

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) adalah tata cara penyelenggaraan program Jaminan Sosial oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Ketenagakerjaan (UU No 40 Tahun 2014). Pengertian Jaminan Kesehatan Nasional adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah (Peraturan BPJS No. 2 Tahun 2016).

Jaminan Kesehatan Nasional yang berlaku di Indonesia ini merupakan bagian dari Sistem Jaminan Kesehatan yang berbentuk asuransi kesehatan dan bersifat wajib bagi seluruh warga Indonesia dan juga warga negara asing yang sudah tinggal di Indonesia minimal 6 bulan. Tujuan dari JKN ini agar penduduk Indonesia mendapat perlindungan dalam bentuk asuransi kesehatan sehingga dapat memenuhi kebutuhan dasar masyarakat dengan layak.

Prinsip – Prinsip Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Prinsip Jaminan Kesehatan Nasional mengacu pada prinsip Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Berikut ini merupakan prinsip tersebut :

1. Prinsip kegotong royong.

Dalam SJSN prinsip gotong royong berarti peserta mampu membantu peserta yang kurang mampu, peserta yang sehat membantu peserta yang sakit atau yang berisiko tinggi, dan peserta yang sehat mampu membantu peserta yang sakit.

2. Prinsip nirlaba.

Pengelolaan dana amanat oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah nirlaba bukan untuk mencari laba (for profit oriented). Sebaliknya, tujuan utama adalah untuk memenuhi sebesar -be sarnya kepentingan peserta.

3. Prinsip keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi, dan efektivitas.

Prinsip-prinsip manajemen ini yang mendasari seluruh kegiatan pengelolaan dan yang berasal dari iuran peserta dan hasil pengembangan.

4. Prinsip portabilitas.

Prinsip portabilitas jaminan sosial dimaksudkan untuk memberikan jaminan yang berkelanjutan kepada peserta sekalipun mereka berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

5. Prinsip kepesertaan bersifat wajib.

Kepesertaan wajib dimaksudkan agar seluruh rakyat menjadi peserta sehingga dapat terlindungi.

6. Prinsip dana amanat.

Dana yang terkumpul dari iuran peserta merupakan dana titipan kepada badan- badan penyelenggara untuk dikelola sebaik-baiknya dalam rangka mengoptimalkan dana tersebut untuk kesejahteraan peserta.

7. Prinsip hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan sebesar besarnya kepentingan peserta.

Berdasarkan UU No.40 tahun 2004 tentang SJSN, manfaat Jaminan Kesehatan Nasional terdiri atas 2 (dua) jenis, yaitu manfaat medis berupa pelayanan kesehatan dan manfaat non medis meliputi akomodasi dan ambulans. Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional dimaksudkan mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan. BPJS Kesehatan mulai operasional pada tanggal 1 Januari 2014. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan adalah badan hukum publik yang bertanggung jawab kepada Presiden dan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan bagi seluruh penduduk Indonesia termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia (UU No 24 Tahun 2011).

2.2 Kepesertaan JKN

Peserta Jaminan Kesehatan Nasional adalah setiap orang yang membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah (UU No. 40 th. 2004). Dan semua penduduk Indonesia wajib menjadi peserta JKN dan juga warga negara asing yang sudah tinggal di Indonesia paling singkat 6 bulan.

Peserta Jaminan Kesehatan terbagi menjadi 2 macam yaitu (perpres 82 tahun 2018):

1. Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan
Peserta PBI Jaminan Kesehatan ditetapkan oleh menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang sosial.
2. Peserta Bukan Penerima Bantuan Iuran (Non PBI) Jaminan Kesehatan
Peserta Non PBI terdiri dari:
 - 1) Pekerja Penerima Upah (PPU) dan Anggota keluarganya
Pekerja penerima upah meliputi Pejabat Negara, pimpinan dan anggota Dewan Perwakilan Rakyat Daerah, PNS, Prajurit, Anggota Polri, kepala desa dan perangkat desa dan pegawai swasta.
 - 2) Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) dan Anggota keluarganya
Pekerja diluar hubungan kerja atau pekerja mandiri.
 - 3) Bukan Pekerja (BP) dan Anggota keluarganya
Bukan pekerja meliputi investor, pemberi kerja, penerima pension, veteran, perintis kemerdekaan, janda, duda, atau anak yatim dan/atau piatu dari Veteran atau Perintis Kemerdekaan

2.3 Pembiayaan Peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Iuran Jaminan Kesehatan adalah sejumlah uang yang dibayarkan secara teratur oleh Peserta, Pemberi Kerja, dan/atau Pemerintah untuk program Jaminan Kesehatan (Perpres No. 12 th. 2013).

