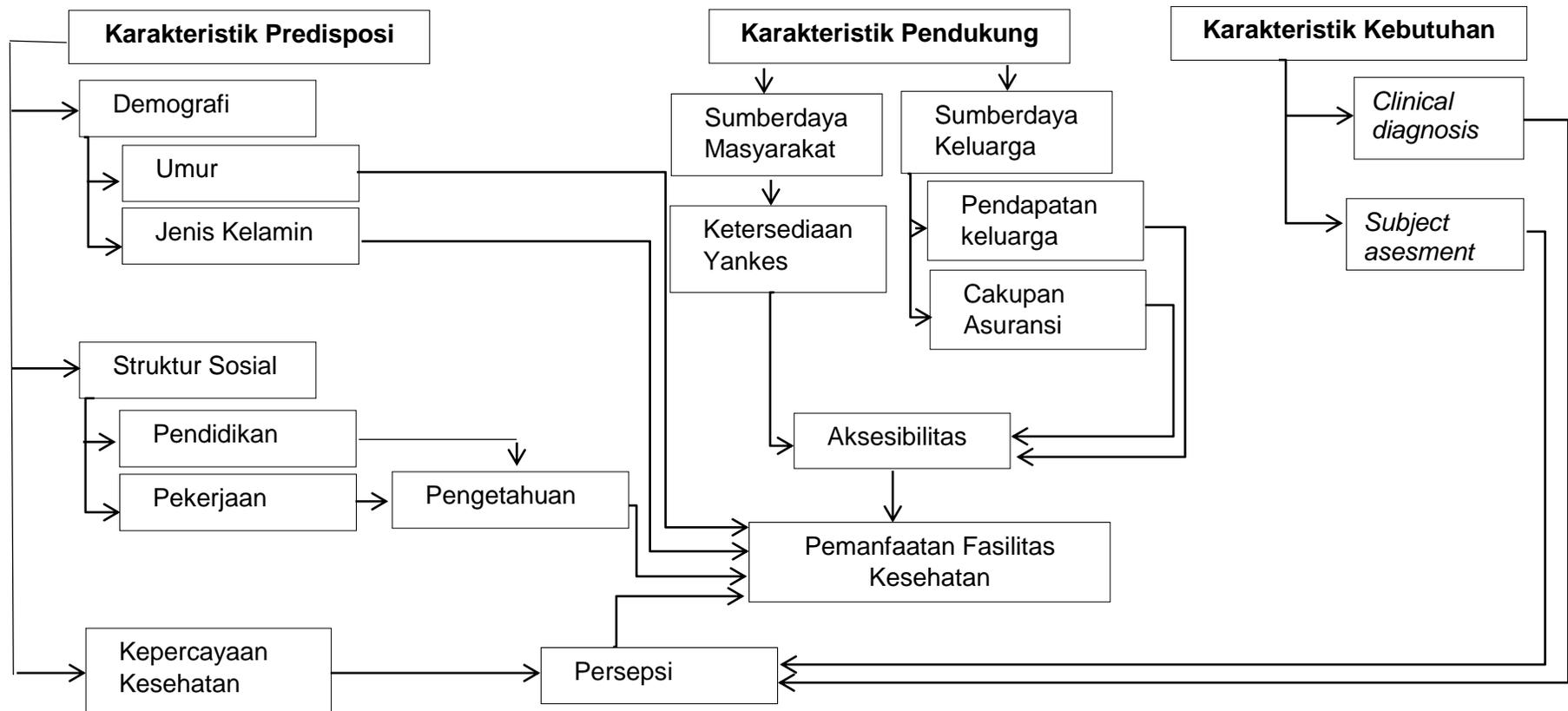
- 1) Tidak bertindak atau tidak melakukan kegiatan apa-apa (*no action*). Alasannya antara lain:
 - a) Kondisi yang demikian tidak akan mengganggu kegiatan atau kerja mereka sehari-hari dengan beranggapan bahwa tanpa bertindak apa pun *symptom* atau gejala yang dideritanya akan lenyap dengan sendirinya,
 - b) Fasilitas kesehatan yang sangat jauh letaknya,
 - c) Sikap petugas kesehatan yang tidak simpatik, judes, tidak responsif, dan sebagainya, dan
 - d) Takut pergi ke pelayanan kesehatan, takut biaya dan sebagainya.
- 2) Tindakan mengobati sendiri (*self treatment*), dengan alasan yang sama seperti uraian di atas, dan alasan lain sebagai berikut:
 - a) Tindakan mengobati sendiri adalah karena orang atau masyarakat tersebut sudah percaya kepada diri sendiri, dan
 - b) Perilaku tersebut berdasarkan pengalaman yang lalu dalam usaha pengobatan sendiri sudah dapat mendatangkan kesembuhan.
- 3) Mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas pengobatan tradisional (*traditional remedy*), bagi masyarakat pedesaan masalah sehat-sakit adalah lebih bersifat budaya daripada gangguan-gangguan fisik. Identik dari itu pencarian pengobatan pun lebih berorientasi kepada sosial budaya masyarakat daripada hal-hal yang dianggap masih asing.

