

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Landasan Teori**

##### **2.1.1 Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)**

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib (mandatory) berdasarkan Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak, yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah.

Pengertian Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran/ iurannya dibayar oleh Pemerintah. Program Jaminan Kesehatan Nasional disingkat Program JKN bertujuan memberikan kepastian jaminan kesehatan yang menyeluruh bagi setiap rakyat Indonesia agar penduduk Indonesia dapat hidup sehat, produktif, dan sejahtera. (Rahman, 2012).

##### **Prinsip- prinsip Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)**

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas. Prinsip asuransi sosial meliputi :

1. Gotong royong antara peserta yang ekonominya baik dengan peserta yang ekonominya kurang baik, peserta yang sehat dengan yang sakit, yang muda dengan yang tua, serta peserta yang beresiko tinggi dengan yang beresiko rendah.
2. Dikelola dengan prinsip nirlaba, artinya pengelolaan dana digunakan sebesar-besarnya untuk kepentingan peserta dan setiap surplus akan disimpan sebagai dana cadangan dan untuk peningkatan manfaat dan kualitas.
3. Keterbukaan, akuntabilitas, efisiensi, dan efektivitas. Prinsip-prinsip ini diterapkan dan mendasari seluruh kegiatan pengelolaan dana yang berasal dari iuran peserta dan hasil pengembangannya.
4. Kehati-hatian, prinsip pengelolaan dana secara cermat, teliti, aman, dan tertib.

5. Akuntabilitas, prinsip pelaksanaan program dan pengelolaan keuangan yang akurat dan dapat dipertanggungjawabkan.
6. Portabilitas, yaitu untuk memberikan jaminan yang berkelanjutan meskipun peserta berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia (NKRI).
7. Kepesertaan bersifat wajib dan tidak selektif, agar seluruh rakyat menjadi peserta sehingga dapat terlindungi semuanya.
8. 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.
9. Hasil Pengelolaan Dana Jaminan Sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta.
10. (UU No.40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional)

### **2.1.2 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial ( BPJS ) Kesehatan**

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Sosial yang dibentuk pada tanggal 1 Januari Tahun 2014. BPJS bertujuan untuk mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap Peserta dan/atau anggota keluarganya. Sebagai penyelenggara jaminan sosial melalui program-programnya BPJS Kesehatan memberikan sebuah Jaminan Kesehatan terhadap kepesertaan dalam BPJS dengan harapan semua masyarakat Indonesia dapat mendapatkan hak-hak kesehatannya agar dapat hidup secara layak dan produktif.

Berikut 3 (tiga) sasaran pokok BPJS Kesehatan, antara lain:

1. Tercapainya kepesertaan semesta sesuai peta jalan menuju Jaminan Kesehatan Nasional tahun 2019.
2. Tercapainya jaminan pemeliharaan kesehatan yang optimal dan berkesinambungan
3. Terciptanya kelembagaan BPJS Kesehatan yang handal, unggul, dan terpercaya.

Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) BPJS Kesehatan meliputi:

1. Pelayanan kesehatan tingkat pertama

Pelayanan kesehatan tingkat pertama adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialisik (primer) meliputi pelayanan rawat jalan dan rawat inap yang diberikan oleh: Puskesmas atau yang setara, Praktik Mandiri Dokter, Praktik Mandiri Dokter Gigi, Klinik pertama atau yang setara termasuk fasilitas kesehatan tingkat pertama milik TNI/Polri, Rumah Sakit Kelas D Pratama atau yang setara, dan Faskes Penunjang: Apotik dan Laboratorium.

## 2. Pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan

Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan adalah upaya pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialisik atau subspecialistik yang meliputi rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat lanjutan, dan rawat inap di ruang perawatan khusus, yang diberikan oleh : Klinik utama atau yang setara, Rumah Sakit Umum baik milik Pemerintah maupun Swasta, Rumah Sakit Khusus, dan Faskes Penunjang : Apotik dan Laboratorium.

