

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Amanat Pasal 28-H dan Pasal 34 UUD 1945, Program Negara wajib memberikan kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Dengan UU dibentuk BPJS yang secara operasional ada 2(dua) yaitu BPJS Kesehatan (Jaminan Kesehatan) dan BPJS Ketenagakerjaan (Jaminan Keselamatan Kerja, Jaminan Hari Tua, Jaminan Pensiun, Jaminan Kematian).⁸

Jaminan Kesehatan 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 atau iurannya dibayar oleh pemerintah.⁹ Berdasarkan pasal 2 Perpres 12/2013,^{10,11} peserta Jaminan Kesehatan meliputi:

- **PBI Jaminan Kesehatan**

Peserta PBI Jaminan Kesehatan orang yang tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu. Penetapan Peserta PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

- **Bukan PBI Jaminan Kesehatan.**

Peserta bukan PBI Jaminan Kesehatan merupakan Peserta yang tidak tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu yang terdiri atas:pekerja penerima

upah dan anggota keluarganya, pekerja bukan penerima upah dan anggota keluarganya, dan bukan pekerja dan anggota.^{12,13}

Capaian penduduk yang memiliki jaminan kesehatan di Indonesia tahun 2012 mencapai 64,58% dan targetnya adalah 80,10%. Untuk Wilayah Jawa Tengah dengan jumlah penduduk 32.382.657 capaian penduduk yang memiliki Jaminan Kesehatan adalah sebesar 17.097.750 (52,8%) dengan rincian Jamkesmas 14.150.983, Askes Sosial 2.047.571, TNI/POLRI 681.223, Integrasi Jamkesda 43.504.^{11,14}

2.2 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)

Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 juga menetapkan, Jaminan Sosial Nasional akan diselenggarakan oleh BPJS, yang terdiri atas BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Khusus untuk Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) diselenggarakan oleh BPJS kesehatan yang implementasinya dimulai 1 Januari 2014. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Sosial.^{11,13,15}

Peserta program BPJS Kesehatan digolongkan ke dalam tiga golongan sesuai dengan besarnya tarif yang dipilih, yaitu golongan pertama untuk peserta dengan besarnya tarif iuran sebesar Rp 59.500,-, golongan kedua untuk peserta dengan besarnya tarif iuran sebesar Rp 42.500,-, dan golongan ketiga untuk peserta dengan besarnya tarif iuran sebesar Rp 25.500,-. Besarnya iuran yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan akan sangat mempengaruhi keberlangsungan program tersebut.^{11,15,16}



Gambar 1. Peta Sebaran Fasilitas Kesehatan BPJS Kota Semarang

Gambar 1. merupakan sebaran rumah sakit penerima BPJS Kesehatan di Kota Semarang. Sebaran rumah sakit terbanyak berada di Kecamatan Semarang Selatan dengan 4 unit. Sebaran puskesmas terbanyak berada di Kecamatan Semarang Barat dengan 5 unit, setiap kecamatan memiliki paling sedikit 1 unit puskesmas.¹⁷

Dengan luas wilayah sebesar 373,67 km², Kota Semarang terbagi dalam 16 kecamatan dan 177 kelurahan. Jumlah penduduk Kota Semarang menurut Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil Kota Semarang sampai dengan akhir Desember tahun 2014 sebesar : 1.575.068 jiwa, sedangkan untuk peserta BPJS Kesehatan di Kota Semarang yang didapat dari BPJS Kesehatan terdapat

sebanyak 773.358 jiwa, atau sekitar 49,10% dari jumlah keseluruhan penduduk Kota Semarang.¹⁷

2.3 Pelayanan Kesehatan Primer

Pelayanan kesehatan menurut Depkes RI adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama–sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembunyikan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat.¹⁸

Pelayanan kesehatan perorangan primer adalah pelayanan kesehatan dimana terjadi kontak pertama secara perorangan sebagai proses awal pelayanan kesehatan. Berdasarkan Permenkes No 71 Tahun 2013, pelayanan kesehatan tingkat primer ini terdiri dari puskesmas atau yang setara, praktik dokter, praktik dokter gigi, klinik pratama atau yang setara, dan Rumah sakit Kelas D Pratama.¹⁵

