

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Tinjauan Teori**

##### **2.1.1 SJSN (Sistem Jaminan Sosial Nasional)**

Sistem Jaminan Sosial Nasional adalah suatu tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial oleh beberapa badan penyelenggara jaminan sosial. SJSN bertujuan agar terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta atau anggota keluarganya (UU SJSN 2004).

Langkah menuju cakupan kesehatan semestapun semakin nyata dengan resmi beroperasinya BPJS Kesehatan pada 1 Januari 2014, sebagai transformasi dari PT Askes (Persero). Hal ini berawal pada tahun 2004 saat pemerintah mengeluarkan UU Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (SJSN) dan kemudian pada tahun 2011 pemerintah menetapkan UU Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara jaminan Kesehatan (BPJS) serta menunjuk PT Askes (Persero) sebagai penyelenggara program jaminan sosial dibidang kesehatan, sehingga PT Askes (Persero) berubah menjadi BPJS (BPJS Kesehatan 2018).

##### **2.1.2 Program JKN**

Program Jaminan Kesehatan Nasional adalah suatu program pemerintah dengan tujuan memberikan kepastian jaminan kesehatan yang menyeluruh bagi setiap rakyat Indonesia agar dapat hidup sehat, dan sejahtera. Program jaminan sosial yang menjamin biaya pemeliharaan kesehatan sarta pemenuhan kebutuhan dasar kesehatan yang diselenggarakan nasional secara gotong royong wajib oleh seluruh penduduk Indonesia dengan membayar iuran berkala atau iuran dibayari pemerintah kepada badan penyelenggara jaminan sosial kesehatan nirlaba. Undang-Undang No.40 tahun 2004 Sistem Jaminan Sosial Nasional diselenggarakan berdasarkan asas kemanusiaan, asas manfaat, dan asas keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Sistem Jaminan Sosial Nasional bertujuan untuk memberikan jaminan terpenuhinya

kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta atau anggota keluarganya.

Prinsip Sistem Jaminan Sosial Nasional adalah sebagai berikut :

- a. Kegotong-royongan
- b. Nirlaba
- c. Keterbukaan
- d. Kehati-hatian
- e. Akuntabilitas
- f. Portabilitas
- g. Kepesertaan bersifat wajib
- h. Dana amanat
- i. Hasil pengelolaan dana jaminan sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta.

Prinsip kegotong-royongan. Prinsip ini diwujudkan dalam mekanisme gotong royong dari peserta yang mampu kepada peserta yang kurang mampu dalam bentuk kepesertaan wajib bagi seluruh rakyat. Peserta yang berisiko rendah membantu yang berisiko tinggi dan peserta yang sehat membantu yang sakit. Melalui prinsip kegotong-royongan ini jaminan sosial dapat menumbuhkan keadilan sosial bagi keseluruhan rakyat Indonesia.

Prinsip nirlaba, Pengelolaan dana amanat tidak dimaksudkan mencari laba (nirlaba) bagi Badan Penyelenggara Jaminan sosial, akan tetapi tujuan utama penyelenggaraan jaminan sosial adalah untuk memenuhi sebesar-besarnya kepentingan peserta. Dana amanat, hasil pengembangannya, dan surplus anggaran akan dimanfaatkan sebesar-besarnya untuk kepentingan peserta.

Prinsip keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi dan efektivitas. Prinsip-prinsip manajemen ini diterapkan dan mendasari seluruh kegiatan pengelolaan dana yang berasal dari iuran peserta dan hasil pengembangannya.

