



**GAMBARAN PENERIMAAN SISTEM *VIRTUAL ACCOUNT COLLECTIVE*
OLEH PESERTA MANDIRI BPJS KESEHATAN DALAM PELAYANAN
KESEHATAN DI PUSKESMAS SUMBERSARI KABUPATEN JEMBER
TAHUN 2017**

SKRIPSI

Oleh

**Dinda Destra Issanti
NIM 132110101149**

**BAGIAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
TAHUN 2018**



**GAMBARAN PENERIMAAN SISTEM *VIRTUAL ACCOUNT COLLECTIVE*
OLEH PESERTA MANDIRI BPJS KESEHATAN DALAM PELAYANAN
KESEHATAN DI PUSKESMAS SUMBERSARI KABUPATEN JEMBER
TAHUN 2017**

SKRIPSI

Diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan program pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh

**Dinda Destra Issanti
NIM 132110101149**

**BAGIAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
TAHUN 2018**

PERSEMBAHAN

Dengan menyebut nama Allah SWT Yang Maha Pengasih dan Maha Penyayang skripsi ini penulis persembahkan kepada :

1. Kedua orang tua tercinta, Ayahanda dan ibunda yang telah memberikan kasih sayang, limpahan doa, dukungan serta pengorbanan yang tiada tara
2. Seluruh keluarga besar saya terimakasih atas nasehat dan doa yang diberikan
3. Almamater Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

MOTTO

Sekarang, Allah telah meringankan kepadamu, dan Dia telah mengetahui bahwa padamu ada kelemahan. Maka, jika ada di antaramu seratus orang yang sabar, niscaya mereka akan dapat mengalahkan dua ratus orang kafir.

(Terjemahan QS. Al-Anfaal [8]:66)*



*) Departemen Agama Republik Indonesia. 1978. Al-Qur'an dan Terjemahannya. Jakarta: Proyek Pengadaan Kitab Suci Al-Qur'an Departemen Agama RI

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Dinda Destra Issanti

NIM : 132110101149

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul : *Gambaran Penerimaan Sistem Virtual Account Collective Oleh Peserta Mandiri BPJS Kesehatan dalam Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Sumbersari Kabupaten Jember Tahun 2017* adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada institusi manapun, serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan prinsip ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 3 Februari 2018

Yang menyatakan

Dinda Destra Issanti

NIM.132110101149

HALAMAN PEMBIMBINGAN

SKRIPSI

**GAMBARAN PEMANFAATAN SISTEM *VIRTUAL ACCOUNT*
COLLECTIVE OLEH PESERTA MANDIRI BPJS KESEHATAN DALAM
PELAYANAN KESEHATAN DI PUSKESMAS SUMBERSARI
KABUPATEN JEMBER TAHUN 2017**

Oleh

Dinda Destra Issanti
NIM 132110101149

Dosen Pembimbing Utama : Yennike Tri Herawati, S.KM., M.Kes

Dosen Pembimbing Anggota : Sri Utami, S.KM., M.M

PENGESAHAN

Skripsi berjudul *Gambaran Penerimaan Sistem Virtual Account Collective oleh Peserta Mandiri BPJS Kesehatan dalam Pelayanan Kesehatan Di Puskesmas Sumbersari Kabupaten Jember Tahun 2017* telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada:

Hari : Kamis
Tanggal : 8 Februari 2018
Tempat : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Pembimbing

1. DPU : Yennike Tri Herawati, S.KM, M. Kes.
NIP. 197810162009122001
2. DPA : Sri Utami, S.KM, M. M.
NIP. 140075647

Tanda Tangan

(.....
.....)

(.....
.....)

Penguji

1. Ketua : Yunus Ariyanto, S.KM., M.Kes
NIP. 197904112005011002
2. Sekretaris : Eri Witcahyo, S.KM, M. Kes.
NIP. 198207232010121003
3. Anggota : Kaspar, Amg., S.Psi., M.PH., AAK
NIP. 197307202000031004

(.....
.....)

(.....
.....)

(.....
.....)

Mengesahkan,
Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Jember



Intia Prasetyowati, S.KM., M.Kes
NIP. 198005162003122002

RINGKASAN

Gambaran Penerimaan Sistem Virtual Account Collective oleh Peserta Mandiri BPJS Kesehatan dalam Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Sumbersari Kabupaten Jember; Dinda Destra Issanti; 132110101149; 2017; 79 halaman; Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan (AKK) Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang ditetapkan dalam Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 dengan salah satu program utamanya yaitu Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Tujuan JKN adalah agar masyarakat dapat menikmati pelayanan kesehatan dengan sistem asuransi serta menjadi sistem jaminan yang bersifat wajib bagi seluruh rakyat Indonesia melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Sepanjang tahun 2016 secara total BPJS Kesehatan menargetkan sukses kolektibilitas pembayaran iuran yang terkoleksi di Indonesia 95,1% (BPJS, 2016). Namun, hingga saat ini di Indonesia tingkat kolektibilitas atau iuran peserta mandiri masih 61,5% dari total peserta mandiri yang tercatat. Jumlah penduduk di Kabupaten Jember saat ini adalah 2.407.115 jiwa (BPS Provinsi Jawa Timur, 2016) dan terdiri dari peserta mandiri PBPU sebanyak 113.522 jiwa dan peserta BP 55.845 jiwa yang setiap bulannya mengalami peningkatan jumlah peserta (BPJS Kesehatan Jember, 2016). Pada bulan November 2016 persentase jumlah peserta yang pasif dalam membayar iuran sebesar 50,95% dari keseluruhan jumlah peserta mandiri JKN di Kabupaten Jember, hal ini masih jauh bila dibandingkan dengan target kolektibilitas BPJS Kesehatan.

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian deskriptif. Subyek dalam penelitian ini adalah peserta BPJS Kesehatan Kategori PBPU dan BP di Puskesmas Sumbersari sebesar 96 peserta yang diambil secara *konsekutif sampling*

. Penelitian dilakukan di Puskesmas Sumbersari Kabupaten Jember dengan waktu penelitian pada bulan Oktober-November 2017. Teknik pengumpulan data dengan wawancara. Hasil penelitian menunjukkan penerimaan sistem *Virtual Account Collective* oleh peserta mandiri BPJS Kesehatan ditinjau dari beberapa faktor yakni dari faktor predisposisi yang menyatakan masih rendahnya pendidikan, faktor pendukung yang menunjukkan masih rendahnya pengetahuan, pendapatan dan dukungan sosial, kemudian faktor karakteristik kebutuhan yang menyatakan masih rendahnya motivasi dan niat serta kurangnya sosialisasi bagi peserta sehingga sebagian besar responden memilih memanfaatkan sistem *Virtual Account Collective* akan tetapi dengan pembayaran iuran yang tidak teratur setiap bulannya. Saran yang dapat diberikan dalam penelitian ini adalah pihak BPJS Kesehatan menyelenggarakan *Training of Trainer* (TOT) untuk masyarakat dan Masyarakat juga diharapkan mampu berperan sebagai subyek. Bagi Puskesmas diharapkan dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dan meningkatkan frekuensi sosialisasi BPJS Kesehatan mengenai *Virtual Account Collective*.

SUMMARY

The Acceptance of Virtual Account Collective System by Independent Participant of BPJS in Health Services in Sumbersari Primary Health Care of Jember Regency; Dinda Destra Issanti; 132110101149; 2017; 79 pages; Administration and Health Policy Faculty of Public Health, University of Jember

The National Health Insurance (JKN) as one of the main programs stipulated in Law 40 of 2004 on National Social Security System. The objective of JKN is the public can benefit health services with the insurance system and become a compulsory insurance system for all Indonesian people through the Health Social Security Administrator (BPJS). Along 2016, BPJS of Health had totally targeted the successful collectability of collected contribution payment in Indonesia of 95.1% (BPJS, 2016). However, in Indonesia nowadays, the collectability level or independent participants' contribution is still 61.5% of all recorded independent participants. The population in Jember Regency is 2,407,115 people (BPS of East Java Province, 2016), and it consists of PBPU independent participants as many as 113,522 people and BP as many as 55,845 people who every month, the number of participants increases (BPJS of Health Jember, 2016). Based on data obtained from the preliminary study, it was found that the collectability level or the overall independent participants' contribution in Jember Regency is still low. In November 2016, the percentage of passive participants in paying contributions was 50.95% of the total number of JKN independent participants in Jember Regency. It was still far from the target of collectability BPJS of Health that is 96.1%.

Several previous studies have shown that the cause of low collectability level in independent participants is due to the accumulative contribution of the total contribution of family members. However, most of the participants want to pay in installments. Moreover, low collectability level happened due to low paying capacity of independent participants, the lack of socialization from BPJS

Health, less responsive information system of BPJS Health, and households imposing themselves to pay for all family members.

This study aims to know the successful implementation of the Virtual Account Collective system program in improving the collectability of independent participants of PBPU and BP influenced by the acceptance of independent participants on Virtual Account Collective system.

The research type was descriptive, and the research participants were 96 participants BPJS of Health in the category of PBPU and BP in Summersari Community Health Center of Jember Regency. Moreover, those participants were taken by purposive sampling. The research was conducted at Summersari Community Health Center of Jember Regency from October to November 2017. The data were collected by using interview. The findings showed that there were still problems in the implementation of Virtual Account Collective system which was observed from several elements, that was (1) the predisposing factors stated about the low level of education; (2) the supporting factors stated about the low knowledge, income and social support, and (3) the need characteristic factors stated about low motivation and intention, and lack of socialization; so that, most respondents chose to use Virtual Account Collective system with irregular fee payment every month. The suggestion that can be given in this research is BPJS of Health organizing Training of Trainer (TOT) aimed at society was expected the community not only as the object of socialization but also be able to act as counselor. It is necessary to increase the socialization frequency of Virtual Account Collective to the community. Besides, it should For puskesmas is expected to improve health service quality so that community motivation to pay dues can be increased and people can feel the benefits of health services comparable with the adequate cost.

PRAKATA

Puji syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul *Gambaran Penerimaan Sistem Virtual Account Collective oleh Peserta Mandiri BPJS Kesehatan dalam Pelayanan Kesehatan Di Puskesmas Sumpalsari Kabupaten Jember Tahun 2017*, sebagai salah satu persyaratan akademis dalam rangka menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Pada kesempatan ini, penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan setinggi-tingginya kepada Ibu Yennike Tri Herawati, S.KM., M.Kes., selaku dosen pembimbing utama dan Ibu Sri Utami, S.KM., M.M., selaku dosen pembimbing anggota yang dengan sabar dan kemuliaan hati dalam memberi pengarahan, pengajaran, dan saran hingga terselesaikannya skripsi ini. Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes., selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
2. Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes., selaku Ketua Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember yang telah memberikan masukan dan motivasi;
3. Yennike Tri Herawati, S.KM., M.Kes., selaku Dosen Pembimbing Akademik tahun akademik 2013-2016 yang telah memberikan bimbingan, motivasi, dan nasihat selama saya menjadi mahasiswa.
4. Bapak Yunus Ariyanto S.KM., M.PH., selaku Ketua penguji skripsi, Bapak Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes., selaku sekretaris penguji skripsi dan Ibu/Bapak Kaspar, Amg., S.Psi., M.PH., AAAK, selaku anggota penguji skripsi yang telah memberikan saran dan masukan yang membangun untuk membangun skripsi ini;
5. Bapak/Ibu dosen Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan terima kasih telah memberikan ilmu, pengalaman, motivasi, dan nasihat kepada penulis;

6. Bapak/Ibu dosen dan staf Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
7. Sahabat-sahabat terbaikku Rizky, Magdalena, Agas, Supri, Suci, Abdiana, Nindy, Zaiq, Arsyah, Laeli, Nadia, Nabila, Wira dan Iqbal terima kasih telah meluangkan waktunya untuk membantu penulis;
8. Teman-teman diamond'13 FKM dan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan 2013 terima kasih atas kebersamaannya;
9. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu, dengan tulus penulis mengucapkan terima kasih yang tak terhingga semoga Tuhan Yang Maha Esa membalas kebaikan Saudara/Saudari semua.

Semoga penyusunan skripsi ini dapat bermanfaat bagi semua pihak. Penulis sangat menyadari bahwa masih banyak kekurangan dalam penyusunan skripsi ini, oleh sebab itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun demi perbaikan diwaktu mendatang.

Jember, 3 Februari 2018

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
GAMBARAN	i
GAMBARAN	ii
PERSEMBAHAN	iii
MOTTO	iv
PERNYATAAN	v
HALAMAN PEMBIMBINGAN	vi
PENGESAHAN	Error! Bookmark not defined.
RINGKASAN	viii
SUMMARY	x
PRAKATA	xii
DAFTAR ISI	xiv
DAFTAR TABEL	xvii
DAFTAR LAMPIRAN	xx
DAFTAR SINGKATAN	xxi
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	5
1.3 Tujuan	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Manfaat Penelitian	6
1.4.1 Manfaat Teoritis	6
1.4.2 Manfaat Praktis.....	6
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Konsep Sistem	7
2.1.1 Pengertian	7
2.1.2 Ciri-ciri sistem	8
2.1.3 Unsur-unsur sistem	8

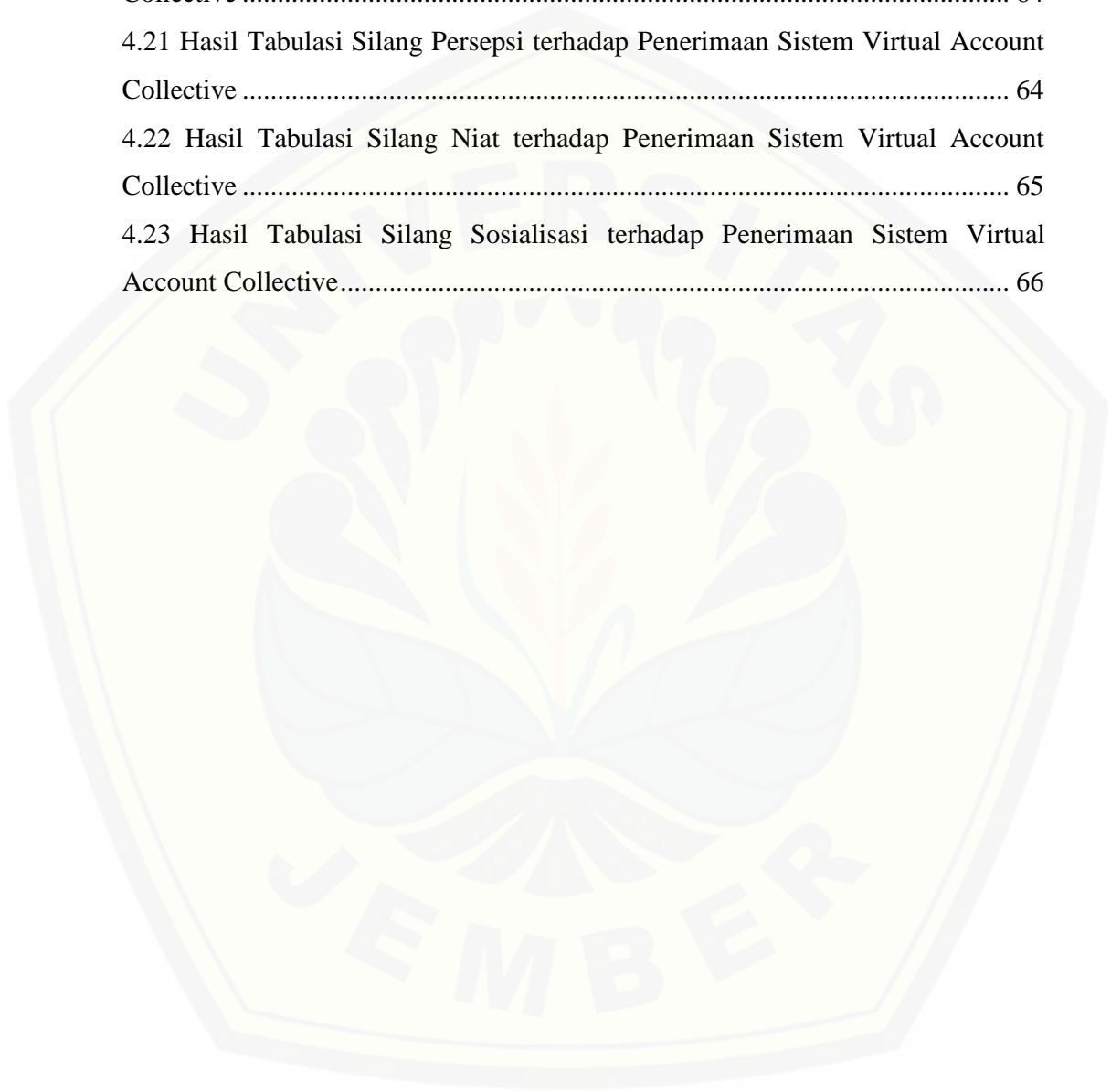
2.2 Virtual Account Collective	16
2.2.1 Definisi	16
2.2.2 Tagihan Iuran Peserta Jaminan Kesehatan Nasional	17
2.2.3 Besaran Iuran Jaminan Kesehatan	18
2.2.4 Ketentuan Pembayaran Iuran	19
2.2.5 Mekanisme Penanganan Masalah Pembayaran Iuran	20
2.3 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)	21
2.3.1 Definisi	21
2.3.2 Tujuan	21
2.3.3 Prinsip	21
2.3.4 Asas	22
2.3.5 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan	22
2.3.6 Kepesertaan Jaminan Kesehatan	24
2.4 Teori Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan	26
2.5 Kerangka Teori	33
2.6 Kerangka Konsep	34
BAB 3. METODE PENELITIAN	36
3.1 Jenis Penelitian	36
3.2 Tempat dan Waktu Penelitian	36
3.2.1 Tempat penelitian	36
3.2.2 Waktu penelitian.....	36
3.3 Penentuan Populasi dan Sampel	36
3.4 Definisi Operasional	38
3.5 Data dan Sumber Data Penelitian	44
3.6 Teknik dan Alat Perolehan Data	45
3.6.1 Teknik pengumpulan data	45
3.7 Teknik Penyajian Data dan Analisis Data	46
3.7.1 Teknik penyajian data.....	46
3.7.2 Teknik Analisis Data	46
3.8 Validitas dan Reliabilitas Instrumen	46
3.8.1 Validitas Instrumen.....	46

3.8.2 Uji Reliabilitas	47
3.9 Alur Penelitian	48
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN	49
4.1 Hasil Penelitian	49
4.1.1 Gambaran Umum Puskesmas Sumpalsari.....	49
4.1.2 Faktor Predisposisi	50
4.1.3 Faktor Pendukung.....	52
4.1.4 Faktor Karakteristik Kebutuhan	54
4.1.5 Metode.....	55
4.1.6 Pemanfaatan Sistem Virtual Account Collective	56
4.2 Pembahasan	67
4.2.1 Gambaran Faktor Predisposisi pada Penerimaan Sistem <i>Virtual Account Collective</i> oleh peserta mandiri BPJS Kesehatan.....	67
4.2.2 Gambaran Faktor Pendukung pada Penerimaan Sistem <i>Virtual Account Collective</i> oleh peserta mandiri BPJS Kesehatan.....	68
4.2.3 Gambaran Faktor Karakteristik Kebutuhan pada Penerimaan Sistem <i>Virtual Account Collective</i> oleh peserta mandiri BPJS Kesehatan.....	71
4.2.4 Gambaran Metode pada Penerimaan <i>Sistem Virtual Account Collective</i> oleh Peserta Mandiri BPJS Kesehatan	73
4.2.5 Gambaran Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan pada Penerimaan <i>Sistem Virtual Account Collective</i> oleh Peserta Mandiri BPJS Kesehatan.....	75
BAB 5. PENUTUP	85
5.1 Kesimpulan	85
5.2 Saran	86
DAFTAR PUSTAKA	87
Lampiran	93

