

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Pelayanan Kesehatan

1. Pengertian

Berdasarkan pendapat Levey dan Lomba (1973) dalam (Azwar, 2010), pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan perorangan atau secara berkelompok dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok ataupun masyarakat.

2. Stratifikasi Pelayanan Kesehatan,

Strata pelayanan kesehatan yang dianut oleh setiap negara itu berbeda, namun secara umum menurut (Azwar, 2010) strata dapat dikelompokkan menjadi tiga macam yakni:

a. Pelayanan kesehatan tingkat pertama (*Primary Health Services*)

Pelayanan kesehatan tingkat pertama adalah pelayanan kesehatan yang bersifat pokok (*basic health services*) dan sangat dibutuhkan oleh mayoritas masyarakat serta mempunyai nilai strategis untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Pada umumnya pelayanan kesehatan tingkat pertama ini bersifat pelayanan rawat jalan (*ambulatory/out patient services*).

b. Pelayanan kesehatan tingkat kedua (*Secondary Health Services*)

Pelayanan kesehatan tingkat kedua adalah pelayanan kesehatan lanjutan dan sudah bersifat rawat inap (*in patient services*) serta untuk menyelenggarakannya dibutuhkan tersedianya tenaga-tenaga spesialis.

c. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga (*Tertiary Health Services*)

Pelayanan kesehatan tingkat ketiga adalah pelayanan kesehatan yang bersifat lebih kompleks dan umumnya diselenggarakan oleh tenaga-tenaga subspesialis.

3. Tingkat Pelayanan Kesehatan

Menurut Hidayat (2008) dalam (Setyawan, 2019), pelayanan kesehatan berdasarkan tingkat pelayanannya dapat dibedakan menjadi:

a. Promosi Kesehatan (*Health Promotion*)

Promosi kesehatan merupakan tingkat kesehatan pertama dalam memberikan pelayanan melalui upaya peningkatan kesehatan. Tindakan ini bertujuan untuk meningkatkan status kesehatan agar masyarakat yang menjadi sasarannya tidak terjadi gangguan kesehatan. Promosi kesehatan meliputi kebersihan perseorangan, perbaikan sanitasi lingkungan, layanan prenatal, layanan lansia dan semua kegiatan yang berhubungan dengan peningkatan status kesehatan baik individu ataupun masyarakat.

b. Perlindungan Khusus (*Specific Protection*)

Perlindungan khusus dilakukan untuk melindungi masyarakat dari bahaya yang akan menyebabkan penurunan status kesehatan atau

bentuk perlindungan terhadap penyakit-penyakit tertentu yang mengancam kesehatan individu atau masyarakat. Tindakan kesehatan yang termasuk dalam perlindungan khusus ini adalah pemberian imunisasi yang digunakan untuk perlindungan pada penyakit tertentu seperti imunisasi BCG, DPT Hepatitis campak dan lain-lain. Pelayanan perlindungan keselamatan kerja dimana pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seseorang yang bekerja ditempat yang memiliki risiko tinggi seperti kerja di bagian produksi bahan kimia.

c. *Diagnosis Dini dan Pengobatan Segera (Early Diagnosis and Prompt Treatment)*

Tingkat pelayanan kesehatan ini merupakan tindakan yang dilakukan apabila timbulnya gejala dari suatu penyakit. Tingkat pelayanan ini dilaksanakan untuk mencegah meluasnya atau terjadinya penyebaran penyakit. Bentuk tindakan dari tingkat pelayanan kesehatan ini dapat berupa kegiatan dalam rangka survei pencarian kasus baik secara individu maupun masyarakat, survei penyaringan kasus serta pencegahan terhadap meluasnya kasus.

d. *Pembatasan Kecacatan (Disability Limitation)*

Pembatasan kecatatan dilakukan untuk menghindarkan mencegah agar pasien atau masyarakat tidak mengalami dampak kecacatan akibat penyakit yang ditimbulkan. Tingkat ini dilakukan pada kasus atau penyakit yang mengalami potensi kecacatan. Bentuk

tindakan yang dapat dilakukan dapat berupa perawatan untuk menghentikan penyakit, mencegah komplikasi lebih lanjut, pemberian segala fasilitas untuk mengatasi kecacatan dan mencegah kematian.

e. Rehabilitasi (*Rehabilitation*)

Rehabilitasi dilakukan setelah pasien didiagnosis sembuh. Rehabilitasi sering dijumpai pada fase pemulihan terhadap kecacatan sebagaimana program latihan-latihan yang diberikan kepada pasien, kemudian memberikan fasilitas agar pasien memiliki keyakinan kembali atau gairah hidup kembali ke masyarakat dan masyarakat mau menerima dengan senang hati karena kesadaran yang dimilikinya.

