

BAB II

KAJIAN TEORI

2.1 Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

2.1.1 Pengertian JKN

Menurut PMK No. 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program JKN, Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan melalui mekanisme asuransi sosial yang bertujuan agar seluruh penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Perlindungan ini diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) bersifat wajib (*mandatory*) berdasarkan Undang-Undang No .40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN).

2.1.2 Tujuan JKN

Program JKN bertujuan untuk meningkatkan pencapaian *universal health coverage* (UHC) dan derajat kesehatan masyarakat. Hal ini dapat tercapai apabila semua masyarakat mendaftarkan diri menjadi peserta BPJS, khususnya bagi masyarakat yang tidak masuk sebagai peserta PBI maupun peserta non PBI pekerja penerima upah (Jaminan et al., 2020). Dengan adanya Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) diharapkan kebutuhan dasar hidup kesehatan yang layak untuk peserta dan atau anggota keluarganya dapat terjamin untuk dipenuhi.

Program JKN bertujuan untuk membantu seluruh masyarakat agar mendapatkan pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif bermutu dengan biaya terjangkau (Kusumaningrum et al., 2018). Dengan demikian diharapkan tidak ada lagi masyarakat yang tidak bisa berobat dikarenakan tidak memiliki biaya. Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) bersifat wajib (*mandatory*) berdasarkan Undang-Undang No .40 Tahun 2004 Tentang SJSN dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak yang akan diberikan kepada setiap orang yang membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah.

2.1.3 Manfaat JKN

Menurut PMK No. 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program JKN, manfaat Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) terdiri atas 2 (dua) jenis, yaitu manfaat medis berupa pelayanan kesehatan dan manfaat non medis meliputi akomodasi dan ambulans. Ambulans hanya diberikan untuk pasien rujukan dari Fasilitas Kesehatan dengan kondisi tertentu yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan. Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis. Manfaat pelayanan promotif dan preventif meliputi pemberian pelayanan sebagai berikut:

- a. Penyuluhan kesehatan perorangan, meliputi paling sedikit penyuluhan mengenai pengelolaan faktor risiko penyakit dan perilaku hidup bersih dan sehat
- b. Imunisasi dasar, meliputi Baccile Calmett Guerin (BCG), difteri pertusis tetanus dan hepatitis B (DPTHB), polio, dan campak
- c. Keluarga berencana meliputi konseling, kontrasepsi dasar, vasektomi, dan tubektomi bekerja sama dengan lembaga yang membidangi keluarga berencana.
- d. Vaksin untuk imunisasi dasar dan alat kontrasepsi dasar disediakan oleh pemerintah dan/atau pemerintah daerah
- e. Skrining kesehatan, diberikan secara selektif yang ditujukan untuk mendeteksi risiko penyakit dan mencegah dampak lanjutan dari risiko penyakit.
- f. Pemeriksaan penunjang pelayanan skrining kesehatan
- g. Khusus untuk kasus dengan pemeriksaan IVA positif dapat dilakukan dengan pelayanan terapi Krio.

Meskipun manfaat yang dijamin dalam JKN bersifat komprehensif, masih ada manfaat yang tidak dijamin meliputi:

- a. Tidak sesuai prosedur
- b. Pelayanan diluar fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS
- c. Pelayanan bertujuan kosmetik
- d. General Check-Up, pengobatan alternatif

- e. Pelayanan kesehatan saat bencana
- f. Pasien bunuh diri/penyakit yang timbul akibat kesengajaan untuk menyiksa diri sendiri/bunuh diri/narkoba (Buku Pegangan Sosialisasi JKN dalam SJSN)

2.1.4 Prinsip – Prinsip Sistem Jaminan Sosial Nasional

Jaminan Kesehatan Nasional dijalankan oleh BPJS Kesehatan yang penyelenggaraannya berdasarkan UU No. 40 tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Berdasarkan UU No. 40 tahun 2004, SJSN diselenggarakan berdasarkan 9 prinsip di bawah ini:

1) Kegotong-royongan

Prinsip gotong royong berarti peserta yang mampu membantu peserta yang kurang mampu, peserta yang sehat membantu yang sakit atau yang berisiko tinggi, dan peserta yang sehat membantu yang sakit. Hal ini terwujud karena kepesertaan SJSN bersifat wajib untuk seluruh penduduk, tanpa pandang bulu.

Prinsip gotong royong juga berarti kebersamaan antar peserta dalam menanggung beban biaya jaminan sosial, yang diwujudkan dengan kewajiban setiap peserta membayar iuran sesuai dengan tingkat gaji, upah atau tingkat penghasilannya.

2) Nirlaba

Nirlaba adalah prinsip pengelolaan usaha yang mengutamakan penggunaan hasil pengembangan dana untuk memberikan manfaat sebesar - besarnya dari seluruh peserta.

3) Keterbukaan

Keterbukaan adalah prinsip mempermudah akses informasi yang lengkap, benar, dan jelas bagi setiap peserta.

4) Kehati-hatian

Kehati-hatian adalah prinsip pengelolaan dana secara cermat, teliti, aman, dan tertib.

5) Akuntabilitas

Akuntabilitas adalah prinsip pelaksanaan program dan pengelolaan keuangan yang akurat dan dapat dipertanggungjawabkan.

