

**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEPEMILIKAN JAMINAN
KESEHATAN PADA PEREMPUAN DI SUMATERA UTARA**

(Analisis Data SDKI 2017)

SKRIPSI



Oleh :

FITRIA NURHASANAH

NIM: 0801171070

PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

UIN SUMATERA UTARA

MEDAN

2021

HALAMAN JUDUL

FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEPEMILIKANJAMINAN

KESEHATAN PADA PEREMPUAN DI SUMATERA

(Analisis Data SDKI 2017)

SKRIPSI

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat

Untuk Memperoleh Gelar

Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM)

Oleh :

Eitria Nurhasanah
0801171070

PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

UIN SUMATERA UTARA

MEDAN

2021

**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEPEMILIKAN JAMINAN
KESEHATAN PADA PEREMPUAN DI SUMATERA UTARA
(Analisis Data SDKI 2017)**

Fitria Nurhasanah
0801171070

ABSTRAK

Hasil Riset Kesehatan Dasar 2013 menyatakan bahwa belum semua penduduk di Indonesia mempunyai jaminan kesehatan (50,5%) dan kepemilikan jaminan kesehatan didominasi oleh masyarakat miskin melalui Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) sebesar 28,9% dan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) sebesar 9,6%. Kesehatan perempuan sangat penting dan menentukan dilahirkannya generasi yang sehat dan cerdas, akan tetapi kenyataan menunjukkan bahwa angka kematian ibu (AKI) di Indonesia masih sangat tinggi yaitu sebesar 307 per 100.000 kelahiran hidup. Penelitian ini menggunakan data sekunder dari Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017. Sebanyak 991 perempuan usia 15-49 tahun di provinsi Sumatera Utara yang memiliki jaminan kesehatan. Ada 1 dengan *missing data case*, sehingga diperoleh 990 perempuan yang dijadikan sampel penelitian. Analisis data menggunakan uji univariat dan bivariat untuk mengetahui apa saja faktor yang mempengaruhi kepemilikan jaminan kesehatan pada perempuan. Hasil penelitian ini menunjukkan yang memiliki Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sebanyak 517 orang (52,2 %), sedangkan yang tidak memiliki Jaminan Kesehatan Nasional sebanyak 473 orang (47,8%). Ada hubungan status ekonomi dengan kepemilikan JKN, ada hubungan daerah tempat tinggal dengan kepemilikan JKN, dan ada hubungan tingkat pendidikan kepemilikan JKN.

Kata Kunci : Kepemilikan JKN, Perempuan, Faktor Risiko

**Factors Affecting Women`s Health Ownership In North Sumatera
(Analysis of Indonesia Demographic and Health Survey 2017)**

Fitria Nurhasanah

0801171070

ABSTRACT

The results of the 2013 Basic Health Research stated that not all residents in Indonesia have health insurance (50.5%) and the ownership of health insurance is dominated by the poor through the Public Health Insurance (Jamkesmas) of 28.9% and Regional Health Insurance (Jamkesda) of 9,6%. Women's health is very important and determines the birth of a healthy and intelligent generation, but the reality shows that the maternal mortality rate (MMR) in Indonesia is still very high at 307 per 100,000 live births. This study uses secondary data from the Indonesia Demographic Health Survey (IDHS) in 2017. A total of 991 women aged 15-49 years in North Sumatra province who have health insurance. There was 1 with missing data case, so that 990 women were used as research samples. Data analysis used univariate and bivariate tests to find out what factors influence women's health insurance ownership. The results of this study indicate that 517 people have National Health Insurance (JKN) (52.2%), while those who do not have National Health Insurance are 473 people (47.8%). There is a relationship between economic status and JKN ownership, there is a relationship between the area of residence and JKN ownership, and there is a relationship between education level and JKN ownership.

Keywords: JKN Ownership, Women, Risk Factors

LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Nama Mahasiswa : Fitria Nurhasanah

Nim : 0801171070

Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat

Peminatan : Administrasi dan Kebijakan Kesehatan

Tempat/Tgl. Lahir : Batubara, 25Maret1999

Judul Skripsi : Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepemilikan Jaminan Kesehatan Pada Perempuan di Sumatera Utara (Analisis Data SDKI 2017)

Dengan ini menyatakan bahwa :

1. Skripsi ini merupakan hasil karya asli saya yang di ajukan untuk memenuhi salah satu persyaratan memperoleh gelar strata 1 di Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat FKM UIN Sumatera Utara Medan.
2. Semua sumber yang saya gunakan dalam penulisan ini telah saya cantumkan sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat FKM UIN Sumatera Utara Medan.
3. Jika kemudian hari terbukti bahwa karya ini bukan hasil karya asli saya atau merupakan hasil jiplikan dari karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi yang berlaku di Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat FKM UIN Sumatera Utara Medan.

Medan, 08 November 2021



Fitria Nurhasanah
0801171070

HALAMAN PERSETUJUAN

Judul Skripsi :Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Kepemilikan Jaminan Kesehatan Pada Perempuan Di Sumatera Utara (Analisis Data SDKI 2017)

Nama : Fitria Nurhasanah

NIM : 0801171070

Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat

Peminatan : Administrasi Kebijakan Kesehatan (AKK).

Menyetujui,

Pembimbing Skripsi



Tri Bayu Furnama, SKM, M. Med. Sci
NIP. 19921014201903011

Diketahui,

Medan, 8 November 2021

Pembimbing Kajian Integrasi



Dr. Mhd Furqan, S.Si, M.Comp.Sc
NIP: 198000806 200604 1 003

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi Dengan Judul :

**Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Kepemilikan Jaminan Kesehatan Pada
Perempuan Di Sumatera Utara (Analisis Data SDKI 2017)**

Yang Dipersiapkan dan Diperintahkan Oleh :

Fitria Nurhasanah
NIM: 0801171070

Telah Diuji Dan Diperintahkan Di Hadapan Tim Penguji Skripsi
Pada Tanggal 08 November 2021
Dan Dinyatakan Telah Memenuhi Syarat Untuk Diterima

TIM PENGUJI

Ketua Penguji



dr. Noni Susanti, M.Kes
NIP. 198311292019032002

Penguji I



Tri Bayu Burnama, SKM, M.Med. Sci
NIP. 19921014201903011

Penguji II



Eliska, SKM, M. Kes
NIP. 1100000125

Penguji Integrasi



Dr. Mhd Furqan, S.Si, M.Comp.Sc
NIP: 1980008062006041003

Medan, 08 November 2021
Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Islam Negeri Sumatera Utara

Dekan,



Prof. Dr. Svafaruddin, M.pd
NIP. 19620716 199003 1004



Riwayat Hidup Penulis

Fitria Nurhasanah, lahir di Batubara pada tanggal 25 Maret 1999, anak pertama dari 4 bersaudara, anak kandung dari Ayahanda “**Zainuddin**” dan ibunda “**Nurainun**”. Beralamat di Jalan Tanjung Bunga 1, Medan beragama islam dan berstatus belum menikah, dengan alamat email : Fitrianurhasanah766@gmail.com . Adapun pendidikan yang pernah ditempuh sebagai berikut :

- 2005 - 2011 : SD Ar- Ridha
- 2011 - 2014 : SMP Negeri 10 Manarul Islam Aceh Tamiang
- 2014 - 2017 : SMA Al-Washliyah 3 Medan

Akhir kata, penulis bersyukur tanpa batas atas terselesaikannya skripsi yang berjudul **“Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Kepemilikan Jaminan Kesehatan Pada Perempuan di Sumatera Utara (Analisis Data SDKI 2017)”**

Medan, 08 November 2021
Yang menyatakan

Fitria Nurhasanah
0801171070

KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmanirrahim

Dengan mengucapkan rasa syukur kehadiran Allah SWT, atas rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Skripsi dengan judul “**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEPEMILIKAN JAMINAN KESEHATAN PADA WANITA DI SUMATERA UTARA (Analisis Data SDKI 2017)**” tepat pada waktunya. Skripsi ini disusun sebagai satu syarat penyusunan skripsi untuk meraih gelar sarjana dalam program studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, UIN SU.

Penulis menyadari penyusunan dan penulisan skripsi ini tidak akan selesai tanpa bantuan dari berbagai pihak. Pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Kepada Rektor Universitas Islam Negeri Sumatera Utara Medan (UINSU Medan) Bapak Prof. Dr. Syahrin Harahap, MA.
2. Kepada Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Islam Negeri Sumatera Utara Medan (FKM UINSU Medan) Bapak Prof. Dr. Syafaruddin, M.Pd.
3. Kepada Wakil Dekan I Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Islam Negeri Sumatera Utara Medan (FKM UINSU Medan) Sekaligus Dosen Pembimbing Integrasi Keislaman Bapak Dr. Mhd. Furqan, S.Si. M.Comp. Sc.

4. Kepada Wakil Dekan II Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Islam Negeri Sumatera Utara Medan (FKM UINSU Medan) Bapak Dr. Watni Marpaung, MA.
5. Kepada Wakil Dekan III Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Islam Negeri Sumatera Utara Medan (FKM UINSU Medan) Bapak Dr. Salamuddin, MA.
6. Kepada Ketua Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat FKM UINSU Medan Ibu Susilawati, SKM , M. Kes.
7. Kepada Sekretaris Program Ilmu Studi Kesehatan Masyarakat FKM UINSU Medan Sekaligus Ketua Penguji Ibu dr. Nofi Susanti, M.Kes penulis mengucapkan terima kasih atas bimbingan dan dukungan yang telah diberikan.
8. Kepada ketua peminatan Administrasi Kebijakan Kesehatan FKM UINSU Medan penulis mengucapkan terima kasih atas bimbingan dan dukungan yang telah diberikan.
9. Kepada bapak Tri Bayu Purnama, SKM, M. Med. Sci selaku pembimbing umum skripsi. Saya mengucapkan banyak terima kasih atas waktu, ilmu, bimbingan, arahan, masukan, doa, dan kepercayaannya yang diberikan kepada penulis.
10. Kepada Ibu Eliska SKM, M. Kes selaku Dosen Penguji II, penulis mengucapkan terima kasih atas arahan, bimbingan, masukan, dukungan serta motivasi yang sangat luar biasa memudahkan proses pengerjaan skripsi ini.

11. Kepada seluruh Staff dan Dosen Pengajar di FKM UINSU. Terima kasih atas ilmu dan pengalaman yang telah diberikan selama masa perkuliahan.
12. Kepada ayahanda dan ibunda yang senantiasa, mendukung, memberi motivasi, dan do`a restu yang selalu mengiringi disetiap langkah perjalanan hidup penulis hingga detik ini.
13. Kepada adik-adik penulis terima kasih telah mendukung sampai detik ini sehingga saya dapat menyelesaikan skripsi ini
14. Kepada sahabat penulis tercinta Milea, Icak, Hestu dan Fika. Saya mengucapkan terima kasih telah menjadi orang yang mau direpotkan selama masa perkuliahan dari awal hingga akhir.
15. Kepada Nazifah selaku sepupu penulis mengucapkan banyak terima kasih telah mau direpotkan untuk membantu penyelesaian skripsi ini.
16. Kepada Maduri Sakilla S.K.M. Terima kasih banyak telah membagi ilmunya kepada penulis sehingga dapat menjadi motivasi dalam penyelesaian skripsi ini.
17. Kepada teman seperjuangan di Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Angkatan 2017, khususnya kelas IKM-C terima kasih atas pengalaman yang luar biasa dalam menemani masa perkuliahan sampai akhirnya terpisahkan oleh kelas peminatan.
18. Kepada teman seperjuangan peminatan AKK-C FKM UINSU Medan angkatan 3. Terima kasih atas kisah dan pelajaran yang berkesan walaupun kita tidak dapat bertatap muka lama karena pandemi.

19. Terkhusus kepada diri sendiri terima kasih telah kuat dan tetap semangat untuk menyelesaikan skripsi ini meskipun banyak tantangan dan rintangan yang harus dihadapi.

20. Diakhir penulis mengucapkan terima kasih kepada seluruh pihak yang telah membantu dan tidak dapat disebutkan satu persatu.

Skripsi ini telah disusun dengan optimal, namun tidak menutup kemungkinan adanya kesalahan dan kekurangan yang terjadi didalamnya. Oleh karena itu, peneliti dengan tangan dan hati terbuka menerima masukan yang membangun untuk perbaikan skripsi ini. Semoga tulisan ini berguna bagi semua pihak yang memanfaatkannya.

Medan, 08 November 2021

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
ABSTRAK	ii
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI.....	iv
HALAMAN PENGESAHAN	vi
RIWAYAT HIDUP PENULIS	vii
KATA PENGANTAR	viii
DAFTAR ISI.....	xii
DAFTAR TABEL	xv
DAFTAR GAMBAR.....	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
BAB I PENDAHULUAN.....	18
1.1 Latar Belakang	18
1.2 Rumusan Masalah	23
1.3 Tujuan Penelitian.....	23
1.3.1 Tujuan Umum	23
1.3.2 Tujuan Khusus	23
1.4 Manfaat Penelitian.....	24
1.4.1 Manfaat Teoritis	24
1.4.2 Manfaat praktis.....	24
BAB II LANDASAN TEORITIS	25
2.1 Perempuan	25
2.1.1 Definisi Perempuan	25
2.2 Jaminan Kesehatan Nasional	25
2.2.1 Pengertian jaminan kesehatan nasional	25

2.3 Tujuan jaminan kesehatan nasional.....	25
2.4 Manfaat jaminan kesehatan nasional.....	25
2.5 Prinsip jaminan kesehatan nasional	26
2.6 Karakteristik JKN.....	27
2.7 Implementasi Program JKN	27
2.8 Faktor – faktor yang mempengaruhi Jaminan Kesehatan.....	29
2.8.1 Tingkat Pendidikan	29
2.8.2 Pekerjaan.....	29
2.8.3 Pendapatan	29
2.9 Kajian Integrasi Keislaman	30
2.9.1 Asas Asas Jaminan Sosial Dalam Islam	31
2.9.2 Jaminan Kesehatan Dalam Islam	34
2.10 Kerangka Teori	36
2.11 Kerangka Konsep.....	37
2.12 Hipotesis	37
BAB III METODE PENELITIAN.....	38
3.1 Jenis dan Desain Penelitian.....	38
3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian	38
3.3 Populasi dan Sampel Penelitian.....	38
3.3.1 Populasi.....	38
3.3.2 Sampel	39
3.4 Teknik Pengumpulan Data	40
3.5 Definisi Operasional	41
3.6 Analisis Data.....	42
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	43
4.1 Hasil Penelitian	43
4.1.1 Karakteristik Responden.....	43
4.1.2 Hubungan Variabel Penelitian	45

4.2 Pembahasan	48
4.2.1 Hubungan Kelompok Usia dengan Kepemilikan JKN.....	49
4.2.2 Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Kepemilikan JKN.....	50
4.2.4 Hubungan Daerah Tempat Tinggal dengan Kepemilikan JKN	54
4.2.5 Hubungan Status Ekonomi dengan Kepemilikan JKN.....	55
4.2.6 Hubungan Status Perkawinan dengan Kepemilikan JKN.....	57
4.3 Keterbatasan Penelitian.....	58
4.4 Pembahasan Integrasi Keislaman	58
BAB V PENUTUP.....	64
5.1 Kesimpulan.....	64
5.2 Saran	65
LAMPIRAN.....	75

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Definisi Operasional.....	41
Tabel 4.1.1	Analisa Univariat Variabel Penelitian.....	45
Tabel 4.1.2	Analisa Bivariat Variabel Penelitian.....	48

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Kerangka Teori Penelitian	36
Gambar 2.2	Kerangka Konsep.....	37
Gambar 3.1	Alur Penentuan Sampel.....	39

DAFTAR LAMPIRAN

Kuesioner Penelitian	64
Hasil Uji Analisis Univariat dan Bivariat	67

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan merupakan salah satu indikator penting bagi tercapainya kehidupan sejahtera bagi suatu masyarakat. Karena itu, pelayanan kesehatan yang terjangkau secara universal bagi semua orang telah menjadi pilar utama dalam konsep negara kesejahteraan (*welfare state*) (Setiyono, 2018). Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan salah satu program pemerintah sejak tahun 2014 yang digunakan untuk mensejahterakan masyarakat yaitu dengan memberikan pelayanan kesehatan yang memadai (Wira, 2018).

