

BAB III

HASIL DAN PEMBAHASAN

3.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Penelitian ini bersifat kuantitatif dan menggunakan data primer sebagai bagian dari temuannya. Seluruh pengunjung Puskesmas Lempake Kota Samarinda yang terdaftar sebagai peserta BPJS dijadikan sebagai sampel penelitian. Algoritma Lemeshow digunakan untuk menghitung 92 responden yang menjadi sampel penelitian. Puskesmas Lempake, Jalan D.I., Kota Samarinda, Kalimantan Timur 75113, Lempake, Kec. Samarinda Utara, Kota Samarinda, Kalimantan Timur 75113, dan Kebun Raya No. 1 Kabupaten Samarinda Utara menjadi lokasi penelitian ini.

3.2 Hasil Penelitian

3.2.1 Analisis Univariat

Analisis univariat adalah analisis yang dirancang untuk meringkas kumpulan data sedemikian rupa sehingga menjadikannya informasi yang bermanfaat bagi banyak orang. Contoh analisis univariat adalah statistik deskriptif. Statistik deskriptif merupakan bagian penting dari penelitian yang menggambarkan sifat-sifat dasar dari data yang digunakan. Data bermakna ketika dapat disajikan dalam ringkasan statistik deskriptif dari kumpulan data, dengan atau tanpa analisis untuk

memudahkan pemahaman. Statistik deskriptif digunakan untuk menyampaikan informasi dengan mudah. Salah satu cara menyajikan statistik deskriptif adalah dengan distribusi frekuensi. Berikut adalah hasil distribusi frekuensi yang tertera pada tabel di bawah ini.

a. Karakteristik Responden

1) Jenis Kelamin

Tabel 3.1 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	Frekuensi	Presentase (%)
Laki – Laki	26	28,3
Perempuan	66	71,7
Total	92	100,0

Sumber : Data Primer

Berdasarkan tabel di atas di peroleh informasi bahwa dari 92 responden yang di gunakan untuk penelitian, pada jenis kelamin di peroleh informasi bahwa responden yang memiliki jenis kelamin laki-laki sebanyak 26 oleh 28,3 persen dari mereka yang disurvei. Dan diantara responden yang berjenis kelamin perempuan, tidak kurang dari 66 responden presentase 71,7%.

2) Pekerjaan

Tabel 3.2 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pekerjaan

Pekerjaan	Frekuensi	Present ase (%)
Buruh Harian	3	3,3
Guru	4	4,3
Ibu Rumah Tangga	37	40,2
Karyawan Swasta	28	30,4
Lainnya	9	9,8
Pegawai Negeri	5	5,4
Wiraswasta	6	6,5
Total	92	100,0

Sumber : Data Primer

Pada pekerjaan diperoleh informasi bahwa responden yang memiliki pekerjaan buruh harian sebanyak 3 Responden yang bekerja sebagai guru sebanyak 3 Responden yang bekerja sebagai guru sebanyak 4 responden dengan persentase 4,3%, responden yang bekerja sebagai ibu rumah tangga sebanyak 37 responden dengan persentase 40,2%, pegawai swasta sebanyak 28 responden dengan persentase 30,4% responden pada pekerjaan lain, 9 responden dengan dengan porsi 9,8%, 5 responden dengan porsi PNS dengan porsi 5,4% dan 6 responden dengan porsi 5,4% sebagai pegawai mandiri. 6,5%.

3) Pendidikan

Tabel 3.3 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pendidikan

Pendidikan	Frekuensi	Presentase (%)
DIII/DIV	3	3,3
S1/S2/S3	18	19,6
Sekolah Dasar	9	9,8
SMA/SLTA	47	51,1
SMP	13	14,1
Tidak Sekolah	2	2,2
Total	92	100,0

Sumber : Data primer

Terdapat 9 responden yang berpendidikan SD pada pendidikan terakhir, dengan persentase sebesar 9,8%. 13,1% responden atau 13 orang berpendidikan SMP. 47 responden atau 51,1% berpendidikan SMA sederajat. Responden berpendidikan D3/D4 sebanyak 3 orang dengan persentase 3,3%. Sedangkan responden berpendidikan S1/S2/S3 sebanyak 18 responden dengan rasio 19,6%. dan terdapat 2 responden (2,2%) yang menyatakan tidak bersekolah.