2.4 Puskesmas

Puskesmas adalah unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota yang bertanggungjawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja dan merupakan ujung tombak pelayanan kesehatan pemerintah yang berfungsi memberikan pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat.¹⁹ Sebagai sarana pelayanan kesehatan tingkat pertama di Indonesia, pengelolaan program kerja puskesmas berpedoman pada 4 asas pokok yaitu, asas pertanggungjawaban wilayah, asas peran serta masyarakat, asas keterpaduan dan asas rujukan.^{20,21}

2.5 Perilaku Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Andersen dalam Notoatmodjo mendeskripsikan model sistem kesehatan merupakan suatu model kepercayaan kesehatan yang disebut sebagai model perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan (*behaviour model of health serviceutilization*).²² Andersen mengelompokkan faktor determinan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan ke dalam tiga kategori utama, yaitu :

a. Karakteristik predisposisi (*Predisposing Characteristics*)

Karakteristik ini digolongkan ke dalam tiga kelompok :

- Ciri-ciri demografi, seperti : jenis kelamin, umur, dan status perkawinan.
- Struktur sosial dan ekonomi , seperti : tingkat pendidikan, pekerjaan, pendapatan
- Kepercayaan kesehatan (*health belief*)

b. Karakteristik kemampuan (*Enabling Characteristics*)

Andersen membaginya ke dalam 2 golongan, yaitu :

- Sumber daya keluarga, seperti : keikutsertaan dalam asuransi kesehatan, kemampuan membeli jasa, dan pengetahuan tentang informasi pelayanan kesehatan yang dibutuhkan.
- Sumber daya masyarakat, seperti : jumlah sarana pelayanan kesehatan yang ada, jumlah tenaga kesehatan yang tersedia dalam wilayah tersebut, rasio penduduk terhadap tenaga kesehatan, dan lokasi pemukiman penduduk.

c. Karakteristik kebutuhan (*Need Characteristics*)

Karakteristik kebutuhan merupakan komponen yang paling langsung berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan.

Menurut Bloom, perilaku kesehatan itu di bagi dalam tiga domain (ranah/kawasan), yang terdiri dari ranah pengetahuan (*knowlegde*), ranah sikap (*attitude*), dan ranah tindakan (*practice*). Pengetahuan adalah hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Tanpa pengetahuan seseorang tidak mempunyai dasar untuk mengambil keputusan dan menentukan tindakan terhadap masalah yang dihadapi. Pengetahuan dapat diperoleh dari pengalaman langsung atau orang lain yang sampai kepada seseorang.²³

Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang :

- a. Faktor Internal : faktor dari dalam diri sendiri, misalnya intelegensia, minat, kondisi fisik.
- b. Faktor Eksternal : faktor dari luar diri, misalnya keluarga, masyarakat, sarana.
- c. Faktor pendekatan belajar : faktor upaya belajar, misalnya strategi dan metode dalam pembelajaran. Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden. Pengetahuan dapat diperoleh melalui proses belajar yang didapat dari pendidikan.²³ Menurut Green dalam Notoatmodjo, pengetahuan menjadi salah satu faktor predisposisi yang mempengaruhi perilaku seseorang atau masyarakat terhadap kesehatan. Jika masyarakat tahu apa saja

pelayanan puskesmas, maka kemungkinan masyarakat akan menggunakan fasilitas kesehatan juga akan berubah seiring dengan pengetahuan seperti apa yang diketahuinya.²²

Perbedaan pemanfaatan pelayanan kesehatan seperti puskesmas, rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan yang lain juga disebabkan sikap atau persepsi dan konsep masyarakat sendiri tentang sakit⁽⁵³⁾. Persepsi sakit merupakan pengalaman yang dihasilkan melalui pancaindra. Setiap orang mempunyai persepsi yang berbeda meskipun mengamati objek yang sama. Green dalam Notoatmodjo menyebutkan bahwa persepsi berhubungan dengan motivasi individu untuk melakukan kegiatan, bila persepsi seseorang telah benar tentang sakit maka ia cenderung memanfaatkan pelayanan kesehatan bila mengalami sakit.²³

Pelayanan kesehatan didirikan berdasarkan asumsi bahwa masyarakat membutuhkannya. Namun kenyataannya masyarakat baru mau mencari pengobatan atau pelayanan kesehatan setelah benar-benar tidak dapat berbuat apa-apa. Hal ini bukan berarti mereka harus mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas kesehatan modern (puskesmas dan sebagainya) tetapi juga ke fasilitas pengobatan tradisional (dukun dan sebagainya) yang kadang-kadang menjadi pilihan masyarakat yang pertama. Itulah sebab rendahnya penggunaan puskesmas atau tidak digunakannya fasilitas-fasilitas pengobatan modern seperti puskesmas dengan ruang rawat inap²⁴