Semua masyarakat Indonesia wajib menjadi peserta JKN-KIS yang dikelola oleh BPJS Kesehatan termasuk orang asing yang telah bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia dan telah membayar iuran, yang dibagi atas jenis kepesertaan sebagai berikut:

1. Penerima Bantuan Iuran (PBI) merupakan program Jaminan Kesehatan fakir miskin dan orang tidak mampu yang dibayar oleh Pemerintah Pusat melalui APBN dan Pemerintah Daerah melalui APBD.
2. Bukan Penerima Bantuan Iuran (Non PBI) antara lain:
  - a. Pekerja Penerima Upah (PPU), Setiap orang yang bekerja pada pemberi kerja dengan menerima gaji atau upah, yang terdiri dari:
    - 1) PPU Penyelenggara Negara terdiri Pejabat Negara, Pegawai Negeri Sipil (PNS) Pusat/Daerah, PNS yang dipekerjakan di Badan Usaha Milik Negara (BUMN)/ Badan Usaha Milik Daerah (BUMD), Tentara Nasional Indonesia (TNI)/PNS TNI, Kepolisian Negara Republik Indonesia (POLRI)/ PNS POLRI, Dewan Perwakilan Rakyat Daerah (DPRD) dan Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri (PPNPN).
    - 2) PPU Non Penyelenggara Negara terdiri dari BUMN, dan Swasta
  - b. Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU), setiap orang yang bekerja atau berusaha atas risiko sendiri, yang terdiri dari: Notaris/Pengacara/ LSM, Dokter/Bidan Praktek Swasta, Pedagang/ Penyedia Jasa, Petani/Peternak, Nelayan, Supir, Ojek, Montir dan pekerja lain yang mampu membayar iuran.

- c. Bukan Pekerja (BP), setiap orang yang bukan termasuk masyarakat yang didaftarkan dan iurannya dibayar oleh Pemerintah Pusat/ Daerah, PPU serta PBPU, yang terdiri dari:
- 1) BP Penyelenggara Negara terdiri dari: Penerima Pensiun (PP) Pejabat Negara, PP PNS Pusat/Daerah, PP TNI, PP POLRI, Veteran dan Perintis Kemerdekaan
  - 2) BP Non Penyelenggara Negara terdiri dari Investor, Pemberi Kerja dan BP lain yang mampu membayar iuran.

Hak peserta BPJS Kesehatan meliputi :

1. Mendapatkan kartu identitas sebagai identitas peserta JKN-KIS untuk memperoleh pelayanan kesehatan.
2. Memperoleh manfaat dan informasi tentang hak dan kewajiban serta prosedur pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
3. Mendapatkan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.
4. Menyampaikan keluhan/pengaduan, kritik dan saran secara lisan maupun tertulis kepada BPJS Kesehatan.

Kewajiban peserta BPJS Kesehatan meliputi:

1. Mendaftarkan diri dan anggota keluarganya sebagai peserta JKN-KIS Kepada BPJS Kesehatan.
2. Membayar iuran secara rutin setiap bulan sebelum tanggal 10 (sepuluh).
3. Memberikan data dirinya dan anggota keluarganya secara lengkap dan benar.
4. Melaporkan perubahan data dirinya dan anggota keluarganya, antara lain perubahan golongan, pangkat atau besaran gaji, pernikahan, perceraian, kematian, kelahiran, pindah alamat.

Iuran peserta jaminan kesehatan adalah sejumlah uang yang dibayarkan secara teratur setiap bulannya oleh peserta, pemberi kerja dan atau Pemerintah untuk program jaminan kesehatan. Sesuai dengan amanah Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 64 Tahun 2020 perubahan kedua Perpres 82 Tahun 2018.

Ada beberapa besaran iuran kepesertaan BPJS Kesehatan dan pihak yang membayar antara lain:

1. Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI)

Peserta PBI merupakan peserta yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah sebesar Rp. 42.000,00 (empat puluh dua ribu rupiah) /orang/ bulan.

2. Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU),

a. Untuk tahun 2020

Iuran PBPU dibayar oleh orang yang bersangkutan atau pihak atas nama peserta sebesar Rp. 25.500,00 (dua puluh lima ribu lima ratus rupiah) /orang/bulan (Kelas I), Rp. 16.500,00 (enam belas ribu lima ratus rupiah)/orang/bulan (Kelas II), dan Rp. 25.500,00 (dua puluh lima ratus rupiah)/orang/bulan (Kelas III).

b. Untuk tahun 2021 dan tahun berikutnya

Iuran PBPU dibayar oleh orang yang bersangkutan atau pihak atas nama peserta sebesar Rp. 35.000,00 (tiga puluh lima ribu rupiah)/orang/bulan (Kelas I), Rp. 7.000,00 (tujuh ribu rupiah)/orang/bulan (Kelas II), dan Rp. 35.000,00 (tiga puluh lima ribu rupiah)/orang/bulan (Kelas III).

3. Peserta Pekerja Penerima Upah (PPU)

Iuran bagi peserta PPU yaitu sebesar 5% (lima persen) dari Gaji atau Upah per bulan dengan ketentuan sebagai berikut:

- a. 4% (empat persen) dibayar oleh pemberi kerja, dan
- b. 1% (satu persen) dibayar oleh peserta.

Peserta pekerja bukan penerima upah (PBPU) dan peserta bukan pekerja (BP) wajib membayar lunas iuran jaminan kesehatan seluruh peserta yang menjadi tanggung jawabnya pada setiap bulan yang dibayarkan paling lambat tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan kepada BPJS Kesehatan.

Peserta pekerja bukan penerima upah dan Peserta bukan pekerja wajib membayar lunas iuran jaminan kesehatan seluruh peserta yang menjadi tanggung jawabnya pada setiap bulan yang dibayarkan paling lambat tanggal 10 setiap bulan kepada BPJS Kesehatan. Apabila tanggal 10 (sepuluh) jatuh pada hari libur, maka iuran dibayarkan pada hari kerja berikutnya.

Keterlambatan pembayaran lunas jaminan kesehatan sebagaimana dimaksud, dikenakan denda administratif 2% (dua persen) perbulan dari total iuran yang tertunggak dan ditanggung pemberi kerja. Dalam hal keterlambatan lunas iuran jaminan kesehatan disebabkan karena kesalahan pemberi kerja, maka pemberi kerja wajib membayar pelayanan kesehatan pekerjaannya sebelum dilakukan pelunasan pembayaran iuran oleh pemberi kerja.

Pembayaran iuran bagi peserta dapat dilakukan dengan tahapan sebagai berikut:

1. Peserta dan calon peserta PBPU Kelas I dan II wajib menggunakan fasilitas pembayaran *auto debit* (rekening maupun kartu kredit).
2. Peserta memasukkan nomor kartu peserta pada kanal pembayaran yang tersedia, seperti:
  - a. Kanal pembayaran bank: kantor bank dan e-channel (ATM, *Internet Banking*, *SMS Banking*, *Mobile Banking*).
  - b. Kanal pembayaran non bank: outlet PPOB (*Payment Point Online Banking*) modern atau tradisional.

Prosedur pendaftaran BPJS Kesehatan adalah sebagai berikut:

1. Pendaftaran bagi Penerima Bantuan Iuran (PBI)
2. Melakukan pendataan fakir miskin dan orang tidak mampu yang menjadi peserta PBI yang dilakukan oleh lembaga yang menyelenggarakan di bidang statistik yang diverifikasi dan divalidasi oleh Kementerian Sosial. Peserta PBI juga ditetapkan oleh Pemerintah Pusat juga peserta yang sudah didaftarkan oleh Pemerintah Daerah setempat yang mengintegrasikan program Jamkesda ke program JKN.
3. Pendaftaran bagi Peserta Pekerja Penerima Upah
  - a. Perusahaan mendaftarkan seluruh karyawan dan anggota keluarganya dengan melampirkan formulir registrasi badan usaha atau badan hukum lainnya dan data migrasi karyawan beserta anggota keluarganya sesuai dengan yang sudah ditentukan.
  - b. Perusahaan menerima nomor *Virtual Account* untuk dilakukannya pembayaran.
  - c. Bukti pembayaran diserahkan kepada pihak BPJS Kesehatan untuk mencetak kartu JKN
4. Pendaftaran bagi Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah
  - a. Peserta mendaftar secara perorangan pada kantor BPJS Kesehatan.
  - b. Seluruh anggota keluarga didaftarkan sebagai anggota BPJS Kesehatan.
  - c. Peserta mengisi formulir pendaftaran dengan mengisi foto copy Kartu Keluarga, foto copy KTP, foto copy buku tabungan peserta yang ada dalam Kartu Keluarga dan melampirkan foto dengan ukuran 3cm x 4cm
  - d. Setelah mendaftar peserta mendapatkan nomor *Virtual Account*
  - e. Peserta membayar iuran dan memberikan bukti pembayaran untuk diserahkan ke BPJS Kesehatan untuk dicetak kartu JKN.

### 2.1.3 Karakteristik Masyarakat Desa

#### 1. Definisi Masyarakat

Secara etimologis kata “Masyarakat” berasal dari kata “*musyarak*” yang berasal dari bahasa arab yang memiliki arti ikut serta atau berpartisipasi, sedangkan dalam bahasa inggris disebut (*society*). Definisi dari masyarakat adalah sekumpulan manusia yang berinteraksi dalam suatu hubungan sosial, mereka memiliki kesamaan budaya, wilayah, dan identitas. Masyarakat yaitu suatu sistem dari kebiasaan dan tata cara dari wewenang dan kerjasama antara berbagai kelompok dan penggolongan dan pengawasan tingkah laku serta kebebasan-kebebasan. Menurut Maclver dan page (dalam Soejono Soekamto, 2009).

#### 2. Masyarakat Desa/Pedesaan

Secara etimologi, kata “desa” berasal dari bahasa Sanskerta, “*deshi*”, yang berarti tanah air, tanah asal, atau tanah kelahiran. Oleh karena itu, kata “desa” sering dipahami sebagai tempat atau daerah (sebagai tanah asalnya) tempat penduduk berkumpul dan hidup bersama, menggunakan lingkungan setempat, untuk mempertahankan, melangsungkan, dan mengembangkan kehidupan mereka.

Masyarakat Desa merupakan perwujudan atau kesatuan geografi, sosial, ekonomi, politik, dan kultur yang terdapat di tempat itu (suatu daerah), dalam hubungan dan pengaruhnya secara timbal balik dengan daerah lain (Menurut Bintarto).

Menurut Paul H. Landis, Desa adalah penduduknya kurang dari 2.500 (dua ribu lima ratus) jiwa. Dengan ciri-ciri sebagai berikut :

- a. Mempunyai pergaulan hidup yang saling mengenal antara ribuan jiwa.
- b. Ada pertalian perasaan yang sama tentang kesukaan terhadap kebiasaan
- c. Cara berusaha (ekonomi) adalah agraris yang paling umum yang sangat dipengaruhi alam, seperti: iklim, keadaan alam, kekayaan alam, sedangkan pekerjaan yang bukan agraris adalah bersifat sambilan.

Dalam Undang-undang Nomor 32 Tahun 2004 disebutkan pengertian desa sebagai kesatuan masyarakat hukum yang memiliki batas wilayah, yang berwenang untuk mengatur dan mengurus kepentingan masyarakat setempat, berdasarkan asal-usul dan adat istiadat setempat yang diakui dan dihormati dalam system pemerintahan Negara Kesatuan Republik Indonesia (NKRI).

