



**HUBUNGAN ANTARA PERSEPSI TENTANG SAKIT  
DENGAN PEMANFAATAN PELAYANAN  
KESEHATAN OLEH PESERTA JAMINAN  
KESEHATAN MASYARAKAT  
DI PUSKESMAS GUNUNGPATI  
KOTA SEMARANG**

**SKRIPSI**

Diajukan sebagai salah satu syarat  
untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

PERPUSTAKAAN  
**UNNES**

Oleh :

Ahdiah Primanita  
NIM 6450406037

**JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN  
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG  
2011**

## ABSTRAK

Ahdiah Primanita,

### **Hubungan antara Persepsi tentang Sakit dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan oleh Peserta Jaminan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas Gunungpati Kota Semarang,**

VI + 132 halaman + 10 tabel + 3 gambar + 14 lampiran

Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS) yang telah dilaksanakan oleh Pemerintah sejak tahun 2008 ternyata tidak cukup banyak dimanfaatkan oleh masyarakat miskin. Hal ini terlihat dari data pemanfaatan pelayanan kesehatan berupa rawat jalan di Puskesmas Gunungpati dari bulan Januari – Oktober 2010, menunjukkan bahwa kecenderungan kunjungan Masyarakat miskin (Maskin) ke Puskesmas Gunungpati tidak mengalami peningkatan yang signifikan, malah cenderung menurun. Cakupannya juga dibawah indikator yang ditentukan (rata – rata 15% per bulan). Salah satu faktor yang menyebabkan rendahnya pemanfaatan pelayanan kesehatan yang sering terlupakan adalah faktor persepsi atau konsep masyarakat itu sendiri tentang sakit. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui adanya hubungan antara persepsi tentang sakit dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh peserta Jaminan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas Gunungpati Kota Semarang.

Jenis penelitian ini adalah penelitian *survey analitik* dengan rancangan *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh masyarakat miskin pemegang kartu JAMKESMAS di wilayah kerja Puskesmas Gunungpati yang berjumlah 13.710 orang. Sampel berjumlah 96 orang yang dipilih dengan metode *multistage sampling*. Instrumen yang digunakan adalah kuesioner. Analisis data dilakukan secara univariat dan bivariat (menggunakan uji *chi-square* dengan  $p=0,05$ ).

Kesimpulan dari penelitian ini adalah ada hubungan antara persepsi tentang sakit dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh peserta Jaminan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas Gunung Pati Kota Semarang ( $p=0,023$ ), dengan tingkat korelasi yang lemah ( $CC=0,25$ ).

Saran yang diberikan kepada Puskesmas Gunung Pati dan Dinas Kesehatan Kota Semarang yaitu meningkatkan sistem pelayanan kesehatan untuk menjangkau masyarakat miskin yang belum terjangkau oleh program JAMKESMAS serta mengaktifkan program yang bersifat preventif seperti penyuluhan kesehatan kepada masyarakat miskin dalam rangka meningkatkan kesadaran akan pentingnya kesehatan. Sedangkan kepada masyarakat miskin peserta JAMKESMAS disarankan agar benar – benar memanfaatkan kartu JAMKESMAS untuk berobat ketika jatuh sakit serta diharapkan agar senantiasa sadar akan pentingnya kesehatan dengan selalu menjaga kesehatan dirinya sendiri dan keluarganya dalam rangka meningkatkan derajat kesehatannya

**Kata Kunci:** Sakit, pelayanan kesehatan.

**Kepustakaan:** 34 (1978-2009)

## ABSTRACT

Ahdiah Primanita,

**The Correlation between Perception about Sick with Health Service Utility by Members of Jaminan Kesehatan Masyarakat in (Public Health Center) Puskesmas of Gunungpati, Semarang City,  
VI + 132 pages + 10 tables + 3 figures + 14 appendics**

Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS) program that was done by Government since 2008, in fact only used by few of poor people. This situation visible from the data of health service utility, visiting of out patient clinic in January until October 2010, indicate that visiting of out patient clinic not increase but decrease. This data under target (average 15 % every month). One of factors that cause low of health service utility and often forgotten is perception factor or people concept about sick. This research aimed at discovering the relationship between perception about sick with health service utility by member of Jaminan Kesehatan Masyarakat in (Public Health Center) puskesmas of Gunungpati, Semarang city.

This study is survey analitik with cross sectional plan. The population is all of the poor people that be member of JAMKESMAS programe which was amount 13.710 people. The sample amounted to 96 people chosen in multistage sampling. The instrument used is a questionnaire. Data analysis was performed using univariate and bivariate (using chi-square test with  $p=0,05$ ).

The conclusion of this research is there is the correlation between perception about sick with health service utility by member of Jaminan Kesehatan Masyarakat in (Public Health Center) puskesmas of Gunungpati, Semarang city ( $p=0,023$ ), with weak correlation ( $CC=0,25$ )

The suggestion for Gunungpati Puskesmas and Health Department of Semarang city were to increase health service system to rise poor people whose hadn't risen by JAMKESMAS program and to provide preventif program like health promotion in order to increase their consciouness about health importance. Than, to poor people member of JAMKESMAS were suggested to use JAMKESMAS trully to take medicine if they had sick and were expected to always conscious with their importance of helth with always cere their healty and their family helthy in order to increase their health degree.

**Key words :** Sick, health service

**References :** 34 (1978-2009)

## PENGESAHAN

Telah dipertahankan di hadapan Sidang Panitia Ujian Skripsi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, skripsi atas nama :

Nama : Ahdiah Primanita

NIM : 645040603

Judul : Hubungan Antara Persepsi tentang Sakit dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan oleh Peserta Jaminan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas Gunungpati kota Semarang.

Pada hari :

Tanggal :

Panitia Ujian

Ketua Panitia,

Sekretaris

Drs. H. Harry Pramono, M.Si

NIP. 19591019.198503.1.001

Irwan Budiono, S.KM, M.Kes

NIP.19751217.200501.1.003

Dewan Penguji

Tanggal

persetujuan

Ketua Penguji

1. dr.Mahalul Azam, M.Kes  
NIP.19751119.200112.1.001

Anggota Penguji  
(Pembimbing Utama)

2. Drs. Bambang Wahyono, M.Kes  
NIP. 19600610.198703.1.002

Anggota Penguji  
(Pembimbing Pendamping)

3. dr.Fitri Indrawati  
NIP. 19830711 200801 2 008

## MOTTO DAN PERSEMBAHAN

### MOTTO

1. Gagal dan berhasil merupakan satu paket menuju sukses. Gagal hari ini bisa jadi sukses esok hari.
2. Semangat, sabar dan berdoa adalah kunci menuju kesuksesan dan menjadi yang terbaik selama penuh ridho Allah SWT.

### PERSEMBAHAN

1. Bapak dan Ibu tercinta (Bapak Salamun dan Ibu Endang Setyawati)
2. Adik-Adikku tersayang (Iffani Dinita dan Rizar Abidin)
3. Almamaterku

## KATA PENGANTAR

Segala puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT atas limpahan rahmat hidayah serta inayah-Nya, sehingga skripsi yang berjudul “HUBUNGAN ANTARA PERSEPSI TENTANG SAKIT DENGAN PEMANFAATAN PELAYANAN KESEHATAN OLEH PESERTA JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT DI PUSKESMAS GUNUNGPATI KOTA SEMARANG ” dapat terselesaikan dengan baik. Penyelesaian skripsi ini dimaksudkan untuk memenuhi persyaratan memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat di Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang.

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

1. Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Drs. Harry Pramono, M.Si atas ijin yang telah diberikan.
2. Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, dr. Mahalul Azam, M.Kes yang telah memberi ijin.
3. Pembimbing I Drs. Bambang Wahyono, M. Kes yang telah memberikan bimbingan, arahan dan masukan dalam penyusunan skripsi ini.
4. Pembimbing II dr. Fitri Indrawati yang telah memberikan bimbingan, arahan dan masukan dalam penyusunan skripsi ini.
5. Ibu dr. Yuni Wijayanti, M. Kes, selaku dosen wali yang telah banyak memberikan nasihat dan motivasi dalam penyelesaian skripsi ini.
6. Bapak dan Ibu Dosen Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat atas bekal ilmu pengetahuan yang diberikan selama kuliah.
7. Kepala Puskesmas Gunungpati, dr. H. Mada Gautama S beserta staf yang telah memberikan ijin pengambilan data dan penelitian.
8. Warga kelurahan Mangunsari dan Nongko Sawit yang telah bersedia menjadi responden dan berpartisipasi dalam penelitian ini.

9. Bapak dan Ibu tercinta (Salamun dan Endang Setyawati) atas perhatian, kasih sayang, motivasi dan do'a yang sungguh berarti bagi saya hingga akhirnya skripsi ini dapat terselesaikan.
10. Adik – adikku tersayang (Iffani Dinita dan Rizar Abidin) atas doa, cinta dan dukungannya.
11. Sahabat – sahabatku atas motivasinya
12. Teman – teman kos Griya Bunda dan Sabdaning atas dukungannya.
13. Keluarga besar mahasiswa IKM UNNES angkatan 2006 atas dukungan dan motivasinya
14. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih banyak terdapat kekurangan sehingga masukan dan kritikan yang membangun sangat penulis harapkan demi sempurnanya skripsi ini. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat.

Semarang, Februari 2011

Penulis

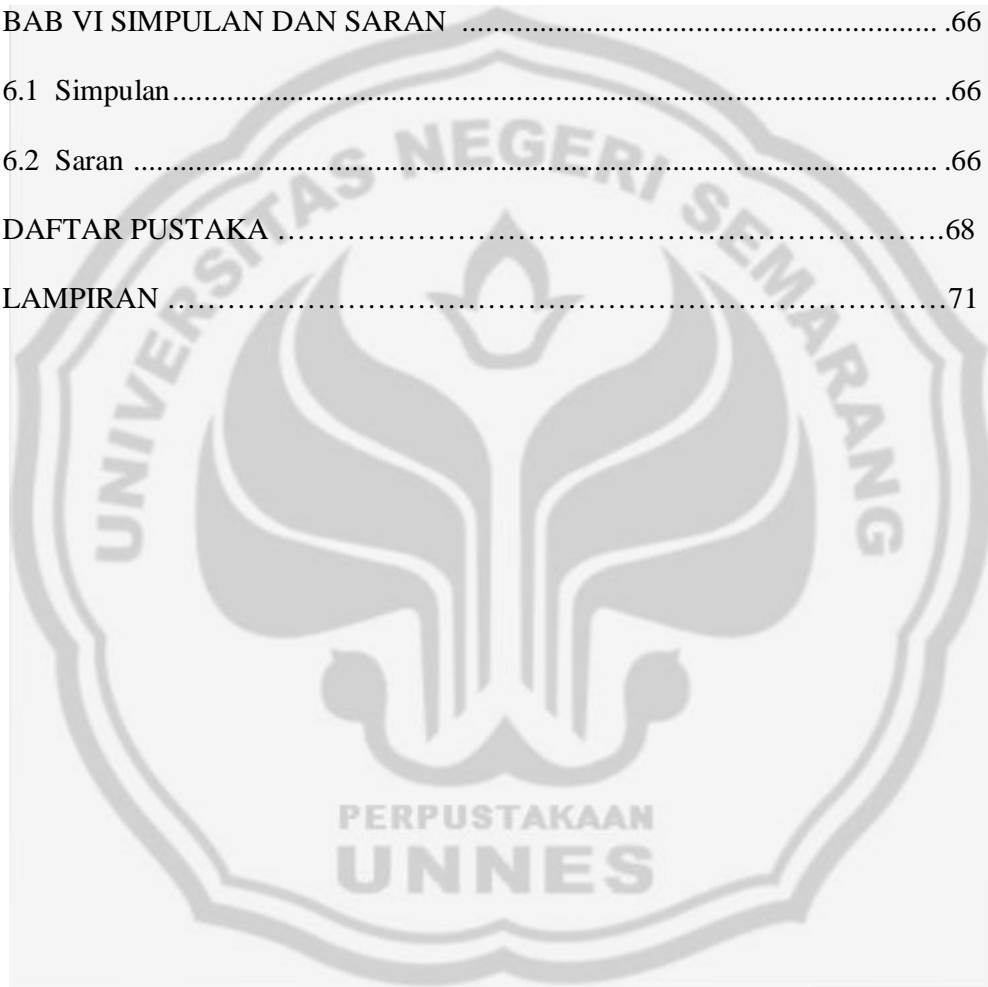
## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
ABSTRAK .....	ii
ABSTRACT .....	iii
HALAMAN PERSETUJUAN .....	iv
MOTTO DAN PERSEMBAHAN .....	v
KATA PENGANTAR .....	vi
DAFTAR ISI .....	vii
DAFTAR TABEL .....	xi
DAFTAR GAMBAR .....	xii
DAFTAR LAMPIRAN .....	xiii
BAB I PENDAHULUAN .....	1
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	5
1.3 Tujuan penelitian .....	5
1.4 Manfaat Hasil Penelitian .....	5
1.5 Keaslian Penelitian .....	6
1.6 Ruang Lingkup Penelitian .....	8
1.6.1 Ruang Lingkup Tempat .....	8
1.6.2 Ruang Lingkup Waktu .....	8
1.6.3 Ruang Lingkup Keilmuan .....	8
BAB II LANDASAN TEORI .....	9



2.1.Landasan Teori .....	9
2.1.1 Persepsi.....	9
2.1.2 Sakit.....	11
2.1.3 Persepsi Masyarakat tentang Sakit.....	20
2.1.4 Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan .....	22
2.1.5 Jaminan Kesehatan Masyarakat .....	31
2.1.6 Puskesmas .....	36
2.2 Kerangka Teori .....	40
<b>BAB III METODE PENELITIAN .....</b>	<b>41</b>
3.1. Kerangka Konsep .....	41
3.2. Hipotesis Penelitian .....	41
3.3. Jenis dan Rancangan Penelitian .....	42
3.4. Variabel Penelitian .....	43
3.5. Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel.....	43
3.6. Populasi dan Sampel Penelitian .....	44
3.7. Sumber Data Penelitian .....	47
3.8. Instrumen Penelitian .....	48
3.9. Teknik Pengambilan Data.....	49
3.10.Tekhnik Pengolahan dan AnalisisData.....	51
<b>BAB IV HASIL PENELITIAN .....</b>	<b>54</b>
4.1 Gambaran Umum.....	54
4.2 Deskripsi Data.....	55
4.3 Hasil Penelitian .....	57

BAB V PEMBAHASAN .....	.61
5.1 Analisis Univariat .....	.61
5.2 Analisis Bivariat .....	.63
5.3 Hambatan dan Kelemahan Penelitian .....	.65
BAB VI SIMPULAN DAN SARAN .....	.66
6.1 Simpulan.....	.66
6.2 Saran .....	.66
DAFTAR PUSTAKA .....	.68
LAMPIRAN .....	.71

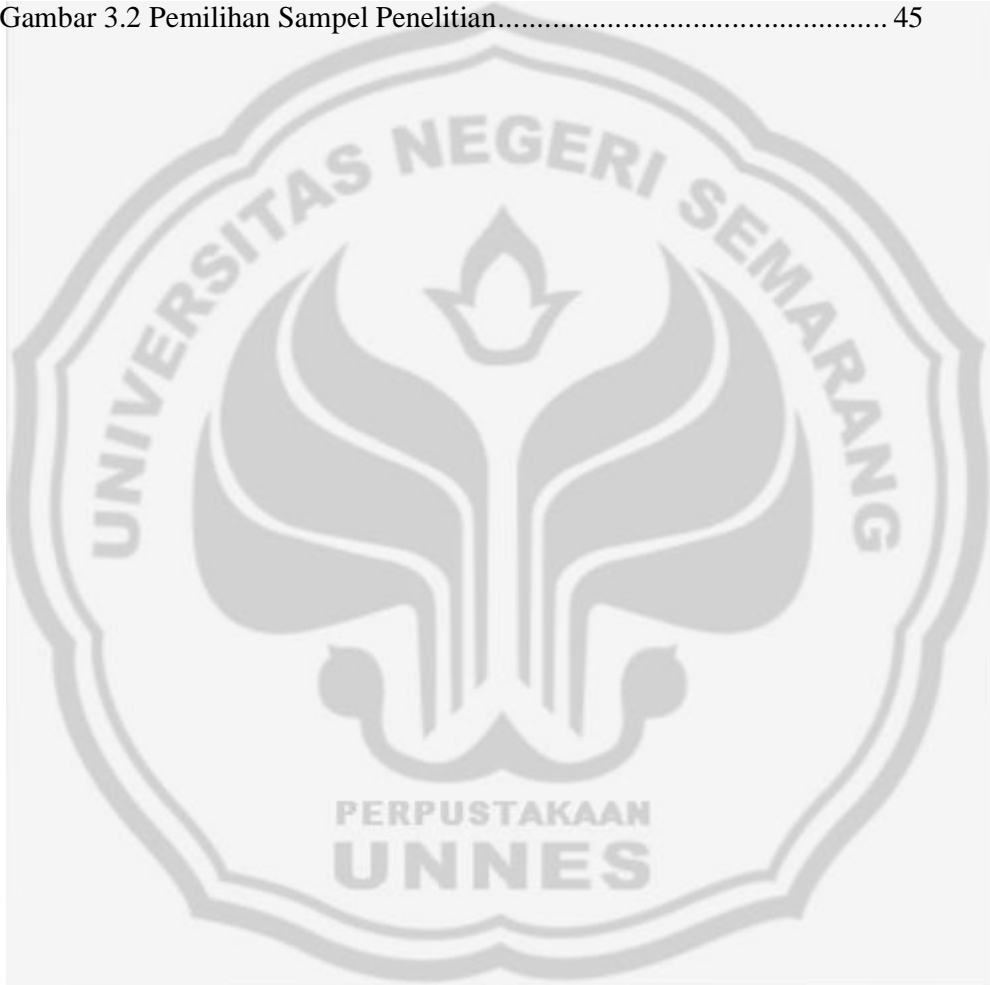


## DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian.....	6
Tabel 3.1 Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel .....	43
Tabel 3.2 Interpretasi Kekuatan Korelasi Berdasarkan Uji Hipotesis .....	53
Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Umur Responden .....	55
Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Jenis Kelamin Responden.....	55
Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Tingkat Pendidikan Responden .....	56
Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Pekerjaan Responden .....	56
Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi Responden menurut Persepsi tentang Sakit ..	57
Tabel 4.6 Distribusi Frekuensi Responden menurut Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan .....	58
Tabel 4.7 Crosstab Hubungan antara Persepsi tentang Sakit dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan.....	59

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori.....	40
Gambar 3.1 Kerangka Konsep .....	41
Gambar 3.2 Pemilihan Sampel Penelitian.....	45



## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran	Halaman
1. Surat Tugas Pembimbing .....	70
2. Surat Tugas Panitia Ujian.....	71
3. Surat Ijin Penelitian dari Fakultas untuk Kesbangpolinmas, Kelurahan Mangunsari dan Kelurahan Nongko Sawit.....	72
4. Surat Ijin Penelitian dari Kesbangpolinmas dan Puskesmas.....	75
5. Data Kunjungan Rawat Jalan.....	78
6. Penilaian Variabel Penelitian.....	111
7. Kuesioner Penjaringan .....	112
8. Kuesioner Penelitian .....	113
9. Tabulasi Data Hasil Uji Coba Instrumen Penelitian.....	117
10. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas.....	118
11. Data Responden .....	120
12. Data Mentah Variabel Persepsi tentang Sakit .....	123
13. Data Mentah Variabel Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan.....	126
14. Analisis Univariat dan Bivariat.....	129
15. Dokumentasi Penelitian.....	131

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1. Latar Belakang Masalah**

Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28-H, Undang-Undang Nomor 23/1992 tentang Kesehatan dan Undang-Undang Nomor 40/2004, tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) menetapkan bahwa setiap individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya, dan Negara bertanggungjawab mengatur agar terpenuhi hak hidup sehat bagi penduduknya termasuk bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. (Depkes, 2009:1).

