

SKRIPSI

**STUDI KENAIKAN IURAN BPJS KESEHATAN TERHADAP
PASIEN PESERTA MANDIRI DI PUSKESMAS KASSI-KASSI
KOTA MAKASSAR TAHUN 2020**

**NENG MUTHIA ZHELLAH
K111 16 312**



*Skripsi Ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk
Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat*

**DEPARTEMEN ADMINISTRASI KEBIJAKAN KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2021**

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Skripsi ini telah dipertahankan di hadapan Tim Penguji ujian skripsi dan disetujui untuk diperbanyak sebagai salah satu syarat untuk mendapat gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar.

Makassar, 30 November 2020



Ketua Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Hasanuddin


Dr. H. Muhammad Alwy Arifin, M.Kes

LEMBAR PENGESAHAN SKRIPSI

Skripsi ini telah dipertahankan di hadapan Tim Penguji Skripsi pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar pada hari Senin, 30 November 2020.

Ketua : Prof. Dr. Darmawansyah, SE, MS.


(.....)

Sekretaris : Prof. Dr. H. Amran Razak, SE, M.Sc


(.....)

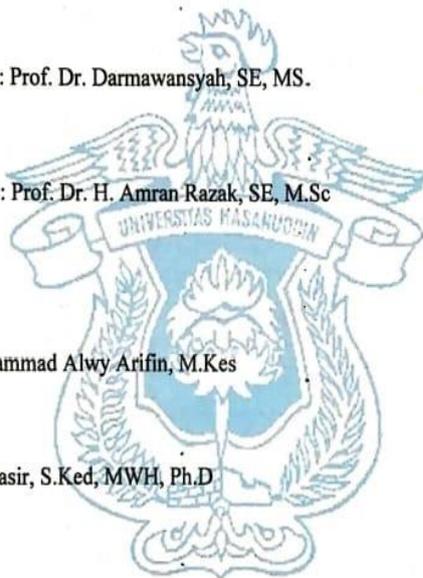
Anggota

1. Dr. H. Muhammad Alwy Arifin, M.Kes


(.....)

2. Sudirman Nasir, S.Ked, MWH, Ph.D


(.....)



PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Neng Muthia Zhellah

Nim : K111 16 312

Program Studi : Kesehatan Masyarakat

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis ini merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambilan tulisan atau karya orang lain. Apabila dikemudian hari terbukti bahwa pernyataan saya tersebut tidak benar, maka saya bersedia menerima sanksi sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, 30 November 2020

Yang Membuat Pernyataan



Neng Muthia Zhellah

RINGKASAN

Universitas Hasanuddin
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Administrasi dan Kebijakan Kesehatan
Skripsi, 30 November 2020

Neng Muthia Zhellah

**“Studi Kenaikan Iuran BPJS Kesehatan Terhadap Pasien Peserta Mandiri
Di Puskesmas Kassi-Kassi Kota Makassar Tahun 2020”
(XVIII+108 Halaman+23 Tabel+2 Gambar+6 Lampiran)**

Salah satu solusi pemerintah untuk mengatasi defisit keuangan yang dialami oleh BPJS yaitu dengan menaikkan iuran BPJS Kesehatan yang tercantum dalam Perpres Nomor 64 Tahun 2020 yang diberlakukan sejak Juli 2020. Peran serta masyarakat dalam membayar iuran BPJS Kesehatan sangat berpengaruh dengan *Ability to Pay (ATP)* dan *Willingness to Pay (WTP)*. Puskesmas Kassi-Kassi merupakan Puskesmas yang memiliki jumlah peserta BPJS Kesehatan mandiri tertinggi se-kota Makassar yaitu sebanyak 4.932, serta menempati posisi tertinggi kedua dengan jumlah kunjungan pasien peserta mandiri di Kota Makassar dengan jumlah kunjungan yakni 3.912 jiwa.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran pasien dari kemampuan membayar dan kemauan membayar terhadap kenaikan iuran BPJS Kesehatan pasien peserta mandiri di Puskesmas Kassi-Kassi Kota Makassar. Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian kuantitatif dengan pendekatan survei deskriptif. Jumlah populasi pada penelitian 21.895 pasien peserta mandiri. Pengambilan sampel menggunakan metode *accidental sampling* sehingga diperoleh 96 pasien peserta mandiri. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara langsung kepada pasien peserta mandiri di Puskesmas Kassi-Kassi berdasarkan kuisioner. Analisis data menggunakan analisis univariat dan bivariat.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kemampuan membayar responden ATP 1 pada kategori mampu yaitu 51,0% dengan rata-rata setiap orang sebesar Rp.499.960,- per bulan, untuk ATP 2 non makanan berada pada kategori tidak mampu yaitu 60,4% dengan rata-rata sebesar Rp.28.264,- per bulan. Untuk non essensial berada pada kategori tidak mampu yaitu 62,5% dengan rata-rata Rp.15.281,- per bulan. Sedangkan kemauan membayar iuran responden berada pada kategori mau yaitu 63,5% sebanyak 61 responden, sedangkan kategori tidak mau yaitu 36,5% sebanyak 35 responden. Pengetahuan responden mengenai BPJS Kesehatan dan kenaikan Iuran BPJS Kesehatan adalah baik yaitu 78,1% dan untuk responden/anggota keluarga yang memiliki riwayat penyakit katastropik adalah 46,9% dengan jenis penyakit terbanyak adalah hipertensi. Serta untuk persepsi responden terhadap pelayanan kesehatan di Puskesmas Kassi-Kassi adalah positif yaitu 89,6% sebanyak 86 responden. Sebaiknya Pemerintah dapat mengambil upaya atau langkah lain selain kebijakan menaikkan iuran BPJS Kesehatan untuk dapat mengatasi defisit keuangan BPJS Kesehatan yang terjadi setiap tahunnya.

Kata Kunci: Kenaikan Iuran, BPJS Kesehatan, Peserta Mandiri, Kemampuan Dan Kemauan Membayar Iuran.

DAFTAR PUSTAKA: 57 (2010-2020)

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Puji syukur kepada Allah SWT atas segala rahmat dan hidayah-Nya sehingga saya dapat menyelesaikan penyusunan proposal skripsi yang berjudul **“Studi Kenaikan Iuran BPJS Kesehatan Terhadap Pasien Peserta Mandiri Di Puskesmas Kassi-Kassi Kota Makassar Tahun 2020”**. Sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan Strata-1 di Jurusan Administrasi Kebijakan dan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.

Dengan selesainya Skripsi ini Penulis menyampaikan rasa terima kasih yang tak terhingga kepada kedua orang tua, Ayahanda Drs. Zainal Arifin dan Ibunda Arniati yang tercinta, serta kepada Kakak Muh. Imran Syarif, adik Nur Indah Sari, Kakak Ipar Sri Vivera SE, dan keponakan Anindya Farzana Imran, serta seluruh keluarga yang telah memberikan dorongan, materi, doa restunya dari awal perkuliahan dan hingga selesainya skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa penulisan ini tidak dapat terselesaikan tanpa adanya dukungan dan bantuan dari berbagai pihak yang sangat berkontribusi dan berarti bagi penulis. Oleh karena itu, pada kesempatan ini dengan segala kerendahan hati penulis mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada :

1. Ibu Prof. Dr. Dwia Aries Tina Pulubuhu, M.A selaku Rektor Universitas Hasanuddin
2. Bapak Dr. Aminuddin Syam, SKM., M.Kes., M.Med.Ed selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin, beserta seluruh staf

yang telah memberikan bantuan fasilitas selama penulis menempuh pendidikan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.

3. Ibu Dr. dr. Syamsiar S.Russeng, MS selaku Penaset Akademik atas segala motivasi dan bimbingannya selama penulis menempuh pendidikan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
4. Bapak Dr. H. Muhammad Alwy Arifin, M.Kes selaku Ketua Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin dan Dosen Penguji atas bimbingan, saran dan motivasi yang diberikan dalam penyusunan skripsi ini.
5. Bapak Prof. Dr. Darmawansyah, SE, MS selaku Pembimbing 1 atas bimbingan, saran dan motivasi yang diberikan dalam penyusunan skripsi ini.
6. Bapak Prof. Dr. H. Amran Razak, SE, M.Sc selaku Pembimbing 2 atas bimbingan, saran, dan motivasi yang diberikan dalam penyusunan skripsi ini.
7. Bapak Sudirman Nasir, S.Ked, MWH, Ph.D selaku Dosen Penguji dari Departemen Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku atas bimbingan, saran dan motivasi yang diberikan dalam penyusunan skripsi ini.
8. Seluruh Dosen Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin yang telah memberikan ilmu pengetahuan yang sangat berharga dan bermanfaat bagi penulis.
9. Seluruh Staf Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin atas segala kemudahan dan telah menjalankan fungsinya dengan baik pada saat pengurusan administratif.

10. Kepala Puskesmas, para staf, serta, bagian TU Puskesmas Kassi-Kassi Kota Makassar yang telah memberikan izin dan penelitian dan bantuannya selama penelitian ini berlangsung.
11. Para Pasien Peserta Mandiri BPJS Kesehatan Puskesmas Kassi-Kassi Kota Makassar yang telah bersedia meluangkan waktu membantu menjadi responden dalam penelitian ini.
12. Teman-teman angkatan 2016 (GOBLIN) yang selalu memberikan keceriaan dan pengalaman di kampus atas dukungan dan bantuannya selama proses perkuliahan hingga terselesaikannya tugas akhir ini.
13. Rekan-rekan pengurus *Health Administration and policy Community* (HAPSC) periode 2019-2020 dan seluruh keluarga besar HAPSC.
14. Teman-teman Pengalaman Belajar (PBL) Posko 9 Desa Parang Baddo Kecamatan Polongbangkeng Utara Kabupaten Takalar, teman-teman KKN Tematik Desa Sehat Gowa Gel. 102 Desa Lanna Kecamatan Parangloe Kabupaten Gowa. Teman-teman magang BPJS Ketenagakerjaan Kota Makassar terima kasih atas kerjasama, kenangan, pengalaman kebersamaan, dan segala bentuk dukungan yang telah diberikan.
15. Seluruh keluarga saya yang telah memberikan dukungan dan doa dalam penyusunan skripsi dan selamam saya menempuh pendidikan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
16. Sahabat-sahabat tercinta saya Geng Sebelah (Nafa, Aji, Citra, Mala), Lambe Turah (nini), Mipan Zuzu (Aqny, Nifit, Nurul) dan teman-teman sejurusan AKK 2016 senantiasa bersama memberikan semangat dan motivasi.

17. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu, terima kasih atas segala bentuk dukungan dan bantuan selama ini

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan skripsi ini jauh dari kesempurnaan dan masih banyak kekurangan, oleh karena itu penulis menerima saran maupun kritik yang sifatnya membangun kearah yang lebih baik di masa akan datang. Akhirnya penulis berharap semoga skripsi ini bermanfaat bagi kita semua.

