

**DETERMINAN KEMAMPUAN DAN KEMAUAN MEMBAYAR IURAN
JAMINAN KESEHATAN NASIONAL PADA PEDAGANG KAKI LIMA
DI PANTAI LOSARI**

**DETERMINANTS OF ABILITY AND WILLINGNESS TO PAY NATIONAL
HEALTH INSURANCE CONTRIBUTIONS TO STREET VENDORS
AT LOSARI BEACH**

Disusun dan diajukan oleh

**Arip Hidayat
(K012202071)**



**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2022**

**DETERMINAN KEMAMPUAN DAN KEMAUAN MEMBAYAR IURAN
JAMINAN KESEHATAN NASIONAL PADA PEDAGANG KAKI LIMA DI
PANTAI LOSARI**

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Magister

**Program Studi
Ilmu Kesehatan Masyarakat**

**Disusun dan diajukan oleh:
ARIP HIDAYAT**

Kepada

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2021**

LEMBAR PENGESAHAN

**DETERMINAN KEMAMPUAN DAN KEMAUAN MEMBAYAR IURAN
JAMINAN KESEHATAN NASIONAL PADA PEDAGANG KAKI LIMA DI
PANTAI LOSARI**

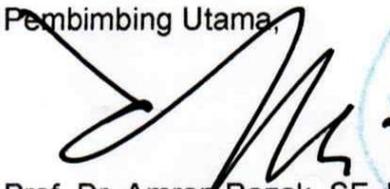
Disusun dan diajukan oleh

**ARIP HIDAYAT
K012202071**

Telah dipertahankan di hadapan Panitia ujian yang dibentuk dalam rangka Penyelesaian Studi Program Magister Program Studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin pada tanggal 25 Agustus 2022 dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan

Menyetujui,

Pembimbing Utama,


Prof. Dr. Amran Razak, SE., M.Sc
NIP. 195701021986011001

Pembimbing Pendamping,


Dr. Balqis, SKM., M.Kes. M.Sc.PH
NIP. 197908172009122001

Dekan Fakultas
Kesehatan Masyarakat


Prof. Sukri Palutturi, SKM., M.Kes., M.Sc.PH., Ph.D
NIP. 19720529 200112 1 001

Ketua Program Studi S2
Ilmu Kesehatan Masyarakat


Prof. Dr. Masni, Apt., MSPH.
NIP. 19590605 198601 2 001

PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Arip Hidayat
NIM : K012202071
Program studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Jenjang : S2

Menyatakan dengan ini bahwa karya tulis saya berjudul :

DETERMINAN KEMAMPUAN DAN KEMAUAN MEMBAYAR IURAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL PADA PEDAGANG KAKI LIMA DI PANTAI LOSARI

adalah karya tulisan saya sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan orang lain, bahwa Tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, Oktober 2022.

Yang menyatakan



Arip Hidayat

PRAKATA

Segala puji hanyalah milik Allah Subhanahu wa ta'ala, kami memuji-Nya dengan Asmaul Husna, memohon perlindungan dan ampunan kepada-Nya. Kami berlindung dari keburukan diri kami dan keburukan amal perbuatan kami, aku bersaksi bahwa tidak ada ilah yang berhak diibadahi dengan benar kecuali Allah semata. Tidak lupa lisan kita dibasahi dengan kalimat tahmid Alhamdulillah memuji kebesaran Allah Subhanahu wa ta'ala, Serta rasa syukur atas segala rahmat dan karunia-Nya, nikmat iman, kesehatan dan kekuatan yang tiada henti diberikan kepada hamba-Nya sehingga dapat menyelesaikan penulisan tesis kami yang berjudul **“Determinan Kemampuan Dan Kemauan Membayar Iuran Jaminan Kesehatan Nasional Pada Pedagang Kaki Lima Di Pantai Losari”**. Shalawat dan salam semoga tercurahkan kepada baginda Nabi Muhammad shallallahu 'alaihi wasalam, hamba Allah yang paling sempurna dan semoga kita senantiasa istiqomah dijalanannya.

Perkenankan pula penulis sampaikan rasa terimakasih dan penghargaan sebesar-besarnya kepada Bapak **Prof. Dr. Amran Razak, SE.,M.Sc** selaku ketua komisi penasehat dan Ibu **Dr. Balqis, SKM, M.Kes,M.Sc.PH** selaku sekretaris penasehat, yang tidak pernah lelah ditengah kesibukannya dengan penuh kesabaran memberikan arahan, perhatian, motivasi, masukan dan dukungan moril yang sangat bermanfaat bagi penyempurnaan penyusunan

penulisan ini. Rasa hormat dan terimakasih juga penulis sampaikan kepada Bapak **Prof. Sukri, SKM.,M.Kes.,M.Sc.,Ph.D.**, Ibu **Dr. Apik Indarty Moedjiono, SKM.,M.Si.**, dan Bapak **Prof. Anwar, SKM.,M.Sc.,Ph.D** selaku penguji yang telah banyak memberikan masukan serta arahan dalam penyempurnaan penyusunan dan penulisan tesis ini.

Dalam kesempatan ini, dengan segala kerendahan hati penulis juga ingin menyampaikan penghargaan dan ucapan terimakasih sebesar-besarnya kepada :

1. Ibu **Prof. Dr. Ir. Jamaluddin Jompa, M.Sc** Selaku Rektor Universitas Hasanuddin
2. Bapak **Prof. Sukri Palutturi, SKM.,M.Kes.,M.Sc.PH.,Ph.D** selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin
3. Ibu **Prof. Dr. Masni, Apt.,MSPH** Selaku ketua program studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
4. Seluruh Dosen Kesehatan Masyarakat terkhusus Dosen Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan yang telah banyak memberikan ilmu kepada penulis
5. Staf Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin

Teristimewa tesis ini ananda persembahkan kepada kedua orang tua yang terkasih dan tersayang Ayahanda **Asep saepudin** dan Ibunda **Isah (Rahimahallah)** atas segala doa, dukungan, dan semangat yang tak ternilai.

Penulis sadar bahwa penulisan tesis ini masih jauh dari kesempurnaan oleh karena itu, besar harapan penulis kepada pembaca atas kontribusinya baik berupa saran dan kritik yang sifatnya membangun demi kesempurnaan tesis ini. Akhirnya semoga Allah Subhanahu wa ta'ala senantiasa melimpahkan rahmat-Nya kepada kita semua dan apa yang disajikan dalam tesis ini dapat bermanfaat bagi kita semua, Aaamiin.

Makassar, Oktober 2022

Arip Hidayat

ABSTRAK

ARIP HIDAYAT. *Determinan Kemampuan dan Kemauan Membayar Iuran Jaminan Kesehatan Nasional Pada Pedagang Kaki Lima di Pantai Losari* (dibimbing oleh **Amran Razak** dan **Balqis**)

Kemampuan membayar iuran (*Ability to pay*) dan kemauan membayar iuran (*Willingnes to pay*) merupakan faktor yang berperan penting pada sistem pembiayaan kesehatan. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui determinan kemampuan membayar dan kemauan membayar iuran jaminan kesehatan pada pedagang kaki lima di pantai losari.

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan pendekatan *Cross sectional*. Total sampel sebanyak 96 orang dengan teknik pengambilan sampel *purposive sampling*, adapaun analisis data menggunakan *chi square* dan uji *regresi logistic* berganda. Penelitian ini dilakukan di pantai losari kota makassar.

Hasil penelitian diketahui terdapat hubungan antara pendapatan keluarga ($p=0,000$), jumlah anggota keluarga ($p=0,000$), riwayat penyakit ($p=0,000$), dan kepuasan pada pelayanan kesehatan ($p=0,000$) terhadap kemauan membayar iuran jaminan kesehatan. Serta terdapat pula hubungan antara pendapatan keluarga ($p=0,001$) dan kepuasan pada pelayanan kesehatan terhadap kemampuan membayar iuran jaminan kesehatan, adapun riwayat penyakit ($p=0,140$) dan jumlah anggota keluarga ($p=0,246$) tidak memiliki hubungan terhadap kemampuan membayar iuran jaminan kesehatan. Hasil uji multivariate diketahui kepuasan pada pelayanan kesehatan merupakan faktor yang paling berpengaruh terhadap kemampuan membayar iuran $\beta=3.410$ (CI 95% 4,631 - 197,651) dan kemauan membayar iuran $\beta=2.598$ (CI 95% 4,505 - 38,535). Diharapkan hasil penelitian dapat dijadikan sebagai referensi terhadap penetapan besaran iuran jaminan kesehatan dengan mempertimbangkan faktor-faktor yang mempengaruhi kemauan dan kemampuan membayar iuran jaminan kesehatan nasional di masyarakat.

Kata kunci: Pedagang Kaki Lima, Kemampuan Membayar Iuran, Kemauan Membayar Iuran



ABSTRACT

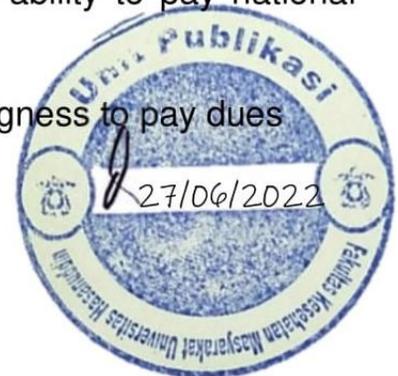
ARIP HIDAYAT. *Determinants of Ability and Willingness to Pay National Health Insurance Contributions to Street Vendors on Losari Beach (Supervised by **Amran Razak** and **Balqis**)*

The willingness and ability to pay dues is an important factor in the health financing system. The purpose of the study was to find out the determinants of willpower and the ability to pay health insurance dues to street vendors at-Losari beaches.

This research is quantitative research with a cross-sectional approach. A total sample of 96 people with purposive sampling techniques, data analysis using chi-square, and multiple logistic regression tests.

