BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Jaminan Kesehatan Nasional

2.1.1 Definisi

Jaminan Kesehatan Nasional atau lebih dikenal dengan istilah JKN merupakan upaya pemerintah dalam memberikan perlindungan terhadap hak dasar kesehatan masyarakat dengan mekanisme yang hampir sama dengan asuransi kesehatan. Dengan memanfaatkan konsep asuransi sosial dan prinsip ekuitas maka dibuatlah Jaminan Kesehatan Nasional (Undang-Undang No. 24, 2011). Penjelasan tentang JKN dimuat dalam Peraturan Presiden nomor 12 Tahun 2013 sebagai jaminan kesehatan bagi peserta dengan memberikan kontribusi atau menerima bantuan pemerintah dalam memberikan kontribusi sehingga peserta JKN dapat menerima manfaat dalam pemeliharaan, perlindungan, dan pemenuhan kebutuhan kesehatan primer (dasar).

Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) mencakup asuransi kesehatan nasional. Menurut peraturan nomor 40 Tahun 2004, setiap penduduk diwajibkan mendaftar sebagai peserta jaminan sosial. Oleh karena itu kepesertaan JKN sendiri bersifat mandatory (wajib). Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan bertanggung jawab untuk mengatur pelaksanaan JKN. Dalam hal ini, pemerintah bertanggung jawab melaksanakan jaminan kesehatan bagi setiap penduduk melalui SJSN untuk inisiatif kesehatan pribadi (Febya Pangestika et al., 2017).

2.1.2 Tujuan dan Manfaat

Pemerintah Indonesia menciptakan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dengan tujuan melindungi hak-hak dasar penduduk untuk mendapatkan perawatan kesehatan dengan menawarkan manfaat dari pemeliharaan dan perawatan pada asuransi kesehatan yang bersifat komprehensif. Selain itu, JKN jug bertujuan untuk mempromosikan perawatan kesehatan yang meningkatkan mutu atau kualitas, layanan berpusat pada pasien, dan efisiensi tanpa memberi penghargaan kepada fasilitas medis yang merawat pasien secara berlebihan *(over treatment)* atau kurang *(under treatment)*, sehingga dapat menyebabkan hasil yang merugikan (Permenkes RI, 2016).

Manfaat medis dan non-medis dipisahkan di bawah asuransi kesehatan nasional (JKN). Layanan kesehatan dapat dianggap sebagai layanan kesehatan dengan manfaat medis pada program JKN berupa pelayanan kesehatan, sementara akomodasi dan ambulans dapat dianggap sebagai manfaat non-medis. Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang SJSN dan Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang jaminan kesehatan keduanya mengatur *benefit* dari keikutsertaan dalam asuransi kesehatan nasional di Indonesia. Menurut kedua aturan ini, keuntungan yang diperoleh dari program JKN berupa layanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, serta didalamnya termasuk persyaratan untuk obat serta persediaan medis habis pakai yang diperlukan dalam sistem perawatan terkelola *(managed care)*.

Tidak semua jenis pengobatan ditanggung oleh program JKN. Kategori manfaat pelayanan kesehatan yang di*cover* dan tidak di*cover* oleh pemerintah dimuat dalam Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018: "Manfaat pelayanan kesehatan yang dijamin berupa pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang berasal dari pemberi pelayanan kesehatan secara komprehensif". Hal tersebut meliputi (Perpres No. 82 tahun 2018):

A. Pemeriksaan, pengobatan, konsultasi medis, pemeriksaan penunjang diagnostik, pemeriksaan kesehatan, pengobatan, konsultasi medis, dan penyuluhan kesehatan perorangan yang sekurang-kurangnya meliputi sosialisasi tentang pengendalian risiko suatu masalah kesehatan (penyakit) serta perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS).
B. Imunisasi dasar seperti vaksin *Bacille Calmett Guerin* (BCG), *Difteri Pertusis Tetanus* dan Hepatitis B (DPT HB), polio, dan campak, serta pemerintah menyediakan imunisasi dasar gratis.
C. Keluarga Berencana termasuk layanan konseling, kontrasepsi minimal yang efektif, vasektomi, dan tubektomi yang bekerja sama dengan organisasi keluarga berencana dan pemerintah menyediakan kontrasepsi dasar gratis..
D. Pemeriksaan kesehatan *(screening test)* yang ditawarkan secara kolektif yang dimaksudkan untuk mengidentifikasi risiko penyakit individu dan menghentikan efek, serta konsekuensi lebih lanjut dari penyakit tersebut.

E. Pelayanan pengobatan, perlengkapan medis, dan perawatan di ruang rawat inap

Sedangkan untuk kelompok layanan medis yang tidak ditanggung oleh program JKN meliputi:

A. Layanan yang tidak mengikuti aturan dan regulasi
B. Layanan kesehatan yang berasal dari penyedia fasilitas kesehatan yang tidak berafiliasi dengan BPJS Kesehatan
C. Layanan estetika
D. Layanan dan pengobatan alternatif yang ditawarkan sebagai tanggapan terhadap keadaan darurat atau epidemi
E. Layanan kesehatan yang dilakukan oleh fasilitas kesehatan yang berada di luar negeri
F. Layanan kesehatan yang terkait dengan penyalahgunaan narkoba, bunuh diri, dan tindak pidana penyalahgunaan narkotika

2.1.3 Kepesertaan JKN

Setiap warga negara Indonesia dan orang asing yang menetap di Indonesia selama lebih dari enam (6) bulan wajib mengikuti program JKN, sesuai Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU RI No.40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional). Warga negara terdaftar dalam program JKN setelah melakukan pembayaran iuran dan premi dianggap sebagai peserta JKN. Dengan melakukan pembayaran iuran atau premi tambahan, setiap peserta JKN dapat mendaftarkan keluarga dan tanggungannya. Peserta JKN dibagi menjadi dua kategori, yaitu peserta yang menerima bantuan dan peserta yang tidak menerima bantuan (BPJS Kesehatan, 2020).

A. Penerima Bantuan Iuran (PBI-JKN)

Menurut Pasal 13 Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013, peserta yang dikategorikan sebagai PBI-JKN adalah masyarakat yang kurang mampu dan tidak mampu. Orang yang tidak memiliki sumber penghasilan dan tidak mampu memenuhi kebutuhan dasar keluarga dianggap sebagai penduduk miskin (Peraturan Pemerintah 101 Tahun 2011). Adapun menteri yang bertanggung jawab atas urusan sosial dan ekonomi adalah orang yang berhak untuk menentukan siapa saja yang memenuhi syarat untuk terdaftar sebagai peserta JKN

PBI-JKN dan pemerintah, baik pemerintah pusat ataupun pemerintah daerah yang akan membayar premi untuk peserta PBI-JKN setelah menyesuaikan data tersebut dengan APBD dan APBN.

