

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. JKN (Jaminan Kesehatan Nasional)<sup>(8)</sup>**

##### **1. Pengertian**

- a. Asuransi sosial merupakan mekanisme pengumpulan iuran yang bersifat wajib dari peserta, guna memberikan perlindungan kepada peserta atas risiko sosial ekonomi yang menimpa mereka dan atau anggota keluarganya (UU SJSN No.40 tahun 2004).
- b. Sistem Jaminan Sosial Nasional adalah tata cara penyelenggaraan program Jaminan Sosial oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan.
- c. Jaminan Sosial adalah bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak.

Maka dari itu Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari Sistem Jaminan So-sial Nasional (SJSN). Sistem Jaminan Sosial Nasional ini diselenggarakan melalui mekanisme Asuransi Kesehatan Sosial yang bersifat wajib (mandatory) berdasarkan Undang- Undang No.40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.

Tujuannya adalah agar semua penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi, sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak.

Tabel 2.1  
Perbedaan sistem asuransi sosial dengan asuransi komersial

Asuransi Sosial	Asuransi Komersial
1.Kepesertaan bersifat wajib	1.Kepesertaan bersifat sukarela
2.Non profit	2.profit
3.Manfaat komprehensif	3.Manfaat sesuai dengan premi yang dibayarkan

Sumber : Buku Pegangan Sosialisasi JKN

## 2. Perkembangan Asuransi Kesehatan di Indonesia<sup>(9)</sup>

Pemerintah Indonesia sudah mulai memperkenalkan asuransi sejak tahun 1947, dua tahun setelah Indonesia merdeka. Namun, karena situasi keamanan dalam negeri pasca kemerdekaan yang masih belum stabil akibat adanya berbagai pemberontakan dan upaya Belanda untuk kembali merebut Indonesia, maka upaya tersebut belum memungkinkan untuk terlaksa dengan baik.<sup>(9)</sup>

Pada tahun 1960 kestabilan politik relatif tercapai dan pemerintah mencoba memperkenalkan lagi konsep asuransi kesehatan melalui undang-undang pokok kesehatan tahun 1960 yang meminta pemerintah mengembangkan “dana sakit” dengan tujuan untuk menyediakan akses pelayanan kesehatan untuk seluruh rakyat.<sup>[20]</sup> Akan tetapi, karena berbagai kondisi sosial ekonomi belum kondusif, maka perintah undang-undang tersebut sama sekali tidak bisa dilaksanakan.

Tahun 1967 Menteri Tenaga Kerja (Menaker) mengeluarkan surat keputusan untuk mendirikan dana mirip JKN guna mewujudkan

amanat undang-undang kesehatan tahun 1960 tersebut. Menteri menetapkan iurannya sebesar 6% upah yang ditanggung majikan sebesar 5% dan karyawan 1%.<sup>[21]</sup> Sayangnya SK Menaker tersebut tidak mewajibkan pemberi kerja atau pekerja, karena memang SK Menteri tidak cukup kuat untuk mewajibkan, pengusaha untuk membayar iuran. Akibatnya SK tersebut tidak berfungsi dan skema asuransi kesehatan tersebut tidak pernah terwujud.<sup>[19]</sup>

Tahun 1968 tidak ada perkembangan yang berarti dalam bidang asuransi kesehatan di Indonesia. Beberapa perusahaan besar dan pemerintah memberikan jaminan kesehatan secara tradisional (self-insured) dengan cara mengganti biaya kesehatan yang telah dikeluarkan oleh karyawan. Awaludin Djamin mengupayakan asuransi kesehatan bagi pegawai negeri. Upaya menyediakan asuransi kesehatan bagi pegawai negeri dan keluarganya merupakan skema asuransi kesehatan sosial pertama di Indonesia.<sup>(9)</sup>

Pada tahun 1971 upaya asuransi sosial dalam bidang kecelakaan kerja dimulai dengan didirikannya Perusahaan Asuransi Sosial Tenaga Kerja (Astek). Astek pada awalnya hanya menangani asuransi kecelakaan kerja. Upaya perluasan program asuransi sosial menjadi program jaminan sosial yang lebih lengkap dimulai dengan uji coba program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Tenaga Kerja.<sup>(9)</sup>

Pada tahun 1999 negara-negara Uni Eropa sangat prihatin melihat hancurnya sistem sosial di Indonesia. Negara-negara Eropa tersebut menawarkan bantuan untuk memperkuat sektor sosial, antara lain mendorong reformasi sistem jaminan sosial. Ditahun 2000 Kepala

Biro Kesehatan dan Gizi, Triyono Sundoro, menugaskan tim Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia yang dipimpin oleh Hasbullah Thabrany untuk melakukan telaah (review) komprehensif tentang jaminan kesehatan di Indonesia. Dalam telaah ini diungkapkan rendahnya cakupan asuransi/jaminan kesehatan di Indonesia dan disampaikan berbagai alternatif pengembangan sistem asuransi kesehatan sosial menuju cakupan universal. Hasil telaah dengan kurva Jaminan Sosial tim ini kemudian menjadi model dasar dalam SJSN. <sup>(9)</sup>

Tahun 2000 Sidang Umum Majelis Permusyawaratan Rakyat (MPR) berhasil melakukan amandemen UUD 45 dengan menambahkan pasal 28 H ayat (1) berbunyi "...setiap penduduk berhak atas pelayanan kesehatan..."

Pada Sidang Umum MPR tahun 2001 mengeluarkan ketetapan MPR nomor X/2001 yang menugaskan Presiden Megawati untuk mengembangkan Sistem Jaminan Sosial Nasional dan sekertaris wakil Presiden, Bambang Kesowo menerbitkan Surat Keputusan membentuk Tim Peninjau Sistem tanggal 11 Agustus 2002, yaitu pasal 34 ayat (2), menugaskan negara untuk mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat. Presiden Megawati menerbitkan Kepres nomor 20/2002 yang membentuk Tim Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dengan tugas menyusun naskah akademik dan Rancangan UU (RUU) SJSN. <sup>(9)</sup>

Undang-undang Nomor 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) disetujui pemerintah dan DPR

pada tanggal 28 oktober 2011. Dan JKN dapat terlaksana pada awal tahun 2004. <sup>(9)</sup>

### **3. Prinsip -prinsip Jaminan Kesehatan Nasional**

Jaminan Kesehatan Nasional mengacu pada prinsip- prinsip sebagai berikut:

#### **a. Prinsip kegotongroyongan**

Prinsip Gotong royong dalam SJSN mempunyai arti peserta yang mampu membantu peserta yang kurang mampu, peserta yang sehat membantu yang sakit atau yang berisiko tinggi, dan peserta yang sehat membantu yang sakit. Hal ini terwujud karena kepesertaan SJSN bersifat wajib untuk seluruh penduduk, tanpa pandang bulu. Sehingga, dengan prinsip gotong-royong jaminan sosial dapat menumbuhkan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

#### **b. 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-besarnya kepentingan peserta. Dana yang dikumpulkan dari masyarakat adalah dana amanat, sehingga hasil pengembangannya, akan di manfaatkan sebesar -besarnya untuk kepentingan peserta.