Berdasarkan Konstitusi dan Undang-Undang tersebut pemerintah dalam hal ini Departemen Kesehatan sejak tahun 1998 telah melaksanakan penjaminan pelayanan kesehatan terhadap masyarakat miskin dan tidak mampu berupa Program Jaring Pengaman Sosial bidang Kesehatan (JPSBK) yang dilaksanakan di Indonesia sejak krisis moneter dan ekonomi pada tahun 1998. Program JPSBK merupakan program jaminan kesehatan masyarakat miskin yang disalurkan melalui fasilitas kesehatan. (Hasbullah T dkk, 2009:88). Pada tahun 2005 Departemen Kesehatan telah menugaskan PT. Askes Indonesia untuk mengelola program pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin yang diselenggarakan dalam mekanisme asuransi kesehatan yang dikenal dengan program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin atau Askeskin. Atas dasar pertimbangan pengendalian biaya kesehatan, peningkatan mutu, transparansi dan akuntabilitas dilakukan perubahan mekanisme pada tahun 2008 yang dikenal dengan Jaminan Kesehatan Masyarakat dengan pengelolaan yang agak berbeda,

yaitu diurus oleh Dinas Kesehatan di kabupaten atau kota setempat. (Depkes, 2009:1-2).

Melalui program Jaminan Kesehatan Masyarakat tersebut, pemerintah mempunyai kewajiban untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang merata, adil, dan terjangkau bagi seluruh lapisan masyarakat. Puskesmas dan jaringannya sebagai sarana pelayanan kesehatan terdepan mempunyai tugas menjangkau dan dijangkau oleh masyarakat di wilayah kerja sehingga Puskesmas bertanggung jawab menyelenggarakan pelayanan kesehatan di wilayah kerja secara proaktif dan responsif. (Depkes, 2009:2).

Beberapa masalah selama pelaksanaan Jamkesmas atau program sejenis pada tahun sebelumnya masih ditemui sehingga manfaat yang dirasakan belum optimal. (Depkes, 2009:2). Masih ada beberapa faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas oleh Maskin serta pelayanan kesehatan dasar Puskesmas yang dilaporkan juga belum terjangkau oleh seluruh masyarakat. (Puti Sari H, dkk, 2007:168 ). Artinya, program tersebut tidak banyak digunakan (utilisasi rendah). Pemanfaatan pelayanan Puskesmas oleh masyarakat miskin (Maskin) merupakan kunjungan Maskin atau kontak Maskin terhadap sarana pelayanan kesehatan di Puskesmas untuk upaya pengobatan.

Berdasarkan data Susenas 2001 didapatkan 25% penduduk menyatakan ada gangguan kesehatan/ keluhan kesehatan. Pemanfaatan pelayanan kesehatan masih rendah, hal ini tercermin dari penduduk yang mengeluh sakit dalam 1 bulan terakhir hanya 40% yang melakukan rawat jalan. (Titiek Setyowati dan Agustina Lubis, 2003:181). Data BPS tahun 2004 menunjukkan bahwa 20% penduduk

termiskin dari seluruh penduduk Indonesia, 13,6% nya dicakup oleh program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPSBK). Dari masyarakat miskin yang dicakup program tersebut, hanya 3,8% yang menggunakan program JPSBK ketika membutuhkan rawat jalan dan 41,1% menggunakannya ketika memerlukan rawat inap. (Hasbullah T dkk, 2009:87). Sementara itu, data Susenas 2004 menunjukkan bahwa pemanfaatan tenaga kesehatan oleh kelompok terkaya jauh lebih tinggi (82%) daripada kelompok miskin (40%).

Dari data jumlah kunjungan Maskin yang menjadi peserta JAMKESMAS ke pelayanan kesehatan di Puskesmas Gunungpati pada bulan Januari sampai Oktober 2010 didapatkan data sebagai berikut :

Bulan	Jumlah Maskin	Jumlah Kunjungan Rawat Jalan Maskin	%
Januari	13.802	832	6,02
Februari	13.802	784	5,68
Maret	13.802	671	4,86
April	13.802	780	5,65
Mei	13.802	668	4,84
Juni	13.802	818	5,93
Juli	13.802	687	4,98
Agustus	13.802	784	5,68
September	13.802	687	4,98
Oktober	13.802	687	4,98

Kecenderungan kunjungan maskin ke Puskesmas Gunungpati tidak mengalami peningkatan yang signifikan, malah cenderung menurun. Cakupannya juga dibawah indikator yang ditentukan. Karena untuk menilai keberhasilan



JAMKESMAS di Puskesmas dan jaringannya, ditetapkan indikator keberhasilan yang salah satunya indikator output berupa cakupan rawat jalan rata-rata per bulan sebesar 15% dari masyarakat miskin yang terdaftar sebagai peserta JAMKESMAS.

Program JAMKESMAS yang terdengar bagus ternyata tidak cukup banyak digunakan (utilisasi rendah). (Hasbullah T dkk, 2009:87). Rendahnya utilisasi (penggunaan) fasilitas kesehatan seperti Puskesmas dan rumah sakit seringkali kesalahan atau penyebabnya dilemparkan kepada faktor jarak antara fasilitas tersebut terlalu jauh, pelayanan kesehatan yang tidak memuaskan dan sebagainya. Kita sering melupakan faktor persepsi atau konsep masyarakat itu sendiri tentang sakit. (Soekidjo Notoatmodjo, 2003:179). Konsep masyarakat tentang sakit yaitu dimana dirasakan oleh seseorang yang sudah tidak dapat bangkit dari tempat tidur dan tidak dapat menjalankan pekerjaannya sehari-hari (Soekidjo Notoatmodjo, 2003:181). Pelayanan kesehatan didirikan berdasarkan asumsi bahwa masyarakat membutuhkannya. Namun kenyataannya masyarakat baru mau mencari pengobatan (pelayanan kesehatan) setelah benar-benar tidak dapat berbuat apa-apa. (Soekidjo Notoatmodjo, 2003:181). Oleh karena itu, dalam rangka meningkatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas perlu ditunjang dengan adanya penelitian sosial budaya masyarakat, persepsi dan perilaku masyarakat tersebut terhadap sehat-sakit. (Soekidjo Notoatmodjo, 2003:197)

Berdasarkan uraian di atas peneliti tertarik mengadakan penelitian untuk mengetahui apakah persepsi tentang sakit berhubungan dengan pemanfaatan

pelayanan kesehatan oleh peserta Jaminan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas Gunungpati kota Semarang.

## **1.2. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang masalah di atas dapat dirumuskan masalah penelitian sebagai berikut :

Adakah hubungan antara persepsi tentang sakit dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh peserta Jaminan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas Gunungpati Kota Semarang?

## **1.3. Tujuan Penelitian**

Untuk mengetahui adanya hubungan antara persepsi tentang sakit dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh peserta Jaminan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas Gunungpati Kota Semarang.

## **1.4. Manfaat Hasil Penelitian**

### **1.4.1. Bagi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat**

Penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan pustaka bagi pengembangan jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat.

### **1.4.2. Bagi Peneliti**

- a. Penelitian ini digunakan sebagai sarana belajar dan penerapan ilmu pengetahuan yang diperoleh selama di perkuliahan, serta sebagai media penambah pengalaman

- b. Menambah pengetahuan dan wawasan tentang Administrasi dan Kebijakan Kesehatan terutama tentang Jaminan Kesehatan Masyarakat.

#### 1.4.3. Bagi Pemerintah

- a. Dinas Kesehatan beserta Pemerintah Daerah Kota Semarang sebagai masukan bagi perencanaan dalam menjalankan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat bagi penduduk miskin.
- b. Penentu kebijakan lain sebagai pertimbangan dalam merumuskan kebijakan kesehatan khususnya untuk penduduk miskin

### 1.5. Keaslian Penelitian

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

Judul penelitian	Nama Peneliti	Tahun dan Tempat Penelitian	Rancangan Penelitian	Variabel Penelitian	Hasil Penelitian
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Beberapa Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Puskesmas oleh Masyarakat Miskin Peserta Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin di	Trihartini Sulistyowati	2006, di Kelurahan Jomblang Kecamatan Candi Lama Kota Semarang	<i>Explanatory Research Pendekatan Cross Sectional.</i>	Variabel bebas : pengetahuan, sikap, persepsi program, persepsi mutu, biaya transportasi	ada hubungan antara pengetahuan, persepsi mutu dan biaya transportasi dengan tingkat pemanfaatan pelayanan, tidak ada hubungan antara sikap dan persepsi program

Kelurahan Jomblang Kecamatan Candi Lama Kota Semarang 2006			Peserta Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin	dengan tingkat pemanfaatan pelayanan.
<i>Beberapa Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan oleh Peserta JPKM di Kecamatan Patebon Kebupaten Kendal Tahun 2000.</i>	Alfian	2000, di <i>Kecamatan Patebon Kebupaten Kendal</i>	<i>Explanatory Research Pendekatan Cross Sectional.</i>	Variabel bebas : ada pekerjaan, hubungan jarak, biaya, antara transportasi, pekerjaan, keluhan jarak, biaya, sakit, umur, dan keluhan pendidikan, sakit dengan pendapatan, <i>Pemanfaatan Pengetahuan, Pelayanan Kesehatan oleh Peserta JPKM</i> , sikap peserta terhadap <i>JPKM</i> , tidak ada hubungan PPK dan umur, sikap peserta pendidikan, terhadap pendapatan, Bapel pengetahuan, Variabel sikap peserta terikat : terhadap <i>Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan oleh Peserta JPKM</i> pesrta terhadap PPK dan sikap peserta terhadap Bapel <i>Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan oleh Peserta JPKM</i>

Perbedaan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya yaitu :

Adanya perbedaan variabel penelitian :

- Variabel bebas dalam penelitian ini adalah persepsi tentang sakit dan variabel terikatnya adalah pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh peserta Jaminan

Kesehatan Masyarakat

- Variabel bebas dari penelitian pertama adalah pengetahuan, sikap, persepsi program, persepsi mutu, biaya transportasi dan *variabel terikatnya adalah pemanfaatan pelayanan Puskesmas oleh masyarakat miskin peserta program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin*
- Variabel bebas penelitian kedua adalah pekerjaan, jarak, biaya, transportasi, keluhan sakit, umur, pendidikan, pendapatan, pengetahuan, sikap peserta terhadap JPKM, sikap peserta terhadap PPK dan sikap peserta terhadap Bapel dan variabel terikatnya adalah *pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh Peserta JPKM*

## 1.6. Ruang Lingkup Penelitian

### 1.6.1. Ruang Lingkup Tempat

Di wilayah kerja Puskesmas Gunungpati kota Semarang

### 1.6.2. Ruang Lingkup Waktu

Penelitian ini dilaksanakan mulai bulan Juli 2010 hingga Januari 2011

### 1.6.3. Ruang Lingkup Keilmuan

Ruang lingkup keilmuan dari penelitian ini adalah mencakup Ilmu Kesehatan Masyarakat khususnya perilaku kesehatan.

## **BAB II**

### **LANDASAN TEORI**

#### **2.1. Landasan Teori**

##### **2.1.1. Persepsi**

###### **2.1.1.1. Pengertian Persepsi**

Menurut Budioro (1998:37), persepsi merupakan salah satu proses psikologis yang mendasar yang banyak pengaruhnya pada proses terbentuknya ingatan (*memory*), pikiran (*thinking*) dan proses belajar (*learning*). Sedangkan menurut Stephen P. Robbins (2002:46), persepsi adalah suatu proses dimana individu mengorganisasikan dan menginterpretasikan kesan sensori mereka untuk memberi arti pada lingkungan mereka. Persepsi juga merupakan proses kognitif yang memungkinkan kita dapat menafsirkan dan memahami lingkungan sekitar kita. (Robert Kreitner, 2003:208).

Menurut Davidoff, 1981 yang dikutip oleh Bimo Walgito (2002:54), proses persepsi dimulai dari suatu objek yang menghasilkan stimulus yang akan merangsang pancaindra kita. Indera merubah stimulus tadi menjadi kegiatan syaraf dan menyalurkannya ke otak menjadi proses persepsi. Dengan persepsi individu dapat menyadari, dapat mengerti tentang keadaan lingkungan yang ada disekitarnya, dan juga keadaan diri individu yang bersangkutan.

Dalam proses persepsi, stimulus dapat datang dari luar diri individu, tetapi juga dapat datang dari dalam diri individu yang bersangkutan. Karena dalam persepsi itu merupakan aktivitas yang *integrated*, maka seluruh apa yang ada dalam diri individu seperti perasaan, pengalaman, kemampuan berpikir, kerangka

acuan, dan aspek-aspek lain yang ada dalam diri individu akan ikut berperan dalam persepsi tersebut (Bimo Walgito, 2002:54). Berdasarkan atas hal tersebut, dapat dikemukakan bahwa persepsi itu sekalipun stimulusnya sama, tetapi karena pengalaman tidak sama, kemampuan berpikir tidak sama, kerangka acuan tidak sama, adanya kemungkinan hasil persepsi antara individu satu dengan yang lain tidak sama. Riset tentang persepsi secara konsisten juga menunjukkan bahwa individu yang berbeda dapat melihat hal yang sama tetapi memahaminya secara berbeda (Stephen P. Robbins, 2002:46).

Perubahan-perubahan perilaku dalam diri seseorang dapat diketahui melalui persepsi. (Soekidjo Notoatmodjo, 2007:138). Menurut Budioro (2002:38), Persepsi dianggap akan menentukan bagaimana seseorang akan memilih, menghimpun dan menyusun, serta memberi arti yang kemudian akan mempengaruhi tanggapan (perilaku) yang akan muncul dari dirinya.

#### 2.1.1.2. Faktor-faktor yang Berperan dalam Persepsi

Hanya sebagian dari rangsangan atau stimulus yang datang akan diteruskan kedalam proses persepsi. Faktor-faktor yang menentukan seleksi stimulus yaitu intensitas dan bentuk atau macam (*nature*) dari stimulus, kesediaan individu untuk menerima melalui proses perhatiannya dan motif yang sedang berperan pada saat itu dalam diri individu yang bersangkutan (Budioro, 1998:37).

Sedangkan menurut Bimo Walgito (2002:70), faktor-faktor yang berperan dalam menentukan persepsi seseorang antara lain yaitu :

### 1. Objek yang dipersepsi

Objek menimbulkan stimulus yang mengenai alat indera/ reseptor. Stimulus dapat datang dari luar individu yang mempersepsi dan juga dapat datang dari dalam individu yang bersangkutan yang langsung mengenai syaraf penerima yang bekerja sebagai reseptor, namun sebagian besar stimulus datang dari luar individu.

### 2. Alat indera syaraf dan pusat susunan syaraf

Alat indera/ reseptor merupakan alat untuk menerima stimulus. Disamping itu juga harus ada syaraf sensorik sebagai alat untuk meneruskan stimulus yang diterima reseptor ke pusat susunan syaraf yaitu otak sebagai pusat kesadaran sebagai alat untuk mengadakan respon diperlukan syaraf motorik.

### 3. Perhatian

Untuk menghindari atau untuk mengadakan persepsi diperlukan adanya perhatian yaitu merupakan langkah pertama sebagai suatu persiapan dalam rangka mengadakan persepsi. Perhatian merupakan pemusatan atau konsentrasi dari seluruh aktifitas individu yang ditujukan kepada sesuatu atau sekumpulan objek.

## **2.1.2. Sakit**

### 2.1.2.1. Pengertian Sakit

Menurut Asmadi (2001:28), sakit adalah keadaan yang tidak normal atau tidak sehat. Secara sederhana sakit atau dapat disebut penyakit, merupakan suatu bentuk kehidupan atau keadaan di luar batas normal. Tolak ukur yang paling



mudah untuk untuk menentukan kondisi sakit/penyakit adalah jika terjadi perubahan dari nilai rata-rata normal yang telah ditetapkan. Keadaan sakit/penyakit sendiri merupakan hal yang sulit untuk didefinisikan secara pasti. Akan tetapi, ada beberapa definisi mengenai sakit/ penyakit yang dapat dijadikan acuan :

1. Menurut Parson.

Sakit adalah ketidakseimbangan fungsi normal tubuh manusia, termasuk sejumlah sistem biologis dan kondisi penyesuaian.

2. Menurut Bauman

Bauman mengemukakan ada tiga kriteria keadaan sakit, yaitu adanya gejala, persepsi tentang keadaan sakit yang dirasakan dan kemampuan beraktivitas sehari-hari yang menurun.

3. Menurut batasan medis.

Batasan medis mengemukakan dua bukti adanya sakit, yaitu tanda dan gejala.

4. Menurut Perkins.

Sakit adalah suatu keadaan tidak menyenangkan yang menimpa seseorang sehingga menimbulkan gangguan pada aktivitas sehari-hari, baik aktivitas jasmani maupun sosial.

Dari beberapa definisi tentang sakit di atas dapat diambil pengertian yang lebih mendalam yang menunjuk bahwa sakit merupakan suatu kondisi tidak normal dimana terjadi keadaan ketidakseimbangan fungsi normal tubuh manusia sehingga menyebabkan kemampuan beraktivitas sehari-hari yang menurun.

Penyakit berbeda dengan rasa sakit. Menurut Asmadi (2001:28-29), penyakit sifatnya objektif karena masing –masing memiliki parameter tertentu, sedangkan rasa sakit sifatnya subjektif karena merupakan keluhan yang dirasakan seseorang. Perbedaan ini mempunyai implikasi yang berbeda. Seseorang yang menderita penyakit belum tentu merasakan rasa sakit. Sebaliknya seseorang yang mengeluh sakit belum tentu menderita penyakit. Sedangkan menurut Soekidjo Notoatmodjo (2003:179), Penyakit (*disease*) adalah suatu bentuk reaksi biologis terhadap suatu organisme, benda asing atau luka (*injury*). Hal ini adalah suatu fenomena yang objektif yang ditandai oleh perubahan fungsi-fungsi tubuh terhadap organisme biologis. Sedangkan rasa sakit (*illnes*) adalah penilaian seseorang terhadap penyakit sehubungan dengan pengalaman yang langsung dialaminya. Hal ini merupakan fenomena subjektif yang ditandai dengan perasaan tidak enak.

Budioro juga memberikan pengertian yang berbeda tentang penyakit. Dari segi ekologi, penyakit dianggap sebagai gangguan penyesuaian dari organisme tubuh manusia dengan lingkungannya. Lingkungan disini mencakup segi fisik, mental, sosio-kultural dan lain-lain. (Budioro, 2001:37).

Menurut Hidayat A dan Aziz Alimul (2004:6-7), ada beberapa tahapan proses sakit antara lain :

#### 1. Tahap Gejala

Tahap ini merupakan awal seseorang mengalami proses sakit dengan ditandai adanya perasaan tidak nyaman terhadap dirinya karena timbulnya suatu gejala dapat meliputi gejala fisik seperti adanya perasaan nyeri, panas dan lain-lain

sebagai manifestasi terjadinya ketidakseimbangan dalam tubuh. Setiap gejala timbul sebagai manifestasi fisik.

## 2. Tahap Asumsi terhadap Sakit

Pada tahap ini seseorang akan melakukan interpretasi terhadap sakit yang dialaminya dan akan merasakan keragu-raguan pada kelainan atau gangguan yang dirasakan dalam bentuk emosi terhadap gejala tersebut seperti merasakan ketakutan atau kecemasan. Untuk mengatasi ketakutan atau kecemasan tersebut, kemudian dilakukan proses konsultasi dengan orang sekitar atau orang yang dianggap lebih mengetahui atau datang ke tempat pengobatan. Tahap ini dapat berakhir dengan ditemukan gejala yang pasti dan terjadi perubahan dari sakitnya. Proses ini dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya pengetahuan atau pengalaman masa lalu.

## 3. Tahap Kontak dengan Pelayanan Kesehatan

Tahapan ini seseorang telah mengadakan hubungan dengan pelayanan kesehatan dengan meminta nasehat dari dokter, perawat atau lainnya yang dilakukan atas inisiatif dirinya sendiri. Proses pencarian informasi ini dilakukan untuk mencari pembenaran keadaan sakitnya, kemudian untuk mengetahui gejala-gejala yang tidak dimengerti oleh klien dan adanya keyakinan bahwa dirinya akan lebih baik. Jika setelah konsultasi tidak ditemukan lagi gejala yang ada, maka klien menganggap dirinya telah sembuh. Namun apabila gejala tersebut muncul kembali, maka dirinya akan kembali datang ke pelayanan kesehatan.