4. Syarat Pokok Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kedokteran berbeda dengan pelayanan kesehatan masyarakat. Akan tetapi, agar dapat disebut sebagai suatu pelayanan kesehatan yang baik, keduanya harus memiliki berbagai persyaratan pokok. Syarat pokok yang dimaksud adalah (Azwar, 2010) :

a. Tersedia dan berkesinambungan

Syarat pokok pertama pelayanan kesehatan yang baik adalah pelayanan kesehatan tersebut harus tersedia di masyarakat (*available*) serta bersifat berkesinambungan (*continous*). Hal tersebut memiliki arti yaitu semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat tidak sulit ditemukan, serta keberadaannya di masyarakat adalah pada setiap saat yang dibutuhkan.

b. Dapat diterima dan wajar (*acceptable and appropriate*)

Syarat pokok kedua pelayanan kesehatan yang baik adalah yang dapat diterima oleh masyarakat dan bersifat wajar. Artinya pelayanan kesehatan tersebut tidak bertentangan dengan keyakinan dan kepercayaan masyarakat. Pelayanan kesehatan yang bertentangan dengan adat istiadat, kebudayaan, keyakinan, dan kepercayaan masyarakat, serta bersifat tidak wajar, bukanlah suatu pelayanan kesehatan yang baik.

c. Mudah dicapai (*accessible*)

Syarat pokok ketiga pelayanan kesehatan yang baik adalah yang mudah dicapai atau dijangkau oleh masyarakat. Pengertian ketercapaian yang dimaksud terutama dari segi lokasi. Dengan demikian untuk dapat mewujudkan pelayanan kesehatan yang baik, maka pengaturan distribusi sarana kesehatan menjadi sangat penting. Pelayanan kesehatan yang terlalu terkonsentrasi di daerah perkotaan saja, bukan pelayanan kesehatan yang baik.

d. Mudah dijangkau (*affordable*)

Syarat pokok keempat pelayanan kesehatan yang baik adalah yang mudah dijangkau oleh masyarakat. Pengertian keterjangkauan yang dimaksudkan terutama dari segi biaya. Untuk dapat mewujudkan keadaan yang seperti ini harus dapat diupayakan biaya pelayanan kesehatan tersebut sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat disekitar pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan yang mahal,

mungkin hanya akan dinikmati oleh sebagian kecil masyarakat saja dan hal tersebut bukan pelayanan kesehatan yang baik.

e. Bermutu (*quality*)

Syarat pokok kelima pelayanan kesehatan yang baik adalah pelayanan yang bermutu. Pengertian mutu yang dimaksudkan yaitu yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan. Pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan para pemakai jasa pelayanan, dan lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik serta standar yang telah ditetapkan.

5. Prinsip Pelayanan Prima di Bidang Kesehatan

Prinsip pelayanan kesehatan sebagai berikut (Handayani, 2019):

a. Mengutamakan pelanggan

Standar prosedur pelayanan dibuat untuk memberi kemudahan dan kenyamanan pelanggan serta bukan hanya untuk memperlancar pekerjaan. Setiap jenis pelayanan harus memiliki prosedur yang berbeda.

b. Sistem yang efektif

Proses pelayanan kesehatan merupakan sebuah sistem yang menyatukan hasil-hasil kerja dari berbagai unit dalam organisasi. Perpaduan tersebut harus terlihat sebagai sebuah proses pelayanan yang berlangsung dengan tertib dan lancar di mata para pelanggan.

c. Melayani dengan hati nurani (*soft system*)

Dalam transaksi tatap muka dengan pelanggan, diutamakan keaslian sikap dan perilaku sesuai dengan hati nurani. Perilaku atau sikap yang dibuat-buat sangat mudah dikenali pelanggan dan akan memperburuk citra pelayanan.

d. Perbaikan yang berkelanjutan

Semakin baik mutu pelayanan akan menghasilkan pelanggan yang semakin sulit untuk dipuaskan, karena tuntutan akan semakin tinggi, kemudian kebutuhannya semakin meluas dan beragam. Hal tersebut mendorong pemberi jasa pelayanan harus mengadakan evaluasi dan perbaikan terus menerus.

e. Memberdayakan pelanggan

Menawarkan jenis-jenis layanan yang dapat digunakan sebagai sumber daya atau perangkat tambahan oleh pelanggan untuk menyelesaikan persoalan hidup sehari-hari.

B. Puskesmas

1. Pengertian

Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) adalah fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menyelenggarakan upaya kesehatan individu, keluarga dan masyarakat. Puskesmas lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif untuk mencapai derajat

kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya (Permenkes, 2019).

Dilihat dari sistem pelayanan kesehatan di Indonesia, maka peranan dan kedudukan Puskesmas adalah sebagai ujung tombak sistem pelayanan kesehatan di Indonesia dikarenakan peranan dan kedudukan Puskesmas di Indonesia adalah sangat unik. Sebagai sarana pelayanan kesehatan terdepan di Indonesia maka Puskesmas kecuali bertanggung jawab dalam menyelenggarakan pelayanan kedokteran (Azwar, 2010).

Terdapat 17 kegiatan puskesmas yaitu Usaha Pelayanan Rawat Jalan, Usaha Kesejahteraan Ibu dan Anak, Usaha Keluarga Berencana, Usaha Kesehatan Gigi, Usaha Kesehatan Gizi, Usaha Kesehatan Sekolah, Usaha Kesehatan Lingkungan, Usaha Kesehatan Jiwa, Usaha Pendidikan Kesehatan, Usaha Perawatan Kesehatan Masyarakat, Usaha Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular, Usaha Kesehatan Olahraga, Usaha Kesehatan Lanjut Usia, Usaha Kesehatan Mata, Usaha Kesehatan Kerja, Usaha Pencatatan dan Pelaporan serta Usaha Laboratorium Kesehatan Masyarakat (Azwar, 2010).

