



## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Landasan Teori**

##### **1. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan**

###### **a. Pengertian BPJS kesehatan**

Tanggal 1 Januari 2014 BPJS kesehatan mulai beroperasi. BPJS kesehatan merupakan suatu lembaga yang dibentuk untuk menyelenggarakan program sosial kesehatan. Nafsiah Mboi Menteri kesehatan menyatakan BPJS kesehatan akan di upayakan untuk menanggung semua jenis penyakit namun dengan melakukan upaya efisiensi. BPJS kesehatan menggantikan lembaga jaminan kesehatan PT. Akses Indonesia pada tahun 2014, sedangkan BPJS ketenagakerja menggantikan lembaga jaminan sosial ketenaga kerja PT. Jamsostek pada tahun 2015 yang berdasarkan Undang-undang Nomor 24 tahun 2011.

VISI BPJS ialah mencakup SEMESTA 2019. Pada tahun 2019 di harapkan seluruh warga Indonesia sudah memiliki jaminan kesehatan tersebut untuk memperoleh perlindungan dan pemeliharaan kesehatan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diselenggarakan BPJS terpercaya, handal, dan unggul. Sedangkan MISI BPJS ialah membangun kemitraan strategis, menjalankan sistem jaminan kesehatan yang efektif, bermutu serta efisien dan mengoptimalkan pengelolaan dana program jaminan sosial.

b. Tugas BPJS

Fungsi BPJS dalam melaksanakan tugasnya, yaitu :

- 1) Melakukan dan menerima pendaftaran peserta.
- 2) Mengumpulkan dan memungut iuran dari peserta dan pemberi kerja.
- 3) Menerima bantuan iuran dari pemerintah.
- 4) Mengelola Dana Jaminan Sosial untuk kepentingan peserta.
- 5) Mengelola dan mengumpulkan data peserta program jaminan sosial
- 6) Membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program jaminan sosial.
- 7) Memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program jaminan sosial kepada masyarakat dan peserta.

c. Profil Kantor Layanan Operasional Kecamatan Lubuk Besar Kabupaten Bangka tengah.

Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) Kabupaten Bangka Tengah merupakan perubahan dari PT.Askes (persero). Undang-undang No 24 tahun 2011 terbentuknya BPJS dan tanggal 1 Januari 2014 BPJS mulai beroperasi.

Kantor Layanan Operasional (KLO) BPJS kesehatan Kabupaten Bangka Tengah terletak di Jl.Raya Bay Pass Koba kab.Bangka tengah, kepulauan Bangka Belitung. Kantor Layanan Operasional merupakan kantor cabang yang bertugas sebagai pusat pelayanan informasi, pengolahan pemberian manfaat kepada peserta, retribusi peserta, serta pengelolaan hubungan kemitraan dengan *provider* BPJS kesehatan. Menurut Mariza (2015:69) ada lima fungsi KLOK, sebagai berikut :

- 1) Unit pemasaran

- a) Rekrutmen peserta, sosialisasi dan edukasi langsung
  - 2) Unit kepersertaan
    - a) Komunikasi dan pemberian informasi secara langsung atau tidak langsung
    - b) Penangan keluhan langsung
    - c) Pendaftaran peserta
  - 3) Unit manajemen pelayanan kesehatan primer
    - a) Mengelola hubungan kemitraan dengan fasilitas kesehatan primer
    - b) Kegiatan sosialisasi dan edukasi langsung ke fasilitas kesehatan primer
  - 4) Unit manajemen pelayanan kesehatan rujukan
    - a) Mengelola hubungan kemitraan dengan fasilitas keseluruhan rujukan
    - b) Kegiatan sosialisasi dan edukasi langsung ke fasilitas kesehatan primer
  - 5) Unit keuangan
    - a) Mengelola kas KLOKK serta pembayaran di KLOKK
- d. Pengertian Pelayanan Kesehatan

