

**ANALISIS EVALUASI KEBIJAKAN PROGRAM KARTU INDONESIA  
SEHAT TERHADAP TINGKAT KESEHATAN KELUARGA DESA  
HELVETIA KECAMATAN SUNGGAL KABUPATEN DELI SERDANG**

**SKRIPSI**

*Diajukan guna Memenuhi Syarat  
Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Ekonomi (SE)  
Program Studi Ekonomi Pembangunan*



Oleh

Nama : Tasya Dinita  
NPM : 1505180080  
Program Studi : Ekonomi Pembangunan

**FAKULTAS EKONOMI DAN BISNIS  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SUMATERA UTARA  
MEDAN  
2019**



MAJELIS PENDIDIKAN TINGGI MUHAMMADIYAH  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SUMATERA UTARA  
**FAKULTAS EKONOMI DAN BISNIS**

Jl. Kapten Mukhtar Basri No. 3 (061) 6624567 Medan 20238



**PENGESAHAN UJIAN SKRIPSI**

Panitia Ujian Strata-1 Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara, dalam sidangnya yang diselenggarakan pada hari Rabu, tanggal 20 Maret 2019, pukul 08.00 WIB sampai dengan selesai, setelah mendengar, melihat, memperhatikan, dan seterusnya.

**MEMUTUSKAN**

Nama : TASYA DINITA  
NPM : 1505180080  
Program Studi : EKONOMI PEMBANGUNAN  
Judul Skripsi : ANALISIS EVALUASI KEBIJAKAN PROGRAM KARTU  
INDONESIA SEHAT TERHADAP TINGKAT KESEHATAN  
KELUARGA DI DESA HELVETIA KECAMATAN SUNGGAL  
KABUPATEN DELI SERDANG  
Dinyatakan : (B/A) *Lulus Yudisium dan telah memenuhi persyaratan untuk  
memperoleh Gelar Sarjana pada Fakultas Ekonomi dan  
Bisnis Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara*

**Tim Penguji**

**Penguji I**

(Dra. ROSWITA HAFNI, M.Si)

**Penguji II**

(HASTINA FEBRIATY, SE, M.Si)

**Pembimbing**

(MUKMIN POHAN, SE, M.Si)

**Panitia Ujian**

**Ketua**

(H. JANURI, S.E., M.M., M.Si)

**Sekretaris**

(ADE GUNAWAN, S.E., M.Si)



**UMSU**  
Unggul | Cerdas | Terpercaya

MAJELIS PENDIDIKAN TINGGI MUHAMMADIYAH  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SUMATERA UTARA  
**FAKULTAS EKONOMI DAN BISNIS**  
Jl. Kapten Mukhtar Basri No. 3 (061) 6624567 Medan 20238

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

### PENGESAHAN SKRIPSI

Skripsi ini disusun oleh :

Nama : TASYA DINITA  
N.P.M : 1505180080  
Program Studi : EKONOMI PEMBANGUNAN  
Judul Skripsi : ANALISIS EVALUASI KEBIJAKAN PROGRAM KARTU  
INDONESIA SEHAT TERHADAP TINGKAT  
KESEHATAN KELUARGA DI DESA HELVETIA  
KECAMATAN SUNGGAL KABUPATEN DELI SERDANG

Disetujui dan memenuhi persyaratan untuk diajukan dalam ujian mempertahankan skripsi.

Medan, Maret 2019

Pembimbing Skripsi

MUKMIN POHAN, SE, M.Si

Diketahui/Disetujui  
Oleh:

Ketua Program Studi  
Ekonomi Pembangunan  
Fakultas Ekonomi dan Bisnis UMSU

Dr. PRAWIDYA HARIANI RS

Dekan  
Fakultas Ekonomi dan Bisnis UMSU

H. JANURI, SE., MM., M.Si

Akutak tau indahnya semesta  
Yang kutau hanya dia dimata  
Akutak tau teriknya matahari  
Yang ku taua ku tak seorang diri  
Aku tak tau dinginnya hujan  
Yang ku tau tempatku dipangkuan.

Persembahkanku untuk mu mama dan ayah

(KhairaniTero & AdiSumarno)

## ABSTRAK

Kartu Indonesia Sehat (KIS) merupakan program yang diberikan pemerintah untuk perlindungan kesehatan dalam bentuk pemeliharaan kesehatan dalam rangka memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap masyarakat kurang mampu yang diharapkan mampu meningkatkan kesehatan masyarakat. Dalam penelitian ini menggunakan 87 sample kartu keluarga penerima KIS, dengan menggunakan analisis deskriptif untuk melihat perkembangan tingkat kesehatan khusus nya pada balita dan lansia, mengevaluasi kriteria penerima KIS dengan melihat hasil angket yang diberikan kepada penerima KIS, dimana hasil dari angket menunjukkan tidak sesuai dengan kriteria pemerintah akan tetapi didukung oleh letak desa yang berada dipinggiran kota medan menyebabkan masyarakat miskin sudah lebih sejahtera dan menggunakan analisis faktor untuk melihat persepsi masyarakat peserta KIS terhadap layanan yang diberikan kepada peserta KIS, dimana variabel pertama yaitu layanan administrasi, layanan kesehatan fisik dan layanan kesehatan nonfisik, uji validasi hanya 18 varibel yang dinyatakan valid dari 27 variabel pertanyaan, uji reliabilitas dinyatakan reliabel sebab *cronbach's alpha* lebih dari 0,7 yaitu 0,859, hasil KMO menunjukkan 0,790 dengan taraf signifikan 0,000. Uji MSA menyatakan 18 variabel menunjukkan nilai  $> 0,5$  yang berarti signifikan, ekstrasi faktor menunjukkan hasil yang signifikan, PCA hanya signifikan 4 variabel, faktor loading menunjukkan mengelompokkan 18 variabel menjadi 4 kelompok dan hasil *Component Transformation Matrix* menyatakan tidak berkolerasi.

**Kata Kunci:** KIS, KMO, MSA, dan PCA

## KATA PENGANTAR



### *Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh*

Alhamdulillah rabbil' alamin, dengan kesungguhan hati penulis mengucapkan rasa syukur yang tidak ada hentinya kepada sang Khalik, sang Maha Pencipta yang telah memberikan nikmat yang luar biasa bagi penulis. Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah memberikan nikmat, kesempatan dan hidayah- Nya sehingga saya sebagai penulis dapat menyelesaikan tugas akhir dalam perkuliahan berupa penelitian dengan judul **“Analisis Evaluasi Kebijakan Program Kartu Indonesia Sehat (KIS) Terhadap Tingkat Kesehatan Keluarga di Desa Helvetia Kecamatan Sunggal Kabupaten Deli Serdang”** dengan sebaik mungkin.

Shalawat berangkaikan salam tidak lupa penulis hadiahkan kepada junjungan kita Rasulullah SAW yang telah membawa kita para umat manusia dari zaman jahiliyah menuju zaman yang penuh dengan ilmu, penuh dengan amal dan penuh dengan iman sampai saat sekarang ini.

Penulis menyadari bahwa isi yang terkandung dalam penelitian ini belum sempurna karena kurangnya kemampuan dan pengalaman yang penulis miliki dalam merangkai kata- kata menjadi suatu karya tulis yang baik. Oleh karena itu dengan hati yang tulus dan ikhlas penulis menerima kritik untuk menyempurnakan penelitian ini.

Pada kesempatan ini juga penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. **ALLAH SWT**, yang telah memberikan Rahmat serta Rezeki-Nya yang luar biasa serta nikmat iman dan kesehatan kepada penulis. Dan atas izin-Nya yang memberikan kesempatan kepada penulis agar bisa menyelesaikan skripsi ini.
2. Kedua orang tua tersayang Ayah Ir. Adi Sumarno dan wanita tercantik Khairani Tero yang telah memberikan kasih sayang, yang telah membesarkan, mendidik, memberikan dukungan dan do'a nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian ini dan kelak bisa menjadi orang yang sukses.
3. Untuk ibu Nurhayati Tero, yang seperti orang tua saya sendiri atas dukungan dan motivasi serta doanya kepada penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitiannya.
4. Untuk abang dan kakak saya, Qara Nadira, Teguh Baskara, dan Sherina Sundarizky, yang selalu memberi semangat dan menghibur penulis.
5. Ibu Dr. Prawidya Hariani RS, SE, M.Si. selaku Ketua Program Studi Ekonomi Pembangunan Fakultas Ekonomi dan Bisnis yang telah membimbing, mengarahkan dan memberi kritik serta saran kepada penulis sehingga terwujudnya skripsi ini.
6. Ibu Roswita Hafni, MSi selaku Sekretaris Program Studi Ekonomi Pembangunan Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara.

7. Ibu Lailan Safina SE, M.Si selaku dosen Program Studi Ekonomi Pembangunan Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara, terimakasih.
8. Bapak Mukmin Pohan SE, M.Si selaku dosen pembimbing saya yang telah memberikan kritik dan membantu penulis sehingga terwujudnya skripsi ini. .
9. Seluruh dosen- dosen yang telah mengajarkan penulis dari semester satu hingga akhir terkhusus dosen- dosen Prodi Ekonomi Pembangunan.
10. Terimakasih untuk Utami Wandariani Putri Tero, Dewi Ramadhina Putri Tero, Syawal Fahreza, Angga Pratama, Yus aldiansyah, Andre setiawan, Muhammad Agung, Khairani Fahreka, Emir Akbar Paiss yang telah menemani penulis sampai kepada titik ini.
11. Terimakasih untuk keluarga Encu, Fariz Rionaldi, Nurwataniah, Tasya Dinita, Anisha P.C Sitepu, Dicky Prasetyo, Yunus Supriadi, Taufik Lubis, fuady rangkuti

Penulis mengharapkan semoga Skripsi Penelitian ini memberikan manfaat dan berguna bagi pembaca secara umum dan menjadi pembelajaran bagi peneliti yang akan meneliti pada pembahasan tersebut serta terkhusus bermanfaat bagi penulis akhir kata penulis hanturkan terima kasih.

***Wassalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh***

Medan, Maret 2019

**Tasya Dinita**



## DAFTAR ISI

<b>ABSTRAK .....</b>	<b>i</b>
<b>KATA PENGANTAR .....</b>	<b>ii</b>
<b>DAFTAR ISI .....</b>	<b>v</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>vii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR .....</b>	<b>ix</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang Masalah .....	1
1.2 Identifikasi Masalah .....	18
1.3 Batasan Masalah dan Rumusan Masalah .....	18
1.4 Tujuan dan Manfaat Penelitian.....	19
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>20</b>
2.1 Landasan Teoritis .....	20
2.1.1 Pengeluaran Pemerintah .....	20
2.1.2 Indeks Pembangunan Manusia .....	29
2.1.3 Kemiskinan.....	30
2.1.4 Kesehatan .....	32
2.2 Regulasi .....	34
2.2.1 Peraturan Undang-undang.....	34
2.2.2 Kebijakan Kartu Indonesia Sehat .....	36
2.3 Penelitian Terdahulu.....	38
2.4 Tahapan Alur .....	40

<b>BAB III METODE PENELITIAN.....</b>	<b>42</b>
3.1 Pendekatan Penelitian.....	42
3.2 Definisi Operasional.....	42
3.3 Tempat dan Waktu Penelitian .....	43
3.4 Jenis dan Sumber Data .....	43
3.5 Populasi dan Sampel.....	44
3.6 Teknik Pengumpulan Data .....	45
3.7 Metode Analisis Faktor .....	45
3.8 Tahapan Analisis .....	48
<b>BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>50</b>
4.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	50
4.2 IPM dan Angka Harapan Hidup .....	52
4.3 Pembangunan dan Kesehatan .....	55
4.4 Deskriptif Tingkat Kesehatan Balita.....	56
4.5 Evaluasi Penerima KIS .....	60
4.6 Persepsi Masyarakat Tentang Layanan KIS .....	70
4.6.1 Uji Validitas.....	70
4.6.2 Uji Realibilitas.....	72
4.6.3 Pembahasan Analisis Faktor.....	73
<b>BAB V PENUTUP.....</b>	<b>85</b>
5.1 Kesimpulan .....	85
5.2 Saran .....	86
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	

## DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Jumlah Penduduk Miskin.....	5
Tabel 1.2 Jumlah penduduk Sumatera Utara Kabupaten/Kota.....	13
Tabel 1.3 Kriteria Miskin menurut Badan Pusat Statistik .....	16
Tabel 2.1 Penelitian Terdahulu .....	39
Tabel 3.1 Definisi Operasional .....	43
Tabel 4.1 Jumlah Penduduk Menurut Kecamatan di Kabupaten Deli Serdang Tahun 2017 .....	51
Tabel 4.2 Jumlah Dusun/ Lingkungan Menurut Desa/ Kelurahan di Kecamatan Sunggal Tahun 2017 .....	52
Tabel 4.3 Jumlah Penduduk Desa Helvetia Tahun 2017 .....	53
Tabel 4-4 Data Posyandu Dusun 1 Desa Helvetia Kecamatan Sunggal Kabupaten Deli Serdang.....	57
Tabel 4-5 Data Posyandu Balita dan Lansia Dusun II Desa Helvetia Kecamatan Sunggal Kabupaten Deli Serdang .....	59

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1 - 1 Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Indonesia, 2010–2017 .....	3
Gambar 1.2 Sasaran Dana Kesehatan .....	11
Gambar 1.3 Anggaran Kesehatan .....	11
Gambar 1.4 Peserta JKN KIS .....	12
Gambar 2.1 Kurva Perkembangan Pengeluaran Pemerintah .....	23
Gambar 2.2 Kurva Peacock dan Wiseman .....	26
Gambar 2.3 Kurva Wagner, Solow, dan Musgrave .....	27
Gambar 2.4 Tahapan Alur Penelitian .....	41
Gambar 2.5 Bagan Konseptual Model .....	42
Gambar 4-1 Persentase Penduduk Miskin Deli Serdang 2012-2016 .....	51
Gambar 4-2 Indeks Pembangunan Manusia Deli Serdang .....	52
Gambar 4-3 Angka Harapan Hidup Deli Serdang .....	52
Gambar 4-4 Jenis Kelamin Responden .....	60
Gambar 4-5 Usia Responden .....	61
Gambar 4-6 Pendidikan Responden .....	61
Gambar 4-7 Jumlah Keluarga Satu Rumah .....	62
Gambar 4-8 Jumlah Penerima KIS dalam Satu KK .....	62
Gambar 4-9 Pekerjaan Responden .....	63
Gambar 4-10 Penghasilan Responden .....	63
Gambar 4-11 Tempat Tinggal Responden .....	64
Gambar 4-12 Besar Bangunan Responden .....	64
Gambar 4-13 Asset Responden .....	65

Gambar 4-14 Listrik Responden .....	66
Gambar 4-15 Bahan Bakar Responden .....	67
Gambar 4-16 Jenis Lantai .....	67
Gambar 4-17 Jenis Dinding Responden .....	68
Gambar 4-18 Konsumsi Makan Responden dalam 1 Minggu .....	68
Gambar 4-19 Air Minum Responden .....	69
Gambar 4-20 Kemampuan Berobat Responden.....	69

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Kesehatan adalah hak asasi manusia dan sangat penting untuk dikembangkan atau ditingkatkan. Kesehatan yang baik meningkatkan pembelajaran, aktivitas pekerja dan penghasilan dan juga berpengaruh pada pertumbuhan ekonomi. Asia adalah daerah dengan perkembangan yang cepat dan sangat dinamis di Dunia, tetapi pemerintahnya kurang memperhatikan pada kesehatan masyarakat dan juga kurang fokus pada orang yang membutuhkannya. Di beberapa daerah atau wilayah pengeluaran atau biaya dalam kesehatan merupakan penyebab utama kemiskinan (ADB, 2018)

Kesehatan merupakan sebuah investasi bagi negara dalam artian manusia yang sehat baik rohani maupun jasmani yang dapat melakukan pembangunan. Untuk dapat mewujudkan tujuan nasional diperlukan tenaga yang tangguh, mandiri, dan berkualitas. Hal ini sangat diperlukan untuk menghadapi era globalisasi, karena penduduk yang sehat bukan saja akan menunjang keberhasilan program pembangunan, tetapi juga meningkatkan produktivitas dan meningkatkan pendapatan. Salah satu permasalahan kependudukan terbesar yang dihadapi pemerintah hingga saat ini adalah permasalahan kesehatan. Dampak dari permasalahan ini bukan hanya dihadapi oleh bangsa Indonesia semata, namun permasalahan kesehatan ini telah menjadi isu global (Rikal, 2017:2)

*Millenium Development Goals* (MDGs) yang berakhir pada tahun 2015 lalu, maka pada bulan September 2015 disepakati Agenda 2030 untuk pembangunan berkelanjutan dan salah satu tujuan utama yang mulia adalah mengakhiri kemiskinan. Kemiskinan masih menjadi isu yang paling utama (*The 2030 Agenda*

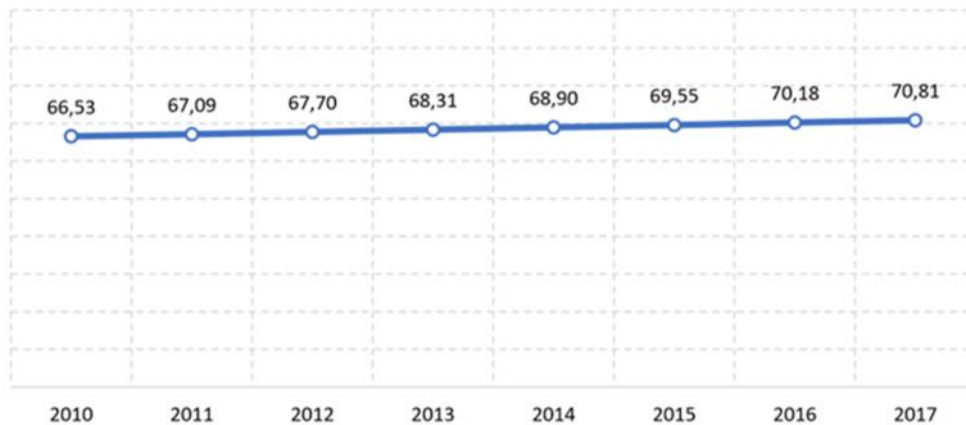
*For Sustainable Development atau SDGs*). 17 tujuan *Global Goals* tersebut pembangunan kesehatan merupakan tujuan ke 3 SDGs yaitu Kesehatan yang Baik dan Kesejahteraan, menjamin kehidupan yang sehat serta mendorong kesejahteraan hidup untuk seluruh masyarakat di segala umur (Ishartono, 2016:164).

Menurut indikator kesehatan SDGs di Indonesia yang telah disetujui oleh Wakil Ketua Komisi IX DPR RI disampaikan dalam Diskusi Panel “Pengendalian Tembakau dan Tujuan Pembangunan Indonesia” Untuk membahas indikator penting salah satunya yaitu yang ke 3 Kesehatan yang Baik dan Kesejahteraan SDGs yaitu mengurangi Angka Kematian Ibu, mengakhiri kematian bayi, penyakit menular dan tidak menular, kesehatan reproduksi, cakupan jaminan program kesehatan pemerintah Kartu Indonesia Sehat (KIS), tenaga kesehatan, obat dan vaksin, dalam hal ini kesehatan merupakan sebuah kebutuhan yang sangat mendasar bagi setiap orang. Namun, kesehatan seringkali menjadi hilir (dampak) dari berbagai permasalahan yang dialami individu dan lingkungan sekitarnya. Padahal, kesehatan merupakan modal awal bagi perkembangan potensi individu dalam hidup (Kemenkes, 2018)

Pemerintah juga memiliki peran dari Indeks Pembangunan Manusia yaitu dengan meningkatkan anggaran kesehatan yang dapat membantu meningkatkan pembangunan manusia (masyarakat / penduduk).

Indeks Pembangunan Manusia selanjutnya akan disingkat menjadi IPM adalah salah satu hal yang mendasari pembangunan untuk mencapai kesejahteraan manusia sebagai tujuan akhir pembangunan (Adelfina, 2016). IPM atau *Human Development Index* (HDI) dipublikasikan oleh *United Nation Development*

*Programme* (UNDP) melalui *Human Development Report* pada tahun 1996 yang kemudian berlanjut setiap tahun. Indeks ini disusun sebagai salah satu dari indikator alternatif untuk menilai keberhasilan pembangunan yang dilaksanakan oleh suatu negara selain pendapatan nasional perkapita. Dalam publikasi ini pembangunan manusia didefinisikan sebagai *a process of enlarging people's choices* atau proses yang meningkatkan aspek kehidupan masyarakat (Alison, 2017:207)



**Gambar 1 - 1 Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Indonesia, 2010–  
2017**

*Sumber : Badan Pusat Statistik 2018*

Pembangunan manusia Indonesia terus mengalami kemajuan selama periode 2010 hingga 2017. IPM di Indonesia meningkat dari 66,53 pada tahun 2010 menjadi 70,81 pada tahun 2017. Selama periode tersebut, IPM Indonesia rata – rata tumbuh sebesar 0,89% per tahun dan meningkat dari level sedang menjadi tinggi mulai dari tahun 2016. Pada periode 2016 – 2017, IPM Indonesia tumbuh 0,90% (BPS, 2018) dalam hal ini pemerintah harus terus ingat atau memberikan hak pada setiap masyarakat, karena masyarakat memiliki hak untuk hidup sehat



yaitu merupakan hak dasar yang harus dijamin. Kesehatan juga merupakan bagian dari kebutuhan primer setiap manusia. Kondisi sehat badan dan jiwa akan memungkinkan setiap manusia untuk melakukan aktifitas dan karyanya. Kesehatan merupakan pula bagian dari kebutuhan menuju hidup sejahtera.

Hak-hak dasar pada umumnya dan hak dalam pelayanan kesehatan khususnya dapat dibedakan dalam hak dasar sosial dan hak dasar individual oleh Fredy (2007: 34). Hak atas pelayanan kesehatan atau *the right to health care* merupakan hak dasar yang meliputi hak dasar sosial maupun hak dasar individual, Goldworth menyebutkan bahwa, *The human right to health care is clearly linked to the rights to life and non-political freedom. Health care is either life-preserving or servis to alleviate or eliminate sickness or sufferring wich are barriers to our ability to develop fully as human beings* (David, 2008:53)

Setiap orang berhak atas kesehatan demikian bunyi Pasal 4 Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan. Dalam penjelasan Pasal ini disebutkan bahwa, “ Hak atas kesehatan yang dimaksud dalam pasal ini adalah hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan dari fasilitas pelayanan kesehatan agar dapat mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya”. Selanjutnya ketentuan tentang hak atas pelayanan kesehatan dirumuskan juga pada Pasal 5 sampai dengan Pasal 8 Undang-Undang Kesehatan seperti berikut ini.

Pada Pasal 5 Undang-Undang Kesehatan disebutkan bahwa:

1. Setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan.

2. Setiap orang mempunyai hak dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau.
3. Setiap orang berhak secara mandiri dan bertanggung jawab menentukan sendiri pelayanan kesehatan yang diperlukan bagi dirinya (Endang, 2015)

Pelayanan kesehatan dan faktor genetik (keturunan) tersebut saling berinteraksi dan mempengaruhi status kesehatan seseorang disampaikan (Kemenkes, 2018). Pelayanan dalam bidang kesehatan adalah salah satu bentuk kongkret pelayanan publik. Masyarakat mengharapkan agar kiranya pelayanan yang diberikan lebih baik dan tidak memandang dari sudut pandang baik status sosial ataupun kelas-kelas tertentu.

