

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Tinjauan Pustaka**

##### **2.1.1 SJSN (Sistem Jaminan Sosial Nasional)**

Sistem Jaminan Sosial Nasional adalah suatu cara tata penyelenggara program jaminan sosial oleh beberapa badan penyelenggara jaminan sosial. (UU No.40 tahun 2004)

Secara bertahap pemerintah bertekad untuk meningkatkan kehidupan dan jaminan sosial seluruh rakyat Indonesia sesuai amanat UU RI pasal 34 ayat (2):“Negara mengembangkan Sistem Jaminan Sosial Nasional bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu”. Atas dasar itulah UU Nomor 40 tahun 2004 tentang SJSN disahkan.UU SJSN ini merupakan tonggak sejarah dimulainya reformasi menyeluruh sistem jaminan sosial nasional di Indonesia. Reformasi terhadap program jaminan sosial yang berlaku saat ini dianggap penting karena banyak peraturan pelaksanaan yang parsial dan tumpang tindih, manfaat program yang minim dan jangkauan program yang terbatas serta hanya menyentuh sebagian kecil masyarakat. (Soekamto et al. 2006).

Pembangunan kesehatan pada periode 2015-2019 adalah Program Indonesia Sehat dengan sasaran meningkatkan derajat kesehatan dan status gizi masyarakat melalui melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang didukung dengan perlindungan finansial dan pemerataan pelayanan kesehatan. Program Indonesia dituangkan dalam sasaran pokok RPJMN 2015-2019 yaitu: (1) meningkatnya status kesehatan dan gizi ibu dan anak; (2) meningkatnya pengendalian penyakit; (3) meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan dasar dan rujukan terutama di daerah terpencil, tertinggal dan perbatasan; (4) meningkatnya cakupan pelayanan kesehatan universal melalui Kartu Indonesia Sehat dan kualitas pengelolaan SJSN Kesehatan, (5) terpenuhinya kebutuhan tenaga kesehatan, obat dan vaksin; serta (6) meningkatkan responsivitas sistem kesehatan. Program Indonesia Sehat dilaksanakan dengan 3 pilar utama yaitu paradigma sehat, penguatan pelayanan kesehatan dan jaminan kesehatan nasional. Pilar paradigma sehat di lakukan dengan strategi pengarusutamaan kesehatan dalam pembangunan, penguatan promotif preventif dan pemberdayaan masyarakat. Pilar penguatan pelayanan kesehatan dilakukan dengan strategi peningkatan akses pelayanan kesehatan, optimalisasi pelayanan sistem rujukan dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan, menggunakan pendekatan continuum of care dan intervensi berbasis risiko kesehatan.

Sementara itu pilar jaminan kesehatan nasional dilakukan dengan strategi perluasan sasaran dan benefit serta kendali mutu dan kendali biaya. (Kemenkes 2015).

### **2.1.2 Program JKN**

Program Jaminan Kesehatan Nasional adalah suatu program pemerintah dengan tujuan memberikan kepastian jaminan kesehatan yang menyeluruh bagi setiap rakyat Indonesia agar dapat hidup sehat, produktif, dan sejahtera. Program jaminan sosial yang menjamin biaya pemeliharaan kesehatan serta pemenuhan kebutuhan dasar kesehatan yang diselenggarakan nasional secara gotong royong wajib oleh seluruh penduduk Indonesia dengan membayar iuran berkala atau iuran dibayari pemerintah kepada badan penyelenggara jaminan sosial kesehatan nirlaba. (UU No.40 tahun 2004)

### **2.1.3 Teori Perilaku Kesehatan**

#### **a. Health Belief Model**

Menurut Sherman, A. C., Pennington, (2008) gambaran *Health belief model* terdiri dari 6 dimensi, diantaranya:

