

SKRIPSI
PENGARUH JAMINAN KESEHATAN TERHADAP
KEMASLAHATAN MASYARAKAT ACEH



Disusun Oleh:

ECY VIRNANDA
NIM. 170602102

PROGRAM STUDI EKONOMI SYARIAH
FAKULTAS EKONOMI DAN BISNIS ISLAM
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI AR-RANIRY
BANDA ACEH
2021 M/1442 H

PERNYATAAN KEASLIAN KARYA ILMIAH

Yang bertandatanganinya dibawah ini

Nama : Ecy Virnanda
NIM : 170602102
Program Studi : Ekonomi Syariah
Fakultas : Ekonomi dan Bisnis Islam

Dengan ini menyatakan bahwa dalam penulisan SKRIPSI ini, saya:

1. *Tidak menggunakan ide orang lain tanpa mengembangkan dan mempertanggungjawabkan.*
2. *Tidak melakukan plagiasi terhadap naskah karya orang lain.*
3. *Tidak menggunakan karya orang lain tanpa menyebutkan sumber asli atau tanpa izin pemilik karya.*
4. *Tidak melakukan manipulasi dan pemalsuan data.*
5. *Mengerjakan sendiri karya ini dan mampu bertanggungjawab atas karya ini.*

Bila dikemudian hari ada tuntutan dari pihak lain atas karya saya dan telah melalui pembuktian yang dapat dipertanggungjawabkan dan ternyata memang ditemukan bukti bahwa saya telah melanggar pernyataan ini, maka saya siap untuk dicabut gelar akademik saya atau diberikan sanksi lain berdasarkan aturan yang berlaku di Fakultas Ekonomi dan Bisnis Islam UIN Ar-Raniry.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya.

Banda Aceh, 14 April 2021

Yang menyatakan,



Ecy Virnanda

PERSETUJUAN SIDANG MUNAQASYAH SKRIPSI

**PENGARUH JAMINAN KESEHATAN TERHADAP
KEMASLAHATAN MASYARAKAT ACEH**

Disusun Oleh:

Ecy Virnanda
NIM: 170602102

Disetujui untuk disidangkan dan dinyatakan bahwa isi dan formatnya telah memenuhi syarat penyelesaian studi pada Program Studi Ekonomi Syariah Fakultas Ekonomi dan Bisnis Islam Universitas Islam Negeri Ar-Raniry Banda Aceh

Pembimbing I

Pembimbing II


Cut Dian Fitri, S.E., M.Si., Ak., CA
NIP. 198307092014032002


Winny Dian Safitri, S.Si., M.Si

Mengetahui,
Ketua Program Studi,

A R - R A N I R Y


Dr. Nilam Sari, M.Ag
NIP. 19710317200801200

PENGESAHAN SIDANG MUNAQASYAH SKRIPSI

PENGARUH JAMINAN KESEHATAN TERHADAP KEMASLAHATAN MASYARAKAT ACEH

Ecy Virnanda
NIM . 170602102

Telah Disidangkan Oleh Dewan Penguji Skripsi Fakultas Ekonomi dan Bisnis Islam UIN Ar-Raniry Banda Aceh dan dinyatakan Lulus serta Diterima Sebagai Salah Satu Syarat untuk Menyelekasikan Program Studi Strata Satu (S-1) dalam Bidang Ekonomi Syariah

Pada Hari/ Tanggal: Rabu, 14 April 2021
2 Ramadhan 1442 H

Banda Aceh
Dewan Penguji Sidang Skripsi

Ketua Sidang,

Sekretaris Sidang,


Cut Dian Fitri, S.E., M.Si., Ak., CA
NIP. 198307092014032002


Winny Dian Safitri, S.Si., M.Si

Penguji I,

Penguji II,


Dr. Hafas Furqani, M.Ec
NIP. 198006252009011009


Dr. Syukriy Abdullah, S.E, M.Si, Ak.
NIP. 197006301995121001



Mengetahui
Dekan Fakultas Ekonomi dan Bisnis Islam
UIN Ar-Raniry Banda Aceh


Dr. Zaki Fuad, M.Ag
NIP. 19640141902031003



KEMENTERIAN AGAMA REPUBLIK INDONESIA
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI AR-RANIRY BANDA ACEH
UPT. PERPUSTAKAAN

Jl. Syekh Abdur Rauf Kopelma Darussalam Banda Aceh
Telp. 0651-7552921, 7551857, Fax. 0651-7552922

Web : www.library.ar-raniry.ac.id, Email : library@ar-raniry.ac.id

FORM PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH MAHASISWA UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIK

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama Lengkap : Ecy Virnanda
NIM : 170602102
Fakultas/Jurusan : Ekonomi dan Bisnis Islam/Ekonomi Syariah
E-mail : 170602102@student.ar-raniry.ac.id

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada UPT Perpustakaan Universitas Islam Negeri (UIN) Ar-Raniry Banda Aceh, Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah :

Tugas Akhir KKU Skripsi

yang berjudul:

Pengaruh Jaminan Kesehatan Terhadap Kemaslahatan Masyarakat Aceh

Berserta perangkat yang diperlukan (bila ada). Dengan Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif ini, UPT Perpustakaan UIN Ar-Raniry Banda Aceh berhak menyimpan, mengalih-media formatkan, mengelola, mendiseminasikan, dan mempublikasikannya di internet atau media lain.

Secara *fulltext* untuk kepentingan akademik tanpa perlu meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis, pencipta dan atau penerbit karya ilmiah tersebut.

UPT Perpustakaan UIN Ar-Raniry Banda Aceh akan terbebas dari segala bentuk tuntutan hukum yang timbul atas pelanggaran Hak Cipta dalam karya ilmiah saya ini.

Demikian pernyataan ini yang saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Banda Aceh

Pada tanggal : 14 April 2020

Mengetahui,

Penulis

Pembimbing I

Pembimbing II

Ecy Virnanda
170602102

Cut Dian Fitri, S.E.M.Si. Ak..CA
_NIP. 198307092014032002

Winny Dian Safitri, S.Si.M.Si

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Allah tidak membebani seseorang melainkan sesuai dengan kesanggupannya. Dia mendapat (pahala) dari (kebijakan) yang dikerjakannya dan dia mendapat (siksa) dari (kejahatan) yang diperbuatnya.

(Q.S Al-Baqarah (2) : 286)

Sebuah persembahan untuk diri sendiri, keluarga dan sahabat-sahabat semua yang telah memberikan doa dan dukungan.

AR - RANIRY

KATA PENGANTAR

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Dengan mengucapkan Alhamdulillah segala puji dan syukur senantiasa panjatkan atas kehadiran Allah SWT. karena berkat rahmat dan hidayah-Nya beserta kita curahkan kepada pangkuan Nabi Besar Muhammad SAW, yang mana berkat dan kemuliaan-Nya penulis dapat menyusun skripsi yang berjudul **“Pengaruh Jaminan Kesehatan Terhadap Kemaslahatan Masyarakat Aceh”** ini dapat diselesaikan guna memenuhi salah satu persyaratan dalam menyelesaikan pendidikan pada Jurusan Ekonomi Syariah Fakultas Ekonomi dan Bisnis Islam Universitas Islam Ar-Raniry.

Dalam penyusunan skripsi ini banyak hambatan dan kesulitan yang penulis temui dari buku atau sumber yang dijadikan narasumber. Walaupun menemukan beberapa hambatan dan kesulitan, namun dengan kerja keras beserta doa dan banyak memperoleh bantuan serta bimbingan dari berbagai pihak sehingga skripsi ini dapat diselesaikan. Oleh karena itu, penulis sangat mengharapkan koreksi dan saran yang sifatnya membangun sebagai bahan masukan yang bermanfaat demi kebaikan dan peningkatan diri dalam bidang ilmu pengetahuan. Penulis mengucapkan terima kasih kepada pihak yang ikut serta dalam membantu penyusunan penelitian skripsi ini sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan skripsi ini tidak terlepas dari bantuan

berbagai pihak yang telah memberikan ajaran dan semangat, sehingga pada kesempatan ini ingin berterima kasih kepada:

1. Bapak Dr. H. Zaki Fuad Chalil, M.Ag selaku Dekan Fakultas Ekonomi dan Bisnis Islam Universitas Islam Negeri Ar-Raniry.
2. Ibu Dr. Nilam Sari, M.Ag selaku Ketua Prodi Ekonomi Syariah Fakultas Ekonomi dan Bisnis Islam dan Ibu Cut Dian Fitri, S.E.,M.Si.,Ak.,CA selaku Sekretaris Prodi Ekonomi Syariah Fakultas Ekonomi dan Bisnis Islam Universitas Islam Negeri Ar-Raniry.
3. Bapak Muhammad Arifin, Ph. D selaku Ketua Laboratorium Fakultas Ekonomi dan Bisnis Islam Universitas Islam Ar-raniry.
4. Ibu Cut Dian Fitri, S.E.,M.Si.,Ak.,CA selaku pembimbing I dan Ibu Winny Dian Safitri, S.Si.,M.Si selaku dosen pembimbing II yang telah berkenan membimbing pengarahan, meluangkan waktu dan menuangkan pikiran dalam membantu penulis menyusun skripsi ini.
5. Bapak Dr. Hafas Furqani, M.Ec dan bapak Dr. Syukriy Abdullah, S.E.,M.Si.,Ak selaku penguji I dan penguji II yang telah banyak memberikan masukan dan saran pada skripsi ini.
6. Ibu Cut Dian Fitri, S.E.,M.Si.,Ak.,CA selaku Penasehat Akademik yang telah banyak membantu untuk membimbing dalam penyelesaian penelitian skripsi ini.

7. Kepada dosen serta staff dilingkungan Fakultas Ekonomi dan Bisnis Islam UIN Ar-Raniry
8. Kepada kedua orang tua yang tercinta ayah Akhlar Helmi dan ibu Nini Marhani yang selalu memberikan semangat, dukungan serta do'a yang begitu berarti bagi penulis dalam kehidupannya sehingga bisa menyelesaikan pendidikan sampai akhir dan bisa menyelesaikan skripsi ini.
9. Kepada teman-teman penulis Sherly Afifah, Anadia Shafira, Faradiba Ummami, Sahara Phonna, Shifa Shafira, Cut Rina, Sarah Nur, Syahila Indahsari, Risqi andini, Cut Ghina, Nadhiratul Sukma, Nona Gira, Siti Laila, Zifa Afra, Luccy Vienna dan teman-teman lainnya yang telah menemani, mendukung dan memberi semangat dari awal perkuliahan hingga sampai menulis skripsi.
10. Kepada teman-teman satu bimbingan dan seperjuangan Ekonomi Syariah 2017 yang telah memberikan dukungan dan membantu dalam menyelesaikan skripsi ini.

Akhir kata semoga skripsi ini dapat dimanfaatkan dan dapat memberikan masukan untuk perkembangan pengetahuan penulis maupun pihak yang berkepentingan. Semoga Allah SWT senantiasa membalas segala kebaikan.

Banda Aceh, 14 April 2021
Penulis,

Ecy Virnanda

TRANSLITERASI ARAB-LATIN DAN SINGKATAN

Keputusan Bersama Menteri Agama dan Menteri

Pendidikan dan Kebudayaan Nomor: 158 Tahun 1987 – Nomor:

0543b/u/1987

1. Konsonan

No.	Arab	Latin	No.	Arab	Latin
1	ا	Tidak dilambangkan	16	ط	Ṭ
2	ب	B	17	ظ	Z
3	ت	T	18	ع	'
4	ث	Ṣ	19	غ	G
5	ج	J	20	ف	F
6	ح	H	21	ق	Q
7	خ	Kh	22	ك	K
8	د	D	23	ل	L
9	ذ	Z	24	م	M
10	ر	R	25	ن	N
11	ز	Z	26	و	W
12	س	S	27	ه	H
13	ش	Sy	28	ء	'
14	ص	Ṣ	29	ي	Y
15	ض	Ḍ			

2. Vokal

Vokal Bahasa Arab, seperti vokal bahasa Indonesia, terdiri dari vokal tunggal atau monoftong dan vokal rangkap.

a. Vokal Tunggal

Vokal tunggal bahasa Arab yang lambangnya berupa tanda atau harkat, transliterasinya sebagai berikut:

Tanda	Nama	Huruf latin
◌َ	<i>Fathah</i>	A
◌ِ	<i>Kasrah</i>	I
◌ُ	<i>Dammah</i>	U

b. Vokal Rangkap

Vokal rangkap bahasa Arab yang lambangnya berupa gabungan antara harkat dan huruf, transliterasinya gabungan huruf, yaitu:

Tanda dan Huruf	Nama	Gabungan Huruf
◌َ ي	<i>Fathah dan ya</i>	Ai
◌َ و	<i>Fathah dan wau</i>	Au

Contoh:

كيف : *kaifa*

هول : *haul*

3. *Maddah*

Maddah atau vokal panjang yang lambangnya berupa harkat dan huruf, transliterasinya berupa huruf dan tanda, yaitu:

Harkat dan Huruf	Nama	Huruf dan Tanda
اَ / اِ	<i>Fathah</i> dan <i>alif</i> atau <i>ya</i>	Ā
اِ	<i>Kasrah</i> dan <i>ya</i>	Ī
اُ	<i>Dammah</i> dan <i>wau</i>	Ū

Contoh:

قَالَ : *qāla*

رَمَى : *ramā*

قِيلَ : *qīla*

يَقُولُ : *yaqūlu* جامعة

A R - R A N I R Y

4. *Ta Marbutah* (ة)

Transliterasi untuk *ta marbutah* ada dua.

a. *Ta marbutah* (ة) hidup

Ta marbutah (ة) yang hidup atau mendapat harkat *fathah*, *kasrah* dan *dammah*, transliterasinya adalah t.

b. *Ta marbutah* (ة) mati

Ta *marbutah* (ة) yang mati atau mendapat harkat sukun, transliterasinya adalah h.

- c. Kalau pada suatu kata yang akhir katanya ta *marbutah* (ة) diikuti oleh kata yang menggunakan kata sandang al, serta bacaan kedua kata itu terpisah maka ta *marbutah* (ة) itu ditransliterasikan dengan h.

Contoh:

الأَطْفَالُ رَوْضَةٌ : *Raudah al-atfāl/ raudatulatfāl*

الْمُنَوَّرَةُ الْمَدِينَةُ : *Al-Madīnah al-Munawwarah/ al-Madīnatul Munawwarah*

طَلْحَةَ : *Talhah*

Catatan:

Modifikasi

1. Nama orang berkebangsaan Indonesia ditulis seperti biasa tanpa transliterasi, seperti M. Syuhudi Ismail, sedangkan nama-nama lainnya ditulis sesuai kaidah penerjemahan. Contoh: Ḥamad Ibn Sulaiman.
2. Nama Negara dan kota ditulis menurut ejaan Bahasa Indonesia, seperti Mesir, bukan Misr; Beirut, bukan Bayrut; dan sebagainya.
3. Kata-kata yang sudah dipakai (serapan) dalam kamus Bahasa Indonesia tidak ditransliterasi. Contoh: Tasauf, bukan Tasawuf.

ABSTRAK

Nama : Ecy Virnanda
NIM : 170602102
Fakultas : Ekonomi dan Bisnis Islam
Program Studi : Ekonomi Syariah
Judul Skripsi : Pengaruh Jaminan Kesehatan Terhadap Kemaslahatan Masyarakat Aceh
Tebal Halaman : 160 Halaman
Pembimbing I : Cut Dian Fitri, S.E.,M.Si.,Ak.,CA
Pembimbing II : Winny Dian Safitri, S.Si.,M.Si
Kata kunci: Jaminan Kesehatan, Kemaslahatan, SEM-PLS.

Jaminan Kesehatan merupakan program pemerintah untuk memenuhi hak dasar kesehatan masyarakat sehingga tercapainya kemaslahatan masyarakat. Jaminan Kesehatan diberikan kepada seluruh masyarakat Indonesia. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh jaminan kesehatan terhadap kemaslahatan masyarakat Aceh. Penelitian ini merupakan penelitian yang menggunakan pendekatan kuantitatif. Jenis data dalam penelitian ini adalah data primer. Metode analisis dalam penelitian ini menggunakan *structural equation modelling* (SEM) *partial least square* (PLS). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa. (1) Tidak terdapat pengaruh yang signifikan antara pelayanan masyarakat terhadap perubahan kondisi pengguna jaminan kesehatan pada taraf nyata 10%. (2) Tidak terdapat pengaruh yang signifikan antara ketersediaan sarana dan prasarana terhadap perubahan kondisi pengguna jaminan kesehatan pada taraf nyata 10%. (3) Terdapat pengaruh yang signifikan antara kemudahan mengakses informasi terhadap perubahan pengguna jaminan kesehatan pada taraf nyata 10%. (4) Terdapat pengaruh yang signifikan antara intensitas sosialisasi terhadap perubahan kondisi pengguna jaminan kesehatan pada taraf nyata 10%. (5) Terdapat pengaruh yang signifikan antara perubahan kondisi pengguna jaminan kesehatan terhadap konsumsi pada taraf nyata 10%. (6) Terdapat pengaruh yang signifikan antara perubahan kondisi pengguna jaminan kesehatan terhadap kesehatan pada taraf nyata 10%. (7) Terdapat pengaruh yang signifikan antara konsumsi terhadap kesehatan pada taraf nyata 10%.

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPEL KEASLIAN	i
HALAMAN JUDUL KEASLIAN.....	ii
PERSETUJUAN SIDANG MUNAQASYAH SKRIPSI	iv
PENGESAHAN SIDANG MUNAQASYAH SKRIPSI.....	v
PERNYATAAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	vi
MOTTO DAN PERSEMBAHAN	vii
KATA PENGANTAR.....	viii
TRANSLITERASI ARAB-LATIN DAN SINGKATAN.....	xi
ABSTRAK	xv
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR GAMBAR.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah	10
1.3 Tujuan Penelitian.....	10
1.4 Manfaat Penelitian.....	11
1.5 Sistematika Pembahasan.....	12
BAB II LANDASAN TEORI	14
2.1 Jaminan Kesehatan.....	14
2.1.1 Pelayanan Kesehatan	17
2.1.2 Sarana dan Prasarana Kesehatan.....	20
2.1.3 Tenaga kesehatan.....	24
2.1.4 Kemudahan Mengakses Informasi.....	24
2.1.5 Intensitas Sosialisasi.....	26
2.1.6 Perilaku Hidup Masyarakat	28
2.1.7 Pembiayaan Kesehatan.....	29
2.2 Kemaslahatan.....	30
2.2.1 Lima dasar tujuan masalah	31
2.2.2 Indikator Kemaslahatan Masyarakat	34
2.4 Penelitian Terdahulu	49

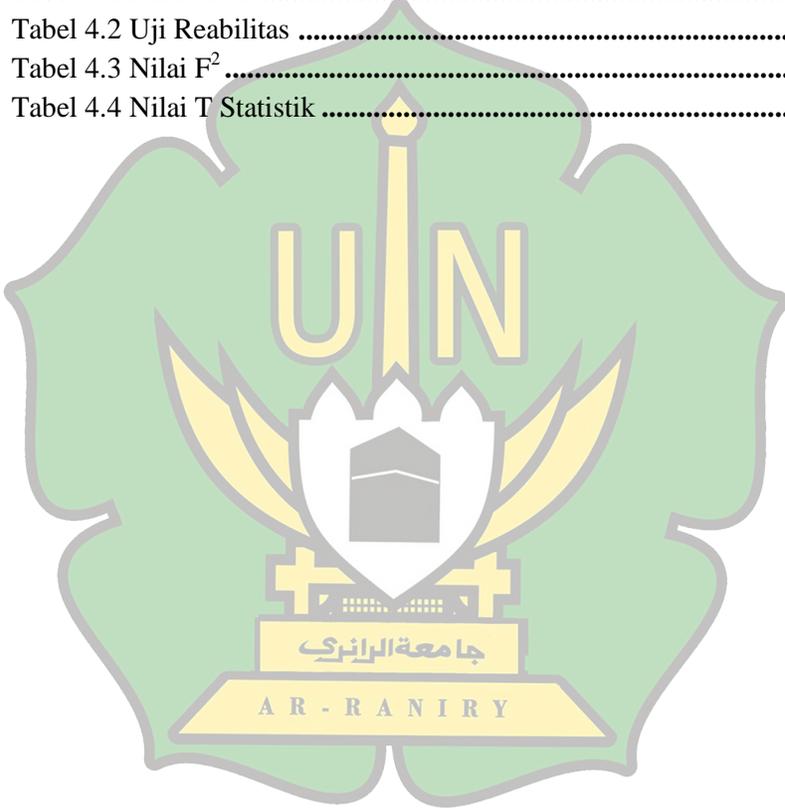
2.5 Kerangka Berfikir Penelitian.....	59
2.6 Hipotesis Penelitian.....	59
BAB III METODE PENELITIAN.....	61
3.1 Jenis dan Pendekatan Penelitian	61
3.2 Data Penelitian.....	61
3.3 Teknik Pengumpulan Data	62
3.3.1 Populasi.....	62
3.3.2 Sampel.....	63
3.4 Skala Pengukuran	63
3.5 Operasional penelitian	65
3.6 Teknik Analisis Data.....	69
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	73
4.1 Gambaran Responden Penelitian	73
4.1.1 Responden Berdasarkan Kelas Jaminan Kesehatan.....	73
4.1.2 Responden Berdasarkan Jenis Kelamin	74
4.1.3 Responden Berdasarkan Wilayah	75
4.1.5 Responden Berdasarkan Pendidikan.....	77
4.1.6 Responden Berdasarkan Pekerjaan.....	78
4.1.7 Responden Berdasarkan Penghasilan	79
4.2 Hasil Structural Equation Modeling-	
Partial Least Square (PLS).....	80
4.2.1 Model Pengukuran Penelitian (outer model).....	80
4.2.2 Model Struktural Penelitian.....	84
4.3.1 Pengaruh Pelayanan Masyarakat..... terhadap Perubahan Kondisi Pengguna Jaminan Kesehatan	88
4.3.2 Pengaruh Ketersediaan Sarana dan	
Prasarana terhadap Perubahan Kondisi Pengguna Jaminan Kesehatan	90
4.3.3 Pengaruh Kemudahan Mengakses..... Informasi terhadap Perubahan Kondisi Pengguna Jaminan Kesehatan	91

4.3.4	Pengaruh Intensitas Sosialisasi yang dilakukan terhadap Perubahan Kondisi Pengguna Jaminan Kesehatan	93
4.3.5	Pengaruh Perubahan Kondisi Pengguna Jaminan Kesehatan terhadap Konsumsi	94
4.3.6	Pengaruh Perubahan Kondisi Pengguna Jaminan Kesehatan terhadap Kesehatan	96
4.3.7	Pengaruh Konsumsi terhadap Kesehatan.....	97
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....		99
5.1	Kesimpulan	99
5.2	Saran	101
DAFTAR PUSTAKA.....		103



DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Penelitian Terkait	54
Tabel 3.1 Skala Likert	64
Tabel 3.2 Operasional Variabel Penelitian	65
Tabel 4.1 Nilai AVE	83
Tabel 4.2 Uji Reabilitas	83
Tabel 4.3 Nilai F ²	85
Tabel 4.4 Nilai T Statistik	87



DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1.1 Pengguna Jaminan Kesehatan	4
Gambar 1.2 Angka Harapan Hidup	6
Gambar 2.1 Skema Model Penelitian	59
Gambar 4.1 Respoden Berdasarkan Pengguna Kelas Jaminan Kesehatan	73
Gambar 4.2 Responden Berdasarkan Jenis Kelamin	74
Gambar 4.3 Responden Berdasarkan Wilayah Tempat Tinggal	75
Gambar 4.4 Responden Berdasarkan Usia	76
Gambar 4.5 Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir	77
Gambar 4.6 Responden Berdasarkan Pekerjaan	78
Gambar 4.8 Nilai <i>Loading Factor</i>	81



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 Kuesioner Penelitian	114
Lampiran 2 Data Yang Belum Diolah.....	121
Lampiran 3 Hasil Output SEMPLS	128
Lampiran Riwayat Hidup	135



BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan merupakan salah satu indikator dasar yang harus terpenuhi bagi setiap warga masyarakat. Pemerintah berkewajiban untuk memenuhi setiap kebutuhan masyarakat terutama menjamin kesehatan bagi masyarakat. Upaya untuk meningkatkan kualitas dan menjamin penyediaan pelayanan publik sesuai dengan kebijakan pemerintahan yang baik serta untuk memberi perlindungan bagi setiap warga negara dan masyarakat dalam menyelenggarakan pelayanan publik. Pelayanan kesehatan merupakan hak dasar masyarakat yang harus dipenuhi dan diselenggarakan dengan baik oleh pemerintah. Pembangunan kesehatan merupakan bagian dari pembangunan nasional, pemerintah bertanggung jawab atas pemeliharaan kesehatan, pembangunan bidang kesehatan guna tercapai kesejahteraan, kemajuan dan kemampuan untuk bisa hidup sehat bagi setiap masyarakat agar dapat mewujudkan derajat kesehatan yang optimal sehingga dapat mempertinggi produktivitas dan kehidupan yang layak sesuai dengan martabat manusia.

Pembangunan kesehatan merupakan kunci sukses pembangunan pada bidang lainnya. Pembangunan kesehatan bertujuan meningkatkan kesadaran, kesejahteraan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar dapat mewujudkan derajat kesehatan yang optimal. Derajat kesehatan merupakan salah satu

faktor yang sangat berpengaruh terhadap kualitas sumberdaya manusia, karena hanya dengan sumberdaya manusia yang sehat akan lebih produktif dan meningkatkan daya saing manusia serta daya saing suatu daerah. Pembangunan kesehatan diarahkan untuk mempertinggi derajat kesehatan masyarakat dalam rangka meningkatkan kualitas dan taraf hidup serta kecerdasan dan kesejahteraan rakyat.

Untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat pemerintah terus memberikan upaya kualitas kesehatan salah satunya adalah jaminan kesehatan bagi setiap masyarakat. Jaminan kesehatan diperuntukkan untuk semua penduduk Indonesia agar terlindungi sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak. Salah satu tujuan adanya jaminan kesehatan adalah untuk memberikan yang menyeluruh bagi setiap rakyat Indonesia agar penduduk Indonesia dapat hidup sehat, produktif, dan sejahtera. Pemerintah bertanggung jawab atas penyelenggaraan jaminan kesehatan yang bermutu dan optimal bagi masyarakat Indonesia.