Hasil penelitian oleh Ni Putu S. Fratika yang berjudul tentang hubungan antara tingkat pengetahuan dan sikap masyarakat Kelurahan Imandi dengan

tindakan pemanfaatan Puskesmas Imandi, menggunakan Uji *Chi Square* diperoleh bahwa ada hubungan antara pengetahuan dengan tindakan pemanfaatan puskesmas.²⁵ Hal tersebut didukung oleh pendapat Tombi²⁶ bahwa ada hubungan yang bernakna antara pengetahuan dan sikap masyarakat Kelurahan Sindulang 1 dengan pemanfaatan Puskesmas Tuminting. Didukung juga oleh penelitian Wulansari di Kelurahan Bungangan Kecamatan Semarang Timur pada pola pemanfaatan Jamkesmas pada masyarakat menunjukkan rendahnya pengetahuan masyarakat tentang fungsi dan prosedur Jamkesmas dikarenakan masyarakat menganggap bahwa program Jamkesmas hanya akan mempersulit masyarakat miskin ketika ingin mendapatkan layanan kesehatan di Puskesmas maupun di Rumah Sakit.²⁷

Menurut pendapat beberapa ahli, perilaku kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan dan penilaian terhadap objek kesehatan, selain itu perilaku kesehatan individu ditentukan juga oleh adanya orang lain yang dijadikan referensi serta sumber daya yang dapat mendukung perilaku seperti biaya, waktu dan tenaga. Hal ini mengandung makna bahwa sikap seseorang tidak hanya dipengaruhi oleh social ekonomi saja tetapi juga oleh faktor-faktor yang lain seperti informasi, lingkungan dan termasuk pula kualitas interaksi sosial mereka di masyarakat.²⁵

Adapun hasil penelitian Maabuat mengenai hubungan antara pengetahuan dan tingkat pendidikan dengan tingkat kepuasan pasien jaminan kesehatan masyarakat di Puskesmas Wowonasa kecamatan Singkil Manado menunjukkan bahwa 70,6% responden berpengetahuan baik tentang Jamkesmas akan cenderung

memanfaatkan pelayanan kesehatan dari puskesmas dengan baik, sedangkan sebanyak 29,4% responden berpendidikan yang kurang baik tentang Jamkesmas akan membuat kurangnya pemanfaatan pelayanan kesehatan di puskesmas. Berdasarkan analisis menunjukkan hasil bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan dengan tingkat kepuasan pasien Jamkesmas di Puskesmas Wawonasa kota Manado.²⁸ Hal tersebut didukung oleh penelitian Tiomarni tentang Pengaruh Faktor Sosiodemografi, Sosioekonomi dan Kebutuhan terhadap Perilaku Masyarakat dalam Pencarian Pengobatan di Kecamatan Medan Kota, menunjukkan bahwa penduduk Kecamatan Medan Kota yang mempunyai sosiodemografi yang baik, yaitu tingkat pendidikan tinggi (Diploma dan Sarjana), pengetahuan yang baik tentang kesehatan serta mempunyai sikap yang positif tentang kesehatan mencari pengobatan dengan kategori baik pada saat menderita suatu penyakit atau gangguan kesehatan, yaitu dengan cara berobat ke pelayanan kesehatan seperti puskesmas, rumah sakit balai pengobatan atau praktek dokter.⁴