Makassar, 30 November 2020

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI	iv
RINGKASAN	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR	xvii
DAFTAR LAMPIRAN	xviii
DAFTAR ISTILAH	xviii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah	14
C. Tujuan Penelitian.....	14
D. Manfaat Penelitian.....	15
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Tinjauan Umum Tentang Jaminan Kesehatan Nasional	16
B. Tinjauan Umum Tentang BPJS Kesehatan	19
C. Tinjauan Umum Tentang Kenaikan Iuran BPJS Kesehatan.....	33
D. Tinjauan Umum Tentang Puskesmas	39
E. Tinjauan Umum Tentang Variabel Yang Diteliti	40
BAB III KERANGKA KONSEP	
A. Dasar Pemikiran Variabel yang Diteliti	48
B. Kerangka Teori.....	50

C. Kerangka Konsep	51
D. Definisi Operasional.....	51
E. Kriteria Objektif	53
F. Sintesa Penelitian.....	59
BAB IV METODE PENELITIAN	
A. Jenis Penelitian	66
B. Lokasi Dan Waktu Penelitian.....	66
C. Populasi Dan Sampel.....	66
D. Pengumpulan Data.....	68
E. Instrument Penelitian.....	69
F. Pengolahan Data.....	69
G. Analisis Data	70
H. Penyajian Data.....	71
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN	
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	72
B. Hasil Penelitian.....	74
C. Pembahasan	91
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan.....	107
B. Saran	108
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Nomor		Halaman
Tabel 1	Perubahan Kebijakan Iuran BPJS Kesehatan	36
Tabel 2	Perubahan Kebijakan Iuran BPJS Kesehatan	38
Tabel 3	Sintesa Penelitian	59
Tabel 4	Distribusi responden berdasarkan karakteristik responden pada pasien peserta mandiri BPJS Kesehatan di Puskesmas Kassi-Kassi Kota Makassar Tahun 2020	75
Tabel 5	Distribusi responden berdasarkan tingkat pendapatan keluarga per bulan pada pasien peserta mandiri BPJS Kesehatan di Puskesmas Kassi-Kassi Kota Makassar Tahun 2020	77
Tabel 6	Distribusi responden berdasarkan tingkat pendapatan keluarga berdasarkan UMK Kota Makassar per bulan pada pasien peserta mandiri BPJS Kesehatan di Puskesmas Kassi-Kassi Kota Makassar Tahun 2020	77
Tabel 7	Distribusi responden berdasarkan tingkat pengeluaran makanan keluarga per bulan pada pasien peserta mandiri di Puskesmas Kassi-Kassi Kota Makassar Tahun 2020	78
Tabel 8	Distribusi responden berdasarkan tingkat pengeluaran non makanan keluarga per bulan pada pasien peserta mandiri di Puskesmas Kassi-Kassi Kota Makassar Tahun 2020.....	79

Tabel 9	Distribusi responden berdasarkan non essential keluarga per bulan pada pasien peserta mandiri di Puskesmas Kassi-Kassi Kota Makassar Tahun 2020.....	80
Tabel 10	Distribusi responden berdasarkan ATP 1 keluarga pada pasien peserta mandiri BPJS Kesehatan di Puskesmas Kassi-Kassi Kota Makassar Tahun 2020.....	82
Tabel 11	Distribusi responden berdasarkan ATP 1 keluarga pada pasien peserta mandiri BPJS Kesehatan di Puskesmas Kassi-Kassi Kota Makassar Tahun 2020.....	82
Tabel 12	Distribusi responden berdasarkan ATP 2 keluarga pada pasien peserta mandiri BPJS Kesehatan di Puskesmas Kassi-Kassi Kota Makassar Tahun 2020.....	83
Tabel 13	Distribusi responden berdasarkan ATP 2 keluarga pada pasien peserta mandiri BPJS Kesehatan di Puskesmas Kassi-Kassi Kota Makassar Tahun 2020.....	84
Tabel 14	Distribusi responden berdasarkan perpindahan kelas pelayanan pada pasien peserta mandiri BPJS Kesehatan di Puskesmas Kassi-Kassi Kota Makassar Tahun 2020.....	85
Tabel 15	Distribusi responden berdasarkan perpindahan kelas pelayanan yang diinginkan pada pasien peserta mandiri BPJS Kesehatan di Puskesmas Kassi-Kassi Kota Makassar Tahun 2020.....	86

Tabel 16	Distribusi responden berdasarkan kemauan membayar rutin per bulan pada pasien peserta mandiri BPJS Kesehatan di Puskesmas Kassi-Kassi Kota Makassar Tahun 2020	86
Tabel 17	Distribusi responden berdasarkan pengetahuan mengenai kenaikan BPJS Kesehatan pada pasien peserta mandiri BPJS Kesehatan di Puskesmas Kassi-Kassi Kota Makassar Tahun 2020.....	87
Tabel 18	Distribusi responden berdasarkan riwayat penyakit katastropik pada pasien peserta mandiri BPJS Kesehatan di Puskesmas Kassi-Kassi Kota Makassar Tahun 2020	88
Tabel 19	Distribusi responden berdasarkan jenis penyakit katastropik pada pasien peserta mandiri BPJS Kesehatan di Puskesmas Kassi-Kassi Kota Makassar Tahun 2020	88
Tabel 20	Distribusi responden berdasarkan persepsi terhadap pelayanan kesehatan pada pasien peserta mandiri BPJS Kesehatan di Puskesmas Kassi-Kassi Kota Makassar Tahun 2020.....	89
Tabel 21	Distribusi responden berdasarkan hubungan ATP 1 dan WTP aktual pada pasien peserta mandiri BPJS Kesehatan di Puskesmas Kassi-Kassi Kota Makassar Tahun 2020	90
Tabel 22	Distribusi responden berdasarkan hubungan ATP 2 non makanan dan WTP aktual pada pasien peserta mandiri BPJS Kesehatan di Puskesmas Kassi-Kassi Kota Makassar Tahun 2020.....	90

Tabel 23	Distribusi responden berdasarkan hubungan ATP 2 non essensial dan WTP aktual pada pasien peserta BPJS Kesehatan di Puskesmas Kassi-Kassi Kota Makassar Tahun 2020	91
----------	---	----

DAFTAR GAMBAR

Nomor		Halaman
Gambar 1	Kerangka Teori Penelitian	50
Gambar 2	Kerangka Konsep Penelitian.....	51

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Kuisioner
- Lampiran 2 Surat Keterangan Izin Penelitian
- Lampiran 3 Master Tabel
- Lampiran 4 Output Hasil Analisi Data
- Lampiran 5 Dokumentasi Penelitian
- Lampiran 6 Riwayat Hidup

DAFTAR ISTILAH

ATP	: <i>Ability To Pay.</i>
BPJS	: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
DJSN	: Dewan Jaminan Sosial Nasional.
FKTP	: Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama.
JKN	: Jaminan Kesehatan Nasional.
KIS	: Kartu Indonesia Sehat.
NON PBI	: Bukan Penerima Bantuan Iuran.
PBI	: Penerima Bantuan Iuran.
PBPU	: Peserta Bukan Penerima Upah.
PNS	: Pegawai Negeri Sipil.
POLRI	: Polisi Republik Indonesia.
PPU	: Peserta Penerima Upah.
SJSN	: Sistem Jaminan Sosial Nasional.
TNI	: Tentara Republik Indonesia.
WTP	: <i>Willingness To Pay.</i>

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan merupakan suatu kebutuhan mendasar manusia untuk dapat hidup layak dan produktif, sehingga dibutuhkan pengendalian terhadap kualitas dan biaya dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Seperti halnya yang tercantum dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan disebutkan bahwa ‘setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh sumber daya maupun akses di bidang kesehatan dan memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau’. Disamping itu, pada pasal 28 h ayat 1 menyatakan bahwa “setiap orang hendak hidup sejatara lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan (Rakinaung *dkk*, 2018).

Pelayanan kesehatan adalah salah satu kebutuhan masyarakat dan sering kali menjadi ukuran dalam keberhasilan pembangunan dalam bidang kesehatan. Seiring berjalannya waktu, Pemerintah telah melakukan upaya agar dapat menghasilkan program-program yang dapat meningkatkan pelayanan kesehatan secara *holistik* atau menyeluruh. Salah satu program yang diselenggarakan yaitu Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dijalankan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Pelaksanaan Program JKN yang diselenggarakan Oleh BPJS Kesehatan tersebut mulai beroperasi sejak tanggal 1 Januari 2014 (Anis *dkk*, 2016).

Tujuan pelayanan kesehatan sebagaimana amanat Undang-Undang Kesehatan yaitu meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomi. Jaminan kesehatan merupakan jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.

Peserta program jaminan kesehatan meliputi setiap orang termasuk orang asing yang bekerja paling singkat enam bulan di Indonesia. Peserta program JKN meliputi peserta penerima bantuan iuran (PBI) dan peserta non-PBI. Peserta PBI terdiri dari fakir miskin dan orang tidak mampu, sedangkan peserta non PBI terdiri dari pekerja penerima upah (PPU) dan anggota keluarganya seperti PNS, anggota TNI/ POLRI, pejabat negara, karyawan perusahaan swasta, pekerja bukan penerima upah (PBPU) dan anggota keluarganya atau pekerja mandiri, bukan pekerja dan anggota keluarganya seperti pemberi kerja/ pengusaha, investor, para pensiunan, veteran, dan lain sebagainya (Mas'udin, 2017).

Badan Penyelenggaran Jaminan Kesehatan (BPJS) Kesehatan merupakan badan hukum yang bertujuan untuk menyelenggarakan program jaminan sosial sebagai upaya kontrol mutu dan biaya terhadap pelayanan kesehatan di Indonesia. Dalam menyelenggarakan program layanan kesehatan, pihak BPJS Kesehatan bekerjasama dengan berbagai fasilitas kesehatan seperti puskesmas, posyandu dan rumah sakit. Puskesmas adalah fasilitas

kesehatan tingkat pertama (FKTP) yang sangat penting dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat (Pardede *dkk*, 2016).

Menurut data profil kesehatan oleh Kementerian Kesehatan RI menunjukkan bahwa jumlah penduduk Indonesia berdasarkan hasil estimasi pada tahun 2019 sebesar 268.074.565 jiwa, yang terdiri atas 133.136.131 jiwa penduduk laki-laki dan 133.146.964 jiwa penduduk perempuan. Berdasarkan data BPJS Kesehatan jumlah penduduk Indonesia yang sudah terdaftar sebagai peserta BPJS Kesehatan per 30 September 2020 adalah 222.481.554 Jiwa, untuk Peserta Penerima Bantuan (PBI) sebanyak 131.680.586 Jiwa, untuk Peserta Penerima Upah (PPU) sebanyak 55.148.151 Jiwa, untuk Peserta Bukan penerima Upah (PBPU) sebanyak 35.652.817 Jiwa, dan untuk Peserta Bukan Pekerja (BP) sebanyak 5.016.641 Jiwa.