2. Prinsip, Tugas dan Fungsi Puskesmas

Prinsip Penyelenggaraan Puskesmas berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 (Permenkes, 2014) adalah :

a. Paradigma Sehat

Puskesmas mendorong seluruh pemangku kepentingan untuk berkomitmen dalam upaya mencegah dan mengurangi resiko

kesehatan yang dihadapi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat;

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. Pemerataan

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 Kestinambungan

Puskesmas mengintegrasikan dan mengoordinasikan penyelenggaraan UKM dan UKP lintas program dan lintas sektor serta melaksanakan sistem rujukan yang didukung oleh manajemen Puskesmas.

Selain prinsip-prinsip tersebut, puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dalam rangka mendukung terwujudnya kecamatan sehat.

Adapun dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud, Puskesmas menyelenggarakan fungsi sebagai berikut (Permenkes, 2014):

a. Penyelenggaraan UKM tingkat pertama di wilayah kerjanya

Dalam melaksanakan fungsi upaya kesehatan masyarakat, Puskesmas memiliki wewenang untuk:

- 1) Melaksanakan perencanaan berdasarkan analisis masalah kesehatan masyarakat dan analisis kebutuhan pelayanan yang diperlukan;
- 2) Melaksanakan advokasi dan sosialisasi kebijakan kesehatan;
- 3) Melaksanakan komunikasi, informasi, edukasi dan juga 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 jaringan pelayanan dan upaya kesehatan berbasis masyarakat;
- 6) Melaksanakan peningkatan kompetensi sumber daya manusia Puskesmas;

- 7) Memantau pelaksanaan pembangunan agar berwawasan kesehatan;
 - 8) Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap akses, mutu, dan cakupan Pelayanan Kesehatan; dan
 - 9) Memberikan rekomendasi terkait masalah kesehatan masyarakat, termasuk dukungan terhadap sistem kewaspadaan dini dan respon penanggulangan penyakit.
- b. Penyelenggaraan UKP tingkat pertama di wilayah kerjanya

Dalam menyelenggarakan fungsi upaya kesehatan perorangan, puskesmas memiliki wewenang untuk :

- 1) Menyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar secara komprehensif, berkesinambungan dan bermutu;
- 2) Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang mengutamakan upaya promotif dan preventif;
- 3) Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang berorientasi pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat;
- 4) Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang mengutamakan keamanan dan keselamatan pasien, petugas dan pengunjung;
- 5) Menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan prinsip koordinatif dan kerja sama internal dan antar profesi;
- 6) Melaksanakan rekam medis;
- 7) Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap mutu dan akses pelayanan kesehatan;

- 8) Melaksanakan peningkatan kompetensi tenaga kesehatan;
- 9) Mengoordinasikan dan melaksanakan pembinaan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama di wilayah kerjanya;
- 10) Melaksanakan penapisan rujukan sesuai dengan indikasi medis dan sistem rujukan.

C. Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

1. Pengertian

Pemanfaatan pelayanan kesehatan merupakan penggunaan fasilitas pelayanan yang tersedia. Fasilitas pelayanan tersebut bisa dalam bentuk rawat jalan, rawat inap ataupun bentuk kegiatan lain dari pemanfaatan pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ketersediaan dan kesinambungan pelayanan, penerimaan masyarakat, keterjangkauan dan bermutu (Azwar, 2010). Pemanfaatan pelayanan kesehatan merupakan hasil dari proses pencarian pelayanan kesehatan oleh individu maupun kelompok (Rini, 2015). Pemanfaatan pelayanan kesehatan paling erat hubungannya dengan kapan seseorang memerlukan pelayanan kesehatan dan seberapa jauh dan efektifitas pelayanan tersebut.

2. Faktor yang Mempengaruhi Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

a. Model sistem kesehatan (*Health system model*)

Anderson (1974) dalam buku (Notoatmodjo, 2014), menggambarkan model sistem kesehatan (*health system model*) yang berupa model kepercayaan kesehatan. Terdapat tiga kategori utama

dalam pelayanan kesehatan, yaitu karakteristik predisposisi, pendukung dan kebutuhan:

1) Karakteristik Predisposisi (*Predisposing Characteristics*)

Karakteristik ini digunakan untuk menggambarkan fakta bahwa tiap individu mempunyai kecenderungan untuk menggunakan pelayanan kesehatan yang berbeda-beda. Hal tersebut terjadi karena adanya tiga kelompok ciri-ciri individu, yaitu :

- a) Demografi, seperti usia dan jenis kelamin. Setiap individu atau orang mempunyai perbedaan karakteristik, tipe dan frekuensi penyakit serta mempunyai perbedaan pola penggunaan pelayanan kesehatan.
- b) Struktur sosial, seperti tingkat pendidikan, pekerjaan, kesukuan atau ras dan sebagainya. Setiap individu mempunyai perbedaan struktur sosial, perbedaan gaya hidup dan mempunyai perbedaan pola penggunaan pelayanan kesehatan.
- c) Manfaat-manfaat kesehatan, seperti keyakinan bahwa pelayanan kesehatan dapat menolong proses penyembuhan penyakit. Individu percaya adanya kemandirian dalam penggunaan pelayanan kesehatan, contohnya tingkat pengetahuan.

