

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Tinjauan Umum Jaminan Kesehatan Nasional

Menurut Perpres RI nomor 19 Tahun 2016 menjelaskan bahwa jaminan kesehatan adalah perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan, yang diberikan kepada setiap orang yang membayar iuran atau dibiayai oleh pemerintah.

Program Jaminan Kesehatan (JKN) yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Sistem Jaminan Nasional (SJSN) ini diselenggarakan melalui mekanisme asuransi kesehatan nasional, yang bersifat wajib berdasarkan undang-undang nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Nasional, tujuan agar semua penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi, sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang layak.

2.1.1 Prinsip Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

a. Prinsip Gotong Royongan

Gotong royong sesungguhnya sudah menjadi salah satu prinsip dalam hidup bermasyarakat dan juga merupakan salah satu akar dalam kebudayaan kita. Dalam sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), prinsip gotong royong berarti peserta yang mampu membantu peserta yang kurang

mampu, peserta yang sehat membantu peserta yang sakit atau yang beresiko tinggi, dan peserta yang sehat membantu yang sakit. Hal ini terwujud karena kepersertaan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) bersifat wajib untuk seluruh penduduk.

b. Prinsip Nirlaba

Pengelolaan dana amanat oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan adalah nirlaba bukan mencari laba. Sebaliknya, tujuan utama adalah untuk memenuhi sebesar-besarnya kepentingan peserta.

c. Prinsip keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi dan efektivitas.

Prinsip-prinsip manajemen ini mendasari seluruh kegiatan pengelolaan dana yang berasal dari iuran peserta dan hasil pengembangannya.

d. Prinsip Portabilitas

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

e. Prinsip Kepersertaan Bersifat Wajib

Kepersertaan wajib dimaksudkan agar seluruh rakyat menjadi peserta sehingga dapat terlindungi. Meskipun kepersertaan bersifat wajib bagi seluruh rakyat, penerapannya tetap disesuaikan dengan kemampuan ekonomi rakyat dan pemerintah serta kelayakan penyelenggaraan program.

f. Prinsip Dana Amanat

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

g. Prinsip Hasil Pengelolaan Dana Jaminan Sosial

Dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta.

2.1.2. Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) BPJS Kesehatan

1. Pelayanan kesehatan tingkat pertama adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialisik meliputi pelayanan rawat jalan dan rawat inap yang diberikan oleh:
 - a. Puskesmas atau yang setara
 - b. Praktek mandiri dokter
 - c. Praktik dokter gigi
 - d. Klinik pertama atau yang setara termasuk fasilitas kesehatan tingkat pertama milik TNI/Polri
 - e. Rumah sakit kelas D pratama atau yang setara.
 - f. Faskes penunjang Apotik dan laboratorium.
2. Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP)
 - a. Manfaat yang ditanggung
 - 1) Pelayanan promosi kesehatan dan pencegahan (promotif prefentif)
 - a. Penyuluhan kesehatan perorangan
 - b. Imunisasi rutin
 - c. Keluarga Berencana meliputi konseling dan pelayanan kontrasepsi, termasuk vasektomi dan tubektomi bekerjasama dengan BKKBN.
 - d. Skrining riwayat kesehatan dan pelayanan penapisan atau skrining kesehatan tertentu, yang diberikan untuk mendeteksi risiko penyakit dengan metode tertentu atau untuk mendeteksi risiko penyakit dan mencegah dampak lanjutan risiko penyakit tertentu.
 - e. Peningkatan kesehatan bagi peserta penderita penyakit kronis.
 - 2) Pelayanan kuratif dan rehabilitative (pengobatan) mencakup:
 - a. Administrasi pelayanan
 - b. Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi medis
 - c. Tindakan medis non spesialisik, baik operatif maupun non operatif

- d. Pelayanan obat, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai
 - e. Pemeriksaan penunjang diagnostic laboratorium tingkat pratama
- 3) Pemeriksaan, pengobatan dan tindakan pelayanan kesehatan gigi tingkat pertama.
- b. Prosedur pelayanan
- 1) Peserta datang ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) tempat peserta terdaftar dan mengikuti prosedur pelayanan kesehatan, menunjukkan kartu identitas peserta JKN-KIS.
 - 2) Peserta memperoleh pelayanan kesehatan pada FKTP tempat peserta terdaftar.
 - 3) Apabila peserta melakukan kunjungan ke luar domisili karena tujuan tertentu yang bukan merupakan kegiatan yang rutin, atau dalam keadaan kedaruratan medis, peserta dapat mengakses pelayanan RJTP pada FKTP lain yang di luar wilayah FKTP terdaftar, paling banyak 3 (tiga) kali kunjungan dalam waktu maksimal 1 (satu) bulan di FKTP yang sama
 - 4) Setelah mendapatkan pelayanan, peserta menandatangani bukti pelayanan pada lembar bukti pelayanan yang disediakan oleh masing-masing FKTP
 - 5) Atas indikasi medis apabila peserta memerlukan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan, peserta akan dirujuk ke Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, sesuai dengan sistem rujukan berjenjang secara *online*.
3. Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP)
- Manfaat yang ditanggung
1. pendaftaran dan administrasi
 2. akomodasi rawat inap
 3. pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi medis