Pasal 34 Perpres No. 64 Tahun 2020 tentang perubahan kedua atas peraturan presiden No. 82 Tahun 2018 tentang jaminan kesehatan menyebutkan bahwa besaran iuran PBPU sebagai berikut ini:

Kelas I : Rp. 150.000

Kelas II : Rp. 100.000

Kelas III : Rp. 42.000

2.4 ATP (*Ability to Pay*)

1) Pengertian

Kemampuan membayar (*Ability to Pay*) adalah jumlah uang yang mampu dibayarkan masyarakat untuk menggantikan biaya pelayanan yang diterimanya (Rubiani, 2004).

Ability to Pay (ATP) adalah kemampuan seseorang untuk membayar jasa pelayanan yang diterimanya berdasarkan penghasilan yang dianggap ideal. Dua batasan ATP yang dapat digunakan sebagai berikut (Adisasmita, 2008) :

1. ATP 1 adalah besarnya kemampuan membayar yang setara dengan 5 % dari pengeluaran pangan non esensial dan non makanan. Batasan ini didasarkan bahwa pengeluaran untuk non makanan dapat diarahkan untuk keperluan lain, termasuk untuk kesehatan.
2. ATP 2 adalah besarnya kemampuan membayar yang setara dengan jumlah pengeluaran untuk konsumsi alkohol, tembakau, sirih, pesta/upacara. Batasan ini didasarkan kepada pengeluaran yang sebenarnya dapat digunakan secara lebih efisien dan efektif untuk kesehatan. Misalnya dengan mengurangi pengeluaran alkohol/tembakau/sirih untuk kesehatan.

2) Determinan yang Mempengaruhi ATP (*Ability to Pay*)

1. Pekerjaan

Menurut Notoatmodjo (2010), mengatakan pekerjaan adalah aktivitas atau kegiatan yang dilakukan oleh responden sehingga memperoleh penghasilan. Pekerjaan adalah sesuatu yang dikerjakan untuk mendapatkan nafkah atau pencaharian masyarakat yang sibuk dengan kegiatan atau pekerjaan sehari-hari akan memiliki waktu yang lebih untuk memperoleh informasi (Depkes RI, 2001). Hal ini berkaitan dengan tingkat penghasilan seseorang. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa mata pencaharian dapat mempengaruhi tingkat kemampuan membayar seseorang dalam membayar iuran jaminan kesehatan.

2. Pendapatan

Menurut Russell (1995) kemampuan membayar berhubungan dengan tingkat pendapatan (*Income*). Sedangkan menurut Gertlet (1990) pendapatan dapat mempengaruhi penentuan pasien dalam memilih pengobatan yang dapat memaksimalkan kepuasan dan manfaat (*utility*) yang diperolehnya.

Ada hubungan antara tingginya pendapatan dengan besarnya permintaan akan pemeliharaan kesehatan, terutama dalam hal pelayanan kesehatan modern. Pada masyarakat berpendapatan rendah, akan mencukupi kebutuhan barang terlebih dahulu, setelah kebutuhan akan barang tercukupi akan mengkonsumsi kesehatan (Andersen et al, 1975; Santerre & Neun, 2000 dalam Andhika 2010; Mills & Gilson,1990).

3. Pengeluaran

Menurut Gani dkk (1997) kemampuan membayar biaya pelayanan kesehatan masyarakat dapat dilihat dari pengeluaran tersier non pangan. Hal yang sama juga dikemukakan oleh Mukti (2001) bahwa kemampuan membayar masyarakat dapat dilihat dari pengeluaran tersier seperti: pengeluaran rekreasi, sumbangan kegiatan sosial, dan biaya rokok.

Menurut BPS, 2002. Pengeluaran rumah tangga merupakan salah satu indikator yang dapat memberikan gambaran kesejahteraan penduduk. Semakin tinggi pendapatan maka porsi pengeluaran rumah tangga akan bergeser dari pengeluaran untuk makanan ke pengeluaran bukan makanan. Pergeseran pola pengeluaran terjadi karena elastisitas permintaan terhadap makanan pada umumnya rendah, sebaliknya elastisitas permintaan terhadap barang bukan makanan pada umumnya tinggi. Engels Law menyatakan bahwa proporsi anggaran rumah tangga yang alokasikan untuk membeli pangan akan semakin kecil pada saat tingkat pendapatan meningkat (Harianto, 2001).

4. Jumlah anggota keluarga

Menurut Lofgren dkk. 2008, jumlah anggota keluarga mempengaruhi persepsi kepala keluarga terhadap risiko dan persepsi terhadap besarnya kerugian. Semakin banyak jumlah anggota keluarga, semakin besar risiko sakit, dan semakin besar kerugian finansial yang akan dialami. Teori ini terbukti pada penelitian Woldemariam (2008) di Ethiopia dan Masanjala-Phiri (2008) di Malawi. Babatunde dkk. 2011, membuktikan hasil sebaliknya. Semakin besar jumlah anggota keluarga semakin menurunkan ATP, karena jumlah iuran yang harus dibayar semakin besar.