**Tabel 1-1 Jumlah Penduduk Miskin 2014-2018**

PROVINSI	2014		2015		2016		2017		2018
	Maret	September	Maret	September	Maret	September	Maret	September	maret
ACEH	881.26	837.42	851.59	859.41	848.44	841.31	872.61	829.8	839.49
SUMATERA UTARA	1286.67	1360.6	1463.67	1508.14	1455.95	1452.55	1453.87	1326.57	1324.98
SUMATERA BARAT	379.2	354.74	379.61	349.53	371.56	376.51	364.51	359.99	357.13
RIAU	499.88	498.28	531.39	562.92	515.4	501.59	514.62	496.39	500.44
JAMBI	263.8	281.75	300.71	311.56	289.8	290.81	286.55	278.61	281.69
SUMATERA SELATAN	1100.83	1085.8	1145.63	1112.53	1101.19	1096.5	1086.92	1086.76	1068.27
BENGKULU	320.95	316.5	334.07	322.83	328.61	325.6	316.98	302.62	301.81
LAMPUNG	1142.92	1143.93	1163.49	1100.68	1169.6	1139.78	1131.73	1083.74	1097.05
KEP. BANGKA BELITUNG	71.64	67.23	74.09	66.62	72.76	71.07	74.09	76.2	76.26
KEP. RIAU	127.8	124.17	122.4	114.83	120.41	119.14	125.37	128.43	131.68
DKI JAKARTA	393.98	412.79	398.92	368.67	384.3	385.84	389.69	393.13	373.12
JAWA BARAT	4327.07	4238.96	4435.7	4485.65	4224.33	4168.11	4168.44	3774.41	3615.79
JAWA TENGAH	4836.45	4561.82	4577.04	4505.78	4506.89	4493.75	4450.72	4197.49	3897.2
DI YOGYAKARTA	544.87	532.59	550.23	485.56	494.94	488.83	488.53	466.33	460.1
JAWA TIMUR	4786.79	4748.42	4789.12	4775.97	4703.3	4638.53	4617.01	4405.27	4332.59
BANTEN	622.84	649.19	702.4	690.67	658.11	657.74	675.04	699.83	661.36
BALI	185.2	195.95	196.71	218.79	178.18	174.94	180.13	176.48	171.76

NUSA TENGGARA BARAT	820.82	816.62	823.89	802.29	804.44	786.58	793.78	748.12	737.46
NUSA TENGGARA TIMUR	994.67	991.88	1159.84	1160.53	1149.92	1150.08	1150.79	1134.74	1142.17
KALIMANTAN BARAT	401.51	381.92	383.7	405.51	381.35	390.32	387.43	388.81	387.08
KALIMANTAN TENGAH	146.32	148.82	147.7	148.13	143.49	137.46	139.16	137.88	136.93
KALIMANTAN SELATAN	182.88	189.5	198.44	189.16	195.7	184.16	193.92	194.56	189.03
KALIMANTAN TIMUR	253.6	252.68	212.89	209.99	212.92	211.24	220.17	218.67	218.9
KALIMANTAN UTARA	-	-	39.69	40.93	41.12	47.03	49.47	48.56	50.35
SULAWESI UTARA	208.23	197.56	208.54	217.15	202.82	200.35	198.88	194.85	193.31
SULAWESI TENGAH	392.65	387.06	421.62	406.34	420.52	413.15	417.87	423.27	420.21
SULAWESI SELATAN	864.3	806.35	797.72	864.51	807.03	796.81	813.07	825.97	792.63
SULAWESI TENGGARA	342.25	314.09	321.88	345.02	326.86	327.29	331.71	313.16	307.1
GORONTALO	194.17	195.1	206.84	206.51	203.19	203.69	205.37	200.91	198.51
SULAWESI BARAT	153.89	154.69	160.48	153.21	152.73	146.9	149.76	149.47	151.78
MALUKU	316.11	307.02	328.41	327.78	327.72	331.79	320.51	320.42	320.08
MALUKU UTARA	82.64	84.79	79.9	72.65	74.68	76.4	76.47	78.28	81.46
PAPUA BARAT	229.43	225.46	225.36	225.54	225.8	223.6	228.38	212.86	214.47
PAPUA	924.4	864.11	859.15	898.21	911.33	914.87	897.69	910.42	917.63
INDONESIA	28280.01	27727.78	28592.79	28513.57	28005.39	27764.32	27771.22	26582.99	25949.8

*Sumber BPS, 2017*

Mengingat jumlah penduduk miskin di Indonesia sampai pada Maret 2018 sebesar 9,82% dari total penduduk atau 25.949.80 jiwa (BPS, 2018). Pemerintah terus mengupayakan penanggulangan kemiskinan sekaligus pengembangan kebijakan dibidang kesehatan di Indonesia. Rendahnya penghasilan keluarga miskin menyebabkan keluarga tersebut tidak mampu memenuhi kebutuhan kesehatan namun pemerintah dalam mengupayakan untuk tingkat minimal kesehatan.

Pemeliharaan kesehatan bayi yang dilahirkan atau bahkan berdampak pada tingkat kematian bayi di Indonesia telah berhasil turun pada tahun 2016 angka kematian bayi sebanyak 32.009 dan pada tahun 2017 angka kematian bayi menurun sebanyak 23.972 adapun target SDGs global, angka kematian bayi menjadi kurang dari 12 per 1.000 kelahiran hidup pada 2030. Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia juga mengalami penurunan pada tahun 2016 sebesar 4.912 sedangkan pada tahun 2017 menurun sebesar 4.167 adapun target SDGs global, penurunan angka kematian ibu menjadi kurang dari 70 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030. Salah satu upaya pemerintah dalam mengatasi masalah AKI, AKB serta masalah kesehatan lainnya pemerintah mengeluarkan kebijakan program Kartu Indonesia Sehat (KIS) dinyatakan oleh dr Kirana Pritasari, MQIH Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat ([www.bulelengkab.go.id](http://www.bulelengkab.go.id))

Tingkat kesehatan memiliki 3 penagak dalam mengukurnya yaitu dengan :

1. Penerapan paradigma sehat.
2. Penguatan pelayanan kesehatan.
3. Pelaksanaan JKN.

Penerapan paradigma sehat dilakukan dengan strategi pengaruh tamaan kesehatan dalam pembangunan, penguatan upaya promotif dan preventif, serta pemberdayaan masyarakat. Penguatan pelayanan kesehatan dilakukan dengan strategi peningkatan akses pelayanan kesehatan, optimalisasi sistem rujukan, dan peningkatan mutu menggunakan pendekatan *continuum of care* dan intervensi berbasis risiko kesehatan. Sedangkan pelaksanaan JKN dilakukan dengan strategi perluasan sasaran dan manfaat (*benefit*), serta kendali mutu dan biaya.

Kesemuanya itu ditujukan kepada tercapainya keluarga-keluarga sehat (depkes, 2017)

Peran pemerintah dalam mengambil atau membuat suatu kebijakan-kebijakan guna membantu proses pembangunan dan memecahkan masalah-masalah yang ada pada masyarakat sebagai pengertian yang di ungkapkan oleh Heglo (Abidin 2000:20) menyebutkan kebijakan sebagai suatu tindakan yang bermaksud untuk mencapai tujuan tertentu. Tujuan yang dimaksud adalah tujuan tertentu yang di kehendaki untuk dicapai bukan suatu tujuan yang sekedar diinginkan saja. Sebab yang terjadi dengan kondisi yang dihadapi bangsa Indonesia, misalnya masih terjadi permasalahan kemiskinan salah satunya berkaitan erat dengan dunia kesehatan yang tercermin melalui lingkaran perangkap kemiskinan (Arif, 2016:533)

Kartu Indonesia Sehat yang selanjutnya disebut dengan KIS yang diluncurkan tanggal 3 November 2014 merupakan wujud kebijakan program Indonesia Sehat di bawah Pemerintahan Presiden Jokowi. KIS dibuat karena untuk memenuhi kepentingan / keinginan hidup orang banyak sehingga patut di dukung dan realisasikan. KIS memberikan jaminan pada pemegangnya untuk mendapat manfaat pelayanan. Kehadiran program ini diharapkan mampu meringankan beban masyarakat miskin dibidang kesehatan seperti yang dilaksanakan dalam Jaminan Kesehatan Nasional yang selanjutnya disebut dengan JKN bertujuan untuk meringankan beban masyarakat miskin terhadap kesehatan. KIS akan diberikan kepada anggota JKN sehingga tidak menggeser Sistem JKN. Dalam pelaksanaannya, pemerintah telah menunjuk BPJS Kesehatan sebagai penyelenggaranya. Dipilihnya KIS karena masih banyak masyarakat miskin yang

belum mempunyai kartu BPJS sehingga dengan ini diharapkan semua lapisan masyarakat bisa menikmati akses kesehatan dengan mudah. Para penerima KIS tidak memerlukan administrasi yang sulit karena para gelandangan, pengamen, serta pengemis pun dapat memilikinya meskipun mereka tidak mempunyai data yang lengkap dimana Kebijakan KIS ini diselenggarakan oleh pemerintah untuk membantu masyarakat miskin dan penyandang masalah kesejahteraan sosial yang tidak mempunyai KTP dalam hal pembiayaan berobat dan perawatan yang dirasa begitu mahal. Dengan KIS ini diharapkan semua pihak tidak ada lagi diskriminasi dalam penanganan kesehatan dengan memakai KIS. KIS memberikan jaminan pada pemegangnya untuk mendapat manfaat pelayanan kesehatan seperti yang dilaksanakan dalam JKN. Dalam hal memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta JKN-KIS, BPJS Kesehatan sudah bekerja sama dengan 22.085 Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (Puskesmas, Dokter Praktek Perorangan, Klinik Pratama, RS Kelas D dan Dokter Gigi), 2.379 Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (Rumah Sakit dan Klinik Utama), serta 2.685 fasilitas kesehatan penunjang seperti Apotik dan Optik yang tersebar di seluruh Indonesia (BPJS, 2018) Program KIS juga bekerjasama dengan lintas kementerian mulai dari Kementerian Kesehatan, Kementerian Keuangan, Kementerian Sosial, Kementerian Dalam Negeri, serta lembaga-lembaga terkait lain baik itu DJSN, DPR, OJK, BPK, BPKP, Organisasi Profesi, Asosiasi Fasilitas Kesehatan dsb, serta yang tak kalah penting adalah kerjasama dengan Pemerintah Daerah (BPJS, 2017)

Adapun fokus dari program ini adalah:

1. menjamin dan memastikan masyarakat kurang mampu untuk mendapat manfaat pelayanan kesehatan seperti yang dilaksanakan melalui JKN yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan.
2. perluasan cakupan PBI termasuk Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS) dan Bayi Baru Lahir dari peserta Penerima PBI.
3. Memberikan tambahan Manfaat berupa layanan preventif, promotif dan deteksi dini dilaksanakan lebih intensif dan terintegrasi.

Kebijakan pemerintah mengenai KIS merupakan langkah yang ditempuh oleh pemerintah saat ini untuk membantu masyarakat dalam meringankan beban mereka dalam pembayaran kesehatan. Mengenai kebijakan KIS tentu memiliki hambatan dalam pelaksanaannya. Seperti terdapat sejumlah studi empiris mengenai dampak kebijakan yang dikerjakan oleh pemerintah mengalami berbagai hambatan atau gangguan terhadap kegiatan program yang sedang berjalan. Hambatan dan tantangan tentu saja ada sebagai bagian dari lingkungan eksternal yang berpengaruh terhadap pelaksanaan kebijakan. Hal ini juga diungkapkan dari tulisan seorang guru besar Administrasi Publik oleh Akib (2011) yang menyatakan bahwa hambatan dan tantangan yang lebih berat justru yang berasal dari dalam organisasi pelaksana, seperti sikap apatis dan inkonsistensi aktor dalam bertindak di luar dari kesepakatan bersama Dalam (Nurmala, 2016:2)

KIS merupakan subsidi pemerintah melalui APBN 5% dari total Belanja Negara dialokasikan untuk kesehatan dalam meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan imunisasi, Penerima Bantuan Iuran (PBI) melalui JKN atau

KIS, Stunting, Biaya Operasional Kesehatan, Biaya Operasional Keluarga Berencana (Kemenkeu, 2017)



Gambar 1.2 Sasaran Dana Kesehatan

Sumber : Kemenkue, 2017



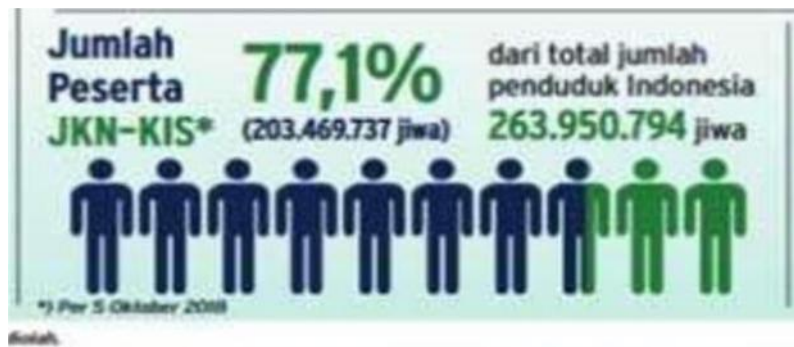
Gambar 1.3 Anggaran Kesehatan

Sumber : Kemenkue, 2017

Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat bahwa anggaran kesehatan dari tahun 2009 sampai dengan tahun 2012 mengalami fluktuatif sedangkan pada



tahun 2012 sampai dengan 2016 anggaran kesehatan terus meningkat, dan pada tahun 2016 sampai dengan 2017 anggaran kesehatan stabil atau tetap terjaga sebesar 5% dari APBN, anggaran kesehatan ini bertujuan untuk memperkuat upaya promotif dan preventif.



**Gambar 1.4 Peserta JKN KIS**

*Sumber : BPJS 2018*

Data diatas menunjukkan jumlah peserta JKN-KIS menurut data yang dilansir pada 5 Oktober 2018 jumlah peserta JKN-KIS di Indonesia sebanyak 203.469.737 jiwa atau 77,1% dari total jumlah penduduk Indonesia sebanyak 263.960.794 jiwa (BPJS, 2018). KIS ini hanya diperuntukan untuk seseorang dimana kondisinya bisa dikatakan sangat lemah, penggunaan KIS bisa dilakukan dimana saja, baik puskesmas, klinik, ataupun di rumah sakit manapun yang ada di wilayah Indonesia.

KIS diharapkan dapat meningkatkan tingkat kesehatan di Sumatera Utara, Sumatera Utara merupakan provinsi keempat yang tersebar jumlah penduduknya di Indonesia setelah Jawa Barat, Jawa Timur, Jawa Tengah. Pada 2017, Badan Pusat Statistik (BPS) Provinsi Sumatera Utara mencatat jumlah penduduk di Sumatera Utara sebanyak 14.262.147 jiwa. Sebanyak 4,7 juta jiwa belum terdaftar sebagai peserta JKN – KIS di Sumatera Utara, ini berarti masih sekitar kurang

lebih 9 juta jiwa yang memiliki KIS. Pemerintah daerah mendorong agar minimal 95% penduduk mendaftarkan diri menjadi peserta KIS ([www.medanbisnisdaily.com](http://www.medanbisnisdaily.com)) Sumatera Utara memiliki 33 Kabupaten Kota, 25 Kabupaten, 8 Kota, salah satunya Kabupaten Deli Serdang.

**Tabel 1.2**

Jumlah Penduduk Sumatera Utara Menurut Kabupaten Kota 2017

Kabupaten/Kota	Jumlah Penduduk (Jiwa)
01 Nias	142 110
02 Mandailing Natal	439 505
03 Tapanuli Selatan	278 587
04 Tapanuli Tengah	363 705
05 Tapanuli Utara	297 806
06 Toba Samosir	181 790
07 Labuhanbatu	478 593
08 A s a h a n	718 718
09 Simalungun	859 228
10 D a i r i	281 876
11 K a r o	403 207
12 Deli Serdang	2 114 627
13 L a n g k a t	1 028 309
14 Nias Selatan	314 395
15 Humbang Hasundutan	186 694
16 Pakpak Bharat	47 183
17 Samosir	125 099
18 Serdang Bedagai	612 924
19 Batu Bara	409 091
20 Padang Lawas Utara	262 895
21 Padang Lawas	269 799
22 Labuhanbatu Selatan	326 825
23 Labuhanbatu Utara	357 691
24 Nias Utara	136 090
25 Nias Barat	81 279
Kota	

71	S i b o l g a	87 090
72	Tanjungbalai	171 187
73	Pematangsiantar	251 513
74	Tebing Tinggi	160 686
75	M e d a n	2 247 425
76	B i n j a i	270 926
77	Padangsidempuan	216 013
78	Gunungsitoli	139 281
	Sumatera Utara	14 262 147

*Sumber: BPS, 2018*

Kabupaten Deli Serdang sebagai bagian dari wilayah pantai timur Provinsi Sumatera Utara dihuni sekitar 2.114.627 jiwa pada tahun 2017 dengan luas wilayah sekitar 2.241,68 km<sup>2</sup> (BPS, 2017) yang terdiri dari 22 kecamatan, 14 kelurahan, dan 380 desa. Pada tahun 2018 kepesertaan JKN-KIS di Kabupaten Deli Serdang sudah mencapai 48% dari jumlah penduduk Deli Serdang 2.029.308 jiwa. Pemerintah terus mengoptimalkan sampai seluruh masyarakat yang tidak mampu di Kabupaten Deli Serdang untuk menjadi peserta JKN – KIS aktif ([www.jamkesnews.com](http://www.jamkesnews.com)) Deli serdang memiliki 22 kecamatan, salah satunya adalah Kecamatan Sunggal.

Sunggal adalah salah satu Kecamatan di Kabupaten Deli Serdang, pada tahun 2017 Sunggal memiliki jumlah penduduk sebanyak 2.876 jiwa. Kecamatan Sunggal memiliki 17 desa, salah satunya yaitu Desa Helvetia ([www.deliserdangkab.go.id](http://www.deliserdangkab.go.id))

Desa Helvetia merupakan salah satu Desa yang ada di Kecamatan Sunggal memiliki 8 Dusun dengan jumlah penduduk sebanyak 21.613 jiwa. Jumlah kartu keluarga di Desa Helvetia adalah sebanyak 3.850 kepala keluarga. Sebagian besar penduduk bermata pencarian sebagian buruh lepas, pemulung, berternak.

Kemiskinan yang terjadi di Desa Helvetia, salah satu penyebabnya yaitu rendahnya sumber daya manusia, yang mengakibatkan rendahnya daya saing dalam memperebutkan lapangan pekerjaan. Pada tahun 2014 jumlah penerima KIS di Desa Helvetia hanya sebanyak 16 kartu, KIS diberikan secara bertahap dari Dinas Sosial ke pemerintah Desa proses tersebut terlalu lama bagi masyarakat Desa Helvetia sementara masyarakat miskin di Desa Helvetia terus bertambah, adapun beberapa faktor yang mempengaruhi pembagian Kartu Indonesia Sehat (KIS) tidak merata salah satunya disebabkan pendataan yang tidak merata / tidak adanya pembaharuan data masyarakat kurang mampu sementara itu data yang dipakai dalam pembagian KIS yaitu data pada tahun 2006, atau adapun pada saat pendataan masyarakat mampu tetapi beberapa tahun kemudian perekonomiannya rendah (tidak mampu), Penambahan data masyarakat miskin agar mendapatkan Kartu Indonesia Sehat (KIS) sudah dilakukan tetapi belum mendapatkan Kartu Indonesia Sehat (KIS) pada sampai saat ini sehingga masyarakat pun terkadang berbondong – bondong ke kantor desa untuk meminta Kartu Indonesia Sehat (KIS) padahal KIS di data dari Dinas Sosial langsung, pemerintah desa hanya merekomendasikan masyarakat saja tetapi setelahnya dipilih langsung oleh Dinas Sosial. Penerima Kartu Indonesia Sehat di Desa Helvetia dari tahun 2014 sampai dengan tahun 2018 adalah sebanyak 668 kartu keluarga berarti 5,7% dari jumlah kartu keluarga di Desa Helvetia, mayoritas penerima Kartu Indonesia Sehat (KIS) di Desa Helvetia adalah masyarakat miskin sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan pemerintah.

**Tabel 1.3****Kriteria Miskin Menurut Standar Badan Pusat Statistik**

No	Variabel	Kriteria
1	Luas lantai bangunan tempat tinggal	Kurang dari 8 m <sup>2</sup> / orang
2	Jenis lantai bangunan tempat tinggal	Tanah/ bambu/ kayu murahan/ semen kualitas rendah
3	Jenis dinding tempat tinggal	Bambu/ rumbia/ kayu kualitas rendah/ tembok tanpa plester
4	Fasilitas tempat buang air besar	Tidak punya/ bersama
5	Sumber penerangan utama	Bukan listrik
6	Bahan bakar untuk masak	Kayu bakar/ arang
7	Konsumsi daging/ susu/ ayam per minggu	Tidak pernah mengkonsumsi/ hanya satu kali dalam seminggu
8	Sumber air minum	Sumur/ mata air tidak terlindungi/ sungai/ air hujan
9	Pembelian pakaian baru untuk setiap anggota rumah tangga dalam setahun	Tidak pernah membeli/ hanya membeli satu stel dalam setahun
10	Frekuensi makan dalam sehari untuk setiap anggota rumah tangga	Kurang dari dua kali dalam sehari
11	Lapangan pekerjaan anggota rumah tangga	Petani dengan luas lahan setengah hectare/ buruh tani/ kuli bangunan/ tukang batu/ tukang becak/ pemulung/ pekerja informal lainnya dengan pendapatan Rp.600.000,00 per bulan
12	Pendidikan kepala rumah tangga	Belum pernah sekolah/ hanya sampai jenjang SD dan tidak lebih
13	Kepemilikan asset/ barang berharga minimal Rp.500.000,00	Tidak ada
14	Kemampuan berobat kepuskesmas/ poliklinik	Tidak mampu

Namun adapun ketidak sesuaian pembagian KIS sesuai kriteria yang ditetapkan Badan Pusat Statistik (BPS).

KIS di Desa Helvetia memang sangat membantu masyarakat kurang mampu, tetapi masyarakat juga merasakan perbedaan pelayanan yang diberikan pihak kesehatan, seperti layanan administrasi, layanan kesehatan dan layanan fisik yang berpengaruh pada lama nya respon pihak kesehatan terhadap masyarakat

pengguna KIS, kurangnya kepedulian terhadap pasien pengguna KIS, serta adapun kesulitan saat pasien harus dirawat inap. Tetapi masyarakat / penduduk miskin di desa Helvetia sebelum adanya program Kartu Indonesia Sehat di desa Helvetia mengalami kesulitan di dalam membayar kesehatan.

Desa Helvetia masih kurangnya pemerataan pembagian KIS terutama bagi penduduk kurang mampu, tidak adanya pembaharuan pendataan sehingga kurang efektifnya penerima KIS di desa Helvetia Kecamatan Sunggal Kabupaten Deli Serdang.

Berdasarkan uraian di atas, maka penelitian ini bertujuan untuk **“Analisis Evaluasi Kebijakan Program Kartu Indonesia Sehat (KIS) terhadap Tingkat Kesehatan keluarga di desa Helvetia kecamatan Sunggal kabupaten Deli serdang”**

## **1.2 Identitas Masalah**

Dari uraian di atas, maka identifikasi masalah yang dapat diambil dalam penelitian ini adalah :

1. Ketidak merataan pembagian Kartu Indonesia Sehat di Desa Helvetia Kecamatan Sunggal Kabupaten Deli Serdang sesuai dengan kriteria kemiskinan.
2. Adanya hambatan pendataan dalam pelaksanaan program pemerintah Kartu Indonesia Sehat (KIS) khususnya dalam pembagian.
3. Ketidak merataan layanan yang diberikan pihak kesehatan kepada penerima KIS seperti layanan administrasi, layanan kesehatan fisik, dan nonfisik.

### **1.3 Batasan dan Rumusan Masalah**

#### **1.3.1 Batasan Masalah**

Penelitian ini hanya dibatasi pada rumah tangga peserta KIS di Desa Helvetia Kecamatan Sunggal Kabupaten Deli Serdang

#### **1.3.2 Rumusan Masalah**

1. Bagaimana perkembangan tingkat kesehatan masyarakat di desa Helvetia setelah adanya Kartu Indonesia Sehat (KIS)?
2. Apakah rumah tangga penerima Kartu Indonesia Sehat (KIS) di desa Helvetia sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan pemerintah?
3. Bagaimana persepsi masyarakat di desa Helvetia tentang layanan program Kartu Indonesia Sehat (KIS)?

### **1.4 Tujuan dan Manfaat Penelitian**

#### **1.4.1 Tujuan Penelitian**

Adapun tujuan penelitian ini adalah :

1. Melakukan analisis deskriptif kebijakan program KIS terhadap tingkat kesehatan di desa Helvetia Kecamatan Sunggal Kabupaten Deli Serdang
2. Melakukan evaluasi kriteria penerima KIS di desa Helvetia Kecamatan Sunggal Kabupaten Deli Serdang
3. Melakukan analisis multivariate indikator pelayanan terhadap tingkat kesehatan di desa Helvetia Kecamatan Sunggal Kabupaten Deli Serdang

### **1.4.2 Manfaat Penelitian**

#### **A. Manfaat Akademik**

1. Dengan adanya penelitian ini diharapkan dapat memperluas wawasan ilmiah penulis mengenai evaluasi kebijakan program Kartu Indonesia Sehat (KIS) terhadap tingkat kesehatan di desa Helvetia Kecamatan Sunggal Kabupaten Deli Serdang
2. Dengan adanya penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi tambahan bagi peneliti lain.

#### **B. Manfaat non akademik**

1. Sebagai bahan masukan dalam penetapan kebijakan pemerintah
2. Penelitian dapat menjadi bahan informasi bagi masyarakat.



## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Landasan Teoritis**

##### **2.1.1 Pengeluaran Pemerintah**

Pengeluaran pemerintah mencerminkan kebijakan pemerintah. Pengeluaran pemerintah mencerminkan biaya yang harus dikeluarkan pemerintah untuk melaksanakan kebijakan tersebut. Teori pengeluaran pemerintah ada dua bagian, yaitu ekonomi makro dan ekonomi mikro (Mangkoesoebroto, 1994)

##### **2.1.1.1 Teori Makro**

Pengeluaran pemerintah dalam arti riil dapat dipakai sebagai indikator besarnya biaya pemerintah yang dibiayai oleh pengeluaran pemerintah. Semakin besar dan banyak kegiatan pemerintah semakin besar juga pengeluaran pemerintah yang bersangkutan (Suparmoko, 1987)

Dalam teori ekonomi makro menurut Boediono (1999) pengeluaran pemerintah terdiri dari tiga pos utama yang dapat digolongkan sebagai berikut:

1. Pengeluaran pemerintah untuk membeli barang dan jasa
2. Pengeluaran pemerintah untuk gaji pegawai

Pengeluaran pemerintah untuk perubahan gaji pegawai mempunyai pengaruh terhadap proses makro ekonomi, dimana perubahan gaji akan mempengaruhi tingkat permintaan secara tidak langsung.