- 4) Mencari pengobatan dengan membeli obat-obat warung (*chemist shop*) dan sejenisnya, termasuk tukang jamu. Obat-obatan yang mereka dapatkan pada umumnya tidak memakai resep sehingga sukar dikontrol.
- 5) Mencari pengobatan ke fasilitas pengobatan modern yang diadakan oleh pemerintah atau lembaga-lembaga kesehatan swasta, yang dikategorikan ke dalam klinik puskesmas, dan rumah sakit.
- 6) Mencari pengobatan ke fasilitas pengobatan modern yang diselenggarakan oleh dokter praktik (*private medicine*).

b. Clinical diagnosis

Diagnosa yang dibuat atas dasar riwayat penyakit dan gejala-gejala klinis seseorang, dikarenakan rendahnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat terhadap kesehatan dan penyakitnya maka masyarakat sangat enggan untuk melakukan pemeriksaan terhadap gejala klinis yang dirasakannya, sehingga setiap penyakit-penyakit yang ada di masyarakat begitu sulit untuk terdeteksi. Dengan demikian akan menyebabkan masyarakat tidak memperoleh pelayanan kesehatan yang layak (Notoatmodjo, 2003 dalam Nurhidayah, 2011).

C. Kerangka Teori

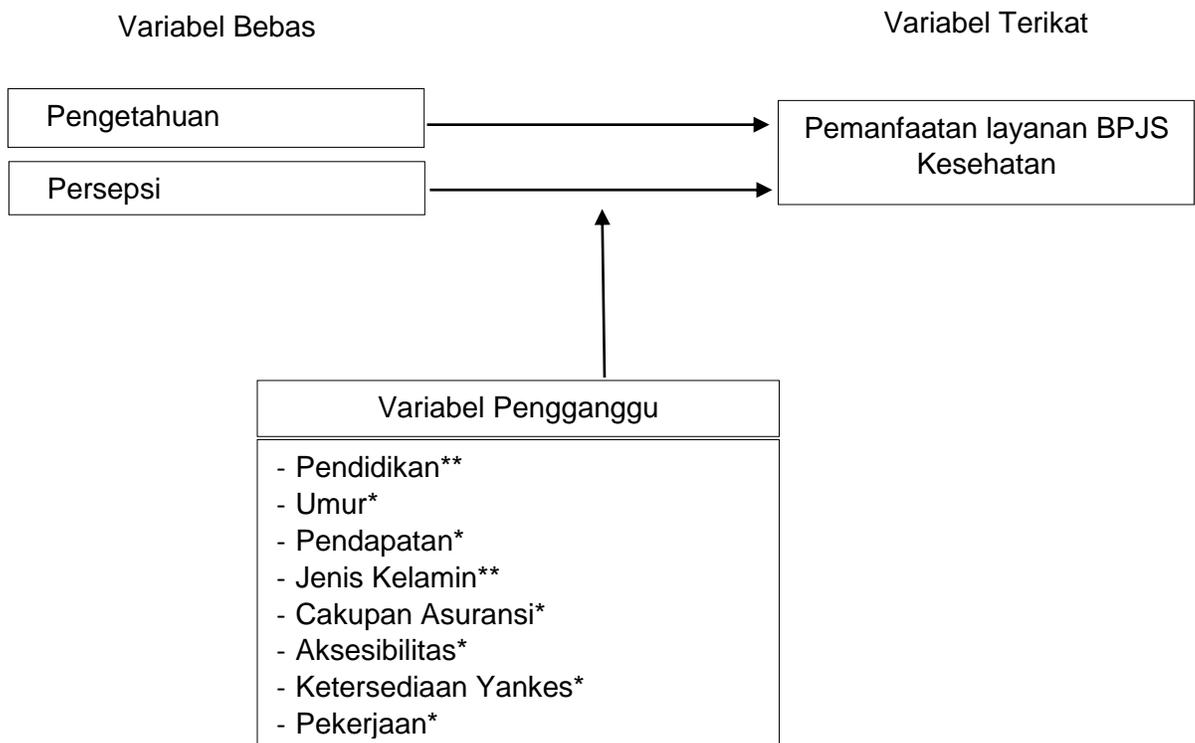


Sumber: Anderson dalam Notoatmodjo (2012)

Gambar 2.1.
Kerangka Teori Modifikasi Model Anderson

BAB III
METODE PENELITIAN

A. Kerangka Konsep



Keterangan:

Homogen (*)

Diukur (**)

Gambar 3.1
Kerangka Konsep Penelitian

B. Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini dalam dijabarkan berupa:

1. Ada hubungan pengetahuan dengan pemanfaatan layanan BPJS kesehatan di Klinik Universitas Siliwangi pada tenaga pendidik dan tenaga kependidikan Universitas Siliwangi.
2. Ada hubungan persepsi dengan pemanfaatan layanan BPJS kesehatan di Klinik Universitas Siliwangi pada tenaga pendidik dan tenaga kependidikan Universitas Siliwangi.

