

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Dasar Teori

1. Jaminan Kesehatan Nasional

a. Pengertian

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Sistem Jaminan Sosial Nasional ini diselenggarakan melalui mekanisme Asuransi Kesehatan Sosial yang bersifat wajib (*mandatory*) berdasarkan Undang-Undang No.40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Tujuannya adalah agar semua penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi, sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak (Kemenkes-RI, 2014).

b. Prinsip-prinsip

Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional mengacu pada prinsip-prinsip Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) seperti yang dijelaskan dalam Undang-undang nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN adalah sebagai berikut:

1) Prinsip kegotongroyongan

Prinsip kegotongroyongan adalah prinsip kebersamaan yang berarti peserta yang mampu dapat membantu peserta yang kurang mampu, peserta yang sehat membantu yang sakit atau beresiko tinggi. Hal ini dapat terwujud karena kepersertaan SJSN yang bersifat wajib dan pembayaran iuran sesuai dengan tingkat gaji, upah dan penghasilan sehingga dapat terwujud keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

2) Prinsip nirlaba

Pengelolaan dana amanat oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah nirlaba bukan untuk mencari laba (*for profit oriented*). Sebaliknya, tujuan utama adalah untuk memenuhi sebesar-besarnya kepentingan peserta. Dana yang dikumpulkan dari masyarakat adalah dana amanat, sehingga hasil pengembangannya, akan di manfaatkan sebesar-besarnya untuk kepentingan seluruh peserta.

3) Prinsip keterbukaan

Prinsip keterbukaan yang dimaksud adalah prinsip untuk mempermudah akses informasi yang lengkap, benar, dan jelas bagi setiap peserta.

4) Prinsip kehati-hatian

Prinsip kehati-hatian adalah prinsip pengelolaan dana yang berasal dari iuran peserta secara cermat, teliti, aman dan tertib.

5) Prinsip akuntabilitas

Prinsip akuntabilitas maksudnya adalah prinsip pelaksanaan program dan pengelolaan keuangan yang akurat dan dapat dipertanggung jawabkan.

6) Prinsip portabilitas

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

7) Prinsip kepersertaan 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 yang semuanya dilakukan secara bertahap. Tahapan pertama dimulai dari pekerja di sektor formal,

bersamaan dengan itu sektor informal dapat menjadi peserta secara mandiri, sehingga pada akhirnya Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dapat mencakup seluruh rakyat.

8) 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 digunakan sebesar-besarnya bagi kepentingan dan kesejahteraan peserta.

9) Prinsip hasil pengelolaan dana jaminan sosial

Prinsip yang dimaksud adalah prinsip pengelolaan hasil berupa keuntungan dari pemegang saham yang dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besarnya kepentingan peserta jaminan sosial.

c. Kepesertaan

Kepesertaan dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional dijelaskan dalam Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan yang kemudian dilakukan perbaikan penjelasan dalam Peraturan Presiden Nomor 111 tahun 2013. Kepesertaan Jaminan Kesehatan bersifat wajib dan mencakup seluruh penduduk Indonesia. Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional dilakukan secara bertahap,

yaitu tahap pertama mulai 1 Januari 2014 hingga mencakup seluruh penduduk Indonesia paling lambat 1 Januari 2019. Beberapa penjelasan lain mengenai kepesertaan berdasarkan Perpres tersebut antara lain adalah:

1) **Peserta**

Peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar Iuran.

2) **Pekerja**

Pekerja adalah setiap orang yang bekerja dengan menerima gaji, upah, atau imbalan dalam bentuk lain.

3) **Pemberi Kerja**

Pemberi kerja adalah orang perseorangan, pengusaha, badan hukum, atau badan lainnya yang mempekerjakan tenaga kerja, atau penyelenggara negara yang mempekerjakan pegawai negeri dengan membayar gaji, upah, atau imbalan dalam bentuk lainnya.

Peserta yang mengikuti program JKN terbagi dalam dua golongan yaitu

1. Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan meliputi orang yang tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu.

2. Peserta bukan PBI adalah Peserta yang tidak tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu yang terdiri atas:

1. Pekerja Penerima Upah dan anggota keluarganya, yaitu:

- a) Pegawai Negeri Sipil;
- b) Anggota TNI;
- c) Anggota Polri;
- d) Pejabat Negara;
- e) Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri;
- f) Pegawai Swasta; dan
- g) Pekerja yang tidak termasuk huruf a sampai dengan huruf f yang menerima Upah.

2. Pekerja Bukan Penerima Upah dan anggota keluarganya, yaitu:

- a) Pekerja di luar hubungan kerja atau Pekerja mandiri dan
- b) Pekerja yang tidak termasuk huruf a yang bukan penerima Upah.
- c) Pekerja sebagaimana dimaksud huruf a dan huruf b, termasuk warga negara asing yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan.

3. Bukan Pekerja dan anggota keluarganya terdiri atas:
 - a) Investor;
 - b) Pemberi Kerja;
 - c) Penerima Pensiun;
 - d) Veteran;
 - e) Perintis Kemerdekaan; dan
 - f) Bukan Pekerja yang tidak termasuk huruf a sampai dengan huruf e yang mampu membayar Iuran.

