

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Keikutsertaan

a. Pengertian Keikutsertaan BPJS

Keikutsertaan berasal dari kata ikut yang artinya melakukan sesuatu sebagaimana yang dilakukan orang lain. Keikutsertaan jaminan kesehatan nasional melalui BPJS adalah tindakan ikut serta berpartisipasi dalam program jaminan kesehatan nasional. Keikutsertaan sangat berhubungan dengan perilaku seseorang. (Lawrence green, 2010).

b. Faktor-Faktor Mempengaruhi Keikutsertaan.

Menurut Notoatmojo (20112) Faktor-Faktor yang mempengaruhi disebut:

1) Faktor – faktor predisposisi (*predisposing factor*)

Faktor ini mencakup pengetahuan, tradisi, kepercayaan, tingkat pendidikan, dan tingkat sosial ekonomi.

2) Faktor – faktor pendukung (*enabling factor*)

Faktor ini mencakup ketersediaan fasilitas dan sarana kesehatan dan jarak akses sarana pelayanan kesehatan.

3) Faktor – faktor pendorong (*reinforcing factor*)

Faktor ini meliputi sikap dan perilaku kesehatan.

c. Syarat Keikutsertaan Jaminan Kesehatan Bagi Pekerja Bukan Penerima Upah. Syarat tersebut antara lain :

1) Dokumen Pendaftaran .

- a) Mengisi formulir daftar isian peserta.
- b) Foto copy KTP suami dan istri.
- c) Foto copy kartu keluarga.
- d) Foto copy surat nikah.
- e) Foto copy akte kelahiran anak atau surat keterangan lahir.
- f) Pas foto 3x4 berwarna 2 lembar masing-masing anggota keluarga (kecuali balita).

d. Prosedur Pendaftaran

- 1) Pekerja bukan penerima upah mendaftarkan diri dan keluarganya dengan mengisi formulir daftar isian peserta dan membawa dokumen pendukung lainnya.
- 2) BPJS kesehatan memberikan nomor *Virtual Account* untuk masing-masing jiwa atau anggota keluarga. *Virtual Account* digunakan untuk membayar iuran.
- 3) Pekerja bukan penerima upah menyetorkan iuran melalui ATM atau tunai di Bank BNI (Bank Negara Indonesia), Bank BRI (Bank Rakyat Indonesia), dan Bank Mandiri.
- 4) Pekerja bukan penerima upah menyerahkan bukti pembayaran iuran kepada BPJS Kesehatan.

- 5) BPJS kesehatan akan menerbitkan kartu BPJS Kesehatan sebagai bukti kepesertaan.
- 6) Menurut FAQ (2013) pembayaran iuran setiap bulan dengan ketentuan :
 - a) Ruang perawatan kelas III Rp. 25.000/ bulan
 - b) Ruang Perawatan kelas II Rp. 42.5000/ bulan
 - c) Ruang Perawatan kelas I Rp. 59.500/ bulan(FAQ, 2013)

Setiap pekerja bukan penerima upah 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. (UU BPJS Nomor 24 Tahun 2011).

e. Cara Pembayaran Fasilitas Kesehatan

BPJS Kesehatan akan membayar kepada fasilitas kesehatan tingkat pertama dengan kapitasi. Fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan, BPJS kesehatan membayar dengan sistem paket INA CBG's (*Indonetion Case Base Groups*). 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.

BPJS kesehatan akan membayar kepada fasilitas kesehatan yang tidak menjalin kerjasama setelah memberikan pelayanan gawat darurat setara dengan tarif yang berlaku di wilayah tersebut (UU BPJS Nomor 24 Tahun 2011).

f. Masa Berlaku Kepesertaan

- 1) Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional berlaku selama yang bersangkutan membayar iuran sesuai dengan kelompok peserta.
- 2) Status kepesertaan akan hilang bila peserta tidak membayar iuran meninggal dunia.

g. Pentahapan Kepesertaan

Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional dilakukan secara bertahap yaitu tahap pertama mulai 1 Januari 2014. Kepesertaannya paling sedikit meliputi PBI Jaminan Kesehatan Anggota TNI atau PNS di lingkungan Kementerian Pertahanan dan anggota keluarganya.