3. Pengeluaran pemerintah untuk *transfer payment*

*Transfer payment* bukan pembelian barang atau jasa oleh pemerintah dipasar barang melainkan mencatat pembayaran atau pemberian langsung kepada

warganya yang meliputi: pembayaran subsidi atau bantuan langsung kepada golongan masyarakat, pembayaran pension, pembayaran bunga untuk pinjaman pemerintah kepada masyarakat. Secara ekonomis *transfer payment* mempunyai status dan pengaruh yang sama dengan pos gaji pegawai meskipun secara administrasi keduanya berbeda (Boediono, 1999)

Teori perkembangan pemerintah dikemukakan oleh Musgrave dan Rostow adalah suatu pandangan yang ditimbulkan dari pengamatan berdasarkan pembangunan ekonomi yang dialami oleh banyak negara, tetapi tidak didasarkan oleh suatu teori tertentu. Selain itu, tidak jelas, apakah tahap pertumbuhan ekonomi terjadi dalam tahap demi tahap, ataukah beberapa tahap dapat terjadi secara bersamaan.

#### 1. Teori Adolf Wagner

Adolf wagner menyatakan bahwa pengeluaran pemerintah dan kegiatan pemerintah semakin lama semakin meningkat. Pernyataan ini oleh wagner disebut dengan hukum selalu meningkatnya peran pemerintah dalam kegiatan dan kehidupan ekonomi masyarakat sebagai suatu keseluruhan. Wagner mengemukakan bahwa dalam suatu perekonomian apabila pendapatan perkapita meningkat maka secara relatif pengeluaran pemerintah pun akan meningkat terutama disebabkan karena pemerintah harus mengatur hubungan yang timbul dalam masyarakat, hukum, Pendidikan, reaksi, kebudayaan dan sebagainya (Mangkoesubroto, 1994)

Kelemahan teori wagner adalah karena teori tersebut tidak didasarkan pada suatu teori mengenai pemilihan barang – barang publik.

Wagner mendasarkan pandangannya dengan suatu teori yang disebut organis menegenai pemerintah (*organic theory of the state*) yang menganggap pemerintah sebagai individu yang bebas bertindak, terlepas dari anggota masyarakat lainnya.

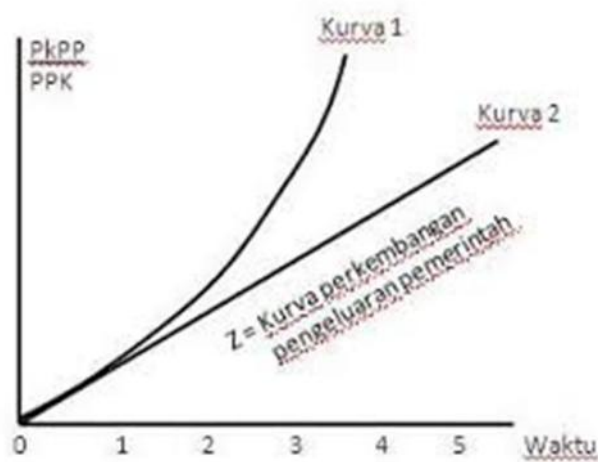
Hukum Wagner diformulasikan sebagai berikut:

$$\frac{PPkP}{PPK1} < \frac{PkPPn}{PkPPn} < \dots < \frac{PkPPn}{PPKn}$$

PPkP : Pengeluaran pemerintah per kapita

PPK: Pendapatan per kapita, yaitu GDP/jumlah penduduk

1,2 ... n: Jangka waktu (tahun)



**Gambar 2.1**

**Kurva Perkembangan Pengeluaran Pemerintah**

*Sumber: Mangkoesuebroto 1994*

## 2. Model Pembangunan Tentang Perkembangan Pengeluaran Pemerintah

Model ini dikembangkan Rostow dan Musgrave yang menghubungkan perkembangan pengeluaran pemerintah dengan tahap – tahap pembangunan ekonomi yaitu tahap awal, tahap menengah dan tahap lanjut. Pada tahap awal terjadi perkembangan ekonomi, persentase investasi pemerintah harus menyediakan fasilitas dan pelayanan seperti pendidikan, kesehatan, transportasi (Dumairy, 1997)

Musgrave dalam Norista (2010) berpendapat bahwa dalam suatu proses pembangunan, investasi swasta dalam persentase terhadap PDB semakin besar dan persentase investasi pemerintah terhadap PDB akan semakin kecil. Pada tingkat ekonomi lebih lanjut Rostow mengatakan bahwa aktivitas pemerintah dalam pembangunan ekonomi beralih dari penyediaan prasarana ke pengeluaran – pengeluaran untuk aktivitas sosial seperti program kesejahteraan dan pelayanan kesehatan masyarakat.

## 3. Teori Peacock dan Wiseman

Teori mereka didasarkan pada suatu analisis penerimaan pengeluaran pemerintah. Pemerintah selalu berusaha memperbesar pengeluarannya dengan mengandalkan memperbesar penerimaan dari pajak, padahal masyarakat tidak menyukai pembayaran pajak yang besar untuk membiayai pengeluaran pemerintah yang semakin besar tersebut. Meningkatnya penerimaan pajak menyebabkan pengeluaran pemerintah juga semakin meningkat. Dalam keadaan normal meningkatnya GNP

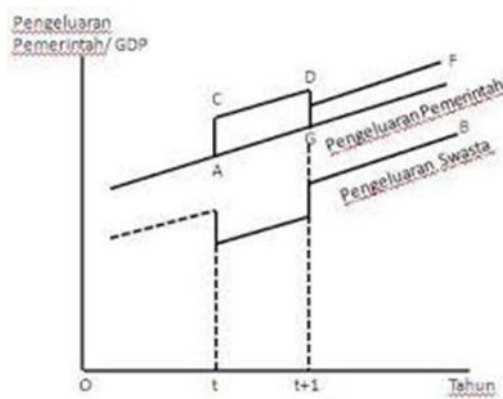
menyebabkan penerimaan pemerintah yang semakin besar, begiru juga dengan pengeluaran pemerintah menjadi semakin besar.

Peacock dan Wiseman mendasarkan teori mereka pada suatu teori bahwa masyarakat mempunyai suatu tingkat toleransi pajak, yaitu suatu tingkat dimana masyarakat dapat memahami besarnya pungutan pajak yang dibutuhkan oleh pemerintah untuk membiayai pengeluaran pemerintah. Jadi masyarakat menyadari bahwa pemerintah membutuhkan dana untuk membiayai aktivitas pemerintah sehingga mereka mempunyai tingkat kesediaan masyarakat untuk membayar pajak. Tingkat toleransi ini merupakan kendala bagi pemerintah untuk menaikkan pemungutan pajak secara semena-mena.

Dalam teori Peacock dan Wiseman terdapat efek penggantian (*displacement effect*) yaitu adanya gangguan sosial yang menyebabkan aktivitas swasta dialihkan pada aktivitas pemerintah. Pengentasan gangguan tidak hanya cukup dibiayai semata-mata dengan pajak sehingga pemerintah harus meminjam dana dari luar negeri. Setelah gangguan teratasi puncak kewajiban melunasi utang dan membayar bunga. Pengeluaran pemerintah yang semakin bertambah bukan hanya karena GNP bertambah tetapi karena adanya kewajiban baru tersebut. Akibat lebih lanjut adalah pajak tidak menurun kembali ke tingkat semula meskipun gangguan telah berakhir.

Selain itu, masih banyak aktivitas pemerintah yang baru kelihatan setelah terjadinya perang dan ini disebut efek inspeksi (*inspection effect*).

Adanya gangguan sosial juga akan menyebabkan terjadinya konsentrasi kegiatan ke tangan pemerintah yang sebelumnya dilaksanakan oleh swasta. Efek inilah disebut sebagai efek konsentrasi (*concentration effect*). Dengan adanya ketiga efek tersebut menyebabkan bertambahnya aktivitas pemerintah sehingga setelah perang selesai tingkat pajak tidak menurun kembali pada tingkat sebelum terjadi perang. Adanya dampak eksternal tadi digambarkan dalam bentuk kurva dibawah ini:



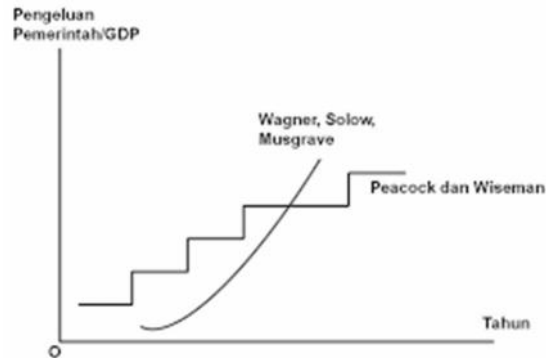
**Gambar 2.2**

**Kurva Peacock dan Wiseman**

*Sumber: Boediono, 1999*

Dalam keadaan normal, t ke t+1, pengeluaran pemerintah dalam persentase terhadap GNP meningkat sebagaimana yang ditunjukkan garis AG. Apabila pada tahun t terjadi perang maka pengeluaran pemerintah meningkat sebesar AC dan kemudian meningkat seperti yang ditunjukkan pada segmen CD. Setelah perang selesai pada tahun t+1, pengeluaran pemerintah tidak menurun ke G. Hal ini disebabkan setelah perang, pemerintah membutuhkan tambahan dana untuk mengendalikan pinjaman pemerintah yang digunakan dalam pembiayaan pembangunan.

Berbeda dengan pandangan Wagner, perkembangan pengeluaran pemerintah versi Peacock dan Wiseman tidaklah berbentuk suatu garis, seperti kurva di bawah, tetapi berbentuk seperti tangga.



**Gambar 2.3**

### **Kurva Wagner, Solow, dan Musgrave**

*Sumber: Boediona, 1999*

Pengeluaran pemerintah menurut teori Wagner, Solow, dan Musgrave digambarkan dalam bentuk kurva yang eksponensial, sedangkan teori Peacock dan Wiseman mengatakan bahwa pengeluaran pemerintah jika digambarkan dalam kurva seperti bentuk tangga. Hal ini dikarenakan adanya kendala toleransi pajak. Ketika masyarakat tidak ingin membayar pajak yang tinggi yang ditetapkan pemerintah, walaupun pemerintah ingin senantiasa menaikkan pengeluarannya (Mangkoesobroto, 1993).

### 2.1.1.2 Teori Mikro

Tujuan dari teori mikro mengenai perkembangan pengeluaran pemerintah adalah untuk menganalisis faktor-faktor yang menimbulkan permintaan akan barang publik dan faktor-faktor yang mempengaruhi tersedianya barang publik. Interaksi antara permintaan dan penawaran untuk barang publik menentukan jumlah barang publik yang akan disediakan melalui anggaran belanja. Jumlah barang publik yang akan disediakan tersebut selanjutnya akan menimbulkan permintaan akan barang lain (Mangkoesebroto, 1993).

#### 1. Penentuan Permintaan

$$U^i = f(G, X)$$

Dimana: U = Fungsi Utilitas

I = Individu, 1, 2, ..., m

G = Vektor barang pemerintah

X = Vektor barang swasta

Seseorang individu mempunyai permintaan akan barang publik dan swasta. Akan tetapi, permintaan efektif akan barang tersebut (permintaan dan swasta) tergantung pada kendala anggaran (budget constraints). Misalkan seorang individu (i) membutuhkan barang publik (K) sebanyak  $G_k$ . Untuk menghasilkan  $i$  barang K sebanyak  $G_k$ , pemerintah harus mengatur sejumlah kegiatan. Misalnya pemerintah berusaha untuk meningkatkan penjaga keamanan. Dalam pelaksanaan usaha meningkatkan keamanan tersebut tidak mungkin bagi pemerintah untuk menghapuskan



sama sekali angka kejahatan. Karena itu, pemerintah dan masyarakat harus menetapkan suatu tingkat keamanan yang dapat ditolerir oleh masyarakat.

## 2. Penentuan Tingkat Output

$$U_p = g(X, G, S)$$

Dimana:  $U_p$  = Fungsi Utilitas

$S$  = Keuntungan yang diperoleh politisi

$G$  = Vektor barang pemerintah

$X$  = Vektor barang swasta

Kita asumsikan bahwa fungsi utilitas masyarakat diwakili seorang pemilih:

$$\text{Max } U_i = f(X, G)$$

Dengan pemuasan dibatasi kendala anggaran sehingga rumusnya:

$$P_x X + tB < M_i$$

Dimana:  $P$  = Vektor harga barang swasta

$X$  = Vektor barang swasta

$B_i$  = Basis pajak individu 1

$M_i$  = Total pendapatan individu 1

$T$  = Tarif pajak

Kurva permintaan dari pemilik yang mewakili masyarakat ditentukan oleh 2 proses, yaitu dengan mengasumsikan pemilik tidak punya kemampuan mempengaruhi tarif pajak, sehingga ia bertindak sebagai pengambilan harga (*Price Taker*) atau, asumsikan kedua pemilik tidak bisa menentukan jumlah barang publik, sehingga ia bertindak sebagai pengambilan output (*Output Taker*)

### 2.1.2 Indeks Pembangunan Manusia

Rendahnya kualitas sumber daya manusia masih menjadi masalah utama di Indonesia. Kualitas sumber daya manusia di Indonesia yang masih rendah sebagaimana ditunjukkan oleh Indeks Pembangunan Manusia yang menempati urutan ke 121 dari 187 Negara dan berada di posisi ke 6 dari 10 negara ASEAN (Achmad Sjafii, 2009).

Risha Amalia (2016) menyatakan dalam UNDP (*United Nations Development Programme*), pembangunan manusia adalah suatu proses untuk memperbesar pilihan-pilihan bagi manusia *a process of enlarging people's choices*. Konsep atau definisi pembangunan tersebut pada dasarnya mencakup dimensi pembangunan yang sangat luas. Dalam konsep pembangunan manusia, bukan hanya dari pertumbuhan ekonominya.

UNDP dalam Syalkahfi (2016) IPM merupakan indeks komposit yang digunakan untuk mengukur pencapaian rata-rata suatu negara dalam tiga hal mendasar pembangunan manusia, yaitu : lama hidup, yang diukur dengan angka harapan ketika lahir; pendidikan yang diukur berdasarkan rata-rata lama sekolah dan angka melek huruf penduduk usia 15 tahun ke atas dan standar hidup yang diukur dengan konsumsi per kapita. Nilai indeks ini berkisar antara 0-100. IPM memberikan suatu ukuran gabungan tiga dimensi tentang pembangunan manusia: panjang umur dan menjalani hidup sehat (diukur dari usia harapan hidup), terdidik (diukur dari tingkat kemampuan baca tulis orang dewasa dan tingkat pendaftaran di sekolah dasar, lanjutan dan tinggi) dan memiliki standar hidup yang layak (diukur dari paritas daya beli/ PPP, penghasilan). Indeks tersebut bukanlah suatu ukuran yang menyeluruh tentang pembangunan manusia. Sebagai contoh, IPM

tidak menyertakan indikator-indikator penting seperti misalnya ketidaksetaraan dan sulit mengukur indikator-indikator seperti penghargaan terhadap hak-hak asasi manusia dan kebebasan politik. Indeks ini memberikan sudut pandang yang lebih luas untuk menilai kemajuan manusia serta meninjau hubungan yang rumit antara penghasilan dan kesejahteraan.

### **2.1.3 Kemiskinan**

Menurut kamus besar bahasa Indonesia kemiskinan berasal dari kata dasar miskin yang berarti tidak berharta benda (Poerwadarminta, 1976). Kemiskinan menurut (*Word Bank*) merupakan keadaan dimana seorang individu atau kelompok tidak memiliki pilihan atau peluang untuk meningkatkan taraf hidupnya guna menjalankan kehidupan yang sehat dan lebih baik sesuai standar hidup, memiliki harga diri dan dihargai oleh sesamanya.

Kemiskinan adalah keadaan dimana terjadi ketidakmampuan untuk memenuhi kebutuhan dasar seperti makanan, pakaian, tempat berlindung, pendidikan, dan kesehatan. Kemiskinan dapat disebabkan oleh kelangkaan alat pemenuh kebutuhan dasar, ataupun sulitnya akses terhadap pendidikan dan pekerjaan. Kemiskinan merupakan masalah global. Sebagian orang memahami istilah ini secara subyektif dan komparatif, sementara yang lainnya melihatnya dari segi moral dan evaluatif, dan yang lainnya lagi memahaminya dari sudut ilmiah yang telah mapan.

Kemiskinan menurut Drewnowski (Epi Supiadi:2003) mencoba menggunakan indikator-indikator sosial untuk mengukur tingkat-tingkat kehidupan

(*the level of living index*). Menurutnya terdapat tiga tingkatan kebutuhan untuk menentukan tingkat kehidupan seseorang :

1. Kehidupan fisik dasar (*basic fisical needs*), yang meliputi gizi/ nutrisi, perlindungan/ perumahan (*shelter/ housing*) dan kesehatan.
2. Kebutuhan budaya dasar (*basic cultural needs*), yang meliputi pendidikan, penggunaan waktu luang dan rekreasi dan jaminan sosial (*social security*).
3. *High income*, yang meliputi pendapatan yang *surplus* atau melebihi takarannya.

Adapun macam-macam kemiskinan:

#### 1. Kemiskinan Multidimensi (*Multidimensional Poverty Index – MPI*)

Indeks kemiskinan multidimensi adalah dengan menyusun indeks yang didasarkan pada tingkat rumah tangga, MPI memperhitungkan adanya akibat interaksi negatif ketika orang-orang mengalami berbagai kekurangan / kemiskinan yang lebih buruk, yang dapat dilihat cukup dengan menjumlahkan kekurangan-kekurangan yang terjadi di suatu negara negara secara keseluruhan, menghitung rata-ratanya dan kemudian mengkombinasikannya (Todaro & Smith, 2013: 266)

#### 2. Kemiskinan Absolut

seperti ungkapan ada berita baik dan ada berita buruk atau ungkapan sebuah gelas yang separuh kosong separuh penuh. Sangat sulit untuk dapat membuat perkiraan yang sangat akurat mengenai cakupan kemiskinan global di suatu waktu tertentu. Laporan-laporan penting Bank Dunia yang

dipublikasikan beberapa tahun sekali menyediakan perkiraan pendapatan per harian per kepala (*dollar-a-day headcount*) dari puluhan juta orang yang sangat beragam (Todaro & Smith, 2013: 284)

### 3. Kemiskinan di Pedesaan

Barangkali generalisasi paling valid tentang orang-orang miskin adalah bahwa sebagian besar orang miskin hidup di daerah pedesaan, bahwa aktivitas utama mereka berada pada sektor pertanian dan aktivitas lain yang terkait, bahwa komposisinya cenderung lebih banyak kaum perempuan dan anak-anak ketimbang laki-laki dewasa, dan bahwa pada umumnya orang-orang ini adalah kelompok etnis minoritas dan penduduk pribumi (Todaro & Smith, 2013: 291)

#### **2.1.4 Kesehatan**

Kesehatan sangat penting bagi kesejahteraan, dan pendidikan bersifat esensial bagi kehidupan yang memuaskan dan berharga keduanya fundamental dalam kaitannya dengan gagasan lebih luas mengenai peningkatan kapabilitas manusia sebagai inti makna pembangunan yang sesungguhnya. Selain itu, kesehatan adalah prasyarat bagi peningkatan produktivitas, dan pendidikan yang berhasil juga bergantung pada kesehatan yang memadai. Dengan demikian, kesehatan dan pendidikan juga dapat dipandang sebagai komponen pertumbuhan dan pembangunan yang vital / sebagai input bagi fungsi produksi agregat. Peran ganda mereka sebagai input dan sekaligus output menjadikan kesehatan dan pendidikan sangat penting artinya dalam pembangunan ekonomi.

Distribusi kesehatan dan pendidikan dalam suatu negara sama pentingnya dengan distribusi pendapatan dalam arti kata angka harapan hidup mungkin cukup tinggi bagi orang-orang yang lebih beruntung di negara-negara berkembang, tetapi jauh lebih rendah dikalangan orang-orang miskin

Analisis investasi dibidang kesehatan dan pendidikan disatukan dalam pendekatan modal manusia. Modal manusia adalah istilah yang sering digunakan para ekonomi untuk mengacu pada pendidikan, kesehatan, dan kapasitas manusia lainnya yang jika ditingkatkan dapat meningkatkan produktivitas. Setelah dilakukan investasi awal, aliran pendapatan yang lebih tinggi dimasa yang akan datang dapat diperoleh dari perluasan pendidikan dan peningkatan kesehatan. Dengan demikian, suatu tingkat pengembalian atas investasi dari kedua hal itu dapat diketahui dan dibandingkan dengan pengambilan atas investasi lainnya. Hal ini dilakukan dengan memperkirakan nilai sekarang yang didiskontokan dari meningkatnya aliran pendapatan yang terjadi karena investasi tersebut. Maka, pendekatan dasar modal manusia berfokus pada kemampuan tak langsung dari kesehatan dan pendidikan untuk meningkatkan kesejahteraan melalui peningkatan pendapatan.

WHO (*World Health Organization*), salah satu badan penting dari perserikatan Bangsa-Bangsa yang menangani masalah kesehatan dunia, mendefinisikan kesehatan sebagai “suatu keadaan yang benar-benar sejahtera secara fisik, mental, dan sosial serta bukan hanya terbebas dari penyakit atau kelemahan”. WHO mendefinisikan sistem kesehatan (*health system*) sebagai “semua aktivitas yang tujuan utamanya meningkatkan, memulihkan, dan mempertahankan kesehatan.” Sistem kesehatan mencakup komponen kementerian

dan dinas kesehatan masyarakat, rumah sakit dan klinik, serta dokter dan paramedis. Diluar sistem formal ini terdapat jaringan informal yang dimanfaatkan banyak warga miskin yang mencakup tabib tradisional yang mungkin menggunakan cara pengobatan herbal yang efektif, cara-cara lain yang memberikan manfaat kesehatan seperti akupuntur, atau mereka yang menggunakan cara-cara penyembuhan yang tidak terbukti efektif selain hanya menimbulkan pengaruh plasebo terhadap pasien. Temuan dan cakupan luas tentang kesehatan adalah dengan menyimpulkan bahwa kesehatan dan pendidikan memainkan peran sangat penting dalam pembangunan ekonomi, baik sebagai input dalam produksi yang memungkinkan perolehan pendapat lebih tinggi maupun sebagai output yang secara langsung mempengaruhi kesejahteraan manusia (Todaro & Smith, 2013: 445)

## **2.2 Regulasi**

### **2.2.1 Peraturan Undang-undang**

Undang-undang di Indonesia yang mengatur mengenai anggaran kesehatan adalah UU No 36 tahun 2009 yang menyebutkan bahwa besar anggaran kesehatan pemerintah pusat dialokasikan minimal 5 persen dari APBN di luar gaji, sementara besar anggaran pemerintah daerah Provinsi dan Kabupaten/Kota dialokasikan minimal 10 persen dari APBD di luar gaji.

Pengeluaran pemerintah dalam sektor kesehatan merupakan upaya untuk memenuhi salah satu hak dasar rakyat, yaitu hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 28 H ayat (1) dan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan. Asri (2011) menyatakan melihat mutu manusia dari sisi kesehatan dimana kesehatan

merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi sumber daya manusia, dengan kata lain aspek kesehatan turut mempengaruhi kualitas manusia. Kekurangan kalori, gizi, ataupun rendahnya derajat kesehatan bagi penduduk akan menghasilkan kualitas manusia yang rendah dengan tingkat mental yang terbelakang. Todaro dan Smith (2003) menyatakan Pengeluaran pemerintah pada sektor kesehatan yang dikeluarkan untuk memenuhi salah satu hak dasar untuk memperoleh pelayanan kesehatan berupa fasilitas dan pelayanan kesehatan merupakan persyaratan bagi peningkatan produktivitas masyarakat (Alison, 2017:209)

program Kartu Indonesia Sehat memiliki payung hukum berasal dari Undang-Undang Kesehatan Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN)

Secara khusus tanggung jawab Pemerintah dalam pelaksanaan jaminan kesehatan diatur pada Pasal 20 Undang-Undang Kesehatan yang menyebutkan bahwa:

1. Pemerintah bertanggung jawab atas pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat melalui sistim jaminan sosial nasional bagi upaya kesehatan perorangan.
2. Pelaksanaan sistim jaminan sosial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai ketentuan peraturan per undang-undangan.

### **2.2.2 Kebijakan Kartu Indonesia sehat**

Kebijakan pemerintah mengenai Kartu Indonesia Sehat merupakan langkah yang ditempuh oleh pemerintah saat ini untuk membantu masyarakat dalam



meringankan beban mereka dalam pembayaran kesehatan yang memberikan bantuan jaminan kesehatan kepada masyarakat miskin / tidak mampu dan penyandang masalah kesejahteraan sosial yang tidak mempunyai identitas (Nurmala, 2016:2)

### **A. Fungsi Program KIS**

KIS berfungsi sebagai kartu jaminan kesehatan, yang dapat digunakan untuk mendapatkan layanan kesehatan gratis di fasilitas kesehatan tingkat pertama dan tingkat lanjutan, sesuai dengan kondisi penyakit yang diderita penerima KIS.