4) Akses

Tabel 3.4 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Akses

Akses	Frekuensi	Presentase(%)
Sulit	36	39,1
Mudah	56	60,9
Total	92	100,0

Sumber : Data Primer

Pada akses diperoleh informasi bahwa terdapat 36 responden yang sulit dijangkau, terhitung 39,1%, dan 56 responden yang mudah dijangkau .

5) Pemanfaatan

Tabel 3.5 Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Pemanfaatan

Pemanfaatan	Frekuensi	Presentase (%)
Memanfaatkan	57	62,0
Tidak memanfaatkan	35	38,0
Total	92	100,0

Sumber : Data Primer

Dari segi pemanfaatan, data menunjukkan bahwa 57 responden atau 62% dari total tergolong menggunakan, dibandingkan dengan 35 responden yang dikategorikan tidak menggunakan, dengan proporsi 38%.

3.2.2 Analisis Bivariat

Untuk memastikan hubungan antara kedua variabel, digunakan analisis bivariat (Hastuti et al., 2017). Analisis bivariat dalam penelitian ini yaitu Hubungan Pemanfaatan Jaminan Kesehatan Nasional dengan Akses Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Lempake Kota Samarinda. Adapun hasil dari analisis bivariante dapat di lihat di bawah ini :

Tabel 3.6 Hubungan Akses dengan Pemanfaatan Jaminan Kesehatan Nasional

Akses	Pemanfaatan				P-Value
	Tidak Memanfaatkan		Memanfaatkan		
	N	%	N	%	
Sulit	28	30,4%	8	8,7%	0,000
Mudah	7	7,6%	49	53,3%	

Sumber: Data Primer

Berdasarkan Tabel diatas, diperoleh informasi bahwa pada akses sulit terdapat 36 responden dengan rincian 28 responden tidak memanfaatkan dengan presentase 30.4%, dan 8 responden memanfaatkan dengan presentase 8.7%. Pada akses mudah terdapat 56 responden dengan rincian 7 responden tidak memanfaatkan dengan presentase 7.6%, dan 49 responden memanfaatkan dengan presentase 53.3%. Pada p value didapatkan nilai sebesar 0.000, nilai tersebut < 0.05 sehingga H_0 ditolak dan H_1 diterima. Berdasarkan hasil uraian tersebut, maka dapat diputuskan bahwa terdapat antara hubungan akses pelayanan kesehatan dengan pemanfaatan jaminan kesehatan nasional.

3.3 Pembahasan

3.3.1 Karakteristik Umum Responden

Berdasarkan hasil penelitian, 26 responden berada pada kelompok jenis kelamin responden laki-laki dengan proporsi sebesar 28,3%. Dan diantara responden perempuan terdapat 66 responden dengan persentase 71,7%. Dalam penelitian ini jenis kelamin tidak mempengaruhi keikutsertaan seseorang dalam

program jaminan kesehatan nasional. Secara umum dapat dikatakan bahwa wanita lebih sering mencari pelayanan kesehatan, hal ini disebabkan karena wanita lebih rentat terhadap penyakit dan lebih sering mengalami gangguan kesehatan dibandingkan pria. (Irawan & Ainy, 2018).

Informasi diperoleh di tempat kerja bahwa terdakwa bekerja buruh harian sebanyak 3 responden dengan share 3,3%, diantara yang berprofesi sebagai guru ada 4 responden dengan share 4,3%, diantara yang berprofesi sebagai ibu rumah tangga 37 responden dengan share 40,2% pegawai swasta 28 responden. Proporsi 30,4%, dari responden yang bekerja pada profesi lain ada 9 responden dengan rasio 9,8%, PNS 5 responden dengan rasio 5,4%. Ada 6 responden yang diidentifikasi sebagai pengusaha, dengan persentase 6,5%. Sebagian besar pasien di puskesmas adalah ibu rumah tangga karena buka dari pukul 08.00 hingga 12.00, ketika sebagian besar jenis pekerja lain sedang bekerja. Hal ini sejalan dengan penelitian Achmad Asnanaw yang menemukan bahwa 58,2 persen pasien Puskesmas adalah pegawai honorer, kebanyakan ibu rumah tangga, pelajar, dan buruh kasar yang tidak bisa bekerja karena padatnya jadwal. Para ahli terkadang mengabaikan gejala penyakit ini. Studi Rahmayanti & Ariguntar (2017), yang menemukan bahwa orang tanpa pekerjaan melaporkan gejala penyakit yang lebih

tinggi, mendukung hal ini.