Pelayanan Kesehatan menurut Dekpes RI (2009) merupakan suatu upaya seseorang ataupun sekelompok orang untuk meningkatkan dan memelihara dalam suatu organisasi serta memulihkan dan mencegah kesehatan masyarakat baik secara perorangan keluarga maupun kelompok. Sedangkan Prof. Dr. Soekidjo Notoatmojo menyatakan pelayanan kesehatan ialah yang tujuan sub sistemnya adalah

peningkatan kesehatan (promotif) dan pelayanan pencegahan (preventif) dengan sasarannya masyarakat. Pelayanan kesehatan merupakan hal yang penting ditingkatkan kualitasnya sesuai dengan standar pelayanan yang berlaku. Pelayanan pada hakikatnya menyiapkan segala sesuatu yang diperlukan dan memberikan kepuasan terhadap konsumen. Menurut Gronsross, pelayanan yang berkualitas baik apabila memenuhi kriteria senagai berikut :

- 1) Keterampilan dan profesionalisme
- 2) Perilaku dan sikap
- 3) Fleksibel dan mudah dicapai
- 4) Terpercaya dan Reliabel
- 5) Perbaikan
- 6) Kredibilitasi dan Reputasi

e. Tujuan dan Bentuk Pelayanan Kesehatan

Ada empat tujuan pelayanan kesehatan, antara lain :

- 1) Meningkatkan dan memelihara kesehatan, sangat diperlukan contohnya dalam peningkatan lingkungan dan perbaikan sanitasi.
- 2) Pencegahan terhadap penyakit yang berisiko ( preventif)
  - a) Preventif sekunder yang terdiri dari pencegahan penyakit pada tahap dini agar membatasi untuk menghindari kecacatan yang timbul akibat dari perkembangan penyakit tersebut.

- b) Preventif primer yang terdiri dari program pendidikan yaitu imunisasi, peneyediaan nutrisi dan kesegaran fisik.
  - c) Preventif tersier.
  - d) Pembuatan diagnosa misalnya dalam pelaksanaan tindakan rehabilitasi.
- 3) Penyembuhan penyakit (kuratif).
  - 4) Pemulihan (rehabilitasi), usaha seseorang dalam pemulihan untuk normal kembali.

Menurut Azwar (1996) ada tiga bentuk pelayanan kesehatan, antara lain :

- 1) Pelayanan kesehatan tingkat pertama (primer) adalah pelayanan yang paling depan yang diperlukan pertama kali saat mengalami gangguan kecelakaan atau kesehatan.
- 2) Pelayanan kesehatan tingkat kedua (sekunder) adalah pelayanan yang lebih condrong ke spesialis.
- 3) Pelayanan kesehatan tingkat ketiga (tersier) adalah pelayanan yang memprioritaskan subspecialis serta pelayanan subspecialis luas.

f. Pengaruh Layanan Kesehatan Terhadap Derajat Kesehatan

Menurut Blum (1981) kesehatan sebagai kesehatan individu dan kesehatan masyarakat, yang merupakan interaksi harmonis seperti beberapa faktor, yaitu gaya hidup/perilaku, keturunan, lingkungan dan pelayanan kesehatan. Faktor yang mempengaruhi paling besar adalah lingkungan. Lingkungan dapat berupa fisik, yang secara alami terwujud

dalam semesta, maupun lingkungan buatan manusia. Faktor yang mempengaruhi lingkungan, selain lingkungan fisik adalah seperti lingkungan sosial ekonomi, yang antara lain seperti status ekonomi, pendidikan, dan pekerjaan.

Faktor yang kedua berpengaruh besar adalah faktor gaya hidup seperti sikap dan perilaku terhadap kesehatan. Faktor yang ketiga adalah seperti keturunan, dan terakhir faktor layanan kesehatan. Layanan kesehatan dalam arti luas yang mencakup layanan kesehatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang mempunyai pengaruh yang sangat besar terhadap derajat kesehatan masyarakat. Melalui layanan kesehatan yang bersifat promotif dan preventif dapat dilakukan perbaikan lingkungan dan perubahan perilaku. Meskipun demikian, layanan kesehatan secara langsung memengaruhi faktor lingkungan dan gaya hidup atau perilaku, maka secara tidak langsung sangat memengaruhi derajat kesehatan.