DAFTAR TABEL

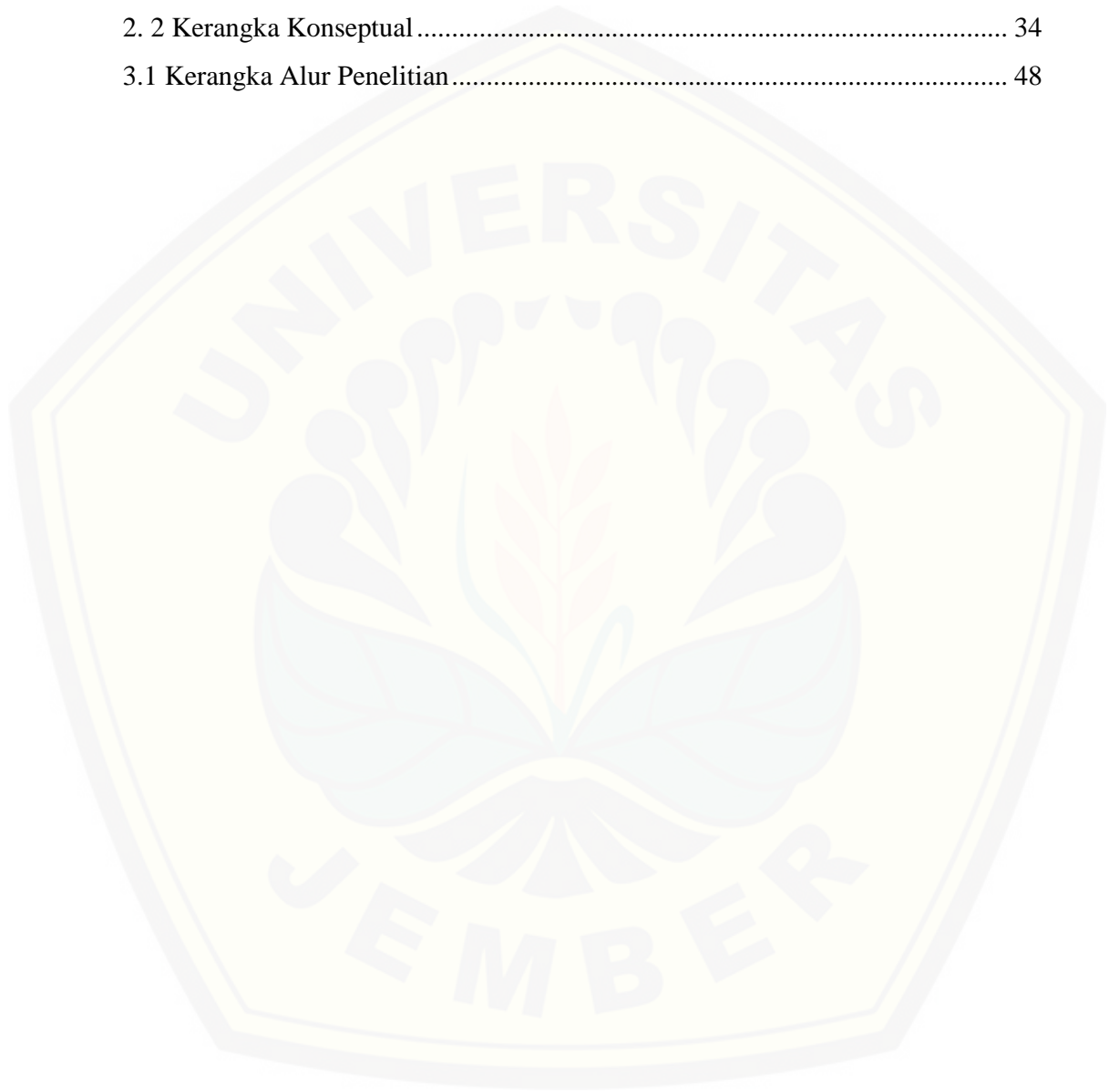
	Halaman
3.1 Variabel penelitian dan Definisi operasional	39
4. 1 Distribusi Responden berdasarkan Pendidikan.....	51
4. 2 Distribusi Responden berdasarkan Pekerjaan	51
4. 3 Distribusi Responden berdasarkan Jumlah Anggota Keluarga.....	52
4. 4 Distribusi Responden berdasarkan Pengetahuan	52
4. 5 Distribusi Responden berdasarkan Pekerjaan	53
4. 6 Distribusi Responden berdasarkan Akses Pelayanan.....	53
4. 7 Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Dukungan Sosial.....	54
4. 8 Distribusi Responden berdasarkan Persepsi.....	54
4. 9 Distribusi Responden berdasarkan Motivasi.....	55
4. 10 Distribusi Responden berdasarkan Niat	55
4. 11 Distribusi Responden berdasarkan Sosialisasi.....	56
4.12 Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan.....	57
4.13 Hasil Tabulasi Silang Pendidikan terhadap Penerimaan Sistem Virtual Account Collective	58
4.14 Hasil Tabulasi Silang Jumlah Anggota Keluarga terhadap Penerimaan Sistem Virtual Account Collective	59
4.15 Hasil Tabulasi Silang Pekerjaan terhadap Penerimaan Sistem Virtual Account Collective	59
4.16 Hasil Tabulasi Silang Pengetahuan terhadap Penerimaan Sistem Virtual Account Collective	60
4.17 Hasil Tabulasi Silang Pendapatan terhadap Penerimaan Sistem Virtual Account Collective	61
4.18 Hasil Tabulasi Silang Akses Pelayanan terhadap Penerimaan Sistem Virtual Account Collective	62

4.19 Hasil Tabulasi Silang Dukungan Sosial terhadap Penerimaan Sistem Virtual Account Collective.....	63
4.20 Hasil Tabulasi Silang Persepsi terhadap Penerimaan Sistem Virtual Account Collective	64
4.21 Hasil Tabulasi Silang Persepsi terhadap Penerimaan Sistem Virtual Account Collective	64
4.22 Hasil Tabulasi Silang Niat terhadap Penerimaan Sistem Virtual Account Collective	65
4.23 Hasil Tabulasi Silang Sosialisasi terhadap Penerimaan Sistem Virtual Account Collective.....	66



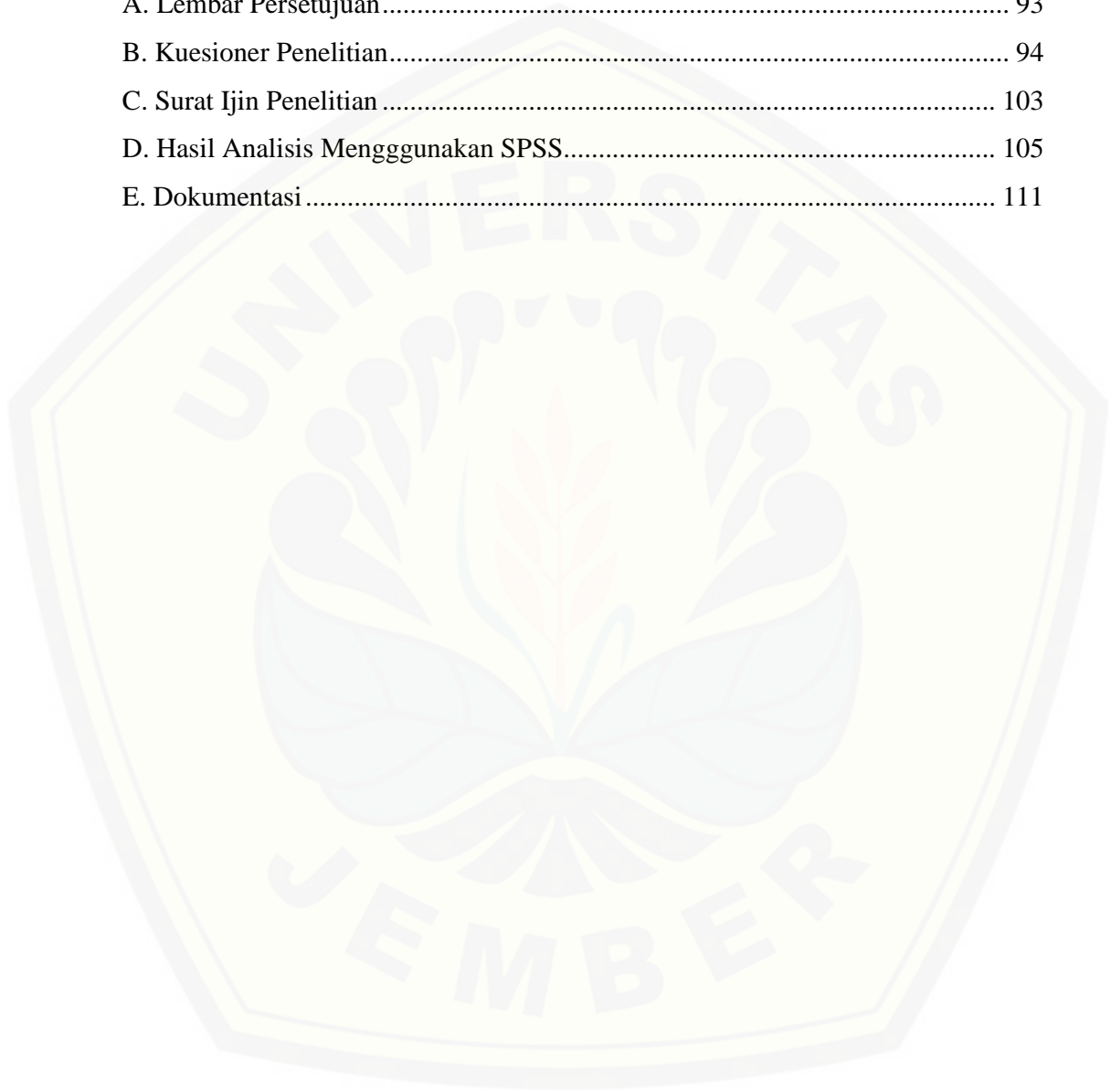
DAFTAR GAMBAR

	Halaman
2. 1 Kerangka Teori.....	33
2. 2 Kerangka Konseptual.....	34
3.1 Kerangka Alur Penelitian.....	48



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
A. Lembar Persetujuan.....	93
B. Kuesioner Penelitian.....	94
C. Surat Ijin Penelitian.....	103
D. Hasil Analisis Menggunakan SPSS.....	105
E. Dokumentasi.....	111



DAFTAR SINGKATAN

Daftar Arti Lambang

Lambang	Arti
%	Persentase
>	Lebih besar dari
<	Lebih kecil dari
≤	Kurang dari sama dengan

Daftar Singkatan

JKN	: Jaminan Kesehatan Nasional
BPJS	: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
PBPU	: Pekerja Bukan Penerima Upah
BP	: Bukan Pekerja
SJSN	: Sistem Jaminan Sosial Nasional
UHC	: <i>Universal Health Coverage</i>
PMK	: Peraturan Menteri Kesehatan
PBI	: Penerima Bantuan Iuran
VAC	: <i>Virtual Account Collective</i>

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Sistem jaminan kesehatan di Indonesia mulai berlaku dan dikenal dengan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang ditetapkan dalam Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 dengan salah satu program utamanya yaitu Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Tujuan JKN adalah agar masyarakat dapat menikmati pelayanan kesehatan dengan sistem asuransi serta menjadi sistem jaminan yang bersifat wajib bagi seluruh rakyat Indonesia melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. BPJS Kesehatan adalah badan yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan (UU No. 40 Tahun 2004). Pelaksanaan program JKN yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan mulai beroperasi sejak tanggal 1 Januari 2014. Secara operasional pelaksanaan sistem JKN juga tertuang dalam Peraturan Pemerintah dan Peraturan Presiden.

Jaminan sosial yang diselenggarakan oleh pemerintah diartikan sebagai salah satu bentuk perlindungan (proteksi) sosial, untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak (UU No. 40 Tahun 2004). Pemberlakuan JKN yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan mengharapkan seluruh masyarakat Indonesia dapat ikut serta sehingga seluruh masyarakat akan tercakup oleh JKN. Sesuai dengan Visi BPJS Kesehatan tahun 2019 direncanakan seluruh penduduk Indonesia telah memiliki jaminan kesehatan untuk memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatannya yang disebut Cakupan Semesta (BPJS Kesehatan, 2011). Peserta yang mengikuti program jaminan kesehatan akan mendapat pemeliharaan kesehatan dan pelayanan dasar kesehatan (UU No 24 Tahun 2011). Program JKN memberikan jaminan bagi masyarakat yang sakit agar dapat merasakan dampak layanan kesehatan yang diterima sebagai peserta yaitu berupa pemeriksaan, pengobatan, perawatan dan manfaat pelayanan kesehatan.

Jumlah kepesertaan JKN di Indonesia yang dicatat oleh BPJS Kesehatan sampai bulan November 2016 adalah 170.954.111 jiwa yang terdiri atas Penerima

Bantuan Iuran (PBI) dan bukan Penerima Bantuan Iuran (bukan PBI). Peserta PBI JKN meliputi orang yang tergolong miskin dan orang tidak mampu yang iurannya dibayarkan oleh pemerintah, sedangkan peserta bukan PBI adalah peserta yang tergolong mampu. Peserta bukan PBI adalah pekerja mandiri dengan penghasilan dari usaha sendiri yang terdiri atas Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) dan Bukan Pekerja (BP). Pada tahun 2016 jumlah peserta mandiri mencapai 20.993.770 jiwa dengan jumlah PBPU sebesar 76,18% jiwa dan peserta BP sebesar 23,81% jiwa (BPJS Kesehatan, 2016) yang harus membayarkan iurannya setiap bulan, akan tetapi pada kenyataannya setiap bulan peserta mandiri masih tidak teratur dalam membayar iuran dan peserta mandiri PBPU tercatat sebagai peserta BPJS dengan tingkat kolektibilitas terendah (BPJS Kesehatan, 2016). Padahal, pembayaran iuran peserta mandiri sangat berpengaruh terhadap kelancaran berjalannya pelayanan kesehatan.

Sepanjang tahun 2016 secara total BPJS Kesehatan menargetkan sukses kolektibilitas pembayaran iuran yang terkoleksi di Indonesia 95,1% (BPJS, 2016). Namun, hingga saat ini di Indonesia tingkat kolektibilitas atau iuran peserta mandiri masih 61,5% dari total peserta mandiri yang tercatat, hanya sebagian yang aktif membayarkan iuran bulanan kepada penyelenggara program JKN (BPJS Kesehatan, 2016). Kondisi tersebut dapat berdampak pada total penerimaan iuran yang diterima BPJS Kesehatan. Minimnya penerimaan iuran dinilai akan menyebabkan defisit neraca keuangan. Bila dibandingkan dengan potensi pengeluaran dana atau klaim pemanfaatan layanan BPJS Kesehatan yang jauh lebih besar daripada penerimaan, yaitu dengan total klaim mencapai Rp. 43 triliun sedangkan total penerimaan iuran hanya Rp. 40,7 triliun (Info BPJS Kesehatan, 2016), sehingga hal ini dapat menyebabkan tidak tercukupinya pembayaran klaim layanan masyarakat. Dalam pelaksanaannya, keteraturan dalam membayar iuran JKN bagi peserta mandiri merupakan komponen terpenting untuk mempermudah pelaksanaan pemanfaatan pelayanan kesehatan.

Secara keseluruhan antara capaian dan target yang telah diuraikan diatas, berlaku pula pada wilayah kerja BPJS Kesehatan Kabupaten Jember dengan jumlah penduduk di Kabupaten Jember saat ini adalah 2.407.115 jiwa (BPS Provinsi Jawa Timur, 2016) dan terdiri dari peserta mandiri PBPJ sebanyak 113.522 jiwa dan peserta BP 55.845 jiwa yang setiap bulannya mengalami peningkatan jumlah peserta (BPJS Kesehatan Jember, 2016). Kepesertaan mandiri yang semakin meningkat tidak sejalan dengan kesadaran dan kedisiplinan dalam membayar iuran JKN. Berdasarkan data yang diperoleh dari studi pendahuluan dengan petugas keuangan BPJS Kesehatan Kabupaten Jember didapat bahwa tingkat kolektibilitas atau iuran peserta mandiri di Kabupaten Jember secara keseluruhan tergolong masih rendah yaitu pada bulan November 2016 prosentase jumlah peserta yang pasif dalam membayar iuran sebesar 50,95% dari keseluruhan jumlah peserta mandiri JKN di Kabupaten Jember, hal ini masih jauh bila dibandingkan dengan capaian dan target kolektibilitas atau iuran yang ditargetkan oleh BPJS Kesehatan (BPJS Kesehatan, 2016). Berdasarkan studi pendahuluan di Dinas Kabupaten Jember (2017) persentase peserta yang mandiri BPJS Kesehatan tertinggi adalah di Puskesmas Sumpalsari sebesar 15.714 jiwa. Kesenjangan antara capaian dan target kolektibilitas ini dapat menyebabkan tidak tercapainya *Universal Health Coverage 2019*, sedangkan *Universal Health Coverage 2019* yang secara keseluruhan menargetkan keberhasilan kolektibilitas atau iuran harus tercapai pada tahun 2019 yaitu seluruh penduduk Indonesia yang diperkirakan 267,5 juta jiwa itu masuk dan aktif dalam BPJS Kesehatan (BPJS Kesehatan Jember, 2016).

Rendahnya tingkat kolektibilitas iuran PBPJ serta untuk menangani agar tidak terjadinya kesenjangan antara capaian dan target kolektibilitas iuran peserta mandiri, maka BPJS Kesehatan mengeluarkan Peraturan Direksi BPJS Kesehatan Nomor 16 Tahun 2016 yaitu dengan memberlakukan sistem *Virtual Account Collective* yang berlaku mulai tanggal 1 September 2016. *Virtual Account Collective* adalah suatu sistem tagihan iuran yang bersifat kolektif untuk seluruh anggota keluarga atau menggabungkan masing-masing tagihan peserta sebagaimana yang terdaftar pada Kartu Keluarga (KK). Fungsi *Virtual Account*

Collective adalah untuk mempermudah masyarakat dalam proses pembayaran iuran dan memastikan bahwa iuran anggota keluarganya tidak ada yang terlewat dibayarkan. Cara kerja pada pelaksanaan sistem *Virtual Account Collective* yaitu dilakukannya pembayaran iuran secara akumulatif atas seluruh total tagihan iuran keluarga yang nantinya peserta hanya cukup menunjukkan salah satu nomor peserta di *channel* pembayaran iuran untuk membayarkan seluruh anggota keluarganya. Tujuan dari *Sistem Virtual Account Collective* ialah sebagai upaya untuk meningkatkan kolektibilitas atau iuran pembayaran peserta mandiri, sehingga dengan adanya peningkatan kolektibilitas dapat mendukung berjalan pelayanan kesehatan dengan baik.

Namun, dengan adanya pemberlakuan Peraturan Direksi BPJS Kesehatan No.16 Tahun 2016 ini belum otomatis mendorong peserta mandiri untuk membayar iuran secara rutin. Penyebab tidak terkumpulnya iuran adalah peserta mandiri harus membayarkan iuran secara akumulatif seluruh total iuran anggota keluarga sedangkan banyak peserta yang berkeinginan untuk membayar dengan cicilan, kapasitas bayar peserta mandiri yang rendah, minimnya sosialisasi dari BPJS kesehatan, sistem informasi BPJS Kesehatan yang kurang responsif, dan rumah tangga memaksakan diri membayar iuran untuk seluruh anggota keluarga sedangkan hal ini dapat melampaui kapasitas bayar rumah tangga peserta mandiri. Tanpa adanya pembayaran iuran secara akumulatif saja masih banyak sebagian rumah tangga peserta mandiri yang menunggak karena kapasitas bayar rumah tangga yang rendah. (PKEKK UI & Litbang BPJSK, 2016).

