

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 JKN (Jaminan Kesehatan Nasional)

Menerut permenkes no. 28 tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional, Jaminan Kesehatan Nasional merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan melalui mekanisme asuransi sosial yang bertujuan agar seluruh penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Perlindungan ini diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah.

Unsur-unsur penyelenggaraan dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) meliputi:

1. Regulator Yang meliputi berbagai kementerian/lembaga terkait antara lain Kementerian Koordinator Kesejahteraan Rakyat, Kementerian Kesehatan, Kementerian Keuangan, Kementerian Sosial, Kementerian Tenaga Kerja dan Transmigrasi, Kementerian Dalam Negeri, dan Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN).
2. Peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah seluruh penduduk Indonesia, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran.
3. Pemberi Pelayanan Kesehatan
Pemberi Pelayanan Kesehatan adalah seluruh fasilitas layanan kesehatan primer (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama) dan rujukan (Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut).
4. Badan Penyelenggara
Badan Penyelenggara adalah badan hukum publik yang menyelenggarakan program jaminan kesehatan sebagaimana yang

ditetapkan oleh Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)

Prinsip Prinsip Penyelenggaraan Dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) mengacu pada prinsip-prinsip sebagaimana diamanatkan dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), yaitu :

1. **Kegotongroyongan**
Dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), prinsip gotong royong berarti peserta yang mampu membantu peserta yang kurang mampu, peserta yang sehat membantu yang sakit. Hal ini terwujud karena kepesertaannya bersifat wajib untuk seluruh penduduk.
2. **Nirlaba**
Dana yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) adalah dana amanah yang dikumpulkan dari masyarakat secara nirlaba bukan untuk mencari laba (for profit oriented). Tujuan utamanya adalah untuk memenuhi sebesar-besarnya kepentingan peserta.
3. **Keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi, dan efektivitas.**
Prinsip manajemen ini mendasari seluruh kegiatan pengelolaan dana yang berasal dari iuran peserta dan hasil pengembangannya.
4. **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. **Kepesertaan bersifat wajib**
Kepesertaan wajib dimaksudkan agar seluruh rakyat menjadi peserta sehingga dapat terlindungi. Meskipun kepesertaan bersifat wajib bagi seluruh rakyat, penerapannya tetap disesuaikan dengan kemampuan

ekonomi rakyat dan pemerintah, serta kelayakan penyelenggaraan program.

6. Dana Amanah

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

7. Hasil pengelolaan dana

Jaminan Sosial Dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta.

2.2 Peserta Jaminan Kesehatan

Berdasarkan perpres 82 tahun 2018, peserta jaminan Kesehatan terbagi menjadi 2 macam yaitu:

- Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan
Peserta PBI Jaminan Kesehatan ditetapkan oleh menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang sosial.
- 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, p1mpman 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 Iuran Jaminan Kesehatan

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 dan BP sebagai berikut ini:

Kelas I	: Rp. 150.000
Kelas II	: Rp. 100.000
Kelas III	: Rp. 42.000

Catatan:

1. Pada periode Juli-Desember 2020. Pemerintah memberikan subsidi ke PBPU kelas III sebesar Rp. 16.000/bulan/orang atau peserta PBPU tidak naik dan tetap bayar pada Rp. 25.500
2. Pada periode tahun 2021 dan selanjutnya peserta PBPU dan BP kelas III membayar iuran Rp. 35.000 dan sisanya disubsidi pemerintah sebesar Rp. 7.000
3. Pemerintah memberikan dukungan tanggap covid 19 agar status kepesertaan tetap aktif dimasa pandemic covid 19 maka tunggakan dapat diaktifkan kembali dengan melunasi (Paling banyak 6 bulan). Kelonggaran sisa pelunasan tunggakanjuga diberikan sampai tahun 2021. Pengaktifan kepesertaan dengan melunasi seluruh tunggakan sekaligus.

2.4 ATP (Ability to Pay)

1. Pengertian

Kemampuan membayar atau yang disebut dengan (Ability to Pay) adalah sejumlah uang yang dapat dibayarkan masyarakat untuk menggantikan biaya pelayanan yang diterimanya (Rubiani, 2004). Menurut Russel (1995) bahwa Ability to Pay adalah pertimbangan dalam membelanjakan penghasilannya/pengeluaran untuk membeli barang atau pelayanan lain. Hal ini berkaitan dengan keterbatasan penerimaan sehingga secara ekonomis dalam memilih kepuasan maksimal. Ability to Pay dibagi menjadi 3 kelompok yaitu non food expenditure, non essential expenditure dan essential expenditure.

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*)

Menurut teori dari Lawrence Green (1980) dalam Notoadmojo (2010) ada beberapa faktor yang memengaruhi perilaku seseorang dalam perilaku kesehatan yaitu faktor predisposisi (*predisposition factor*), faktor pendukung (*enabling factor*) dan faktor pendorong (*reinforcing factor*).

1. Faktor Predisposisi

Yaitu faktor yang berasal dari peserta itu sendiri seperti ciri-ciri demografi, pendapatan, struktur sosial, sikap, kepercayaan, pengetahuan, Umur, nilai-nilai dan sebagainya.

2. Faktor Pendukung

Berupa faktor yang terwujud dari lingkungan peserta, sebagai contoh yaitu ada atau tidaknya akses fasilitas atau sarana kesehatan.

3. Faktor Pendorong

Yaitu faktor yang terwujud dalam sikap dan perilaku tenaga kesehatan, atau petugas lain yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat (Notoatmodjo, 2010).

