

BAB II

KAJIAN PUSTAKA DAN KERANGKA PEMIKIRAN

2.1 Kajian Pustaka

2.1.1 Pengetahuan

2.1.1.1 Definisi

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, yang terjadi akibat adanya pengindraan terhadap objek tertentu dan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan (*overt behavior*). Pengindraan terhadap objek terjadi melalui panca indra manusia yakni penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba dengan diri sendiri. Pengetahuan seorang individu erat kaitannya dengan perilaku yang akan diambilnya, karena dengan pengetahuan tersebut ia memiliki alasan dan landasan untuk menentukan suatu pilihan.^{13,14}

2.1.1.2 Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Pengetahuan pada seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor internal maupun eksternal.

1. Faktor Internal

a. Pendidikan

Pendidikan diperlukan untuk mendapatkan informasi misalnya hal-hal yang menunjang kesehatan sehingga dapat meningkatkan

kualitas hidup. Pendidikan dapat mempengaruhi seseorang termasuk juga perilaku seseorang akan pola hidup terutama dalam memotivasi untuk sikap berperan serta dalam pembangunan.

b. Pekerjaan

Menurut Thomas yang dikutip Nursalam (2003), pekerjaan adalah keburukan yang harus dilakukan terutama untuk menunjang kehidupannya dan kehidupan keluarga.

c. Umur

Menurut Hulock (1998) semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan 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.¹³

2.1.1.3 Tingkat Pengetahuan

Pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai tingkat yang berbeda-beda. Menurut Notoadmojo 2003, secara garis besar dibagi dalam 6 tingkatan yaitu :

a. Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu.

b. Memahami (*Comprehension*)

Memahami diartikan sebagai kemampuan untuk menjelaskan dan dapat menginterpretasikan tentang objek yang diketahui dengan benar.

c. Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan prinsip yang telah diketahui dan dipahami pada situasi yang sebenarnya.

d. Analisis (*Analysis*)

Analisis merupakan kemampuan untuk menjelaskan, kemudian mencari hubungan antara masing-masing komponen yang terdapat dalam suatu objek yang diketahui.

e. Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis merupakan kemampuan untuk membentuk formulasi baru dari formulasi yang telah ada.

f. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi merupakan kemampuan untuk memberikan penilaian terhadap objek tertentu yang didasarkan pada kriteria tertentu.¹³

2.1.1.4 Kriteria Tingkat Pengetahuan

Menurut Arikunto (2006) pengetahuan seseorang dapat diketahui dan diinterpretasikan dengan skala yang bersifat kualitatif, yaitu:

1. Baik : Hasil persentase 76 – 100%
2. Cukup : Hasil persentase 56 – 75%
3. Kurang : Hasil persentase < 56%.¹³

2.1.2 Pelayanan Kesehatan

Fasilitas pelayanan kesehatan adalah suatu tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah dan / atau masyarakat. Pada prinsipnya terdapat dua kategori pelayanan kesehatan berdasarkan sasaran dan orientasinya:

1. Kategori yang berorientasi pada perorangan (pribadi)

Pelayanan kesehatan perorangan mengarah langsung ke individu, yang mengalami masalah kesehatan. Orientasi pelayanan kesehatan perorangan adalah penyembuhan dan pengobatan (kuratif), dan pemulihan (rehabilitatif).

2. Kategori yang berorientasi pada publik (masyarakat)

Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kategori publik terdiri dari sanitasi lingkungan. Orientasinya adalah untuk pencegahan penyakit (preventif) dan peningkatan kesehatan (promotif).⁸

Fasilitas pelayanan kesehatan, baik pelayanan kesehatan perseorangan (pribadi) dan publik (masyarakat) meliputi:

a. Pelayanan kesehatan tingkat pertama

Pelayanan kesehatan tingkat pertama adalah pelayanan kesehatan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan dasar seperti Puskesmas atau yang setara, praktik dokter, praktik dokter gigi, Rumah Sakit Kelas D Pratama atau yang setara.