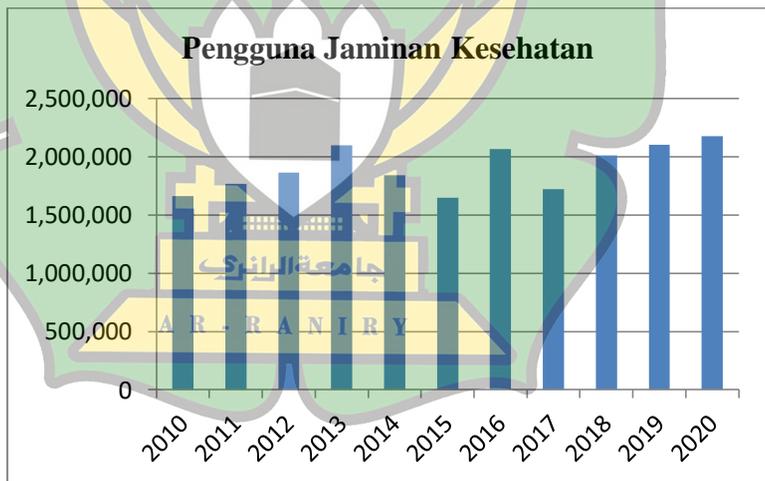
Pemerintah Indonesia melaksanakan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang bertujuan untuk dapat memenuhi kebutuhan setiap masyarakat Indonesia dengan memperoleh manfaat perlindungan dan pemerliharaan kebutuhan dasar kesehatan. Adapun kepesertaan BPJS adalah semua masyarakat Indonesia tanpa kecuali (Zogara, 2019). Menurut

Wahyudin (2016) Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia dilaksanakan dalam bidang pelayanan kesehatan masyarakat untuk mempermudah dari segi biaya dapat mengurangi beban masyarakat kelas menengah kebawah khususnya masyarakat Indonesia yang memiliki jaminan kesehatan nasional PBI (penerima bantuan iuran).

Program jaminan kesehatan nasional (JKN) yang diselenggarakan pemerintah menjamin pelayanan kesehatan yang dapat digunakan oleh seluruh masyarakat Indonesia yang bertujuan untuk mendapatkan pelayanan pencegahan, pengobatan dan pemulihan. Pelayanan kesehatan masyarakat dapat diperoleh dari rumah sakit umum/swasta, puskesmas, klinik dan institusi pelayanan kesehatan yang diharapkan dapat memberikan kontribusi yang lebih besar dan lebih optimal dalam penggunaan jaminan kesehatan. Pelayanan kesehatan merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat. Untuk meningkatkan pelayanan kesehatan yang optimal dibutuhkan tenaga kesehatan yang berkualitas dan bermutu, fasilitas yang mendukung, ketersediaan rumah sakit atau puskesmas yang mudah dijangkau oleh masyarakat serta informasi dan sosialisasi yang mudah didapat oleh masyarakat. Hal ini harus ditingkatkan oleh pemerintah terutama pemerintah setiap provinsi di Indonesia.

Aceh merupakan salah satu provinsi di Indonesia yang memiliki dana kesehatan yang besar. Pemerintah Aceh telah membuat kebijakan dalam meningkatkan kesejahteraan masyarakat

di Aceh yang merupakan suatu aturan yang dipilih atau dibentuk oleh pemerintah setempat untuk menyelesaikan suatu masalah tertentu dan bersifat positif untuk publik. Dalam meningkatkan kesejahteraan masyarakat Aceh harus memiliki kebijakan tersendiri. Dalam membuat suatu perumusan kebijakan tentu Pemerintah Aceh melalui berbagai proses. Serta program Jaminan Kesehatan Aceh didukung dengan sumber daya manusia seperti dokter, perawat, peralatan medis serta didukung dengan sumber daya finansial. Sebanyak 2.177.270 jiwa penduduk Aceh yang terdaftar sebagai peserta BPJS kesehatan dengan besarnya iuran ditanggung oleh pemerintah Aceh melalui program JKA 2020. Adapun gambaran pengguna jaminan kesehatan sebagai berikut:



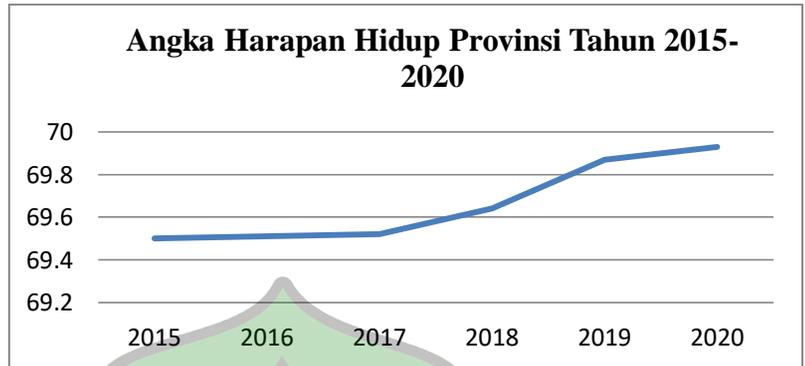
Sumber: Dinkes Aceh (diolah 2021)

Gambar 1. 1 Pengguna Jaminan Kesehatan

Dari gambar diatas, dapat dinyatakan bahwa pengguna jaminan kesehatan pada tahun 2010 mencapai 1.662.560 orang,

pada tahun 2011 meningkat mencapai 1.765.576 orang, tahun 2012 pengguna jaminan kesehatan meningkat mencapai 1.861.952 orang, kemudian pada tahun 2013 meningkat mencapai 2.100.000 orang, pada tahun 2014 pengguna jaminan kesehatan menurun mencapai 1.840.532 orang, tahun 2015 pengguna jaminan kesehatan menurun mencapai 1.647.013 orang, pengguna jaminan kesehatan pada 2016 meningkat kembali mencapai 2.066.979 orang, kemudian pada tahun 2017 pengguna jaminan kesehatan menurun mencapai 1.723.123 orang, pada tahun 2018 meningkat mencapai 2.009.031 orang, pada tahun 2019 pengguna jaminan kesehatan meningkat mencapai 2.102.731 orang dan tahun 2020 pengguna jaminan kesehatan 2.177.270 orang. Dapat disimpulkan bahwa setiap tahunnya mengalami ketidakstabilan pada perubahan jumlah pengguna jaminan kesehatan.

Kesejahteraan masyarakat dibidang kesehatan dapat dilihat dari indikator Angka Harapan Hidup (AHH). Angka Harapan Hidup mengevaluasi kinerja pemerintah dalam meningkatkan kesejahteraan penduduk Indonesia pada umumnya dan meningkatkan derajat kesehatan. Angka Harapan Hidup suatu daerah juga akan mempengaruhi pembangunan kesehatan. Berikut ini grafik Angka Harapan Hidup menurut Provinsi Aceh pada tahun 2015-2020.



Sumber: BPS Provinsi Aceh (diolah 2021)

Gambar 1. 2 Angka Harapan Hidup

Dari gambar diatas memperlihatkan bahwa, selama periode 2015-2020 angka harapan hidup mengalami peningkatan yaitu dari 69,50 menjadi 69,87. Hal ini menggambarkan bahwa anak yang lahir pada tahun 2015 diperkirakan akan mampu bertahan hidup rata-rata sampai berumur 69,50 tahun, pada tahun 2016 diperkirakan akan mampu bertahan hidup rata-rata sampai berumur 69,51. Pada 2017 diperkirakan akan mampu bertahan hidup rata-rata sampai berumur 69,52 tahun, dan pada tahun 2018 menjadi 69,64 kemudian tahun 2019 diperkirakan akan mampu bertahan hidup rata-rata sampai berumur 69,87 tahun dan di tahun 2020 angka harapan hidup meningkat mencapai 69,93 sehingga berarti derajat kesehatan masyarakat selalu mengalami peningkatan dalam enam tahun terakhir.

Kesejahteraan dalam islam biasanya disebut dengan masalah, karena masalah merupakan suatu konsep yang mencakup seluruh aspek kehidupan manusia. Kesejahteraan yang

dimaksud dalam kemaslahatan ini meliputi lima dasar bagi kehidupan manusia terdiri dari *dien* (agama), *nafs* (jiwa), *'aql* (akal), *nasl* (keturunan) dan *mal* (kekayaan). Dalam ilmu ekonomi perilaku manusia berkontribusi bagi kemaslahatan dirinya, keluarga, dan lingkungannya dengan tujuan mencapai kesejahteraan dalam menjalani hidup. Kesejahteraan atau kemaslahatan bagi manusia mencakup dua hal yaitu kemaslahatan yang bersifat *jasmani* (lahir) dan *rohani* (batin) yang harus terwujud untuk setiap manusia. Islam mempunyai sebuah sistem hidup yang menjanjikan keteraturan, keselamatan, kedamaian dan kemaslahatan bagi seluruh manusia. Islam juga merealisasikan tujuan manusia untuk mencapai kebahagiaan dan kemaslahatan dunia dan akhirat (*falah*) hidup yang baik dan terhormat.

Untuk mengukur kemaslahatan pada masyarakat adanya perubahan kondisi pengguna jaminan kesehatan, konsumsi dan kesehatan. Perubahan kondisi pengguna jaminan kesehatan merupakan perubahan yang terjadi pada masyarakat yang mendapatkan perawatan dan pengobatan secara optimal sehingga mampu meningkatkan angka harapan hidup dan mengurangi angka kesakitan maka kualitas taraf hidup masyarakat akan mencapai kemaslahatan. Pola konsumsi hal penting dalam segala aktivitas ekonomi, pola asupan makanan akan meningkatkan kesehatan seperti terpenuhinya asupan makanan pokok yang bergizi dan berprotein sehingga meningkatkan kualitas taraf hidup masyarakat. Kesehatan masyarakat akan optimal dengan pemelihara dan

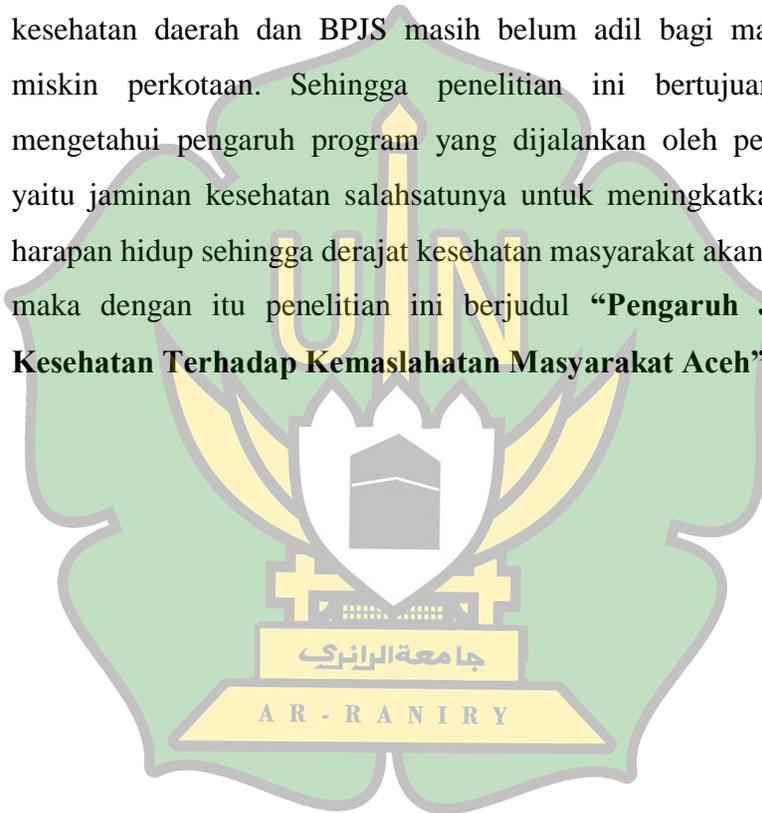
perlindungan atau mencegah dari penyakit dan masalah kesehatan lainnya agar masyarakat dapat lebih produktif untuk daya saing daerah atau negara sehingga derajat kesehatan masyarakat akan optimal.

Kemaslahatan juga menjadi tolak ukur dalam pertumbuhan ekonomi yang mencakup kemaslahatan berupa tercapainya kebutuhan dasar bagi individu, masyarakat dan Negara. Tercapainya kebutuhan dasar bagi masyarakat adalah meliputi kesehatan, tempat tinggal, pendidikan, keamanan dan suatu kebijakan Negara yang menjamin terlaksananya pencapaian kebutuhan dasar secara adil. Kemaslahatan mengacu pada peran pemerintah yang responsif dalam mengelola perekonomian sehingga mampu menjalankan tanggungjawab untuk menjamin pelayanan kesejahteraan atau kemaslahatan dasar dalam kehidupan masyarakatnya.

Peningkatan kemaslahatan masyarakat merupakan hakikat pembangunan nasional. Tingkat kemaslahatan masyarakat ini mempengaruhi kualitas hidup dari sebuah individu, keluarga dan Negara. Dengan tingkat kemaslahatan yang lebih tinggi berarti memiliki kualitas hidup yang lebih baik, sehingga masyarakat tersebut mampu untuk menciptakan kondisi yang lebih baik untuk bisa meningkatkan kemaslahatan mereka. Masalah kemaslahatan selalu berhubungan dengan kebutuhan masyarakat, masyarakat akan memenuhi kebutuhannya sampai

terpenuhi maka akan menjadi suatu kemaslahatan kepada masyarakat.

Menurut penelitian Djunawan (2013) menyatakan bahwa variabel jaminan kesehatan mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan primer. Namun jaminan kesehatan daerah dan BPJS masih belum adil bagi masyarakat miskin perkotaan. Sehingga penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh program yang dijalankan oleh pemerintah yaitu jaminan kesehatan salahsatunya untuk meningkatkan angka harapan hidup sehingga derajat kesehatan masyarakat akan optimal, maka dengan itu penelitian ini berjudul **“Pengaruh Jaminan Kesehatan Terhadap Kemaslahatan Masyarakat Aceh”**.



1.2 Rumusan Masalah

Melihat latar belakang masalah yang ada, maka yang dapat menjadi rumusan masalah dalam penelitian ini sebagai berikut:

1. Apakah pelayanan masyarakat berpengaruh terhadap perubahan kondisi pengguna jaminan kesehatan ?
2. Apakah ketersediaan sarana dan prasana berpengaruh terhadap perubahan kondisi pengguna jaminan kesehatan ?
3. Apakah kemudahan mengakses informasi berpengaruh terhadap perubahan kondisi pengguna jaminan kesehatan ?
4. Apakah intensitas sosialisasi yang dilakukan berpengaruh terhadap perubahan kondisi pengguna jaminan kesehatan ?
5. Apakah perubahan kondisi pengguna jaminan kesehatan berpengaruh terhadap konsumsi ?
6. Apakah perubahan kondisi pengguna jaminan kesehatan berpengaruh terhadap kesehatan ?
7. Apakah konsumsi berpengaruh terhadap kesehatan ?

1.3 Tujuan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah diatas maka tujuan dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Untuk melihat pengaruh pelayanan masyarakat terhadap perubahan kondisi pengguna jaminan kesehatan.
2. Untuk melihat pengaruh ketersediaan sarana dan prasana terhadap perubahan kondisi pengguna jaminan kesehatan.

3. Untuk melihat pengaruh kemudahan mengakses informasi terhadap perubahan kondisi pengguna jaminan kesehatan.
4. Untuk melihat pengaruh intensitas sosialisasi yang dilakukan terhadap perubahan kondisi pengguna jaminan kesehatan.
5. Untuk melihat pengaruh perubahan kondisi pengguna jaminan kesehatan terhadap konsumsi.
6. Untuk melihat pengaruh perubahan kondisi pengguna jaminan kesehatan terhadap kesehatan.
7. Untuk melihat pengaruh konsumsi terhadap kesehatan.

1.4 Manfaat Penelitian

Manfaat penelitian yang didapatkan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Manfaat Teoritis
 - a. Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat memberikan tambahan ilmu pengetahuan dan wawasan mengenai pengaruh jaminan kesehatan terhadap kemaslahatan masyarakat Aceh.
 - b. Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai tambahan referensi dan acuan serta masukan yang dapat dimanfaatkan oleh seluruh kalangan baik dosen maupun mahasiswa dan khususnya bagi mahasiswa jurusan Ekonomi Syariah.

2. Manfaat Praktis

Hasil dari penelitian ini diharapkan dijadikan bahan acuan untuk penelitian-penelitian di masa-masa akan datang yang ingin meneliti tentang perkembangan jaminan kesehatan terhadap kemaslahatan masyarakat Aceh.

3. Manfaat Kebijakan

Memberikan arahan kebijakan untuk pengembangan yang baik dan efektif dalam pengaruh jaminan kesehatan untuk meningkatkan kemaslahatan pada masyarakat Aceh.

1.5 Sistematika Pembahasan

Sistematika penulisan pada penelitian ini terdiri dari sebagai berikut:

BAB I PENDAHULUAN

Bab ini merupakan gambaran umum diawali dengan latar belakang, rumusan masalah, tujuan penelitian, metode penelitian, dan sistematika pembahasan.

BAB II LANDASAN TEORI

Pada bab ini berisi tentang teori tentang jaminan kesehatan yang didalamnya mencakup program-program jaminan kesehatan masyarakat aceh, temuan penelitian terkait, kerangka berfikir dan pengembangan hipotesis.

BAB III METODE PENELITIAN

Dalam bab ini menjelaskan rencana dan prosedur penelitian yang dilakukan untuk menjawab permasalahan yang telah

dirumuskan serta menguji hipotesis yang telah dikemukakan pada bab sebelumnya.

BAB IV HASIL PENELITIAN

Pada bab ini menguraikan hasil analisis dan pembahasan dalam penelitian yang telah dilakukan dengan metode yang telah ditentukan.

BAB V PENUTUP

Bab ini merupakan penutup dari penulisan skripsi yang berisi kesimpulan dan saran-saran dalam penelitian ini.



BAB II

LANDASAN TEORI

2.1 Jaminan Kesehatan

Berdasarkan Perpres No. 12 tahun 2013, Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. Mengacu pada pengertian tersebut, jaminan kesehatan ini menjadi tanggung jawab pemerintah sebagai penyedia layanan public atau pelayanan sosial kepada masyarakatnya. Semua masyarakat yang telah membayar iuran tersebut berhak mendapatkan pelayanan kesehatan yang telah dirancang oleh pemerintah. Menurut Putri (2014) Tujuan dari Jaminan Kesehatan adalah untuk memberikan manfaat pemeliharaan dan perlindungan akan kebutuhan dasar kesehatan sedangkan manfaat dari jaminan kesehatan adalah pelayanan kesehatan yang komprehensif mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif termasuk obat-obatan dan alat medis.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) merupakan badan hukum publik yang khusus dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial salah satunya Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. BPJS Kesehatan

merupakan badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan (Supriyanto, 2017).

Adapun peserta Jaminan Kesehatan menurut Perpres Nomor 12 Tahun 2013 pada pasal 2 menyebutkan bahwa peserta jaminan kesehatan meliputi PBI Jaminan Kesehatan dan bukan PBI Jaminan Kesehatan.

1. Peserta PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana yang dimaksud meliputi orang yang tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu dan dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
2. Bukan PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana yang dimaksud merupakan Peserta yang tidak tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu yang terdiri atas:
 - a. Pekerja Penerima Upah dan anggota keluarganya, sebagai berikut:
 1. Pegawai Negeri Sipil;
 2. Anggota TNI;
 3. Anggota Polri;
 4. Pejabat Negara;
 5. Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri;
 6. Pegawai swasta; dan
 7. Pekerja yang tidak termasuk huruf a sampai dengan huruf f yang menerima Upah
 - b. Pekerja Bukan Penerima Upah dan anggota keluarganya, sebagai berikut:

1. Pekerja di luar hubungan kerja atau Pekerja mandiri; dan
2. Pekerja yang tidak termasuk huruf a yang bukan penerima Upah.
3. Bukan Pekerja dan anggota keluarganya, sebagai berikut:
 - a. investor;
 - b. Pemberi Kerja;
 - c. penerima pensiun;
 - d. Veteran;
 - e. Perintis Kemerdekaan; dan
 - f. bukan Pekerja yang tidak termasuk huruf a sampai dengan huruf e yang mampu membayar iuran.

Salah satu tujuan program dari Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) bertujuan memperluas akses layanan kesehatan ibu dan anak (KIA) yang berkualitas dan optimal yang dituju kepada masyarakat miskin dan menengah kebawah. Untuk mengukur beban keuangan ibu dan keluarga dalam mendapatkan pelayanan kesehatan menggunakan *out of pocket* (OOP). Ibu dan keluarga yang menggunakan JKN selama proses kelahiran berpotensi membayar OOP dan risiko CDE lebih rendah dibandingkan dengan ibu yang tidak menggunakan jaminan kesehatan apapun (Nugraheni dkk, 2019).

Program yang dijalankan oleh provinsi Aceh adalah Jaminan Kesehatan masyarakat Aceh (JKA) adalah jaminan sosial

bidang kesehatan untuk pelayanan kesehatan bagi seluruh penduduk Aceh dalam rangka mewujudkan derajat kesehatan masyarakat Aceh secara optimal dan komprehensif. Pemerintah Aceh telah melaksanakan program kesehatan bagi seluruh masyarakat sebagai jaminan kesehatan bagi masyarakat Aceh. Pemerintah berkewajiban memberikan kontribusinya secara bersama-sama sehingga menghasilkan pelayanan yang optimal dan komprehensif, terkait dengan program JKA tersebut pelayanan kesehatan menjadi tanggung jawab Pemerintah Aceh, beserta pemerintah kabupaten/kota (Sulaiman, 2013).

2.1.1 Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan merupakan hak dasar masyarakat yang harus dipenuhi oleh pemerintah. Pembangunan kesehatan merupakan bagian dari pembangunan Nasional. Pemerintah sebagai suatu kesatuan tertinggi di Negara yang bertanggung jawab atas pemeliharaan kesehatan, pembangunan bidang kesehatan diarahkan guna tercapai kesadaran, kemajuan, dan kemampuan untuk bisa hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan yang optimal sehingga dapat mempertinggi produktivitas dan kehidupan yang layak sesuai dengan martabat manusia (Ilham, 2017). Sedangkan menurut Levey, Loomba & Brown (1984) menyatakan bahwa 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 perseorangan, keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat.

Mutu pelayanan kesehatan adalah kesesuaian pelayanan kesehatan dengan memanfaatkan sumber daya yang ada secara baik, sehingga semua kebutuhan masyarakat dan tujuan mencapai derajat kesehatan yang optimal dapat tercapai. Pelayanan kesehatan merupakan sebuah sistem yang terdiri dari berbagai komponen yang saling terkait, saling bergantung dan saling mempengaruhi antara satu dengan yang lainnya. Mutu pelayanan di rumah sakit adalah produk akhir dari interaksi yang rumit antara berbagai komponen atau aspek pelayanan (Triwibowo, 2012: 100). Menurut Khusnawati (2011) tujuan utama dari program upaya pelayanan kesehatan bukan semata-mata untuk penyembuhan penyakit, tetapi lebih diarahkan untuk meningkatkan kemampuan fisik mental dan kehidupan sosial masyarakat, sehingga derajat kesehatan masyarakat semakin meningkat dan sarana yang diharapkan mampu menjalankan fungsi ini salah satunya adalah Puskesmas.

Ada 2 (dua) faktor utama yang mempengaruhi mutu pelayanan yaitu pelayanan yang diharapkan (expected services) dan pelayanan yang dirasakan (perceived services). Jika pelayanan yang dirasakan sesuai dengan yang diharapkan dapat dipersepsikan pelayanan memuaskan. Apabila pelayanan yang dirasakan melampaui pelayanan yang diharapkan, maka dapat dipersepsikan sebagai pelayanan ideal, tetapi apabila pelayanan yang dirasakan lebih rendah dari yang diharapkan maka dapat dipersepsikan bahwa

mutu pelayanan buruk. Dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit dilakukan dengan pendekatan sistem, artinya memperhatikan proses manajemen mutu sejak input atau struktur, proses dan hasil (outcome) (Triwibowo, 2012: 108).

Menurut Nasution (2015) Semua bentuk pelayanan umum oleh lembaga milik pemerintah kepada masyarakat semua pelayanannya diharapkan dapat mengandung unsur-unsur:

1. Pelayanan yang di maksud harus mudah, cepat, lancar, tidak dipersulit, mudah dilaksanakan dan mudah dipahami.
2. Harus adanya kejelasan dan kepastian dalam hal prosedur pelayanan, persyaratan pelayanan dan unit pemerintah yang bertanggungjawab, hak dan kewajiban petugas maupun masyarakat dan pemerintah yang menangani keluhan.
3. Harus adanya keamanan, proses dan hasil pelayanan harus aman dan nyaman, serta memberikan kepastian hukum dalam prosesnya.
4. Harus adanya keterbukaan, segala sesuatu tentang proses pelayanan harus disampaikan secara terbuka kepada masyarakat diminta atau tidak diminta.
5. Harus efektif dan efisien, tidak perlu terjadi duplikasi persyaratan oleh beberapa pelayanan sekaligus.
6. Harus ekonomis, biaya pelayanan ditetapkan secara wajar dengan mempertimbangkan nilai layanan, daya beli masyarakat dan peraturan lainnya.

Adapun menurut Juanita (2002) pelayanan Kesehatan dibedakan dalam dua golongan, yaitu :

1. *Primary health care* atau pelayanan kesehatan primer adalah pelayanan kesehatan untuk masyarakat yang paling depan atau pelayanan kesehatan yang pertama kali diperlukan masyarakat pada saat mereka mengalami gangguan pada kesehatan atau kecelakaan.
2. *Secondary and tertiary health care* atau pelayanan kesehatan sekunder dan tersier adalah seperti pelayanan pada rumah sakit, puskesmas dan tempat masyarakat memerlukan perawatan lebih lanjut atau rujukan. Di Indonesia sendiri terdapat beberapa tingkat rumah sakit, mulai dari rumah sakit tipe D sampai dengan Rumah sakit kelas A.

2.1.2 Sarana dan Prasarana Kesehatan

Sarana kesehatan berperan dalam meningkatkan mutu kesehatan masyarakat karena kemudahan untuk menjangkau lokasi sarana kesehatan merupakan salah satu hal penting yang perlu diperhatikan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan. Menurut Muhammad (2010) Sarana pelayanan kesehatan dapat diartikan sebagai proses kerjasama pendayagunaan semua sarana kesehatan secara efektif dan efisien untuk memberikan layanan secara profesional dibidang sarana dan prasarana dalam proses pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien pula.

Fasilitas yang termasuk kedalam sarana pelayanan kesehatan meliputi Puskesmas, Rumah sakit dan Upaya Kesehatan Bersumber Masyarakat (UKBM) adalah sebagai berikut:

A. Puskesmas

Puskesmas merupakan unit yang strategis dalam mendukung terwujudnya perubahan status kesehatan masyarakat menuju peningkatan derajat kesehatan yang lebih optimal. Mewujudkan derajat kesehatan yang optimal tentu diperlukan upaya pembangunan sistem pelayanan kesehatan dasar yang mampu memenuhi kebutuhan masyarakat selaku konsumen dari pelayanan kesehatan dasar tersebut (Apriyanti, 2019).