The results of the study found that there was a relationship between income ($p = 0.000$), the number of family members ($p = 0,000$), history of the disease ($p = 0,000$), and satisfaction in health services ($p = 0.000$) to the willingness to pay health insurance contributions. There is also a relationship between income ($p = 0.001$) and satisfaction in health care ($p = 0.001$) to the ability to pay health insurance dues, while the history of illness ($p = 0.140$) and the number of family members ($p = 0.246$) has no relationship with the ability to pay health insurance dues. The results of the Logistics Regression Test are the most related factors to the ability to pay dues $\beta = 2.598$ (CI 95% 4,631-197,651) and the willingness to pay dues $\beta = 3.410$ (CI 95% 4,505 - 38,535). It is hoped that the results of this study can be used as a reference for determining the number of dues by considering the determinants of willpower and the ability to pay national health insurance contributions

Keywords: Street Vendor, Ability to pay dues, willingness to pay dues



DAFTAR ISI

JUDUL TESIS	i
LEMBAR PENGESAHAN	iii
PERNYATAAN KEASLIAN	iv
ABSTRAK	viii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
DAFTAR ISTILAH DAN SINGKATAN	xv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	12
C. Tujuan Penelitian	12
1. Tujuan umum	12
2. Tujuan khusus.....	12
D. Manfaat Penelitian	13
1. Manfaat teoritis	13
2. Manfaat praktis	13
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	15
A. Tinjauan Umum Pandemi COVID-19	15
B. Tinjauan Umum Jaminan Kesehatan Nasional	19
C. Tinjauan Umum Sektor Informal	26
D. Tinjauan Umum Pedagang Kaki Lima	28
E. Tinjauan Umum Ability to Pay	31
F. Tinjauan Umum Willingnes To Pay	34
G. Tinjauan Umum Determinan ATP dan WTP	35
H. Sintesa Penelitian	38

I. Kerangka Teori.....	49
J. Kerangka Konsep.....	46
K. Hipotesis Penelitian	47
L. Definisi Oprasional.....	48
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	51
A. Jenis Penelitian.....	51
B. Lokasi dan Waktu Penelitian	51
C. Populasi dan Sampel Penelitian	52
D. Alat Bahan dan Cara Kerja.....	54
E. Alur Penelitian	59
F. Pengumpulan Data.....	60
G. Pengolahan dan Analisis data.....	60
H. Penyajian data.....	63
I. Etika Penelitian	64
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	66
A. Hasil Penelitian	66
B. Pembahasan	80
C. Keterbatasan.....	100
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	101
A. Kesimpulan	101
B. Saran	102
DAFTAR PUSTAKA.....	104

DAFTAR TABEL

Tabel 1	Sintesa Penelitian.....	31
Tabel 2	Hasil Uji Validitas.....	54
Tabel 3	Hasil Uji Reliabilitas.....	55
Tabel 4	Distribusi Karakteristik Pedagang Kakli Lima di Pantai Losari	66
Tabel 5	Distribusi Karakteristik Pendapatan dan Pengeluaran Pedagang Kaki Lima di Pantai Losari.....	68
Tabel 6	Distribusi Karakteristik ATP dan WTP Pedagang Kaki Lima di Pantai Losari.....	69
Tabel 7	Analisis Bivariate Determinan Kemauan memayar iuran jaminan kesehatan nasional.....	69
Tabel 8	Analisis Bivariate determinan kemampuan memayar iuran jaminan kesehatan nasional.....	71
Tabel 9	Analisis Multivariate determinan kemauan memayar iuran jaminan kesehatan nasional.....	72
Tabel 10	Analisis Multivariate Determinan kemampuan memayar iuran jaminan kesehatan nasional.....	73

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1 Kerangka Teori Penelitian.....	45
Gambar 2 Kerangka Konsep Penelitian.....	46
Gambar 3 Alur Penelitian.....	59

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Informed Consent	113
Lampiran 2 Kuisisioner Penelitian.....	115
Lampiran 3 Susunan Tim Peneliti	119
Lampiran 4 Daftar Riwayat Hidup	119
Lampiran 5 Time Schedule Penyusunan Tesis.....	121
Lampiran 6 Validitas dan Reliabilitas	122
Lampiran 7 Data Hasil Penelitian.....	128
Lampiran 8 Data Hasil SPSS	135
Lampiran 9 Izin Penelitian.....	151
Lampiran 10 Jurnal Publikasi	156

DAFTAR ISTILAH DAN SINGKATAN

Istilah/Singkatan	Kepanjangan/pengertian
ATP	<i>Ability to Pay</i>
WTP	<i>Willingnes To Pay</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>
PSBB	Pembatasan Sosial Berskala Besar
PAD	Pendapatan Asli daerah
PPKM	Pemberlakuan Pembatasan Kegiatan Masyarakat
SJSN	Sistem Jaminan Sosial Nasional
BPJS	Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
PKL	Pedagang Kaki Lima
Covid-19	<i>Corona Virus Disease 19</i>
MERS	<i>Middle East Respiratory Syndrome</i>
SARS	<i>Severe Acute Respiratory Syndrome</i>
JKN	Jaminan Kesehatan Nasional
PBI	Penerima Bantuan Iuran
Non PBI	Bukan Penerima Bantuan Iuran
ODGJB	Orang dengan Gangguan Jiwa Berat

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

World Health Organization (WHO) telah menetapkan COVID-19 (*Coronavirus Disease 2019*) sebagai sebuah pandemi. Dimana pandemi COVID-19 yang terjadi saat ini berdampak cukup besar pada seluruh sektor kehidupan manusia. (Ristyawati, 2020). Virus ini ditemukan pertama kali pada bulan Desember 2019 di kota Wuhan, China. Virus yang memiliki 85% homologi dengan SARS-CoV ini dapat mengikat reseptor ACE2 target, terutama pada organ paru-paru, jantung, dan ginjal (Mahadewi, 2021). Awal penyebarannya diperkirakan virus berasal dari hewan yang kemudian menginfeksi manusia, namun saat ini virus dapat menular dari manusia ke manusia. Cara penyebaran COVID-19 melalui droplet, kontak erat dengan pasien terinfeksi, dan bahkan berdasarkan laporan WHO saat ini Virus COVID-19 dapat hidup lebih lama di udara dalam ruangan yang tertutup. Sehingga virus ini dapat menular pada sekitarnya dengan lebih cepat (Anies, 2020).

Negara Indonesia sempat menjadi sorotan dunia, karena melaporkan nol kasus infeksi COVID-19 hingga Februari 2020, meskipun Negara sekitar seperti Malaysia, Filipina, Australia, dan Singapura telah melaporkan infeksi COVID-19, Namun saat itu Indonesia masih membuka akses penerbangan

pada Negara dengan tingkat infeksi yang relatif tinggi (Wahyuni, 2020). Berdasarkan data yang diperbarui secara berkala dari website <https://covid19.who.int> pada tanggal 26 November 2021 menyatakan jumlah kasus terkonfirmasi mencapai 259.502.031 kasus covid-19 dengan 5.183.003 kematian di seluruh dunia. Di Indonesia sendiri berdasarkan laporan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia pertanggal 29 November 2021 jumlah kasus terkonfirmasi mencapai 4.256.112 kasus, dengan jumlah kasus kematian sebesar 143.819 jiwa (Kemenkes RI. 2021).

Pandemi COVID-19 telah berdampak pada semua negara yang mengalaminya, termasuk juga Indonesia. Dampak tersebut bukan hanya pada sektor kesehatan saja, namun juga sektor sosial, ekonomi, politik, agama dan juga sektor lainnya. Pemerintah telah beberapa kali membuat skema kebijakan pembatasan sosial dan kebijakan karantina di beberapa bagian seperti, kebijakan Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB), kebijakan Pemberlakuan Pembatasan Kegiatan Masyarakat (PPKM) darurat, dan Pemberlakuan Pembatasan Kegiatan Masyarakat (PPKM) epidemiologi dengan skala 1, 2, 3, dan 4 yang berpotensi membatasi masyarakat dalam kegiatan perekonomian seperti perdagangan. Kebijakan yang cukup lama ini menimbulkan berbagai dampak sosial dan ekonomi, seperti menurunnya ekonomi masyarakat (Chaplyuk et al., 2021). Dampak ekonomi selama pandemi COVID-19 ini dapat di nilai berdasarkan pertumbuhan ekonomi masyarakat dan juga meningkatnya jumlah pengangguran di wilayah

tersebut. Meskipun dampak ekonomi setiap daerah bisa saja berbeda-beda, tergantung pada tingkat keparahan selama pandemi COVID-19 ini (Aeni, 2021).

Pedagang merupakan kelompok yang terkena dampak ekonomi secara langsung selama pandemi COVID-19. Penerapan kebijakan pembatasan sosial mempengaruhi status pendapatan para pedagang (Purbawati, 2020). Terutama pada Pedagang Kaki Lima (PKL) yang harus menutup tempat usahanya karena kurangnya pengunjung akibat masyarakat lebih banyak di rumah dan penutupan tempat berjualan mereka (Heriyani, 2021). Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Azimah (2020), selama masa pandemi COVID-19 pedagang mengalami penurunan pendapatan sebesar 50% yang disebabkan berkurangnya jumlah pengunjung untuk berbelanja terutama saat adanya aturan pembatasan sosial. Dan akhirnya para pedagang harus mengurangi pasokan barang yang akan di jual.

Pedagang Kaki Lima (PKL) merupakan sektor usaha informal yang sering memanfaatkan fasilitas-fasilitas umum. Sektor ini memiliki peran penting dalam menyerap pekerja yang tidak mampu terserap pada sektor lain. Selain itu sektor ini juga memiliki peran sangat penting dalam meningkatkan perekonomian masyarakat (Heriyani, 2021). Menurut Yunus (2017), di kota Makassar sendiri terdapat beberapa komunitas PKL, Dimana salah satu komunitas terlama yaitu komunitas PKL yang berada di pantai Losari. Sesuai dengan namanya komunitas ini beraktifitas di sepanjang

kawasan Pantai Losari yang kemudian diberi nama SREMI (Serikat Rakyat Mandiri Indonesia), yang beralamat lengkap di kelurahan Bulogading, Maluku, dan Losari kecamatan Ujung Pandang kota Makassar. PKL ini telah berdagang di wilayah tersebut sejak puluhan tahun lalu, bahkan jumlah PKL di wilayah tersebut terus bertambah. Para PKL tersebut menempati fasilitas-fasilitas umum yang berada di sepanjang Pantai Losari dan kerap kali menimbulkan permasalahan sosial. Meskipun demikian keberadaan PKL ini cukup membantu terbukanya lowongan pekerjaan untuk mengatasi jumlah pengangguran di kota Makassar dan menjadi salah satu (Pendapatan Asli Daerah) bagi pemerintah kota Makassar.

Berdasarkan data BPS tahun 2019, sebagian besar penduduk di Sulawesi Selatan bekerja pada sektor informal yaitu sekitar 62,54%. Sedangkan pada sektor ini merupakan sektor yang masih rendah kepesertaan dan para pekerja tersebut tidak rutin membayar iuran yang telah ditentukan oleh pemerintah. Alasan tidak rutin membayar iuran tersebut adalah masalah ekonomi keluarga akibat pendapatan yang rendah, tidak menetap, jumlah anggota keluarga yang tidak bersama dalam satu rumah tangga, serta telah adanya asuransi lainnya (Harfina, 2019).

Pendapatan adalah salah satu faktor yang dapat mempengaruhi kemampuan membayar dan kemauan untuk membayar iuran jaminan kesehatan nasional. Ketika pendapatan berlebih sering kali yang menjadi prioritas adalah memenuhi kebutuhan sehari-hari dibandingkan

membayarkan asuransi kesehatan karena dianggap belum perlu untuk digunakan. Namun ketika pendapatan berkurang sering kali merasa tidak mampu lagi untuk membayar pelayanan kesehatan, dan memilih untuk mengurangi pengeluaran-pengeluaran mereka pada hal-hal yang dianggap belum dibutuhkan (Syakhila, 2021).

Masyarakat dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan seperti pemanfaatan Jaminan kesehatan dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti adanya faktor predisposisi, faktor yang mungkin terjadi, dan faktor kebutuhan keluarga. Contohnya faktor predisposisi yang dapat mempengaruhi seseorang dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah faktor demografi seperti usia, jenis kelamin, dan pernikahan, adanya faktor sosial seperti pendidikan, status pekerjaan, dan ras. Faktor kepercayaan atau keyakinan, serta sikapnya individu terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan. Adapaun faktor pemungkin dapat berasal dari keluarga seperti jumlah pendapatan keluarga, jumlah pengeluaran keluarga, pengetahuan dan informasi tentang pelayanan kesehatan yang akan diberikan terkait kualitas pelayanan, dan jarak menuju fasilitas pelayanan. Adanya juga faktor kebutuhan pada pelayanan kesehatan seperti kebutuhan karena memiliki riwayat penyakit dan pengalamannya menggunakan pelayanan kesehatan (Notoatmodjo, 2012).