Anggota Polri atau PNS di lingkungan Polri dan anggota keluarganya peserta asuransi kesehatan PT Askes (Persero) beserta anggota keluarganya, serta peserta jaminan pemeliharaan kesehatan Jamsostek dan anggota keluarganya. Selanjutnya tahap kedua meliputi seluruh penduduk yang belum masuk sebagai Peserta BPJS Kesehatan paling lambat pada tanggal 1 Januari 2019

h. Lokasi Pendaftaran

Pendaftaran Peserta dilakukan di kantor BPJS terdekat atau setempat.

2. Jaminan Kesehatan Nasional

a. Pengertian Jaminan Kesehatan Nasional

Jaminan Kesehatan Nasional adalah tata cara penyelenggaraan program Jaminan Sosial yang diberikan untuk masyarakat guna menjamin kesehatan masyarakat (UU SJSN No. 40 tahun 2004).

b. Tujuan Jaminan Kesehatan Nasional adalah agar semua penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi, sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak.

3. BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan)

g. Pengertian BPJS adalah Badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan jaminan sosial kesehatan (FAQ, 2013).

h. Manfaat BPJS

Manfaat BPJS bersifat komprehensif (menyeluruh) yang terdiri dari:

- 1) Pelayanan kesehatan pertama yaitu Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP).
- 2) Pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan yaitu Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL) dan Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL).
- 3) Pelayanan persalinan.
- 4) Pelayanan Gawat Darurat.
- 5) Pelayanan ambulan bagi pasien rujukan dengan kondisi tertentu antar fasilitas kesehatan.

i. Prinsip-prinsip BPJS

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial mengacu pada prinsip-prinsip Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) menurut (UU SJSN No.24 tahun 2011) sebagai berikut :

1) Prinsip Kegotongroyongan

Gotongroyong sesungguhnya sudah menjadi salah satu prinsip dalam hidup bermasyarakat dan juga merupakan salah satu akar dalam kebudayaan kita. Dalam SJSN, prinsip gotong royong berarti peserta yang mampu membantu peserta yang kurang mampu, peserta yang sehat membantu yang sakit atau yang berisiko tinggi, dan peserta yang sehat membantu yang sakit. Hal ini terwujud karena kepesertaan SJSN bersifat wajib untuk seluruh penduduk, tanpa pandang bulu. Dengan demikian, melalui prinsip gotong royong jaminan sosial dapat menumbuhkan 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 peserta.

3) Prinsip Portabilitas

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

4) Prinsip kepesertaan bersifat wajib

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

5) Prinsip hasil pengelolaan dana jaminan sosial

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

6) Prinsip dana amanat

Dana yang terkumpul dari iuran peserta merupakan dana titipan kepada badan-badan penyelenggara untuk dikelola sebaik-baiknya dalam rangka mengoptimalkan dana tersebut untuk kesejahteraan peserta (UU BPJS Nomor 24 Tahun 2011).

j. Cakupan Pelayanan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

1) Rawat jalan tingkat pertama.

a) Administrasi pelayanan meliputi biaya administrasi pendaftaran peserta untuk berobat, penyediaan dan pemberian surat rujukan ke fasilitas kesehatan lanjutan untuk penyakit yang tidak dapat di tangani di fasilitas kesehatan pertama.

b) Pelayanan promotif preventif meliputi:

(1) Kegiatan penyuluhan kesehatan perorangan: penyuluhan kesehatan perorangan meliputi paling sedikit penyuluhan mengenai pengelolaan faktor resiko penyakit dan perilaku hidup bersih dan sehat.

(2) Imunisasi dasar: pelayanan imunisasi dasar meliputi *Baccile Calmett Guerin (BCG)*, *Difteri Pertusis Tetanus* dan *Hepatitis-B (DPTHB)*, *Polio* dan *Campak*.

(3) Keluarga berencana

(a) Pelayanan keluarga berencana melalui konseling, kontrasepsi dasar, *vasectomy* dan *tubectomy* bekerja sama dengan lembaga yang membandingkan keluarga berencana.

(b) Penyediaan dan distribusi vaksin dan alat kontrasepsi dasar menjadi tanggung jawab pemerintah pusat dan pemerintah daerah.