C. Variabel Penelitian

1. Variabel bebas

Variabel bebas merupakan variabel yang mempengaruhi atau yang menjadi sebab perubahannya atau timbulnya variabel terikat (Sudaryono, 2018). Penelitian ini menggunakan variabel bebas berupa: pengetahuan dan persepsi.

2. Variabel terikat

Variabel terikat merupakan variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat, karena adanya variabel bebas (Sudaryono, 2018). Penelitian ini menggunakan variabel terikat yaitu pemanfaatan layanan BPJS Kesehatan di Klinik Universitas Siliwangi.

3. Variabel Pengganggu

Variabel Pengganggu adalah variabel yang mempengaruhi (memperkuat atau memperlemah) hubungan antara variabel bebas dengan

variabel terikat (Sudaryono, 2018:155). Variabel pengganggu dalam penelitian ini berupa:

- a. Pendidikan = diukur.
- b. Pendapatan = homogen karena tenaga pendidik dan tenaga kependidikan sudah memiliki pendapatan di atas nilai upah minimal regional.
- c. Ketersediaan fasilitas kesehatan = homogen karena penelitian dilaksanakan pada satu fasilitas kesehatan yaitu Klinik Universitas Siliwangi.
- d. Aksesibilitas = homogen karena jarak antara tempat kerja dengan Klinik di area yang sama.
- e. Umur = homogen, karena responden masih dalam rentang usia produktif.
- f. Jenis kelamin = diukur.
- g. Cakupan asuransi = homogen, karena responden adalah peserta dari BPJS Kesehatan.
- h. Pekerjaan = homogen, karena tempat kerja responden sama yaitu di Universitas Siliwangi

D. Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Kategori	Skala Ukur
Variabel Bebas:					
Pengetahuan	Segala sesuatu yang diketahui oleh responden tentang manfaat	Lembar Tes	Pengisian dengan lembar tes yang jumlahnya 12 pertanyaan	0. Pengetahuan kurang, jika skor <75% 1. Pengetahuan baik, jika skor ≥75%	Nominal