#### **c. 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.

d. Prinsip 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. Tahapan pertama dimulai dari pekerja di sektor formal, bersamaan dengan itu sektor informal dapat menjadi peserta secara mandiri, sehingga pada akhirnya Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dapat mencakup seluruh rakyat.

e. 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.

#### **4. Kepesertaan**

a. pengertian:

- 1) Peserta: setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran.
- 2) Pekerja: setiap orang yang bekerja dengan menerima gaji, upah, atau imbalan dalam bentuk lain.

3) Pemberi Kerja adalah orang perseorangan, pengusaha, badan hukum, atau badan lainnya yang mempekerjakan tenaga kerja, atau penyelenggara negara yang mempekerjakan pegawai negeri dengan membayar gaji, upah, atau imbalan dalam bentuk lainnya.

b. Peserta

Peserta dalam JKN terbagi menjadi 2 yaitu Penerima Bantuan Iuran (PBI) JKN dan bukan PBI JKN dengan rincian sebagai berikut:

- 1) Peserta PBI Jaminan Kesehatan meliputi orang yang tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu.
- 2) Peserta bukan PBI adalah Peserta yang tidak tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu yang terdiri atas:
  - a) Pekerja Penerima Upah dan anggota keluarganya, yaitu:
    - Pegawai Negeri Sipil
    - Anggota TNI
    - Anggota Polri;
    - Pejabat Negara
    - Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri
    - Pegawai Swasta
    - Pekerja yang tidak termasuk huruf a sampai dengan huruf f yang menerima Upah.
  - 2) Pekerja Bukan Penerima Upah dan anggota keluarganya, yaitu:
    - a) Pekerja di luar hubungan kerja atau Pekerja mandiri dan

- b) Pekerja yang tidak termasuk huruf a yang bukan penerima Upah.
  - c) Pekerja sebagaimana dimaksud huruf a dan huruf b, termasuk warga negara asing yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan.
- 3) Bukan Pekerja dan anggota keluarganya terdiri atas:
- a) Investor
  - b) Pemberi Kerja
  - c) Penerima Pensiun
  - d) Veteran
  - e) Perintis Kemerdekaan
  - f) Bukan Pekerja yang tidak termasuk huruf a sampai dengan huruf e yang mampu membayar iuran.
- 4) Penerima pensiun terdiri atas:
- a) Pegawai Negeri Sipil yang berhenti dengan hak pensiun
  - b) Anggota TNI dan Anggota Polri yang berhenti dengan hak pensiun
  - c) Pejabat Negara yang berhenti dengan hak pensiun
  - d) Penerima Pensiun selain huruf a, huruf b, dan huruf c
  - e) Janda, duda, atau anak yatim piatu dari penerima pensiun sebagaimana dimaksud pada huruf a sampai dengan huruf d yang mendapat hak pensiun.
- Anggota keluarga bagi pekerja penerima upah meliputi:
- a) Istri atau suami yang sah dari Peserta

b) Anak kandung, anak tiri dan/atau anak angkat yang sah dari Peserta, dengan kriteria:

- 1) tidak atau belum pernah menikah atau tidak mempunyai penghasilan sendiri dan
2. belum berusia 21 (dua puluh satu) tahun atau belum berusia 25 (duapuluh lima) tahun yang masih melanjutkan pendidikan formal. Sedangkan Peserta bukan PBI JKN dapat juga mengikutsertakan anggota keluarga yang lain.

5) WNI di Luar Negeri

Jaminan kesehatan bagi pekerja WNI yang bekerja di luar negeri diatur dengan ketentuan peraturan perundang-undangan ter-sendiri.

6) Syarat pendaftaran

Syarat pendaftaran akan diatur kemudian dalam peraturan BPJS.

7) Lokasi pendaftaran

Pendaftaran Peserta dilakukan di kantor BPJS terdekat/setempat.

8) Prosedur pendaftaran Peserta

- a) Pemerintah mendaftarkan PBI JKN sebagai Peserta kepada BPJS Kesehatan.
- b) Pemberi Kerja mendaftarkan pekerjanya atau pekerja dapat mendaftarkan diri sebagai Peserta kepada BPJS Kesehatan.
- c) Bukan pekerja dan peserta lainnya wajib mendaftarkan diri dan keluarganya sebagai Peserta kepada BPJS Kesehatan.

#### 9) Hak dan kewajiban Peserta

Setiap Peserta yang telah terdaftar pada BPJS Kesehatan berhak mendapatkan:

- a) Identitas Peserta
- b) Manfaat pelayanan kesehatan di Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.
- c) Setiap Peserta yang telah terdaftar pada BPJS Kesehatan berkewajiban untuk: membayar iuran dan melaporkan data kepesertaannya kepada BPJS Kesehatan dengan menunjukkan identitas Peserta pada saat pindah domisili dan atau pindah kerja.

#### 10) Masa berlaku kepesertaan

- a) Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional berlaku selama yang bersangkutan membayar iuran sesuai dengan kelompok peserta.
- b) Status kepesertaan akan hilang bila Peserta tidak membayar iuran atau meninggal dunia.
- c) Ketentuan lebih lanjut terhadap hal tersebut diatas, akan diatur oleh Peraturan BPJS.

#### 11) Pentahapan kepesertaan

Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional dilakukan secara bertahap, yaitu tahap pertama mulai 1 Januari 2014, kepesertaannya paling sedikit meliputi: PBI Jaminan Kesehatan; Anggota TNI/PNS di lingkungan Kementerian Pertahanan dan anggota keluarganya; Anggota Polri/PNS di lingkungan Polri dan

anggota keluarganya; peserta asuransi kesehatan PT Askes (Persero) beserta anggota keluarganya, serta peserta jaminan pemeliharaan kesehatan Jamsostek dan anggota keluarganya. Selanjutnya tahap kedua meliputi seluruh penduduk yang belum masuk sebagai Peserta BPJS Kesehatan paling lambat pada tanggal 1 Januari 2019.

## 12) Pembiayaan

### a) Iuran

Iuran Jaminan Kesehatan adalah sejumlah uang yang dibayarkan secara teratur oleh Peserta, Pemberi Kerja, dan/atau Pemerintah untuk program Jaminan Kesehatan (pasal 16, Perpres No. 12/2013 tentang Jaminan Kesehatan).

### b) Pembayar Iuran

Bagi Peserta PBI, iuran dibayar oleh Pemerintah.

Peserta Pekerja Penerima Upah, iurannya dibayar oleh Pemberi Kerja dan Pekerja.

Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta Bukan Pekerja iuran dibayar oleh Peserta yang bersangkutan. Besarnya Iuran Jaminan Kesehatan Nasional ditetapkan melalui Peraturan Presiden dan ditinjau ulang secara berkala sesuai dengan perkembangan sosial, ekonomi, dan kebutuhan dasar hidup yang layak.