b. Pelayanan kesehatan tingkat kedua

Pelayanan kesehatan tingkat kedua adalah pelayanan kesehatan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan spesialisik.

c. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga

Pelayanan kesehatan tingkat ketiga adalah pelayanan kesehatan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan sub spesialisik.⁸

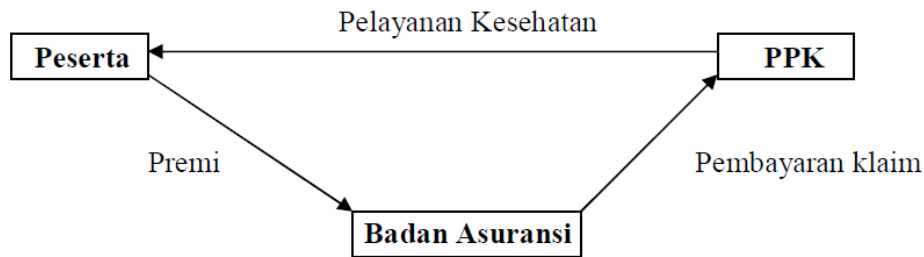
Dalam keadaan darurat, fasilitas pelayanan kesehatan, baik pemerintah maupun swasta wajib memberikan penyelamatan nyawa pasien dan pencegahan kecacatan terlebih dahulu dan dilarang menolak pasien dan / atau meminta uang muka.⁸

2.1.3 Asuransi Kesehatan

Ada beberapa jenis Asuransi Kesehatan, yaitu:

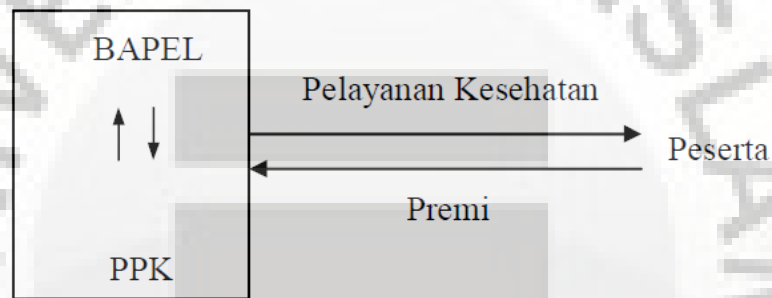
1. Ditinjau dari hubungan ketiga komponen asuransi

- a. Asuransi Tripartied: apabila ketiga komponen asuransi terpisah satu sama lain dan masing-masing berdiri sendiri.



Gambar 2.1 Asuransi Tripartied

- b. Asuransi Bipartied: PPK dapat merupakan milik atau dikontrol oleh perusahaan asuransi



Gambar 2.2 Asuransi Bipartied

2. Ditinjau dari jumlah peserta
 - a. Asuransi kesehatan individu, jika anggotanya perorangan
 - b. Asuransi kesehatan keluarga, jika pesertanya satu keluarga
 - c. Asuransi kesehatan kelompok, jika pesertanya satu kelompok
3. Ditinjau dari keikutsertaan Anggota
 - a. Asuransi kesehatan wajib (*Compulsory Health Insurance*)
 - b. Asuransi kesehatan sukarela (*Voluntary Health Insurance*)
4. Ditinjau dari kepemilikan badan penyelenggara
 - a. Asuransi kesehatan Pemerintah

Merupakan asuransi milik pemerintah atau pengelolaan dana dilakukan oleh pemerintah. Contoh dari asuransi milik Pemerintah adalah JKN.

b. Asuransi kesehatan Swasta

Yaitu asuransi kesehatan milik swasta atau pengelolaan dana oleh swasta.

5. Ditinjau dari peran badan penyelenggara asuransi

a. Bertindak sebagai pengelola

Bentuk ini berkaitan dengan model tripartied, merupakan bentuk klasik dari asuransi kesehatan.

b. Badan penyelenggara asuransi juga bertindak sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan

Jenis ini sesuai dengan bentuk bipartied, kerugiannya pelayanan kesehatan yang diberikan tergantung dari badan penyelenggara bukan kebutuhan masyarakat.