#### 4. Tahap Ketergantungan

Tahapan ini terjadi setelah seseorang dianggap mengalami suatu penyakit yang tentunya akan mendapatkan bantuan pengobatan sehingga kondisi seseorang sudah mulai ketergantungan dalam pengobatan akan tetapi tidak

semua orang mempunyai tingkat ketergantungan yang sama melainkan berbeda berdasarkan tingkat kebutuhannya. Kondisi ini juga dapat dipengaruhi oleh tingkat penyakitnya.

#### 5. Tahap Penyembuhan

Tahapan ini merupakan tahapan terakhir menuju proses kembalinya kemampuan untuk beradaptasi, dimana seseorang akan melakukan proses belajar untuk melepaskan perannya selama sakit dan kembali berperan seperti sebelum sakit serta adanya persiapan untuk berfungsi dalam kehidupan sosial.

##### 2.1.2.2. Perilaku Sakit

Menurut teori perilaku sakit *Mechanics*, perilaku sakit yaitu perilaku yang berhubungan dengan kondisi yang menyebabkan seseorang menaruh perhatian terhadap gejala-gejala pada dirinya dan kemudian mencari pertolongan. (Soekidjo Notoatmodjo, 2003:182). Sedangkan menurut Becker (1979), Perilaku sakit mencakup respon seseorang terhadap sakit dan penyakit, persepsinya terhadap sakit, pengetahuan tentang penyebab dan gejala penyakit, pengobatan penyakit dan sebagainya. (Soekidjo Notoatmodjo, 2003:120).

Pada saat orang sakit atau anaknya sakit, ada beberapa tindakan atau perilaku yang muncul (Soekidjo Notoatmodjo, 2005:48-49) , antara lain :

1. Didiamkan saja (*no action*), artinya sakit tersebut diabaikan dan tetap menjalankan kegiatan sehari-hari. Alasannya antara lain bahwa kondisi yang demikian tidak mengganggu kegiatan atau kerja mereka sehari-hari. Mungkin mereka beranggapan bahwa tanpa bertindak apa pun gejala yang dideritanya akan lenyap dengan sendirinya. Tidak jarang pula masyarakat memprioritaskan tugas-tugas lain yang dianggap lebih penting daripada mengobati sakitnya. Hal ini merupakan suatu bukti bahwa kesehatan belum merupakan prioritas di dalam hidup dan kehidupannya. (Soekidjo Notoatmodjo, 2003:195)
2. Mengambil tindakan dengan melakukan pengobatan sendiri (*self treatment atau self medication*). Pengobatan sendiri ini ada 2 cara yakni cara tradisional, dan cara modern. Untuk masyarakat pedesaan khususnya, pengobatan tradisional masih menduduki tempat teratas dibandingkan dengan pengobatan-pengobatan yang lain. Pada masyarakat yang masih sederhana, masalah sehat-sakit adalah lebih bersifat budaya daripada gangguan-gangguan fisik. Identik dengan itu pencarian pengobatan pun lebih berorientasi kepada sosial budaya masyarakat daripada hal-hal yang dianggapnya masih asing. (Soekidjo Notoatmodjo, 2003:196)
3. Mencari penyembuhan atau pengobatan keluar yakni ke fasilitas pelayanan kesehatan, yang dibedakan menjadi dua, yakni fasilitas pelayanan kesehatan tradisional dan fasilitas atau pelayanan kesehatan modern atau professional (Puskesmas, Poliklinik, dokter atau bidan praktik swasta, rumah sakit, dan sebagainya).

Sedangkan menurut Heri DJ. Maulana (2009:190), Perilaku terhadap sakit dan penyakit merupakan respon internal dan eksternal seseorang dalam menanggapi rasa sakit dan penyakit, baik dalam bentuk respon tertutup (sikap, pengetahuan) maupun dalam bentuk respon terbuka (tindakan nyata). Perilaku terhadap sakit dan penyakit terdiri dari tingkatan-tingkatan yang meliputi :

1. Perilaku sehubungan dengan peningkatan dan pemeliharaan kesehatan (*health promotion behavior*), adalah perilaku seseorang untuk memelihara dan meningkatkan daya tahan tubuh terhadap masalah kesehatan.
2. Perilaku pencegahan penyakit (*health prevention behavior*), adalah respon untuk melakukan pencegahan penyakit, termasuk juga perilaku untuk tidak menularkan penyakit kepada orang lain.
3. Perilaku sehubungan dengan pencarian pengobatan (*health seeking behavior*), yaitu perilaku untuk melakukan atau mencari pengobatan misalnya berusaha sendiri untuk mengobati penyakitnya atau membeli obat dari warung atau toko obat dan mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas kesehatan modern (Puskesmas, dokter praktek) maupun ke fasilitas kesehatan tradisional.
4. Perilaku sehubungan dengan pemulihan kesehatan (*health rehabilitation behavior*), yaitu perilaku yang berhubungan dengan usaha-usaha pemulihan kesehatan setelah sembuh dari penyakit.

Menurut Asmadi (2001:35), ada beberapa contoh perilaku sakit diantaranya :

1. Tidak memegang tanggung jawab selama sakit. Orang yang sakit biasanya dibebaskan dari tanggung jawab diembannya sewaktu sehat. Misalnya jika yang sakit adalah ibu, tanggung jawab sebagai ibu rumah tangga akan

dialihkan ke ayah. Dengan kata lain ibu dibebaskan dari tanggung jawabnya mengurus rumah tangga selama sakit. Hal ini akan menyebabkan gangguan di dalam peran keluarga mengingat terjadi pergantian peran dari salah satu anggota keluarga yang mengalami sakit. (Hidayat A dan Aziz Alimul, 2004:8)

2. Bebas dari tugas dan peran sosial. Dalam hubungan sosial, seseorang yang didiagnosis ,menderita penyakit akan dibebaskan dari segala tugas dan perannya di masyarakat. Sebagai contoh jika ketua RT sakit, tugas dan perannya sebagai ketua RT akan dilimpahkan kepada wakilnya.
3. Berupaya mencapai kondisi sehat secepat mungkin. Seseorang yang merasa tubuhnya tidak sehat, secara naluriah akan berusaha mencari cara untuk memulihkan kondisi tubuhnya. Beberapa cara yang mungkin ditempuh adalah pergi ke dokter, Puskesmas, rumah sakit. Pilihan cara ini bergantung pada pengetahuan dan keyakinan yang dimiliki terkait penyembuhan. Tetapi satu hal yang pasti, individu akan berusaha sesegera mungkin kembali sehat.
4. Bersama keluarga mencari bantuan dengan segera. Selain individu, keluarga juga berusaha mencari bantuan guna kesembuhan. Jika salah satu anggota keluarga ada yang sakit, hal ini akan berpengaruh terhadap seluruh anggota keluarga.

Selain beberapa contoh perilaku sakit di atas, menurut Hidayat A dan Aziz Alimul (2004:8-9), seseorang selama sakit akan mengalami perubahan perilaku yang berdampak pada dirinya. Adapun perubahan perilaku tersebut antara lain :

1. Adanya perasaan ketakutan

Perubahan perilaku ini dapat terjadi pada semua orang dengan ditandai adanya perasaan takut sebagai dampak dari sakit. Apabila sikap penerimaan terhadap sakitnya serta dampak yang ditimbulkan belum dapat diterima secara penuh

pada seseorang yang mengalami sakit, maka orang tersebut akan dihantui perasaan ketakutan dan hal ini apabila dibiarkan akan mengganggu status mental

2. Menarik diri

Pada orang yang sakit akan selalu mengalami proses kecemasan. Tingkat kecemasan yang dialami seseorang pun akan berbeda.

3. Egosentris

Perilaku ini dapat terjadi pada orang sakit yang ditunjukkan dengan selalu banyak mempersoalkan dirinya sendiri dan tidak mau mendengarkan perasaan orang lain atau memikirkan orang lain. Perilaku ini juga ditunjukkan dengan selalu ingin bercerita tentang penyakitnya.

4. Sensitif terhadap persoalan kecil

Pada orang yang sakit perubahan perilaku ini biasanya selalu ditimbulkan dengan selalu mempersoalkan hal-hal yang kecil sebagai dampak terganggunya psikologis.

5. Reaksi emosional tinggi

Perilaku ini dapat ditunjukkan dari seseorang yang mengalami sakit dengan mudah menangis, tersinggung, marah serta tuntutan perhatian yang lebih dari orang sekitar.



## 6. Perubahan persepsi

Terjadi perubahan persepsi selama sakit ini dapat ditunjukkan dengan timbul persepsi bahwa dokter dan perawat adalah orang yang dapat membantu untuk menyembuhkannya sehingga menaruh harapan sangat besar pada dokter dan perawat tersebut.

## 7. Berkurangnya minat

Perubahan perilaku yang ditunjukkan pada seseorang yang mengalami sakit ini adalah berkurangnya minat karena terjadi stress (ketegangan) yang diakibatkan penyakit yang dirasakan serta menurunnya kemampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

### **2.1.3. Persepsi Masyarakat tentang Sakit**

#### 2.1.3.1. Pengertian Persepsi tentang Sakit

Persepsi masyarakat tentang sakit yang notabene merupakan konsep sehat-sakit masyarakat berbeda pada tiap kelompok masyarakat. Dua orang atau lebih secara patologis menderita suatu jenis penyakit yang sama. Bisa jadi orang kesatu merasa lebih sakit dari yang lain, dan bahkan orang yang satunya lagi tidak merasa sakit. Hal ini disebabkan karena evaluasi atau persepsi mereka yang berbeda tentang sakit. (Soekidjo Notoatmodjo, 2003:189)

Pada kenyataannya di dalam masyarakat sendiri terdapat beraneka ragam konsep sehat-sakit yang tidak sejalan dan bahkan bertentangan dengan konsep sehat-sakit yang diberikan oleh pihak *provider* atau penyelenggara pelayanan

kesehatan disebabkan adanya persepsi sakit yang berbeda antara masyarakat dan provider.

Ada perbedaan persepsi yang berkisar antara pengertian penyakit (*disease*) dan rasa sakit (*illness*). Dari batasan kedua pengertian atau istilah yang berbeda tersebut tampak adanya perbedaan konsep sehat-sakit yang kemudian akan menimbulkan permasalahan konsep sehat-sakit di dalam masyarakat. Secara objektif seseorang terkena penyakit, jika salah satu organ tubuhnya terganggu fungsinya namun dia tidak merasa sakit atau merasakan sesuatu di dalam tubuhnya, tetapi dari pemeriksaan klinis tidak diperoleh bukti bahwa ia sakit. Hal ini menimbulkan konsep sehat masyarakat, yaitu bahwa sehat adalah orang yang dapat bekerja atau menjalankan pekerjaannya sehari-hari. Dan konsep sakit masyarakat, dimana dirasakan oleh seseorang yang sudah tidak dapat bangkit dari tempat tidur, dan tidak dapat menjalankan pekerjaannya sehari-hari.

Persepsi masyarakat terhadap sehat-sakit erat hubungannya dengan perilaku pencarian pengobatan kedua pokok pikiran tersebut akan mempengaruhi atas dipakai atau tidaknya fasilitas kesehatan yang disediakan. (Soekidjo Notoatmodjo, 2003:197). Pelayanan kesehatan didirikan berdasarkan asumsi bahwa masyarakat membutuhkannya. Misalnya, Puskesmas yang didirikan di tengah-tengah masyarakat dengan berbagai macam pelayanan yang diasumsikan akan dapat mengatasi masalah kesehatan yang ada di masyarakat tersebut. Namun kenyataannya masyarakat baru mau mencari pengobatan (pelayanan kesehatan) setelah benar-benar tidak dapat berbuat apa-apa. Itulah sebabnya maka rendahnya

penggunaan Puskesmas dapat disebabkan oleh persepsi masyarakat tentang sakit yang berbeda dengan konsep provider. (Soekidjo Notoatmodjo, 2003:179-181).

#### 2.1.3.2. Faktor - faktor yang Mempengaruhi Persepsi tentang Sakit

Ciri-ciri demografi dan struktur sosial akan mempengaruhi persepsi.

Variabel umur dan jenis kelamin digunakan sebagai indikator fisiologis yang berbeda, dengan asumsi bahwa perbedaan derajat kesehatan, derajat kesakitan sedikit banyak akan berhubungan dengan variabel tersebut. Selain itu, individu yang berbeda suku bangsa, pekerjaan, dan tingkat pendidikan juga mempunyai kecenderungan yang tidak sama dalam mengerti dan bereaksi terhadap kesehatannya. (Sukidjo Notoatmodjo, 2003:201-202)

Selain faktor-faktor diatas, pengetahuan dan pengalaman masyarakat tentang sakit juga mempengaruhi persepsi mereka tentang sakit. Pengetahuan masyarakat tentang sakit akan mempengaruhi pembentukan konsep sehat – sakit seseorang. (Heri DJ Maulana, 2009:56). Suatu gejala dan apakah seseorang dengan gejalanya akan didefinisikan sakit juga sangat dipengaruhi oleh sejauh mana gejala ini lazim di dalam pengalaman seseorang. (Bart Smet, 1994:216)

### **2.1.4. Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan**

#### 2.1.4.1. Pengertian dan Jenis Pelayanan Kesehatan

Menurut pendapat Levey dan Loomba (1973) yang dimaksud dengan 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

perorangan, keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat. (Azrul Azwar, 1996:35).

Sedangkan menurut Budioro (1998:117), pelayanan kesehatan dapat diartikan sebagai segala kegiatan yang secara langsung atau tidak langsung berupaya untuk menghasilkan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan atau dituntut oleh masyarakat untuk mengatasi masalah kesehatannya.

Menurut Hodgetts dan Cascio (1983) yang dikutip oleh Azrul Azwar (1996:36), pelayanan kesehatan dibagi menjadi dua jenis yaitu:

#### 1. Pelayanan Kedokteran

Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok pelayanan kedokteran jika ditinjau dari macam pelayanan yang diselenggarakan secara umum dapat dibedakan atas dua macam yakni :

- a. Menyediakan satu macam pelayanan kedokteran saja, misalnya praktek dokter umum dan praktek dokter spesialis
- b. Menyediakan lebih dari satu macam pelayanan kedokteran, misalnya yang diselenggarakan oleh balai pengobatan ibu dan anak.

#### 2. Pelayanan Kesehatan Masyarakat

Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok pelayanan kesehatan masyarakat ditandai dengan cara pengorganisasian yang umumnya secara bersama-sama dalam suatu organisasi, tujuan utamanya untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit, serta sasarannya terutama untuk kelompok dan masyarakat.

#### 2.1.4.2. Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan atau perilaku penggunaan sistem atau fasilitas pelayanan kesehatan menyangkut upaya atau tindakan seseorang pada saat menderita penyakit dan atau kecelakaan. Tindakan tersebut berupa mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas pengobatan modern yang diadakan oleh pemerintah atau lembaga-lembaga kesehatan swasta yang dikategorikan ke dalam balai pengobatan, Puskesmas dan rumah sakit. (Soekidjo Notoatmodjo, 2003:196-197)

Perilaku terhadap sistem pelayanan kesehatan adalah respon terhadap fasilitas pelayanan, cara pelayanan, petugas kesehatan dan obat-obatan yang terwujud dalam pengetahuan, persepsi, sikap dan penggunaan fasilitas dan petugas. (Nasrul Effendi, 1998:89). Kunjungan pasien ke Puskesmas dapat diterapkan teori *Demand* pelayanan kesehatan. Keputusan untuk menggunakan pelayanan kesehatan mencerminkan kombinasi normatif dan kebutuhan yang dirasakan. Kajian tentang *demand* terhadap pelayanan kesehatan adalah untuk menentukan faktor-faktor yang mempengaruhi kunjungan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh pemakainya. (Djoko Wijono, 1999:17)

#### 2.1.4.3. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Berdasarkan model sistem kesehatan (*health system model*) yang berupa model kepercayaan kesehatan yang dikemukakan Anderson (1974) yang dikutip dalam Soekidjo (2003:205-208) faktor-faktor yang menentukan pemanfaatan pelayanan kesehatan dibagi menjadi 3 :

### 1. Karakteristik Predisposisi (*predisposing characteristics*)

Kecenderungan individu untuk mempergunakan pelayanan kesehatan ditentukan oleh serangkaian variabel-variabel karena adanya ciri-ciri individu yang digolongkan ke dalam 3 kelompok :

#### a. Ciri-ciri demografi :

- Umur

Menurut Green (1980), umur merupakan salah satu karakteristik individu yang dapat mempermudah atau mendasari untuk terjadinya perilaku tertentu. Melalui perjalanan umurnya yang semakin dewasa, seseorang akan melakukan adaptasi perilaku hidupnya terhadap lingkungannya disamping secara alamiah, juga berkembang perilaku yang sifatnya naluriah. (Budioro, 1998:31). Sedangkan, menurut Elizabeth B.Hurlock (2004:250), masa dewasa dimulai umur 18 tahun. Pada masa ini seseorang mengalami perubahan dalam menentukan pola hidup baru, tanggung jawab baru dan komitmen-komitmen baru termasuk dalam menentukan memanfaatkan atau tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan apabila sedang sakit.

- Jenis kelamin

Jenis kelamin merupakan variabel penting karena distribusi beberapa penyakit bervariasi menurut jenis kelamin. Alasan lain bagi penentuan jenis kelamin adalah untuk menentukan jenis kelamin pengambil keputusan dalam rumah tangga (F.J Bennet, 1987:38). Sedangkan menurut Bart Smet (1994:230), wanita lebih banyak melaporkan adanya

gejala penyakit dan berkonsultasi dengan dokter lebih sering daripada laki – laki.

b. Struktur sosial, seperti

- Tingkat Pendidikan

Pendidikan dan pengetahuan pasien yang kurang, membutuhkan lebih banyak perhatian khusus. Karena latar belakang pendidikan akan mempengaruhi apa yang akan dilakukan dan bagaimana tindakannya. (FJ. Bennet, 1987:40). Menurut *Dictionory of Education* yang dikutip dalam Achmad Munib (2007:33), pendidikan adalah proses seseorang mengembangkan kemampuan, sikap dan bentuk-bentuk tingkah laku lainnya di dalam masyarakat tempat ia hidup, proses sosial yakni orang dihadapkan pada pengaruh lingkungan yang terpilih dan terkontrol, sehingga dia dapat memperoleh atau mengalami perkembangan kemampuan sosial dan kemampuan individu yang optimal.

- Pekerjaan

Masyarakat yang berpenghasilan rendah dan berpendidikan formal rendah yang menimbulkan sikap masa bodoh dan pengingkaran serta rasa takut yang tidak mendasar.

- Kesukuan atau ras

Menurut Helman (1990), penyakit atau gejala yang sama bisa ditafsirkan sangat berbeda oleh dua pasien yang berasal dari budaya yang berbeda. Hal ini juga akan mempengaruhi perilaku mereka serta jenis perawatan yang dicari. (Bart Smet, 1994:8-9)

Variabel-variabel ini mencerminkan keadaan sosial dari individu atau keluarga di dalam masyarakat. Individu yang berbeda tingkat pendidikan, pekerjaan dan kesukuan atau ras mempunyai kecenderungan yang tidak sama dalam mengerti dan berinteraksi terhadap kesehatan mereka. Orang-orang dengan latar belakang struktur sosial yang berbeda akan menggunakan pelayanan kesehatan dengan cara yang tertentu pula. (Soekidjo Notoatmodjo, 2003:201-202)

- c. Manfaat-manfaat kesehatan, seperti keyakinan bahwa pelayanan kesehatan dapat menolong proses penyembuhan penyakit. Apabila individu merasa dirinya rentan untuk penyakit-penyakit yang dianggap gawat, ia akan melakukan suatu tindakan tertentu. Tindakan ini akan tergantung pada manfaat yang dirasakan yang ditemukan dalam mengambil tindakan tersebut. Selanjutnya Anderson percaya bahwa :
- Setiap individu atau orang mempunyai perbedaan-perbedaan karakteristik, mempunyai perbedaan tipe dan frekuensi penyakit dan mempunyai perbedaan pola penggunaan pelayanan kesehatan
  - Setiap individu mempunyai perbedaan struktur sosial, mempunyai perbedaan gaya hidup dan akhirnya mempunyai perbedaan pola penggunaan pelayanan kesehatan,
  - Individu percaya adanya kemanjuran dalam penggunaan pelayanan kesehatan.



