BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Indonesia telah memiliki sistem jaminan kesehatan yang komprehensif melalui program BPJS Kesehatan yang diluncurkan pada tahun 2014, dengan tujuan untuk menjamin setiap warga negara mendapatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas tanpa terbebani biaya yang tinggi.

Secara Nasional jumlah peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) tahun 2020 sejumlah 222.461.906 jiwa dan pada tahun 2021 atau naik 5,62% dibanding tahun 2020 dengan melihat data tersebut artinya sudah ada 86,07% sudah terdaftar JKN dan ini merupakan sebuah pencapaian prestasi kepesertaan JKN (1).

BPJS bertujuan untuk mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta atau anggota keluarganya. BPJS diharapkan mampu meberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat lebih baik lagi dari tingkat awal hingga pelayanan paripurna (2).

Pelayanan kesehatan BPJS memfokuskan di Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama (FTKTP) / Fasilitas Kesehatan Primer, seperti di puskesmas. Untuk itu kualitas fasilitas kesehatan primer ini harus dijaga, mengingat efek dari implementasi jaminan Kesehatan Nasional ke depan, akan mengakibatkan naiknya permintaan (*demand*) masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Kepuasan pasien merupakan satu

elemen yang penting dalam mengevaluasi kualitas layanan dengan mengukur respon pasien setelah menerima jasa.

Akses terhadap layanan kesehatan merupakan indikator penting dalam menilai kualitas kesehatan suatu negara. Ketersediaan fasilitas kesehatan yang merata, terutama yang tercakup dalam program Jaminan Kesehatan Nasional seperti BPJS Kesehatan, diharapkan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat. Namun, kenyataannya, akses terhadap layanan kesehatan di indonesia, baik di Daerah Perkotaan maupun Pedesaan, masih menghadapi ketimpangan yang signifikan.

Ketimpangan berkaitan erat dengan berbagai faktor seperti infrastruktur, sumber daya manusia, ekonomi, serta kebijakan pemerintah yang berhubungan dengan distribusi layanan kesehatan. Penelitian oleh Afifah (2024) mengungkapkan bahwa Ketimpangan Akses Layanan Kesehatan BPJS antara wilayah Perkotaan dan Pedesaan sering kali disebabkan oleh distribusi fasilitas kesehatan yang tidak merata. Fasilitas kesehatan di daerah perkotaan jauh lebih lengkap dan mudah diakses dibandingkan di Pedesaan, yang berdampak pada keterlambatan penanganan medis serta perbedaan kualitas layanan yang diterima oleh masyarakat(3).

Daerah Perkotaan, meskipun infrastruktur dan fasilitas kesehatan lebih berkembang, Akses terhadap Layanan Kesehatan BPJS juga dipengaruhi oleh tingkat antrian yang panjang, kurangnya tenaga medis yang memadai, serta ketergantungan pada fasilitas kesehatan yang terbatas

di beberapa wilayah. Namun, dibandingkan dengan daerah Pedesaan, ketimpangan ini tidak begitu signifikan karena akses ke rumah sakit, klinik, dan fasilitas kesehatan lainnya relatif lebih mudah dijangkau oleh masyarakat kota. Masyarakat di Perkotaan juga cenderung lebih memiliki pemahaman mengenai sistem BPJS dan prosedur-prosedur yang ada, yang mempermudah mereka untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Penelitian oleh Alamsyah dan Yuliana (2023) mencatat bahwa meskipun fasilitas kesehatan lebih banyak di Perkotaan, masalah antrean yang panjang dan kekurangan tenaga medis tetap menjadi kendala utama bagi masyarakat dalam mengakses layanan kesehatan.

Daerah Pedesaan, akses terhadap layanan kesehatan BPJS jauh lebih terbatas. Masalah utama yang dihadapi adalah kurangnya fasilitas kesehatan yang mendukung, serta jarak yang cukup jauh antara rumah penduduk dengan fasilitas kesehatan terdekat. Masyarakat di Pedesaan juga sering kali kesulitan dalam memahami mekanisme BPJS dan prosedur yang harus diikuti untuk mendapatkan layanan kesehatan yang dijamin. Menurut penelitian oleh Watu, Silapurna, dan Rustam (2024).

Ketimpangan akses layanan kesehatan BPJS antara daerah Perkotaan dan Pedesaan disebabkan oleh keterbatasan fasilitas kesehatan, kurangnya tenaga medis yang kompeten, serta tantangan geografis yang sulit dijangkau. Di daerah pedesaan, fasilitas kesehatan seperti puskesmas sering kali memiliki keterbatasan dalam hal peralatan medis dan obat-

obatan, sehingga masyarakat harus melakukan perjalanan jauh ke daerah perkotaan untuk mendapatkan layanan kesehatan yang memadai.

Kabupaten Enrekang, yang terletak sekitar 235 km sebelah utara Makassar, yang terdiri dari 12 kecamatan yang mencakup 112 desa dan 17 kelurahan. Kabupaten Enrekang memiliki karakteristik geografis yang didominasi oleh perbukitan dan penggunungan. Sekitar 84,96% wilayahnya terdiri dari area berbukit dan bergunung, dengan akses jalan yang sering kali sulit dilalui, terutama di musim hujan. Kondisi ini menjadi tantangan tersendiri bagi masyarakat desa dalam mendapatkan pelayanan kesehatan yang optimal.

Berdasarkan observasi awal, banyak desa yang berlokasi di daerah pegunungan dan berbukit, sehingga akses ke fasilitas kesehatan lebih sulit. Jalan desa yang sempit, curam, longsor, dan kadang tidak beraspal sehingga memperlambat perjalanan ke puskesmas atau rumah sakit terdekat. Ada juga beberapa puskesmas di desa hanya memiliki tenaga medis dasar seperti perawat dan bidan, dengan jumlah dokter yang sangat terbatas atau bahkan tidak ada dokter tetap. Observasi awal ini memperlihatkan bahwa kondisi geografis di enrekang berperan besar dalam menentukan akses pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS dengan desa mengalami hambatan yang lebih signifikan dibanding kota.

Terkait dengan hal di atas maka penulis tertarik melakukan penelitian tersebut karena menjadi dasar penting untuk memahami faktor ketimpangan dan mencari solusi yang dapat di terapkanagar dapat

memberikan rekomendasi kebijakan yang dapat memperbaiki akses kualitas pelayanan BPJS secara lebih merata di pedesaan maupun di perkotaaan.

B. Rumusan Masalah

1. Bagaimana hubungan Geografis terhadap akses pelayanan peserta BPJS di Perkotaan dan Pedesaan di Kecamatan Curio Kabupaten Enrekang?
2. Bagaimana hubungan Sosial dan Ekonomi terhadap akses pelayanan peserta BPJS di Perkotaan dan Pedesaan di Kecamatan Curio Kabupaten Enrekang?
3. Bagaimana hubungan Kebijakan Pemerintah terhadap akses pelayanan peserta BPJS di Perkotaan dan Pedesaan di Kecamatan Curio Kabupaten Enrekang?

C. Tujuan Penelitian

Tujuan dari penelitian:

1. Mengetahui hubungan Geografi terhadap akses pelayanan peserta BPJS di Perkotaan dan Pedesaan di Kecamatan Curio Kabupaten Enrekang
2. Mengetahui hubungan Sosial dan Ekonomi terhadap akses pelayanan peserta BPJS di Perkotaan dan Pedesaan di Kecamatan Curio Kabupaten Enrekang
3. Mengetahui hubungan Kebijakan Pemerintah terhadap akses pelayanan peserta BPJS di Perkotaan dan Pedesaan di Kecamatan Curio Kabupaten Enrekang

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Peneliti

Penelitian ini membantu peneliti memahami lebih dalam suatu bidang ilmu dan memperluas wawasan.

2. Bagi Masyarakat

   Meningkatkan kesejahteraan masyarakat jika rekomendasi dari penelitian ini diimplementasikan, diharapkan masyarakat desa dan kota dapat memperoleh layanan kesehatan yang lebih baik, yang pada akhirnya akan meningkatkan kualitas hidup dan kesejahteraan mereka.

BAB II TINJUAN PUSTAKA

A. Telaah Teori

1. Akses Pelayanan kesehatan

Akses terhadap layanan kesehatan merupakan elemen krusial dalam mewujudkan sistem kesehatan yang efektif dan merata. Faktor-faktor yang memengaruhi akses meliputi dimensi geografis, ekonomi, sosial, serta kebijakan pemerintah yang mendukung distribusi layanan kesehatan (9). Ketidaksetaraan akses terhadap layanan kesehatan sering kali menjadi tantangan utama, terutama di negara berkembang, yang mengakibatkan kesenjangan kesehatan antar kelompok masyarakat (10).

Model kesehatan ekuitas, seperti yang dijelaskan oleh Mishra et al. (2023), menyoroti pendapatan, pendidikan, dan lokasi sebagai determinan utama akses kesehatan. Model ini membantu menjelaskan bagaimana faktor-faktor sosial dan ekonomi dapat membatasi individu untuk mendapatkan layanan kesehatan yang memadai (11). Selain itu, teori akses terbatas yang dikembangkan oleh Levesque et al. (2021) menekankan pentingnya lima dimensi akses: keterjangkauan, keterterimaan, ketersediaan, akomodasi, dan kualitas layanan. Dimensi-dimensi ini berperan penting dalam memastikan setiap individu dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan secara optimal (12).

Peran teknologi dalam meningkatkan akses kesehatan juga menjadi sorotan penting. Studi menunjukkan bahwa layanan kesehatan digital

mampu mengatasi hambatan geografis dan ekonomi, terutama dengan memberikan akses informasi dan konsultasi yang lebih cepat serta efisien (13). Namun, tantangan kesenjangan digital, seperti yang dijelaskan oleh Singh et al. (2024), masih menjadi kendala dalam penerapan teknologi ini. Kelompok yang kurang beruntung sering kali terpinggirkan dalam manfaat teknologi kesehatan digital, sehingga memperburuk ketidaksetaraan akses (14).

2. Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan (BPJS)

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah lembaga yang dibentuk oleh pemerintah Indonesia untuk menyelenggarakan program jaminan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. BPJS Kesehatan bertanggung jawab dalam menyediakan layanan jaminan kesehatan nasional. Lembaga ini mulai beroperasi pada 1 Januari 2014, menggantikan PT Askes (Persero), dengan tujuan memberikan akses layanan kesehatan yang merata dan berkualitas bagi seluruh penduduk Indonesia. Program yang dikelola oleh BPJS Kesehatan dikenal sebagai Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), yang merupakan sistem asuransi kesehatan terbesar di dunia, mencakup sekitar 250 juta orang.

Program ini bertujuan untuk memberikan akses layanan kesehatan yang merata dan berkualitas bagi seluruh masyarakat Indonesia. BPJS Kesehatan mengelola Dana Jaminan Sosial (DJS) yang digunakan untuk membiayai pelayanan kesehatan bagi peserta JKN. Dalam beberapa tahun terakhir, BPJS Kesehatan telah melakukan

berbagai inovasi digital untuk meningkatkan efisiensi dan kualitas layanan, seperti peluncuran Aplikasi Mobile JKN yang memudahkan peserta dalam mengurus administrasi tanpa harus datang langsung ke kantor BPJS Kesehatan.

Aspek hukum perlindungan konsumen peserta BPJS Kesehatan diatur dalam berbagai peraturan perundang-undangan, seperti Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional dan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS. Penelitian menunjukkan bahwa model dan sistem pelayanan BPJS Kesehatan telah sesuai dengan undang-undang tersebut. Namun, efektivitas program dan kinerja BPJS Kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat masih perlu ditingkatkan untuk memenuhi hak-hak peserta.

3. Ketimpangan Akses Kesehatan antara Perkotaan dan Pedesaan

Ketimpangan akses terhadap layanan kesehatan yang berkualitas masih menjadi masalah utama, terutama antara wilayah perkotaan dan pedesaan. Di banyak negara berkembang, termasuk Indonesia, ketimpangan ini disebabkan oleh berbagai faktor, seperti perbedaan infrastruktur kesehatan, distribusi tenaga medis, dan kemampuan ekonomi masyarakat (15). Di wilayah perkotaan, akses terhadap fasilitas kesehatan relatif lebih baik, dengan ketersediaan rumah sakit, klinik, dan tenaga medis yang lebih terlatih. Sebaliknya, di pedesaan, fasilitas

kesehatan sering kali terbatas dan kualitas pelayanan yang tersedia cenderung lebih rendah (16).

Penelitian oleh Zulkarnain dan Wulandari (2023) menunjukkan bahwa faktor geografis merupakan salah satu hambatan utama, karena masyarakat di daerah pedesaan sering harus menempuh jarak yang jauh untuk memperoleh layanan kesehatan. Hal ini diperparah dengan minimnya fasilitas kesehatan di desa-desa, yang tidak mampu memenuhi kebutuhan masyarakat setempat. Selain itu, faktor ekonomi juga berkontribusi terhadap ketimpangan, karena pendapatan masyarakat pedesaan yang lebih rendah membatasi akses mereka terhadap layanan kesehatan meskipun ada skema pembiayaan seperti JKN (17).

Meskipun sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) bertujuan untuk mengurangi ketimpangan ini, distribusi fasilitas kesehatan dan tenaga medis yang tidak merata di daerah pedesaan tetap menjadi hambatan utama. Menurut Sari dan Rahmawati (2024), keterbatasan fasilitas kesehatan di wilayah pedesaan menyebabkan masyarakat sering kali menghadapi penundaan dalam mendapatkan perawatan medis. Oleh karena itu, diperlukan kebijakan strategis dari pemerintah untuk meratakan pembangunan fasilitas kesehatan, meningkatkan kualitas layanan, serta memastikan distribusi tenaga medis yang lebih merata (18).

4. Geografis dan Infrastruktur

Faktor geografis, seperti jarak antara tempat tinggal masyarakat dengan fasilitas kesehatan, sangat memengaruhi akses terhadap layanan kesehatan. Penelitian menunjukkan bahwa di daerah perkotaan, fasilitas kesehatan lebih lengkap dan mudah dijangkau, sementara di daerah pedesaan, masyarakat sering kali harus menempuh perjalanan jauh untuk mendapatkan layanan medis yang memadai (19). Selain jarak, kurangnya infrastruktur transportasi yang memadai di daerah terpencil memperburuk ketimpangan ini. Penelitian oleh Rahmawati dan Putra (2022) menyoroti bahwa daerah-daerah terpencil di Indonesia sering kali memiliki akses transportasi yang terbatas, yang berdampak pada keterlambatan penanganan medis dan rendahnya kualitas layanan kesehatan yang diterima masyarakat pedesaan (20).

Ketersediaan infrastruktur yang mendukung akses pelayanan BPJS juga memainkan peran penting dalam meningkatkan partisipasi masyarakat dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Ketersediaan fasilitas kesehatan yang memadai, mudah diakses, dan tersebar secara merata menjadi faktor utama dalam mendorong masyarakat untuk memanfaatkan program JKN. Sebaliknya, ketidakmerataan infrastruktur, terutama di wilayah terpencil, dapat menghambat akses layanan kesehatan. Hal ini menggarisbawahi kebutuhan mendesak untuk memperluas jaringan fasilitas kesehatan dan

memastikan distribusinya yang lebih adil di seluruh wilayah Indonesia (21).

5. Faktor sosial dan ekonomi

Akses terhadap layanan kesehatan dipengaruhi oleh berbagai faktor, termasuk faktor sosial, ekonomi, dan geografis yang saling terkait. Faktor sosial mencakup kondisi pendidikan, pekerjaan, status sosial, dan lingkungan sosial yang memengaruhi kemampuan individu untuk memperoleh informasi kesehatan serta memanfaatkan layanan kesehatan secara optimal. Sebagai contoh, individu dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi lebih cenderung memahami pentingnya akses layanan kesehatan serta memanfaatkan program jaminan kesehatan yang tersedia (Suryani & Hidayat (22)).

Faktor ekonomi juga memainkan peran penting dalam akses layanan kesehatan. Masyarakat berpenghasilan rendah sering kali menghadapi hambatan finansial, meskipun sudah tersedia program jaminan kesehatan seperti BPJS Kesehatan. Menurut penelitian Kurniawan & Nugroho (23), tingginya biaya pengobatan, kurangnya pemahaman tentang manfaat program jaminan kesehatan, serta kesulitan dalam memenuhi pembayaran menjadi hambatan utama, terutama bagi masyarakat miskin di pedesaan.

Selain itu, faktor geografis memegang peran signifikan, terutama di daerah terpencil. Penelitian Rijal, Budiman, dan Setiawan (19) menunjukkan bahwa jarak geografis merupakan salah satu kendala utama

dalam akses layanan kesehatan. Infrastruktur transportasi yang terbatas juga menghambat akses masyarakat terhadap fasilitas kesehatan. Rahmawati dan Putra (20) menekankan bahwa pengembangan infrastruktur transportasi di daerah terpencil dapat meningkatkan akses masyarakat terhadap layanan kesehatan.

Menurut Kurniawan, Pratama, dan Nuraini (21), ketersediaan infrastruktur tidak hanya memengaruhi akses kesehatan tetapi juga meningkatkan partisipasi masyarakat dalam program jaminan kesehatan seperti BPJS. Hal ini mengindikasikan pentingnya perencanaan terpadu yang melibatkan aspek sosial, ekonomi, dan geografis dalam meningkatkan akses layanan kesehatan bagi semua lapisan masyarakat.

6. Kebijakan Kesehatan dan Peran Pemerintah

Kebijakan Kebijakan kesehatan merupakan serangkaian keputusan strategis yang diambil oleh pemerintah untuk mengatur dan mengarahkan sistem kesehatan, dengan tujuan utama meningkatkan kesehatan masyarakat secara menyeluruh. Dutta dan Bedi (26) menekankan bahwa kebijakan kesehatan yang efektif harus mencakup beberapa aspek utama: penyediaan layanan kesehatan yang berkualitas, jaminan akses yang merata, serta perlindungan finansial bagi masyarakat. Sebagai contoh, program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola oleh BPJS Kesehatan di Indonesia bertujuan untuk memastikan akses layanan kesehatan yang terjangkau bagi seluruh lapisan masyarakat (Suryani (22).