1. *Perceived susceptibility* atau kerentanan yang dirasakan konstruk tentang resiko atau kerentanan (*susceptibility*) personal. Hal ini mengacu pada satu persepsi subyektif seseorang menyangkut risiko dari kondisi kesehatannya. Didalam kasus penyakit secara medis, dimensi tersebut meliputi penerimaan terhadap hasil diagnosa, perkiraan pribadi terhadap adanya *resusceptibility* (timbul kepekaan kembali), dan *susceptibility* (kepekaan) terhadap penyakit secara umum.
2. *Perceived severity* atau keseriusan yang dirasa. Perasaan mengenai keseriusan terhadap suatu penyakit, meliputi kegiatan evaluasi terhadap konsekuensi klinis dan medis (sebagai contoh, kematian, cacat, dan sakit) dan konsekuensi sosial yang mungkin terjadi (seperti efek pada pekerjaan, kehidupan serta keluarga, maupun hubungan sosial). Banyak ahli yang menggabungkan kedua komponen diatas sebagai ancaman yang dirasakan (*perceived threat*).
3. *Perceived benefits*, manfaat yang dirasakan. Penerimaan *susceptibility* untuk seseorang terhadap suatu kondisi yang dipercaya dapat menimbulkan keseriusan (*perceived threat*) adalah mendorong untuk menghasilkan suatu kekuatan yang mendukung kearah perubahan perilaku. Ini tergantung pada suatu kepercayaan seseorang terhadap efektivitas dari berbagai upaya yang tersedia dalam upaya mengurangi ancaman penyakit, atau keuntungan-keuntungan yang dirasakan (*perceived benefit*) dalam mengambil upaya-upaya kesehatan tersebut. Ketika keadaan seorang memperlihatkan suatu kepercayaan terhadap adanya kepekaan (*susceptibility*) dan keseriusan (*seriousness*), sering tidak diharapkan

untuk menerima apapun upaya kesehatan yang direkomendasikan kecuali jika upaya tersebut dirasa manjur dan cocok.

4. *Perceived barriers* atau hambatan yang dirasakan untuk berubah, atau apabila individu menghadapi rintangan yang ditemukan dalam mengambil tindakan tersebut. Sebagai tambahan untuk empat keyakinan (*belief*) atau persepsi. Aspek-aspek negatif yang potensial dalam suatu upaya kesehatan (seperti: ketidakpastian, efek samping), atau penghalang yang dirasakan (seperti:khawatir atau tidak cocok, tidak senang,gugup), yang mungkin bisa juga berperan sebagai halangan untuk merekomendasikan suatu perilaku.

5. *Health motivation* dimana konstruk ini terkait dengan motivasi individu untuk selalu mengupayakan hidup sehat.Yang terdiri atas kontrol terhadap kondisi kesehatannya serta health value

6. *Cues to action* suatu perilaku dipengaruhi oleh suatu hal yang menjadi isyarat bagi seseorang untuk melakukan suatu tindakan atau perilaku. Isyarat-isyarat yang berupa faktor-faktor eksternal maupun internal, misalnya pesan-pesan pada media massa, nasihat atau anjuran kawan atau anggota keluarga lain, aspek sosiodemografis misalnya tingkat pendidikan, lingkungan dengan tempat tinggal, pengasuhan dan pengawasan orang tua, pergaulan dengan teman, agama, suku, keadaan ekonomi, sosial, dan budaya, *self-efficacy* yaitu keyakinan seseorang bahwa dia mempunyai kemampuan untuk melakukan atau menampilkan suatu perilaku tertentu

#### **b. Teori Reason Action**

*Theory of Planned Behavior* (TPB) yang merupakan pengembangan dari *Theory of Reasoned Action* (TRA) (Ajzen dalam Jogiyanto, 2007). Konstruk ini ditambahkan di TPB untuk mengontrol perilaku individual

yang dibatasi oleh kekurangan-kekurangannya dan keterbatasan-keterbatasan dari kekurangan sumber-sumber daya yang digunakan untuk melakukan perilakunya

Teori perilaku perencanaan (*Theory of Planned Behavior*) dapat mempunyai dua fitur (Madden, T. J., Ellen, P. S., & Ajzen, I. (1992).) sebagai berikut:

1. Teori ini mengansumsi bahwa kontrol persepsi perilaku (*perceived behavioral control*) mempunyai implikasi motivasional terhadap minat. Orang-orang yang percaya bahwa mereka tidak mempunyai sumber- sumber daya yang ada atau tidak mempunyai kesempatan untuk melakukan perilaku tertentu mungkin tidak akan membentuk minat berperilaku yang kuat untuk melakukannya walaupun mereka mempunyai sikap yang positif terhadap perilakunya dan percaya bahwa orang lain akan menyetujui seandainya mereka melakukan

perilaku tersebut. Dengan demikian diharapkan terjadi hubungan antara kontrol persepsi perilaku (*perceived behavioral control*) dengan minat yang tidak dimediasi oleh sikap dan norma yang bersifat subyektif. Di model ini ditunjukkan dengan panah yang menghubungkan prinsip kontrol perilaku persepsian (*perceived behavioral control*) ke minat.

2. Fitur kedua adalah kemungkinan hubungan langsung antara kontrol persepsi perilaku (*perceived behavioral control*) dengan perilaku. Di banyak contoh, kinerja dari suatu perilaku tergantung tidak hanya pada motivasi untuk melakukannya tetapi juga kontrol yang cukup terhadap perilaku yang dilakukan. Dengan demikian, kontrol perilaku persepsian (*perceived behavioral control*) dapat mempengaruhi perilaku secara tidak langsung lewat minat, dan juga dapat memprediksi perilaku secara langsung. Di model hubungan langsung seperti ini ditunjukkan dengan panah yang bisa menghubungkan kontrol persepsi perilaku (*perceived behavioral control*) langsung ke perilaku (*behavior*). TPB juga menganggap bahwa teori sebelumnya mengenai perilaku yang tidak dapat dikendalikan sebelumnya oleh individu melainkan, juga dipengaruhi oleh faktor mengenai faktor non motivasional yang dianggap sebagai kesempatan atau sumber daya yang dibutuhkan agar perilaku dapat dilakukan. Sehingga dalam teorinya, Ajzen menambahkan satu determinan lagi, yaitu kontrol persepsi perilaku mengenai mudah atau sulitnya perilaku yang dilakukan. Oleh karena itu menurut TPB, intensi dipengaruhi oleh tiga hal yaitu: sikap, norma subjektif, kontrol perilaku (Ajzen dalam Jogiyanto 2007).

### **c. Teori of Planed Behavior**

Menurut Ajzen, I., & Sheikh, S. (2013). Theory of Planned Behavior adalah teori yang meramalkan pertimbangan perilaku, karena perilaku dapat dipertimbangkan dan direncanakan. *Theory of Planned Behavior* memiliki keunggulan dibandingkan teori keperilakuan yang lain, karena *Theory of Planned Behavior* merupakan teori perilaku yang dapat mengidentifikasi keyakinan seseorang terhadap pengendalian atas sesuatu yang akan terjadi dari hasil perilaku, sehingga hal ini membedakan antara perilaku seseorang yang berkehendak dan yang tidak berkehendak.

Menurut teori ini, perilaku manusia dipandu oleh 3 jenis pertimbangan:

a. Kepercayaan mengenai kemungkinan akibat atau tanggapan lain dari perilaku (Kepercayaan Perilaku).

- b. Kepercayaan mengenai harapan normatif dari orang lain dan motivasi untuk menyetujui harapan-harapan yang dimiliki berdasarkan kepercayaan normatif (Kepercayaan Normatif).
- c. Kepercayaan mengenai kehadiran faktor-faktor yang mungkin lebih jauh melintang dari perilaku (Kepercayaan Pengendalian).

