

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Indonesia merupakan salah satu negara anggota Organisasi Kesehatan Sedunia, World Health Organization (WHO) yang terikat dengan komitmen global untuk mewujudkan pembangunan kesehatan (Sutarto, 2008 : 22-24). Pembangunan kesehatan ialah bagian dari pembangunan nasional, karena memiliki tujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang guna mewujudkan cita-cita negara dalam mengangkat derajat kesehatan masyarakat.

Kesehatan merupakan bagian dari Hak Asasi Manusia dan termasuk salah satu unsur kesejahteraan, yang tertuang dalam UUD 1945 pasal 28H bahwa “setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan”. Artinya, seluruh warga masyarakat termasuk didalamnya masyarakat miskin dan kurang mampu berhak untuk memperoleh perlindungan kesehatan dan negara memiliki tanggung jawab untuk mengatur supaya dapat memenuhi hak seluruh warga negara (Widada, 2017 : 200).

Kemiskinan secara umum diartikan sebagai suatu standar hidup yang rendah, yaitu keadaan dimana sejumlah atau segolongan orang yang serba kekurangan, baik dalam hal materi maupun dalam proses pemenuhan kebutuhan hidup apabila dibandingkan dengan standar kehidupan yang berlaku secara umum didalam suatu kelompok masyarakat yang bersangkutan (Suparlan, 1993 : 11 dalam Nurwati, 2008).

Badan Pusat Statistik Indonesia (BPS) memproyeksikan jumlah penduduk miskin di Indonesia pada September 2019 sebesar 24,79 juta jiwa dan persentase 9,22 % dari jumlah penduduk. Dengan jumlah penduduk miskin sebanyak 9,86 juta orang di daerah perkotaan dan persentasenya 6,56 %. Sedangkan persentase penduduk miskin di pedesaan sebesar 12,60 % dengan jumlah sebanyak 14,93 juta orang. Karena masih tingginya tingkat kemiskinan, pemerintah turun tangan dalam hal ini dengan membentuk Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan melalui Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 dan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 sebagai lembaga yang dibentuk dengan tujuan untuk penyelenggaraan program Jaminan Sosial Nasional. Program BPJS merupakan program jaminan kesehatan dan resmi diberlakukan pada tanggal 1 Januari 2014 diseluruh Indonesia. Mekanisme yang disediakan dalam sistem BPJS Kesehatan adalah memberikan keterjangkauan kepada masyarakat, baik dari kalangan masyarakat mampu, maupun masyarakat yang kurang mampu (Widada, 2017 : 203).

Peserta BPJS Kesehatan terdiri dari dua golongan, yakni golongan non PBI atau peserta yang dipindahkan dari program Asuransi Kesehatan (ASKES) dengan iuran bulanan dibayar secara mandiri. Selanjutnya adalah golongan Peserta Bantuan Iuran (PBI) dengan identitas Kartu Indonesia Sehat (KIS), kepesertaan program ini dikhususkan bagi fakir miskin dan warga kurang mampu yang iuran bulannya dibayarkan oleh pemerintah. Bagi orang-orang yang awalnya terdaftar sebagai peserta dari Jamkesmas dan Jamkesda dialihkan menjadi peserta Kartu Indonesia Sehat (KIS). Program KIS diluncurkan pada tanggal 3 November 2014, yang dalam pelaksanaannya ditujukan untuk dapat

menjamin dan memastikan bahwa masyarakat miskin dan kurang mampu mendapatkan manfaat pelayanan kesehatan yang sama seperti yang diselenggarakan dalam pelayanan kesehatan pada program BPJS Kesehatan (Anggriana, 2017 : 38).

Pasca diterapkannya BPJS Kesehatan, sejumlah permasalahan terjadi diberbagai daerah di Indonesia, sebuah fenomena yang menunjukkan kekurangpahaman masyarakat mengenai program, terlihat dari minimnya pengetahuan masyarakat mengenai penggunaan program bantuan kesehatan yang diberikan oleh pemerintah tersebut. Tidak hanya dari peserta program, banyak penyedia layanan kesehatan yang belum memahami program BPJS Kesehatan. Selain masih ada yang belum paham mengenai program, juga terdapatnya indikasi kurang respon dari masyarakat terhadap program ini dikarenakan mereka merasa tidak terlalu membutuhkannya saat masih dalam keadaan sehat (Hazfiarini etc, 2016 : 77-78).

Salah satu kendala yang dihadapi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dalam program Kartu Indonesia Sehat saat ini adalah minimnya kepesertaan dan penggunaan ke fasilitas kesehatan oleh masyarakat kurang mampu khususnya dari masyarakat pedesaan, hal tersebut berhubungan langsung dengan keadaan ekonomi dan citra pelayanan jaminan kesehatan saat ini. Masyarakat pada umumnya masih menganggap asuransi kesehatan tidak menjadi investasi yang berarti, asumsi tersebut muncul karena masih rendahnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat, serta pengalaman kurang baik yang dialami ketika melakukan pengobatan dengan menggunakan asuransi kesehatan, diperparah lagi dengan keterbatasan kemampuan pemerintah dalam melakukan

sosialisasi dan menyediakan sarana dan prasarana yang dibutuhkan masyarakat dalam upaya peningkatan pelaksanaan pelayanan jaminan sosial kesehatan (Irwan, 2018 : 222).

Dalam penelitian Fitri Permata Sari (2015) yang dilakukan di RSUD Lubuk Basung, Kabupaten Agam Sumatera Barat, faktor-faktor yang mempengaruhi pelayanan di fasilitas kesehatan menggunakan kartu asuransi seperti ketepatan waktu pelayanan, kesopanan dan keramahan petugas kesehatan, kemudahan akses pelayanan, kejelasan obat yang diberikan dan ketersediaan obat di rumah sakit yang dapat memicu kesalahpahaman antara pengguna kartu asuransi dengan pihak penyedia dan penyelenggara asuransi tersebut. Faktor-faktor tersebut mempengaruhi persepsi masyarakat terhadap asuransi kesehatan.

Provinsi Sumatera Barat merupakan provinsi yang berada di bawah garis kemiskinan dengan jumlah penduduk miskin 348.220 jiwa (6,42%). Jumlah ini tersebar dalam 674 desa dan 94.233 KK yang mata pencahariannya umumnya sebagai petani dan buruh tani (BPS Provinsi Sumatera Barat,2019). Secara teoritis, kondisi kemiskinan yang menimpa masyarakat di Sumatera Barat, disamping faktor geografis, kapasitas wilayah yang rendah ditunjukkan dengan rendahnya sumberdaya alam, rendahnya perkembangan teknologi dan kelembagaan yang masih belum berfungsi serta sumberdaya manusia yang rendah sebagaimana yang ditunjukkan oleh rendahnya tingkat pendidikan, kesehatan yang rendah, aksesibilitas kelembagaan yang rendah dan kurangnya mata pencaharian alternatif, diperkirakan berasal dari sistem nilai budaya yang melekat dalam kehidupan masyarakat tersebut (Amar, 2002 : 104).

Berikut Tabel perkembangan jumlah penduduk miskin di Sumatera Barat:

Tabel 1. Jumlah Penduduk Miskin di Sumatera Barat

Wilayah	Jumlah Penduduk Miskin (ribu jiwa)				
	2015	2016	2017	2018	2019
Kepulauan Mentawai	13,16	13,09	12,95	12,99	13,22
Pesisir Selatan	38,13	35,86	35,53	34,92	36,51
Kab. Solok	36,42	34,06	33,33	32,89	29,74
Sijunjung	17,52	17,12	16,83	16,55	16,65
Tanah Datar	20,05	19,63	19,27	18,48	16,20
Padang Pariaman	35,87	36,34	34,70	33,20	29,48
Agam	36,06	37,55	36,57	32,92	33,10
Lima Puluh Kota	28,76	28,57	26,93	26,47	26,64
Pasaman	21,88	20,83	20,38	20,31	20,22
Solok Selatan	11,95	11,91	11,89	11,85	12,49
Dharmasraya	15,89	16,24	15,63	15,42	15,49
Pasaman Barat	32,34	30,76	30,84	31,83	31,53
Padang	44,43	42,56	43,75	44,04	42,44
Kota Solok	2,72	2,59	2,50	2,29	2,29
Sawahlunto	1,34	1,34	1,23	1,48	1,35
Padang Panjang	3,44	3,47	3,22	3,11	3
Bukittinggi	6,54	6,81	6,75	6,32	6
Payakumbuh	8,51	8,35	7,72	7,69	7,68
Pariaman	4,58	4,47	4,49	4,40	4,20
SUMATERA BARAT	379,59	371,55	364,51	357,16	348,23

Sumber : Badan Pusat Statistik, 2019

Berdasarkan tabel di atas, kemiskinan di Sumatera Barat dari tahun 2015 hingga tahun 2019 menunjukkan telah adanya penurunan tingkat kemiskinan yaitu dari angka 379,59 ribu jiwa pada tahun 2015 dan menurun sampai angka 348,23 jiwa pada tahun 2019. Namun penurunan yang relatif kecil, karena terlihat hanya sedikit perbedaan angka kemiskinan, yang berarti bahwa masih tingginya tingkat kemiskinan yang ada di Sumatera Barat. Terlihat bahwa masih ada sekitar 380 ribu jiwa penduduk yang berkategori miskin. Angka ini menggambarkan bahwa masih banyak dari penduduk Sumatera Barat yang tergolong hidup dibawah garis

kemiskinan, suatu jumlah yang cukup besar jika dilihat dari aspek kesejahteraan bersama.