MDG`s telah menetapkan beberapa target yang harus dicapai setiap negara. Salah satu target yaitu adalah memastikan cakupan kesehatan yang berkualitas bagi setiap orang, atau kemudian disebut dengan Cakupan Kesehatan Universal (Universal Health Coverage/UHC) (Satriawan, Pitoyo, & Giyarsih, 2021).Indonesia adalah salah satu negara yang menerapkan *Universlah Health Coverage* (UHC) ((Niha, Korompis, & Mandagi, 2018). UHC merupakan suatu sistem pembiayaan kesehatan yang menjamin dibutuhkan, berkualitas, dan terjangkau secara finansial, baik pelayanan promotif, kuratis, preventif, maupun rehabilitatif (WHO, 2015).

Pada tahun 2014, Indonesia telah menerapkan Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dengan prinsip jaminan kesehatan sosial. Kebijakan Jaminan Nasional (JKN) merupakan suatu kebijakan yang ditetapkan dan dilaksanakan oleh pemerintah dengan tujuan tercapainya keadaan sehat pada masyarakat,

kebijakan JKN juga memiliki karakteristik yang bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui asuransi jaminan pelayanan kesehatan (Agussalim, Hermivanti dan Rahman, 2017).

Pelayanan kesehatan sebagai bentuk kebutuhan secara menyeluruh dalam pemerintahan Indonesia menjalankan program asuransi sosial berupa Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) (Vinky, 2021). Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yaitu berupa pelayanan kesehatan perorangan yang komprehensif, termasuk pelayanan peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pengobatan dan pemulihan termasuk obat dan bahan medis (Wira, 2018).

Pembangunan kesehatan menjadi salah tujuan dalam Sustainable Development Goals (SDG`S), tujuannya yaitu menjamin kehidupan yang sehat dan meningkatkan kesejahteraan penduduk di segala usia (BPS, 2018a). Kementerian kesehatan RI menyebutkan bahwa wanita ialah anggota keluarga yang berperan penting dalam keluarga (Wira, 2018). Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2015-2019 dalam target pemerintah terkait jaminan kesehatan yaitu akses terhadap pelayanan kesehatan akan semakin baik saat individu memiliki jaminan kesehatan (Kaiser Family Foundation, 2008). Tingkat pengetahuan mengenai BPJS secara umum terkait dengan kesehatan reproduksi perempuan masih rendah, Perempuan mengalami kesenjangan upah dan pendapatan yang terus berlanjut selama hidup dan meningkatkan potensi masalah akses terkait kesehatan (Kaiser Family Foundation, 2008).

Penyakit terhadap produktivitas ekonomi perempuan di negara berkembang sebagian besar telah diabaikan, Infeksi menjadi penyebab penyakit pada wanita, termasuk yang mempengaruhi kesehatan reproduksi (Lopert and

Rosenbaum, 2007). Tingginya biaya perawatan kesehatan, ditambah dengan pertimbangan investasi social yang bersaing, seperti pendidikan, tempat tinggal, pembangunan ekonomi, dan keselamatan public (Lopert and Rosenbaum , 2007). Perlindungan asuransi kesehatan bukan masalah yang secara realitis dapat didekati berdasarkan gender atau factor apa pun yang tidak terkait dengan kehausan social untuk memastikan bahwa setiap orang memiliki akses ke perawatan kesehatan saat dibutuhkan. Perlindungan asuransi kesehatan merupakan prasyarat mutlak untuk tingkat perawatan kesehatan yang wajar (Shin, Finnegan, Sharac, & Rosenbaum, 2008).

Kesehatan perempuan sangat penting dan menentukan dilahirkannya generasi yang sehat dan cerdas, akan tetapi kenyataan menunjukkan bahwa angka kematian ibu (AKI) di Indonesia masih sangat tinggi yaitu sebesar 307 per 100.000 kelahiran hidup (SDKI, 2003) yang tidak turun secara signifikan sejak dua dekade yang lalu. Data UNFPA tahun 2007 menunjukkan rasio kematian ibu sebesar 420 per 100.000 kelahiran hidup dan tingkat kematian bayi sebesar 35 .Berdasarkan hasil Sensus Penduduk 2010, Angka Kematian Ibu (AKI) di Sumatera Utara sebesar 328/100.000 KH, angka ini masih cukup tinggi. Berdasarkan hasil Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2007 bahwa AKI Indonesia sebesar 228 per 100.000 kelahiran hidup.kematian ibu akibat masalah persalinan atau kelahiran terjadi di negara-negara berkembang sebanyak 99%. Rasio kematian ibu di negara-negara berkembang merupakan yang tertinggi dengan 450 kematian ibu di 100.000 (WHO, 2009).

Data SDKI 2017 persentase wanita di pedesaan yang memiliki JKN/BPJS PBI lebih tinggi dibandingkan dengan di perkotaan. Untuk wanita 36 persem di

perdesaan dan 27 persen di perkotaan memiliki JKN/BPJS PBI. Cakupan JKN/BPJS Non PBI di perkotaan lebih tinggi dibandingkan dengan di perdesaan. Satu dari 3 wanita (31%) di perkotaan memiliki JKN/BPJS Non PBI dibandingkan dengan 13 persen di perdesaan. Menurut hasil Riset Kesehatan Dasar 2013 menyatakan bahwa belum semua penduduk di Indonesia mempunyai jaminan kesehatan (50,5%) dan kepemilikan jaminan kesehatan didominasi oleh masyarakat miskin melalui Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) sebesar 28,9% dan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) sebesar 9,6% (Kemenkes RI, 2013). Program jaminan kesehatan bagi penduduk diusahakan oleh berbagai Negara agar terwujud dengan baik. Pengembangan system pembiayaan kesehatan yang berkelanjutan melalui *Universal Health Coverage*, diselenggarakan melalui mekanisme asuransi social (Kemenkes RI, 2013).

Berdasarkan hasil dari Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia pada tahun 2017 bahwa 31% wanita dan 28% pria mempunyai JKN/BPJS PBI, dan 22% wanita dan 23% pria mempunyai JKN/BPJS Non PBI. Hasil ini masih jauh dibawah target pemerintah yang harus dicapai pada awal tahun 2019. Target pemerintah pada tahun 2019 sebesar 95%. Yang tidak mempunyai jaminan kesehatan ada 42% wanita umur 15 – 49 dan 43% pria kawin umur 15 – 54. Wanita maupun pria di perdesaan yang memiliki JKN/BPJS PBI lebih tinggi dibandingkan dengan di perkotaan. Untuk wanita, 36% di perdesaan dan 27% di perkotaan memiliki JKN/BPJS PBI. Untuk pria kawin, 31% di perdesaan dan 25% di perkotaan.

AKI yang tinggi dapat di gambarkan pada derajat kesehatan masyarakat yang rendah dan berpotensi menyebabkan kemunduran ekonomi dan sosial (Sari,

2016). Tingginya angka kematian ibu menunjukkan keadaan sosial ekonomi yang rendah dan fasilitas pelayanan kesehatan termasuk prenatal dan obstetri yang rendah juga. Kematian ibu terjadi karena tidak mempunyai akses ke pelayanan kesehatan ibu yang berkualitas, terutama pada di pelayanan fasilitas kesehatan (Sari, 2016). Angka kematian ibu (AKI) di Indonesia berdasarkan hasil Sensus Penduduk (SP) tahun 2010 adalah sebesar 346 per 100.000 kelahiran hidup

Komplikasi pada perempuan selama kehamilan dan persalinan merupakan penyebab kematian utama yang terjadi pada wanita usia subur di negara berkembang. Keikutsertaan merupakan salah satu indikator penting dan menjadi strategi utama yang berperan dalam meningkatkan persalinan yang aman sehingga dapat mencegah kematian ibu dan anak. Suatu penelitian di Kenya pada tahun 2008 hingga 2009 menunjukkan hasil bahwa ibu yang memiliki asuransi memiliki peluang dua kali lebih tinggi kecenderungannya untuk memanfaatkan tenaga kesehatan sebagai penolong persalinan.

Upaya sistematis melalui program-program pemberdayaan perempuan pada derajat tertentu telah berhasil meningkatkan pengetahuan dan kesadaran para penentu kebijakan, pelaksana kebijakan serta masyarakat umumnya tentang kesetaraan (Purwanti, 2013). Namun demikian banyak pihak menyadari bahwa kesetaraan dan keadilan gender di Indonesia belum dapat dicapai secara memadai karena masih terdapatnya ketimpangan pencapaian pembangunan antara laki-laki dan perempuan yang diindikasikan dalam Indeks Pembangunan Gender (IPG) yaitu yang diukur dengan melihat kesenjangan gender antara perempuan dan laki-laki dibidang pendidikan, kesehatan dan ekonomi, dan Indonesia berada pada urutan ke-92 dunia yang tertinggal jauh dari beberapa Negara ASEAN lainnya

(Purwanti, 2013). Salah satu faktor yang mempengaruhi penggunaan pelayanan kesehatan adalah faktor sistem pelayanan kesehatan yang bersangkutan, termasuk di dalamnya adanya jaminan pelayanan kesehatan yang menjamin individu apabila berobat kesarana pelayanan kesehatan.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, rumusan masalah di dalam penelitian ini adalah faktor – faktor apa saja yang berpengaruh dalam jaminan kesehatan pada perempuan di Sumatera Utara tahun 2017.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui faktor – faktor yang mempengaruhi jaminan kesehatan pada perempuan di Sumatera Utara tahun 2017.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Untuk mengetahui Persentase perempuan yang memiliki JKN dari usia, tingkat pendidikan, status pekerjaan, daerah tempat tinggal, status ekonomi, dan status perkawinan di Sumatera Utara.
2. Untuk mengetahui hubungan kepemilikan JKN pada perempuan dari kelompok usia, tingkat pendidikan, status pekerjaan, daerah tempat tinggal, status ekonomi, dan status perkawinan di Sumatera Utara.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Dalam penelitian ini diharapkan dapat mengembangkan pengetahuan bahwa pentingnya jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan.

1.4.2 Manfaat praktis

1. Bagi peneliti

Bagi peneliti, manfaat penelitian ini adalah menambah wawasan mengenai faktor yang berpengaruh dalam kepemilikan jaminan kesehatan pada perempuan di wilayah Sumatera utara.

2. Bagi Institusi

Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan kualitas jaminan kesehatan pada perempuan di seluruh Indonesia.

3. Bagi masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan partisipasi masyarakat dalam memelihara kesehatan serta memiliki jaminan kesehatan dan diharapkan dapat memberikan informasi tambahan berupa edukasi dalam kepemilikan jaminan kesehatan.

BAB II

LANDASAN TEORITIS

2.1 Perempuan

2.1.1 Definisi Perempuan

Seorang gadis yang masih berusia dibawah 20 tahun belum dapat dikatakan sebagai wanita (dewasa) tetapi disebut dengan anak usia belasan atau anak remaja sampai ia mencapai usia dewasa atau mencapai usia 21 tahun (Harlock,1990). Semakin diakui bahwa transisi ke masa dewasa merupakan titik krisis dalam perjalanan hidup (Arnett,2000,2006).

2.2 Jaminan Kesehatan Nasional

2.1.1 Pengertian jaminan kesehatan nasional

Jaminan kesehatan adalah suatu bentuk-bentuk proteksi kesehatan bagi peserta untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan dan mendapat fungsi pemeliharaan kesehatan yang ditujukan pada tiap peserta yang telah membayar iuran baik berasal dari pribadi maupun pemerintah (Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan).

2.3 Tujuan jaminan kesehatan nasional

Tujuan jaminan kesehatan nasional yaitu menjamin peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan untuk mencukupi keperluan kesehatan.

2.4 Manfaat jaminan kesehatan nasional

Ada dua manfaat dari jaminan kesehatan nasional yaitu manfaat medis dan manfaat non medis.

- a. Manfaat medis

Manfaat medis memberikan manfaat jaminan kesehatan berupa pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitative termasuk pelayanan obat yang dibutuhkan.

b. Manfaat non medis

Manfaat non medis meliputi akomodasi dan ambulans untuk pasien rujukan yang ditetapkan oleh BPJS kesehatan.