B. Bukan Penerima Bantuan Iuran (Non PBI-JKN)

Penduduk Indonesia, kecuali fakir miskin atau miskin adalah peserta JKN yang dapat dikategorikan sebagai peserta Non PBI-JKN. Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 Pasal 4 mengatur kepesertaan Non PBI-JKN dan mencantumkan hal-hal berikut ini (Kementerian Kesehatan 2013):

a. Pekerja Penerima Upah (PPU) beserta anggota keluarganya (Perpres No. 82, 2018):
    1) Pegawai Negeri Sipil (PNS);
    2) Anggota TNI dan POLRI;
    3) Pejabat Pemerintahan dan Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri;
    4) Pimpinan dan anggota DPRD;
    5) Pegawai Swasta;
    6) dan pekerja yang tidak tercantum di atas dan menerima upah. Termasuk WNA yang hanya bekerja selama enam (6) bulan di Indonesia.
b. Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) beserta anggota keluarganya (Perpres No. 82, 2018):
    1) Pekerja yang tidak terikat hubungan kerja (mandiri); dan
    2) Pekerja bukan penerima upah dan tidak tercantum pada poin di atas, termasuk WNA yang bekerja selama enam (6) bulan di Indonesia.
c. Kategori Bukan Pekerja (BP) beserta anggota keluarga (Perpres No. 82, 2018):
    1) Pemberi investasi (investor);
    2) Badan usaha;
    3) Penerima pensiun;
    4) Veteran;
    5) Perintis kemerdekaan;

6) Seorang janda, duda atau anak yatim dari veteran atau perintis kemerdekaan, dan bukan pekerja yang tidak termasuk di atas yang mampu membayar premi.

2.1.4 Pendaftaran Peserta JKN

A. Pendaftaran Peserta Penerima Iuran (PBI)

Pendaftaran peserta PBI-JKN diatur oleh Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 pasal 10. Pemerintah bertanggung jawab untuk mendaftarkan peserta PBI dan langkah awal yang dilakukan adalah dengan mengumpulkan informasi dari masyarakat miskin dan kurang mampu. Lembaga yang bertanggung jawab untuk mengumpulkan data ini adalah badan statistik yang bekerja sama dengan menteri dan pejabat yang diperlukan, termasuk menteri keuangan dan menteri sosial. Setelah data peserta PBI terkumpul, maka menteri sosial memiliki peran untuk melakukan validasi dan verifikasi serta mengelompokan data sesuai dengan provinsi dan kabupaten/kota. Selanjutnya data yang telah ada disampaikan kepada menteri kesehatan dan DJSN. Dimana data tersebut akan menjadi landasan penentuan jumlah peserta PBI nasional.

Langkah terakhir dalam hal ini adalah Menteri Kesehatan memberitahukan kepada BPJS Kesehatan berapa jumlah peserta PBI yang tergabung sebagai peserta JKN. Selain itu, setiap peserta yang terdaftar akan mendapatkan nomor identitas tunggal yang berasal dari BPJS Kesehatan.

B. Pendaftaran Bagi Peserta Non PBI Kategori Pekerja Penerima Upah

Setiap badan usaha atau perusahaan bertanggung jawab untuk mendaftarkan karyawan dan anggota keluarganya. Untuk mendaftarkan pekerja, maka perlu memberikan lampiran formulir pendaftaran terkait (badan usaha, badan hukum, dan data migrasi) serta data pekerja yang harus sesuai dengan ketentuan dari BPJS Kesehatan. Nomor *virtual account* atau VA kemudian akan diterbitkan untuk perusahaan ataupun badan usaha terkait yang kemudian dapat digunakan pada saat melakukan pembayaran ke bank yang telah bermitra dengan perusahaan atau badan usaha terkait.

C. Pendaftaran Peserta Non PBI Kategori Pekerja Bukan Penerima Upah dan Kategori Bukan Pekerja

Sementara itu, berikut ini langkah-langkah yang dilakukan untuk mendaftarkan peserta non-PBI dalam kategori PPU dan BP:

1) Setiap orang yang berniat ikut serta sebagai peserta JKN mendaftarkan diri di kantor BPJS Kesehatan.
2) Setiap calon peserta JKN melengkapi formulir Daftar Isian Peserta (DIP) dan turut mencantumkan fotokopi identitas diri, Kartu Keluarga, dan pas foto calon peserta ukuran 3x4 (1 lembar). Calon peserta dapat melampirkan fotokopi kartu keluarga, akta nikah, atau akta kelahiran untuk memberikan informasi tentang anggota keluarganya.
3) Calon peserta akan menerima nomor VA atau *virtual account* setelah mendaftar
4) Pembayaran premi akan dilakukan calon bank yang dipilih sebagai mitra (BRI/Mandiri/BNI)
5) Kartu JKN dapat dicetak di fasilitas BPJS Kesehatan dengan menunjukan bukti pembayaran premi
6) Pengisian formulir pendaftaran peserta dan migrasi dilakukan secara kolektif bagi pensiunan atau bukan pekerja dengan pengelola dana pensiunan BUMN atau BUMD
7) Situs website resmi BPJS Kesehatan juga dapat digunakan untuk mendaftar JKN-KIS

2.1.5 Hak dan Kewajiban Peserta JKN

Setiap peserta program JKN harus menyadari hak dan tanggung jawabnya serta memenuhinya. Peserta JKN harus mendapatkan hak-hak sebagai berikut:

a. Identitas peserta
b. Mendapatkan *benefit* berupa pemberian pelayanan kesehatan pada setiap fasilitas kesehatan yang berafiliasi dengan BPJS Kesehatan

Adapun kewajiban peserta JKN yang harus ditunaikan, meliputi:

a. Membayar premi atau iuran yang telah ditentukan

b. Ketika peserta pindah, melaporkan informasi jika tergabung dalam program JKN kepada pihak BPJS Kesehatan dengan membawa lampiran identitas diri.

2.2 BPJS Kesehatan

2.2.1 Definisi

Menyelenggarakan program jaminan sosial adalah tujuan dari BPJS Kesehatan. Dengan memenuhi hal-hal dasar seperti kesehatan, JKN digambarkan sebagai bentuk usaha pemerintah dalam melindungi masyarakat. Hal tersebut dipisahkan menjadi dua kategori berdasarkan layanan yang ditawarkan: BPJS Ketenagakerjaan dan BPJS Kesehatan. Untuk menawarkan perlindungan bagi pekerja Indonesia baik di sektor industri formal maupun informal, BPJS Ketenagakerjaan memiliki peran dalam hal tersebut. Sedangkan BPJS Kesehatan bertanggung jawab untuk menjamin perlindungan kesehatan dasar universal bagi seluruh rakyat Indonesia.

Untuk kepentingan seluruh rakyat Indonesia, BPJS menerapkan prinsip kemanusiaan, manfaat, dan keadilan sosial. Prinsip-prinsip tersebut diterapkan melalui prinsip bergotong-royong, nirlaba, keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, probabilitas, mandatory, dana amanah, dan penggunaan hasil pengelolaan dana untuk pengembangan program kepentingan peserta.