4. tindakan medis non spesialisik, baik operatif maupun non operatif
 5. pelayanan kebidanan, ibu, bayi dan balita meliputi:
 - a). persalinan pervaginam bukan risiko tinggi
 - b). persalinan dengan komplikasi dan/atau penyulit pervaginam bagi Puskesmas PONED (Pelayanan Obstetri Neonatus Esensial Dasar)
 - c). pertolongan neonatal dengan komplikasi
 6. pelayanan obat dan bahan medis habis pakai
 7. pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pratama
4. Pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan
- Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan adalah upaya pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialisik atau sub spesialisik yang meliputi rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat lanjutan, dan rawat inap di ruang perawatan khusus, yang diberikan oleh:
- a. Klinik utama atau yang setara
 - b. Rumah Sakit Umum baik milik Pemerintah maupun Swasta
 - c. Rumah Sakit Khusus
 - d. Faskes Penunjang: Apotik, Optik dan Laboratorium
5. Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL)
- a. Manfaat yang ditanggung meliputi:
 1. administrasi pelayanan
 2. pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis dasar yang dilakukan di unit gawat darurat
 3. pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi spesialisik
 4. tindakan medis spesialisik, baik bedah maupun non bedah sesuai dengan indikasi medis
 5. pelayanan obat, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai

6. pelayanan penunjang diagnostik lanjutan (laboratorium, radiologi dan penunjang diagnostik lainnya) sesuai dengan indikasi medis
 7. rehabilitasi medis
 8. pelayanan darah
6. Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL)
- a. Manfaat yang ditanggung
 1. perawatan inap non intensif
 2. perawatan inap intensif (ICU, ICCU, NICU, PICU)

2.2 Tinjauan Pustaka Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)

2.2.1 Pengertian

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial atau BPJS merupakan lembaga yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial di Indonesia menurut undang-undang nomor 40 tahun 2004 dan undang-undang nomor 24 tahun 2011. Sesuai undang-undang nomor 40 tahun 2004 tentang sistem jaminan sosial nasional, BPJS merupakan badan hukum nirlaba.

2.2.2. Visi Misi BPJS Kesehatan

Berikut ini merupakan visi misi dari BPJS Kesehatan

1. Visi

Terwujudnya jaminan kesehatan yang berkualitas tanpa diskriminasi
2. Misi
 - 1) Memberi pelayanan terbaik kepada peserta dan masyarakat
 - 2) Memperluas kepersertaan program jaminan kesehatan mencakup seluruh penduduk Indonesia
 - 3) Bersama menjaga kesinambungan finansial program jaminan kesehatan

2.2.3 Landasan Hukum BPJS Kesehatan

BPJS Kesehatan juga memiliki landasan hukum, berikut landasan hukum BPJS Kesehatan:

1. Undang-undang Dasar 1945

2. Undang-undang nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional
3. Undang-undang nomor 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

Dalam pengelolaan BPJS Kesehatan, manajemen berpedoman pada tatakelola yang baik antara lain:

1. Pedoman umum Good Governance BPJS Kesehatan
2. Board manual BPJS Kesehatan
3. Kode Etik BPJS Kesehatan

2.3 Mekanisme Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

2.3.1 Kebersertaan

1. Peserta adalah setiap orang yang membayar iuran (bukan penerima iuran). (UU nomor 40 tahun 2004 pasal 20 ayat 1).
2. Penerima bantuan iuran (PBI) : fakir miskin dan orang tidak mampu, dengan penetapan peserta sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
3. Bukan penerima bantuan iuran (Non PBI), terdiri dari:
 1. Pekerja Penerima upah (PPU)
 - a. PNS
 - b. Anggota TNI
 - c. Anggota Polri
 - d. Pejabat Negara
 - e. Pegawai pemerintah non pegawai negeri
 - f. Pegawai swasta
 - g. Warga negara asing yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 bulan
 2. Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU)
 - a. Pengacara
 - b. Dokter / bidan praktek swasta
 - c. Pedagang
 - d. Petani
 - e. Perternak