4. Penerima pensiun terdiri atas:
 - a) Pegawai Negeri Sipil yang berhenti dengan hak pensiun;
 - b) Anggota TNI dan Anggota Polri yang berhenti dengan hak pensiun;
 - c) Pejabat Negara yang berhenti dengan hak pensiun;
 - d) Penerima Pensiun selain huruf a, huruf b, dan huruf c; dan
 - e) Janda, duda, atau anak yatim piatu dari penerima pensiun sebagaimana dimaksud pada huruf a sampai dengan huruf d yang mendapat hak pensiun.

5. Anggota keluarga bagi pekerja penerima upah meliputi:
 - a) Istri atau suami yang sah dari Peserta; dan
 - b) Anak kandung, anak tiri dan/atau anak angkat yang sah dari Peserta, dengan kriteria: tidak atau belum pernah menikah atau tidak mempunyai penghasilan sendiri; dan
 - c) Belum berusia 21 (dua puluh satu) tahun atau belum berusia 25 (duapuluh lima) tahun yang masih melanjutkan pendidikan formal.
 - d) Sedangkan Peserta bukan PBI JKN dapat juga mengikutsertakan anggota keluarga yang lain.

6. WNI di Luar Negeri
Jaminan kesehatan bagi pekerja WNI yang bekerja di luar negeri diatur dengan ketentuan peraturan perundang-undangan tersendiri.

d. Prosedur pendaftaran peserta

Prosedur pendaftaran peserta JKN dijelaskan pada Peraturan BPJS No.1 tahun 2014 dan secara ringkas dijelaskan pada website BPJS (2014) adalah sebagai berikut:

1. Pendaftaran Bagi Penerima Bantuan Iuran / PBI

Pendataan Fakir Miskin dan Orang Tidak mampu yang menjadi peserta PBI dilakukan oleh lembaga yang menyelenggarakan urusan Pemerintahan di bidang statistik (Badan Pusat Statistik) yang diverifikasi dan divalidasi oleh Kementerian Sosial.

Selain peserta PBI yang ditetapkan oleh Pemerintah Pusat, juga terdapat penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah berdasarkan SK Gubernur/Bupati/Walikota bagi Pemda yang mengintegrasikan program Jamkesda ke program JKN.

2. Pendaftaran Bagi Peserta Pekerja Penerima Upah / PPU

a. Perusahaan / Badan usaha mendaftarkan seluruh karyawan beserta anggota keluarganya ke Kantor BPJS Kesehatan dengan melampirkan :

- a) Formulir Registrasi Badan Usaha / Badan Hukum Lainnya
- b) Data Migrasi karyawan dan anggota keluarganya sesuai format yang ditentukan oleh BPJS Kesehatan.

b. Perusahaan / Badan Usaha menerima nomor Virtual Account (VA) untuk dilakukan pembayaran ke Bank yang telah bekerja sama (BRI/Mandiri/BNI)

c. Bukti Pembayaran iuran diserahkan ke Kantor BPJS Kesehatan untuk dicetak kartu JKN atau mencetak e-ID secara mandiri oleh Perusahaan / Badan Usaha.

3. Pendaftaran bagi peserta pekerja bukan penerima upah / pbpu dan bukan pekerja

a. Pendaftaran PBPU dan Bukan Pekerja

1) Calon peserta mendaftar secara perorangan di Kantor BPJS Kesehatan

2) Mengisi formulir Daftar Isian Peserta (DIP) dengan melampirkan Fotokopi Kartu Keluarga (KK), Fotokopi KTP/Paspor, dan Pasfoto 3 x 4 sebanyak 1 lembar. Untuk anggota keluarga menunjukkan Kartu Keluarga/Surat Nikah/Akte Kelahiran.

3) Setelah mendaftar, calon peserta memperoleh Nomor Virtual Account (VA)

4) Melakukan pembayaran iuran ke Bank yang bekerja sama (BRI/Mandiri/BNI)

5) Bukti pembayaran iuran diserahkan ke kantor BPJS Kesehatan untuk dicetak kartu JKN.

b. Pendaftaran bukan pekerja melalui entitas berbadan hukum (pensiunan BUMN/BUMD)

Proses pendaftaran pensiunan yang dana pensiunnya dikelola oleh entitas berbadan hukum dapat didaftarkan secara kolektif melalui entitas berbadan hukum yaitu dengan mengisi formulir registrasi dan formulir migrasi data peserta.