2.2.2 Fungsi, Tugas, Wewenang, Hak, dan Kewajiban BPJS

Program JKN dikoordinasikan oleh suatu lembaga, yaitu BPJS Kesehatan. Sehingga, BPJS Kesehatan dapat mengelola dana jaminan sosial, menerima serta melakukan pendaftaraan, menghimpun premi, memperoleh bantuan pemerintah untuk premi, mengumpulkan dan mengelola data peserta program jaminan kesehatan, mendanai pelayanan kesehatan, dan menyebarluaskan informasi tentang penyelenggaraan program JKN.

BPJS Kesehatan berwenang menagih pembayaran premi, melakukan pengawasan dan pemeriksaan, dan menegosiasikan ketentuan kontrak kerja dengan fasilitas kesehatan, menentukan besaran iuran fasilitas kesehatan, mengeluarkan sanksi administratif, dan bekerja sama dengan pihak lain.

Sesuai aturan, BPJS berhak menghimpun dana operasional pada saat pelaksanaan program yang berasal dari dana program dan jaminan sosial. Selain itu, BPJS berhak menerima hasil pemantauan dan penilaian (monitoring dan evaluasi) dari DJSN setiap periode enam (6) bulan. Tanggung jawab BPJS Kesehatan sendiri antara lain menjamin peserta mendapatkan nomor identitas tunggal, membuat aset dana untuk kepentingan peserta, memberikan informasi tentang hak dan kewajiban serta penghargaan, melakukan pembukuan, dan melaporkan perkembang program setiap enam (6) bulan sekali (Undang-Undang No. 24 Tahun 2011).

2.3 Literasi Kesehatan

2.3.1 Pengertian Literasi

Di era globalisasi, literasi memiliki peranan sangat penting. Literasi dan semua usaha manusia tidak dapat dipisahkan dalam kehidupan sehari-hari. Istilah "melek huruf" berasal dari kata Latin *"literatus",* yang menunjukan seorang pelajar. Akibatnya, mereka yang memiliki kemampuan baca dan tulis disebut sebagai *"literan".* Sedangkan mereka yang buta huruf disebut sebagai *"literatus.* Literasi merupakan kemampuan dalam memanfaatkan berbagai sumber untuk memahami kandungan informasi di dalamnya melalui menyimak, membaca, dan mempresentasikan informasi tersebut dengan berbagai media, baik berbicara atau menulis yang disesuaikan dengan konteksnya (Lisnawati & Ertinawati, 2019). Kapasitas seseorang untuk berbicara, mendengarkan, membaca, menulis, dan menggunakan berbagai metode komunikasi tergantung pada situasinya disebut sebagai literasi (Sari & Pujiono, 2017).

2.3.2 Pengertian Literasi Kesehatan

Literasi sangat diperlukan dalam kehidupan, dengan literasi dapat membangun sikap kritis dan kreatif pada masyarakat. Pada bidang kesehatan beragam informasi kesehatan beredar di masyarakat. Padahal informasi kesehatan yang merupakan dasar kebutuhan individu tidak dapat diakses dengan mudah, karena perlu disesuaikan dengan kondisi kesehatan seseorang. Sehingga, setiap orang perlu mampu melakukan validasi akan informasi. Kapasitas untuk memperoleh, mengelola, dan memahami informasi kesehatan dikenal sebagai

literasi kesehatan (Toar, 2020). Literasi kesehatan juga diartikan sebagai keahlian individu untuk mengakses, mendefinisikan, membandingkan, serta menyebarkan informasi kesehatan (Alfan & Wahjuni, 2020).

Literasi kesehatan, menurut Nurjanah (2016), adalah kemampuan dalam mengakses, mendapat, dan mencermati informasi kesehatan dan layanan kesehatan untuk membuat keputusan kesehatan dan maju menuju kontribusi terhadap kesehatan. Membaca dan menulis merupakan konsep dari literasi kesehatan. Dari beberapa definisi tersebut dapat diartikan bahwa literasi kesehatan adalah kemampuan seseorang untuk dapat mengelola informasi kesehatan yang diterima dengan baik.

Dari beberapa definisi yang dijelaskan, diketahui jika literasi kesehatan memiliki kaitan erat dalam kemampuan individu untuk menerima informasi kesehatan. Dalam hal memilih asuransi kesehatan terdapat berbagai pertimbangan dari keputusan yang telah dibuat orang yang terkait dengan kesehatan mereka, dengan demikian literasi kesehatan sangat penting untuk dipahami dan dipengaruhi oleh masyarakat. Semakin sering masyarakat terpapar informasi tentang Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), maka dapat membantu meningkatkan pengetahuan masyarakat terhadap program JKN. Kapasitas individu dalam memahami informasi dan mencapai kesehatan diinginkan diukur dengan tingkat literasi kesehatan mereka (Marinda, 2019).

2.3.4 Manfaat Literasi Kesehatan

Literasi memiliki peranan penting dalam kehidupan manusia. Adapun manfaat dari literasi kesehatan, yaitu:

A. Meningkatkan pengetahuan individu terhadap informasi kesehatan
B. Meningkatkan pemahaman individu dalam memproses informasi yang diperoleh
C. Meningkatkan kemampuan individu dalam berpikir kritis terhadap informasi kesehatan yang diperoleh
D. Menumbuhkan kesadaran individu dalam menjaga kesehatan
E. Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat

2.4. Perilaku Kesehatan

Secara biologis, perilaku didefinisikan sebagai tindakan yang dilakukan makhluk hidup. Manusia, seperti semua makhluk hidup lainnya menunjukan perilaku yang pada dasarnya merupakan tindakan yang berasal dari manusia dan dapat dilihat langsung dan tidak langsung (Mrl et al., 2019). Skinner membagi perilaku menjadi dua kategori: perilaku alami atau perilaku bawaan dan perilaku operan. Perilaku alami, kadang-kadang dikenal sebagai naluri atau refleks yang digunakan untuk bertahan hidup, didefinisikan sebagai perilaku yang telah berkembang sejak manusia dilahirkan. Sedangkan perilaku operan atau psikologis, di sisi lain, adalah jenis perilaku yang diperoleh manusia dan yang mendominasi dalam masyarakat karena diatur secara kognitif terbentuk akibat proses belajar pada manusia dan mendominasi perilaku pada manusia karena dikendalikan oleh otak (kognitif) (Irwan, 2017). Perilaku dapat dikategorikan menjadi dua kelompok berdasarkan bagaimana orang lain bereaksi, yaitu (Notoatmodjo, 2003) :

A. *Convert Behavior*

   Convert behaviour atau perilaku tertutup merupakan timbal balik (respon) yang diberikan oleh seseorang terhadap rangsangan yang diberikan dalam bentuk tertutup. Ketika seseorang menerima stimulus tetapi belum dapat diperhatikan oleh orang lain, perhatian, persepsi, pengetahuan, kesadaran, dan sikap mereka adalah satu-satunya hal yang dapat berfungsi sebagai pemicu respons ini.

