



**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI  
PEMANFAATAN KARTU INDONESIA SEHAT (KIS) PADA  
PASIEN RAWAT INAP DI PUSKESMAS HALMAHERA KOTA  
SEMARANG**

**SKRIPSI**

Diajukan sebagai Salah Satu Syarat untuk  
Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

**Disusun oleh:**  
Triyana  
NIM 6411415049

**JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN  
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG  
2019**

## ABSTRAK

Triyana

**Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pemanfaatan Kartu Indonesia Sehat (KIS) pada Pasien Rawat Inap di Puskesmas Halmahera Kota Semarang**  
XV + 135 halaman + 22 tabel + 3 gambar + 14 lampiran

Angka kepesertaan JKN-KIS di Puskesmas Halmahera termasuk dalam 6 Puskesmas terendah dari semua Puskesmas rawat inap yang ada di Kota Semarang. Pada tahun 2018 pemanfaatan KIS di Puskesmas Halmahera sebanyak 63,8% jumlah tersebut belum mencapai target yang telah ditentukan yaitu sebesar 80%. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor yang mempengaruhi pemanfaatan KIS pada pelayanan rawat inap Puskesmas Halmahera.

Jenis penelitian yang digunakan adalah observasional analitik, dengan rancangan *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien rawat inap di Puskesmas Halmahera dihitung berdasarkan jumlah pasien pada tahun 2018 yaitu sebanyak 119 orang pasien. Sampel yang ditetapkan sebesar 53 pasien dengan teknik *accidental sampling*. Instrument yang digunakan adalah kuesioner terstruktur. Data dianalisis menggunakan uji *Chi-square* dengan perangkat SPSS.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat pendidikan ( $p=0,010$ ; PR=2,22; 95% CI=1,127-4,407), kepemilikan KIS ( $p=0,000$ ; PR=7,71; 95% CI=2,074-28,694), tingkat pengetahuan ( $p=0,046$ ; PR=1,83; 95% CI=0,992-3,400), rekomendasi keluarga ( $p=0,005$ ; PR=2,11; 95% CI=1,222-3,662), persepsi sakit ( $p=0,024$ ; PR=2,04; 95% CI=1,042-4,018), persepsi program KIS ( $p=0,000$ ; PR=8,00; 95% CI=2,776-23,056) mempengaruhi pemanfaatan KIS pada pelayanan rawat inap Puskesmas Halmahera. Sedangkan status pekerjaan ( $p=0,332$ ) dan persepsi kepuasan pasien ( $p=0,478$ ) tidak mempengaruhi pemanfaatan KIS pada pelayanan rawat inap Puskesmas Halmahera.

Saran penelitian ini adalah diharapkan masyarakat dapat berperan aktif agar tetap memanfaatkan KIS pada pelayanan kesehatan yang ada.

**Kata Kunci:** Pemanfaatan, Kartu Indonesia Sehat (KIS).

## ABSTRACT

Triyana

### **Factors Affecting the Utilization of Health Indonesia Card (KIS) among Inpatients at Halmahera Primary Health Care Center Semarang City**

XV + 135 pages + 22 tabels + 3 images + 14 attachments

The JKN-KIS membership rate at the Halmahera Health Center is among the 6 lowest Puskesmas out of all inpatient Puskesmas in the City of Semarang. In 2018 the use of KIS in Halmahera Health Center as much as 63.8% has not reached the target set at 80%. The purpose of this study was to determine the influential factors in the use of KIS in inpatient services at the Halmahera Health Center in Semarang City.

The type of research is observational analytic, with a cross-sectional design. The population in this study was all inpatients at the Halmahera Health Center, calculated based on the number of patients in 2018 which is as many as 119 patients. The sample was set at 53 patients with accidental sampling technique. The instrument used was a structured questionnaire. The data were analyzed using the Chi-square test with SPSS devices.

The results showed that the level of education ( $p = 0.010$ ;  $PR = 2.22$ ; 95% CI = 1,127-4,407), KIS ownership ( $p = 0,000$ ;  $PR = 7,71$ ; 95% CI = 2,074-28,694), level of knowledge ( $p = 0,046$  ;  $PR = 1,83$ ; 95% CI = 0,992-3,400), family recommendation ( $p = 0,005$ ;  $PR = 2,11$ ; 95% CI = 1,222-3,662), pain perception ( $p = 0.024$ ;  $PR = 2,04$ ; 95% CI = 1,042 -4.018), perception of KIS program ( $p = 0,000$ ;  $PR = 8,00$ ; 95% CI = 2,776-23,056) influenced the use of KIS in Halmahera Health Center inpatient services. While the employment status ( $p = 0.332$ ) and the perception of patient satisfaction ( $p = 0.478$ ) did not affect the use of KIS in inpatient services of Halmahera Health Center.

The suggestion of this research is that it is expected that the community can play an active role in continuing to utilize KIS in existing health services.

**Keywords:** Utilization, Health Indonesia Card (KIS).


## PENGESAHAN

Skripsi dengan judul “Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pemanfaatan Kartu Indonesia Sehat (KIS) pada Pasien Rawat Inap di Puskesmas Halmahera Kota Semarang” yang disusun oleh Triyana, NIM 6411415049 telah dipertahankan di hadapan panitia ujian pada Ujian Skripsi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang, yang dilaksanakan pada:  
hari, Tanggal : Kamis, 12 Desember 2019  
tempat : Ruang Ujian Jurusan IKM B

Panitia Ujian



Sekretaris,




Sofwan Indarjo, S.K.M., M.Kes  
NIP 197607192008121002

Dewan Penguji

Tanggal

Penguji I



Prof. Dr. Bambang Budi Raharjo, M.Si  
NIP 196012171986011001

19/12


Penguji II



drg. Yunita Dyah PS, M.Kes (Epid)  
NIP 198306052009122004

17/12-2020

Penguji III



Prof. Dr. dr. Oktia Woro KH, M. Kes  
NIP 195910011987032001

15/12/2020

## PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam skripsi ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam pustaka.

Semarang, Desember 2019



Triyana

6411415049

## **MOTTO DAN PERSEMBAHAN**

### **MOTTO**

1. Jangan lupa bahagia sebab karunia yang Allah berikan jauh lebih banyak dari pada masalah yang kamu keluhkan (Ummu Faith).
2. Seseorang akan naik derajatnya karena hasil perbuatannya, bukan ucapannya. Sesungguhnya hujanlah yang menumbuhkan bunga, bukan suara petir yang kuat (Habib Soleh bin Muhsin Al-hamid).

### **PERSEMBAHAN**

Tanpa mengurangi rasa syukur kepada Allah Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Seluruh keluarga, terutama Kedua orang tua yaitu Bapak Suwanah dan Ibu Kadmi serta kakak tersayang Muhendi yang selalu memotivasi, memberikan kasih sayang, doa serta dukungan tiada henti.
2. Teman-teman seperjuangan IKM angkatan 2015 yang telah memberikan dukungan dan semangat.
3. Pihak yang telah berkenan membantu yang tidak bias disebutkan satu persatu.

## **PRAKATA**

Puji syukur kehadiran Allah SWT atas segala limpahan rahmat dan hidayah-Nya sehingga skripsi yang berjudul “Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pemanfaatan Kartu Indonesia Sehat (KIS) pada Pasien Rawat Inap di Puskesmas Halmahera Kota Semarang” dapat terselesaikan. Skripsi ini disusun untuk memenuhi persyaratan memperoleh gelar Sarjan Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang.

Penulisan skripsi ini tidak terlepas dari partisipasi dan bantuan dari berbagai pihak, maka pada kesempatan ini dengan segala kerendahan hati, penulis ingin menyampaikan terimakasih kepada:

1. Prof. Dr. Tandiyo Rahayu, M.Pd, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang.
2. Dr. Irwan Budiono, M.Kes (Epid) selaku Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang.
3. Prof. Dr. dr. Oktia Woro Kasmini Handayani, M. Kes., selaku Dosen Pembimbing Skripsi yang penuh kesabaran dalam membimbing, memberikan masukan dan arahan kepada penulis sehingga skripsi ini dapat selesai.
4. Bapak dan Ibu Dosen Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat atas bekal ilmu pengetahuan yang telah diberikan selama ini.

5. Staf Tata Usaha (TU) Fakultas Ilmu Keolahragaan dan staf TU Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, yang telah membantu dalam segala urusan administrasi dan surat perijinan observasi.
6. Kepala Dinas Kesehatan Kota Semarang atas data-data yang diberikan.
7. Kepala Puskesmas Halmahera yang telah memberikan izin untuk mengambil data kunjungan pasien dan pemanfaatan KIS di pelayanan rawat inap.
8. Seluruh Keluarga, terutama kedua orang tua bapak Suwanah dan ibu Kadmi serta kakak tersayang Muhendi atas motivasi, kasih sayang, doa serta dukungan tiada henti.
9. Teman-teman seperjuangan IKM angkatan 2015 yang telah memberikan dukungan dan semangat.
10. Pihak yang telah berkenan membantu penulis yang tidak bisa disebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kata sempurna, sehingga masukan, kritik dan saran yang membangun sangat penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi semua pihak yang terkait pada umumnya dan bagi penulis pada khususnya.

Semarang, April 2019

Triyana



## DAFTAR ISI

	Halaman
<b>ABSTRAK .....</b>	<b>ii</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	Error! Bookmark not defined.
<b>PENGESAHAN .....</b>	<b>iv</b>
<b>PERNYATAAN.....</b>	<b>v</b>
<b>MOTTO DAN PERSEMBAHAN.....</b>	<b>vi</b>
<b>PRAKATA .....</b>	<b>vii</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>xii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>xiv</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xv</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1 LATAR BELAKANG.....	1
1.2 RUMUSAN MASALAH .....	6
1.2.1 Rumusan Masalah Umum .....	6
1.2.2. Rumusan Masalah Khusus .....	6
1.3 TUJUAN PENELITIAN .....	7
1.3.1 Tujuan Umum .....	8
1.3.2 Tujuan Khusus.....	8
1.4 MANFAAT PENELITIAN .....	9
1.4.1 Bagi Peneliti .....	9
1.4.2 Bagi Institusi .....	9
1.4.3 Bagi Masyarakat.....	9
1.4.4 Bagi Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat .....	9
1.5 KEASLIAN PENELITIAN.....	10
1.6 RUANG LINGKUP PENELITIAN .....	13
1.6.1. Ruang Lingkup Tempat.....	13
1.6.2. Ruang Lingkup Waktu .....	13
1.6.3. Ruang Lingkup Keilmuan .....	13
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>14</b>
2. 1 LANDASAN TEORI .....	14
2.1.1 Asuransi Kesehatan .....	14

2.1.2	Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan .....	17
2.1.3	Kartu Indonesia Sehat (KIS) .....	21
2.1.4	Pelayanan Kesehatan .....	23
2.1.5	Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan .	29
2.2	KERANGKA TEORI.....	36
<b>BAB III METODE PENELITIAN .....</b>		<b>37</b>
3.1	KERANGKA KONSEP .....	37
3.2	VARIABEL PENELITIAN .....	38
3.2.1	Variabel Bebas .....	38
3.2.2	Variabel Terikat.....	38
3.2.3	Variabel Perancu .....	38
3.3	HIPOTESIS PENELITIAN.....	38
3.4	JENIS DAN RANCANGAN PENELITIAN .....	40
3.4.1	Jenis Penelitian.....	40
3.4.2	Rancangan Penelitian .....	40
3.5	DEFINISI OPERASIONAL DAN SKALA PENGUKURAN VARIABEL . .....	40
3.6	POPULASI DAN SAMPEL .....	44
3.6.1	Populasi .....	44
3.6.2	Sampel.....	44
3.6.3	Besar Sampel.....	44
3.6.4	Teknik Sampling .....	46
3.7	SUMBER DATA .....	46
3.7.1	Data Primer .....	46
3.7.2	Data Sekunder .....	46
3.8	INSTRUMEN PENELITIAN DAN TEKNIK PENGAMBILAN DATA	47
3.8.1	Instrumen Penelitian.....	47
3.8.2	Teknik Pengambilan Data .....	49
3.9	PROSEDUR PENELITIAN.....	49
3.9.1	Pra Penelitian.....	49
3.9.2	Pelaksanaan Penelitian .....	50
3.9.3	Pasca Penelitian.....	50
3.10	TEKNIK PENGOLAHAN DAN ANALISIS DATA.....	50
3.10.1	Pengolahan Data.....	50

3.10. 2 Analisis Data .....	51
3. 10. 2. 1 Analisis Univariat.....	51
3. 10. 2. 2 Analisis Bivariat.....	52
<b>BAB 1V HASIL PENELITIAN .....</b>	<b>53</b>
4. 1 GAMBARAN UMUM PENELITIAN .....	53
4. 1. 1 Gambaran Umum Puskesmas Halmahera .....	53
4. 1. 2 Gambaran Umum Subyek Penelitian .....	54
4. 2 HASIL PENELITIAN .....	55
4.2.1. Analisis Univariat.....	55
4.2.2. Analisis Bivariat .....	60
<b>BAB V PEMBAHASAN .....</b>	<b>69</b>
5.1 PEMBAHASAN .....	69
5.1.1 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi .....	69
5.1.2 Faktor-Faktor yang tidak Mempengaruhi .....	79
5.2 KETERBATASAN PENELITIAN .....	82
<b>BAB VI SIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>83</b>
6.1 SIMPULAN .....	83
6.2 SARAN .....	83
6.2.1 Bagi Masyarakat.....	83
6.2.2 Bagi Puskesmas .....	84
6.2.3 Bagi Peneliti Selanjutnya .....	85
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>86</b>

## DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1 Keaslian Penelitian.....	11
Tabel 3.1 Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel.....	40
Tabel 4.1 Karakteristik Responden berdasarkan Jenis Kelamin.....	54
Tabel 4.2 Karakteristik Responden berdasarkan Status Pernikahan.....	55
Tabel 4.3 Karakteristik Responden berdasarkan Pemanfaatan KIS.....	<b>Error!</b>
<b>Bookmark not defined.</b>	
Tabel 4.4 Distribusi Responden berdasarkan Tingkat Pendidikan .....	56
Tabel 4.5 Distribusi Responden berdasarkan Status Pekerjaan .....	56
Tabel 4.6 Distribusi Responden berdasarkan Kepemilikan KIS.....	57
Tabel 4.7 Distribusi Responden berdasarkan Tingkat Pengetahuan .....	57
Tabel 4.8 Distribusi Responden berdasarkan Rekomendasi Keluarga .....	58
Tabel 4.9 Distribusi Responden berdasarkan Persepsi Sakit .....	58
Tabel 4.10 Distribusi Responden berdasarkan Persepsi Program KIS .....	59
Tabel 4.11 Distribusi Responden berdasarkan Kepuasan Layanan .....	59
Tabel 4.12 Distribusi Responden berdasarkan Pemanfaatan KIS.....	60
Tabel 4.13 Pengaruh antara Tingkat Pendidikan dengan Pemanfaatan KIS di Puskesmas Halmahera Kota Semarang.....	60
Tabel 4.14 Pengaruh antara Status Pekerjaan dengan Pemanfaatan KIS di Puskesmas Halmahera Kota Semarang.....	61
Tabel 4.15 Pengaruh antara Kepemilikan KIS dengan Pemanfaatan KIS di Puskesmas Halmahera Kota Semarang.....	62

Tabel 4.16 Pengaruh antara Pengetahuan Responden dengan Pemanfaatan KIS di Puskesmas Halmahera Kota Semarang.....	63
Tabel 4.17 Pengaruh antara Rekomendasi Keluarga dengan Pemanfaatan KIS di Puskesmas Halmahera Kota Semarang.....	64
Tabel 4.18 Pengaruh antara Persepsi Sakit dengan Pemanfaatan KIS di Puskesmas Halmahera Kota Semarang .....	65
Tabel 4.19 Pengaruh antara Persepsi Program KIS dengan Pemanfaatan KIS di Puskesmas Halmahera Kota Semarang.....	67
Tabel 4.20 Pengaruh antara Kepuasan Layanan dengan Pemanfaatan KIS di Puskesmas Halmahera Kota Semarang.....	68

## DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Ilusi Model Anderson.....	35
Gambar 2.2 Kerangka Teori.....	36
Gambar 3.1 Kerangka Konsep .....	37

## DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1. Surat Keputusan Dosen Pembimbing .....	91
Lampiran 2. <i>Ethical Clearance</i> .....	92
Lampiran 3. Surat Izin Uji Validitas dan Reliabilitas .....	93
Lampiran 4. Surat Izin Penelitian.....	95
Lampiran 5. Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian .....	97
Lampiran 6. Kuesioner Penelitian.....	98
Lampiran 7. Rekapitulasi Uji Validitas dan Reliabilitas.....	103
Lampiran 8. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas .....	105
Lampiran 9. Persetujuan Keikutsertaan Penelitian .....	112
Lampiran 10. Data Presensi Responden.....	113
Lampiran 11. Rekapitulasi Hasil Penelitian.....	115
Lampiran 12 Hasil Analisis Univariat.....	117
Lampiran 13 Hasil Analisis Bivariat.....	120
Lampiran 14. Dokumentasi Penelitian.....	133

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 LATAR BELAKANG**

Kartu Indonesia Sehat (KIS) adalah kartu identitas peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Kartu Indonesia Sehat mulai populer sejak kampanye presiden tahun 2014 silam, dimana KIS merupakan pelaksanaan dari jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diperuntukkan bagi masyarakat yang belum masuk rekapitan tanggungan Jaminan Kesehatan Nasional. Kartu Indonesia Sehat dilatarbelakangi oleh dikeluarkannya Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Program KIS muncul sebagai bentuk penyempurnaan program BPJS Kesehatan. KIS dikeluarkan untuk merekap seluruh masyarakat agar mendapatkan pelayanan kesehatan secara merata, sehingga dengan diterapkannya Program KIS ini diharapkan tidak ada lagi hambatan bagi masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan (Sianturi, 2018).

Berdasarkan data dari Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2017 jumlah peserta program Kartu Indonesia Sehat (KIS) di Indonesia pada tahun 2017 sebanyak 187.982.949 jiwa, atau masyarakat yang telah mengikuti program KIS mencapai (71,59%) dari jumlah penduduk Indonesia sebanyak 262.581.958 jiwa, dengan jumlah Penerima Bantuan Iuran (PBI) sebanyak 112.685.625 jiwa atau sebesar (42,91%) dan Non PBI sebanyak 75.297.324 jiwa atau sebesar (28,67%),



dari jumlah tersebut masih terdapat (27,1%) masyarakat Indonesia yang belum menjadi peserta Kartu Indonesia Sehat (KIS). Jumlah tersebut akan terus ditingkatkan seiring dengan target BPJS Kesehatan yaitu Jaminan Kesehatan Semesta atau *Universal Health Coverage (UHC)* pada tahun 2019. Tercapainya cakupan kesehatan semesta atau universal health coverage (UHC) yakni sebesar 95% dari jumlah penduduk. Terdapat 3 Provinsi yang berkomitmen mewujudkan *Universal Health Coverage (UHC)* yaitu Jambi, Jawa Barat dan termasuk Jawa Tengah (Profil Kesehatan Indonesia, 2017). Data dari Profil Kesehatan Indonesia tahun 2017 menunjukkan bahwa Provinsi Jawa Tengah adalah Provinsi dengan jumlah peserta Kartu Indonesia Sehat (KIS) terbanyak yaitu berjumlah 24.704.079 jiwa atau sebesar (72,11%) dari jumlah penduduk 34.257.900 jiwa dengan jumlah PBI sebanyak 16.629.899 jiwa atau sebesar (48,54%) dan non PBI sebanyak 8.074.180 jiwa atau sebesar (23,56%) (Profil Kesehatan Indonesia, 2017).

Berdasarkan data dari Badan Pusat Statistik (BPS) Provinsi Jawa Tengah, Kota Semarang merupakan kota dengan jumlah peserta KIS terbanyak di Provinsi Jawa Tengah dibandingkan dengan kota lainnya (Badan Pusat Statistik, 2017). Data dari Dinas Kesehatan Kota Semarang tahun 2017 menunjukkan bahwa penduduk yang telah terdaftar dalam program Kartu Indonesia Sehat (KIS) sebanyak 1.632.282 jiwa atau sebesar (98,74%) dari jumlah penduduk Kota Semarang sebanyak 1.653.035 jiwa, dengan PBI sebanyak 452.710 jiwa atau sebesar (27%) dan non PBI sebanyak 1.179.572 atau sebesar (72%). Serta masyarakat yang belum memiliki KIS sebanyak 20.753% jiwa atau sebesar (1,26%) (Dinas Kesehatan Kota Semarang, 2017).

Peneliti melakukan studi pendahuluan pada Puskesmas Halmahera Kota Semarang. Dilihat dari jumlah kepesertaan JKN-KIS di wilayah kerja Puskesmas Halmahera tersebut termasuk dalam kategori 6 Puskesmas terendah dari semua Puskesmas rawat inap yang ada di Kota Semarang. Sedangkan data dari BPJS Kesehatan Kota Semarang pada tahun 2018 menunjukkan bahwa Puskesmas Halmahera merupakan salah satu Puskesmas dengan penggunaan KIS yang terbilang masih cukup rendah dibandingkan dengan Puskesmas rawat inap lainnya yaitu Puskesmas Telogosari Kulon sebanyak 82,6% pasien, Puskesmas Ngesrep sebanyak 80,3% pasien, Puskesmas Karang Malang sebanyak 80,2% pasien, Puskesmas Genuk sebanyak 73,6% pasien dan Puskesmas Karangdoro sebanyak 72,3%. Berdasarkan hasil studi pendahuluan menunjukkan bahwa jumlah kunjungan pasien rawat inap di Puskesmas Halmahera Kota Semarang selama tiga tahun terakhir (2016-2018) adalah sebanyak 473 pasien, dengan pasien umum sebanyak 205 pasien (43,4%), dan pasien KIS sebanyak 268 pasien (56,6%). Tahun 2018 jumlah kunjungan pasien rawat inap Puskesmas Halmahera adalah 119 pasien, dengan pasien umum sebanyak 36,1% dan pasien KIS sebanyak 63,8%, yang terdiri dari pasien PBI (Penerima Bantuan Iuran) sebanyak 75% dan pasien non PBI (Penerima Bantuan Iuran) sebanyak 25% (Puskesmas Halmahera, 2018). Dari data tersebut dapat diketahui bahwa pemanfaatan KIS di Puskesmas Halmahera masih terbilang cukup rendah dibanding dengan Puskesmas rawat inap lainnya.

Puskesmas merupakan pelayanan kesehatan tingkat pertama, di dalam puskesmas Halmahera terdapat 2 sistem pembayaran administrasi, yakni pasien

dapat membayar dengan menggunakan Kartu Indonesia Sehat (KIS) dan pasien juga dapat membayar secara langsung atau sistem regular. Namun berdasarkan observasi terdapat beberapa pasien yang lebih memilih membayar uang perawatan menggunakan sistem regular atau membayar secara langsung. Alasannya karena menurut pasien alur penggunaan KIS yang terbilang cukup ribet dan pasien takut akan ada perbedaan kualitas pemberian obat terhadap pasien pengguna KIS dengan pasien umum. Hal tersebut mengakibatkan penggunaan KIS di puskesmas Halmahera belum mencapai target yaitu sebesar 80%.

Menurut hasil penelitian Ambar Sari tahun 2015 menunjukkan adanya perbedaan kepuasan antara pasien pengguna KIS dan pasien umum, dengan tingkat kepuasan pasien umum lebih baik dibandingkan dengan pasien KIS. Selain itu sesuai dengan pedoman pelaksanaan JKN-KIS menurut Permenkes tahun 2014, hampir semua penyakit dan gangguan medis bisa ditanggung oleh JKN-KIS, selama sesuai dengan prosedur dan ketentuan yang sudah diberlakukan. Jenis penyakit yang sering ditemui di Puskesmas Halmahera yaitu penyakit diabetes militus, hipertensi, diare, dengue fever, demam thypoid, GEA, TB, pneumonia, obs febris, gastritis dan lain-lain.

Menurut Teori Anderson (Notoatmodjo, 2014), mengembangkan suatu model tentang pemanfaatan pelayanan kesehatan dimana pelayanan kesehatan tersebut dipengaruhi oleh faktor Predisposisi (jenis kelamin, umur, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, ras, agama dan kepercayaan kesehatan), karakteristik kemampuan (penghasilan, asuransi, kemampuan membeli jasa pelayanan kesehatan, pengetahuan tentang kebutuhan pelayanan kesehatan,

adanya sarana pelayanan kesehatan serta lokasinya dan ketersediaan tenaga kesehatan), dan karakteristik kebutuhan (penilaian individu dan penilaian klinik terhadap suatu penyakit). Setiap faktor tersebut kemungkinan berpengaruh sehingga dapat untuk memprediksi pemanfaatan pelayanan kesehatan.

Berdasarkan penelitian sebelumnya, Adam V.Y dan Awunor N.S (2014) menilai persepsi masyarakat dan faktor-faktor yang mempengaruhi pemanfaatan layanan kesehatan di masyarakat Nigeria selatan, menunjukkan lebih dari tiga perempat responden, 219 (76,8%) memanfaatkan fasilitas kesehatan dan tidak terdapat hubungan statistik yang signifikan dalam pemanfaatan layanan kesehatan berkenaan dengan jenis kelamin, tingkat pendidikan dan usia. Namun, persepsi masyarakat terhadap kualitas yang buruk dan tidak memadainya layanan yang tersedia, sangat menentukan tingkat penggunaan fasilitas perawatan kesehatan primer (Adam & Awunor, 2014).

Penelitian Lotfi Farhad, dkk (2017) menyatakan pemanfaatan pelayanan kesehatan memberikan peluang untuk mengidentifikasi dan menentukan kuantitas serta kualitas sebuah pelayanan kesehatan. Cakupan asuransi dasar dan penuh adalah faktor utama, yang mempengaruhi pemanfaatan rawat jalan pelayanan kesehatan. Selain itu komposisi umur rumah tangga mempengaruhi pemanfaatan layanan ini. Lebih tepatnya, rumah tangga dengan lebih banyak anggota berusia < 5 atau > 65 tahun cenderung menggunakan layanan rawat jalan lebih sering (Lotfi & Soraya, 2017).

Penelitian Su'udi dan Hendrawan (2017) menyatakan bahwa kurangnya tingkat pengetahuan responden tentang program Jaminan Kesehatan Nasional

(JKN) memiliki pengaruh terhadap jumlah kunjungan pasien di Puskesmas, sebanyak 57,3% kurangnya tingkat pengetahuan responden tentang adanya pelayanan kesehatan gratis di Puskesmas yang mendapat subsidi program Jaminan Tabalung Sehat (JTS), sehingga pemanfaatan program JTS bagi masyarakat masih rendah dan berpengaruh terhadap jumlah kunjungan pasien di Puskesmas (Su'udi & Hendrawan, 2017).

Berdasarkan penjelasan diatas, sehingga dirasa perlu untuk meneliti faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi pemanfaatan Kartu Indonesia Sehat (KIS) pada pasien rawat inap di salah satu Puskesmas yang ada di kota Semarang, yakni Puskesmas Halmahera.

## **1.2 RUMUSAN MASALAH**

### **1.2.1 Rumusan Masalah Umum**

Faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi pasien rawat inap dalam pemanfaatan Kartu Indonesia Sehat (KIS) di Puskesmas Halmahera Kota Semarang?

### **1.2.2. Rumusan Masalah Khusus**

- 1) Apakah terdapat pengaruh antara tingkat pendidikan responden dengan pemanfaatan Kartu Indonesia Sehat (KIS) pada pasien rawat inap di Puskesmas Halmahera Kota Semarang?
- 2) Apakah terdapat pengaruh antara jenis pekerjaan responden dengan pemanfaatan Kartu Indonesia Sehat (KIS) pada pasien rawat inap di Puskesmas Halmahera Kota Semarang?