Berdasarkan uraian di atas, Keberhasilan pelaksanaan program sistem *Virtual Account Collective* sangat penting dalam meningkatkan kolektibilitas atau iuran peserta mandiri PBPU dan BP. Namun, keberhasilan sangat dipengaruhi oleh penerimaan peserta mandiri terhadap sistem *Virtual Account Collective*, apakah dengan pelaksanaan sistem tersebut dapat menciptakan masyarakat yang semakin teratur membayar atau bahkan sebaliknya justru menyebabkan peserta tidak membayar iuran. Oleh sebab itu, perlu dikaji lebih lanjut mengenai bagaimana pelaksanaan program sistem *Virtual Account Collective* yang dilaksanakan oleh BPJS Kesehatan Kabupaten Jember, sehingga hasil penelitian

ini diharapkan dapat menjadi masukan dalam perencanaan guna keberlanjutan pelaksanaan sistem hingga dapat dimanfaatkan semaksimal mungkin untuk mendukung tercapainya visi, misi dan tujuan organisasi. Maka peneliti ingin meneliti tentang “ Gambaran penerimaan sistem *Virtual Account Collective* oleh peserta mandiri BPJS Kesehatan dalam pelayanan kesehatan di Puskesmas Sumbersari Kabupaten Jember Tahun 2017”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasar latar belakang diatas, rumusan masalah penelitian ini adalah bagaimana penerimaan sistem *Virtual Account Collective* oleh peserta mandiri BPJS Kesehatan dalam pelayanan kesehatan di Puskesmas Sumbersari Kabupaten Jember.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mengidentifikasi penerimaan sistem *Virtual Account Collective* oleh peserta mandiri BPJS Kesehatan dalam pelayanan kesehatan di Puskesmas Sumbersari Kabupaten Jember.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi faktor predisposisi meliputi pendidikan, pekerjaan dan jumlah anggota keluarga pada peserta mandiri BPJS Kesehatan di Puskemas Sumbersari Kabupaten Jember
- b. Mengidentifikasi Faktor pendukung meliputi pengetahuan, pendapatan, akses pada pelayanan dan dukungan sosial pada peserta mandiri BPJS Kesehatan di Puskemas Sumbersari Kabupaten Jember
- c. Mengidentifikasi faktor karakteristik kebutuhan yaitu persepsi, motivasi dan niat pada peserta mandiri BPJS Kesehatan di Puskemas Sumbersari Kabupaten Jember

- d. Mengidentifikasi Metode yaitu sosialisasi pada peserta mandiri BPJS Kesehatan di Puskesmas Sumbersari Kabupaten Jember
- e. Mengidentifikasi pemanfaatan pelayanan sistem *Virtual Account Collective* oleh peserta mandiri BPJS Kesehatan di Puskesmas Sumbersari Kabupaten Jember

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan mampu memberikan kontribusi positif terhadap pengetahuan mengenai penerimaan sistem *Virtual Account Collective* oleh peserta mandiri BPJS Kesehatan dalam pelayanan kesehatan di Puskesmas Sumbersari Kabupaten Jember.

1.4.2 Manfaat Praktis

a. Manfaat Bagi Instansi BPJS Kesehatan

Hasil penelitian ini dapat memberikan masukan kepada BPJS Kesehatan Kabupaten Jember dalam perencanaan sistem *Virtual Account Collective* sehingga dapat dijadikan sebagai salah satu referensi dalam menentukan strategi pembayaran iuran bagi peserta mandiri.

b. Manfaat bagi Puskesmas Sumbersari

Hasil penelitian ini dapat memberikan masukan kepada BPJS Kesehatan Kabupaten Jember dalam memberikan pelayanan kesehatan terhadap peserta mandiri BPJS Kesehatan.

c. Manfaat Bagi Pengembangan Keilmuan

Hasil penelitian ini diharapkan mampu memberikan kontribusi positif terhadap pengetahuan mengenai sistem *Virtual Account Collective*.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Sistem

2.1.1 Pengertian

Menurut Ryans dalam Azwar (2010:23) Sistem adalah gabungan dari elemen-elemen yang saling dihubungkan oleh suatu proses atau struktur dan berfungsi sebagai satu kesatuan organisasi dalam upaya menghasilkan suatu yang telah ditetapkan.

Rincian sistem dalam administrasi tersebut secara umum dapat dibedakan atas dua macam yakni :

- a. Sistem sebagai upaya menghasilkan pelayanan kesehatan. Jika sistem kesehatan dipandang sebagai suatu upaya untuk menghasilkan pelayanan kesehatan, maka yang dimaksud adalah :
 - 1) Masukan adalah perangkat administrasi yakni tenaga, dana, sarana, dan metoda atau dikenal pula dikenal dengan istilah sumber, tata cara dan kesanggupan.
 - 2) Proses adalah fungsi administrasi, yang terpenting ialah perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan penilaian.
 - 3) Keluaran adalah pelayanan kesehatan yakni yang akan dimanfaatkan oleh masyarakat
- b. Sistem sebagai suatu upaya untuk menyelesaikan masalah kesehatan. Jika sistem kesehatan dipandang sebagai suatu upaya untuk menyelesaikan masalah kesehatan, maka yang dimaksud dengan:
 - 1) Masukan adalah setiap masalah kesehatan yang ingin diselesaikan.
 - 2) Proses adalah perangkat administrasi yakni tenaga, dana sarana, dan metoda atau dikenal pula sebagai sumber, tata caradan kesanggupan.
 - 3) Keluaran adalah selesinya masalah kesehatan yang dihadapi (Azwar, 2010:29)

2.1.2 Ciri-ciri sistem

Ciri-ciri sistem menurut Azwar (2010:27) jika disederhanakan dapat dibedakan atas empat macam yaitu :

- a. Dalam sistem terdapat bagian atau elemen yang satu sama lain saling berhubungan dan mempengaruhi yang kesemuanya membentuk satu kesatuan, dalam arti semuanya berfungsi untuk mencapai tujuan yang sama yang telah ditetapkan.
- b. Fungsi yang diperankan oleh masing-masing bagian atau elemen yang membentuk satu kesatuan tersebut adalah dalam rangka mengubah masukan menjadi keluaran yang direncanakan.
- c. Dalam melaksanakan fungsi tersebut, semuanya berkerja sama secara bebas namun terkait, dalam arti terdapat mekanisme pengendalian yang mengarahkannya agar tetap berfungsi sebagai mana yang telah direncanakan.
- d. Sistem merupakan satu kesatuan terpadu, bukan berarti ia tertutup terhadap lingkungan.

2.1.3 Unsur-unsur sistem

Unsur-unsur sistem terbentuk dari bagian atau elemen yang saling berhubungan dan mempengaruhi. Unsur-unsur sistem dapat dikelompokkan dalam enam unsur sebagai berikut:

a. *Input* (Masukan)

Yang dimaksud dengan masukan (*input*) adalah kemampuan bagaian atau elemen yang terdapat dalam sistem dan diperlukan untuk dapat berfungsinya sistem tersebut.

b. Proses

Yang dimaksud dengan proses (*proces*) adalah kumpulan bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem dan yang berfungsi untuk mengubah masukan menjadi keluaran yang direncanakan.

c. *Output* (Keluaran)

Yang dimaksud dengan keluaran (*output*) adalah kumpulan bagian atau elemen yang dihasilkan dari berlangsungnya proses dalam sistem.

d. *Feed back* (Umpan balik)

Kumpulan bagaian atau elemen yang merupakan keluaran dari sitem dan sekaligus sebagai masukan dari sitem tersebut.

e. *Impact* (Dampak)

Yang dimasud dengan dampak (impack) adalah akibat yang dihasilkan oleh keluaran atau sistem.

f. *Enviroment* (Lingkungan)

Dunia diluar sistem yang tidak dikelola oleh sistem tetapi mempunyai pengaruh besar terhadap sistem (Azwar,2010:28).

Rincian tentang kumpulan bagian atau elemen yang ada dalam masukan, proses dan keluaran banyak macamnya. Pelayanan kesehatan menghasilkan data *input*, proses, *output*, dan dampak dari pelayanan kesehatan.

1) *Input* upaya kesehatan meliputi *man* (manusia),*money* (uang), *material* (sarana), *methode* (metode), *machinery* (mesin) dan *market* (pasar) (Azwar, 2010:13).

a) *Man*, orang atau para pekerja (Athoillah, 2013:77). Kegiatan administrasi hanya mungkin terjadi jika dilakukan oleh dua orang atau lebih (Athoillah, 2013:134). Petugas yang memberikan pelayanan yang termasuk didalamnya adalah staf puskesmas, kader, petugas, pemuka masyarakat dan sebagainya (Susaty, 2013). Perbedaan dari masing-masing petugas adalah umur, pendidikan, lama kerja, dan pelatihan yang nantinya akan mempengaruhi keberhasilan pelaksanaan suatu progam. Menurut penelitain (Nasution, 2012) umur, pendidikan, lama bekerja, dan pelatihan sangat mempengaruhi keberhasilan suatu progam, ini terlihat bahwa yang mempunyai pendidikan sesuai dengan pekerjaanya dapat memperlancar suatu kegiatan. Selain itu petugas yang sering mengikuti pelatihan akan berbeda dengan petugas yang jarang mengikuti pelatihan, perbedaan ini terlihat dari keahlian petugas dalam melaksanakan tugasnya dan dalam mempelajari suatu permasalahan.

Menurut Yatino dalam Arumsari (2014:34) umur dibagi menjadi dua yaitu kategori <30 tahun dan >30 tahun. Umur yang masih muda diharapkan memiliki kinerja yang bagus dan memiliki semangat untuk

bekerja serta berprestasi, diharapkan petugas dapat melaksanakan segala tugas dan bertanggung jawab yang pernah dipelajari dibangku pendidikan. Selain umur, pendidikan juga mempengaruhi kinerja seorang petugas, melalui pendidikan yang profesional diharapkan dapat terbentuknya tenaga kerja yang siap latih. Lama kerja atau masa kerja menggambarkan pengalaman seseorang dalam menguasai bidang tugasnya, umumnya petugas dengan pengalaman kerja yang banyak tidak memerlukan banyak bimbingan dibandingkan dengan petugas yang pengalaman kerjanya sedikit.

Pelatihan adalah pendidikan non formal yang bertujuan untuk mengurangi jarak antara kecakapan dan kemampuan seseorang dengan tugas dalam jabatannya serta untuk meningkatkan efisiensi dan efektifitas kerja dalam mencapai sasaran yang telah ditetapkan. Seorang petugas yang mengikuti pelatihan diharapkan dapat meningkatkan keterampilan yang akan menunjang pekerjaannya dan mencapai target pekerjaan yang telah ditetapkan (Yatino,2005). Unsur-unsur dalam *man* meliputi pengetahuan, umur, masa kerja, pendidikan, ketersediaan SDM, pendukung program (Yatino, 2005).

(1) Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari mengingat suatu hal, termasuk mengingat kembali kejadian yang pernah dialami baik secara sengaja maupun tidak sengaja dan terjadi setelah orang melakukan kontak atau pengamatan terhadap suatu objek tertentu (Mubarak, 2007:30).

(2) Umur

Dengan bertambahnya umur seseorang akan terjadi perubahan pada aspek psikis dan psikologis (mental). Pertumbuhan fisik secara garis besar ada empat kategori perubahan, yaitu perubahan ukuran, perubahan proporsi, hilangnya ciri-ciri lama dan timbulnya ciri-ciri baru. Ini terjadi akibat pematangan fungsi organ. Pada aspek psikologis dan mental taraf berfikir seseorang semakin matang dan dewasa (Mubarak, 2007:30)

(3) Masa kerja

Lama kerja dihitung dalam satuan tahun sejak mulai bekerja/ SK pengangkatan (Yatino dalam Arumsari, 2014:36)

(4) Pendidikan

Pendidikan Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan seseorang kepada orang lain terhadap suatu hal agar mereka dapat memahami. Tidak dapat dipungkiri bahwa makin tinggi pendidikan seseorang semakin mudah pula mereka menerima informasi, dan pada akhirnya makin banyak pula pengetahuan yang dimilikinya. Sebaliknya, jika seseorang tingkat pendidikannya rendah, akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap penerimaan informasi dan nilai-nilai baru diperkenalkan (Mubarok, 2007:30).

(5) Ketersediaan SDM

Ketersediaan Sumber Daya Manusia sebagai pelaksana program dan penanggung jawab program dalam suatu program tertentu (Yatino dalam Arumsari, 2014:38)

- b) *Money*, uang atau modal pembiayaan (Athoillah, 2013:77). *Money* atau dana yang didapat digali dari swadaya masyarakat dan yang disubsidi oleh pemerintah (Muninjaya dalam Susatyo, 2013:47). Dana dari suatu program biasanya di dapat dari dana APBN, APBD, maupun swadaya masyarakat.
- c) *Material* bahan-bahan yang dipergunakan untuk mencapai tujuan (Athoillah, 2013:77).
- d) *Machine* alat-alat yang dibutuhkan untuk mempercepat proses dan mencapai tujuan (Athoillah, 2013:77). Peralatan dan perlengkapan. Artinya kegiatan administrasi berlangsung jika ada peralatan dan perlengkapannya (Athoillah, 2013:134).
- e) *Method* adalah bagian-bagian atau elemen-elemen yang terhimpun dalam sistem tersebut membentuk suatu metoda yang dapat dipakai sebagai alat dalam melakukan pekerjaan administrasi (Azwar, 2010:24)
- f) *Market* adalah tuntunan pasar yang semakin tinggi dan luas (Athoillah, 2013:77). Kepada siapa keluaran yang dihasilkan, yakni upaya kesehatan tersebut, ditujukan. Untuk administrasi kesehatan sasaran yang

dimaksudkan di sini dibedakan atas empat macam yakni perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat. Dapat bersifat sasaran langsung (*direct target group*), ataupun bersifat sasaran tidak langsung (*indirect target group*) (Azwar, 2010:15).

g) *Time bound*

Time bound merupakan kegiatan atau program tersebut dapat dipastikan kapan dapat diwujudkan hasilnya (Purnawanto, 2010:116).

2) Proses

Proses adalah semua kegiatan atau aktivitas dari seluruh karyawan dan tenaga profesi dalam interaksinya dengan pelanggan, baik pelanggan internal (sesama petugas atau karyawan) maupun pelanggan eksternal (pasien, pemasok barang, masyarakat yang datang ke puskesmas atau rumah sakit untuk maksud tertentu) (Bustami, 2011:17).

George R. Terry dalam Athoillah (2013:16) mengatakan bahwa manajemen merupakan suatu proses khas yang terdiri atas tindakan-tindakan perencanaan (*planning*), pengorganisasian (*organizing*), penggerakan (*actuating*), dan pengendalian (*controlling*) untuk menentukan serta mencapai tujuan melalui pemanfaatan sumber daya manusia dan sumber daya lainnya. Fungsi manajemen menurut Terry dikenal dengan singkatan POAC. Fungsi-fungsi manajemen dapat diuraikan sebagai berikut:

a) *Planning* (Perencanaan)

Planning berasal dari kata *plan*, artinya rencana, rancangan, maksud dan niat. *Planning* berarti perencanaan. Perencanaan adalah proses kegiatan, sedangkan rencana merupakan hasil perencanaan. Perencanaan adalah kegiatan yang berkaitan dengan usaha merumuskan program yang di dalamnya memuat segala sesuatu yang akan dilaksanakan, penentuan tujuan, kebijaksanaan, arah yang akan ditempuh, prosedur dan metode yang akan diikuti dalam usaha pencapaian tujuan (Athoillah, 2013:98). Perencanaan Kesehatan adalah sebuah proses untuk merumuskan masalah-masalah kesehatan yang berkembang di masyarakat, menentukan kebutuhan dan sumber daya yang tersedia, menetapkan tujuan program yang paling pokok, dan menyusun langkah-langka

praktis untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan tersebut (Muninjaya, 2004:54). Tujuan adalah target yang akan dicapai bersifat *stationer* dari pelaksanaan kegiatan. Pelaksanaan rencana tertuju pada sasaran yang jelas atau tidak menyimpang dari tujuan yang telah ditetapkan (Athoillah, 2013:101).

Langkah awal untuk menyusun perencanaan dapat dimulai dengan sebuah gagasan atau cita-cita yang terfokus pada situasi tertentu. Perencanaan kesehatan dapat disusun dalam skala besar atau kecil tergantung besar kecilnya wilayah dan tanggung jawab organisasi. Sebagai suatu proses, perencanaan kesehatan mempunyai beberapa langkah. Ada lima langkah yang perlu dilakukan pada proses penyusunan sebuah perencanaan, yaitu:

(1) Analisis situasi

Analisis situasi adalah langkah pertama proses penyusunan perencanaan. Langkah ini dilakukan dengan analisis data laporan yang dimiliki oleh organisasi (data primer) atau mengkaji laporan lembaga lain (data sekunder) yang datanya dibutuhkan, observasi, dan wawancara.

(2) Mengidentifikasi masalah dan prioritasnya

Melalui analisis situasi akan dihasilkan berbagai macam data. Data dianalisis lebih lanjut menggunakan pendekatan epidemiologi untuk dapat dijadikan informasi tentang distribusinya disuatu wilayah, berdasarkan kurun waktu tertentu dan pada kelompok masyarakat tertentu. Informasi yang perlu dicari adalah bagaimana tanggapan masyarakat tentang masalah kesehatan masyarakat tersebut dan bagaimana potensi organisasi untuk memecahkannya. Informasi tersebut dibutuhkan oleh pimpinan untuk mengambil keputusan tentang bagaimana Puskesmas akan mengembangkan program intervensinya.

(3) Menentukan tujuan program

Setelah prioritas masalah kesehatan ditetapkan, manajer program menetapkan tujuan program. Semakin jelas rumusan masalah kesehatan masyarakat dengan menggunakan kriteria diatas akan semakin mudah menyusun tujuan program.

(4) Mengkaji hambatan dan kelemahan program

Langkah keempat proses penyusunan rencana adalah mengkaji kembali hambatan dan kelemahan program yang pernah dilaksanakan. Tujuannya adalah untuk mencegah atau mewaspadaai timbulnya hambatan serupa. Selain mengkaji hambatan yang pernah dialami, juga dibahas prediksi kendala dan hambatan yang mungkin akan terjadi di lapangan pada saat program dilaksanakan.