B. *Overt Behaviour*

   Overt behaviour atau perilaku terbuka adalah timbal balik yang diberikan dalam bentuk nyata atau praktik langsung, sehingga dapat diamati oleh orang lain.

Backer (1979) dalam Notoadmodjo (2007) mengelompokan perilaku yang berhubungan dengan kesehatan ke dalam beberapa jenis, yaitu:

A. *Health Behaviour* (Perilaku Kesehatan) adalah tindakan yang dilakukan seseorang dalam menjaga dan serta meningkatkan kesehatan.
B. *The Sick Role Behaviour* (Perilaku Ketika Sakit) adalah saat individu merasa sakit dan akan melakukan perilaku peran sakit untuk merasakan dan mengakui kesehatan atau penderitaan mereka.

C. *The Sick Role Behaviour* (Perilaku Peran Sakit) adalah tindakan dilakukan oleh orang yang sakit untuk mencari perhatian medis atau pemulihan,

2.5 Pengetahuan

2.5.1 Definisi

Dengan memajukan pengetahuan dalam peradaban manusia, maka segala teknologi dan gaya hidup modern saat ini dapat dicapai. Dalam segala usahanya, manusia benar-benar membutuhkan pengetahuan. Menurut KBBI "tahu" adalah memahami setelah melihat maupun menerima petunjuk. Pengetahuan didefinisikan sebagai hasil dari rasa ingin tahu yang diperoleh melalui indera, baik itu penglihatan atau pun pendengaran terhadap objek tertentu. Menurut Notoatmodjo, mempersepsikan suatu objek dapat dilakukan melalui penglihatan, suara, atau penciuman, dan penginderaan merupakan hasil dari tahu yang dialami seseorang setelah melakukan hal tersebut (Notoadmodjo, 2013).

2.5.2 Jenis-Jenis Pengetahuan

Sikap seseorang terhadap tindakan atau pengambilan keputusan dapat dipengaruhi oleh tingkat informasi yang dimilikinya. Irwan (2017) membagi pengetahuan menjadi empat kategori, yaitu:

A. *Factual Knowledge*

Abstraksi yang rendah mencirikan pengetahuan tentang fakta-fakta. Komponen-komponen pengetahuan yang terpisah (elemen-elemen dasar) yang ditemukan dalam suatu disiplin ilmu adalah bagaimana pengetahuan faktual didefinisikan. Pengetahuan tentang terminologi yang mengambil bentuk pemahaman tentang simbol-simbol, dan pengetahuan tentang hal-hal spesifik yang mendasar membentuk pengetahuan faktual.

B. *Conceptual Knowledge*

Pengetahuan yang menunjukan hubungan bagian dari suatu struktur dan memiliki tujuan yang sama disebut sebagai pengetahuan konseptual. Kategori, klasifikasi, generalisasi, teori, model, dan struktur yang membentuk pengetahuan konseptual.

C. *Procedural Knowledge*

Pengetahuan prosedural adalah informasi yang menjelaskan prosedur atau pendekatan untuk melaksanakan atau menghasilkan suatu tugas.

D. *Metakognitif Knowledge*

Pengetahuan metakognitif adalah pengetahuan yang meliputi hal umum dan pengetahuan akan diri sendiri dan menandakan adanya perkembangan audiens yang menjadi semakin sadar.

2.5.3 Tingkat Pengetahuan

Setiap orang mempunyai intensitas yang berbeda-beda, Notoatmodjo dalam Kholid (2012) membagi pengetahuan ke dalam enam tingkatan, yaitu (Kholid, 2012):

A. Tahu *(know)*: Tahu adalah tingkatan paling dasar dalam pengetahuan. Tahu merupakan sebuah ingatan *(recall)*, dimana seseorang hanya mengetahui fakta tanpa adanya pemahaman lebih mendalam dan tidak dapat untuk menerapkannya.

B. Memahami *(comprehension)*: Pada tahapan ini, seseorang tidak hanya tahu dan dapat menyebutkan. Di tahap ini kemampuan yang dimiliki oleh seseorang dapat menjelaskan dan menginterpretasikan secara tepat dan benar.

C. Penerapan *(application)*: Kemampuan untuk menggunakan informasi atau pemahaman tentang suatu objek dalam situasi dunia nyata.

D. Analisis *(analysis)*: Pada titik ini, seseorang mampu membuat daftar dan mengelompokkan bagian-bagian penyusunan suatu objek.

E. Sintesis *(synthesis)*: Proses menciptakan formulasi baru dari formula (lama) yang sebelumnya digunakan. Kemampuan untuk meringkas dan menunjukan posisi hubungan dengan komponen yang dimiliki ada pada titik ini.

F. Evaluasi *(evaluation)*: Di tahap ini individu mampu memberikan penilaian suatu objek berdasarkan suatu standar.

2.5.4 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan

Faktor dari dalam diri dan luar diri individu dapat mempengaruhi pengetahuan yang dimiliki oleh individu itu sendiri (Notoatmodjo, 2010)

A. Faktor Dalam Diri

a. Usia

Usia seseorang memberikan pengaruh pengetahuan. Memasuki usia lanjut atau lansia sejalan dengan terjadinya penurunan kemampuan seseorang, baik itu kemampuan sensoris atau kemampuan berpikir. Penurunan kemampuan ini membuat individu yang mengalami hambatan dalam pemahaman dan memperoleh informasi kesehatan. Namun, semakin bertambahnya usia maka tingkat kematangan individu dalam berpikir akan lebih tajam dan memiliki pengalaman yang lebih banyak, sehingga mempengaruhi pengetahuan yang dimiliki.

b. Pendidikan

Pendidikan secara langsung dan tidak langsung mempengaruhi pengetahuan individu. Kapasitas untuk menemukan, mengevaluasi, dan memahami informasi kesehatan dipengaruhi dan ditingkatkan oleh pendidikan. Sementara secara tidak langsung, pendidikan seseorang mempengaruhi pekerjaan dan pendapatan mereka, yang keduanya juga berdampak pada informasi yang mereka miliki. Pendidikan diperlukan untuk memperoleh informasi dalam menunjang kehidupan sehari-hari, seperti kesehatan dan peningkatan kualitas hidup.

c. Jenis kelamin

Kehidupan sosial yang dibangun di masyarakat membuat laki-laki dan perempuan mendapatkan peranan yang tercipta secara sendirinya pada lingkungan bermasyarakat. Perbedaan sifat, tanggung jawab, dan peran antara laki-laki dan perempuan memiliki peran pada literasi kesehatan yang berdampak pada seberapa banyak informasi yang dimiliki dan diterima seseorang.

d. Pengalaman

Pengalaman adalah sebuah peristiwa atau kejadian yang telah dialami oleh seseorang dengan lingkungan. Pengalaman cenderung

mempengaruhi minat dan motivasi seseorang untuk mempelajari hal-hal baru. Secara psikologis pengalaman dapat mempengaruhi kehidupannya. Terdapat kecenderungan apabila pengalaman buruk terjadi, maka akan dapat membentuk sikap positif pada kehidupan selanjutnya.

e. Pekerjaan

Pekerjaan yang dimiliki oleh individu membawa pengaruh terhadap status ekonomi. Individu yang memiliki pekerjaan memiliki kemungkinan besar untuk memperoleh jaminan kesehatan atau terdaftar ke dalam program JKN dari tempatnya bekerja. Dalam hal pengetahuan seseorang yang telah bekerja memiliki kemungkinan untuk memiliki tingkat pengetahuan yang lebih baik.