- 3) Apakah terdapat pengaruh antara kepemilikan KIS dengan pemanfaatan Kartu Indonesia Sehat (KIS) pada pasien rawat inap di Puskesmas Halmahera Kota Semarang?
- 4) Apakah terdapat pengaruh antara tingkat pengetahuan program KIS secara umum dengan pemanfaatan Kartu Indonesia Sehat (KIS) pada pasien rawat inap di Puskesmas Halmahera Kota Semarang?
- 5) Apakah terdapat pengaruh antara rekomendasi keluarga dengan pemanfaatan Kartu Indonesia Sehat (KIS) pada pasien rawat inap di Puskesmas Halmahera Kota Semarang?
- 6) Apakah terdapat pengaruh antara persepsi sakit dengan pemanfaatan Kartu Indonesia Sehat (KIS) pada pasien rawat inap di Puskesmas Halmahera Kota Semarang?
- 7) Apakah terdapat pengaruh antara persepsi tentang program KIS dengan pemanfaatan Kartu Indonesia Sehat (KIS) pada pasien rawat inap di Puskesmas Halmahera Kota Semarang?
- 8) Apakah terdapat pengaruh antara kepuasan pelayanan kesehatan dengan pemanfaatan Kartu Indonesia Sehat (KIS) pada pasien rawat inap di Puskesmas Halmahera Kota Semarang?

### **1.3 TUJUAN PENELITIAN**

Berdasarkan rumusan masalah yang telah dipaparkan di atas, maka tujuan penelitian ini dibagi menjadi dua yaitu:

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi pasien rawat inap dalam pemanfaatan Kartu Indonesia Sehat (KIS) di Puskesmas Halmahera Kota Semarang.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

- 1) Mengetahui pengaruh antara tingkat pendidikan responden dengan pemanfaatan Kartu Indonesia Sehat (KIS) pada pasien rawat inap di Puskesmas Halmahera Kota Semarang.
- 2) Mengetahui pengaruh antara pekerjaan responden dengan pemanfaatan Kartu Indonesia Sehat (KIS) pada pasien rawat inap di Puskesmas Halmahera Kota Semarang.
- 3) Mengetahui pengaruh antara kepemilikan KIS dengan pemanfaatan Kartu Indonesia Sehat (KIS) pada pasien rawat inap di Puskesmas Halmahera Kota Semarang.
- 4) Mengetahui pengaruh antara tingkat pengetahuan responden dengan pemanfaatan Kartu Indonesia Sehat (KIS) pada pasien rawat inap di Puskesmas Halmahera Kota Semarang.
- 5) Mengetahui pengaruh antara rekomendasi keluarga dengan pemanfaatan Kartu Indonesia Sehat (KIS) pada pasien rawat inap di Puskesmas Halmahera Kota Semarang.
- 6) Mengetahui pengaruh antara persepsi sakit dengan pemanfaatan Kartu Indonesia Sehat (KIS) pada pasien rawat inap di Puskesmas Halmahera Kota Semarang.

- 7) Mengetahui pengaruh antara persepsi tentang program KIS dengan pemanfaatan Kartu Indonesia Sehat (KIS) pada pasien rawat inap di Puskesmas Halmahera Kota Semarang.
- 8) Mengetahui pengaruh antara kepuasan pelayanan kesehatan dengan pemanfaatan Kartu Indonesia Sehat (KIS) pada pasien rawat inap di Puskesmas Halmahera Kota Semarang.

#### **1.4 MANFAAT PENELITIAN**

##### **1.4.1 Bagi Peneliti**

Peneliti dapat mengetahui faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi pasien rawat inap dalam pemanfaatan Kartu Indonesia Sehat (KIS) di Puskesmas Halmahera dan menambah wawasan serta penerapan ilmu yang di dapat selama masa perkuliahan.

##### **1.4.2 Bagi Institusi**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan kepada Puskesmas Halmahera untuk dijadikan referensi dalam mengevaluasi program Kartu Indonesia Sehat (KIS).

##### **1.4.3 Bagi Masyarakat**

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi pasien rawat inap dalam pemanfaatan Kartu Indonesia Sehat (KIS) di Puskesmas Halmahera Kota Semarang.

##### **1.4.4 Bagi Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat**

Diharapkan dapat menambah bahan masukan penelitian selanjutnya mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi pemanfaatan Kartu Indonesia Sehat



(KIS) dan dapat memberikan informasi kepada mahasiswa Ilmu Kesehatan Masyarakat UNNES.

## 1.5 KEASLIAN PENELITIAN

Keaslian Penelitian dapat digunakan untuk membedakan penelitian yang dilakukan sekarang dengan penelitian sebelumnya.

**Tabel 1.1 Keaslian Penelitian**

No	Nama&Judul Penelitian	Tempat&Tahun Penelitian	Rancangan Penelitian	Variabel Penelitian	Hasil Penelitian
1.	Debra, Umboh dan Kondou, Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan pada Peserta BPJS Kesehatan di Puskesmas Paniki Bawah Kecamatan Mapanget Kota Manado.	Puskesmas Paniki Bawah Kecamatan Mapanget Kota Manado, 2015.	<i>Cross Sectional</i>	Variabel Bebas: Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Presepsi tentang BPJS, Akses Layanan, dan Presepsi terhadap Tindakan Petugas  Variabel Terikat: Pemanfaatan Pelayanan pada Peserta BPJS Kesehatan.	Terdapat Hubungan Bermakna antara Presepsi Responden tentang BPJS Kesehatan sebesar 0,001 ( $p<0,05$ ), Akses Layanan sebesar 0,000 ( $p<0,05$ ), dan Presepsi Responden terhadap Tindakan Petugas Kesehatan sebesar 0,000 ( $p<0,05$ ) dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas.

2.	Alfi Yaturohm aniyah, Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Layanan Kesehatan pada Peserta JKN-KIS di FKTP Puslakes Universitas Negeri Semarang.	Puslakes Universitas Negeri Semarang, 2017.	<i>Case Control</i>	<p>Variabel Bebas: Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Status Responden, Paparan Informasi Program JKN, Tingkat Pengetahuan, Rekomendasi Keluarga, Presepsi Kualitas Layanan, Presepsi Sakit, Presepsi Program JKN, Tingkat Pendidikan, Akseibilitas, Pekerjaan, Presepsi Komparasi</p> <p>Variabel Terikat: Pemanfaatan Layanan Kesehatan pada Peserta JKN-KIS.</p>	<p>Terdapat Hubungan antara Status Responden sebesar (0,001), Paparan Informasi Program JKN sebesar (0,010), Tingkat Pengetahuan sebesar (0,017), Rekomendasi Keluarga sebesar (0,003), Presepsi Kualitas Layanan sebesar (0,003), Presepsi Sakit sebesar (0,001), Presepsi Program JKN sebesar (0,000), dan tidak terdapat hubungan antara Tingkat Pendidikan sebesar (0,207), Pekerjaan sebesar (0,709), Akseibilitas</p>
----	--	---	---------------------	--	---

---

					(0,707), Presepsi Komparasi sebesar (0,361).
3.	Kurniawan Deny dkk, Faktor yang mempengaruh i masyarakat dalam Pemanfaatan JKN di Puskesmas Tamalanrea Jaya.	Puskesmas Tamalanrea Jaya Kota Makassar, 2016	<i>Cross Sectional</i>	Variabel Bebas: Faktor yang mempengaruhi masyarakat dalam Pemanfaatan JKN Tingkat Pendidikan, Pengetahuan, Pekerjaan, Pendapatan, dan Fasilitas Kesehatan.  Variabel Terikat: Pemanfaatan JKN di Puskesmas Tamalanrea Jaya.	Terdapat Hubungan antara Tingkat Pendidikan (0,000), Pengetahuan (0,000), Pekerjaan (0,037), Pendapatan (0,039), dan tidak terdapat hubungan antara Fasilitas Kesehatan dengan Pemanfaatan JKN (0,131).

---

Berbagai hal yang membedakan penelitian ini dengan penelitian-penelitian sebelumnya adalah sebagai berikut:

- 1) Penelitian ini dilakukan pada waktu yang berbeda.
- 2) Penelitian ini dilakukan pada Tempat yang berbeda, yaitu di pelayanan rawat inap Puskesmas Halmahera Kota Semarang.
- 3) Subyek Penelitian ini adalah pasien yang ada di pelayanan rawat inap Puskesmas Halmahera Kota Semarang.

- 4) Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi pemanfaatan KIS di pelayanan rawat inap Puskesmas Halmahera kota Semarang.

## **1.6 RUANG LINGKUP PENELITIAN**

### **1.6.1. Ruang Lingkup Tempat**

Lokasi yang akan dilakukan Penelitian adalah pelayanan rawat inap Puskesmas Halmahera Kota Semarang.

### **1.6.2. Ruang Lingkup Waktu**

Penelitian ini dilakukan pada tahun 2019 sampai dengan selesai.

### **1.6.3. Ruang Lingkup Keilmuan**

Lingkup penelitian ini termasuk dalam ilmu kesehatan masyarakat bidang administrasi kebijakan kesehatan khususnya tentang asuransi kesehatan.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 LANDASAN TEORI**

##### **2.1.1 Asuransi Kesehatan**

###### **2.1.1.1 Pengertian Asuransi Kesehatan**

Asuransi Kesehatan menurut Pasal 1 (1) Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1992 adalah perjanjian antara dua pihak atau lebih, dengan mana pihak penanggung mengikatkan diri kepada tertanggung dengan menerima premi asuransi, untuk memberikan penggantian kepada tertanggung karena kerugian, kerusakan atau kehilangan keuntungan yang diharapkan, atau tanggung jawab hukum kepada pihak ketiga yang mungkin akan diderita tertanggung, yang timbul dari suatu peristiwa yang tidak pasti, atau untuk memberikan suatu pembayaran yang didasarkan atas meninggal atau hidupnya seseorang yang dipertanggungkan (Depkes, 1992).

Asuransi Kesehatan merupakan cara untuk mengatasi risiko dan ketidakpastian peristiwa sakit serta implikasi biaya-biaya yang diakibatkannya. Asuransi kesehatan mengubah peristiwa tidak pasti dan sulit diramalkan menjadi peristiwa yang pasti dan terencana. Asuransi membantu mengurangi risiko perorangan ke risiko sekelompok orang dengan cara perangkuman risiko (*risk pooling*), untuk mengubah peristiwa yang tidak dapat diprediksi menjadi terprediksi, dengan cara anggota membayar sejumlah uang yang relative kecil namun teratur (disebut Premi) kepada lembaga asuransi. Selain itu manfaat yang diperoleh anggota

adalah ketika mengalami kecelakaan atau sakit ia akan mendapatkan komparasi yang dibutuhkan untuk mengatasi kerugian financial, berupa pengurangan harga keseluruhan atau sebagian pelayanan kesehatan pada saat peristiwa sakit terjadi. Pada saat membeli pelayanan kesehatan pada pemberi pelayanan yang ditunjuk oleh perusahaan asuransi, pasien tidak perlu membayar sama sekali atau hanya membayar sebagian (Murti, 2000).

#### 2.1.1.2 Unsur-Unsur Asuransi Kesehatan

- 1) Adanya tertanggung dan penanggung
- 2) Adanya peralihan risiko dari tertanggung kepada penanggung
- 3) Adanya premi yang harus dibayar tertanggung kepada penanggung
- 4) Adanya peristiwa tidak tentu yang dipertanggungkan
- 5) Adanya pemberian ganti rugi/santunan dari penanggung kepada tertanggung didasarkan pada peristiwa yang tidak tentu.

#### 2.1.1.3 Peran Perusahaan Asuransi Kesehatan

Perinsip asuransi kesehatan sesungguhnya sederhana, yakni sejumlah besar orang sepakat merangkum risiko perorangan menjadi risiko bersama, agar kerugian menjadi lebih ringan dan probabilitasnya kecil. Perusahaan asuransi berperan sebagai perantara, yang mengorganisasi perangkuman risiko, menghitung biaya-biaya transaksi yang diperlukan agar memiliki catatan lengkap tentang peserta, dan membiayai pelayanan kesehatan yang diperlukan. Cara yang relatif sederhana untuk melakukan tugas-tugas tersebut adalah mengumpulkan premi sesuai dengan kerugian yang akan dialami peserta, ditambah dengan biaya transaksi yang dibagi merata kepada semua anggota pada

awal kontrak, lalu perusahaan asuransi membayar kerugian-kerugian kepada para anggota ketika dibutuhkan atau membiayai pelayanan-pelayanan kesehatan yang diperlukan para peserta. Sesuai hukum jumlah besar, semakin besar jumlah peserta, semakin kecil biaya risiko, dan semakin kecil juga biaya transaksinya (Thabrany, 2014).

#### 2.1.1.4 Pembayaran Premi

Menurut sifat kepesertaan, asuransi dapat dibagi menjadi 2 golongan yaitu kepesertaan yang bersifat wajib dan sukarela. Sifat kepesertaan tersebut terkait dengan kewajiban membayar premi yang juga bersifat wajib atau membayar premi yang bersifat sukarela. Sistem asuransi dengan kepesertaan wajib disebut asuransi sosial, sedangkan asuransi yang kepesertaannya sukarela, digolongkan sebagai asuransi komersial karena tidak ada kewajiban seseorang untuk ikut atau membeli asuransi. Membeli merupakan suatu transaksi sukarela dalam perdagangan (*commerce*). Banyak pihak Indonesia yang mengasosiasikan asuransi sosial sebagai asuransi bagi kelompok masyarakat ekonomi lemah (Thabrany, 2014).

#### 2.1.1.5 Asuransi Sosial

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1992 Tentang Asuransi disebutkan bahwa asuransi sosial adalah program asuransi yang diselenggarakan secara wajib berdasarkan suatu undang-undang,. Dalam Undang-Undang tersebut menyatakan bahwa program asuransi sosial hanya dapat diselenggarakan oleh Badan Usaha Milik Negara (pasal 14), dengan tujuan untuk menjamin akses semua orang yang memerlukan pelayanan kesehatan tanpa mempedulikan status

ekonomi atau usia, prinsip itulah yang disebut sebagai keadilan sosial (Depkes, 1992).

