

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Pengetahuan

2.1.1 Definisi Pengetahuan

Pengetahuan menurut Notoatmodjo dalam (Retnaningsih, 2016) merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan pendengaran. Notoatmodjo dalam (Retnaningsih, 2016) juga berpendapat bahwa pengetahuan dapat dikatakan sebagai domain kognitif yang paling penting untuk terbentuknya tindakan seseorang, maka dari itu perilaku yang didasari dengan pengetahuan dan kesadaran akan bertahan lama dibandingkan perilaku yang tidak didasari ilmu pengetahuan dan kesadaran.

2.1.2 Tingkat Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo dalam (Retnaningsih, 2016) pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan yaitu :

1. Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari

seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu, tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang sesuatu yang dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan dan sebagainya.

2. Memahami (*Comprehension*)

Memahami 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 terhadap objek yang dipelajari.

3. Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi real (sebenarnya). Aplikasi di sini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

4. Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja,

seperti dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan dan sebagainya.

5. Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada. Misalnya dapat menyusun, dapat merencanakan, dapat meringkaskan, dapat menyesuaikan, dan sebagainya terhadap suatu teori atau rumusan-rumusan yang telah ada.

6. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian ini didasarkan pada suatu kriteria yang telah ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

2.1.3 Proses Perilaku Tahu

Menurut Rogers yang dikutip oleh (Tirtawindi, 2018) menyatakan bahwa proses adopsi perilaku yaitu sebelum seseorang melakukan perilaku yang baru di dalam diri orang tersebut terjadi beberapa proses, diantaranya :

1. *Awareness* atau kesadaran yang artinya pada tahap ini individu sudah menyadari ada stimulus atau rangsangan yang datang padanya.
2. *Interest* atau merasa tertarik artinya individu mulai tertarik pada stimulus tersebut.
3. *Evaluation* atau menimbang-nimbang pada proses ini individu akan mempertimbangkan dampak baik dan buruknya dari stimulus tersebut bagi dirinya. Hal inilah yang menyebabkan sikap individu menjadi lebih baik.
4. *Trial* atau percobaan yaitu individu mulai mencoba perilaku baru.
5. *Adaptation* atau pengangkatan yang artinya individu telah memiliki perilaku baru sesuai dengan pengetahuan, sikap dan kesadarannya terhadap stimulus yang diperolehnya. (Fathoni & Kusuma, n.d.)

2.1.4 Faktor-faktor pengetahuan

Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan menurut Notoatmodjo dalam (Tirtawindi, 2018)) adalah sebagai berikut :

a. Pendidikan

Pendidikan adalah bimbingan yang diberikan seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju impian tertentu. Pendidikan ini sendiri diperlukan untuk mendapatkan informasi berupa hal-hal yang dapat menunjang kesehatan sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup seseorang. Pendidikan dapat mempengaruhi seseorang termasuk perilaku akan pola hidup terutama dalam

memotivasi dan membangun karakter seseorang. Dalam pembangunan ini diartikan semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin mudah pula orang tersebut dalam menerima informasi. Hal ini berdasarkan pendapat YB Mantra yang dikutip oleh (Tirtawindi, 2018).

b. Pekerjaan

Pendapat Thomas yang dikutip oleh Nursalam pekerjaan merupakan suatu kebutuhan yang harus dilakukan seseorang demi menunjang hidupnya dan kehidupan keluarganya. Pekerjaan disini diartikan sebagai salah satu cara dalam mencari nafkah yang membosankan, berulang, dan memiliki banyak tantangan.

c. Umur

Berdasarkan pendapat Elisabeth BH yang dikutip dari Nursalam (2003), usia merupakan umur individu yang terhitung mulai saat dilahirkan sampai berulang tahun. Sedangkan menurut Hurlock (1998) semakin tua atau banyak umur seseorang, maka tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja. Dari segi kepercayaan masyarakat seseorang yang lebih dewasa dapat lebih dipercaya daripada orang yang belum terlalu dewasa.

d. Faktor Lingkungan

Lingkungan merupakan seluruh kondisi yang ada di sekitar manusia yang dampaknya dapat mempengaruhi perkembangan perilaku individu atau kelompok.

e. Sosial Budaya

Sosial budaya yang terbentuk dalam kehidupan masyarakat dapat memberikan pengaruh dari sikap dalam menerima informasi.

