

**PENGGUNAAN DAN TAHAP KEPUASAN
TERHADAP PEKA B40 SERTA FAKTOR-FAKTOR
MEMPENGARUHINYA: KAJIAN KAEDAH
CAMPURAN DI KALANGAN PENERIMA
MANFAAT DI MALAYSIA**

HAIRUSNIZAN BINTI HAMZAH

UNIVERSITI KEBANGSAAN MALAYSIA

 UNIVERSITI KEBANGSAAN MALAYSIA <i>The National University of Malaysia</i>	UKM-SPKPPP-PT(PdP)-05-AK04-BO07	No. Semakan: 02	Tarikh Kuat Kuasa: 27/01/2026
	BORANG DAN SENARAI SEMAK PENYERAHAN TESIS/DISERTASI SELEPAS PEMBETULAN FORM AND CHECKLIST OF AMENDED THESIS/DISSERTATION SUBMISSION		

F. KELULUSAN DEKAN/PENGARAH / APPROVAL FROM DEAN/DIRECTOR

Tandatangan:

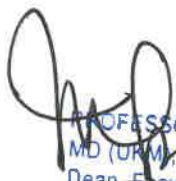
Signature

Tarikh:

Date

Nama dan Cap Rasmi:

Name and Official Stamp


PROFESSOR DATO' DR MARINA MAT BAKI
 MD (UKM), MS ORL-HNS (UKM), PhD (UCL)
 Dean, Faculty of Medicine
 Senior Consultant ORL-HNS
 Universiti Kebangsaan Malaysia

6/7/2026

**G. PERAKUAN TESIS/ DISERTASI SARJANA / DOKTOR FALSAFAH
(CERTIFICATION OF MASTER'S / DOCTORAL THESIS / DISSERTATION)**

Nama penuh pengarang (Author's Full Name)	DR HAIRUSNIZAN BINTI HAMZAH		
No. Pendaftaran Pelajar (Student's Registration No.)	P106831	Sesi Akademik (Academic Session)	2020/2021
Tajuk Tesis / Disertasi (Thesis / Dissertation Title)	PENGGUNAAN DAN TAHAP KEPUASAN TERHADAP PEKA B40 SERTA FAKTOR-FAKTOR MEMPENGARUHINYA: KAJIAN KAEDAH CAMPURAN DI KALANGAN PENERIMA MANFAAT DI MALAYSIA		

Semua tesis/disertasi dan penerbitan berkaitan hasil penyelidikan pelajar adalah tertakluk kepada Dasar Harta Intelek Universiti Kebangsaan Malaysia.

All theses/ dissertations and publications relating to the research work of a student are subject to the Intellectual Property Policy of Universiti Kebangsaan Malaysia.

Saya mengaku bahawa tahap akses tesis/disertasi ini sebagai (*Tandakan ✓ dalam kotak bagi maklumat yang berkaitan; tandakan satu (1) kotak di bawah sahaja):

I hereby declare the level of access for this thesis/dissertation as follows (tick ✓ the relevant box below; tick only one option).

Pilihan Tahap Akses Access Level Selection		Tafsiran Tahap Akses Tesis/Disertasi Definition of Thesis/Dissertation Access Level
☐	RAHSIA (CONFIDENTIAL)	Mengandungi maklumat rahsia sepertimana yang diperuntukan bawah Akta Rahsia Rasmi 1972. <i>Contains classified information as stipulated under the Official Secrets Act 1972.</i>
☐	TERHAD (RESTRICTED)	Mengandungi maklumat yang hanya boleh diakses oleh pihak yang mempunyai kebenaran atau keperluan tertentu untuk mengetahuinya yang ditentukan oleh organisasi/ badan di mana penyelidikan dijalankan. <i>Contains information that may only be accessed by parties with specific authorization</i>

 UNIVERSITI KEBANGSAAN MALAYSIA <i>The National University of Malaysia</i>	UKM-SPKPPP-PT(PdP)-05-AK04-BO07	No. Semakan: 02	Tarikh Kuat Kuasa: 27/01/2026
	BORANG DAN SENARAI SEMAK PENYERAHAN TESIS/DISERTASI SELEPAS PEMBETULAN FORM AND CHECKLIST OF AMENDED THESIS/DISSERTATION SUBMISSION		

		or a defined need to know, as determined by the organization or body where the research is conducted.
☒	AKSES TERBUKA (OPEN ACCESS)	Tesis/disertasi versi akhir dalam format PDF yang boleh diakses secara percuma secara dalam talian dan bebas dari isu hak cipta dan pelesenan <i>The final version of the thesis/dissertation in PDF format that is freely accessible online and free from copyright and licensing issues.</i> Kementerian Pendidikan Tinggi melalui surat bertarikh 27 Mac 2025 memutuskan bahawa kebenaran akses tesis / disertasi dalam borang serahan akses terbuka ditentukan oleh penyelia (bukan pelajar). <i>The Ministry of Higher Education, through a letter dated 27 March 2025, has decided that permission for thesis / dissertation access in the open access submission form shall be determined by the supervisor (not the student).</i>
☐	EMBARGO	Tempoh masa di mana akses kepada tesis/disertasi disekat (ditutup) selama dua (2) tahun atas sebab-sebab tertentu sebagai contoh kerahsiaan atau hak cipta. <i>The period during which access to the thesis/dissertation is restricted for two (2) years due to specific reasons, such as confidentiality or copyright. The thesis/dissertation will be granted open-access status upon the expiry of the embargo period.</i>

PENGESAHAN PELAJAR (STUDENT VERIFICATION)		PENGESAHAN PENYELIA (SUPERVISOR VERIFICATION)	
 TANDATANGAN PELAJAR (STUDENT'S SIGNATURE)		 TANDATANGAN PENYELIA / Pengerusi JK SISWAZAH (SUPERVISOR'S / CHAIRPERSON SUPERVISION COMMITTEE SIGNATURE)	
Nama Pelajar (Student name): No. Pendaftaran Pelajar (Student's Registration No.)	DR HAIRUSNIZAN BINTI HAMZAH P106831	Nama Penyelia / Pengerusi JK Siswazah : (Supervisor's / Chairperson Supervision Committee Name)	PROF DR AZIMATUN NOOR AIZUDDIN MD. MCommMed. PhD. Public Health Consultant Department of Public Health Medicine Faculty of Medicine Universiti Kebangsaan Malaysia MMC No: 34600 NSR No: 125455
Tarikh: (Date)	11 JUN 2026	Tarikh: (Date)	26 Jun 2026

PENGUNAAN DAN TAHAP KEPUASAN TERHADAP PEKA B40 SERTA
FAKTOR-FAKTOR MEMPENGARUHI : KAJIAN KAEDAH CAMPURAN DI
KALANGAN PENERIMA MANFAAT DI MALAYSIA

HAIRUSNIZAN BINTI HAMZAH

TESIS YANG DIKEMUKAKAN UNTUK MEMPEROLEH
IJAZAH DOKTOR FALSAFAH (KESIHATAN MASYARAKAT)

FAKULTI PERUBATAN
UNIVERSITI KEBANGSAAN MALAYSIA
KUALA LUMPUR

2026

PENGAKUAN

Saya akui karya ini adalah hasil kerja saya sendiri kecuali nukilan dan ringkasan yang tiap-tiap satunya telah saya jelaskan sumbernya.

11 Jun 2026

DR HAIRUSNIZAN BINTI
HAMZAH
P106831



PENGHARGAAN

Syukur ke hadrat Allah SWT kerana dengan limpah kurnia, rahmat dan izin-Nya, kajian ini akhirnya dapat disempurnakan.

Setinggi-tinggi penghargaan dan ucapan terima kasih saya rakamkan kepada penyelia utama, Profesor Dr. Azimatun Noor Aizuddin, serta penyelia bersama, Profesor Dr. Mohd Rizal Haji Abd Manaf, atas segala bimbingan, tunjuk ajar, sokongan, teguran membina, perkongsian ilmu dan dorongan yang tidak pernah putus sepanjang tempoh pengajian dan pelaksanaan kajian ini. Komitmen, kesabaran dan dedikasi yang diberikan amat saya hargai dan menjadi sumber inspirasi dalam menyiapkan penyelidikan ini.

Ucapan terima kasih turut ditujukan kepada seluruh warga Jabatan Perubatan Kesihatan Awam, Fakulti Perubatan Universiti Kebangsaan Malaysia, yang telah banyak membantu dan memudahkan pelbagai urusan sepanjang pengajian dan penyelidikan ini. Penghargaan khusus dirakamkan kepada Ketua Jabatan, Profesor Dr. Rozita Hod, serta kakitangan sokongan jabatan iaitu Cik Fatin Nazirah Azahari, Puan Wan Aishah Wan Nawawi dan Puan Noorasmaa Husna Mohd Hasni atas bantuan dan kerjasama yang diberikan. Saya juga ingin merakamkan penghargaan kepada warga Pusat Siswazah (SPS), khususnya Puan Nurul Khairina, atas bantuan, nasihat dan sokongan yang diberikan sepanjang proses pengajian, terutamanya dalam urusan berkaitan penilaian tesis dan peperiksaan lisan. Bantuan yang diberikan amat membantu melancarkan pelbagai urusan akademik sehingga ke peringkat akhir pengajian.

Penghargaan yang tidak terhingga turut ditujukan kepada semua panel penilai dan pemeriksa yang terlibat sepanjang perjalanan penyelidikan ini, termasuk panel pembentangan proposal, panel seminar saintifik, panel pra-viva serta pemeriksa peperiksaan lisan. Segala pandangan, cadangan, kritikan membina dan perkongsian kepakaran yang diberikan telah banyak membantu memperkukuh kualiti kajian ini serta memastikan penyelidikan dilaksanakan dengan lebih teliti, sistematik dan bermutu.

Terima kasih khas juga ditujukan kepada semua individu dan organisasi yang terlibat sepanjang proses pengumpulan data. Kesungguhan, kerjasama dan komitmen yang ditunjukkan oleh semua pihak amat bermakna dalam menjayakan kajian ini. Pada kesempatan ini, saya turut merakamkan penghargaan kepada semua peserta kajian yang telah meluangkan masa dan berkongsi maklumat serta pengalaman mereka bagi menjayakan penyelidikan ini.

Akhir sekali, penghargaan dan kasih sayang yang tidak terhingga ditujukan kepada suami, anak-anak serta seluruh ahli keluarga yang sentiasa memahami cabaran yang dihadapi sepanjang perjalanan ini. Sokongan, doa, pengorbanan dan kepercayaan yang diberikan menjadi sumber kekuatan utama untuk saya terus berusaha sehingga berjaya menyiapkan kajian ini. Semoga segala jasa dan kebaikan yang diberikan oleh semua pihak mendapat ganjaran dan keberkatan daripada Allah SWT.

ABSTRAK

Program Skim Peduli Kesihatan untuk Kumpulan B40 (PeKa B40) merupakan inisiatif kesihatan awam oleh Kementerian Kesihatan Malaysia yang bertujuan meningkatkan akses penjagaan kesihatan dalam kalangan golongan berpendapatan rendah. Namun begitu, tahap penggunaan manfaat dan kepuasan terhadap pelaksanaan program ini masih belum difahami secara menyeluruh. Kajian ini dijalankan untuk menilai tahap penggunaan dan kepuasan terhadap PeKa B40 serta mengenal pasti faktor-faktor yang mempengaruhi kedua-dua hasil tersebut melalui pendekatan campuran. Kajian ini menggunakan reka bentuk *Embedded Convergent Parallel Mixed Methods Design*, dengan komponen kuantitatif menggunakan reka bentuk kajian keratan rentas sebagai komponen utama, manakala komponen kualitatif dilaksanakan melalui soalan terbuka yang disisipkan dalam instrumen pengumpulan data kuantitatif. Kajian dijalankan dalam kalangan penerima manfaat B40 di seluruh Malaysia menggunakan kaedah persampelan berperingkat. Reka bentuk keratan rentas digunakan bagi komponen kuantitatif melibatkan 2,573 responden daripada pelbagai latar demografi, manakala data kualitatif diperoleh melalui respons terbuka dalam soal selidik. Data kuantitatif dan kualitatif dikumpul secara serentak, dianalisis secara berasingan dan diintegrasikan semasa peringkat interpretasi dapatan. Analisis komponen kuantitatif melibatkan statistik deskriptif, regresi logistik, *Importance-Performance Gap Analysis* (IPGA), manakala analisis kualitatif melibatkan analisis kerangka dan tematik. Dapatan menunjukkan bahawa hanya 20.5% responden pernah menggunakan sekurang-kurangnya satu manfaat PeKa B40, dengan saringan kesihatan merupakan komponen yang paling banyak digunakan (96.8%). Tahap kepuasan keseluruhan adalah rendah, di mana hanya 36.6% melaporkan kepuasan tinggi (skor ≥ 4.00). Faktor paling kuat yang mempengaruhi penggunaan ialah pengetahuan tinggi mengenai program, kepuasan terhadap tadbir urus, tahap pendidikan rendah, dan pendaftaran dalam skim perlindungan kesihatan lain. Bagi tahap kepuasan, faktor paling signifikan ialah kepuasan terhadap tadbir urus dan kos kesihatan, serta etnik India dan Cina yang mencatatkan kebarangkalian kepuasan tertinggi. Analisis IPGA menunjukkan semua item mencatatkan jurang negatif, dengan 14 item berada dalam Kuadran II sebagai keutamaan penambahbaikan segera. Dapatan kualitatif turut mengesahkan cabaran utama seperti kurangnya pengetahuan, maklumat yang tidak jelas, skop manfaat yang terhad, dan kekangan pelaksanaan di fasiliti. Penambahbaikan PeKa B40 termasuk meningkatkan ketersediaan ubat, privasi pesakit, kapasiti kakitangan, dan penempatan pakar; memperluas liputan PeKa B40, menambah baik temu janji dan kemudahan fizikal; memperkukuh komunikasi melalui saluran rasmi dan bahan pelbagai bahasa; mengurangkan beban kos melalui subsidi dan pemudahan pembayaran; serta menambah baik promosi, skop manfaat, kriteria kelayakan, dan proses tuntutan yang lebih efisien. Kesimpulannya, tahap penggunaan dan kepuasan terhadap PeKa B40 masih rendah. Penambahbaikan berasaskan bukti amat diperlukan bagi memastikan keberkesanan, keadilan, dan kelestarian pelaksanaan program dalam melindungi kesihatan golongan B40 di Malaysia.

UTILIZATION OF BENEFITS AND SATISFACTION LEVEL WITH PEKA B40 AND ITS INFLUENCING FACTORS: A MIXED-METHODS STUDY AMONG BENEFICIARIES IN MALAYSIA

ABSTRACT

The Skim Peduli Kesihatan for the B40 Group (PeKa B40) is a public health initiative introduced by the Ministry of Health Malaysia to improve access to healthcare among the low-income population. However, the level of benefit utilization and satisfaction with the program's implementation remains inadequately understood. This study was conducted to assess the level of utilisation and satisfaction with PeKa B40 and to identify the factors influencing these outcomes using a mixed-methods approach. The study employed an Embedded Convergent Parallel Mixed Methods Design, in which the quantitative component served as the primary component and utilised a cross-sectional study design, while the qualitative component was embedded through open-ended questions incorporated into the quantitative data collection instrument. The study was conducted among B40 beneficiaries across Malaysia using a multistage sampling method. The quantitative component involved 2,573 respondents from diverse demographic backgrounds, while qualitative data were obtained through open-ended responses in the questionnaire. Quantitative and qualitative data were collected concurrently, analysed separately, and integrated during the interpretation stage. Quantitative analyses included descriptive statistics, logistic regression, and Importance-Performance Gap Analysis (IPGA), whereas qualitative data were analysed using framework and thematic analysis. Findings revealed that only 20.5% of respondents had utilized at least one PeKa B40 benefit, with health screening being the most frequently used component (96.8%). Overall satisfaction was low, with only 36.6% reporting high satisfaction (score ≥ 4.00). The strongest predictors of utilization were high knowledge of the program, satisfaction with governance, lower educational level, and enrollment in other health protection schemes. In terms of satisfaction, the most significant predictors were satisfaction with governance and health costs, along with Indian and Chinese ethnicity, which recorded the highest likelihood of satisfaction. IPGA results showed all items had negative performance gaps, with 14 items falling in Quadrant II—indicating areas requiring immediate improvement. Qualitative findings supported these results, highlighting major barriers such as limited knowledge, unclear information, narrow benefit scope, and implementation constraints at healthcare facilities. Improvements to PeKa B40 include enhancing medicine availability, patient privacy, staffing capacity, and specialist placement; expanding PeKa B40 coverage, improving appointment systems and physical facilities; strengthening communication through official channels and multilingual materials; reducing financial burdens through subsidies and simplified payment processes; and improving promotion, benefit scope, eligibility criteria, and claim procedures for greater efficiency. In conclusion, both utilization and satisfaction levels of PeKa B40 still low. Evidence-based enhancements are urgently needed to ensure the program functions effectively as an inclusive, responsive, and sustainable health protection mechanism for Malaysia's B40 population.

KANDUNGAN

	Halaman
PENGAKUAN	ii
PENGHARGAAN	iii
ABSTRAK	iv
ABSTRACT	v
KANDUNGAN	vi
SENARAI JADUAL	xii
SENARAI ILUSTRASI	xy
SENARAI SINGKATAN	xvi
 BAB I	
PENGENALAN	
1.1 Pendahuluan	17
1.2 Latar Belakang Kajian	17
1.3 Pernyataan Masalah	20
1.4 Persoalan Kajian	24
1.5 Objektif Kajian	25
1.5.1 Objektif Umum	25
1.5.2 Objektif Khusus	25
1.6 Hipotesis	26
1.7 Justifikasi Kajian	26
1.8 Kesimpulan	28
 BAB II	
ULASAN KEPUSTAKAAN	
2.1 Pengenalan	29
2.2 Latar Belakang Sosioekonomi dan Kesihatan	29
2.2.1 Latar Belakang Malaysia	29
2.3 Sistem Kesihatan Malaysia	32
2.3.1 Cabaran Akses Kesihatan dalam Kalangan B40	33
2.4 Perlindungan Kesihatan B40 (PeKa B40): Konteks, Objektif dan Komponen Utama	34
2.4.1 Latar Belakang dan Rasional Penubuhan	34
2.4.2 Kelayakan Umum PeKa B40	34
2.4.3 Komponen Manfaat PeKa B40	35

	2.4.4	Prestasi dan Pencapaian Awal Peka B40	38
2.5		Asas Teori Bagi Kajian Penggunaan Perkhidmatan Kesihatan	39
	2.5.1	Definisi dan Konsep Penggunaan Manfaat	39
	2.5.2	Model dan Teori dalam Menjelaskan Penggunaan Perkhidmatan Kesihatan	40
	2.5.3	Model Tingkah Laku Andersen	41
2.6		Asas Teori Kepuasan Terhadap Perkhidmatan Kesihatan	48
	2.6.1	Definisi dan Konsep Kepuasan Perkhidmatan Kesihatan	48
	2.6.2	Model dan Teori dalam Menjelaskan Kepuasan Perkhidmatan Kesihatan	49
	2.6.3	Analisis Kepentingan-Prestasi (IPA) dan Analisis Jurang Kepentingan-Prestasi (IPGA)	56
2.7		Tinjauan Kajian Skim Perlindungan Kesihatan	62
	2.7.1	Kajian Literatur Berkenaan PeKa B40 di Malaysia	62
	2.7.2	Kajian Literatur Antarabangsa Mengenai Tahap Penggunaan dan Kepuasan Skim Perlindungan Kesihatan	66
2.8		Rumusan dan Jurang Pengetahuan daripada Kajian Literatur	68
2.9		Kerangka Konsep Kajian	70
	2.9.1	Pemilihan Pembolehubah Berdasarkan Teori dan Literatur	71
	2.9.2	Justifikasi Pemilihan Pemboleh Kontekstual Sahaja dalam Kajian Ini	73
	2.9.3	Hubungan Antara Pembolehubah Kajian	74
	2.9.4	Halangan, Cabaran dan Cadangan Penambahbaikan	74
	2.9.5	Rajah Kerangka Konsep	76
2.10		Kesimpulan	79
BAB III		METODOLOGI	
3.1		Pengenalan	80
3.2		Latar belakang tempat kajian	80
3.3		Reka bentuk kajian	82
	3.3.1	Komponen Kuantitatif	83
	3.3.2	Komponen Kualitatif	84
	3.3.3	Integrasi Data	84
3.4		Skop Kajian	84
	3.4.1	Skop Populasi	85

3.4.2	Skop Geografi	85
3.4.3	Skop Temporal	85
3.4.4	Skop Tetapan Kajian	85
3.5	Populasi Sasaran	86
3.6	Populasi sampel	86
3.7	Rangka sampel	86
3.8	Unit sampel	86
3.9	Kriteria sampel	86
3.10	Kaedah Persampelan	87
3.11	Pengiraan saiz sampel	89
3.11.1	Formula Perkadaran Tunggal	90
3.11.2	Formula Regresi Logistik	91
3.11.3	Formula Analisis Dua Sampel Berpasangan	92
3.12	Instrumen Kajian	95
3.13	Pembinaan Instrumen Kajian	96
3.13.1	Fasa Pertama – Pembangunan Instrumen	96
3.13.2	Fasa Kedua – Pengesahan Ciri Psikometrik Instrumen	98
3.13.3	Ciri Demografi Responden EFA dan CFA	103
3.14	Definisi Konsep Kajian	104
3.14.1	Skim Peduli Kesihatan untuk Kumpulan B40 (PeKa B40)	104
3.14.2	Kumpulan B40	105
3.14.3	Jurang antara Tahap Kepuasan dan Tahap Kepentingan	106
3.15	Definisi Operasional Kajian	106
3.15.1	Pembolehubah Bersandar	106
3.15.2	Pembolehubah Tidak Bersandar	109
3.16	Pengumpulan Data	111
3.17	Analisis Data Kuantitatif	112
3.17.1	Pengurusan Awal Data	112
3.17.2	Menangani Bias Kaedah Sejagat (Common Method Bias, CMB)	113
3.17.3	Analisis Deskriptif	114
3.17.4	Analisis Bivariat	115
3.17.5	Analisis Multivariat	116
3.17.6	Analisis Jurang Kepentingan-Prestasi	117
3.18	Analisis Data Kualitatif	122
3.19	Etika Kajian	124
3.20	Kesimpulan	125

BAB IV	KEPUTUSAN	
4.1	Pengenalan	126
4.2	Kadar respon	127
4.3	Analisis Deskriptif Ciri-ciri Responden	128
4.3.1	Faktor Predisposisi	128
4.3.2	Faktor Pemboleh Responden	131
4.3.3	Faktor Keperluan Responden	136
4.4	Perbandingan ciri responden mengikut etnik	138
4.4.1	Faktor predisposisi mengikut etnik	138
4.4.2	Faktor pemboleh mengikut pecahan etnik	141
4.4.3	Faktor keperluan mengikut etnik	146
4.5	Objektif 1 – Tahap Penggunaan Manfaat PeKa B40	146
4.6	Objektif 2 – Tahap kepuasan terhadap PeKa B40	148
4.6.1	Tahap Kepuasan Keseluruhan	148
4.6.2	Tahap Kepuasan Pengguna dan Bukan Pengguna	148
4.6.3	Tahap Kepuasan Berdasarkan Item dalam Domain Tahap Kepuasan Keseluruhan	149
4.7	Objektif 3 – Faktor yang Mempengaruhi Penggunaan Manfaat PeKa B40	150
4.7.1	Regresi Logistik Ringkas	150
4.7.2	Regresi Logistik Binari	152
4.8	Objektif 4 – Faktor yang Mempengaruhi Tahap Kepuasan terhadap PeKa B40	155
4.8.1	Regresi Logistik Ringkas	155
4.8.2	Regresi Logistik Binari	157
4.9	Objektif 5 – Jurang antara Kepuasan dan Kepentingan terhadap Prestasi Pelaksanaan Program PeKa B40	160
4.9.1	Kedudukan Item dalam Matriks IPGA	160
4.9.2	Ranking keutamaan penambahbaikan berdasarkan Jarak dari Titik Ideal	162
4.10	Objektif 6 – Dapatan Kualitatif Halangan & Cabaran	168
4.10.1	Halangan Penggunaan PeKa B40 dalam Kalangan Bukan Pengguna	169
4.10.2	Cabaran dalam Kalangan Pengguna	173
4.11	Objektif 7 – Dapatan Kualitatif Cadangan Penambahbaikan	177
4.11.1	Cadangan Penambahbaikan PeKa B40 oleh Responden	177
4.12	Kesimpulan	190

BAB V	PERBINCANGAN	
5.1	Pengenalan	192
5.2	Tahap Penggunaan Manfaat PeKa B40	193
5.2.1	Tahap Penggunaan Keseluruhan	193
5.2.2	Perbandingan Tahap Penggunaan PeKa B40 dengan Negara Lain	194
5.2.3	Penggunaan Manfaat yang Tidak Seimbang dan Tertumpu kepada Saringan	195
5.2.4	Ketidaksamaan Penggunaan antara Kumpulan Etnik	197
5.3	Faktor yang Mempengaruhi Penggunaan Manfaat	203
5.3.1	Atribut Individu	203
5.3.2	Atribut Sistem Kesihatan	208
5.4	Tahap Kepuasan Terhadap PeKa B40	210
5.4.1	Tahap Kepuasan Keseluruhan yang Rendah	211
5.4.2	Perbezaan Tahap Kepuasan antara Pengguna dan Bukan Pengguna Manfaat	212
5.5	Faktor yang Mempengaruhi Kepuasan	213
5.5.1	Atribut Individu	213
5.5.2	Atribut Sistem Kesihatan	219
5.5.3	Pengguna manfaat PeKa B40	222
5.6	Cadangan Penambahbaikan PeKa B40	223
5.6.1	Strategi Penambahbaikan dalam Penyampaian Perkhidmatan	224
5.6.2	Strategi Penambahbaikan dalam Akses dan Kemudahan Perkhidmatan	227
5.6.3	Strategi Penambahbaikan dalam Komunikasi di Fasiliti Kesihatan	229
5.6.4	Strategi Penambahbaikan dalam Aspek Kos Kesihatan	232
5.6.5	Strategi Penambahbaikan dalam Tadbir Urus Program PeKa B40	235
5.7	Kesimpulan	241
BAB VI	RUMUSAN DAN CADANGAN	
6.1	Pengenalan	242
6.2	Kesimpulan	242
6.3	Limitasi Kajian	246
6.4	Implikasi kajian	250
6.4.1	Implikasi Teori	250
6.4.2	Implikasi Praktikal	252

6.5	Cadangan	254
6.5.1	Cadangan untuk Penyelidikan Lanjutan	255
6.6	Kesimpulan	257

RUJUKAN		259
----------------	--	------------

LAMPIRAN		277
-----------------	--	------------

Lampiran A	Borang Soal Selidik	277
Lampiran B	Dapatan Kajian Bagi Pembangunan Dan Validasi Soal Selidik	284
Lampiran C	Butiran Demografi Responden dan Petikan Asal Halangan Menggunakan PeKa B40	287
Lampiran D	Butiran Demografi Responden dan Petikan Asal Cabaran Menggunakan PeKa B40	289
Lampiran E	Butiran Demografi Responden dan Petikan Asal Cadangan Penambahbaikan PeKa B40	291
Lampiran F	Borang Kebenaran Etika	296



SENARAI JADUAL

No. Jadual		Halaman
Jadual 2.1	Agihan Pendapatan, Pendapatan Isi Rumah Penengah, Purata dan Had Pendapatan mengikut Kumpulan Isi Rumah Desil, 2019	31
Jadual 2.2	Ringkasan Komponen Manfaat PeKa B40	35
Jadual 3.1	Latar belakang tempat kajian dan ketersediaan fasiliti kesihatan berdaftar sebagai klinik panel PeKa B40 mengikut daerah terpilih (N=29 daerah)	81
Jadual 3.2	Kriteria sampel kajian	87
Jadual 3.3	Pengiraan Saiz Sampel Kajian	94
Jadual 3.4	Agihan saiz sampel secara berkadar mengikut negeri dan Wilayah Persekutuan (N = 2,645)	95
Jadual 3.5	Ringkasan Keputusan Analisis Faktor Penerokaan dan Kebolehpercayaan Instrumen (N = 150)	100
Jadual 3.6	Ringkasan Indeks Kesesuaian Model CFA	100
Jadual 3.7	Keputusan Kesahan Konvergen dan Kebolehpercayaan Komposit Mengikut Konstruk (N = 200)	101
Jadual 3.8	Ringkasan Indeks Kesahan Diskriminan	101
Jadual 3.9	Ciri-ciri Demografi Responden dalam Analisis Faktor Penerokaan (EFA) dan Analisis Faktor Pengesahan (CFA)	104
Jadual 3.10	Definisi Operasional Pemboleh Ubah Tidak Bersandar: Atribut Individu	110
Jadual 3.11	Definisi Operasional Pemboleh Ubah Tidak Bersandar: Atribut Sistem Kesihatan	111
Jadual 3.12	Interpretasi Kuadran Importance–Performance Gap Analysis (IPGA) Berdasarkan Nilai RI dan RP	121
Jadual 3.13	Struktur Tema dan Sub-tema Analisis Kualitatif Mengikut Model Andersen Fasa 5 (2008)	124
Jadual 4.1	Ciri-ciri demografi responden kajian (N = 2,573)	128
Jadual 4.2	Faktor pemboleh responden (N = 2,573)	132

Jadual 4.3	Jenis perlindungan kesihatan yang dimiliki oleh responden (N = 2,573)	135
Jadual 4.4	Sumber pembiayaan perkhidmatan kesihatan selain bayaran sendiri (N=2,573)	136
Jadual 4.5	Faktor Keperluan Responden (N = 2,573)	137
Jadual 4.6	Jenis penyakit yang dilaporkan oleh responden (N = 2,573)	137
Jadual 4.7	Status perkahwinan mengikut etnik (N = 2,573)	139
Jadual 4.8	Tahap pendidikan mengikut pecahan etnik (N = 2,573)	139
Jadual 4.9	Saiz isi rumah sebulan mengikut pecahan etnik (N = 2,573)	140
Jadual 4.10	Tahap literasi kesihatan mengikut etnik (N = 2,573)	141
Jadual 4.11	Tahap pengetahuan mengenai PeKa B40 mengikut etnik (N = 2,573)	141
Jadual 4.12	Status pekerjaan mengikut etnik (N = 2,573)	142
Jadual 4.13	Pendapatan isi rumah bulanan mengikut etnik (N = 2,573)	143
Jadual 4.14	Lokasi kediaman responden mengikut etnik (N = 2,573)	143
Jadual 4.15	Penyertaan dalam progrm perlindungan kesihatan mengikut etnik (N = 2,573)	144
Jadual 4.16	Sumber pembayaran perkhidmatan kesihatan mengikut etnik (N=2,573)	145
Jadual 4.17	Fasiliti kesihatan yang paling kerap digunakan mengikut etnik (N=2,573)	145
Jadual 4.18	Status kesihatan responden mengikut etnik (N = 2,573)	146
Jadual 4.19	Tahap penggunaan manfaat PeKa B40 (N = 2,573)	146
Jadual 4.20	Sebab-sebab tidak menggunakan manfaat PeKa B40 (N = 2,573)	147
Jadual 4.21	Tahap Penggunaan manfaat PeKa B40 mengikut etnik (N = 2,573)	148
Jadual 4.22	Tahap kepuasan terhadap PeKa B40 (N = 2,573)	148
Jadual 4.23	Tahap kepuasan mengikut penggunaan manfaat PeKa B40 (N = 2,573)	149

Jadual 4.24	Skor Min dan Sisihan Piawai bagi Item dalam Domain Tahap Kepuasan Keseluruhan (N = 2,573)	149
Jadual 4.25	Keputusan analisis Regresi Logistik Ringkas bagi faktor yang mempengaruhi penggunaan PeKa B40 (N = 2,573)	150
Jadual 4.26	Keputusan regresi logistik binari pelbagai bagi faktor yang mempengaruhi penggunaan manfaat PeKa B40 (N = 2,573)	153
Jadual 4.27	Keputusan analisis Regresi Logistik Ringkas bagi faktor yang mempengaruhi Tahap Kepuasan terhadap PeKa B40 (N = 2,573)	155
Jadual 4.28	Keputusan regresi logistik binari pelbagai bagi faktor yang mempengaruhi tahap kepuasan terhadap PeKa B40 (N = 2,573)	158
Jadual 4.29	Keutamaan item dalam Kuadran II berdasarkan nilai D (N=14 item)	162
Jadual 4.30	Matriks Analisis Berkerangka Berdasarkan Model Andersen bagi Halangan Tidak Menggunakan Manfaat PeKa B40	169
Jadual 4.31	Matriks Analisis Berkerangka Berdasarkan Model Andersen bagi Cabaran Menggunakan Manfaat PeKa B40	173
Jadual 4.32	Matriks Analisis Berkerangka Berdasarkan Model Andersen bagi Cadangan Penambahbaikkan PeKa B40	177

SENARAI ILUSTRASI

No. Rajah		Halaman
Rajah 2.1	<i>Andersen's Behavioral Model of Health Service Use</i> (Fasa 5) (Andersen, 2008)	43
Rajah 2.2	Teori Ketidakselarasan Jangkaan (<i>Expectancy Disconfirmation Theory, EDT</i>) diperkenalkan oleh Oliver (1980)	51
Rajah 2.3	Kerangka konsep kajian diadaptasi dari Model Tingkah Laku Andersen Fasa 5 (2008)	78
Rajah 3.1	Carta Alir Reka Bentuk Kajian Keratan Rentas dengan Pendekatan <i>Embedded Convergent Parallel Mixed Methods Design</i> .	83
Rajah 3.2	Ringkasan Kaedah Persampelan Kajian.	89
Rajah 3.3	Model Pengukuran Akhir Instrumen Kepuasan PeKa B40 Berdasarkan Analisis Faktor Pengesahan (CFA)	102
Rajah 3.4	Proses Pembangunan dan Pengesahan Instrumen Kepuasan PeKa B40	103
Rajah 4.1	Peratusan jenis manfaat yang digunakan	147
Rajah 4.2	Kerangka Matriks IPGA bagi 33 item dalam Lima Domain Atribut Sistem Kesihatan	161

SENARAI SINGKATAN

UHC	Perlindungan Kesihatan Sejagat Badan Kesihatan Dunia
WHO	Badan Kesihatan Dunia
DOSM	Jabatan Perangkaan Malaysia
B40	Terendah 40%
NHMS	Tinjauan Kebangsaan Kesihatan dan Morbiditi
NCD	Penyakit Tidak Berjangkit
KKM	Kementerian Kesihatan Malaysia
PeKa B40	Skim Peduli Kesihatan B40
M40	Pertengahan 40%
T20	Teratas 20%
IPA	Analisis Kepentingan-Prestasi
SDG	Agenda Pembangunan Mampan
PNK	Pendapatan Negara Kasar
RMK-12	Rancangan Malaysia ke-12
EPU	Unit Perancang Ekonomi
OOP	Perbelanjaan sendiri
EDT	Teori Ketidakselarasan Jangkaan
PSQ-18	<i>Patient Satisfaction Questionnaire Short-Form</i>
IPGA	Analisis Jurang Kepentingan-Prestasi

BAB I

PENGENALAN

1.1 PENDAHULUAN

Bahagian pertama bab ini membentangkan gambaran ringkas tentang latar belakang kajian dan pernyataan masalah. Seterusnya, bab ini membincangkan persoalan kajian, objektif kajian, hipotesis, jurang kajian, skop kajian dan kepentingan kajian. Bab ini juga mengandungi definisi operasi bagi pemboleh ubah bersandar dan pemboleh ubah tidak bersandar. Akhir sekali, bab ini membentangkan struktur tesis dan ringkasan bab.

1.2 LATAR BELAKANG KAJIAN

Sistem kesihatan direka untuk membolehkan orang ramai mengakses perkhidmatan kesihatan yang diperlukan, sambil melindungi mereka daripada kesan kewangan yang buruk akibat membayar perkhidmatan kesihatan, yang kini dikenali secara meluas sebagai Perlindungan Kesihatan Sejagat (UHC) (Lozano et al. 2020; Tangcharoensathien et al. 2020; World Health Organization 2010)

Namun begitu, separuh daripada populasi dunia tidak menerima perkhidmatan kesihatan yang mereka perlukan (WHO 2017). Golongan miskin berisiko tinggi mengalami kesihatan yang buruk akibat kekurangan penggunaan perkhidmatan kesihatan, disebabkan oleh kos kesihatan yang perlu mereka tanggung sendiri (Ghebreyesus 2017).

Di Malaysia, segmen masyarakat yang kurang berkemampuan merujuk kepada 40% isi rumah dengan pendapatan terendah, yang dikenali sebagai kumpulan B40. Pada tahun 2019, terdapat 4.4 juta isi rumah dalam kumpulan B40, di mana 68% daripadanya adalah Bumiputera dan 32% bukan Bumiputera. Sebanyak 56% daripada kumpulan ini

tinggal di kawasan bandar manakala selebihnya di kawasan luar bandar. Jabatan Perangkaan Malaysia (DOSM) menggariskan bahawa Kumpulan pendapatan B40 sebagai mereka yang berpendapatan bulanan di bawah RM4,850 (DOSM 2020).

Pada masa ini, populasi berpendapatan rendah di Malaysia berhadapan dengan pelbagai cabaran kesihatan seperti Penyakit Tidak Berjangkit (NCD), masalah kesihatan mental, dan kekurangan nutrisi (Fui et al. 2022; Said et al. 2020; Shahar et al. 2019). Kajian Tinjauan Kebangsaan Kesihatan dan Morbiditi tahun 2015 (NHMS 2015) yang dijalankan oleh Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM) melaporkan 47.6% daripada golongan B40 berumur 40 tahun ke atas mengalami sekurang-kurangnya satu Penyakit Tidak Berjangkit (NCD) yang belum didiagnosis (KKM 2015) dan lebih ramai golongan B40 mengalami masalah kesihatan mental berbanding dengan kumpulan bukan B40 (Ithnin et al. 2020; Koo et al. 2023). Kumpulan berpendapatan rendah ini juga menghadapi cabaran dalam sistem penjagaan kesihatan semasa (Ho et al. 2017). Laporan mendapati bahawa kebanyakan pesakit kanser tidak melengkapkan rawatan mereka, hanya mendapatkan rawatan apabila keadaan mereka sangat serius, yang mengurangkan peluang pemulihan dan meningkatkan kos rawatan (Ho et al. 2017; Yeoh et al. 2020). Walaupun semua hospital di bawah KKM disubsidi dengan banyak oleh Kerajaan, beberapa kos peralatan perubatan masih perlu ditanggung oleh pesakit, yang menambah beban kewangan mereka yang sememangnya kurang berkemampuan. Oleh itu, kebanyakan mereka tidak meneruskan rawatan seperti kemasukan ke hospital atau susulan di klinik (Yeoh et al. 2020).

Di peringkat global, pelbagai negara telah mengambil langkah penting untuk melindungi golongan berpendapatan rendah daripada risiko kewangan akibat kos rawatan kesihatan. Sebagai contoh, Thailand melaksanakan *Universal Coverage Scheme* (UCS) yang menyediakan perlindungan kesihatan menyeluruh kepada semua warganegara, termasuk golongan miskin (Tangcharoensathien et al. 2019). Di Indonesia, skim Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) memberi subsidi premium kesihatan kepada kumpulan berpendapatan rendah bagi memastikan mereka mendapat akses kepada perkhidmatan kesihatan asas (Wiseman et al. 2018). Manakala di Ghana, *National Health Insurance Scheme* (NHIS) diperkenalkan untuk memperluas

perlindungan kesihatan kepada rakyatnya yang kurang berkemampuan (Van der Wielen et al. 2018).

Selari dengan usaha global ke arah perlindungan kesihatan sejagat UHC, Malaysia turut mengambil langkah penting melalui pelaksanaan Skim Peduli Kesihatan untuk Kumpulan B40 (PeKa B40). Inisiatif yang dibiayai oleh kerajaan ini diperkenalkan bagi melindungi segmen masyarakat yang paling terdedah, iaitu golongan berpendapatan rendah B40, dengan objektif meningkatkan akses kepada penjagaan kesihatan berkualiti serta mengurangkan beban kewangan akibat kos rawatan (Puteh 2019).

PeKa B40 telah dilancarkan secara rasmi pada 15 April 2019 dan merupakan salah satu pembaharuan pembiayaan kesihatan oleh kerajaan melalui Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM), khususnya dalam menangani isu penyakit NCD dalam kalangan B40. Program ini memberi fokus kepada saringan dan rawatan bagi penyakit seperti diabetes, hipertensi, penyakit jantung, masalah kesihatan mental, dan kanser, di samping menggalakkan kerjasama sektor awam-swasta dalam penjagaan kesihatan primer. Antara manfaat utama yang ditawarkan termasuk: saringan kesihatan percuma di klinik PeKa B40, bantuan rawatan bernilai sehingga RM20,000, insentif rawatan kanser sebanyak RM1,000, dan bantuan tambang pengangkutan sebanyak RM500 hingga RM1,000 bergantung kepada lokasi penerima manfaat (ProtectHealth 2021).

Namun, berdasarkan pengalaman negara lain, keberkesanan program seperti ini sangat bergantung kepada penilaian berterusan terhadap faktor yang mempengaruhi penggunaan perkhidmatan. Banyak negara telah menggunakan Model Tingkah Laku Penggunaan Perkhidmatan Kesihatan Andersen sebagai kerangka teoritikal untuk mengenal pasti halangan serta faktor-faktor mempengaruhi akses kepada penjagaan kesihatan, khususnya bagi populasi rentan. Model ini membahagikan faktor yang mempengaruhi penggunaan perkhidmatan kesihatan kepada dua jenis atribut utama, iaitu atribut individu dan atribut kontekstual (yang merujuk kepada sistem kesihatan). Atribut individu merangkumi ciri-ciri peribadi pengguna, manakala atribut kontekstual merujuk kepada faktor yang berkaitan dengan sistem kesihatan secara menyeluruh. Kedua-dua jenis atribut ini mengandungi tiga komponen utama yang saling berkait:

faktor predisposisi, iaitu ciri-ciri seperti umur, jantina, tahap pendidikan, dan sikap terhadap penjagaan kesihatan; faktor pemboleh, seperti lokasi kemudahan kesihatan, kos rawatan, dan kemudahan pengangkutan; serta faktor keperluan, yang merujuk kepada keadaan kesihatan seseorang sama ada disedari atau tidak, seperti kewujudan simptom atau diagnosis penyakit. Ketiga-tiga komponen ini berfungsi secara bersama dalam mempengaruhi sama ada seseorang akan menggunakan perkhidmatan kesihatan yang tersedia. (Krzyż et al. 2023).

Sebagai contoh, di Korea Selatan, model ini telah digunakan untuk meneliti sebab warga emas berpendapatan rendah tidak memanfaatkan perkhidmatan kesihatan walaupun mempunyai perlindungan kewangan. Kajian menunjukkan bahawa faktor pemboleh bukan ekonomi seperti sokongan sosial dan kesedaran terhadap perkhidmatan mempunyai pengaruh yang lebih besar berbanding faktor kewangan semata-mata (Takura & Miura 2022).

Selain itu, beberapa negara turut menggabungkan penilaian antara kepentingan dan kepuasan bagi menilai sejauh mana program insurans kesihatan memenuhi harapan pengguna, dan digunakan sebagai asas penting dalam penambahbaikan dasar. Sebagai contoh, di China, jurang dalam aspek perkhidmatan seperti masa menunggu dan komunikasi telah mendorong penyesuaian dalam skim kesihatan luar bandar (Zhang et al. 2021). Di Indonesia, kajian ke atas JKN menunjukkan bahawa persepsi terhadap faedah yang rendah menyumbang kepada pemberhentian pembayaran oleh pekerja sektor tidak formal, menekankan keperluan pelarasan program berdasarkan pengalaman pengguna (Muttaqien et al. 2021). Di Vietnam, penilaian terhadap perkhidmatan kesihatan swasta pula mencadangkan penyesuaian dimensi perkhidmatan berdasarkan keutamaan pengguna sebagai asas peningkatan nilai dan kesetiaan pelanggan (Nguyen et al. 2021). Justeru, penilaian secara sistematik terhadap keperluan, persepsi, dan kepuasan pengguna adalah penting untuk memastikan objektif asal dapat dicapai dengan lebih efektif dan berkesan.

1.3 PERNYATAAN MASALAH

Program PeKa B40, yang dilancarkan pada tahun 2019, diwujudkan untuk menangani beban NCD yang semakin meningkat dalam kalangan populasi B40 di Malaysia — iaitu

kumpulan yang berpendapatan rendah dan kurang berkemampuan dari segi sosioekonomi (Fui et al. 2022; Ithnin et al. 2020; Said et al. 2020). Walaupun program ini menawarkan pelbagai manfaat termasuk saringan kesihatan percuma, bantuan alat perubatan, insentif melengkapkan rawatan kanser dan bantuan tambang pengangkutan, kadar penggunaan dalam kalangan penerima manfaat kekal rendah.

Walaupun PeKa B40 diperkenalkan untuk memperluas akses kepada saringan dan rawatan awal penyakit tidak berjangkit (NCD), namun, statistik rasmi menunjukkan bahawa kadar penggunaan PeKa B40 masih sangat rendah di peringkat nasional. Hanya 10% daripada 4.4 juta individu yang layak menggunakan manfaat dalam dua tahun pertama (ProtectHealth 2020), dan angka ini meningkat sedikit kepada 13.9% selepas empat tahun (KKM 2022). Saringan kesihatan tahunan juga kekal rendah, daripada 5% pada awal pelaksanaan menurun kepada 2% pada 2021 dan hanya mencapai 6% pada 2023 (ProtectHealth 2020, 2021, 2025). Kajian tempatan turut melaporkan kadar penggunaan rendah, seperti hanya 7.6% dalam kalangan B40 yang layak di Lembah Klang, Selangor dalam kajian Yunus et al. (2021) dan 6.7% dalam kalangan pesakit kanser menurut (Halim et al. 2025). Ini mencerminkan bahawa ramai penerima manfaat masih belum mengakses perkhidmatan yang disediakan Yunus et al. (2021).

Beberapa kelemahan sistemik dalam pelaksanaan PeKa B40 telah dikenal pasti. Antaranya termasuklah prosedur pentadbiran yang rumit dan tidak mesra pengguna (Yunus et al., 2021; Halim et al., 2025), ketidaktelusan dalam pemakluman keputusan permohonan (Halim et al., 2025), serta promosi yang tidak menyeluruh dan kurang berkesan dalam menjangkau kumpulan sasar (Yunus et al., 2021). Hanya 51% daripada peruntukan RM80 juta telah digunakan pada tahun 2021, mencerminkan pengurusan sumber kewangan yang belum optimum (ProtectHealth 2021). Dalam kalangan penyedia swasta, kadar pendaftaran doktor perubatan am (GP) sebagai penyedia PeKa B40 juga rendah kerana prosedur pendaftaran yang kompleks, bayaran tidak kompetitif, dan peranan terhad kepada saringan asas (Jamal et al. 2023).

Kajian lepas telah mengenal pasti pelbagai isu pelaksanaan yang menjejaskan keberkesanan program. Halim et al. (2025) melaporkan bahawa pesakit kanser kurang dimaklumkan mengenai program CCTI dan menghadapi kesukaran dalam proses

tuntutan insentif. Kajian Tey et al. (2025) pula menunjukkan bahawa pesakit diabetes tidak mengetahui tentang perkhidmatan sokongan seperti fisioterapi dan kaunseling pakar diet. Kajian Jamal et al. (2023) mendapati hanya 27% GP mempunyai pengetahuan yang baik mengenai PeKa B40, dan hanya 18.2% menunjukkan sikap positif terhadap pelaksanaannya. Namun, tiada kajian lanjutan telah dijalankan untuk mengenal pasti secara menyeluruh faktor yang menyumbang kepada kadar pendaftaran rendah atau untuk menilai keberkesanan program dalam mencapai akses kesihatan yang saksama (Yunus et al., 2021).

Akses kepada perkhidmatan kesihatan kekal menjadi cabaran besar bagi kumpulan rentan. Kajian oleh (Muda et al. 2020) melaporkan bahawa subkumpulan tertentu—khususnya wanita luar bandar yang tidak bekerja dan berpendapatan sekitar RM1,027.70—masih berdepan jurang besar dalam akses dan penggunaan perkhidmatan kesihatan. Dapatan ini disokong oleh Yunus et al. (2021), yang menunjukkan bahawa hanya 19% individu B40 menggunakan perkhidmatan kesihatan semasa Perintah Kawalan Pergerakan (PKP), dan 33% selepas PKP. Tambahan pula, NHMS 2019 melaporkan bahawa kadar saringan kesihatan NCD dalam kalangan orang dewasa Malaysia hanyalah 33.3% (Mehd Noh et al. 2022), menunjukkan dua pertiga populasi dewasa belum menjalani saringan asas.

Pada masa yang sama, beban penyakit NCD dalam kalangan B40 kekal tinggi dan membimbangkan. NHMS 2015 melaporkan prevalens hipertensi sebanyak 29.8%, kolesterol tinggi 29.2%, dan diabetes 19.8% (Ismail et al. 2024). Kajian Suhaili et al. (2023) di kawasan luar bandar Langkawi pula menunjukkan kadar hiperkolesterolemia 47.9% dan hipertensi 33.9%, iaitu jauh lebih tinggi, walaupun kadar diabetes sedikit lebih rendah pada 13.4%. Perbandingan ini mencadangkan bahawa masih banyak kes NCD yang kekal tidak dikesan, terutamanya dalam komuniti luar bandar dan berpendapatan rendah, disebabkan kelewatan dalam saringan atau kekurangan kesedaran terhadap status kesihatan.

Sekiranya penggunaan dan kadar saringan awal tidak diperbaiki, risiko kelewatan pengesanan penyakit akan terus meningkat. Ini boleh menyebabkan komplikasi kesihatan, kematian pramatang, dan kos rawatan jangka panjang yang tinggi

(Bain et al. 2022; Kiross et al. 2021; Mumtaz et al. 2019; Wang et al. 2018). Kesan domino ini bukan sahaja membebankan individu dan isi rumah, malah meningkatkan beban terhadap sistem kesihatan awam (Wang et al. 2018). Dalam jangka panjang, situasi ini boleh memburukkan lagi ketidaksaksamaan kesihatan dan menjejaskan matlamat Malaysia untuk mencapai Perlindungan Kesihatan Sejagat (UHC) (Bakar et al. 2019; Zhou et al. 2024).

Walaupun pelbagai isu pelaksanaan dan kadar penggunaan yang rendah telah dilaporkan, bukti empirikal mengenai keberkesanan PeKa B40 masih terhad. Dari sudut empirikal, kajian sedia ada melibatkan sampel yang kecil dan tertumpu kepada kumpulan tertentu, sekali gus mengehadkan kebolegunaan dapatan kepada populasi B40 secara keseluruhan. Sebagai contoh, Halim et al. (2025) hanya melibatkan 23 pesakit kanser, Tey et al. (2025) melibatkan 15 pesakit diabetes, manakala Suhaili et al. (2023) meneliti 307 penduduk luar bandar di Langkawi. Oleh itu, masih belum terdapat kajian berskala nasional yang menilai penggunaan dan kepuasan terhadap PeKa B40 dalam kalangan penerima manfaat B40 di seluruh Malaysia.

Selain itu, wujud jurang populasi sasaran kerana kajian terdahulu hanya melibatkan pengguna PeKa B40 atau penyedia perkhidmatan kesihatan tanpa menyertakan individu yang layak menerima manfaat tetapi tidak menggunakannya (Halim et al. 2025; Tey et al. 2025; Jamal et al. 2023). Ketiadaan perspektif bukan pengguna menyebabkan faktor yang menyumbang kepada ketidakgunaan program, termasuk kekurangan kesedaran, halangan akses, persepsi terhadap program dan kekangan logistik, masih kurang difahami.

Dari sudut metodologi, kebanyakan kajian terdahulu menggunakan pendekatan deskriptif atau kualitatif dengan saiz sampel yang kecil dan tidak menggunakan instrumen kepuasan yang dibangunkan serta disahkan secara khusus untuk menilai program perlindungan kesihatan seperti PeKa B40. Tambahan pula, tiada kajian yang menggunakan kerangka teori yang komprehensif seperti Model Tingkah Laku Andersen untuk menerangkan faktor-faktor yang mempengaruhi penggunaan manfaat atau Expectation Disconfirmation Theory (EDT) untuk menerangkan pembentukan kepuasan penerima manfaat. Pada masa yang sama, atribut sistem kesihatan seperti

penyampaian perkhidmatan, akses dan kemudahan, komunikasi, kos dan tadbir urus juga belum dinilai secara menyeluruh menggunakan instrumen yang berasaskan SERVQUAL, PSQ-18 dan analisis jurang kepentingan-prestasi.

Dari aspek pelaksanaan program, beberapa isu seperti tahap kesedaran yang rendah, kekeliruan mengenai kelayakan dan manfaat, kelewatan proses tuntutan serta cabaran akses perkhidmatan telah dilaporkan dalam kajian terdahulu (Yunus et al. 2021; Halim et al. 2025; Tey et al. 2025). Walau bagaimanapun, isu-isu ini dilaporkan secara berasingan dan belum dinilai secara holistik dalam satu kajian yang mengintegrasikan perspektif pengguna dan bukan pengguna.

Sehubungan itu, kajian ini dijalankan bagi memberikan pemahaman yang lebih komprehensif tentang penggunaan dan kepuasan terhadap PeKa B40 dalam kalangan penerima manfaat B40 di Malaysia. Kajian ini penting bagi mengenal pasti faktor yang mempengaruhi penggunaan dan kepuasan, menjelaskan cabaran yang dihadapi oleh pengguna dan bukan pengguna, serta mencadangkan penambahbaikan dasar dan pelaksanaan yang lebih responsif terhadap keperluan kumpulan B40.

1.4 PERSOALAN KAJIAN

Selaras dengan objektif kajian, persoalan-persoalan berikut dirumuskan bagi memandu penyelidikan ini:

a. Persoalan Kuantitatif

1. Apakah tahap penggunaan manfaat PeKa B40 dalam kalangan penerima manfaat di Malaysia?
2. Apakah tahap kepuasan penerima manfaat terhadap program PeKa B40?
3. Apakah faktor predisposisi, pemboleh dan keperluan yang mempengaruhi penggunaan manfaat PeKa B40?
4. Apakah faktor predisposisi, pemboleh dan keperluan yang mempengaruhi tahap kepuasan terhadap PeKa B40?

5. Adakah terdapat jurang signifikan antara tahap kepentingan dan tahap kepuasan terhadap pelaksanaan domain-domain dalam faktor pemboleh atribut sistem kesihatan dalam program PeKa B40?

b. Persoalan Kualitatif

6. Apakah cabaran dan halangan yang dihadapi oleh penerima manfaat dalam mengakses dan menggunakan program PeKa B40?

1.5 OBJEKTIF KAJIAN

1.5.1 Objektif Umum

Untuk menilai tahap penggunaan dan tahap kepuasan terhadap program PeKa B40 serta mengenal pasti faktor yang mempengaruhinya dalam kalangan penerima manfaat di Malaysia melalui pendekatan campuran.

1.5.2 Objektif Khusus

a. Objektif Kuantitatif

1. Menentukan tahap penggunaan manfaat PeKa B40 dalam kalangan penerima manfaat.
2. Menentukan tahap kepuasan terhadap program PeKa B40 dalam kalangan penerima manfaat.
3. Mengenal pasti faktor predisposisi, pemboleh dan keperluan yang mempengaruhi penggunaan manfaat PeKa B40.
4. Mengenal pasti faktor predisposisi, pemboleh dan keperluan yang mempengaruhi tahap kepuasan terhadap PeKa B40.
5. Mengenal pasti jurang antara tahap kepentingan dan tahap kepuasan terhadap pelaksanaan domain-domain dalam faktor pemboleh atribut sistem kesihatan dalam program PeKa B40, bagi menentukan keutamaan penambahbaikan yang diperlukan.

b. Objektif Kualitatif

6. Meneroka dan mengenalpasti halangan dan cabaran yang dihadapi oleh penerima manfaat dalam mengakses dan menggunakan program PeKa B40.
7. Meneroka dan mengenalpasti cadangan penambahbaikan terhadap program PeKa B40 berdasarkan pengalaman sebenar penerima manfaat.

1.6 HIPOTESIS

Berdasarkan objektif kajian dan kerangka teori yang digunakan, hipotesis berikut telah dirumuskan bagi diuji melalui komponen kuantitatif:

a. Hipotesis 1: Hubungan antara Faktor dan Penggunaan PeKa B40

H1: Terdapat hubungan yang signifikan antara faktor-faktor predisposisi, pemboleh dan keperluan dengan penggunaan manfaat PeKa B40.

b. Hipotesis 2: Hubungan antara Faktor dan Kepuasan Terhadap PeKa B40

H2: Terdapat hubungan yang signifikan antara faktor-faktor predisposisi, pemboleh dan keperluan dengan tahap kepuasan terhadap PeKa B40.

c. Hipotesis 3: Jurang Antara Kepentingan dan Kepuasan

H3: Terdapat jurang yang signifikan antara tahap kepentingan dan tahap kepuasan terhadap pelaksanaan domain-domain dalam faktor pemboleh atribut sistem kesihatan dalam program PeKa B40.

1.7 JUSTIFIKASI KAJIAN

Kajian ini dijalankan atas beberapa asas penting yang menjadikannya relevan dan bernilai dalam konteks penambahbaikan sistem perlindungan kesihatan untuk golongan berpendapatan rendah di Malaysia.

Kajian ini dijalankan sebagai tindak balas terhadap pelbagai isu kritikal yang telah dikenal pasti dalam laporan rasmi dan kajian terdahulu berkaitan pelaksanaan program PeKa B40. Pertama, isu penggunaan manfaat yang rendah dalam kalangan golongan B40 kekal menjadi kebimbangan utama, walaupun program ini telah

diperkenalkan untuk memperluas akses kepada saringan dan rawatan awal NCD. Maka, adalah penting untuk mendapatkan gambaran yang lebih menyeluruh mengenai kadar penggunaan secara nasional serta faktor-faktor yang mempengaruhinya. Selain itu, memahami halangan dan cabaran yang dihadapi oleh penerima manfaat dari perspektif mereka sendiri adalah kunci untuk merangka penyelesaian yang lebih berkesan.

Kedua, tahap kepuasan penerima manfaat juga merupakan indikator penting dalam menilai keberkesanan sesuatu program. Walaupun laporan dalam mencatatkan kadar kepuasan 75.9% dalam kalangan pengguna PeKa B40 (ProtectHealth 2021), tiada kajian setakat ini yang menilai tahap kepuasan dalam kalangan mereka yang tidak menggunakan manfaat. Mengetahui mengapa mereka tidak berpuas hati atau tidak terdorong untuk menggunakan manfaat adalah penting, kerana kepuasan telah terbukti secara signifikan mempengaruhi penggunaan perkhidmatan kesihatan dan skim perlindungan kesihatan di banyak kajian antarabangsa dan tempatan.

Ketiga, beberapa jurang kajian telah dikenal pasti daripada penyelidikan lepas yang menilai aspek pelaksanaan PeKa B40. Antaranya termasuk ketiadaan pendekatan teori yang kukuh, instrumen pengukuran yang tidak divalidasi, dan kekurangan data representatif di peringkat nasional. Menangani jurang-jurang ini melalui kajian semasa dapat memberikan pemahaman yang lebih mendalam dan menyeluruh mengenai keberkesanan program dalam mencapai matlamat asalnya.

Akhir sekali, dalam menangani isu sistemik dan kelemahan yang dikenal pasti dalam kajian lalu, pendekatan penambahbaikan berasaskan bukti (*evidence-based improvements*) merupakan kaedah terbaik. Merangka penambahbaikan yang berpaksikan suara rakyat—dengan mendapatkan cadangan secara langsung daripada golongan sasaran berkaitan manfaat, polisi atau aspek pelaksanaan yang lebih sesuai dengan keperluan mereka—dapat meningkatkan keberkesanan program dan menjamin keberlangsungan pelaksanaannya. Justeru, kajian ini bukan sahaja penting untuk menilai tahap semasa penggunaan dan kepuasan, tetapi juga menyediakan asas kukuh untuk penambahbaikan dasar yang bersifat inklusif dan responsif terhadap realiti komuniti B40 di Malaysia.

1.8 KESIMPULAN

Bab ini telah menghuraikan latar belakang kajian, pernyataan masalah, jurang kajian, persoalan kajian, objektif kajian dan hipotesis yang menjadi asas kepada penyelidikan ini. Perbincangan menunjukkan keperluan untuk menilai penggunaan dan kepuasan terhadap program PeKa B40 serta mengenal pasti faktor-faktor yang mempengaruhi kedua-duanya dalam kalangan penerima manfaat B40 di Malaysia.

Bab seterusnya akan membincangkan ulasan kepustakaan yang merangkumi teori, konsep dan dapatan kajian lepas yang berkaitan dengan penggunaan dan kepuasan terhadap program perlindungan kesihatan.



BAB II

ULASAN KEPUSTAKAAN

2.1 PENGENALAN

Bab ini mengupas secara kritis kajian-kajian terdahulu yang berkaitan dengan penggunaan dan tahap kepuasan terhadap program perlindungan kesihatan, khususnya dalam kalangan golongan berpendapatan rendah. Perbincangan dimulakan dengan gambaran umum sistem kesihatan di Malaysia dan pelaksanaan program PeKa B40. Seterusnya, perbincangan memperkenalkan kerangka teori utama yang digunakan dalam kajian ini, iaitu Model Tingkah Laku Andersen yang merangkumi faktor predisposisi, pemboleh dan keperluan. Kajian-kajian tempatan dan antarabangsa turut dirujuk bagi mengenal pasti faktor-faktor yang mempengaruhi tingkah laku pengguna dan tahap kepuasan mereka terhadap program kesihatan. Tinjauan literatur ini seterusnya digunakan untuk membentuk kerangka konsep kajian.

2.2 LATAR BELAKANG SOSIOEKONOMI DAN KESIHATAN

2.2.1 Latar Belakang Malaysia

Malaysia ialah sebuah negara di Asia Tenggara yang terdiri daripada 13 negeri dan tiga Wilayah Persekutuan (Kuala Lumpur, Putrajaya dan Labuan). Negara ini merangkumi keluasan kira-kira 330,803 km², dan terbahagi kepada Semenanjung Malaysia yang bersempadan dengan Thailand dan Singapura, serta Malaysia Timur di pulau Borneo yang bersempadan dengan Indonesia dan Brunei. Kuala Lumpur, sebagai ibu negara dan pusat ekonomi utama, memainkan peranan penting dalam pembangunan negara.

Malaysia diklasifikasikan sebagai negara berpendapatan menengah atas oleh Bank Dunia sejak 1992, dengan pendapatan negara kasar (PNK) per kapita antara USD4,046 hingga USD12,535 (World 2024). Sejak kemerdekaan pada tahun 1957,

Malaysia telah berkembang daripada sebuah ekonomi berasaskan pertanian kepada sebuah negara berasaskan sektor pembuatan dan perkhidmatan. Pembangunan ini didorong oleh pelaburan dalam infrastruktur, pendidikan, dan kesihatan, serta hasil daripada sumber asli seperti petroleum dan gas.

Kini, pembangunan negara dipandu oleh Wawasan Kemakmuran Bersama 2030, yang bertujuan untuk menjamin kemakmuran yang saksama dan inklusif untuk semua lapisan masyarakat. Pelaksanaannya disokong oleh Rancangan Malaysia Kedua Belas (RMKe-12) yang menumpukan kepada pemulihan ekonomi, pembangunan sosial, kelestarian alam sekitar, dan pengukuhan institusi (Unit Perancang Ekonomi 2021).

a. Populasi di Malaysia

Malaysia mempunyai populasi yang pelbagai dan terus berkembang. Menurut Jabatan Perangkaan Malaysia (2024), jumlah penduduk pada Suku Tahun Pertama 2024 dianggarkan sekitar 34.0 juta, dengan 90% terdiri daripada warganegara dan 10% bukan warganegara. Penduduk bukan warganegara meningkat daripada 2.8 juta (2023) kepada 3.4 juta (2024), merangkumi pekerja asing dan ekspatriat.

Komposisi etnik menunjukkan Melayu membentuk 58%, diikuti Cina (22.6%), India (6.6%), serta pelbagai kumpulan Bumiputera dari Sabah, Sarawak dan Orang Asli Semenanjung. Malaysia juga dihuni oleh pelbagai kaum imigran dari negara jiran seperti Indonesia, Filipina, Myanmar dan Bangladesh. Dari segi jantina, terdapat 17.8 juta lelaki dan 16.1 juta perempuan, dengan nisbah 111:100, serta saiz isi rumah purata sebanyak 4.1 orang.

Meskipun Malaysia merupakan negara sekular, Islam (Sunni) ialah agama rasmi, diikuti oleh penganut agama Buddha, Hindu, Kristian, Taoisme dan kepercayaan tradisional lain dalam kalangan masyarakat pribumi.

b. Pendapatan Isi Rumah Kasar mengikut Kumpulan Pendapatan

Menurut Jabatan Perangkaan Malaysia (2020), penduduk Malaysia dikategorikan kepada tiga kumpulan pendapatan utama, iaitu B40 (40% terendah), M40 (40% pertengahan), dan T20 (20% tertinggi). Setiap kumpulan ini diperincikan kepada subkategori mengikut kelompok sepuluh peratus isi rumah: B40 terdiri daripada B1 hingga B4, M40 daripada M1 hingga M4, dan T20 daripada T1 dan T2.

Daripada keseluruhan agihan pendapatan negara, B40 menguasai 16%, dengan B1 hanya menyumbang 2.4%, manakala B4 menyumbang 5.6%. Sebaliknya, dalam kumpulan M40, bahagian pendapatan meningkat dari 6.8% (M1) hingga 12.3% (M4). Perincian ini penting dalam usaha merangka dasar dan program yang lebih berfokus bagi merapatkan jurang pendapatan antara isi rumah seperti di Jadual 2.1.

Jadual 2.1 Agihan Pendapatan, Pendapatan Isi Rumah Penengah, Purata dan Had Pendapatan mengikut Kumpulan Isi Rumah Desil, 2019

Kumpulan Desil		Agihan Pendapatan (%)	Pendapatan Isi Rumah Penengah (RM)	Pendapatan Isi Rumah Purata (RM)	Had Pendapatan (RM)
T20	T2	30.7	19,781	24,293	Lebih daripada 15,039
	T1	16.1	12,58	12,720	10,960 - 15,039
M40	M4	12.3	9,695	9,730	8,700 - 10,959
	M3	9.9	7,828	8,741	7,110 - 8,699
	M2	8.2	6,471	6,477	5,880 - 7,099
	M1	6.8	5,346	5,346	4,970 - 5,879
B40	B4	5.6	4,387	4,395	3,970 - 4,849
	B3	4.5	3,555	3,561	3,170 - 3,969
	B2	3.5	2,786	2,803	2,500 - 3,169
	B1	2.4	1,929	1,849	Kurang daripada 2,500

Sumber: Jabatan Perangkaan Malaysia 2020

Purata pendapatan bulanan negara di Malaysia tahun 2019 ialah RM7,901. Tetapi purata pendapatan bulanan berbeza mengikut kumpulan pendapatan. Kumpulan pendapatan juga bergantung kepada negeri mana seseorang itu tinggal di Malaysia.

2.3 SISTEM KESIHATAN MALAYSIA

Sistem kesihatan Malaysia beroperasi dalam model dua lapis (*dual-tiered system*) yang merangkumi sektor awam dan sektor swasta. Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM) memainkan peranan utama sebagai pembiaya, penyedia dan pengawal selia bagi memastikan rakyat menerima perkhidmatan kesihatan yang adil, berkualiti dan inklusif. Sektor awam dibiayai melalui cukai dan menyediakan perkhidmatan asas kesihatan seperti penjagaan primer, saringan kesihatan, rawatan pesakit luar dan dalam, serta perkhidmatan kepakaran secara subsidi penuh atau separa. Perkhidmatan ini menjadi jaringan keselamatan utama bagi golongan berpendapatan rendah dan luar bandar (Ham et al. 2020).

Namun begitu, sektor awam berdepan pelbagai cabaran termasuk masa menunggu yang lama, kesesakan pesakit, serta kekurangan tenaga kerja dan infrastruktur di kawasan berkepadatan tinggi. Akibatnya, wujud peningkatan permintaan terhadap sektor kesihatan swasta yang menawarkan rawatan lebih cepat dan peribadi, terutama di kawasan bandar. Sektor ini berkembang sejajar dengan pertumbuhan ekonomi, pelancongan kesihatan, dan peningkatan pendapatan isi rumah. Ia beroperasi berasaskan perbelanjaan sendiri (*out-of-pocket*, OOP) atau melalui insurans kesihatan swasta, dan menawarkan perkhidmatan melalui hospital swasta, klinik pakar, serta pusat perubatan khas dengan kemudahan moden dan masa menunggu yang lebih singkat (Anis-Syakira et al. 2022).

Walaupun kewujudan sektor swasta membantu mengurangkan tekanan terhadap sektor awam, ia turut menimbulkan isu ketaksamaan kerana hanya segelintir mampu menanggung kos rawatan tinggi. Kajian menunjukkan bahawa keseimbangan sektor awam dan swasta adalah penting untuk mencapai sistem kesihatan yang adil, mampan dan inklusif (Ahmad et al. 2019). Justeru, dasar kesihatan di Malaysia terus mengutamakan kesamarataan akses, perlindungan kewangan, serta keberkesanan sistem secara menyeluruh bagi menyokong agenda liputan kesihatan sejagat di negara ini.

2.3.1 Cabaran Akses Kesihatan dalam Kalangan B40

Golongan B40 di Malaysia terus menghadapi pelbagai cabaran untuk mendapatkan akses kesihatan yang adil, walaupun wujud sistem kesihatan awam bersubsidi. Akses bukan hanya bergantung kepada ketersediaan perkhidmatan, tetapi juga dipengaruhi oleh kesedaran, lokasi, faktor kewangan, persepsi terhadap kualiti, dan halangan psikososial. Kajian menunjukkan tahap kesedaran kesihatan dalam kalangan B40 masih rendah, terutamanya berkaitan rawatan pencegahan dan pengesanan awal penyakit kronik. Faktor ini sering dikaitkan dengan tahap pendidikan yang rendah dan keutamaan harian seperti keperluan ekonomi (Mat Zuki et al. 2022; Yunus et al. 2021).

Selain itu, lokasi geografi yang jauh dari fasiliti kesihatan menambah jurang akses, terutamanya di kawasan pedalaman yang kekurangan infrastruktur dan klinik panel (Manual et al. 2024; Tey et al. 2022). Walaupun rawatan asas di fasiliti kerajaan disubsidi, kos tidak langsung seperti tambang, kehilangan pendapatan, dan pembelian ubat luar senarai boleh menjadi beban besar kepada isi rumah B40 (Bakar et al. 2019; Mukshar et al. 2023). Tambahan pula, persepsi negatif terhadap sistem rawatan awam yang dianggap lambat atau tidak mesra turut mengurangkan kecenderungan untuk mendapatkan rawatan (Bakar et al. 2023; Jamal et al. 2023).

Faktor psikososial juga signifikan—seperti stigma penyakit, kekangan mobiliti warga emas, dan tanggungjawab penjagaan keluarga yang menangguhkan rawatan. Dalam sesetengah kes, individu memilih rawatan tradisional kerana lebih mudah diakses dan dipercayai (Muda et al. 2020; Mukshar et al. 2023). Lebih penting lagi, kajian oleh Jaafar et al. (2021) menegaskan bahawa tahap literasi kesihatan rendah dan kekangan sosioekonomi menyumbang kepada penggunaan yang rendah terhadap program kesihatan awam oleh komuniti B40.

Secara keseluruhannya, isu akses kesihatan dalam kalangan golongan B40 mencerminkan wujudnya pelbagai kekangan berlapis merangkumi dimensi sosioekonomi, geografi, persepsi dan psikososial yang terus mempengaruhi corak penggunaan perkhidmatan kesihatan dalam kalangan kumpulan ini.

2.4 PERLINDUNGAN KESIHATAN B40 (PEKA B40): KONTEKS, OBJEKTIF DAN KOMPONEN UTAMA

PeKa B40 ialah skim perlindungan kesihatan bersasar yang diperkenalkan oleh KKM pada tahun 2019, khusus untuk kumpulan berpendapatan rendah (B40) berumur 40 tahun ke atas. Program ini bertujuan meningkatkan akses kepada penjagaan kesihatan, menggalakkan pengesanan awal NCD, serta mengurangkan beban kewangan rawatan. PeKa B40 melengkapi sistem kesihatan awam sedia ada melalui penyampaian manfaat secara langsung kepada penerima manfaat yang layak, termasuk melalui klinik swasta panel kerajaan.

2.4.1 Latar Belakang dan Rasional Penubuhan

Pelaksanaan PeKa B40 didorong oleh peningkatan ketara dalam prevalens NCD seperti diabetes, hipertensi dan hiperkolesterolemia, yang sering tidak dikesan awal terutamanya dalam kalangan B40 (Ganapathy et al. 2019). Laporan NHMS 2019 turut menunjukkan kadar saringan yang rendah dalam kalangan dewasa Malaysia, yang berpunca daripada kekangan kewangan, kurang kesedaran, dan keutamaan rendah terhadap penjagaan kesihatan pencegahan.

Skim ini menyasarkan individu yang tersenarai dalam pangkalan data Bantuan Sara Hidup (BSH) / Bantuan Prihatin Rakyat (BPR) dan berumur 40 tahun ke atas. Objektifnya adalah untuk memperkukuh intervensi awal, menangani ketidaksamarataan akses kepada rawatan, dan mengurangkan komplikasi serta kos rawatan jangka panjang melalui kerjasama sektor awam-swasta (ProtectHealth, 2021; Jamal et al., 2023).

2.4.2 Kelayakan Umum PeKa B40

PeKa B40 ditawarkan secara percuma kepada warganegara Malaysia dalam kumpulan pendapatan B40, khususnya penerima bantuan tunai kerajaan pusat berumur 40 tahun ke atas (ProtectHealth, 2021). Sejak pelaksanaannya pada tahun 2019, kelayakan PeKa B40 telah ditentukan berdasarkan data penerima bantuan tunai kerajaan pusat. Namun, penamaan dan struktur bantuan ini telah mengalami beberapa perubahan dari segi nama dan mekanisme penyasaran sepanjang tempoh pelaksanaan:

1. 2019–2020: Ditentukan berdasarkan penerima Bantuan Sara Hidup (BSH)
2. 2021: Beralih kepada penerima Bantuan Prihatin Rakyat (BPR)
3. 2022: Diselaraskan di bawah program Bantuan Keluarga Malaysia (BKM)
4. 2023–2025: Kelayakan kini berpandukan senarai penerima Sumbangan Tunai Rahmah (STR), yang menggabungkan elemen bantuan tunai bersasar selari dengan komitmen kerajaan dalam memperkukuh jaringan keselamatan sosial

PeKa B40 mengekalkan prinsip penyertaan automatik bagi penerima yang berdaftar di bawah skim bantuan tahunan tersebut, dengan data penerima dikemas kini melalui kerjasama antara Kementerian Kewangan, Lembaga Hasil Dalam Negeri (LHDN) dan Kementerian Kesihatan Malaysia. Perubahan nama ini tidak menjejaskan kelayakan sedia ada, namun menekankan penyesuaian dasar terhadap situasi ekonomi dan keperluan rakyat semasa.

2.4.3 Komponen Manfaat PeKa B40

PeKa B40 menawarkan empat manfaat utama yang mana Jadual 2.2 merumuskan ciri utama setiap manfaat.

Jadual 2.2 Ringkasan Komponen Manfaat PeKa B40

Bil	Manfaat	Penerangan Ringkas	Syarat Kelayakan Tambahan	Jumlah Bantuan
1.	Saringan Kesihatan Percuma	Pemeriksaan kesihatan menyeluruh di klinik panel swasta PeKa B40	Warganegara B40, umur ≥ 40 tahun	Percuma, ditanggung penuh kerajaan
2.	Bantuan Peralatan Perubatan	Subsidi untuk alat perubatan tidak ditanggung hospital	Telah jalani saringan & dirawat di hospital KKM	Sehingga RM20,000 satu set
3.	Insentif Melengkapkan Rawatan Kanser	Galakan kewangan bagi pesakit kanser untuk melengkapkan rawatan onkologi di hospital kerajaan	Telah jalani saringan & sedang menjalani rawatan	RM1,000 (2 peringkat: semasa & selepas)
4.	Insentif Tambang Pengangkutan	Bantuan kos perjalanan ke hospital bagi pesakit luar bandar yang menerima Manfaat 2 atau 3	Layak menerima Manfaat 2 dan/atau 3	RM500 (Semenanjung) / RM1,000 (Sabah/Sarawak/Labuan)

a. Manfaat 1: Saringan Kesihatan Percuma

Manfaat pertama PeKa B40 ialah saringan kesihatan percuma bagi pengesanan awal risiko NCD, yang ditawarkan di klinik panel berdaftar. Senarai klinik boleh disemak di laman web rasmi PeKa B40 atau portal KKM. Saringan ini merangkumi komponen berikut (ProtectHealth 2021):

- Pengambilan sejarah kesihatan individu dan keluarga, termasuk faktor risiko penyakit kronik;
- Pemeriksaan fizikal seperti tekanan darah, indeks jisim badan (BMI), dan tanda-tanda klinikal;
- Saringan kesihatan mental;
- Pemeriksaan klinikal khusus:
 - Pemeriksaan payudara klinikal bagi wanita;
 - Pemeriksaan prostat klinikal bagi lelaki berisiko;
- Ujian makmal, termasuk:
 - Ujian darah penuh (full blood count),
 - Ujian paras glukosa darah (gula),
 - Ujian paras kolesterol.

Saringan ini bertujuan mengenal pasti risiko kesihatan awal dan galak pengurusan penyakit, namun tidak merangkumi rawatan lanjut, ubat atau pembedahan yang disediakan di hospital KKM.

b. Manfaat 2: Bantuan Peralatan Perubatan

Manfaat kedua PeKa B40 menyediakan subsidi pembelian peralatan perubatan yang diperlukan dalam rawatan di hospital kerajaan, tetapi tidak ditanggung melalui subsidi sedia ada di hospital KKM. Bantuan ini bertujuan meringankan beban kewangan pesakit bagi memperoleh alat bantuan yang kritikal dalam proses rawatan dan pemulihan. Penerima manfaat boleh menerima subsidi sehingga RM20,000 bagi satu set peralatan, bergantung kepada keperluan rawatan dan pengesyoran rasmi daripada pakar perubatan hospital kerajaan. Manfaat ini hanya layak sekiranya penerima manfaat telah menjalani Saringan Kesihatan (Manfaat 1) dan sedang menjalani rawatan di fasiliti KKM.

Permohonan bantuan akan dikemukakan oleh pakar perubatan KKM bagi pihak pesakit (ProtectHealth 2021). Antara kategori peralatan perubatan yang dilindungi termasuk:

- *Stent* jantung
- Alat sendi tiruan (*prosthesis* sendi)
- Alat bantuan pendengaran
- Perentak jantung (*pacemaker*)
- *Prostesis* dan implan tulang belakang
- *Prostesis* dan *ortosis* bagi anggota badan
- Kanta mata intraokular
- Alat bantuan pernafasan dan *oxygen concentrator*
- Sokongan pemakanan (nutrisi)
- Kerusi roda

Semua permohonan perlu melalui proses kelulusan dalaman KKM dan pembelian peralatan hanya akan dibuat setelah disahkan oleh pihak hospital. Bantuan ini berfungsi sebagai pelengkap kepada rawatan pesakit yang tidak dapat ditanggung sepenuhnya oleh sistem sedia ada.

c. Manfaat 3: Insentif Melengkapkan Rawatan Kanser

Manfaat ketiga PeKa B40 menawarkan galakan kewangan berjumlah RM1,000 kepada pesakit kanser yang menjalani rawatan di hospital kerajaan, bagi memastikan kesinambungan dan kelengkapan rawatan seperti yang dirancang oleh pakar onkologi KKM. Insentif ini khususnya menyasarkan pesakit yang berada pada peringkat awal rawatan, bagi mengurangkan risiko gangguan rawatan akibat beban kewangan atau kekangan logistic (ProtectHealth 2021). Ciri utama manfaat ini ialah:

- Penerima perlu telah menjalani Saringan Kesihatan (Manfaat 1) sebagai syarat kelayakan awal.
- Jumlah RM1,000 dibayar dalam dua (2) peringkat, mengikut fasa rawatan pesakit:
- Bayaran pertama semasa rawatan sedang berlangsung.
- Bayaran kedua selepas pengesahan rawatan telah disempurnakan.

- Pembayaran dibuat secara terus ke akaun bank penerima yang berdaftar.
- Permohonan dan perakuan kelayakan perlu dikemukakan oleh doktor atau pakar KKM yang merawat, bagi pihak pesakit.

Manfaat ini bertujuan untuk menggalakkan pematuhan rawatan, mengurangkan kadar “*default treatment*”, serta menyokong strategi rawatan awal dalam mengurangkan komplikasi jangka panjang dan meningkatkan kualiti hidup pesakit kanser B40.

d. Manfaat 4: Insentif Tambang Pengangkutan

Manfaat keempat PeKa B40 bertujuan meringankan beban kos pengangkutan bagi penerima manfaat yang perlu menghadiri rawatan di hospital kerajaan. Bantuan ini tidak bertujuan menampung keseluruhan kos perjalanan, sebaliknya sebagai subsidi untuk mengurangkan beban kewangan, terutamanya bagi mereka yang tinggal jauh dari fasiliti rawatan. Kelayakan manfaat ini terhad kepada penerima (ProtectHealth 2021):

- Manfaat 2: Bantuan Alat Perubatan, dan/atau
- Manfaat 3: Insentif Menyempurnakan Rawatan Kanser

Jumlah bantuan maksimum yang boleh diterima ialah:

- RM500 bagi penerima di Semenanjung Malaysia
- RM1,000 bagi penerima di Sabah, Sarawak dan Labuan

Amaun bantuan yang diterima adalah bergantung kepada jarak antara rumah dan hospital, serta kadar yang telah ditetapkan oleh pihak KKM. Permohonan dan pengesahan kelayakan perlu dilakukan oleh Pegawai Kerja Sosial Perubatan atau pegawai perubatan yang merawat. Pembayaran akan dibuat secara terus ke akaun bank penerima yang telah didaftarkan (ProtectHealth 2021).

2.4.4 Prestasi dan Pencapaian Awal Peka B40

Sejak dilancarkan pada tahun 2019, PeKa B40 telah mencapai liputan nasional dari segi penyenaraian penerima, namun tahap penggunaan manfaat dilaporkan masih sederhana.

Menurut laporan tahunan ProtectHealth (2020), hanya sekitar 10% daripada 4.4 juta individu yang layak telah menggunakan sekurang-kurangnya satu manfaat dalam tempoh dua tahun pertama pelaksanaan. Kadar ini meningkat sedikit kepada 13.9% daripada 5.9 juta penerima selepas empat tahun pelaksanaan (Kementerian Kesihatan Malaysia, 2022).

Dari segi komponen manfaat, saringan kesihatan percuma—komponen utama PeKa B40—turut mencatat kadar capaian yang rendah. Hanya 5% penerima layak menjalani saringan pada tahun pertama pelaksanaan, sebelum menurun kepada 2% pada tahun 2021 dan meningkat semula kepada 6% pada tahun 2023 (ProtectHealth, 2020; 2021; 2025). Selain daripada capaian yang rendah, penggunaan peruntukan tahunan juga mencerminkan ketidakefektifan pelaksanaan; hanya 51% daripada bajet RM80 juta telah digunakan pada tahun 2021 (ProtectHealth, 2021).

Dari sudut penerimaan program, satu tinjauan dalaman yang dikendalikan oleh pelaksana program menunjukkan kadar kepuasan pengguna terhadap PeKa B40 mencecah 75.29% pada tahun 2021 (ProtectHealth 2021).

2.5 ASAS TEORI BAGI KAJIAN PENGGUNAAN PERKHIDMATAN KESIHATAN

Untuk memahami faktor yang mempengaruhi penggunaan PeKa B40, bahagian ini menghuraikan teori berkaitan penggunaan perkhidmatan kesihatan, dengan fokus kepada definisi penggunaan dan Model Tingkah Laku Andersen (1995) sebagai kerangka asas. Model ini menjelaskan bagaimana faktor predisposisi, pemboleh, dan keperluan membentuk keputusan individu untuk menggunakan perkhidmatan kesihatan (Andersen 1995).

2.5.1 Definisi dan Konsep Penggunaan Manfaat

Secara perkhidmatan kesihatan merujuk kepada tindakan individu mendapatkan rawatan atau sokongan kesihatan apabila diperlukan. Menurut Andersen dan Newman (1973), ia dipengaruhi oleh ciri individu, keperluan kesihatan, serta kebolehcapaian dan ketersediaan perkhidmatan. Andersen (1995) kemudian menambah bahawa interaksi

antara faktor predisposisi, pemboleh, dan keperluan bersama-sama menentukan penggunaan.

Dalam konteks PeKa B40, penggunaan manfaat bermaksud penerima telah menggunakan sekurang-kurangnya satu daripada empat komponen program: saringan kesihatan, bantuan alat perubatan, insentif rawatan kanser, atau insentif tambang. Kajian ini menganggap individu sebagai ‘pengguna’ jika mereka menerima sekurang-kurangnya satu manfaat rasmi di bawah skim ini.

2.5.2 Model dan Teori dalam Menjelaskan Penggunaan Perkhidmatan Kesihatan

Dalam kajian penggunaan perkhidmatan kesihatan, beberapa teori telah dikembangkan bagi menjelaskan tingkah laku individu. Antara yang sering digunakan ialah *Health Belief Model* (HBM), *Theory of Planned Behavior* (TPB), dan *Social Cognitive Theory* (SCT). Ketiga-tiganya menekankan faktor psikososial seperti persepsi risiko, niat bertindak, dan keyakinan sendiri (*self-efficacy*).

Namun, model ini lebih fokus kepada faktor dalaman individu dan kurang mengambil kira elemen sistem kesihatan seperti akses, sumber, dan ciri sosiodemografi. Oleh itu, bagi kajian yang melibatkan penilaian struktur dan penggunaan sistem kesihatan secara menyeluruh, Model Tingkah Laku Andersen lebih sesuai dan dianggap paling komprehensif.

Seksyen ini menghuraikan teori utama berkaitan penggunaan perkhidmatan, manakala perbincangan lanjut mengenai Model Tingkah Laku Andersen dibentangkan dalam seksyen seterusnya.

a. *Health Belief Model*

Health Belief Model (HBM), menekankan bahawa tindakan kesihatan diambil apabila individu percaya bahawa mereka berisiko terhadap penyakit, penyakit tersebut serius, manfaat rawatan melebihi halangan, dan terdapat isyarat untuk bertindak. Model ini sering digunakan dalam intervensi pendidikan kesihatan. Sebagai contoh, kajian oleh Callow et al. (2020) menggunakan HBM untuk menilai niat pengasingan sosial warga

emas semasa pandemik COVID-19. Namun, HBM kurang mengambil kira peranan faktor sosial, ekonomi, dan sistem kesihatan dalam mempengaruhi tingkah laku, menjadikannya kurang sesuai untuk menilai penggunaan dalam konteks struktur perkhidmatan kesihatan yang kompleks.

b. *Theory of Planned Behavior*

Theory of Planned Behavior (TPB) menganggap bahawa niat untuk bertindak merupakan peramal utama kepada perlakuan kesihatan, dan niat itu dibentuk oleh sikap, norma subjektif, dan kawalan tingkah laku yang dirasakan. Wang, Chen, Xie, et al. (2019) menggunakan TPB untuk mengkaji niat wanita menjalani saringan kanser payudara di China. Walaupun TPB berguna untuk meramal niat tingkah laku, ia kurang berupaya menjelaskan tindakan sebenar, khususnya apabila halangan luaran seperti akses fizikal, kos, dan ketersediaan perkhidmatan memainkan peranan besar.

c. *Social Cognitive Theory*

Social Cognitive Theory (SCT) menekankan peranan interaksi timbal balik antara individu, tingkah laku dan persekitaran. Konsep kecekapan sendiri (*self-efficacy*) menjadi pusat dalam meramal dan mempengaruhi tingkah laku kesihatan. Sanaei Nasab et al. (2019) dalam kajian meta-analisis mendapati penggunaan SCT dalam intervensi kesihatan oral menunjukkan keberkesanan bercampur. Walaupun teori ini berguna untuk membina intervensi perubahan tingkah laku, ia kurang sistematik untuk digunakan dalam reka bentuk penyelidikan yang menilai sistem kesihatan secara keseluruhan.

2.5.3 Model Tingkah Laku Andersen

Model Tingkah Laku Andersen (1995) merupakan salah satu kerangka teori paling banyak digunakan dalam kajian kesihatan awam untuk menerangkan dan meramal penggunaan perkhidmatan kesihatan. Keistimewaanannya terletak pada keupayaan menggabungkan faktor individu (seperti demografi dan keperluan rawatan) serta faktor sistem (seperti akses dan ketersediaan perkhidmatan) dalam satu kerangka yang menyeluruh (Andersen 1995).

Dalam kajian ini, model ini digunakan kerana ia sesuai untuk menerangkan variasi penggunaan manfaat PeKa B40. Ia membolehkan penilaian faktor predisposisi, pemboleh, dan keperluan rawatan berkaitan NCD, di samping menilai kepuasan serta halangan dan pemudah akses pengguna.