### c) Pembayaran Iuran

Setiap Peserta wajib membayar iuran yang besarnya ditetapkan berdasarkan persentase dari upah (untuk pekerja

penerima upah) atau suatu jumlah nominal tertentu (bukan penerima upah dan PBI). Setiap Pemberi Kerja wajib memungut iuran dari pekerjanya, menambahkan iuran peserta yang menjadi tanggung jawabnya, dan membayarkan iuran tersebut setiap bulan kepada BPJS Kesehatan secara berkala (paling lambat tanggal 10 setiap bulan). Apabila tanggal 10 (sepuluh) jatuh pada hari libur, maka iuran dibayarkan pada hari kerja berikutnya. Keterlambatan pembayaran iuran JKN dikenakan denda administratif sebesar 2% (dua persen) perbulan dari total iuran yang tertunggak dan dibayar oleh Pemberi Kerja. Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja wajib membayar iuran JKN pada setiap bulan yang dibayarkan paling lambat tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan ke pada BPJS Kesehatan. Pembayaran iuran JKN dapat dilakukan diawal. BPJS Kesehatan menghitung kelebihan atau kekurangan iuran JKN sesuai dengan Gaji atau Upah Peserta. Dalam hal terjadi kelebihan atau kekurangan pembayaran iuran, BPJS Kesehatan memberitahukan secara tertulis kepada Pemberi Kerja dan/atau Peserta paling lambat 14 (empat belas) hari kerja sejak diterimanya iuran. Kelebihan atau kekurangan pembayaran iuran diperhitungkan dengan pembayaran iuran bulan berikutnya. Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara pembayaran iuran diatur dengan Peraturan BPJS Kesehatan.

d) Cara Pembayaran Fasilitas Kesehatan

BPJS Kesehatan akan membayar kepada Fasilitas Kesehatan tingkat pertama dengan Kapitasi. Untuk Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan, BPJS Kesehatan membayar dengan sistem paket INA CBG's. Mengingat kondisi geografis Indonesia, tidak semua Fasilitas Kesehatan dapat dijangkau dengan mudah. Maka, jika di suatu daerah tidak memungkinkan pembayaran berdasarkan Kapitasi, BPJS Kesehatan diberi wewenang untuk melakukan pembayaran dengan mekanisme lain yang lebih berhasil guna. Semua Fasilitas Kesehatan meskipun tidak menjalin kerja sama dengan BPJS Kesehatan wajib melayani pasien dalam keadaan gawat darurat, setelah keadaan gawat darurnya teratasi dan pasien dapat dipindahkan, maka fasilitas kesehatan tersebut wajib merujuk ke fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. BPJS Kesehatan akan membayar kepada fasilitas kesehatan yang tidak menjalin kerjasama setelah memberikan pelayanan gawat darurat setara dengan tarif yang berlaku di wilayah tersebut.

e) Pertanggungjawaban BPJS Kesehatan

BPJS Kesehatan wajib membayar Fasilitas Kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada Peserta paling lambat 15 (lima belas) hari sejak dokumen klaim diterima lengkap. Besaran pembayaran kepada Fasilitas Kesehatan ditentukan berdasarkan kesepakatan antara BPJS Kesehatan dan

asosiasi Fasilitas Kesehatan di wilayah tersebut dengan mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan. Dalam hal tidak ada kesepakatan atas besaran pembayaran, Menteri Kesehatan memutuskan besaran pembayaran atas program JKN yang diberikan. Asosiasi Fasilitas Kesehatan ditetapkan oleh Menteri Kesehatan. Dalam JKN, peserta dapat meminta manfaat tambahan berupa manfaat yang bersifat non medis berupa akomodasi. Misalnya: Peserta yang menginginkan kelas perawatan yang lebih tinggi daripada haknya, dapat meningkatkan haknya dengan mengikuti asuransi kesehatan tambahan, atau membayar sendiri selisih antara biaya yang dijamin oleh BPJS Kesehatan dan biaya yang harus dibayar akibat peningkatan kelas perawatan, yang disebut dengan iur biaya (additional charge). Ketentuan tersebut tidak berlaku bagi peserta PBI. Sebagai bentuk pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugasnya, BPJS Kesehatan wajib menyampaikan pertanggungjawaban dalam bentuk laporan pengelolaan program dan laporan keuangan tahunan (periode 1 Januari sampai dengan 31 Desember). Laporan yang telah diaudit oleh akuntan publik dikirimkan kepada Presiden dengan tembusan kepada DJSN paling lambat tanggal 30 Juni tahun berikutnya. Laporan tersebut dipublikasikan dalam bentuk ringkasan eksekutif melalui media massa elektronik dan melalui paling sedikit 2

(dua) media massa cetak yang memiliki peredaran luas secara nasional, paling lambat tanggal 31 Juli tahun berikutnya.

#### **4. Pelayanan**

a. Jenis Pelayanan Ada 2 (dua) jenis pelayanan yang akan diperoleh oleh Peserta JKN, yaitu berupa pelayanan kesehatan (manfaat medis) serta akomodasi dan ambulans (manfaat non medis). Ambulans hanya diberikan untuk pasien rujukan dari Fasilitas Kesehatan dengan kondisi tertentu yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan.

b. Prosedur Pelayanan

Peserta yang memerlukan pelayanan kesehatan pertama-tama harus memperoleh pelayanan kesehatan pada Fasilitas Kesehatan tingkat pertama. Bila Peserta memerlukan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan, maka hal itu harus dilakukan melalui rujukan oleh Fasilitas Kesehatan tingkat pertama, kecuali dalam keadaan kegawatdaruratan medis.

c. Kompensasi Pelayanan

Bila di suatu daerah belum tersedia Fasilitas Kesehatan yang memenuhi syarat guna memenuhi kebutuhan medis sejumlah Peserta, BPJS Kesehatan wajib memberikan kompensasi, yang dapat berupa: penggantian uang tunai, pengiriman tenaga kesehatan atau pe-nyediaan Fasilitas Kesehatan tertentu. Penggantian uang tunai hanya digunakan untuk biaya pelayanan kesehatan dan transportasi.

d. Penyelenggara Pelayanan Kesehatan Penyelenggara pelayanan kesehatan meliputi semua Fasilitas Kesehatan yang menjalin kerja sama dengan BPJS Kesehatan baik fasilitas kesehatan milik Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan swasta yang memenuhi persyaratan melalui proses kredensialing dan rekredensialing.

#### 5. Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional

Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional terdiri atas 2 (dua) jenis, yaitu manfaat medis berupa pelayanan kesehatan dan manfaat non medis meliputi akomodasi dan ambulans.

Ambulans hanya diberikan untuk pasien rujukan dari Fasilitas Kesehatan dengan kondisi tertentu yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan. Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis.