### **B. Manfaat KIS**

Peserta dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan yang di berikan oleh fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan program kartu Indonesia sehat. Manfaat program KIS adalah sebagai Berikut :

1. Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama :
  - a) Rawat jalan tingkat pertama ( RJTP) dan
  - b) Rawat inap tingkat pertama ( RITP)
2. pelayanan Kesehatan Tingkat Lanjutan :
  - a) Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL)
  - b) Rawat jalan Lanjutan (spesialistik)
  - c) Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL) di kelas III
  - d) Rawat Inap Kelas Khusus (ICU/ICCU/NICU/PICU)
3. Pelayanan Gawat Darurat (emergency)

- a) Pelayanan Transportasi Rujukan
  - b) Pelayanan obat Generik dan atau Formularium Obat RS
  - c) Penunjang Diagnosis
  - d) Pelayanan Persalinan
  - e) Tindakan Medis Operatif dan Non Operatif
4. Pelayanan yang tidak di tanggung :
- a) Pelayanan yang tidak sesuai prosedur
  - b) Pelayanan akosmetik (scaling,bedah plastic dll)
  - c) Ketidaksurban
  - d) *Medical check up (pap smear dll)*
  - e) Susu formula dan makanan tambahan
  - f) Pengobatan alternatif (tusuk jarum dll)
  - g) Pecandu narkotika
  - h) Sakita akibat percobaan bunuh diri
  - i) Alat bantu (kursi roda, kruk, kaca mata, gigi palsu)
  - j) Khitan tanpa indikasi medis
  - k) Pengguguran kandungan tanpa indikasi medis
  - l) Bencana alam (Arif, 2016:535)

Sasaran dari program sehat adalah meningkatnya derajat kesehatan dan status gizi masyarakat yang didukung dengan perlindungan finansial dan pemerataan pelayanan kesehatan (Depkes, 2018)

## 2.3 Penelitian Terdahulu

**Tabel 2.1**

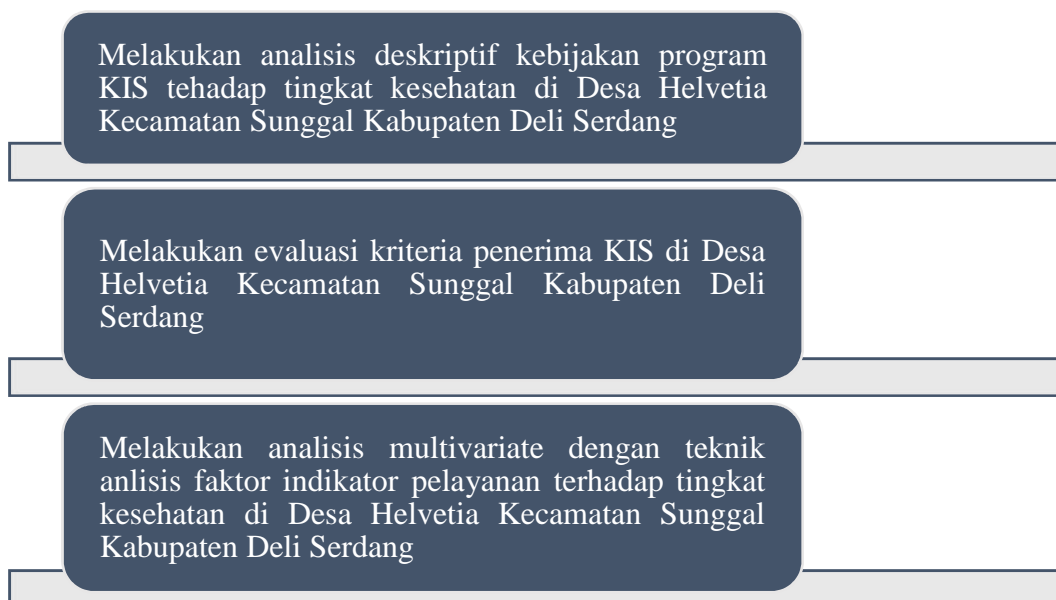
Judul, Nama penulis, tahun	Variabel Penelitian	Metode Analisis	Kesimpulan
Christina Usmaliad anti (2011), Analisis Pengaruh Tingkat Kemiskinan, Pengeluaran Pemerintah Sekor Pendidikan Dan Kesehatan Terhadap IPM Di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2007-2009	IPM, kemiskinan, pengeluaran pemerintah fungsi pendidikan, dan pengeluaran pemerintah fungsi kesehatan	Data sekunder / Uji regresi data panel	1). Pengeluaran pemerintah bidang pendidikan berpengaruh positif dan signifikan terhadap IPM di Provinsi Jawa Tengah. 2). Pengeluaran pemerintah bidang kesehatan berpengaruh positif dan signifikan terhadap IPM di Provinsi Jawa Tengah. 3). Jumlah penduduk miskin berpengaruh negatif dan tidak signifikan terhadap IPM di Provinsi Jawa Tengah
Alison Jeackline Lawrence Heka / Agnes Lapian / imelda Lajuck (2017), Pengeluaran pemerintah bidang kesehatan dan pendidikan terhadap indeks pembangunan manusia di	IPM, pengeluaran perintah bidang kesehatan, pengeluaran pemerintah bidang pendidikan	OLS	Pengeluaran pemerintah bidang kesehatan memiliki pengaruh secara persial terhadap Indeks Pembangunan Manusia dan pengeluaran

provinsi Sulawesi Utara			pemerintah bidang pendidikan tidak memiliki pengaruh, tetapi secara simultan atau serempak pengeluaran pemerintah bidang pendidikan berpengaruh terhadap Indeks Pembangunan Manusia di Provinsi Sulawesi Utara.
Citra Afnovinsa Putri (2014), Analisis Pengaruh Pengeluaran Pemerintah Sektor Kesehatan, Sektor Pendidikan dan Jumlah Penduduk Miskin Terhadap Indeks Pembangunan Manusia Provinsi Lampung periode 2003-2012	IPM, pengeluaran pemerintah sektor kesehatan, sektor pendidikan dan jumlah penduduk miskin	Data sekunder / Time series, OLS (Ordinary Least Square), regresi linear berganda	1). Pengeluaran Pemerintah Sektor Kesehatan secara parsial dan bersama-sama berpengaruh positif dan signifikan terhadap IPM di Provinsi Lampung. 2). Pengeluaran Pemerintah Sektor Pendidikan secara parsial dan bersama-sama berpengaruh positif dan signifikan terhadap IPM di Provinsi Lampung. 3). Jumlah penduduk miskin secara

			parsial dan bersama-sama berpengaruh negatif dan signifikan terhadap IPM di Provinsi Lampung.
--	--	--	---

## 2.4 Tahapan Alur

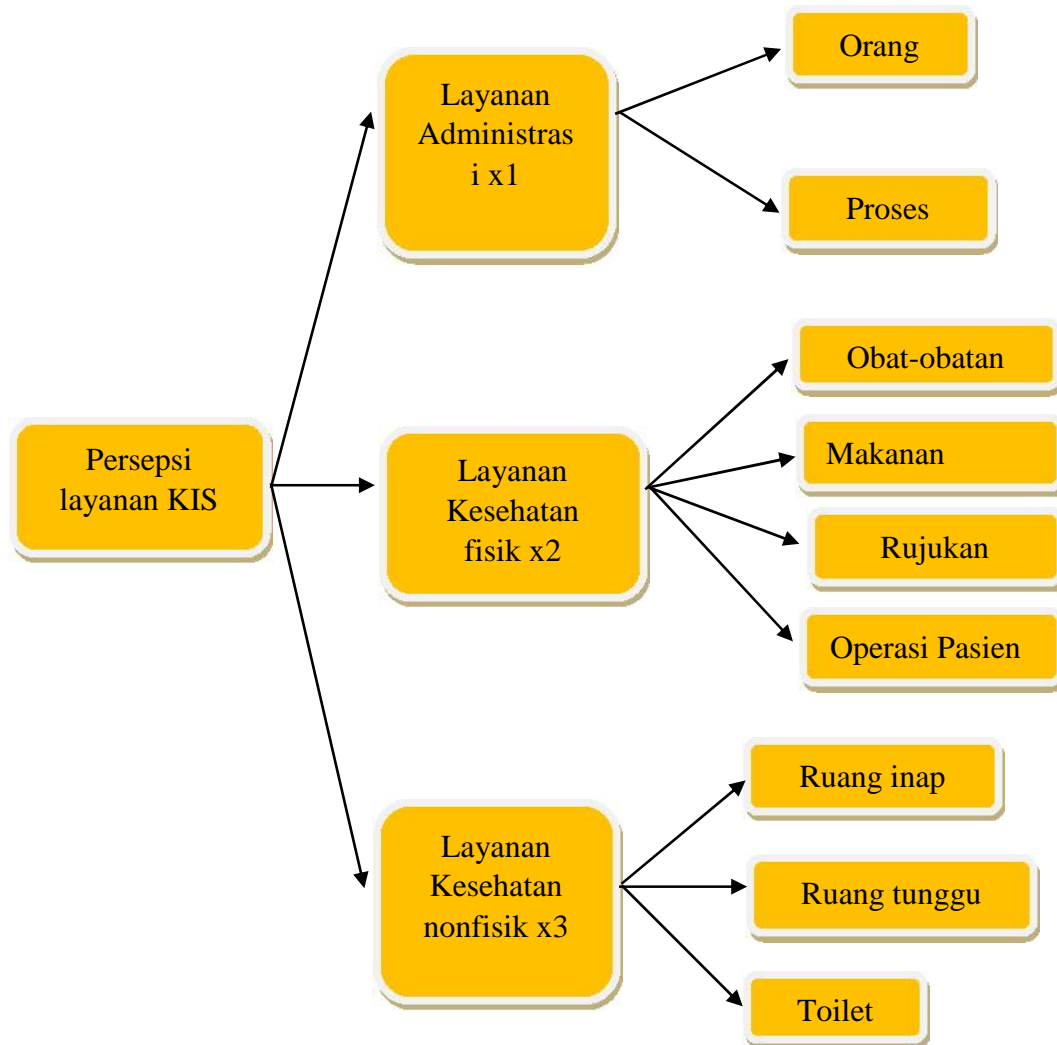
### 2.4.1 Tahapan Alur Penelitian



**Gambar 2.4**

### **Tahapan alur Penelitian**

## 2.4.2 Kerangka Model



**Gambar 2.5**  
**Bagan Konseptual Model**

## BAB III

### METODE PENELITIAN

#### 3.1 Pendekatan Penelitian

Metode penelitian yang dilakukan dalam penelitian ini adalah penelitian primer. Adapun analisis penelitian ini yaitu dengan menggunakan analisis multivariate dengan teknik analisis factor. Tipe penelitian kualitatif yang bertujuan untuk mengevaluasi kebijakan program KIS terhadap tingkat kesehatan masyarakat di Desa Helvetia.

#### 3.2 Definisi Operasional

**Tabel 3.1**

No	Variabel	Definisi Operasional	Sumber Data
1	Kartu Indonesia Sehat	Program KIS merupakan program pemerintah dalam mengatasi masalah kesehatan yang diberikan kepada masyarakat tidak mampu	
2	Layanan Administrasi	Tempat dimana pasien mendaftarkan diri dan mengurus segala sesuatu	Responden
3	Orang	Sikap seorang petugas yang melayani	Responden
4	Proses	Proses seorang petugas dalam melayani sesuai dengan prosedur	Responden
5	Layanan Kesehatan non Fisik	Pertolongan kesehatan pihak rumah sakit terhadap peserta KIS	Responden
6	Rujukan	Proses pasien KIS dalam menjalankan perobatan	Responden
7	Obat-obatan	Obat yang diberikan kepada pasien peserta KIS	Responden
8	Operasi Pasien	Tindakan medis atau pihak rumah sakit terhadap pasien KIS yang membutuhkan operasi	Responden

9	Makanan	Makanan yang disediakan pihak rumah sakit terhadap pasien peserta KIS	Responden
10	Layanan Kesehatan Fisik	Fasilitas kesehatan yang diberikan kepada pasien peserta KIS	Responden
11	Ruang Inap	Ruang rawat inap yang diberikan pihak rumah sakit kepada pasien peserta KIS	Responden
12	Ruang Tunggu	Tempat pasien/keluarga peserta KIS yang disediakan pihak rumah sakit	Responden
13	Toilet	Tempat para pengunjung/pasien dalam membuang hajat	Responden

### 3.3 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Desa Helvetia Kecamatan Sunggal Kabupaten Deli Serdang. Adapun waktu penelitian dilakukan pada bulan Januari sampai Februari 2019.

### 3.4 Jenis dan Sumber Data

#### 3.4.1 Jenis Data

1. Berdasarkan bentuk: data kualitatif
2. Berdasarkan waktu: data *cross section*. Karena data yang dikumpulkan pada suatu titik waktu tertentu, dimana dapat mendukung pembuktian dari perilaku tertentu.
3. Berdasarkan sumber pengumpulan data: data primer
4. Berdasarkan skala pengukuran: ordinal, yaitu skala pengukuran yang dinyatakan dalam peringkat.

#### 3.4.2 Sumber Data

Data primer yaitu data yang diperoleh langsung dari responden melalui kuesioner yang disebar kepada responden.



### 3.5 Populasi dan Sampel

#### 3.5.1 Populasi

Populasi adalah kelompok elemen yang lengkap, yang biasanya berupa orang, objek, transaksi, atau kejadian dimana kita tertarik untuk mempelajarinya atau menjadi objek penelitian (Kuncoro, 2001: bab 3).

Maka dalam penelitian ini maka yang menjadi populasi adalah masyarakat/penduduk penerima KIS di desa Helvetia Kecamatan Sunggal Kabupaten Deli Serdang sebanyak 668 rumah tangga.

#### 3.5.2 Sampel

Penelitian ini menggunakan sampel probabilitas dengan teknik stratifikasi yaitu peneliti membagi populasi menjadi beberapa kelompok memilih subsample dari setiap kelompok sebanyak 87 kartu keluarga.

Dalam penelitian ini peneliti menggunakan derajat kesalahan atau dalam menentukan sampel =10% dengan derajat kepercayaan 90% yaitu:

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

Dimana :

N : Jumlah populasi

n : Jumlah Sampel

e : Person kelonggaran ketidaktelitian karena kasalahan pengambilan sampel yang masih dapat ditolerir atau diinginkan, yaitu 10%. Maka banyaknya sampel adalah:

$$n = \frac{668}{1 + 668 \times 10\%^2}$$

$$n = \frac{668}{7,68}$$

n = 86,97 (87) responden

### 3.6 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang dilakukan dalam penelitian ini adalah:

1. Kuesinoer (angket) yang dibagikan langsung kepada populasi yang telah ditetapkan jumlah sampel.
2. Wawancara langsung kepada populasi yang telah ditetapkan jumlah sample.

### 3.7 Metode Analisis Faktor

Metode analisa faktor bertujuan untuk meringkas kandungan informasi variabel dalam jumlah yang besar menjadi sebuah faktor yang lebih kecil. Analisis faktor dimulai dari menyusun suatu kelompok variabel baru berdasarkan hubungan sebagaimana ditunjukkan matriks korelasi. Pendekatan yang digunakan dalam analisis faktor adalah *principal component analysis*, yaitu analisis yang mentransformasikan sejumlah variabel ke dalam suatu variabel komposit baru, atau komponen utama (*principal component*) yang tidak berkorelasi satu sama lain. (Kuncoro, 2013)

Ghozali menjelaskan bahwa asumsi analisis faktor menghendaki bahwa matrik data harus memiliki korelasi yang cukup agar dapat dilakukan analisis faktor. Jika berdasarkan data visual tidak ada nilai korelasi yang di atas 0.30, maka analisis faktor tidak dapat dilakukan. Sebelum memasuki analisis faktor,

lebih dahulu melakukan uji normalitas. Uji normalitas bertujuan untuk mengetahui distribusi data dalam variabel yang akan digunakan dalam penelitian. Data yang layak dan baik digunakan dalam penelitian adalah data yang memiliki distribusi normal. Uji normalitas dapat menggunakan uji normal kolmogorovSmirnov. Jika  $\text{Sig} > 0,005$  maka data berdistribusi normal namun sebaliknya jika  $\text{Sig} < 0,005$  maka data berdistribusi tidak normal. Proses utama analisis faktor meliputi hal-hal berikut :

**A. Uji *Determinant of Correlation Matrix***

Matrix korelasi dikatakan antara variabel saling terkait apabila determinan bernilai mendekati nilai 0. Hasil perhitungan menunjukkan nilai Uji *Determinant of Correlation Matrix* sebesar 0,06. Nilai ini mendekati 0, dengan mendekati matrik korelasi antara variabel saling terkait.

**B. *Kaiser Meyer Olkin Measure of Sampling (KMO)***

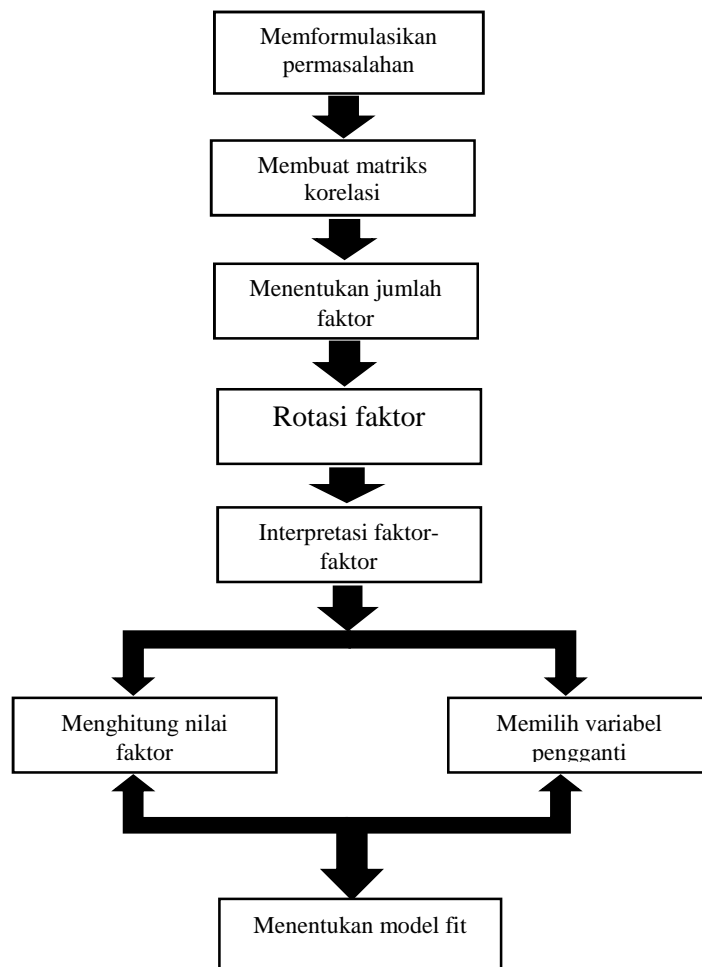
*Kaiser Meyer Olkin Measure of Sampling (KMO)* adalah indeks perbandingan jarak antara koefisien korelasi dengan koefisien korelasi parsialnya. Jika jumlah kuadrat koefisien korelasi parsial di antara seluruh pasangan variabel bernilai kecil jika dibandingkan dengan jumlah kuadrat koefisien korelasi, maka akan menghasilkan nilai KMO mendekati 1. Nilai KMO dianggap mencukupi jika lebih dari 0,5.

**C. *Bartlett Test of Sphericity***

Uji Bartlett Test of Sphericity merupakan uji statistik yang digunakan untuk menguji hipotesis bahwa variabel-variabel tidak saling berkorelasi dalam populasi. Dengan kata lain, matriks korelasi populasi merupakan matriks identitas, setiap variabel berkorelasi dengan dirinya sendiri secara

sempurna dengan ( $r=1$ ) akan tetapi sama sekali tidak berkorelasi dengan lainnya ( $r = 0$ ). Uji Bartlett bertujuan untuk mengetahui apakah matrik korelasi yang terbentuk itu berbentuk matriks identitas atau bukan. Dalam analisis faktor keterkaitan antar variabel sangat diperlukan, karena tujuan dari analisis ini adalah menghubungkan suatu kumpulan variabel agar menjadi satu faktor saja. Bila matriks korelasi yang terbentuk adalah matriks identitas, berarti tidak ada korelasi antar variabel, sehingga analisis faktor tidak dapat dilakukan. Pengelompokan dilakukan dengan mengukur korelasi sekumpulan variable dan selanjutnya menempatkan variabel-variabel yang berkorelasi tinggi dalam satu faktor, dan variable-variabel lain yang mempunyai korelasi relative lebih rendah ditempatkan pada faktor lain.

Langkah-langkah dalam analisis faktor dapat dijelaskan sebagai berikut:



### 3.8 Tahapan Analisis

Berdasarkan bagan diatas, secara garis besar analisis faktor dilakukan sebagai berikut :

#### 1. Membuat Matriks Korelasi

Proses analisis didasarkan pada matriks korelasi antara variable yang satu dengan variable yang lain, untuk memperoleh analisis faktor yang tepat semua variabel-variabelnya harus berkorelasi. Untuk menguji ketetapan dalam model faktor, uji statistik yang digunakan adalah *test of sphericity* dan *Kaiser-meyer-olkin* (KMO).

#### 2. Metode analisis faktor

Metode atau teknik analisis faktor yang digunakan untuk ekstraksi dalam analisis faktor adalah *principal component analisis* (PCA), yaitu merupakan pendekatan untuk analisis faktor yang menekankan pada pertimbangan total varianbel dalam data.

#### 3. Penentuan jumlah faktor

Penentuan jumlah faktor yang diperlukan untuk mewakili variable-variabel yang akan dianalisis didasarkan pada besarnya nilai eigen value serta prosentasi total varian. Pada analisis ini jumlah faktor sebelum penelitian ditentukan sebanyak tujuh faktor berdasarkan apriori dan hanya berlaku pada pembahasan sebelum penelitian. Setelah penelitian dilaksanakan untuk analisis selanjutnya didasarkan pada hasil analisis statistik dengan *principal component analisis* (PCA). Hanya faktor yang memiliki eigen value sama dengan atau lebih besar dari 1 (satu)

yang dipertahankan dalam model analisis faktor, sedangkan yang lainnya dikeluarkan dari model.

#### 4. Rotasi Faktor

Hasil dari ekstraksi faktor dalam matrik faktor mengindikasikan hubungan antara faktor dan variable individual namun dalam faktor-faktor tersebut terdapat banyak variabel yang berkorelasi, sehingga sulit diinterpretasikan. Melalui rotasi faktor matrik, matrik faktor ditransformasi ke dalam matrik yang lebih sederhana sehingga mudah untuk diinterpretasikan. Rotasi faktor dengan menggunakan prosedur varimax.

#### 5. Interpretasi faktor

Interpretasi faktor dilakukan dengan mengklasifikasikan variable yang mempunyai faktor loading yang tinggi ke dalam faktor yang bersangkutan. Untuk interpretasi hasil penelitian ini faktor loading minimum 0,50 variabel dengan faktor loading kurang dari 0,50 dikeluarkan dari model.

#### 6. Model fit (ketepatan mode)

Tahap akhir dari analisis faktor adalah untuk mengetahui ketepatan dalam memilih teknik analisis faktor (*principal component analysis*). Untuk mengetahuinya dengan melihat jumlah residual (perbedaan) antara korelasi yang diamati dengan korelasi yang direproduksi, semakin kecil prosentasenya maka semakin tepat penentuan teknik tersebut.

## BAB IV

### HASIL DAN PEMBAHASAN

#### 4.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian



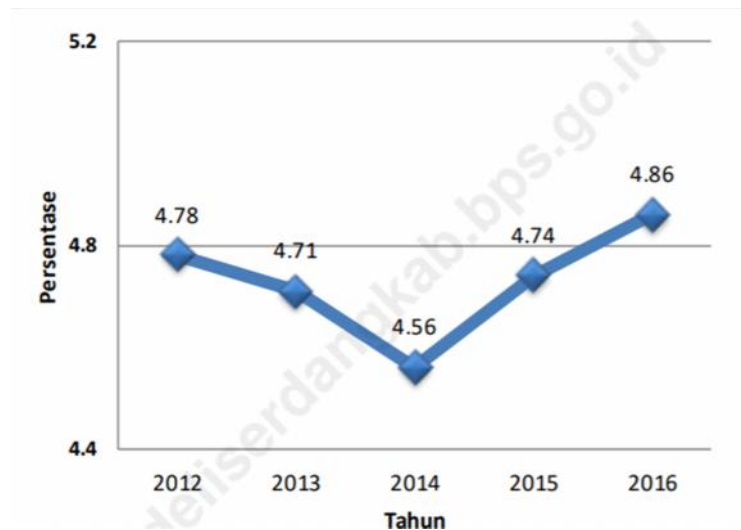
Secara geografis , Kabupaten Deli Serdang berada pada 2°57' Lintang Utara sampai 3°16' Lintang Utara dan 98°33' Bujur Timur sampai 99°27' Bujur Timur. Wilayah Kabupaten Deli Serdang memiliki luas 2.497,72 km<sup>2</sup>. Batas area disebelah utara adalah Kabupaten Langkat dan Selat Malaka, di sebelah timur berbatasan dengan Kabupaten Serdang Bedagai, di sebelah selatan berbatasan dengan Kabupaten Karo dan Kabupaten Langkat dan di sebelah barat berbatasan dengan Kabupaten Langkat dan Kabupaten Karo.

Di Kabupaten Deli Serdang dikenal hanya dua musim, yaitu musim kemarau dan penghujan. Pada bulan Juni sampai dengan September arus angin yang bertiup tidak banyak mengandung uap air, sehingga mengakibatkan musim kemarau. Sebaliknya pada bulan Desember sampai dengan Maret arus angin yang banyak mengandung uap air berhembus sehingga terjadi musim hujan. Keadaan ini berganti setiap setengah tahun setelah melewati masa peralihan pada bulan

April-Mei dan Oktober-Nopember. Menurut catatan Stasiun Klimatologi Sampali, pada tahun 2016 terdapat rata-rata 17-18 hari hujan dengan volume curah hujan sebanyak rata-rata 161,42 mm. Curah hujan terbesar terjadi pada bulan Oktober yaitu 323 mm dengan hari hujan sebanyak 26 hari. Sedangkan curah hujan paling kecil terjadi pada bulan Maret sebesar 11 mm dengan hari hujan 6 hari.