Keempat faktor tersebut tidak dapat berdiri sendiri, tetapi saling berinteraksi dengan lingkungan yang lebih besar, yaitu populasi yang ada, sistem budaya alam, keseimbangan ekologi dan kemanusiaan.

#### g. Kebijakan Kesehatan

Kebijakan kesehatan suatu negara sangat mempengaruhi tingkat akses ekuitas akses terhadap layanan kesehatan, terutama kebijakan tentang sistem pembiayaan yang dijalankan. Di Indonesia, sampai saat ini sistem pembiayaan kesehatan dilakukan dengan cara sederhana antara lain dengan menyediakan fasilitas kesehatan, tenaga kesehatan dan perlengkapan kesehatan. Konsep ini mengacu ke Inggris di mana

pemerintah memperlakukan layanan kesehatan sebagai hak setiap penduduk melalui model Natinola Health Service (NHS). Kebijakan meniru model Inggris tidak dapat diterapkan oleh Indonesia karena keterbatasan sumber daya dan dana. Jalan keluar nya adalah dengan cara memberikan subsidi tarif, padahal banyak penelitian yang membuktikan bahwa subsidi tarif tersebut tidak tepat sasaran. Banyak masyarakat kaya yang memanfaatkan tarif yang besubsidi semntara masyarakat miskin tidak memanfaatkan karena keterbatasan biaya pendukung munuju fasilitas layanan kesehatan.

Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional ( UU SJSN), yang didalamnya juga mengatur jaminan kesehatan yang telah melatarbelakangi keadaan tersebut. Jaminan kesehatan diselenggarakan berdasarkan asuransi sosial sehingga seluruh masyarakat wajib memiliki jaminan kesehatan dasar. Untuk fakir miskin dan masyarakat miskni, preminya dibayar oleh pemerintah. Apabila UU USJN telah diterapkan secara konsisten maka akan terjadi ekuitas akses layanan kesehatan. Semua masyarakat dapat memperoleh akses layanan kesehatan kapan pun dia mau dan di manapun tanpa meihat kondisi sosial ekonominya.

## **2. Puskesmas**

### **a. Pengertian Puskesmas**

Puskesmas adalah suatu kesatuan organisasi kesehatan fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang juga membina peran serta masyarakat disamping memberikan pelayanan



secara menyeluruh dan terdapat kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok.

Puskesmas mempunyai wewenang dan tanggung jawab atas pemeliharaan kesehatan masyarakat dalam wilayah kerjanya sebagai berikut :

1) Wilayah Puskesmas

Wilayah kerja puskesmas meliputi satu kecamatan atau sebagian dari kecamatan. Faktor kepadatan penduduk, luas daerah, keadaan geografik dan keadaan infrastruktur lainnya merupakan bahan pertimbangan dalam menentukan wilayah kerja puskesmas.

2) Pelayanan Kesehatan Menyeluruh

Pelayanan Kesehatan yang diberikan di Puskesmas merupakan pelayanan kesehatan yang meliputi pelayanan:

- a) Kuratif (pengobatan)
- b) Preventif (upaya pencegahan)
- c) Promotif (peningkatan kesehatan)
- d) Rehabilitatif (pemulihan kesehatan)

3) Pelayanan Kesehatan Terpadu ( integrasi)

Pelayanan kesehatan sebelum adanya puskesmas terdiri dari yaitu Pemberantasan Penyakit Menular, Balai Kesejahteraan Ibu dan Anak, Usaha Hygiene Sanitasi Lingkungan, Balai Pengobatan dan lain sebagainya.

b. Tugas dan Fungsi Puskesmas

Ada 3 tugas puskesmas yaitu sebagai berikut :

- 1) Untuk kesehatan masyarakat sebagai pusat pembangunan di wilayah kerjanya.
- 2) Meningkatkan kemampuan untuk hidup yang sehat dalam rangka membina peran serta masyarakat di wilayah kerjanya.
- 3) Memberikan pelayanan kesehatan menyeluruh dan secara terpadu untuk masyarakat di wilayah kerjanya.