Manfaat pelayanan promotif dan preventif meliputi pemberian pelayanan:

- a. Penyuluhan kesehatan perorangan, meliputi paling sedikit penyuluhan mengenai pengelolaan faktor risiko penyakit dan perilaku hidup bersih dan sehat.
- b. Imunisasi dasar, meliputi Baccile Calmett Guerin (BCG), Difteri Pertusis Tetanus dan Hepatitis B (DPTH B), Polio, dan Campak.
- c. Keluarga berencana, meliputi konseling, kontrasepsi dasar, vasektomi, dan tubektomi bekerja sama dengan lembaga yang

membidangi keluarga berencana. Vaksin untuk imunisasi dasar dan alat kontrasepsi dasar disediakan oleh Pemerintah dan/atau Pemerintah Daerah.

- d. Skrining kesehatan, diberikan secara selektif yang ditujukan untuk mendeteksi risiko penyakit dan mencegah dampak lanjutan dari risiko penyakit tertentu.

Meskipun manfaat yang dijamin dalam JKN bersifat komprehensif, masih ada manfaat yang tidak dijamin meliputi:

- a. Tidak sesuai prosedur;
- b. Pelayanan di luar Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS;
- c. Pelayanan bertujuan kosmetik;
- d. General check up, pengobatan alternatif;
- e. Pengobatan untuk mendapatkan keturunan, pengobatan impotensi;
- f. Pelayanan kesehatan pada saat bencana ;
- g. Pasien Bunuh Diri /Penyakit yang timbul akibat kesengajaan untuk menyiksa diri sendiri/ Bunuh Diri/Narkoba.

#### 6. Keunggulan Jaminan Kesehatan Nasional<sup>(9)</sup>

- a. Tidak terjadi seleksi bias, khususnya adverse selection atau anti seleksi, merupakan keadaan yang paling merugikan pihak asuradur, merupakan keadaan dimana orang-orang yang berisiko tinggi atau dibawah standar yang cenderung menjadi atau terus melanjutkan kepesertaan. Dalam asuransi sosial semua orang wajib ikut, sehingga orang yang berisiko standar, risiko tinggi,

maupun risiko rendah ikut serta pada program asuransi. Dengan demikian terjadi sebaran risiko yang merata sehingga perkiraan klaim/ biaya dapat dihitung lebih akurat dari tahun ke tahun.

- b. Redistribusi/ subsidi silang luas (equity egaliter). Karena semua orang wajib ikut, baik kaya maupaun miskin, sehat maupun sakit, dan muda maupun tua. Maka pada asuransi sosial terjadinya subsidi silang yang luas. Yang kaya membantu yang miskin, yang sehat membantu yang sakit, dan yang muda membantu yang tua.
- c. Kumpulan dana (pool) besar, yaitu suatu upaya menggabungkan risiko perorangan atau kumpulan kecil menjadi risiko bersama dalam sebuah kumpulan yang besar. Sesuai dengan hukum angka/ bilangan besar (the law of the large number), semakin besar anggota kumpulan semakin akurat prediksi berbagai resiko.
- d. Menyumbang pertumbuhan ekonomi dengan penempatan dana amanat dan dana cadangan pada portofolio investasi seperti obligasi, deposito, maupun saham. Pada umumnya portofolio investasi dana jaminan sosial (dana amanat) khususnya dana jaminan hari tua atau dana pensiun publik. Singapura yang memiliki penduduk sekitar lima juta jiwa memiliki dana jaminan sosial yang dikelola Central Provident Fund (semacam BPJS) sebesar hampir Rp.4000 triliun ditahun 2014. Sementara dana pensiun (dana amanat) pegawai swasta yang dikelola National Pension Service di Korea Selatan mencapai lebih dari Rp.5000 triliun di tahun 2014. Dan akumpulan besar itulah yang membangun kedua negeri yang berhasil memasuki negara maju.

Mereka tidak perlu meminjam dari Bank dunia, IMF, atau ADB untuk membangun negeri. Mereka meminjam dan mengembalikan hasil investasi kepada seluruh pekerja negeri itu. Indonesia? Malah bergantung pada pinjaman luar negeri atau mengemis pada investor luar negeri. Padahal potensi dana jaminan sosial Indonesia juga mencapai ribuan triliun.

- e. Administrasi sederhana. Asuransi sosial mempunyai produk tunggal yaitu sama untuk semua peserta. Dan pesertapun sangat mudah memahaminya, karena semua penduduk mempunyai hak yang sama dan menjalani prosedur administrasi yang sama.
- f. Biaya loading (termasuk biaya pemasaran, komisi, biaya administrasi/ manajemen) yang murah.
- g. Mampu mengendalikan biaya kesehatan melalui pengaturan tarif layanan kesehatan yang seragam. Karena kumpulan dana yang besar, asuransi sosial mampu melakukan pengaturan tarif fasilitas kesehatan yang memudahkan administrasi, memfasilitasi persaingan sehat antara RS/ dokter, dan sekaligus mengendalikan kualitas layanan.
- h. Memungkinkan pemerataan dokter/ fasilitas kesehatan di seluruh tanah air. Asuransi sosial mempunyai kumpulandana besar dan menjamin lebih banyak orang di berbagai daerah. Jika ada yang mengkritik bahwa JKN menimbulkan kesenjangan, maka hal itu bisa terjadi jika Pemda tidak berfungsi. Pemda memiliki kewenangan membangun fasilitas kesehatan atau memberi izin kepada pihak swasta membangun fasilitas kesehatan yang

berkualitas dan lengkap, maka penduduk di daerah itu akan mendapatkan layanan yang baik. Tiap penduduk berhak memilih fasilitas kesehatan yang dipercayainya.

- i. Memungkinkan semua penduduk terjamin dan menikmati keadilan sosial. Itulah sebabnya Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) telah memasukan faktor cakupan asuransi kesehatan sebagai salah satu indikator kinerja sistem kesehatan negara- negara di dunia.

#### 7. Kelemahan Jaminan Kesehatan Nasional <sup>(9)</sup>

Selain berbagai keunggulan yang dapat dinikmati penduduk baik secara mikro maupun makro, asuransi sosial memiliki kelemahan.

Kelemahan-kelemahan tersebut antara lain:

- a. Pilihan asuradur terbatas atau tidak ada. Karena asuransi sosial mewajibkan penduduk dan pengelolaannya oleh suatu badan publik, pemerintah atau kuasi pemerintah, maka penduduk tidak memiliki pilihan asuradur.
- b. Manajemen kurangkreatif/ responsif. Karena asuransi sosial mempunyai produk yang seragam dan biasanya tidak banyak berubah untuk jangka relatif panjang, maka kuranginsentif atau ruang bagi direksi dan staf untuk kreatif.
- c. Persepsi kualitas buruk oleh kelas atas. Pelayanan yang seragam bagi semua peserta menyebabkan penduduk kelas menengah atas kurang memiliki kebanggaan khusus. Pada umumnya masyarakat kelas atas atau “berkelas” ingin tampil beda. Layanan yang sama tidak membanggakan mereka.