e. Hak dan kewajiban Peserta

Hak dan kewajiban peserta dalam menjamin terselenggaranya Jaminan Kesehatan yang mencakup seluruh penduduk Indonesia dijelaskan dalam Peraturan BPJS No. 1 tahun 2014 adalah sebagai berikut :

a) Hak peserta

1. Mendapatkan kartu peserta sebagai bukti sah untuk memperoleh pelayanan kesehatan dan sebagai identitas peserta;
2. Mendapatkan nomor *virtual account* yang digunakan untuk pembayaran iuran;
3. Memperoleh manfaat dan informasi tentang hak dan kewajiban serta prosedur pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
4. Mendapatkan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan dan memilih fasilitas kesehatan mana yang dikehendaki;
5. Menyampaikan keluhan/pengaduan, kritik dan saran secara lisan atau tertulis ke Kantor BPJS Kesehatan.

b) Kewajiban peserta

1. Mendaftarkan dirinya sebagai peserta serta membayar iuran yang besarnya sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
2. Melaporkan perubahan data peserta, baik karena pernikahan, perceraian, kematian, kelahiran, pindah alamat atau pindah fasilitas kesehatan tingkat pertama;
3. Menjaga Kartu Peserta agar tidak rusak, hilang atau dimanfaatkan oleh orang yang tidak berhak;
4. Mentaati semua ketentuan dan tata cara pelayanan kesehatan.

f. Masa berlaku kepesertaan

- a) Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional berlaku selama yang bersangkutan membayar Iuran sesuai dengan kelompok peserta.
- b) Status kepesertaan akan hilang bila peserta tidak membayar Iuran atau meninggal dunia (Kemenkes-RI, 2014).

g. Pembiayaan

1) Iuran

Iuran Jaminan Kesehatan adalah sejumlah uang yang dibayarkan secara teratur oleh Peserta, Pemberi Kerja, dan/atau Pemerintah untuk program Jaminan Kesehatan (Perpres No. 12 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan).

2) Pembayar Iuran

- a) Bagi Peserta PBI, iuran dibayar oleh Pemerintah.
- b) Bagi peserta PBI yang didaftarkan Pemerintah Daerah, iuran dibayar Pemerintah Daerah.
- c) Bagi Peserta Pekerja Penerima Upah, Iurannya dibayar oleh Pemberi Kerja dan Pekerja.
- d) Bagi Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta Bukan Pekerja iuran dibayar oleh Peserta yang bersangkutan.
- e) Bagi anggota keluarga peserta, iuran dibayar oleh peserta
- f) Besarnya Iuran Jaminan Kesehatan Nasional ditetapkan melalui Peraturan Presiden dan ditinjau ulang secara berkala sesuai dengan perkembangan sosial, ekonomi, dan kebutuhan dasar hidup yang layak (Perpres No. 111 tahun 2013).

3) Pembayaran Iuran

Setiap Peserta wajib membayar iuran yang besarnya ditetapkan berdasarkan persentase dari upah (untuk pekerja penerima upah) atau suatu jumlah nominal tertentu (bukan penerima upah dan PBI). Setiap Pemberi Kerja wajib memungut iuran dari pekerjanya, menambahkan iuran peserta yang menjadi tanggung jawabnya, dan membayarkan iuran tersebut setiap bulan kepada BPJS Kesehatan secara berkala (paling lambat tanggal 10 setiap bulan). Apabila tanggal 10 (sepuluh) jatuh pada hari libur, maka iuran dibayarkan pada hari kerja berikutnya. Keterlambatan pembayaran iuran JKN dikenakan denda administratif sebesar 2% (dua persen) perbulan dari total iuran yang tertunggak dan dibayar oleh Pemberi Kerja.

Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja wajib membayar iuran JKN pada setiap bulan yang dibayarkan paling lambat tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan kepada BPJS Kesehatan. Pembayaran iuran JKN dapat dilakukan diawal.

BPJS Kesehatan menghitung kelebihan atau kekurangan iuran JKN sesuai dengan Gaji atau Upah Peserta. Dalam hal terjadi kelebihan atau kekurangan pembayaran iuran, BPJS Kesehatan memberitahukan secara tertulis kepada Pemberi Kerja dan/atau Peserta paling lambat 14 (empat belas) hari kerja sejak diterimanya

iuran. Kelebihan atau kekurangan pembayaran iuran diperhitungkan dengan pembayaran Iuran bulan berikutnya (Perpres No. 111 tahun 2013).

4) Besaran Iuran

a. Iuran Peserta PBI

Iuran Jaminan Kesehatan bagi Peserta PBI Jaminan Kesehatan serta penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah sebesar Rp 19.225,00 (sembilan belas ribu dua ratus dua puluh lima rupiah) per orang per bulan.

b. Iuran Peserta Bukan PBI

1. Iuran Jaminan Kesehatan bagi Peserta Pekerja Penerima Upah yang terdiri atas 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.
2. Iuran sebagaimana dimaksud pada poin 1 (satu) dibayar dengan ketentuan sebagai berikut:
 - a) 3% (tiga persen) dibayar oleh Pemberi Kerja; dan
 - b) 2% (dua persen) dibayar oleh Peserta.