2) Karakteristik Pendukung (*Enabling Characteristics*)

Karakteristik ini menggambarkan bahwa meskipun mempunyai predisposisi untuk menggunakan pelayanan kesehatan, ia tak akan bertindak untuk menggunakannya, kecuali bila ia mampu menggunakannya (Notoatmodjo, 2014). Penggunaan pelayanan kesehatan yang ada tergantung kepada kemampuan konsumen untuk membayar. Terdapat dua faktor kemampuan, yaitu:

- a) Berasal dari Keluarga, seperti pendapatan, asuransi kesehatan, atau sumber-sumber lainnya.
- b) Berasal dari Komunitas (Masyarakat), seperti ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan, aksesibilitas layanan dan sebagainya.

3) Karakteristik Kebutuhan (*Need Characteristics*)

Faktor predisposisi dan faktor kemampuan untuk mencari pengobatan dapat terwujud di dalam tindakan apabila dirasakan sebagai kebutuhan. Dengan kata lain kebutuhan merupakan dasar dan stimulus langsung untuk menggunakan pelayanan kesehatan, bilamana tingkat predisposisi dan kemampuan itu ada. Kebutuhan (*need*) disini dibagi menjadi 2 kategori:

- a) *Perceived (subject assessment)* yaitu persepsi masyarakat terhadap sakit yang terdiri dari pandangan dan penilaian mengenai kondisi kesehatan yang dirasakan oleh individu,

besarnya ketakutan individu terhadap kondisi yang dirasakan dan hebatnya rasa sakit yang diderita oleh individu.

- b) *Evaluated (clinical diagnosis)*, merupakan penilaian beratnya penyakit dari tenaga kesehatan yang merawatnya. Hal tersebut yang tercermin antara lain dari hasil pemeriksaan dan penentuan diagnosis penyakit oleh dokter.

Berdasarkan uraian teori Anderson (Notoatmodjo, 2014), dapat dilihat faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku seseorang dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan. Terdapat variabel-variabel yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan, yaitu:

1) Jenis kelamin

Menurut (Oakley, 2015) dalam (Artaria, 2016) jenis kelamin adalah perbedaan bentuk, sifat, dan fungsi biologi laki-laki dan perempuan yang menentukan perbedaan peran mereka dalam reproduksi. Hasil penelitian (Irawan & Ainy, 2018) menyatakan bahwa perempuan lebih berpeluang sebesar 1,118 dan 3,096 kali daripada laki-laki untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan. Hal ini beralasan karena perempuan membutuhkan pelayanan kesehatan khusus seperti pelayanan kehamilan atau penyakit-penyakit spesifik yang mengharuskan perempuan memanfaatkan pelayanan kesehatan.

2) Tingkat Pendidikan

Pendidikan adalah salah satu faktor sosial ekonomi yang mempengaruhi individu dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan (Dever, 1984). Menurut Anderson (1974) dalam (Notoadmodjo, 2012), tingkat pendidikan merupakan salah satu karakteristik mempengaruhi individu dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. Maka dari itu, tingkat pendidikan akan mempengaruhi kesadaran individu terhadap pentingnya arti sehat bagi diri dan lingkungannya. Sehingga hal tersebut akan mendorong kebutuhan dan pemilihan terhadap pelayanan kesehatan oleh individu (Tampi, et al., 2016). Berdasarkan Undang-undang Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional (Depdiknas, 2003), tingkat pendidikan formal dibagi menjadi tiga kategori yaitu kategori Pendidikan Dasar (SD/ sederajat – SMP/ sederajat), Pendidikan Menengah (SMA/ sederajat) dan Pendidikan Tinggi (diploma, sarjana, magister, spesialis dan doktor). Tingkat pendidikan berdasarkan penelitian (Umara, et al., 2018) merupakan faktor yang mempengaruhi dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan. Penelitian ini menyatakan bahwa dari 75 responden, terdapat 78,7% responden dengan tingkat pendidikan tinggi memanfaatkan pelayanan kesehatan.

3) Pengetahuan

Perilaku seseorang dipengaruhi dan terbentuk dari pengetahuannya (Anggraeni, 2019). Seseorang akan cenderung untuk bersikap memanfaatkan pelayanan kesehatan disebabkan adanya keyakinan bahwa pelayanan kesehatan dapat menyembuhkan penyakitnya, demikian juga sebaliknya.

a) Pengertian

Pengetahuan berdasarkan (Notoatmodjo, 2014) adalah hasil pengindraan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indra yang dimilikinya (mata, hidung, telinga dan sebagainya). Sebagian besar pengetahuan seseorang diperoleh melalui indera penglihatan (mata) dan pendengaran (telinga).

b) Tingkat Pengetahuan

Secara umum, pengetahuan terbagi dalam 6 tingkatan, yaitu:

(1) Tahu (*know*)

Tahu memiliki arti yaitu memanggil memori atau ingatan tentang sesuatu yang sebelumnya telah ada diamati.