Dalam melaksanakan fungsinya ada beberapa proses, dilaksanakan dengan cara sebagai berikut:

- 1) Dalam rangka menolong diri sendiri untuk melaksanakan kegiatan upaya merangsang masyarakat termasuk swasta.
- 2) Menggunakan sumber daya yang ada secara efektif dan efisien serta memberikan petunjuk kepada masyarakat bagaimana tentang menggalinya.
- 3) Memberi bantuan bersifat bimbingan tekni materi serta rujukan kesehatan maupun rujukan medis kepada masyarakat dengan ketentuan/ketentuan bantuan tersebut yang tidak menimbulkan ketergantungan.
- 4) Memberi secara langsung pelayanan kesehatan kepada masyarakat.
- 5) Saling berkerja sama antara sektor-sektor bersangkutan dalam melaksanakan program tersebut.

c. Fasilitas Penunjang Puskesmas

Fasilitas Penunjang Puskesmas di bagi menjadi tiga, sebagai berikut:

- 1) Puskesmas Pembantu

Puskemas pembantu adalah unit pelayanan kesehatan yang sederhana dan berfungsi menunjang dan membantu melaksanakan kegiatan-kegiatan yang dilakukan Puskesmas dalam ruang lingkup wilayah yang lebih kecil. Puskesmas pembantu merupakan bagian integral dari Puskesmas yang meliputi seluruh puskesmas pembantu yang terdapat di wilayah kerjanya.

## 2) Puskesmas Keliling

Puskesmas Keliling adalah berupa unit pelayanan kesehatan keliling dilengkapi oleh perahu bermotor atau kendaraan roda empat, peralatan komunikasi, peralatan kesehatan serta tenaga kesehatan yang berasal dari puskesmas tersebut. Fungsi Puskesmas Keliling untuk membantu dan menunjang dalam melaksanakan kegiatan puskesmas yang belum terjangkau oleh pelayanan kesehatan di dalam wilayah kerjanya.

Kegiatan Puskesmas Keliling adalah :

- a) Pelayanan Puskesmas atau Puskesmas pembantu empat hari dalam satu minggu memberikan pelayanan kesehatan untuk masyarakat yang daerahnya sulit dijangkau (terpencil).
- b) Menyelidiki tentang terjadinya kejadian yang luar biasa.
- c) Dapat dimanfaatkan dalam alat transport penderita sebagai rujukan bagi kasus gawat darurat.
- d) Melakukan penyuluhan mengenai kesehatan dengan alat audio-visual.

## 3) Bidan yang bertugas di desa

Ada seorang bidan dan bertanggung jawab secara langsung terhadap kepala puskesmas ditempatkan pada setiap desa yang masih kurang fasilitas kesehatannya. Tugas bidan yaitu membina peran serta masyarakat melalui pembinaan posyandu dan pembinaan peimpinan kelompok persepuluh, disamping memberi pelayanan langsung di Posyandu dan pertolongan persaliann di rumah-rumah.

### **3. Pengobatan Tradisional**

#### **a. Pengertian pengobatan Tradisional**

Pengobatan tradisional itu sendiri adalah salah satu upaya kesehatan berdasarkan pengetahuan yang di turunkan secara lisan maupun tulisan yang berasal dari Indonesia atau luar Indonesia. Sedangkan obat tradisional adalah obat yang dibuat dari bahan yang diperoleh dari tanaman, hewan atau mineral yang berupa zat murni. Menurut WHO pengobatan tradisional adalah ilmu dan seni pengobatan berdasarkan himpunan dari pengetahuan dan pengalaman praktek, baik yang dapat diterangkan secara ilmiah ataupun tidak, dalam melakukan diagnosis, prevensi dan pengobatan terhadap ketidak seimbangan fisik, mental ataupun sosial. Pedoman utamanya adalah pengalaman praktek yaitu hasil hasil pengamatan yang diteruskan dari generasi baik secara lisan maupun tulisan.