- d. Penolakan fasilitas atau profesi kesehatan. Profesional dokter sering kali merasa kurang bebas dengan sistem asuransi publik/ sosial yang umumnya membayar mereka dengan tarif seragam yang dirasa kurang oleh yang senior.

## **B. BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial)**

### **1. Pengertian**

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Menurut Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional dan Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial maka BPJS merupakan sebuah lembaga hukum nirlaba untuk perlindungan sosial dalam menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak sekaligus dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial di Indonesia. BPJS sendiri terdiri dari dua bentuk yaitu BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Berdasarkan Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, BPJS akan menggantikan sejumlah lembaga jaminan sosial yang ada di Indonesia yaitu lembaga asuransi jaminan kesehatan PT ASKES, dana tabungan dan asuransi pegawai negeri PT TASPEN, Asuransi Sosial Angkatan Bersenjata Republik Indonesia PT ASABRI dan lembaga jaminan sosial ketenagakerjaan PT JAMSOSTEK. Transformasi PT Askes serta PT JAMSOSTEK menjadi BPJS yang akan dilakukan secara bertahap. Pada tanggal 01 Januari 2014, PT Askes akan menjadi BPJS Kesehatan, selanjutnya pada tahun 2015 giliran PT Jamsostek menjadi BPJS Ketenagakerjaan.<sup>(9)</sup>

## 2. Kepesertaan

Terhitung sekitar 116.122.065 jiwa penduduk otomatis menjadi BPJS, namun Pemerintah menargetkan 140 juta peserta pada tahap awal Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Nasional kesehatan beroperasi, antara lain untuk 86,4 juta jiwa untuk peserta Jamkesmas, 11 juta jiwa untuk peserta Jamkesda, 16 juta jiwa untuk peserta Askes, 7 juta jiwa untuk peserta Jamsostek dan 1,2 juta jiwa untuk peserta dari unsure Polri dan TNI. Sedangkan untuk penjaminan kesehatan seluruh rakyat Indonesia ditargetkan rampung pada 1 Januari 2019. Peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Nasional terbagi menjadi dua, yaitu kelompok peserta baru dan pengalihan dari program terdahulu, yaitu Asuransi Kesehatan, Jaminan Kesehatan Masyarakat, Tentara Nasional Indonesia, Polri, dan Jaminan Sosial Tenaga Kerja. Kepesertaan BPJS Kesehatan mengacu pada Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan, terdiri atas dua kelompok, yaitu peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan peserta Bukan PBI. Peserta PBI adalah orang yang tergolong fakir miskin dan tidak mampu, yang preminya akan dibayar oleh pemerintah. Sedangkan yang tergolong bukan PBI, yaitu pekerja penerima upah (pegawai negeri sipil, anggota TNI/Polri, pejabat negara, pegawai pemerintah non-pegawai negeri, dan pegawai swasta), pekerja bukan penerima upah dan bukan pekerja (investor, pemberi kerja, pensiunan, veteran, janda veteran, dan anak veteran). Dua kelompok selain kelompok pengalihan dan PBI memiliki prosedur pendaftaran masing-masing.

Berikut tata cara pendaftaran pekerja penerima upah non-pegawai pemerintah: Perusahaan mendaftar ke BPJS Kesehatan. BPJS Kesehatan melakukan proses registrasi kepesertaan dan memberikan informasi tentang virtual account untuk perusahaan (di mana satu virtual account berlaku untuk satu perusahaan). Perusahaan membayar ke bank dengan virtual account yang sudah diberikan BPJS Kesehatan. Perusahaan mengkonfirmasi pembayaran ke BPJS Kesehatan. BPJS Kesehatan memberikan kartu BPJS Kesehatan kepada perusahaan. Berikut tata cara pendataan pekerja bukan penerima upah dan bukan pekerja: Calon peserta melakukan pendaftaran ke BPJS Kesehatan dengan mengisi formulir daftar isian peserta dan menunjukkan kartu identitas (KTP, SIM, KK atau paspor). BPJS Kesehatan memberikan informasi tentang virtual account calon peserta. Virtual account berlaku untuk masing-masing individu calon peserta. Kemudian calon peserta melakukan pembayaran ke bank dengan virtual account yang sudah diberikan BPJS Kesehatan. Peserta melakukan konfirmasi pembayaran iuran pertama ke BPJS Kesehatan. BPJS Kesehatan memberikan kartu BPJS Kesehatan kepada peserta. Peserta pengalihan program terdahulu juga akan mendapatkan kartu BPJS Kesehatan. Namun, bila peserta tidak membawa kartu BPJS ketika berobat, maka bisa menggunakan kartu yang lama,. Rinciannya, anggota TNI/POLRI dapat memperlihatkan Kartu Tanda Anggota atau Nomor Register Pokok dan mantan peserta Jamsostek bisa menggunakan kartu JPK Jamsostek. Begitu juga dengan mantan peserta Askes dan Jamkesmas, sepanjang data

peserta tersebut terdaftar di master file kepesertaan BPJS Kesehatan. Semua warga yang mendapat jaminan kesehatan BPJS terbagi ke dalam dua kelompok seperti yang telah dibahas di atas, yaitu:

- a. PBI Jaminan Kesehatan Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan adalah peserta jaminan kesehatan kepada fakir miskin dan orang cacat total sebagaimana diamanatkan dalam UU SJSN yang iurannya dibayar oleh pemerintah.

Berikut ini beberapa kriteria peserta PBI Jaminan Kesehatan dari pemerintah menurut BPS:

- 1) Luas lantai bangunan tempat tinggal kurang dari 8 m<sup>2</sup> per orang
- 2) Jenis lantai bangunan tempat tinggal terbuat dari tanah/bambu/kayu murahan.
- 3) Jenis dinding tempat tinggal terbuat dari bambu/rumbia/kayu berkualitas rendah/tembok tanpa diplester.
- 4) Tidak memiliki fasilitas buang air besar/bersama-sama dengan rumah tangga lain.
- 5) Sumber penerangan rumah tangga tidak menggunakan listrik.
- 6) Sumber air minum berasal dari sumur/mata air tidak terlindung/sungai/air hujan.
- 7) Bahan bakar untuk memasak sehari-hari adalah kayu bakar/arang/minyak tanah.
- 8) Hanya mengonsumsi daging/susu/ayam satu kali dalam seminggu.
- 9) Hanya membeli satu stel pakaian baru dalam setahun.

10) Hanya sanggup makan sebanyak satu/dua kali dalam sehari.

11) Tidak sanggup membayar biaya pengobatan di puskesmas/poliklinik.

12) Sumber penghasilan kepala rumah tangga adalah: petani dengan luas lahan 0, 5 ha. Buruh tani, nelayan, buruh bangunan, buruh perkebunan, atau pekerjaan lainnya dengan pendapatan di bawah Rp 600.000 per bulan.

13) Pendidikan tertinggi kepala rumah tangga: tidak sekolah/tidak tamat SD/hanya SD.