Data Badan Pusat Statistik mengenai jumlah Penduduk di Provinsi Sulawesi Selatan tahun 2019 yaitu 8.851.240 jiwa (BPS, 2019) dan yang sudah menjadi Peserta JKN-KIS yaitu 8.411.467 jiwa pada tahun 2019 (BPJS, 2019), jadi sebanyak 89% jumlah penduduk Sulawesi Selatan telah menjadi peserta BPJS. Sedangkan data dari BPJS Kesehatan cabang Kota Makassar per 31 Desember 2019 bahwa jumlah penduduk Kota Makassar sebanyak 1.475.684 jiwa, dan jumlah penduduk yang sudah terdaftar sebagai Peserta BPJS sebanyak 1.375.994 jiwa yang terdiri dari 521.779 peserta PBI dan 854.215 peserta Non PBI atau 93,24% (BPJS,2019).

Sejak BPJS Kesehatan beroperasi pada awal 2014, pelayanan kesehatan untuk peserta BPJS Kesehatan juga terus meningkat. Pada tahun

2014 pemanfaatan fasilitas kesehatan sebanyak 92,3 juta dengan rincian jumlah peserta Program JKN-KIS yang berobat di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) seperti Puskesmas, dokter praktik, dan klinik pertama sebanyak 66,8 juta orang; Peserta JKN-KIS yang berobat di Poliklinik Rawat Jalan RS sebanyak 21,3 juta orang; dan jumlah peserta JKN-KIS yang menggunakan fasilitas Rawat Inap RS sebanyak 4,2 juta orang. Selama tahun 2015 ada 146,7 juta orang yang menggunakan fasilitas kesehatan dengan rincian 100,6 juta di FKTP; 39,8 juta orang di Poliklinik Rawat Jalan RS; dan 6,3 orang di Rawat Inap RS. Sedangkan selama tahun 2016, jumlah peserta BPJS Kesehatan yang menggunakan fasilitas kesehatan sebanyak 177,8 juta orang dengan rincian 120,9 juta orang di FKTP; 49,3 juta orang di Poliklinik Rawat Jalan RS, dan 7,6 juta orang di Rawat Inap RS (Retraningsih, 2017).

BPJS Kesehatan sebagai penyelenggara program JKN juga sudah mengalami defisit bahkan sejak awal beroperasi dan berlanjut sampai sekarang. Hal ini dikarenakan pemasukan yang diterima dari iuran peserta lebih rendah daripada pengeluaran untuk membayar klaim ke fasilitas kesehatan. BPJS Kesehatan mencatatkan pengeluaran sebesar Rp 94,3 Triliun di sepanjang tahun 2018, sedangkan pendapatan iuran yang dikelola BPJS hanya Rp 81,97 Triliun. Bahkan kondisi ini akan semakin buruk setiap tahunnya. Dampaknya akan selalu ada pembahasan mengenai suntikan dana untuk JKN (Nurfadhillah, 2019).

Adanya fenomena *insurance effect* (efek asuransi) menjadi salah satu penyebab terjadinya *mismatch* atau defisit. Dalam hal ini berarti pasien yang sebelumnya tidak pernah berobat ketika sakit, kini pasien tersebut berbondong-bondong berobat ke fasilitas kesehatan seperti puskesmas ataupun rumah sakit (Intiasari, 2016).

Secara fundamental dan terstruktur penyebab dari defisit yang dialami oleh BPJS Kesehatan adalah penetapan iuran yang tidak sesuai dengan angka yang seharusnya, sebagaimana hitungan akademik/aktuarial. Serta penyebab lain defisit anggaran BPJS Kesehatan terjadi karena perubahan *morbidity* (kejadian penyakit) penduduk Indonesia. Jumlah penduduk yang sakit terus meningkat dari waktu ke waktu. Hal ini terjadi akibat belum optimalnya upaya pembangunan kesehatan masyarakat (Razak dan Chazali, 2019).

Berdasarkan data sekunder yang didapatkan dari BPJS Kesehatan, defisit anggaran BPJS Kesehatan dimulai pada tahun 2014 yaitu sebesar Rp 1,9 Triliun kemudian mengalami peningkatan di tahun 2015 yaitu sebesar Rp 9,4 Triliun. Pada tahun 2016 defisit yang dialami BPJS Kesehatan mengalami penurunan yaitu sebesar Rp 6,7 Triliun. Namun defisit BPJS Kesehatan dalam 3 tahun terakhir terus mengalami peningkatan yang signifikan hingga diketahui pembengkakan defisit mencapai Rp 32,8 Triliun pada tahun 2019.

Untuk mengatasi defisit keuangan yang terus mengalami peningkatan, pemerintah Indonesia telah berupaya dan membantu BPJS Kesehatan dengan cara memberikan suntikan dana langsung, mengalokasikan dana cukai rokok, serta melakukan perubahan-perubahan kebijakan Peraturan Presiden tentang

Jaminan Kesehatan yang sebelumnya terjadi. Namun solusi tersebut masih belum bisa menutupi defisit keuangan yang terjadi bahkan masih terus melonjak naik. Oleh karena itu, pada akhir tahun 2019 kemarin Presiden Joko Widodo mengeluarkan kebijakan Peraturan Presiden Nomor 75 Tahun 2019 Tentang Kenaikan Iuran JKN sebagai solusi dari permasalahan tersebut. Kenaikan iuran ini mencapai 100% dari iuran sebelumnya. Kebijakan ini mulai berlaku per 1 Januari 2020 kemarin dan menuai banyak pro dan kontra baik dari kalangan tokoh masyarakat, pemerintah dan masyarakat tentunya karena berdampak langsung pada perekonomian masyarakat kurang mampu khususnya peserta Non PBI atau mandiri.

Dalam Peraturan Presiden No. 75 tahun 2019 pada pasal 34 ayat 1 menyebutkan kenaikan iuran peserta JKN Bukan Penerima Upah dan Bukan Pekerja atau Non PBI yaitu untuk fasilitas pelayanan kelas III sebesar Rp 42.000 yang sebelumnya sebesar Rp 25.500. Fasilitas pelayanan kelas II sebesar Rp 110.000 yang sebelumnya sebesar Rp 51.000. Dan fasilitas pelayanan kelas I sebesar Rp 160.000 yang sebelumnya sebesar Rp 80.000.

Dengan banyaknya pro kontra yang terjadi serta di kalangan masyarakat serta merasa sangat terbebani, tidak lama setelah berlakunya Perpres tersebut, Komunitas Pasien Cuci Darah Indonesia (KPCDI) mengajukan gugatan permohonan uji materi ke Mahkamah Agung (MA) terhadap Perpres Nomor 75 Tahun 2019 tentang Jaminan Kesehatan karena komunitas tersebut merasa sangat terbebani serta tidak setuju dengan naiknya iuran BPJS Kesehatan.

Akhirnya pada Maret 2020 kemarin Mahkamah Agung (MA) mengabulkan dan memutuskan untuk membatalkan kenaikan iuran BPJS karena pada Perpres Nomor 75 Tahun 2019 tersebut bertentangan dengan sejumlah ketentuan yang berlaku di atasnya. Kepala Biro Hukum dan Humas MA bapak Abdullah mengatakan kenaikan iuran tidak seharusnya dilakukan saat ini, beban hidup masyarakat meningkat, dan tanpa perbaikan peningkatan kualitas, fasilitas kesehatan yang ditanggung (*hukumonline, Selasa (10/03/2020)*).

Tidak lama setelah keluarnya keputusan pembatalan kenaikan iuran BPJS Kesehatan yang mencapai 100%, Presiden Joko Widodo memutuskan untuk menaikkan iuran BPJS Kesehatan lagi pada Mei 2020. Kenaikan tersebut tercantum dalam Peraturan Presiden Nomor 64 Tahun 2020 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan yang mulai berlaku pada Juli tahun 2020. Kenaikan iuran BPJS ini mencapai 96%.

Dalam Peraturan Presiden Nomor 64 Tahun 2020 pada pasal 34 ayat 1 menyebutkan kenaikan iuran peserta JKN Bukan Penerima Upah dan Bukan Pekerja atau Non PBI yaitu untuk fasilitas pelayanan kelas I sebesar Rp 150.000, fasilitas pelayanan kelas II sebesar Rp 100.000 dan fasilitas pelayanan kelas III sebesar Rp 25.500 (sebesar Rp 16.500 per orang per bulan dibayarkan oleh pemerintah pusat sebagai bantuan iuran pada tahun 2020). Dan pada tahun 2021 dan tahun seterusnya untuk fasilitas kelas III sebesar

Rp 35.000 (sebesar Rp 7.000 per orang per bulan dibayarkan oleh pemerintah pusat dan pemerintah daerah sebagai bantuan iuran).

Keputusan Presiden Jokowi ini juga menuai banyak pro dan kontra dari berbagai kalangan karena di tengah *pandemic Virus Corona* yang merebak di Indonesia pemerintah malah menaikkan kembali iuran BPJS Kesehatan. Saat ini sebagian besar masyarakat Indonesia mengalami kesulitan ekonomi karena adanya Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB), adanya PSBB ini mengakibatkan gelombang Pemutusan Hak Kerja (PHK) terjadi secara besar-besaran sehingga tingkat pengangguran naik.

Pemasukan dan pendapatan ekonomi menurun dan apalagi mereka harus berjuang untuk memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari. Oleh karena itu, sebagian besar masyarakat Indonesia tidak setuju dan merasa sangat terbebani dengan kebijakan baru ini. Adapun Komunitas Pencuci Darah Indonesia (KPDI) berencana mengajukan gugatan uji materi kembali atas keputusan pemerintah ini.

Ketidakmampuan secara ekonomi menyebabkan sebagian masyarakat memiliki keterbatasan kemampuan membayar atas pelayanan kesehatan yang mereka terima secara *equal* dengan sebagian masyarakat lainnya. Hal ini menyebabkan ketidaksesuaian antara apa yang mampu dibayarkan dengan apa yang diharapkan. Semua masyarakat berhak mendapatkan pelayanan yang bermutu, sesuai dengan keseimbangan antara kebutuhan medis dan kemampuan ekonominya (Fauziyyah, 2016).