2.5 Prinsip jaminan kesehatan nasional

Jaminan kesehatan nasional mengacu pada prinsip asuransi social sesuai dengan amanat UU SJSN, yaitu : Nirlaba, gotong royong, portabilitas, serta dana yang dikelola sepenuhnya digunakan untuk manfaat sebesar-besarnya bagi peserta JKN (Kemenkes, 2013).

a. Nirlaba

Pengelolaan dana amanat oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yaitu nirlaba bukan untuk mencari laba (for profit oriented)

b. Gotong royong

Gotong royong menjadi salah satu prinsip dalam hidup kemasyarakatan serta menjadi salah satu akar kebudayaan. Dalam SJSN, prinsip gotong royong yaitu peserta yang mampu membantu peserta yang tidak mampu dan peserta yang sehat membantu peserta yang sakit atau yang memiliki resiko tinggi.

c. Portabilitas

Portabilitas jaminan social untuk memnberikan jaminan yang berkelanjutan kepada peserta serta mereka berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

d. Pengelolaan Dana

Pengelolaan dana jaminan social dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-bear kepentingan peserta.

2.6 Karakteristik JKN

Program JKN merupakan program pemerintah untuk menjamin derajat kesehatan masyarakat yang meliputi seluruh warga negara tanpa terkecuali. Hal ini merupakan yang mengharuskan BPJS untuk menjaring peserta JKN dari seluruh lapisan masyarakat bawah sampai pejabat. Yang membedakan yaitu masyarakat yang tidak mampu (miskin) iuran BPJS-nya ditanggung oleh pemerintah yang masuk dalam kategori peserta-PBI (Peserta Penerima Bantuan Iuran).

2.7 Implementasi Program JKN

Dalam implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) telah diatur pola pembayaran kepada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan adalah dengan INA CBG`s sesuai dengan Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan sebagaimana telah diubah dengan Perautan Presiden Nomor 111 Tahun 2013.

Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah suatu program pemerintah dan masyarakat dengan tujuan memberikan kepastian jaminan kesehatan yang menyeluruh bagi setiap rakyat Indonesia agar penduduk Indonesia dapat hidup sehat, produktif, dan sejahtera (Kemenkes RI, 2014). Program ini menjadi prioritas pemerintah, yaitu Program Kementerian Kesehatan dan Program Dewan Jaminan Sosial Nasional. UU SJSN No 40 tahun 2004 menetapkan asuransi social dan ekuitas sebagai prinsip penyelenggaraan JKN (Kemenkes RI, 2014). Kedua prinsip dilaksanakan dengan menetapkan

kepesertaan wajib dan penahapan implementasinya, iuran sesuai dengan besaran pendapatan, manfaat JKN sesuai dengan kebutuhan medis, serta tata kelola dana amanah peserta oleh badan penyelenggara nirlaba dengan mengedepankan kehati-hatian, akuntabilitas efisiensi dan efektifitas (Kemenkes RI, 2014).

Kebijakan kesehatan nasional merupakan keputusan yang dibuat oleh mereka yang bertanggung jawab dalam bidang kesehatan, untuk dapat memberikan arahan dalam pemecahan masalah kesehatan supaya tujuan tercapai (Thabrany, 2014). Sektor kesehatan merupakan bagian penting dari perekonomian di berbagai negara. Sejumlah pendapat menyatakan bahwa sector kesehatan sama dengan spons yang dapat menyerap banyak sumber daya nasional untuk membiayai banyak tenaga kesehatan (Thabrany, 2014).

Peserta BPJS adalah peserta atau pemegang jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas) atau jaminan kesehatan daerah (Jamkesda), yang otomatis diahlikan menjadi peserta BPJS. Peserta Jamkesmas adalah setiap orang miskin dan tidak mampu yang terdaftar dan memiliki kartu Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). Sedangkan Jamkesda adalah masyarakat miskin yang tidak mendapatkan kartu Jamkesmas, maka dimasukkan kedalam Jamkesda. Peserta BPJS ada yang kelompok Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan non-PBI. Disamping itu ada yang mandiri dan yang otomatis seperti PNS, TNI, POLRI langsung masuk menjadi anggota JKN.

2.8 Faktor – faktor yang mempengaruhi Jaminan Kesehatan

2.8.1 Tingkat Pendidikan

Belajar pada hakikatnya merupakan upaya penyempurnaan potensi atau kemampuan pada organisme biologis dan psikis yang diperlukan dalam hubungan manusia dengan luar dan hidup masyarakat. Pendidikan merupakan upaya atau kegiatan untuk menciptakan perilaku masyarakat yang kondusif (Notoatmodjo, 2003).

Pendidikan merupakan kegiatan yang universal dalam kehidupan manusia, bahkan peradaban masyarakat suatu masyarakat di dalamnya terjadi suatu proses pendidikan. Pendidikan telah ada sepanjang peradaban manusia (Gunawan, 2012). Pendidikan berdasarkan cara mendapatkannya dapat dibagi menjadi 3 alur pendidikan yaitu : pendidikan informal, pendidikan nonformal dan pendidikan formal (Gunawan, 2012).

2.8.2 Pekerjaan

Pekerjaan seseorang dapat mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan, tingkat kesejahteraan yang baik dapat meningkatkan akses seseorang ke layanan kesehatan untuk menjaga status kesehatannya agar tetap baik (Indriyani, 2012). Status pekerjaan dapat mempengaruhi perilaku seseorang dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan.

2.8.3 Pendapatan

Menurut Reksoprayitno, pendapatan atau income adalah uang yang diterima oleh seseorang dan perusahaan dalam bentuk gaji, upah, sewa bunga, dan laba termasuk juga beragam tunjangan, seperti kesehatan dan pensiun

(Reksoprayitno, 2009).

Ada 3 kategori pendapatan yaitu :

1. Pendapatan berupa uang yaitu segala penghasilan berupa uang yang sifatnya regular dan yang diterima biasanya sebagai balas jasa atau kontra prestasi
2. (Kusumaningrum & Soewondo, 2019) Pendapatan berupa barang adalah segala pendapatan yang sifatnya regular dan biasa, akan tetapi selalu berbentuk balas jasa dan diterima dalam bentuk barang dan jasa
3. Pendapatan yang bukan merupakan pendapatan adalah segala penerimaan yang bersifat transfer redistributive dan biasanya membuat perubahan dalam keuangan rumah tangga (Sunuharjo, 2009).

2.9 Kajian Integrasi Keislaman

Kemiskinan merupakan permasalahan yang selalu ada di setiap negara, baik dalam bentuk kemiskinan yang sifatnya absolut maupun relative. Masalah kemiskinan ini harus diupayakan penyelesaiannya, sebab jika tidak mampu diselesaikan, maka akan menjadi permasalahan yang dapat mengganggu aktivitas perekonomian. Islam sebagai sebuah ajaran menawarkan beberapa doktrin bagi manusia yang berlaku secara universal dengan dua ciri dimensi, yaitu kebahagiaan di dunia dan kebahagiaan hidup di akhirat (Aedy 2011). Namun kenyataannya, tidak semua warga negara dapat dengan mudah mendapatkan kesejahteraan. Kesejahteraan dalam islam tidak dapat dilepaskan dengan pembahasan mengenai jaminan sosial.

Jaminan sosial merupakan salah satu bentuk perlindungan social yang

Adam dan Hawa. Semua manusia sama saja derajat kemanusiaannya, tidak ada perbedaan antara satu suku dengan suku lainnya. Kemudian Kami jadikan kamu berbangsa-bangsa dan bersuku-suku agar kamu saling mengenal dan dengan

dan teman sejawat, ibnu sabil dan hamba sahayamu. Sesungguhnya Allah tidak menyukai orang-orang yang sombong dan membangga-banggakan diri.” (QS. al-Nisa(4):36)

terhadap suatu kaum mendorongmu untuk berlaku untuk berlaku tidak adil.
Bertakwalah kepada Allah, sesungguhnya Allah Maha Mengetahui apa yang
kalian kerjakan .” (QS.al- Mai`dah (5) : 8)

Ayat selanjutnya memberikan tuntunan agar umat Islam berlaku adil, tidak hanya kepada sesama umat Islam, tetapi juga kepada siapa saja walaupun kepada orang-orang yang tidak disukai. Wahai orang-orang yang beriman! Jadilah kamu sebagai penegak keadilan, yakni orang yang selalu dan bersungguh-sungguh menegakkan kebenaran, karena Allah, ketika kalian menjadi saksi maka bersaksilah dengan adil. Dan janganlah kebencianmu terhadap suatu kaum, yakni kepada orang-orang kafir dan kepada siapa pun, mendorong kamu untuk berlaku tidak adil terhadap mereka. Berlaku adillah kepada siapa pun, karena adil itu lebih dekat kepada takwa. Dan bertakwalah kepada Allah dengan mengerjakan perintah-Nya dan meninggalkan larangan-Nya, sungguh, Allah Mahateliti, Maha Mengetahui apa yang kamu kerjakan, baik yang kamu lahirkan maupun yang kamu sembunyikan.

Ketiga asas ini merupakan landasan asas yang *sustainable* dan *relatable*, di mana antara asas yang satu dengan yang lain akan saling berdampingan dan tidak dapat berdiri sendiri untuk menopang dari sifat jaminan social. Menurut Subianto, jaminan social sebagai suatu sistem akan dapat memberikan energy bagi setiap warga negara untuk membangun cita-cita negaranya menuju masyarakat yang adil, makmur, dan sejahtera (Subianto, 2011).

2.9.2 Jaminan Kesehatan Dalam Islam

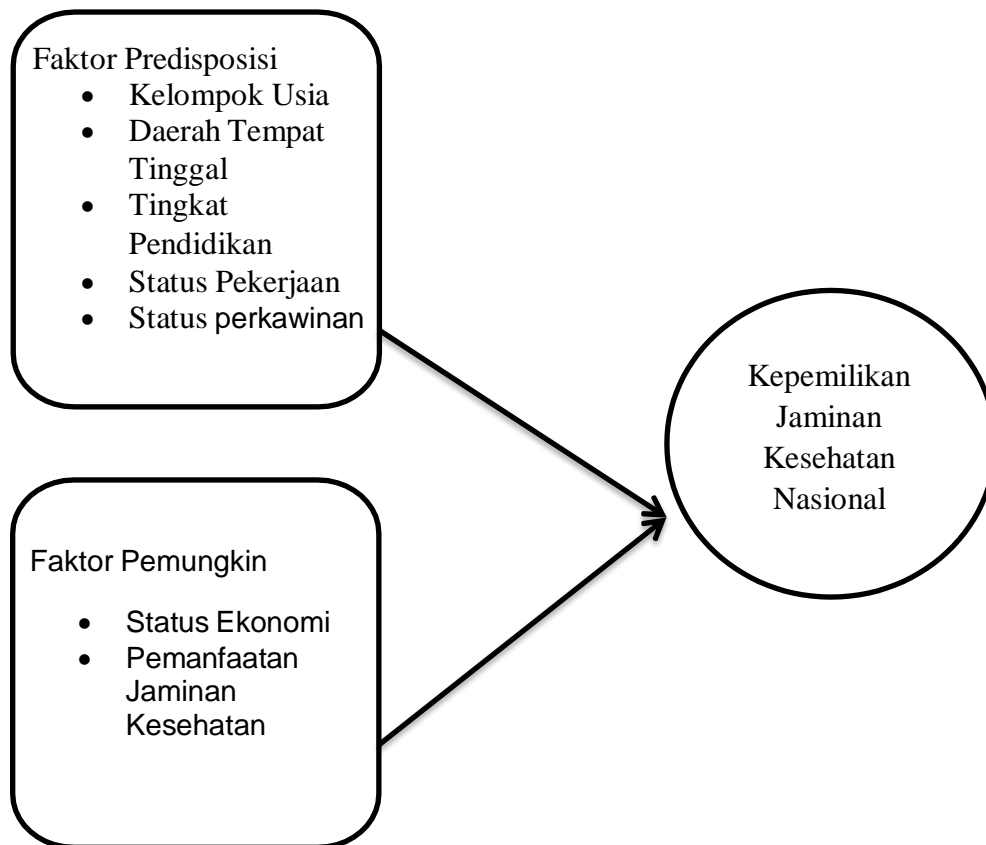
Penguasa berkewajiban untuk menjamin terpenuhinya hak-hak rakyat dalam kesehatan tanpa ada unsur bisnis di dalamnya karena mengandung ketidakadilan. Jaminan kesehatan dalam islam memiliki tiga sifat. Pertama : berlaku umum tanpa diskriminasi, yaitu tidak ada pengkelasan dan pembedaan

dalam pemberian layanan kesehatan pada rakyat. Kedua: bebas biaya. Rakyat tidak boleh dikenai pungutan biaya apapun untuk mendapatkan pelayanan kesehatan oleh negara. Ketiga : seluruh rakyat harus diberi kemudahan untuk bisa mendapatkan pelayanan kesehatan oleh negara.

Keberadaan tafsir feminis yang ramah gender menjadi sangat penting untuk membangun kembali pemahaman al-Qur`an yang didalamnya mengandung relasi antar manusia baik laki-laki maupun perempuan dengan menekankan spirit kesetaraan dan keadilan. Tafsir feminis lahir dari rasa ketidakpuasan terhadap hasil penafsiran ulama-ulama klasik maupun kontemporer yang didominasi oleh mufasir laki-laki (tafsir yang bias gender). Mayoritas penafsir mengkritik sentralitas dan dominasi laki-laki dalam melakukam penafsiram al-Qura`an telah membentuk paradigma pemahaman al-Qur`an dan Islam yang patriaki, memberikan kesan inferioritas kedudukan perempuan dan mengangkat superioritas laki-laki (Baidowi, 2005)

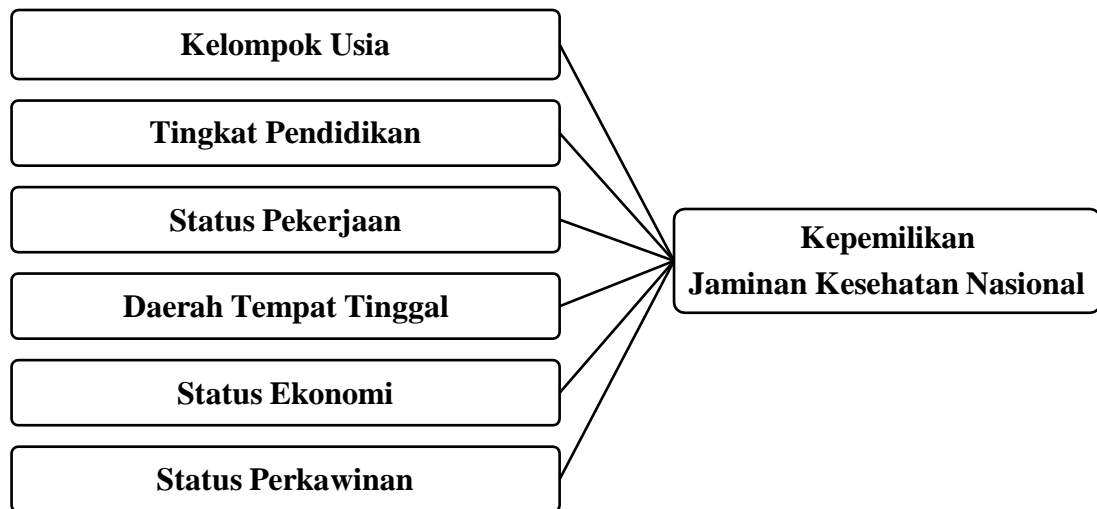
2.10 Kerangka Teori

Menurut Lawrence Green (1980) dalam Notoatmodjo (2010) bahwa perilaku kesehatan dipengaruhi oleh tiga faktor, yaitu faktor predisposisi, faktor pemungkin dan faktor penguat.