#### **2.1.4 Teori Kognitif Sosial**

Kognitif Sosial oleh Albert Bandura tahun 1960-an dalam (Morissan, 2010:241) memberikan kerangka pemikiran yang memungkinkan kita menganalisis pengetahuan manusia (fungsi mental) yang akan menghasilkan perilaku tertentu. Teori menjelaskan proses mental yang bekerja ketika seseorang belajar memahami lingkungannya secara luas dan komprehensif, dan berorientasi pada individu. Pemikiran dan tindakan manusia sebagai proses dari yang dinamakan dengan ‘tiga penyebab timbal balik (*triadic reciprocal causation*) yang berarti bahwa pemikiran dan perilaku ditentukan oleh tiga faktor berbeda yang saling berinteraksi dan saling mempengaruhi satu sama lainnya dengan berbagai variasi kekuatannya, baik pada waktu bersamaan maupun waktu yang berbeda. Ketiga penyebab timbal balik itu adalah : (1) perilaku; (2) karakteristik personal seperti kualitas kognitif dan biologis (misal tingkat kecerdasan atau IQ, jenis kelamin, tinggi badan atau ras), dan (3) faktor lingkungan atau peristiwa (Morissan, 2010:242).

##### **A. Karakteristik Manusia**

Teori ini memberikan penekanan pada pentingnya karakteristik atau sifat manusia yang unik yang terdiri atas empat karakteristik atau sifat, yaitu simbolisasi (*symbolizing*), pengaturan diri (*self-regulatory*), koreksi diri (*self-reflective*), dan kemampuan belajar (*vicarious capacities*) (Morissan, 2010:243-245). Secara jelas akan dipaparkan sebagai berikut :

1. Simbolisasi Dalam hal ini, manusia memiliki kemampuan atau kapasitas untuk memahami dan menggunakan berbagai simbol yang memungkinkan manusia untuk menyimpan, memproses dan mentransformasikan pengalaman ke dalam berbagai model kognitif yang akan memandu mereka dalam melakukan berbagai tindakan atau membuat keputusan di masa depan.
2. Pengaturan Diri Kemampuan mengatur diri sendiri (*self-regulatory capacity*) mencakup konsep-konsep seperti motivasi dan evaluasi. Manusia memiliki kemampuan untuk memotivasi diri mereka untuk mencapai tujuan tertentu. Mereka memiliki kemampuan

untuk mengevaluasi perilaku mereka sendiri sehingga dengan demikian, perilaku bersifat mengarahkan diri (*self directed*) dan mengatur diri (*self regulated*).

3. Koreksi Diri Kemampuan untuk bercermin atau melakukan refleksi terhadap diri sendiri (*self-reflective capacity*) melibatkan verifikasi pikiran yaitu kemampuan orang untuk melakukan koreksi terhadap diri guna memastikan pemikirannya benar. Ada empat cara berbeda yaitu lewat penyesuaian (*enactive*), pengamatan (*vicarious*), bujukan (*persuasory*) dan logika. (a) penyesuaian, seseorang menilai kesesuaian antara pemikiran dan hasil tindakannya. (b) pengamatan, pengalaman tidak langsung (*vicarious*) berdasarkan observasi terhadap pengalaman orang lain dan hasil yang diperoleh berfungsi menegaskan atau menolak kebenaran pikiran seseorang. (c) persuasif, cara persuasif dapat dilihat pada tayangan iklan. (d) logika, melalui verifikasi dengan menggunakan aturan inferensi (*inference*) yang sudah diketahui sebelumnya. Inferensi adalah alasan yang digunakan dalam menarik kesimpulan atau membuat keputusan logis berdasarkan bukti-bukti yang diketahui atau kesimpulan-kesimpulan sebelumnya dan bukan berdasarkan pengamatan langsung.

4. Kemampuan belajar Kemampuan untuk belajar akan sumber lain tanpa harus memiliki pengalaman secara langsung. Kemampuan ini biasanya mengacu pada penggunaan media massa, baik secara positif maupun negatif. Kemampuan mengamati memungkinkan orang belajar berbagai hal positif dan bermanfaat dengan cara membaca media cetak atau menonton televisi yang menunjukkan berbagai perilaku yang bersifat mendukung masyarakat (*pro-sosial*) ataupun sebaliknya. Pengamatan dan Peniruan Argumentasi dari teori kognitif sosial adalah manusia meniru perilaku yang dilihatnya, dan proses peniruan ini terjadi melalui dua cara yaitu, imitasi dan identifikasi. Imitasi adalah replikasi secara langsung perilaku yang diamati sedangkan dalam identifikasi pengamat tidak meniru secara persis sama apa yang diamati sedangkan dalam identifikasi pengamat tidak meniru secara persis sama apa yang dilihatnya. Teori kognitif sosial menyatakan bahwa imitasi dan identifikasi.