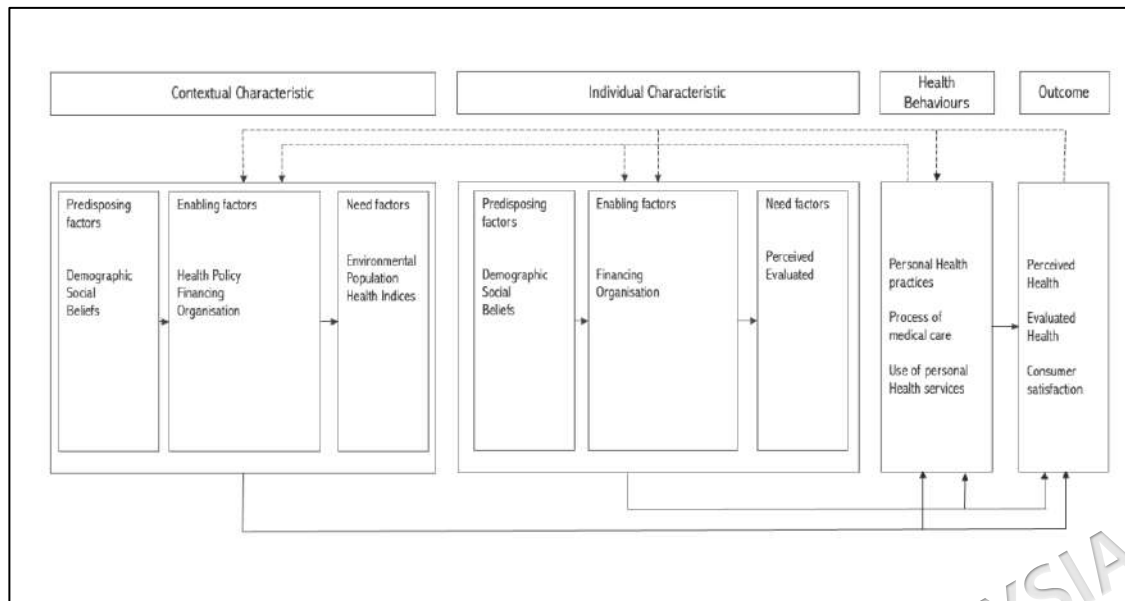
Sejak diperkenalkan pada tahun 1968 oleh Ronald Andersen, model ini telah melalui lima fasa perkembangan:

- Fasa 1 (1968): Fokus pada faktor individu – predisposisi, pemboleh, dan keperluan.
- Fasa 2–3 (1970–1990an): Tambahan dimensi keadilan, sistem kesihatan dan hasil kesihatan.
- Fasa 4: Masukkan pengaruh persekitaran dan konteks luaran.
- Fasa 5 (2008): Bentuk model berbilang aras, di mana hasil kesihatan dan tingkah laku menjadi maklum balas yang mempengaruhi semula faktor lain (Andersen 1995, 2008).

Model ini sesuai untuk kajian seperti PeKa B40 kerana ia menilai secara menyeluruh pengaruh faktor individu dan persekitaran terhadap penggunaan perkhidmatan kesihatan dan tahap kepuasan, serta membantu mengenal pasti cabaran dan jurang dalam sistem.

Model ini mengklasifikasikan faktor kepada empat domain utama seperti ditunjukkan dalam Rajah 2.1:

1. Ciri Kontekstual (*Contextual Characteristics*)
2. Ciri Individu (*Individual Characteristics*)
3. Tingkah Laku Kesihatan (*Health Behaviours*)
4. Hasil Kesihatan (*Health Outcomes*)



Rajah 2.1 *Andersen's Behavioral Model of Health Service Use (Fasa 5)* (Andersen, 2008)

a. Struktur Model: Ciri Kontekstual

Dalam Model Tingkah Laku Andersen Fasa Kelima, ciri kontekstual merujuk kepada faktor luaran seperti persekitaran dan sistem kesihatan yang mempengaruhi cara komuniti mengakses perkhidmatan kesihatan (Andersen, 2008). Ia tidak diukur pada tahap individu, tetapi berdasarkan keadaan umum sesuatu kawasan seperti kemudahan, dasar kesihatan, dan tahap kesihatan komuniti. Tiga komponen utama ciri kontekstual ialah (Andersen, 2008):

- **Faktor Predisposisi Kontekstual:** Merangkumi demografi komuniti, nilai sosial dan budaya. Contohnya, komuniti dengan literasi kesihatan rendah atau kepercayaan tradisional kuat mungkin kurang menggunakan perkhidmatan moden.
- **Faktor Pemboleh Kontekstual:** Melibatkan ketersediaan sumber seperti bilangan klinik, jarak ke hospital, dan jumlah petugas kesihatan. Ketidaksamaan agihan sumber antara bandar dan luar bandar boleh wujud.
- **Faktor Keperluan Kontekstual:** Berdasarkan data seperti kadar NCD atau penyakit berjangkit dalam komuniti. Ini mencerminkan keperluan sebenar penduduk terhadap intervensi kesihatan.

Secara keseluruhan, ciri kontekstual membantu memahami bagaimana struktur sistem kesihatan mempengaruhi tahap penggunaan dan kepuasan terhadap program seperti PeKa B40.

b. Struktur Model: Ciri Individual

Ciri individu merujuk kepada faktor peribadi yang mempengaruhi seseorang untuk menggunakan perkhidmatan kesihatan, berbeza dengan ciri kontekstual yang melihat faktor komuniti. Model Tingkah Laku Andersen membahagikannya kepada tiga kategori utama:

- Faktor Predisposisi Individual: Ciri-ciri asas individu yang wujud sebelum timbulnya keperluan rawatan Kesihatan (Andersen 2008):
 - i. Demografi seperti umur, jantina, dan status perkahwinan (Li et al. 2016).
 - ii. Struktur sosial seperti pendidikan dan pendapatan yang lebih tinggi dikaitkan dengan lebih banyak penggunaan rawatan (Rommel & Kroll 2017).
 - iii. Kepercayaan kesihatan (*health beliefs*) iaitu sikap dan pengetahuan terhadap penjagaan kesihatan (Andersen 2008).
- Faktor Pemboleh Individual: ialah sumber yang membantu atau menghalang seseorang untuk mendapatkan rawatan (Andersen 2008):
 - i. Sumber kewangan contohnya pendapatan dan insurans boleh meningkatkan akses (Rommel & Kroll 2017).
 - ii. Akses fizikal seperti jarak dan pengangkutan mempengaruhi lawatan ke fasiliti kesihatan (Li et al. 2016).
 - iii. Sokongan sosial dan struktur keluarga termasuk bantuan keluarga dan perkhidmatan mesra pengguna, amat penting terutama untuk warga emas (Kwaitana et al. 2024).
- Faktor Keperluan Individual: ialah pencetus utama seseorang menggunakan perkhidmatan kesihatan (Andersen 2008). Ia terbahagi kepada dua jenis:
 - i. Keperluan yang dinilai (*evaluated need*) ditentukan secara objektif oleh profesional kesihatan.

- ii. Keperluan yang dirasai (*perceived need*) iaitu persepsi sendiri terhadap kesihatan. Mereka yang merasakan diri mereka sihat mungkin tidak melihat keperluan untuk menjalani saringan atau rawatan, walaupun secara klinikal mereka mungkin berisiko tinggi.

Ketiga-tiga faktor ini membantu memahami bagaimana latar belakang dan persepsi peribadi membentuk keputusan seseorang untuk menggunakan perkhidmatan kesihatan.

c. Tingkah Laku Kesihatan (*Health Behaviours*)

Komponen ini merangkumi tindakan yang diambil oleh individu untuk mendapatkan dan menggunakan perkhidmatan Kesihatan (Andersen 2008). Ia dibahagikan kepada dua kategori utama:

- Penggunaan perkhidmatan kesihatan (*use of health services*) – contohnya, kekerapan lawatan ke klinik atau hospital, pematuhan terhadap ubat, dan pelibatan dalam program kesihatan.
- Tingkah laku kesihatan peribadi (*personal health practices*) – termasuk diet, senaman, berhenti merokok, dan pengurusan tekanan.

Dalam model terkini, tingkah laku kesihatan dipengaruhi oleh faktor peribadi serta konteks seperti dasar kesihatan, ketersediaan perkhidmatan, dan norma sosial (Krzyż et al. 2023). Dalam konteks kajian ini, Model Tingkah Laku Andersen digunakan untuk menilai penggunaan dan kepuasan terhadap PeKa B40 khususnya membantu mengenal pasti faktor penghalang dan pemudah capaian, sekaligus memberi gambaran menyeluruh tentang keberkesanan program tersebut.

d. Hasil Kesihatan (*Health Outcomes*)

Komponen ini melihat kesan akhir daripada penggunaan perkhidmatan kesihatan terhadap individu (Andersen 2008). Model ini juga mengiktiraf hubungan timbal balik antara penggunaan perkhidmatan dan hasil kesihatan — sebagai contoh tahap kepuasan yang positif atau negatif akan mempengaruhi semula persepsi dan keinginan individu

untuk terus menggunakan perkhidmatan kesihatan pada masa hadapan. Terdapat tiga aspek utama:

- Status kesihatan (*perceived and evaluated health status*) – tahap kesihatan seperti yang dirasakan sendiri atau dinilai secara klinikal.
- Kepuasan terhadap perkhidmatan (*consumer satisfaction*) – termasuk persepsi terhadap kualiti rawatan, kemudahan akses, dan komunikasi dengan penyedia.
- Perubahan dalam fungsi atau tingkah laku – sejauh mana rawatan membawa kepada pemulihan atau peningkatan dalam fungsi kehidupan harian.

Dalam aplikasi moden, hasil kesihatan bukan sahaja bergantung kepada rawatan semasa, tetapi juga dipengaruhi oleh tingkah laku kesihatan terdahulu. Ia juga boleh memberi maklum balas kepada sistem—contohnya, melalui pandangan pengguna terhadap polisi atau perkhidmatan (Ewart-Pierce et al. 2016).

Dalam kajian PeKa B40, hasil kesihatan penting untuk menilai sejauh mana program ini berkesan dari sudut pandangan penerima. Kepuasan pengguna terhadap kualiti perkhidmatan dianggap sebagai petunjuk utama. Jika pengguna memberi maklum balas positif atau negatif, ia boleh membantu kerajaan memperbaiki pelaksanaan dan dasar program. Dengan memasukkan unsur penggunaan dan kepuasan sebagai sebahagian daripada hasil kesihatan dalam Model Tingkah Laku Andersen, kajian ini bukan sahaja melihat kesan program kepada individu, tetapi juga membantu menilai keberkesanan sistem kesihatan dalam menyokong golongan B40 di Malaysia.

e. Kajian dalam Kesihatan Awam yang Menggunakan Model Tingkah Laku Andersen

Model Tingkah Laku Andersen telah digunakan secara meluas dalam pelbagai kajian kesihatan awam di seluruh dunia untuk menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi penggunaan perkhidmatan kesihatan. Penggunaan model ini membolehkan penyelidik memisahkan pengaruh ciri individu, sumber pemboleh, dan keperluan kesihatan dalam memahami tingkah laku mendapatkan rawatan.

Sebagai contoh, kajian oleh Tesfaye et al. (2018) di Ethiopia menggunakan Model Andersen untuk meneroka faktor-faktor yang mempengaruhi penggunaan penjagaan antenatal dalam kalangan wanita di Daerah Kersa. Dapatan menunjukkan bahawa pendidikan ibu, status kekayaan isi rumah, lawatan oleh pekerja kesihatan komuniti, dan pengetahuan tentang komplikasi kehamilan adalah antara faktor yang paling signifikan dalam meningkatkan penggunaan perkhidmatan tersebut (Tefaye et al. 2018).

Sementara itu, Chomi et al. (2014) menggunakan model ini dalam konteks sistem insurans kesihatan pelbagai di Tanzania. Kajian ini meneliti sama ada afiliasi insurans mempengaruhi tingkah laku mendapatkan rawatan. Mereka mendapati bahawa walaupun keanggotaan insurans meningkatkan akses, ketidaksamaan penggunaan masih wujud bergantung kepada tahap sosioekonomi dan lokasi geografi (Chomi et al. 2014).

Dalam konteks kesihatan warga emas pula, Travers, Hirschman dan Naylor (2020) mencadangkan penyesuaian Model Andersen agar sesuai dengan keperluan golongan berusia yang menerima penjagaan jangka panjang. Kajian ini menekankan pentingnya mengintegrasikan dimensi sokongan sosial dan penjagaan informal dalam menilai penggunaan perkhidmatan kesihatan bagi populasi ini (Travers et al. 2020).

Dari sudut metodologi pula, kajian oleh Hajek, Kretzler dan König (2020) membangunkan satu protokol sistematik untuk menilai faktor-faktor yang mempengaruhi penggunaan perkhidmatan pergigian berdasarkan Model Andersen. Kajian ini menunjukkan bahawa struktur model ini sangat sesuai untuk digunakan dalam pelbagai disiplin kesihatan termasuk pergigian (Hajek et al. 2020).

Satu sorotan sistematik yang komprehensif oleh Alkhawaldeh et al. (2023) mengkaji aplikasi model ini dalam 135 artikel antara 2012 hingga 2021. Kajian tersebut mendapati bahawa model ini telah digunakan secara meluas dalam pelbagai konteks seperti kesihatan mental, penyakit kronik, penjagaan maternal dan vaksinasi — menunjukkan kebolehsuaian dan keteguhan struktur model dalam pelbagai populasi dan sistem kesihatan (Alkhawaldeh et al. 2023).

Akhir sekali, Kim et al. (2020) dalam kajiannya di Korea Selatan mengaplikasikan model ini untuk menilai penggunaan perkhidmatan kesihatan dalam kalangan pesakit yang mempunyai penyakit kronik tunggal dan pelbagai. Mereka mendapati bahawa faktor keperluan kesihatan yang dirasakan dan dinilai serta sumber pemboleh seperti sokongan keluarga dan perlindungan insurans adalah penentu utama penggunaan dalam kalangan kumpulan ini (Kim et al. 2020).

Secara keseluruhan, kajian-kajian ini menunjukkan kepelbagaian aplikasi Model Tingkah Laku Andersen dalam memahami tingkah laku kesihatan dalam pelbagai latar sosioekonomi dan sistem kesihatan, serta mengukuhkan justifikasi pemilihan model ini dalam kajian yang menilai penggunaan dan kepuasan terhadap skim perlindungan kesihatan seperti PeKa B40 di Malaysia.

2.6 ASAS TEORI KEPUASAN TERHADAP PERKHIDMATAN KESIHATAN

Kepuasan pengguna merupakan salah satu penunjuk penting dalam menilai keberkesanan sistem kesihatan. Ia mempengaruhi penggunaan berulang, pmatuhan rawatan, serta hasil kesihatan jangka panjang. Dalam konteks PeKa B40, tahap kepuasan penerima manfaat mencerminkan sejauh mana program memenuhi keperluan, jangkaan, dan pengalaman pengguna.

Bahagian ini menghuraikan konsep dan teori utama berkaitan kepuasan dalam perkhidmatan kesihatan. Perbincangan dimulakan dengan definisi kepuasan pengguna, diikuti dengan model dan instrumen yang lazim digunakan untuk mengukurnya.

2.6.1 Definisi dan Konsep Kepuasan Perkhidmatan Kesihatan

Kepuasan pengguna dalam konteks perkhidmatan kesihatan merujuk kepada tahap kesesuaian antara jangkaan individu terhadap perkhidmatan yang diterima dan pengalaman sebenar semasa mendapatkan rawatan. Donabedian (1980) mengklasifikasikan kepuasan sebagai salah satu daripada tiga komponen utama dalam menilai kualiti penjagaan kesihatan, di samping keberkesanan dan keselamatan klinikal. Ia mencerminkan keselarasan antara harapan pesakit dan pengalaman sebenar sepanjang interaksi mereka dengan sistem penjagaan kesihatan (Donabedian 1980;

Ferreira et al. 2023). Dalam penjagaan kesihatan awam, kepuasan sering dianggap sebagai indikator tidak langsung terhadap kualiti sistem secara keseluruhan. Ini termasuk aspek seperti keberkesanan komunikasi, empati penyedia, tempoh menunggu, kemudahan akses, dan suasana persekitaran penjagaan kesihatan (Cleary 2016; Cleary & McNeil 1988).

Menurut Zhou et al. (2017), tahap kepuasan bukan hanya bergantung pada hasil rawatan, tetapi turut dipengaruhi oleh faktor interpersonal dan emosi seperti kepercayaan, penghormatan, dan pengalaman hubungan antara pesakit dan penyedia perkhidmatan.

Dalam konteks kajian ini, kepuasan terhadap program PeKa B40 ditakrifkan sebagai persepsi pengguna B40 terhadap kualiti manfaat yang diterima, merangkumi aspek seperti kualiti perkhidmatan, tahap aksesibiliti, kejelasan maklumat yang disampaikan, dan kesesuaian program dengan keperluan kesihatan mereka. Tahap kepuasan ini diukur menggunakan skala Likert lima mata dan seterusnya dikategorikan kepada dua tahap utama—“tinggi” dan “rendah”—untuk tujuan analisis kuantitatif.

2.6.2 Model dan Teori dalam Menjelaskan Kepuasan Perkhidmatan Kesihatan

Kepuasan terhadap program perlindungan kesihatan seperti PeKa B40 merupakan satu konstruk multidimensi yang kompleks, dipengaruhi oleh pelbagai faktor termasuk persepsi, jangkaan, pengalaman dan nilai individu. Bagi memastikan pemahaman dan pengukuran yang tepat, kajian ini disokong oleh beberapa teori dan model yang terbukti relevan dalam penyelidikan perkhidmatan kesihatan.

Teori utama yang menjadi asas kepada pengukuran kepuasan dalam kajian ini ialah *Expectancy Disconfirmation Theory (EDT)* oleh Oliver (1980). Teori ini menyatakan bahawa kepuasan timbul daripada perbandingan antara jangkaan awal dengan persepsi terhadap pengalaman sebenar. Sekiranya prestasi perkhidmatan memenuhi atau melebihi jangkaan, pengguna cenderung berpuas hati; sebaliknya, ketidakselarasan akan membawa kepada ketidakpuasan.

Sebagai pelengkap, model SERVQUAL (Parasuraman et al. 1988) dan *Patient Satisfaction Questionnaire Short-Form (PSQ-18)* (Marshall & Hays 1994) telah dijadikan rujukan dalam pembangunan kandungan instrumen baharu bagi mengukur tahap kepuasan dalam kajian ini. Meskipun kedua-dua model ini tidak digunakan secara langsung sebagai alat pengukuran, dimensi-dimensi yang digariskan dalam kedua-dua model telah dijadikan panduan dan disesuaikan dalam pembangunan instrumen pengukuran baharu mengikut konteks penjagaan kesihatan awam serta disokong oleh dapatan literatur tempatan yang relevan.

Bagi mengenal pasti jurang antara tahap kepentingan dan kepuasan, kajian ini mengaplikasikan pendekatan *Importance-Performance Analysis (IPA)* (Martilla & James 1977) dan kemudiannya dikembangkan kepada *Importance-Performance Gap Analysis (IPGA)* (Lin et al. 2009). Pendekatan ini membolehkan pemetaan dimensi sistem kesihatan berdasarkan perbandingan antara persepsi terhadap kepentingan sesuatu elemen dan tahap kepuasan sebenar yang dialami oleh penerima manfaat. Kaedah ini sejajar dengan prinsip *Expectation Disconfirmation Theory (EDT)*, yang menekankan jurang antara jangkaan dan pengalaman sebagai asas kepada pembentukan kepuasan.

Kesemua teori dan model ini digabungkan dalam satu kerangka konseptual yang holistik — mengintegrasikan struktur sistem, pengalaman pengguna dan jangkaan awal — bagi memastikan penilaian terhadap kepuasan pengguna PeKa B40 dijalankan secara lebih menyeluruh, kontekstual dan responsif terhadap keutamaan sebenar penerima manfaat.

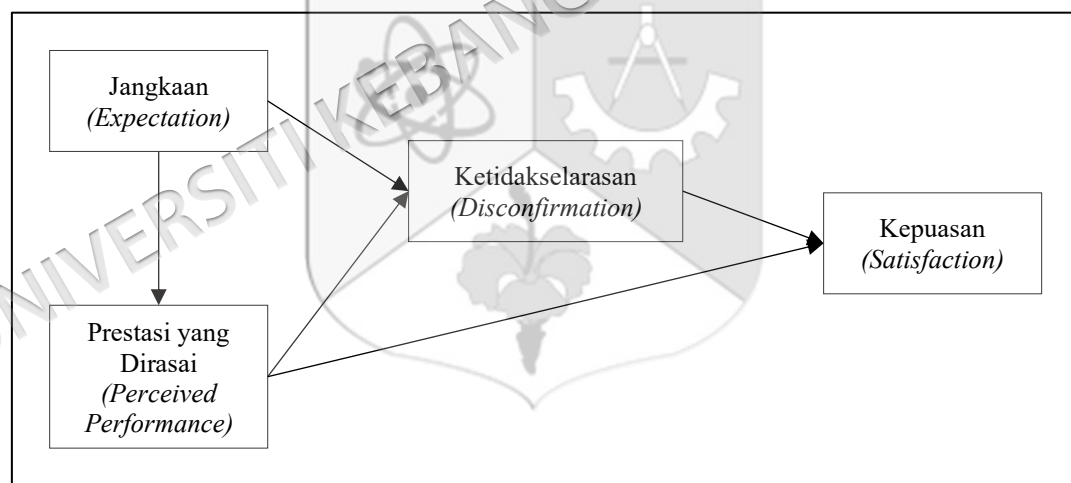
a. Teori Ketidakselarasan Jangkaan

Teori Ketidakselarasan Jangkaan (*Expectancy Disconfirmation Theory, EDT*) diperkenalkan oleh Oliver (1980, 1993) merupakan salah satu kerangka teori utama dalam menjelaskan pembentukan kepuasan pengguna terhadap produk atau perkhidmatan. Menurut teori ini, kepuasan ditentukan melalui perbandingan antara jangkaan awal (*expectation*) dan prestasi yang dirasakan (*perceived performance*) selepas pengguna mengalami perkhidmatan tersebut (Oliver & Swan 1989).

Dalam EDT, prestasi yang dirasakan (*perceived performance*) merujuk kepada persepsi atau penilaian subjektif pengguna terhadap prestasi sesuatu perkhidmatan selepas mengalaminya. Konstruk ini berbeza daripada prestasi objektif yang diukur berdasarkan indikator atau penilaian penyedia perkhidmatan.

Seperti ditunjukkan dalam Rajah 2.2, terdapat tiga kemungkinan hasil daripada proses perbandingan ini:

- Ketidakselarasan positif berlaku apabila prestasi melebihi jangkaan, menghasilkan tahap kepuasan yang tinggi.
- Ketidakselarasan negatif wujud apabila prestasi gagal memenuhi jangkaan, menyebabkan rasa tidak puas hati.
- Selarasan neutral berlaku apabila prestasi dan jangkaan adalah seimbang, dan tahap kepuasan mungkin sederhana atau neutral, bergantung pada tahap jangkaan asal.



Rajah 2.2 Teori Ketidakselarasan Jangkaan (*Expectancy Disconfirmation Theory, EDT*) diperkenalkan oleh Oliver (1980)

EDT telah diaplikasikan secara meluas dalam penyelidikan berkaitan pemasaran, pengurusan perkhidmatan, dan sektor kesihatan awam, kerana kemampuannya menjelaskan secara kognitif bagaimana jangkaan membentuk kepuasan. Dalam konteks perkhidmatan kesihatan, EDT memberikan asas teori yang kukuh untuk menilai bagaimana jurang antara jangkaan terhadap atribut sistem (seperti

akses, kualiti, kos, dan komunikasi) dan pengalaman sebenar mempengaruhi persepsi pengguna terhadap keberkesanan sesuatu program.

Walau bagaimanapun, dalam kajian populasi seperti kajian ini, penilaian kepuasan tidak semestinya hanya mencerminkan pengalaman sebenar pengguna perkhidmatan. Bagi pengguna PeKa B40, tahap kepuasan mencerminkan penilaian berdasarkan pengalaman sebenar menggunakan manfaat program. Sebaliknya, bagi bukan pengguna, penilaian yang diberikan lebih menggambarkan persepsi terhadap program berdasarkan maklumat, pengetahuan dan tanggapan yang dimiliki mengenai PeKa B40. Oleh itu, skor kepuasan pada peringkat populasi boleh mencerminkan gabungan pengalaman sebenar dan persepsi terhadap program.

Dalam kajian ini, EDT digunakan sebagai asas konseptual untuk memahami bagaimana penilaian pengguna terhadap atribut sistem kesihatan mempengaruhi tahap kepuasan terhadap program. Walau bagaimanapun, kajian ini tidak mengukur konstruk jangkaan (*expectation*) dan ketidakselarasan (*disconfirmation*) secara langsung sebagaimana yang dicadangkan dalam EDT asal. Sebaliknya, analisis *Importance-Performance Gap Analysis (IPGA)* digunakan untuk menilai jurang antara tahap kepentingan yang diberikan oleh pengguna kepada sesuatu atribut dan tahap kepuasan yang dirasakan terhadap atribut tersebut. Oleh itu, penggunaan EDT dalam kajian ini adalah sebagai panduan konseptual dalam memahami pembentukan kepuasan pengguna, manakala IPGA berfungsi sebagai kaedah analisis untuk mengenal pasti keutamaan penambahbaikan program.

Beberapa kajian menyokong penggunaan EDT dalam konteks perkhidmatan awam dan kesihatan. Sebagai contoh, kajian oleh Filtenborg et al. (2017) mendapati bahawa penilaian pengguna terhadap perkhidmatan awam sangat dipengaruhi oleh ketidaksepadanan antara jangkaan dan realiti perkhidmatan yang diterima. Begitu juga, Zhang et al. (2021) menegaskan bahawa kepuasan pengguna perkhidmatan awam terbentuk melalui proses perbandingan ini, sekali gus mengesahkan keberkesanan prinsip EDT dalam menjelaskan pembentukan kepuasan dalam sektor kesihatan dan sosial.

b. Model SERVQUAL: Panduan Empirik dalam Pembangunan Item Instrumen Kajian

Model SERVQUAL oleh Parasuraman, Zeithaml dan Berry (1988) merupakan salah satu model pengukuran kualiti perkhidmatan yang paling meluas digunakan untuk menilai persepsi pengguna terhadap kualiti perkhidmatan. Model ini dibangunkan berdasarkan konsep bahawa penilaian pengguna terhadap kualiti perkhidmatan dipengaruhi oleh jurang antara jangkaan sebelum menerima perkhidmatan dan persepsi terhadap perkhidmatan yang diterima, selaras dengan prinsip yang diterangkan dalam *Expectancy Disconfirmation Theory (EDT)*:

Model SERVQUAL menilai jurang (*gap*) ini melalui lima dimensi utama:

1. Kebendaan (*Tangibles*) – kemudahan fizikal, peralatan, dan penampilan kakitangan.
2. Kebolehpercayaan (*Reliability*) – keupayaan untuk menyampaikan perkhidmatan yang dijanjikan dengan tepat dan konsisten.
3. Tindak balas (*Responsiveness*) – kesediaan dan kecekapan penyedia perkhidmatan untuk memberikan bantuan dengan segera.
4. Jaminan (*Assurance*) – kompetensi, kesopanan, dan kredibiliti penyedia perkhidmatan yang mewujudkan rasa yakin kepada pengguna.
5. Empati (*Empathy*) – perhatian dan layanan peribadi terhadap keperluan pengguna secara individu.

Model ini amat sesuai digunakan dalam konteks perkhidmatan kesihatan, kerana ia memberi tumpuan kepada dimensi pengalaman pengguna secara menyeluruh, khususnya dari aspek hubungan interpersonal, komunikasi, dan persepsi terhadap profesionalisme penyedia perkhidmatan (Nantabah et al. 2023). Dalam persekitaran penjagaan kesihatan, kelima-lima dimensi ini turut mencerminkan elemen penting dalam membina kepercayaan, keselesaan, dan kepuasan pesakit terhadap rawatan yang diterima.

Namun begitu, terdapat beberapa kritikan terhadap model SERVQUAL, khususnya berkaitan dengan struktur dimensinya yang dianggap terlalu umum dan tidak

sepenuhnya mencerminkan kompleksiti perkhidmatan kesihatan, terutamanya dalam aspek teknikal dan klinikal seperti keselamatan pesakit dan keberkesanan rawatan. Selain itu, pendekatan model ini yang sangat bergantung pada pengukuran jurang antara jangkaan dan persepsi pengguna sering kali menghasilkan dapatan yang tidak konsisten, terutama apabila diaplikasikan dalam konteks budaya atau sistem kesihatan yang berbeza (A'aqoulah et al. 2022; Endeshaw 2021).

Meskipun model SERVQUAL tidak digunakan secara langsung sebagai instrumen dalam kajian ini, ia tetap berfungsi sebagai rujukan penting dalam pembangunan domain instrumen baharu. Dimensi-dimensi dalam SERVQUAL telah dianalisis dan disesuaikan dengan konteks perkhidmatan kesihatan di bawah program PeKa B40, terutamanya dalam mengenal pasti aspek-aspek penting seperti penyampaian perkhidmatan, interaksi antara penyedia dan pengguna, serta akses terhadap perkhidmatan kesihatan. Justeru itu, elemen-elemen daripada SERVQUAL telah membantu membentuk asas kepada konstruk seperti komunikasi, aksesibiliti, dan profesionalisme perkhidmatan yang digunakan dalam pengukuran kepuasan dalam kajian ini.

c. **PSQ-18: Panduan Empirik dalam Pembangunan Item Instrumen Kajian**

Model PSQ-18 (*Patient Satisfaction Questionnaire Short-Form*) yang dibangunkan oleh Marshall dan Hays (1994) merupakan salah satu instrumen penilaian kepuasan pesakit yang paling banyak digunakan dalam kajian penjagaan kesihatan. Model ini berasaskan prinsip bahawa kepuasan pesakit terbentuk melalui penilaian terhadap pelbagai aspek perkhidmatan yang diterima, yang merangkumi dimensi kualiti teknikal, komunikasi, interaksi interpersonal, dan akses kepada rawatan. Walaupun PSQ-18 tidak secara eksplisit berpandukan satu teori tunggal, ia dibina berasaskan prinsip kepuasan pelanggan dalam perkhidmatan kesihatan dan dipengaruhi oleh pendekatan seperti *Expectancy Disconfirmation Theory* (EDT) serta Model Kualiti Donabedian.

PSQ-18 menilai pengalaman pesakit melalui tujuh dimensi utama:

1. Kepuasan Am (*General Satisfaction*) – tahap kepuasan keseluruhan terhadap perkhidmatan kesihatan.

2. Kualiti Teknikal (*Technical Quality*) – persepsi terhadap kompetensi klinikal dan kebolehan profesional penyedia perkhidmatan.
3. Sikap Interpersonal (*Interpersonal Manner*) – keprihatinan, kesopanan, dan layanan mesra penyedia terhadap pesakit.
4. Komunikasi (*Communication*) – kejelasan penerangan, keupayaan mendengar, dan interaksi yang berkesan.
5. Aspek Kewangan (*Financial Aspects*) – kebolehmampuan kos rawatan dan persepsi terhadap beban kewangan.
6. Masa Bersama Doktor (*Time Spent with Doctor*) – kecukupan masa yang diberikan oleh doktor semasa sesi rawatan.
7. Kebolehcapaian dan Kemudahan (*Accessibility and Convenience*) – kemudahan membuat janji temu, waktu menunggu, dan lokasi fasiliti kesihatan.

Model ini amat sesuai digunakan dalam konteks penjagaan kesihatan, kerana ia menilai pengalaman pesakit secara menyeluruh merentas aspek teknikal dan hubungan interpersonal. PSQ-18 telah digunakan secara meluas dalam pelbagai sistem kesihatan di seluruh dunia, termasuk di Asia, Afrika, dan Eropah, untuk mengenal pasti kekuatan dan kelemahan sistem rawatan berdasarkan persepsi pengguna. Sebagai contoh, kajian oleh Ganasegeran et al. (2015) di Malaysia menunjukkan bahawa pesakit amat berpuas hati terhadap kualiti teknikal dan kemudahan akses, namun kurang berpuas hati dalam aspek komunikasi doktor-pesakit, menandakan perlunya peningkatan dalam interaksi interpersonal di persekitaran pesakit luar yang sibuk.

Begitu juga, kajian oleh Naeem et al. (2024) di Pakistan menggunakan PSQ-18 untuk menilai kepuasan ibu bapa terhadap perkhidmatan pediatrik awam. Hasil kajian menunjukkan bahawa aspek seperti hubungan interpersonal dan kualiti teknikal menerima skor kepuasan yang lebih rendah berbanding aspek kewangan dan akses, serta dipengaruhi oleh faktor sosiodemografi pengguna.

Namun begitu, PSQ-18 turut menerima beberapa kritikan, khususnya dari aspek keterbatasan konteks budaya, kedalaman penilaian, dan potensi bias sosial. Seperti yang dibangkitkan oleh Ganasegeran et al. (2015), item-item dalam PSQ-18 dibangunkan

dalam konteks sistem kesihatan Amerika Syarikat dan mungkin tidak sepenuhnya sesuai tanpa pengubahsuaian dalam persekitaran budaya dan sistem kesihatan yang berbeza. Tambahan pula, soalan-soalan bersifat umum dalam PSQ-18 mungkin tidak cukup sensitif untuk mengenal pasti isu-isu khusus seperti sokongan emosi, kesinambungan rawatan, atau keperluan khusus kumpulan pesakit tertentu (Ganasegeran et al. 2015).

Meskipun PSQ-18 tidak digunakan secara langsung sebagai instrumen dalam kajian ini, struktur dimensinya telah dijadikan rujukan utama dalam pembangunan instrumen baharu. Dimensi-dimensi seperti kualiti teknikal, komunikasi, masa bersama doktor, dan akses perkhidmatan telah disesuaikan dan digabungkan dengan hasil kajian lepas berkaitan skim perlindungan kesihatan.

2.6.3 Analisis Kepentingan-Prestasi (IPA) dan Analisis Jurang Kepentingan-Prestasi (IPGA)

a. Asas Teori Kepentingan-Prestasi

Teori Kepentingan-Prestasi atau lebih dikenali sebagai Analisis Kepentingan-Prestasi (*Importance-Performance Analysis*, IPA) merupakan salah satu pendekatan penilaian berasaskan pengguna yang telah digunakan secara meluas dalam pelbagai bidang, termasuk pemasaran, pendidikan, dan perkhidmatan kesihatan. Diperkenalkan oleh Martilla dan James (1977), teori ini membolehkan penyelidik dan pembuat dasar menilai dua aspek penting dalam persepsi pengguna iaitu tahap kepentingan yang diberikan kepada sesuatu atribut dan tahap prestasi atau kepuasan terhadap pelaksanaan atribut tersebut. Melalui pemetaan dua dimensi ini, IPA membahagikan hasil analisis ke dalam empat kuadran utama — *Concentrate Here, Keep Up The Good Work, Low Priority, Possible Overkill* — yang masing-masing mencerminkan tahap keutamaan untuk tindakan penambahbaikan terhadap atribut yang dikaji (Martilla & James 1977).

Walaupun pendekatan IPA klasik telah digunakan secara meluas dalam penilaian perkhidmatan, beberapa kajian terdahulu telah mengenal pasti beberapa kekangan utama. Antaranya termasuk kebergantungan kepada skala mutlak, ketidakstabilan titik pemisah (*cut-off*) yang berubah mengikut purata sampel, serta andaian bahawa semua atribut memberi kesan yang seragam terhadap kepuasan

pengguna, tanpa mengambil kira konteks atau interaksi antara faktor (Deng et al. 2008; Matzler et al. 2004; Purtle et al. 2018).

Sebagai contoh, dalam konteks perkhidmatan kesihatan, atribut seperti “masa menunggu” dan “sikap mesra kakitangan” mungkin memberi kesan yang berbeza bergantung kepada latar belakang pengguna. Bagi pesakit luar bandar, layanan mesra mungkin lebih dihargai kerana kekangan akses dan komunikasi. Sebaliknya, bagi pesakit di kawasan bandar yang menghadapi tekanan masa, masa menunggu yang panjang boleh memberi kesan negatif yang lebih besar terhadap kepuasan, walaupun layanan yang diterima adalah baik. Ini menunjukkan bahawa kesan setiap atribut terhadap kepuasan tidak bersifat seragam dan bergantung kepada pengalaman serta keutamaan individu.

Tambahan pula, penggunaan kuadran visual dalam IPA klasik boleh mengelirukan apabila skor atribut berada hampir dengan sempadan kuadran atau apabila julat skor terlalu sempit. Keadaan ini menyukarkan tafsiran keutamaan sebenar bagi tujuan penambahbaikan.

Sehubungan itu, kajian ini menggunakan pendekatan IPA dengan berhati-hati dan menyokongnya dengan triangulasi dapatan kualitatif untuk memastikan penilaian dibuat secara lebih kontekstual dan responsif terhadap pengalaman pengguna.

b. Perkembangan Teori IPA kepada IPGA

Sebagai tindak balas terhadap limitasi-limitasi dalam IPA, ia telah ditambah baik melalui pengenalan model Analisis Jurang Kepentingan-Prestasi (*Importance-Performance Gap Analysis*, IPGA) oleh Lin et al. 2009. IPGA mengekalkan asas dua dimensi seperti IPA, namun memperkenalkan dua ukuran relatif utama—*Relative Importance* (RI) dan *Relative Performance* (RP)—yang diplot dalam sistem koordinat tetap dengan titik rujukan pada ($RI = 1$, $RP = 0$). Di samping itu, IPGA mengira jarak dua dimensi daripada titik ideal (D) sebagai petunjuk kuantitatif keutamaan penambahbaikan. Nilai D yang lebih besar menunjukkan wujudnya jurang yang ketara antara apa yang dianggap penting oleh pengguna dan tahap kepuasan sebenar yang mereka alami. Oleh itu, nilai D digunakan sebagai panduan utama untuk menentukan

keutamaan dalam pelaksanaan penambahbaikan. Pendekatan ini bukan sahaja membantu mengenal pasti aspek yang paling memerlukan perhatian, malah membolehkan setiap atribut disusun mengikut tahap keutamaannya secara objektif dan konsisten (Lin et al. 2009; Ormanovic et al. 2017).

c. Aplikasi IPA dan IPGA

Kedua-dua pendekatan IPA dan IPGA telah digunakan secara meluas dalam pelbagai kajian berkaitan penjagaan kesihatan, khususnya bagi menilai jurang antara persepsi pengguna terhadap kepentingan sesuatu atribut perkhidmatan dan prestasi sebenar yang dialami. Kaedah ini membolehkan penyelidik dan pembuat dasar mengenal pasti bidang kritikal untuk penambahbaikan dengan lebih sistematik dan berdasarkan data pengguna sebenar.

i. Kajian IPGA

Satu rangka sokongan metodologi yang kuat terhadap pendekatan IPGA dapat dilihat melalui beberapa kajian dari konteks Taiwan. Sebagai contoh, kajian oleh Wang dan Lo (2022) telah menggunakan IPGA untuk menilai keberkesanan promosi perkhidmatan saringan kesihatan. Melalui analisis jurang prestasi dan kepentingan, mereka mengenal pasti bahawa faktor seperti kualiti peralatan, motivasi pengguna, dan susun atur pusat pemeriksaan merupakan keutamaan yang perlu ditangani segera. Ini membuktikan keupayaan IPGA untuk mengenal pasti jurang spesifik dalam pengalaman perkhidmatan kesihatan awam.

Seterusnya, kajian oleh Yang et al. (2013) mengaplikasikan IPGA dalam konteks pengurusan sumber manusia di hospital magnet. Dengan menilai persepsi jururawat terhadap faktor-faktor magnet hospital, kajian ini mengenal pasti lapan faktor utama—termasuk gaji, kebajikan, dan fleksibiliti penjadualan—yang diletakkan dalam Kuadran II (Keutamaan Tinggi, Prestasi Rendah). Ini menunjukkan bagaimana IPGA berupaya menyusun strategi peningkatan organisasi berdasarkan keutamaan dalaman staf kesihatan.

Dalam konteks perubahan tingkah laku pesakit, kajian oleh Lin dan Wang (2012) pula menggunakan model IPGA untuk mengurus tingkah laku pesakit diabetes jenis 2. Melalui pemetaan jurang antara kepentingan dan prestasi pelaksanaan, mereka mengenal pasti tindakan spesifik yang boleh meningkatkan kepatuhan pesakit terhadap rawatan. Ini membuktikan bahawa IPGA bukan sahaja sesuai untuk penilaian perkhidmatan, malah boleh disesuaikan untuk mengarah intervensi tingkah laku kesihatan.

Akhir sekali, kajian oleh Lin dan Tsai (2025) menggabungkan IPGA dengan model Kano serta analisis mutual information untuk membentuk pendekatan lebih menyeluruh dan berasaskan data. Mereka mengenal pasti atribut perkhidmatan yang mempunyai nilai maklumat tinggi terhadap kepuasan pelanggan. Integrasi kaedah statistik ini bukan sahaja menambah ketepatan pemetaan IPGA, malah memberikan asas teori yang kukuh dalam mengenal pasti keutamaan pengguna yang mungkin tersembunyi dalam data prestasi biasa.

ii. Kajian IPA

Antara kajian yang paling relevan dalam konteks sistem insurans kesihatan awam ialah kajian oleh Liu et al. (2020) di China yang menilai keberkesanan *Urban and Rural Resident Basic Medical Insurance* (URRBMI) menggunakan pendekatan IPA. Kajian ini menganalisis pemboleh ubah seperti persepsi terhadap kualiti perkhidmatan, kepuasan awam, dan tahap kepercayaan pengguna terhadap sistem. Hasil dapatan menunjukkan bahawa elemen-elemen penting seperti kejelasan dasar (*policy clarity*) dan kecekapan penyedia perkhidmatan tergolong dalam Kuadran I (“Tindakan Segera”), sekali gus menuntut intervensi segera daripada pengurusan dasar kesihatan. Ini menjadikan kajian Liu et al. sebagai rujukan penting untuk membina rasional penggunaan IPGA dalam menilai program seperti PeKa B40, yang juga merupakan satu bentuk intervensi kesihatan awam berskala besar.

Satu lagi kajian yang memberikan justifikasi metodologi kepada pendekatan ini ialah kajian oleh Ho et al. (2014) di Taiwan, yang menilai kepuasan pengguna terhadap sistem rekod kesihatan elektronik (*electronic health record*, EHR). Disebabkan kerumitan menilai prestasi teknikal dalam sistem digital, kajian ini menggunakan skor

kepuasan sebagai proksi kepada prestasi pelaksanaan. Dapatan kajian menunjukkan bahawa pendekatan ini bukan sahaja boleh diaplikasi dalam persekitaran teknologi yang kompleks, malah dapat membantu mengenal pasti keutamaan pengguna yang mungkin tidak jelas melalui penilaian prestasi teknikal sahaja. Ini memberi sokongan langsung kepada pendekatan yang digunakan dalam kajian ini, di mana “kepuasan” digunakan sebagai wakil kepada “prestasi” untuk tujuan pemetaan IPGA.

Dalam konteks penilaian kepuasan pesakit secara umum, kajian oleh Dewi dan Ramadhan (2016) di Indonesia menggunakan pendekatan IPA bagi menilai lima dimensi model SERVQUAL dalam kalangan pesakit hospital. Kajian ini menunjukkan bagaimana perbandingan antara skor kepentingan dan kepuasan dapat mengkategorikan atribut perkhidmatan kesihatan ke dalam kuadran-kuadran IPA yang relevan. Pendekatan ini memudahkan penyusunan keutamaan intervensi secara berstruktur dan berasaskan persepsi sebenar pengguna, sejajar dengan matlamat kajian ini untuk mengenal pasti kekuatan dan kelemahan pelaksanaan program PeKa B40.

Kajian oleh Lu et al. (2020) pula memberi penekanan kepada penggunaan gabungan antara instrumen SERVQUAL dan IPA dalam konteks unit rawatan rapi perubatan (ICU) di hospital. Mereka mendapati ketidakpadanan yang ketara antara jangkaan pesakit dan prestasi sebenar yang dialami, sekali gus membuktikan keberkesanan IPA sebagai alat diagnostik dalam persekitaran penjagaan rapi yang kompleks. Ini menunjukkan bahawa pendekatan IPA boleh digunakan merentasi pelbagai peringkat penjagaan – dari penjagaan primer sehingga penjagaan tersier – dan menyokong penggunaannya dalam konteks PeKa B40 yang melibatkan pelbagai jenis perkhidmatan kesihatan.

Akhir sekali, kajian oleh Izadi et al. (2017) menekankan aplikasi IPA dalam menilai persepsi dan jangkaan pesakit terhadap kualiti perkhidmatan kesihatan secara umum. Kajian ini berjaya mengenal pasti jurang-jurang prestasi yang signifikan dan menyediakan asas untuk penambahbaikan yang boleh meningkatkan kepuasan pesakit dan keberkesanan penyampaian perkhidmatan. Dapatan ini memberi inspirasi kepada pembangunan IPGA dalam kajian ini untuk membina peta keutamaan intervensi secara visual dan responsif terhadap persepsi pengguna sebenar.

Kesemua kajian ini secara kolektif mengukuhkan lagi justifikasi pemilihan pendekatan IPGA dalam kajian ini. Ia bukan sahaja relevan dari sudut teori dan metodologi, tetapi turut menyokong keperluan praktikal untuk menterjemah dapatan penyelidikan kepada tindakan dasar yang bersasar dan berkesan. Maka, IPGA berperanan sebagai alat penilaian yang komprehensif dan berasaskan bukti, yang membolehkan pengalaman pengguna diterjemah kepada keutamaan penambahbaikan dalam sistem kesihatan awam.

d. Justifikasi Penggunaan IPGA dalam Kajian Ini

Penggunaan pendekatan IPGA dalam kajian ini adalah berasaskan keperluan untuk menilai sejauh mana program PeKa B40 memenuhi jangkaan dan keperluan penerima manfaat. IPGA membolehkan penilaian dua dimensi utama—iaitu tahap kepentingan (*expectation*) dan tahap kepuasan (sebagai proksi kepada prestasi yang dialami)—yang merupakan pendekatan berstruktur untuk mengenal pasti jurang keutamaan dalam pelaksanaan sesuatu program atau perkhidmatan.

Dalam konteks kajian ini, IPGA digunakan untuk mengukur sejauh mana pelaksanaan program PeKa B40 selari dengan aspek yang dianggap penting oleh pengguna. Pendekatan ini juga sejajar dengan prinsip EDT, yang menyatakan bahawa kepuasan pengguna terbentuk hasil perbandingan antara jangkaan awal dan pengalaman sebenar. Penggunaan skala kepuasan sebagai pengganti kepada prestasi, seperti yang dilakukan dalam kajian oleh Ho et al. (2014) dan Liu et al. (2020), adalah satu adaptasi pragmatik, khususnya dalam kalangan responden daripada populasi berpendapatan rendah yang mempunyai tahap literasi kesihatan dan kefahaman konsep teknikal yang berbeza-beza.

Selain itu, penggunaan IPGA dalam kajian ini membolehkan penilaian atribut sistem kesihatan berdasarkan keutamaan pengguna secara visual dan berstruktur melalui pembahagian kepada empat kuadran berdasarkan pendekatan IPGA oleh Lin et al. (2009). Berbeza dengan IPA tradisional oleh Martilla dan James (1977) yang menggunakan skor kepentingan dan prestasi mutlak, IPGA menggunakan ukuran relatif iaitu Relative Importance (RI) dan Relative Performance (RP) dengan titik rujukan tetap pada (RI = 1, RP = 0).

Empat kuadran dalam pendekatan IPGA adalah seperti berikut:

1. Kuadran I – Aspek Kritikal yang Cemerlang (*Keep Up the Good Work*): Elemen penting yang juga menunjukkan tahap kepuasan yang tinggi.
2. Kuadran II – Keutamaan Penambahbaikkan (*Concentrate Here*): Elemen yang sangat penting tetapi menunjukkan kepuasan yang rendah.
3. Kuadran III – Keutamaan Rendah (*Low Priority*): Elemen yang kurang penting dan menunjukkan kepuasan rendah.
4. Kuadran IV – Prestasi Baik, Kurang Keutamaan (*Possible Overkill*): Elemen yang menunjukkan kepuasan tinggi tetapi tidak dianggap penting oleh pengguna.

Melalui pemetaan ini, penyelidik dapat mengenal pasti aspek-aspek pelaksanaan program PeKa B40 yang perlu diberi perhatian segera, elemen yang patut dikekalkan, serta bidang yang boleh dioptimumkan dari segi sumber dan pengurusan. Justeru, pendekatan IPGA menyediakan asas yang kukuh untuk merumuskan cadangan penambahbaikan yang berpaksikan pengalaman dan keutamaan pengguna sebenar, sejajar dengan objektif utama kajian ini untuk menilai keberkesanan pelaksanaan program perlindungan kesihatan bersubsidi secara lebih inklusif dan holistik.

2.7 TINJAUAN KAJIAN SKIM PERLINDUNGAN KESIHATAN

Kajian tentang penggunaan dan kepuasan terhadap program perlindungan kesihatan semakin berkembang, terutama di negara berpendapatan rendah dan sederhana. Penyelidikan ini membantu memahami interaksi pengguna dengan sistem kesihatan serta faktor yang mempengaruhi penggunaan manfaat. Tinjauan literatur yang merangkumi kajian tempatan dan antarabangsa penting untuk menyokong pemilihan pembolehubah kajian, dengan tumpuan kepada tahap penggunaan dan kepuasan sebagai petunjuk keberkesanan skim perlindungan kesihatan.

2.7.1 Kajian Literatur Berkenaan PeKa B40 di Malaysia

Skim PeKa B40 dilancarkan oleh Kementerian Kesihatan Malaysia pada 2019 untuk meningkatkan akses kesihatan bagi golongan B40. Walaupun ia menyediakan pelbagai manfaat, kajian saintifik mengenai tahap penggunaan, kepuasan pengguna dan faktor

penyertaan masih terhad. Seksyen ini mengulas kajian terdahulu berkaitan PeKa B40 dengan fokus kepada penggunaan dan keberkesanannya.

a. Kajian Empirik Berkaitan Penggunaan dan Pelaksanaan PeKa B40

Kajian oleh Yunus et al. (2021) merupakan antara kajian awal yang menilai kadar penggunaan PeKa B40 dalam kalangan komuniti B40 bandar di Lembah Klang semasa dan selepas Perintah Kawalan Pergerakan (PKP). Kajian mendapati hanya 7.6% daripada responden yang layak telah mendaftar dengan PeKa B40, dan tidak wujud hubungan signifikan antara pendaftaran PeKa B40 dengan penggunaan perkhidmatan kesihatan. Faktor seperti umur 60 tahun ke atas, penyakit kronik dan persepsi kesihatan yang rendah dan kekerapan diamsukkan ke dalam wad meningkatkan penggunaan perkhidmatan awam secara umum. Berkenaan PeKa B40, kajian ini mencadangkan bahawa kurangnya kesedaran dan kelemahan dalam penyampaian maklumat menjadi penghalang utama penyertaan PeKa B40.

Kajian oleh Halim et al. (2025) meneliti pelaksanaan insentif rawatan kanser (CCTI), salah satu komponen utama PeKa B40. Kajian ini berbentuk kualitatif melibatkan 23 pesakit kanser dari lapan hospital awam di Malaysia. Temu bual telefon dijalankan untuk meneroka pengalaman mereka terhadap program CCTI di bawah PeKa B40. Walaupun membantu dari segi kos pengangkutan dan rawatan, hanya 6.7% pesakit layak yang memohon, disebabkan kesedaran yang rendah, keperluan saringan semula yang membebankan, dan kelemahan komunikasi status permohonan. Pesakit yang menerima manfaat menyatakan kepuasan yang tinggi, menunjukkan bahawa pelaksanaan program, bukan manfaatnya, menjadi kekangan utama.

Kajian oleh Tey et al. (2025) bertujuan untuk memahami pengalaman dan cabaran yang dihadapi oleh pesakit Diabetes Mellitus Jenis 2 di bawah program PeKa B40 dalam mengakses dan menerima penjagaan kesihatan yang bersesuaian. Kajian kualitatif ini melibatkan 15 pesakit Diabetes Jenis 2 di bawah program PeKa B40 di sebuah klinik kesihatan awam di Melaka, dan mendapati bahawa walaupun akses kepada perkhidmatan asas seperti konsultasi dan ubat adalah baik, masih wujud jurang dalam kesedaran terhadap perkhidmatan sokongan, cabaran mobiliti sosial, masa menunggu, serta isu komunikasi bagi sesetengah etnik.

Terdapat juga kajian yang dijalankan bagi mengenal pasti kadar NCD yang baharu didiagnosis. Kajian oleh Suhaili et al. (2023) di Pulau Tuba, Langkawi mendapati beberapa isu pelaksanaan program PeKa B40 di kawasan luar bandar. Daripada 403 penduduk yang layak, hanya 307 orang (76%) hadir ke sesi saringan yang dijalankan. Dapatan kajian menunjukkan prevalens NCD yang baharu dikenal pasti adalah tinggi, iaitu hiperkolesterolemia (47.9%), hipertensi (33.9%) dan diabetes mellitus (13.4%). Penemuan ini mencadangkan bahawa sebahagian besar penerima manfaat masih belum dikesan pada peringkat awal, sekali gus menimbulkan persoalan terhadap keberkesanan mekanisme saringan semasa yang dilaksanakan melalui program PeKa B40.

b. Persepsi dan Penglibatan Penyedia Perkhidmatan

Kajian oleh Jamal et al. (2023) merupakan satu-satunya kajian berskala besar yang menilai pengetahuan, sikap, dan amalan pengamal perubatan am swasta (GP) terhadap PeKa B40. Hanya 39.5% GP berdaftar sebagai penyedia PeKa B40, walaupun majoriti mempunyai sikap positif. Halangan utama termasuk pulangan kewangan yang rendah, beban pentadbiran, dan kekangan struktur rujukan. Kajian ini menunjukkan bahawa keberkesanan PeKa B40 sangat bergantung kepada penglibatan aktif GP, yang kini masih rendah.

Satu lagi dapatan berkaitan pelaksanaan dikemukakan oleh Husni (2021) melalui pembentangan simposium, yang mengulas struktur integrasi awam–swasta dalam PeKa B40. Kajian ini menekankan bahawa pengamal swasta kurang terlibat disebabkan oleh ketidakseimbangan manfaat dan kurangnya kolaborasi struktur. Jawatankuasa PPP telah ditubuhkan bagi memperbaiki kerangka kerjasama.

c. Kajian Kontekstual yang Menyebut PeKa B40

Beberapa kajian tidak menilai PeKa B40 secara langsung, tetapi menyebut skim ini sebagai sebahagian daripada landskap perlindungan kesihatan B40. Kajian oleh Mohd Hassan et al. (2022) mendapati 15% isi rumah di Malaysia menggunakan kaedah pembiayaan terdesak, seperti meminjam atau menjual aset untuk membayar kos

rawatan. Walaupun PeKa B40 disebut sebagai intervensi yang membantu pengangkutan, impaknya dilihat masih terhad dan tidak menyeluruh.

Liew et al. (2022) pula menunjukkan bahawa PeKa B40 tidak merangkumi hospital pengajar (seperti UMMC), menyebabkan pesakit kanser ginekologi dari kumpulan B40 menghadapi perbelanjaan kesihatan bencana (*catastrophic expenditure*) pada kadar 64.2%. Kajian ini menyeru peluasan liputan PeKa B40 ke semua hospital kerajaan.

Dalam kajian oleh Manual et al. (2024) yang menilai penggunaan kesihatan di Sabah, kadar penggunaan (21.2%) hampir menyamai dapatan Malaysia secara keseluruhan. Kajian mencadangkan agar PeKa B40 diperluas ke kawasan luar bandar untuk menangani ketidaksamaan akses.

Said et al. (2022) mengulas tentang kesejahteraan mental B40 dan M40, serta peranan modal sosial. Kajian ini mencadangkan bahawa program seperti PeKa B40 yang berpaksikan komuniti mungkin turut menyumbang secara tidak langsung kepada kestabilan emosi melalui pengurangan beban kewangan.

Akhir sekali, Said et al. (2020) meneliti faktor yang mempengaruhi perbelanjaan luar poket (OOP) dalam kalangan B40, dan menyatakan bahawa skim seperti PeKa B40 adalah penting untuk mengurangkan beban ini, terutamanya bagi pesakit NCD, pesara dan pekerja tidak formal.

Secara keseluruhannya, bukti sedia ada menunjukkan bahawa kadar penggunaan PeKa B40 masih rendah, walaupun manfaat yang ditawarkan berpotensi besar. Terdapat jurang yang jelas antara pendaftaran dan penggunaan sebenar, serta halangan dari segi kesedaran, struktur pelaksanaan, dan penglibatan penyedia. Kajian-kajian terdahulu mengesahkan keperluan mendesak untuk memperkukuh pelaksanaan program ini melalui pendekatan berfokuskan pengguna, penglibatan penyedia yang efektif, dan mekanisme penyampaian yang lebih responsif.

2.7.2 Kajian Literatur Antarabangsa Mengenai Tahap Penggunaan dan Kepuasan Skim Perlindungan Kesihatan

Secara global, pelbagai negara telah melaksanakan sistem perlindungan kesihatan melalui model seperti insurans kesihatan nasional (NHI), insurans kesihatan sosial (SHI), atau insurans kesihatan berasaskan komuniti (CBHI) sebagai langkah ke arah pencapaian liputan kesihatan sejagat (UHC). Kajian antarabangsa menunjukkan bahawa kadar penggunaan perkhidmatan kesihatan dalam skim ini sangat berbeza-beza, dipengaruhi oleh faktor struktur sistem, skop manfaat, kesedaran pengguna, dan keadilan pelaksanaan.

Di India, dua skim utama iaitu *Rashtriya Swasthya Bima Yojana* (RSBY) dan penggantinya *Ayushman Bharat - Pradhan Mantri Jan Arogya Yojana* (PM-JAY) menunjukkan pola penggunaan yang berbeza. RSBY mencatatkan kadar penggunaan rawatan pesakit dalam hanya sekitar 0.3% (Thakur 2016), yang dikaitkan dengan tahap kesedaran rendah, kekangan dokumentasi dan pelaksanaan yang kompleks. Walaupun PM-JAY telah memperluaskan liputan secara nasional dan menunjukkan peningkatan penggunaan di sesetengah kawasan luar bandar sehingga 47.2% (Sriee & Maiya 2021), isu seperti perbelanjaan luar poket, persepsi terhadap kualiti perkhidmatan, dan keberkesanan rujukan masih menjadi cabaran utama (Garg et al. 2024).

Di Indonesia, skim Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang bermula sejak 2014 telah mencapai liputan hampir sejagat. Kajian oleh Erlangga et al. (2019) menunjukkan peningkatan penggunaan perkhidmatan dalam kalangan ahli berbayar dan yang disubsidi. Walau bagaimanapun, kajian lain melaporkan isu ketidaksamaan penggunaan dalam kalangan pekerja sektor tidak formal serta kebimbangan terhadap kualiti penjagaan primer (Ekawati et al. 2017; Muttaqien et al. 2021). Kepuasan pengguna turut dipengaruhi oleh persepsi terhadap kerumitan prosedur rujukan dan jurang dalam komunikasi penyedia.

China pula melaksanakan tiga skim utama di bawah SHI: *Urban Employee Basic Medical Insurance* (UEBMI), *Urban Resident Basic Medical Insurance* (URBMI) dan *New Rural Cooperative Medical Scheme* (NRCMS). Mengikut Bie et al. (2024), kadar lawatan pesakit luar berada antara 17.9% hingga 21.7%, manakala kadar

kemasukan pesakit dalam antara 9.9% hingga 12.9%, bergantung kepada skim. Walaupun liputan insurans telah mencapai tahap hampir sejagat, kepuasan pengguna dilaporkan rendah dalam beberapa kajian, terutama berkaitan dengan beban kos terselindung, ketersediaan ubat dan jurang wilayah (Geng et al. 2021).

Sebaliknya, negara seperti Thailand melalui skim *Universal Coverage Scheme* (UCS) menunjukkan prestasi yang cemerlang dari segi penggunaan dan kepuasan. UCS yang diperkenalkan pada tahun 2002 mencatatkan kadar penggunaan yang tinggi khususnya dalam kalangan golongan miskin dan pesakit kronik, didorong oleh dasar tanpa bayaran pendahuluan serta penghantaran perkhidmatan awam yang mantap (Paek et al. 2016). Kajian turut menunjukkan kepuasan yang tinggi dalam kalangan penerima manfaat, terutamanya apabila perkhidmatan boleh diakses di fasiliti berdekatan tanpa beban kos tambahan.

Di benua Afrika, negara seperti Ghana melalui *National Health Insurance Scheme* (NHIS) mencatatkan peningkatan penggunaan kesihatan sebanyak 26%, dan penerima manfaat adalah 2.5 kali lebih berkemungkinan menggunakan perkhidmatan berbanding individu yang tidak diinsuranskan (Sarkodie 2021). Di Ethiopia, skim CBHI telah menunjukkan peningkatan penggunaan lawatan pesakit luar sebanyak 111%, dan ini turut disertai dengan peningkatan tahap kepuasan dan perlindungan kewangan (Shigute et al. 2020). Ini menunjukkan bahawa intervensi komuniti yang inklusif dan mesra pengguna boleh memberikan impak besar terhadap penglibatan dalam sistem kesihatan.

Akhir sekali, Korea Selatan melalui *National Health Insurance* (NHI) merupakan antara sistem paling aktif digunakan di dunia. Selepas perubahan polisi pada tahun 2007 daripada copayment kepada coinsurance, kadar penggunaan rawatan pesakit luar meningkat sehingga 90%, dan Korea kini mencatat antara kadar lawatan per kapita tertinggi secara global (Kim 2023). Tambahan pula, integrasi sistem rekod pesakit dan pemprosesan tuntutan automatik menyumbang kepada tahap kepuasan pengguna yang tinggi, walaupun isu ketaksamaan masih wujud dalam kalangan individu hampir miskin (Park 2021).

Secara keseluruhannya, literatur antarabangsa menunjukkan bahawa kadar penggunaan dan kepuasan terhadap skim perlindungan kesihatan awam tidak semestinya bergantung pada tahap pendaftaran sahaja. Reka bentuk dasar yang menyeluruh, tahap kesedaran, akses sebenar kepada perkhidmatan, kecekapan sistem rujukan dan kos terselindung merupakan faktor penentu utama. Pengalaman daripada negara-negara seperti Thailand, Ethiopia dan Korea Selatan menunjukkan bahawa apabila sistem dirancang dengan pendekatan berfokuskan pengguna, capaian dan kepuasan boleh dipertingkatkan secara signifikan — satu pelajaran penting yang boleh dimanfaatkan dalam konteks Malaysia.

2.8 RUMUSAN DAN JURANG PENGETAHUAN DARIPADA KAJIAN LITERATUR

Berdasarkan sorotan literatur yang telah dihuraikan dalam subseksyen sebelumnya, beberapa jurang pengetahuan utama telah dikenalpasti dan memerlukan kajian lanjutan, khususnya dalam konteks pelaksanaan PeKa B40 di Malaysia.

Walaupun pelbagai negara telah melaksanakan skim perlindungan kesihatan awam dengan pelbagai pendekatan—daripada insurans nasional hingga insurans komuniti—kajian antarabangsa menunjukkan masih wujud jurang antara liputan, penggunaan sebenar, dan kepuasan pengguna. Beberapa negara seperti India, Indonesia dan China telah mencapai kadar pendaftaran tinggi, namun masih menghadapi kadar penggunaan yang rendah, terutamanya dalam kalangan kumpulan rentan seperti penduduk luar bandar, pekerja tidak formal, atau isi rumah hampir miskin (Bie et al. 2024; Erlangga et al. 2019; Garg et al. 2024). Di samping itu, pelaporan tahap kepuasan masih tidak konsisten dan kurang digunakan sebagai indikator kejayaan program, meskipun ia mencerminkan dimensi pengalaman pengguna yang penting (Geng et al. 2021; Worede et al. 2023).

Di Malaysia, Walaupun program PeKa B40 telah dilaksanakan sejak tahun 2019 bagi menangani isu ketidaksaksamaan akses kesihatan dan beban penyakit tidak berjangkit (NCD) dalam kalangan kumpulan B40, kajian akademik yang menilai secara komprehensif keberkesanan program ini masih terhad. Semakan literatur mendapati

beberapa kekangan dan kekosongan ketara yang wujud dalam penyelidikan terdahulu, merangkumi jurang empirikal, metodologi, teori, dan konteks pelaksanaan.

Pertama, dari sudut jurang empirikal, kajian sedia ada masih terhad kepada populasi kecil atau subkumpulan tertentu. Sebagai contoh, Halim et al. (2025) hanya menumpukan kepada 23 pesakit kanser, manakala Tey et al. (2022) mengkaji 15 pesakit diabetes di Melaka, dan Suhaili et al. (2023) meneliti 307 penduduk luar bandar, Langkawi. Kajian-kajian ini tidak mewakili keseluruhan populasi B40 di Malaysia secara nasional. Tiada kajian berskala besar yang menilai tahap penggunaan dan kepuasan PeKa B40 dalam kalangan kumpulan sasar yang lebih meluas, merangkumi variasi geografi, demografi dan sosioekonomi.

Kedua, terdapat jurang dari segi populasi sasaran. Kesemua kajian sedia ada hanya melibatkan individu yang pernah menggunakan manfaat PeKa B40, tanpa mengambil kira golongan bukan pengguna yang mungkin tidak mengakses manfaat disebabkan halangan tertentu seperti kajian oleh Halim et al. (2025) dan Tey et al. (2022). Ketiadaan kajian yang melibatkan bukan pengguna menyebabkan pemahaman tentang faktor penghalang atau ketidakpuasan menjadi tidak lengkap, sedangkan mereka turut tergolong dalam kumpulan yang layak menerima manfaat program.

Ketiga, dari sudut jurang metodologi, pendekatan yang digunakan dalam kajian-kajian terdahulu kebanyakannya bersifat deskriptif atau kualitatif dengan pensampelan berskala kecil (Halim et al., 2025; Tey et al., 2022). Tambahan pula, tiada kajian yang dilaporkan menggunakan instrumen pengukuran kepuasan yang telah divalidasi, sama ada dari sudut kandungan mahupun psikometrik. Ini mengehadkan kebolehpercayaan dan kebolehbandingan dapatan antara kajian.

Keempat, wujud juga jurang teori, di mana tiada kajian terdahulu yang mengaplikasikan model teoritikal seperti Model Tingkah Laku Andersen atau Expectation Disconfirmation Theory (EDT) untuk menerangkan faktor yang mempengaruhi penggunaan atau kepuasan terhadap program. Ketiadaan rangka kerja analitik yang sistematik ini menjadikan analisis kurang berstruktur dan sukar digeneralisasi kepada konteks dasar yang lebih luas.

Kelima, dari sudut jurang konteks pelaksanaan, beberapa isu yang dilaporkan dalam kajian terdahulu – seperti kesedaran yang rendah, masalah komunikasi status permohonan, kekangan mobiliti, dan kurangnya perkhidmatan sokongan – hanya disentuh secara terpisah dan tidak dikaji secara menyeluruh dalam satu kerangka pelaksanaan yang holistik Halim et al. 2025 (Halim et al., 2025; Tey et al., 2022). Kajian oleh Jamal et al. (2023) pula hanya menilai penyedia PeKa B40 dari sektor swasta, dan tidak melibatkan fasiliti kesihatan awam yang merupakan penyedia utama program ini di peringkat akar umbi.

Akhir sekali, isu jurang antara pendaftaran dan penggunaan sebenar—iaitu ramai pengguna layak yang tidak menggunakan sebarang manfaat walaupun telah mendaftar—masih belum difahami dengan baik. Kajian terdahulu melaporkan kadar pendaftaran rendah dan penggunaan tidak seimbang, namun tiada kajian yang menyelami sepenuhnya sebab ketidakterlibatan ini, sama ada disebabkan persepsi tidak relevan, kebimbangan kualiti, atau kekangan logistik (Yunus et al. 2021).

Secara keseluruhannya, jurang-jurang ini menekankan keperluan untuk satu kajian yang menyeluruh, berskala besar, dan berasaskan teori, yang mampu menilai tahap penggunaan dan kepuasan terhadap program PeKa B40 secara objektif. Kajian sebegini harus melibatkan kedua-dua pengguna dan bukan pengguna, menggunakan instrumen yang sah, dan mengambil kira variasi konteks sosioekonomi dan geografi, bagi membolehkan dapatan yang lebih bermakna dan berimpak terhadap dasar kesihatan negara.

2.9 KERANGKA KONSEP KAJIAN

Kajian ini mengadaptasi Model Tingkah Laku Andersen (Fasa 5) dengan mengklasifikasikan pembolehubah kepada atribut individu (faktor predisposisi, pemboleh dan keperluan pada aras individu) serta atribut sistem kesihatan (faktor pemboleh pada aras perkhidmatan), bagi menerangkan faktor yang mempengaruhi penggunaan dan tahap kepuasan terhadap program PeKa B40.

Kajian ini turut disokong oleh *Expectation-Disconfirmation Theory* (EDT) untuk menilai kepuasan pengguna sebagai hasil perbandingan antara jangkaan awal

(persepsi kepentingan) dan pengalaman sebenar (tahap kepuasan). Melalui penggabungan kedua-dua teori ini, kerangka konsep bukan sahaja mengenal pasti faktor-faktor yang mempengaruhi penggunaan dan kepuasan, malah menilai jurang antara tahap kepentingan dan kepuasan menggunakan pendekatan *Importance–Performance Gap Analysis* (IPGA). Ini membolehkan kajian mengenal pasti keutamaan intervensi secara lebih fokus dan berasaskan keutamaan sebenar penerima manfaat.

2.9.1 Pemilihan Pembolehubah Berdasarkan Teori dan Literatur

Pemilihan pembolehubah dalam kajian ini adalah berasaskan Model Tingkah Laku Andersen Fasa 5 (Andersen 2008) serta disokong oleh bukti empirikal daripada kajian-kajian terdahulu yang mengkaji penggunaan perkhidmatan kesihatan dan program perlindungan kesihatan. Selaras dengan model tersebut, pembolehubah yang dipilih merangkumi faktor predisposisi, faktor pemudah cara, faktor keperluan dan atribut sistem kesihatan yang telah dikenal pasti sebagai penentu penting kepada penggunaan perkhidmatan kesihatan dan tahap kepuasan pengguna. Pemilihan setiap pembolehubah turut mengambil kira kesesuaiannya dengan konteks pelaksanaan Program PeKa B40 di Malaysia serta dapatan kajian-kajian lepas yang melaporkan hubungannya dengan penggunaan perkhidmatan kesihatan.

Oleh itu, hanya pembolehubah yang mempunyai asas teori yang jelas dalam Model Tingkah Laku Andersen dan disokong oleh bukti empirikal dalam literatur berkaitan penggunaan perkhidmatan kesihatan dimasukkan dalam kerangka konsep dan analisis kajian ini.

a. Atribut Individu

Atribut individu merangkumi faktor-faktor yang terdapat pada tahap individu dan dibahagikan kepada:

- Faktor predisposisi: umur, jantina, etnik, status perkahwinan, tahap pendidikan, saiz isi rumah, tahap literasi kesihatan, dan pengetahuan tentang program PeKa B40.

Dalam model ini, etnik turut dimasukkan sebagai faktor predisposisi tambahan. Walaupun secara teori etnik bukan komponen utama dalam Model Andersen, ramai penyelidik menganggapnya relevan dalam konteks negara berbilang kaum seperti Malaysia kerana ia boleh mempengaruhi kepercayaan, budaya kesihatan, dan akses kepada perkhidmatan.

Dalam kajian ini, pemboleh ubah etnik turut dimasukkan bagi mengenal pasti sama ada wujud ketidaksamaan dalam penggunaan dan kepuasan terhadap program PeKa B40 antara kumpulan etnik yang berbeza. Analisis ini tidak bertujuan mencadangkan manfaat yang berbeza mengikut kaum, sebaliknya untuk mengenal pasti jurang pelaksanaan dan kumpulan yang kurang mendapat manfaat program. Maklumat ini penting bagi menyokong perancangan intervensi yang lebih inklusif dan bersesuaian untuk meningkatkan akses dan penggunaan program dalam kalangan semua penerima manfaat.

- Faktor pemboleh: status pekerjaan, pendapatan isi rumah, lokasi tempat tinggal (bandar/luar bandar), perlindungan kesihatan tambahan (seperti insurans atau SOCSO), sumber pembayaran rawatan, jenis fasiliti kesihatan yang kerap digunakan, dan kekerapan mendapatkan rawatan.
- Faktor keperluan: status kesihatan semasa (contohnya kehadiran penyakit tidak berjangkit).

b. Atribut Sistem Kesihatan

Selain atribut individu, kajian ini turut mengambil kira atribut sistem kesihatan, iaitu faktor pemboleh pada aras perkhidmatan yang boleh mempengaruhi keputusan untuk menggunakan perkhidmatan kesihatan dan tahap kepuasan terhadapnya.

Dalam kajian ini, komponen atribut sistem kesihatan dibina berdasarkan sintesis literatur berkaitan penggunaan dan kepuasan terhadap program perlindungan kesihatan, dimensi kualiti perkhidmatan kesihatan, serta kerangka Model Tingkah Laku Andersen Fasa 5 (Andersen, 2008). Proses ini menghasilkan lima komponen utama yang dikenal pasti sebagai relevan dalam konteks penilaian pelaksanaan Program PeKa B40, iaitu

penyampaian perkhidmatan, akses dan kemudahan, komunikasi, kos serta tadbir urus program.

Komponen yang dikaji termasuk:

- Kualiti penyampaian perkhidmatan kesihatan
- Kebolehcapaian dan kemudahan akses kepada fasiliti kesihatan
- Keberkesanan komunikasi antara penyedia dan pengguna
- Kos rawatan yang ditanggung sendiri
- Tadbir urus program PeKa B40, termasuk reka bentuk manfaat, promosi, dan proses tuntutan

Atribut sistem ini juga dinilai berdasarkan dua dimensi iaitu tahap kepuasan dan tahap kepentingan yang dirasakan oleh responden, untuk tujuan pemetaan IPGA.

2.9.2 Justifikasi Pemilihan Pemboleh Kontekstual Sahaja dalam Kajian Ini

Dalam kajian ini, hanya faktor pemboleh kontekstual yang diambil kira sebagai sebahagian daripada kerangka konsep, manakala faktor predisposisi kontekstual dan petunjuk keperluan kontekstual tidak dimasukkan atas beberapa justifikasi metodologi dan praktikal.

Pertama, faktor predisposisi kontekstual seperti norma budaya atau struktur demografi agregat memerlukan pengumpulan data yang luas dan berasaskan komuniti, yang berada di luar skop kajian ini yang memfokuskan kepada pengguna individu PeKa B40.

Kedua, petunjuk keperluan kontekstual melibatkan data kesihatan populasi yang memerlukan akses kepada pangkalan data kesihatan awam yang komprehensif dan terkini. Oleh kerana fokus kajian ini adalah pada pengalaman dan penilaian individu terhadap program PeKa B40, keperluan kesihatan dinilai pada tahap individu, melalui laporan status kesihatan dan persepsi sendiri.

Sebaliknya, faktor pemboleh kontekstual dipilih kerana ia boleh diukur secara langsung melalui persepsi responden terhadap elemen-elemen sistem kesihatan seperti kemudahan akses, kualiti perkhidmatan, komunikasi, kos rawatan, dan pelaksanaan program. Pemilihan ini konsisten dengan objektif kajian untuk mengenal pasti dimensi sistem yang menyumbang kepada kepuasan atau ketidakpuasan pengguna, serta mencadangkan penambahbaikan yang praktikal terhadap pelaksanaan program PeKa B40.

2.9.3 Hubungan Antara Pembolehubah Kajian

Model ini menghubungkan pelbagai pembolehubah bebas dengan dua pembolehubah bersandar utama yang menjadi fokus kajian, iaitu:

1. Penggunaan manfaat PeKa B40 –ditakrifkan sebagai penggunaan sekurang-kurangnya satu daripada empat komponen utama PeKa B40.
2. Tahap kepuasan terhadap PeKa B40 –diukur berdasarkan faktor predisposisi, pemboleh dan keperluan yang tergolong dalam atribut individu, serta faktor pemboleh atribut sistem kesihatan.

Kajian ini turut mengukur persepsi kepentingan terhadap lima domain atribut sistem kesihatan yang sama digunakan untuk mengukur kepuasan. Ini membolehkan pelaksanaan analisis IPGA bagi mengenal pasti jurang antara apa yang dianggap penting dan tahap kepuasan sebenar pengguna, sejajar dengan kerangka EDT.

Selain itu, pendekatan kualitatif digunakan untuk meneroka dan mengenal pasti halangan dalam kalangan bukan pengguna, cabaran dalam kalangan pengguna, serta cadangan penambahbaikan yang dikemukakan daripada perspektif penerima manfaat secara langsung.

2.9.4 Halangan, Cabaran dan Cadangan Penambahbaikan

Selain komponen kuantitatif, kerangka konsep kajian ini turut mengandungi komponen kualitatif yang merangkumi halangan, cabaran dan cadangan penambahbaikan daripada perspektif penerima manfaat PeKa B40. Komponen ini dimasukkan selaras dengan reka

bentuk kajian kaedah campuran konvergen selari terbenam (*embedded convergent parallel mixed methods*), yang membolehkan data kuantitatif dan kualitatif dikumpulkan serta dianalisis secara berasingan sebelum diintegrasikan pada peringkat interpretasi bagi menghasilkan pemahaman yang lebih menyeluruh terhadap fenomena yang dikaji (Creswell & Clark 2017).

Dalam kajian ini, halangan merujuk kepada faktor-faktor yang menghalang penggunaan manfaat PeKa B40 dalam kalangan penerima manfaat yang layak tetapi tidak menggunakan program. Halangan tersebut boleh melibatkan kekurangan kesedaran terhadap kewujudan program, kekeliruan mengenai syarat kelayakan dan manfaat yang ditawarkan, kesukaran mengakses perkhidmatan, kekangan masa, kos tidak langsung, serta cabaran berkaitan prosedur pentadbiran dan proses tuntutan. Penerokaan halangan ini penting bagi menjelaskan dapatan kuantitatif berkaitan tahap penggunaan dan faktor-faktor yang mempengaruhinya.

Cabaran pula merujuk kepada isu, kesukaran dan pengalaman yang dihadapi oleh pengguna semasa menggunakan manfaat PeKa B40. Cabaran ini boleh melibatkan aspek penyampaian perkhidmatan, akses dan kemudahan, komunikasi dengan penyedia perkhidmatan kesihatan, kos yang ditanggung oleh penerima manfaat, serta tadbir urus program. Penerokaan cabaran ini bertujuan untuk memberikan pemahaman yang lebih mendalam terhadap dapatan kuantitatif berkaitan tahap kepuasan dan jurang antara tahap kepentingan dengan tahap kepuasan yang dikenal pasti melalui analisis jurang kepentingan-prestasi (IPGA).

Selain mengenal pasti halangan dan cabaran, kajian ini turut meneroka cadangan penambahbaikan yang dikemukakan oleh penerima manfaat berdasarkan pengalaman dan perspektif mereka terhadap program. Cadangan tersebut merangkumi penambahbaikan dalam aspek penyampaian perkhidmatan, akses dan kemudahan, komunikasi, kos serta tadbir urus program. Maklumat ini digunakan untuk mengenal pasti langkah penambahbaikan yang lebih praktikal dan responsif terhadap keperluan sebenar penerima manfaat, sekali gus melengkapkan dapatan yang diperolehi daripada analisis kuantitatif.

Secara keseluruhannya, komponen halangan, cabaran dan cadangan penambahbaikan berfungsi sebagai sumber penjelasan dan pengayaan kepada dapatan kuantitatif. Selaras dengan pendekatan kaedah campuran konvergen selari, data kuantitatif dan kualitatif dikumpulkan serta dianalisis secara berasingan sebelum diintegrasikan bagi menghasilkan pemahaman yang lebih komprehensif mengenai faktor yang mempengaruhi penggunaan dan kepuasan terhadap PeKa B40 (Creswell & Plano Clark 2018). Proses integrasi ini membolehkan dapatan kuantitatif berkaitan penggunaan, kepuasan dan jurang kepentingan-kepuasan ditafsir dengan lebih mendalam melalui pengalaman sebenar penerima manfaat, sekali gus menyokong pembangunan cadangan penambahbaikan yang lebih berasaskan bukti dan konteks pelaksanaan program (Fetters et al. 2013).

2.9.5 Rajah Kerangka Konsep

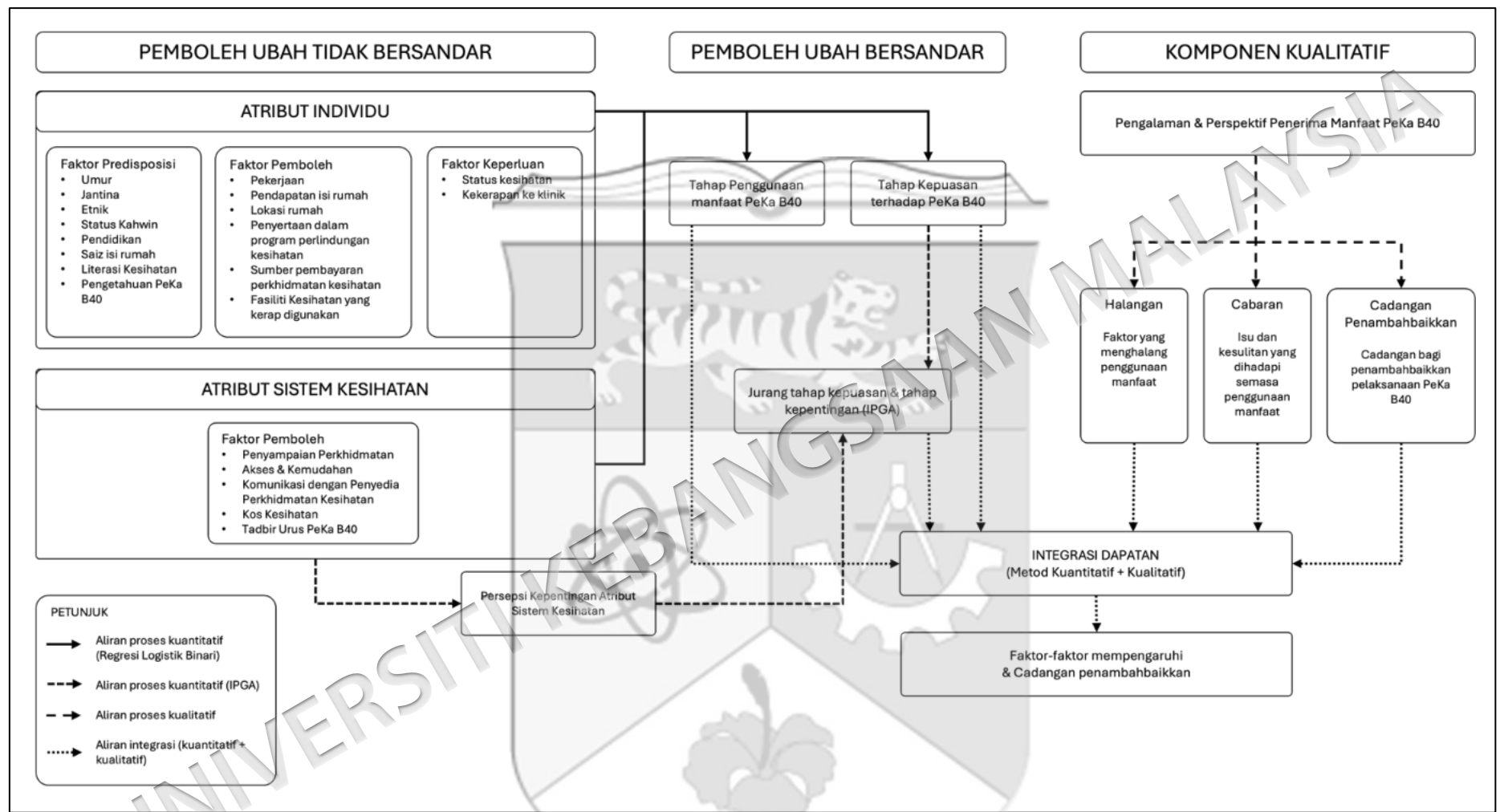
Rajah 2.3 menggambarkan kerangka konsep kajian yang dibangunkan berasaskan Model Tingkah Laku Andersen Fasa 5 (2008), yang menerangkan bagaimana atribut individu dan atribut sistem kesihatan mempengaruhi penggunaan perkhidmatan kesihatan serta tahap kepuasan penerima manfaat. Dalam kajian ini, atribut individu merangkumi faktor predisposisi, pemboleh dan keperluan, manakala atribut sistem kesihatan diwakili oleh domain penyampaian perkhidmatan, akses dan kemudahan, komunikasi, kos serta tadbir urus program PeKa B40.

Kerangka ini turut mengintegrasikan pengukuran persepsi kepentingan terhadap atribut sistem kesihatan bagi membolehkan analisis jurang antara tahap kepentingan dan tahap kepuasan melalui pendekatan *Importance-Performance Gap Analysis* (IPGA). Pendekatan ini membolehkan aspek pelaksanaan yang memerlukan penambahbaikan dikenal pasti berdasarkan keutamaan yang diberikan oleh penerima manfaat.

Selaras dengan reka bentuk kajian kaedah campuran konvergen selari terbenam (*embedded convergent parallel mixed methods*), kerangka konsep ini juga mengandungi komponen kualitatif yang meneroka halangan penggunaan dalam kalangan bukan pengguna, cabaran yang dialami oleh pengguna, serta cadangan penambahbaikan yang dikemukakan oleh penerima manfaat. Dapatan kualitatif tersebut

diintegrasikan dengan dapatan kuantitatif bagi memberikan penjelasan yang lebih mendalam terhadap faktor-faktor yang mempengaruhi penggunaan dan kepuasan, serta mengenal pasti keutamaan penambahbaikan pelaksanaan program. Secara keseluruhannya, kerangka konsep ini menyediakan asas yang komprehensif untuk menilai keberkesanan pelaksanaan PeKa B40 daripada perspektif penerima manfaat serta menyokong pembangunan cadangan penambahbaikan yang berasaskan bukti.





Rajah 2.3 Kerangka konsep kajian diadaptasi dari Model Tingkah Laku Andersen Fasa 5 (2008)

2.10 KESIMPULAN

Bab ini telah membentangkan tinjauan literatur yang menyokong kajian berkaitan penggunaan dan kepuasan terhadap program PeKa B40 dalam kalangan penerima manfaat di Malaysia. Perbincangan merangkumi sistem kesihatan negara, pelaksanaan PeKa B40, konsep penggunaan perkhidmatan kesihatan dan kepuasan pengguna, serta faktor-faktor yang mempengaruhinya berdasarkan kajian tempatan dan antarabangsa.

Model Tingkah Laku Andersen diperkenalkan sebagai kerangka teori utama yang membimbing pemilihan pembolehubah dan reka bentuk kajian. Teori Ketidakselarasan Jangkaan (EDT) pula digunakan untuk menerangkan pembentukan kepuasan pengguna, manakala pendekatan *Importance-Performance Gap Analysis (IPGA)* digunakan bagi menilai jurang antara kepentingan dan kepuasan terhadap atribut perkhidmatan. Selain itu, model SERVQUAL dan *Patient Satisfaction Questionnaire Short-Form (PSQ-18)* dijadikan rujukan dalam pembangunan instrumen kajian yang disesuaikan dengan konteks PeKa B40.

Sorotan literatur turut menunjukkan kewujudan jurang pengetahuan berkaitan penggunaan dan kepuasan terhadap program perlindungan kesihatan bersasar seperti PeKa B40, sekali gus mengukuhkan keperluan kajian ini. Bab ini diakhiri dengan pembentangan kerangka konsep kajian yang menghubungkan faktor predisposisi, faktor pemboleh, faktor keperluan dan atribut sistem kesihatan dengan penggunaan serta kepuasan terhadap program PeKa B40.

BAB III

METODOLOGI

3.1 PENGENALAN

Bab ini menerangkan tentang metodologi yang telah digunakan untuk menjalankan kajian ini. Antaranya adalah latar belakang tempat kajian, reka bentuk kajian, sampel populasi, pengiraan saiz sampel, kaedah kajian, pengumpulan data, analisis data, definisi operasi pemboleh ubah dan etika kajian diterangkan dengan lebih lanjut lagi dalam bab ini.

3.2 LATAR BELAKANG TEMPAT KAJIAN

Kajian ini dijalankan di 13 negeri dan tiga wilayah persekutuan di Malaysia. Setiap negeri melibatkan dua daerah—satu bandar dan satu luar bandar—manakala satu bandar dipilih bagi setiap wilayah persekutuan. Pemilihan daerah (rujuk Jadual 3.1) dibuat bagi memastikan kepelbagaian geografi dan sosioekonomi, khususnya untuk memahami corak penggunaan dan kepuasan terhadap skim PeKa B40 dalam kalangan B40.

Kawasan bandar seperti Klang dan Kuala Lumpur menawarkan lebih banyak klinik panel PeKa B40, yang memudahkan akses dan berpotensi meningkatkan kepuasan pengguna. Sebaliknya, kawasan luar bandar seperti Besut dan Sarikei mempunyai kemudahan terhad, yang mungkin menjejaskan capaian perkhidmatan kesihatan.

Populasi B40 yang dikaji juga berbeza-beza mengikut daerah. Kuala Lumpur mencatatkan bilangan isi rumah B40 tertinggi (193.7 ribu), manakala Sarikei paling rendah (3.0 ribu). Perbezaan ini mencerminkan variasi permintaan perkhidmatan

kesihatan dan cabaran dalam penyediaan klinik panel yang mencukupi bagi kawasan berpopulasi rendah.

Jadual 3.1 memaparkan negeri dan Wilayah Persekutuan yang terlibat dalam kajian, daerah yang dipilih sebagai lokasi kajian, bilangan isi rumah kumpulan B40 serta bilangan kemudahan kesihatan yang berdaftar sebagai klinik panel PeKa B40 di setiap daerah. Sebanyak 29 daerah telah dipilih sebagai lokasi kajian, melibatkan dua daerah bagi setiap negeri dan satu daerah bagi setiap Wilayah Persekutuan. Pengelasan kawasan bandar dan luar bandar dilaksanakan pada peringkat mukim berdasarkan klasifikasi Jabatan Perangkaan Malaysia dan bukannya pada peringkat daerah. Sehubungan itu, kerangka persampelan merangkumi semua mukim dalam daerah yang dipilih, termasuk mukim bandar dan luar bandar.