(4) *Skrining* kesehatan

(a) Pelayanan *skrining* kesehatan di berikan secara perorangan dan selektif

(b) Pelayanan *skrining* kesehatan ditujukan untuk mendeteksi resiko penyakit dan mencegah dampak lanjutan dari resiko penyakit tertentu meliputi : *Diabetes mellitus* tipe 2, Hipertensi, Kanker leher rahim, Kanker payudara, Gagal ginjal, Kanker hati, Penyakit lain yang di tetapkan oleh Menteri Kesehatan.

(5) Pelayanan skrining kesehatan penyakit *diabetes mellitus* tipe 2 dan hipertensi dimulai dengan analisis riwayat kesehatan, yang dilakukan sekurang-kurangnya 1 (satu) tahun sekali.

(6) Jika peserta teridentifikasi mempunyai resiko penyakit *diabetes mellitus* tipe 2 dan hipertensi berdasarkan riwayat kesehatan, akan dilakukan penegakan diagnosa melalui pemeriksaan penunjang diagnostik tertentu dan kemudian akan diberikan pengobatan sesuai dengan indikasi medis yang meliputi dibawah ini :

(a) Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis.

(b) Tindakan medis non spesialisistik, baik operatif maupun non operatif.

(c) Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai.

- (d) Pemeriksaan penunjang diagnostic laboratorium tingkat pertama.
- (e) Pemeriksaan ibu hamil, nifas, ibu menyusui dan bayi.
- (f) Upaya penyembuhan terhadap efek samping kontrasepsi termasuk penanganan komplikasi KB (Keluarga Berencana) *pasca* persalinan.
- (g) Rehabilitasi medik dasar

2) Pelayanan Gigi

- a) Administrasi pelayanan, meliputi biaya administrasi pendaftaran peserta untuk berobat, penyediaan dan pemberian surat rujukan ke fasilitas kesehatan lanjutan untuk penyakit yang tidak dapat di tangani di fasilitas kesehatan tingkat pertama.
- b) Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi.
- c) Pre medikasi.
- d) Kegawat daruratan *oro-dental*.
- e) Penyabutan gigi sulung (*topical, infiltrasi*).
- f) Pencabutan gigi permanen tanpa penyulit.
- g) Obat *pasca ekstrasi*.

3) Rawat Inap Tingkat Pertama

Cakupan pelayanan rawat inap tingkat pertama sesuai dengan cakupan pelayanan rawat jalan tingkat pertama dengan tambahan akomodasi bagi pasien indikasi medis.

4) Pelayanan darah sesuai indikasi medis.

Pelayanan tranfusi darah di fasilitas kesehatan tingkat pertama dapat dilakukan pada kasus:

- a) Kegawatdaruratan maternal dalam proses persalinan.
- b) Kegawatdaruratan lain untuk kepentingan keselamatan pasien.
- c) Penyakit *thalassemia hemofili* dan penyakit lain setelah mendapat rekomendasi dari dokter fasilitas kesehatan tingkat lanjutan.

k. Prosedur BPJS

1) Ketentuan Umum

- a) Peserta harus memperoleh pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama tempat peserta terdaftar.
- b) Ketentuan di atas dikecualikan pada kondisi:
 - (1) Berada di wilayah luar wilayah fasilitas kesehatan tingkat pertama tempat peserta terdaftar.
 - (2) Dalam keadaan kegawatdaruratan medis.
- c) Peserta di luar wilayah apabila peserta melakukan kunjungan ke luar domisili karena tujuan tertentu, bukan merupakan kegiatan yang rutin maka peserta wajib membawa surat pengantar dari kantor BPJS kesehatan tujuan untuk berobat.

- d) Dalam hal peserta memerlukan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan, fasilitas kesehatan tingkat pertama harus merujuk ke fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan terdekat sesuai dengan sistem rujukan yang diatur dalam ketentuan peraturan perundang-undangan.
- e) Peserta yang melakukan mutasi pada tanggal 1 sampai dengan akhir bulan berjalan, tidak dapat langsung mendapatkan pelayanan di fasilitas kesehatan tingkat pertama yang baru sampai dengan akhir bulan berjalan. Peserta berhak mendapatkan pelayanan di fasilitas kesehatan tingkat pertama yang baru di bulan berikutnya.
- f) Peserta dapat memilih untuk mutasi fasilitas kesehatan tingkat pertama selain fasilitas kesehatan tempat peserta terdaftar setelah jangka waktu 3 (tiga) bulan atau lebih.
- g) Peserta yang baru mendaftar sebagai peserta BPJS kesehatan dan sudah membayar iuran, maka pada bulan berjalan tersebut peserta dapat langsung mendapatkan pelayanan difasilitas kesehatan tingkat pertama tempat peserta terdaftar.