3. Bukan Pekerja (BP)
 - a. Investor
 - b. Pemberi kerja
 - c. Pensiunan TNI/Polri
 - d. Veteran
 - e. Perintis kemerdekaan

2.3.2 Pembiayaan

1. Iuran

Iuran jaminan kesehatan adalah sejumlah uang yang dibayarkan secara teratur oleh peserta, pemberi kerja, dan/atau pemerintah untuk program jaminan kesehatan (pasal 16, Perpres nomor 12 Tahun 2013)

2. Pembayaran iuran

- a. Bagi peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan iuran dibayar oleh Pemerintah.
- b. Iuran bagi Peserta Pekerja Penerima Upah yang bekerja pada Lembaga Pemerintahan terdiri dari Pegawai Negeri Sipil, anggota TNI, anggota Polri, pejabat negara, dan pegawai pemerintah non pegawai negeri sebesar 5% (lima persen) dari gaji atau upah per bulan dengan ketentuan: 4% (empat persen) dibayar oleh pemberi kerja dan 1% (satu persen) dibayar oleh peserta.
- c. Iuran bagi Peserta Pekerja Penerima Upah yang bekerja di BUMN, BUMD dan Swasta sebesar 5% (lima persen) dari gaji atau upah per bulan dengan ketentuan: 4% (empat persen) dibayar oleh Pemberi Kerja dan 1% (satu persen) dibayar oleh Peserta.
- d. Iuran untuk keluarga tambahan Pekerja Penerima Upah yang terdiri dari anak ke 4 dan seterusnya, ayah, ibu dan mertua, besaran iuran sebesar sebesar 1% (satu persen) dari dari gaji atau upah per orang per bulan, dibayar oleh pekerja penerima upah.

- e. Iuran bagi kerabat lain dari pekerja penerima upah (seperti saudara kandung/ipar, asisten rumah tangga, dll); peserta pekerja bukan penerima upah serta iuran peserta bukan pekerja adalah sebesar:
- 1) Sebesar Rp. 42.000, (empat puluh dua ribu rupiah) per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III.
 - Khusus untuk kelas III, bulan Juli–Desember 2020, peserta membayar iuran sebesar Rp. 25.500. Sisanya sebesar Rp 16.500 akan dibayar oleh pemerintah sebagai bantuan iuran.
 - Per 1 Januari 2021 iuran peserta kelas III yaitu sebesar Rp 35.000 sementara pemerintah tetap memberikan iuran sebesar Rp 7.000
 - 2) Sebesar Rp. 100.000, (seratus ribu rupiah) per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas II.
 - 3) Sebesar Rp. 150.000, (seratus lima puluh ribu rupiah) per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas I.
- f. Iuran Jaminan Kesehatan bagi Veteran, Perintis Kemerdekaan, dan janda, duda, atau anak yatim piatu dari Veteran atau Perintis Kemerdekaan, iurannya ditetapkan sebesar 5% (lima persen) dari 45% (empat puluh lima persen) gaji pokok Pegawai Negeri Sipil golongan ruang III/a dengan masa kerja 14 (empat belas) tahun per bulan, dibayar oleh Pemerintah.
- g. Pembayaran iuran paling lambat tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan. Tidak ada denda keterlambatan pembayaran iuran terhitung mulai tanggal 1 Juli 2016. Denda dikenakan apabila dalam waktu 45 hari sejak status kepersertaan diaktifkan kembali, peserta yang bersangkutan memperoleh pelayanan rawat inap. Besaran denda pelayanan 2,5% dari biaya diagnose

awal pelayanan kesehatan rawat inap dikalikan dengan jumlah bulan tertunggak dengan ketentuan :

- a. Jumlah tertunggak paling banyak 12 bulan.
- b. Besaran denda paling tinggi Rp 30.000.000
- c. Bagi peserta ppu pembayaran denda pelayanan ditanggung oleh pemberi kerja.

2.4 Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Keikutsertaan Menjadi Peserta BPJS Kesehatan

2.4.1 Pengetahuan

Menurut Soekanto, 2002 dalam (Atipah, 2016) Pengetahuan adalah kesan di dalam pikiran manusia sebagai hasil penggunaan panca inderanya, yang berbeda sekali dengan kepercayaan dan penerangan–penerangannya.