6. Ditinjau dari jenis pelayanan yang di tanggung

a. Menanggung seluruh jenis pelayanan kesehatan, baik *kurative*, *rehabilitative*, *promotive*, *preventive*. Dengan demikian pelayanan yang diberikan bersifat menyeluruh dengan tujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan peserta, contohnya: JKN.

b. Menanggung sebagian pelayanan kesehatan, biasanya yang membutuhkan biaya besar misalnya perawatan di rumah sakit

atau pelayanan kesehatan yang biayanya kecil misalnya pelayanan kesehatan di puskesmas.

7. Ditinjau dari jumlah yang ditanggung
 - a. Seluruh biaya kesehatan yang diperlukan ditanggung oleh badan penyelenggara.
 - b. Hanya sebagian biaya kesehatan yang ditanggung oleh badan penyelenggara.
8. Ditinjau dari cara pembayaran kepada penyelenggara pelayanan kesehatan
 - a. Pembayaran berdasarkan jumlah kunjungan peserta yang memanfaatkan pelayanan kesehatan (*reimbursement*).
 - b. Pembayaran berdasarkan kapitasi yaitu berdasarkan jumlah anggota/ penduduk yang dilayani, berdasarkan konsep wilayah, contohnya: JKN.
9. Ditinjau dari waktu pembayaran terhadap PPK
 - a. Pembayaran setelah pelayanan kesehatan selesai diselenggarakan (*Retrospective Payment*), biasanya dihitung berdasarkan *service by service* atau *patient by patient*.
10. Pembayaran di muka (*pre payment*) yaitu diberikan sebelum pelayanan diselenggarakan, biasanya perhitungan berdasarkan kapitasi dengan pelayanan komprehensif.
11. Ditinjau dari jenis jaminan
 - a. Jaminan dengan uang, yaitu asuransi yang membayar dengan mengganti biaya pelayanan yang diberikan.

- b. Jaminan yang diberikan tidak berupa uang (*Managed Care*), contohnya : Askes, JKN.⁹

2.1.4 Jaminan Kesehatan Nasional

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan program jaminan kesehatan yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan. Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan (BPJS) Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan yang telah dimulai sejak 1 Januari 2014. Tujuan pelaksanaan program JKN adalah untuk memberikan perlindungan kesehatan dalam bentuk manfaat pemeliharaan kesehatan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang.¹⁰

2.1.4.1 Prinsip – Prinsip

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan menyelenggarakan program JKN yang mengacu pada prinsip-prinsip yang diamanatkan dalam UU No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN, yaitu :

- a. Prinsip kegotong royongan.

Prinsip gotong royong berarti peserta yang mampu membantu peserta yang kurang mampu, peserta yang sehat membantu yang sakit.

- b. Prinsip nirlaba.

Dana yang dikelola oleh BPJS Kesehatan adalah dana amanah yang dikumpulkan dari masyarakat secara nirlaba bukan untuk mencari laba.

- c. Prinsip keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi dan efektivitas. Prinsip manajemen ini diterapkan dan mendasari seluruh

kegiatan pengelolaan dana yang berasal dari iuran peserta dan hasil pengembangannya.

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

- e. Prinsip kepesertaan bersifat wajib.

Kepesertaan wajib dimaksudkan agar seluruh rakyat menjadi peserta sehingga dapat terlindungi.

- f. Prinsip dana amanat.