Jadual 3.1 Latar belakang tempat kajian dan ketersediaan fasiliti kesihatan berdaftar sebagai klinik panel PeKa B40 mengikut daerah terpilih (N=29 daerah)

Negeri	Daerah	Bilangan isi rumah Kumpulan B40 ('000)	Bilangan klinik panel PeKa B40	Bilangan Klinik Kesihatan PeKa B40
Perlis	Kangar		17	4
	Arau	23.5	4	2
Pulau Pinang	Seberang Perai Tengah	23.8	32	3
	Timur laut	30.2	42	4
Kedah	Kuala Muda	25.6	52	5
	Kota Setar	17.2	34	8
Perak	Larut Matang	12.3	13	2
	Kinta	32.5	102	17
Kelantan	Kota Bharu	26.7	57	19
	Pasir Mas	12.8	15	10
Terengganu	Kuala Terengganu	18.4	55	10
	Besut	17.8	2	2
Pahang	Kuantan	19.8	68	11
	Temerloh	13.4	6	5
Selangor	Hulu Selangor	5.0	9	8
	Klang	15.2	123	8
Negeri Sembilan	Jempol	14.9	3	3
	Seremban	44.8	80	8

bersambung...

...sambungan				
Melaka	Alor Gajah	25.2	9	7
	Melaka Tengah	56.6	68	12
Johor	Johor Bahru	35.3	123	10
	Kluang	11.2	20	3
Sabah	Tawau	8.7	30	9
	Kota Kinabalu	9.4	80	6
Sarawak	Sarikei	3.0	6	1
	Kuching	17.4	56	34
WP Kuala Lumpur	WP Kuala Lumpur	193.7	361	19
WP Putrajaya	WP Putrajaya	13.1	4	15
WP Labuan	WP Labuan	9.5	8	2

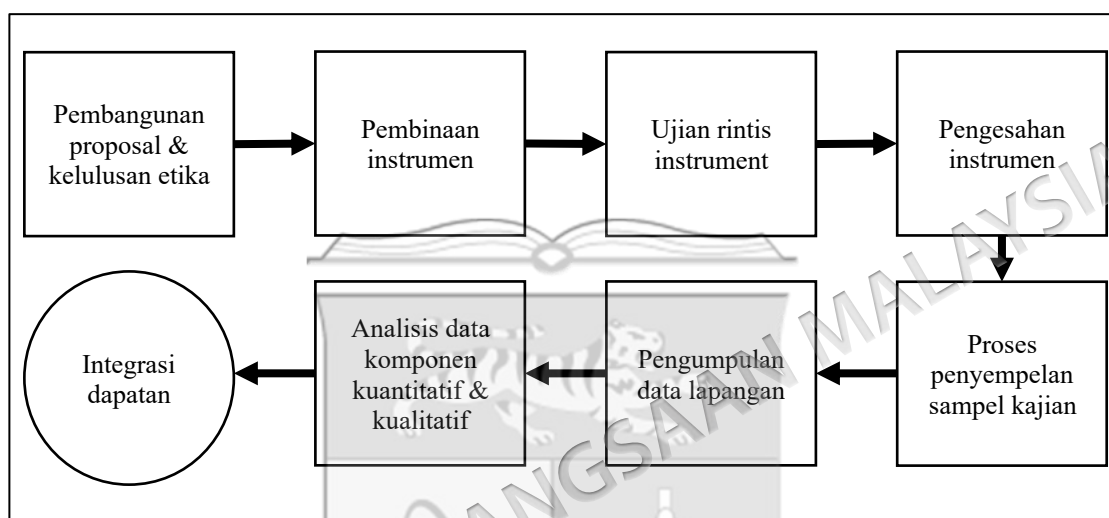
Sumber: (Jabatan Perangkaan Malaysia 2022; Protect Health 2024)

3.3 REKA BENTUK KAJIAN

Kajian ini menggunakan reka bentuk kajian keratan rentas (*cross-sectional study design*) dengan pendekatan *Embedded Convergent Parallel Mixed Methods Design*. Dalam reka bentuk ini, komponen kuantitatif berfungsi sebagai komponen utama dan dilaksanakan menggunakan pendekatan keratan rentas, manakala komponen kualitatif disepadukan (*embedded*) melalui soalan terbuka yang disisipkan dalam instrumen pengumpulan data kuantitatif. Reka bentuk ini dipilih bagi menilai tahap penggunaan dan kepuasan terhadap program PeKa B40 serta mengenal pasti faktor-faktor yang mempengaruhinya dalam kalangan penerima manfaat di Malaysia.

Pemilihan reka bentuk ini adalah berasaskan pertimbangan praktikal, keberkesanan kos dan keupayaannya untuk menggabungkan kekuatan data kuantitatif dan kualitatif bagi menghasilkan pemahaman yang lebih menyeluruh terhadap fenomena yang dikaji. Reka bentuk keratan rentas membolehkan data dikumpulkan pada satu titik masa tertentu bagi menggambarkan corak penggunaan dan kepuasan terhadap program, manakala pendekatan kaedah campuran membolehkan dapatan kuantitatif disokong dan diperkaya melalui maklum balas kualitatif yang diperoleh daripada responden yang sama. Integrasi kedua-dua komponen ini membantu menghasilkan interpretasi yang lebih mendalam dan kontekstual terhadap dapatan kajian.

Kajian ini dilaksanakan dalam tempoh April 2021 hingga November 2024, yang merangkumi proses kelulusan etika, pembangunan dan pengesahan instrumen, pengumpulan data lapangan, analisis data serta penulisan tesis. Pembangunan dan pengesahan instrumen soal selidik dijalankan antara Disember 2021 hingga Oktober 2022, manakala pengumpulan data lapangan dilaksanakan dari Ogos 2023 hingga Julai 2024. Carta alir reka bentuk kajian ditunjukkan dalam Rajah 3.1.



Rajah 3.1 Carta Alir Reka Bentuk Kajian Keratan Rentas dengan Pendekatan *Embedded Convergent Parallel Mixed Methods Design*.

3.3.1 Komponen Kuantitatif

Komponen ini menyokong lima objektif awal kajian, termasuk menilai tahap penggunaan dan kepuasan terhadap PeKa B40, serta faktor predisposisi, pemboleh dan keperluan yang mempengaruhinya. Ia juga menilai jurang antara tahap kepentingan dan kepuasan terhadap atribut sistem kesihatan.

Data diperoleh melalui soal selidik berstruktur meliputi maklumat demografi, sosioekonomi, status kesihatan, pengetahuan program, dan atribut sistem kesihatan. Kepuasan dan kepentingan diukur menggunakan skala Likert 5 mata.

Analisis data melibatkan statistik deskriptif, ujian perbandingan (seperti Mann-Whitney dan Khi-Kuasa Dua), serta regresi logistik untuk menguji hubungan faktor-faktor terhadap penggunaan dan kepuasan. Jurang purata digunakan untuk menilai perbezaan antara kepentingan dan kepuasan, dan seterusnya dianalisis menggunakan

pendekatan IPGA (*Importance–Performance Gap Analysis*) bagi mengenal pasti atribut kritikal yang memerlukan penambahbaikan secara lebih tepat dan berfokus.

3.3.2 Komponen Kualitatif

Komponen ini memenuhi objektif keenam dan ketujuh, iaitu meneroka cabaran dan cadangan pengguna berdasarkan pengalaman mereka dengan PeKa B40. Selaras dengan reka bentuk *embedded mixed methods*, data kualitatif dikumpulkan melalui soalan terbuka yang disisipkan dalam instrumen soal selidik kuantitatif dan melibatkan responden yang sama.

Analisis dijalankan menggunakan gabungan Analisis Tematik dan Analisis Kerangka, yang membolehkan pemetaan tema berdasarkan objektif serta penemuan baharu daripada data (DeJonckheere et al. 2024). Pendekatan ini membantu menjelaskan isu dan cadangan penambahbaikan secara praktikal dan bersifat dasar (Goldsmith 2021; Hackett & Strickland 2018).

3.3.3 Integrasi Data

Walaupun komponen kualitatif disepadukan dalam pengumpulan data kuantitatif, kedua-dua set data dianalisis secara berasingan mengikut kaedah masing-masing. Integrasi dilakukan semasa interpretasi hasil bagi menggabungkan dapatan statistik dengan tema-tema kualitatif yang diperoleh daripada soalan terbuka.

Pendekatan ini memberikan gambaran menyeluruh tentang penggunaan dan kepuasan terhadap PeKa B40, serta menyokong penambahbaikan program berdasarkan pengalaman sebenar penerima manfaat.

3.4 SKOP KAJIAN

Kajian ini menilai tahap penggunaan dan kepuasan terhadap Program Perlindungan Kesihatan B40 (PeKa B40) dalam kalangan penerima manfaat yang layak di Malaysia. Skop kajian ditetapkan bagi menjelaskan sempadan kajian dari aspek populasi, geografi, temporal dan tetapan pengumpulan data.

3.4.1 Skop Populasi

Kajian ini melibatkan warganegara Malaysia daripada kumpulan B40 yang layak menerima manfaat PeKa B40. Responden terdiri daripada individu yang pernah menggunakan sekurang-kurangnya satu manfaat program serta individu yang belum pernah menggunakan mana-mana manfaat PeKa B40. Penglibatan kedua-dua kumpulan ini membolehkan perbandingan dibuat dari segi faktor penggunaan dan tahap kepuasan terhadap program.

3.4.2 Skop Geografi

Kajian ini meliputi kesemua 13 negeri dan 3 Wilayah Persekutuan di Malaysia, merangkumi kawasan bandar dan luar bandar. Pemilihan sampel dilaksanakan secara berperingkat melibatkan daerah, mukim, isi rumah dan responden yang memenuhi kriteria kajian.

3.4.3 Skop Temporal

Kajian ini menilai pelaksanaan Program PeKa B40 sejak diperkenalkan pada tahun 2019 sehingga tempoh kajian dijalankan pada tahun 2024. Tempoh ini membolehkan penilaian dibuat terhadap pelaksanaan dan penerimaan program dalam fasa awal pelaksanaannya.

3.4.4 Skop Tetap Kajian

Pengumpulan data dilaksanakan dalam persekitaran isi rumah (household-based setting) melalui temu bual bersemuka dengan responden yang terpilih. Pendekatan ini digunakan bagi mendapatkan maklumat secara langsung daripada penerima manfaat dalam persekitaran yang lebih selesa dan kondusif.

Kajian ini tertumpu kepada perspektif penerima manfaat PeKa B40 dan tidak melibatkan penyedia perkhidmatan kesihatan atau pembuat dasar. Fokus utama adalah untuk memahami faktor-faktor yang mempengaruhi penggunaan dan kepuasan terhadap program PeKa B40 dalam kalangan kumpulan sasaran.

3.5 POPULASI SASARAN

Populasi sasaran bagi kajian ini terdiri daripada warganegara Malaysia dari kumpulan B40, yang tinggal di semua 13 negeri dan 3 wilayah persekutuan. Sebagai segmen berpendapatan rendah dalam populasi, mereka merupakan penerima manfaat utama PeKa B40, yang menjadi fokus utama kajian ini. Kajian terhadap populasi ini telah memberikan pandangan berharga mengenai penggunaan, tahap kepuasan, dan faktor utama yang mempengaruhinya.

3.6 POPULASI SAMPEL

Populasi sampel ialah isi rumah Kumpulan B40 dari dua daerah terpilih di semua 13 negeri dan tiga wilayah persekutuan di Malaysia.

3.7 RANGKA SAMPEL

Rangka sampel yang digunakan untuk kajian ini ialah senarai kumpulan B40 yang diperolehi dari Pejabat-pejabat daerah yang terpilih di semua 13 negeri dan tiga wilayah persekutuan di Malaysia.

3.8 UNIT SAMPEL

Unit sampel bagi kajian ini ialah individu daripada isi rumah kumpulan B40 yang memenuhi kriteria inklusi kajian. Responden tidak terhad kepada ketua isi rumah sahaja, sebaliknya boleh terdiri daripada mana-mana ahli isi rumah yang layak menerima manfaat PeKa B40, berumur 40 tahun dan ke atas serta memenuhi kriteria kemasukan kajian. Setelah sesebuah isi rumah dipilih melalui proses persampelan, seorang responden yang memenuhi kriteria kajian dipilih untuk menyertai kajian dan melengkapkan soal selidik.

3.9 KRITERIA SAMPEL

Semua individu yang dipilih mengikut kriteria inklusi dan eksklusi seperti dalam Jadual 3.2. Pada masa ini, PeKa B40, hanya melibatkan penduduk Malaysia. Had umur untuk PeKa B40 adalah 40 tahun ke atas. Oleh itu, had umur yang termasuk dalam kajian ini adalah mereka yang berumur 40 tahun ke atas. Dalam kajian ini, hanya penerima

manfaat PeKa B40 sahaja yang terlibat iaitu mereka yang terdiri daripada Kumpulan pendapatan isi rumah 40% ke bawah. Pemilihan responden tidak terhad kepada ketua isi rumah. Mana-mana ahli isi rumah yang memenuhi kriteria inklusi kajian dan bersetuju untuk menyertai kajian boleh dipilih sebagai responden.

Kajian ini menggunakan Bahasa Melayu. Mereka yang tidak memahami bahasa ini telah dikecualikan daripada kajian ini. Oleh kerana kajian ini hanya melibatkan penduduk yang tinggal di kawasan kediaman bukan institusi, populasi institusi seperti mereka yang tinggal di hotel, asrama, hospital dan sebagainya juga telah dikecualikan daripada kajian ini. Selain itu, individu yang sakit teruk dan tidak mampu memberi respons juga telah dikecualikan.

Jadual 3.2 Kriteria sampel kajian

Unit sampel	Kriteria inklusi	Kriteria eksklusi
Individu	Warganegara Malaysia Berumur 40 tahun dan keatas Kumpulan pendapatan isi rumah 40 peratus ke bawah Penerima Bantuan Sara Hidup	Tidak memahami Bahasa Melayu Populasi institusi Tidak memberi persetujuan untuk menyertai kajian ini Tidak dapat dihubungi selepas tiga kali percubaan Individu yang sakit teruk dan tidak dapat memberi respons

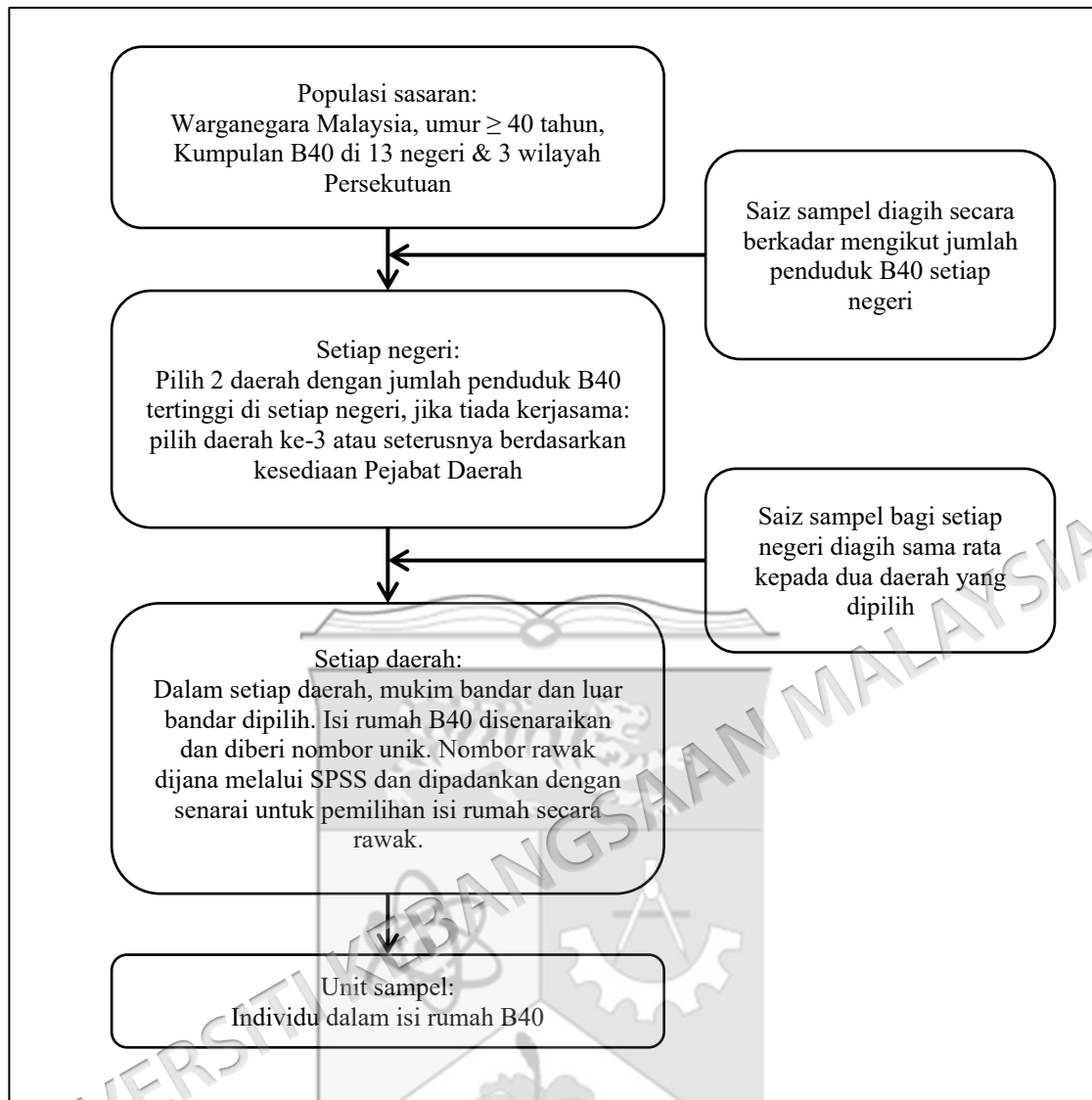
3.10 KAEDAH PERSAMPELAN

Kajian ini menggunakan kaedah persampelan berperingkat (multistage sampling). Pada peringkat pertama, saiz sampel diagihkan secara berkadar mengikut negeri dan Wilayah Persekutuan berdasarkan taburan populasi sasaran bagi memastikan keterwakilan yang mencukupi di peringkat nasional. Seterusnya, pemilihan sampel dilaksanakan secara berperingkat melibatkan daerah, mukim, isi rumah dan responden kajian.

Bagi setiap negeri, dua daerah dipilih berdasarkan bilangan penduduk kumpulan B40 tertinggi dan kedua tertinggi. Bagi Wilayah Persekutuan pula, satu daerah dipilih bagi setiap Wilayah Persekutuan. Pendekatan ini membolehkan kawasan yang mempunyai populasi sasaran yang besar dimasukkan dalam kajian, sekali gus meningkatkan keterwakilan kumpulan B40 di seluruh Malaysia.

Daripada daerah yang terpilih, pemilihan sampel isi rumah dilakukan di peringkat mukim, dengan mengambil kira faktor seperti lokasi geografi, kebolehcapaian, sumber kewangan dan logistik kajian. Pemilihan sampel unit dijalankan dengan kerjasama Pejabat Daerah, ketua mukim, dan pemimpin komuniti tempatan yang membantu dalam penyediaan kerangka sampel isi rumah B40 di kawasan masing-masing. Setelah isi rumah dipilih, seorang responden yang memenuhi kriteria inklusi kajian dipilih untuk menyertai kajian. Pemilihan responden tidak terhad kepada ketua isi rumah, sebaliknya melibatkan mana-mana ahli isi rumah yang memenuhi syarat kelayakan kajian.

Senarai lengkap isi rumah dalam setiap mukim telah disediakan dan setiap isi rumah diberikan nombor unik. Seterusnya, bilangan nombor rawak yang diperlukan mengikut saiz sampel daerah dijana menggunakan perisian statistik seperti SPSS. Nombor yang dijana kemudiannya dipadankan dengan senarai isi rumah bagi membolehkan pemilihan dilakukan secara rawak. Kaedah ini memastikan bahawa setiap isi rumah mempunyai peluang yang sama untuk dipilih, seterusnya meningkatkan kebolehpercayaan dan kesahan dapatan kajian. Rajah 3.2 menunjukkan ringkasan keseluruhan kaedah persampelan yang digunakan dalam kajian ini.



Rajah 3.2 Ringkasan Kaedah Persampelan Kajian.

3.11 PENGIRAAN SAIZ SAMPEL

Saiz sampel kajian ini ditentukan menggunakan tiga pendekatan utama, bergantung kepada objektif kajian dan jenis analisis statistik yang dirancang:

- Formula perkadaran tunggal bagi objektif yang bertujuan menganggarkan tahap penggunaan dan kepuasan terhadap manfaat PeKa B40.
- Formula regresi logistik bagi objektif yang mengenal pasti faktor predisposisi, pemboleh, dan keperluan yang mempengaruhi hasil kajian.
- Formula analisis berpasangan bagi objektif yang menilai jurang antara tahap kepuasan dan kepentingan yang dirasakan oleh penerima manfaat.

3.11.1 Formula Perkadaran Tunggal

Untuk objektif yang bertujuan menganggarkan prevalens penggunaan dan kepuasan terhadap manfaat PeKa B40, saiz sampel dikira berdasarkan formula berikut (Arifin 2013; Dobson & Barnett 2018; Lemeshow 1990; Naing 2003):

$$n = \frac{Z^2 \times P(1 - P)}{e^2} \quad \dots(3.1)$$

di mana:

n = saiz sampel minimum diperlukan

Z = skor Z bagi aras keyakinan yang dipilih

P = anggaran prevalens (proporsi dalam populasi)

e = margin kesilapan (ralat boleh terima)

Pengiraan ini adalah berdasarkan beberapa kriteria utama berikut:

- Anggaran Prevalens (P):
 - Nilai P diperoleh daripada kajian terdahulu atau data sekunder yang sah. Untuk penggunaan manfaat PeKa B40, prevalens dianggarkan sebanyak 10.5% (0.105) berdasarkan laporan rasmi KKM tahun 2021 iaitu semasa cadangan kajian ini dibuat. Bagi kepuasan terhadap PeKa B40, anggaran prevalens adalah 75.3% (0.753) berdasarkan data penilaian dalaman program.
- Margin Kesilapan (e):
 - Margin kesilapan bagi penggunaan ditetapkan pada 0.03 (3%) untuk memastikan ketepatan anggaran yang lebih tinggi memandangkan prevalens adalah rendah. Bagi kepuasan pula, margin kesilapan ditetapkan pada 0.05 (5%), yang merupakan nilai standard bagi kebanyakan kajian sosial dan kesihatan dengan prevalens sederhana atau tinggi.
- Skor Z:
 - Untuk kedua-dua objektif, nilai Z ditetapkan pada 1.96 untuk mencapai tahap keyakinan 95%. Ini bermaksud terdapat 95% kebarangkalian

bahawa anggaran yang diperoleh daripada sampel akan berada dalam julat $\pm e$ daripada nilai sebenar populasi.

3.11.2 Formula Regresi Logistik

Bagi objektif yang melibatkan regresi logistik, saiz sampel ditentukan berdasarkan kaedah *Events Per Variable* (EPV), iaitu memerlukan sekurang-kurangnya 10 peristiwa (events) bagi setiap pemboleh ubah bebas (*independent variable*). Formula yang digunakan adalah:

$$n = \frac{10 \times k}{P} \quad \dots(3.2)$$

di mana:

k = bilangan pemboleh ubah bebas (24 IVs dalam kajian ini)

P = anggaran prevalens pemboleh ubah bersandar (contohnya, penggunaan PeKa B40)

n = jumlah minimum peserta yang diperlukan

Bagi pengiraan EPV, ramai penyelidik telah mencadangkan bahawa $EPV \geq 10$ adalah mencukupi bagi menghasilkan model regresi logistik yang stabil dan boleh dipercayai. Ini disokong oleh kajian simulasi oleh Peduzzi et al. (1996), yang menunjukkan bahawa penggunaan kurang daripada 10 EPV boleh menyebabkan berat sebelah dalam anggaran pekali regresi, kesilapan piawai yang tidak tepat, dan keputusan ujian hipotesis yang tidak sah.

Kajian oleh Bujang et al. (2018) menyokong bahawa $EPV \geq 10$ adalah memadai untuk analisis regresi logistik dalam kajian pemerhatian, terutamanya apabila reka bentuk kajian adalah jelas dan jumlah pemboleh ubah ditentukan terlebih dahulu berdasarkan objektif dan kerangka teori. Pendekatan ini telah digunakan secara meluas dalam penyelidikan kesihatan awam dan klinikal sebagai asas untuk menentukan saiz sampel minimum yang diperlukan bagi membina model yang stabil dan boleh dipercayai.

Walaupun terdapat cadangan dalam literatur untuk menggunakan nilai EPV yang lebih tinggi, seperti $EPV \geq 20$ (Vittinghoff & McCulloch 2007) atau $EPV \geq 50$ (Steyerberg et al. 2001), pendekatan tersebut biasanya lebih sesuai dalam situasi yang melibatkan model kompleks. Ini termasuk model yang mengandungi banyak interaksi, pemboleh ubah yang sangat berkorelasi, atau reka bentuk eksploratori yang merangkumi pelbagai peringkat pemilihan pemboleh ubah.

Dalam konteks kajian ini, penggunaan $EPV \geq 10$ dianggap realistik dan mencukupi, mengambil kira bilangan pemboleh ubah yang telah dikenal pasti berdasarkan objektif kajian dan kerangka teori yang mantap. Pendekatan ini membolehkan analisis yang teliti dan kebolehpercayaan hasil regresi, tanpa membebankan pelaksanaan kajian lapangan berskala besar dengan keperluan saiz sampel yang terlalu tinggi.

3.11.3 Formula Analisis Dua Sampel Berpasangan

Untuk objektif yang menilai jurang antara tahap kepuasan dan kepentingan yang dirasakan oleh penerima manfaat, pengiraan saiz sampel dilakukan berdasarkan analisis dua sampel berpasangan (*paired analysis*) menggunakan ujian Paired t-test atau Wilcoxon Signed-Rank Test, bergantung kepada taburan data.

Formula yang digunakan adalah seperti berikut (Cohen 2013; Hertzog 2008):

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 \times 2 \times \sigma^2}{d^2} \quad \dots(3.3)$$

Dalam formula ini:

n = saiz sampel minimum yang diperlukan

$Z_{\alpha/2}$ = nilai Z bagi tahap keyakinan dua hala (*two-tailed*);

untuk keyakinan 95%, $Z = 1.96$, maka $Z^2_{\alpha/2} = 3.84$

Z_{β} = nilai Z untuk kuasa kajian; bagi kuasa 80%, $Z = 0.84$

σ^2 = anggaran varians perbezaan antara dua ukuran berpasangan

d = saiz kesan yang dijangka (*effect size*), iaitu magnitud perbezaan yang dijangka antara dua ukuran berpasangan (contohnya, perbezaan antara skor kepuasan dan kepentingan bagi item yang sama)

Nilai parameter yang digunakan dalam kajian ini adalah seperti berikut:

Tahap keyakinan: 95% ($Z = 1.96$)

Kuasa kajian (power): 80% (0.80)

Anggaran varians (σ^2): 1

Saiz kesan (d): 0.5, saiz kesan sederhana seperti disarankan oleh Cohen (1988)

Untuk memastikan saiz sampel yang optimum, pelarasan kepada nilai n telah dibuat dengan mengambil kira kadar tidak respons yang dijangkakan semasa pelaksanaan kajian. Oleh kerana kajian ini menggunakan kaedah temu bual bersemuka separa berstruktur bersama enumerator terlatih dalam kalangan kumpulan berpendapatan rendah, kadar tidak respons dianggarkan sekitar 10%, sejajar dengan dapatan kajian lepas yang menunjukkan respons yang tinggi dalam kaedah ini (Brown et al. 2020). Maka, saiz sampel diselaraskan seperti berikut:

$$N = n \times (1 + \text{non-response rates}) \quad \dots(3.4)$$

Pengiraan saiz sampel dilakukan berdasarkan objektif kajian dan keperluan analisis statistik yang dirancang. Saiz sampel tertinggi yang diperoleh daripada pengiraan adalah sebanyak 2,645 responden, dan jumlah ini dipilih sebagai saiz sampel akhir kajian seperti yang ditunjukkan dalam Jadual 3.3. Seterusnya, saiz sampel ini diagihkan secara berkadar kepada setiap negeri berdasarkan peratus bilangan isi rumah B40 yang dilaporkan dalam data kebangsaan terkini. Pengagihan ini bertujuan memastikan keterwakilan yang seimbang merentas negeri dan mencerminkan taburan sebenar populasi sasaran. Perincian agihan ini dipaparkan dalam Jadual 3.4.

Jadual 3.3 Pengiraan Saiz Sampel Kajian

Bil	Objektif	Analisis	Formula	Saiz sampel, N
1.	Menentukan tahap penggunaan manfaat PeKa B40 dalam kalangan penerima manfaat di Malaysia.	Statistik deskriptif (min, median, dan peratusan) • P= 10.5% atau 0.105 • Z=1.96 • e=0.03 • 10% kadar tidak respon	Formula Perkadaran Tunggal $n = \frac{Z^2 \times P(1-P)}{e^2} +$ $N = n \times (1 / (1 - 0.10))$	442
2.	Menentukan tahap kepuasan terhadap program Peka B40 dalam kalangan penerima manfaat di Malaysia.	Statistik deskriptif (min, median, dan peratusan) • P= 75.29% atau 0.7529 • Z=1.96 • e=0.05 • 10% kadar tidak respon	Formula Perkadaran Formula Perkadaran Tunggal $n = \frac{Z^2 \times P(1-P)}{e^2} +$ $N = n \times (1 / (1 - 0.10))$	320
3.	Menentukan faktor predisposisi, pemboleh, dan keperluan yang mempengaruhi penggunaan manfaat PeKa B40 dalam kalangan penerima manfaat di Malaysia.	Regresi logistik • P=10.5% atau 0.105 • k=25	$n = \frac{10 \times k}{P} +$ $N = n \times (1 / (1 - 0.10))$	2645
4.	Menentukan faktor predisposisi, pemboleh, dan keperluan yang mempengaruhi tahap kepuasan PeKa B40 dalam kalangan penerima manfaat di Malaysia.	Regresi logistik • P= 75.29% atau 0.7529 • k=25	$n = \frac{10 \times k}{P} +$ $N = n \times (1 / (1 - 0.10))$	381
5.	Menilai jurang antara tahap kepuasan dan tahap kepentingan atribut sistem kesihatan.	<i>Paired t-test / Wilcoxon Signed-Rank test</i> • Tahap keyakinan: 95% (Z = 1.96). • Kuasa kajian: 80% (0.80). • Saiz kesan : Andaian sederhana (Cohen's d $\approx$ 0.5) • Anggaran varians (σ^2): 1 • 10% kadar tidak respon	$n = \frac{(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 \times 2 \times \sigma^2}{d^2} +$ $N = n \times (1 / (1 - 0.10))$	63

Jadual 3.4 Agihan saiz sampel secara berkadar mengikut negeri dan Wilayah Persekutuan (N = 2,645)

Negeri	Bilangan Isi Rumah B40 (Ribu)	Peratus (%)	Sampel saiz
Perlis	23.5	0.8	21
Kedah	199.1	6.8	180
Pulau Pinang	179.5	6.2	164
Perak	255.8	8.8	233
Pahang	139.5	4.8	127
Kelantan	138.2	4.7	124
Terengganu	103.1	3.5	93
Negeri Sembilan	108.4	3.7	98
Melaka	91.2	3.1	82
Selangor	649.3	22.3	590
Johor	351.7	12.1	320
Sabah	205.3	7.1	188
Sarawak	250.2	8.6	227
WP Kuala Lumpur	193.7	6.7	177
WP Labuan	9.5	0.3	8
WP Putrajaya	13.1	0.5	13
Jumlah	2,911.1	100	2645

Nota: N = 2,645 merujuk kepada jumlah saiz sampel yang diagihkan secara berkadar mengikut negeri dan Wilayah Persekutuan.

Berdasarkan pertimbangan saintifik dan praktikal, saiz sampel akhir sebanyak 2,645 responden dipilih sebagai saiz sampel kajian. Saiz sampel ini merupakan nilai tertinggi yang diperoleh daripada pengiraan bagi objektif-objektif kajian yang berbeza dan oleh itu dianggap mencukupi untuk memenuhi keperluan semua analisis yang dirancang, termasuk analisis deskriptif, bivariat, multivariat dan analisis jurang kepentingan-prestasi.

3.12 INSTRUMEN KAJIAN

Kajian ini menggunakan soal selidik berstruktur yang dibangunkan khusus untuk mengumpul data berkaitan faktor yang mempengaruhi penggunaan manfaat dan tahap kepuasan terhadap PeKa B40. Ia telah melalui proses pengesahan yang teliti termasuk semakan pakar dan ujian perintis bagi memastikan kesahihan kandungan dan kefahaman responden.

Instrumen ini terdiri daripada dua komponen utama: kuantitatif dan kualitatif. Komponen kuantitatif merangkumi soalan berstruktur yang menilai faktor individu dan sistem kesihatan, menggunakan skala Likert, indikator binari dan pilihan berganda untuk memudahkan analisis statistik.

Komponen kualitatif pula mengandungi soalan terbuka yang memberi ruang kepada responden untuk berkongsi halangan, cabaran dan cadangan berkaitan program. Jawapan dianalisis secara analisis kerangka dan tematik untuk memperkayakan dapatan kuantitatif.

3.13 PEMBINAAN INSTRUMEN KAJIAN

3.13.1 Fasa Pertama – Pembangunan Instrumen

Fasa pertama kajian ini melibatkan dua peringkat utama: (1) pembangunan senarai itemsoal selidik dan (2) pengurangan serta penambahbaikan item soal selidik.

a. Pembangunan Senarai Item Soal Selidik

Pembangunan senarai item telah dimulakan dengan ulasan literatur secara menyeluruh melalui pangkalan data PubMed, Web of Science, Google Scholar dan Google bagi mengenal pasti soal selidik kebangsaan dan antarabangsa yang menilai kepuasan pesakit atau isi rumah terhadap insurans kesihatan dan program perlindungan kesihatan. Penemuan daripada proses semakan ini telah dihipunkan dalam sebuah manuskrip berasingan yang kini dalam proses semakan rakan sebaya di sebuah jurnal lain.

Instrumen yang relevan telah dikaji dan inventori soalan disusun secara tematik. Pembinaan konstruk laten bagi mengukur kepuasan terhadap program perlindungan kesihatan adalah berasaskan pelbagai kerangka teori seperti EDT, SERVQUAL dan PSQ-18 yang memberikan panduan menyeluruh dalam menilai kepuasan dalam penjagaan kesihatan. Proses ini turut melibatkan perbincangan secara iteratif bersama ahli akademik dalam bidang kesihatan awam dan ekonomi kesihatan bagi memastikan pembinaan konstruk sejajar dengan kefahaman teori dan konteks sistem kesihatan di Malaysia (Johnson & Fornell 1991).

Sebanyak 70 item telah dibangunkan bagi mewakili konstruk yang telah dikenal pasti, dengan memastikan penggunaan bahasa yang jelas dan ringkas serta mengelakkan kekaburan, soalan berganda, atau pernyataan negatif, selaras dengan garis panduan oleh DeVellis (2021). Soalan-soalan ini pada asalnya dirangka dalam bahasa Inggeris sebelum diterjemahkan ke dalam bahasa Melayu. Kedua-dua versi disemak oleh ahli pasukan dwibahasa bagi memastikan ketepatan makna, keseragaman, dan kesetaraan linguistik.

b. Pengurangan dan Penambahbaikan Item Instrumen

Penilaian kesahan kandungan (*content validity*) telah dijalankan terhadap senarai 70 item oleh tujuh orang pakar bidang yang terdiri daripada ahli akademik dalam bidang ekonomi kesihatan, Bahagian Perancang dari Kementerian Kesihatan, pakar kesihatan awam dan pegawai perubatan. Kepelbagaian latar belakang panel pakar ini memberikan perspektif yang menyeluruh terhadap aspek insurans kesihatan dan penilaian program. Berdasarkan maklum balas pakar, sebanyak 60 item telah dikekalkan. Daripada jumlah ini, 58 item mencapai nilai I-CVI sebanyak 1.0, manakala dua item memperoleh nilai 0.86. Nilai S-CVI/UA ialah 0.95, dan S-CVI/Ave pula 0.99, menunjukkan keselarasan yang tinggi dengan konstruk asas yang ingin diukur (Jadual B1 Lampiran B).

Penilaian kesahan muka (*face validity*) dijalankan bagi memastikan kefahaman, kejelasan, dan kesesuaian budaya bagi kumpulan sasaran. Penilaian ini melibatkan sepuluh peserta yang mewakili populasi kajian, bersama beberapa pakar yang menilai tahap kejelasan dan kerelevanan item. Maklum balas yang diperoleh telah digunakan untuk memperbaiki instrumen sebelum ujian lapangan dilaksanakan (Baharuddin et al. 2024).

Instrumen yang telah diperkemas mengandungi dua bahagian utama. Bahagian pertama mengumpul maklumat latar belakang responden seperti umur, jantina, etnik, status perkahwinan, dan tahap pendidikan. Bahagian kedua terdiri daripada 60 item yang merangkumi lapan konstruk utama iaitu: literasi kesihatan (9 item), pengetahuan (10 item), penyampaian perkhidmatan (7 item), kemudahan kesihatan (7 item), komunikasi (7 item), kos (7 item), tadbir urus (8 item), dan kepuasan (5 item).

Konstruk pengetahuan, penyampaian perkhidmatan, kemudahan kesihatan, komunikasi dan tadbir urus dinilai menggunakan skala Likert lima mata, daripada “sangat tidak setuju” hingga “sangat setuju”. Konstruk literasi kesihatan pula dinilai berdasarkan skala daripada “sangat sukar” hingga “sangat mudah”, manakala konstruk kepuasan dinilai daripada “sangat tidak berpuas hati” hingga “sangat berpuas hati”.

Para sarjana berbeza pendapat mengenai bilangan tahap yang sesuai dalam skala Likert. Cummins (2000) berhujah bahawa menghadkan persepsi kepada lima kategori boleh mengurangkan kepekaan responden, dan mencadangkan penggunaan skala 11 mata yang didapati lebih sensitif, lebih hampir kepada taburan normal, dan mudah difahami (Cummins & Gullone 2000). Leung (2011) turut menyatakan bahawa skala yang lebih panjang seperti skala 11 mata dapat mengurangkan kecenderungan ke arah titik tengah. Namun begitu, Lewis dan Erdinç (2017) melaporkan bahawa tiada perbezaan ketara dari segi kesahan atau kebolehpercayaan antara skala 7 dan 11 mata. Kajian oleh Finstad (2010) pula menunjukkan bahawa skala 7 dan 9 mata lebih sesuai digunakan dalam tinjauan elektronik dan mampu menghasilkan taburan data yang lebih baik. Walau bagaimanapun, skala 5 mata didapati berfungsi dengan baik dan setanding dengan skala yang lebih panjang.

Leung (2011) mencadangkan penggunaan skala 5 mata untuk kajian yang melibatkan saiz sampel besar ($N > 100$) dan skala 7 mata bagi saiz sampel kecil ($N < 100$). Skala 5 mata juga dikatakan dapat meningkatkan kadar respons dan mengurangkan keletihan responden kerana kesederhanaannya memudahkan penyampai untuk membaca kesemua pilihan jawapan dengan jelas (Dawes 2008; Sachdev & Verma 2004). Justeru, kajian ini memilih untuk menggunakan skala Likert 5 mata bagi mengekalkan keseragaman antara konstruk, mengurangkan kekeliruan, serta memudahkan kefahaman dalam kalangan responden. Kesemua item telah diseragamkan dengan julat respons antara 1 hingga 5.

3.13.2 Fasa Kedua – Pengesahan Ciri Psikometrik Instrumen

Fasa kedua kajian ini melibatkan dua peringkat utama: (1) ujian Rintis dan (2) pengesahan instrumen.

a. Ujian Rintis

Selepas penilaian kesahan muka (*face validity*) dijalankan, ujian perintis dilaksanakan bagi menilai kesahan konstruk (*construct validity*) dan kebolehpercayaan instrumen soal selidik. Populasi sasaran terdiri daripada isi rumah warga Malaysia berumur 40 tahun dan ke atas daripada kumpulan pendapatan B40 di Daerah Hulu Langat, Selangor. Kaedah pensampelan rawak mudah telah digunakan dengan kerangka sampel diperoleh daripada pejabat daerah. Kutipan data dijalankan dalam persekitaran rumah antara 1 Disember 2021 hingga 1 Oktober 2022, bagi memastikan suasana yang selesa dan bebas tekanan untuk responden memberikan maklum balas yang jujur. Lapan orang enumerator terlatih terlibat dalam proses kutipan data. Purata masa yang diambil untuk melengkapkan soal selidik adalah antara 15 hingga 30 minit bagi setiap responden.

b. Pengesahan Instrumen

Pengesahan instrumen telah dijalankan melalui dua pendekatan utama: Analisis Faktor Eksploratori (*Exploratory Factor Analysis*, EFA) dan Analisis Faktor Pengesahan (*Confirmatory Factor Analysis*, CFA).

i. Analisis Faktor Eksploratori (EFA)

EFA dijalankan terhadap data daripada 150 responden, selaras dengan garis panduan yang disyorkan (Hair et al. 2019). Sebelum analisis dijalankan, kesesuaian data disahkan melalui nilai *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) yang tinggi (antara 0.830 hingga 0.937) serta ujian Bartlett yang signifikan ($p < 0.001$), menunjukkan data sesuai untuk dianalisis secara faktor. Kaedah *Principal Component Analysis* (PCA) dengan putaran varimax telah digunakan (Jadual 3.5). Lapan konstruk yang dianalisis menunjukkan jumlah varians dijelaskan antara 66% hingga 86.7%, membuktikan kejelasan struktur faktor yang kukuh. Kesemua item menunjukkan nilai faktor pemuatan yang memuaskan (antara 0.43 hingga 0.87) (Rujuk Jadual B2 Lampiran B). Konsistensi dalaman adalah tinggi, dengan nilai *Cronbach's alpha* antara 0.932 hingga 0.978 bagi semua lapan konstruk. Nilai *Corrected Item-Total Correlation* (CITC) melebihi 0.3, mengesahkan kebolehpercayaan dan keseragaman item dalam setiap konstruk (Bibi et al. 2023; Feng & Chen 2020). Hasil ini menyokong kesahan dan kebolehpercayaan model lapan konstruk serta kesesuaiannya untuk pengesahan lanjut melalui CFA.

Jadual 3.5 Ringkasan Keputusan Analisis Faktor Penerokaan dan Kebolehpercayaan Instrumen (N = 150)

Konstruk	Bilangan Item	Varians Diterangkan (%)	Nilai KMO	Ujian Bartlett (p)	Alfa Cronbach (α)	Nilai Minimum CITC
TL	9	66.0	0.830	< 0.001	0.932	0.653
TP	10	80.9	0.937	< 0.001	0.974	0.833
PP	7	68.9	0.889	< 0.001	0.920	0.466
AK	7	71.9	0.888	< 0.001	0.930	0.589
KM	7	86.4	0.917	< 0.001	0.974	0.882
KS	7	81.4	0.910	< 0.001	0.960	0.733
TU	8	86.7	0.893	< 0.001	0.978	0.868
TK	5	79.7	0.854	< 0.001	0.935	0.769

Nota: Kaedah Pengekstrakan = Analisis Komponen Utama (Principal Component Analysis, PCA); Kaedah Putaran = Varimax dengan Normalisasi Kaiser. TL = Literasi Kesihatan; TP = Pengetahuan PeKa B40; PP = Penyampaian Perkhidmatan; AK = Akses dan Kemudahan; KM = Komunikasi; KS = Kos Kesihatan; TU = Tadbir Urus; TK = Tahap Kepuasan. KMO = Kaiser-Meyer-Olkin; CITC = Corrected Item-Total Correlation.

ii. Analisis Faktor Pengesahan (CFA)

CFA telah dijalankan untuk mengesahkan model pengukuran yang dikenal pasti melalui EFA. Tiga item dengan nilai faktor pemuatan yang rendah iaitu PP2 (*Bilangan staf yang perlu dijumpa untuk mendapatkan rawatan adalah berpatutan*), PP3 (*Staf/doktor yang cekap*) dan AK7 (*Mudah dicapai melalui telefon*) telah dikeluarkan, menghasilkan model akhir dengan 57 item (Afthanorhan et al. 2019). Semua item yang kekal menunjukkan nilai faktor pemuatan yang kuat (antara 0.652 hingga 0.932) pada konstruk masing-masing (Jadual B3 Lampiran B). Model menunjukkan kesahan konstruk yang baik berdasarkan indeks padanan yang diterima (Jadual 3.6).

Jadual 3.6 Ringkasan Indeks Kesesuaian Model CFA

Kategori Kesesuaian	Indeks Kesesuaian	Kriteria	Nilai Indeks	Interpretasi
Kesesuaian Mutlak	RMSEA	< 0.08	0.061	Mencapai tahap
Kesesuaian <i>Incremental</i>	CFI	> 0.90	0.910	Mencapai tahap
Kesesuaian <i>Incremental</i>	TLI	> 0.90	0.904	Mencapai tahap
Kesesuaian Parsimoni	χ^2/df	< 3.00	2.918	Mencapai tahap

Nota: RMSEA = Root Mean Square Error of Approximation; CFI = Comparative Fit Index; TLI = Tucker-Lewis Index; χ^2/df = Nisbah Khi Kuasa Dua kepada darjah kebebasan.

Kesahan konvergen turut disahkan apabila semua nilai *Average Variance Extracted (AVE)* melebihi 0.50, dengan nilai terendah 0.637, manakala semua nilai *Composite Reliability (CR)* melebihi 0.70, menunjukkan konsistensi dalaman yang

kukuh (Jadual 3.7). Kesahan diskriminan juga dipenuhi, apabila punca kuasa dua AVE setiap konstruk adalah lebih besar daripada korelasi konstruk tersebut dengan konstruk lain (Jadual 3.8).

Jadual 3.7 Keputusan Kesahan Konvergen dan Kebolehpercayaan Komposit Mengikut Konstruk (N = 200)

Konstruk	AVE	CR
TL	0.777	0.965
TP	0.651	0.944
PP	0.773	0.972
AK	0.637	0.897
KM	0.655	0.919
KS	0.740	0.952
TU	0.742	0.953
TK	0.720	0.927

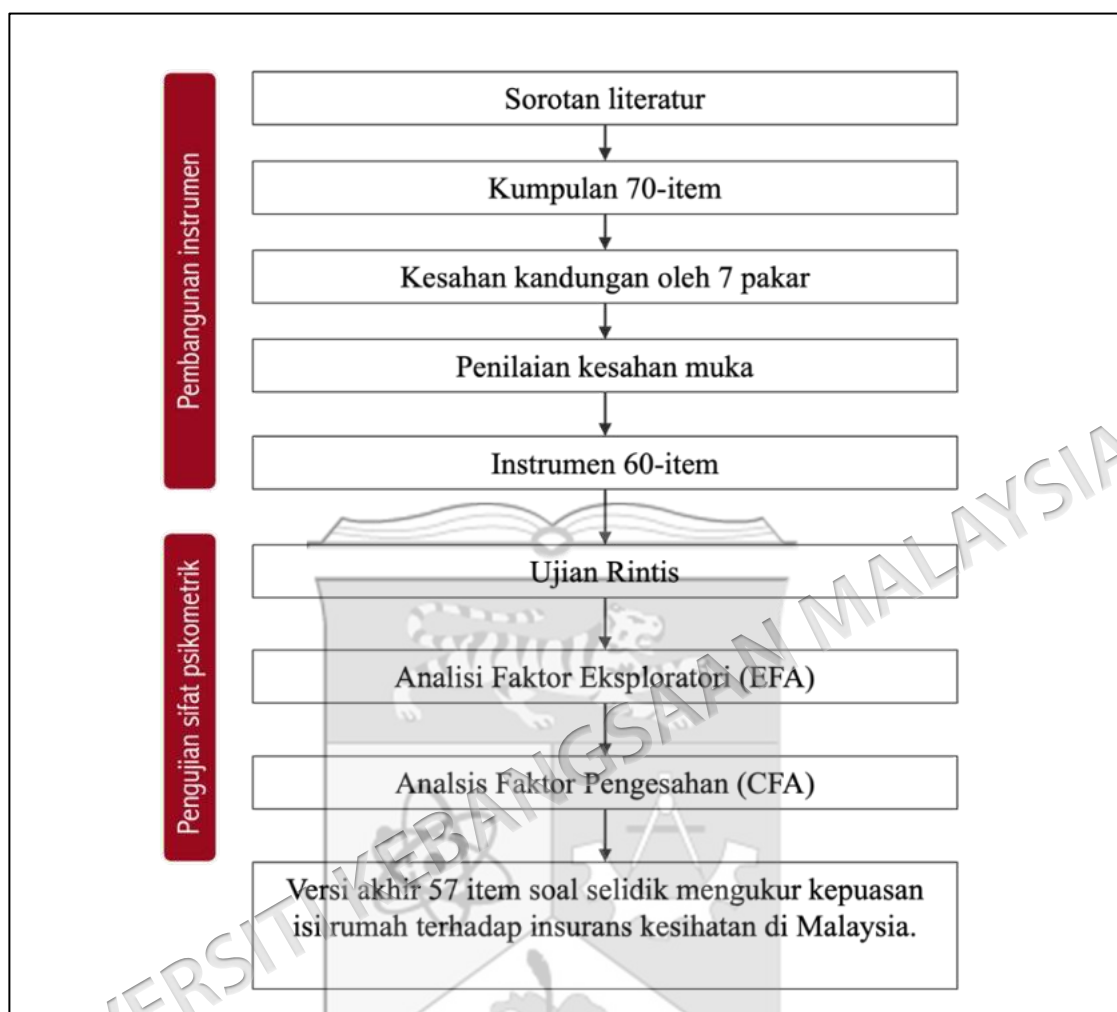
Nota: TL = Literasi Kesihatan; TP = Pengetahuan PeKa B40; PP = Penyampaian Perkhidmatan; AK = Akses dan Kemudahan; KM = Komunikasi; KS = Kos Kesihatan; TU = Tadbir Urus; TK = Tahap Kepuasan. AVE = Average Variance Extracted; CR = Composite Reliability. Kriteria penerimaan: $AVE \geq 0.50$ dan $CR \geq 0.70$.

Jadual 3.8 Ringkasan Indeks Kesahan Diskriminan

Konstruk	TL	TP	PP	AK	KM	KS	TU	TK
TL	0.882							
TP	0.424	0.807						
PP	0.477	0.492	0.879					
AK	0.401	0.531	0.243	0.798				
KM	0.483	0.590	0.338	0.780	0.809			
KS	0.450	0.639	0.318	0.751	0.743	0.860		
TU	0.600	0.328	0.322	0.428	0.468	0.473	0.862	
TK	0.665	0.411	0.459	0.435	0.488	0.442	0.532	0.849

Nota: TL = Literasi Kesihatan; TP = Pengetahuan PeKa B40; PP = Penyampaian Perkhidmatan; AK = Akses dan Kemudahan; KM = Komunikasi; KS = Kos Kesihatan; TU = Tadbir Urus; TK = Tahap Kepuasan. Nilai pada diagonal (dicetak tebal) mewakili punca kuasa dua Average Variance Extracted ($\sqrt{AVE}$), manakala nilai di luar diagonal mewakili korelasi antara konstruk. Kesahan diskriminan dicapai apabila nilai $\sqrt{AVE}$ bagi sesuatu konstruk melebihi korelasinya dengan konstruk lain (Fornell & Larcker, 1981).

Seperti yang ditunjukkan dalam Jadual 3.8, semua nilai $\sqrt{AVE}$ melebihi korelasi antara konstruk yang berkaitan, menunjukkan bahawa kesahan diskriminan bagi model pengukuran telah dicapai. Hasil kedua-dua analisis faktor ini mengesahkan bahawa instrumen kajian mempunyai ciri psikometrik yang kukuh dan boleh digunakan secara sah dan boleh dipercayai. Struktur model pengukuran secara keseluruhan digambarkan dalam Rajah 3.3, manakala ringkasan proses pengesahan ditunjukkan dalam Rajah 3.4.



Rajah 3.4 Proses Pembangunan dan Pengesahan Instrumen Kepuasan PeKa B40

3.13.3 Ciri Demografi Responden EFA dan CFA

Responden Sebahagian besar responden EFA dan CFA terdiri daripada individu pertengahan umur berbangsa Melayu dengan tahap pendidikan menengah atau tinggi (Jadual 3.9). Dalam EFA, seramai 150 responden terlibat (purata umur 52.6 tahun, $SP = 6.43$) dengan agihan jantina seimbang. CFA melibatkan 200 responden (purata umur 50.9 tahun, $SP = 7.43$), majoritinya lelaki (60.5%). Sampel CFA lebih pelbagai dari segi etnik dan mencerminkan populasi Malaysia secara keseluruhan, meningkatkan kebolegunaan dapatan. Sebahagian besar responden telah berkahwin (78% EFA; 76.5% CFA), menunjukkan kestabilan demografi. Terdapat sedikit peningkatan dalam bilangan peserta berpendidikan rendah dalam CFA (8.7% kepada 12%), namun

pendidikan tinggi kekal dominan. Tiada pengubahsuaian dibuat pada soal selidik selepas EFA. Keseragaman demografi antara kedua-dua kumpulan menyokong kesahan dan kesesuaian instrumen untuk kedua-dua fasa analisis.

Jadual 3.9 Ciri-ciri Demografi Responden dalam Analisis Faktor Penerokaan (EFA) dan Analisis Faktor Pengesahan (CFA)

Ciri-ciri Demografi	EFA (N = 150) n (%)	CFA (N = 200) n (%)
Umur, min (SP)	52.6 (6.43)	50.9 (7.43)
Jantina		
Lelaki	75 (50.0)	121 (60.5)
Perempuan	75 (50.0)	79 (39.5)
Etnik		
Melayu	119 (79.3)	140 (70)
Cina	12 (8.0)	27 (13.5)
India	5 (3.3)	13 (6.5)
Lain-lain	14 (9.3)	11 (5.5)
Status Perkahwinan		
Berkahwin	117 (78)	153 (76.5)
Bujang	10 (6.7)	22 (11.0)
Berceraai	8 (5.3)	14 (7.0)
Balu/Duda	15 (10.0)	11 (5.5)
Tahap Pendidikan		
Tiada pendidikan formal	3 (2.0)	12 (6.0)
Sekolah rendah	13 (8.7)	24 (12.0)
Sekolah menengah	92 (61.3)	112 (56.0)
Kolej/Universiti	42 (28.0)	52 (26.0)

Nota: EFA = Analisis Faktor Penerokaan; CFA = Analisis Faktor Pengesahan; SP = Sisihan Piawai. Data dipersembahkan sebagai n (%) kecuali umur yang dilaporkan sebagai min (SP).

3.14 DEFINISI KONSEP KAJIAN

Definisi konsep kajian digunakan bagi menjelaskan maksud istilah dan konsep utama yang menjadi asas kepada kajian ini. Definisi tersebut merangkumi Program Skim Peduli Kesihatan untuk Kumpulan B40 (PeKa B40), kumpulan B40 serta jurang antara tahap kepentingan dan tahap kepuasan yang digunakan dalam analisis kajian.

3.14.1 Skim Peduli Kesihatan untuk Kumpulan B40 (PeKa B40)

Skim Peduli Kesihatan untuk Kumpulan B40 (PeKa B40) ialah satu inisiatif kerajaan Malaysia yang diperkenalkan melalui KKM pada tahun 2019. Skim ini bertujuan untuk

menyediakan perkhidmatan kesihatan kepada kumpulan B40, iaitu 40% daripada populasi berpendapatan terendah di negara ini, khususnya mereka yang berumur 40 tahun ke atas (ProtectHealth 2020).

Matlamat utama PeKa B40 adalah untuk meningkatkan akses kepada penjagaan kesihatan dalam kalangan berpendapatan rendah dengan menampung sebahagian keperluan asas penjagaan kesihatan, terutamanya berkaitan NCD. Skim ini dikendalikan oleh ProtectHealth Corporation dan menawarkan empat komponen manfaat utama (ProtectHealth 2020):

- Saringan Kesihatan – Penilaian kesihatan percuma yang merangkumi pemeriksaan penyakit tidak berjangkit seperti diabetes, hipertensi, dan kolesterol
- Bantuan Alat Perubatan – Bantuan untuk alat perubatan tertentu yang diperlukan seperti alat bantu pendengaran, prostetik, dan lain-lain.
- Insentif Melengkapkan Rawatan Kanser – Bagi pesakit kanser, insentif kewangan disediakan untuk membantu menanggung kos rawatan.
- Insentif Tambang Pengangkutan – Bantuan kewangan untuk menampung kos pengangkutan bagi mendapatkan rawatan kesihatan.

3.14.2 Kumpulan B40

Kumpulan B40 di Malaysia merujuk kepada 40% isi rumah berpendapatan terendah dalam negara, yang dikenali sebagai “*Bottom 40%*”. Ia merupakan salah satu daripada tiga kategori pendapatan utama isi rumah di Malaysia, bersama-sama dengan kumpulan M40 (Pertengahan 40%) dan T20 (Teratas 20%). Klasifikasi ini digunakan secara meluas oleh kerajaan untuk tujuan dasar ekonomi dan sosial, termasuk dalam penyaluran bantuan kewangan, program kesihatan, dan intervensi kebajikan.

Kumpulan B40 biasanya ditentukan berdasarkan pendapatan bulanan isi rumah, dan menurut data daripada Jabatan Perangkaan Malaysia pada tahun 2020, paras ambang bagi kumpulan B40 adalah sekitar RM4,850 dan ke bawah pada tahun terkini. Walau bagaimanapun, nilai ini boleh berubah mengikut kemas kini pendapatan median isi rumah serta keadaan ekonomi semasa (DOSM 2020).

3.14.3 Jurang antara Tahap Kepuasan dan Tahap Kepentingan

Jurang antara tahap kepuasan dan tahap kepentingan merujuk kepada perbezaan antara persepsi pengguna terhadap betapa pentingnya sesuatu aspek perkhidmatan dan tahap kepuasan sebenar mereka terhadap aspek tersebut. Dalam konteks perkhidmatan kesihatan, jurang ini digunakan untuk mengenal pasti bidang yang memerlukan penambahbaikan, berdasarkan keutamaan yang dilaporkan oleh pengguna (Abalo et al. 2007; Martilla & James 1977). Konsep ini membolehkan pembuat dasar menilai keselarasan antara jangkaan pengguna dan pengalaman mereka, seterusnya menyokong tindakan penambahbaikan yang lebih strategik dan responsif.

3.15 DEFINISI OPERASIONAL KAJIAN

Definisi operasional kajian menerangkan cara setiap pemboleh ubah diukur, dikategorikan dan dianalisis dalam kajian ini. Definisi ini digunakan bagi memastikan pengumpulan dan interpretasi data dilakukan secara konsisten.

3.15.1 Pembolehubah Bersandar

a. Tahap Penggunaan PeKa B40

Merujuk Dalam kajian ini, tahap penggunaan manfaat PeKa B40 merujuk kepada sama ada penerima manfaat telah mengakses sekurang-kurangnya satu daripada komponen yang ditawarkan di bawah program PeKa B40. Komponen tersebut merangkumi saringan kesihatan, bantuan alat perubatan, insentif melengkapkan rawatan kanser dan insentif tambang pengangkutan.

Pembolehubah ini diukur secara dikotomus berdasarkan maklum balas responden dan dikategorikan kepada:

- Ya – jika responden pernah menggunakan sekurang-kurangnya satu manfaat PeKa B40; atau
- Tidak Menggunakan – jika responden tidak pernah menggunakan mana-mana manfaat yang disediakan di bawah program PeKa B40.

Pengkategorian ini bertujuan untuk mengenal pasti tahap penglibatan sebenar penerima manfaat dalam program serta menilai faktor-faktor yang mempengaruhi penggunaan manfaat PeKa B40.

b. Tahap Kepuasan PeKa B40

Kepuasan merupakan salah satu komponen penting dalam menilai kualiti penjagaan kesihatan dan merujuk kepada penilaian subjektif individu terhadap perkhidmatan yang diterima, termasuk aspek akses, kualiti rawatan, komunikasi dengan penyedia perkhidmatan dan pengalaman keseluruhan semasa mendapatkan rawatan (Cleary & McNeil 1988; Donabedian 1988). Dalam konteks kajian ini, tahap kepuasan merujuk kepada persepsi dan pengalaman responden terhadap pelaksanaan Program PeKa B40, meliputi aspek penyampaian perkhidmatan, akses dan kemudahan, komunikasi, kos serta tadbir urus program.

Tahap kepuasan diukur menggunakan skala Likert lima mata yang merangkumi tahap daripada “Sangat Tidak Puas Hati” hingga “Sangat Puas Hati”. Skor kepuasan dikira berdasarkan skor purata bagi semua item kepuasan dan kemudiannya dikategorikan kepada dua tahap:

- Tinggi (≥ 4.00) – jika responden menunjukkan tahap puas hati atau sangat puas hati;
- Rendah (< 4.00) – jika responden menunjukkan tahap sederhana, tidak puas hati, atau sangat tidak puas hati.

Pengukuran ini bertujuan menilai secara kuantitatif persepsi responden terhadap pelaksanaan Program PeKa B40 serta membolehkan analisis hubungan antara tahap kepuasan dengan penggunaan manfaat, atribut individu dan atribut sistem kesihatan.

Penetapan skor purata 4.0 sebagai titik pemisah dalam pengelompokan tahap kepuasan berdasarkan skala Likert lima mata merupakan pendekatan analitik yang telah diterima secara meluas dalam penyelidikan kuantitatif, khususnya dalam bidang kesihatan, pendidikan dan sains sosial. Dalam konteks pengukuran persepsi dan kepuasan, skor 4.0 secara amnya mewakili kategori “setuju” atau “puas hati”, manakala

skor 3.0 lazimnya ditafsirkan sebagai “neutral”. Oleh yang demikian, pengkategorian kepada dua kumpulan—tahap kepuasan tinggi (≥ 4.0) dan tahap kepuasan rendah (< 4.0)—adalah berasaskan rasional teoritikal dan empirikal yang kukuh.

Justifikasi Penggunaan Titik Pemisah Skor 4.0 dalam Pengelompokan Tahap Kepuasan:

- Petunjuk Interpretasi Konseptual yang Konsisten: Skor 4.0 ke atas menandakan respon yang positif dan kukuh terhadap item atau perkhidmatan yang dinilai, dan oleh itu digunakan sebagai titik pemisah yang mencerminkan tahap kepuasan tinggi. Kajian oleh Voutilainen et al. (2016) menyatakan bahawa penggunaan kategori yang jelas dalam skala Likert dapat meningkatkan ketepatan tafsiran terhadap tahap kepuasan serta mengurangkan kesan siling dalam pengukuran.
- Konsisten dengan Kajian Empirikal Terdahulu: Kajian oleh Sharma et al. (2020) mengklasifikasikan tahap kepuasan pelajar berdasarkan skor purata ≥ 4.0 sebagai tinggi, manakala kajian oleh Çalışkan dan Köroğlu (2023) menggunakan pendekatan yang sama dalam pembangunan skala kepuasan kerja. Penggunaan titik pemisah yang konsisten memperkukuh keabsahan perbandingan antara kumpulan dan menjadikan penemuan lebih mudah ditafsir.
- Keselarasan dengan Sifat Data Ordinal: Skala Likert lima mata lazimnya digunakan dalam pengukuran tahap kepuasan, dan dalam konteks tersebut, skor purata 3.0 sering ditafsirkan sebagai neutral atau berkecuali, iaitu tidak menunjukkan respons yang jelas terhadap aspek yang dinilai. Oleh itu, penggunaan skor 4.0 sebagai titik pemisah adalah wajar kerana ia menandakan peralihan kepada persepsi yang positif dan kukuh, iaitu “setuju” atau “puas hati” terhadap item yang ditaksir. Pendekatan ini membolehkan pengkaji membezakan dengan jelas antara tahap kepuasan yang tinggi dan bukan tinggi, serta mempermudah proses pengelompokan data secara analitik dan pelaporan hasil yang lebih berstruktur (Stratton 2018).

- Menyokong Analisis Statistik Inferensi: Pengelompokan tahap kepuasan kepada dua kategori berdasarkan titik pemisah 4.0 membolehkan aplikasi kaedah statistik inferensi seperti regresi logistik binari dan ujian chi-square, yang memerlukan pemboleh ubah bersandar dalam bentuk kategori.
- Sokongan daripada Penyelidikan Bidang Pendidikan dan Kesihatan: Pendekatan pengelompokan tahap kepuasan berdasarkan titik ambang juga telah digunakan secara meluas dalam penyelidikan berkaitan pendidikan kesihatan dan pembangunan profesional. Kajian oleh Mujaammami et al. (2024) menunjukkan penggunaan pengelompokan skor dalam menilai kepuasan pelajar perubatan terhadap simulasi klinikal, manakala Shikuku et al. (2024) menggunakan pengelompokan seumpama itu dalam menilai keberkesanan program pembangunan profesional berterusan dalam kalangan pendidik kesihatan di Afrika. Pendekatan ini didapati memudahkan pemetaan corak respons serta mengenal pasti keutamaan dalam pelaksanaan intervensi.

3.15.2 Pembolehubah Tidak Bersandar

Pembolehubah tidak bersandar dalam kajian ini terdiri daripada dua kategori utama, iaitu atribut individu dan atribut sistem kesihatan. Antaranya termasuk Atribut individu dan atribut sistem Kesihatan. Semua pembolehubah ini dinilai bagi menentukan hubungan kaitnya dengan tahap penggunaan dan kepuasan terhadap PeKa B40.

a. Atribut Individu

Merangkumi ciri sosiodemografi (umur, jantina, etnik, status perkahwinan, tahap pendidikan, lokasi kediaman), sosioekonomi (status pekerjaan, pendapatan isi rumah, saiz isi rumah, ketua isi rumah, perlindungan kesihatan seperti insurans swasta/SOCSO), serta status kesihatan, tahap literasi kesihatan, pengetahuan tentang PeKa B40, kekerapan penggunaan perkhidmatan kesihatan, dan jenis fasiliti yang kerap dikunjungi. Semua ini bertujuan menilai bagaimana atribut individu mempengaruhi keputusan menggunakan manfaat dan tahap kepuasan terhadap PeKa B40. Butiran definisi dan jenis data setiap pembolehubah dijelaskan dalam Jadual 3.10.

Jadual 3.10 Definisi Operasional Pemboleh Ubah Tidak Bersandar: Atribut Individu

Pembolehubah	Definisi Operasional	Jenis Data	Pengukuran/ Kategori
Faktor Predisposisi			
Umur	Umur responden dalam tahun semasa kajian dijalankan	Berterusan	Tahun umur
Jantina	Jantina yang dilaporkan oleh responden	Nominal	Lelaki/Perempuan
Etnik	Kumpulan etnik yang dikenal pasti oleh responden	Nominal	Melayu/Cina/India/Lain-lain
Status perkahwinan	Status perkahwinan semasa responden	Nominal	Berkahwin/Bujang/Balu/Bercera
Tahap Pendidikan	Tahap pendidikan tertinggi yang dicapai oleh responden	Ordinal	Tiada pendidikan formal/Rendah/Menengah/Kolej/Universiti
Saiz Isi Rumah	Jumlah ahli dalam satu rumah tangga	Berterusan	Bilangan orang
Tahap literasi kesihatan	Tahap pemahaman responden mengenai maklumat kesihatan	Ordinal	Skor purata Likert 1–5
Tahap pengetahuan PeKa B40	Tahap pengetahuan dan kesedaran responden mengenai program PeKa B40	Ordinal	Skor purata Likert 1–5
Faktor Pemboleh			
Status Pekerjaan	Status pekerjaan responden semasa	Nominal	Tidak bekerja/Bekerja
Anggaran pendapatan bulanan isi rumah	Anggaran pendapatan bulanan isi rumah responden	Berterusan	Pendapatan dalam RM
Lokasi tempat tinggal	Sama ada responden tinggal di kawasan bandar atau luar bandar	Nominal	Bandar/Luar improve Bandar
Penyertaan dalam program perlindungan Kesihatan	Sama ada responden berdaftar dalam mana-mana program perlindungan kesihatan	Nominal	Ya/Tidak
Sumber pembayaran perkhidmatan kesihatan	Cara responden membayar perkhidmatan kesihatan	Nominal	Sendiri/program perlindungan kesihatan
Fasiliti kesihatan yang kerap digunakan	Jenis fasiliti kesihatan yang menjadi pilihan responden	Nominal	Klinik Kesihatan/Klinik swasta/Hospital Kerajaan/Hospital swasta
Faktor Keperluan			
Status Kesihatan	Status penyakit tidak berjangkit yang pernah didiagnosis oleh doktor	Nominal	Ya/Tidak
Kekerapan mendapatkan rawatan	Kekerapan responden mendapatkan rawatan di fasiliti kesihatan setahun yang lepas	Berterusan	Bilangan lawatan

b. Atribut Sistem Kesihatan

Selain atribut individu, kajian ini turut menilai pembolehubah tidak bersandar yang berkaitan dengan atribut sistem kesihatan. Pembolehubah ini merangkumi persepsi responden terhadap beberapa aspek penting dalam penyampaian perkhidmatan PeKa B40. Setiap aspek diukur menggunakan skala Likert 5 mata dalam soal selidik. Persepsi terhadap dimensi ini penting kerana ia mempengaruhi kecenderungan untuk menggunakan manfaat dan tahap kepuasan terhadap PeKa B40. Definisi operasional dan jenis data dijelaskan dalam Jadual 3.11.

Jadual 3.11 Definisi Operasional Pemboleh Ubah Tidak Bersandar: Atribut Sistem Kesihatan

Pembolehubah	Definisi Operasional
Penyampaian Perkhidmatan (PP)	Persepsi responden terhadap kualiti penyampaian perkhidmatan PeKa B40
Akses dan Kemudahan (AK)	Persepsi responden terhadap aksesibiliti dan kemudahan mendapatkan perkhidmatan PeKa B40
Komunikasi (KM)	Persepsi responden terhadap keberkesanan komunikasi berkaitan program PeKa B40
Kos Kesihatan (KS)	Persepsi responden terhadap kos yang berkaitan dengan penggunaan manfaat PeKa B40
Tadbir Urus (TU)	Persepsi responden terhadap tadbir urus, pengurusan dan pelaksanaan program PeKa B40

Nota: Semua pemboleh ubah atribut sistem kesihatan diukur menggunakan skala Likert lima mata (1 = Sangat Tidak Setuju hingga 5 = Sangat Setuju) dan dianalisis sebagai data ordinal.

3.16 PENGUMPULAN DATA

Pengumpulan data bagi kajian ini telah dijalankan melalui soal selidik berstruktur kepada isi rumah, dengan bantuan enumerator terlatih. Enumerator telah melawat rumah peserta terpilih berdasarkan kerangka pensampelan yang telah ditetapkan, bagi menjalankan sesi temu bual secara bersemuka. Pelaksanaan di rumah peserta dipilih sebagai lokasi utama pengumpulan data bagi memastikan suasana yang lebih selesa, tenang, dan bebas daripada gangguan—berbanding lokasi umum seperti fasiliti kesihatan atau pusat membeli-belah. Pendekatan ini bertujuan mewujudkan persekitaran yang lebih santai dan mesra peserta, sekali gus menggalakkan respons yang lebih jujur dan reflektif. Setiap sesi temu bual dianggarkan mengambil masa antara 20 hingga 30 minit.

Bagi memberi fleksibiliti kepada peserta dan mengurangkan sebarang tekanan semasa proses pengumpulan data, mereka juga diberi pilihan untuk menjawab soal selidik secara sendiri sekiranya berasa lebih selesa berbuat demikian. Kaedah ini membolehkan peserta melengkapkan soal selidik mengikut kadar dan keselesaan mereka sendiri, terutamanya bagi soalan temubual yang memerlukan pemikiran dan pertimbangan lebih mendalam. Enumerator akan berada berhampiran bagi memberi penjelasan jika diperlukan, tanpa campur tangan secara langsung dalam isi jawapan.

Soal selidik yang digunakan bersifat tanpa nama (*anonymous*), tanpa sebarang keperluan untuk mendedahkan identiti diri peserta. Ini bertujuan mengurangkan bias sosial serta menggalakkan keterbukaan dalam berkongsi pandangan, pengalaman, dan cadangan mereka. Ruang turut disediakan dalam soal selidik untuk peserta mencatat sebarang komen tambahan atau pemerhatian yang difikirkan relevan terhadap pengalaman mereka berkaitan program PeKa B40.

Sebagai tambahan, semua enumerator telah diberikan latihan berkaitan objektif kajian, etika penyelidikan, teknik temu bual, serta pengendalian situasi di lapangan bagi memastikan kualiti data yang dikumpulkan terjamin.

3.17 ANALISIS DATA KUANTITATIF

3.17.1 Pengurusan Awal Data

Proses analisis data kuantitatif dalam kajian ini dijalankan secara sistematik, bermula dengan kemasukan, penyuntingan, pengkodan dan pembersihan data. Data yang diperoleh daripada soal selidik berstruktur telah dimasukkan ke dalam perisian IBM SPSS versi 23 untuk tujuan pengurusan dan analisis statistik. Langkah-langkah awal ini adalah penting untuk memastikan integriti, kesahan, dan kebolehpercayaan data yang digunakan dalam analisis.

Penyuntingan dan pengkodan data dijalankan bagi memastikan ketepatan dan keseragaman format data. Jawapan bukan numerik telah dikodkan ke dalam bentuk numerik untuk analisis statistik; contohnya, “Ya” dikodkan sebagai 1 dan “Tidak” sebagai 0.

Pembersihan data merangkumi semakan terhadap ralat kemasukan, data pendua, ketidakkonsistenan antara pemboleh ubah, dan nilai yang hilang. Kaedah *listwise deletion* digunakan untuk menangani isu data hilang, di mana hanya responden dengan jawapan lengkap bagi semua pemboleh ubah berkaitan dimasukkan dalam analisis akhir. Dalam konteks kajian PeKa B40, beberapa langkah pembersihan khusus turut dilaksanakan. Responden yang hanya mengisi sebahagian soal selidik telah dikeluarkan daripada set data. Rekod yang mengandungi maklumat demografi yang tidak munasabah, seperti umur di bawah 18 tahun, turut dikecualikan. Semakan silang antara pemboleh ubah seperti jantina, umur, status pekerjaan, dan status perkahwinan juga dijalankan bagi mengenal pasti sebarang ketidakkonsistenan logik.

Seterusnya, ujian kenormalan data dijalankan ke atas pemboleh ubah berskala berterusan menggunakan ujian Kolmogorov-Smirnov, serta kaedah visual seperti histogram dan plot Q-Q. Hasil ujian ini menunjukkan bahawa kebanyakan pemboleh ubah tidak mengikut taburan normal, justeru mendorong penggunaan ujian statistik bukan parametrik dalam analisis seterusnya, seperti ujian Mann-Whitney U.

Penilaian outlier turut dilaksanakan melalui pemerhatian nilai ekstrem menggunakan carta boxplot dan skor Z. Pemerhatian yang menunjukkan nilai luar jangkaan dan tidak munasabah—contohnya umur atau pendapatan yang terlalu ekstrem—telah dilakukan dan diteliti namun, tiada data yang dilihat outlier dari segi umur dan pendapatan bulanan.

3.17.2 Menangani Bias Kaedah Sejagat (Common Method Bias, CMB)

Kajian ini telah mengambil langkah pra-hoc (prosedural) dan pasca-hoc (statistik) bagi mengurangkan serta menilai kewujudan bias kaedah sejagat (CMB), memandangkan majoriti data dikumpul melalui soal selidik sendiri.

a. Langkah Pra-hoc (Prosedural)

Beberapa strategi direka bentuk dan dilaksanakan semasa fasa pembangunan dan pengumpulan data untuk meminimumkan bias yang mungkin timbul akibat penggunaan kaedah pengukuran yang sama:

- Soal selidik direkabentuk menggunakan pelbagai format soalan, termasuk skala Likert, soalan tertutup, dan soalan terbuka bagi mengurangkan kecenderungan corak jawapan.
- Penekanan diberikan terhadap anonimiti dan kerahsiaan bagi mengurangkan bias sosial yang mungkin mempengaruhi jawapan responden.
- Soalan disusun mengikut konstruk dan menggunakan bahasa yang neutral dan jelas, bagi mengelakkan penilaian subjektif dan salah faham.
- Ukuran bagi kepuasan terhadap program PeKa B40 menggunakan konstruk laten yang dibina daripada beberapa item Likert dan kemudiannya dikategorikan kepada dua kumpulan (kepuasan tinggi vs. rendah) bagi tujuan regresi logistik.

b. Langkah Pasca-hoc (Statistik)

Selain strategi reka bentuk, beberapa kaedah statistik turut dirancang untuk menilai kemungkinan kewujudan bias kaedah sejagat selepas pengumpulan data:

- Ujian faktor tunggal (*Harman's Single Factor Test*) digunakan untuk mengesan dominasi satu faktor yang mungkin menunjukkan bias.
- Ujian multikolineariti dilaksanakan menggunakan nilai *Variance Inflation Factor* (VIF) dan toleransi untuk memastikan tiada pertindihan keterlaluan antara pemboleh ubah
- Ujian pemboleh ubah penanda (*Marker Variable Test*) turut digunakan dengan memasukkan item yang tidak berkaitan secara teori dengan pemboleh ubah bergantung ke dalam model analisis regresi
- Ujian faktor laten sejagat (*Common Latent Factor*, CLF) tidak dapat dilaksanakan memandangkan kaedah utama kajian ini ialah regresi logistik, bukan pemodelan persamaan berstruktur (SEM).

3.17.3 Analisis Deskriptif

Analisis deskriptif dijalankan bagi menerangkan ciri-ciri asas responden serta taburan pemboleh ubah yang dikaji. Kaedah ini digunakan untuk memberikan gambaran umum

terhadap sampel dan membantu dalam mengenal pasti pola awal data sebelum analisis inferensi dijalankan.

Bagi pemboleh ubah berskala kategori (seperti jantina, status perkahwinan, dan lokasi tempat tinggal), data dipersembahkan dalam bentuk frekuensi dan peratusan. Manakala untuk pemboleh ubah berterusan (seperti umur dan pendapatan), nilai min dan sisihan piawai (SP) dilaporkan untuk menunjukkan purata dan tahap kepelbagaian data dalam populasi sampel.

Meskipun terdapat pemboleh ubah berterusan yang tidak mengikut taburan normal, penggunaan min dan sisihan piawai tetap digunakan memandangkan saiz sampel yang besar membolehkan andaian statistik dikekalkan. Menurut Wan et al. (2014) dan Okoro et al. (2023), pengaruh bias daripada taburan tidak normal semakin berkurang apabila saiz sampel meningkat, dan anggaran purata serta variasi data kekal hampir tidak bias. Oleh itu, pendekatan ini sesuai dan diterima dalam kajian kesihatan awam dan sains sosial yang melibatkan populasi besar.

3.17.4 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dijalankan untuk menilai hubungan antara setiap pemboleh ubah bebas dengan pemboleh ubah bersandar yang dikaji, iaitu penggunaan manfaat PeKa B40 dan tahap kepuasan terhadap program. Pemboleh ubah bebas merangkumi atribut individu seperti umur, jantina, etnik, status perkahwinan, tahap pendidikan, lokasi kediaman, status pekerjaan, pendapatan isi rumah, status kesihatan, literasi kesihatan dan pengetahuan mengenai program, serta atribut sistem kesihatan seperti penyampaian perkhidmatan, akses dan kemudahan, komunikasi, kos dan tadbir urus.

Bagi pemboleh ubah kategori, hubungan dengan pemboleh ubah bersandar dinilai menggunakan ujian Chi-kuasa dua (*Pearson's Chi-Square Test*). Bagi pemboleh ubah berterusan yang tidak mengikut taburan normal, ujian *Mann-Whitney U* digunakan untuk membandingkan perbezaan antara kumpulan. Seterusnya, Regresi Logistik Binari Mudah (*Simple Binary Logistic Regression*) digunakan untuk menilai hubungan antara setiap pemboleh ubah bebas dengan pemboleh ubah bersandar secara individu.

Pemboleh ubah yang menunjukkan nilai $p < 0.25$ dalam regresi logistik mudah, atau yang dikenal pasti penting berdasarkan pertimbangan teori dan literatur, dipertimbangkan untuk dimasukkan ke dalam Model Regresi Logistik Binari Pelbagai (*Multiple Binary Logistic Regression*). Pendekatan ini digunakan bagi mengenal pasti faktor-faktor yang mempunyai hubungan bebas dengan penggunaan dan kepuasan terhadap PeKa B40 setelah dikawal untuk pemboleh ubah lain dalam model.

3.17.5 Analisis Multivariat

Bagi mengenal pasti faktor-faktor yang mempengaruhi penggunaan manfaat dan tahap kepuasan terhadap program PeKa B40, analisis multivariat dijalankan menggunakan regresi logistik binari. Kaedah ini dipilih kerana kedua-dua pemboleh ubah bersandar dikategorikan secara dikotomi, iaitu “Ya” atau “Tidak” bagi penggunaan manfaat PeKa B40, serta “Kepuasan Rendah” atau “Kepuasan Tinggi” bagi tahap kepuasan terhadap program.

Analisis dijalankan secara berperingkat. Pada peringkat pertama, Regresi Logistik Binari Mudah digunakan untuk menilai hubungan kasar antara setiap pemboleh ubah bebas dengan pemboleh ubah bersandar. Pemboleh ubah yang menunjukkan nilai $p < 0.25$ dalam analisis ini dipertimbangkan untuk dimasukkan ke dalam model multivariat.

Pada peringkat kedua, Model Regresi Logistik Binari Pelbagai dibina menggunakan kaedah *enter*, di mana semua pemboleh ubah bebas yang memenuhi kriteria pemilihan dimasukkan secara serentak ke dalam model. Pendekatan ini membolehkan penilaian kesan bebas setiap pemboleh ubah terhadap penggunaan dan kepuasan PeKa B40 setelah dikawal dengan pemboleh ubah lain dalam model. Dapatan dilaporkan sebagai nisbah odds terlaras (*adjusted odds ratio*, AOR), selang keyakinan 95% dan nilai p .

Pemboleh ubah bebas dalam model ini terdiri daripada dua kategori utama. Pertama, faktor berkaitan atribut individu, termasuk umur, jantina, status perkahwinan, tahap pendidikan, lokasi kediaman (bandar atau luar bandar), status pekerjaan, literasi kesihatan, status kesihatan sendiri, serta tahap pengetahuan responden terhadap

program PeKa B40. Kedua, faktor berkaitan atribut sistem kesihatan, yang merangkumi persepsi terhadap penyampaian perkhidmatan oleh penyedia, akses kepada perkhidmatan, komunikasi antara pesakit dan petugas kesihatan, beban kos rawatan, dan tahap kepercayaan terhadap tadbir urus program.

Sebelum model akhir ditafsirkan, beberapa ujian telah dijalankan bagi memastikan andaian asas dalam analisis regresi logistik dipenuhi. Isu multikolineariti antara pemboleh ubah bebas dinilai menggunakan nilai *Variance Inflation Factor* (VIF) dan *tolerance*. Hasil pemeriksaan menunjukkan semua nilai VIF adalah kurang daripada 10 (1.279-1.791), manakala nilai *tolerance* melebihi 0.1(0.558-0.873), yang menunjukkan tiada isu korelasi tinggi atau redudansi antara pemboleh ubah bebas dalam model.

Selain itu, pemeriksaan *outlier* dan pengaruh keterlaluan dijalankan melalui nilai *Cook's distance* dan *standardized residuals*. Kesemua nilai yang diperoleh berada dalam julat yang diterima (*Cook's distance* < 1), menunjukkan tiada kes terpencil yang boleh menjejaskan kestabilan model secara keseluruhan. Ujian kesesuaian model dilakukan menggunakan ujian *Hosmer-Lemeshow*, di mana nilai $p > 0.05$ menandakan bahawa model mempunyai kesesuaian yang baik dengan data sebenar, dan tidak berlaku ketidaksesuaian yang signifikan antara data sebenar dan nilai ramalan model.

Kuasa penjelasan model turut diukur menggunakan nilai *Nagelkerke R²*, iaitu satu bentuk *pseudo R-squared* yang menunjukkan peratusan variasi dalam pemboleh ubah bersandar yang dapat dijelaskan oleh model sekurang-kurangnya 0.2. Nilai yang lebih tinggi menunjukkan keupayaan model dalam menjelaskan tingkah laku penggunaan atau tahap kepuasan terhadap PeKa B40. Selain itu, ketepatan klasifikasi keseluruhan model turut dinilai, dengan kadar ketepatan melebihi 70% dianggap mencukupi bagi menyokong kebolehppercayaan model.

3.17.6 Analisis Jurang Kepentingan-Prestasi

Kajian ini menggunakan pendekatan Analisis Jurang Kepentingan-Prestasi (*Importance-Performance Gap Analysis*, IPGA) bagi menilai jurang antara persepsi

pengguna terhadap tahap kepentingan dan tahap kepuasan (prestasi) dalam pelaksanaan Program PeKa B40. Lima domain utama sistem kesihatan dinilai, iaitu:

- Penyampaian Perkhidmatan (PP)
- Akses dan Kemudahan Perkhidmatan (AK)
- Komunikasi dengan Penyedia (KM)
- Kos Perkhidmatan Kesihatan (KS)
- Tadbir Urus Program (TU)

Secara khusus, pendekatan IPGA bertujuan untuk:

- Mengenal pasti atribut sistem kesihatan yang dianggap penting tetapi berprestasi rendah, iaitu indikator yang tergolong dalam Kuadran II (jurang negatif) dan memerlukan intervensi segera;
- Mengenal pasti kekuatan sedia ada, iaitu item yang menunjukkan gabungan antara tahap kepentingan dan prestasi yang tinggi (Kuadran I);
- Menyediakan asas empirik yang menyokong cadangan penambahbaikan, berpandukan persepsi dan pengalaman sebenar pengguna.

a. Kaedah Pelaksanaan IPGA

Pendekatan IPGA dilaksanakan melalui enam langkah utama seperti yang digariskan oleh Lin et al. (2009), yang menjadi asas teori kepada model ini. Wang dan Lo (2022) mengaplikasikan model ini bagi mengenal pasti jurang prestasi dalam penggunaan perkhidmatan kesihatan pencegahan, dengan fokus kepada pengalaman pengguna hospital dan faktor yang mempengaruhi tingkah laku pemeriksaan kesihatan. Sementara itu, Yang et al. (2013) menyesuaikan kerangka yang sama untuk menilai persepsi jururawat terhadap prestasi hospital berdasarkan 18 ciri magnetisme, dengan tumpuan kepada penambahbaikan dalaman organisasi kesihatan.

1. **Langkah 1:** Responden diminta untuk menilai tahap kepentingan dan tahap kepuasan (prestasi) terhadap setiap item berkaitan pelaksanaan program PeKa B40. Penilaian dilakukan ke atas semua item yang telah ditetapkan di bawah setiap domain pelaksanaan.

2. **Langkah 2:** Skor purata kepentingan (I_j) dan skor purata kepuasan (P_j) dikira bagi setiap item. Selain itu, skor purata keseluruhan kepentingan (I) dan prestasi (P) turut dikira merentas semua item.
3. **Langkah 3:** Ujian statistik dijalankan bagi menentukan sama ada terdapat jurang yang signifikan antara persepsi kepentingan dan kepuasan. Jurang ini dikelaskan kepada:
 - a. Jurang positif ($P_j > I_j$),
 - b. Jurang negatif ($P_j < I_j$),
 - c. Tiada jurang ($P_j = I_j$).
4. **Langkah 4:** Kepentingan relatif (RI) dan prestasi relatif (RP) bagi setiap item dikira seperti berikut:
 - a. $RI_j = I_j/I$
 - b. Jika keputusan ujian statistik signifikan dan $P_j > I_j$, maka $RP_j = P_j/P$
 - c. Jika $P_j < I_j$, maka $RP_j = -(P_j/P)^{-1}$
 - d. Jika ujian statistik tidak signifikan, maka $RP = 0$.

Transformasi ini membolehkan pemetaan setiap item ke dalam matriks strategik.

5. **Langkah 5:** Matriks strategik IPGA dibina dengan paksi menegak mewakili kepentingan relatif dan paksi mendatar mewakili prestasi relatif. Titik tengah matriks ditetapkan pada koordinat (0,1), menghasilkan empat kuadran strategi iaitu Kuadran I, II, III dan IV. Matriks ini membolehkan pengenalan bidang yang memerlukan penambahbaikan segera atau pengagihan semula sumber.

6. **Langkah 6:** Keutamaan penambahbaikan ditentukan melalui pengiraan jarak (D) setiap item dalam Kuadran II dari titik ideal (0,1). Semakin besar nilai D, semakin tinggi keutamaan untuk penambahbaikan item tersebut.

b. Matriks IPGA dan Takrif Kuadran

Matriks IPGA dibahagikan kepada empat kuadran berdasarkan gabungan nilai RI dan RP mengikut pendekatan Lin et al. (2009). Setiap kuadran mempunyai implikasi pengurusan yang berbeza dan membantu mengenal pasti keutamaan tindakan penambahbaikan.

Kuadran I ($RI > 1$, $RP > 0$) atau *Keep Up the Good Work* (Aspek Kritikal yang Cemerlang), merangkumi atribut yang dianggap penting oleh pengguna dan menunjukkan prestasi yang memuaskan. Oleh itu, aspek dalam kuadran ini perlu dikekalkan bagi memastikan tahap kepuasan dan kepercayaan pengguna terus terpelihara.

Kuadran II ($RI > 1$, $RP < 0$) atau *Concentrate Here* (Keutamaan Penambahbaikan), merangkumi atribut yang penting tetapi menunjukkan berprestasi rendah. Oleh itu, aspek dalam kuadran ini memerlukan perhatian dan intervensi segera kerana berkeutamaan tertinggi dalam perancangan penambahbaikan perkhidmatan.

Kuadran III ($RI < 1$, $RP < 0$) atau *Low Priority* (Keutamaan Rendah), merangkumi atribut yang berkepentingan dan berprestasi yang rendah. Walaupun tidak memerlukan tindakan segera, aspek dalam kuadran ini perlu dipantau kerana pengabaian yang berterusan berpotensi memberi kesan negatif terhadap pengalaman pengguna.