## 2. Karakteristik Pendukung (*enabling characteristic*)

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

## 3. Karakteristik Kebutuhan (*need characteristics*)

Faktor predisposisi dan faktor yang memungkinkan untuk mencari pengobatan dapat terwujud di dalam tindakan apabila itu dirasakan sebagai kebutuhan. Faktor tersebut menunjukkan kebutuhan individu untuk menggunakan pelayanan kesehatan yang ditunjukkan oleh adanya kebutuhan karena alasan yang sangat kuat yaitu penyakit yang dirasakan serta adanya jawaban atas penyakit tersebut dengan cara mencari pelayanan kesehatan. Dengan kata lain kebutuhan merupakan dasar dan stimulus langsung untuk menggunakan pelayanan kesehatan bilamana tingkat *predisposisi* dan *enabling* itu ada.

Kebutuhan dapat dikategorikan dalam dua hal :

- a. Penilaian individu (*subject assesment*): merupakan keadaan kesehatan yang dirasakan oleh individu, besarnya ketakutan tentang penyakitnya dan hebatnya rasa sakit yang diderita.
- b. Diagnosis klinis (*clinical diagnosis*): merupakan penilaian beratnya penyakit oleh dokter yang merawatnya. Dikarenakan rendahnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat terhadap kesehatan dan penyakit, maka penyakit-penyakit yang terjadi di masyarakat sering sulit terdeteksi.

Bahkan kadang-kadang masyarakat sulit atau tidak mau diperiksa dan diobati penyakitnya. Hal ini akan menyebabkan masyarakat tidak memperoleh pelayanan kesehatan yang layak. (Soekidjo Notoatmodjo, 2003:31)

Menurut F.J Bennet (1978:80), banyak faktor yang memengaruhi *demand* pelayanan kesehatan diantaranya yaitu

1. Pengetahuan

Permintaan akan pelayanan kesehatan bergantung dari pengetahuan mengenai apa yang ditawarkan dalam pelayanan tersebut, bagaimana serta kapan dan oleh siapa serta dengan biaya berapa. Pengetahuan sendiri merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang. (Soekidjo Notoatmodjo, 2003:121). Sebelum seseorang mengadopsi perilaku, ia harus tahu terlebih dahulu apa arti atau manfaat perilaku tersebut bagi dirinya, termasuk dalam perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan. (Soekidjo Notoatmodjo, 2003:128).

2. Sikap dan pengalaman

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap juga merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku. Sikap sering diperoleh dari pengalaman sendiri atau dari orang lain paling dekat. Seseorang

memanfaatkan pelayanan kesehatan bisa saja karena ia mempunyai pengalaman serta sikap yang baik saat memanfaatkan pelayanan kesehatan. . (Soekidjo Notoatmodjo, 2003:124)..

### 3. Fasilitas pelayanan kesehatan yang tersedia

Fasilitas pelayanan kesehatan pada hakikatnya mendukung atau memungkinkan terwujudnya perilaku kesehatan. (Soekidjo Notoatmodjo, 2003:14).

### 4. Kemudahan transportasi menuju ke tempat pelayanan kesehatan

Pelayanan kesehatan harus dapat dicapai oleh masyarakat, salah satunya tidak terhalang oleh keadaan geografis. Akses geografis diukur dengan lama perjalanan dan jenis transportasi ke pelayanan kesehatan. (Imbalo S.Pohan, 2002:18).

### 5. Biaya

Kemampuan membayar biaya pelayanan kesehatan merupakan aspek ekonomi yang harus dapat dicapai oleh masyarakat. (Imbalo S.Pohan, 2002:18).

### 6. Waktu yang diperlukan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.

Agar berhasil pelayanan kesehatan harus dapat dilaksanakan dalam waktu dan cara yang tepat (Imbalo S.Pohan, 2002:20). Ketepatan waktu sangat mempengaruhi dalam memilih tempat pelayanan kesehatan, berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.

### 7. Jarak dengan pelayanan kesehatan

Tersedianya pelayanan kesehatan tidak lepas dari variabel jarak dengan pelayanan kesehatan. King (1966) dikutip oleh Bennet (1978:158)

menemukan bahwa sebuah Puskesmas akan dimanfaatkan secara maksimal oleh penduduk dalam jarak 5 km dari Puskesmas, dan pemanfaatan ini menurun secara nyata setelah jarak tersebut melampaui 8 km.

### **2.1.5. Jaminan Kesehatan Masyarakat**

#### **2.1.5.1. Pengertian Jaminan Kesehatan Masyarakat**

Jaminan Kesehatan Masyarakat adalah bentuk belanja bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Program ini diselenggarakan secara nasional agar terjadi subsidi silang dalam rangka mewujudkan pelayanan kesehatan yang menyeluruh bagi masyarakat miskin. (Depkes, 2009:7)

#### **2.1.5.2. Tujuan dan Manfaat Jaminan Kesehatan Masyarakat**

##### **1) Tujuan Jaminan Kesehatan Masyarakat**

###### **a. Tujuan Umum**

Meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan sehingga tercapai derajat kesehatan yang optimal secara efektif dan efisien bagi seluruh peserta JAMKESMAS.

###### **b. Tujuan Khusus**

- Memberikan kemudahan dan akses pelayanan kepada peserta di seluruh jaringan PPK JAMKESMAS.
- Mendorong peningkatan pelayanan kesehatan yang berstandar bagi peserta, tidak berlebihan sehingga terkendali mutu dan biayanya.

- Terselenggaranya pengelolaan keuangan yang transparan dan akuntabel. (Depkes, 2009:5)

## 2) Manfaat Jaminan Kesehatan Masyarakat

Pada dasarnya manfaat yang disediakan bagi peserta bersifat komprehensif sesuai kebutuhan medis, kecuali beberapa hal yang dibatasi dan tidak dijamin. (Depkes, 2009:17). Manfaat jaminan yang diberikan bagi peserta dalam bentuk pelayanan kesehatan yang bersifat menyeluruh (*komprehensif*) berdasarkan kebutuhan medis sesuai dengan standar pelayanan medis, bukan berupa uang tunai. (Depkes, 2009:11)

### 2.1.5.3. Pelayanan Kesehatan Jaminan Kesehatan Masyarakat

Pada hakekatnya pelayanan kesehatan terhadap masyarakat miskin menjadi tanggung jawab dan dilaksanakan bersama oleh Pemerintah Pusat dan Pemerintah. Pemerintah Propinsi/ Kabupaten/ Kota berkewajiban memberikan kontribusi sehingga menghasilkan pelayanan yang optimal.

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan peserta mengacu pada prinsip – prinsip :

- a. Dana amanat dan nirlaba dengan pemanfaatan untuk semata – mata peningkatan derajat kesehatan masyarakat miskin.
- b. Menyeluruh (*komprehensif*) sesuai dengan standar pelayanan medik yang *Cost Effective* dan rasional.
- c. Pelayanan terstruktur, berjenjang dengan portabilitas dan ekuitas.
- d. Efisien, transparan dan akuntabel. (Depkes, 2009:7)

Setiap peserta JAMKESMAS mempunyai hak mendapat pelayanan kesehatan yang meliputi :

#### 1. Pelayanan Kesehatan Dasar

Pelayanan kesehatan dasar meliputi Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan Tingkat

Pertama (RJTP) dan Rawat Inap Tingkat pertama (RITP) diberikan di Puskesmas dan jaringannya. Khusus untuk persalinan normal dapat juga dilayani oleh tenaga kesehatan yang berkompeten (praktek dokter dan bidan swasta) dan biayanya diklaimkan ke Puskesmas setempat.

Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) meliputi pelayanan :

- a. Konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan.
- b. Laboratorium sederhana (darah, urin, dan feses rutin)
- c. Tindakan medis kecil
- d. Pemeriksaan dan pengobatan gigi, termasuk cabut/ tambal.
- e. Pelayanan KB dan penanganan efek samping (alat kontrasepsi disediakan BKKBN)
- f. Pemberian obat.

Rawat Inap Tingkat pertama (RITP) meliputi pelayanan :

- a. Akomodasi rawat inap
- b. Konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan.
- c. Laboratorium sederhana (darah, urin, dan feses rutin)
- d. Tindakan medis kecil
- e. Pemberian obat
- f. Persalinan normal dan dengan penyulit (PONED). (Depkes, 2009:17)

## 2. Pelayanan Tingkat Lanjut

Pelayanan tingkat lanjut meliputi Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL) dan Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL) berdasarkan rujukan, diberikan di PPK jaringan JAMKESMAS (BKMM/ BBKPM/ BKPM/ BP4/BKIM, Rumah Sakit pemerintah termasuk RS khusus, RS TNI/ Polri dan RS Swasta). Pelayanan Rawat Inap diberikan di ruang rawat inap kelas III.

Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL) meliputi pelayanan :

- a. Konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan oleh dokter spesialis/ umum.
- b. Rehabilitasi medik.
- c. Penunjang diagnostik : laboratorium klinik, radiologi dan elektromedik.
- d. Tindakan medis kecil dan sedang
- e. Pemeriksaan dan pengobatan gigi tingkat lanjutan
- f. Pelayanan KB
- g. Pemberian obat dan pelayanan darah
- h. Pemeriksaan kehamilan dengan resiko tinggi dan penyulit

Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL) meliputi pelayanan :

- a. Akomodasi Rawat Inap pada kelas III
- b. Konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan
- c. Penunjang diagnostik: laboratorium klinik, radiologi dan elektromedik
- d. Tindakan medis
- e. Operasi sedang dan besar

- f. Pelayanan rehabilitasi medis
- g. Perawatan intensif
- h. Pemberian obat mengacu Formularium RS program ini
- i. Pelayanan darah

- j. Bahan dan alat kesehatan habis pakai
- k. Persalinan dengan resiko tinggi dan penyulit (PONEK)  
(Depkes, 2009:17-18)

### 3. Pelayanan gawat darurat.

Pada keadaan gawat darurat (*emergency*) seluruh pemberi pelayanan kesehatan wajib memberikan pelayanan penanganan pertama keadaan gawat darurat kepada peserta JAMKESMAS walaupun tidak sebagai PPK jaringan JAMKESMAS sebagai bagian dari fungsi sosial PPK. Selanjutnya PPK tersebut segera merujuk ke PPK jaringan PPK JAMKESMAS untuk penanganan lebih lanjut.

Untuk mendapat pelayanan, status kepesertaan harus ditetapkan sejak awal dengan merujuk pada kartu peserta ataupun database kepesertaan (bagi peserta yang terdapat dalam SK Bupati/ Walikota) ataupun surat keterangan/ rekomendasi dari Dinas Sosial bagi gelandangan, pengemis, anak dan orang terlantar serta kartu PKH bagi peserta PKH yang belum mempunyai kartu JAMKESMAS.

#### 2.1.5.4. Kepesertaan Jaminan Kesehatan Masyarakat

Peserta program JAMKESMAS adalah setiap orang miskin dan tidak mampu selanjutnya disebut peserta JAMKESMAS sejumlah 76,4 juta jiwa bersumber dari data Badan Pusat Statistik (BPS) tahun 2006 yang dijadikan dasar



penetapan jumlah sasaran peserta secara Nasional oleh Menteri Kesehatan RI. Berdasarkan kuota kabupaten/ kota, bupati dan walikota telah menetapkan peserta di wilayahnya pada tahun 2008.

Terhadap SK Bupati/ Walikota tentang penetapan peserta JAMKESMAS yang diterbitkan pada tahun 2008 dilakukan *updating* data kepesertaan secara berkala terkait dengan mutasi peserta yang meninggal, pindah alamat, perubahan status ekonomi, bayi baru lahir dari keluarga peserta JAMKESMAS dan anggota keluarganya yang belum terdaftar. Updating data harus mengacu pada data BPS yang baru diterbitkan oleh BPS tahun 2008. *Updating* data kepesertaan JAMKESMAS dilakukan Pemerintah Daerah Kabupaten/ Kota dengan membentuk tim updating data yang melibatkan instansi BPS setempat dan instansi lain yang terkait. *Updating* data yang dilakukan Daerah Pemerintah setempat selanjutnya dilakukan *addendum* SK Bupati/ Walikota tentang perubahan kepesertaan JAMKESMAS. Pada pemerintah daerah yang data kepesertaannya pada tahun 2008 belum memenuhi besaran kuota masih dapat dilakukan optimalisasi dengan melakukan perubahan *addendum* kepesertaan tersebut.

## **2.1.6. Puskesmas**

### **2.1.6.1. Pengertian Puskesmas**

Pengertian Puskesmas (Pusat Kesehatan Masyarakat) adalah salah satu sarana pelayanan kesehatan yang amat penting di Indonesia. 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 (Azrul Azwar, 1996:119).

Puskesmas (Pusat Kesehatan Masyarakat) diartikan suatu organisasi kesehatan fungsional yang memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok (Budioro, 2001:130).

Menurut Depkes RI (1991) yang dikutip dalam Nasrul Effendy (1998:161), Pusat Kesehatan Masyarakat adalah suatu kesatuan organisasi kesehatan fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang juga membina peran serta masyarakat disamping memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok.

Dari definisi di atas dapat diambil pengertian yang lebih mendalam yang menunjuk bahwa Puskesmas mempunyai wewenang dan tanggung jawab yang sangat besar dalam memelihara kesehatan masyarakat seoptimal mungkin.

#### 2.1.6.2. Pembagian Puskesmas

Pembagian Puskesmas menurut Nasrul Effendi (1998:161), Puskesmas dibagi dalam dua kategori, yaitu :

##### 1. Puskesmas Pembina

Puskesmas Pembina berfungsi sebagai penanggung jawab dalam mengkoordinasi kegiatan-kegiatan yang berada di suatu kecamatan.

## 2. Puskesmas pembantu

Sesuai dengan keadaan geografis, luas wilayah, sarana penghubung serta kepadatan penduduk dalam wilayah kerja Puskesmas, tidak semua penduduk dapat dengan mudah mendapatkan pelayanan Puskesmas. Agar jangkauan pelayanan Puskesmas lebih merata dan meluas, perlu ditunjang dengan Puskesmas pembantu. Puskesmas pembantu berada di tingkat kelurahan atau desa yang merupakan unit pelayanan kesehatan yang sederhana dan berfungsi menunjang dan membantu melaksanakan kegiatan – kegiatan yang dilakukan Puskesmas dalam ruang lingkup yang lebih kecil.

Pada dasarnya, kegiatan yang dilaksanakan Puskesmas meliputi beberapa usaha pokok kesehatan yang disesuaikan dengan kemampuan yang ada dari tiap – tiap Puskesmas baik dari segi tenaga, fasilitas dan biaya atau anggaran yang tersedia (Nasrul Effendy, 1998:163)

### 2.1.6.3. Fungsi Puskesmas

Menurut Budioro (2001:130), secara fungsional, Puskesmas berperan serta sebagai berikut :

1. Sebagai pusat pengembangan kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya
2. Sebagai pembina peran serta masyarakat di wilayah kerjanya dalam rangka meningkatkan kemampuan untuk hidup sehat.
3. Memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya.

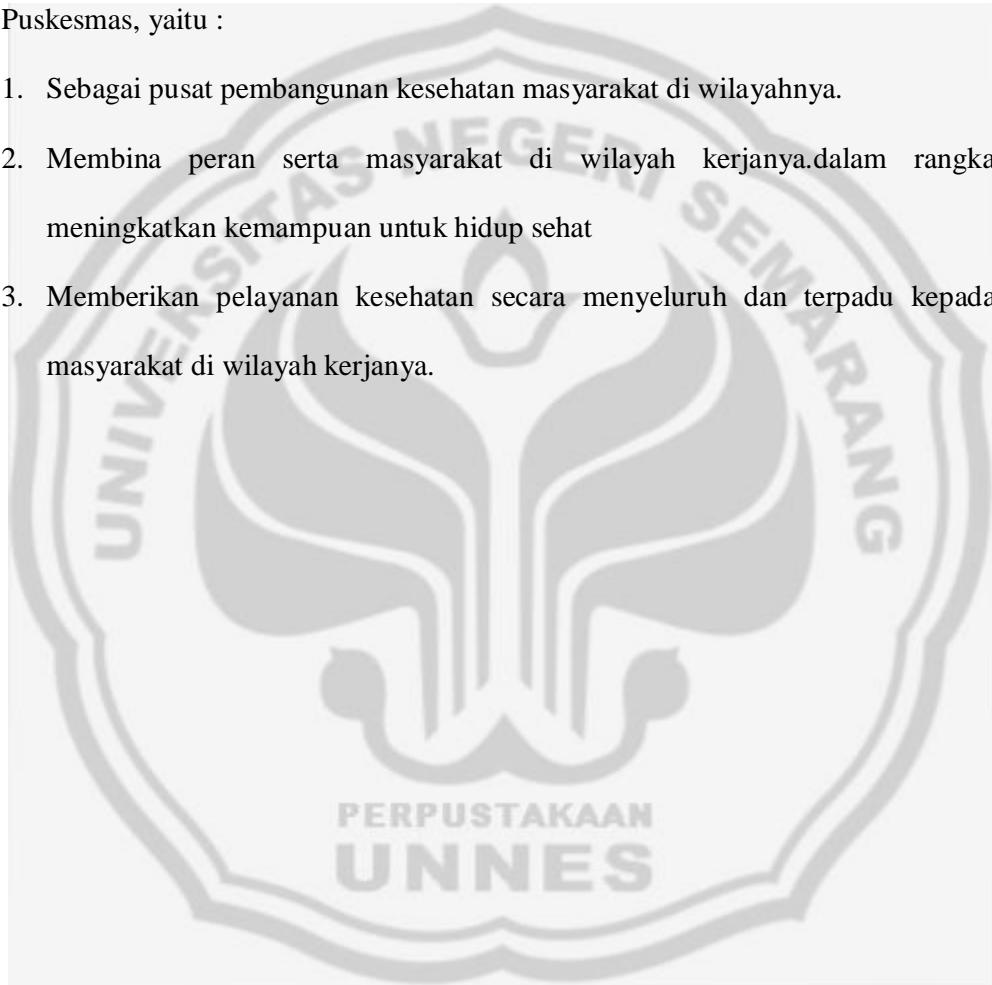
Pelayanan yang menyeluruh berarti meliputi semua jenjang pelayanan, yaitu : promotif, preventif, kuratif (dasar) dan rehabilitatif. Sedangkan pelayanan

yang terpadu mencakup berbagai kegiatan upaya pokok (upaya pelayanan dasar) yang dapat dilaksanakan dibawah satu koordinasi dan pimpinan Puskesmas tersebut.