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

- g. Prinsip hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial

Dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta.^{2,7}

Pelaksanaan program Jamkesmas tersebut merupakan upaya untuk menjaga kesinambungan pelayanan kesehatan untuk keluarga miskin dan tidak mampu yang merupakan masa transisi sampai dengan diserahkannya kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial sesuai UU SJSN. Dalam UU No.24 Tahun 2011 bab XVIII pasal 60 dikatakan bahwa, “BPJS kesehatan mulai beroperasi menyelenggarakan program Jaminan kesehatan pada tanggal 1 Januari 2014”,

sehingga ini merupakan fenomena baru dan tahun 2019 pemerintah mewajibkan seluruh penduduk Indonesia sudah menjadi peserta BPJS.^{3,11}

2.1.4.2 Kepesertaan

Peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat enam bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran. Peserta tersebut meliputi Penerima Bantuan Iuran (PBI) JKN dan non Penerima Bantuan Iuran (non PBI) JKN dengan rincian sebagai berikut:

- a. Peserta PBI JKN meliputi orang yang tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu. Peserta non PBI JKN dapat juga mengikutsertakan anggota keluarga yang lain.
- b. Peserta non PBI adalah peserta yang tidak tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu yang terdiri atas:
 1. Pekerja Penerima Upah dan anggota keluarganya, yaitu Pegawai Negeri Sipil, anggota TNI, anggota Polri, pejabat Negara, pegawai pemerintah non pegawai Negeri, pegawai swasta, dan pekerja lain yang menerima upah.
 2. Pekerja Bukan Penerima Upah dan anggota keluarganya, yaitu pekerja di luar hubungan kerja atau pekerja mandiri dan pekerja lain yang bukan menerima upah termasuk warga Negara asing yang bekerja di Indonesia paling singkat enam bulan.
 3. Bukan Pekerja dan anggota keluarganya terdiri atas investor, pemberi kerja, penerima pensiun, veteran, perintis kemerdekaan, dan pekerja lain yang mampu membayar iuran.

4. Penerima pensiun terdiri atas PNS yang berhenti dengan hak pensiun, anggota TNI dan anggota Polri yang berhenti dengan hak pensiun, penerima pensiun lain, dan janda, duda, atau anak yatim piatu dari penerima pensiun yang mendapat hak pensiun. Anggota keluarga bagi pekerja penerima upah meliputi:
 - a. Istri atau suami yang sah dari peserta.
 - b. Anak kandung, anak tiri dan/atau anak angkat yang sah dari peserta.
5. Warga Negara Indonesia (WNI) yang bekerja di luar Negeri diatur dengan ketentuan peraturan perundang-undangan tersendiri.
6. Syarat pendaftaran akan diatur kemudian dalam peraturan BPJS.
7. Lokasi pendaftaran dilakukan di kantor BPJS terdekat/setempat.
8. Prosedur pendaftaran peserta
 - a. Pemerintah mendaftarkan PBI JKN sebagai peserta kepada BPJS Kesehatan.
 - b. Pemberi kerja mendaftarkan pekerjaannya atau pekerja dapat mendaftarkan diri sebagai peserta kepada BPJS Kesehatan.
 - c. Bukan pekerja dan peserta lainnya wajib mendaftarkan diri dan keluarganya sebagai peserta kepada BPJS Kesehatan.
9. Hak dan kewajiban peserta

Setiap peserta yang telah terdaftar pada BPJS Kesehatan berhak:

 - a. Mendapatkan nomor identitas tunggal peserta
 - b. Memperoleh manfaat pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.

- c. Memilih fasilitas kesehatan tingkat pertama yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan sesuai dengan yang diinginkan.
- d. Mendapatkan informasi dan menyampaikan keluhan terkait dengan pelayanan kesehatan dalam JKN.

Setiap peserta yang telah terdaftar pada BPJS Kesehatan berkewajiban untuk:

- a. Mendaftar diri dan membayar iuran, kecuali PBI jaminan kesehatan pendaftaran dan pembayaran iuran dilakukan oleh Pemerintah.
- b. Mentaati prosedur dan ketentuan yang telah ditetapkan.
- c. Melaporkan perubahan data kepesertaannya kepada BPJS Kesehatan dengan menunjukkan identitas peserta pada saat pindah domisili, pindah kerja, menikah, perceraian, kematian, kelahiran, dan lain-lain.^{2,7,12}

2.1.4.3 Pembayaran

1. Iuran

Iuran Jaminan Kesehatan adalah sejumlah uang yang dibayarkan secara teratur oleh peserta, pemberi kerja, dan/atau Pemerintah untuk program Jaminan Kesehatan.