Pengetahuan merupakan hal yang sangat penting bagi terbentuknya keputusan seseorang. Tingkat pengetahuan masyarakat tentang BPJS Kesehatan sangat berpengaruh terhadap keikutsertaan masyarakat dalam mengikuti program JKN. “Pengetahuan merupakan indikator seseorang dalam melakukan tindakan. Jika seseorang didasari dengan pengetahuan yang baik terhadap kesehatan maka seseorang tersebut akan memahami pentingnya menjaga kesehatan” (Arif Hidayat, 2019).

“Pengetahuan adalah hasil ‘tahu’ manusia terhadap sesuatu atau segala perbuatan manusia untuk memahami sesuatu objek yang dihadapinya. Atau hasil usaha manusia untuk memahami suatu objek tertentu” Suryajiyo(2007:26). Pengetahuan atau kognitif adalah domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang, pengetahuan masyarakat mengenai Program Jaminan Kesehatan Nasional akan berpengaruh terhadap minat keikutsertaan Program JKN.

2.4.1.1 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan

Menurut Rahayu (2010), terdapat hal yang mempengaruhi pengetahuan yaitu:

1. Pendidikan

Pendidikan sebuah proses perubahan sikap dan tata laku seseorang atau kelompok dan juga sebagai usaha mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan pelatihan.

2. Pekerjaan

Lingkungan pekerjaan dapat menjadikan seseorang mendapatkan pengalaman dan pengetahuan, baik secara langsung maupun tidak langsung.

3. Pengalaman

Pengalaman merupakan sebuah peristiwa atau kejadian yang pernah dialami oleh seseorang dalam berinteraksi dengan lingkungannya.

4. Usia

Umur seseorang yang bertambah dapat membuat perubahan aspek fisik psikologis dan kejiwaan. Dalam aspek psikologis taraf berfikir seseorang semakin matang dan dewasa.

5. Kebudayaan

Kebudayaan merupakan tempat dimana kita dilahirkan dan dibesarkan yang mempunyai pengaruh yang cukup besar terhadap terbentuknya cara berfikir dan perilaku kita.

6. Minat

Minat merupakan suatu bentuk keinginan dan ketertarikan terhadap sesuatu. Minat menjadikan seseorang untuk mencoba dan menekuni suatu hal dan pada akhirnya dapat diperoleh pengetahuan yang lebih mendalam

7. Media

Contoh media yang didesain secara khusus untuk mencapai masyarakat luas seperti televisi, radio, koran, majalah, dan internet

2.4.1.2 Pengukuran Pengetahuan

“Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menyatakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden” (Notoadmojo, 2012).

2.4.2 Jenis Kelamin

Endang Pujiati, 2004 dalam (Atipah, 2016). Menjelaskan bahwa, wanita lebih aktif dalam menghadapi masalah kesehatan dari pada laki-laki dan lebih tinggi tentunya terhadap system pemeliharaan kesehatan.

Menurut penelitian di Amerika Serikat menunjukkan bahwa kebutuhan terhadap pelayanan kesehatan oleh wanita ternyata lebih tinggi disbanding dengan laki-laki. Hasil ini sesuai dengan dua perkiraan, yakni: (1) wanita mempunyai insidensi penyakit yang lebih tinggi disbanding dengan laki-laki (2) angka kerja wanita lebih rendah maka kesediaan meluangkan waktu untuk mendaftarkan dirinya kedalam program JKN lebih besar dibandingkan laki-laki. Laksono Trisantoro, 2003 (atipah,2016).

2.4.3 Sikap (Attitude)

Sikap adalah reaksi atau respons seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau obyek, manifestasi dari sikap tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Dalam kehidupan sehari-hari sikap merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial. Adnani, 2011 dalam (Atipah, 2016).

Menurut Wirawan,1996 dalam (Atipah, 2016) Sikap adalah kesiapan seseorang untuk bertindak secara tertentu terhadap hal-hal tertentu. Sikap dapat bersifat positif dan juga negatif, dalam sikap positif kecenderungan tindakan adalah mendekati, menyenangkan, dan mengharapkan objek tertentu, sedangkan dalam sikap negatif terdapat kecenderungan untuk menjauhi, menghindari, membenci, tidak menyukai objek tertentu Menurut Wirawan,1996 dalam (Atipah, 2016).

2.4.3.1 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pembentukan Sikap

Faktor-faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap menurut Kristina (2007) yaitu:

1. Pengalaman Pribadi

Apa yang dialami seseorang akan mempengaruhi penghayatan dalam stimulus sosial, tanggapan akan menjadi salah satu dasar dalam pembentukan sikap, untuk dapat memiliki tanggapan dan penghayatan seseorang harus memiliki pengamatan yang berkaitan dengan objek psikologis. Sikap yang diperoleh lewat pengalaman akan menimbulkan pengaruh langsung terhadap perilaku berikutnya.