Kuadran IV ($RI < 1$, $RP > 0$) atau *Possible Overkill* (Kemungkinan Lebihan Tumpuan), merangkumi atribut dalam kuadran yang berprestasi yang baik tetapi tidak dianggap penting oleh pengguna. Oleh itu, prestasi semasa boleh dikekalkan tanpa memerlukan intervensi tambahan yang besar, sekali gus membolehkan sumber difokuskan kepada atribut yang lebih kritikal. Ringkasan interpretasi kuadran ditunjukkan dalam Jadual 3.12.

Jadual 3.12 Interpretasi Kuadran Importance–Performance Gap Analysis (IPGA)
Berdasarkan Nilai RI dan RP

Kuadran	Strategi Tindakan	Rasional
Kuadran I: Kekalkan Prestasi (<i>Keep Up the Good Work</i>) RI > 1, RP > 0	Kekalkan Prestasi	Atribut penting dengan prestasi tinggi yang perlu dikekalkan.
Kuadran II: Keutamaan Penambahbaikan (<i>Concentrate Here</i>) RI > 1, RP < 0	Tindakan segera	Atribut penting tetapi berprestasi rendah
Kuadran III: Keutamaan Rendah (<i>Low Priority</i>) RI < 1, RP < 0	Pemantauan berkala	Atribut kurang penting dan berprestasi rendah
Kuadran IV: Kemungkinan Lebihan Tumpuan (<i>Possible Overkill</i>) RI < 1, RP > 0	Kemungkinan Lebihan Tumpuan	Atribut berprestasi tinggi tetapi kurang penting kepada pengguna

Nota: RI = Relative Importance; RP = Relative Performance. Interpretasi kuadran adalah berdasarkan pendekatan Importance–Performance Gap Analysis (IPGA) oleh Lin et al. (2009).

c. Pengiraan Jarak dari Titik Ideal (D)

Bagi meningkatkan ketepatan dalam menentukan keutamaan penambahbaikan, kajian ini turut melaksanakan pengiraan jarak dari titik ideal bagi setiap item dalam matriks IPGA (Lin et al. 2009). Jarak dari titik ideal (D) dikira menggunakan rumus jarak Euclidean dua dimensi seperti berikut (Lin et al. 2009):

$$D = \sqrt{\left[\frac{P_j}{\max_{r \in q}(P_r)} \right]^2 + \left[\frac{I_j - I}{\max_{r \in q}(|I_r - I|)} \right]^2} \quad \dots(3.5)$$

Semakin besar nilai D, semakin besar ketidaksepadanan (*discrepancy*) antara jangkaan pengguna dan pengalaman sebenar yang diterima (Ormanovic et al. 2017). Maka, nilai D digunakan sebagai petunjuk tambahan untuk mengukur keutamaan relatif bagi setiap item, khususnya bagi item-item dalam Kuadran II (Keutamaan Penambahbaikan). Atribut yang mempunyai nilai D tertinggi diberi keutamaan intervensi kerana ia menunjukkan jurang prestasi yang paling ketara dalam aspek yang dianggap penting oleh pengguna.

d. Visualisasi dalam Matriks IPGA

Setiap item dipetakan ke dalam matriks IPGA menggunakan nilai RI dan RP, dengan titik persilangan tetap pada ($RI = 1$, $RP = 0$). Visualisasi ini digunakan dalam Bab 4 untuk menilai pola penyebaran, mengenal pasti anomali, dan menyokong cadangan strategi intervensi dasar secara lebih bersasar.

e. Implikasi Strategik

Pendekatan IPGA ini menyediakan asas sistematik dan berasaskan data dalam merangka strategi pelaksanaan program yang lebih berfokuskan penerima manfaat, sejajar dengan matlamat keberkesanan dalam pelaksanaan Program PeKa B40 secara holistik. Gabungan antara analisis statistik, pemetaan visual, dan ukuran keutamaan melalui jarak dari titik ideal menjadikan IPGA sebagai alat yang efektif untuk mengenal pasti dan merancang intervensi dasar yang lebih responsif dan bersasar.

3.18 ANALISIS DATA KUALITATIF

Komponen kualitatif dalam kajian ini bertujuan memenuhi objektif untuk meneroka halangan, cabaran serta cadangan berkaitan pelaksanaan program PeKa B40 daripada perspektif responden. Data diperoleh melalui dua soalan temubual yang disertakan dalam soal selidik berstruktur:

1. *“Apakah halangan atau cabaran yang anda alami dalam menggunakan manfaat PeKa B40.”*
2. *“Apakah cadangan anda untuk menambah baik program PeKa B40?”*

Analisis dijalankan menggunakan gabungan Analisis Tematik dan Analisis Kerangka. Analisis Tematik membolehkan tema muncul secara induktif daripada data responden, manakala Analisis Kerangka menyusun pengkodan secara deduktif berdasarkan objektif kajian dan kerangka awal yang dibina. Mengikut Goldsmith (2021), Analisis Kerangka melibatkan lima langkah utama: pembiasaan data, pembinaan kerangka, pengkodan, pemetaan (*charting*), dan interpretasi sistematik. Pendekatan tematik pula menekankan proses membaca data menyeluruh, membina kod

awal, membentuk dan menyemak tema, serta pelaporan reflektif (Kiger & Varpio 2020; Saunders et al. 2023).

Dalam kajian ini, tema dan subtema yang dikenal pasti melalui Analisis Tematik kemudiannya dipetakan kepada konstruk Model Tingkah Laku Andersen Fasa 5 (2008) menggunakan pendekatan Analisis Kerangka. Proses pemetaan ini membolehkan tema-tema yang muncul daripada data dikategorikan secara sistematik kepada faktor predisposisi, faktor pemudah cara, faktor keperluan dan atribut sistem kesihatan berdasarkan kandungan serta konteks maklumat yang diberikan oleh responden. Sebagai contoh, tema berkaitan pengetahuan dan kefahaman mengenai PeKa B40 dipetakan kepada faktor predisposisi, manakala tema berkaitan akses, masa, kos dan kemudahan perkhidmatan dipetakan kepada faktor pemudah cara dan atribut sistem kesihatan. Pendekatan ini membolehkan dapatan kualitatif ditafsir secara lebih teratur berasaskan kerangka teori yang digunakan dalam kajian, di samping memudahkan integrasi dan perbandingan dengan dapatan kuantitatif.

Proses analisis bermula dengan pembacaan menyeluruh terhadap semua data bagi memahami kandungan dan konteks maklum balas responden. Seterusnya, kerangka analisis dibangunkan dalam Microsoft Excel berdasarkan konstruk Model Tingkah Laku Andersen Fasa 5 (2008), seperti ditunjukkan dalam Jadual 3.13. Segmen data yang mempunyai makna dikodkan mengikut tema dan subtema yang berkaitan. Sebagai contoh, respons seperti *“sukar daftar dalam talian”* dikategorikan di bawah tema Tadbir Urus, manakala respons seperti *“tidak tahu guna manfaat”* dikategorikan di bawah faktor predisposisi, iaitu Tahap Pengetahuan. Proses ini memastikan setiap tema yang dikenal pasti dapat dikaitkan secara jelas dengan konstruk teori yang digunakan dalam kajian.

Fasa pemetaan dijalankan menggunakan jadual pangsi dan fungsi tapis bagi mengenal pasti pola tematik, diikuti semakan konsistensi tema dan penggabungan kod bertindih. Penyesuaian kerangka turut dibuat berdasarkan kemunculan tema baharu. Untuk memastikan kebolehpercayaan, triangulasi penyelidik dilaksanakan, di mana beberapa penyelidik mengekod data secara bebas dan membincangkan sebarang ketidakselarasan.

Jadual 3.13 Struktur Tema dan Sub-tema Analisis Kualitatif Mengikut Model Andersen Fasa 5 (2008)

Tema	Sub-tema
Ciri Individu	Demografi (Umur, Jantina, Etnik, Status Kahwin, Pendidikan, Saiz isirumah) Tahap Pengetahuan PeKa B40 Literasi Kesihatan
Sumber dan Keupayaan Individu	Sosio-ekonomi (Pendapatan, Pekerjaan) Lokasi Rumah Fasiliti Kesihatan Digunakan Sumber Pembayaran
Keperluan Kesihatan Individu	Status Kesihatan Kekerapan ke Klinik
Penyampaian Perkhidmatan Kesihatan	Kualiti staf, masa menunggu, bilangan staf, ubat-ubatan tersedia
Akses & Kemudahan Perkhidmatan Kesihatan	Jarak rumah, pengangkutan, kemudahan telefon, janji temu
Komunikasi dengan Penyedia Perkhidmatan	Hormat pesakit, penerangan jelas, interaksi mesra
Kos Kesihatan	Kos rawatan, ubat, bantuan, tambang
Tadbir Urus PeKa B40	Promosi, proses pendaftaran/tuntutan, kelayakan, pemantauan

Akhir sekali, hasil analisis kualitatif diintegrasikan dengan data kuantitatif untuk memberikan gambaran yang lebih lengkap tentang faktor yang mempengaruhi penggunaan dan kepuasan terhadap PeKa B40. Gabungan ini membantu mengenal pasti isu sebenar di lapangan yang mungkin tidak dapat dikesan melalui soal selidik semata-mata, serta menyumbang terus kepada penambahbaikan dasar dan pelaksanaan program berdasarkan pengalaman sebenar responden.

3.19 ETIKA KAJIAN

Kod projek bagi kajian ini adalah FF-2021-168. Kajian ini telah mendapat kelulusan etika dari Jawatankuasa Penyelidikan dan Etika Perubatan (*Medical Research Ethic Committee*, MREC), Fakulti Perubatan, Universiti Kebangsaan Malaysia. Pengumpulan data telah bermula sebaik sahaja kelulusan etika telah diberikan oleh Fakulti Perubatan UKM. Setiap responden menandatangani persetujuan bertulis dan maklumat yang mereka berikan dirahsiakan dan digunakan dalam penyelidikan ini sahaja.

3.20 KESIMPULAN

Bab ini menerangkan reka bentuk kajian, pembangunan instrumen, pensampelan, pengumpulan data dan kaedah analisis. Kajian menggunakan reka bentuk keratan rentas dengan pendekatan campuran selari-konvergen untuk menilai tahap penggunaan dan kepuasan terhadap program PeKa B40 dalam kalangan golongan B40.

Soal selidik dibangunkan khusus untuk kajian ini dan telah melalui proses kesahan muka, kandungan, dan konstruk melalui analisis faktor eksploratori (EFA) dan pengesahan faktor (CFA). Nilai Cronbach's alpha bagi konstruk utama (0.932–0.978) menunjukkan kebolehpercayaan yang sangat tinggi. Skala Likert 5 mata digunakan secara konsisten untuk memudahkan pemahaman responden.

Sampel dipilih secara berperingkat melibatkan dua daerah bagi setiap negeri, berdasarkan jumlah penduduk B40 tertinggi dan kerjasama Pejabat Daerah. Pemilihan isi rumah dilakukan secara rawak menggunakan senarai rasmi dan nombor rawak dijana dengan SPSS.

Analisis kuantitatif melibatkan tiga peringkat: analisis univariat (ciri responden), bivariat (hubungan antara pemboleh ubah), dan multivariat (regresi logistik). Kajian turut menggunakan kaedah Analisis Jurang Kepentingan-Prestasi (IPGA) untuk mengenal pasti atribut sistem yang perlu diberi keutamaan penambahbaikan, berdasarkan perbezaan antara tahap kepentingan dan kepuasan responden secara lebih objektif dan berangka.

Data kualitatif pula dianalisis menggunakan gabungan Analisis Tematik dan Analisis Kerangka, bagi memahami cabaran dan cadangan secara mendalam daripada perspektif responden.

BAB IV

KEPUTUSAN

4.1 PENGENALAN

Bab ini membentangkan dapatan utama kajian yang diperoleh melalui reka bentuk Embedded Convergent Parallel Mixed Methods Design, merangkumi analisis kuantitatif dan kualitatif. Data kuantitatif dan kualitatif dikumpulkan secara serentak tetapi dianalisis secara berasingan sebelum diintegrasikan dalam Bab Lima bagi memberikan pemahaman yang lebih menyeluruh tentang penggunaan dan kepuasan terhadap program PeKa B40 dalam kalangan penerima manfaat di Malaysia.

Komponen kuantitatif merangkumi penilaian tahap penggunaan, tahap kepuasan, faktor-faktor yang mempengaruhi penggunaan dan kepuasan berdasarkan Model Tingkah Laku Andersen, serta analisis jurang kepentingan-kepuasan terhadap atribut sistem kesihatan. Analisis dijalankan secara berperingkat melalui analisis deskriptif, analisis bivariat, regresi logistik binari dan Importance–Performance Gap Analysis (IPGA).

Komponen kualitatif pula meneroka cabaran, halangan dan cadangan penambahbaikan daripada perspektif responden. Data diperoleh melalui soalan terbuka yang disisipkan dalam instrumen soal selidik dan dianalisis menggunakan gabungan Analisis Tematik dan Analisis Kerangka. Dapatan kualitatif dipersembahkan dalam bentuk tema dan subtema utama serta disokong dengan petikan responden. Keseluruhan dapatan dalam bab ini dibentangkan mengikut urutan objektif khusus kajian.

4.2 KADAR RESPON

Dalam kajian ini, seramai 2,645 responden disasarkan berdasarkan pengiraan saiz sampel yang mengambil kira bilangan pemboleh ubah bebas, kadar prevalens penggunaan program dan anggaran kadar tidak respons. Semua responden yang didekati telah memberikan maklum balas terhadap soal selidik yang ditadbir secara bersemuka oleh penyelidik dan pembantu penyelidik terlatih. Sehubungan itu, kadar respon kajian adalah 100%.

Walau bagaimanapun, selepas proses pembersihan data, sebanyak 72 soal selidik dikeluarkan daripada analisis kerana mengandungi data hilang yang banyak atau jawapan yang tidak lengkap. Oleh itu, analisis akhir dijalankan menggunakan 2,573 soal selidik lengkap selepas kaedah pemadaman kes demi kes (listwise deletion) dilaksanakan.

Peratus soal selidik yang dikekalkan untuk analisis ialah: ...(4.1)

$$= \frac{2573}{2645} \times 100 = 97.3\%$$

Oleh itu, 97.3% soal selidik yang dikumpulkan dikekalkan untuk analisis akhir. Peratusan ini merujuk kepada kadar data lengkap selepas pembersihan data, manakala kadar respons kajian ialah 100%.

Kadar soal selidik yang dikekalkan untuk analisis dalam kajian ini ialah 97.3%, yang merupakan tahap penyertaan sangat tinggi dan memuaskan. Peratusan ini konsisten dengan kajian tempatan terdahulu yang melibatkan temubual bersama kumpulan B40, yang mencatatkan kadar respons 93.5% (Yunus et al., 2021). Secara umum, kaedah pengumpulan data secara bersemuka diketahui mampu meningkatkan kadar penyertaan berbanding kaedah dalam talian atau melalui pos. Kajian global melaporkan bahawa purata kadar respons bagi temu bual bersemuka ialah sekitar 76%, berbanding hanya 46% secara dalam talian dan 51% melalui e-mel (Brown et al. 2020; Meyer et al. 2022). Dalam konteks kajian kesihatan awam, kadar respons melebihi 60% lazimnya dianggap mencukupi untuk menjamin kebolehpercayaan dapatan serta meminimumkan bias tidak respons (Mauz et al. 2018).

4.3 ANALISIS DESKRIPTIF CIRI-CIRI RESPONDEN

4.3.1 Faktor Predisposisi

Seramai 2,573 responden dimasukkan dalam analisis akhir kajian ini. Jadual 4.1 menunjukkan taburan faktor predisposisi responden yang merangkumi umur, jantina, etnik, status perkahwinan, saiz isi rumah, tahap pendidikan, status ketua keluarga, tahap literasi kesihatan dan tahap pengetahuan mengenai PeKa B40. Huraian lanjut bagi setiap pemboleh ubah dibentangkan dalam subseksyen berikut.

Jadual 4.1 Ciri-ciri demografi responden kajian (N = 2,573)

Pemboleh ubah	n (%)	Min (SP)
Umur (tahun)	2573	52.62 (9.2)
<60 tahun	2026 (78.7)	
≥60 tahun	547(21.3)	
Jantina		
Lelaki	1356 (52.7)	
Perempuan	1217 (47.3)	
Etnik		
Melayu	1769 (68.8)	
Cina	224 (8.7)	
India	218 (8.5)	
Bumiputera Sabah/Sarawak	362 (14.1)	
Status Perkahwinan		
Berkahwin	2026 (78.7)	
Bujang	161 (6.3)	
Berceraai	115 (4.5)	
Balu	271 (10.5)	
Saiz Isi Rumah (orang)		4.54 (1.8)
<4	755 (29.3)	
≥4	1818 (70.7)	
Tahap pendidikan		
Tidak pernah bersekolah	172 (6.7)	
Sekolah rendah	459 (17.8)	
Sekolah menengah	1323 (51.4)	
Kolej & ke atas	619 (24.1)	
Ketua keluarga		
Tidak	1139 (44.3)	
Ya	1434 (55.7)	
Tahap literasi kesihatan responden		
Rendah	1709 (66.4)	
Tinggi	864 (33.6)	
Tahap pengetahuan tentang PeKa B40		
Rendah	1916 (74.5)	
Tinggi	657 (25.5)	

bersambung...

...sambungan

Negeri

Johor	311 (12.1)
Kedah	176 (6.8)
Kelantan	122 (4.7)
Melaka	81 (3.1)
Negeri Sembilan	96 (3.7)
Pahang	123 (4.8)
Perak	226 (8.8)
Perlis	21 (0.8)
Pulau pinang	159 (6.2)
Sabah	181 (7.0)
Sarawak	221 (8.6)
Selangor	574 (22.3)
Terengganu	91 (3.5)
WP Kuala Lumpur	172 (6.7)
WP labuan	8 (0.3)
WP putrajaya	11 (0.4)

Nota: n = kekerapan; SP = sisihan piawai; WP = Wilayah Persekutuan.

a. Umur

Purata umur responden dalam kajian ini ialah 52.62 tahun (sisihan piawai = 9.2), dengan majoriti (78.7%) berumur di bawah 60 tahun. Hanya 21.3% terdiri daripada warga emas berumur 60 tahun dan ke atas. Dapatan ini selari dengan kajian Yunus et al. (2021) yang melaporkan purata umur 55.8 tahun dalam kalangan komuniti B40 yang berumur 40 tahun ke atas di kawasan perumahan kos rendah. Kajian tersebut turut merekodkan 32.7% responden berumur ≥ 60 tahun, manakala 67.3% berada dalam lingkungan umur 40–59 tahun. Ini menunjukkan bahawa sebahagian besar responden tergolong dalam kumpulan usia bekerja aktif, sejajar dengan profil penduduk Malaysia (DOSM, 2024), sekali gus mencerminkan keperluan tinggi untuk saringan dan rawatan penyakit tidak berjangkit (NCD).

b. Jantina

Dari segi jantina, seramai 52.7% responden adalah lelaki dan 47.3% perempuan, menunjukkan taburan yang seimbang antara kedua-dua kumpulan. Peratusan ini hampir sama dengan dapatan kajian Yunus et al. (2021) yang melaporkan 52.3% responden lelaki. Taburan ini juga selari dengan data demografi nasional, iaitu nisbah 111 lelaki bagi setiap 100 perempuan (DOSM, 2024). Keseimbangan ini membolehkan pandangan daripada kedua-dua jantina diwakili secara adil dalam analisis kajian.

c. Etnik

Dari segi etnik, majoriti responden terdiri daripada kaum Melayu (68.8%), diikuti Bumiputera Sabah dan Sarawak (14.1%), Cina (8.7%), dan India (8.5%). Taburan ini lebih seimbang berbanding kajian Yunus et al. (2021) yang melaporkan 91.9% responden Melayu dan hanya 8.1% etnik lain. Muda et al. (2020), yang menganalisis data perbelanjaan kesihatan isi rumah B40, turut melaporkan komposisi Bumiputera (gabungan Melayu dan Sabah/Sarawak) sebanyak 76.4%, manakala bukan Bumiputera mewakili 23.5% isi rumah. Sampel kajian ini lebih pelbagai kerana turut melibatkan Bumiputera Sabah dan Sarawak—kumpulan yang tidak diliputi dalam kajian-kajian terdahulu. Kepelbagaian ini menjadikan sampel lebih representatif terhadap populasi B40 nasional, sekali gus membolehkan analisis perbandingan antara etnik yang lebih bermakna, khususnya dari segi penggunaan dan kepuasan terhadap program PeKa B4.

d. Status Perkahwinan & Ketua Keluarga

Majoriti responden dalam kajian ini berstatus berkahwin (78.7%), manakala selebihnya terdiri daripada balu (10.5%), bujang (6.3%) dan bercerai (4.5%). Taburan ini selari dengan dapatan Muda et al. (2020) yang melaporkan 70.4% responden berkahwin, 11.2% bujang, 3.8% bercerai dan 14.5% balu dalam kalangan isi rumah B40. Kajian Yunus et al. (2021) pula mencatatkan peratusan berkahwin yang lebih tinggi iaitu 81.7%. Peratusan tinggi individu berkahwin dalam kajian ini mencerminkan tanggungjawab sebagai ketua keluarga serta keperluan terhadap penjagaan kesihatan isi rumah. Hal ini memberikan gambaran penting dalam menilai persepsi dan kepuasan terhadap program kesihatan seperti PeKa B40, khususnya dalam kalangan mereka yang menjadi tonggak sokongan keluarga.

e. Saiz isi rumah

Sebanyak 70.7% responden dalam kajian ini tinggal dalam isi rumah yang terdiri daripada empat orang atau lebih, manakala hanya 29.3% tinggal dalam isi rumah yang lebih kecil. Peratusan ini lebih tinggi berbanding purata saiz isi rumah nasional, iaitu 3.8 orang (DOSM, 2024). Dapatan ini selari dengan kajian Yunus et al. (2021) yang melaporkan purata isi rumah sebanyak 5.6 orang dalam kalangan komuniti B40 bandar.

Saiz isi rumah yang lebih besar menunjukkan potensi beban tanggungan yang tinggi serta keperluan kesihatan yang lebih besar yang menekankan kepentingan skim perlindungan kesihatan bagi isi rumah berpendapatan rendah.

f. Tahap Pendidikan

Majoriti responden (51.4%) menamatkan pendidikan sehingga peringkat sekolah menengah, diikuti 24.1% yang mempunyai kelayakan kolej atau ke atas. Sebanyak 17.8% hanya berpendidikan sekolah rendah, manakala 6.7% tidak pernah bersekolah. Taburan ini selari dengan dapatan kajian Yunus et al. (2021), yang melaporkan 2.2% tidak pernah bersekolah, 21% sekolah rendah, dan 76.7% mempunyai pendidikan menengah ke atas. Peratusan pendidikan tertiar yang lebih tinggi dalam kajian ini berpotensi memberi kesan positif terhadap tahap literasi kesihatan dan kefahaman responden terhadap maklumat program. Namun begitu, kehadiran responden yang tidak pernah bersekolah juga menunjukkan keperluan untuk menyediakan maklumat dalam bentuk yang mudah, agar komunikasi program lebih inklusif dan berkesan.

g. Tahap Literasi Kesihatan dan Pengetahuan tentang PeKa B40

Majoriti responden mempunyai tahap literasi kesihatan yang rendah (66.4%), manakala hanya 33.6% berada dalam kategori literasi kesihatan yang tinggi. Bagi tahap pengetahuan PeKa B40, 74.5% responden menunjukkan tahap pengetahuan yang rendah, berbanding hanya 25.5% mempunyai tahap pengetahuan yang tinggi. Dapatan ini menunjukkan bahawa sebahagian besar penerima manfaat masih mempunyai tahap literasi kesihatan dan pengetahuan yang terhad mengenai program PeKa B40 yang mana berpotensi mempengaruhi kefahaman terhadap manfaat, proses perkhidmatan serta kecenderungan untuk menggunakan program tersebut. Oleh itu, peningkatan usaha pendidikan kesihatan dan penyebaran maklumat adalah penting bagi memastikan manfaat program dapat diakses dan dimanfaatkan oleh kumpulan sasaran.

4.3.2 Faktor Pemboleh Responden

Faktor pemboleh merujuk kepada sumber dan keadaan yang boleh memudahkan atau menghalang penggunaan perkhidmatan kesihatan. Dalam kajian ini, faktor pemboleh

merangkumi status pekerjaan, pendapatan isi rumah sebulan, lokasi tempat tinggal, penyertaan dalam program perlindungan kesihatan, sumber pembayaran perkhidmatan kesihatan dan jenis fasiliti kesihatan yang paling kerap digunakan. Taburan faktor-faktor tersebut ditunjukkan dalam Jadual 4.2.

Jadual 4.2 Faktor pemboleh responden (N = 2,573)

Pemboleh ubah	n (%)	Min (SP)
Status Pekerjaan		
Tidak bekerja	629(24.4)	
Berpencen/pesara	193(7.5)	
Bekerja	1751(68.1)	
Anggaran pendapatan isi rumah (RM)		2340.96 (1492.01)
B1	1624 (63.1)	
B2	354 (13.8)	
B3	279 (10.8)	
B4	316 (12.3)	
Lokasi rumah		
Luar bandar	1060 (41.2)	
Bandar	1513 (58.8)	
Mempunyai perlindungan Kesihatan		
Tidak	1190 (46.2)	
Ya	1383 (53.8)	
Sumber Pembayaran Perkhidmatan Kesihatan		
Sendiri	1996 (77.6)	
Tidak dibayar dari poket sendiri	577 (22.4)	
Fasiliti kesihatan kerap digunakan		
Klinik kesihatan kerajaan	1390 (54.0)	
Hospital kerajaan	764 (29.7)	
Klinik swasta	389 (15.1)	
Hospital swasta	30 (1.2)	

Nota: n = kekerapan; SP = sisihan piawai.

a. Status Pekerjaan

Majoriti responden dalam kajian ini berada dalam kategori bekerja (68.1%), manakala 24.4% tidak bekerja dan 7.5% merupakan pesara. Dapatan ini menunjukkan bahawa sebahagian besar penerima manfaat PeKa B40 masih aktif dalam pasaran pekerjaan walaupun tergolong dalam kumpulan B40. Peratusan responden yang bekerja adalah lebih tinggi berbanding kajian oleh Yunus et al. (2021), yang melaporkan 47.0% responden bekerja dan 53.0% tidak bekerja. Perbezaan ini mungkin dipengaruhi oleh variasi lokasi kajian, komposisi responden atau perubahan keadaan ekonomi semasa.

Walaupun majoriti responden mempunyai pekerjaan, status pekerjaan tidak semestinya menggambarkan kedudukan ekonomi seseorang secara langsung kerana

individu yang tidak bekerja atau telah bersara masih boleh mempunyai sumber pendapatan lain seperti pencen, bantuan sosial atau sokongan isi rumah. Oleh itu, status pekerjaan dalam kajian ini ditafsirkan sebagai petunjuk penglibatan dalam aktiviti ekonomi, manakala kedudukan ekonomi responden dinilai dengan lebih tepat melalui pemboleh ubah pendapatan isi rumah. Namun demikian, komitmen pekerjaan yang tinggi berpotensi mempengaruhi masa dan peluang untuk mendapatkan perkhidmatan kesihatan, sekali gus menjadikannya faktor yang relevan dalam menilai penggunaan program PeKa B40.

b. Anggaran pendapatan isi rumah

Purata pendapatan isi rumah responden ialah RM2,340.96 (SP = RM1,492.01), dengan majoriti responden tergolong dalam kategori B1 (63.1%). Selebihnya berada dalam kategori B2 hingga B4 (36.9%). Dapatan ini selari dengan kajian oleh Yunus et al. (2021), yang melaporkan purata pendapatan isi rumah sebanyak RM1,883.63 dalam kalangan komuniti bandar berpendapatan rendah. Mengikut klasifikasi Unit Perancang Ekonomi (EPU), kategori B1 mewakili kumpulan isi rumah yang paling terdedah dari segi sosioekonomi dan mempunyai keperluan yang lebih besar terhadap bantuan serta perlindungan sosial.

Keadaan ini menunjukkan bahawa sebahagian besar responden berada dalam kumpulan yang berpotensi menghadapi halangan kewangan untuk mendapatkan perkhidmatan kesihatan. Oleh itu, kewujudan skim perlindungan kesihatan seperti PeKa B40 adalah penting bagi mengurangkan beban kewangan dan meningkatkan akses kepada perkhidmatan kesihatan dalam kalangan isi rumah berpendapatan rendah.

c. Lokasi tempat tinggal

Dari segi lokasi tempat tinggal, 58.8% responden menetap di kawasan bandar manakala 41.2% tinggal di kawasan luar bandar. Taburan ini lebih seimbang berbanding kajian oleh Yunus et al. (2021), yang melibatkan responden dari kawasan bandar sahaja. Dapatan ini juga hampir selari dengan kajian Muda et al. (2020), yang melaporkan 52.7% responden tinggal di kawasan bandar dan 47.3% di kawasan luar bandar dalam kalangan isi rumah B40. Perwakilan responden daripada kedua-dua kawasan bandar

dan luar bandar membolehkan gambaran yang lebih menyeluruh terhadap keadaan sebenar kumpulan B40 di Malaysia.

Selain meningkatkan keterwakilan sampel, taburan ini turut membolehkan penilaian yang lebih bermakna terhadap variasi akses, keperluan dan pengalaman penggunaan perkhidmatan kesihatan mengikut lokasi tempat tinggal. Perkara ini amat penting dalam menilai keberkesanan program PeKa B40 kerana cabaran yang dihadapi oleh penduduk bandar dan luar bandar sering berbeza dari segi akses fizikal, kemudahan perkhidmatan dan sumber kesihatan yang tersedia.

d. Penyertaan dalam program perlindungan kesihatan

Sebanyak 53.8% responden melaporkan mempunyai sekurang-kurangnya satu bentuk perlindungan kesihatan selain PeKa B40, manakala 46.2% tidak mempunyai sebarang perlindungan kesihatan tambahan. Dapatan ini hampir selari dengan kajian oleh Yunus et al. (2021), yang melaporkan bahawa 56.4% responden mempunyai perlindungan kesihatan dan 43.6% tidak mempunyai perlindungan sedemikian. Jenis perlindungan kesihatan yang dimiliki oleh responden ditunjukkan dalam Jadual 4.3. Perlindungan yang paling kerap dilaporkan ialah kemudahan kerajaan seperti surat jaminan kerajaan (GL) atau kad pesara (26.5%), diikuti insurans kesihatan peribadi (14.7%) dan program pembiayaan kesihatan kerajaan seperti PeKa B40, mySalam dan Kad Peduli Sihat (13.4%). Bentuk perlindungan lain termasuk Pertubuhan Keselamatan Sosial Malaysia (PERKESO) (5.9%), kemudahan majikan atau klinik panel (5.1%), insurans yang ditaja oleh majikan (4.2%) dan perlindungan lain (1.0%).

Dapatan ini menunjukkan bahawa walaupun lebih separuh responden mempunyai sekurang-kurangnya satu bentuk perlindungan kesihatan tambahan, hampir separuh lagi masih tidak mempunyai sebarang perlindungan selain perkhidmatan kesihatan awam yang disediakan oleh kerajaan. Keadaan ini menggambarkan kepelbagaian tahap perlindungan kesihatan dalam kalangan kumpulan B40 dan menekankan kepentingan program perlindungan kesihatan yang mampu meningkatkan akses kepada perkhidmatan kesihatan bagi golongan berpendapatan rendah.

Jadual 4.3 Jenis perlindungan kesihatan yang dimiliki oleh responden (N = 2,573)

Jenis perlindungan kesihatan yang dimiliki oleh responden	n	%
Kerajaan (contohnya GL kerajaan, kad pencen / pesara)	683	26.5
Program pembiayaan kesihatan kerajaan (contohnya kad Peduli Sihat, mySalam, PeKaB40)	345	13.4
Insuran kesihatan peribadi	377	14.7
Insuran kesihatan yang ditaja oleh majikan	109	4.2
Majikan/ klinik / hospital panel (tidak termasuk jika melibatkan potongan gaji)	132	5.1
PERKESO	151	5.9
Lain-lain perlindungan kesihatan	26	1.0

Nota: GL = Surat Jaminan Kerajaan (*Government Letter*); PERKESO = Pertubuhan Keselamatan Sosial. Responden boleh memilih lebih daripada satu jenis perlindungan kesihatan. Oleh itu, jumlah peratusan tidak semestinya bersamaan 100%.

e. Sumber pembayar rawatan kesihatan

Sebahagian besar responden (77.6%) melaporkan membiayai sendiri kos rawatan kesihatan, manakala 22.4% menerima pembiayaan daripada sumber lain. Dapatan ini selari dengan kajian oleh Yunus et al. (2021), yang menunjukkan bahawa majoriti isi rumah B40 masih bergantung kepada pembayaran sendiri untuk mendapatkan perkhidmatan kesihatan. Seperti ditunjukkan dalam Jadual 4.4, sumber pembiayaan selain bayaran sendiri yang paling kerap digunakan ialah kemudahan kerajaan seperti surat jaminan kerajaan (GL) dan kad pesara (17.5%). Ini diikuti oleh insurans kesihatan peribadi (6.9%), program pembiayaan kesihatan kerajaan seperti PeKa B40 dan mySalam (4.7%), kemudahan majikan atau klinik panel (3.9%), insurans yang ditaja oleh majikan (2.9%), Pertubuhan Keselamatan Sosial Malaysia (PERKESO) (1.7%) dan sumber lain (0.7%).

Dapatan ini menunjukkan bahawa walaupun sebahagian responden mempunyai perlindungan kesihatan tambahan, pembayaran secara langsung oleh individu atau isi rumah (*out-of-pocket payment*, OOP) masih merupakan sumber utama pembiayaan rawatan kesihatan. Corak ini mencerminkan pergantungan yang tinggi terhadap pembiayaan sendiri dalam kalangan kumpulan B40 dan menunjukkan kepentingan mekanisme perlindungan kewangan kesihatan yang berkesan untuk mengurangkan beban kos rawatan.

Jadual 4.4 Sumber pembiayaan perkhidmatan kesihatan selain bayaran sendiri (N=2,573)

Sumber pembiayaan perkhidmatan kesihatan selain bayaran sendiri	n	%
Kerajaan (contohnya GL kerajaan, kad pencen / pesara)	451	17.5
Program pembiayaan kesihatan kerajaan (contohnya kad Peduli Sihat, mySalam, PeKaB40)	120	4.7
Insuran kesihatan peribadi	178	6.9
Insuran kesihatan yang ditaja oleh majikan	75	2.9
Majikan/ klinik / hospital panel (tidak termasuk jika melibatkan potongan gaji)	99	3.9
PERKESO	43	1.7
Lain-lain perlindungan kesihatan	17	0.7

Nota: GL = Surat Jaminan Kerajaan (*Government Letter*); PERKESO = Pertubuhan Keselamatan Sosial
Responden boleh memilih lebih daripada satu jenis perlindungan kesihatan. Oleh itu, jumlah peratusan tidak semestinya bersamaan 100%.

f. Fasiliti Kesihatan yang Kerap Digunakan

Majoriti responden (54.0%) melaporkan menggunakan Klinik Kesihatan Kerajaan sebagai fasiliti kesihatan yang paling kerap digunakan, diikuti hospital kerajaan (29.7%). Sebaliknya, hanya 16.3% responden melaporkan menggunakan fasiliti kesihatan swasta, sama ada klinik atau hospital swasta. Dapatan ini menunjukkan bahawa perkhidmatan kesihatan awam kekal menjadi sumber utama penjagaan kesihatan bagi kumpulan B40. Corak penggunaan ini selari dengan dapatan kajian terdahulu yang menunjukkan bahawa golongan berpendapatan rendah lebih cenderung mendapatkan rawatan di fasiliti kesihatan awam yang menawarkan perkhidmatan pada kos yang lebih rendah atau bersubsidi (Yunus et al. 2021; Muda et al. 2020). Kebergantungan terhadap fasiliti kesihatan awam ini turut mencerminkan peranan penting sektor kesihatan awam dalam memastikan akses kepada perkhidmatan kesihatan bagi kumpulan B40.

4.3.3 Faktor Keperluan Responden

Faktor keperluan merujuk kepada keadaan kesihatan dan keperluan responden untuk mendapatkan perkhidmatan kesihatan. Dalam kajian ini, faktor keperluan dinilai berdasarkan status kesihatan responden dan kekerapan mendapatkan rawatan dalam tempoh setahun yang lalu. Taburan faktor-faktor tersebut ditunjukkan dalam Jadual 4.5.

Jadual 4.5 Faktor Keperluan Responden (N = 2,573)

Pemboleh ubah	n (%)	Min (SP)
Status kesihatan		
Tiada penyakit	1315 (51.1)	
Mempunyai penyakit	1258 (48.9)	
Kekerapan mendapatkan rawatan dalam setahun		4.55 (3.09)
<4	1131 (44.0)	
≥4	1442 (56.0)	

Nota: n = kekerapan; SP = sisihan piawai.

a. Status kesihatan responden

Bagi status kesihatan, sebanyak 48.9% responden melaporkan mempunyai sekurang-kurangnya satu penyakit yang telah didiagnosis oleh doktor, manakala 51.1% tidak mempunyai penyakit yang diketahui. Dapatan ini menunjukkan bahawa hampir separuh daripada responden mempunyai keperluan kesihatan yang berpotensi memerlukan pemantauan dan rawatan berterusan. Penemuan ini selari dengan laporan Tinjauan Kebangsaan Kesihatan dan Morbiditi (NHMS) yang menunjukkan bahawa penyakit tidak berjangkit merupakan antara masalah kesihatan utama dalam kalangan penduduk dewasa Malaysia, khususnya kumpulan berpendapatan rendah (Kementerian Kesihatan Malaysia 2015). Keadaan ini mengukuhkan kepentingan program seperti PeKa B40 yang memberi tumpuan kepada pengesanan awal dan pengurusan penyakit kronik dalam kalangan kumpulan B40.

Dalam kalangan responden yang melaporkan mempunyai penyakit, hipertensi merupakan penyakit yang paling kerap dilaporkan (30.5%), diikuti diabetes mellitus (25.6%), hiperkolesterolemia (17.0%) dan penyakit kardiovaskular (6.3%). Sebilangan kecil responden melaporkan menghidap penyakit kanser (1.4%) dan penyakit kronik lain (3.3%), seperti yang ditunjukkan dalam Jadual 4.6.

Jadual 4.6 Jenis penyakit yang dilaporkan oleh responden (N = 2,573)

Jenis Penyakit	n	%
Kencing manis	659	25.61
Darah tinggi	785	30.50
Hiperkolesterolemia	438	17.02
Penyakit kardiovaskular	163	6.34
Penyakit kanser	35	1.36
Lain-lain penyakit	85	3.30

Nota: Responden boleh memilih lebih daripada satu jenis perlindungan kesihatan. Oleh itu, jumlah peratusan tidak semestinya bersamaan 100%.

b. Kekерapan mendapatkan rawatan dalam setahun

Purata kekerapan mendapatkan rawatan dalam kalangan responden ialah 4.55 kali setahun ($SP = 3.09$). Lebih separuh daripada responden (56.0%) melaporkan mendapatkan rawatan sekurang-kurangnya empat kali dalam tempoh setahun yang lalu, manakala 44.0% mendapatkan rawatan kurang daripada empat kali setahun. Dapatan ini menunjukkan bahawa sebahagian besar responden mempunyai interaksi yang kerap dengan sistem kesihatan, yang berkemungkinan berkait dengan keperluan pemantauan kesihatan, rawatan susulan atau pengurusan penyakit kronik.

4.4 PERBANDINGAN CIRI RESPONDEN MENGIKUT ETNIK

Analisis bivariat dijalankan bagi menilai perbezaan ciri-ciri responden mengikut kumpulan etnik. Analisis ini bertujuan mengenal pasti variasi dalam faktor predisposisi, faktor pemudah cara dan faktor keperluan yang berpotensi mempengaruhi penggunaan serta kepuasan terhadap program PeKa B40. Ujian Chi-kuasa dua digunakan bagi menilai hubungan antara etnik dan pemboleh ubah kategori yang dikaji.

4.4.1 Faktor predisposisi mengikut etnik

a. Status perkahwinan mengikut etnik

Jadual 4.7 menunjukkan taburan status perkahwinan responden mengikut etnik. Secara keseluruhannya, majoriti responden dalam semua kumpulan etnik berada dalam kategori berkahwin. Peratusan tertinggi dicatatkan dalam kalangan etnik Melayu (82.2%), diikuti Cina (75.9%), Bumiputera Sabah dan Sarawak (69.9%) serta India (68.3%). Etnik India mencatatkan peratusan tertinggi bagi kategori bujang (14.7%) dan bercerai (7.8%), manakala Bumiputera Sabah dan Sarawak menunjukkan peratusan balu yang paling tinggi (20.4%). Dapatan ini menunjukkan bahawa status perkahwinan berbeza mengikut kumpulan etnik. Ujian Chi-kuasa dua menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan antara etnik dan status perkahwinan responden (Nilai $\chi^2 = 113.592$, $df=9$, $p<0.001$). Dapatan ini menunjukkan bahawa taburan status perkahwinan adalah berbeza secara signifikan antara kumpulan etnik yang dikaji.

Jadual 4.7 Status perkahwinan mengikut etnik (N = 2,573)

Etnik	Status perkahwinan				Nilai χ^2 (df)	Nilai p
	Berkahwin n (%)	Bujang n (%)	Bercerai n (%)	Balu n (%)		
Melayu	1454 (82.2)	74 (4.2)	86 (4.9)	155 (8.8)	113.592 (9)	<0.001
Cina	170 (75.9)	22 (9.8)	10 (4.5)	22 (9.8)		
India	149 (68.3)	32 (14.7)	17 (7.8)	20 (9.2)		
Bumiputera Sabah/ Sarawak	253 (69.9)	33 (9.1)	2 (0.6)	74 (20.4)		

Nota: n = kekerapan; df = darjah kebebasan. Hubungan dianggap signifikan secara statistik pada aras $p < 0.05$.

b. Tahap pendidikan mengikut etnik

Jadual 4.8 menunjukkan tahap pendidikan responden mengikut etnik. Responden Melayu mencatatkan peratusan tertinggi pada peringkat sekolah menengah (57.0%) dan kolej atau universiti (25.9%). Dalam kalangan responden Cina, lebih separuh mempunyai pendidikan sehingga peringkat sekolah menengah (56.7%), manakala 20.5% mempunyai pendidikan kolej atau universiti. Sebaliknya, responden India dan Bumiputera Sabah dan Sarawak menunjukkan peratusan yang lebih tinggi dalam kategori pendidikan rendah. Sebanyak 15.6% responden India dan 18.5% Bumiputera Sabah dan Sarawak tidak pernah bersekolah, manakala masing-masing 27.1% dan 32.6% hanya mencapai pendidikan sekolah rendah. Ujian Chi-kuasa dua menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan antara etnik dan tahap pendidikan responden (Nilai $\chi^2 = 24.663$, $df=9$, $p < 0.001$). Dapatan ini menunjukkan bahawa taburan tahap pendidikan adalah berbeza secara signifikan antara kumpulan etnik yang dikaji.

Jadual 4.8 Tahap pendidikan mengikut pecahan etnik (N = 2,573)

Etnik	Tahap pendidikan				Nilai χ^2 (df)	Nilai p
	Tidak pernah bersekolah n (%)	Sekolah rendah n (%)	Sekolah menengah n (%)	Kolej+ n (%)		
Melayu	52 (2.90)	250 (14.10)	1009 (57.00)	458 (25.90)	24.663 (9)	<0.001
Cina	19 (8.50)	32 (14.30)	127 (56.70)	46 (20.50)		
India	34 (15.60)	59 (27.10)	91 (41.70)	34 (15.60)		
Bumiputera Sabah/Sarawak	67 (18.50)	118 (32.60)	96 (26.50)	81 (22.40)		

Nota: n = kekerapan; df = darjah kebebasan. Hubungan dianggap signifikan secara statistik pada aras $p < 0.05$.

c. Saiz isi rumah mengikut etnik

Jadual 4.9 menunjukkan taburan saiz isi rumah mengikut etnik. Majoriti responden daripada semua kumpulan etnik tinggal dalam isi rumah yang mempunyai sekurang-kurangnya empat orang ahli. Peratusan tertinggi dicatatkan dalam kalangan Bumiputera Sabah dan Sarawak (91.7%), diikuti Melayu (68.2%), India (64.7%) dan Cina (62.1%). Sebaliknya, responden Cina mencatatkan peratusan tertinggi bagi isi rumah yang mempunyai kurang daripada empat orang ahli (38.0%), diikuti India (35.3%), Melayu (31.8%) dan Bumiputera Sabah dan Sarawak (8.3%). Dapatan ini menunjukkan bahawa saiz isi rumah berbeza mengikut kumpulan etnik yang dikaji. Ujian Chi-kuasa dua menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan antara etnik dan saiz isi rumah responden (Nilai $\chi^2 = 94.423$, $df = 3$, $p < 0.001$). Dapatan ini menunjukkan bahawa taburan saiz isi rumah adalah berbeza secara signifikan antara kumpulan etnik.

Jadual 4.9 Saiz isi rumah sebulan mengikut pecahan etnik (N = 2,573)

Etnik	Saiz isi rumah				Nilai χ^2 (df)	Nilai p
	< 4		≥ 4			
	n	%	n	%		
Melayu	563	31.83	1206	68.17	94.423 (3)	<0.001
Cina	85	37.95	139	62.05		
India	77	35.32	141	64.68		
Bumiputera Sabah/Sarawak	30	8.29	332	91.71		

Nota: n = kekerapan; df = darjah kebebasan. Hubungan dianggap signifikan secara statistik pada aras $p < 0.05$.

d. Tahap literasi kesihatan mengikut etnik

Jadual 4.10 menunjukkan taburan tahap literasi kesihatan responden mengikut etnik. Responden Melayu mencatatkan peratusan tertinggi bagi kategori literasi kesihatan tinggi (39.0%), diikuti etnik India (28.4%), Cina (23.7%) dan Bumiputera Sabah dan Sarawak (16.3%). Sebaliknya, peratusan literasi kesihatan rendah adalah tertinggi dalam kalangan Bumiputera Sabah dan Sarawak (83.7%), diikuti Cina (76.3%), India (71.6%) dan Melayu (61.0%). Dapatan ini menunjukkan bahawa tahap literasi kesihatan berbeza antara kumpulan etnik yang dikaji. Ujian Chi-kuasa dua menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan antara etnik dan tahap literasi kesihatan responden (Nilai $\chi^2 = 84.280$, $df = 3$, $p < 0.001$).

Jadual 4.10 Tahap literasi kesihatan mengikut etnik (N = 2,573)

Etnik	Tahap Literasi Kesihatan				Nilai χ^2 (df)	Nilai p
	Rendah		Tinggi			
	n	%	n	%		
Melayu	1079	61.0	690	39.0	84.280 (3)	<0.001
Cina	171	76.3	53	23.7		
India	156	71.6	62	28.4		
Bumiputera Sabah/Sarawak	303	83.7	59	16.3		

Nota: n = kekerapan; df = darjah kebebasan. Hubungan dianggap signifikan secara statistik pada aras $p < 0.05$.

e. Tahap pengetahuan tentang program PeKa B40 mengikut etnik

Jadual 4.11 menunjukkan taburan tahap pengetahuan mengenai program PeKa B40 mengikut etnik. Responden Melayu mencatatkan peratusan tertinggi bagi kategori pengetahuan tinggi (28.9%), diikuti etnik India (24.8%), Cina (18.3%) dan Bumiputera Sabah dan Sarawak (14.1%). Sebaliknya, peratusan pengetahuan rendah adalah tertinggi dalam kalangan Bumiputera Sabah dan Sarawak (85.9%), diikuti Cina (81.7%), India (75.2%) dan Melayu (71.1%).

Dapatan ini menunjukkan bahawa tahap pengetahuan mengenai program PeKa B40 berbeza antara kumpulan etnik yang dikaji. Ujian Chi-kuasa dua menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan antara etnik dan tahap pengetahuan mengenai PeKa B40 (Nilai $\chi^2 = 41.622$, df = 3, $p < 0.001$).

Jadual 4.11 Tahap pengetahuan mengenai PeKa B40 mengikut etnik (N = 2,573)

Etnik	Tahap Pengetahuan tentang PeKa B40				Nilai χ^2 (df)	Nilai p
	Rendah		Tinggi			
	n	%	n	%		
Melayu	1258	71.1	511	28.9	41.622 (3)	<0.001
Cina	183	81.7	41	18.3		
India	164	75.2	54	24.8		
Bumiputera Sabah/Sarawak	311	85.9	51	14.1		

Nota: n = kekerapan; df = darjah kebebasan. Hubungan dianggap signifikan secara statistik pada aras $p < 0.05$.

4.4.2 Faktor pemboleh mengikut pecahan etnik

a. Pekerjaan mengikut etnik

Jadual 4.12 menunjukkan taburan status pekerjaan responden mengikut etnik. Responden Bumiputera Sabah dan Sarawak mencatatkan peratusan tertinggi dalam

kategori tidak bekerja (37.0%), diikuti etnik India (28.0%), Melayu (21.8%) dan Cina (21.4%). Sebaliknya, etnik Cina merekodkan peratusan tertinggi dalam kategori bekerja (74.1%), diikuti India (72.0%), Melayu (68.2%) dan Bumiputera Sabah dan Sarawak (61.3%). Dari segi status persaraan, responden Melayu mencatatkan peratusan pesara tertinggi (10.0%), diikuti Cina (4.5%) dan Bumiputera Sabah dan Sarawak (1.7%), manakala tiada responden India dilaporkan berada dalam kategori pesara. Ujian Chi-kuasa dua menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan antara etnik dan status pekerjaan responden (Nilai $\chi^2 = 84.839$, $df = 6$, $p < 0.001$). Dapatan ini menunjukkan bahawa taburan status pekerjaan adalah berbeza secara signifikan antara kumpulan etnik yang dikaji.

Jadual 4.12 Status pekerjaan mengikut etnik (N = 2,573)

Etnik	Pekerjaan			Nilai χ^2 (df)	Nilai p
	Tidak bekerja	Pesara	Bekerja		
	n (%)	n (%)	n (%)		
Melayu	386 (21.8)	177 (10.0)	1206 (68.2)	84.839 (6)	<0.001
Cina	48 (21.4)	10 (4.5)	166 (74.1)		
India	61 (28.0)	0 (0.0)	157 (72.0)		
Bumiputera Sabah/Sarawak	134 (37.0)	6 (1.7)	222 (61.3)		

Nota: n = kekerapan; df = darjah kebebasan. Hubungan dianggap signifikan secara statistik pada aras $p < 0.05$.

b. Pendapatan isi rumah bulanan mengikut etnik

Jadual 4.13 menunjukkan taburan pendapatan isi rumah bulanan mengikut etnik. Responden Bumiputera Sabah dan Sarawak mencatatkan peratusan tertinggi dalam kategori pendapatan kurang daripada RM2,500 sebulan (76.5%), diikuti Melayu (55.6%). Sebaliknya, lebih separuh daripada responden India (52.8%) dan Cina (51.3%) berada dalam kategori pendapatan RM2,500 dan ke atas. Dapatan ini menunjukkan bahawa taburan pendapatan isi rumah adalah berbeza antara kumpulan etnik yang dikaji, dengan responden Bumiputera Sabah dan Sarawak lebih tertumpu dalam kategori pendapatan yang lebih rendah berbanding etnik lain. Ujian Chi-kuasa dua menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan antara etnik dan pendapatan isi rumah bulanan (Nilai $\chi^2 = 72.609$, $df = 3$, $p < 0.001$).

Jadual 4.13 Pendapatan isi rumah bulanan mengikut etnik (N = 2,573)

Etnik	Anggaran pendapatan isi rumah sebulan (RM)				Nilai χ^2 (df)	Nilai p
	< 2500 (B1)		≥ 2500 (B2-B4)			
	n	%	n	%		
Melayu	983	55.6	786	44.4	72.609 (3)	<0.001
Cina	109	48.7	115	51.3		
India	103	47.2	115	52.8		
Bumiputera	277	76.5	85	23.5		
Sabah/Sarawak						

Nota: n = kekerapan; df = darjah kebebasan. Hubungan dianggap signifikan secara statistik pada aras p < 0.05.

c. Lokasi kediaman responden mengikut etnik

Jadual 4.14 menunjukkan taburan lokasi kediaman responden mengikut etnik. Majoriti responden Melayu (64.7%), Cina (73.7%) dan India (68.3%) tinggal di kawasan bandar. Sebaliknya, majoriti responden Bumiputera Sabah dan Sarawak tinggal di kawasan luar bandar (84.8%), manakala hanya 15.2% menetap di kawasan bandar. Dapatan ini menunjukkan bahawa pola penempatan responden berbeza antara kumpulan etnik yang dikaji. Ujian Chi-kuasa dua menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan antara etnik dan lokasi kediaman responden (Nilai $\chi^2 = 337.931$, df = 3, p < 0.001). Dapatan ini menunjukkan bahawa taburan penduduk bandar dan luar bandar adalah berbeza secara signifikan antara kumpulan etnik.

Jadual 4.14 Lokasi kediaman responden mengikut etnik (N = 2,573)

Etnik	Lokasi				Nilai χ^2 (df)	Nilai p
	Luar Bandar		Bandar			
	n	%	n	%		
Melayu	625	35.3	1144	64.7	337.931 (3)	<0.001
Cina	59	26.3	165	73.7		
India	69	31.7	149	68.3		
Bumiputera	307	84.8	55	15.2		
Sabah/Sarawak						

Nota: n = kekerapan; df = darjah kebebasan. Hubungan dianggap signifikan secara statistik pada aras p < 0.05.

d. Penyertaan dalam program perlindungan kesihatan mengikut etnik

Jadual 4.15 menunjukkan taburan penyertaan responden dalam mana-mana bentuk perlindungan kesihatan mengikut etnik. Responden Bumiputera Sabah dan Sarawak mencatatkan peratusan tertinggi yang tidak mempunyai sebarang perlindungan kesihatan (75.1%), diikuti India (47.3%), Melayu (41.2%) dan Cina (38.8%). Sebaliknya, majoriti responden Cina (61.2%) dan Melayu (58.9%) mempunyai

sekurang-kurangnya satu bentuk perlindungan kesihatan, manakala 52.8% responden India turut melaporkan mempunyai perlindungan kesihatan. Dapatan ini menunjukkan bahawa tahap penyertaan dalam perlindungan kesihatan berbeza antara kumpulan etnik yang dikaji. Ujian Chi-kuasa dua menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan antara etnik dan penyertaan dalam mana-mana bentuk perlindungan kesihatan (Nilai $\chi^2 = 145.044$, $df = 3$, $p < 0.001$).

Jadual 4.15 Penyertaan dalam program perlindungan kesihatan mengikut etnik (N = 2,573)

Etnik	Penyertaan program perlindungan Kesihatan				Nilai χ^2 (df)	Nilai p
	Tidak		Ya			
	n	%	n	%		
Melayu	728	41.2	1041	58.9	145.044 (3)	<0.001
Cina	87	38.9	137	61.2		
India	103	47.3	115	52.8		
Bumiputera	272	75.1	90	24.9		
Sabah/Sarawak						

Nota: n = kekerapan; df = darjah kebebasan. Hubungan dianggap signifikan secara statistik pada aras $p < 0.05$.

e. Sumber pembayaran untuk perkhidmatan kesihatan mengikut etnik

Jadual 4.16 menunjukkan taburan sumber pembayaran perkhidmatan kesihatan mengikut etnik. Secara keseluruhannya, majoriti responden daripada semua kumpulan etnik melaporkan membiayai sendiri kos rawatan kesihatan melalui pembayaran daripada poket sendiri (out-of-pocket payment). Peratusan tertinggi dicatatkan dalam kalangan Bumiputera Sabah dan Sarawak (84.0%), diikuti Cina (78.1%), India (77.5%) dan Melayu (76.2%). Sebaliknya, peratusan responden yang menerima pembiayaan daripada sumber selain bayaran sendiri adalah tertinggi dalam kalangan Melayu (23.8%), diikuti India (22.5%), Cina (21.9%) dan Bumiputera Sabah dan Sarawak (16.0%). Ujian Chi-kuasa dua menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan antara etnik dan sumber pembayaran perkhidmatan kesihatan (Nilai $\chi^2 = 10.489$, $df = 3$, $p = 0.015$). Dapatan ini menunjukkan bahawa corak pembiayaan perkhidmatan kesihatan adalah berbeza secara signifikan antara kumpulan etnik yang dikaji.

Jadual 4.16 Sumber pembayaran perkhidmatan kesihatan mengikut etnik (N=2,573)

Etnik	Sumber Pembayaran untuk Perkhidmatan Kesihatan				Nilai χ^2 (df)	Nilai p
	Sumber selain bayaran sendiri		Bayaran sendiri			
	n	%	n	%		
Melayu	421	23.8	1348	76.2	10.489 (3)	0.015
Cina	49	21.9	175	78.1		
India	49	22.5	169	77.5		
Bumiputera	58	16.0	304	84.0		
Sabah/Sarawak						

Nota: n = kekerapan; df = darjah kebebasan. Hubungan dianggap signifikan secara statistik pada aras $p < 0.05$.

f. Fasiliti kesihatan yang paling kerap digunakan mengikut etnik

Jadual 4.17 menunjukkan taburan fasiliti kesihatan yang paling kerap digunakan mengikut etnik. Klinik Kesihatan Kerajaan merupakan fasiliti yang paling kerap digunakan oleh responden Melayu (58.3%), Cina (56.7%) dan India (52.8%). Sebaliknya, majoriti responden Bumiputera Sabah dan Sarawak melaporkan Hospital Kerajaan sebagai fasiliti yang paling kerap digunakan (63.5%). Penggunaan fasiliti kesihatan swasta didapati lebih tinggi dalam kalangan responden Cina, khususnya bagi klinik swasta (22.3%) dan hospital swasta (4.5%), berbanding kumpulan etnik lain. Dapatan ini menunjukkan bahawa corak penggunaan fasiliti kesihatan berbeza antara kumpulan etnik yang dikaji. Ujian Chi-kuasa dua menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan antara etnik dan jenis fasiliti kesihatan yang paling kerap digunakan (Nilai $\chi^2 = 278.556$, df = 9, $p < 0.001$).

Jadual 4.17 Fasiliti kesihatan yang paling kerap digunakan mengikut etnik (N=2,573)

Etnik	Fasiliti kesihatan				Nilai χ^2 (df)	Nilai p
	Klinik Kesihatan	Hospital Kerajaan	Klinik Swasta	Hospital Swasta		
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Melayu	1032 (58.3)	427 (24.1)	296 (16.7)	14 (0.8)	278.556 (9)	<0.001
Cina	127 (56.7)	37 (16.5)	50 (22.3)	10 (4.5)		
India	115 (52.8)	70 (32.1)	28 (12.8)	5 (2.3)		
Bumiputera	116 (32.0)	230 (63.5)	15 (4.1)	1 (0.3)		
Sabah/Sarawak						

Nota: n = kekerapan; df = darjah kebebasan. Hubungan dianggap signifikan secara statistik pada aras $p < 0.05$.

4.4.3 Faktor keperluan mengikut etnik

a. Status kesihatan responden mengikut etnik

Jadual 4.18 menunjukkan taburan status kesihatan responden mengikut etnik. Responden India (57.3%) dan Bumiputera Sabah dan Sarawak (56.4%) mencatatkan peratusan tertinggi yang melaporkan mempunyai sekurang-kurangnya satu penyakit yang didiagnosis oleh doktor. Sebaliknya, peratusan responden yang mempunyai penyakit adalah lebih rendah dalam kalangan Melayu (46.6%) dan Cina (46.4%). Dapatan ini menunjukkan bahawa status kesihatan responden berbeza antara kumpulan etnik yang dikaji. Ujian Chi-kuasa dua menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan antara etnik dan status kesihatan responden (Nilai $\chi^2 = 18.437$, $df = 3$, $p < 0.001$).

Jadual 4.18 Status kesihatan responden mengikut etnik (N = 2,573)

Etnik	Status Kesihatan				Nilai χ^2 (df)	Nilai p
	Tidak mempunyai penyakit		Mempunyai penyakit			
	n	%	n	%		
Melayu	944	53.4	825	46.6	18.437 (3)	<0.001
Cina	120	53.6	104	46.4		
India	93	42.7	125	57.3		
Bumiputera	158	43.7	204	56.4		
Sabah/Sarawak						

Nota: n = kekerapan; df = darjah kebebasan. Hubungan dianggap signifikan secara statistik pada aras $p < 0.05$.

4.5 OBJEKTIF 1 – TAHAP PENGGUNAAN MANFAAT PEKA B40

Objektif pertama kajian ini adalah untuk menentukan tahap penggunaan manfaat PeKa B40 dalam kalangan penerima manfaat B40 di Malaysia. Berdasarkan Jadual 4.19, daripada 2,573 responden, hanya 528 orang (20.5%) melaporkan pernah menggunakan sekurang-kurangnya satu manfaat PeKa B40, manakala 2,045 orang (79.5%) tidak pernah menggunakannya.

Jadual 4.19 Tahap penggunaan manfaat PeKa B40 (N = 2,573)

Tahap penggunaan manfaat PeKa B40	n (%)
Tidak pernah menggunakan manfaat	2045 (79.5)
Pernah menggunakan manfaat	528 (20.5)

Jadual 4.20 menunjukkan sebab-sebab utama responden tidak menggunakan manfaat PeKa B40. Sebab paling dominan ialah tidak mengetahui kewujudan program tersebut, dilaporkan oleh 51.9% responden. Sebanyak 26.1% pula menyatakan mereka tidak mengetahui manfaat yang ditawarkan, manakala 13.6% tidak menepati kriteria kelayakan untuk menggunakan manfaat tersebut. Hanya 1.2% responden tidak mengetahui proses tuntutan manfaat, dan selebihnya (7.0%) memberikan sebab lain. Dapatan ini menekankan kepentingan komunikasi yang lebih berkesan dan penambahbaikan dalam penyebaran maklumat berkenaan program, terutamanya kepada kumpulan sasaran.

Jadual 4.20 Sebab-sebab tidak menggunakan manfaat PeKa B40 (N = 2,573)

Sebab tidak menggunakan	n (%)
Tidak tahu kewujudan PeKa B40	1061(51.9)
Tidak tahu manfaat yang ditawarkan	533 (26.1)
Tidak mengetahui proses tuntutan manfaat	25 (1.2)
Tidak menepati kelayakan menggunakan manfaat	279 (13.6)
Lain-lain	147 (7.0)

Dalam kalangan pengguna PeKa B40, Rajah 4.1 menunjukkan bahawa 95.0% telah menggunakan manfaat saringan kesihatan percuma, menjadikannya manfaat yang paling kerap digunakan. Penggunaan manfaat lain adalah lebih rendah, iaitu bantuan alat perubatan (15.0%), insentif tambang pengangkutan (9.0%), dan insentif melengkapkan rawatan kanser (5.0%).



Rajah 4.1 Peratusan jenis manfaat yang digunakan

Dari sudut perbandingan etnik, Jadual 4.21 menunjukkan perbezaan yang signifikan dalam tahap penggunaan manfaat PeKa B40 mengikut kumpulan etnik ($\chi^2 = 64.881$, $df=3$, $p < 0.001$). Kaum India mencatatkan kadar penggunaan tertinggi (32.1%), diikuti oleh etnik Cina (23.2%) dan Melayu (21.7%). Bumiputera Sabah dan Sarawak mencatatkan kadar penggunaan paling rendah, iaitu 6.4%.

Jadual 4.21 Tahap Penggunaan manfaat PeKa B40 mengikut etnik (N = 2,573)

Etnik	Tahap Penggunaan manfaat		Nilai χ^2 (df)	Nilai p
	Tidak pernah menggunakan	Pernah menggunakan		
	n (%)	n (%)		
Melayu	1386 (78.4)	383 (21.7)	64.881 (3)	<0.001
Cina	172 (76.8)	52 (23.2)		
India	148 (67.9)	70 (32.1)		
Bumiputera	339 (93.7)	23 (6.4)		
Sabah/Sarawak				

Nota: n = kekerapan; df = darjah kebebasan. Hubungan dianggap signifikan secara statistik pada aras $p < 0.05$.

4.6 OBJEKTIF 2 – TAHAP KEPUASAN TERHADAP PEKA B40

4.6.1 Tahap Kepuasan Keseluruhan

Objektif kedua kajian ini adalah untuk menentukan tahap kepuasan responden terhadap program PeKa B40. Tahap kepuasan dikategorikan kepada dua kumpulan berdasarkan skor purata item-item berkaitan kepuasan, iaitu tinggi (skor ≥ 4.00) dan rendah (skor < 4.00). Seperti ditunjukkan dalam Jadual 4.22, seramai 942 responden (36.6%) melaporkan tahap kepuasan tinggi, manakala 1,631 responden (63.4%) menunjukkan tahap kepuasan rendah. Min skor keseluruhan kepuasan ialah 3.4752 dengan sisihan piawai sebanyak 0.9.

Jadual 4.22 Tahap kepuasan terhadap PeKa B40 (N = 2,573)

Tahap Kepuasan PeKa B40	n	%	Min (SP)
Min skor Tahap Kepuasan PeKa B40	2573		3.4752 (0.9)
Tahap Kepuasan Rendah (skor < 4)	1631	63.4	
Tahap Kepuasan Tinggi (skor ≥ 4.00)	942	36.6	

4.6.2 Tahap Kepuasan Pengguna dan Bukan Pengguna

Jadual 4.23 menunjukkan bahawa pengguna manfaat PeKa B40 mencatatkan skor kepuasan yang lebih tinggi (min = 3.855, SP = 0.8) berbanding bukan pengguna (min

= 3.377, SP = 0.8). Perbezaan ini adalah signifikan berdasarkan ujian Mann–Whitney U ($Z = -10.931$, $p < 0.001$). Selain itu, peratusan responden yang mempunyai tahap kepuasan tinggi adalah lebih tinggi dalam kalangan pengguna manfaat (56.2%) berbanding bukan pengguna (31.5%). Ujian Chi-kuasa dua turut menunjukkan hubungan yang signifikan antara penggunaan manfaat dan tahap kepuasan (Nilai $\chi^2 = 110.407$, $p < 0.001$).

Jadual 4.23 Tahap kepuasan mengikut penggunaan manfaat PeKa B40 (N = 2,573)

Pemboleh ubah	Penggunaan PeKa B40		Nilai statistik	Nilai p
	Pengguna (n = 528)	Bukan Pengguna (n = 2,045)		
Min skor kepuasan, min (SP)	3.8545 (0.8)	3.3773 (0.8)	$Z = -10.931$	0.001
Kepuasan tinggi, n (%)	297 (56.2)	645 (31.5)	$\chi^2 = 110.40$	0.001
Kepuasan rendah, n (%)	231 (43.8)	1400 (68.5)		

Nota: SP = Sisihan Piawai. Nilai Z diperoleh daripada ujian Mann–Whitney U. Nilai χ^2 diperoleh daripada ujian Chi-kuasa dua. Hubungan dianggap signifikan secara statistik pada aras $p < 0.05$.

4.6.3 Tahap Kepuasan Berdasarkan Item dalam Domain Tahap Kepuasan Keseluruhan

Jadual 4.24 menunjukkan skor min dan sisihan piawai bagi lima item dalam domain kepuasan keseluruhan terhadap program PeKa B40. Secara keseluruhannya, skor min bagi semua item berada pada tahap sederhana hingga tinggi, dengan nilai antara 3.22 hingga 3.72.

Jadual 4.24 Skor Min dan Sisihan Piawai bagi Item dalam Domain Tahap Kepuasan Keseluruhan (N = 2,573)

Kod	Item	Min (SP)
TK1	Tahap kepuasan penyampaian perkhidmatan fasiliti kesihatan kerajaan	3.60 (0.959)
TK2	Tahap kepuasan tadbir urus PeKa B40	3.22 (1.115)
TK3	Tahap kepuasan terhadap polisi program PeKa B40	3.31 (1.098)
TK4	Akan mengesyorkan PeKa B40 kepada rakan	3.55 (1.034)
TK5	Tahap sokongan terhadap kesinambungan program PeKa B40	3.72 (1.055)

Bagi domain TK –item yang mencatatkan skor tertinggi dalam domain ini ialah TK5: “Tahap sokongan terhadap kesinambungan program PeKa B40” dengan min 3.72 (SP = 1.055), yang mencerminkan penerimaan dan sokongan kuat terhadap kesinambungan program. Ini diikuti oleh TK4: “Akan mengesyorkan PeKa B40 kepada rakan” (min = 3.55, SP=1.03), menunjukkan kecenderungan untuk mempromosikan

program kepada orang lain. Sebaliknya, item yang mencatatkan skor paling rendah ialah TK2: “*Tahap kepuasan terhadap tadbir urus PeKa B40*” dengan min = 3.22 (SP=1.12), yang mencadangkan wujudnya ruang penambahbaikan dari segi pelaksanaan dan pengurusan program. Dapatan ini menunjukkan bahawa walaupun terdapat sokongan yang tinggi terhadap kesinambungan dan penyebaran program, ketidakpuasan terhadap tadbir urus kekal sebagai isu utama.

4.7 OBJEKTIF 3 – FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PENGGUNAAN MANFAAT PEKA B40

Objektif ketiga kajian ini adalah untuk mengenal pasti faktor yang mempengaruhi penggunaan manfaat PeKa B40 dalam kalangan penerima manfaat.

4.7.1 Regresi Logistik Ringkas

Regresi logistik ringkas dijalankan bagi menilai hubungan kasar antara setiap pemboleh ubah bebas dengan penggunaan manfaat PeKa B40. Analisis ini bertujuan mengenal pasti pemboleh ubah yang berpotensi mempengaruhi penggunaan manfaat sebelum dimasukkan ke dalam model regresi logistik binari pelbagai. Keputusan penuh analisis regresi logistik ringkas ditunjukkan dalam Jadual 4.25.

Jadual 4.25 Keputusan analisis Regresi Logistik Ringkas bagi faktor yang mempengaruhi penggunaan PeKa B40 (N = 2,573)

Pemboleh ubah	OR Kasar	95% SK OR	Nilai χ^2 (df)	Nilai p
Atribut Individu				
Umur $\geq$ 60 tahun	1.011	(0.800; 1.276)	0.008 (1)	0.929
Umur < 60 tahun	1.000			
Perempuan	0.974	(0.804; 1.180)	0.72 (1)	0.789
Lelaki	1.000			
Cina	1.094	(0.786; 1.522)	0.285 (1)	0.594
India	1.712	(1.260; 2.324)	11.849 (1)	<0.001
Bumiputera Sabah/Sarawak	0.246	(0.159; 0.380)	39.635 (1)	<0.001
Melayu	1.000			
Bujang	0.983	(0.661; 1.462)	0.007 (1)	0.932
Berceraai	1.534	(1.010; 2.331)	4.027 (1)	0.045
Balu	0.680	(0.479; 0.964)	4.701 (1)	0.030
Berkahwin	1.000			

bersambung...

...sambungan				
Sekolah rendah	2.418	(1.432; 4.083)	10.914 (1)	<0.001
Sekolah menengah	2.361	(1.441; 3.869)	11.632 (1)	<0.001
Kolej & ke atas	1.607	(0.954; 2.708)	3.181 (1)	0.74
Tidak bersekolah	1.000			
Saiz isi rumah ≥ 4	0.912	(0.741; 1.123)	0.75 (1)	0.387
Saiz isi rumah < 4	1.000			
Ketua isi rumah	1.177	(0.969; 1.429)	2.701 (1)	0.100
Bukan ketua isi rumah	1.000			
Bandar	1.523	(1.246; 1.862)	16.821 (1)	<0.001
Luar bandar	1.000			
Pesara	1.389	(0.967; 1.996)	3.159 (1)	0.076
Bekerja	0.786	(0.630; 0.981)	4.517 (1)	0.034
Tidak Bekerja	1.000			
Anggaran pendapatan bulanan isi rumah $\geq$ RM2500 (B2-B4)	1.286	(1.061; 1.559)	6.596 (1)	0.010
Anggaran pendapatan bulanan isi rumah $<$ RM2500 (B1)	1.000			
Penyertaan dalam program perlindungan kesihatan	2.141	(1.748; 2.622)	54.217 (1)	<0.001
Tiada penyertaan dalam mana-mana program perlindungan kesihatan	1.000			
Membayar sendiri kos rawatan	0.763	(0.612; 0.951)	5.788 (1)	0.016
Sumber pembayaran rawatan dari program perlindungan Kesihatan	1.00			
Berpenyakit	1.33	(1.098; 1.611)	8.467 (1)	0.004
Tidak mempunyai sebarang penyakit	1.000			
Hospital kerajaan	0.643	(0.514; 0.804)	15.003 (1)	<0.001
Klinik swasta	0.402	(0.288; 0.562)	28.557 (1)	<0.001
Hospital swasta	1.538	(0.713; 3.318)	1.205 (1)	0.272
Klinik kerajaan	1.000			
Tahap literasi kesihatan tinggi	1.917	(1.576; 2.330)	42.57 (1)	<0.001
Tahap literasi kesihatan rendah	1.000			
Tahap pengetahuan tinggi tentang PeKa B40	4.071	(3.323; 4.986)	84.02 (1)	<0.001
Tahap pengetahuan rendah tentang PeKa B40	1.000			
Atribut Sistem Kesihatan				
Tahap Kepuasan Keseluruhan				
Tinggi	2.791	(2.294; 3.393)	105.743 (1)	<0.001
Rendah	1.000			

bersambung...

...sambungan

Tahap Kepuasan Penyampaian
Perkhidmatan

Tinggi	1.811	(1.493; 2.196)	36.462 (1)	<0.001
Rendah	1.000			

Tahap Kepuasan Akses dan
Kemudahan Kesihatan

Tinggi	2.012	(1.657 ; 2.442)	49.959 (1)	<0.001
Rendah	1.000			

Tahap Kepuasan Komunikasi
Penyampai perkhidmatan

Tinggi	1.785	(1.472 ; 2.164)	34.698 (1)	<0.001
Rendah	1.000			

Tahap Kepuasan Kos Kesihatan

Tinggi	2.736	(2.233 ; 3.352)	94.249 (1)	<0.001
Rendah	1.000			

Tahap Kepuasan Tadbir Urus PeKa
B40

Tinggi	4.046	(3.278 ; 4.994)	169.353 (1)	<0.001
Rendah	1.000			

Nota: OR = Odds Ratio (nisbah odds); SK = selang keyakinan; df = darjah kebebasan. Pemboleh ubah dengan nilai $p < 0.25$ dipertimbangkan untuk dimasukkan ke dalam model regresi logistik binari pelbagai. Nilai $p < 0.05$ menunjukkan hubungan yang signifikan secara statistik.

4.7.2 Regresi Logistik Binari

Sebelum pembinaan model akhir, semua pemboleh ubah diuji untuk memenuhi andaian regresi logistik. Tiada isu multikolineariti dikesan berdasarkan nilai Tolerance (> 0.1) dan VIF (< 10), manakala correlation matrix menunjukkan tiada korelasi tinggi antara pemboleh ubah. Pemeriksaan terhadap outliers menggunakan Cook's distance dan standardized residuals turut menunjukkan tiada nilai ekstrem yang mempengaruhi model. Saiz sampel juga mencukupi, dengan nisbah ≥ 10 responden bagi setiap pemboleh ubah bebas.

Seterusnya, semua pemboleh ubah bebas yang menunjukkan potensi signifikan dimasukkan ke dalam model Regresi Logistik Binari menggunakan kaedah Enter. Keputusan menunjukkan bahawa model akhir adalah signifikan secara statistik (Omnibus $\chi^2 = 415.738$, $df = 24$, $p < 0.001$). Nilai Hosmer-Lemeshow tidak signifikan ($p = 0.164$), menunjukkan kesepadanan model yang baik terhadap data sebenar. Nilai Nagelkerke $R^2 = 0.234$ menunjukkan model menerangkan 23.4% varians dalam

penggunaan manfaat PeKa B40, dengan ketepatan klasifikasi keseluruhan sebanyak 80.9%. Model ini mengenal pasti beberapa faktor individu yang signifikan mempengaruhi penggunaan manfaat PeKa B40, seperti yang diringkaskan dalam Jadual 4.26.

Jadual 4.26 Keputusan regresi logistik binari pelbagai bagi faktor yang mempengaruhi penggunaan manfaat PeKa B40 (N = 2,573)

Pemboleh ubah	Pekali β	Nilai p	aOR	95% SK OR	
				Bawah	Atas
Atribut individu					
Bangsa(India)	0.42	0.021	1.522	1.064	2.175
Bangsa(Bumiputera Sabah & Sarawak)	-1.044	<0.001	0.352	0.215	0.577
Status perkahwinan (Berceraai)	0.619	0.008	1.858	1.173	2.941
Tahap pendidikan (Sekolah Rendah)	0.628	0.035	1.874	1.047	3.355
Kategori pendapatan B2-B4	0.361	0.004	1.435	1.125	1.829
Pekerjaan (Bekerja)	-0.526	<0.001	0.591	0.451	0.774
Berdaftar dalam program perlindungan	0.593	<0.001	1.81	1.389	2.358
Status kesihatan (Berpenyakit)	0.316	0.006	1.372	1.095	1.72
Tahap Pengetahuan PeKa B40 (Tinggi)	1.084	<0.001	2.956	2.299	3.801
Atribut sistem kesihatan					
Domain Komunikasi (Tinggi)	-0.321	0.032	0.725	0.541	0.973
Domain Kos Kesihatan (Tinggi)	0.345	0.024	1.412	1.045	1.907
Domain Tadbir Urus (Tinggi)	0.732	<0.001	2.079	1.537	2.81
Tahap Kepuasan Keseluruhan PeKa B40 (Tinggi)	0.34	0.008	1.405	1.093	1.806
Pemalar	-2.723	<0.001	0.066		

Nota: aOR = *Adjusted Odds Ratio* (nisbah odds terlaras); SK = selang keyakinan. Nagelkerke R^2 = 0.234. Nilai $p < 0.05$ menunjukkan hubungan yang signifikan secara statistik.

Faktor signifikan telah diklasifikasikan berdasarkan kerangka Andersen kepada dua kategori utama: atribut individu dan atribut sistem kesihatan.

a. Atribut Individu

i. Faktor predisposisi

Beberapa faktor predisposisi menunjukkan hubungan yang signifikan dengan penggunaan PeKa B40. Responden berbangsa India mempunyai kebarangkalian 1.52 kali lebih tinggi untuk menggunakan manfaat berbanding responden Melayu (aOR = 1.522, 95% SK: 1.064–2.175, $p = 0.021$). Sebaliknya, responden Bumiputera Sabah dan

Sarawak mencatatkan kebarangkalian jauh lebih rendah (aOR = 0.352, 95% SK: 0.215–0.577, $p < 0.001$).

Selain itu, individu yang bercerai (aOR = 1.858, 95% SK: 1.173–2.941, $p = 0.008$) dan mereka dengan tahap pendidikan rendah (aOR = 1.874, 95% SK: 1.047–3.355, $p = 0.035$) juga menunjukkan kecenderungan lebih tinggi untuk menggunakan manfaat PeKa B40.

Tahap pengetahuan tinggi tentang program ini merupakan peramal paling kuat dalam kategori predisposisi, dengan responden yang mempunyai pengetahuan tinggi mencatatkan hampir tiga kali ganda kebarangkalian untuk menggunakan PeKa B40 (aOR = 2.956, 95% SK: 2.299–3.801, $p < 0.001$).

ii. Faktor pemboleh

Dari segi ciri pemboleh, responden yang sedang bekerja menunjukkan kebarangkalian lebih rendah untuk menggunakan manfaat berbanding mereka yang tidak bekerja (aOR = 0.591, 95% SK: 0.451–0.774, $p < 0.001$).

Namun begitu, mereka yang tergolong dalam kategori pendapatan B2–B4 mencatatkan kebarangkalian yang lebih tinggi untuk menggunakan manfaat (aOR = 1.435, 95% SK: 1.125–1.829, $p = 0.004$).

Pendaftaran dalam skim perlindungan kesihatan juga menjadi faktor penting, dengan responden yang berdaftar menunjukkan kebarangkalian hampir dua kali ganda untuk menggunakan PeKa B40 (aOR = 1.81, 95% SK: 1.389–2.358, $p < 0.001$).

iii. Faktor keperluan

Responden yang menghidap penyakit mencatatkan kebarangkalian yang lebih tinggi untuk menggunakan manfaat PeKa B40 (aOR = 1.372, 95% SK: 1.095–1.720, $p = 0.006$), menunjukkan keperluan perubatan mendorong penggunaan program ini.

b. Atribut Sistem Kesihatan

Beberapa domain dalam sistem kesihatan turut menunjukkan hubungan yang signifikan. Kepuasan tinggi terhadap aspek tadbir urus merupakan peramal paling kuat dalam kategori ini (aOR = 2.079, 95% SK: 1.537–2.810, $p < 0.001$), diikuti oleh kepuasan terhadap kos kesihatan (aOR = 1.412, 95% SK: 1.045–1.907, $p = 0.024$) dan kepuasan keseluruhan terhadap PeKa B40 (aOR = 1.405, 95% SK: 1.093–1.806, $p = 0.008$).

Menariknya, tahap kepuasan tinggi terhadap komunikasi mencatatkan hubungan negatif dengan penggunaan (aOR = 0.725, 95% SK: 0.541–0.973, $p = 0.032$), menunjukkan kebarangkalian 28.7% lebih rendah untuk menggunakan manfaat.

4.8 OBJEKTIF 4 – FAKTOR YANG MEMPENGARUHI TAHAP KEPUASAN TERHADAP PEKA B40

Objektif keempat kajian adalah untuk mengenal pasti faktor yang mempengaruhi tahap kepuasan terhadap PeKa B40 dalam kalangan penerima manfaat.

4.8.1 Regresi Logistik Ringkas

Analisis awal menggunakan Regresi Logistik Ringkas menilai hubungan kasar antara pemboleh ubah bebas dan tahap kepuasan terhadap PeKa B40. Analisis menunjukkan beberapa faktor signifikan secara statistik seperti ditunjukkan dalam Jadual 4.27.

Jadual 4.27 Keputusan analisis Regresi Logistik Ringkas bagi faktor yang mempengaruhi Tahap Kepuasan terhadap PeKa B40 (N = 2,573)

Pemboleh ubah	OR Kasar	95% SK OR	Nilai χ^2 (df)	Nilai p
Atribut Individu				
Umur ≥ 60 tahun	0.874	(0.717 – 1.066)	1.758 (1)	0.185
Umur < 60 tahun	1.000			
Perempuan	1.252	1.066 – 1.470	7.505 (1)	0.006
Lelaki	1.000			
Cina	1.824	1.379 – 2.411	17.778 (1)	<0.001
India	2.039	1.536 – 2.706	24.277 (1)	<0.001
Bumiputera Sabah/Sarawak	0.422	0.319 – 0.557	36.956 (1)	<0.001
Melayu	1.000			

bersambung...

...sambungan				
Bujang	0.883	(0.630 – 1.238)	0.470 (1)	0.470
Berceraai	0.943	(0.637 – 1.395)	0.087 (1)	0.768
Balu	0.933	(0.716 – 1.216)	0.261 (1)	0.609
Berkahwin	1.000			
Sekolah rendah	1.672	1.113 – 2.511	6.139 (1)	0.013
Sekolah menengah	2.026	1.394 – 2.944	13.691 (1)	<0.001
Kolej & ke atas	2.453	1.659 – 3.627	20.240 (1)	<0.001
Tidak bersekolah	1.000			
Saiz isi rumah ≥ 4 orang	0.918	0.771 – 1.094	0.905 (1)	0.341
Saiz isi rumah < 4	1.000			
Ketua isi rumah	1.021	0.868 – 1.199	0.061 (1)	0.805
Bukan ketua isi rumah	1.000			
Bandar	1.277	1.083 – 1.505	8.491 (1)	0.004
Luar bandar	1.000			
Pesara	0.906	0.698 – 1.376	0.014 (1)	0.906
Bekerja	1.135	0.938 – 1.373	1.696 (1)	0.193
Tidak Bekerja	1.000			
Anggaran pendapatan bulanan isi rumah $\geq$ RM2500 (B2-B4)	1.278	1.087 – 1.502	8.810 (1)	0.003
Anggaran pendapatan bulanan isi rumah $<$ RM2500 (B1)	1.000			
Penyertaan dalam program perlindungan kesihatan	1.699	1.442 – 2.000	40.340 (1)	< 0.001
Tiada penyertaan dalam mana-mana program perlindungan kesihatan	1.000			
Membayar sendiri kos rawatan	0.920	0.760 – 1.113	0.738 (1)	0.390
Sumber pembayaran rawatan dari program perlindungan Kesihatan	1.00			
Berpenyakit	0.761	0.648 – 0.894	11.008 (1)	<0.001
Tidak mempunyai sebarang penyakit	1.000			
Hospital kerajaan	0.516	0.425 – 0.626	45.251 (1)	<0.001
Klinik swasta	0.866	0.687 – 1.091	1.486 (1)	0.223
Hospital swasta	2.463	1.163 – 5.215	5.545 (1)	0.019
Klinik kerajaan	1.000			
Tahap literasi kesihatan tinggi	2.440	2.060 – 2.889	106.928 (1)	<0.001
Tahap literasi kesihatan rendah	1.000			
Tahap pengetahuan tinggi tentang PeKa B40	3.674	3.054 – 4.419	190.794 (1)	<0.001
Tahap pengetahuan rendah tentang PeKa B40	1.000			

bersambung...

...sambungan

Pernah menggunakan manfaat
PeKa

Ya	2.791	2.295 – 3.394	105.743 (1)	<0.001
Tidak	1.000			

Atribut Sistem Kesihatan

Tahap Kepuasan Penyampaian
Perkhidmatan

Tinggi	2.761	2.340 – 3.258	144.528 (1)	<0.001
Rendah	1.000			

Tahap Kepuasan Akses dan
Kemudahan Kesihatan

Tinggi	3.653	3.082 – 4.330	223.256 (1)	<0.001
Rendah	1.000			

Tahap Kepuasan Komunikasi
Penyampai perkhidmatan

Tinggi	3.266	2.764 – 3.860	192.876 (1)	<0.001
Rendah	1.000			

Tahap Kepuasan Kos Kesihatan

Tinggi	6.272	5.161 – 7.621	340.972 (1)	< 0.001
Rendah	1.000			

Tahap Kepuasan Tadbir Urus PeKa
B40

Tinggi	11.257	8.930 – 14.190	420.031 (1)	< 0.001
Rendah	1.000			

Nota: OR = Odds Ratio (nisbah odds); SK = selang keyakinan; df = darjah kebebasan. Pemboleh ubah dengan nilai $p < 0.25$ dipertimbangkan untuk dimasukkan ke dalam model regresi logistik binari pelbagai. Nilai $p < 0.05$ menunjukkan hubungan yang signifikan secara statistik.

4.8.2 Regresi Logistik Binari

Sebelum pembinaan model akhir, semua pemboleh ubah diuji untuk memenuhi andaian regresi logistik. Tiada isu multikolineariti dikesan berdasarkan nilai Tolerance (> 0.1) dan VIF (< 10), manakala correlation matrix menunjukkan tiada korelasi tinggi antara pemboleh ubah. Pemeriksaan terhadap outliers menggunakan Cook's distance dan standardized residuals turut menunjukkan tiada nilai ekstrem yang mempengaruhi model. Saiz sampel juga mencukupi, dengan nisbah ≥ 10 responden bagi setiap pemboleh ubah bebas.

Seterusnya, semua pemboleh ubah bebas yang menunjukkan potensi signifikan dimasukkan ke dalam model Regresi Logistik Binari menggunakan kaedah *Enter*. Keputusan menunjukkan bahawa model akhir adalah signifikan secara statistik (Omnibus $\chi^2 = 837.326$, $df = 22$, $p < 0.001$). Nilai Hosmer-Lemeshow tidak signifikan

($p = 0.183$), menunjukkan kesepadan model yang baik terhadap data sebenar. Nilai Nagelkerke $R^2 = 0.38$ menunjukkan model menerangkan 38% varians dalam penggunaan manfaat PeKa B40, dengan ketepatan klasifikasi keseluruhan sebanyak 76.1%.

Model ini mengenal pasti beberapa faktor individu yang signifikan mempengaruhi tahap kepuasan terhadap PeKa B40, seperti yang diringkaskan dalam Jadual 4.28.

Jadual 4.28 Keputusan regresi logistik binari pelbagai bagi faktor yang mempengaruhi tahap kepuasan terhadap PeKa B40 (N = 2,573)

Pemboleh ubah	Pekali β	Nilai p	aOR	95% SK OR	
				Bawah	Atas
Atribut individu					
Jantina (Perempuan)	0.269	0.007	1.308	1.076	1.591
Bangsa(Cina)	0.882	<0.001	2.416	1.734	3.365
Bangsa(India)	0.903	<0.001	2.466	1.744	3.487
Bangsa(Bumiputera Sabah & Sarawak)	-0.849	<0.001	0.428	0.295	0.621
Status kesihatan (Berpenyakit)	-0.385	<0.001	0.68	0.55	0.841
Fasiliti kesihatan yang kerap digunakan (Hospital Kerajaan)	-0.385	0.001	0.681	0.537	0.862
Tahap Pengetahuan PeKa B40 (Tinggi)	0.467	<0.001	1.594	1.25	2.034
Atribut sistem kesihatan					
Domain Penyampaian Perkhidmatan (Tinggi)	0.277	0.025	1.32	1.035	1.684
Domain Akses & Kemudahan (Tinggi)	0.309	0.014	1.362	1.064	1.745
Domain Kos Kesihatan (Tinggi)	1.082	<0.001	2.951	2.274	3.829
Domain Tadbir Urus (Tinggi)	1.569	<0.001	4.802	3.63	6.351
Penggunaan manfaat PeKa B40(Pernah menggunakan manfaat)	0.317	0.014	1.373	1.067	1.765
Pemalar	-1.687	<0.001	0.185		

Nota: aOR = *Adjusted Odds Ratio* (nisbah odds terlaras); SK = selang keyakinan. Nagelkerke $R^2 = 0.38$. Nilai $p < 0.05$ menunjukkan hubungan yang signifikan secara statistik.