6) Portabilitas

Portabilitas adalah prinsip memberikan jaminan yang berkelanjutan meskipun peserta berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

7) Kepesertaan bersifat wajib

Prinsip yang mengharuskan seluruh penduduk menjadi peserta jaminan sosial, yang dilaksanakan secara bertahap.

8) Dana amanat

Dana yang dikumpulkan dari masyarakat adalah dana amanat, sehingga hasil pengembangannya, akan di manfaatkan sebesar-besarnya untuk kepentingan peserta.

9) Hasil pengelolaan dana jaminan sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program

Hasil berupa deviden dari pemegang saham yang dikembalikan untuk kepentingan peserta jaminan sosial.

2.2 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan)

2.2.1 Pengertian BPJS Kesehatan

BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan (Republik Indonesia, 2013). Badan penyelenggara Jaminan sosial (BPJS) kesehatan adalah badan hukum publik yang berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan bagi seluruh masyarakat Indonesia termasuk warga asing yang bekerja paling singkat 6 bulan di Indonesia (Dahlia, 2019).

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) termasuk ke dalam asuransi sosial. Asuransi sosial adalah suatu mekanisme pengumpulan dana yang bersifat wajib yang berasal dari iuran guna memberikan perlindungan atas resiko sosial ekonomi yang menimpa peserta dan/atau anggota keluarganya. Tata cara dalam penyelenggaraan program jaminan sosial di atur dalam UU No. 40 tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN).

2.2.2 Jenis Kepesertaan

Berdasarkan Perpres No. 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, kepesertaan Jaminan Kesehatan dibagi menjadi 2, yaitu peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan peserta bukan Penerima Bantuan Iuran (Non PBI).

a. Peserta PBI

Peserta PBI yaitu orang yang tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu. Iuran bagi peserta PBI ditanggung oleh negara sepenuhnya. Peserta PBI di bedakan menjadi 2, yaitu peserta PBI APBN dan peserta PBI APBD.

b. Peserta Non PBI

Peserta Non PBI dibagi menjadi 3 macam, yaitu:

1. Pekerja Penerima Upah dan anggota keluarganya yang terdiri dari:
 - 1) Pejabat Negara
 - 2) Pimpinan dan anggota Dewan Perwakilan Rakyat Daerah
 - 3) PNS
 - 4) Anggota Polri
 - 5) Kepala desa dan perangkat desa
 - 6) Pegawai swasta
 - 7) Pekerja/pegawai yang tidak termasuk di atas yang menerima Gaji atau Upah
2. Pekerja Bukan Penerima Upah yang terdiri dari:
 - 1) Pekerja di luar hubungan kerja atau Pekerja mandiri
 - 2) Pekerja yang tidak termasuk di atas yang bukan penerima Gaji atau Upah
3. Bukan Pekerja yang terdiri dari:
 - 1) Investor
 - 2) Pemberi Kerja
 - 3) Penerima Pensiun
 - 4) Veteran
 - 5) Perintis Kemerdekaan
 - 6) Janda, duda, atau anak yatim piatu dari Veteran atau Perintis Kemerdekaan

- 7) Bukan Pekerja yang tidak termasuk di atas yang mampu membayar iuran.

2.3 Puskesmas

2.3.1 Pengertian Puskesmas

Pelayanan Kesehatan berdasarkan PMK No. 43 Tahun 2019 adalah upaya yang diberikan oleh Puskesmas kepada masyarakat, mencakup perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, pencatatan pelaporan, dan dituangkan dalam suatu sistem.

Berdasarkan PMK No. 43 Tahun 2019 Fasilitas Pelayanan Kesehatan yaitu suatu tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah dan/atau masyarakat.

Pusat kesehatan masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas berdasarkan PMK No. 43 Tahun 2019 adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. Mutu dan kualitas pelayanan menjadi suatu hal yang harus terus ditingkatkan demi tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Berdasarkan PMK No. 43 Tahun 2019, puskesmas wajib melakukan akreditasi secara berkala paling sedikit 3 tahun sekali dan dilakukan oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi yang ditetapkan oleh Menteri. Akreditasi puskesmas adalah pengakuan terhadap puskesmas yang diberikan oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi yang ditetapkan oleh Menteri setelah dinilai bahwa Puskesmas telah memenuhi standar pelayanan Puskesmas yang telah ditetapkan oleh Menteri untuk meningkatkan mutu pelayanan Puskesmas secara berkesinambungan.