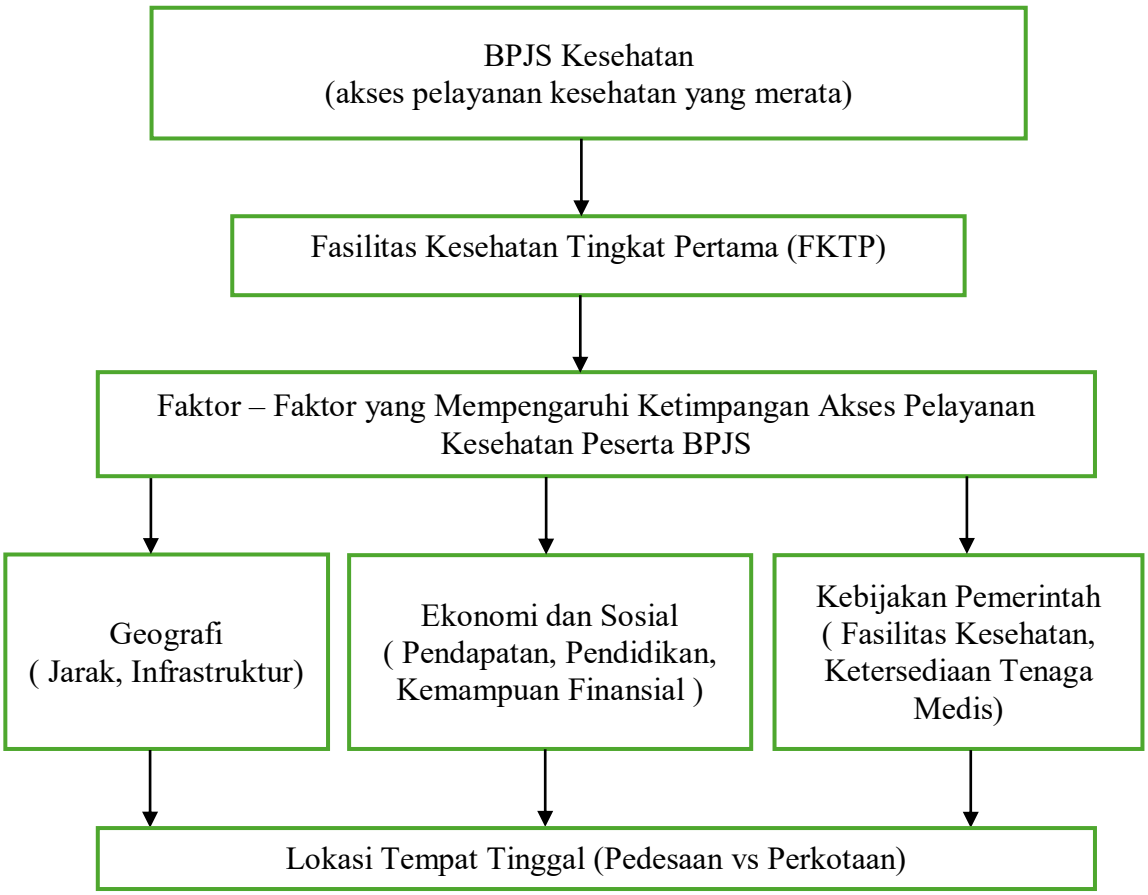
Peran pemerintah sangat penting dalam merancang dan melaksanakan kebijakan kesehatan. Hasan et al. (27) menyatakan bahwa pemerintah memiliki tanggung jawab utama untuk:

1. Menyediakan fasilitas kesehatan yang memadai.
2. Menyusun regulasi yang mendukung keberlanjutan sistem kesehatan.
3. Memastikan distribusi sumber daya kesehatan secara merata di seluruh wilayah.

Selain itu, pembiayaan kesehatan, pengawasan terhadap kualitas layanan, serta pengembangan kebijakan preventif adalah bagian integral dari upaya pemerintah untuk menurunkan angka penyakit dan meningkatkan kualitas hidup masyarakat (Raihan (28)).

Meskipun begitu, kebijakan kesehatan di Indonesia masih menghadapi berbagai tantangan. Pratiwi dan Anggraeni (29) menyoroti adanya kesenjangan kualitas layanan kesehatan antara daerah perkotaan dan pedesaan, serta defisit pembiayaan dalam program JKN. Penelitian lain juga mencatat bahwa keterbatasan sumber daya manusia di sektor kesehatan memperburuk kondisi akses layanan kesehatan, khususnya di daerah terpencil (Rahmawati dan Putra (20)).

B. Kerangka teori

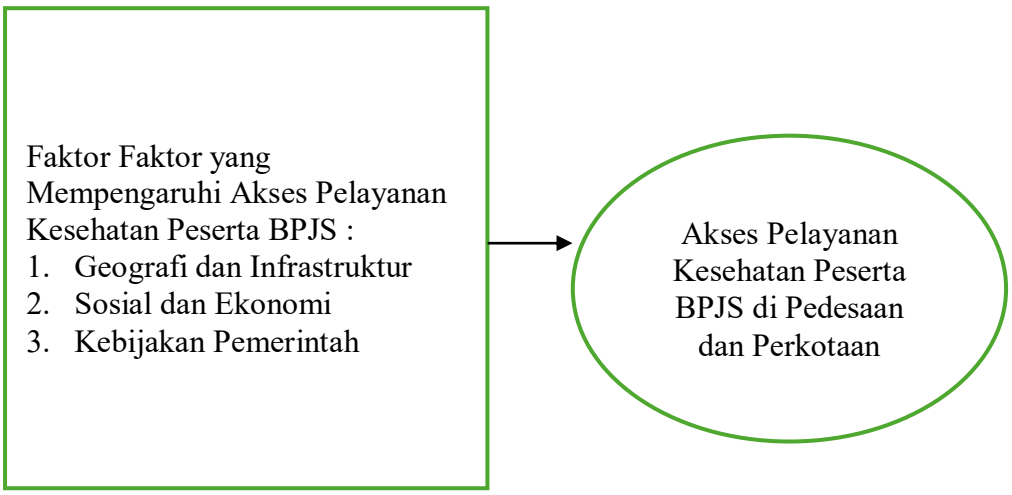


Tabel 2. 1 Kerangka Teori

Sumber : Modifikasi dari Andersen, R.M

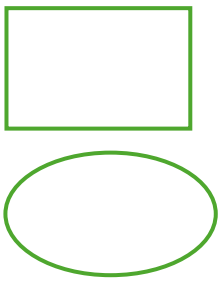
C. Kerangka Pikir

Berdasarkan apa yang disebutkan di atas, garis besar gagasan yang mendasari penelitian ini dapat digambarkan sebagai berikut :



Tabel 2. 2 Kerangka Pikir

Ket :



Gambar 1. Kerangka Pikir

D. Hipotesis

Hipotesis adalah asumsi yang diajukan sebagai jawaban sementara terhadap rumusan masalah. Berdasarkan teori-teori yang telah ditemukan, hipotesis berikut ini diajukan:

1. Hipotesis Alternatif (Ha) :

a. Terdapat hubungan Geografis terhadap akses pelayanan peserta BPJS di Perkotaan dan Pedesaan di Kecamatan Curio Kabupaten Enrekang
b. Terdapat hubungan Sosial dan Ekonomi terhadap akses pelayanan peserta BPJS di Perkotaan dan Pedesaan di Kecamatan Curio Kabupaten Enrekang
c. Terdapat hubungan Kebijakan Pemerintah terhadap akses pelayanan peserta BPJS di Perkotaan dan Pedesaan di Kecamatan Curio Kabupaten Enrekang

2. Hipotesis Nol (Ho) :
   a. Tidak terdapat hubungan Geografis terhadap akses pelayanan peserta BPJS di Perkotaan dan Pedesaan di Kecamatan Curio Kabupaten Enrekang
   b. Tidak terdapat hubungan Sosial dan Ekonomi terhadap akses pelayanan peserta BPJS di Perkotaan dan Pedesaan di Kecamatan Curio Kabupaten Enrekang
   c. Tidak terdapat hubungan Kebijakan Pemerintah terhadap akses pelayanan peserta BPJS di Perkotaan dan Pedesaan di Kecamatan Curio Kabupaten Enrekang

BAB III METODOLOGI PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Jenis penelitian yang akan digunakan penelitian Kuantitatif. Dengan rancangan *cross-sectional study* . Dimana variabel independen dan dependen di teliti pada waktu bersamaan.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Desa Mekkala Kec Curio, dan Kelurahan Galonta Kabupaten Enrekang, Mulai pada bulan desember 2024 sampai mei 2025.

C. Populasi dan sampel

a. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah masyarakat yang terdaftar sebagai peserta BPJS Kesehatan yang tinggal di Kecamatan Curio, Desa Mekkala pada tahun 2024 sebanyak 170 Peserta BPJS, dan Kec Enrekang Kota Enrekang pada tahun 2024 sebanyak 564 Peserta BPJS.

b. Sampel

Sampel dalam penelitian ini dipilih menggunakan teknik accidental sampling, yaitu pemilihan subjek berdasarkan siapa saja yang secara kebetulan ditemui dan memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Sampel terdiri dari peserta BPJS yang berdomisili di wilayah pedesaan dan perkotaan. Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah peserta BPJS yang tergolong dalam populasi target, bersedia menjadi responden, umur di atas 15 tahun, dan dapat memberikan informasi yang relevan sesuai tujuan

penelitian. Sementara itu, kriteria eksklusi meliputi peserta BPJS yang tidak bersedia menjadi respoden, umur di bawah 15 tahun dan mengalami gangguan komunikasi yang menghambat pengumpulan data, atau tidak memenuhi kriteria inklusi yang telah ditentukan.. Peneliti menentukan besar sampel menggunakan rumus *slovin* sebagai berikut :

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

Keterangan :

n : jumlah sampel yang dicari

N : besar populasi

Ne : ketetapan yang diinginkan (0,1)

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

$$n = \frac{170 + 564}{1 + 734(0{,}1)^2}$$

$$n = \frac{170 + 564}{1 + 734(0.01)}$$

$$n = \frac{734}{1 + 734}$$

$$n = \frac{734}{8.34} = 88.00$$

Teknik *sumpling* pada penelitian ini menggunakan jenis teknik *non probability* dengan pendekatan *purposive sampling,*dimana teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel di antara populasi sesuai dengan tujuan atau masalah dalam penelitian.

Setelah mendapatkan sampel menggunakan rumus slovin, penelitian

ini juga menggunakan rumus proportinonal sampling atau sampel imbangan dilakukan untuk menyempurnakan penggunaan teknik sampel berstrata atau menyempurnakan pengguna teknik sampel wilayah. Agar pengambilan sampel representative maka jumlah sampel atau wakil atau setiap wilayah dibuat sesuai dengan populasinya. Rumus yang digunakan sebagai berikut :

$$\frac{Ni}{N} \times n$$

Keterangan :

Ni : jumlah populasi

N : jumlah populasi seluruhnya

ni : jumlah sampel

n : jumlah sampel seluruhnya

Desa Mekkala

$$ni = \frac{Ni}{N} \times n$$

$$ni = \frac{85}{170} \times 88$$

$$ni = 44.$$

Kelurahan Galonta

$$ni = \frac{Ni}{N} \times n$$

$$ni = \frac{287}{564} \times 88$$

$$ni = 44.$$

Dari hasil rumus yang digunakan maka diperoleh jumlah sampel Desa Mekkala yaitu 44 Peserta BPJS dan Kota Enrekang yaitu 44 Peserta BPJS.