B. Faktor Eksternal

a. Sosial Budaya

Sosial budaya yang berkembang di suatu daerah, seperti kebiasaan dan tradisi yang dilakukan terlepas itu dilakukan baik atau tidak cenderung mempengaruhi pengetahuan seorang individu.

b. Pendapatan

Pendapatan seseorang diperoleh dari hasil kerjanya. Pendapatan ini mempengaruhi status ekonomi seseorang. Pendapatan yang memadai mempengaruhi tiap individu dalam memperoleh pengetahuan.

c. Lingkungan

Kemampuan seseorang untuk belajar dipengaruhi oleh lingkungannya, yang mencakup lingkungan fisik, biologis, dan sosial. Dimana hal tersebut adalah hasil dari bagaimana lingkungan berinteraksi.

d. Media Massa

Di era digital, informasi dapat dengan mudah menyebar maupun dibagikan. Media massa sendiri digunakan sebagai sarana komunikasi dan menyampaikan informasi, dimana hal tersebut dapat membantu dalam peningkatan pengetahuan seseorang.

Rogers (2003) menjelaskan jika pengetahuan dipengaruhi oleh tiga (3) faktor utama, yaitu: (Rogers, 2003)

A. *Socioeconomic Characteristics*

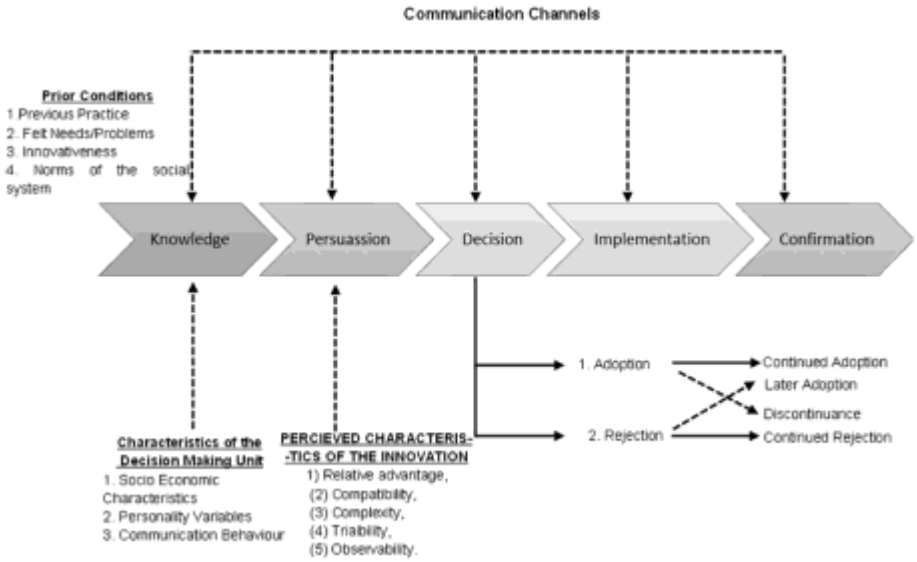
Karakteristik kehidupan sosial ekonomi seseorang mempengaruhi pengetahuan yang dimiliki. Seseorang yang berusia lebih muda cenderung lebih cepat dalam menerima sebuah informasi atau pengetahuan baru dibandingkan dengan orang yang berusia tua. Lalu pendidikan yang ditempuh oleh seseorang, dimana semakin tinggi pendidikannya maka akan lebih cepat untuk mengadopsi sebuah informasi. Status sosial seperti pekerjaan dan pendapatan yang dimiliki akan membuat adopsi informasi menjadi lebih cepat.

B. *Personality Variables*

Karakteristik personal yang dimiliki oleh individu, seperti empati rasionalitas, dan kecerdasan memberi pengaruh pada pengetahuan yang dimiliki oleh seseorang.

C. *Communication Behaviour*

Hubungan interpersonal pada tatanan sosial yang dimiliki oleh seseorang mempengaruhi dalam penerimaan informasi dan cenderung lebih terpapar media massa.



Gambar 1.
A Model Of Five Stages In The Innovation Decision Process
Sumber: (Rogers, 2003)

Skinner merupakan salah satu tokoh yang tercetusnya teori *behaviorism.* Skinner dalam Triwahyuni mendefinisikan manusia sebagai kumpulan hasil dari reaksi unik dimana diantaranya diturunkan secara genetis (Triwahyuni et al., 2019). Skinner juga menjelaskan jika perilaku pada manusia dipengaruhi oleh adanya stimulus terhadap organisme (manusia) sehingga memberikan respon terhadap suatu hal (Triwahyuni et al., 2019). Manusia merupakan produk dari lingkungan, dimana lingkungan tempat tinggal seseorang dipercaya dapat membentuk perilaku manusia itu sendiri. Organisme dapat menghasilkan perilaku apabila terdapat kondisi stimulus tertentu yang diberikan.

Skinner mencetuskan sebuah teori yang terdiri dari stimulus-organism-respon atau disingkat menjadi teori SOR. Unsur-unsur yang terdapat dalam teori ini terdiri dari stimulus (rangsangan), organisme (komunikan), dan respon (efek). Skinner menyatakan jika stimulus memberikan efek atau dampak terhadap organisme dan kemudian organisme memberi respon (B.F.Skinner, 2014). Stimulus sendiri dapat diperoleh melalui faktor internal dan eksternal dari lingkungan organisme. Stimulus pada faktor internal dan eksternal organisme memiliki kemungkinan untuk diterima dan ditolak. Hasil dari stimulus yang diterima oleh organisme adalah berupa respon yang diberikan oleh organisme itu sendiri.

Gambar 2.
Teori Skinner (B.F.Skinner, 2014)

2.5.5 Cara Memperoleh Pengetahuan

Notoatmodjo (2012) mengelompokkan jika pengetahuan dapat diperoleh dengan cara ilmiah dan tidak ilmiah.

1. Cara Tidak Ilmiah

Cara tidak ilmiah adalah pengetahuan yang diperoleh tanpa menggunakan metode penelitian. Notoatmodjo mengelompokkan cara tidak ilmiah ke dalam sepuluh kelompok (10), yaitu:

A. Cara *trial* dan *error*

   Trial dan *error* adalah pengetahuan yang diperoleh dengan mencoba beberapa kemungkinan yang ada untuk memecahkan masalah secara berturut-turut sampai dengan masalah tersebut dapat diselesaikan atau dipecahkan.