Gambar 2.1 Kerangka Teori menurut Lawrence Green (1980)

2.11 Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

2.12 Hipotesis

1. Ada hubungan antara kelompok usia dengan kepemilikan jaminan kesehatan pada perempuan di Sumatera Utara
2. Ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan kepemilikan jaminan kesehatan pada perempuan di Sumatera Utara
3. Ada hubungan antara status pekerjaan pekerjaan dengan kepemilikan jaminan kesehatan pada perempuan di Sumatera Utara
4. Ada hubungan antara daerah tempat tinggal dengan kepemilikan jaminan kesehatan pada perempuan di Sumatera Utara
5. Ada hubungan antara status ekonomi dengan kepemilikan jaminan kesehatan pada perempuan di Sumatera Utara
6. Ada hubungan antara status perkawinan dengan kepemilikan jaminan kesehatan pada perempuan di Sumatera Utara

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Jenis dan Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan pendekatan Analisis Data Sekunder (ADS) dan menggunakan desain studi *cross sectional*. Data yang digunakan dalam penelitian ini merupakan data sekunder Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2017 yang dilakukan oleh Badan Pusat Statistik (BPS), Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), dan Kementerian Kesehatan.

3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2017 dilakukan di 34 wilayah provinsi yang tersebar di Indonesia selama periode waktu 2017. Sedangkan waktu penelitian yang digunakan oleh peneliti pada bulan Maret 2021 hingga September 2021.

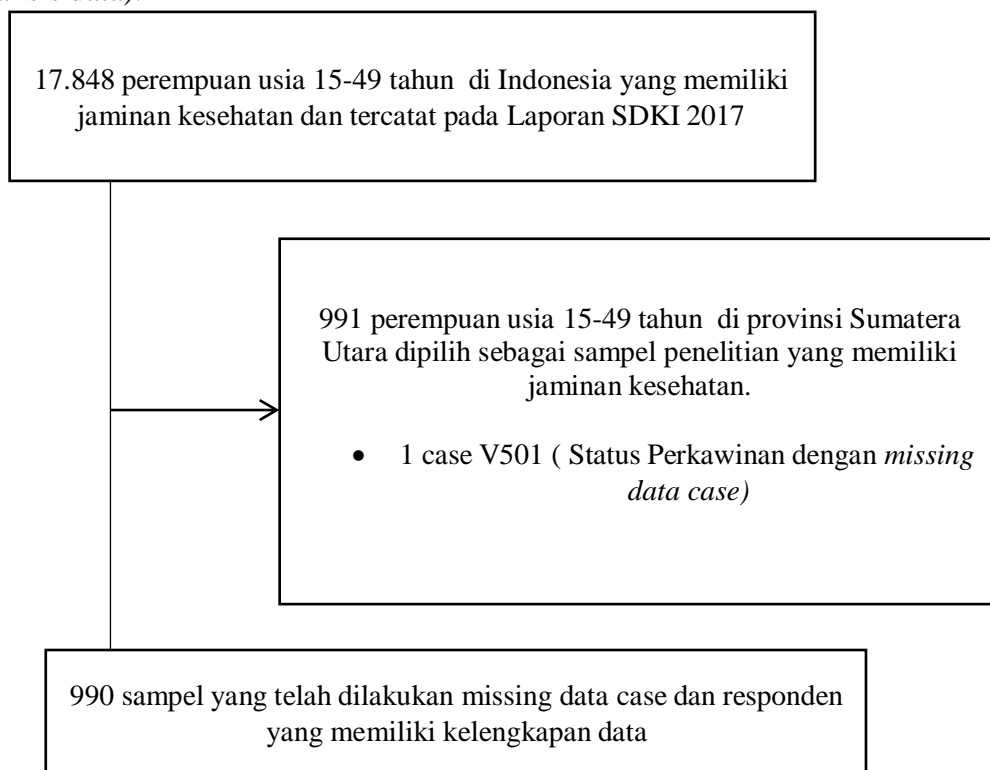
3.3 Populasi dan Sampel Penelitian

3.3.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh perempuan usia 15-49 tahun yang pernah menikah dan tidak menikah selama periode yang telah dilakukan penelitian SDKI di Provinsi Sumatera Utara.

3.3.2 Sampel

Sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah total dari seluruh populasi dan memenuhi kriteria sehingga sampel sebanyak 990 responden. Peneliti memilih wanita usia dari 15-49 tahun di Provinsi Sumatera Utara, kemudian mengecek kembali kelengkapan responden (agar tidak ada missing data untuk memudahkan pada tahap selanjutnya), selanjutnya mengoreksi kembali kelengkapan data pada variabel-variabel yang tersedia dan sesuai dengan tujuan penelitian (agar tidak ada *missing data* untuk memudahkan dalam melakukan analisis data).



Gambar 3.1 Alur Penentuan Sampel

3.4 Teknik Pengumpulan Data

3.4.1 Jenis data

Jenis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder yang didapat dari hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia Tahun 2017. Peneliti mempelajari kuesioner SDKI 2017, kemudian dilakukan penelusuran data yang telah dikumpulkan dan dipilih variabel – variabel yang tersedia serta sesuai dengan tujuan penelitian.

3.4.2 Alat atau Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian data dalam penelitian ini menggunakan kuesioner SDKI (Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia) Tahun 2017 dengan memilih variabel – variabel yang memenuhi kriteria dan sesuai dengan tujuan penelitian

3.4.3 Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data SDKI 2017 dilakukan melalui wawancara langsung yang dilakukan oleh tenaga pengumpul data dengan menggunakan kuesioner yang melibatkan 145 tim pada kegiatan lapangan. Sedangkan penelitian ini, data diperoleh dengan cara mengambil sebagian data utama/master yang meliputi variabel – variabel yang dipilih dan dianalisa terlebih dahulu untuk melihat apakah terdapat *missing data*.

3.5 Variabel Penelitian

Variabel penelitian in terdiri dari dependen yaitu kepemilikan jaminan kesehatan dan variabel independen yaitu kelompok usia, daerah tempat tinggal, tingkat pendidikan, status pekerjaan, status ekonomi, dan status perkawinan.

3.6 Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
Variable Independen					
Kelompok Usia	Waktu hidup responden yang dihitung dalam tahun sejak lahir sampai proses wawancara berlangsung.	Analisis Data Sekunder	Kuesioner	1. < 30 tahun 2. ≥ 30 tahun	Ordinal
Daerah Tempat Tinggal	Tempat menetapnya responden.	Analisis Data Sekunder	Kuesioner	1. Rural 2. Urban	Nominal
Tingkat Pendidikan	Pendidikan yang telah berhasil ditempuh responden.	Analisis Data Sekunder	Kuesioner	1. Pendidikan Dasar 2. Pendidikan Tinggi	Ordinal
Status Pekerjaan	Kegiatan atau aktivitas yang dilakukan oleh seseorang.	Analisis Data Sekunder	Kuesioner	1. Tidak Bekerja 2. Bekerja	Ordinal
Status Ekonomi	Keadaan responden berdasarkan kepemilikan barang rumah tangga.	Analisis Data Sekunder	Kuesioner	1. Terbawah 2. Menengah 3. Teratas	Ordinal
Status Perkawinan	Status/keadaan dimana lengkap tidaknya pasangan hidup yang terikat perkawinan	Analisis Data Sekunder	Kuesioner	Tidak Menikah Menikah	Nominal
Variabel Dependen					
Kepemilikan Jaminan Kesehatan	Kuikutsertaan responden dalam asuransi kesehatan baik asuransi sosial seperti BPJS (PBI maupun Non PBI) dan Jamkesda maupun asuransi swasta.	Analisis Data Sekunder	Kuesioner	1. Tidak Memiliki JKN 2. Memiliki JKN	Ordinal

3.7 Analisis Data

Dalam penelitian yang dilakukan oleh peneliti, data yang telah melalui tahap pengolahan data dianalisis dengan menggunakan analisis univariat dan bivariat.

3.7.1 Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk melihat distribusi frekuensi pada masing-masing variabel seperti kelompok usia, tingkat pendidikan, status pekerjaan, daerah tempat tinggal, status ekonomi, status perkawinan, dan kepemilikan jaminan kesehatan. Seluruh variabel yang diteliti berupa kategorik dan data disajikan dalam bentuk tabel.

3.7.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk melihat distribusi antara variabel independen, (kelompok usia, tingkat pendidikan, status pekerjaan, daerah tempat tinggal, status ekonomi, status perkawinan) dengan variabel dependen (kepemilikan jaminan kesehatan) dengan menggunakan uji statistik *chi-square* dengan bantuan Aplikasi SPSS.

Untuk melihat hasil kemaknaan perhitungan statistik digunakan derajat kepercayaan 95% ($\alpha = 0,05$). Analisis lebih lanjut dilakukan untuk melihat nilai *Odds Ratio* (OR). Nilai OR digunakan untuk menggambarkan kekuatan hubungan antara variabel independen dan variabel dependen. *Odds Ratio* dapat menunjukkan variabel independen yang mana memiliki hubungan terhadap variabel dependen. Penggunaan uji *chi-square* digunakan karena baik variabel independen maupun dependen berupakan data kategorik.

BAB IV
HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

4.1.1 Karakteristik Responden

Tabel 4.1.1 Analisa Univariat Variabel Penelitian

Kepemilikan JKN	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Tidak Memiliki JKN	473	47,8
Memiliki JKN	517	52,2
Total	990	100,0
Kelompok Usia	Frekuensi (n)	Persentase (%)
< 30	441	44,5
>= 30	549	55,5
Total	990	100,0
Tingkat Pendidikan	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Pendidikan Rendah	451	45,6
Pendidikan Tinggi	539	54,4
Total	990	100,0
Status Pekerjaan	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Tidak Bekerja	475	48,0
Bekerja	515	52,0
Total	990	100,0
Daerah Tempat Tinggal	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Rural	510	51,5
Urban	480	48,5
Total	990	100,0
Status Ekonomi	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Terbawah	507	51,2
Menengah	199	20,1
Teratas	284	28,7
Total	990	100,0
Status Perkawinan	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Tidak Menikah	26	2,6
Menikah	964	97,4
Total	990	100,0

Berdasarkan tabel kepemilikan jaminan kesehatan, responden yang memiliki Jaminan Kesehatan Nasional sebanyak 517 orang (52,2 %), sedangkan yang tidak memiliki Jaminan Kesehatan Nasional sebanyak 473 orang (47,8%). Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Sistem Jaminan Sosial Nasional ini diselenggarakan melalui mekanisme Asuransi Kesehatan Sosial yang bersifat wajib (*mandatory*) berdasarkan Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Tujuannya yaitu agar semua penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi, sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak (Kemenkes-RI, 2014).

Berdasarkan tabel pada kelompok usia menunjukkan responden pada kelompok usia ≥ 30 tahun sebanyak 549 orang (44,5%), sedangkan responden yang kelompok usia < 30 tahun sebanyak 441 orang (55,5%). Berdasarkan pada tabel tingkat pendidikan menunjukkan bahwa pada responden yang memiliki pendidikan tinggi sebanyak 539 orang (54,4 %), sedangkan responden yang berpendidikan rendah sebanyak 451 orang (45,6%). Berdasarkan tabel pada status pekerjaan menunjukkan responden yang bekerja sebanyak 515 orang (52,0 %), sedangkan responden yang tidak bekerja sebanyak 475 orang (48,0 %).

Berdasarkan pada tabel daerah tempat tinggal menunjukkan lebih banyak responden yang tinggal di desa sebanyak 510 orang (51,5%), sedangkan responden yang tinggal di perkotaan sebanyak 480 orang (48,5%). Kemudian berdasarkan tabel pada status ekonomi menunjukkan responden yang ekonomi terbawah sebanyak 507 orang (51,2%), sedangkan responden yang paling rendah

yaitu di ekonomi teratas sebanyak 284 orang (28,7%). Dan berdasarkan tabel pada status perkawinan menunjukkan responden yang menikah sebanyak 964 orang (97,4%), sedangkan responden yang tidak menikah sebanyak 26 orang (2,6 %).

4.1.2 Hubungan Variabel Penelitian

Tabel 4.1.2 Analisa Bivariat Variabel Penelitian

	Kepemilikan		JKN		Total		ρ	OR 95 % CI
	Tidak		Ya		n	%		
	n	%	n	%	n	%		
Usia								
< 30	215	21.7	226	22.8	441	44.5	0.627	1.073 (0.835-1.379)
>30	258	26.1	291	29.4	549	55.5		
Total	473	47.8	517	52.2	990	100.0		
Pendidikan								
Rendah	246	24.8	205	20.7	451	45.6	0.000	1.649 (1.282 -2.122)
Tinggi	227	22.9	312	31.5	539	54.4		
Total	473	47.8	517	52.2	990	100.0		
Pekerjaan								
Tidak bekerja	223	22.5	252	25.5	475	48.0	0.661	0.938 (0.731 - 1.204)
Bekerja	250	25.3	265	26.8	515	52.0		
Total	473	47.8	517	52.2	990	100.0		
Tempat Tinggal								
Rural	272	27.5	238	24.0	510	51.5	0.000	1.586 (1.234 -2.040)
Urban	201	20.3	279	28.2	480	48.5		
Total	473	47.8	517	52.2	990	100.0		
Status Ekonomi								
Terbawah	286	56.4	221	43.6	507	100.0	0.000	2.790 (1.234- 3.786)
Menengah	97	48.7	102	51.3	199	100.0		
Teratas	90	31.7	194	68.3	284	100.0		
Total	473	136.8	517	163.2	990	100.0		
Status Perkawinan								
Tidak Menikah	16	61.5	10	38.5	26	100.0	0.221	1.775 (0.797-3.951)
Menikah	457	47.4	507	52.6	964	100.0		
Total	473	108.9	517	91.1	990	100.0		

Pada variabel kelompok usia didapatkan hasil analisis dengan menggunakan Chi square didapatkan nilai probabilitas (p) sebesar 0,627. Nilai $p < 0,05$ dengan arti H_0 diterima dan H_a ditolak. Hal ini berarti tidak ada hubungan antara kelompok usia dengan kepemilikan jaminan kesehatan pada perempuan di Sumatera Utara. Pada tabel kelompok usia menunjukkan bahwa dari 990 responden yang memiliki jaminan kesehatan sebanyak 517 responden (52,2 %), sedangkan yang tidak memiliki sebanyak 473 responden (47,8 %). Selanjutnya responden pada kelompok usia < 30 tahun ada 226 responden (22,8%) yang memiliki jaminan kesehatan sedangkan yang tidak memiliki ada sebanyak 215 responden (21,7%). Sedangkan responden pada kelompok usia ≥ 30 tahun ada 291 responden (29,4%) yang memiliki jaminan kesehatan dan yang tidak memiliki sebanyak 258 responden (26,1%).