2.1.5 Kriteria Tingkat Pengetahuan

Menurut Nursalam dalam (Tirtawindi, 2018) pengetahuan seseorang dapat diinterpretasikan dengan skala yang bersifat kualitatif, yaitu :

1. Pengetahuan Baik : 76 % - 100 %
2. Pengetahuan Cukup : 56 % - 75 %
3. Pengetahuan Kurang : < 56 %

2.2 Konsep Masyarakat

2.2.1 Definisi Masyarakat

Masyarakat adalah sekumpulan individu yang hidup bersama dan bekerja sama untuk mencapai tujuan dan kepentingan bersama. Masyarakat berasal dari bahasa Inggris yaitu "*society*" yang berarti "masyarakat", lalu kata *society* sendiri berasal dari bahasa Latin yaitu "*societas*" yang berarti "kawan". Sedangkan masyarakat yang berasal dari bahasa Arab yang berarti "*musyarak*". Warga masyarakat ini hidup bersama dan dalam satu tatanan pergaulan yang sama pula, maka akan terwujudlah suatu hubungan, (Donny Prasetyo, 2020)

Dalam penelitian Donny Prasetyo, (2020) disebutkan beberapa definisi tentang masyarakat yang telah dirumuskan oleh para ahli yaitu:

1. Menurut Ralph Linton

Masyarakat adalah setiap kelompok manusia yang hidup dan bekerja bersama cukup lama, sehingga mereka dapat mengatur diri mereka dan menganggap diri mereka sebagai suatu kesatuan sosial dengan batas-batas yang dirumuskan dengan jelas.

2. Selo Soemardjan

Masyarakat adalah orang-orang yang hidup bersama yang menghasilkan kebudayaan dan mereka mempunyai kesamaan wilayah, identitas, mempunyai kebiasaan, tradisi, sikap, dan perasaan persatuan yang diikat oleh kesamaan.

2.2.2 Ciri-ciri Masyarakat

Ciri-ciri masyarakat menurut Effendy dalam (Tirtawindi, 2018) yaitu sebagai berikut :

1. Adanya Interaksi Diantara Sesama Anggota Masyarakat

Di dalam masyarakat juga terjadi interaksi sosial yang mendorong adanya hubungan sosial secara dinamis hal ini menyangkut hubungan antar perorangan, antar kelompok maupun antara perorangan dengan kelompok, untuk terjadinya interaksi sosial tersebut harus memiliki dua syarat, yakni kontak sosial dan komunikasi.

2. Saling Tergantung Satu dengan Lainnya

Anggota masyarakat yang hidup pada suatu wilayah tertentu saling tergantung satu dengan yang lainnya dalam memenuhi kebutuhan hidupnya. Tiap-tiap anggota masyarakat mempunyai keterampilan sesuai dengan kemampuan dan profesi masing-masing. Mereka hidup saling melengkapi, saling memenuhi agar tetap berhasil dalam kehidupannya.

3. Memiliki Adat Istiadat Tertentu atau Kebudayaan

Adat istiadat dan kebudayaan diciptakan untuk mengatur tatanan kehidupan bermasyarakat, hal ini mencakup bidang yang sangat luas yaitu tata cara berinteraksi antara kelompok-kelompok yang ada di masyarakat, baik dalam perkawinan, kesenian, mata pencaharian, sistem kekerabatan dan sebagainya.

4. Memiliki Identitas Bersama

Suatu kelompok masyarakat memiliki identitas yang dapat dikenali oleh anggota masyarakat lainnya, hal ini penting untuk menopang kehidupan dalam bermasyarakat yang lebih luas. Identitas kelompok dapat berupa lambang-lambang bahasa, pakaian, simbol-simbol tertentu dari perumahan, benda-benda tertentu seperti alat pertanian, mata uang, senjata tajam, kepercayaan dan sebagainya.

2.3 Konsep JKN-KIS

2.3.1 Pengertian Program JKN-KIS

Jaminan Kesehatan Nasional - Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS) merupakan jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayarkan oleh pemerintah. Ada 3 alasan utama menjadi peserta JKN-KIS, yaitu *Protection* (Perlindungan), *Sharing* (Gotong Royong) dan *Compliance* (Kepatuhan), (Kesehatan, 2020)

2.3.2 Prinsip Program JKN-KIS

Dalam menjalankan proses kegiatannya program JKN-KIS memiliki 9 prinsip hal ini dijelaskan dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang SJSN yaitu :

1. **Kegotong-royongan**

Kegotong-royongan adalah prinsip kebersamaan antar peserta dalam menanggung beban biaya jaminan sosial, yang diwujudkan dengan kewajiban setiap peserta membayar iuran sesuai dengan tingkat gaji, upah, atau penghasilannya.

2. **Nirlaba**

Nirlaba adalah prinsip pengelolaan usaha yang mengutamakan penggunaan hasil pengembangan dana untuk memberikan manfaat sebesar-besarnya bagi seluruh peserta.

3. Keterbukaan

Keterbukaan adalah prinsip mempermudah akses informasi yang lengkap, benar, dan jelas bagi setiap peserta.

4. Kehati-hatian

Kehati-hatian adalah prinsip pengelolaan dana secara cermat, teliti, aman, dan tertib.