(5) Menyusun rencana kerja operasional

Hambatan (kelemahan) yang bersumber dari dalam organisasi harus dikaji dahulu sebelum RKO disusun. Jika tidak, program yang akan dilaksanakan akan terhambat oleh faktor internal organisasi. Faktor lingkungan di luar organisasi seperti peran serta masyarakat dan kerja sama lintas sektoral juga penting dikaji sebagai bagian dari strategi pengembangan program di lapangan (Muninjaya, 2004:56-71).

b) *Organizing* (Pengorganisasian)

Mengorganisasikan (*Organizing*) adalah suatu proses menghubungkan orang-orang yang terlibat dalam organisasi tertentu dan menyatupadukan tugas serta fungsinya dalam organisasi. Dalam proses pengorganisasian dilakukan pembagian tugas, wewenang, dan tanggung jawab secara terperinci berdasarkan bagian dan bidangnya masing-masing sehingga terintegrasi hubungan-hubungan kerja yang sinergis, komperatif yang harmonis dan seirama dalam mencapai tujuan yang telah disepakati bersama (Athoillah, 2013:110). Pengorganisasian adalah salah satu fungsi manajemen yang juga mempunyai peranan penting seperti halnya fungsi perencanaan. Melalui fungsi pengorganisasian, seluruh sumber daya yang dimiliki oleh organisasi (manusia dan yang bukan manusia) akan diatur penggunaannya secara efektif dan efisien untuk mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan (Muninjaya, 2011:74). Dari pengertian tersebut, dapat dipahami bahwa organisasi merupakan sistem yang terpadu, yang di dalamnya terdapat subsistem dan komponen-komponen yang saling berhubungan (Athoillah, 2013:171). Dalam pengorganisasian dilakukan hal-hal berikut:

- (1) Penerimaan fasilitas, perlengkapan, dan staf yang diperlukan untuk melaksanakan rencana
- (2) Pengelompokan dan pembagian kerja menjadi struktur organisasi yang teratur
- (3) Pembentukan struktur kewenangan dan mekanisme koordinasi
- (4) Penentuan metode kerja dan prosedurnya
- (5) Pemilihan, pelatihan, dan pemberian informasi kepada staf (Athoillah, 2013:111)

c) *Actuating* (Penggerakkan)

Actuating adalah kegiatan yang menggerakkan dan mengusahakan agar para pekerja melakukan tugas dan kewajibannya. Para pekerja sesuai dengan keahlian dan proporsinya segera melaksanakan rencana dalam aktifitas yang konkret yang diarahkan pada tujuan yang telah ditetapkan, dengan selalu mengadakan komunikasi, hubungan kemanusiaan yang baik, kepemimpinan yang efektif, memberikan motivasi, membuat perintah dan instruksi serta mengadakan supervisi, dengan meningkatkan sikap dan moral setiap anggota kelompok. Dengan demikian dalam *actuating* terdapat hal-hal sebagai berikut:

- (1) Penetapan saat awal pelaksanaan rencana kerja
- (2) Pemberian contoh tata cara pelaksanaan kerja dari pimpinan
- (3) Pemberian motivasi para pekerja untuk segera bekerja sesuai dengan tugas dan tanggung jawab masing-masing
- (4) Pengomunikasian seluruh arah pekerjaan dengan semua unit kerja
- (5) Pembinaan para pekerja
- (6) Peningkatan mutu dan kualitas kerja
- (7) Pengawasan kinerja dan moralitas pekerja (Athoillah, 2013:116)

d) *Controlling* (Pengawasan)

Controlling yakni meneliti dan mengawasi agar semua tugas dilakukan dengan baik dan sesuai dengan peraturan yang ada atau sesuai dengan deskripsi kerja masing-masing personal. Pengendalian dapat dilakukan secara vertikal maupun horizontal, yaitu atasan dapat melakukan pengontrolan kepada bawahannya, demikian pula bawahan dapat melakukan upaya kritik kepada atasannya

(Athoillah, 2013:114). Fungsi pengawasan dan pengendalian (*controlling*) merupakan fungsi yang terakhir dari proses manajemen. Fungsi ini mempunyai kaitan erat dengan ketiga fungsi manajemen lainnya, terutama dengan fungsi perencanaan. Melalui fungsi pengawasan dan pengendalian, standar keberhasilan program yang dituangkan dalam bentuk target, prosedur kerja dan sebagainya harus selalu dibandingkan dengan hasil yang telah di capai atau yang mampu dikerjakan oleh staf. Jika ada kesenjangan atau penyimpangan yang terjadi harus segera diatasi. Penyimpangan harus dapat dideteksi secara dini, dicegah, dikendalikan atau dikurangi oleh pimpinan. Fungsi pengawasan dan pengendalian bertujuan agar penggunaan sumber daya dapat lebih diefisienkan, dan tugas-tugas staf untuk mencapai tujuan program dapat lebih diefektifkan (Muninjaya, 2004:90). Pengawasan melekat lebih menitikberatkan kesadaran dan keiklasan dalam bekerja. Pengawasan adalah satu kegiatan manajer yang mengusahakan agar pekerjaan-pekerjaan terlaksana sesuai dengan rencana yang ditetapkan, dan mencapai hasil yang dikehendaki. Langkah-langkah pengawasan adalah:

- (1) Memeriksa
- (2) Mengecek
- (3) Mencocokkan
- (4) Menginspeksi
- (5) Mengendalikan
- (6) Mengatur, dan
- (7) Mencegah sebelum terjadi kegagalan (Athoillah,2013:114)

2.2 Virtual Account Collective

2.2.1 Definisi

Virtual Account adalah nomer rekening virtual yang disediakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial kesehatan untuk entitas dan perorangan sebagai rekening tujuan dalam pembayaran iuran jaminan kesehatan (Perdir BPJS Kesehatan No. 16 Tahun 2016). Sistem tagihan iuran Virtual Account Collective adalah tagihan iuran yang bersifat kolektif untuk seluruh anggota

keluarga atau menggabungkan masing-masing tagihan peserta sebagaimana yang terdaftar pada Kartu Keluarga (KK) atau yang sudah didaftarkan sebagai anggota keluarga, jumlah pembayaran iuran pada salah satu nomor peserta anggota keluarga di *channel* pembayaran iuran bersifat akumulatif atas seluruh total tagihan iuran keluarganya dan nantinya secara sistem akan dipecah untuk masuk pada masing-masing nomor peserta pada keluarga tersebut. Saldo iuran yang terdapat dalam salah satu anggota keluarga tidak dapat dibagikan kepada anggota keluarga lainnya. Sistem pembayaran iuran Virtual Account Collective ini sangat memudahkan peserta untuk membayar iuran, karena peserta hanya cukup menunjukkan salah satu nomor peserta di *channel* pembayaran iuran untuk membayarkan seluruh anggota keluarganya.

2.2.2 Tagihan Iuran Peserta Jaminan Kesehatan Nasional

Tagihan Iuran Peserta Jaminan Kesehatan adalah sejumlah uang yang dibayarkan secara teratur oleh peserta, pemberi kerja dan/atau pemerintah untuk program Jaminan Kesehatan (Perpres RI No. 12 Tahun 2013). Berdasarkan Peraturan Direksi BPJS Kesehatan No. 16 Tahun 2016, berikut adalah beberapa ketentuan mengenai tagihan iuran peserta jaminan kesehatan:

1. Tagihan Iuran Peserta Pekerja Penerima Upah
 - a. Tagihan Iuran Peserta Pekerja Penerima Upah dilakukan dengan pengiriman surat dan/atau dengan metode lain yang telah ditetapkan.
 - b. Tagihan Iuran Peserta Pekerja Penerima Upah ditetapkan sebesar minimum tagihan iuran dan/atau lebih besar sesuai dengan data hasil rekonsiliasi.
2. Tagihan Iuran Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Bukan Pekerja
 - a. Tagihan Iuran Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) dan Bukan Pekerja (BP) adalah bersifat kolektif untuk seluruh anggota keluarga sebagaimana yang terdaftar pada kartu keluarga dan atau yang sudah didaftarkan sebagai anggota keluarga.
 - b. Metode penggabungan tagihan peserta PBPU dan BP adalah dengan menggabungkan masing-masing total tagihan dengan peserta yang terdaftar

dalam pada kartu keluarga dan atau sudah didaftarkan sebagai anggota keluarga.

- c. Saldo iuran yang terdapat pada salah satu anggota keluarga tidak dapat dibagikan kepada anggota keluarga lainnya.
- d. Dikecualikan bagi anggota keluarga yang sudah bekerja dan/atau menikah namun masih tercatat dalam satu KK yang sama, dapat mengajukan pemisahan tagihan iuran berdasarkan ketentuan sebagai berikut :
 - 1) Mengajukan permohonan tertulis dengan melampirkan; Copy Kartu Keluarga; Copy KTP/identitas diri lainnya; Surat Keterangan sudah Bekerja
 - 2) Bagi anggota keluarga yang telah bekerja, dapat menyampaikan informasi bahwa yang bersangkutan berdomisili di tempat yang terpisah meskipun masih terdaftar dalam Kartu Keluarga Induk.
 - 3) Bagi anggota keluar yang telah menikah, dapat menyampaikan informasi naman-nama anggota keluarga yang akan disatukan ke dalam *Virtual Account* keluarga yang terpisah dari *Virtual Account* keluarga induk.

2.2.3 Besaran Iuran Jaminan Kesehatan

Berdasarkan Perpres RI No.28 Tahun 2016 tentang Perubahan ketigas atas Perpres RI No.12 Tahun 2013, berikut ini adalah beberapa ketentuan mengenai iuran jaminan kesehatan:

1. Bagi peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan Iuran dibayar oleh pemerintah
2. Iuran Jaminan Kesehatan bagi Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta Bukan Pekerja:
 - a. Sebesar Rp. 25.500,00 (dua puluh lima ribu lima ratus) per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III.
 - b. Sebesar Rp. 51.000,00 (lima puluh satu ribu rupiah) per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas II.
 - c. Sebesar Rp. 80.000,00 (delapan puluh ribu rupiah) per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas I.

- d. apabila peserta terlambat membayar iuran tidak dikenakan denda keterlambatan pembayaran iuran. Namun toleransi pelayanan kesehatan yang dijamin BPJS Kesehatan untuk peserta atau pemberi kerja yang terlambat membayar iuran kini menjadi lebih pendek, yaitu 1 bulan. Apabila keterlambatan pembayaran iuran lebih dari 1 bulan maka penjaminan kesehatan akan dihentikan sementara. Namun, jika dalam rentang waktu 45 hari setelah status kepesertaan kembali aktif dan peserta membutuhkan pelayanan rawat inap yang dijamin BPJS Kesehatan, peserta atau pemberi kerja dikenakan denda 2,5 persen dari total diagnosis akhir pelayanan kesehatan yang didapatkan dikali jumlah bulan tertunggak, atau besaran denda pelayanan rawat inap paling tinggi hanya Rp30 juta. Jumlah bulan tertunggak yang digunakan sebagai acuan denda adalah maksimal 12 bulan.

2.2.4 Ketentuan Pembayaran Iuran

Berdasarkan Peraturan Direksi BPJS Kesehatan No.16 Tahun 2016, berikut ini adalah beberapa ketentuan mengenai iuran jaminan kesehatan:

1. Waktu pembayaran iuran oleh peserta dan pemberi kerja adalah tanggal 1 (satu) sampai dengan tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan.
2. *Channel* pembayaran iuran jaminan kesehatan dapat berupa:
 - a. Perbankan ; atau
 - b. Non Perbankan
3. *Channel* perbankan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, berupa layanan:
 - a. ATM (*Automatic Teller Machine*);
 - b. EDC (*Electronic Data Capture*);
 - c. *Autodebet*
 - d. *Teller*;
 - e. *SMS Banking*; atau
 - f. *Internet Banking*

4. *Channel non* perbankan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b, dapat dilakukan melalui sistem PPOB.

2.2.5 Mekanisme Penanganan Masalah Pembayaran Iuran

Berdasarkan Peraturan Direksi BPJS Kesehatan No.16 Tahun 2016, berikut ini adalah penanganan kelebihan pembayaran iuran oleh Peserta atau Pemberi Kerja maka :

- a. Kelebihan jumlah pembayaran iuran oleh pemberi (Pekerja Penerima Upah/Badan Usaha) akan dikompensasikan ke pembayaran iuran bulan berikutnya, hingga maksimal untuk 3 (tiga) bulan iuran.
- b. Kelebihan jumlah pembayaran iuran oleh peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Bukan Pekerja akan dikompensasikan ke pembayaran iuran bulan berikutnya, minimal untuk 12 (dua belas) bulan iuran.
- c. Jumlah bulan untuk kompensasi kelebihan pembayaran iuran harus disepakati oleh BPJS Kesehatan dengan Peserta atau Pemberi Kerja dan dituangkan dalam Berita Acara.
- d. Bila masih terdapat kelebihan pembayaran iuran setelah dikompensasikan, maka dapat dilakukan pengembalian (retur), atas permintaan peserta atau pemberi kerja.
- e. *Service Level Agreement (SLA)* pengembalian (retur) kelebihan pembayaran iuran adalah 2 (dua) bulan sejak pengajuan pengembalian oleh peserta atau pemberi kerja.

2.3 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)

2.3.1 Definisi

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan social (UU No.24 Tahun 2011).

2.3.2 Tujuan

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial bertujuan untuk mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya (UU No.24 Tahun 2011).

2.3.3 Prinsip

Jaminan Kesehatan Nasional mengacu pada prinsip-prinsip Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) berikut:

- a. Prinsip kegotongroyongan sesungguhnya sudah menjadi salah satu prinsip dalam hidup bermasyarakat dan juga merupakan salah satu akar dalam kebudayaan kita. Dalam SJSN, prinsip gotong royong berarti peserta yang mampu membantu peserta yang kurang mampu, peserta yang sehat membantu yang sakit atau yang berisiko tinggi, dan peserta yang sehat membantu yang sakit.
- b. nirlaba adalah pengelolaan dana amanat oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah nirlaba bukan untuk mencari laba (*for profit oriented*). Sebaliknya, tujuan utama adalah untuk memenuhi sebesar-besarnya kepentingan peserta.
- c. portabilitas adalah prinsip portabilitas jaminan sosial dimaksudkan untuk memberikan jaminan yang berkelanjutan kepada peserta sekalipun mereka berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.
- d. Kepesertaan bersifat wajib adalah Kepesertaan wajib dimaksudkan agar seluruh rakyat menjadi peserta sehingga dapat terlindungi. Meskipun kepesertaan bersifat wajib bagi seluruh rakyat, penerapannya tetap disesuaikan

dengan kemampuan ekonomi rakyat dan pemerintah serta kelayakan penyelenggaraan program.

- e. dana amanat adalah dana yang terkumpul dari iuran peserta merupakan dana titipan kepada badan-badan penyelenggara untuk dikelola sebaik-baiknya dalam rangka mengoptimalkan dana tersebut untuk kesejahteraan peserta.
- f. Hasil pengelolaan dana jaminan social adalah dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta.(UU No 24 Tahun 2011).

2.3.4 Asas

Badan penyelenggara Jaminan Sosial menyelenggarakan sistem jaminan sosial nasional berdasarkan asas :

- a. Asas kemanusiaan adalah asas terkait dengan penghargaan terhadap martabat manusia
- b. Asas manfaat adalah asas yang bersifat operasional menggambarkan pengelolaan yang efisien dan efektif
- c. Asas keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia adalah asas yang bersifat idiil (UU No.24 Tahun 2011). Kepesertaan Jaminan Kesehatan

2.3.5 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan

a. Fungsi

BPJS Kesehatan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan.

b. Tugas

- 1) Melakukan dan/atau menerima pendaftaran peserta
- 2) Memungut dan mengumpulkan iuran dari peserta dan pemberi kerja
- 3) Menerima bantuan iuran dari pemerintah
- 4) Mengelola dana jaminan sosial untuk kepentingan peserta
- 5) Mengumpulkan dan mengelola data peserta program jaminan sosial
- 6) Membayarkan manfaat dan membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program jaminan sosial; dan
- 7) Memberikan informasi mengenai penyelenggara program jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat.

c. Wewenang

- 1) Menagih pembayaran iuran
- 2) Menempatkan Dana Jaminan Sosial untuk investasi jangka pendek dan jangka panjang dengan mempertimbangkan aspek likuiditas, solvabilitas, kehati-hatian, keamanan dana dan hasil yang memadai
- 3) Melakukan pengawasan dan pemeriksaan atas kepatuhan peserta dan pemberi kerja dalam memenuhi kewajibannya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan jaminan sosial nasional
- 4) Membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan mengenai besar pembayaran fasilitas kesehatan yang mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh pemerintah
- 5) Membuat dan menghentikan kontrak kerja dengan fasilitas kesehatan
- 6) Mengenaikan sanksi administratif kepada peserta atau pemberi kerja yang tidak memenuhi kewajibannya
- 7) Melaporkan Pemberi Kerja kepada instansi yang berwenang mengenai ketidakpatuhannya dalam membayar iuran atau dalam memenuhi kewajiban lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan melakukan kerja sama dengan pihak lain dalam rangka penyelenggaraan program Jaminan Sosial.

d. Hak

- 1) Memperoleh dana operasional untuk penyelenggaraan program yang bersumber dari Dana Jaminan Sosial dan/untuk sumber lainnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan
- 2) Memperoleh hasil monitoring dan evaluasi penyelenggaraan program Jaminan Sosial dari DJSN setiap 6 (enam) bulan.

e. Kewajiban

- 1) Memberikan nomor identitas tunggal kepada peserta
- 2) Mengembangkan aset Dana Jaminan Sosial dan aset BPJS untuk sebesar-besarnya kepentingan peserta

- 3) Memberikan informasi melalui media massa cetak dan elektronik mengenai kinerja, kondisi keuangan, serta kekayaan dan hasil pengembangannya
- 4) Memberikan manfaat kepada seluruh peserta sesuai dengan Undang-Undang tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional
- 5) Memberikan informasi kepada peserta mengenai hak dan kewajiban untuk mengikuti ketentuan yang berlaku
- 6) Memberikan informasi kepada peserta mengenai prosedur untuk mendapatkan hak dan memenuhi kewajibannya
- 7) Memberikan informasi kepada peserta mengenai saldo jaminan hari tua dan pengembangannya 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun
- 8) Memberikan informasi kepada peserta mengenai besar hak pensiun 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun
- 9) Membentuk cadangan teknis sesuai dengan standar praktik aktuaria yang lazim dan berlaku umum
- 10) Melakukan pembukuan sesuai dengan standar akuntansi yang berlaku dalam penyelenggaraan Jaminan Sosial.

2.3.6 Kepesertaan Jaminan Kesehatan

Kepesertaan Jaminan Kesehatan bersifat wajib dan dilakukan secara bertahap sehingga mencakup seluruh penduduk. Pentahapan kepesertaan dilakukan sebagai berikut:

1. Peserta Jaminan Kesehatan
 - a. Bukan Penerima Bantuan Iuran (bukan PBI)
yaitu meliputi; Pekerja Penerima Upah, Pekerja Bukan Penerima Upah, Bukan Pekerja
 - b. Penerima Bantuan Iuran (PBI) yaitu meliputi; Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu (Buku Panduan Sosialisasi JKN, 2014).
2. Kelompok Peserta Jaminan Kesehatan bukan PBI Jaminan Kesehatan Pekerja Penerima Upah terdiri atas:
 - a. Pegawai Negeri Sipil;

- b. Anggota TNI;
- c. Anggota Polri;
- d. Pejabat Negara;
- e. Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri;
- f. Pegawai swasta; dan
- g. Pekerja yang tidak termasuk huruf a sampai dengan huruf f yang menerima Upah.

Termasuk WNA yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan.

3. Pekerja Bukan Penerima Upah terdiri atas:

- a. Pekerja di luar hubungan kerja atau Pekerja mandiri; dan
- b. Pekerja yang tidak termasuk nomer 2 yang bukan Penerima Upah.

Termasuk WNA yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan.

4. Bukan Pekerja terdiri atas:

- a. Investor;
- b. Pemberi Kerja;
- c. penerima pensiun;
- d. Veteran;
- e. Perintis Kemerdekaan; dan
- f. Bukan Pekerja yang tidak termasuk huruf a sampai dengan huruf e yang mampu membayar Iuran.
- g. Perpres juga mengatur secara rinci siapa yang dimaksud dengan penerima pensiun yang dikelompokkan ke dalam kelompok Peserta Bukan Pekerja.

5. Penerima pensiun terdiri atas:

- a. Pegawai Negeri Sipil yang berhenti dengan hak pensiun;
- b. Anggota TNI dan Anggota Polri yang berhenti dengan hak pensiun;
- c. Pejabat Negara yang berhenti dengan hak pensiun;
- d. Penerima pensiun selain huruf a, huruf b, dan huruf c, dan

- e. Janda, atau anak yatim piatu dari penerima pensiun yang mendapat hak pensiun.
6. Anggota keluarga yang ditanggung antara lain;
- a. Untuk kelompok Pekerja Penerima Upah Anggota yang ditanggung adalah
 - 1) Keluarga inti meliputi istri/suami dan anak yang sah (anak kandung, anak tiri dan atau anak angkat), sebanyak-banyaknya 5 (lima) orang.
 - 2) Anak kandung, anak tiri dari perkawinan yang sah, dan anak angkat yang sah, dengan kriteria tidak atau belum pernah menikah atau tidak mempunyai penghasilan sendiri; belum berusia 21 (dua puluh satu) tahun atau belum berusia 25 (dua puluh lima) tahun yang masih melanjutkan pendidikan formal.
 - 3) Untuk kelompok Pekerja Bukan Penerima Upah dan Bukan Pekerja, peserta dapat mengikutsertakan anggota keluarga yang diinginkan (tidak terbatas).
 - 4) Peserta dapat mengikutsertakan anggota keluarga tambahan, yang meliputi anak ke-4 dan seterusnya, ayah, ibu dan mertua.
 - 5) Peserta dapat mengikutsertakan anggota keluarga tambahan, meliputi kerabat lain seperti saudara kandung/ipar, asisten rumah tangga, dll (Perpres Jaminan Kesehatan no.12 tahun 2013).

2.4 Teori Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Anderson (dalam Notoatmodjo, 2003:205-208) mendeskripsikan model sistem kesehatan merupakan suatu model kepercayaan kesehatan yang disebut sebagai model perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan (*behavior model of health service utilization*). Anderson mengelompokkan faktor determinan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan dalam tiga kategori utama, yaitu :

2.4.1 Karakteristik predisposisi (*Predisposing Characteristics*)

Karakteristik ini digunakan untuk menggambarkan fakta bahwa setiap individu mempunyai kecenderungan menggunakan pelayanan kesehatan

yang berbeda-beda yang disebabkan karena adanya cirri-ciri individu yang digolongkan ke dalam tiga kelompok :

- a. Ciri-ciri demografi, seperti jenis kelamin, usia dan status perkawinan
- b. Struktur sosial, seperti tingkat pendidikan, pekerjaan, hobi, ras, agama dan sebagainya.