Sedangkan menurut Radito (2014) Puskesmas merupakan suatu bentuk pelayanan dan fasilitas kesehatan yang penting dan terjangkau bagi seluruh masyarakat, khususnya bagi masyarakat ekonomi menengah ke bawah. Faktor alasan utama masyarakat memilih Puskesmas sebagai tempat untuk berobat karena biaya periksa dan obat yang lebih murah, serta lokasinya yang mudah dijangkau (berada di tiap kelurahan ataupun kecamatan). Notoatmodjo (2007) mengatakan Puskesmas telah disepakati sebagai suatu unit pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan kuratif dan preventif secara terpadu, menyeluruh dan mudah dijangkau, dalam wilayah kerja kecamatan atau sebagian kecamatan di kota madya maupun kabupaten.

B. Rumah sakit

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan rawat darurat. Rumah sakit umum adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang penyakit. Hakikat dasar rumah sakit adalah pemenuhan kebutuhan dan tuntutan pasien yang mengharapkan penyelesaian masalah kesehatannya pada rumah sakit. Pasien memandang bahwa hanya rumah sakit yang mampu memberikan pelayanan medis sebagai upaya penyembuhan dan pemulihan atas rasa sakit yang dideritanya. Pasien mengharapkan pelayanan yang siap, cepat, tanggap, dan nyaman terhadap keluhan penyakit pasien. (Listiyono, 2015).

Menurut Surahmawati (2014) Penyelenggaraan pelayanan kesehatan di rumah sakit memiliki karakteristik yang sangat kompleks. Berbagai jenis tenaga kesehatan dengan perangkat keilmuannya yang saling berinteraksi satu sama lain dipadukan dengan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran serta kesehatan dalam rangka memberikan pelayanan yang bermutu, memberikan warna tersendiri bagi pelayanan yang diberikan dan menuntut pihak rumah sakit untuk terus meningkatkan mutu pelayanan dan tanggung jawabnya dalam memberikan pelayanan kesehatan.

C. Upaya Kesehatan Bersumber Masyarakat (UKBM)

Untuk memperluas cakupan dan jangkauan fasilitas pelayanan puskesmas, telah dikembangkan berbagai sarana upaya

kesehatan bersumber daya masyarakat (UKBM). Menurut Ristrini dkk (2011) mengatakan dengan semakin besarnya upaya pemerintah dalam memberdayakan masyarakat untuk hidup sehat yang tercermin pada peningkatan jumlah, kualitas dan pemanfaatan terhadap UKBM, diharapkan terjadi peningkatan pula dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan di berbagai fasilitas kesehatan di Indonesia. Peningkatan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan tersebut berhubungan secara timbal balik dengan perilaku hidup bersih dan sehat di masyarakat.

Keberhasilan terhadap pelaksanaan UKBM tidak terlepas dari peran masyarakat sebagai pelaksana dan penerima pelayanan kesehatan serta penggunaan UKBM oleh masyarakat. Bentuk UKBM antara lain Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu), Pos Kesehatan Desa (Poskesdes) dan desa siaga aktif. Tujuan dibentuknya UKBM Pos Kesehatan Desa (Poskesdes) untuk mempermudah akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dasar. Sedangkan Desa Siaga Aktif adalah untuk memberi pelayanan kesehatan dasar, penanggulangan bencana gawat darurat dan menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat. Menurut Arisanti dkk (2015) Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) merupakan salah satu bentuk UKBM yang dikelola dan diselenggarakan untuk dan oleh bersama masyarakat, guna penyelenggaraan pembangunan kesehatan dalam memberdayakan masyarakat dan memberikan kemudahan kepada masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan.

2.1.3 Tenaga kesehatan

Perencanaan tenaga kesehatan disusun dengan memperhatikan faktor jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat, sarana kesehatan, jenis dan jumlah tenaga kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan pelayanan kesehatan. Menurut Undang-Undang Presiden RI No 36 Tahun 2014 Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan keterampilan dalam bidang kesehatan untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya di bidang kesehatan.

Tenaga Kesehatan merupakan pokok dari SDM kesehatan yang menghimpun berbagai upaya seperti perencanaan, pendidikan dan pelatihan, pendayagunaan kesehatan secara terpadu yang saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Undang-Undang Presiden RI No 36 Tahun 2014 mengatur tentang jenis tenaga kesehatan minimal terdiri dari: 1) Dokter; 2) Dokter Gigi; 3) Perawat; 4) Bidan; 5) Kesehatan Masyarakat; 6) Kesehatan Lingkungan; 7) Gizi; 8) Kefarmasian.

2.1.4 Kemudahan Mengakses Informasi

Menurut Buyung (2015) media informasi kesehatan masyarakat merupakan sistem informasi dan sistem pengolahan data secara sistematis dan terpadu guna mendukung tata laksana di bidang kesehatan dalam rangka meningkatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Media informasi terdiri dari teknologi

informasi, perangkat lunak, data dan perangkat keras. Proses dalam penggunaan media informasi ini terdiri dari pertama memasukkan data, proses dan pengeluaran informasi.

Masyarakat mencari informasi kesehatan di media online untuk mendukung penunjang dalam berpartisipasi secara langsung dalam pembangunan pemeliharaan kesehatan masyarakat (public health care). Pertumbuhan pengakses informasi kesehatan pada media online akan mengurangi dokter dan para medis dalam melayani masyarakat secara langsung. Masyarakat akan mendapatkan manfaat dan keuntungan dalam mengakses informasi kesehatan melalui media online secara mandiri dalam pemeliharaan kesehatan. Beberapa situs media online kesehatan menyediakan fitur olahraga, gaya hidup sehat, obat-obatan dan sebagainya. Adapun cara mengakses informasi kesehatan di media online yaitu dengan mencari informasi di web online, berpartisipasi dalam organisasi pendukung kepedulihatan kesehatan masyarakat dan berkonsultasi dengan pakar-pakar kesehatan yang tersedia di media online (Siswanta, 2015).

Menurut Arsyad (2018) media informasi sangat diperlukan dalam pelaksanaan sosialisasi kesehatan yang akan dilakukan. Adapun tujuan dari media informasi adalah sebagai berikut:

- a. Media informasi dapat mempermudah masyarakat dalam menerima informasi
- b. Media informasi dapat menghindari dari kesalah pahaman atas persepsi masyarakat

- c. Media informasi menjadi penjelas sumber-sumber informasi
- d. Media informasi dapat menampilkan suatu objek yang tidak bisa dilihat dengan indera penglihatan
- e. Media informasi sebagai memperlancar dan memperjelas komunikasi

2.1.5 Intensitas Sosialisasi

Sosialisasi atau penyuluhan kesehatan merupakan salah satu program kegiatan dengan usaha menyampaikan informasi dan pesan kesehatan kepada individu maupun masyarakat. Adanya penyuluhan informasi dan pesan tersebut diharapkan masyarakat dapat memperoleh pengetahuan kesehatan yang lebih baik kedepannya. Pengetahuan kesehatan tersebut diharapkan mempengaruhi perilaku masyarakat terhadap kesehatan. Dengan demikian, program penyuluhan atau sosialisasi diharapkan membawa perubahan terhadap perilaku masyarakat yang lebih baik lagi dibidang kesehatan (Notoatmodjo, 2010).

Gerakan masyarakat hidup sehat (GERMAS) merupakan program kesehatan yang dilakukan bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Salah satu dari program gernas ialah pengetahuan mengonsumsi buah dan sayur setiap hari kepada masyarakat, terutama ditujukan kepada remaja yang sedang mengalami pertumbuhan. Sosialisasi GERMAS dapat meningkatkan sikap, pengetahuan dan perilaku khususnya dalam mengonsumsi buah dan sayur yang baik (Budiwati dkk, 2020).

Menurut Arsyad (2018) faktor-faktor yang dapat menentukan berhasil atau tidaknya sosialisasi yang dilakukan. Faktor-faktor yang dimaksud berupa kondisi dari interaksi antara unsur-unsur penyuluhan. Adapun unsur-unsur dari sosialisasi adalah sebagai berikut:

a. Sosialisasi

Sosialisasi merupakan pihak yang memberikan suatu informasi yang ingin disampaikan kepada target dalam sosialisasi tersebut. Sosialisasi yang dilakukan terdiri dari perorangan, beberapa orang atau suatu lembaga. Sosialisasi kesehatan membutuhkan kemampuan berkomunikasi yang baik dan membutuhkan pendidikan tambahan. Sosialisasi yang dilakukan sehingga strategi-strategi yang dilakukan dapat berjalan dengan tepat.

b. Sasaran

Sasaran merupakan target yang ditentukan untuk menerima informasi yang diberikan oleh pihak sosialisasi.

c. Pesan

Pesan merupakan informasi-informasi yang diberikan oleh pihak sosialisasi kepada target sasaran yang ditentukan untuk diberikan sosialisasi.

d. Media

Media digunakan untuk mempermudah penerimaan informasi-informasi kesehatan masyarakat dengan menggunakan alat-alat bantu saluran.

2.1.6 Perilaku Hidup Masyarakat

Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) merupakan pola hidup anggota keluarga yang selalu memperhatikan dan menjaga kesehatan seluruh anggota keluarga. Perilaku kesehatan yang dilakukan selalu atas kesadaran sehingga seluruh anggota keluarga dapat menolong dirinya sendiri dibidang kesehatan dan dapat berperan aktif dalam kegiatan-kegiatan kesehatan di masyarakat (Rahmawati, 2012). Sedangkan menurut Maryunani (2013) Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) merupakan upaya menciptakan suatu kondisi bagi perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat, dengan membuka jalan komunikasi, memberikan informasi dan melakukan edukasi, untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku, melalui pendekatan pimpinan (*advokasi*), bina suasana (*Social support*) dan pemberdayaan masyarakat (*empowerman*) sebagai upaya agar dapat menerapkan cara-cara hidup sehat, menjaga, memelihara dan meningkatkan kesehatan.

Menurut Maryunani (2013) Rumah Tangga ber PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat) adalah rumah tangga yang seluruh anggota keluarganya berperilaku untuk bersih dan sehat. Adapun indikator-indikator dari perilaku hidup sehat adalah sebagai berikut:

- a. Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan;
- b. Bayi diberi ASI eksklusif;
- c. Balita ditimbang setiap bulan;

- d. Menggunakan air bersih;
- e. Mencuci tangan dengan air bersih dan sabun;
- f. Menggunakan jamban sehat;
- g. Memberantas jentik di rumah sekali seminggu;

2.1.7 Pembiayaan Kesehatan

Melaksanakan pelayanan kesehatan diperlukan unsur pembiayaan kesehatan, baik yang bersumber dari pemerintah maupun masyarakat termasuk swasta. Pembiayaan kesehatan yang bersumber dari pemerintah terdiri atas anggaran pembangunan kesehatan (belanja langsung) dan anggaran rutin kesehatan (belanja tidak langsung). Biaya kesehatan dinilai sangat tinggi, mengingat manusia sehat semakin penting dirasakan keberadaannya. Hal ini terkait dengan pola pikir yang menyatakan tentang human investment. Di lain pihak biaya kesehatan terus menerus naik sedangkan kemampuan membayar semakin terbatas (Handayani, 2016).

Menurut Setyawan (2018) Pembiayaan kesehatan haruslah bertujuan untuk *Risk spreading*, yaitu pembiayaan kesehatan harus mampu meratakan besaran resiko biaya sepanjang waktu sehingga besaran tersebut dapat terjangkau oleh setiap rumah tangga. Artinya sebuah sistem pembiayaan harus mampu memprediksikan resiko kesakitan individu dan besarnya pembiayaan dalam jangka waktu tertentu (misalnya satu tahun). Kemudian besaran tersebut diratakan atau disebarakan dalam tiap bulan sehingga menjadi premi (iuran, tabungan) bulanan yang terjangkau. Kemudian harus *Risk*

pooling, yaitu Secara sederhana, suatu sistem pembiayaan akan menghitung resiko terjadinya masalah kesehatan dengan biaya mahal dalam satu komunitas, dan menghitung besaran biaya tersebut kemudian membaginya kepada setiap individu anggota komunitas. Sehingga sesuai dengan prinsip solidaritas, besaran biaya pelayanan kesehatan yang mahal tidak ditanggung dari tabungan individu tapi ditanggung bersama oleh masyarakat. Selanjutnya *Connection between ill-health and poverty* yaitu, karena adanya keterkaitan antara kemiskinan dan kesehatan, suatu sistem pembiayaan juga harus mampu memastikan bahwa orang miskin juga mampu pelayanan kesehatan yang layak sesuai standar dan kebutuhan sehingga tidak harus mengeluarkan pembiayaan yang besarnya tidak proporsional dengan pendapatan. *Fundamental importance of health*, yaitu kesehatan merupakan kebutuhan dasar dimana individu tidak dapat menikmati kehidupan tanpa status kesehatan yang baik.

2.2 Kemaslahatan

Maslahah secara etimologi (bahasa) merupakan sesuatu yang baik, berguna dan bermanfaat. Maslahah secara terminologi (istilah) adalah sesuatu yang mendatangkan kebaikan, kegunaan atau meraih manfaat dan menolak segala sesuatu yang akan menyebabkan atau mendatangkan kerusakan. Karena mendatangkan kebaikan atau kegunaan dan menolak kerusakan ialah suatu tujuan makhluk dan kemaslahatan makhluk hanya

tercapai pada tujuan mereka. Masalah yang dimaksud adalah masalah yang menjadi tujuan syara' (Muksana, 2014).

Menurut P3EI (2015) Mashlahah merupakan sesuatu yang bentuk keadaan material maupun nonmaterial yang mampu meningkatkan kedudukan manusia sebagai makhluk yang paling mulia. Tercukupinya kebutuhan makhluk akan memberikan dampak kemaslahatan. Masalah dasar bagi kehidupan manusia terdiri dari lima hal, yaitu agama (dien), jiwa (nafs), intelektual ('aql), keluarga dan keturunan (nasl), dan materi (mal). Tercukupinya segala kebutuhan masyarakat dalam kehidupannya akan memberikan dampak tercapainya suatu masalah. Kehidupan yang mulia dan sejahtera di dunia dan akhirat dapat terwujud jika terpenuhinya kebutuhan manusia dengan adil dan seimbang.

2.2.1 Lima dasar tujuan masalah

Kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan yang mutlak dan yang harus dipenuhi agar manusia dapat menjalankan hidup dan untuk meningkatkan kesejahteraan atau kemaslahatan dunia dan akhirat. Jika terjadi satu dari kebutuhan tersebut tidak terpenuhi maka tujuan syariah islam dalam kemaslahatan manusia tidak terpenuhi dengan seimbang maka kebahagiaan dan kemaslahatan hidup tidak tercapai dengan sempurna. Adapun lima dasar tujuan masalah bagi kehidupan manusia terdiri dari:

A. Agama (dien)

Agama merupakan sesuatu yang mengikatkan diri pada suatu bentuk hidup yang mengandung pengakuan pada suatu

sumber yang berada di luar diri manusia dan mempengaruhi perbuatan di kehidupan-kehidupan manusia (Harun, 2011). Sedangkan menurut Wahyuni (2017) pengertian agama secara sederhana adalah penghambaan manusia kepada yang telah menciptakannya, penghambaan tersebut akan mempengaruhi manusia dalam perbuatan-perbuatannya. Suatu ajaran dan paham yang mengartikan adanya Tuhan, manusia dan penghambaan maka akan disebut sebagai agama.

B. Jiwa (nafs)

Jiwa (nafs) mempunyai arti seperti nyawa, ruh, darah, niat dan tubuh manusia. Menurut bahasa Inggris *psycho* jiwa (nafs) ialah mental jiwa. Sedangkan menurut bahasa Indonesia jiwa merupakan roh yang menyebabkan hidup terdapat pada tubuh-tubuh manusia. Perasaan dan pikiran terjadi karena adanya roh di kehidupan batin manusia (Rahmatiah, 2017). Menurut Bakry (2020) jiwa dapat diartikan sebagai sesuatu yang berbentuk fisik yang sudah melekat dan tampak pada manusia tanpa di sembunyikan. Jiwa juga mengandung arti sebagai non-material yang mengalir pada fisik manusia-manusia sebagai ruh maupun pikiran.

C. Akal ('aql)

Memelihara akal adalah sebuah nikmat yang sangat anugerah, akal diberikan oleh Allah SWT untuk membedakan antara manusia dengan makhluk lainnya. Dalam Islam diajarkan untuk menjaganya dan menganjurkan untuk dimanfaatkan akal

untuk mendapatkan ilmu, dengan adanya ilmu sehingga kebutuhan hidup akan terpenuhi dan tercapai. Memelihara akal dengan cara tidak merusak dan melemahkan akal. Tanpa akal dan ilmu maka manusia tidak dapat memahami dengan baik kehidupan, sehingga akan mengalami kesulitan dan penderitaan (Afridawati, 2015).

D. Keturunan (nasl)

Keturunan (nasl) adalah salah satu syariat untuk tetap melestarikan suatu pernikahan dan Allah SWT telah menganjurkannya untuk mrnjaga kemuliaannya manusia. Memelihara keturunan (nasl) untuk menghindari dari perbuatan zina dan larangan-larangan yang telah Allah SWT berikan (Afridawati, 2015). Sedangkan menurut P3EI (2015) kelangsungan keturunan dan keberlanjutan generasi ke generasi merupakan suatu kebutuhan yang amat penting bagi eksistensi manusia. Keturunan (nasl) merupakan kebutuhan manusia agar dapat hidup dengan bahagia baik di dunia maupun di akhirat kelak. Jika kebutuhan tidak dapat di penuhi maka kebahagiaan hidup juga tidak tercapai dengan sempurna.

E. Harta (mal)

Harta (mal) merupakan hal yang sangat di butuhkan untuk kehidupan manusia dan untuk beribadah. Setiap manusia membutuhkan harta untuk kelangsungan hidupnya seperti makan, minum, pakaian, rumah untuk berteduh. Manusia juga memerlukan harta sebagai ibadah seperti memberi infak, sedekah, zakat dan menuntut ilmu. Harta dibutuhkan agar kehidupan manusia menjadi

lancar dan tidak ada kemudharatan, termasuk menjalankan ibadah (P3EI, 2015).

2.2.2 Indikator Kemaslahatan Masyarakat

Untuk mengukur tingkat kemaslahatan atau kesejahteraan masyarakat diperlukan indikator yang dapat memberikan gambaran secara tepat dan jelas. Indikator tersebut dapat memberikan gambaran yang jelas mengenai aspek-aspek sosial dan ekonomi, maka kesejahteraan atau kemaslahatan dapat di lihat dari aspek-aspek tersebut. Indikator yang dimaksud meliputi perubahan kondisi pengguna jaminan kesehatan, konsumsi, kesehatan dan angka kesakitan.

A. Perubahan kondisi pengguna jaminan kesehatan

Angka harapan hidup (AHH) merupakan alat ukur keberhasilan kinerja pemerintah dalam upaya meningkatkan kesejahteraan masyarakat pada umumnya dan khususnya meningkatkan derajat kesehatan pada seluruh masyarakat. Angka harapan hidup menggambarkan umur rata-rata yang dicapai oleh masyarakat dalam mortalitas. Semakin tingginya angka harapa hidup maka semakin tingginya keberhasilan pembangunan kesehatan, semakin rendahnya angka harapan hidup maka dapat dikatakan bahwa pembangunan kesehatan tersebut belum mengalami keberhasilan (Muda dkk, 2019).

Menurut Sari dkk (2016) Alternatif strategi untuk meningkatkan Angka Harapan Hidup (AHH) adalah sebagai berikut:

- a. Memperbaiki program perencanaan pembangunan dan perkembangan kesehatan secara keseluruhan.
- b. Memperkuat koordinasi dengan pemerintah Kabupaten/Kota dalam meningkatkan kuantitas dan kualitas dari tenaga kesehatan serta pemerataan distribusi tenaga kesehatan yang adil.
- c. Memanfaatkan secara optimal sarana dan prasarana kesehatan yang dimiliki upaya meningkatkan cakupan masyarakat terutama dalam menurunkan tingkat kematian ibu dan kematian bayi.
- d. Memperkuat koordinasi dengan pemerintah Kabupaten/Kota dalam melaksanakan program kesehatan yang melibatkan masyarakat dalam berpartisipasi untuk meningkatkan kuantitas dan kualitas tenaga kesehatan dalam pengelolaan anggaran.
- e. Meningkatkan penyuluhan atau sosialisasi perilaku hidup sehat lingkungan masyarakat dalam menciptakan lingkungan yang sehat dan mengikutsertakan SDM kesehatan terkait pengelolaan anggaran
- f. Meningkatkan kerjasama antara pemerintah daerah dengan pihak swasta agar kualitas pelayanan kesehatan masyarakat dapat lebih optimal
- g. Memberikan bantuan anggaran keuangan kepada pemerintah Kabupaten/Kota dengan alokasi anggaran sesuai

pengawasan dalam pelaksanaannya yang bertujuan dapat menurunkan tingkat kematian.

B. Kesehatan

Kesehatan merupakan keadaan dimana manusia merasakan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap manusia yang hidup secara produktif sosial dan ekonomi. Secara keseluruhan kesehatan akan dicapai melalui kombinasi dari fisik, kesejahteraan sosial dan mental. Perilaku kesehatan adalah semua aktivitas atau kegiatan seseorang yang bisa diamati atau tidak bisa diamati berkaitan dengan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan. Adapun yang dimaksud dengan pemeliharaan ini melindungi atau mencegah dari penyakit atau masalah kesehatan yang lain, mencari penyembuhan apabila terkena penyakit atau terkena masalah kesehatan dan meningkatkan kesehatan (Julismi, 2013).

Derajat kesehatan merupakan sebuah konsep yang dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti lingkungan, perilaku, genetik dan pelayanan kesehatan. Derajat kesehatan sangat penting dalam menentukan profil kesehatan masyarakat suatu daerah. Derajat kesehatan juga dipengaruhi oleh faktor lingkungan, sosial, pendidikan dan ekonomi (Ningsih, 2013). Sedangkan menurut Felly (2012) status kesehatan penduduk mencakup status kesehatan rumah tangga seperti lingkungan yang sehat, ibu melahirkan dan status kesehatan bayi balita, jaminan pemeliharaan kesehatan, tersedianya sarana kesehatan dan petugas kesehatan.

Menurut Kementerian Kesehatan RI (2010) derajat kesehatan sangat penting dalam menggambarkan profil kesehatan masyarakat di suatu daerah. Dalam menilai derajat kesehatan masyarakat, digunakan indikator Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Ibu (AKI). Faktor-faktor yang memengaruhi derajat kesehatan masyarakat tidak hanya berasal dari sektor kesehatan melainkan juga dipengaruhi oleh faktor ekonomi, pendidikan, lingkungan sosial, keturunan, dan faktor lainnya. Sedangkan menurut Effendy (1998) derajat kesehatan merupakan sebuah konsep yang dipengaruhi oleh empat faktor, yaitu: lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan, dan genetik. Untuk meningkatkan derajat kesehatan, faktor-faktor tersebut harus dikendalikan dengan baik. Indikator yang digunakan untuk menilai derajat kesehatan masyarakat adalah sebagai berikut:

1. Angka Kematian (Mortalitas)

Angka Kematian (Mortalitas) adalah peristiwa hilangnya semua tanda-tanda kehidupan secara permanen yang bisa terjadi tiap saat setelah kelahiran hidup (Budi, 1985). Menurut Mantra (2000) Mortalitas (angka kematian) merupakan salah satu dari tiga komponen proses demografi yang berpengaruh terhadap struktur penduduk, dua komponen yang lainnya adalah kelahiran (fertilitas) dan mobilitas penduduk.

Menurut Dinkes Aceh (2018) ada beberapa indikator yang termasuk kedalam mortalitas (angka kematian) yaitu:

1. Angka Kematian Neonatal, Bayi dan Balita

Angka Kematian Neonatal (AKN) adalah jumlah bayi baru lahir sampai dengan usia 28 hari yang meninggal di suatu wilayah pada kurun waktu tertentu yang dinyatakan dalam 1.000 kelahiran hidup pada tahun yang sama. Kemudian pengertian angka Kematian Bayi (AKB) adalah jumlah bayi yang meninggal sebelum mencapai usia 1 tahun yang dinyatakan dalam 1.000 kelahiran hidup pada tahun yang sama. Angka kematian bayi merupakan indikator yang digunakan untuk menentukan derajat kesehatan masyarakat. Sedangkan angka kematian balita atau AKABA adalah jumlah anak yang meninggal sebelum mencapai usia 5 tahun, dinyatakan sebagai angka per 1.000 kelahiran hidup. AKABA mempresentasikan peluang terjadinya kematian pada fase antara kelahiran dan sebelum umur 5 tahun.

2. Angka Kematian Ibu (AKI)

Angka kematian ibu (AKI) adalah jumlah kematian ibu selama masa kehamilan, persalinan, dan nifas (42 hari setelah melahirkan) yang disebabkan oleh kehamilan, persalinan, dan nifas atau pengelolaannya, bukan karena sebab-sebab lain seperti kecelakaan atau terjatuh di setiap 100.000 kelahiran hidup.

C. Angka Kesakitan (Morbiditas)

Angka Kesakitan (Morbiditas) merupakan kondisi seseorang dikatakan sakit apabila keluhan kesehatan yang dirasakan mengganggu aktivitas sehari-hari yaitu tidak dapat melakukan kegiatan seperti bekerja, mengurus rumah tangga dan kegiatan lainnya secara normal sebagaimana biasanya. Morbiditas

(Angka Kesakitan) sendiri disebabkan karena sakit sindrom gawat napas neonatus, tuberkulosis dan diare (pediatric, 2012). Sedangkan menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2003) ada tiga dimensi yang menunjukkan indikator-indikator morbiditas (kesakitan) yaitu dimensi umur panjang dan sehat, dimensi pengetahuan dan dimensi kehidupan yang layak dan dimensi kehidupan yang layak Untuk dimensi umur panjang & sehat diukur berdasarkan angka harapan hidup. Untuk dimensi pengetahuan diukur berdasarkan angka buta huruf (dewasa). Sedangkan dimensi kehidupan yang layak diukur berdasarkan persentase penduduk tanpa akses terhadap air bersih dan persentase penduduk tanpa akses terhadap sarana kesehatan.

Langkah penting dalam penyelenggaraan pelayanan kepada masyarakat dengan adanya upaya pelayanan kesehatan dasar. Pelayanan kesehatan dasar secara cepat dan tepat untuk mengatasi sebagian besar masalah kesehatan pada masyarakat. Masalah kesehatan masyarakat meliputi kesehatan ibu bersalin, perawatan bayi baru lahir yang diberikan semua pelayanan kesehatan. Adapun pelayanan kesehatan diperkirakan dapat menurunkan angka kematian ibu mencapai 20% (Ismail, 2013).