3. Kewajiban Pemberi Kerja dalam membayar iuran sebagaimana dimaksud di atas, dilaksanakan oleh:
 - a) Pemerintah untuk Iuran Jaminan Kesehatan bagi Pegawai Negeri Sipil Pusat, Anggota TNI, Anggota Polri, Pejabat Negara, dan Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri Pusat; dan
 - b) Pemerintah Daerah untuk Iuran Jaminan Kesehatan bagi Pegawai Negeri Sipil Daerah dan Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri Daerah.

4. Iuran Jaminan Kesehatan bagi Peserta Pekerja Penerima Upah selain Peserta sebagaimana dimaksud di atas yang dibayarkan mulai tanggal 1 Januari 2014 sampai dengan 30 Juni 2015 sebesar 4,5% (empat koma lima persen) dari Gaji atau Upah per bulan dengan ketentuan:
 - a) 4% (empat persen) dibayar oleh Pemberi Kerja; dan
 - b) 0,5% (nol koma lima persen) dibayar oleh Peserta.

5. Iuran Jaminan Kesehatan bagi Peserta sebagaimana dimaksud di atas yang dibayarkan mulai tanggal 1 Juli 2015 sebesar 5% (lima persen) dari Gaji atau Upah per bulan dengan ketentuan:
 - a) 4% (empat persen) dibayar oleh Pemberi Kerja; dan
 - b) 1% (satu persen) dibayar oleh Peserta.

6. Iuran Jaminan Kesehatan bagi Peserta Pekerja BukanPenerima Upah dan Peserta bukan Pekerja serta keluarga peserta:
 - a) Sebesar Rp 25.500 (dua puluh lima ribu lima ratus rupiah) per orang per bulan dengan Manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III.
 - b) Sebesar Rp 42.500 (empat puluh dua ribu lima ratus rupiah) per orang per bulan dengan Manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas II.
 - c) Sebesar Rp 59.500 (lima puluh sembilan ribulima ratus rupiah) per orang per bulan dengan Manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas I.

7. Iuran Jaminan Kesehatan bagi penerima pensiun ditetapkan sebsar 5% (lima persen) dari besaran pensiun pokok dan tunjangan keluarga yang diterima perbulan dengan ketentuan:
 - a) 3% (tiga persen) dibayar oleh Pemerintah: dan
 - b) 2% (dua persen) dibayar oleh penerima pensiun

8. 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.

9. Besaran Iuran Jaminan Kesehatan bagi anggota keluarga PesertaPenerima Upah ditetapkan sebesar 1% (satu persen) dari Gaji atau Upah Peserta Pekerja Penerima Upah per orang per bulan(Perpres No. 111 tahun 2013).

h. Cara Pembayaran Fasilitas kesehatan

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan akan membayar kepada Fasilitas kesehatan tingkat pertama dengan **Kapitasi**. Untuk Fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan, BPJS Kesehatan membayar dengan sistem paket *Indonesia Case Base Groups* (INA-CBGs).

Kondisi geografis Indonesia menyebabkan tidak semua fasilitas kesehatan dapat dijangkau dengan mudah. Maka, jika di suatu daerah tidak memungkinkan pembayaran berdasarkan Kapitasi, BPJS Kesehatan diberi wewenang untuk melakukan pembayaran dengan mekanisme lain yang lebih berhasil guna.

Semua fasilitas kesehatan meskipun tidak menjalin kerja sama dengan BPJS Kesehatan wajib melayani pasien dalam keadaan gawat darurat, setelah keadaan gawat darurnya teratasi dan pasien dapat dipindahkan, maka fasilitas kesehatan tersebut wajib merujuk ke fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan akan membayar kepada fasilitas kesehatan yang tidak menjalin kerjasama setelah memberikan pelayanan gawat darurat setara dengan tarif yang berlaku di wilayah tersebut (Kemenkes-RI, 2014).

i. Pelayanan

a. Jenis Pelayanan

Ada 2 (dua) jenis pelayanan yang akan diperoleh oleh Peserta JKN, yaitu berupa pelayanan kesehatan (manfaat medis) serta akomodasi dan ambulans (manfaat non medis). Ambulans hanya diberikan untuk pasien rujukan dari fasilitas kesehatan dengan kondisi tertentu yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan. pelayanan kesehatan mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan (Peraturan BPJS No. 1 tahun 2014).

b. Prosedur Pelayanan

Peserta yang memerlukan pelayanan kesehatan pertama-tama harus memperoleh pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama. Bila Peserta memerlukan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan, maka hal itu harus dilakukan melalui rujukan oleh Fasilitas kesehatan tingkat pertama, kecuali dalam keadaan kegawatdaruratan medis.