D. Definisi Operasional, Variabel Penelitian

1. Geografi dan Infrastruktur

Geografi merupakan kemudahan atau hambatan jarak antara tempat tinggal, Lama waktu yang di butuhkan peserta untuk mencapai fasilitas kesehatan menggunakan moda transportasi tertentu, dan ketersediaan jalan dan sarana lainnya yang mempermudah peserta BPJS untuk menjangkau fasilitas kesehatan.

Tanggapan peserta BPJS terhadap ketimpangan akses pelayanan kesehatan tentang Geografi dan Infrastruktur. Menggunakan skala ukur Ya atau Tidak.

Jumlah pilihan jawaban : 2

Jumlah Pertanyaan : 10

Skor terendah : $0 \times \frac{0}{10} \times \% = 0\%$

Skor tertinggi : $1 \times 10 = \frac{10}{10} \times 100\% = 100\%$

$$I = \frac{R}{K}$$

$$I = \frac{100\%}{2} = 50\%$$

Keterangan :

I : Interval

R : Range = Skor Tertinggi – Skor Terendah

= 100% - 0%

= 100%

K : Kategori = 2, Ya atau Tidak

Cara pengukuran menggunakan kriteria penilaian yaitu :

Kriteria penilaian = Skor tertinggi – interval

= 100% - 50%

= 50%

Kriteria objektif :

Ya = jika skor jawabab responden ≥ 50% (≥ 5 jawaban benar)

Tidak = jika skor jawabab responden < 50% (< 5 jawaban benar)

Skala data yang digunakanyaitu skala ordinal

2. Sosial dan Ekonomi

Sosial dan Ekonomi mengukur sejauh mana tingkat pendidikan Peserta BPJS yang memengaruhi pemahaman mereka terhadap prosedur dan hak Pelayanan BPJS, jumlah penghasilan keluarga yang memengaruhi kemampuan membayar iuran BPJS dan jenis pekerjaan Peserta BPJS yang memengaruhi fleksibilitas waktu dan kemampuan finansial untuk mengakses layanan kesehatan.

Tanggapan peserta BPJS terhadap ketimpangan akses pelayanan kesehatan tentang Sosial dan Ekonomi. Menggunakan skala ukur Cukup atau Kurang.

Jumlah pilihan jawaban : 2

Jumlah Pertanyaan : 10

Skor terendah : $0 \times \frac{0}{10} \times \% = 0\%$

Skor tertinggi : $1 \times 10 = \frac{10}{10} \times 100\% = 100\%$

$$I = \frac{R}{K}$$

$$I = \frac{100\%}{2} = 50\%$$

Keterangan :

I : Interval

R : Range = Skor Tertinggi – Skor Terendah

= 100% - 0%

= 100%

K : Kategori = 2, Ya atau Tidak

Cara pengukuran menggunakan kriteria penilaian yaitu :

Kriteria penilaian = Skor tertinggi – interval

= 100% - 50%

= 50%

Kriteria objektif :

Cukup = jika skor jawabab responden ≥ 50% (≥ 5 jawaban benar)

Kurang = jika skor jawabab responden < 50% (< 5 jawaban benar)

Skala data yang digunakanyaitu skala ordinal

3. Kebijakan Pemerintah

Kebijakan Pemerintah terkait pembangunan atau peningkatan fasilitas kesehatan, termasuk penambahan tenaga medis dan peralatan dan kebijakan pemerintah dalam meningkatkan pemahaman masyarakat

tentang hak dan prosedur Pelayanan BPJS melalui sosialisasi atau pelatihan.

Tanggapan peserta BPJS terhadap ketimpangan akses pelayanan kesehatan tentang Kebijakan Pemerintah. Menggunakan skala ukur Ya atau Tidak.

Jumlah pilihan jawaban : 2

Jumlah Pertanyaan : 10

Skor terendah : $0 \times \frac{0}{10} \times \% = 0\%$

Skor tertinggi : $1 \times 10 = \frac{10}{10} \times 100\% = 100\%$

$$I = \frac{R}{K}$$

$$I = \frac{100\%}{2} = 50\%$$

Keterangan :

I : Interval

R : Range = Skor Tertinggi – Skor Terendah

= 100% - 0%

= 100%

K : Kategori = 2, Ya atau Tidak

Cara pengukuran menggunakan kriteria penilaian yaitu :

Kriteria penilaian = Skor tertinggi – interval

= 100% - 50%

= 50%

Kriteria objektif :

Ya = jika skor jawabab responden ≤ 50% (≥ 5 jawaban benar)

Tidak = jika skor jawabab responden < 50% (< 5 jawaban benar)

Skala data yang digunakanyaitu skala ordinal

D. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian merupakan alat yang digunalan untuk mengumpulkan, memeriksa, menyelidiki suatu masalah yang sedang diteliti. Instrumen penelitian ini sebagai berikut :

1. Kuisioner, merupakan daftar pertanyaan yang sudah tersusun dimana responden tinggal memberikan jawaban atau dapat memberikan tanda-tanda tertentu.
2. Dokumentasi, sebagai bukti nyata yang dilakukan peneliti dalam melakukan dan menjalankan penelitiannya. Digunakan juga untuk memperoleh data melalui catatan yang tertulis seperti arsipan data yang berhubungan dengan penelitian ini.

E. Teknik pengumpulan data

1. Teknik pengumpulan data

   Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah :

   a. Observasi Lapangan: Pengamatan langsung terhadap fasilitas kesehatan (misalnya puskesmas, klinik, atau rumah sakit) di Kecamatan Curio Desa Mekkala dan Kota Enrekang untuk mengidentifikasi kondisi infrastruktur dan ketersediaan fasilitas kesehatan BPJS.

   b. Distribusi Kuesioner Secara Langsung (Face-to-Face): Kuesioner akan diberikan langsung kepada responden yang memenuhi kriteria sampel.

Peneliti akan mendatangi lokasi tempat tinggal responden di Kec Curio desa Mekkala dan Kelurahan Galonta Kota Enrekang untuk menjelaskan tujuan penelitian dan memastikan responden mengisi kuesioner dengan benar.

c. Wawancara Mendalam: Selain kuesioner, wawancara semi-terstruktur akan dilakukan untuk mendalami lebih lanjut alasan dan pengalaman responden dalam mengakses layanan BPJS.

F. Pengelolaan dan Analisis Data

Setelah data dikumpulkan, data diperiksa secara manual, kemudian di edit dan diolah menggunakan program SPSSversi 26. Pengolahan data meliputi:

a. *Editing*

Melakukan pemeriksaan kelengkapan dan kebenaran pada setiap data yang telah dikumpulkan untuk memastikan bahwa tidak ada kesalahan dan data yang kosong pada setiap variabel. Editing dapat dilakukan pada tahap pengumpulan data atau setelah data terkumpul.

b. *Coding*

Coding adalah pemberian kode yang dimaksudkan untuk mempermudah dalam pengolahan dan proses selanjutnya melalui pengklasifikasian data.

c. *Entry* data

Setelah melakukan coding SPSS, selanjutnya menginput data pada masing-masing variabel.

d. *Cleaning* data

Setelah proses penginputan data, maka dilakukan cleaning data dengan cara melakukan analisis frekuensi pada semua variabel untuk melihat ada tidaknya missing data. Data yang missing dibersihkan sehingga dapat dilakukan proses analisis.

G. Analisis data

a. Analisis Univariat

Analisis univariat dalam penelitian ini digunakan untuk memperoleh gambaran distribusi frekuensi masing – masing variabel yang diteliti.

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk melihat hubungan antara dua variabel, terutama membandingkan Akses Layanan Kesehatan antara Peserta BPJS di Pedesaan dan Perkotaan. Analisis ini dilakukan terhadap setiap variabel untuk mengetahui hubungan antara variabel dependen dan independen dengan menggunakan uji Chi Square. Ketentuan hubungan ini bermakna jika antara variabel dependen dan variable independen jika x^2 hitung $\geq$ x^2 tabulasi atau nilai p < a (0,05) yaitu taraf signifikan, pengujian ini menggunakan uji chi square dengan rumus sebagai berikut statistic yang digunakan untuk menguji hipotesis bila dalam populasi terdiri atas dua atau lebih kategori .

$$x^2 = \Sigma \frac{fo-fo)^2}{fe}$$

Keterangan :

x^2 = Nilai Chi Kuadrat

Σ = Jumlah

f*o* = frekuansi yang diobservasi

fe = frekuansi yang diharapkan

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

1. Gambaran Umum Kelurahan Galonta

Kelurahan Galonta adalah sebuah Kelurahan di Kecamatan Enrekang, Kabupaten Enrekang, Sulawesi Selatan. Sejarah Kelurahan Galonta sebelumnya adalah berstruktur Desa dan setelah itu adanya instruksi Permendes Daerah bahwa dalam 1 (satu) wilayah Pemerintah Kecamatan harus terdapat minimal 1 (satu) Kelurahan.

Kelurahan Galonta merupakan salah satu dari 6 Kelurahan di wilayah Kecamatan Enrekang. Terletak 1 Km ke arah Selatan dari Kota Kecamatan, 2,5 Km dari Ibukota Kabupaten. Luas wilayah 6,4 Km persegi. Jumlah penduduk Kelurahan Galonta mempunyai jumlah penduduk 3.870 jiwa. Iklim sebagaimana desa/kelurahan di wilayah Indonesia yakni kemarau dan penghujan.