D. Konsumsi

Pola konsumsi merupakan berbagai jenis makanan yang biasanya dimasak dan dimakan keluarga sehari-hari. Makanan diatur sesuai dengan frekuensi makanan, jenis makanan dan jumlah makanan yang dipengaruhi oleh kebiasaan makan, kesukaan dan

pantangannya. Konsumsi makanan mengacu pada jumlah pangan dan gizi yang dikonsumsi oleh keluarga yang dihitung dengan mengukur jumlah pangan yang dikonsumsi setelah dimasak dan kandungan gizinya seperti protein dan energy (Adha, 2019). Menurut Petralina (2020) pola konsumsi merupakan kebiasaan makan sehari-hari seseorang atau anggota rumah tangga dengan jumlah, frekuensi dan jenis makanan yang dikonsumsi sesuai dengan zat gizi yang dianjurkan sebagai pengaruh psikologis, fisiologis, sosial dan budaya.

Konsumsi merupakan hal penting dalam segala aktivitas ekonomi dalam suatu wilayah. Konsumsi sendiri dapat menggambarkan sisi ekonomi suatu rumah tangga pembagian pendapatan yang dimiliki (Mayasari, 2018). Menurut Subarna (2012) pengeluaran suatu rumah tangga dibagi kedalam konsumsi pangan dan non pangan. Pengeluaran rumah tangga yang semakin tinggi melambangkan semakin tinggi pula tingkat daya belinya, secara umum kesejahteraan rumah tangga akan semakin baik. Berdasarkan pergeseran susunan pengeluaran tingkat kesejahteraan rumah tangga juga dapat dilihat, maka semakin rendahnya proporsi pengeluaran pangan dapat dikatakan adanya perbaikan tingkat kesejahteraan.

Pengetahuan tentang ketersediaan bahan konsumsi makanan rumah tangga mencakup tentang pemilihan bahan dasar makanan yang akan dikonsumsi, memilih cara pengolahan yang baik dan penyajian makanan yang baik. Dengan demikian,

penyediaan konsumsi makanan yang baik dan sehat diharapkan masyarakat dapat mengubah perilaku dan sikap terhadap makanan dengan lebih baik. Adapun faktor yang berpengaruh terhadap konsumsi makanan yaitu pendapatan rumah tangga, dengan meningkatnya pendapatannya maka kecukupan rumah tangga akan pola konsumsi terpenuhi dan kesejahteraan rumah tangga akan meningkat (Margareta, 2014).

Kebiasaan makan yang baik dan sehat merupakan kebiasaan masyarakat yang mengonsumsi beberapa jenis makanan yang dianjurkan, seperti protein, karbohidrat, lemak, sayuran dan lemak yang dapat diterapkan secara keseluruhan. Sayuran dan buah merupakan sumber makanan yang mengandung vitamin dan mineral untuk menjaga fungsi fisiologis tubuh (Manullang, 2015).

2.3 Keterkaitan Antar Variabel

2.3.1 Pengaruh Pelayanan Masyarakat Terhadap Perubahan Kondisi Pengguna Jaminan Kesehatan

Pelayanan kesehatan setiap upaya yang diselenggarakan perseorangan atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi atau lembaga untuk memelihara dan meningkatkan kesejahteraan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok ataupun masyarakat. Pelayanan kesehatan termasuk dalam kelompok pelayanan kesehatan masyarakat (public health services). Pelayanan kesehatan yang diberikan rumah sakit dan puskesmas adalah pelayanan

kesehatan menyeluruh, meliputi Kuratif (pengobatan), Preventif (upaya pencegahan), promotif (peningkatan kesehatan), dan Rehabilitatif (pemulihan kesehatan). diharapkan dengan adanya kualitas pelayanan kesehatan yang optimal termasuk semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat tidak dipersulit keberadaannya di masyarakat pada setiap saat yang dibutuhkan (Radito, 2014).

Penelitian yang dilakukan oleh Dewi (2016) menyimpulkan bahwa pelayanan kesehatan berupa kehandalan tenaga medis, daya tanggap tenaga medis dan empati berpengaruh positif terhadap kepuasan pasien pengguna jaminan kesehatan. Sehingga memberikan perubahan pada pasien. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Al-Hamzani dkk (2018) menyimpulkan bahwa kualitas pelayanan kesehatan masyarakat diukur dari daya tanggap tenaga medis, kehandalan tenaga medis dan empati berpengaruh positif terhadap kepuasan pengguna jaminan kesehatan, sehingga memberikan kesembuhan yang optimal kepada pasien. Sejalan dengan penelitian Ristiani (2017) menyatakan bahwa pelayanan kesehatan berpengaruh positif terhadap kepuasan pasien. Kepuasan pasien dengan memberikan kualitas pelayanan kesehatan yang optimal, sehingga adanya perubahan pada pasien.

2.3.2 Pengaruh Ketersediaan Sarana dan Prasarana Terhadap Perubahan Kondisi Pengguna Jaminan Kesehatan

Ketersediaan sarana dan prasarana merupakan salahsatu faktor pendukung tercapainya tujuan suatu lembaga dalam perencanaan yang optimal sebagai pelayanan dalam perusahaan jasa kepada pengguna jasa tersebut. Istilah sarana dan prasarana sebenarnya sama dengan fasilitas, sehingga dapat diartikan dengan segala sesuatu baik berupa fisik dan uang yang dapat memudahkan dan melancarkan pelaksanaan program yang telah direncanakan. Salahsatu fasilitas ruang inap untuk pasien yang harus rawat juga mempengaruhi kepuasan pasien. Fasilitas ruang inap ini disediakan berdasarkan permintaan pasien mengenai ruang rawat inap yang ditetapkan (Radito, 2014).

Penelitian yang dilakukan oleh Widada (2017) menyatakan bahwa dalam upaya peningkatan fasilitas fisik dan sarana prasarana rumah sakit menunjukkan adanya pengaruh positif terhadap ketahanan masyarakat. penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ristiani (2017) menyimpulkan bahwa sarana dan prasarana memberikan pengaruh positif terhadap kepuasan pasien, sehingga memberikan perubahan pada pasien.

2.3.3 Pengaruh Kemudahan Mengakses Informasi Terhadap Perubahan Kondisi Pengguna Jaminan Kesehatan

Komunikasi kesehatan merupakan proses untuk mengembangkan atau membagi pesan kesehatan kepada audiens tertentu dengan maksud mempengaruhi pengetahuan, sikap, keyakinan mereka tentang pilihan perilaku hidup sehat. Dalam komunikasi antarpersona tersebut akan terjadi secara dialogis dan transaksional dimulai dari pasien terlebih dahulu atau dari petugasnya dan sebaliknya. Sehingga diantara keduanya terjadi bergantian posisi sebagai komunikator dan komunikan atau pada proses encoding dan decoding (Komariah, 2013). Menurut Prasanti (2017) informasi kesehatan juga akan menjadi hal yang penting ketika individu tersebut mengalami kondisi sakit. Adanya sifat subjektifitas konsep sakit ini menjadi peluang bagi masuknya kajian berdasarkan perspektif ilmu komunikasi, khususnya jika menggunakan batasan komunikasi intrapersonal sebagai proses individu dalam menggali cara-cara yang di dalamnya pemaknaan kesehatan yang dinyatakan, diinterpretasi dan dipertukarkan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Fatimah (2019) menyatakan bahwa adanya pengaruh positif antara kemudahan mengakses informasi dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh masyarakat. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ardina (2017) yang menyimpulkan bahwa sebagian besar responden mencari informasi melalui internet atau media sosial. Maka dapat dikatakan bahwa media

sosial dapat memberikan informasi atau edukasi tentang kesehatan yang dapat dimanfaatkan oleh seseorang. Sehingga terdapat pengaruh yang positif antara mengakses informasi dengan perubahan perilaku seseorang.

2.3.4 Pengaruh Intensitas Sosialisasi yang Dilakukan Terhadap Perubahan Kondisi Pengguna Jaminan Kesehatan

Intensitas sosialisasi merupakan komunikasi kesehatan dengan cara menyampaikan informasi-informasi seputar kesehatan yang diberikan oleh komunikator melalui media penyuluhan secara cara langsung maupun tidak langsung kepada komunikan dengan mempromosikan kesehatan serta edukasi pencegahan penyakit dengan bertujuan untuk mendorong perubahan perilaku masyarakat tentang peduli kesehatan. Hasil dari komunikasi kesehatan diharapkan dapat dilihat dari perubahan pengetahuan, sikap dan perilaku masyarakat dalam menilai dan menanggapi pencegahan pada penyakit guna meningkatkan derajat kesehatan yang optimal. Dengan melaksanakan program-program penyuluhan kesehatan yang efektif kepada masyarakat untuk mendapatkan informasi penting yang perlu masyarakat ketahui (Endrawati, 2015).

Penelitian yang dilakukan oleh Rika dkk (2012) menyimpulkan bahwa adanya pengaruh yang signifikan antara penyuluhan dengan perubahan pengetahuan dan sikap responden, maka dapat dikatakan bahwa penyuluhan atau sosialisasi yang

dilakukan akan mempengaruhi pengetahuan dan sikap positif responden. penelitian ini sejalan dengan penelitian Wulandari dan Oktia (2016) yang menyimpulkan bahwa terdapat pengaruh pengetahuan, sikap dan praktik anak sekolah terhadap memilih pangan jajanan setelah diberikan penyuluhan atau sosialisasi dengan menggunakan media *smartcards*.

2.3.5 Pengaruh Perubahan Kondisi Pengguna Jaminan Kesehatan Terhadap Konsumsi

Kekurangan energi protein dapat menurunkan kecerdasan, menghambat pertumbuhan tubuh, metabolisme. Adapun Kekurangan Energi Protein (KEP) merupakan salah satu masalah gizi utama yang dihadapi masyarakat perkotaan maupun perdesaan. Kekurangan energi protein pada suatu kelompok masyarakat dalam mendukung urban lifestyle yang berkualitas, yang lebih rendah akan mempengaruhi status gizi pada periode siklus kehidupan selanjutnya. Setiap orang dianjurkan makan makanan yang cukup mengandung energi, agar dapat melanjutkan hidup dan dapat melaksanakan kegiatan sehari-hari. Masyarakat dianjurkan untuk mendapatkan kecukupan energy yang dapat dipenuhi dengan mengkonsumsi makanan bersumber lemak, karbohidrat dan protein. Mengonsumsi makanan dengan pola makan sehat melalui beberapa cara, antara lain menjaga asupan energi dari makanan yang dikonsumsi agar tetap berada dalam jumlah yang sesuai dengan

Angka Kecukupan Gizi sehingga terhindar dari kelebihan berat badan dan menghindari resiko yang akan terjadi (Hartari, 2016).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan Siregar (2016) yang menyimpulkan bahwa penyuluhan efektif untuk terjadinya perubahan perilaku terhadap pelaksanaan PUGS (pedoman umum gizi seimbang), maka dapat dinyatakan bahwa adanya pengaruh yang signifikan antara perubahan perilaku seseorang terhadap pola konsumsi dengan adanya penyuluhan tentang gizi seimbang. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Wuryandari (2015) menyatakan bahwa sosio ekonomi berupa jaminan kesehatan mempengaruhi proporsi pengeluaran rumah tangga di Indonesia.

2.3.6 Pengaruh Perubahan Kondisi Pengguna Jaminan Kesehatan Terhadap Kesehatan

Upaya pencegahan, pengendalian dan penanganan kesehatan dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah dan seluruh masyarakat. Upaya tersebut dapat dilakukan dengan kegiatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Upaya promotif dan preventif tersebut dapat dilakukan dengan GERMAS. Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) merupakan kegiatan atau sebuah gerakan yang direncanakan oleh seluruh pihak dalam pemerintah secara bersama dengan kemampuan dan kemauan untuk berperilaku hidup sehat. Sebuah kebijakan yang sudah

direncanakan dan ditetapkan harus diimplementasikan agar mempunyai dampak dan tujuan yang diinginkan secara optimal sehingga adanya perubahan pada masyarakat dalam menerapkan hidup sehat (Cahayani dkk, 2020).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Panggantih dkk (2019) yang menyatakan bahwa ada hubungan manfaat pelayanan kesehatan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Penelitian ini menjelaskan bahwa manfaat kesehatan yang dirasakan dalam penggunaan pelayanan kesehatan akan menentukan seseorang dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. Dengan demikian, pelayanan kesehatan dapat memberikan manfaat bagi dirinya. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Djunawan (2018) yang menyatakan bahwa berdasarkan hasil analisa dapat disimpulkan jaminan kesehatan berpengaruh yang signifikan terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan.

2.3.7 Pengaruh Konsumsi Terhadap Kesehatan

Rumah tangga tidak dapat terlepas dari perilaku konsumsi untuk memenuhi kebutuhan primer maupun kebutuhan sekunder dalam memenuhi kelangsungan hidup berumah tangga. Konsumsi merupakan salah satu hal utama dalam konsep ekonomi makro, jika rumah tangga melakukan suatu aktivitas konsumsi maka akan memberikan pengaruh kepada pendapatan nasional. Kondisi konsumsi saat ini pada masyarakat saat ini menjadi masyarakat konsumtif. Penentuan tingkat kesesjahteraan dapat ditinjau dari

proporsi konsumsi makanan dan non makanan. Semakin tinggi proporsi konsumsi non makanan maka akan semakin sejahtera (Hanum, 2017).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Petralina (2020) yang menyatakan bahwa pola konsumsi mempengaruhi status gizi sehingga ada hubungan yang signifikan antara pola konsumsi dengan status gizi. Pada penelitian yang dilakukan oleh Manuhutun dkk (2017) menyatakan bahwa terdapat hubungan antara tingkat konsumsi lemak dengan status gizi, maka dapat dinyatakan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan antara variabel konsumsi terhadap kesehatan.

2.4 Penelitian Terdahulu

Pada penelitian yang dilakukan oleh Sulaiman, Hamzah dan Syahnur (2013) yang berjudul “Pengaruh Program Jaminan Kesehatan Aceh Terhadap Derajat Kesehatan Masyarakat Aceh” bertujuan untuk mengetahui pengaruh program jaminan kesehatan Aceh terhadap derajat kesejahteraan masyarakat Aceh. Metode Kuantitatif menggunakan analisis data panel. Prosedur pengolahan panel data menggunakan Estimasi dengan fixed effect, Uji Chow-test (pool vs Fixed effect), estimasi di random effect dan Uji Hausman (Random Vs Fixed). Adapun hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa anggaran JKA perkapita berpengaruh negatif terhadap Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Bayi (AKB) dan menggunakan Estimasi dengan fixed effect, Uji Chow-

test (pool vs Fixed effect), estimasi di random effect dan Uji Hausman (Random Vs Fixed).

Djunawan (2018) dalam penelitian yang berjudul “Pengaruh Jaminan Kesehatan Terhadap Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Primer Di Perkotaan Indonesia” bertujuan untuk mengetahui pengaruh jaminan kesehatan terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan primer. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode kuantitatif rancang bangun cross sectional study menggunakan data IFLS 5. Uji yang digunakan dalam penelitian ini adalah regresi logistik. Adapun hasil dari penelitian ini adalah Jaminan kesehatan berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan primer. Jaminan kesehatan daerah dan BPJS masih belum adil bagi masyarakat miskin perkotaan.

Situmeang dan Hidayat (2018) penelitian ini berjudul “Pengaruh Kepemilikan Jaminan Kesehatan Terhadap Belanja Kesehatan Katastopik Rumah Tangga Di Indonesia tahun 2012” bertujuan untuk mengetahui pengaruh kepemilikan jaminan kesehatan terhadap belanja kesehatan katastopik rumah tangga di Indonesia. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode Kuantitatif. Penelitian menggunakan data sekunder. Total sampel Susenas yang dikumpulkan oleh BPS 279.581 individu. Penelitian ini juga menggunakan menggunakan model bivariat probit (biprobit). Adapun hasil dari penelitian ini adalah Hasil penelitian ini menyatakan bahwa kepemilikan jaminan kesehatan berhubungan negatif terhadap belanja kesehatan katastropik sebesar

12.97% pada ambang batas 10% dari total pengeluaran dan sebesar 18.42% pada ambang batas 20% total pengeluaran non-makanan. kepemilikan jaminan kesehatan dapat menurunkan belanja kesehatan katastrofik. Hal ini diharapkan memberikan perlindungan financial kepada rumah tangga.

Wahyudin, Natsir dan Susanti (2019) penelitian ini yang berjudul “. Pengaruh Implementasi Kebijakan Program Jaminan Kesehatan Nasional (Jkn) Terhadap Kualitas Pelayanan Kesehatan Di Puskesmas Donggala Kabupaten Donggala” bertujuan untuk mengetahui pengaruh implementasi kebijakan program jaminan kesehatan nasional (jkn) terhadap kualitas pelayanan kesehatan. Metode yang digunakan adalah metode kuantitatif. Data yang digunakan adalah data primer dan data sekunder. Data primer diperoleh dari hasil kuisioner dengan responden sebanyak 95 orang, di ambil secara *stratifikasi random sampling*. Teknik analisis data yang digunakan ialah regresi linier berganda dengan menggunakan uji t. di puskesmas donggala Kabupaten Donggala. Penelitian ini menggunakan. Adapun hasil dari penelitian ini adalah berdasarkan analisis regresi linear secara Parsial menunjukkan bahwa dimensi Implementasi kebijakan yang mempunyai pengaruh positif dan signifikan terhadap kualitas pelayanan.

Harwati, Budiwibowo dan Murwani (2017) penelitian ini berjudul “Pengaruh Jaminan Kesehatan Dan Disiplin Kerja Terhadap Kinerja Karyawan Di Perhutani Kph Saradan” bertujuan untuk mengetahui pengaruh jaminan kesehatan dan disiplin kerja

terhadap kinerja karyawan di perhutani kph saradan. Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif. Penelitian ini menggunakan statistik inferensial. Statistik inferensial dalam penelitian ini menggunakan analisis regresi linier berganda. Adapun hasil dari penelitian ini berdasarkan pada hipotesis 1 maka adanya pengaruh yang positif dan signifikan variabel jaminan kesehatan terhadap kinerja karyawan. Berdasarkan pada hipotesis 2 maka adanya pengaruh yang positif dan signifikan variabel disiplin kerja terhadap kinerja karyawan. Sedangkan pada hipotesis 3 adanya pengaruh secara simultan antara jaminan kesehatan dan disiplin kerja terhadap kinerja karyawan.

Amborowati dan Rizki (2017) penelitian ini berjudul “Pengaruh Jaminan Kesehatan Nasional (milik pemerintah) Terhadap Angka Kematian Ibu di Indonesia” bertujuan untuk mengetahui pengaruh jaminan kesehatan nasional (milik pemerintah) terhadap angka kematian ibu di Indonesia. Penelitian ini menggunakan metode analisis deskriptif. Berdasarkan hasil penelitian ini menunjukkan bahwa jaminan kesehatan nasional belum memberikan pengaruh secara langsung terhadap angka kematian ibu di Indonesia, akan tetapi alokasi dana oleh pemerintah terus meningkat setiap tahunnya. Hal tersebut terjadi karena masih banyak masyarakat miskin yang kurang pengetahuan dibidang kesehatan dan kurangnya tingkat partisipasi masyarakat terhadap jaminan kesehatan nasional (JKN).

Djunawan (2019) penelitian ini berjudul “Benarkah Subsidi Jaminan Kesehatan Meningkatkan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Primer oleh Penduduk Miskin Perkotaan” bertujuan untuk mengetahui jaminan kesehatan meningkatkan pemanfaatan pelayanan kesehatan primer oleh penduduk miskin perkotaan. Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dengan rancang bangun *cross sectional study*. Sampel pada penelitian ini adalah penduduk miskin perkotaan usia 15 tahun keatas yang tinggal di perkotaan pada 13 provinsi di Indonesia. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pada penduduk miskin perkotaan kepemilikan maupun tipe jaminan kesehatan tidak mempunyai pengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan swasta. Status ekonomi mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan primer. Penelitian ini juga menunjukkan masih banyak penduduk perkotaan dan penduduk miskin perkotaan yang masih belum mendapatkan jaminan kesehatan. Penduduk miskin perkotaan yang memiliki gejala dalam 4 minggu terakhir yang tidak memiliki jaminan kesehatan maupun yang memiliki jaminan kesehatan hanya sedikit yang menggunakan pelayanan kesehatan.

Zogara (2019) penelitian ini berjudul “Kepemilikan Jaminan Kesehatan dengan Kepuasan Pasien di Puskesmas Jetis 1 Bantul” bertujuan untuk mengetahui kepemilikan jaminan kesehatan dengan kepuasan pasien di Puskesmas Jetis 1 Bantul, Yogyakarta. Metode yang digunakan pada penelitian ini adalah

metode kuantitatif dengan desain *cross-sectional*. Adapun hasil dari penelitian ini adalah menunjukkan bahwa adanya hubungan antara kepemilikan jaminan kesehatan dengan kepuasan pasien di puskesmas Jetis 1 Bantul, Yogyakarta. Adapun sebagian besar pasien di puskesmas Jetis 1 Bantul, Yogyakarta memiliki jaminan kesehatan sebanyak 78,4%, sedangkan kepuasan pasien menyatakan puas sebanyak 54 orang (55,7%). Diketahui bahwa ketidakpuasan pasien meliputi ketersediaan fasilitas dan lamanya pada pendaftaran maupun di poliklinik.

Tabel 2. 1 Penelitian Terkait

No.	Peneliti	Metode penelitian	Hasil penelitian
1	Sulaiman, hamzah dan syahnur (2013)	Analisis regresi data panel.	Anggaran JKA perkapita berpengaruh negatif terhadap Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Bayi (AKB) dan berpengaruh positif terhadap Umur Harapan Hidup (UHH) di Aceh dan realisasi anggaran JKA menurut kab/kota di propinsi

Tabel 2.1 – Lanjutan

No.	Peneliti	Metode penelitian	Hasil penelitian
			Aceh sudah efisien dan efektif.
2	Achmad Djunawan (2018)	Metode kuantitatif rancang bangun cross sectional study menggunakan data IFLS 5. Uji yang digunakan dalam penelitian ini adalah regresi logistik.	Jaminan kesehatan berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan primer. Jaminan kesehatan daerah dan BPJS masih belum adil bagi masyarakat miskin perkotaan.
3	Lena Elfrida Situmeang dan Budi Hidayat (2018)	Metode Kuantitatif. Penelitian menggunakan data sekunder. Total sampel Susenas yang dikumpulkan oleh BPS 279.581 individu. Penelitian ini juga menggunakan menggunakan model bivariat probit (biprobit)	Kepemilikan jaminan kesehatan berhubungan negatif terhadap belanja kesehatan katastrofik sebesar 12.97% pada ambang batas 10% dari total pengeluaran dan sebesar 18.42% pada ambang batas 20% total pengeluaran non-makanan. kepemilikan jaminan kesehatan dapat menurunkan belanja kesehatan katastrofik. Hal ini diharapkan memberikan perlindungan financial kepada rumah tangga.

Tabel 2.1 – Lanjutan

4	Rizal Wahyudin, Nawawi Natsir dan Ani Susanti (2016)	Metode kuantitatif. Data yang digunakan adalah data primer dan data sekunder. Data primer diperoleh dari hasil kuesioner dengan Responden Sebanyak 95 orang, di ambil secara <i>stratifikasi random sampling</i> . Teknik analisis data yang digunakan ialah regresi linier berganda dengan menggunakan uji t	Analisis regresi linear secara Parsial menunjukkan bahwa dimensi Implementasi kebijakan yang mempunyai pengaruh positif dan signifikan terhadap kualitas pelayanan
5	Lina Harwati, Satrijo Budiwibowo dan Juli Murwani (2017)	Metode Kuantitatif. Penelitian ini menggunakan statistik inferensial. Statistik inferensial dalam penelitian ini menggunakan	Hipotesis 1 maka adanya pengaruh yang positif dan signifikan variabel jaminan kesehatan terhadap kinerja karyawan. Berdasarkan pada hipotesis 2 maka adanya pengaruh yang positif dan signifikan Variabel disiplin kerja

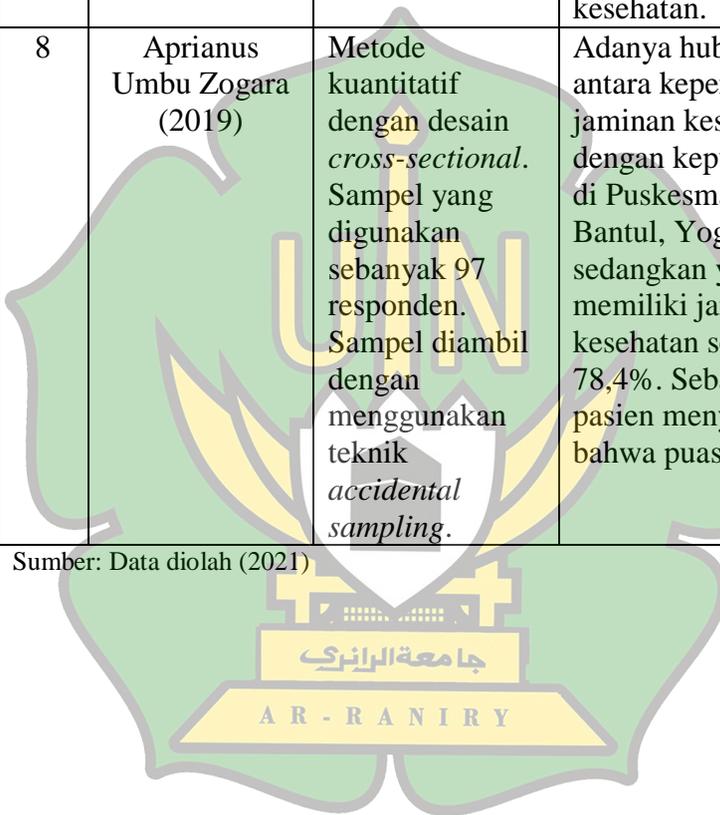
Tabel 2.1 – Lanjutan

		analisis regresi Linier berganda.	terhadap kinerja karyawan. Sedangkan pada hipotesis 3 adanya pengaruh secara simultan antara jaminan kesehatan dan disiplin kerja terhadap kinerja karyawan
6	Siti Amborowati, Cut Zakia Rizki (2017)	Metode analisis deskriptif untuk mengetahui pengaruh jaminan kesehatan terhadap angka kematian ibu di Indonesia.	Jaminan Kesehatan Indonesia belum memberikan pengaruh secara langsung terhadap angka kematian ibu (AKI) di Indonesia. Berdasarkan hasil dari deskriptif tidak terdapat masalah dari sisi, ekonomi, tetapi terdapat masalah dari sisi non ekonomi.
7	Achmad Djunawan (2019)	Metode kuantitatif dengan rancang bangun <i>crossy sectional study</i> menggunakan data IFLS 5. Sampel pada penelitian ini adalah penduduk miskin usia 15 tahun keatas yang tinggal di	Status ekonomi mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan primer. Hasil penelitian ini menunjukkan masih banyak penduduk perkotaan maupun penduduk miskin perkotaan yang belum mendapatkan jaminan kesehatan. Penduduk miskin perkotaan

Tabel 2.1 – Lanjutan

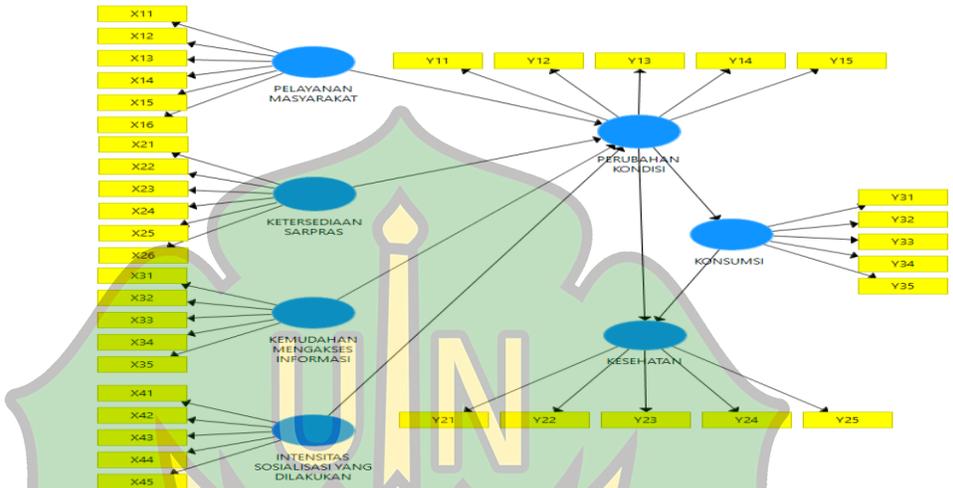
		perkotaan dan memiliki gejala.	kepemilikan maupun tipe jaminan kesehatan tidak mempunyai pengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan.
8	Aprianus Uumbu Zogara (2019)	Metode kuantitatif dengan desain <i>cross-sectional</i> . Sampel yang digunakan sebanyak 97 responden. Sampel diambil dengan menggunakan teknik <i>accidental sampling</i> .	Adanya hubungan antara kepemilikan jaminan kesehatan dengan kepuasa pasien di Puskesmas Jetis 1 Bantul, Yogyakarta sedangkan yang memiliki jaminan kesehatan sebanyak 78,4%. Sebanyak 54 pasien menyatakan bahwa puas.