Prinsip portabilitas. Jaminan sosial dimaksudkan untuk memberikan jaminan yang berkelanjutan meskipun peserta berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

Prinsip kepesertaan bersifat wajib. Kepesertaan wajib dimaksudkan agar seluruh rakyat menjadi peserta sehingga dapat terlindungi. Meskipun kepesertaan bersifat wajib bagi seluruh rakyat, penerapannya tetap disesuaikan dengan kemampuan ekonomi rakyat dan pemerintah serta kelayakan penyelenggaraan program. Tahapan pertama dimulai dari pekerja di sektor formal, bersamaan dengan itu sektor informal dapat menjadi peserta secara mandiri, sehingga pada akhirnya Sistem Jaminan Sosial Nasional dapat mencakup seluruh rakyat.

Prinsip dana amanat. Dana yang terkumpul dari iuran peserta merupakan titipan kepada badan-badan penyelenggara untuk dikelola sebaik-baiknya dalam rangka mengoptimalkan dana tersebut untuk kesejahteraan peserta.

Prinsip hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial Nasional Dalam Undang-Undang ini adalah hasil berupa dividen dari pemegang saham yang dikembalikan untuk kepentingan peserta PBI .

#### **2.1.1.1 Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)**

Berdasarkan Peraturan Presiden No 64 tahun 2020 tentang Jaminan Kesehatan, Peserta adalah setiap orang termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia yang telah membayar Iuran Jaminan Kesehatan. Peserta Jaminan Kesehatan meliputi:

##### **a) PBI Jaminan Kesehatan**

Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan yang selanjutnya disebut PBI Jaminan Kesehatan adalah fakir miskin dan orang tidak mampu sebagai Peserta program Jaminan Kesehatan. PBI di bedakan menjadi 2 yaitu :

- 1) PBI APBD yang Ditanggung Pemerintah Daerah
- 2) PBI APBN yang Ditanggung Pemerintah Pusat

b) Bukan PBI Jaminan Kesehatan.

Peserta bukan PBI Jaminan Kesehatan terdiri atas:

1) PPU dan anggota keluarganya.

Pekerja Penerima Upah (PPU) adalah setiap orang yang bekerja pada Pemberi Kerja dengan menerima Gaji atau Upah.

PPU dan anggota keluarganya terdiri atas:

- a. Pejabat negara
- b. Pimpinan dan anggota dewan perwakilan rakyat daerah
- c. PNS
- d. Prajurit
- e. Anggota Polri
- f. Kepala desa dan perangkat desa
- g. Pegawai swasta
- h. Pekerja/pegawai yang tidak termasuk huruf a sampai dengan huruf g yang menerima gaji atau upah.

2) PBPU dan anggota keluarganya

Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) adalah setiap orang yang bekerja atau berusaha atas risiko sendiri. PBPU biasa disebut dengan pekerja mandiri.

PBPU dan anggota keluarganya terdiri atas:

- a. Pekerja di luar hubungan kerja atau Pekerja mandiri
- b. Pekerja yang tidak termasuk huruf a yang bukan penerima Gaji atau Upah.

3) BP dan anggota keluarganya

Bukan Pekerja (BP) adalah setiap orang yang bukan termasuk kelompok PPU, PBPU, PBI Jaminan Kesehatan, dan penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah.

BP dan anggota keluarganya terdiri atas:

- a. Investor
- b. Pemberi kerja
- c. Penerima pensiun

- d. Veteran
- e. Perintis kemerdekaan
- f. Janda, duda, atau anak yatim dan/atau piatu dari veteran atau perintis kemerdekaan
- g. BP yang tidak termasuk huruf a sampai dengan huruf f yang mampu membayar iuran.

### **2.1.3 Perilaku**

#### **2.1.1.2 Pengertian Perilaku**

Perilaku adalah suatu kegiatan atau aktifitas organisme (mahluk hidup) yang bersangkutan. Perilaku manusia pada hakikatnya merupakan aktivitas manusia itu sendiri. Perilaku merupakan apa yang dikerjakan oleh organisme tersebut, baik dapat diamati secara langsung atau secara tidak langsung (Soekidjo Notoatmodjo, 1997). Perilaku adalah segala bentuk tanggapan dari individu terhadap lingkungannya (Soekidjo Notoatmodjo, 1997).