	layanan bagi peserta BPJS Kesehatan		dengan 4 alternatif jawaban. Skor minimum 0 dan skor maksimum 12	(Suwarman dalam Jannah 2017)	
Persepsi	Penilaian responden tentang manfaat layanan bagi peserta BPJS Kesehatan dan penilaian tentang kebutuhan terhadap pelayanan kesehatan dirinya.	Lembar kuesioner	Wawancara dengan menggunakan kuesioner yang jumlahnya 15 pertanyaan dengan menggunakan skala Likert, Skor maksimal 75 dan skor minimal 15.	0. Kurang, jika skor ≤ 47.26 (<i>mean</i>) 1. Baik jika skor > 47.26 (<i>mean</i>) (Suwarman dalam Jannah 2017)	Nominal
Variabel Terikat					
Pemanfaatan layanan BPJS kesehatan di Klinik	Suatu usaha yang dilakukan oleh responden dalam menggunakan fasilitas kesehatan terhadap semua layanan yang ditanggung bagi peserta BPJS Kesehatan di Klinik Universitas Siliwangi dalam 1 tahun terakhir	Lembar kuesioner	Wawancara dengan menggunakan kuesioner dengan 24 jenis layanan BPJS Kesehatan di Klinik pratama	0. Tidak memanfaatkan, jika responden tidak memanfaatkan layanan kuratif di Klinik Universitas Siliwangi. 1. Memanfaatkan, jika responden memanfaatkan minimal 1 jenis layanan kuratif di Klinik Universitas Siliwangi	Nominal
Variabel Pengganggu					
Tingkat pendidikan terakhir	Jenjang pendidikan terakhir yang dimiliki oleh responden melalui pendidikan formal	Lembar kuesioner	wawancara	0. Tamat SMP 1. Tamat SLTA 2. Tamat D1,D2,D3 3. Tamat S1 4. Tamat S2 5. Tamat S3	
Jenis kelamin	Status genital responden	Lembar kuesioner	wawancara	0. Laki-laki 1. Perempuan	

E. Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian kuantitatif, menurut Martono dalam Sudaryono (2018:92) penelitian kuantitatif merupakan sebuah metode penelitian yang bertujuan menggambarkan fenomena atau gejala sosial yang terjadi di masyarakat saling berhubungan satu sama lain. Variabel dalam penelitian kuantitatif direpresentasikan secara numerik sebagai frekuensi atau tingkat, hubungan antar variabel digunakan dengan teknik statistik.

Desain penelitian dalam penelitian ini secara *cross sectional* atau belah lintang. *cross sectional* ialah suatu penelitian untuk mempelajari dinamika korelasi antara faktor-faktor risiko dengan efek, dengan cara pendekatan, observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat (*point time approach*) (Notoatmodjo, 2014:37).

F. Populasi dan Sampel

Populasi pada penelitian ini adalah seluruh tenaga pendidik dan tenaga kependidikan Universitas Siliwangi yang menjadi peserta BPJS Kesehatan di Klinik Universitas Siliwangi. Dengan total populasi 335 berupa tenaga pendidik sebanyak 348 orang dan tenaga kependidikan sebanyak 147 orang. Cara pengambilan sampel dengan menggunakan *quota sampling*. *Quota sampling* adalah metode penarikan sampel dengan mempertimbangkan kriteria yang akan dijadikan anggota sampel (Abdurrahman (2011) dalam Sudaryono, 2018:175).

Penelitian ini menggunakan satu populasi data yang *finit* berjumlah 335 tenaga pendidik dan tenaga kependidikan Universitas Siliwangi yang menjadi

peserta BPJS Kesehatan di Klinik Universitas Siliwangi, dengan menggunakan teknik pengambilan sampel *quota sampling* untuk populasi dibuat berdasarkan kelompok tenaga pendidik disetiap jurusan masing-masing dan tenaga kependidikan ditempat penugasan masing-masing, dengan tingkat kepercayaan 95% serta penyimpangan yang dapat ditolelir sebesar 5%, pada data kontinyu dengan penelitian observasional (estimasi). Maka digunakan rumus berikut untuk penentuan sampel:

$$n = \frac{N}{1+N(dxd)}$$

Keterangan:

n = besar sampel (jumlah *cluster*) minimum

N = besar populasi

d = kesalahan (absolut) yang dapat ditolerir

$$n = \frac{335}{1 + 335 (0.05^2)}$$

$$n = \frac{335}{1.84}$$

$$n = 182.06$$

$$n = 183$$

Maka diperoleh total sampel sebanyak 183 orang, agar didapatkan sampel yang proporsional maka sampel diambil berdasarkan rumpun tempat tenaga pendidik dan tenaga kependidikan bekerja dengan rumus (populasi setiap rumpun/total populasi) x total sampel, Berikut persebaran sampel penelitian:

Tabel 3.2 Populasi dan Sampel Penelitian

No	Dosen		Karyawan			
	Jurusan	Populasi	Sampel	Tempat Tugas	Populasi	Sampel
1	Pendidikan Masyarakat	7	4	BUK	29	16
2	Pend. B. Indonesia	10	5	BAKPK	8	4
3	Pend. Bahasa Inggris	16	9	UPT Kearsipan	2	1
4	Pend. Matematika	18	9	LP3MP	3	2
5	Pend. Biologi	13	7	UPT Perpustakaan	3	2
6	Pend. Geografi	8	4	FKIP	18	10
7	Pend. Ekonomi	9	5	Fakultas Ekonomi	14	8
8	Pend. Sejarah	4	2	Fakultas Pertanian	6	3
9	Pend. Jasmani	20	10	Fakultas Teknik	10	5
10	Pend. Fisika	1	1	FIK	6	3
11	Ekonomi Pembangunan	10	5	FAI	6	3
12	Manajemen	14	8	FISIP	3	2
13	Akuntansi	9	5	Pasca Sarjana	5	3
14	Keuangan & Perbankan	3	2			
15	Agroteknologi	7	4			
16	Agribisnis	11	6			
17	Teknik Sipil	8	4			
18	Teknik Elektro	6	3			
19	Teknik Informatika	12	7			
20	Kesehatan Masyarakat	10	5			
21	Gizi	1	1			
22	Ilmu Politik	5	3			
23	Ekonomi Syari'ah	8	4			
24	Magister Manajemen	5	3			
25	Magister Agribisnis	1	1			

26	Pendidikan Matematika	1	1
27	Dosen dengan Perjanjian Kerja	5	3
Total Populasi		335	
Total Sampel		183	

Kriteria sampel dalam penelitian ini menggunakan kriteria inklusi. Kriteria inklusi adalah ciri-ciri yang perlu dipenuhi oleh setiap anggota populasi yang dapat diambil sebagai sampel (Notoatmodjo, 2014:130), berikut kriteria inklusi dalam penelitian ini diantaranya:

1. Tidak sedang cuti (melahirkan, sakit, tugas belajar)
2. Bersedia sebagai responden

G. Instrumen Penelitian

Menurut Sugiyono (2016:178) instrumen penelitian pada prinsipnya untuk mengukur terhadap fenomena sosial maupun alam, dan alat ukur dalam penelitian sosial maupun alam.

Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan kuesioner, menggunakan alat bantu berupa *handphone* sebagai alat untuk memotret kejadian, dan alat tulis. Pengisian soal diberikan secara langsung untuk mengukur pengetahuan, dan pengisian kuesioner untuk mengukur persepsi kepada responden yang terdaftar sebagai sampel dari penelitian di Universitas Siliwangi Kota Tasikmalaya tahun 2019.

H. Teknik Pengumpulan Data

1. Data Primer

Data primer diperoleh melalui penyebaran kuesioner, Kuesioner merupakan teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara memberi seperangkat pertanyaan atau pernyataan tertulis kepada responden untuk dijawabnya (Sugiyono, 2016).

Penyebaran kuesioner dan tes dalam penelitian ini kepada tenaga pendidik dan tenaga kependidikan Universitas Siliwangi tentang pengetahuan dan persepsi dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan pertama di Klinik Universitas Siliwangi. Jenis pertanyaan yang dibuat dalam penelitian ini adalah pertanyaan tertutup. Pertanyaan tertutup merupakan pertanyaan yang sudah disediakan alternatif jawabannya sehingga responden hanya memilih salah satu alternatif jawaban yang dianggap benar menurut responden itu sendiri.

2. Data Sekunder

Data sekunder diperoleh dari data kunjungan peserta BPJS Kesehatan di Klinik Universitas Siliwangi, dengan fungsi sebagai alat sinkronisasi dari data primer yang didapat.