Dalam buku Sosiologi karangan Ruman Sumadilaga seorang ahli sosiologi “*Talcot Parsons*” menggambarkan masyarakat desa sebagai masyarakat tradisional (*Gemeinschaft*) yang mengenal ciri-ciri (karakteristik) sebagai berikut :

- a. Afektifitas, ada hubungannya dengan perasaan kasih sayang, cinta, kesetiaan dan kemesraan. Perwujudannya dalam sikap dan perbuatan tolong-menolong, menyatakan simpati terhadap musibah yang diderita orang lain dan menolongnya tanpa pamrih.
- b. Orientasi kolektif, sifat ini merupakan konsekuensi dari Afektifitas, yaitu mereka mementingkan kebersamaan, tidak suka menonjolkan diri, tidak suka akan orang yang berbeda pendapat, intinya semua harus memperlihatkan keseragaman persamaan.
- c. Partikularisme, pada dasarnya semua hal yang ada hubungannya dengan keberlakuan khusus untuk suatu tempat atau daerah tertentu. Perasaan subyektif, perasaan kebersamaan sesungguhnya yang hanya berlaku untuk kelompok tertentu saja (lawannya universalisme).
- d. Askripsi, hubungan dengan mutu atau sifat khusus yang tidak diperoleh berdasarkan suatu usaha yang tidak disengaja, tetapi merupakan suatu keadaan yang sudah merupakan kebiasaan atau keturunan (lawannya prestasi).
- e. Kekabaran (*diffuseness*), suatu yang tidak jelas terutama dalam hubungan antara pribadi tanpa ketegasan yang dinyatakan eksplisit. Masyarakat desa menggunakan bahasa tidak langsung, untuk menunjukkan sesuatu. Dari uraian tersebut (pendapat Talcott Person) dapat terlihat pada desa-desa yang masih mumi masyarakatnya tanpa pengaruh dari luar.

### 3. Masyarakat Kota/Perkotaan

Menurut Bintarto, Masyarakat Kota sebagai kesatuan jaringan kehidupan manusia yang ditandai dengan kepadatan penduduk yang tinggi dan diwarnai dengan strata sosial ekonomi yang heterogen serta coraknya materialistis. Masyarakat kota terdiri atas penduduk asli daerah tersebut dan pendatang. Masyarakat kota merupakan suatu yang heterogen, baik dalam hal mata pencaharian, agama, adat, dan kebudayaan.

Menurut konsep Sosiologi sebagian Jakarta dapat dikatakan kota, karena memang gaya hidupnya yang cenderung bersifat individualisme. Teori Talcott Parsons mengenai tipe masyarakat kota yang diantaranya mempunyai ciri-ciri sebagai berikut :

- a. Netral Afektif, masyarakat kota memperlihatkan sifat yang lebih mementingkan Rasionalitas dan sifat rasional ini erat hubungannya dengan konsep *Gesellschaft* atau *Association*. Mereka tidak mau mencampur adukkan hal-hal yang bersifat emosional atau

yang menyangkut perasaan pada umumnya dengan hal-hal yang bersifat rasional, itulah sebabnya tipe masyarakat itu disebut netral dalam perasaannya.

- b. Orientasi Diri, manusia dengan kekuatannya sendiri harus dapat mempertahankan dirinya sendiri, pada umumnya di kota tetangga itu bukan orang yang mempunyai hubungan kekeluargaan dengan kita oleh karena itu setiap orang di kota terbiasa hidup tanpa menggantungkan diri pada orang lain, mereka cenderung untuk individualisme.
- c. Universalisme, berhubungan dengan semua hal yang berlaku umum, oleh karena itu pemikiran rasional merupakan dasar yang sangat penting untuk Universalisme.
- d. Prestasi, mutu atau prestasi seseorang akan dapat menyebabkan orang itu diterima berdasarkan kepandaian atau keahlian yang dimilikinya.
- e. Heterogenitas, masyarakat kota lebih memperlihatkan sifat Heterogen, artinya terdiri dari lebih banyak komponen dalam susunan penduduknya.