Dari penelitian Purwono di Kabupaten Kulon Progo, menunjukkan bahwa variabel yang berpengaruh pada penentuan pemilihan pengobatan adalah pendidikan, jarak, status ekonomi dan kebutuhan, yang mana variabel kebutuhan merupakan faktor yang paling berpengaruh dalam penentuan pemilihan pengobatan.²⁹ Dari penelitian oleh Muhammad Husin yang menganalisis Determinan Perilaku Masyarakat dalam Pencarian Pengobatan di Desa Sukarami Kecamatan Kikim Barat Kabupaten Lahat Tahun 2014, dapat disimpulkan bahwa faktor yang berhubungan dengan perilaku pencarian pengobatan adalah pendidikan, pendapatan, pengetahuan, jarak, mutu pelayanan.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Noviansyah, dkk, menyatakan bahwa persepsi masyarakat terhadap Program Jaminan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin (PJKMM) dipengaruhi oleh beberapa faktor. Faktor internal (personal) yaitu pendidikan, pengetahuan, pengalaman dan motivasi. Pengetahuan menunjukkan hubungan yang signifikan dengan persepsi masyarakat terhadap PJKMM, semakin baik pengetahuan yang dimiliki semakin positif persepsinya. Hasil penelitian Noviansyah memperkuat penelitian Siyoto, bahwa persepsi masyarakat terhadap program JPKM dipengaruhi oleh pengetahuan yang dimiliki. Hasil penelitian Noviansyah dan Siyoto juga mendukung hasil penelitian Widwiono, bahwa ada hubungan antara pengetahuan dengan persepsi masyarakat terhadap program dana sehat. Faktor eksternal (situasional) berupa proses sosialisasi meliputi sumber dan media informasi berhubungan dengan pembentukan persepsi masyarakat terhadap PJKMM.³⁰

2.6 Tingkat Pendidikan

Undang-Undang Dasar 1945 dengan tegas telah mengatur pentingnya pendidikan bagi warga negara Republik Indonesia. Amanat undang-undang ini jelas menggambarkan bahwa pendidikan itu memiliki manfaat yang cukup besar sehingga menjadi hak setiap warga negara untuk mendapatkannya dan menjadi kewajiban bagi negara untuk menyelenggarakannya.

Menurut Notoatmodjo, pendidikan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang. Pendidikan dapat mempengaruhi seseorang termasuk juga perilaku seseorang akan pola hidup, terutama dalam

memotivasi sikap berperan serta dalam perkembangan kesehatan. Semakin tinggi tingkat pendidikan, seseorang semakin mudah menerima informasi sehingga semakin banyak pengetahuan yang dimiliki.²² Pendidikan ialah segala usaha yang dilakukan dengan sadar, dengan tujuan untuk mengubah tingkah laku manusia ke arah yang baik/diharapkan. Perubahan yang ingin dicapai melalui proses pendidikan pada dasarnya adalah perubahan pola tingkah laku.³¹

Peserta belum mengetahui tentang informasi persyaratan menjadi peserta BPJS Kesehatan. Faktor yang mempengaruhi tentang kurangnya informasi adalah kurangnya pengetahuan masyarakat dikarenakan minimnya sosialisasi tentang tata cara menjadi peserta BPJS Kesehatan.³² Kemampuan lain pada manusia yang terkait pada teori kognitif adalah kemampuan belajar, yaitu kemampuan untuk belajar dari sumber lain tanpa harus memiliki pengalaman secara langsung.³³

Tingkatan pendidikan menurut Undang-Undang No 20 Tahun 2003 :³⁴

1. Pendidikan dasar/rendah (Tidak sekolah, SD-SMP/MTs)
2. Pendidikan Menengah (SMA/SMK)
3. Pendidikan Tinggi (Diploma-Strata).

2.7 Tingkat Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil pengindraan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indra yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan sebagainya).³⁵ Pengetahuan seorang individu erat kaitannya dengan perilaku yang akan diambilnya, karena dengan pengetahuan tersebut ia memiliki alasan dan landasan untuk menentukan suatu pilihan.^{28,36} Pengetahuan sangat erat hubungannya dengan pendidikan, dimana diharapkan bahwa dengan pendidikan