I. Prosedur Penelitian

Prosedur penelitian terdiri dari beberapa tahapan, diantaranya: survei pendahuluan, tahap persiapan, tahap pelaksanaan dan tahap pelaporan. Berikut penjelasan terhadap keempat tahapan dari penelitian ini:

1. Survei pendahuluan

- a. Pembuatan surat izin survei pendahuluan ke Klinik Universitas Siliwangi dan ke Rektor Universitas Siliwangi oleh pihak SBAP.
- b. Pengumpulan data awal untuk menentukan tema dan melakukan survei pendahuluan pada 15 orang sehingga di dapat faktor-faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan tingkat pertama.
- c. Mengumpulkan dan mengolah data hasil survei pendahuluan

2. Tahap Persiapan

Tahap persiapan memiliki enam kegiatan yang harus dilakukan, kegiatan dan pertimbangan tersebut diuraikan berikut ini:

- a. Mengumpulkan literatur dan bahan kepustakaan lainnya yang berkaitan dengan materi penelitian sebagai bahan referensi, untuk menyusun rancangan penelitian dengan studi literatur dalam kebutuhan pembuatan proposal.
- b. Pembuatan kuesioner yang akan disebarakan kepada responden berdasarkan konten dari ahli tentang pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan primer, dan berdasarkan dari ahli bahasa.
- c. Uji coba kuesioner

Kuesioner yang akan digunakan untuk penelitian terlebih dahulu di uji coba untuk mengetahui validitas dan reliabilitas dari kuesioner tersebut dengan menggunakan aplikasi SPSS.

1) Validitas

Validitas mempunyai arti sejauh mana ketepatan dan kecermatan alat ukur dalam melakukan fungsi ukurnya (Yamin dan Kurniawan, 2009 dalam Sudaryono, 2018). Validasi dilakukan beberapa tahapan berupa:

- a. Validasi Konten, mengenai topik pembahasan yang diambil dalam penelitian ini yaitu mengenai pemanfaatan layanan BPJS Kesehatan. Validasi konten dilakukan pada salah satu dosen Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Siliwangi.
- b. Validasi Bahasa, dilakukan ketepatan penggunaan bahasa yang digunakan pada kuesioner pada salah satu mahasiswa tingkat 4 pendidikan sastra dan bahasa Indonesia.
- c. Validasi kuesioner

Pengukuran validasi kuesioner dalam penelitian ini menggunakan teknik korelasi *pearson product moment*, dengan membandingkan nilai r hitung dengan r tabel. Jika nilai r hitung > r tabel memiliki arti bahwa item-item dalam kuesioner tersebut valid. Dengan menggunakan rumus:

$$r_{xy} = \frac{N \sum XY - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{\{N \sum X^2 - (\sum X)^2\} \{N \sum Y^2 - (\sum Y)^2\}}}$$

Hasil uji validitas kuesioner sebanyak 27 responden dari tenaga pendidik dan tenaga kependidikan Universitas Perjuangan Kota Tasikmalaya, dengan menggunakan SPSS 16.0 *for windows*.

Instrumen penelitian dikatakan valid apabila r hitung $>$ r tabel, dimana r tabel pada penelitian ini sebesar 0.3233. berikut hasil uji validitas instrumen:

Tabel 3.3 Validitas Variabel Pengetahuan

No. Pertanyaan	r hitung	Keterangan
1	0.762	Valid
2	0.893	Valid
3	-0.042	Tidak valid (dibuang)
4	0.804	Valid
5	0.630	Valid
6	-0.010	Tidak valid (dibuang)
7	0.513	Valid
8	0.576	Valid
9	0.397	Valid
10	0.888	Valid
11	-0.140	Tidak valid (dibuang)
12	0.465	Valid
13	0.690	Valid
14	0.225	Tidak valid (dibuang)
15	0.649	Valid
16	0.757	Valid

Hasil uji validitas dari 16 soal pertanyaan di dapat data yang valid sebanyak 12 pertanyaan, berupa nomor pertanyaan 1,2,4,5,7,8,9,10,12,13,15, dan 16. Pertanyaan yang tidak valid sebanyak 4 soal pertanyaan, maka pertanyaan tersebut tidak digunakan dalam penelitian.