Faktor signifikan telah diklasifikasikan berdasarkan kerangka Andersen kepada dua kategori utama: atribut individu dan atribut sistem kesihatan:

a. Atribut Individu

i. Faktor predisposisi

Beberapa faktor predisposisi menunjukkan hubungan signifikan dengan tahap kepuasan terhadap program PeKa B40. Responden perempuan menunjukkan kebarangkalian yang lebih tinggi untuk berpuas hati berbanding lelaki (aOR = 1.308, 95% SK: 1.076–1.591, $p = 0.007$).

Dari segi etnik, responden berbangsa Cina (aOR = 2.416, 95% CI: 1.734–3.365, $p < 0.001$) dan India (aOR = 2.466, 95% SK: 1.744–3.487, $p < 0.001$) mencatatkan tahap kepuasan yang jauh lebih tinggi berbanding responden Melayu. Sebaliknya, responden Bumiputera Sabah dan Sarawak menunjukkan kebarangkalian kepuasan yang lebih rendah (aOR = 0.428, 95% SK: 0.295–0.621, $p < 0.001$).

Pengetahuan tinggi tentang PeKa B40 turut menunjukkan hubungan signifikan dengan tahap kepuasan (aOR = 1.594, 95% SK: 1.25–2.034, $p < 0.001$).

ii. Faktor Pemboleh

Dalam kategori pemboleh, responden yang pernah menggunakan manfaat PeKa B40 menunjukkan kebarangkalian 1.37 kali lebih tinggi untuk berpuas hati berbanding yang tidak pernah menggunakannya (aOR = 1.373, 95% SK: 1.067–1.765, $p = 0.014$).

Jenis fasiliti kesihatan yang kerap digunakan juga memberi kesan terhadap tahap kepuasan. Responden yang kerap menggunakan hospital kerajaan mencatatkan kebarangkalian kepuasan yang lebih rendah berbanding pengguna klinik kesihatan kerajaan (aOR = 0.681, 95% SK: 0.537–0.862, $p = 0.001$).

iii. Faktor Keperluan

Status kesihatan responden turut berperanan dalam menentukan tahap kepuasan. Responden yang menghidap penyakit menunjukkan kebarangkalian yang lebih rendah untuk berpuas hati dengan program (aOR = 0.680, 95% SK: 0.550–0.841, $p < 0.001$),

mencerminkan kemungkinan kekecewaan terhadap kualiti perkhidmatan atau kesesuaian manfaat bagi mereka yang memerlukan rawatan berterusan.

b. Atribut Sistem Kesihatan

Empat domain sistem kesihatan menunjukkan hubungan signifikan dengan tahap kepuasan.

Kepuasan terhadap aspek tadbir urus mencatatkan pengaruh paling besar (aOR = 4.802, 95% SK: 3.630–6.351, $p < 0.001$), diikuti oleh kos kesihatan (aOR = 2.951, 95% SK: 2.274–3.829, $p < 0.001$).

Selain itu, responden yang menilai aspek akses dan kemudahan dengan baik menunjukkan kebarangkalian lebih tinggi untuk berpuas hati (aOR = 1.362, 95% SK: 1.064–1.745, $p = 0.014$), begitu juga dengan penyampaian perkhidmatan (aOR = 1.320, 95% SK: 1.035–1.684, $p = 0.025$).

Secara keseluruhan, dapatan ini menunjukkan bahawa selain ciri-ciri individu, persepsi terhadap pelaksanaan sistem program memainkan peranan penting dalam menentukan tahap kepuasan terhadap PeKa B40.

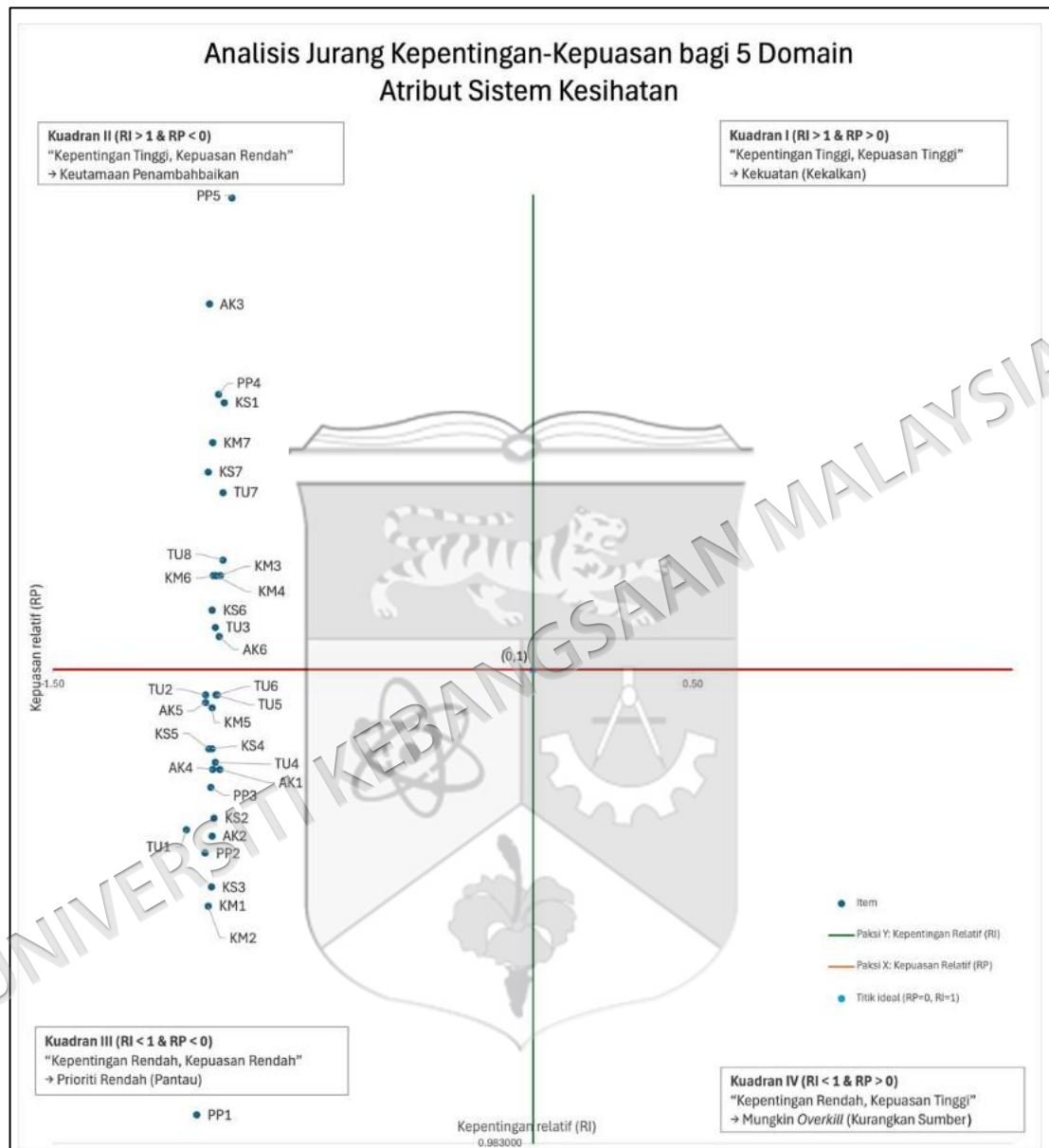
4.9 OBJEKTIF 5 – JURANG ANTARA KEPUASAN DAN KEPENTINGAN TERHADAP PRESTASI PELAKSANAAN PROGRAM PEKA B40

Objektif kelima kajian ini bertujuan untuk menilai jurang antara persepsi kepentingan dan tahap kepuasan responden terhadap pelaksanaan Program PeKa B40. Penilaian ini melibatkan lima domain utama, iaitu 5 item Penyampaian Perkhidmatan (PP), 6 item Akses dan Kemudahan Perkhidmatan (AK), 7 item Komunikasi (KM), 7 item Kos Kesihatan (KS), dan 8 item Tadbir Urus Program (TU).

4.9.1 Kedudukan Item dalam Matriks IPGA

Rajah 4.2 memaparkan kedudukan relatif sebanyak 33 item sistem kesihatan yang dianalisis menggunakan Matriks Jurang Kepentingan-Kepuasan (IPGA). Setiap item diplotkan berdasarkan gabungan Indeks Kepentingan Relatif (RI) pada paksi-X dan

Indeks Prestasi Relatif (RP) pada paksi-Y, dengan titik persilangan ditetapkan pada koordinat tetap (RI = 1, RP = 0).



Rajah 4.2 Kerangka Matriks IPGA bagi 33 item dalam Lima Domain Atribut Sistem Kesihatan

Hasil pemetaan menunjukkan bahawa:

- Sebanyak 14 item telah jatuh dalam Kuadran II ($RI > 1$, $RP < 0$), yang mewakili kategori “Kepentingan Tinggi, Kepuasan Rendah”. Item dalam kuadran ini mencerminkan jurang paling kritikal antara jangkaan dan pengalaman sebenar pengguna. Oleh itu, aspek-aspek ini perlu diberi

keutamaan tertinggi untuk tindakan penambahbaikan segera, memandangkan ia sangat penting dari sudut pandang penerima manfaat tetapi menunjukkan prestasi pelaksanaan yang tidak memuaskan.

- Item dalam Kuadran II ini melibatkan pelbagai domain termasuk Penyampaian Perkhidmatan, Akses dan Kemudahan, Komunikasi, Kos Perkhidmatan Kesihatan, dan Tadbir Urus, sekaligus menandakan bahawa isu ketidaksepadanan tidak terhad kepada satu aspek tertentu, tetapi menyeluruh dalam struktur pelaksanaan program.
- Sebahagian besar item yang dipetakan di luar Kuadran II, iaitu di Kuadran III menunjukkan tahap kepentingan dan kepuasan yang lebih rendah, dan oleh itu tidak menjadi keutamaan intervensi dalam jangka masa pendek. Namun, pemantauan berterusan tetap diperlukan agar jurang yang ada tidak memburuk dan tidak menjejaskan kualiti keseluruhan sistem perkhidmatan kesihatan dalam jangka masa panjang.

Secara keseluruhan, Rajah 4.2 memberikan gambaran visual yang jelas tentang jurang persepsi pengguna terhadap pelaksanaan Program PeKa B40, dan berfungsi sebagai asas penting dalam merangka strategi pemulihan dan pengukuhan program berdasarkan keutamaan sebenar pengguna.

4.9.2 Ranking keutamaan penambahbaikan berdasarkan Jarak dari Titik Ideal

Jadual 4.29 menunjukkan ranking kedudukan 33 item dalam lima domain atribut sistem kesihatan berdasarkan jarak dari titik ideal (D) dalam analisis IPGA.

Jadual 4.29 Keutamaan item dalam Kuadran II berdasarkan nilai D (N=14 item)

Item	Penerangan Item	Nilai Z	RI	RP	Nilai D	Keutamaan
PP4	Ubat-ubatan yang diperlukan tersedia di pusat rawatan	-24.969*	1.010	-0.983	1.1027	7
PP5	Privasi/kerahsiaan berkenaan diri saya dilindungi dengan sebaiknya	-21.029*	1.017	-0.941	1.3421	4

bersambung...

...sambungan

AK3	Mempunyai semua pusat kepakaran perubatan yang diperlukan	-28.142*	1.013	-1.012	1.4063	1
AK6	Waktu operasi klinik/hospital yang sesuai dengan saya	-23.625*	1.001	-0.982	0.9634	13
KM7	Staf memberi respon terhadap aduan dan komen saya	-24.125*	1.008	-1.001	1.3764	3
KM6	Penerangan prosedur rawatan adalah jelas	-24.809*	1.003	-0.998	1.0619	9
KM4	Dokumen di klinik/hospital mudah difahami	-23.255*	1.003	-0.990	1.0545	10
KM3	Staf berkomunikasi dengan menggunakan bahasa mudah difahami	-21.589*	1.003	-0.977	1.0426	11
KS7	Bayaran dibuat untuk pengangkutan ke pusat rawatan adalah berpatutan	-28.559*	1.007	-1.016	1.2445	6
KS6	Bayaran tambahan dibuat untuk alatan perubatan adalah berpatutan	-27.95*	1.002	-1.003	1.0124	12
KS1	Proses membuat bayaran di klinik/hospital mudah	-25.098*	1.010	-0.965	1.3792	2
TU3	Bayaran tuntutan dalam tempoh masa yang sewajarnya	-31.465*	1.002	-0.994	0.9468	14
TU7	Syarat kelayakan untuk menggunakan manfaat adalah berpatutan	-30.343*	1.006	-0.969	1.3410	5
TU8	Jenis manfaat yang ditawarkan pada masa kini adalah berpatutan	-29.945*	1.004	-0.969	1.0869	8

Nota: RI = Kepentingan Relatif; RP = Prestasi Relatif; D = Jarak dari titik ideal. Kedudukan ditentukan berdasarkan nilai D, dengan nilai D yang lebih tinggi menunjukkan keutamaan penambahbaikan yang lebih tinggi. *Semua item adalah signifikan pada aras $p < 0.05$.

Berdasarkan analisis Kuadran II IPGA, berikut ialah penemuan utama yang dibahagikan mengikut domain sistem kesihatan dalam Program PeKa B40. Item-item dalam Kuadran II menunjukkan gabungan tahap kepentingan yang tinggi ($RI > 1$) dan tahap kepuasan yang rendah ($RP < 0$), sekaligus mencerminkan keperluan intervensi segera. Penemuan ini dikategorikan kepada lima domain utama:.

a. Penyampaian Perkhidmatan (PP)

Dua item di bawah domain ini dikenal pasti dalam Kuadran II, iaitu:

- PP4: Ubat-ubatan yang diperlukan tersedia di pusat rawatan ($D = 1.1027$)

- PP5: Privasi/kerahsiaan berkenaan diri saya dilindungi dengan sebaiknya (D = 1.3421)

Penerima manfaat menilai ketersediaan ubat-ubatan dan perlindungan kerahsiaan maklumat peribadi sebagai aspek penting dalam pengalaman perkhidmatan kesihatan. Nilai jarak dari titik ideal (D) yang tinggi bagi kedua-dua item ini menunjukkan jurang ketara antara tahap kepentingan dan tahap kepuasan yang dialami. Ketidaksepadanan ini mungkin berpunca daripada kekangan bekalan ubat serta pelaksanaan prosedur privasi yang tidak seragam di fasiliti kesihatan.

b. Akses dan Kemudahan Perkhidmatan (AK)

Dua item di bawah domain ini dikenal pasti dalam Kuadran II, iaitu:

- AK3: Mempunyai semua pusat kepakaran perubatan yang diperlukan (D = 1.4063)
- AK6: Waktu operasi klinik/hospital yang sesuai dengan saya (D = 0.9634)

Penerima manfaat menilai ketersediaan pusat kepakaran perubatan dan waktu operasi fasiliti kesihatan sebagai aspek penting dalam memastikan akses yang efektif kepada perkhidmatan kesihatan. Nilai jarak dari titik ideal (D) yang tinggi bagi kedua-dua item ini, khususnya AK3 (D = 1.4063), menunjukkan wujudnya jurang ketara antara tahap kepentingan dan kepuasan pengguna. Ketidaksepadanan ini berkemungkinan berpunca daripada ketiadaan pakar perubatan di fasiliti daerah serta waktu operasi yang tidak fleksibel dan tidak selaras dengan keperluan kerja atau jadual harian kumpulan B40. Bagi mengatasi isu ini, pelantikan dan penempatan pakar secara berperingkat ke fasiliti luar bandar perlu dipertingkatkan dengan insentif sokongan yang bersesuaian. Pada masa yang sama, pelaksanaan waktu operasi lanjutan atau hujung minggu di klinik tertentu boleh dipertimbangkan secara bersasar. Pendekatan ini perlu disokong dengan pengumpulan data lokaliti dan permintaan pengguna supaya peluasan perkhidmatan dan pelarasan masa operasi benar-benar bersifat responsif kepada konteks komuniti setempat.

c. Komunikasi dengan Penyedia Perkhidmatan (KM)

Empat item dalam domain komunikasi telah dikenal pasti berada dalam Kuadran II dan mencatatkan nilai D yang tinggi, menunjukkan jurang signifikan antara tahap kepentingan dan kepuasan yang diberikan oleh responden. Item paling kritikal dalam domain ini ialah:

- KM7: Staf memberi respon terhadap aduan dan komen saya (D = 1.3764)
- KM6: Penerangan prosedur rawatan adalah jelas (D = 1.0619)
- KM4: Dokumen di klinik/hospital mudah difahami (D = 1.0545)
- KM3: Staf berkomunikasi menggunakan bahasa mudah difahami (D = 1.0426)

Penerima manfaat menilai keberkesanan maklum balas daripada staf kesihatan, kejelasan komunikasi lisan dan bertulis, serta kefahaman terhadap prosedur rawatan sebagai aspek kritikal dalam pengalaman perkhidmatan. Nilai D tertinggi dicatat oleh item KM7: “Staf memberi respon terhadap aduan dan komen saya” (D = 1.3764), menunjukkan jurang ketara antara jangkaan dan realiti yang dialami. Jurang ini mungkin berpunca daripada ketiadaan sistem maklum balas yang responsif atau budaya kerja yang kurang menitikberatkan keperluan pengguna. Justeru, satu mekanisme pengurusan aduan yang mesra pengguna, telus, dan responsif perlu dibangunkan, termasuk saluran digital dan fizikal yang boleh diakses mudah oleh kumpulan B40.

Seterusnya, KM6: “Penerangan prosedur rawatan adalah jelas” (D = 1.0619) serta KM4: “Dokumen di klinik/hospital mudah difahami” (D = 1.0545) mencerminkan isu literasi kesihatan yang belum ditangani dengan efektif. Ini menunjukkan keperluan untuk memperkukuh komunikasi dua hala antara penyedia perkhidmatan dan pengguna melalui latihan berkala kepada staf mengenai teknik penyampaian maklumat yang efektif serta penggunaan bahan penerangan visual dan berbahasa mudah.

Akhir sekali, KM3: “Staf berkomunikasi menggunakan bahasa mudah difahami” (D = 1.0426) menegaskan pentingnya pemahaman linguistik dalam penyampaian maklumat kesihatan. Latihan komunikasi yang mengambil kira pelbagai

latar belakang bahasa dan budaya pengguna perlu diwajibkan bagi staf, di samping penyediaan bahan komunikasi berbilang bahasa yang mesra literasi kesihatan.

d. Kos Kesihatan (KS)

Tiga item dalam domain ini menunjukkan jurang ketara antara tahap kepentingan dan tahap kepuasan iaitu:

- KS1: Proses membuat bayaran di klinik/hospital mudah ($D = 1.3792$)
- KS7: Bayaran untuk pengangkutan ke pusat rawatan adalah berpatutan ($D = 1.2445$)
- KS6: Bayaran tambahan dibuat untuk alatan perubatan adalah berpatutan ($D = 1.0124$)

Penerima manfaat menilai aspek kos sebagai elemen penting dalam menjamin akses berterusan terhadap perkhidmatan kesihatan. Nilai jarak dari titik ideal (D) yang tinggi bagi ketiga-tiga item dalam domain ini mencerminkan wujudnya jurang yang signifikan antara persepsi kepentingan dan tahap kepuasan sebenar, sekali gus menunjukkan bahawa beban kewangan kekal menjadi cabaran utama dalam pelaksanaan Program PeKa B40. Item KS1 mencatatkan nilai D tertinggi ($D = 1.3792$), yang menunjukkan ketidakpuasan terhadap kemudahan dan kefahaman dalam proses pembayaran perkhidmatan kesihatan. Hal ini mungkin berpunca daripada prosedur yang terlalu rumit, kurangnya panduan yang mudah difahami, atau sistem yang menyukarkan urusan pembayaran oleh penerima manfaat.

Seterusnya, KS7 ($D = 1.2445$) memperlihatkan bahawa kos pengangkutan ke pusat rawatan merupakan isu yang membebankan, khususnya bagi penerima manfaat yang tinggal di kawasan terpencil. Keperluan menanggung perbelanjaan perjalanan telah dikenal pasti sebagai faktor yang boleh menghalang mereka daripada menggunakan manfaat kesihatan yang tersedia. Sementara itu, KS6 ($D = 1.0124$) menunjukkan bahawa bayaran tambahan untuk mendapatkan alatan perubatan tertentu masih dirasakan tidak sejajar dengan kemampuan kewangan penerima. Oleh itu, struktur kos sedia ada perlu disemak semula dengan pertimbangan kepada keupayaan sebenar kumpulan B40, termasuk memperluas komponen yang diberikan secara

percuma serta menyediakan saluran pembayaran yang lebih mudah digunakan, difahami, dan disesuaikan dengan realiti harian penerima manfaat.

e. Tadbir Urus Program (TU)

Tiga item dalam domain ini menunjukkan jurang ketara antara tahap kepentingan dan tahap kepuasan iaitu:

- TU7: Syarat kelayakan untuk menggunakan manfaat adalah berpatutan ($D = 1.3410$)
- TU8: Jenis manfaat yang ditawarkan pada masa kini adalah berpatutan ($D = 1.0869$)
- TU3: Bayaran tuntutan dalam tempoh masa yang sewajarnya ($D = 0.9468$)

Penerima manfaat menilai aspek tadbir urus sebagai elemen penting dalam memastikan ketelusan, keadilan, dan kecekapan pelaksanaan program kesihatan. Nilai jarak dari titik ideal (D) yang tinggi bagi ketiga-tiga item dalam domain ini mencerminkan jurang yang signifikan antara persepsi kepentingan dan tahap kepuasan yang dialami, menunjukkan bahawa kelemahan dalam pelaksanaan dasar dan prosedur pengurusan manfaat PeKa B40 masih menjadi kebimbangan utama dalam kalangan pengguna. Item TU7 mencatatkan nilai D tertinggi ($D = 1.3410$), menandakan ketidakpuasan terhadap syarat kelayakan yang dianggap tidak inklusif atau tidak mengambil kira realiti sosioekonomi kumpulan B40. Hal ini boleh menyebabkan sebahagian individu layak tidak dapat menikmati manfaat yang disediakan.

Seterusnya, TU8 ($D = 1.0869$) menunjukkan bahawa jenis manfaat yang ditawarkan dianggap tidak sejajar dengan keperluan kesihatan semasa penerima. Kekurangan manfaat bersifat pencegahan atau rawatan lanjutan mungkin dilihat sebagai tidak relevan atau tidak mencukupi bagi golongan berpendapatan rendah yang memerlukan bantuan menyeluruh. Sementara itu, TU3 ($D = 0.9468$) memperlihatkan kelewatan dalam pemprosesan bayaran tuntutan, yang boleh menjejaskan kepercayaan penerima terhadap keberkesanan program. Oleh itu, aspek kelayakan, kandungan manfaat, dan pengurusan tuntutan perlu diteliti semula agar lebih mesra pengguna, adil, dan responsif kepada keperluan sebenar komuniti B40.

4.10 OBJEKTIF 6 – DAPATAN KUALITATIF HALANGAN & CABARAN

Objektif keenam kajian ini adalah untuk mendapatkan pemahaman mengenai halangan dan cabaran, yang dikemukakan oleh responden PeKa B40. Komponen kualitatif melibatkan analisis kualitatif terhadap respon soalan tembual dalam soal selidik yang sama, iaitu, *“Huraikan sebarang halangan atau cabaran yang anda alami untuk menggunakan atau semasa menggunakan manfaat PeKa B40.”*

Analisis kualitatif dijalankan secara keseluruhan tanpa stratifikasi mengikut etnik kerana objektif komponen ini adalah untuk meneroka pengalaman, cabaran dan halangan penggunaan program dalam kalangan penerima manfaat secara umum. Pendekatan ini dipilih bagi membolehkan isu-isu utama yang dikongsi oleh responden dikenal pasti tanpa mengehadkan interpretasi kepada kumpulan etnik tertentu. Walau bagaimanapun, maklumat latar belakang etnik responden masih direkodkan dan dipertimbangkan semasa proses interpretasi dapatan bagi membantu memahami konteks isu yang dibangkitkan oleh responden daripada kumpulan yang berbeza. Pertimbangan ini penting memandangkan analisis kuantitatif terdahulu menunjukkan terdapat perbezaan yang signifikan dalam penggunaan manfaat PeKa B40 antara kumpulan etnik, khususnya dalam kalangan Bumiputera Sabah dan Sarawak berbanding etnik lain.

Tema dan subtema yang dikenal pasti kemudiannya dipetakan kepada konstruk Model Tingkah Laku Andersen Fasa 5 (2008) bagi membolehkan dapatan kualitatif ditafsir secara sistematik berdasarkan kerangka teori yang digunakan dalam kajian. Sebagai contoh, tema yang berkaitan dengan pengetahuan, kefahaman dan ciri-ciri individu dikategorikan di bawah faktor predisposisi, manakala tema yang berkaitan dengan akses, masa, kos dan sumber sokongan dikategorikan sebagai faktor pemboleh. Tema yang menggambarkan keperluan kesihatan, penyakit kronik atau keperluan mendapatkan rawatan pula dipetakan kepada faktor keperluan.

Selain itu, tema yang berkaitan dengan penyampaian perkhidmatan, komunikasi, kos dan tadbir urus program dikategorikan di bawah atribut sistem kesihatan. Pemetaan ini membolehkan dapatan kualitatif bukan sahaja digunakan untuk menerangkan pengalaman responden, malah membantu menjelaskan dapatan kuantitatif yang

diperoleh daripada analisis penggunaan dan kepuasan terhadap program PeKa B40. Pendekatan ini turut memudahkan proses integrasi dapatan kuantitatif dan kualitatif dalam fasa perbincangan bagi menghasilkan pemahaman yang lebih menyeluruh terhadap faktor-faktor yang mempengaruhi penggunaan manfaat PeKa B40.

4.10.1 Halangan Penggunaan PeKa B40 dalam Kalangan Bukan Pengguna

Jadual 4.30 memaparkan matriks analisis berkerangka berdasarkan Model Andersen, yang menyusun tema, sub-tema, dan penerangan sub-tema bagi halangan tidak menggunakan manfaat PeKa B40.

Jadual 4.30 Matriks Analisis Berkerangka Berdasarkan Model Andersen bagi Halangan Tidak Menggunakan Manfaat PeKa B40

Tema	Sub-tema	Penerangan sub-tema
Tahap pendidikan	Masalah literasi membaca	Individu berpendidikan rendah khususnya warga emas yang menghadapi masalah literasi menghalang kefahaman maklumat dan prosedur PeKa B40
Tahap Pengetahuan	Tidak mengetahui kewujudan	Majoriti responden langsung tidak menyedari kewujudan program PeKa B40 ini, menghalang sebarang pertimbangan penggunaan manfaatnya.
	Pengetahuan Terhad	Responden sedar PeKa B40 wujud tetapi tidak memahami peranan, manfaat, kriteria permohonan atau lokasi perkhidmatan.
	Maklumat Salah	Responden menerima maklumat salah, menganggap mereka tidak layak atau program menjejaskan pihak lain.
	Persepsi Tidak Layak	Responden percaya mereka tidak layak kerana pendapatan, status perniagaan atau salah tanggapan kriteria.
Status Kesihatan	Tiada Keperluan kerana Rasa Sihat	Penerima sihat tanpa penyakit kronik tidak melihat keperluan menggunakan manfaat PeKa B40.
Kos Kesihatan	Beban Kewangan Tidak Langsung	Kebimbangan terpaksa menanggung perbelanjaan tambahan
Tadbir Urus PeKa B40	Kelemahan Promosi & Jangkauan Komuniti	Kurangnya promosi rasmi dan jangkauan komuniti menyukarkan pemahaman dan akses manfaat PeKa B40.
	Halangan Digital	Kekurangan peranti, liputan internet dan literasi digital menyukarkan pendaftaran serta akses PeKa B40 dalam talian.

Perbincangan lanjut bagi setiap sub-domain dikemukakan dalam subseksyen berikut.

a. Demografi (Tahap Pendidikan)

Salah satu halangan utama yang dikenal pasti ialah tahap pendidikan rendah, yang menyukarkan pemahaman maklumat asas tentang skim, pengisian borang, dan akses maklumat relevan. Responden warga emas khususnya menghadapi cabaran literasi yang menghalang mereka memanfaatkan program ini sepenuhnya. Seorang responden menyatakan, “[Saya] merupakan warga emas yang kurang berpelajaran, dan [saya] tidak boleh membaca” (R1). Ini menegaskan bahawa kekurangan kemahiran membaca boleh menghalang penerima daripada mengakses maklumat penting mengenai PeKa B40.

b. Tahap Pengetahuan terhadap PeKa B40

Tahap pengetahuan yang rendah mengenai PeKa B40 dikenal pasti sebagai halangan utama dalam kalangan bukan pengguna. Kekurangan kesedaran, pemahaman terhadap maklumat yang salah, dan persepsi bahawa mereka tidak layak jelas mempengaruhi keputusan untuk tidak menggunakan program ini.

Majoriti responden tidak menyedari kewujudan PeKa B40 sehingga mereka tidak terfikir langsung untuk mendaftar mendapatkan saringan kesihatan percuma. Sebahagian menyatakan, “tidak mengetahui kewujudan PeKa B40” (R2), sementara yang lain ringkas, “saya tidak tahu [PeKa B40]” (R3) atau “tidak pernah dengar langsung tentang program ini” (R4).

Selain itu, pengetahuan mereka mengenai manfaat yang ditawarkan dan tatacara prosedur juga terhad. Sebahagian mengakui, “tidak memahami peranan PeKa B40” (R5), manakala yang lain menjelaskan, “maklumat tentang PeKa B40 tidak jelas dan terperinci” (R6) dan “tidak mengetahui cara untuk membuat permohonan atau di mana saya boleh memohon” (R7).

Tidak kurang pentingnya, maklumat yang diterima kadangkala salah sehingga menghalang penggunaan manfaat PeKa B40. Seorang peserta melaporkan, “telah dimaklumkan oleh pegawai PeKa B40 setiap pesara kerajaan tidak layak” (R8), dan

yang lain menambah, “[Program ini] bakal menjejaskan golongan yang tidak berkemampuan” (R9).

Di samping itu, persepsi tidak layak turut menghalang penyertaan—“*rasanya pendapatan saya melebihi had kelayakan yang ditetapkan*” (R10), “*rasanya saya tidak tergolong dalam kumpulan B40*” (R11), malah ada yang menyangka, “*tidak layak kerana memiliki Sijil Syarikat Malaysia (SSM)*” (R12).

Dapatan ini secara keseluruhannya mencerminkan jurang pengetahuan yang serius dalam kalangan bukan pengguna—bukan sahaja dari aspek kesedaran asas, malah dari segi kefahaman operasi program dan persepsi tentang kelayakan—yang secara langsung menyebabkan mereka tidak menggunakan manfaat PeKa B40 walaupun layak.

c. Status Kesihatan: Tiada Keperluan kerana Rasa Sihat

Dalam kalangan bukan pengguna PeKa B40, terdapat kumpulan responden yang tidak merasakan sebarang keperluan untuk menggunakan program ini kerana menilai diri mereka sebagai sihat dan tidak mempunyai sebarang penyakit. Persepsi ini menjadi halangan utama terhadap penglibatan awal dalam program saringan.

Persepsi ini menjadi halangan awal, kerana mereka tidak melihat PeKa B40 sebagai sesuatu yang relevan atau memberi nilai tambah. Sebagaimana dinyatakan oleh responden: “*Buat masa ini, saya belum melihat sebarang keperluan*” (R22), “*Saya tidak mempunyai sebarang penyakit yang memerlukan saringan kesihatan*” (R23), dan “*Program ini tidak memberikan manfaat kepada saya*” (R24).

Dapatan ini mencerminkan persepsi diri sebagai sihat membawa kepada andaian bahawa program seperti PeKa B40 tidak relevan untuk mereka menyebabkan mereka tidak menggunakan PeKa B40 dan berisiko terlepas manfaat penting seperti saringan awal penyakit tidak berjangkit.

d. Kos Kesihatan

Selain isu akses fizikal dan kekangan masa, kos rawatan turut menjadi penghalang utama kepada penggunaan manfaat PeKa B40. Halangan ini timbul apabila sebahagian kos rawatan seperti prosedur tertentu, ubat di luar senarai, dan peralatan perubatan khas tidak sepenuhnya ditanggung oleh Guarantee Letter (GL), menyebabkan penerima perlu menanggung baki bayaran sendiri. Seorang responden menyatakan, *“Kos perubatan yang tidak dilindungi oleh elaun GL akan ditolak, dan baki perlu dibayar sendiri”* (R34). Beban kewangan luar poket (OOP) yang tidak dijangka ini melemahkan motivasi untuk mendaftar atau hadir saringan PeKa B40, kerana bimbang berdepan kos tambahan yang membebankan.

e. Tadbir Urus PeKa B40

Faktor tadbir urus dikenal pasti sebagai penyumbang utama halangan akses PeKa B40, terutamanya dalam kalangan bukan pengguna. Dapatan menunjukkan isu dalam sistem pentadbiran dan penyampaian maklumat menyukarkan akses manfaat secara efektif, khususnya melalui dua aspek utama: kelemahan promosi & jangkauan komuniti serta halangan digital.

i. Kelemahan Promosi & Jangkauan Komuniti

Kelemahan promosi dan jangkauan komuniti merupakan halangan tadbir urus paling ketara, disebabkan kurangnya usaha pengiklanan rasmi dan pendedahan lapangan tentang PeKa B40. Sebahagian responden menegaskan, *“Kurang pendedahan atau iklan berkaitan PeKa B40”* (R35) dan *“Tiada penerangan lengkap mengenai PeKa B40”* (R36). Malah, ada yang menyifatkan, *“Maklumat mengenai PeKa B40 dan peranan kerajaan sangat terhad, seolah-olah tiada langsung”* (R37), sehingga *“PeKa B40 tidak sampai sepenuhnya kepada golongan sasaran”* (R38). Dapatan ini menunjukkan wujudnya jurang komunikasi antara penyedia program dan komuniti sasaran, yang menjejaskan keberkesanan penyampaian maklumat serta menghalang individu daripada mengakses dan menggunakan manfaat yang ditawarkan oleh PeKa B40.

ii. Halangan Digital

Selain itu, maklumat dan pengurusan PeKa B40 yang bergantung kepada portal dan aplikasi dalam talian menjadi halangan bagi sesetengah penerima, terutamanya yang tidak memiliki peranti pintar, capaian internet, atau kemahiran digital. Responden menyatakan, “*Saya tidak memiliki peranti pintar dan telefon saya tidak mempunyai capaian internet*” (R39), “*Sukar mendapatkan sambungan internet untuk memperoleh maklumat PeKa B40*” (R40), “*Saya tidak mahir menggunakan internet pada telefon pintar*” (R41) serta “*Saya tidak aktif di media sosial*” (R42). Akibatnya, golongan terpinggir ini gagal menerima maklumat atau pemberitahuan penting, sekali gus menghalang mereka memanfaatkan manfaat program.

4.10.2 Cabaran dalam Kalangan Pengguna

Jadual 4.31 memaparkan matriks analisis berkerangka berdasarkan Model Andersen, yang menyusun tema, sub-tema, dan penerangan sub-tema bagi cabaran yang dihadapi oleh pengguna manfaat PeKa B40.

Jadual 4.31 Matriks Analisis Berkerangka Berdasarkan Model Andersen bagi Cabaran Menggunakan Manfaat PeKa B40

Tema	Sub-tema	Penerangan sub-tema
Penyampaian Perkhidmatan	Kapasiti Tenaga Kerja	Kekurangan pakar khusus PeKa B40 memaksa penerima bergantung doktor am, menjejaskan kecekapan tuntutan.
Akses dan Kemudahan	Kesesakan	Proses pendaftaran panjang di klinik biasa menyebabkan kesesakan, menjejaskan akses saringan PeKa B40.
Kos Kesihatan	Beban kewangan	Elaun tidak mencukupi menyebabkan kos luar poket tinggi, mengurangkan motivasi pendaftaran dan kehadiran.
Tadbir Urus PeKa B40	Skop dan Elaun Manfaat Terhad	Elaun dan skop manfaat terhad; penerima mahukan pengembangan jenis manfaat dan kadar elaun.
	Kelewatan Pemprosesan & Pembayaran	Kelewatan pemprosesan dan penyaluran manfaat PeKa B40 menghalang akses rawatan tepat masa dan menjejaskan keyakinan.
	Penerangan Maklumat Terhad	Maklumat PeKa B40 terlalu terhad dan kabur, menyulitkan golongan sasaran memahami fungsi, prosedur, dan kelayakan.
	Kriteria kelayakkan terhad	Kriteria kelayakan terhad membataskan manfaat individu, mengecualikan ahli keluarga dan golongan berumur muda berisiko.

Perbincangan lanjut bagi setiap sub-domain dikemukakan dalam subseksyen berikut.

a. Penyampaian Perkhidmatan Kesihatan: Kapasiti Tenaga Kerja

Responden menyuarakan kebimbangan terhadap ketiadaan pegawai atau pakar khusus yang benar-benar memahami pelaksanaan PeKa B40. Kekurangan ini menjejaskan kelancaran akses kepada manfaat, terutamanya apabila penerima hanya dirujuk kepada doktor am yang kurang arif tentang prosedur tuntutan atau skop program. Seorang responden menyatakan, “[Hospital] tidak mempunyai pakar khusus yang memahami selok-belok PeKa B40; lebih ramai tenaga pakar perlu dilibatkan dalam program ini” (R43). Akibatnya, proses rawatan menjadi perlahan dan membingungkan, terutamanya bagi pesakit yang memerlukan panduan jelas tentang kelayakan dan langkah seterusnya.

b. Akses dan Kemudahan Kesihatan: Kesesakan

Salah satu cabaran yang dikenal pasti ialah kesesakan di klinik kesihatan semasa proses pendaftaran dan soal selidik PeKa B40, yang dilaporkan mengambil masa lama dan menjejaskan kelancaran perkhidmatan. Prosedur mengisi borang dan menjalani soal selidik menyebabkan penumpukan pesakit di ruang menunggu, mencetuskan ketidakselesaan kepada pengguna. Seorang responden menyatakan, “[Proses pendaftaran dan soal selidik memakan masa yang lama; perlu diwujudkan ruang atau klinik khusus PeKa B40 bagi tujuan tersebut agar pesakit tidak bersesak di klinik sedia ada]” (R44). Keadaan ini menimbulkan ketegangan dalam kalangan responden, terutama mereka yang perlu menunggu lama dalam suasana yang sesak sebelum dapat menjalani saringan.

c. Kos Kesihatan: Beban Kewangan

Responden melaporkan bahawa ketiadaan bantuan kewangan yang mencukupi semasa sakit menjadi antara cabaran utama yang dihadapi semasa menggunakan manfaat PeKa B40. Dalam situasi tertentu, responden terpaksa menanggung sendiri kos rawatan hospital dan ubat-ubatan, yang seterusnya menimbulkan kebimbangan terhadap kelangsungan rawatan. Seorang responden menyatakan, “[Saya] tidak menerima bantuan kewangan semasa sakit; hulurkan bantuan segera kerana nyawa semakin tipis” (R45). Selain itu, terdapat juga persepsi bahawa jumlah elaun yang diberikan

tidak sepadan dengan keperluan sara hidup semasa, terutamanya dalam konteks peningkatan kos harian. Seperti yang dinyatakan oleh seorang responden, “...tingkatkan elaun isi rumah memandangkan kos hidup kini melambung; elaun sedia ada tidak mencukupi menampung perbelanjaan harian” (R46).

Dapatan ini memperlihatkan bahawa beban perbelanjaan luar poket (out-of-pocket) yang tinggi menjadi penghalang kepada responden untuk mendapatkan rawatan secara konsisten, dan secara tidak langsung turut mempengaruhi tahap kepuasan mereka terhadap pelaksanaan program PeKa B40.

d. Tadbir Urus PeKa B40

Analisis kualitatif telah mengenal pasti empat cabaran utama berkaitan aspek tadbir urus yang dihadapi oleh pengguna manfaat PeKa B40. Cabaran tersebut merangkumi: skop dan kadar elaun manfaat yang dianggap terhad; kelewatan dalam proses permohonan dan pembayaran; penyampaian maklumat yang tidak mencukupi; serta kekangan dalam kriteria kelayakan yang dilihat terlalu sempit. Keempat-empat isu ini dilaporkan memberi kesan langsung terhadap keberkesanan pelaksanaan program serta tahap kepuasan penerima terhadap PeKa B40.

i. Skop dan Elaun Manfaat Terhad

Sebahagian responden menyatakan bahawa skop perlindungan dan kadar elaun PeKa B40 tidak mencukupi untuk menampung keperluan kesihatan sebenar mereka. Seorang responden menyebut, “Perlu memperluas jenis manfaat, kerana kini hanya saringan sahaja yang tersedia” (R47), manakala seorang lagi menyatakan, “Perlu meningkatkan jumlah bantuan kerana elaun sedia ada terlalu terhad” (R48). Dapatan ini menunjukkan bahawa kekangan dalam skop dan jumlah manfaat memberi kesan terhadap keupayaan penerima untuk mendapatkan rawatan menyeluruh.

ii. Kelewatan Pemprosesan dan Pembayaran

Beberapa responden menegaskan bahawa tempoh menunggu kelulusan dan penyaluran manfaat PeKa B40 terlalu lama, hingga menjejaskan keupayaan mereka mendapatkan rawatan tepat pada masanya. Seorang responden menyatakan, “Masa pemprosesan

bantuan terlalu lama... ” (R49), dan yang lain menambah, “Proses penyaluran tuntutan manfaat PeKa B40 mengambil masa yang lama...” (R50). Kebimbangan ini diperkuatkan dengan kenyataan seperti, “Urusan pembayaran perlu dipercepatkan kerana sebulan setengah adalah tempoh yang agak lama, terutamanya bagi pesakit kronik...” (R51) dan “Kerajaan perlu mempercepatkan proses penyaluran PeKa B40...” (R52). Dapatan ini menunjukkan bahawa kelewatan dalam proses pentadbiran boleh menghalang akses rawatan segera dan menjejaskan keberkesanan program.

iii. Penerangan Maklumat Terhadap

Isu penerangan maklumat yang terhad muncul secara meluas dalam kalangan pengguna, yang melaporkan kekurangan informasi sehingga menyukarkan mereka memahami peranan, prosedur dan kelayakan program. Seorang peserta menyatakan, *“Maklumat mengenai PeKa B40 terlalu terhad dan kurang jelas” (R53), manakala seorang lagi berkata, “Saya hanya tahu sedikit maklumat, iaitu tentang saringan sahaja” (R54). Kekurangan penjelasan turut ditekankan melalui kenyataan, “Saya tidak mengetahui manfaat lain di bawah PeKa B40” (R55) dan “Sukar mendapatkan maklumat mengenai PeKa B40” (R56). Dapatan ini mencerminkan jurang komunikasi antara penyedia program dan pengguna, yang akhirnya menjejaskan kefahaman dan melambatkan proses penggunaan manfaat PeKa B40 secara menyeluruh.*

iv. Kriteria Kelayakkan Terhadap

Sebahagian responden berpendapat bahawa syarat kelayakan PeKa B40 terlalu ketat dan tidak mencerminkan realiti kehidupan mereka. Antaranya, seorang peserta menyatakan,, *“Elaun manfaat terhad kepada seorang sahaja; manfaat perlu diperluas kepada semua ahli keluarga” (R57), menggambarkan bahawa keutamaan kepada penerima individu sahaja mengehadkan akses kepada isi rumah yang lebih besar. Tambahan pula, terdapat pandangan bahawa had umur semasa tidak sejajar dengan keperluan semasa: “Had umur 40 tahun tidak mencerminkan risiko sebenar; cadangkan turunkan had umur untuk pencegahan awal” (R58), menegaskan bahawa golongan muda berisiko juga memerlukan perlindungan. Dapatan ini memperlihatkan bahawa kriteria kelayakan yang sempit boleh mengehadkan capaian golongan yang memerlukan, termasuk golongan yang lebih muda yang turut berisiko. Selain itu, elaun*

yang diterima dilihat tidak setimpal dengan beban ekonomi sebenar, terutamanya apabila mengambil kira bilangan ahli dalam sesebuah isi rumah.

4.11 OBJEKTIF 7 – DAPATAN KUALITATIF CADANGAN PENAMBAHBAIKKAN

Objektif ketujuh kajian ini adalah untuk mendapatkan cadangan penambahbaikan yang dikemukakan oleh responden. Komponen kualitatif melibatkan analisis kualitatif terhadap respon soalan temubual dalam soal selidik yang sama, iaitu, “*Apakah cadangan anda untuk menambah baik program PeKa B40?*”

4.11.1 Cadangan Penambahbaikan PeKa B40 oleh Responden

Jadual 4.32 memaparkan matriks analisis berkerangka berdasarkan Model Andersen, yang menyusun tema, sub-tema, dan penerangan sub-tema bagi Cadangan penambahbaikan PeKa B40.

Jadual 4.32 Matriks Analisis Berkerangka Berdasarkan Model Andersen bagi Cadangan Penambahbaikan PeKa B40

Tema	Sub-tema	Penerangan sub-tema
Penyampaian Perkhidmatan	Kualiti Perkhidmatan	Cadangan menambah baik layanan, kecekapan dan sikap penyedia perkhidmatan serta perkhidmatan lebih mesra warga emas.
	Kakitangan	Cadangan untuk menambah kakitangan, termasuk pakar dan kakitangan khas PeKa B40.
Akses dan Kemudahan Kesihatan	Infrastruktur & Klinik Panel	Cadangan untuk menambah bilangan klinik panel dan pusat PeKa B40, termasuk penglibatan klinik swasta.
	Kemudahan Fizikal	Cadangan untuk penambahbaikan kepada kemudahan klinik, iaitu ruang menunggu.
	Sistem temujanji	Cadangan penambahbaikan temujanji.
Komunikasi	Penyampaian Maklumat	Keperluan untuk memberi penerangan jelas tentang cara guna PeKa B40, termasuk latihan atau panduan langkah demi langkah.
Tadbir Urus	Promosi & Jangkauan	Cadangan menjalankan promosi intensif pelbagai saluran—media massa, digital, turun padang, booth—tersasar B40 dan warga emas.

bersambung...

...sambungan

Proses Perlaksanaan	Penambahbaikkan Proses: Cadangan mempercepat dan memudahkan urusan permohonan dan tuntutan, termasuk kurangkan birokrasi. Sistem Digital: Keperluan penambahbaikkan sistem atas talian, termasuk aplikasi, akses dan mesra pengguna.
Kriteria Kelayakan	Cadangan untuk melonggarkan syarat kelayakan seperti had umur, had pendapatan, dan pengiraan tanggungan supaya lebih inklusif.
Reka Bentuk Manfaat	Skop Manfaat: Cadangan menambah nilai, jumlah atau skop manfaat, termasuk elaun, bantuan tunai, dan liputan penyakit. Saringan Kesihatan: Cadangan untuk meningkatkan skop rawatan atau jenis penyakit, serta mempelbagaikan check-up dan kekerapan. Bantuan Alat Perubatan: Penekanan kepada perluasan bantuan alat perubatan, termasuk alat untuk penyakit tertentu atau kos tinggi. Sokongan Kos Pengangkutan: Cadangan berkaitan tambang pengangkutan, seperti pemberian insentif, kenderaan khas atau kemudahan logistik. Sokongan Kewangan & Insurans: Cadangan untuk rawatan percuma, bantuan makanan, dan insurans tambahan untuk golongan tertentu seperti warga emas.

Perbincangan lanjut bagi setiap tema dikemukakan dalam subseksyen berikut.

a. Penyampaian Perkhidmatan

Cadangan berkaitan penambahbaikkan aspek penyampaian perkhidmatan menumpukan kepada dua komponen utama iaitu penambahbaikkan kualiti perkhidmatan dan pengukuhan kapasiti tenaga kerja.

i. Penambahbaikkan Kualiti Perkhidmatan

Sebahagian besar responden menegaskan bahawa kualiti perkhidmatan PeKa B40 perlu dipertingkatkan bukan sahaja dari segi kelancaran operasi, tetapi juga dengan pendekatan mesra pengguna—terutama “[warga emas dan individu kurang mahir

mengoperasi sistem dalam talian]” (R59). Seorang peserta mencadangkan agar kakitangan dilatih untuk *“[mengurus operasi] dengan cekap dan teratur”* (R60), manakala yang lain menekankan pentingnya *“[sikap profesional dan mesra]”* dalam setiap interaksi (R61) serta layanan *“[lebih mesra golongan warga emas]”* (R62). Selain itu, mereka turut menyuarakan keperluan latihan intensif bagi kakitangan agar mahir membantu penerima yang *“[tidak mengetahui cara memanfaatkan program; perlu penambahbaikan kemahiran kakitangan ketika bertugas]”* (R63).

Dapatan ini menunjukkan bahawa selain kandungan program, kualiti interaksi dan kecekapan penyedia perkhidmatan amat penting untuk memastikan penerima—terutamanya warga emas—dapat mengakses manfaat PeKa B40 dengan lebih selesa dan berkesan. Ia menggambarkan bahawa keberhasilan penyampaian skim bergantung bukan hanya kepada apa yang ditawarkan, tetapi juga bagaimana ia disampaikan di lapangan.

ii. Kapasiti Kakitangan

Responden mengemukakan cadangan agar kapasiti pelaksana program PeKa B40 diperkukuh bagi memastikan kelancaran serta kualiti pelaksanaan. Antara cadangan utama termasuklah pelantikan pegawai khas di setiap fasiliti kesihatan kerajaan—*“Lantik kakitangan yang bertanggungjawab menguruskan PeKa B40 di setiap klinik dan hospital kerajaan”* (R64)—dan penambahan bilangan kakitangan bagi mengurangkan beban kerja sedia ada—*“Tambah bilangan kakitangan”* (R65).

Di peringkat rawatan sekunder, responden mencadangkan agar setiap hospital daerah menempatkan sekurang-kurangnya seorang pakar perubatan—*“Di setiap hospital daerah, sekurang-kurangnya seorang doktor pakar perlu ditempatkan”* (R37). Ini disokong oleh cadangan untuk melibatkan lebih ramai pakar klinikal dalam pelaksanaan program bagi meningkatkan mutu perkhidmatan dan perundingan perubatan—*“Lebih ramai pakar khusus dilibatkan dalam PeKa B40”* (R43).

Dapatan ini menekankan kepentingan pengukuhan kapasiti sumber manusia sebagai asas kepada pelaksanaan program yang cekap dan berkualiti. Kekurangan pegawai khas dan pakar perubatan yang terlatih dalam selok-belok pelaksanaan PeKa

B40 boleh menjejaskan keberkesanan penyampaian manfaat serta kefahaman penerima terhadap prosedur dan tuntutan. Oleh itu, kehadiran petugas khusus di fasiliti kesihatan, digabungkan dengan penempatan pakar perubatan di hospital daerah, dilihat sebagai prasyarat penting untuk meningkatkan kecekapan pentadbiran, mempercepatkan proses pelaksanaan, serta menjamin kualiti perkhidmatan kesihatan yang responsif terhadap keperluan populasi B40.

b. Akses dan Kemudahan Kesihatan

Cadangan di bawah tema ini menumpukan kepada keperluan untuk memperluas akses kepada perkhidmatan kesihatan PeKa B40 melalui penambahan lokasi fizikal serta penambahbaikan kemudahan dan suasana di fasiliti kerajaan.

i. Pengembangan Infrastruktur dan Klinik Panel PeKa B40

Responden mencadangkan agar memperluas jangkauan perkhidmatan PeKa B40 bagi meningkatkan kebolehcapaian, khususnya dalam kalangan komuniti luar bandar dan mereka yang menghadapi kekangan mobiliti. Responden mencadangkan agar bilangan fasiliti yang menyediakan PeKa B40 dipertingkatkan—*“Perlu membuka lebih banyak klinik PeKa B40” (R66)*—serta diwujudkan kaunter khas di fasiliti sedia ada bagi melancarkan proses pendaftaran dan soal selidik—*“Wujudkan kaunter khusus PeKa B40 agar pendaftaran tidak membebankan ruang menunggu” (R44)*. Cadangan turut merangkumi peluasan kerjasama dengan sektor swasta, termasuk panel klinik, sebagai usaha menambah baik ketercapaian dan pilihan perkhidmatan—*“Semua klinik swasta seharusnya menyediakan perkhidmatan PeKa B40” (R67)*.

Dapatan ini menekankan kepentingan peluasan liputan dan saluran pelaksanaan program sebagai strategi utama dalam memastikan keadilan akses kepada manfaat kesihatan, khususnya bagi kumpulan rentan yang tinggal jauh daripada fasiliti kesihatan awam atau mempunyai kekangan mobiliti. Kebergantungan terhadap klinik kerajaan sahaja dilihat tidak lagi mencukupi bagi menampung permintaan sedia ada, dan oleh itu penyediaan alternatif melalui klinik panel swasta serta pengkhususan ruang dan kaunter di fasiliti sedia ada dapat meningkatkan kecekapan, mengurangkan kesesakan dan

mempercepatkan proses pelaksanaan manfaat PeKa B40 secara menyeluruh dan inklusif.

ii. Penambahbaikan Kemudahan Fizikal

Responden menekankan bahawa selain mutu rawatan, persekitaran fizikal klinik perlu dipertingkatkan untuk meningkatkan keselesaan dan kelancaran perkhidmatan. Beberapa peserta mencadangkan penambahan kerusi di ruang menunggu bagi mengurangkan kesesakan—*“Perlu menambah kerusi di ruang menunggu klinik”* (R68).

Dapatan ini menekankan bahawa aspek persekitaran fizikal fasiliti kesihatan turut memainkan peranan penting dalam mempengaruhi pengalaman pengguna dan tahap kepuasan terhadap pelaksanaan PeKa B40. Oleh itu, suasana perkhidmatan yang kondusif melalui penyediaan ruang menunggu yang lebih selesa penting dalam memastikan keberkesanan dan penerimaan berterusan terhadap program ini.

iii. Penambahbaikan Sistem Temujanji

Selain itu, responden turut menekankan kepentingan penjadualan temu janji yang tepat dan efisien bagi membolehkan mereka mengakses rawatan yang diperlukan di fasiliti kesihatan kerajaan. Sebagai contoh, seorang responden mencadangkan: *“Percepatkan jadual temu janji”* (R69).

Dapatan ini menunjukkan bahawa kelewatan dalam penetapan temu janji bukan sahaja menjejaskan kelancaran proses rawatan, malah boleh memberi kesan negatif terhadap pengalaman pengguna secara keseluruhan. Oleh itu, sistem temujanji yang lebih terancang dan responsif merupakan komponen sokongan penting dalam memastikan keberkesanan serta penerimaan berterusan terhadap pelaksanaan program PeKa B40.

c. Komunikasi: Penyampaian Maklumat di Klinik

Satu aspek utama yang diketengahkan oleh responden ialah keperluan memperkukuh strategi komunikasi dan penyampaian maklumat mengenai program PeKa B40, khususnya semasa interaksi di fasiliti kesihatan. Beberapa responden menekankan

pentingnya penggunaan bahasa yang mudah difahami dan tidak terlalu teknikal—*“Terangkan dalam bahasa lebih mudah”* (R70) dan *“Berikan penerangan dengan lebih kerap dan terperinci”* (R71)—agar maklumat dapat disampaikan berulang kali, jelas serta mesra pengguna, terutamanya kepada warga emas dan golongan berpendidikan rendah. Responden juga menegaskan perlunya saluran rasmi yang boleh dipercayai bagi mengelakkan penipuan dalam talian—*“Banyak penipuan di internet”* (R72). Di samping itu, keterlibatan aktif kakitangan kesihatan dalam menyampaikan maklumat turut ditekankan: *“Kakitangan kesihatan perlu memaklumkan tentang PeKa B40 kepada pesakit”* (R73), Malah, pendekatan secara praktikal turut disarankan—*“Tunjukkan cara penggunaan program”* (R74)—bagi memudahkan pemahaman prosedur pendaftaran dan tuntutan manfaat.

Dapatan ini menekankan bahawa kelemahan dalam komunikasi program boleh menjejaskan kefahaman dan keterlibatan responden. Penyampaian maklumat yang bersifat mesra pengguna, konsisten dan dapat diakses melalui saluran rasmi yang boleh dipercayai merupakan elemen asas dalam memastikan program difahami dan digunakan secara optimum oleh kumpulan sasaran.

d. Tadbir Urus PeKa B40 – Promosi dan Jangkauan Komuniti

Cadangan dalam tema ini memperlihatkan bahawa aspek promosi dan komunikasi awam merupakan antara elemen yang paling kerap diketengahkan oleh responden. Keperluan untuk memperkukuh strategi penyampaian maklumat berkaitan PeKa B40 dilihat sebagai langkah penting dalam meningkatkan kesedaran dan penyertaan masyarakat terhadap program. Responden mencadangkan agar maklumat disampaikan secara meluas melalui pelbagai medium rasmi seperti iklan, kempen kesedaran dan siaran maklumat berautoriti—*“Maklumat PeKa B40 perlu disebarluaskan secara menyeluruh”* (R75).

Saluran komunikasi digital seperti media sosial dan aplikasi pemesejan turut dikenal pasti sebagai platform berkesan untuk menjangkau kumpulan yang celik teknologi. Seorang responden menyatakan, *“Kongsi maklumat PeKa B40 di media sosial supaya lebih ramai orang maklum”* (R78). Walau bagaimanapun, kebergantungan eksklusif kepada saluran digital dilihat tidak mencukupi, terutamanya

bagi golongan yang mempunyai keterbatasan dalam akses teknologi atau kemahiran digital.

Oleh itu, pendekatan komunikasi bersemuka yang lebih inklusif turut ditekankan. Sebahagian responden menegaskan kepentingan penyampaian maklumat secara langsung kepada komuniti luar bandar—“*Sampaikan maklumat terus kepada penduduk kampung*” (R76)—dan mencadangkan pelaksanaan aktiviti berasaskan komuniti seperti, “*Adakan booth PeKa B40*” (R77).

Selain itu, bentuk komunikasi yang bersifat langsung, konsisten, dan bersifat pedagogi juga dicadangkan bagi memastikan penerima benar-benar memahami prosedur serta manfaat program. Seorang peserta menegaskan, “*Jalankan program susulan untuk membimbing golongan B40*” (R79), sementara keperluan khusus kepada warga emas turut dinyatakan, “*Kerajaan perlu kerap mengadakan kempen di kampung, terutama untuk warga 50 tahun ke atas*” (R80).

Dapatan ini menekankan bahawa strategi komunikasi berkesan merupakan komponen sokongan yang kritikal dalam memastikan penyertaan aktif serta pemahaman menyeluruh terhadap pelaksanaan PeKa B40. Ketidakseimbangan saluran maklumat, terutamanya dalam kalangan komuniti luar bandar dan kumpulan celik digital yang rendah, boleh menjejaskan capaian kepada maklumat program. Oleh itu, pendekatan komunikasi yang menyeluruh—yang merangkumi saluran digital dan intervensi bersemuka, serta penggunaan bahasa yang mudah difahami—merupakan prasyarat penting dalam menjamin keberkesanan pelaksanaan program dan meningkatkan kepercayaan serta penglibatan masyarakat secara berterusan.

e. Tadbir Urus PeKa B40 – Pelaksanaan

Cadangan penambahbaikan dalam aspek pelaksanaan memberi tumpuan kepada tiga komponen utama: pemudahcaraan dan pemendekan proses permohonan serta tuntutan manfaat, penambahbaikan ke atas kecakapan platform digital yang digunakan, dan penapisan serta pemantauan yang lebih teliti terhadap kelayakan penerima bantuan bagi memastikan ketepatan sasaran program.

i. Penambahbaikkan Proses

Responden menegaskan kepentingan memudahkan setiap langkah permohonan dan tuntutan PeKa B40 agar lebih lancar serta mudah difahami tanpa kekeliruan. Seorang peserta menyatakan, *“Permudahkan urusan agar tidak menimbulkan kekeliruan”* (R81), menandakan keperluan sistem mesra pengguna. Mereka turut menggesa agar tempoh menunggu dipendekkan: *“Masa pemprosesan bantuan terlalu lama; perlu disingkatkan”* (R49). Keutamaan untuk mempercepatkan penyaluran manfaat selepas kelulusan juga ditegaskan, *“Proses penyaluran PeKa B40 hendaklah dipercepatkan sebaik permohonan diluluskan”* (R50). Kesan kelewatan melebihi sebulan setengah, khususnya bagi pesakit kronik, telah ditekankan seorang peserta: *“Urusan pembayaran memakan masa lebih sebulan; ia terlalu lama untuk pesakit kronik yang memerlukan rawatan segera”* (R51). Selain itu, mereka menuntut agar proses tuntutan dipermudah: *“Ringkaskan prosedur tuntutan manfaat”* (R82), dan menegaskan keperluan had masa jelas bagi penyaluran elaun: *“Tetapkan tempoh maksimum pembayaran manfaat”* (R83).

Dapatan ini menekankan bahawa kecekapan dalam pelaksanaan PeKa B40 memainkan peranan penting dalam memastikan responden memperoleh perkhidmatan dengan lancar dan tepat pada masanya. Proses yang terlalu kompleks, tidak mesra pengguna, serta tempoh menunggu yang panjang bukan sahaja menjejaskan keberkesanan program, malah boleh menimbulkan ketidakpuasan dan mengurangkan kecenderungan untuk terus menggunakan manfaat yang ditawarkan. Oleh itu, rasionalisasi setiap peringkat prosedur—termasuk pendaftaran, kelulusan dan penyaluran manfaat—merupakan komponen kritikal dalam memastikan program benar-benar responsif terhadap keperluan kumpulan sasar.

ii. Pengukuhan Aplikasi & Sistem Digital

Responden mencadangkan agar platform digital PeKa B40, termasuk sistem dalam talian dan aplikasi mudah alih, diperkukuh bagi memastikan akses yang lebih inklusif kepada semua lapisan masyarakat—*“menambah baik proses pendaftaran dan tuntutan atas talian”* (R84) dan *“memanfaatkan aplikasi digital bagi memudahkan masyarakat mengakses maklumat”* (R85). Responden turut menegaskan kepentingan reka bentuk

sistem yang mesra pengguna, khususnya untuk golongan warga emas dan individu kurang celik digital—*“memastikan sistem permohonan mesra warga emas dan individu kurang mahir digital”* (R59). Proses tuntutan manfaat juga dicadangkan agar dipermudah melalui sistem atas talian yang lebih efisien dan responsif—*“penambahbaikan kepada sistem dalam talian yang efisien dan responsif”* (R86)—kerana ada penerima menyatakan keterbatasan mereka, seperti *“tidak mahir menggunakan internet dan tidak memiliki komputer sendiri”* (R41).

Dapatan ini menekankan bahawa aspek keberkesanan dan kebolehcapaian sistem digital turut memainkan peranan penting dalam mempengaruhi pengalaman pengguna dan keterlibatan mereka terhadap pelaksanaan PeKa B40. Kekangan seperti sistem dalam talian yang tidak mesra pengguna, sukar diakses oleh warga emas atau individu kurang celik teknologi, serta ketiadaan sokongan digital yang efisien bukan sahaja menyukarkan proses permohonan dan tuntutan, malah boleh menghalang capaian kepada manfaat program. Oleh itu, pengukuhan platform digital yang inklusif, mudah diguna dan responsif merupakan elemen sokongan penting dalam memastikan keberkesanan pelaksanaan serta akses yang adil dan menyeluruh bagi semua kumpulan sasar.

f. Tadbir Urus PeKa B40 – Kriteria Kelayakan

Tema ini menekankan keperluan menyemak semula kriteria kelayakan PeKa B40 agar ia lebih inklusif dan fleksibel, mengambil kira pelbagai situasi sosioekonomi penerima. Responden menegaskan agar *“syarat kelayakan PeKa B40 dilonggarkan”* (R89) bagi membolehkan lebih ramai penerima mendapat manfaat, dan mencadangkan *“memperluas golongan yang layak menggunakan program ini”* (R90). Mereka juga membangkitkan agar *“had umur minimum dihapuskan”* (R91), selari dengan pandangan bahawa *“umur 40 tahun sudah ramai menghadapi penyakit; turunkan had umur untuk pencegahan”* (R58). Selain itu, desakan agar *“kelayakan dikembangkan kepada golongan M40”* (R92) dan *“peluang diberikan kepada penerima berpendapatan lebih tinggi”* (R93) turut dikemukakan. Responden menekankan bahawa aspek tanggungan keluarga perlu dipertimbangkan—*“syarat tanggungan keluarga wajar diambil kira, bukan hanya pendapatan semata-mata”* (R94)—serta menuntut agar *“elaun manfaat tidak terhad kepada seorang ahli keluarga; manfaat*

perlu dikongsi bersama” (R57). Cadangan penambahbaikan turut meliputi “penilaian permohonan berdasarkan capaian kenderaan dan skor pendapatan” (R95) dan “pengelasan B40 secara per kapita, bukan hanya berdasarkan jumlah gaji” (R96). Di samping itu, peserta menyeru agar “semua suri rumah layak menerima bantuan” (R97) dan manfaat diperluas “kepada semua rakyat Malaysia, bukan terhad kepada B40 sahaja” (R98).

Dapatan ini menegaskan bahawa penyusunan semula kriteria kelayakan PeKa B40 mesti mengambil pendekatan holistik—meliputi umur, pendapatan, tanggungan isi rumah dan status keluarga—bagi memastikan semua lapisan M40–B40 yang memerlukan dapat mengakses manfaat program.

g. Tadbir Urus PeKa B40 – Reka Bentuk Manfaat

Cadangan berkaitan reka bentuk manfaat PeKa B40 mencerminkan aspirasi masyarakat untuk melihat manfaat yang ditawarkan menjadi lebih luas, menyeluruh, dan sejajar dengan keperluan sebenar penerima B40. Lima subtema utama telah dikenal pasti: (1) penambahan dan pelebaran manfaat, (2) penambahbaikan skop rawatan dan kekerapan saringan, (3) bantuan alat dan rawatan berkos tinggi, (4) sokongan pengangkutan dan logistik, serta (5) rawatan percuma dan sokongan berkala untuk kumpulan rentan.

i. Penambahan dan Pelebaran Skop Manfaat PeKa B40

Tema ini menekankan keperluan memperluas skop dan kadar manfaat PeKa B40 agar ia lebih komprehensif dan responsif terhadap cabaran kos hidup semasa. Responden mencadangkan agar “pelbagai manfaat baharu ditawarkan” (R99), misalnya subsidi ubat dan prosedur, selain saringan kesihatan asas. Kekecewaan terhadap tumpuan eksklusif pada saringan turut diperkatakan: “Manfaat kini terhad kepada saringan sahaja; perlu ditambah” (R47). Isu beban kewangan isi rumah dibangkitkan apabila responden mendesak agar “elaun dipertingkatkan memandangkan kos hidup mencabar” (R46) dan menyeru, “perlu ditambah lagi bantuan berbentuk wang tunai” (R100) supaya golongan B40 dapat menampung perbelanjaan harian. Keperluan untuk menaikkan had manfaat juga disuarakan—“Limit manfaat perlu diperluas” (R101)—bagi memastikan elaun mencukupi menampung kos rawatan. Bahkan, terdapat

responden melaporkan bahawa beliau tidak menerima sebarang bantuan kewangan sewaktu sakit, sehingga menambah beban kos rawatan dan menjejaskan kesinambungan rawatan—*“Tidak menerima bantuan kewangan ketika sakit; hulurkan bantuan kewangan”* (R45).

Dapatan ini mencerminkan bahawa skop manfaat PeKa B40 perlu dikaji semula secara menyeluruh—meliputi penambahan jenis saringan, subsidi ubat dan bantuan tunai kecemasan—agar setiap penerima, tanpa mengira tahap kesihatan atau beban kewangan, dapat memanfaatkan program secara maksimum.

ii. Penambahbaikan Saringan Kesihatan

Tema ini menekankan keperluan meningkatkan kekerapan dan memperluas jenis saringan kesihatan dalam program PeKa B40 agar ia lebih komprehensif dan relevan kepada keperluan pesakit. Responden menggesa agar pemeriksaan diadakan setiap tahun—*“Saringan perlu dijalankan setiap tahun”* (R102)—menunjukkan harapan untuk pemantauan kesihatan berterusan. Mereka juga menekankan bahawa ujian tidak boleh terhad kepada pemeriksaan asas sahaja—*“Jangan hanya ujian asas; tambah lagi jenis saringan”* (R103)—sebaliknya perlu merangkumi ujian lanjutan bagi pelbagai kondisi. Cadangan untuk *“menambah skop penyakit yang dirawat”* (R104) menggambarkan keperluan agar saringan merangkumi bukan sahaja penyakit kronik seperti diabetes, hipertensi dan kanser, tetapi juga keadaan lain yang memerlukan rawatan berkala atau kemasukan hospital. Selain itu, perhatian khusus perlu diberi kepada kesihatan wanita—*“Sertakan saringan penyakit sakit puan”* (R105)—bagi memastikan ujian ginekologi dan mamogram disediakan apabila perlu. Akhir sekali, mereka mencadangkan *“pembayaran kepada klinik panel bagi saringan kesihatan”* (R106), supaya penerima bebas memilih Klinik Panel PeKa B40 berdaftar yang berdekatan tanpa menanggung kos tambahan.

Dapatan ini menegaskan bahawa selain kekerapan tahunan, PeKa B40 perlu memperluas jenis saringan—bukan sahaja asas, tetapi juga lanjutan—serta menyediakan subsidi untuk klinik panel, bagi melindungi golongan B40 daripada komplikasi kesihatan yang tidak dikesan lebih awal.

iii. Penambahbaikan Bantuan Alat Perubatan

Tema ini menekankan keperluan memperluas bantuan alatan perubatan dan rawatan berkos tinggi di bawah PeKa B40 bagi menampung kos sebenar keperluan pesakit. Responden mencadangkan agar *“kelayakan memohon PeKa B40 diperluas bagi memasukkan keperluan alatan perubatan untuk pelbagai penyakit selain saringan asas”* (R107), menunjukkan desakan untuk menambah kategori alat dan peranti sokongan lain. Mereka juga menegaskan bahawa *“golongan PeKa B40 perlu menerima bantuan secukupnya bagi barang keperluan perubatan yang mahal”* (R108), menggambarkan harapan agar subsidi merangkumi peralatan khusus. Selain itu, cadangan *“manfaat alatan perubatan sehingga RM20,000 perlu diperluas, selain memasukkan kos pembedahan”* (R109) menegaskan bahawa had bantuan alatan perubatan sehingga RM20,000 wajar diperluas agar turut merangkumi kos pembedahan.

Dapatan ini mencerminkan bahawa sokongan sedia ada masih belum mencukupi untuk menampung kos tinggi alatan perubatan dan prosedur klinikal kritikal. Oleh itu, skop manfaat PeKa B40 harus diperluas bukan sahaja dari segi jenis alatan, tetapi juga pembiayaan pembedahan dan rawatan kompleks. Penetapan kadar bantuan lebih tinggi, disertai garis panduan terperinci mengenai kelayakan alatan dan prosedur, akan memastikan golongan B40 mendapat akses rawatan menyeluruh tanpa beban kewangan yang berlebihan.

iv. Penambahbaikan Bantuan Pengangkutan

Tema ini menekankan keperluan memperkukuh sokongan pengangkutan dan pengurusan logistik bagi memastikan penerima PeKa B40 dapat menghadiri temu janji dan rawatan tanpa halangan. Responden menegaskan bahawa *“isu pengangkutan perlu ditangani untuk memudahkan urusan kesihatan”* (R110), menandakan desakan untuk langkah konkrit mengatasi cabaran jarak dan ketiadaan kenderaan. Mereka juga mencadangkan agar *“elaun pengangkutan dan pengurusan kesihatan diselaraskan serta ditambah baik”* (R111), menggambarkan harapan agar proses pembayaran tambang diuruskan secara tersusun. Selain itu, sokongan logistik khusus seperti *“menyediakan kenderaan untuk mengambil pesakit yang uzur”* (R112) dianggap

penting bagi golongan terpinggir yang sukar bergerak sendiri. Keprihatinan terhadap kadar elaun sedia ada turut diutarakan—*“tambang tambahan terlalu sedikit berbanding kos sebenar semasa kemasukan wad”* (R113)—menunjukkan bantuan kini tidak mencukupi menampung kos pengangkutan ke fasiliti kesihatan.

Dapatan ini mencerminkan bahawa tanpa penambahbaikan menyeluruh dalam bantuan pengangkutan dan proses logistik, ramai penerima B40 akan terus mengalami kesukaran fizikal mendapatkan rawatan. Oleh itu, skema PeKa B40 perlu menilai semula kadar elaun tambang, memperkenalkan perkhidmatan van jemputan pesakit, dan membangunkan prosedur permohonan bantuan pengangkutan yang lebih cekap supaya setiap penerima dapat mengakses rawatan tanpa gangguan.

v. Peningkatan Sokongan Kewangan & Insurans

Responden menyeru agar kos rawatan diturunkan secara menyeluruh, menegaskan, *“Kurangkan bayaran untuk semua jenis rawatan”* (R114), yang mencerminkan keperluan subsidi penuh atau separa bagi setiap prosedur. Mereka turut mencadangkan pemberian *“rawatan percuma untuk golongan B40”* (R115), menunjukkan harapan agar penerima berpendapatan rendah dikecualikan daripada bayaran hospital dan klinik. Keperluan menambah perlindungan insurans diri juga ditekankan—*“Perlu memperkenalkan insurans perlindungan peribadi”* (R116)—sebagai langkah menangani kecemasan kesihatan. Selain itu, perhatian khusus diberikan kepada warga emas apabila seorang responden mencadangkan, *“Sediakan insurans kesihatan tambahan bagi mereka yang berusia 70 tahun ke atas”* (R117), menzahirkan keperluan skim insurans lanjutan untuk menampung kos rawatan kronik dan pembedahan.

Dapatan ini mencerminkan bahawa golongan B40—terutamanya warga emas dan mereka yang berpendapatan rendah—terdedah kepada risiko kewangan serius apabila berdepan kos rawatan tinggi. Oleh itu, selain subsidi rawatan dan pengecualian bayaran, PeKa B40 perlu bekerjasama dengan syarikat insurans untuk menawarkan pelan perlindungan khas serta menetapkan mekanisme automatik bagi pengecualian bayaran hospital dan klinik kepada penerima layak. Langkah-langkah ini akan memastikan tiada seorang pun tertinggal akibat kekangan kewangan, sekali gus

mempertingkatkan keberkesanan program dalam menjaga kesejahteraan kesihatan komuniti B40.

4.12 KESIMPULAN

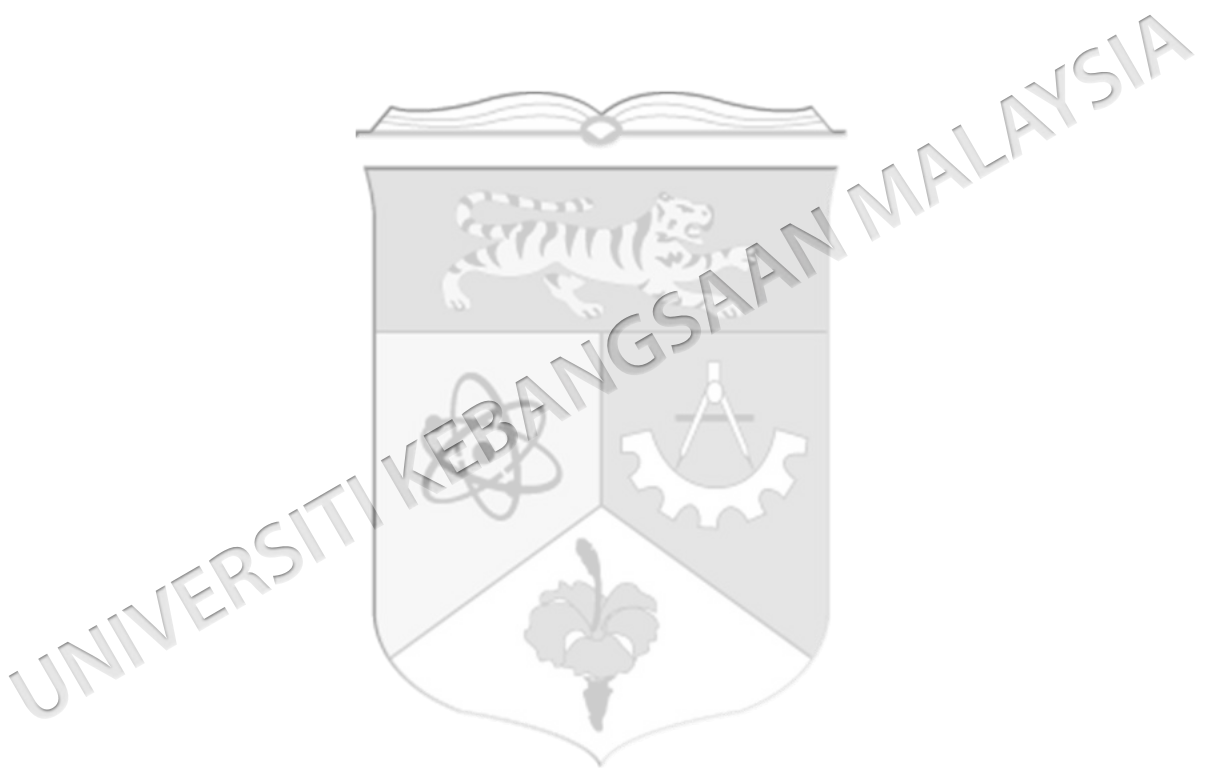
Bab ini membentangkan dapatan kajian berdasarkan pendekatan kaedah campuran yang merangkumi analisis kuantitatif dan kualitatif. Lima objektif pertama dianalisis secara kuantitatif, melibatkan penilaian tahap penggunaan dan kepuasan terhadap program PeKa B40 serta faktor-faktor yang mempengaruhinya. Objektif keenam pula menggunakan pendekatan kualitatif bagi meneroka pengalaman, cabaran serta cadangan penambahbaikan daripada perspektif pengguna dan bukan pengguna PeKa B40.

Secara keseluruhan, dapatan kuantitatif menunjukkan bahawa kadar penggunaan manfaat PeKa B40 dalam kalangan kumpulan sasar masih rendah. Walaupun sebahagian besar pengguna melaporkan tahap kepuasan yang sederhana hingga tinggi, wujud jurang yang ketara antara persepsi terhadap kepentingan dan tahap kepuasan bagi beberapa atribut sistem kesihatan, khususnya dari segi kos perkhidmatan dan tadbir urus program.

Analisis regresi lanjut mengenal pasti bahawa kedua-dua atribut individu dan sistem kesihatan merupakan penentu yang signifikan terhadap penggunaan dan kepuasan. Bagi penggunaan, faktor individu seperti bangsa, status perkahwinan, tahap pendidikan, pengetahuan mengenai PeKa B40, status pekerjaan, pendapatan isi rumah, penyertaan dalam program perlindungan kesihatan, dan status kesihatan didapati berpengaruh secara signifikan. Bagi tahap kepuasan pula, faktor signifikan termasuk jantina, bangsa, tahap pengetahuan mengenai PeKa B40, fasiliti kesihatan, serta status kesihatan. Dalam kalangan atribut sistem kesihatan, komunikasi, kos kesihatan, tadbir urus program dan tahap kepuasan sistem dikenal pasti sebagai faktor signifikan bagi penggunaan. Manakala bagi kepuasan, faktor utama yang dikenal pasti ialah penyedia perkhidmatan, akses dan kemudahan, kos kesihatan, dan tadbir urus PeKa B40.

Analisis kualitatif yang dijalankan selari turut memperincikan dan mengenal pasti kekangan pelaksanaan, keperluan responden, serta cadangan penambahbaikan dari sudut pelaksanaan dan dasar program.

Penemuan menyeluruh ini akan dibincangkan dalam Bab 5 dengan memberi tumpuan kepada integrasi dapatan kuantitatif dan kualitatif, perbandingan dengan literatur terdahulu, serta implikasi dasar bagi penambahbaikan PeKa B40.



BAB V

PERBINCANGAN

5.1 PENGENALAN

Bab Bab ini membincangkan dapatan utama kajian berdasarkan tujuh objektif yang telah digariskan, merangkumi tahap penggunaan manfaat PeKa B40, tahap kepuasan terhadap program, faktor-faktor yang mempengaruhi penggunaan dan kepuasan, jurang antara kepentingan dan kepuasan atribut sistem kesihatan, serta cabaran dan cadangan penambahbaikan daripada perspektif penerima manfaat.

Perbincangan disusun mengikut objektif kajian bagi memastikan setiap dapatan dapat ditafsir secara sistematik dan selaras dengan persoalan kajian yang telah ditetapkan. Perbincangan dimulakan dengan tahap penggunaan dan kepuasan terhadap program, diikuti faktor-faktor yang mempengaruhi kedua-dua hasil tersebut yang merangkumi faktor predisposisi, faktor pemboleh, faktor keperluan dan atribut sistem kesihatan. Seterusnya, dapatan berkaitan jurang antara kepentingan dan kepuasan atribut sistem kesihatan dibincangkan menggunakan pendekatan *Importance–Performance Gap Analysis* (IPGA), sebelum diakhiri dengan perbincangan mengenai cabaran pelaksanaan dan cadangan penambahbaikan yang dikemukakan oleh responden.

Bagi setiap objektif, dapatan kuantitatif dan kualitatif yang berkaitan dibincangkan secara bersepadu bagi memberikan pemahaman yang lebih menyeluruh terhadap isu yang dikaji. Pendekatan ini selaras dengan reka bentuk *Embedded Convergent Parallel Mixed Methods Design* yang digunakan dalam kajian, di mana dapatan kuantitatif dan kualitatif diintegrasikan pada peringkat interpretasi untuk menghasilkan penjelasan yang lebih mendalam dan kontekstual.

5.2 TAHAP PENGGUNAAN MANFAAT PEKA B40

Objektif pertama kajian ini ialah menentukan sejauh mana penerima manfaat yang layak telah menggunakan manfaat PeKa B40. Hasilnya menunjukkan hanya 528 daripada 2,573 responden (20.5%) yang telah memanfaatkan sekurang-kurangnya satu daripada empat manfaat yang ditawarkan. Perbincangan seterusnya akan menumpukan kepada tiga isu utama: kadar penggunaan keseluruhan yang rendah, ketidakseimbangan penggunaan manfaat, dan perbezaan tahap penggunaan antara kumpulan etnik.

5.2.1 Tahap Penggunaan Keseluruhan

Tahap penggunaan manfaat PeKa B40 kekal rendah meskipun wujud keperluan yang tinggi. Dapatan kajian menunjukkan hanya 20.5% penerima manfaat telah menggunakan sekurang-kurangnya satu daripada empat manfaat yang disediakan. Walaupun semua responden tergolong dalam kumpulan berisiko tinggi penyakit tidak berjangkit (NCD) dan layak secara automatik, tahap penglibatan kekal rendah (Ismail et al. 2024). Walaubagaimanapun, keputusan ini selari dengan laporan Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM), yang mencatatkan peningkatan penggunaan daripada 13.9% pada Mac 2022 kepada 22% sehingga Februari 2025—menunjukkan kenaikan lebih 10% sejak kajian ini bermula pada Disember 2022 (KKM 2022, 2025).

Manakala jika dibandingkan dengan kajian lepas di dalam Malaysia, tahap penggunaan manfaat PeKa B40 sememangnya didapati rendah secara konsisten. Di kawasan bandar pula, Yunus et al. (2021) melaporkan hanya 7.6% daripada penduduk B40 di Lembah Klang yang menggunakan manfaat PeKa B40, manakala penggunaan penjagaan kesihatan awam hanya mencecah 19.5% semasa tempoh Perintah Kawalan Pergerakan (PKP), walaupun meningkat kepada 33.1% selepasnya. Namun begitu, kadar ini masih rendah jika dibandingkan dengan keperluan kesihatan sebenar kumpulan berpendapatan rendah ini. Kajian oleh Tey et al. (2025) pula, yang memfokuskan kepada pesakit diabetes dalam kalangan penerima PeKa B40, mendapati walaupun penggunaan perkhidmatan asas seperti konsultasi doktor dan pengambilan ubat adalah tinggi, tahap kesedaran terhadap perkhidmatan sokongan lain seperti fisioterapi dan kaunseling dietetik kekal rendah, menunjukkan keterbatasan dalam penggunaan perkhidmatan kesihatan walaupun diberikan secara subsidi atau percuma

bagi golongan tersebut. Tambahan pula, Halim et al. (2025) mendapati bahawa hanya 6.7% pesakit yang layak memanfaatkan Insentif Rawatan Kanser (Cancer Care Treatment Incentive, CCTI) di bawah PeKa B40. Kajian ini turut menonjolkan kekeliruan dalam kalangan pengamal perubatan serta kelemahan komunikasi dan penyebaran maklumat di fasiliti kesihatan sebagai antara faktor yang menyumbang kepada kadar penggunaan yang rendah.

Kesemua dapatan ini mengukuhkan kenyataan bahawa walaupun PeKa B40 dirancang untuk meningkatkan akses penjagaan kesihatan dalam kalangan kumpulan berisiko tinggi, kadar penggunaan manfaatnya masih jauh daripada sasaran, dan dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti kekurangan kesedaran, halangan logistik, kekangan budaya, serta persepsi terhadap keberkesanan dan kualiti perkhidmatan.

5.2.2 Perbandingan Tahap Penggunaan PeKa B40 dengan Negara Lain

Walaupun struktur PeKa B40 berbeza daripada skim insurans seperti NHI, SHI atau CBHI di negara lain, kesemuanya berkongsi matlamat untuk memperluaskan liputan kesihatan sejagat dalam kalangan golongan berpendapatan rendah. Oleh itu, perbandingan kadar penggunaan dapat memberi gambaran keberkesanan pelaksanaan.

Di Malaysia, hanya 20.5% penerima manfaat yang layak telah menggunakan sekurang-kurangnya satu manfaat PeKa B40—kadar yang sederhana dan boleh dijadikan penanda aras antarabangsa. Di India, skim RSBY sebelum ini hanya mencatat 0.3% penggunaan rawatan pesakit dalam (Thakur 2016), , manakala penggantinya PM-JAY mencapai 47.2% di beberapa kawasan luar bandar namun masih berdepan isu ketidakcekapan dan kos poket yang tinggi (Garg et al. 2024; Srie & Maiya 2021).

Di Indonesia, Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) mencatat peningkatan kemasukan pesakit dalam sebanyak 8.2% dalam kalangan pembayar premium dan 1.8% untuk ahli subsidi, tetapi pengguna sektor tidak formal masih terhalang oleh isu kepercayaan dan rujukan (Ekawati et al. 2017; Erlangga et al. 2019; Muttaqien et al. 2021). China pula, melalui skim SHI, merekodkan kadar penggunaan pesakit luar sekitar 17.9–21.7% dan pesakit dalam 9.9–12.9%, bergantung kepada jenis skim (Bie et al. 2024). Angka-angka ini—yang selari dengan kadar penggunaan 20% di

Malaysia—menunjukkan individu yang dilindungi insurans di China, khususnya di kawasan luar bandar, mengakses perkhidmatan kesihatan dengan lebih kerap berbanding golongan tidak dilindungi.

Sebaliknya, Thailand melalui UCS menunjukkan prestasi cemerlang dengan kadar penggunaan tinggi dan kepuasan pengguna berkat dasar tanpa bayaran pendahuluan dan sistem penghantaran awam yang mantap (Paek et al., 2016). Ghana dan Ethiopia turut melaporkan peningkatan ketara penggunaan sebanyak 26% dan 111% melalui skim NHIS dan CBHI masing-masing (Sarkodie, 2021; Shigute et al., 2020). Sementara itu, Korea Selatan mencatat penggunaan pesakit luar sehingga 90% selepas reformasi sistem NHI dan automasi rekod kesihatan (Kim, 2023; Park, 2021).

Secara perbandingan, kadar penggunaan 20% di Malaysia meletakkannya lebih baik berbanding kadar yang dilaporkan bagi RSBY, dan searas dengan kadar penggunaan yang dilaporkan bagi JKN dan NRCMS di China. Namun, ia masih di bawah sistem berprestasi tinggi di Thailand, Ghana dan Ethiopia. Ini menunjukkan bahawa walaupun program Malaysia bergerak ke arah yang betul, pengukuhan kesedaran, kesiapsiagaan perkhidmatan dan reka bentuk berfokuskan keadilan adalah penting untuk meningkatkan impak dan mendekatkan diri kepada matlamat UHC.

5.2.3 Penggunaan Manfaat yang Tidak Seimbang dan Tertumpu kepada Saringan

Dapatan kajian ini menunjukkan corak penggunaan manfaat PeKa B40 yang tidak seimbang dalam kalangan penerima manfaat, dengan tumpuan yang hampir sepenuhnya kepada komponen saringan kesihatan percuma. Sekitar 95% pengguna hanya menjalani saringan awal, manakala hanya 15% menerima bantuan alat perubatan, 9% menggunakan insentif tambang pengangkutan, dan 5% menerima insentif melengkapkan rawatan kanser.

Corak ini bukan sahaja mencerminkan kebergantungan kepada satu komponen manfaat, tetapi juga isu akses terhadap tiga manfaat lain yang jauh lebih rendah penggunaannya. Keadaan ini berkemungkinan besar berpunca daripada kriteria kelayakan yang terlalu sempit — contohnya, hanya melibatkan penyakit tertentu — serta manfaat yang ditawarkan terlalu terhad dari segi skop dan proses kelulusan.

Keadaan ini menimbulkan kebimbangan terhadap keupayaan program untuk menyokong penjagaan susulan, rawatan berterusan dan keberkesanan jangka panjang dalam menangani beban penyakit tidak berjangkit dalam kalangan kumpulan rentan.

Isu keterbatasan penggunaan manfaat serta cabaran pelaksanaan program ini bukan terhad kepada dapatan kajian semasa sahaja. Sebagai contoh, kajian oleh Halim et al. (2025) turut mendapati bahawa hanya 6.7% pesakit yang layak memohon Insentif Rawatan Kanser (CCTI) benar-benar menerima bantuan tersebut. Kadar penerimaan manfaat yang rendah ini dikaitkan dengan beberapa isu pelaksanaan seperti kekeliruan tatacara permohonan, kurangnya promosi di fasiliti kesihatan, serta keterbatasan maklumat berkenaan prosedur permohonan dan kelayakan manfaat.