Kabupaten Deli Serdang terdiri dari 22 kecamatan dan 394 desa/kelurahan, memiliki penduduk terbanyak nomor 2 sekitar 2.114.627 jiwa pada tahun 2017

#### **Persentase Penduduk Miskin Deli Serdang 2012-2016**



**Gambar 4-1**  
**Persentase Penduduk Miskin Deli Serdang 2012-2016**

*Sumber: BPS 2017*

Berdasarkan gambar di atas pada tahun 2012 penduduk miskin sebanyak 4,78 persen, dan mengalami penurunan pada tahun 2014 sebanyak 4,56 persen, 2014 sampai 2016 terus mengalami peningkatan yaitu sebanyak 4,86 persen.

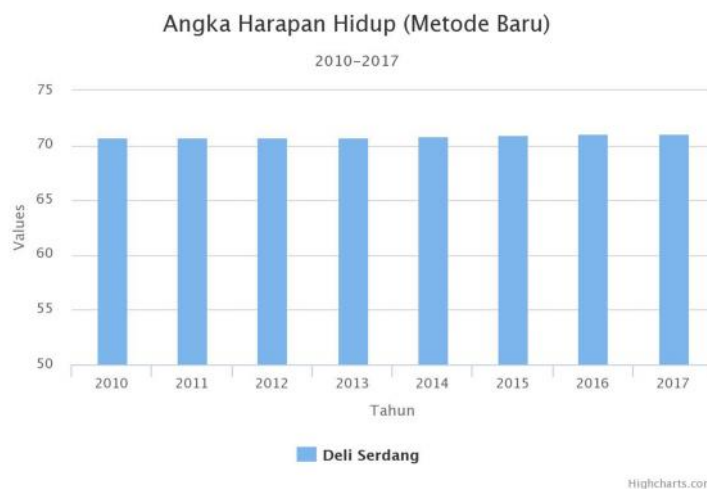


## 4.2 Indeks Pembangunan Manusia dan Angka Harapan Hidup Kabupaten Deli Serdang



**Gambar 4-2**  
**Indeks Pembangunan Manusia Deli Serdang**  
*Sumber: BPS Deli Serdang 2017*

Berdasarkan grafik diatas menunjukkan Indeks Pembangunan Manusia Kabupaten Deli Serdang terus meningkat jika dilihat dari tahun 2010 sebesar 70.06 persen dan pada 2017 sebesar 73.94 persen.



**Gambar 4-3**  
**Angka Harapan Hidup Deli Serdang**  
*Sumber: BPS Deli Serdang 2017*

Berdasarkan tabel diatas menunjukkan Angka Harapan Hidup masyarakat Kabupaten Deli Serdang pada tahun 2010 sebesar 70.74 persen namun pada tahun 2014 mengalami penurunan sebesar 70.8 dan kembali mengalami

peningkatan pada tahun 2015 sebesar 71 persen dan pada tahun 2017 sebesar 71.11 persen

**Tabel 4.1**

**Jumlah Penduduk Menurut Kecamatan di Kabupaten Deli Serdang Tahun**

**2017**

Kecamatan	2017		
	Jumlah Penduduk menurut Jenis Kelamin (Jiwa)		
	Laki-laki	Perempuan	Total
Gunung Meriah	1515	1514	3029
S.T.M. Hulu	7349	7276	14625
Sibolangit	11722	1181	23532
Kutalimbaru	21104	21324	42428
Pancur Batu	50242	5015	100392
Namo Rambe	21349	21836	43185
Biru-Biru	20241	20085	40326
S.T.M. Hilir	18432	17878	3631
Bangun Purba	12801	12823	25624
Galang	36685	36358	73043
Tanjung Morawa	1145	112551	227051
Patumbak	52955	51494	104449
Deli Tua	35214	36287	71501
<b>Sunggal</b>	<b>144846</b>	<b>142754</b>	<b>2876</b>
Hamparan Perak	90109	8715	177259
Labuhan Deli	36149	34913	71062
Percut Sei Tuan	228443	225759	454202
Batang Kuis	33685	32721	66406
Pantai Labu	26265	24688	50953
Beringin	31497	30615	62112
Lubuk Pakam	47576	48462	96038
Pagar Merbau	21527	21973	435
<b>Deli Serdang</b>	<b>1064206</b>	<b>1050421</b>	<b>2114627</b>

Sumber: BPS Kabupaten Deli Serdang 2017

Kecamatan sunggal adalah salah satu kecamatan yang ada di Kabupaten Deli Serdang yang memiliki total penduduk 2.876 jiwa pada tahun 2017, Wilayah Kecamatan Sunggal merupakan salah satu Kecamatan yang jauh dari ibu kota Kabupatennya yaitu dimana Kecamatan Sunggal dikembangkan oleh Kota

Medan dengan Kota Binjai. Letak wilayah Kecamatan Sunggal 3°53' - 3°61' Lintang Utara dan 98°54' - 98°60' Bujur Timur. Wilayah Kecamatan Sunggal memiliki luas 92,52 km<sup>2</sup>. Kecamatan Sunggal memiliki desa/ kelurahan sebanyak 17 Desa dan memiliki jumlah dusun/ lingkungan sebanyak 162 Dusun.

**Tabel 4.2**

**Jumlah Dusun/ Lingkungan Menurut Desa/ Kelurahan di Kecamatan Sunggal Tahun 2017**

Desa/ kelurahan	Dusun/ lingk
Telaga Sari	6
Sei Mencirim	15
Suka Maju	7
Sei Beras Sekata	5
Tanjung Selamat	6
Sunggal Kanan	5
Medan Krio	13
Paya Geli	7
Puji Mulyo	8
Sei Semayang	18
Diski	7
Serba Jadi	5
Mulyorejo	23
Kampung Lalang	6
Purwodadi	13
Tanjung Gusta	10
Helvetia	8
Sunggal	162

*Sumber: Kantor Desa/ Kelurahan Kecamatan Sunggal*

Desa Helvetia adalah salah satu desa yang ada di Kecamatan Sunggal memiliki 8 dusun dengan jumlah penduduk sebanyak 21.613 pada tahun 2017. Terletak dipinggiran Kota Medan

**Tabel 4.3**

**Jumlah Penduduk Desa Helvetia Tahun 2017**

Dusun	Jumlah Kepala Keluarga	Jumlah Jiwa
Dusun I	350	2.057
Dusun II	960	5.432
Dusun III	200	1.182
Dusun IV	761	4.318
Dusun V	150	897
Dusun VI	1.050	5.937
Dusun VII	200	1.172
Dusun VIII	180	1.064
<b>Jumlah</b>	<b>3.850</b>	<b>21.613</b>

*Sumber: Kantor Desa*

### **4.3 Pembangunan dan Kesehatan**

kesehatan adalah dasar bagi produktivitas kerja dan kapasitas untuk belajar di sekolah. Tenaga kerja yang sehat secara fisik dan mental akan lebih enerjik dan kuat, lebih produktif, dan mendapatkan penghasilan yang tinggi. Keadaan ini terutama terjadi di negara-negara sedang berkembang, dimana proporsi terbesar dari angkatan kerja masih bekerja secara manual. penduduk dengan tingkat kesehatan yang baik merupakan masukan (input) penting untuk menurunkan kemiskinan, pertumbuhan ekonomi, dan pembangunan ekonomi jangka panjang. Beberapa pengalaman sejarah besar membuktikan berhasilnya tinggal landas ekonomi seperti pertumbuhan ekonomi yang cepat didukung oleh terobosan penting di bidang kesehatan masyarakat, pemberantasan penyakit dan peningkatan gizi. Tingkat kesehatan yang baik dilihat dari setiap individu memiliki rata-rata hidup lebih lama, dengan demikian secara ekonomis mempunyai peluang untuk memperoleh pendapatan lebih tinggi. Keluarga yang usia harapan hidupnya lebih panjang, cenderung untuk menginvestasikan pendapatannya di bidang

pendidikan dan menabung. Dengan demikian, tabungan nasional dan investasi akan meningkat, dan pada gilirannya akan meningkatkan pertumbuhan ekonomi.

Kesehatan merupakan salah satu hal terpenting dalam kehidupan manusia. Dengan tersedianya sarana dan prasarana kesehatan yang memadai sangat membantu dalam upaya meningkatkan kesehatan masyarakat sekaligus meningkatkan kualitas sumber daya manusia. Kabupaten Deli Serdang memiliki 22 buah rumah sakit. Deli Serdang juga memiliki puskesmas sebanyak 34 buah, puskesmas pembantu dan posyandu masing-masing berjumlah 106 dan 1.446 buah yang semuanya tersebar di tiap kecamatan. Tenaga medis yang tersedia di Kabupaten Deli Serdang 655 dokter yang terdiri dari 267 orang dokter. umum, 300 dokter spesialis dan 88 orang dokter gigi. Selain itu, terdapat 1.357 perawat, 1.686 bidan, 137 tenaga kefarmasian, dan 81 ahli gizi.

#### 4.4 Deskriptif Tingkat kesehatan Balita

**Tabel 4-4**  
**Data Posyandu Dusun 1 Desa Helvetia Kecamatan Sunggal Kabupaten Deli Serdang**

Tanggal 10/ Bulan	Jumlah Balita 2017	Jumlah Balita 2018/ Lansia	Jumlah Balita 2019/ Lansia
Januari	20	16/ 6	21/ 10
Februari	29	31/ 3	105/ 12
Maret	20	17/ 5	-
April	23	21/ 5	-
Mei	26	22/ 5	-
Juni	16	14/ 8	-
Juli	19	17/ 3	-
Agustus	30	39/ 3	-
September	16	20/ 7	-
Oktober	23	11/ 5	-
November	21	20/ 3	-
Desember	24	13/ 4	-
<b>Jumlah</b>	<b>267</b>	<b>241/ 57</b>	<b>126/ 22</b>

*Sumber: Posyandu Desa*

Berdasarkan data diatas jumlah balita yang datang setiap bulannya tidak menentu begitupun dengan jumlah lansia, jika dilihat dari tahun 2017-2019 jumlah balita dan lansia mengalami penurunan, pada tahun 2017 jumlah balita sebanyak 267 pada tahun 2017 program lansia belum terlaksana, pada tahun 2018 jumlah balita sebanyak 241 balita dan 57 lansia pada awal tahun 2018 program lansia baru dilaksanakan oleh pihak pemerintah desa dan pada tahun 2019 jumlah balita sebanyak 126 balita dan 22 jumlah lansia, akan tetapi pada bulan februari 2019 jumlah balita mengalami peningkatan yaitu sebanyak 105 jiwa. Berdasarkan wawancara yang didapatkan jumlah balita yang datang tidak menentu disebabkan oleh kurang sadarnya orangtua terhadap kesehatan balita yang diharuskan mendapatkan vaksin setiap bulannya atau minimal melihat perkembangan balita, padahal posyandu diadakan secara gratis. Pada bulan-bulan tertentu jumlah balita yang datang melakukan vaksin akan sangat meningkat seperti pada bulan februari 2019 sebanyak 105 balita disebabkan oleh adanya program pemerintah untuk setiap balita mendapatkan Vitamin A atau pada bulan-bulan yang diumumkan kader posyandu akan program pemerintah. Balita pada umumnya mendapatkan vaksin sesuai umur balita akan tetapi balita yang datang setiap bulannya akan dilihat bagaimana perkembangan dari balita tersebut. Begitupun dengan Jumlah lansia yang sangat minim disebabkan oleh kurang kader-kader posyandu untuk melakukan sosialisasi atau kurang diumumkan nya kepada lansia-lansia, khusus lansia yang menangani bukan lagi bidan desa melainkan dokter desa. Balita yang datang ke posyandu akan mendapatkan makanan yang bergizi, makanan tersebut seperti bubur, roti, telur, buah, pada setiap bulannya. Untuk dana tersebut setiap posyandu akan mendapatkan dana sebesar Rp 20.000 bulan akan tetapi uang

tersebut dirapel bahkan sampai 3 bulan dan adapun roti yang diberikan kementerian kesehatan secara gratis.

**Tabel 4-5**

**Data Posyandu Balita dan Lansia Dusun II Desa Helvetia Kecamatan  
Sunggal Kabupaten Deli Serdang**

Tanggal 20/ Bulan	Jumlah Balita 2017	Jumlah Balita/ Lansia 2018	Jumlah Balita/ Lansia 2019
Januari	20	25/5	20/4
Februari	19	31/8	23/9
Maret	16	25/3	
April	11	24/3	
Mei	20	18/4	
Juni	26	14/5	
Juli	18	19/7	
Agustus	20	18/3	
September	20	15/2	
Oktober	24	11/5	
November	20	21/5	
Desember	19	29/5	
<b>Jumlah</b>	<b>233</b>	<b>250/55</b>	<b>43/13</b>

*Sumber: Posyandu Dusun II Desa Helvetia*

Berdasarkan data diatas menunjukkan kepedulian orang tua terhadap kesehatan balita pada tahun 2017-2018 mengalami peningkatan, pada tahun 2017 jumlah balita yang datang ke posyandu berjumlah 233 balita, dan pada tahun 2018 jumlah balita yang datang ke posyandu berjumlah 250 balita dan pada tahun 2019 sampai dengan bulan February sebanyak 43 balita, jika dilihat pada setiap bulannya di tahun 2017-2018 mengalami fluktuatif dan pada tahun 2019 di bulan February mengalami peningkatan yaitu sebanyak 23 balita.

Berdasarkan data diatas jumlah lansia yang datang ke posyandu pada tahun 2018 sebanyak 55 lansia dan pada tahun 2019 sampai dengan bulan February sebanyak 13 lansia dan pada tahun 2017 posyandu lansia belum terlaksana. Sedikitnya jumlah lansia yang datang ke posyandu disebabkan kurang

nya pengetahuan warga lansia terhadap jadwal diadakannya posyandu, dan kurang sosialisasi kader posyandu terhadap warga lansia.

Balita dan lansia yang datang ke posyandu tidak selalu mendapatkan vaksin melainkan hanya melihat perkembangan kesehatan. Balita dan lansia tidak selalu datang ke posyandu yang tetap melainkan berpindah ke posyandu yang lainnya hal ini lah yang menyebabkan jumlah balita dan lansia disetiap posyandu mengalami fluktuatif. Adapun lansia yang memanfaatkan KIS sebagai alat untuk melihat perkembangan kesehatan, lansia tersebut tidak datang ke posyandu melainkan datang ke klinik, puskesmas dan rumah sakit. Kesadaran akan pentingnya kesehatan terus mengalami peningkatan walaupun tidak selalu meningkat pada setiap bulannya baik itu dengan datang ke posyandu ataupun memanfaatkan KIS.

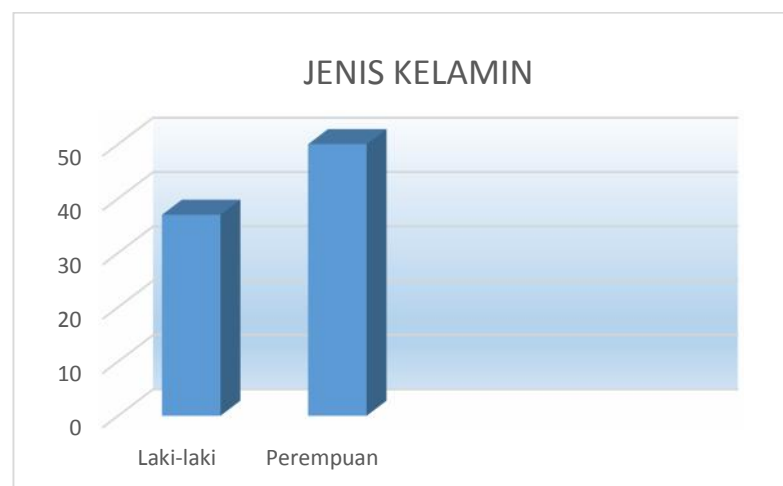
Kesadaran orang tua atas kesehatan balita sangat penting sebab tercipta yang sumber daya manusia yang tinggi dimulai dari kesehatan balita, maka dari itu pemerintah mengupayakan pertumbuhan ekonomi salah satu nya yaitu kesehatan, kecukupan gizi balita. Hal itu yang dihimbau pemerintah kepada masyarakat bahwasannya posyandu yang diadakan disetiap wilayah gratis atau tidak membayar apapun. Begitupun dengan kesehatan, masyarakat Desa Helvetia sudah cukup peduli akan pentingnya kesehatan walaupun beberapa orang masih tidak terlalu peduli akan pentingnya kesehatan.

Masyarakat Desa Helvetia yang menganggap pentingnya kesehatan adalah dengan memanfaatkan KIS yang diberikan oleh pemerintah, masyarakat penerima KIS di Desa Helvetia sebanyak 668 kartu keluarga, namun ada beberapa orang yang lebih memilih untuk tidak menggunakan KIS. Pemerintah telah menetapkan



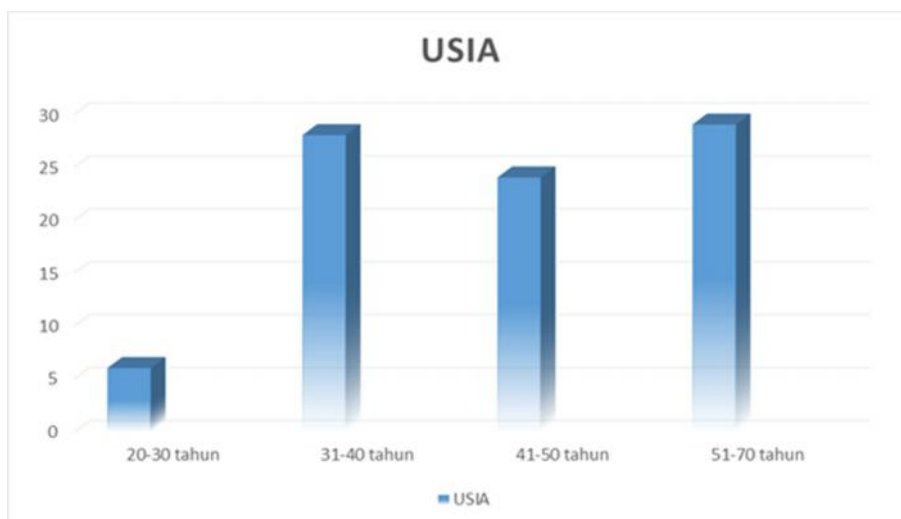
kriteria untuk masyarakat penerima KIS, namun pemerintah Desa Helvetia tidak memperbarui data penerima bantuan salah satunya data penerima KIS, hal ini menyebabkan ada beberapa masyarakat Desa Helvetia yang tidak sesuai kriteria penerima KIS yang ditetapkan oleh pemerintah. Dari jumlah 668 penerima KIS di Desa Helvetia disample hanya 87 penerima KIS Desa Helvetia dan dari 8 Dusun yang terdapat di Desa Helvetia hanya 2 Dusun yang menjadi sample. Berikut adalah 87 rumah tangga penerima KIS Desa Helvetia

#### 4.5 Evaluasi Penerima KIS



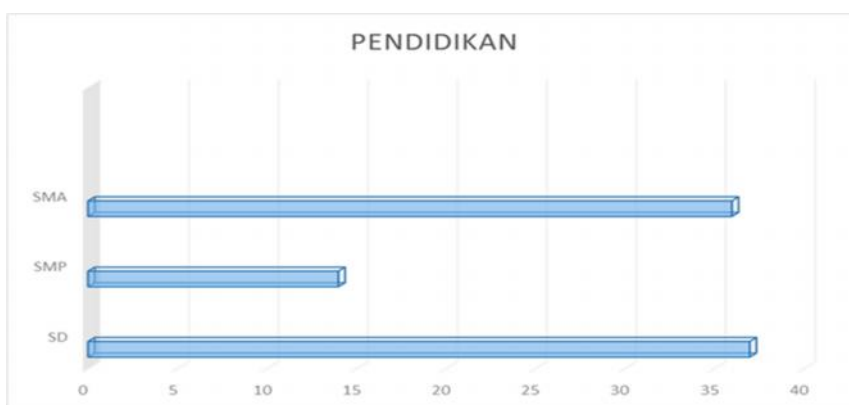
**Gambar 4-4**  
**Jenis Kelamin Responden**

Di atas menunjukkan distribusi responden penelitian berdasarkan jenis kelamin diketahui bahwa 42,5% atau 37 responden laki-laki dan 57,5% atau 50 responden perempuan.



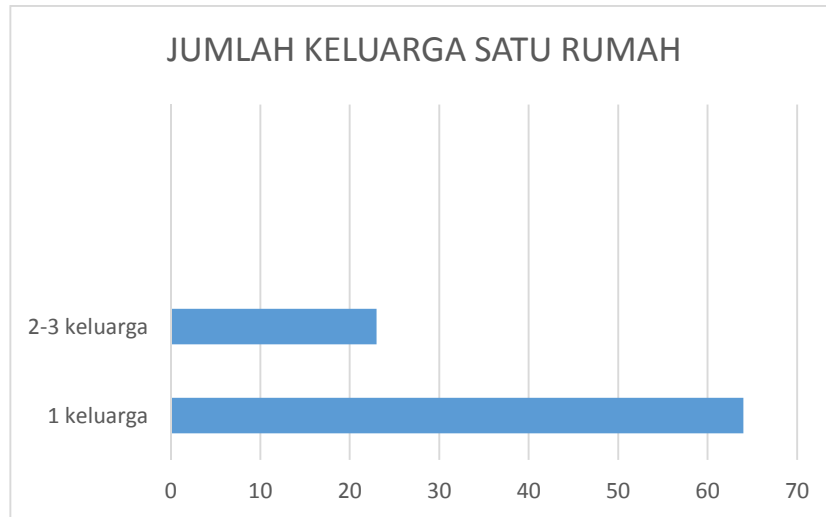
**Gambar 4-5**  
**Usia Responden**

Berdasarkan data di atas menunjukkan distribusi responden penelitian berdasarkan usia diketahui bahwa 6 responden berusia 20-30 tahun, 28 responden berusia 31-40 tahun, 24 responden berusia 41-50 tahun dan 29 responden 51-70 tahun.



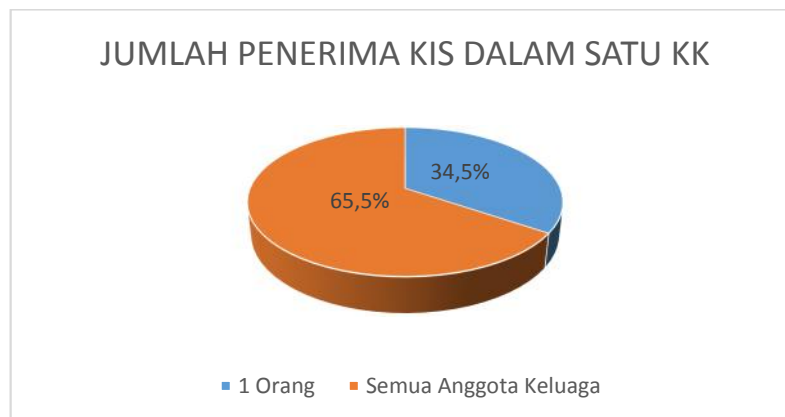
**Gambar 4-6**  
**Pendidikan Responden**

Berdasarkan tabel di atas menunjukkan distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan diketahui bahwa 42,5% atau 37 responden mempunyai pendidikan terakhir SD, 41,4% atau 36 responden mempunyai pendidikan terakhir SMP dan 16,1% atau 14 responden mempunyai pendidikan terakhir SMA.



**Gambar 4-7**  
**Jumlah Keluarga Satu Rumah**

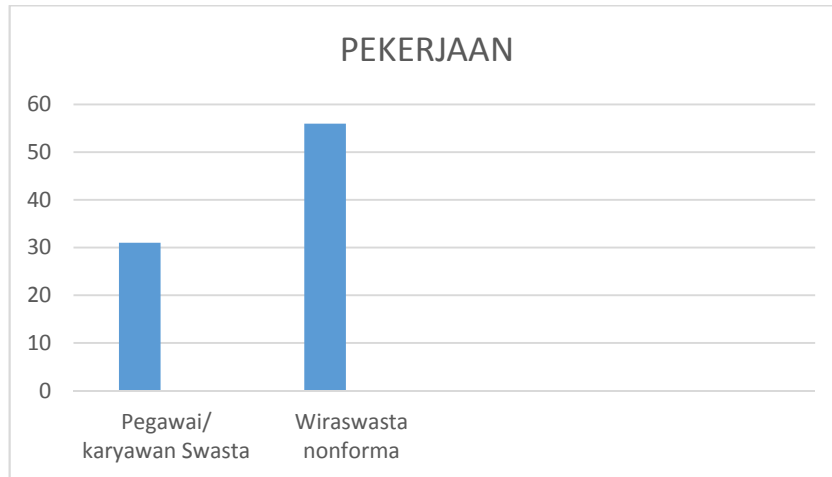
Berdasarkan hasil di atas merupakan gambaran mengenai jumlah keluarga satu rumah. Dapat dilihat bahwa 64 responden atau 73,6% adalah rata-rata 1 keluarga yang tinggal dalam satu rumah dan 23 responden atau 26,4% adalah rata-rata 2-3 keluarga yang tinggal dalam satu rumah. Masyarakat penerima KIS di Desa Helvetia dominan memiliki tempat tinggal sendiri dalam satu rumah.