#### **2.1.1.3 Cakupan Perilaku**

Menurut Notoatmodjo (2003) perilaku kesehatan pada dasarnya adalah suatu respon seseorang (*organisme*) terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan serta lingkungan.

#### 2.1.1.4 Faktor Yang Mempengaruhi Perilaku

Menurut teori Lawrence Green (1980) yang dikutip dari Notoatmojo (2003), menyatakan bahwa perilaku kesehatan dipengaruhi oleh tiga faktor, yaitu :

##### a. Faktor Predisposisi

Termasuk didalamnya adalah pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan dan nilai-nilai.

##### 1) Pengetahuan

Pengetahuan diperoleh dari pengalaman sendiri atau orang lain. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang. Pada umumnya klien yang hipertensi atau tidak hipertensi menganggap bahwa perilaku pencegahan stroke selama tidak dilakukan atau tidak boleh dilakukan.

##### 2) Sikap

Mempengaruhi perilaku karena sikap merupakan kesiapan berespon atau bertindak. Bila klien bersikap kurang baik sehubungan dengan perilaku pencegahan stroke, maka hal tersebut dapat berpengaruh terhadap perilaku yang muncul, untuk itu klien sehubungan dengan perilaku pencegahan stroke harus diperhatikan oleh petugas kesehatan.

##### 3) Kepercayaan

Kepercayaan sering atau diperoleh dari orang tua, kakek, nenek. Seseorang menerima kepercayaan itu berdasarkan keyakinan dan tanpa adanya pembuktian terlebih dahulu. Masyarakat yang mempercayai suatu keyakinan tertentu, maka dalam menghadapi suatu perilaku kesehatan akan berpengaruh terhadap status kesehatannya.

##### 4) Keyakinan

Suatu hal yang dianggap benar dan dianut sebagai aturan yang dilakukan oleh masyarakat.

### 5) Nilai-nilai

Didalam suatu masyarakat apapun selalu berlaku nilai-nilai yang menjadi pegangan sikap orang dalam menyelenggarakan hidup bermasyarakat.

#### b. Faktor pendukung (*Enabling factors*)

Faktor pendukung disini adalah ketersediaan sumber-sumber dan fasilitas yang memadai. Sumber-sumber dan fasilitas tersebut sebagian harus digali dan dikembangkan dari masyarakat itu sendiri. Faktor pendukung ada dua macam, yaitu: fasilitas fisik dan fasilitas umum. Fasilitas fisik yaitu fasilitas-fasilitas atau sarana kesehatan, misalnya puskesmas, obat-obatan, alat kontrasepsi, jamban dan sebagainya. Sedangkan fasilitas umum yaitu media informasi, misalnya TV, koran, majalah.

#### c. Faktor Penguat

Meliputi sikap dan perilaku petugas. Semua petugas kesehatan, baik dilihat dari jenis dan tingkatnya pada dasarnya adalah pendidikan kesehatan. Petugas kesehatan harus memiliki sikap dan perilaku petugas kesehatan, tokoh masyarakat, teman sebaya dan orang tua.

Perilaku erat hubungannya dengan kesehatan. Tingkat kesehatan, keselamatan, serta kehidupan seseorang banyak ditentukan oleh faktor perilaku. Perilaku mempunyai andil nomer dua setelah lingkungan terhadap status kesehatan. Perilaku pencegahan stroke adalah salah satu bagian penting yang harus klien perhatikan, sebagai persiapan untuk pencegahan nantinya dilakukan dengan menjauhi semua hal yang kurang baik dan menjauhi kebiasaan yang kurang baik seperti, minum kopi, merokok, olahraga tidak teratur, minum alkohol dan makan makanan yang mengandung lemak.

Selain itu perilaku pencegahan dapat pula dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan individu. Semakin baik tingkat pendidikan

seseorang maka semakin baik pula perilaku pencegahan individu terhadap penyakit.