Pemerintah telah mengeluarkan Undang-Undang Nomor 40 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) tahun 2004 sebagai bentuk usahanya

dalam mengatasi ketimpangan pemerataan akses pada pelayanan kesehatan di seluruh Indonesia. Dalam undang-undang ini seluruh masyarakat memiliki kewajiban ikut serta dan bergotong royong dalam pembiayaan kesehatan. Dalam undang-undang ini juga pemerintah menunjuk Badan penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) sebagai organisasi pemerintahan yang akan bertanggung jawab dalam pelaksanaan sistem jaminan kesehatan di Indonesia, yang kemudian membentuk suatu program yang disebut Jaminan Kesehatan nasional (JKN). Tujuan pembentukan program ini adalah memberikan akses pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat Indonesia sehingga tercipta masyarakat yang sehat, produktif, dan sejahtera.

Pada program JKN ini pemerintah mewajibkan seluruh masyarakat Indonesia ikut serta agar dapat terlindungi dan mendapatkan pelayanan kesehatan secara berkeadilan. Namun dalam penerapannya, pemerintah akan mempertimbangkan kemampuan ekonomi dan kelayakan penyelenggara program JKN ini. Kemudian dalam penyelenggaraannya pemerintah melakukan secara bertahap yang kemudian diharapkan SJSN akan mengcover seluruh masyarakat. Prinsip utama dalam program JKN ini adalah anggota JKN yang mampu akan membantu anggota JKN lain yang kurang mampu, anggota JKN yang sehat membantu anggota JKN yang memiliki sakit atau risiko terhadap sakit. Sehingga diharapkan akan menumbuhkan prinsip keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

Adapun Jenis peserta dalam sistem JKN diatur dalam peraturan Presiden Nomor 64 tahun 2020 tentang Jaminan Kesehatan. Peserta JKN terbagi menjadi kelompok Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan Peserta Bukan Penerima Bantuan Iuran (non PBI). Iuran pada Peserta PBI akan dibayarkan sepenuhnya oleh pemerintah, masyarakat yang termasuk dalam kelompok PBI yaitu masyarakat fakir miskin dan tidak mampu. Adapun peserta Non PBI akan dikenakan iuran setiap bulan yang besarnya telah ditentukan oleh pemerintah.

Iuran jaminan kesehatan di Indonesia sendiri telah mengalami 4 kali penyesuaian. Penyesuaian besaran iuran pertama tertuang dalam Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013 Tentang Perubahan pertama atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013, bagi Peserta Non PBI untuk kelas III akan dikenakan biaya sebesar Rp. 25.000 rupiah perorang dalam satu bulannya, untuk pelayanan kelas II peserta akan dikenakan biaya sebesar Rp. 42.500 rupiah perorang dalam satu bulannya, dan untuk kelas I akan dikenakan biaya sebesar Rp. 59.500 rupiah perorang dalam satu bulannya.

Pada tahun 2016, yang hanya berselang 3 tahun berikutnya pemerintah melakukan revisi dengan menerbitkan Perpres Nomor 19 Tahun 2019 sebagai kedua atas Perpres Nomor 12 tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan. Dimana besar iuran mengalami perubahan pada sektor Non PBI ini. Pada pemanfaatan kelas III mengalami kenaikan menjadi Rp 30.000 rupiah per orang per bulan, kelas II menjadi Rp 51.000 rupiah per orang per

bulan. Dan kelas I mengalami kenaikan menjadi Rp 80.000 rupiah per orang per bulan.

Tidak berselang lama Presiden kembali melakukan penyesuaian besaran iuran dengan mengeluarkan kebijakan melalui Perpres Nomor 28 Tahun 2016 sebagai bentuk perubahan ketiga atas Perpres Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan. Pada peraturan tersebut pemerintah mengambil kebijakan untuk kembali mengubah besaran iuran peserta Non PBI dengan menurunkan besaran iuran pada peserta dengan pemanfaatan kelas III yang sebelumnya sebesar Rp. 30.000 rupiah menjadi Rp. 25.500 rupiah. Kemudian di tahun 2018 presiden kembali melakukan revisi atas kebijakan tersebut melalui Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018, namun kali ini pemerintah tidak melakukan perubahan pada besar iuran BPJS pada peserta Non PBI (Razak dan Chazali, 2019).

Perubahan iuran kembali terjadi dimasa pandemi COVID-19, yang tentunya sangat berpengaruh terhadap kemampuan seseorang dalam melakukan pembayaran iuran. meskipun awalnya kenaikan ini di batalkan melalui keputusan Mahkamah Agung (MA). Namun pemerintah berargumen telah memperbaiki beberapa hal dalam program dan tetap melanjutkan kenaikan besaran iuran tersebut melalui Perpres nomor 64 tahun 2020 yang merupakan Perubahan Kedua Atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan. Kenaikan besaran iuran dilakukan dengan harapan dapat menyelesaikan permasalahan defisit dana jaminan sosial

Kesehatan, yang tentunya sangat berpengaruh terhadap keberlangsungan program BPJS (Poerwanto, 2021). Pada peraturan ini pemerintah menetapkan besaran iuran jaminan kesehatan kelas III menjadi Rp.42.000 rupiah per orang per bulan dan memberikan subsidi sebesar Rp. 7.000 rupiah. Sehingga peserta kelas III hanya perlu membayarkan Rp. 35.000 rupiah saja. Adapaun peserta dengan pemanfaatan kelas II besar iuran sebesar Rp. 100.000 rupiah per orang per bulan dan kelas satu menjadi Rp. 150.000 rupiah per orang per bulan.

Melalui Perpres Nomor 64 tahun 2020 ini juga pemerintah kedepannya berencana menetapkan penyetaraan besaran iuran BPJS dengan penyesuaian kelas standar pada pelayanan kesehatan. Pada pasal 54a penyetaraan ini dilakukan untuk keberlangsungan pendanaan sosial Jaminan Kesehatan, serta memberikan tugas pada Menteri beserta jajarannya, organisasi profesi terkait, dan lembaga asosiasi yang membawahi pelayanan kesehatan agar melakukan peninjauan kembali terhadap manfaat JKN sesuai dengan kebutuhan dasar masyarakat. Serta pelayanan kesehatan menyelenggarakan perawatan kelas standar pada akhir 2020. Kemudian penerapannya akan dilakukan secara bertahap dan berkesinambungan pada tahun 2022 (Perpres No. 64 tahun 2020).

Kemampuan membayar iuran (*Ability to pay*) dan kemauan membayar iuran (*Willingnes to pay*) merupakan hal penting pada system pembiayaan kesehatan (Sahriana, 2019). ATP dan WTP juga berperan penting dalam

pelayanan medis terutama demi terjalannya pemerataan pelayanan menjadi lebih adil. Dalam sistem JKN, iuran merupakan sesuatu yang wajib dilakukan oleh peserta mandiri jaminan kesehatan, sesuai dengan besar iuran yang telah ditentukan oleh pemerintah. Sistem pembiayaan ini dilakukan dilakukan untuk memastikan pelayanan kesehatan bersifat adil kepada seluruh masyarakat, diberikan secara merata kepada masyarakat sesuai dengan kebutuhan, serta membayar pelayanan kesehatan sesuai dengan kemampuannya (Syakhila, 2021). Namun dalam pelaksanaannya masyarakat membayarkan iuran sangat dipengaruhi oleh kemampuan dan kemuannya dalam mengeluarkan biaya kesehatan, yang tentunya akan berpengaruh terhadap JKN yang memiliki sifat gotong royong ini (Arsyad, 2021).

ATP dan WTP juga menjadi faktor banyaknya peserta jaminan kesehatan yang menunggak melakukan pembayaran iuran. Jumlah peserta BPJS Kesehatan di kota Makassar tahun 2020 pada segmen PBI sebanyak 1.701.643 jiwa dan segmen Non PBI sebanyak 1.214.235 jiwa, sedangkan pada sektor PBPU dan BP berjumlah 540.046 jiwa (BPJS, 2021). Pada tahun 2018 tercatat jumlah peserta yang menunggak pembayaran iuran sebanyak 143.794 jiwa penduduk, dan tunggakan pembayaran iuran meningkat di tahun 2020 menjadi 192.444 jiwa penduduk. Tunggakan terbanyak adalah pada kelas III yaitu 114.213 jiwa, kemudian kelas I yaitu 41.326 jiwa, dan kelas II yaitu 36.905 jiwa (BPJS, 2021).

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan pada 6 orang Pedagang Kaki Lima (PKL) yang berjualan di pantai losari, didapatkan bahwa seluruh responden tersebut mengatakan selama pandemi covid-19 terutama saat terjadi pembatasan sosial di awal mereka tidak dapat berjualan sehingga tidak memiliki pendapatan, 2 diantaranya memilih berjualan dirumah dengan menawarkan via online dan 4 orang lainnya tidak berjualan. Saat dibuka dengan jam oprasionalpun pendapatan masih sangat minim karena sedikitnya pengunjung. Hasil studi pendahuluan juga diketahui 4 orang responden berkata bersedia membayar iuran namun saat ini pendapatan sangat kurang, sedangkan 2 diantaranya mengatakan saat ini memiliki pendapatan yang sangat kurang. Serta seluruh pedagang mengatakan pentingnya keikutsertaan dalam BPJS Kesehatan.

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, maka peneliti tertarik untuk meneliti “determinan kemampuan membayar atau Ability to pay dan kemauan membayar atau willingness to pay iuran jaminan kesehatan nasional pada pedagang kaki lima di pantai losari” penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor yang berhubungan dengan kemampuan membayar dan kemauan membayar iuran jaminan kesehatan nasional pada pedagang kaki lima di pantai losari.

B. Rumusan Masalah

Rumusan masalah pada penelitian ini adalah bagaimana determinan kemampuan membayar iuran (*ability to pay*) dan kemauan membayar iuran (*willingnes to pay*) jaminan kesehatan nasional pada pedagang kaki lima di pantai losari?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Tujuan umum pada penelitian ini adalah untuk mengetahui determinan kemampuan membayar/*ability to pay* (ATP) dan kemauan membayar/*willingnes to pay* (WTP) jaminan kesehatan nasional pada pedagang kaki lima.

2. Tujuan khusus

- a. Mengetahui hubungan status pendapatan keluarga terhadap kemauan dan kemampuan membayar iuran jaminan kesehatan nasional pada pedagang kaki lima di pantai losari.
- b. Mengetahui hubungan jumlah anggota keluarga terhadap kemauan dan kemampuan membayar iuran jaminan kesehatan nasional pada pedagang kaki lima di pantai losari.
- c. Mengetahui hubungan riwayat penyakit terhadap kemauan dan kemampuan membayar iuran jaminan kesehatan nasional pada pedagang kaki lima di pantai losari.