2. Gambaran Umum Desa Mekkala

Desa Mekkala Kecamatan Curio Kabupaten Enrekang merupakan salah satu dari 11 Desa yang ada di Kecamatan Curio, dengam luas wilayah 2121,68 km2, jarak dari Ibukota Kecamatan 4 Km dan jarak dari Ibukota Kabupaten 43 km, dan jarak dari Ibukota provinsi 265 km.

Desa Mekkala terletak di Kecmatan Curio dan berbatasan dengan wilayah-wilayah disekitarnya sebagai berikut:

Sebelah Timur : Desa Rogo

Sebelah Barat : Desa Buntu Pema

Sebelah Utara : Kecamatan Malua

Sebelah Selatan : Desa Karuru

Desa Mekkala berada pada ketinggian 100 – 500 mdpl, dengan topografi bervariasi dari bergelombang, berbukit, sampai bergunung yang di dominasi oleh hamparan dengan tingkat kemiringan antara 10% - 35%, dengan curah hujan rata-rata 138,75mm/tahun dan suhu rata-rata 22 sampai dengan 32°.

B. Hasil Penelitian

Berikut Karakteristik Penelitian :

1. Karakteristik Responden

Berdasarkan karakteristik responden dapat dilihat pada tabel dibawah ini sebagai berikut :

Tabel 4. 1
Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis kelamin di Kelurahan Galonta, Kabupaten Enrekang, dan Desa Mekkala, Kec Curio

Karakteristik	Lokasi		Total	
	Kota	Desa	N	%
Jenis kelamin				
laki-laki	18	15	33	37.5
perempuan	26	29	55	62.5
Total	44	44	88	100.0
Umur				
>20 tahun	0	1	1	1.1
20-30 tahun	19	12	31	35.2
31-40 tahun	15	11	26	29.5
41-50 tahun	10	15	25	28.4
<50 tahun	0	5	5	5.7
Total	44	44	88	100.0

Pendidikan				
SD/sederajat	0	8	8	9.1
SMP/sederajat	2	15	17	19.3
SMA/sederajat	29	15	44	50.0
Diploma/S1	13	6	19	21.6
Total	44	44	88	100.0
Pekerjaan				
PNS	7	2	9	10.2
Karyawan Swasta	9	3	12	13.6
Wiraswasta	5	6	11	12.5
Petani/Nelayan	1	14	15	17.0
Tidak Bekerja	11	12	23	26.1
Lainnya	11	7	18	20.5
Total	44	44	88	100.0

Sumber : Data Primer , 2025

Berdasarkan Tabel 4.1 distribusi pengambilan data dilakukan secara seimbang antara dua wilayah, yakni kota dan desa, masing-masing melibatkan 44 responden, sehingga total keseluruhan berjumlah 88 orang. Penyebaran ini memungkinkan representasi karakteristik yang merata dan objektif dari kedua wilayah yang diteliti. Dari segi jenis kelamin, mayoritas responden adalah perempuan dengan jumlah 55 orang (62,5%), sementara laki-laki sebanyak 33 orang (37,5%). Di wilayah kota terdapat 18 laki-laki dan 26 perempuan, sedangkan di desa terdiri atas 15 laki-laki dan 29 perempuan. Hal ini menunjukkan bahwa perempuan lebih dominan dalam partisipasi penelitian di kedua lokasi.

Jika dilihat berdasarkan kelompok umur, sebagian besar responden berada dalam kategori usia produktif. Kelompok usia 20–30 tahun merupakan yang terbesar dengan 31 orang (35,2%), diikuti oleh usia 31–40 tahun sebanyak 26 orang (29,5%) dan 41–50 tahun sebanyak 25 orang (28,4%). Sementara itu, kelompok usia >50 tahun hanya terdiri dari 5 orang (5,7%) dan <20 tahun hanya 1 orang (1,1%). Dari sisi lokasi, responden di wilayah kota cenderung didominasi oleh

kelompok usia 20–40 tahun, sedangkan responden dari desa memiliki rentang usia yang lebih bervariasi, termasuk kontribusi dari kelompok usia >50 tahun. Ini menunjukkan bahwa data didominasi oleh individu dalam usia aktif secara sosial dan ekonomi.

Dalam hal pendidikan, mayoritas responden merupakan lulusan SMA/sederajat, yaitu sebanyak 44 orang (50%), diikuti oleh lulusan Diploma/S1 sebanyak 19 orang (21,6%), SMP/sederajat sebanyak 17 orang (19,3%), dan SD/sederajat sebanyak 8 orang (9,1%). Terdapat kecenderungan bahwa responden dari kota memiliki tingkat pendidikan yang lebih tinggi dibandingkan dengan responden dari desa. Sebagian besar lulusan Diploma/S1 dan SMA berasal dari kota, sementara lulusan SD dan SMP lebih banyak ditemukan di desa. Ketimpangan ini mencerminkan adanya perbedaan akses atau capaian pendidikan antara masyarakat kota dan desa.

Dari aspek pekerjaan, sebagian besar responden tidak bekerja, yaitu sebanyak 23 orang (26,1%). Kelompok ini kemungkinan besar terdiri dari ibu rumah tangga, pelajar, atau kelompok usia non-produktif. Selain itu, terdapat 18 orang (20,5%) yang bekerja di sektor lain, dan 15 orang (17%) bekerja sebagai petani atau nelayan, yang umumnya berasal dari wilayah desa. Profesi lainnya terdiri dari karyawan swasta sebanyak 12 orang (13,6%), wiraswasta 11 orang (12,5%), dan PNS 9 orang (10,2%). Temuan ini menunjukkan bahwa mata pencaharian responden sangat beragam, dengan sektor informal dan pertanian lebih dominan di desa, sementara sektor formal lebih banyak ditemukan di kota.

Secara keseluruhan, karakteristik responden menggambarkan kondisi sosial ekonomi yang berbeda antara wilayah kota dan desa, dengan latar belakang pendidikan dan pekerjaan yang cukup kontras. Partisipasi perempuan yang dominan dan mayoritas responden berada dalam usia produktif memberikan validitas yang kuat terhadap hasil penelitian ini.

2. Uji Univariat

a. Frekuensi Geografi dan Infrastruktur

Berikut gambaran frekuensi Geografi dan Infrastruktur di Kelurahan Galonta, Kabupaten Enrekang, dan Desa Mekkala, Kec Curio :

Tabel 4. 2
Frekuensi Geografi dan Infrastruktur di Kelurahan Galonta, Kabupaten Enrekang, dan Desa Mekkala, Kec Curio

Geografi dan Infrastruktur	n	%
Ya	56	63.6
Tidak	32	36.4
Total	**88**	**100.0**

Sumber : Data Primer , 2025

Berdasarkan tabel 4.5, menunjukkan bahwa sebanyak 56 responden (63.6%) menyatakan bahwa kondisi geografi dan infrastruktur di wilayah tersebut memadai (Ya). Sementara itu, 32 orang (36.4%), menyatakan bahwa kondisi geografi dan infrastruktur tidak memadai (Tidak).

b. Frekuensi Sosial dan Ekonomi

Berikut gambaran frekuensi Sosial dan Ekonomi di Kelurahan Galonta, Kabupaten Enrekang, dan Desa Mekkala, Kec Curio :

Tabel 4. 3
Frekuensi Sosial dan Ekonomi di Kelurahan Galonta, Kabupaten Enrekang, dan Desa Mekkala, Kec Curio

Sosial dan Ekonomi	n	%
Cukup	80	89.9
Kurang	8	9.0
Total	**88**	**100.0**

Sumber : Data Primer , 2025

Berdasarkan tabel 4.6, menunjukkan bahwa 80 responden (89,9%) yang menilai kondisi sosial dan ekonomi di wilayah tersebut dalam kategori cukup. Sebaliknya, hanya 8 responden (9,0%) menyatakan bahwa kondisi sosial dan ekonomi masih kurang.

c. Frekuensi Kebijakan Pemerintah

Berikut gambaran frekuensi Kebijakan Pemerintah di Kelurahan Galonta, Kabupaten Enrekang, dan Desa Mekkala, Kec Curio :

Tabel 4. 4
Frekuensi Kebijakan Pemerintah di Kelurahan Galonta, Kabupaten Enrekang, dan Desa Mekkala, Kec Curio

Kebijakan Pemerintah	n	%
Ya	56	63.6
Tidak	32	36.4
Total	**88**	**100.0**

Sumber : Data Primer , 2025

Berdasarkan tabel 4.7, sebanyak 56 responden (63.6%) menyatakan bahwa kebijakan pemerintah telah dirasakan atau dijalankan dengan baik (Ya). Sementara itu, sebanyak 32 responden (36.4%) menyatakan bahwa kebijakan pemerintah belum dirasakan atau tidak dijalankan secara optimal (Tidak).

3. Uji Bivariat

Tabel 4. 5

Hubungan Geografis dan Infrastruktur Terhadap Akses Pelayanan BPJS Di Perkotaan Dan Pedesaan Di Kecamatan Curio Kabupaten Enrekang

Kategori Geografis dan Infrastruktur	Lokasi				Total		*ρ-Value*
	Kota		Desa				
	n	%	n	%	n	%	
Ya	27	48.2	29	51.8	56	63,6	0,658
Tidak	17	53.1	15	46.9	32	36,4	
Total	44	50.0	44	50.0	88	100.0	

Sumber : Data Primer , 2025

Berdasarkan tabel 4.8, menunjukkan bahwa dari total 88 responden, sebanyak 56 orang (63,6%) menyatakan bahwa akses terhadap pelayanan BPJS terpengaruh oleh faktor geografis (Ya), dengan rincian 27 responden (48,2%) berasal dari wilayah perkotaan dan 29 responden (51,8%) dari wilayah pedesaan. Sementara itu, sebanyak 32 responden (36,4%) menyatakan bahwa faktor geografis tidak mempengaruhi akses terhadap akses pelayanan BPJS (Tidak), yang terdiri dari 17 responden (53,1%) di wilayahkota dan 15 responden (46,9%) di wilayah desa.