14) Tidak memiliki tabungan/barang yang mudah dijual dengan nilai Rp 500.000, seperti: sepeda motor (kredit/non kredit), emas, ternak, kapal motor, atau barang modal lainnya.

b. Bukan PBI Jaminan Kesehatan Peserta Bukan PBI Kesehatan terdiri atas:

1) Pekerja penerima upah beserta anggota keluarganya. Pekerja penerima upah adalah setiap orang yang bekerja pada pemberi kerja dengan menerima upah atau gaji. Seperti PNS, Anggota POLRI dan TNI, Pegawai swasta, Pegawai pemerintahan non-pegawai negeri

2) Pekerja bukan penerima upah beserta anggota keluarganya. Pekerja bukan penerima upah adalah setiap orang yang bekerja atas resiko sendiri. Pekerja diluar hubungan kerja atau outsourcing

3) Bukan pekerja beserta anggota keluarganya. Bukan pekerja adalah setiap orang yang tidak bekerja namun mampu membayar

iuran jaminan kesehatan. Mereka yang termasuk dalam kelompok ini meliputi: Investor , Pensiunan , Pengusaha. Sementara itu, jumlah peserta anggota keluarga yang ditanggung oleh jaminan kesehatan paling banyak 5 (lima) orang. Peserta atau anggota keluarga yang dimaksudkan di atas meliputi: Suami atau istri sah, Anak kandung atau anak tiri atau anak angkat yang memenuhi kriteria berupa:

- a) Belum menikah
- b) Tidak memiliki penghasilan sendiri
- c) Belum berusia 21 tahun atau belum berusia 25 tahun yang masih dalam pendidikan formal. <sup>(11)</sup>

### **3. Iuran**

- a. Bagi peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan iuran dibayar oleh Pemerintah.
- b. Iuran bagi Peserta Pekerja Penerima Upah yang bekerja pada Lembaga Pemerintahan terdiri dari Pegawai Negeri Sipil, anggota TNI, anggota Polri, pejabat negara, dan pegawai pemerintah non pegawai negeri sebesar 5% (lima persen) dari Gaji atau Upah per bulan dengan ketentuan : 3% (tiga persen) dibayar oleh pemberi kerja dan 2% (dua persen) dibayar oleh peserta.
- c. Iuran bagi Peserta Pekerja Penerima Upah yang bekerja di BUMN, BUMD dan Swasta sebesar 4,5% (empat koma lima

persen) dari Gaji atau Upah per bulan dengan ketentuan : 4% (empat persen) dibayar oleh Pemberi Kerja dan 0,5% (nol koma lima persen) dibayar oleh Peserta.

- d. Iuran untuk keluarga tambahan Pekerja Penerima Upah yang terdiri dari anak ke 4 dan seterusnya, ayah, ibu dan mertua, besaran iuran sebesar sebesar 1% (satu persen) dari dari gaji atau upah per orang per bulan, dibayar oleh pekerja penerima upah.
- e. Iuran bagi kerabat lain dari pekerja penerima upah (seperti saudara kandung/ipar, asisten rumah tangga, dll); peserta pekerja bukan penerima upah serta iuran peserta bukan pekerja adalah sebesar:
- f. Sebesar Rp. 25.500,- (dua puluh lima ribu lima ratus rupiah) per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III.
- g. Sebesar Rp. 42.500,- (empat puluh dua ribu lima ratus rupiah) per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas II.
- h. Sebesar Rp. 59.500,- (lima puluh sembilan ribu lima ratus rupiah) per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas I.

- i. Iuran Jaminan Kesehatan bagi Veteran, Perintis Kemerdekaan, dan janda, duda, atau anak yatim piatu dari Veteran atau Perintis Kemerdekaan, iurannya ditetapkan sebesar 5% (lima persen) dari 45% (empat puluh lima persen) gaji pokok Pegawai Negeri Sipil golongan ruang III/a dengan masa kerja 14 (empat belas) tahun per bulan, dibayar oleh Pemerintah.
- j. Pembayaran iuran paling lambat tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan

#### **DENDA KETERLAMBATAN PEMBAYARAN IURAN**

1. Keterlambatan pembayaran iuran untuk Pekerja Penerima Upah dikenakan denda administratif sebesar 2% (dua persen) per bulan dari total iuran yang tertunggak paling banyak untuk waktu 3 (tiga) bulan, yang dibayarkan bersamaan dengan total iuran yang tertunggak oleh Pemberi Kerja.
2. Keterlambatan pembayaran iuran untuk Peserta Bukan Penerima Upah dan Bukan Pekerja dikenakan denda keterlambatan sebesar 2% (dua persen) per bulan dari total iuran yang tertunggak paling banyak untuk waktu 6 (enam) bulan yang dibayarkan bersamaan dengan total iuran yang tertunggak.<sup>[12]</sup>

### **C. SEKTOR INFORMAL**

#### **1. PENGERTIAN**

Sektor informal adalah unit usaha kecil yang melakukan kegiatan produksi dan/atau distribusi barang dan jasa untuk menciptakan lapangan

kerja dan penghasilan bagi mereka yang terlibat unit tersebut bekerja dengan keterbatasan, baik modal, fisik, tenaga, maupun keahlian. <sup>[13]</sup>

## 1. NELAYAN

### a. Pengertian

Nelayan adalah istilah bagi orang-orang yang sehari-harinya bekerja menangkap ikan atau hewan laut lainnya yang hidup di dasar, maupun permukaan perairan. Perairan yang menjadi daerah aktivitas nelayan ini dapat merupakan perairan tawar, payau maupun laut. Di negara-negara berkembang, masih banyak nelayan yang menggunakan peralatan yang sederhana dalam menangkap ikan. Nelayan di negara-negara maju biasanya menggunakan peralatan modern dan kapal yang besar yang dilengkapi teknologi canggih. <sup>(14)</sup>

### b. Gambaran Umum Nelayan

Seperti halnya dengan nelayan yang tergolong dalam sektor informal. Gambaran umum mengenai kondisi nelayan di kelurahan Mangunharjo kota Semarang dengan rata-rata pendapatan per harinya berkisar Rp 20.000 sampai dengan Rp 100.000. Keterbatasan dalam sosial-ekonomi yang dihadapi oleh rumah tangga nelayan berakar pada faktor-faktor kompleks yang saling terkait. Faktor-faktor tersebut dapat diklasifikasikan kedalam faktor alamiah dan nonalamiah, faktor alamiah berkaitan dengan fluktuasi musim-musim penangkapan ikan. Faktor nonalamiah berhubungan dengan keterbatasan daya jangkau teknologi penangkapan, ketimpangan dalam sistem bagi hasil dan tidak adanya jaminan sosial tenaga kerja yang pasti, lemahnya penguasaan jaringan pemasaran dan belum berfungsinya koperasi nelayan yang ada. <sup>[15]</sup>