2. Orang lain

Seseorang akan cenderung memiliki sikap yang disesuaikan atau sejalan dengan sikap yang dimiliki orang yang dianggap berpengaruh antara lain adalah orang tua, teman dekat, teman sebaya.

3. Kebudayaan

Kebudayaan adalah dimana kita hidup akan mempengaruhi pembentukan sikap seseorang.

4. Media Masa

Sebagai sarana komunikasi, berbagai media massa seperti televisi, radio, surat kabar mempunyai pengaruh dalam pesan-pesan yang berisi sugesti yang dapat mengarah pada opini yang kemudian dapat mengakibatkan adanya landasan kognisi sehingga mampu membentuk sikap.

5. Lembaga Pendidikan Dan lembaga Agama

Lembaga pendidikan serta lembaga agama suatu sistem yang mempunyai pengaruh dalam pembentukan sikap, karena keduanya meletakkan dasar, pengertian dan konsep moral dalam diri individu. Pemahaman akan baik dan buruk antara sesuatu yang boleh dan tidak boleh dilakukan yang diperoleh dari pendidikan dan pusat keagamaan.

6. Faktor Emosional

Tidak semua bentuk sikap dilakukan oleh situasi lingkungan dan pengalaman pribadi seseorang. Kadang-kadang bentuk sikap merupakan pernyataan yang didasari oleh emosi, yang berfungsi sebagai semacam penyaluran frustrasi atau pengalihan bentuk mekanisme pertahanan ego. Sikap demikian dapat merupakan sikap yang sementara dan segera berlalu, begitu frustrasi telah hilang, akan tetapi dapat pula merupakan sikap lebih persisten dan bertahan lama.

2.4.3.2 Ciri-Ciri Sikap

Menurut Sunaryo (2013) ciri-ciri sikap antara lain:

1. Sikap tidak dibawa sejak lahir, namun dipelajari dan dibentuk berdasarkan pengalaman dan latihan sepanjang perkembangan individu dalam hubungan dengan objek
2. Sikap dapat berubah-ubah dalam situasi yang memenuhi syarat untuk itu sehingga dapat dipelajari
3. Sikap berdiri sendiri, namun selalu berhubungan dengan objek sikap
4. Sikap dapat tertuju pada suatu objek ataupun dapat tertuju pada sekumpulan atau banyak objek
5. Sikap mengandung faktor perasaan dan motivasi sehingga berbeda dengan pengetahuan

2.4.3.3 Pengukuran Sikap

Menurut Sunaryo (2013) Sikap dalam penerapannya dapat diukur dalam beberapa cara. Secara garis besar pengukuran sikap dibedakan menjadi 2 cara yaitu:

a. Pengukuran Secara langsung

Pengukuran secara langsung dilakukan dengan cara subjek langsung diamati tentang bagaimana sikapnya terhadap sesuatu masalah atau hal yang dihadapkannya. Jenis-jenis pengukuran sikap secara langsung meliputi:

1) Cara pengukuran langsung berstruktur

Cara pengukuran langsung berstruktur dilakukan dengan mengukur sikap melalui pertanyaan yang telah disusun sedemikian rupa dalam suatu instrument yang telah ditentukan, dan langsung diberikan kepada subjek yang diteliti. Instrument pengukuran sikap dapat dilakukan dengan menggunakan skala *Bogardus, Thurston* dan *Likert*.

2) Cara Pengukuran tidak berstruktur

Cara Pengukuran tidak berstruktur merupakan pengukuran sikap yang sederhana dan tidak memerlukan persiapan yang cukup mendalam, seperti mengukur sikap dengan wawancara bebas dan pengamatan langsung atau *survey*.

b. Pengukuran Secara Tidak Langsung

Pengukuran secara tidak langsung adalah pengukuran sikap dengan menggunakan tes. Cara pengukuran sikap yang banyak digunakan adalah skala yang dikembangkan oleh Charles E, Osgood.

2.4.4 Jarak Tempat Pendaftaran JKN

Secara umum jarak adalah letak wilayah (geografis) berhubungan dengan keterjangkauan tempat dan waktu. Keterjangkauan tempat berhubungan dengan tempat dan lokasi sarana pelayanan kesehatan dan tempat tinggal masyarakat dapat diukur dari jarak, waktu dan biaya perjalanan. Tempat tinggal masyarakat dengan pusat pelayanan kesehatan yang diukur dalam radius kilometer. Wibowo, 2010 dalam (Atipah, 2016).