1) Pendidikan

Pendidikan secara umum adalah segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain baik individu, kelompok atau masyarakat sehingga melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan (Notoatmodjo, 2003: 16). Pendidikan sangat penting bagi seseorang dimana pendidikan formal akan membekali seseorang dengan dasar-dasar pengetahuan, teori dan logika. Pendidikan mempengaruhi proses belajar, semakin tinggi pendidikan seseorang semakin mudah orang tersebut untuk menerima informasi. Menurut Hamid (2013) dalam Ratiabriani dan Purbadhamarja (2016:54) tingkat pendidikan berpengaruh terhadap partisipasi masyarakat, semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin tinggi tingkat pengetahuan akan pentingnya suatu, sehingga semakin tinggi pula partisipasinya.

2) Pekerjaan

Pekerjaan adalah suatu kegiatan untuk mencari nafkah, dan atau pencaharian. Menurut Suryawan (2004:27), biasanya orang dengan tingkat pekerjaan tertentu akan dapat lebih meluangkan sedikit waktunya untuk berpartisipasi pada suatu proyek tertentu. Seringkali alasan yang mendasar pada masyarakat adalah adanya pertentangan komitmen terhadap pekerjaan dengan keinginan dalam pemanfaatan ataupun partisipasi dalam pelayanan kesehatan.

3) Jumlah Anggota Keluarga

Menurut BKKBN (1998), besar keluarga adalah jumlah anggota keluarga yang terdiri dari suami, istri, anak dan anggota keluarga lainnya yang tinggal bersama. Berdasarkan jumlah anggota

rumah tangga, besar rumah tangga dikelompokkan menjadi tiga yaitu besar, sedang dan kecil. Rumah tangga besar adalah rumah tangga dengan jumlah anggota keluarga lebih dari tujuh orang. Rumah tangga sedang dengan jumlah anggota keluarga antara lima sampai tujuh orang, sedangkan rumah tangga kecil adalah rumah tangga dengan jumlah anggota keluarga kurang dari atau sama dengan empat orang.

Penerimaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh jumlah anggota keluarga, dimana semakin besar jumlah anggota keluarga berarti semakin besar pula jumlah anggota masyarakat berarti semakin besar pula jumlah kebutuhan keluarga yang harus dipenuhi. Sehingga keluarga yang jumlah anggotanya banyak, akan lebih berpartisipasi untuk memenuhi banyaknya kebutuhan yang harus dipenuhi (erwin:2012) dalam Ratiabriani dan Purbadharmaja (2016:55).

c. Manfaat Kesehatan, seperti keyakinan terhadap pelayanan kesehatan

2.4.2 Karakteristik pendukung

Karakteristik pendukung yang dimaksud adalah keadaan atau kondisi membuat seseorang mampu melakukan tindakan untuk memenuhi kebutuhannya akan pelayanan kesehatan. Anderson membagi ke dalam 2 golongan, yaitu :

a. Sumber daya keluarga : pengetahuan tentang informasi pelayanan kesehatan, pendapatan keluarga, kemampuan membeli jasa.

1) Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap objek tertentu. Pengetahuan merupakan pedoman dalam membentuk tindakan seseorang. Berdasarkan penelitian yang diperoleh bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari pengetahuan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari pengetahuan (Maulana, 2009:194).

2) Pendapatan

Pendapatan keluarga adalah jumlah penghasilan riil dari seluruh anggota rumah tangga yang digunakan untuk memenuhi kebutuhan bersama maupun perseorangan dalam rumah tangga. Pendapatan keluarga merupakan balas karya atau jasa atau imbalan yang diperoleh karena sumbangan yang diberikan dalam kegiatan produksi. Tingkatan pendapatan keluarga merupakan pendapatan atau penghasilan keluarga yang tersusun mulai dari rendah, sedang hingga tinggi. Menurut Yadnya (2005) dalam Ratriabriani dan Purbadharmaja (2016:55), pendapatan keluarga berpengaruh positif dan nyata terhadap partisipasi masyarakat, semakin besar pendapatan yang diperoleh masyarakat maka semakin meningkatkan partisipasi masyarakat dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan.

b. Sumber daya manusia : akses pada pelayanan kesehatan, dukungan sosial, rasio penduduk terhadap tenaga kesehatan, lokasi pemukiman penduduk, dsb.

1) Akses pada pelayanan kesehatan

Pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan secara sendoro atau bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara kesehatan (Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, 2007). Suatu pelayanan kesehatan yang baik harus memenuhi kriteria yaitu tersedia di masyarakat dan berkesinambungan, dapat diterima, mudah dicapai, mudah di jangkau dan bermutu, fasilitas pelayanan kesehatan pada hakikatnya untuk mendukung atau meningkatkan terwujudnya perubhana perilaku kesehatan (Notoatmodjo, 2003).

2) Dukungan Sosial

Dukungan sosial merupakan sebagai satu diantara fungsi pertalian/ikatan sosial, segi fungsionalnya mencakup dukungan emosional, mendorong adanya ungkapan

perasaan, memberi nasehat atau informasi, pemberian bantuan material. Dukungan sosial meliputi pasangan (suami/istri), orang tua, anak, sanak keluarga, teman, tim kesehatan, atasan dan konselor. Dukungan sosial tersendiri atas informasi atau nasehat verbal dan atau nonverbal, bantuan nyata atau tindakan yang diberikan oleh keakraban sosial atau didapat karena kehadiran mereka dan mempunyai manfaat emosional atau efek perilaku bagi pihak penerima.

2.4.3 Karakteristik Kebutuhan

Karakteristik kebutuhan merupakan komponen yang paling langsung berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Anderson (1975) menggunakan istilah kesakitan untuk mewakili kebutuhan pelayanan kesehatan. Penilaian terhadap suatu penyakit merupakan bagian dari kebutuhan. Penilaian individu ini dapat diperoleh dari dua sumber, yaitu :

- a. Penilaian individu (*perceived need*), merupakan penilaian keadaan kesehatan yang paling dirasakan oleh individu

1) Persepsi

Menurut Sugihartono,dkk (2007:8) persepsi adalah kemampuan otak dalam menerjemahkan stimulus atau proses untuk menerjemahkan stimulus yang masuk ke dalam alat indera manusia. Persepsi manusia terdapat perbedaan sudut pandang dalam penginderaan. Ada yang mempersepsikan sesuatu itu baik atau persepsi yang positif maupun negatif yang akan mempengaruhi tindakan manusia yang tampak atau nyata. Pembentukan persepsi sangat dipengaruhi oleh informasi atau rangsangan yang pertama kali diperolehnya.

2) Motivasi

Motivasi berasal dari kata latin *moreve* yang berarti dorongan dari dalam diri manusia untuk bertindak atau berperilaku. Pengertian motivasi tidak terlepas dari kata

kebutuhan atau *needs* atau *want*. Kebutuhan adalah suatu “potensi” dalam diri manusia yang perlu ditanggapi atau direspons. Motivasi pada dasarnya merupakan interaksi seseorang dengan situasi tertentu yang dihadapinya. Didalam diri seseorang dengan situasi tertentu yang dihadapinya. Didalam diri seseorang terdapat “kebutuhan” (*wants*) terhadap objek diluar seseorang tersebut, kemudian bagaimana seseorang tersebut menghubungkan antara kebutuhan dengan situasi diluar objek tersebut dalam rangka memenuhi kebutuhan yang dimaksud. Oleh karena itu, motivasi adalah suatu alasan seseorang untuk bertindak dalam rangka memenuhi kebutuhan hidupnya (Notoatmodjo, 2010:119-120).

3) Niat

Kata niat dalam bahasa arab berarti mengiginkan sesuatu dan bertekad hati untuk mendapatkannya. Niat yaitu yakin hati untuk melakukan sesuatu dan kuatnya kehendak untuk melakukannya tanpa ada keraguan. Niat memiliki kedudukan yang penting dalam pengambilan keputusan seseorang untuk merubah segala perilaku yang tidak sehat. Menurut para ahli yang meneliti perilaku kesehatan bahwa segala perubahan yang terjadi dilandasi dengan niat terlebih dahulu (Priyoto, 2014:142-143).

b. Metode

1) Prosedur pelayanan

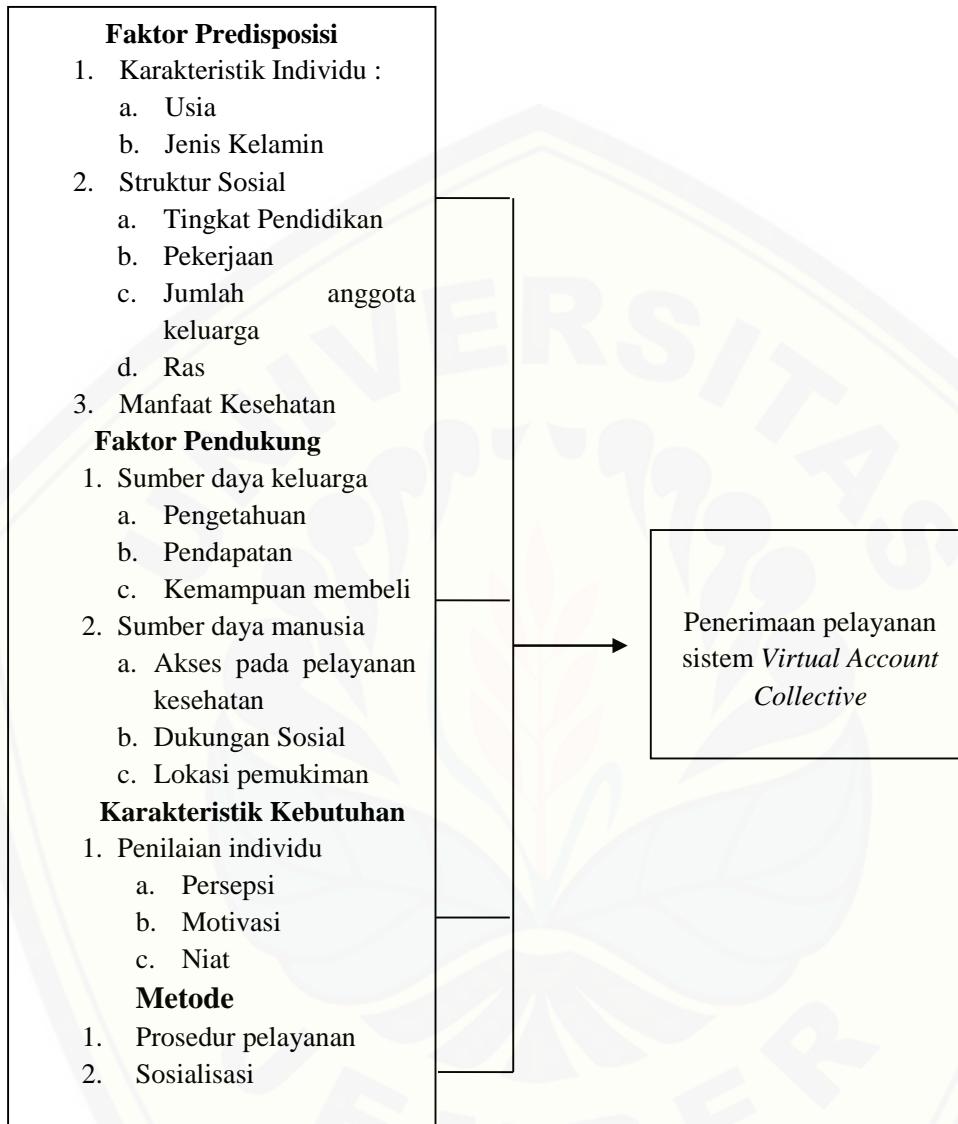
Cara yang digunakan untuk pengelolaan, dan tersedianya prosedur pada proses pencatatan dengan cara manual atau komputer. Serangkaian kegiatan, karena itu ia merupakan proses sebagai proses, pelayanan berlangsung secara rutin dan kesinambungan, meliputi seluruh kehidupan orang dalam masyarakat (Moenir, 2010:27).

2) Sosialisasi

Merupakan waktu suatu kegiatan atau program tersebut disosialisasikan hingga dapat diwujudkan hasilnya. Sosialisasi didefinisikan sebagai proses penanaman atau transfer kebiasaan atau nilai dan aturan dari suatu generasi ke generasi lainnya dalam sebuah kelompok atau masyarakat (Soerjono Soekanto, 2009:35).



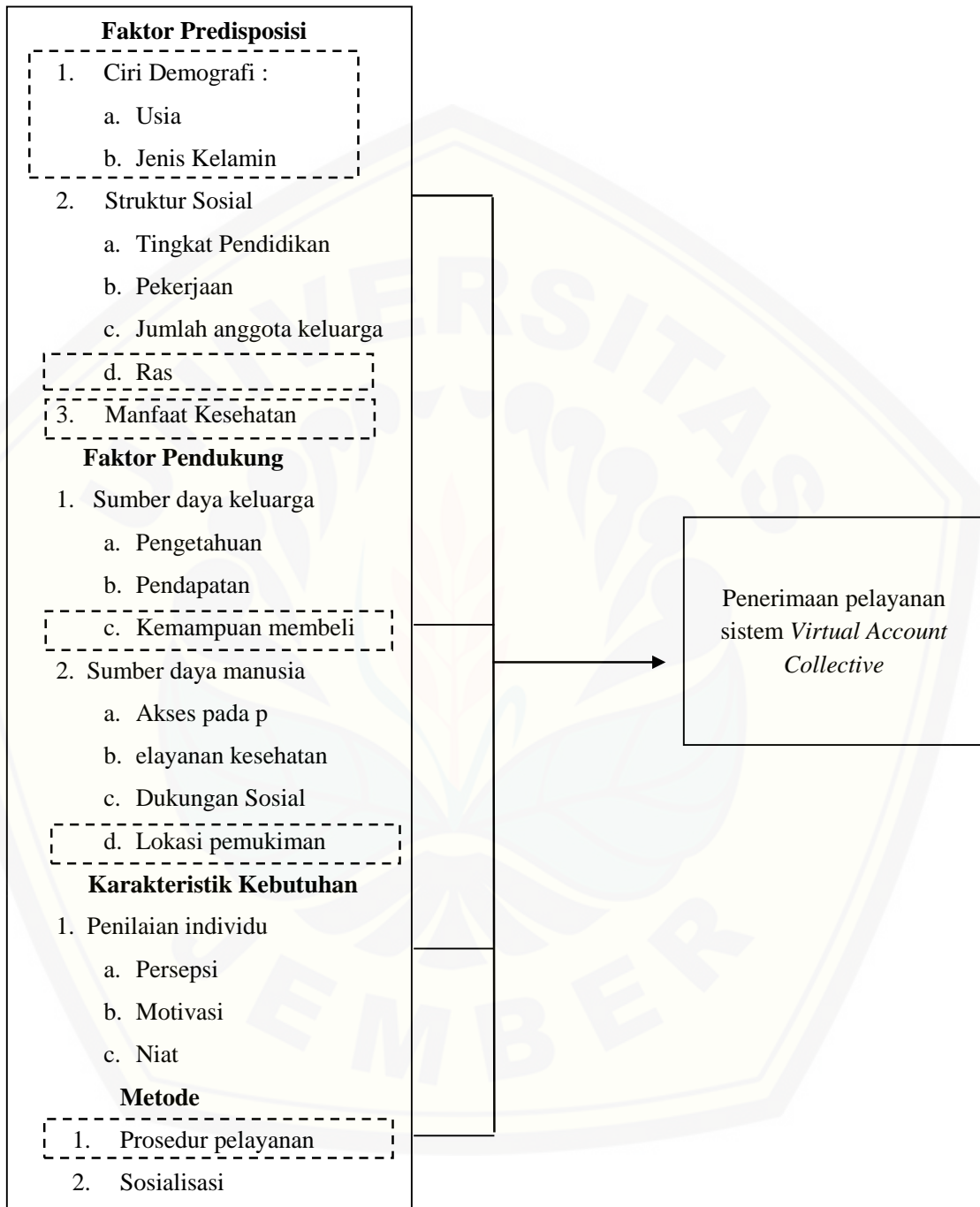
2.5 Kerangka Teori



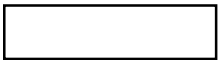
Gambar 2. 1 Kerangka Teori

Sumber: Kerangka teori modifikasi dari teori Anderson, pendekatan sistem oleh azwar (dalam azwar,1996)

2.6 Kerangka Konsep



Penerimaan pelayanan sistem *Virtual Account Collective*



: Diteliti



: Tidak diteliti

Gambar 2. 2 Kerangka Konseptual

Penelitian ini dibuat berdasarkan teori modifikasi teori anderson. Menurut Anderson model sistem kesehatan merupakan suatu model kepercayaan kesehatan yang disebut sebagai model perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan (*behavior model of health service utilization*). Anderson mengelompokkan faktor determinan dalam pelayanan kesehatan ke dalam tiga kategori utama, yakni faktor predisposisi, pendukung dan kebutuhan. Dalam penelitian ini, faktor predisposisi digunakan untuk menggambarkan fakta bahwa setiap individu mempunyai kecenderungan untuk menggunakan pelayanan kesehatan yang meliputi ; umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, jumlah anggota keluarga, ras dan manfaat kesehatan, yang kedua faktor pendukung yaitu sebagai keadaan atau kondisi yang membuat seseorang mampu untuk melakukan tindakan untuk memenuhi kebutuhannya terhadap pelayanan kesehatan yang meliputi; pengetahuan, pendapatan keluarga, kemampuan membeli, akses pada pelayanan kesehatan, dukungan sosial dan lokasi pemukiman, ketiga faktor kebutuhan merupakan dasar atau stimulus langsung untuk menggunakan pelayanan kesehatan apabila dirasakan sebagai kebutuhan yang meliputi ; penilaian individu dan yang terakhir adalah metode yang merupakan bagian yang digunakan sebagai alat pendukung untuk mengetahui sejauh mana masyarakat mendapatkan informasi mengenai pelayanan kesehatan sehingga nantinya dapat mengambil tindakan untuk memenuhi kebutuhannya terhadap pelayanan kesehatan.

Seperti yang telah diuraikan diatas bahwa ada beberapa faktor yang berhubungan dengan penerimaan masyarakat terhadap sistem *Virtual Account Collective* yang dilaksanakan oleh BPJS Kesehatan, namun peneliti menduga ada beberapa faktor yang dominan dan keterbatasan waktu maka peneliti dibatasi beberapa faktor saja yang meliputi ; faktor predisposisi (usia, jenis kelamin, pendidikan, jumlah keluarga dan pekerjaan), faktor pendukung (pengetahuan, pendapatan keluarga, akses pelayanan kesehatan dan dukungan sosial), karakteristik kebutuhan (presepsi, motivasi dan niat) dan metode (prosedur pelayanan dan sosialisasi).

BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian deskriptif. Masyhuri dan Zainuddin (2008:34) menyatakan bahwa salah satu ciri dari penelitian deskriptif yakni memberikan gambaran terhadap fenomena-fenomena serta membuat prediksi atas suatu kejadian. Penelitian ini tidak melakukan tindakan apapun pengontrolan perlakuan pada subjek penelitian (Sugiyono, 2010:98). Pada jenis penelitian ini digunakan untuk menggambarkan penerimaan sistem *Virtual Account Collective* oleh peserta mandiri BPJS Kesehatan dalam pelayanan kesehatan di Puskesmas Sumpalsari Kabupaten Jember.

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

3.2.1 Tempat penelitian

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Sumpalsari Kabupaten Jember.

3.2.2 Waktu penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan Januari - November 2017. Kegiatan penelitian dimulai dari penyusunan proposal, pelaksanaan kegiatan penelitian, analisis hasil penelitian hingga penyusunan laporan.

3.3 Penentuan Populasi dan Sampel

3.3.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau subjek yang akan diteliti (Arikunto, 2006:44). Populasi terbagi menjadi populasi finite (terbatas) dan infinite tidak terbatas. Dalam penelitian ini populasi bersifat finite karena sudah diketahui jumlah populasinya. Populasi dalam penelitian ini yaitu peserta mandiri BPJS dan BP di Puskesmas Sumpalsari Kabupaten Jember dengan jumlah peserta mandiri sebesar 15.714 peserta.