2. Pembayaran Iuran

- a. Bagi peserta PBI, iuran dibayar oleh Pemerintah.
- b. Bagi peserta pekerja penerima upah, iurannya dibayar oleh pemberi kerja dan pekerja.

- c. Bagi peserta pekerja bukan penerima upah dan peserta bukan pekerja iuran dibayar oleh peserta yang bersangkutan.
- d. 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.

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.

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.^{1,7}

2.1.4.4 Jenis Pelayanan

Terdapat 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.²

2.1.4.5 Prosedur Pelayanan

Tata cara mendapatkan pelayanan kesehatan:

1. Pelayanan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP)
 - a. Setiap peserta harus terdaftar pada FKTP yang sudah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.
 - b. Menunjukkan nomor identitas peserta JKN.
 - c. Peserta memperoleh pelayanan kesehatan pada FKTP.
 - d. Jika diperlukan sesuai indikasi medis peserta dapat memperoleh rawat inap di FKTP atau dirujuk ke FKTRL.
2. Pelayanan pada fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan (FKRTL)
 - a. Peserta datang ke Rumah Sakit dengan menunjukkan nomor identitas peserta JKN dan surat rujukan, kecuali kasus *emergency* tanpa surat rujukan.
 - b. Peserta menerima Surat Eligibilitas Peserta (SEP) untuk mendapatkan pelayanan.
 - c. Peserta dapat memperoleh pelayanan rawat jalan dan atau rawat inap sesuai dengan indikasi medis.

- d. Apabila dokter spesialis/subspesialis memberikan surat keterangan bahwa pasien masih memerlukan perawatan di FKRTL tersebut, maka kunjungan berikutnya pasien langsung datang ke FKRTL dengan membawa surat keterangan dari dokter tersebut.
- e. Apabila dokter spesialis/subspesialis memberikan surat keterangan rujuk balik, maka untuk perawatan selanjutnya pasien langsung ke FKTP membawa surat rujuk balik dari spesialis/subspesialis.
- f. Apabila dokter spesialis/subspesialis tidak memberikan surat keterangan maka pada kunjungan berikutnya pasien harus melalui FKTP.

3. Pelayanan kegawatdaruratan

- a. Pada keadaan kegawatdaruratan, seluruh FKTP dan FKRTL baik yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan atau belum, wajib memberikan pelayanan penanganan pertama kepada peserta JKN.
- b. Fasilitas kesehatan yang memberikan pelayanan gawat darurat tidak diperkenankan menarik biaya kepada peserta
- c. Fasilitas kesehatan yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan harus segera merujuk ke fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan

setelah keadaan daruratnya teratasi dan pasien dalam kondisi dapat dipindahkan.²

2.1.4.6 Manfaat

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

Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional 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:

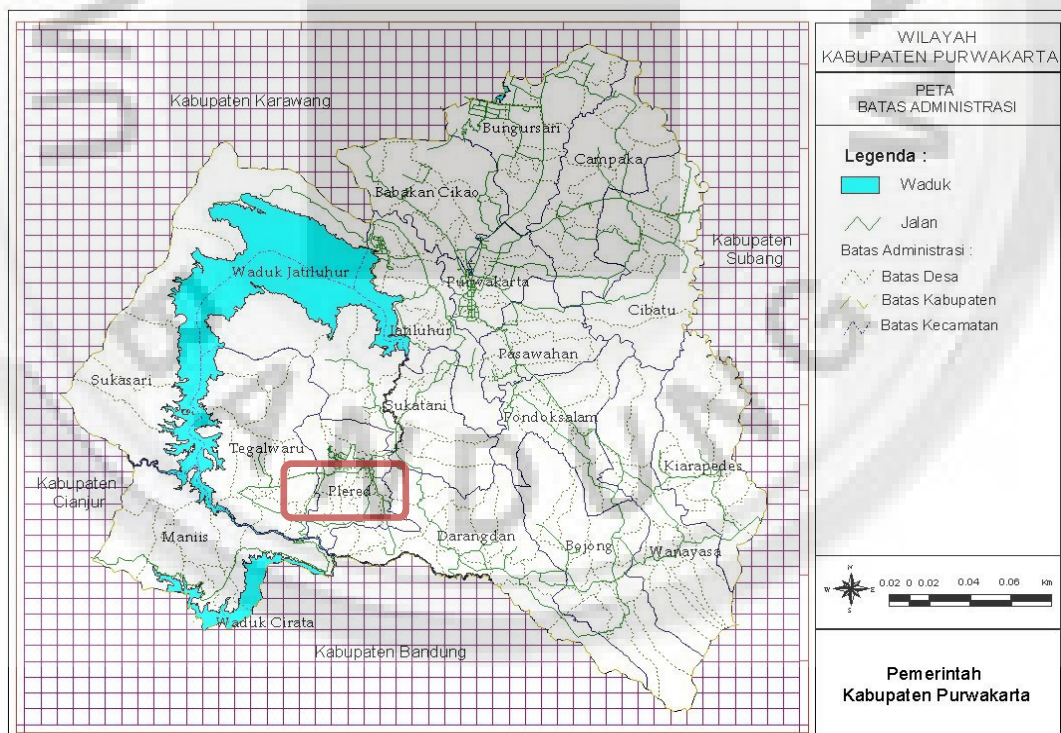
- a. Penyuluhan kesehatan perorangan,
- b. Imunisasi dasar
- c. Keluarga berencana
- d. Skrining kesehatan yang ditujukan untuk mendeteksi risiko mencegah dampak lanjutan dari risiko penyakit tertentu.⁷

2.1.5 Puskesmas Plered

Kecamatan Plered berada pada daerah utama lalu lintas yang menghubungkan Purwakarta sebagai Ibukota Kabupaten dan Bandung sebagai Ibukota Propinsi Jawa Barat dilalui jalur Purwakarta dan Cianjur. Secara administratif Kecamatan Plered mempunyai batas wilayah sebagai berikut:

- a. Bagian Barat berbatasan dengan Kecamatan Tegalwaru.
- b. Bagian Utara dan sebagian wilayah Timur berbatasan dengan Kecamatan Sukatani.
- c. Bagian Timur dan sebagian wilayah Selatan berbatasan dengan Kecamatan Darangdan.
- d. Bagian Selatan berbatasan dengan Kecamatan Maniis.

Gambaran lebih jelas dapat dilihat seperti pada bagan dibawah ini:



Gambar 2.3 Peta Kabupaten Purwakarta

Jumlah penduduk di Kecamatan Plered pada Tahun 2014 sebanyak 75.735 jiwa. Berdasarkan laporan bulanan Tahun 2014 di Kecamatan Plered sebanyak 35.986 orang (11,87%) terdaftar menjadi peserta BPJS Kesehatan yang terdiri dari penerima bantuan iuran (PBI) 32.543 orang (90,43%) dan penerima bantuan non PBI sebanyak 3.443 orang (9,57%).⁶