Konsep jarak tempat tinggal merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi perilaku seseorang dalam melakukan suatu kegiatan. Semakin jauh jarak antara tempat tinggal dengan tempat kegiatan akan semakin menurunkan motivasi seseorang dalam melakukan aktivitas. Sebaliknya semakin dekat jarak tempat tinggal dengan tempat kegiatan dapat meningkatkan usaha. Pengaruh jarak tempat tinggal dengan tempat kegiatan tak terlepas dari adanya besarnya biaya yang digunakan dan waktu yang lama. Kaitannya dengan kesadaran masyarakat akan

pentingnya kesehatan masih rendah, sehingga jarak antara rumah tinggal dan tempat pelayanan kesehatan mempengaruhi perilaku mereka Wibowo, 2010 dalam (Atipah, 2016).

Pernyataan di atas disimpulkan bahwa jarak yang semakin jauh maka semakin lama waktu tempuhnya dan semakin mahal biaya angkutannya, tentunya dengan sarana untuk menempuh jarak yang sama penduduk yang tinggal di desa terpencil dengan tidak didukung oleh sarana yang lebih lama dan biaya angkutan semakin mahal sehingga hal ini akan memberikan pertimbangan tersendiri bagi masyarakat yang tidak mampu.

2.4.5 Sosialisasi

Soekanto, 2002 dalam (Atipah, 2016) menerangkan bahwa sosialisasi adalah sebuah proses penanaman atau transfer kebiasaan atau nilai dan aturan dari satu generasi ke generasi lainnya dalam sebuah kelompok atau masyarakat.

2.4.5.1 Bentuk Sosialisasi

Menurut Soekanto, 2002 dalam (Atipah, 2016). Bentuk sosialisasi dibagi menjadi dua yaitu:

1. Sosialisasi primer

Sosialisasi primer merupakan sebagai sosialisasi pertama yang dijalani individu semasa kecil dengan belajar menjadi anggota masyarakat (keluarga). Sosialisasi primer berlangsung saat anak berusia 1-5 tahun atau saat anak belum masuk ke sekolah. Anak mulai mengenal anggota keluarga dan lingkungan keluarga. Secara bertahap dia mulai mampu membedakan dirinya dengan orang lain di sekitar keluarganya. Dalam tahap ini, peran orang-orang yang terdekat dengan anak menjadi sangat penting sebab seorang anak melakukan pola interaksi secara terbatas di dalamnya. Warna kepribadian anak akan sangat ditentukan oleh warna kepribadian dan interaksi yang terjadi antara anak dengan anggota keluarga terdekatnya.

2. Sosialisasi sekunder

Seseorang diberi suatu identitas diri yang baru. Sedangkan dalam proses desosialisasi, seseorang mengalami 'pencabutan' identitas diri yang lama. Sosialisasi sekunder adalah suatu proses sosialisasi lanjutan setelah sosialisasi primer yang memperkenalkan individu ke dalam kelompok tertentu dalam masyarakat. Salah satu bentuknya adalah resosialisasi dan desosialisasi. Dalam proses resosialisasi, seseorang diberi suatu identitas diri yang baru. Sedangkan dalam proses desosialisasi, seseorang mengalami 'pencabutan' identitas diri yang lama.

2.4.6 Minat

Minat dalam kamus besar Bahasa Indonesia diartikan sebagai sebuah kecenderungan hati yang tinggi terhadap sesuatu gairah atau keinginan. 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 sector rasional analisis, sedang perasaan yang bersifat halus/tajam lebih mendampakan kebutuhan. Sedangkan akal berfungsi sebagai pengingat fikiran dan perasaan dalam koordinasi yang harmonis, agar kehendak bisa diatur sebaik-bainya" Fauzi Muhammad (1995:80).

2.4.6.1 Macam-macam Minat

Fauzi Muhammad (1995:125) minat terbagi menjadi tiga yaitu :

1. Berdasarkan timbulnya, minat dapat dibedakan menjadi minat primitive dan minat kultural. Minat primitif adalah minat yang timbul karena kebutuhan biologis atau jaringan-jaringan tubuh, misalnya kebutuhan akan makanan. Sedangkan minat kultural adalah minat yang timbul karena proses belajar.
2. Berdasarkan arahnya, minat dapat dibedakan menjadi minat intrinsik dan ekstrinsik. Minat intrinsik adalah minat yang langsung berhubungan dengan aktivitas itu sendiri, ini merupakan minat yang lebih mendasar

atau asli. Minat ekstrinsik adalah minat yang berhubungan dengan tujuan akhir dari kegiatan tersebut.