Adapun ciri-ciri yang menonjol pada masyarakat perkotaan yaitu sebagai berikut :

- a. Kehidupan keagamaannya berkurang, kadangkala tidak terlalu dipikirkan karena memang kehidupan yang cenderung kearah keduniaan saja
- b. Pembagian kerja diantara warga-warga kota juga lebih tagas dan mempunyai batas-batas yang nyata.
- c. Orang kota pada umumnya dapat mengurus dirinya sendiri tanpa harus bergantung pada orang lain (individualisme).
- d. Kemungkinan-kemungkinan untuk dapat mendapatkan pekerjaan juga lebih banyak diperoleh warga kota.
- e. Perubahan-perubahan tampak nyata di kota-kota, sebab kota-kota biasanya terbuka dalam menerima pengaruh-pengaruh dari luar.
- f. Jalan kehidupan yang cepat di kota-kota, mengakibatkan pentingnya faktor waktu bagi warga kota, sehingga pembagian waktu yang teliti sangat penting, untuk dapat mengejar kebutuhan-kebutuhan seorang individu

#### 4. Perbedaan antara desa dan kota

Dalam masyarakat modern, sering dibedakan antara masyarakat pedesaan (natural community) dan masyarakat perkotaan (urban community). Menurut Soekanto, perbedaan tersebut sebenarnya tidak mempunyai hubungan dengan pengertian masyarakat sederhana, karena dalam masyarakat modern, betapa pun kecilnya suatu desa pasti ada pengaruh-

pengaruh dari kota. Perbedaan masyarakat pedesaan dan masyarakat perkotaan pada hakekatnya bersifat gradual.

Perbedaan antara masyarakat desa dan masyarakat kota yang masing-masing punya karakteristik tersendiri. Masing-masing punya sistem yang mandiri, dengan fungsi-fungsi sosial, struktur serta proses-proses sosial sangat berbeda.

Perbedaan ciri tersebut dapat diungkapkan secara singkat (menurut Poplin, 2000) sebagai berikut :

Tabel 2. 1 Perbedaan ciri masyarakat desa dan kota

Masyarakat desa	Masyarakat kota
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perilaku homogeny</li> <li>• Kolektivitas</li> <li>• Perilaku yang dilandasi oleh konsep kekeluargaan dan kebersamaan</li> <li>• Isolasi sosial, sehingga statistik</li> <li>• Perilaku yang berorientasi pada tradisi dan status</li> <li>• Kesatuan dan keutuhan kultur</li> <li>• Banyak ritual dan nilai-nilai sacral</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perilaku heterogen</li> <li>• Individualisme</li> <li>• Perilaku yang dilandasi oleh konsep pengendalian diri dan kelembagaan</li> <li>• Mobilitas sosial, sehingga dinamik</li> <li>• Perilaku yang berorientasi pada rasionalitas dan fungsi</li> <li>• Kebauran dan diversifikasi kultural</li> <li>• Birokrasi fungsional dan nilai-nilai sekunder</li> </ul>

#### 2.1.4 Minat

Minat adalah kecenderungan hati yang tinggi terhadap sesuatu yang timbul karena kebutuhan yang dirasa atau tidak dirasakan atau keinginan hal tertentu. Dua faktor yang sering dihubungkan dengan minat dalam program pelayanan kesehatan oleh peneliti lain, diantaranya adalah pengetahuan, dan biaya (Saraswati, 2013).

Minat dalam kamus besar bahasa Indonesia diartikan sebagai sebuah kecenderungan hati yang tinggi terhadap sesuatu gairah atau keinginan (Fauzi, 1995). Minat merupakan motivasi yang mendorong orang untuk melakukan apa yang mereka inginkan bila mereka bebas memilih.

Setiap minat akan memuaskan suatu kebutuhan. Dalam melakukan fungsinya kehendak itu berhubungan erat dengan pikiran dan perasaan. Pikiran mempunyai kecenderungan bergerak dalam sektor rasional analisis, sedang perasaan yang bersifat halus/ tajam lebih mendambakan kebutuhan. Sedangkan akal berfungsi sebagai pengingat pikiran dan perasaan dalam koordinasi yang harmonis, agar kehendak bisa diatur sebaik-baiknya (Fauzi,1995).