5. Akuntabilitas

Akuntabilitas adalah prinsip pelaksanaan program dan pengelolaan keuangan yang akurat dan dapat dipertanggungjawabkan.

6. Portabilitas

Portabilitas adalah prinsip memberikan jaminan yang berkelanjutan meskipun peserta berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

7. Kepesertaan wajib

Kepesertaan wajib adalah prinsip yang mengharuskan seluruh penduduk menjadi peserta jaminan sosial, yang dilaksanakan secara bertahap.

8. Dana amanat

Dana amanat merupakan konsep bahwa iuran dan hasil pengembangannya merupakan dana titipan dari peserta untuk digunakan sebesar-besarnya bagi kepentingan peserta jaminan sosial.

9. Hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial Nasional

Hal ini dapat diartikan bahwa hasil yang berupa dividen dari pemegang saham nantinya akan dikembalikan untuk kepentingan peserta jaminan sosial.

2.3.3 Kepesertaan Program JKN-KIS

Semua penduduk Indonesia wajib menjadi peserta JKN-KIS yang dikelola oleh BPJS Kesehatan termasuk orang asing yang telah bekerja paling singkat enam bulan di Indonesia dan telah membayar iuran yang dibagi atas kepesertaan sebagai berikut :

1. Penerima Bantuan Iuran – Jaminan Kesehatan (PBI-JK)

Merupakan jenis kepesertaan program Jaminan Kesehatan (PBI-JK), bagi fakir miskin dan orang tidak mampu yang iurannya dibayar pemerintah pusat melalui APBN atau pemerintah daerah melalui APBD.

2. Bukan Penerima Bantuan Iuran (Non PBI) terdiri dari :

a. Pekerja Penerima Upah (PPU) adalah setiap orang yang bekerja pada pemberi kerja dengan menerima gaji atau upah. PPU sendiri terdiri dari PPU Penyelenggara Negara dan PPU Badan Usaha.

1) PPU Penyelenggara Negara terdiri dari Pejabat Negara, Pegawai Negeri Sipil (PNS) Pusat/Daerah, PNS yang diperbantukan pada BUMN/BUMD, TNI/PNS, TNI POLRI/PNS, pimpinan dan anggota DPRD, Kepala Desa,

Perangkat Desa, serta pegawai Pemerintah Dengan Perjanjian Kerja.

2) PPU Badan Usaha terdiri dari pegawai pada Badan Usaha Milik Negara (BUMN), Badan Usaha Milik Daerah (BUMD) dan Badan Usaha Swasta.

b. Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) adalah setiap orang yang bekerja atau berusaha atas risiko sendiri dan pekerja di luar hubungan kerja atau pekerja mandiri yang mampu membayar iuran. Antara lain terdiri dari notaris, pengacara, akuntan, konsultan, dokter/bidan, pedagang/penyedia jasa, petani/peternak, nelayan, supir, ojek, montir, dan lain sebagainya.

c. Bukan Pekerja (BP)

Bukan Pekerja adalah setiap orang yang bukan termasuk masyarakat yang didaftarkan dan iurannya dibayarkan oleh pemerintah pusat/daerah, PPU, serta PBPU. Bukan Pekerja ini terdiri dari BP Penyelenggara Negara dan BP Badan Usaha.

1) BP Penyelenggara Negara terdiri dari Penerima Pensiun (PP) Pejabat Negara, PP PNS Pusat/Daerah, PP TNI, PP POLRI, Veteran dan Perintis Kemerdekaan.

2) BP Badan Usaha terdiri dari investor, pemberi kerja dan BP lain yang mampu membayar iuran. (Kesehatan, 2020)

2.3.4 Iuran JKN-KIS dan Pihak yang Membayarkan

1. Peserta PBI JK APBN dan Peserta dari Penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah, iurannya dibayarkan oleh Pemerintah dengan besaran iuran sesuai ketentuan yang berlaku.

2. Iuran BPJS Kesehatan PPU dan BP

Segmen ini adalah peserta Pekerja Penerima Upah (PPU) Penyelenggara Negara, PPU Badan Usaha dan Bukan Pekerja (BP) Penyelenggara Negara. Untuk besaran persentase iuran BPJS Kesehatan adalah sebesar 5% dari upah dengan rincian berikut :

- a) Sebesar 4% dibayar oleh pemberi kerja atau perusahaan
- b) Sebesar 1% dibayarkan oleh pekerja

Untuk segmen PPU Badan Usaha (Swasta), perhitungan dalam segi upah adalah gaji pokok ditambah tunjangan, dengan batas paling rendah sebesar upah minimum kabupaten/kota/provinsi. Ketentuan perhitungan batas paling tinggi gaji atau upah per-bulan yaitu sebesar Rp.12.000.000,-

3. Iuran BPJS Kesehatan PBPU dan BP

Segmen ini adalah segmen peserta Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) dan bukan Pekerja (BP), atau bisa disebut juga peserta mandiri. Dengan ketentuan iuran yang disesuaikan dengan kelasnya yaitu sebagai berikut ;

- a) Iuran BPJS Kesehatan Kelas III Rp.35.000,- per orang per bulan.