- d. Mengetahui hubungan antara kepuasan pada pelayanan kesehatan terhadap kemauan dan kemampuan membayar iuran jaminan kesehatan nasional pada pedagang kaki

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat teoritis

Diharapkan hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai sumber referensi pada jaminan kesehatan terutamanya sektor pembiayaan sesuai dengan kemampuan membayar dan kemauan membayar iuran jaminan kesehatan nasional pada pedagang kaki lima di kota Makassar

2. Manfaat praktis

a. Bagi masyarakat

Hasil penelitian ini juga diharapkan dapat dijadikan sumber referensi masyarakat terkait kemampuan membayar dan kemauan untuk membayar iuran jaminan kesehatan pada pedagang kaki lima nasional di pantai losari.

b. Bagi pemerintah

Hasil penelitian ini juga diharapkan dapat dijadikan sumber referensi bagi pemerintah dalam penetapan besaran iuran JKN dengan mempertimbangkan kemampuan membayar dan kemauan membayar jaminan kesehatan nasional pada pedagang kaki lima.

c. Bagi peneliti

Hasil penelitian ini juga diharapkan dapat dijadikan sumber referensi bagi peneliti selanjutnya untuk terus mengembangkan penelitian terkait sistem pembiayaan jaminan kesehatan jaminan kesehatan nasional pada pedagang kaki lima.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Pandemi COVID-19

1. Pandemi COVID-19

Pandemi COVID-19 yang terjadi menjadi isu kesehatan yang menghebohkan seluruh dunia, termasuk Indonesia. Awal mula penyebarannya virus ini terdeteksi di daerah Wuhan China pada bulan desember 2019, yang saat itu dicurigai sebagai varian SARS-CoV-2. Tidak butuh waktu lama untuk virus ini menyebar keseluruh penjuru dunia dan dinyatakan sebagai pandemi oleh WHO (Guan, 2020). Pandemi COVID-19 ini disebabkan oleh virus Corona yang dapat menyebabkan berbagai penyakit pada sistem pernapasan manusia seperti batuk pilek hingga penyakit seperti *Middle East Respiratory Syndrome* (MERS) dan *Severe Acute Respiratory Syndrome* (SARS) (WHO. 2020). Pandemi COVID-19 yang terjadi telah berdampak pada semua negara yang mengalaminya, mulai dari sektor kesehatan, sosial, ekonomi, pendidikan dan juga kegamaan akibat diberlakukannya kebijakan pembatasan sosial untuk mencegah penularan virus ini (Chaplyuk et al., 2021).

2. Cara Penyebaran

Virus Corona ini bersifat zoonotik yaitu virus yang penyebarannya dari hewan ke manusia. Kalelawar menjadi hewan yang paling dicurigai

sebagai host utama dalam penyebaran virus ini. Umumnya penularan virus yang bersifat zoonotic ini melalui transmisi kontak, droplet, rute feses, dan oral, yang dapat menginfeksi pasien dengan gangguan immunocompromis ataupun populasi sehat tergantung jumlah dari paparan jumlah virus (PDPI, 2020).

Penularan COVID-19 dapat terjadi secara langsung dan tidak langsung. Proses secara langsung dapat melalui bersin dan batuk, yang kemudian droplet pasien terinfeksi tersebut mengenai mukosa pada mulut, hidung, dan mata orang sekitarnya. Selain itu penularan juga dapat terjadi secara tidak langsung, dimana seseorang terkena droplet terkontaminasi pada permukaan benda yang kemudian mengenai mukosa mulut, hidung dan mata. Sehingga selama pandemi COVID-19 dianjurkan untuk menjaga jarak, dan menjaga kebersihan tangan dengan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir ataupun menggunakan *hansanitizer* (PDPI, 2020).

3. Dampak Pandemi COVID-19

a. Dampak pada sektor kesehatan

Pelayanan kesehatan mengalami penurunan tren kunjungan diawal pandemi COVID-19. Penurunan tren kunjungan ini terjadi hampir pada semua jenis layanan kesehatan, baik di puskesmas ataupun Rumah sakit. Penurunan layanan kesehatan paling tinggi dialami pada layanan kesehatan pada anak usia dasar, kemudian

pada layanan umum, dan juga layanan pada lansia. Penurunan kunjungan juga terjadi pada usia produktif. Hal ini dapat disebabkan karena adanya pembatasan waktu operasional pada fasilitas kesehatan terutama pada puskesmas, dan adanya kekhawatiran tertinfeksi COVID-19 pada kelompok rentan seperti lansia, pasien yang memiliki penyakit degenerative, dan pasien dengan gangguan jiwa (ODGJ). Penurunan akses pada pelayanan kesehatan ini terus mengalami tren peningkatan seiring dengan bertambahnya jumlah kasus di Indonesia (Aeni, 2021).

Menurut Aeni (2021), terdapat beberapa faktor yang menyebabkan turunnya pemanfaatan pada layanan kesehatan, yaitu pandemi COVID-19 yang terjadi secara mendadak dan penyebarannya yang sangat cepat, keadaan ini menyebabkan ketidakpastian dalam melakukan adaptasi di pelayanan kesehatan. Ketidakpastian ini juga membuat pelayanan kesehatan menutup sebagian layanannya untuk sementara waktu dan berfokus dalam penanganan COVID-19. Faktor lain penurunan akses layanan kesehatan adalah masyarakat enggan melakukan pemeriksaan kesehatan secara langsung karena cemas akan tertular COVID-19. Namun pandemi COVID-19 yang berlarut-larut membuat pelayanan kesehatan terdorong untuk melakukan adaptasi lingkungan yaitu dengan menerapkan protokol kesehatan yang ketat bagi

pengunjung dan juga petugas kesehatan. Dimana penerapan protokol kesehatan ini kembali meningkatkan akses ke fasilitas kesehatan.

b. Dampak pada status ekonomi

Pandemi COVID-19 membuat sektor produksi, distribusi, konsumsi dan jasa menjadi melemah. Keadaan inilah yang menyebabkan sektor ekonomi di Indonesia menjadi menurun. Penurunan ekonomi yang terjadi dapat diukur dari berkurangnya permintaan masyarakat terhadap barang dan jasa, turunnya konsumsi masyarakat, dan menurunnya produksi akibat produktivitas tenaga kerja karena harus dilakukan pengurangan jam kerja di perusahaan, pabrik, UMKM bahkan di PHK (pemutusan hubungan kerja). Proses impor pun terganggu menyebabkan sulitnya bahan untuk produksi akibat adanya pembatasan sosial diberbagai wilayah. Dampak ini bukan hanya terjadi pada sektor formal saja, namun juga terjadi pada sektor informal. Terlebih setelah dilakukannya kebijakan pemabasan sosial bersekala besar oleh pemerintah menyebabkan daya beli masyarakat menjadi sangat menurun (Harispon, 2020).

Indikator lain yang dapat dijadikan sebagai paramater untuk mengukur dampak ekonomi selama pandemi COVID-19 adalah pertumbuhan ekonomi masyarakat yang melemah dan meningkatnya jumlah pengangguran. Dampak ini terjadi diseluruh wilayah di

Indonesia dengan tingkat keparahan yang berbeda-beda, sesuai dengan tingkat keparahan/jumlah penderita COVID-19. Dampak ekonomi juga dipengaruhi karena kebijakan-kebijakan yang diambil oleh pemerintah seperti pembatasan sosial, larangan beroprasinya beberapa sektor ekonomi, pembatasan mobilitas masyarakat dan penutupan berbagai tempat publik (Aeni, 2021).

c. Dampak pada status sosial budaya

Dampak pandemi COVID-19 pada sektor sosial budaya dimulai sejak pemberlakuan berbagai kebijakan sosial yang dilakukan oleh pemerintah, misalnya larangan berkumpul dan larangan melakukan kegiatan berkelompok. Nilai-nilai budaya dalam masyarakat juga mulai terganggu karena kurang komunikasi dan sosialisasi ditengah masyarakat akibat adanya *social/physical distancing*, pendapatan yang berkurang. Keadaan inilah yang menyebabkan banyaknya perubahan sosial budaya yang terjadi ditengah-tengah masyarakat (Yanuarita, 2020).

B. Tinjauan Umum Jaminan Kesehatan Nasional

1. Pengertian Jaminan Kesehatan Nasional

Asuransi sosial merupakan jaminan sosial untuk melindungi peserta dari berbagai risiko sosial ekonomi yang akan terjadi dengan cara mengumpulkan iuran setiap bulannya dengan mekanisme yang telah

disepakati (UU No.40 tahun 2004). Adapun Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) adalah suatu sistem untuk mengadakan jaminan sosial bagi masyarakat yang dilakukan oleh Badan penyelenggara jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dan Ketenagakerjaan. Jaminan sosial adalah bentuk perlindungan pemerintah kepada masyarakat dari masalah sosial dengan memenuhi kebutuhan dasar hidupnya, adapun jaminan kesehatan adalah jaminan terhadap perlindungan kesehatan bagi masyarakat dengan cara memenuhi kebutuhan dasar dan memberikan pemeliharaan kesehatan. peserta jaminan kesehatan akan dikenakan biaya iuran setiap bulannya dengan besaran iuran yang telah ditentukan sebelumnya (Perpres RI No.111 tahun 2013).

2. Tujuan

Tujuan utama sistem jaminan kesehatan nasional adalah memberikan jaminan bagi seluruh masyarakat agar terpenuhi kebutuhan dasar yang layak bagi mereka dan anggota keluarganya (UU No.40 tahun 2004).

3. Manfaat

Manfaat Jaminan Kesehatan yaitu memberikan manfaat secara medis, manfaat secara non medis dan manfaat pada pelayanan kesehatan. Manfaat secara medis yang dimaksudkan adalah seluruh manfaat yang akan diterima oleh peserta JKN yang tidak dipengaruhi oleh besaran iuran. Sedangkan manfaat non medis adalah manfaat yang

diterima oleh peserta JKN yang ditentukan sesuai dengan besaran iuran yang dikeluarkan seperti tempat, sarana, ambulance, dan lainnya. Adapaun manfaat pelayanan kesehatan bagi peserta JKN adalah mencakup seluruh pelayanan kesehatan yang akan diterima peserta baik yang bersifat promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk juga didalamnya adalah manfaat terhadap penerimaan obat dan bahan medis lainnya sesuai dengan kondisi yang dibutuhkan (Perpres RI Nomor 12 tahun 2013).

4. Prinsip Jaminan Kesehatan Nasional

Prinsip dasar dalam sistem jaminan kesehatan nasional telah dijabarkan dalam Undang-Undang Nomor 40 tahun 2014 yang dapat diuraikan sebagai berikut :

a. Prinsip Gotongroyong

Saat ini seluruh masyarakat diwajibkan untuk terlibat dalam jaminan kesehatan nasional dengan skema pembayaran yang telah ditentukan oleh pemerintah. Dalam prinsip ini jaminan kesehatan memberikan peluang bagi masyarakat untuk saling tolong menolong sebagai sifat gotong royong, dengan cara saling membantu antara peserta mampu dan peserta kurang mampu, atau peserta sehat membantu peserta lain yang memiliki risiko penyakit ataupun peserta yang sakit, sehingga akan menumbuhkan keadilan bagi seluruh rakyat Indonesia.

b. Prinsip Nirlaba

BPJS sebagai pelaksana jaminan kesehatan bersifat nirlaba sehingga dalam proses pelaksanaannya bukan untuk mencari laba keuntungan (*for profit oriented*). Seluruh dana yang terkumpul di BPJS merupakan dana amanat dari masyarakat, sehingga penggunaan, pengembangan dan pemanfaatannya untuk kepentingan peserta.

c. Prinsip portabilitas

Prinsip portabilitas adalah jaminan kesehatan nasional tidak terbatas pada waktu tertentu saja, namun akan memberikan jaminan sosial secara berkelanjutan kepada masyarakat selama masih berada dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

d. Prinsip keterbukaan, akuntabilitas, efektif, dan efisien

Pada prinsip ini menggambarkan bahwa jaminan kesehatan nasional menjamin sistem manajemen pengelolaan keuangan hanya berasal dari iuran peserta dan hasil pengembangannya.

e. Prinsip kepesertaan bersifat wajib

Jaminan kesehatan nasional bersifat wajib bagi seluruh masyarakat Indonesia agar masyarakat dapat terlindungi dari berbagai masalah kesehatan dan memberikan pelayanan kesehatan yang berkeadilan. Pemerintah akan mempertimbangkan kemampuan ekonomi masyarakat dan kemampuan pemerintah sendiri serta

kelayakan layanan kesehatan. Jaminan kesehatan ini juga akan mencakup seluruh sektor masyarakat, baik sektor formal maupun sektor informal yang kepesertaannya akan terbagi menjadi peserta PBI dan Peserta Non PBI.

f. Prinsip dana amanat

Dana jaminan kesehatan merupakan dana titipan dari peserta yang dibayarkan melalui skema iuran, dana ini sepenuhnya milik peserta sehingga badan penyelenggara harus mengelola dana tersebut dengan sebaik-baiknya untuk kepentingan peserta jaminan kesehatan. Hasil pengelolaan jaminan kesehatan juga dipergunakan untuk mengembangkan program dan kesejahteraan masyarakat sebagai peserta.