#### **2.1.1.5 Bentuk-Bentuk Perilaku**

Menurut (Soekidjo Notoatmodjo, 2003) Bila dilihat dari bentuk respons terhadap stimulus maka perilaku dapat dibedakan menjadi dua, yakni :

##### 1. Perilaku Tertutup (*Covert behavior*)

Respon atau reaksi terhadap stimulus ini masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan, atau kesadaran, dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut, dan belum teramati secara jelas oleh orang lain.

##### 2. Perilaku Terbuka (*Overt Behavior*)

Respon terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktek (*practice*) yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat oleh orang lain.

#### **2.1.4 Perilaku Kesehatan**

##### **2.1.1.6 Pengertian Perilaku Kesehatan**

Perilaku kesehatan pada dasarnya merupakan suatu respon seseorang (organisme) terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, serta lingkungan. Batasan ini mempunyai dua unsur pokok, yakni respons dan stimulus atau perangsangan. Respon atau reaksi manusia baik bersifat aktif (tindakan yang nyata atau *practice*). Sedangkan stimulus atau rangsangan terdiri 4 unsur pokok, yakni: sakit dan penyakit, system pelayanan kesehatan dan lingkungan (Soekidjo Notoatmodjo, 1997).

Empat keyakinan utama yang diidentifikasi sebagai aspek penting bagi perilaku kesehatan:

- (1) Keyakinan tentang kerentanan kita terhadap keadaan sakit
- (2) Keyakinan tentang keseriusan atau keganasan penyakit jika kita mengidapnya

- (3) keyakinan tentang kemungkinan biaya (contoh pelibatan psikologis dan ekonomi dalam menaati tindakan pencegah atau pengobatan yang disarankan).
- (4) Keyakinan tentang keefektifan tindakan ini sehubungan dengan adanya kemungkinan tindakan alternatif, kecuali kita yakin bahwa program yang disarankan dapat di andalkan untuk menghilangkan gejala, kita tidak mungkin tidak suka mengikutinya (Charles Abraham & Eamon Shanley,1997).

#### **2.1.1.7 Klarifikasi Perilaku Kesehatan**

Menurut (Soekidjo Notoatmodjo, 2005) Klasifikasi perilaku yang berhubungan dengan kesehatan (*health related behavior*) yaitu :

##### **1. Perilaku Kesehatan (*health behavior*)**

Perilaku kesehatan (*health behavior*), yaitu hal-hal yang berkaitan dengan tindakan atau kegiatan seseorang dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Termasuk juga tindakan-tindakan untuk mencegah penyakit, kebersihan perseorangan, memilih makanan, sanitasi, dan sebagainya.

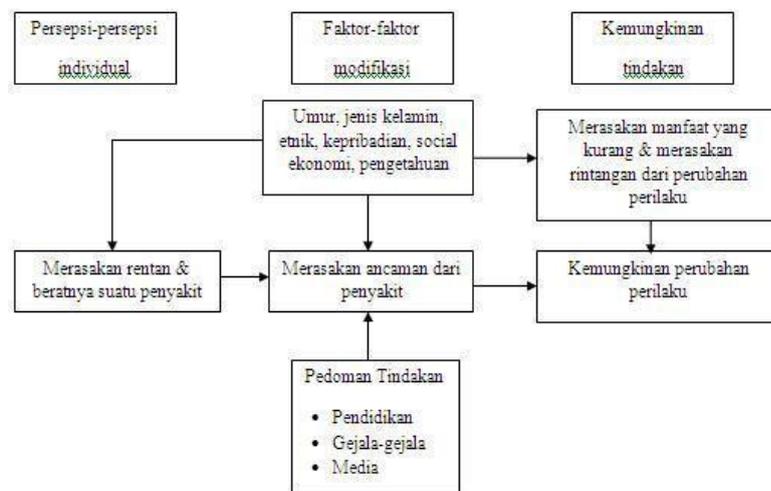
##### **2. Perilaku Sakit (*illness behavior*)**

Perilaku sakit (*illness behavior*), yakni segala tindakan atau kegiatan yang dilakukan oleh seseorang individu yang merasa sakit, untuk merasakan dan mengenal keadaan kesehatannya atau rasa sakit. Termasuk disini juga kemampuan atau pengetahuan individu untuk mengidentifikasi penyakit, penyebab penyakit, serta usaha-usaha mencegah penyakit tersebut.