Salah satu Kabupaten di Provinsi Sumatera Barat yang terdampak kemiskinan adalah Kabupaten Tanah Datar. Dengan diberlakukannya program jaminan kesehatan untuk masyarakat miskin dan kurang mampu khususnya di wilayah Kabupaten Tanah Datar, total kepesertaan yang telah terdaftar pada program BPJS Kesehatan adalah sebanyak 228.362 jiwa atau sekitar 62,94 % dari total jumlah penduduk. Adapun jumlah peserta yang diintegrasikan dengan program KIS adalah sebanyak 62.105 jiwa (BPJS Kesehatan, 2017). Dengan banyaknya masyarakat kurang mampu yang terdapat di Kabupaten Tanah Datar dan telah dicover oleh Kartu Indonesia Sehat, namun masih terdapat masyarakat yang tidak memanfaatkan program tersebut, karena kurangnya pengetahuan mengenai cara menggunakannya. Nagari Batipuh Baruah juga memiliki tingkat kemiskinan tinggidiantara nagari yang ada diKabupaten Tanah Datar. Nagari Batipuh Baruah merupakan nagari terluas di Kecamatan Batipuh yang terdiri dari 11 jorong. Kemiskinan juga masih menjadi persoalan yang sering dijumpai pada masyarakat di Nagari Batipuh Baruah, rata-rata keluarga miskin yang trdapat di nagari ini adalah mereka yang memiliki mata pencaharian sebagai petani dan buruh tani.

Berikut Tabel jumlah warga miskin dan kurang mampu KIS berdasarkan jorong di nagari Bartipuh Baruah :

Tabel 2. Tabel Jumlah Warga Miskin dan Kurang Mampu Penerima KIS nagari Batipuh Baruah

No.	Jorong	Jumlah Penduduk		
		Total	Penerima KIS (orang)	Persentase (%)
1.	Lubuak Bauak	945	256	27,09
2.	Batang Gadih	1002	430	42,91
3.	Kubu Karambia	760	259	34,08
4.	Kubu Nan Ampek	804	322	40,05
5.	Kubu Nan Limo	1620	567	35,56
6.	Ladang Laweh	1467	362	24,68
7.	Batu Lipai	412	219	53,15
8.	Subang Anak	903	427	47,29
9.	Gunuang Bungsu	451	217	48,11
10.	Payo	510	272	53,33
11.	Pincuran Tujuh	515	254	49,32
Total		9389	3585	38,18

Sumber : Data Kantor Wali Nagari Batipuh Baruah

Berdasarkan tabel diatas, dapat dilihat bahwa dari jumlah penduduk di Nagari Batipuh Baruah±9.389 jiwa dengan jumlah Kartu Keluarga 2.949 KK. Sekitar 3.585 jiwa merupakan keluarga kurang mampu penerima program Kartu Indonesia Sehat (KIS). Jika dilihat data berdasarkan jorong maka jorong tercatat sebagai penerima KIS terbanyak warga jorong Batu Lipai yaitu 219 orang dari 412 jumlah penduduk dan jorong Payo 272 orang dari 510 jumlah penduduk. Artinya penduduk miskin dan menerima jaminan kesehatan lebih banyak terdapat didua jorong tersebut.

Terkait penggunaan bantuan yang diberikan oleh pemerintah, berdasarkan observasi awal peneliti sebagian besar dari masyarakat miskin dan

kurang mampu di nagari Batipuh Baruah masih memiliki kendala dalam penggunaan KIS dikarenakan beberapa faktor yakni terbatasnya pengetahuan masyarakat pedesaan tentang kepesertaan dalam asuransi kesehatan. Beberapa dari mereka ada yang berasumsi jika belum terlalu sakit mereka tidak mengunjungi fasilitas kesehatan untuk melakukan pengobatan, namun ada pula beberapa dari masyarakat miskin dan kurang mampu yang telah mengenal sistem pengobatan modern dengan memanfaatkan bantuan KIS, tetapi mereka mengaku tidak mengalami kecocokan dengan resep obat yang diberikan oleh tenaga kesehatan dan mengeluhkan ribetnya alur pelayanan sehingga mereka memilih tidak lagi menggunakan program bantuan tersebut sebagai sarana pengobatan ketika sakit.

Menurut Niha (2018), dalam penelitiannya disebutkan faktor –faktor yang dapat mempengaruhi kepesertaan dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), yakni karakteristik individu seperti pekerjaan, pendidikan serta pengetahuan. Hasil adanya hubungan pengetahuan peserta mengenai program KIS berkaitan dengan status kepesertaan dikarenakan seberapa banyaknya informasi yang diterima dari kegiatan sosialisasi.

Kemudian berdasarkan latar belakang tersebut, penulis tertarik untuk mengadakan penelitian tentang pengetahuan dan pengalaman masyarakat di Nagari Batipuh Baruah, Kabupaten Tanah Datar terutama bagi masyarakat kurang mampu dalam mengakses dan memanfaatkan penyelenggaraan Jaminan Sosial Kesehatan berupa program KIS yang telah disediakan oleh pemerintah.

B. Rumusan Masalah

Kemiskinan menjadi permasalahan yang menyebabkan masyarakat mengalami kesulitan dalam memenuhi kebutuhan hidup, termasuk kebutuhan dalam hal kesehatan. Dapat terlihat dari kecenderungan masyarakat miskin dan kurang mampu di Indonesia yang memiliki derajat kesehatan rendah. Penyebab utama masyarakat miskin dan kurang mampu memiliki derajat kesehatan yang rendah adalah ketidakcukupan pangan, kemampuan finansial, kurangnya pemahaman terhadap perilaku hidup sehat, selain itu keterbatasan akses masyarakat miskin dan kurang mampu terhadap fasilitas kesehatan dan rendahnya pengetahuan mengenai asuransi kesehatan.

Pemerintah telah mengadakan kebijakan dan jaminan kesehatan melalui BPJS Kesehatan sebagai program untuk mempermudah masyarakat memperoleh pelayanan dalam bidang kesehatan, khususnya bagi kalangan masyarakat kurang mampu, dengan adanya program Kartu Indonesia Sehat (KIS) dari BPJS Kesehatan ini diharapkan masyarakat kurang mampu dapat mengakses pelayanan kesehatan dengan lebih mudah sehingga kebutuhan dasar kesehatannya dapat terpenuhi.

Berdasarkan uraian di atas, maka yang menjadi permasalahan dalam penelitian ini adalah memahami pengetahuan keluarga kurang mampu dalam pemanfaatan Kartu Indonesia Sehat (KIS), dengan menelusuri realitas terkait dengan persepsi dan kepesertaan serta pengalaman keluarga kurang mampu dalam penggunaan program KIS di Nagari Batipuh Baruah Kabupaten Tanah Datar.

Adapun pertanyaan penelitian sebagai berikut :

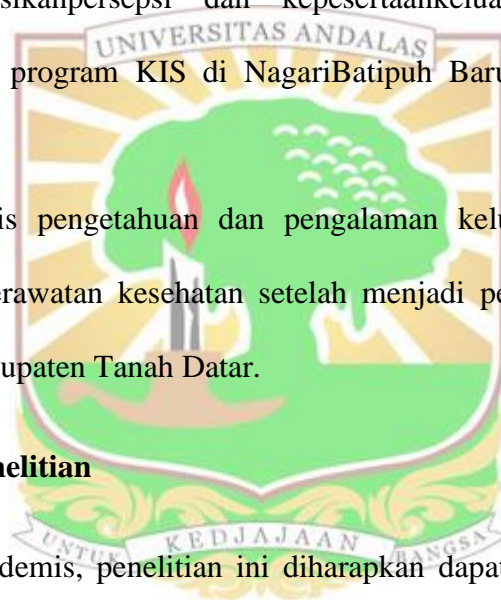
1. Bagaimana persepsi dan kepesertaan keluarga kurang mampu pada/dalam program KIS di Nagari Batipuh Baruah Kabupaten Tanah Datar?
2. Bagaimana pengetahuan dan pengalaman keluarga kurang mampu terhadap perawatan kesehatan setelah menjadi peserta KIS di Nagari Batipuh Baruah Kabupaten Tanah Datar?

C. Tujuan Penelitian

1. Mendeskripsikan persepsi dan kepesertaan keluarga kurang mampu pada/dalam program KIS di Nagari Batipuh Baruah Kabupaten Tanah Datar.
2. Menganalisis pengetahuan dan pengalaman keluarga kurang mampu terhadap perawatan kesehatan setelah menjadi peserta KIS di Batipuh Baruah Kabupaten Tanah Datar.

D. Manfaat Penelitian

1. Secara Akademis, penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan pemikiran dalam pengembangan ilmu Antropologi terutama dalam pengembangan konsep-konsep Antropologi Kesehatan.
2. Secara Praktis, penelitian ini diharapkan dapat menjadi pedoman bagi instansi terkait yang berupaya atau menjadi pelaksana dalam program pembangunan dibidang kesehatan terutama dalam program Kartu Indonesia Sehat (KIS). Sehingga pelaksanaan program dalam bidang kesehatan bisa lebih tercapai dan dapat berjalan dengan



semestinyasertalebih memperhatikan sesuatu yang benar-benar dibutuhkan oleh masyarakat.