5. Kepesertaan

Kepesertaan dalam Jaminan Kesehatan Nasional diatur didalam peraturan Presiden Nomor 12 tahun 2013. Dimana peserta terbagi menjadi dua, yaitu peserta PBI dan Peserta Non PBI.

- a. Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan yaitu seluruh peserta jaminan kesehatan nasional yang meliputi masyarakat golongan fakir miskin dan tidak mampu. Seluruh iuran peserta PBI akan dibayarkan oleh pemerintah melalui APBD dan APBN.

b. Peserta Bukan Penerima Bantuan Iuran (Non PBI) Jaminan Kesehatan merupakan Peserta yang tidak tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu. Seluruh peserta Non PBI akan dikenakan iuran setiap bulan perorangnya dengan besaran sesuai ketentuan pemerintah dengan pemanfaatan layanan kesehatan. Peserta ini dapat berupa :

- 1) Sektor Pekerja Penerima Upah dan anggota keluarganya. Sektor ini mencakup seluruh Pegawai Negeri Sipil (PNS), Anggota TNI, Anggota Polri, Pejabat Negara, Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri, Pegawai Swasta, dan Pekerja penerima upah
- 2) Sektor Pekerja Bukan Penerima Upah dan anggota keluarganya. Yang termasuk dalam sektor ini adalah Pekerja di luar hubungan kerja atau Pekerja mandiri, petani, pengusaha, dan lain sebagainya.
- 3) Sektor Bukan Pekerja dan anggota keluarganya. Sektor ini meliputi para investor, Pemberi Kerja, penerima pension, Veteran, Perintis Kemerdekaan, dan bukan Pekerja yang mampu membayar iuran baik sektor formal maupun sektor informal.

6. Besar Iuran

Dalam PERPRES No. 64 tahun 2020, Besaran iuran yang harus dibayarkan oleh seluruh peserta Non PBI dapat dirincikan sebagai berikut

:

- a. Pemanfatan layanan kesehatan kelas III yaitu Sebesar Rp. 42.000 rupiah per orang per bulan, namun pemerintah hingga saat ini masih memberikan subsidi bagi sekotr ini Rp. 7.000 rupiah, sehingga peserta akan membayar Rp. 35.000 rupiah
- b. Pemanfatan layanan kesehatan kelas II yaitu Sebesar Rp. 100.000 rupiah per orang per bulan.
- c. Pemanfatan layanan kesehatan kelas I yaitu Sebesar Rp. 150.000 rupiah per orang per bulan.

Namun dalam waktu dekat pemerintah juga berencana menghilangkan pelayanan kelas 1, 2, dan 3, dan menetapkan kelas standar pada pelayanan BPJS namun belum menentukan berapa besaran iuran yang akan dibayarkan jika sekma tersebut terlaksana. Rencana ini tertuang dalam Perpres Nomor 64 tahun 2020 Tentang Jaminan Kesehatan. pada pasal 54a menyebutkan bahwa dalam rangka keberlangsungan sistem pendanaan jaminan kesehatan nasional, menugaskan menteri bersama kementerian dan jajaran terkait, organisasi profesi yang terlibat, dan asosiasi fasilitas kesehatan melakukan peninjauan ulang terhadap pemanfaatan JKN sesuai dengan kebutuhan dasar dan pemanfaatan layanan kesehatan paling lambat Desember tahun 2022.

C. Tinjauan Umum Sektor Informal

1. Pengertian

Pekerja informal adalah pekerja yang status pekerjaannya berupa usaha milik sendiri, dapat juga dibantu oleh seorang buruh ataupun secara kekeluargaan, ataupun berupa para pekerja bebas dipertanian atau non pertanian, dan pekerja tidak (BPJS, 2016). Sektor informal merupakan istilah yang biasanya digunakan menerangkan kegiatan ekonomi dalam skala kecil. Namun istilah ini dianggap kurang tepat karena sektor informal merupakan manifestasi gambaran dari pertumbuhan ekonomi pada Negara berkembang. Meskipun sebagian besar yang terlibat dalam sektor ini memiliki status ekonomi kebawah dengan status pendidikan yang kurang (Purwaningsih, 2019)

2. Ciri-ciri sektor informal

Pekerja informal merupakan pekerja dengan status usaha milik sendiri, dalam usaha tersebut dapat oleh buruh tidak tetap/tidak dibayar, termasuk juga pekerja bebas di wilayah pertanian ataupun non pertanian, atau pekerja tidak dibayar (BPS, 2016). Secara lebih rinci ILO (2020) mendefinisikan ekonomi informal ke dalam tiga konsep utama, yakni: Pertama, sektor informal mengarah pada produksi dan lapangan pekerjaan yang tidak terdaftar secara resmi. Kedua, ekonomi informal berfokus pada pekerjaan di luar peraturan perlindungan tenaga kerja, baik di dalam perusahaan formal maupun informal. Ketiga, ekonomi informal

yang mencakup seluruh perusahaan, pekerja, dan aktivitas yang berlangsung pada ekonomi informal tersebut, berada di luar kerangka peraturan dan hasil ketenagakerjaan setempat (ILO, 2020).

3. Faktor Keberhasilan Sektor Informal

Pada sektor informal keberhasilan dalam dipengaruhi oleh beberapa faktor. Secara khusus Clelland menggolongkan keberhasilan sektor informal ini kedalam dua faktor (Handayani, 2013), antara lain:

a. Faktor Internal (faktor dalam dirinya)

- 1) Adanya Motivasi. Faktor ini akan memberikan dukungan untuk terus bekerja. Tentu motivasi ini harus didukung dengan kreatifitas dan inovatif dalam proses usahanya sehingga akan terus memberika alternative yang berbeda dalam segala kondisi yang ada.
- 2) Pengalaman dan Pengetahuan. Pengalaman dan pengetahuan terkait suatu keterampilan khusus akan memberikan dampak bagi status usaha yang dilakukan dalam menghadapi problematika yang terjadi.
- 3) Kepribadian. Memiliki kepribadian yang baik akan mengantarkan dalam kerjasama yang baik dan dipercayai oleh lingkungannya, serta mampu menyesuaikan dengan lingkungan sekitar.

b. Faktor Eksternal (faktor luar)

- 1) Lingkungan keluarga. Lingkungan keluarga sangat mempengaruhi seseorang dalam memulai usaha, adanya dukungan keluarga akan meningkatkan motivasi dan semangatnya untuk memulai semua usaha yang dilakukan. Terkadang lingkungan keluarga yang harmonis sangat menunjang dalam kesuksesan dalam bekerja, dan melakukan pekerjaan lebih efektif efisien.
- 2) Lingkungan disekitar tempat kerja. Lingkungan ini memiliki pengaruh yang cukup besar bagi kepribadian seseorang. Dukungan moral dari lingkungan inilah yang dapat mengembangkan usaha menjadi lebih lancar.

D. Tinjauan Umum Pedagang Kaki Lima

1. Pengertian Pedagang Kaki Lima

Salah satu sektor informal terbesar saat ini adalah pedagang kaki lima (PKL). PKL ini merupakan salah satu usaha yang sering menggunakan fasilitas umum, bangunan milik pemerintah, dan menggunakan tempat usaha bergerak sehingga memudahkannya untuk terus berpindah. (Buchari, 2016). Sedangkan menurut Karafir (2007) pedagang kaki lima atau PKL merupakan jenis usaha yang sering menggunakan fasilitas-fasilitas umum, seperti pinggir jalan, diwilayah taman, teras atau emperan toko, dan pasar tradisional tanpa izin usaha resmi dari pemerintah.

2. Ciri-Ciri Pedagang Kaki Lima (PKL)

Menurut Buchari (2016), secara umum PKL memiliki ciri-ciri sebagai berikut :

- a. Para PKL tidak terorganisir dalam menjalankan usahanya.
- b. Sebagian besarnya tidak memiliki izin dari pemerintah. Meskipun saat ini banyak PKL terutama yang memanfaatkan fasilitas umum dan bersifat menetap telah mendapatkan izin.
- c. Tempat usaha dan kegiatannya tidak teratur dengan baik.
- d. Kegiatan usahanya selalu secara bersamaan dengan PKL lainnya, sering kali berpusat pada tempat umum.
- e. Berjualan dengan aktif menawarkan dagangannya.

Sedangkan menurut Anggreriani (2016) dalam Hariyani (2021) PKL saat ini memiliki ciri-ciri yang lebih kompleks seperti :

- a. Mereka berdagang sekaligus sebagai produsennya.
- b. Sering kali berpindah-pindah tempat, meskipun sebagian PKL saat ini telah menetap disuatu tempat.
- c. Barang dagangan berupa makanan dan minuman. Serta barang lain yang dapat dijual secara eceran.
- d. Para pedagang hanya memiliki modal yang kecil, dan modal usaha dari hasil jualanannya.
- e. Memiliki kualitas barang atau jasa yang relative rendah.
- f. Peredaran uang kecil dan konsumen memiliki daya beli yang rendah.

- g. Usaha dijalankan secara kekeluargaan dan turun menurun.
- h. Harga yang ditetapkan dapat disesuaikan dengan sistem tawar menawar.
- i. Para pedagang biasanya bekerja secara penuh setiap hari dan waktu jualan yang lebih fleksibel.

3. Lokasi dan Jenis Dagangan

Para PKL sering kali berjualan pada tempat-tempat ramai dikunjungi oleh banyak orang, atau berada dikawasan tertentu yang merupakan pusat pekeconomiaan masyarakat. Akses yang mudah antara pedagang dan pembeli, jenis-jenis dagangan yang diperjual belikan sangat dipengaruhi oleh lingkungan tempat berjualan. Namun secara umum barang yang dijual adalah bahan baku untuk makanan, makanan dan minuman, souvenir atau barang dan jasa (Heriyani, 2021).