(2) Memahami (*comprehension*)

Memahami suatu objek bukan sekedar tahu terhadap objek tersebut atau tidak sekedar dapat menyebutkan.

Akan tetapi, orang tersebut dapat menginterpretasikan secara benar tentang objek yang diketahuinya.

(3) Analisis (*analysis*)

Analisis adalah kemampuan seseorang untuk menjabarkan atau memisahkan komponen yang terdapat dalam suatu masalah atau objek yang diketahui sehingga dapat mencari hubungan antara komponen-komponen tersebut. Indikator bahwa pengetahuan seseorang sudah sampai pada tingkat analisis apabila orang tersebut dapat membedakan atau memisahkan, mengelompokkan, membuat diagram (bagan) terhadap pengetahuan atas objek tersebut.

(4) Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis menunjuk suatu kemampuan seseorang untuk merangkum atau meletakkan dalam satu hubungan yang logis dari komponen-komponen pengetahuan yang dimiliki. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang telah ada.

(5) Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan penilaian terhadap suatu objek tertentu. Penilaian didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan

sendiri atau kriteria yang berasal dari norma-norma yang berlaku dimasyarakat.

c) Pengukuran pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden (Notoatmodjo, 2007). Menurut (Arikunto, 2006), tingkat pengetahuan dikelompokkan menjadi tiga yang didasarkan pada nilai persentase, yaitu sebagai berikut:

- (1) Tingkat pengetahuan kategori baik nilainya 76-100 %
- (2) Tingkat pengetahuan kategori cukup nilainya 56-75%
- (3) Tingkat pengetahuan kategori kurang kurang nilainya \leq 55 %

Penelitian (Agustina, 2019) menyatakan bahwa pengetahuan merupakan faktor yang berhubungan terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan ($p=0,001$). Penelitian ini menunjukkan bahwa dari 105 responden, 72 (68,6%) responden memiliki pengetahuan yang kurang dan 33 (31,4%) responden memiliki pengetahuan yang baik mengenai JKN. Sebagian responden memiliki pengetahuan yang kurang terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan khususnya mengenai manfaat JKN sehingga tidak memanfaatkannya.

4) Persepsi sakit

(Notoatmodjo, 2014) mengungkapkan bahwa persepsi adalah pengalaman tentang objek, peristiwa, atau hubungan-hubungan yang diperoleh dengan menyimpulkan informasi dan menafsirkannya. Rendahnya pemanfaatan pelayanan kesehatan seperti di Puskesmas, Rumah Sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya juga disebabkan karena persepsi dan konsep masyarakat sendiri tentang sakit. Masyarakat atau anggota masyarakat yang menderita penyakit kemudian tidak merasakan sakit (*disease but no illness*) sudah tentu tidak akan bertindak apa-apa terhadap penyakitnya tersebut. Akan tetapi bila mereka diserang penyakit dan juga merasakan sakit, maka baru akan timbul berbagai macam perilaku dan usaha untuk mengobati penyakitnya tersebut (Notoatmodjo, 2014).

Setiap individu akan mencari pertolongan berupa tindakan yang bertujuan untuk penyembuhannya ketika individu tersebut merasakan sakit, seperti mencari penyembuhan ke fasilitas kesehatan. Oleh karenanya, persepsi sakit yang dirasakan setiap individu akan berbeda dengan individu lainnya dan begitupula dengan perilakunya. Respon seseorang apabila sakit adalah sebagai berikut (Notoatmodjo, 2014):

- a) Tidak bertindak atau tidak melakukan kegiatan apa-apa (*no action*). Hal ini dilakukan antara lain karena kondisi yang

demikian tidak akan mengganggu kegiatan atau kerja mereka sehari-hari. Dengan kata lain, mereka beranggapan bahwa tanpa bertindak apa pun gejala yang diderita akan lenyap dengan sendirinya. Tidak jarang pula masyarakat memprioritaskan tugas-tugas lain yang dianggap lebih penting daripada mengobati sakitnya. Hal ini merupakan suatu bukti bahwa kesehatan belum merupakan prioritas di dalam hidup dan kehidupannya. Faktor lain yang menjadi alasan adalah fasilitas kesehatan yang diperlukan sangat jauh letaknya, para petugas kesehatan tidak simpatik, judes, tidak responsif dan sebagainya.

- b) Tindakan mengobati sendiri (*self treatment atau self medication*), dengan alasan yang sama seperti pada poin a). Alasan tambahan dari tindakan ini adalah karena orang atau masyarakat tersebut sudah percaya kepada diri sendiri dan sudah merasa bahwa berdasarkan pengalaman yang lalu usaha pengobatan sendiri sudah dapat mendatangkan kesembuhan. Hal ini mengakibatkan pencarian pengobatan keluar tidak diperlukan. Mengobati sendiri yang dilakukan masyarakat melalui berbagai cara antara lain : kerokan, pijat, membuat ramuan sendiri, misalnya jamu, minum jamu yang dibeli dari warung, minum obat yang dibeli bebas di warung obat atau apotek.