Pada variabel tingkat pendidikan didapatkan hasil analisis dengan menggunakan Chi square didapat nilai probabilitas (p) sebesar 0,000. Nilai $p < 0,05$ maka dari itu H_0 ditolak dan H_a diterima. Dari hasil tersebut ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan kepemilikan jaminan kesehatan pada perempuan di Sumatera Utara. Dari hasil tabel tingkat pendidikan menunjukkan bahwa dari 451 responden yang memiliki pendidikan rendah sebanyak 246 responden (24,8) yang tidak memiliki jaminan kesehatan. Sedangkan responden yang berpendidikan rendah yang memiliki jaminan kesehatan sebanyak 227 responden (22,9). Selanjutnya dari 539 responden yang berpendidikan tinggi ada 227 responden (22,9) yang tidak memiliki jaminan kesehatan. Sedangkan yang berpendidikan tinggi dan memiliki jaminan kesehatan ada sebanyak 312 responden (31,5%).

Berdasarkan pada variabel status pekerjaan menunjukkan bahwa dari 475

responden yang tidak bekerja ada sebanyak 223 responden (22,5%) yang tidak memiliki jaminan kesehatan, sedangkan ada 252 responden (25,5) yang memiliki jaminan kesehatan. Selanjutnya dari 515 responden ada 250 responden (25,3) yang bekerja tetapi tidak memiliki jaminan kesehatan, sedangkan ada sebanyak 265 responden (26,8%) yang bekerja dan memiliki jaminan kesehatan. Hasil analisis dengan menggunakan Chi square didapat nilai probabilitas (p) sebesar 0,000. Nilai $p < 0,05$ maka dari itu H_0 ditolak dan H_a diterima. Hasil analisis dengan menggunakan Chi square didapat nilai probabilitas (p) sebesar 0,000. Nilai (p) sebesar 0,661. Nilai $p < 0,05$ dengan arti H_0 diterima H_a ditolak. Hal ini berarti tidak ada hubungan antara status pekerjaan dengan kepemilikan jaminan kesehatan pada perempuan di Sumatera Utara.

Berdasarkan pada variabel daerah tempat tinggal menunjukkan bahwa dari 510 responden yang berada di rural (perdesaan) ada sebanyak 272 responden (27,5%) yang tidak memiliki jaminan kesehatan, sedangkan 238 responden (24,0%) yang memiliki jaminan kesehatan. Selanjutnya ada sebanyak 480 responden yang berada di urban (perkotaan) diantaranya ada sebanyak 201 responden (20,3%) yang tidak memiliki jaminan kesehatan, sedangkan 279 responden (28,2%) yang memiliki jaminan kesehatan. Hasil analisis dengan menggunakan Chi square didapat nilai probabilitas (p) sebesar 0,000. Nilai $p < 0,05$ maka dari itu H_0 ditolak dan H_a diterima. Dari hasil tersebut ada hubungan antara daerah tempat tinggal dengan kepemilikan jaminan kesehatan pada perempuan di Sumatera Utara.

Dari hasil pada variabel bahwa 507 responden (100,0%) dikalangan terbawah terdapat ada 286 responden (56,4%) yang tidak memiliki jaminan

kesehatan sedangkan ada 221 responden (43,6%) yang memiliki jaminan kesehatan. Kemudian ada 199 responden (100,0%) dari kalangan menengah ada 97 responden (48,7%) yang tidak memiliki jaminan kesehatan sedangkan terdapat 102 responden (51,3%) yang memiliki jaminan kesehatan. Selanjutnya ada sebanyak 284 responden (100,0%) dari kalangan teratas yaitu ada 90 responden (31,7%) yang tidak memiliki jaminan kesehatan sedangkan terdapat 194 responden (68,3%) yang memiliki jaminan kesehatan. Hasil analisis dengan menggunakan Chi square didapat nilai probabilitas (p) sebesar 0,000. Nilai $p < 0,05$ maka dari itu H_0 ditolak dan H_a diterima. Dari hasil tersebut ada hubungan antara daerah tempat tinggal dengan kepemilikan jaminan kesehatan pada perempuan di Sumatera Utara.

Dari hasil tabel pada variabel menunjukkan ada 26 responden yang tidak menikah terdapat 16 responden (61,5%) yang tidak memiliki jaminan kesehatan. Sedangkan ada 10 responden (38,5%) yang memiliki jaminan kesehatan. Selanjutnya 964 responden yang sudah menikah yaitu ada sebanyak 457 responden (47,4%) yang tidak memiliki jaminan kesehatan sedangkan ada 507 responden (52,6%) yang memiliki jaminan kesehatan. Hasil analisis dengan menggunakan Chi square didapatkan nilai probabilitas (p) sebesar 0,221. Nilai $p < 0,05$ dengan arti H_0 diterima dan H_a ditolak. Hal ini berarti tidak ada hubungan antara status perkawinan dengan kepemilikan jaminan kesehatan pada perempuan di Sumatera Utara.

4.2 Pembahasan

Untuk mengetahui lebih lanjut dari hasil penelitian yang telah dilakukan dengan cara pengolahan dan penyajian data, akan dibahas dengan jelas sesuai

variabel yang diteliti sebagai berikut :

4.2.1 Hubungan Kelompok Usia dengan Kepemilikan JKN

Berdasarkan hasil uji statistik pada variabel kelompok usia diperoleh hasil p value sebesar 0,627. Hasil tersebut menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara kelompok usia dengan kepemilikan JKN. Mayoritas orang dengan usia >30 tahun sudah terdaftar sebagai peserta BPJS dan bersedia membayar iuran BPJS Kesehatan . Sedangkan orang dengan usia <30 tahun cenderung belum terdaftar sebagai peserta BPJS Kesehatan.

Kirigia dkk (2005) menyatakan bahwa seiring bertambahnya usia, kualitas kesehatan selalu mengalami penurunan pada tingkat yang semakin besar (manifestasi dari proses penuan biologis) dari individu cenderung meningkatkan investasi dalam hal kesehatan (termasuk asuransi kesehatan) dalam upaya untuk mengurangi penyusutan. Pada temuan Grossmaan (1972) bahwa tingkat penurunan kualitas kesehatan semakin besar dengan bertambahnya usia, maka tidak mustahil orang yang tidak dalam keadaan sehat (tua) akan melakukan investasi yang lebih besar pada aspek kesehatan sehat dari pada orang yang sehat (muda). Alasan di atas didukung pada temuan Handajani dkk (2010) yang menyatakan bahwa kematian penyakit degeneratif terbanyak pada usia 45 tahun keatas yang dimungkinkan karena terjadinya perubahan demografi dan komposisi

umur, dimana kejadian penyakit degeneratif (terutama diabetes) akan merata pada semua golongan umur.

4.2.2 Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Kepemilikan JKN

Berdasarkan hasil uji statistik pada variabel tingkat pendidikan diperoleh hasil *p value* sebesar 0,000. Hasil tersebut menunjukkan bahwa ada hubungan tingkat pendidikan dengan kepemilikan JKN. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Hanindia, Soemadi dan Setiawati (2012) di Puskesmas Kecamatan Cimanggis Kota Depok menunjukkan sebagian besar responden memiliki tingkat pendidikan rendah (58,8%) dan sisanya memiliki tingkat pendidikan sedang (13,7%) dan tinggi (27,5%), dkk (2012).

Pendidikan kesehatan adalah kegiatan menciptakan suatu perilaku kondusif dalam hal kesehatan. Dalam hal pendidikan kesehatan, masyarakat bisa sadar dan tahu bagaimana memelihara kesehatan, mencegah hal-hal yang merugikan kesehatan. Kurangnya kesadaran dan pengetahuan seseorang mengenai perilaku kesehatan, juga berkurangnya kepemilikan jaminan kesehatan yang ada. Semakin tinggi pendidikan seseorang maka motivasi memiliki jaminan kesehatan juga semakin tinggi. Semakin tinggi pendidikan, maka masyarakat juga menganggap penting mengenai faktor kesehatan (Sondari, 2015).

Secara teoritis, umur merupakan suatu faktor yang sangat berpengaruh terhadap kepemilikan jaminan kesehatan. Semakin bertambahnya umur maka semakin bertambah pula kepemilikan jaminan kesehatan. Semakin bertambah umur seseorang, maka tubuh akan semakin rentan terhadap penyakit karena daya tahan tubuh yang mulai menurun.

Pendidikan adalah sebuah proses untuk mengubah sikap dan tata laku seseorang atau kelompok orang dalam usaha mendewasakan manusia melalui upaya penjaran dan pelatihan. Pendidikan merupakan upaya atau kegiatan untuk menciptakan perilaku masyarakat yang kondusif (Notoatmodjo, 2003). Pendidikan formal yang ditempuh seseorang pada dasarnya adalah merupakan suatu proses menuju kematangan intelektual, untuk itu pendidikan tidak dapat terlepas dari proses belajar. Dengan belajar pada hakikatnya merupakan upaya penyempurnaan potensi atau kemampuan pada organisme biologis dan psikis yang diperlukan dalam hubungan manusia dengan luar dan hidup bermasyarakat. Menurut Anderson (1974) yang dikutip dari Notoatmodjo (2012) tingkat pendidikan adalah salah satu karakteristik individu yang mempengaruhi seseorang dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan.

Sesuai dengan penelitian dari Kofoworola et al., (2019), bahwa tingkat pendidikan memiliki hubungan dengan untuk mencapainya dalam kepemilikan asuransi kesehatan. Menurut Nosratnejad et al., (2016), salah satu yang mempengaruhi seseorang untuk bersedia memiliki dan membayar iuran asuransi kesehatan di Negara berpenghasilan rendah dan menengah adalah tingkat pendidikan. Tingkat pendidikan seseorang memiliki peran penting dalam keikutsertaan JKN. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang dapat mempengaruhi dalam melakukan sebuah tindakan perencanaan dan pengendalian untuk mengatasi sebuah resiko yang tidak pasti di masa depan yang timbul dalam kehidupan. Maka dengan tingkat pendidikan yang tinggi dapat meningkatkan

pemahaman dan pengetahuan masyarakat mengenai tentang asuransi kesehatan, sehingga mampu menimbulkan tingkat kesadaran yang tinggi dalam kepemilikan JKN.

Hasil ini sejalan dengan teori Anderson. Sebagai salah satu faktor predisposisi (Anderson dalam Notoatmodjo, 2012) tingkat pendidikan individu akan berpengaruh terhadap tindakan individu dalam kepemilikan jaminan kesehatan. Semakin tinggi tingkat pendidikan maka semakin besar kemungkinan seseorang dalam memanfaatkan JKN. Thabrany dalam Hanandia, dkk (2012) menyatakan bahwa pendidikan akan mempengaruhi konsumsi pelayanan kesehatan secara signifikan.

Keterkaitan antara tingkat pendidikan dengan kepemilikan jaminan kesehatan telah dibuktikan dalam beberapa penelitian terdahulu. Gerungan (2014) berpendapat bahwa semakin tinggi pendidikan akan mempengaruhi pribadi seseorang dalam berfikir, bersikap, mengambil keputusan, termasuk dalam merencanakan kesehatan salah satunya yaitu dengan mengikuti JKN. Pendapat ini diperkuat dengan hasil kajian yang menunjukkan ada hubungan antara pendidikan dengan pemilihan jenis iuran JKN mandiri/non PBI (Rohmawati,2014). Hasil senada juga ditunjukkan oleh kajian yang dilakukan Amu & Dickson (2016) di Ghana yang menunjukkan bahwa masyarakat berpendidikan tinggi memiliki

pandangan yang lebih tinggi berkaitan dengan perlunya memiliki asuransi kesehatan untuk menghadapi masalah kesehatan yang tidak terduga, sedangkan masyarakat berpendidikan rendah tidak menyadari tingkat ancaman yang akan ditimbulkan terkait masalah kesehatan yang tak terduga.

4.2.3 Hubungan Status Pekerjaan dengan Kepemilikan JKN

Berdasarkan hasil uji statistik pada variabel status pekerjaan diperoleh sebesar p value sebesar 0,661. Hasil dari uji tersebut menunjukkan bahwa tidak adanya hubungan antara status pekerjaan dengan kepemilikan JKN. Penelitian ini sejalan pada penelitian Arifin, dkk (2013) menyatakan tidak ada hubungan signifikan antara status pekerjaan responden dengan pemanfaatan fasilitas Jamkesmas.

Pekerjaan erat kaitannya dengan pendapatan seseorang. Bila seorang bekerja maka akan mendapatkan pendapatan yang bisa memenuhi kebutuhan sehari-hari, termasuk kebutuhan untuk memiliki jaminan kesehatan. Namun, ada atau tidaknya pekerjaan seseorang tidak menjadi suatu pertimbangan untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan di puskesmas tersebut.

Pekerjaan seseorang sangat mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan. Bekerja yaitu sebagai salah satu upaya untuk mendapatkan pemasukan, sehingga dapat memenuhi kebutuhan dan meningkatkan kesejahteraan. Tingkat

kesejahteraan yang baik dapat meningkatkan akses seseorang ke layanan kesehatan untuk menjaga status kesehatannya agar tetap baik (Indriyani, 2012). Menurut Lawrence Green dalam Notoatmodjo (2012) status pekerjaan merupakan salah satu faktor predisposisi yang dapat mempengaruhi perilaku seseorang dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan.