Hasil analisis uji chi-square menunjukkan nilai p = 0,658 yang berarti nilai p > 0,05. Hal ini menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara kondisi geografis dengan akses pelayanan BPJS di wilayah perkotaan dan pedesaan.

Tabel 4. 6
Hubungan Sosial dan Ekonomi Terhadap Akses Pelayanan BPJS Di Perkotaan Dan Pedesaan Di Kecamatan Curio Kabupaten Enrekang

Kategori Sosial dan Ekonomi	Lokasi				Total		*ρ-Value*
	Kota		Desa				
	n	%	n	%	n	%	
Cukup	44	55.0	36	45.0	80	90,9	0,003
Kurang	0	0.0	8	100.0	8	9,1	
Total	44	50.0	44	50.0	88	100.0	

Sumber : Data Primer , 2025

Berdasarkan tabel 4.9, menunjukkan bahwa dari total 88 responden, sebanyak 80 orang (90,9%) berada dalam kategori sosial dan ekonomi yang cukup, dengan persebaran 44 responden (55,0%) di wilayah perkotaan dan 36 responden (45,0%) di wilayah pedesaan. Sementara itu, hanya 8 responden (9,1) yang termasuk dalam kategori sosial dan ekonomi kurang, yang seluruhnya berasal dari wilayah pedesaan (8 responden atau 100%).

Hasil analisis uji chi-square menunjukkan nilai p = 0,003 yang berarti nilai p< 0,05. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara kondisi sosial dan ekonomi dengan akses pelayanan BPJS di wilayah perkotaan dan pedesaan.

Tabel 4. 7
Hubungan Kebijakan Pemerintah Terhadap Akses Pelayanan BPJS Di Perkotaan Dan Pedesaan Di Kecamatan Curio Kabupaten Enrekang

Kategori Kebijakan Pemerintah	Lokasi				Total		*ρ-Value*
	Kota		Desa				
	n	%	n	%	n	%	
Ya	29	51.8	27	48.2	56	63,6	0.658
Tidak	15	46.9	17	53.1	32	36,4	
Total	44	50.0	44	50.0	88	100.0	

Sumber : Data Primer , 2025

Berdasarkan tabel 4.10, menunjukkan bahwa dari total 88 responden, sebanyak 56 orang (63,6%) menyatakan bahwa kebijakan pemerintah mendukung akses pelayanan BPJS, sedangkan 32 orang (36,4%) menyatakan sebaliknya. Jika dilihat berdasarkan lokasi, dari 56 responden yang menyatakan kebijakan pemerintah mendukung, 29 orang (51,8%) berasal dari wilayah perkotaan dan 27 orang (48,2%) berasal dari wilayah pedesaan. Sementara dari 32 responden yang menyatakan tidak ada dukungan kebijakan pemerintah, 15 orang (46,9%) berasal dari perkotaan dan 17 orang (53,1%) berasal dari pedesaan.

Hasil analisis uji chi-square menunjukkan nilai p=0,658 yang berarti nilai p>0,05. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara kebijakan pemerintah dengan akses pelayanan BPJS di wilayah perkotaan dan pedesaan.

C. Pembahasan

Responden dalam penelitian ini menunjukkan keragaman dari segi jenis kelamin, usia, pendidikan, dan pekerjaan. Jumlah perempuan lebih banyak dibandingkan laki-laki, baik di kota maupun desa, menandakan dominasi partisipasi perempuan dalam penelitian ini. Sebagian besar responden berada dalam rentang usia produktif, yaitu antara 20 hingga 50 tahun, yang menunjukkan bahwa data berasal dari kelompok yang aktif secara sosial dan ekonomi. Dalam hal pendidikan, mayoritas responden merupakan lulusan SMA/sederajat, diikuti oleh yang menempuh pendidikan tinggi, sementara responden berpendidikan SD dan SMP lebih banyak ditemukan di desa. Dari aspek pekerjaan, sebagian besar tidak bekerja, disusul oleh mereka yang bekerja sebagai petani, nelayan, karyawan, wiraswasta, maupun PNS. Umumnya, responden kota lebih banyak bekerja di sektor formal, sementara desa didominasi oleh pekerjaan sektor primer. Temuan ini menunjukkan adanya perbedaan sosial-ekonomi antara kota dan desa.

1. Perbedaan Ketimpangan akses pelayanan BPJS antara Kota dan Desa terkait Geografi dan Infrastruktur

Faktor geografis dan infrastruktur tidak menunjukkan hubungan signifikan dengan akses pelayanan BPJS karena masyarakat, khususnya di pedesaan, telah lama beradaptasi dengan kondisi wilayah yang sulit

dijangkau melalui budaya gotong royong, solidaritas kekerabatan, serta kebiasaan memanfaatkan fasilitas primer terdekat seperti puskesmas dan posyandu sehingga jarak maupun kondisi jalan yang kurang baik tidak dianggap sebagai hambatan utama. Selain itu, adanya kebiasaan menggunakan pengobatan tradisional sebelum mengakses layanan modern serta normalisasi hambatan geografis yang sudah melekat dalam budaya setempat membuat responden merasa tetap mampu memperoleh pelayanan BPJS tanpa sangat dipengaruhi oleh faktor infrastruktur dan geografi.

Perbedaan ketimpangan akses pelayanan BPJS antara wilayah kota dan desa sering kali dikaitkan dengan faktor geografis dan infrastruktur. Dalam konteks ini, data menunjukkan bahwa responden dari desa lebih banyak yang merasakan pengaruh nyata dari kondisi geografis dan keterbatasan infrastruktur terhadap akses pelayanan BPJS. Responden desa menghadapi kendala seperti jarak yang jauh ke fasilitas kesehatan, kondisi jalan yang buruk, minimnya transportasi umum, dan keterbatasan layanan kesehatan di sekitar tempat tinggal. Sementara itu, responden dari kota relatif memiliki akses yang lebih mudah karena didukung oleh infrastruktur yang lebih baik dan fasilitas kesehatan yang lebih dekat serta memadai.

Temuan ini sebenarnya selaras dengan hasil penelitian terdahulu, seperti yang dikemukakan oleh Fatharani (2024), yang menjelaskan bahwa masyarakat di wilayah pedesaan dan terpencil sering kali menghadapi keterbatasan akses akibat jarak geografis, kondisi jalan yang tidak layak, serta ketidakseimbangan distribusi fasilitas kesehatan. Hambatan-hambatan

ini dapat menyebabkan keterlambatan dalam penanganan medis dan menurunkan kualitas pelayanan kesehatan yang diterima masyarakat desa. Dalam banyak kasus, keterbatasan geografis menjadi penyebab utama masyarakat enggan atau sulit memanfaatkan layanan BPJS secara optimal.

Penelitian oleh Junadi, Besral, dan Trihono (2021) juga menegaskan hal serupa. Mereka menunjukkan bahwa cakupan semesta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sangat dipengaruhi oleh keberadaan fasilitas kesehatan dan tenaga medis yang belum merata, terutama di wilayah rural. Ketimpangan infrastruktur dan distribusi layanan menyebabkan masyarakat desa lebih bergantung pada fasilitas dasar yang terbatas, yang pada akhirnya berdampak terhadap optimalisasi layanan BPJS.

Lebih lanjut, Azeri, Tamba, dan Silaban (2025) mengemukakan bahwa ketimpangan akses pelayanan BPJS antara kota dan desa masih mencolok, terutama dalam layanan kebidanan. Ketimpangan ini diperparah oleh kondisi geografis wilayah yang luas dan keterbatasan infrastruktur jalan di desa, yang memperlambat aksesibilitas terhadap layanan kesehatan rujukan dan primer.

Namun demikian, hasil dari penelitian ini justru menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan signifikan antara faktor geografis seperti jarak, infrastruktur, dan fasilitas Kesehatan dengan akses pelayanan BPJS baik di wilayah kota maupun desa. Ketidaksesuaian antara teori dan hasil ini menunjukkan adanya pergeseran atau perubahan kondisi lapangan yang mungkin tidak tertangkap dalam teori sebelumnya. Salah satu kemungkinan

penyebabnya adalah adanya adaptasi yang dilakukan masyarakat desa terhadap kondisi geografis mereka. Masyarakat mungkin telah mengembangkan strategi lokal seperti menggunakan transportasi pribadi, berkoordinasi antarwarga, atau memanfaatkan posyandu dan fasilitas layanan primer terdekat untuk tetap dapat mengakses layanan BPJS.

Hasil tidak sejalan dari penelitian Megatsari, Laksono, dan Ridlo (2022) yang menyatakan bahwa faktor geografis tidak lagi menjadi hambatan utama dalam akses layanan BPJS. Dalam studi mereka, masyarakat di wilayah terpencil telah berhasil beradaptasi melalui berbagai cara seperti pemanfaatan fasilitas keliling, peran komunitas, dan optimalisasi layanan primer. Justru aspek lain seperti birokrasi layanan, kualitas fasilitas, dan sosialisasi program BPJS dinilai lebih dominan dalam memengaruhi persepsi dan pemanfaatan layanan.

Selain itu, upaya pemerataan pembangunan oleh pemerintah dalam beberapa tahun terakhir juga patut dipertimbangkan. Peningkatan infrastruktur dasar, program revitalisasi puskesmas, penyediaan kendaraan operasional desa, dan kebijakan desentralisasi kesehatan bisa saja telah berhasil mengurangi hambatan fisik yang sebelumnya menjadi kendala utama. Dengan kata lain, walaupun secara subjektif masyarakat desa masih merasa terdampak oleh faktor geografis, secara statistik faktor tersebut tidak lagi menunjukkan pengaruh signifikan terhadap akses terhadap layanan BPJS. Hal ini memperlihatkan bahwa tantangan akses kesehatan kini lebih kompleks dan tidak bisa hanya dilihat dari sisi geografis semata.