Kemiskinan dan biaya pelayanan kesehatan bukanlah suatu hambatan untuk dapat mencapai fasilitas pelayanan kesehatan. Di Negara berkembang seperti di kota Lahore, Pakistan, masyarakat yang memiliki tingkat sosial ekonomi yang rendah tidak dapat memperoleh pelayanan kesehatan karena dianggap tidak memiliki cukup uang untuk membayar pelayanan kesehatan sebab masyarakat yang memiliki tingkat sosial ekonomi rendah biasanya membayar secara langsung terhadap jasa pelayanan yang digunakan (*Out of Pocket Payment*) (Sana dkk, 2020).

Kemampuan membayar (*Ability to Pay*) dan kemauan membayar (*Willingness to Pay*) adalah dua faktor yang berperan dalam utilitas pelayanan medis, yang selanjutnya juga akan mempengaruhi pemerataan. Kemampuan membayar dapat diukur dengan pendekatan perhitungan penghasilan keluarga, aset keluarga atau pengeluaran rumah tangga. Perhitungan rumah tangga dianggap cara yang sensitif untuk kondisi ekonomi Indonesia (Razak, 2016).

Besaran iuran merupakan kunci dari kesambungan, kualitas jaminan kesehatan, dampak terhadap pemiskinan baru, dan peningkatan produktifitas penduduk. Apabila iuran ditetapkan tanpa perhitungan yang matang, atau hanya dengan kesepakatan, maka terdapat ancaman BPJS Kesehatan tidak mampu membayar fasilitas kesehatan, jaminan tidak tersedia, dan rakyat tidak percaya lagi kepada Negara. Besaran iuran yang harus; (1) cukup untuk membayar layanan kesehatan dengan kualitas yang baik. (2) cukup untuk mendanai operasional BPJS dengan kualitas baik dengan harga keekonomian

yang layak. (3) tersedia dana pengembang program, riset operasional, atau pengobatan baru (DJSN, 2012).

Berdasarkan wawancara kepada masyarakat peserta JKN Mandiri di wilayah kerja Puskesmas Mandala, rendahnya kesediaan masyarakat membayar iuran berhubungan dengan kemampuan masyarakat dalam membayar iuran yang digambarkan dengan status ekonomi masyarakat yang rendah, masih kurangnya pengetahuan masyarakat akan pentingnya membayar iuran tepat pada waktunya, Kebanyakan dari masyarakat membayar iuran jika dalam keadaan darurat membutuhkan pelayanan kesehatan dan menderita suatu riwayat penyakit yang memerlukan perawatan berkelanjutan (Lubis, 2018).

Salah satu instansi pemerintah yang memiliki peran dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan kepada masyarakat adalah Puskesmas. Puskesmas dituntut untuk meningkatkan kualitas kinerja/mutu dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat sehingga puskesmas dapat memenuhi kebutuhan, keinginan, dan harapan masyarakat serta dapat memberikan kepuasan pelayanan kepada masyarakat. Dalam pelaksanaan BPJS, fungsi Puskesmas akan dimaksimalkan menjadi *gatekeeper* yaitu penyelenggara pelayanan kesehatan dasar sebagai kontak pertama pada pelayanan kesehatan yang memiliki peran besar dan strategis (Kasma, 2018).

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Puskesmas menyebutkan bahwa Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya

kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya.

Total jumlah Puskesmas di Indonesia sampai dengan Desember 2018 adalah 9.993 puskesmas, yang terdiri dari 3.623 Puskesmas rawat inap dan 6.370 Puskesmas non rawat inap. Jumlah ini meningkat dibandingkan tahun 2017 yaitu sebanyak 9.825, dengan jumlah Puskesmas rawat inap sebanyak 3.454 puskesmas dan Puskesmas non rawat inap sebanyak 6.371 puskesmas (Profil Kesehatan RI, 2018).

Menurut data dasar Puskesmas Provinsi Sulawesi Selatan, total jumlah Puskesmas menurut Kabupaten/Kota per 31 Desember 2018 di provinsi Sulawesi Selatan adalah sebanyak 458 puskesmas, yang terdiri atas 189 puskesmas yang berstatus non rawat inap atau rawat jalan dan 269 puskesmas yang berstatus rawat inap. Untuk Puskesmas di wilayah Kota Makassar sebanyak 46 puskesmas yang terdiri atas 37 puskesmas berstatus puskesmas rawat jalan dan 9 puskesmas berstatus rawat inap.

Puskesmas Kassi-Kassi merupakan salah satu puskesmas pemerintah Kota Makassar dan merupakan Unit Pelaksana Teknis Dinas Kota Makassar. Puskesmas Kassi-Kassi berdiri sejak tahun 1978 dan sudah mendapat gelar ISO dari pemerintah Kota Makassar. Puskesmas Kassi-Kassi merupakan puskesmas perawatan ke-VI (Rumah sakit pembantu VI) di Makassar.

Jumlah kunjungan pasien di Puskesmas Kassi-Kassi pada tahun 2016 sampai 2018 mengalami peningkatan kunjungan yakni pada tahun 2016

sebanyak 53.813 jiwa, pada tahun 2017 sebanyak 106.561 jiwa dan pada tahun 2018 sebanyak 139.127 jiwa. Kunjungan pasien terbagi menjadi tiga jenis, yaitu kunjungan rawat inap, kunjungan rawat jalan dan gangguan jiwa.

Data yang diperoleh dari BPJS Kesehatan per Desember 2019 puskesmas Kassi-Kassi merupakan puskesmas yang memiliki jumlah peserta BPJS Mandiri tertinggi se-kota Makassar yaitu sebesar 4.932 jiwa, serta menempati posisi tertinggi kedua dengan jumlah kunjungan pasien peserta BPJS Mandiri puskesmas di kota Makassar dengan jumlah kunjungan 3.912 jiwa.

Persepsi tentang pelayanan kesehatan yang diberikan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) maupun Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan (FKTL) dapat mempengaruhi keinginan peserta mandiri untuk selalu aktif dalam melakukan pembayaran iuran. Peserta BPJS Mandiri memiliki motivasi untuk mendaftar BPJS karena biasanya ada informasi dari rekan, keluarga, yang hanya sebatas informasi adanya bahwa BPJS itu merupakan suatu kewajiban warga Negara, dengan adanya BPJS tidak perlu lagi melakukan pembayaran pada saat berobat dan lain lain. Peserta BPJS juga berpendapat bahwa iuran yang ditawarkan BPJS termasuk golongan terjangkau (Rismawati, 2017).

Pemerintah menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) bagi seluruh rakyat Indonesia melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) untuk memudahkan pembiayaan kesehatan masyarakat, dan diharapkan dapat memberikan pelayanan kesehatan secara maksimal agar

dapat memberikan kepuasan kepada setiap pemakai jasa pelayanan kesehatan (Rikomah, 2017 dalam Nusa, 2018).

Pemanfaatan pelayanan kesehatan tingkat pertama sangat penting bagi masyarakat untuk memelihara, meningkatkan, mencegah, dan menyembuhkan penyakit, serta memulihkan kesehatan individu dan keluarga. Beberapa pelayanan medis dan pelayanan kesehatan umum promosi kesehatan, kesehatan lingkungan, ibu, dan kesehatan anak atau keluarga berencana, upaya perbaikan serta pemberantasan penyakit menular dan pengobatan (Rachmawati, 2019).

Pelayanan dikatakan berkualitas atau memuaskan bila pelayanan tersebut dapat memenuhi kebutuhan dan harapan masyarakat. Apabila masyarakat tidak puas terhadap suatu pelayanan yang disediakan maka pelayanan tersebut dapat dipastikan tidak berkualitas atau tidak efisien. Pelayanan publik atau pelayanan umum dapat didefinisikan sebagai segala bentuk jasa pelayanan, baik dalam bentuk barang publik maupun jasa publik yang pada prinsipnya menjadi tanggung jawab dan dilaksanakan oleh instansi pemerintah di pusat, di daerah dan di lingkungan Badan Usaha Milik Negara atau Badan Usaha Milik Daerah, dalam upaya pemenuhan kebutuhan masyarakat maupun dalam rangka pelaksanaan ketentuan peraturan perundang undangan (Ratminto dan Winarsi, 2005 dalam Tawalujan *dkk*, 2018).

Adanya polemik mengenai kenaikan iuran hingga saat ini yang menimbulkan adanya kalangan yang pro dan kontra, namun masyarakat lebih dominan tidak setuju dengan kebijakan yang belum lama yang disahkan oleh

Presiden Joko Widodo. Peraturan Presiden Nomor 64 Tahun 2020 Tentang Kenaikan Iuran JKN, banyak masyarakat yang merasa sangat terbebani khususnya para peserta BPJS mandiri.

Oleh karena itu, berdasarkan uraian permasalahan diatas, peneliti tertarik melakukan penelitian dengan judul “Studi Kenaikan Iuran BPJS Kesehatan Terhadap Pasien Peserta Mandiri di Puskesmas Kassi-Kassi Kota Makassar”. Tujuan penelitian ini adalah untuk dapat memperoleh gambaran pasien terhadap kenaikan iuran BPJS kesehatan pasien peserta Mandiri di Puskesmas Kassi-Kassi Kota Makassar.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, dapat dirumuskan suatu rumusan masalah yaitu Studi Kenaikan Iuran BPJS Kesehatan Terhadap Pasien Peserta Mandiri di Puskesmas Kassi-Kassi Kota Makassar ?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui gambaran pasien dari segi Kemampuan membayar (ATP) dan kemauan membayar (WTP) terhadap kenaikan iuran BPJS kesehatan pasien peserta mandiri di Puskesmas Kassi-Kassi Kota Makassar.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui gambaran besar kemampuan membayar (ATP) dari segi pendapatan dan pengeluaran pasien peserta mandiri di Puskesmas Kassi-Kassi Kota Makassar terhadap kenaikan iuran BPJS Kesehatan.

- b. Mengetahui gambaran besar kemauan membayar (WTP) dari segi normatif, aktual, pengetahuan mengenai kenaikan iuran, riwayat penyakit katastropik dan persepsi nilai pasien peserta mandiri di Puskesmas Kassi-Kassi Kota Makassar terhadap kenaikan iuran BPJS Kesehatan.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini diharapkan menjadi salah satu masukan bagi instansi yang berwenang atau yang bersangkutan untuk digunakan sebagai bahan pertimbangan dalam menentukan kebijakan.

2. Manfaat keilmuan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan acuan atau referensi untuk penelitian selanjutnya.