**Gambar 4-8**  
**Jumlah Penerima KIS Dalam satu KK**

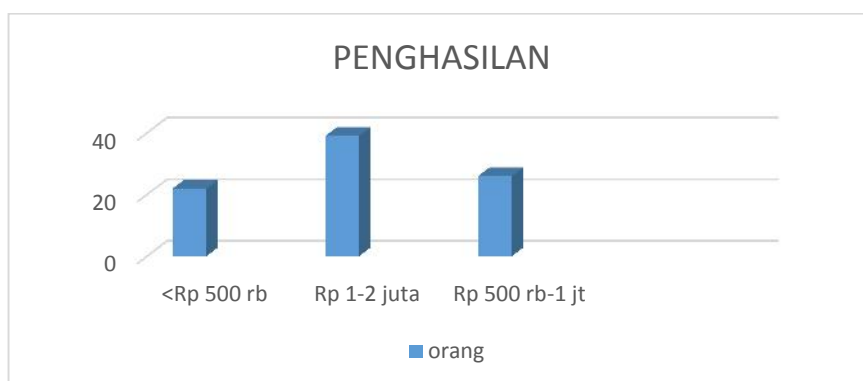
Berdasarkan hasil penelitian ini dapat kita lihat bahwa responden dengan jumlah penerima kis dengan jumlah 1 orang dalam satu keluarga terdapat 30 responden atau 34,45% dan untuk yang menyatakan semua anggota keluarga yang menerima kis sebanyak 57 responden atau 65,6%. Masyarakat penerima KIS di

Desa Helvetia dalam satu kartu keluarga menjadi peserta KIS semua, hal ini tidak melanggar aturan pemerintah namun jika dilihat 30 kartu keluarga terdapat tidak menerima KIS dalam satu kartu keluarga.



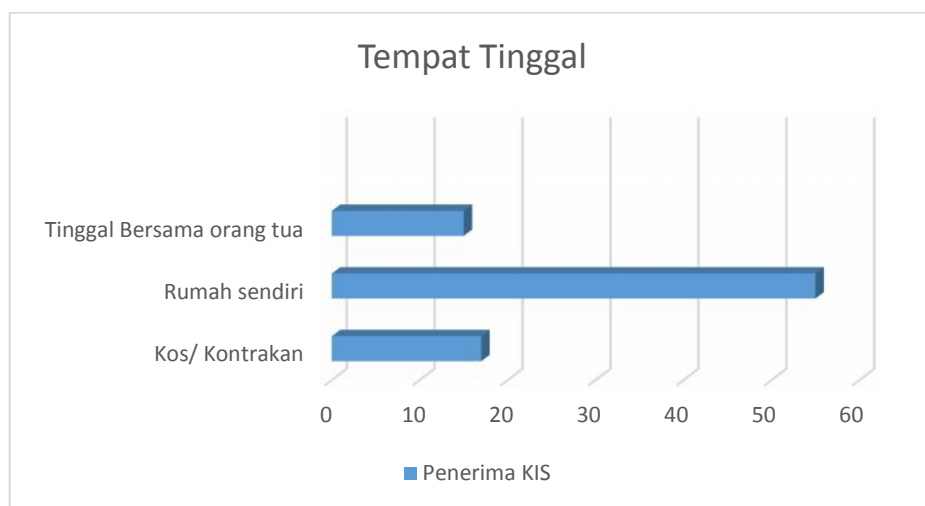
**Gambar 4-9**  
**Pekerjaa Responden**

Berdasarkan data diatas menunjukkan distribusi responden penelitian berdasarkan pekerjaan diketahui bahwa 35,6% bekerja sebagai pegawai/karyawan swasta dan 64,3% bekerja sebagai wiraswasta norformal. Dilihat dari hasil tabel diatas masyarakat penerima KIS yang dominan adalah sebagai pedagang ataupun pekerja lepas, dalam syarat penerima KIS menurut pemerintah pekerja kepala rumah tangga adalah pekerja informal.



**Gambar 4-10**  
**Penghasilan Responden**

Berdasarkan data diatas menunjukkan bahwa penghasilan Rp 1-2 juta menjadi mayoritas keluarga yaitu sebanyak 39 responden atau 44,8%. Selanjutnya pada penghasilan Rp 500 rb-1 jt sebanyak 26 responden atau 29,8% dan dibawah Rp 500 rb masing-masing sebanyak 22 responden atau 25,3%. Mayoritas rumah tangga penerima KIS di Desa Helvetia adalah Rp 1-2 juta, jika dilihat hal ini sebanding dengan kebutuhan hidup masyarakat penerima KIS sebab dengan penghasilan Rp 1-2 juta mereka hidup di daerah pinggiran Kota Medan hal inilah yang menyebabkan mereka menerima KIS.



**Gambar 4-11**  
**Tempat Tinggal Responden**

Dari hasil ini dapat kita lihat bahwa responden dengan status tempat tinggal mendominasi yaitu sebanyak 55 responden memiliki rumah sendiri sebab rumah yang ditempati oleh mereka adalah rumah hasil warisan keluarga. 17 reponden hanya kos/kontrakan yang hanya sederhana dan 15 responden tinggal bersama orang tua yang didalam satu rumah tinggal bersama keluarga yang lainnya.



**Gambar 4-12**  
**Besar Bangun Responden**

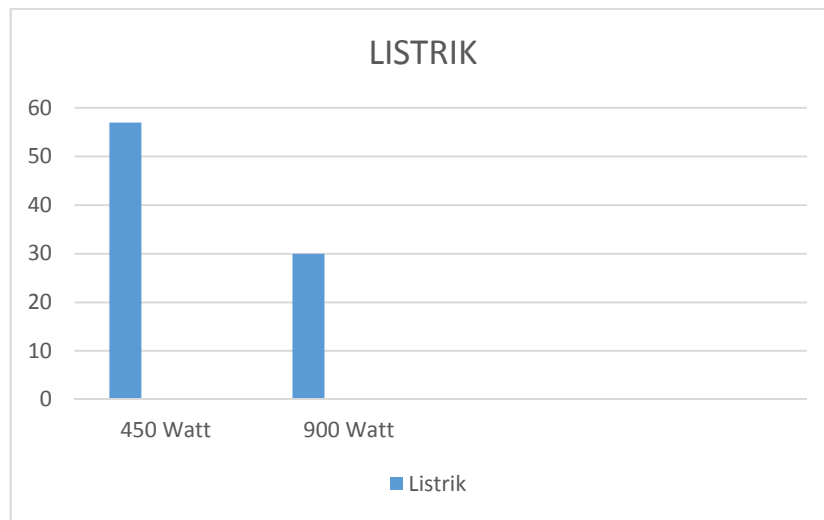
Berdasarkan data diatas menunjukkan bahwa rata-rata semua responden atau 87 responden menjawab besar bangunan dibawah 8 meter. Di Desa Helvetia rumah dengan besar >8 meter adalah hal yang wajar bahkan bisa dikatakan kurang mampu sebab Desa Helvetia terletak dipinggiran Kota Medan atau bahkan rumah dengan besar >8 meter adalah rumah dari hasil warisan keluarga.



**Gambar 4-13**  
**Asset Responden**

Berdasarkan tabel asset responden diatas menunjukkan bahwa 16 responden atau 18,4% mempunyai emas, 44 responden atau 50,6% mempunyai motor, 10 responden atau 11,5% mempunyai sepeda dan 17 responden atau 19,5% mempunyai tanah/kontrakan. Motor adalah suatu kebutuhan dari setiap masyarakat di Desa Helvetia maka tidak menjadi alasan masyarakat penerima KIS

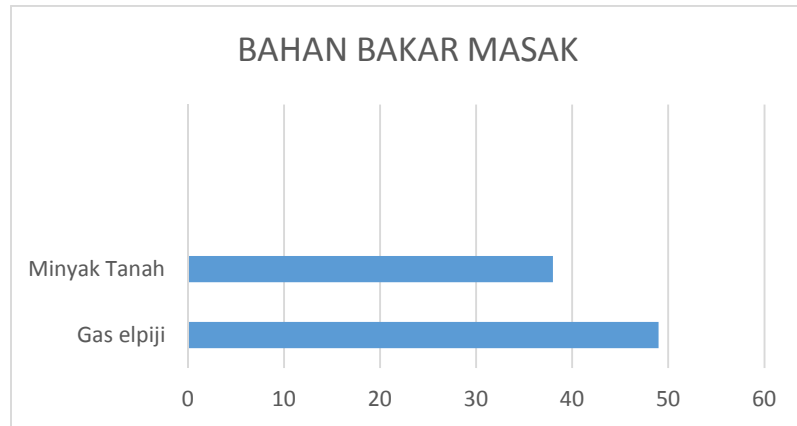
di Desa Helvetia memiliki motor yang memang untuk kebutuhan sehari-hari, bahkan motor adalah kendaraan yang mereka gunakan untuk berdagang.



**Gambar 4-14**  
**Listrik Responden**

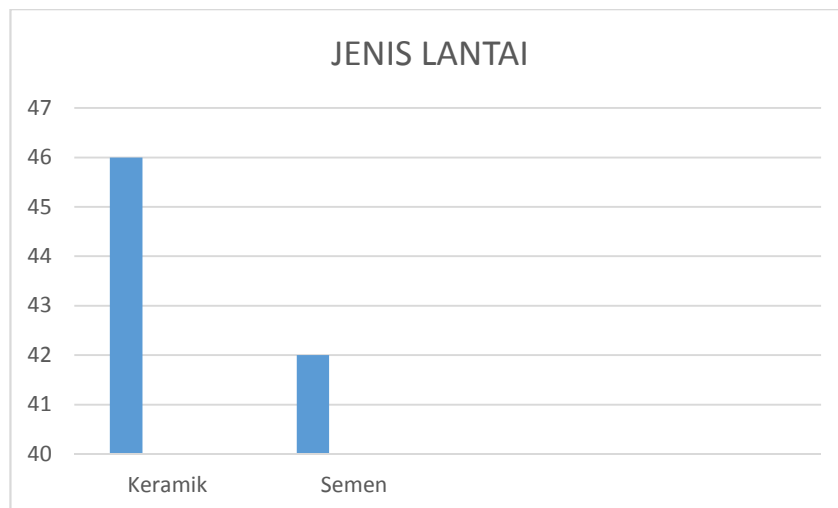
Berdasarkan data diatas menunjukkan bahwa 87 responden yang diteliti, terdapat persentase 65,5% atau 57 responden yang listriknya rata-rata 450 watt dan 34,5% atau 30 responden rata-rata 900 watt. Subsidi pemerintah untuk kebutuhan listrik rumah tangga kurang mampu adalah sebesar 450 watt, rumah tangga penerima KIS dominan menggunakan listrik dengan 450 watt, agar dalam membayar listrik mereka hanya membayar sedikit, walaupun syarat pemerintah dalam masyarakat kurang mampu tidak memiliki listrik, hal ini disebabkan dengan letak dan kondisi masyarakat kurang mampu di Desa Helvetia tidak terlalu mengalami keburukan dalam jenis listrik.

Pada tabel diatas menunjukkan bahwa sebanyak 87 responden mempunyai jamban yang bersifat jongkok.



**Gambar 4-15**  
**Bahan Bakar Masak Responden**

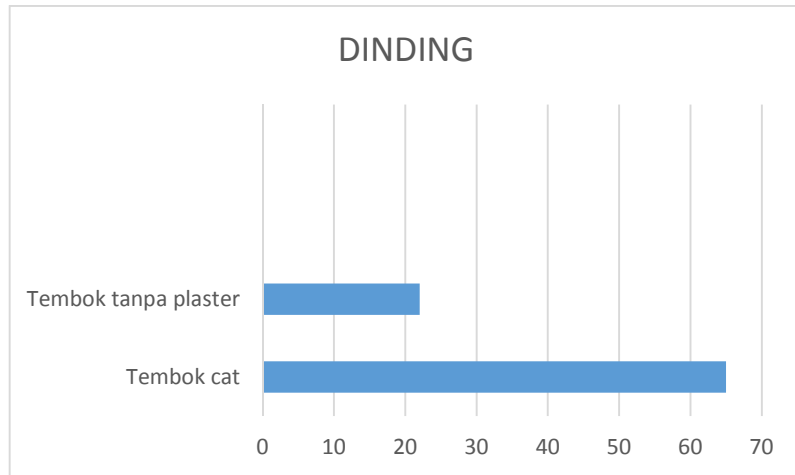
Pada tabel diatas menjelaskan bahwa untuk penjelasan bahan bakar minyak terdapat 49 responden atau 56,3% menggunakan gas elpiji dan 38 responden atau 43,7% menggunakan minyak tanah



**Gambar 4-16**  
**Jenis Lantai**

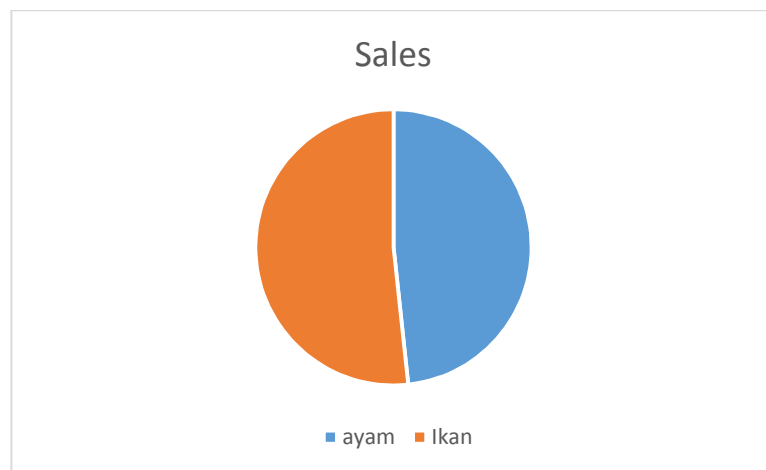
Berdasarkan 87 responden, sebagian besar lantai rumah responden adalah keramik yaitu berjumlah 46 responden atau sebesar 52,8% sedangkan pengguna semen yaitu berjumlah 42 responden atau 47,1%





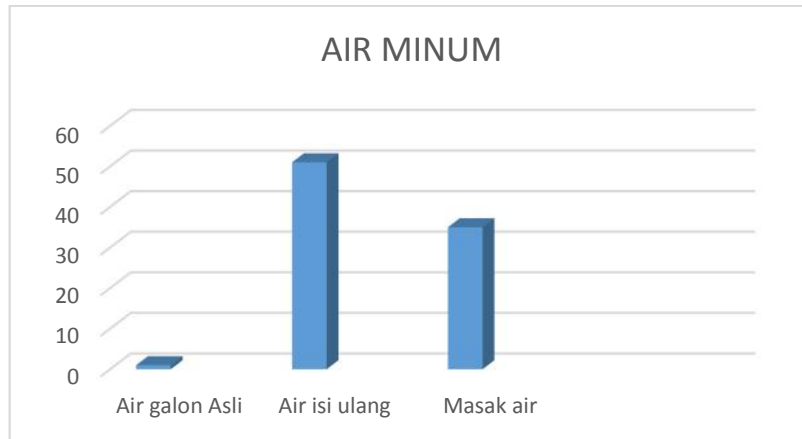
**Gambar 4-17**  
**Jenis Dinding Responden**

Dari 87 responden, sebagian besar dinding rumah responden adalah tembok cat yaitu berjumlah 65 responden atau sebesar 74,7% sedangkan rumah yang menggunakan tembok tanpa plaster yaitu berjumlah 22 responden atau 25,3%.



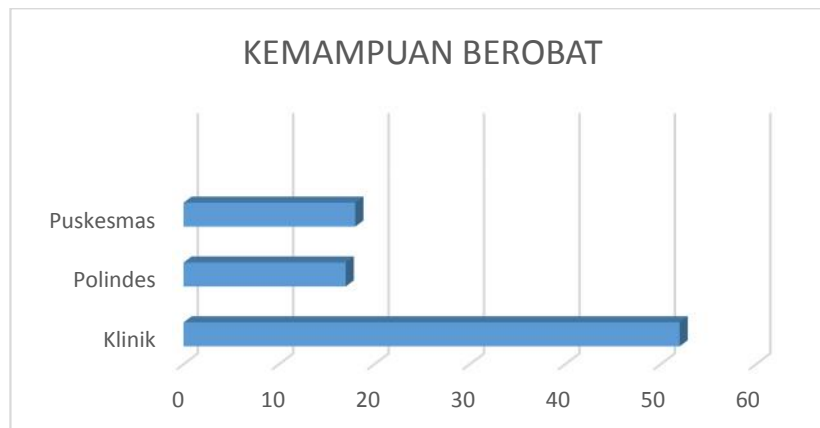
**Gambar 4-18**  
**Konsumsi Makanan Dalam 1 Minggu**

Berdasarkan hasil diatas menunjukkan bahwa sebanyak 87 reponden dalam seminggu konsumsi makanannya adalah ayam dan ikan. Sebanyak 45 responden konsumsi ikan dalam seminggu dan 42 responden konsumsi ayam dalam seminggu.



**Gambar 4-19**  
**Air Minum Responden**

Berdasarkan hasil ini dapat kita lihat bahwa responden dengan status air minum mendominasi yaitu sebanyak 51 responden air minum isi ulang, 35 responden masak air sendiri dan hanya 1 responden air dari galon sebab harga air galon yang mahal menjadi alasan mereka memilih memasak air ataupun air galon isi ulang yang harganya jauh dari air galon asli.



**Gambar 4-20**  
**Kemampuan Berobat**

Berdasarkan tabel kemampuan berobat responden diatas menunjukkan bahwa 52 responden atau 59,8% berobat ke klinik jika dilihat warga banyak berdatangan ke klinik jika sakit disebabkan oleh letak klinik yang tidak jauh dari tempat tinggal warga. 17 responden atau 19,5% berobat ke polindes/posyandu, kurangnya warga yang datang ke polindes/ posyandu lansia adalah ketidaktahuan

warga jadwal yang ditentukan bidan desa untuk lansia dikarenakan posyandu lansia tidak selalu ada setiap bulannya dan 18 responden atau 20,7% berobat ke puskesmas.

Berdasarkan hasil diatas menunjukkan masyarakat kurang mampu di Desa Helvetia berbeda dengan masyarakat kurang mampu di desa pedalaman, letak Desa Helvetia yg berada dipinggiran kota Medan menyebabkan tingkat kemiskinan nya jauh lebih baik. Hal tersebut yang menjadi alasan mengapa masyarakat penerima KIS tidak sesuai dengan kriteria yang ditetapkan pemerintah.

#### 4.6 Persepsi Masyarakat tentang Layanan KIS

##### 4.6.1 Uji Validitas

Uji validitas digunakan untuk mengukur valid atau tidaknya kuisisioner. Kuisisioner dapat dikatakan valid jika pertanyaan dari kuisisioner mampu mengungkapkan sesuatu yang akan diukur oleh kuisisioner tersebut. Berikut ini adalah hasil pengujian validitas penelitian:

**Tabel 4-23**

No Item		Jumlah	Keterangan
X1.1.1	Pearson Correlation	.505**	Valid
	Sig. (2-tailed)	0.000	
	N	86	
X1.1.2	Pearson Correlation	.261*	Valid
	Sig. (2-tailed)	0.015	
	N	86	
X1.1.3	Pearson Correlation	0.153	Tidak Valid
	Sig. (2-tailed)	0.158	
	N	87	
X1.1.4	Pearson Correlation	0.167	Tidak Valid
	Sig. (2-tailed)	0.123	
	N	87	
X1.2.1	Pearson Correlation	.376**	Valid
	Sig. (2-tailed)	0.000	
	N	87	

X1.2.2	Pearson Correlation	.443**	Valid
	Sig. (2-tailed)	0.000	
	N	87	
X1.2.3	Pearson Correlation	.285**	Valid
	Sig. (2-tailed)	0.008	
	N	87	
X1.2.4	Pearson Correlation	.359**	Valid
	Sig. (2-tailed)	0.001	
	N	87	
X1.2.5	Pearson Correlation	.461**	Valid
	Sig. (2-tailed)	0.000	
	N	87	
X2.1.1	Pearson Correlation	.318**	Valid
	Sig. (2-tailed)	0.003	
	N	87	
X2.1.2	Pearson Correlation	-0.087	Tidak Valid
	Sig. (2-tailed)	0.422	
	N	87	
X2.1.3	Pearson Correlation	0.085	Tidak Valid
	Sig. (2-tailed)	0.433	
	N	87	
X2.2.1	Pearson Correlation	.448**	Valid
	Sig. (2-tailed)	0.000	
	N	87	
X2.2.2	Pearson Correlation	.507**	Valid
	Sig. (2-tailed)	0.000	
	N	87	
X2.2.3	Pearson Correlation	.533**	Valid
	Sig. (2-tailed)	0.000	
	N	87	
X2.3.1	Pearson Correlation	.314**	Valid
	Sig. (2-tailed)	0.003	
	N	87	
X2.3.2	Pearson Correlation	0.030	Tidak Valid
	Sig. (2-tailed)	0.781	
	N	87	
X2.4.1	Pearson Correlation	.533**	Valid
	Sig. (2-tailed)	0.000	
	N	87	
X2.4.2	Pearson Correlation	0.020	Tidak Valid
	Sig. (2-tailed)	0.854	
	N	87	
X2.4.3	Pearson Correlation	.237*	Valid
	Sig. (2-tailed)	0.027	
	N	87	
X3.1.1	Pearson Correlation	.475**	Valid

	Sig. (2-tailed)	0.000	
	N	87	
X3.1.2	Pearson Correlation	0.193	Tidak Valid
	Sig. (2-tailed)	0.073	
	N	87	
X3.2.1	Pearson Correlation	.508**	Valid
	Sig. (2-tailed)	0.000	
	N	87	
X3.2.2	Pearson Correlation	0.113	Tidak Valid
	Sig. (2-tailed)	0.296	
	N	87	
X3.3.1	Pearson Correlation	.348**	Valid
	Sig. (2-tailed)	0.001	
	N	87	
X3.3.2	Pearson Correlation	-0.005	Tidak Valid
	Sig. (2-tailed)	0.961	
	N	87	
X3.3.3	Pearson Correlation	.385**	Valid
	Sig. (2-tailed)	0.000	
	N	87	

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Pada tabel diatas diketahui bahwa dari 27 butir pertanyaan hanya 18 butir pertanyaan yang dinyatakan valid uji validitasnya. Berdasarkan hal itu maka untuk melakukan analisis faktor guna mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kesehatan keluarga digunakan 18 variabel.

#### 4.6.2 Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas berfungsi untuk mengetahui sejauh mana suatu hasil pengukuran tetap konsisten. Pada uji reliabilitas, pengukuran kuisioner dapat dikatakan reliabel apabila *Cronbach's Alpha* mempunyai nilai lebih dari 0,7.

**Tabel 4-24**

<b>Reliability Statistics</b>	
Cronbach's Alpha	N of Items
0.859	18

Pada tabel diatas dapat disimpulkan bahwa uji reliabilitas menunjukkan nilai *Cronbach's Alpha* lebih dari 0,7. Maka semua item pertanyaan dapat dinyatakan reliabel.

#### 4.6.3 Pembahasan Analisa Faktor

##### 1. Matriks Korelasi (KMO)

**Tabel 4-25**

<b>KMO and Bartlett's Test</b>		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		0.790
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	915.451
	Df	153
	Sig.	0.000

Pada tabel diatas menjelaskan bahwa nilai KMO menunjukkan 0,790 dengan taraf signifikan 0,000. Pada tabel tersebut nilai KMO lebih besar dari 0,5 maka analisis faktor tepat untuk digunakan atau dapat dikatakan data tersebut memenuhi syarat kecukupan sampling dan dapat diteliti lebih lanjut.

##### 2. Uji MSA (*Measure of Sampling Adequacy*)

Uji MSA digunakan untuk mengukur kecukupan sampling setiap indikatornya. Apabila MSA memiliki nilai kurang dari 0,5 maka pernyataan tersebut tidak dapat dianalisis lebih lanjut dan harus dikeluarkan, sedangkan untuk MSA lebih dari 0,5 maka dapat dianalisis lebih lanjut.

**Tabel 4-26**

<b>No</b>	<b>Variabel</b>	<b>Nilai <i>Measure of Sampling Adequacy</i> (MSA)</b>
1	X1.1.1	.803 <sup>a</sup>
2	X1.1.2	.720 <sup>a</sup>
3	X1.2.1	.760 <sup>a</sup>
4	X1.2.2	.834 <sup>a</sup>
5	X1.2.3	.727 <sup>a</sup>

6	X1.2.4	.776 <sup>a</sup>
7	X1.2.5	.849 <sup>a</sup>
8	X2.1.1	.774 <sup>a</sup>
9	X2.2.1	.740 <sup>a</sup>
10	X2.2.2	.802 <sup>a</sup>
11	X2.2.3	.845 <sup>a</sup>
12	X2.3.1	.802 <sup>a</sup>
13	X2.4.1	.893 <sup>a</sup>
14	X2.4.2	.699 <sup>a</sup>
15	X3.1.1	.836 <sup>a</sup>
16	X3.2.1	.795 <sup>a</sup>
17	X3.3.1	.702 <sup>a</sup>
18	X3.3.3	.784 <sup>a</sup>

Hasil analisis pengujian *Anti-Image Matrices* dari 18 indikator diatas sudah menunjukkan nilai MSA > 0,5 dan sudah valid sehingga dapat dianalisis lebih lanjut.

### 3. EKSTRAKSI FAKTOR

*Communalities* berfungsi untuk menunjukkan seberapa besar indikator dapat menjelaskan faktor. Semakin besar bilai dari tiap-tiap indikator pada hasil *communalities* berarti semakin erat hubungannya dengan faktor yang terbentuk. Pada tahap ini dilakukan ekstraksi terhadap sekumpulan variabel yang ada KMO>0,5 sehingga terbentuk satu atau lebih faktor.