4. Dampak pandemi terhadap pedagang kaki lima

Situasi pandemi covid-19 yang terjadi saat ini berpengaruh terhadap sistem perekonomian suatu daerah. Daya beli yang rendah menyebabkan kurangnya pendapatan bagi para pedagang. Meskipun saat ini pemerintah telah mengantisipasi hal tersebut dengan memberikan bantuan langsung tunai untuk meningkatkan daya beli masyarakat kembali. Pemberlakuan kebijakan pembatasan sosial tentunya membuat para PKL harus berfikir keras agar usahanya tetap berjalan. Para PKL ini harus memikirkan strategi berjualan ditengah

Pandemi seperti saat ini. Penurunan daya beli dan kurangnya aktifitas masyarakat diluar ruangan menjadi sebab menurunnya pendapatan para PKL di masa pandemi COVID-19 ini. Meskipun pada sebagian tempat telah mendapatkan izin beroperasi kembali dengan pembatasan jam oprasional (Heriyani, 2021).

Penurun pendapatan ini terjadi akibat melemahnya perekonomian masyarakat, anjuran agar masyarakat tetap dirumah dan mengurangi mobilisasi juga mempengaruhi jumlah pendapatan para PKL. Dimana para PKL ini banyak berjualan pada tempat-tempat yang sebelumnya menjadi tempat wisata serta tempat-tempat yang sering di kunjungi masyarakat namun harus ditutup akibat pandemi covid-19 (Heriyani, 2021). Dengan penerapan pembatasan sosial ini diharapkan penyebaran virus covid-19 dapat segera teratasi dan perekonomian masyarakat dapat segera kembali pulih.

E. Tinjauan Umum Ability to Pay

1. Pengertian

Ability to Pay (ATP) merupakan besaran yang mampu dikeluarkan oleh seseorang untuk membayar jasa pelayanan yang akan diterima sesuai dengan pendapatannya. ATP juga dapat diartikan sebagai besaran uang yang mampu dikeluarkan oleh seseorang untuk membayar pelayanan yang ia terima (Adisasmita, 2008). Sedangkan menurut Russel

(1995) dalam Adisasmita (2008), ATP atau kemampuan membayar iuran adalah kemampuan seseorang untuk membelanjakan pendapatannya pada barang ataupun jasa. ATP sendiri dapat dibagi menjadi 3 kelompok yaitu berdasarkan pengeluaran non makanan, pengeluaran untuk makanan, dan pengeluaran untuk kebutuhan esensial.

2. Jenis batasan ATP

Menurut Adisasmita (2008), terdapat dua jenis batasan yang dapat digunakan untuk mengukur kemampuan seseorang, yaitu :

- a. ATP 1 yaitu kemampuan seseorang yang besarnya mencapai 5% dari pengeluaran makanan, non makanan, dan kebutuhan esensial. Besaran tersebut didasarkan pada pengeluaran non makanan, yang kemudian dapat dialihkan untuk kesehatan.
- b. ATP 2 yaitu besaran kemampuan seseorang dapat diukur dari kemampuannya dalam pengeluaran untuk konsumsi alkohol, tembakau, sirih, pesta/upacara. Batasan yang dimaksudkan adalah kemampuannya dalam membelanjakan pada barang tersebut dapat dialihkan atau dipergunakan untuk biaya kesehatan, sehingga pengeluarannya menjadi lebih efektif dan efisien. Misalnya dengan mengurangi pengeluaran alkohol/tembakau/sirih untuk biaya jaminan kesehatan.

3. Metode mengukur ATP

ATP seseorang dapat diukur menggunakan formula yang telah ditentukan oleh Depkes (2000) dengan besaran sebagai berikut :

- a. 10% dari *Disposable Income* (DI). Nilai DI ini adalah seluruh total pendapatan dalam keluarga dikurangi pengeluaran untuk makananan (esensial), kemudian diambil sebesar 10% untuk dipergunakan dalam pembiayaan kesehatan.
- b. 50 % dari pengeluaran Rokok (Rokok/Sirih) ditambah dengan Pengeluaran Non Pangan
- c. 5 % dari total Pengeluaran dalam keluarga dalam satu bulannya. Dengan estimasi biaya tersebut dapat digunakan untuk biaya pada bulan berikutnya.

Sedangkan menurut Damayanti (2010), Mengukur tingkat kemampuan membayar iuran atau ATP seseorang dapat dilakukan dengan dua cara, yaitu :

- a. Menghitung Non essential expediture ditambah actual health expenditure
- b. Menghitung Disposable income (DI) dikalikan 5 % dimana DI adalah pendapatan total keluarga dikurangi belanja untuk pangan keluarga.

F. Tinjauan Umum Willingnes To Pay

1. Pengertian WTP

WTP adalah kemauan seseorang untuk mengeluarkan melakukan pembayaran pada barang ataupun jasa dalam jumlah maksimum yang diharapkan mampu untuk dilakukan. Menurut Zhao dan Kling (2005) WTP adalah biaya maksimum dari barang ataupun jasa yang ingin dibeli oleh seseorang pada waktu tertentu. Sehingga WTP dapat diartikan sebagai kemauan seseorang untuk mengeluarkan biaya (uangnya) dalam jumlah maksimum untuk mendapatkan barang ataupun jasa yang ia minati (Damayanti, 2010)

2. Metode mengukur WTP

Metode pengukuran WTP dapat dilakukan secara langsung melalui survey wawancara ataupun secara tidak langsung yaitu dengan menghitung kualitas yang ia minati pada setiap itemnya. Dimana WTP ini merupakan besaran dana yang ia setuju untuk dibayarkan pada pelayanan kesehatan. meskipun demikian, terdapat banyak faktor yang dapat mempengaruhi WTP seseorang, diantaranya adalah besaran pendapatan yang dia miliki, faktor pengetahuan, persepsi, dan kepuasan pada suatu pelayanan (Riyanti, 2011).

Metode pengukuran yang dapat dilakukan untuk mengukur WTP seseorang dalam sebagai berikut : (Pungky, 2014):

- a. Dilakukan dengan cara menghitung jumlah biaya yang bersedia dikeluarkan oleh individu tersebut, karena kebutuhan akan lingkungannya seperti adanya kegiatan pembangunan, dan lain sebagainya.
- b. Melakukan perhitungan nilai atau harga suatu barang akibat semakin menurunnya kualitasnya.
- c. Dilakukan dengan memberikan survey ataupun wawancara secara langsung terkait kesediaannya mengeluarkan biaya (membayar) untuk mengurangi risiko nettaif yang akan terjadi dilingkungannya.

G. Tinjauan Umum Determinan ATP dan WTP

ATP dan WTP tidak lepas dari perilaku kesehatan seseorang, kesadaran akan pentingnya kesehatan. mulai dari perilaku hidup sehat sampai dengan mempersiapkan dana untuk kesehatan dirinya dan keluarganya. Kesadaran akan pentingnya kesehatan ini menjadi penentu kesehatannya dimasa mendatang. Menurut Anderson (1974) yang dikutip dari Notoatmodjo (2012) terdapat beberapa faktor yang dapat mempengaruhi perilaku seseorang dalam pemanfaatan terhadap pelayanan kesehatan, yang dikategorikan dalam 3 karakteristik berikut :

1. Karakteristik predisposisi

Karakteristik predisposisi atau Predisposing characteristic menggambarkan kecenderungan seseorang untuk menggunakan

pelayanan kesehatan, hal ini dapat disebabkan karena setiap individu memiliki ciri-ciri yang berbeda juga. Ciri tersebut adalah :

- a. Ciri demografi, seperti jenis kelamin, umur, status pernikahan, dan sebagainya.
- b. Status sosial seperti status pendidikan, status pekerjaan, suku atau ras dan sebagainya.
- c. Keyakinan atau kepercayaan, meliputi keyakinannya ataupun kepercayaan terhadap kesehatan. Misalnya kepercayaannya bahwa menggunakan jaminan kesehatan dapat membantu dalam pemerataan pelayanan kesehatan dan membantunya dalam sosial ekonomi. Atau persepsinya bahwa pelayanan kesehatan dapat membantunya menjadi lebih sehat.

Sehingga dalam teori Anderson dipercaya setiap orang memiliki karakteristik sendiri-sendiri. Sehingga pola hidup, struktur sosial, dan kebiasaann akan mempengaruhi orang tersebut dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan.

2. Karakteristik Pendukung.

Karakteristik Pendukung atau *Enabling characteristics* dapat dipengaruhi oleh sumber daya keluarga seperti jumlah pendapatan dalam keluarga, total pengeluaran, dukungan keluarga, sumber informasi yang diterima, kualitas pelayanan kesehaatan, dan jarak pada pelayanan kesehatan. Setiap orang mungkin saja memiliki faktor pendukung

tersebut namun belum tentu mampu menggunakan pelayanan kesehatan karena terkendala berbagai hal.

3. Karakteristik kebutuhan

Karakteristik kebutuhan atau *Need characteristics*, kebutuhannya terhadap pelayanan kesehatan akibat adanya kesakitan. Pemanfaatan pada pelayanan kesehatan akan terwujud jika seseorang merasa bahwa ia sangat membutuhkan pertolongan terhadap layanan kesehatan dan dengan layanan tersebut dapat membantunya menyelesaikan kesakitannya. Kebutuhan atau Need dapat dibagi menjadi dua kategori utama yaitu kebutuhan karena subjektif individu tersebut atau kebutuhan karena perspektif klinis bahwa dia membutuhkan layanan kesehatan.

H. Sintesa Penelitian

Tabel. 1 Sintesa Penelitian

No	Peneliti	Judul dan Publikasi	Desain Penelitian	Variabel Diteliti	Temuan
1.	Indriani Syakhila, Nurgahayu, Ulfa Sulaeman.	Faktor Yang Berhubungan Dengan ATP Dan WTP Dengan Penentuan Keputusan Kelas Iuran Bpjs Kesehatan dipublikasi di Window of Public Health Journal, Vol. 01 No. 05 (Februari, 2021) : 427-436, Pada tahun 2021.	Kuantitatif dengan pendekatan Cross Sectional. Jumlah responden sebanyak 100 Peserta BPJS Mandiri.	<ul style="list-style-type: none"> - Pendapatan keluarga - Pengeluaran total - Kelas rawat Inap - Ability to Pay - Willingnes to Pay 	Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa hubungan antara ATP (Ability To Pay) dengan Kelas Rawat BPJS dengan nilai ($p = 0,786 > \alpha=0,05$) Tidak berhubungan. Sedangkan variabel WTP (Willingness To Pay) dengan Kelas Rawat BPJS dengan nilai ($p = 0,001 > \alpha=0,05$) berhubungan.
2.	Sudarman, Andi Surahman Batara, Haeruddin	Faktor yang Berhubungan dengan Kemampuan dan Kemauan Membayar Iuran BPJS Peserta Mandiri di Kelurahan Sanua Kecamatan Kendari Barat	Penelitian kuantitatif dengan desain crossectional	<ul style="list-style-type: none"> - Pendapatan - Jumlah Anggota keluarga - Riwayat penyakit - Persepsi terhadap pelayanan - Ability to Pay - Willingnes to Pay 	Analisis Kemampuan Membayar (ATP) : Pendapatan : hasil analisis uji statistic chi-Square diperoleh nilai χ^2 hitung = 81,830 > χ^2 tabel = 3,841, ada hubungan antara pendapatan dengan kemampuan membayar iuran BPJS. Jumlah anggota Keluarga :