Faktor faktor untuk mengetahui Kemampuan membayar/ (ATP) :

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 taggaa 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 memengaruhi 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 WTP, 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. Kepemilikan kendaraan

Kepemilikan kendaraan khususnya di kota-kota besar menunjukkan tingkat sosial seseorang (Soekanto, 2001). Penelitian oleh Djuhaeni dkk (2010) menyatakan seseorang yang tidak memiliki kendaraan milik sendiri mengakibatkan meningkatnya biaya pengeluaran untuk transportasi dalam akses terhadap pelayanan kesehatan dibandingkan dengan seseorang yang memiliki kendaraan sendiri.

8. Tabungan kesehatan

Jacobs (1997) mengatakan 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.

9. Pendidikan

Tingkat pendidikan adalah suatu kondisi jenjang pendidikan yang dimiliki seseorang melalui pendidikan formal yang dipakai oleh pemerintah dan ditetapkan oleh departemen pendidikan (Andy, 2012).

Menurut UU No 20/2004 tingkat pendidikan formal terdiri atas pendidikan dasar, pendidikan menengah, dan pendidikan tinggi.

1. Pendidikan dasar, terdiri dari :

- a. Sekolah Dasar/ Madrasah Ibtidaiyah
- b. SMP /MTS

2. Pendidikan Menengah, terdiri dari :

- a. SMA dan MA
- b. SMK dan MAK

3. Pendidikan Tinggi, terdiri dari :

- a. Akademi
- b. Institut
- c. Sekolah Tinggi
- d. Universitas

10. Pengetahuan

Menurut kamus besar bahasa Indonesia (2003) pengetahuan adalah segala sesuatu yang diketahui berdasarkan dengan hal. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya suatu tindakan seseorang (over behavior). Pengetahuan seseorang tentang suatu obyek mengandung dua aspek yaitu aspek positif dan aspek negatif. Kedua aspek ini yang akan menentukan sikap seseorang, semakin banyak aspek positif dan obyek yang diketahui, maka akan menimbulkan sikap semakin positif juga terhadap suatu obyek tertentu.

Menurut (Notoatmojo, 2005) Pengetahuan adalah hasil dari penginderaan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap obyek melalui indra yang dimilikinya (mata, hidung, telinga dan sebagainya).

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

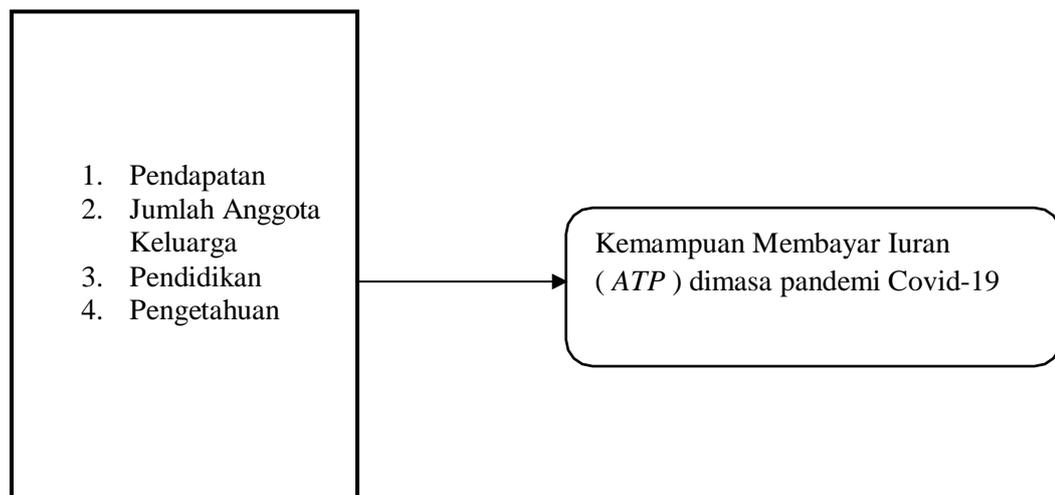
2.5 Covid_19

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)¹. 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).

2.6 Kerangka Konsep



Gambar 2.1 Modifikasi Kerangka Konsep Berdasarkan Teori Lawrence Green.

2.7 Hipotesis

2.7.1 Pendapatan

2.7.1.1 H_0 : Besaran Pendapatan tidak memiliki hubungan terhadap kemampuan membayar iuran peserta PBPU di kabupaten Malang di masa pandemi covid-19

2.7.1.2 H_1 : Besaran Pendapatan berhubungan terhadap kemampuan membayar iuran peserta PBPU di kabupaten Malang di masa pandemi covid-19.

2.7.2 Jumlah Anggota Keluarga

2.7.2.1 H_0 : Jumlah anggota keluarga tidak memiliki hubungan terhadap kemampuan membayar iuran peserta PBPU di kabupaten Malang di masa pandemi covid-19.

2.7.2.2 H_1 : Jumlah anggota keluarga berhubungan terhadap kemampuan membayar iuran peserta PBPU di kabupaten Malang di masa pandemi covid-19.

2.7.3 Pendidikan

2.7.3.1 H_0 : Pendidikan tidak memiliki hubungan terhadap kemampuan membayar iuran peserta PBPU di kabupaten Malang di masa pandemi covid-19

2.7.3.2 H_1 : Pendidikan berhubungan terhadap kemampuan membayar iuran peserta PBPU di kabupaten Malang di masa pandemi covid-19.

2.7.4 Pengetahuan

2.7.4.1 H_0 : Pengetahuan tidak memiliki hubungan terhadap kemampuan membayar iuran peserta PBPU di kabupaten Malang di masa pandemi covid-19

2.7.4.2 H_1 : Pengetahuan berhubungan terhadap kemampuan membayar iuran peserta PBPU di kabupaten Malang di masa pandemi covid-19.