##### **3. Perilaku Peran Sakit (*the sick role behavior*)**

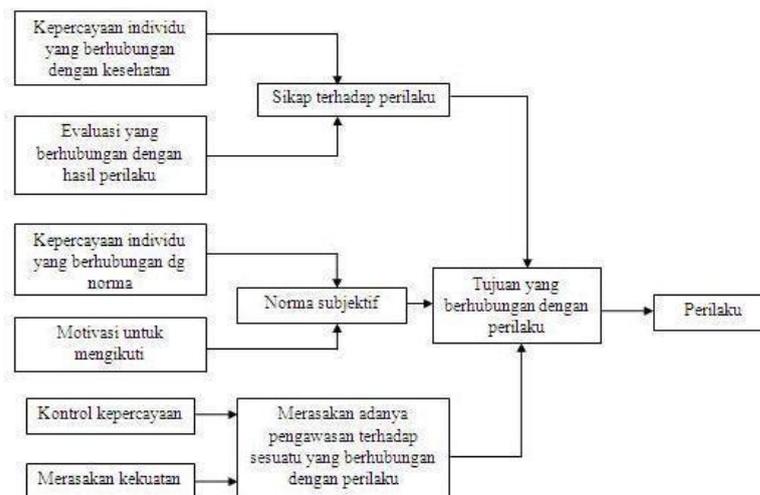
Perilaku peran sakit (*the sick role behavior*), yakni segala tindakan atau tindakan yang dilakukan oleh individu yang sedang sakit untuk memperoleh kesembuhan.

### KOMPONEN-KOMPONEN & HUBUNGAN DARI HBM



Gambar 2.1.1 Komponen-Komponen & Hubungan dari HBM

### THEORY OF REASONED ACTION & THEORY OF PLANNED BEHAVIOR (TPB)



Gambar 2.1.2 *Theory Of Reasoned Action & Theory Of Planned Behavior (TPB)*

### 2.1.5 Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Menurut (Levey dan Loomba 1973), yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan seseorang, keluarga, kelompok dan masyarakat (Ilyas, 2003).

Pelayanan kesehatan merupakan suatu produk jasa yang unik jika dibandingkan dengan produk jasa lainnya, karena pelayanan kesehatan memiliki tiga ciri utama, yaitu:

1. *Uncertainty*

Pelayanan kesehatan bersifat *uncertainty* artinya adalah pelayanan kesehatan tidak dapat dipastikan waktu, tempat, dan besarnya biaya yang dibutuhkan maupun tingkat urgensi dari pelayanan tersebut.

2. *Asymetry of information*

*Asymetry of information* adalah suatu keadaan tidak seimbang antara pengetahuan pemberi pelayanan kesehatan (PPK, dokter, perawat, dsb) dengan pengguna atau pembeli jasa pelayanan kesehatan. Ketidak seimbangan informasi ini meliputi informasi tentang butuh tidaknya seseorang akan suatu pelayanan, tentang kualitas suatu pelayanan, tentang harga dan manfaat dari suatu pelayanan.

3. *Externality*

*Externality* menunjukkan bahwa pengguna jasa dan bukan pengguna jasa pelayanan kesehatan dapat bersama-sama menikmati hasilnya.

(Feldstein 1988) mengatakan bahwa dengan mengerti tentang utilisasi pelayanan kesehatan maka akan memungkinkan semakin akuratnya upaya peningkatan pelayanan kesehatan di masa depan. Artinya, data dan informasi penggunaan pelayanan kesehatan merupakan dokumen substansial untuk merancang program pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dan mampu dibeli oleh masyarakat.