#### 2.1.1.6 Asuransi Komersial

Asuransi komersial adalah asuransi yang dikelola oleh perusahaan swasta atas keikutsertaan masyarakat secara sukarela. Bentuk program yang dilayani tergantung kepada kebutuhan dan kemampuan tertanggung yang ditentukan dalam perjanjian. Dalam bidang asuransi kesehatan, seseorang dapat mengikuti suatu program yang biayanya akan dibebankan atau dibayar kembali oleh perusahaan. Besarnya pertanggungan sesuai dengan pilihan tertanggung dan premi yang dibayar tertanggung setiap bulan atau setiap tahunnya. Untuk menjadi anggota tertanggung seseorang harus memenuhi persyaratan tertentu (Darmawi, 2000).

### **2.1.2 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan**

#### 2.1.2.1 Pengertian BPJS Kesehatan

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) merupakan lembaga yang dibentuk untuk menyelenggarakan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia dan merupakan badan hukum nirlaba. BPJS merupakan transformasi dari sejumlah badan usaha milik negara (BUMN) yaitu diantaranya lembaga asuransi jaminan kesehatan PT. Askes (Persero) menjadi BPJS Kesehatan dan lembaga jaminan sosial ketenagakerjaan PT. Jamsostek (Persero) menjadi BPJS Ketenagakerjaan. Dengan dibentuknya BPJS Kesehatan diharapkan seluruh masyarakat terutama masyarakat kurang mampu yang selama ini mengalami kesulitan dalam mendapatkan pelayanan kesehatan yang layak dan bermutu karena keterbatasan finansial. Dalam menjalankan program layanan Jaminan



Kesehatan Nasional tersebut BPJS Kesehatan bekerjasama dengan beberapa fasilitas kesehatan diantaranya Puskesmas, Rumah Sakit, klinik, dan praktik dokter perorangan untuk membuka pintu pelayanan kesehatan bagi masyarakat khususnya mereka yang berpenghasilan rendah (Qudsiah, 2018)

#### 2.1.2.2 Pengertian JKN

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah jaminan perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran/iurannya dibayar oleh pemerintah (Kemenkes RI, 2013).

Menurut Naskah Akademik SJSN Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 Pasal 10 Ayat 2, program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah suatu program pemerintah dan masyarakat dengan tujuan memberikan kepastian jaminan kesehatan yang menyeluruh bagi setiap masyarakat Indonesia agar penduduk Indonesia dapat hidup sehat, produktif, dan sejahtera. Tujuan penyelenggaraan JKN ini adalah untuk memberikan manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan akan pemenuhan kebutuhan dasar kesehatan (Kemenkes, 2004).

#### 2.1.2.3 Manfaat JKN

Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional terdiri atas dua jenis, yaitu manfaat medis berupa pelayanan kesehatan dan manfaat non medis meliputi akomodasi dan ambulans. Ambulans hanya diberikan untuk pasien rujukan dari fasilitas kesehatan dengan kondisi tertentu yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan.

#### 2.1.2.4 Prinsip JKN

Dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN, menjelaskan bahwa JKN diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip-prinsip sebagai berikut:

1) Prinsip Kegotongroyongan

Gotong royong dalam SJSN berarti peserta yang mampu membantu peserta yang kurang mampu, peserta yang sehat membantu peserta yang sakit. Melalui prinsip gotong royong jaminan sosial dapat menumbuhkan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

2) Prinsip Nirlaba

Pengelolaan dana amanat oleh BPJS adalah nirlaba dan bukan untuk mencari laba, namun untuk memenuhi sebesar-besarnya kepentingan peserta. Dana yang dikumpulkan dari masyarakat adalah dana amanat, sehingga hasil pengembangannya, akan dimanfaatkan sebesar-besarnya untuk kepentingan peserta.

3) Prinsip Keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi, dan efektivitas.

Prinsip-prinsip manajemen ini diterapkan dan mendasari seluruh kegiatan pengelolaan dana yang berasal dari iuran peserta dan hasil pengembangannya.

4) Prinsip portabilitas.

Prinsip portabilitas jaminan sosial dimaksudkan untuk memberikan jaminan yang berkelanjutan kepada peserta sekalipun berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

#### 5) Prinsip Kepesertaan Bersifat Wajib

Dimaksudkan agar seluruh rakyat menjadi peserta sehingga dapat terlindungi. Penerapannya disesuaikan dengan kemampuan ekonomi rakyat dan pemerintah serta kelayakan penyelenggaraan program. Tahap ini dimulai dari pekerja di sektor formal, bersamaan dengan itu sektor informal dapat menjadi peserta secara mandiri, sehingga pada akhirnya SJSN dapat mencakup seluruh rakyat.

#### 6) Prinsip Dana Amanat

Dana yang terkumpul dari iuran peserta merupakan dana titipan kepada badan-badan penyelenggara untuk dikelola sebaik-baiknya dalam rangka mengoptimalkan dana tersebut untuk kesejahteraan peserta.

#### 7) Prinsip Hasil Pengelolaan Dana Jaminan Sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta.

#### 2.1.2.5 Kepesertaan JKN

Peserta Jaminan Kesehatan Nasional adalah setiap masyarakat, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran. Peserta JKN yakni meliputi Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan tidak Penerima Bantuan Iuran (Non PBI) dengan rincian sebagai berikut:

- 1) Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) meliputi masyarakat yang tergolong fakir miskin dan kurang mampu.
- 2) Peserta Non PBI terdiri dari:
  - (1) Pekerja Penerima Upah: PNS, TNI, POLRI, Pegawai Swasta dll.

- (2) Pekerja Bukan Penerima Upah: Pekerja Mandiri.
- (3) Bukan Pekerja: Investor, Veteran, Penerima Pensiun dll.
- (4) Warga Negara Indonesia yang berada di luar negeri diatur dengan ketentuan peraturan perundang-undangan tersendiri (Kemenkes RI, 2013).

### **2.1.3 Kartu Indonesia Sehat (KIS)**

Program Kartu Indonesia Sehat (KIS) adalah perwujudan Nawa Cita ke 5 dari pemerintahan Presiden Joko Widodo dan Wakil Presiden Jusuf Kalla. Sesuai dengan Instruksi Presiden Nomor 7 Tahun 2014 tentang Pelaksanaan Program Keluarga Sejahtera, Program Kartu Indonesia Pintar dan Program Kartu Indonesia Sehat untuk membangun keluarga produktif, serta untuk meningkatkan efektifitas dan efisiensi pelaksanaan program tersebut maka BPJS Kesehatan mendapat tugas untuk berkoordinasi dengan institusi terkait (BPJS Kesehatan, 2016).

Kartu Indonesia Sehat (KIS) adalah kartu identitas peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Kartu Indonesia Sehat mulai populer sejak kampanye presiden tahun 2014 silam, dimana KIS merupakan pelaksanaan dari jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diperuntukkan bagi masyarakat yang belum masuk rekapitan tanggungan Jaminan Kesehatan Nasional. Kartu Indonesia Sehat dilatarbelakangi oleh dikeluarkannya Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). UU No. 40 Tahun 2004 ini mengamanatkan bahwa Jaminan Kesehatan Nasional merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional yang diselenggarakan dengan menggunakan

mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib (*mandatory*). Dengan dibentuknya Kartu Indonesia Sehat (KIS) diharapkan seluruh masyarakat terutama masyarakat miskin yang selama ini mengalami kesulitan dalam mendapatkan pelayanan kesehatan yang layak dan bermutu karena keterbatasan finansial.

KIS memiliki dua pendekatan yakni kuantitas dan kualitas, untuk pendekatan kuantitas, melalui KIS akan ada penambahan peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI). Jika sebelumnya keluarga Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS) belum terdaftar dalam peserta PBI maka dengan adanya Kartu Indonesia Sehat ini dapat *discover*. Untuk segi kualitas program KIS ini mengintegrasikan layanan preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif, berbeda halnya dengan program BPJS Kesehatan yang hanya dapat digunakan ketika kondisi sakit saja. Namun terdapat perbedaan antara peserta KIS dan BPJS Kesehatan yaitu:

- 1) Adapun Jenis Fasilitas Kesehatan KIS tidak terbatas, sedangkan BPJS Kesehatan hanya berlaku bagi Fasilitas Kesehatan yang menjadi mitra.
- 2) Penggunaan KIS bisa untuk segala perawatan kesehatan, baik untuk pencegahan maupun pengobatan, sedangkan BPJS Kesehatan hanya dapat dipakai ketika peserta dalam kondisi benar-benar sakit saja.

Sehingga dapat disimpulkan bahwa Kartu Indonesia Sehat (KIS) tetap dinaungi dan dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Prosedur pelayanan kesehatan peserta Kartu Indonesia Sehat menggunakan sistem rujukan berjenjang sesuai dengan indikasi medis serta tidak ada batasan umur. Namun untuk fasilitas kesehatan yang didapatkan, peserta KIS tidak memiliki batas

seperti BPJS Kesehatan yang hanya bisa dipakai di fasilitas kesehatan yang menjalin kerjasama dengan BPJS Kesehatan.

## **2.1.4 Pelayanan Kesehatan**

### 2.1.4.1 Pengertian Pelayanan Kesehatan

Menurut UU No. 36 Tahun 2010 Tentang Kesehatan, yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan oleh pemerintah dan/atau masyarakat (Kemenkes, 2010).

Sedangkan menurut Azwar (2010) pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat.

Tujuan pelayanan kesehatan adalah untuk meningkatkan derajat kesehatan dan kemampuan masyarakat secara menyeluruh dalam memelihara kesehatannya untuk mencapai kesehatan yang optimal dan mandiri,

Bentuk dan jenis pelayanan kesehatan ditentukan oleh:

- 1) Pengorganisasian pelayanan, apakah dilaksanakan secara sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi.
- 2) Ruang lingkup kegiatan, apakah hanya mencakup kegiatan pemeliharaan kesehatan, , peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, penyembuhan

penyakit, pemulihan kesehatan atau kombinasi dari padanya.

- 3) Sasaran pelayanan kesehatan, apakah untuk perseorangan, keluarga, kelompok ataupun untuk masyarakat secara keseluruhan.

Bentuk dan jenis pelayanan kesehatan di bedakan menjadi 2 jenis, yaitu:

(1) Pelayanan Kedokteran

Pelayanan Kedokteran (*Medical Services*) bertujuan untuk menyembuhkan penyakit ataupun memulihkan kesehatan dimana yang menjadi sasaran utamanya adalah individu dan keluarga. Pelayanan kedokteran dapat di laksanakan secara mandiri maupun bersama-sama dalam organisasi.

(2) Pelayanan Kesehatan Masyarakat

Pelayanan Kesehatan Masyarakat (*Public Health Services*) bertujuan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta upaya pencegahan penyakit. Sasran utamanya adalah kelompok dan masyarakat. Biasanya pelayanan kesehatan masyarakat di laksanakan secara bersama-sama dalam suatu organisasi.

2.1.4.2 Tiga Ciri Utama Pelayanan Kesehatan, yaitu:

1) *Uncertainly*

Pelayanan kesehatan bersifat tidak bisa dipastikan baik waktu, tempat, besar biaya yang dibutuhkan, maupun tingkat urgensi dari pelayanan tersebut. Ketidak pastian ini menyulitkan masyarakat mengalokasikan penghasilannya untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatannya. Masyarakat dengan penghasilan rendah akan sulit menyisihkan sebagian penghasilannya untuk memenuhi kebutuhan medisnya.

## 2) *Asymetry Of Information*

Perbedaan informasi antara provider dan pasien menunjukkan bahwa konsumen pelayanan kesehatan berada pada posisi yang lemah sedangkan provider (dokter, dan para petugas kesehatan lainnya) mengetahui jauh lebih banyak tentang manfaat dan kualitas pelayanan yang dijualnya.

## 3) *Externality*

Menunjukkan bahwa konsumsi pelayanan kesehatan tidak saja mempengaruhi pembeli tetapi juga bukan pembeli. Demikian juga risiko kebutuhan pelayanan kesehatan tidak saja mengenai pasien melainkan juga public.

### 2.1.4.3 Syarat Pokok Pelayanan Kesehatan

Menurut Azwar (2010) dalam Karno (2012:5) menjelaskan suatu pelayanan kesehatan harus memiliki berbagai persyaratan pokok yang memberi pengaruh kepada masyarakat dalam menentukan pilihannya terhadap penggunaan jasa pelayanan kesehatan yakni:

#### 1) Ketersediaan dan Berkesinambungan

Pelayanan yang baik adalah pelayanan kesehatan yang tersedia di masyarakat (*acceptable*) serta berkesinambungan (*sustainable*). Artinya semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan masyarakat ditemukan serta keberadaannya dalam masyarakat adalah ada pada tiap saat dibutuhkan.

#### 2) Dapat Diterima dan Wajar

Pelayanan kesehatan yang baik adalah bersifat wajar (*Appropriate*) dan



dapat diterima (*Acceptable*) oleh masyarakat. Artinya pelayanan kesehatan tersebut dapat mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi, tidak bertentangan dengan adat istiadat, kebudayaan, keyakinan dan kepercayaan masyarakat, serta bersifat tidak wajar, bukanlah suatu keadaan pelayanan kesehatan yang baik.

### 3) Mudah Dicapai oleh Masyarakat

Pengertian dicapai yang dimaksud disini terutama dari letak sudut lokasi mudah dijangkau oleh masyarakat, sehingga distribusi sarana kesehatan menjadi sangat penting. Jangkauan fasilitas membantu untuk menentukan permintaan yang efektif. Bila fasilitas mudah dijangkau dengan menggunakan alat transportasi yang tersedia maka fasilitas ini akan banyak dipergunakan. Tingkat pengguna di masa lalu dan kecenderungan merupakan indikator terbaik untuk perubahan jangka panjang dan pendek dari permintaan pada masa akan datang.

### 4) Mudah Dijangkau

Pelayanan kesehatan yang baik adalah pelayanan yang terjangkau (*Affordable*) oleh masyarakat, dimana diupayakan biaya pelayanan tersebut sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat. Pelayanan kesehatan yang mahal hanya mungkin dinikmati oleh sebagian masyarakat saja.