B. Cara kebetulan

   Cara kebetulan adalah pengetahuan atau kebenaran yang diperoleh tanpa adanya kesengajaan.

C. Cara otoritas

   Pemegang kekuasaan atau otoritas cenderung memiliki wibawa dan apabila seseorang yang memiliki otoritas memiliki sikap otoriter, maka pendapat yang dikemukakannya akan diterima oleh orang lain tanpa adanya fakta empiris.

D. Pengalaman

   Pengalaman pribadi seseorang dapat menambah atau menjadi pengetahuan baru bagi orang tersebut, dengan berlandaskan pengalaman tersebut, maka apabila dihadapkan pada kondisi yang sama dapat membantu memecahkan masalah.

E. Cara *common sense*

   Common sense atau akal sehat terkadang dapat membantu untuk mencari kebenaran.

F. Kebenaran melalui wahyu

   Tuhan memberikan wahyu kepada utusannya. Ajaran yang diberikan ini disampaikan oleh utusan tuhan ke umatnya dan diyakini oleh penganut agama bersangkutan, tanpa adanya pengujian terhadap kebenaran akan apa yang disampaikan. Karena kebenaran ini merupakan wahyu yang berasal dari tuhan bukan hasil dari penalaran manusia.

G. Intuitif

Pengetahuan yang diperoleh dengan cara ini jauh dari kata rasional dan sistematis. Hal tersebut disebabkan karena manusia memperolehnya melalui suatu proses yang berasal dari luar nalar dan sadar dengan tidak melibatkan proses berpikir.

H. Jalan Pikiran

Pengetahuan dan kebenaran dapat diperoleh manusia dengan menggunakan penalaran atau akal pikiran.

I. Induksi

Kemampuan berpikir atau pengetahuan diperoleh yang berasal dari hal bersifat khusus ke umum atau general dengan melakukan penarikan kesimpulan.

J. Deduksi

Deduksi adalah cara non ilmiah yang merupakan kebalikan dari induksi, dimana pembuatan kesimpulan diperoleh dari pertanyaan umum ke khusus.

2. Cara Ilmiah

Cara ilmiah adalah pengetahuan yang diperoleh dengan menggunakan akal, pikiran, dan dapat dibuktikan kebenarannya. Cara ilmiah sendiri diperoleh dengan logis, *scientific,* dan sistematis. Umumnya cara ilmiah lebih dikenal dengan metode penelitian *(research methodology).*

2.5.6 Pengukuran Pengetahuan

Pengetahuan yang dimiliki seseorang dapat dilakukan pengukuran dengan beberapa metode. Blum menyatakan jika pengetahuan dapat diukur dengan Arikunto (2010) memberi kategori pada tingkat pengetahuan menjadi tiga kategori yang didasarkan pada nilai persentase. Rumus yang digunakan untuk mengukur pengetahuan atau dikenal dengan rumus Arkunto (Arkunto, 1993):

$$Presentase = \frac{Jumlah\ nilai\ benar}{Jumlah\ soal} \text{ X } 100\%$$

a. Tingkat pengetahuan tinggi	76% - 100 %
b. Tingkat pengetahuan sedang	56% – 75 %
c. Tingkat pengetahuan rendah	40% - 55%
d. Tingkat pengetahuan sangat rendah	<40%

2.6 Karakteristik Masyarakat Pedesaan

Negara Indonesia didominasi oleh wilayah pedesaan, dimana desa menjadi salah satu komponen penting dalam pemerintahan. Menurut KBBI masyarakat merupakan sekelompok manusia yang bermukim di suatu wilayah yang terikat oleh kebudayaan yang dianggap sama. Desa didefinisikan oleh Undang-Undang nomor 6 tahun 2014 sebagai entitas masyarakat hukum yang terikat secara teritorial yang memiliki yurisdiksi atas wilayahnya. Desa, menurut Indrizal (2013) adalah sekelompok kecil orang yang tinggal di sana secara permanen untuk jangka waktu yang lama. Masyarakat pedesaan jika dibandingkan dengan masyarakat perkotaan memiliki karakteristik yang berbeda. Adapun karakteristik masyarakat pedesaan, antara lain (Luthfia, 2013):

1. Kelompok primer memiliki peranan yang besar
2. Kelompok atau asosiasi ditentukan oleh faktor geografik
3. Homogen
4. Ikatan antar masyarakat yang lebih kuat dan bertahan lama
5. Mobilitas sosial yang terbatas
6. Persentase orang yang lebih tinggi adalah anak-anak

Waluya (2014) menggambarkan beberapa ciri khas masyarakat pedesaan, yaitu (Waluya, 2014):

1. Sederhana

   Masyarakat pedesaan sebagian besar digambarkan memiliki karakteristik yang sederhana, dimana hal ini disebabkan karena secara ekonomi masyarakat pedesaan tidak mampu dan secara budaya masyarakat pedesaan tidak suka untuk menyombongkan diri.

2. Mudah Curiga

   Masyarakat pedesaan cenderung sukar untuk menerima hal-hal baru yang tidak dapat untuk dipahami dan diperoleh dari seseorang yang dianggap “asing”. Sehingga hal tersebut menyebabkan masyarakat Indonesia mudah curiga akan suatu hal.

3. Menjunjung Tinggi Nilai Ketimuran

Masyarakat Indonesia secara budaya sangat menjunjung tinggi nilai kesopanan, yang sering diterapkan pada hal-hal seperti bertemu dengan tetangga dan berhadapan dengan orang yang lebih tua.

4. Kekeluargaan

   Rasa kekeluargaan atau gayub sudah menjadi karakteristik masyarakat pedesaan dimana hal ini dapat ditemukan pada suasana kekeluargaan atau rasa persaudaraan yang tinggi dan telah mendarah-daging.

5. Apa adanya

   Lugas atau berbicara apa adanya menjadi salah satu ciri khas masyarakat pedesaan, tidak peduli apabila hal tersebut menyakitkan, karena kejujuran dianggap lebih penting.

6. Menghargai

   Rasa untuk saling menghargai dan berbuat baik yang dilakukan dengan selalu membalas budi ke masyarakat lain yang tidak hanya dilakukan dalam hal material saja, melainkan dalam bentuk sosial menjadi ciri khas masyarakat pedesaan.

7. Gotong-Royong

   Gotong royong merupakan ciri khas hampir semua masyarakat pedesaan di Indonesia.