Pembangunan kesehatan yang diselenggarakan di Puskesmas bertujuan untuk mewujudkan wilayah kerja puskesmas yang sehat, dengan masyarakat yang:

- a. Memiliki perilaku sehat yang meliputi kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat
- b. Mampu menjangkau pelayanan kesehatan bermutu
- c. Hidup dalam lingkungan sehat
- d. Memiliki derajat kesehatan yang optimal, baik individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

2.3.2 Prinsip Penyelenggaraan Puskesmas

Berdasarkan PMK No. 43 Tahun 2019, prinsip penyelenggaraan puskesmas yaitu sebagai berikut:

- a. Paradigma sehat
Puskesmas mendorong seluruh pemangku kepentingan untuk berkomitmen dalam upaya mencegah dan mengurangi resiko kesehatan yang dihadapi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat melalui Gerakan Masyarakat Hidup Sehat.
- b. Pertanggungjawaban wilayah
Puskesmas menggerakkan dan bertanggung jawab terhadap pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya.
- c. Kemandirian masyarakat
Puskesmas mendorong kemandirian hidup sehat bagi individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat.
- d. Ketersediaan akses pelayanan kesehatan
Puskesmas menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang dapat diakses dan terjangkau oleh seluruh masyarakat di wilayah kerjanya secara adil tanpa membedakan status sosial, ekonomi, agama, budaya dan kepercayaan
- e. Teknologi tepat guna
Puskesmas menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dengan memanfaatkan teknologi tepat guna yang sesuai dengan kebutuhan pelayanan, mudah dimanfaatkan dan tidak berdampak buruk bagi lingkungan.
- f. Keterpaduan dan kesinambungan
Puskesmas mengintegrasikan dan mengoordinasikan penyelenggaraan UKM dan UKP lintas program dan lintas sektor serta melaksanakan Sistem Rujukan yang didukung dengan manajemen Puskesmas.

2.3.3 Tugas, Fungsi dan Wewenang

Berdasarkan PMK No. 43 Tahun 2019, puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dalam rangka mendukung terwujudnya kecamatan sehat. Dalam melaksanakan tugas sebagaimana yang di atur dalam PMK No. 43 Tahun 2019, puskesmas menyelenggarakan fungsi:

a. Penyelenggaraan UKM tingkat pertama di wilayah kerjanya

Dalam menyelenggarakan fungsinya, puskesmas berwenang untuk:

- 1) Menyusun perencanaan kegiatan berdasarkan hasil analisis masalah kesehatan masyarakat dan kebutuhan pelayanan yang diperlukan
- 2) Melaksanakan advokasi dan sosialisasi kebijakan kesehatan
- 3) Melaksanakan komunikasi, informasi, edukasi, dan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan
- 4) Menggerakkan masyarakat untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan pada setiap tingkat perkembangan masyarakat yang bekerjasama dengan sektor lain terkait
- 5) Melaksanakan pembinaan teknis terhadap institusi, jaringan pelayanan puskesmas dan upaya kesehatan bersumber daya masyarakat
- 6) Melaksanakan perencanaan kebutuhan dan peningkatan kompetensi sumber daya manusia puskesmas
- 7) Memantau pelaksanaan pembangunan agar berwawasan kesehatan
- 8) Memberikan pelayanan kesehatan yang berorientasi pada keluarga, kelompok, dan masyarakat dengan mempertimbangkan faktor biologis, psikologis, sosial, budaya, dan spiritual
- 9) Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap akses, mutu, dan cakupan Pelayanan Kesehatan, dan
- 10) Memberikan rekomendasi terkait masalah kesehatan masyarakat, kepada dinas kesehatan daerah kabupaten/kota, melaksanakan sistem kewaspadaan dini dan respon penanggulangan penyakit.
- 11) Melaksanakan kegiatan pendekatan keluarga

- 12) Melakukan kolaborasi dengan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama dan rumah sakit di wilayah kerjanya, melalui pengoordinasian sumber daya kesehatan di wilayah kerja puskesmas.
- b. Penyelenggaraan UKP tingkat pertama di wilayah kerjanya
- Dalam menyelenggarakan fungsinya, puskesmas berwenang untuk:
- 1) Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dasar secara komprehensif, berkesinambungan dan bermutu, dan holistik yang mengintegrasikan faktor biologis, psikologis, sosial, dan budaya dengan membina hubungan dokter – pasien yang erat dan setara
 - 2) Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang mengutamakan upaya promotif dan preventif
 - 3) Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang berpusat pada individu, berfokus pada keluarga, dan berorientasi pada kelompok dan masyarakat
 - 4) Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang mengutamakan kesehatan, keamanan, keselamatan pasien, petugas dan pengunjung, dan lingkungan kerja
 - 5) Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dengan prinsip koordinatif dan kerja sama inter dan antar profesi
 - 6) Melaksanakan penyelenggaraan rekam medis
 - 7) Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap mutu dan akses Pelayanan Kesehatan
 - 8) Melaksanakan perencanaan kebutuhan dan peningkatan kompetensi sumber daya manusia puskesmas
 - 9) Melaksanakan penapisan rujukan sesuai dengan indikasi medis dan Sistem Rujukan.
 - 10) Melakukan koordinasi dan kolaborasi dengan fasilitas pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.

2.3.4 Kategori Puskesmas

Dalam rangka pemenuhan Pelayanan Kesehatan yang didasarkan pada kebutuhan dan kondisi masyarakat, Puskesmas dapat dikategorikan berdasarkan

karakteristik wilayah kerja dan kemampuan penyelenggaraan. Menurut karakteristik wilayah kerjanya, berdasarkan PMK No. 43 Tahun 2019 puskesmas dikategorikan menjadi:

1) Puskesmas Kawasan Perkotaan

Berdasarkan PMK No. 43 Tahun 2019, puskesmas kawasan perkotaan merupakan Puskesmas yang wilayah kerjanya meliputi kawasan yang memenuhi paling sedikit 3 (tiga) dari 4 (empat) kriteria kawasan perkotaan sebagai berikut:

- a. Aktivitas lebih dari 50% (lima puluh persen) penduduknya pada sektor non agraris, terutama industri, perdagangan dan jasa
- b. Memiliki fasilitas perkotaan antara lain sekolah radius 2,5 km, pasar radius 2 km, memiliki rumah sakit radius kurang dari 5 km, atau hotel
- c. Lebih dari 90% (sembilan puluh persen) rumah tangga memiliki listrik; dan/atau
- d. Terdapat akses jalan raya dan transportasi menuju fasilitas perkotaan.

Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan oleh Puskesmas kawasan perkotaan memiliki karakteristik sebagai berikut:

- a. Memprioritaskan pelayanan UKM
- b. Pelayanan UKM dilaksanakan dengan melibatkan partisipasi masyarakat
- c. Pelayanan UKP dilaksanakan oleh puskesmas dan fasilitas pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh pemerintah atau masyarakat
- d. Optimalisasi dan peningkatan kemampuan jaringan pelayanan puskesmas dan jejaring puskesmas, dan
- e. Pendekatan pelayanan yang diberikan berdasarkan kebutuhan dan permasalahan yang sesuai dengan pola kehidupan masyarakat perkotaan

2) Puskesmas Kawasan Pedesaan

Puskesmas kawasan pedesaan merupakan Puskesmas yang wilayah kerjanya meliputi kawasan yang memenuhi paling sedikit 3 (tiga) dari 4 (empat) kriteria kawasan pedesaan sebagai berikut:

- a. Aktivitas lebih dari 50% (lima puluh persen) penduduk pada sektor agraris atau maritim,
- b. Memiliki fasilitas antara lain sekolah radius lebih dari 2.5 km, pasar dan perkotaan radius lebih dari 2 km, rumah sakit radius lebih dari 5 km, tidak memiliki fasilitas berupa hotel,
- c. Rumah tangga dengan listrik kurang dari 90% (sembilan puluh persen), dan
- d. Terdapat akses jalan dan transportasi menuju fasilitas

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan oleh Puskesmas kawasan pedesaan memiliki karakteristik sebagai berikut:

- a. Pelayanan UKM dilaksanakan dengan melibatkan partisipasi masyarakat;
- b. Pelayanan UKP dilaksanakan oleh Puskesmas dan fasilitas pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh masyarakat;
- c. Optimalisasi dan peningkatan kemampuan jaringan pelayanan Puskesmas dan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan; dan
- d. Pendekatan pelayanan yang diberikan menyesuaikan dengan pola kehidupan masyarakat pedesaan.

3) Puskesmas Kawasan Terpencil dan Sangat Terpencil

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan oleh Puskesmas kawasan terpencil dan sangat terpencil memiliki karakteristik sebagai berikut:

- a. Memberikan pelayanan UKM dan UKP dengan penambahan kompetensi tenaga kesehatan
- b. Dalam pelayanan UKP dapat dilakukan penambahan kompetensi dan kewenangan tertentu bagi dokter, perawat, dan bidan
- c. Pelayanan UKM diselenggarakan dengan memperhatikan kearifan lokal
- d. Pendekatan pelayanan yang diberikan menyesuaikan dengan pola kehidupan masyarakat di kawasan terpencil dan sangat terpencil
- e. Optimalisasi dan peningkatan kemampuan jaringan pelayanan puskesmas dan jejaring puskesmas, dan

- f. Peayanan UKM dan UKP dapat dilaksanakan dengan pola gugus pulau/cluster dan/atau pelayanan kesehatan bergerak untuk meningkatkan aksesibilitas

Berdasarkan PMK No. 43 Tahun 2019, menurut Kemampuan Penyelenggaraan, Puskesmas dikategorikan menjadi:

- a. Puskesmas non rawat inap

Merupakan puskesmas yang menyelenggarakan pelayanan rawat jalan, perawatan di rumah (*Home Care*), dan pelayanan gawat darurat. Puskesmas ini dapat menyelenggarakan rawat inap pada pelayanan persalinan normal.

- b. Puskesmas rawat inap

Puskesmas yang diberi tambahan sumber daya sesuai pertimbangan kebutuhan pelayanan kesehatan untuk menyelenggarakan rawat inap pada pelayanan persalinan normal dan pelayanan rawat inap pelayanan kesehatan lainnya.

2.3.5 Upaya Kesehatan

Berdasarkan PMK No. 43 Tahun 2019, puskesmas menyelenggarakan UKM tingkat pertama dan UKP tingkat pertama serta dilaksanakan secara terintegrasi dan berkesinambungan.

1. UKM tingkat pertama meliputi upaya kesehatan masyarakat esensial dan upaya kesehatan masyarakat pengembangan.

- a. Upaya kesehatan masyarakat esensial.

Upaya kesehatan masyarakat esensial meliputi:

- 1) Pelayanan promosi kesehatan
- 2) Pelayanan kesehatan lingkungan
- 3) Pelayanan kesehatan keluarga
- 4) Pelayanan gizi, dan
- 5) Pelayanan pencegahan dan pengendalian penyakit.