Gambar 1. Alur rujukan JKN Provinsi Lampung (Dinas Kesehatan, 2014).

j. Manfaat jaminan kesehatan nasional

Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional terdiri atas 2 (dua) jenis, yaitu manfaat medis berupa pelayanan kesehatan dan manfaat non medis meliputi akomodasi dan ambulans. Manfaat Akomodasi berupa layanan rawat inap yang dibagi dalam tiga kelas yang disesuaikan dengan kriteria peserta dan besarnya iuran. Ambulans hanya diberikan untuk pasien rujukan dari fasilitas kesehatan dengan kondisi tertentu yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan. Pelayanan kesehatan diberikan pada tingkat pertama dan bila diperlukan dapat dilakukan rujukan pada fasilitas kesehatan tingkat lanjut. Jenis-jenis pelayanan kesehatan yang dijamin dan tidak dijamin oleh Jaminan Kesehatan nasional antara lain dijelaskan dalam Perpres No.111 tahun 2014 adalah sebagai berikut:

- a. Pelayanan kesehatan tingkat pertama, meliputi pelayanan kesehatan non spesialisistik yang mencakup:
 1. Administrasi pelayanan;
 2. Pelayanan promotif dan preventif;
 3. Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis;
 4. Tindakan medis non spesialisistik, baik operatif maupun non operatif;
 5. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai;
 6. Transfusi darah sesuai dengan kebutuhan medis;

7. Pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pertama; dan
 8. Rawat inap tingkat pertama sesuai dengan indikasi medis.
- b. Pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan, meliputi pelayanan kesehatan yang mencakup:
1. Administrasi pelayanan;
 2. Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialisik oleh dokter spesialis dan
 3. Subspesialis;
 4. Tindakan medis spesialisik, baik bedah maupun non bedah sesuai dengan indikasi medis;
 5. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai;
 6. Pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis;
 7. Rehabilitasi medis;
 8. Pelayanan darah;
 9. Pelayanan kedokteran forensik klinik;
 10. Pelayanan jenazah pada pasien yang meninggal di fasilitas kesehatan;
 11. Perawatan inap non intensif; dan
 12. perawatan inap di ruang intensif.

c. Pelayanan kesehatan yang tidak dijamin meliputi:

1. Pelayanan kesehatan yang dilakukan tanpa melalui prosedur sebagaimana diatur dalam peraturan yang berlaku;
2. Pelayanan kesehatan yang dilakukan di fasilitas kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS kesehatan, kecuali dalam keadaan darurat;
3. Pelayanan kesehatan yang telah dijamin oleh program jaminan kecelakaan kerja terhadap penyakit atau cedera akibat kecelakaan kerja atau hubungan kerja;
4. Pelayanan kesehatan yang telah dijamin oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas yang bersifat wajib sampai nilai yang ditanggung oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas;
5. Pelayanan kesehatan yang dilakukan di luar negeri;
6. Pelayanan kesehatan untuk tujuan estetik;
7. Pelayanan untuk mengatasi infertilitas;
8. Pelayanan meratakan gigi (ortodontasi);
9. Gangguan kesehatan/penyakit akibat ketergantungan obat dan/atau alkohol;
10. Gangguan kesehatan akibat sengaja menyakiti diri sendiri, atau akibat melakukan hobi yang membahayakan diri sendiri;
11. Pengobatan komplementer, alternatif dan tradisional, termasuk akupunktur, *shin she*, *chiropractic*, yang belum dinyatakan

efektif berdasarkan penilaian teknologi kesehatan (*health technology assessment*);

12. Pengobatan dan tindakan medis yang dikategorikan sebagai percobaan (eksperimen);
13. Alat kontrasepsi, kosmetik, makanan bayi, dan susu;
14. Perbekalan kesehatan rumah tangga;
15. Pelayanan kesehatan akibat bencana pada masa tanggap darurat, kejadian luar biasa/wabah;
16. Biaya pelayanan kesehatan pada kejadian tak diharapkan yang dapat dicegah (*preventable adverse events*); dan
17. Biaya pelayanan lainnya yang tidak ada hubungan dengan manfaat jaminan kesehatan yang diberikan.

2. Perilaku pemanfaatan Jaminan Kesehatan Nasional

a. Perilaku

Perilaku secara biologis adalah suatu kegiatan atau aktivitas dari organisme (makhluk hidup) sehingga perilaku pada manusia adalah tindakan atau aktivitas dari manusia yang memiliki bentangan yang sangat luas karena terdiri dari berbagai macam kegiatan yang dilakukan manusia seperti berjalan, berbicara, menangis, tertawa dan lain sebagainya. Dari uraian tersebut dapat diambil kesimpulan bahwa perilaku (manusia) adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang dapat diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati pihak luar (Notoatmodjo, 2012).

Dari pengertian perilaku yang disampaikan oleh Notoatmodjo (2012) disebutkan bahwa perilaku yang dapat diamati dan tidak dapat diamati. Lebih lanjut dijelaskan bahwa perilaku dapat dibedakan menjadi dua menurut bentuk respon yang dilakukan yaitu:

1. Perilaku tertutup adalah bentuk perilaku yang bersifat terselubung atau tertutup (*covert*) karena masih terbatas pada perhatian, persepsi pengetahuan/ kesadaran, dan sikap sehingga belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain.

2. Perilaku terbuka adalah bentuk tindakan nyata atau terbuka dalam bentuk tindakan atau praktik (*practice*) yang dengan mudah dapat diamati oleh orang lain.