2.7 Penelitian Terdahulu

Tabel 2.1
Penelitian Terdahulu terkait Pengetahuan dan Kepesertaan JKN

Penulis	Judul	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
Bambang Irawan dan Asmaripa Ainy (2018)	Analisis Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Pada Peserta Jaminan Kesehatan Nasional di Wilayah Kerja Puskesmas Payakabung, Kabupaten Ogan Ilir	Desain Penelitian *Cross Sectional*	Usia, jenis kelamin, persepsi dan aksesibilitas adalah empat faktor yang memiliki dampak substansial pada penggunaan layanan kesehatan.
Ch. Tuti Ernawati dan Dhina Uswatul (2019)	Hubungan Kepesertaan JKN Mandiri Dengan Pendapatan, Pengetahuan, Persepsi, Akses, dan Kepercayaan Masyarakat Suku Sakai Di Desa Petani Kecamatan Mandau Kabupaten Bengkalis Tahun 2018	Desain Penelitian *Cross Sectional*	Responden yang berpengetahuan rendah mencapai 37,5%, sementara 48,6% responden memiliki pendapat negatif tentang JKN mandiri. Keanggotaan dalam JKN mandiri berkorelasi dengan pendapatan, pengetahuan, perspektif, akses, dan kepercayaan.
Lya Novya, Multi Juto Bhatarendro, Syarifah Nurul Yanti (2017)	Gambaran Pengetahuan Mengenai Jaminan Kesehatan Nasional Pada Peserta Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) di Puskesmas Sukkadana Tahun 2016	Penelitian Observatif dengan pendekatan *cross sectional*	Sebanyak 48 responden (48,5%) memiliki pengetahuan “cukup”, 36 responden (36,4%) memiliki pengetahuan “kurang”, dan 15 responden (15,2%) memiliki pengetahuan “sangat baik”. Mayoritas responden (54,5%) berjenis kelamin perempuan dan (40,4%) diantaranya berusia 26 sampai 35 tahun. Responden yang tidak bekerja sebanyak 34,3%,

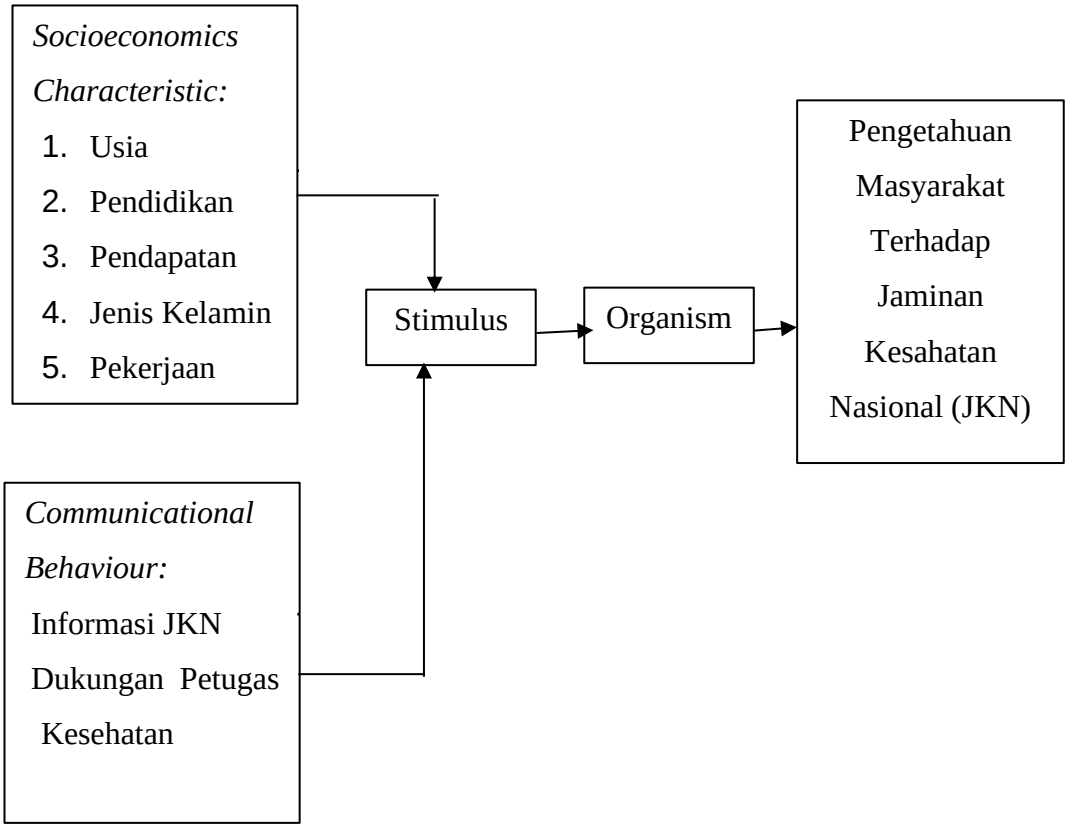
Penulis	Judul	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
			dan pernah menggunakan layanan kesehatan rawat jalan (71,7%)
Wahyu Kurniawati dan Riris Diana Rachmayanti (2018)	Identifikasi Penyebab Rendahnya Kepesertaan JKN Pada Pekerja Sektor Informal di Kawasan Pedesaan	Desain penelitian *cross sectional*	Rendahnya tingkat pendidikan masyarakat, kurangnya sosialisasi, kurangnya media yang mempromosikan kesehatan, kepala keluarga yang tidak menyadari pentingnya JKN, dan rendahnya pemahaman masyarakat, semuanya merupakan faktor yang berkontribusi terhadap kepesertaan JKN
Yudha Asy'ari dkk (2022)	Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Keikutsertaan JKN Di Desa Citaringgul	Desain penelitian *cross sectional*	Dengan 41,7%, Desa Citaringgul masih memiliki tingkat partisipasi JKN yang rendah. Ada keterkaitan antara aspek-aspek yang berhubungan dengan pengetahuan.
Chaleunvong et al., (2020)	Factors affecting knowledge of National Health Insurance Policy among out-patients in Lao PDR: an exit interview study	Desain penelitian *Cross sectional*	Responden yang mengidentifikasi asuransi mereka dengan benar memiliki usia rata-rata yang lebih tinggi. Hanya 48,5% peserta yang berusia 11–18 tahun yang dapat mengidentifikasi jenis asuransi mereka, dibandingkan 53,1% dari peserta berusia 19-21 tahun dan 64,7% dari peserta berusia 22–24 tahun (p50,02).
Robertson & Middleman (1998)	Knowledge of health insurance coverage by adolescents and young adults attending a hospital-based clinic	Desain penelitian *Cross sectional*	Tidak ada hubungan yang ditemukan terkait dengan variabel sosiodemografi terhadap tingkat kesehatan dan pengetahuan. Studi ini mengungkapkan kesadaran PDR Laos tentang

Penulis	Judul	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
			asuransi kesehatan masih rendah.
Sri Hermawati (2013)	Pengaruh Gender, Tingkat Pendidikan dan Usia Terhadap Kesadaran Berasuransi Pada Masyarakat Indonesia	Survey	Berdasarkan penelitian yang dilakukan, tidak ada perbedaan pengetahuan dan pemahaman responden tentang asuransi jiwa menurut jenis kelamin atau usia mereka. Kesadaran berasuransi dipengaruhi oleh tingkat pendidikan.
Kumar, dkk (2011)	An Analysis of Farmers' Perception and Awareness towards Crop Insurance as a Tool for Risk Management in Tamil Nadu	Wawancara	Faktor-faktor seperti pendapatan dari selain sumber pertanian, jumlah pekerja di pertanian keluarga, kepuasan terhadap tarif premi dan keterjangkauan jumlah premi asuransi secara signifikan dan secara positif mempengaruhi adopsi asuransi dan premi yang dibayarkan oleh petani.