### 5) Bermutu

Mutu (kualitas) yaitu menunjukkan tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan dan menunjukkan kesembuhan

penyakit serta keamanan tindakan yang dapat memuaskan para pemakai jasa pelayanan yang sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

#### 2.1.4.4 Stratifikasi Pelayanan Kesehatan

Stratifikasi Pelayanan Kesehatan di Indonesia menurut Azwar (2010) dalam Wahyuni (2012) dibedakan menjadi 3, yaitu:

1) Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama

Merupakan pelayanan kesehatan yang bersifat pokok/primer (*Primary Health Services*) yang sangat dibutuhkan oleh sebagian besar masyarakat dan berguna untuk upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Pelayanan ini bersifat rawat jalan.

2) Pelayanan Kesehatan Tingkat Kedua

Pelayanan kesehatan tingkat kedua (*Secondary Health Services*) merupakan pelayanan kesehatan lanjutan dan biasanya bersifat rawat inap sehingga dalam penyelenggarannya dibutuhkan tenaga-tenaga spesialis.

3) Pelayanan Kesehatan Tingkat Ketiga

Pelayanan kesehatan tingkat ketiga (*Tertiary Health Services*) pelayanan tersebut bersifat lebih kompleks dan umumnya diselenggarakan oleh tenaga-tenaga sub spesialisasi.

#### 2.1.4.5 Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan

Sistem rujukan adalah suatu sistem penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang melaksanakan pelimpahan tanggungjawab timbal balik, terhadap suatu kasus penyakit atau masalah kesehatan, secara vertikal dalam arti dari unit yang berkemampuan kurang kepada unit yang lebih mampu atau secara horizontal

dalam arti antar unit-unit yang setingkat kemampuannya (Trihono, 2005).

Rujukan secara konseptual terdiri atas:

- 1) Rujukan upaya kesehatan perorangan yang pada dasarnya menyangkut masalah pelayanan medik perorangan yang antara lain meliputi:
  - (1) Rujukan kasus untuk keperluan diagnostik, pengobatan, tindakan operasi dan lain-lain.
  - (2) Rujukan bahan (spesimen) untuk pemeriksaan laboratorium klinik yang lebih lengkap.
  - (3) Rujukan ilmu pengetahuan antara lain dengan mendatangkan atau mengirim tenaga yang lebih kompeten atau ahli untuk melakukan tindakan, memberi layanan, alih pengetahuan dan teknologi dalam meningkatkan kualitas pelayanan.
- 2) Rujukan upaya kesehatan masyarakat pada dasarnya menyangkut masalah kesehatan masyarakat luas yang meliputi :
  - (1) Rujukan sarana berupa antara lain bantuan laboratorium dan teknologi kesehatan.
  - (2) Rujukan tenaga dalam bentuk antara lain dukungan tenaga ahli untuk penyidikan sebab dan asal usul penyakit/kejadian luar biasa suatu penyakit serta penanggulangannya pada bencana alam, dan lain-lain.
  - (3) Rujukan operasional berupa antara lain bantuan.  
  
Jalur rujukan upaya kesehatan perorangan meliputi : (1) antara masyarakat dengan puskesmas; (2) antara puskesmas pemantu/bidan di desa dengan puskesmas; (3) antar puskesmas atau puskesmas dengan

rumah sakit, atau fasilitas pelayanan lainnya.

Sedangkan jalur rujukan upaya kesehatan masyarakat meliputi; (1) dari puskesmas ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota; (2) dari puskesmas ke instansi lain yang lebih kompeten baik intrasektoral maupun lintas sektoral; (3) bila rujukan di tingkat kabupaten/kota masih belum mampu (Trihono, 2005).

### **2.1.5 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan**

Kerangka asli model Anderson menggambarkan suatu sekuensi (rangkaiannya), determinan (faktor yang menentukan) pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh keluarga maupun individu bergantung pada beberapa karakteristik. Model teori Anderson ini dikembangkan pada tahun 1960 an, yang kemudian berkembang dan mengalami perubahan dalam beberapa tahap yaitu model ke dua tahun 1970, model ke tiga tahun 1980-1990 dan model ke empat tahun 1990 sampai dengan sekarang. Model ini dikembangkan yaitu untuk memahami mengapa keluarga menggunakan pelayanan kesehatan, menentukan dan mengukur akses yang baik menuju pelayanan kesehatan, serta membantu dalam mengembangkan kebijakan untuk menuju akses yang baik.

Menurut Anderson (1968) dalam *Behavioral Model of Families use of Health Services*, perilaku orang sakit berobat ke pelayanan kesehatan secara bersama dipengaruhi oleh faktor predisposisi (*predisposing factors*), faktor pemungkin (*enabling factors*), dan faktor kebutuhan (*need factors*). Model penggunaan pelayanan kesehatan semua berfokus pada keluarga, karena pelayanan kesehatan individu sebagian besar sebagai fungsi karakteristik sosio-

demografi dan ekonomi dari sebuah unit keluarga (Priyoto, 2014).

Kerangka asli model Anderson yang menggambarkan suatu sekuensi (rangkaiian), determinan (faktor yang menentukan) pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh keluarga maupun individu bergantung pada beberapa karakteristik yaitu:

1) Faktor Predisposisi (*Predisposing Characteristic*)

Menggambarkan bahwa setiap individu mempunyai kecenderungan yang berbeda-beda dalam menggunakan pelayanan kesehatan. Faktor predisposisi adalah ciri-ciri yang telah ada pada individu dan keluarga sebelum menderita sakit, yaitu pengetahuan, sikap dan kepercayaan terhadap kesehatan. Faktor predisposisi berkaitan dengan karakteristik individu yang mencakup:

- a. Ciri demografi seperti: usia, jenis kelamin, status perkawinan dan jumlah keluarga.
- b. Struktur sosial seperti: pendidikan, pekerjaan, dan kesukuan (budaya).
- c. Sikap dan keyakinan individu terhadap pelayanan kesehatan.

(1) Jenis Kelamin

Meskipun pengeluaran untuk pemanfaatan pelayanan kesehatan yang kurang lebih sama untuk kedua jenis kelamin pada tahun-tahun awal, terdapat perbedaan dalam kebutuhan pelayanan kesehatan antara pria dan wanita. Di kemudian hari, pengeluaran yang dikeluarkan oleh perempuan melebihi dari yang dikeluarkan oleh laki-laki terutama karena biaya kandungan (Notoatmodjo, 2014).

## (2) Tingkat Pendidikan

Tingkat Pendidikan diyakini dapat mempengaruhi pemanfaatan Kartu Indonesia Sehat (KIS). Sebuah jumlah yang lebih besar dari pendidikan di rumah tangga dapat memungkinkan keluarga untuk mengenali gejala awal penyakit, sehingga kesediaan yang lebih besar untuk mencari pelayanan kesehatan awal. Tingkat pendidikan juga dapat menyebabkan peningkatan efisien dalam pembelian keluarga dan penggunaan pelayanan medis. Semakin tinggi pendidikan seseorang, maka secara relative penggunaan terhadap pelayanan kesehatan semakin tinggi (Notoatmodjo, 2014).

## (3) Status Perkawinan

Seseorang dengan status belum menikah lebih banyak menggunakan pelayanan kesehatan dibandingkan dengan seseorang yang sudah menikah. Orang yang belum berkeluarga umumnya menggunakan perawatan kesehatan lebih dari yang dilakukan oleh orang yang sudah menikah. Bersarnya keluarga juga dapat mempengaruhi permintaan, sebuah keluarga besar mempunyai per kapita yang lebih rendah (meskipun tidak selalu proposional kurang) daripada sebuah keluarga kecil dengan pendapatan yang sama (Notoatmodjo, 2014).

## (4) Pengetahuan Program KIS

Pengetahuan merupakan hasil pengindraan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indra yang dimilikinya seperti: mata,

hidung, telinga, dan sebagainya. Pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda-beda (Notoatmodjo, 2014).

#### (5) Status Pekerjaan

Teori Anderson (1974) menjelaskan bahwa ketersediaan dan kemudahan dalam memperoleh pelayanan kesehatan berhubungan dengan tingkat sosial, ekonomi, harga pelayanan kesehatan, dan ada tidaknya asuransi kesehatan. Teori Green (1980) juga menjelaskan bahwa status ekonomi masyarakat menjadi hal penting dalam mendorong seseorang untuk berperilaku sehat. Status ekonomi mempengaruhi ketersediaan dan kemudahan dalam memperoleh pelayanan kesehatan (Notoatmodjo, 2014).

#### 2) Faktor Pemungkin (*Enabling Characteristic*)

Kondisi yang memungkinkan orang sakit memanfaatkan pelayanan kesehatan, yang mencakup status ekonomi keluarga, akses terhadap sarana pelayanan kesehatan yang ada, dan penanggung biaya berobat/aspek logistik untuk mendapatkan perawatan, yang meliputi:

- a. Pribadi/individu: adanya sumber pembiayaan dari diri sendiri maupun keluarga, sarana dan tahu mengakses pelayanan kesehatan, asuransi kesehatan, perjalanan, kualitas hubungan sosial.
- b. *Community*: tenaga kesehatan, fasilitas yang tersedia serta kecepatan pelayanan kesehatan.

Faktor lain yang juga memungkinkan pemanfaatan Kartu Indonesia Sehat (KIS)

Faktor lain yang juga memungkinkan pemanfaatan Kartu Indonesia Sehat (KIS) adalah:

### (1) Rekomendasi Keluarga

Menurut teori pendidikan bahwa keluarga adalah tempat persemainan manusia sebagai anggota masyarakat. Karena itu bila persemainan itu kurang bagus maka jelas akan berpengaruh pada masyarakat. Agar masing-masing keluarga menjadi tempat yang kondusif untuk tempat tumbuhnya perilaku sehat bagi anak-anak sebagai calon anggota masyarakat, maka promosi kesehatan sangat berperan penting (Notoatmodjo, 2010).

### (2) Kepemilikan KIS

Asuransi dan jaminan kesehatan dapat meningkatkan *demand* terhadap pelayanan kesehatan, dengan demikian hubungan dari asuransi kesehatan dan jaminan kesehatan terhadap *demand* terhadap pelayanan kesehatan adalah bersifat positif. Pada Negara maju, faktor asuransi kesehatan menjadi penting dalam hal *demand* pelayanan kesehatan (Janis, 2018).

### (3) Persepsi Program KIS

Persepsi masyarakat yang baik dapat mendorong pemanfaatan layanan di puskesmas. Adanya sosialisasi JKN belum tentu dapat merubah persepsi masyarakat tentang suatu program menjadi lebih baik. Persepsi terhadap program JKN yang kurang baik, dapat meningkatkan perilaku untuk tidak memanfaatkan puskesmas. Jika persepsi masyarakat terhadap suatu program kesehatan seperti KIS adalah baik maka dapat mendorong



masyarakat untuk memanfaatkan dengan memilih tempat layanan kesehatan yang diberikan seperti puskesmas (Rumengan, 2015).

#### (4) Kepuasan Pelayanan Kesehatan

Menilai kualitas pelayanan kesehatan yaitu dengan mengetahui penilaian atau persepsi pelayanan kesehatan oleh pasien, persepsi pasien sangat penting karena pasien yang puas dan akan datang berobat kembali (Nampirah, dkk, 2016).

### 3) Faktor Kebutuhan (*Need Characteristic*)

Faktor predisposisi dan faktor yang memungkinkan untuk mencari pengobatan dapat terwujud di dalam tindakan apabila itu didasarkan pada kebutuhan. Dengan kata lain kebutuhan merupakan dasar dan stimulus langsung untuk menggunakan pelayanan kesehatan, bilamana tingkat predisposisi dan *enabling* itu ada. Kebutuhan (*need*) disini dibagi menjadi dua kategori, dirasa atau *perceived (subject assesment)*, dan *evaluated (clinical diagnosis)*, yaitu:

- a. Kebutuhan yang dirasakan (*perceived need*), yaitu keadaan kesehatan yang dirasakan oleh keluarga yang dapat diukur dengan perasaan subyektif terhadap penyakit misalnya: jumlah hari sakit, gejala-gejala sakit yang dialami dan laporan tentang keadaan kesehatan umum.
- b. *Evaluated/clinical* diagnosis yang merupakan penilaian keadaan sakit didasarkan oleh penilaian petugas. yakni penilaian beratnya penyakit dari dokter yang merawat biasanya berdasarkan keluhan-keluhan yang

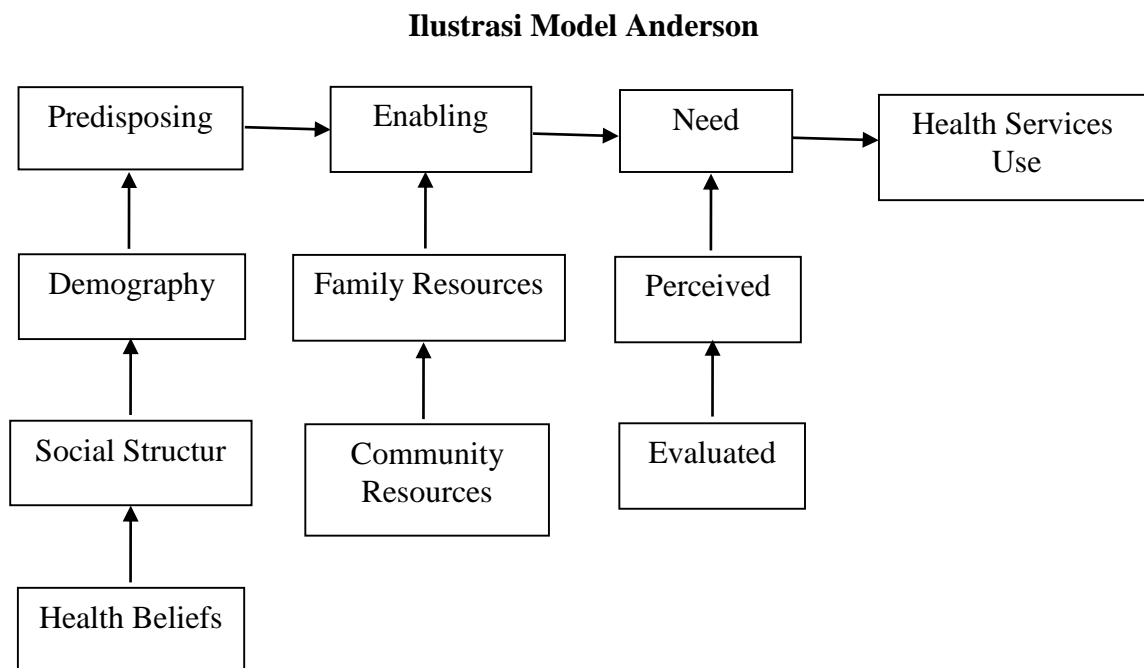
mungkin memerlukan pengobatan dari hasil pemeriksaan dan diagnosa penyakit.