3.3.2 Sampel dan Besar Sampel

a. Sampel

Sampel merupakan bagian dari populasi yang menjadi objek penelitian yang dipilih dengan cara tertentu sehingga dianggap mewakili populasi. Kriteria inklusi adalah karakteristik atau ciri-ciri yang perlu dipenuhi oleh setiap anggota populasi yang dapat diambil sebagai sampel (Notoatmodjo, 2010:130).

Kriteria inklusi penelitian ini adalah peserta mandiri BPJS Kesehatan yaitu peserta PBPU dan BP yang sudah pernah menggunakan *Virtual Account Collective* dan telah memanfaatkan pelayanan kesehatan lebih dari 2 kali.. Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah peserta mandiri BPJS Kesehatan dengan kepesertaan PBI.

b. Besar Sampel

Sampel penelitian adalah sebagian yang diambil dari keseluruhan obyek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2010:115). Dalam penelitian ini terdapat 15.714 peserta mandiri yang ada pada Puskesmas Sumpalsari Kabupaten Jember. Pada penelitian ini yang diteliti adalah peserta mandiri PBPU dan BP sehingga besar sampel dari penelitian ini berdasarkan rumus yang dikembangkan oleh Lameshow (Eriyanto, 2007: 296), yaitu :

$$n = \frac{Z^2 N.p.q}{d^2 (N-1) + Z^2 .p.q}$$

Keterangan :

- n = Sampel Besar
- N = Besar Populasi, dalam hal ini besar populasi yaitu 15.714 peserta
- Z = Standart Deviasi normal
- d = Derajat ketepatan yang digunakan
- p = Proporsi target populasi adalah 0,5
- q = Proporsi target atribut 1-p = 0,5

Pengambilan sampel dan jumlah populasi sebanyak 15.714 peserta mandiri PBPU dan BP, dengan menerapkan rumus diatas, maka besar sampel diperoleh sebanyak:

$$n = \frac{Z^2 N.p.q}{d^2 (N-1) + Z^2.p.q}$$

$$n = \frac{1,96^2 . 15714. 0,5 . (1-0,5)}{0,1^2 . (15714 - 1) + 1,96^2 . 0,5. (1-0,5)}$$

$$n = \frac{15.091,72}{157,13 + 0,9604}$$

$$n = 95,46 \approx 96$$

Berdasarkan perhitungan diatas diketahui besar sampel yang dapat mewakili populasi sebesar 96 peserta.

3.3.3 Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini dengan menggunakan teknik *konsektif sampling* yaitu merupakan teknik pengambilan sampel sumber data dengan mencari responden yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi sampling dengan batasan waktu tertentu (Sugiyono, 2014:219). Responden pada penelitian ini adalah peserta mandiri BPJS Kesehatan Peserta Bukan Penerima Upah (PBPU) dan Bukan Pekerja (BP) di Puskesmas Sumbersari Kabupaten Jember.

3.4 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah suatu definisi yang diberikan kepada suatu variabel atau konstruk dengan cara memberi arti, atau menspesifikasikan kegiatan, ataupun memberikan suatu operasional yang diperlukan untuk mengukur konstruk atau variabel tersebut (Nazir, 2011:126). Definisi operasional dan cara pengukuran yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

Tabel 3.1 Variabel penelitian dan Definisi operasional

No	Variabel penelitian	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Kriteria Pengukuran
1. Faktor Predisposisi				
	a. Pendidikan	Jenjang Pendidikan formal tertinggi responden yang telah ditamatkan responden berdasarkan pengakuan responden	Wawancara dengan kuesioner	a. Pendidikan rendah: (tidak sekolah, tidak tamat SD, tidak tamat SMP, tamat SMP) = 0 b. Pendidikan menengah: (tidak tamat SMA, tamat SMA) = 1 c. Pendidikan tinggi: (lulusan D1,D2,D3,S1,S2,S3) =2 (UU No.20 tahun 2003)
	b. Jumlah anggota keluarga	Banyaknya anggota keluarga yang ditanggung responden	Wawancara dengan kuesioner	Pengukuran dilakukan dengan kategori berikut: a. Kecil, jika anggota keluarga < 4 orang b. Sedang, jika anggota keluarga 5-7 orang c. Besar, jika anggota keluarga > 7orang (BKKBN dalam Sudiharto,2007)
	c. Pekerjaan	Kegiatan atau aktivitas yang dilakukan oleh responden dengan maksud memperoleh penghasilan untuk keluarganya	Wawancara dengan kuesioner	1. Tidak Bekerja 2. Bekerja
2. Faktor Pendukung				
	a. Pengetahuan	Tingkat pemahaman responden tentang sistem <i>Virtual Account Collective</i>	Wawancara dengan kuesioner	Pengetahuan diukur 8 pertanyaan dengan penilaian sebagai berikut Benar = 1 Salah = 0 Nilai max = 8

No	Variabel penelitian	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Kriteria Pengukuran
		1. Definisi VAC 2. Manfaat VAC 3. Iuran & denda VAC 4. VAC 5. Kepesertaan JKN 6. Kelas perawatan JKN		Nilai minimal = 0 Dari range 0-8 dikelompokkan menjadi 2 kategori yaitu rendah dan tinggi Perhitungan: Rentang: nilai max-min = 8-0 = 8 Panjang kelas interval = rentang/banyak kelas = 8/2 = 4 Sehingga diperoleh Pengetahuan rendah = 0-4 Pengetahuan tinggi = 5-8
	b. Pendapatan	Jumlah total penghasilan yang didapat oleh sebuah keluarga sebagai hasil dari seluruh usaha anggota keluarganya setia bulan	Wawancara dengan kuisisioner	a. Golongan pendapatan sangat tinggi (>3.500.000 per bulan) b. Golongan pendapatan tinggi (Rp. 2.500.000 – 3.500.000 per bulan) c. Golongan pendapatan sedang (Rp. 1.500.000 – 2.500.000 per bulan) d. Golongan pendapatan rendah (<Rp. 1.500.000 perbulan) (BPS, 2008)
	c. Akses pelayanan	Kemudahan responden datang ke tempat transaksi sistem <i>Virtual Account Collective</i> dilihat dari waktu tempuh, ketersediaan transportasi, biaya yang dibutuhkan dan proses transaksi yang dilakukan	Wawancara dengan kuesioner	Kategori penilaiannya dari 6 pertanyaan: a. Jika jarak <5km, waktu tempuh <30 menit, tidak tersedia sarana transportasi, ada biaya transportasi <Rp. 5000 dan proses transaksi sangat mudah = 5 b. Jika jarak 5-10km, waktu tempuh 35-45 menit, tersedia sarana transportasi, ada biaya transportasi 10.000-25.000 dan proses transaksi cukup

No	Variabel penelitian	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Kriteria Pengukuran
				<p>mudah = 3</p> <p>c. Jika jarak > 15km, waktu tempuh >45 menit, tersedia sarana transportasi, ada biaya transportasi >25.000 dan proses transaksi sulit = 1</p> <p>Ketentuan skor:</p> <p>a. Nilai maksimal = $5 \times 6 = 30$</p> <p>b. Nilai minimal = $1 \times 6 = 6$</p> <p>c. Interval = $30 - 6 = 24 / 3 = 8$</p> <p>Kriteria :</p> <p>a. Mudah, jika skor = 23-30</p> <p>b. Cukup, jika skor = 14-22</p> <p>c. Sulit, jika skor = 6-13</p>
	d. Dukungan Sosial	Dukungan yang diperoleh dari hubungan interpersonal yang berupa informasi verbal maupun non verbal yang diterima seseorang dari orang lain/kelompok lain yang membawa perubahan untuk mengetahui pelaksanaan sistem <i>virtual account collective</i> berasal dari : keluarga, tokoh masyarakat dan petugas kesehatan	Wawancara dengan kuesioner	<p>Dukungan sosial diukur dengan 6 pertanyaan dengan setiap pertanyaan diberikan alternatif jawaban:</p> <p>Ya : skor 1</p> <p>Tidak : skor 0</p> <p>Sehingga diperoleh:</p> <p>a. Nilai max = 6</p> <p>b. Nilai minimal = 0</p> <p>Selanjutnya dari range 0-6 dikelompokkan menjadi 2 kategori yaitu tinggi dan rendah panjang kelas interval yaitu $max - min = 6 - 0 = 6$</p> <p>Banyak kelas = 2</p> <p>Rentang = 3</p> <p>Sehingga skor :</p> <p>Dukungan rendah = $0 < x < 3$</p> <p>Dukungan tinggi = $4 < x < 6$</p>

No	Variabel penelitian	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Kriteria Pengukuran
3.	Karakteristik Kebutuhan			
	a. Persepsi	Pandangan responden terhadap sistem <i>Virtual Account Collective</i> terkait manfaat pelayanan yang diterima	Wawancara dengan kuesioner	Pengukuran dengan 6 pertanyaan, skor setiap item untuk pertanyaan yang positif a. Setuju = 2 b. Tidak setuju = 1 Skor setiap item penilaian negatif a. Setuju = 2 b. Tidak setuju = 1 Sehingga didapat skor penilaian sebagai berikut: a. maksimal : $2 \times 6 = 12$ b. minimal $1 \times 6 = 6$ range 0-12 dikelompokkan menjadi dua kategori positif dan negatif dengan interval = 3 sehingga kategori a. persepsi negatif = 6-9 b. persepsi positif = 10-12
	b. Motivasi	Dorongan dalam diri responden untuk memanfaatkan sistem virtual account	Wawancara dengan kuesioner	Pengukuran 4 pertanyaan, penilaian : Ya = 1 Tidak = 0 Sehingga skor a. Maksimal : $1 \times 4 = 4$

No	Variabel penelitian	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Kriteria Pengukuran
		collective		b. Minimal : $0 \times 4 = 0$ Dikelompokan menjadi 2 kategori yaitu tinggi dan rendah Dengan interval = 2 a. Motivasi rendah = 0-2 b. Motivasi tinggi = 3-4
	c. Niat	Keinginan yang kuat membayar iuran menggunakan sistem virtual account collective		Pengukuran dengan 4 pertanyaan, setiap pertanyaan diberikan alternatif jawaban: Ya: 1 Tidak : 0 Sehingga diperoleh: a.Nilai max= 4 b. nilai minim= 0 dikelompokan menjadi 2 kategori tinggi dan rendah, dengan interval 2 skor kategori a.Niat rendah = 0-2 b.Niat tinggi = 3-5
Metode				
	Sosialisasi	Pemberian pemahaman atau informasi kepada peserta mandiri BPJS	wawancara kuesioner	a. tidak dapat b. dapat < 2 kali, dari

- kantor BPJS Kesehatan
- c. dapat <2 kali, dari keluarga atau lingkungan
- d. dapat > 2 kali, dari kantor BPJS Kesehatan
- e. dapat >2 kali dari keluarga /lingkungan

<p>Pemanfaatan sistem <i>Virtual Account Collective</i></p>	<p>Tindakan peserta mandiri BPJS Kesehatan dalam melakukan pembayaran iuran menggunakan <i>Virtual Account Collective</i> Dalam pelayanan kesehatan</p>	<p>wawancara kuesioner</p>	<p>a. Membayar iuran dengan sistem <i>virtual account collective</i> setiap bulanya teratur</p> <p>b. Membayar Iuran Dengan Sistem <i>virtual Account collectiv</i> Setiap bulanya tidak teratur</p>
---	---	----------------------------	--

3.5 Data dan Sumber Data Penelitian

Data adalah hasil pencatatan penelitian, baik yang berupa fakta atau angka (Arikunto,2013). Data yang digunakan dalam penelitian ini ada dua macam,yaitu:

a. Data primer

Data primer adalah sumber data yang langsung memberikan data kepada pengumpul data (sugiyono, 2014:225). Data primer dari penelitian ini diperoleh melalui wawancara dengan responden yaitu mengenai faktor predisposisi (pendidikan, pekerjaan dan jumlah anggota), faktor pendukung (pengetahuan, pendapatan, akses pelayanan, dan dukungan sosial), karakteristik kebutuhan (persepsi, motivasi dan niat) dan metode (sosialisasi) serta penerimaan peserta mandiri PBPJ dan BP BPJS kesehatan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan.

b. Data sekunder

Data sekunder merupakan sumber yang tidak langsung memberikan data kepada pengumpul data, misalnya melalui orang lain atau dokumen (Sugiyono, 2014: 225). Data sekunder yang digunakan dalam penelitian ini diperoleh dari BPJS Kesehatan Kabupaten Jember. Data dari BPJS Kesehatan Kabupaten Jember meliputi data mengenai target dan capaian kolektibilitas atau iuran peserta mandiri PBP dan BP, data total kepesertaan JKN Kabupaten Jember dan total peserta PBP dan BP pada BPJS Kesehatan Kabupaten Jember.

3.6 Teknik dan Alat Perolehan Data

3.6.1 Teknik pengumpulan data

Pengumpulan data adalah prosedur yang sistematis dan standar untuk memperoleh data yang diperlukan. Teknik pengumpulan data merupakan bagian instrumen pengumpulan data yang menentukan berhasil atau tidak suatu penelitian (Bungin, 2013: 129). Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini, diantaranya:

a. Wawancara

Wawancara digunakan sebagai teknik pengumpulan data apabila peneliti ingin mengetahui hal-hal dari responden yang lebih mendalam dan jumlah respondennya sedikit atau kecil. Wawancara dapat dilakukan secara terstruktur (peneliti telah mengetahui dengan pasti tentang informasi apa yang telah diperoleh) maupun tidak terstruktur (peneliti tidak menggunakan pedoman wawancara yang telah tersusun secara sistematis dan lengkap sebagai pengumpul datanya) dan dapat dilakukan secara langsung (tatap muka) ataupun tidak langsung (Sugiyono, 2014: 233).

b. Dokumentasi

Dokumentasi merupakan catatan peristiwa yang sudah berlalu. Dokumen bisa berbentuk tulisan, gambar, atau karya-karya monumental dari seseorang (Sugiyono, 2014: 82). Dokumentasi merupakan metode yang dilakukan untuk meningkatkan ketepatan pengamatan. Dokumentasi ini dilakukan untuk

merekam pembicaraan dan juga dapat merekam suatu perbuatan yang dilakukan informan pada saat wawancara (Nazir, 2009:195). Dokumentasi pada penelitian ini adalah berupa rekaman hasil suara wawancara dengan informan, foto informan dan data terkait target dan capaian kolektibilitas atau iuran peserta mandiri PBPU dan BP, data total kepersertaan JKN Kabupaten Jember dan total peserta PBPU dan BP pada BPJS Kesehatan Kabupaten Jember.

3.7 Teknik Penyajian Data dan Analisis Data

3.7.1 Teknik penyajian data

Teknik penyajian data pada penelitian ini yaitu dengan cara penyajian textular dan tabel. Penyajian cara textular adalah penyajian data hasil penelitian dalam bentuk uraian kalimat. Penyajian data dengan tabel adalah suatu penyajian sistematis daripada data numerik, yang tersusun dalam kolom atau jajaran (Notoatmodjo, 2012:190). Jadi dalam penelitian ini data yang diperoleh disajikan dalam bentuk narasi disertai dengan penyajian tabel yang disesuaikan dengan jawaban dan responden.

3.7.2 Teknik Analisis Data

Analisis data dilakukan dengan mengorganisasikan data, menjabarkannya ke dalam unit-unit, melakukan sintesa, menyusun kedalam pola, memilih mana yang penting dan yang akan dipelajari, dan membuat kesimpulan yang dapat diceritakan kepada orang lain (sugiyono,2013:88). Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini yaitu analisis univariat (analisis deskriptif). Tujuan dari analisis univariat menurut Notoatmodjo (2012:182) yaitu untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian.

3.8 Validitas dan Reliabilitas Instrumen

3.8.1 Validitas Instrumen

Validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan alat ukur itu benar-benar mengukur apa yang diukur (Notoatmodjo, 2012:164). Untuk mengetahui apakah

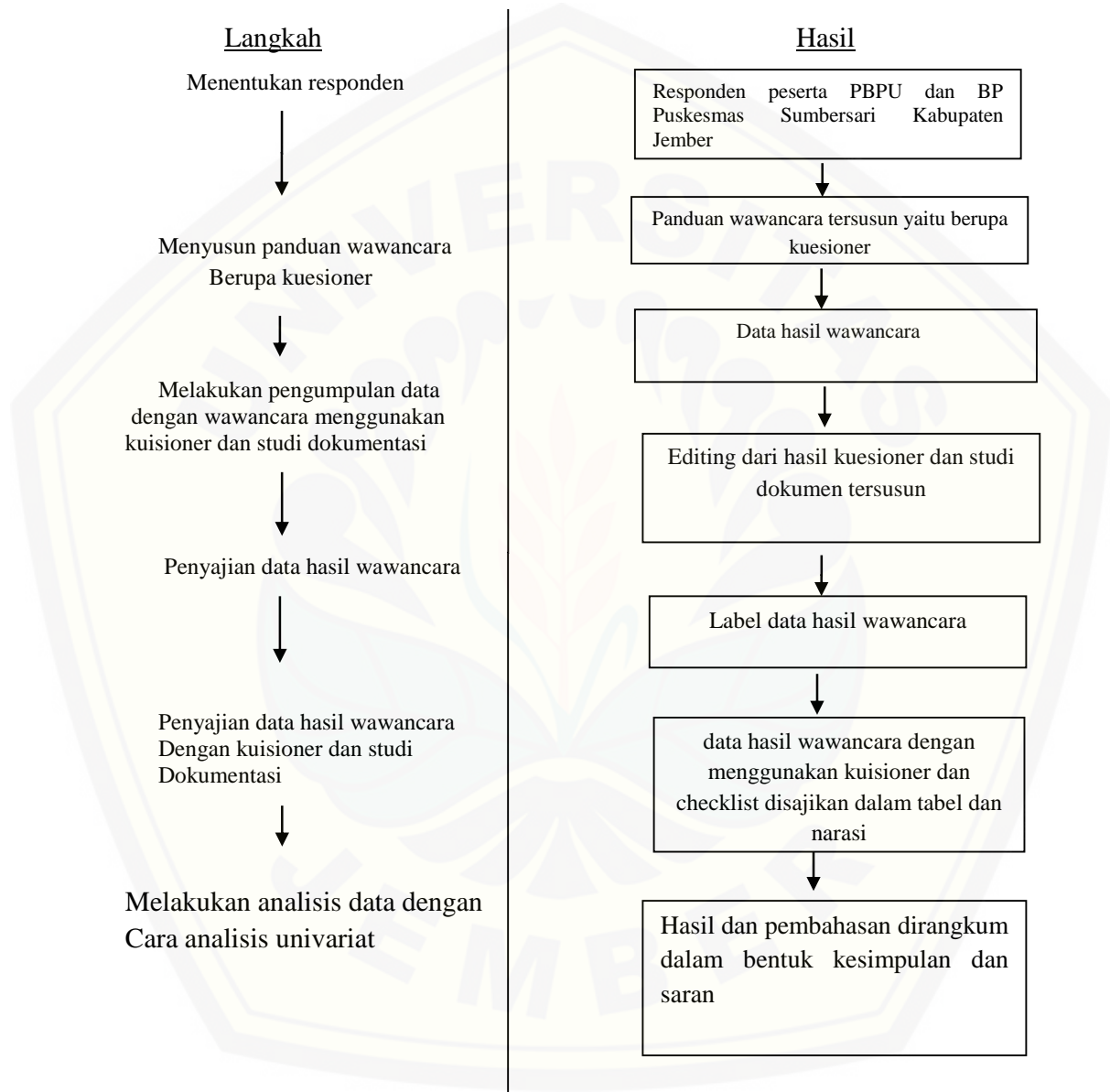
kuisisioner yang kita susun tersebut mampu mengukur apa yang hendak kita ukur, maka perlu diuji dengan uji korelasi antara skors (nilai) tiap-tiap item pertanyaan dengan skors total kuisisioner tersebut (Notoatmodjo,2010:164-165). Uji validitas instrumen data menggunakan rumus korelasi pearson product moment, keputusan uji jika r hitung $<$ r tabel maka variabel tidak valid. Validasi kuesioner telah dilakukan oleh Yuli Puspitasari pada tahun 2016 di Puskesmas Kasiyan Kabupaten Jember. Hasil menunjukkan bahwa dari semua item pertanyaan yang diuji ada satu pertanyaan yang tidak valid yaitu pada variabel dukungan sosial, yang tidak valid tersebut dikeluarkan dari kuesioner penelitian (Puspitasari, 2016:51).