4.2.4 Hubungan Daerah Tempat Tinggal dengan Kepemilikan JKN

Berdasarkan hasil uji statistik pada variabel daerah tempat tinggal diperoleh p value sebesar 0,000. Hasil dari uji tersebut menunjukkan bahwa ada hubungan signifikan antara daerah tempat tinggal dengan kepemilikan JKN. Penelitian pada masyarakat wilayah perdesaan di Ghana menemukan fakta bahwa dengan cakupan asuransi yang baru mencapai 35% dari jumlah populasi penduduk, masyarakat mengaku cukup puas dengan pelayanan kesehatan dan premi yang mereka bayar. Disisi lain, pemberian jaminan pemeliharaan kesehatan pada masyarakat dengan pembiayaan ditanggung sepenuhnya oleh masyarakat dapat mengakibatkan pembengkakan biaya pelayanan kesehatan. Terdapat fakta beberapa negara berkembang bahwa pemberian perlindungan secara finansial terhadap pelayanan kesehatan dalam bentuk jaminan kesehatan justru memperbesar biaya pelayanan kesehatan akibat peningkatan pemakaian pelayanan kesehatan yang tidak perlu.

Cakupan JKN di perkotaan lebih tinggi dibandingkan dengan diperdesaan. Perbedaan hasil ini dapat terjadi karena adanya perbedaan pengkategorian pedesaan dan perkotaan dalam penelitian (Hassan Tawfik, 2020). Hal ini juga

dapat terjadi karena kehidupan di pedesaan tidak lagi tradisional dengan kemajuan teknologi khususnya di bidang media massa yang menyebabkan perubahan kehidupan rumah tangga di pedesaan yang meniru kehidupan rumah tangga perkotaan (Pandey et al., 2020). Oleh karena itu, tidaklah heran jika perempuan yang tinggal di pedesaan lebih sedikit memanfaatkan jaminan kesehatan.

Penelitian ini sejalan Styawan, (2020) secara statistik, uji chi square menghasilkan p value sebesar 0,000 lebih kecil dari 0,05. Hal ini menunjukkan terdapat hubungan signifikan antara wilayah tempat tinggal dengan kepemilikan jaminan kesehatan.

4.2.5 Hubungan Status Ekonomi dengan Kepemilikan JKN

Berdasarkan hasil uji statistik pada variabel status ekonomi diperoleh sebesar p value 0,000. Hasil uji tersebut menunjukkan bahwa adanya hubungan yang signifikan antara status ekonomi dengan kepemilikan JKN. Status ekonomi yang semakin baik menandakan tingkat pendapatan yang juga semakin baik sehingga memberikan akses seseorang dalam memiliki asuransi kesehatan dan memanfaatkan pelayanan kesehatan. Rendahnya status ekonomi dapat menggambarkan kenyataan bahwa sebagian besar dari mereka belum menyadari perlunya iuran untuk jaminan kesehatan dan bahkan belum mengerti apa itu jaminan kesehatan.

Status ekonomi pada keluarga mempunyai pengaruh dalam pengambilan keputusan kepemilikan jaminan kesehatan. Walaupun pemerintah telah

memberikan subsidi secara gratis untuk masyarakat dengan pendapatan rendah, dibutuhkan biaya transportasi ke sarana pelayanan kesehatan (Putra, 2010). Terdapat hubungan antara status ekonomi yang tinggi dengan kepemilikan jaminan kesehatan, khususnya pelayanan kesehatan yang modern. Bila terjadi peningkatan, maka garis pendapatan bergerak ke kanan sehingga jumlah barang dan jasa kesehatan juga mengalami peningkatan. Pada masyarakat dengan pendapatan yang rendah, terlebih dahulu mencukupi kebutuhan barang kemudian mengkonsumsi kesehatan.

Upah yang rendah sangat memberikan keterbatasan akses terhadap pendidikan, makanan yang bergizi, penyediaan tempat tinggal yang layak dan juga pelayanan kesehatan yang berkualitas (Intiasari dkk, 2015). Hubungan negatif tingkat pendapatan terhadap kepemilikan dan status kesehatan juga dapat dijelaskan melalui ketersediaan fasilitas kesehatan publik. Jika tingkat pendapatan masyarakat rendah namun ketersediaan fasilitas publik di suatu masyarakat memadai dan berkualitas atau tersedia asuransi untuk masyarakat pada kelas ekonomi bawah, maka berpengaruh negatif terhadap kesehatan (Chung, 2004). Demand pelayanan kesehatan dipengaruhi beberapa faktor pendapatan, kenaikan penghasilan keluarga akan meningkatkan demand untuk pelayanan kesehatan. Hasil analisis secara ekonometri menunjukkan bahwa kondisi ekonomi rumah tangga yang berkaitan dengan responden mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap kemauan untuk membayar.

Penelitian lain menyatakan tingkat pendapatan mempunyai hubungan yang signifikan terhadap keputusan responden untuk mau membayar. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian tentang faktor-faktor yang memengaruhi

kesinambungan kepesertaan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) Kabupaten Purbalingga bahwa keterjangkauan biaya premi berhubungan dengan kesinambungan kepesertaan. Responden yang mempunyai persepsi baik terhadap tarif pelayanan lebih membutuhkan (81,8%) dibandingkan dengan responden yang mempunyai persepsi kurang baik terhadap tarif pelayanan (58,5%).

4.2.6 Hubungan Status Perkawinan dengan Kepemilikan JKN

Berdasarkan hasil uji statistik pada variabel status perkawinan diperoleh sebesar p value 0,221. Hasil uji tersebut menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara status perkawinan dengan kepemilikan JKN. Dalam penelitian (Satriawan, Pitoyo, & Giyarsih, 2021) menunjukkan adanya hubungan status perkawinan pada kepemilikan JKN.

Hubungan status perkawinan dan status kesehatan dimana menikah, individu mampu memiliki tambahan penghasilan yang dapat digunakan dalam membiayai pengeluaran kesehatan termasuk di dalamnya jaminan kesehatan. Selain itu, menikah juga mampu mengurangi stress karena terdapat rasa cinta dan berbagi dengan pasangan serta dengan menikah mampu membuat pasangan lebih memperhatikan kondisi kesehatan satu sama lain sehingga bisa mengurangi kecenderungan gaya hidup yang buruk. Hal ini berbeda dengan orang yang bercerai, dimana menurut Pandey (2008) dan Yamamura (2009) perceraian akan memberikan dampak yang buruk terhadap kesehatan seperti depresi serta peningkatan dalam hal konsumsi obat-obatan.

“Hai sekalian manusia, bertakwalah kepada Tuhanmu yang telah menciptakan kamu dari diri yang satu, dan dari padanya Allah menciptakan istrinya: dan dari pada keduanya Allah memperkembangkan laki-laki dan perempuan yang banyak. Dan bertakwalah kepada Allah yang dengan

(mempergunakan) nama-Nya kamu saling meminta satu sama lain, dan (periharalah) hubungan silaturahmi. Sesungguhnya Allah selalu menjaga dan mengawasi kamu”.

Mayoritas mufasir mengartikan kata nafs dalam ayat di atas sebagai Nabi Adam kemudian menciptakan untuk jiwa pada seorang istri yang diciptakannya dari diri sendiri yaitu berasal dari tulang rusuk bagian belakang yang sebelah kiri ketika Nabi Adam sedang tidur dan diberi nama Hawa atau perempuan. Penafsiran tersebut berdasarkan hadits riwayat Bukhari dan Muslim yang akhirnya memunculkan pandangan superioritas laki-laki dan mengakibatkan pemahaman bahwa perempuan merupakan subordinat laki-laki.

Pendapat mufasir yang menafsirkna nafs wahidah sebagai Adam tidak bisa diterima oleh Amina Wadud. Alasan utamanya karena pendapat mereka sangat merugikan pihak perempuan yang mengesankan bahwa status lebih rendah dari pada laki-laki. Wadud membahas ayat secara mendalam dengan analisis teks terhadap kata kunci dalam ayat tersebut yaitu nafs – dan zawj. Menurut Wadud, kata nafs (diri) secara konseptual, mengandung makna yang netral dan tidak mengacu kepada jenis kelamin tertentu. Bahkan al-Qur`an tidak pernah menyatakan bahwa Allah memulai menciptakan umat manusia dengan nafs Adam (seorang laki-laki).

Tidak jauh berbeda dengan Barlas yang juga mengkriti penafsiran tersebut dengan menggunakan metode tafsir tematik yang membahas tentang keluarga dan perkawinan dalam al-Qur`an. Dalam menafsirkan ayat tersebut, Barlas mengumpulkan kata nafs wahidah yang terdapat dalam al-Qur`an untuk selanjutnya dijelaskan masing-masing ayat agar menemukan kembali prinsip

egalitarianisme al-Qur`an. Salah satu pangkal ketidakadilan terhadap perempuan dalam tafsir al-Qur`an bermula dari stereotip yang cenderung merendahkan perempuan. Pemahaman semacam ini telah menimbulkan image yang negatif mengenai perempuan, bahwa perempuan serba kurang dibandingkan dengan laki-laki hingga memunculkan pandangan inferioritas dan superioritas. Bahkan, citra diri dalam khazanah tafsir dengan titik sentuh penafsiran yang bias gender akan memosisikan perempuan sebagai makhluk yang lemah dan menjadi subordinat laki-laki.

Jaminan sosial merupakan hak asasi sebagaimana tercantum dalam UUD 1945 Pasal 27 ayat 2. Islam mengajarkan dalam menempatkan harkat dan martabat manusia. Hal tersebut coba diterapkan dalam UU No. 40 Tahun dengan adanya Ta`awun, Kafaalah, Takaful. Yang semuanya mengandung konsep kesamaan (*al-istiwa*). Keadilan (*al-adalah*) dan kebebasan (*al-hurriyah*). Jaminan kesehatan yang diselenggarakan BPJS adalah program jaminan kesehatan yang merupakan program pemerintah yang tujuannya memberikan kepastian jaminan kesehatan menyeluruh bagi setiap rakyat Indonesia agar penduduk Indonesia dapat hidup sehat, produktif, dan sejahtera. Jaminan kesehatan bersifat pelayanan kesehatan perorangan, ini mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, pelayanan obat, bahan medis habis pakai sesuai dengan indikasi medis yang diperlukan. Jaminan kesehatan memberikan kemaslahatan untuk masyarakat. Dalam masalah, jaminan kesehatan tidak termasuk masalah *mu`tabarah* karena tidak ada dalilnya yang mendukung kemaslahatan jaminan kesehatan saat ini.

diilhami oleh nilai-nilai Islam. Bahkan M Umar Chafra menyebutkan bahwa ilmu ekonomi Islam merupakan cabang ilmu pengetahuan yang membantu mewujudkan kesejahteraan manusia melalui alokasi dan distribusi sumber-sumber daya yang langka yang sesuai dengan maqasid, tanpa mengekang kebebasan individu secara berlebihan, menimbulkan ketidakseimbangan makro ekonomi dan ekologi atau melemahkan masyarakat.

4.4.3 Tingkat Pendidikan

اِقْرَأْ بِاسْمِ رَبِّكَ الَّذِي خَلَقَ
 الْإِنْسَانَ مِنْ عَلَقٍ
 وَإِنَّكَ لَكَلِيمٌ مُّذْمُومٌ
 خَلَقَ الْإِنْسَانَ مِنْ عَلَقٍ
 وَإِنَّكَ لَكَلِيمٌ مُّذْمُومٌ
 خَلَقَ الْإِنْسَانَ مِنْ عَلَقٍ
 وَإِنَّكَ لَكَلِيمٌ مُّذْمُومٌ

Artinya : “Bacalah dengan (menyebut) nama Tuhanmu yang menciptakan, Dia telah menciptakan manusia dari segumpal darah. Bacalah, dan Tuhanmulah yang Maha Pemurah. Yang mengajar (manusia) dengan perantaraan kalam. Dia mengajarkan manusia apa yang tidak diketahuinya.” (Q.S. Al-„Alaq : 1-5).

Kaitannya dengan surat Al-Alaq sangat jelas, bahwa Allah Swt menciptakan manusia sebagai makhluk sempurna yang diberikan potensi yang luar biasa yaitu akal. Allah memerintahkan manusia untuk menggunakan akal pikiran dengan sebaik-baiknya melalui proses Iqra, sebagaimana disebutkan pada awal surat Al-Alaq. Apabila ditafsiri kata Iqra ini sangat luas sekali maknanya, setidaknya dapat dipahami dalam kandungannya memberikan proses dasar pendidikan bagi manusia dengan mengembangkan akalnya (intelektual) sendiri.

Dalam buku Tafsir Al- Maraghi, dijelaskan bahwa air mani lahir dari darah yang terjadi dari makanan, baik yang bersifat hewani maupun nabati. Makanan yang bersifat hewani akan berakhir pada makanan yang bersifat nabati,

dan tumbuh-tumbuhan lahir dari saripati tanah dan air. Jadi, pada hakikatnya

manusia lahir dari saripatih tanah, kemudian saripati itu mengalami perkembangan kejadian hingga menjadi air mani. Dari keterangan diatas, dapat dipetik suatu pelajaran tentang asal kejadian wujud manusia dari mana ia berasal, dan hal inilah manusia dapat mempelajari bagian dari ilmu biologi maupun ilmu kedokteran.

Didalam Al-Qur`an tersimpul ayat-ayat yang menganjurkan kita untuk mempergunakan akal pikiran dalam mencapai hasil. Allah berfirman : *Katakanlah hai Muhammad: “ Aku hanya menganjurkan kepadanya satu hal saja, yaitu berdirilah karena Allah berdua-dua atau bersendiri-sendiri, kemudian berpikirlah”*.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Adapun kesimpulan yang terdapat dalam penelitian ini antara lain adalah sebagai berikut :

1. Hasil dari persentase karakteristik pada kepemilikan jaminan kesehatan bahwa ada sebanyak 473 (52,2%) yang tidak memiliki jaminan kesehatan dengan kelompok usia >30 sebanyak 549 (55,5%) dan rata rata semua responden belum menikah sebanyak 964 (97,4%). Dan pada tingkat pendidikan rendah ada sebanyak 539 (54,4%), kemudian pada ekonomi terbawah ada sebanyak 507 (51,2%).
2. Ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan nilai ρ 0.000 ada sebanyak 451(45,6%) responden dengan pendidikan rendah, daerah tempat tinggal dengan nilai ρ 0.000 ada sebanyak 510 (51,5%) responden yang daerah tempat tinggal di pedesaan, dan status ekonomi dengan nilai ρ 0.000 ada sebanyak 507 (51,2%) responden pada variabel ekonomi terbawah pada kepemilikan jaminan kesehatan pada perempuan di Sumatera Utara.