Sumber: Data diolah (2021)



2.5 Kerangka Berfikir Penelitian

Adapun skema kerangka berfikir penelitian ini ditampilkan pada Gambar 2.1 sebagai berikut:



Sumber: Data diolah (2021)

Gambar 2. 1 Skema Model Penelitian

2.6 Hipotesis Penelitian

Dalam penelitian ini hipotesis penelitian dapat dirumuskan sebagai berikut:

H₁: Pelayanan masyarakat berpengaruh terhadap perubahan kondisi pengguna jaminan kesehatan

H₂: Ketersediaan sarana dan prasana berpengaruh terhadap perubahan kondisi pengguna jaminan kesehatan

H₃: Kemudahan mengakses informasi berpengaruh terhadap perubahan kondisi pengguna jaminan kesehatan

- H₄: Intensitas sosialisasi yang dilakukan berpengaruh terhadap perubahan kondisi pengguna jaminan kesehatan
- H₅: Perubahan kondisi pengguna jaminan kesehatan berpengaruh terhadap konsumsi
- H₆: Perubahan kondisi pengguna jaminan kesehatan berpengaruh terhadap kesehatan
- H₇: Konsumsi berpengaruh terhadap kesehatan



BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Jenis dan Pendekatan Penelitian

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian pendekatan kuantitatif . Menurut Sugiyono (2018) Penelitian ini menggunakan metode penelitian kuantitatif karena penelitian ini menggunakan angka-angka dengan menggunakan analisis statistik yang bertujuan untuk menguji hipotesis yang telah dibuat. Menurut Kuncoro (2013) metode penelitian kuantitatif digunakan untuk meneliti pada populasi atau sampel tertentu, analisis data bersifat statistik, pengumpulan data menggunakan instrumen penelitian dengan tujuan untuk menguji hipotesis yang telah ditetapkan sebelumnya.

3.2 Data Penelitian

Sumber data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data primer. Sumber data primer merupakan sumber data yang dikumpulkan langsung untuk pertama kali. Menurut Sugiyono (2018) data primer merupakan sumber data yang diperoleh langsung dari pengumpul data. Data primer diperoleh langsung dari subjek penelitian, dalam hal ini peneliti dapat langsung memperoleh data atau informasi dengan menggunakan instrument yang telah ditentukan. Peneliti mengumpulkan data primer untuk menjawab pertanyaan penelitian. Data primer ini diperoleh melalui penyebaran kuesioner melalui google forms kepada responden peserta Jaminan Kesehatan Aceh.

3.3 Teknik Pengumpulan Data

Penelitian ini menggunakan penyebaran kuesioner melalui google forms sebagai instrumen penelitian. kuesioner merupakan lembar kerja berisi beberapa pertanyaan dengan struktur standar. Selama investigasi, kondisi penelitian tidak dimanipulasi oleh para peneltian (Priyono, 2008). Menurut Syahrudin dan Salim (2012) kuesioner merupakan kuesioner yang didasarkan pada dua jenis pertanyaan yaitu kuesioner dengan pertanyaan terbuka atau kuesioner dengan pertanyaan tertutup atau kombinasi keduanya. Pertanyaan terbuka memungkinkan penjelasan yang mendalam, sedangkan pertanyaan tertutup membatasi jawaban unit analisis untuk menyederhanakan penghitungan. Kuesioner adalah teknik yang paling banyak digunakan untuk mengumpulkan informasi dari topik. Berikut ini ditentukan populasi dan sampel pada penelitian:

3.3.1 Populasi

Populasi merupakan keseluruhan subjek penelitian. Populasi dalam penelitian merupakan kumpulan individu atau objek yang bersifat umum (Arikunto, 2010). Menurut Sugiyono (2012) Populasi merupakan bidang yang luas, tersusun atas topik-topik dengan kualitas dan karakteristik tertentu. Peneliti menentukan tema dan karakteristik tersebut untuk dipahami dan dipelajari, kemudian menarik kesimpulan. Berdasarkan pengertian di atas maka yang menjadi populasi dalam penelitian ini adalah seluruh

pengguna jaminan kesehatan di Provinsi Aceh. Pengguna jaminan kesehatan di Provinsi Aceh dari tahun 2010-2020, sehingga diambil rata-rata total populasi sebanyak 1.815.161 orang.

3.3.2 Sampel

Sampel merupakan bagian dari banyak karakteristik populasi yang digunakan untuk penelitian. Sampel juga diambil dari suatu populasi yang benar-benar valid dan efektif, yaitu dapat mengukur apa yang seharusnya diukur (Sujarweni, 2015). Teknik pengambilan sampel menggunakan *probability sampling*. Perhitungan jumlah sampel menggunakan software *raosoft sample size*. Perhitungan sampel berdasarkan rata-rata jumlah pengguna jaminan kesehatan pada periode tahun 2010-2020 dengan *margin of error* 10%. Maka dapat ditentukan sampel pada penelitian ini sebanyak 90 orang.

3.4 Skala Pengukuran

Skala pengukuran pada penelitian ini menggunakan Skala Likert. Skala likert merupakan skala pengukuran yang biasanya digunakan dalam survey kuesioner dan skala yang paling banyak dalam penelitian. Saat menggunakan skala likert untuk menjawab pertanyaan, responden menentukan tingkat persetujuan mereka pada pernyataan tersebut dengan memilih salah satu opsi yang tersedia. Skala likert merupakan skala pengukuran yang memiliki empat atau lebih pertanyaan yang digabungkan untuk membentuk

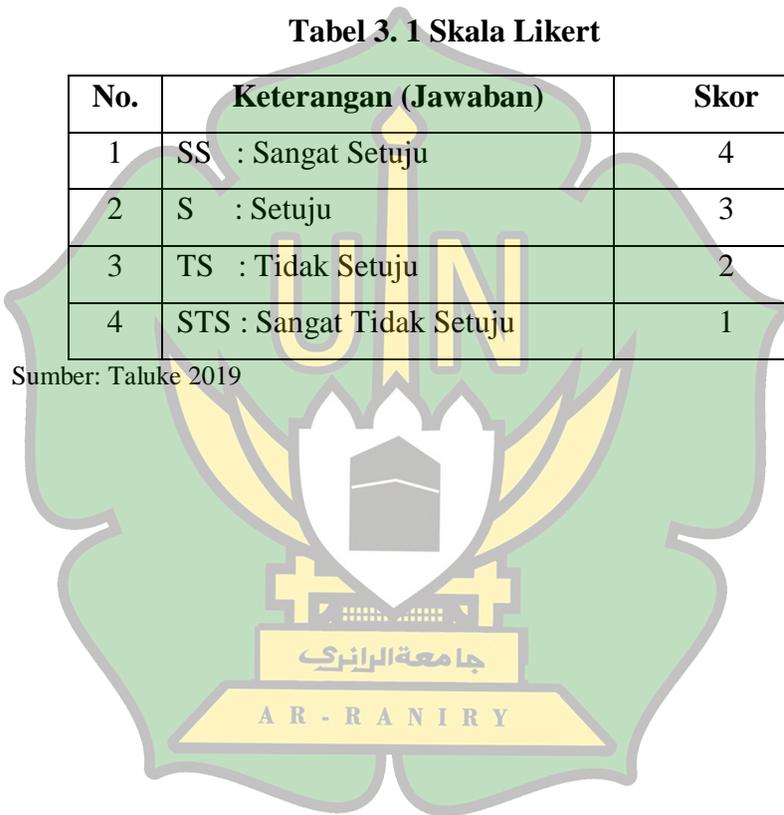
skor/nilai yang mempresentasikan karakteristik pribadi seperti pengetahuan, sikap dan perilaku (Maryuliana, 2016).

Penelitian ini telah disediakan alternatif pilihan jawaban dari pertanyaan yaitu mulai dari skor 4,3,2 dan 1. Adapun skala likert dalam penelitian ini sebagai berikut:

Tabel 3. 1 Skala Likert

No.	Keterangan (Jawaban)	Skor
1	SS : Sangat Setuju	4
2	S : Setuju	3
3	TS : Tidak Setuju	2
4	STS : Sangat Tidak Setuju	1

Sumber: Taluke 2019



3.5 Operasional penelitian

Tabel 3. 2 Operasional Variabel Penelitian

Variabel	Indikator	Deskripsi	Skala Pengukuran
Variabel Laten Eksogen			
Jaminan kesehatan Aceh (X)1. Pelayanan Masyarakat (X ₁) 2. Ketersediaan Sarana & Prasarana Kesehatan (X ₂) 3. Kemudahan Mengakses Informasi (X ₃) 4. Intensitas Sosial yang dilakukan (X ₄)	Pelayanan administrasi (X ₁₁) Pelayanan perawatan (X ₁₂) Pelayanan tenaga medis (X ₁₃) Prosedur penerimaan pasien (X ₁₄) Prosedur penerimaan rujukan (X ₁₅) Pelayanan yang adil (X ₁₆) Kelengkapan alat medis (X ₂₁) Ketersediaan rumah sakit dan puskesmas (X ₂₂)	Jaminan Kesehatan Aceh adalah jaminan sosial di bidang kesehatan untuk pelayanan kesehatan bagi seluruh penduduk Aceh dalam rangka mewujudkan derajat kesehatan masyarakat Aceh secara optimal dan komprehensif (Sulaiman, 2013).	Ordinal

Tabel 3.2 - Lanjutan

Variabel	Indikator	Deskripsi	Skala Pengukuran
	<p>Ketersediaan fasilitas fisik (X₂₃)</p> <p>Ketersediaan fasilitas pendukung (X₂₄)</p> <p>Ketersediaan fasilitas obat-obatan (X₂₅)</p> <p>Ketersediaan fasilitas peralatan penunjang (X₂₆)</p> <p>Pendaftaran pada website (X₃₁)</p> <p>Website informasi jaminan kesehatan (X₃₂)</p> <p>Informasi prosedur pendaftaran (X₃₃)</p> <p>informasi secara transparan (X₃₄)</p> <p>Informasi dari</p>		

Tabel 3.2 – Lanjutan

Variabel	Indikator	Deskripsi	Skala Pengukuran
	petugas kesehatan (X_{35}) Sosialisasi secara rutin (X_{41}) Sosialisasi kualitas pelayanan (X_{42}) Sosialisasi langsung dari petugas (X_{43}) Kepuasan sosialisasi (X_{44}) Materi mudah dipahami (X_{45})		
Variabel Laten Endogen			
Kemaslahatan (Y) 1. Perubahan Kondisi Peserta (Y_1) 2. Konsumsi (Y_2)	Meningkatkan Angka Harapan Hidup (Y_{11}) Angka Harapan Hidup kunci kemaslahatan (Y_{12}) Perawatan dan pengobatan optimal (Y_{13})	Kemaslahatan adalah sesuatu yang bentuk keadaan material maupun nonmaterial yang mampu meningkatkan kedudukan manusia sebagai	Ordinal

Tabel 3.2 – Lanjutan

Variabel	Indikator	Deskripsi	Skala Pengukuran
	<p>Meningkatkan kualitas taraf hidup (Y₁₄) Pendapatan pekerjaan untuk kemaslahatan (Y₁₅) Sarana dan prasarana meningkatkan derajat kesehatan (Y₂₁) Penyuluhan jaminan kesehatan (Y₂₂) Derajat kesehatan (Y₂₃) Kemudahan mengakses rumah sakit dan puskesmas (Y₂₄) Pelayanan kesehatan optimal (Y₂₅) Asupan makanan</p>	<p>mahluk yang paling mulia. Tercukupinya kebutuhan mahluk akan memberikan dampak kemaslahatan (P3EI, 2015)</p>	

Tabel 3.2 - Lanjutan

Variabel	Indikator	Deskripsi	Skala Pengukuran
	pokok (Y_{31}) Makanan bergizi dan protein (Y_{32}) Rumah tangga tercukupi makanan (Y_{33}) Asupan vitamin (Y_{34}) Memiliki peralatan mck (mandi, cuci dan kebersihan) (Y_{35})		

Sumber: Data diolah (2021)

3.6 Teknik Analisis Data

Pada penelitian ini menggunakan analisis Structural Equation Modelling (SEM) merupakan suatu metode yang digunakan untuk menutup kelemahan yang terdapat pada metode regresi. Structural Equation Modelling (SEM) pada penelitian ini menggunakan pendekatan Partial Least Square (PLS). Partial Least Square (PLS) menggunakan metode *bootstrapping* atau penggandaan secara acak, dalam metode ini asumsi normalitas tidak menjadi masalah bagi Partial Least Square (PLS). Tujuan dari

penggunaan Partial Least Square (PLS) adalah untuk melakukan dugaan sementara atau hoipotesis.

Dalam motede SEM-PLS (partial Least Square) teknik analisis yang digunakan adalah sebagai berikut:

1. Merancang model struktural (inner model) yaitu mendapatkan model berbasis konsep dan teori (hubungan antar variabel laten yang digunakan).
2. Merancang model pengukuran (outer model) yaitu hubungan antara variabel indikator dengan variabel laten dilakukan dengan penentuan indikator dari masing-masing variabel laten (refleksif atau formatif).
3. Membuat diagram jalur (*diagram path*) yang menjelaskan hubungan antara variabel laten dengan indikatornya.
4. Menentukan estimasi parameter yang terdiri dari estimasi koefisien jalur, estimasi bobot, dan estimasi rata-rata. Metode estimasi dalam SEM-PLS meliputi tiga hal sebagai berikut:
 - a. *Pertama*, menentukan estimasi koefisien jalur (Outer Model dan Inner Model) yang menghubungkan antar variabel laten dan estimasi *loading* antara variabel laten dan indikatornya.
 - b. *Kedua*, menentukan estimasi bobot untuk menetapkan skor atau menghitung data variabel laten.
 - c. *Ketiga*, menentukan estimate rata-rata untuk variabel laten dan indikatornya.
5. Melakukan evaluasi pada model SEM-PLS pada model pengukuran sebagai berikut:

A. Analisis outer model

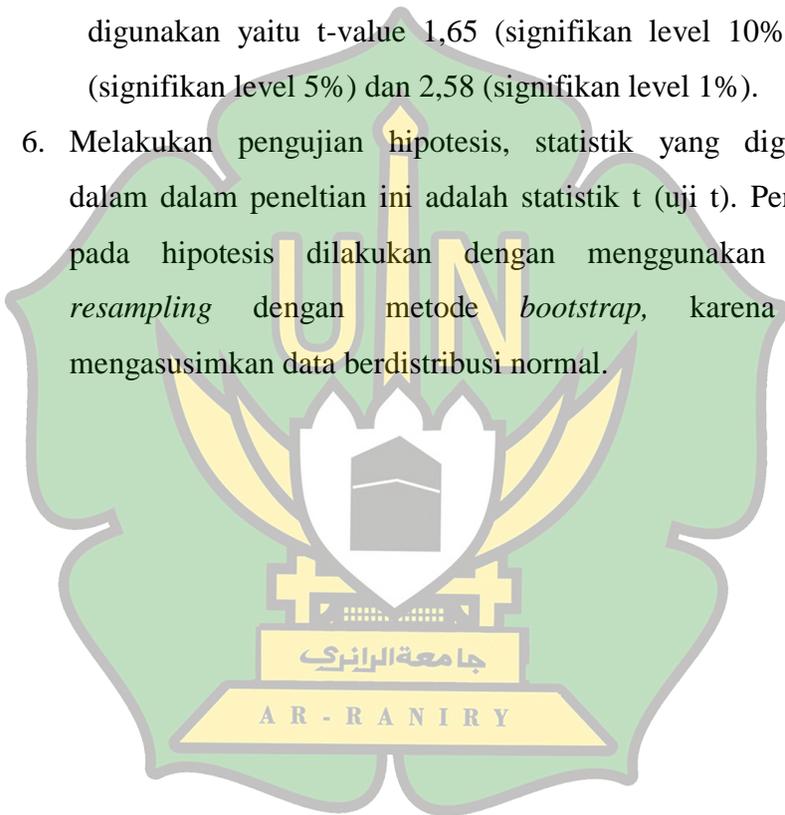
- a. *Convergent Validity* ialah pengukuran model dengan indikator reflektif dapat dilihat dari korelasi antara indikator dengan variabelnya. Indikator akan dinilai valid jika memiliki nilai *loading factor* $>0,70$ untuk penelitian yang bersifat *confirmatory* dan nilai *loading factor* $0,60-0,70$ untuk penelitian yang bersifat *exploratory* masih dapat diterima.
- b. *Discriminant Validity*, cara menguji validitas *discriminant Validity* dengan indikator refleksi yaitu dengan melihat nilai *cross loading* untuk setiap variabelnya harus $>0,70$, atau dengan cara lain yang dapat digunakan membandingkan akar kuadrat dari AVE untuk setiap konstruk dengan nilai korelasi antara konstruk dengan konstruk lainnya dalam permodelan (Gozali, 2011).
- c. *Composite reliability* atau sering disebut realibilitas gabungan yaitu uji realibilitas suatu konstruk dengan indikator reflektif. Nilai batas yang diterima untuk tingkat realibilitas komposit (pc) adalah $>0,70$, walaupun bukan merupakan standar absolut.

B. Analisis Inner Model

Dalam menilai model structural dapat dilihat dari nilai koefisien determinan (R^2) dan Q_2 , untuk setiap variabel laten endogen sebagai kekuatan hipotesis dari model strukturalnya. Perubahan nilai R^2 digunakan untuk menjelaskan pengaruh

variabel laten eksogen terhadap variabel laten endogen. Nilai R^2 0,67; 0,33 dan 0,19 untuk menunjukkan dalam variabel laten endogen model kuat, moderat dan lemah (Gozali, 2011). Selanjutnya untuk mengetahui nilai signifikan menggunakan pendekatan *bootstrap*, dengan nilai signifikansi yang digunakan yaitu t-value 1,65 (signifikan level 10%); 1,96 (signifikan level 5%) dan 2,58 (signifikan level 1%).

6. Melakukan pengujian hipotesis, statistik yang digunakan dalam dalam penelitian ini adalah statistik t (uji t). Pengujian pada hipotesis dilakukan dengan menggunakan teknik *resampling* dengan metode *bootstrap*, karena tidak mengasusimkan data berdistribusi normal.



BAB IV

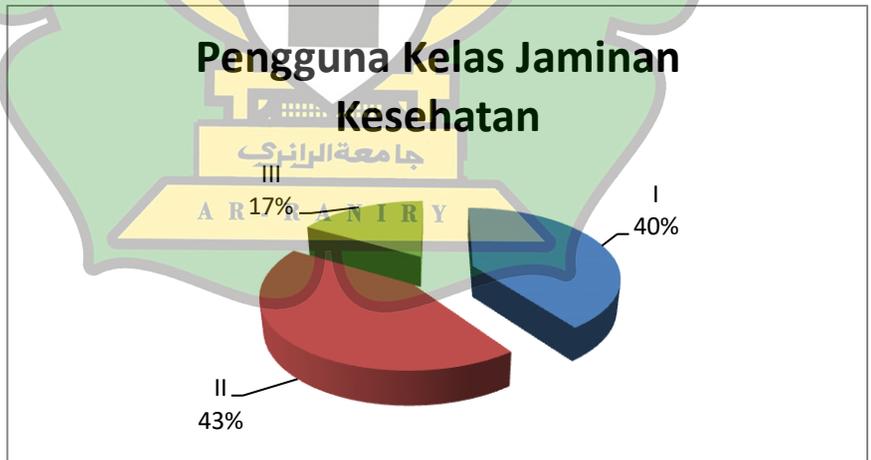
HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1 Gambaran Responden Penelitian

Responden dalam penelitian ini adalah pengguna jaminan kesehatan di Provinsi Aceh. Sampel untuk kuesioner pada penelitian ini sebanyak 90 orang. Terdapat beberapa data diri pada gambaran karakteristik responden seperti kelas jaminan kesehatan, jenis kelamin, wilayah tempat tinggal, usia, pendidikan, pekerjaan dan penghasilan responden. Berikut ini adalah deskripsi mengenai gambaran karakteristik responden:

4.1.1 Responden Berdasarkan Kelas Jaminan Kesehatan

Gambaran umum pengguna jaminan kesehatan yang menjadi responden pada penelitian ini berdasarkan kelas jaminan kesehatan responden adalah sebagai berikut:



Sumber: Data diolah (2021)

Gambar 4. 1 Respoden Berdasarkan Pengguna Kelas Jaminan Kesehatan

Pada gambar 4.1 menunjukkan bahwa responden dalam penelitian ini menggunakan kelas I yaitu sebesar 40% yang terdiri dari 36 orang, responden yang menggunakan kelas II sebanyak 43% yang terdiri dari 39 orang dan responden yang menggunakan kelas III sebanyak 17% yang terdiri dari 15 orang.

4.1.2 Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Gambaran umum pengguna jaminan kesehatan yang menjadi responden pada penelitian ini berdasarkan jenis kelamin adalah sebagai berikut:

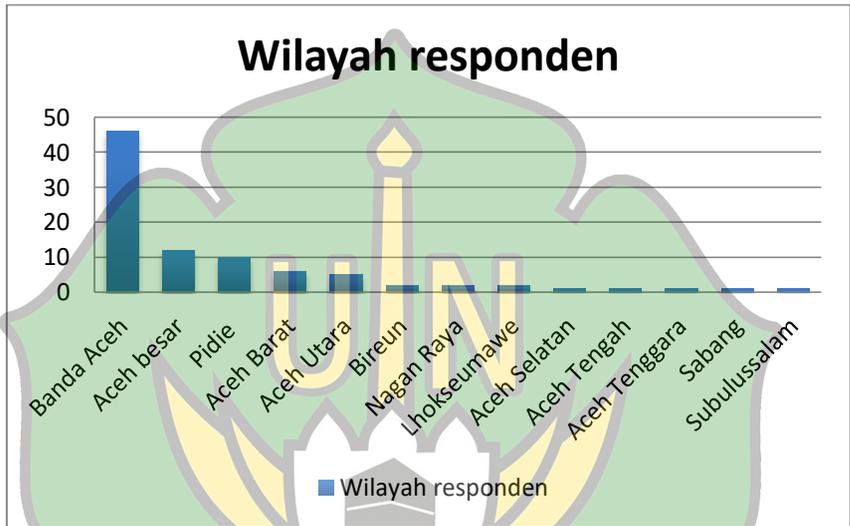


Gambar 4. 2 Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Pada gambar 4.2 diatas menunjukkan persentase responden jaminnan kesehatan yang mengisi kuesioner yaitu didominasi oleh perempuan yakni sebesar 56% yang terdiri dari 50 orang dan sisanya sebesar 44% yang terdiri atas 40 orang laki-laki.

4.1.3 Responden Berdasarkan Wilayah

Gambaran umum pengguna jaminan kesehatan yang menjadi responden pada penelitian ini berdasarkan wilayah responden adalah sebagai berikut:



Sumber: Data diolah (2021)

Gambar 4. 3 Responden Berdasarkan Wilayah Tempat Tinggal

Pada gambar 4.3 menunjukkan bahwa responden pada penelitian ini berdomisili di wilayah responden yang berada di Banda Aceh yakni sebanyak 46 orang, responden yang terdapat di wilayah Aceh Besar yakni sebanyak 12 orang, responden yang terdapat di wilayah Pidie yakni sebanyak 10 orang, responden yang terdapat di wilayah Aceh Barat yakni sebanyak 6 orang, kemudian responden yang terdapat di wilayah Aceh Utara yakni sebanyak 5 orang, responden yang terdapat di wilayah Bireun yakni sebanyak 2 orang, responden yang terdapat di wilayah Nagan Raya yakni

sebanyak 2 orang, kemudian responden yang terdapat di wilayah Lhokseumawe yakni sebanyak 2 orang, responden yang terdapat di wilayah Aceh Selatan yakni sebanyak 1 orang, responden yang terdapat di wilayah Aceh Tengah yakni sebanyak 1 orang, responden yang terdapat di wilayah Aceh Tenggara yakni sebanyak 1 orang, kemudian responden yang terdapat di wilayah Sabang yakni sebanyak 1 orang dan responden yang terdapat di wilayah Subulussalam yakni sebanyak 1 orang.