3.8.2 Uji Reliabilitas

Reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan. Hal ini berarti menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran ini tetap konsisten atau tetap asas (ajeg) bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama, dengan menggunakan alat ukur yang sama. Perhitungan reliabilitas harus dilakukan hanya pada pertanyaan-pertanyaan yang sudah memiliki validitas (Notoatmodjo, 2010:168-170). Pengujian reliabilitas kuesioner yang dilakukan oleh Yuli Puspitasari pada tahun 2016 di Puskesmas Kasiyan Kabupaten Jember menggunakan rumus reliabilitas α dengan uji Alpha Cronbach, yaitu mengukur homogenitas item-item pertanyaan. Suatu alat dapat dinyatakan reliabel jika nilai α Cronbach $>$ r tabel. Penelitian ini uji reliabilitas diukur menggunakan 20 responden dengan r tabel nya (0,444). Pada pertanyaan yang tidak valid tidak diuji reliabilitas dan sisa pertanyaan dari kuisisioner adalah 43 pertanyaan dengan hasil pengujian semua kuesioner adalah reliabel (Puspitasari:2016:51).

3.9 Alur Penelitian

Uraian langkah-langkah penelitian dan hasil dari masing-masing langkah diuraikan dengan diagram berikut:



Gambar 3.1 Kerangka Alur Penelitian

BAB 5. PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian di Puskesmas Sumbersari Kabupaten Jember dapat disimpulkan sebagai berikut :

- a. Berdasarkan faktor predisposisi, Responden peserta mandiri BPJS Kesehatan memiliki kategori pendidikan rendah, sebagian besar responden bekerja dan mayoritas responden memiliki jumlah anggota keluarga dalam kategori kecil.
- b. Berdasarkan faktor pendukung, Responden memiliki pengetahuan dalam kategori rendah dan sebagian besar responden memiliki pendapatan rendah dan sedang, serta untuk akses pelayanan dalam kategori cukup mudah dilihat dari jarak, waktu tempuh, sarana transportasi, pembiayaan dan proses pembayaran iuran. Selain itu mayoritas responden memiliki dukungan sosial yang rendah.
- c. Berdasarkan faktor karakteristik kebutuhan, Responden memiliki persepsi dalam kategori positif, sebagian besar responden memiliki motivasi dalam kategori rendah dan memiliki niat kategori rendah.
- d. Berdasarkan metode yang didapat dalam penerimaan sistem *Virtual Account Collective*, Responden mayoritas memiliki kategori tidak pernah mendapatkan sosialisasi mengenai sistem *Virtual Account Collective* oleh BPJS Kesehatan.
- e. Berdasarkan pemanfaatan pelayanan , Responden sebagian besar memilih memanfaatkan sistem *Virtual Account Collective* dengan membayarkan iuran secara tidak teratur.

5.2 Saran

Berdasarkan hasil pembahasan diatas dapat diberikan saran dengan harapan dapat memberi masukan yang bermanfaat bagi instansi yang terkait, antara lain :

- a. Dalam upaya peningkatan pengetahuan peserta mandiri yang masih rendah terhadap sistem *Virtual Account Collective*, maka diharapkan untuk pihak BPJS Kesehatan melaksanakan *Training of Trainer* (TOT) kembali secara berkelanjutan yang ditujukan untuk masyarakat (seperti : kader kesehatan, perangkat desa, dan tokoh masyarakat). Masyarakat tersebut tidak hanya sebagai obyek sosialisasi, namun juga diharapkan mampu berperan sebagai subyek. Kegiatan TOT diharapkan juga dilakukan hingga ke pedesaan dalam penyaluran pemahaman, karena selama ini hanya melalui media elektronik atau cetak dan belum meratanya hingga wilayah-wilayah terpencil.
- b. Bagi puskesmas diharapkan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan melalui peningkatan kualitas SDM, agar motivasi masyarakat untuk membayarkan iuran dapat meningkat sehingga masyarakat dapat merasakan manfaat pelayanan kesehatan sebanding dengan biaya yang memadai.
- c. BPJS Kesehatan telah memiliki rencana program terkait sosialisasi namun sosialisasi mengenai pemanfaatan pembayaran iuran dengan *Virtual Account Collective* oleh peserta belum berjalan sesuai dengan apa yang diharapkan, karena masih banyaknya responden yang belum mendapatkan sosialisasi mengenai *Virtual Account Collective* maka perlu adanya peningkatan kembali frekuensi sosialisasi kepada masyarakat dengan memasukkan sosialisasi *Virtual Account Collective* melalui kegiatan program-program BPJS Kesehatan.
- d. Bagi BPJS Kesehatan diharapkan dapat membentuk alternatif metode pembayaran iuran selain *Virtual Account Collective*, yaitu dengan melakukan metode pembayaran secara akumulatif dengan melalui pembayaran pajak atau pembayaran listrik rumah tangga.
- e. Diharapkan pada penelitian selanjutnya untuk melakukan evaluasi kebijakan sistem *Virtual Account Collective*.

DAFTAR PUSTAKA

- Azwar, A. 1996. *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Jakarta: Sinar Harapan.
- Azwar, A. 2010. *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Tangerang: Binarupa Aksara.
- Arikunto, S. 2013. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik Edisi Revisi VI*. Jakarta: Bina Aksara
- Apollo & Cahyadi, A.2012. Konflik Peran Ganda Perempuan Menikah yang Bekerja Ditinjau Dari Dukungan Sosial Keluarga dan Penyesuaian Diri. *Widya Warta, jurnal Ilmiah Universitas Katolik Widya Mandala Madiun* NO.02 Tahun XXXV I/Julii 2012,254-270.
- Adisasmita, Rahardjo. 2011. *Pengelolaan Pendapatan dan Anggaran Daerah*. Jakarta: Yogyakarta.
- Athoillah, A. 2013. *Dasar-dasar manajemen*. Bandung : C.V Pustaka Setia
- Badan Pusat Statistik Provinsi Jawa Timur. 2016. Sosial dan Kependudukan Jumlah Penduduk Hasil Proyeksi 2011-2015.[serial online]. <http://jatim.bps.go.id/linkTabelStatis/view/id/323#accordion-daftar-subjek1/>. [23 November 2014]
- BPJS Kesehatan. 2016. VA Untuk Pembayaran Seluruh Anggota Keluarga. BPJS Kesehatan 2016. [serial online]. <http://bpjs-kesehatan.go.id/>. [29 Oktober 2016]
- BPJS Kesehatan. 2016. Peraturan Direksi No. 16 Tahun 2016 Petunjuk Teknis Penagihan dan Pembayaran Iuran JKN. BPJS Kesehatan 2016. [serial online]. <http://bpjs-kesehatan.go.id/>. [30 Oktober 2016]
- BPJS Kesehatan. 2016. Info BPJS Iuran 2016. [serial online]. <https://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/.../534534b096119387cdc14a061e347431.pdf>. [28 September 2016]
- BPJS Kesehatan. 2016. Jumlah Kepesertaan BPJS Kesehatan 2016. [serial online]. <http://www.bpjs-kesehatan.go.id/>. [29 september 2016]

- BPJS Kesehatan. 2011. Visi dan Misi BPJS Kesehatan. [serial online]. <http://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/index.php/pages/detail/2010/>. [10 Januari 2017]
- BPJS Kesehatan Kabupaten Jember. 2016. Jumlah Peserta Mandiri Jaminan Kesehatan Nasional tahun 2016. Jember: BPJS Kesehatan Kabupaten Jember.
- BPJS Kesehatan Kabupaten Jember. 2016. Prosentase Kolektibilitas Peserta Mandiri Jaminan Kesehatan Nasional tahun 2016. Jember: BPJS Kesehatan Kabupaten Jember
- Bungin, B. 2013. *Metodologi Penelitian Sosial & ekonomi: Format-Format Kuantitatif dan Kualitatif*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Daryanto & Setyabudi, I. 2014. *Konsumen dan Pelayanan Prima*. Yogyakarta : Penerbit Gava Media.
- Daryanto & Setyabudi, I. 2014. *Hubungan Mutu Pelayanan Kesehatan Dengan Tingkat Kepuasan Pasien Rawat Inap di Puskesmas Halmahera Kota Semarang Tahun 2014*. [Serial On Line]. <http://lib.unnes.ac.id/20257/1/6411411220-S.pdf> (diakses pada tanggal 10 oktober 2016)
- Djaali, H. (2007). *Psikologi pendidikan*. Jakarta : PT. Bumi Aksara.
- Info BPJS Kesehatan (Media Internal Resmi BPJS Kesehatan). 2016. Rutinitas Peserta Membayar Iuran Penting Untuk Menjaga Keberlanjutan JKN. Edisi XXVII. Oktober 2016. Hlm 4-5
- Kandau, G.D., Umboh, J.M.L., dan Rumengan, D.S.S., 2015. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan pada Peserta BPJS Kesehata di Puskesmas Paniki Bawang Kec. Mapanget Kota Manado. Program Studi Kesehatan Masyarakat. Universitas Sam Ratulangi Manado. [online]. Artikel Penelitian <http://ejournal.unsrat.ac.id> [13 Oktober 2017].
- Kertayasa, Gusti Bagus. 2010. Beberapa Faktor Yang Berhubungan Dengan Keteraturan Pembayaran Iuran Dana Sehat Di Desa Sendangmulyo

- Kecamatan Tirtomoyo Kabupaten Wonogiri. Jurnal. Bandung: Universitas Diponegoro
- Maulana , Heri. 2009. Promosi Kesehatan. Jakarta: Kedokteran EGC
- Masyhuri & Zainuddin, M. 2008. *Metodologi Penelitian, Pendekatan Praktis dan Aplikatif*. Bandung: Refika Aditama
- Moeloeng, L.J. 2010. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: Remaja Rosda Karya
- Mubarak, Wahit. I & Nurul. C. 2009. *Ilmu Kesehatan Masyarakat : Teori dan Aplikasi*. Jakarta : Salemba Medika
- Muninjaya, A.A. 2011. *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Kedokteran EGC
- Mulyadi, M. 2014. Info Singkat: *Sosialisasi Ketentuan Jaminan Sosial*. Jakarta: P3DI Setjen DPR RI.
- Muqorrobini, M., Aryani, M.A. 2014. Determinan Willingness To Pay (WTP) Iuran Peserta BPJS Kesehatan. Fakultas Ekonomi. Universitas Muhammadiyah Yogyakarta. [online]. Jurnal Penelitian. <http://journal.umy.ac.id>. (25 November 2017).
- Muzaham, F. 2007. *Sosiologi Kesehatan*. Jakarta : Universitas Indonesia
- Nazir, M. 2009. *Metode Penelitian*. Jakarta: Ghalia Indonesia
- Nara, Adriana. 2014. Hubungan Pengetahuan, Sikap, Akses Pelayanan, Jumlah Sumber Informasi dan Dukungan Keluarga dengan Pemanfaatan Fasilitas Kesehatan di Puskesmas Kawangan, Kab.Sumba Timur. Tesis. Denpasar: Universitas Udayana Denpasar
- Notoatmodjo, S. 2003. *Ilmu Kesehatan Masyarakat; Prinsip-prinsip Dasar*. Jakarta: Rineka Cipta
- Notoatmodjo, S. 2012. *Promosi Kesehatan & Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta

- Notoatmodjo, S. 2010. *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Edisi Revisi. Jakarta: Rineka Cipta
- Notoatmodjo, S. 2010. *Metode Penelitian Kesehatan*. Edisi Revisi. Jakarta: Rineka Cipta
- Perpres RI. 2016. *Peraturan Presiden Republik Indonesia No. 19 Tahun 2016 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan*. Jakarta.
- Perpres RI. 2016. *Peraturan Presiden Republik Indonesia No. 28 Tahun 2016 tentang Perubahan Ketiga Atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan*. Jakarta.
- Perdir BPJS Kesehatan. 2016. *Peraturan Direksi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 16 Tahun 2016 tentang Petunjuk Teknis Penagihan dan Pembayaran Iuran Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta
- Pemayun, Mita. 2015. *Pengambilan Keputusan Kepala Keluarga Dengan Kartu Tanda Penduduk Bali Untuk Mengikuti Program Jaminan Kesehatan Nasional Mandiri Kelas III Di Wilayah Kerja Puskesmas I Denpasar Utara*. Tesis. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Pusat Kajian Ekonomi dan Kebijakan Kesehatan. 2016. *Laporan Awal Hasil Intervensi Model Pembayaran Iuran Peserta PBPU*. [serial online]. <http://www.fkm.ui.ac.id/aplikasi-lean-activity-based-costing-pada-kasus-bpjs/>. [29 Oktober 2016]
- Putra, A, W. 2010. *Analisis permintaan penggunaan layanan kesehatan pada rumah sakit umum milik pemerintah di Kabupaten Semarang*. Semarang: Universitas Diponegoro.
- Puspitasari, Y. 2016. *Faktor Yang Mempengaruhi Partisipasi Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional Pada Pekerja Bukan Penerima Upah Di Desa Kasiyan Timur Wilayah Kerja Puskesmas Kasiyan Kabupaten Jember*. *Skripsi*. Jember: Universitas Jember.
- Priyoto. 2014. *Teori Sikap dan Perilaku dalam Kesehatan*. Jakarta: Nuha medika
- Ruby, M. 2016. *Peraturan Direksi BPJS Kesehatan No. 16 Tahun 2016 “ Jauh Panggang Dari Api”*. [Serial Online] *Artikel*. <http://jurnalsocialsecurity.com/>

Robbins SP & Judge. 2008. *Perilaku Organisasi Buku 2*. Jakarta : Salemba empat

Soerjono Soekanto. 2009. *Peranan Sosiologi Suatu Pengantar*, Edisi
Jakarta : Rajawali Pers

Sudiharto.2007. *Asuhan Keperawatan keluarga dengan pendekatan keperawatan
transkultural ; editor, Esty Whayuningsih – Jakarta : EGC*

Sakinah,dkk. 2014. *Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Kesadaran
Masyarakat Kelurahan Poris Gaga Tangerang Dalam Berasuransi
Kesehatan. Jurnal*. Jakarta: Universitas Esa Unggul

Singer, S., dkk. 2009. *Quality of care and emotional support from the inpatient
cancer patient's perspective*, No 394, Maret 2009, hlm. 723-731.

Sirega, F.U. 2012. *Pengaruh Persepsi tentang Kualitas Pelayanan Kesehatan
terhadap Kepuasan Pasien dan Minat Pemanfaatan Ulang di Rumah Sakit
Gigi dan Mulut FKG USU tahun 2012*. Tesis tidak diterbitkan. Medan:
Program Studi S2 FKM universitas Sumatera Utara.

Sugiarto. 2008. *Analisis Pendapatan, Pola Konsumsi dan Kesejahteraan Petani
Padi pada Basis Agroekosistem Lahan Sawah Irigasi di Perdesaan*.
Departemen Pertanian. Bogor

Sugihartono et al.2007. *Psikologi Pendidikan*. Yogyakarta: UNY Press

Sugiyono. 2014. *Metode Penelitian Manajemen*. Bandung: Alfabeta

Sudarmo, Eito, Indriyo. 1996. *Prinsip Dasar Manajemen*. Yogyakarta: BPFE

Suprihanto. 2009. *Perilaku Organisasional*. Yogyakarta: Sekolah Tinggi Ilmu
Ekonomi YKPN.

Sumardi,M. 2007. *Kemiskinan dan Kebutuhan Pokok*. Jakarta: Rajawali

Suparyanto M.kes.2014. *Konsep Dasar Pendapatan Keluarga*. [online].[http:// dr-
suparyanto/2014/03/konsep-dasar-pendapatan-keluarga.html](http://dr-suparyanto/2014/03/konsep-dasar-pendapatan-keluarga.html). (8 oktober
2017)

Suprpto,T & Fahrianoor.2004. *Komunikasi Penyuluhan dalam Teori & Praktek*. Arti Bumi Intaran. Yogyakarta

Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang *Sistem Jaminan Sosial Nasional*. 19 Oktober 2004. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150. Jakarta

Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 tentang *Badan Penyelenggara Jaminan Sosial*. 25 November 2011. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116. Jakarta

Vianey, Y.M. 2015. Pengetahuan dan Sikap Peserta BPJS Kesehatan dengan Motivasi Berobat ke Puskesmas Waikupang Kec. ILE APE. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIK) Makassar. [online]. Jurnal Penelitian. <http://stikmakassar.ac.id>. [10 oktober 2016]

Wasis. 2006. *Pedoman Riset Praktis untuk Profesi Perawat*. Jakarta: EGC

Yuono & Ino. 2005. Psikologi industri & Organisasi. Surabaya. : Fakultas Psikologi Univeritas Airlangga

Herlambang, S. 2013. *Pengantar Ilmu Manajemen*, Yogyakarta, Gosyen Publising

Lampiran A. Lembar Persetujuan**LEMBAR PERSETUJUAN**
(INFORMED CONSENT)

Saya yang bertandatangan dibawah ini :

Nama :

Alamat :

Umur :

Menyatakan bersedia menjadi subjek (informan) dalam penelitian dari:

Nama : Dinda Destra Issanti

NIM : 132110101149

Fakultas : Kesehatan Masyarakat

Judul : ” Gambaran Penerimaan Sistem *Virtual Account Collective* oleh Peserta Mandiri BPJS Kesehatan dalam Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Sumpalsari Kabupaten Jember”

Prosedur penelitian ini tidak akan menimbulkan resiko dan dampak apapun terhadap subjek penelitian, karena semata-mata untuk kepentingan ilmiah serta kerahasiaan jawaban kuesioner yang saya berikan dijamin sepenuhnya oleh peneliti. Oleh karena itu, saya bersedia menjawab pertanyaan-pertanyaan berikut secara benar dan jujur.

Jember,.....2017

Responden

Lampiran B. Kuesioner Penelitian**Kuisisioner Penelitian Untuk Responden Penelitian**

Judul : Gambaran Penerimaan Sistem *Virtual Account Collective* oleh Peserta Mandiri BPJS Kesehatan dalam pelayanan kesehatan di Puskesmas Sumbersari Kabupaten Jember Tahun 2017.

Nama Responden :
Alamat :
Umur :
Jenis Kelamin :

Berilah tanda silang (X) pada jawaban yang tersedia dan menurut anda sesuai dengan keadaan yang sebenarnya.

A. Faktor Prediposisi

1. Apa Pendidikan terakhir anda?
 - a. Tidak sekolah/tidak tamat SD
 - b. Tamat SD/MI/SMP/MTS/ sederajat
 - c. Tamat SMA/MA/SMK/ sederajat
 - d. Tamat perguruan tinggi (diploma, sarjana, magister, spesialis, dan doktor)
2. Apakah anda bekerja ?
 - a. Ya
 - b. Tidak
3. jika Ya, apa pekerjaan yang sekarang anda dijalani?
 - a. Petani
 - b. Pedagang
 - c. Buruh
 - d. Lainnya

4. Jumlah anggota Keluarga

- a. \leq 4orang
- b. 5 - 7 orang
- c. $>$ 7 orang

B. Faktor Pendukung**Pengetahuan**

Jawablah sesuai yang Anda ketahui....!