Terdapat 2 macam pendekatan yang dapat ditempuh dalam upaya pengembangan obat tradisional tersebut, yaitu :

- 1) Obat kelompok fitoterapi, yang mendasarkan kepada simplisia yang digunakan sebagai obat.

2) Obat kelompok kemoterapi, yang mendasarkan kepada zat aktif yang dalam keadaan murni diisolasi dari tumbuhan.

b. Peranan Pengobatan Tradisional dan Obat Tradisional dalam Pelayanan Kesehatan.

Peran utama masyarakat baik individu dan keluarga pada tingkat dalam rumah tangga pelayanan kesehatan. Pemanfaatan tanaman dan tentang pengetahuan obat-obatan tradisional merupakan suatu unsur yang paling penting dalam upaya peningkatan kemampuan keluarga ataupun individu untuk memperoleh hidup yang sehat. Namun demikian, agar berbagai upaya pengobatan tradisional tersebut dapat benar-benar berhasil guna dan berdaya gunaserta untuk mencegah timbulnya dampak akibat upaya pengobatan tradisional, maka perlu adanya upaya pembinaan yang sistematis dan berkesinambungan. Dalam sistem pelayanan kesehatan ada enam kebijakan dalam meningkatkan peran pengobatan tradisional, sebagai berikut :

- 1) Dalam rangka peningkatan peran serta masyarakat dalam pelayanan kesehatan primer pengobatan tradisional perlu dikembangkan
- 2) Sebagai warisan budaya bangsa, namun perlu membatasi praktek-praktek yang membahayakan kesehatan untuk itu pengobatan tradisional perlu dipelihara dan dikembangkan
- 3) Perlu dilakukan pengujian, penelitian, pengembangan obat dan cara-cara pengobatan tradisional dalam rangka peningkatan peran pengobatan tradisional.

- 4) Pengobatan tradisional untuk upaya kesehatan yang nonformal perlu pendataan dan tidak memerlukan izin untuk kemungkinan pembinaan dan pengawasannya.
- 5) Pengobatan tradisiobal sebagai yang berlandaskan pada cara-cara organobiologik, setelah diteliti, diuji dan diseleksi dapat diusahakan untuk menjadi bagian program pelayanan kesehatan primer. Contoh dukun bayi dan dukun patah tulang. Sedangkan cara-cara psikologik dan supernatural perlu diteliti lebih lanjut, sebelum dapat dimanfaatkan dalam program.
- 6) Pengobatan tradisional tertentu yang mempunyai keahlian khusus dan menjadi tokoh masyarakat dapat dilibatkan dalam upaya kesehatan masyarakat, khususnya sebagai komunikator antara pemerintah dan masyarakat.

Pada hakikatnya peran serta masyarakat adalah yang dimana suatu proses agar masyarakat mampu untuk menyelenggarakan berbagai macam upaya kesehatan, baik yang dilakukan diantara pemerintah atau masyarakat sendiri.

#### c. Jenis Pengobatan Tradisional di Indonesia

Secara garis besar seminar telah menetapkan 4 jenis pengobatan tradisional sebagai berikut :

- 1) Pengobatan tradisional dengan racikan obat-obatan
  - a) pengobatan tradisional secara racikan asli Indonesia.
  - b) pengobatan tradisional secara racikan obat Cina.
  - c) pengobatan tradisional dengan racikan obat India.

- 2) Pengobatan tradisional kebatinan/spiritual
  - a) pengobatan tradisional meyakini kepercayaan.
  - b) pengobatan tradisional meyakini agama.
  - c) pengobatan tradisional meyakini geteran magnetis.
- 3) Pengobatan tradisional atas dasar perangsangan/peralatan
  - a) akupunktur, pengobatan secara ilmu pengobatan tradisional Cina bahan yang digunakan seperti penghangatan moxa( Daun Arthemisia vulgaris yang dikeringkan) dan penusukan jarum.
  - b) pengobatan tradisional urut pijat
  - c) pengobatan tradisional patah tulang
  - d) pengobatan tradisional dengan peralatan (tajam/keras)
  - e) pengobatan tradisional dengan peralatan benda tumpul
- 4) Pengobatan tradisional yang telah mendapat pengarahan dan pengaturan pemerintah
  - a) Dukun beranak
  - b) Tukang gigi tradisional