3. Manfaat Bagi penulis

Bagi peneliti merupakan pengalaman berharga bagi peneliti dalam rangka memperluas pengetahuan peneliti dan mengaplikasikan ilmu yang telah diperoleh selama kuliah di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin, khususnya jurusan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang Jaminan Kesehatan Nasional

Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) merupakan sebuah jaminan kesehatan yang diberlakukan di Indonesia. Akhir Tahun 2004 pemerintah menetapkan Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, dengan salah satu programnya adalah Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Diharapkan dengan adanya JKN pembiayaan pelayanan kesehatan masyarakat dilaksanakan dalam sistem asuransi dan JKN menjadi sistem jaminan yang bersifat wajib, besaran premi berdasarkan presentase pendapatan dan semua anggota mendapatkan pelayanan kesehatan yang sama. Melalui SJSN ini, seluruh masyarakat akan mendapatkan pelayanan kesehatan yang akan berdampak pada peningkatan derajat kesehatan. Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 juga menetapkan, Jaminan Sosial Nasional akan diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), yang terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Jaminan Kesehatan Nasional diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan yang implementasinya dimulai 1 Januari 2014 (Nur *dkk*, 2018).

UU No. 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN) tidak menetapkan definisi JKN itu sendiri dalam salah satu ayat atau pasalnya. Dengan merangkai beberapa pasal dan ayat yang mengatur tentang program jaminan sosial, manfaat, tujuan dan tata-laksananya, dapat dirumuskan pengertian Program Jaminan Kesehatan Nasional sebagai berikut:

“Program jaminan sosial yang menjamin biaya pemeliharaan kesehatan serta pemenuhan kebutuhan dasar kesehatan yang diselenggarakan nasional secara bergotong-royong wajib oleh seluruh penduduk Indonesia dengan membayar iuran berkala atau iurannya dibayari oleh Pemerintah kepada badan penyelenggara jaminan sosial kesehatan nirlaba - BPJS Kesehatan.”

Dua Peraturan Pelaksanaan UU SJSN, yaitu Peraturan Pemerintah No. 101 Tahun 2012 Tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan dan Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan menetapkan bahwa yang dimaksud dengan: “Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar Peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya.

1. Prinsip JKN

Jaminan Kesehatan Nasional mengacu pada prinsip-prinsip Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) berikut:

a. Prinsip kegotongroyongan

Prinsip gotong royong berarti 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.

b. Prinsip nirlaba

Dana yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) adalah dana amanah yang dikumpulkan dari masyarakat secara nirlaba bukan untuk mencari laba (*for profit oriented*). Tujuan utamanya adalah untuk memenuhi sebesar-besarnya kepentingan peserta.

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

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

- d. 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.

- e. 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.

f. Prinsip dana amanat

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

g. Prinsip hasil pengelolaan dana jaminan sosial

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

2. Tujuan JKN

Jaminan kesehatan diselenggarakan dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.

3. Pelaku JKN

Penyelenggaraan JKN dilaksanakan oleh 4 (empat) pelaku utama, yaitu Peserta, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, Fasilitas Kesehatan, dan Pemerintah.

B. Tinjauan Umum Tentang BPJS Kesehatan

BPJS Kesehatan merupakan badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial kesehatan. BPJS Kesehatan dibentuk dengan UU No. 40 Tahun 2004 Tentang SJSN dan UU No. 24 Tahun 2011 Tentang BPJS. Kedua UU ini mengatur pembubaran PT Askes Persero dan mentransformasikan PT Askes Persero menjadi BPJS Kesehatan.

Pembubaran PT Askes Persero dilaksanakan tanpa proses likuidasi dan dilaksanakan dengan pengalihan aset dan liabilitas, hak, dan kewajiban hukum PT Askes Persero menjadi aset dan liabilitas, hak, dan kewajiban hukum BPJS Kesehatan seluruh pegawai PT Askes Persero menjadi pegawai BPJS Kesehatan. BPJS Kesehatan berbadan hukum publik yang bertanggungjawab langsung kepada Presiden. BPJS Kesehatan berkedudukan dan berkantor pusat di ibu Kota Negara RI. BPJS Kesehatan memiliki kantor perwakilan di provinsi dan kantor cabang di kabupaten/kota.

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial menyebutkan bahwa Badan Penyelenggara Jaminan Sosial atau BPJS merupakan lembaga yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang sudah mulai diterapkan sejak 1 Januari 2014 dan BPJS ini bertanggung jawab kepada Presiden Republik Indonesia.

1. Manfaat BPJS

Adapun manfaat Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) BPJS Kesehatan meliputi:

a. Pelayanan kesehatan tingkat pertama

Pelayanan kesehatan tingkat pertama adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialis (primer) meliputi pelayanan jalan rawat dan rawat inap yang diberikan oleh:

- Puskesmas Atau Yang Setara
- Praktik Mandiri Dokter

- Praktik Mandiri Dokter Gigi
 - Klinik Pratama atau yang setara Termasuk Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik TNI/Polri
 - Rumah Sakit Tipe Pratama atau yang Setara
 - Faskes Penunjang Apotik dan Laboratorium
- b. Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP)
- 1) Manfaat yang ditanggung
 - a) Pelayanan promosi kesehatan dan pencegahan (promotif preventif):
 - (1) Penyuluhan kesehatan perorangan;
 - (2) Imunisasi rutin
 - (3) Keluarga berencana meliputi konseling dan pelayanan kontrasepsi, termasuk vasektomi dan tubektomi bekerja sama dengan BKKBN
 - (4) Skirining riwayat kesehatan dan pelayanan penapisan atau skrining kesehatan tertentu, yang diberikan untuk mendeteksi risiko penyakit dengan metode tertentu atau untuk mendeteksi risiko penyakit dan mencegah dampak lanjutan risiko penyakit tertentu
 - (5) Peningkatan kesehatan bagi peserta penderita penyakit tertentu
 - b) Pelayanan kuratif dan rehabilitatif (pengobatan) mencakup:
 - (1) Administrasi pelayanan;

- (2) Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi medis;
- (3) Tindakan medis non spesialisik, baik operatif maupun non operatif;
- (4) Pelayanan obat, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai;
- (5) Pemeriksaan penunjang diagnostic laboratorium tingkat pratama

c) Pemeriksaan, pengobatan dan tindakan pelayanan kesehatan gigi tingkat pertama.

c. Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP)

Manfaat yang ditanggung:

- 1) Pendaftaran dan administrasi;
- 2) Akomodasi rawat inap;
- 3) Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi medis;
- 4) Tindakan medis non spesialisik, baik operatif maupun non operatif;
- 5) Pelayanan kebidanan ibu, bayi dan balita
- 6) Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai;
- 7) Pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pratama.

d. Pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan

Pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan adalah upaya pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialisik atau sub spesialisik

yang meliputi rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat lanjutan, dan rawat inap di ruang perawatan khusus, yang diberikan oleh:

- Klinik Utama Atau Yang Setara.
- Rumah Sakit Umum Baik Milik Pemerintah Maupun Swasta
- Rumah Sakit Khusus
- Faskes Penunjang: Apotik, dan Laboratorium.

e. Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RTJL)

Manfaat yang ditanggung:

1. Administrasi pelayanan;
2. Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis dasar yang dilakukan di unit gawat darurat;
3. Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi spesialisik;
4. Tindakan medis spesialisik, baik bedah maupun non bedah sesuai dengan indikasi medis;
5. Pelayanan obat, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai;
6. Pelayanan penunjang diagnostik lanjutan (laboratorium, radiologi dan penunjang diagnostik lainnya) sesuai dengan indikasi medis;
7. Rehabilitasi medis; dan
8. Pelayanan darah.

f. Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL)

Manfaat yang ditanggung

- 1) Perawatan inap non intensif; dan
- 2) Perawatan inap intensif (ICU, ICCU, NICU, PICU).

2. Kepesertaan BPJS

Peserta adalah setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah.

- a. Kepesertaan bersifat wajib dan mengikat dengan membayar iuran berkala seumur hidup.
- b. Kepesertaan wajib dilaksanakan secara bertahap hingga menjangkau seluruh penduduk Indonesia.
- c. Kepesertaan mengacu pada konsep penduduk dengan mewajibkan warga negara asing yang bekerja paling singkat enam bulan di Indonesia untuk ikut serta.
- d. Kepesertaan berkesinambungan sesuai prinsip portabilitas dengan memberlakukan program di seluruh wilayah Indonesia dan menjamin keberlangsungan manfaat bagi peserta dan keluarganya hingga enam bulan pasca pemutusan hubungan kerja (PHK). Selanjutnya, pekerja yang tidak memiliki pekerjaan setelah enam bulan PHK atau mengalami cacat tetap total dan tidak memiliki kemampuan ekonomi tetap menjadi peserta dan iurannya dibayar oleh Pemerintah. Kesinambungan kepesertaan bagi pensiunan dan ahli warisnya akan dapat dipenuhi dengan melanjutkan pembayaran iuran jaminan kesehatan oleh manfaat program jaminan pensiun.
- e. Setiap Peserta yang telah terdaftar di BPJS Kesehatan berhak mendapatkan identitas Peserta yang merupakan identitas tunggal yang berlaku untuk semua program jaminan sosial.

- f. Pemutahiran data kepesertaan menjadi kewajiban Peserta untuk melaporkannya kepada BPJS Kesehatan.

Peserta BPJS terbagi dalam dua golongan utama, yaitu Penerima Bantuan Iuran dan Bukan Penerima Bantuan Iuran.

- a. Penerima Bantuan Iuran (PBI)

Merupakan program Jaminan Kesehatan fakir miskin dan orang tidak mampu yang dibayar oleh Pemerintah Pusat melalui APBN dan Pemerintah Daerah melalui APBD. fakir miskin dan orang tidak mampu yang termasuk dalam daftar penerima bantuan iuran jkn merujuk pada Peraturan Pemerintah No. 101 Tahun 2011, fakir miskin adalah orang yang sama sekali tidak mempunyai sumber pencaharian atau memiliki sumber pencaharian namun tidak mampu memenuhi kebutuhan hidup dasar yang layak bagi dirinya dan keluarganya. Sedangkan orang tidak mampu adalah orang yang memiliki sumber mata pencaharian, gaji, atau upah dan hanya mampu memenuhi kebutuhan hidup dasar yang layak, namun tidak mampu membayar iuran JKN.

Anggota keluarga yang ditanggung:

- 1) Peserta PBI yang iurannya dibayarkan oleh Pemerintah Pusat, anggota keluarganya yang ditanggung adalah yang didaftarkan oleh Kementerian Kesehatan berdasarkan Keputusan Menteri Sosial RI.

2) Peserta PBI yang iurannya dibayarkan oleh Pemerintah Daerah, anggota keluarga yang ditanggung adalah yang didaftarkan dan ditetapkan oleh Pemerintah Daerah Provinsi atau Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota.

b. Bukan Penerima Bantuan Iuran (Non PBI) terdiri dari :

1) Pekerja Penerima Upah (PPU) adalah setiap orang yang bekerja pada pemberi kerja dengan menerima gaji atau upah, yang terdiri dari PPU Penyelenggara Negara dan PPU Non Penyelenggara Negara.

a) PPU Penyelenggara Negara terdiri dari Pejabat Negara, Pegawai Negeri Sipil (PNS) Pusat/Daerah, PNS yang dipekerjakan di BUMN/BUMD, TNI/PNS TNI, POLRI/PNS POLRI, DPRD dan Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri (PPNPN)

b) PPU Non Penyelenggara Negara terdiri dari Badan Usaha Milik Negara (BUMN), Badan Usaha Milik Daerah (BUMD) dan swasta.