4.1.4 Responden Berdasarkan Usia

Gambaran umum pengguna jaminan kesehatan yang menjadi responden pada penelitian ini berdasarkan usia responden adalah sebagai berikut:



Sumber: Data diolah (2021)

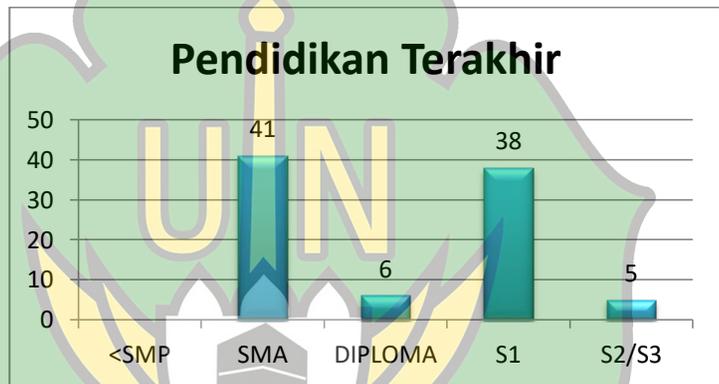
Gambar 4. 4 Responden Berdasarkan Usia

Pada gambar 4.4 menunjukkan usia responden dengan rentang usia dibawah 20 tahun sebanyak 1 orang, usia responden sebagian besar yakni responden dengan rentang usia 21-40 tahun sebanyak 73 orang, responden dengan rentang usia 41-50 tahun

sebanyak 13 orang dan responden dengan rentang usia diatas 50 tahun sebanyak 3 orang.

4.1.5 Responden Berdasarkan Pendidikan

Gambaran umum pengguna jaminan kesehatan yang menjadi responden pada penelitian ini berdasarkan pendidikan responden adalah sebagai berikut:



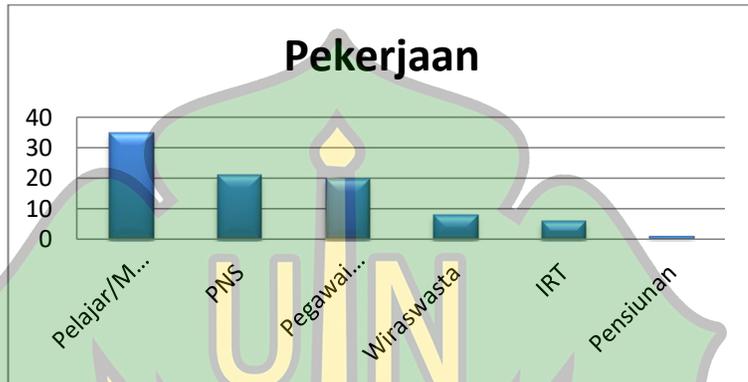
Sumber: Data diolah (2021)

Gambar 4.5 Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir

Pada gambar 4.5 menunjukkan pendidikan terakhir responden yang terbanyak oleh lulusan Sekolah Menengah Atas (SMA) yakni sebanyak 41 orang, responden dengan lulusan pendidikan terakhir DIPLOMA sebanyak 6 orang, kemudian responden dengan lulusan pendidikan terakhir S1 sebanyak 38 orang, responden dengan lulusan pendidikan terakhir S1/S2 sebanyak 5 orang dan tidak ada responden lulusan pendidikan terakhir Sekolah Menengah Pertama (SMP).

4.1.6 Responden Berdasarkan Pekerjaan

Gambaran umum pengguna jaminan kesehatan yang menjadi responden pada penelitian ini berdasarkan pekerjaan responden adalah sebagai berikut:



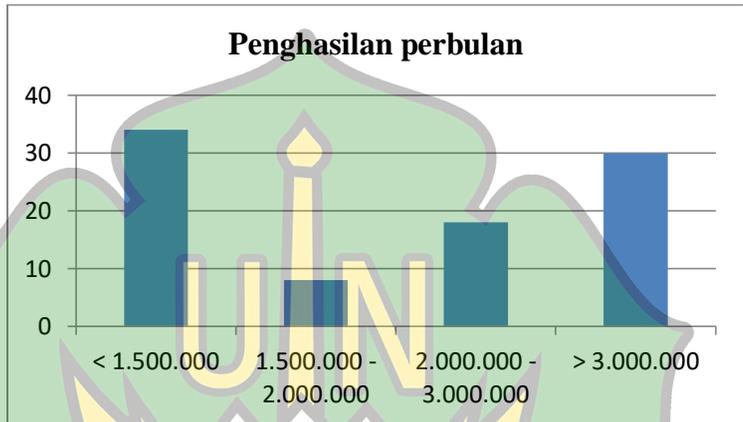
Sumber: Data diolah (2021)

Gambar 4. 6 Responden Berdasarkan Pekerjaan

Pada gambar 4.6 menunjukkan latar belakang pekerjaan responden didominasi terbanyak oleh responden dengan status sebagai pelajar/mahasiswa sebanyak 35 orang, responden dengan profesi sebagai PNS sebanyak 21 orang, lalu responden dengan profesi sebagai pegawai swasta sebanyak 20 orang, responden dengan profesi sebagai wiraswasta sebanyak 8 orang, kemudian responden dengan profesi sebagai ibu rumah tangga (IRT) sebanyak 6 orang dan responden sebagai pensiunan sebanyak 1 orang.

4.1.7 Responden Berdasarkan Penghasilan

Gambaran umum pengguna jaminan kesehatan yang menjadi responden pada penelitian ini berdasarkan penghasilan perbulan responden adalah sebagai berikut:



Sumber: Data diolah (2021)

Gambar 4. 7 Responden Berdasarkan Penghasilan Perbulan

Pada gambar 4.7 menunjukkan bahwa responden dalam penelitian ini yang berpenghasilan setiap bulan kurang dari Rp.1.500.000 sebanyak 34 orang, responden yang berpenghasilan setiap bulan Rp.1.500.000 – Rp.2.000.000 sebanyak 8 orang, kemudian reponden yang berpenghasilan Rp.2.000.000 – Rp.3.000.000 sebanyak 18 orang dan responden yang berpenghasilan setiap bulan lebih dari Rp.3.000.000 sebanyak 30 orang.

4.2 Hasil Structural Equation Modeling-Partial Least Square (PLS)

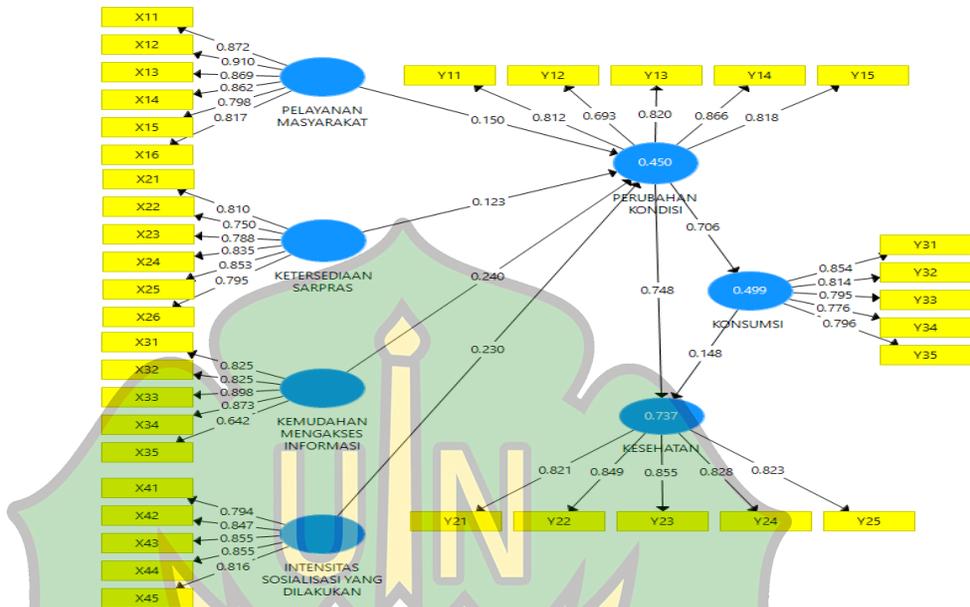
Tahapan pada SEM PLS terdiri dari dua yaitu Model Pengukuran dan Model Struktural yang akan dijabarkan sebagai berikut:

4.2.1 Model Pengukuran Penelitian (outer model)

Pada model pengukuran (*outer model*) akan dilakukan evaluasi model untuk verifikasi indikator dan variabel laten yang dapat diuji selanjutnya. Sehingga indikator dan variabel laten yang digunakan dalam model prediksi selanjutnya memberikan hasil yang valid dan reabel.

Indicator reliability merupakan suatu nilai yang menunjukkan berapa besarnya variansi yang dapat dijelaskan oleh variabel laten. Pada *indicator reliability*, suatu indikator reflektif harus di eliminasi (dihilangkan) dari model pengukuran ketika nilai *loading factor* (λ) < 0.6 . Hasil *loading factor* (λ) yang didapatkan dari model awal adalah sebagai berikut ini:

A R - R A N I R Y



Sumber: Data diolah (2021)

Gambar 4.8 Nilai Loading Factor

Hasil output dari aplikasi Smart-PLS dapat dilihat pada gambar Gambar 4.5 di atas, nilai loading factor (λ) $>$ 0,6. Oleh karena seluruh indikator memenuhi untuk menggambarkan variabel laten yang akan digunakan dalam model.

a. Validitas Konvergen

Validitas konvergen merupakan korelasi antara indikator dengan peubah latennya. Validitas Konvergen memiliki prinsip bahwa indikator dari suatu peubah laten seharusnya berkorelasi tinggi. Validitas Konvergen dapat ditentukan melalui nilai *loading factor* (λ) dan *Average Varians Extraced* (AVE).

- **Nilai *Loading Factor***

Hasil *loading factor* pada 4.8 gambar menunjukkan bahwa seluruh indikator yang memiliki nilai *loading factor* yang lebih dari 0,6 dapat diinterpretasikan bahwa lebih dari 79% dari varian masing-masing X11, X13, X14, X15 dapat dijelaskan oleh variabel laten pelayanan masyarakat. Variabel laten ketersediaan sarana dan prasarana dapat menjelaskan varian dari indikator X21, X22, X23, X24, X25 masing-masing lebih dari 75%. Varian dari X31, X32, X33, X34, X35 masing-masing dapat dijelaskan oleh variabel laten kemudahan mengakses informasi diatas 64%, Variabel intensitas sosialisasi yang dilakukan petugas kesehatan mampu menjelaskan varian dari indikator X41, X42, X43, X44, X45 masing-masing lebih dari 79%. Perubahan kondisi pasien mampu dijelaskan oleh Y11, Y12, Y13, Y14, Y15 lebih dari 81%. Variabel laten konsumsi mampu dijelaskan sebesar lebih dari 78% oleh indikator Y31, Y32, Y33, Y34, Y35 dan kesehatan mampu dijelaskan oleh Y21, Y22, Y23, Y24, Y25 lebih dari 82%.

- ***Average Varians Extraced (AVE)***

Nilai *convergent validity* merupakan nilai yang menunjukkan korelasi antar indikator yang digunakan untuk menyusun konstruk, sehingga semakin tinggi nilai AVE maka semakin tinggi pula nilai korelasinya. Hal ini menggambarkan bahwa indikator yang digunakan untuk menyusun konstruk sudah sangat baik. Tabel dibawah menyajikan nilai *composite reliability* dan *average extracted (AVE)* sebagai berikut.

Tabel 4. 1 Nilai AVE

Konstruk	Average Variance Extracted (AVE)
Intensitas sosialisasi	0.695
Kemudahan mengakses informasi	0.668
Ketersediaan sarpras	0.649
Konsumsi	0.652
Pelayanan masyarakat	0.732
Perubahan kondisi	0.646
Kesehatan	0.698

Sumber: Data diolah (2021)

Nilai AVE pada tabel 4.1 diatas menunjukkan bahwa dari ketujuh variabel laten memiliki nilai AVE di atas kriteria minimum yaitu 0,5, sehingga ukuran *convergent validity* sudah baik atau dapat dikatakan jika telah memenuhi kriteria *convergent validity*.

b. Ukuran Reabilitas

Uji Reliabilitas menunjukkan kekonsistenan suatu indikator untuk mengukur peubah laten. Pada penelitian ini ukuran reliabilitas dilakukan berdasarkan Cronbach's Alpha. Berdasarkan nilai Cronbach's Alpha yang disajikan dalam tabel 4.2 dibawah, menunjukkan bahwa ketujuh variabel laten memiliki nilai composite reliability di atas 0,6. Artinya, indikator yang telah ditetapkan telah mampu mengukur setiap variabel laten (konstruk) dengan baik atau dapat dikatakan bahwa ketujuh model pengukuran telah reliabel.

Tabel 4. 2 Uji Reabilitas

Konstruk	Cronbach's Alpha
Intensitas sosialisasi yang dilakukan	0.891
Kemudahan mengakses informasi	0.872
Ketersediaan sarpras	0.892
Konsumsi	0.866
Pelayanan masyarakat	0.926
Perubahan kondisi	0.861
Kesehatan	0.892

Sumber: Data diolah (2021)

4.2.2 Model Struktural Penelitian

Pada model struktural (inner model) merupakan model yang menggambarkan pengaruh antar variabel laten. Pengaruh antar variabel laten ini dievaluasi menggunakan koefisien jalur, R^2 , f^2 , Q^2 dan GoF. Hasil dari koefisien jalur dan nilai t-statistik yang didapatkan melalui proses bootstrapping dengan jumlah sampel untuk resampling sebesar 500 dan pengulangan sebanyak 300 kali.

a. R-square

Dalam menguji uji kelayakan model digunakan nilai R^2 . Nilai R^2 untuk melihat seberapa mampu keragaman variabel laten endogen mampu dijelaskan oleh variabel laten eksogen. Nilai R^2 untuk Kesehatan 0.737. Angka tersebut menjelaskan bahwa variabilitas variabel endogen yang dapat dijelaskan oleh variabilitas variabel eksogen sebesar 73.7 %, sisanya dijelaskan oleh variabel lain yang tidak dimasukkan kedalam model.

b. Effect size f-square (f^2)

Nilai f^2 digunakan untuk mengukur keeratan peubah laten eksogen terhadap peubah laten endogennya. Berikut ini adalah nilai f^2 berdasarkan *output* dari perangkat lunak *smartPLS* 3.3 sebagai berikut:

Tabel 4. 3 Nilai F^2

Variabel	f square	Keterangan
Pelayanan Masyarakat -> perubahan kondisi	0.011	Lemah
Ketersediaan sarpras -> perubahan kondisi	0.006	Lemah
Kemudahan mengakses informasi -> perubahan kondisi	0.031	Lemah
Intensitas sosialisasi yang dilakukan -> perubahan kondisi	0.039	Lemah
Perubahan kondisi -> konsumsi	0.996	Kuat
Perubahan kondisi -> kesehatan	1.066	Kuat
Konsumsi -> kesehatan	0.042	Lemah

Sumber: Data diolah (2021)

c. Nilai predictive relevance Q-square (Q^2)

Evaluasi model menggunakan predictive relevance diperoleh melalui perhitungan sebagai berikut.

$$\begin{aligned}
 Q^2_{(\text{Model})} &= 1 - [(1-R^2_1)(1-R^2_2)(1-R^2_3)] \\
 &= 1 - [(1-0.737)(1-0.499)(1-0.450)] \\
 &= 1 - [(0.263)(0.501)(0.550)] \\
 &= 0.927
 \end{aligned}$$

Nilai Q^2 lebih besar dari 0.5 menunjukkan bahwa model memiliki predictive relevansi yang baik. Berdasarkan nilai $Q^2_{(Model)}$ maka model struktural diatas memiliki predictive relevansi yang sudah baik.

d. Uji statistik t

Nilai estimasi koefisien jalur dalam model struktural harus signifikan. Nilai signifikansi ini dapat diperoleh melalui prosedur bootstrapping dengan uji statistik t.

Prosedur *bootstrapping* pada perangkat lunak *smartPLS* mengambil subsampel sebanyak 500 kali. Dengan demikian kriteria penolakan hipotesis adalah tolak hipotesis nol jika nilai mutlak statistik t lebih besar atau sama dengan t tabel = 1.645 pada signifikan 10% yang berarti bahwa antar variabel endogen berpengaruh, nilai t statistik per indikator dapat di lihat pada lampiran 3.

Hasil ouput yang didapatkan tidak semua indikator berpengaruh secara signifikan terhadap variabel laten dan valid. Pengaruh hubungan variabel laten eksogen terhadap variabel laten endogen dapat dijelaskan sebagai berikut:

Tabel 4. 4 Nilai T Statistik

Variabel	T statistic	Keterangan
Pelayanan Masyarakat -> perubahan kondisi	1.118	
Ketersediaan sarpras -> perubahan kondisi	0.954	
Kemudahan mengakses informasi -> perubahan kondisi	2.373	Signifikan
Intensitas sosialisasi yang dilakukan -> perubahan kondisi	2.805	Signifikan
Perubahan kondisi -> konsumsi	15.545	Signifikan
Perubahan kondisi -> kesehatan	10.687	Signifikan
Konsumsi -> kesehatan	1.842	Signifikan

Sumber: Data diolah (2021)

4.3 Pembahasan

Hasil dari penelitian ini menyatakan bahwa tidak semua indikator berpengaruh secara signifikan terhadap variabel laten. Adapun pengaruh variabel laten eksogen terhadap variabel laten endogen yaitu pelayanan masyarakat (X_1) tidak terdapat pengaruh terhadap perubahan kondisi pengguna jaminan kesehatan (Y_1), pengaruh ketersediaan sarana dan prasarana (X_2) berpengaruh terhadap perubahan kondisi pengguna jaminan kesehatan (Y_1), kemudahan mengakses informasi (X_3) berpengaruh terhadap perubahan kondisi pengguna jaminan kesehatan (Y_1), intensitas sosial yang dilakukan (X_4) berpengaruh terhadap perubahan kondisi pengguna jaminan kesehatan (Y_1), perubahan kondisi pengguna jaminan kesehatan (Y_1) berpengaruh terhadap konsumsi

(Y_2), perubahan kondisi pengguna jaminan kesehatan (Y_1) berpengaruh terhadap kesehatan (Y_3) dan konsumsi (Y_2) berpengaruh terhadap kesehatan (Y_3).

Hasil dari koefisien jalur dan nilai t-statistik yang didapatkan melalui proses bootstrapping dengan jumlah sampel untuk resampling sebesar 500 dan pengulangan sebanyak 300 kali. Pada uji kelayakan model digunakan nilai R_2 , nilai R_2 untuk Kesehatan sebesar 0,737 atau 73,7%. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa variabilitas variabel endogen yang dapat dijelaskan oleh variabilitas variabel eksogen sebesar 73,7%, sisanya 26,3% dijelaskan oleh variabel lain yang tidak dimasukkan kedalam model.

4.3.1 Pengaruh Pelayanan Masyarakat terhadap Perubahan Kondisi Pengguna Jaminan Kesehatan

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pelayanan masyarakat tidak berpengaruh yang signifikan terhadap perubahan kondisi pengguna jaminan kesehatan. Penelitian ini dilakukan pada 90 responden yang menggunakan jaminan kesehatan. Berdasarkan data yang diperoleh dari penyebaran kuesioner didapatkan hasil pada koefisien parameter jalur sebesar 0.150 dengan nilai T-statistik $1.118 < 1.645$ pada taraf signifikan $\alpha = 10\%$, maka dapat dinyatakan bahwa tidak terdapat pengaruh yang signifikan antara variabel pelayanan masyarakat terhadap perubahan kondisi pengguna jaminan kesehatan pada taraf nyata 10%.

Pelayanan kesehatan pada masyarakat berupa pelayanan petugas administrasi dalam melayani peserta jaminan kesehatan yang baik, pelayanan pemeriksaan dan perawatan yang cepat tanggap, tindakan cepat tanggap tenaga medis, prosedur penerimaan pasien peserta jaminan kesehatan yang cepat dan tepat dan prosedur permintaan rujukan yang dibutuhkan ditangani dengan cepat. Pelayanan kesehatan yang optimal dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan yang berkualitas dan bermutu sesuai dengan kebutuhan dan keinginan peserta jaminan kesehatan. Pada penelitian ini tidak terdapat pengaruh pada pelayanan masyarakat terhadap perubahan kondisi pengguna jaminan kesehatan. Dengan demikian, tidak adanya perubahan pada peserta jaminan kesehatan seperti meningkatnya angka harapan hidup dan mengurangi angka kesakitan, peserta tidak mendapatkan perawatan dan pengobatan secara optimal sehingga tidak meningkatnya kualitas taraf hidup dan kemaslahatan.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Ningsih dkk (2013) menyatakan bahwa nilai koefisien jalur hubungan pelayanan kesehatan terhadap derajat kesehatan sebesar (-0,176) yang berarti bahwa pelayanan kesehatan tidak signifikan berpengaruh negatif terhadap derajat kesehatan. Penelitian Listiyono (2015) menyimpulkan bahwa kualitas pelayanan kesehatan masyarakat yang diberikan tergolong kurang baik. Pelayanan kesehatan yang diberikan tidak mampu memberikan kepuasan kepada pengguna pelayanan kesehatan, terutama pada unsur keterlambatan dokter

dan kurangnya tenaga kesehatan pada bagian administrasi dan farmasi (pengambilan obat).

4.3.2 Pengaruh Ketersediaan Sarana dan Prasarana terhadap Perubahan Kondisi Pengguna Jaminan Kesehatan

Ketersediaan sarana dan prasarana pada penyelenggaraan jaminan kesehatan seperti kelengkapan, kesiapan dan kebersihan alat-alat yang dipakai, ketersediaan rumah sakit dan puskesmas yang terjangkau, ketersediaan kursi roda dan mobil jenazah yang memadai, ketersediaan tempat tidur dan ventilasi udara yang memadai bagi pasien yang menjalani rawat inap dan ketersediaan obat-obatan yang memadai untuk pengguna jaminan kesehatan. Pada penelitian ini menunjukkan bahwa tidak terdapat pengaruh yang signifikan antara ketersediaan sarana dan prasarana terhadap perubahan kondisi pengguna jaminan kesehatan. Dengan demikian, ketersediaan sarana dan prasarana jaminan kesehatan tidak mampu meningkatkan angka harapan hidup dan mengurangi angka kesakitan. Sarana dan prasarana yang tersedia tidak mempercepat kesembuhan peserta dalam perawatan dan pengobatan secara optimal sehingga tidak meningkatkan kualitas taraf hidup mencapai kemaslahatan.

Hasil penelitian ini menyimpulkan bahwa ketersediaan sarana dan prasarana tidak terdapat berpengaruh yang signifikan terhadap perubahan kondisi peserta jaminan kesehatan. Berdasarkan data yang diperoleh dari hasil wawancara didapatkan

hasil pada koefisien parameter jalur sebesar 0.123 dengan nilai T-statistik $0.954 < 1.645$ pada taraf signifikan $\alpha = 10\%$, maka dapat dinyatakan bahwa tidak terdapat pengaruh yang signifikan antara variabel ketersediaan sarana dan prasarana terhadap perubahan kondisi pengguna jaminan kesehatan pada taraf nyata 10%.

Penelitian yang dilakukan Tampi dkk (2016) juga sejalan dengan penelitian ini. Penelitiannya menyatakan bahwa fasilitas yang disediakan pada rumah sakit saat rawat inap tidak sesuai dengan fasilitas yang tertera pada kartu kesehatan atau pasien terpaksa harus dirawat pada kelas yang lebih tinggi dengan penambahan biaya perawatan. Obat-obatan yang tersedia tidak sesuai dengan kebutuhan pasien sehingga pasien yang memerlukan obat yang tidak terdapat dalam DPHO harus membeli obat dengan harga yang tidak terjangkau dan memberatkan pasien. Penelitian Wati dkk (2019) menyimpulkan bahwa masih adanya kekurangan pada sarana dan prasarana yang belum optimal terutama pada ruang inap pasien kurang tersedianya kipas angin dan ventilasi udara, sehingga pasien merasa tidak nyaman dan tidak puas.

4.3.3 Pengaruh Kemudahan Mengakses Informasi terhadap Perubahan Kondisi Pengguna Jaminan Kesehatan

Penelitian tentang kondisi kesehatan pengguna jaminan kesehatan telah banyak dilakukan, salah satunya penelitian yang dilakukan Ardina (2017) berjudul “Akses Informasi Reproduksi”. Penelitiannya menyimpulkan bahwa sebagian besar responden mencari informasi kesehatan melalui internet atau media sosial.

Dengan demikian, media sosial dapat memberikan informasi atau edukasi tentang kesehatan agar dapat dimanfaatkan sehingga perilaku yang menyebabkan resiko dapat dihindari. Penelitian Siti dan Fatimah (2019) menyatakan bahwa berdasarkan hasil analisis bivariat dalam penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan antara kemudahan informasi dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh pasien ($p=0,012$), sebanyak 50 responden (47,2%) merasa cukup mudah dalam mengakses informasi.

Hasil penelitian ini menunjukkan hasil yang serupa, bahwa kemudahan mengakses informasi berpengaruh terhadap perubahan kondisi pengguna jaminan kesehatan. Penelitian ini dilakukan pada 90 responden yang menggunakan jaminan kesehatan. Berdasarkan data yang diperoleh dari penyebaran kuesioner didapatkan hasil pada koefisien parameter jalur sebesar 0.240 dengan nilai T-statistik $2.373 > 1.645$ pada taraf signifikan $\alpha = 10\%$, maka dapat dinyatakan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan antara variabel kemudahan mengakses informasi terhadap perubahan kondisi pengguna jaminan kesehatan pada taraf nyata 10%.

Peserta jaminan kesehatan mendapatkan kemudahan dalam mengakses informasi seperti kemudahan proses pendaftaran pada website yang mudah dipahami, informasi prosedur pelayanan memberikan kemudahan bagi peserta, setiap peserta mendapatkan informasi transparan melalui petugas dan informasi jaminan kesehatan yang disampaikan sesuai dengan harapan peserta maka hal tersebut dapat berpengaruh pada kondisi peserta. Perubahan

kondisi peserta akan mampu meningkatkan angka harapan hidup dan mengurangi angka kesakitan. Peserta dapat mengakses informasi jaminan kesehatan dengan mudah akan meningkatkan kualitas taraf hidup dan kemaslahatan. Kemudahan mengakses informasi dapat mempengaruhi kondisi peserta dengan mendapatkan perawatan dan pengobatan secara optimal akan mempercepat kesembuhan.