Analisis terhadap ketidakseimbangan ini turut mengenal pasti kesedaran yang rendah terhadap manfaat bukan saringan sebagai faktor penyumbang utama. Kajian oleh Tey et al. (2025) menunjukkan bahawa sebahagian besar penerima hanya mengetahui tentang saringan percuma, dan tidak dimaklumkan secara menyeluruh mengenai manfaat lain seperti fisioterapi, kaunseling pemakanan atau bantuan alat perubatan. Tambahan pula, halangan logistik dan administratif turut memainkan peranan penting. Proses permohonan bagi manfaat bukan saringan sering dianggap rumit dan membebankan, memerlukan dokumentasi tambahan dan pengesahan pihak ketiga, yang akhirnya melemahkan minat penerima untuk membuat permohonan (Halim et al., 2025).

Penggunaan yang hanya tertumpu kepada saringan awal tanpa kesinambungan kepada rawatan, rehabilitasi atau pemulihan akan mengehadkan impak kesihatan jangka panjang. Justeru, untuk memastikan impak yang lebih holistik dan mampan, perlu ada usaha bersepadu dalam memperkasa penyampaian maklumat, mempermudah proses permohonan, dan mengukuhkan peranan fasiliti kesihatan dalam memberikan panduan menyeluruh berkenaan semua komponen manfaat yang ditawarkan di bawah program PeKa B40.

5.2.4 Ketidaksamaan Penggunaan antara Kumpulan Etnik

Kajian ini turut mendapati wujudnya perbezaan yang ketara dalam penggunaan PeKa B40 mengikut etnik. Bumiputera Sabah dan Sarawak mencatatkan kadar penggunaan terendah (6.4%), jauh lebih rendah berbanding India (32.1%), Cina (23.2%), dan Melayu (21.7%). Jurang ini mungkin berpunca daripada isu akses fizikal, kurangnya promosi di kawasan luar bandar, serta pendekatan komunikasi program yang kurang sesuai dengan budaya dan bahasa tempatan.

Ujian *chi-square* mengesahkan bahawa terdapat hubungan yang signifikan antara etnik dan penggunaan manfaat ($\chi^2 = 64.882$, $df = 3$, $p < 0.001$). Ini bermaksud perbezaan kadar penggunaan antara kumpulan etnik bukan disebabkan oleh kebetulan atau saiz populasi semata-mata, tetapi menunjukkan corak yang nyata dan perlu diberi perhatian.

a. Kaum Melayu

Walaupun kaum Melayu merupakan kumpulan etnik majoriti dalam kajian ini, kadar penggunaan manfaat PeKa B40 dalam kalangan mereka masih rendah, iaitu hanya 21.7%. Situasi ini amat membimbangkan memandangkan hampir separuh daripada responden Melayu (46.6%) dilaporkan mengalami beban penyakit tidak berjangkit (NCD) yang sederhana hingga tinggi, menunjukkan keperluan kesihatan yang nyata namun tidak diterjemahkan kepada penggunaan perkhidmatan.

Salah satu faktor utama yang menyumbang kepada corak penggunaan yang rendah ini adalah tahap literasi kesihatan dan pengetahuan mengenai PeKa B40 yang masih tidak memadai. Walaupun 39.0% responden Melayu mempunyai tahap literasi kesihatan yang tinggi, hanya 28.9% mengetahui manfaat PeKa B40. Dapatan ini menunjukkan bahawa jurang pengetahuan mengenai program mungkin bukan semata-mata berpunca daripada tahap literasi kesihatan individu, tetapi juga boleh dikaitkan dengan keberkesanan penyampaian maklumat dan komunikasi program kepada kumpulan sasaran.

Dapatan ini selari dengan penemuan kajian lepas. Yunus et al. (2021) melaporkan bahawa ramai individu Melayu yang layak tidak menggunakan manfaat PeKa B40 disebabkan kurang kesedaran serta kekeliruan mengenai kelayakan program. Sementara itu, Abdullah et al. (2020) menunjukkan bahawa kaum Melayu lebih berisiko mengalami tahap literasi kesihatan yang rendah, yang boleh menjejaskan pemahaman terhadap maklumat perubatan dan keupayaan membuat keputusan kesihatan yang tepat.

Selain kekangan maklumat, faktor masa turut dikenal pasti sebagai penghalang utama. Sebahagian besar responden Melayu bekerja (68.2%), yang mana kekangan masa mungkin menyebabkan mereka tidak dapat mengakses perkhidmatan, terutamanya apabila program disediakan hanya pada waktu pejabat. Oleh itu, fleksibiliti masa dalam penyampaian perkhidmatan, termasuk penyediaan slot luar waktu pejabat dan program saringan mudah alih, amat diperlukan. Walau bagaimanapun, faktor pekerjaan bukanlah eksklusif kepada kaum Melayu dan perlu ditafsirkan dengan berhati-hati kerana kekangan masa bekerja turut boleh dialami oleh kumpulan etnik lain.

Secara keseluruhannya, penemuan ini menunjukkan perlunya perancangan semula pendekatan komunikasi dan pendidikan kesihatan yang lebih bersasar kepada masyarakat Melayu berpendapatan rendah. Strategi promosi yang mengambil kira latar belakang budaya, seperti penyampaian maklumat melalui media sosial dan institusi tempatan seperti masjid, berpotensi untuk meningkatkan kesedaran serta kefahaman mengenai manfaat PeKa B40. Di samping itu, pelaksanaan program yang lebih fleksibel dari segi masa—seperti penyediaan slot perkhidmatan di luar waktu pejabat dan pengenalan saringan bergerak—dijangka dapat menangani kekangan masa yang dihadapi oleh penerima manfaat yang bekerja, sekaligus meningkatkan kadar penggunaan dalam kalangan kumpulan ini.

b. Bumiputera Sabah dan Sarawak

Dalam kajian ini, Bumiputera Sabah dan Sarawak menunjukkan kadar penggunaan manfaat PeKa B40 yang paling rendah berbanding kumpulan etnik lain, iaitu hanya 6.4%. Keputusan analisis multivariat menunjukkan bahawa peluang penggunaan adalah jauh lebih rendah berbanding kumpulan rujukan, dengan nilai aOR = 0.352 ($p < 0.001$).

Keadaan ini amat membimbangkan memandangkan beban penyakit tidak berjangkit (NCD) dalam kalangan kumpulan ini adalah tinggi, iaitu 56.4%, namun tahap penggunaan manfaat kesihatan kekal rendah. Dapatan ini menggambarkan kewujudan keperluan kesihatan yang jelas, tetapi tidak disokong oleh capaian terhadap perkhidmatan sedia ada.

Antara faktor utama yang menyumbang kepada jurang ini ialah tahap literasi kesihatan dan pengetahuan tentang PeKa B40 yang sangat rendah. Hanya 16.3% responden dalam kalangan Bumiputera Sabah dan Sarawak mempunyai literasi kesihatan yang tinggi, dan hanya 14.1% mengetahui secara mencukupi tentang program PeKa B40. Ini menunjukkan bahawa maklumat kesihatan dan kandungan program tidak sampai kepada kumpulan ini secara berkesan (Yunus et al., 2021; Halim et al., 2025). Tambahan pula, majoriti besar daripada kumpulan ini tinggal di kawasan luar bandar (85%) dan tergolong dalam kategori pendapatan B1 (77%), yang secara langsung memberi kesan kepada keupayaan fizikal dan kewangan mereka untuk mengakses perkhidmatan kesihatan. Isu geografi, jarak yang jauh, kekurangan kemudahan kesihatan, serta ketiadaan pengangkutan awam terus membataskan akses kepada rawatan asas (Manual et al. 2024; Naserrudin et al. 2023).

Faktor komunikasi turut menjadi halangan yang signifikan. Promosi berkaitan PeKa B40 tidak menggunakan bahasa tempatan dan tidak mengambil kira norma budaya setempat, menyebabkan mesej kesihatan sukar difahami atau ditolak. Pelaksanaan program juga kurang disokong dengan komunikasi yang efektif di fasiliti kesihatan, seterusnya menjejaskan kefahaman dan keyakinan komuniti terhadap program tersebut (Halim et al., 2025). Halangan budaya dan bahasa yang wujud turut memperlihatkan jurang antara mesej kesihatan moden dengan kepercayaan tradisional, termasuk kebergantungan kepada rawatan alternatif serta sensitiviti terhadap penggunaan istilah perubatan yang tidak difahami (Chuah et al. 2018).

Sehubungan itu, beberapa cadangan intervensi telah dikenal pasti bagi menangani jurang ini. Antaranya termasuk pengedaran bahan promosi dan maklumat dalam bahasa ibunda, latihan kepada petugas kesihatan tempatan bagi meningkatkan komunikasi yang lebih inklusif dan sensitif budaya, serta pelaksanaan sesi penerangan

komuniti di tempat ibadat dan pusat komuniti. Di samping itu, penyediaan perkhidmatan mudah capai seperti klinik bergerak, peluasan ke klinik desa, serta pemberian subsidi pengangkutan disarankan bagi mengurangkan halangan logistik. Saluran komunikasi komuniti seperti radio kampung dan pengumuman lisan juga boleh digunakan secara lebih aktif. Kandungan mesej kesihatan pula perlu disesuaikan dengan norma setempat agar lebih mudah diterima, manakala proses tuntutan manfaat yang memerlukan permohonan perlu dipermudahkan melalui prosedur ringkas dan penyediaan kaunter khas di fasiliti luar bandar.

c. **Kaum India**

Dalam kalangan semua kumpulan etnik yang dikaji, kaum India mencatatkan kadar penggunaan manfaat PeKa B40 tertinggi, iaitu sebanyak 32.1%. Keadaan ini berpadanan dengan beban penyakit tidak berjangkit (NCD) tertinggi dalam kalangan etnik (57.3%), menunjukkan bahawa keperluan kesihatan yang tinggi telah mendorong penggunaan perkhidmatan kesihatan. Dapatan ini sejajar dengan kajian oleh Yunus et al. (2021), yang menunjukkan bahawa individu dengan penyakit NCD adalah 4.21 kali lebih berkemungkinan untuk menggunakan perkhidmatan kesihatan berbanding mereka yang sihat.

Dari segi sosio-demografi, majoriti responden India tinggal di kawasan bandar (67.6%) dan tergolong dalam julat pendapatan B2–B4 (52.8%), iaitu kumpulan berpendapatan lebih tinggi dalam kategori B40. Gabungan faktor lokasi dan ekonomi ini memberi kelebihan dari segi capaian kepada fasiliti kesihatan seperti yang dibuktikan oleh Zhu et al. (2023), yang melaporkan bahawa penduduk bandar lebih kerap menggunakan perkhidmatan kesihatan berbanding penduduk luar bandar disebabkan oleh ketersediaan fasiliti, tenaga kerja kesihatan, dan maklumat program dan keupayaan untuk menampung kos tidak langsung rawatan seperti pengangkutan atau kehilangan pendapatan harian, seperti yang turut dibuktikan oleh Thoa et al. (2013) dan Wang et al. (2019).

Dalam konteks ini, meskipun kadar penggunaan dalam kalangan kaum India adalah tinggi, isu utama yang dikenal pasti ialah tahap literasi kesihatan yang masih rendah, iaitu hanya 28.4%, serta pengetahuan yang terhad tentang Program PeKa B40,

yang mencatatkan kadar 24.8%. Dapatan ini mencadangkan bahawa penggunaan manfaat program berkemungkinan didorong oleh faktor keperluan dan kemudahan akses semata-mata, dan bukan hasil daripada pemahaman yang menyeluruh terhadap objektif serta skop program tersebut.

Walaupun bagaimanapun, intervensi tetap diperlukan bagi memperluas penggunaan manfaat bukan saringan dan menjangkau golongan India di kawasan luar bandar atau terpencil, terutamanya komuniti ladang. Antara langkah yang disarankan ialah memperhebat promosi manfaat bukan saringan melalui testimoni pengguna, bahan maklumat dalam bahasa Tamil, dan pendekatan yang bersifat visual dan naratif. Selain itu, program jangkauan lapangan ke ladang dan kampung India dengan penglibatan NGO tempatan, kuil, dan pemimpin komuniti boleh membantu memastikan maklumat program disampaikan secara menyeluruh. Pendekatan berasaskan komuniti ini penting untuk meningkatkan kesedaran dan mendorong tindakan dalam kalangan kumpulan yang masih kurang terlibat.

d. Kaum Cina

Kaum Cina mencatatkan kadar penggunaan PeKa B40 kedua tertinggi dalam kalangan semua kumpulan etnik yang dikaji, iaitu sebanyak 23.2%, menunjukkan tahap penglibatan yang lebih baik berbanding etnik Melayu dan jauh melebihi kadar dalam kalangan Bumiputera Sabah dan Sarawak. Walaupun tidak setinggi kaum India, penggunaan ini tetap signifikan kerana wujudnya akses dan keperluan yang nyata terhadap perkhidmatan kesihatan dalam kumpulan ini.

Faktor sosiodemografi tertentu memberi kelebihan kepada kaum Cina dalam mengakses perkhidmatan kesihatan. Sebahagian besar responden Cina (73.7%) menetap di kawasan bandar, yang secara amnya mempunyai liputan fasiliti kesihatan kerajaan lebih luas. Kajian oleh Tan et al. (2023), Yunus et al. (2021), dan Zhu et al. (2023) turut menunjukkan bahawa penduduk bandar lebih berpeluang untuk menggunakan perkhidmatan kesihatan awam berbanding mereka yang tinggal di luar bandar.

Tambahan pula, lebih separuh (51.3%) berada dalam kumpulan berpendapatan B2–B4, mencerminkan kestabilan kewangan yang membolehkan mereka menampung kos tidak langsung seperti pengangkutan dan kehilangan waktu bekerja. Dapatan ini sejajar dengan kajian Thoa et al. (2013) dan Wang et al. (2019) yang menunjukkan bahawa pendapatan isi rumah yang stabil meningkatkan keupayaan untuk mendapatkan rawatan secara konsisten.

Namun begitu, terdapat beberapa faktor yang menghalang penggunaan maksimum dalam kalangan etnik ini. Antaranya ialah keutamaan terhadap sektor kesihatan swasta, di mana 26.8% daripada mereka memilih untuk mendapatkan rawatan di fasiliti swasta. Pilihan ini berkemungkinan dipengaruhi oleh keperluan fleksibiliti masa dan persepsi terhadap kualiti rawatan yang lebih baik. Kajian oleh Rao et al. (2024) dan Zeng et al. (2020) yang menunjukkan bahawa keutamaan terhadap sektor swasta kekal tinggi walaupun fasiliti kerajaan tersedia, disebabkan oleh persepsi terhadap pengalaman rawatan yang lebih memuaskan. Tambahan pula, majoriti responden Cina dalam kajian ini adalah bekerja (74.1%), menjadikan kekangan masa sebagai halangan utama untuk menjalani saringan atau rawatan di fasiliti kerajaan.

Dari segi maklumat kesihatan, literasi kesihatan dalam kalangan kaum Cina berada pada kadar 23.7%, manakala pengetahuan tentang PeKa B40 adalah 18.3% — keduanya menunjukkan ruang penambahbaikan, terutamanya dalam penyebaran maklumat yang relevan mengenai skim ini. Walaupun kadar ini tidak serendah kumpulan etnik lain, ia masih menunjukkan bahawa ramai dalam kalangan kaum Cina belum memahami sepenuhnya manfaat PeKa B40 atau cara untuk mengaksesnya.

Beban penyakit kronik dalam kalangan etnik Cina juga dicatatkan pada tahap 46.4%, iaitu lebih rendah berbanding kaum India dan Bumiputera Sabah dan Sarawak. Justeru, sesetengah individu mungkin tidak merasakan keperluan mendesak untuk menggunakan PeKa B40 walaupun mereka sebenarnya layak.

Bagi meningkatkan kadar penggunaan dalam kalangan kaum Cina, beberapa strategi boleh dipertimbangkan. Antaranya ialah meningkatkan promosi dalam Bahasa Cina, memperkukuh kerjasama dengan fasiliti kesihatan swasta, serta menyediakan

sistem janji temu yang fleksibel atau mobiliti saringan di tempat kerja dan komuniti bandar. Promosi juga perlu menekankan nilai tambah PeKa B40 sebagai pelengkap kepada rawatan swasta, termasuk manfaat seperti saringan awal, insentif rawatan penyakit kronik, dan bantuan alat perubatan. Pendekatan bersasar ini dapat meningkatkan kesedaran dan mendorong penglibatan lebih meluas dalam kalangan etnik Cina.

5.3 FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PENGGUNAAN MANFAAT

Bahagian ini membincangkan dapatan bagi objektif ketiga, iaitu mengenal pasti faktor yang mempengaruhi penggunaan manfaat PeKa B40 dalam kalangan penerima manfaat. Perbincangan disusun berdasarkan kerangka Model Tingkah Laku Andersen, bermula dengan atribut individu, diikuti oleh atribut sistem kesihatan.

5.3.1 Atribut Individu

Atribut individu dalam Model Tingkah Laku Andersen merujuk kepada ciri-ciri peribadi yang boleh mempengaruhi kecenderungan seseorang untuk menggunakan perkhidmatan kesihatan. Dalam kajian ini, beberapa faktor individu telah dikenal pasti mempunyai hubungan signifikan terhadap penggunaan manfaat PeKa B40, dan dibincangkan mengikut kategori predisposisi, pemboleh, dan keperluan.

a. Faktor Predisposisi

Dalam konteks kajian ini, beberapa faktor predisposisi telah dikenal pasti menunjukkan hubungan signifikan terhadap penggunaan manfaat PeKa B40. Faktor-faktor ini merangkumi tahap pengetahuan tentang PeKa B40, tahap pendidikan, status perkahwinan, serta etnik.

i. Tahap Pengetahuan PeKa B40

Tahap pengetahuan tentang PeKa B40 dikenal pasti sebagai faktor predisposisi paling signifikan yang mempengaruhi penggunaan manfaat program ini, dengan kebarangkalian hampir tiga kali ganda lebih tinggi dalam kalangan mereka yang mempunyai pengetahuan tinggi (aOR = 2.956; 95% SK = 2.299–3.801; $p < 0.001$).

Responden yang memahami dengan jelas objektif, prosedur permohonan, dan kriteria kelayakan lebih cenderung memanfaatkan PeKa B40. Dapatan kualitatif mengukuhkan hasil ini. Responden yang tidak menggunakan manfaat melaporkan empat bentuk kekangan pengetahuan: tidak mengetahui langsung kewujudan program (R2, R4), tahap pengetahuan terhad tanpa pemahaman fungsi atau prosedur (R6, R7), penerimaan maklumat salah yang menyesatkan kelayakan sebenar (R8, R9), dan salah tanggapan tentang kelayakan diri akibat kekeliruan status pendapatan atau perniagaan (R10–R12). Kekaburan maklumat, ketidaktentuan prosedur, dan kurangnya promosi yang efektif menjadi halangan utama akses. Dapatan ini selari dengan kajian Jaafar et al. (2022) yang menekankan bahawa kefahaman jelas terhadap struktur dan fungsi program kesihatan merupakan pemangkin penting dalam keputusan penggunaan, terutamanya dalam kalangan kumpulan berpendapatan rendah. Yunus et al. (2021) turut melaporkan bahawa kekurangan maklumat dan salah faham berkenaan kelayakan menyumbang kepada kadar penggunaan yang rendah dalam kalangan golongan B40.

ii. Tahap Pendidikan

Tahap pendidikan sekolah rendah menunjukkan hubungan signifikan dengan kebarangkalian penggunaan manfaat PeKa B40 yang lebih tinggi berbanding mereka yang tidak pernah bersekolah (aOR = 1.874; 95% SK = 1.047–3.355; $p = 0.035$). Secara kualitatif, hal ini disokong oleh dapatan yang menunjukkan bahawa responden yang tidak pernah bersekolah – terutamanya warga emas – menghadapi masalah literasi yang menghalang mereka daripada memahami maklumat asas berkaitan program (R1). Gabungan dapatan ini menunjukkan bahawa pendidikan formal, walaupun minimum, membantu meningkatkan pemahaman dan keterbukaan terhadap program kesihatan awam seperti PeKa B40, manakala ketiadaan pendidikan langsung meningkatkan risiko pengasingan maklumat dan ketidaktahuan. Kajian oleh Loef et al. (2021) dan Geitona et al. (2007) turut menunjukkan bahawa individu berpendidikan rendah lebih bergantung kepada sistem kesihatan kerajaan, kerana keterbatasan dalam mengakses maklumat dan perkhidmatan kesihatan yang lebih kompleks atau bersifat swasta.

iii. Status Perkahwinan

Status perkahwinan juga menunjukkan hubungan signifikan dengan penggunaan manfaat PeKa B40. Responden yang bercerai mencatatkan kebarangkalian hampir dua kali ganda lebih tinggi untuk menggunakan program ini berbanding mereka yang masih berkahwin ($aOR = 1.858$; 95% SK = 1.173–2.941; $p = 0.008$). Keputusan ini berkemungkinan berkait dengan ketiadaan sokongan pasangan dalam mengurus keperluan kesihatan, selain keperluan peribadi yang lebih tinggi untuk mendapatkan rawatan, terutamanya dalam aspek penjagaan diri, saringan kesihatan, atau kesihatan mental selepas perceraian. Kajian oleh (Bae et al. 2022; Kassa et al. 2024) turut menunjukkan bahawa individu tanpa pasangan hidup, termasuk yang bercerai atau duda/janda, lebih cenderung untuk mendapatkan perkhidmatan kesihatan secara langsung kerana mereka perlu bergantung sepenuhnya kepada diri sendiri, terutamanya bagi penjagaan asas dan pemantauan kesihatan rutin.

iv. Etnik

Faktor etnik turut menunjukkan hubungan signifikan terhadap penggunaan manfaat PeKa B40. Responden berbangsa India mencatatkan kebarangkalian lebih tinggi untuk menggunakan program ini berbanding Melayu ($aOR = 1.522$; 95% SK = 1.064–2.175; $p = 0.021$). Kecenderungan ini mungkin disumbangkan oleh beberapa faktor: beban penyakit yang tinggi dalam kalangan komuniti ini mendorong penggunaan perkhidmatan kesihatan yang lebih kerap (Yunus et al., 2021); tahap kemampuan kewangan yang lebih baik membolehkan mereka menampung kos tidak langsung rawatan seperti pengangkutan dan kehilangan upah harian (Thoa et al., 2013; Wang et al., 2019); serta majoriti tinggal di kawasan bandar yang mempunyai ketersediaan fasiliti kesihatan, tenaga kerja, dan saluran maklumat yang lebih luas (Zhu et al., 2023).

Sebaliknya, responden daripada kumpulan Bumiputera Sabah dan Sarawak mencatatkan kebarangkalian yang jauh lebih rendah untuk menggunakan PeKa B40 ($aOR = 0.352$; 95% SK = 0.215–0.577; $p < 0.001$). Dapatan ini mencerminkan pelbagai halangan berlapis yang menghalang akses kepada program, termasuk literasi kesihatan dan tahap pengetahuan program yang rendah (Yunus et al., 2021; Halim et al., 2025); cabaran geografi dan logistik seperti jarak yang jauh, infrastruktur terhad, serta

ketiadaan pengangkutan awam yang menjejaskan capaian ke fasiliti kesihatan asas (Manual et al., 2024; Naserrudin et al., 2023); dan halangan budaya serta bahasa. Dalam kalangan komuniti ini, kebergantungan kepada rawatan tradisional (Chuah et al., 2018) dan batasan bahasa menyukarkan keberkesanan promosi serta penyampaian maklumat berkaitan program (Halim et al., 2025).

b. Faktor Pemboleh

Dalam konteks kajian ini, beberapa faktor pemboleh telah dikenal pasti menunjukkan hubungan signifikan terhadap penggunaan manfaat PeKa B40. Faktor-faktor ini merangkumi pendaftaran dalam program perlindungan kesihatan lain, pendapatan responden, jenis pekerjaan dan jenis fasiliti kesihatan yang kerap dikunjungi.

i. Pendaftaran dalam Program Perlindungan Kesihatan

Pendaftaran dalam program perlindungan kesihatan lain turut dikenal pasti sebagai faktor pemboleh yang signifikan dalam meningkatkan penggunaan manfaat PeKa B40. Responden yang telah berdaftar dalam skim perlindungan lain (seperti PERKESO, MySalam atau insurans swasta) mencatatkan kebarangkalian 1.8 kali ganda lebih tinggi untuk menggunakan PeKa B40 berbanding yang tidak berdaftar (aOR = 1.810; 95% SK = 1.389–2.358; $p < 0.001$). Pengalaman terdahulu dengan sistem perlindungan kesihatan berkemungkinan membentuk kefahaman yang lebih baik terhadap proses, hak sebagai penerima manfaat, serta kecakapan navigasi sistem kesihatan awam. Individu dalam kategori ini juga cenderung memiliki tahap literasi kesihatan yang lebih tinggi dan lebih proaktif dalam mendapatkan rawatan apabila ditawarkan skim baharu. Penemuan ini selari dengan dapatan Timsina et al. (2024) dan Dror et al. (2016), yang menunjukkan bahawa keterdedahan awal terhadap sebarang bentuk insurans kesihatan dapat meningkatkan kecenderungan penyertaan dalam skim perlindungan kesihatan awam atau subsidi kerajaan, kerana pengguna lebih yakin dan memahami manfaat serta proses tuntutan.

ii. Anggaran Pendapatan Bulanan Isi Rumah

Responden dalam kategori pendapatan B2 dan ke atas (melebihi RM2500 sebulan) menunjukkan kebarangkalian yang lebih tinggi untuk menggunakan manfaat PeKa B40

berbanding mereka dalam kategori B1 ($aOR = 1.435$; 95% SK = 1.125–1.829; $p = 0.004$). Peningkatan ini mungkin dipengaruhi oleh tahap kemampuan kewangan yang lebih stabil, membolehkan mereka menampung kos tidak langsung rawatan seperti pengangkutan, makanan, dan kehilangan pendapatan harian. Individu dalam kumpulan ini juga berkemungkinan lebih bersedia untuk merancang rawatan kesihatan dan kurang menghadapi halangan kewangan yang biasanya membataskan akses. Penemuan ini disokong oleh kajian Thoa et al. (2013) dan Wang et al. (2019), yang melaporkan bahawa kestabilan kewangan merupakan pemudah cara utama kepada penggunaan perkhidmatan kesihatan, terutamanya dalam konteks kos tersembunyi yang sering dihadapi oleh isi rumah berpendapatan rendah.

iii. Pekerjaan

Responden yang sedang bekerja menunjukkan kebarangkalian yang lebih rendah untuk menggunakan manfaat PeKa B40 berbanding mereka yang tidak bekerja ($aOR = 0.591$; 95% SK = 0.451–0.774; $p < 0.001$). Dapatan ini menunjukkan bahawa pekerjaan mungkin menjadi faktor penghalang kepada akses kesihatan, berkemungkinan disebabkan oleh kekangan masa, kesukaran mendapatkan cuti, atau keutamaan yang diberikan kepada komitmen kerja. Kajian oleh Silver et al. (2021) turut melaporkan bahawa tekanan kerja dan keletihan kronik sering dikaitkan dengan keperluan kesihatan yang tidak dipenuhi, terutamanya dalam kalangan pekerja berpendapatan rendah atau sektor informal.

c. Faktor Keperluan

i. Status Kesihatan

Status kesihatan (berpenyakit) menunjukkan hubungan signifikan dengan kebarangkalian penggunaan manfaat PeKa B40 yang lebih tinggi berbanding mereka yang tidak berpenyakit ($aOR = 1.372$; 95% SK = 1.095–1.720; $p = 0.006$). Secara kualitatif, dapatan menunjukkan bahawa individu yang tidak berpenyakit cenderung untuk tidak menggunakan program kerana mereka merasakan diri masih sihat dan tidak memerlukan saringan atau rawatan (R22, R23). Mereka hanya akan mengambil tindakan apabila gejala menjadi jelas, yang menunjukkan bahawa penggunaan PeKa B40 banyak dipengaruhi oleh sejauh mana seseorang merasakan dirinya memerlukan

rawatan atau saringan. Gabungan dapatan ini menunjukkan bahawa individu yang berpenyakit lebih terdorong untuk menggunakan PeKa B40 kerana melihat kaitan langsung antara keadaan kesihatan mereka dengan manfaat program. Sebaliknya, mereka yang sihat mungkin menganggap program ini tidak relevan kepada situasi mereka. Hasil kajian oleh Yunus et al. (2021) turut menunjukkan bahawa individu yang menghadapi masalah kesihatan lebih berkemungkinan untuk mendapatkan rawatan berbanding mereka yang sihat.

5.3.2 Atribut Sistem Kesihatan

Dalam Model Andersen, atribut sistem kesihatan merangkumi faktor perkhidmatan yang memudahkan atau menyekat penggunaan. Dalam kajian ini, tiga domain atribut sistem kesihatan menunjukkan hubungan signifikan terhadap penggunaan manfaat, dengan tadbir urus muncul sebagai peramal paling kuat.

i. Domain Tadbir Urus

Domain tadbir urus dikenal pasti sebagai faktor sistem kesihatan yang paling signifikan dalam mempengaruhi penggunaan manfaat PeKa B40. Responden yang mempunyai tahap kepuasan tinggi terhadap aspek pelaksanaan dalam domain ini mencatatkan kebarangkalian lebih dua kali ganda untuk menggunakan program berbanding mereka yang tidak berpuas hati (aOR = 2.079; 95% SK = 1.537–2.810; $p < 0.001$). Penemuan ini menunjukkan bahawa persepsi positif terhadap ketelusan, kecukupan pentadbiran, dan tanggungjawab pengurusan memainkan peranan penting dalam meningkatkan keyakinan dan kesediaan penerima manfaat untuk menggunakan perkhidmatan yang ditawarkan. Keyakinan terhadap sistem pelaksanaan yang tersusun mungkin menjadikan mereka lebih percaya bahawa manfaat akan sampai dengan adil dan mudah diakses. Sokongan kualitatif terhadap dapatan ini turut diperoleh apabila ramai bukan pengguna melaporkan tiada pendedahan langsung mengenai program, kekurangan promosi rasmi, serta kelemahan dalam jangkauan komuniti, termasuk halangan digital seperti ketiadaan peranti, capaian internet yang terhad, dan tahap literasi digital yang rendah (R38, R41). Ini mencerminkan jurang dalam pelaksanaan strategi komunikasi dan penyebaran maklumat, yang merupakan sebahagian daripada tadbir urus program. Dapatan ini sejajar dengan kajian oleh McLeod et al. (2019) dan Sarker et al. (2018),

yang menegaskan bahawa tadbir urus yang baik—termasuk ketelusan proses, penyampaian maklumat yang jelas, dan kebertanggungjawaban pentadbiran—dapat meningkatkan kepercayaan pengguna. Kepercayaan ini kemudiannya mendorong penglibatan dan penggunaan program kesihatan awam secara lebih meluas.

ii. Domain Kos Kesihatan

Tahap kepuasan yang tinggi terhadap aspek kos rawatan menunjukkan hubungan signifikan dengan penggunaan manfaat PeKa B40. Responden yang berpuas hati terhadap pelaksanaan dalam domain kos kesihatan mencatatkan kebarangkalian 1.4 kali ganda lebih tinggi untuk menggunakan program ini berbanding mereka yang kurang berpuas hati (aOR = 1.412; 95% SK = 1.045–1.907; $p = 0.024$). Dapatan ini mencerminkan bahawa tanggapan bahawa kos rawatan ditanggung sepenuhnya atau dapat dikurangkan dengan ketara melalui program PeKa B40 memainkan peranan penting dalam keputusan untuk menggunakan manfaat tersebut. Rasa terjamin dari segi kewangan memberi motivasi kepada penerima manfaat untuk mengakses rawatan, terutama dalam kalangan yang tidak mempunyai perlindungan insurans tambahan. Sokongan kualitatif turut diperoleh, di mana beberapa responden menyuarakan kebimbangan terhadap kemungkinan terpaksa menanggung perbelanjaan tambahan yang tidak dilindungi sepenuhnya oleh program. Ini termasuk kekeliruan berkaitan kos ubat luar senarai, peralatan perubatan khas, dan ketidakpastian sama ada elaun jaminan (GL) benar-benar meliputi semua kos rawatan seperti yang diharapkan (R34). Keadaan ini boleh menyebabkan keraguan dalam kalangan bukan pengguna untuk memanfaatkan program walaupun mereka layak. Dapatan ini turut disokong oleh kajian Guo et al. (2025), yang melaporkan bahawa ketidakjelasan dalam liputan kewangan sesebuah skim kesihatan boleh menjejaskan keyakinan dan seterusnya menurunkan kadar penggunaan. Persepsi terhadap kestabilan dan ketelusan manfaat kewangan adalah penting untuk membina kepercayaan serta memastikan keterlibatan yang konsisten dalam skim perlindungan kesihatan seperti PeKa B40.

iii. Domain Komunikasi

Tahap kepuasan tinggi terhadap pelaksanaan dalam domain komunikasi didapati mempunyai hubungan songsang yang signifikan dengan penggunaan manfaat PeKa

B40. Responden yang berpuas hati dengan komunikasi mencatatkan kebarangkalian 27.5% lebih rendah untuk menggunakan program berbanding mereka yang kurang berpuas hati (aOR = 0.725; 95% SK = 0.541–0.973; $p = 0.032$). Penemuan ini kelihatan bertentangan dengan jangkaan biasa, namun ia mungkin mencerminkan perbezaan dalam pengalaman antara pengguna dan bukan pengguna. Responden yang tidak pernah menggunakan manfaat cenderung memberikan skor kepuasan tinggi terhadap komunikasi berdasarkan interaksi asas atau rutin dengan fasiliti kesihatan awam—walaupun mereka tidak pernah menerima maklumat khusus mengenai PeKa B40. Sebaliknya, pengguna yang pernah melalui proses tuntutan, pendaftaran atau pemahaman kelayakan lebih berkemungkinan mengalami ketidakjelasan maklumat atau kekeliruan, sekali gus menilai komunikasi sebagai kurang memuaskan. Walaupun tiada petikan kualitatif yang menunjukkan komunikasi sebagai halangan utama, dapatan dari domain tadbir urus dan kos kesihatan menunjukkan bahawa kekeliruan berkaitan proses dan liputan manfaat sering berlaku, yang kemungkinan besar berpunca daripada kelemahan dalam penyampaian maklumat. Penemuan ini disokong oleh kajian terdahulu seperti Ofori dan Wang (2022), Huai (2023), dan Carta et al. (2022), menunjukkan bahawa persepsi terhadap komunikasi perkhidmatan kesihatan dipengaruhi oleh pengalaman terdahulu, jangkaan pengguna, serta tahap keterlibatan dalam sistem. Pengguna aktif cenderung lebih kritikal terhadap kualiti maklumat yang diterima, berbanding bukan pengguna yang mungkin menilai berdasarkan persepsi umum sahaja.

5.4 TAHAP KEPUASAN TERHADAP PEKA B40

Objektif kedua kajian ini ialah untuk menentukan tahap kepuasan dalam kalangan penerima manfaat terhadap pelaksanaan program tersebut. Hasil analisis menunjukkan bahawa secara keseluruhan, skor purata kepuasan ialah 3.4752 (sisihan piawai 0.9), yang menandakan tahap kepuasan sederhana dalam kalangan penerima manfaat. Apabila dikategorikan kepada dua kumpulan berdasarkan skor min (≥ 4.00 = tinggi; < 4.00 = rendah), didapati bahawa hanya 36.6% responden ($n = 942$) melaporkan tahap kepuasan tinggi, manakala majoriti, iaitu 63.4% ($n = 1,631$), menunjukkan tahap kepuasan rendah.

Perbincangan seterusnya akan menumpukan kepada dua isu utama: pertama, tahap kepuasan keseluruhan terhadap pelaksanaan PeKa B40 yang masih rendah dalam kalangan majoriti responden; dan kedua, perbandingan antara pengguna dan bukan pengguna manfaat menunjukkan wujud perbezaan yang signifikan dari segi tahap kepuasan. Kedua-dua isu ini akan dihuraikan secara terperinci dalam subseksyen yang berikut.

5.4.1 Tahap Kepuasan Keseluruhan yang Rendah

Tahap kepuasan keseluruhan terhadap pelaksanaan program PeKa B40 dalam kalangan penerima manfaat didapati rendah. Skor purata kepuasan ialah 3.48 (sisihan piawai = 0.9) berdasarkan skala lima mata, dan nilai ini berada di bawah titik potong 4.00 yang digunakan untuk menentukan kategori kepuasan tinggi. Berdasarkan pengelasan ini, hanya 36.6% daripada responden (n=942) melaporkan tahap kepuasan tinggi, manakala majoriti, iaitu 63.4% (n=1,631), menunjukkan kepuasan yang rendah. Skor purata yang rendah ini, bersama dengan peratusan besar responden yang melaporkan ketidakpuasan, menunjukkan bahawa walaupun PeKa B40 diwujudkan untuk menyediakan manfaat kesihatan percuma kepada penerima manfaat, sebahagian besar penerima masih belum mencapai tahap kepuasan yang diharapkan terhadap pelaksanaan keseluruhan program.

Tahap kepuasan dalam kajian PeKa B40 didapati lebih rendah berbanding kebanyakan kajian antarabangsa yang menilai skim perlindungan kesihatan awam. Di peringkat global, corak yang serupa turut diperhatikan, di mana tahap kepuasan terhadap skim perlindungan kesihatan awam banyak dipengaruhi oleh aspek pelaksanaan dan struktur sistem.

Sebagai contoh, di Indonesia, skim Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) mencatatkan kepuasan antara 55% hingga 94%, namun berdepan isu prosedur rumit dan mutu perkhidmatan asas yang lemah (Astiena & Syah 2017; Dwidienawati et al. 2018; Ekawati et al. 2017; Erlangga et al. 2019; Muttaqien et al. 2021; Wartiningsih et al. 2022). Di China, walaupun skor kepuasan tinggi (4.04–4.39/5.0), cabaran utama termasuk kos tersembunyi dan ketidaksetaraan wilayah (Bie et al. 2024; Geng et al. 2021; Tang & Tan 2022; Wang 2022).

Di India, kepuasan terhadap skim PM-JAY hanya 45.4% akibat kekurangan maklumat, kesukaran akses manfaat, dan sistem rujukan lemah (Garg et al. 2024; Saxena et al. 2019; Sriee & Maiya 2021). Sebaliknya, Thailand menunjukkan kejayaan melalui UCS dengan 76% kepuasan hasil penghapusan bayaran awal dan jaringan fasiliti kukuh (Mee-Udon 2014; Paek et al. 2016).

Pakistan dan Filipina mencapai kepuasan melebihi 90%, manakala Bangladesh melaporkan skor 4.17/5.0 untuk skim komuniti (Allan 2018; Ong et al. 2022; Sarker et al. 2018; Shahbaz et al. 2023). Korea Selatan, Ghana, dan Ethiopia pula meningkatkan kepuasan melalui digitalisasi dan pendekatan komuniti yang mesra pengguna (Kim 2023; Park 2021; Sarkodie 2021; Shigute et al. 2020).

Secara keseluruhan, isu utama dalam negara-negara ini merangkumi prosedur pentadbiran yang kompleks, akses yang terhad, dan skop manfaat yang sempit—cabaran yang turut dikenal pasti dalam pelaksanaan PeKa B40. Seperti yang ditunjukkan oleh negara dengan skor kepuasan yang tinggi, kejayaan sesebuah program bergantung pada penyampaian perkhidmatan yang responsif, tadbir urus yang cekap, ketelusan proses, serta akses yang adil dan menyeluruh. Oleh itu, PeKa B40 perlu mempertimbangkan pendekatan yang diamalkan di Thailand—yang berjaya membina sistem kesihatan awam yang kukuh—atau di Korea Selatan yang memanfaatkan digitalisasi serta pendekatan mesra pengguna bagi meningkatkan tahap kepuasan dan keberkesanan pelaksanaan.

5.4.2 Perbezaan Tahap Kepuasan antara Pengguna dan Bukan Pengguna Manfaat

Tahap kepuasan terhadap PeKa B40 dalam kalangan pengguna manfaat dalam kajian ini adalah 56.3%, lebih rendah berbanding kadar kepuasan 75.29% yang dilaporkan dalam penilaian dalaman oleh ProtectHealth (2021). Ini mencerminkan realiti di peringkat akar umbi yang lebih kompleks, termasuk kemungkinan wujudnya ketidaksamaan pengalaman serta jurang persepsi terhadap kualiti pelaksanaan program antara pengguna dan bukan pengguna.

Analisis lanjut menunjukkan hubungan yang signifikan antara penggunaan manfaat dan tahap kepuasan ($\chi^2 = 110.407$, $p < 0.001$). Sebanyak 56.2% pengguna

melaporkan tahap kepuasan tinggi berbanding hanya 31.5% dalam kalangan bukan pengguna. Sebaliknya, 68.5% bukan pengguna berada dalam kategori kepuasan rendah. Dapatan ini mencadangkan bahawa penggunaan langsung manfaat PeKa B40—seperti saringan kesihatan, rawatan susulan, atau bantuan alat perubatan—berupaya meningkatkan penilaian positif terhadap program.

Dalam kalangan bukan pengguna, tahap kepuasan yang lebih rendah mungkin disumbangkan oleh kekurangan pendedahan, maklumat yang tidak mencukupi, atau kekeliruan mengenai kelayakan dan proses tuntutan. Keputusan ini selari dengan kajian Hadi et al. (2022) dan Nwokoro et al. (2022), yang menunjukkan bahawa kepuasan pengguna terhadap program kesihatan awam sangat bergantung pada kejelasan maklumat dan keberkesanan komunikasi yang diterima. Maka, komunikasi strategik dan penyampaian maklumat yang menyeluruh perlu diperkukuh bagi memastikan semua kumpulan sasar benar-benar memahami serta dapat memanfaatkan program secara optimum. Tanpa akses kepada maklumat yang mencukupi, penerima manfaat yang layak mungkin terlepas peluang untuk menggunakan perkhidmatan, sekali gus menjejaskan tahap kepuasan mereka terhadap keseluruhan pelaksanaan program.

5.5 FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEPUASAN

Bahagian ini membincangkan dapatan bagi objektif keempat, iaitu mengenal pasti faktor yang mempengaruhi tahap kepuasan terhadap PeKa B40 dalam kalangan penerima manfaat. Perbincangan disusun berdasarkan kerangka Model Tingkah Laku Andersen, bermula dengan atribut individu, diikuti oleh atribut sistem kesihatan.

5.5.1 Atribut Individu

Atribut individu dalam Model Tingkah Laku Andersen merujuk kepada ciri-ciri demografi dan kognitif yang berperanan dalam membentuk persepsi pengguna terhadap sistem perlindungan kesihatan. Dalam kajian ini, beberapa faktor individu telah dikenal pasti mempunyai hubungan signifikan terhadap penggunaan manfaat PeKa B40, dan dibincangkan mengikut kategori predisposisi, pemboleh, dan keperluan.

a. Faktor Predisposisi

Dalam konteks kajian ini, beberapa faktor predisposisi telah dikenal pasti menunjukkan hubungan signifikan terhadap tahap kepuasan terhadap program PeKa B40. Faktor-faktor ini merangkumi etnik, tahap pendidikan, tahap pengetahuan tentang PeKa B40, serta jantina.

i. Etnik

Analisis menunjukkan bahawa etnik mempunyai hubungan signifikan terhadap tahap kepuasan terhadap PeKa B40. Responden berbangsa Cina (aOR = 2.416; 95% SK = 1.734–3.365; $p < 0.001$) dan India (aOR = 2.466; 95% SK = 1.744–3.487; $p < 0.001$) mempunyai kebarangkalian lebih daripada dua kali ganda untuk melaporkan tahap kepuasan tinggi berbanding responden Melayu. Sebaliknya, responden daripada kumpulan Bumiputera Sabah dan Sarawak menunjukkan kebarangkalian yang lebih rendah untuk melaporkan tahap kepuasan tinggi terhadap PeKa B40 (aOR = 0.428; 95% SK = 0.295–0.621; $p < 0.001$). Dapatan ini mungkin disebabkan dari segi ekonomi, majoriti responden Cina dan India berada dalam kategori pendapatan B2 ke atas ($\geq$ RM2,500), manakala 76.5% Bumiputera Sabah dan Sarawak berada di bawah paras ini. Kedudukan kewangan yang lebih stabil membolehkan golongan berpendapatan sederhana dan tinggi mengurus kos tidak langsung seperti pengangkutan, kehilangan upah harian, dan perbelanjaan luar poket, yang sering menjadi halangan utama kepada akses dan kepuasan terhadap program. Kajian Thoa et al. (2013), Wang et al. (2019), dan Sun et al. (2013) menunjukkan bahawa kestabilan ekonomi dan pendapatan yang lebih tinggi meningkatkan akses kepada perlindungan kesihatan dan menyumbang kepada kepuasan yang lebih tinggi terhadap skim insurans.

Selain itu, 73.7% responden Cina, 68.3% India, dan 64.7% Melayu menetap di kawasan bandar, berbanding hanya 15.2% dalam kalangan Bumiputera Sabah dan Sarawak. Hampir 85% daripada responden etnik ini tinggal di kawasan luar bandar, menunjukkan jurang geografi yang ketara. Perbezaan lokasi ini memberi implikasi besar terhadap akses kepada maklumat, perkhidmatan kesihatan, dan infrastruktur sokongan. Kajian oleh Zhou, Xiao, et al. (2020) menekankan bahawa wujud ketidaksetaraan dalam pembiayaan dan struktur insurans kesihatan antara kawasan

bandar dan luar bandar. Penduduk bandar biasanya menikmati struktur pembiayaan yang lebih kukuh dan susunan perlindungan yang lebih komprehensif, yang akhirnya meningkatkan tahap kepuasan terhadap perkhidmatan kesihatan. Keadaan ini menjelaskan mengapa responden dari kawasan bandar—yang lebih terdedah kepada maklumat dan peluang kesihatan—menunjukkan tahap kepuasan yang lebih tinggi berbanding mereka yang tinggal di luar bandar dengan akses yang lebih terhad.

Ketiga, 75.1% daripada Bumiputera Sabah dan Sarawak tidak pernah menyertai mana-mana skim perlindungan kesihatan, berbanding hanya 38.8% Cina dan 41.1% Melayu. Kurangnya pendedahan ini berkemungkinan menjejaskan keyakinan mereka terhadap sistem pentadbiran dan menurunkan kepuasan. Sebaliknya, pengalaman lebih luas dalam sistem perlindungan kesihatan dalam kalangan Cina dan India membantu proses penyesuaian kepada PeKa B40, sekaligus menyumbang kepada nilai aOR yang tinggi bagi kedua-dua kumpulan ini. Penemuan ini selari dengan dapatan Timsina et al. (2024) dan Dror et al. (2016), yang menunjukkan bahawa keterdedahan awal terhadap sebarang bentuk insurans kesihatan dapat meningkatkan kecenderungan penyertaan dalam skim perlindungan kesihatan awam atau subsidi kerajaan, kerana pengguna lebih yakin dan memahami manfaat serta proses tuntutan.

Selain itu, aspek sosio-budaya turut memberi pengaruh terhadap persepsi dan kepuasan. Kajian oleh Kase et al. (2025) dan Dean et al. (2022) menunjukkan bahawa perbezaan budaya, kepercayaan terhadap sistem kesihatan, dan halangan bahasa boleh menjejaskan pengalaman, manakala Ghimire et al. (2019) mengesyorkan agar penyesuaian program berdasarkan keperluan komuniti dilakukan untuk mengurangkan jurang kepuasan antara kumpulan etnik.

ii. Tahap pengetahuan PeKa B40

Tahap pengetahuan tentang PeKa B40 menunjukkan hubungan signifikan terhadap tahap kepuasan. Responden yang mempunyai pengetahuan tinggi mencatatkan kebarangkalian 1.6 kali ganda lebih tinggi untuk melaporkan kepuasan tinggi berbanding mereka yang berpengetahuan rendah (aOR = 1.594; 95% SK = 1.250–2.034; $p < 0.001$). Ini menandakan bahawa kefahaman terhadap objektif, manfaat dan

mekanisme program berkait rapat dengan pembentukan persepsi positif terhadap keberkesanan skim.

Dapatan kualitatif menyokong penemuan ini. Sebahagian responden melaporkan maklumat yang diterima terlalu terhad dan kurang jelas (R53), hanya mengetahui satu komponen manfaat seperti saringan asas (R54), serta tidak menyedari kewujudan manfaat lain yang ditawarkan (R55). Ada juga yang menyatakan kesukaran mendapatkan maklumat berkaitan program (R56). Kekeliruan dan kekurangan maklumat ini menunjukkan kelemahan dari aspek komunikasi dan promosi, yang akhirnya menjejaskan kepuasan pengguna terhadap keseluruhan pengalaman program.

Penemuan ini selari dengan kajian Arshad dan Azuhairi Ariffin (2020) yang menunjukkan bahawa pengetahuan merupakan peramal penting kepuasan dalam kalangan peserta skim insurans komuniti di Pakistan. Di India, Bhaisare dan Rangari (2019) melaporkan bahawa 67.2% responden yang memahami skim RGJAY menunjukkan tahap kepuasan yang lebih tinggi. Sementara itu, Geng et al. (2021) di China mendapati bahawa kesedaran terhadap dasar insurans memainkan peranan penting dalam meningkatkan kepuasan pesakit, manakala kekurangan maklumat dikenal pasti sebagai penyumbang utama kepada ketidakpuasan. Kajian tempatan oleh (Jaafar et al. 2021) turut menegaskan bahawa pemahaman yang jelas terhadap objektif, skop dan kelebihan skim perlindungan kesihatan adalah penting untuk mendorong kepuasan pengguna, khususnya dalam kalangan masyarakat berpendapatan rendah di Malaysia.

iii. Jantina

Responden perempuan menunjukkan kebarangkalian yang lebih tinggi untuk melaporkan kepuasan terhadap PeKa B40 berbanding lelaki (aOR = 1.319; 95% SK= 1.069–1.626; $p = 0.010$). Dapatan ini mencadangkan bahawa jantina merupakan faktor predisposisi yang mempengaruhi persepsi terhadap PeKa B40. Kecenderungan ini mungkin berpunca daripada peranan tradisional wanita sebagai penjaga utama kesihatan dalam keluarga, sekali gus menjadikan mereka lebih prihatin terhadap akses dan kualiti perkhidmatan kesihatan.

Laporan WHO (2010) dan UN Women (2015) menegaskan bahawa wanita lebih cenderung untuk terlibat dalam aktiviti pencegahan kesihatan dan bertindak lebih awal apabila berdepan gejala penyakit, berbanding lelaki. Yunus et al. (2021) turut mendapati bahawa wanita dalam komuniti B40 bandar lebih kerap menggunakan perkhidmatan kesihatan awam meskipun berhadapan dengan kekangan kewangan. Ini menunjukkan bahawa kesedaran kesihatan dan nilai yang diberikan terhadap perkhidmatan kesihatan lebih tinggi dalam kalangan wanita.

Selain itu, penglibatan aktif wanita dalam sistem kesihatan turut dikaitkan dengan tahap kepuasan yang lebih tinggi, hasil daripada persepsi terhadap kualiti penjagaan yang diterima dan pengalaman interaksi yang positif dengan penyedia perkhidmatan (Hailie et al. 2021). Oleh itu, strategi komunikasi dan pelaksanaan program seperti PeKa B40 harus terus peka terhadap keperluan jantina, dengan mengekalkan pendekatan yang mesra wanita, di samping memperkukuh penglibatan kumpulan lelaki yang dilihat mempunyai tahap kepuasan yang lebih rendah dalam kajian ini.

b. Faktor Pemboleh

Bagi faktor pemboleh individu, satu pemboleh ubah utama mempengaruhi tahap kepuasan iaitu jenis fasiliti yang paling kerap dikunjungi untuk mendapatkan rawatan.

i. Jenis Fasiliti

Jenis fasiliti kesihatan yang kerap digunakan menunjukkan hubungan signifikan terhadap tahap kepuasan terhadap PeKa B40. Responden yang kerap mendapatkan rawatan di hospital kerajaan mencatatkan kebarangkalian 32% lebih rendah untuk melaporkan tahap kepuasan tinggi berbanding mereka yang kerap menggunakan klinik kesihatan kerajaan ($aOR = 0.681$; 95% SK = 0.537–0.862; $p = 0.001$). Ini menunjukkan bahawa pengalaman rawatan yang berbeza antara hospital dan klinik kerajaan mungkin mempengaruhi persepsi terhadap keberkesanan program.

Penurunan kepuasan ini boleh dijelaskan oleh beberapa isu yang unik kepada hospital kerajaan, seperti masa menunggu yang lebih panjang, kesesakan pesakit, dan

kurangnya interaksi peribadi dengan penyedia perkhidmatan. Responden yang menjalani rawatan atau tuntutan manfaat di hospital kerajaan mungkin terdedah kepada sistem yang lebih kompleks, birokrasi tambahan, atau keperluan rujukan berperingkat, sekali gus menjejaskan pengalaman keseluruhan.

Dapatan ini disokong oleh kajian seperti Cui et al. (2019) yang menunjukkan bahawa hospital besar sering mengalami penurunan kualiti perkhidmatan akibat beban pesakit yang tinggi, yang seterusnya menjejaskan kepuasan pesakit. Siahainenia et al. (2020) turut melaporkan bahawa masa menunggu dan kelambatan perkhidmatan merupakan penentu utama ketidakpuasan dalam kalangan pesakit. Selain itu, (Tang 2012) menekankan bahawa kecekapan dan keberkesanan perkhidmatan adalah elemen penting dalam membentuk tahap kepuasan, manakala Ahmed & Bein (2023) mengaitkan kekangan sumber dan budaya organisasi dengan pengalaman pesakit yang kurang memuaskan di hospital.

c. Faktor Keperluan

Status kesihatan merupakan faktor keperluan yang menunjukkan hubungan signifikan terhadap tahap kepuasan terhadap PeKa B40. Responden yang menghidap penyakit kronik mencatatkan kebarangkalian 32% lebih rendah untuk melaporkan kepuasan tinggi berbanding mereka yang tidak berpenyakit (aOR = 0.680; 95% SK = 0.550–0.841; $p < 0.001$). Ini mencadangkan bahawa mereka yang mempunyai keperluan klinikal berterusan mungkin mendapati skop manfaat yang ditawarkan oleh PeKa B40 sebagai tidak mencukupi. Walaupun program ini menyediakan saringan asas dan beberapa bentuk bantuan awal, ia tidak meliputi keperluan jangka panjang seperti ubatan, pemantauan berkala, atau rawatan susulan—komponen yang sangat penting bagi penghidap penyakit tidak berjangkit (NCD) seperti diabetes, hipertensi, dan dislipidemia. Ketiadaan mekanisme pembiayaan berterusan menyebabkan program ini kurang memenuhi keperluan golongan yang paling memerlukan rawatan berterusan (Tey et al. 2025).

Isu ini turut disuarakan dalam dapatan kualitatif, apabila responden menyatakan keperluan agar manfaat diperluas selaras dengan keperluan sebenar pesakit kronik. Mereka menggambarkan keterbatasan dalam proses tuntutan, kelayakan manfaat, serta

kesukaran mendapatkan rawatan susulan sebagai punca ketidakpuasan terhadap program (R47–R48). Penemuan ini selari dengan dapatan antarabangsa. Kajian oleh Zhao dan Liu (2023) dan Getaneh et al. (2023) menunjukkan bahawa ketiadaan liputan terhadap ubatan dan rawatan lanjutan merupakan antara punca utama ketidakpuasan dalam kalangan pesakit NCD. Sementara itu, Sarker et al. (2018) menekankan bahawa skim perlindungan kesihatan perlu disesuaikan dengan profil kesihatan penerima bagi memastikan kesesuaian dan kepuasan yang lebih menyeluruh. Oleh itu, hasil kajian ini memberi isyarat bahawa program seperti PeKa B40 memerlukan penyesuaian semula terhadap reka bentuk manfaat agar lebih responsif kepada keperluan rawatan kronik jangka panjang.

5.5.2 Atribut Sistem Kesihatan

a. Penyampaian Perkhidmatan Kesihatan

Tahap kepuasan tinggi terhadap penyampaian perkhidmatan kesihatan menunjukkan hubungan signifikan dengan peningkatan kebarangkalian kepuasan keseluruhan terhadap PeKa B40 (aOR = 1.320; 95% SK = 1.035–1.684; $p = 0.025$). Ini menandakan bahawa kualiti penyampaian rawatan asas di fasiliti kerajaan—bermula daripada proses pendaftaran, saringan awal, pemeriksaan oleh doktor, sehingga pemberian ubat—mempunyai pengaruh besar dalam membentuk persepsi positif terhadap program.

Dapatan kualitatif mengesahkan bahawa gangguan dalam mana-mana komponen proses ini boleh menjejaskan pengalaman pengguna secara keseluruhan. Responden melaporkan kekurangan pegawai yang arif tentang prosedur PeKa B40, menyebabkan proses menjadi lambat dan membingungkan (R43).

Penemuan ini selari dengan kajian Ball dan Griffiths (2021) yang menunjukkan bahawa kekurangan kakitangan kesihatan memberi kesan negatif terhadap kualiti pengalaman rawatan dan kepuasan pesakit. Ulasan sistematik oleh Griffiths et al. (2018) turut mendapati bahawa nisbah jururawat yang rendah berkait rapat dengan peningkatan kejadian rawatan tertangguh (*missed care*), yang akhirnya menjejaskan persepsi pesakit terhadap sistem kesihatan. Dalam konteks pelaksanaan PeKa B40 yang bergantung sepenuhnya kepada fasiliti kesihatan awam, sebarang kelemahan dalam proses

penyampaian perkhidmatan asas boleh terus menjejaskan keberkesanan program dan tahap kepuasan pengguna.

b. Akses dan Kemudahan Kesihatan

Tahap kepuasan tinggi terhadap akses dan kemudahan kesihatan menunjukkan hubungan signifikan dengan peningkatan kebarangkalian kepuasan keseluruhan terhadap PeKa B40 (aOR = 1.362; 95% SK = 1.064–1.745; $p = 0.014$). Ini menunjukkan bahawa kemudahan capaian kepada fasiliti kesihatan memainkan peranan penting dalam membentuk persepsi positif terhadap keberkesanan program.

Dapatan kualitatif menyokong hubungan ini, khususnya dalam kalangan responden di kawasan luar bandar yang melaporkan cabaran berkaitan lokasi, kesesakan, dan proses pendaftaran yang memakan masa. Sebagai contoh, seorang peserta menyatakan bahawa proses pendaftaran dan soal selidik terlalu panjang, dan keadaan ini menjejaskan kelancaran di klinik yang sedia sesak (R44). Keadaan ini memberi gambaran bahawa ketidakselesaian dalam akses perkhidmatan boleh memberi kesan negatif terhadap pengalaman pengguna dan tahap kepuasan mereka terhadap program.

Penemuan ini sejajar dengan literatur antarabangsa yang menekankan bahawa aspek akses—seperti jarak ke fasiliti, kesesakan, dan kecekapan perkhidmatan—adalah antara penentu utama kepuasan pengguna. Mahajan et al. (2025) dan Xesfingi dan Vozikis (2016) melaporkan bahawa kemudahan fizikal dan logistik memberi kesan langsung kepada pengalaman pesakit. Kajian oleh Graves et al. (2024) dan Jadoo et al. (2020) turut mendapati bahawa halangan geografi dan kekurangan pengangkutan merupakan faktor penting yang menurunkan kepuasan, terutamanya dalam kalangan populasi luar bandar yang berpendapatan rendah.

c. Kos Kesihatan yang ditanggung sendiri oleh responden

Tahap kepuasan tinggi terhadap kos kesihatan mempunyai hubungan yang kuat dengan kepuasan keseluruhan terhadap PeKa B40. Responden yang berpuas hati dengan aspek kos mencatatkan hampir tiga kali ganda lebih tinggi kebarangkalian untuk melaporkan

kepuasan keseluruhan yang tinggi berbanding mereka yang tidak berpuas hati ($aOR = 2.951$; $95\% SK = 2.274-3.829$; $p < 0.001$). Ini menunjukkan bahawa pengurangan kos rawatan yang ditanggung sendiri sangat penting dalam membentuk pandangan positif terhadap program, terutamanya dalam kalangan penerima manfaat yang sering menghadapi masalah kewangan.

Beberapa responden turut menyatakan bahawa bantuan yang diterima belum mencukupi untuk menampung semua kos sebenar ketika sakit (R45, R46). Mereka memaklumkan bahawa elaun sedia ada tidak cukup untuk menampung perbelanjaan seperti tambang ulang-alik ke hospital, alat bantuan perubatan, ubat tambahan, dan kos harian lain yang berkaitan dengan rawatan. Ini menunjukkan bahawa walaupun bantuan kewangan diberikan, masih ada kekurangan yang boleh menjejaskan kepuasan terhadap program.

Secara keseluruhan, gabungan dapatan ini menunjukkan bahawa aspek kos memainkan peranan besar dalam kepuasan pengguna. Namun, kepuasan itu hanya dapat dikekalkan jika bantuan yang diberikan benar-benar membantu dan mencukupi untuk keperluan harian dan perubatan penerima. Kajian luar negara oleh Rodriguez - Acevedo et al. (2021) turut menyatakan bahawa kos luar poket yang tinggi boleh menurunkan tahap kepuasan terhadap skim kesihatan. Apabila penerima masih perlu membayar banyak perkara sendiri walaupun menyertai skim perlindungan, mereka akan berasa program itu tidak membantu sepenuhnya. Maka, bagi meningkatkan kepuasan, perlulah memastikan bantuan kos selaras dengan keperluan sebenar pengguna.

d. Tadbir Urus PeKa B40

Persepsi positif terhadap tadbir urus PeKa B40 menunjukkan hubungan paling kuat dengan tahap kepuasan keseluruhan. Responden yang berpuas hati dengan aspek tadbir urus mencatatkan hampir lima kali ganda lebih tinggi kebarangkalian untuk melaporkan kepuasan keseluruhan yang tinggi berbanding mereka yang tidak berpuas hati ($aOR = 4.802$; $95\% SK = 3.63-6.351$; $p < 0.001$). Ini menunjukkan bahawa kualiti tadbir urus—yang merangkumi kecekapan pelaksanaan, kejelasan prosedur, dan kesesuaian

manfaat—adalah elemen penting dalam membentuk kepercayaan dan penilaian pengguna terhadap keberkesanan program.

Dapatan kualitatif memperkukuh penemuan ini apabila responden menzahirkan beberapa cabaran berkaitan pelaksanaan. Ramai menyatakan bahawa mereka tidak mendapat maklumat yang mencukupi atau jelas mengenai manfaat dan prosedur tuntutan, terutamanya dalam kalangan mereka yang tinggal di kawasan pedalaman atau kurang celik kesihatan (R53–R56). Ada juga yang menyifatkan manfaat sedia ada seperti saringan dan elaun tambang sebagai terlalu asas dan tidak selaras dengan keperluan sebenar, terutama bagi penduduk luar bandar (R47–R48). Selain itu, kelewatan proses tuntutan dan kesukaran mematuhi syarat kelayakan seperti had umur turut menimbulkan rasa tidak puas hati (R49–R52; R57–R58). Gabungan dapatan ini menunjukkan bahawa walaupun PeKa B40 menyediakan manfaat asas, pengguna akan berasa kurang puas jika maklumat tidak sampai, proses lambat, dan bantuan tidak mencukupi.

Penemuan ini disokong oleh kajian antarabangsa (Fan et al. 2022; Geng et al. 2022; Hou et al. 2021; Méndez et al. 2022) yang menegaskan bahawa ketelusan dasar, keadilan dalam akses, dan kecekapan pentadbiran adalah faktor penting yang mempengaruhi kepuasan terhadap skim perlindungan kesihatan. Oleh itu, tadbir urus yang tidak berkesan boleh mengurangkan impak positif program, manakala pelaksanaan yang cekap, telus dan mesra pengguna berupaya meningkatkan tahap kepuasan secara menyeluruh.

5.5.3 Pengguna manfaat PeKa B40

Responden yang pernah menggunakan manfaat PeKa B40 mempunyai kebarangkalian 1.4 kali ganda lebih tinggi untuk melaporkan tahap kepuasan yang tinggi berbanding mereka yang tidak pernah menggunakan manfaat tersebut (aOR = 1.373; 95% SK = 1.067–1.765; $p = 0.014$). Ini menunjukkan bahawa pengalaman langsung dengan pelaksanaan program seperti saringan kesihatan, bantuan alat perubatan, atau rawatan susulan memberi kesan positif terhadap persepsi pengguna terhadap program.

Pengalaman penggunaan bukan sahaja memberikan akses kepada faedah kesihatan, malah berperanan membina kefahaman yang lebih mendalam mengenai prosedur, kelayakan, dan nilai program secara keseluruhan. Sebaliknya, mereka yang tidak pernah menggunakan manfaat mungkin hanya mengenali program secara umum, tanpa pendedahan kepada pelaksanaan sebenar, sekaligus menghadkan keupayaan mereka menilai keberkesanan program secara objektif.

Dapatan ini sejajar dengan kajian antarabangsa yang mendapati bahawa penggunaan manfaat kesihatan merupakan penentu penting kepuasan. Liu et al. (2024) melaporkan bahawa pengguna insurans kesihatan di China yang memanfaatkan sepenuhnya faedah yang ditawarkan menunjukkan tahap kepuasan yang lebih tinggi. Geng et al. (2021) turut menegaskan bahawa kefahaman terhadap struktur manfaat dan pengalaman pengguna yang lancar memberi impak positif terhadap kepuasan keseluruhan. Sementara itu, Kebede dan Mulugeta (2019) mendapati bahawa kekurangan maklumat atau pengalaman sebenar mengakibatkan penerima gagal menilai keberkesanan program secara objektif.

Oleh itu, pengalaman penggunaan yang positif berperanan sebagai saluran pembinaan kepercayaan, selain berfungsi sebagai ukuran langsung terhadap prestasi program. Penemuan ini mengukuhkan kepentingan untuk meningkatkan akses dan kefahaman terhadap manfaat PeKa B40 dalam kalangan penerima layak bagi memastikan kepuasan yang berterusan.

5.6 CADANGAN PENAMBAHBAIKAN PEKA B40

Bahagian ini membincangkan integrasi antara dapatan kuantitatif bagi Objektif 5, iaitu penilaian jurang antara kepentingan dan kepuasan pelaksanaan Program PeKa B40 menggunakan analisis *Importance–Performance Gap Analysis* (IPGA), dengan dapatan kualitatif daripada kajian ini yang diperoleh melalui soalan terbuka berkaitan cadangan penambahbaikan program. Integrasi ini bertujuan mengenal pasti keutamaan penambahbaikan berdasarkan kedua-dua persepsi kuantitatif penerima manfaat dan cadangan yang dikemukakan secara langsung oleh responden.

5.6.1 Strategi Penambahbaikan dalam Penyampaian Perkhidmatan

i. Bekalan & Akses kepada Ubat

Dapatan IPGA menunjukkan bahawa ketersediaan ubat-ubatan yang diperlukan di pusat rawatan (PP4) mencatatkan nilai jarak dari titik ideal ($D = 1.1027$), sekali gus menunjukkan wujudnya jurang kepuasan yang ketara antara tahap kepentingan dan tahap kepuasan yang dialami oleh penerima manfaat. Responden turut menekankan bahawa aspek bekalan ubat yang mencukupi merupakan elemen penting dalam memastikan kelangsungan rawatan, khususnya bagi golongan berpendapatan rendah dan pesakit kronik.

Bagi mengatasi isu ini, pengukuhan sistem rantai bekalan ubat perlu diberi keutamaan. Ini termasuk pelaksanaan pemantauan e-stok secara sistematik dan pengedaran ubat secara proaktif bagi mengelakkan kekurangan stok. Kajian oleh Uguru et al. (2024) turut melaporkan bahawa ubat tidak sentiasa tersedia di fasiliti kesihatan di bawah skim NHIS, dengan hampir separuh responden melaporkan masalah ketiadaan ubat. Kajian tersebut juga mencadangkan penggunaan farmasi komuniti dengan sistem baucar sebagai kaedah alternatif bagi memastikan pesakit dapat memperoleh ubat walaupun di luar fasiliti utama, dengan kos ditanggung semula oleh pihak berkuasa.

ii. Privasi & Perlindungan Maklumat

Privasi semasa rawatan serta kerahsiaan maklumat pesakit merupakan teras kepercayaan terhadap sistem kesihatan. Dapatan IPGA menunjukkan bahawa aspek ini mencatatkan jurang kepuasan tertinggi (PP5: $D = 1.3421$), sekali gus mencerminkan ruang yang signifikan untuk penambahbaikan.

Prosedur operasi standard (SOP) berkaitan perlindungan data peribadi perlu diperincikan, dipantau pelaksanaannya, dan disesuaikan dengan keperluan di peringkat fasiliti. Selaras dengan saranan McGraw dan Mandl (2021), penerima manfaat juga perlu diberikan maklumat mengenai hak pesakit dan keselamatan data peribadi melalui bahan komunikasi yang ringkas, visual, dan berlapis (*layered formats*) agar mudah difahami oleh pelbagai lapisan masyarakat.

Di samping itu, penyediaan ruang konsultasi yang melindungi privasi fizikal amat penting dan perlu diwujudkan di semua fasiliti kesihatan. Dapatan ini disokong oleh kajian Pratiwi et al. (2022) yang melaporkan kebimbangan pesakit terhadap ketiadaan kerahsiaan semasa rawatan di fasiliti awam, serta mencadangkan pembinaan bilik konsultasi berasingan sebagai langkah penambahbaikan.

iii. Kualiti Interaksi & Pendekatan Mesra Pengguna

Kualiti perkhidmatan kesihatan bukan hanya bergantung kepada kepakaran atau rawatan yang diberikan, tetapi juga bergantung kepada cara perkhidmatan itu disampaikan kepada pesakit. Ramai responden dalam kajian ini menekankan pentingnya interaksi yang mesra, sikap yang profesional, dan keupayaan kakitangan kesihatan untuk membantu golongan rentan seperti warga emas dan mereka yang kurang mahir menggunakan teknologi.

Cadangan penambahbaikan termasuk menyediakan latihan yang lebih menyeluruh kepada kakitangan, bukan sahaja dalam pengurusan operasi tetapi juga dalam komunikasi mesra, sikap empati, dan kepekaan terhadap keperluan khas warga emas (R60–R62). Kajian terdahulu menunjukkan bahawa komunikasi yang berempati dan pendekatan yang mesra pengguna boleh meningkatkan kepuasan dan kepercayaan pesakit. Latihan kakitangan kesihatan yang memberi tumpuan kepada kemahiran empati, komunikasi yang baik, serta pengalaman simulasi didapati berkesan dalam memperbaiki cara mereka berinteraksi dengan pesakit (Byrne et al. 2024; Kataoka et al. 2019).

Sokongan juga perlu diberikan kepada penerima manfaat yang kurang memahami prosedur program atau kurang celik teknologi (R63). Kajian menunjukkan bahawa mereka sering berhadapan dengan kesukaran untuk mengakses perkhidmatan kesihatan secara digital. Maka, sistem perkhidmatan yang menggunakan sistem digital perlu direka bentuk agar mudah digunakan dan menyediakan bantuan secara langsung apabila diperlukan (Datta et al. 2018; Luetke Lanfer et al. 2024).

iv. **Pengukuhan Kapasiti Pelaksana**

Kejayaan pelaksanaan program di fasiliti kesihatan sangat bergantung pada kapasiti sumber manusia. Dapatan menunjukkan bahawa kekurangan kakitangan khas dan beban tugas sedia ada merupakan antara halangan utama dalam penyampaian manfaat PeKa B40 secara efisien.

Antara cadangan utama adalah pelantikan pegawai khas yang ditugaskan secara khusus untuk menguruskan program PeKa B40 di setiap fasiliti kerajaan (R64), serta penambahan bilangan kakitangan bagi mengurangkan beban kerja dan memastikan kelancaran operasi (R65). Penemuan ini selari dengan kajian-kajian lepas yang menekankan bahawa bilangan staf yang mencukupi memainkan peranan penting dalam meningkatkan tahap kepuasan pengguna serta keberkesanan perkhidmatan kesihatan (Hockenberry & Becker 2016; Wang 2022). Tindakan ini dapat mempercepatkan urusan pentadbiran, mengelakkan kesilapan prosedur, dan meningkatkan kepuasan penerima manfaat.

v. **Penglibatan Pakar Perubatan**

Penerima manfaat turut menekankan keperluan menambah baik kualiti perkhidmatan melalui penempatan pakar perubatan di peringkat rawatan sekunder. Kekurangan doktor pakar, khususnya di hospital daerah, dilihat sebagai kekangan dalam penyampaian rawatan lanjutan dan keputusan klinikal yang berasaskan kepakaran.

Cadangan penambahbaikan meliputi penempatan sekurang-kurangnya seorang doktor pakar di setiap hospital daerah (R37) dan penglibatan lebih ramai pakar klinikal dalam pelaksanaan PeKa B40 (R43). Langkah ini dapat memperkukuh proses konsultasi, meningkatkan ketepatan diagnosis, dan membina keyakinan penerima terhadap keberkesanan program.

5.6.2 Strategi Penambahbaikan dalam Akses dan Kemudahan Perkhidmatan

i. Penambahan Lokasi & Liputan Perkhidmatan

Dapatan IPGA menunjukkan bahawa ketersediaan pusat kepakaran perubatan (AK3) mencatatkan nilai jarak dari titik ideal tertinggi dalam domain ini ($D = 1.4063$), sekali gus mencerminkan jurang kepuasan yang ketara antara tahap kepentingan dan tahap kepuasan pengguna terhadap akses rawatan pakar. Responden turut menekankan bahawa ketiadaan pelbagai jenis klinik pakar di fasiliti daerah, khususnya di kawasan luar bandar, menjadi penghalang utama kepada kesinambungan rawatan berkualiti bagi kumpulan B40 (R37, R43).

Bagi mengatasi isu ini, penyediaan pelbagai jenis klinik kepakaran secara berperingkat ke hospital daerah dan fasiliti luar bandar perlu diberi keutamaan. Langkah ini penting untuk memperkukuh keupayaan rawatan sekunder dan meningkatkan kualiti konsultasi perubatan, terutamanya bagi pesakit kronik yang memerlukan rawatan susulan berterusan.

Di samping itu, kekangan liputan fizikal program turut dikenal pasti sebagai halangan kepada akses yang adil dan menyeluruh. Responden mencadangkan agar jumlah fasiliti yang menyediakan PeKa B40 ditambah, terutama di kawasan pedalaman yang masih kekurangan akses kepada program (R66).

Sebagai alternatif, perluasan kerjasama dengan sektor swasta seperti klinik panel dicadangkan bagi meningkatkan ketercapaian dan pilihan perkhidmatan kesihatan (R67). Penglibatan lebih banyak klinik swasta membolehkan akses kepada manfaat PeKa B40 diperluas secara lebih efisien tanpa menambah beban kepada fasiliti kesihatan awam, sekali gus menyokong prinsip kesaksamaan dalam perlindungan kesihatan. Kerjasama rentas sektor dan peluasan lokasi perkhidmatan telah dikenal pasti sebagai strategi berkesan untuk mempercepat akses kepada rawatan, khususnya di kawasan berisiko tinggi atau kurang liputan (Abdul et al. 2024; McIntosh et al. 2015; Umar et al. 2024). Pendekatan ini juga berpotensi mengurangkan kesesakan di klinik kerajaan dan mempercepat proses penyampaian manfaat, justeru wajar

dipertimbangkan sebagai sebahagian daripada strategi perluasan akses yang bersifat responsif.

ii. Penambahbaikan Proses Operasi

Dapatan IPGA menunjukkan bahawa AK6: Waktu operasi klinik/hospital yang sesuai dengan saya mencatatkan nilai jarak dari titik ideal yang tinggi ($D = 0.9634$) dan berada dalam Kuadran II, menandakan keperluan penambahbaikan segera kerana aspek ini dianggap penting oleh penerima manfaat.

Responden mencadangkan agar waktu operasi fasiliti kesihatan lebih fleksibel dan disesuaikan dengan keperluan sebenar komuniti, terutamanya bagi kumpulan bekerja yang menghadapi kesukaran hadir pada waktu pejabat (R59). Pelaksanaan waktu lanjutan atau pembukaan klinik pada hujung minggu dilihat sebagai strategi yang mampu meningkatkan akses rawatan dan menjadikan sistem kesihatan lebih responsif terhadap kekangan masa dan corak kehidupan pengguna.

Di samping itu, kecekapan operasi juga boleh ditambah baik melalui penubuhan kaunter khas PeKa B40 di klinik kerajaan yang sedia ada (R44). Cadangan ini bertujuan mempercepatkan urusan pendaftaran, mengurangkan kesesakan di ruang menunggu, dan melancarkan proses pelaksanaan program.

Satu lagi isu yang dibangkitkan ialah kelewatan dalam penjadualan temu janji, yang boleh mengganggu kesinambungan rawatan (R69). Penambahbaikan terhadap sistem temu janji, termasuk ketepatan masa dan kecekapan penjadualan, amat penting bagi memastikan pesakit mendapat rawatan susulan yang konsisten dan tidak terganggu. Penambahbaikan sistem temujanji boleh dilaksanakan melalui pelbagai strategi yang telah terbukti berkesan. Penggunaan sistem peringatan digital seperti SMS, aplikasi mudah alih, dan sistem tempahan janji temu dalam talian membantu mengurangkan kadar ketidakhadiran dan meningkatkan fleksibiliti penjadualan (Mohammed Selim et al. 2023). Intervensi berasaskan input pesakit seperti Patient Initiated Follow-Up (PIFU) memberikan autonomi kepada pesakit untuk menetapkan janji temu susulan mengikut keperluan mereka sendiri, manakala penggunaan penjadual khas di fasiliti turut meningkatkan kadar kehadiran (Kershaw et al. 2022). Selain itu,

peringatan melalui panggilan telefon – sama ada secara manual atau automatik – didapati lebih berkesan berbanding SMS dalam memastikan kehadiran, terutama dalam kalangan kumpulan berisiko tinggi seperti pesakit geriatrik dan paliatif (Braschi et al. 2023; Lance et al. 2021).

iii. Penambahbaikan Kemudahan Fizikal di Ruang Menunggu

Walaupun tidak dinyatakan secara langsung dalam dapatan IPGA, maklum balas responden menunjukkan bahawa suasana fizikal fasiliti kesihatan turut memberi kesan kepada kepuasan terhadap PeKa B40.

Antara cadangan yang dikemukakan ialah penambahan kerusi di ruang menunggu bagi mengurangkan kesesakan dan meningkatkan keselesaan, terutamanya bagi warga emas dan pesakit kronik (R68). Kajian menunjukkan bahawa keselesaan ruang fizikal seperti ruang menunggu memainkan peranan penting dalam membentuk kepuasan pesakit secara keseluruhan (Loh et al. 2017). Beberapa aspek seperti susunan tempat duduk, suasana yang kondusif, dan kemudahan seperti kaunter khas adalah sangat berpengaruh terutama di fasiliti kesihatan yang mempunyai kapasiti tinggi (Dziadzko et al. 2022; Sailer et al. 2021). Oleh itu, penambahbaikan secara segera perlu difokuskan kepada pengaturan ruang yang lebih kondusif, penyediaan tempat duduk mencukupi, dan penyediaan ruang atau kaunter khas untuk proses PeKa B40, terutamanya di fasiliti berkapasiti tinggi. Kemudahan fizikal yang baik bukan sahaja meningkatkan pengalaman pengguna tetapi juga membentuk persepsi positif terhadap kualiti sistem kesihatan secara keseluruhan. Maka, penambahbaikan aspek ini wajar dipertimbangkan sebagai komponen penting dalam strategi pelaksanaan PeKa B40 yang lebih menyeluruh.

5.6.3 Strategi Penambahbaikan dalam Komunikasi di Fasiliti Kesihatan

i. Penambahbaikan Respons Terhadap Aduan dan Maklum Balas Pesakit

Dapatan IPGA menunjukkan bahawa KM7: Staf memberi respon terhadap aduan dan komen saya mencatatkan nilai D tertinggi dalam domain komunikasi ($D = 1.3764$), menandakan wujudnya jurang kepuasan yang ketara terhadap keberkesanan sistem maklum balas sedia ada. Jurang ini mencerminkan kelemahan keupayaan fasiliti

kesihatan dalam mendengar dan bertindak balas terhadap suara penerima manfaat, sekali gus menjejaskan tahap kepercayaan penerima manfaat terhadap sistem.

Untuk mengatasi kelemahan ini, satu sistem pengurusan aduan yang responsif, telus, dan mudah diakses perlu dibangunkan, terutamanya bagi memenuhi keperluan kumpulan B40. Cadangan termasuklah penggunaan saluran digital seperti kod QR dan borang atas talian, serta saluran fizikal seperti kaunter khas atau kotak aduan di fasiliti. Sistem ini mestilah mesra pengguna, diselaraskan di semua fasiliti, dan disokong dengan pemantauan dan mekanisme maklum balas yang sistematik. Kajian menunjukkan bahawa keberkesanan dalam menangani aduan pesakit merupakan indikator penting kualiti sistem kesihatan, dan sistem aduan yang berfungsi dengan baik bukan sahaja menyelesaikan isu individu, tetapi turut menyumbang kepada penambahbaikan struktur dan polisi perkhidmatan secara menyeluruh (Mirzoev & Kane 2018; van Dael et al. 2020).

ii. Penerangan Prosedur Rawatan dan Kefahaman Maklumat Bertulis

Tiga item dalam IPGA menunjukkan jurang kepuasan tinggi berkaitan kefahaman terhadap komunikasi bertulis dan lisan, iaitu KM6: Penerangan prosedur rawatan adalah jelas ($D = 1.0619$), KM4: Dokumen di klinik/hospital mudah difahami ($D = 1.0545$) dan KM3: Staf berkomunikasi menggunakan bahasa mudah difahami ($D = 1.0426$). Penemuan ini konsisten dengan dapatan kualitatif yang menekankan keperluan penggunaan bahasa mudah dan penjelasan yang lebih terperinci oleh staf (R70, R71).

Maka, latihan berkala kepada staf tentang penyampaian maklumat berkesan perlu dilaksanakan. Di samping itu, dokumen dan bahan maklumat seperti borang, risalah dan poster perlu direka bentuk semula agar lebih visual, bergambar, mesra literasi kesihatan dan menggunakan bahasa yang ringkas. Penyampaian maklumat sedemikian amat penting kepada golongan berusia dan berpendidikan rendah yang kerap menggunakan perkhidmatan ini.

iii. Penggunaan Bahasa dan Penyampaian yang Sesuai

Komunikasi yang berkesan memerlukan keupayaan staf untuk menyesuaikan bahasa yang digunakan dengan latar belakang penerima manfaat. Walaupun item KM3: Staf berkomunikasi menggunakan bahasa mudah menunjukkan jurang signifikan ($D = 1.0426$), data kualitatif turut menguatkan keperluan untuk komunikasi yang lebih inklusif dan praktikal. Responden mencadangkan agar maklumat disampaikan secara lebih mudah, diulang berkali-kali, dan dalam bentuk demonstrasi langsung (R74). Ini menunjukkan keperluan latihan komunikasi berasaskan empati, serta penyediaan bahan komunikasi dalam pelbagai bahasa termasuk Mandarin, Tamil, dan dialek tempatan. Pendekatan ini bukan sahaja akan meningkatkan kefahaman terhadap prosedur dan manfaat PeKa B40, tetapi juga menunjukkan kepekaan budaya dalam penyampaian perkhidmatan.

iv. Penglibatan Aktif Staf Kesihatan & Saluran rasmi dalam Penyampaian Maklumat PeKa B40

Penyampaian maklumat yang berkesan mengenai program PeKa B40 memerlukan pendekatan yang lebih proaktif dan sistematik. Responden menekankan bahawa komunikasi pasif seperti poster atau brosur tidak mencukupi, dan tanggungjawab menyampaikan maklumat perlu dilakukan secara aktif oleh staf kesihatan semasa sesi konsultasi atau lawatan ke fasiliti (R73). Ini termasuk penerangan lisan yang jelas, berulang, dan disesuaikan dengan tahap literasi pengguna, terutamanya dalam kalangan kumpulan B40. Penglibatan langsung kakitangan bukan sahaja dapat meningkatkan pemahaman, tetapi juga memperkukuh hubungan kepercayaan antara penyedia dan penerima perkhidmatan.

Dalam masa yang sama, kebimbangan terhadap penipuan maklumat dalam talian turut dikemukakan oleh responden (R72), menunjukkan keperluan untuk menyediakan saluran komunikasi rasmi yang sah dan selamat. Ini merangkumi laman web rasmi, aplikasi mudah alih yang diperakui, serta talian hotline yang khusus dan boleh dipercayai. Bagi memastikan inklusiviti, saluran ini juga harus digandingkan dengan sokongan fizikal di klinik dan bantuan melalui komuniti setempat untuk mereka yang mempunyai kekangan digital. Penyampaian maklumat melalui saluran yang

konsisten, dipercayai, dan mesra pengguna adalah penting bagi mengelakkan kekeliruan serta meningkatkan keberkesanan penyampaian mesej program.

Penyampaian maklumat yang konsisten, mesra pengguna, dan disampaikan secara interaktif oleh kakitangan kesihatan merupakan elemen penting dalam meningkatkan kefahaman dan kepercayaan pengguna terhadap sesuatu program kesihatan. Ini disokong oleh pelbagai kajian yang menekankan peranan komunikasi dalam membina kepercayaan awam dan penglibatan terhadap sistem kesihatan (Holroyd et al. 2020; Taufiqurokhman et al. 2024; Ward 2017).

5.6.4 Strategi Penambahbaikan dalam Aspek Kos Kesihatan

i. Pemudahan Proses Pembayaran

Dapatan IPGA menunjukkan bahawa item KS1: Proses membuat bayaran di klinik/hospital mudah mencatatkan nilai D tertinggi dalam domain kos ($D = 1.3792$), menandakan jurang kepuasan yang ketara terhadap kemudahan proses pembayaran dalam kalangan penerima manfaat. Jurang ini mencerminkan kelemahan dalam sistem sedia ada yang berkemungkinan berpunca daripada prosedur yang rumit, ketiadaan panduan yang jelas, atau kurangnya saluran sokongan yang mesra pengguna, khususnya bagi golongan berpendapatan rendah.

Sebagai respons, beberapa langkah penambahbaikan wajar dipertimbangkan bagi memastikan proses pembayaran menjadi lebih inklusif dan mudah diakses. Antaranya ialah penyediaan sistem pembayaran yang lebih mesra pengguna di fasiliti kesihatan, termasuk penubuhan kaunter khas bagi kumpulan rentan serta bantuan navigasi di tempat pembayaran. Panduan bertulis langkah demi langkah juga perlu disediakan dalam bentuk yang mudah difahami. Selain itu, maklumat lengkap mengenai jumlah bayaran, prosedur pembayaran dan caj tambahan perlu dipaparkan dengan jelas melalui bahan cetakan dan digital yang mudah diakses.

Semakan semula terhadap prosedur pembayaran sedia ada juga harus dilakukan bagi memastikan ia lebih ringkas, cepat, dan tidak membebankan pengguna—terutamanya warga emas serta individu yang kurang celik digital atau kewangan.

Pendekatan ini sejajar dengan prinsip mesra pelanggan dalam perkhidmatan awam dan mampu meningkatkan tahap kepuasan serta kepercayaan penerima manfaat terhadap keberkesanan pelaksanaan PeKa B40.

ii. Bantuan Pengangkutan untuk Kawasan Luar Bandar

Item KS7: Bayaran untuk pengangkutan ke pusat rawatan adalah berpatutan mencatatkan jurang kepuasan yang tinggi ($D = 1.2445$), sekali gus menandakan bahawa kos perjalanan kekal sebagai antara beban kewangan utama, khususnya bagi penerima manfaat yang tinggal di kawasan pedalaman. Kos ini, yang tidak ditanggung sepenuhnya oleh program, telah dikenal pasti sebagai penghalang utama kepada kesinambungan rawatan, terutamanya dalam kalangan pesakit kronik yang memerlukan lawatan berkala ke fasiliti kesihatan kerajaan.

Bagi menangani isu ini, beberapa strategi penambahbaikan menyeluruh dicadangkan. Pertama, penyediaan subsidi pengangkutan atau baucar perjalanan khusus bagi golongan B40 luar bandar wajar dipertimbangkan untuk meringankan beban kos ulang-alik. Subsidi ini boleh distrukturkan mengikut kadar tetap berdasarkan zon kediaman (bandar, luar bandar, atau pedalaman), agar pelaksanaannya lebih sistematik dan bersasar. Kajian oleh Comstock et al. (2018) menunjukkan bahawa pengeluaran kad petrol dan pas bas tahunan kepada pesakit daripada komuniti berpendapatan rendah telah berjaya menurunkan kadar ketidakhadiran (*no-show*) daripada 14.6% kepada 12.2% dalam tempoh tiga tahun, di samping mencatatkan peningkatan konsisten dalam jumlah lawatan klinik. Strategi ini bukan sahaja mengurangkan beban kewangan, malah turut menyokong kesinambungan rawatan melalui penglibatan pesakit yang lebih aktif.

Selain itu, bantuan logistik percuma turut menunjukkan impak positif terhadap kehadiran rawatan. Kajian oleh Bove et al. (2019) melaporkan bahawa penyediaan perkhidmatan van kesihatan secara percuma berjaya meningkatkan kadar kehadiran daripada 80.1% kepada 84.1%, terutamanya dalam kalangan pesakit berpendapatan rendah. Justeru, kerjasama dengan NGO dan pihak berkuasa tempatan perlu diperkukuh untuk menyediakan perkhidmatan ini secara berjadual di kawasan terpencil.

Tambahan pula, pengintegrasian bantuan pengangkutan secara automatik dalam sistem tuntutan PeKa B40 wajar dilaksanakan bagi meningkatkan kecekapan pentadbiran dan mengurangkan keperluan prosedur tambahan. Pendekatan ini akan membantu mengurangkan beban kepada golongan rentan, khususnya mereka yang kurang celik digital atau kurang biasa dengan sistem birokrasi.