Anggota keluarga yang ditanggung meliputi istri/suami yang sah dan maksimal 3 (tiga) orang anak, dengan kriteria:

a) Tidak atau belum pernah menikah atau tidak mempunyai penghasilan sendiri;

b) Belum berusia 21 tahun dan belum berusia 25 tahun yang masih melanjutkan pendidikan format.

- c) Apabila anak ke-1 sampai dengan anak ke-3 sudah ditanggung, maka status anak tersebut dapat digantikan oleh anak berikutnya sesuai dengan urutan kelahiran dengan jumlah maksimal yang ditanggung adalah 3 orang yang sah.
 - d) Peserta yang memiliki jumlah anggota keluarga lebih dari 5 orang termasuk peserta, dapat mengikutsertakan anggota keluarga yang lain dengan membayar iuran tambahan.
- 2) Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) adalah setiap orang yang bekerja atau berusaha atas risiko sendiri, yang terdiri dari; Notaris/Pengacara/LSM, Dokter/Bidan Praktek Swasta, Pedagang/Penyedia Jasa, Petani/Peternak, Nelayan, Supir, Ojek, Montir dan pekerja lain yang mampu membayar iuran.
- Anggota keluarga yang ditanggung meliputi istri/suami yang sah, seluruh anak dan anggota keluarga lain yang terdapat dalam satu kartu keluarga (KK).
- 3) Bukan Pekerja (BP) adalah setiap orang yang bukan termasuk masyarakat yang didaftarkan dan iurannya dibayar oleh pemerintah Pusat/Daerah, PPU serta PBPU yang terdiri dari; BP Penyelenggara Negara dan BP Non Penyelenggara Negara.
- a) BP Penyelenggara Negara terdiri dari Penerima Pensiun (PP) Pejabat Negara, PP PNS Pusat/Daerah, PP TNI, PP POLRI, Veteran dan Perintis Kemerdekaan.

b) BP Non Penyelenggara Negara terdiri dari Investor, Pemberi Kerja dan BP lain yang mampu membayar iuran.

Anggota keluarga yang ditanggung meliputi istri/suami yang sah, seluruh anak dan anggota keluarga lain yang terdapat dalam satu kartu keluarga (KK).

3. Prosedur Pendaftaran Peserta

Prosedur pendaftaran peserta JKN dijelaskan pada peraturan BPJS No.1 Tahun 2014 dan secara ringkas dijelaskan pada website BPJS (2020) adalah sebagai berikut:

a. Pendaftaran Bagi Penerima Bantuan Iuran / PBI

Pendataan fakir miskin dan orang tidak mampu yang menjadi peserta PBI melalui pendataan oleh lembaga yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang statistik (Badan Pusat Statistik) yang diverifikasi dan divalidasi oleh Kementerian Sosial/Dinas Sosial provinsi/Kabupaten/Kota, selanjutnya ditetapkan melalui keputusan Menteri social atau melalui keputusan Gubernur/Walikota/Bupati. Data kepesertaan PBI APBN/APBD di perbaharui secara periodik.

b. Pendaftaran Bagi Peserta Pekerja Penerima Upah/ PPU Penyelenggara Negara

Pendaftaran diutamakan secara kolektif dapat dilakukan secara perorangan ataupun kolektif, dengan cara mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP) beserta persyaratannya, sedangkan pendaftaran kolektif dilakukan melauai proses migrasi.

1) Syarat pendaftaran apabila pendaftaran dilakukan secara perorangan yaitu :

- a) Fotocopy kartu keluarga
- b) Fotocopy petikan SK penetapan sebagai pejabat Negara/PNS/kepangkatan terakhir yang dilegalisasi pemimpin unit kerja.
- c) Fotocopy daftar gaji yang dilegalisasi oleh pimpinan unit kerja.
- d) Asli/fotocopy akta kelahiran anak.
- e) Fotocopy SK pengadilan Negeri untuk anak angkat.
- f) Surat keterangan dari sekolah/Perguruan Tinggi Negeri (bagi anak usia di atas 21 tahun s.d 25 tahun).
- g) Pendaftaran Bagi Peserta Pekerja Penerima Upah/ PPU Penyelenggara Negara

c. Pendaftaran Bagi Peserta Pekerja Penerima Upah/PPU Non Penyelenggara Negara

Pendaftaran dapat dilakukan secara kolektif oleh pemberi kerja/PIC masing-masing Badan Usaha melalui Aplikasi New Edabu, dengan cara melengkapi Formulir Daftar Isian Elektronik yang diisi sesuai ketentuan yang berlaku dan disahkan oleh pimpinan perusahaan untuk dimigrasi di Kantor Cabang BPJS Kesehatan.

1) Syarat pendaftaran antara lain :

- a) Surat Izin Usaha Perdagangan (SIUP)/ Surat izin lainnya sesuai kebijakan Pemerintah setempat.

- b) Tanda Daftar Perusahaan (TDP)
 - c) Akta Notaris/Yayasan/Pendirian
 - d) MOU/Perjanjian Kerja Sama dengan Pemerintah
- d. Pendaftaran Bagi Peserta Bukan Penerima Upah (PBPU) dan Bukan Pekerja (BP) Non Penyelenggara Negara

Pendaftaran dapat dilakukan secara perorangan maupun kolektif dengan cara mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP) beserta persyaratannya.

- 1) Syarat pendaftaran meliputi :
 - a) Fotocopy kartu keluarga
 - b) Fotocopy buku rekening tabungan BNI/BRI/Mandiri/BCA (dapat menggunakan rekening tabungan Kepala keluarga/anggota keluarga dalam kartu keluarga/penanggung
 - c) Formulir autodebet pembayaran iuran BPJS Kesehatan bermaterai Rp6000,00

Calon peserta dapat melakukan pembayaran iuran pertama dalam waktu paling cepat 14 hari atau paling lambat 30 hari setelah pendaftaran.

4. Iuran BPJS

Iuran adalah sejumlah uang yang dibayar secara teratur oleh peserta, pemberi kerja, dan atau pemerintah. Tarif atau iuran pada dasarnya adalah sejumlah uang yang wajib dibayarkan oleh pihak bertanggung (peserta) kepada pihak penanggung (BPJS Kesehatan) atas keikutsertaannya dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional. Fungsi

tarif adalah untuk membiayai peserta dan anggota keluarganya apabila suatu saat terjadi resiko sosial ekonomi.

Adapun iuran BPJS Kesehatan meliputi:

- a. Bagi peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan iuran dibayar oleh Pemerintah.
- b. Iuran Jaminan Kesehatan bagi Peserta Penerima Upah yang bekerja pada lembaga Pemerintahan terdiri dari pegawai Negeri Sipil (PNS), anggota TNI, anggota POLRI, pejabat Negara, dan pegawai pemerintah non pegawai negeri serta Peserta Pekerja Penerima Upah yang bekerja di BUMN, BUMD dan Swasta.

Dibayar oleh Pemberi Kerja dan pekerja, yaitu sebesar 5% dari gaji atau upah per bulan dengan ketentuan; 4% dibayar oleh pemberi kerja dan 1% dibayar oleh peserta.

- c. Iuran untuk keluarga tambahan Pekerja Penerima Upah yang terdiri dari 4 dan seterusnya, ayah, ibu dan mertua, besaran iuran sebesar 1% dari gaji atau upah per orang per bulan, dibayar oleh pekerja penerima upah.
- d. Iuran Jaminan Kesehatan bagi Peserta Bukan Penerima Upah dan Bukan Pekerja dibayar oleh Peserta yang bersangkutan sepenuhnya. Adapun jumlah besaran iuran yang dibayarkan berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 64 tahun 2020 pada pasal 34 ayat 1 menyebutkan iuran peserta JKN bukan penerima upah yang mulai berlaku pada tanggal 1 juli 2020 yaitu :

- 1) Sebesar Rp. 150.000,- per orang per bulan dengan manfaat pelayanan kesehatan di ruang perawatan kelas I.
- 2) Sebesar Rp. 100.000,- per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas II.
- 3) Untuk manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III yaitu :
 - Sebesar Rp. 25.500,- per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III. (sebesar 16.500 per orang per bulan dibayar oleh pemerintah pusat sebagai bantuan iuran untuk tahun 2020)
 - Sebesar Rp 35.000,- per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III. (sebesar 7.000 per orang per bulan dibayar oleh pemerintah pusat sebagai bantuan iuran untuk tahun 2021 dan tahun berikutnya)
- e. Iuran Jaminan Kesehatan bagi Veteran, Perintis kemerdekaan, dan janda, duda, atau anak yatim piatu dari veteran atau perintis kemerdekaan, iurannya ditetapkan sebesar 5% dari 45% gaji pokok Pegawai Negeri Sipil golongan III/a dengan masa kerja 14 tahun per bulan, dibayar oleh Pemerintah.

Pembayaran iuran paling lambat tanggal 10 setiap bulan. Tidak ada denda keterlambatan iuran terhitung mulai tanggal 1 Juli 2016 denda dikenakan apabila dalam waktu 45 hari sejak status kepesertaan diaktifkan kembali, peserta yang bersangkutan memperoleh pelayanan kesehatan rawat

inap, maka dikenakan denda sebesar 2,5% dari biaya pelayanan kesehatan untuk setiap bulan tertunggak, dengan ketentuan :

- a. Jumlah bulan tertunggak paling banyak 24 bulan.
- b. Besar denda paling tinggi Rp. 30.000,-

C. Tinjauan Umum Tentang Kenaikan Iuran BPJS Kesehatan

Masalah kesehatan bagi masyarakat telah menjadi suatu kebutuhan yang sangat utama, kebutuhan yang dimaksud adalah untuk mendapatkan kesehatan yang prima, seiring dengan meningkatnya taraf kehidupan masyarakat, maka semakin meningkat tuntutan masyarakat akan nilai-nilai kesehatan, hal ini menjadikan lembaga kesehatan dituntut untuk meningkatkan kualitas pelayanan yang lebih baik, tidak saja pelayanan kesehatan yang bersifat menyembuhkan saja tetapi memberikan kepuasan dan kenyamanan terutama bagi konsumen (anggota BPJS Mandiri) atau pasien (Mulyani, 2017).