		<p>Dipublikasi di Jurnal Kesehatan Masyarakat ISSN 2503-1139: Volume 11, Nomor 01, Juni 2021</p>	<p>Jumlah responden sebanyak 90 orang.</p>		<p>diperoleh nilai x_2 hitung = 88,726 dan x_2 tabel = 3,841. Ada hubungan antara jumlah anggota keluarga dengan kemampuan membayar iuran BPJS</p> <p>Mutu pelayanan : diperoleh nilai x_2 hitung = 67,306 dan x_2 tabel = 3,841. Ada hubungan antara persepsi terhadap tempat pelayanan dengan kemampuan membayar iuran BPJS</p> <p>Riwayat Penyakit : diperoleh nilai x_2 hitung = 37,646 dan x_2 tabel = 3,841. Ada hubungan antara riwayat penyakit katastropik dengan kemampuan membayar iuran BPJS</p> <p>Analisis Kemauan Membayar (WTP):</p> <p>Pendapatan : diperoleh nilai x_2 hitung = 9,728 > x_2 tabel = 3,841. ada hubungan antara pendapatan dengan kemauan membayar iuran BPJS.</p>
--	--	--	--	--	--

					<p>Jumlah Anggota Keluarga : diperoleh nilai x^2 hitung = 44,148 dan x^2 tabel = 3,841. ada hubungan antara jumlah anggota keluarga dengan kemauan membayar iuran BPJS.</p> <p>Persepsi Mutu Pelayanan : diperoleh nilai x^2 hitung = 4,469 dan x^2 tabel = 3,841. Terdapat hubungan mutu pelayanan terhadap kemauan untuk membayara iuran BPJS.</p> <p>Riwayat Penyakit : diperoleh nilai x^2 hitung = 64,631 dan x^2 tabel = 3,841. ada hubungan antara riwayat penyakit katastropik dengan kemauan membayar iuran BPJS.</p>
3.	Mohammed Khaled Al-Hanawi, Kirit Vaidya Omar Alsharqi1,	Investigating the Willingness to Pay for a Contributory National Health Insurance Scheme in Saudi Arabia: A Cross-	Desain Penelitian Crossectional design.	Kemauan membayar iuran dan rata-rata besar iuran per anggota keluarga.	Hasil Lebih dari dua pertiga (69,6%) menunjukkan bahwa mereka bersedia untuk berpartisipasi dan membayar skema asuransi kesehatan

	Obinna Onwujekwe.	sectional Stated Preference Approach. Dipublikasi Health Econ Health Policy (2018) 16:259–271.	Jumlah responden sebesar 361 orang.		nasional iuran. WTP rata-rata adalah 50 Riyal Saudi (US\$13.33) per anggota rumah tangga per bulan. Dimana faktor-faktor yang memiliki hubungan terhadap WTP adalah ukuran rumah tangga, kepuasan terhadap kualitas pelayanan kesehatan masyarakat, persepsi tentang pembiayaan kesehatan, pendidikan dan pendapatan.
4.	Suci Syamsinar, Andi Surahman Batara, A. Riski Amelia	Gambaran Kemampuan Membayar Iuran Bpjs Kesehatan Pada Pedagang Di Pasar Terong Kota Makassar. Window of Public Health Journal, Vol. 1 No. 6 (April, 2021) : 797-807	penelitian kuantitatif dengan menggunakan studi deskriptif Sampel dalam penelitian ini sebanyak 92 responden.	<ul style="list-style-type: none"> – Usia, jenis kelamin, pendidikan. – Pendapatan – Pengeluaran pangan, non pangan, dan non esensial – Rata-rata pengeluaran – Jumlah anggota keluarga – Kemampuan membayar – Kelas BPJS 	Hasil yang diperoleh dari penelitian yaitu jumlah anggota keluarga tertinggi adalah ≤ 4 jumlah anggota keluarga sebanyak 56 responden (60.9%) dan yang terendah adalah > 4 sebanyak 36 responden (39.1%), mampu sebanyak 52 responden (56.5%) dan yang terendah adalah tidak mampu sebanyak 40 responden (43.5%), kelas III tertinggi sebanyak 59

					responden (64.1%) dan yang terendah adalah kelas II sebanyak 33 responden (35.9%).
5.	Cindy Purnama Hardika, Evi Yulia Purwanti	Analisis Willingness To Pay Terhadap Iuran Bpjs Kesehatan Pada Pekerja Sektor Informal Di Kota Semarang Diponegoro Journal Of Economics: Volume 9, Nomor 3, Tahun 2020, Halaman 131/143	Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan Contingent Valuation Method (CVM). Jumlah sampel sebesar 100 orang responden.	Willingnes to pay Kelas rawat inap	Kebijakan kenaikan iuran menyebabkan sebanyak 47 dari 100 responden yang memilih untuk pindah ke kelas perawatan yang lebih rendah, dan sebagian besar memilih untuk pindah ke kelas yang paling rendah, yakni pada Kelas III. Dari 47 responden, sebanyak 12 responden pindah dari Kelas I ke Kelas II, 3 responden pindah dari Kelas I ke Kelas III, dan sebanyak 32 respoiden pindah dari Kelas II ke Kelas III. Rata-rata kemauan membayar (WTP) iuran BPJS Kesehatan pada pekerja sektor informal dalam hal ini adalah peserta PBPJ di Kota Semarang adalah sebesar

					Rp.50.190. Adapun nilai WTP iuran BPJS Kesehatan adalah sebesar Rp.73.600 pada Kelas I, Rp.56.629 pada Kelas II, dan Rp.32.283 pada Kelas III.
6.	Dewi Agustina, Alfi Rofifah Kusuma, Putra Apriadi Siregar	Analisis Kemampuan dan Kemauan Pasien PBPU Membayar Iuran Jaminan Kesehatan Nasional Window of Health : Jurnal Kesehatan, Vol. 4 No. 3 (Juli, 2021) : 238-247	metode penelitian kuantitatif dengan design crosssectional. Sampel penelitian ini sebanyak 96 orang	<ul style="list-style-type: none"> - Ability to Pay 1 dan II - Willingnes to Pay 	Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa responden ATP I kategori mampu sebanyak 54.2%, ATP II non makanan kategori mampu sebanyak 74.0% dan non essential kategori tidak mampu sebanyak 65.6%. Kemauan membayar berdasarkan nilai WTP ketika iuran JKN naik dalam kategori tidak mau sebanyak 71.9. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan kemampuan ATP II dengan kemauan membayar JKN di Rumah Sakit Umum Sufina Aziz Kota Medan (p=0.041). Tidak ada

					hubungan antara kemampuan ATP I ($p=0.776$) dan ATP III (0.0076) dengan kemauan membayar JKN di Rumah Sakit Umum Sufina Aziz Kota Medan.
7.	Asrijal Arsyad, Lusyana Aripa, Ivan Wijaya	Kemampuan Membayar (ATP) Dan Kemauan Membayar (WTP) Iuran BPJS Kesehatan Mandiri Di Wilayah Kerja Puskesmas Cendrawasih Kota Makassar Pancasakti Journal of Public Health Science and Research: Volume 1 Nomor 1 (Mei, 2021): Halaman. 07 – 12.	Jenis Penelitian ini adalah kuantitatif deskriptif sampel sebanyak 98 responden	<ul style="list-style-type: none"> – Besar iuran – Ability to Pay – Willingnes to Pay 	Hasil penelitian menunjukkan bahwa kemampuan membayar atau Ability to Pay (ATP) di Puskesmas Cendrawasih Kota Makassar tahun 2020 yaitu sebanyak 74,5% kategori mampu. Kemauan membayar atau Willingness to Pay (WTP) di Puskesmas Cendrawasih Kota Makassar tahun 2020 yaitu sebanyak 61,2% kategori mau. Perlunya mempertimbangkan ulang 44 tarif iuran BPJS kesehatan berdasarkan kemampuan dan kemauan membayar masyarakat.

8.	Meles Tekie Gidey, Gebremedhin Beedemariam Gebretekle, Mary-Ellen Hogan and Teferi Gedif Fenta	Willingness to pay for social health insurance and its determinants among public servants in Mekelle City, Northern Ethiopia: a mixed methods study Cost Effectiveness and Resource Allocation : (2019) 17:2	mixed methods study Jumlah responden sebanyak 36 orang	Besarnya pendapatan Willingness to Pay	Hasil penelitian didapatkan perkiraan rata-rata besaran WTP sebesar 3,6% dari gaji. Kurangnya pendapatan menjadi faktor yang dapat mempengaruhi untuk mendaftar dan membayar jaminan kesehatan (42%). Dimana besaran pendapatan berhubungan signifikan terhadap WTP membayar iuran jaminan kesehatan. berdasarkan hasil diskusi kelompok sebagian besar bersedia membayar premi sebesar 3% dari pendapatan dengan ketentuan mutu pelayanan kesehatan.
9.	Robert Basaza, Paul Kon Alier, Peter Kirabira, David Ogubi and Richard Lino Loro Lako	Willingness to pay for National Health Insurance Fund among public servants in Juba City, South Sudan: a contingent Evaluation	Desain studi cross-sectional	Kemauan membayar iuran dari 5% pendapatan, 10% pendapatan, dan 25% pendapatan.	Didapatkan 68% bersedia untuk membayar jaminan kesehatan dengan berbagai kemampuan. 67,8% responden bersedia membayar 5% dari total pendapatannya perbulan, 22,9% bersedia membayar