- b. UKM Pengembangan

UKM pengembangan merupakan upaya kesehatan masyarakat yang kegiatannya bersifat inovatif dan/ disesuaikan dengan prioritas masalah

kesehatan, kekhususan wilayah kerja dan potensi sumber daya yang tersedia di Puskesmas.

2. Upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama dilaksanakan dalam bentuk:
 - a. Rawat jalan, baik kunjungan sehat maupun kunjungan sakit
 - b. Pelayanan gawat darurat
 - c. Pelayanan persalinan normal
 - d. Perawatan di rumah (*Home Care*), dan/atau
 - e. Rawat inap berdasarkan pertimbangan kebutuhan pelayanan kesehatan

2.4 Partisipasi

2.4.1 Pengertian Partisipasi

Partisipasi menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) yaitu turut berperan serta dalam suatu kegiatan. Partisipasi menurut ahli Keith Davis adalah keterlibatan mental dan emosional seseorang atau individu dalam situasi kelompok yang mendorong dia untuk berkontribusi terhadap tujuan kelompok dan mempertanggung jawabkan keterlibatannya.

2.4.2 Tingkatan Partisipasi

Tingkatan partisipasi dapat juga diartikan sebagai tahapan partisipasi. Menurut (Mardikanto dan soebianto, 2013) menjelaskan bahwa terdapat 5 tahapan yaitu:

- 1) Memberikan informasi
- 2) Konsultasi (*consultating*)

Menawarkan pendapat, menjadi pendengar yang baik dan memberikan umpan balik, namun tidak terlibat secara langsung pelaksanaan gagasan yang disampaikan.

- 3) Pengambilan keputusan bersama (*deciding together*)

Memberi dukungan atas ide, gagasan, serta mengembangkan peluang yang diperlukan untuk pengambilan keputusan

- 4) Bertindak bersama (*acting together*)

Terlibat secara aktif dan menjalin kemitraan dalam implementasi kegiatan atau program

- 5) Memberikan dukungan (*supporting independent community interest*)
Ketika kelompok-kelompok lokal menawarkan bantuan berupa pendanaan, nasehat, dan dukungan untuk pengembangan kegiatan.

2.4.3 Elemen – Elemen Partisipasi Masyarakat

Menurut penelitian Puspitasari tahun 2016 elemen-elemen partisipasi masyarakat yaitu sebagai berikut:

a. Motivasi

Persyaratan utama masyarakat untuk berpartisipasi adalah motivasi. Tanpa motivasi masyarakat sulit untuk berpartisipasi disegala program. Timbulnya motivasi harus dari masyarakat itu sendiri dan pihak luar hanya dapat membangkitkan keinginan saja. Untuk itu maka pendidikan kesehatan sangat diperlukan dalam rangka membangkitkan tumbuhnya motivasi.

b. Komunikasi

Suatu komunikasi yang baik adalah yang dapat menyampaikan pesan, ide, dan informasi masyarakat. Media masa seperti TV, radio, poster, film, dan sebagainya. Sebagian adalah sangat efektif untuk menyampaikan pesan yang akhirnya dapat menimbulkan partisipasi.

c. Kooperasi

Kerja sama dengan isntansi-instansi diluar kesehatan masyarakat dan instansi kesehatan sendiri adalah mutlak diperlukan. Terbentuknya *team work* antara kedua belah pihak tersebut akan membantu menumbuhkan partisipasi.

d. Mobilisasi

Hal ini berarti bahwa partisipasi itu bukan hanya terbatas pada tahap pelaksanaan program. Partisipasi masyarakat dapat dimulai dari awal hingga akhir, dari identifikasi masalah, menentukan prioritas, perencanaan program, pelaksanaan sampai dengan monitoring dan program juga tidak hanya terbatas pada bidang kesehatan saja, melainkan bersifat multidisiplin.

2.5 Faktor Yang Berpengaruh Terhadap Partisipasi Kepesertaan JKN

Berdasarkan teori Anderson (1974) dalam (Notoatmodjo, 2010:117) menggambarkan model sistem kesehatan (*Health System Model*) yang berupa model kepercayaan ksesehaan. Dalam teori model Anderson terdapat 3 faktor yang

menentukan penggunaan pelayanan kesehatan. Penggunaan pelayanan kesehatan disini yaitu ikut serta dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Adapun 3 (tiga) faktor tersebut yaitu:

2.5.1 Faktor Predisposisi

Karakteristik ini digunakan untuk menggambarkan fakta bahwa tiap individu mempunyai kecenderungan untuk menggunakan pelayanan kesehatan yang berbeda-beda. Hal tersebut disebabkan karena adanya ciri-ciri individu, yang digolongkan ke dalam 3 kelompok, yaitu sebagai berikut:

1) Ciri-ciri demografi → contohnya jenis kelamin dan umur

a. Jenis Kelamin

Jenis kelamin (*seks*), dibagi kedalam dua jenis yaitu laki-laki dan perempuan, dimana dari setiap jenis kelamin tersebut memiliki ciri fisik yang melekat pada setiap individu yang mana ciri tersebut tidak dapat digantikan atau dipertukarkan satu sama lain. Ketentuan-ketentuan tersebut merupakan kodrat atau ketentuan dari Tuhan (Mansour, 2010:7).

b. Umur

Umur atau usia dapat dikatakan rentang kehidupan yang diukur dengan menggunakan dasar tahun. Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia tahun 2009, dikatakan masa balita yaitu ketika umur 0-5 tahun, masa kanak-kanak yaitu umur 5-11 tahun, masa remaja awal yaitu umur 12-16 tahun, masa remaja akhir yaitu umur 17-25 tahun, masa dewasa awal yaitu umur 26-35 tahun, masa dewasa akhir yaitu umur 36-45 tahun, masa lansia awal yaitu 46-55 tahun, masa lansia akhir yaitu umur 56-65 tahun, dan masa manula yaitu umur 65 tahun ke atas.