- 2) Rawat Jalan Tingkat Pertama dan Pelayanan Gigi
 - a) Peserta menunjukkan kartu identitas BPJS kesehatan.
 - b) Fasilitas kesehatan melakukan pengecekan keabsahan kartupeserta.
 - c) Fasilitas kesehatan melakukan pemeriksaan kesehatan pemberian tindakan.
 - d) Setelah mendapatkan pelayanan peserta menandatangani bukti pelayanan pada lembar yang disediakan. Lembar bukti pelayanan disediakan oleh masing-masing fasilitas kesehatan.
 - e) Bila diperlukan atas indikasi medis peserta akan memperoleh obat.
 - f) Apabila peserta membutuhkan pemeriksaan kehamilan, persalinan dan pasca melahirkan, maka pelayanan dapat dilakukan oleh bidan atau dokter umum.
 - g) Bila hasil pemeriksaan dokter ternyata peserta memerlukan pemeriksaan ataupun tindakan spesialis sesuai dengan indikasi medis, maka fasilitas kesehatan tingkat pertama akan memberikan surat rujukan ke fasilitas kesehatan tingkat lanjutan yang bekerjasama dengan BPJS kesehatan sesuai dengan sistem rujukan yang berlaku.
 - h) Surat rujukan dibutuhkan untuk pertama kali pengobatan ke fasilitas kesehatan tingkat lanjutan, dan selanjutnya selama.

- i) Fasilitas kesehatan wajib melakukan pencatatan pelayanan dan tindakan yang telah dilakukan ke dalam aplikasi sistem informasi BPJS.
- j) Ketentuan khusus pelayanan pemeriksaan kehamilan dan pasca melahirkan sebagai berikut :
 - (1) Peserta pemeriksaan kehamilan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama atau jejaringnya sesuai dengan prosedur pemeriksaan difasilitas kesehatan tingkat pertama.
 - (2) Pemeriksaan kehamilan dan pemeriksaan setelah melahirkan diharapkan dilakukan pada satu tempat yang sama, misalnya pemeriksaan kehamilan dilakukan pada bidang jejaring maka diharapkan proses persalinan dan pemeriksaan dilakukan pada bidang jejaring tersebut.
 - (3) Pemeriksaan kehamilan dan pemeriksaan setelah melahirkan pada tempat yang sama dimaksudkan untuk
 - (a) Monitoring perkembangan kehamilan.
 - (b) Keteraturan pencatatan *patograf*.
 - (c) Memudahkan dalam administrasi pengajuan klaim ke BPJS kesehatan.

3) Rawat Inap Tingkat Pertama

- a) Peserta datang ke fasilitas kesehatan tingkat pertama yang memiliki fasilitas rawat inap.
- b) Fasilitas kesehatan dapat melayani peserta yang terdaftar maupun peserta yang dirujuk dari fasilitas kesehatan tingkat pertama lain.
- c) Peserta menunjukkan identitas BPJS kesehatan.
- d) Fasilitas kesehatan melakukan pengecekan keabsahan kartu peserta.
- e) Fasilitas kesehatan melakukan pemeriksaan, perawatan, pemberian tindakan, obat dan bahan medis habis pakai.
- f) Setelah mendapatkan pelayanan peserta menandatangani bukti pelayanan pada lembar yang disediakan oleh masing-masing fasilitas kesehatan.
- g) Fasilitas kesehatan wajib melakukan pencatatan pelayanan dan tindakan yang telah dilakukan ke dalam aplikasi sistem BPJS.
- h) Peserta dapat dirujuk ke fasilitas kesehatan tingkat lanjutan bila secara indikasi medis diperlukan (UU BPJS Nomor 24 Tahun 2011).