Peta pemanfaatan pelayanan kesehatan dapat digunakan untuk mengevaluasi sejauh mana efektifitas dan efisiensi dari penyelenggaraan program pelayanan kesehatan.

Pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah hasil dari proses pencarian pelayanan kesehatan oleh seseorang maupun kelompok. Pengetahuan tentang faktor yang mendorong individu membeli

pelayanan kesehatan merupakan informasi kunci untuk mempelajari utilisasi pelayanan kesehatan. Mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi pencarian pelayanan kesehatan berarti juga mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi pemanfaatan/utilisasi.

Menurut (Notoatmodjo, 1993), perilaku pencarian pengobatan adalah perilaku individu maupun kelompok atau penduduk untuk melakukan atau mencari pengobatan. Perilaku pencarian pengobatan di masyarakat terutama di negara yang sedang berkembang sangat bervariasi (Ilyas, 2003).

Menurut Notoatmodjo, respons seseorang apabila sakit adalah sebagai berikut :

- Pertama, tidak bertindak atau tidak melakukan kegiatan apa-apa (*no action*). Alasannya antara lain bahwa kondisi yang demikian tidak akan mengganggu kegiatan atau kerja mereka sehari-hari. Mungkin mereka beranggapan bahwa tanpa bertindak apapun simptom atau gejala yang dideritanya akan lenyap dengan sendirinya. Hal ini menunjukkan bahwa kesehatan belum merupakan prioritas di dalam hidup dan kehidupannya.
- Kedua, tindakan mengobati sendiri (*self treatment*), dengan alasan yang sama seperti telah diuraikan. Alasan tambahan dari tindakan ini adalah karena orang atau masyarakat tersebut sudah percaya kepada diri sendiri, dan sudah merasa bahwa berdasar pengalaman yang lalu usaha pengobatan sendiri sudah dapat mendatangkan kesembuhan. Hal ini mengakibatkan pencarian pengobatan keluar tidak diperlukan.
- Ketiga, mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas pengobatan tradisional (*traditional remedy*), seperti dukun.
- Keempat, mencari pengobatan dengan membeli obat-obat ke warung-warung obat (*chemist shop*) dan sejenisnya, termasuk ke tukang-tukang jamu.
- Kelima, mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas pengobatan modern yang diadakan oleh pemerintah atau lembaga-lembaga

kesehatan swasta, yang dikategorikan ke dalam balai pengobatan, puskesmas, dan rumah sakit. (Notoatmodjo, 2007) Pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah hasil dari proses pencarian pelayanan kesehatan oleh seseorang maupun kelompok. Pengetahuan tentang faktor yang mendorong individu membeli pelayanan kesehatan merupakan informasi kunci untuk mempelajari utilisasi pelayanan kesehatan. Mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi pencarian pelayanan kesehatan berarti juga mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi pemanfaatan/ utilisasi (Ilyas, 2003).

Menurut Notoatmodjo (1993), perilaku pencarian pengobatan adalah perilaku individu maupun kelompok atau penduduk untuk melakukan atau mencari pengobatan. Perilaku pencarian pengobatan di masyarakat terutama di negara yang sedang berkembang sangat bervariasi. Hal ini dapat dilihat sebagai usaha-usaha mengobati sendiri penyakitnya, atau mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas pelayanan kesehatan modern (puskesmas, perawat, dokter praktek, rumah sakit, dll) maupun pengobatan tradisional (dukun, sinthe, dll) (Ilyas, 2003).