Meskipun perilaku adalah bentuk respon atau reaksi terhadap stimulus atau rangsangan dari luar organisme (orang). Namun dalam memberikan respon sangat bergantung pada karakteristik atau faktor-faktor yang berpengaruh terhadap orang tersebut. Hal ini berarti walaupun stimulusnya sama bagi beberapa orang namun respon atau tindakanya dapat berbeda pada setiap orang. Faktor-faktor yang membedakan perilaku ini disebut determinan perilaku. Determinan perilaku ini dapat dibedakan menjadi dua yaitu:

Determinan atau faktor internal, yakni karakteristik seseorang yang bersifat bawaan misalnya tingkat kecerdasan, tingkat emosional, jenis kelamin dan sebagainya.

Determinan atau faktor eksternal, yakni lingkungan baik lingkungan secara fisik maupun lingkungan dalam arti lingkungan sosial, budaya, ekonomi, politik dan sebagainya. Faktor lingkungan ini merupakan faktor dominan yang mewarnai perilaku manusia (Notoatmodjo, 2012).

b. Model perilaku kesehatan

Terdapat berbagai model penggunaan pelayanan kesehatan yang digunakan untuk menggambarkan faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan dalam hal ini pemanfaatan Jaminan Kesehatan. beberapa model-model tersebut antara lain:

1. Model Anderson

Menurut Anderson (1974) yang dikutip dari Notoatmodjo (2012) adalah model sistem kesehatan (*health system model*) berupa model kepercayaan kesehatan. di dalam model Anderson ini terdapat tiga kategori utama dalam pelayanan kesehatan yaitu:

a. Karakteristik predisposisi (*Predisposing characteristics*).

Karakteristik ini menggambarkan bahwa kecenderungan suatu individu menggunakan pelayanan kesehatan yang berbeda-beda disebabkan oleh adanya ciri-ciri individu, yang digolongkan kedalam tiga kelompok.

- Ciri demografi, seperti jenis kelamin dan umur
- Struktur sosial seperti tingkat pendidikan, pekerjaan, suku, ras dan sebagainya.
- Manfaat-manfaat kesehatan berupa keyakinan bahwa pelayanan kesehatan dapat menolong proses penyembuhan penyakit.

Sehingga Anderson percaya bahwa:

- Setiap individu yang mempunyai perbedaan karakteristik, tipe dan frekuensi penyakit serta pola penggunaan pelayanan kesehatan
- Setiap individu yang mempunyai perbedaan struktur sosial dan gaya hidup akhirnya akan mempunyai perbedaan pola penggunaan pelayanan kesehatan.
- Setiap individu percaya adanya kemanjuran dalam penggunaan pelayanan kesehatan

b. Karakteristik Pendukung (*Enabling characteristics*).

Karakteristik ini mencerminkan bahwa meskipun mempunyai predisposisi untuk menggunakan pelayanan kesehatan tapi individu tersebut tidak memanfaatkannya karena tidak adanya kemampuan dalam menggunakannya. Kemampuan penggunaannya dipengaruhi oleh kemampuan untuk membayar dengan sumber daya yang ada dalam hal ini sumber daya keluarga dan sumber daya masyarakat.

c. Karakteristik kebutuhan (*Need characteristics*).

Karakteristik kebutuhan disebut juga sebagai kesakitan karena mewakili kebutuhan akan pelayanan kesehatan. Suatu tindakan akan terwujud apabila dirasakan ada

kebutuhan sehingga kebutuhan merupakan stimulan langsung dalam menggunakan pelayanan kesehatan. kebutuhan (*need*) di sini dibagi menjadi dua kategori yaitu yang dirasakan secara subjektif oleh individu dan berdasarkan penilaian klinis.

2. Model Andersen dan Anderson

Model penggunaan pelayanan kesehatan lain yang menjelaskan faktor-faktor penentu penggunaan pelayanan kesehatan dikemukakan oleh (Andersen dan Anderson, 1979) dalam Notoatmodjo (2012) :

a. Model Demografi

Pada model ini variabel yang digunakan berdasarkan umur, jenis kelamin, status perkawinan dan besarnya keluarga. Variabel tersebut digunakan sebagai indikator yang mempengaruhi penggunaan pelayanan kesehatan. Karakteristik demografi juga berhubungan dengan karakteristik sosial seperti perbedaan sosial dari jenis kelamin yang berbeda mempunyai ciri-ciri sosial yang berbeda.

b. Model Struktur Sosial

Pada model ini variabel yang digunakan adalah pendidikan, pekerjaan dan kebangsaan. Variabel-variabel tersebut mencerminkan status sosial dari individu atau keluarga di dalam masyarakat dan dapat pula menggambarkan gaya hidup individu dan keluarga dari kedudukan sosial tertentu.

c. Model Sosial Psikologis

Pada model ini variabel yang digunakan adalah ukuran sikap dan keyakinan individu di dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. Variabel tersebut mempengaruhi individu untuk mengambil keputusan dan bertindak didalam menggunakan pelayanan kesehatan.