Secara keseluruhannya, strategi-strategi ini berpotensi mengurangkan halangan akses fizikal dan kewangan, seterusnya meningkatkan kepuasan pengguna serta menyokong objektif PeKa B40 dalam menyediakan akses rawatan yang adil dan berkualiti kepada seluruh populasi sasarannya.

iii. Pengecualian atau Pengurangan Kos Alatan Perubatan

Item KS6: Bayaran tambahan dibuat untuk alatan perubatan adalah berpatutan mencatatkan nilai jurang kepuasan yang tinggi ($D = 1.0124$), menunjukkan keperluan signifikan untuk menyemak semula polisi subsidi dan mekanisme bayaran bagi alatan kesihatan dalam pelaksanaan PeKa B40. Responden yang memerlukan peralatan seperti glucometer, alat bantuan berjalan, dan mesin tekanan darah menyatakan bahawa kos tambahan ini menjadi beban yang menghalang mereka daripada mendapatkan rawatan susulan secara konsisten. Ada yang mencadangkan agar senarai peralatan yang diberi secara percuma diperluaskan, dan proses kelulusan serta pengagihan alatan dipercepatkan agar tidak menjejaskan rawatan harian pesakit kronik.

Sehubungan itu, beberapa strategi penambahbaikan disarankan. Pertama, menyediakan subsidi atau pengecualian bayaran bagi alatan perubatan asas secara sistematik, terutamanya bagi golongan B40 yang bergantung kepada peralatan ini untuk pemantauan kesihatan sendiri. Kedua, penyusunan senarai rasmi alatan yang layak menerima subsidi perlu dilakukan, termasuk item seperti glucometer, tongkat, dan alat pemantauan tekanan darah. Ketiga, penyediaan baucar tunai untuk pembelian alatan perubatan wajar dipertimbangkan sebagai langkah sokongan segera bagi mengurangkan beban bayaran pendahuluan. Ini penting agar pesakit tidak perlu menangguhkan pembelian alatan akibat kekangan kewangan semasa.

Dapatan ini turut disokong oleh kajian terdahulu yang melaporkan bahawa walaupun rawatan asas disediakan secara percuma, penerima manfaat masih menanggung pelbagai bayaran tambahan ketika mendapatkan rawatan di fasiliti kesihatan, termasuk kos alatan perubatan dan keperluan sokongan lain yang tidak disubsidi oleh Kerajaan (Ji et al. 2024; Kakama et al. 2020; Tan et al. 2019). Beban ini boleh menyebabkan putus rawatan, terutama dalam kalangan pesakit yang perlu memantau penyakit mereka secara berkala. Oleh itu, mekanisme pengurangan bayaran tambahan dari perbelanjaan poket pesakit perlu diberi keutamaan dalam strategi penambahbaikan program agar pelaksanaan PeKa B40 lebih responsif, saksama, dan memberi impak bermakna kepada golongan rentan yang bergantung padanya.

5.6.5 Strategi Penambahbaikan dalam Tadbir Urus Program PeKa B40

i. Pengukuhan Strategi Promosi dan Komunikasi Program

Meskipun TU1 (Kerap membuat promosi PeKa B40) berada dalam Kuadran III dan dinilai kurang penting secara relatif oleh responden, prestasinya yang rendah menjadikannya komponen berisiko yang boleh menjejaskan capaian, kefahaman, dan penyertaan terhadap program sekiranya tidak ditangani. Dapatan kualitatif menyokong keperluan ini apabila ramai responden menyuarakan kelemahan dari segi promosi dan jangkauan maklumat. Contohnya, R75 mencadangkan agar maklumat PeKa B40 disebarkan secara menyeluruh manakala R76 menekankan keperluan menyampaikan maklumat secara langsung kepada komuniti luar bandar.

Kajian lepas turut memperkukuh justifikasi ini. Purtle et al. (2018) menunjukkan bahawa penyesuaian mesej kesihatan mengikut ciri populasi sasaran dapat meningkatkan kefahaman dan penerimaan terhadap intervensi kesihatan, termasuk dalam kalangan pembuat dasar. Selain itu, Roberts et al. (2017) menekankan bahawa komunikasi kesihatan yang jelas dan bersesuaian dengan latar demografi pengguna mampu meningkatkan literasi kesihatan dan kecenderungan penggunaan perkhidmatan, sekali gus membina kepercayaan terhadap sistem kesihatan.

Sehubungan itu, penambahbaikan perlu dilaksanakan segera melalui strategi komunikasi yang lebih menyeluruh dan inklusif. Ini merangkumi pelaksanaan kempen

promosi menerusi pelbagai saluran media massa, media sosial, serta siaran radio komuniti tempatan. Di peringkat lapangan, promosi boleh dijalankan secara langsung melalui penyediaan booth maklumat di pasar malam, masjid, dan klinik kesihatan yang sering dikunjungi komuniti setempat. Usaha ini perlu disokong dengan penghasilan bahan promosi dalam pelbagai bahasa serta reka bentuk yang mesra warga emas dan mereka yang kurang celik teknologi.

Selain itu, strategi komunikasi mestilah bersifat bersasar, mengambil kira keunikan etnik, budaya, dan bahasa setiap komuniti. Bahan penerangan yang disesuaikan dari segi kandungan, visual, dan kaedah penyampaian akan lebih berkesan dalam menjangkau komuniti yang kurang pendedahan terhadap program. Pendekatan komunikasi berlapis ini diyakini mampu meningkatkan kesedaran, kefahaman, dan penyertaan aktif dalam kalangan semua kumpulan sasar, sekali gus menyokong matlamat PeKa B40 untuk mencapai perlindungan kesihatan sejagat secara lebih inklusif dan responsif.

ii. Penilaian Semula Kriteria Kelayakan agar Lebih Inklusif

Item TU7 mencatatkan nilai jurang kepuasan tertinggi dalam domain tadbir urus ($D = 1.3410$), menunjukkan tahap ketidakpuasan yang tinggi terhadap kriteria kelayakan PeKa B40. Dapatan ini mencerminkan persepsi bahawa syarat kelayakan sedia ada masih belum mencerminkan realiti sosioekonomi penerima manfaat, dan boleh mengecualikan individu yang sebenarnya memerlukan bantuan. Secara khusus, pendekatan kelayakan berasaskan kategori B40 dan had umur minimum didapati terlalu terhad serta tidak mengambil kira pelbagai faktor sosioekonomi yang mempengaruhi kehidupan kumpulan sasar.

Responden turut mengemukakan cadangan supaya kriteria kelayakan dilonggarkan agar lebih inklusif dan adil. Antara saranan termasuklah semakan semula had umur minimum bagi membolehkan golongan dewasa muda bawah umur 40 tahun yang berisiko turut menerima manfaat, serta perluasan kepada kumpulan lain seperti golongan M40 yang tidak mempunyai perlindungan mencukupi, suri rumah tanpa pendapatan tetap, dan individu dengan bilangan tanggungan keluarga yang besar. Sebahagian responden turut mencadangkan agar pengelasan B40 dilakukan secara lebih

fleksibel, contohnya berdasarkan pendapatan per kapita isi rumah, dan disesuaikan mengikut lokasi tempat tinggal – bandar, luar bandar, atau pedalaman – kerana kos sara hidup yang berbeza.

Sehubungan itu, penambahbaikan dasar kelayakan program PeKa B40 wajar diberi keutamaan bagi memastikan tiada kumpulan rentan yang tercicir. Antara strategi yang disarankan ialah: pertama, mengkaji semula had umur minimum bagi merangkumi populasi dewasa muda yang berisiko tetapi belum layak; kedua, menyemak kelayakan pendapatan secara progresif berdasarkan zon geografi dan kos sara hidup setempat; dan ketiga, mengambil kira bilangan tanggungan dalam penilaian kelayakan. Pendekatan yang lebih fleksibel dan berasaskan keperluan sebenar ini dapat meningkatkan jangkauan program secara menyeluruh dan memberi perlindungan kesihatan yang lebih adil kepada semua lapisan kumpulan sasaran.

iii. Penambahbaikan dan Kepelbagaian Skop Manfaat PeKa B40

Item TU8 mencatatkan jurang kepuasan yang tinggi ($D = 1.0869$), menunjukkan bahawa manfaat semasa PeKa B40 dilihat tidak sejajar dengan keperluan kesihatan sebenar penerima. Kekurangan elemen pencegahan, rawatan lanjutan, dan bantuan menyeluruh memberi gambaran bahawa manfaat sedia ada masih belum cukup responsif terhadap beban kesihatan dan kos sara hidup golongan B40.

Dapatan kualitatif menunjukkan cadangan dari penerima manfaat supaya penambahbaikan berkenaan manfaat supaya memberi bantuan yang lebih luas, inklusif dan disesuaikan dengan keperluan sebenar kumpulan B40. Lima komponen utama yang dicadangkan ialah:

1. Penambahan dan Pelebaran Skop Manfaat

Penerima manfaat mencadangkan agar kadar elaun dan nilai insentif sedia ada ditingkatkan supaya lebih selari dengan tekanan kos sara hidup semasa (R46, R100). Cadangan ini menunjukkan keperluan terhadap bantuan kewangan yang lebih kukuh untuk menampung perbelanjaan asas, terutamanya dalam kalangan penerima yang tidak mempunyai perlindungan lain. Di samping itu, terdapat permintaan agar skop manfaat

diperluas meliputi subsidi ubat-ubatan dan prosedur rawatan, termasuk rawatan bagi penyakit kronik dan kesihatan mental (R99, R101). Kebergantungan semasa terhadap saringan asas sahaja dilihat sebagai tidak mencukupi untuk memenuhi keperluan kesihatan sebenar penerima (R47). Isu ketidakmampuan untuk menampung kos rawatan susulan turut dibangkitkan, terutamanya oleh mereka yang tidak menerima sebarang bantuan kewangan ketika sakit, yang mengakibatkan gangguan terhadap kesinambungan rawatan (R45).

2. Pemantapan Skop dan Kekerapan Saringan Kesihatan

Cadangan ini menekankan keperluan untuk memperkukuh aspek pencegahan dalam program PeKa B40 dengan meningkatkan kekerapan serta skop saringan kesihatan agar lebih komprehensif dan relevan kepada keperluan sebenar penerima manfaat. Responden mencadangkan agar saringan dilaksanakan secara tahunan sebagai langkah pemantauan kesihatan berterusan (R102). Mereka turut menegaskan keperluan memperluas jenis saringan yang ditawarkan, tidak hanya tertumpu kepada ujian asas, tetapi juga melibatkan pemeriksaan lanjutan bagi pelbagai kondisi (R103), termasuk penyakit tidak berjangkit seperti diabetes, hipertensi, dan kanser, serta masalah kesihatan lain yang memerlukan rawatan berkala atau kemasukan ke hospital (R104).

Perhatian khusus turut disarankan untuk kesihatan wanita, seperti penyediaan ujian mamogram dan pemeriksaan ginekologi (R105), bagi memastikan aspek kesihatan reproduktif tidak terpinggir. Di samping itu, cadangan bagi menyediakan subsidi saringan kepada klinik panel berdaftar turut dikemukakan (R106), agar penerima PeKa B40 mempunyai fleksibiliti untuk memilih fasiliti kesihatan yang lebih hampir dan sesuai tanpa menanggung kos tambahan. Justeru, pendekatan ini bukan sahaja meningkatkan keupayaan pengesanan awal, malah turut menyumbang kepada keberkesanan rawatan jangka panjang serta mengurangkan risiko komplikasi kesihatan dalam kalangan golongan berpendapatan rendah.

3. Penambahbaikan Bantuan Alat Perubatan

Cadangan ini menekankan kepentingan memperluas bentuk sokongan terhadap keperluan alat perubatan dan rawatan berkos tinggi dalam kalangan penerima PeKa

B40. Responden menegaskan keperluan bantuan terhadap peralatan asas seperti glucometer, mesin tekanan darah, alat bantu mobiliti, dan peralatan pasca rawatan yang penting untuk pemantauan dan kesinambungan rawatan harian (R107). Cadangan yang dikemukakan termasuk penyediaan senarai rasmi alatan perubatan yang layak mendapat subsidi, serta pemberian baucar tunai bagi memudahkan pembelian alat yang diperlukan (R108). Selain itu, had bantuan sedia ada turut disarankan untuk ditambah agar meliputi bukan sahaja alatan asas, tetapi juga prosedur klinikal kritikal dan kos pembedahan yang mahal, sejajar dengan keperluan sebenar pesakit B40 (R109). Dapatan ini menunjukkan bahawa bantuan semasa masih belum mencukupi untuk menampung kos sebenar rawatan, terutamanya bagi pesakit kronik yang bergantung kepada alat tertentu secara berterusan.

4. Sokongan Pengangkutan dan Logistik

Cadangan ini menekankan kepentingan memperkukuh bentuk sokongan pengangkutan dan logistik dalam kalangan penerima PeKa B40, khususnya bagi mereka yang menghadapi kesukaran fizikal untuk hadir ke fasiliti kesihatan. Responden menyuarakan bahawa isu pengangkutan masih menjadi cabaran utama, terutama bagi mereka yang tinggal jauh dari klinik atau tidak memiliki kenderaan sendiri (R110). Tambahan pula, kadar elaun sedia ada dianggap tidak mencukupi, contohnya tambang tambahan yang terlalu sedikit berbanding kos sebenar semasa kemasukan wad (R113), yang seterusnya menyulitkan akses kepada rawatan secara berterusan. Cadangan yang dikemukakan termasuk penambahbaikan insentif tambang pengangkutan serta proses tuntutan agar lebih cekap dan telus (R111). Antara langkah yang disyorkan ialah menyediakan elaun tetap bagi pengangkutan, memperkenalkan subsidi perjalanan khusus untuk ke klinik bagi mendapatkan rawatan, serta mewujudkan perkhidmatan van kesihatan berjadual, terutama untuk mengambil pesakit uzur atau yang tidak mampu bergerak sendiri (R112). Bantuan ini juga perlu diproses secara automatik dalam sistem tuntutan PeKa B40 bagi memastikan ketelusan dan mengurangkan beban pentadbiran kepada pesakit. Penambahbaikan sistem sokongan pengangkutan ini penting untuk mengurangkan halangan logistik yang boleh menyebabkan kelewatan rawatan atau ketidakhadiran temu janji, sekali gus menyokong capaian kesihatan yang lebih saksama dan berkesan dalam kalangan kumpulan B40.

5. Sokongan Kewangan Tambahan dan Perlindungan Insurans

Cadangan ini menekankan keperluan memperkukuh sokongan kewangan tambahan dan perlindungan insurans kesihatan bagi memastikan kesejahteraan penerima PeKa B40 dalam jangka panjang. Responden mencadangkan agar kos rawatan diturunkan secara menyeluruh dan menggesa pelaksanaan rawatan percuma kepada golongan B40, khususnya warga emas, bagi mengurangkan beban kewangan yang tinggi ketika mendapatkan rawatan (R114, R115). Selain itu, pengenalan skim insurans mikro atau perlindungan kesihatan peribadi turut disarankan bagi menangani situasi kecemasan kesihatan yang tidak dijangka (R116). Tumpuan khas juga diberikan kepada warga emas, dengan cadangan menyediakan insurans kesihatan tambahan bagi mereka yang berusia 70 tahun ke atas, memandangkan golongan ini lebih terdedah kepada kos rawatan kronik dan pembedahan yang tinggi (R117).

Secara keseluruhan penerapan pendekatan yang lebih fleksibel dan lebih luas dalam reka bentuk manfaat terbukti mampu meningkatkan akses, penggunaan, dan kepuasan terhadap skim kesihatan, terutama dalam kalangan kumpulan rentan (Ren et al. 2019; Zhou, Wushouer, et al. 2020). Ini memberikan asas yang kukuh untuk menyesuaikan reka bentuk skim perlindungan kesihatan dengan keperluan komuniti tempatan secara lebih dinamik.

iv. Penambahbaikan Prosedur Tuntutan Manfaat

Cadangan penambahbaikan bagi prosedur tuntutan manfaat PeKa B40 perlu diberi perhatian serius memandangkan isu kelewatan bayaran telah dikenal pasti melalui analisis IPGA, dengan nilai D bagi item TU3 ($D = 0.9468$) menunjukkan wujudnya jurang persepsi terhadap kecekapan sistem bayaran. Dapatan kualitatif turut menyokong keperluan ini apabila responden melaporkan proses tuntutan yang dianggap rumit serta mengambil masa yang terlalu lama, sekali gus mengganggu kelancaran rawatan penerimaan manfaat (R49, R82). Keadaan ini menjejaskan keberkesanan program dan mengurangkan keyakinan penerima terhadap sistem penyampaian manfaat sedia ada. Oleh itu, penambahbaikan dicadangkan merangkumi meningkatkan kecekapan proses tuntutan melalui mengurangkan birokrasi, penggunaan borang digital yang mudah difahami, serta pemprosesan automatik bagi kelulusan tuntutan yang

berulang. Selain itu, mewujudkan sistem pemakluman berperingkat (seperti SMS atau aplikasi mudah alih) yang memberi maklumat status permohonan secara masa nyata juga mampu meningkatkan ketelusan dan kepercayaan pengguna. Kajian antarabangsa turut menyokong pendekatan ini, dengan menyatakan bahawa kecekapan pemprosesan dan penstrukturan semula sistem penyampaian manfaat merupakan strategi penting dalam meningkatkan tahap kepuasan penerima skim insurans kesihatan awam dan komuniti (Adzakhah & Dwomoh 2022; Finkelstein et al. 2018; Firori & Wisana 2023; Kadyan et al. 2022; Nsiah-Boateng et al. 2017).

Secara keseluruhannya, integrasi antara analisis IPGA dan tema kualitatif menunjukkan bahawa penambahbaikan pelaksanaan program PeKa B40 tidak boleh bergantung kepada indikator kuantitatif semata-mata. Persepsi pengguna sering berakar pada pengalaman langsung, kekangan konteks, dan keperluan yang tidak diukur melalui skala statistik. Oleh itu, hasil integratif ini memberikan asas empirikal yang lebih holistik dan berasaskan realiti lapangan, bagi menggubal intervensi yang benar-benar responsif, adil dan mampan. (Adzakhah & Dwomoh 2022; Finkelstein et al. 2018; Firori & Wisana 2023; Kadyan et al. 2022; Nsiah-Boateng et al. 2017).

5.7 KESIMPULAN

Keseluruhannya, perbincangan ini telah menghuraikan dapatan utama berkaitan tahap penggunaan dan kepuasan terhadap manfaat PeKa B40, faktor-faktor yang mempengaruhi kedua-dua pemboleh ubah tersebut, serta jurang antara kepuasan dan kepentingan atribut sistem kesihatan. Dapatan kajian kuantitatif turut diperkukuh dengan penemuan kualitatif daripada responden, yang memberikan gambaran lebih mendalam tentang halangan, cabaran dan saranan penambahbaikan program.

Penemuan ini bukan sahaja membincangkan isu struktur dan pelaksanaan dalam sistem perlindungan kesihatan sedia ada, malah turut mencadangkan keperluan untuk strategi intervensi yang lebih bersasar mengikut profil dan pengalaman pengguna sebenar. Oleh itu, Bab seterusnya akan merumuskan implikasi teori dan praktikal daripada kajian ini serta mencadangkan beberapa intervensi yang boleh dipertimbangkan oleh pihak berkepentingan untuk menambah baik pelaksanaan dan impak program PeKa B40 secara menyeluruh.

BAB VI

RUMUSAN DAN CADANGAN

6.1 PENGENALAN

Bab ini merumuskan implikasi kajian yang telah dijalankan terhadap pelaksanaan program PeKa B40 dari sudut teori dan praktikal, serta mengemukakan cadangan penambahbaikan yang berasaskan bukti bagi meningkatkan keberkesanan program. Dapatan ini diintegrasikan daripada hasil kuantitatif dan kualitatif yang diperoleh dalam kajian terdahulu, dan dirangka sebagai input berguna kepada pembuat dasar, pengamal kesihatan serta penyelidik masa hadapan.

6.2 KESIMPULAN

Kajian ini telah menilai secara menyeluruh tahap penggunaan dan kepuasan terhadap program PeKa B40 dalam kalangan penerima manfaat di Malaysia, serta mengenal pasti faktor-faktor yang mempengaruhinya melalui pendekatan campuran kuantitatif dan kualitatif secara selari-konvergen. Seramai 2,573 orang responden telah terlibat dalam kajian ini, mewakili pelbagai variasi demografi dan latar sosioekonomi.

Secara keseluruhan, kadar penggunaan manfaat PeKa B40 adalah rendah, dengan hanya 20.5% ($n = 528$) responden melaporkan pernah menggunakan sekurang-kurangnya satu manfaat program. Daripada jumlah tersebut, majoriti besar iaitu 96.8% ($n = 511$) telah menggunakan manfaat saringan kesihatan, menjadikan komponen ini sebagai yang paling kerap diakses. Sebaliknya, penggunaan manfaat lain seperti bantuan alat perubatan, insentif rawatan susulan dan pengangkutan adalah amat terhad. Keadaan ini berkemungkinan berpunca daripada keterbatasan skop manfaat yang ditawarkan atau kurangnya maklumat yang jelas dalam kalangan penerima mengenai

manfaat lain yang tersedia—dan bukannya disebabkan oleh keutamaan terhadap saringan semata-mata.

Tahap kepuasan terhadap program pula didapati rendah, dengan hanya 36.6% ($n = 942$) responden melaporkan tahap kepuasan tinggi (skor purata ≥ 4.00), manakala 63.4% ($n = 1,631$) melaporkan kepuasan rendah. Skor min keseluruhan kepuasan ialah 3.47 (sisihan piawai = 0.9), mencerminkan penilaian kepuasan pada tahap rendah iaitu dibawah titik potong 4.00 untuk kepuasan tinggi.

Dua model regresi logistik yang dibangunkan bagi menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi penggunaan dan kepuasan menunjukkan bahawa pemboleh ubah keperluan—khususnya status kesihatan berpenyakit dan kehadiran penyakit kronik—merupakan prediktor paling konsisten dan signifikan dalam kedua-dua hasil kajian.

Model regresi logistik bagi penggunaan manfaat PeKa B40 menunjukkan bahawa pengetahuan tinggi mengenai program merupakan prediktor paling kuat, dengan responden berpengetahuan tinggi mempunyai hampir tiga kali ganda kebarangkalian untuk menggunakan manfaat. Selain itu, faktor lain yang meningkatkan penggunaan termasuk status perkahwinan (bercerai), tahap pendidikan sekolah rendah berbanding tidak bersekolah, pendapatan isi rumah kategori B2–B4, status berpenyakit, dan pendaftaran dalam skim perlindungan kesihatan lain. Sebaliknya, responden dari etnik Bumiputera Sabah dan Sarawak dan mereka yang bekerja mencatatkan kebarangkalian lebih rendah untuk menggunakan manfaat PeKa B40. Bagi atribut sistem kesihatan, kepuasan tinggi terhadap tadbir urus dan kos kesihatan meningkatkan kebarangkalian penggunaan, manakala kepuasan terhadap komunikasi menunjukkan hubungan negatif yang signifikan. Model ini menjelaskan sebanyak 23.4% variasi dalam penggunaan manfaat (Nagelkerke $R^2 = 0.234$), dengan ketepatan klasifikasi keseluruhan sebanyak 80.9%. Dapatan ini menekankan peranan pengetahuan dan aspek pelaksanaan program dalam mendorong penggunaan dalam kalangan B40.

Model regresi logistik bagi tahap kepuasan menunjukkan bahawa atribut sistem kesihatan merupakan penentu utama kepuasan penerima manfaat PeKa B40. Kepuasan tinggi terhadap tadbir urus mencatatkan kesan positif paling kuat, diikuti oleh kos

kesihatan, akses dan kemudahan, serta penyampaian perkhidmatan. Bagi atribut individu, kaum Cina dan India lebih berpuas hati berbanding Melayu, manakala Bumiputera Sabah dan Sarawak mencatatkan kepuasan lebih rendah. Responden perempuan, mereka yang berpengetahuan tinggi tentang PeKa B40, dan yang pernah menggunakan manfaat juga menunjukkan kepuasan lebih tinggi. Sebaliknya, status berpenyakit dan penggunaan fasiliti kerajaan dikaitkan dengan kepuasan lebih rendah. Model ini menerangkan 38% variasi dalam tahap kepuasan (Nagelkerke $R^2 = 0.38$), menekankan peranan pelaksanaan program dalam membentuk pengalaman pengguna.

Dapatan kualitatif menunjukkan bahawa halangan utama dalam kalangan bukan pengguna PeKa B40 termasuk kurang pengetahuan, ketidaksedaran terhadap kewujudan program, dan salah faham mengenai syarat kelayakan. Masalah literasi membaca dan digital turut menyukarkan pemahaman serta pendaftaran. Sesetengah responden tidak melihat keperluan menggunakan manfaat kerana merasakan diri sihat, manakala kebimbangan terhadap kos tidak langsung juga menjadi penghalang. Selain itu, kelemahan promosi dan jangkauan komuniti menyumbang kepada akses maklumat yang terhad.

Dalam kalangan pengguna manfaat PeKa B40, cabaran utama termasuk kekurangan tenaga pakar, kesesakan semasa pendaftaran, dan kelewatan dalam pemprosesan serta pembayaran tuntutan. Isu lain yang turut menjejaskan kepuasan ialah skop manfaat dan kadar elaun yang terhad, beban kewangan luar poket, maklumat program yang tidak jelas, serta kriteria kelayakan yang terlalu sempit.

Melalui pendekatan *Importance–Performance Gap Analysis* (IPGA), dapatan menunjukkan bahawa kesemua item yang dianalisis mencatatkan jurang negatif, menandakan tahap kepuasan yang lebih rendah berbanding tahap kepentingan yang diberikan oleh responden. Sebanyak 14 item telah dikenal pasti dalam Kuadran II (Kepentingan Tinggi, Kepuasan Rendah), yang mencerminkan aspek paling kritikal dan perlu diberi keutamaan segera untuk penambahbaikan.

Item-item ini merangkumi pelbagai domain sistem kesihatan, termasuk penyampaian perkhidmatan (seperti privasi pengguna dan ketersediaan ubat-ubatan), akses dan kemudahan (seperti waktu operasi klinik dan kepakaran di pusat rawatan), serta komunikasi (termasuk maklum balas terhadap aduan dan komen, kejelasan penerangan prosedur rawatan, dan penggunaan bahasa yang mudah difahami oleh pengguna). Turut terlibat ialah aspek kos kesihatan, seperti bayaran perkhidmatan, kos alat perubatan, dan pengangkutan, serta elemen tadbir urus program yang melibatkan syarat kelayakan, jenis manfaat, dan tempoh pemprosesan tuntutan. Penemuan ini menunjukkan bahawa isu ketidakpadanan bukan terhad kepada satu aspek, sebaliknya merentas keseluruhan struktur pelaksanaan PeKa B40. Sementara itu, item yang berada dalam Kuadran III menunjukkan tahap kepentingan dan kepuasan yang rendah. Walaupun ia tidak menjadi keutamaan untuk intervensi jangka pendek, pemantauan berkala tetap diperlukan bagi memastikan jurang yang wujud tidak semakin melebar dan tidak menjejaskan kualiti sistem kesihatan secara keseluruhan dalam jangka masa panjang.

Penambahbaikan program PeKa B40 merangkumi lima bidang utama, iaitu penyampaian perkhidmatan, akses dan kemudahan, komunikasi, kos kesihatan, serta tadbir urus program. Aspek penyampaian perkhidmatan menekankan keperluan meningkatkan ketersediaan ubat, perlindungan privasi pesakit, interaksi berfokus penerima manfaat, kapasiti sumber manusia bagi pelaksanaan PeKa B40 di klinik, dan penempatan pakar perubatan di fasiliti rawatan sekunder. Dari segi akses, penambahbaikan merangkumi peluasan liputan perkhidmatan di kawasan luar bandar, penyesuaian waktu operasi, pengurusan temu janji yang lebih efisien, serta penyediaan kemudahan fizikal yang selesa dan mesra pengguna. Dalam domain komunikasi, strategi tumpu kepada sistem aduan yang responsif, penyampaian maklumat rawatan yang mudah difahami dan pelbagai bahasa, serta penglibatan aktif kakitangan kesihatan melalui saluran rasmi. Penambahbaikan aspek kos pula melibatkan pemudahan proses pembayaran, penyediaan subsidi pengangkutan kepada penerima luar bandar, serta pengurangan beban bayaran alatan perubatan asas. Selain itu, tadbir urus program perlu diperkukuh melalui strategi promosi yang lebih inklusif, semakan semula kriteria kelayakan yang lebih adil, peluasan skop manfaat kesihatan, pemantapan sistem tuntutan yang telus dan efisien, serta sokongan logistik berstruktur. Secara keseluruhan,

pelaksanaan strategi-strategi ini adalah penting bagi memastikan PeKa B40 kekal responsif, saksama dan mesra pengguna, selaras dengan objektif perlindungan kesihatan sejagat.

Walaupun kajian mendapati wujud perbezaan penggunaan PeKa B40 mengikut etnik, cadangan yang dikemukakan tidak bertujuan mewujudkan manfaat yang berbeza mengikut kaum. Sebaliknya, dapatan ini digunakan untuk mengenal pasti kumpulan yang menghadapi halangan penggunaan yang lebih besar, seperti komuniti Bumiputera Sabah dan Sarawak yang mencatatkan kadar penggunaan terendah. Oleh itu, strategi promosi, komunikasi dan akses perkhidmatan perlu diperkukuh secara lebih bersasar bagi meningkatkan keterlibatan kumpulan tersebut tanpa menjejaskan prinsip kesaksamaan dalam penyampaian program.

Secara keseluruhannya, kesemua tujuh objektif kajian telah dicapai. Hasil kajian ini telah memberikan gambaran menyeluruh berasaskan data empirikal terhadap kekuatan, kekangan dan ruang penambahbaikan dalam pelaksanaan program PeKa B40. Ia bukan sahaja menyumbang kepada penilaian keberkesanan program, malah turut menyediakan asas saintifik yang kukuh bagi menyokong penggubalan dasar serta pelaksanaan strategi intervensi yang lebih inklusif, responsif dan mampan bagi memperkasa perlindungan kesihatan golongan B40 di Malaysia.

6.3 LIMITASI KAJIAN

Seperti mana-mana kajian empirik, penyelidikan ini turut menghadapi beberapa kekangan yang wajar diakui agar tafsiran terhadap dapatan dilakukan dengan penuh berhati-hati. Berikut merupakan perincian setiap keterbatasan, langkah mitigasi yang telah diambil, serta cadangan untuk kajian masa hadapan.

Pertama, reka bentuk keratan rentas (*cross-sectional*) yang digunakan dalam komponen kuantitatif tidak membolehkan penentuan hubungan kausal antara pembolehubah. Hubungan yang dikenal pasti adalah bersifat korelasi semasa dan tidak menunjukkan arah sebab-akibat secara langsung. Bagi mengurangkan kesan keterbatasan reka bentuk ini, pembolehubah dipilih dengan teliti dan analisis statistik dijalankan secara rapi untuk memastikan kesahan dalaman setinggi mungkin. Untuk

kajian hadapan, penggunaan reka bentuk longitudinal atau intervensi terkawal (*controlled intervention*) dicadangkan agar hubungan sebab-akibat dapat diuji secara lebih mendalam dan hala tuju intervensi dapat ditentukan dengan lebih tepat.

Kedua, penggunaan soal selidik sendiri sebagai instrumen utama dalam pengumpulan data berkemungkinan terdedah kepada beberapa bentuk bias, termasuk bias penemuduga, bias ingatan, dan bias keinginan sosial (*social desirability bias*). Dalam konteks topik seperti kepuasan terhadap sistem kesihatan awam, wujud kemungkinan bahawa sesetengah responden memberikan jawapan yang lebih positif daripada pengalaman sebenar, terutamanya bagi mengelakkan tanggapan negatif terhadap perkhidmatan awam. Selain itu, terdapat juga responden yang pernah didiagnosis dengan penyakit tertentu tetapi tidak meneruskan rawatan dan melaporkan diri sebagai sihat, sekali gus menimbulkan risiko *misclassification* bias yang boleh menjejaskan ketepatan penilaian keperluan kesihatan sebenar. Bagi mengurangkan bias-bias ini, penemuduga telah dilatih menggunakan skrip standard yang menekankan kepada fokus terhadap pengalaman terkini responden. Di samping itu, proses pengumpulan data turut memastikan jaminan kerahsiaan dan anonimit bagi mengurangkan tekanan sosial yang mungkin mempengaruhi pelaporan. Walau bagaimanapun, maklumat yang diberikan tidak dapat disahkan sepenuhnya melalui rekod pentadbiran atau rekod kesihatan. Untuk kajian akan datang, penggunaan soal selidik anonim tanpa campur tangan penemuduga serta penumpuan kepada maklumat khusus dalam jangka masa terkini (contohnya, sebulan terakhir) disarankan bagi meminimumkan *self-reporting* bias dan meningkatkan ketepatan dapatan. Selain itu, kajian masa hadapan juga disarankan mengintegrasikan data pentadbiran PeKa B40 atau rekod kesihatan elektronik bagi mengesahkan sebahagian maklumat yang dilaporkan oleh responden.

Ketiga, komponen kualitatif kajian ini menggunakan soalan terbuka yang disisipkan dalam soal selidik kuantitatif dan bukannya temu bual mendalam atau perbincangan kumpulan fokus. Walaupun pendekatan ini membolehkan maklum balas dikumpulkan daripada bilangan responden yang besar dan pelbagai, respons yang diperoleh lazimnya lebih ringkas serta bergantung kepada kesediaan dan keupayaan responden untuk menulis. Keadaan ini berkemungkinan mengehadkan kedalaman

maklumat yang dapat diperoleh berbanding kaedah kualitatif yang lebih mendalam. Oleh itu, kajian masa hadapan disarankan menggunakan temu bual mendalam atau perbincangan kumpulan fokus bagi membolehkan penerokaan isu secara lebih terperinci dan kontekstual.

Keempat, potensi bias kaedah sejagat (*common method bias*, CMB) timbul kerana data untuk pembolehubah bebas (IV) dan bersandar (DV) dikumpul melalui soal selidik yang sama pada masa yang sama. Walaupun data kajian ini diperoleh sepenuhnya melalui soal selidik sendiri, beberapa pendekatan telah diambil untuk menangani kemungkinan berlakunya CMB. Secara statistik, ujian faktor tunggal Harman telah dilaksanakan dan mendapati bahawa satu faktor menjelaskan 50.6% daripada jumlah varians, iaitu sedikit melebihi titik potong 50% yang sering digunakan sebagai penanda awal kehadiran CMB. Ini mencadangkan kewujudan kemungkinan bias yang sederhana. Namun begitu, analisis multikolineariti menunjukkan bahawa tiada masalah ketara dalam model, dengan semua nilai *Variance Inflation Factor* (VIF) berada antara 1.279 hingga 1.791, dan nilai Toleransi antara 0.558 hingga 0.873, iaitu dalam julat yang boleh diterima. Seterusnya, ujian pemboleh ubah penanda (*marker variable*) telah dijalankan dengan memasukkan satu item yang telah dikecualikan semasa analisis faktor pengesahan (CFA) tetapi masih dikumpulkan semasa kajian. Item ini tidak berkaitan secara teori dengan pemboleh ubah bergantung, dan digunakan untuk menilai sama ada ia mempengaruhi keputusan model regresi. Dapatan menunjukkan bahawa pemboleh ubah penanda ini tidak mempunyai hubungan yang signifikan dengan penggunaan manfaat PeKa B40 ($p = 0.103$) mahupun tahap kepuasan ($p = 0.099$). Tambahan pula, kemasukannya ke dalam model tidak mengubah nilai signifikan atau kekuatan pemboleh ubah utama. Akhir sekali, disebabkan analisis utama menggunakan regresi logistik, pendekatan *Common Latent Factor* (CLF) tidak dapat digunakan untuk menilai CMB secara langsung, seperti yang lazim dalam pemodelan persamaan berstruktur (SEM). Walau bagaimanapun, berdasarkan gabungan analisis diagnostik dan kestabilan model, adalah munasabah untuk menyimpulkan bahawa bias kaedah sejagat tidak memberi kesan yang signifikan terhadap dapatan kajian ini.

Kelima, walaupun kajian ini melibatkan semua negeri dan Wilayah Persekutuan di Malaysia, beberapa subkumpulan tertentu seperti masyarakat Orang Asli, komuniti

terpencil di Sabah dan Sarawak, serta individu yang sukar dihubungi mungkin kurang terwakili dalam sampel. Bagi mengurangkan keterbatasan ini, persampelan berperingkat dan pengagihan sampel secara berkadar telah digunakan, di samping triangulasi antara data kuantitatif dan kualitatif. Walau bagaimanapun, keberkesanan generalisasi dapatan kepada semua segmen B40 perlu ditafsirkan dengan berhati-hati. Kajian masa hadapan disarankan menggunakan strategi pensampelan yang memberi penekanan khusus kepada komuniti terpinggir bagi meningkatkan kebolehwakilan sampel.

Selain itu, konsep kepuasan dalam kajian ini perlu ditafsirkan dengan berhati-hati kerana responden terdiri daripada pengguna dan bukan pengguna PeKa B40. Selaras dengan Teori Ketidakselarasan Jangkaan (EDT), kepuasan lazimnya terbentuk melalui pengalaman penggunaan sebenar sesuatu perkhidmatan. Walau bagaimanapun, bagi bukan pengguna, penilaian yang diberikan lebih menggambarkan persepsi terhadap program berbanding pengalaman penggunaan secara langsung. Oleh itu, skor kepuasan yang dilaporkan pada peringkat populasi mencerminkan gabungan pengalaman sebenar pengguna dan persepsi program dalam kalangan bukan pengguna.

Akhir sekali, walaupun kajian ini menggunakan Model Tingkah Laku Andersen Fasa 5 (2008) sebagai kerangka teori utama, hanya konstruk yang paling relevan dengan objektif kajian dan konteks program PeKa B40 dipilih untuk dimasukkan dalam model analisis. Beberapa konstruk lain yang terdapat dalam model asal, seperti faktor persekitaran luaran, ciri sistem kesihatan yang lebih luas dan hasil kesihatan objektif, tidak dinilai secara langsung. Oleh itu, model yang digunakan dalam kajian ini tidak mewakili keseluruhan komponen Model Tingkah Laku Andersen. Kajian masa hadapan disarankan mengintegrasikan konstruk tambahan bagi memberikan pemahaman yang lebih menyeluruh mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi penggunaan dan kepuasan terhadap program perlindungan kesihatan.

Secara keseluruhannya, walaupun terdapat beberapa keterbatasan metodologi dan konteks, kajian ini telah melaksanakan pelbagai langkah kawalan mutu, analisis statistik yang ketat serta integrasi data kuantitatif dan kualitatif bagi meminimumkan bias dan meningkatkan kebolehpercayaan dapatan. Keterbatasan yang dikenal pasti

bukan sahaja membantu membingkai tafsiran hasil secara lebih kritikal, malah membuka ruang kepada penyelidikan lanjutan yang dapat memperkukuh bukti berkaitan penggunaan dan kepuasan terhadap program PeKa B40.

6.4 IMPLIKASI KAJIAN

Dengan menekankan kedua-dua aspek kepentingan teori dan praktikal, kajian ini bukan sahaja memberikan sumbangan yang bermakna kepada literatur akademik, malah turut menyumbang secara langsung ke arah penambahbaikan dasar dan penyampaian perkhidmatan kesihatan untuk golongan berpendapatan rendah di Malaysia. Kajian ini memperkukuh kefahaman tentang penggunaan dan kepuasan terhadap skim perlindungan kesihatan, serta memberi panduan berasaskan bukti bagi memperbaiki keberkesanan program seperti PeKa B40.

6.4.1 Implikasi Teori

Kajian ini memberikan sumbangan penting dalam pengukuhan dan peluasan teori berkaitan penilaian program perlindungan kesihatan awam, khususnya dalam konteks Malaysia. Terdapat tiga implikasi teori utama yang dihasilkan daripada dapatan kajian ini:

Pertama, kajian ini mengadaptasi Model Tingkah Laku Penggunaan Perkhidmatan Kesihatan Andersen (Andersen's Behavioral Model) dalam memahami faktor yang mempengaruhi penggunaan dan kepuasan terhadap program subsidi kesihatan. Dengan menyusun faktor predisposisi (contohnya umur, jantina), pemboleh (pendapatan, jarak lokasi), dan keperluan (kesihatan sendiri, penyakit kronik), kajian ini membuktikan kesesuaian model tersebut untuk menganalisis tingkah laku pengguna dalam konteks sistem perlindungan kesihatan berasaskan subsidi. Dalam hal ini, etnik — walaupun tidak disenaraikan secara eksplisit dalam model asal Andersen — boleh diklasifikasikan sebagai sebahagian daripada struktur sosial dalam faktor predisposisi. Ini sejajar dengan pendekatan ramai penyelidik terdahulu yang memasukkan etnik sebagai pemboleh ubah tambahan, khususnya dalam konteks negara berbilang kaum seperti Malaysia, di mana etnik terbukti mempengaruhi akses kepada maklumat, keutamaan rawatan dan tahap kepuasan. Selain itu, dapatan kualitatif kajian ini turut

mencadangkan bahawa faktor institusi — seperti persepsi terhadap kecekapan pelaksanaan, keadilan prosedur, dan komunikasi pihak berkuasa — memainkan peranan signifikan yang wajar dimasukkan sebagai tambahan dalam model teori tersebut, terutamanya dalam konteks negara membangun.

Kedua, kajian ini juga mengaplikasi *Importance-Performance Gap Analysis* (IPGA) dalam penyelidikan berkaitan sistem kesihatan. Kaedah ini menyediakan pendekatan pemetaan visual dan kuadran tindakan yang membolehkan penggubal dasar mengenal pasti keutamaan intervensi, kekuatan sedia ada dan sumber yang perlu dioptimumkan, berdasarkan jurang antara persepsi kepentingan dan kepuasan pengguna. Empat kuadran IPGA (Kekuatan Sedia Ada, Keutamaan Penambahbaikan, Aspek Rendah Keutamaan, dan Sumber Berlebihan) bukan sahaja membantu menjelaskan jurang prestasi secara strategik, tetapi turut menawarkan dimensi interpretasi baharu yang jarang diterapkan dalam penyelidikan kesihatan awam tempatan. Dengan itu, kajian ini memperkenalkan satu pendekatan inovatif dalam penilaian program sosial yang boleh diadaptasi secara meluas dalam dasar berkaitan kesejahteraan rakyat.

Ketiga, kajian ini telah membangunkan dan mengesahkan satu instrumen pengukuran kepuasan pengguna terhadap program perlindungan kesihatan awam, khususnya bagi PeKa B40. Instrumen ini dibangunkan berdasarkan lima domain utama — iaitu Penyampaian Perkhidmatan, Akses & Kemudahan, Komunikasi, Kos, dan Tadbir Urus — yang telah diuji dari segi kesahan (*construct validity*) dan kebolehpercayaan (*reliability*) melalui analisis statistik seperti EFA dan CFA. Selain sesuai digunakan untuk penilaian terhadap PeKa B40, instrumen ini juga mempunyai potensi untuk dijadikan alat pengukuran standard bagi menilai program lain seperti MySalam, Skim Peduli Sihat, atau sebarang intervensi kesihatan berasaskan subsidi di peringkat nasional mahupun negeri.

Secara keseluruhan, kajian ini memperkukuh asas teori dalam bidang perlindungan kesihatan awam dengan menyediakan kerangka konseptual yang komprehensif, kaedah analisis yang inovatif (IPGA), serta instrumen pengukuran yang sah dan kontekstual. Ketiga-tiga sumbangan ini membentuk asas penting untuk

pembinaan model penilaian keberkesanan program kesihatan yang lebih bersifat inklusif, empirikal dan berfokuskan pengguna.

6.4.2 Implikasi Praktikal

Dapatan kajian ini memberi implikasi praktikal yang penting kepada pelbagai pihak berkepentingan, terutamanya dalam usaha memperkukuh pelaksanaan program perlindungan kesihatan awam seperti PeKa B40. Implikasi ini boleh dirumuskan dalam dua kategori utama:

a. Implikasi kepada Pembuat Dasar dan Pemegang Taruh

Kajian ini menawarkan bukti empirikal dan berasaskan pengguna yang dapat digunakan oleh pembuat dasar, pengurus program, dan agensi pelaksana dalam menyusun semula strategi pelaksanaan PeKa B40 agar lebih responsif terhadap realiti dan keperluan penerima manfaat. Tiga implikasi utama dapat dikenalpasti:

i. Pemetaan Keutamaan Intervensi Melalui IPGA

Aplikasi *Importance-Performance Gap Analysis* (IPGA) dalam kajian ini menghasilkan pemetaan visual yang jelas tentang dimensi pelaksanaan program yang perlu diberi keutamaan, dikekalkan, atau dipantau. Ini memberikan asas kukuh untuk pengagihan sumber yang lebih cekap dan penggubalan intervensi yang bersasar. Item-item dalam Kuadran II (keutamaan penambahbaikan) dan Kuadran III dengan jurang yang besar dapat dijadikan rujukan utama dalam perancangan pembaharuan dasar.

ii. Penyusunan Semula Reka Bentuk Program dan Kriteria Kelayakan

Kajian ini mendedahkan keperluan untuk menilai semula reka bentuk manfaat dan kriteria kelayakan PeKa B40 agar lebih inklusif, saksama dan relevan dengan keperluan semasa. Cadangan kualitatif menunjukkan bahawa had umur, had pendapatan, serta skop manfaat perlu disemak semula secara berkala untuk mengelakkan pengecualian kumpulan rentan secara tidak langsung.

iii. Pemantapan Komunikasi dan Sistem Tuntutan

Dapatan juga menekankan keperluan pemerksaan dalam aspek komunikasi program — bukan sahaja dari segi promosi berterusan tetapi juga pemudahcara maklumat di fasiliti kesihatan. Proses tuntutan dan pentadbiran yang terlalu birokratik dikenalpasti sebagai halangan utama. Maka, digitalisasi sistem sokongan dan penyelarasan SOP pelaksanaan menjadi keutamaan praktikal yang perlu dilaksanakan.

iv. Sumbangan kepada Agenda Universal Health Coverage (UHC)

Di peringkat yang lebih luas, dapatan kajian ini turut menyumbang kepada agenda Universal Health Coverage (UHC) Malaysia dengan menyediakan bukti empirikal mengenai penggunaan, kepuasan dan jurang pelaksanaan dalam kalangan kumpulan B40 yang merupakan antara sasaran utama perlindungan kesihatan negara. UHC bukan sahaja menekankan akses kepada perkhidmatan kesihatan yang diperlukan, tetapi juga perlindungan kewangan serta kualiti perkhidmatan yang diterima. Dalam konteks ini, dapatan kajian menunjukkan bahawa cabaran berkaitan pengetahuan, akses, komunikasi dan tadbir urus masih mempengaruhi penggunaan manfaat yang disediakan. Oleh itu, penambahbaikan terhadap aspek-aspek tersebut bukan sahaja berpotensi meningkatkan keberkesanan PeKa B40, malah menyokong matlamat yang lebih besar untuk memastikan akses kesihatan yang saksama, berkualiti dan berpusatkan rakyat selaras dengan aspirasi UHC Malaysia serta Matlamat Pembangunan Mampan (SDG) 3.

b. Implikasi kepada Penerima manfaat

Kajian ini membawa implikasi langsung terhadap kumpulan sasaran utama, iaitu penerima manfaat.

Pertama, dapatan kajian telah mengenal pasti beberapa halangan utama yang menyekat akses dan penggunaan manfaat PeKa B40. Halangan tersebut termasuk tahap kesedaran yang rendah, proses pentadbiran yang rumit, serta komunikasi yang tidak berkesan di fasiliti kesihatan. Implikasi ini memberikan gambaran yang lebih mendalam tentang realiti yang dihadapi oleh komuniti B40 dalam mendapatkan perlindungan kesihatan yang sepatutnya menjadi hak mereka.

Kedua, penemuan kajian menunjukkan bahawa peningkatan akses kepada perkhidmatan kesihatan, pengesanan awal penyakit, dan peluasan manfaat program merupakan antara kesan paling signifikan yang boleh dicapai sekiranya cadangan penambahbaikan dilaksanakan. Ini termasuk keperluan untuk memperluas skop perkhidmatan saringan kesihatan, memperkemas proses pentadbiran agar lebih responsif, serta menyemak semula jenis dan nilai manfaat yang ditawarkan agar lebih relevan dengan keperluan semasa komuniti B40. Dengan peluasan skop dan penyesuaian manfaat yang lebih inklusif, lebih ramai individu dalam penerima manfaat berpotensi untuk menggunakan kemudahan yang disediakan, sekali gus meningkatkan kadar pengesanan awal penyakit dan memperkukuh perlindungan kesihatan jangka panjang dalam kalangan kumpulan rentan ini.

Ketiga, kajian ini menekankan pentingnya penyesuaian komunikasi dan sokongan individu dalam pelaksanaan program. Dengan peningkatan kualiti komunikasi melalui penggunaan bahasa mudah, saluran maklumat yang mesra pengguna, dan sokongan interaktif oleh kakitangan kesihatan, penerima manfaat akan lebih memahami skop program dan yakin untuk menggunakannya. Ini sangat penting khususnya untuk golongan warga emas, kurang celik digital, atau berpendidikan rendah.

Akhir sekali, pelaksanaan penambahbaikan seperti yang dicadangkan akan menyumbang kepada peningkatan kepuasan pengguna dan hasil kesihatan (*health outcomes*) secara keseluruhan. Apabila pengalaman pengguna menjadi lebih lancar, relevan dan mesra pengguna — termasuk dalam aspek masa menunggu, sokongan staf dan kemudahan tuntutan — program seperti PeKa B40 bukan sahaja akan lebih dihargai, tetapi juga lebih dimanfaatkan sepenuhnya. Secara tidak langsung, ini akan membantu memperkukuh kesejahteraan komuniti B40 dan menyumbang kepada keberhasilan sistem perlindungan kesihatan negara secara menyeluruh.

6.5 CADANGAN

Berdasarkan dapatan kajian yang komprehensif, dua bentuk utama cadangan telah dikenalpasti hasil daripada integrasi analisis kuantitatif dan kualitatif. Pertama ialah cadangan penambahbaikan terhadap pelaksanaan program PeKa B40 itu sendiri, dan

kedua ialah cadangan untuk penyelidikan lanjutan yang boleh dijalankan bagi memperhalusi pemahaman tentang aspek penggunaan dan kepuasan terhadap program ini.

Cadangan penambahbaikan terhadap PeKa B40 telah dihuraikan secara terperinci dalam Bab 5.6 melalui pendekatan integratif, yang menggabungkan hasil analisis jurang kepentingan-prestasi (IPGA) dengan maklum balas terbuka responden. Cadangan tersebut merangkumi lima domain utama pelaksanaan iaitu penyampaian perkhidmatan, akses dan kemudahan, komunikasi, kos kesihatan, dan tadbir urus. Setiap domain telah dikenal pasti dengan isu keutamaan, kekuatan sedia ada yang perlu dipertahankan, serta strategi intervensi yang disyorkan berdasarkan bukti lapangan dan rujukan literatur.

Oleh itu, dalam bab ini, tumpuan diberikan sepenuhnya kepada bentuk cadangan kedua, iaitu cadangan untuk penyelidikan lanjutan. Cadangan ini bertujuan untuk mengisi jurang pengetahuan yang masih wujud dan memperkukuh asas teori serta aplikasi praktikal dalam kajian dasar kesihatan awam, khususnya bagi populasi berpendapatan rendah seperti penerima manfaat.

6.5.1 Cadangan untuk Penyelidikan Lanjutan

Berdasarkan keterbatasan dan implikasi yang dikenalpasti, kajian lanjutan dapat memperdalam dan memperluas pemahaman tentang penggunaan dan kepuasan PeKa B40 melalui pendekatan berikut:

a. Kajian Kualitatif

Walaupun komponen kualitatif dalam kajian ini berjaya mengenal pasti pelbagai halangan, cabaran dan cadangan penambahbaikan program PeKa B40, data yang diperoleh adalah terhad kepada respons bertulis melalui soalan terbuka yang disisipkan dalam soal selidik kuantitatif. Oleh itu, kajian masa hadapan disarankan menggunakan pendekatan kualitatif yang lebih mendalam seperti temu bual mendalam (in-depth interview) atau perbincangan kumpulan fokus (focus group discussion) bagi meneroka pengalaman penerima manfaat dengan lebih terperinci.

Pendekatan ini berpotensi memberikan pemahaman yang lebih mendalam mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi penggunaan dan kepuasan terhadap PeKa B40, termasuk persepsi terhadap manfaat program, pengalaman berinteraksi dengan sistem kesihatan, cabaran mendapatkan akses kepada perkhidmatan serta faktor budaya dan sosial yang mungkin mempengaruhi keputusan untuk menggunakan manfaat yang disediakan. Kajian kualitatif yang lebih mendalam juga dapat membantu menjelaskan dapatan kuantitatif yang tidak dapat diterangkan sepenuhnya melalui analisis statistik, khususnya berkaitan perbezaan penggunaan dan kepuasan antara kumpulan penerima manfaat yang berbeza.

Selain itu, kajian kualitatif yang melibatkan kumpulan tertentu seperti Bumiputera Sabah dan Sarawak, warga emas, penerima manfaat luar bandar atau individu yang layak tetapi tidak menggunakan manfaat PeKa B40 dapat memberikan pemahaman yang lebih kontekstual mengenai halangan yang dihadapi oleh kumpulan-kumpulan tersebut. Dapatan sedemikian boleh membantu pembuat dasar merangka strategi intervensi yang lebih bersasar dan responsif terhadap keperluan sebenar penerima manfaat.

b. Reka Bentuk Longitudinal

Memandangkan kajian ini menggunakan reka bentuk keratan rentas, hubungan kausal antara faktor-faktor yang dikaji dengan penggunaan dan kepuasan terhadap PeKa B40 tidak dapat ditentukan secara muktamad. Oleh itu, kajian masa hadapan disarankan menggunakan reka bentuk longitudinal bagi membolehkan pemerhatian dilakukan terhadap responden yang sama dalam tempoh masa tertentu.

Pendekatan ini membolehkan penyelidik menilai perubahan penggunaan dan kepuasan terhadap PeKa B40 dari semasa ke semasa, di samping mengenal pasti kesan intervensi seperti penambahbaikan proses operasi, perubahan polisi, atau pelaksanaan strategi promosi baharu. Kajian longitudinal juga berupaya memberikan gambaran yang lebih jelas mengenai trajektori penggunaan manfaat serta faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan tingkah laku penggunaan dalam kalangan penerima manfaat.

Walaupun memerlukan kos, masa dan sumber yang lebih besar berbanding kajian keratan rentas, pendekatan ini berpotensi dilaksanakan melalui penggunaan pangkalan data pentadbiran PeKa B40 atau rekod kesihatan elektronik yang membolehkan penerima manfaat diikuti secara berterusan. Pendekatan sedemikian dapat menghasilkan bukti yang lebih kukuh mengenai keberkesanan dan impak program dalam jangka panjang.

c. Integrasi Data Klinikal dan Ekonomi Kesihatan

Kajian masa hadapan disarankan menggabungkan data rekod klinikal (contohnya, rekod hospital atau dapatan saringan NCD) dan analisis kos kesihatan untuk menilai kesan jangka panjang PeKa B40 terhadap hasil kesihatan dan keberkesanan kos. Ini akan meneroka sama ada peningkatan akses dan kepuasan program benar-benar menerjemah kepada pengesanan awal penyakit dan pengurangan kos rawatan teruk.

d. Perbandingan Antara Skim Kesihatan

Untuk meningkatkan kebolegunaan hasil, kajian seterusnya boleh membandingkan PeKa B40 dengan program perlindungan kesihatan yang lain termasuk (misalnya, mySalam atau bantuan-bantuan perlindungan kesihatan negeri seperti Skim Peduli Sihat Selangor) di Malaysia. Perbandingan lintas-program ini dapat mendedahkan elemen tadbir urus, proses tuntutan, dan model pembiayaan yang lebih berkesan dalam konteks populasi B40.

Dengan melaksanakan cadangan-cadangan tersebut, penyelidikan masa hadapan akan dapat memperkukuh asas bukti, memperbaiki instrumen pengukuran, dan menggariskan strategi intervensi yang lebih tepat dan berkesan untuk meningkatkan penggunaan serta kepuasan terhadap PeKa B40.

6.6 KESIMPULAN

Bab ini telah membentangkan perbincangan mendalam mengenai cadangan dan implikasi hasil kajian yang dijalankan terhadap Program PeKa B40.

Rumusan kajian telah disusun dengan menyorot lima aspek utama penemuan, termasuk tahap penggunaan dan kepuasan, faktor yang mempengaruhi kedua-dua elemen tersebut, serta cadangan penambahbaikan berdasarkan integrasi dapatan. Seterusnya, perbincangan mengenai limitasi kajian menjelaskan keterbatasan metodologi dan ruang penambahbaikan dalam penyelidikan akan datang.

Implikasi kajian turut dibincangkan dalam dua dimensi penting: teori dan praktikal. Dari segi teori, kajian ini menyumbang kepada pengayaan model penilaian kepuasan terhadap perlindungan kesihatan awam di Malaysia, termasuk inovasi melalui penggunaan IPGA yang belum pernah diaplikasikan secara meluas dalam kajian tempatan. Dari sudut praktikal, dapatan ini memberi panduan langsung kepada pembuat dasar, penyedia perkhidmatan, dan penerima manfaat mengenai tindakan bersasar yang boleh diambil bagi meningkatkan capaian dan kualiti pelaksanaan program.

Akhir sekali, bab ini menegaskan dua jenis cadangan yang dihasilkan daripada kajian: (i) cadangan penambahbaikan program PeKa B40 yang telah dihuraikan secara terperinci dalam Bab 5 melalui integrasi dapatan kuantitatif dan kualitatif; serta (ii) cadangan untuk penyelidikan lanjutan yang menyasarkan pengukuhan reka bentuk dasar, instrumen penilaian, dan impak jangka panjang pelaksanaan program. Keseluruhannya, bab ini menutup kajian dengan menekankan kepentingan pendekatan saintifik yang menyeluruh dalam membentuk dasar kesihatan yang lebih responsif, inklusif dan berasaskan bukti di Malaysia.

RUJUKAN

- A'aqoulah, A., Kuyini, A. B. & Albalas, S. 2022. Exploring the gap between patients' expectations and perceptions of healthcare service quality. *Patient Preference and Adherence* 1295–1305.
- Abalo, J., Varela, J. & Manzano, V. 2007. Importance values for Importance–Performance Analysis: A formula for spreading out values derived from preference rankings. *Journal of Business Research* 60(2): 115–121.
- Abdul, S., Adeghe, E. P., Adegoke, B. O., Adegoke, A. A. & Udedeh, E. H. 2024. Public-private partnerships in health sector innovation: Lessons from around the world. *Magna Scientia Advanced Biology and Pharmacy* 12(1): 045–059.
- Abdullah, A., Ng, C. J., Liew, S. M., Ambigapathy, S., V, P. & Chinna, K. 2020. Prevalence of limited health literacy and its associated factors in patients with type 2 diabetes mellitus in Perak, Malaysia: a cross-sectional study. *BMJ Open* 10(11): e039864.
- Adzakupah, G. & Dwomoh, D. 2022. Impact of Digital Health Technology on Error Margins of Health Insurance Claims in Ghana: A Quasi-Experimental Study.
- Afthanorhan, A., Awang, Z., Rashid, N., Foziah, H. & Ghazali, P. 2019. Assessing the effects of service quality on customer satisfaction. *Management Science Letters* 9(1): 13–24.
- Ahmad, N. S., Hatah, E. & Makmor-Bakry, M. 2019. Association Between Medicine Price Declaration by Pharmaceutical Industries and Retail Prices in Malaysia's Private Healthcare Sector. *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice* 12(1):
- Ahmed, N. S. A. & Bein, M. A. 2023. Mediation Role of Organisational Supportive Culture in the Relationship Between Human Resources Management Practices and Patient Satisfaction: A Case Study of Rizgary Teaching and Referral Hospital in Erbil-Iraq. *Journal of Health Management* 25(4): 779–791.
- Alkhawaldeh, A., Albashtawy, M., Rayan, A., Abdalrahim, A., Musa, A., Eshah, N., Khait, A. A., Qaddumi, J., Khraisat, O. & Albashtawy, S. D. 2023. Application and use of Andersen's behavioral model as theoretical framework: a systematic literature review from 2012–2021. *Iranian Journal of Public Health* 52(7): 1346.
- Allan, A. L. 2018. Socio-demographic Characteristics, Level of Awareness, Knowledge, Satisfaction and Extent of Access to Information Sources Among PhilHealth Beneficiaries. *2nd International Research Forum in Education, Sciences, and the Social Praxis*, hlm.
- Andersen, R. & Newman, J. F. 1973. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society* 95–124.
- Andersen, R. M. 1995. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav* 36(1): 1–10.
- Andersen, R. M. 2008. National health surveys and the behavioral model of health services use. *Medical Care* 46(7): 647–653.
- Anis-Syakira, J., Jawahir, S., Bakar, N. S. A., Noh, S. N. M., Jamalul-Lail, N. I., Hamidi, N. & Sararaks, S. 2022. Factors Affecting the Use of Private Outpatient Services Among the Adult Population in Malaysia. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 19(20): 13663–13663.

- Arifin, W. N. 2013. Introduction to sample size calculation. *Education in Medicine Journal* 5(2):
- Arshad, J. & Azuhairi Ariffin, A. 2020. Clients' Experience and Satisfaction of Utilizing Healthcare Services in A Community Based Health Insurance Program in Lahore, Pakistan. *International Journal of Public Health and Clinical Sciences* 7(1): 97–112.
- Astiena, A. & Syah, N. 2017. The analysis of patients' satisfaction of National Health Insurance in some public health centers in Padang. *Annals of Tropical Medicine and Public Health* 10(1):
- Bae, S., Graham, J. E., Nam, S. & Hong, I. 2022. Association Between Divorce and Access to Healthcare Services Among Married Immigrants: Propensity Score Approaches. *Archives of Public Health* 80(1):
- Baharuddin, I. H., Ismail, N., Naing, N. N., Ibrahim, K., Yasin, S. M. & Patterson, M. S. 2024. Content and Face Validity of Workplace COVID-19 Knowledge & Stigma Scale (WoCKSS). *BMC Public Health* 24(1):
- Bain, L. E., Aboagye, R. G., Dowou, R. K., Kongnyuy, E. J., Memiah, P. & Amu, H. 2022. Prevalence and determinants of maternal healthcare utilisation among young women in sub-Saharan Africa: cross-sectional analyses of demographic and health survey data. *BMC Public Health* 22(1): 647.
- Bakar, A., Sahimin, N., Lim, Y., Ibrahim, K. & Sn, M. Z. 2023. Poverty related diseases amongst Malaysia's low-income community: a review. *Tropical Biomedicine* 40(1): 65–75.
- Bakar, N. S. A., Manual, A. & Ab Hamid, J. 2019. Socioeconomic status affecting inequity of healthcare utilisation in Malaysia. *The Malaysian Journal of Medical Sciences: MJMS* 26(4): 79.
- Ball, J. & Griffiths, P. 2021. Consensus Development Project (CDP): An Overview of Staffing for Safe and Effective Nursing Care. *Nursing open* 9(2): 872–879.
- Bhaisare, R. G. & Rangari, G. M. 2019. Awareness and satisfaction about state health insurance scheme among beneficiaries at tertiary care hospital in Maharashtra. *International Journal of Community Medicine and Public Health* 6(6): 2559–2559.
- Bibi, R., Yan, Z., Zeb, A., Anwar, N., Mian, N. & Khan, R. A. 2023. The translation process of the culturally sensitive active aging scale for community-dwelling older adults in Pakistan. *BMC Public Health* 23(1): 1682.
- Bie, F., Yan, X., Qiu, W., Mao, A., Meng, Y., Cai, M., Yang, R. & Zhang, Y. 2024. Does supplemental private health insurance impact health care utilization and seeking behavior of residents covered by social health insurance? Evidence from China National Health Services Survey. *International Journal for Equity in Health* 23(1): 113.
- Bove, A. M., Gough, S. T. & Hausmann, L. R. 2019. Providing no-cost transport to patients in an underserved area: impact on access to physical therapy. *Physiotherapy Theory and Practice* 35(7): 645–650.
- Braschi, C., Gutierrez, G., Liu, J. K., Yetasook, A. K., Simms, E. R., Petrie, B. A. & Moazzez, A. 2023. Impact of automated reminder calls in a safety-net setting on surgical clinic no-show rates. *The American Surgeon* 89(11): 4955–4957.
- Brown, E. E., Schwartz, M., Shi, C., Carter, T., Shea, J. A., Grande, D. & Chaiyachati, K. H. 2020. Understanding why urban, low-income patients miss primary care appointments: insights from qualitative interviews of West Philadelphians. *The Journal of Ambulatory Care Management* 43(1): 30–40.

- Bujang, M. A., Sa'at, N., Bakar, T. M. I. T. A. & Joo, L. C. 2018. Sample size guidelines for logistic regression from observational studies with large population: emphasis on the accuracy between statistics and parameters based on real life clinical data. *The Malaysian Journal of Medical Sciences* 25(4): 122.
- Byrne, M., Campos, C., Daly, S., Lok, B. & Miles, A. 2024. The current state of empathy, compassion and person-centred communication training in healthcare: An umbrella review. *Patient Education and Counseling* 119(108063).
- Çalışkan, A. & Köroğlu, E. Ö. 2023. Job Satisfaction: A Scale Development Study. *Antalya Bilim Üniversitesi Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi* 4(2): 112–134.
- Callow, M. A., Callow, D. D. & Smith, C. 2020. Older adults' intention to socially isolate once COVID-19 stay-at-home orders are replaced with "safer-at-home" public health advisories: A survey of respondents in Maryland. *Journal of Applied Gerontology* 39(11): 1175–1183.
- Carta, M. G., Sancassiani, F., Ganassi, R., Melis, P., D'oca, S., Atzeni, M., Velluzzi, F., Ferreli, C., Atzori, L., González, C. I. A., Serrentino, M. R., Angermeyer, M. C. & Cossu, G. 2022. Why Was the Perception of Human Rights Respect and Care Satisfaction So High in Users of Italian Mental Health Services During the COVID-19 Pandemic? *Journal of Clinical Medicine* 11(4): 997.
- Chomi, E. N., Mujinja, P. G., Enemark, U., Hansen, K. & Kiwara, A. D. 2014. Health care seeking behaviour and utilisation in a multiple health insurance system: does insurance affiliation matter? *International Journal for Equity in Health* 13(1–11).
- Chuah, F. L. H., Tan, S. T., Yeo, J. & Legido-Quigley, H. 2018. The health needs and access barriers among refugees and asylum-seekers in Malaysia: a qualitative study. *International Journal for Equity in Health* 17(1): 120.
- Cleary, P. D. 2016. Evolving concepts of patient-centered care and the assessment of patient care experiences: optimism and opposition. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 41(4): 675–696.
- Cleary, P. D. & Mcneil, B. J. 1988. Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry* 25–36.
- Cohen, J. 2013. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. routledge.
- Comstock, J., Fish-Moats, E., Gabehart, K., Naugle, T. & Sood, R. 2018. 251 One Burn Center's Efforts to Reduce No Show Rates and Facilitate Access to Outpatient Care. *Journal of Burn Care & Research* 39(suppl_1): S93–S93.
- Creswell, J. W. & Clark, V. L. P. 2017. *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. Sage publications.
- Cui, C., Zuo, X., Wang, Y., Song, H., Shi, J. & Meng, K. 2019. Comparative Study of Patients' Satisfaction in Different Levels of Hospitals in Beijing: Why Do Patients Prefer High-Level Hospitals?
- Cummins, R. A. & Gullone, E. 2000. Why we should not use 5-point Likert scales: The case for subjective quality of life measurement. *Proceedings, Second International Conference on Quality of Life in Cities*, hlm. 74–93.
- Datta, A., Bhatia, V., Noll, J. & Dixit, S. 2018. Bridging the digital divide: Challenges in opening the digital world to the elderly, poor, and digitally illiterate. *IEEE Consumer Electronics Magazine* 8(1): 78–81.
- Dawes, J. 2008. Do data characteristics change according to the number of scale points used? An experiment using 5-point, 7-point and 10-point scales. *International Journal of Market Research* 50(1): 61–104.

- Dean, C. A., Liu, E., Wiltshire, J. & Elder, K. 2022. Underlying Factors of Health Insurance Use Among Blacks and Hispanics With Ambulatory Care–Sensitive Conditions. *Journal of Ambulatory Care Management* 45(2): 114–125.
- Dejonckheere, M., Vaughn, L. M., James, T. G. & Schondelmeyer, A. C. 2024. Qualitative thematic analysis in a mixed methods study: Guidelines and considerations for integration. *Journal of Mixed Methods Research* 18(3): 258–269.
- Deng, W.-J., Kuo, Y.-F. & Chen, W.-C. 2008. Revised importance–performance analysis: three-factor theory and benchmarking. *The Service Industries Journal* 28(1): 37–51.
- Devellis, R. F. & Thorpe, C. T. 2021. *Scale development: Theory and applications*. Sage publications.
- Dewi, A. & Kurnia Ramadhan, N. 2016. The Difference of Satisfaction Level in BPJS Health Insurance Patient and Non Insurance Patient toward Health Service. *International Journal of Public Health Science (IJPHS)* 5(1): 36–40.
- Dobson, A. J. & Barnett, A. G. 2018. *An introduction to generalized linear models*. Chapman and Hall/CRC.
- Donabedian, A. 1980. The definition of quality and approaches to its assessment. *Ann Arbor* 1(
- Donabedian, A. 1988. The quality of care: how can it be assessed? *JAMA* 260(12): 1743–1748.
- Dror, D. M., Hossain, S., Majumdar, A., Koehlmoos, T., John, D. & Panda, P. K. 2016. What Factors Affect Voluntary Uptake of Community-Based Health Insurance Schemes in Low- And Middle-Income Countries? A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS ONE* 11(8): e0160479.
- Dwidienawati, D., Arief, M., Abidinagoro, S. B. & Dwidienawati, D. 2018. Is service fairness influencing customers' satisfaction and intention to pay insurance premium? A case in BPJS Kesehatan Indonesia. *Journal of Business and Retail Management Research* 13(1):
- Dziadzko, M., Mazard, T., Bonhomme, M., Raffin, M., Pradat, P., Forcione, J.-M., Minjard, R. & Aubrun, F. 2022. Preoperative anxiety in the surgical transfer and waiting area: A cross-sectional mixed method study. *Journal of Clinical Medicine* 11(9): 2668.
- Ekawati, F. M., Claramita, M., Hort, K., Furler, J., Licqurish, S. & Gunn, J. 2017. Patients' experience of using primary care services in the context of Indonesian universal health coverage reforms. *Asia Pacific Family Medicine* 16(1–10).
- Endeshaw, B. 2021. Healthcare service quality-measurement models: a review. *Journal of Health Research* 35(2): 106–117.
- Erlangga, D., Ali, S. & Bloor, K. 2019. The impact of public health insurance on healthcare utilisation in Indonesia: evidence from panel data. *International Journal of Public Health* 64(4): 603–613.
- Erlangga, D., Ali, S. & Bloor, K. 2019. The impact of public health insurance on healthcare utilisation in Indonesia: evidence from panel data. *International Journal of Public Health* 64(603–613).
- Ewart-Pierce, E., Mejía Ruiz, M. J. & Gittelsohn, J. 2016. “Whole-of-Community” obesity prevention: a review of challenges and opportunities in multilevel, multicomponent interventions. *Current Obesity Reports* 5(361–374).

- Fan, X., Su, M., Zhao, Y., Si, Y. & Wang, D. 2022. Effect of Health Insurance Policy on the Health Outcomes of the Middle-Aged and Elderly: Progress Toward Universal Health Coverage. *Frontiers in Public Health* 10(
- Feng, B. & Chen, M. 2020. The impact of entrepreneurial passion on psychology and behavior of entrepreneurs. *Frontiers in Psychology* 11(1733).
- Ferreira, D. C., Vieira, I., Pedro, M. I., Caldas, P. & Varela, M. 2023. Patient satisfaction with healthcare services and the techniques used for its assessment: a systematic literature review and a bibliometric analysis. *Healthcare*, hlm. 639.
- Fetters, M. D., Curry, L. A. & Creswell, J. W. 2013. Achieving integration in mixed methods designs—principles and practices. *Health Services Research* 48(6pt2): 2134–2156.
- Filtenborg, A. F., Frederik, G. & And Sigsgaard-Rasmussen, J. 2017. Experimental replication: an experimental test of the expectancy disconfirmation theory of citizen satisfaction. *Public Management Review* 19(9): 1235–1250.
- Finkelstein, A., Mahoney, N. & Notowidigdo, M. J. 2018. What does (formal) health insurance do, and for whom? *Annual Review of Economics* 10(1): 261–286.
- Finstad, K. 2010. Response interpolation and scale sensitivity: Evidence against 5-point scales. *Journal of Usability Studies* 5(3): 104–110.
- Firori, F. A. & Wisana, I. D. G. K. 2023. The Effect of Participation in JKN on Unmet Needs for Healthcare Services. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia* 11(2): 186–195.
- Fredman, S. & Goldblatt, B. 2015. *Gender equality and human rights*. United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women (UN Women).
- Fui, W. M., Majid, H. A., Ismail, R., Su, T. T., Tan, M. P. & Said, M. A. 2022. Psychosocial Factors Associated With Mental Health and Quality of Life During the COVID-19 Pandemic Among Low-Income Urban Dwellers in Peninsular Malaysia. *PLOS ONE* 17(8): e0264886–e0264886.
- Ganapathy, S. S., Aris, T. H., Ahmad, N. A., Shauki, N. I. H. A., Krishnan, M., Kaundan, N. A., Yusoff, M. F. M., Jawahir, S., Perialathan, K. & Kassim, M. S. A. 2019. National Health and Morbidity Survey 2019: Non-Communicable Diseases, Healthcare Demand and Health Literacy, Selangor: Institute for Public Health, Ministry of Health, Malaysia.
- Ganasegeran, K., Perianayagam, W., Abdul Manaf, R., Ali Jadoo, S. A. & Al-Dubai, S. a. R. 2015. Patient satisfaction in Malaysia's busiest outpatient medical care. *The Scientific World Journal* 2015(1): 714754.
- Garg, S., Bebart, K. K. & Tripathi, N. 2024. The Ayushman Bharat Pradhan Mantri Jan Arogya Yojana (AB-PMJAY) after four years of implementation—is it making an impact on quality of inpatient care and financial protection in India? *BMC Health Services Research* 24(1): 919.
- Geitona, M., Zavras, D. & Kyriopoulos, J. 2007. Determinants of Healthcare Utilization in Greece: Implications for Decision-Making. *European Journal of General Practice* 13(3): 144–150.
- Geng, J., Bao, H., Feng, Z., Meng, J., Yu, X. & Yu, H. 2022. Investigating Patients' Preferences for New Anti-Diabetic Drugs to Inform Public Health Insurance Coverage Decisions: A Discrete Choice Experiment in China. *BMC Public Health* 22(1):
- Geng, J., Chen, X., Shi, J., Bao, H., Chen, Q. & Yu, H. 2021. Assessment of the satisfaction with public health insurance programs by patients with chronic

- diseases in China: a structural equation modeling approach. *BMC Public Health* 21(1): 1–12.
- Geng, J., Chen, X., Shi, J., Bao, H., Chen, Q. & Yu, H. 2021. Assessment of the satisfaction with public health insurance programs by patients with chronic diseases in China: a structural equation modeling approach. *BMC Public Health* 21(1): 1–12.
- Getaneh, M. M., Bayked, E. M., Workneh, B. D. & Kahissay, M. H. 2023. Satisfaction of beneficiaries with community-based health insurance and associated factors in Legambo District, North-East Ethiopia: a cross-sectional study. *Frontiers in Public Health* 11(1127755–1127755).
- Ghebreyesus, T. A. 2017. All Roads Lead to Universal Health Coverage. *The Lancet Global Health*
- Ghimire, P., Sapkota, V. P. & Poudyal, A. K. 2019. Factors Associated With Enrolment of Households in Nepal's National Health Insurance Program. *International Journal of Health Policy and Management* 8(11): 636–645.
- Goldsmith, L. J. 2021. Using framework analysis in applied qualitative research. *Qualitative report* 26(6): 2061–2076.
- Graves, J. M., Beese, S. & Dejong, T. L. 2024. Mental Health Services Utilization by Rurality: Evidence From the National Institutes of Health All of Us Research Program. *Rural Mental Health* 48(4): 230–240.
- Griffiths, P., Recio-Saucedo, A., Dall'ora, C., Briggs, J., Maruotti, A., Meredith, P., Smith, G. B. & Ball, J. 2018. The Association Between Nurse Staffing and Omissions in Nursing Care: A Systematic Review. *Journal of Advanced Nursing* 74(7): 1474–1487.
- Guo, Y., Qian, J., Li, X., Wang, J., Zhu, L., Huang, E., Zhang, Y. & Sheng, N. 2025. The Impact of Bundled Payment on the Economic Burden and Satisfaction of Patients in Close-Knit County Medical Community in China. *Frontiers in Public Health* 13(
- Hackett, A. & Strickland, K. 2018. Using the framework approach to analyse qualitative data: a worked example. *Nurse Researcher* 26(2):
- Hadi, A. A., Paliwoda, M., Dawson, J. A., Walker, K. & New, K. 2022. Women's Utilisation, Experiences and Satisfaction With Postnatal Follow-Up Care. *Sultan Qaboos University Medical Journal* 22(4): 455–471.
- Hailie, M. T., Hassen, S. L. & Temesgen, M. M. 2021. Client Satisfaction on Community Based Health Insurance Scheme and Associated Factors at Boru Meda Hospital, Northeast, Ethiopia: Institutional Based Cross-Sectional Study. *BMC Health Services Research* 21(1):
- Hajek, A., Kretzler, B. & König, H.-H. 2020. Determinants of Dental Service Use based on the Andersen Model: a study protocol for a systematic review. *Healthcare*, hlm. 333.
- Halim, N. H. A., Zainuddin, N. A., Aminuddin, F., Naserrudin, N. A. & Hassan, N. Z. a. M. 2025. Navigating the completing cancer treatment incentive in Malaysia: patient insights and implementation challenges. *BMC Health Services Research* 25(1): 435.
- Ham, N. M., Perera, P. N. & Rannan-Eliya, R. P. 2020. How Well Does Malaysia Achieve Value for Money in Public Sector Purchasing of Medicines? Evidence From Medicines Procurement Prices From 2010 to 2014.
- Hertzog, M. A. 2008. Considerations in determining sample size for pilot studies. *Research in Nursing & Health* 31(2): 180–191.

- Ho, C.-H., Wen, H.-C., Chu, C.-M., Yi-Syuanwu & Wang, J.-L. 2014. Importance-Satisfaction Analysis for Primary Care Physicians' Perspective on EHRs in Taiwan. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 11(6): 6037–6051.
- Ho, G. F., Taib, N. a. B. M., Singh, R. K., Yip, C. H., Abdullah, M. & Lim, T. 2017. What if All Patients With Breast Cancer in Malaysia Have Access to the Best Available Care: How Many Deaths Are Avoidable? *Global Journal of Health Science* 9(8): 32–32.
- Hockenberry, J. M. & Becker, E. R. 2016. How do hospital nurse staffing strategies affect patient satisfaction? *ILR Review* 69(4): 890–910.
- Holroyd, T. A., Oloko, O. K., Salmon, D. A., Omer, S. B. & Limaye, R. J. 2020. Communicating recommendations in public health emergencies: The role of public health authorities. *Health Security* 18(1): 21–28.
- Hou, Z., Wang, H., Liang, D. & Zhang, D. 2021. Achieving Equitable Social Health Insurance Benefits in China: How Does Domestic Migration Pose a Challenge?
- Huai, Y. 2023. Understanding User Experiences and Expectations Toward Patient Appointment Systems. *Applied and Computational Engineering* 6(1): 1013–1025.
- Husni, J. M. 2021. PEKA B40: A Public-Private Integration Model for NCD Screening & Management. *Malaysian Family Physician* 16(3–3).
- Isamail, N., Said, R., Ismail, N. W. & Haron, S. A. 2024. Non-Communicable Diseases Impact Low-Income Households in Malaysia. *The Malaysian Journal of Medical Sciences: MJMS* 31(1): 124.
- Ithnin, M., Naum, N., Juliana, N. J., Nm, E., Ma, S., Kha, A., Msm, A. & Mdm, R. 2020. Knowledge, Attitude and Practices Towards Lifestyle Related Non-Communicable Diseases (NCDs): A Cross Sectional Study Among Indigenous Orang Asli Adults in Negeri Sembilan, Malaysia. *IIUM Medical Journal Malaysia* 19(2): 1–10.
- Izadi, A., Jahani, Y., Rafiei, S., Masoud, A. & Vali, L. 2017. Evaluating Health Service Quality: Using Importance Performance Analysis. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 30(7): 656–663.
- Jaafar, N., Perialathan, K., Krishnan, M., Juatan, N., Ahmad, M., Mien, T. Y. S., Salleh, K. Z., Isa, A., Mohamed, S. S., Hanit, N. H. A., Hasani, W. S. R., Mohamad, E. M. W. & Johari, M. Z. 2021. Malaysian Health Literacy: Scorecard Performance from a National Survey. *Int J Environ Res Public Health* 18(11): 1–10.
- Jabatan Perangkaan, M. 2020. Laporan Survei Pendapatan Isi Rumah & Kemudahan Asas 2019.
- Jabatan Perangkaan, M. 2024. Perangkaan Penduduk & Demografi.
- Jadoo, S. a. A., Yaseen, S. M., Al-Samarrai, M. a. M. & Mahmood, A. S. 2020. Patient Satisfaction in Outpatient Medical Care: The Case of Iraq. *Journal of Ideas in Health* 3(2): 176–182.
- Jamal, M. H., Abdul Aziz, A. F., Aizuddin, A. N. & Aljunid, S. M. 2023. Gatekeepers in the health financing scheme: Assessment of knowledge, attitude, practices, and participation of Malaysian private general practitioners in the PeKa B40 scheme. *PLOS ONE* 18(10): e0292516.
- Ji, S., Lee, M., Choi, M. & Park, S. 2024. The impact of the expanded health insurance coverage policy on healthcare spending: evidence from Korea. *International Journal for Equity in Health* 23(1): 126.

- Johnson, M. D. & Fornell, C. 1991. A Framework for Comparing Customer Satisfaction Across Individuals and Product Categories. *Journal of Economic Psychology* 12(2): 267–286.
- Kadyan, S., Bhasin, N. K. & Madhukar, V. 2022. Impact of Claim Settlement Procedure of Health Insurance Companies on Customer Satisfaction During the Pandemic: A Case of Third-Party Administrators. *Insurance Markets and Companies* 13(1): 66–80.
- Kakama, A. A., Namyalo, P. K. & Basaza, R. K. 2020. Feasibility and desirability of scaling up community-based health insurance (CBHI) in rural communities in Uganda: lessons from Kisiizi hospital CBHI scheme. *BMC Health Services Research* 20(1–9).
- Kase, B. F., Shibeshi, A. H., Seid, A. A., Mehari, M. G. & Moloro, A. H. 2025. Beneficiaries' Satisfaction With Health Insurance and Associated Factors in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review and Meta-Analysis. *BMJ Open* 15(2): e089029.
- Kassa, R. N., Gelaye, K. A. & Omigbodun, A. 2024. Integrated Cervical Cancer Screening Uptake and Associated Factors Among Women Attending Primary Care Services at Public Health Centres in Addis Ababa, Ethiopia: A Multicentre Cross-Sectional Study. *BMJ Public Health* 2(2): e001511.
- Kataoka, H., Iwase, T., Ogawa, H., Mahmood, S., Sato, M., Desantis, J., Hojat, M. & Gonnella, J. S. 2019. Can communication skills training improve empathy? A six-year longitudinal study of medical students in Japan. *Medical Teacher* 41(2): 195–200.
- Kebede, K. M. & Mulugeta, S. 2019. Household Satisfaction With Community-Based Health Insurance Scheme and Associated Factors in Piloted Sheko District; Southwest Ethiopia. *PLOS ONE* 14(5): e0216411.
- Kementerian Kesehatan, M. 2015. National Health and Morbidity Survey 2015.
- Kementerian Kesehatan, M. 2022. Laporan Tahunan KKM 2022.
- Kementerian Kesehatan, M. 2025. PeKa B40 | KKMNOW. <https://data.moh.gov.my/dashboard/peka-b40>
- Kershaw, V. F., Chainrai, M. & Radley, S. C. 2022. Patient initiated follow up in Obstetrics and Gynaecology: A systematic review. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 272(123–129).
- Kiger, M. E. & Varpio, L. 2020. Thematic analysis of qualitative data: AMEE Guide No. 131. *Med Teach* 42(8): 846–854.
- Kim, K. Y., Lee, E. & Cho, J. 2020. Factors Affecting Healthcare Utilization among Patients with Single and Multiple Chronic Diseases. *Iran J Public Health* 49(12): 2367–2375.
- Kim, M. J. 2023. Unintended consequences of healthcare reform in South Korea: evidence from a regression discontinuity in time design. *Health Research Policy and Systems* 21(1): 60.
- Kiross, G. T., Chojenta, C., Barker, D. & Loxton, D. 2021. Optimum maternal healthcare service utilization and infant mortality in Ethiopia. *BMC Pregnancy and Childbirth* 21(1): 390.
- Koo, H. C., Tan, L. K., Lim, G. P., Kee, C. C. & Omar, M. A. 2023. Obesity and Its Association With Undiagnosed Diabetes Mellitus, High Blood Pressure and Hypercholesterolemia in the Malaysian Adult Population: A National Cross-Sectional Study Using NHMS Data. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 20(4): 3058–3058.