#### **4. Perilaku Konsumen**

Teori Perilaku konsumen terhadap barang dan jasa di pengaruhi oleh beberapa faktor , antara lain: pendapatan, selera konsumen dan harga barang, di saat kondisi yang lain tidak berubah. Perilaku konsumen didasarkan pada teori perilaku konsumen yang dimana dijelaskan dalam teori tersebut bagaimana seseorang dengan pendapatan yang didapatkannya, dapat membeli berbagai barang dan jasa sehingga mencapai kepuasan tertentu sesuai dengan apa yang diharapkannya.

- a. Pendekatan perilaku konsumen

Pendekatan perilaku konsumen mempelajari perilaku konsumen dalam mengkonsumsi suatu barang dan jasa dengan 2 pendekatan, yaitu:

1) Pendekatan Kardinal

a) Kepuasan konsumsi bisa diukur dengan satuan ukur.

Semakin banyaknya barang yang dikonsumsi maka semakin besar tingkat kepuasan konsumen.

b) adanya hukum *the law of diminishing* pada tambahan kepuasan di tiap satu-satuan. Tiap tambahan kepuasan yang didapatkan dari setiap unit tambahan konsumsi menjadi semakin kecil. Tingkat kepuasan yang semakin menurun ini dikenal dengan hukum gossen.

c) setiap tambahan kepuasan untuk setiap tambahan konsumsi satu unit barang dapat di hargai dengan uang sehingga semakin besar kepuasan semakin mahal harganya. Pendekatan kardinal juga biasa disebut dengan daya guna marginal.

2) Pendekatan Ordinal

Pada pendekatan kardinal adanya kelemahan yang terdapat pada anggapan bahwa kepuasan konsumen dari yang mengkonsumsi barang bisa di ukur dengan satuan kepuasan. Kenyataan pada pengukuran ini sulit untuk dilakukan. Pendekatan ordinal mengukur angka ordinal (relatif) dengan kepuasan konsumen. Dengan menggunakan kurva indiferens, tingkat kepuasan konsumen dapat di ketahui yang ditunjukkan dengan tingkat kombinasi jumlah barang yang dikonsumsi yang bisa menghasilkan tingkat kepuasan yang sama.



Ciri-ciri kurva indiferens:

- a) Memiliki kemiringan yang negatif apabila konsumen mengurangi satu barang yang dikonsumsi apabila ia menambahkan jumlah barang lain yang dikonsumsi.
- b) Cembung ke arah titik origin, yang menunjukkan adanya perbedaan proposi yang harus dikorbankan untuk mengubah jumlah masing-masing kombinasi yang dikonsumsi.
- c) Tidak terjadinya saling berpotongan, tidak mungkin diperoleh kepuasan yang sama pada suatu kurva indiferens yang berbeda.

Asumsi: Konsumen bersikap rasional dengan anggaran yang tersedia/berupaya memaksimalkan total kepuasannya dari barang yang dikonsumsi.

b. Hubungan antara Pengobatan Tradisional dengan BPJS

Menurut Kementerian Kesehatan dalam Supriadi (2014), Pengobatan tradisional adalah pengobatan yang berperan pada pengalaman dan keterampilan secara turun-menurun yang empiris dapat diterapkan dan dipertanggungjawabkan dengan norma yang ada/berlaku, diluar ilmu keperawatan dan ilmu kedokteran. BPJS merupakan tranformasi dari badan usaha milik negara yang di daulat untuk menyelenggarakan jaminan kesehatan.

Antara pengobatan tradisional dengan bpjs saling berhubungan, dikarenakan konsumen menggantikan dari pengobatan tradisional ke bpjs. Tingkat ini disebut dengan tingkat substitusi marginal (*marginal rate of substitution-MRS*). Dimana tingkat substitusi mengukur berapa

banyak bpjs dibutuhkan oleh konsumen agar dapat mengompensasi kurangnya pengobatan tradisional.