2) Struktur sosial → contohnya tingkat pendidikan, pekerjaan, jumlah anggota keluarga, dll.

a. Pendidikan

Menurut Plato, pendidikan adalah sesuatu yang dapat membantu perkembangan individu dari jasmani dan akal dengan sesuatu yang dapat memungkinkan tercapainya sebuah kesempurnaan. Pendidikan direncanakan dan diprogram menjadi tiga tahap dengan tingkat usia, tahap pertama adalah pendidikan yang diberikan kepada murid hingga

sampai dua puluh tahun; dan tahap kedua, dari usia dua puluh tahun sampai tiga puluh tahun; sedangkan tahap ketiga, dari tiga puluh tahun sampai usia empat puluh tahun.

Menurut kamus besar bahasa indonesia (KBBI) pendidikan adalah proses pengubahan sikap dan tata laku seseorang atau kelompok orang dalam usaha mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan pelatihan; proses, cara dan pembuatan mendidik. Menurut (Notoatmodjo, 2003:16) pendidikan adalah segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain baik individu, kelompok, atau masyarakat sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan.

Menurut Undang-Undang Sistem Pendidikan Nasional No. 20 Tahun 2003, pendidikan adalah usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik secara aktif mengembangkan potensi dirinya untuk memiliki kekuatan spiritual keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta keterampilan yang diperlukan dirinya dan masyarakat.

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia No. 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional, pendidikan digolongkan menjadi 3 (tiga) kategori yaitu pendidikan dasar meliputi sekolah dasar (SD), Madrasah Tsanawiyah (MI), Sekolah Menengah Pertama (SMP) atau bentuk lain yang sederajat, pendidikan menengah meliputi pendidikan menengah umum dan pendidikan menengah kejuruan. Pendidikan menengah yang berbentuk Sekolah Menengah Atas (SMA), Madrasah Aliyah (MA), Sekolah Menengah Kejuruan (SMK) dan Madrasah Aliyah Keagamaan (MAK) atau bentuk lain yang sederajat, pendidikan tinggi meliputi pendidikan diploma, sarjana, magister, spesialis, dan doktor yang diselenggarakan oleh perguruan tinggi.

Menurut Hamid (2013) dalam (Ratiabriani dan Purbadharmaja, 2016:54), tingkat pendidikan berpengaruh terhadap partisipasi masyarakat, semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin tinggi

tingkat pengetahuan akan pentingnya suatu sehingga semakin tinggi pula partisipasinya.

b. Pekerjaan

Pekerjaan menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) adalah sesuatu yang dilakukan untuk mendapatkan nafkah. Menurut penelitian Puspitasari (2016) biasanya orang dengan tingkat pekerjaan tertentu akan dapat lebih meluangkan sedikit waktunya untuk berpartisipasi pada suatu proyek tertentu. Alasan yang sering muncul yaitu adanya pertentangan antara komitmen terhadap pekerjaan dengan keinginan untuk berpartisipasi.

c. Jumlah anggota keluarga

Menurut (BKKBN, 1998) besar keluarga adalah jumlah anggota keluarga yang terdiri dari suami, istri, anak dan anggota keluarga lainnya yang tinggal bersama. Berdasarkan jumlah anggota rumah tangga, besar rumah tangga dikelompokkan menjadi tiga yaitu besar, sedang, dan kecil. Rumah tangga besar adalah rumah tangga dengan jumlah anggota keluarga lebih dari tujuh orang. Rumah tangga sedang adalah rumah tangga dengan jumlah anggota keluarga antara lima sampai tujuh orang, sedangkan rumah tangga kecil dengan jumlah anggota keluarga kurang dari atau sama dengan empat orang.

Menurut penelitian Puspitasari (2016) partisipasi masyarakat dipengaruhi oleh jumlah anggota keluarga, semakin besar jumlah anggota keluarga berarti semakin besar pula jumlah anggota masyarakat berarti semakin besar pula jumlah kebutuhan keluarga yang harus dipenuhi.

3) Manfaat kesehatan seperti keyakinan terhadap pelayanan kesehatan

2.5.2 Faktor Pendukung

Karakteristik ini mencerminkan bahwa meskipun seseorang mempunyai predisposisi untuk menggunakan pelayanan kesehatan, orang tersebut tidak akan bertindak untuk menggunakannya, kecuali bila orang tersebut mampu menggunakannya. Penggunaan pelayanan kesehatan yang ada tergantung kepada kemampuan konsumen untuk membayar. Menurut Anderson (1974), membagi menjadi 2 golongan yaitu:

1) Sumber daya keluarga → pengetahuan tentang informasi pelayanan kesehatan, pendapatan keluarga, dll.

a. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil tahu seseorang terhadap objek atau hasil penginderaan seseorang melalui indera yang dimilikinya, dimana pada waktu penginderaan dengan sendirinya sampai menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek (Herela, T. N, 2018). Apabila penerimaan baru atau adopsi perilaku yang dilalui melalui proses yang didasari oleh pengetahuan, kesadaran, dan sikap yang positif, maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng (*long lasting*) daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Notoatmodjo, 2010:50).