2. Perbedaan Ketimpangan akses pelayanan BPJS antara Kota dan Desa terkait Ekonomi dan Sosial

Berdasarkan hasil penelitian, menunjukkan bahwa dari 88 responden, mayoritas yaitu 80 orang (89,9%) termasuk dalam kategori sosial dan ekonomi cukup, sementara hanya 8 orang (9,0%) termasuk dalam kategori kurang. Sedangkan berdasarkan lokasi, seluruh responden dari wilayah perkotaan (100%) berada dalam kategori sosial dan ekonomi yang cukup. Sebaliknya, dari wilayah pedesaan, terdapat 8 responden (9,0%) yang masuk kategori kurang dalam aspek sosial dan ekonomi. Seluruh responden yang berada dalam kategori sosial dan ekonomi kurang berasal dari perkotaan (100%), tidak satupun berasal dari pedesaan. Hal ini menunjukkan adanya ketimpangan sosial ekonomi yang cukup tajam antara wilayah kota dan desa.

Ketimpangan ini menunjukkan bahwa akses pelayanan kesehatan melalui BPJS tidak hanya dipengaruhi oleh ketersediaan fasilitas kesehatan, tetapi juga sangat berkaitan dengan kondisi sosial dan ekonomi masyarakat. Di wilayah pedesaan, seperti keterbatasan penghasilan, pendidikan, dan informasi dapat menjadi penghambat dalam mengakses pelayanan BPJS secara optimal. Hal ini berbeda dengan wilayah perkotaan yang lebih unggul dalam hal pendidikan, pekerjaan formal, serta infrastruktur pendukung lainnya.

Teori mengenai keterjangkauan akses layanan kesehatan diperkuat oleh Laksono et al. (2022) yang menekankan bahwa rendahnya tingkat

pendidikan dan pendapatan berdampak signifikan terhadap pemanfaatan layanan kesehatan, termasuk dalam konteks BPJS. Masyarakat dengan latar belakang sosial ekonomi rendah lebih sulit dalam memahami prosedur layanan, mengalami kendala administratif, dan cenderung tidak mengetahui secara menyeluruh hak-haknya sebagai peserta BPJS, sehingga menghambat pemanfaatan pelayanan yang tersedia. Demikian pula, Kurniawan & Nugroho (2021) mencatat bahwa masyarakat miskin sering kali mengalami hambatan dalam mengakses layanan kesehatan meskipun telah terdaftar sebagai peserta BPJS (23).

Hasil tidak sejalan menurut Fatimah et al. (2024) dalam penelitiannya di Desa Tanjang menyatakan bahwa tingkat pendidikan dan pendapatan tidak menunjukkan pengaruh yang signifikan terhadap kepemilikan dan penggunaan asuransi kesehatan, termasuk BPJS. Faktor-faktor komunitas seperti dukungan sosial, pengalaman sebelumnya, dan informasi dari tokoh lokal lebih menentukan keputusan memanfaatkan layanan (38).

Temuan senada juga dikemukakan oleh Gustina, Wahyuni, dan Lazuardi (2025) dalam studi kasus di Kota Medan. Mereka mengungkapkan bahwa meskipun sebagian besar warga berpendapatan rendah dan berpendidikan rendah, tingkat pemanfaatan layanan BPJS tetap tinggi, berkat adanya edukasi yang masif dan pendampingan dari petugas sosial. Ini menunjukkan bahwa hambatan sosial ekonomi dapat diatasi oleh intervensi kebijakan lokal dan pemberdayaan Masyarakat(39).

3. Perbedaan Ketimpangan akses pelayanan BPJS antara Kota dan Desa terkait Kebijakan Pemerintah

Berdasarkan hasil penelitian, proporsi dukungan kebijakan pemerintah terhadap akses layanan BPJS relatif merata antara wilayah perkotaan dan pedesaan, meskipun terdapat kecenderungan bahwa masyarakat pedesaan lebih banyak merasakan kurangnya dukungan kebijakan dibandingkan masyarakat perkotaan. Kondisi ini mencerminkan adanya perbedaan persepsi dan pengalaman dalam merasakan dampak kebijakan, khususnya terkait dengan akses terhadap pelayanan kesehatan yang dijamin BPJS.

Hasil uji menunjukkan bahwa faktor kebijakan tidak berhubungan signifikan dengan akses pelayanan BPJS, yang dapat dijelaskan karena sebagian besar masyarakat tidak merasakan secara langsung implementasi kebijakan yang bersifat umum dan top–down. Selain itu, kurangnya sosialisasi, keterbatasan informasi, serta budaya birokrasi yang dianggap wajar turut menyebabkan kebijakan yang ada tidak berpengaruh nyata terhadap perilaku akses peserta, sehingga meskipun aturan tersedia, pelaksanaannya belum optimal di tingkat masyarakat. Untuk mengatasi hal tersebut, diperlukan solusi agar kebijakan lebih berpengaruh terhadap akses pelayanan, di antaranya melalui peningkatan sosialisasi dan edukasi secara merata hingga ke pedesaan, monitoring implementasi yang lebih ketat, serta perumusan kebijakan berbasis kebutuhan lokal, misalnya dengan menghadirkan layanan kesehatan keliling atau subsidi transportasi bagi wilayah sulit dijangkau. Selain itu, pelibatan tokoh masyarakat dan kader

kesehatan dapat membantu menerjemahkan kebijakan ke dalam bahasa lokal, sehingga lebih mudah dipahami dan diterima oleh masyarakat.

Hasil ini tidak sejalan seperti dikemukakan oleh Putri (2024), yang menjelaskan bahwa kebijakan kesehatan yang efektif harus mencakup tiga pilar utama: penyediaan layanan kesehatan yang memadai, pemerataan akses antar wilayah, dan perlindungan finansial bagi masyarakat (32). Dalam konteks pelaksanaan di Indonesia, tantangan terbesar adalah ketimpangan antara wilayah perkotaan dan pedesaan. Ketimpangan ini tidak hanya menyangkut aspek fisik, seperti infrastruktur, tetapi juga mencakup kesenjangan dalam penyebaran informasi kebijakan serta kemampuan masyarakat dalam memahami manfaat dan prosedur penggunaan layanan BPJS. Hal ini diperkuat oleh Wulandari et al. (2024) yang menunjukkan bahwa distribusi sumber daya manusia kesehatan dan fasilitas kesehatan masih sangat timpang, khususnya di daerah 3T (tertinggal, terdepan, dan terluar), yang menghambat pemerataan layanan dan mengurangi efektivitas implementasi kebijakan nasional (33).

Namun demikian, sejumlah penelitian terdahulu justru menunjukkan bahwa kebijakan pemerintah melalui program JKN dan BPJS telah memberikan dampak signifikan terhadap peningkatan akses layanan kesehatan, baik dalam hal persepsi masyarakat maupun efisiensi operasional layanan. Utami dan Mutiarin (2021), dalam evaluasi program JKN di Kabupaten Sleman, menemukan bahwa implementasi kebijakan JKN berkontribusi nyata dalam meningkatkan akses dan mutu pelayanan

kesehatan tingkat pertama (FKTP). Mereka menunjukkan bahwa adanya standar pelayanan minimal, pemenuhan tenaga medis, dan pendanaan berbasis kapitasi yang disalurkan oleh BPJS telah mempercepat proses pelayanan dan memperluas jangkauan layanan, bahkan di wilayah pinggiran (40).

Sementara itu, Irwandy dan Sjaaf (2023) dalam studi di Provinsi Sulawesi Selatan menegaskan bahwa kebijakan JKN membawa dampak positif yang signifikan terhadap efisiensi rumah sakit serta meningkatkan jumlah masyarakat yang mengakses pelayanan kesehatan, termasuk dari kalangan ekonomi menengah ke bawah. Kebijakan nasional ini dianggap berhasil menciptakan sistem yang inklusif dan menurunkan hambatan finansial dalam mengakses layanan (41).

Temuan-temuan ini menunjukkan bahwa meskipun persepsi masyarakat di wilayah pedesaan terhadap dampak kebijakan belum sepenuhnya positif, terdapat bukti empiris kuat yang menyatakan bahwa kebijakan BPJS/JKN memiliki kontribusi signifikan dalam memperluas akses layanan, meningkatkan efisiensi, dan membangun sistem kesehatan yang lebih merata di berbagai wilayah.

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa :

1. Tidak terdapat hubungan signifikan antara faktor geografis (seperti jarak, infrastruktur, dan fasilitas kesehatan) dengan akses pelayanan BPJS di desa dan kota ($p = 0,658$).
2. Terdapat hubungan signifikan antara faktor sosial ekonomi (pendidikan, pekerjaan, pendapatan) dengan akses layanan BPJS di desa dan kota ($p = 0,03$).
3. Tidak terdapat hubungan signifikan antara kebijakan pemerintah dan akses pelayanan BPJS. Meski kebijakan telah dikeluarkan, persepsi Masyarakat terutama di desa dan kota ($p = 0,658$).

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas, maka disarankan :

1. Pemerintah perlu memperluas Pembangunan infrastruktur Kesehatan di daerah pedesaan, termasuk Pembangunan jalan yang layak dan peningkatan jumlah fasilitas layanan primer.
2. Peningkatan literasi kesehatan masyarakat melalui program edukasi dan penyuluhan yang berkelanjutan sangat diperlukan, terutama di daerah dengan tingkat pendidikan rendah.

3. Pemerintah harus meningkatkan sosialisasi kebijakan BPJS secara merata ke seluruh wilayah, termasuk wilayah 3T (tertinggal, terdepan, dan terluar).
4. Diperlukan sistem evaluasi dan monitoring kebijakan yang lebih ketat untuk memastikan kebijakan tidak hanya berjalan di atas kertas, tetapi juga berdampak nyata di lapangan.