E. Tinjauan Pustaka

Sumber bacaan dari literatur digunakan untuk menambah pemahaman dan pedoman dalam melakukan penelitian, berikut beberapa literatur yang telah dibaca. *Pertama*, skripsi mahasiswa jurusan Antropologi Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik (FISIP) Universitas Andalas oleh Rosi Rahmadanti tahun 2009 yang berjudul "Pemanfaat Program JAMKESMAS pada Keluarga Miskin di Nagari Ampang Pulau Kabupaten Pesisir Selatan". Penelitian tersebut difokuskan kepada pemanfaatan pelayanan kesehatan dan pengetahuan serta pandangan masyarakat terhadap program tersebut. Kesimpulan dalam penelitian tersebut bahwa program ini belum terlaksana dengan baik sesuai dengan yang diharapkan karena masih ada sebagian masyarakat miskin yang enggan untuk menggunakan kartu JAMKESMAS. Faktor yang melatarbelakangi masyarakat miskin tidak menggunakan kartu ini diantaranya sebagian masyarakat merasa pelayanannya yang kurang baik, baik dalam hal mendapatkan pengobatan maupun dalam sistem obat-obatannya, sehingga masyarakat pengguna kartu JAMKESMAS merasa dinomorduakan dalam hal mendapatkan pelayanan.

Kedua, skripsi yang ditulis oleh Lasmi Nuritasari juga mahasiswa Antropologi FISIP Universitas Andalas pada tahun 2011 dengan judul "Kepuasan dan Kekurang-puasan Masyarakat Miskin terhadap Pelayanan Kesehatan bagi Pengguna Kartu Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS) di Kelurahan Pasar Ambacang Kota Padang". Hasil dari penelitian ini adalah dalam penerapan program JAMKESMAS tidak semua pengguna merasakan kepuasan, karena masih

terdapat sebagian masyarakat yang merasa kurang puas. Adapun kepuasan yang dirasakan oleh penggunanya seperti kemudahan dalam memperoleh pelayanan oleh pasien, kejelasan terhadap obat yang diberikan, termasuk bagaimana pelayanan medis yang diberikan, seperti sikap petugas medis terhadap pasien dan keramahan petugas saat memberikan pelayanan terhadap pasien, maka dari itu dapat terjadinya hubungan yang baik antara pasien dengan petugas Puskesmas. Sedangkan kekurang-puasannya yaitu banyak diantara masyarakat yang tidak paham tentang bagaimana seharusnya pelayanan yang didapat sebagai pengguna JAMKESMAS.

Ketiga, penelitian oleh Ayu Septia Ningrum yang berjudul “Respon Kepuasan Pasien Pengguna BPJS Kesehatan terhadap Pelayanan Kesehatan dipuskesmas Pekanbaru”. Berisi tentang peserta pengguna program BPJS dipuskesmas Rejosari Pekanbaru yang merasa cukup puas terhadap pelayanan yang diberikan oleh petugas puskesmas, kebersihan fasilitas kesehatan yang baik serta pengobatan yang tidak dipungut biaya (gratis). Hal ini menunjukkan bahwa pelayanan di Puskesmas Rejosari menunjukkan hal yang positif, karena pelayanan yang didapatkan pasien di Puskesmas Rejosari bagus serta memuaskan bagi pasien-pasien yang berkunjung untuk berobat.

Keempat, penelitian oleh Fitri Permata Sari yang berjudul “Persepsi Masyarakat Pengguna Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Mandiri dalam Pelayanan RSUD Lubuk Basung Kabupaten Agam”. Penelitian membahas dan mengamati mengenai persepsi pengguna Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dalam pelayanan RSUD Lubuk Basung dengan melihat indikator

pelayanan seperti ketepatan waktu pelayanan, akurasi pelayanan kesopanan dan kenyamanan dalam pelayanan masih kurang.

Kelima, penelitian oleh Efi Anggriana dengan judul “Implementasi Model Komunikasi “Shannon And Weaver” melalui Penyebaran Informasi Kartu Indonesia Sehat – Penerima Bantuan Iuran (KIS-PBI) di Kabupaten Donggala”. Penelitian ini memfokuskan tentang permasalahan implementasi model komunikasi dalam penyebaran informasi berupa sosialisasi KIS-PBI yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan Kantor Layanan Operasional Kabupaten (KLOK) Donggala, terhadap masyarakat penerima program KIS-PBI tersebut yaitu mengenai mekanisme pelaksanaannya yang dimulai dengan menciptakan pesan atau informasi oleh BPJS Kesehatan pusat, kemudian pesan tersebut dirangkai atau disusun berdasarkan kategorinya (KIS-PBI APBN dan KIS-PBI APBD). Setelah itu petugas BPJS Kesehatan Kantor Cabang dan KLOK menyampaikan pesan tersebut kepada masyarakat yang menjadi sasaran program dengan berbagai sinyal yang muncul yang disesuaikan dengan media yang digunakan. Namun terdapat faktor-faktor yang menjadi penghambat dalam proses komunikasi, akibat kurangnya pengontrolan emosi dari komunikator atau komunikankarena belum sepenuhnya mengenal latar belakang komunikan (hambatan-sosio-antropikologis). Terdapat juga hambatan yang bersifat semantik yakni mengenai tulisan-tulisan, gambar dan grafik yang buram akibat kebanyakan menggunakan alat dengan kualitas yang rendah. Dan yang menjadi faktor lainnya yaitu kebisingan disebabkan suara peserta dan suara riuh anak-anak yang hadir bersama orang tuanya saat sosialisasi.

Perbedaan penelitian yang dilakukan dari kelima hasil bacaan diatas adalah tentang fokus penelitian. Penelitian ini memfokuskan tentang bagaimana pengetahuan dan pengalaman keluarga kurang mampu di Nagari Batipuh Baruah, Kecamatan Batipuh, Kabupaten Tanah Datar pada/dalam program iyuran kesehatan berupa KIS yang disediakan oleh pemerintah. Pembahasan dalam penelitian ini mengenai persepsi keluarga kurang mampu mengenai program KIS. Penelitian ini juga mengamati sedalam apa pengetahuan yang dimiliki masyarakat sebagai peserta KIS dan pengalaman seperti apa yang didapatkan keluarga kurang mampu setelah menjadi anggota penerima KIS tersebut saat menggunakannya di fasilitas kesehatan.

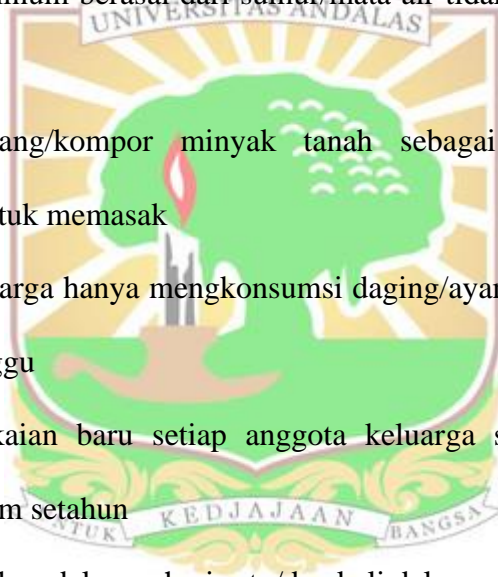
F. Kerangka Konseptual

Konsep Keluarga Kurang Mampu

Keluarga kurang mampu identik dengan kemiskinan. Berdasarkan Kamus Besar Bahasa Indonesia (2002) kemiskinan berasal dari kata 'miskin' yang berarti suatu keadaan hidup dimana seseorang tidak punya harta benda, hidupnya serba kekurangan dan memiliki penghasilan yang sangat rendah. Miskin adalah ketidakmampuan seseorang untuk memenuhi kebutuhan dasar minimum untuk hidup layak, yang dimaksudkan untuk memenuhi kebutuhan dasar yang meliputi kebutuhan pangan, sandang, papan, kesehatan, dan pendidikan.

Badan Pusat Statistik dan Departemen Sosial mendefinisikan kemiskinan sebagai suatu kondisi kehidupan yang berada di bawah garis persyaratan minimum, baik untuk makanan maupun non makanan. Menurut *Badan Pusat Statistik* (BPS) karakteristik keluarga miskin adalah sebagai berikut :

1. Bangunan tempat tinggal memiliki luas lantai yang tertutup atap kurang dari 8 m² per orang
2. Tempat tinggal memiliki lantai yang terbuat dari tanah/bambu/kayu/semen
3. Jenis dinding bangunan tempat tinggal terbuat dari bambu/rumbia/kayu berkualitas rendah/tembok tanpa diplester
4. Tidak punya tempat untuk buang air besar atau menumpang di rumah orang lain/buang air besar di sungai
5. Sumber penerangan tempat tinggal tidak menggunakan listrik
6. Sumber air minum berasal dari sumur/mata air tidak terlindung/sungai/air hujan
7. Kayu bakar/arang/kompor minyak tanah sebagai bahan bakar yang digunakan untuk memasak
8. Anggota keluarga hanya mengkonsumsi daging/ayam/susu hanya satu kali dalam seminggu
9. Membeli pakaian baru setiap anggota keluarga satu stel/tidak pernah membeli dalam setahun
10. Frekuensi makan dalam sehari satu/dua kali dalam sehari
11. Tidak mampu untuk membayar biaya pengobatan jika ada anggota keluarga yang sakit
12. Bidang pekerjaan kepala keluarga, jika petani memiliki luas lahan 500m², jika buruh tani, nelayan, buruh bangunan, buruh perkebunan dan atau pekerjaan lainnya dengan pendapatan dibawah Rp. 600.000,- per bulan
13. Pendidikan tertinggi kepala keluarga, tidak sekolah/tidak tamat SD/tamat SD



14. Tidak memiliki aset/harta bergerak/tabungan/barang yang mudah dijual dengan minimal Rp. 500.000,-(Sumber : data Departemen Sosial, 2005).