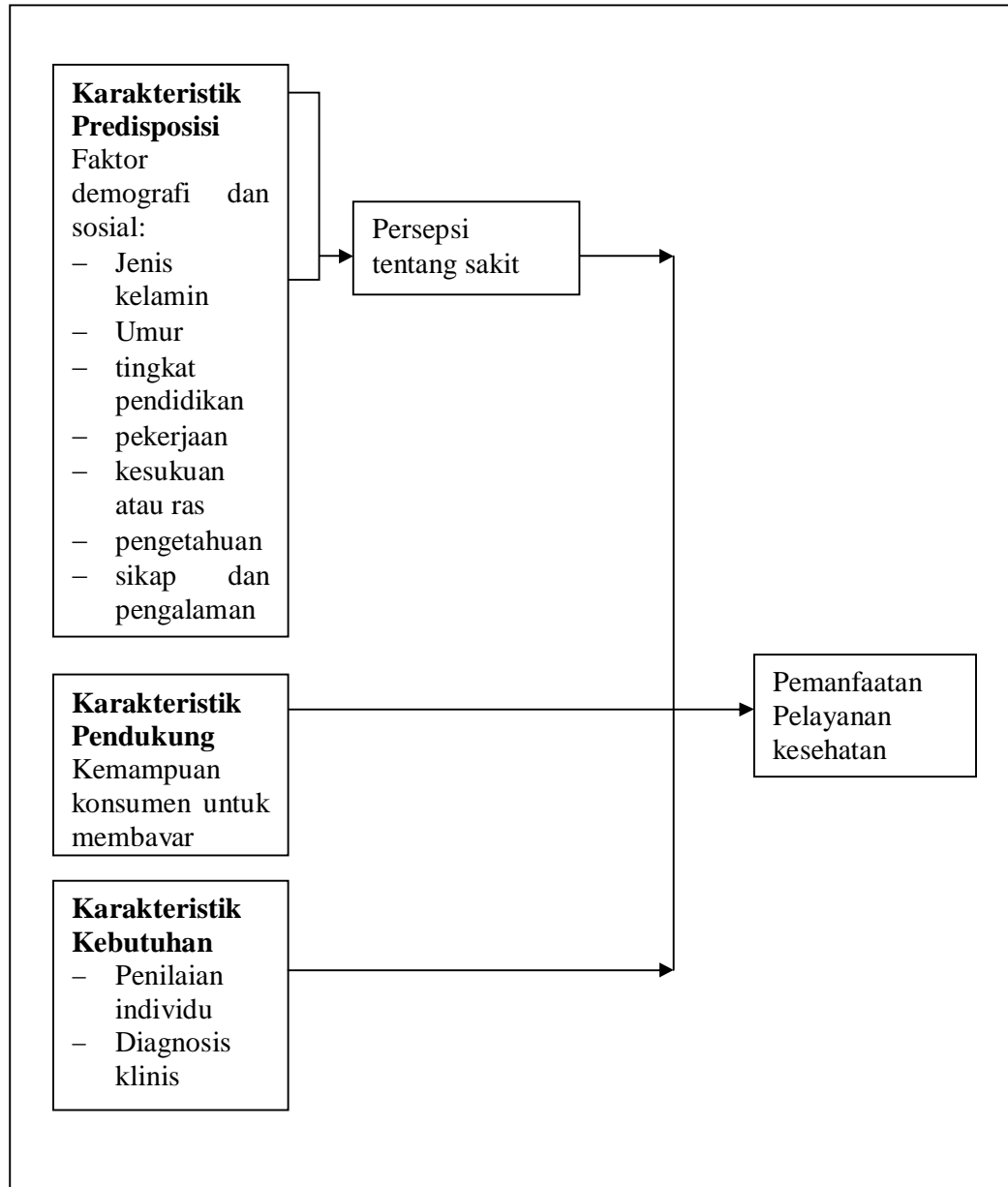
Sedangkan menurut Nasrul Effendy (1998:162), ada 3 fungsi pokok

Puskesmas, yaitu :

1. Sebagai pusat pembangunan kesehatan masyarakat di wilayahnya.
2. Membina peran serta masyarakat di wilayah kerjanya.dalam rangka meningkatkan kemampuan untuk hidup sehat
3. Memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya.



## 2.2. Kerangka Teori

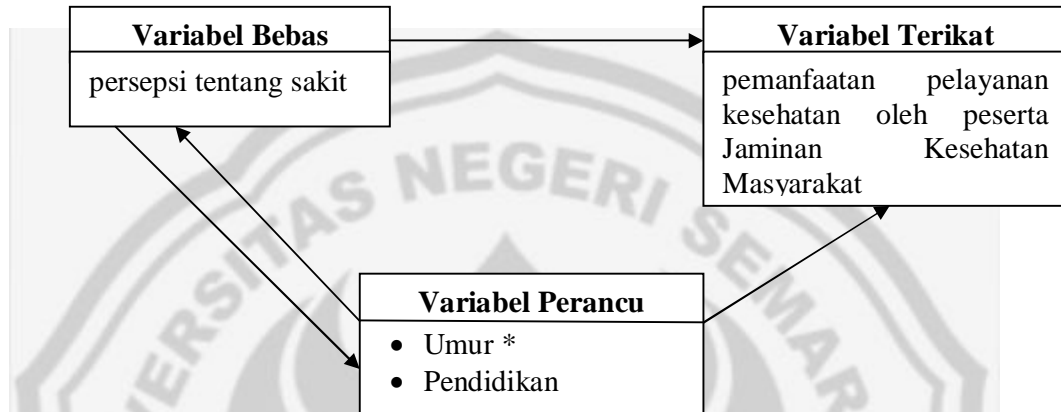


Gambar 2. 1  
Kerangka Teori

Sumber : Heri DJ Maulana (2009), Soekidjo Notoatmodjo (2003),  
Stephen P. Robbins (2002), F.J Bennet (1978)

## BAB III METODE PENELITIAN

### 3.1. Kerangka Konsep



Gambar 3.1 Kerangka Konsep

Keterangan : \*Dikontrol

### 3.2. Hipotesis Penelitian

Menurut Suharsimi Arikunto, (2002:64), hipotesis adalah suatu jawaban yang bersifat sementara terhadap permasalahan penelitian, sampai terbukti melalui data yang terkumpul.

Hipotesis dalam penelitian ini adalah :

Ho : tidak ada hubungan antara persepsi tentang sakit dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh peserta Jaminan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas Gunungpati Kota Semarang.

Ha : ada hubungan antara persepsi tentang sakit dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh peserta Jaminan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas Gunungpati Kota Semarang.

### **3.3. Jenis dan Rancangan Penelitian**

Jenis penelitian ini merupakan penelitian *survey analitik* yaitu peneliti ingin menganalisa hubungan antara persepsi masyarakat tentang sakit dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh peserta Jaminan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas Gunungpati Kota Semarang, dengan pendekatan *cross sectional*, yaitu suatu penelitian untuk mempelajari dinamika korelasi antara faktor risiko dengan efek dengan cara pendekatan, observasi, atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat (*point time approach*). Artinya, tiap subjek penelitian hanya diobservasi sekali. Hal ini tidak berarti bahwa semua subjek penelitian diamati pada waktu yang sama (Soekidjo Notoatmodjo, 2005: 145).

### **3.4. Variabel Penelitian**

#### **3.4.1. Variabel Bebas**

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah persepsi tentang sakit.

#### **3.4.2. Variabel Terikat**

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh peserta Jaminan Kesehatan Masyarakat.

### 3.4.3. Variabel Perancu

Variabel perancu dalam penelitian ini adalah umur dan pendidikan.

Cara mengontrol variabel pengganggu :

1. Variabel umur dikendalikan dengan cara memilih sampel penelitian berusia >18 tahun.
2. Variabel pendidikan dikendalikan dengan cara memilih sampel penelitian yang mempunyai pendidikan dasar (maksimal tamat SMP)

### 3.5. Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel

Tabel 3.1 Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel

No	Variabel	Definisi Operasional	Instrumen	Kategori	Skala
1	2	3	4	5	6
1	Persepsi tentang Sakit	Proses dimana seseorang mengorganisasikan dan menginterpretasikan sensasi sakit yang dirasakan.	Kuesioner dengan wawancara	1. Positif : skor total $\geq$ median 2. Negatif : skor total $<$ median (Saifuddin Azwar, 2008:106)	Nominal
2	Pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh peserta Jaminan Kesehatan Masyarakat	Perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh maskin peserta Jamkesmas pada saat menderita berupa pengobatan Puskesmas dalam waktu 2 bulan terakhir. (Soekidjo Notoatmodjo,2003:196-197)	Kuesioner dengan wawancara yang dicocokkan dengan data kunjungan rawat jalan.	1. Memanfaatkan 2. Tidak memanfaatkan	Nominal



### 3.6. Populasi dan sampel Penelitian

#### 3.6.1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti (Soekidjo Notoatmodjo, 2005:79). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh masyarakat miskin pemegang kartu Jamkesmas yang berada di wilayah kerja Puskesmas Gunungpati berjumlah 13.710 orang

#### 3.6.2. Sampel

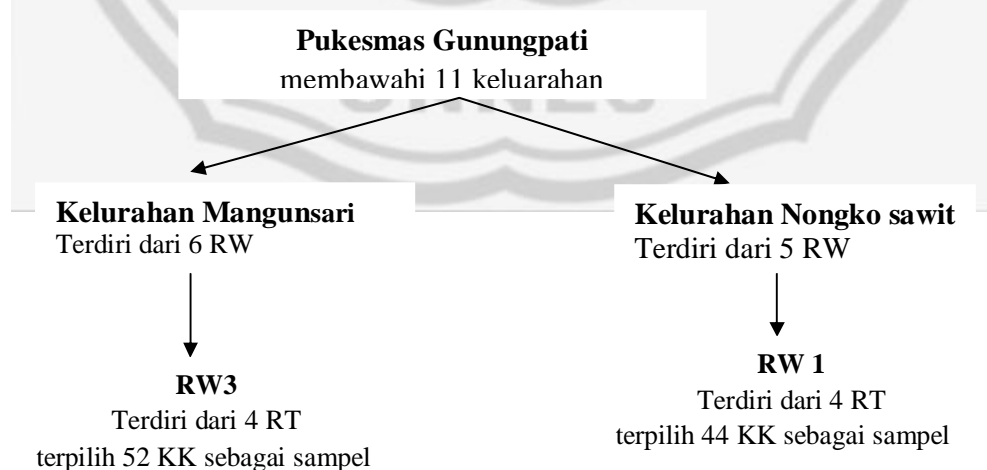
Sampel adalah sebagian dari yang diambil dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Soekidjo Notoatmodjo, 2005:79). Pengambilan sampel dalam penelitian ini dilakukan dengan teknik pengambilan sampel dengan metode *multistage sampling* (pengambilan sampel secara gugus bertahap), yaitu pengambilan sampel yang dilakukan berdasarkan tingkat wilayah secara bertahap.

Langkah-langkah yang digunakan dalam teknik *multistage sampling* adalah sebagai berikut :

1. Membagi wilayah populasi ke dalam sub-sub wilayah dan tiap sub wilayah dibagi ke dalam bagian yang lebih kecil dan seterusnya.
2. Menetapkan sebagian dari wilayah (sub wilayah) populasi sebagai sampel.
3. Dari sub-wilayah yang menjadi sampel ditetapkan pula bagian-bagian yang lebih kecil tersebut.
4. Dan dari bagian-bagian yang lebih kecil tersebut ditetapkan unit-unit yang terkecil diambil sebagai sampel.

Dalam penelitian ini, langkah-langkah yang digunakan dalam menentukan sampel yaitu :

1. Pukesmas Gunungpati membawahi 11 desa/ kelurahan. Dari 11 desa/ kelurahan diambil secara random sebesar 20% dari seluruh desa/ kelurahan yang ada maka terpilihlah kelurahan Mangunsari dan Kelurahan Nongko Sawit.
2. Kelurahan Mangunsari terdiri dari 6 RW dan kelurahan nongko Sawit terdiri dari 5 RW. Dari masing-masing kelurahan diambil secara random sebesar 20% dari jumlah RW yang ada maka terpilih masing-masing 1 RW. Untuk kelurahan Mangunsari terpilih RW 3 dan untuk kelurahan Nongko Sawit terpilih RW 1.
3. RW 3 kelurahan Mangunsari terdiri dari 4 RT yang seluruhnya terdiri dari 85 KK dan RW 1 kelurahan Nongko Sawit terdiri dari 5 RT yang seluruhnya terdiri dari 71 KK. Secara proporsional random sampling, diambil kelurahan Mangunsari sebanyak 52 KK dan kelurahan Nongko Sawit sebanyak 44 KK.



Gambar 3. 2  
Pemilihan Sampel Penelitian

Adapun besar sampel dalam penelitian ini ditetapkan dengan menggunakan rumus sebagai berikut:

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

Keterangan:

$n$  = Besar Sampel

$N$  = Besar Populasi

$Z^2_{1-\alpha/2}$  = Derajat kepercayaan 95% (1,96)

$d$  = Presisi 10% (0,1)

$P$  = Proporsi 50% (0,5) (Stanley Lemenshow, 1997:54)

Dengan hasil perhitungan sebagai berikut :

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

dibulatkan menjadi 96

Berdasarkan rumus di atas, maka diperoleh besar sampel minimal sebanyak 96 orang.

### 3.6.2.1. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik sampel yang dapat dimasukkan untuk layak diteliti. Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah:

- a. Maskin peserta program JAMKESMAS yang berumur >18 th
- b. Maskin peserta program JAMKESMAS yang berpendidikan dasar (maksimal tamat SMP)
- c. Pernah menderita sakit dalam waktu 2 bulan terakhir.
- d. Dalam keadaan sadar dan bersedia menjawab pertanyaan.

### 3.6.2.2. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah karakteristik yang dimiliki subjek yang memenuhi kriteria inklusi tetapi karena suatu hal harus dikeluarkan dari sampel penelitian. Dalam hal ini yang menjadi kriteria eksklusi adalah subjek menolak untuk berpartisipasi dalam penelitian.

## 3.7. Sumber Data Penelitian

### 3.7.1. Data Primer

Data primer diperoleh dari hasil observasi, dokumentasi dan wawancara secara langsung yaitu berupa data tentang hubungan antara persepsi tentang sakit dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh peserta Jaminan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas Gunungpati Kota Semarang.

### 3.7.2. Data Sekunder

Data sekunder diperoleh melalui dokumen – dokumen yang ada tentang pemanfaatan pelayanan kesehatan JAMKESMAS di kota Semarang serta data

monografi kelurahan Mangunsari dan Nongko sawit kecamatan Gunungpati kota Semarang.

### **3.8. Instrument Penelitian**

Instrumen penelitian yang digunakan untuk pengumpulan data berupa kuesioner. Penelitian menggunakan kuesioner yang berisi sejumlah pertanyaan yang telah disediakan jawabannya oleh peneliti melalui wawancara langsung kepada responden yang meliputi :

1. Pertanyaan tertulis yang digunakan untuk memperoleh informasi tentang persepsi responden tentang sakit serta pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas Gunungpati.
2. Umur responden
3. Alamat responden
4. Pendidikan responden
5. Pekerjaan responden

#### **3.8.1. Uji Instrumen**

##### **3.8.1.1. Uji Validitas**

Agar diperoleh distribusi nilai hasil pengukuran mendekati normal, maka perlu diuji coba kemudian digunakan untuk mengetahui sejauh mana alat ukur yang telah disusun memiliki validitas. Validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan alat ukur itu benar-benar mengukur apa yang diukur. (Sukidjo, 2005:129). Menurut Bisma Murti (1997:49), untuk menguji validitas dilakukan uji coba terhadap instrumen, kemudian dihitung dengan rumus korelasi *product*

*moment*, sebagai berikut : jika  $r$  hitung lebih besar dari  $r$  tabel maka item pertanyaan tersebut valid, begitu pula sebaliknya, jika  $r$  hitung lebih kecil dari  $r$  tabel maka item pertanyaan tersebut tidak valid.

Uji validitas ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Sekaran, karena memiliki karakteristik yang sama dengan wilayah kerja Puskesmas Gunung Pati. Pengujian validitas ini menggunakan program komputer. Dimana hasil akhirnya ( $r$  hitung) dibandingkan  $r$  tabel *product moment pearson* dengan  $N=20$  taraf signifikansi 5% diketahui  $r$  tabel (0,444). Dengan kriteria jika  $r$  hitung  $>$   $r$  tabel, maka butir soal tersebut valid.

#### 3.8.1.2. Uji Reliabilitas

Reliabilitas ialah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau diandalkan. Kuesioner sebagai alat ukur harus memiliki reliabilitas yang tinggi. Untuk itu sebelum digunakan untuk penelitian harus diuji coba sekurang-kurangnya dua kali. Perhitungan reliabilitas harus dilakukan hanya pada pertanyaan yang sudah memiliki validitas. (Sukidjo, 2005:134). Menurut Bhisma Murti (1997:62), uji reliabilitas menggunakan program komputer, dengan  $N=20$ , taraf signifikansi 5% diketahui  $r$  tabel (0,444). Soal dikatakan reliabel jika  $r$  *alpha*  $>$   $r$  tabel (0,444).

### 3.9. Teknik Pengambilan Data

Teknik Pengambilan data pada penelitian ini adalah

### **3.9.1. Metode Dokumentasi**

Dokumentasi dilakukan dengan cara mengumpulkan data-data yang diperlukan dari berbagai sumber yang berkenaan dengan objek penelitian serta pengambilan gambar yang berkaitan dengan penelitian. Dalam melakukan metode dokumentasi, peneliti menggunakan data dari kelurahan berupa monografi dan data di Puskesmas berupa profil kesehatan dan data sekunder Puskesmas.

### **3.9.2. Metode Wawancara**

Wawancara adalah suatu metode yang dipergunakan untuk mengumpulkan data. Dengan metode ini didapatkan keterangan atau pendirian secara lisan dari seseorang sasaran penelitian (reponden), atau bercakap – cakap berhadap muka dengan orang tersebut. Jadi data tersebut diperoleh langsung dari responden melalui suatu pertemuan atau percakapan.

### **3.9.3. Metode Observasi**

Metode observasi adalah pengamatan langsung yang meliputi pemusatan perhatian terhadap suatu objek dengan menggunakan seluruh alat indra. (Suharsimi, 2002:133). Pada penelitian ini, peneliti melihat dan mengamati permasalahan pemanfaatan peserta Jamkesmas pada Pelayanan kesehatan Puskesmas.

### **3.10. Teknik Pengolahan dan Analisis Data**

#### **3.10.1. Pengolahan Data**

Agar analisis data penelitian menghasilkan informasi yang benar dan tepat, maka sebelum melakukan analisis data perlu dilakukan proses pengolahan data yang terdiri dari :

##### *3.10.1.1. Editing*

Yaitu memeriksa kembali kelengkapan data yang telah dikumpulkan yang meliputi kebenaran pengisian, kelengkapan jawaban, konsisten dan relevansi jawaban terhadap daftar pertanyaan yang diberikan.

##### *3.10.1.2. Coding*

Merupakan kegiatan merubah data berbentuk huruf menjadi angka atau bilangan, masing-masing variabel penelitian diberi kode angka selanjutnya dimasukkan dalam lembar tabel kerja untuk mempermudah *entry* data komputer.

##### *3.10.1.3. Prosessing*

Merupakan kegiatan memproses data agar dapat dianalisis. Pemrosesan data dilakukan dengan cara mengentry data ke program komputer.

##### *3.10.1.4. Tabulasi Data*

Tabulasi adalah mengelompokkan data dalam bentuk tabel menurut sifatnya.

#### **3.10.2. Analisis Data**

Analisis data merupakan satu langkah penting dalam peneliian. Dalam pelaksanaannya, terdapat dua bentuk analisis data berdasarkan jenis data bahwa



apabila data telah terkumpul, maka lalu dikualifikasi menjadi dua kelompok data, yaitu data kualitatif yang digunakan pada analisis nonstatistik dan data kuantitatif yang menggunakan analisis statistik. (Arikunto, 2002:213). Dalam penelitian ini, data yang digunakan berwujud angka-angka hasil perhitungan atau pengukuran, yaitu meliputi :

#### 3.10.2.1. Analisis Univariat

Analisis ini dilakukan pada masing-masing variabel, yang disajikan dalam bentuk distribusi dan prosentase dari tiap variabel. (Soekidjo Notoatmodjo, 2005: 188).

#### 3.10.2.2. Analisis Bivariat

Analisis ini digunakan untuk menguji hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat. Analisis ini dilakukan dengan pengujian statistik yaitu dengan uji *chi-square* karena skala yang digunakan adalah skala nominal dan skala nominal. Dengan taraf signifikansi yang digunakan 95% dan nilai kemaknaan 5%. Namun jika tidak memenuhi syarat uji *chi-square*, maka uji alternatif yang digunakan :

1. Alternative uji *chi-square* untuk tabel 2X2 adalah uji *Fisher*
2. Alternative uji *chi-square* untuk tabel 2XK adalah uji *kolmogorov smirnov*
3. Alternative uji *chi-square* untuk tabel selain 2X2 dan 2XK adalah penggabungan sel. Setelah dilakukan penggabungan sel akan terbentuk suatu tabel BxK yang baru. Uji hipotesis yang dipilih sesuai dengan tabek BxK yang baru tersebut. (Sopiyudin Dahlan, 2004: 18)

Sedangkan untuk mengetahui kekuatan korelasi antara variabel bebas dengan varibel terikat maka dapat diketahui dengan melihat besarnya *Contingency*

*Coefficient (CC)* yang berpedoman pada panduan interpretasi hasil uji hipotesis berdasarkan kekuatan korelasi, yaitu sebagai berikut:

Tabel 3.1 Interpretasi Kekuatan Korelasi Berdasarkan Uji Hipotesis

No.	Nilai	Interpretasi
1.	0,00-0,199	Sangat lemah
2.	0,20-0,399	Lemah
3.	0,40-0,599	Sedang
4.	0,60-0,799	Kuat
5.	0,80-1,000	Sangat Kuat

Sumber: Sopiudin Dahlan (2004: 163)



## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN**

#### **4.1. Gambaran Umum**

##### **4.1.1. Keadaan Geografis**

Puskesmas Gunungpati merupakan pusat pelayanan kesehatan dasar yang berada di wilayah Kecamatan Gunungpati, dimana Puskesmas Gunungpati merupakan Puskesmas rawat jalan dan rawat inap untuk umum. Ditinjau dari letaknya Puskesmas Gunungpati cukup strategis, dengan luas wilayah 5.399.085 km<sup>2</sup>, yang meliputi 11 kelurahan binaan yang meliputi :

- |                 |                |
|-----------------|----------------|
| 1. Pakintelan   | 7. Sadeng      |
| 2. Mangunsari   | 8. Cepoko      |
| 3. Plalangan    | 9. Jatirejo    |
| 4. Gunungpati   | 10. Sumur Rejo |
| 5. Nongko Sawit | 11. Kandri     |
| 6. Pongangan    |                |

Di wilayah kerja Puskesmas Gunungpati terdapat tiga Puskesmas Pembantu yaitu Puskesmas pembantu Sadeng, Puskesmas pembantu Pongangan dan Puskesmas pembantu Sumur rejo.