## **B. Penelitian Terdahulu**

Jennifer (2015) penelitiannya yang berjudul Preferensi individu terhadap pengobatan tradisional di Indonesia. Data yang digunakan bersumber dari data Indonesia *Family Live Survey* (IFLS) dan merupakan survei longitudinal dengan studi data panel dan pengola data ini dilakukan dengan menggunakan metode regresi probit. Menunjukkan bahwa usia, wilayah tempat tinggal dan keberadaan pos obat masing-masing berpengaruh terhadap probabilitas individu untuk memilih pengobatan tradisional. Sedangkan nilai probabilitas pada setiap variabel menunjukkan bahwa individu dalam rumah tangga yang berusia lanjut, tinggal di desa dan tinggal di wilayah yang terdapat pos obat, memiliki probabilitas yang lebih tinggi untuk memilih pengobatan tradisional. Dalam penelitian ini menjelaskan bahwa variabel yang mempengaruhi adalah pengobatan tradisional, Indonesia family live survey, preferensi dan probit klasifikasi JEL.

Sementara dalam penelitian Iriani (2015) yang berjudul Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (Studi kasus evaluasi efektivitas penyelenggaraan jaminan sosial (BPJS) kesehatan di kabupaten temanggung). Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif metode analisis data, penelitian yang digunakan adalah CIPP (*Context, Input, process, Product*). Sumber data penelitian terdiri dari dua yaitu wawancara dengan pelaksanaan metode purposive sampling. Pengumpulan data ini dilakukan melalui wawancara, observasi, dan dokumentasi. Yang

menunjukkan bahwa pelaksanaan sosialisasi JKN tidak hanya dilaksanakan oleh BPJS kesehatan, adanya pelaksanaan sosialisasi ini belum memberikan dampak pencitraan yang positif terhadap BPJS Kesehatan Temanggung. Saran untuk program adalah meningkatkan hubungan kerja sama antar pihak dalam melaksanakan sosialisasi dan menambahkan personil pelaksanaan sosialisasi guna meningkatkan efektivitas sosialisasi JKN di Kabupaten Temanggung. Variabel dalam penelitian ini adalah jaminan kesehatan nasional (JKN) sosialisasi dan efektivitas analisis CIPP.

Dalam penelitian Yuniarti (2015) yang berjudul Hubungan Antara Kualitas Pelayanan Rumah Sakit Dengan Tingkat Kepuasan Pasien BPJS Diruang Perawatan RSUD Sultan Syarif Mohamad AlKadrie Kota Pontianak. Metode dalam penelitian ini kuantitatif dengan metode survei analisis cross sectional, ada 100 responden jumlah sampel dalam penelitian ini menggunakan metode purposive teknik dan *non probability sampling*. Metode data dalam penelitian ini menggunakan analisis uji *chi-square*. 51 responden dengan persentase 51 persen menyatakan pelayanan baik sedangkan 49 responden dengan persentase 49 persen menyatakan pelayanan kurang baik. Variabel yang berpengaruh dalam penelitian ini adalah *tenability* dengan nilai  $p=0.000$  dan *emphaty*  $p=0.000$  untuk itu bagi pihak rumah sakit supaya terus meningkatkan kualitas pelayanan untuk mencapai kepuasan pasien maksimal. Variabel penelitian ini kualitas pelayanan dan kepuasan pasien.

Adapun penelitian yang dilakukan Tahalliman (2015) yang berjudul analisis perbandingan kinerja keuangan antara bank muamalat

Indonesia dengan bank syariah mandiri tahun 2005-2014. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan uji Indenden Sample T-Test untuk membandingkan kinerja keuangan dua jenis bank syariah. Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder yang berupa laporan keuangan dari masing-masing perusahaan yang bersangkutan dan teknik yang digunakan untuk melihat perbandingan kinerja keuangan Bank Muamalat Indonesia dengan Bank Syariah Mandiri adalah metode Indenden Sample T-test. Analisis yang dilakukan menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan untuk rasio NIM, selain itu hasil penelitian juga menunjukkan tidak adanya perbedaan yang signifikan mengenai kinerja Bank Muamalat Indonesia dengan Bank Syariah Mandiri yaitu pada aspek CAR,NPA, ROE, BOPO, LDR.