4.3.4 Pengaruh Intensitas Sosialisasi yang dilakukan terhadap Perubahan Kondisi Pengguna Jaminan Kesehatan

Intensitas sosial yang dilakukan pada jaminan kesehatan berupa kegiatan penyuluhan yang dilakukan pada masyarakat oleh petugas, sosialisasi yang dilakukan oleh petugas kesehatan melalui berbagai media elektronik maupun penyuluhan secara langsung ke tempat masyarakat akan berpotensi tinggi terhadap kualitas pelayanan, materi jaminan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat dapat dipahami dengan baik dan masyarakat akan merasa puas dengan adanya kegiatan penyuluhan sosialisasi jaminan kesehatan. Dengan demikian, intensitas sosialisasi yang dilakukan akan mempengaruhi perubahan kondisi pengguna jaminan kesehatan. Intensitas sosialisasi yang dilakukan mampu meningkatkan angka harapan hidupan dan mengurangi angka kesakitan. Intensitas sosialisasi yang dilakukan akan membantu pemahaman peserta untuk mendapatkan perawatan dan pengobatan

secara optimal yang akan mempercepat kesembuhan guna meningkatkan kualitas taraf hidup dan kemaslahatan.

Hasil dari penyebaran kuesioner dengan 90 responden dalam penelitian ini, maka dapat disimpulkan bahwa intensitas sosialisasi yang dilakukan berpengaruh terhadap perubahan kondisi pengguna jaminan kesehatan. Berdasarkan data yang diperoleh dari penyebaran kuesioner didapatkan hasil pada koefisien parameter jalur sebesar 0.230 dengan nilai T-statistik $2.805 > 1.645$ pada taraf signifikan $\alpha = 10\%$, maka dapat dinyatakan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan antara variabel intensitas sosialisasi yang dilakukan terhadap perubahan kondisi pengguna jaminan kesehatan.

Berdasarkan hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Rika dkk (2012) menyimpulkan bahwa ada pengaruh yang signifikan antara penyuluhan dengan perubahan pengetahuan dan sikap responden. Setelah penyuluhan terjadi peningkatan sikap yang positif pada responden secara statistik ($p < 0,05$) yang berarti penyuluhan atau sosialisasi yang dilakukan akan mempengaruhi pengetahuan dan sikap positif responden.

4.3.5 Pengaruh Perubahan Kondisi Pengguna Jaminan Kesehatan terhadap Konsumsi

Hasil penelitian ini menyatakan bahwa perubahan kondisi pengguna jaminan kesehatan berpengaruh terhadap konsumsi. Penelitian ini dilakukan pada 90 responden yang menggunakan

jaminan kesehatan. Berdasarkan data yang diperoleh dari penyebaran kuesioner didapatkan hasil pada koefisien parameter jalur sebesar 0.706 dengan nilai T-statistik $15.545 > 1.645$ pada arataf signifikan $\alpha = 10\%$, maka dapat dinyatakan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan antara variabel perubahan kondisi pengguna jaminan kesehatan terhadap konsumsi pada taraf nyata 10%. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Siregar (2016) yang menyimpulkan bahwa penyuluhan efektif untuk terjadinya perubahan perilaku terhadap pelaksanaan PUGS (pedoman umum gizi seimbang) dengan nilai $p=0.000 (<0,05)$.

Perubahan kondisi pengguna jaminan kesehatan dengan mendapatkan perawatan dan pengobatan secara optimal akan mempercepat kesembuhan. Kegiatan penyuluhan dan program jaminan kesehatan salah satu cara untuk meningkatkan kesehatan karena masyarakat diberi materi dan pemahaman jaminan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan pada masyarakat dan setiap peserta akan mendapatkan pelayanan kesehatan yang optimal. Dengan demikian, akan berpengaruh terhadap konsumsi. Pada perubahan kondisi pengguna jaminan kesehatan, setiap peserta akan terpenuhinya asupan makan pokok sehari-hari. Makanan yang dikonsumsi memenuhi gizi dan protein yang sesuai (4 sehat dan 5 sempurna) dan terpenuhinya asupan vitamin untuk kestabilan tubuh.

4.3.6 Pengaruh Perubahan Kondisi Pengguna Jaminan Kesehatan terhadap Kesehatan

Perubahan kondisi pengguna jaminan kesehatan akan mampu meningkatkan angka harapan hidup dan mengurangi angka kesakitan dengan memadainya sarana dan prasarana yang akan meningkatkan derajat kesehatan. Pada perubahan kondisi pengguna jaminan kesehatan yang mendapatkan perawatan dan pengobatan secara optimal akan mempercepat kesembuhan dan mampu meningkatkan derajat kesehatan. Peserta akan mampu meningkatkan kualitas taraf hidup dan kemaslahatan dengan mendapatkan pelayanan kesehatan yang optimal. Perubahan kondisi pengguna jaminan kesehatan berpengaruh terhadap kesehatan. Hal tersebut juga diperlihatkan dari hasil penelitian ini, melalui wawancara menggunakan kuisioner didapatkan hasil pada koefisien parameter jalur sebesar 0.748 dengan nilai T-statistik $10.687 > 1.645$ pada taraf signifikan $\alpha = 10\%$, maka dapat dinyatakan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan antara variabel perubahan kondisi pengguna jaminan kesehatan terhadap kesehatan pada taraf 10%.

Penelitian yang mendukung hasil penelitian ini yaitu penelitian yang dilakukan Djunawan (2018) yang menyatakan bahwa berdasarkan hasil analisa logistik menyimpulkan jaminan kesehatan mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan. Penelitian Pangantih dkk (2019) yang menyatakan bahwa berdasarkan hasil uji statistic

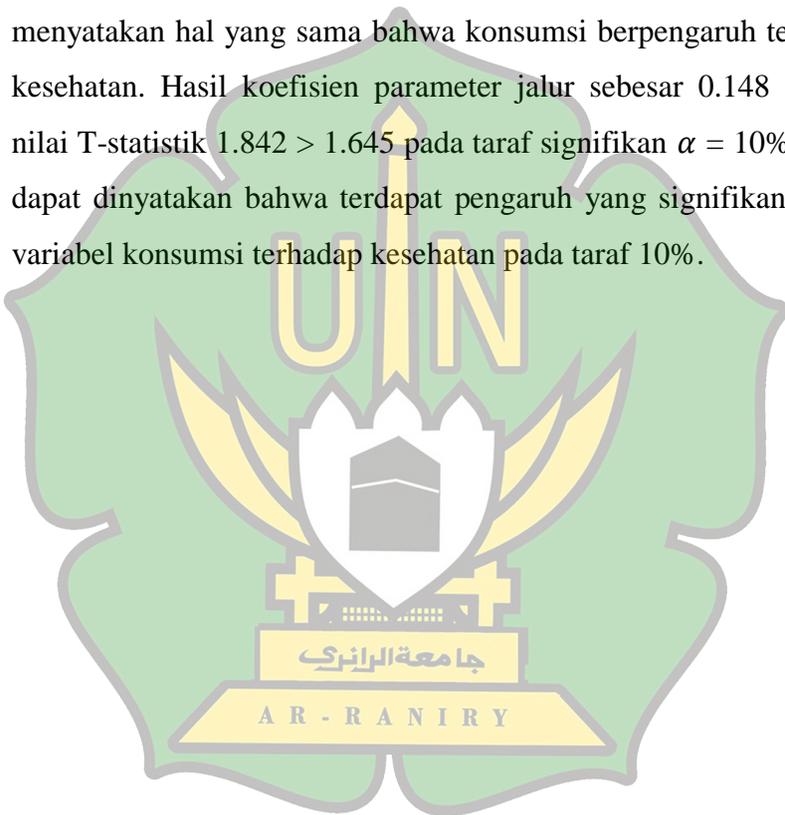
diperoleh nilai $p=0,001$ maka dapat disimpulkan bahwa $p<0,05$ yang berarti ada hubungan manfaat pelayanan kesehatan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Penelitian ini menjelaskan bahwa manfaat kesehatan yang dirasakan dalam penggunaan pelayanan kesehatan akan menentukan seseorang dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. Dengan demikian, pelayanan kesehatan dapat memberikan manfaat bagi dirinya.

4.3.7 Pengaruh Konsumsi terhadap Kesehatan

Asupan makanan pokok sehari-hari mampu meningkatkan derajat kesehatan pada masyarakat. Makanan yang dikonsumsi memenuhi gizi dan protein yang sesuai (4 sehat 5 sempurna) akan berpengaruh terhadap kesehatan. Setiap anggota rumah tangga mendapatkan asupan vitamin akan membantu kestabilan tubuh. Memiliki kebutuhan peralatan MCK (mandi, cuci dan kebersihan) adalah kunci dari menjaga kesehatan. Dengan demikian, tepenuhinya konsumsi pada masyarakat akan berpengaruh terhadap kesehatan dan akan meningkatkan derajat kesehatan pada masyarakat.

Penelitian yang dilakukan Petralina (2020) yang menyatakan bahwa pola konsumsi mempengaruhi status gizi yang dapat ditunjukkan p value 0.000 dengan taraf signifikan 5% maka p hitung $>$ dari p tabel sehingga ada hubungan yang signifikan antara pola konsumsi dengan status gizi. Penelitian ini juga sejalan dengan penelitian Manuhutun dkk (2017) yang menyatakan bahwa analisis

bivariat nilai $p=0,007$ menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara tingkat konsumsi lemak dengan status gizi. Analisis multivariat hasil regresi logistik ganda menunjukkan nilai $p=0,022$ yang berarti terdapat pengaruh secara statistik antara tingkat konsumsi lemak terhadap status gizi. Hasil penelitian ini menyatakan hal yang sama bahwa konsumsi berpengaruh terhadap kesehatan. Hasil koefisien parameter jalur sebesar 0.148 dengan nilai T-statistik $1.842 > 1.645$ pada taraf signifikan $\alpha = 10\%$, maka dapat dinyatakan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan antara variabel konsumsi terhadap kesehatan pada taraf 10%.



BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Dari hasil penelitian ini dapat disimpulkan beberapa hal sebagai berikut :

1. Koefisien parameter jalur yang diperoleh dari pengaruh antara variabel pelayanan masyarakat terhadap perubahan kondisi pengguna jaminan kesehatan pada taraf signifikansi $\alpha = 10 \%$, yang menyatakan bahwa tidak terdapat pengaruh yang signifikan antara variabel pelayanan masyarakat terhadap perubahan kondisi pengguna jaminan kesehatan pada taraf nyata 10%.
2. Koefisien parameter jalur yang diperoleh dari pengaruh antara variabel ketersediaan sarana dan prasarana terhadap perubahan kondisi pengguna jaminan kesehatan pada taraf signifikansi $\alpha = 10 \%$, yang menyatakan bahwa tidak terdapat pengaruh yang signifikan antara variabel ketersediaan sarana dan prasarana terhadap perubahan kondisi pengguna jaminan kesehatan pada taraf nyata 10%.
3. Koefisien parameter jalur yang diperoleh dari pengaruh antara variabel kemudahan mengakses informasi terhadap perubahan kondisi pengguna jaminan kesehatan pada taraf signifikansi $\alpha = 10 \%$, yang menyatakan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan antara variabel kemudahan mengakses informasi

terhadap perubahan kondisi pengguna jaminan kesehatan pada taraf nyata 10%.

4. Koefisien parameter jalur yang diperoleh dari pengaruh antara variabel intensitas sosialisasi yang dilakukan terhadap perubahan kondisi pengguna jaminan kesehatan pada taraf signifikansi $\alpha = 10 \%$, yang menyatakan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan antara variabel intensitas sosialisasi yang dilakukan terhadap perubahan kondisi pengguna jaminan kesehatan pada taraf nyata 10%.
5. Koefisien parameter jalur yang diperoleh dari pengaruh antara variabel perubahan kondisi pengguna jaminan kesehatan terhadap konsumsi pada taraf signifikansi $\alpha = 10 \%$, yang menyatakan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan antara variabel perubahan kondisi pengguna jaminan kesehatan terhadap konsumsi pada taraf nyata 10%.
6. Koefisien parameter jalur yang diperoleh dari pengaruh antara variabel perubahan kondisi pengguna jaminan kesehatan terhadap pada taraf signifikansi $\alpha = 10 \%$, yang menyatakan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan antara variabel perubahan kondisi pengguna jaminan kesehatan terhadap kesehatan pada taraf nyata 10%.
7. Koefisien parameter jalur yang diperoleh dari pengaruh antara variabel konsumsi terhadap kesehatan pada taraf signifikansi $\alpha = 10 \%$, yang menyatakan bahwa terdapat pengaruh yang

signifikan antara variabel konsumsi terhadap kesehatan pada taraf nyata 10%.

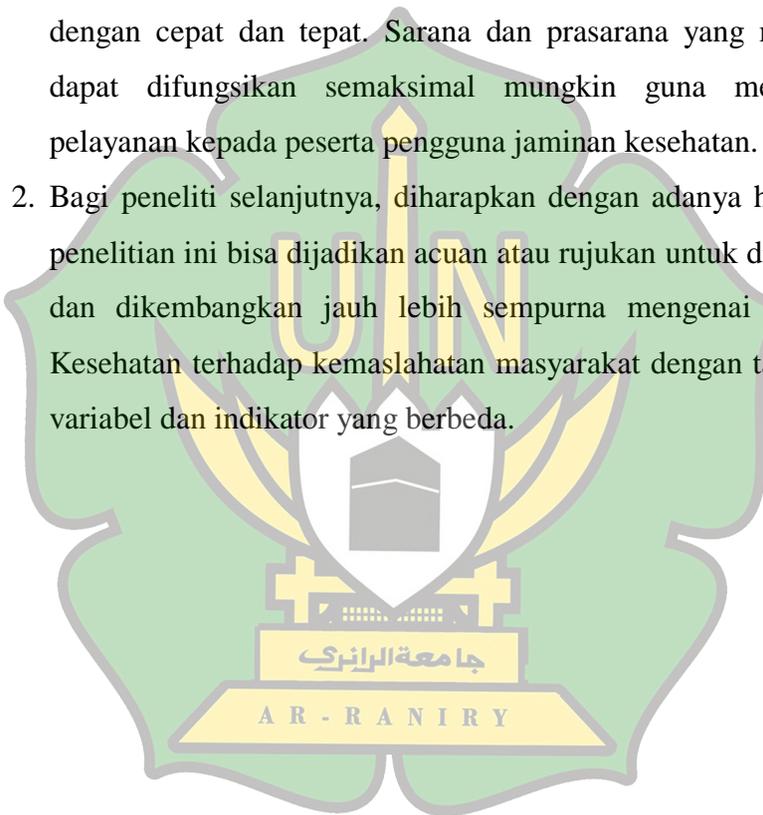
5.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan yang diperoleh, maka dapat diajukan beberapa saran yang dapat dipertimbangkan adalah sebagai berikut:

1. Perlu adanya penegakan regulasi dari pemerintah dalam pengawasan dalam memenuhi peran terkait program Jaminan Kesehatan yang diharapkan dapat langsung diterapkan atau disosialisasikan agar setiap kebijakan-kebijakan pemerintah dapat dijalankan dengan baik dan optimal. Perlu secara rutin mengamati dan mengevaluasi mengenai koordinasi yang baik antara pemerintah dengan Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan agar sesuai dengan peraturan-peraturan yang telah diterapkan dalam meningkatkan peran dan mutu Jaminan Kesehatan pada program-program kesehatan agar dapat mempertahankan kualitas pelayanan kesehatan masyarakat atau pelayanan yang belum sesuai dengan yang diharapkan terhadap kebutuhan dan keinginan pasien dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan seiring dengan semakin meningkatnya jumlah peserta. Perlu optimalisasi dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan yang berkualitas untuk seluruh penduduk Aceh dalam meningkatkan pelayanan masyarakat agar tingkat layanan yang lebih memuaskan pasien. Pelayanan kesehatan yang optimal akan berpengaruh terhadap perubahan kondisi

peserta yaitu dapat meningkatkan angka harapan hidup dan mengurangi angka kesakitan, angka harapan hidup yang meningkat merupakan kunci dari kemaslahatan. Menyediakan dan menambah mutu fasilitas sarana dan prasarana secara merata disetiap daerah sehingga setiap pasien dapat ditangani dengan cepat dan tepat. Sarana dan prasarana yang memadai dapat difungsikan semaksimal mungkin guna menunjang pelayanan kepada peserta pengguna jaminan kesehatan.

2. Bagi peneliti selanjutnya, diharapkan dengan adanya hasil dari penelitian ini bisa dijadikan acuan atau rujukan untuk diperbarui dan dikembangkan jauh lebih sempurna mengenai Jaminan Kesehatan terhadap kemaslahatan masyarakat dengan tambahan variabel dan indikator yang berbeda.



DAFTAR PUSTAKA

- Abdul, Syani . (2003). Sosiologi, Teori, dan Terapan. Jakarta : PT. Bumi Aksara.
- Adha, Idham. Ida Rosada, dkk. (2019). Pola Konsumsi Pangan Masyarakat Sekitar Kawasan Hutan Di Kabupaten Takalar. *Jurnal Agrotek*. 3(2)
- Adi, Rianto. (2014). Metode Penelitian Sosial dan Hukum. Jakarta: Granit.
- Afridawati. (2015). Stratifikasi Al-Maqashid Al-Khamsah (agama, jiwa, akal, keturunan dan harta) dan Penerapannya Dalam Masalah. *Jurnal al-qishthu*. 13(1).
- Al-Hamzani, Dewi G. Nur Fitriyah, dkk. (2018). Pengaruh Kualitas Pelayanan Terhadap Tingkat Kepuasan Pasien Rawat Inap Pengguna Kartu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Bpjs) Di Rumah Sakit Umum Daerah Inche Abdul Moeis Samarinda. *e-Journal Ilmu Pemerintahan*. 6(4).
- Amborowati, Siti. Cut Zakia Rizki. (2017). Pengaruh Jaminan Kesehatan Nasional (milik pemerintah) Terhadap Angka Kematian Ibu di Indonesia. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa (JIM)*. 2(4).
- Apriyanti, Yoki. Evi Lorita, dkk. (2019). Kualitas pelayanan kesehatan di pusat kesehatan masyarakat kembang seri kecamatan talang empat kabupaten bengkulu tengah. *Jurnal Professional FIS UNIVED*. 6(1).
- Ardina, Mega. (2017). Akses Informasi Reproduksi. *Jurnal Komunikator*. 9(1).
- Arsyad. (2018). Pengaruh Penyuluhan Terhadap Pengetahuan Pada Murid Kelas IV dan V SD. *Jurnal Media Kesehatan Gigi*. 17(1).
- Arikunto. (2010). Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik. Jakarta: Rineka Cipta.

- Arisanti, Nita. Deni K Sunjaya. (2015). Gambaran Pemanfaatan Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) di Kecamatan Jatinangor. *Jurnal Departemen Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Unpad*. 1(1).
- Bakry, Mubssyirah. (2020). Konsep Al-Nafs dalam Filsafat Islam. *Jurnal Al-Azas*. 5(2).
- Buyung, Irawadi. (2015). Media Informasi Kesehatan Bagi Masyarakat Menengah Berbasis SMS Gateway. *Jurnal Informatika*. 9(1).
- Budiwati, T. R. A. Terry Yuliana, dkk. (2020). Pengaruh Sosialisasi Gerakan Masyarakat Hidup Sehat Terhadap Perilaku Konsumsi Buah Dan Sayur Pada Remaja. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Masyarakat*. 12(2).
- Cahyani, Dian Isti. Martha Irene K, dkk. (2020). Gerakan Masyarakat Hidup Sehat dalam Perspektif Implementasi Kebijakan (Studi Kualitatif). *Jurnal Kesehatan Masyarakat Indonesia*. 15(1).
- Departemen Kesehatan RI (2003), Indikator Sehat Indonesia 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat, Keputusan Menteri Kesehatan No.1202/Menkes/SK/VIII/2003, Departemen Kesehatan RI Jakarta.
- Dewi, Meutia. (2016). Pengaruh Kualitas Pelayanan terhadap Kepuasan Pasien Pengguna BPJS pada Rumah Sakit Rehabilitasi Medik Kabupaten Aceh Timur. *Jurnal Manajemen dan Keuangan*. 5(2).
- Dinas kesehatan Aceh. (2017). Profil kesehatan Aceh 2017.
- Dinas Kesehatan Aceh. (2018). Profil Kesehatan Aceh .
- Djunawan, Achmad. (2018). Pengaruh Jaminan Kesehatan Terhadap Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Primer Di

Perkotaan Indonesia. *Jurnal Health Policy and Management*.

- Djunawan, Achmad. (2019). Benarkah Subsidi Jaminan Kesehatan Meningkatkan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Primer oleh Penduduk Miskin Perkotaan. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia: JKKI*. 8(1).
- Effendy, N. (1998). *Dasar-dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Kedokteran EGC.
- Endrawati, Endah. (2015). Penerapan Komunikasi Kesehatan Untuk Pencegahan Penyakit Leptospirosis Pada Masyarakat Desa Sumberagung, Kecamatan Moyudan, Sleman, Yogyakarta. *Jurnal Komunikasi*. 7(1).
- Fatimah, Siti Fitri Indrawati. (2019). Faktor Pemanfaatan Pelayanan. *Higea Journal Of Public Health Research and Development*. 3(1).
- Ghozali, I. & Latan. (2011). *Structural Equation modelinf Metode Alternatif dengan partial Least Square (PLS)*. Semarang: Universitas Diponegoro.
- Handayani, Tuti, Mardiaty Nadjib. (2016). Analisis Pembiayaan Kesehatan Daerah Bersumber Publik: Studi Kasus di Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor Tahun 2012, 2013 dan 2014. *Jurnal Analisis Pembiayaan Kesehatan Daerah Bogor*. 1(2).
- Hanum, Nurlaila. (2017). Analisis Pengaruh Pendapatan Terhadap Perilaku Konsumsi Mahasiswa Universitas Samudra di Kota Langsa. *Jurnal Samudra Ekonomika*. 1(2).
- Hartari, Ariyanti. (2016). Pola Konsumsi Masyarakat Perkotaan dan Pengaruhnya Terhadap Kesehatan. In: *Peran Matematika, Sains, dan Teknologi dalam Mendukung Gaya Hidup Perkotaan (Urban Lifestyle) yang Berkualitas*. Universitas Terbuka, Tangerang Selatan.

- Harwati, Lina. Satrijo Budiwibowo dan Juli Murwani. (2017). Pengaruh jaminan kesehatan dan disiplin kerja terhadap kinerja karyawan di perhutani kph saradan. *Jurnal Forum Ilmiah Pendidikan Akuntansi*. 5(1).
- Ilham, Mulia. Radhi Darmansyah M.Sc. (2017). Persepsi Masyarakat Terhadap Pelayanan Publik di Bidang Kesehatan dalam Menggunakan Kartu Jaminan Kesehatan Rakyat Aceh (JKRA). 2(3): 1-17.
- Irwanashari. (2010). Jurnal tentang kepuasan pasien. Diakses 20 maret. 2013.
- Ismail, dkk. (2013). Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Fasilitas Pelayanan Kesehatan pada Ibu Hamil di Wilayah Kerja Puskesmas Gaya Baru Kec. Tellu Limpoe Kab. Bone. 3(1).
- Juanita. (2002). Peran Asuransi Kesehatan dalam Benchmarking Rumah Sakit dalam Menghadapi Krisis Ekonomi. Fakultas Kesehatan Masyarakat Jurusan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Universitas Sumatera Utara. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*.
- Khusnawati. (2010). Analisis Kepuasan Pasien terhadap Pelayanan pada Puskesmas Sungai Durian, Kab.Kubu. Diakses 3 Maret 2014.
- Kementerian Kesehatan RI. (2011). Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2010. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Komariah, Kokom. Susie Perbawasari, dkk. (2013). Pola Komunikasi Kesehatan Dalam Pelayanan Dan Pemberian Informasi Mengenai Penyakit Tbc Pada Puskesmas Di Kabupaten Bogor. *Jurnal Kajian Komunikasi*. 1(2).

- Kuncoro, Mudrajad. (2013). *Metode Riset untuk Bisnis & Ekonomi (Bagaimana Meneliti & Menulis Tesis)*. Jogjakarta: Penerbit Erlangga.
- Levey, Samuel., Loomba, Narendra Paul, and Brown, Robert E. (1984). *Health Care Administration: A Managerial Perspective*. Lippincott
- Listiyono, Rizky Agustian. (2015). Studi Deskriptif Tentang Kualitas Pelayanan di Rumah Sakit Umum Dr. Wahidin Sudiro Husodo Kota Mojokerto Pasca Menjadi Rumah Sakit Tipe B. *Jurnal Kebijakan dan Manajemen Publik*. 1(1).
- Mantra, I. B. (2000). *Demografi Umum*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Margareta, Dwi. (2014). Kajian Tentang Pola Konsumsi Makanan Utama Masyarakat Desa Gunung Sereng Kecamatan Kwanyar Kabupaten Bangkala Madura. *e-journal Boga*. 3(3).
- Manuhutun, Rendy. Dyah Umiyarni P, dkk. (2017). Pengaruh Tingkat Konsumsi Energi, Protein, Lemak dan Status Kecacangan Terhadap Status Gizi Pada Siswa Sekolah Dasar Negeri 01 Limpakuwus. *Jurnal Kesmas Indonesia*. 9(1).
- Manullang, R. M. A. (2015). Hubungan Tingkat Pengetahuan dengan Pola Konsumsi Buah dan Sayur pada Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara Angkatan 2014 di Medan Tahun 2015. Universitas Sumatera Utara, Medan.
- Maryuliana. Imam Much Ibnu Subroto, dkk. (2016). Sistem Informasi Angket Pengukuran Skala Kebutuhan Materi Pembelajaran Tambahan Sebagai Pendukung Pengambilan Keputusan Di Sekolah Menengah Atas Menggunakan

Skala Likert. *Jurnal Transistor Elektro dan Informatika*. 1(2).

Maryunani dan Anik. (2013). *Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)*. Jakarta: Trans Info Medika.

Mayasari, Rika. Hotnisa Sitorus, dkk. (2012). Dampak Penyuluhan Terhadap Peningkatan Pengetahuan Sikap dan Perilaku Masyarakat Tentang Malaria di Desa Sukajadi Kabupaten Oku. *Jurnal Pembangunan Manusia*. 6(3).

Mayasari, Dewi. Dias Satria, dkk. (2018). Analisis Pola Konsumsi Pangan Berdasarkan Status IPM di Jawa Timur The Pattern of Food Consumption Based on HDI in East Java. *Jurnal Ekonomi dan Pembangunan Indonesia*. 18(2).

Muda, Riyan. Rosalina Koleangan, dkk. (2019). Pengaruh Angka Harapan Hidup, Tingkat Pendidikan Dan Pengeluaran Perkapita Terhadap Pertumbuhan Ekonomi Di Sulawesi Utara Pada Tahun 2003-2017. *Jurnal Berkala Ilmiah Efisiensi*. 19(1).