- c) Mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas pengobatan tradisional (*traditional remedy*). Pengobatan tradisional merupakan pengobatan yang menjadi prioritas utama, khususnya bagi masyarakat pedesaan. Pada masyarakat yang masih sederhana, masalah sehat-sakit adalah lebih bersifat budaya dari pada gangguan-gangguan fisik. Identik dengan itu pencarian pengobatan pun lebih berorientasi kepada sosial budaya masyarakat daripada ha-hal yang dianggap masih asing. Dukun merupakan seseorang yang melakukan pengobatan tradisional dan merupakan bagian dari masyarakat, berada ditengah-tengah masyarakat, dekat dengan masyarakat, dan pengobatan yang dihasilkan adalah kebudayaan masyarakat, lebih diterima oleh masyarakat daripada dokter, mantri, bidan, dan sebagainya yang masih asing bagi mereka, seperti juga pengobatan yang dilakukan dan obat-obatnya pun merupakan kebudayaan mereka.
- d) Mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas pengobatan modern (profesional) yang diadakan oleh pemerintah atau lembaga-lembaga kesehatan swasta, yang dikategorikan ke dalam Balai Pengobatan, Puskesmas, dan Rumah Sakit, termasuk mencari pengobatan ke fasilitas pengobatan modern yang diselenggarakan oleh dokter praktik (*private medicine*)

Berdasarkan empat respon seseorang apabila sakit diatas, menurut (Azwar, 2010) persepsi seseorang terhadap suatu objek terbagi menjadi dua yaitu persepsi positif dan negatif. Persepsi positif merupakan persepsi yang menggambarkan segala pengetahuan dalam tanggapan yang diteruskan pemanfaatannya. Kemudian, persepsi negatif merupakan persepsi yang menggambarkan segala pengetahuan serta tanggapan yang tidak selaras dengan obyek yang dipersepsikan.

Penelitian (Agustina, 2019) menyatakan bahwa ada hubungan antara persepsi sakit dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan ($p=0,012$). Dari 105 orang responden, sebanyak 57 (54,3%) responden memiliki persepsi sakit yang negatif dan 48 (45,7%) responden memiliki persepsi sakit yang positif. Persepsi sakit dalam masyarakat merupakan sebuah konsep sehat-sakit. Konsep sehat masyarakat, yaitu bahwa sehat adalah orang yang dapat bekerja atau menjalankan pekerjaannya sehari-hari. Sedangkan, konsep sakit masyarakat dimana dirasakan oleh seseorang yang sudah tidak dapat bangkit dari tempat tidur atau tidak dapat menjalankan pekerjaannya sehari-hari (parah).

Kriteria pengukuran persepsi yaitu dengan membandingkan antara nilai skor yang didapat dari perhitungan skala *likert* dengan total nilai rata-ratanya. Persepsi dinyatakan positif apabila total nilai skor yang diperoleh \geq dari total *mean*. Sedangkan persepsi

dinyatakan negatif apabila total nilai skor yang diperoleh $<$ total *mean* (Azwar, 2010).

D. Jaminan Kesehatan Nasional

1. Pengertian

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 Jaminan Kesehatan atau Iuran Jaminan Kesehatannya dibayar oleh Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah (Perpres, 2013).

Program Jaminan Kesehatan Nasional adalah suatu program pemerintah dan masyarakat/rakyat dengan tujuan memberikan kepastian jaminan kesehatan yang menyeluruh bagi setiap rakyat Indonesia agar penduduk Indonesia dapat hidup sehat, produktif, dan sejahtera. Tujuan penyelenggaraan JKN ini adalah untuk memberikan manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan akan pemenuhan kebutuhan dasar kesehatan (Perpres, 2004).

2. Prinsip JKN

Dalam UU No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN, Sistem Jaminan Sosial Nasional diselenggarakan berdasarkan prinsip (Perpres, 2004) :

a. Kegotong-royongan

Berdasarkan peraturan, kepesertaan JKN memiliki sifat wajib bagi seluruh masyarakat. Aturan tersebut diwujudkan dalam mekanisme gotong royong dari peserta yang mampu kepada peserta yang kurang mampu, peserta yang berisiko rendah membantu yang berisiko tinggi, dan peserta yang sehat membantu yang sakit. Melalui prinsip kegotong-royongan ini maka jaminan sosial diharapkan dapat menumbuhkan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

b. Nirlaba

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

c. Keterbukaan

Prinsip keterbukaan diterapkan dan juga mendasari seluruh kegiatan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dalam mengelola dana yang berasal dari iuran peserta dan hasil pengembangannya.

d. Kehati-hatian

Prinsip kehati-hatian diterapkan dan mendasari seluruh kegiatan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dalam mengelola dana yang berasal dari iuran peserta dan hasil pengembangannya.

e. Akuntabilitas

Prinsip akuntabilitas diterapkan dan mendasari seluruh kegiatan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dalam mengelola dana yang berasal dari iuran peserta dan hasil pengembangannya.