Batas wilayah kerja Puskesmas Gunungpati adalah sebagai berikut :

- |                 |  |
|-----------------|--|
| Sebelah utara   | : wilayah kerja Puskesmas Sekaran                |
| Sebelah selatan | : wilayah kerja Pustu Branjang/ Kab. Semarang    |
| Sebelah timur   | : wilayah kerja Puskesmas Mapagan/ Kab. Semarang |
| Sebelah barat   | : wilayah kerja Puskesmas Karang Malang.         |

## 4.2. Deskripsi Data

Pada bagian ini dijelaskan karakteristik responden yang menjadi sampel penelitian berjumlah 96 responden yang meliputi :

### 4.2.1. Umur

Berdasarkan data penelitian diperoleh informasi tentang umur responden yang menjadi sampel dalam penelitian ini seperti disajikan pada tabel berikut ini :

**Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Umur Responden**

No	Interval	Frekuensi	Persentase (%)
1	18 – 32 Tahun	15	15,6
2	33 – 47 Tahun	47	48,9
3	48 – 62 Tahun	30	31,3
4	63 – 76 Tahun	4	4,2
	Total	96	100

(Sumber : data penelitian 2010)

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa sebagian besar responden berumur 33 – 47 tahun (48,9%), 30 responden berumur 48-62 tahun (31,3%), 15 responden berumur 18-32 tahun (15,6%), dan 4 responden berumur 63 – 76 tahun (4,2%).

### 4.2.2. Jenis Kelamin

Berdasarkan data penelitian diperoleh informasi tentang jenis kelamin responden yang menjadi sampel dalam penelitian ini seperti disajikan pada tabel berikut ini :

**Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Jenis Kelamin Responden**

No	Jenis Kelamin	Frekuensi	Persentase (%)
1	Laki – laki	33	34,4
2	Perempuan	63	65,6
	Total	96	100

(Sumber : data penelitian 2010)

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan (65,6%), dan 33 responden berjenis kelamin laki – laki (34,4%).

#### 4.2.3. Tingkat Pendidikan

Berdasarkan data penelitian diperoleh informasi tentang pendidikan responden yang menjadi sampel dalam penelitian ini seperti disajikan pada tabel berikut ini :

**Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Tingkat Pendidikan Responden**

No	Tingkat Pendidikan	Frekuensi	Persentase (%)
1	SMP	30	31,3
2	SD	53	55,2
3	Tidak tamat SD	13	13,5
	Total	96	100

(Sumber : data penelitian 2010)

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa sebagian besar responden mempunyai tingkat pendidikan SD (55,2%), 30 responden mempunyai tingkat pendidikan SMP (31,3%), dan 13 responden tidak tamat SD (13,5%).

#### 4.2.4. Pekerjaan

Berdasarkan data penelitian diperoleh informasi tentang pekerjaan responden yang menjadi sampel dalam penelitian ini seperti disajikan pada tabel berikut ini :

**Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Pekerjaan Responden**

No	Pekerjaan	Frekuensi	Persentase (%)
1	Ibu rumah tangga	37	38,5
2	Wiraswasta	28	29,2
3	Petani	10	10,4
4	Buruh	21	21,9

Total	96	100
-------	----	-----

(Sumber : data penelitian 2010)

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa sebagian besar responden sebagai ibu rumah tangga (38,5%), 28 responden bekerja sebagai wiraswasta (29,2%), 10 responden bekerja sebagai petani (10,4%), dan 21 responden bekerja sebagai buruh (21,9%).

### 4.3. Hasil Penelitian

#### 4.3.1. Analisis Univariat

Analisis univariat bertujuan untuk mengetahui gambaran variabel yang diteliti. Variabel yang diteliti dalam penelitian ini adalah persepsi tentang sakit sebagai variabel bebas dan variabel terikatnya adalah pemanfaatan pelayanan kesehatan.

##### 4.3.1.1. Persepsi tentang Sakit

Gambaran data mengenai frekuensi persepsi tentang sakit menurut responden dapat dilihat dalam tabel (tabel 4.5) di bawah ini :

**Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi Responden Menurut Persepsi tentang Sakit**

No	Persepsi tentang Sakit	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Positif	58	60,4
2.	Negatif	38	39,6
	Total	96	100

(Sumber : data penelitian 2010)

Data hasil penelitian dari tabel (tabel 4.5) di atas menunjukkan bahwa persepsi tentang sakit menurut sebagian responden adalah positif yaitu sejumlah 58 responden (60,4%). Sedangkan responden yang mempunyai persepsi tentang sakit yang negatif sejumlah 38 responden (39,6%). Pengelompokkan persepsi

tentang sakit menjadi dua yaitu persepsi tentang sakit positif dan persepsi tentang sakit negatif. Persepsi tentang sakit positif diperoleh dari skor jawaban responden yang berdasarkan perhitungan skor jawaban  $\geq$  median (32). Sedangkan persepsi tentang sakit negatif diperoleh dari skor jawaban responden yang berdasarkan perhitungan skor jawaban  $<$  median (32).

#### 4.3.1.2. Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Gambaran data mengenai frekuensi pemanfaatan pelayanan kesehatan menurut responden dapat dilihat dalam tabel (4.6) di bawah ini :

**Tabel 4.6 Distribusi Frekuensi Responden Menurut Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan**

No	Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Memanfaatkan	20	20,8
2.	Tidak Memanfaatkan	76	79,2
	Total	96	100

(Sumber : data penelitian 2010)

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan yaitu sejumlah 76 responden (79,2%), sedangkan responden yang memanfaatkan pelayanan kesehatan sejumlah 20 responden (20,8%). Pengelompokan pemanfaatan pelayanan kesehatan menjadi dua yaitu memanfaatkan dan tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan.

#### 4.3.2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk mengetahui hubungan antara variabel bebas (persepsi tentang sakit) dan variabel terikat (pemanfaatan pelayanan kesehatan).

#### 4.3.2.1. Hubungan antara Persepsi tentang Sakit dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Tabel 4.7 Crosstab Hubungan antara Persepsi tentang Sakit dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Persepsi tentang Sakit	Pemanfaatan Kesehatan		Pelayanan		Jumlah		<i>a</i>	<i>P</i>	<i>CC</i>
	memanfaatkan	Tidak memanfaatkan			$\Sigma$	%			
	$\Sigma$	%	$\Sigma$	%	$\Sigma$	%			
Positif	17	17,7	41	42,7	58	60,4	0,05	0,023	0,25
Negatif	3	3,1	35	36,5	38	39,6			
Jumlah	20	20,8	76	79,2	96	100			

(Sumber : data penelitian 2010)

Berdasarkan tabel di atas dapat dijelaskan bahwa responden yang persepsi tentang sakitnya positif dan memanfaatkan pelayanan kesehatan sebesar 17 orang dengan persentase 17,7 % dan responden yang persepsi tentang sakitnya positif dan tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan sebesar 41 orang dengan persentase 42,7 %. Sedangkan responden yang persepsi tentang sakitnya negatif dan memanfaatkan pelayanan kesehatan sebesar 3 orang dengan persentase 3,1% dan responden yang persepsi tentang sakitnya negatif dan tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan sebesar 35 orang dengan persentase 36,5%. Berdasarkan hasil uji *chi square* diperoleh  $p=0,023$  ( $p < 0.05$ ) dengan perhitungan *Contingency Coefficient (CC)* menghasilkan  $CC=0,25$  maka  $H_a$  diterima, yang menyatakan ada hubungan antara persepsi tentang sakit dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan dengan kekuatan korelasi yang lemah.



## **BAB V PEMBAHASAN**

### **5.1. Analisis Univariat**

#### **5.1.1. Persepsi tentang Sakit**

Berdasarkan hasil penelitian, diketahui bahwa sebagian responden memiliki persepsi tentang sakit yang positif yaitu sebanyak 58 orang (60,4%). Sedangkan yang memiliki persepsi tentang sakit yang negatif sebanyak 38 responden (39,6%).

Menurut Budioro (2002:38), melalui perhatiannya, seseorang dalam proses persepsinya akan menentukan pesan yang mana akan diterima, atau yang mana akan dianggap sebagai hal positif yang selanjutnya disebut persepsi positif dan pesan yang mana akan ditolaknya yang mana dianggap hal negatif yang selanjutnya disebut persepsi negatif. Persepsi dianggap akan menentukan bagaimana seseorang akan memilih, menghimpun dan menyusun, serta memberi arti yang kemudian akan mempengaruhi tanggapan (perilaku) yang akan muncul dari dirinya. Persepsi juga akan mempengaruhi seseorang untuk mengambil suatu keputusan sebagai reaksi atas sebuah masalah, karena setiap keputusan membutuhkan interpretasi dan evaluasi informasi. (Stephen P. Robbins, 2008:188)

Untuk persepsi tentang sakit yang positif sendiri berarti bahwa seseorang akan menentukan hal mana yang dapat diterima dan dianggap sebagai hal positif yang terkait dengan sakit, berupa tanggapan-tanggapan yang mendukung konsep sakit dari pihak *provider*. Begitu juga dengan persepsi tentang sakit yang negatif berarti seseorang akan menentukan hal mana yang ditolak dan dianggap sebagai

hal negatif yang terkait dengan sakit, berupa tanggapan – tanggapan yang menentang konsep sakit dari pihak *provider*.

### 5.1.2. Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Dari hasil penelitian diperoleh bahwa sebagian responden tidak memanfaatkan kartu Jaminan Kesehatan Masyarakat untuk berobat di Puskesmas yaitu sejumlah 76 responden (79,2%). Ada beberapa alasan kenapa mereka tidak memanfaatkan kartu Jaminan Kesehatan Masyarakat untuk berobat ke Puskesmas, antara lain :

1. Tidak bertindak apa – apa. Alasannya antara lain bahwa kondisi sakit mereka tidak mengganggu kegiatan mereka sehari – hari. Mereka beranggapan bahwa tanpa bertindak apapun gejala yang dideritanya akan lenyap dengan sendirinya. Tidak jarang pula masyarakat miskin memprioritaskan tugas – tugas lain yang dianggap lebih penting daripada mengobati sakitnya.
2. Tindakan mengobati sendiri seperti “kerokan”, karena mereka sudah percaya pada diri sendiri dan sudah merasa bahwa berdasar pengalaman – pengalaman yang lalu usaha – usaha pengobatan sendiri sudah dapat mendatangkan kesembuhan.
3. Mencari pengobatan dengan membeli obat – obatan ke warung.
4. Mencari pengobatan ke fasilitas pengobatan modern yang diselenggarakan oleh dokter praktek. Mereka yang mencari pengobatan ke dokter karena mereka merasa akan lebih cepat sembuh dengan obat dari dokter daripada dari Puskesmas.

Tidak dimanfaatkannya pelayanan puskesmas oleh masyarakat miskin melalui program Jaminan Kesehatan Masyarakat bisa menyebabkan tujuan dari program ini tidak dapat tercapai dengan baik. Karena selain bertujuan untuk meningkatkan akses Maskin ke pelayanan kesehatan, program ini juga bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan Maskin. (Depkes, 2009:5). Jika pemanfaatan pelayanan pengobatan oleh Maskin rendah, maka dana yang sudah pemerintah sediakan juga tidak dapat dimanfaatkan dengan baik untuk kegiatan kuratif, padahal Maskin membutuhkan pelayanan pengobatan tersebut.

## **5.2. Analisis Bivariat**

### **5.2.1. Hubungan antara**

Berdasarkan hasil uji *chi square* diperoleh  $p=0,023$  ( $p < 0.05$ ) dengan perhitungan *CC* menghasilkan  $CC=0,25$  maka  $H_a$  diterima, yang menyatakan ada hubungan antara persepsi tentang sakit dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan dengan kekuatan korelasi yang lemah.

Berdasarkan wawancara pada waktu penelitian, sebagian responden yang tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan memiliki pandangan individu tentang sehat - sakit yang keliru. Sakit menurut responden adalah jika mereka tidak dapat bangun dari tempat tidur dan melakukan aktivitas sehari – hari serta penyakit yang mereka derita sudah parah.

Hasil penelitian ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Soekidjo Notoatmodjo (2003:181), menyatakan bahwa persepsi masyarakat terhadap sehat-sakit erat hubungannya dengan perilaku pencarian pengobatan. Kedua pokok

pikiran tersebut akan mempengaruhi atas dipakai atau tidaknya fasilitas kesehatan yang disediakan. Pelayanan kesehatan didirikan berdasarkan asumsi bahwa masyarakat membutuhkannya. Namun kenyataannya masyarakat baru mau mencari pengobatan (pelayanan kesehatan) setelah benar-benar tidak dapat berbuat apa-apa.

Persepsi masyarakat tentang sakit notabebe merupakan konsep sehat-sakit masyarakat. Konsep sehat masyarakat, yaitu bahwa sehat adalah orang yang dapat bekerja atau menjalankan pekerjaannya sehari-hari. Dan konsep sakit masyarakat, dimana dirasakan oleh seseorang yang sudah tidak dapat bangkit dari tempat tidur, dan tidak dapat menjalankan pekerjaannya sehari-hari.

Persepsi masyarakat yang keliru ini tidak jarang menyebabkan kurang dimanfaatkannya sarana – sarana kesehatan yang telah ada. Misalnya puskesmas yang didirikan di tengah – tengah masyarakat dengan berbagai macam pelayanan yang diasumsikan akan dapat mengatasi masalah kesehatan yang ada di masyarakat tersebut, ternyata kurang dimanfaatkan masyarakat karena mereka mempunyai persepsi yang salah tentang sehat – sakit mereka. Jadi meskipun Puskesmas sudah memberikan pelayanan yang baik kepada responden, namun jika penilaian mereka terhadap sehat sakit masih kurang tepat, maka pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas akan tetap rendah.

### **5.3. Hambatan dan Kelemahan Penelitian**

#### **5.3.1. Hambatan**

Beberapa hambatan yang dialami oleh peneliti dalam melaksanakan penelitian ini adalah :

1. Mengenai kejujuran, kesungguhan dan kebenaran mengenai informasi dari responden yang kadang – kadang sukar diperoleh, karena rasa malu yang ada pada responden memungkinkan responden dalam menjawab pertanyaan kurang sungguh-sungguh. Namun peneliti melakukan upaya untuk meminimalisasi hal tersebut dengan secara langsung mewawancarai responden dalam pengambilan data dan memberikan penjelasan secara langsung kepada responden mengenai maksud dan tujuan penelitian.
2. Peneliti mengalami kesulitan dalam menjelaskan beberapa pernyataan karena rata – rata responden memiliki tingkat pendidikan yang rendah.

#### **5.3.2. Kelemahan**

Adapun kelemahan dalam penelitian ini adalah disini peneliti hanya meneliti tentang persepsi tentang sakit sedangkan faktor-faktor lain yang ikut mempengaruhi tidak diteliti.

## **BAB VI**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

#### **6.1. Simpulan**

Dari hasil penelitian dan pembahasan dapat diambil simpulan bahwa ada hubungan antara persepsi tentang sakit dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh masyarakat miskin oleh peserta Jaminan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas Gunungpati Kota Semarang ( $p=0,023$ ), dengan tingkat korelasi yang lemah ( $CC=0,25$ ).

#### **6.2. Saran**

##### **6.2.1. Puskesmas Gunungpati dan Dinas Kesehatan Kota Semarang**

1. Puskesmas Gunungpati dan Dinas Kesehatan Kota Semarang hendaknya meningkatkan kemampuan sistem pelayanan kesehatan untuk menjangkau masyarakat miskin yang belum terjangkau oleh program Jaminan Kesehatan Masyarakat, karena pada kenyataannya di lapangan masih masyarakat miskin yang belum mendapatkan Jamkesmas, padahal mereka layak untuk mendapatkannya.
2. Puskesmas Gunungpati dan Dinas Kesehatan Kota Semarang hendaknya mengefektifkan program kerja yang bersifat preventif seperti penyuluhan kesehatan kepada masyarakat miskin dalam rangka meningkatkan kesadaran akan pentingnya kesehatan.

### 6.2.2. Masyarakat Miskin Peserta Jaminan Kesehatan Masyarakat

1. Masyarakat miskin yang memperoleh kartu Jamkesmas sebaiknya agar benar – benar memanfaatkan kartu Jamkesmas untuk berobat ketika jatuh sakit agar kartu Jamkesmas yang telah diberikan oleh pemerintah bermanfaat dan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat yang telah dicanangkan Pemerintah dapat berjalan dengan optimal.
2. Masyarakat miskin peserta Jaminan Kesehatan Masyarakat hendaknya senantiasa sadar akan pentingnya kesehatan dengan selalu menjaga kesehatan dirinya sendiri dan keluarganya dalam rangka meningkatkan derajat kesehatannya.

### 6.2.3. Peneliti Selanjutnya

Bila ada peneliti yang tertarik dengan penelitian ini, disarankan untuk melakukan penelitian tentang faktor-faktor lain yang ikut mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh masyarakat miskin peserta Jaminan Kesehatan Masyarakat maupun masalah lain yang terkait dengan program Jaminan Kesehatan Masyarakat, karena beberapa masalah selama pelaksanaan Jamkesmas atau program sejenis pada tahun sebelumnya masih ditemui sehingga manfaat yang dirasakan belum optimal.