Besar iuran BPJS Kesehatan yang sebenarnya untuk kelas III adalah sebesar Rp.42.000,- namun sebesar Rp.7.000,- per orang per bulan dibayarkan oleh pemerintah pusat dan pemerintah daerah sebagai bantuan iuran bagi PBPU dan BP.

- b) Iuran BPJS Kesehatan Kelas II sebesar Rp.100.000,- per orang per bulan.
- c) Iuran BPJS Kesehatan Kelas I sebesar Rp.150.000,- per orang per bulan. (Ratriani, 2022)

2.4 Konsep Aplikasi *Mobile* JKN

2.4.1 Pengertian Aplikasi *Mobile* JKN

Mobile JKN (Jaminan Kesehatan Nasional) merupakan salah satu aplikasi yang diluncurkan oleh BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) Kesehatan Indonesia. Tujuan dibentuknya aplikasi ini untuk mempermudah proses layanan kesehatan bagi masyarakat yang dialihkan dengan metode digitalisasi supaya lebih efektif dan efisien (Shara Nurrahmi, 2019)

2.4.2 Fitur-fitur aplikasi *Mobile* JKN

Mobile JKN ini dibuat dengan tujuan agar dapat mempermudah masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan secara cepat efektif dan efisien. Dalam aplikasi *Mobile* JKN ini menyediakan banyak fitur menu yang dapat dimanfaatkan untuk menunjang hal tersebut antara lain adalah sebagai berikut :

1. Info Program JKN

Dalam fitur ini menyediakan informasi terkait tata cara pendaftaran, hak dan kewajiban, fasilitas manfaat, info tata cara pembayaran, dan FAQ tanya jawab umum.

2. Info lokasi Fasilitas Kesehatan

Dalam fitur ini menyediakan informasi terkait lokasi fasilitas kesehatan baik tingkat pertama maupun tingkat lanjut seperti halnya puskesmas, klinik, dan rumah sakit yang terdekat dengan lokasi anda saat itu. Dalam fitur ini juga disediakan alamat dan nomor telepon yang bisa dihubungi serta tersedia juga peta menuju lokasi fasilitas pelayanan kesehatannya.

3. Info Ketersediaan Tempat Tidur

Dalam fitur ini menyediakan informasi terkait jumlah ketersediaan tempat tidur mulai dari faskes terdekat hingga faskes yang anda inginkan. Pengguna aplikasi hanya perlu melakukan pencarian nama rumah sakit yang akan dituju, kemudian akan muncul data total kamar yang tersedia berdasarkan kelas perawatan beserta tanggal update data nya.

4. Penambahan Peserta

Dalam fitur ini peserta dapat melakukan pendaftaran penambahan anggota keluarga yang belum menjadi peserta JKN-KIS. Dengan cara langsung mengisi data yang diminta secara benar dan valid.

5. Info Peserta

Dalam fitur ini pengguna dapat mengetahui info peserta dalam satu KK yang sudah terdaftar sebagai peserta beserta kelas perawatan.

6. Pendaftaran Pelayanan / Antrian

Dalam fitur ini peserta dapat melakukan antrian secara online untuk berobat ke faskes tingkat pertama dan faskes tingkat kedua bagi yang sudah mendapatkan rujukan. Dalam menu ini peserta hanya perlu memilih tujuan poli, input tanggal daftar, dan memilih jadwal praktek dokter yang sesuai serta mengisi keluhan sakit yang akan diperiksakan.

7. Konsultasi Dokter

Fitur untuk memudahkan peserta melakukan komunikasi ke dokter di tempat FKTP terdaftar. Fitur ini dikeluarkan untuk mendukung penerapan *physical distancing* selama pandemi. (Handayani, 2021)

8. Info Jadwal Tindakan Operasi

Dalam fitur ini menampilkan informasi mengenai jadwal tindakan operasi bagi peserta.

9. Pengaduan Layanan JKN

Dalam fitur ini menyediakan fasilitas pengajuan keluhan dan aduan terkait pelayanan dengan menggunakan BPJS yang didalamnya juga sudah terhubung dengan BPJS *Care Centre*.

10. Perubahan Data Peserta

Dalam fitur ini peserta dapat melakukan perubahan data peserta terkait pembaruan nomor telepon, email, perubahan faskes, dan juga pergantian kelas perawatan.

11. Info Iuran

Dalam fitur ini dapat menampilkan tagihan iuran yang harus dibayarkan setiap bulannya oleh peserta.