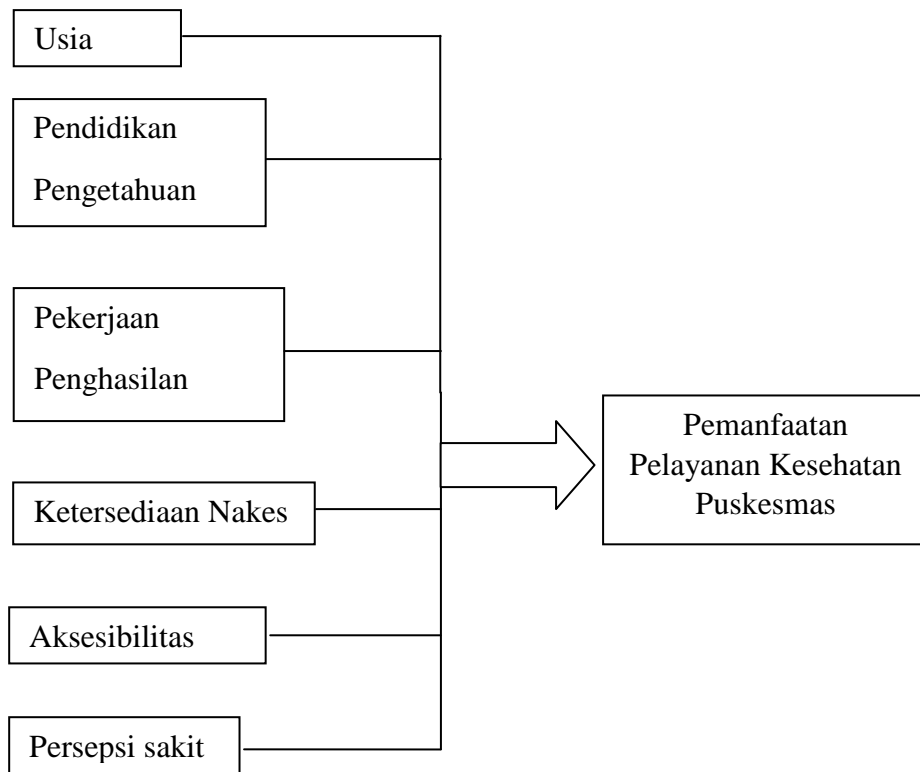
yang tinggi maka orang tersebut akan semakin luas pula pengetahuannya. Akan tetapi perlu ditekankan bukan berarti seseorang berpendidikan rendah mutlak berpengetahuan rendah pula. Hal ini mengingat bahwa peningkatan pengetahuan tidak mutlak diperoleh dari pendidikan formal saja, akan tetapi dapat diperoleh dari pendidikan non formal.^{23,37} Pengetahuan masyarakat tentang program BPJS masih kurang dibuktikan dengan banyaknya masyarakat peserta BPJS PBI yang tidak tahu dimana tempat FKTP peserta terdaftar.¹⁶

Pengetahuan seseorang menurut Arikunto dapat diinterpretasikan :

1. Tinggi : Hasil presentase 76%-100%
2. Sedang : Hasil presentase 56% -75%
3. Rendah : Hasil presentase < 56%

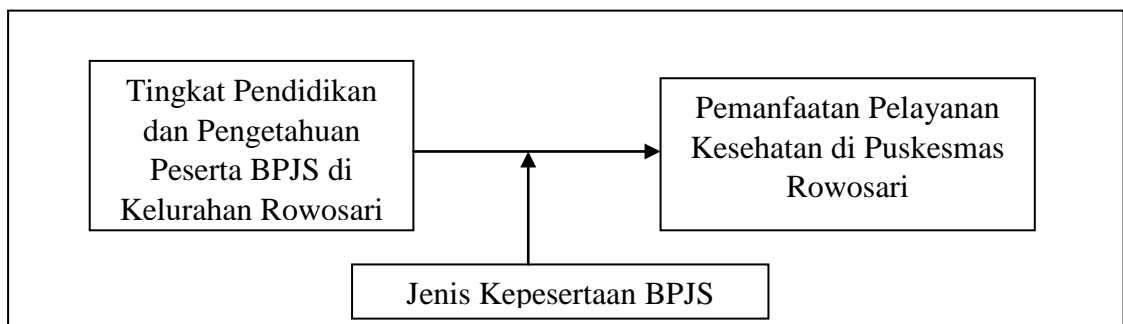
2.8 Kerangka Teori

Perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan primer oleh peserta BPJS di Puskesmas Rowosari, Kecamatan Tembalang sebagai fokus penelitian ini mengacu kepada teori pola pencarian pengobatan yang dikemukakan oleh Andersen dalam Muzaham yang secara umum mencakup seluruh aspek, maka dalam penelitian ini difokuskan pada aspek pendidikan dan pengetahuan.



Gambar 2. Kerangka Teori

2.9 Kerangka Konsep



Gambar 3. Kerangka konsep

2.10 Hipotesis

2.10.1 Hipotesis Mayor

Terdapat hubungan antara pendidikan dan pengetahuan peserta BPJS di Kelurahan Rowosari dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas Rowosari, Kecamatan Tembalang

2.10.2 Hipotesis Minor

1. Terdapat hubungan pendidikan peserta BPJS di Kelurahan Rowosari dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Rowosari
2. Terdapat hubungan pengetahuan peserta BPJS di Kelurahan Rowosari dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Rowosari