## DAFTAR PUSTAKA

- Achmad Munib dkk, 2007, *Pengantar Ilmu Pendidikan*, Semarang : Universitas Negeri Semarang Press
- Alfian, 2000, *Beberapa Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan oleh Peserta JPKM di Kecamatan Patebon Kabupaten Kendal*, skripsi-S1, Universitas Diponegoro
- Asmadi, 2008, *Konsep Dasar Keperawatan*, Jakarta : EGC
- Azrul Azwar, 1996, *Pengantar Administrasi Kesehatan*, Yogyakarta : Gajah Mada University Press
- Bart Smet, 1994, *Psikologi Kesehatan*, Jakarta : PT.Grasindo
- Bennet FJ, 1978, *Diagnosa Komunitas dan Program Kesehatan*, Jakarta : Yayasan Essential Medica
- Bimo Walgito, 2002, *Pengantar Psikologi Umum*, Yogyakarta : Andi Offset
- Bisma Murti, 1997, *Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi*, Yogyakarta : Gajah Mada University Press
- Budioro, 2001, *Pengantar Ilmu Kesehatan Masyarakat*, Semarang : Badan Penerbit Universitas Diponegoro
- Budiono, 2001, *Pengantar Pendidikan (Penyuluhan) Kesehatan Masyarakat*, Semarang : Badan Penerbit Universitas Diponegoro
- Depkes RI, 2009, *Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat*, Jakarta : Depkes
- ....., 2009, *Petunjuk Tekhnis Jaminan Kesehatan Masyarakat dan Jaringannya*, Jakarta : Depkes
- Dinkes Kota Semarang, 2009, *Profil Kesehatan*, Semarang
- Djoko Wijono, 1999, *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*, Surabaya : Airlangga University Press
- Elizabeth B Hurlock, 2004, *Psikologi Perkembangan*, Jakarta : Penerbit Erlangga
- Hasbullah Thabrani dkk, 2009, *Sakit, Pemiskinan dan MDGs*, Jakarta : Penerbit Buku Kompas



- Heri DJ Maulana, 2009, *Promosi Kesehatan*, Jakarta : EGC
- Hidayat A. Aziz, 2004, *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*, Jakarta:Salemba Medika
- Imbalo S Pohan, 2002, *Jaminan Mutu Pelayanan Kesehatan*, Jakarta : Kesaint Blanc
- Nasrul Effendy, 1998, *Dasar-dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat*, Jakarta : EGC
- Puri Sari dkk, 2007, *Pemanfaatan Kartu Gakin, Kepuasan Pasien Gakin terhadap Pelayanan Fasilitas Kesehatan Pemerintah di Kabupaten Rembang dan Banjarnegara Tahun 2005*, Buletin Penelitian Kesehatan, Volume 35, No.4, 2007, hlm.167-176
- Puskesmas Gunungpati, 2010, *Rencana Tingkat Puskesmas Gunungpati Tahun 2010*, Semarang : Puskesmas Gunungpati
- Robert Kreitner dan Angelo Kinicki, 2003, *Perilaku Organisasi*, Jakarta : Penerbit Salemba 4
- Saifuddin Azwar, 2008, *Penyusunan Skala Psikologi*, Yogyakarta : Pustaka Pelajar
- Soekidjo Notoatmodjo, 2007, *Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni*, Jakarta : Rineka Cipta
- , 2005, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Jakarta : Rineka Cipta
- , 2003, *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*, Jakarta : Rineka Cipta
- Sopiyudin Dahlan, 2004, *Statistika untuk Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta : Arkans
- Stanley Lemenshow, et al, 1997, *Besar Sampel dalam Penelitian Kesehatan* Yogyakarta : Gajah Mada University Press
- Stephen P Robbins dan Timothy A Jugde, 2008, *Perilaku Organisasi*, Jakarta : Erlangga
- Stephen P Robbins, 2002, *Prinsip-prinsip Perilaku Organisasi*, Jakarta : Erlangga
- Suharsimi Arikunto, 2002, *Prosedur Penelitian Edisi Revisi V*, Jakarta : Rineka Cipta

Tim Penyusun, 2010, *Petunjuk Penyusunan Skripsi Mahasiswa Program Strata I*, Semarang : Jurusan IKM FIK UNNES

Titiek Setyowati dan Agustina Lubis, 2003, *Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan dan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (SUSENAS 2001)*, Buletin Penelitian Kesehatan, Volume 31, No. 4, hlm 177-185

Trihartini Sulistyowati, 2006, *Beberapa Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Puskesmas oleh Masyarakat Miskin Peserta Program JPKM di Kelurahan Jomblang Kecamatan Candi Lama Kota Semarang*, Skripsi – S1, UNDIP



# LAMPIRAN



## Lampiran 6

**PENILAIAN VARIABEL PENELITIAN**

1. Variabel Persepsi tentang Sakit, diberikan nilai sebagai berikut:

• Untuk pertanyaan positif (*favorable*) nomor (1,2,9,10,11,12,14,15) diberi skor sebagai berikut :

- Skor 4 untuk jawaban sangat setuju
- Skor 3 untuk jawaban setuju
- Skor 2 untuk jawaban ragu-ragu
- Skor 1 untuk jawaban tidak setuju
- Skor 0 untuk jawaban sangat tidak setuju

• Sedangkan untuk pertanyaan negatif (*unfavorable*) nomor (3,4,5,6,7,8,9,13,16) diberi skor sebagai berikut :

- Skor 0 untuk jawaban sangat tidak setuju
- Skor 1 untuk jawaban tidak setuju
- Skor 2 untuk jawaban ragu-ragu
- Skor 3 untuk jawaban setuju
- Skor 4 untuk jawaban sangat setuju

• Jumlah pertanyaan ada 16 soal

- Apabila responden dapat menjawab semua pertanyaan dengan jawaban yang bernilai (4), maka skor maksimal yaitu jumlah soal X skor maksimal ( $16 \times 4 = 64$ )
- Jika responden menjawab dengan jawaban yang bernilai (0), maka skor maksimal yaitu jumlah soal X skor maksimal ( $16 \times 0 = 0$ )
- Sehingga kita mempunyai rentang minimal – maksimal (0 – 64). Dengan rentang tersebut, maka membagi kategori persepsi yaitu :
  - Persepsi positif : jika skor  $\geq$  median (32)
  - Persepsi negatif : jika skor  $<$  median (32)

## Lampiran 7

**KUESIONER PENJARINGAN  
HUBUNGAN ANTARA PERSEPSI TENTANG SAKIT DENGAN  
PEMANFAATAN PELAYANAN KESEHATAN  
OLEH PESERTA JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT  
DI PUSKESMAS GUNUNG PATI KOTA SEMARANG**

---

1. Berapa usia anda saat ini?.....tahun
1. Apakah pendidikan terakhir anda?
  1. Tidak tamat SD
  2. Tamat SD
  3. Tamat SMP
  4. Tamat SMA
  5. Tamat Akademi
  6. Tamat Perguruan Tinggi
2. Apakah anda pernah mengeluh sakit dalam waktu 2 bulan terakhir?
  - a. Ya
  - b. Tidak

Lampiran 8

**KUESIONER PENELITIAN**  
**HUBUNGAN ANTARA PERSEPSI TENTANG SAKIT DENGAN**  
**PEMANFAATAN PELAYANAN KESEHATAN**  
**OLEH PESERTA JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT**  
**DI PUSKESMAS GUNUNG PATI KOTA SEMARANG**

**PETUNJUK PENGISIAN KUESIONER**

1. Isilah identitas anda terlebih dahulu
2. Baca dan pahami baik-baik setiap pertanyaan yang ada
3. Pilihlah jawaban dengan memberi tanda centang (√) pada jawaban yang sesuai dengan pendapat anda
4. Adapun pilihan jawaban tersebut adalah :
  - SS = Sangat Setuju
  - S = Setuju
  - R = Ragu-ragu
  - TS = Tidak Setuju
  - STS = Sangat Tidak Setuju
5. Untuk kerjasama dan perhatiannya, peneliti mengucapkan terima kasih

**A. IDENTITAS RESPONDEN**

2. No. Responden :
3. Nama Responden :
4. Umur Responden :
5. Alamat Responden :
6. Pendidikan terakhir :
  7. Tidak tamat SD
  8. Tamat SD
  9. Tamat SMP
7. Pekerjaan

## Lanjutan Lampiran 8

1. Ibu Rumah Tangga
2. Buruh
3. Wiraswasta/ pedagang
4. Petani

**B. PERSEPSI TENTANG SAKIT**

NO	PERTANYAAN	SS	S	R	TS	STS
1	Menurut saya jika saya sakit kemampuan beraktivitas sehari-hari saya menurun					
2	Jika saya mengeluh sakit belum tentu saya menderita sakit					
3	Menurut saya sakit itu berarti jika saya sudah tidak dapat bangkit dari tempat tidur					
4	Jika saya sudah tidak dapat berbuat apa-apa saya baru akan pergi ke Puskesmas untuk berobat					
5	Perasaan tidak enak dalam tubuh saya merupakan tanda bahwa saya pasti menderita suatu penyakit					
6	Saya beranggapan jika saya sakit tanpa berobat/ pergi ke Puskesmas gejala yang saya derita akan lenyap dengan sendirinya					
7	Menurut saya jika saya sakit memprioritaskan tugas-tugas dan pekerjaan saya saya anggap lebih penting daripada mengobati sakit yang saya derita					
8	Seringkali jika saya sakit, saya tidak berbuat apa-apa (tidak berobat/ pergi ke Puskesmas) karena kondisi sakit saya tidak mengganggu kegiatan/ pekerjaan saya sehari-hari.					

## Lanjutan Lampiran 8

9	Jika salah satu anggota keluarga saya ada yang sakit, hal ini akan berpengaruh terhadap seluruh anggota keluarga.					
10	Kesehatan merupakan prioritas di dalam hidup dan kehidupan saya					
11	Jika di dalam keluarga saya istri dalam keadaan sakit, pekerjaan rumah tangga akan dialihkan kepada ayah, dengan kata lain ibu dibebaskan dari tanggung jawabnya mengurus rumah tangga selama sakit					
12	Jika saya merasa tubuh saya tidak sehat, secepat mungkin saya akan mencari cara untuk memulihkan kondisi tubuh saya					
13	Menurut saya, keluhan rasa sakit yang dirasakan seseorang pasti sama dengan keluhan yang dirasakan orang lain.					
14	Jika dua orang/ lebih dinyatakan menderita penyakit yang sama bisa jadi orang kesatu merasa lebih sakit dari yang lainnya bahkan orang yang satunya lagi tidak merasa sakit					
15	Jika saya sakit, saya akan mudah menangis, tersinggung, marah serta menuntut perhatian yang lebih dari orang sekitar					
16	Saya beranggapan, jika saya sakit, pergi ke dokter untuk menanyakan tentang penyakit yang saya rasakan tidak akan member keyakinan pada saya bahwa saya akan menjadi lebih baik					



Lanjutan Lampiran 8

### C. PEMANFAATAN PELAYANAN KESEHATAN

Jika anda pernah sakit dalam waktu 2 bulan terakhir, apakah anda berobat ke Puskesmas dengan menggunakan kartu JAMKESMAS?

- a. Ya
- b. Tidak




## Lampiran 9

**TABULASI DATA HASIL UJI COBA INSTRUMEN PENELITIAN**

RESPONDEN	PERTANYAAN																	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
R1	3	1	1	3	2	2	3	3	3	1	3	1	3	3	3	3	1	3
R2	3	2	1	2	1	1	2	2	1	1	2	1	2	2	1	1	2	1
R3	4	3	2	1	3	2	3	2	1	1	1	2	2	1	1	2	1	1
R4	4	2	3	1	1	1	4	1	1	1	4	3	2	3	1	2	3	2
R5	4	3	1	4	3	3	3	3	4	3	4	4	3	4	4	3	4	4
R6	3	3	3	0	1	2	2	1	3	1	3	3	3	3	3	2	2	2
R 7	4	2	0	3	3	1	2	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4
R8	3	3	3	1	1	1	1	1	3	1	1	4	3	3	1	3	3	3
R9	2	2	1	2	2	1	2	2	1	1	1	2	2	1	1	1	3	3
R10	4	4	4	3	3	4	1	4	3	2	3	4	4	3	4	3	4	4
R11	4	3	3	1	1	1	1	2	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3
R12	3	3	3	1	3	3	1	3	3	1	3	4	3	4	1	3	3	3
R13	4	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	4	4	3	3	1	3	3
R14	4	3	3	3	4	4	3	1	1	1	4	3	4	3	3	1	3	3
R15	4	3	3	1	1	3	2	2	1	1	3	3	3	3	3	1	3	3
R16	4	3	3	1	1	1	3	2	1	1	4	3	4	4	4	1	3	3
R17	4	3	3	1	1	1	3	1	1	1	4	3	4	4	3	2	3	3
R18	3	3	3	2	3	3	2	2	0	1	4	4	4	3	3	1	3	3
R19	4	3	3	2	1	1	1	1	1	1	4	4	4	3	3	2	2	3
R20	3	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	2	2	1	2	1
R Hitung	0,55	0,54	0,17	0,6	0,58	0,6	0,1	0,57	0,56	0,66	0,69	0,65	0,78	0,72	0,58	0,53	0,62	0,84
R Tabel	0,44	0,44	0,44	0,44	0,44	0,44	0,44	0,44	0,44	0,44	0,44	0,44	0,44	0,44	0,44	0,44	0,44	0,44
Valid/tdk	V	V	T	V	V	V	T	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V

## Lampiran 10

**Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas****Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	20	100.0
	Excluded(a)	0	.0
	Total	20	100.0

a Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.876	.881	18

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1	40.1500	92.555	.510	.788	.871
2	41.0500	91.313	.490	.876	.870
3	41.3000	96.432	.065	.945	.886
4	41.9000	87.358	.526	.816	.868
5	41.7500	87.882	.501	.927	.869
6	41.7500	86.934	.523	.933	.869
7	41.5500	97.734	.013	.806	.886
8	41.7000	88.853	.493	.813	.870
9	41.8500	86.661	.468	.912	.872
10	42.3000	88.011	.608	.954	.866
11	40.7500	84.513	.618	.876	.864
12	40.6000	87.305	.587	.939	.866
13	40.6000	85.621	.735	.963	.861
14	40.7500	86.934	.673	.931	.863
15	41.3000	86.853	.502	.696	.870
16	41.6500	90.345	.458	.914	.871
17	41.0000	88.947	.562	.912	.867
18	40.9500	84.471	.810	.951	.858

**Scale Statistics**

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
43.7000	98.853	9.94247	18

Lanjutan Lampiran 10

**Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas****Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	20	100.0
	Excluded(a)	0	.0
	Total	20	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.897	.901	16

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1	35.6000	89.411	.455	.756	.895
2	36.5000	88.263	.440	.846	.895
4	37.3500	82.976	.566	.797	.891
5	37.2000	84.063	.510	.791	.893
6	37.2000	83.958	.487	.806	.894
8	37.1500	84.029	.560	.736	.891
9	37.3000	81.905	.521	.910	.893
10	37.7500	83.566	.659	.908	.888
11	36.2000	81.853	.570	.838	.891
12	36.0500	83.734	.582	.778	.890
13	36.0500	82.471	.705	.908	.886
14	36.2000	83.537	.657	.906	.888
15	36.7500	83.250	.500	.663	.894
16	37.1000	86.200	.485	.852	.893
17	36.4500	84.997	.579	.860	.890
18	36.4000	80.568	.831	.911	.881

**Scale Statistics**

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
39.1500	94.976	9.74558	16

## Lampiran 11

## DATA RESPONDEN

No Reponden	Nama	Umur	Jenis Kelamin	Alamat	Pendidikan Terakhir	Pekerjaan
1	Sukiyati	49 th	Perempuan	kel Nongko Sawit RT1/RW1	SD	Ibu Rumah Tangga
2	Sunaryo	44 th	Laki-laki	kel Nongko Sawit RT1/RW1	SD	Wiraswasta
3	Yeni Budiarti	32 th	Perempuan	kel Nongko Sawit RT1/RW1	SMP	Ibu Rumah Tangga
4	Marsiti	30 th	Perempuan	kel Nongko Sawit RT1/RW1	SMP	Wiraswasta
5	Miratul Koeriyah	18 th	Perempuan	kel Nongko Sawit RT1/RW1	SMP	Ibu Rumah Tangga
6	Almubarakah	51 th	Perempuan	kel Nongko Sawit RT1/RW1	SD	Wiraswasta
7	Juwarni	40 th	Perempuan	kel Nongko Sawit RT1/RW1	Tdk tamat SD	Ibu Rumah Tangga
8	Heru	20 th	Laki-laki	kel Nongko Sawit RT1/RW1	SMP	Wiraswasta
9	Junarti	40 th	Perempuan	kel Nongko Sawit RT1/RW1	SMP	Ibu Rumah Tangga
10	Solekan	21 th	Laki-laki	kel Nongko Sawit RT1/RW1	SMP	Wiraswasta
11	Rumini	39 th	Perempuan	kel Nongko Sawit RT1/RW1	SD	Ibu Rumah Tangga
12	Musa'adah	33 th	Perempuan	kel Nongko Sawit RT1/RW1	SD	Wiraswasta
13	Djumadi	68 th	Laki-laki	kel Nongko Sawit RT1/RW1	SD	Buruh
14	Sutomo	50 th	Laki-laki	kel Nongko Sawit RT1/RW1	SMP	Petani
15	Parmini	52 th	Perempuan	kel Nongko Sawit RT1/RW1	SD	Ibu Rumah Tangga
16	Khoiriyah	43 th	Perempuan	kel Nongko Sawit RT1/RW1	SD	Wiraswasta
17	Akhmad	47 th	Laki-laki	kel Nongko Sawit RT1/RW1	SMP	Wiraswasta
18	Musriah	52 th	Perempuan	kel Nongko Sawit RT1/RW1	SD	Wiraswasta
19	Sakini	52 th	Perempuan	kel Nongko Sawit RT2/RW1	Tdk tamat SD	Petani
20	Romsiyah	51 th	Perempuan	kel Nongko Sawit RT2/RW1	SD	Ibu Rumah Tangga
21	Saraji	49 th	Laki-laki	kel Nongko Sawit RT2/RW1	SD	Petani
22	Karsini	48 th	Perempuan	kel Nongko Sawit RT2/RW1	Tdk tamat SD	Ibu Rumah Tangga
23	Mundanah	38 th	Perempuan	kel Nongko Sawit RT2/RW1	SMP	Wiraswasta
24	Siti Malikhah	52 th	Perempuan	kel Nongko Sawit RT2/RW1	Tdk tamat SD	Ibu Rumah Tangga
25	Sri Mulyani	38 th	Perempuan	kel Nongko Sawit RT2/RW1	SD	Ibu Rumah Tangga
26	Paryadi	41 th	Laki-laki	kel Nongko Sawit RT2/RW1	SMP	Wiraswasta
27	Suharto	51 th	Laki-laki	kel Nongko Sawit RT2/RW1	SD	Buruh
28	Tumisih	38 th	Perempuan	kel Nongko Sawit RT2/RW1	SD	Ibu Rumah Tangga
29	Kastiyah	48 th	Perempuan	kel Nongko Sawit RT2/RW1	SD	Ibu Rumah Tangga
30	Sumarni	45 th	Perempuan	kel Nongko Sawit RT3/RW1	SD	Ibu Rumah Tangga
31	Rohmah	40 th	Perempuan	kel Nongko Sawit RT3/RW1	SD	Wiraswasta
32	Mohar	59 th	Laki-laki	kel Nongko Sawit RT3/RW1	SD	Petani

## Lanjutan Lampiran 11

33	Zarkoni	48 th	Laki-laki	kel Nongko Sawit RT3/RW1	SD	Wiraswasta
34	Sayekti A	27 th	Perempuan	kel Nongko Sawit RT3/RW1	SMP	Ibu Rumah Tangga
35	Yami	41 th	Perempuan	kel Nongko Sawit RT4/RW1	SD	Wiraswasta
36	Siti Mutmainah	31 th	Perempuan	kel Nongko Sawit RT4/RW1	SMP	Ibu Rumah Tangga
37	Wasiah	75 th	Perempuan	kel Nongko Sawit RT4/RW1	Tdk tamat SD	Buruh
38	Amsiyah	38 th	Perempuan	kel Nongko Sawit RT4/RW1	SMP	Ibu Rumah Tangga
39	Suriyah	50 th	Perempuan	kel Nongko Sawit RT4/RW1	Tdk tamat SD	Ibu Rumah Tangga
40	Junaedi	37 th	Laki-laki	kel Nongko Sawit RT4/RW1	Tdk tamat SD	Buruh
41	Siti Muawanah	27 th	Perempuan	kel Nongko Sawit RT4/RW1	SD	Ibu Rumah Tangga
42	Sukiyah	39 th	Perempuan	kel Nongko Sawit RT4/RW1	SD	Wiraswasta
43	Musman	52 th	Laki-laki	kel Nongko Sawit RT4/RW1	SD	Wiraswasta
44	Suhardjo	42 th	Laki-laki	kel Nongko Sawit RT4/RW1	SD	Buruh
45	Muh Dorun	43 th	Laki-laki	kel Mangunsari RT1/RW3	SD	Wiraswasta
46	Solikin	47 th	Laki-laki	kel Mangunsari RT1/RW3	SD	Buruh
47	Abdul Rohman	35 th	Laki-laki	kel Mangunsari RT1/RW3	SMP	Buruh
48	Puryanto	47 th	Laki-laki	kel Mangunsari RT1/RW3	SMP	Buruh
49	Kaenun	59 th	Laki-laki	kel Mangunsari RT1/RW3	SD	Buruh
50	Rohmad	64 th	Laki-laki	kel Mangunsari RT1/RW3	SD	Buruh
51	Siti Aisyah	55 th	Perempuan	kel Mangunsari RT1/RW3	SD	Ibu Rumah Tangga
52	Anang	33 th	Laki-laki	kel Mangunsari RT1/RW3	SMP	Wiraswasta
53	Sumini	60 th	Perempuan	kel Mangunsari RT1/RW3	SD	Petani
54	Nurhadi	42 th	Laki-laki	kel Mangunsari RT1/RW3	SD	Buruh
55	Edi Mulyanto	40 th	Laki-laki	kel Mangunsari RT1/RW3	SD	Buruh
56	Musrokhatun	50 th	Perempuan	kel Mangunsari RT1/RW3	Tdk tamat SD	Ibu Rumah Tangga
57	Suwarti	39 th	Perempuan	kel Mangunsari RT2/RW3	SD	Petani
58	Mukhayati	42 th	Perempuan	kel Mangunsari RT2/RW3	SD	Ibu Rumah Tangga
59	Amsiyati	38 th	Perempuan	kel Mangunsari RT2/RW3	SMP	Ibu Rumah Tangga
60	Umiyati	36 th	Perempuan	kel Mangunsari RT2/RW3	SD	Ibu Rumah Tangga
61	Takari	36 th	Laki-laki	kel Mangunsari RT2/RW3	SMP	Buruh
62	Sumartini	39 th	Perempuan	kel Mangunsari RT2/RW3	SD	Petani
63	Rubiah	61 th	Perempuan	kel Mangunsari RT2/RW3	Tdk tamat SD	Ibu Rumah Tangga
64	Siti Nuryatimah	33 th	Perempuan	kel Mangunsari RT2/RW3	SD	Buruh
65	Sri Pujiastuti	30 th	Perempuan	kel Mangunsari RT2/RW3	SMP	Ibu Rumah Tangga
66	Komsiyah	60 th	Perempuan	kel Mangunsari RT2/RW3	Tdk tamat SD	Ibu Rumah Tangga
67	Istianah	30 th	Perempuan	kel Mangunsari RT2/RW3	SMP	Ibu Rumah Tangga
68	Roni	51 th	Laki-laki	kel Mangunsari RT2/RW3	SD	Wiraswasta