5.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan tersebut, maka saran yang dapat diberikan adalah sebagai berikut:

1. Berdasarkan hasil uji analisis yang telah dilakukan, saran yang dapat diberikan untuk meningkatkan kepemilikan jaminan kesehatan di pedesaan dan perkotaan adalah diadakannya penyuluhan mengenai pentingnya jaminan kesehatan berupa asuransi terutama di pedesaan yang kurang akan pengetahuan.
2. Saran yang dapat diberikan untuk pengembangan penelitian selanjutnya ialah harapannya dapat memperhatikan variabel yang digunakan, dan juga bisa menambahkan variabel lainnya seperti dukungan suami atau dukungan keluarga. Kepada pihak Badan Penyelenggara JKN untuk meningkatkan pengawasan dan kerja sama dengan pihak petugas kesehatan guna meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

DAFTAR PUSTAKA

- Abrokwah, S., Moser, C., & Norton, E. (2016). The Impact Of Social Health Insurance On Household Fertility Decisions. *Journal Of African Economies*, 25(5), 699 – 717.
- Agussalim, Hermiyanti And Rahman, A. (2017). Analisis Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional (Jkn) Di Rumah Sakit Umum Daerah (Rsud) Undata Palu. *Jurnal Kesehatan Tadulako*,3(1),Pp. 62-70.
- Alamsyah, K., Prastiwi, E. N, & Salamah, U. (2021, Juni). Implementasi Kebijakan Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Daerah Kota Bekasi. *Jurnal Ilmu Administrasi*, 12(2).
- Anindya, K., Lee, J. T., Mcpake, B., Wilopo, S. A., Millet, C., & Carvalho, N. (2020). Impact Of Indonesia’s National Health Insurance Scheme On Inequality In Access To Maternal Health Services: A Propensity Score Matched Analysis. *Journal Global Health*.
- Aprianto, N. E. K. (2017). Kontruksi Sistem Jaminan Sosial Dalam Perspektif Ekonomi Islam. *Economica: Jurnal Ekonomi Islam*, 8(2), 237–262. <https://doi.org/10.21580/Economica.2017.8.2.1334>
- Arifin, M. (2013). *Peran Program Jaminan Kesehatan Dalam Peningkatan Kesehatan Masyarakat Di Kabupaten Jepara*. 10(1), 12.
- Baros, W. A. (2015, Maret). FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEPEMILIKAN JAMINAN KESEHATAN ANALISA DATA SUSENAS 2013. *Vol. 04 No. 01*.
- Borchelt, G. (2021). The Impact Poverty Has On Women’s Health. *American Bar Asuociation*, 43(3).
- Giena, V. P., Sulastry, N., & Keraman, B. (2019). FAKTOR- FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEIKUTSERTAAN MENJADI JAMINAN KESEHATAN NASIONAL (JKN) DI WILAYAH PUSKESMAS KEMBANG BENGKULU TENGAH. *JURNAL SAINS KESEHATAN*, Vol. 26 No.2.
- Feng, Z., & Glinskaya, E. (2020). Aiming Higher: Advancing Public Social Insurance For Long-Term Care To Meet The Global Aging Challenge; Comment On “Financing Long-Term Care: Lessons From Japan”. *International Journal Of Health Policy And Mangement*, 356-359.

- Hayati, K. (2018). *Jaminan Sosial Kesehatan Dalam Perspektif Masalah*. Skripsi, Fakultas Syariah Dan Hukum, Jakarta .
- Jaya, L. (2019). Faktor Penentu Kepemilikan Jaminan Kesehatan Kepala Rumah Tangga. *Jurnal Ilmiah Ilmu Kesehatan: Wawasan Kesehatan*, 5. <https://doi.org/10.33485/jiik-wk.v5i2.128>
- Kadarisman, M. (2015). Analisis Tentang Pelaksanaan Sistem Jaminan Sosial Kesehatan Pasca Putusan Mahkamah Konstitusi No. 07/PUU-III/2005. *Jurnal Hukum QUIA IUSTUM*, No. 3.
- Kamal Alamsyah, E.N. (2021). Implementasi Kebijakan Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Daerah Kota Bekasi. *Jurnal Ilmu Administrasi*.
- Khairunnisa, D. F. (N.D.). *Analisis Pemanfaatan Pelayanan Rawat Jalan Di Indonesia Tahun 2019*. Skripsi, Universitas Sriwijaya, Fakultas Kesehatan Masyarakat.
- Kong, N. Y., & Kim, D. H. (2020). Factors Influencing Health Care Use By Health Insurance Subscribers And Medical Aid Beneficiaries: A Study Based On Data From The Korea Welfare Panel Study Database. *Bmc Public Health*.
- Kusumaningrum, F., & Soewondo, P. (2018). Peran Jaminan Kesehatan Terhadap Pemanfaatan Tenaga Kesehatan Sebagai Penolong Persalinan Di Indonesia (Analisis Data Susenas 2017). *Jurnal Kesehatan Reproduksi*, 16. Nchs. Nchs Fact Sheet: Health Insurance And Access To Care. (2017) https://www.cdc.gov/nchs/data/factsheets/factsheet_hiac.pdf.
- Kurniawan, A., & Initiasari, A. D. (2012, Agustus). Kebutuhan Jaminan Kesehatan Masyarakat di Wilayah Perdesaan. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, Vol. 7 No. 1.
- Notoatmodjo, S. 2010. *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Rineka Cipta. Jakarta
- Niha, M. R., Korompis, G. C., & Mandagi, C. F. (2018). HUBUNGAN KARAKTERISTIK INDIVIDU DAN PENGETAHUAN TENTANG JAMINAN KESEHATAN NASIONAL - KARTU INDONESIA SEHAT (JKN-KIS) DENGAN STATUS KEPESERTAAN MASYARAKAT DALAM PROGRAM JKN-KIS DI KECAMATAN SINGKIL KOTA MANADO. *Jurnal KESMAS*, Vol. 7 No. 5.

- Notoatmodjo, S. 2007. *Kesehatan Masyarakat*. Rineka Cipta Jakarta
- Notoatmodjo, S. 2012. *Metode Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta. Jakarta
- Madya, S. D., & Nurwahyuni, A. (n.d.). Determinan Sosial Ekonomi Kepemilikan Jaminan Kecelakaan pada Tenaga Kerja Informal di Indonesia : Analisis Data SUSENAS 2017.
- Purwanti, A. (2013). *Pengaturan Kesehatan Reproduksi Perempuan Dan Implementasinya Di Indonesia*. 6(1), 22.
- Prakoso, A. D., & Sudasman, F. H. (2020, Desember). HUBUNGAN ANTARA USIA, JENIS KELAMIN, DAN TINGKAT PENDIDIKAN PEKERJA BUKAN PENERIMA UPAH (PBPU) DENGAN KESEDIAAN MEMBAYAR IURAN BPJS KESEHATAN DI KABUPATEN KUDUS. *JOURNAL OF PUBLIC HEALTH INOVATION*, Vol. 1 No. 01.
- Ramprakash, R., & Lingam, L. (2021). Why Is Women's Utilization Of A Publicly Funded Health Insurance Low?: A Qualitative Study In Tamil Nadu, India. *Bmc Public Health*.
- Rout, S. K., & Mahapatra, S. (2019). Has The Public Health System Provided Adequate Financial Risk Protection For Child Birth Conditions – Evidences From An Eastern Indian State. *International Journal Of Health Policy And Management*, 145-149.
- Sari, A. N. (2016, September). ANALISIS JALUR FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI ANGKA KEMATIAN IBU DI JAWA TIMUR. *Jurnal Matematika dan Pendidikan Matematika*, Vol. 1 No.2.
- Satriawan, D., Pitoyo, A. J., & Giyarsih, S. R. (2021, Mei). Faktor- Faktor yang Memengaruhi Kepemilikan Jaminan Kesehatan Pekerja Sektor Informal di Indonesia. *TATA LOKA*, 23 No. 2.
- Setiawan, A. (2011). *Jaminan Sosial Kesehatan Sebagai Hak Masyarakat Dalam Undang-Undang Nomor 40 (Kajian Hukum Islam) Tahun 2004*. Skripsi, Fakultas Syariah Dan Hukum, Jakarta.
- Setiyono, B. (2018). Perlunya Revitalisasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Di Indonesia. *Jurnal Ilmu Politik*.
- Ssempala, R. (2018). Factors Influencing Demand For Health Insurance In Uganda. *Research Associate-Policy Analysis And Governance*.
- Styawan, D. A. (2020). Determinan Kepemilikan Jaminan Kesehatan Penduduk

- Lanjut Usia Di Indonesia. *Seminar Nasional Official Statistics, 2019(1)*, 573–582.
- Supriati A. (2017). Evaluasi Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional. *Journal Of Goverance And Public Policy*, 4(1).
- Suyanto, 2011. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, Dan R&D*. Alfabeta: Bandung
- Thamrin, D. (2018, Mei). Implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Konteks Perlindungan Sosial dan Keamanan Nasional : Tinjauan Kritis Dimensi Keamanan Non Tradisional. *Jurnal Keamanan Nasional, Vol. IV, No. 1*.
- Vinky, E. (2021). *Determinan Kepemilikan Jaminan Kesehatan Nasional Di Indonesia*. Skripsi, Universitas Sriwijaya, Fakultas Kesehatan Masyarakat.
- Wira, H. S. (2018). Sudahkah Jaminan Kesehatan Nasional Digunakan Oleh Ibu Di Indonesia. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 154-157.
- WHO. (2015) Tracking Universal Health Coverage. First Global Monitoring Report. Geneva: WHO.
- Zulkahfi. (2014). *Jamini Kesehatan Nasional (JKN) Dalam Perspektif Hukum Islam*. Skripsi, UIN Sunan Kalijaga, Yogyakarta.
- Rahmadani, T. P. (2017). *Faktor-Faktor yang Berhubungan Dengan Kepesertaan Program Jaminan Kesehatan Nasional di Puskesmas Sekarwangi Kabupaten Sukabumi Tahun 2017*. Skripsi, Universitas Pembangunan Nasional " Veteran " Jakarta, Fakultas Kedokteran.

KUESIONER

NO	PERTANYAAN DAN SARINGAN	KODE	TERUS KE
1109	Apakah Ibu/Saudari mempunyai asuransi kesehatan?	YA..... 1 TIDAK..... 2	→ 1201
1110	<p>Apakah jenis asuransi kesehatan tersebut?</p> <p>Ada lagi?</p> <p>JAWABAN JANGAN DIBACAKAN DAN LINGKARI SETIAP KODE JAWABAN YANG SESUAI.</p>	JAMKESDA..... A KARTU JKN/BPJS PBI..... B KARTU JKN/BPJS NON PBI..... C ASURANSI KESEHATAN SWASTA D TUNJANGAN/PENGGANTIAN BIAYA OLEH PERUSAHAAN..... E LAINNYA _____ X (TULISKAN)	
1110A	LIHAT 1110: KODE 'B' <input type="checkbox"/> DILINGKARI ↓	KODE 'B' <input type="checkbox"/> TIDAK DILINGKARI →	→ 1201
1110B	<p>Apakah saja jenis pelayanan kesehatan yang Ibu/Saudari gunakan dengan kartu JKN/BPJS PBI?</p> <p>Ada lagi?</p>	PEMERIKSAAN KEHAMILAN..... A PELAYANAN PERSALINAN..... B PELAYANAN KESEHATAN IBU NIFAS. C PELAYANAN KESEHATAN BAYI BARU LAHIR..... D PELAYANAN KONTRASEPSI..... E RAWAT INAP..... F RAWAT JALAN/PEMERIKSAAN KESEHATAN..... G BELUM PERNAH DIGUNAKAN..... H	

NO	PERTANYAAN DAN SARINGAN	KODE	TERUS KE
101	CATAT WAKTU	JAM..... <input type="text"/> <input type="text"/> MENIT..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
102	Berapa lama Ibu/Saudari tinggal di (KABUPATEN/KOTA TEMPAT TINGGAL SEKARANG)? JIKA KURANG DARI 1 TAHUN, TULISKAN '00'.	LAMA DALAM TAHUN..... <input type="text"/> <input type="text"/> SEJAK LAHIR..... 95 TAMU..... 96	→ 105
103	Sebelum Ibu/Saudari tinggal di (KABUPATEN/KOTA TEMPAT TINGGAL SEKARANG), apakah tinggal di kota besar, kota kecil atau perdesaan?	KOTA BESAR..... 1 KOTA KECIL..... 2 PERDESAAN..... 3	
104	Dimanakah tempat tinggal terakhir Ibu/Saudari sebelum di (KABUPATEN/KOTA TEMPAT TINGGAL SEKARANG)?	PROV/NEGARA*): _____ <input type="text"/> <input type="text"/> KAB/KOTA*): _____ <input type="text"/> <input type="text"/> (KODE DIISI EDITOR)	