Kemiskinan yang terjadi di negara berkembang seperti Indonesia mempunyai rentang dimensi dan kerentanan yang lebar. Meskipun demikian bukan hanya sekedar kemiskinan relatif yang perlu dipersoalkan, akan tetapi kemiskinan absolut yang dapat membuat seseorang tidak mempunyai kemampuan untuk mengakses segala kebutuhan pokok untuk kelangsungan hidupnya. Upaya memahami kemiskinan secara holistik (menyeluruh) sangat penting supayamasyarakat miskin dan kurang mampu miskin mengakses pangan dengan harga yang terjangkau, memperoleh pelayanan gizi dan kesehatan, menempuh pendidikan tinggi, semua itu perlu dipahami oleh para pembuat penentu kebijakan, karena pemahaman mengenai karakteristik orang miskin merupakan pintu masuk untuk bisa memecahkan masalah kemiskinan (Juwita, 2013 : 154).

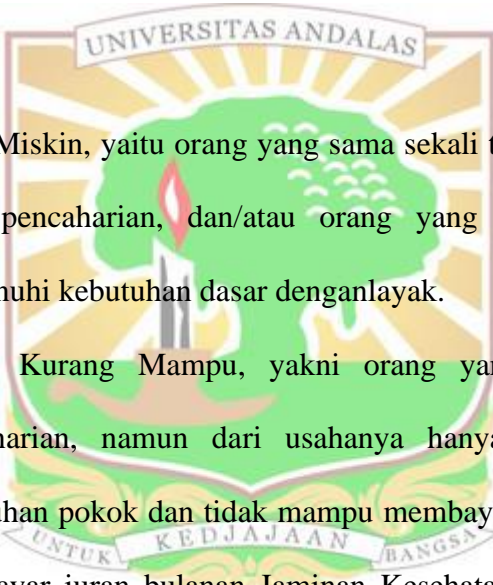
Masalah kemiskinan yang terjadi di Indonesia memotivasi pemerintah untuk menerapkan kebijakan pembangunan dalam bidang kesehatan masyarakat, terutama untuk masyarakat kurang mampu. Kebijakan tersebut berupa penerapan program kartu KIS (Kartu Indonesia Sehat) untuk membantu mempermudah keluarga masyarakat kurang mampu untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.

Konsep Kartu Indonesia Sehat (KIS)

Kartu Indonesia Sehat (KIS) merupakan bagian dari program Badan Penyelenggara Jaminan (BPJS)Kesehatan yang dicanangkan oleh presiden Joko Widodo dan wakil presiden Jusuf Kalla untuk menjadikan masyarakat Indonesia lebih sehat dan sejahtera. Presiden Jokowi resmi meluncurkan KIS bersamaan

juga dengan Kartu Indonesia Pintar (KIP) dan Kartu Keluarga Sejahtera (KKS) berselang 14 hari setelah dilantik sebagai Presiden RI ke-7 (tujuh).Kartu Indonesia Sehat (KIS) adalah kartu yang memiliki fungsi untuk memberikan jaminan kesehatan kepada masyarakat miskin dan kurang mampu agar mendapatkan pelayanan kesehatan secara gratis (Anggriana, 2017 :41).

Masyarakat yang menjadi peserta KIS yaitu khusus penerima bantuan iuran dari pemerintah dan tidak dibebani dengan membayar iuran bulanan karena iuran tersebut di bayarkan oleh pemerintah setiap bulannya. Dengan kategori sebagai berikut:

- 
- a) Fakir Miskin, yaitu orang yang sama sekali tidak memiliki sumber mata pencaharian, dan/atau orang yang tidak mampu untuk memenuhi kebutuhan dasar dengan layak.
 - b) Orang Kurang Mampu, yakni orang yang mempunyai mata pencaharian, namun dari usahanya hanya mampu memenuhi kebutuhan pokok dan tidak mampu membayar biaya lain termasuk membayar iuran bulanan Jaminan Kesehatan (Anggriana, 2017 : 41).

Setiap warga miskin dan kurang mampu akan mendapatkan Kartu Indonesia Sehat yang disalurkan oleh Dinas Sosial ke desa-desa sesuai dengan pendataan program perlindungan sosial. Sesuai dengan ketentuan Pasal 34 ayat (2) Undang-Undang Dasar Republik Indonesia tahun 1945 yakni, *“Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan”*. Karena kondisi masyarakat

miskin yang tidak mampu membayar iuran jaminan sosial kesehatan maka pemerintah wajib membayarkan iuran tersebut.

1) Tujuan dari program KIS

Kartu Indonesia Sehat memiliki tujuan untuk perluasan dari program kesehatan yang sebelumnya yaitu BPJS Kesehatan¹. Melalui program KIS, pemerintah memberikan jaminan kepada pesertanya agar mendapatkan manfaat pelayanan kesehatan dengan tujuan untuk mengurangi beban biaya masyarakat miskin dan kurang mampu dalam menghadapi masalah kesehatan. KIS dapat digunakan untuk mendapatkan layanan kesehatan secara gratis di semua fasilitas kesehatan yang ada seperti puskesmas, klinik, maupun rumah sakit sesuai dengan situasi dan kondisi pasien peserta KIS.

2) Sasaran program KIS

Pola sasaran didalam kebijakan kesehatan melibatkan seperangkat aturansistematis dan upaya untuk memfokuskan sumber daya pemerintah yang terbatas menjadi efektif bila diterapkan pada masyarakat miskin dan kurang mampu, berketerbatasan dan rentan terhadap resiko. Menurut Hyman (2011), pemerintah menetapkan program jaminan kesehatan dengan kriteria bagi masyarakat dengan kondisi kehidupan dibawah standar hidup minimum dan memenuhi persyaratan untuk memperoleh bantuan. Penetapan standar tersebut terlihat dari pendapatan rumah tangga yang kurang dari tingkat minimal yang dibutuhkan untuk bertahan hidup. Untuk keluarga yang memiliki penghasilan rendah dan tidak mampu menghasilkan cukup uang untuk memenuhi kebutuhan

¹<https://www.cekaja.com/info/manfaat-kartu-indonesia-sehat>

keluarganya dalam menjalani kehidupan sehari-hari, maka mendapatkan kesempatan untuk memperoleh program bantuan sosial dari pemerintah.

Masyarakat yang menjadi sasaran penerimaan bantuan program KIS adalah mereka yang berasal dari keluarga miskin dan kurang mampu. Masyarakat miskin biasanya selalu terkena dampak dari segala sesuatu yang terjadi di dalam negara ini. Dampak yang dirasakan dari masalah yang terjadi terutama pada bidang kesehatan biasanya berakibat pada peningkatan harga obat-obatan di fasilitas kesehatan dan kurang meratanya subsidi pemerintah untuk membantu masyarakat miskin untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang layak.

3) Mekanisme Pelayanan KIS

Pelayanan KIS dilakukan sesuai dengan keputusan Direktur Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat No.HK.02.04/BI.I/2708/15 tentang petunjuk program Jaminan Kesehatan Nasional di puskesmas dan jaringannya. Program KIS dilaksanakan secara nasional agar terjadi subsidi silang antara pemerintah, fasilitas kesehatan dan masyarakat dalam rangka menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang menyeluruh bagi masyarakat miskin dan kurang mampu supaya mendapat pelayanan kesehatan yang layak sesuai dengan mekanisme yang telah ditentukan berdasarkan kebijakan (Erna, 2020 : 97).

Dalam pelaksanaan KIS, untuk melakukan pengobatan tingkat pertama tidak memerlukan rujukan, namun terdapat bagian dari mekanisme program KIS yang harus dilaksanakan oleh peserta untuk memperoleh pelayanan kesehatan ditingkat lanjut seperti rumah sakit dengan meminta surat rujukan. Mekanismenya sebagai berikut :

- Sistem rujukan

Menurut Muchtar(1992), rujukan adalah suatu penugasan dengan tanggung jawab timbal balik atas kasus atau masalah pengobatan yang dilakukan secara timbal balik baik secara vertikal (dari satu unit tingkat dasar ke unit yang lebih lengkap/Rumah Sakit) maupun horizontal (dari satu bagian ke bagian lain dalam satu unit).