Teori Kognitif Sosial menganalisa penyebaran sosial dari pola sikap yang baru dalam tiga unsur proses dan faktor psikososial yang mempengaruhi. Hal ini termasuk penerimaan akan pengetahuan terhadap perilaku inovatif; mengadopsikan perilaku ini secara nyata; dan lewat jaringan sosial mana mereka menyebarkan dan mendukungnya. Ide yang baru dan pelatihan sosial diperkenalkan oleh contoh yang patut diperhatikan (Bryant, 2009:115). Teori ini juga dapat diterapkan dalam kampanye kesehatan. Dalam penelitian Beck dan Lund (1981) menunjukkan bahwa penerapan pencegahan kesehatan baiknya dipromosikan dengan

meningkatkan keuntungan diri daripada meningkatkan ketakutan. Analisa mengenai bagaimana kampanye media di masyarakat luas menghasilkan perubahan membuktikan bahwa baik hal yang sebelumnya sudah ada dan menciptakan tingkatan keuntungan pribadi memainkan peranan penting dalam mengadopsi dan penyebaran sosial mengenai pengenalan kesehatan. Semakin kuat dirasa keuntungan pribadi yang ada sebelumnya, dan semakin media mengkampanyekannya akan meningkatkan kepercayaan masyarakat dalam keuntungan pengaturan diri, semakin mudah masyarakat untuk mengadopsi tindakan atau kebiasaan yang disarankan. Pengetahuan kesehatan akan diwujudkan menjadi kebiasaan yang sehat melalui mediasi dari keuntungan diri (Bryant, 2009: 115-116).

### **2.1.5 Teory Model Socio-behavioral oleh Gelberg, Andersen, Leake (2000)**

Faktor-faktor yang mempengaruhi kepesertaan asuransi kesehatan diantaranya adalah:

1. Faktor Predisposing Selain mempengaruhi keputusan menjadi peserta skema Jaminan Kesehatan Nasional, jenis pekerjaan dan usia juga berpengaruh terhadap drop-out kepesertaan (JehuAppiah et al. 2011). Tingkat pendidikan, besar jumlah anggota keluarga, persepsi, dan status demografi seperti umur dan jenis kelamin juga mempengaruhi keinginan mendaftar skema asuransi kesehatan sosial (Zhang et al. 2006)
2. Faktor Enabling Peluang untuk menjadi peserta lebih tinggi pada rumah tangga dengan pendapatan tinggi dibanding pendapatan yang rendah (Jehu-Appiah et al. 2011). Pengetahuan juga menjadi salah satu faktor keikutsertaan masyarakat dalam program JKN (Maulana, 2009:194). Kelompok masyarakat kurang mampu tidak mengikuti program JKN karena pendapatannya kurang apabila mendaftarkan seluruh anggota keluarga dan juga tempat tinggal yang jauh dari jangkauan pelayanan kesehatan (Sutanta 2016).
3. Faktor Need Keputusan dalam mengikuti skema asuransi kesehatan lebih ditentukan oleh persepsi, pendidikan, dan faktor budaya dari populasi sasaran daripada faktor yang berhubungan dengan kesehatan dan perawatan kesehatan (Acharya et al. 2013). Motivasi atau kemauan dari diri sendiri yang didapat masyarakat juga berpengaruh terhadap pola pikir untuk mengikuti asuransi kesehatan (Notoadmojo 2010). Persepsi mengenai status kesehatan yang dirasakan saat ini (*perceived health status*) merupakan penyebab langsung penggunaan layanan kesehatan yang juga memiliki asosiasi positif dengan keputusan untuk mengikuti asuransi kesehatan (Jehu-Appiah et al. 2011).