12. Pendaftaran *Auto Debet*

Dalam fitur ini lebih diutamakan bagi peserta mandiri (PBPU) / Bukan Pekerja (BP), untuk membuat auto debet dalam mendukung proses pembayaran setiap bulannya.

13. Info Riwayat Pembayaran

Dalam fitur ini disediakan informasi terkait pembayaran premi, pembayaran denda, dan pembayaran *Mobile* yang telah dilakukan oleh peserta.

14. Skrining Riwayat Kesehatan

Fitur pelayanan skrining riwayat kesehatan kesehatan untuk membantu melihat potensi risiko penyakit peserta. Hasil skrining dapat digunakan untuk konsultasi lanjutan atau tes di faskes tingkat pertama.

15. Info Riwayat Pelayanan

Dalam fitur ini menyediakan informasi terkait riwayat pelayanan peserta di fasilitas pelayanan kesehatan.

16. Info *Virtual Account*

Dalam fitur ini peserta dapat mencari *virtual account* berdasarkan NIK

17. Skrining Mandiri Covid-19

Fitur ini merupakan menu terbaru untuk memberikan panduan bagi peserta dalam memantau kondisi kesehatannya dengan melihat gejala-gejala penularan Covid-19. (Handayani, 2021)

18. Rencana Pembayaran Bertahap

Fitur ini merupakan menu terbaru yang mendukung proses pembayaran program REHAB dalam fitur ini peserta dapat melakukan pembayaran tunggakan iuran secara bertahap, dengan ketentuan tunggakan peserta selama 3 bulan.

2.5 Konsep Pemanfaatan

2.5.1 Pengertian Pemanfaatan

Pemanfaatan merupakan turunan dari kata ‘Manfaat’, yang berarti suatu penghadapan yang semata-mata menunjukkan kegiatan menerima. Penghadapan tersebut pada umumnya mengarah pada perolehan atau pemakaian yang hal-hal yang berguna baik dipergunakan secara langsung maupun tidak langsung agar dapat bermanfaat. (Makplus, 2015). Menurut Prof. Dr. J.S. Badudu dalam (Makplus, 2015) pada Kamus Umum Bahasa Indonesia, mengatakan bahwa ”Pemanfaatan adalah hal, cara, hasil kerja dalam memanfaatkan sesuatu yang berguna”.

Menurut Poerwadarminto (2002 : 125) dalam (Suwanto, n.d.) pemanfaatan adalah suatu kegiatan, proses, cara atau perbuatan menjadikan sesuatu yang ada menjadi bermanfaat. Istilah pemanfaatan berasal dari kata dasar manfaat yang berarti faedah, yang mendapat imbuhan pe-an yang berarti proses atau perbuatan memanfaatkan. Berdasarkan penjelasan tersebut pemanfaatan diartikan suatu proses, cara dan perbuatan dalam menggunakan atau memanfaatkan suatu objek atau benda.

2.5.2 Teori Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Menurut teori model Andersen dan Anderson dalam (Rini, 2015) menggolongkan model yang dilakukan pada penelitian pemanfaatan pelayanan kesehatan ke dalam tujuh kategori berdasarkan tipe dari variabel yang digunakan sebagai faktor yang menentukan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan, yaitu :

1. Model Demografi (*Demographic Model*)

Variabel-variabel yang dipakai adalah umur, seks, status perkawinan, dan besarnya keluarga. Variabel ini digunakan sebagai ukuran atau indikator yang mempengaruhi utilisasi pelayanan kesehatan.

2. Model Struktur Sosial (*Social Structural Model*)

Variabel yang dipakai adalah pendidikan, pekerjaan dan etnis. Variabel ini mencerminkan status sosial dari individu atau keluarga dalam masyarakat, yang juga dapat menggambarkan tentang gaya hidup mereka. Struktur sosial dan gaya hidup

masyarakat ini akan menggambarkan tingkat pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh masyarakat itu sendiri.

3. Model Sosial Psikologis (*Social Psychological Model*)

Variabel yang dipakai adalah pengetahuan, sikap dan keyakinan individu dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. Variabel psikologi ini mempengaruhi individu untuk mengambil keputusan dan bertindak dalam menggunakan pelayanan kesehatan yang tersedia.

4. Model Sumber Daya Keluarga (*Family Resource Model*)

Variabel yang dipakai adalah pendapatan keluarga dan cakupan asuransi kesehatan. Variabel ini dapat mengukur kesanggupan dari individu atau keluarga untuk memperoleh pelayanan kesehatan. Makin komprehensif paket asuransi kesehatan yang sanggup individu beli, makin terjamin pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dapat dikonsumsi oleh individu.

5. Model Sumber Daya Masyarakat (*Community Resource Model*)

Variabel yang dipakai adalah penyediaan pelayanan kesehatan dan sumber-sumber di dalam masyarakat. Pada dasarnya model sumber

daya masyarakat ini adalah suplai ekonomis yang berfokus pada ketersediaan sumber kesehatan pada masyarakat. Artinya, makin banyak PPK yang tersedia, makin tinggi aksesibilitas masyarakat untuk menggunakan pelayanan kesehatan.