f. Portabilitas

Jaminan sosial dalam menyelenggarakannya memegang prinsip portabilitas. Artinya jaminan sosial dapat digunakan dimana saja meskipun peserta berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dengan syarat tetap berada di wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

g. Kepesertaan bersifat wajib

Kepesertaan JKN bersifat wajib dengan maksud agar seluruh rakyat yang menjadi peserta dapat terlindungi. Akan tetapi, meskipun kepesertaan JKN bersifat wajib bagi seluruh rakyat, penerapan dilapangan tetap disesuaikan dengan kemampuan ekonomi rakyat dan pemerintah serta kelayakan penyelenggaraan program.

h. Dana amanat

Badan-badan penyelenggara bertugas untuk mengelola sebaik-baiknya dana yang terkumpul dari iuran peserta. Dana yang terkumpul digunakan dan dioptimalkan untuk kesejahteraan peserta.

i. Hasil pengelolaan dana jaminan sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta.

Prinsip hasil pengelolaan dana jaminan sosial dalam Undang-Undang ini adalah hasil berupa dividen dari pemegang saham yang dikembalikan untuk kepentingan peserta jaminan sosial.

3. Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional

Manfaat JKN terdiri atas 2 (dua) jenis, yaitu manfaat medis berupa pelayanan kesehatan dan manfaat non medis meliputi akomodasi dan ambulans. Manfaat non medis yaitu ambulans hanya diberikan untuk pasien rujukan dari Fasilitas Kesehatan dengan kondisi tertentu yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan.

Manfaat 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:

- a. Penyuluhan kesehatan perseorangan, meliputi paling sedikit penyuluhan mengenai pengelolaan faktor risiko penyakit dan perilaku hidup bersih dan sehat.
- b. Imunisasi dasar, meliputi *Baccille 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. Vaksin untuk imunisasi dasar dan alat kontrasepsi dasar disediakan oleh pemerintah dan/atau pemerintah daerah.

- d. Skrining kesehatan, diberikan secara selektif yang ditujukan untuk mendeteksi risiko penyakit dan mencegah dampak lanjutan dari risiko penyakit tertentu.

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

- a. Tidak sesuai prosedur;
- b. Pelayanan di luar Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS;
- c. Pelayanan bertujuan kosmetik;
- d. *General checkup*, pengobatan alternatif;
- e. Pengobatan untuk mendapatkan keturunan, pengobatan impotensi;
- f. Pelayanan kesehatan pada saat bencana;
- g. Pasien Bunuh Diri/Penyakit yang timbul akibat kesengajaan untuk menyiksa diri sendiri/Bunuh Diri/Narkoba.

4. Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional

Semua penduduk 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 (BPJS Kesehatan, 2020):

- a. Penerima Bantuan Iuran-Jaminan Kesehatan (PBI-JK), merupakan program Jaminan Kesehatan bagi fakir miskin dan orang tidak mampu

yang iurannya dibayar oleh Pemerintah Pusat melalui APBN dan Pemerintah Daerah melalui APBD.

- b. Bukan Penerima Bantuan Iuran (Non PBI) terdiri dari :
- 1) Pekerja Penerima Upah (PPU) adalah setiap orang yang bekerja pada pemberi kerja dengan menerima gaji atau upah, yang terdiri dari PPU Penyelenggara Negara dan PPU Non Penyelenggara Negara.
 - a) PPU Penyelenggara Negara terdiri dari Pejabat Negara, Pegawai Negeri Sipil (PNS) Pusat/ Daerah, PNS yang diperbantukan pada BUMN/BUMD, TNI/PNS TNI, POLRI/PNS POLRI, Pimpinan dan anggota DPRD, Kepala Desa dan Perangkat Desa serta Pegawai Pemerintah Dengan Perjanjian Kerja
 - b) PPU Non Penyelenggara Negara terdiri dari pegawai pada Badan Usaha Milik Negara (BUMN), Badan Usaha Milik Daerah (BUMD) dan Badan Usaha Swasta
 - 2) Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) adalah setiap orang yang bekerja atau berusaha atas risiko sendiri dan pekerja di luar hubungan kerja atau pekerja mandiri yang mampu membayar iuran, antara lain terdiri dari: Notaris, Pengacara, Akuntan, Konsultan Dokter/Bidan, Pedagang/Penyedia Jasa, Petani/Peternak, Nelayan, Supir, Ojek, Montir dan lain sebagainya.