5. Pendapatan anggota keluarga lain

Menurut Thabrany (2012), semakin banyak jumlah anggota keluarga maka akan semakin banyak pula kebutuhan untuk memenuhi kesehatannya. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian oleh Susanti, et.al, 2014 pada PT Tiga Serangkai yang sebagian besar tenaga kerjanya harus menanggung jumlah anggota keluarga sebanyak > 4 orang sehingga biaya yang harus dikeluarkan untuk biaya kesehatan lebih besar. Kesesuaian hasil penelitian dengan teori dikarenakan rumah tangga dengan jumlah keluarga lebih dari 4 orang memiliki risiko pemiskinan lebih tinggi. Hal ini akan berpengaruh jika masing-masing atau lebih dari satu anggota keluarga yang mendapatkan pendapatan, jadi kebutuhan akan ditanggung lebih dari satu orang.

6. Kepemilikan rumah

Hasil penelitian Djuhaeni dkk (2010) menunjukkan bahwa, sebagian besar (51,9%) masyarakat telah memiliki rumah sendiri. Menurut Maslow, rumah merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia. Dengan terpenuhinya kebutuhan dasar tersebut, maka diasumsikan bahwa seseorang dapat mengalihkan pengeluarannya untuk kebutuhan yang lain termasuk membayar iuran/premi asuransi kesehatan. Walaupun hasilnya tidak terlalu jauh berbeda dengan masyarakat yang belum memiliki rumah sendiri yaitu 48,1%, namun

implikasinya cukup besar karena meningkatnya biaya-biaya yang harus dikeluarkan untuk rumah seperti biaya sewa/kontrak.

7. Tabungan kesehatan

Jacobs (1997) menyatakan bahwa faktor ekonomi yang dapat digunakan untuk mengukur tingkat kemampuan membayar seseorang salah satunya adalah dengan adanya tabungan kesehatan. Djuhaeni dkk (2010) dalam penelitiannya mengatakan bahwa seseorang yang tidak memiliki tabungan untuk kesehatan belum mempersiapkan sejumlah dana yang digunakan untuk menghadapi masalah kesehatan.

8. Pengetahuan

Sumadi (1996), Menurutnya pengetahuan merupakan kemampuan seseorang dalam mengingat fakta, simbol, proses, dan teori. Notoadmojo (2002), Mendefinisikan Pengetahuan berupa ide atau hasil dari sebuah aktivitas/perilaku manusia yang telah terjadi setelah penginderaan dari objek tertentu, teori ini pun sama halnya yang di katakan oleh Locke.

9. Pendidikan

Pendidikan adalah salah satu fungsi dari suatu negara, dan dilakukan, terutama setidaknya, untuk tujuan Negara itu sendiri. Negara adalah institusi sosial tertinggi yang mengamankan tujuan tertinggi atau kebahagiaan manusia (Aristoteles).

3) Metode untuk Mengukur ATP (*Ability to Pay*)

Susilowati dkk. (2001) mengemukakan bahwa kemampuan membayar biaya pelayanan kesehatan dapat diukur dari keseluruhan biaya untuk konsumsi di luar kebutuhan dasar (antara lain : minuman jadi, minuman beralkohol, tembakau atau sirih, pengeluaran pesta yang diukur setahun). Dalam WHO yang ditulis Xu, et. al., (2005) Kapasitas Membayar diperoleh dari perhitungan pengeluaran non pangan ditambah pengeluaran pangan non esensial (makanan/minuman jadi, rokok /tembakau dan sirih, Alkohol)

Menurut Depkes (2000) kemampuan membayar masyarakat dapat dilakukan dengan pendekatan formula :

1. 10% dari Disposable income (pendapatan yang dapat dipakai setelah dikeluarkan untuk pengeluaran pangan (esensial).
2. 50 % dari pengeluaran Rokok (Rokok/Sirih) ditambah dengan Pengeluaran Non Pangan
3. 5 % dari total Pengeluaran

2.5 Covid - 19

Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) adalah penyakit menular yang disebabkan oleh *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS CoV-2)*. SARS-CoV-2 merupakan coronavirus jenis baru yang belum pernah diidentifikasi sebelumnya pada manusia (KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR HK.01.07/MENKES/413/2020).