6. Model Organisasi (*Organization Model*)

Variabel yang digunakan adalah pencerminan perbedaan bentuk-bentuk sistem pelayanan kesehatan, meliputi gaya (*style*) praktek pengobatan (sendiri, rekanan atau kelompok), sifat alamiah (*nature*) dari pelayanan tersebut (membayar langsung atau tidak), lokasi dari pelayanan kesehatan (pribadi, rumah sakit atau klinik), petugas kesehatan yang pertama kali dikontak oleh pasien (dokter, perawat, atau yang lainnya).

7. Model Sistem Kesehatan

Model ini mengintegrasikan ke enam model di atas kedalam suatu model yang lebih sempurna, sehingga apabila dilakukan analisa terhadap penyediaan dan utilisasi pelayanan kesehatan harus dipertimbangkan semua faktor yang berpengaruh di dalamnya.

2.5.3 Model Perilaku (Behavioral Model) menurut Anderson

Anderson (1975) dan Thabrany dalam (Munawar, 2017) mengemukakan pemanfaatan pelayanan kesehatan sebagai model perilaku (*behavioral model of health services utilization*). Determinan pemanfaatan pelayanan kesehatan tersebut meliputi pada tiga faktor, yaitu :

a. Karakteristik predisposisi (*Predisposing Characteristics*)

Setiap individu memiliki kecenderungan yang berbeda untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan, tergantung pada perbedaan karakteristiknya, seperti demografi (umur, seks, status

perkawinan), struktur sosial (pendidikan, pekerjaan, ras, hobi, agama), dan kepercayaan terhadap pelayanan kesehatan (*health belief*).

b. Karakteristik kemampuan (*Enabling Characteristics*)

Merupakan kondisi yang membuat seseorang mampu melakukan tindakan. Terdiri dari sumber daya keluarga (penghasilan, kepemilikan asuransi kesehatan, daya beli dan pengetahuan tentang pelayanan kesehatan), dan sumber daya masyarakat (ketersediaan sarana pelayanan, jumlah tenaga kesehatan, rasio penduduk).

c. Karakteristik kebutuhan (*Need Characteristics*)

Merupakan kondisi yang langsung berhubungan dengan permintaan layanan kesehatan (persepsi sakit, diagnosa penyakit, kecacatan, status kesehatan). Kemudian Andersen mereview model pemanfaatan pelayanan kesehatan pada era 1960-an yang berfokus pada keluarga sebagai unit analisis tersebut, dengan menambahkan komponen sistem pelayanan kesehatan (*health care system*), pengaruh lingkungan (*external environment*) dan *outcome* dari pelayanan kesehatan terhadap kepuasan pelanggan (*customer satisfaction*)

2.6 Konsep Aplikasi *Mobile*

Buyens (2001) dalam (Rani, n.d.) menerangkan bahwa aplikasi *mobile* berasal dari kata *application* dan *mobile*. Aplikasi adalah satu unit

perangkat lunak yang dibuat untuk melayani kebutuhan akan beberapa aktifitas. Di bawah ini merupakan karakteristik aplikasi *mobile*, yaitu :

a. Mudah di akses

Aplikasi *mobile* dapat di akses dengan mudah karena bentuk fisiknya yang sangat fleksibel yang dapat dibawa kemana-mana. Aplikasi *mobile* dilengkapi dengan perangkat portable yang memungkinkan pengguna terkoneksi dengan internet.

b. Bersifat Produktif

Aplikasi *mobile* bersifat produktif, hal ini dibuktikan dengan seringnya aplikasi memberikan pemberitahuan apabila terdapat pembaharuan aplikasi. Sifatnya yang produktif ini semakin digemari oleh pengguna terlebih fitur yang terdapat di aplikasi biasanya sudah terpenuhi dan lebih bagus daripada tampilannya di web.

c. Tampilan Responsif

Tampilan pada aplikasi *mobile* telah disesuaikan dengan gadget pengguna. Secara grafis, tampilan aplikasi aplikasi *mobile* lebih baik dari tampilan web, sehingga pengguna lebih nyaman menggunakan tampilan aplikasi *mobile*.

d. Pemberitahuan yang cepat tersampaikan

Aplikasi *mobile* sangat unggul dalam upaya pemberitahuan terhadap para penggunanya. Hal ini dikarenakan saat ini banyak orang yang sangat sulit terlepas dari gadgetnya, maka pengembang aplikasi memanfaatkan momen tersebut untuk mengirimkan pemberitahuan ketika pengguna mengaksesnya pada waktu tertentu.