Dalam prosedur pelayanannya, KIS memiliki prinsip yang sama dengan yang dilakukan dalam prosedur pelayanan jaminan kesehatan BPJS Kesehatan. Jika ingin mendapatkan pengobatan, pertama sekali yang harus dilakukan peserta KIS terlebih dahulu adalah dengan pergi ke puskesmas terdekat sebagai tempat pelayanan kesehatan tingkat pertama untuk melakukan pemeriksaan tahap awal. Jika kondisi penyakit pasien dalam keadaan yang harus mendapatkan pelayanan kesehatan tingkat lanjut, maka puskesmas akan memberikan surat rujukan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan lanjutan seperti ke rumah sakit daerah atau ke rumah sakit provinsi jika memang dibutuhkan. Namun jika pasien KIS dalam keadaan darurat, maka bisa langsung mendapatkan layanan kesehatan ke tahap selanjutnya tanpa harus meminta surat rujukan ke fasilitas kesehatan tingkat pertama seperti puskesmas².

Pelayanan kesehatan menggunakan sistem rujukan berjenjang, dimulai dari Pelayanan Kesehatan Tingkat (PKT) pertama, lalukedua dan ketiga. Berdasarkan Peraturan Menteri No. 01 Tahun 2012 mengenai sistem rujukan kesehatan perseorangan, apabila penyakitnya memerlukan pengobatan lebih lanjut, PKT

²Diakses <https://www.cermati.com/artikel/kartu-indonesia-sehat-pengertian-dan-manfaat-yang-diberikan>

pertama harus merujuk pasien ke PKT kedua rujukan yang ada di kabupaten/kota dan apabila masih memerlukan perawatan yang lebih baik akan dirujuk ke PKT ketiga yaitu Rumah Sakit rujukan provinsi.

Adapun bentuk mekanisme kerja pelayanan KIS difasilitas kesehatan :

- Masyarakat miskin dan kurang mampu membutuhkan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan
- Puskesmas, sebagai penyedia pelayanan kesehatan pertama sebagai dasar pelayanan kesehatan bagi peserta KIS baik untuk rawat jalan maupun rawat inap ringan
- Rumah sakit, apabila peserta KIS membutuhkan pelayanan kesehatan lanjutan baik dalam bentuk rawat jalan maupun rawat inap, untuk rawat inap disediakan hingga rawat inap kelas III.

(Sumber : Erna, 2020 : 99)

Dalam memperoleh surat rujukan, terdapat beberapa alur yang harus ditempuh oleh peserta KIS untuk mendapatkannya. Alurnya sebagai berikut :

- Alur Rujukan

Alur rujukan dapat diminta melalui fasilitas kesehatan tingkat pertama terdekat yang terdapat di lokasi tempat tinggal peserta, rujukan dibutuhkan jika pasien ingin mendapatkan pengobatan yang lebih lanjut seperti rumah sakit, setelah melalui tahap pemeriksaan dari petugas medis fasilitas tingkat pertama dengan membawa kartu identitas seperti Kartu Tanda Penduduk (KTP) dan Kartu Indonesia Sehat (KIS) yang digunakan sebagai syarat untuk mendapatkan surat

rujukan pengobatan. Jika peserta KIS dari kader dapat melakukan rujukan melalui Puskesmas pembantu, Pondok bersalin atau bidan di desa, Puskesmas rawat inap lalu ke Rumah sakit swasta/RS pemerintah. Jika dari posyandu dapat langsung merujuk ke Puskesmas pembantu atau Pondok bersalin atau bidan di desa lalu ke Rumah Sakit (sumber : BPJS Kesehatan).

Setelah melalui alur rujukan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama, saat tiba dirumah sakit atau fasilitas kesehatan tingkat lanjut, pasien dapat menunjukkan surat rujukan yang diberikan kepada pihak administrasi rumah sakit untuk mendapatkan penanganan oleh ahli medis.



Konsep Kepesertaan

Konsep kepesertaan yang digunakan dalam program Jaminan Kesehatan Nasional di Indonesia yakni konsep *Universal Health Coverage* (UHC). Konsep kepesertaan UHC bersifat universal, artinya, semua orang atau masyarakat dapat memanfaatkan layanan kesehatan dengan kualitas yang baik sesuai dengan yang mereka butuhkan dan memastikan pengguna dari program layanan dapat diringankan secara keuangan sesuai yang diatur dalam Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional Tahun 2004 (WHO, 2019 dalam Oldistra, 2020).

Konsep Persepsi

Persepsi adalah suatu pandangan terhadap sebuah objek, peristiwa atau hubungan yang diperoleh melalui penafsiran melalui akal pikiran, menyimpulkan informasi, dan memberikan makna pada sesuatu yang direspon melalui alat indera terhadap suatu objek yang berasal dari lingkungan (Notoatmodjo, 2010 : 92). Persepsi merupakan kemampuan merasakan melalui panca indra dengan

melibatkan stimulus (respon dari kelakuan) yang datang maupun yang diciptakan. Proses persepsi yaitu menyeleksi sejumlah karakteristik stimulus, sehingga stimulus tersebut dapat mengandung beberapa dimensi, lalu terbentuklah hubungan antara persepsi dan objek tidak dapat dipisahkan karena saling terkait (Herbert Mead dalam Sari 2015 : 5).

Persepsi biasanya digunakan untuk mengungkapkan pengalaman terhadap suatu benda atau peristiwa. Persepsi sebagai proses penggabungan dan pengorganisasian penginderaan manusia yang kemudian dikembangkan sedemikian rupa sehingga seseorang dapat sadar akan lingkungan sekitar termasuk sadar akan diri sendiri (Shaleh, 2005 : 88 dalam Sari 2015). Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi adanya persepsi yaitu sebagai berikut :



1. Faktor internal

- a. Usia

Usia dapat mempengaruhi tingkat pengetahuan dan pengalaman seseorang, karena semakin lanjut usianya akan mempengaruhi tingkat kematangan baik dalam berpikir maupun saat bekerja (Nursalam dan Pariani, 2001).

- b. Pendidikan

Orang yang memiliki pendidikan tinggi akan memberikan tanggapan yang lebih rasional terhadap sesuatu jika dibandingkan dengan orang yang berpendidikan rendah atau yang tidak berpendidikan sama sekali (Notoatmodjo dalam Sari, 2015).

c. Pekerjaan

Dengan bekerja seseorang dapat melakukan sesuatu yang bernilai, bermanfaat, memperoleh pengetahuan yang baik tentang suatu hal, sehingga lebih memahami dan pada akhirnya dapat mempersepsikan sesuatu yang positif (Notoadmodjo dalam Sari, 2015).

2. Faktor Eksternal

a. Informasi

Semakin banyak informasi yang didapatkan akan mempengaruhi dan menambah pengetahuan seseorang, sehingga menumbuhkan kesadaran yang akhirnya akan membuat seseorang berperilaku sesuai dengan pengetahuan yang dimilikinya.

b. Pengalaman

Pengalaman mempengaruhi kecermatan dalam berpersepsi, pengalaman tidak selalu didapatkan melalui proses yang formal namun juga bertambah melalui rangkaian peristiwa yang pernah dialami.

Dari faktor yang mempengaruhinya dapat disimpulkan bahwa persepsi berarti proses kognitif yang dialami oleh setiap orang dalam memahami informasi yang diperoleh tentang lingkungannya melalui indera. Akan tetapi, persepsi dari setiap individu dapat memperoleh arti yang berbeda meskipun objek yang dilihat sama. Perbedaan persepsi yang terjadi dalam masyarakat dapat disebabkan oleh kebudayaan yang ada dan berkembang didalam masyarakat tersebut.

Persepsi juga diistilahkan sebagai inti dari sebuah komunikasi, karena apabila suatu persepsi tidak akurat, manusia tidak akan dapat berkomunikasi dengan efektif, persepsi itulah yang membuat seseorang menentukan untuk memilih suatu pesan dan mengabaikan pesan lainnya yang menurutnya tidak penting. Jika semakin tinggi tingkat persamaan persepsi antarindividu, maka semakin mudah dan semakin sering mereka melakukan komunikasi, akhirnya cenderung akan membentuk kelompok budaya atau kelompok identitas³. Dalam penyelenggaraan program KIS untuk masyarakat dibutuhkan proses komunikasi agar program dapat berjalan sesuai dengan ketentuan yang diberlakukan. Proses komunikasi dapat dilakukan dengan penyampaian pesan oleh komunikator (penyelenggara program Kartu Indonesia Sehat) kepada komunikan (masyarakat penerima program KIS) serta pengaruh yang ditimbulkan setelah mendapatkan program layanan KIS tersebut (Anggriana, 2017 : 44).

Konsep Pengetahuan

Pengetahuan adalah keseluruhan pemikiran, gagasan, ide, konsep serta pemahaman yang dipunyai oleh manusia mengenai alam semesta dan segala isinya, termasuk manusia itu sendiri beserta kehidupannya. Pengetahuan meliputi penalaran, penjelasan dan pemahaman manusia tentang segala sesuatu, juga mencakup keterampilan atau kemampuan teknis dalam menyelesaikan berbagai masalah kehidupan yang belum terstandarisasi secara sistematis dan metodis (Keraf etc, 2001 : 22-23).

³Diakses <https://persepsi-inti-komunikasi-menurut-prof-deddy-mulyana-dalam-ilmu-komunikasi-suatu-pengantar>

Pengetahuan merupakan hasil dari mengetahui, seseorang yang memiliki pengetahuan menggunakan akalnya untuk berfikir serta menerapkan ilmunya untuk kepentingan kehidupan sehingga dapat berkembangnya masyarakat yang beradab dan berbudaya. Pengetahuan akan membentuk sikap seseorang terhadap sesuatu, sikap akan mempengaruhi perilakunya. Jika perilaku tersebut dilakukan secara terpola dan berulang, maka hal tersebut akan berakumulasi menjadi pengalaman.