**Tabel 4-27**

Communalities		
	Initial	Extraction
X1.1.1	1.000	0.498
X1.1.2	1.000	0.452
X1.2.1	1.000	0.898
X1.2.2	1.000	0.815
X1.2.3	1.000	0.709
X1.2.4	1.000	0.747
X1.2.5	1.000	0.829
X2.1.1	1.000	0.634
X2.2.1	1.000	0.728

X2.2.2	1.000	0.609
X2.2.3	1.000	0.661
X2.3.1	1.000	0.661
X2.4.1	1.000	0.728
X2.4.2	1.000	0.349
X3.1.1	1.000	0.644
X3.2.1	1.000	0.667
X3.3.1	1.000	0.741
X3.3.3	1.000	0.714
Extraction Method: Principal Component Analysis.		

Untuk Petugas administrasi melayani dengan ramahan dan sopan santun kepada pasien peserta KIS bernilai sebesar 0,498 yang artinya indikator X1.1.1 dapat menjelaskan sebesar 49,8% yang terbentuk. Untuk Petugas administrasi memberi petunjuk jika saya tidak mengerti bernilai sebesar 0,452 yang artinya dapat menjelaskan sebesar 45,2% dari yang terbentuk. Untuk Petugas memberikan kemudahan akses pasien KIS dalam permohonan berobat bernilai sebesar 0,898 yang artinya dapat menjelaskan sebesar 89,8% dari seluruh yang terbentuk. Untuk Petugas melayani sesuai aturan bernilai sebesar 0,815 yang artinya dapat menjelaskan sebesar 81,5% dari seluruh yang terbentuk. Untuk Petugas melakukan pelayanan dengan tepat waktu sebesar 0,709 yang artinya dapat menjelaskan sebesar 70,9% dari seluruh yang terbentuk. Untuk petugas tidak mempersulit pasien KIS bernilai sebesar 0,747 yang artinya dapat menjelaskan sebesar 74,7% dari seluruh yang terbentuk. Untuk petugas memberikan kemudahan pasien KIS bernilai sebesar 0,829 yang artinya sebesar 82,9% dari seluruh yang terbentuk. Untuk pasien KIS diberikan obat sesuai dengan penyakit bernilai sebesar 0,634 yang artinya sebesar 63,4% dari seluruh faktor yang terbentuk. Untuk Mendapatkan menu makan sama seperti pasien umum (X2.2.1) bernilai sebesar 0,728 yang artinya sebesar 72,8% dari seluruh



yang terbentuk. Untuk Pasien KIS diberikan makan sesuai waktu (X2.2.2) bernilai sebesar 0,609 yang artinya sebesar 60,9% dari seluruh yang terbentuk. Untuk Pasien KIS diberikan snack seperti pasien umum (X2.2.3) bernilai sebesar 0,661 artinya sebesar 66,1% dari seluruh yang terbentuk. Untuk Petugas administrasi memberikan petunjuk (X2.3.1) bernilai sebesar 0,661 yang artinya 66,1% dari seluruh yang terbentuk. Untuk Pasien KIS harus membawa surat rujukan (X2.4.1) bernilai sebesar 0,728 yang artinya 72,8% dari seluruh yang terbentuk. Untuk Pasien KIS tidak membayar saat menjalankan operasi (X2.4.3) bernilai sebesar 0,349 yang artinya sebesar 34,9% dari seluruh yang terbentuk. Untuk bernilai sebesar 0,644 yang artinya Pasien KIS mendapatkan operasi sesuai dengan pasien umum (X3.1.1) dapat menjelaskan sebesar 64,4% dari seluruh yang terbentuk. Untuk Pasien KIS mendapatkan ruang inap yang layak (X3.2.1) bernilai sebesar 0,667 yang artinya sebesar 66,7% dari seluruh yang terbentuk. Untuk Pasien KIS menunggu ditempat yang layak yang disediakan (X3.3.1) bernilai sebesar 0,741 yang artinya sebesar 74,1% dari seluruh yang terbentuk. Untuk Toilet peserta KIS layak digunakan (X3.3.3) bernilai sebesar 0,714 yang artinya sebesar 71,4% dari seluruh faktor yang terbentuk.

#### **4. Total Variance Explained**

Pada penelitian ini, proses ekstraksi yang digunakan yaitu menggunakan metode PCA (*Principal Component Analysis*). Faktor-faktor yang mempunyai nilai *eigenvalue* kurang dari 1 maka tidak mempunyai anggota variabel pembentuk faktor, kemudian apabila nilai *eigenvalue* lebih besar dari 1 maka termasuk suatu faktor yang signifikan.

**Tabel 4-28**

<b>Total Variance Explained</b>									
Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	5.587	31.041	31.041	5.587	31.041	31.041	4.137	22.986	22.986
2	4.017	22.317	53.357	4.017	22.317	53.357	3.026	16.809	39.795
3	1.382	7.677	61.034	1.382	7.677	61.034	2.764	15.353	55.148
4	1.097	6.096	67.130	1.097	6.096	67.130	2.157	11.983	67.130
5	0.930	5.169	72.300						
6	0.891	4.949	77.249						
7	0.695	3.860	81.109						
8	0.580	3.224	84.333						
9	0.532	2.953	87.286						
10	0.499	2.771	90.057						
11	0.391	2.171	92.228						
12	0.327	1.815	94.043						
13	0.282	1.565	95.608						
14	0.230	1.278	96.885						
15	0.186	1.032	97.918						
16	0.160	0.888	98.805						
17	0.130	0.720	99.525						
18	0.085	0.475	100.000						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Pada tabel diatas, menunjukkan proses ekstraksi dengan metode *principal component analysis* (PCA). Syarat dari PCA yaitu dapat dilihat dari nilai *eigenvalues* harus diatas 1 untuk dibentuk sebagai faktor. Pada tabel tersebut, dilihat dari nilai total *Initial Eigenvalues* yang memiliki nilai diatas 1 yaitu terdapat 4 faktor. Jadi dapat disimpulkan bahwa pada hasil tersebut terdapat 4 faktor yang terbentuk.

Pada komponen 1 terdapat nilai *eigenvalues* sebesar 5,587, pada komponen 2 terdapat nilai *eigenvalues* sebesar 4,017, pada komponen 3 terdapat nilai *eigenvalues* sebesar 1,382 dan pada komponen 4 terdapat nilai *eigenvalues* sebesar 1,097.

## 5. Factor Loading

Pengelompokkan variabel ke dalam faktor dapat ditentukan berdasarkan dari nilai *factor loading* yang menunjukkan besarnya korelasi pada masing-masing indikator dengan faktor yang dibentuk. *Loading factor* yang memiliki nilai terbesar berarti dapat menjelaskan bahwa indikator tersebut menjadi satu keanggotaan kelompok faktor yang terbentuk.

**Tabel 4-29**

<b>Component Matrix<sup>a</sup></b>				
	Component			
	1	2	3	4
X1.1.1	0.636	0.211	-0.033	0.218
X1.1.2	0.577	-0.200	0.115	0.259
X1.2.1	0.387	0.833	-0.223	-0.070
X1.2.2	0.518	0.694	-0.023	0.254
X1.2.3	0.335	0.773	-0.003	-0.003
X1.2.4	0.393	0.725	0.000	0.256
X1.2.5	0.432	0.764	-0.218	-0.104
X2.1.1	0.645	-0.171	-0.409	-0.148
X2.2.1	0.638	-0.342	-0.325	-0.314
X2.2.2	0.635	-0.329	-0.255	-0.179
X2.2.3	0.641	-0.292	-0.216	-0.344
X2.3.1	0.439	-0.507	-0.095	0.450
X2.4.1	0.733	-0.407	-0.057	0.147
X2.4.2	0.343	-0.351	0.103	0.312
X3.1.1	0.656	-0.397	0.054	0.229
X3.2.1	0.661	-0.020	0.423	-0.225
X3.3.1	0.586	0.061	0.625	-0.057
X3.3.3	0.533	0.055	0.538	-0.371
Extraction Method: Principal Component Analysis.				
a. 4 components extracted.				

Setelah diketahui bahwa empat faktor adalah jumlah yang paling optimal, maka tabel *Component Matrix* menunjukkan distribusi ke 18 variabel tersebut pada empat faktor yang terbentuk. Sedangkan angka-angka yang ada pada tabel tersebut adalah *factor loading* yang menunjukkan besarnya korelasi suatu variabel

dengan faktor 1, 2, 3 dan 4. Proses penentuan variabel mana yang akan masuk ke faktor mana dilakukan dengan melakukan perbandingan besar korelasi pada setiap baris. *Component Matrix* menunjukkan distribusi variabel yang ada dengan faktor yang terbentuk. Sedangkan angka-angka pada tabel *component matrix* adalah *factor loading* yang menunjukkan besar korelasi antara suatu variabel dengan faktor-faktor yang ada. Pada penelitian ini dilakukan rotasi dengan metode varimax dan akan dijelaskan di bawah ini:

**Tabel 4-30**

<b>Rotated Component Matrix<sup>a</sup></b>				
	Component			
	1	2	3	4
X1.1.1	0.510	0.220	0.398	0.175
X1.1.2	0.114	0.208	0.581	0.243
X1.2.1	0.912	0.132	-0.219	0.036
X1.2.2	0.878	-0.021	0.167	0.129
X1.2.3	0.811	-0.035	-0.151	0.165
X1.2.4	0.846	-0.118	0.094	0.092
X1.2.5	0.865	0.195	-0.192	0.072
X2.1.1	0.183	0.733	0.252	0.005
X2.2.1	-0.014	0.819	0.202	0.129
X2.2.2	0.010	0.707	0.302	0.133
X2.2.3	0.006	0.760	0.170	0.232
X2.3.1	-0.138	0.239	0.762	-0.069
X2.4.1	0.014	0.515	0.647	0.210
X2.4.2	-0.108	0.096	0.563	0.107
X3.1.1	-0.016	0.364	0.675	0.236
X3.2.1	0.158	0.278	0.214	0.720
X3.3.1	0.192	0.013	0.287	0.789
X3.3.3	0.118	0.190	0.019	0.815
Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.				
a. Rotation converged in 6 iterations.				

Pada tabel diatas merupakan hasil dari proses rotasi (*Rotated Component Matrix*) dengan hasil distribusi yang lebih nyata dan lebih jelas. Pengelompokkan

*Rotated Component Matrix* dilihat berdasarkan pada nilai yang terbesar dari tiap-tiap indikator dan komponennya antara lain:

- a. Komponen Layanan Administrasi (Faktor 1) terdiri dari: Petugas administrasi melayani dengan ramahan dan sopan santun kepada pasien peserta KIS (X1.1.1) (0,510) ; Petugas yang melayani dengan cepat (X1.2.1) (0,912) ; Petugas melayani sesuai aturan (X1.2.2) (0,878) ; Petugas melakukan pelayanan dengan tepat waktu (X1.2.3) (0,811) ; Petugas tidak mempersulit pasien KIS (X1.2.4) (0,846) ; Petugas memberikan kemudahan pasien KIS (X1.2.5) (0,865).
- b. Komponen Layanan Kesehatan Fisik (Faktor 2) terdiri dari: Pasien KIS diberikan obat sesuai dengan penyakit (X2.1.1) (0,733) ; Mendapatkan menu makan sama seperti pasien umum (X2.2.1) (0,819) ; Pasien KIS diberikan makan sesuai waktu (X2.2.2) (0,707) ; Pasien KIS diberikan snack seperti pasien umum (X2.2.3) (0,760).
- c. Komponen Layanan Kesehatan Fisik (Faktor 3) terdiri dari: Petugas administrasi memberikan petunjuk (X1.1.2) (0,581) ; Pasien KIS harus membawa surat rujukan (X2.3.1) (0,762) ; Pasien KIS tidak membayar saat menjalankan operasi (X2.4.1) (0,647) ; Pasien KIS mendapatkan operasi sesuai dengan pasien umum (X2.4.3) (0,563) ; Pasien KIS mendapatkan ruang inap yang layak (X3.1.1) (0,675).
- d. Komponen Layanan Kesehatan nonfisik (faktor 4) terdiri dari: Pasien KIS menunggu ditempat yang layak yang disediakan (X.3.2.1) (0,720) ; Toilet peserta KIS layak digunakan (X3.3.1) (0,789) ; Toilet yang digunakan bersih dan wangi (X.3.3.3) (0,815).

## 6. Component Transformation Matrix

**Tabel 4-31**

<b>Component Transformation Matrix</b>				
Component	1	2	3	4
1	0.443	0.591	0.510	0.440
2	0.858	-0.305	-0.412	0.024
3	-0.175	-0.550	0.090	0.811
4	0.191	-0.504	0.750	-0.384
Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.				

Pada data diatas terdapat pada *component 1* (0,443), *component 2* (-0,305), *component 3* (0,090), *component 4* (-0,384). Karena semua *component* < 0,5 maka keempat faktor yang terbentuk dapat dikatakan bahwa antar *component* atau faktor tidak memiliki korelasi.

## 7. Interpretasi Faktor

Setelah diperoleh sejumlah faktor yang valid, selanjutnya perlu diinterpretasikan nama faktor, mengingat faktor merupakan sebuah konstruk menjadi berarti kalau dapat diartikan. Interpretasi faktor dapat dilakukan dengan mengetahui variabel-variabel yang membentuknya. Berikut adalah nama-nama variabel beserta penyebarannya pada faktor:

**Tabel 4-32**

### Interpretasi Faktor

No.	Faktor	Nama Variabel	Interpretasi
X1.1.1	Faktor 1	Petugas administrasi melayani dengan ramah	Orang dan Proses (Layanan administrasi)
X1.2.1		Petugas yang melayani dengan cepat	
X1.2.2		Petugas melayani sesuai aturan	
X1.2.3		Petugas melakukan pelayanan dengan tepat waktu	
X1.2.4		Petugas tidak mempersulit pasien KIS	
X1.2.5		Petugas memberikan kemudahan pasien KIS	
X2.1.1	Faktor 2	Pasien KIS diberikan obat sesuai dengan	Obat-obatan

		penyakit	dan Makanan (Layanan Kesehatan fisik)
X2.2.1		Mendapatkan menu makan sama seperti pasien umum	
X2.2.2		Pasien KIS diberikan makan sesuai waktu	
X2.2.3		Pasien KIS diberikan snack seperti pasien umum	
X1.1.2	Faktor 3	Petugas administrasi memberikan petunjuk	Orang, Rujukan dan Operasi Pasien (Layanan Kesehatan fisik)
X2.3.1		Pasien KIS harus membawa surat rujukan	
X2.4.1		Pasien KIS tidak membayar saat menjalankan operasi	
X2.4.3		Pasien KIS mendapatkan operasi sesuai dengan pasien umum	
X3.1.1		Pasien KIS mendapatkan ruang inap yang layak	
X.3.2.1	Faktor 4	Pasien KIS menunggu ditempat yang layak yang disediakan	Ruang Tunggu dan Toilet (Layanan Kesehatan nonfisik)
X3.3.1		Toilet peserta KIS layak digunakan	
X.3.3.3		Toilet yang digunakan bersih dan wangi	

Interpretasi nama faktor didasarkan variabel apa yang diwakilinya. Faktor 1 yang terdiri dari Petugas administrasi melayani dengan ramah, Petugas yang melayani dengan cepat, Petugas melayani sesuai aturan, Petugas melakukan pelayanan dengan tepat waktu, Petugas tidak mempersulit pasien KIS, Petugas memberikan kemudahan pasien KIS dapat diberi nama **Orang dan Proses**. Untuk faktor 2 yang terdiri dari Pasien KIS diberikan obat sesuai dengan penyakit, Mendapatkan menu makan sama seperti pasien umum, Pasien KIS diberikan makan sesuai waktu, Pasien KIS diberikan snack seperti pasien umum disebut dengan **Obat-obatan dan Makanan**. Untuk faktor 3 yang terdiri dari Petugas administrasi memberikan petunjuk, Pasien KIS harus membawa surat rujukan, Pasien KIS tidak membayar saat menjalankan operasi, Pasien KIS mendapatkan operasi sesuai dengan pasien umum, Pasien KIS mendapatkan ruang inap yang layak diberi nama **Orang, Rujukan dan Operasi Pasien**. Dan untuk faktor 4

yang terdiri dari Pasien KIS menunggu ditempat yang layak yang disediakan, Toilet peserta KIS layak digunakan, Toilet yang digunakan bersih dan wangi diberi nama **Ruang Tunggu dan Toilet**. Sehingga faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi layanan KIS adalah layanan administrasi, layanan kesehatan fisik, layanan kesehatan nonfisik dimana layanan kesehatan fisik lebih dominan mempengaruhi persepsi layanan KIS.

Persepsi masyarakat tentang layanan rumah sakit terhadap pasien peserta KIS berbeda-beda, beda rumah sakit terdapat perbedaan layanan. Sebagai salah satu contoh, salah satu rumah sakit yang ada di Medan memiliki ruang tunggu yang berbeda antara pasien umum dan pasien KIS. Adapun perbedaan layanan administrasi yang diberikan pihak rumah sakit, pada umumnya pasien KIS selalu mendapatkan pelayanan yang kurang dari pihak pekerja dibidang layanan rumah sakit, adapun pasien yang harus menunggu berlama-lama dirumah sakit tanpa di rawat di IGD hanya diruang tunggu dengan menggunakan kursi roda dengan alasan menunggu sampai pasien yang dirawat diruangan pulang. Sulitnya pasien KIS dirawat disebabkan susah nya pasien mengambil surat rujukan dari pihak klinik ataupun puskesmas, pada dasarnya masyarakat pasien KIS harus mengantri tanpa diizinkan untuk diwakilkan. Obat yang diberikan pihak klinik tidak sesuai dengan penyakit yang diderita pasien, pasien pun mengeluh hanya diberikan obat paracetamol, ketika ditanya pasien kepada pihak klinik mereka pun menjawab obat habis. Namun tidak semua pasien KIS mengalami hal tersebut ada beberapa rumah sakit yang melayani pasien KIS dengan baik.



## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **5.1 Kesimpulan**

Berdasarkan penelitian mengenai Analisis Evaluasi Kebijakan Program KIS Terhadap Tingkat Kesehatan Keluarga di Desa Helvetia Kecamatan Sunggal Kabupaten Deli Serdang dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Dari hasil analisis deskriptif perkembangan tingkat kesehatan masyarakat Dusun 1 dan Dusun II di Desa Helvetia dilihat dari data posyandu balita dan lansia setelah adanya KIS, mengalami fluktuatif namun masyarakat memanfaatkan KIS untuk berobat kerumah sakit ataupun klinik. Tingkat kesehatan masyarakat pun selalu di himbau oleh pemerintah desa namun ada beberapa masyarakat yang belum sadar akan pentingnya kesehatan khususnya bagi balita dan lansia, dilihat dari daftar posyandu balita dan lansia.
2. Kriteria penerima KIS di Desa Helvetia dilihat dari hasil kuesioner dan dibandingkan dengan kriteria yang ditetapkan pemerintah mengalami ketidaksesuaian kriteria yang ditetapkan pemerintah, namun bukan berarti masyarakat penerima KIS di Desa Helvetia pantas, tingkat kemiskinan di Desa Helvetia berbeda dengan tingkat kemiskinan di desa pedalaman sebab Desa Helvetia terletak dipinggiran kota Medan, oleh karena itu penerima KIS di Desa Helvetia terdapat beberapa ketidaksesuaian dengan ketentuan pemerintah seperti asset, tempat tinggal, jenis lantai, jenis dinding, sumber air, makanan.

3. Persepsi masyarakat peserta KIS terhadap layanan, berdasarkan hasil analisis faktor terdapat 27 jumlah pertanyaan kepada 87 kartu keluarga yang di sample menyatakan bahwa hanya 18 variabel yang dinyatakan valid, uji reliabilitas dinyatakan reliabel sebab *cronbach's alpha* lebih dari 0,7 yaitu 0,859, hasil KMO menunjukkan 0,790 dengan taraf signifikan 0,000. Uji MSA menyatakan 18 variabel menunjukkan nilai  $> 0,5$  yang berarti signifikan, ekstrasi faktor menunjukkan hasil yang signifikan, PCA hanya signifikan 4 variabel, faktor loading menunjukkan mengelompokkan 18 variabel menjadi 4 kelompok dan hasil Component Transformation Matrix menyatakan tidak berkorelasi ini berarti terdapat ketidaksesuaian pendapat masyarakat terhadap 5 pertanyaan yang sangat tidak dipilih atau disukai oleh masyarakat penerima KIS. Sebab tidak semua masyarakat mendapatkan pelayanan yang sama setiap rumah sakit berbeda pelayanannya, ataupun masyarakat harus tegas dalam menyikapi pelayanan.

## 5.2 Saran

Dari hasil analisis di atas dapat menjadi saran sebagai berikut:

1. Pemerintah Desa Helvetia harus lebih memperhatikan atau mengadakan sosialisasi kepada masyarakat khususnya pada kesehatan bayi dan lansia sebab kurangnya bayi dan lansia yang tidak datang pada saat posyandu diadakan salah satu penyebabnya yaitu tidak mengetahui jadwal yang diadakan posyandu setiap bulannya.
2. Pemerintah Desa maupun pemerintah pusat agar terus memperbarui data penduduk miskin, sebab setiap tahunnya atau 5 tahun yang akan datang

bisa jadi kehidupan masyarakat penerima KIS mengalami perubahan perekonomian, dan pada saat mendata agar sekiranya pemerintah melakukan survei terhadap masyarakat penerima KIS baik melihat kondisi sosial maupun kondisi ekonomi keluarga.

3. Pemerintah harus terus menghimbau agar sekira rumah sakit yang menerima pasien peserta KIS agar lebih diperhatikan dan dilayani dengan baik, dan pemerintah harus menindak lanjuti sikap-sikap pegawai rumah sakit yang mempersulit atau memperlakukan pasien peserta KIS dengan tidak pantas. Salah satu cara yang bisa dilakukan pemerintah mungkin dengan mengadakan sosialisasi pada setiap rumah sakit terhadap pekerja baik itu dibidang layanan non fisik maupun fisik.