Faktor lain yang dapat mempengaruhi pemanfaatan Kartu Indonesia Sehat (KIS) adalah:

1) Persepsi sakit dalam upaya mencari pelayanan kesehatan

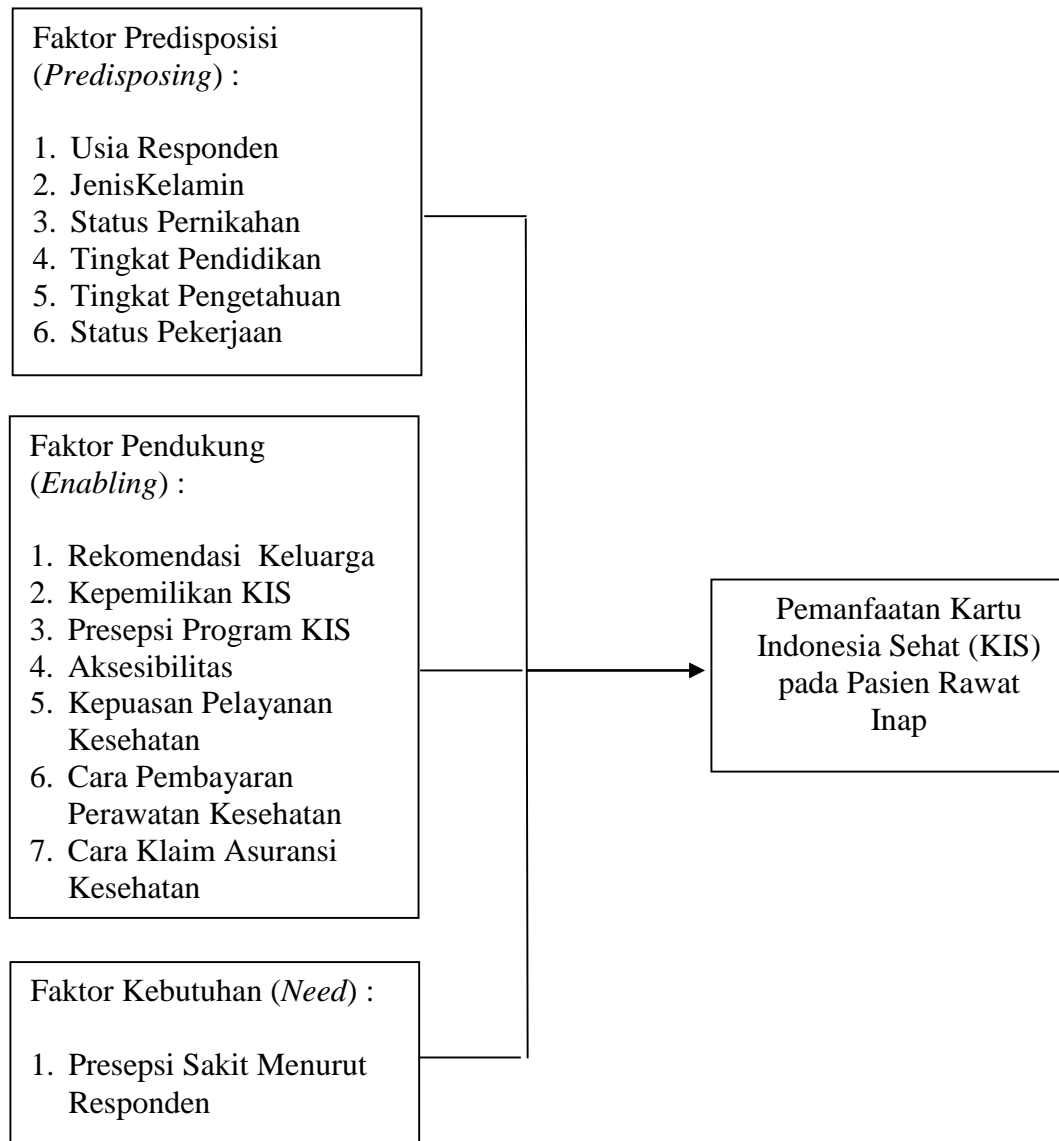
Persepsi merupakan pengalaman tentang objek, peristiwa, atau hubungan yang diperoleh dengan menyimpulkan informasi dan menafsirkannya. Persepsi sehat-sakit erat hubungannya dengan perilaku pencarian pengobatan dan pemanfaatan asuransi kesehatan (Notoatmodjo, 2010).

Model Anderson ini diilustrasikan pada gambar berikut ini:



**Gambar 2.1 Ilusi Model Anderson (Notoatmodjo, 2014).**

## 2.2 KERANGKA TEORI

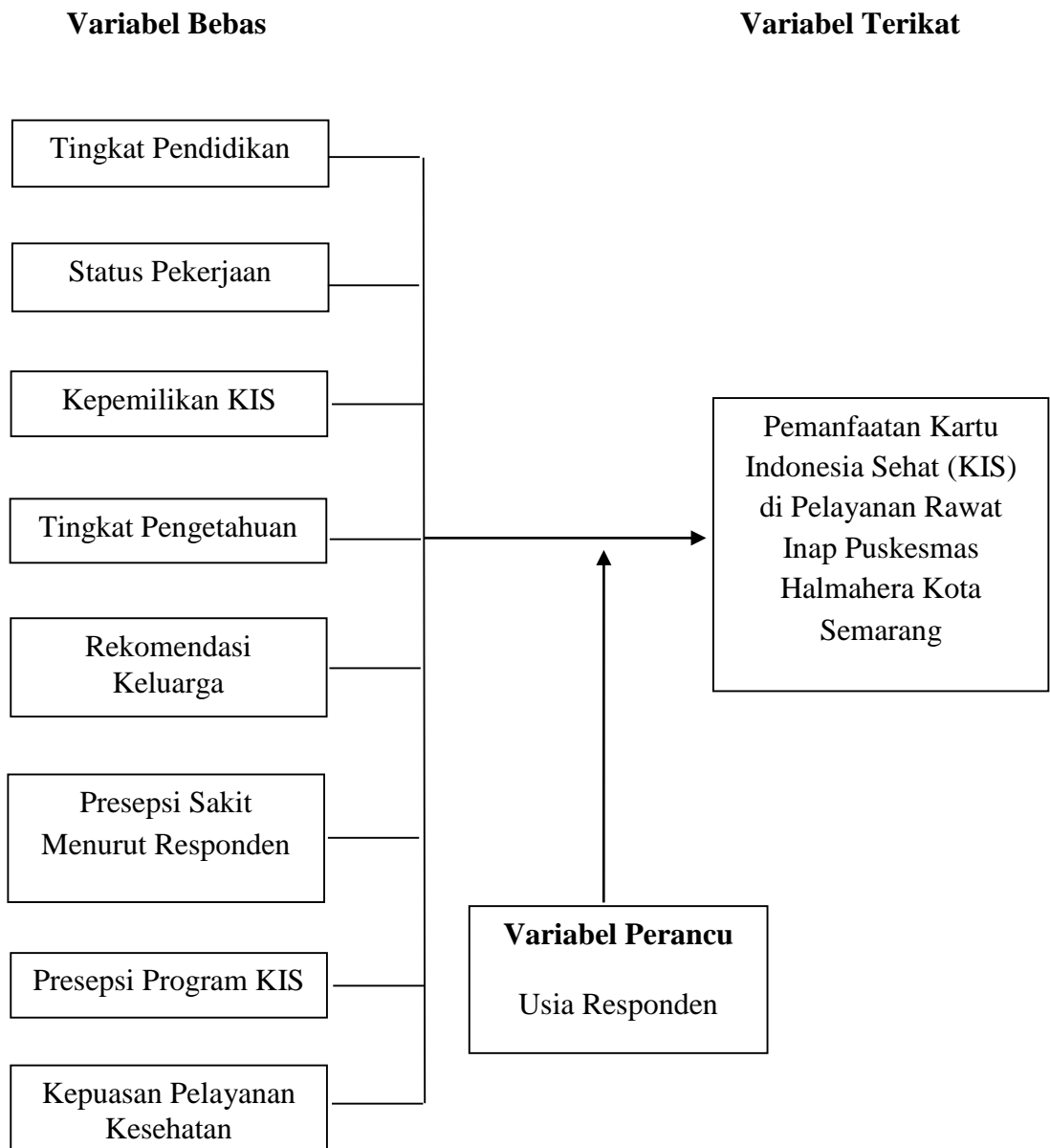


**Gambar 2.2 Kerangka Teori**

Sumber: Modifikasi Teori Anderson dalam Notoatmodjo (2014), (Nurhidayah, Listia, 2017).

**BAB III**  
**METODE PENELITIAN**

**3.1 KERANGKA KONSEP**



**Gambar 3.1 Kerangka Konsep**

## **3.2 VARIABEL PENELITIAN**

### **3.2.1 Variabel Bebas**

Variabel bebas (*Independent Variable*) merupakan variabel yang dapat mempengaruhi atau yang menjadi sebab perubahannya atau timbulnya variabel terikat (Sugiyono, 2010). Variabel bebas dalam penelitian ini adalah tingkat pendidikan, jenis pekerjaan, kepemilikan KIS, tingkat pengetahuan, rekomendasi keluarga, persepsi sakit, persepsi program KIS dan kepuasan layanan kesehatan.

### **3.2.2 Variabel Terikat**

Variabel terikat (*Dependent Variable*) merupakan variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat, karena adanya variabel bebas (Sugiyono, 2010). Variabel terikat dalam penelitian ini adalah Pemanfaatan Kartu Indonesia Sehat (KIS) pada Pelayanan Rawat Inap Puskesmas Halmahera Kota Semarang.

### **3.2.3 Variabel Perancu**

Variabel Perancu (*Confounding Variable*) adalah variabel yang mengganggu terhadap hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen. Variabel perancu dalam penelitian ini adalah usia responden. Variabel ini dikendalikan dengan retriaksi yaitu memilih responden yang berusia 15-50 tahun.

## **3.3 HIPOTESIS PENELITIAN**

Hipotesis merupakan suatu jawaban sementara penelitian, patokan dugaan, atau dalil sementara, yang kebenarannya akan dibuktikan dalam penelitian tersebut. Setelah melalui pembuktian dari hasil penelitian maka hipotesis ini dapat benar atau salah, dapat diterima atau ditolak (Notoatmodjo, Soekidjo, 2010).

Berdasarkan kajian diatas, maka hipotesis pada penelitian ini yaitu:

- 1) Terdapat pengaruh antara tingkat pendidikan responden dengan pemanfaatan Kartu Indonesia Sehat (KIS) pada pasien rawat inap di Puskesmas Halmahera Kota Semarang.
- 2) Terdapat pengaruh antara jenis pekerjaan responden dengan pemanfaatan Kartu Indonesia Sehat (KIS) pada pasien rawat inap di Puskesmas Halmahera Kota Semarang.
- 3) Terdapat pengaruh antara status kepemilikan KIS dengan pemanfaatan Kartu Indonesia Sehat (KIS) pada pasien rawat inap di Puskesmas Halmahera Kota Semarang.
- 4) Terdapat pengaruh antara tingkat pengetahuan responden dengan pemanfaatan Kartu Indonesia Sehat (KIS) pada pasien rawat inap di Puskesmas Halmahera Kota Semarang.
- 5) Terdapat pengaruh antara rekomendasi keluarga dengan pemanfaatan Kartu Indonesia Sehat (KIS) pada pasien rawat inap di Puskesmas Halmahera Kota Semarang.
- 6) Terdapat pengaruh antara persepsi sakit dengan pemanfaatan Kartu Indonesia Sehat (KIS) pada pasien rawat inap di Puskesmas Halmahera Kota Semarang.
- 7) Terdapat pengaruh antara persepsi tentang program KIS dengan pemanfaatan Kartu Indonesia Sehat (KIS) pada pasien rawat inap di Puskesmas Halmahera Kota Semarang.

- 8) Terdapat pengaruh antara kepuasan pelayanan kesehatan responden dengan pemanfaatan Kartu Indonesia Sehat (KIS) pada pasien rawat inap di Puskesmas Halmahera Kota Semarang.

### 3.4 JENIS DAN RANCANGAN PENELITIAN

#### 3.4.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian observasional, dimana penelitian tersebut mencoba mengenali bagaimana dan mengapa fenomena kesehatan tersebut terjadi. Kemudian melakukan analisis dinamika korelasi antara fenomena atau antara faktor resiko dengan faktor efek, yang dimaksud faktor efek adalah suatu akibat dari adanya faktor risiko, sedangkan faktor risiko adalah suatu fenomena yang mengakibatkan terjadinya efek/pengaruh (Notoatmodjo, Soekidjo, 2010).

#### 3.4.2 Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian yang digunakan adalah rancangan potong silang (*cross sectional*), dimana variabel sebab atau risiko dan akibat atau kasus yang terjadi pada objek penelitian diukur atau dikumpulkan secara simultan/dalam waktu yang bersamaan (Notoatmodjo, Soekidjo, 2010).