e. Lokasi

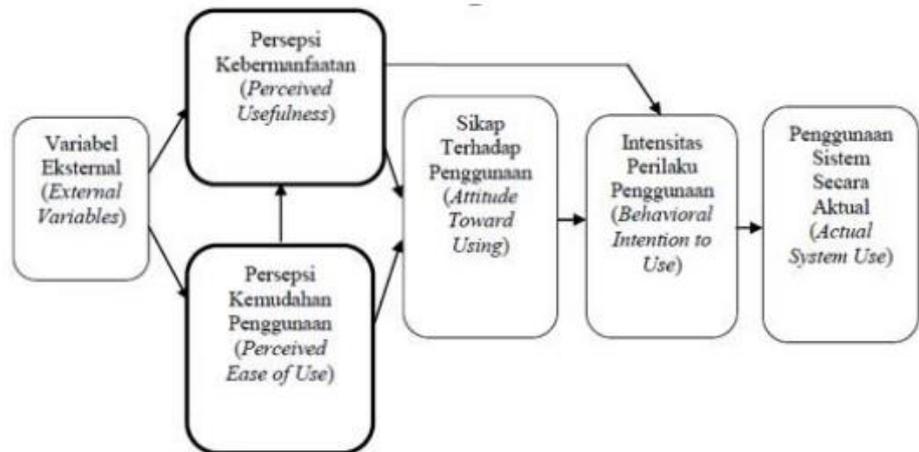
Aplikasi *mobile* dapat memberikan informasi berupa detail lokasi dari pengguna. Sehingga pengguna dapat terbantu apabila ingin mengetahui keberadaannya atau lokasi suatu tempat.

f. Keamanan

Data yang dikirimkan oleh pengguna atau oleh pengembang aplikasi harusnya terenkripsi. Proses dienkripsikan aplikasi ini memiliki tujuan untuk meminimalisir penyadapan oleh orang yang tidak bertanggung jawab sehingga data pengguna lebih aman.

2.7 Konsep *Technology Acceptance Model* (TAM)

Menurut (Rani, n.d.) *Technology Acceptance Model* (TAM) merupakan salah satu model yang dibuat untuk menganalisis dan memahami faktor-faktor yang mempengaruhi bagaimana penggunaan teknologi dapat diterima. TAM diperkenalkan pertama kali tahun 1986 oleh Fred Davis. Model TAM berasal dari teori induk yaitu *Theory of Reasoned Action* yaitu sebuah teori tindakan beralasan yang dikembangkan oleh Fishben dan Alzen (1975).



Gambar 2. 1 *Technology Acceptance Model (Davis, 1989)*

2.8 Presepsi Manfaat (*Perceived Usefulness*)

Davis (1989) dalam (Rani, n.d.) mengatakan bahwa persepsi manfaat adalah suatu keadaan dimana seseorang percaya bahwa pemakaian suatu sistem teknologi informasi dapat meningkatkan prestasi kerja atau tujuan yang menguntungkan. Vankatesh dan Davis (2000) membagi dimensi persepsi manfaat menjadi berikut :

1. Penggunaan sistem mampu meningkatkan kerja individu (*Improve Job Performance*).
2. Penggunaan sistem mampu menambah tingkat produktifitas seseorang (*Increase Productivity*).
3. Penggunaan sistem mampu meningkatkan efektifitas kinerja seseorang (*Enhances Effectiveness*).
4. Penggunaan sistem bermanfaat untuk seseorang (*The System is Usefull*).

2.9 Persepsi Kemudahan Penggunaan (*Perceived Ease to Use*)

Davis (1989) dalam (Rani, n.d.) menyebutkan bahwa pengertian persepsi kemudahan penggunaan adalah suatu tingkat keadaan dimana seseorang yakin bahwa dengan menggunakan suatu sistem tidak diperlukan usaha tertentu, atau dengan kata lain teknologi dapat digunakan oleh pengguna secara mudah.

Vankatesh dan Davis (2000) membagi dimensi persepsi kemudahan menjadi berikut :

1. Interaksi individu dengan sistem jelas dan mudah dimengerti (*Clear and understandable*).
2. Tidak dibutuhkan banyak usaha untuk berinteraksi dengan sistem tersebut (*Does not required a lot mental effort*).
3. Sistem mudah digunakan (*Easy to use*).
4. Mudah mengoperasikan sistem sesuai dengan apa yang ingin pengguna kerjakan (*Easy to get the system to do what he/she wants to do*).