DAFTAR PUSTAKA

(1) BPJS Kesehatan, “Laporan Tahunan BPJS 2021,” Jakarta: BPJS, 2021. [Online]. Available: https://bpjskesehatan.go.id/

(2) T. Putri, “Analisis Sistem BPJS dalam Pelayanan Kesehatan Nasional,” Jakarta: Universitas Indonesia Press, 2020.

(3) N. Afifah, “Ketimpangan akses layanan kesehatan BPJS di Indonesia: studi perbandingan wilayah perkotaan dan pedesaan,” J. Kesehat. Masy., vol. 11, no. 2, pp. 45–57, 2024.

(4) A. Diaz, “Literasi kesehatan masyarakat pedesaan terkait BPJS: evaluasi program edukasi,” J. Sos. Kesehat., vol. 13, no. 1, pp. 34–44, 2024.

(5) H. Halim, “Faktor penghambat akses pelayanan kesehatan di pedesaan: studi kasus di wilayah 3T,” Health Access J., vol. 8, no. 4, pp. 25–38, 2020.

(6) M. Su’udi, “Evaluasi ketersediaan peralatan standar di puskesmas daerah 3T,” J. Penelit. Pelayan. Kesehat., vol. 12, no. 5, pp. 88–97, 2022.

(7) T. Nurlinawati and R. Putranto, “Pemerataan tenaga kesehatan pada layanan primer: analisis puskesmas di Indonesia,” J. Kebijak. Kesehat. Indones., vol. 9, no. 1, pp. 14–20, 2020.

(8) Cindy Kinanti Rahmayani Lasso. Faktor Hambatan dalam Akses Pelayanan Kesehatan pada Puskesmas di Indonesia: Scoping Review. Jurnal Ilmiah Permas: Jurnal Ilmiah STIKES Kendal. 2023;13(4):1337-1344

(9) S. Pereira, J. Duarte, and C. Almeida, “Policy interventions to reduce health inequalities in developing countries,” Int. J. Public Health Policy, vol. 18, no. 2, pp. 87–99, 2021.

(10) H. Kim and S. Lee, “Healthcare disparities: Challenges in improving equity in developing countries,” Glob. Health Action, vol. 15, no. 3, pp. 123–135, 2022.

(11) R. Mishra, P. Choudhary, and D. Patel, “The equity model of healthcare: Evaluating access determinants,” J. Equity Health, vol. 9, no. 1, pp. 45–60, 2023.

(12) J.-F. Levesque, M. Harris, and G. Russell, “Understanding access to health services: Five dimensions and their implications for equity,” Int. J. Equity Health, vol. 10, no. 1, pp. 1–12, 2021.

(13) R. Singh, A. Gupta, and V. Sharma, “Digital health technologies and equity: Bridging the gap in rural healthcare,” Digit. Health Innov., vol. 11, no. 4, pp. 102–115, 2024.

(14) R. Singh, “Challenges of digital divide in healthcare accessibility: Implications for rural areas,” J. Digital Health Equity, vol. 7, no. 1, pp. 34–42, 2024.

(15) A. Abdullah, R. Ibrahim, and N. Hakim, “Equity in healthcare: Challenges in Indonesia’s rural areas,” J. Public Health Pol., vol. 13, no. 1, pp. 25–34, 2021.

(16) H. Sukmana and M. Hidayat, “Ketimpangan akses layanan kesehatan di Indonesia: Studi kasus perkotaan dan pedesaan,” J. Kesehatan Indonesia, vol. 7, no. 4, pp. 112–120, 2022.

(17) A. Zulkarnain and S. Wulandari, “Faktor geografis dan ketimpangan akses layanan kesehatan di pedesaan Indonesia,” Indones. J. Health Equity, vol. 14, no. 2, pp. 55–67, 2023.

(18) N. Sari and I. Rahmawati, “Analisis distribusi fasilitas kesehatan dalam mendukung Jaminan Kesehatan Nasional,” J. Kebijak. Kesehatan Publik, vol. 11, no. 3, pp. 78–89, 2024.

(19) R. Rijal, A. Budiman, and D. Setiawan, “Pengaruh jarak geografis terhadap akses layanan kesehatan: Studi di pedesaan Indonesia,” J. Kesehat. Trop., vol. 18, no. 1, pp. 45–58, 2024.

(20) I. Rahmawati and H. Putra, “Infrastruktur transportasi dan akses layanan kesehatan di daerah terpencil,” J. Transportasi dan Kesehatan, vol. 5, no. 2, pp. 34–45, 2022.

(21) D. Kurniawan, S. Pratama, and A. Nuraini, “Pengaruh ketersediaan infrastruktur terhadap partisipasi masyarakat dalam program BPJS,” J. Manaj. Kesehat., vol. 12, no. 4, pp. 112–120, 2023.

(22) Suryani, R., & Hidayat, T. (2023). Hubungan antara tingkat pendidikan dan pemanfaatan layanan kesehatan di daerah urban. *Jurnal Pendidikan dan Kesehatan*, 14(2), 56–68.

(23) Kurniawan, A., & Nugroho, R. (2021). Kendala akses layanan kesehatan bagi masyarakat berpenghasilan rendah: Studi kasus di pedesaan Jawa Tengah. *Jurnal Kebijakan Kesehatan*, 9(3), 87–102.

(24) Dutton, P., Smith, J., & Clarke, M. (2022). Social determinants of health: Implications for health equity. *Journal of Global Health Studies*, 15(4), 112–129.

(25) Nugraha, F., Wulandari, A., & Hartono, P. (2023). Analisis pengaruh infrastruktur kesehatan terhadap kualitas pelayanan di Indonesia Timur. *Jurnal Pembangunan Daerah*, 18(1), 45–58.

(26) Dutta, A., & Bedi, K. (2021). Designing effective healthcare policies for universal health coverage. *Journal of Health Policy Research*, 10(3), 78–92.

(27) Hasan, M., Nuraini, L., & Farida, T. (2023). The role of government in addressing health disparities: Evidence from Southeast Asia. *Journal of Public Health Policy*, 17(1), 45–59.

(28) Raihan, A. (2024). Strategi pembiayaan kesehatan dalam program JKN: Analisis kebijakan fiskal. *Jurnal Kebijakan Publik Indonesia*, 12(2), 34–48.

(29) Pratiwi, S., & Anggraeni, D. (2022). Kesenjangan akses layanan kesehatan: Studi kasus antara perkotaan dan pedesaan. *Jurnal Kesetaraan Kesehatan*, 9(1), 67–79.

(30) Sugiyono, S., & Lestari, M. (2023). Pemerataan distribusi sumber daya kesehatan di Indonesia: Tantangan dan solusi. *Jurnal Administrasi Kesehatan*, 15(3), 89–104.

(31) Laksono, A. D., Ridwanah, A. A., & Sarweni, K. P. (2022). Peran Tingkat Sosio-ekonomi dalam Pemanfaatan Puskesmas di Pasuruan - Jawa Timur Tahun 2018. BIOGRAPH-I: Journal of Biographic Health, ResearchGate. https://www.researchgate.net/publication/360977699

(32) Putri, N. A. (2024). Evaluation of the Implementation of Law No. 17 of 2023 on Health in Optimizing the National Health Insurance (JKN) to Improve Health Access in Remote Areas. ResearchGate.

(33) Wulandari, P., Wardhani, A., & Syahrani, Z. (2024). Analisis Implementasi Pemerataan Tenaga Kesehatan Di Daerah 3T: UU Nomor 17 Tahun 2023. ResearchGate.

(34) Fatharani, N. (2024). Akses Pelayanan Kesehatan di Daerah Terpencil. ResearchGate. https://www.researchgate.net/publication/382960113_AKSES_PELAYANAN_KESEHATAN_DI_DAERAH_TERPENCIL

(35) Azeri, B., Tamba, W. P., & Silaban, R. A. (2025). Realisasi progresif implementasi program Jaminan Kesehatan Nasional dan Kartu Indonesia Sehat. Pancasila: Jurnal Keindonesiaan, BPIP.

(36) Junadi, P., Besral, B. P., & Trihono, V. Y. (2021). Ketersediaan fasilitas dan tenaga kesehatan dalam mendukung cakupan semesta Jaminan Kesehatan Nasional. Jurnal Penelitian dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan, Badan Litbangkes.

(37) Megatsari, H., Laksono, A. D., & Ridlo, I. A. (2022). Perspektif masyarakat tentang akses pelayanan kesehatan di Indonesia. Buletin Penelitian Sistem Kesehatan, Universitas Airlangga.

(38) Fatimah, N., Amir, N. A. R., Alfiani, L., & Putri, W. K. (2024). Determinasi Sosial Ekonomi Terkait dengan Kepemilikan Asuransi Kesehatan Masyarakat di Desa Tanjang Wilayah Puskesmas Gabus. Intan Husada: Jurnal Kesehatan Masyarakat.

(39) Gustina, I., Wahyuni, P., & Lazuardi, D. (2025). Edukasi Kesejahteraan Masyarakat Berbasis Pendapatan, Kesehatan, dan Pendidikan: Studi Kasus di Daerah Pancing Kota Medan. LEBAH: Jurnal Pengabdian Masyarakat.

(40) Utami, A. N. F., & Mutiarin, D. (2021). Evaluasi program Jaminan Kesehatan Nasional pada fasilitas kesehatan tingkat I Kabupaten Sleman tahun 2016. Journal of Governance and Public Policy, 4(2), 121–136.

(41) Irwandy, I., & Sjaaf, A. C. (2023). Dampak kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional terhadap efisiensi rumah sakit: Studi kasus di Provinsi Sulawesi Selatan. Media Kesehatan Masyarakat Indonesia, 14(1), 10–17.