Dalam hal pendidikan sebelumnya, ditemukan bahwa 51,1% berpendidikan SMA, 13,1% berpendidikan SMA, dan 9,8% tamat SD. 3 responden berpendidikan D3/D4, terhitung 3,3% dari total, 18 responden berpendidikan S1/S2/S3, terhitung 19,6%, dan dua orang tidak bersekolah, terhitung 2,2% dari total. Ini menunjukkan betapa berpendidikannya populasi pasien. Selain itu, ini konsisten dengan studi oleh Mastut et al. (2021) dilakukan di RS Gombong, ditemukan bahwa 74,5% pengunjung memiliki tingkat pendidikan dari SMA hingga perguruan tinggi.

3.3.2 Hubungan Akses Pelayanan Kesehatan dengan Pemanfaatan Jaminan Kesehatan Nasional di Puskesmas

Berdasarkan hasil survei terhadap 92 responden Puskesmas Lempake Kota Samarinda diketahui bahwa 49 orang (53,3%) dan 36 dari 56 responden termasuk dalam kategori cukup memanfaatkan pelayanan kesehatan. Pada kategori "Akses ke layanan kesehatan", 8 responden (8,7%) menyatakan sulit mengakses layanan kesehatan. p -value = 0,000, menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan secara statistik antara responden yang mengaku mudah dijangkau dengan responden yang mengaku sulit dijangkau menggunakan JKN.

Temuan Penelitian Penelitian ini mendukung penelitian sebelumnya oleh Andriana Masita (2016), Irawan dan Ainy (2018), serta Buton dan Tahun (2015) yang menemukan korelasi yang kuat antara akses pelayanan kesehatan dan pemanfaatannya. Menurut teori utilitas pelayanan kesehatan, keinginan seseorang untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan juga dipengaruhi oleh faktor pendukung, seperti aksesibilitas atau jarak ke pelayanan kesehatan (Irawan & Ainy, 2018). Sulit dan jauhnya jarak antara tempat tinggal dengan pelayanan kesehatan menyebabkan masyarakat enggan menggunakan pelayanan kesehatan dan kurangnya angkutan umum menuju Puskesmas Lempake.

Akses pelayanan kesehatan dan pemanfaatan jaminan kesehatan nasional memiliki hubungan yang erat (Pamungkas & Inayah, 2020). Jaminan kesehatan nasional, seperti program asuransi kesehatan universal atau skema pembiayaan kesehatan serupa, berusaha untuk menawarkan keamanan finansial kepada anggota masyarakat sehingga mereka dapat memperoleh perawatan medis yang diperlukan tanpa mengkhawatirkan harga yang mahal berusaha untuk menawarkan keamanan finansial kepada anggota masyarakat sehingga mereka dapat memperoleh perawatan medis yang diperlukan tanpa mengkhawatirkan harga yang

Selain itu, jaminan kesehatan nasional juga dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan (Sabrina, 2015). Hal ini sesuai dengan study Handiwidjojo, (2015) dengan adanya sumber pendanaan yang lebih stabil melalui program jaminan kesehatan, fasilitas kesehatan dapat memperbaiki infrastruktur, meningkatkan sumber daya manusia, dan memperluas cakupan layanan kesehatan yang mereka berikan. Ini membantu memastikan bahwa pelayanan kesehatan yang berkualitas lebih mudah diakses oleh masyarakat.