1. Kelebihan dan kekurangan BPJS

1) Kelebihan

- a) BPJS bersifat pelayanan perorangan dan komprehensif (menyeluruh) yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif termasuk pemberian obat
- b) Masyarakat yang tergolong fakir miskin akan masuk kedalam golongan PBI yang preminya akan dibiayai oleh pemerintah

2) Kekurangan

- a) Peserta BPJS pada saat berobat harus melewati tahapan-tahapan yang ditetapkan oleh BPJS. Pengobatan dilaksanakan dari pelayanan tingkat pertama dan tidak bisa langsung ke pelayanan tingkat lanjutan tanpa persetujuan dari pelayanan tingkat pertama.
- b) Pemberian obat tidak bisa digunakan dalam jangka panjang. Pemberian obat, maksimal digunakan dalam jangka waktu 7 hari hal ini tidak efektif jika digunakan pasien yang memiliki penyakit kronik.
- c) Obat yang dipakai sebagian besar adalah generik jadi tidak bisa melayani obat-obatan yang bersifat paten.
- d) Pasien tidak diperbolehkan untuk berobat ke dua spesialis dalam hari yang sama, hal ini juga tidak efektif karena pasien berobat kerumah sakit tidak semuanya hanya membutuhkan satu spesialis saja. (FAQ, 2011)

4. Pengetahuan

a. Definisi Pengetahuan

Pengetahuan umumnya datang dari pengalaman dan dari informasi yang kita peroleh dari orang lain maupun buku (WHO, 2000). Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (Notoatmodjo, 2007).

b. Tingkatan Pengetahuan

Menurut Bloom (1987) dikutip dalam Notoatmodjo (2007), pengetahuan yang dicakup didalam domain kognitif mempunyai enam tingkatan, yaitu:

- 1) Tahu (*Know*) diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Tahu merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan dan sebagainya.
- 2) Memahami (*comprehension*) diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan dan sebagainya.

- 3) Aplikasi (*Application*) diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya.
 - 4) Analisis (*Analysis*) adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek kedalam komponen-komponen, tetapi masih dalam struktur organisasi tersebut. Kemampuan analisis dapat memisahkan, membedakandan mengelompokan.
 - 5) Sintesis (*Synthesis*) menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian kedalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Contoh : menyusun dan merencanakan.
 - 6) Evaluasi (*Evaluation*) berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikas atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri.
- c. Faktor – faktor yang mempengaruhi tingkat pengetahuan
- Faktor yang mempengaruhi pengetahuan yaitu pendidikan, pekerjaan, umur, lingkungan dan sosial budaya.

1) Faktor *Internal*

a) Pendidikan

Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan seseorang terhadap perkembangan orang lain menunjukkan manusia untuk berbuat dan mengisi kehidupannya untuk mencapai keselamatan dan kebahagiaan.

b) Pekerjaan

Pekerjaan adalah keburukan yang harus dilakukan terutama untuk menunjang kehidupannya dan kehidupan keluarga. Pekerjaan bukan sumber kesenangan tetapi lebih banyak merupakan cara mencari nafkah yang membosankan, berulang dan banyak tantangan.

c) Umur

Usia adalah umur individu menghitung mulai sejak lahir sampai berulang tahun. Semakin cukup umur semakin tingkat kematangan dan kekuatan seseorang lebih matang dalam berfikir dan bekerja.

2) Faktor *Eksternal*

a) Faktor Lingkungan

Lingkungan merupakan seluruh kondisi yang ada disekitar manusia dan pengaruhnya yang dapat mempengaruhi perkembangan dan perilaku orang atau kelompok.

b) Sosial Budaya

Sistem sosial budaya yang ada pada masyarakat dapat mempengaruhi dari sikap dalam menerima informasi.

d. Cara memperoleh pengetahuan

Berbagai macam cara yang telah digunakan untuk memperoleh kebenaran pengetahuan sepanjang sejarah, dapat dikelompokkan menjadi dua, yakni: cara tradisional atau non ilmiah, yakni tanpa melalui penelitian ilmiah, dan cara modern atau cara ilmiah, yakni melalui proses penelitian.

1) Cara Memperoleh Kebenaran Non ilmiah.

Cara kuno atau tradisional ini dipakai orang untuk memperoleh kebenaran pengetahuan, sebelumnya ditemukanya metode ilmiah.