4. Faktor Skema

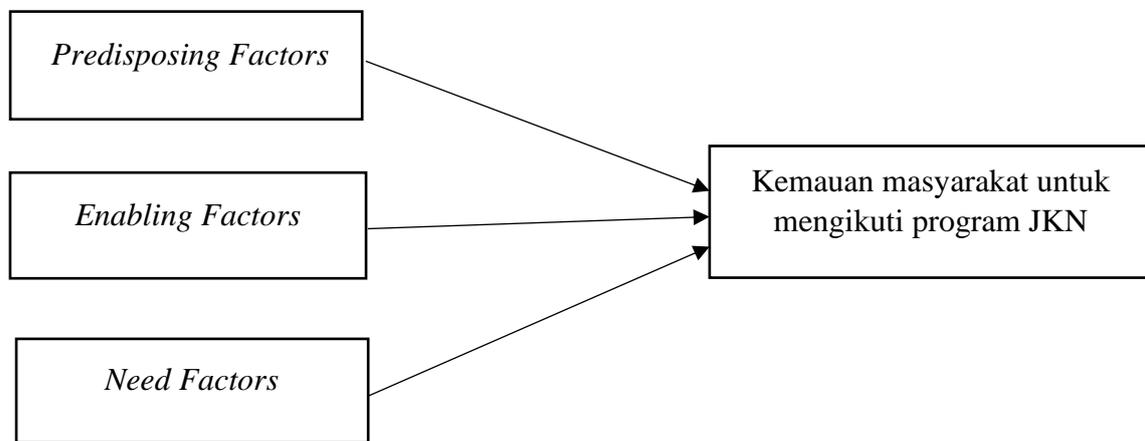
a. Manfaat Keinginan untuk mengikuti asuransi kesehatan berhubungan dengan pilihan paket manfaat yang akan ditawarkan kepada pekerja pada sektor informal. Rancangan fitur skema asuransi ini, khususnya paket manfaatnya mempengaruhi harapan orang akan penggunaan asuransi kesehatan (Mathauer et al. 2008, Jehu-Appiah et al. 2012).

b. Premi Keterjangkauan premi, terkait dengan ability to pay berpengaruh terhadap keputusan dalam mengikuti skema asuransi kesehatan (JehuAppiah et al. 2012)

c. Mekanisme pendaftaran dan administrasi Tidak seperti pekerja sektor formal yang secara otomatis membayar iuran jaminan sosial mereka, pekerja informal perlu secara proaktif melakukan pembayaran premi dan terus membayar dari waktu ke waktu. Dalam rangka mendukung partisipasi dalam skema ini di kalangan pekerja informal maka, mekanisme dan cara pembayaran iuran harus dibuat senyaman mungkin (AIPHSS 2015).

Faktor skema ini merupakan kunci penting, pembuat kebijakan perlu mengenali potensi dan hambatan dari keinginan calon peserta dalam membuat desain dan intervensi untuk meningkatkan kepesertaan. (Jehu-Appiah et al. 2012)

## 2.2 Kerangka Konsep



Gambar 1. Kerangka Konsep Modifikasi  
Berdasarkan *Theory Model Socio-behavioral* oleh Gelberg, Andersen, Leake (2000)

Berdasarkan kerangka konsep yang digunakan merupakan kombinasi dari modifikasi *Theory Model Socio-behavioral* oleh Gelberg, Andersen, Leake (2000) memprediksi bahwa kemauan masyarakat untuk mengikuti asuransi dipengaruhi oleh *Predisposing Factors*, *Enabling Factors*, *Need Factors*. Dalam penelitian ini, peneliti hanya membatasi faktor-faktor sebagai berikut:

1. *Predisposing Factors*:

- Pekerjaan
- Partisipasi

2. *Enabling Factors*:

- Pengetahuan

- Tempat tinggal

*3. Need Factors:*

- Persepsi

- Motivasi