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

Anggota keluarga yang ditanggung sebagai Peserta JKN-KIS tergantung pada jenis kepesertaannya sebagai berikut:

- a. Peserta Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI-JK) yang iurannya dibayarkan oleh Pemerintah Pusat, anggota keluarga yang ditanggung adalah yang didaftarkan oleh Kementerian Kesehatan berdasarkan Keputusan Menteri Sosial RI.
- b. Peserta dari penduduk yang di daftarkan oleh Pemerintah Daerah, yang iurannya dibayarkan oleh Pemerintah Daerah, anggota keluarga yang ditanggung adalah yang didaftarkan dan ditetapkan oleh Pemerintah Daerah Provinsi atau Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota.
- c. Peserta Pekerja Penerima Upah (PPU), anggota keluarga yang ditanggung paling banyak 4 (empat) orang dengan maksimal 3 (tiga)

orang anak, meliputi istri/suami yang sah, anak kandung, anak tiri dari perkawinan yang sah, dan anak angkat yang sah, dengan kriteria:

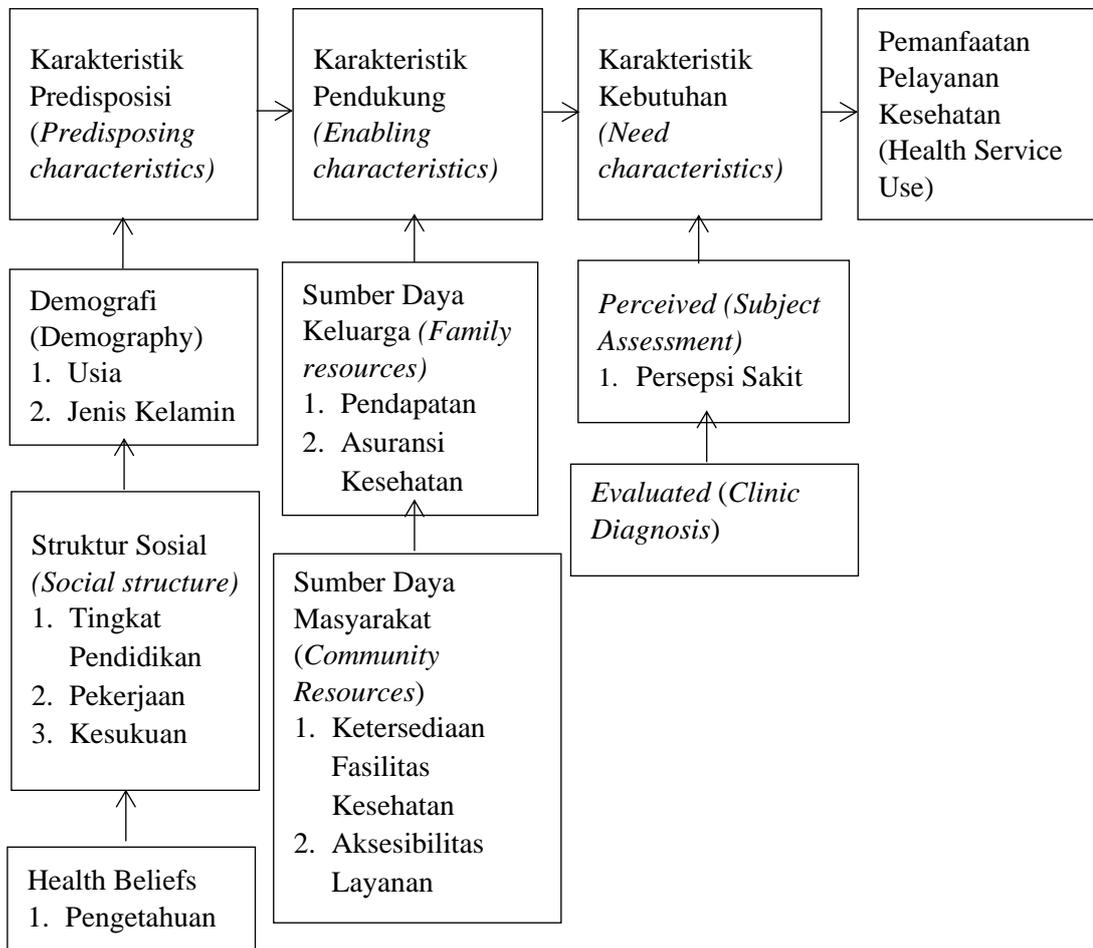
- 1) Tidak atau belum pernah menikah atau tidak mempunyai penghasilan sendiri;
- 2) Belum berusia 21 (dua puluh satu) tahun atau belum berusia 25 (dua puluh lima) tahun yang masih melanjutkan pendidikan formal.

Apabila anak ke-1 (kesatu) sampai dengan anak ke-3 (ketiga) sudah tidak ditanggung, disebabkan karena umur diatas 21 tahun dan tidak melanjutkan sekolah/berusia diatas 25 tahun/sudah bekerja dan memiliki penghasilan sendiri/sudah menikah, maka status anak tersebut dapat digantikan oleh anak berikutnya sesuai dengan urutan kelahiran dengan jumlah maksimal yang ditanggung adalah 3 (tiga) orang anak yang sah.

Selain anggota keluarga sebagaimana dimaksud, bagi peserta PPU dapat mengikut sertakan anggota keluarga yang lain yaitu anak keempat dan seterusnya, orang tua kandung/mertua

- d. Peserta PBPU dan BP meliputi istri/suami yang sah, seluruh anak dan anggota keluarga lain yang terdapat dalam satu Kartu Keluarga (KK) wajib didaftarkan sebagai peserta JKN-KIS.

E. Kerangka Teori



Sumber : Teori Anderson dalam (Notoatmodjo, 2014)

Gambar 2.1 Kerangka Teori