Cara-cara penemuan pengetahuan pada periode ini antara lain:

a) Cara Coba Salah

Cara ini dipakai orang sebelum adanya kebudayaan, bahkan ini dilakukan dengan menggunakan kemungkinan dalam memecahkan masalah apabila kemungkinan tersebut dilakukan tidak berhasil akan dicoba dengan kemungkinan yang lain.

b) Secara Kebetulan

Penemuan kebenaran secara kebetulan terjadi karena tidak disengaja oleh yang bersangkutan.

c) Cara Kekuasaan atau Otoritas

Prinsip dalam cara ini ditemukan orang lain menerima pendapat yang ditemukan oleh orang mempunyai aktifitas tanpa menguji atau membuktikan kebenaran terlebih dahulu berdasarkan fakta empiris atau penalaran sendiri.

d) Berdasarkan Pengalaman Pribadi

Pengalaman merupakan sumber pengetahuan, atau pengalaman cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan, apabila gagal tidak akan mengulangi cara itu dan berusaha untuk mencari cara lain dan berusaha untuk mencari cara lain sehingga berhasil.

e) Cara Akal Sehat

Cara sehat atau *common sense* kadang-kadang dapat menemukan teori atau kebenaran. Sebelum ilmu pendidikan ini berkembang, para orang tua zaman dahulu agar anaknya mau menuruti nasehat orang tuanya, agar anak disiplin menggunakan cara hukuman fisik bila anaknya berbuat salah.

f) Melalui Jalan Fikir

Dalam memperoleh kebenaran pengetahuan manusia telah menggunakan jalan pikirannya, baik melalui induksi maupun deduksi.

g) Induksi

Proses penarikan kesimpulan yang dimulai dari pernyataan-pernyataan khusus ke pernyataan yang bersifat umum.

h) Deduksi

Pembuatan kesimpulan dari pernyataan-pernyataan umum ke khusus. Proses berpikir berdasarkan pada pengetahuan yang umum mencapai pengetahuan yang khusus.

2) Cara Ilmiah dalam Memperoleh Pengetahuan

Cara baru atau modern dalam memperoleh pengetahuan pada saat ini lebih sistematis, logis dan alamiah. Dalam memperoleh kesimpulan dilakukan dengan mengadakan observasi langsung, dan membuat pencatatan terhadap semua fakta sebelum dengan objek peneliti (Notoatmodjo, 2007).

e. Cara Mengukur Pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara dan angket yang menyatakan tentang isi materi yang ingin diukur. Analisis pengetahuan dapat dinilai dengan pengalaman, tingkat pendidikan dan sumber informasi (Notoatmodjo, 2007).

Penelitian yang terkait adalah penelitian yang dilakukan oleh Astuti (2009) mengenai hubungan antara tingkat pendidikan dengan tingkat pengetahuan tentang JAMKESMAS. Dari hasil analisa univariat, tingkat pengetahuan tentang JAMKESMAS didapatkan hasil bahwa rata-rata responden memiliki tingkat pengetahuan tentang JAMKESMAS sedang ke atas yaitu sebesar 68,8%.

f. Kategori Pengetahuan

Kategori pengetahuan menurut Arikunto (2008) dikategorikan dibawah ini :

- 1) Baik jika prosentase pengetahuan 76%-100%
- 2) Cukup jika prosentase 56%-75%
- 3) Kurang Baik jika prosentase 40%-55%
- 4) Tidak Baik jika prosentase <40%

5. Pekerja Bukan Penerima Upah

e. Pengertian Pekerja

Pekerja adalah setiap orang yang bekerja dengan menerima gaji, upah, atau imbalan dalam bentuk lain (UU BPJS Nomor 24 Tahun 2011).

f. 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 JKN meliputi Penerima Bantuan Iuran (PBI) JKN dan bukan PBI JKN dengan rincian sebagai berikut:

- 1) Peserta 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.
- 3) Pekerja Penerima Upah dan anggota keluarganya, yaitu:
 - a) Pegawai Negeri Sipil
 - b) Anggota TNI
 - c) Anggota Polri
 - d) Pegawai Swasta

4) Menurut UU BPJS Nomor 24 Tahun 2011 Pekerja Bukan Penerima Upah yaitu setiap orang yang bekerja dan berusaha atas resiko sendiri yaitu :

- a) Petani
- b) Pedagang
- c) Wiraswasta

g. Hak dan kewajiban Peserta

1) Setiap Peserta yang telah terdaftar pada BPJS Kesehatan berhak mendapatkan :

- a) Identitas Peserta.
- b) Manfaat pelayanan kesehatan di Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.