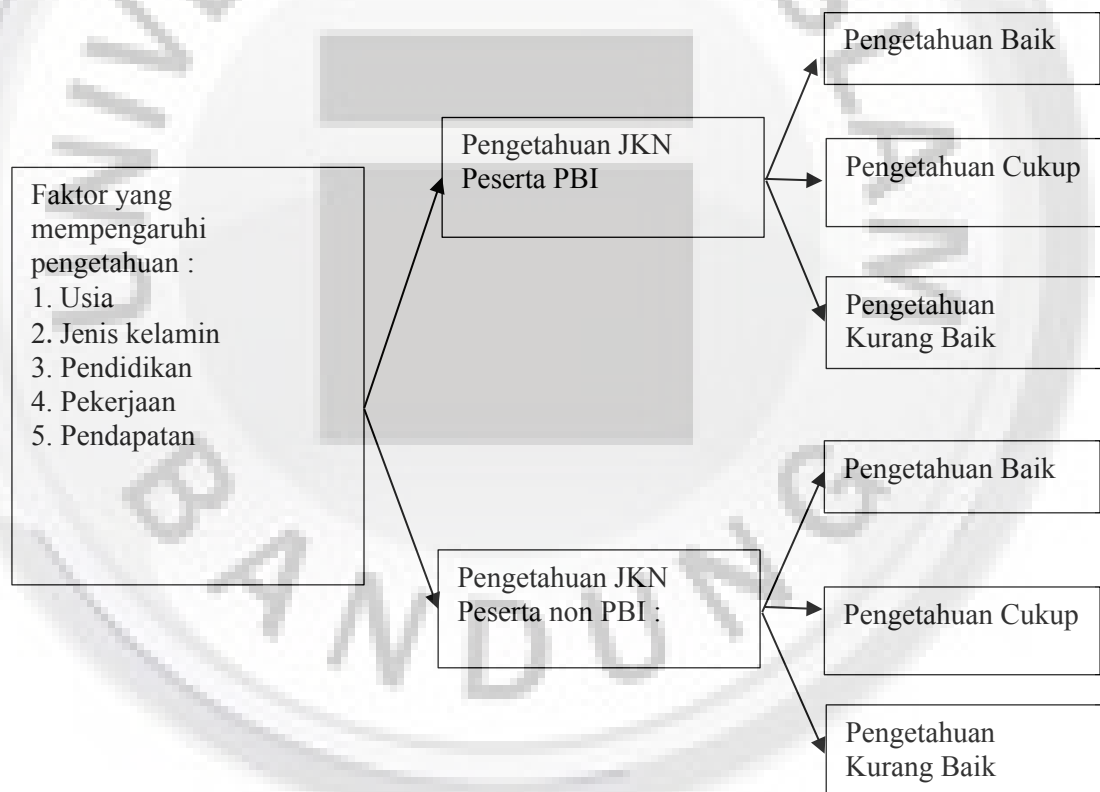
2.1.6 Kerangka Pemikiran

Pemerintah mempunyai kewajiban memberikan hak kepada seluruh warga negaranya, salah satunya dengan pelayanan kesehatan. Untuk memenuhi kesejahteraan sosial, Pemerintah sudah memberikan pelayanan kesehatan yaitu JKN. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan program jaminan kesehatan yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan yang telah dimulai sejak 1 Januari 2014. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) diharapkan secara bertahap menjadi tulang punggung untuk mencapai Universal Health Coverage di tahun 2019.

Jaminan Kesehatan Nasional memiliki dua manfaat, yaitu manfaat medis yang terdiri dari pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, dan manfaat non medis yaitu akomodasi atau ambulans. Masyarakat mempunyai hak dan kewajiban menjadi peserta BPJS, hak peserta diantaranya mendapatkan manfaat pelayanan kesehatan, memilih fasilitas kesehatan tingkat pertama, mendapatkan informasi dan dapat menyampaikan keluhan mengenai pelayanan JKN, sementara itu kewajiban peserta BPJS adalah mendaftarkan diri dan

membayar iuran, mentaati prosedur dan ketentuan yang ditetapkan, dan melaporkan perubahan data kepesertaan kepada BPJS.

Pengetahuan masyarakat mengenai Jaminan Kesehatan Nasional dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal. Faktor internal terdiri dari pendidikan, pekerjaan, dan umur, dan faktor eksternal terdiri dari lingkungan, dan social budaya. Supaya JKN dapat berjalan dengan baik, masyarakat perlu di berikan agar dapat memanfaatkan JKN dengan optimal sesuai dengan hak dan kewajiban tanpa melupakan kewajiban sebagai peserta.



Gambar 2.4 Kerangka Pemikiran