- Krzyż, E. Z., Antunez Martinez, O. F. & Lin, H.-R. 2023. Uses of Andersen health services utilization framework to determine healthcare utilization for mental health among migrants—a scoping review. *Frontiers in Public Health* 11(1284784).
- Kwaitana, D., Chisoni, F., Van Breevoort, D., Mildestvedt, T., Meland, E., Bates, J. & Umar, E. 2024. Primary healthcare service delivery for older people with progressive multimorbidity in low-and middle-income countries: a systematic review. *Transactions of The Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene* 118(3): 137–147.
- Lance, R. C., Pazin-Filho, A. & Neves, F. F. 2021. Comparison between short text messages and phone calls to reduce no-show rates in outpatient medical appointments: a randomized trial. *The Journal of Ambulatory Care Management* 44(4): 314–320.
- Lemeshow, S. 1990. Adequacy of sample size in health studies. (No Title)
- Leung, S.-O. 2011. A comparison of psychometric properties and normality in 4-, 5-, 6-, and 11-point Likert scales. *Journal of Social Service Research* 37(4): 412–421.
- Lewis, J. R. & Erdinç, O. 2017. User experience rating scales with 7, 11, or 101 points: does it matter? *Journal of Usability Studies* 12(2):
- Li, Y.-N., Nong, D.-X., Wei, B., Feng, Q.-M. & Luo, H.-Y. 2016. The impact of predisposing, enabling, and need factors in utilization of health services among rural residents in Guangxi, China. *BMC Health Services Research* 16(1–9).
- Liew, C. H., Shabaruddin, F. H. & Dahlui, M. 2022. The burden of out-of-pocket expenditure related to gynaecological cancer in Malaysia. *Healthcare*, hlm. 2099.
- Lin, S. & Wang, M. 2012. Strategic management of behavioural change in type 2 diabetic patients. *Public Health* 126(1): 18–24.
- Lin, S.-P., Chan, Y.-H. & Tsai, M.-C. 2009. A transformation function corresponding to IPA and gap analysis. *Total Quality Management* 20(8): 829–846.
- Lin, S.-P. & Tsai, M.-C. 2025. The Integration Model of Kano Model and Importance-Performance and Gap Analysis—Application of Mutual Information. *Mathematics* 13(11): 1794.
- Liu, X., Lai, C. C., Ye, M. & Xie, J. 2024. Determinants of Inpatient Satisfaction and Hospital Recommendation: Experiences From a Cross-Sectional Study of a Tertiary General Hospital in China. *BMJ Open* 14(11): e086331.
- Liu, X., Yang, F., Cheng, W., Wu, Y., Cheng, J., Sun, W., Yan, X., Luo, M., Mo, X., Hu, M., Lin, Q. & Shi, J. 2020. Mixed methods research on satisfaction with basic medical insurance for urban and rural residents in China. *BMC Public Health* 20(1): 1201.
- Loef, B., Meulman, I., Herber, G.-C. M., Kommer, G. J., Koopmanschap, M., Kunst, A. E., Polder, J., Wong, A. & Ueters, E. 2021. Socioeconomic Differences in Healthcare Expenditure and Utilization in the Netherlands. *BMC Health Services Research* 21(1):
- Loh, B. C., Wah, K. F., Teo, C. A., Khairuddin, N. M., Fairuz, F. B. & Liew, J. E. 2017. Impact of value added services on patient waiting time at the ambulatory pharmacy Queen Elizabeth Hospital. *Pharmacy Practice (Granada)* 15(1):
- Lozano, R., Fullman, N., Mumford, J. E., Knight, M. & Barthelemy, C. M. 2020. Measuring Universal Health Coverage Based on an Index of Effective Coverage of Health Services in 204 Countries and Territories, 1990–2019: A Systematic

- Analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet* 396(10258): 1250–1284.
- Lu, S.-J., Kao, H.-O., Chang, B.-L., Gong, S.-I., Liu, S., Ku, S.-C. & Jerng, J. S. 2020. Identification of Quality Gaps in Healthcare Services Using the SERVQUAL Instrument and Importance-Performance Analysis in Medical Intensive Care: A Prospective Study at a Medical Center in Taiwan. *BMC Health Services Research* 20(1):
- Luetke Lanfer, H., Reifegerste, D., Weber, W., Memenga, P., Baumann, E., Geulen, J., Klein, S., Müller, A., Hahne, A. & Weg-Remers, S. 2024. Digital clinical empathy in a live chat: multiple findings from a formative qualitative study and usability tests. *BMC Health Services Research* 24(1): 314.
- Mahajan, P., Anand, A., Hossain, S. & Vishwakarma, M. 2025. Exploring Patient Satisfaction and Determinants in Outpatient Services: A Cross-Sectional Study. *Cureus*
- Manual, A., Ibrahim, M. Y., Ho, C. M. & Suki, N. M. 2024. Horizontal Inequality in Healthcare Utilisation in Rural Sabah, Malaysia. *Borneo Journal of Medical Sciences (BJMS)* 18(3): 122–136.
- Marshall, G. N. & Hays, R. D. 1994. *The patient satisfaction questionnaire short-form (PSQ-18)*. 7865. Rand Santa Monica, CA.
- Martilla, J. A. & James, J. C. 1977. Importance-performance analysis. *Journal of Marketing* 41(1): 77–79.
- Mat Zuki, A., Isa, M. & Suddin, L. 2022. A review on the Cost-Utility Analysis for the FELDA Residents in Malaysia with “Health Care Scheme (Skim Peduli Kesihatan) for the B40 Group”(PeKa B40) Coverage. *J Pub Health Issue Pract* 6(1): 202.
- Matzler, K., Bailom, F., Hinterhuber, H. H., Renzl, B. & Pichler, J. 2004. The asymmetric relationship between attribute-level performance and overall customer satisfaction: a reconsideration of the importance–performance analysis. *Industrial Marketing Management* 33(4): 271–277.
- Mauz, E., Von Der Lippe, E., Allen, J., Schilling, R., Müters, S., Hoebel, J., Schmich, P., Wetzstein, M., Kamtsiuris, P. & Lange, C. 2018. Mixing modes in a population-based interview survey: comparison of a sequential and a concurrent mixed-mode design for public health research. *Archives of Public Health* 76(1): 8.
- Mcgraw, D. & Mandl, K. D. 2021. Privacy protections to encourage use of health-relevant digital data in a learning health system. *npj Digital Medicine* 4(1): 2.
- Mcintosh, N., Grabowski, A., Jack, B., Nkabane-Nkholongo, E. L. & Vian, T. 2015. A public-private partnership improves clinical performance in a hospital network in Lesotho. *Health Affairs* 34(6): 954–962.
- Mcleod, M. R., Berinstein, J., Steiner, C. A., Cushing, K. C., Cohen-Mekelburg, S. & Higgins, P. 2019. Why Westerners Are Dissatisfied: A Cross-Sectional Study Identifying State-Level Factors Associated With Variation in Private Health Insurance Satisfaction.
- Mee-Udon, F. 2014. Universal Health Coverage Scheme impact on well-being in rural Thailand. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 27(6): 456–467.
- Méndez, I., Lundeen, E. A., Saunders, M., Williams, A., Saaddine, J. & Albright, A. 2022. Diabetes Self-Management Education and Association With Diabetes

- Self-Care and Clinical Preventive Care Practices. *The Science of Diabetes Self-Management and Care* 48(1): 23–34.
- Meyer, V. M., Benjamins, S., Moumni, M. E., Lange, J. F. M. & Pol, R. A. 2022. Global Overview of Response Rates in Patient and Health Care Professional Surveys in Surgery: A Systematic Review. *Ann Surg* 275(1): e75–e81.
- Mirzoev, T. & Kane, S. 2018. Key strategies to improve systems for managing patient complaints within health facilities—what can we learn from the existing literature? *Global Health Action* 11(1): 1458938.
- Mohammed Selim, S., Kularatna, S., Carter, H. E., Bohorquez, N. G. & Mcphail, S. M. 2023. Digital health solutions for reducing the impact of non-attendance: A scoping review. *Health Policy and Technology* 12(2): 100759.
- Mohd Hassan, N. Z. A., Mohd nor Sham Kunusagaran, M. S. J., Zaimi, N. A., Aminuddin, F., Ab Rahim, F. I., Jawahir, S. & Abdul Karim, Z. 2022. The inequalities and determinants of Households' Distress Financing on Out-of-Pocket Health expenditure in Malaysia. *BMC Public Health* 22(1): 449.
- Mohd Noh, S. N., Jawahir, S., Tan, Y. R. O., Ab Rahim, I. & Tan, E. H. 2022. The health-seeking behavior among Malaysian adults in urban and rural areas who reported sickness: findings from the National Health and Morbidity Survey (NHMS) 2019. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 19(6): 3193.
- Muda, N., Azahari, A. M., Shahabuddin, F. A., Zamzuri, Z. H., Arif, N. M., Bakar, M. a. A. & Suradi, N. R. M. 2020. Health Vulnerability Versus Multiple Vulnerability Factors Among Low-Income Group in Malaysia. *Pertanika Journal of Social Sciences & Humanities* 28(2): 3193.
- Mujamammi, A. H., Alqahtani, S. A., Alqaidi, F. A., Alharbi, B. a. F., Alsubaie, K. M., Alhaisoni, F. E. & Sabi, E. M. 2024. Evaluation of Medical Students' Satisfaction With Using a Simulation-Based Learning Program as a Method for Clinical Teaching. *Cureus*
- Mukshar, A. N. N., Puad, N. a. M. & Ahmad, K. A. 2023. Ciri-Ciri Skim Takaful Kesihatan Mikro: Kajian Persepsi Dalam Kalangan B40: Characteristics of Micro Health Takaful Schemes: A Perception Study Among B40. *Journal of Muwafaqat* 6(2): 133–156.
- Mumtaz, S., Bahk, J. & Khang, Y.-H. 2019. Current status and determinants of maternal healthcare utilization in Afghanistan: analysis from Afghanistan demographic and health survey 2015. *PLOS ONE* 14(6): e0217827.
- Muttaqien, M., Setiyaningsih, H., Aristianti, V., Coleman, H. L. S., Hidayat, M. S., Dhanalvin, E., Siregar, D. R., Mukti, A. G. & Kok, M. O. 2021. Why did informal sector workers stop paying for health insurance in Indonesia? Exploring enrollees' ability and willingness to pay. *PLOS ONE* 16(6): e0252708.
- Naing, N. N. 2003. Determination of sample size. *The Malaysian Journal of Medical Sciences* 10(2): 84.
- Nantabah, Z. K., Mubasyiroh, R., Kristanto, A. Y., Indrawati, L., Paramita, A., Tjandrarini, D. H. & Laksono, A. D. 2023. Public satisfaction with the quality of First Health Facility Services in Indonesia: Does sociodemographic matter? *Asian Pacific Journal of Tropical Medicine* 16(9): 409–417.
- Naserrudin, N. A., Lin, P. Y. P., Monroe, A., Baumann, S. E., Adhikari, B., Miller, A. C., Sato, S., Fornace, K. M., Culleton, R., Cheah, P. Y., Hod, R., Jeffree, M. S., Ahmed, K. & Hassan, M. R. 2023. Disentangling the intersection of inequities

- with health and malaria exposure: key lessons from rural communities in Northern Borneo. *Malaria Journal* 22(1): 343.
- Nguyen, N. X., Tran, K. & Nguyen, T. A. 2021. Impact of service quality on in-patients' satisfaction, perceived value, and customer loyalty: A mixed-methods study from a developing country. *Patient Preference and Adherence* 2523–2538.
- Nsiah-Boateng, E., Asenso-Boadi, F., Dsane-Selby, L., Andoh-Adjei, F.-X., Otoo, N., Akweongo, P. & Aikins, M. 2017. Reducing Medical Claims Cost to Ghana's National Health Insurance Scheme: A Cross-Sectional Comparative Assessment of the Paper- And Electronic-Based Claims Reviews. *BMC Health Services Research* 17(1):
- Nwokoro, U. U., Ugwa, O. M., Ekenna, A., Frank, I., Onwuliri, C. D. & Agunwa, C. C. 2022. Determinants of Primary Healthcare Services Utilisation in an Under-Resourced Rural Community in Enugu State, Nigeria: A Cross-Sectional Study. *Pan African Medical Journal* 42(
- Ofori, P. P. & Wang, W. 2022. Emerging Technologies Adoption in Healthcare: A SOHI Model. *Information Development* 40(3): 357–375.
- Okoro, I. O., C.O, U. & C.O, O. 2023. Application of Three Probability Distributions to Justify Central Limit Theorem. *African Journal of Mathematics and Statistics Studies* 6(4): 77–80.
- Oliver, R. L. 1980. A Cognitive Model of the Antecedents and Consequences of Satisfaction Decisions. *Journal of Marketing Research* 17(4): 460–469.
- Oliver, R. L. 1993. Cognitive, affective, and attribute bases of the satisfaction response. *Journal of consumer research* 20(3): 418–430.
- Oliver, R. L. & Swan, J. E. 1989. Consumer perceptions of interpersonal equity and satisfaction in transactions: a field survey approach. *Journal of Marketing* 53(2): 21–35.
- Ong, A. K. S., Prasetyo, Y. T., Tayao, K. N. M., Mariñas, K. A., Ayuwati, I. D., Nadlifatin, R. & Persada, S. F. 2022. Socio-Economic Factors Affecting Member's Satisfaction towards National Health Insurance: An Evidence from the Philippines. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 19(22): 15395–15395.
- Ormanovic, S., Ciric, A., Talovic, M., Alic, H., Jeleskovic, E. & Causevic, D. 2017. Importance-performance analysis: Different approaches. *Acta Kinesiologica* 11(58–66.
- Paek, S. C., Meemon, N. & Wan, T. T. 2016. Thailand's universal coverage scheme and its impact on health-seeking behavior. *Springerplus* 5(1–16.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. & Berry, L. L. 1988. Servqual: A multiple-item scale for measuring consumer perc. *Journal of Retailing* 64(1): 12.
- Park, S. 2021. Medical service utilization and out-of-pocket spending among near-poor National Health Insurance members in South Korea. *BMC Health Services Research* 21(1): 886.
- Peduzzi, P., Concato, J., Kemper, E., Holford, T. R. & Feinstein, A. R. 1996. A simulation study of the number of events per variable in logistic regression analysis. *Journal of Clinical Epidemiology* 49(12): 1373–1379.
- Pratiwi, A. B., Padmawati, R. S. & Willems, D. L. 2022. Behind open doors: Patient privacy and the impact of design in primary health care, a qualitative study in Indonesia. *Frontiers in Medicine* Volume 9 - 2022(
- Protecthealth Corporation. 2020. PeKa B40 Report 2019-2020. ProtectHealth Corporation Sdn Bhd.

- Protecthealth Corporation. 2021. PeKa B40 REPORT 2021.
- Protecthealth Corporation. 2025. PeKa B40 | KKMNOW.
- Purtle, J., Lê-Scherban, F., Wang, X., Shattuck, P., Proctor, E. K. & Brownson, R. C. 2018. Audience Segmentation to Disseminate Behavioral Health Evidence to Legislators: An Empirical Clustering Analysis. *Implementation Science* 13(1):
- Puteh, S. E. W. 2019. Integrated Approach to Community Wellness: Has this been forgotten? *Malaysian Journal of Medicine & Health Sciences* 15(
- Rao, K. D., Mehta, A., Noonan, C., Peters, M. A. & Perry, H. 2024. Voting with their feet: Primary care provider choice and its implications for public sector primary care services in India. *Social Science & Medicine* 340(116414).
- Ren, J., Ding, D., Wu, Q., Liu, C., Hao, Y., Cui, Y., Sun, H., Ning, N., Li, Y., Kang, Z., Shan, L., Zhao, M. & Liu, B. 2019. Financial Affordability, Health Insurance, and Use of Health Care Services by the Elderly: Findings From the China Health and Retirement Longitudinal Study. *Asia Pacific Journal of Public Health* 31(6): 510–521.
- Roberts, M., Callahan, L. & O’leary, C. 2017. Social Media: A Path to Health Literacy. *Information Services & Use* 37(2): 177–187.
- Rodriguez-Acevedo, A. J., Chan, R. J., Olsen, C. M., Pandeya, N., Whiteman, D. C. & Gordon, L. G. 2021. Out-of-Pocket Medical Expenses Compared Across Five Years for Patients With One of Five Common Cancers in Australia. *BMC Cancer* 21(1):
- Rommel, A. & Kroll, L. E. 2017. Individual and regional determinants for physical therapy utilization in Germany: multilevel analysis of national survey data. *Physical Therapy* 97(5): 512–523.
- Sachdev, S. B. & Verma, H. V. 2004. Relative importance of service quality dimensions: A multisectoral study. *Journal of Services Research* 4(1): 93.
- Said, M. A., Thangiah, G., Abdul Majid, H., Ismail, R., Maw Pin, T., Rizal, H., Zaidi, M. a. S., Reidpath, D. & Su, T. T. 2022. Income disparity and mental wellbeing among adults in semi-urban and rural areas in Malaysia: the mediating role of social capital. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 19(11): 6604.
- Said, R., Ismail, N. & Ismail, N. W. 2020. Determining Factors Influence Out-of-Pocket Health Expenditure among the Low-Income Group in Malaysia. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences* 10(10):
- Said, R., Ismail, N. & Ismail, N. W. 2020. Determining factors influence out-of-pocket health expenditure among the low-income group in Malaysia. *Int J Acad Res Bus Soc Sci* 10(10): 292–311.
- Sailer, K., Koutsolampros, P. & Pachilova, R. 2021. Differential perceptions of teamwork, focused work and perceived productivity as an effect of desk characteristics within a workplace layout. *PLOS ONE* 16(4): e0250058.
- Sanaei Nasab, H., Yazdanian, M., Mokhayeri, Y., Latifi, M., Niksadat, N., Harooni, J. & Armoon, B. 2019. The role of psychological theories in oral health interventions: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Dental Hygiene* 17(2): 142–152.
- Sarker, A. R., Sultana, M., Ahmed, S., Mahumud, R. A., Morton, A. & Khan, J. a. M. 2018. Clients’ experience and satisfaction of utilizing healthcare services in a community based health insurance program in bangladesh. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 15(8): 1637–1637.

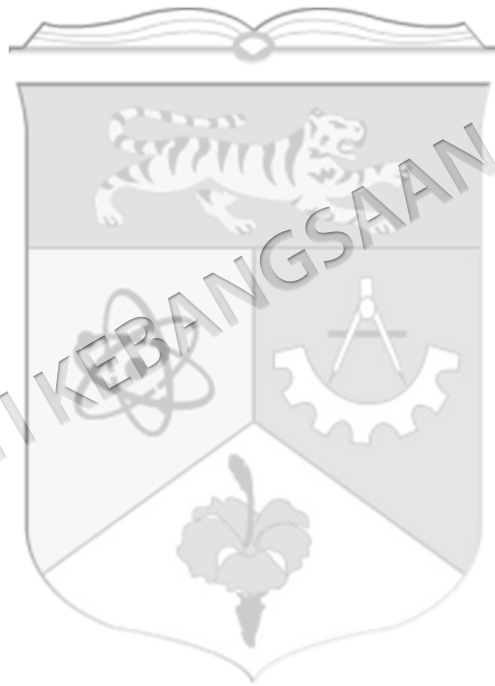
- Sarkodie, A. O. 2021. Effect of the National Health Insurance Scheme on healthcare utilization and out-of-pocket payment: evidence from GLSS 7. *Humanities and Social Sciences Communications* 8(1): 1–10.
- Saunders, C. H., Sierpe, A., Von Plessen, C., Kennedy, A. M., Leviton, L. C., Bernstein, S. L., Goldwag, J., King, J. R., Marx, C. M., Pogue, J. A., Saunders, R. K., Van Citters, A., Yen, R. W., Elwyn, G. & Leyenaar, J. K. 2023. Practical thematic analysis: a guide for multidisciplinary health services research teams engaging in qualitative analysis. *BMJ* 381(e074256).
- Saxena, N., Singh, P. & Mishra, A. 2019. A qualitative comparative analysis of healthcare Supply-Demand side barriers under the publicly funded health insurance scheme in India. *Indian Journal of Public Health* 63(4): 318–323.
- Shahar, S., Lau, H., Puteh, S. E. W., Amara, S. & Razak, N. A. 2019. Health, Access and Nutritional Issues Among Low-Income Population in Malaysia: Introductory Note. *BMC Public Health* 19(S4):
- Shahbaz, F., Bilal Afzal, M., Huda Abbasi, H., Sajjad Asghar, R., Muhammad, B., Ashfaq, A., Ali Chaudhary, N., Naveed Tahir, M., Saleem, J. & Haider, N. 2023. Public Perception and Satisfaction with Health Insurance through Sehat Insaaf Card in Punjab. *Pakistan Journal of Health Sciences* 181–184.
- Sharma, K., Deo, G., Timalisina, S., Joshi, A., Shrestha, N. & Neupane, H. 2020. Online learning in the face of COVID-19 pandemic: Assessment of students' satisfaction at Chitwan medical college of Nepal. *Kathmandu University Medical Journal* 18(2): 40–47.
- Shigate, Z., Mebratie, A. D., Sparrow, R., Alemu, G. & Bedi, A. S. 2020. The Effect of Ethiopia's Community-Based Health Insurance Scheme on Revenues and Quality of Care. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17(22): 8558.
- Shikuku, D. N., Mohammed, H., Mwanzia, L., Ladur, A. N., Nandikove, P., Uyara, A., Waigwe, C., Nyaga, L., Bashir, I., Ndirangu, E., Bedwell, C., Bar-Zeev, S. & Ameh, C. 2024. Evaluation of the Feasibility of a Midwifery Educator Continuous Professional Development (CPD) Programme in Kenya and Nigeria: A Mixed Methods Study. *BMC Medical Education* 24(1):
- Siahainenia, M., Razak, A., Arifin, M. Z., Seweng, A., Asdar, M. & Mallongi, A. 2020. The Analysis Quality of Inpatient Room Service to Patient Satisfaction (Case Study of Saparua General Hospital). *Medico-Legal Update* 20(4):
- Silver, S. R., Li, J. & Quay, B. 2021. Employment Status, Unemployment Duration, and Health-related Metrics Among US Adults of Prime Working Age: Behavioral Risk Factor Surveillance System, 2018–2019. *American Journal of Industrial Medicine* 65(1): 59–71.
- Sriee, V. P. G. & Maiya, G. R. 2021. Coverage, utilization, and impact of Ayushman Bharat scheme among the rural field practice area of Saveetha Medical College and Hospital, Chennai. *Journal of Family Medicine and Primary Care* 10(3): 1171–1176.
- Steyerberg, E. W., Eijkemans, M. J., Harrell Jr, F. E. & Habbema, J. D. F. 2001. Prognostic modeling with logistic regression analysis: in search of a sensible strategy in small data sets. *Medical Decision Making* 21(1): 45–56.
- Stratton, S. J. 2018. Likert Data. *Prehospital and Disaster Medicine* 33(2): 117–118.
- Suhaili, M. S., Farah, I., Zaim, Z. a. B. A., Pathi, N. B. M., Rahim, A. I. B. A., Ahmad, A. B., Wen, T. K., Ismail, M. B. & Warijo, O. B. 2023. Factors associated with

- newly diagnosed non-communicable disease among low income population in northwest remote island in kedah. Kedah State Health Department 104.
- Sun, J., Deng, S., Xiong, X. & Tang, S. 2013. Equity in Access to Healthcare Among the Urban Elderly in China: Does Health Insurance Matter? *The International Journal of Health Planning and Management* 29(2):
- Takura, T. & Miura, H. 2022. Socioeconomic determinants of universal health coverage in the Asian region. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 19(4): 2376.
- Tan, S. Y., Wu, X. & Yang, W. 2019. Impacts of the type of social health insurance on health service utilisation and expenditures: implications for a unified system in China. *Health Economics, Policy and Law* 14(4): 468–486.
- Tan, Y. R. O., Jawahir, S. & Doss, J. G. 2023. Oral healthcare seeking behavior of Malaysian adults in urban and rural areas: findings from the National Health and Morbidity Survey 2019. *BMC Oral Health* 23(1): 719.
- Tang, L. 2012. The Influences of Patient's Satisfaction With Medical Service Delivery, Assessment of Medical Service, and Trust in Health Delivery System on Patient's Life Satisfaction in China. *Health and Quality of Life Outcomes* 10(1): 111.
- Tang, Y. & Tan, H. 2022. A Study on the Satisfaction Degree of Farmers Participating in Basic Medical Insurance for Urban and Rural Residents and Influencing Factors—Empirical Analysis Based on Five Cities of H Province. *Academic Journal of Humanities & Social Sciences* 5(15): 56–71.
- Tangcharoensathien, V., Patcharanarumol, W., Kulthanmanusorn, A., Saengruang, N. & Kosiyaporn, H. 2019. The political economy of UHC reform in Thailand: lessons for low-and middle-income countries. *Health Systems & Reform* 5(3): 195–208.
- Tangcharoensathien, V., Tisayaticom, K., Suphanchaimat, R., Vongmongkol, V., Viriyathorn, S. & Limwattananon, S. 2020. Financial risk protection of Thailand's universal health coverage: Results from series of national household surveys between 1996 and 2015. *International Journal for Equity in Health* 19(1):
- Taufiqurokhman, T., Evi Satispi, E. S. & Ma'mun Murod, M. M. M. 2024. The impact of e-service quality on public trust and public satisfaction in e-government public services. 8(2): 765–772.
- Tesfaye, G., Chojenta, C., Smith, R. & Loxton, D. 2018. Application of the Andersen-Newman model of health care utilization to understand antenatal care use in Kersa District, Eastern Ethiopia. *PLOS ONE* 13(12): e0208729.
- Tey, S., Haslinda, N. I., Norasila, Z., Kingston, R. & Kannan, M. M. 2022. Factors affecting the access to healthcare services among type 2 diabetes patients under PeKa B40 program in Klinik Kesihatan in Melaka, Malaysia: A qualitative study. *Malaysian Family Physician* 17(34–34).
- Tey, S. W., Rajiah, K., Maharajan, M. K., Zakaria, N. B. & Ishak, N. H. B. 2025. Equitable Healthcare Access for Type 2 Diabetes Patients Under a Low-Income Group Health Care Scheme: A Sustainable Development Goal Perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 22(6): 1–12.
- Thakur, H. 2016. Study of awareness, enrollment, and utilization of Rashtriya Swasthya Bima Yojana (national health insurance scheme) in Maharashtra, India. *Frontiers in Public Health* 3(282).

- Thoa, N. T., Thành, N. X., Chúc, N. T. K. & Lindholm, L. 2013. The Impact of Economic Growth on Health Care Utilization: A Longitudinal Study in Rural Vietnam. *International Journal for Equity in Health* 12(1): 19.
- Timsina, K., Silwal, S., Mandal, P. K. & Basnet, S. 2024. Factors Associated With Enrollment of Household in National Health Insurance Program in Eastern Nepal. *Journal of College of Medical Sciences-Nepal* 20(2): 132–137.
- Travers, J. L., Hirschman, K. B. & Naylor, M. D. 2020. Adapting Andersen's expanded behavioral model of health services use to include older adults receiving long-term services and supports. *BMC Geriatrics* 20(1–16).
- Uguru, N., Ogu, U., Uguru, C. & Ibe, O. 2024. Is the national health insurance scheme a pathway to sustained access to medicines in Nigeria? *BMC Health Services Research* 24(1): 403.
- Umar, A. B., Sani, S. K., Aliyu, L. J., Hassan, M., Imam, M., Haruna, U. A., Ibrahim, A. M. & Lucero-Prisco Iii, D. E. 2024. Enhancing primary healthcare delivery in Nigeria through the adoption of advanced technologies. *Narra X* 2(3): e180–e180.
- Unit Perancang, E. 2021. *Rancangan Malaysia Ke 12*.
- Van Dael, J., Reader, T. W., Gillespie, A., Neves, A. L., Darzi, A. & Mayer, E. K. 2020. Learning from complaints in healthcare: a realist review of academic literature, policy evidence and front-line insights. *BMJ Quality & Safety* 29(8): 684.
- Van Der Wielen, N., Channon, A. A. & Falkingham, J. 2018. Universal health coverage in the context of population ageing: What determines health insurance enrolment in rural Ghana? *BMC Public Health* 18(1–13).
- Vittinghoff, E. & McCulloch, C. E. 2007. Relaxing the rule of ten events per variable in logistic and Cox regression. *American Journal of Epidemiology* 165(6): 710–718.
- Voutilainen, A., Pitkääho, T., Kvist, T. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2016. How to ask about patient satisfaction? The visual analogue scale is less vulnerable to confounding factors and ceiling effect than a symmetric Likert scale. *Journal of Advanced Nursing* 72(4): 946–957.
- Wan, X., Wang, W., Liu, J. & Tong, T. 2014. Estimating the Sample Mean and Standard Deviation From the Sample Size, Median, Range and/or Interquartile Range. *BMC Medical Research Methodology* 14(1): 1–10.
- Wang, J. 2022. Patient flow modeling and optimal staffing for emergency departments: A Petri net approach. *IEEE Transactions on Computational Social Systems* 10(4): 1–10.
- Wang, M.-J. & Lo, Y.-T. 2022. Strategies for Improving the Utilization of Preventive Care Services: Application of Importance–Performance Gap Analysis Method. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 19(20): 13195.
- Wang, X., Chen, D., Xie, T. & Zhang, W. 2019. Predicting women's intentions to screen for breast cancer based on the health belief model and the theory of planned behavior. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research* 45(12): 2440–2451.
- Wang, Z., Chen, Y., Pan, T., Liu, X. & Hu, H. 2019. The Comparison of Healthcare Utilization Inequity Between URRBMI and NCMS in Rural China. *International Journal for Equity in Health* 18(1): 1–10.
- Wang, Z., Li, X., Chen, M. & Si, L. 2018. Social health insurance, healthcare utilization, and costs in middle-aged and elderly community-dwelling adults in China. *International Journal for Equity in Health* 17(1): 17–17.

- Ward, P. R. 2017. Improving access to, use of, and outcomes from public health programs: the importance of building and maintaining trust with patients/clients. *Frontiers in Public Health* 5(22).
- Wartiningsih, M., Silitonga, H. T. H., Ritunga, I., Prayogo, M. C. & Wijaya, E. D. 2022. Patient Satisfaction Improvement by Comprehensive Holistic Services at Public Health Centre X Surabaya. *Jurnal Kesehatan Masyarakat* 18(2): 164–173.
- Wiseman, V., Thabrany, H., Asante, A., Haemmerli, M., Kosen, S., Gilson, L., Mills, A., Hayen, A., Tangcharoensathien, V. & Patcharanarumol, W. 2018. An evaluation of health systems equity in Indonesia: study protocol. *International Journal for Equity in Health* 17(1–9).
- Worede, D. T., Tariku, M. K., Asresie, M. B. & Shibesh, B. F. 2023. Household satisfaction and associated factors with community-based health insurance scheme in Ethiopia: systematic review and meta-analysis. *Global Health Research and Policy*, BioMed Central Ltd. 8.
- World, B. 2024. Data Country Classification.
- World Health, O. 2010. Gender, women and primary health care renewal: a discussion paper
- World Health, O. 2017. Half the world lacks access to essential health services, 100 million still pushed into extreme poverty because of health expenses.
- World Health Organization. 2010. The World Health Report 2010: Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage. World Health Organization.
- Xesfingi, S. & Vozikis, A. 2016. Patient Satisfaction With the Healthcare System: Assessing the Impact of Socio-Economic and Healthcare Provision Factors. *BMC Health Services Research* 16(1):
- Yang, H.-Y., Yu, C.-H. & Wang, M.-J. 2013. Strategic management in the establishment of a magnet hospital: A nursing staff perspective. *Health* 2013(
- Yeoh, C., Puah, C. H., Wong, S. S.-L. & Entebang, H. 2020. Treatment Costs for Nasopharyngeal Cancer by Stages: Patients' Experience in Sarawak General Hospital. *Research in World Economy* 11(3): 26–26.
- Yunus, S. Z. S. A., Puteh, S. E. W., Ali, A. M. & Daud, F. 2021. The Covid Impact to Public Healthcare Utilization Among Urban Low-Income Subsidized Community in Klang Valley Malaysia. *Health Services Research and Managerial Epidemiology* 8(233339282110024).
- Zeng, Y., Xu, W., Chen, L., Chen, F. & Fang, Y. 2020. The Influencing Factors of Health-Seeking Preference and Community Health Service Utilization Among Patients in Primary Care Reform in Xiamen, China. *Patient Prefer Adherence* 14(653–662).
- Zhang, Y., Dong, D., Xu, L., Miao, Z., Mao, W., Sloan, F. & Tang, S. 2021. Ten-year impacts of China's rural health scheme: lessons for universal health coverage. *BMJ Global Health* 6(4): e003714.
- Zhao, J. & Liu, Z. 2023. Impact of Urban–rural Medical Insurance Integration on the Health of the Elderly: Evidence From China.
- Zhou, G., Xiao, J., Chen, M. & Si, L. 2020. Urban–rural Disparities in Healthcare Financing: An Analysis Under China's Unified Residents' Health Insurance Scheme.
- Zhou, M., Zhang, L., Liang, Y. & Chen, Y. 2024. The effect of trans-provincial immediate reimbursement for healthcare expenses on inequity in the utilization of healthcare services for migrants. *International Journal for Equity in Health* 23(1): 49.

- Zhou, W.-J., Wan, Q.-Q., Liu, C.-Y., Feng, X.-L. & Shang, S.-M. 2017. Determinants of patient loyalty to healthcare providers: An integrative review. *International Journal for Quality in Health Care* 29(4): 442–449.
- Zhou, Y., Wushouer, H., Vuillermin, D., Ni, B., Guan, X. & Shi, L. 2020. Medical Insurance and Healthcare Utilization Among the Middle-Aged and Elderly in China: Evidence From the China Health and Retirement Longitudinal Study 2011, 2013 and 2015. *BMC Health Services Research* 20(1):
- Zhu, L., Peng, M., Jiang, L. & Wang, Z. 2023. Inequality of Opportunity in Health Service Utilization Among Middle-Aged and Elderly Community-Dwelling Adults in China. *Archives of Public Health* 81(1):



LAMPIRAN A

BORANG SOAL SELIDIK

Kajian Penggunaan Manfaat dan Kepuasan Terhadap Skim Perlindungan Kesihatan PeKa B40 Dikalangan Kumpulan B40 Di Malaysia

Skim Perlindungan Kesihatan PeKa B40 telah dilancarkan di Malaysia pada awal tahun 2019. Skim Perlindungan Kesihatan ini didasarkan untuk golongan berpendapatan isi rumah 40% terendah (B40) dan merupakan satu inisiatif Kerajaan melalui Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM) yang bertujuan untuk menampung keperluan kesihatan golongan berpendapatan rendah, dengan memberi fokus terhadap penyakit tidak berjangkit (NCD). Kini selepas 2 tahun diperkenalkan, sudah ramai individu dari golongan B40 yang telah mendapat manfaat daripada skim ini.

Sehubungan itu, satu kajian berkaitan penggunaan manfaat dan tahap kepuasan terhadap Skim Perlindungan Kesihatan PeKa B40 dan mySalam dikalangan kumpulan B40 di Malaysia sedang dijalankan oleh Jabatan Kesihatan Masyarakat, Fakulti Perubatan, Universiti Kebangsaan Malaysia.

Kami memerlukan maklumbalas dan kerjasama anda. Setiap respon anda adalah sangat berharga bagi kajian ini. Keperihatinan dan penglibatan anda adalah amat dihargai dan diucapkan ribuan terima kasih.

Sebarang pertanyaan boleh hubungi:
Pasukan Penyelidik Kajian Penggunaan Manfaat dan Kepuasan Terhadap Skim Perlindungan Kesihatan PeKa B40
Dikalangan Kumpulan B40 Di Malaysia,
Jabatan Kesihatan Masyarakat, Tingkat 1, Blok Klinikal, Fakulti Perubatan UKM, 56000 Cheras, Kuala Lumpur
Tel.: +6010-8416183 E-mel: p106831@siswa.ukm.edu.my, Web <https://www.ppukm.ukm.my/ukm/en/>



Risalah Informasi Responden

Kajian terdiri daripada satu set soal selidik dalam talian yang biasanya memerlukan masa kurang dari 10 minit untuk disiapkan. Soal selidik bertanya mengenai pengalaman anda berkaitan dengan Skim Perlindungan Kesihatan PeKa B40. Anda juga akan diminta untuk menjawab beberapa butiran demografi (umur, jantina, bangsa, anggaran pendapatan secara kasar). *TIADA MAKLUMAT IDENTITI YANG AKAN DITANYA (SEPERTINAMA ATAU NO KAD PENGENALAN).

Penyertaan dalam penyelidikan ini adalah sukarela sepenuhnya. Sebarang keputusan menyertai atau tidak, tidak memberi kesan terhadap penjagaan kesihatan anda. Maklumbalas anda mampu menyumbangkan maklumat penting dalam menambahbaik Skim Perlindungan Kesihatan PeKa B40 di Malaysia.

Maklumbalas anda adalah rahsia dan tidak akan diterbitkan kecuali pendedahan diperlukan oleh undang-undang. Semua maklumat data yang dikumpulkan akan diperlakukan secara sulit dan hanya dapat diakses oleh pasukan penyelidik kajian ini dari Universiti Kebangsaan Malaysia.

Penyelidik

Kajian ini dijalankan oleh Universiti Kebangsaan Malaysia melalui Jabatan Kesihatan Masyarakat, Fakulti Perubatan. Kajian ini telah diluluskan oleh Jawatankuasa Penyelidikan dan Etika UKM, Kod Projek FF-2021-168. Sebarang pertanyaan boleh hubungi pasukan penyelidik melalui telefon: 010-8416183 atau email p106831@siswa.ukm.edu.my

Adakah anda bersetuju menyertai kajian ini?

☐	Ya
☐	Tidak

Jika tidak bersetuju, nyatakan sebab anda tidak mahu menyertai kajian ini

☐	Tiada masa untuk menjawab kajian ini
☐	Tidak berminat dengan Skim Perlindungan kesihatan PeKa B40
☐	Tidak mempunyai peranti (telefon/komputer/laptop/tablet) yang sesuai untuk menjawab soalan
☐	Lain-lain sebab : _____

DIISI OLEH PENEMURAMAH:

NO KAJIAN: 0001

1. Daerah : _____
2. Negeri : _____

BAHAGIAN A : DEMOGRAFI RESPONDEN

3. Umur : _____ tahun (mestilah responden 40 tahun dan ke atas sahaja)
4. Tarikh Lahir : _____
5. Jantina : ☐ Lelaki ☐ Perempuan
6. Bangsa : ☐ Melayu ☐ Cina ☐ India
☐ Lain-lain: _____
7. Taraf perkahwinan : ☐ Bujang ☐ Berkahwin ☐ Bercerai ☐ Balu
8. Tahap Pendidikan : ☐ Tidak pernah bersekolah ☐ Sekolah Rendah ☐ Sekolah Menengah ☐ Kolej & keatas
9. Bilangan isi rumah yang tinggal bersama : _____ orang
10. Anda ketua keluarga? : ☐ Ya ☐ Tidak
11. Pekerjaan : ☐ Tidak Bekerja ☐ Pesara ☐ Bekerja
12. Anggaran jumlah pendapatan bulanan isirumah : _____ RM

(pendapatan bulanan bagi seluruh isirumah iaitu suami, isteri, anak-anak yang bekerja dan lain-lain yang tinggal dalam satu rumah.)

BAHAGIAN B : PEMBAYAR PERKHIDMATAN KESIHATAN & STATUS KESIHATAN

13. Adakah anda mempunyai sebarang perlindungan kesihatan dari... *(Boleh pilih lebih daripada satu jawapan)*
- ☐ Kerajaan (contohnya GL kerajaan, kad pencen / pesara)
- ☐ Program pembiayaan kesihatan kerajaan (contohnya kad Peduli Sihat, Skim mySalam, Skim PeKa B40 dan insuran kesihatan kerajaan yang lain)
- ☐ Insuran kesihatan peribadi
- ☐ Insuran kesihatan yang ditaja oleh majikan
- ☐ Majikan / klinik / hospital panel (tidak termasuk jika melibatkan potongan gaji)
- ☐ PERKESO
- ☐ Tiada perlindungan dari mana-mana organisasi/agensi/insurans
- ☐ Lain-lain (nyatakan): _____
14. Jika anda atau keluarga anda mendapatkan rawatan di klinik/hospital, siapa yang membayar untuk rawatan tersebut? *(Boleh pilih lebih daripada satu jawapan)*
- ☐ Sendiri / keluarga / ahli isirumah
- ☐ Kerajaan (contohnya GL kerajaan, kad pencen / pesara)
- ☐ Program pembiayaan kesihatan kerajaan (contohnya kad Peduli Sihat, Skim mySalam, Skim PeKa B40 dan insuran kesihatan kerajaan yang lain)
- ☐ Insuran kesihatan peribadi
- ☐ Insuran kesihatan yang ditaja oleh majikan
- ☐ Majikan / klinik / hospital panel (tidak termasuk jika melibatkan potongan gaji)
- ☐ PERKESO
- ☐ Lain-lain (nyatakan): _____

15. Kemudahan perubatan mana yang paling kerap anda gunakan? (pilih satu jawapan sahaja)
- | | |
|--|--|
| ☐ Klinik Swasta | ☐ Hospital Swasta |
| ☐ Klinik Kesihatan Kerajaan | ☐ Hospital Kerajaan |
16. Dalam setahun yang lepas, berapa kali anda pergi mendapat rawatan di klinik/hospital? : _____
17. Adakah anda telah didiagnos dengan sebarang penyakit oleh pengamal perubatan yang berdaftar? : ☐ Ya
☐ Tidak
18. Jika Ya, (nyatakan jenis penyakit) :
- | | |
|--|--|
| ☐ Kencing Manis / Diabetes | ☐ Barah / Kanser |
| ☐ Darah Tinggi / Hipertensi | ☐ Penyakit Mental |
| ☐ Kolesterol Tinggi / Hiperkolesterolemia | ☐ Lain-lain (nyatakan): _____ |
| ☐ Lemah Jantung / Penyakit kardiovaskular | |

BAHAGIAN C : TAHAP PENGETAHUAN TERHADAP KESIHATAN & SKIM PERLINDUNGAN KESIHATAN

19.	Soalan bagi menilai tahap pengetahuan anda tentang kesihatan Pada skala 1(sangat susah) hingga ke skala 5 (sangat mudah), nilaikan tahap untuk anda											
	sangat susah untuk saya 1 sangat mudah untuk saya 5											
	1	2	3	4	5							
	1.	... cari maklumat tentang rawatan penyakit yang saya bimbang				1	2	3	4	5		
	2.	... panggil ambulans semasa kecemasan				1	2	3	4	5		
	3.	... cari maklumat tentang masalah tekanan perasaan atau kemurungan				1	2	3	4	5		
	4.	... faham mengapa saya perlukan pemeriksaan kesihatan				1	2	3	4	5		
	5.	... menilai vaksin yang diperlukan				1	2	3	4	5		
	6.	... tentukan cara melindungi diri dari penyakit ikut nasihat keluarga dan rakan				1	2	3	4	5		
	7.	... tahu tentang aktiviti yang baik untuk kesihatan mental				1	2	3	4	5		
	8.	... faham maklumat di internet/tv untuk jadi lebih sihat				1	2	3	4	5		
	9.	... menilai tingkah laku yang mempengaruhi kesihatan				1	2	3	4	5		

20.	Soalan Menilai Tahap Pengetahuan Responden Tentang PeKa B40 Jawab soalan dibawah mengikut skala 1 hingga skala 5 untuk setiap pernyataan yang diberikan											
	sangat tidak setuju 1 sangat setuju 5											
	1	2	3	4	5							
	1.	Saya sedar kewujudan PeKa B40				1	2	3	4	5		
	2.	Saya tahu tentang maklumat PeKa B40				1	2	3	4	5		
	3.	Saya sedar PeKa B40 adalah inisiatif kerajaan untuk membantu kumpulan B40				1	2	3	4	5		
	4.	Saya sedar tiada bayaran bulanan untuk menyertai PeKa B40				1	2	3	4	5		
	5.	Saya tahu semua penerima BSH secara automatic berdaftar dengan PeKa B40				1	2	3	4	5		
	6.	Saya tahu Saringan Kesihatan PeKa B40 boleh dilakukan di klinik kerajaan				1	2	3	4	5		
	7.	Saya tahu manfaat yang ditawarkan melalui PeKa B40				1	2	3	4	5		
	8.	PeKa B40 menyediakan bantuan alat perubatan				1	2	3	4	5		
	9.	PeKa B40 menyediakan manfaat insentif melengkapkan rawatan kanser				1	2	3	4	5		
	10.	PeKa B40 menyediakan manfaat insentif tambang pengangkutan				1	2	3	4	5		

BAHAGIAN D : PENGGUNAAN SKIM PERLINDUNGAN KESIHATAN PEKA B40, BAYARAN TAMBAHAN & TAHAP KEPUASAN TERHADAP PeKa B40.

21. Adakah anda **pernah** menggunakan manfaat PeKa B40?
- ☐ Ya
- ☐ Tidak
22. Jika Tidak, nyatakan **sebab anda tidak menggunakan** manfaat PeKa B40
- ☐ Tidak tahu kewujudan PeKa B40
- ☐ Tidak tahu manfaat PeKa B40
- ☐ Tidak menegtahui proses tuntutan manfaat
- ☐ Tidak menepati kelayakan untuk sebarang manfaat PeKa B40
- ☐ Lain-lain sebab (nyatakan):
23. Jika Ya, nyatakan **jenis manfaat PeKa B40 yang pernah** digunakan: *(Boleh jawab lebih dari satu)*
- ☐ Saringan Kesihatan Peka B40
- ☐ Elaun bantuan alatan perubatan PeKa B40
- ☐ Insentif melengkapkan rawatan kanser PeKa B40
- ☐ Insentif tambang pengangkutan PeKa B40

[illegible]

		A. Tahap Puas Hati					B. Tahap Penting				
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
25. AKSES DAN KETERSEDIAAN KEMUDAHAN di pusat rawatan (klinik/hospital kerajaan) atau klinik panel											
1	Lokasi yang mudah diakses										
2	Mempunyai tempat letak kereta yang cukup										
3	Mempunyai semua pusat kepakaran perubatan yang diperlukan										
4	Mudah membuat temujanji untuk mendapatkan rawatan										
5	Mempunyai ruang menunggu yang selesa										
6	Waktu operasi klinik/hospital yang sesuai dengan saya										
7	Mudah dicapai melalui telefon										
26. KOMUNIKASI semasa mendapatkan rawatan di Klinik Kesihatan/Hospital Kerajaan/Klinik Panel PeKa B40											
1	Sebarang soalan saya dijawab oleh staf										
2	Maklumat yang diperlukan tersedia di klinik/hospital										
3	Staf berkomunikasi dengan menggunakan bahasa mudah difahami										
4	Dokumen di klinik/hospital mudah difahami										
5	Borang di klinik/hospital mudah diisi										
6	Penerangan prosedur rawatan adalah jelas										
7	Staf memberi respon terhadap aduan dan komen saya										
27. BAYARAN YANG DITANGGUNG SENDIRI semasa mendapatkan rawatan di Klinik Kesihatan/Hospital Kerajaan/Klinik Panel PeKa B40											
1	Proses membuat bayaran di klinik/hospital mudah										
2	Bayaran tambahan dibuat untuk caj pendaftaran adalah berpatutan										
3	Bayaran tambahan dibuat untuk caj konsultasi doktor adalah berpatutan										
4	Bayaran tambahan dibuat untuk caj ubat adalah berpatutan										
5	Bayaran tambahan dibuat untuk caj injeksi/prosedur/rawatan adalah berpatutan										
6	Bayaran tambahan dibuat untuk alatan perubatan adalah berpatutan										
7	Bayaran dibuat untuk pengangkutan ke pusat rawatan adalah berpatutan										

		A. Tahap Puas Hati					B. Tahap Penting				
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
28. ORGANISASI YANG MENJAGA PeKa B40 (apakah pendapat responden jika belum menggunakan PeKaB40) atau pengalaman responden jika telah menggunakan PeKaB40)											
1	Kerap membuat promosi PeKa B40										
2	Prosedur tuntutan manfaat mudah (<i>prosedur tuntutan manfaat PeKa B40 ialah melalui online</i>)										
3	Kaedah penerimaan bayaran tuntutan manfaat mudah (<i>Kaedah penerimaan bayaran PeKa B40 ialah duit akan dimasukkan ke bank penuntut</i>)										
4	Bayaran tuntutan dalam tempoh masa yang sewajarnya (<i>Bayaran tuntutan adalah dalam masa 14 hingga 21 hari</i>)										
5	Mudah untuk hantar aduan (<i>Cara hantar aduan adalah melalui emel dan telefon</i>)										
6	Organisasi memberi maklum balas sewajarnya terhadap aduan yang dibuat (<i>Maklum balas aduan akan diberikan kepada penghantar aduan</i>)										
7	Syarat kelayakan untuk menggunakan manfaat adalah berpatutan (<i>Syarat kelayakan penerima manfaat adalah: penerima Bantuan Prihatin Rakyat (BPR) dan pasangan yang berumur 40 tahun dan keatas</i>)										
8	Jenis manfaat yang ditawarkan pada masa kini adalah sudah berpatutan (<i>Jenis manfaat yang ditawarkan pada masa kini adalah: Saringan Kesihatan PERCUMA, Bantuan Alat Perubatan sehingga RM20,000, Insentif Melengkapkan Rawatan Kanser sebanyak RM1000, Insentif Tambang Pengangkutan sehingga RM1,000</i>)										
29. TAHAP PUAS HATI DENGAN PeKa B40 (apakah pendapat responden jika belum menggunakan PeKaB40) atau pengalaman responden jika telah menggunakan PeKaB40)											
sangat tidak puas hati sangat puas hati 1 2 3 4 5											
		1	2	3	4	5					
1	Sejauh manakah anda berpuas hati dengan perkhidmatan Kesihatan di klinik kesihatan/hospital kerajaan/klinik panel?										
2	Sejauh manakah anda berpuas hati dengan perkhidmatan yang diberikan oleh organisasi yang mengurus PeKa B40?										
3	Sejauh manakah anda berpuas hati dengan polisi dan pelaksanaan Skim PeKa B40?										
4	Saya akan mengesyorkan kepada kawan untuk menggunakan manfaat PeKa B40										
5	Saya menyokong skim PeKa B40										

30. Apakah sebab (halangan) anda tidak menggunakan manfaat PeKa B40 atau masalah anda hadapi (cabaran) semasa menggunakan manfaat PeKa B40?

31. Apakah cadangan anda untuk menambah baik program PeKa B40?

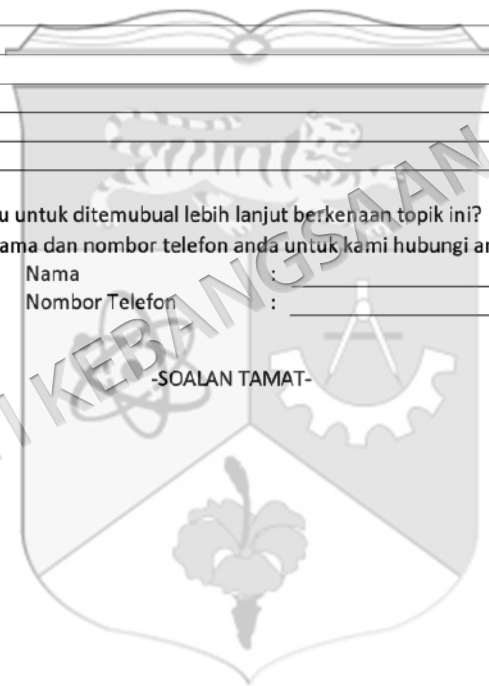
Adakah anda bersetuju untuk ditemubual lebih lanjut berkenaan topik ini? ☐ Ya ☐ Tidak

Jika Ya, sila letakkan nama dan nombor telefon anda untuk kami hubungi anda

Nama :

Nombor Telefon :

-SOALAN TAMAT-



UNIVERSITI KEBANGSAAN MALAYSIA

DAPATAN KAJIAN BAGI PEMBANGUNAN DAN VALIDASI SOAL SELIDIK

Jadual B1: Keputusan Ujian Kesahan Kandungan (*Content Validity*)

Item	Panel 1	Panel 2	Panel 3	Panel 4	Panel 5	Panel 6	Panel 7	Bilangan Bersetuju	I-CV1	UA
TL1	0	1	1	1	1	1	1	6	0.86	0
TL2	0	1	1	1	1	1	1	6	0.86	0
TL3	1	1	1	1	1	1	1	7	1.00	1
TL4	1	1	1	1	1	1	1	7	1.00	1
TL5	1	1	1	1	1	1	1	7	1.00	1
TL6	1	1	1	1	1	1	1	7	1.00	1
TL7	1	1	1	1	1	1	1	7	1.00	1
TL8	1	0	1	1	1	1	1	6	0.86	0
TL9	1	1	1	1	1	1	1	7	1.00	1
TP1	1	1	1	1	1	1	1	7	1.00	1
TP2	1	1	1	1	1	1	1	7	1.00	1
TP3	1	1	1	1	1	1	1	7	1.00	1
TP4	1	1	1	1	1	1	1	7	1.00	1
TP5	1	1	1	1	1	1	1	7	1.00	1
TP6	1	1	1	1	1	1	1	7	1.00	1
TP7	1	1	1	1	1	1	1	7	1.00	1
TP8	1	1	1	1	1	1	1	7	1.00	1
TP9	1	1	1	1	1	1	1	7	1.00	1
TP10	1	1	1	1	1	1	1	7	1.00	1
PP1	1	1	1	1	1	1	1	7	1.00	1
PP2	1	1	1	1	1	1	1	7	1.00	1
PP3	1	1	1	1	1	1	1	7	1.00	1
PP4	1	1	1	1	1	1	1	7	1.00	1
PP5	1	1	1	1	1	1	1	7	1.00	1
PP6	1	1	1	1	1	1	1	7	1.00	1
PP7	1	1	1	1	1	1	1	7	1.00	1
AK1	1	1	1	1	1	1	1	7	1.00	1
AK2	1	1	1	1	1	1	1	7	1.00	1
AK3	1	1	1	1	1	1	1	7	1.00	1
AK4	1	1	1	1	1	1	1	7	1.00	1
AK5	1	1	1	1	1	1	1	7	1.00	1
AK6	1	1	1	1	1	1	1	7	1.00	1
AK7	1	1	1	1	1	1	1	7	1.00	1
KM1	1	1	1	1	1	1	1	7	1.00	1
KM2	1	1	1	1	1	1	1	7	1.00	1
KM3	1	1	1	1	1	1	1	7	1.00	1
KM4	1	1	1	1	1	1	1	7	1.00	1
KM5	1	1	1	1	1	1	1	7	1.00	1
KM6	1	1	1	1	1	1	1	7	1.00	1
KM7	1	1	1	1	1	1	1	7	1.00	1
KS1	1	1	1	1	1	1	1	7	1.00	1
KS2	1	1	1	1	1	1	1	7	1.00	1
KS3	1	1	1	1	1	1	1	7	1.00	1
KS4	1	1	1	1	1	1	1	7	1.00	1
KS5	1	1	1	1	1	1	1	7	1.00	1
KS6	1	1	1	1	1	1	1	7	1.00	1
KS7	1	1	1	1	1	1	1	7	1.00	1
TU1	1	1	1	1	1	1	1	7	1.00	1
TU2	1	1	1	1	1	1	1	7	1.00	1
TU3	1	1	1	1	1	1	1	7	1.00	1
TU4	1	1	1	1	1	1	1	7	1.00	1
TU5	1	1	1	1	1	1	1	7	1.00	1
TU6	1	1	1	1	1	1	1	7	1.00	1
TU7	1	1	1	1	1	1	1	7	1.00	1
TU8	1	1	1	1	1	1	1	7	1.00	1
TK1	1	1	1	1	1	1	1	7	1.00	1
TK2	1	1	1	1	1	1	1	7	1.00	1
TK3	1	1	1	1	1	1	1	7	1.00	1
TK4	1	1	1	1	1	1	1	7	1.00	1
TK5	1	1	1	1	1	1	1	7	1.00	1
S-CVI/AVE									0.99	
S-CVI/UA										0.95

Jadual B2: Nilai Pemuatan Faktor bagi Analisis Faktor Eksploratori (EFA)

Item	Pernyataan Item	Faktor Pemuatan
TL1	... cari maklumat tentang rawatan penyakit yang saya bimbang	0.751
TL2	... panggil ambulans semasa kecemasan	0.718
TL3	... cari maklumat tentang masalah tekanan perasaan atau kemurungan	0.814
TL4	... faham mengapa saya perlukan pemeriksaan kesihatan	0.835
TL5	... menilai vaksin yang diperlukan	0.783
TL6	... tentukan cara melindungi diri dari penyakit ikut nasihat keluarga dan rakan	0.810
TL7	... tahu tentang aktiviti yang baik untuk kesihatan mental	0.871
TL8	... faham maklumat di internet/tv untuk jadi lebih sihat	0.842
TL9	... menilai tingkah laku yang mempengaruhi kesihatan	0.878
TP1	Saya sedar kewujudan PeKa B40	0.864
TP2	Saya tahu tentang maklumat PeKa B40	0.871
TP3	Saya sedar PeKa B40 adalah inisiatif kerajaan untuk membantu kumpulan B40	0.878
TP4	Saya sedar tiada bayaran bulanan untuk menyertai PeKa B40	0.900
TP5	Saya tahu semua penerima BSH secara automatic berdaftar dengan PeKa B40	0.906
TP6	Saya tahu Saringan Kesihatan PeKa B40 boleh dilakukan di klinik kerajaan	0.890
TP7	Saya tahu manfaat yang ditawarkan melalui PeKa B40	0.918
TP8	PeKa B40 menyediakan bantuan alat perubatan	0.921
TP9	PeKa B40 menyediakan manfaat insentif melengkapkan rawatan kanser	0.935
TP10	PeKa B40 menyediakan manfaat insentif tambang pengangkutan	0.907
PP1	Kekerapan ke klinik untuk menerima rawatan bagi satu penyakit adalah sesuai	0.808
PP2	Staf/doktor yang cekap	0.554
PP3	Bilangan staf yang perlu dijumpa untuk mendapatkan rawatan adalah berpatutan	0.850
PP4	Masa menunggu untuk menerima rawatan yang singkat	0.882
PP5	Kakitangan kesihatan menghormati pesakit	0.895
PP6	Ubat-ubatan yang diperlukan tersedia di pusat rawatan	0.910
PP7	Privasi/kerahsiaan berkenaan diri saya dilindungi dengan sebaiknya	0.856
AK1	Lokasi yang mudah diakses	0.875
AK2	Mempunyai tempat letak kereta yang cukup	0.882
AK3	Mempunyai semua pusat kepakaran perubatan yang diperlukan	0.813
AK4	Mudah membuat temujanji untuk mendapatkan rawatan	0.870
AK5	Mempunyai ruang menunggu yang selesa	0.895
AK6	Waktu operasi klinik/hospital yang sesuai dengan saya	0.906
AK7	Mudah dicapai melalui telefon	0.673
KM1	Sebarang soalan saya dijawab oleh staf	0.930
KM2	Maklumat yang diperlukan tersedia di klinik/hospital	0.915
KM3	Staf berkomunikasi dengan menggunakan bahasa mudah difahami	0.936
KM4	Dokumen di klinik/hospital mudah difahami	0.926
KM5	Borang di klinik/hospital mudah diisi	0.949
KM6	Penerangan prosedur rawatan adalah jelas	0.935
KM7	Staf memberi respon terhadap aduan dan komen saya	0.913
KS1	Proses membuat bayaran di klinik/hospital mudah	0.795
KS2	Bayaran tambahan dibuat untuk caj pendaftaran adalah berpatutan	0.898
KS3	Bayaran tambahan dibuat untuk caj konsultasi doktor adalah berpatutan	0.896
KS4	Bayaran tambahan dibuat untuk caj ubat adalah berpatutan	0.940
KS5	Bayaran tambahan dibuat untuk caj injeksi/prosedur/rawatan adalah berpatutan	0.949
KS6	Bayaran tambahan dibuat untuk alatan perubatan adalah berpatutan	0.940
KS7	Bayaran dibuat untuk pengangkutan ke pusat rawatan adalah berpatutan	0.888
TU1	Kerap membuat promosi PeKa B40	0.898
TU2	Prosedur tuntutan manfaat mudah	0.921
TU3	Kaedah penerimaan bayaran tuntutan manfaat mudah	0.963
TU4	Bayaran tuntutan dalam tempoh masa yang sewajarnya	0.925
TU5	Mudah untuk hantar aduan	0.948
TU6	Organisasi memberi maklum balas sewajarnya terhadap aduan yang dibuat	0.945
TU7	Syarat kelayakan untuk menggunakan manfaat adalah berpatutan	0.922
TU8	Jenis manfaat yang ditawarkan pada masa kini adalah berpatutan	0.926
TK1	Sejauh manakah anda berpuas hati dengan perkhidmatan Kesihatan di klinik kesihatan/hospital kerajaan/klinik panel?	0.852
TK2	Sejauh manakah anda berpuas hati dengan perkhidmatan yang diberikan oleh organisasi yang mengurus PeKa B40?	0.902
TK3	Sejauh manakah anda berpuas hati dengan polisi dan pelaksanaan Skim PeKa B40?	0.921
TK4	Saya akan mengesyorkan kepada kawan untuk menggunakan manfaat PeKa B40	0.933
TK5	Saya menyokong skim PeKa B40	0.853

Extraction Method: Principal Component Analysis

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalisation

Jadual B3: Nilai Pemuatan Faktor bagi Analisis Faktor Pengesahan (CFA)

Item	Pernyataan Item	Faktor Pemuatan
TL1	... cari maklumat tentang rawatan penyakit yang saya bimbang	0.788
TL2	... panggil ambulans semasa kecemasan	0.740
TL3	... cari maklumat tentang masalah tekanan perasaan atau kemurungan	0.809
TL4	... faham mengapa saya perlukan pemeriksaan kesihatan	0.825
TL5	... menilai vaksin yang diperlukan	0.716
TL6	... tentukan cara melindungi diri dari penyakit ikut nasihat keluarga dan rakan	0.808
TL7	... tahu tentang aktiviti yang baik untuk kesihatan mental	0.842
TL8	... faham maklumat di internet/tv untuk jadi lebih sihat	0.852
TL9	... menilai tingkah laku yang mempengaruhi kesihatan	0.871
TP1	Saya sedar kewujudan PeKa B40	0.865
TP2	Saya tahu tentang maklumat PeKa B40	0.861
TP3	Saya sedar PeKa B40 adalah inisiatif kerajaan untuk membantu kumpulan B40	0.873
TP4	Saya sedar tiada bayaran bulanan untuk menyertai PeKa B40	0.901
TP5	Saya tahu semua penerima BSH secara automatic berdaftar dengan PeKa B40	0.871
TP6	Saya tahu Saringan Kesihatan PeKa B40 boleh dilakukan di klinik kerajaan	0.900
TP7	Saya tahu manfaat yang ditawarkan melalui PeKa B40	0.898
TP8	PeKa B40 menyediakan bantuan alat perubatan	0.880
TP9	PeKa B40 menyediakan manfaat insentif melengkapkan rawatan kanser	0.878
TP10	PeKa B40 menyediakan manfaat insentif tambang pengangkutan	0.866
PP1	Kekerapan ke klinik untuk menerima rawatan bagi satu penyakit adalah sesuai	0.652
PP2	Masa menunggu untuk menerima rawatan yang singkat	0.777
PP3	Kakitangan kesihatan menghormati pesakit	0.863
PP4	Ubat-ubatan yang diperlukan tersedia di pusat rawatan	0.844
PP5	Privasi/kerahsiaan berkenaan diri saya dilindungi dengan sebaiknya	0.836
AK1	Lokasi yang mudah diakses	0.831
AK2	Mempunyai tempat letak kereta yang cukup	0.865
AK3	Mempunyai semua pusat kepakaran perubatan yang diperlukan	0.749
AK4	Mudah membuat temujanji untuk mendapatkan rawatan	0.752
AK5	Mempunyai ruang menunggu yang selesa	0.815
AK6	Waktu operasi klinik/hospital yang sesuai dengan saya	0.836
KM1	Sebarang soalan saya dijawab oleh staf	0.799
KM2	Maklumat yang diperlukan tersedia di klinik/hospital	0.845
KM3	Staf berkomunikasi dengan menggunakan bahasa mudah difahami	0.861
KM4	Dokumen di klinik/hospital mudah difahami	0.893
KM5	Borang di klinik/hospital mudah diisi	0.890
KM6	Penerangan prosedur rawatan adalah jelas	0.901
KM7	Staf memberi respon terhadap aduan dan komen saya	0.826
KS1	Proses membuat bayaran di klinik/hospital mudah	0.763
KS2	Bayaran tambahan dibuat untuk caj pendaftaran adalah berpatutan	0.851
KS3	Bayaran tambahan dibuat untuk caj konsultasi doktor adalah berpatutan	0.861
KS4	Bayaran tambahan dibuat untuk caj ubat adalah berpatutan	0.914
KS5	Bayaran tambahan dibuat untuk caj injeksi/prosedur/rawatan adalah berpatutan	0.932
KS6	Bayaran tambahan dibuat untuk alatan perubatan adalah berpatutan	0.892
KS7	Bayaran dibuat untuk pengangkutan ke pusat rawatan adalah berpatutan	0.806
TU1	Kerap membuat promosi PeKa B40	0.807
TU2	Prosedur tuntutan manfaat mudah	0.885
TU3	Kaedah penerimaan bayaran tuntutan manfaat mudah	0.929
TU4	Bayaran tuntutan dalam tempoh masa yang sewajarnya	0.932
TU5	Mudah untuk hantar aduan	0.924
TU6	Organisasi memberi maklum balas sewajarnya terhadap aduan yang dibuat	0.917
TU7	Syarat kelayakan untuk menggunakan manfaat adalah berpatutan	0.813
TU8	Jenis manfaat yang ditawarkan pada masa kini adalah berpatutan	0.835
TK1	Sejauh manakah anda berpuas hati dengan perkhidmatan Kesihatan di klinik kesihatan/hospital kerajaan/klinik panel?	0.744
TK2	Sejauh manakah anda berpuas hati dengan perkhidmatan yang diberikan oleh organisasi yang mengurus PeKa B40?	0.918
TK3	Sejauh manakah anda berpuas hati dengan polisi dan pelaksanaan Skim PeKa B40?	0.945
TK4	Saya akan mengesyorkan kepada kawan untuk menggunakan manfaat PeKa B40	0.857
TK5	Saya menyokong skim PeKa B40	0.759

LAMPIRAN C

**BUTIRAN DEMOGRAFI RESPONDEN DAN PETIKAN ASAL HALANGAN
MENGUNAKAN PEKA B40**

Jadual C1 Demografi Responden dan Petikan Asal Berkenaan Halangan Menggunakan PeKa B40

ID Kajian	ID Rujukan Responden	Umur	Jantina	Penggunaan	Petikan Halangan
1699	R1	60	Perempuan	Tidak	"Merupakan warga emas yang kurang berpelajaran."
404	R2	58	Lelaki	Tidak	"Saya tidak pernah mengetahui kewujudan PeKa B40."
504	R3	46	Perempuan	Tidak	"Saya tak tahu."
98	R4	48	Lelaki	Tidak	"Saya tidak pernah dengar langsung tentang program ni."
671	R5	66	Lelaki	Tidak	"Kurang faham peranan PeKa B40."
1099	R6	58	Lelaki	Tidak	"Maklumat berkaitan PeKa B40 tidak jelas dan detail."
1013	R7	66	Perempuan	Tidak	"Tak tahu cara memohon atau di mana saya boleh mohon."
668	R8	84	Perempuan	Tidak	"Telah dimaklumkan oleh pegawai PeKa B40 setiap pesara kerajaan tidak layak.."
1996	R9	48	Perempuan	Tidak	"Bakal menjejaskan golongan yang tidak berkemampuan."
1368	R10	56	Lelaki	Tidak	"Saya rasa tak layak rasanya gaji lebih kelayakan."
180	R11	45	Lelaki	Tidak	"Saya rasa saya bukan daripada golongan B40."
708	R12	64	Lelaki	Tidak	"Tidak layak sebab ada SSM."
863	R13	47	Lelaki	Tidak	"Bagi keutamaan pada rakyat yang susah."
116	R14	48	Perempuan	Tidak	"Tidak mahu sebab gaji suami masih cukup dan boleh memberi kepada orang lain."
87	R15	45	Perempuan	Tidak	"Tidak mahu menggunakan manfaat PeKa B40."
219	R16	59	Lelaki	Tidak	"Mempunyai GL."
355	R17	45	Lelaki	Tidak	"Telah ade insurans sendiri."
458	R18	87	Perempuan	Tidak	"Selalu mengikut waktu temujanji di hospital, saya pemegang kad pesara kerajaan dan urusan saya diuruskan oleh anak-anak."
2143	R19	57	Perempuan	Tidak	"Setiap bulan ada checkup berkala di klinik kesihatan."
473	R20	67	Perempuan	Tidak	"Biasa ke KK nak dapatkan rawatan."
524	R21	58	Lelaki	Tidak	"Boleh mendapatkan rawatan yang diingini di klinik kesihatan atau hospital kerajaan dengan mudah."
2104	R22	49	Perempuan	Tidak	"Belum ada keperluan lagi."
1346	R23	40	Lelaki	Tidak	"Takda sakit yang perlu buat saringan."
1226	R24	43	Perempuan	Tidak	"Program ini takda manfaat untuk diri."

1804	R25	68	Lelaki	Tidak	"Tempat tinggal jauh dari kawasan klinik. susah hendak ke klinik."
1653	R26	44	Lelaki	Tidak	"Kawasan daerah kuala selangor tiada perkhidmatan."
2145	R27	64	Perempuan	Tidak	"Kurang kenderaan serta tiada orang yang boleh bawa ke klinik."
609	R28	51	Perempuan	Tidak	"Kedudukan rumah jauh pendalaman tiada internet."
1464	R29	49	Lelaki	Tidak	"Tiada kesempatan berdaftar dengan PeKa B40."
1999	R30	59	Lelaki	Tidak	"Kekurangan masa untuk ke klinik."
1025	R31	55	Perempuan	Tidak	"Terlalu ramai pesakit yang sedang beratur dan perlu menunggu lama untuk seseorang pesakit mendapat manfaat PeKa B40."
1578	R32	42	Lelaki	Tidak	"Selalu lupa tarikh temujanji."
827	R33	54	Perempuan	Tidak	"Kene buat temujanji, susah jadi tidak ke klinik."
1438	R34	43	Lelaki	Tidak	"Kos perubatan yang akan di tolak dari gl dan pembayaran sendiri."
1500	R35	49	Lelaki	Tidak	"Kurang pendedahan/iklan berkaitan PeKa B40."
2041	R36	57	Lelaki	Tidak	"Tiada penerangan lengkap tentang PeKa B40."
694	R37	53	Lelaki	Tidak	"Maklumat dan kerajaan sangat-sangat sedikit hingga boleh dikategorikan hampir tiada. Hanya di kawasan tertentu sahaja yang ada maklumat tentang PeKa B40, bukan keseluruhan negara."
2127	R38	57	Perempuan	Tidak	"PeKa B40 tidak sampai dengan menyeluruh kepada pihak sasaran."
632	R39	49	Perempuan	Tidak	"Tiada telefon pintar, telefon saya takde internet."
1008	R40	48	Perempuan	Tidak	"Susah nak dapat talian internet."
1269	R41	47	Lelaki	Tidak	"Tak pandai menggunakan internet di telefon."
149	R42	45	Perempuan	Tidak	"Tidak aktif di sosial media."

LAMPIRAN D

**BUTIRAN DEMOGRAFI RESPONDEN DAN PETIKAN ASAL CABARAN
MENGUNAKAN PEKA B40**

Jadual D1 Demografi Responden dan Petikan Asal Berkenaan Cabaran Menggunakan PeKa B40

ID Kajian	ID Rujukan Responden	Umur	Jantina	Penggunaan	Petikan Cabaran
2087	R43	43	Lelaki	Ya	<i>"Tiada pakar khusus yang faham selok-belok PeKa B40 kerajaan perlu letak lebih banyak tenaga pakar terlibat dalam PeKa B40."</i>
770	R44	54	Perempuan	Ya	<i>"Proses pendaftaran dan soal selidik ambil masa lama jadi perlu menyediakan sebuah klinik/kaunter khas PeKa B40 untuk pendaftaran dan soal selidik kepada pemohon supaya tidak bersesak di ruang klinik kesihatan."</i>
986	R45	40	Perempuan	Ya	<i>"Tidak menerima bantuan kewangan, sakit lagi, huluskan bantuan kewangan pada pesakit dah tak lama dah nak hidup."</i>
830	R46	57	Perempuan	Ya	<i>"Lebihkan elaun kepada isi rumah memandangkan ekonomi sekarang mencabar, kos sara hidup tinggi, elaun tidak mencukupi bagi menampung kos sara hidup."</i>
1185	R47	60	Perempuan	Ya	<i>"Tambah manfaat sekarang ini hanya saringan sahaja yang boleh guna."</i>
977	R48	43	Perempuan	Ya	<i>"Menambah jumlah bantuan sebab sikit sangat."</i>
340	R49	47	Lelaki	Ya	<i>"Masa pemprosesan bantuan diberi lama jadi perlu disingkatkan."</i>
562	R50	85	Lelaki	Ya	<i>"Proses pemberian PeKa B40 ambil masa patutnya lebih cepat selepas permohonan."</i>
980	R51	41	Perempuan	Ya	<i>"Urusan pembayaran perlu dipercepatkan kerana 1 bulan setengah agak lama. untuk proses borang pesakit kronik terlalu lama, kerana pesakit memerlukan kos untuk rawatan.."</i>
1202	R52	59	Lelaki	Ya	<i>"Kerajaan perlu mempercepatkan proses pendapatan PeKa B40 sebab ambil masa lama."</i>
834	R53	47	Perempuan	Ya	<i>"Maklumat sikit dan tak jelas, penyampaian maklumat harus lebih meluas."</i>
2421	R54	57	Perempuan	Ya	<i>"Tahu sikit-sikit sahaja yang saringan sahaja, penyampaian ceramah dan penerangan yang lebih lagi kepada golongan PeKa B40."</i>
1931	R55	56	Lelaki	Ya	<i>"Tidak tahu manfaat lain PeKa B40, banyakkann iklan."</i>
1204	R56	68	Perempuan	Ya	<i>"Susah nak dapat info PeKa ni, kerajaan perlu menggunakan sosial"</i>

					<i>media untuk promosikan bantuan PeKa B40."</i>
1152	R57	47	Lelaki	Ya	<i>"Elaun manfaat terhad untuk seorang sahaja kene bg peluang kepada ahli keluarga lain."</i>
848	R58	49	Lelaki	Ya	<i>"Umur 40 tahun selalu da ada penyakit, nak elak penyakit turunkan had umur."</i>



LAMPIRAN E

**BUTIRAN DEMOGRAFI RESPONDEN DAN PETIKAN ASAL CADANGAN
PENAMBAHBAIKKAN PEKA B40**

Jadual E1 Demografi Responden dan Petikan Asal Berkenaan Cadangan Penambahbaikan PeKa B40

ID Kajian	ID Rujukan Responden	Umur	Jantina	Penggunaan	Petikan Cadangan
504	R3	46	Perempuan	Tidak	<i>"Perlu lebih banyak disebarkan untuk membuatkan ramai org tahu mengenainya."</i>
1099	R6	58	Lelaki	Tidak	<i>"Skim ini perlu menyeluruh dan perkhidmatan lebih meluas kepada lebih ramai."</i>
1013	R7	66	Perempuan	Tidak	<i>"Permudahkan cara memohon."</i>
1996	R9	48	Perempuan	Tidak	<i>"Menyediakan perkhidmatan khas untuk mereka."</i>
1368	R10	56	Lelaki	Tidak	<i>"Melakukan promosi dengan lebih kerap."</i>
863	R13	47	Lelaki	Tidak	<i>"Tingkatkan kecekapan staf."</i>
219	R16	59	Lelaki	Tidak	<i>"Perlu promosi dengan kerap."</i>
458	R18	87	Perempuan	Tidak	<i>"Perlu diberi maklumat melalui media sosial agar ramai orang mengetahui PeKa B40 dan manfaatnya."</i>
2143	R19	57	Perempuan	Tidak	<i>"Sebab ramai warga emas B40 yang menerima rawatan di kk @ hospital gov, organisasi PeKa B40 perlu selalu buat lawatan @ approach mereka untuk sharekan awareness dan manfaat PeKa B40 kerana ramai yang tidak tahu."</i>
524	R21	58	Lelaki	Tidak	<i>"Pihak berwajib perlu melakukan saringan kesihatan PeKa B40 secara turun ke padang. Mewujudkan klinik atau lab mobile di satu-satu kawasan bagi memberi perkhidmatan kesihatan kepada komuniti kerana masyarakat masih mengendahkan kepentingan saringan kesihatan. Adalah sukar masyarakat secara keseluruhan untuk ke klinik kesihatan bagi mendapatkan pemeriksaan atau rawatan. Mungkin ada golongan yang hanya menanti perkhidmatan itu datang ke tempat mereka. Dengan ini maklumat dapat disampaikan dan masyarakat akan terdidik secara tidak langsung."</i>
1346	R23	40	Lelaki	Tidak	<i>"Tambah kgunaan PeKa B40."</i>
1226	R24	43	Perempuan	Tidak	<i>"Tambah promosi di sini."</i>
1025	R31	55	Perempuan	Tidak	<i>"Orang ramai perlu diberi pendedahan tentang kebaikan dan manfaat PeKa B40."</i>
1438	R34	43	Lelaki	Tidak	<i>"Lebihkan iklan di media sosial."</i>
1500	R35	49	Lelaki	Tidak	<i>"Mengadakan booth untuk mempromosikan PeKa B40 kepada golongan yang memerlukan."</i>

694	R37	53	Lelaki	Tidak	<i>"Di setiap hospital daerah sekurang-kurangnya perlu diletak kan seorang doktor pakar."</i>
2127	R38	57	Perempuan	Tidak	<i>"Tambahkan iklan dan penerangan program yang ingin diterima oleh kumpulan B40."</i>
1269	R41	47	Lelaki	Tidak	<i>"Memudahkan cara memohon untuk tuntutan manfaat kerana orang B40 tidak tahu menggunakan internet dan tiada komputer sendiri."</i>
149	R42	45	Perempuan	Tidak	<i>"Memberi ceramah tentang perkara ini secara fizikal di tempat umum."</i>
2087	R43	43	Lelaki	Ya	<i>"Tiada pakar khusus yang faham selok-belok PeKa B40 kerajaan perlu letak lebih banyak tenaga pakar terlibat dalam PeKa B40."</i>
770	R44	54	Perempuan	Ya	<i>"Proses pendaftaran dan soal selidik ambil masa lama jadi perlu menyediakan sebuah klinik/kaunter khas PeKa B40 untuk pendaftaran dan soal selidik kepada pemohon supaya tidak bersesak di ruang klinik kesihatan."</i>
986	R45	40	Perempuan	Ya	<i>"Tidak menerima bantuan kewangan, sakit lagi, hulurkan bantuan kewangan pada pesakit dah tak lama dah nak hidup."</i>
830	R46	57	Perempuan	Ya	<i>"Lebihkan elaun kepada isi rumah memandangkan ekonomi sekarang mencabar, kos sara hidup tinggi, elaun tidak mencukupi bagi menampung kos sara hidup."</i>
1185	R47	60	Perempuan	Ya	<i>"Tambah manfaat sekarang ini hanya saringan sahaja yang boleh guna."</i>
977	R48	43	Perempuan	Ya	<i>"Menambah jumlah bantuan sebab sikit sangat."</i>
340	R49	47	Lelaki	Ya	<i>"Masa pemprosesan bantuan diberi lama jadi perlu disingkatkan."</i>
562	R50	85	Lelaki	Ya	<i>"Proses pemberian PeKa B40 ambil masa patutnya lebih cepat selepas permohonan."</i>
980	R51	41	Perempuan	Ya	<i>"Urusan pembayaran perlu dipercepatkan kerana 1 bulan setengah agak lama. untuk proses borang pesakit kronik terlalu lama, kerana pesakit memerlukan kos untuk rawatan."</i>
1202	R52	59	Lelaki	Ya	<i>"Kerajaan perlu mempercepatkan proses pendapatan PeKa B40 sebab ambil masa lama."</i>
834	R53	47	Perempuan	Ya	<i>"Maklumat sikit dan tak jelas, penyampaian maklumat harus lebih meluas."</i>
2421	R54	57	Perempuan	Ya	<i>"Tahu sikit-sikit sahaja yang saringan sahaja, penyampaian ceramah dan penerangan yang lebih lagi kepada golongan PeKa B40."</i>

1931	R55	56	Lelaki	Ya	"Tidak tahu manfaat lain PeKa B40, banyakkkan iklan."
1204	R56	68	Perempuan	Ya	"Susah nak dapat info PeKa ni, kerajaan perlu menggunakan sosial media untuk promosikan bantuan PeKa B40."
1152	R57	47	Lelaki	Ya	"Elaun manfaat terhad untuk seorang sahaja kene bg peluang kepada ahli keluarga lain."
848	R58	49	Lelaki	Ya	"Umur 40 tahun selalu da ada penyakit, nak elak penyakit turunkan had umur."
630	R59	40	Perempuan	Tidak	"Memastikan sistem permohonan sesuai dengan masyarakat yang terdiri daripada warga emas dan masyarakat yang kurang mahir dengan sistem online."
661	R60	61	Lelaki	Ya	"Mengendali dengan cekap dan teratur."
2385	R61	68	Lelaki	Tidak	"Staf kesihatan tingkatkan sikap profesional dan beramah mesra."
2022	R62	66	Lelaki	Tidak	"Lebih mesra warga emas."
279	R63	56	Perempuan	Ya	"Tidak tahu cara menggunakan manfaat. Menambahbaik kakitangan semasa menjalankan tugas yang lebih baik."
691	R64	67	Lelaki	Tidak	"Lantik pegawai yang boleh membantu dan mengurus bahagian PeKa B40 di setiap kelinik kerajaan dan hospital kerajaan."
1987	R65	46	Lelaki	Tidak	"Perbanyakkan staf."
566	R66	57	Lelaki	Ya	"Tambah pejabat."
2101	R67	45	Lelaki	Tidak	"Semua Klinik swasta ada PeKa B40."
2416	R68	50	Perempuan	Tidak	"Tambah kerusi di ruang menunggu."
320	R69	43	Lelaki	Ya	"Temujanji dipercepatkan."
349	R70	61	Lelaki	Tidak	"Jelaskan dengan bahasa lebih mudah untuk orang memahami manfaat PeKa B40."
973	R71	53	Perempuan	Ya	"Penerangan yang lebih kerap dan terperinci."
2026	R72	42	Lelaki	Tidak	"Tolong bagi jelas.Banyak yang scamer didalam talian."
499	R73	62	Lelaki	Tidak	"Kakitangan kesihatan perlulah memaklumkan kepada pesakit tentang PeKa B40."
949	R74	51	Lelaki	Tidak	"Tunjuk cara nak guna macam mana."
1836	R75	67	Lelaki	Tidak	"Makluman yg jelas disebarkan dgn lebih meluas. Badan-badan NGO boleh tolong sebarikan. Bantuan alatan mudah didapati. Akses mudah ke dalam sistem ini. Sebarkan dgn meluas melalui pelbagai media social yang ada."
1116	R76	51	Perempuan	Tidak	"Beri maklumat kepada orang kampung."

1932	R77	48	Lelaki	Ya	"Saya tidak tahu banyak tentang PeKa B40. memerbanyak iklan dan booth maklumat supaya rakyat sedar akan kewujudan PeKa B40 dan dapat membantu lebih ramai golongan B40 yang memerlukan bantuan dari segi kesihatan."
44	R78	42	Perempuan	Ya	"Share di media sosial supaya lebih ramai orang dapat tahu tentang PeKa B40."
378	R79	45	Lelaki	Tidak	"Menawarkan lagi kepada pihak B40 dan membimbing supaya dapat apply PeKa B40."
692	R80	59	Perempuan	Tidak	"Pihak kerajaan perlu lebih banyak membuat kempen kepada masyarakat luar bandar terutamanya warga 50 tahun ke atas."
18	R81	56	Lelaki	Tidak	"Permudahkan urusan dan tidak keliru."
1316	R82	45	Lelaki	Tidak	"Memudahkan proses membuat tuntutan manfaat. Banyak birokrasi di klinik panel PeKa B40."
516	R83	46	Lelaki	Tidak	"Singkatkan tempoh pembayaran elaun bantuan manfaat."
547	R84	45	Perempuan	Ya	"Proses atas talian."
1190	R85	48	Perempuan	Ya	"Menggunakan aplikasi digital bagi memudahkan orang ramai untuk mengetahui tentang informasi."
2098	R86	54	Lelaki	Ya	"Sistem online yang cekap."
663	R87	66	Perempuan	Ya	"Memerhatikan penerima B40 dengan teliti."
2099	R88	40	Lelaki	Tidak	"Menapis maklumat penerima bantuan dengan lebih ketat."
151	R89	42	Lelaki	Tidak	"Syarat PeKa B40 dilonggarkan."
211	R90	42	Perempuan	Tidak	"Meluaskan orang yang dapat menggunakan mamfaat."
171	R91	45	Lelaki	Ya	"Mengurangkan umur minimum."
858	R92	41	Lelaki	Tidak	"Perlu tingkatan lagi kelayakan kepada golongan sasaran B40 kepada M40."
950	R93	44	Lelaki	Tidak	"Buka peluang untuk gaji yang lebih tinggi."
1031	R94	58	Lelaki	Tidak	"PeKa B40 perlu mengambil kira syarat kelayakan dari segi tanggungan juga bukan pendapatan semata-mata. ada pesakit peka yang tidak layak dari segi pendapatan, tetapi mempunyai tanggungan yang banyak kadang-kadang tidak mampu menampung kos rawatan."
1493	R95	45	Perempuan	Tidak	"Penilaian permohonan menggunakan kenderaan dan angka pendapatan."
2130	R96	51	Perempuan	Tidak	"Kaedah mengklasifikasikan B40 perlu dibuat secara per kapita bukan mengikut nilai gaji yang diterima."
2138	R97	51	Perempuan	Tidak	"Semua suri rumah layak menerima bantuan."

2384	R98	45	Perempuan	Tidak	<i>"Kepada semua rakyat Malaysia bukan hanya untuk B40 sahaja."</i>
886	R99	51	Lelaki	Tidak	<i>"Banyakkan manfaat PeKa B40."</i>
1015	R100	67	Lelaki	Tidak	<i>"Banyakkan lagi bantuan berbentuk wang tunai."</i>
2126	R101	58	Perempuan	Tidak	<i>"Lebihkan manfaat limit. War-warkan dengan meluas dan kerap supaya semua orang tahu."</i>
768	R102	57	Lelaki	Ya	<i>"Saringan pd setiap tahun."</i>
1209	R103	47	Perempuan	Ya	<i>"Jangan buat basic check-up je, kena tambah lagi."</i>
1696	R104	40	Lelaki	Tidak	<i>"Menambah skop penyakit yang dirawat."</i>
2107	R105	60	Lelaki	Tidak	<i>"Meluaskan kepada penyakit sakit puan."</i>
912	R106	40	Perempuan	Tidak	<i>"Pembayaran klinik panel bagi saringan kesihatan."</i>
167	R107	50	Lelaki	Ya	<i>"Kelayakan memohon PeKa B40 ditambahkan lagi. Keperluan alatan kepada penyakit yang lain."</i>
701	R108	82	Lelaki	Tidak	<i>"Untuk golongan PeKa B40 diberi bantuan secukupnya dengan barang-barang keperluan yang mahal."</i>
788	R109	63	Perempuan	Tidak	<i>"Manfaat-manfaat seperti bantuan alatan perubatan sehingga RM20,000 perlu diperluas tidak hanya kepada penyakit darah tinggi, penyakit mental dan kencing manis sahaja tetapi ditawarkan untuk pesakit yang melibatkan temujanji seperti pembedahan."</i>
857	R110	40	Lelaki	Tidak	<i>"Saya nak beri cadangan pada pihak kerajaan Malaysia khususnya yg ada masalah pengangkutan perlu diberi perhatian bagi memudahkan urusan kesihatan."</i>
987	R111	72	Perempuan	Ya	<i>"Pemberian wang untuk pesakit-pesakit dan penambahbaikan dari segi pengurusan dan pengangkutan."</i>
1016	R112	57	Perempuan	Tidak	<i>"Sediakan kenderaan untuk mengambil pesakit yang uzur."</i>
1826	R113	70	Perempuan	Tidak	<i>"Menambah nilai insentif sedia ada. Bayaran tambahan untuk tambang pengangkutan adalah sangat sedikit jika dibandingkan dengan duit yang dikeluarkan semasa masuk wad."</i>
1014	R114	50	Lelaki	Tidak	<i>"Mengurangkan bayaran untuk sebarang rawatan."</i>
2413	R115	53	Perempuan	Tidak	<i>"Memberi rawatan percuma untuk B40."</i>
1407	R116	55	Lelaki	Tidak	<i>"Tambah insuran perlindungan diri."</i>
1934	R117	71	Lelaki	Ya	<i>"Tambahkan kesihatan insuran kepada orang tua yang melebihi 70 tahun ke atas."</i>

LAMPIRAN F

BORANG KEBENARAN ETIKA



PUSAT PENGURUSAN PENYELIDIKAN DAN INSTRUMENTASI • CENTRE FOR RESEARCH AND INSTRUMENTATION MANAGEMENT

Rujukan: UKM PPI/111/8/JEP-2021-307

Tarikh: 27 April 2021

Profesor Madya Dr. Azimatun Noor Aizuddin
Jabatan Kesihatan Masyarakat
Hospital Canselor Tuanku Muhriz
Pusat Perubatan UKM

Y.Bhg. Profesor/Datuk/Dato'/Datin/Tuan/Puan,

KELULUSAN ETIKA MENJALANKAN PENYELIDIKAN DI UKM

Tajuk Penyelidikan : *Determining Cost And Predictive Factors Of Utilisation And Satisfaction On Peka B40 And Mysalam Among Beneficiaries: A Mixed Method Study In Malaysia*

Perkara yang tersebut di atas adalah dirujuk.

2. Sukacita dimaklumkan, Jawatankuasa Etika Penyelidikan UKM meluluskan permohonan penyelidikan Y. Bhg. Profesor/Datuk/Dato'/Datin/Tuan/Puan bagi tajuk diatas. Tempoh kelulusan penyelidikan adalah daripada **22 April 2021 – 21 Julai 2022**. Sila kemukakan sebarang Laporan **Kesan Sampingan, Laporan Kemajuan Setiap 6 Bulan dan Laporan Akhir** sebaik sahaja penyelidikan tamat kepada Jawatankuasa Etika Penyelidikan UKM.

3. Sukacita diingatkan projek penyelidikan ini hanya boleh dijalankan setelah mendapat **surat kelulusan menjalankan penyelidikan** dari Timbalan Dekan Penyelidikan Fakulti atau Pengarah Pusat/Institut.

Sekian, terima kasih.

Yang benar,

PROFESOR DR. MOHD SHAHRIR MOHAMED SAID

Pengerusi
Jawatankuasa Etika Penyelidikan
Universiti Kebangsaan Malaysia

- s.k. - **Pengarah**
Pusat Pengurusan Penyelidikan dan Instrumentasi (CRIM)
Universiti Kebangsaan Malaysia
- **Pengarah**
Hospital Canselor Tuanku Muhriz
Pusat Perubatan UKM
- **Timbalan Dekan (Penyelidikan & Inovasi)**
Sekretariat Penyelidikan Perubatan & Inovasi
Hospital Canselor Tuanku Muhriz
Pusat Perubatan UKM

Sekretariat Etika Penyelidikan Universiti Kebangsaan Malaysia
Tingkat 1, Blok Klinikal, Hospital Canselor Tuanku Muhriz, Pusat Perubatan UKM, Jalan Yaacob Latif, Bandar Tun Razak, 56000 Cheras Kuala Lumpur.
Telefon: +603-9145 5046 / 5048
Email: sepukm@ukm.edu.my Web: <http://research.ukm.my/jepukm/>

Mengilham Harapan, Mencipta Masa Depan • *Inspiring Futures, Nurturing Possibilities*



www.ukm.my


FAKULTI PERUBATAN • FACULTY OF MEDICINE
Rujukan : UKM FPR.SPI 800-2/FF-2021-168
Tarikh : 29 Ogos 2022

Professor Madya Dr. Azimatus Noor Aizuddin
 Jabatan Kesihatan Masyarakat
 Fakulti Perubatan UKM

YBhg. Profesor/Datuk/Dato'/Datin/Tuan/Puan,

PERMOHONAN TAMBAHAN MASA DAN TAMBAHAN PERUNTUKAN PROJEK PENYELIDIKAN

Tajuk Penyelidikan : *Determining Cost and Predictive Factors of Utilisation and Satisfaction on Peka B40 and Mysalam among Beneficiaries: A Mixed Method Study in Malaysia*

Kod Projek : FF-2021-168

Dengan hormatnya saya merujuk kepada perkara di atas adalah berkaitan.

Adalah dimaklumkan bahawa, Jawatankuasa Penyelidikan Perubatan, Fakulti Perubatan UKM bersetuju dan meluluskan permohonan tambahan masa dan tambahan peruntukan bagi projek penyelidikan di atas. Butiran kelulusan adalah seperti berikut :

Tempoh kelulusan (Asal) : 22 April 2021 hingga 21 Julai 2022
 Kelulusan Tambahan Masa : 22 Julai 2022 hingga 21 Julai 2024

Peruntukan Asal : Tanpa bantuan
 Tambahan Peruntukan : RM 12,700.00 daripada Geran Fundamental Fakulti Perubatan (GFFP) (Mohon Rujuk Lampiran Perincian Perbelanjaan)
 Output : Sekurang-kurangnya 1 Jurnal Terindeks WOS (Q1/Q2)

Sekian, terima kasih.

Yang benar,


PROFESOR DR. TAN GEOK CHIN
 Timbalan Dekan (Penyelidikan dan Inovasi)
 Fakulti Perubatan UKM

- **Pengerusi Jawatankuasa Etika Penyelidikan UKM**
 Sekretariat Etika Penyelidikan
 Universiti Kebangsaan Malaysia

- **Pn. Syafura Abdul Halim**
 Pusat Pengurusan Penyelidikan dan Instrumentasi
 Universiti Kebangsaan Malaysia
 SEKRETARIAT PENYELIDIKAN & INOVASI, FAKULTI PERUBATAN UKM
 Tingkat 2, Kompleks Pendidikan Perubatan Canselor Tuanku Ja'afar, Jalan Yaacob Latif,
 Bandar Tun Razak, 56000 Cheras, Kuala Lumpur, Malaysia.
 Telefon : +603-9145 9480 / 9481 / 9496 / 9497 / 9498 / 5003 Faksimili : +603-9145 6634
 E-mel : spip@spcukm.ukm.edu.my Laman Web : <http://www.ukm.my/spilper/forms/>