Dalam pelaksanaan implementasi program BPJS banyak ditemukan hambatan – hambatan yang dialami salah satunya potensi defisit pendanaan yang tiap tahun meningkat. Berdasarkan data dari BPJS Kesehatan Tahun 2014 BPJS mengalami defisit sebesar 1,94 Triliun, pada akhir tahun 2015 BPJS mengalami defisit sebesar 5,85 Triliun dan menurut Direktur perencanaan pengembangan BPJS Kesehatan Mundiharno potensi defisit di tahun 2016 sekitar 9,2 Triliun. Direktur Utama Badan Jaminan Kesehatan (BPJS) Kesehatan Fachmi Idris dalam pemaparan publik BPJS Kesehatan Tahun 2015, Rabu 13 April 2016 menjelaskan defisit terjadi karena secara

aktuarial besaran iuran peserta lebih rendah dibandingkan dengan biaya kesehatan yang dikeluarkan (Anna, 2016 dalam Simanjuntak, 2016)

Dalam mengimplementasikan Undang-Undang SJSN dan Undang-Undang BPJS, pemerintah menerapkan kebijakan-kebijakannya melalui Peraturan Pemerintah dan Peraturan Presiden, salah satunya yakni Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan dimana mengalami tiga kali perubahan, perubahan pertama menjadi Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013, perubahan kedua menjadi Peraturan Presiden Nomor 19 Tahun 2016 tentang Jaminan Kesehatan dan perubahan ketiga menjadi Peraturan Presiden Nomor 28 Tahun 2016 tentang Jaminan Kesehatan.

Dalam Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013 Tentang Perubahan pertama atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013, pasal 16F iuran Jaminan Kesehatan bagi Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta Bukan Pekerja atau disebut juga Non PBI : a. sebesar Rp 25.500 per orang per bulan dengan manfaat pelayanan perawatan kelas III. b. sebesar Rp 42.500 per orang per bulan dengan manfaat pelayanan perawatan kelas II. c. sebesar Rp 59.500 per orang per bulan dengan manfaat pelayanan perawatan kelas I.

Tiga tahun berikutnya, pada tahun 2016, diterbitkan Perpres JKN Nomor 19 Tahun 2016 sebagai perubahan kedua atas Perpres Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan. Pada pasal 16F Iuran Jaminan Kesehatan bagi peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta Bukan Pekerja atau Non PBI: sebesar Rp 30.000 per orang per bulan dengan manfaat

pelayanan perawatan kelas III. b. sebesar Rp 51.000 per orang per bulan dengan manfaat pelayanan perawatan kelas II. c. sebesar Rp 80.000 per orang per bulan dengan manfaat pelayanan perawatan kelas I. ketentuan besaran iuran tersebut mulai berlaku pada 1 April 2016.

Kemudian Presiden mengeluarkan kembali kebijakan Perpres Nomor 28 Tahun 2016 sebagai perubahan ketiga atas Perpres Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan. Pada kebijakan ini pemerintah mengubah besaran iuran Jaminan Kesehatan untuk Peserta Bukan Penerima Upah dan Bukan Pekerja atau Non PBI untuk pelayanan perawatan kelas III yang semula naik sebesar Rp 30.000 diturunkan kembali seperti semula menjadi Rp 25.500. Pada tahun 2018 presiden kembali mengeluarkan kebijakan Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan Nasional, namun di dalam kebijakan tersebut tidak terjadi perubahan tarif iuran BPJS Kesehatan (Razak dan Chazali, 2019).

Dalam teori sistem yang dijelaskan oleh Easton, sebuah proses pembuatan kebijakan di mulai dengan proses input yang menggambarkan seluruh permintaan-permintaan yang membutuhkan sebuah solusi pemecahan masalah, sumber daya dan dukungan dari lingkungan yang ada, seluruh variabel yang ada pada proses input akan diolah dalam sebuah proses untuk membuat kebijakan dimana didalam proses tersebut akan terjadi dinamika proses pembuatan kebijakan dan interaksi dari berbagai macam aktor yang terlibat dan menghasilkan output nya berupa sebuah solusi yang menjadi kebijakan publik.

Tabel 1
Perubahan Kebijakan Iuran BPJS Kesehatan

Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013	Peraturan Presiden Nomor 19 Tahun 2016	Peraturan Presiden Nomor 28 Tahun 2016	Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018
Kelas I : Rp 59.500	Kelas I : Rp 80.000	Kelas I : Rp 80.000	Kelas I : Rp 80.000
Kelas II : Rp 42.500	Kelas II : Rp 51.000	Kelas II : Rp 51.000	Kelas II : Rp 51.000
Kelas III : Rp 25.500	Kelas III : Rp 30.000	Kelas III : Rp 25.500	Kelas III : Rp 25.500

Semakin banyaknya jumlah peserta dan tanggungan serta defisit anggaran yang terus mengalami pembengkakan yang di bebaskan oleh pemerintah, maka Presiden RI Joko Widodo mengeluarkan Peraturan Presiden Nomor 75 Tahun 2019 sebagai perubahan atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 pada akhir Tahun 2019.

Dalam Peraturan Presiden No. 75 tahun 2019 pada pasal 34 ayat 1 menyebutkan kenaikan iuran peserta JKN Bukan Penerima Upah dan Bukan Pekerja atau Non PBI yaitu untuk fasilitas pelayanan kelas III sebesar Rp 42.000 yang sebelumnya sebesar Rp 25.500. Fasilitas pelayanan kelas II sebesar Rp 110.000 yang sebelumnya sebesar Rp 51.000. Dan fasilitas pelayanan kelas I sebesar Rp 160.000 yang sebelumnya sebesar Rp 80.000.

Kenaikan tarif iuran BPJS Kesehatan per 1 Januari 2020 kemarin ini menuai banyak kontra atau tidak setuju seperti gugatan uji materi yang dilakukan oleh Komunitas Pasien Cuci Darah Indonesia (KPCDI) yang merasa terbebani dengan kenaikan iuran yang mencapai 100%. Kebijakan tersebut bertujuan agar dapat mengatasi masalah defisit dana keuangan BPJS

Kesehatan yang terus membengkak serta tidak terjadi lagi masalah defisit anggaran pada masa mendatang. Sekitar akhir tahun 2019, Presiden Republik Indonesia Bapak Joko Widodo mengeluarkan Peraturan Presiden No. 75 tahun 2019 atas perubahan Perpres Nomor 82 tentang Jaminan Kesehatan, pada aturan ini menjelaskan kenaikan iuran BPJS Kesehatan yang berlaku pada tanggal 1 Januari 2020.

Namun sejak kurang lebih tiga bulan kebijakan tersebut berjalan, pada Maret 2020 kemarin Mahkamah Agung (MA) mengeluarkan keputusan yaitu mengabulkan dan memutuskan untuk membatalkan kenaikan iuran BPJS Kesehatan yang tertuang dalam Perpres Nomor 75 Tahun 2019. Pada dokumen putusan MA menyatakan pada Pasal 34 ayat (1) dan (2) Perpres Nomor 75 Tahun 2019 bertentangan dengan sejumlah ketentuan di atasnya, antara lain UUD 1945, UU Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional dan UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Serta pada Pasal 34 ayat (1) dan (2) Perpres RI Nomor 75 Tahun 2019 tentang perubahan atas Perpres Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan Tidak Mempunyai Hukum Mengikat.

Tidak lama setelah adanya keputusan pembatalan kenaikan iuran BPJS Kesehatan yang mencapai 100%, pada bulan Mei 2020 Presiden Joko Widodo memutuskan untuk menaikkan iuran BPJS Kesehatan lagi. Kenaikan tersebut tercantum dalam Peraturan Presiden Nomor 64 Tahun 2020 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan

Kesehatan yang mulai berlaku pada Juli tahun 2020. Kenaikan iuran ini mencapai 96%.

Dalam Peraturan Presiden Nomor 64 Tahun 2020 pada pasal 34 ayat 1 menyebutkan kenaikan iuran peserta JKN Bukan Penerima Upah dan Bukan Pekerja atau Non PBI yaitu untuk fasilitas pelayanan kelas I sebesar Rp 150.000, fasilitas pelayanan kelas II sebesar Rp 100.000 dan fasilitas pelayanan kelas III sebesar Rp 25.500 (sebesar Rp 16.500 per orang per bulan dibayarkan oleh pemerintah pusat sebagai bantuan iuran pada tahun 2020). Dan pada tahun 2021 dan tahun seterusnya untuk fasilitas kelas III sebesar Rp 35.000 (sebesar Rp 7.000 per orang per bulan dibayarkan oleh pemerintah pusat dan pemerintah daerah sebagai bantuan iuran).

Tabel 2
Perubahan Kebijakan Iuran BPJS Kesehatan

Peraturan presiden Nomor 75 Tahun 2019	Peraturan presiden Nomor 64 Tahun 2020
Kelas I : RP 160.000	Kelas I : RP 150.000
Kelas II : Rp 110.000	Kelas II : Rp 100.000
Kelas III : Rp 42.000	pusat untuk bantuan iuran untuk tahun Kelas III : -Rp 25.500 (sebesar 16.500 dibayarkan oleh pemerintah 2020) -Rp 35.000 (sebesar 7.000 dibayarkan oleh pemerintah pusat dan pemerintah daerah sebagai bantuan iuran untuk tahun 2021 dan tahun berikutnya).

Kebijakan ini mulai berlaku pada bulan Juli 2020. Jadi masyarakat Peserta Mandiri pada bulan Januari sampai Maret membayar iuran sesuai pada Perpres Nomor 75 tahun 2019, dan pada bulan April sampai Juni membayar sesuai pada Perpres Nomor 82 Tahun 2018, serta pada bulan Juli dan seterusnya

membayar iuran sesuai dengan kebijakan baru yaitu Perpres Nomor 64 Tahun 2020.

D. Tinjauan Umum Tentang Puskesmas

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat. Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya.

Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) adalah suatu kesatuan organisasi kesehatan fungsional yang juga membina peran serta masyarakat yang juga di samping memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok. Dengan kata lain puskesmas mempunyai wewenang dan tanggung jawab atas pemeliharaan kesehatan masyarakat dalam wilayah kerjanya (Sastrianegara, 2014 dalam Tawalujan *dkk*, 2018).

Upaya kesehatan puskesmas terdiri atas dua macam yaitu upaya kesehatan wajib puskesmas dan upaya kesehatan pengembangan puskesmas: Upaya kesehatan wajib itu sendiri terdiri atas: Upaya Kesehatan Ibu dan Anak, upaya promosi kesehatan, upaya kesehatan lingkungan, upaya perbaikan gizi, upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit menular serta upaya pengobatan dasar.