Oleh banyak orang Indonesia, apabila seseorang memiliki pemahaman (*understanding*) atau sikap (*attitude*) tertentu yang didapat melalui pendidikan dan pengalamannya sendiri, maka ia dianggap orang yang tahu atau berpengetahuan. Demikian pula bila seseorang memiliki keterampilan atau ketangkasan (*aptitude*) yang diperolehnya melalui latihan dan praktek, maka kemampuan tersebut disebut kebiasaan. Namun, sekalipun sudah terbiasa melakukan sesuatu, yang bersangkutan juga tahu bagaimana melakukan sesuatu itu sebelumnya, tidak menjamin seseorang itu berpengetahuan, karena pada prinsipnya tahu itu adalah mengetahui cara mengerjakan (*how to do*), mengetahui bagaimana (*know how*) dan mengetahui mengapa (*know why*) sesuatu itu. (Syafiie, 2010 : 2).

Menurut Notoatmodjo (2010), pengetahuan dalam hal kesehatan meliputi sesuatu yang diketahui oleh seseorang untuk melakukan pemeliharaan kesehatan baik dalam cara pencegahan penyakit maupun cara mengatasi penyakit. Pengetahuan menjadi sesuatu yang berperan penting karena dengan memiliki pengetahuan yang baik, maka seseorang dapat memutuskan sikap apa yang ia ambil untuk mengatasi masalah kesehatan seperti menggunakan Kartu Indonesia Sehat untuk pergi berobat ke fasilitas kesehatan. Pengetahuan masyarakat tentang

program Kartu Indonesia Sehat (KIS) dengan kategori baik dapat mempengaruhi tindakannya sebagai peserta penerima program KIS dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan tersebut, masyarakat yang kurang pengetahuannya tentang program jaminan kesehatan akan berdampak pada kurangnya pemanfaatan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan alur pelayanan, sehingga dalam proses pelaksanaannya program tersebut menjadi kurang efektif.

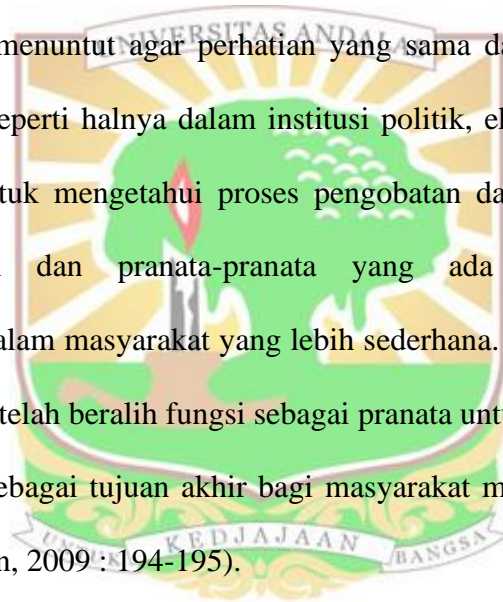
Konsep Kebudayaan

Lingkungan masyarakat pada dasarnya merupakan salah satu bagian dari kebudayaan. Masyarakat adalah sekumpulan manusia yang hidup dan berinteraksi satu sama lain sesuai dengan sistem adat istiadat tertentu yang berlaku di lingkungan mereka, berkelanjutan, dan memiliki keterikatan melalui suatu perasaan dengan identitas yang dimiliki bersama (Koentjaraningrat, 2009: 146). Kebudayaan merupakan keseluruhan pengetahuan yang dimiliki oleh manusia sebagai makhluk sosial yang isinya adalah bentuk pengetahuan yang secara efektif dapat digunakan untuk memahami dan menafsirkan lingkungan yang ada untuk mendorong tindakan-tindakan yang diperlukan (Suparlan, 1993 :14).

Dalam segi kesehatan, kebudayaan yang dimiliki oleh suatu masyarakat sangat erat kaitannya dengan pengetahuan dalam memecahkan masalah sakit. Semua itu tidak hanya disebabkan karena masalah kemanusiaan saja tetapi juga menunjukkan bentuk tingkah laku adaptasi manusia yang berbeda yang didasarkan pada logika dan perasaan ingin menolong orang lain. Upaya masyarakat membuat strategi adaptasi dalam menghadapi penyakit menggunakan strategi yang bersifat pencegahan dan penyembuhan penyakit. Dalam proses

penyembuhan penyakit dapat dilihat bahwa manusia telah menciptakan suatu kebudayaan yang didalamnya terdapat pengetahuan, kepercayaan, teknik, perananan, norma-norma, nilai-nilai, sikap, kebiasaan, upacara-upacara dan simbol yang saling berkaitan dalam membentuk suatu sistem yang saling mendukung (Foster, 2009 : 9).

Kesehatan dan kebudayaan berkaitan erat, dalam hal ini permasalahan kesehatan dan penyakit sebagian bermotivasi teoritis. Ini karena kepercayaan dan praktek-praktek pengobatan merupakan kategori utama dalam kebudayaan. Disini kebudayaan sangat menuntut agar perhatian yang sama dapat diberikan kepada institusi kesehatan seperti halnya dalam institusi politik, ekonomi, sosial, agama dan sebagainya. Untuk mengetahui proses pengobatan dalam masyarakat yang kompleks, peranan dan pranata-pranata yang ada harus diperhatikan perkembangannya dalam masyarakat yang lebih sederhana. Dalam sebagian besar sejarah, rumah sakit telah beralih fungsi sebagai pranata untuk amal, sebagai suatu penampungan dan sebagai tujuan akhir bagi masyarakat miskin yang sakit kritis (Foster dan Anderson, 2009 : 194-195).



Konsep Pengalaman

Pengalaman merupakan hasil dari penginderaan manusia terhadap lingkungannya, pengalaman tersebut dijadikan tolok ukur dalam melakukan aktifitas atau apapun yang akan dilakukannya dimasa mendatang. Pengalaman bisa dibaratkankan sebagai acuan yang memuat berbagai macam informasi yang dibutuhkan oleh manusia dan dapat dijadikan sebagai landasan dalam mengambil

sikap ataupun keputusan dalam setiap tahap kehidupannya (Darmawan, 2013 : 97).

G. Metodologi Penelitian

1. Pendekatan Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian yang menggunakan pendekatan kualitatif tipe deskriptif. Jenis penelitian kualitatif deskriptif ini bertujuan untuk menjelaskan sebuah fenomena dengan secara sistematis, faktual, dan akurat tentang fakta dan karakteristik populasi atau obyek tertentu. Dasar penelitian ini menggunakan metode penelitian Studi Kasus (*Case Study*).

Studi kasus adalah salah satu metode penelitian dalam ilmu sosial. Secara garis besar, studi kasus memberikan akses dan peluang yang luas kepada peneliti untuk mengkaji secara dalam, detail, intensif dan menyeluruh terhadap unit sosial yang diteliti. Secara umum, para peneliti menggunakan metode penelitian studi kasus dengan tujuan untuk memahami objek yang ditelitinya. Dan secara khusus, studi kasus digunakan untuk menjelaskan dan memahami objek yang ditelitinya secara spesifik sebagai suatu kasus. Penggunaan studi kasus mempresentasikan (1) kasus kritis untuk menguji teori, (2) kasus yang tidak biasa atau unik, (3) kasus umum yang dapat menambah pemahaman tentang kejadian tertentu, (4) kasus yang sebelumnya tidak dapat diakses, (5) kasus longitudinal (Yin, 2002). Studi kasus merupakan strategi penelitian yang lebih sesuai dengan subjek penelitian dengan pertanyaan 'bagaimana atau mengapa', apabila peneliti hanya memiliki sedikit kesempatan untuk meninjau peristiwa/kejadian yang akan diteliti dan

fokus penelitian terletak pada fenomena di dalam konteks kehidupan nyata masa kini (Yin, 2002 : 1).

2. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Nagari Batipuh Baruah, terkait dengan permasalahan mengenai pengetahuan dan pengalaman keluarga kurang mampu dalam menggunakan Kartu Indonesia Sehat (KIS). Alasan penulis mengambil lokasi ini dikarenakan penulis melihat kecenderungan keluarga masyarakat yang memiliki KIS lebih memilih berobat tanpa menggunakan kartu KIS karena persepsi yang berbeda mengenai asuransi kesehatan KIS. Lokasi penelitian ini ditinggali oleh penduduk suku Minangkabau, karena kebiasaan orang kampung di Minangkabau yang suka berobat dengan obat alami/tradisional yang diwariskan secara turun temurun. Selain itu bagi masyarakat yang memiliki pengalaman berobat modern menggunakan KIS merasa obat yang diberikan kurang bagus dan tidak sesuai, serta ada diantara masyarakat yang masih kebingungan dalam menggunakan kartu tersebut. Penelitian ini juga melihat bagaimana pandangan masyarakat kurang mampu mengenai asuransi kesehatan KIS dan bagaimana pengetahuan mereka mengenai program KIS dan pengalaman seperti apa yang mereka dapatkan setelah menggunakan program tersebut.