#### **2.1.5.1 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan**

Cukup banyak pendapat-pendapat yang menyebutkan faktor-faktor yang memengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan. Seperti yang diungkapkan oleh *Departement Of Education and Welfare*, USA (1997) dalam Lapau (1997), faktor-faktor yang dapat mempengaruhi pelayanan kesehatan yaitu :

1. Faktor *regional* dan *residence*
2. Faktor dari sistem pelayanan kesehatan yang bersangkutan,
3. Faktor adanya fasilitas kesehatan lain
4. Faktor dari konsumen yang menggunakan pelayanan kesehatan yaitu :
  - a. Faktor sosiodemografi meliputi umur, jenis kelamin dan status perkawinan

- b. Faktor sosial psikologis meliputi sikap atau persepsi terhadap pelayanan kesehatan secara umum, pengetahuan dan sumber informasi dari pelayanan kesehatan
- c. Faktor ekonomi dan kemudahan menjangkau pelayanan kesehatan.

Menurut Depkes (1999) Pemanfaatan pelayanan kesehatan masyarakat dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain :

1. Keterjangkauan lokasi tempat pelayanan. Tempat pelayanan yang tidak strategis sulit dicapai, menyebabkan berkurangnya pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh para ibu hamil dan ibu balita.
2. Jenis dan kualitas pelayanan yang tersedia Jenis dan kualitas pelayanan yang kurang memadai menyebabkan rendahnya akses ibu hamil dan ibu balita terhadap pelayanan kesehatan.
3. Keterjangkauan informasi Informasi yang kurang menyebabkan rendahnya penggunaan pelayanan kesehatan yang ada.
4. *Demand* (permintaan) adalah pernyataan dari kebutuhan yang dirasakan yang dinyatakan melalui keinginan dan kemampuan membayar.

#### **2.1.6 Masyarakat**

Masyarakat adalah setiap kelompok manusia yang telah cukup lama hidup dan bekerjasama, sehingga mereka dapat mengorganisasikan dirinya dan berpikir tentang dirinya sebagai satu kesatuan sosial dengan batasan-batasan tertentu. Sekelompok manusia yang cukup lama hidup dan bekerjasama, seringkali berakibat untuk beberapa masalah tertentu akan menimbulkan persepsi yang sama dan diyakini oleh masyarakat tersebut (Adnani,2011).