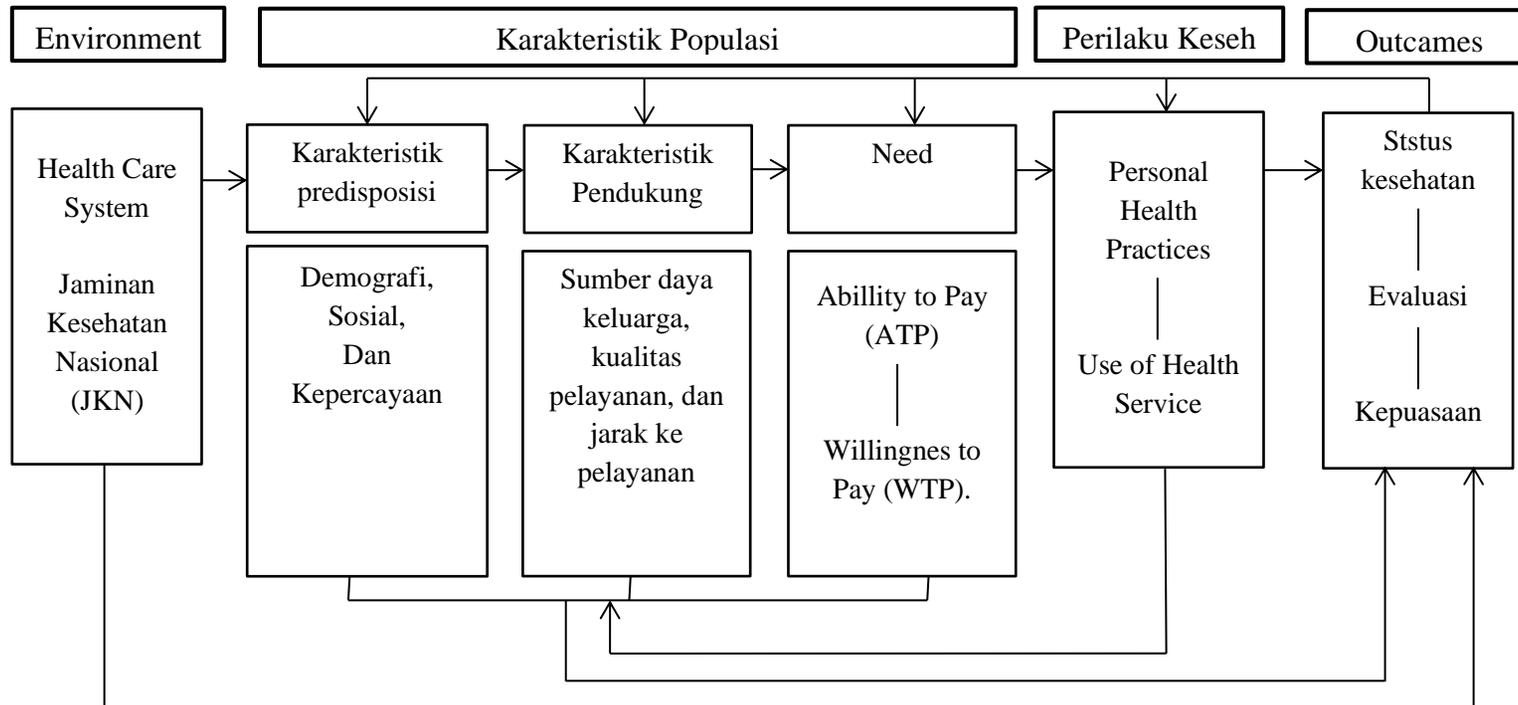
		International Journal for Equity in Health (2017) 16:158	Jumlah sampel sebanyak 381 responden		hingga 10% dari total pendapatannya perbulan, dan sisanya bersedia membayar hingga 25% dari total pendapatannya. Faktor utama yang mempengaruhi keputusan responden mau membayar jaminan kesehatan adalah kesadaran, sumber pendapatan alternatif, ukuran rumah tangga, asuransi dan agama
10.	Andi Nur Hidayanti, Andi Surahman Batara, Muh. Khidri Alwi	Determinan Ability To Pay dan Willingness To Pay Iuran Peserta Mandiri BPJS Kesehatan di Kecamatan Takabonerate (Studi Kasus di Kabupaten Kepulauan Selayar) Jurnal Kesehatan Masyarakat : Volume 11, Nomor 01, Juni 2021	Penelitian kuantitatif dengan menggunakan metode cross sectional study. Sampel penelitian sebanyak 72 responden	Pendapatan perbulan Riwayat penyakit Jumlah anggota keluarga Kualitas pelayanan Ability to Pay Willingnes to Pay	Hasil penelitian kemampuan membayar (ability to pay) iuran BPJS Kesehatan sebesar 68,1% yang sanggup mengeluarkan pembayaran iuran BPJS Kesehatan. Dan reponden yang mempunyai kemauan membayar (willingness to pay) sebesar 66,7% responden yang mau mengeluarkan pembayaran iuran BPJS Kesehatan.

					Faktor yang paling dominan mempengaruhi kemampuan membayar (ability to pay) dan kemauan membayar (willingness to pay) iuran BPJS Kesehatan pada peserta mandiri di Kecamatan Takabonerate yaitu faktor persepsi mutu pelayanan kesehatan.
11.	Dian S, M. Yusri A., Darmawansyah, M. Alwi Arifin, Suci Rahmadani, M. Al Fajrin.	Analisis Kemampuan Membayar Dan Kemauan Membayar Peserta PBPJ KKN Di Kecamatan Tamalate Kota Makassar Jurnal Manajemen Kesehatan Yayasan RS. Dr. Soetomo Vol.5 No.2 Oktober 2019 : 102 - 113	penelitian kuantitatif dengan pendekatan survei deskriptif Sampel dalam penelitian ini sebanyak 100 sampel	<ul style="list-style-type: none"> - Ability to Pay makanan, non makanan, dan non esensial - Willingness to Pay 	Hasil yang diperoleh dari penelitian yaitu responden ATP 1 kategori mampu yaitu 61% dan tidak mampu 39%, ATP 2 non makanan berada mampu yaitu 46% untuk non-essensial kategori mampu yaitu 21%. Pada aspek kemauan membayar tunggakan responden kategori tidak mau yaitu sebanyak 70 responden (70%), kategori mau yaitu sebanyak 30 responden (30%). Pengetahuan mengenai tarif JKN yaitu

					42%. Responden/anggota keluarga yang memiliki riwayat penyakit katastropik adalah 27% jenis penyakit terbanyak adalah stroke.
--	--	--	--	--	---

I. Kerangka Teori

Gambar 1. Kerangka Teori Penelitian

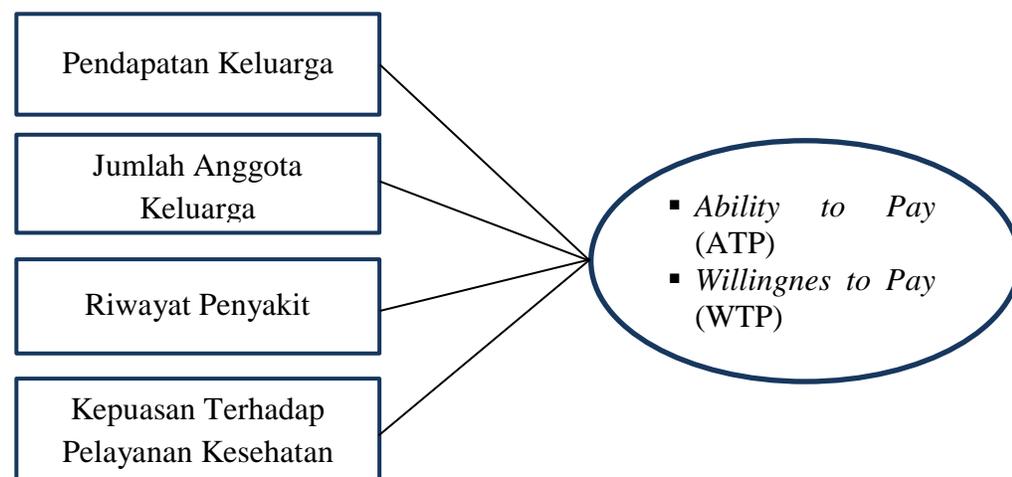


Sumber : Andersen (1974) dalam Notoatmodjo (2012)

J. Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian merupakan cara yang digunakan untuk menjelaskan keterkaitan suatu variabel penelitian (Notoatmodjo, 2012). Variabel di teliti pada penelitian ini terdiri dari variabel bebas (*Independent*) dan variabel terikat (*Dependent*). Variabel bebas pada penelitian ini adalah pendapatan keluarga, jumlah anggota keluarga, riwayat penyakit,, dan kepuasan pada pelayanan kesehatan. Adapaun variabel terikatnya adalah Kemampuan membayar atau *Ability to Pay* (ATP) dan kemauan membayar atau *Willingnes to Pay* (WTP) iuran jaminan kesehatan pada pedagang kaki lima.

Gambar 2. Kerangka Konsep Penelitian



Keterangan :

: Variabel Independen

: Variabel Dependen

K. Hipotesis Penelitian

Hipotesis penelitian adalah kesimpulan sementara terhadap keterkaitan antara variabel yang ada dalam suatu penelitian (Siregar, 2015). Hipotesis pada penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Terdapat hubungan antara status pendapatan terhadap kemampuan membayar iuran jaminan kesehatan nasional pada PKL di pantai losari kota makassar.
2. Terdapat hubungan antara jumlah anggota keluarga terhadap kemampuan membayar iuran jaminan kesehatan nasional pada PKL di pantai losari kota makassar.
3. Terdapat hubungan antara riwayat penyakit terhadap kemampuan membayar iuran jaminan kesehatan nasional pada PKL di pantai losari kota makassar.
4. Terdapat hubungan antara kepuasan pada pelayanan kesehatan terhadap kemampuan membayar iuran jaminan kesehatan nasional pada PKL di pantai losari kota makassar.
5. Terdapat hubungan antara status pendapatan terhadap kemauan membayar iuran jaminan kesehatan nasional pada PKL di pantai losari kota makassar.
6. Terdapat hubungan antara jumlah anggotakeluarga terhadap kemauan membayar iuran jaminan kesehatan nasional pada PKL di pantai losari kota makassar.

7. Terdapat hubungan antara riwayat penyakit terhadap kemauan membayar iuran jaminan kesehatan nasional pada PKL di pantai losari kota makassar.
8. Terdapat hubungan antara kepuasan pada pelayanan kesehatan terhadap kemauan iuran jaminan kesehatan nasional pada PKL di pantai losari kota makassar.

L. Definisi Oprasional

Definisi oprasional merupakan penjelasan terhadap kriteria variabel atau tentang apa yang diukur pada variabel tersebut (Notoatmodjo, 2012). Definisi oprasional dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Kepuasan terhadap pelayanan kesehatan
 - a. Definisi : Tingkat perasaan responden yang timbul setelah mendapatkan layanan kesehatan dengan menggunakan jaminan kesehatan nasional (BPJS) dan membandingkan apa yang diharapkan sesuai dengan kenyataan pelayanan kesehatan yang diterima.
 - b. Skala : Nominal
 - c. Kategori : Kategori Puas jika nilai total responden \geq nilai modus yaitu 51 total jawaban, dan kategori tidak puas jika nilai total responden $<$ modus yaitu 51 total jawaban.

2. Riwayat penyakit

- a. Definisi : Ada tidaknya riwayat penyakit katastrofik dan penyakit infeksi yang dimiliki pada individu didalam keluarga yang telah di diagnosa oleh dokter sebelumnya
- b. Skala : Nominal
- c. Kategori : Memiliki riwayat penyakit jika terdapat ≥ 2 menyatakan ya atau memiliki riwayat penyakit dan tidak memiliki riwayat jika terdapat < 2 menyatakan tidak atau tidak memiliki riwayat penyakit

3. Status pendapatan

- a. Definisi : jumlah rata-rata pendapatan anggota keluarga dalam satu bulan terakhir.
- b. Skala : Nominal
- c. Kategori : kategori Rendah jika $< \text{Rp. } 3.160.000$, dan kategori tinggi jika $\geq \text{Rp. } 3.160.000$

4. Jumlah Anggota Keluarga

- a. Definisi : jumlah anggota keluarga yang berada dalam satu rumah untuk tinggal bersama, yang terdiri dari istri, dan anak, serta orang lain yang turut serta dalam keluarga tersebut dan menjadi tanggungan kepala keluarga.
- b. Skala : Nominal
- c. Kategori : Kecil Jika didalam keluarga terdapat ≤ 4 orang, besar jika didalam keluarga terdapat > 4

5. *Ability to pay* (ATP)

- a. Definisi : Besaran uang yang mampu dibayarkan individu untuk membayar iuran JKN yang diterimanya dimana besaran iurannya telah ditentukan oleh pemerintah yaitu Rp.35.000 rupiah. Besar tersebut adalah 5% dari total pengeluaran keluarga yaitu jumlah dari pengeluaran esensial dan non esensial.
- b. Skala : Nominal
- c. Kategori : kategori mampu jika \geq Rp. 35.000 dan kategori tidak mampu jika $<$ Rp. 35.000

6. *Willingnes to pay* (WTP)

- a. Definisi : Kesiediaan individu dalam membayar iuran dengan besaran yang telah ditentukan yaitu Rp. 35.000 rupiah dan peraturan yang ditetapkan oleh pemerintah.
- b. Skala : nominal
- c. Kategori : kategori mau jika terdapat \geq 2 pertanyaan menyatakan ya (bersedia) dan kategori tidak mau jika terdapat $<$ 2 pertanyaan menyatakan tidak (tidak bersedia)