2) Setiap Peserta yang telah terdaftar pada BPJS Kesehatan berkewajiban untuk:

- a) Membayar iuran
- b) Melaporkan data kepesertaannya kepada BPJS Kesehatan dengan menunjukkan identitas peserta pada saat pindah domisili dan atau pindah kerja (UU BPJS Nomor 24 Tahun 2011).

h. Mekanisme Penanganan Keluhan

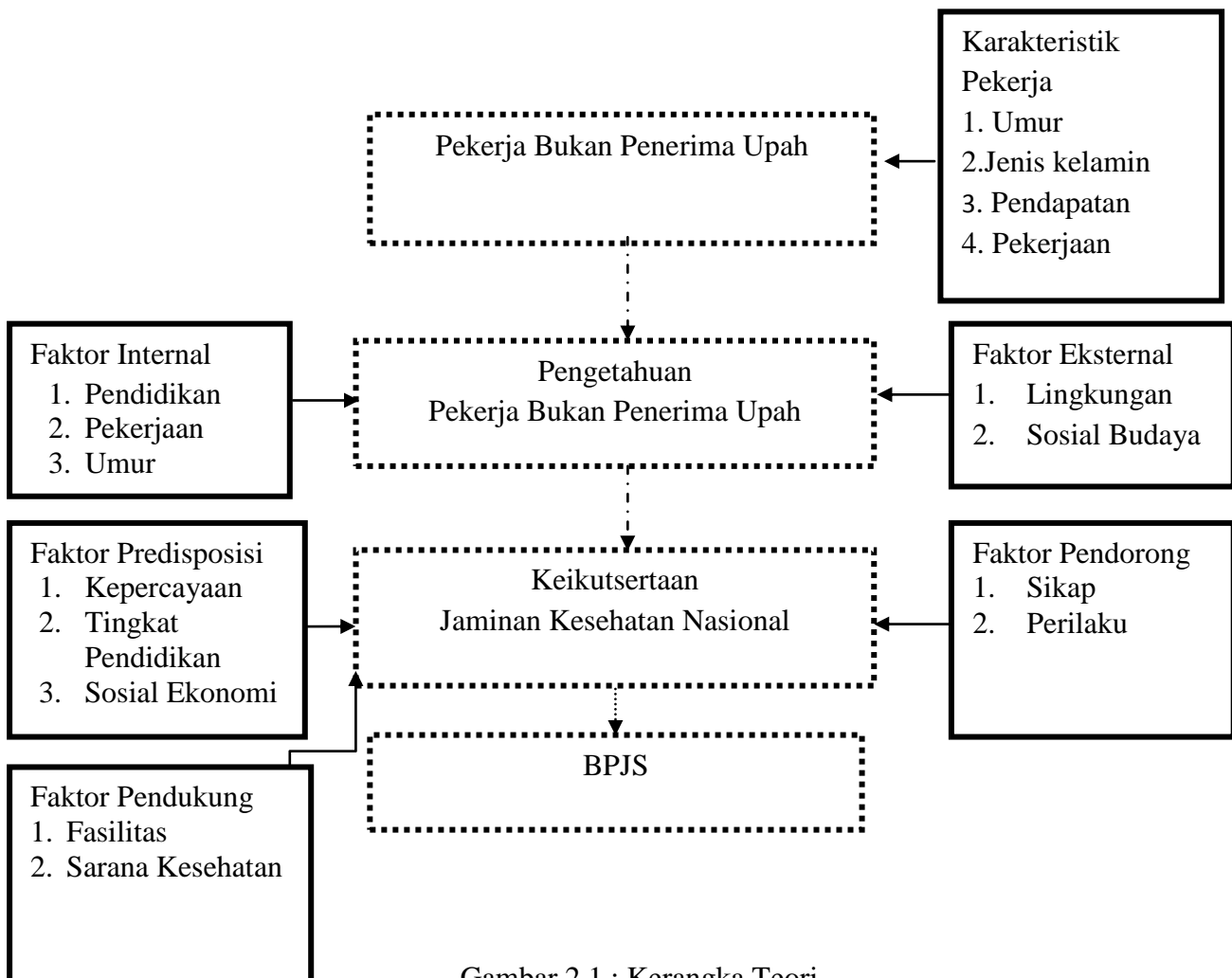
Mekanisme yang dapat ditempuh untuk menyelesaikan ketidakpuasan para pihak adalah :