d. Model Sumber Daya Keluarga

Pada model ini variabel yang digunakan adalah pendapatan keluarga dan cakupan asuransi keluarga atau membiyai pelayanan kesehatan keluarga dan sebagainya. Variabel tersebut dapat mengukur kesanggupan dari setiap individu atau keluarga untuk memperoleh pelayanan kesehatan.

e. Model Sumber Daya Masyarakat

Pada model ini variabel yang digunakan adalah penyediaan pelayanan kesehatan dan sumber-sumber di dalam masyarakat dan ketercapaian dari pelayanan kesehatan yang tersedia. Model sumber daya ini kemudian berfokus pada suplai ekonomi dalam ketersediaan sumber-sumber kesehatan pada masyarakat.

f. Model Organisasi

Pada model ini variabel yang digunakan adalah pencerminan perbedaan bentuk-bentuk pelayanan kesehatan. Pada umumnya variabel yang biasa digunakan adalah:

- 1) Gaya praktik pengobatan sendiri (sendiri, rekanan, kelompok)
- 2) Sifat alamiah dari pelayanan tersebut (pembayaran secara langsung atau tidak)
- 3) Lokasi dari pelayanan kesehatan (pribadi, rumah sakit atau klinik)
- 4) Petugas kesehatan yang pertama kali dihubungi oleh pasien (dokter, perawat atau yang lainnya).

3. Model kepercayaan kesehatan (*The health belief models*).

Model kepercayaan kesehatan adalah model penjabaran dari model sosio-psikologis yang oleh Becker (1974) dalam Notoatmodjo (2012) dimana ada 4 variabel kunci yang mempengaruhi perilaku seseorang dalam bertindak untuk mencegah atau mengobati suatu penyakit, yaitu :

a. Kerentanan yang dirasa (*Perceived susceptibility*).

Tindakan individu dalam mencari pengobatan atau melakukan upaya pencegahan terhadap suatu penyakit yang didorong oleh persepsi adanya kerentanan terhadap suatu penyakit.

b. Keseriusan yang dirasakan (*Perceived seriousness*).

Tindakan individu dalam mencari pengobatan dan pencegahan penyakit yang didorong oleh keseriusan penyakit itu sendiri.

c. Manfaat dan rintangan yang dirasakan (*Perceived benefit and barriers*).

Tindakan yang dilakukan akibat kerentanan dari suatu penyakit tergantung dari manfaat yang dirasakan dan rintangan-rintangan yang ditemukan dalam mengambil tindakan tersebut.

d. Isyarat atau tanda-tanda (*Cues*).

Untuk mendapatkan tingkat penerimaan yang benar tentang kerentanan, kegawatan dan keuntungan diperlukan isyarat berupa faktor-faktor dari luar yang berupa pesan-pesan media massa, nasihat atau anjuran dari teman atau anggota keluarga yang pernah mengalaminya.

4. Model Green

Teori lain yang digunakan untuk mencoba mengungkapkan determinan perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan dalam hal ini adalah Program Jaminan Kesehatan Nasional adalah teori yang disampaikan oleh Green (1980) dalam Notoatmodjo (2012) bahwa tindakanseseorang dipengaruhi oleh 3 faktor yaitu:

a. Faktor Predisposisi (*Predisposing factors*).

Faktor-faktor ini mencakup mengenai pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan nilai-nilai dan sebagainya.

b. Faktor Pemungkin (*enabling factors*).

Faktor-faktor ini mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan bagi masyarakat.

c. Faktor Penguat (*Reinforcing factors*)

Faktor-faktor ini meliputi faktor sikap tokoh masyarakat, tokoh agama, sikap para petugas termasuk petugas kesehatan, termasuk juga disini undang-undang, peraturan-peraturan baik dari pusat maupun pemerintah daerah yang terkait dengan kesehatan.

Berdasarkan uraian tentang faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi seseorang dan masyarakat dalam memanfaatkan program Jaminan Kesehatan Nasional maka dalam penelitian ini akan dibahas lebih mendalam adalah faktor pengetahuan, sikap, informasi dan sikap petugas kesehatan.

3. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu yang didapat melalui proses pengindraan terhadap suatu objek. Pengindraan terjadi melalui pancaindra manusia yang terdiri dari indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba walaupun sebagian besar pengetahuan diperoleh dari penglihatan dan pendengaran. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk suatu tindakan seseorang (*overt behaviour*). Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai enam tingkatan yaitu:

a. Tahu (*know*)

Tahu merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah karena hanya sebatas mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya.

b. Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi secara benar seperti mampu menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan dan sebagainya.

c. Analisis (*analysis*)

Kemampuan analisis dapat terlihat melalui kemampuan untuk menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan mengelompokkan suatu materi atau objek.

d. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis adalah kemampuan menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada karena adanya kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian didalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Kemampuan sistesis terlihat dari kemampuan untuk menyusun, merencanakan, meringkaskan, menyesuaikan sesuatu teori atau rumusan-rumusan yang telah ada.

e. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi adalah kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek berdasarkan penilaian yang ditentukan sendiri atau menurut kriteria yang sudah ada.