Dalam penelitian Solekhah (2015) yang berjudul Analisis uji beda inflasi metode money based dengan metode inflation targeting framework di Indonesia. Data yang digunakan dalam penelitian ini merupakan data time series pada periode bulanan dari bulan januari 2003 sampai dengan desember 2007. Metode yang digunakan dalam menganalisis data adalah uji beda tidak berpasangan Independent Samples Test. Tujuan utama dalam penelitian ini adalah untuk mengetahui apakah terdapat perbedaan pada kedua metode yang pernah ditetapkan Indonesia dalam mengatasi Inflasi dan dari hasil analisis yang dilakukan ditemukan hasil bahwa terdapat perbedaan terhadap dua metode yang dilakukan Bank Indonesia untuk mengendalikan inflasi. Metode Inflation targeting framework merupakan metode yang lebih baik dibandingkan metode money based dengan tingkat rata-rata yang lebih besar.

### C. Hipotesis

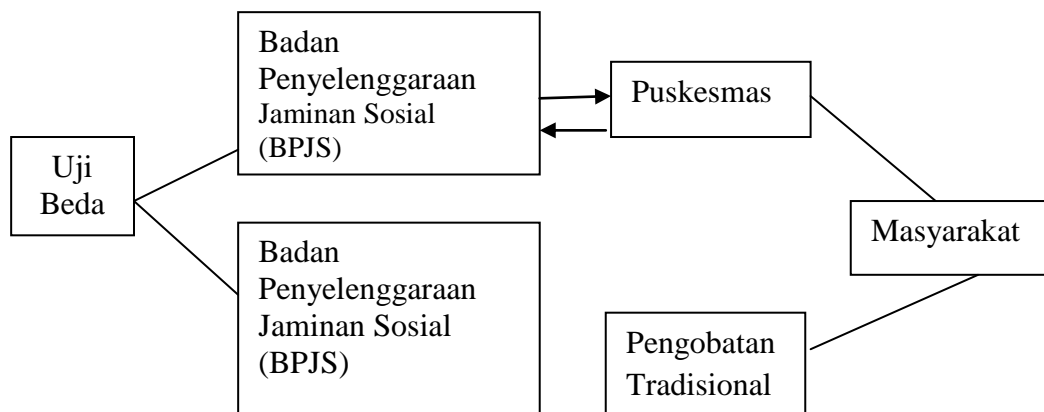
Hipotesis dalam penelitian ini adalah :

Ho : tidak ada perbedaan terhadap sebelum dan setelah adanya BPJS di Kecamatan Lubuk Besar

H1 : terdapat perbedaan terhadap sebelum dan setelah adanya BPJS di Kecamatan Lubuk Besar

### D. Kerangka Pemikiran

**Gambar 2.1**  
**Kerangka Pemikiran**



Penjelasan :

Dengan adanya BPJS membuat kualitas pelayanan menurun salah satunya pelayanan dipuskesmas di karenakan banyaknya aturan baru yang membuat pelayanan tidak maksimal, seperti ada nya beberapa resep obat yang harus dibeli diluar puskesmas. Dalam pelayanan BPJS sering kali ada keluhan tentang tidak sistematisnya waktu mengantri dalam pelayanan BPJS yang dilakukan karena masih menggunakan fasilitas yang manual atau dengan cara manual, hal ini

mengakibatkan pasien mengeluh karena lamanya antrian dan sistematis data yang belum lengkap. Sementara karyawan yang ada di puskesmas tidak sebanding dengan adanya pasien yang berobat melalui BPJS dan hal itu bisa mengakibatkan kinerja karyawan menurun. Semenjaknya adanya BPJS masyarakat di sekitar berbondong-bondong menggunakan kartu BPJS dan melupakan pengobatan tradisional.