- 1) Jika peserta tidak puas terhadap pelayanan yang diberikan oleh fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS kesehatan, Peserta dapat mengajukan pengaduan kepada fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS dan atau BPJS kesehatan.
- 2) Jika Peserta dan atau fasilitas kesehatan tidak mendapatkan pelayanan yang baik dari BPJS kesehatan maka dapat menyampaikan pengaduan kepada Menteri Kesehatan.
- 3) Jika terjadi sengketa antara peserta dengan fasilitas kesehatan, Peserta dengan BPJS kesehatan, BPJS kesehatan dengan fasilitas kesehatan atau BPJS kesehatan dengan asosiasi fasilitas kesehatan maka sebaiknya diselesaikan secara musyawarah oleh para pihak yang bersengketa. Jika tidak dapat diselesaikan secara musyawarah sengketa diselesaikan dengan cara mediasi atau pengadilan sesuai dengan peraturan perundang-undangan (FAQ, 2013).

- 4) Dalam penanganan keluhan memiliki prinsip sebagai berikut :
- a) *Obyektif* yaitu penanganan keluhan masyarakat harus berdasarkan fakta atau bukti yang dapat dinilai berdasarkan kriteria tertentu yang ditetapkan
 - b) *Responsif* (cepat dan akurat) yaitu setiap pengaduan dan permasalahan perlu ditangani atau ditanggapi secara cepat dan tepat. penanganan dan penyelesaian pengaduan diselesaikan pada tingkat yang terdekat dengan lokasi timbulnya masalah.
 - c) *Koordinatif* yaitu penanganan keluhan masyarakat harus dilaksanakan dengan kerja sama yang baik di antara pejabat yang berwenang dan terkait, berdasarkan mekanisme, tata kerja, dan prosedur yang berlaku, sehingga permasalahan dapat diselesaikan sebagaimana mestinya.
 - d) *Transparan* yaitu penanganan keluhan masyarakat dilakukan berdasarkan mekanisme dan prosedur yang jelas dan terbuka, sehingga masyarakat yang berkepentingan dapat mengetahui perkembangan tindak lanjutnya.

B. Kerangka Teori

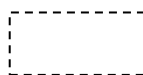
Kerangka teori dalam penelitian ini dapat dilihat pada gambar 2.1 dibawah ini:



Gambar 2.1 : Kerangka Teori

Sumber : (Notoatmodjo, 2007), (Lawrence green, 2010),
(UU BPJS Nomor 24, 2011), (FAQ, 2013)

Keterangan :



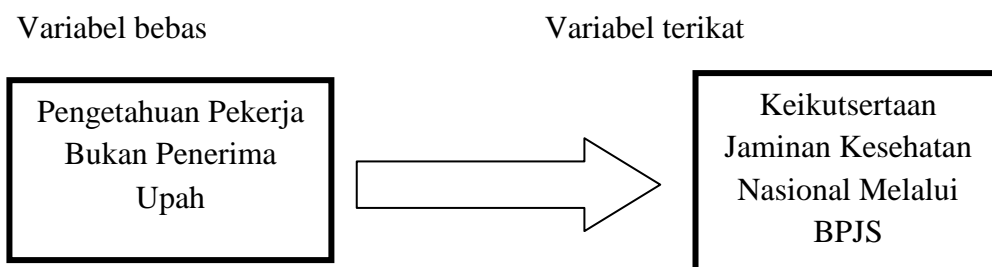
: Variabel yang diteliti



: Variabel yang tidak diteliti

C. Kerangka Konsep

Menurut Notoatmodjo (2012), kerangka konsep penelitian pada dasarnya adalah kerangka hubungan antara konsep-konsep yang ingin diamati atau diukur melalui penelitian yang akan dilakukan. Kerangka konsep dalam penelitian ini dapat digambarkan pada gambar 2.2 berikut ini :



Gambar 2.2
Kerangka Konsep

D. Hipotesis

Menurut Arikunto (2008) hipotesis adalah suatu jawaban sementara dari suatu penelitian yang telah dirumuskan dalam perencanaan penelitian.

Dalam penelitian ini penulis mengajukan satu hipotesis yaitu :

Ha : Ada hubungan antara pengetahuan pekerja bukan penerima upah dengan keikutsertaan jaminan kesehatan nasional melalui BPJS.