## DAFTAR PUSTAKA

4,7 *Juta Jiwa Penduduk Sumut Belum Terdaftar JKN-KIS*  
[www.medanbisnisdaily.com](http://www.medanbisnisdaily.com)

Adelfina dan I made Jember. Pengaruh pertumbuhan ekonomi, kemiskinan, dan Belanja daerah terhadap Indeks Pembangunan Manusia di Kabupaten Kota Provinsi Bali periode 2005-2013. *E-Jurnal Ekonomi Pembangunan Universitas Udayana*, 2016

Amalia, Risha. 2016. *Pengaruh Pendapatan Asli Daerah, Dana Alokasi Umum Dan Dana Alokasi Khusus Terhadap Indeks Pembangunan Manusia Studi Kasus pada Kabupaten Kota Di Jawa Tengah periode 2012-2014.* Universitas Muhammadiyah Surakarta, 2016

ASEAN Development Bank. 2018. Health Issues in Asia and The Pacific.  
[www.adb.org](http://www.adb.org)

Badan Pusat Statistik 2018. *Jumlah Penduduk Miskin Berdasarkan Provinsi 2018.*  
[www.bps.go.id](http://www.bps.go.id)

Badan Pusat Statistik 2018. *Luas Wilayah, Jumlah Penduduk dan, kepadatan Penduduk 2017.* [www.bps.go.id](http://www.bps.go.id)

Badan Pusat Statistik. 2018. *Indeks Pembangunan Manusia 2010-2017.*  
[www.bps.go.id](http://www.bps.go.id)

Boediono. 1999. *Teori Pertumbuhan Ekonomi.* Yogyakarta: BPFE

BPJS Kesehatan. *Jumlah Peserta JKN-KIS 2018.* [bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/](http://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/)

BPJS Kesehatan. *Pengeluaran Kartu Indonesia Sehat 2018.*  
[bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/](http://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/)

Buleleng Kabupaten. *Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat 2018.*  
[www.bulelengkab.go.id](http://www.bulelengkab.go.id)

Departemen Kesehatan. *Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga 2017.* [www.depkes.go.id](http://www.depkes.go.id)

Departemen Kesehatan. *Tujuan Program Indonesia Sehat 2018.*  
[www.depkes.go.id](http://www.depkes.go.id)

Dumairy. 1997. *Perekonomian Indonesia.* Jakarta:Erlangga

Hardiansyah. 2011. *Kualitas Pelayanan Publik.* Yogyakarta:Gava Media

- Heka, Alison J Lawrence dkk.,2017. Pengaruh pengeluaran pemerintah bidang kesehatan dan pendidikan terhadap Indeks Pembangunan Manusia Di Provinsi Sulawesi Utara. *Jurnal Berkala Ilmiah Efisiensi*. Vol.17 No.1.
- Ishartono & Santoso, *SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS (SDGs) DAN PENGENTASAN KEMISKINAN* , 2016
- Kementerian Kesehatan. *Profil Kesehatan Kementerian Kesehatan RI 2018*. [www.kemkes.go.id](http://www.kemkes.go.id)
- Kementerian Kesehatan. *Profil Kesehatan Kementerian Kesehatan RI 2018*. [www.kemkes.go.id](http://www.kemkes.go.id)
- Kementerian Keuangan. *Anggaran Kesehatan RI 2017*. [www.kemenkeu.go.id](http://www.kemenkeu.go.id)
- Kementerian Keuangan. *Dana APBN Kesehatan 2018*. [www.kemenkeu.go.id](http://www.kemenkeu.go.id)
- Kuncoro, Prof. Mudrajat Ph.D. *Metode Riset Untuk Bisnis & Ekonomi*. Erlangga: Jakarta
- Mangkoesoebroto, Guritno. 1993. *Ekonomi Publik Edisi Ketiga*. Yogyakarta: BPFE Yogyakarta
- Mangkoesoebroto, Guritno.1994. *Kebijakan Ekonomi Publik*. Jakarta:Gramedia Pustaka
- Moniung, Rikal Eben dkk, *Implementasi Program Kartu Indonesia Sehat di Rumah Sakit Umum Daerah Noongan Kabupaten Minasaha*, 2017
- Nurmala. *Efektivitas pelayanan Kartu Indonesia Sehat Di Rumah Sakit Umum Daerah Prof. DR. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng*, 2016
- Patar Simatupang dan Haedar Akib. Efektivitas Implementasi dan Dampak Kebijakan dalam Konteks Desentralisasi Pemerintahan. *Jurnal Administrasi Publik* Volume 2 Nomor 1. Universitas Negeri Makassar, 2011
- Peraturan perundang-undangan UU No 36 tahun 2009
- Peraturan perundang-undangan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992
- Pertemuan Kominfo, BPJS Dan Pemda Bahas Kepersetaan JKN-KIS Deli serdang 2018*. [www.jamkesnews.com](http://www.jamkesnews.com)
- Poerwadarminta W.J.S. 1976. *Kamus Umum Bahasa Indonesia*, Jakarta:PN Balai Pustaka
- Portal Kabupaten Deli Serdang. *Jumlah Penduduk Kecamatan Sunggal 2017*. [www.deliserdangkab.go.id](http://www.deliserdangkab.go.id)

- Pratomo, Arif Aji. *Implementasi Inpres No. 07 Tahun 2014 Tentang Program Kartu Indonesia Sehat Di Kelurahan Sempaja Selatan Kecamatan Samarinda Utara Kota Samarinda*, 2016
- Putra, Norista Gatham. *Pengaruh Belanja Modal dan Belanja Terhadap Laju Pertumbuhan Ekonomi di Provinsin Jawa Tengah (2005-2008)*. 2010
- Sjafii, Achmad. *Pengaruh Investasi Fisik dan Sumber Daya Manusia Terhadap Pertumbuhan Ekonomi. Journal Of Indonesia Applied Economics*. 2009
- Syalkahfi, M. Alyuriza. 2016. *Analisis Pengaruh Pertumbuhan Ekonomi, Pengeluaran Pemerintah Sektor Pendidikan dan Pengeluaran Sektor Kesehatan Terhadap Indeks Pembangunan Manusia Provinsi Lampung Tahun 1999-2014*. Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Lampung.
- Tengker, Freddy. 2007. *Hak Pasien*. Mandar Maju, Bandung
- Todaro, Michael P. 2013. *Pembangunan Ekonomi Edisi Kesebelas jilid 1*. Erlangga: Jakarta
- Weisstub, David N dan Pintos, Guillermo Diaz. 2008. *Autonomy and Human Rights in Health Care*, Springer: Dordrecht Netherlands.
- Yustina, Endang Wahyati. *Hak Atas Kesehatan Dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional Dan Corporate Social Responbility (CSR)*, 2015
- BPS Kabupaten Deli Serdang 2017. *Jumlah Penduduk Menurut Kecamatan di Kabupaten Deli Serdang Tahun 2017* [www.bps.go.id](http://www.bps.go.id)
- Badan Pusat Statistik Kabupaten Deli Serdang. 2018. *Kecamatan Sunggal dalam angka 2018*. CV Rilis Grafika: Deli Serdang
- WHO *Regional Office For South-East ASIA( 2002): Regional Conference of Parliamentarians on the Report of the Commission on Macroeconomics and Health :Health and Development Regional Initiatives*, Bangkok, Thailand 15 – 17 December 2002.
- BPS Kabupaten Deli Serdang 2017. *Indeks Pembangunan Manusia Deli Serdang 2017* [www.bps.go.id](http://www.bps.go.id)
- BPS Kabupaten Deli Serdang 2017. *Angka Harapan Hidup Deli Serdang 2017*. [www.bps.go.id](http://www.bps.go.id)



BERITA ACARA BIMBINGAN PROPOSAL

Nama Lengkap : TASYA DINITA  
 N.P.M : 1505180080  
 Program Studi : EKONOMI PEMBANGUNAN  
 Judul Proposal : ANALISIS EVALUASI KEBIJAKAN PROGRAM KARTU INDONESIA SEHAT (KIS) TERHADAP TINGKAT KESEHATAN KELUARGA DI DESA HELVETIA KECAMATAN SUNGGAL KABUPATEN DELI SERDANG

Tanggal	Deskripsi Bimbingan Proposal	Paraf	Keterangan
19/12-18	Daftar pustaka di bentuk tabel, ke. 2 lampiran definisi 3. 11 Daftar pustaka 4 point variabel bebas dan terikat		
23/12-18	Ace proses selanjutnya		

Pembimbing Proposal

MUKMIN POHAN, SE, M.Si

Medan, Desember 2018  
 Diketahui /Disetujui  
 Ketua Program Studi  
 Ekonomi Pembangunan

Dr. PRAWIDYA HARIANI RS





**MAJELIS PENDIDIKAN TINGGI MUHAMMADIYAH**  
**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SUMATERA UTARA**  
**FAKULTAS EKONOMI DAN BISNIS**  
Jl. Kapten Mukhtar Basri No. 3 (061) 6624567 Medan 20238

**BERITA ACARA BIMBINGAN SKRIPSI**

Nama Lengkap : TASYA DINITA  
N.P.M : 1505180080  
Program Studi : EKONOMI PEMBANGUNAN  
Judul Skripsi : ANALISIS EVALUASI KEBIJAKAN PROGRAM KARTU  
INDONESIA SEHAT TERHADAP TINGKAT KESEHATAN  
KELUARGA DI DESA HELVETIA KECAMATAN SUNGGAL  
KABUPATEN DELI SERDANG

Tanggal	Deskripsi Bimbingan Skripsi	Paraf	Keterangan
12-3-19	Semua hal di monitor ke Abstrak dan kesimpulan		
	Sampul & Kartu Kelengkapan di monitor ke bab dan ke paragraf		
13/3-19	Ace proses selanjutnya		

Medan, Maret 2019  
Diketahui /Disetujui  
Ketua Program Studi  
Ekonomi Pembangunan

Pembimbing Skripsi

MUKMIN POHAN, SE, M.Si

Dr. PRAWIDYA HARIANI RS



MAJLIS PENDIDIKAN TINGGI MUHAMMADIYAH  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SUMATERA UTARA  
**FAKULTAS EKONOMI DAN BISNIS**  
Jl. Kapt. Mughtar Basri No. 3 ☎ (061) 6624567 Ext: 304 Medan 20238

**BERITA ACARA SEMINAR JURUSAN EKONOMI PEMBANGUNAN**

Pada hari ini **TASYA DINITA** tanggal Selasa, 08 Januari 2019 telah diselenggarakan seminar  
Jurusan **TASYA DINITA** menerangkan bahwa :

**N a m a** : TASYA DINITA  
**N .P.M.** : 1505180080  
**Tempat / Tgl.Lahir** : Medan, 16 April 1997  
**Alamat Rumah** : Karya II No.96  
**JudulProposal** : ANALISIS EVALUASI KEBIJAKAN PROGRAM KARTU INDONESIA SEHAT (KIE) TERHADAP TINGKAT KESEHATAN KELUARGA DI DESA HELVETIA KECAMATANSUNGAL KABUPATEN DELI SERDANG

Disetujui / tidak disetujui \*)

Item	Komentar
Judul	—
Bab I	—
Bab II	— <i>Membas k: tempat konsep &amp; hispoten</i>
Bab III	— <i>Analisis desk</i>
Lainnya	.....
Kesimpulan	<input type="checkbox"/> Lulus <input type="checkbox"/> Tidak Lulus

Medan, Selasa, 08 Januari 2019

**TIM SEMINAR**

**Ketua**

Dr.PRAWIDYA HARIANI RS., S.E., M.Si.

**Pembimbing**

MUKMIN POHAN, SE., M.Si.

**Sekretaris**

Dra.Hj.ROSWITA HAFNI, M.Si.

**Pembanting**

Dra.Hj.ROSWITA HAFNI, M.Si.



PENGESAHAN PROPOSAL

Berdasarkan hasil Seminar proposal Jurusan Ekonomi Pembangunan yang diselenggarakan pada hari Selasa, 08 Januari 2019 menerangkan bahwa:

Nama : TASYA DINITA  
N.P.M. : 1505180080  
Tempat / Tgl.Lahir : Medan, 16 April 1997  
Alamat Rumah : Karya II No.96  
JudulProposal : ANALISIS EVALUASI KEBIJAKAN PROGRAM KARTU INDONESIA SEHAT (KIE) TERHADAP TINGKAT KESEHATAN KELUARGA DI DESA HELVETIA KECAMATANSUNGAL KABUPATEN DELI SERDANG

Proposal dinyatakan syah dan memenuhi Syarat untuk menulis Skripsi dengan pembimbing : MUKMIN POHAN, SE., M.Si.

Medan, Selasa, 08 Januari 2019

TIM SEMINAR

Ketua

Dr.PRAWIDYA HARIANI RS, SE., M.Si.

Sekretaris

Dra.Hj.ROSWITA HAFNI, M.Si.

Pembimbing

MUKMIN POHAN, SE., M.Si.

Pembanding

Dra.Hj.ROSWITA HAFNI, M.Si.

Diketahui / Disetujui  
A.n. Dekan  
Wakil Dekan - I

ADE GUNAWAN, S.E., M.Si.



MAJELIS PENDIDIKAN TINGGI MUHAMMADIYAH  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SUMATERA UTARA  
**FAKULTAS EKONOMI DAN  
BISNIS**

Jl. Kapten Mukhtar Basri No. 3. Medan, Telp. 061-6624567, Kode Pos 20238

**PERMOHONAN JUDUL PENELITIAN**

No. Agenda: 54/JDL/SKR/EP/FEB/UMSU/22/11/2018

Kepada Yth.  
Ketua Program Studi Ekonomi Pembangunan  
Fakultas Ekonomi dan Bisnis  
Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara  
di Medan

Medan, 22/11/2018

Dengan hormat,  
Saya yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama : Tasya Dinita  
NPM : 1505180080  
Program Studi : Ekonomi Pembangunan  
Konsentrasi : -

Dalam rangka proses penyusunan skripsi, saya bermohon untuk mengajukan judul penelitian berikut ini:

Identifikasi Masalah : -

Rencana Judul : 1. Analisis Evaluasi Kebijakan Program Kartu Indonesia Sehat Terhadap Tingkat Kesehatan Keluarga Di Desa Helvetia Kecamatan Sunggal Kabupaten Deli Serdang  
2. -  
3. -

Objek/Lokasi Penelitian : -

Demikianlah permohonan ini saya sampaikan. Atas perhatiannya saya ucapkan terimakasih.

Hormat Saya  
Pemohon

  
(Tasya Dinita)



Disarankan agar nomor agenda sama dengan nomor agenda pada saat pengisian judul online.



MAJELIS PENDIDIKAN TINGGI MUHAMMADIYAH  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SUMATERA UTARA  
**FAKULTAS EKONOMI DAN  
BISNIS**

Jl. Kapten Mektur Basri No. 3. Medan, Telp. 061-6624567, Kode Pos 20238

**PERSETUJUAN JUDUL PENELITIAN**

Nomor Agenda: 54/JDL/SKR/EP/FEB/UMSU/22/11/2018

Nama Mahasiswa	: Tasya Dinita
NPM	: 1505180080
Program Studi	: Ekonomi Pembangunan
Konseptisasi	: -
Tanggal Pengajuan Judul	: 22/11/2018
Judul yang disetujui Program Studi	: Nomor ....., atau: Alternatif judul lainnya..... ..... (Diisi dan diparaf oleh Program Studi)
Nama Dosen pembimbing	: <u>MUKMIN POHAN</u> (Diisi dan diparaf oleh Program Studi)
Judul akhir disetujui Dosen Pembimbing	: <u>Analisis Evaluasi Kebijakan Program Kartu Indonesia Sehat Rehadap Tingkat Kesehatan Keluarga di Desa Helwerta kec Sunggal Kab Deli Serdang</u> (Diisi dan diparaf oleh Dosen Pembimbing)

Medan, 26 November 2018

Disahkan oleh:  
Ketua Program Studi Ekonomi Pembangunan

(Dr. Prawidya Hariani RS, SE., M.Si.)

Dosen Pembimbing

(Mukmin Pohan)



# KECAMATAN SUNGGAL DESA HELVETIA

Alamat : Dusun VI JL. Pringgan No. 36 Desa Helvetia, Kecamatan Sunggal, 20124

Nomor : 145/470/HLV/2019  
Perihal : Izin Riset Pendahuluan

Helvetia, 12 Februari 2019  
Kepada Yth :  
Dekan Fakultas Ekonomi dan Bisnis

di  
Tempat

Sehubungan dengan surat dari Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara Fakultas Ekonomi dan Bisnis Nomor : 391/ II.3-AU/UMSU - 05 /F/2019 Tanggal 23 Januari 2019 Perihal Izin telah melakukan Riset di Kantor Kepala Desa Helvetia, dengan ini Kepala Desa Helvetia Kecamatan Sunggal Kabupaten Deli Serdang memberikan izin kepada mahasiswa :

- Nama : TASYA DINTA
- NIM : 1505180080
- Jurusan : Ekonomi Pembangunan
- Judul : " Analisis Evaluasi Kebijakan Kartu Indonesia Sehat terhadap tingkat

Keabatan Keluarga di Desa Helvetia Kecamatan Sunggal Kabupaten Deli Serdang.

Demikian surat ini diperbuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana perlunya.





# KECAMATAN SUNGGAL DESA HELVETIA

Alamat : Dusun VI JL. Pringgian No. 36 Desa Helvetia, Kecamatan Sunggal, 20124

Nomor : 145/510 / HLV / 2019  
Isi :  
Perihal : Hasil Riset

Helvetia, 13 Maret 2019  
Kepada Yth :  
Dekan Fakultas Ekonomi dan Bisnis

di  
Tempat

Sehubungan dengan surat dari Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara Fakultas Ekonomi dan Bisnis Nomor : 391/ II.3-AU/UMSU - 05 /F/2019 Tanggal 23 Januari 2019 Perihal Izin telah melakukan Riset di Kantor Kepala Desa Helvetia, dengan ini Kepala Desa Helvetia Kecamatan Sunggal Kabupaten Deli Serdang memberikan izin kepada mahasiswa :

- Nama : TASYA DINTA
- NIM : 1505180080
- Jurusan : Ekonomi Pembangunan
- Judul : " Analisis Evaluasi Kebijakan Kartu Indonesia Sehat terhadap tingkat

Kesehatan Keluarga di Desa Helvetia Kecamatan Sunggal Kabupaten Deli Serdang.

Demikian surat ini diperbuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana perlunya.



## SURAT PERNYATAAN PENELITIAN/SKRIPSI

Nama : Tasya Dinita  
NPM : 1505180080  
Konsentrasi : -  
Fakultas : Ekonomi dan Bisnis (Ekonomi Pembangunan)  
Perguruan Tinggi : Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara

Menyatakan Bahwa ,

1. Saya bersedia melakukan penelitian untuk penyusunan skripsi atas usaha saya sendiri , baik dalam hal penyusunan proposal penelitian, pengumpulan data penelitian, dan penyusunan laporan akhir penelitian/skripsi
  2. Saya bersedia dikenakan sanksi untuk melakukan penelitian ulang apabila terbukti penelitian saya mengandung hal-hal sebagai berikut
    - Menjiplak /plagiat hasil karya penelitian orang lain
    - Merekayasa data angket, wawancara, obeservasi, atau dokumentasi.
  3. Saya bersedia dituntut di depan pengadilan apabila saya terbukti mamalsukan stempel, kop surat, atau identintas perusahaan lainnya.
  4. Saya bersedia mengikuti sidang meja hijau secepat-cepatnya 3 bulan setelah tanggal dikeluarkannya surat "Penetapan Proyek Proposal / Makalah/Skripsi dan Penghunjukan Dosen Pembimbing " dari Fakultas Ekonomi dan Bisnis UMSU.
- Demikianlah Pernyataan ini saat perbuat dengan kesadaran sendiri

Medan, 21.12.2018  
Pembuat Pernyataan



NB :

- Surat Pernyataan asli diserahkan kepada Program Studi Pada saat Pengajuan Judul.
- Foto Copy Surat pernyataan dilampirkan di proposal dan skripsi.





MAJELIS PENDIDIKAN TINGGI PENELITIAN & PENGEMBANGAN  
**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SUMATERA UTARA**  
**FAKULTAS EKONOMI DAN BISNIS**

Jalan Kapten Mochtar Basri No. 3 Medan 20238 Telp. (061) 6623301, Fax. (061) 6625474  
 Website : <http://www.umsu.ac.id> Email : [rektor@umsu.ac.id](mailto:rektor@umsu.ac.id)

**PENETAPAN DOSEN PEMBIMBING  
 PROPOSAL / SKRIPSI MAHASISWA**

**NOMOR : 7478 / TGS / IL.3-AU / UMSU-05 / F / 2018**

*Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh*

Dekan Fakultas Ekonomi Dan Bisnis Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara, berdasarkan  
 Persetujuan permohonan judul penelitian Proposal / Skripsi dari Ketua / Sekretaris :  
 Program Studi : **Ekonomi Pembangunan**  
 Pada Tanggal : **07 Desember 2018**

Dengan ini menetapkan Dosen Pembimbing Proposal / Skripsi Mahasiswa :

Nama : **TASYA DINTA**  
 N P M : **1505180080**  
 Semester : **VII (Tujuh)**  
 Program Studi : **Ekonomi Pembangunan**  
 Judul Proposal / Skripsi : **Analisis Evaluasi Kebijakan Kartu Indonesia Sehat Terhadap  
 Tingkat Kesehatan Keluarga Di Desa Helvetia Kecamatan  
 Sunggal Kabupaten Deli Serdang**

Dosen Pembimbing : **MUKMIN POHAN,SE.,M.Si.**

Dengan demikian di izinkan menulis Proposal / Skripsi dengan ketentuan :

1. Penulisan berpedoman pada buku panduan penulisan Proposal/ Skripsi Fakultas Ekonomi dan Bisnis UMSU.
2. Pelaksanaan Sidang Skripsi harus berjarak 3 bulan setelah dikeluarkannya Surat Penetapan Dosen Pembimbing Skripsi
3. **Proyek Proposal / Skripsi dinyatakan " BATAL " bila tidak selesai sebelum Masa Daluarsa tanggal : 07 Desember 2019**
4. Revisi Judul.....

*Wassalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.*

Ditetapkan di : Medan  
 Pada Tanggal : **29 Rabiul Awwal 1440 H**  
 07 Desember 2018 M



Dekan

**ROBINURI,SE.,MM.,M.Si.**



Hari/tanggal	
No. urut kuesioner	

## KUESIONER PENELITIAN

### ANALISIS EVALUASI KEBIJAKAN PROGRAM KARTU INDONESIA SEHAT (KIS) TERHADAP TINGKAT KESEHATAN KELUARGA DI DESA HELVETIA KECAMATAN SUNGGAL KABUPATEN DELI SERDANG

#### **Petunjuk**

Untuk memenuhi tugas akhir (skripsi)

#### **Bagian I : Identitas Pribadi dan Kriteria KIS**

Pilih salah satu jawaban pada setiap pertanyaan dengan memberikan tanda silang (X)

Nama : \_\_\_\_\_

No KIS : \_\_\_\_\_

Alamat : \_\_\_\_\_

No hp : \_\_\_\_\_

#### **Bagian II: Kondisi Sosial dan Ekonomi**

1. Jenis kelamin
  - a. Laki-laki
  - b. Perempuan
2. Usia
  - a. 20-30 tahun
  - b. 31-40 tahun
  - c. 41-50 tahun
  - d. 51-70 tahun
3. Pendidikan Terakhir kepala rumah tangga
  - a. SD
  - b. SMP
  - c. SMA
  - d. >SMA
4. Jumlah keluarga dalam satu rumah
  - a. 1 Keluarga
  - b. 2-3 Keluarga
  - c. >3 Keluarga

5. Jumlah penerima KIS dalam satu kartu keluarga
  - a. 1 orang
  - b. 2-3 orang
  - c. Semua anggota keluarga
6. Jenis pekerjaan
  - a. PNS
  - b. Pegawai/karyawan swasta
  - c. Wiraswasta
  - d. Buruh
  - e. Petani
  - f. Wiraswasta nonformal
7. Penghasilan tiap bulan
  - a. <Rp 500 ribu
  - b. Rp 500 ribu - Rp 1 juta
  - c. Rp. 1 juta - Rp 2 juta
  - d. Rp >Rp 2 juta
8. Tempat tinggal
  - a. Kos/kontrakan
  - b. Rumah sendiri
  - c. Tinggal bersama orang
9. Besar bangunan rumah
  - a. <8 meter<sup>2</sup>
  - b. 8 meter<sup>2</sup>
  - c. >8 meter<sup>2</sup>
10. Kepemilikan Asset
  - a. Sepeda
  - b. Motor
  - c. Tanah/Kontakan
  - d. Mobil
  - e. emas
11. Daya listrik
  - a. 450 watt
  - b. 900 watt
  - c. >900 watt
12. Jamban apa yang anda gunakan?
  - a. Jamban duduk
  - b. Jamban jongkok
13. Bahan bakar apa yang digunakan untuk memasak?
  - a. Minyak tanah
  - b. Gas elpiji
  - c. Kayu Bakar
14. Lantai jenis apa yang menjadi tempat tinggal?
  - a. Lantai Tanah
  - b. Lantai Semen
  - c. Lantai Keramik

15. Jenis dinding rumah
- a. Tepas
  - b. Tembok tanpa plaster
  - c. Tembok cat
16. Konsumsi makan dalam satu minggu
- a. Daging
  - b. Ayam
  - c. Sayur
  - d. Ikan
  - e. Susu
17. Sumber air minum
- a. Air gallon asli
  - b. Air isi ulang
  - c. Masak air
18. Kemampuan Berobat
- a. Puskesmas
  - b. Klinik
  - c. Polindes
  - d. Rumah sakit

### Bagian III: Persepsi Kepuasan Pelayanan KIS

Pilih alternatif jawaban yang paling sesuai menurut Anda dan berikan tanda centang (√).

- 4 = Sangat Tidak Setuju  
 3 = Tidak Setuju  
 2 = Setuju  
 1 = Sangat Setuju

1. Orang

No.	Pernyataan	Alternatif Jawaban			
		4	3	2	1
1	Petugas administrasi melayani dengan ramahan dan sopan santun kepada pasien peserta KIS				
2	Petugas administrasi memberi petunjuk jika saya tidak mengerti				
3	Petugas melayani dengan diskriminatif (membeda-bedakan)				

4	Petugas administrasi tidak melayani pasien peserta KIS dengan baik				
---	--	--	--	--	--

2. Proses

No.	Pernyataan	Alternatif Jawaban			
		4	3	2	1
1	Petugas melakukan pelayanan dengan cepat				
2	Petugas melayani dengan sesuai aturan yang ada				
3	Petugas melakukan pelayanan dengan waktu yang tepat				
4	Petugas tidak mempersulit pasien peserta KIS				
5	Petugas memberikan kemudahan akses pasien KIS dalam permohonan berobat				

3. Obat-obatan

No.	Pernyataan	Alternatif Jawaban			
		4	3	2	1
1	Pasien peserta KIS diberikan obat sesuai dengan penyakit yang diderita				
2	Pasien peserta KIS tidak diberikan obat seutuhnya				
3	Pasien peserta KIS tidak sepenuhnya diberikan obat secara gratis				

4. Makanan

No.	Pernyataan	Alternatif Jawaban			
		4	3	2	1
1	Saya mendapatkan menu makan seperti pasien umum				
2	Pasien peserta KIS diberikan makan sesuai dengan waktu makan yang ditentukan				
3	Pasien peserta KIS diberikan snack seperti pasien umum				

5. Rujukan

No.	Pernyataan	Alternatif Jawaban			
		4	3	2	1
1	Pasien peserta KIS harus membawa surat rujukan ketika hendak dirawat di rumah sakit				
2	Pihak klinik/puskesmas mempersulit surat rujukan				

6. Operasi pasien

No.	Pernyataan	Alternatif Jawaban			
		4	3	2	1
1	Pasien peserta KIS tidak membayar biaya apapun saat menjalankan operasi				
2	Pasien peserta KIS membayar biaya dokter pada saat menjalankan operasi				
3	Saya mendapatkan operasi yang sesuai dengan pasien umum				

7. Ruang inap

No.	Pernyataan	Alternatif Jawaban			
		4	3	2	1
1	Meskipun saya pasien peserta KIS, saya mendapatkan ruang rawat inap yang layak				
2	Pasien peserta KIS sulit dalam mendapatkan ruang rawat inap				

8. Ruang Tunggu

No.	Pernyataan	Alternatif Jawaban			
		4	3	2	1
1	Pasien peserta KIS menunggu ditempat layak yang sudah disediakan				
2	Pasien peserta KIS menunggu ditempat yang berbeda dengan pasien umum				

9. Toilet

No.	Pernyataan	Alternatif Jawaban			
		4	3	2	1
1	Toilet yang digunakan pasien peserta KIS layak				
2	Pasien peserta KIS berbeda toilet dengan pasien umum				
3	Toilet yang disediakan untuk pasien dan pengunjung bersih dan wangi				