3. Informan Penelitian

Pengambilan informan dalam penelitian ini dengan cara *purposive sampling* (secara sengaja). Purposive sampling adalah pengambilan informan yang ditetapkan secara sengaja oleh peneliti berdasarkan pertimbangan dan kriteria tertentu yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi yang menjadi dasar dari

perancangan teoritis yang dibangun. Peneliti menggunakan teknik pemilihan informan dengan cara penarikan informan secara sengaja (*purposive*) dan memperhatikan azas kejenuhan data, apabila sudah ada jawaban yang sama dari masing-masing informan, maka penambahan jumlah sampel dihentikan, maksudnya adalah penulis menentukan sendiri informan penelitian atas kriteria dan pertimbangan tertentu yang diambil sesuai dengan tujuan penelitian (Singarimbun, 2011 :122).

Dalam penelitian ini, jenis informan yang dipakai yaitu informan pelaku dan informan pengamat. Informan pelaku menjadi subjek dari penelitian, karena informan pelaku adalah orang yang memberikan informasi mengenai dirinya, baik tentang perbuatan, pikiran dan tentang interpretasi (penafsiran) atau pengetahuan yang dimilikinya. Informan pelakunya adalah peserta KIS di Nagari Batipuh Baruah dan yang tinggal di jorong kubu nan ampek dengan kriteria yang peneliti tetapkan sebagai berikut :

1. Keluarga kurang mampu penerima KIS
2. Pernah menggunakan KIS untuk berobat di puskesmas atau rumah sakit
3. Laki-laki dan perempuan
4. Pernah menggunakan KIS untuk berobat lebih dari 5x dalam 5 tahun
5. Berumur antara 30-60 tahun

Selanjutnya informan pengamat, yakni informan yang memberikan informasi mengenai orang lain atau sebuah kejadian. Informan pengamat disebut juga sebagai saksi atau pengamat lokal (Afrizal, 2014 : 139-140). Informan pengamat dalam penelitian ini ada 3 orang yaitu wali jorong dan kerabat dari

informan pelaku, informasi yang didapat dari informan pengamat berguna untuk menyesuaikan dengan informasi yang diperoleh dari informan pelaku.

Tabel 3. Informan Penelitian

No	Nama	Umur	Pendidikan	Pekerjaan	Keterangan
1.	Ys	62 tahun	SD	Ibu rumah tangga	Informan Pelaku
2.	J	63 tahun	SD	Petani	Informan Pelaku
3.	YY	33 tahun	SLTP	Buruh Tani	Informan Pelaku
4.	GE	58 tahun	SLTP	Buruh Tani	Informan Pelaku
5.	DY	50 tahun	SLTP	Ibu rumah tangga	Informan Pelaku
6.	N	48 tahun	SLTA	Buruh Tani	Informan Pelaku
7.	RA	45 tahun	SLTA	Ibu rumah tangga	Informan Pelaku
8.	WF	30 tahun	SLTA	Ibu rumah tangga	Informan Pelaku
9.	S	47 tahun	SLTA	Wali jorong	Informan Pengamat
10	Mn	49 tahun	SLTA	Pedagang	Informan Pengamat
11	Ds	58 tahun	SLTA	Wiraswasta	Informan Pengamat

4. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data dalam melakukan penelitian ini dengan mengumpulkan data dari 2 jenis data. Adapun jenis data yang dibutuhkan yakni:

1. Data primer

Data primer bersumber dari data yang diperoleh secara langsung dilapangan. Data primer secara khusus dikumpulkan untuk menjawab pertanyaan penelitian yang dapat diperoleh melalui proses observasi dan wawancara berupa penjelasan dan keterangan yang dibutuhkan oleh peneliti. Dalam penelitian ini peneliti terjun langsung ke lapangan untuk mewawancarai para peserta penerima Kartu Indonesia Sehat di nagari Batipuh Baruah.

2. Data sekunder

Data sekunder merupakan sumber data yang diperoleh secara tidak langsung atau melalui media perantara. Dalam penelitian ini, peneliti

memperoleh data sekunder melalui sumber-sumber yang relevan dengan penelitian yang akan dilakukan. Data sekunder ini peneliti peroleh melalui kantor Wali nagari Batipuh Baruah.

Tabel 4. Matrik Data

No	Tujuan penelitian	Pertanyaan	Sumber data	Teknik pengumpulan data
1.	Mendeskripsikan persepsi dan kepesertaan keluarga kurang mampu pada/dalam program KIS di Nagari Batipuh Baruah Kabupaten Tanah Datar?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bagaimana pandangan keluarga kurang mampu tentang adanya program KIS? 2. Seperti apa kepesertaan dalam program KIS? 3. Apakah seluruh anggota keluarga menjadi peserta program KIS? 4. Bagaimana alur untuk mendapatkan pengobatan menggunakan KIS? 	Penerima KIS	Wawancara dan observasi

2.	Menganalisis pengetahuan dan pengalaman keluarga kurang mampu terhadap perawatan kesehatan setelah menjadi peserta KIS di Nagari Batipuh Baruah Kabupaten Tanah Datar?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apa yang diketahui mengenai program KIS? 2. Pengalaman seperti apa yang didapatkansa at berobat menggunakan KIS di fasilitas kesehatan? 3. Bagaimana perawatan kesehatan setelah menjadi peserta KIS? 	Keluarga kurang mampu pengguna KIS	Wawancara dan observasi
----	--	--	------------------------------------	-------------------------

a. Observasi Partisipatif

Secara umum, observasi adalah metode penelitian yang dilakukan dengan mengumpulkan informasi atau data dengan cara mengamati dan mencatat secara sistematis fenomena dijadikan sebagai sasaran pengamatan (Mania, 2008 : 221). Dengan kata lain, observasi merupakan teknik pengumpulan data dengan cara mengamati secara langsung objek yang ingin diteliti dengan menggunakan panca indera.

Dengan observasi kita bisa melihat, mendengar dan merasakan apa yang sebenarnya terjadi. Observasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah *participant as observer* yaitu observasi partisipan (pengamatan terlibat). Dalam observasi partisipasi, peneliti menjadi bagian integral dari situasi yang ditelitinya, peneliti terlibat secara langsung sehingga lebih menghayati, merasakan serta

seperti apa hal yang dialami oleh obyek penelitian. Dengan demikian, hasil pengamatan akan lebih bermakna dan lebih obyektif, karena yang dilaporkan sebagaimana adanya sesuai dengan kenyataan di lapangan. Pentingnya observasi digambarkan oleh Nasution (1992) sebagai berikut :

“Bila kita ingin mengenal dunia sosial, kita harus memasuki dunia itu. Kita harus hidup di kalangan manusia, mempelajari bahasanya, melihat dengan mata kepala sendiri apa yang terjadi dan mendengarkan dengan telinga sendiri apa yang mereka katakan, fikirkan dan rasakan”.

Pada penelitian ini peneliti melakukan observasi dengan mendatangi beberapa rumah informan, warung dan datang ke acara rapat bulanan yang diadakan ibu-ibu penerima bantuan sosial dari pemerintah berupa Program Keluarga Harapan (PKH) yang termasuk juga didalamnya merupakan penerima Kartu Indonesia Sehat (KIS). Peneliti mengamati apa yang mereka ketahui tentang program KIS serta bagaimana pengetahuan mereka dan kaitan dengan pemanfaatan KIS jika salah seorang keluarga mereka mengalami sakit.

b. Wawancara

Wawancara adalah pertemuan dua orang atau lebih untuk saling bertukar informasi dan gagasan melalui proses tanya jawab sehingga dapat dibangun makna dalam suatu topik tertentu (Sugiyono, 2005 : 72). Wawancara dilakukan untuk memperoleh informasi yang lebih kongkrit dari penuturan seseorang yang tidak didapat melalui pengamatan observasi. Wawancara yang digunakan dalam penelitian adalah *in-depth interview* (wawancara mendalam) yang dilakukan untuk beberapa maksud dan tujuan untuk mendapatkan informasi yang lebih detail (Koentjaraningrat, 1997 : 130-138).

Wawancara mendalam ialah pertemuan tatap muka yang dilakukan secara berulang kali secara langsung antara peneliti dan subyek penelitian, untuk memahami pandangan subyek penelitian tentang kehidupannya, pengalaman, atau situasi sosialnya sebagaimana yang ia ungkapkan menggunakan bahasanya sendiri. Wawancara mendalam bersifat fleksibel, terbuka, tidak terstruktur, dan tidak terstandarisasi. Pertemuan tatap muka berulang antara peneliti dan subyek penelitian merupakan inti dari wawancara mendalam.

Dalam penelitian ini peneliti mewawancarai informan yang telah peneliti pilih yaitu beberapa orang anggota keluarga penerima Kartu Indonesia Sehat yang ada di Nagari Batipuh Baruah. Melalui proses wawancara, peneliti mencoba menelusuri keterangan terkait persepsi mereka tentang program Kartu Indonesia Sehat (KIS) dan pengetahuan serta pengalaman mereka saat menggunakan kartu bantuan iuran yang telah disediakan oleh pemerintah tersebut.

c. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan adalah memakai bahan materi dari berbagai referensi yang isinya berkaitan dengan pokok permasalahan yang diteliti, studi kepustakaan bertujuan untuk mendapatkan sumber data sekunder yang dapat menunjang penelitian sekaligus untuk mengetahui aspek-aspek penting terkait dengan masalah yang sedang diteliti sehingga penelitian menjadi lebih fokus (Nazir, 111-112 dalam Nuritasari, 2011). Studi kepustakaan juga dapat digunakan sebagai sumber pendukung untuk menghimpun informasi yang relevan dengan topik atau masalah yang menjadi obyek penelitian ini. Peneliti memperolehnya dari berbagai

sumber, seperti buku, skripsi, tesis, artikel, dan jurnal yang berkaitan dengan penelitian ini.

d. Dokumentasi

Pada saat melakukan penelitian ini, peneliti menggunakan alat perekam dan alat dokumentasi yang bisa menghasilkan foto saat melakukan observasi dan wawancara di lokasi penelitian, berkaitan dengan hal-hal yang menurut peneliti dapat menunjang dan memperkaya data yang telah diperoleh melalui observasi dan wawancara dengan informan penelitian.