### **2.1.5 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Minat**

Faktor-faktor yang mempengaruhi minat dalam Pelayanan Kesehatan (Menurut Notoatmodjo, 2007)

#### **1. Faktor-faktor predisposisi (*predisposing factor*)**

Faktor ini bertujuan untuk menggambarkan fakta bahwa tiap individu mempunyai kecenderungan untuk menggunakan pelayanan kesehatan yang berbeda-beda, hal ini disebabkan karena adanya ciri-ciri, yang digolongkan kedalam 3 kelompok :

- a. Ciri-ciri demografi, seperti jenis kelamin dan umur
- b. Struktur sosial, seperti status pendidikan, pekerjaan, kesukaan atau ras dan sebagainya.
- c. Manfaat-manfaat kesehatan, seperti keyakinan bahwa pelayanan kesehatan dapat menolong proses penyembuhan penyakit.

#### **2. Faktor-faktor pendukung (*enabling factor*)**

Faktor yang mungkin orang sakit memanfaatkan pelayanan kesehatan. Faktor-faktor ini mencakup status ekonomi keluarga, pembiayaan, akses jarak tempuh, sarana pelayanan kesehatan yang ada, prosedur pendaftaran dan penanggungian biaya.

#### **3. Faktor-faktor pendorong (*reinforcing factor*)**

Faktor yang memungkinkan untuk mencari pengobatan dapat terwujud di dalam tindakan apabila dirasakan sebagai kebutuhan dasar dan stimulus langsung untuk menggunakan pelayanan kesehatan. Sikap, perilaku petugas kesehatan, tokoh agama serta tokoh masyarakat.

##### **a. Pengetahuan**

Pengetahuan adalah kesan didalam pikiran manusia sebagai hasil penggunaan panca inderanya, yang berbeda sekali dengan kepercayaan dan penerangan-penerangannya.(Soerjono soekanto,2002).

Pemerintah telah membuat konsep dasar kebijakan program JKN dan menjalankan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang menyentuh kepada seluruh Lapisan Masyarakat Indonesia. Namun masih sedikit masyarakat yang tahu apa itu program JKN, manfaat dan tujuan JKN, prosedur pendaftaran, pelayanan kesehatan, cakupan pelayanan kesehatan serta hak dan kewajiban Peserta di dalam JKN, (Babel, 2014). Agar pelaksanaan program pemerintah dapat berjalan dengan baik masyarakat perlu memahami program JKN.

Pengetahuan masyarakat bisa didapat dari sosialisasi baik secara langsung maupun tidak langsung. Pengetahuan secara tidak langsung yaitu pengetahuan yang didapat dari media massa seperti: koran, papan pengumuman, brosur, banner, spanduk. Media penyiaran seperti: televisi, radio. Media sosial seperti: facebook, instagram. Pengetahuan secara langsung dapat dilakukan melalui seminar, perkumpulan, dan penjelasan antar individu.

b. Pembiayaan

Pembiayaan Kesehatan adalah besarnya dana yang harus disediakan untuk menyelenggarakan dan atau memanfaatkan berbagai upaya kesehatan yang diperlukan oleh perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat (Laksono Trisnantoro, 2005). Pembiayaan kesehatan harus stabil dan selalu berkesinambungan untuk menjamin terselenggaranya kecukupan, pemerataan, efisiensi, dan efektifitas pembiayaan kesehatan itu sendiri.

c. Prosedur pendaftaran

Prosedur pendaftaran BPJS Kesehatan merupakan langkah-langkah atau tahapan yang harus dilaksanakan dalam pendaftaran BPJS Kesehatan sesuai dengan aturan yang berlaku, dimana prosedur pendaftaran sebagai faktor pendukung minat masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan.

## 2.2 Kerangka Teori