2.10 *Attitude Toward Using* dan *Behavioral Intention to Use*

Dalam (Rani, n.d.) menyatakan bahwa sikap terhadap pengaplikasian (*Attitude Toward Using*) menurut Davis (1993) dikonsepsikan sebagai sikap terhadap penggunaan sistem yang berbentuk penerimaan atau penolakan sebagai dampak bila seseorang menggunakan suatu teknologi dalam pekerjaannya. Berikut merupakan dimensi-dimensi *attitude towards using* menurut Chauhan (2015) :

1. Sikap yang menguntungkan (*Favorable Attitude*).

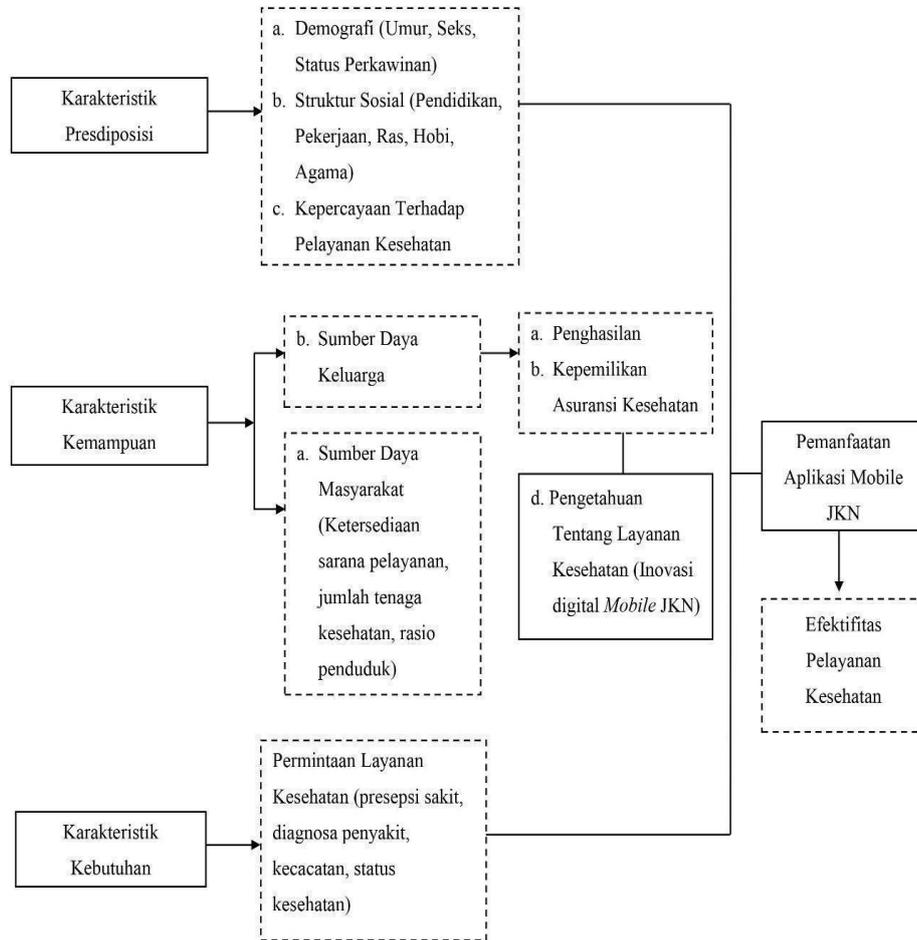
2. Bermanfaat (*Beneficial*).
3. Ide Bertransaksi (*Idea of Transaction*).

Minat perilaku penggunaan (*Behavioral Intention to Use*) menurut Davis (1989) adalah kecenderungan perilaku untuk tetap menggunakan suatu teknologi.

2.11 Kerangka Konsep

Berdasarkan teori Anderson pemanfaatan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh tiga karakteristik yaitu karakteristik predisposisi, karakteristik kemampuan, dan karakteristik kebutuhan.

Pada penelitian ini lebih fokus pada pemanfaatan layanan kesehatan yang dipengaruhi oleh karakteristik kemampuan, yaitu karakteristik yang dilihat dari sumber daya masyarakatnya. Karakteristik kemampuan ini salah satunya diukur berdasarkan pengetahuan masyarakat terhadap inovasi layanan kesehatan digital (*Mobile JKN*). Dari hasil pengukuran pengetahuan tersebut peneliti dapat mengetahui sejauh mana masyarakat telah memanfaatkan aplikasi *Mobile JKN* untuk mengakses layanan kesehatan, sehingga secara tidak langsung dapat mendukung efektivitas pelayanan kesehatan di Indonesia. Berdasarkan penjelasan tersebut maka peneliti telah merancang kerangka konsep sebagai berikut :



Keterangan :

□ : Variabel yang diteliti

□ : Variabel yang tidak diteliti

2.12 Hipotesis Penelitian

H₀ : Tidak ada hubungan antara tingkat pengetahuan masyarakat terhadap pemanfaatan aplikasi *Mobile* JKN di Desa Tumpang Kabupaten Malang.

H_a : Ada hubungan antara tingkat pengetahuan masyarakat terhadap pemanfaatan aplikasi *Mobile* JKN di Desa Tumpang Kabupaten Malang.