### 3.5 DEFINISI OPERASIONAL DAN SKALA PENGUKURAN VARIABEL

**Tabel 3.1 Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel**

No	Variabel	Definisi	Alat Ukur	Kategori	Skala Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1.	Variabel Terikat: Pemanfaatan	Responden yang berobat di Pelayanan Rawat	Kuesioner	1. Memanfaatkan, apabila responden	Nominal

Kartu Indonesia Sehat (KIS) di Pelayanan Rawat Inap Puskesmas Halmahera Kota Semarang	Inap Puskesmas Halmahera Kota Semarang	menggunakan KIS pada saat berobat di pelayanan rawat inap Puskesmas Halmahera Kota Semarang	2. Tidak Memanfaat, apabila responen tidak menggunakan KIS pada saat berobat di pelayanan rawat inap Puskesmas Halmahera Kota Semarang (Sampeluna, 2013).
---	--	---	---

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
2.	Variabel Bebas: Tingkat Pendidikan	Tingkat pendidikan tertinggi yang telah dicapai peserta KIS tersebut.	Kuesioner	1. Pendidikan Tinggi, jika tamantan SMA dan Perguruan Tinggi 2. Pendidikan Rendah, jika tidak sekolah, tamatan SD dan SMP (UU RI, 2003).	Nominal
3.	Status Pekerjaan	Pernyataan responden tentang aktivitasnya dalam memperoleh pendapatan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.	Kuesioner	1. Bekerja 2. Tidak Bekerja (Yaturohm aniyah, 2017).	Nominal
4.	Kepemilikan KIS	Kepemilikan Jaminan Kesehatan berupa	Kuesioner	1. Memiliki 2. Tidak memiliki,	Nominal



		KIS yang dapat di manfaatkan di Puskesmas Halmahera.		(Indrayani, 2013).	
5.	Tingkat Pengetahuan	Kemampuan responden menjawab pertanyaan tentang program KIS secara umum.	Kuesioner	1. Baik, jika responden dapat menjawab $\geq$ 50% 2. Kurang Baik, jika responden tidak bisa menjawab $<$ 50% (Sugiyono, 2010).	Ordinal
6.	Rekomendasi Keluarga	Pernyataan responden tentang adanya keterlibatan keluarga (orang tua, suami/istri, anak, dll) untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan baik berupa saran, ataupun ajakan berobat menggunakan KIS.	Kuesioner	1. Baik, jika skor $\geq$ 3 2. Kurang Baik, jika skor $<$ 3 (Sampeluna, 2013).	Ordinal
7.	Presepsi Sakit Menurut Responden	Presepsi seseorang terhadap konsep penyakit, tindakan yang dilakukan jika sakit dan kebutuhan segera untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan.	Kuesioner	1. Tahu, jika skor $\geq$ nilai mean/median 2. Tidak tahu, jika skor $<$ nilai mean/median (Wahyuni, 2012).	Ordinal
8.	Presepsi Program KIS	Penilaian responden terhadap pelaksanaan	Kuesioner	1. Baik, jika skor $\geq$ nilai mean/median	Ordinal

	program KIS		2. Kurang Baik, jika skor total < nilai mean/median (Rumengan, 2015)		
9.	Presepsi Kepuasan Pelayanan	Kualitas pelayanan kesehatan yang diterima responden meliputi: a. Bukti langsung atau berwujud, indikatornya terdiri atas kebersihan dan tersedianya sarana dan prasarana. b. Keandalan, indikatornya yaitu kesigapan petugas kesehatan, dan kecepatan pelayanan. c. Daya tanggap, indikatornya yaitu petugas kesehatan memberikan penjelasan mengenai prosedur pelayanan maupun pemeriksaan. d. Jaminan, indikatornya yaitu keterampilan petugas. Perhatian, indikatornya dilihat	Kuesioner	1. Puas, jika skor $\geq 31$ 2. Cukup puas, jika skor 15-30 3. Kurang puas, jika skor < 15 (Azwar, 2010).	Ordinal

---

pada sikap ramah  
dan sopan.

---

### **3.6 POPULASI DAN SAMPEL**

#### **3.6.1 Populasi**

Populasi pada dasarnya suatu elemen atau individu yang ada dalam wilayah penelitian atau keseluruhan subyek penelitian. Menurut Mardalis, populasi adalah sekumpulan kasus yang perlu memenuhi syarat-syarat tertentu berkaitan dengan masalah penelitian (Notoatmodjo, Soekidjo, 2010). Oleh karena itu populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien rawat inap di Puskesmas Halmahera Kecamatan Semarang Timur Kota Semarang Jawa Tengah yang dihitung berdasarkan jumlah pasien pada tahun 2018 yaitu sebanyak 119 orang.

#### **3.6.2 Sampel**

Sampel penelitian adalah objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, Soekidjo, 2010).

Kriteria Inklusi:

- 1) Responden merupakan pasien rawat inap usia 15-50 tahun.
- 2) Pasien rawat inap dalam keadaan sadar dan mampu diajak berkomunikasi.

Kriteria Eksklusi:

- 1) Pasien tidak bersedia menjadi responden.
- 2) Responden tidak sedang dalam tindakan khusus (keadaan *emergency*).

#### **3.6.3 Besar Sampel**

Besar sampel minimal yang didapat berdasarkan rumus perhitungan sampel minimal yang akan digunakan dalam penelitian ini dihitung dengan

menggunakan rumus yang dikemukakan oleh Lemeshow, 1997 dalam (Hidayat, Anwar, 2012). Jumlah populasi yang diketahui, maka pengambilan sampel secara proposional di hitung dengan menggunakan rumus sebagai berikut:

**Rumus:**

$$n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2} P(1-P)N}{d^2(N-1) + Z^2_{1-\alpha/2} P(1-P)}$$

$$d^2(N-1) + Z^2_{1-\alpha/2} P(1-P)$$

**Keterangan:**

n = Jumlah sampel minimal yang diperlukan

$Z^2_{1-\alpha/2}$  = Nilai normal standart (1,96) sesuai tingkat signifikan 95%

P = Proporsi perkiraan jumlah sampel maksimal (0,5)

N = Besar populasi

d = Derajat kesalahan (0,1)

Dengan menggunakan rumus tersebut, jumlah sampel dalam penelitian ini dihitung sebagai berikut:

$$n = \frac{(1,96)^2 \times 0,5 \times (1-0,5) \times 119}{(0,10)^2 \times (119-1) + (1,96)^2 \times 0,5 \times (1-0,5)}$$

$$(0,10)^2 \times (119-1) + (1,96)^2 \times 0,5 \times (1-0,5)$$

$$n = \frac{3,8416 \times 0,5 \times 0,5 \times 119}{0,01 \times 118 + 3,8416 \times 0,5 \times 0,5}$$

$$0,01 \times 118 + 3,8416 \times 0,5 \times 0,5$$

$$n = \frac{114,2876}{2,1404}$$

$$2,1404$$

$$n = 53,3954 = 53 \text{ sampel.}$$

### **3.6.4 Teknik Sampling**

Teknik pengambilan sampel yang dilakukan dalam penelitian ini adalah *Accidental Sampling*. Pengambilan sampel secara eksidental (*Accidental*) ini dilakukan dengan mengambil kasus atau responden yang kebetulan ada atau tersedia di suatu tempat sesuai dengan konteks penelitian (Notoatmodjo, Soekidjo, 2010).

## **3.7 SUMBER DATA**

### **3.7.1 Data Primer**

Data primer adalah data yang diambil secara langsung oleh peneliti dari sumbernya yang diperoleh melalui teknik pengumpulan data dengan menggunakan kuesioner. Data primer diambil dari hasil penyebaran kuesioner untuk mendapatkan informasi tentang faktor-faktor yang mempengaruhi pemanfaatan Kartu Indonesia Sehat (KIS) di pelayanan rawat inap Puskesmas Halmahera Kota Semarang. Item pernyataan dalam kuesioner, kemudian disesuaikan dengan definisi operasional dari setiap variabel dalam penelitian ini.

### **3.7.2 Data Sekunder**

Data sekunder adalah data yang tidak diambil secara langsung oleh peneliti melainkan diperoleh dari data yang telah diteliti dan dikumpulkan oleh pihak lain yang berkaitan dengan permasalahan penelitian. Data sekunder dalam penelitian ini adalah gambaran umum lokasi penelitian, data kepesertaan KIS di Indonesia, di Provinsi Jawa Tengah, dan di Kota Semarang, serta data kunjungan pelayanan rawat inap Puskesmas Halmahera pada tahun 2016-2018, dan referensi

lain yang berhubungan (buku, undang-undang, skripsi/tesis, jurnal penelitian, dan lain-lain).

### **3.8 INSTRUMEN PENELITIAN DAN TEKNIK PENGAMBILAN DATA**

#### **3.8.1 Instrumen Penelitian**

Instrumen penelitian adalah alat-alat yang digunakan untuk pengumpulan data (Notoatmodjo, 2010). Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini yaitu kuesioner.

##### **3.8.1.1 Kuesioner**

Kuesioner adalah bentuk penjabaran variabel-variabel yang terlibat dalam tujuan penelitian dan hipotesis (Notoatmodjo, Soekidjo, 2010). Instrument yang digunakan dalam penelitian ini yaitu berupa kuesioner (daftar pertanyaan). Kuesioner ini digunakan untuk mendapat informasi tentang identitas responden dan jawaban responden dari variabel yang ada dalam penelitian.

Sebelum kuesioner tersebut disebar akan dilakukan uji coba terlebih dahulu untuk mencegah terjadinya kesalahan pada kuesioner yaitu dengan dilakukannya uji validitas dan uji reliabilitas.

##### **1) Uji Validitas Instrumen**

Menurut Notoatmodjo (2010) validitas instrumen adalah suatu indeks yang menunjukkan alat ukur itu benar-benar mengukur apa yang diukur. Analisis item dilakukan dengan menghitung korelasi antara setiap skor butir pertanyaan dengan skor total. Uji validitas kuesioner pada penelitian ini menggunakan program aplikasi SPSS, dengan menggunakan uji korelasi *Product Moment Pearson*, dengan tingkat signifikansi 5% nilai  $r$  hitung akan dibandingkan dengan  $r$  tabel.

Jika  $r$  hitung  $>$   $r$  tabel, maka variabel pertanyaan tersebut dinyatakan valid. Jika responden berjumlah 30 dengan taraf signifikansi 5% maka diketahui bahwa  $r$  tabel *Product Moment Pearson* sebesar 0,361 ( $df = N-2$ ). Nilai  $r$  hasil/output SPSS dapat dilihat pada kolom *Corrected item-Total Corretation*.

Uji validitas dalam penelitian ini dilakukan pada 30 sampel yang diambil dari luar populasi tetapi memiliki karakteristik yang hampir sama dengan sampel penelitian, uji validitas ini dilakukan di pelayanan rawat inap Puskesmas Karangdoro Kota Semarang. Berdasarkan uji validitas yang dilakukan menunjukkan 1 pertanyaan dari variabel kepemilikan KIS dinyatakan valid, 7 pertanyaan dari variabel pengetahuan dinyatakan valid, 5 pertanyaan dari variabel rekomendasi keluarga dinyatakan 1 pertanyaan tidak valid, variabel persepsi sakit 5 pertanyaan dinyatakan valid, 5 pertanyaan variabel persepsi program KIS dinyatakan 1 pertanyaan tidak valid, dan variabel kepuasan pelayanan 15 pertanyaan dinyatakan valid.

## 2) Uji Reliabilitas Instumen

Reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan, perhitungan reliabilitas harus dilakukan hanya pada pertanyaan-pertanyaan yang sudah memiliki validitas, yaitu dengan membandingkan nilai  $r$  table dengan nilai  $r$  hasil. Dalam uji reliabilitas, sebagai nilai  $r$  hasil adalah nilai  $r$  alpha. Jika nilai  $r$  hasil lebih besar dari  $r$  table, maka kuesioner tersebut reliabel dan dapat dipergunakan untuk penelitian (Notoatmodjo, 2014).

Mendapatkan instrument yang valid dan reliabel merupakan syarat mutlak untuk mendapatkan hasil penelitian yang valid dan reliabel. Begitu pula instrument dalam penelitian telah diuji coba dan dilakukan uji validitas dan reliabilitas pada 30 orang. Hasil uji validitas dan reliabilitas dalam penelitian ini menunjukkan bahwa pertanyaan-pertanyaan yang terdapat pada instrumen telah valid dan reliabel karena nilai *Cronbach's Alpha*  $\geq 0,70$ .

### **3.8.2 Teknik Pengambilan Data**

Teknik pengambilan data adalah suatu usaha untuk memperoleh data dengan teknik yang ditentukan oleh peneliti. Adapun teknik pengambilan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah wawancara kepada responden dan dokumentasi. Pada penelitian kuantitatif teknik pengambilan data dengan pengisian kuesioner, yaitu pengumpulan data berupa daftar pertanyaan tertulis yang diajukan kepada responden.

## **3.9 PROSEDUR PENELITIAN**

### **3.9.1 Pra Penelitian**

- 1) Melakukan studi pendahuluan ke lapangan
- 2) Merekap data sekunder dari data kunjungan pasien rawat inap di Puskesmas Halmahera Kota Semarang.
- 3) Menyusun rancangan penelitian
- 4) Pembuatan instrumen penelitian
- 5) Mengurus *ethical clearance* dari lembaga penelitian Universitas Negeri Semarang



- 6) Mengajukan surat ijin penelitian di Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang kepada pihak Puskesmas Halmahera Kota Semarang
- 7) Uji validitas dan reabilitas instrument penelitian.
- 8) Menyerahkan surat ijin penelitian kepada kepala Puskesmas Halmahera Kota Semarang.

### **3.9.2 Pelaksanaan Penelitian**

- 1) Pengambilan data mengenai usia, jenis kelamin, status responden, tingkat pendapatan, tingkat pendidikan, tingkat pengetahuan, pekerjaan, kepemilikan KIS, kemudahan informasi, aksesibilitas layanan kesehatan, rekomendasi keluarga, persepsi sakit, persepsi tentang program KIS, dan kepuasan pelayanan kesehatan.
- 2) Mendatangi responden yang sesuai dengan criteria
- 3) Mewawancari responden dengan menggunakan kuesioner.
- 4) Mendokumentasikan kegiatan penelitian dalam bentuk foto.