Sedang untuk upaya kesehatan pengembangan puskesmas, dilaksanakan sesuai dengan masalah kesehatan masyarakat yang ada dan kemampuan dari puskesmas. Untuk dapat memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh kepada seluruh masyarakat diwilayah kerjanya puskesmas menjalankan beberapa program pokok meliputi:

a. Program kesehatan dasar

Program kesehatan dasar tersebut adalah promosi kesehatan, kesehatan lingkungan, kesehatan Ibu dan Anak (KIA) termasuk keluarga berencana (KB), gizi, pemberantasan penyakit menular, imunisasi, pengobatan dasar.

b. Program kesehatan pengembangan

Program pengembangan hendaknya merupakan program yang sesuai dengan permasalahan kesehatan masyarakat setempat atau sesuai tuntutan masyarakat sebagai program inovatif dengan mempertimbangkan kemampuan sumber daya yang tersedia dan dari dukungan masyarakat. Program kesehatan tersebut antara lain puskesmas dengan rawat inap, puskesmas dengan tempat bersalin, puskesmas dengan pengobatan tradisional (RI, 2011).

E. Tinjauan Umum Tentang Variabel Yang Diteliti

1. Kemampuan membayar

Menurut penelitian Adisasmita dalam Rianti (2012), Kemampuan Membayar atau *Ability to Pay* (ATP) adalah kemampuan seseorang untuk membayar jasa pelayanan yang diterimanya berdasarkan penghasilan yang

dianggap ideal. Dalam bidang kesehatan, konsep ATP digunakan untuk mengetahui kemampuan individu membayar suatu asuransi atau pelayanan kesehatan. Menilai kemampuan membayar masyarakat terhadap iuran jaminan kesehatan, bertujuan untuk melihat seberapa besar kemampuan masyarakat untuk membeli atau membayar produk atau jasa tersebut. ATP merupakan faktor yang penting dalam mengembangkan sistem jaminan kesehatan dan menjadi pertimbangan utama dalam menetapkan suatu iuran atau premi.

Kemampuan untuk membayar berhubungan dengan tingkat pendapatan dan biaya jasa pelayanan lain yang dibutuhkan masyarakat untuk hidup. Menurut Ascobat Gani (1997) berpendapat bahwa, kemampuan rata-rata membayar adalah kemampuan rata-rata membayar jasa pelayanan kesehatan yang telah di terima, yang dapat diukur dengan melihat tingkat pendapatan dan kemakmuran ekonomi seseorang. Ukuran yang dipakai untuk menghitung kemakmuran ekonomi seseorang adalah:

a. Ukuran Pendapatan

Pendapatan adalah penghasilan yang timbul dari aktifitas masyarakat setiap bulannya sesuai standar upah minimum pendapatan perkapita daerah. Menurut Efriyani (2017) dan Pratiwi (2016) bahwa ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendapatan masyarakat dengan kesadaran masyarakat dalam berasuransi. Semakin tinggi pendapatan seseorang maka semakin tinggi kesadaran masyarakat dalam berasuransi dan membayar iuran.

Besarnya ATP berkaitan dengan besarnya penghasilan rumah tangga, makin tinggi penghasilan rumah tangga maka makin besar pula pendapatan rata-rata membayar masyarakat terhadap pelayanan kesehatan (Sari, 2018).

b. Ukuran Pengeluaran

Berdasarkan pengeluaran, ATP masyarakat secara garis besar dibagi menjadi tiga kelompok yaitu: ATP belanja bukan makanan (*non food expenditure*), ATP Belanja bukan pokok (*Non Essential Expenditure*) dan ATP Belanja pokok (*Essential expenditure*).

Rumus kemampuan membayar menurut Gafni (1991) dalam subirman (2012) adalah:

$$ATP = \frac{(Total\ Pendapatan - Total\ Pengeluaran)}{Jumlah\ Beban\ Tanggung}$$

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

- 1) 10% dari *Desposable income*, pendapatan yang dapat dipakai setelah dikeluarkan untuk pengeluaran pangan (essensial).
- 2) 50% dari pengeluaran Rokok (Rokok/Sirih) ditambah dengan penegluaran Non Pangan.
- 3) 5% dari total pengeluaran dari 3 dasar diatas dipakai untuk perhitungan kemampuan membayar masyarakat.

Dua Batasan ATP yang dapat digunakan adalah:

- 1) ATP 1 adalah besarnya kemampuan membayar yang setara dengan 5% dari pengeluaran pangan non esensial dan non makanan. Batasan ini berdasarkan bahwa pengeluaran non makanan dapat diarahkan untuk keperluan lain, termasuk untuk kesehatan.
- 2) ATP 2 adalah besarnya kemampuan membayar yang setara dengan jumlah pengeluaran untuk konsumsi alkohol, tembakau, sirih, pesta/upacara. Batasan ini berdasarakan kepada pengeluaran yang sebenarnya dapat digunakan secara efisien dan efektif untuk kesehatan. Misalnya dengan mengurangi pengeluaran alkohol/tembakau/sirih untuk kesehatan (Adisasmita, 2008)

Sehingga kemampuan membayar dapat di rumuskan sebagai berikut:

$\text{ATP} = 5\% \text{ dari total pengeluaran non makanan, atau}$ $\text{ATP} = \text{Total Pengeluaran}$

2. Kemauan membayar

Membayar iuran jaminan kesehatan memerlukan peran serta masyarakat karena bergantung dengan *Willingness to Pay* (WTP). *Willingness to Pay* atau kemauan untuk membayar dapat diartikan sebagai sejumlah yang akan dibayarkan seorang konsumen untuk memperoleh suatu barang atau jasa. Wright et al (2009) menyatakan bahwa kemauan membayar adalah kesediaan seseorang untuk memperbaiki kualitas lingkungannya dengan membayar premi dari sejumlah uang yang dimiliki. Tingkat besar atau kecilnya WTP masyarakat dalam membayar iuran tentunya dipengaruhi oleh faktor-faktor tertentu. Penelitian di Kabupaten

Hulu Sungai Selatan menunjukkan pendapatan yang lebih besar dan adanya tabungan untuk biaya pelayanan kesehatan merupakan faktor yang mempengaruhi kemauan membayar masyarakat Kabupaten Hulu Sungai Selatan (Handayani, 2013).

Faktor-faktor yang mempengaruhi kemauan membayar (WTP) yaitu:

a. Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indra manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba (Notoatmodjo, 2010).

Demand terhadap pelayanan kesehatan berhubungan dengan pengetahuan mengenai tarif yang berlaku. Tarif atau iuran mencakup tariff pelayanan kesehatan medis dan non medis.

b. Riwayat penyakit katastrofik

Penyakit katastrofik yang berasal dari *catastrophic* yang berarti bencana atau malapetaka, merupakan penyakit yang *high cost*, *high volume* dan *high risk* yang menyebabkan banyak para penentu kebijakan mengkhawatirkan terjadinya pembengkakan biaya penyakit sehingga penyelenggaraan asuransi kesehatan tidak mencantumkan penyakit tersebut kedalam paket manfaatnya (Budiarto dan Sugiharto, 2013 dalam rosmanelly, 2018).

Hasil penelitian membuktikan pendapat Murti (2000:22) dalam Sihalo (2015) yang menyatakan seseorang akan memerlukan

asuransi kesehatan untuk mengatasi risiko dan ketidakpastian peristiwa sakit serta implikasi biaya-biaya yang diakibatkan bagi pasien atau keluarganya. Dengan menjadi peserta JKN, responden akan terbantu dalam mengurangi risiko dan beban biaya yang tak dapat diprediksi dengan membayarkan sejumlah uang kepada BPJS melalui iuran yang ditentukan.

c. Persepsi nilai

Persepsi masyarakat terhadap nilai yaitu dalam pelayanan kesehatan yang telah bekerja sama dengan badan penyelenggara asuransi kesehatan dapat mempengaruhi keinginan masyarakat untuk terus membayar iuran Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) secara teratur. Pengalaman pertama yang tidak menyenangkan pada pelayanan kesehatan yang diterima masyarakat akan berpengaruh terhadap pembentukan persepsi seorang terhadap kebutuhan untuk memperpanjang masa kepesertaannya serta keteraturan masyarakat dalam membayar iuran Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Sebaliknya bagi peserta asuransi kesehatan yang memiliki persepsi positif terhadap tempat pelayanan kesehatan akan meningkatkan keteraturannya dalam membayar iuran asuransi kesehatan karena peserta telah mendapatkan pelayanan serta pengalaman yang baik saat mendapatkan pelayanan kesehatan sehingga akan meningkatkan kesinambungan kepesertaan dana sehat tersebut (BPJS, 2014).

Kemauan membayar seseorang terhadap pelayanan kesehatan juga dapat diukur dengan dua pendekatan, yaitu (Gani, 1991):

- 1) Kemampuan membayar aktual adalah mengukur besarnya pengeluaran seseorang yang telah dibayar untuk memperoleh pelayanan kesehatan, besarnya nilai yang dibayarkan tersebut dianggap sebagai nilai yang bersedia dan mau dibayar oleh seseorang.
 - 2) Kemauan membayar normatif adalah mengukur besarnya nilai pengorbanan yang bersedia dikeluarkan oleh pasien jika mendapat pelayanan sesuai yang diharapkan.
3. Hubungan kemampuan membayar dan kemauan membayar

Kemampuan membayar (*Ability to Pay*) dan kemauan membayar (*Willingness to Pay*) adalah dua faktor yang berperan dalam utilisasi pelayanan medis, yang selanjutnya juga akan mempengaruhi pemerataan. Kemampuan membayar dapat diukur dengan pendekatan perhitungan penghasilan keluarga, aset keluarga atau pengeluaran rumah tangga. Perhitungan pengeluaran rumah tangga dianggap cara yang cukup sensitif untuk kondisi ekonomi Indonesia (Razak, 2016).

Dalam pelaksanaan untuk menentukan tariff sering terjadi benturan antara besarnya ATP dan WTP:

1. ATP lebih besar dari WTP Kondisi ini menunjukkan bahwa kemampuan membayar lebih lebar daripada keinginan membayar jasa tersebut. Ini terjadi bila pengguna mempunyai penghasilan yang relatif

tinggi tetapi utilitas terhadap jasa tersebut relative rendah, pengguna pada kondisi ini disebut *choiced riders*.

2. ATP lebih kecil dari WTP Kondisi ini merupakan kebalikan dari kondisi diatas, dimana keinginan pengguna untuk membayar jasa tersebut lebih besar dari kemampuan membayarnya. Hal ini memungkinkan terjadi bagi pengguna yang mempunyai penghasilan yang relatif rendah tetapi utilitas terhadap jasa tersebut sangat tinggi, sehingga keinginan pengguna untuk membayar jasa tersebut cenderung lebih dipengaruhi oleh utilitas, pada kondisi ini pengguna disebut *captive rider*.
3. ATP sama dengan WTP Kondisi ini menunjukkan bahwa antara kemampuan dan keinginan membayar jasa yang dikonsumsi pengguna tersebut sama, pada kondisi ini terjadi keseimbangan utilitas pengguna dengan biaya yang dikeluarkan untuk membayar jasa tersebut.