Musim-musim ikan tidak berlangsung sepanjang tahun. Musim ikan berlangsung antara bulan Desember sampai dengan Maret dalam setiap tahunnya. Hanya empat bulan efektif ketika sedang musim hujan nelayan memperoleh tingkat penghasilan yang relatif “baik” . Pada musim ikan intensitas operasi penangkapan meningkat karena hasrat untuk memperoleh hasil tangkapan sangat kuat, nelayan sering mengabaikan bahaya yang disebabkan oleh kondisi alam dan iklim., seperti ombak besar dan hujan deras disertai angin kencang. Tingkat penghasilan akan berkurang ketika mulai memasuki bulan-bulan kemarau. Pada musim kemarau tingkat penghasilan nelayan sangat minim dan sering tidak peroleh hasil tangkapan sama sekali. Dalam kondisi demikian nelayan dapat bekerja apa saja di darat untuk memperoleh penghasilan sehingga kelangsungan hidup rumah tangganya dapat terjamin.<sup>[15]</sup>

c. Dampak Keterbatasan Nelayan

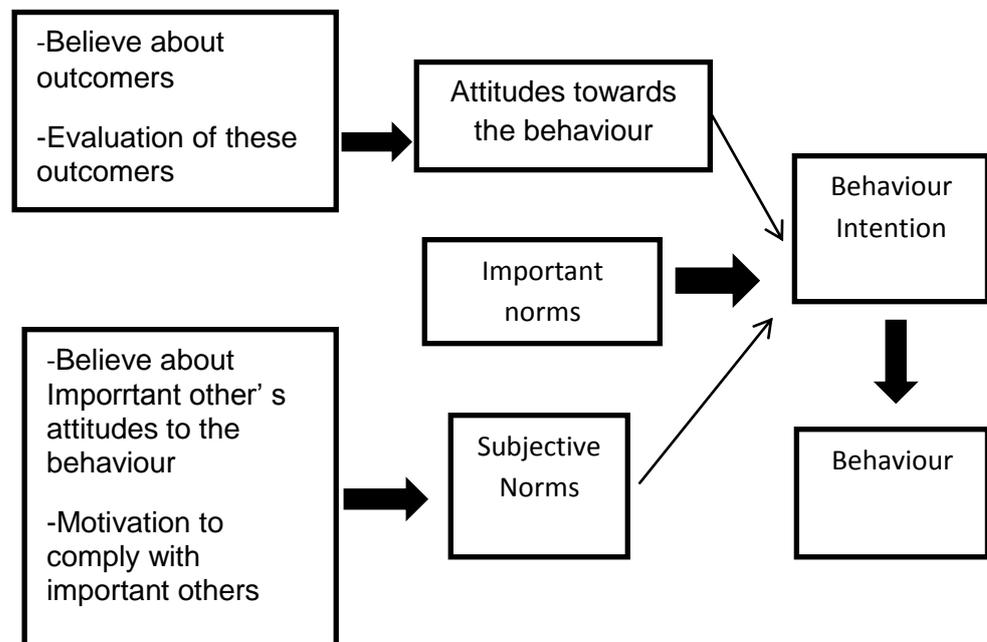
Keterbatasan dalam perekonomian yang dialami nelayan telah mempersulit mereka dalam membentuk kehidupan generasi berikutnya yang lebih baik dari keadaan mereka saat ini. Anak-anak mereka harus menerima kenyataan untuk mengenyam tingkat pendidikan yang rendah. Karena ketidakmampuan ekonomi orangtuanya, banyak anak tidak bersekolah atau drop out dari sekolah dasar sebelum mencapai kelulusan. Anak-anak dituntut untuk mencari nafkah membantu dan mengurangi beban tanggungjawab orang tuanya. Dalam situasi keterbatasan memperoleh pendidikan yang layak, kiranya sangat sulit menciptakan generasi atau sumber daya manusia yang lebih berkualitas dalam masyarakat nelayan. Kondisi demikian mereka akan tetap

mewarisi pekerjaan dan tingkat kesejahteraan hidup, seperti yang telah dialami oleh orangtuanya. Akibatnya kualitas sumber daya manusia tetap rendah dan kemiskinan dikalangan nelayan akan diwariskan serta dilanggengkan dari generasi ke generasi. <sup>(15)</sup>

## 2. TRA (Teori Reason Action)<sup>(10)</sup>

Teori ini dipergunakan dalam berbagai macam perilaku, khususnya psikologi sosial dan teori ini fokus terhadap niat (INTENTION). Niat / kehendak ditentukan oleh sikap dan norma subjektif, dan norma penting.

Theory reason action (TRA) di cetuskan oleh Ajzen & Fishbein pada tahun 1980 yang menyatakan bahwa perilaku dipengaruhi oleh kehendak / niat dalam membentuk perilaku dan bahwa kehendak tersebut adalah suatu fungsi sikap pada perilaku dan norma subjektif.



Gambar 2.1  
Theory Reason Action

Keterangan:

1. Perilaku

Perilaku adalah transisi niat atau kehendak ke dalam action atau tindakan

2. Niat / Intention / Kehendak

Yaitu probabilitas sebagai dasar bagi seseorang / subjek yang akan membentuk perilaku.

3. Norma Subjektif

Adalah kepercayaan tentang apa yang individu pikirkan tentang perilaku.

Norma Subjektif dipengaruhi oleh:

- a. keyakinan seseorang terhadap bagaimana dan apa yang dipikirkan orang-orang yang dianggap penting.
- b. Motivasi seseorang untuk mengikuti orang yang dianggap penting tersebut

Norma subjektif hanya dibentuk dalam relasi opini yang akan dipertimbangkan individu untuk menjadi penting atau tidak.

4. Sikap merupakan hasil pertimbangan:

- a. Kepercayaan tentang untung rugi dari perilaku tersebut (outcome of the behavior)
- b. Kepercayaan konsekuensi yang terjadi (evaluation regarding the outcome)

5. Keyakinan

Adalah kepercayaan tentang objek sikap, perasaan tentang objek sikap, dan kecenderungan terhadap objek.

### 3. TEORI DEMAND<sup>(16)</sup>

Demand atau permintaan dalam pelayanan kesehatan merupakan keinginan masyarakat dalam memperbaiki status kesehatannya sebagai salah satu cara untuk mencapai status kesehatan yang lebih tinggi karena adanya keinginan untuk dapat menikmati hidup sebaik mungkin dibandingkan bila mengalami gangguan kesehatan, dari hal tersebut teori demand ini terbagi menjadi dua kategori yang diantaranya:

#### 1. ATP (Ability To Pay)

ATP atau Kemampuan membayar ini berhubungan dengan tingkat pendapatan dan biaya jasa pelayanan lainnya yang dibutuhkan oleh masyarakat. Russel (1996) di dalam jurnalnya menuliskan batasan antara "2-5% dari pendapatan" sebagai ukuran ekonomi yang possible dapat dibayar masyarakat untuk memperoleh suatu barang atau jasa bersumber data survei pengeluaran kesehatan di negara berkembang. Susilowati dkk. (2001) berpendapat kemampuan membayar biaya pelayanan kesehatan dapat diukur dari keseluruhan biaya yang dikeluarkan untuk konsumsi kebutuhan di luar kebutuhan dasar (antara lain: minuman jadi, minuman beralkohol, tembakau atau sirih, serta pengeluaran pesta diukur setahun). Beberapa Formula yang dapat dipakai untuk menghitung kemampuan membayar masyarakat adalah:

- a. 5% disposable income (pendapatan setelah dikeluarkan untuk pengeluaran pangan (esensial).
- b. Pengeluaran rokok /sirih ditambah dengan Pengeluaran Pangan Non Esensial (Minuman jadi dan Alkohol) serta pengeluaran untuk keperluan pesta /sosial (Sumbangan).

c. 2-5 % dari total Income Ketiga formula ini dihitung dengan periode perhitungan pengeluaran setahun.<sup>[4]</sup>

Salah satu formula di atas di rekomendasikan oleh WHO yang ditulis Xu, et. al., (2005) yaitu 5% dari kapasitas membayar rumah tangga, sebagai asumsi batas yang tidak mengganggu ekonomi rumah tangga.

Di rumuskan sbb:

$$\text{ATP} = 5\% \times \text{CTP}$$

CTP = Kapasitas Membayar, diperoleh dari perhitungan pengeluaran non pangan ditambah pengeluaran pangan non esensial (makanan/minuman jadi, rokok/tembakau dan sirih, Alkohol).

Formula ini yang direkomendasikan secara kuat sebagai batasan kemampuan membayar rumah tangga. Kapasitas Membayar rumah tangga diukur dari disposable income. Batasan ini dapat berubah sesuai situasi dan kondisi suatu negara. Pengeluaran kesehatan yang melebihi batas tertentu dapat menyebabkan ekonomi rumah tangga terganggu, istilah ekonomi disebut katastrofik (Xu et. al., 2005). Batas katastrofik adalah  $\geq 40\%$  CTP. Nilai ini yang direkomendasikan WHO dalam tulisan Ke Xu sebagai batas pengeluaran kesehatan yang mengganggu.

## 2. WTP (Willingness to Pay)

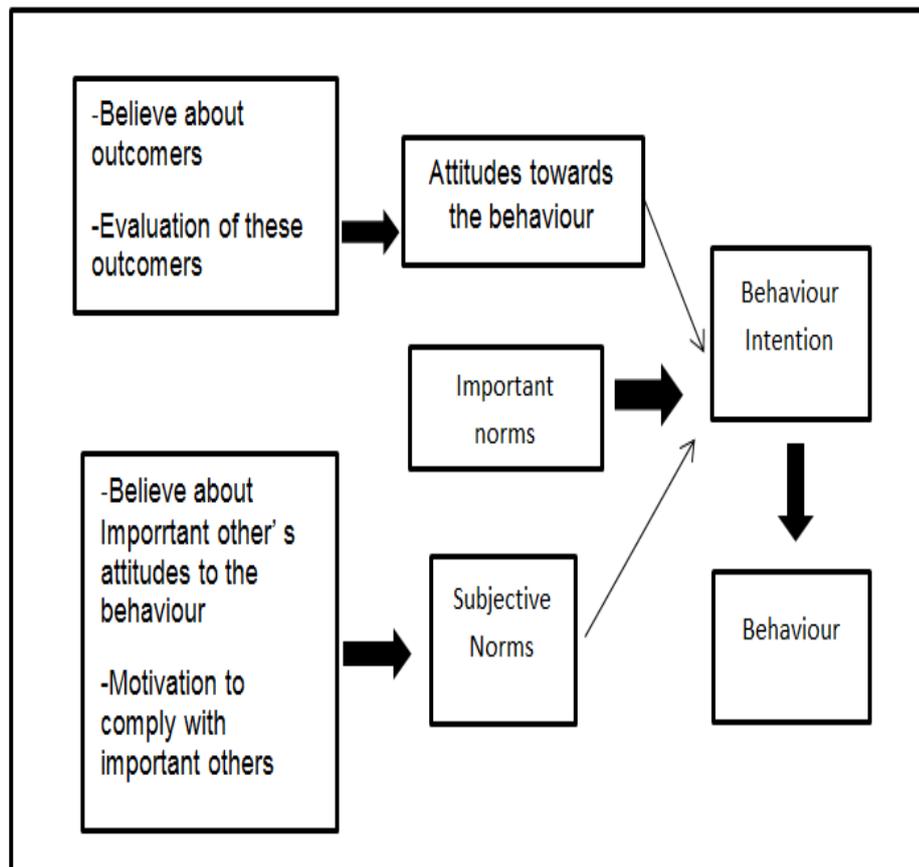
WTP atau Kemauan Membayar Beberapa rumusan yang dikemukakan oleh Russel (1996) bahwa kemauan membayar suatu jasa dapat dilihat dari dua hal : pertama, mengamati dan menempatkan model pemanfaatan jasa pelayanan kesehatan di masa lalu, pengeluaran terhadap harga pelayanan kesehatan, kedua, wawancara langsung pada

masyarakat seberapa besar kemampuan dan kemauan untuk membayar paket atau jasa pelayanan kesehatan. Sedangkan pendapat Susilowati dkk. (2001) bahwa kemauan masyarakat membayar biaya pelayanan kesehatan dapat dilihat dari pengeluaran kesehatan riil dalam bentuk biaya obat, jasa pelayanan dan transportasi. <sup>(4)</sup>

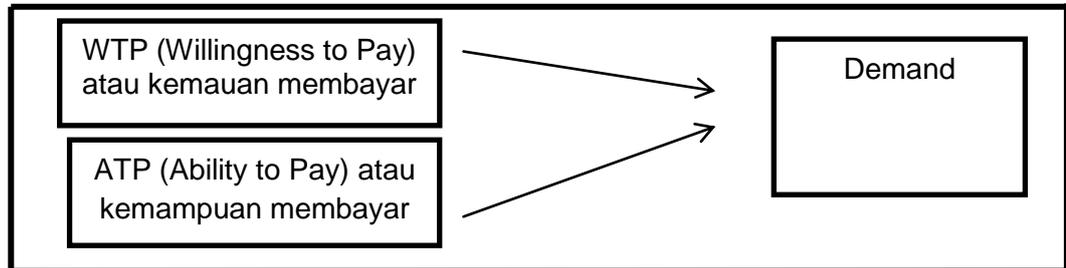
Cara mengukur Willingness To Pay dengan melakukan survei di masyarakat dengan menanyakan berapa rupiah kemauan membayar pelayanan kesehatan sesuai dengan keinginan, harapan, serta persepsi masyarakat tentang pelayanan kesehatan. <sup>(6)</sup>

## E. Kerangka Teori

Teori Reason Action



## Theory Demand



Gambar 2.2

Kerangka teori kesiapan nelayan dalam JKN di kelurahan Mangunharjo.  
Sumber: modifikasi teori reason action dengan ATP WTP