### **3.9.3 Pasca Penelitian**

- 1) Melakukan pengolahan data yang sudah diperoleh dari penelitian dengan menggunakan bantuan computer
- 2) Menyusun hasil penelitian

## **3.10 TEKNIK PENGOLAHAN DAN ANALISIS DATA**

### **3.10.1 Pengolahan Data**

- 1) Editing

Tahapan ini meneliti kembali kelengkapan pengisian, kejelasan tulisan jawaban, kesesuaian, keajegan dan keseragaman satu sama lainnya.

## 2) Coding

Kegiatan merubah bentuk huruf menjadi data berbentuk angka atau bilangan. Pemberian kode bertujuan untuk mempermudah analisis data dan entry data.

## 3) Entry

Merupakan kegiatan memasukan data yang telah diperoleh ke dalam perangkat computer.

## 4) Skoring

Merupakan pemberian skor atau nilai pada setiap jawaban yang diberikan oleh responden.

## 5) Tabulasi

Tabulasi (penyusunan data) merupakan pengorganisasian data sedemikian rupa agar dengan mudah dapat dijumlah, disusun, ditata untuk disajikan dan dianalisis.

### **3.10. 2 Analisis Data**

#### **3. 10. 2. 1 Analisis Univariat**

Analisis univariat dilakukan di setiap variabel dari hasil penelitian dan dapat digunakan untuk mendeskripsikan atau menggambarkan setiap variabel yang telah diteliti dengan membuat tabel, narasi, dan grafik distribusi frekuensi (Notoatmodjo, Soekidjo, 2010). Baik variabel independen yaitu tingkat pendidikan, status pekerjaan, kepemilikan KIS, tingkat pengetahuan, rekomendasi

keluarga, persepsi sakit, persepsi program KIS dan kepuasan pelayanan kesehatan maupun variabel dependen yaitu pemanfaatan Kartu Indonesia Sehat (KIS) pada pasien rawat inap di Puskesmas Halmahera Kota Semarang.

### 3. 10. 2. 2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui apakah terdapat pengaruh antara variabel independen dan dependen. Analisis bivariat pada penelitian ini yaitu menggunakan uji *Chi-Square*. Selain itu analisis ini menggunakan bantuan SPSS karena data berskala ordinal dan nominal.

Dasar pengambilan keputusan penerimaan hipotesis penelitian berdasarkan tingkat signifikansi (nilai p), jika nilai  $p > 0,05$  maka hipotesis penelitian ditolak, dan jika  $p < 0,05$  maka hipotesis penelitian diterima. Syarat uji *Chi-Square* adalah tidak terdapat sel dengan nilai observed nol (0) dan sel dengan nilai expected (E) kurang dari 5, maksimal 20% dari jumlah sel. Jika syarat *Chi-Square* tidak terpenuhi maka uji yang digunakan adalah uji alternative yaitu uji *Fisher* atau *Kolmogorov Smirnov* (Notoatmodjo, Soekidjo, 2010).

## **BAB VI**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

#### **6.1 SIMPULAN**

Berdasarkan hasil penelitian tentang faktor-faktor yang mempengaruhi pemanfaatan Kartu Indonesia Sehat (KIS) pada pelayanan rawat inap di Puskesmas Halmahera Kota Semarang, dapat disimpulkan bahwa variabel tingkat pendidikan, kepemilikan KIS, tingkat pengetahuan, rekomendasi keluarga, persepsi sakit menurut responden, persepsi program KIS mempengaruhi pemanfaatan Kartu Indonesia Sehat (KIS) pada pelayanan rawat inap di Puskesmas Halmahera. Sedangkan variabel status pekerjaan responden dan persepsi kepuasan layanan kesehatan tidak mempengaruhi pemanfaatan Kartu Indonesia Sehat (KIS) pada pelayanan rawat inap di Puskesmas Halmahera Kota Semarang.

#### **6.2 SARAN**

##### **6.2.1 Bagi Masyarakat**

1. Masyarakat yang memiliki tingkat pendidikan rendah diharapkan dapat berperan aktif agar tetap memanfaatkan Kartu Indonesia Sehat (KIS) pada pelayanan kesehatan yang ada.
2. Masyarakat diharapkan dapat berkomitmen untuk mendaftarkan diri menjadi peserta KIS dan dapat berkontribusi dengan membayar iuran premi secara rutin.

3. Masyarakat dengan tingkat pengetahuan yang kurang baik disarankan untuk selalu mengikuti penyuluhan tentang program KIS yang diadakan oleh puskesmas agar masyarakat dapat meningkatkan pengetahuannya tentang program KIS.
4. Disarankan agar masyarakat yang sudah memanfaatkan KIS dan merasakan manfaatnya untuk merekomendasikan penggunaan KIS dengan baik pada anggota keluarganya serta memberitahukan bahwa penggunaan KIS mudah dilakukan.
5. Diharapkan masyarakat dapat mengetahui persepsi sakit yang benar agar mendapatkan pelayanan kesehatan dengan tepat dan masyarakat dapat memelihara serta menjaga kesehatannya.
6. Masyarakat disarankan untuk memanfaatkan KIS karena dengan adanya program KIS dapat membantu masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan secara merata khususnya pada masyarakat yang kurang mampu.

### **6.2.2 Bagi Puskesmas**

Mengadakan penyuluhan bagi masyarakat tentang program Kartu Indonesia Sehat (KIS) agar masyarakat lebih memahami tentang manfaat KIS, alur penggunaan KIS, serta ketaatan membayar premi dan lain-lain. Selain itu pihak Puskesmas harus meningkatkan dan mempertahankan kinerja yang sudah baik untuk menjaga serta meningkatkan persepsi yang baik dari masyarakat terhadap pelayanan yang telah diberikan.

### **6.2.3 Bagi Peneliti Selanjutnya**

Disarankan bagi peneliti selanjutnya jika tertarik untuk melakukan penelitian sejenis, khususnya tentang pemanfaatan Kartu Indonesia Sehat (KIS) untuk melakukan penelitian dengan variabel lainnya yang belum ada dalam penelitian ini dan metode yang berbeda untuk mengenali lebih dalam sehingga dapat diketahui faktor-faktor lain yang mempengaruhi pemanfaatan Kartu Indonesia Sehat (KIS) oleh masyarakat.

## DAFTAR PUSTAKA

- Adam, V. Y., & Awunor, N. S. (2014). *Perceptions and Factors Affecting Utilization of Health Services in a Rural Community in Southern Nigeria*. *Journal Biomedical Sciences*. 13(2): 117-124.
- Ambarsari, P. 2015. *Perbedaan Tingkat Kepuasan Pasien BPJS dengan Pasien Umum di RSUD DR. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri*. Skripsi. Surakarta: Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Arifin, J., Soemadi, W., Setiawati, F. 2012. *Pemanfaatan Fasilitas Jaminan Kesehatan Masyarakat dalam Bidang Kesehatan Gigi dan Mulut di Puskesmas Kecamatan Cimanggis Kota Depok Jawa Barat Tahun 2012*. lib.ui.ac.id. FKG: UI.
- Azwar, A. (2010). *Sistem dan Prosedur Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Press.
- Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. (2016). *Ringkasan Eksekutif Laporan Pengelolaan Program dan Laporan Keuangan Jaminan Sosial Kesehatan*. Jakarta: BPJS Kesehatan.
- Badan Pusat Statistik (BPS). (2017). *Data Kepesertaan Kartu Indonesia Sehat (KIS) di Jawa Tengah*. Jawa Tengah: Badan Pusat Statistik (BPS).
- Badan Pusat Statistik (BPS) Indonesia. (2019). *Angka Beban Tanggungan usia Produktif*. Jakarta: BPS Indonesia.
- Carolina, P., dkk. 2016. *Hubungan Tingkat Pengetahuan dengan Sikap Keluarga Menggunakan Jaminan Kesehatan Nasional di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Pahandut Kota Palangka Raya*. *Jurnal Kebidanan dan Keperawatan*. 7(1).
- Darmawi, H. (2000). *Manajemen Asuransi*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (1992). *Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1992 Tentang SJSN*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Dinas Kesehatan Kota Semarang. (2017). *Profil Kesehatan Kota Semarang Tahun 2017*. Semarang: Dinas Kesehatan Kota Semarang.
- Hanindita, F., Soemadi, W., Setiawati, F. 2012. *Pemanfaatan Fasilitas Jaminan Kesehatan Daerah dalam Bidang Kesehatan Gigi dan Mulut di Puskesmas Kecamatan Cimanggis Kota Depok Jawa Barat Tahun 2012*. lib.ui.ac.id. FKG: UI.

- Hidayat, Anwar. (2012). *Menghitung Besar Sampel Penelitian*. Web: <https://www.statistikian.com>.
- Hungu. (2007). *Pengertian Jenis Kelamin*. Web: <http://www.scribd.com>
- Janis, Novijan.(2018). *BPJS Kesehatan, Supply, dan Demand Terhadap Layanan Kesehatan*. Jakarta: Kepala Subbidang Analisis Risiko Ekonomi, Keuangan, dan Sosial.
- Karno, Nano. 2012. *Optimalisasi Pelayanan Kesehatan Masyarakat Melalui Pemberdayaan Puskesmas*. ml.scribd.com/doc.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2017). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2017*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2004). *Naskah Akademik Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (SJSN) Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 Pasal 10 Ayat 2*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2013). *Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2010). *Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2010 Tentang Kesehatan*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementerian pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia. (2003). *Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2003 Tentang Sistem Pendidikan Nasional*. Jakarta: Kemendikbud RI.
- Lotfi, F., & Soraya, M. N. (2017). *Factors Affecting the Utilization of Outpatient Health Services and Importance of Health Insurance*. Shiraz E-Med J.
- Mardiati, N., Fitriyanti., Wahyunita. S. dst. 2018. *Hubungan Jenis Fasilitas Kesehatan dan Status Kepesertaan dengan Kepuasan Pasien Peserta JKN terhadap Pelayanan Kefarmasian: Studi di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Kota Banjarbaru*. Journal of Current Pharmaceutical Sciences, 1(2): 54-62.
- Mardiyah, U.L., Hermawati, Y.T., Witcahyo, E. 2013. *Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Antenatal oleh Ibu Hamil di Wilayah Kerja Puskesmas Tempurejo Kabupaten Jember Tahun 2013*. E-Jurnal Pustaka Kesehatan, 2(1): 58-65.
- Masita, A., Yuniar, N., Usnawaty. 2015. *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan pada Masyarakat Desa*



*Tanailandu di Wilayah Kerja Puskesmas Kanapa-Napa Kecamatan Mawasangka Kabupaten Buton Tengah Tahun 2015*. Skripsi. Kendari: Universitas Haluoleo.

Murti, B. (2000). *Dasar-Dasar Asuransi Kesehatan*. Yogyakarta: Kanisius.

Napirah, Ryman, dkk. (2016). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Tambarana Kecamatan Poso Pesisir Utara Kabupaten Poso*. Palu: Jurnal Pengembangan Kota. Vol 4. No 1.

Notoatmodjo, Soekidjo. (2014). *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Notoatmodjo, Soekidjo. (2010). *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Notoatmodjo, Soekidjo. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Nurhidayah, Listia. (2017). *Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Masyarakat Desa Jurangbahas dalam Pemanfaatan Puskesmas di Puskesmas II Wangon Kecamatan Wangon Kabupaten Banyumas*. Purwokerto: Skripsi. Repository Universitas Muhammadiyah Purwokerto.

Priyoto. (2014). *Teori Sikap dan Perilaku dalam Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Puskesmas Halmahera. (2016-2018). *Data Kunjungan Pasien Rawat Inap Tahun 2016-2018*. Semarang: Puskesmas Halmahera.

Putri, N. E. 2014. Efektivitas Penerapan Jaminan Kesehatan Nasional Melalui BPJS Dalam Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin di Kota Padang. *Tingkap*, 10(2): 175-189.

Qudsiyah, H. (2018). *Pemanfaatan Kartu JKN-KIS pada Pasien Rawat Inap di RSUD Ungaran*. Semarang: Higeia.

Rumengan, Debra, S, Umboh, dkk. (2015). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan pada Peserta BPJS Kesehatan di Puskesmas Paniki Bawah Kecamatan Mapanget Kota Manado*. JIKMU. Supelmen. Vol 5. No 1.

Sampeluna, N. (2013). *Faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di RSUD Lakipadada Kabupaten Tana Toraja tahun 2013*. Skripsi Universitas Hasanudin.

- Savitri, D. (2011). *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Puskesmas Sukmajaya oleh Peserta Jamkesmas di Kota Depok*. Depok: Tesis. FKM UI.
- Sianturi, D. (2018). *Implementasi program Kartu Indonesia Sehat pada pelayanan kesehatan di Puskesmas Kecamatan Dolok*. Suamtera Utara: [repository.usu.ac.id](http://repository.usu.ac.id), 4-5.
- Sugiyono. (2010). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Su'udi, A., & Hendrawan, H. (2017). *Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Sasaran Program Jaminan Tabalong Sehat di Kabupaten Tabalong Kalimantan Selatan*. *Jurnal Penelitian dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan* , 1 (2).
- Thabrany, H. (2014). *Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: PT Rajagrafindo Persada.
- Thereisa, Maria. (2011). *Faktor yang Berhubungan dengan Pengetahuan, Sikap dan Tindakan Pencegahan Malaria di Daerah Endemis*. Surabaya:Unair. Skripsi. <http://repository.unair.ac.id/id/eprint/22063>
- Trihono. (2005). *Arrimes Manajemen Puskesmas Berbasis Paradigma Sehat*. Jakarta: Sagung Seto.
- Yaturohmaniyyah, Alfi. (2017). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Layanan Kesehatan pada Peserta JKN-KIS di FKTP Puskakes Universitas Negeri Semarang*. Semarang: Unnes. Skripsi. <http://unnes.ac.id>
- Walgito, Bimo. (2000). *Bimbingan dan Konseling Perkawinan*. Yogyakarta: Andi.
- Wahyuni, Sri, Nanik. (2012). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Sumber Rejo Kota Balikpapan Provinsi Kalimantan Timur Tahun 2012*. Skripsi. Depok: UI.