Tabel 3.4 Validitas Variabel Persepsi

No. Pernyataan	r hitung	Keterangan
1	0.408	Valid
2	0.281	Tidak valid (dibuang)
3	0.322	Tidak valid (dibuang)
4	0.515	Valid
5	0.464	Valid
6	0.523	Valid
7	0.596	Valid

8	0.593	Valid
9	0.414	Valid
10	0.727	Valid
11	0.673	Valid
12	0.698	Valid
13	-0.014	Tidak valid (dibuang)
14	0.103	Tidak valid (dibuang)
15	0.543	Valid
16	0.441	Valid
17	0.289	Tidak valid (dibuang)
18	0.359	Valid
19	-0.131	Tidak valid (dibuang)
20	0.541	Valid
21	0.020	Tidak valid (dibuang)
22	0.515	Valid

Hasil uji validitas dari 22 soal pernyataan persepsi di dapat data yang valid sebanyak 15 pertanyaan, berupa nomor pernyataan 1,4,5,6,7,8,9,10,11,12,15,16,18,20 dan 22. Pernyataan yang tidak valid sebanyak 7 soal pernyataan, maka pernyataan tersebut tidak digunakan dalam penelitian.

2) Reliabilitas

Reliabilitas diartikan sebagai kepercayaan, keterandalan atau konsistensi dari alat ukur (sudaryono, 2018). Pengukuran reliabilitas dilakukan rumus *alpha Cronbach*. Dengan menggunakan rumus berikut:

$$r_{11} = \left(\frac{n}{n-1} \right) \left(1 - \frac{\sum \sigma_i^2}{\sigma_t^2} \right)$$

Reliabilitas yang tinggi ditunjukkan dengan nilai rxx mendekati angka 1, jika nilai alpha >0,90 maka reliabilitas sempurna, jika alpha antara 0,70-0,90 maka reliabilitas tinggi, jika alpha 0,50-0,70 maka

reliabilitas moderat, jika $\alpha < 0,50$ maka reliabilitas rendah. Jika α rendah kemungkinan ada satu atau beberapa item dari kuesioner tidak reliabel.

Hasil reliabilitas pada variabel pengetahuan responden didapat nilai 0.862, hal tersebut dapat dikatakan bahwa soal pertanyaan dari pengetahuan memiliki reliabilitas yang tinggi. Dan hasil reliabilitas pada variabel persepsi didapat nilai 0.833, hal tersebut dapat dikatakan bahwa soal pertanyaan dari pengetahuan memiliki reliabilitas yang tinggi.

- d. Mengurus perizinan, dengan mengurus perizinan di Fakultas Ilmu Kesehatan, kemudian mengurus perizinan di tempat penelitian, yaitu kepada Rektor Universitas Siliwangi.
 - e. Etika penelitian
Dalam penerapan etika penelitian, maka peneliti dituntut untuk mengikuti semua aturan, nilai sosial, norma agama, adat dan kebiasaan dari tenaga pendidik dan tenaga kependidikan di Universitas Siliwangi.
3. Tahap pelaksanaan
- a. Memohon izin kepada setiap calon responden untuk dilakukan wawancara.
 - b. Mengumpulkan data primer dengan wawancara kepada responden yang dijadikan subjek penelitian dengan menggunakan kuesioner
 - c. Hasil dicatat oleh peneliti sesuai data yang diperoleh

4. Tahap Pelaporan

Tahap pelaporan disaring berdasarkan tujuan yang telah ditentukan berupa dokumentasi, hasil kuesioner, serta hasil analisis, serta penyajian data menggunakan tabel atau gambar lainnya agar mudah dimengerti.

J. Pengolahan dan Teknik Analisis Data

1. Pengolahan Data

Pengolahan data dalam penelitian ini dengan menggunakan bantuan komputer, meskipun dengan bantuan komputer namun perlu dipastikan kualitas data yang akan diolah. Berikut langkah-langkah dalam pengolahan data:

a. *Editing* (penyuntingan data)

Hasil wawancara yang diperoleh melalui kuesioner dilakukan pengecekan ulang terhadap lembar formulir yang telah diisi responden dengan lengkap, melihat kekonsistenan jawaban dari pertanyaan-pertanyaan lainnya.

b. *Skoring* (membuat skor)

1) Pemanfaatan layanan BPJS kesehatan

a) Skor 1: jika memanfaatkan minimal 1 jenis layanan dalam 1 tahun di Klinik Universitas Siliwangi.

b) Skor 0: jika tidak memanfaatkan layanan di Klinik Universitas Siliwangi selama 1 tahun.