Alat dokumentasinya peneliti gunakan alat perekam suara untuk mendokumentasikan informasi dari informan selama di lapangan. Hal seperti ini peneliti lakukan untuk mempermudah peneliti untuk mengingat kejadian tertentu yang telah didapatkan selama penelitian. Peneliti juga memotret bentuk dari kartu identitas KIS tampak dari depan dan belakang menggunakan kamera agar tahu seperti apa wujud kartu identitas yang dimiliki penerima KIS. Serta potret gambar panduan layanan bagi peserta untuk mengetahui seperti apa panduan yang diberikan untuk pengguna KIS.

5. Analisis Data

Analisis data adalah proses menafsirkan dan menjelaskan data-data yang terkumpul sehingga membentuk sebuah deskripsi yang bisa dipahami oleh para pembaca (Moleong, 1989 : 209). Proses analisis data dimulai dengan menelaah semua data yang tersedia dari berbagai sumber yaitu, hasil wawancara, hasil pengamatan yang sudah dituliskan berupa catatan lapangan, dokumen pribadi,

dokumen resmi, gambar foto dan lain sebagainya. Seperti analisis data menurut Creswell (2015) sebagai berikut:

“Analisis data dalam penelitian kualitatif dimulai dengan menyiapkan dan mengorganisasikan data untuk dianalisa, kemudian mereduksi data tersebut menjadi tema melalui proses pengkodean dan peringkasan kode, dan terakhir yaitu menyajikan data dalam bentuk bagan, tabel, atau pembahasan” (Creswell, 2015 : 251).

Data-data yang peneliti kumpulkan termasuk juga catatan lapangan dikelompokkan berdasarkan kegiatan spesifik yang tersedia dan diteliti. Setelah dilakukan pengelompokkan, data disarikan dan dihubungkan satu dengan yang lainnya sebagai suatu kumpulan peristiwa dan fakta yang terintegrasi. Dari abstraksi tersebut akan terlihat pranata-pranata sosial yang ada di daerah atau masyarakat tersebut.

Hasil data yang diperoleh berupa catatan lapangan dan data sekunder dikumpulkan, kemudian diklasifikasi dan dikelompokkan berdasarkan tema dan masalah penelitian. Untuk menganalisisnya, penulis menggunakan kerangka konseptual yang telah ditulis di sub bab bagian atas. Sehingga dari data dan kerangka konseptual tersebut dapat menjawab semua pertanyaan-pertanyaan yang diajukan dalam rumusan masalah

Langkah-langkah melakukan analisis data :

1. *Display data*, yakni menyajikan data-data yang telah diperoleh dilapangan dalam bentuk uraian atau laporan yang rinci oleh peneliti.
2. *Reduksi data*, peneliti memotong data-data yang tidak perlu, laporan yang diambil dalam bentuk laporan utama saja.

3. *Verifikasi data*, diawali dengan mencari makna pada setiap kata yang telah dikumpulkan, kemudian peneliti menyimpulkannya untuk dapat menjawab tujuan dari penelitian.

Analisis data terkait penelitian ini, setelah mendapatkan data di lapangan, kemudian peneliti menganalisis data dengan menggabungkan hasil seluruh data dan kemudian mendeskripsikannya terkait dengan pengetahuan dan pengalaman keluarga kurang mampu terhadap program KIS di nagari Batipuh Baruah, Kecamatan Batipuh, Kabupaten Tanah Datar. Lalu data tersebut disajikan dalam bentuk laporan. Analisis yang dilakukan dalam penelitian ini adalah analisis deskriptif, yakni menggali dan menjelaskan realita yang ada di lapangan.

6. Proses Jalannya Penelitian

Penelitian ini peneliti lakukan secara bertahap, yaitu tahap pembuatan proposal penelitian dan tahap penulisan skripsi. Pada tahap pembuatan proposal penelitian, peneliti memulai dengan merancang tema apa yang akan dijadikan sebagai proposal sekaligus skripsi yang akan diajukan sebagai syarat untuk meraih gelar sarjana Antropologi Universitas Andalas.

Peneliti tertarik melakukan penelitian tentang Pengetahuan dan Pengalaman Keluarga Kurang Mampu dalam menggunakan Kartu Indonesia Sehat, langkah pertama yang penulis lakukan yaitu observasi awal dan menulis latar belakang yang akan diteliti dilapangan, setelah itu dibawah bimbingan dosen pembimbing pertama dan kedua, peneliti melalui beberapa kali revisi proposal dan setelah itu melaksanakan ujian seminar proposal pada tanggal 15 April 2020.

Penelitian untuk penulisan skripsi dilakukan di Nagari Batipuh Baruah pada 13 Juli 2020 dikarenakan wabah covid-19 dan baru mendapatkan Surat Izin Penelitian dari fakultas. Peneliti melakukan pencaharian data pendukung penelitian dengan datang ke Kantor Wali Nagari Batipuh Baruah. Pertama sekali peneliti menyampaikan bahwa peneliti ingin melakukan penelitian di Nagari Batipuh Baruah, Kecamatan Batipuh, Kabupaten Tanah Datar. Di Kantor Wali Nagari peneliti menunjukkan surat izin penelitian kepada sekretaris wali nagari, sekaligus menjelaskan mengenai penelitian ini dan data apa yang ingin dicari, maka dari itu dengan surat izin penelitian dari Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik peneliti memperoleh data mengenai monografi Nagari Batipuh Baruah untuk menulis bab dua yang berisi gambaran umum lokasi penelitian. Dalam pertemuan tersebut peneliti menanyakan mengenai gambaran umum Nagari Batipuh Baruah seperti : kependudukan, pendidikan, sistem mata pencaharian, letak geografis dan lain sebagainya.

Selama melakukan penelitian, tidak hanya kemudahan yang peneliti dapatkan, namun juga mengalami beberapa kesulitan terutama saat membutuhkan data kependudukan di kantor wali nagari Batipuh Baruah peneliti tidak langsung mendapatkan seluruh data yang dibutuhkan pada hari yang samayaitu pada tanggal 15 Juli 2020 saat hari pertama peneliti mendatangi kantor Wali Nagari, namun disuruh lagi datang seminggu kemudian karena data kependudukan di kantor belum diperbarui oleh sekretaris wali nagari. Pada tanggal 22 Juli 2020 peneliti datang lagi ke kantor wali nagari dan hasilnya nihil. Berselang 5 hari yaitu pada tanggal 27 Juli 2020 peneliti kemudiandatang lagi dan masih sama, sekretaris wali nagari mengatakan jika kaur yang mengeloladata tersebut sedang

tidak masuk bekerja karena lembur sampai jam 4 shubuh. Setelah hampir putus asa peneliti memintakontak yang bersangkutan kepada sekretaris wali nagari. Akhirnya peneliti memberanikan diri untuk menghubungi yang bersangkutan dengan kontak yang telah diberikan, namun tidak direspon. Setelah menunggu beberapa minggu akhirnya peneliti disuruh datang ke kantor wali nagari pada 10 Agustus 2020. Kesulitan yang peneliti alami untuk mendapatkan data dari kantor wali nagari seperti data jumlah penduduk berdasarkan umur, jenis pekerjaan penduduk dan jumlah keluarga kurang mampu penerima Kartu Indonesia Sehat, adanya kendala yang peneliti hadapi tersebut dikarenakan waktu peneliti melakukan penelitian hampir berdekatan dengan waktu pilkada dan kondisi juga bertepatan dengan pandemi covid-19. Karena hal itu dari bulan Juli sampai dengan Agustus 2020 penulis bolak balik ke kantor wali nagari sekitar 6 kali dan tidak digubris oleh pihak nagari karena perangkat nagari sedang sibuk-sibuknya mempersiapkan waktu pilkada dan data yang peneliti butuhkan belum diolah oleh kaur nagari.

Setelah melalui beberapa kesulitan kemudian peneliti melakukan penelitian dengan turun langsung ke lapangan untuk observasi dan melakukan wawancara mendalam dengan sejumlah informan yang dibutuhkan. Hal tersebut guna mendapatkan data dan fakta yang ada di lapangan terkait dengan permasalahan dan tujuan penelitian ini. Peneliti memulai dengan mendatangi keluarga kurang mampu yang memiliki kartu identitas berupa Kartu Indonesia Sehat (KIS) dan peneliti juga mendatangi tempat rapat bulanan para penerima bantuan iuran pemerintah yang mereka adakan pada tanggal 15 setiap bulannya.

Setelah semua data yang dibutuhkan untuk melengkapi data dalam penulisan skripsi ini terkumpul maka peneliti baru dapat mengolah data ke dalam bentuk tulisan yang kemudian diujikan guna untuk memperoleh gelar Sarjana.