3. Berdasarkan cara mengungkapkan, minat dapat dibedakan menjadi empat yaitu:

A. *Expressed Interest*

Minat yang diungkapkan dengan cara meminta kepada subyek untuk menyatakan atau menuliskan semua kegiatan, baik yang disenangi maupun yang paling tidak disenangi.

B. *Manifes Interest*

Minat yang diungkapkan dengan cara mengobservasi atau melakukan pengamatan secara langsung terhadap aktivitas yang dilakukan subyek atau dengan mengetahui hobinya.

C. *Tested Interest*

Minat yang diungkapkan dengan cara menyimpulkan hasil jawaban tes obyektif yang ada.

D. *Inventoried Interest*

Minat yang diungkapkan dengan cara menggunakan alat-alat yang sudah distandarkan, berisi pertanyaan-pertanyaan kepada subyek.

2.4.6.2 Fungsi Minat

Fauzi Muhammad (1995:129) fungsi minat terbagi menjadi empat yaitu:

1. Minat mempengaruhi intensitas cita-cita.
2. Minat sebagai tenaga pendorong yang kuat.
3. Prestasi selalu dipengaruhi jenis dan intensitas minat.
4. Minat yang terbentuk seumur hidup membawa kepuasan.

Dengan begitu minat dikatakan sebagai dorongan yang kuat bagi seseorang melakukan sesuatu untuk mencapai tujuannya yang menjadi cita-cita sebagai keinginan pribadi seseorang, disamping itu terdapat faktor yang timbul yaitu faktor internal dan eksternal. Dari hal tersebut minat yang besar menjadikan seseorang sebagai modal untuk membangkitkan semangat untuk melakukan

kegiatan yang diminati dalam fokus penelitian minat mengikuti program BPJS kesehatan.

2.4.7 Pembiayaan Kesehatan

Menurut Laksono Trisnantoro, 2005 dalam (Atipah, 2016) pembiayaan kesehatan adalah besarnya dana yang harus disediakan untuk menyelenggarakan dan atau memanfaatkan berbagai upaya kesehatan yang diperlukan oleh perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat.

2.4.7.1 Macam-Macam Biaya Pembiayaan Kesehatan

Menurut Laksono Trisnantoro, 2005 dalam (Atipah, 2016) pembiayaan kesehatan terbagi menjadi dua yaitu :

1. Penyedia Pelayanan Kesehatan

Biaya kesehatan dari sudut penyedia pelayanan (*health provider*) adalah besarnya dana yang harus disediakan untuk dapat menyelenggarakan upaya kesehatan. Dengan pengertian yang seperti ini tampak bahwa kesehatan dari sudut penyedia pelayanan adalah persoalan utama pemerintah dan atau pun pihak swasta, yakni pihak-pihak yang akan menyelenggarakan upaya kesehatan.

2. Pemakai Jasa Pelayanan

Biaya kesehatan dari sudut pemakai jasa pelayanan (*health consumer*) adalah besarnya dana yang harus disediakan untuk dapat memanfaatkan jasa pelayanan. Berbeda dengan pengertian pertama, maka biaya kesehatan di sini menjadi persoalan utama para pemakai jasa pelayanan. Dalam batas-batas tertentu, pemerintah juga turut mempersoalkannya, yakni dalam rangka terjaminnya pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang membutuhkannya.

2.4.7.2 Sumber Biaya Kesehatan

Menurut Laksono Trisnantoro, 2005 dalam (Atipah, 2016) Secara umum sumber biaya kesehatan dapat dibedakan sebagai berikut :

1. Bersumber dari anggaran pemerintah

Pada sistem ini, biaya dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan sepenuhnya ditanggung oleh pemerintah. Pelayanannya diberikan secara cuma-cuma oleh

pemerintah sehingga sangat jarang penyelenggaraan pelayanan kesehatan disediakan oleh pihak swasta. Untuk negara yang kondisi keuangannya belum baik, sistem ini sulit dilaksanakan karena memerlukan dana yang sangat besar. Contohnya dana dari pemerintah pusat dan provinsi.

2. Bersumber dari anggaran masyarakat

Dapat berasal dari individual ataupun perusahaan. Sistem ini mengharapkan agar masyarakat (swasta) berperan aktif secara mandiri dalam penyelenggaraan maupun pemanfaatannya. Hal ini memberikan dampak adanya pelayanan-pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh pihak swasta, dengan fasilitas dan penggunaan alat-alat berteknologi tinggi disertai peningkatan biaya pemanfaatan atau penggunaannya oleh pihak pemakai jasa layanan kesehatan tersebut. Contohnya CSR atau *Corporate Social Responsibility*) dan pengeluaran rumah tangga baik yang dibayarkan tunai atau melalui sistem asuransi.