Berdasarkan hasil penelitian tentang kepesertaan BPJS Kesehatan, terdapat hubungan antara pengetahuan dengan kepesertaan BPJS Kesehatan, dimana hasil penelitian menunjukkan bahwa dengan pengetahuan baik memiliki peluang untuk ikut BPJS sebesar 5 kali dibandingkan dengan pengetahuan kurang baik (Prasetyo, 2015:87).

b. Pendapatan

Menurut (Puspitasari, 2016) pendapatan keluarga adalah jumlah penghasilan riil dari seluruh anggota rumah tangga yang digunakan untuk memenuhi kebutuhan bersama maupun perseorangan dalam rumah tangga. Pendapatan yang dihasilkan tiap keluarga berbeda, tergantung pada jenis pekerjaan dan jumlah anggota keluarga yang bekerja.

Terdapat penelitian mengatakan hubungan antara pendapatan keluarga dan pengeluaran untuk pelayanan kesehatan, didapatkan bahwa keluarga dengan pendapatan tinggi memiliki pengeluaran yang lebih besar untuk pelayanan kesehatan (Aulia dan Widiarti, 2016).

2) Sumber daya manusia → akses pada pelayanan kesehatan, dukungan sosial, rasio penduduk terhadap tenaga kesehatan, lokasi pemukiman penduduk, dll.

a. Akses pada pelayanan kesehatan

Suatu pelayanan kesehatan yang baik harus memenuhi kriteria yaitu tersedia di masyarakat (*available*) dan berkesinambungan (*continous*),

dapat diterima, mudah dicapai, mudah dijangkau, dan bermutu. Fasilitas pelayanan kesehatan pada hakikatnya untuk mendukung atau meningkatkan terwujudnya perubahan perilaku kesehatan (Notoatmodjo, 2003).

b. Dukungan sosial

Menurut penelitian Puspitasari (2016) dukungan sosial merupakan sebagai salah satu diantara fungsi pertalian/ikatan sosial, segi fungsionalnya mencakup dukungan emosional, mendorong adanya ungkapan perasaan, memberi nasehat atau informasi, pemberian bantuan material. Dukungan sosial dapat berasal dari pasangan (suami/istri), orang tua, anak, anggota keluarga, teman, tim kesehatan, atasan dan konselor. Dukungan sosial terdiri atas informasi atau nasehat verbal dan atau nonverbal, bantuan nyata atau tindakan yang diberikan oleh keakraban sosial atau didapat karena kehadiran orang tertentu dan mempunyai manfaat emosional atau efek perilaku bagi pihak pertama.

2.5.3 Faktor Kebutuhan

Faktor predisposisi dan faktor yang memungkinkan untuk mencari pengobatan dapat terwujud didalam tindakan apabila itu dirasakan sebagai kebutuhan (Puspitasari, 2016). Dengan kata lain kebutuhan merupakan dasar dan stimulus langsung untuk menggunakan pelayanan kesehatan, kebutuhan disini dibagi menjadi 2 kategori, yaitu:

1) Penilaian individu → persepsi, motivasi, dan niat

a. Persepsi

Persepsi merupakan suatu proses yang dimulai dari penglihatan hingga terbentuk tanggapan yang terjadi dalam individu sehingga individu sadar akan segala sesuatu dalam lingkungannya melalui indera-indera yang dimilikinya, munculnya persepsi akan mempengaruhi minat masyarakat untuk mengikuti Jaminan Kesehatan Nasional katagori peserta Pekerja Bukan Penerima Upah.

Menurut (Sugihartono, 2007:8) persepsi adalah kemampuan otak dalam menerjemahkan stimulus atau proses untuk menerjemahkan stimulus yang masuk ke dalam alat indera manusia. Persepsi manusia

berbeda-beda tiap individu tergantung sudut pandang dalam penginderaan. Cara individu mempersepsikan sesuatu bermacam-macam seperti mempersepsikan sesuatu itu baik atau buruk, positif atau negatif yang membuat hal tersebut mempengaruhi tindakan nyata yang akan dilakukan. Pembentukan persepsi sangat dipengaruhi oleh pemberian informasi pertama kali.

b. Motivasi

Motivasi merupakan proses berkaitan antara usaha dan pemuasan kebutuhan tertentu. Dengan kata lain, motivasi merupakan kesediaan untuk mengarahkan usaha yang tinggi untuk mencapai suatu tujuan. Apabila seseorang termotivasi maka seseorang itu akan berusaha keras untuk melakukan suatu tindakan (Siagian, 2004).

Menurut (Notoatmodjo, 2007:127) persyaratan utama masyarakat untuk berpartisipasi adalah motivasi. Tanpa motivasi masyarakat sulit untuk berpartisipasi disegala program. Timbulnya motivasi harus dari masyarakat itu sendiri dan dari pihak luar hanya mempengaruhi saja.