## Lanjutan Lampiran 11

69	Asidin	52 th	Laki-laki	kel Mangunsari RT2/RW3	SD	Buruh
70	Mustofiah	58 th	Perempuan	kel Mangunsari RT2/RW3	Tdk tamat SD	Ibu Rumah Tangga
71	Sutri	35 th	Perempuan	kel Mangunsari RT2/RW3	SD	Ibu Rumah Tangga
72	Besah	60 th	Perempuan	kel Mangunsari RT2/RW3	SD	Ibu Rumah Tangga
73	Aminul Huda	41 th	Laki-laki	kel Mangunsari RT2/RW3	SD	Petani
74	Khusnul Khotimah	36 th	Perempuan	kel Mangunsari RT3/RW3	SMP	Wiraswasta
75	Eni Sugiyanti	46 th	Perempuan	kel Mangunsari RT3/RW3	Tdk tamat SD	Buruh
76	Muh Kaeri	59 th	Laki-laki	kel Mangunsari RT3/RW3	SD	Buruh
77	Tasimah	68 th	Perempuan	kel Mangunsari RT3/RW3	Tdk tamat SD	Ibu Rumah Tangga
78	Kunaenah	55 th	Perempuan	kel Mangunsari RT3/RW3	SD	Wiraswasta
79	Kosmiyati	35 th	Perempuan	kel Mangunsari RT3/RW3	SD	Buruh
80	Siti Nabsiyah	47 th	Perempuan	kel Mangunsari RT3/RW3	SD	Ibu Rumah Tangga
81	Desi	30 th	Perempuan	kel Mangunsari RT3/RW3	SMP	Wiraswasta
82	Siyaman	24 th	Laki-laki	kel Mangunsari RT3/RW3	SMP	Wiraswasta
83	Hariyati	28 th	Perempuan	kel Mangunsari RT3/RW3	SMP	Wiraswasta
84	Siti Rondiyah	47 th	Perempuan	kel Mangunsari RT3/RW3	SD	Wiraswasta
85	Suniyati	47 th	Perempuan	kel Mangunsari RT3/RW3	SD	Ibu Rumah Tangga
86	Siti Kasiroh	43 th	Perempuan	kel Mangunsari RT3/RW3	SMP	Wiraswasta
87	Suwarni	39 th	Perempuan	kel Mangunsari RT4/RW3	SMP	Wiraswasta
88	Rukiyanti	24 th	Perempuan	kel Mangunsari RT4/RW3	SD	Ibu Rumah Tangga
89	Khodariyah	40 th	Perempuan	kel Mangunsari RT4/RW3	SMP	Wiraswasta
90	Murtiah	56 th	Perempuan	kel Mangunsari RT4/RW3	SD	Petani
91	Joko Kristiono	34 th	Laki-laki	kel Mangunsari RT4/RW3	SMP	Buruh
92	Tri Muniah	30 th	Perempuan	kel Mangunsari RT4/RW3	SMP	Ibu Rumah Tangga
93	Khadiroh	48 th	Perempuan	kel Mangunsari RT4/RW3	SD	Ibu Rumah Tangga
94	Wagiman	40 th	Laki-laki	kel Mangunsari RT4/RW3	SD	Petani
95	Surami	34 th	Laki-laki	kel Mangunsari RT4/RW3	SMP	Buruh
96	Muhrom	44 th	Laki-laki	kel Mangunsari RT4/RW3	SD	Buruh

## Lampiran 12

## DATA MENTAH VARIABEL PERSEPSI TENTANG SAKIT

No	Item Pertanyaan No																Jml	Kategori
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16		
R01	3	1	1	1	1	2	3	1	3	3	2	1	2	3	2	2	31	Negatif
R02	3	1	1	1	1	3	3	1	3	3	3	3	1	1	1	2	31	Negatif
R03	3	3	4	1	1	3	3	2	3	4	3	3	3	1	3	3	43	Positif
R04	3	1	3	3	1	2	3	3	3	4	4	4	4	1	1	1	41	Positif
R05	4	3	2	3	3	2	4	3	4	4	3	4	2	1	3	2	47	Positif
R06	4	3	3	3	1	1	2	1	1	4	3	3	1	1	3	1	35	Positif
R07	3	4	1	0	0	0	0	1	1	2	4	1	3	3	4	0	27	Positif
R08	1	3	3	1	1	1	1	1	1	3	3	1	3	2	2	1	28	Negatif
R09	4	1	1	3	1	3	1	1	3	4	3	4	3	1	4	2	39	Positif
R10	2	3	3	0	1	3	0	3	1	2	4	3	3	1	4	0	33	Positif
R11	3	3	4	1	1	3	3	2	3	4	3	3	3	1	3	3	43	Positif
R12	3	2	1	1	1	3	3	3	3	3	3	3	1	1	3	3	37	Positif
R13	3	1	3	1	1	1	1	3	1	4	3	3	1	1	1	3	31	Negatif
R14	1	1	1	3	1	1	3	1	1	3	3	3	3	2	1	1	29	Negatif
R15	3	3	3	3	1	4	2	3	2	4	1	3	3	3	3	1	42	Positif
R16	1	3	3	1	3	1	3	1	4	4	3	3	1	1	1	1	34	Positif
R17	3	1	1	2	1	1	3	3	1	3	3	1	1	3	1	1	29	Negatif
R18	3	3	3	1	1	3	1	1	1	3	1	1	2	1	1	3	29	Negatif
R19	4	3	2	3	1	1	2	1	1	4	1	1	1	2	2	1	30	Negatif
R20	3	2	3	1	2	1	1	1	1	4	2	3	1	1	1	1	28	positif
R21	4	3	1	3	2	2	1	1	1	4	2	3	4	2	1	1	35	Positif
R22	4	2	1	1	1	1	1	1	4	3	2	3	3	2	3	2	34	Positif
R23	4	1	3	3	1	3	3	3	4	4	3	4	3	1	3	1	44	Positif
R24	3	3	0	1	2	1	3	1	3	3	3	3	3	2	2	2	35	Positif
R25	4	0	1	0	0	4	4	4	0	4	4	0	1	4	4	0	34	Positif
R26	1	3	1	1	3	1	3	1	1	4	1	1	1	2	2	3	29	Negatif
R27	3	3	1	1	1	2	1	1	1	1	1	4	1	1	3	3	28	Negatif
R28	3	1	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	1	4	2	42	Positif
R29	4	1	3	3	0	2	0	3	3	4	3	4	1	3	1	3	38	Positif
R30	3	1	3	3	1	3	3	1	3	4	3	3	3	1	4	3	42	Positif
R31	4	4	0	0	2	4	3	4	3	4	4	3	4	3	4	4	50	Positif
R32	4	3	1	1	1	1	1	1	3	1	3	3	3	3	1	3	33	Positif
R33	3	3	1	1	1	1	3	1	1	4	1	1	3	3	1	1	29	Negatif
R34	4	3	3	3	3	1	3	3	3	3	4	4	3	1	3	2	46	Positif
R35	3	3	1	1	3	3	3	3	3	4	3	4	1	3	1	3	42	Positif
R36	3	3	3	3	1	3	2	3	1	4	1	3	3	3	3	3	42	Positif
R37	3	1	3	1	1	3	3	3	1	4	3	3	3	3	3	3	41	Positif
R38	4	0	2	1	2	3	1	3	1	3	1	3	1	1	2	2	30	Negatif
R39	4	3	1	1	1	1	1	1	4	3	4	4	2	2	3	3	38	Positif
R40	3	1	3	1	1	1	1	1	1	0	3	3	3	3	3	1	29	Negatif
R41	3	1	3	3	1	3	3	3	3	4	3	3	3	1	3	3	43	Positif
R42	3	1	3	3	1	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	45	Positif



## Lanjutan Lampiran 12

R43	4	3	3	1	1	1	1	1	3	0	3	3	2	2	1	1	30	Negatif
R44	4	3	3	1	1	2	1	1	0	1	4	3	1	1	1	3	30	Negatif
R45	3	2	2	1	1	1	3	3	3	4	3	3	1	1	3	1	35	Positif
R46	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	1	3	3	47	Positif
R47	3	0	1	0	4	0	0	3	3	0	3	3	4	0	4	0	28	Negatif
R48	0	4	1	2	2	0	1	3	0	2	4	3	3	3	4	4	36	Positif
R49	3	1	1	1	1	1	3	1	3	4	3	3	1	1	3	3	33	Positif
R50	3	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	3	2	2	3	3	30	Negatif
R51	3	3	1	1	1	1	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	38	Positif
R52	3	1	3	1	1	1	1	1	3	3	3	3	3	3	3	1	34	Positif
R53	3	1	3	1	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	40	Positif
R54	1	3	1	1	1	1	3	1	1	3	3	3	3	3	1	2	31	Negatif
R55	3	1	1	1	1	3	3	3	3	4	1	3	3	3	1	3	37	Positif
R56	3	1	2	1	1	1	1	1	1	4	1	3	2	2	3	3	30	Negatif
R57	3	1	1	3	1	1	1	1	3	4	3	3	3	3	3	3	37	Positif
R58	1	4	1	1	1	3	3	3	1	3	1	3	3	3	1	1	33	Positif
R59	4	3	1	1	1	1	1	1	1	1	4	1	3	1	2	3	29	Negatif
R60	3	3	1	1	1	1	1	1	3	3	3	3	2	2	1	2	31	Negatif
R61	4	3	1	1	1	3	2	2	1	1	3	1	3	1	1	3	31	Negatif
R62	1	3	1	1	3	1	1	1	3	3	3	3	1	1	1	1	28	Negatif
R63	4	1	3	3	1	3	3	3	1	4	1	3	1	1	1	3	36	Positif
R64	3	3	1	1	3	1	1	1	4	3	4	3	1	3	3	3	38	Positif
R65	4	1	1	1	1	1	1	1	3	4	3	3	1	1	3	1	30	Negatif
R66	3	1	1	3	1	1	3	0	1	4	1	3	2	3	3	2	32	Positif
R67	1	1	1	1	1	1	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	34	Positif
R68	4	1	3	1	1	1	1	1	3	4	3	1	1	2	3	1	31	Negatif
R69	3	1	1	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	38	Positif
R70	3	1	3	3	3	4	4	2	1	1	1	3	3	2	3	2	39	Positif
R71	3	1	1	1	1	1	2	1	3	3	3	3	1	1	3	3	31	Negatif
R72	1	1	1	1	1	1	3	3	3	4	1	3	3	3	3	2	34	Positif
R73	4	1	1	0	1	1	3	3	3	4	3	3	1	1	1	3	33	Positif
R74	3	3	1	1	3	3	3	1	3	4	3	3	1	3	3	3	41	Positif
R75	4	3	1	1	1	2	1	1	1	4	4	4	3	2	2	2	36	Positif
R76	1	3	1	1	1	1	2	1	3	4	3	3	1	1	1	3	30	Negatif
R77	4	1	3	3	2	3	4	3	3	0	3	4	3	1	1	3	41	Positif
R78	3	1	1	0	1	1	2	1	1	3	1	3	2	2	3	1	26	Negatif
R79	3	1	3	1	1	1	3	1	3	3	3	3	1	1	3	3	34	Positif
R80	3	1	1	3	1	1	1	1	1	4	3	3	1	1	1	3	29	Negatif
R81	3	1	1	3	1	3	3	3	1	4	3	3	2	2	3	2	38	Positif
R82	3	1	1	1	1	1	1	1	3	3	3	3	2	2	3	2	31	Negatif
R83	3	3	1	1	1	1	3	1	3	4	3	3	3	3	3	3	39	Positif
R84	3	1	1	1	1	1	3	1	3	4	3	3	3	3	3	3	37	Positif
R85	3	1	1	3	1	3	3	3	1	4	2	1	1	1	1	1	30	negatif
R86	3	3	1	1	2	1	2	1	3	0	3	4	3	2	1	1	31	negatif
R87	3	1	3	3	1	1	3	1	1	3	3	1	1	1	1	3	30	negatif
R88	3	1	3	1	3	1	1	1	1	3	3	3	3	1	3	2	33	Positif
R89	3	1	3	1	1	3	3	3	1	3	3	3	1	1	1	3	34	Positif
R90	3	1	1	3	1	1	1	1	1	3	3	3	3	3	3	1	32	Positif

## Lanjutan Lampiran 12

R91	3	1	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	1	40	Positif
R92	3	1	3	3	1	3	3	3	1	1	1	1	1	1	1	3	30	Negatif
R93	1	1	1	1	1	3	3	3	1	3	3	3	2	2	1	3	32	Negatif
R94	4	2	1	1	1	3	3	3	1	1	3	3	2	1	1	1	31	Negatif
R95	3	2	1	1	1	1	3	1	3	3	3	3	1	1	1	1	29	Negatif
R96	4	1	1	1	1	3	1	1	1	3	1	3	1	1	1	2	26	Negatif



## Lampiran 13

**DATA MENTAH VARIABEL PEMANFAATAN PELAYANAN KESEHATAN**

No	Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan	SKOR
R01	Tidak Memanfaatkan	0
R02	Memanfaatkan	1
R03	Memanfaatkan	1
R04	Tidak Memanfaatkan	0
R05	Tidak Memanfaatkan	0
R06	Tidak Memanfaatkan	0
R07	Memanfaatkan	1
R08	Tidak Memanfaatkan	0
R09	Memanfaatkan	1
R10	Tidak Memanfaatkan	0
R11	Memanfaatkan	1
R12	Memanfaatkan	1
R13	Memanfaatkan	1
R14	Tidak Memanfaatkan	0
R15	Memanfaatkan	1
R16	Memanfaatkan	1
R17	Tidak Memanfaatkan	0
R18	Tidak Memanfaatkan	0
R19	Tidak Memanfaatkan	0
R20	Memanfaatkan	1
R21	Memanfaatkan	1
R22	Tidak Memanfaatkan	0
R23	Memanfaatkan	1
R24	Memanfaatkan	1
R25	Tidak Memanfaatkan	0
R26	Tidak Memanfaatkan	0
R27	Tidak Memanfaatkan	0
R28	Memanfaatkan	1
R29	Memanfaatkan	1
R30	Tidak Memanfaatkan	0
R31	Tidak Memanfaatkan	0
R32	Memanfaatkan	1
R33	Tidak Memanfaatkan	0
R34	Tidak Memanfaatkan	0
R35	Tidak Memanfaatkan	0

## Lanjutan lampiran 13

R36	Tidak Memanfaatkan	0
R37	Memanfaatkan	1
R38	Tidak Memanfaatkan	0
R39	Memanfaatkan	1
R40	Tidak Memanfaatkan	0
R41	Tidak Memanfaatkan	0
R42	Memanfaatkan	1
R43	Memanfaatkan	1
R44	Tidak Memanfaatkan	0
R45	Tidak Memanfaatkan	0
R46	Tidak Memanfaatkan	0
R47	Tidak Memanfaatkan	0
R48	Tidak Memanfaatkan	0
R49	Tidak Memanfaatkan	0
R50	Tidak Memanfaatkan	0
R51	Tidak Memanfaatkan	0
R52	Memanfaatkan	1
R53	Tidak Memanfaatkan	0
R54	Tidak Memanfaatkan	0
R55	Memanfaatkan	1
R56	Tidak Memanfaatkan	0
R57	Tidak Memanfaatkan	0
R58	Memanfaatkan	1
R59	Tidak Memanfaatkan	0
R60	Tidak Memanfaatkan	0
R61	Tidak Memanfaatkan	0
R62	Tidak Memanfaatkan	0
R63	Memanfaatkan	1
R64	Tidak Memanfaatkan	0
R65	Tidak Memanfaatkan	0
R66	Memanfaatkan	1
R67	Tidak Memanfaatkan	0
R68	Tidak Memanfaatkan	0
R69	Tidak Memanfaatkan	0
R70	Memanfaatkan	1
R71	Tidak Memanfaatkan	0
R72	Memanfaatkan	1
R73	Tidak Memanfaatkan	0
R74	Tidak Memanfaatkan	0
R75	Tidak Memanfaatkan	0
R76	Tidak Memanfaatkan	0

## Lanjutan Lampiran 13

R77	Tidak Memanfaatkan	0
R78	Tidak Memanfaatkan	0
R79	Tidak Memanfaatkan	0
R80	Tidak Memanfaatkan	0
R81	Memanfaatkan	1
R82	Tidak Memanfaatkan	0
R83	Tidak Memanfaatkan	0
R84	Tidak Memanfaatkan	0
R85	Memanfaatkan	1
R86	Memanfaatkan	1
R87	Tidak Memanfaatkan	0
R88	Memanfaatkan	1
R89	Tidak Memanfaatkan	0
R90	Memanfaatkan	1
R91	Tidak Memanfaatkan	0
R92	Tidak Memanfaatkan	0
R93	Tidak Memanfaatkan	0
R94	Memanfaatkan	1
R95	Tidak Memanfaatkan	0
R96	Memanfaatkan	1

## Lampiran 14

**Frequency Table****Persepsi tentang sakit**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	positif	58	60.4	60.4	60.4
	negatif	38	39.6	39.6	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

**Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	memanfaatkan	20	20.8	20.8	20.8
	tidak memanfaatkan	76	79.2	79.2	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

Lanjutan Lampiran 14

**Persepsi tentang sakit \* Pemanfaatan pelayanan kesehatan****Crosstab**

			pemanfaatan pelayanan kesehatan		Total
			memanfaatkan	tidak memanfaatkan	
persepsi tentang sakit	positif	Count	17	41	58
		Expected Count	12.1	45.9	58.0
		% of Total	17.7%	42.7%	60.4%
	negatif	Count	3	35	38
		Expected Count	7.9	30.1	38.0
		% of Total	3.1%	36.5%	39.6%
Total	Count	20	76	96	
	Expected Count	20.0	76.0	96.0	
	% of Total	20.8%	79.2%	100.0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6.384(b)	1	.012		
Continuity Correction(a)	5.152	1	.023		
Likelihood Ratio	7.094	1	.008		
Fisher's Exact Test				.019	.009
N of Valid Cases	96				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.92.

**Symmetric Measures**

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.250	.012
N of Valid Cases		96	

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis

Lampiran 15

## DOKUMENTASI PENELITIAN



Gambar 1. Puskesmas Gunungpati Kota Semarang



Gambar 2. Foto Bersama Responden pada saat Penelitian



## Lanjutan Lampiran 15



Gambar 3. Foto Bersama Responden pada saat Penelitian



Gambar 4. Foto Bersama Responden pada saat Penelitian