Namun, penting untuk diingat bahwa pemanfaatan jaminan kesehatan nasional juga tergantung pada faktor-faktor lain, seperti ketersediaan fasilitas kesehatan, jarak geografis, dan kualitas layanan kesehatan itu sendiri (Kurniawan, 2018). Selain itu, ada juga masalah administratif dan birokratis yang dapat mempengaruhi kemudahan akses dan pemanfaatan jaminan kesehatan nasional. Menurut Maulany & Dianingati, (2021) Beberapa faktor yang menyebabkan sulitnya akses pelayanan kesehatan antara lain:

- a. Keterbatasan Fasilitas Kesehatan: Beberapa daerah, terutama di pedesaan atau daerah terpencil, mungkin memiliki keterbatasan dalam jumlah dan jenis fasilitas

kesehatan yang tersedia. Kurangnya rumah sakit, puskesmas, atau tenaga medis dapat membuat sulitnya akses ke perawatan kesehatan.

- b. Jarak dan Transportasi: Jarak yang jauh antara tempat tinggal seseorang dengan fasilitas kesehatan dapat menjadi hambatan dalam mencapai pelayanan kesehatan. Terbatasnya akses transportasi yang memadai dan terjangkau juga dapat membuat sulitnya mencapai fasilitas kesehatan.
- c. Biaya dan Ketersediaan Keuangan: Biaya yang terkait dengan pelayanan kesehatan, termasuk biaya transportasi, biaya konsultasi, obat-obatan, dan pemeriksaan tambahan, dapat menjadi hambatan bagi beberapa orang. Jika seseorang tidak memiliki akses ke jaminan kesehatan atau dana yang cukup, mereka mungkin mengalami kesulitan dalam membayar biaya pelayanan kesehatan.
- d. Ketidakterersediaan Tenaga Kesehatan: Kurangnya tenaga kesehatan, terutama di daerah terpencil atau sulit dijangkau, dapat mempengaruhi akses pelayanan kesehatan. Ketika jumlah dokter, perawat, atau tenaga medis lainnya tidak mencukupi, masyarakat dapat kesulitan mendapatkan perawatan yang dibutuhkan.

- e. Faktor Budaya dan Sosial: Beberapa kelompok masyarakat mungkin menghadapi hambatan budaya atau sosial dalam mengakses pelayanan kesehatan. Misalnya, stigma terkait dengan kondisi kesehatan tertentu atau perbedaan budaya dalam pandangan tentang pelayanan kesehatan dapat membuat beberapa orang enggan mencari perawatan.

Hal ini sesuai dengan study (Megatsari et al., 2018) Untuk mengatasi masalah akses pelayanan kesehatan yang sulit diperlukan upaya kolaboratif dari berbagai pihak, termasuk pemerintah, organisasi kesehatan, dan masyarakat. Langkah-langkah yang dapat diambil termasuk memperluas jaringan fasilitas kesehatan, meningkatkan aksesibilitas transportasi, mengurangi biaya pelayanan kesehatan, meningkatkan jumlah dan ketersediaan tenaga medis, serta meningkatkan pemahaman dan kesadaran masyarakat tentang pentingnya pelayanan kesehatan.

Dalam kesimpulannya, akses pelayanan kesehatan dan pemanfaatan jaminan kesehatan nasional saling terkait. Jaminan kesehatan nasional dapat memperluas akses ke pelayanan kesehatan dan memberikan perlindungan keuangan kepada masyarakat. Namun, penting untuk terus memperhatikan tantangan dan hambatan yang dapat mempengaruhi pemanfaatan efektif dari jaminan kesehatan

nasional demi mencapai sistem kesehatan yang inklusif dan berkualitas.

Ada beberapa alasan mengapa beberapa orang mungkin enggan atau tidak mau memanfaatkan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan atau jaminan kesehatan nasional menurut Afrilia et al., (2017) Beberapa alasan yang mungkin meliputi:

- a. Ketidapkahaman: Beberapa orang mungkin tidak memahami sepenuhnya manfaat dan prosedur yang terkait dengan BPJS Kesehatan. Mereka mungkin tidak tahu cara mendaftar, jenis pelayanan yang ditanggung, atau prosedur klaim. Kurangnya pemahaman ini dapat membuat mereka enggan memanfaatkan BPJS Kesehatan.
- b. Biaya Tambahan: Meskipun BPJS Kesehatan memberikan perlindungan keuangan, masih ada biaya tambahan yang perlu ditanggung oleh peserta, seperti iuran bulanan dan biaya non-peserta. Beberapa orang mungkin merasa bahwa biaya tambahan tersebut masih terlalu tinggi atau tidak terjangkau bagi mereka.
- c. Ketersediaan Fasilitas Kesehatan: Terkadang, fasilitas kesehatan yang ditunjuk oleh BPJS Kesehatan tidak tersedia di wilayah tempat tinggal atau tempat kerja seseorang. Jika fasilitas kesehatan yang ditunjuk jauh atau

sulit dijangkau, seseorang mungkin enggan memanfaatkan BPJS Kesehatan.

- d. **Kualitas Pelayanan:** Kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh fasilitas yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan mungkin tidak memenuhi harapan beberapa orang. Jika seseorang memiliki pengalaman buruk dengan kualitas pelayanan tersebut, mereka mungkin ragu untuk memanfaatkannya di masa mendatang.
- e. **Ketidakpercayaan terhadap Sistem:** Beberapa orang mungkin memiliki ketidakpercayaan terhadap sistem jaminan kesehatan nasional secara keseluruhan. Mereka mungkin meragukan kemampuan BPJS Kesehatan untuk memberikan perlindungan kesehatan yang memadai atau merasa bahwa sistem tersebut tidak transparan atau rentan terhadap penyalahgunaan.
- f. **Pilihan Alternatif:** Beberapa orang mungkin memiliki asuransi kesehatan swasta atau sumber pendanaan kesehatan lainnya yang mereka anggap lebih memadai atau sesuai dengan kebutuhan mereka. Dalam kasus ini, mereka mungkin memilih untuk tidak memanfaatkan BPJS Kesehatan.

Terdapat beberapa kekurangan dalam study ini antara lain study ini menggunakan uji crosssectional, seperti halnya jenis penelitian lainnya, penelitian crosssectional juga memiliki beberapa kekurangan yang perlu diperhatikan, antara lain: Ketidakmampuan menentukan sebab-akibat: Penelitian crosssectional hanya melibatkan pengamatan pada satu titik waktu tertentu, sehingga sulit untuk menentukan hubungan sebab-akibat antara variabel. Ini karena tidak ada pengukuran waktu yang jelas antara paparan variabel dan hasil yang diamati. Oleh karena itu, penelitian crosssectional tidak dapat memberikan bukti langsung tentang penyebab efek hubungan antara variabel.

Kemungkinan bias seleksi Dalam penelitian crosssectional, responden yang terlibat dalam penelitian dipilih pada satu titik waktu tertentu, yang dapat menyebabkan bias seleksi. Misalnya, jika hanya responden yang tersedia atau yang mudah dijangkau yang diikutsertakan dalam penelitian, maka hasilnya mungkin tidak mewakili populasi secara umum. Kemungkinan bias ingatan: Penelitian crosssectional mengandalkan ingatan responden terhadap peristiwa masa lalu atau pengalaman mereka. Namun, ingatan manusia tidak selalu akurat dan dapat dipengaruhi oleh bias atau ketidaksempurnaan. Hal ini dapat menyebabkan bias ingatan

yang dapat memengaruhi hasil penelitian.

Perubahan variabel seiring waktu: Penelitian crosssectional tidak dapat memperhatikan perubahan variabel dari waktu ke waktu. Karena itu, penelitian ini tidak cocok untuk mengamati perubahan jangka panjang atau melacak tren seiring waktu. Tidak dapat mengukur prevalensi atau insidensi: Penelitian crosssectional hanya memberikan gambaran tentang hubungan variabel pada satu titik waktu tertentu, tetapi tidak memberikan informasi tentang prevalensi (jumlah kasus dalam populasi pada waktu tertentu) atau insidensi (jumlah kasus baru dalam populasi selama periode waktu tertentu). Dalam rangka memahami fenomena dengan lebih baik, penelitian crosssectional sering digunakan bersama dengan jenis penelitian lainnya, seperti penelitian longitudinal atau eksperimental, yang dapat mengatasi beberapa kekurangan yang disebutkan di atas.