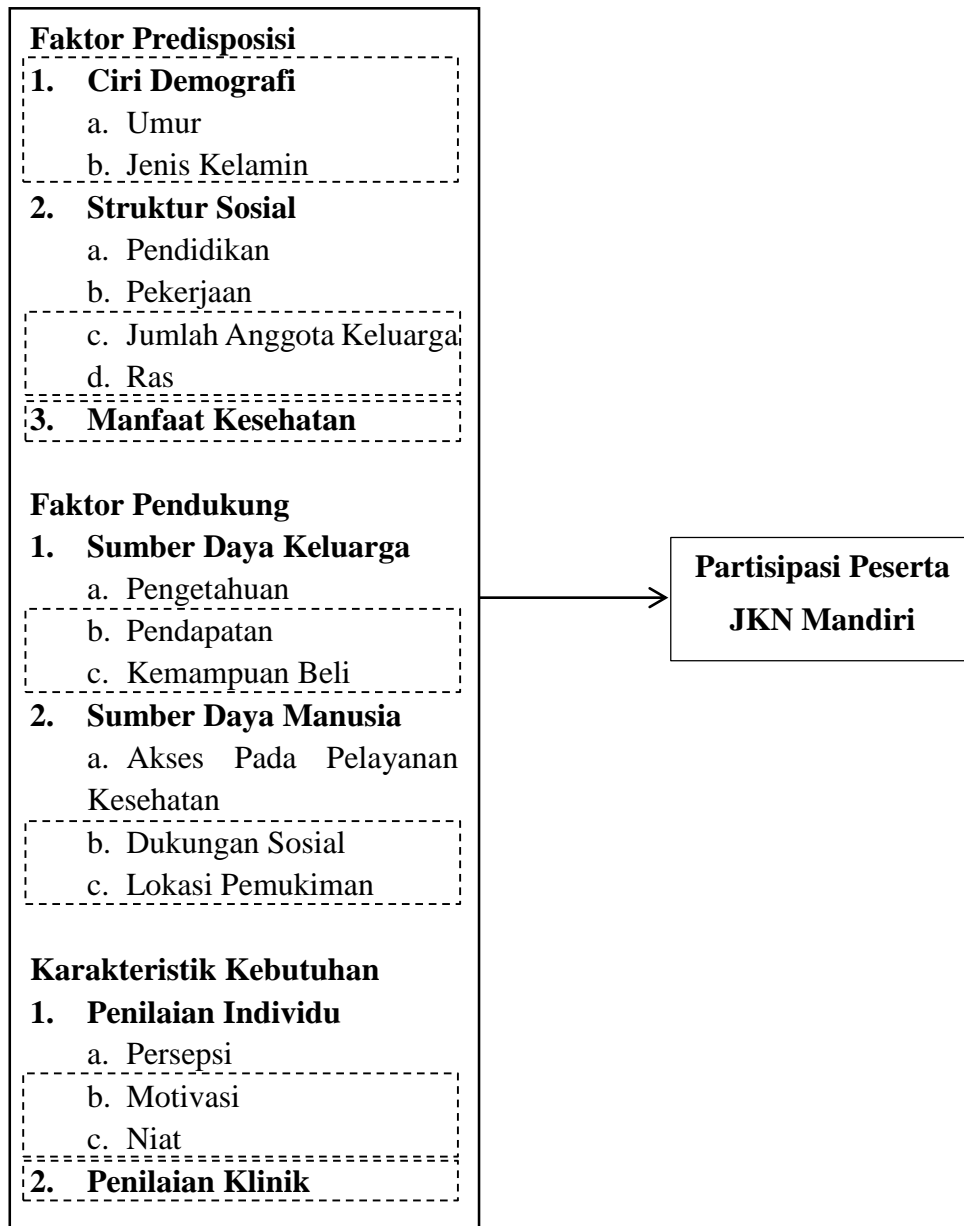
c. Niat

Menurut (Priyoto, 2014:142-143) niat dalam bahasa arab berarti menginginkan sesuatu dan bertekad hati untuk mendapatkannya. Niat merupakan yakin hati untuk melakukan sesuatu dan kuatnya kehendak untuk melakukan suatu hal tanpa ada keraguan. Niat memiliki kedudukan yang penting dalam pengambilan keputusan seseorang untuk mengubah perilaku yang tidak sehat. Menurut para ahli yang meneliti perilaku kesehatan bahwa segala perubahan yang terjadi dilandasi dengan niat terlebih dahulu.

2) Penilaian klinik

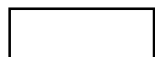
Penilaian klinik merupakan penilaian keadaan sakit didasarkan oleh penilaian petugas atau penilaian beratnya penyakit dari dokter yang merawatnya, yang tercermin antara lain dari hasil pemeriksaan dan penentuan diagnosis penyakit oleh dokter (Ilyas, 2003).

2.6 Kerangka Konsep

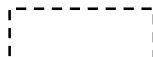


Gambar 2.1 Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan:



= diteliti



= tidak diteliti

Sumber: Modifikasi teori Anderson dalam Puspitasari, Y. (2016)