Muhammad, Ali. (2010). *Kesehatan Wanita, Gender dan Permasalahannya*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Muksana, Pasaribu. (2014). Masalah dan perkembangannya sebagai dasar penetapan hukum islam. *Jurnal justitia*. 1(4).

Nasution, Suswati. (2015). Analisis kepuasan masyarakat terhadap kualitas pelayanan kesehatan program jamkesda. *Jurnal Ekonomi dan Perencanaan Pembangunan*. 4(4).

Nasution, Harun. (2011). *Islam Ditinjau dari Berbagai Aspeknya*. Jakarta: UI-Press.

Ningsih, Putu Nopita Purnama, dkk. (2013). Analisis Derajat Kesehatan Masyarakat Provinsi Bali dengan Menggunakan Metode Generalized Structured Component Analysis (GSCA). *E-Jurnal Matematika*. 2(2).

- Notoatmodjo, Soekidjo. (2007). Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni Edisi Revisi. Jakarta: Penerbit PT Rineka Cipta
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2010). Promosi Kesehatan Masyarakat Teori dan Aplikasi. Rineka Cipta. Jakarta
- Panggantih, Annisya. Rafiah Maharani P, dkk. (2019). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan oleh Peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Puskesmas Mekarsari Tahun 2019. *Jurnal Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*. 18(4).
- Prasanti, Ditha. (2017). Potret Media Informasi Kesehatan Bagi Masyarakat Urban di Era Digital. *Jurnal IPTEK-KOM*. 19(2).
- Pemerintah Republik Indonesia. (2013). Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan.
- Pediatri, S. (2012). Kelainan Kardiovaskular pada Sindrom. Ilmu Kesehatan Anak.
- Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan.
- Peraturan Gubernur Aceh Nomor 30 Tahun 2017 Tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Rakyat Aceh.
- Petralina, Bintang. (2020). Pola Konsumsi Berhubungan dengan Status Gizi Balita. *Jurnal Kebidanan*. 6(2).
- Presiden Republik Indonesia. (2014). Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan.
- Pusat pengkajian dan Pengembangan Ekonomi Islam (P3EI). (2015). Ekonomi Islam. Jakarta: Rajawali Pers.
- Putri, Asih. (2014). Paham Jaminan Kesehatan Nasional. Friedrich-Ebert-Shiftung Kantor Perwakilan Indonesia.

- Priyono. (2008). *Metode Penelitian Kuantitatif*. Sidoarjo: Zifatama publishing.
- Radito, Th, A. (2014). Analisis Pengaruh Kualitas Pelayanan Dan Fasilitas Kesehatan Terhadap Kepuasan Pasien Puskesmas. *Jurnal Ilmu Manajemen*. 11(2).
- Ristrini, Lulut Kusumawat, dkk. (2011). Analysis correlation of 'ukbm' using on hygienic behavior of household member in indonesia. *Jurnal Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*. 14(2).
- Ristriani, Ida Yunari. (2017). Pengaruh Sarana Prasarana Dan Kualitas Pelayanan Terhadap Kepuasan Pasien. *Jurnal Coopetition*. 3(1).
- Rahmawati, Enid dan A. Proverawati. (2012). PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan sehat). Yogyakarta: Nuha Medika.
- Rahmatiah, St. (2017). Pemikiran Tentang Jiwa (al-nafs) dalam Filsafat Islam. *Jurnal Sulesama*. 11(2).
- Sari, Uni. Harianto, dkk. (2016). Strategi Meningkatkan AHH Melalui Alokasi Anggaran Kesehatan di Provinsi Jawa Barat. *Jurnal Manajemen Pembangunan Daerah*. 8(1).
- Senewe, Felly Philipus dan Yuana Wiryawan. (2012). Gambaran Status Kesehatan Penduduk di Daerah Perbatasan. *Jurnal Ekologi Kesehatan*. 11(2).
- Setyawan, Febri Endra Budi. (2018). Sistem Pembiayaan Kesehatan. Fakultas Kedokteran, Universitas Muhammadiyah Malang. 2(4).
- Siswanta. (2015). Informasi Kesehatan di Media Online. *Jurnal Ilmukomunikasi*. 13(3).
- Siregar, Nurhamida Sari. (2016). Efektifitas Penyuluhan Dalam Perubahan Perilaku Mahasiswa Ilmu Keolahragaan

Terhadap Pelaksanaan Pedoman Umum Gizi Seimbang (PUGS). *Jurnal Ilmu Keolahragaan*. 15(1).

Situmeang, L. E dan Budi Hidayat. (2018). Pengaruh kepemilikan jaminan kesehatan terhadap belanja kesehatan katastropik rumah tangga di indonesia tahun 2012. *Jurnal kebijakan kesehatan Indonesia*. 7(1).

Subarna, T. (2012). Analisis Kemiskinan dan Pengeluaran Non-Pangan Penduduk Jawa Barat. *Jurnal Bina Praja*. 4(4).

Sujarweni, V. Wiratna. (2015). Metodologi Penelitian Bisnis & Ekonomi, Cetakan Pertama. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.

Sulaiman. Abubakar Hamzah, dkk. (2013). Pengaruh program jaminan kesehatan aceh terhadap derajat kesehatan masyarakat aceh. *Jurnal Manajemen Pascasarjana Universitas Syiah Kuala*. 1(4).

Supriyanto, Arip. (2017). Evaluasi Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional. *Journal of Govenance and Public Policy*. 4(1).

Surahmawati. (2014). Kualitas Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah Barru (Kasus Pelayanan Rawat Jalan Pasien Pengguna Asuransi Kesehatan). *Jurnal Al-Sihah : Public Health Science Journa*. 6(2).

Sugiyono. (2012). Metode Penelitian Bisnis. Bandung: Alfabeta.

Sugiyono. (2013). Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif Dan R&D. Bandung: Alfabeta

Sugiyono. (2018). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.

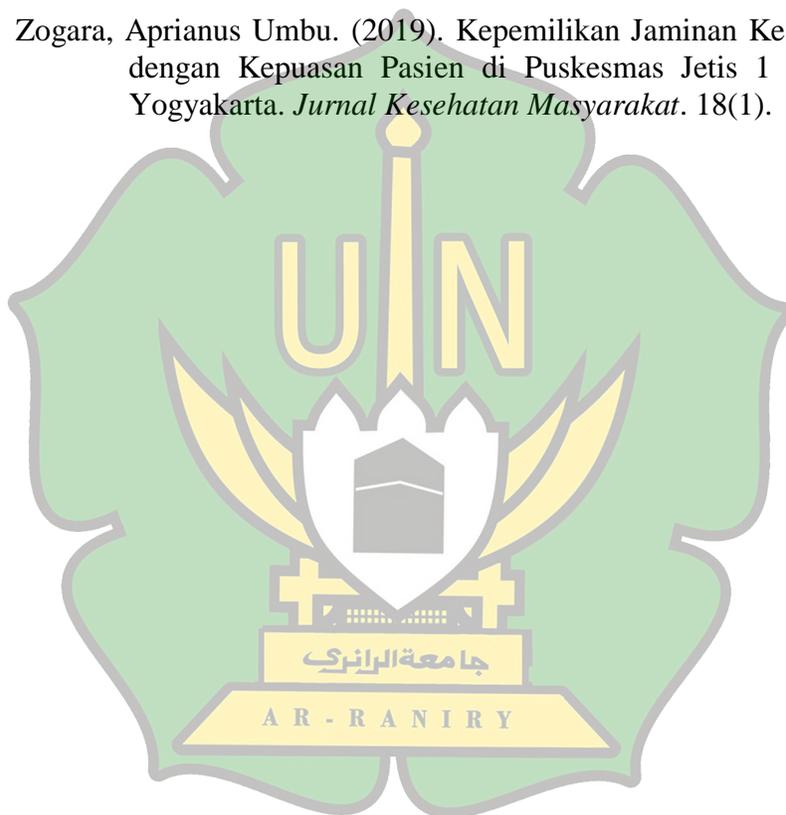
Syahrum dan Salim. (2012). Metodologi Penelitian Kuantitatif. Bandung: Citapustaka Media.

- Taluke, Dryon. Ricky S.M Lakat, dkk. (2019). Analisis preferensi masyarakat dalam pengelolaan ekosistem mangrove di pesisir pantai Kecamatan Loloda Kabupaten Halmahera Barat. *Jurnal Spasial*. 6(2).
- Tampi, Andreas. Evelin J.K. Kawaung, dkk. (2016). Dampak Pelayanan Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial Kesehatan terhadap Masyarakat di Kelurahan Tingkulu. *E-Journal "Acta-Diurna"*. 5(1).
- Uno, Hamzah B. Koni. Satria, dkk. (2011). Menjadi Peneliti PTK yang Profesional. Jakarta: Bumi Aksara.
- Wahidmurni. (2017). Pemaparan Metode Penelitian Kuantitatif. Dosen Fakultas Ilmu Tarbiyah dan Keguruan UIN Maulana Malik Ibrahim Malang.
- Wahyudin, Rizal. Nawawi Natsir dan Ani Susanti. Pengaruh Implementasi Kebijakan Program Jaminan Kesehatan Nasional (Jkn) Terhadap Kualitas Pelayanan Kesehatan Di Puskesmas Donggala Kabupaten Donggala. *e-Jurnal Katalogis*. 4(11).
- Wahyuni, Dwi. (2017). Agama Sebagai Media dan Media Sebagai Agama. *JIA*. 18(2).
- Wati, Widiya. Rizanda. Machmud. (2019). Analisis Kualitas Pelayanan Program Jaminan Kesehatan Nasional di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit X Kabupaten Kerinci. *Jurnal Kesehatan Andalas*. 8(2).
- Widada, Trisna. (2017). Peran Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dan Implikasinya Terhadap Ketahanan Masyarakat (Studi di RSUD Hasanuddin Damrah Manna, Kabupaten Bengkulu Selatan, Provinsi Bengkulu). *Jurnal Ketahanan Nasional*. 23(2).
- Wulandari, Ratna, Oktia Woro. (2016). Efek Smartcards Dalam Meningkatkan Pengetahuan, Sikap, Dan Praktik Dalam

Memilih Pangan Jajanan. *Journal of Health Education*. 1(1).

Wuryandari, Ratna Dewi. (2015). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pengeluaran Makanan, Pendidikan, Dan Kesehatan Rumah Tangga Indonesia (Analisis Data Susenas 2011). *Jurnal Kependudukan Indonesia*. 10(1).

Zogara, Aprianus Umbu. (2019). Kepemilikan Jaminan Kesehatan dengan Kepuasan Pasien di Puskesmas Jetis 1 Bantul. Yogyakarta. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 18(1).



LAMPIRAN
Lampiran I Kuesioner penelitian

**Pengaruh Jaminan Kesehatan Terhadap Kemaslahatan
Masyarakat Aceh**

A. DATA RESPONDEN

Mohon dengan hormat kesediaan Bapak/Ibu/Saudara/i untuk menjawab pertanyaan ini dan memberi tanda (\surd) pada kolom yang tersedia:

1. Jenis Kelamin

- Laki-Laki
- Perempuan

2. Umur

- <20
- 21-40
- 41-50
- >51

3. Pendidikan Terakhir

- <SMP
- SMA
- Diploma
- S1
- S2/S3

4. Penghasilan Perbulan

- < 1.500.000,-
- 1.500.000 – 2.000.000,-

[] 2.000.000 – 3.000.000,-

[] >3.000.000,-

5. Kelas

[] I

[] II

[] III

6. Asal daerah

7. Pekerjaan

B. PETUNJUK PENGISIAN

Berikanlah tanda *checklist* (\checkmark) pada kolom Bapak/Ibu/Sdr/i pilih sesuai keadaan yang sebenarnya, dengan alternatif jawaban sebagai berikut:

SS : Sangat Setuju

S : Setuju

T : Tidak Setuju

STS : Sangat Tidak Setuju

No.	PERNYATAAN	SS	S	TS	STS
Jaminan kesehatan (X)					
Pelayanan Masyarakat (X₁)					
1	Pelayanan petugas administrasi dalam melayani peserta Jaminan Kesehatan yang baik				
2	Pelayanan pemeriksaan, pengobatan dan perawatan yang cepat dan tepat				

3	Tindakan cepat tanggap para dokter dan tenaga medis saat peserta membutuhkan				
4	Prosedur penerimaan pasien peserta Jaminan Kesehatan yang cepat dan tepat				
5	Prosedur permintaan rujukan yang dibutuhkan dapat ditangani dengan cepat				
6	Pelayanan yang diberikan kepada semua peserta Jaminan Kesehatan secara adil tanpa membedakan golongan				
Ketersediaan Sarana & prasarana Kesehatan (X₂)					
1	Kelengkapan, kesiapan dan kebersihan alat-alat yang dipakai				
2	Ketersediaan rumah sakit dan puskesmasJaminan Kesehatan yang terjangkau				
3	Ketersediaan tempat tidur, kipas angin dan ventilasi udara di ruang inap peserta Jaminan Kesehatan yang memadai				
4	Ketersediaan mobil jenazah dan kursi roda yang memadai				
5	Ketersediaan obat-obatan yang memadai untuk peserta Jaminan Kesehatan				
6	Terdapat fasilitas peralatan				

	modern/fasilitas penunjang (CT Scan, MRI, USG, dll)				
Kemudahan Mengakses Informasi (X₃)					
1	Proses pendaftaran peserta Jaminan Kesehatan pada media sosial atau website mudah dipahami				
2	Informasi Jaminan Kesehatan yang disampaikan dalam media sosial atau website sesuai dengan harapan peserta				
3	Informasi prosedur pelayanan memberikan kemudahan dan keadilan bagi setiap peserta Jaminan Kesehatan				
4	Peserta Jaminan Kesehatan mendapatkan informasi secara transparan melalui petugas				
5	Peserta lebih mudah memperoleh informasi Jaminan Kesehatan langsung dari petugas dibandingkan dengan media sosial atau website				
Intensitas Sosialisasi yang dilakukan (X₄)					
1	Kegiatan penyuluhan sosialisasi kesehatan pada masyarakat rutin dilakukan minimal 3x sebulan				
2	Bentuk sosialisasi yang dilakukan petugas kesehatan melalui berbagai				

	media elektronik maupun media massa dan penyuluhan secara langsung ke tempat-tempat akan berpotensi tinggi terhadap kualitas pelayanan				
3	Penyuluhan sosialisasi secara langsung oleh petugas mudah dijangkau masyarakat				
4	Masyarakat merasa puas dengan adanya penyuluhan program Jaminan Kesehatan yang dilakukan oleh petugas kesehatan				
5	Materi yang diberikan tentang Jaminan Kesehatan dapat dipahami dengan baik				
	Kemaslahatan (Y)	SS	S	TS	STS
	Perubahan Kondisi Peserta (Y₁)				
1	Peserta Jaminan Kesehatan mampu meningkatkan angka harapan hidup dan mengurangi angka kesakitan				
2	Angka harapan hidup yang meningkat merupakan kunci dari kemaslahatan				
3	Peserta Jaminan Kesehatan yang mendapatkan perawatan dan pengobatan secara optimal akan mempercepat kesembuhan				
4	Peserta Jaminan Kesehatan akan meningkatkan kualitas				

	taraf hidup dan kemaslahatan				
5	Pendapatan pekerjaan yang diterima peserta akan mampu meningkatkan derajat kesehatan dan kemaslahatan				
Kesehatan (Y₂)					
1	Sarana dan pra-sarana yang sudah memadai akan meningkatkan derajat kesehatan				
2	Kegiatan penyuluhan dan program Jaminan Kesehatan mampu meningkatkan derajat kesehatan				
3	Peserta Jaminan Kesehatan mampu meningkatkan derajat kesehatan masyarakat				
4	Kemudahan mengakses rumah sakit dan puskesmas dengan Jaminan Kesehatan				
5	Setiap peserta Jaminan Kesehatan mendapatkan pelayanan kesehatan yang optimal				
Konsumsi (Y₃)					
1	Terpenuhinya asupan makanan pokok sehari-hari				
2	Makanan yang dikonsumsi memenuhi ukuran gizi dan protein yang sesuai (4 sehat 5 sempurna)				

3	Seluruh anggota rumah tangga tercukupi makan minimal 2x dalam sehari				
4	Seluruh anggota rumah tangga rutin mendapatkan asupan vitamin				
5	Memiliki kebutuhan perlatan MCK (Mandi, Cuci dan Kebersihan)				



Lampiran II Data yang Belum Diolah

Jaminan Kesehatan (X)														
X 11	X 12	X 13	X 14	X 15	X 16	X 21	X 22	X 23	X 24	X 25	X 26	X 31	X 32	X 33
3	3	3	3	2	2	3	2	4	4	3	4	4	2	3
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
3	3	3	3	3	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	3	2	2	2
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
3	2	3	3	2	3	3	4	2	2	2	4	2	2	3
3	3	2	3	1	2	3	3	2	3	3	4	3	3	3
3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3
3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
2	2	2	2	2	1	3	2	2	3	2	2	2	2	2
2	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	3	4	3	3	3	4	3	3	4	3	3	3
2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	3	2	2	3
3	3	2	2	3	2	3	2	2	3	3	3	4	4	3
3	4	4	2	3	2	3	3	3	2	4	3	3	3	2
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
3	3	3	3	2	2	3	2	3	3	3	2	2	2	2
3	3	3	4	1	3	1	1	2	2	3	3	4	4	4
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3
3	3	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
3	3	3	3	2	2	3	2	2	3	3	3	3	2	3
3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
3	3	3	3	3	3	2	3	1	3	3	3	2	2	3
3	3	3	2	2	2	4	4	3	3	3	3	3	3	3

Lampiran II - Lanjutan

2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3
3	3	3	3	2	2	3	2	4	4	3	4	4	2	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	3	4	3	3	3	3	4	3	3	3
4	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3
4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4
3	3	3	2	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3
2	3	2	2	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	3
3	3	3	3	2	2	3	2	2	3	3	3	3	2	3
Jaminan Kesehatan (X)							Kemashalatan (Y)							
X	X	X	X	X	X	X	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
34	35	41	42	43	44	45	11	12	13	14	15	21	22	23
4	4	2	3	4	4	3	4	4	4	4	4	3	3	4
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
3	3	3	3	3	3	3	4	4	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
2	3	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
2	3	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	2	3
3	3	1	1	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3
3	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	2	4	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4
2	3	1	1	2	1	2	2	3	3	2	2	3	3	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3
3	3	4	4	4	3	3	3	3	4	3	3	4	3	3
2	3	2	4	4	3	3	4	4	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3

Lampiran II - Lanjutan

2	3	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	1	2	2	3	1	3	4	4	2	2	4	4	4	3
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
3	3	4	4	3	3	3	3	3	4	4	3	4	3	3
3	3	2	3	2	3	3	4	3	4	4	4	4	4	4
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
3	3	2	3	2	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3
3	3	2	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
2	2	3	3	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2
2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3
4	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3
3	3	2	3	2	2	3	2	3	2	3	3	3	3	3
2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
3	2	1	3	1	3	4	2	4	3	1	1	2	2	2
1	2	3	4	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2
3	3	2	3	2	4	3	3	3	4	3	3	2	3	3
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
2	3	4	2	3	4	3	2	2	3	4	3	3	3	4
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
3	3	3	3	3	2	3	2	3	2	2	2	2	3	3
3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3
3	3	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	4
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
3	4	4	3	3	4	3	3	3	3	3	3	4	3	3
3	3	3	4	3	3	3	3	4	3	3	4	3	3	3
3	3	4	4	4	4	3	3	4	3	3	3	3	3	3
2	4	3	2	1	2	3	2	1	2	3	2	2	1	1
3	3	4	4	4	4	3	3	4	3	3	3	3	3	3
3	3	3	3	3	2	3	2	3	2	2	2	2	3	3

Lampiran II - Lanjutan

1	4	3	3	2	2	4
3	3	3	3	3	3	3
4	3	3	3	3	3	3
4	4	3	2	4	3	3
3	3	3	3	3	3	3
3	3	3	4	4	3	3
2	2	3	3	3	3	3
3	3	4	4	4	4	4
2	3	3	3	3	3	3
3	3	3	3	3	3	3
3	3	3	3	3	3	3
4	3	4	3	3	3	3
3	3	3	3	3	2	3
2	2	3	2	3	2	3
4	4	3	4	3	3	4
3	4	3	3	4	3	4
2	2	3	3	2	2	3
3	3	3	3	3	3	3
3	3	4	4	4	4	4
2	2	3	3	3	3	3
3	3	3	3	3	3	3
1	3	4	3	4	1	3
3	2	3	1	3	2	3
3	3	4	3	4	4	4
3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4
4	4	3	3	3	2	4
2	3	3	4	2	2	3
3	3	3	3	3	3	3
3	2	3	3	3	3	3
3	3	3	3	3	3	3
2	2	3	3	3	2	2
3	3	3	2	2	2	2
4	4	3	3	2	4	4
3	3	3	3	3	3	3
3	4	3	3	3	3	4

Lampiran II – Lanjutan

4	4	4	4	3	3	3
3	3	3	3	3	4	4
2	1	2	1	2	3	2
3	3	3	3	3	4	4
2	2	3	3	3	2	2
3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4
3	3	3	3	3	2	3
3	3	3	3	3	4	4
4	3	3	3	3	4	4
4	4	4	4	3	3	4
3	3	3	3	3	3	3
3	2	3	3	3	3	4
4	4	3	2	4	3	3
3	3	3	3	3	3	3
3	3	4	3	4	4	4
3	3	2	3	3	2	3
3	3	3	3	3	3	3
3	3	2	2	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4
3	3	4	4	3	3	3
3	3	4	4	4	4	4



Lampiran III Hasil Output SEMPLS

3.1 Outer Loading

	Intensitas Sosialisasi Yang Dilakukan	Kemudahan Mengakses Informasi	Kesehatan	Ketersediaan Sarpras
X11				
X12				
X13				
X14				
X15				
X16				
X21				0.810
X22				0.750
X23				0.788
X24				0.835
X25				0.853
X26				0.795
X31		0.825		
X32		0.825		
X33		0.898		
X34		0.873		
X35		0.642		
X41	0.794			
X42	0.847			
X43	0.855			
X44	0.855			
X45	0.816			
Y11				
Y12				
Y13				
Y14				
Y15				
Y21			0.821	

Lampiran 3.1 - Lanjutan

Y22			0.849	
Y23			0.855	
Y24			0.828	
Y25			0.823	
Y31				
Y32				
Y33				
Y34				
Y35				
	Konsumsi	Pelayanan Masyarakat	Perubahan Kondisi	
X11		0.872		
X12		0.910		
X13		0.869		
X14		0.862		
X15		0.798		
X16		0.817		
X21				
X22				
X23				
X24				
X25				
X26				
X31				
X32				
X33				
X34				
X35				
X41				
X42				
X43				
X44				
X45				

Lampiran 3.1 – Lanjutan

Y11			0.812
Y12			0.693
Y13			0.820
Y14			0.866
Y15			0.818
Y21			
Y22			
Y23			
Y24			
Y25			
Y31	0.854		
Y32	0.814		
	0.795		
	0.776		
	0.796		

3.2 Construct Reliability and Validity

	Cronbach's Alpha	rho_A	Composite Reliability	Average Variance Extracted (AVE)
Intensitas Sosialisasi Yang Dilakukan	0.891	0.902	0.919	0.695
Kemudahan Mengakses Informasi	0.872	0.881	0.909	0.668
Kesehatan	0.892	0.893	0.920	0.698
Ketersediaan Sarpras	0.892	0.908	0.917	0.649
Konsumsi	0.866	0.868	0.903	0.652

Lampiran 3.2 – Lanjutan

Pelayanan Masyarakat	0.926	0.931	0.942	0.732
Perubahan Kondisi	0.861	0.867	0.901	0.646

3.3 Discriminant Validity

	Intensitas Sosialisasi Yang Dilakukan	Kemudahan Mengakses Informasi	Kesehatan	Ketersediaan Sarpras
Intensitas Sosialisasi Yang Dilakukan	0.834			
Kemudahan Mengakses Informasi	0.725	0.817		
Kesehatan	0.617	0.642	0.835	
Ketersediaan Sarpras	0.703	0.805	0.643	0.806
Konsumsi	0.591	0.582	0.676	0.571
Pelayanan Masyarakat	0.706	0.748	0.593	0.844
Perubahan Kondisi	0.597	0.618	0.852	0.605
	Konsumsi	Pelayanan Masyarakat	Perubahan Kondisi	
Intensitas Sosialisasi Yang Dilakukan				
Kemudahan Mengakses Informasi				
Kesehatan				

Lampiran 3.3 – Lanjutan

Ketersediaan Sarpras			
Konsumsi	0.808		
Pelayanan Masyarakat	0.527	0.856	
Perubahan Kondisi	0.706	0.596	0.804

3.4 R Square

	R Square	R Square Adjusted
Kesehatan	0.737	0.734
Konsumsi	0.499	0.496
Perubahan Kondisi	0.450	0.434

3.5 F Square

	Intensitas Sosialisasi Yang Dilakukan	Kemudahan Mengakses Informasi	Kesehatan
Intensitas Sosialisasi Yang Dilakukan			
Kemudahan Mengakses Informasi			
Kesehatan			
Ketersediaan Sarpras			
Konsumsi			0.042
Pelayanan Masyarakat			
Perubahan Kondisi			1.066

Lampiran 3.5 – Lanjutan

	Ketersediaan Sarpras	Konsumsi	Pelayanan Masyarakat	Perubahan Kondisi
Intensitas Sosialisasi Yang Dilakukan				0.039
Kemudahan Mengakses Informasi				0.031
Kesehatan				
Ketersediaan Sarpras				0.006
Konsumsi				
Pelayanan Masyarakat				0.011
Perubahan Kondisi		0.996		

3.6 Koefisien Jalur

	Original Sample (O)	Sample Mean (M)	Standard Deviation (STDEV)	T Statistics (O/STDEV)	P Values
Intensitas Sosialisasi Yang Dilakukan - > Perubahan Kondisi	0.230	0.234	0.082	2.805	0.005
Kemudahan Mengakses Informasi -> Perubahan	0.240	0.237	0.101	2.373	0.018

Lampiran 3.6 – Lanjutan

Ketersediaan Sarpras -> Perubahan Kondisi	0.123	0.139	0.129	0.954	0.340
Konsumsi -> Kesehatan	0.148	0.146	0.080	1.842	0.066
Pelayanan Masyarakat t-> Perubahan Kondisi	0.150	0.135	0.134	1.118	0.264
Perubahan Kondisi -> Kesehatan	0.748	0.750	0.070	10.687	0.000
Perubahan Kondisi -> Konsumsi	0.706	0.706	0.045	15.545	0.000