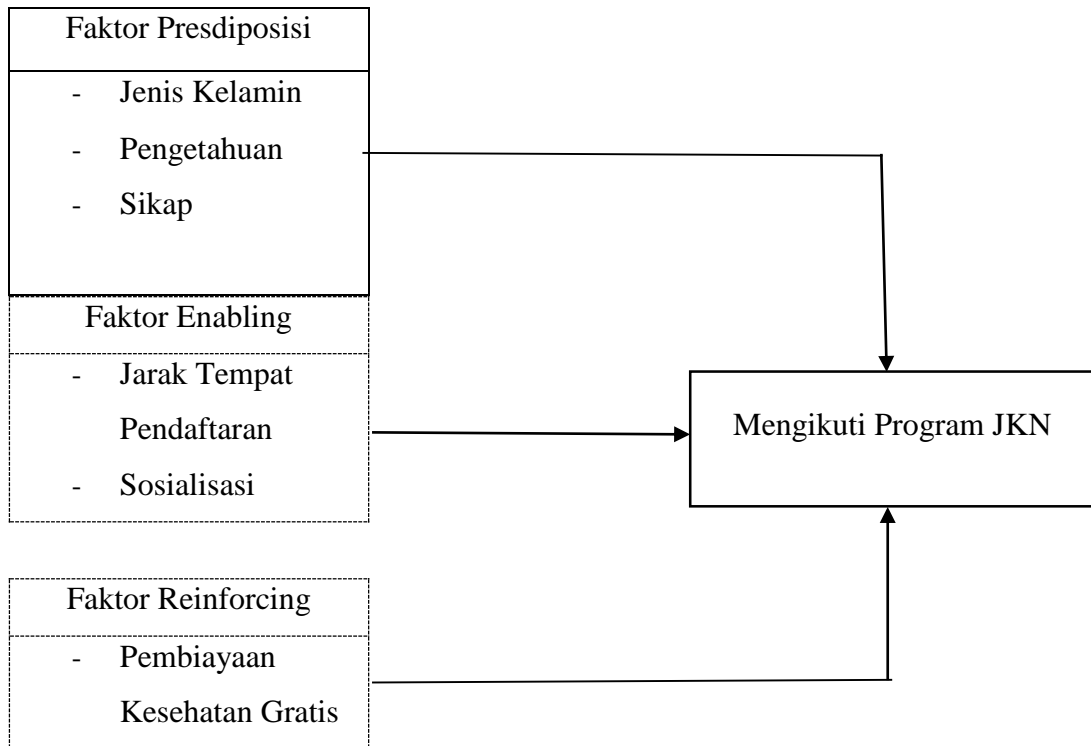
3. Bantuan biaya dari dalam dan luar negeri

Sumber pembiayaan kesehatan, khususnya untuk penatalaksanaan penyakit-penyakit tertentu cukup sering diperoleh dari bantuan biaya pihak lain, misalnya oleh organisasi sosial ataupun pemerintah negara lain. Misalnya bantuan dana dari luar negeri untuk penanganan HIV dan virus H5N1 yang diberikan oleh WHO kepada negara-negara berkembang termasuk Indonesia.

4. Gabungan anggaran pemerintah dan masyarakat

Sistem ini banyak diadopsi oleh negara-negara di dunia karena dapat mengakomodasi kelemahan-kelemahan yang timbul pada sumber pembiayaan kesehatan sebelumnya. Tingginya biaya kesehatan yang dibutuhkan ditanggung sebagian oleh pemerintah dengan menyediakan layanan kesehatan bersubsidi. Sistem ini juga menuntut peran serta masyarakat dalam memenuhi biaya kesehatan yang dibutuhkan dengan mengeluarkan biaya tambahan.

2.4 Kerangka Konseptual



Gambar 2.1 Kerangka Teori Andersen (1968:57) dan Sarafino (1990:160)

Keterangan

= Variabel yang diteliti

= Variabel yang tidak diteliti

Gambar 2.1 : Kerangka Konsep

Berdasarkan gambar 2.1 menerangkan bahwa dalam mengikuti program BPJS Kesehatan terdapat variabel jenis kelamin, pengetahuan, sikap, perilaku, jarak tempat pendaftaran, sosialisasi, pembiayaan kesehatan gratis didalam penelitian ini saya akan meneliti tentang jenis kelamin, pengetahuan, sikap dan perilaku.