### **2.1.7 Sistem Penjaminan**

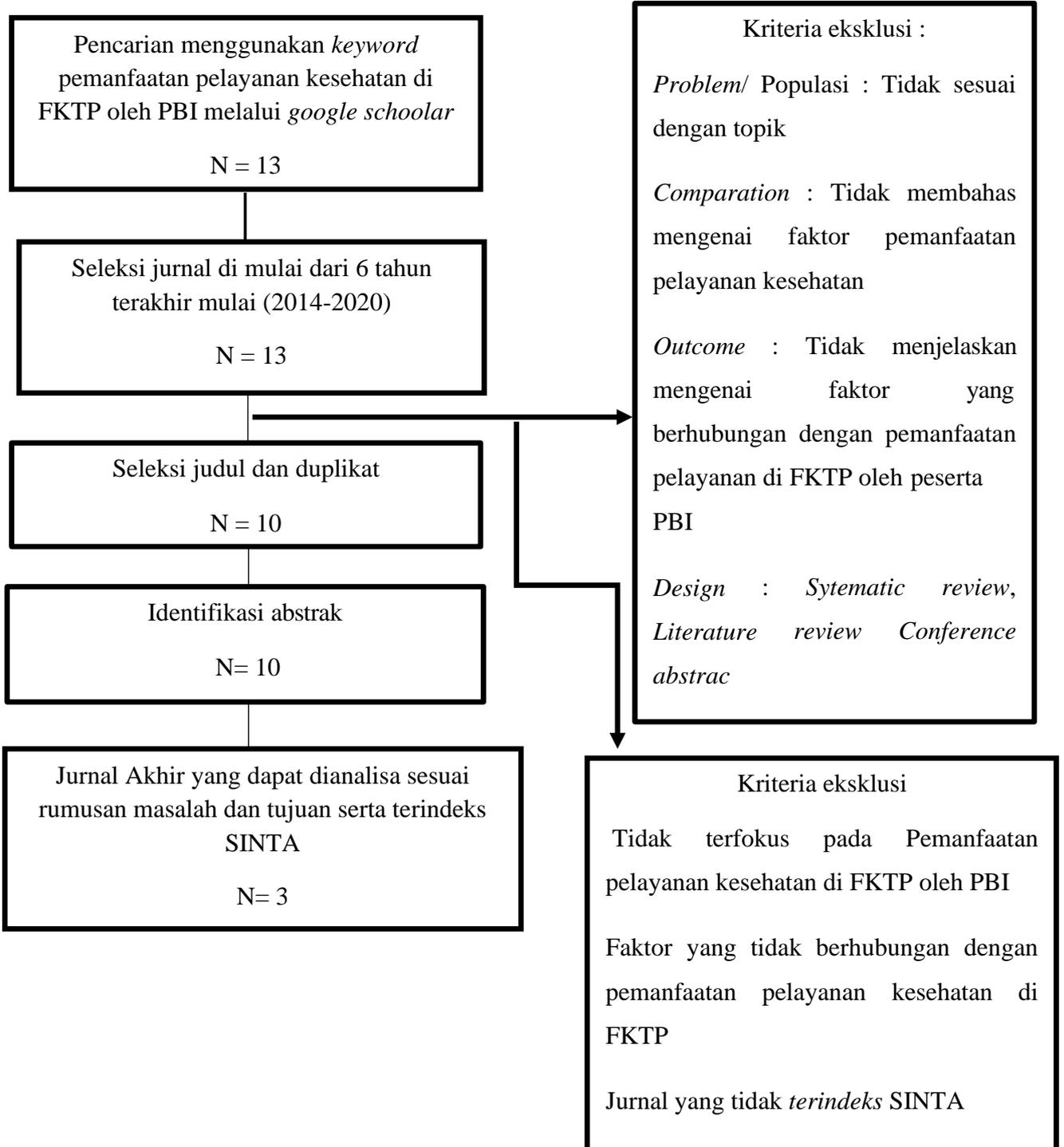
Berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 64 Tahun 2020 tentang Jaminan Kesehatan BAB IV yang membahas mengenai manfaat jaminan kesehatan mencakup:

1. Manfaat medis yang meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif, termasuk pelayanan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan.
2. Manfaat nonmedis yang meliputi akomodasi layanan akomodasi layanan rawat inap.

Pelayanan Kesehatan yang Dijamin Terdiri Atas :

- 1) Pelayanan kesehatan tingkat pertama, meliputi pelayanan kesehatan nonspesialistik yang mencakup :
  1. Administrasi pelayanan
  2. Pelayanan promotif dan preventif
  3. Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis
  4. Tindakan medis nonspesialistik, baik operatif maupun nonoperatif
  5. Pelayanan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai
  6. Pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pertama
  7. Rawat inap tingkat pertama sesuai dengan indikasi medis

## 2.2 Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Diagram Flow *Literature Review* Berdasarkan PRISMA 2009 (Polit and Beck,2013) dalam Nursalam (2020)

Berdasarkan gambar 2.2 merupakan hasil pencarian literature melalui *google scholar* terdapat 13 jurnal menggunakan kata kunci yang sudah dispesifikkan, Peneliti mendapat 13 artikel yang sesuai dengan kata kunci tersebut. Hasil pencarian kemudian diperiksa duplikasi peneliti kemudian melakukan skrining berdasarkan judul, abstrak dan *full text* yang disesuaikan dengan tujuan penelitian. *Assessment* dilakukan berdasarkan kelayakan terhadap kriteria inklusi dan eksklusi jurnal yang tidak *terindeks* SINTA. Kemudian mendapatkan 3 artikel yang sesuai dengan tujuan penelitian dan di pergunakan sebagai data dipergunakan (Nursalam 2020).