2) Pengetahuan

a) Skor 1: jawaban benar

b) Skor 0: jawaban salah

Skor terendah adalah 0. Dan skor tertinggi adalah 12. Penentuan kategori pengetahuan berdasarkan Suwarman dalam Jannah (2017) sebesar 75% dari total skor, maka dapat dikategorikan baik jika $\geq 75\%$ dan kategori kurang jika skor diperoleh $< 75\%$.

3) Persepsi

Skor persepsi dilihat berdasarkan pernyataannya, dapat di lihat tabel 3.5 berikut:

Tabel 3.5 Pilihan jawaban persepsi

Pilihan Jawaban	Positif	Negatif
Sangat setuju (SS)	5	1
Setuju (S)	4	2
Netral (N)	3	3
Tidak Setuju (TS)	2	4
Sangat Tidak Setuju (STS)	1	5

Pernyataan persepsi berjumlah 15 pernyataan. setiap soal mendapatkan nilai tertinggi 5 dan terendah 1. Sehingga skor tertinggi dari pengukuran persepsi setiap respondennya yaitu 75, dan skor terendah adalah 15.

Hasil pengukuran kemudian dibuat kriteria objektif, jika skornya ≤ 47.26 (*mean*) termasuk kategori kurang, dan jika skornya > 47.26 (*mean*) maka termasuk kategori baik.

c. *Coding* (pengkodean)

Data yang telah dibuat skornya kemudian diubah dan diberikan kode untuk mempermudah dalam melakukan analisis data dan

mempercepat memasukkan data kedalam komputer. Berikut kode yang digunakan dalam penelitian ini:

Tabel 3.6 kode penelitian

No	Variabel	Kode	Keterangan
1.	Pemanfaatan layanan BPJS Kesehatan	0	Tidak memanfaatkan
		1	Memanfaatkan
2.	Pengetahuan	0	Kurang
		1	Baik
3.	Persepsi	0	Kurang
		1	Baik

d. *Entry* (memasukan data)

Jawaban dari setiap pertanyaan yang telah diubah menjadi kode, kemudian dimasukkan ke dalam program komputer, penelitian ini menggunakan program komputer SPSS for Windows.

e. *Cleaning* (Pembersihan data)

Cleaning merupakan proses pembersihan data dengan cara pengecekan kembali terhadap data-data yang telah dimasukkan (*entry*), untuk melihat kelengkapan dan kebenaran kode yang dimasukkan.

f. *Tabulating* (tabulasi data)

Data-data yang telah selesai dibersihkan, dilakukan pembuatan tabel-tabel sesuai dengan variabelnya, berupa: variabel bebas (pengetahuan, dan persepsi), dan variabel terikat (pemanfaatan layanan BPJS Kesehatan).

2. Teknik Analisis Data

Teknik analisis dalam penelitian ini menggunakan statistik, statistik yang digunakan sebagai berikut:

a. Analisis Univariat

Penelitian ini menggunakan analisis univariat terhadap seluruh data (variabel) yang diteliti baik variabel bebas (pengetahuan, dan persepsi), variabel terikat (pemanfaatan layanan BPJS kesehatan), variabel Pengganggu (pendidikan, dan jenis kelamin). Dengan melihat distribusi frekuensi dan persentase.

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk melihat hubungan variabel bebas berupa pengetahuan, dan persepsi dengan variabel terikat berupa pemanfaatan layanan BPJS kesehatan di Klinik Universitas Siliwangi tahun 2019. Pengukuran hubungan dengan skala data nominal pada variabel bebas dan skala data nominal pada variabel terikat maka yang penelitian ini dengan uji *Chi Square*, dengan nilai kemaknaan *p value* = <0,05 (derajat kepercayaan 95%), dengan menggunakan tabel 2x2, jika dijumpai nilai *expected* (harapan) kurang dari 5 maka yang digunakan adalah *fisher exact test*, jika tidak dijumpai nilai *expected* (harapan) kurang dari 5 maka menggunakan *continuity correction (a)*.