No	Pernyataan	Benar	Salah
5	<i>Virtual Account Collective</i> adalah suatu sistem tagihan iuran yang bersifat kolektif untuk seluruh anggota keluarga atau menggabungkan masing-masing tagihan peserta sebagaimana yang terdaftar pada Kartu Keluarga (KK)		
6	Fungsi <i>Virtual Account Collective</i> adalah untuk mempermudah masyarakat dalam proses pembayaran iuran dan memastikan bahwa iuran anggota keluarganya tidak ada yang terlewat dibayarkan		
7	Peserta mandiri wajib membayar iuran ke BPJS Kesehatan paling lambat tanggal 10 setiap bulan, jika tanggal 10 jatuh pada hari libur maka iuran dibayarkan pada hari kerja berikutnya		
8	Peserta JKN kategori Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) adalah pekerja diluar hubungan kerja atau pekerja mandiri contoh : PNS, anggota Polri, anggota TNI		
9	Didalam JKN ada 3 (tiga) kelas perawatan yang dijamin atau yang diberikan untuk peserta yaitu kelas 1, 2, 3 dan 4		
10	Bagi peserta mandiri yang membayar iuran lewat tanggal 10 akan dikenakan denda keterlambatan pembayaran iuran sebesar 2,5% dari total biaya diagnosis akhir pelayanan kesehatan yang didapatkan		

No	Pernyataan	Benar	Salah
	dikali jumlah bulan tertunggak. Denda dibayarkan jika dalam rentang waktu 45 hari setelah status kepesertaan kembali aktif dan peserta membutuhkan pelayanan rawat inap.		
11	Iuran yang harus dibayarkan untuk kelas 2 perawatan setiap bulannya sebesar Rp. 80.000,-		
12	<i>Virtual Account Collective</i> adalah sebagai upaya untuk meningkatkan iuran pembayaran peserta mandiri		

Pendapatan

13. Berapa total pendapatan keluarga per bulan ?

No	Nama Anggota Keluarga	Pendapatan (dalam rupiah)		
		Harian	Mingguan	Bulanan
1				
2				
3				
4				
5				
Total				

Akses Pelayanan

14. Berapa jarak rumah menuju tempat pembayaran iuran ?

- a. <5km
 - b. 5-10km
 - c. >11km
15. Berapa menit yang anda butuhkan untuk menuju tempat pembayaran iuran ?
- a. \leq 30 menit
 - b. 35-45 menit
 - c. $>$ 45menit
16. Sarana transportasi apa yang anda gunakan jika ingin ke tempat pembayaran iuran ?
- a. Transportasi umum
 - b. Kendaraan pribadi
 - c. lainnya
17. Adakah biaya yang anda keluarkan untuk transportasi pulang - pergi jika ingin ke tempat pembayaran iuran ?
- a. Ada, sebutkan (dalam rupiah).....
 - b. Tidak ada
18. Apa yang anda rasakan saat melakukan proses pembayaran iuran dengan *Virtual Account Collective*?
- a. Sangat mudah
 - b. Cukup Mudah
 - c. Sulit
19. Siapa yang melakukan proses pembayaran iuran?
- a. Diri sendiri
 - b. Kerabat
 - c. Lainnya

Dukungan Sosial

Keterangan :

Ya : Bila pernyataan tersebut sesuai dengan diri anda

Tidak : Bila pernyataan tersebut tidak sesuai dengan diri anda

NO	Pernyataan	Ya	Tidak
20	Keluarga memberikan informasi kepada saya tentang manfaat pembayaran iuran dengan sistem <i>Virtual Account Collective</i>		
21	Keluarga merelakan sebagian pendapatannya Digunakan untuk membayar iuran setiap bulannya.		
22	Tenaga kesehatan memberikan informasi tentang Pembayaran iuran dengan <i>Virtual Account Collective</i>		
23	Tenaga kesehatan memberitahukan tentang alur proses untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang dijamin JKN		
24	Tokoh masyarakat memberikan informasi tentang Pembayaran <i>Virtual Account Collective</i>		
25	Tokoh masyarakat telah membayar iuran dengan sistem <i>Virtual Account Collective</i>		

C. Karakteristik Kebutuhan**Persepsi**

Beri tanda centang (√) pada jawaban yang sesuai..!

No	Pernyataan	Setuju	Tidak setuju
26	Saya merasa bahwa sistem pembayaran dengan <i>Virtual Account Collective</i> Memberikan manfaat dalam Upaya meningkatkan iuran peserta		
27	Saya merasa jika pembayaran iuran dengan <i>Virtual Account Collective</i> dapat memudahkan pembayaran iuran seluruh anggota keluarga agar tidak ada yang terlewat		
28	Saya merasa bahwa membayar iuran dengan <i>Virtual Account Collective</i> atau pembayaran iuran secara kolektif berarti saya ikut berpartisipasi untuk membantu memenuhi target peningkatan iuran peserta mandiri pada tahun 2019		
29	Saya merasa pembayaran iuran secara kolektif terlalu berat untuk saya keluarkan setiap bulannya		
30	Saya merasa pembayaran dengan <i>Virtual Account Collective</i> atau pembayaran iuran secara kolektif memiliki prosedur yang sulit		
31	Saya merasa telah mendapatkan informasi yang jelas dan mudah		

No	Pernyataan	Setuju	Tidak setuju
	dimengerti tentang pembayaran dengan Virtual Account Collective		

Motivasi

Beri tanda centang (✓) pada jawaban yang sesuai...!

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
32	Apakah anda tertarik membayar dengan <i>Virtual Account Collective</i> atau pembayaran iuran secara kolektif ?		
33	Apakah anda akan tetap tertarik membayar iuran dengan <i>Virtual Account Collective</i> setelah mengetahui besaran iuran setiap Bulan yang harus dibayarkan ?		
34	Apakah karena alasan dengan adanya denda yang diberikan BPJS Kesehatan jika telat atau tidak membayar iuran akan mendorong anda membayar iuran dengan <i>Virtual Account Collective</i> atau pembayaran iuran secara kolektif?		
35	Apakah karena adanya alasan bahwa membayar dengan <i>Virtual Account Collective</i> atau pembayaran iuran secara kolektif, anggota keluarga lainya dalam pembayaran iuran tidak		

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
	akan ada yang terlewatkan?		

Niat

Berilah tanda centang (✓) pada jawaban yang sesuai..!

No	Pernyataan	Ya	Tidak
36	Saya membayar iuran secara kolektif dengan <i>Virtual Account Collective</i> atas kemauan saya sendiri		
37	Saya selalu mencari informasi tentang <i>Virtual Account Collective</i>		
38	Saya tetap datang ke tempat pembayaran untuk membayar iuran meskipun kondisi cuaca kurang baik.		
39	Saya menunggu antrian lama untuk Membayar iuran BPJS Kesehatan		

D. Metode

Sosialisasi

40. Berapa kali anda telah mendapatkan sosialisasi terkait sistem *Virtual Account Collective* ?

- a. Tidak Pernah
- b. < 2 kali
- c. > 2 kali

41. Darimana anda mendapatkan informasi mengenai sistem *Virtual Account Collective* ?

- a. Kantor BPJS Kesehatan
- b. Keluarga
- c. Lingkungan

Pemanfaatan Pelayanan *Virtual Account Collective*

42. Apakah anda akan membayar iuran dengan sistem *Virtual Account Collective* atau pembayaran iuran secara akumulatif setiap bulanya?

- a. Ya
- b. Tidak

43. Jika ya, pada tanggal berapa anda sering melakukan pembayaran iuran setiap bulanya?

Lampiran C. Surat Ijin Penelitian



**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
DINAS KESEHATAN**

Jl. Srikoyo I/03 Jember Telp. (0331) 487577 Fax (0331) 426624
Website : dinkes.jemberkab.go.id E-mail : sikdajember@yahoo.co.id

Jember, 12 September 2017

Nomor : 440 / 9396 / 311 / 2017
Sifat : Penting
Lampiran : -
Perihal : Ijin Penelitian

Kepada :
Yth. Sdr 1. Kepala Subbag Program dan Informasi
2. Plt. Kepala Puskesmas Sumbersari
di -
JEMBER

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/3897/314/2016, Tanggal 9 Oktober 2017, Perihal Ijin Penelitian, dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :

Nama : Dinda Destra Issanti
NIM : 132110101149
Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 kampus Tegal Boto Jember
Fakultas : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
Keperluan : Melaksanakan Penelitian Tentang :
➤ Gambaran penerimaan sistem virtual Account Collective oleh peserta mandiri BPJS kesehatan dalam peyanan kesehatan di puskesmas sumbersari kab.jember tahun 2017
Waktu Pelaksanaan : 12 September 2017 s/d 12 November 2017

Sehubungan dengan hal tersebut pada prinsipnya kami tidak keberatan, dengan catatan:

1. Penelitian ini benar-benar untuk kepentingan penelitian
2. Tidak dibenarkan melakukan aktifitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghenti kegiatan

Selanjutnya Saudara dapat memberi bimbingan dan arahan kepada yang bersangkutan.

Demikian dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.



dr. SITL NURUE OOMARIYAH, M.Kes
Pembina Tingkat I
NIP. 19680206 199603 2 004

Tembusan:
Yth. Sdr. Yang bersangkutan



**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**

Jalan Letjen S Parman No. 89 ☒ 337853 Jember

Kepada
Yth. Sdr. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Jember
di -

T E M P A T

SURAT REKOMENDASI

Nomor : 072/3897/314/2017

Tentang

PENELITIAN

- Dasar : 1. Peraturan Daerah Kabupaten Jember No. 6 Tahun 2012 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kab. Jember
2. Peraturan Bupati Jember No. 46 Tahun 2014 tentang Pedoman Penertiban Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember.
- Memperhatikan : Surat Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember tanggal 19 September 2017 Nomor : 4406/UN25.1.12/SP/2017 perihal Penelitian

MEREKOMENDASIKAN

- Nama / NIM. : Dinda Destra Issanti / 132110101149
Instansi : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
Alamat : Jl. Kalimantan 37 Kampus Tegal Boto Jember
Keperluan : Mengadakan Penelitian untuk penyusunan skripsi dengan judul : "Gambaran Penerimaan Sistem Virtual Account Collective Oleh Peserta Mandiri BPJS Kesehatan Dalam pelayanan Kesehatan Di Puskesmas Sumbersari Kabupaten Jember Tahun 2017"
Lokasi : Dinas kesehatan dan Puskesmas Sumbersari Kabupaten Jember
Waktu Kegiatan : September s/d November 2017

Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember
Tanggal : 09-10-2017

An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK
KABUPATEN JEMBER
Kabid. Kajian Strategis dan Politik


 ACHMAD DAVID P. S.Sos
 Penata Tk. 1
 NIP. 196909121996021001

- Tembusan :
Yth. Sdr. : 1. Dekan FKM Universitas Jember;
2. Yang Bersangkutan.

Lampiran D. Hasil Analisis Menggunakan SPSS

Pendidikan * Pemanfaatansistemvirtualaccountcollective Crosstabulation

		Pemanfaatansistemvirtualacco untcollective		Total
		membayar iuran dengan sistem virtual account collective secara teratur	membayar iuran dengan sistem virtual account collective tidak teratur	
Pendidikan	pendidikan tinggi	Count 8	16	24
		% within Pendidikan 33,3%	66,7%	100,0%
		% of Total 8,3%	16,7%	25,0%
pendidikan menengah	Count	17	13	30
	% within Pendidikan	56,7%	43,3%	100,0%
	% of Total	17,7%	13,5%	31,3%
pendidikan rendah	Count	18	24	42
	% within Pendidikan	42,9%	57,1%	100,0%
	% of Total	18,8%	25,0%	43,8%
Total	Count	43	53	96
	% within Pendidikan	44,8%	55,2%	100,0%
	% of Total	44,8%	55,2%	100,0%

Jumlahanggotakeluarga * Pemanfaatansistemvirtualaccountcollective Crosstabulation

		Pemanfaatansistemvirtualacco untcollective		Total
		membayar iuran dengan sistem virtual account collective secara teratur	membayar iuran dengan sistem virtual account collective tidak teratur	
Jumlahanggotakeluarga	sedang	Count 15	19	34
		% within Jumlahanggotakeluarga 44,1%	55,9%	100,0%
		% of Total 15,6%	19,8%	35,4%
kecil	Count	28	34	62
	% within Jumlahanggotakeluarga	45,2%	54,8%	100,0%
	% of Total	29,2%	35,4%	64,6%
Total	Count	43	53	96
	% within Jumlahanggotakeluarga	44,8%	55,2%	100,0%
	% of Total	44,8%	55,2%	100,0%

Pekerjaan * Pemanfaatansistemvirtualaccountcollective Crosstabulation

			Pemanfaatansistemvirtualacco untcollective		Total
			membayar iuran dengan sistem virtual account collective secara teratur	membayar iuran dengan sistem virtual account collective tidak teratur	
Pekerjaan	tidak bekerja	Count	18	21	39
		% within Pekerjaan	46,2%	53,8%	100,0%
		% of Total	18,8%	21,9%	40,6%
	bekerja	Count	25	32	57
		% within Pekerjaan	43,9%	56,1%	100,0%
		% of Total	26,0%	33,3%	59,4%
Total	Count	43	53	96	
	% within Pekerjaan	44,8%	55,2%	100,0%	
	% of Total	44,8%	55,2%	100,0%	

Pengetahuan * Pemanfaatansistemvirtualaccountcollective Crosstabulation

			Pemanfaatansistemvirtualacco untcollective		Total
			membayar iuran dengan sistem virtual account collective secara teratur	membayar iuran dengan sistem virtual account collective tidak teratur	
Pengetahuan	pengetahuan tinggi	Count	18	15	33
		% within Pengetahuan	54,5%	45,5%	100,0%
		% of Total	18,8%	15,6%	34,4%
	pengetahuan rendah	Count	25	38	63
		% within Pengetahuan	39,7%	60,3%	100,0%
		% of Total	26,0%	39,6%	65,6%
Total	Count	43	53	96	
	% within Pengetahuan	44,8%	55,2%	100,0%	
	% of Total	44,8%	55,2%	100,0%	

Pendapatan * Pemanfaatansistemvirtualaccountcollective Crosstabulation

			Pemanfaatansistemvirtualacco untcollective		Total
			membayar iuran dengan sistem virtual account collective secara teratur	membayar iuran dengan sistem virtual account collective tidak teratur	
Pendapatan	pendapatan rendah	Count	17	19	36
		% within Pendapatan	47,2%	52,8%	100,0%
		% of Total	17,7%	19,8%	37,5%
	pendapatan sedang	Count	12	24	36
		% within Pendapatan	33,3%	66,7%	100,0%
		% of Total	12,5%	25,0%	37,5%
	pendapatan tinggi	Count	11	7	18
		% within Pendapatan	61,1%	38,9%	100,0%
		% of Total	11,5%	7,3%	18,8%
	pendapatan sangat tinggi	Count	3	3	6
		% within Pendapatan	50,0%	50,0%	100,0%
		% of Total	3,1%	3,1%	6,3%
Total		Count	43	53	96
		% within Pendapatan	44,8%	55,2%	100,0%
		% of Total	44,8%	55,2%	100,0%

Akseselayanan * Pemanfaatansistemvirtualaccountcollective Crosstabulation

			Pemanfaatansistemvirtualacco untcollective		Total
			membayar iuran dengan sistem virtual account collective secara teratur	membayar iuran dengan sistem virtual account collective tidak teratur	
Akseselayanan	sulit	Count	22	22	44
		% within Akseselayanan	50,0%	50,0%	100,0%
		% of Total	22,9%	22,9%	45,8%
	cukup	Count	20	28	48
		% within Akseselayanan	41,7%	58,3%	100,0%
		% of Total	20,8%	29,2%	50,0%
	mudah	Count	1	3	4
		% within Akseselayanan	25,0%	75,0%	100,0%
		% of Total	1,0%	3,1%	4,2%
Total		Count	43	53	96
		% within Akseselayanan	44,8%	55,2%	100,0%
		% of Total	44,8%	55,2%	100,0%

Dukungansosial * Pemanfaatansistemvirtualaccountcollective Crosstabulation

			Pemanfaatansistemvirtualacco untcollective		Total
			membayar iuran dengan sistem virtual account collective secara teratur	membayar iuran dengan sistem virtual account collective tidak teratur	
Dukungansosial	dukungan tinggi	Count	6	7	13
		% within Dukungansosial	46,2%	53,8%	100,0%
		% of Total	6,3%	7,3%	13,5%
	dukungan rendah	Count	37	46	83
		% within Dukungansosial	44,6%	55,4%	100,0%
		% of Total	38,5%	47,9%	86,5%
Total	Count	43	53	96	
	% within Dukungansosial	44,8%	55,2%	100,0%	
	% of Total	44,8%	55,2%	100,0%	

Persepsi * Pemanfaatansistemvirtualaccountcollective Crosstabulation

			Pemanfaatansistemvirtualacco untcollective		Total
			membayar iuran dengan sistem virtual account collective secara teratur	membayar iuran dengan sistem virtual account collective tidak teratur	
Persepsi	persepsi positif	Count	27	25	52
		% within Persepsi	51,9%	48,1%	100,0%
		% of Total	28,1%	26,0%	54,2%
	persepsi negatif	Count	16	28	44
		% within Persepsi	36,4%	63,6%	100,0%
		% of Total	16,7%	29,2%	45,8%
Total	Count	43	53	96	
	% within Persepsi	44,8%	55,2%	100,0%	
	% of Total	44,8%	55,2%	100,0%	

Motivasi * Pemanfaatansistemvirtualaccountcollective Crosstabulation

			Pemanfaatansistemvirtualacco untcollective		Total
			membayar iuran dengan sistem virtual account collective secara teratur	membayar iuran dengan sistem virtual account collective tidak teratur	
Motivasi	motivasi rendah	Count	30	23	53
		% within Motivasi	56,6%	43,4%	100,0%
		% of Total	31,3%	24,0%	55,2%
	motivasi tinggi	Count	13	30	43
		% within Motivasi	30,2%	69,8%	100,0%
		% of Total	13,5%	31,3%	44,8%
Total	Count	43	53	96	
	% within Motivasi	44,8%	55,2%	100,0%	
	% of Total	44,8%	55,2%	100,0%	

Niat * Pemanfaatansistemvirtualaccountcollective Crosstabulation

			Pemanfaatansistemvirtualacco untcollective		Total
			membayar iuran dengan sistem virtual account collective secara teratur	membayar iuran dengan sistem virtual account collective tidak teratur	
Niat	niat tinggi	Count	22	7	29
		% within Niat	75,9%	24,1%	100,0%
		% of Total	22,9%	7,3%	30,2%
	niat rendah	Count	21	46	67
		% within Niat	31,3%	68,7%	100,0%
		% of Total	21,9%	47,9%	69,8%
Total	Count	43	53	96	
	% within Niat	44,8%	55,2%	100,0%	
	% of Total	44,8%	55,2%	100,0%	

Sosialisasi * Pemanfaatansistemvirtualaccountcollective Crosstabulation

			Pemanfaatansistemvirtualaccountcollective		Total
			membayar iuran dengan sistem virtual account collective secara teratur	membayar iuran dengan sistem virtual account collective tidak teratur	
Sosialisasi	dapat >2 kali, dari keluarga atau lingkungan	Count	4	1	5
		% within Sosialisasi	80,0%	20,0%	100,0%
		% of Total	4,2%	1,0%	5,2%
	dapat >2 kali, dari kantor BPJS Kesehatan	Count	1	0	1
		% within Sosialisasi	100,0%	0,0%	100,0%
		% of Total	1,0%	0,0%	1,0%
	dapat <2 kali, dari keluarga atau lingkungan	Count	4	4	8
		% within Sosialisasi	50,0%	50,0%	100,0%
		% of Total	4,2%	4,2%	8,3%
	dapat <2 kali, dari kantor BPJS Kesehatan	Count	3	1	4
		% within Sosialisasi	75,0%	25,0%	100,0%
		% of Total	3,1%	1,0%	4,2%
tidak dapat	Count	31	47	78	
	% within Sosialisasi	39,7%	60,3%	100,0%	
	% of Total	32,3%	49,0%	81,3%	
Total	Count	43	53	96	
	% within Sosialisasi	44,8%	55,2%	100,0%	
	% of Total	44,8%	55,2%	100,0%	

Lampiran E. Dokumentasi



Gambar 1. Mewawancarai Peserta Mandiri PBPB BPJS Kesehatan Di Puskesmas Summersari Kabupaten Jember



Gambar 2. Mewawancarai Peserta Mandiri BP BPJS Kesehatan di Puskesmas Summersari Kabupaten Jember



Gambar 3. Mewawancarai Peserta Mandiri BPJS Kesehatan di Puskesmas Sumbersari Kabupaten Jember