Pada 31 Desember 2019, WHO China Country Office melaporkan kasus pneumonia yang tidak diketahui etiologinya di Kota Wuhan, Provinsi Hubei, China. Pada tanggal 7 Januari 2020, China mengidentifikasi pneumonia yang tidak diketahui etiologinya tersebut sebagai jenis baru coronavirus (novel coronavirus). Pada awal tahun 2020 NCP mulai menjadi pandemi global dan menjadi masalah kesehatan di beberapa negara di luar RRC. Berdasarkan *World Health Organization (WHO)* kasus kluster pneumonia dengan etiologi yang tidak jelas di Kota Wuhan telah menjadi permasalahan kesehatan di seluruh dunia. Penyebaran epidemi ini terus berkembang hingga akhirnya diketahui bahwa penyebab kluster pneumonia ini adalah Novel Coronavirus. Pandemi ini terus berkembang hingga adanya laporan kematian dan kasus-kasus baru di luar China. Pada tanggal 30 Januari 2020, WHO menetapkan COVID-19 sebagai *Public Health Emergency of International Concern (PHEIC)*/ Kedaruratan Kesehatan Masyarakat Yang Meresahkan Dunia (KKMMD). Pada tanggal 12 Februari 2020, WHO resmi menetapkan penyakit novel coronavirus pada manusia ini dengan sebutan *Coronavirus Disease (COVID-19)*. COVID-19 disebabkan oleh SARS-COV2 yang termasuk dalam keluarga besar coronavirus yang sama dengan penyebab SARS pada tahun 2003, hanya berbeda jenis virusnya. Gejalanya mirip dengan SARS, namun angka kematian SARS (9,6%) lebih tinggi dibanding

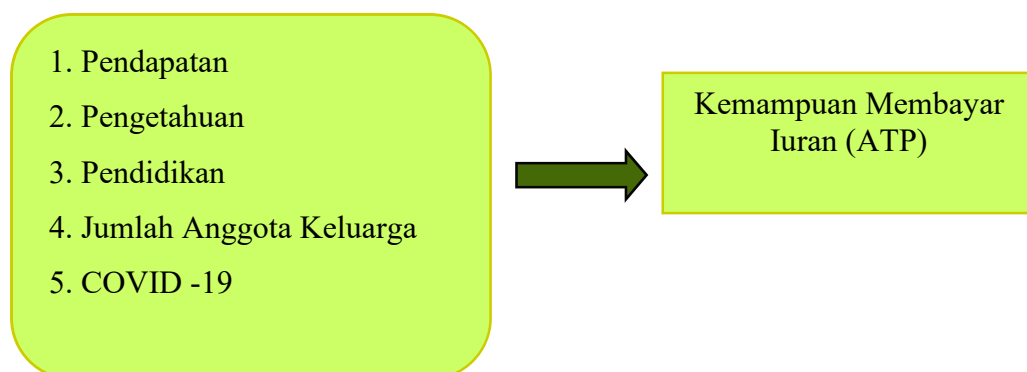
COVID-19 (saat ini kurang dari 5%), walaupun jumlah kasus COVID-19 jauh lebih banyak dibanding SARS. COVID-19 juga memiliki penyebaran yang lebih luas dan cepat ke beberapa negara dibanding SARS.

Penambahan jumlah kasus COVID-19 berlangsung cukup cepat dan sudah terjadi penyebaran ke luar wilayah Wuhan dan negara lain. Sampai dengan 16 Februari 2020, secara global dilaporkan 51.857 kasus konfirmasi di 25 negara dengan 1.669 kematian (CFR 3,2%). Rincian negara dan jumlah kasus sebagai berikut: China 51.174 kasus konfirmasi dengan 1.666 kematian, Jepang (53 kasus, 1 Kematian dan 355 kasus di cruise ship Pelabuhan Jepang), Thailand (34 kasus), Korea Selatan (29 kasus), Vietnam (16 kasus), Singapura (72 kasus), Amerika Serikat (15 kasus), Kamboja (1 kasus), Nepal (1 kasus), Perancis (12 kasus), Australia (15 kasus), Malaysia (22 kasus), Filipina (3 kasus, 1 kematian), Sri Lanka (1 kasus), Kanada (7 kasus), Jerman (16 kasus), Perancis (12 kasus), Italia (3 kasus), Rusia (2 kasus), United Kingdom (9 kasus), Belgia (1 kasus), Finlandia (1 kasus), Spanyol (2 kasus), Swedia (1 kasus), UEA (8 kasus), dan Mesir (1 Kasus).

Sampai saat ini, situasi COVID-19 di tingkat global maupun nasional masih dalam risiko sangat tinggi. Selama pengembangan vaksin masih dalam proses, dunia dihadapkan pada kenyataan untuk mempersiapkan diri hidup berdampingan dengan COVID-19.

2.6 Kerangka Konsep

Gambar 2.1 Kerangka Konsep Penelitian



2.7 Hipotesis

- Ha : Ada hubungan pendidikan, pengetahuan,pendapatan, jumlah anggota keluarga dan, COVID -19 dengan kemampuan membayar iuran JKN.