NO	PERTANYAAN DAN SARINGAN	KODE	TERUS KE
108	Apakah jenjang pendidikan tertinggi yang pernah/sedang Ibu/Saudari duduki: sekolah dasar, sekolah menengah pertama, sekolah menengah atas, akademi, atau universitas?	SD/MI SEDERAJAT..... 1 SMP/MTs/ SEDERAJAT..... 2 SMA/SMK/MA SEDERAJAT..... 3 AKADEMI/DI/DII/DIII..... 4 DIPLOMA IV/UNIVERSITAS..... 5	
109	Apakah kelas/tingkat tertinggi yang Ibu/Saudari selesaikan pada jenjang tersebut? TAHUN PERTAMA = 0 TAMAT = 7 TIDAK TAHU/TT = 8	KELAS/TINGKAT..... <input type="checkbox"/>	
110	LIHAT 108: KODE '1' DILINGKARI <input type="checkbox"/> ↓	KODE '2', '3', '4', ATAU '5' DILINGKARI <input type="checkbox"/> →	113
111	Sekarang saya mohon Ibu/Saudari untuk membacakan kalimat ini. TUNJUKKAN SALAH SATU KARTU. JIKA RESPONDEN TIDAK DAPAT MEMBACA KALIMAT SECARA LENGKAP, TANYAKAN Dapatkah Ibu/Saudari membaca sebagian kalimat ini?	TIDAK DAPAT MEMBACA SAMA SEKALI..... 1 BISA MEMBACA SEBAGIAN KALIMAT..... 2 BISA MEMBACA SELURUH KALIMAT..... 3 BUTA/GANGGUAN PENGLIHATAN..... 4	
112	LIHAT 111: KODE '2' ATAU '3' DILINGKARI <input type="checkbox"/> ↓	KODE '1' ATAU '4' DILINGKARI <input type="checkbox"/> →	114
113	Apakah Ibu/Saudari membaca surat kabar atau majalah paling sedikit sekali seminggu, jarang, atau tidak pernah?	PALING SEDIKIT SEKALI SEMINGGU..... 1 JARANG..... 2 TIDAK PERNAH..... 3	
114	Apakah Ibu/Saudari mendengarkan radio paling sedikit sekali seminggu, jarang, atau tidak pernah?	PALING SEDIKIT SEKALI SEMINGGU..... 1 JARANG..... 2 TIDAK PERNAH..... 3	

BAGIAN 9. LATAR BELAKANG SUAMI/PASANGAN DAN PEKERJAAN RESPONDEN

NO	PERTANYAAN DAN SARINGAN	KODE	TERUS KE
901	<p>LIHAT 701: STATUS PERKAWINAN</p> <p style="text-align: center;"> KAWIN/ HIDUP BERSAMA <input type="checkbox"/> </p> <p style="text-align: center;">↓</p>	<p>TIDAK KAWIN DAN TIDAK HIDUP BERSAMA <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">→ 909</p>	
902	<p>Berapa umur suami/pasangan Ibu pada ulang tahun terakhir?</p>	<p>UMUR..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
903	<p>Apakah suami/pasangan Ibu pernah sekolah?</p>	<p>YA..... 1</p> <p>TIDAK..... 2</p>	→ 906
904	<p>Apakah jenjang sekolah tertinggi yang pernah/sedang diduduki oleh suami/pasangan Ibu: sekolah dasar, sekolah menengah pertama, sekolah menengah atas, akademi, atau universitas?</p>	<p>SEKOLAH DASAR..... 1</p> <p>SEKOLAH MENENGAH PERTAMA..... 2</p> <p>SEKOLAH MENENGAH ATAS..... 3</p> <p>AKADEMI/DI/DII/DIII..... 4</p> <p>DIPLOMA IV/UNIVERSITAS..... 5</p>	
905	<p>Apakah tingkat/kelas tertinggi yang diselesaikan oleh suami/pasangan Ibu pada jenjang tersebut?</p> <p>PADA TAHUN PERTAMA = 0 TAMAT = 7</p>	<p>KELAS/TINGKAT..... <input type="text"/></p> <p>TIDAK TAHU..... 8</p>	
906	<p>Apakah suami/pasangan Ibu bekerja dalam 7 hari yang lalu?</p>	<p>YA..... 1</p> <p>TIDAK..... 2</p> <p>TIDAK TAHU..... 8</p>	→ 908
907	<p>Apakah suami/pasangan Ibu bekerja dalam 12 bulan yang lalu?</p>	<p>YA..... 1</p> <p>TIDAK..... 2</p> <p>TIDAK TAHU..... 8</p>	→ 909
908	<p>Apakah jenis pekerjaan utama suami/pasangan Ibu?</p> <p>(TULIS SELENGKAP MUNGKIN, JANGAN MELINGKARI KODE JAWABAN DAN JANGAN MENGGISI KOTAK)</p> <p>_____ <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>_____ <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p style="text-align: center;">(DIISI BPS)</p>	<p>PROFESIONAL, TEKNISI..... 01</p> <p>KEPEMIMPINAN DAN KETATALAKSANAAN..... 02</p> <p>PEJABAT PELAKSANA DAN TATA USAHA..... 03</p> <p>TENAGA USAHA PENJUALAN..... 04</p> <p>TENAGA USAHA JASA..... 05</p> <p>TENAGA USAHA PERTANIAN..... 06</p> <p>TENAGA PRODUKSI..... 07</p>	

115	Apakah Ibu/Saudari menonton televisi paling sedikit sekali seminggu, jarang, atau tidak pernah?	PALING SEDIKIT SEKALI SEMINGGU..... 1 JARANG..... 2 TIDAK PERNAH..... 3	
116	Apakah Ibu/Saudari memiliki telepon seluler?	YA..... 1 TIDAK..... 2	
118	Apakah Ibu/Saudari memiliki rekening bank atau lembaga keuangan lain atas nama sendiri?	YA..... 1 TIDAK..... 2	
119	Apakah Ibu/Saudari pernah mengakses internet (termasuk <i>browsing, facebook, twitter, whatsapp, BBM, game online, skype, instagram</i> , dll)? JIKA TIDAK, LAKUKAN PROBING BAHWA AKSES INTERNET BISA DIMANAPUN DAN DENGAN ALAT APAPUN.	YA..... 1 TIDAK..... 2	→ 201
120	Dalam 12 bulan terakhir, apakah Ibu/Saudari menggunakan internet?	YA..... 1 TIDAK..... 2	→ 201

909	Sekarang saya ingin menanyakan kegiatan Ibu/Saudari selama tujuh hari yang lalu. Selain mengurus rumah tangga, apakah Ibu/Saudari bekerja minimal satu jam terus-menerus dalam tujuh hari yang lalu?	YA..... 1 TIDAK..... 2	→ 913
910	Seperti Ibu/Saudari ketahui, wanita bisa bekerja dengan mendapat bayaran uang atau barang. Ada yang berjualan, mempunyai usaha kecil-kecilan, atau bekerja di pertanian atau usaha keluarga. Selama tujuh hari yang lalu, apakah Ibu/Saudari melakukan kegiatan seperti itu paling sedikit satu jam terus menerus?	YA..... 1 TIDAK..... 2	→ 913
911	Meskipun Ibu/Saudari tidak bekerja dalam tujuh hari yang lalu, apakah Ibu/Saudari mempunyai pekerjaan tetap tetapi sementara tidak bekerja karena cuti, sakit, cuti hamil, bepergian atau alasan lain?	YA..... 1 TIDAK..... 2	→ 913

LAMPIRAN

Lampiran: Output SPSS

Analisis Univariat

Kepemilikan JKN

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Memiliki JKN	473	47,8	47,8	47,8
	Memiliki JKN	517	52,2	52,2	100,0
	Total	990	100,0	100,0	

Kelompok Usia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 30	441	44,5	44,5	44,5
	>= 30	549	55,5	55,5	100,0
	Total	990	100,0	100,0	

Tingkat Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pendidikan rendah	451	45,6	45,6	45,6
	Pendidikan tinggi	539	54,4	54,4	100,0
	Total	990	100,0	100,0	

Status Pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Bekerja	475	48,0	48,0	48,0
	Bekerja	515	52,0	52,0	100,0
	Total	990	100,0	100,0	

Daerah Tempat Tinggal

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rural	510	51,5	51,5	51,5
	Urban	480	48,5	48,5	100,0
	Total	990	100,0	100,0	

Status Ekonomi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Terbawah	507	51,2	51,2
	Menengah	199	20,1	71,3
	Teratas	284	28,7	100,0
	Total	990	100,0	100,0

Status Perkawinan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Menikah	26	2,6	2,6
	Menikah	964	97,4	100,0
	Total	990	100,0	100,0

]

Analisis Bivariat

Kelompok Usia * Kepemilikan JKN

Crosstab

		Kepemilikan JKN		Total
		Tidak Memiliki JKN	Memiliki JKN	
Kelompok Usia	< 30	Count 215 48,8%	Count 226 51,2%	Count 441 100,0%
	>= 30	Count 258 47,0%	Count 291 53,0%	Count 549 100,0%
Total		Count 473 47,8%	Count 517 52,2%	Count 990 100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,303 ^a	1	,582	,609	,313
Continuity Correction ^b	,237	1	,627		
Likelihood Ratio	,303	1	,582		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	,303	1	,582		
N of Valid Cases	990				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 210,70.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Kelompok Usia (< 30 / >= 30)	1,073	,835	1,379
For cohort Kepemilikan JKN = Tidak Memiliki JKN	1,037	,910	1,182
For cohort Kepemilikan JKN = Memiliki JKN	,967	,857	1,091
N of Valid Cases	990		

Tingkat Pendidikan * Kepemilikan JKN

Crosstab

			Kepemilikan JKN		Total
			Tidak Memiliki JKN	Memiliki JKN	
Tingkat Pendidikan	Pendidikan rendah	Count % within Tingkat Pendidikan	246 54,5%	205 45,5%	451 100,0%
	Pendidikan tinggi	Count % within Tingkat Pendidikan	227 42,1%	312 57,9%	539 100,0%
Total		Count % within Tingkat Pendidikan	473 47,8%	517 52,2%	990 100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	15,206 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	14,712	1	,000		
Likelihood Ratio	15,237	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	15,191	1	,000		
N of Valid Cases	990				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 215,48.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Tingkat Pendidikan (Pendidikan rendah / Pendidikan tinggi)	1,649	1,282	2,122
For cohort Kepemilikan JKN = Tidak Memiliki JKN	1,295	1,137	1,475
For cohort Kepemilikan JKN = Memiliki JKN	,785	,694	,889
N of Valid Cases	990		

Status Pekerjaan * Kepemilikan JKN

Crosstab

			Kepemilikan JKN		Total
			Tidak Memiliki JKN	Memiliki JKN	
Status Pekerjaan	Tidak Bekerja	Count % within Status Pekerjaan	223 46,9%	252 53,1%	475 100,0%
	Bekerja	Count % within Status Pekerjaan	250 48,5%	265 51,5%	515 100,0%
Total		Count % within Status Pekerjaan	473 47,8%	517 52,2%	990 100,0%

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,252 ^a	1	,615		
Continuity Correction ^b	,192	1	,661		
Likelihood Ratio	,252	1	,615		
Fisher's Exact Test				,656	,330
Linear-by-Linear Association	,252	1	,616		
N of Valid Cases	990				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 226,94.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Status Pekerjaan (Tidak Bekerja / Bekerja)	,938	,731	1,204
For cohort Kepemilikan JKN = Tidak Memiliki JKN	,967	,849	1,102
For cohort Kepemilikan JKN = Memiliki JKN	1,031	,915	1,161
N of Valid Cases	990		

Daerah Tempat Tinggal * Kepemilikan JKN

Crosstab

			Kepemilikan JKN		Total
			Tidak Memiliki JKN	Memiliki JKN	
Daerah Tempat Tinggal	Rural	Count % within Daerah Tempat Tinggal	272 53,3%	238 46,7%	510 100,0%
	Urban	Count % within Daerah Tempat Tinggal	201 41,9%	279 58,1%	480 100,0%
Total		Count % within Daerah Tempat Tinggal	473 47,8%	517 52,2%	990 100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	13,012 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	12,557	1	,000		
Likelihood Ratio	13,044	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	12,999	1	,000		
N of Valid Cases	990				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 229,33.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Daerah Tempat Tinggal (Rural / Urban)	1,586	1,234	2,040
For cohort Kepemilikan JKN = Tidak Memiliki JKN	1,274	1,115	1,455
For cohort Kepemilikan JKN = Memiliki JKN	,803	,712	,905
N of Valid Cases	990		

Status Ekonomi * Kepemilikan JKN

Crosstabulation

		Kepemilikan JKN		Total	
		Tidak Memiliki JKN	Memiliki JKN		
Status Ekonomi	Terbawah	Count % within Status Ekonomi	286 56,4%	221 43,6%	507 100,0%
	Teratas	Count % within Status Ekonomi	90 31,7%	194 68,3%	284 100,0%
Total		Count % within Status Ekonomi	376 47,5%	415 52,5%	791 100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	44,603 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	43,618	1	,000		
Likelihood Ratio	45,418	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	44,547	1	,000		
N of Valid Cases	791				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 135,00.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Status Ekonomi (Terbawah / Teratas)	2,790	2,055	3,786
For cohort Kepemilikan JKN = Tidak Memiliki JKN	1,780	1,476	2,146
For cohort Kepemilikan JKN = Memiliki JKN	,638	,562	,724
N of Valid Cases	791		

Status Ekonomi * Kepemilikan JKN

Crosstabulation

			Kepemilikan JKN		Total
			Tidak Memiliki JKN	Memiliki JKN	
Status Ekonomi	Menengah	Count % within Status Ekonomi	97 48,7%	102 51,3%	199 100,0%
	Teratas	Count % within Status Ekonomi	90 31,7%	194 68,3%	284 100,0%
Total		Count % within Status Ekonomi	187 38,7%	296 61,3%	483 100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	14,342 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	13,632	1	,000		
Likelihood Ratio	14,299	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	14,313	1	,000		
N of Valid Cases	483				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 77,05.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Status Ekonomi (Menengah / Teratas)	2,050	1,411	2,979
For cohort Kepemilikan JKN = Tidak Memiliki JKN	1,538	1,231	1,921
For cohort Kepemilikan JKN = Memiliki JKN	,750	,641	,878
N of Valid Cases	483		

C

rosstab

			Kepemilikan JKN		Total
			Tidak Memiliki JKN	Memiliki JKN	
Status Perkawinan	Tidak Menikah	Count % within Status Perkawinan	16 61,5%	10 38,5%	26 100,0%
	Menikah	Count % within Status Perkawinan	457 47,4%	507 52,6%	964 100,0%
Total		Count % within Status Perkawinan	473 47,8%	517 52,2%	990 100,0%

Status Perkawinan * Kepemilikan JKN

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,026 ^a	1	,155		
Continuity Correction ^b	1,500	1	,221		
Likelihood Ratio	2,035	1	,154		
Fisher's Exact Test				,168	,110
Linear-by-Linear Association	2,024	1	,155		
N of Valid Cases	990				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12,42.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Status Perkawinan (Tidak Menikah / Menikah)	1,775	,797	3,951
For cohort Kepemilikan JKN = Tidak Memiliki JKN	1,298	,951	1,772
For cohort Kepemilikan JKN = Memiliki JKN	,731	,448	1,194
N of Valid Cases	990		