Sumber: Penelitian-penelitian terkait literasi kesehatan dan kepesertaan JKN

2.8 Kerangka Teori dan Kerangka Konsep

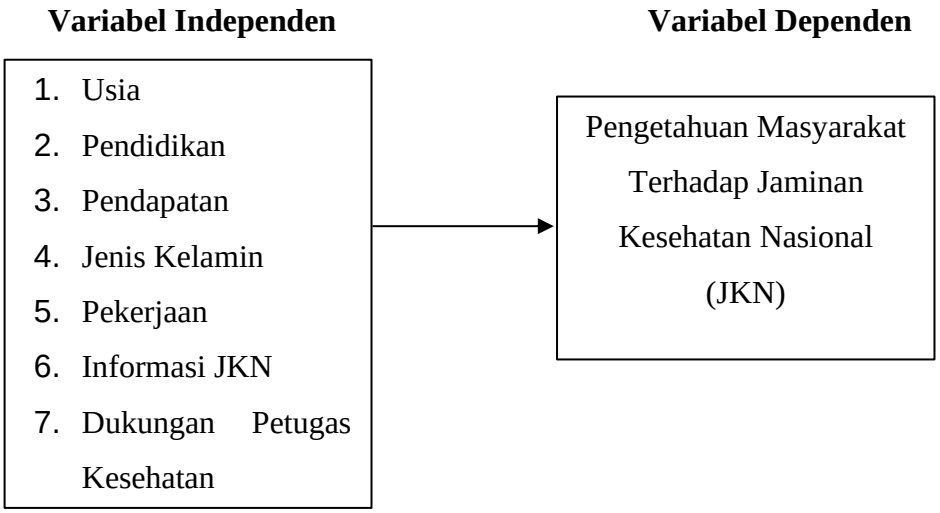
2.8.1 Kerangka Teori



Gambar 3

Sumber: Modifikasi Teori Notoatmodjo (2012), Rogers (2003), dan Skinner (1939)

2.8.2 Kerangka Konsep



Gambar 4 Kerangka Konsep

Dengan berlandaskan pada kerangka teori yang digunakan peneliti, maka selanjutnya dilakukan penyusunan kerangka konsep penelitian. Variabel pada penelitian ini dibagi menjadi variabel terikat (independen) dan bebas (dependen). Variabel independen pada penelitian ini adalah karakteristik responden terdiri dari usia, pendidikan, pendapatan, jenis kelamin, pekerjaan, informasi JKN, dan dukungan petugas kesehatan. Sementara itu, variabel dependen adalah pengetahuan masyarakat terhadap Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

2.9 Definisi Operasional (DO) dan Hipotesis

2.9.1 Definisi Operasional

Tabel 2.2
Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Pengukuran
1	Pengetahuan	Kemampuan seseorang dalam memahami atau mengetahui tingkat informasi suatu hal	Wawancara	Kuesioner	0 = Rendah (x < median) 1 = Tinggi (x ≥ median)	Ordinal
2	Kepesertaan JKN	WNA atau WNI yang telah menetap lebih dari 6 (enam) bulan yang telah membayar iuran atau iurannya telah dibayarakan oleh pemerintah	Wawancara	Kuesioner	0 = Bukan Peserta JKN-KIS 1 = Peserta JKN-KIS	Nominal
3	Usia	Usia responden sesuai dengan identitas pada saat melakukan wawancara	Wawancara	Kuesioner	0 = (< x median) 1 = (≥ x median)	Ordinal
4	Pendidikan	Pendidikan terakhir yang ditempuh oleh	Wawancara	Kuesioner	0 = Tidak Sekolah	Ordinal

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Pengukuran
		responden			1 = Tamat SD 2 = Tamat SMP 3 = Tamat SMA 4 = Tamat Perguruan Tinggi (Arkunto, 1993)	
5	Pendapatan	Rerata pendapatan keluarga per bulan berdasarkan UMK OI	Wawancara	Kuesioner	0 = < UMK OI 1 = ≥ UMK OI	Ordinal
6	Pekerjaan	Jenis pekerjaan yang dimiliki	Wawancara	Kuesioner	0 = Tidak Bekerja 1 = Bekerja (Kusumaningrum & Azinar, 2018)	Nominal
7	Jenis Kelamin	Jenis Kelamin	Wawancara	Kuesioner	0 = Perempuan 1 = Laki-Laki	Nominal
8	Informasi JKN	Masyarakat terpapar informasi jaminan kesehatan nasional	Wawancara	Kuesioner	0 = Responden tidak terpapar informasi JKN 1 = Responden terpapar	Nominal

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Pengukuran
					informasi JKN	
9	Dukungan Petugas Kesehatan	Dukungan petugas kesehatan dalam meningkatkan kepesertaan JKN pada masyarakat	Wawancara	Kuesioner	0 = Tidak mendapat dukungan 1 = Mendapat dukungan	Nominal

2.9.2 Hipotesis

Hipotesis merupakan prediksi atau jawaban sementara akan suatu masalah yang kebenarannya perlu dibuktikan. Dari kerangka teori tersebut, hipotesis dalam penelitian ini, antara lain:

A. Adakah hubungan antara usia dengan pengetahuan Jaminan Kesehatan Nasional pada masyarakat pedesaan di Desa Sungai Lebung, Kabupaten Ogan Ilir?
B. Adakah hubungan antara jenis kelamin dengan pengetahuan Jaminan Kesehatan Nasional pada masyarakat pedesaan di Desa Sungai Lebung, Kabupaten Ogan Ilir?
C. Adakah hubungan antara pendidikan dengan pengetahuan Jaminan Kesehatan Nasional pada masyarakat pedesaan di Desa Sungai Lebung, Kabupaten Ogan Ilir?
D. Adakah hubungan antara pendapatan dengan pengetahuan Jaminan Kesehatan Nasional pada masyarakat pedesaan di Desa Sungai Lebung, Kabupaten Ogan Ilir?
E. Adakah hubungan antara pekerjaan dengan pengetahuan Jaminan Kesehatan Nasional pada masyarakat pedesaan di Desa Sungai Lebung, Kabupaten Ogan Ilir?
F. Adakah hubungan antara informasi JKN dengan pengetahuan Jaminan Kesehatan Nasional pada masyarakat pedesaan di Desa Sungai Lebung, Kabupaten Ogan Ilir?
G. Adakah hubungan antara dukungan petugas kesehatan dengan pengetahuan Jaminan Kesehatan Nasional pada masyarakat pedesaan di Desa Sungai Lebung Kabupaten Ogan Ilir?