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan metode wawancara atau menggunakan kuesioner yang menanyakan materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau objek (Notoatmodjo, 2012).

4. Sikap (*attitude*)

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek dan manifestasi sikap tidak dapat langsung dilihat tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku tertutup. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas akan tetapi menjadi faktor predisposisi tindakan atau perilaku. Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap objek dilingkungan tertentu sebagai bentuk penghayatan terhadap objek. Seperti halnya pengetahuan, sikap terdiri dari berbagai tingkatan yaitu:

a. Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa seseorang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan objek. Terlihat dari kesediaan dan perhatian seseorang terhadap penjelasan atau ceramah yang disampaikan seseorang.

b. Merespon (*responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap karena adanya usaha yang dilakukan untuk menerima ide tersebut.

c. Menghargai (*valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah indikasi sikap tingkat tiga.

d. Bertanggung jawab (*reponsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dan menanggung segala kemungkinan resiko merupakan sikap yang paling tinggi.

Pengukuran sikap dapat dilakukan secara langsung seperti menanyakan pendapat atau pernyataan responden terhadap suatu objek (Notoatmodjo, 2012).

5. Informasi

Informasi adalah data yang telah diolah menjadi bentuk yang penting bagi si penerima dan mempunyai nilai yang dapat digunakan dalam mengambil keputusan-keputusan sekarang atau yang akan datang (Sitorus, 2009).

Diperlukan tiga kelompok informasi menurut Artells (1981) dalam Hasibuan (2008) agar terjalinnya hubungan yang efisien antara tenaga kesehatan khususnya dokter dengan pasien. Tiga kelompok informasi itu antara lain:

- a. Pengetahuan dasar medis yaitu suatu bentuk informasi yang pada dasarnya tidak harus dimiliki pasien. Informasi ini menyangkut pengetahuan untuk melakukan penilaian status kesehatan dan mengidentifikasi perawatan apa saja yang tersedia.
- b. Keterangan yang jelas dari pasien berupa keluhan pasien dan keadaan lingkungan pasien sehingga seorang dokter mampu menerapkan ilmunya secara tepat terhadap pasien.
- c. Informasi tentang penilaian pasien itu sendiri mengenai penyakit yang dideritanya.

6. Pelayanan Tenaga Kesehatan

Tenaga kesehatan menurut Wijono (1999) dalam Tarigan (2009) adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan atau keterampilan melalui pendidikan

dibidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan. tenaga kesehatan terdiri dari tenaga medis, tenaga keperawatan, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga gizi, tenaga keterampilan fisik dan tenaga keteknisan medis. Seorang tenaga kesehatan harus memenuhi syarat-syarat yaitu:

- a. Tenaga kesehatan wajib memiliki pengetahuan dan keterampilan dibidang kesehatan yang dinyatakan dengan ijazah dari lembaga pendidikan.
- b. Tenaga kesehatan hanya dapat melakukan upaya kesehatan setelah mendapat izin dari menteri.
- c. Bagi tenaga kesehatan masyarakat ketentuan perizinan lebih lanjut diatur oleh menteri.
- d. Tenaga kesehatan lulusan luar negeri hanya dapat melakukan upaya kesehatan setelah melakukan adaptasi yang ketentuan lebih lanjut diatur oleh menteri.

Pelayanan tenaga kesehatan adalah pandangan subjek tentang pelayanan yang diberikan oleh petugas kesehatan yang meliputi sikap, perbuatan, komunikasi, keahlian, kecekatan dalam memberikan pelayanan yang berpengaruh terhadap permintaan pelayanan kesehatan (Tarigan, 2009).

B. Keterbatasan Penelitian

- a. Penelitian menggunakan ukuran sampel yang minimal dan pemilihan sampel tanpa menggunakan sistem Random sampling sehingga pada penelitian berikutnya perlu adanya peningkatan ukuran sample untuk meningkatkan kuasa statistik (*statistical power*) dan metode pengumpulan sample yang lebih acak pada beberapa lokasi atau kelompok sample.
- b. Penelitian hanya dilakukan pada satu fasilitas kesehatan mengingat adanya keterbatasan waktu dan sumberdaya yang ada.
- c. Kuesioner yang digunakan pada penelitian ini belum dikonsultasikan dengan pakar kesehatan jiwa atau pakar pendidikan dan pakar yang benar-benar ahli dalam bidang jaminan kesehatan.
- d. Jumlah soal kuesioner yang cukup banyak dengan waktu pengisian yang singkat saat menunggu antrian menemui dokter saat berobat dapat menambah bias dalam penelitian karena responden bisa mengisi jawaban asal-asalan.
- e. Keterbatasan referensi yang digunakan mengingat penelitian yang berhubungan tentang JKN belum ada dikarenakan program JKN sendiri baru dimulai di awal 2014.
- f. Keterbatasan pengetahuan dan kemampuan memahami peneliti dalam mengolah uji statistik terlebih pada uji multivariat.